

پیشگفتار

آسیب شناسی روانی یکی از حوزه های وسیع و پرکاربرد روان شناسی است که هر روان شناس و درمانگری باید با آن آشنا باشد.

هدف از تالیف این کتاب آشنایی هرچه بیشتر دانشجویان با حوزه اختلالات روانی و هدف اصلی هموار کردن راهی برای دانشجویان برای ورود به دوره کارشناسی ارشد و دکتری می باشد.

در مطالب کتاب همه منابع مهم که در کنکور روان شناسی تحصیلات تکمیلی مورد سوال قرار می گیرند را شامل می شود (هم در آزمون ارشد و هم دکتری). با نگاهی به مطالب کتاب متوجه می شوید که محتوای آن بیش از ۸۵٪ سوالات کنکورهای ارشد و دکتری سال های ۸۵ تا ۹۲ را شامل میشود. و تنها با خواندن عمیق مطالب این کتاب می توانید درصد بالایی از سوالات را جواب دهید.

از آنجا که DSM-5 نیز به چاپ رسیده، تغییرات این منبع نیز در کتاب آورده شده است. چون بیشتر سوالات در کنکور که درباره DSM-5 می آید مقایسه بین DSM-5 و DSM-IV می باشد، مطالب کتاب به نحوی است که ابتدا مطالب DSM-IV و در پایان هر فصل تغییرات DSM-5 آمده است تا دانشجویان بهتر بتوانند این دو را با هم مقایسه کرده و درک بهتری از تغییرات داشته باشند و سوالات را بهتر پاسخ دهند.

انتقادات و پیشنهادات خود را می توانید با آدرس الکترونیکی زیر در میان بگذارید.

فردین فرمانی

Farmani_fardin@yahoo.com

فهرست

عناوین	صفحه
پیشگفتار.....	۱
فصل اول: تاریخچه روان شناسی مرضی و دیدگاه ها.....	۳
فصل دوم: ارزیابی و طبقه بندی اختلالات.....	۱۲
فصل سوم: اختلالات اضطرابی.....	۳۰
فصل چهارم: اختلالات خلقی.....	۵۲
فصل پنجم: اختلالات جسمانی شکل.....	۷۰
فصل ششم: اختلالات تجزیه ای.....	۸۲
فصل هفتم: اختلالات سایکوتیک.....	۸۶
فصل هشتم: اختلالات شخصیت.....	۱۰۴
فصل نهم: اختلالات خوردن.....	۱۱۶
فصل دهم: اختلالات خواب.....	۱۲۶
فصل یازدهم: اختلالات کنترل تکانه.....	۱۳۷
فصل دوازدهم: اختلالات مرتبط با رشد.....	۱۴۲
فصل سیزدهم: اختلالات جنسی و هویت جنسی.....	۱۶۵
فصل چهاردهم: اختلالات عصبی - شناختی.....	۱۷۰
فصل پانزدهم: اختلالات مرتبط با مواد.....	۱۷۷
فصل شانزدهم: علایم و نشانه ها در روانپزشکی.....	۱۸۳
سوالات تستی.....	۱۹۹
پاسخ سوالات تستی.....	۲۲۱
منابع.....	۲۳۹

تاریخچه روان شناسی مرضی و طرح برخی از نظریه ها

واژه نابهنجار را نمی توان به طور قاطع تعریف کرد، از این گذشته تعریف دقیق « نابهنجار^۱ » مستلزم آن است که حداقل یک عنصر متمایز کننده موجود باشد که فقط موارد نابهنجاری در آن مشترک باشد و موارد « بهنجاری » اشتراکی در آن نداشته باشند. به این، شرط کافی نابهنجاری می گویند.

هر تعریف تنها در یک چارچوب " برابر نهادی " و نسبت های حاصل از آن قابل فهم است. مثل بهنجاری در برابر مرضی.

مفهوم بهنجار و نابهنجار براساس دیدگاه های مختلف :

۱- دیدگاه مرضی یا آسیب شناختی: این دیدگاه به ۲ نتیجه منتهی می شود، نخست آنکه وجود علامت ها یا نشانه های مرضی دلیلی بر ناهنجاری است و ثانیاً فقدان نشانه های مرضی دلیلی بر بهنجاری است (این دیدگاه از بسیاری جهات قابل قبول نیست).

۲- دیدگاه آماری: به اتکای نوعی بررسی ریاضی و استفاده از ترسیم منحنی می توان حد بهنجاری یا نابهنجاری را مشخص کرد. مثل حد میانه منحنی گوس.

۳- دیدگاه فرهنگی: رفتاری نابهنجار است که از لحاظ فرهنگی و آداب و رسوم مردمان آن فرهنگ نامتناسب باشد.

۴- دیدگاه آرمانی نگر یا تعیین الگوی بهنجاری.

بسیاری از تعارض هایی که در طول زندگی کودک و نوجوان به وجود می آیند، به معنای تغییر سطح سازش و در حکم ویژگی های مراحل یا دوره های تحول محسوب می شوند.

¹ abnormal

در مواجهه با هر کودک باید بهنجار و مرضی از زوایای مختلف **نشانه‌ای/ساختاری/تحولی و محیطی** بررسی شوند. نامتجانس یا ناپیوسته دانستن بهنجاری و مرضی براساس نشانه‌های قابل مشاهده در رفتار، موضعی بسیار گمراه کننده می-باشد. یک ارزشیابی پویایی و اقتصادی باید به این روش افزوده شود:

دیدگاه پویایی: پدیده‌های روانی را نتیجه تعارض و تألیف نیروهایی می‌داند که فشاری را وارد می‌آورند. این نیروها در آخرین تحلیل دارای معنای کشاننده‌ای هستند.

دیدگاه اقتصادی: به تعیین درجه تأثیر رفتار نشانه‌ای بر کنش «من» می‌پردازد و به عبارت دیگر مشخص می‌کند که آیا بخشی از کنش‌های «من» تحت تأثیر نشانه‌های مرضی دچار گسستگی شده است یا آنکه من توانسته رفتار نشانه‌ای را در رغبت‌های بالقوه یا سرمایه‌گذاری‌های متنوع وحدت بخشد.

فروید بین انسان بهنجار و روان‌آزرده تمایزی قائل نمی‌شود و معتقد است که هر دو واجد تعارض ادیپی همانندی هستند و از مکانیزم‌های دفاعی مشابهی استفاده می‌کنند و تنها تفاوت بین آنها در شدت کشاننده‌ها، تعارض‌ها و مکانیزم‌های دفاعی است.

کلاین به بررسی عمیق‌ترین و زودرس‌ترین سازمان‌یافتگی‌های روانی کودک پرداخته و به توصیف مرحله «روان‌گسسته پارانویاگونه» در خلال تحول دست یافته و معتقد است که در جریان این مرحله خیال‌بافی‌ها و مکانیزم‌های دفاعی با آنچه که در بیمار روان‌گسسته مشاهده می‌شود کاملاً مشابهند. روان‌آزردگی کودک راهی برای رهایی از اضطراب‌های ابتدایی است.

"رشد نیافتگی" در مرز بهنجار و مرضی قرار دارد. مولفانی که این مفهوم را به کار می‌برند مرجعیت فرایند رشد داخلی را به عنوان فرایند محض عصبی - فیزیولوژیک توجیه می‌کنند.

رشد نیافتگی در زمینه بالینی معمولاً با سازمان‌یافتگی روانی - حرکتی و زمینه عاطفی یا هیجانی در رابطه است. مثلاً دوبره براساس رشد نیافتگی روانی - حرکتی نخست به فراهم کردن یک جدول بالینی تحت عنوان «کودنی حرکتی» پرداخت. سپس براساس این جدول مولفان دیگر نظریه «پدیدآیی مرضی» را ارائه کردند. نظریه‌ای که از وخیم‌ترین نارساییهای حرکتی (دیس‌پراکسی) تا بی‌مهارتی‌های حرکتی مبتذل را مبتنی بر وجود یک ضایعه یا «نارساکنش‌وری» می‌داند.

آناروید بررسی ناموزونی خطوط تحول را به منزله معیاری برای ارزشیابی آسیب‌دیدگی پیشنهاد می‌کند. او معتقد است که جنبه مرضی را از **ناهماهنگی خطوط تحول** ناشی می‌شود. وینی‌کات می‌گوید که مادر و کودک مجموعه‌ای را تشکیل می‌دهند که هرگونه ارزشیابی و تلاش در قلمرو درمانگری باید آن را در نظر بگیرد.

عناصر نابهنجاری:

- رنج^۱: نابهنجاری دردآور است. رنج، شرط ضروری نابهنجاری نیست، در بعضی از نابهنجاری‌ها مثل نابهنجاری‌های جنسی ممکن است که فرد مبتلا رنجی را احساس نکند. بنابراین رنج عنصری است که به ادراک نابهنجاری مربوط است ولی نه ضروری است نه کافی.
- ناسازگاری^۲: اینکه آیا یک رفتار کارکردی و سازگارانه است، یعنی تا چه اندازه فرد را قادر می‌سازد تا به هدف هایش برسد.
- نامعقولی و غیر قابل درک بودن.

¹ Suffering

² Maladaptiveness

- پیش بینی ناپذیری و فقدان کنترل.
- مشهود بودن و نامتعارف بودن : عنصر مشهود بودن تحت تاثیر این موضوع قرار دارد که آیا یک عمل نادر است. اما رفتاری که هم نادر و هم از نظر اجتماعی ناپسند است، نابهنجار انگاشته می شود. رفتار نادری که از نظر اجتماعی پسندیده است، استعداد^۱ نامیده می شود و فقط از نظر آماری نابهنجار بحساب می آید. نبوغ نادر است. منش اخلاقی نیز همینطور است. اما اگر آنها نابهنجارند، نابهنجاری هایی هستند که اغلب ما آنها را آرزو می کنیم.
- ناراحتی مشاهده گر.
- تخلف از معیار های اخلاقی و آرمانی.

برخی از عناصر زندگی بهینه :

- نگرش های مثبت به خود
- رویش و رشد
- خودمختاری
- ادراک دقیق واقعیت
- شایستگی محیطی
- روابط میان فردی مثبت

گستره روان شناسی مرضی تابع میدان نظریه ها و روش هایی است که در قلمرو شناخت اختلال ها به کار بسته می شوند. یعنی عملاً تابع بررسی هایی است که به منظور توصیف (نشانه شناسی)، علت شناسی و پدید آیی مرضی انجام می شوند. دل مشغولی اصلی پیشگامان روان شناسی مرضی کودک، بازیافتن جدول های "بیماری شناختی بزرگسالان در دوره کودکی" بوده است. در وهله نخست، شکل گیری روان شناسی مرضی کودک در مجموع بیش از آنکه بر مبانی نظری استوار باشد، بر داده های عملی مبتنی بوده است و تنها در وهله دوم است که کوشش در راه درک اقدامات بالینی روان شناسان مرضی را به سوی مبانی نظری هدایت کرده است.

فرآیند پدید آیی روان شناسی مرضی تحولی :

۱- **پیشگامان پرورشی:** در وهله نخست می توان ریشه های روان شناسی مرضی تحولی را در گذشته ای که از لحاظ تجربه- های پرورشی و تربیتی واجد غنای بسیاری است جستجو کرد. تجربه هایی که از قرن ۱۶ و با کوشش های تربیتی پدر و دوپونس در مورد ناشنوایان آغاز شد. پی ریرا دیدن و لمس کردن را جانشین سخن ساخت و در نتیجه تربیت حسی را به کرسی نشاند. پتالوثری در سوئیس یک موسسه تربیتی برای پرورش کودکان فقیر تاسیس کرد و روش شهودی و طبیعی را در مقابل تربیت انتزاعی و جزمی یعنی شیوه رایج در آن زمان قرارداد و نیز جنبش حمایت کودک را قوام بخشید. سگن در فرانسه نخستین مدرسه بازپروری را ایجاد کرد و کتابی در مورد درمان روانی عقب ماندگان عمیق (کانایان) و عقب ماندگان دیگر منتشر کرد.

۲- **همکاری های پزشکی - پرورشی و تشکیل تیم کلینیکی:** پیشگامان نخستین همکاری های پزشکی- پرورشی کسانی بودند که به بازپروری نارسایی های حسی و عقب ماندگی ذهنی پرداختند. سگن و اسکیرول نخستین گروه پزشکی- پرورشی را تشکیل دادند. اواخر قرن ۱۹ بورنوویل به تاسیس یک مرکز واقعی پزشکی- پرورشی مخصوص عقب ماندگان ذهنی پرداخت.

¹ Gift

در سال ۱۹۰۹ هیلی در شیکاگو اولین مرکز مشاهدات روانی را برای نوجوانان روان‌دردمند تأسیس کرد. سوتارد اصطلاح "تیم کلینیکی" را به کار برد و در نتیجه سازمان‌هایی مثل کلینیک هدایت کودک به وجود آمد. کلینیک هدایت کودک را نباید با مرکز راهنمایی اشتباه کرد. مرکز راهنمایی از آموزش و پرورش هنجار به وجود آمده‌اند و کار آنها مربوط به تشخیص و درمان اختلال هاست. در حالیکه کلینیک‌های هدایت کودک از یک خط دولتی - پزشکی سرچشمه می‌گیرند.

۳- کوشش در باز یافتن سازمان‌یافتگی‌های مرضی بزرگسالان در سطح کودکی: پیشرفت‌های روان‌پزشکی در قلمرو علت‌شناسی و پدید آمدن مرضی را می‌توان یکی از علل بنیادی استقرار روان‌شناسی مرضی تحولی تلقی کرد. در قرن ۱۹ هنوز بیماری‌های روانی را بر طبق الگوی پزشکی یا الگوی عفونی توصیف می‌کردند. برحسب این الگو علت یک بیماری بر عامل خاصی مبتنی است و این عامل به تنهایی مبین فرآیند بیماری‌زاست. براساس الگوی پزشکی، شناخت رفتارهای ناهنجار و ارائه راه‌حلی برای آنها بر بررسی عوامل بدنی مبتنی هستند و عوامل روانی - اجتماعی فقط به منزله عوامل ثانوی در نظر گرفته می‌شوند.

اسکیرول جنون و عقب‌ماندگی را در تضاد با یکدیگر قرار داد (مجنون فردی غنی است که فقیر شده اما عقب مانده فقیری است که همواره فقیر بوده است). "تک‌بررسی‌های" مشهور آدلر به منزله خط‌گشایش نشانه‌شناسی، علت‌شناسی و پدید-آیی اختلال‌های روانی در سطح کودکی و راهگشای مفاهیم و روش‌های روان‌تحلیل‌گری کودک قلمداد می‌شود.

رگه‌های اساسی خطوط روان‌شناسی مرضی کودک از زبان کانر در ۴ دهه: در خلال دهه اول به تفکر درباره مسائل کودک و بخصوص مسائله آموزش وی پرداخته‌اند. در خلال دهه دوم به ایجاد سازمان‌های مختلف به سود کودک اقدام کرده‌اند. در جریان دهه سوم فعالیت‌ها بر چهارچوب خانوادگی و آموزشگاهی متمرکز شده‌اند و بالاخره در دهه چهارم کار با کودک آغاز شده است.

گسترش کلینیک‌های هدایت کودک و توجه این کلینیک‌ها به رفتار غیرعادی کودکان به شکستن سدهای روان‌شناسی مرضی سنتی کودک منجر می‌شوند. این کلینیک‌ها مسأله طبقه‌بندی اختلال‌های کودکان را مطرح می‌سازند. فعالیت کلینیک‌های هدایت کودک در آغاز بیشتر تحت‌تأثیر رفتاری‌نگری بود. تنها با در نظر گرفتن فرد به منزله یک مجموعه کنشی در ارتباط با محیط است که می‌توان به یک روان‌شناسی مرضی تحولی دست یافت. در زیر علت‌های تصور شده رفتار نابهنجار را که از قرون وسطی تا قرن هجدهم و بعد از آن به ترتیب مشاهده می‌کنید.

جدول ۱. علت‌های تصور شده رفتار نابهنجار

شماره	تبیین تاریخی	علت‌ها	درمان
۱	روح باوری / شیطان پرستی	ارواح خبیثه یا ابلیس فرد را تسخیر می‌کنند.	سورخ کردن جمجمه، برون رانی، جن گیری
۲	جسمانی	سرگردانی رحم و مغناطیسم حیوانی	برگرداندن رحم به محل مناسب آن و لگن چوبی مسمر
۳	روان شناختی	هیستری	هیپنوتیزم و تخلیه هیجانی

یکی از اولین اختلال‌های روانی که تصور می‌شد علل جسمانی داشته باشد، **هیستری** بود که عمدتاً بین زنان باکره و بیوه یافت می‌شد. نشانه‌های این اختلال عبارت بودند از شکایت‌هایی چون حملات صرع مانند، همه نوع درد در قسمت‌های مختلف بدن، لالی حنجره‌ای، سردرد‌ها، سرگیجه، کوری، فلج، لنگی، بیحالی و مالیخولیا. یونانیان معتقد بودند که همه این

مشکلات از یک منبع واحد می شوند : سرگردانی رحم. واژه یونانی برای رحم، hystera است، و یونانیان به قدری اطمینان داشتند که رحم مسئول این مشکلات است که کل این اختلال را هیستری نامیدند. گالن مشاهده کرد که نشانه های هیستری در مردان هم وجود دارد و هم در مردان و هم در زنان بعد از دوره های پرهیز جنسی بوجود می آید، بنابراین او معتقد بود که هیستری مبنای جنسی دارد، برداشتی که امروز وسیعاً پذیرفته شده است.

با پیشرفت پزشکی نوین، پزشکان متعدد دیوانگی را به صورت نوعی دیوانگی در نظر گرفتند که مانند بیماری جسمانی پذیرای همان نوع درمان هاست. مسهل ها، خون گیری و استفراغ اجباری، درمان های قرن هفدهم و هجدهم بودند و این ها را هم برای افراد ضعیف و هم دیوانه بکار می بردند.

مسمر که هم نابغه و هم شاید خوانده شده است معتقد بود که بسیاری از بیماری ها، از صرع گرفته تا هیستری، در اثر ممانعت از جریان نوعی جوهر نادیدنی و نامحسوس به وجود می آیند که او ابتدا آن را مایع مغناطیسی جهانی و بعداً مغناطیس حیوانی^۱ نامید. در حالی که جستجو برای مایع مغناطیسی فرآر به بن بست رسید و سرانجام از آن دست کشیدند، مداوایی که از مسمریسم بدست آمدند همچنان مورد علاقه بودند. فرایندی که مسمریسم نامیده شده بود تغییر نام یافت و به هیپنوتیزم^۲ مشهور شد. چهره برجسته در مطالعه علمی هیپنوتیزم، ژان مارتین شارکو بود (۱۸۲۵-۱۸۹۳). شارکو را دانشمندی درجه یک، برجسته ترین عصب شناس قرن نوزدهم و استاد با ابهت و بسیار ترسناک می دانستند، به طوری که این ویژگی آخر باعث تباهی علمی او شد. شارکو به تعداد زیادی از عصب شناسان و روان پزشکان آموزش داد که زیگموند فروید، پدر روانکاوی نیز در بین آنها بود. فروید علت های روان زاد را منشأ دیوانگی می دانست. فکر و دلبستگی بالینی فروید، در سراسر زندگی او صرف انرژی روانی شد.

طبق نظریه فروید افراد از تولد تا بالیدگی چهار مرحله همپوش رشد روانی- جنسی^۳ را طی می کنند : مراحل دهانی^۴، مقعدی^۵، آلتی^۶، نهفتگی^۷ و تناسلی^۸. روان کاوان، این نوع بالیدگی را روانی- جنسی می خوانند زیرا بر روابط بین ذهن و لذت تاکید دارد.

جدول ۲. مراحل رشد روانی- جنسی

شماره	مرحله	سن (سال)	نواحی شهوتزا	حل تعارض
۱	دهانی	۰-۲	دهان و زبان	اعتماد
۲	مقعدی	۲-۴	ناحیه مقعد	خودمختاری
۳	آلتی	۳-۶	اندام های تناسلی	همانند سازی با والد همجنس
۴	نهفتگی	۶-۱۲	(غیر جنسی)	تسط اجتماعی و مهارت های شناختی
۵	تناسلی	۱۳-	روابط دگر جنس خواه	عشق و شایستگی در کار

¹ Animal magnetism

² Hypnotism

³ Psychosexual

⁴ Oral

⁵ Anal

⁶ Phallic

⁷ latency

⁸ Genital

فروید سه نوع اضطراب را مشخص کرد که هر یک از آنها از منبع متفاوت خطر پی برده شده ناشی می شوند. **اضطراب واقع بینانه**^۱ از این انتظار ناشی می شود که رویداد های دنیای واقعی می توانند برای خود زیان بخش باشند. معمولاً منظور از ترس، همین نوع اضطراب است. **اضطراب روان رنجور** از این احتمال ناشی می شود که شخص تسلیم تکانه هایش شود، بویژه تکانه های ناهشیار جنسی و پر خاشگرا نه. میل ناهشیار به شکست دادن کسی که سرنوشت مهمی را کنترل می کند مثل پدر، کارفرما یا عاشق، می تواند اضطراب روان رنجورانه را به بار آورد. سر اجام اینکه **وجدان** یا **اضطراب اخلاقی**^۲ زمانی ایجاد می شود که شخص پیش بینی می کند رفتار او معیار های شخصی وی را نقض خواهد کرد، یا زمانی که آن رفتار، در واقع آن معیار ها را زیر پا گذاشته است.

نظریه روان شناسی نوین به **اینتروکوسم** می پردازد، یعنی فضای روان شناختی ذهنی پهنور در درون هر یک از ما که مخزن تجربه شخصی است. خود با تمام مفاهیم آن بویژه به شیوه هایی که پدیدار می شود تجربه می شود، و اغلب درگیر می شود و از خود دفاع می کند، برای تدوین های نظریه اینتروکوسم بسیار اهمیت دارد. سه جنبه خود که به صورت متوالی پدیدار می شوند و اهمیت ویژه ای برای نظریه روان پوشی دارند عبارتند از خود هسته ای، خود ذهنی، و خود کلامی.

جدول ۳. نظریه خود

شماره	خود	سن	ویژگی ها	مشکلات احتمالی
۱	خود هسته ای	۶-۲ ماهگی	نفوذ/کنترل، وحدت شخصی، هیجان ها، تاریخچه شخصی	حس نفوذ و کنترل مکن است ناپود شود.
۲	خود ذهنی	۹-۷ ماهگی	تشخیص دادن دیگران، سهیم شدن در توجه، انتقال دادن تصمیم ها	ممکن است اختلالات به قطع تماس با خود و دیگران بینجامد.
۳	خود کلامی	۱۵-۱۸ ماهگی	استفاده از نماد ها و زبان برای انتقال دادن افکار خاص	ممکن است خود کاذب پرورش یابد.

افراد با اهمیتی که برای انسجام شخصیت، حمایت فراهم می آورند، **خود- اشیاء** نامیده می شوند، افراد و اشیایی که هر یک از ما برای اینکه کارکرد شخصیت مان را در سطح بهینه نگه داریم، بدانها محتاجیم. مفهوم خود- اشیاء، بر اهمیت محیط برای کارکرد بهینه شخصیت تاکید دارد.

روش هایی را که ذهن بوسیله آنها، رویداد های روانی دردناک را تغییر می دهد، **راهبرد های کنار آمدن** یا **مکانیزم های دفاعی** می خوانیم.

سرکوبی^۳: اساسی ترین و متداول ترین روش ها برای تغییر دادن واقعیت های روانی، سرکوبی است. داستان نویسی روسی، فنودور داستایوفسکی، در مورد سرکوبی می نویسد :

^۱ Realistic anxiety

^۲ Moral anxiety

^۳ Repression

هرکسی خاطراتی دارد که نمی تواند غیر از دوستانش آنها را برای کس دیگری تعریف کند. او افکاری در سر دارد که آنها را برای حتی دوستانش برملا نمی کند، مگر برای خودش، آن هم بصورت مخفی. اما چیزهای دیگری نیز وجود دارند که انسان می ترسد آنها را حتی به خودش بگوید، و هر آدم معقولی چند تا از این چیزها را در سرش مخفی نگه داشته است. هرچه او معقول تر باشد تعداد این چیزها در سر او بیشتر است.

سرکوبی دفاعی است که فرد بوسیله آن، افکار ناخواسته و امیال منع شده را بصورت ناهشار از ذهن می راند. دو فرایند سرکوبی را تسهیل می کنند: بازداری ذهنی و روی گردانی توجه. سرکوبی می تواند تقریباً کامل و یا ناقص باشد. شواهد نشان می دهند که این تعارض ها و خاطرات سرکوب شده بصورت ناقص هستند که نقش مهمی را در رفتار ناپهنجار ایفا می کنند.

فرافکنی: عبارت است از نسبت دادن برداشت ها و معنی ها به دیگران، و جایگزین کردن شما بجای «من». این مبنایی است که درک زبان بر آن قرار دارد. ۲ نوع فرافکنی وجود دارد: **فرافکنی همگون ساز**^۱ که نسبت دادن چیزی به دیگری است که ما کاملاً از احساس خودمان آگاهیم. این بخش از فرایند کلی اختصاص دادن سریع معانی به رویدادهاست. نوع دیگر فرافکنی، بنام **فرافکنی انکار**^۲، در فرایند کنار آمدن رایج تر است. این فرافکنی عبارت است از نسبت دادن احساس ها و تجربیاتی به دیگران که ما شخصاً داشتن آنها را انکار می کنیم و معمولاً آنها را سرکوب می کنیم.

واکنش وارونه^۳: در فرایند ویراستاری تجربه، ما می توانیم فعلی را حذف کنیم و متضاد آن را جایگزین نماییم. گاهی اوقات می گوئیم من از او متنفرم در حالی که واقعاً منظورمان این است: من او را دوست دارم. این فرایند اصلاحی واکن وارونه نامیده می شود.

جابجایی^۴: فرد با عوض کردن موضوع واقعی با موضوعی که بی ضرر تر و کمتر تهدید کننده است، هدف هیجان های خود را تصحیح می کند.

همانند سازی^۵: همانند سازی بیانگر فرایندی است که بوسیله آن ویژگی های دیگران را درونی می سازیم- افکار، ارزش ها، اطوار قالبی، مقام و قدرت آنها را. همانند سازی ضد فرافکنی است. این راهبرد بسیار متداولی برای چیره شدن بر ترس و بی کفایتی است.

انکار^۶: در حالی که سرکوبی واقعیت های درونی را از میان می برد، انکار واقعیت های بیرونی ناراحت کننده را برطرف می کند. انکار عموماً زمانی رخ می دهد که احساس امنیت و دوست داشتنی بودن ما تهدید شده باشد. این واقعیت که افراد عموماً نمی توانند دقیقاً به احساس های منفی که متوجه آنهاست پی ببرند، گواه بر آنست که فرایند انکار متداول است.

جداسازی^۷: در حالی که در سرکوبی و انکار، مولفه های عاطفی و اطلاعاتی هر دو حذف می شوند، در جداسازی فقط مولفه های عاطفی (که منابع استرس هستند) سرکوب می شوند، حال آنکه اطلاعات حفظ می شوند.

¹ Assimilative projection

² Disowning projection

³ Reaction formation

⁴ Displacement

⁵ Identification

⁶ denial

⁷ isolation

توجیه عقلی^۱: توجیه عقلی در ارتباط با انکار و جداسازی، عبارت است از سرکوب کردن مولفه هیجانی تجربه، و از نوع بیان کردن آن بصورت یک تحلیل عقلانی انتزاعی.

دلیل تراشی^۲: افراد هنگام یادآوری تجربه ها و توجیه کردن آنها، عموماً نه تنها واقعیت های تجربه، بلکه انگیزه ها را نی تجربه می کنند. دلیل تراشی فرایند نسبت دادن انگیزه های جامعه پسند به رفتار است که یک بررسی بیطرفانه آن را اثبات نخواهد کرد. مثلاً کسی که دیر به یک میهمانی میرسد و از همان اول نمی خواست که به میهمانی برود، دلایل جامعه پسندی مثل اتومبیل خراب شد می آورد. دلیل تراشی، نقش مهمی را در پرورش خودبیمار انگاری بازی می کند، که عبارت است از عقیده راسخ به اینکه شخص بیمار است یا قرار است بیمار شود در حالی که شواهد پزشکی برای آن وجود ندارد.

والایش (تصعید)^۳: والایش فرایند هدایت کردن مجدد انرژی های روانی از هدف های جامعه ناپسند به هدف های سازنده و جامعه پسند است. استعداد های عشق، کار، نوع دوستی، و حتی شوخی شامل این گونه هدایت مجدد تکانه های خام جنسی و پرخاشگرانه هستند.

راهبرد های کنار آمدن را در یک **سلسله مراتب پختگی** می توان سازمان داد که چهار سطح دارد: راهبرد های **سطح اول** کمترین پختگی را دارند و شامل راهبرد هایی می شوند که در آن واقعیت یا کاملاً جعل می شود یا به طور کامل کنار زده می شود. انکار یا تحریف صریح واقعیت بیرونی به علاوه فرافکنی هذیانی از جمله این راهبردها هستند. راهبرد های **سطح دوم** تا اندازه ای پخته ترند. آنها فرافکنی و راهبرد هایی را شامل می شوند که به خود بیمار انگاری و رفتار منفعل – پرخاشگر^۴ می انجامد. آنها همچنین برون ریزی^۵، که ابراز مستقیم تکانه های ناهشیار است (بدون آگاهی از آن تکانه ها)، و تجزیه^۶ که تغییر موقتی اما جدی احساس خود یا منش فرد به منظور اجتناب از ناراحتی هیجانی است را شامل می شوند. در **سطح سوم** مکانیزم های توجیه عقلی، جداسازی، سرکوبی و جابجایی را می یابیم - راهبردهایی که گرچه تا اندازه ای برای ما تضعیف کننده هستند، اما بسیار رایج اند. پخته ترین راهبردها، راهبرد های **سطح چهارم** هستند که همه ما در جهت آنها تلاش می کنیم. این راهبردها شامل برخورد کردن با اضطراب از طریق والایش و همراه با آن، مکانیزم های نوع دوستی، شوخ طبعی، منع هشیار و به تاخیر انداختن تکانه ها هستند.

پیشرفت درمان انسانی

در پایان قرن ۱۹ به این عقیده که با دیوانگان محبوس باید مانند حیوانات رفتار کرد، حمله شد. فیلیپ پینل اصلاح گر فرانسوی قرن هجدهم دستور داد که بیماران روانی را از غل و زنجیر آزاد کنند. پینل اصول آزادی و برابری را در مورد بیماران روانی اعمال نمی کرد. در واقع او به لزوم کنترل و اعمال زور در مراقبت روانی اعتقاد داشت، ولی او تأکید داشت برای اینکه اعمال زور موثر واقع شود، باید روان شناختی باشد نه جسمانی.

به طور خلاصه در طول قرون وسطی و رنسانس، کسانی که از پریشانی روانی رنج می بردند اغلب تسخیر شده تلقی شده و یا متهم به جادوگری می شدند. در قرن هفدهم بیمارستان ها از نهاد هایی بوجود آمدند که در اصل برای جای دادن و محبوس کردن فقرا، معلولین، محرومان و دیوانگان ایجاد شده بودند. در اواسط قرن هجدهم، به تدریج پی بردند که اختلال

¹ intellectualization

² rationalization

³ sublimation

⁴ Passive-aggressive

⁵ Acting out

⁶ dissociation

های روانی، در اصل روان شناختی هستند و با روش های روان شناختی می توان آنها را درمان کرد. در پایان قرن هجدهم، درمان های جدید و انسانی تر برای دیوانگان تدارک دیده شد.

نوشته های بقراط و گالن، اساس مدل علمی رفتار ناپهنجار را تشکیل دادند. بنجامین راش بخاطر علاقه مند کردن افراد به رویکرد علمی به اختلال های روانی، عنوان بنیان گذار روانپزشکی آمریکا را کسب کرد. تلاش های دیکس باعث شدند تا جنبش بیمارستان دولتی ایجاد شود. اهداف بشر دوستانه ای که دیکس دنبال می کرد، تاثیری ماندنی بر سیستم بهداشت روانی داشتند. طرفداران جنبش بهداشت روانی که مشهورترین آنها کلیفورد بیرس بود، اقدامات او را تا قرن ۱۹ پیش بردند.

نکاتی از DSM-5

در DSM-5 دو تعریف تجدید نظر شده از اختلال روانی ارائه شده است، اما تاکنون هیچ یک از این دو تعریف مورد پذیرش گروه کاری DSM-5 قرار نگرفته است. **در تعریف نخست** اشتین و همکاران (۲۰۱۰) اختلال روانی را به عنوان الگو یا نشانگان روان شناختی یا رفتاری که در فرد رخ می دهد مطرح می کنند. این الگو یا نشانگان منعکس کننده ی یک بدکارکردی روان شناختی زیربنایی است و پیامدهای آن ناتوانی (برای مثال تخریب در یک یا چند حوزه ی مهم از کارکرد) یا پریشانی (برای مثال یک نشانه ی دردناک) بالینی معنادار است. این نشانگان نباید پاسخی قابل انتظار به یک عامل استرس زای عمومی، فقدان (برای مثال از دست دادن فرد مورد علاقه) یا پاسخ فرهنگی تأیید شده به یک رویداد خاص باشند (برای مثال حالت های خلسه در آیین های مذهبی) و اساساً ناشی از انحراف اجتماعی یا تعارض با جامعه نیستند. **در تعریف دوم**، گروه مطالعاتی DSM-5 در زمینه ی ارزیابی اختلال و ناتوانی نیز در ملاک اول خود اختلال روانی را الگو یا نشانگان روان شناختی و رفتاری معرفی می کند که در فرد رخ می دهند. این الگو مبتنی بر نقصان یا مشکل در یک یا چند حوزه از کارکرد روانی شامل کارکرد عمومی (برای مثال هشیاری، جهت یابی، هوش یا مزاج) یا کارکردهای اختصاصی (برای مثال توجه، حافظه، هیجان، ادراک و تفکر) است، اما محدود به این حوزه ها نیست. این نشانگان نباید پاسخی قابل انتظار به یک عامل استرس زای عمومی، فقدان یا پاسخ فرهنگی تأیید شده به یک رویداد خاص باشند و اساساً ناشی از انحراف اجتماعی یا تعارض فرد با جامعه نیستند.

چهار ویژگی اصلی تعریف این اختلال طبق dsm-5: نقص هنجارهای اجتماعی، رنج، نابسامانی و معلولیت.

ارزیابی و طبقه بندی روان شناختی

شاید بتوان گفت روانپزشکی یگانه تخصص پزشکی است که در تقاطع پزشکی، روان شناسی، جامعه شناسی و فرهنگ قرار دارد. بنابراین ۴ مدل اصلی را می توان برای رویکرد روانپزشکی به بیماری های روانپزشکی در نظر گرفت:

۱- **مدل بیماری :** این مدل معتقد است که تغییرات فیزیولوژیک اساس علایم روانی را تشکیل می دهند. این مدل که با معرفی دارو های ضد روانپریشی از نیمه دوم قرن بیستم بتدریج پا گرفت، با پژوهش های نورولوژی و بخصوص تصویر برداری و آسیب شناسی مغز جا پای خود را محکم کرد و هر چند از دهه ۷۰ با معرفی دیدگاه زیستی، روانی-اجتماعی توسط جرج اینگل، نقاط ضعف آن آشکار شد، اما شاید هنوز هم مسلط ترین رویکرد در روانپزشکی امروز باشد. پیشینیان ما اختلال های روانی را با عنوان "بیماری های دماغی" خطاب میکردند که به تفهیم ماهیت این اختلال ها بیشتر کمک میکند.

۲- **مدل سایکودینامیک (روانپویشی) :** اساسا با آموزه های فروید و پس از آن یونگ و آدلر آغاز شد و در نیمه اول قرن بیستم نگرش مسلط در روانپزشکی بود. در این مدل خاستگاه علایم بالینی در ناخودآگاه و تجارب کودکی بیمار جستجو میشود و علایم بصورت نوک کوه یخی در نظر گرفته میشود که تمامی قسمت زیر آب آن همان ناخودآگاه است. این رویکرد هرچند جایگاه نخست خود را از دست داد اما همگام با پژوهش های علمی جدید متحول شد و ضمن برقراری ارتباط با زیست شناسی و جامعه شناسی، در کار بالینی هم روش های جدیدی را متناسب با نیاز های امروزی معرفی کرد.

۳- **مدل شناختی-رفتاری :** به گفته آیزنک، علایم بالینی، ناشی از عللی در ناخودآگاه نیستند، بلکه بر اساس نظریه یادگیری، علایم روان نژندانه (نوروتیک)، عادت هایی هستند که آموخته میشوند. این مدل نخست با معرفی کارهای پاولف و سپس اسکینر و واتسون در قالب رفتار گرایی شکل گرفت و در سال های بعد با کار های بک و جنبش شناختی بصورت شناختی رفتاری درآمد. امروزه این رویکرد کاربرد وسیعی در درمان انواع اختلال های روان نژندانه مثل اضطراب، وسواس، افسردگی، مشکلات جنسی، زناشویی و غیره پیدا کرده است.

۴- **مدل اجتماعی** : در این دیدگاه فرض بر این است که علل بیماری روانی ریشه در درون ذهن فرد ندارند، بلکه واکنش طبیعی در برابر رویداد های زندگی، مشکلات و فشار های اجتماعی هستند، بنابراین درمان نباید فقط در قالب فردی انجام گیرد بلکه باید معطوف به ایجاد سازگاری با اجتماع، محیط و فضای فرهنگی باشد. شاید بتوان گفت که روانپزشکی اجتماعی با کار های امیل دورکیم روی عمل اجتماعی خودکشی آغاز شده است. این دیدگاه خیلی دیر خود را وارد روانپزشکی کرد، زیرا اکثر روانپزشکان پیرو آموزه های کرپلین (مدل بیماری) یا فروید (مدل روانپویشی) بودند. اما از دهه ۷۰ به بعد، نقش عوامل اجتماعی در ایجاد یا تداوم علایم روانی مورد تاکید قرار گرفت و اهمیت بسزایی بخصوص در روانپزشکی کودکان، عود بیماری های روانپزشانه و ایجاد و تداوم بیماری های نوروتیک پیدا کرد. جالب است که با آموزش خانواده بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا و کاهش هیجان ابراز شده میزان عود اسکیزوفرنیا ۴۰٪ کمتر می شود.

ارزیابی برای دستیابی به شناخت عمیق مراجع صورت می گیرد. شیوه های ارزیابی روانی به سه فرایند تقسیم می شوند: مصاحبه، آزمون و مشاهده. مصاحبه شامل طیف وسیعی از بی ساخت تا ساخت دار را شامل می شود. مصاحبه بی ساخت به مصاحبه گر امکان می دهد تا از فوریت های زمان بهره بگیرد. این مصاحبه بسیار انعطاف پذیر است. در مصاحبه ساختار، سوال های مصاحبه گر در یک برنامه مصاحبه آماده شده اند و ممکن است در واقع خوانده شوند.

اطلاعات روان شناختی بیشتر درباره ماهیت مشکلات و ناتوانی های فرد، از آزمون روانی بدست می آید. آزمون های روانی در سه طبقه جا می گیرند : پرسشنامه های روانی، آزمون های فرافکن و آزمون های هوش. تاکنون پر مصرف ترین پرسشنامه شخصیت در ارزیابی بالینی، پرسشنامه شخصیت چند وجهی مینه سوتا (MMPI) بوده است. دو نوع از پرکاربردترین آزمون های فرافکن نیز، آزمون رورشاخ و تست اندریافت موضوع (TAT) است. اما شاید پایاترین، و برای مقاصد متعدد، معتبرترین آزمون های روانی، آزمون هایی باشند که هوش را می سنجند.

ارزیابی رفتاری عبارت است از ثبت دقیق رفتار ها و افکاری که شخص می خواهد آن را تغییر دهد. هنگامی که ارزیابی علاوه بر رفتارها، محرک هایی را شامل می شود که گمان می رود وقوع آن رفتار ها را افزایش یا کاهش می دهند، به این ارزیابی، تحلیل کارکردی می گویند.

آزمون های نوروپسیکولوژیکی به ارزیابی آسیب مغزی می پردازند که به نظر می رسد فکر و رفتار را درگیر می کند. که سه مورد از آن عبارتند از : **آزمون طرح های دیداری- حرکتی بندر** که یکی از پرمصرف ترین آزمون های نوروپسیکولوژی است که شاید دلیل آن، اجرای ساده باشد. مجموعه **آزمون های هاستید- ریتان**؛ که علاوه بر تشخیص آسیب نورولوژیکی، ماهیت آسیب و محل آن را نیز مشخص می کند، اما اجرای آن حدود ۶ ساعت طول می کشد. **آزمون های نوروپسیکولوژیکی لورا- نبراسکا**؛ این آزمون اطلاعاتی را درباره طیف وسیعی از کارکرد های روان شناختی در اختیار می گذارد. روان شناسان معتقدند که لوریا- نبراسکا می تواند آثار ضایعه مغزی را تشخیص دهد که هنوز در بررسی نورولوژیکی قابل تشخیص نیستند و اینکه لوریا- نبراسکا، کنترل سطح تحصیلات را امکان پذیر می سازد، به طوریکه فردی که تحصیلات کمی دارد، صرفا به خاطر این واقعیت نمره کمی نمی گیرد.

اولین شاخص یک وسیله ارزیابی خوب، پایایی آن است.

پنج دلیل مهم برای تشخیص دادن وجود دارد ۱- تشخیص، شکل کوتاه تر ارتباط است. ۲- چیزی را در مورد درمان می گوید. ۳- ممکن است سبب شناسی را برساند. ۴- به بررسی های علمی کمک می کند. ۵- به کسانی که شخص ثالث هزینه های خدماتی آنها را می پردازد، امکان پرداخت این خدمات را می دهد.

طبقه بندی رسمی ناهنجاری انسان، که از طبقه بندی زیستی گیاهان و حیوانات الگو گرفته بود، با فیلیپ پینل، اصلاح گر روان پزشکی آغاز شد. او اختلال های روانی را مالیخولیا، مانیا همراه با روان آشفتگی یا بدون آن، زوال عقل، و حالت کانایی تقسیم کرد. اولین نظام جامع طبقه بندی اختلال های روانی در سال ۱۸۹۶ بوسیله امیل کرائپلین بوجود آمد. او معتقد بود که اختلال های روانی مبنایی مشابه با اختلال های جسمانی دارند و باید ملاکها و شیوه های تشخیصی یکسانی را در مورد آنها به کار برد. علاوه بر این او اصرار داشت که تشخیص اختلال های روانی نیز مانند اختلال های جسمانی بر اساس نشانه ها باشد. او با الهام از این عقیده که اختلال های روانی مبنای کاملاً جسمانی دارد، ه تشخیص روانی، ویژگی تشخیص پزشکی را داد، که امروز هم این ویژگی حفظ شده است.

نظام طبقه بندی دیگری که اختصاصاً برای تشخیص مشکلات روانی طرح ریزی و در سال ۱۹۵۲ در آمریکا ساخته شد، راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (DSM) نام گرفت. این نظام اصلاح شد و در سال ۱۹۶۸ DSM-II جایگزین آن شد. طبقه بندی های تشخیصی در DSM-II بر اساس نظریه روان کاوی قرار داشتند و تشخیص هایی که از این نظام ناشی می شدند، قویاً تحت تاثیر صفات استنباطی قرار داشتند و اغلب پایایی بین تشخیص ها پایین بود. این مشکلات نیاز به یک نظام تشخیصی جدید را ایجاد می کرد که سرانجام به انتشار DSM-III در سال ۱۹۸۰ انجامید. طبقه بندی های تشخیصی در این ویرایش، بجای صفات استنباطی، مستقیماً به توصیف رفتار ها می پرداختند. با این حال، هفت سال بعد، DSM-III-R جایگزین آن شد که در سال ۱۹۸۷ منتشر شد. اما در سال ۱۹۹۴ DSM-IV جای آن را گرفت. این ویرایش بیشتر به دلیل برآورده کردن تعهد آمریکا در قبال سازمان بهداشت جهانی بوجود آمد. و سرانجام ویرایش دیگر این طبقه بندی یعنی DSM-IV-TR در سال ۲۰۰۰ چاپ شد.

دستنامه تشخیصی و آماری اختلال های روانی، متن تجدید نظر شده^۱، ویرایش چهارم (DSM-IV-TR) که در سال ۲۰۰۰ توسط انجمن روانپزشکی آمریکا منتشر شده است، نظام طبقه بندی رسمی است که توسط دست اندرکاران بهداشت روانی برای تشخیص اختلال های روانی استفاده میشود.

DSM-IV-TR حاوی ملاک های تشخیصی برای ۱۷ طبقه اصلی اختلال های روانی و متشکل از ۳۷۵ بیماری جداگانه میباشد..

در اروپا از یک نظام مشابه بنام طبقه بندی آماری بین المللی بیماری ها و مشکلات بهداشتی مرتبط (ICD) استفاده میشود. کد های عددی هر بیماری (که در گزارش ها و فرم های بیمه استفاده میشوند) در هر دو نظام ICD و DSM-IV-TR یکسان است.

ویژگی های اصلی DSM-IV-TR

A. ملاک های تشخیصی

۱. نظام تشخیصی DSM-IV-TR واجد ملاک های تشخیصی برای هر اختلال است.
۲. اگر تعداد علائم و نشانه های مآخوذ از شرح حال و معاینه ی روانی کافی باشند، میتوان به تشخیص رسید.
۳. ملاک های تشخیصی اختصاصی، پایایی تشخیص را بالا میبرند (یعنی مشاهده گران متفاوت به نتیجه یکسانی میرسند)

B. رویکرد توصیفی

¹Diagnostic and statistical manual of mental disorder

۱. DSM-IV-TR صرفاً اختلالات روانی را توصیف میکند. از نظر علل، نظریه ای را مطرح نمیکند و سبب شناسی را پوشش نمیدهد.

۲. رویکرد تشخیصی، روایی (validity) را افزایش میدهد و همان چیزی را اندازه میگیرد که قرار بوده اندازه بگیرد.

تعریف اختلال روانی

اختلال روانی یک ناخوشی است که دارای تظاهرات روانشناختی یا رفتاری بوده و با ناراحتی قابل ملاحظه و اختلال عملکرد ناشی از آشفتگی های زیست شناختی، اجتماعی، روانشناختی، ژنتیکی، جسمی و یا شیمیایی همراه است. معیار سنجش اختلالات روانی، میزان انحراف از پاره ای هنجار های طبیعی است. هر کدام از این اختلالات دارای علائم و نشانه های بارزی هستند.

علاوه بر طبقه بندی DSM-IV-TR در روانپزشکی اصطلاحات دیگری نیز برای توصیف بیماری های روانی به کار می روند که به قرار زیرند:

A. روانپریش (Psychotic): فقدان واقعیت سنجی همراه با هذیان و توهم (مثل اسکیزوفرنیا).

B. روان نژند (Neurotic): در این حالت واقعیت سنجی از میان نرفته است، اساس آن عمدتاً تعارضات درون روانی یا وقایع زندگی است که موجب بروز اضطراب میشود، علائم آن عبارتند از وسواس فکری، هراس (فوبی) و عمل وسواسی.

C. کارکردی (Functional): هیچگونه تخریب ساختمانی یا علت واضح زیست شناختی برای اختلال یافت نمی شود.

D. عضوی (Organic): بیماری به علت یک علت اختصاصی بوجود می آید که تغییرات ساختمانی در مغز ایجاد میکند، معمولاً با اختلال شناختی، دلیریوم یا دمانس همراه است (مثل بیماری پیک). در طبقه بندی DSM-IV-TR اصطلاح عضوی مورد استفاده قرار نگرفته است، چون کاربرد آن به این معنا است که بعضی از اختلالات روانی دارای ریشه های زیست شناختی نیستند، اما استفاده از این اصطلاح کماکان رایج است.

E. اولیه: هیچ علت شناخته شده ای برای آن وجود ندارد، ایدیوپاتیک نیز خوانده میشود (که مشابه اختلالات کارکردی است)

F. ثانویه: در این حالت اختلال روانی شامل تظاهر علامت دار یک اختلال سیستمیک، طبی یا مغزی است (مثل دلیریوم ناشی از بیماری های عفونی مغز).

طبقه بندی اختلالات در DSM-IV-TR

طبقه بندی اختلالات روانی می تواند از یک سو بر اساس شیوه ای که عناصر نظام (مقوله ای، ریخت، بعد) دریافت می شود و از سوی دیگر، بر مبنای ضابطه محتوایی طبقه ها (نشانه شناسی، علت شناسی، پیش آگهی) انجام گردد.

طبقه بندی مقوله ای: در مفهوم سنتی یا مقوله ای طبقه بندی، فرض بر این است که همه پدیده هایی که باید طبقه بندی شوند، می توانند در طبقه هایی کاملاً متمایز قرار گیرند. این مفهوم شامل دو اصل است:

بر حسب اولین اصل موضوع، یک مقوله یا یک طبقه بر اساس تعدادی خصیصه توصیف می شود که وجود هر یک از خصیصه ها لازم و مجموعه آنها کافی است. استلزام های این اصل موضوع در طبقه بندی بیماری های روانی به شرح زیر است:

۱- طبقات باید به خوبی توصیف شوند و آشکارا متمایز گردند (موارد مرزی کم یا هیچ باشد).

۲- اعضای یک مقوله باید متجانس باشد.

اصل موضوع دوم روابط بین مقوله ها را مد نظر قرار می دهد و بر اساس آن، زیر مقوله ها باید دارای همه خصایص مراحل بالاتر باشند.

یک روی آورد مقوله ای در مورد طبقه بندی هنگامی مناسب تر است که همه اعضای یک طبقه تشخیصی متجانس باشند: بین طبقات مرزهای مشخصی وجود داشته باشد و همچنین طبقات متفاوت واجد جنبه انحصاری باشند. پاره ای از خصایص این نوع طبقه بندی هنوز در طبقه بندی بین المللی بیماری ها (ICD) مشاهده می شود. در واقع می توان گفت که DSM و ICD بر اساس این نوع طبقه بندی تقسیم شده اند.

طبقه بندی ابعادی : در حالی که در یک نظام مقوله ای، طبقه بندی بر اساس حضور یا عدم حضور یک ویژگی انجام می شود، در یک نظام ابعادی، طبقه بندی بر مبنای کمیت یا فراوانی رگه صورت می گیرد. در واقع آنچه فرد بهنجار را از فرد نابهنجار نامتمايز می کند، این نکته نیست که مثلاً فرد بهنجار هرگز دچار توهم نمی شود، بلکه این امر است که ندرتاً و مدت زمان کوتاهی دچار توهم می شود و این توهمات باعث اختلال در زندگی وی نمی شود. اما فرد نابهنجار دچار توهمات شدیدتر و طولانی تری می شود که زندگی او را مختل می کند. بر این اساس DSM توهم و هذیان را زمانی به منزله نشانی بیماری تلقی می کند که زندگی فرد را دستخوش اختلال کرده است.

هدف طبقه بندی های ابعادی، توصیف چند بعدی یک حالت روانی یا یک فرد بر اساس یک نظام مرجع نظری عملیاتی شده (با جهت گیری های متنوع) است. در مقایسه نیمرخ ها فرد را در گروهی طبقه بندی می نمایند که نیمرخ وی بیشترین شباهت را با آن گروه نشان می دهد.

طبقه بندی ریخت شناسی : در حالی که تعلق به یک مقوله یا یک طبقه از نظام مقوله ای حضور تمام خصیصه هایی است که توصیف کننده آن مقوله است، تعلق به یک ریخت مستلزم همه خصیصه های مشخص کننده آن نیست، بلکه کافی است که فرد واجد چند رگه اصلی باشد. ریخت ها به شیوه ای شهودی و براساس مشاهده و تجربه بالینی یا براساس روش های آماری متمایز می شوند. برای تشخیص و تعیین فرد به یک ریخت از دو راهبرد « شجره تصمیم گیری » و « الگوی مقایسه نیمرخ ها » استفاده می شود. در راهبرد نخست، به حذف تدریجی تعدادی از امکانات تشخیصی که به صورت یک جدول سلسله مراتبی عرضه شده اند می پردازند تا سرانجام به بهترین تشخیص برسند.

ویژگی این نوع از طبقه بندی عبارت است از "

۱- نیازمند خصیصه های لازم و کافی به منظور توصیف یک طبقه نیست.

۲- وجود موارد مرزی را می پذیرد.

۳- طبقه ها می توانند نامتجانس باشند.

۴- ترتیب کاملاً سلسله مراتبی، الزامی نیست.

مفهوم ریخت شناسی، بیش از مفهوم مقوله ای با واقعیت بیماری شناسی سنتی مطابقت دارد. کرپلین پدر نظام های نوین تشخیص و طبقه بندی است.

ارزیابی تشخیصی در DSM TV، یک سنجش چند محوری است. که شامل پنج محور می باشد :

- ۱- محور یک، شامل اختلالات بالینی است (مثل اسکیزوفرنیا، اختلالات خلقی، جنسی، مرتبط با مواد و ...)
- ۲- محور دو، اختلالات شخصیت و عقب ماندگی های ذهنی و هم چنین مکانیسم های دفاعی را در بر می گیرد.
- ۳- محور سوم شامل وضعیت جسمانی فعلی فرد می باشد.
- ۴- محور چهار، شامل مشکلات روانی-اجتماعی و محیطی است.
- ۵- محور پنج نیز سطح کلی عملکرد فرد (GAF) را می سنجد.

به جز عقب ماندگی ذهنی مجموعه اختلال هایی که در DSM-III-R تحت عنوان اختلال هایی که معمولاً در خلال کودکی بروز می کند، در محور II قرار گرفته بود در DSM-IV به محور I انتقال داده شد.

در ادامه بطور خلاصه با اختلالاتی که در DSM ذکر شده است، آشنا می شوید و در فصل های بعد، به شرح هر یک می پردازیم.

A. اختلال هایی که معمولاً برای اولین بار در دوران نوزادی، کودکی، یا نوجوانی تشخیص داده می شوند:

۱. کم توانی ذهنی: عملکرد هوشی کم تر از متوسط و شروع قبل از ۱۰ سالگی همراه با اختلال بالیدگی و یادگیری و ناسازگاری اجتماعی؛ این اختلال را بر اساس ضریب هوشی (IQ) میتوان به انواع خفیف (۵۰-۵۵ تا ۷۰)، متوسط (۳۵-۴۰ تا ۵۵-۵۰)، شدید (۲۰-۲۵ تا ۳۵-۴۰)، و عمیق (کم تر ۲۰-۲۵) تقسیم بندی کرد.

۲. اختلال های یادگیری: نقائص بالیدگی در روند رشد همراه با اشکال در کسب مهارت های اختصاصی در زمینه ریاضیات، نوشتن و خواندن

۳. اختلال مهارت های حرکتی: اختلال در تکامل هماهنگی حرکات (اختلال هماهنگی رشدی)^۱. کودکان مبتلا به این اختلال غالباً ناهنجار بوده و حرکات ناموزونی دارند.

۴. اختلالات ارتباطی^۲: اختلال رشدی ناشی از اشکال در بیان جملات متناسب با سن (اختلال زبان بیانی)، اشکال در کاربرد و درک کلمات (اختلال زبان مختلط دریافتی-بیانی)، اشکال در تولید اصوات (اختلال آوایی) و اشکال در روان بودن، سرعت و آهنگ گفتار (لکنت زبان)

۵. اختلالات نافذ رشد: مشخصات آنها عبارتند از رفتار های اوتیستیک، رفتار نامعمول و منزوی، نابالیدگی آشکار، رشد ناکافی.

اختلالات نافذ رشد شامل انواع زیرند:

اختلال اوتیستیک یا درخود ماندگی (رفتار های قالبی که معمولاً بدون گفتار هستند)

اختلال رت (فقدان مهارت های گفتاری و حرکتی با کاهش رشد سر، معمولاً از ۵ ماهگی به بعد شروع میشود)

اختلال از هم پاشیدگی کودکی (ناتوانی در کسب مهارت های کلامی و حرکتی قبل از سن ۱۰ سالگی؛ معمولاً کودک ۲ سال اول زندگی علامتی از این اختلال ندارد)

اختلال آسپرگر (رفتار قالبی همراه با درجاتی از توانایی ارتباط و رشد کلامی مناسب)

¹Developmental coordination disorder

²Communication disorder

۶. اختلال های کمبود توجه^۱ و رفتار های ایدایی^۲: مشخصات این اختلالات عبارتند از عدم توجه، پرخاشگری مفرط، بزهکاری، ویرانگری، خصومت، و احساس طرد شدن، منفی کاری، یا تکانشگری. انواع این اختلال عبارتند از کم توجهی - بیش فعالی (کاهش فراخانی توجه، تکانشگری)، اختلال سلوک (بزهکاری)، و اختلال نافرمانی مقابله جویانه^۳ (منفی کاری).

۷. اختلالات تغذیه و غذا خوردن در دوران نوزادی و اوایل کودکی: مشخصات آن عبارتند از عادات غذا خوردن عجیب و غریب و یا نابهنجار که معمولاً در دوران کودکی و نوجوانی شروع شده و تا بزرگسالی ادامه می یابد. انواع آن عبارتند از هرزه خواری^۴ (خوردن مواد غیر خوراکی) و اختلال نشخوار^۵ (برگشت غذا از معده یا جویدن مجدد آن)

۸. اختلالات تیک: به صورت ادای اصوات یا حرکات ناگهانی، غیر ارادی، راجعه و قالبی مشخص میشوند. انواع آن عبارتند از اختلال توره (تیک صوتی و هرزه گویی^۶)، اختلال تیک صوتی یا حرکتی مزمن و اختلال تیک گذرا.

۹. اختلالات دفعی^۷: ناتوانی در حفظ کنترل مدفوع (بی اختیاری مدفوع^۸)، که معمولاً از ۴ سالگی به بعد شروع می شود (یا ادرار (بی اختیاری ادرار^۹)، که معمولاً از ۵ سالگی به بعد شروع می شود) به علت نابالیدگی فیزیولوژیکی یا روان شناختی.

۱۰. سایر اختلالات دوران نوزادی، کودکی یا نوجوانی. شامل موتیسم یا گنگی انتخابی (امتناع ارادی از صحبت کردن)، اختلال دلبستگی واکنشی نوزادی یا اوایل کودکی (اختلال شدید در توانایی برقراری ارتباط که قبل از ۵ سالگی شروع میشود)، اختلال حرکت قالبی (مکیدن انگشت شصت، کوبیدن سر، ناخن جویدن، کندن پوست) و اختلال اضطراب جدایی^{۱۰} (که به علت بروز اضطراب قادر به جدا شدن از محیط خانواده نیست مانند امتناع از رفتن به مدرسه).

B. دلیریوم، دمانس و اختلال نسیانی و سایر اختلال های شناختی: مشخصات این اختلالات عبارتند از تغییر در ساختمان و عملکرد مغز که موجب اختلال عملکرد های یادگیری، موقعیت سنجی، قضاوت، حافظه و هوش می شوند.

۱. دلیریوم (روان آشفتگی): مشخصات بارز آن سردرگمی (کنفوزیون) و تغییرات شناختی کوتاه مدت است و بدلیل یک بیماری عمومی طبی (مثل عفونت)، مصرف مواد (نظیر کوکائین، اپیوئید ها، فن سیکلیدین) و یا علل متعدد (مثل ضربه سر و بیماری کلیوی) رخ میدهد. دلیریوم نامعین (NOS) ممکن است به علل دیگری نیز ایجاد شود (مثل محرومیت از خواب)

۲. دمانس (زوال عقل): ویژگی های آن شامل اختلال شدید در حافظه، قضاوت، موقعیت سنجی و شناخت هستند: دمانس نوع آلزایمر معمولاً در افراد مسن تر از ۶۵ سال رخ میدهد و تظاهرات آن عبارتند از اختلال پیشرونده موقعیت سنجی و دمانس، هذیان و یا افسردگی.

¹Attention-deficit

²Disruptiv behavior

³Oppositional defiant

⁴pica

⁵Rumination disorder

⁶Coprolalia

⁷Elimination disorder

⁸encopresis

⁹enuresis

¹⁰Separation anxiety disorder

دمانس عروقی که به دلیل ترومبوز عروقی یا خونریزی رخ میدهد.

دمانس ناشی از سایر بیماری های طبی مثل بیماری ناشی از ویروس HIV، ضربه به سر. **گروه متفرقه** - بیماری پیک، بیماری کروتزفلد-ژاکوب (ناشی از یک پروتئین جهت یافته بنام پریون). همچنین ممکن است بوسیله سموم یا داروها نیز ایجاد شوند.

۳. اختلال نسیانی^۱ (فراموشی، یاد زدودگی): با اختلال حافظه و فراموشی مشخص میشود و دلایل آن عبارتند از مشکلات طبی (هیپوکسی)، سموم، یا مصرف مواد مثل ماری جوانا و دیازپام.

C. اختلال های روانی ناشی از مشکلات عمومی طبی: شامل علایم و نشانه های اختلالات روانپزشکی هستند که مستقیماً بدلیل بیماری های طبی رخ می دهند. شامل اختلالات همراه سیفلیس، آنسفالیت، آبه ها، بیماری های قلبی عروقی یا ضربه و بویژه نئوپلاسم های داخل جمجمه، اختلالات اندوکراین، پلاگر، آویتامینوز، عفونت سیستمیک (مثل تیفوئید، مالاریا) و بیماری های دژنراتیو CNS (مثل اسکروز مولتیپل یا ام.اس). ممکن است موجب بروز **اختلال کاتاتونیک** (مثل عدم تحرک ناشی از سکتة مغزی) یا **تغییر شخصیت** (مثل تغییرات ناشی از تومور مغزی) شود.

همچنین ممکن است باعث ایجاد دلیریوم، دمانس، اختلال نسیانی، اختلال روانپریشی، اختلال خلقی، اختلال اضطرابی، اختلال عملکرد جنسی و اختلال خواب گردد.

D. اختلال های مرتبط با مواد

۱. اختلال های مصرف مواد: به معنی وابستگی^۲ یا سوءمصرف^۳ هرگونه داروی روانگردان است (که قبلاً اعتیاد دارویی خوانده می شد). شامل بیمارانی می شود که به داروهایی نظیر الکل، نیکوتین و کافئین اعتیاد یا وابستگی دارند. وابستگی ممکن است به مواد افیونی (مثل تریاک، آلکالوئید های تریاک، و ضد درد های صناعی با اثرات مورفینی). مواد توهم زا (مثل LSD). فن سیکلیدین، خواب آورها، مسکن ها، یا ضد اضطراب ها. کوکائین، کانابیس (حشیش، ماری جوانا). آمفتامین ها و دارو های استنشاقی نیز ایجاد شود.

۲. اختلال های ناشی از مواد^۴: دارو های روان گردان و برخی مواد دیگر می توانند موجب بروز سندرم های مسمومیت و ترک شده و یا باعث ایجاد دلیریوم، دمانس پایدار، اختلال نسیانی پایدار، اختلال روانپریشی، اختلال خلقی، اختلال اضطرابی، اختلال عملکرد جنسی، و اختلال خواب گردند.

۳. اختلال های مربوط به الکل: زیر گروهی از اختلال های مربوط به مصرف مواد است که عبارتند از مسمومیت با الکل (مستی معمولی)؛ دلیریوم مستی (به دلیل نوشیدن الکل به مدت چند روز)؛ دلیریوم ترک الکل (که **دلیریوم ترمنس** نیز خوانده میشود DTS)؛ **اختلال روانپریشی ناشی از الکل** (شامل توهم زدگی الکلی است و وجه افتراق آن از دلیریوم ترمنس عدم وجود اشکال در وضعیت هوشیاری می باشد)؛ **اختلال نسیانی پایدار ناشی از الکل** (سندرم کورساکف - اغلب پیش از آن، آنسفالوپاتی ورنیکه رخ می دهد که شامل اشکالات عصبی به صورت آتاکسی: اختلال در راه رفتن، افتالموپلژی، و کنفوزیون (سردرگمی) است. البته ممکن است دو اختلال مذکور همزمان رخ دهند) [سندرم ورنیکه کورساکف]؛ و **دمانس**

¹Amnestic disorder

²dependency

³abuse

⁴Substance-induced disorder

پایدار ناشی از مصرف الکل (وجود نقائص شناختی متعدد وجه افتراق آن از سندرم کورساکف است). اختلال خلقی، اختلال اضطرابی و اختلال خواب نیز ممکن است در اثر مصرف الکل ایجاد شوند.

E. اسکیزوفرنیا^۱ (روان گسیختگی) و سایر اختلالات روان پریشی (پسیکوتیک). این گروه اختلالاتی را در بر میگیرد که با آشفتگی تفکر و تفسیر نادرست واقعیت ها تظاهر کرده و اغلب با هذیان و توهم همراه هستند.

۱. اسکیزوفرنیا: مشخصات این اختلال عبارتند از تغییر در عواطف (دوسوگرایی^۲، و پاسخدهی نامناسب و محدود، از بین رفتن همدلی با دیگران)، رفتارها (کناره گیری^۳، پرخاشگری، رفتار های عجیب و غریب) و تفکرات (تحریف واقعیات، که گاهی با هذیان و توهم همراه است). اسکیزوفرنیا به ۵ نوع مختلف تقسیم میشود: الف. نوع آشفته (هبه فرنیک) - آشفتگی فکر، خنده بی مورد، عواطف نامتناسب و سطحی، رفتار های احمقانه، پسرقت (regression) و اطوار قالبی (mannerism)، شکایت های شایع جسمی، و گاهی هذیان ها و توهمات گذرا و سازمان نیافته؛ ب. نوع کاتاتونیک - نوع برآشفته این اختلال، فعالیت های حرکتی مفرط و گاهی خشن مشاهده میشود. مشخصات نوع کناره گیر این اختلال عبارتند از بازداری عمومی رفتار ها، بهت، موتیسم، منفی کاری، انعطاف مومی و در بعضی موارد، حالت نباتی؛ ج. نوع پارانوئید - نوعی از اسکیزوفرنی است که با هزین های گزند و آسیب یا خود بزرگ بینی و گاهی با توهمات و دینداری مفرط مشخص میشود و بیمار مبتلا غالبا حالت خصمانه و پرخاشگری دارد.

د. نوع تمایز نیافته - که جزء هیچ یک از ۳ نوع ذکر شده نیست و با رفتار آشفته و هذیان ها و توهمات واضح همراه است

ه. نوع باقیه ای^۴ - در این حالت پس از بروز یک حمله روانپریشی اسکیزوفرنیک، برخی از نشانه های اسکیزوفرنی باقی می ماند، در حالی که علایم و نشانه های روانپریشی از میان می روند. (اختلال افسردگی متعاقب روانپریشی اسکیزوفرنی ممکن است در طی مرحله باقیه ای رخ دهد).

۲. اختلال هذیانی: نوعی اختلال روانپریشی است که با هذیان های پایدار همراه است (مثل هذیان های جنون عشقی^۵، خودبزرگ بینی^۶، حسادت، گزند و آسیب^۷، جسمی^۸ و غیر اختصاصی). این یک اختلال نادر است که با بروز تدریجی یک نظام هذیانی مبسوط همراه با تفکرات خود بزرگ بینی مشخص میگردد؛ این اختلال یک سیر مزمن دارد؛ بقیه ابعاد شخصیتی این بیماران سالم باقی می ماند.

۳. اختلال روانپریشی گذرا: نوعی اختلال روانپریشی است که کمتر از ۴ هفته طول کشیده و بوسیله یک عامل فشار روانی خارجی ایجاد می شود.

۴. اختلال شبه اسکیزوفرنی (اسکیزوفرنی فرم): همه علایم و نشانه های آن شبیه به اسکیزوفرنی است و با هذیان و توهم و گسستگی^۹ همراه است، اما کمتر از ۶ ماه طول میکشد.

¹schizophrenia

²ambivalent

³withdrawn

⁴residual

⁵erotomaniac

⁶grandios

⁷persecutory

⁸somatic

⁹incoherence

۵. اختلال اسکیزوافکتیو: با مجموعه ای از علایم اسکیزوفرنی و سرخوشی تشدید شده (نوع دو قطبی) یا افسردگی مشخص میشود.

۶. اختلال روانپریشی اشتراکی: در این اختلال، هذیان مشابهی در دو نفر ایجاد می شود که یکی از آنها هوش کمتری داشته و یا به دیگری وابسته است (تحت عنوان اختلال هذیان اشتراکی یا جنون دو تایی^۱ نیز نامیده میشود)

۷. اختلال روانپریشی ناشی از مصرف مواد: شامل علایم روانپریشی است که در اثر مصرف داروهای روان گردانیا مواد دیگر بوجود می آید.

۸. اختلال روانپریشی ناشی از مشکلات طبی عمومی: شامل توهمات یا هذیان هایی است که به علت بیماری های طبی بوجود می آیند (مثل صرع لوب گیجگاهی، آویتامینوز، یا مننژیت)

۹. اختلال روانپریشی نامعین (NOS): روانپریشی نا معمول یا آتیپیک نیز خوانده می شود.

شامل ویژگی های روانپریشانه مربوط به مسائل زیر است : الف. یک فرهنگ خاص ب. یک زمان یا واقعه مشخص (روانپریشی پس از زایمان که ۴۸ تا ۷۲ ساعت پس از زایمان رخ می دهد؛ ج. یک مجموعه منحصر به فرد از علایم (مثل سندرم کاپگراس - بیماران مبتلا فکر میکنند که یک همزاد دارند)

E. اختلالات خلقی: (که قبلا اختلالات عاطفی نامیده می شدند). با تغییریدر خلق مثل افسردگی، مشخص میشود که زندگی روانی فرد را تحت تاثیر قرار داده و سبب کاهش عملکرد وی میشود. اختلالات خلقی ممکن است در نتیجه یک مشکل طبی و یا مصرف مواد یا داروها (داروهای ضد سرطان، رزپین) به وجود بیایند.

۱. اختلالات دو قطبی: به صورت نوسانات شدید خلقی بین حالات افسردگی و سرخوشی مشخص می شود که با دوره های بهبود و عود همراه است.

دو قطبی I- شیدایی (مانیا) تمام عیار یا حالت مختلط که معمولا با دوره های افسردگی اساسی (ماژور) همراه است.

دو قطبی II- دوره های افسردگی اساسی و هیپومانی (که شدت کمتری از مانیا دارد)؛ اختلال خلق ادواری^۲ - نوعی از اختلال دو قطبی با شدتی کمتر است.

۲. اختلالات افسردگی. اختلال افسردگی اساسی : خلق شدیدا افسرده، کندی روانی و حرکتی، دلوایی، احساس ناراحتی، سرگشتگی^۳، سراسیمگی^۴، احساس گناه، افکار خودکشی، که معمولا عود کننده هستند.

اختلال افسرده خویی^۵: شکل خفیف تری از افسردگی است که معمولا به علت فقدان یا یک حادثه مشخص رخ میدهد (و به آن روان نژندی افسردگی نیز گفته میشود)

افسردگی پس زایمانی: طی مدت یک ماه پس از تولد نوزد رخ میدهد.

¹Foli a deux

²Cyclothymic disorder

³perplexity

⁴agitation

⁵Dysthymic disorder

افسردگی با الکوی فصلی: (که اختلال عاطفی فصلی نیز نامیده میشود؛ SAD) و اکثرا در طی ماه های فصل زمستان به وقوع می پیوندد.

G. اختلالات اضطرابی: وجه مشخصه این اختلالات، یا یک اضطراب فراگیر و پایدار است (اختلال اضطرابی فراگیر یا تعمیم یافته) یا اضطرابی است که غالبا تا حد حمله پانیک (اختلال وحشتزدگی یا هول^۱) و ترس از خروج از منزل (گذر هراسی^۲) پیشرفت میکند؛ و یا ترس از وضعیت ها و اشیای خاص (هراس اختصاصی) یا ترس از انجام کار یا صحبت کردن در حضور دیگران (جمع هراسی یا فوبی اجتماعی)؛ و مزاحمت و نفوذ غیر ارادی و پایدار افکار، تمایلات، کشش ها، و یا کنش ها (اختلال وسواسی جبری).

انواع این اختلالات عبارتند از **اختلال استرس پس از سانحه**^۳ - متعاقب فشار های روانی بیش از حد و غیر معمول (نظیر جنگ و یا تجاوز) رخ می دهد و مشخصات آن عبارتند از اضطراب، کابوس های شبانه، بی قراری و گاهی افسردگی؛

اختلال استرس حاد: مشابه اختلال استرس پس از سانحه است ولی حداکثر چهار هفته طول می کشد. این اختلال همچنین ممکن است به دلایل زیر ایجاد میشود: مشکلات طبی مثل پرکاری تیروئید و مصرف مواد.

H. اختلالات شبه جسمی^۴: با اشتغال ذهنی در مورد بدن و ترس از بیماری مشخص می شود. انواع آن عبارتند از اختلال جسمانی سازی - شکایت های جسمانی متعدد بون آسیب شناسی عضوی.

اختلال تبدیلی^۵ (که قبلا هیستری یا سندرم بریکه نامیده می شد) - که در آن حس های خاص یا دستگاه اعصاب ارادی، تحت تاثیر قرار گرفته و فرد احساس نابینایی، ناشنوایی، فقدان حس بویایی، بی حسی، پارسازی، فلج، آتاکسی، آکینزی، یا دیس کینزی می نماید؛ بیماران غالبا فاقد احساس نگرانی متناسب با مشکل خود هستند (بی تفاوتی زیبا^۶) و ممکن است از داشتن این مشکل نفعی ببرند.

خود بیمار انگاری (روان نژندی خود بیمار انگاری) - با اشتغال ذهنی درباره بدن و ترس مداوم از بیماری های فرضی مشخص میشود.

اختلال درد - اشتغال ذهنی درباره درد که عوامل روان شناختی در آن نقش دارند.

اختلال بدریخت انگاری بدن^۷ - نگرانی غیر واقع بینانه در باره بد شکلی قسمتی از بدن.

I. اختلالات ساختگی^۸: ویژگی این اختلال عبارتند از بروز عمدی یا تظاهر به علایم روان شناختی یا علایم جسمی و یا هر دوی آنها، به منظور تظاهر به بیماری (سندرم مونشهاوزن نیز خوانده می شود)

J. اختلالات تجزیه ای: با تغییر گذرا و ناگهانی در هشیاری یا هویت مشخص می شود.

فراموشی تجزیه ای (روانزاد) - از بین رفتن حافظه بدون علت عضوی.

¹Panic disorder

²agoraphobia

³Posttraumatic stress disorder

⁴somatoform

⁵Conversion disorder

⁶La belle indifference

⁷Body dysmorphic disorder

⁸Factitious disorder

گریز مرضی^۱ تجزیه ای (روانزاد) - سرگردانی و فرار بدون توجیه از منزل.

اختلال هویت تجزیه ای (اختلال شخصیت چندگانه) - شخص دارای دو یا چند هویت مجزاست.

اختلال مسخ شخصیت^۲ و مسخ واقعیت - احساس غیر واقعی بودن خود (مثلا شخص انگار از بیرون به بدن خود می نگرد) و غیر واقعی بودن محیط.

K. اختلالات جنسی و هویت جنسی: شامل انحراف های جنسی (پارافیلیا ها)، اختلالات هویت جنسی و اختلالات هویت جنسی (کژکاری های جنسی می باشد). در پارافیلیا ها تمایلات جنسی فرد عمدتا معطوف به اشیاست و نه افراد؛ و یا به اعمال جنسی تمایل دارند که معمولا با مقربیت همراه نیستند و یا اینکه شخص تمایل دارد مقاربت جنسی را در شرایط غیر معمول و عجیب و غریب انجام دهد. انواع آن عبارتند از عورت نمایی، یادگار خواهی^۳، مالش دوستی، بچه بازی^۴، آزار خواهی جنسی، آزارگری جنسی، یادگار خواهی با مبدل پوشی (پوشیدن لباس های جنس مخالف) و تماشاگری جنسی.

کژکاری های جنسی نیز مشتملند بر اختلالات تمایل (اختلال کمبود میل جنسی، اختلال بیزاری جنسی)، اختلالات انگیختگی (مثل اختلال نعوظی)، اختلال ارگاسم (مثل زود انزالی یا تاخیر در انزال)، و درد جنسی (مقاربت دردناک یا واژینوسموس).

کژکاری های جنسی ممکن است در نتیجه مشکلات طبی یا سوء مصرف مواد ایجاد شوند.

اختلالات هویت جنسی (مثل دگر جنس پنداری) با ناخشنودی مداوم از جنسیت زیستی و تمایل به از دست دادن ویژگی های جنسی فرد (مثل اخته شدن) مشخص می شوند.

L. اختلالات خوردن: با تغییرات واضح در رفتار های غذا خوردن مشخص می شود. انواع آن عبارتند از بی اشتهایی عصبی^۵ (کاهش

وزن بدن، اجتناب از غذا خوردن) و پر اشتهایی عصبی^۶ (پر خوری با یا بدون استفراغ)

M. اختلالات خواب: عبارتند از الف. کژ خوابی ها که شخص قادر نیست به خواب رفته و یا در خواب بماند (بی خوابی) یا زیاد می خوابد (پر خوابی)

ب. بد خوابی ها نظیر کابوس های شبانه^۷، خوابگردی، و اختلال وحشت شبانه (شخص در حالی که از وحشت بی حرکت شده است از خواب بیدار می شود)

نارکولپسی (حملات خواب همراه با از بین رفتن قوام عضلات؛ کاتاپلکسی)؛ اختلالات خواب مربوط به تنفس (خروپف، آپنه)؛ اختلال چرخه های شبانه روزی (خواب آلودگی در طول روز، درنگ جت).

¹fugue

²depersonalization

³fetishism

⁴pedophilia

⁵Anorexia nervosa

⁶Bulimia nervosa

⁷nightmares

اختلالات خواب همچنین ممکن است به علت بیماری های طبی (مثل بیماری پارکینسون) و سوءمصرف مواد ایجاد شوند.

N. اختلالات کنترل تکانه که در جای دیگر طبقه بندی نشده اند: شامل اختلالاتی است که در آن ها فرد قادر به کنترل تکانه های خود نبوده و کنش نمایی میکند. این اختلالات عبارتند از اختلال انفجار ادواری، جنون دزدی^۱، جنون آتش افروزی^۲، وسواس کندن مو^۳، و قمار بازی مرضی

O. اختلال سازگاری: واکنش غیر انطباقی به یک فشار روانی کاملاً مشخص و تعریف شده است. بر حسب علایم به زیر گروه هایی تقسیم میشود: اختلال همراه با اضطراب، خلق افسرده و یا ترکیبی از این دو، اختلال سلوک و اختلال مرکب هیجانات و سلوک.

P. اختلال شخصیت: وجه مشخصه این اختلال وجود الگوهای رفتاری ناسازگارانه ای است که عمیقاً ریشه دار بوده و عموماً در تمام طول عمر باقی می ماند. این الگوهای رفتاری را معمولاً میتوان در دوران نوجوانی یا قبل از آن تشخیص داد.

۱. اختلال شخصیت پارانویید: مشخصات آن عبارتند از سوء ظن های بی مورد، حساسیت مفرط، حسادت، غبطه، انعطاف ناپذیری، مهم دانستن افراطی خویشان و تمایل به مقصر دانستن و نسبت دادن انگیزه های خصمانه به دیگران.

۲. اختلال شخصیت اسکیزوئید: مشخصات آن عبارتند از حساسیت مفرط، انزوا طلبی و عدم علاقه به ارتباط با دیگران، خودداری از ارتباط نزدیک یا رقابت با دیگران، نامتعارف بودن، از دست ندادن ظرفیت تشخیص واقعیت، رویای روزانه، عدم توانایی ابراز خصومت و پرخاشگری.

۳. اختلال شخصیت اسکیزوتایپی: مشابه اختلال اسکیزوئید است ولی شخص توانایی واقعیت سنجی خود را تا حدی از دست داده و باور های غیر عادی و عجیب و غریب دارد و دچارگیری و کناره گیری می شود.

۴. اختلال شخصیت وسواسی جبری: با نگرانی بیش از حد در مورد هم‌نوا شدن با دیگران و رعایت موازین وجدانی مشخص می گردد. بیماران مبتلا ممکن است دچار انعطاف ناپذیری، وظیفه شناسی مفرط، فرمانبرداری بیش از حد، مهار بیش از حد، و ناتوانی در حفظ آرامش باشد. (سه P- وقت شناس^۴، خسیس^۵، دقیق^۶)

۵. اختلال شخصیت نمایشی (هیستریونیک): مشخصات آن عبارتند از عدم ثبات هیجانی، تحریک پذیری، واکنش افراطی، تکبر، نابالیدگی، وابستگی، و ابراز نمایشی خود به منظور جلب توجه دیگران و اغواگری.

۶. اختلال شخصیت دوری گزین یا اضطرابی: وجوه مشخصه آن عبارتند از کاهش میزان انرژی، خستگی پذیری زودرس، فقدان شور و شوق، عدم توانایی لذت بردن از زندگی، و حساسیت مفرط به فشار های روانی.

۷. اختلال شخصیت ضد اجتماعی: شامل افرادی است که در تعارض با اجتماع قرار دارند. مبتلایان به این اختلال افرادی بی وفا، خود خواه، سنگدل، مسئولیت ناپذیر، و تکانشی بوده و توانایی احساس گناه یا درس گرفتن از تجارب خود را ندارند؛ آستانه تحمل ناکامی در این افراد پایین است و تمایل دارند تقصیر ها را به گردن دیگران بیندازند.

¹kleptomania

²pyromania

³trichotillomania

⁴punctual

⁵parsimonious

⁶precise

۸. **اختلال شخصیت خود شیفته:** ویژگی های آن عبارتند از احساسات خود بزرگ بینی، احساس خود بزرگ بینی، احساس بر خورداری از مزایای خاص، فقدان همدلی، احساس غبطه، آلت دست قرار دادن دیگران، و نیاز به توجه و تحسین.

۹. **اختلال شخصیت مرزی^۱:** مشخصات آن عبارتند از بی ثباتی، تکانشگری، آشفتگی در رفتار های جنسی، اقدام به خودکشی، رفتار های جرح خویشتن، مشکلات هویت، دوسوگرایی، و احساس بیهودگی و بی حوصلگی.

۱۰. **اختلال شخصیت وابسته:** با رفتار انفعالی و سلطه پذیر^۲ مشخص می شودغ شخص مبتلا به این اختلال به خود و توانایی های خود اعتماد ندارد و کاملاً به دیگران وابسته است.

Q. **سایر شرایطی که ممکن است از نظر بالینی مورد توجه قرار گیرند:** شامل شرایطی است که هیچ هیچ گونه اختلال روانی وجود ندارد و مشکل اصلی، روشن کردن تشخیص یا درمان است.

۱. **عوامل روانشناختی موثر بر شرایط جسمی.** شامل اختلالاتی است که با علایم فیزیکی مشخص می شوند و به علت یا تحت تاثیر عوامل هیجانی بوجود آمده اند. معمولاً یک دستگاه عضوی منفرد بدن را درگیر می کنند که تحت کنترل یا درونداد دستگاه عصبی اتونوم قرار دارند.

به عنوان نمونه میتوان از درماتیت آتوپیک، کمر درد، آسم برونشیا، هیپرتانسیون، میگرن، اولسر، کولون تحریک پذیر، و کولیت نام برد (اختلالات روان تنی^۳ نیز خوانده میشوند).

۲. **اختلالات حرکتی ناشی از داروها:** اختلالاتی هستند که به علت مصرف داروها، بویژه آنتاگونیست های گیرنده دوپامین (مثل کلرپرومازین) بوجود می آیند و عبارتند از پارکینسونیسم، سندرم نورولپتیک بد خیم (سفتی عضلانی، هیپرترمی)، دیستونی حاد(اسپاسم عضلانی)، آکاتیزیای حاد(ناآرامی)، دیس کینزی دیررس (حرکات کره ای شکل)، و ترمور وضعیتی.

۳. **مشکلات ارتباطی:** به معنی اختلالات تعاملات اجتماعی در یک واحد ارتباطی است و انواع آن عبارتند از مشکلات والد-فرزند، مشکلات با همسر یا شریک جنسی و مشکلات با خواهر یا برادر.

این مشکلات همچنین هنگامی رخ می دهند که یکی از اعضا از نظر روانی یا جسمی بیمار بوده و دیگری به همین علت دچار فشار روانی شده باشد.

۴. **مشکلات مربوط به آزار یا غفلت:** مشتمل بر آزار جسمی و جنسی کودکان و افراد بالغ.

R. **شرایط دیگری که ممکن است از نظر بالینی مورد توجه قرار گیرند:** شامل شرایطی است که مشکلات شخص آنقدر شدید نیستند که بتوان یک تشخیص روانپزشکی برای وی قائل شد، ولی درعین حال باعث اختلال عملکرد میشوند. انواع این شرایط عبارتند از رفتار ضد اجتماعی بزرگسالان و کودکان یا نوجوانان (انجام مکرر اعمال مجرمانه)، عملکرد هوشی مرزی (IQ ۷۱ تا ۸۴)، تمارض^۴ (ایجاد ارادی علایم بیماری توسط شخص)، عدم رعایت درمان، مشکلات شغلی یا تحصیلی، مشکلات مربوط به مراحل مختلف زندگی (بچه دار شدن، بیکار شدن)، داغدیدگی، افت توانایی شناختی مرتبط با سن، مشکل هویت، مشکلات دینی و معنوی، و مشکل فرهنگ پذیری.

¹borderline

²submissive

³psychosomatic

⁴malinger

5. سایر طبقات: علاوه بر طبقات تشخیصی ذکر شده، در DSM-IV-TR به طبقات دیگری از بیماری ها نیز اشاره شده است که قبل از طبقه بندی رسمی و جداگانه آنها در DSM باید مطالعه بیشتری در مورد آنها انجام شود. در مورد بعضی از این طبقات نیز اختلاف نظر وجود دارد. این اختلالات عبارتند از :

۱. اختلال پس از تکان مغزی. متعاقب ضربه به سرف مشکلاتی به صورت اختلال شناختی، سردرد، مشکلات خواب، تحریک پذیری، سرگیجه و تغییرات شخصیتی رخ می دهند.

۲. اختلال عصبی شناختی^۱ خفیف. شامل اختلالات حافظه، فهم و توجه است که در نتیجه بیماری های طبی رخ می دهد (مثل اختلالات الکترولیتی، هیپوتیروئیدی، مراحل ابتدایی مولتیپل اسکلروز).

۳. قطع مصرف کافئین. متعاقب قطع مصرف قهوه فرد دچار احساس خستگی، افسردگی، سردرد، و اضطراب می شود.

۴. اختلال افسردگی متعاقب روانپریشی در اسکیزوفرنی. یک دوره افسردگی است که ممکن است طولانی بوده و بدنبال یک بیماری اسکیزوفرنیک رخ میدهد.

۵. اختلال تباهی ساده^۲ (اسکیزوفرنی ساده). ویژگی های آن عبارتند از سلوک عجیب و غریب، ناتوانی در برآوردن نیاز های اجتماعی، کندی عاطفی، فقدان اراده، و فقر اجتماعی. هذیان ها و توهمات نیز به وضوح وجود دارند.

۶. اختلال افسردگی جزئی (مینور). اختلال راجعه افسردگی گذرا، و اختلال ملال^۳ پیش از قاعدگی. اختلال افسردگی مینور علائم خفیفی دارد مثل ناراحتی و نگرانی زیاد و علائم خفیف اتونوم (ترمور و تپش قلب). اختلال راجعه افسردگی گذرا با دوره های عود افسردگی مشخص می شود که هر کدام از آنها کم تر از دو هفته طول کشیده و با بهبود کامل خاتمه می یابند.

اختلال ملال پیش از قاعدگی یک هفته قبل از قاعدگی (در مرحله لوتئال) رخ می دهد و ویژگی های آن عبارتند از خلق افسرده، اضطراب، تحریک پذیری، خمودگی و اختلالات خواب.

۷. اختلال مرکب اضطراب - افسردگی. علائم اضطراب و افسردگی هر دو در این اختلال وجود دارند، ولی هیچ کدام بر دیگری غلبه ندارند (گاهی به این اختلال نورآستنی نیز گفته می شود).

۸. اختلال ساختگی نیابتی^۴. سندرم مونشهاوزن نیابتی هم نامیده می شود. در این اختلال والدین سعی میکنند فرزند خود را بیمار نشان دهند.

۹. اختلال خلسه تجزیه ای^۵. مشخصه آن از بین رفتن موقتی احساس هویت شخصی و آگاهی از محیط اطراف است؛ بیمار چنان عمل می کند که گویی شخصیت، روح یا نیروی دیگری جانشین او شده است.

۱۰. اختلال پرخوری^۶. گونه ای از پراشتهایی عصبی که با دوره های راجعه پرخوری بدون استفراغ عمدی و مصرف مسهل ها مشخص می شود.

¹neurocognitive

²Simple detriorative disorder

³dysphoric

⁴proxy

⁵Dissociative trance disorder

⁶Binge-eating

۱۱. اختلال شخصیت افسرده. ویژگی های آن عبارتند از بدبینی^۱، احساس عدم لذت، اندوه مزمن، و انزوا.

۱۲. اختلال شخصیت منفعل - پرخاشگر. ویژگی های آن عبارتند از یک دندگی، مسامحه کاری و ناکارآمدی عمدی که بوسیله پرخاشگری زمینه ای تشدید میشوند (اختلال شخصیت منفی کار نیز خوانده میشود).

نکته

- مطالعه اپیدمیولوژیک (همه گیری شناسی)، روی سه نوع اطلاعات تمرکز می کند: نرخ شیوع، نرخ بروز و عوامل خطر.
- شیوع^۲: درصد جمعیت برخوردار از یک اختلال در هر لحظه معین.
- بروز^۳: میزان موارد جدید اختلال در یک دوره زمانی خاص.
- ۲ نوع مطالعه طولی بر اساس نحوه شروع: آینده نگر (یا مطالعه کوهورت) و گذشته نگر (یا کنترل موردی). تحقیق آینده نگر بهتر است چون محقق روی آن کنترل بیشتری دارد.
- مشکلات یا اختلالات یا **تروژنیک**، عوارض ناخواسته و غیرعمدی روان درمانی هستند که روان درمانگر باعث بوجود آمدن آنها می شود.
- **پاتونومونیک** به یک علامت یا ویژگی زیستی یا روان شناختی اشاره دارد که از روی آن می توان فرد را مبتلا به یک اختلال روانی اعلام کرد. حضور این علامت نشان می دهد که فرد بدون هیچ شکی دچار بیماری مورد نظر است.

تغییرات DSM-5

گروه کاری DSM-5، اختلالات روانی را در ۲۰ طبقه‌ی تشخیصی شامل (به ترتیب)

۱. اختلالات عصبی - رشدی

۲. اختلالات طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک

۳. اختلالات دو قطبی و اختلالات مرتبط با آن

۴. اختلالات افسردگی

۵. اختلالات اضطرابی

۶. اختلالات وسواسی - عملی و اختلالات مرتبط با آن

۷. اختلالات مرتبط با ضربه و عوامل تنش‌زا

۸. اختلالات تجزیه‌ای

۹. اختلالات علائم بدنی

۱۰. اختلالات تغذیه و خوردن

۱۱. اختلالات دفعی

۱۲. اختلالات خواب - بیداری

¹pessimism

²prevalence

³incidence

۱۳. اختلالات کنشی جنسی

۱۴. ملال جنسی

۱۵. اختلالات رفتار ایدایی، کنترل تکانه و سلوک

۱۶. اختلالات اعتیادی و مصرف مواد

۱۷. اختلالات عصبی-شناختی

۱۸. اختلالات شخصیت

۱۹. ناپهنجاری‌های جنسی و

۲۰. سایر اختلالات قرار داده است که در ادامه جزئیات بیشتری از هر یک از این طبقات تشخیصی ارائه شده است.

وظیفه عمده کارگروه DSM-5 تمرکز بر روی ارزیابی چگونگی علایم شایعی است که جزء معیارهای تشخیصی برای اختلالات نیستند ولی شاهد حضور آنها هستیم (به طور مثال علایم بیخوابی مرضی (Insomnia) که فرد مبتلا به اسکیزوفرنیا ممکن است آن را تجربه کند). در واقع یکی از راههای پرداختن به این مسایل از طریق ارزیابیهای ابعادی (dimensional assessment) است، نکته ای که در ویرایش اخیر DSM-5 شاهد آن هستیم.

ارزیابی ابعادی علایم به متخصصین اجازه میدهد که به طور سیستماتیک بیماران را در طیف کاملی از علایم که ممکن است تجربه شوند ارزیابی کنند. به طور مثال، اطلاعات درباره خلق افسرده، سطح اضطراب، کیفیت خواب و مصرف مواد ممکن است صرف نظر از تشخیصی که بیمار دریافت کرده برای متخصصین مهم باشد. ارزیابی ابعادی به متخصصین اجازه سنجش هر دو مورد وجود و شدت علایم را به صورت "خیلی شدید"، "شدید"، "متوسط" یا "خفیف" میدهد. این رتبه بندی همچنین میتواند برای پیگیری کردن پیشرفت بیمار در درمان صورت بگیرد، که برای مثال بهبود را حتی اگر علایم به طور کامل محو نشده باشند نشان میدهد. این نوع ارزیابی میتواند شاغلین سلامت روان را برای مستند کردن تمام علایم بیماران و نه تنها آن علایمی را که به تشخیص اولیه گره خورده‌اند تشویق کند.

آشنایی با تشخیص ها در ویرایش پنجم

DSM-5 از سه بخش تشکیل شده است:

بخش ۱: مقدمه‌های بر DSM-5 است که اطلاعاتی را در مورد چگونگی استفاده از کتابچه راهنما به افراد میدهد.

بخش ۲: طبقات تشخیصی را بر اساس ساختار تجدیدنظر شده مطرح میکند.

بخش ۳: مواردی را که نیازمند تحقیقات بیشتر، قبل از استفاده از آنها به عنوان یک اختلال رسمی هستند، مشخص میکند و همچنین فرمولبندی فرهنگی، واژه نامه، اسامی افراد دخیل در تهیه DSM-5 و سایر اطلاعات را بیان میدارد.

دو تغییر عمده محتوایی در DSM-5

الف) حذف سیستم چندمحوری : DSM-5 به سمت حذف محورها گام برداشته است و به ترکیب محوره‌های I و II و III با نمادهای جداگانه برای عوامل روانی - اجتماعی (که قبلاً محور IV بود) و ناتوانی (که قبلاً روی محور V بود) پرداخته است.

ب) ترتیب فصول : DSM-5 بیست فصل دارد که فصول بر اساس ارتباطشان با یکدیگر بازسازی شده اند. در این ارتباطها مواردی چون شباهتها در آسیب پذیری بین اختلالات و ویژگیهای علایم مربوط به اختلالات لحاظ شده است. این تغییرات

همتراز با تغییرات سازمان جهانی بهداشت (WHO) و طبقه بندی بین المللی بیماریهای نسخه 11 (ICD-11) است و انتظار میرود این تغییرات، باعث تسهیل و بهبود ارتباطات بین این طبقه بندی ها شود.

اختلالاتی برای تحقیق بیشتر که در DSM-5 آمده اند: نشانگان روان پریشی سبک شده، دوره های افسردگی همراه با هیپومانی کوتاه مدت، اختلال داغدیدگی پیچیده مداوم، اختلال مصرف کافئین، اختلال بازی اینترنتی، اختلال عصبی رفتاری بدلیل مواجه با الکل قبل از تولد، اختلال رفتار خودکشی گرا، اختلال جرح خویشتن غیر خودکشی گرا. این اختلالات نیاز به تحقیق بیشتری دارند و هنوز جزء تشخیص رسمی بحساب نمی آیند.

اختلالات اضطرابی

« روان‌آزردگی » در قرن ۱۸ توسط ویلیام کولن بکار برده شد و یک اختلال عصب شناختی را که به انواع متعددی از اختلالهای رفتاری منجر می‌شد مشخص می‌کرد.

فروید اصطلاح روان‌آزردگی را به معنای دیگری به کار برد و بر این نکته تاکید کرد که این اختلال از علل جسمانی ناشی نمی‌شود، بلکه ریشه در اضطراب دارد. بدین معنا که وقتی خاطرات و امیال سرکوب شده ناهشیار کوشش می‌کنند تا به سطح هشیاری برسند، اضطراب به منزله علامت هشدار دهنده پایگاه «من» آشکار می‌شود. رفتارهای نورزی به عنوان شیوه بیان اضطراب و یا دفاع علیه آن قلمداد می‌شوند. اضطراب در افراد مختلف به گونه‌های متفاوت بیان می‌شود. عده‌ای علایم فیزیولوژیکی و عده‌ای هم برانگیختگی هیجانی. اضطراب رانمی‌توان در قلمرو آنچه تحت عنوان روان‌آزردگی مشخص می‌شود محدود کرد.

تعریف روان‌آزردگی در DSM-II : اضطراب به منزله خصیصه اصلی روان‌آزردگی‌هاست و می‌تواند به گونه‌ای مستقیم بیان شود یا آنکه ناهشیارانه و خود به خود براساس مکانیزم‌های روان‌شناختی مختلف خنثی می‌گردد. هر اختلالی که منشا اصلی آن اضطراب است، می‌تواند در طبقه اختلالهای اضطرابی قرار گیرد. گریز از انزوا یکی از رگه‌های متمایزکننده اضطراب از افسردگی است.

سه مرحله در بحرانهای اضطراب حاد : قبل از بروز بحران: افزایش تدریجی اضطراب بروز دفاع‌هایی که کودک برای مبارزه علیه آن به کار می‌بندد. در وهله بروز بحران: کودک توانایی مهار خود را از دست می‌دهد و واقعیت دگرگون می‌شود تا حدی که گاهی می‌توان بروز یک وهله توهمی را مشاهده کرد. چنین حالاتی در کودکانی بروز می‌کنند که از یک اضطراب مزمن در خلال دوره‌های دگرگونی شدید خانوادگی رنج برده‌اند. بعد از وقوع بحران: خستگی شدیدی بر وی مستولی می‌شود به جستجوی پایگاهی ایمنی بخش می‌پردازد.

اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی در جمعیت عمومی هستند و نسبت ابتلای زنان تقریباً ۲ برابر مردان است. ترس در پاسخ به خطری معلوم، بیرونی، معین یا با منشا غیرتعارضی ایجاد می‌شود. حال آن که اضطراب در پاسخ به تهدیدی پیدا می‌شود که نامعلوم، درونی و مبهم است و یا از تعارض منشا گرفته است. از منظر دیدگاه روان‌پویشی، هدف از درمان الزاماً نه حذف کامل اضطراب، بلکه افزایش تحمل فرد در برابر آن است.

سه انتقال دهنده‌ی عصبی که با اضطراب رابطه دارند عبارتند از، نوراپی‌نفرین، سروتونین و گابا. بیشتر دانسته‌های علوم اعصاب پایه درباره‌ی اضطراب از آزمایش‌هایی به دست آمده که با استفاده از نمودگار (پارادایم)های رفتاری و مواد روان‌گردان بر روی حیوانات انجام شده است. بنزودیازپین‌های کم قدرت بیش از همه در رفع علایم اختلالات اضطراب فراگیر موثرند. اما بنزودیازپین‌های پر قدرت مثل آلپرازولام در درمان اختلال مانیک تاثیر دارند. گالانین پپتیدی است که در انسان حاوی ۳۰

اسید آمینه است. ثابت شده که گالانین در تعدادی اعمال رفتاری و فیزیولوژیک از جمله یادگیری و حافظه، کنترل درد، مصرف غذا، کنترل نورواندوکراین و تنظیم قلب و عروق نقش دارد و اخیراً نقش آن در بروز اضطراب نیز مشخص شده است. توارث را یکی از عوامل زمینه‌ساز بروز اختلالات اضطرابی می‌دانند. ولی احتمالاً هیچ اختلال اضطرابی نتیجه ی مستقیم یک نابهنجاری مندلی نیست.

اختلال های اضطرابی را می توان به دو طبقه تقسیم کرد : ۱- اختلال هایی که اضطراب عملاً در آنها توسط بیمار مبتلا تجربه می شود؛ مثل فوبی، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال وحشتزدگی، و اختلال اضطراب فراگیر. در این فصل در مورد این اختلال ها بحث خواهیم کرد. ۲- اختلال هایی که اضطراب در آنها تجربه نمی شود، بلکه برای توجیه نشانه های گوناگون، استنباط می شود؛ مثل اختلال های جسمانی شکل، اختلال های تجزیه ای و اختلال وسواس فکری- عملی. قربانیان این سه نوع اختلال معمولاً احساس اضطراب نمی کنند. با وجود آنکه افراد مبتلا به وسواس فکری- عملی اغلب احساس اضطراب می کنند، ولی آنها می توانند از طریق تشریفات سریع و مکرر، از وقوع اضطراب پیشگیری کنند. ۴ عنصر اختلالات اضطرابی : انتظار خطر (عنصر شناختی)، واکنش اضطراری (عنصر بدنی)، احساس وحشت، دلهره و نگرانی (عنصر هیجانی)، و اجتناب و گریز (عنصر رفتاری).

نشانه‌های اضطراب در سطح رفتار:

(الف) خشم

(ب) تخریبگری (مانند آنچه بعد از بحران‌های خشم دیده می‌شود. پس از یک بحران تخریبگری نیز کودک شدید نیازمند است تا احساس گناهکاری خود را کاهش دهد و با پناه بردن به بزرگسال ایمنی خود را دوباره به دست آورد)

(ج) بیش‌فعالی و اختلال توجه

(د) اختلال‌های حرکت (مثل ناتوانی مهار حرکت که گاهی با خنده یا گریه توأم می‌باشند).

نشانه‌های اضطراب در سطح بدن:

(الف) شاخص‌های فیزیولوژیکی اضطراب (هر حالت هیجانی دارای یک مولفه روانی و یک مولفه بدنی است. اضطراب در کودک نیز مانند بزرگسال به تغییر ضربان قلب، افزایش فشار خون و بحران‌های تنفسی منجر می‌شود).

(ب) تظاهرات جسمانی (اختلال‌های هاضمه یعنی اختلال‌هایی که شدت آنها بر حسب موقعیت‌های مختلف می‌تواند متغیر باشد و یا هم‌زمان با رویدادهای اضطراب‌انگیز بروز کنند، بی‌اختیاری ادرار و مدفوع، بی‌اشتهایی روانی و اختلال‌های خواب می‌توانند در چهارچوب یک اضطراب مشاهده شوند). بروز مکرر وحشت‌زدگی شبانه‌گاهی معمولاً نشانه یک اضطراب گسترده است. بیدارشدن نابهنگام صبحگاهی نیز از نشانه‌های اضطراب در کودک است و درآمیختگی افسردگی و اضطراب را مطرح می‌کند. (ج) هیستری تبدیل در مواقعی که تبدیل‌های هیستریکی با نشانه‌های بازداری عقلی توأم هستند. مجاورت اضطراب و هیستری و وجود مرزهای مشترک بین آنها می‌تواند در نظر گرفته شود.

(د) خود بیمارپنداری نشان‌دهنده یک اضطراب مزمن در کودک است و تحت‌تاثیر اطرافیان شکل می‌گیرد.

در چهارچوب رفتاری‌نگری، اضطراب به منزله یک کشاننده ثانوی است که پاسخی اجتنابی را در بر می‌گیرد.

بیان اضطراب در سطح ارتباطی : ۳ نوع رفتار کودک مضطرب در سطح ارتباطی : بازداری، اجتناب، وابستگی اضطراب‌آمیز. توانایی تمرکز و قدرت حافظه بر اثر اضطراب دچار اختلال می‌شوند.

تظاهرات بالینی اضطراب بر حسب سطوح تحول:

۱- اضطراب پیش‌کلامی:

(الف) حالات اضطرابی زودرس (آن تظاهرات در سطح خواب و در سطح زندگی تنودی- وضعی - حرکتی مشاهده می‌شوند. در سطح تنودی با حالات تنش یا فزون تنودی مواجه می‌شویم و در سطح حرکتی و حرکات می‌توان شاهد نوعی از هم- پاشیدگی بود. تنود، حالت انقباض عضلانی- وضعی است که به صورت دائم در عضله زنده حضور دارد مادام که اعصاب

ارتباطی دست نخورده‌اند. جنبه ظاهری این حالت با انقباض ارادی یا برانگیخته شده متفاوت است اما از لحاظ ماهیت تفاوت ندارد.

ب) اضطراب جدایی در کودک خردسال حالت استیصال یا درماندگی کودک شیرخوار به هنگام جدایی از موضوع دلبستگی خود از هشت تا نه ماهگی به بعد پدیده‌ای بهنجار است (اشپیتز، بالبی) و گاهی بصورت خشم کاذب جلوه‌گر می‌شود.

۲- اضطراب پس از اکتساب زبان:

الف) انواع نشانه‌های اضطراب، انواع اضطراب به صورت مزمن حاد یا موقت در خلال دوره‌ی کودکی قابل مشاهده‌اند.

ب) اضطراب جدایی در کودک (اضطراب جدایی مرضی از سنین پیش‌دبستانی بروز می‌کند. مشاهدات بالینی نتوانسته‌اند به وجود ویژگی‌های شخصیتی خاص در کسانی که دچار اضطراب جدایی شده‌اند دست یابند اما در اغلب موارد، اختلال پس از یک رویداد تنیدگی‌زا بروز کرده است.

ج) اضطراب تعمیم‌یافته در کودک (معمولاً اضطراب تعمیم‌یافته به تنهایی در کودکان ۱۳ ساله و بزرگتر دیده می‌شود. درحالی که قبل از ۱۳ سالگی این اختلال همزمان با اضطراب جدایی وجود دارد. اضطراب تعمیم‌یافته در فرزندان ارشد خانواده، در خانواده‌های کم جمعیت، در طبقات اجتماعی - اقتصادی مرفه و خانواده‌های نگران پیشرفت فرزندان بیشتر دیده می‌شود.

این اختلال براساس وجود اضطراب مفرط و نگرانی مشخص می‌شود. نوع نگرانی‌های این کودکان معمولاً فراتر از سطح تحول آنهاست و به همین دلیل فزون رشدیافته به نظر می‌رسد. گاهی نشانه‌هایی مانند ناآرامی‌های مفرط حرکتی، ناخن خایی و کشیدن موهای سر خود با اضطراب تعمیم‌یافته همراهند.

در بیشتر مواقع، بزرگسالان ادراک جسمانی خود از اضطراب را با استفاده از اصطلاحات دلشوره و یا بالعکس بیحالی و وارفتگی توصیف می‌کنند.

۳- اضطراب در نوجوانی: معمولاً در خلال فرایند نوجوانی اضطراب مشاهده می‌شود.

در خلال نوجوانی می‌توان ۳ شیوه بیان اضطراب را متمایز کرد:

۱- تحریک بدنی پراکنده

۲- اضطراب روانی فراگیر مثل هراس‌های ابتدایی

۳- اضطراب به منزله «علامت محرک نشانه» که در آن «من» در مقابل یک خطر بالقوه اضطراب را بر می‌انگیزد (نظریه دوم فروید درباره اضطراب) تظاهرات شبانه اضطراب حاد به صورت کابوس‌ها و یا وحشت‌زدگی‌های شبانه‌گاهی بروز می‌کند. به منظور منطبق شدن ضوابط تشخیصی DSM-IV با ضوابط تشخیصی ICD-10 در قلمرو تحقیق طول مدت لازم برای تشخیص اختلال اضطراب جدایی از دو هفته به چهار هفته افزایش یافته است.

در DSM-IV اختلال فزون- مضطربی "دوره کودکی" (DSM-III-R) حذف شده و ضوابط آن در چهارچوب اضطراب تعمیم‌یافته دوره بزرگسالی گنجانده شده است.

موضع‌گیری‌های نظری درباره اضطراب

تبیین‌های روان-پویشی:

فروید: فروید ۳ نوع اضطراب را متمایز کرد:

۱- اضطراب واقعی: هنگام مواجه با خطرات برونی بوجود می‌آید و واکنش فطری همگانی و بهنجار است.

۲- اضطراب نوروزی: وقتی ایجاد می‌شود که والدین با شرایط پیرامونی به طور مداوم و افراطی موانعی را در راه بیان کشاننده‌های بن بوجود می‌آورند.

۳- اضطراب اخلاقی: ناشی از تنبیه‌ها و تهدیدهایی است که هنگام بیان کشاننده‌های بن اعمال می‌شوند.

در پخته‌ترین سطح، اضطراب سوپرایگو قرار دارد که آن را به احساس گناه ناشی از دست نیافتن به ملاک‌های درونی شده رفتار اخلاقی بر گرفته از والدین ارتباط می‌دهند. با مصاحبه‌ی روان‌پویشی اغلب می‌توان سطح اصلی اضطراب فرد را معلوم کرد. به اعتقاد فروید اضطراب به معنای اخص با یک خطر بیرونی مرتبط نیست بلکه ناشی از خطری درونی بامیل کشاننده- ای ناهشیاری است که فرد تحقق آن را خطرناک می‌داند و با استفاده از مکانیزم‌های دفاعی موانعی در راه بروز آن ایجاد می‌کند. این خطرها در خلال تحول روانی- جنسی فرد تغییر می‌کنند و به ترتیب زیر آشکار می‌شوند:

۱- خطر از دست دادن موضوع عشق ۲- خطر از دست دادن عشق موضوع ۳- خطر اختگی ۴- خطرهای ناشی از فرامن فروید در دو نوبت به تدوین نظریه اضطراب پرداخته است. بار اول در نخستین آثارش، اضطراب را نتیجه مستقیم سرکوب- گری دانسته که باعث می‌شود بخشی از لیبیدو بکارگرفته شود که بلافاصله تبدیل به اضطراب می‌شود. اما در نظریه دوم، سرکوبگری را ناشی از اضطراب دانسته است.

فروید عقیده دارد که اختلال‌های اضطرابی تعمیم‌یافته، ناشی از تضعیف یا از هم‌پاشیدگی مکانیزم‌های دفاعی هستند و بر این باور است که از یک سو تجربه دائم سطوح بالای اضطراب و از سوی دیگر، فقدان تجربه ناکامیها و منابع اضطرابی دارای چنین پیامدی هستند. نظریه فروید درباره هراس هم مانند اضطراب وی در دو نوبت تدوین شد. او در بازنگری خود در مورد هراس نتیجه گرفت که ترس اضطرابی در حیوان هراسی در واقع ترس از اختگی است و اضطراب باعث سرکوب‌گری می‌شود نه بالعکس.

از دیدگاه فروید در افراد مبتلا به هراس، نه تنها تضعیف یا از هم‌پاشیدگی مکانیزم‌های دفاعی مانند مبتلایان به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته مشاهده نمی‌شود بلکه بالعکس، از مکانیزم‌های دفاعی سرکوب‌گری و جابجایی به صورت مفرط سود می‌جویند.

آنافروید:

او معتقد است که هر شکل از اضطراب مشخص کننده مرحله خاصی از تحول رابطه موضوعی است. شکل‌های مختلف اضطراب :

اضطراب جدایی مشخص کننده نخستین مرحله یعنی مرحله‌ای است که با صفت همزیستی متمایز می‌شود و در آن وحدت زیست‌شناختی زوج مادر- کودک مشاهده می‌گردد.

ترس از دست دادن موضوع عشق : مرحله دوم رابطه موضوعی را متمایز می‌کند. مرحله سوم که به منزله مرحله پایداری موضوع توصیف شده: براساس ترس از دادن عشق موضوع مشخص می‌شود.

اضطراب اختگی : به مرحله احلیلی وابسته است. اضطراب، ناشی از قدرت کشاننده‌ها در مرحله ادیپی و به هنگام بلوغ مشاهده می‌گردد.

و بالاخره **اضطراب فرامنی** که سرچشمه یک اضطراب اخلاقی است در نوجوانان و بزرگسالان دیده می‌شود. به طور کلی، براساس نظر آنافروید، سطح اضطراب خیال‌بافانه کودک، با درجه تحول‌یافتگی وی مطابقت دارد. از دیدگاه آنا فروید پیش از بروز هراس‌های مبتنی بر سرکوب‌گری تعارض یا جابجایی، ترس‌هایی که **دیرینه‌ای** نامیده می‌شوند (ترس از تاریکی و تنهایی و...) در کودک وجود دارند که وابسته به آمادگی‌های فطری هستند که بین ضعف «من» تحول‌نیافته و سردرگمی کودک در برابر دریافت‌های ناشناخته‌ای است که نمی‌تواند آنها را درون‌سازی کند. این ترس‌ها به موازات تحول من و تضعیف فرافکنی و فکر سحری (باوری که بر اساس آن فکر کردن، مساوی با عمل کردن است) از بین می‌روند.

کلاین

کلاین در اغلب آثارش بر تفاوت‌های بنیادی که موضع‌گیری وی را از فروید متمایز می‌کند تاکید کرده است. او معتقد است که تعارض بین کشاننده زندگی و کشاننده مرگ انسان را از بدو تولد در معرض اضطراب قرار می‌دهد (فروید ترس از مرگ را اکتسابی می‌داند). کلاین خطری را که از فعالیت درونی غریزه مرگ به وجود می‌آید را نخستین علت اضطراب می‌داند.

کلاین می‌گوید هم اضطراب نوروژی و هم اضطراب عینی در ترسی که کودک به مناسبت «از دست دادن مادر» احساس می‌کند مشارکت دارند و بدین ترتیب اضطراب عینی را «مولد وابستگی کامل کودک به مادر به منظور ارضا نیازها و تنشهایش» می‌داند و اضطراب نوروژی را ناشی از تصورات کودک در مورد ویران ساختن مادر به وسیله برانگیختگی‌های آزارگرانه تلقی می‌کند. آنچه به خصوص موضوع کلاین را از فروید متمایز می‌کند این است که کودک شیرخوار هیچ موقعیت مخاطره‌آمیزی را که دارای علل برونی است احساس نمی‌کند. کلاین در مورد هراس هم گفته که: ترس از بلعیده شدن توسط فرامن ابتدایی ترس از اختگی است. بنابراین از دید او هراس به منزله تغییر شکل یک اضطراب است که به زودرس-ترین مراحل تحول اختصاص دارد.

او به منظور بیان رابطه کودک و مادر، به «نظریه کشاننده ثانوی» می‌پیوندد. در نخستین نظریه کشاننده‌ای، فروید کشاننده‌های جنسی و کشاننده‌های من یا صیانت ذات را اساس نظریه خود قرار می‌دهد. در حالی که مبنای نظریه کشاننده ثانویه، کشاننده زندگی و مرگ هستند. کلاین معتقد است برای درک اضطراب باید به غریزه مرگ، یعنی مفهوم پرخاشگری متوسل شد.

اشپیتز

اشپیتز نظریه «آسیب‌دیدگی ناشی از خود دوستداری» را عنوان می‌کند. اشپیتز می‌گوید در جریان سه ماه سوم سال اول زندگی است که برای نخستین بار موضوع‌های واقعی نمایان می‌شوند. در این سن است که از دست دادن این موضوع معادله کاهش «من» است. اشپیتز بر کنش هشداردهنده اضطراب و وابستگی آن با یادگیری و پیش بینی تاکید می‌کند. می‌توان نظریه او را به منزله شکل‌گیری جدیدی از نظریه فروید (اضطراب به منزله علامت محرک) دانست.

روان‌شناسی «من»

سردمداران این نظام «هارتمن، کریس و اوناشتاین» بر مفهوم از هم‌پاشیدگی مکانیزم‌های دفاعی که می‌تواند مبنای درونی یا بیرونی باشد تاکید می‌کنند و در هر مورد شدت تهدیدشدگی را بر ماهیت اضطراب حاکم می‌دانند. اضطراب خودمختار فقط گاهی ظاهر می‌شود که کنش علامت محرک با شکست روبرو شود. چنین درماندگی‌هایی همواره گذشته را از نو زنده می‌کنند.

این مولفان متمایز کردن خطر محرومیت از «موضوع عشق» را از خطر از دست دادن «عشق موضوع» بسیار مهم می‌دانند. آنها خطر از دست دادن موضوع عشق را فقط با نیازهای اکتسابی (یا نیازهای جسمانی) مرتبط دانسته و آنرا با موضوع مورد علاقه خاصی وابسته نمی‌دانند. در حالی که بالعکس براین باورند که تحول رابطه با یک موضوع مورد علاقه دوام‌دار و مشخص همزمان با تحول، امکان مقابله با خطر از دست دادن عشق موضوع حاصل می‌شود و نشان‌دهنده گامی قاطع در تحول من است.

سالیوان

سالیوان اضطراب را نتیجه انحصاری بازخورد با مادر میداند و در این میان نقشی اساسی برای یادگیری قائل است: وقتی مادر تایید می‌کند کودک خرسند است در غیر این صورت مضطرب است.

سالیوان بر «نیاز به تماس» و «نیاز به محبت» بسیار تاکید می‌کند. اما به اعتقاد او اضطراب همواره به فرایندهای تربیتی که در مورد کودک اعمال می‌شود، اعمال می‌شود. او در ایجاد اضطراب علاوه بر بازخوردهای هشیار به بازخوردهای ناهشیار والدین هم معتقد است.

به طور کلی، می‌توان گفت که نظریه‌پردازان روان‌پویشی درباره عامل اصلی به وجود آورنده اختلال اضطرابی تعمیم‌یافته بر تاثیر نخستین روابط کودک با اطرافیان صحنه می‌گذارند. به عنوان مثال **نظریه‌پردازان روابط موضوعی**: عقیده دارند که والدین بیش از حد سخت‌گیر یا فزون حمایت‌کننده، ترس از حملات موضوع‌های بد یا از دست دادن موضوع‌های خوب را در فرزندانشان گسترش می‌دهند و این اضطراب درونی‌شده می‌تواند در بزرگسالی به صورت اختلال اضطرابی تعمیم‌یافته آشکار شود. منتقدترین نماینده دیدگاه روابط موضوعی، مارگارت ماهر است. همچنین **نظریه‌پردازان خود** براین باورند که شک

والدین در ایجاد رابطه اعتمادآمیز توأم با آرامش و حمایت‌کننده با فرزندانشان به ایجاد «اضطراب فرو پاشی» در آنها منتهی می‌شود.

دیدگاه رفتارشناسی طبیعی

در مورد انسان این احتمال وجود دارد که پاره‌ای از افراد مانند افراد روان‌آزرده آمادگی‌های ژنتیکی گسترده‌ای به ارث برده باشد و بالعکس در افراد دیگر مانند روان - دردمندان چنین آمادگی‌هایی مشاهده نشود. نظریه‌پردازان رفتارشناسی طبیعی، ترس و اضطراب را به منزله شیوه‌های سازش با محیط طبیعی تلقی کرده‌اند. فروید و بالبی و زلوتوویچ عقیده داشتند که بسیاری از ترس‌ها دارای مبنای نوعی هستند (موروئی).

بالبی اضطراب را به منزله یک واکنش نخستین و غیرقابل‌تقلیل به چیزی دیگر می‌داند که از جدایی و قطع دلبستگی بین مادر و کودک که رابطه‌ای نخستین «موروئی» است ناشی می‌شود.

موضع‌گیری‌های انسانی نگر و هستی‌نگر (وجودی)

این دو براین‌باورند که هراس و اختلال‌های اضطرابی تعمیم‌یافته مانند هر اختلال روانی دیگری هنگامی بروز می‌کنند که افراد خود را صادقانه مورد نظر و پذیرش قرار نمی‌دهند و در عوض به انکار و تغییر افکار و هیجان و رفتار خود می‌پردازند. راجرز عقیده دارد اگر افراد نتوانند در خلال کودکی «توجه مثبت غیرشرطی» را از افرادی که برای آنها معنادار هستند دریافت کنند، باعث یک شیوه کنشی دفاعی و اضطراب و هراس می‌شوند. نظریه‌پردازان هستی‌نگر معتقدند که هراس و اختلال‌های اضطرابی تعمیم‌یافته ناشی از **اضطراب هستی (اضطراب وجودی)** یعنی ترس همگانی درباره محدودیت‌ها و مسئولیت‌های زندگی فرد است. نظریه‌پردازان هستی‌نگر «درون بینی» را جانشین منطق می‌سازند.

تبیین‌های رفتاری نگر

رفتاری‌نگران «شرطی شدن کلاسیک» را به عنوان شیوه معمول اکتساب واکنش‌های ترس نسبت به اشیاء و موقعیت‌های غیرخطرناک در نظر می‌گیرند. از دیدگاه رفتاری‌نگر، رفتارهای اجتنابی از راه شرطی‌سازی کنش‌گر گسترش می‌یابند. رفتاری‌نگران بر این باورند که تعداد زیادی از ترس‌های آموخته شده خاص می‌توانند به اختلال اضطرابی تعمیم‌یافته مبدل شوند. چنین گسترشی براساس **تعمیم محرک** امکان‌پذیر می‌باشد.

تبیین‌های شناختی

اغلب نظریه‌پردازان شناخت‌نگر بر این نکته تأکید دارند که اختلال‌های اضطرابی تعمیم‌یافته از «**باورهای نامناسب**» ناشی می‌شوند. بک اظهار می‌کند که افراد مبتلا به اختلال اضطرابی تعمیم‌یافته دارای باورهای غیر واقع‌نگر پنهان یا نهفته‌ای هستند که باعث «افکار خودکار» می‌شوند.

تبیین‌های زیست‌شناختی

در واکنش‌های بهنجارترس، نورون‌های سراسر مغز سریع‌تر تحریک می‌شوند و آزادسازی نیروی عصبی بیشتری را آغاز می‌کنند و بدین‌ترتیب یک حالت کلی فزون- تحریک‌پذیری در تمامی مغز و بدن ایجاد می‌شود که با افزایش تعلق و تسریع آهنگ تنفسی و ضربان قلب همراه است. این حالت به منزله ترس یا اضطراب است. مدت زمانی پس از آزادشدن نیروی عصبی یک نظام پس‌خوراندی کار خود را شروع می‌کند و به کاهش تحریک‌پذیری منجر می‌شوند. بنابراین افراد مبتلا به اضطراب تعمیم‌یافته می‌توانند مشکلاتی در سطح نظام پس‌خوراندی اضطراب خود داشته باشند.

تفاوت‌های آنا فروید و ملانی کلاین

کلاین اصطلاح « بازی درمانگری » را به منظور توصیف یک فرایند درمانگری که بازی کودک را معادل همخوانی آزاد تلقی می‌کند به کار برده و اینکه بازی مهمترین شیوه بیان اوست. بنابراین می‌توان در خلال فرآیند تحلیلگری کودکان خردسال به تفسیر این داده‌ها پرداخت. همچنین کلاین وجود روان‌آزردگی انتقال را در خلال تحلیلگری کودکان می‌پذیرد.

آناروید بازی کودک را معادل تداعی آزاد در روان‌تحلیلگری بزرگسالان نمی‌داند و اعتقاد دارد که رفتار کودک در خلال بازی همواره به منزله بیان رمزی تعارض‌های او نیست و می‌تواند دل‌مشغولی‌های کنونی وی را نیز بیان کند اما بازی به منزله شیوه اصلی بیان کودک دارای ارزش عاطفی غیرقابل‌انکاری است و می‌تواند اضطراب عینی و نروزی را در وی کاهش دهد. بازی با ایجاد تصور قدرت و توانایی مهار کردن دنیای بیرون، اضطراب عینی را کاهش می‌دهد و اینکه بازی به کودک اجازه می‌دهد که احساسات پذیرفته نشده خود را بروز دهد بدون آنکه با واکنش منفی بزرگسالان مواجه شود. بنابراین بازی دارای کنش پالایشی یا کنش برون‌ریزی تنش‌های کودک است. آناروید همچنین معتقد است که دوران آزردگی انتقال در جریان تحلیلگری کودکان به وقوع نمی‌پیوندد.

در نظریه «روان‌شناسی خود» که توسط هینز کاهوت گسترش یافته از یک سو خود به منزله نیرویی مستقل، وحدت یافته و خودانگیز توصیف شده و از سوی دیگر انگیزه اصلی انسان حفظ و افزایش تمامیت آن دانسته شده است. کوهات براین باور است که «خود» در خلال تجربه‌هایی که نیازهای بنیادی کودک را از راه روابط با «موضوع‌های خود» (والدین) فراهم می‌آورند شکل می‌گیرند.

تحول خود مستلزم ارضای سه نیاز است:

۱. ایفای نقش آینه‌ای توسط والدین، یعنی تاکید بر حس قدرت ذاتی کمال وحدت کودک قرار دارد.

۲- تحول خود، مستلزم آرمانی‌سازی موضوعی است که معرف آرامش شکست‌ناپذیری و قدرت باشد.

۳- تحول خود نیازمند مشابهت با دیگران یا دست‌کم فقدان تفاوت قابل ملاحظه با آنهاست (انطباق).

فروید و ناخودآگاه کرده‌اند که فنون روان‌پویشی به تنهایی در درمانگری اختلال‌های هراس کافی نیستند. در درمان‌های انسانی نگر هدف اصلی آنها کمک به مراجع به منظور آزمون خویش است.

درمانگری هستی‌نگر یک تجربه پالایشی است که در آن فرد با تعارض‌های درونی خود مواجه می‌شود و می‌تواند به عنوان یک انسان آزاد و مستقل مسیر خود را انتخاب کند و به گونه‌ای که هست جلوه‌گر شود. روان‌شناختی هستی‌نگر روان-آزردگی رابه عنوان یک روش سازش برای حفظ انسجام درونی در نظر گرفته است.

اختلال پانیک^۱ (حمله هراس یا وحشت زدگی یا هول)

حمله وحشتزدگی در خلال ده دقیقه به اوج خود می‌رسد و نشانه‌هایی مثل مسخ شخصیت و واقعیت، ترس از مردن و احساس سرمای شدید یا گر گرفتن و لرزش و تعرق را به دنبال دارد.

۳ نوع حمله وحشتزدگی: ۱- حمله وحشتزدگی غیرمنتظره ۲- وابسته به موقعیت ۳- موقعیت‌های آماده‌ساز حمله

ویژگی اصلی اختلال وحشتزدگی بروز حمله‌های وحشتزدگی بازگشتی (راجعه) و غیرمنتظره است که لااقل به مدت یک ماه دلمشغولی‌های مداوم فرد درباره احتمال بروز یک حمله مجدد، نگرانی در مورد پیامدها یا نتایج حمله‌های دیگر و یا تغییر معنادار رفتار در پی دارد.

اختلال وحشتزدگی معمولاً با یک حالت افسردگی توأم است و به طور عمده در سالهای پایانی نوجوانی تا میانه‌های سی سالگی بروز می‌کند. اختلال وحشتزدگی هرگز به تنهایی در کودکان مشاهده نشده است بلکه همواره با یک یا چنداختلال دیگر مانند افسردگی، اضطراب جدایی، نارسایی توجه، تضادورزی و جزء آن همراه بوده است.

تشخیص اختلال وحشتزدگی (با یا بدون وسعت هراسی) مستلزم بروز حمله‌های وحشتزدگی غیرمنتظره است. حمله‌های وحشتزدگی وابسته به موقعیت متمایزکننده هراس‌های اجتماعی و خاص هستند. اغلب حمله‌های وحشتزدگی غیرمنتظره در

¹ Panic disorder

جریان بلوغ یا پس از آن بروز می‌کنند و به نظر می‌رسد که حمله‌های وحشتزدگی پیش از آنکه با سن مرتبط باشد بر بلوغ جسمانی و تحول‌یافتگی شناختی مبتنی هستند.

حمله‌ی پانیک در انواع و اقسام اختلالات روانی و بیماری‌های طبی نیز می‌تواند روی دهد. پس به صرف وقوع حمله‌ی پانیک نمی‌شود تشخیص اختلال پانیک را مطرح کرد. **سندرم داکوستا** عبارت بود از تعداد زیادی علامت روانی و جسمی که امروزه در شمار ملاک‌های تشخیص اختلال پانیک قرار گرفته است.

روان‌نژندی حاد اضطرابی در اصطلاح فروید، شبیه اختلال پانیک به تعریف ویرایش آخر DSM (DSM-IV-TR) است. فروید در واقع اولین کسی است که ارتباط میان حمله‌های پانیک و بازارهراسی (آگورافوبی) را دریافته است. بازارهراسی، احتمالاً ناتوان‌کننده‌ترین فوبیا باشد.

زن‌ها ۲ تا ۳ برابر بیشتر از مردها ممکن است به پانیک مبتلا شوند. تنها عامل اجتماعی که در پیدایش اختلال پانیک دخیل دانسته شده، طلاق یا جدایی اندکی پیش از شروع اختلال است. اختلال پانیک بیش از همه در جوانان روی می‌دهد. انتقال‌دهنده‌های عصبی که در پانیک دخالت دارند عبارتند از، نوراپی‌نفرین، سروتونین و گابا. کژکاری سروتونرژیک در اختلال پانیک کاملاً آشکار است. حامی اصلی نظریه زیست‌شیمیایی در اختلال پانیک، این است که حملات وحشتزدگی توسط تزریق وریدی سدیم لاکتیت ایجاد می‌شود.

مجموعه‌ی داده‌های زیستی، توجه را به ساقه‌ی مغز (به ویژه نورون‌های نورآدرنرژیک در منطقه‌ی مومینه یا لکوسسروئوس) و نورون‌های سروتونرژیک در هسته‌ی سجافی (رافه) میانی، دستگاه لیمبیک (که احتمالاً اضطراب ناشی از انتظار را ایجاد میکند و قشر جلوی پیشانی (که احتمالاً اجتناب‌هراسی را به وجود می‌آورد)، جلب کرده است.

در نظریه‌های روانکاو، حمله‌ی پانیک را نتیجه‌ی دفاعی ناموفق در برابر تکانه‌های اضطراب‌انگیز می‌داند. در مورد بازارهراسی نیز نظریه‌های روانکاوانه از دست دادن یکی از والدین در کودکی و سابقه‌ی اضطراب جدایی را مورد تأکید قرار می‌دهند. مکانیسم‌های دفاعی مورد استفاده در اختلال پانیک عبارت است از واپس‌زنی، جابجایی، اجتناب و نمادسازی. حمله‌های پانیک از نظر نوروفیزیولوژی به منطقه‌ی مومینه مربوطند اما شروع پانیک را عموماً به عوامل محیطی یا روانی ربط می‌دهند.

آگورافوبی^۱ (وسعت‌هراسی) :

ناراحتی مبتلایان به این اختلال پیش از آنکه از ترس بروز نشانه‌های معلول‌کننده ناشی شود، از نگرانی درباره ناتوانی در مهار نشانه‌ها به وجود می‌آید. آگورافوبی یا ترس از مکانهای باز می‌تواند به دلیل محدودیت‌های گسترده‌ای که در زندگی فرد ایجاد می‌کند افسردگی را نیز در پی داشته باشد. فراوانی این اختلال در زنان لااقل دو برابر مردان است (مثل اختلال وحشتزدگی).

تذکر: در صورت محدود بودن حالت اجتنابی به یک یا چند موقعیت خاص، تشخیص هراس خاص (فوبی ساده) و در صورت محدود بودن به موقعیت‌های اجتماعی، تشخیص فوبی اجتماعی عنوان می‌شود. نمی‌توان براساس بروز یک حمله به تشخیص اختلال وحشتزدگی مبادرت کرد.

دیدگاه‌های نظری درباره اختلال وحشتزدگی و آگورافوبی :

روان‌تحلیلگری : فروید اختلال وحشتزدگی را چنین توصیف می‌کند : اختلال وحشتزدگی به گونه‌ای ناگهانی در سطح هشیاری متجلی می‌شود و می‌تواند به یک احساس اضطرابی که فاقد هرنوع تجسمی است محدود گردد و همراه با نوعی اختلال حساسیت و دریافت‌های حسی مشاهده می‌شود.

¹ agoraphobia

فروید اضطراب را به یک خطر درونی یا یک میل کشاننده‌ی ناهشیار که تحقق آن خطرناک پنداشته می‌شود و باید با استفاده از مکانیزم‌های دفاعی و موانعی در راه بروز آن ایجاد کرد نسبت می‌دهد. فروید آگورافوبی را ناشی از تعارض می‌داند که با خیالبافی‌های جنسی ناهشیار مرتبط است. در این اختلال اضطراب وابسته به ارضای کشاننده‌ای جابه‌جا شده و در فضا (مثلاً در خیابان) پراکنده می‌شود. بدین ترتیب بیمار می‌تواند با اجتناب از مکان خطرناک از خود در برابر اضطراب حمایت کند.

دیدگاه‌های جدید روان‌تحلیلگری اختلال وحشتزدگی و وسعت هراسی را ناشی از تعارض می‌دانند که بین میل به آزادی، دستیابی به استقلال و بزرگسال شدن از یک سو و میل به اجتناب از اضطراب ناشی از قطع وابستگی در فرد از سوی دیگر ایجاد می‌گردد.

زیست‌شناختی:

داروهای ضدافسردگی بر فعالیت نوراپی‌نفرین اثر می‌گذارند. بنابراین این فرضیه که در افراد مبتلا به حمله‌های وحشتزدگی نوعی بی‌نظمی در فعالیت نوراپی‌نفرین وجود دارد، تایید شد. پژوهش‌ها توانسته‌اند فعالیت ناپه‌نجرار نوراپی‌نفرین در سطح لوکوس سرونوس را به منزله عامل اصلی اختلالات وحشتزدگی به اثبات برسانند. از دیدگاه کلین، در اختلال وحشتزدگی با یک اختلال کنشی زیست‌شناختی که واجد مولفه‌های ژنتیک (ارثی) است سروکار داریم. او فرایندهای روان‌شناختی را عامل ثانوی می‌داند.

روی آورد روانی فیزیولوژیکی :

دیدگاه روانی- فیزیولوژیکی بر تعامل عوامل روان‌شناختی و زیست‌شناختی تاکید دارد و اختلال‌های وحشتزدگی را ناشی از تالیف عوامل زیستی و شناختی می‌داند.

مولفان معتقدند افرادی که مستعد حمله وحشتزدگی هستند نسبت به پاره‌ای از دریافت‌های حسی حساسند و این دریافت‌ها را به اشتباه به منزله نشانه یک فاجعه قریب‌الوقوع تفسیر می‌کنند (مثل طپش قلب و یا تسریع تنفسی). نقطه ضعف اصلی این الگو این است که بیش از آنکه بتواند وقوع حمله را پیش‌بینی کند به تبیین آن پس از بروز و استقرار رویداد پرداخته است.

فروید می‌گوید روشی که برای درمان هیستری بکار گرفتیم، در مورد درمان وحشتزدگی هم قابل اجراست. اما در قلمرو هراس‌ها نه، چون هرگز نمی‌توانیم برای مهار یک هراس منتظر شویم تا بیمار براساس تحلیل تعمیم بگردد و از آن صرف نظر کند.

دونوع وسعت هراسی از نظر فروید:

۱- در سطح ساده : هرگاه تنهایی از منزل خارج شود دچار اضطراب می‌شود. اما به هر حال از بیرون رفتن اجتناب نمی‌کند.

۲- در سطح وخیم : به منظور حمایت از خود در برابر اضطراب از منزل تنهایی خارج نمی‌شود.

طبق نظریه کلاین و فنیک، حمله وحشتزدگی ناشی از پایین بودن آستانه برانگیزاننده هشدار فطری در حد مرضی است. در ویرایش آخر DSM هیچ حداقلی برای تعداد حمله‌های پانیک و هیچ چارچوب زمانی خاصی ذکر نشده اما لازم است فرد لااقل در پی یکی از حملات پانیک، به مدت یک ماه، نگران وقوع حمله‌ی پانیک دیگر باشد. در DSM تاکید شده است که لااقل حمله‌های نخست فرد، باید غیرمنتظره (بی‌سرنخ) باشد تا مبتلایان او را واجد ملاکهای تشخیص پانیک دانست.

برخی از بیماران که در موقعیت معینی (مثلاً در آسانسور) دچار حمله‌ی پانیک منفردی شده‌اند ممکن است دیگر تا مدت‌ها از آن موقعیت معین اجتناب کنند، خواه باز هم حمله‌ی پانیک به سراغشان آمده باشد، خواه نه. این‌گونه بیماران واجد ملاکهای تشخیصی یکی از هراس‌های اختصاصی‌اند. مثال دیگر فردی است که لااقل یک بار حمله‌ی پانیک به او دست داده و از آن پس دیگر از صحبت کردن در مجامع عمومی می‌ترسد. گرچه نمای بالینی این وضعیت تقریباً عین نمای بالینی جمعیت هراسی است اما تشخیص جمعیت هراسی رد می‌شود، چون اجتناب از جمع، بر ترس از ابتلا به حمله‌ی پانیکی مبتنی است نه بر ترس از نفس صحبت کردن در جمع.

همه‌ی SSRIها برای اختلال پانیک موثرند. پاروکستین اثرات رخوت‌زاد دارد و اغلب بیماران را بلافاصله آرام می‌کند. به همین دلیل پذیرندگی بیماران به آن بیشتر است و کمتر آن را قطع می‌کنند. بنزودیازپین‌ها سریع‌ترین اثر ضدپانیک را دارند. این اثر معمولاً در هفته‌ی اول ظاهر می‌شود. مواجهه‌سازی واقعی را در گذشته روش عمده‌ی رفتار درمانی اختلال پانیک می‌دانسته‌اند.

هراس اختصاصی (فوبی خاص)

هراس به معنای ترسی غیرموجه (با واقعیت خطر بی تناسب است) از پاره‌ای از اشیا و یا برخی از موقعیت‌هاست. به رغم آنکه فرد به خوبی می‌داند که این اشیا یا موقعیت‌ها به واقع خطرناک نیستند، با این حال نمی‌تواند بر ترس خود غلبه کند. ۳رویداد فاعلی در هراس:

۱- یک ترس غیرموجه ۲- واکنش‌های هیجانی اضطرابی ۳- افکار فاجعه‌آمیز. این سه رویداد فاعلی باعث دو رفتار می‌شود: ۱- رفتارهای اجتنابی ۲- رفتارهای - ضدهراسی (مثلاً فرد مبتلا همراه با یک شخص دیگر بیرون می‌رود). از حدود ۴ ماهگی به بعد ایجاد تمایز بین مانوس و غریبه آغاز می‌شود و کودک در مقابل آنچه مانوس نیست واکنش نشان می‌دهد. سپس از حد ۷ ماهگی تا ۹ یا ۱۰ ماهگی می‌توان شاهد واکنش ترس در مقابل غریبه بود. استفاده از اصطلاح ترس پس از ۶ ماهگی می‌تواند مناسب‌تر باشد.

بین ۲ تا ۳ سالگی ترس از حیوانات غلبه می‌یابد. این مسئله حتی در فعالیتهای نمادی کودک نیز آشکار است. در خلال سالهای پیش- آموزشگاهی تقریباً بین ۳ تا ۶ یا ۷ سالگی با افزایش ترس از حیوانات در کودک مواجه هستیم. بسیاری از ترسهای کودکان در این سن به آسیب‌دیدگی‌های ناشی از غرق شدن، آتش و تصادف وابسته است. در حدود ۸ سالگی است که هراس از مرگ یا **اضطراب هشت سالگی** بروز می‌کند. در بسیاری از کودکان در این وهله از زندگی حالتی که می‌تواند آن را **بحران هستی** نامید و اضطراب جدایی زیربنای آن است به وجود می‌آید. ترس اصلی، ترس از مرگ مادر است.

در هراس‌های ابتدایی هیچگونه فرایند روانی ذهن‌سازی یا نسبی و تدارک رمزی دیده نمی‌شود. به عنوان مثال، غریبه خطرناک است چون مادر نیست. به عبارت دیگر هراس‌های ابتدایی با ناتوانی کودک در ذهن‌سازی اضطراب مطابقت دارد. چون از نظر کودک تاریکی‌ها معادل تنهایی است، کودک توان مواجه با آن را ندارد، در نتیجه، اضطراب بنیادی جدایی از مادر در وی برانگیخته می‌شود.

مدرسه‌هراسی غالباً با حالت افسردگی به ویژه در خلال سالهای پیش - نوجوانی همراه است (درپسران بیشتر است). ۳نوع مدرسه‌هراسی از نظر اسپرلینگ: **مدرسه‌هراسی حاد**: که پس از وقوع یک رویداد ضربه‌آمیز که ظرفیت مهار واقعیت را در کودک مورد تهدید قرار می‌دهد و نشانه هراس به منظور حفظ حالت مراقبت نسبت به اطرافیان بروز می‌کند. **مدرسه‌هراسی القایی**: که تداوم یک رابطه مرضی مادر- کودک است و بخصوص وقتی دیده می‌شود که مادر دچار وسعت هراسی (آگورافوبی) باشد.

مدرسه‌هراسی مزمن: که نتیجه درهم آمیختگی دو نوع هراس قبلی است.

مدرسه‌هراسی در نوجوانی براساس **مدل‌سازی ثانوی** برای توجیه امتناع از رفتن به مدرسه مشخص می‌شود. خصیصه اصلی مدرسه‌هراسی این است که نوجوان به اکتساب معلومات آموزشگاهی تمایل دارد و محتوای درس را نالرزنده‌سازی نمی‌کند. بااین حال نمی‌تواند بر اضطراب ناشی از مدرسه رفتن غلبه کند.

مدرسه‌هراسی باعث حالت وابستگی خانوادگی و رفتارهای پرخاشگرانه می‌شود. افزون بر رفتار پرخاشگرانه در اغلب مواقع و به خصوص در پسران، نارساییهایی در ((آرمان من)) مشاهده می‌شوند که از مشکلات همسانسازی با تصویر پدرانه ناشی شده‌اند. این نارسایی در آرمان من، مبین فراوانی مسائل افسرده‌وار در زیربنای مدرسه‌هراسی است. شدت حالات اضطرابی

در نوجوانان کمتر از کودکان است و این امر بی‌تردید بدین دلیل است که والدین از اعمال قدرت کمتری بر نوجوانان استفاده می‌کنند.

فن هراسی: یعنی هراسی که از تعامل با تولیدات تکنولوژی عصر حاضر بوجود می‌آید.

هراس خاص در DSM-IV: ترس مشخص و پابرجایی که جنبه افراطی و غیرمنطقی دارد و در برابر یک شیء در یک موقعیت خاص و یا هنگام پیشاپیش‌گری درباره آنها بروز می‌کند. در DSM-IV هراس خاص، جایگزین هراس ساده شد. آنچه هراس خاص را در دوره کودکی از بزرگسالی متمایز می‌کند، این است که فرد بزرگسال ماهیت افراطی یا غیرمنطقی ترس‌هایش را می‌پذیرد در حالی که ممکن است کودک چنین نباشد.

جمعیت هراسی^۱: ترسی شدید و مداوم است از موقعیتهایی که احتمال خجالت‌زدگی در آن مطرح است. (به آن اختلال اضطراب جمع یا فوبی اجتماعی نیز می‌گویند). یک نوع آن ادرار کردن در دستشویی‌های عمومی است (که به آن مثانه‌ی خجالتی هم می‌گویند). نوع فراگیری از جمعیت هراسی نیز وجود دارد که اغلب مزمن و ناتوان‌کننده است و مشخصه‌اش اجتناب هراس‌آمیز از اکثر جمع‌هاست. این نوع جمعیت هراسی را شاید به سختی بتوان از اختلال شخصیت دوری‌گزین تفکیک کرد. برخی شواهد از کژکاری دوپامینرژیک در جمعیت هراسی حکایت می‌کنند.

سه نوع فوبی اجتماعی: **تیپ عملکردی؛** که طی آن فرد نمی‌تواند اعمال خاصی مثل سخنرانی را در انتظار انجام دهد. **تیپ محدود؛** که طی آن اضطراب فقط در موقعیت خاص اجتماعی روی می‌دهد مثل صحبت کردن با رئیس. **تیپ فراگیر؛** که طی آن اغلب موقعیت‌های اجتماعی، اضطراب یا وحشت‌زدگی ایجاد می‌کنند.

هراس اختصاصی^۲ (فوبی خاص) شایع‌تر از جمعیت هراسی است. این اختلال شایع‌ترین اختلال روانی در میان زنان و دومین اختلال شایع روانی در مردان (پس از اختلالات مرتبط با مواد) است. بیشترین سن شروع هراس از طبیعت و خون و آمپول و جراحی ۵ تا ۹ سالگی است. در مقابل بیشترین سن شروع هراس موقعیتی (به استثنای هراس از ارتفاع) در اواسط دهه‌ی ۲۰ است که به سن بازارهراسی نزدیک می‌شود. بررسی‌های همه‌گیری شناختی نشان داده که زن‌ها بیشتر از مردها به جمعیت هراسی مبتلایند اما در نمونه‌های بالینی اغلب عکس آن شایع است.

در هراس اختصاصی از نوع آمپول، خون و جراحات ممکن است یک نوع دستگاه رفلکس عروقی- پاراسمپاتیک بسیار پرقدرت را فرد مبتلا به ارث برده باشد که بعد با هیجانات هراس آلود ملازم می‌شود. فرضیه‌ی فروید این بود که نقش یا کارکرد عمده‌ی اضطراب هشدار این نکته به ایگو است که سابق ناخودآگاه دارد تلاش میکند به خودآگاه راه یابد و خود را ظاهر سازد.

فروید هراس را (یا آن که تا آخر عمر، **هیستری اضطرابی** نامید) نتیجه‌ی تعارض‌هایی می‌دانست که حول یک موقعیت ادیپی حل نشده در کودکی شکل گرفته‌اند. هرگاه واپس‌زنی کاملاً موفق نباشد ایگو مجبور می‌شود دفاع‌های اضافی و یدکی خود را فرا بخواند. در بیماران مبتلا به هراس این دفاع در درجه‌ی اول عبارت است از **جابه‌جایی** شی یا موقعیت هراس‌آور. ممکن است ارتباط مستقیمی از نوع تداعی با منبع اصلی تعارض داشته باشد یعنی نماد آن باشد (مکانیسم دفاعی نمادسازی). نتیجه‌ی نهایی این است که سه مکانیسم دفاعی مذکور (واپس‌زنی، جابه‌جایی، نمادسازی) می‌توانند به کمک یکدیگر اضطراب را از بین ببرند. (مهم‌ترین مکانیسم دفاعی در فوبی یا هراس خاص، جابجایی می‌باشد).

روانپزشکان نیز مثل فروید معتقد بودند که هراس ریشه در اضطراب اختگی دارد. اما نظریه‌پردازان اخیر روانکاوی مطرح کرده‌اند که سایر انواع اضطراب نیز ممکن است وجود داشته باشد. مثلاً، در سرخی هراسی (**اریتروفوبیا**) ترس از سرخ شدن صورت که به شکل ترس از شرمگین شدن تظاهر می‌کند. عنصر شرم بر دخالت اضطراب هراسی دلالت می‌کند. هراس، تجلی تعامل میان کم‌بینگی وراثتی سرشتی و فشارهای محیطی است.

¹ Social phobia

² Specific phobia

اتوفنیکل این واقعیت را مورد توجه قرار داد که اضطراب هراس گونه ممکن است که خود را در پس نگرش‌ها و الگوهای رفتاری پنهان کند که نمایانگر نوعی انکار هستند. افراد پاد هراسنده طالب موقعیت‌های خطرناکند و خود را مشتاقانه در چنین موقعیت‌هایی قرار می‌دهند. مکانیسم دفاعی مربوط به این الگوی رفتاری ممکن است همانند سازی با پرخاشگر باشد. داده‌های اولیه حاکی از آن است که شایع‌ترین نوع هراس در بچه‌های زیر ۱۰ سال، هراس از محیط طبیعی است و در ۲۵ سالگی نوع موقعیتی.

هراس از خون، آمپول و جراحی با سایر انواع تفاوت دارد. چرا که در آنها پس از افزایش اولیه‌ی ضربان قلب، که در تمام هراسها شایع است، اغلب کاهش ضربان قلب و کاهش فشار خون روی می‌دهد. نوعی هراس اختصاصی که اخیراً گزارش شده، فضا هراسی است که در آن فرد دیگر تکیه‌گاهی مثل دیوار یا صندلی نزدیکش نباشد می‌ترسد بیفتد.

تشخیص‌های افتراقی و درمان: در DSM تاکید می‌شود که احتمال وقوع و حتی وقوع مکرر حمله‌های هول (پانیک) در بیماران مبتلا به هراس اختصاصی و جمعیت هراسی وجود دارد، منتها این حمله‌ها منتظره و قابل‌پیش‌بینی است. در بیماران مبتلا به هراس برخلاف بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، بصیرتی به نامعقول بودن ترسشان وجود دارد.

بیمار بازارهراس اغلب اگر در موقعیت اضطراب آورش، کس دیگری همراهش باشد، احساس راحتی خواهد کرد. حال آن که بیمار جمعیت هراس در صورت وجود دیگران مضطرب‌تر از گذشته خواهد شد.

خود بیمار انگاری، ترس از مبتلا بودن به یک بیماری است، حال آن که فوبی اختصاصی از نوع فوبی از بیماری، ترس از مبتلا شدن به یک بیماری است. اختلال شخصیت پارانوئید را براساس ترس فراگیر این گونه بیماران می‌شود از هراس اختصاصی افتراق داد.

درمان‌نگری‌های رفتاری در زمینه هراس خاص:

الف) حساسیت‌زدایی.

ب) غرقه‌سازی (هم خیالی هم واقعی).

ج) الگو برداری (موثرترین روش الگو برداری، روش مشارکت هدایت شده است: ابتدا مراجع به تعیین سلسله مراتب ترس‌های خود می‌پردازد، سپس در حالیکه وی در حال مشاهده است، درمانگر موضوع‌های ترسناک را به صورت سلسله مراتبی به نمایش می‌گذارد.

حساسیت‌زدایی مستقیم موثرتر از حساسیت‌زدایی غیرمستقیم است و غرقه‌سازی واقعی بهتر از خیال‌پردازی و الگو برداری مشارکتی مفیدتر از الگو برداری جانشینی است.

احتمالاً شناخته‌شده‌ترین و موثرترین درمان هراس‌ها، رفتاردرمانی است. اکثر روانپزشکان پذیرفتند که برای درمان موفق اضطراب هراس‌آمیز اغلب لازم است درمانگر تا حدودی فعال باشد. روان‌درمانی مبتنی بر بینش بیمار را قادر به فهم منشأ هراسش، پدیده‌ی نفع ثانویه و نقش مقاومت می‌سازد و باعث می‌شود که بیمار به دنبال روش‌های سالمی برای برخورد با محرک‌های اضطراب‌آور برود.

برای درمان هراس اختصاصی مواجهه‌درمانی شایع‌ترین روش است.

اختلال وسواسی - جبری (OCD):

عبارت است از عقاید، تصاویر ذهنی، نشخوارهای ذهنی، تکانه‌ها و افکار مزاحم و مکرر (وسواس فکری)^۱، و یا الگوهای مکرر رفتار یا فعالیت‌های مزاحم (عمل وسواسی)^۲. وسواس‌های فکری و اعمال فکری، هر دو خود بیگانه بوده و در صورت

¹ obsession

² compulsion

مقاومت در برابر آنها، سبب بروز اضطراب خواهند شد. هر چند عمل وسواس ممکن است در تلاش برای کاهش از اضطراب همراه با وسواس فکری انجام شود، همیشه به کم شدن این اضطراب منجر نمی‌گردد.

مفهوم وسواس فکری، «محاصره» و مفهوم بی‌اختیاری فکری، اجبار را القا می‌کند. در این مورد فرد احساس محدودیت می‌کند که فقط به وسیله فعالیت مرضی در هم شکسته می‌شود و آرامش موقت تنها از طریق تکرار بدست می‌آید.

بیمار نسبت به اختلال خود هوشیار است. بسیاری از افکار وسواسی به اعمال بی‌اختیاری منجر می‌شوند اما در پاره‌ای از موارد اعمال بی‌اختیار با اضطراب توأم نیستند: «اعمال آیینی». به طور کلی اعمال آیینی رفتارهای پیش‌پا افتاده‌ای هستند که در اکثر مواقع با هراس‌ها همراهند یا در پی آنها بروز می‌کنند و مانند هراس از این اعمال نیز در حدود هفت تا هشت سالگی دیگر اثری دیده نمی‌شود.

سن متوسط بروز این اختلال در مردان ۶ تا ۱۵ سالگی و در زنان ۲۰ تا ۲۹ سالگی است.

در مرحله نهفتگی، یعنی هنگامی که تحکیم من آغاز می‌شود، مکانیزم‌های دفاعی سازمان می‌یابد. کودک در برابر خواسته‌های جامعه قرار می‌گیرد. در این هنگام است که رفتارهای بی‌اختیار از نوع آیینهای خوابیدن، شستشو، مشاهده می‌شود. رفتارهایی که به بروز پاره‌ای از رگه‌های شخصیت وسواسی منجر می‌گردند موشکافی مفرط کودک با سیال نبودن فکر او همراه است. معمولاً در این کودکان گستره رغبت‌ها محدود است. به طور کلی رفتارهای بی‌اختیار در کودکان که در مرحله رکورد یا نهفتگی قرار دارند به دو صورت آشکار می‌شود:

۱- رفتارهای آیینی پاره‌ای از آنان در یک جو خانوادگی وسواس زده توحید می‌یابند.

۲- در دیگر موارد به نظر می‌رسد که وسواس بی‌اختیاری نشانگر کوشش‌های کم و بیش نومیدانه کودکان در مهار کردن کشاننده‌هایی است که وی آنها را خطرناک می‌پندارد که به سازمان‌یافتگی‌های روان‌گسسته که واجد رفتارهای آیینی فراوانی هستند نزدیک می‌شود.

وسواس بی‌اختیاری در دوره نوجوانی:

امحاء (annulment): امحاء یا ابطال (خنثی سازی) به منزله یک مکانیزم دفاعی است که براساس آن فرد به گونه‌ای عمل می‌کند که انگار افکار، سخنان، حرکات یا اعمال گذشته هرگز رخ نداده‌اند. بدین منظور وی از فکر یا عمل سود می‌جوید که معنایی کاملاً متفاوت دارد. این مکانیزم بخصوص در مقوله وسواس‌ها به کار می‌افتد (فروید: بازداری، نشانه مرضی و اضطراب است).

۲ نوع فکر وسواسی در خلال نوجوانی:

۱- در پاره‌ای از نوجوانان یک شیوه فکری که به منزله بستر «شخصیت وسواسی» بزرگسال است گسترش می‌یابد. اما آنچه نوجوان را از بزرگسالان متمایز می‌کند این است که هنوز «شهودی‌سازی» فکر، تابع سرکوب‌گری نشده و نوجوانان از افکار خود لذت می‌برند.

۲- شکل دوم فکر وسواسی بیشتر مرضی جلوه می‌کند. در این جا صحبت از سرمایه‌گذاری در یک زمینه فکری محدود یا در یک رغبت انحصاری است. معمولاً چنین رفتاری با هیچ نوع مبارزه و اضطرابی همراه نیست.

تمایز بین وسواس‌ها (افکار وسواسی) و رفتارهای بی‌اختیار (اعمال وسواسی) از نظر DSM-IV: وسواس‌ها به ایجاد اضطراب یا درماندگی آشکار منجر می‌شود در حالی که رفتارهای بی‌اختیار با هدف پیشگیری یا کاهش اضطراب یا درماندگی بروز می‌کنند.

دیدگاه‌های نظری درباره اختلال وسواس - بی‌اختیاری:

بدون آنکه بتوان تیک‌ها را معادل روان‌آزردگی وسواسی دانست، باید گفت که بخصوص در مواردی که مبارزه‌ای اضطراب‌آمیز پیش از برون‌ریزی حرکتی در فرد به وقوع بپیوندد، غالباً تیک‌ها با رگه‌های رفتار وسواسی همراهند.

دیدگاه روان‌پویشی :

فروید: به اعتقاد فروید، اختلال‌های وسواس بی‌اختیاری مانند اختلال‌های اضطرابی دیگر، هنگامی بروز می‌کند که ترس از برانگیختگی‌های آزارگرانه و خصمانه بن، مکانیزم‌های دفاعی را به منظور کاهش اضطراب برمی‌انگیزد.

فروید براین باور است که از سرچشمه‌های سازمان‌یافتگی وسواس این است که درجه تحول‌یافتگی من فراتر از کشاننده‌هایی باشد که «من» آنها را نفی می‌کند و دراین صورت فرد معمولاً از مکانیزم‌های دفاعی جدا سازی، ابطال یا خنثی سازی و تشکل واکنشی (واکنش وارونه) سود می‌جوید.

جدا سازی : آنهایی که به مکانیسم مجزاسازی متوسل می‌شوند افکار ناخوشایند و ناخواسته را از خود نمی‌دانند. مجزاسازی روشی است که به منزوی کردن یک فکر یا رفتار می‌پردازد. این مکانیزم موجب می‌شود از سرکوب‌گری اجتناب شود، البته به این شرط که بار عاطفی تجسم کاملاً از بین برود.

ابطال : کسانی که از ابطال سود می‌جویند به اعمالی دست می‌زنند که کشاننده‌های ناخوشایند را خنثی کنند.

واکنش وارونه : افرادی که به این مکانیزم متوسل می‌شوند، نوعی سبک زندگی را برمی‌گزینند که با کشاننده سرکوب شده آنها متضاد است و به منزله واکنشی علیه آن محسوب می‌شود و به عبارت دیگر تشکل واکنشی یک ضد سرمایه گذاری در یک عنصر هشیار است که با سرمایه‌گذاری ناهشیار در تضاد است.

فروید عقیده دارد که در خلال مرحله مقعدی (تقریباً حدود ۲ سالگی) پاره‌ای از کودکان خشم و شرم گسترده‌ای را تجربه می‌کنند که مبارزه بین بن و من را دامن می‌زند و زمینه را برای کنش‌وری وسواس - بی‌اختیاری فراهم می‌کنند. این تعارض بین بن و من می‌تواند در سراسر زندگی ادامه یابد و خصیصه مقعدی را با خطوط ۳ گانه آن یعنی ترتیب، اقتصاد و سرسختی را تشکیل دهد.

به طور کلی می‌توان گفت که این تبیین فرویدی مستلزم پذیرفتن فرضیه‌ای است که براساس آن، بسیاری از افراد مبتلا به اختلال وسواس - بی‌اختیاری دارای والدینی انعطاف‌ناپذیر و پر توقع هستند.

آنافروید :

تظاهرات وسواسی بهنجار موقت به هنگام وقوع سرمایه‌گذاری لیبیدویی مفرط در خلال مرحله آزارگری مقعدی به منزله یک تهدید مرضی دائم محسوب می‌شوند. آیین‌های زودرسی که همزمان با پیشرفت‌های حرکتی و کلامی در کودک مشاهده می‌شوند در همان نخستین ساخت‌پذیری «من» کودک هستند اما می‌توانند براساس پاره‌ای روابط با یک مادر مضطرب و کمال‌جو به صورتی مرضی شرطی شوند.

مفهوم «آمادگی» : سلیگمن

طبق مدل شناختی افرادی که مستعد اختلال وسواس - بی‌اختیاری هستند بیش از دیگران گرایش به افسردگی دارند و تحقیقات نشان داده‌اند که خلق افسرده نه تنها به ازدیاد و تشدید افکار ناخواسته منتهی می‌شود، بلکه به افزایش ناراحتی ناشی از این افکار می‌انجامد.

طبق الگوی زیست‌شناختی دو دیدگاه وجود دارد که می‌تواند باعث اختلال وسواس - بی‌اختیاری شود:

۱- سطح پایین فعالیت سروتونین

۲- افزایش کنش‌وری در ناحیه‌ی حدقه‌ای و هسته دمدار (این بخش‌های مغز تنظیم‌کننده مداری هستند که تبدیل درونشدهای حسی به شناخت‌ها و اعمال را تضمین می‌کند. اگر این اعمال با برانگیختگی بالا رخ دهد باعث می‌شود به تالاموس برسد و فرد وادار می‌شود که بیشتر درباره آنها فکر کند).

نظریه پردازان رفتارشناسی طبیعی آیین‌های وسواسی را معادل فعالیت‌های « جابه جایی » و « فعالیت جانشینی » دانسته‌اند. فعالیت‌های جانشینی با چارچوب خود متناسب نیستند. رفتار جانشینی مثل اینکه خروسی به زمین نوک می‌زند بدون اینکه چیزی برای خوردن روی زمین باشد.

علل رفتارهای جانشینی: ۱- فعال شدن همزمان دو رفتار غریزی ناسازگار با شدت همسان که بین آنها تعارض و تضاد ایجاد می‌گردد. ۲- ناکامی ۳- فزون تحریک‌شدگی

کنش اصلی فعالیت‌های جانشینی، حفظ سطح سازش‌یافتگی حیوان در شرایط مخاطره‌آمیز مانند کاهش تحریک‌شدگی، ناکامی یا تعارض است و می‌توان چنین تصور کرد که فقدان چنین رفتارهایی موجب پدیدار شدن اختلال‌های واقعی می‌شود. در موقعیت‌هایی که دارای بار هیجانی شدیدی هستند، می‌توان فعالیت‌های جانشینی را به صورت « محض » در انسان دید. مثل خنده‌های غیرقابل تبیین، جویدن مداد، نیاز آمرانه به خواب و ...

در میان بزرگسالان احتمال ابتلای مرد وزن به این اختلال یکسان است ولی در میان نوجوانان، پسرها بیشتر از دخترها دچار اختلال وسواسی- جبری می‌شوند و مجردها بیشتر از متاهل‌ها دچار می‌شوند. میزان شیوع مادام‌العمر در اختلال افسردگی اساسی و جمعیت‌هراسی در بیماران دچار اختلال وسواس- جبری به ترتیب حدود ۶۷ درصد و ۲۵ درصد است.

معلوم شده است که در بیماران دچار اختلال وسواس- جبری، فعالیت مغز در قطعه‌های پیشانی، عقده‌های قاعدگی (به ویژه هسته‌ی دمدار) و قسمت حلقوی (سینگلوم) افزایش یافته است. دستگاه لیمبیک گذشته از اینکه محل ورود اعصاب نورآدرنژیک و سروتونرژیک است، تراکم زیادی از گیرنده‌های GABA را نیز در خود دارد. به دو ناحیه از دستگاه لیمبیک توجه بیشتری شده است: یکی مسیر دیواره‌ای- هیپوکامپی (سپتوهیپوکامپال) است که افزایش فعالیت آن ممکن است به اضطراب بینجامد و دیگری شکنج حلقوی (سینگولیت) است که به ویژه در پاتوفیزیولوژی اختلال وسواسی- جبری دخیل دانسته شده است.

اکثر بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- جبری، علائم شخصیت وسواس- جبری را در دوره‌ی پیش مرضی نداشته‌اند. لذا برای پیدایش اختلال وسواسی- جبری، این گونه فعالیت شخصیتی نه لازم است و نه کافی.

به علت منافع ثانویه‌ای (فوایدی که عاید بیمار می‌شود، مثل مرخصی از کار) که علائم وسواس- جبری دارد ممکن است بیمار برای حفظ آن بکوشد. مشکلات بین‌فردی، غالباً اضطراب و در نتیجه علائم بیمار را افزایش می‌دهند.

اختلال وسواسی- جبری در نظر روانکاوی سنتی، نوعی واپس‌روی از مرحله‌ی ادیپی به مرحله‌ی مقعدی رشد روانی- جنسی تلقی می‌شود. مرحله‌ای که از لحاظ هیجان با دوسوگرایی بسیار شدیدی همراه است. یکی از خصایص برجسته بیماران وسواسی- جبری، اشغال ذهنی شدید آنان به پرخاشگری یا نظافت است. ای‌بسا نحوه‌ی پیدایش اختلال وسواسی- جبری ریشه در مختل شدن رشد و نمو طبیعی فرد در مرحله‌ی مقعدی- آزارگری داشته باشد.

دوسوگرایی نتیجه‌ی مستقیم تغییر در حیات تکانشی فرد است. در مرحله‌ی مقعدی- آزارگرانه رشد، یکی از خصایص مهم و طبیعی کودک، دودلی است. تفکر جادویی بیشتر به رو شدن اسلوب‌های کهن و اولیه‌ی تفکر بر اثر واپس‌روی مربوط است، نه به تکانه‌های فرد. به این معنا که واپس‌روی نه تنها دامانکارکردهای نهاد را می‌گیرد، بلکه بر کارکردهای ایگو نیز اثر مشابهی دارد. ویژگی ذاتی تفکر جادویی، احساس قدرت مطلق (همه‌کار توانی) در فکر است. وسواس فکری یا عملی هر قدر هم عمیق باشد، فرد معمولاً آن را مهمل و غیرعقلانه می‌داند (به آن بینش دارد).

علائم اختلال وسواسی- جبری ۴ الگوی عمده دارد:

آلودگی: شایع‌ترین الگو آن است که وسواس آلودگی و به دنبالش شست‌و شو یا اجتناب اجبارگونه از شی که فرد گمان می‌کند آلوده است که فرد از آن می‌ترسد وجود داشته باشد. اضطراب، شایع‌ترین واکنش هیجانی شیئی است که فرد از آن می‌ترسد، منتها شرم و نفرت وسواس‌گونه هم احساسات شایعی است.

تردید مرضی: دومین الگوی شایع، وسواس تردید است که به دنبالش وسواس عملی به صورت واریسی روی می‌دهد.

افکار مزاحم: فرد صرفاً افکار وسواسی مزاحمی بدون هیچ‌گونه عمل وسواس عملی داشته باشد.

تقارن: لزوم رعایت، تقارن یا دقت است. به طوری که ممکن است موجب شود فرد دچار وسواس عملی کندی گردد.

تشخیص افتراقی و درمان

امروزه OCD را اختلال هسته‌های قاعده‌ای می‌دانند و این دیدگاه منبعث از شباهت پدیدارشناختی بین OCD ایدیوپاتیک و اختلالات شبیه OCD است که با بیماری‌های هسته‌های قاعده‌ای همراهند (نظیر کره سیدنهام و هانتینگتون). اختلال OCD ارتباط نزدیکی با سندرم توره دارد. میل شدید قبل از انجام تیک، اغلب شباهت زیادی با وسواس‌های فکری دارد و تیک‌های حرکتی پیچیده‌تر بسیار شبیه وسواس‌های عملی هستند. فقط در OCD سندرم کاملی از وسواس‌های عملی و فکری دیده می‌شود و این حالت در اختلال شخصیت وسواسی-جبری دیده نمی‌شود.

نکات کلیدی در افتراق OCD از روانپریشی عبارتند از: ۱- OCD ها تقریباً همواره به ماهیت غیرمنطقی علایم خود وقوف دارند. ۲- بیماری‌های روان‌پریشانه معمولاً با خصوصیتی همراه هستند که در OCD نیست. بهترین راه برای افتراق OCD و افسردگی، توجه به سیر آنهاست. افکار وسواسی همراه افسردگی فقط در طول دوره‌ی افسردگی دیده می‌شوند اما OCD واقعی علیرغم فروکش افسردگی تداوم می‌یابد. به نظر نمی‌رسد که محتوی وسواس ربطی به پیش‌آگهی داشته باشد.

کلومی‌پرامین اولین دارویی بود که FDA برای درمان اختلال وسواسی-جبری تایید کرد. بهترین پیامد مصرف کلومی‌پرامین نیز مثل SSRI ها زمانی نصیب می‌شود که دارو در ترکیب با رفتاردرمانی بکار رود.

رویکردهای رفتاری اصلی در اختلال وسواس-جبری عبارتند از مواجهه سازی و ممانعت از پاسخ. شایع‌ترین راهکار جراحی روانی برای درمان اختلال وسواسی-جبری حلقه‌بری (سینگولوتومی) است. سایر روش‌های جراحی (مانند تراکتوتومی تحت دم دار که کپسولوتومی نیز نامیده می‌شود) نیز برای این منظور به کار رفته‌اند. شایع‌ترین عارضه‌ی جراحی، پیدایش تشنج است که تقریباً در تمام موارد با فنی توئین قابل درمان است.

از دیدگاه رفتاردرمانگری، اضطراب و تحریک‌پذیری از یک سو و اجتناب از آنها از سوی دیگر نقش اصلی را در گسترش و تداوم اختلال‌های وسواسی ایفا می‌کنند. اما قبل از انتخاب روش درمانگری، تحلیل عمیق رفتار به منظور ردیابی شرایط عینی و تعامل آنها ضروری است. روش رفتار درمانگری بیش از آنکه در مورد افکار وسواسی مفید واقع شود، در زمینه اعمال وسواسی موثر بوده است.

درمانگری شناختی و رفتاری وسواس-بی‌اختیاری: آموزش عادت‌دهی (مواجهه برای عادت کردن به موضوع وسواس) و پیشگیری از پاسخ پنهان. کلومی‌پرامین را می‌توان به منزله موثرترین داروی درمان اختلال‌های وسواس-بی‌اختیاری تلقی کرد. موثرترین شیوه درمانگری اختلال وسواس-بی‌اختیاری، رفتاردرمانگری است.

اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)^۱ و اختلال استرس حاد

در این اختلالات، اضطراب به علت بروز یک واقعه استرس زای شدید و غیر معمول ایجاد می‌شود. بیمار واقعه مذکور را در رویاها و افکار بیداری خود، مجسم می‌نماید (پس نگاه). اگر علایم بیمار کمتر از یک ماه تداوم داشته باشد، تشخیص اختلال استرس حاد مطرح می‌شود و بعد از یک ماه، تشخیص PTSD مطرح می‌شود. شیوع این اختلال در زنان دو برابر مردان است.

اختلال استرس حاد به مقدار زیادی شبیه PTSD است، جز اینکه علایمش زودتر از علایم PTSD مطرح می‌شود. احتمال بروز استرس حاد و اختلال استرس پس از ضربه‌ای به توانایی روان‌شناختی فرد در وهله قبل از وقوع رویداد ضربه‌آمیز و همچنین ماهیت ضربه بستگی دارد.

¹ Post traumatic stress disorder

۳ نوع اختلال استرس پس‌ضربه‌ای : حاد (طول مدت نشانه‌ها کمتر از سه ماه)، مزمن (۳ ماه یا بیشتر)، با تاخیر (نشانه‌ها ۶ ماه پس از وقوع عامل تنیدگی‌زا شروع شوند).

در اختلال استرس حاد، واقعیت‌زدایی، شخصیت‌زدایی، یادزدودگی تفرقی (مثل ناتوانی در به یادآوری جنبه مهمی از رویداد ضربه‌آمیز) دیده می‌شود.

سندرم قلب سرباز، نامی بود که در زمان جنگ‌های داخلی آمریکا به دلیل وجود علائم قلبی خودکار (اتونوم) به سندرمی شبیه PTSD داده شد. میزان شیوع مادام‌العمر PTSD در زنان بیشتر از مردان است. شایع‌ترین سن شروعش اوایل بزرگسالی است. مهمترین عوامل خطرساز در پیدایش این اختلال عبارتند از شدت، مدت و نزدیکی فرد با حادثه آسیب‌زای واقعی.

در مدل روان‌کاوانه این اختلال، این فرضیه مطرح است که سانحه باعث فعال شدن مجدد تعارض روانی می‌شود که تا پیش از آن آرام بود و نمودی نداشت، اما فی‌الواقع هنوز حل نشده است (مکانیسم‌های دفاعی: واپس‌زنی، انکار، واکنش وارونه و ابطال).

اختلال PTSD با افزایش فعالیت آمیگدال همراه است و نقش هسته‌ی دمدار را در پاتوفیزیولوژی اختلال وسواس-جبری نشان داده‌اند.

بیمارانی که از پنهان‌خویی (آلکسی‌تایمی) رنج می‌برند، (که عبارت است از ناتوانی در شناسایی یا به زبان آوردن حالت‌های احساسی) نمی‌توانند در شرایط فشار روانی خودشان را آرام کنند.

مدل رفتاری PTSD حاکی از آن است که پیدایش اختلال مزبور در دو مرحله صورت می‌گیرد: نخست طی شرطی‌سازی کلاسیک و در مرحله‌ی دوم از طریق یادگیری ابزاری.

در PTSD خطای ادراکی و توهم نیز ممکن است وجود داشته باشد. در آزمون MMPI نمرات SC، F، D، PS آنها ممکن است بالا باشد، در آزمون رورشاخ اغلب مضامین پرخاشگری و خشونت‌بار یافت می‌شود. «بازی سانحه» شکل خاصی از تجربه‌ی مجدد است که در کودکان خردسال مشاهده می‌شود.

پژوهشگران معتقدند که شدت و مدت PTSD در شرایطی که عوامل استرس‌زا به وسیله‌ی انسان ایجاد شده باشد بیشتر است.

تشخیص افتراقی و درمان : افتراق علائم PTSD از اختلال پانیک و نیز اختلال اضطراب فراگیر ممکن است دشوار باشد. زیرا هر سه سندرم مزبور با اضطراب بارز و انگیزختگی دستگاه خودکار همراهند.

PTSD را باید از شمار اختلالات مرتبط که شباهت‌های پدیدار شناختی با آن دارند افتراق داد. این اختلالات عبارتند از: اختلال شخصیت مرزی، اختلالات تجربه‌ای و ساختگی.

اختلال PTSD معمولاً مدتی پس از وقوع سانحه پیدا می‌شود. این مدت می‌تواند به کوتاهی یک هفته و به درازای ۳۰ سال باشد. تقریباً هیچ داده‌ی مثبتی در مورد مصرف داروهای روان‌پریشی در PTSD وجود ندارد. یکی از فنون درمانی نوظهور برای PTSD، حساسیت‌زدایی و بازپردازش حرکات چشم (EMDR) است که طی آن بیمار در حین این که تصویری از تجربه‌ی آسیب‌زا را در ذهن خود نگاه داشته است بر روی حرکات جانبی انگشت بالینگر تمرکز می‌کند.

اختلال اضطراب فراگیر^۱ (منتشر یا تعمیم یافته):

این اختلال شامل نگرانی مفرط درباره شرایط زندگی روزمره، وقایع یا تعارضات است. نسبت ابتلا زن به مرد حدود ۲ به ۱ است. اختلال اضطراب فراگیر احتمالاً شایع‌ترین اختلالی است که همزمان با اختلال روانی دیگری یافت می‌شود.

¹ generalised

بنزودیازپین ها (که آگونیسست گیرنده بنزودیازپین ها هستند) اضطراب را تخفیف می دهند درحالی که فلومازنیل (آنتاگونیسست گیرنده بنزودیازپین ها) و B-کربولین ها (آگونیسست های معکوس گیرنده بنزودیازپین) موجب اضطراب می شوند. لوب پس سری، بیشترین تراکم گیرنده های بنزودیازپینی مغز را دارد.

در مکتب شناختی- رفتاری تاکید بر این است که اختلال اضطراب فراگیر در واقع واکنشی است در بیمار به خطراتی که به غلط خیال می کند تهدیدش می کنند. این خطر خیالی از توجه انتخابی بیمار به جزئیات منفی در محیط، از پردازش تحریف شده اطلاعات در ذهن بیمار و از دیدگاه بیش از حد منفی بیمار در مورد قدرت مدارایش منشا گرفته است. در مکتب روانکاوی این فرضیه مطرح است که اضطراب علامتی است از تعارض های حل نشده ی ناخودآگاه. مشخصه ی اختلال اضطراب فراگیر، الگوی مستمر و مکرر نگرانی و اضطرابی است که با اثرات واقعه یا شرایطی که کانون نگران است، تناسبی ندارد.

درمانگری اضطراب تعمیم یافته

روش های روان- پویشی و درمانگری های انسانی-نگر- هستی نگر را می توان روش های درمانگری کلی نامید، چون در درمان اختلالهای مختلف همواره از شیوه مشابهی سود می جویند. در خلال تحلیل بزرگسالان، تعارض ها و مسائلی که در نخستین روابط موضوعی دوره ی کودکی وجود داشته اند به چهارچوب رابطه با درمانگر انتقال می یابند (روان آزردهای انتقال). گسترش روان آزردهای انتقال براساس موضوع فعل پذیرانه درمانگر تسهیل می شود. در روان تحلیلگری کودکان، درمانگر نقش فعال تری دارد و به جای استفاده از تداعی آزاد با استفاده از روش هایی مانند بازی، ترسیم و... کودک را به بیان تعارضات خود به گونه ای غیرمستقیم وادار می کنند.

روش های مقابله با اختلال اضطراب تعمیم یافته: ۱- شناخت درمانگری ها

۲- روش های مهار تنیدگی: الف) روش خود آموزش دهی توسط میش بام فراهم شد که یک روش شناختی - رفتاری است که به مراجعان می آموزد تا خود گوییهای مقابله ای را جایگزین خودگوییهای منفی کند (ب) روش تنش زدایی (ج) روش پسخوراند زیستی: محققان براین باورند که پسخوراند زیستی براساس افزایش فعالیت امواج آلفا حالت آرامش را در افراد مضطرب بوجود می آورد. از طریق پسخوراند زیستی می توان تولید ارادی امواج آلفا را به مراجع آموخت.

۳- داروهای ضداضطرابی (مثل والیوم و لیبریوم). داروهای بنزودیازپین باعث مشکلاتی مثل وابستگی و اعتیاد می شوند و اینکه بعد از قطع دارو اضطراب با شدت بیشتری عود می کند.

در رویکردهای رفتاری در درمان اضطراب فراگیر، مستقیماً به علایم جسمی بیمار پرداخته می شود. فنون عمده آن، آرام سازی و پسخوراند زیستی است.

هدف از رویکرد روان پویشی افزایش تحمل اضطراب در بیمار است نه رفع اضطراب. تحمل اضطراب بنا به تعریف، این قابلیت است که فرد وقتی دچار اضطراب می شود لازم نباشد آن را تخلیه کند.

بنزودیازپین ها داروی انتخابی درمان اضطراب فراگیر بوده اند. رویکرد جایگزین تجویز کوتاه مدت بنزودیازپین ها و در همان حال استفاده از رویکردهای درمانی روانی- اجتماعی است. شایع ترین اشتباه بالینی در درمان با بنزودیازپین ها ادامه ی نامحدود زمان است.

بوسپیرون در کاهش علایم شناختی اضطراب فراگیر موثر است تا در کاهش علایم جسمی آن. عیب عمده ی بوسپیرون این است که ۲ تا ۳ هفته لازم دارد تا اثراتش ظاهر شود در حالی که اثرات ضد اضطرابی بنزودیازپین ها بلافاصله ظاهر میشود.

سایر اختلالات اضطرابی: علایم اختلال اضطرابی ناشی از بیماری طبی عمومی عین علایم اختلالات اولیه اضطرابی است. شایع ترین تصویر بالینی سندرمی شبیه اختلال پانیک است و نادرترین آن سندرمی شبیه به هراس.

به نظر می رسد بیشترین شیوع علایم اختلال اضطراب فراگیر در یک اختلال طبی، در بیماری **گریوز** (پرکاری تیروئید) باشد.

از میان اختلالات اضطرابی، بیش از همه، اختلال اضطراب فراگیر است که احتمال دارد علیمی مشترک با اختلال مختلط اضطراب- افسردگی داشته باشد.

اختلالات انطباقی

اختلالات انطباقی^۱ (یا سازگاری) طبقه‌ای تشخیصی هستند که مشخصه‌ی آنها واکنش هیجانی یا رفتاری شدید بالینی نسبت به یک رویداد استرس‌زای قابل شناسایی روانی- اجتماعی بوجود می‌آید. شیوع آن در زنان ۲ برابر مردان است. در میان کودکان و نوجوانان، تشخیص این اختلال در دختر و پسر یکسان است. تحقیق روانکاوی روی نقش مادر و محیط پرورش شخص در توانایی بعدی واکنش به استرس تاکید کرده است.

این اختلال ممکن است در هر سنی روی دهد و علائم آن تنوع زیادی دارد و ویژگی‌های افسردگی و اضطرابی و مختلط در بزرگسالان بیشتر شایع است. در کودکان و سالمندان علائم جسمی شایعتر است. هرچند داغدیدگی بدون عارضه اغلب می‌تواند به طور موقت کارکرد اجتماعی و شغلی را مختل کند ولی در این حالت کژکاری فرد در محدوده‌ی واکنش به فقدان شخص محبوب است، به همین دلیل جزء اختلالات انطباقی نیست.

بیماران مبتلا به اختلال انطباقی دچار اختلال کارکرد اجتماعی یا شغلی هستند و علائمشان فراتر از یک واکنش طبی و قابل انتظار به استرس است. از آن جا که هیچ ملاکی قاطعی برای افتراق اختلال با سایر اختلالات وجود ندارد، قضاوت بالینی ضروری است.

در PTSD و اختلال استرس حاد ماهیت عامل استرس‌زا بهتر مشخص شده و این اختلالات با مجموعه‌ی مشخصی از علائم دستگاه خودکار و علائم خلق همراه هستند. برعکس در اختلال انطباقی، عامل استرس‌زا می‌تواند از هر درجه‌ی شدتی برخوردار باشد و علائم احتمالی طیف وسیعی را در بر می‌گیرد.

روان‌درمانی همچنان درمان انتخابی اختلالات انطباقی است.

از آن جا که در اختلالات انطباقی، عامل استرس‌زا را به نحوی می‌توان شناسایی و تعیین کرد، عده‌ای معتقدند که نیازی به روان‌درمانی نیست و اختلال خود به خود برطرف می‌شود. روانپزشک نباید برای رها سازی این بیماران از نتایج اعمال خود تلاش کند. زیرا اغلب این مهربانی‌ها سبب تقویت روش‌های نامعقول تنش‌زدایی شده و مانع از کسب تنش و رشد روانی حاصل از آن می‌شود. در چنین مواردی خانواده‌درمانی ممکن است مفید باشد.

در ICD-10 علائم باید ظرف یک ماه پس از عامل استرس‌زا بروز کنند که این دوره‌ی زمانی در ویرایش آخر DSM ۳ ماه است. در ملاک‌های ICD همانند DSM قید شده که علائم نباید بیش از ۶ ماه پس از رفع علائم استرس‌زا تداوم یابند. وجه افتراقی ICD-10 و DSM-IV در زمینه ملاحظات، مربوط به زمان هست. ملاک DSM در تمام انواع اختلال انطباقی، قید حاد یا مزمن را مشخص می‌کند. اما در ICD قید مزمن در صورتی به کار می‌رود که علامت عمده آن حالت افسردگی باشد. در این موارد در صورتی که علائم ۲ سال طول کشیده باشند عنوان واکنش افسردگی طول کشیده به کار می‌رود.

^۱ Adaptation

اختلالات اضطرابی پنجمین طبقه‌ی تشخیصی DSM-5 هستند که این طبقه در DSM-IV نیز با همین نام قرار دارد. اما تفاوتی که وجود دارد این است که بسیاری از اختلالاتی که در DSM-IV تحت عنوان اختلالات اضطرابی مطرح شده‌اند در راهنمای جدید در بین طبقات مجزای اختلالات اضطرابی، اختلالات وسواسی- عملی و اختلالات مرتبط با آن و اختلالات مرتبط با ضربه و عوامل تنش‌زا توزیع شده‌اند. مهم‌ترین تغییراتی که در این طبقه در DSM-5 ایجاد شده است حذف اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و اختلال وسواسی- عملی (OCD) و قرار گرفتن آن‌ها در یک طبقه‌ی تشخیصی مجزا است. علاوه بر این اختلالاتی نیز به این طبقه‌ی تشخیصی اضافه شده‌اند؛ نخست، اضافه شدن اختلال اضطراب جدایی است که در DSM-IV تحت عنوان سایر اختلالات شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی قرار گرفته است و در این جا تبدیل به یک اختلال مجزا شده است. تغییر دوم اضافه شدن آگورافوبیا به عنوان یک اختلال مجزا است که این تشخیص نیز در DSM-IV به عنوان حالتی که تنها در بافت اختلال وحشت‌زدگی روی می‌داد (حمله‌ی وحشت‌زدگی با آگورافوبیا یا آگورافوبیا بدون سابقه‌ی اختلال هراس) شناخته می‌شد.

دیگر تغییرات این طبقه عبارتند از:

- ✓ آگور فوبیا: مدت زمان استمرار معیارها تغییر یافته است از "استمرار حداقل به مدت شش ماه" به "حضور ترس، اضطراب یا اجتناب به طور معمول به مدت ۶ ماه یا بیشتر.
- ✓ اختلال اضطراب فراگیر: تعداد علایم فیزیکی مرتبط از شش مورد به دو مورد کاهش یافته است.
- ✓ فوبیای خاص: مدت زمان استمرار معیارها تغییر یافته است. از "استمرار حداقل به مدت شش ماه" به "حضور ترس، اضطراب یا اجتناب به طور معمول به مدت ۶ ماه یا بیشتر.
- ✓ اختلال اضطراب اجتماعی (فوبیای اجتماعی): مدت زمان استمرار معیارها تغییر یافته است، از "استمرار حداقل به مدت شش ماه" به "حضور ترس، اضطراب یا اجتناب به طور معمول به مدت شش ماه یا بیشتر.
- ✓ افزودن معیار اختلال اضطرابی جای دیگر طبقه بندی نشده.
- ✓ افزودن معیار برای اختلال اضطرابی مرتبط به دیگر شرایط پزشکی.
- ✓ افزودن معیار برای اختلال اضطرابی ناشی از مواد.

ششمین طبقه‌ی تشخیصی که از طبقه‌ی اختلالات اضطرابی DSM-IV جدا شد اختلالات وسواسی- عملی و اختلالات مرتبط با آن است. این طبقه شامل اختلالاتی است که در DSM-IV تحت عنوان اختلالات اضطرابی، اختلالات شبه‌جسمی و اختلالات کنترل تکانه که به گونه‌ای دیگر طبقه‌بندی نشده‌اند، مطرح شده است. از مهم‌ترین اختلالات این طبقه می‌توان به اختلال وسواسی- عملی، اختلال بدشکلی بدن، اختلال انبار کردن، اختلال کندن مو (تریکوتیلومانی) و اختلال کندن پوست اشاره کرد.

طبقه‌ی تشخیصی بعدی در DSM-5، اختلالات مرتبط با ضربه و عوامل تنش‌زا است که این طبقه اختلالاتی را در بر می‌گیرد که در DSM-IV، تحت عنوان اختلالات اضطرابی و اختلالات انطباقی مطرح شده‌اند. اختلال دلبستگی واکنشی (که در DSM-IV در طبقه‌ی اختلالاتی که برای نخستین بار معمولاً در شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده

می‌شوند، قرار دارد)، اختلال استرس پس از سانحه‌ی حاد، اختلالات انطباقی و اختلال استرس پس از سانحه از مهم‌ترین اختلالات این طبقه‌ی جدید هستند.

نکته:

- ✓ **Hyperventilation** یکی از ویژگی‌های کلی حملات وحشتزدگی است که نوعی تنفس زیاده از حد است که باعث کاهش غلظت دی‌اکسید کربن می‌شود که در نتیجه **ph** خون بالا می‌رود و این باعث می‌شود که به اندازه کافی به سلول‌های بدن اکسیژن نرسد. آزمایش چالش بیولوژیک این فرضیه را توضیح داده‌اند.
- ✓ حساسیت به افزایش گاز دی‌اکسید کربن یک عامل خطر برای اختلال وحشت زدگی بحساب می‌آید و نظریه‌ی آثر خطر خفگی را بوجود آورده است.
- ✓ یک فرض این است که افراد مبتلا به پانیک، در نوروپاتی‌های **GABA** نقص دارند و بنابراین شبکه نورآدرنالین فعالیت بیش از حد دارد.
- ✓ طبق نظریه‌های سایکولوژیک، پانیک از سه طریق بوجود می‌آید: شرطی‌سازی کلاسیک، حساسیت به اضطراب و فاجعه‌انگاری احساس‌های بدنی.
- ✓ به مجموعه فوبی‌های خون، آمپول و زخم، **BII** می‌گویند.
- ✓ اختلال اضطراب اجتماعی، در مقایسه با سایر اختلالات اضطرابی در سنین پایین‌تری ظاهر می‌شوند.
- ✓ لالی انتخابی در **DSM-5** جزء اختلالات اضطرابی آمده است. شروع آن قبل از ۵ سالگی است و حداقل یک ماه ادامه دارد.
- ✓ عوامل روان‌شناختی **OCD**: نقص حافظه، احساس دانستن، مسئولیت اغراق‌آمیز، سرکوب افکار، تکرار مداوم و نقش خلق.
- ✓ وسواس درباره‌هیكل و اندام عضلانی، دیسمورفی ماهیچه‌ای یا عضلانی نامیده می‌شود. تمایل به عالی بودن از لحاظ عضلانی و ماهیچه‌ای، **عقده ادونیس** نامیده می‌شود.
- ✓ اختلال‌کندن مو معمولاً در ۹ تا ۱۳ سالگی شروع می‌شود. در زنان بیشتر است.
- ✓ بهترین شیوه درمان اختلال‌کندن مو، آموزش معکوس‌سازی عادت است.
- ✓ اختلال‌کندن پوست با دوپامین ارتباط دارد. در زنان بیشتر است.
- ✓ مشاهده رویداد‌های فاجعه‌آمیز و مرگبار جزء رویدادهای تروماتیک محسوب نمی‌شود؛ مثلاً از طریق تلویزیون و عکس. اما اگر فرد شخصاً شاهد رویداد تروماتیک برای دیگران باشد یا از وقوع یک حادثه تروماتیک برای نزدیکان باخبر شود، می‌تواند باعث **PTSD** شود.
- ✓ بهترین پیش‌بینی‌کننده مقاومت زیاد در مقابل **PTSD** ضریب هوشی بالاست.
- ✓ ۵ نظریه درباره ریشه‌های **PTSD**: نظریه باورهای درهم شکسته، نظریه شرطی‌سازی، نظریه پردازش هیجانی، نظریه شکست روانی و نظریه کدگذاری دوگانه (۲ سیستم مستقل در حافظه نقش دارند: سیستم حافظه قابل دسترس کلامی و سیستم حافظه قابل دسترس موقعیتی)

- ✓ دی بریفینگ سایکولوژیک یا گزارش سریع قربانیان آسیب در ۲۴ یا ۷۲ ساعت بعد از رویداد تروماتیک، می تواند از ایجاد PTSD جلوگیری کند.
- ✓ موثرترین درمان PTSD مواجهه درمانی است.
- ✓ در اختلال دلبستگی واکنشی، کودک حداقل باید ۹ ماهه باشد. ویژگی اصلی آن، رفتار های دلبستگی مختل و نامتناسب با مرحله رشدی است.
- ✓ در اختلال تعامل اجتماعی بی قید و بند، کودک حداقل باید ۹ ماهه باشد.

اختلالات خلقی

خلق بر طبق تعریف عبارت است از احساس درونی نافذ و پایداری که درک و نگرش فرد نسبت به خود، دیگران، و در کل نسبت به محیط را عمیقاً تحت تاثیر قرار می دهد. عاطفه به نمود بیرونی خلق اطلاق می شود. خلق می تواند طبیعی، بالا یا سرکوب شده باشد. قبلاً به اختلالات خلق^۱، اختلال های عاطفی گفته می شد.

بقراط در حدود ۴۰۰ سال پیش از میلاد مسیح اصطلاحات مانیا و مالیخولیا را برای توصیف اختلالات روانی به کار برده است. پزشک رومی به نام سلسوس در کتابش به نام درباره ی طب، مالیخولیا را به عنوان نوعی افسردگی ناشی از غلبه ی صفرا ذکر کرده است. در طب قدیم، افراد صفراوی مزاج را افسرده، سوداوی مزاج را تندخو، بلغمی مزاج را سرد و بی احساس و دموی مزاج را خونگرم و معاشرتی می دانستند. روانپزشک آلمانی «کارل کالبام» اصطلاح سیکلوتایمی را به کار برد و مانیا و افسردگی را مراحل از یک بیماری واحد قلمداد کرد. کرپلین نوعی روانپریشی به نام «روانپریشی مانیا-افسردگی» را توصیف کرد و اکثر ملاک هایی را که امروزه روانپزشکان برای گذاشتن تشخیص اختلال دو قطبی I به کار می گیرند در آن گنجانده بود. کرپلین نوعی افسردگی هم بر شمرده بود که در اواخر بزرگسالی شروع می شد و نهایتاً نام مالیخولیای کهولتی بر آن نهاده شد.

افسردگی و انواع آن

نشانه های مختلف افسردگی : رفتار، شکل ظاهری (کندی حرکات، نا آرامی، غمگینی، بهت زدگی)، جنبه هیجانی (احساس کوفتگی، تنهایی، اضطراب و ...) جنبه روان شناختی نباتی (نا آرامی درونی، تنش، گریه، کاهش وزن و اشتها) جنبه خیالبافی شناختی (بازخورد منفی نسبت به خود، دنیا و آینده : مثلث شناختی بک، افکار هذیانی، بدبینی)، جنبه انگیزشی (انتظار شکست، کناره گیری از مسئولیت ها و ...)

¹ Mood disorder

افسردگی‌های دوره اول کودکی

جدول بالینی افسردگی اتکایی (یعنی محرومیت مادرانه و نبود تکیه‌گاه) نوزاد که توسط اشپیتز توصیف شده از زاویه نشان‌شناسی صریح، شرایط بروز آن در نوزاد ۶ تا ۱۸ ماهه‌ای که ناگهان از مادرش جدا می‌شود و همچنین از زاویه فرایند تحول اختلال، بی‌تردید دقیق‌ترین چارچوب شخصی را فراهم آورده است. نشانه‌های آن که مشابه جدول بالینی افسردگی بزرگسالان است: حالت خمودگی همراه با امتناع از تماس و بی‌تفاوتی، ناله و زاری و چسبیدن به بزرگسالان، فریاد و اعتراض، بی‌اشتهایی روانی، کاهش وزن و بی‌خوابی، حساسیت مفرط به عفونت و اگر امکان جانشین خوبی برای مادر باشد افسردگی از بین می‌رود، در غیر اینصورت یک حالت رنجوری در سطح جسمانی و روانی گسترش می‌یابد که این حالت با اصطلاح « بیمارستان‌زدگی » اشپیتز مطابقت دارد. به نظر می‌رسد کودک در وهله‌ای از زندگی خود نسبت به افسردگی مادر حساسیت بیشتری نشان می‌دهد. این وهله از نظر مولفان اخیر از حد ماه چهاردهم زندگی شروع و تا حد ماه ۲۷ ادامه می‌یابد.

افسردگی در خلال دوره‌های دوم و سوم کودکی:

۴ گروه از تظاهرات مربوط به افسردگی:

الف) نشانه‌هایی که مستقیماً به افسردگی وابسته‌اند. (کسالت، انزوا، کندی حرکتی، مشکلات تمرکز و اختلال‌های خواب) به آسیب‌شناسی بزرگسال نزدیکند.

ب) نشانه‌های وابسته به رنج افسرده‌وار (تا حدی از نشانه‌های بزرگسالی فاصله می‌گیرند. رفتار معقول و در حد مفرط می‌تواند افسردگی باشد و همچنین فعل‌پذیری و حرف‌شنوی ظاهری. شکست تحصیلی که با طراز عقلی وی در تناقض است، رفتارهای هراسی و قصد خودکشی).

ج) نشانه‌های دفاعی علیه افسردگی (پاره‌ای از رفتارها مستقیماً در طیف رفتارهایی قرار می‌گیرند که کلاین آنها را دفاع آشفته‌وار می‌نامد. رفتارهایی که برای انکار حالت افسرده یا غلبه بر بروز آنهاست، مثل ناآرامی‌ها و پرجنب و جوشی‌ها و یا ناپایداری‌های حرکتی و روانی و پر حرفی. رفتارهای دیگر: لجبازی، بدخلقی، پرخاشگری، دزدی، گریز.

د) رفتارهای معادل افسردگی (بی‌اختیاری ادرار، اگزما، نفس‌تنگی، فربهی، بی‌اشتهایی روانی).

افسردگی‌های نوجوانی

۱- واکنش اضطرابی افسرده‌وار

در برابر جدایی محرومیت یا ناکامی، پاره‌ای از نوجوانان واکنش اضطرابی افسرده‌واری را که به منزله یک پاسخ حمایتی واقعی است نشان می‌دهند اما نباید اضطراب و افسردگی را یکسان دانست. اضطراب همواره بر تجیلات روانی دیگر مقدم است و مبارزه فرد را علیه خطری که به نظر می‌رسد وی را تهدید می‌کند نشان می‌دهد. دردناک‌تر شدن تدرجی این مبارزه به آشکار شدن پاسخ افسرده‌وار می‌انجامد. واکنش‌های اضطرابی افسرده‌وار معمولاً در آغاز نوجوانی در افرادی که در مرحله نهفتگی یا پیش‌نوجوانی دارای رگه‌های هراسی یا وسواسی بوده‌اند بروز می‌کند.

۲- افسردگی مبتنی بر احساس حقارت

بر مجموعه‌ای از احساسات حقارت که قلمرو خاصی مانند قلمرو آموزشگاهی یا جسمانی و یا مجموعه شخصیت وابسته است مشخص می‌شود. تردیدی نیست که هسته اصلی این اختلال در ناتوانی نوجوان در تحقق بخشیدن به آرمان‌هایی که برای خویش قایل است، قرار دارد. این خواسته‌های آرمانی اغلب به صورت «خودبزرگ‌بینی» که نوعی شیوه مقابله با ترس از دست دادن هویت است متجلی می‌شوند. این کمال‌گرایی با فرامن قابل قیاس است.

۳- افسردگی مبتنی بر احساس رهاشدگی

این نوع افسردگی معمولاً در نوجوانی مشاهده می‌شود که شیوه اصلی بیان نشانه‌شناختی آنها «گذار به عمل» به صورت دیگر پرخاشگری یا خودپر خاشگری است. تاریخچه زندگی آنها نشان‌دهنده کمبودهای زودرس در قلمرو مراقبت‌های مادرانه است.

۴- افسردگی مالیخولیایی

۵- معادل‌های افسرده وار: (بزهکاری، هراس، گذار به عمل، کسالت و ...)

قبلاً فرض بر این بود که کودکان دچار افسردگی نمی‌شوند. این فرض مبتنی بود که افسردگی مستلزم تجربه پاره‌ای از موقعیت‌های زندگی است. اما در حال حاضر این نکته آشکار است که حتی نوزادان ۳ ماهه نیز می‌توانند دچار افسردگی شدید شوند. اما DSM-IV هیچ یک از اختلال‌های خلقی را در چارچوب اختلال‌هایی که در خلال تحول بروز می‌کنند قرار نداده است.

افسردگی اساسی (افسردگی حاد یا ماژور)

اختلال افسردگی اساسی^۱ در بین اختلالات روانپزشکی بالاترین شیوع طول عمر (۱۷ درصد) را داشته است و به سرماخوردگی بیماری‌های روانی معروف است.

متوسط سن شروع اختلال افسردگی اساسی حدود ۴۰ سالگی است. هیچ ارتباطی بین وضعیت اجتماعی- اقتصادی افراد و اختلال افسردگی اساسی پیدا نشده است. اما میزان بروز اختلال دو قطبی ادر گروه‌های اجتماعی- اقتصادی بالاتر، بیشتر از متوسط به نظر می‌رسد. افسردگی در نواحی روستایی شایع‌تر از نواحی شهری است.

عوامل فرهنگی بر شیوه دریافت و بیان نشانه‌های افسردگی موثرند. هسته اصلی نشانه‌های افسردگی حاد در کودکان و نوجوانان مشابه است. پاره‌ای از نشانه‌ها مانند شکایت‌های بدنی، زودرنجی و گوشه‌گیری در کودکان متداول‌ترند.

گستره افسردگی اساسی مبین متداول‌ترین و شدیدترین تجربه افسردگی است. نشانه‌های آن (هیجانی، انگیزشی، بدنی و ...) حداقل ۲ هفته باید تداوم یابد و میانگین آن بدون دخالت درمانگری ۹ ماه است. شدت یک افسردگی حاد در افراد مختلف متفاوت است و در معدودی از افراد حتی ممکن است دربرگیرنده نشانه‌های روان‌گسستگی نیز باشد و فرد هذیان (افکار عجیب و غریب بدون معنا) و توهم (ادراک چیزهایی که در وضع کنونی وجود ندارد) را تجربه کند.

مثل اختلال افسردگی اساسی، زنان مبتلا به اختلال دو قطبی در مدت پس از زایمان بیشتر از مواقع دیگر در زندگی‌شان در معرض خطر ابتلا به دوره منیک هستند.

¹ Major depressive disorder

افرادی که دوره‌های آنها **الگوی فصلی^۱ افسردگی** را نشان می‌دهد، هر سال در زمان یکسانی معمولاً به مدت ۱ ماه در پاییز یا زمستان دچار دوره افسردگی می‌شوند، اما بعداً به عملکرد طبیعی بر می‌گردند. آنها در طول این دوره‌ها بی‌انرژی، بیش از حد می‌خوابند، پرخوری می‌کنند و به کربوهیدرات علاقه دارند و بیشتر در افرادی دیده می‌شوند که دور از استوا هستند که آفتاب کمتر است.

بیماران خلقی دچار روانپریشی هماهنگ با خلق به نوع سایکوتیک اختلال خلقی دچارند، ولی بیماران خلقی دچار روانپریشی ناهماهنگ با خلق، ممکن است به اختلال اسکیزوافکتیو یا اسکیزوفرنی مبتلا باشند.

از اصطلاح **مالیخولیا^۲** هنوز هم برای نوعی از افسردگی به کار می‌رود که مشخصات آن عبارتند از: بی‌لذتی شدید، سحرخیزی، کاهش وزن و احساس گناه عمیق و افکار خودکشی نیز رایج است. مالیخولیا با بروز تغییراتی در دستگاه عصبی خودکار و عملکرد اندوکراین همراه است. به همین دلیل، گاهی اوقات مالیخولیا را افسردگی درونزاد، و یا نوعی از افسردگی می‌خوانند که در غیاب خارجی استرس‌زا یا تسریع کننده رخ می‌دهد.

بیماران خلقی واجد خصایص **آتیپیک (غیر عادی atypical)** که عبارت است از پرخوری و پرخواهی. به این علائم گاه عنوان علائم نباتی معکوس داده می‌شود و به این الگوی علامتی نیز گاه ملال هیستروید اطلاق می‌شود. در این بیماری نسبت به افسردگی اساسی، سن شروع پایین‌تر است و کندی روانی- حرکتی هم شدیدتر می‌باشد.

تقسیم‌بندی اختلالات خلقی طبق پیوستار درونزاد- واکنشی، محل مناقشه است. چون تلویحاً حکایت از آن می‌کند که افسردگی‌های درونزاد مبنایی زیستی دارند و افسردگی‌های واکنشی، مبنایی روانی. علائم افسردگی واکنشی را بی‌خواهی ابتدای شب، اضطراب، نوسانات بیماری و شکایات متعدد جسمی دانسته‌اند.

افسردگی اولیه همان است که در DSM-IV-TR عنوان اختلال خلق ناشی از بیماری طبی یا ناشی از مواد را نمی‌گیرد، به اینها افسردگی ثانویه اطلاق می‌شود. **افسردگی مضاعف^۳** وضعیتی است که در آن اختلال افسردگی اساسی سوار بر اختلال دیس تایمی (افسرده خویی) شده باشد. **معادل افسردگی** نیز علامت یا سندرمی است که ممکن است شکل ناقصی از دوره- ی افسردگی باشد.

- اضطراب از علائم شایع افسردگی است که حدود ۹۰ درصد از بیماران را گرفتار می‌کند.
- افسردگی در سالخوردگان ممکن است به این دلیل کمتر شناسایی شود که بیش از افسردگی جوانترها خود را با شکایات جسمی نشان می‌دهد. مانیا را در نوجوانان اغلب به غلط اختلال شخصیت ضداجتماعی یا اسکیزوفرنی تشخیص می‌دهند.
- در DSM-IV، اختلال مختلط اضطراب- افسردگی نیز جزء اختلالات اضطرابی ذکر شده است. علائم برجسته اضطراب ممکن است با علائم چشمگیر افسردگی همراه شود، اتفاقی که اغلب روی می‌دهد.
- داده‌های موجود حاکی از آن است که وابستگی زن‌ها به الکل بیشتر از وابستگی مرد‌ها به الکل با تشخیص همزمان افسردگی ارتباط دارد. کندی عام روانی- حرکتی شایع‌ترین علامت افسردگی است. البته سرآسیمگی روانی- حرکتی نیز به ویژه در سالخوردگان دیده می‌شود. مالیدن دست‌ها به هم و کشیدن مو شایع‌ترین علائم سرآسیمگی است.
- اگر بیمار افسرده‌ای هذیان یا توهم داشته باشد می‌گویند مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با خصایص روانپریشانه است.

¹ Seasonal pattern

² melancholic

³ Double depression

- هذیان‌های هماهنگ با خلق در فرد افسرده عبارت است از هذیان گناه، معصیت، بی‌ارزشی، فقر، شکست، گزند و بیماری‌های جسمی. هذیان‌ها و توهم‌های ناهماهنگ با خلق آنهایی است که محتوایشان با خلق افسرده بیمار همخوانی ندارد.

دیدگاه‌های نظری در قلمرو افسردگی

نخستین نظریه افسردگی در چارچوب روان‌تحلیل‌گری توسط فروید و آبراهام ارائه شد. وجود مشابهت بین افسردگی بالینی و واکنش عزا به دلیل از دست دادن فرد محبوب، نقطه آغاز این نظریه بود. درک سایکودینامیک افسردگی، (روانپویشی) که توسط فروید تبیین شد و کارل آبراهام آن را گسترش داد، دیدگاه کلاسیک مربوط به افسردگی را تشکیل می‌دهد. این نظریه چهار رکن اصلی دارد: ۱- آشفتگی ارتباط نوزاد و مادر در خلال مرحله‌ی دهانی (۱۰ تا ۱۸ ماه ابتدایی زندگی) زمینه‌ساز آسیب‌پذیری بعدی به افسردگی می‌شود. ۲- افسردگی را می‌توان با فقدان ابژه حقیقی یا خیالی مرتبط دانست. ۳- درونی‌سازی ابژه‌های از دست رفته، مکانیسمی دفاعی است که برای مقابله با رنج و ناراحتی همراه با فقدان ابژه به کار می‌رود. ۴- از آن جا که ابژه از دست رفته با دیدی آمیخته از عشق و نفرت نگریسته می‌شود، احساسات خشم متوجه خود و معطوف به داخل می‌گردد.

فروید و آبراهام بر این باور بودند که مرگ یک فرد محبوب با جدایی از وی به ردیفی از فرایندهای ناهشیار منجر می‌شود: نخست آنکه فرد عزادار به علت ناتوانی در پذیرش این فقدان به مرحله دهانی، مرحله تمایز نیافتگی کودک- والد واپس‌روی می‌کند و بر این اساس این واپس‌روی در سطح من و فرامن، موضوع‌های محبوب را درون‌فکنی می‌کند. در وهله دوم این درون‌فکنی که به از هم پاشیدگی و پراکندگی کشاننده‌ها وابسته است به تعارض بین ۲ پایگاه من و فرامن منجر می‌شود و احساس کینه و خشم نسبت به فرد محبوب از دست رفته - برای حفظ تمامیت موضوع- به صورت کینه فرامن نسبت به من در می‌آید و فرد افسرده با ابراز رنج می‌کوشد تا عشق از دست رفته را بازیابد و این، یک فریاد بلند و نومیدانه عشق است. طبق این دیدگاه شرایط برانگیزاننده عزا و افسردگی مبتنی بر رویدادهای زندگی هستند.

تفاوت‌های بین عزا و افسردگی از نظر فروید و آبراهام

عزا پدیده‌ای بهنجار است چون پس از مدتی فرد بر آن فائق می‌آید.

عزا به عنوان جدایی تدریجی از موضوع سرمایه‌گذاری لیبدو و یا سرمایه‌زدایی تدریجی از تجسم‌های مرتبط با موضوع از دست رفته است.

عزاداری همه نشانه‌های افسردگی به جز احساس سقوط ارزش خویشتن و ناارزنده‌سازی است (تمایز اصلی بین افسردگی و عزا). در افسردگی با نوعی واپس‌روی خوددوستدارانه مواجهیم. چرا که از دست دادن موضوع عشق به درونی کردن آن می‌انجامد. در افسردگی نوعی دوسوگرایی مشاهده می‌شود، موضوع گمشده، نه فقط موضوع عشق بلکه موضوع کینه نیز هست و آن باعث خود متهم‌سازی که خصیصه اصلی افسردگی است در می‌آید.

به طور کلی فروید و آبراهام بر این باورند که وجود زمینه مساعد در دو گروه از افراد به واپس‌روی، درون‌فکنی و افسردگی در برابر فقدان منجر می‌شود :

- ۱- آنهایی که والدینشان نتوانسته‌اند نیازهای طبیعی‌شان را در خلال مرحله دهانی ارضا کنند (موجب می‌شود که در همه جریان زندگی وابسته باقی بمانند).

۲- گروهی که نیازهای آنان به گونه‌ای افراطی ارضا شده (چون ارضای مفرط نیازهای مرحله دهانی این مرحله را آنقدر لذتبخش کرده که گذار به مرحله دیگر با مقاومت مواجه می‌شود).

کارال آبراهام معتقد بود که تعارضهای موجود در افسردگی حول محور آزارگری دهانی و آزارگری مقعدی دور می‌زند. یکی از مکانیسم‌های عمده که به کار می‌رود، واکنش وارونه است. فروید در سوگواری و مالیخولیا گفته بود که وجود نوعی احساس طردشدگی در روابط بین‌فردی اوایل زندگی می‌تواند فرد را به افسردگی آسیب‌پذیر سازد. افراد مستعد به افسردگی از نظر دهانی وابسته اند و لازم است نیازهای خودشیفتگیشان دائماً ارضاء بشود.

ملانی کلاین

مفهوم موضع افسرده‌وار کودکان را به عنوان وهله اجتناب‌ناپذیری از فرایند تحول مطرح کرد و آسیب‌پذیری فرد در برابر افسردگی را به چگونگی طی کردن این موضوع وابسته دانست. کلاین توجه خود را بخصوص بر زندگی خیال‌پردازانه کودک شیرخوار معطوف کرده است. گرچه مشاهده مستقیم را نیز مفید می‌داند، اما عقیده دارد که واقعیت کودک شیرخوار در منشور تغییر یابنده خیال‌پردازی‌های وی درک می‌شود. ملان کلاین افسردگی را متضمن ابراز پرخاشگری به محبوب می‌دانست و از این نظر بسیار شبیه فروید بود.

کلاین کشاننده‌های زندگی و مرگ را مبنای نظریه خود قرار داده است و بر این باور است که یک من ابتدایی از بدو تولد وجود دارد که برای دفاع از خود علیه تعارض بین کشاننده مرگ و قسمتی از کشاننده زندگی را به بیرون فرافکنی می‌کند تا یک موضوع آرمانی (پستان مادر) را بوجود آورد و سپس به درون‌فکنی موضوع آرمانی (که هم خوب است و هم ویرانگر) می‌پردازد و خود را با وی همسان می‌سازد و آنوقت است که من به صورت دو لایه (یک لایه لیبیدویی و یک لایه ویرانگر) در می‌آید و با موضوع جزئی یعنی پستان مادر، یک رابطه مضاعف برقرار می‌کند. بدین ترتیب پستان خوب، ارضا کننده و پستان بد نه تنها نفی می‌شود بلکه توسط مکانیزم دفاعی لایه‌سازی یا دویارگی مجزا می‌گردد. این مرحله، مرحله «موضوع جزئی» نامیده می‌شود و با موضع روان‌گسیخته-پارانویاگونه مطابقت دارد.

تحول تدریجی، کودک را وادار می‌دارد تا کلیت موضوع را درک کند و بدین ترتیب موضوع افسرده‌وار (که با مرحله ادراک موضوع کلی مطابقت دارد و کلاین آن را در حد ۶ ماهه دوم نخستین سال زندگی قرار می‌دهد و حد بحرانی آن نیز در ۶ ماهگی است) آغاز می‌شود. کودک می‌فهمد که پستان خوب و بد، در حقیقت موضوع‌های واحدی هستند و همین موضوع واحد، یعنی مادر است که مجموعه خوبی‌ها و بدی‌ها را تشکیل می‌دهد. اما متمایز شدن مادر به منزله یک کلیت، مستلزم بازشناسی وابستگی نسبت به او نیز هست و از این جاست که رنج، اضطراب و در نهایت افسردگی کودک نشأت می‌گیرد.

در نظام کلاین، شکست کودک در کوشش‌هایی که برای ترمیم موضوع انجام می‌دهد وسیع‌ترین جایگاه را در درک پدیده افسرده‌وار که شامل افسردگی زودرس نیز می‌شود به خود اختصاص داده است.

ماهلر معتقد است که موضوع افسرده‌وار مدت‌ها پس از ۶ ماهه دوم زندگی (برخلاف نظر کلاین) یعنی از ۱۶ تا ۲۴ ماه قرار دارد و با وهله‌ای مطابقت می‌کند که کودک نسبت به جدایی خود، فردیت خود و از دست دادن قدرت مطلق خویش هشیار می‌شود.

از نظر **ادوارد بېرېنگ** پدیده‌ی افسردگی زمانی شکل می‌گیرد که فرد از فاصله‌ی آرمان‌های بسیار کمال‌طلبانه خود و ناتوانی‌اش در رسیدن به این اهداف آگاه می‌شود. **ادیت یاکوبسن** حالت افسردگی را شبیه وضعیت کودک ناتوان و درمانده-ای می‌داند که قربانی والدین شکنجه‌گر شده است. **سیلوانا آرتی** دیده بود که بسیاری از افراد افسرده نه برای دل خود، که برای دیگران زندگی می‌کنند. او به این شخصی که فرد افسرده برای او زندگی می‌کند دیگری غالب اطلاق می‌کرد که

می‌تواند یک اصل آرمانی موسسه یا فرد باشد. افسردگی زمانی رخ می‌دهد که بیمار در می‌یابد که فرد یا آرمانی که او برایش زندگی کرده، هرگز چنان نبوده که بتواند انتظارات او را برآورده کند. مفهوم‌پردازی **هاینتس کوهات** درباره‌ی افسردگی از نظریه‌ی «روانشناسی خود» او ریشه گرفته و بر این فرض مبتنی است که خود برای رشد، نیازهای معینی دارد که والدین باید برآورند تا احساس مثبت اعتماد به نفس و انسجام در کودک شکل بگیرد. وقتی که دیگران این نیازها را برآورده نمی‌کنند، اعتماد به نفس به میزان زیادی از دست می‌رود و بدین صورت افسردگی تظاهر می‌کند.

از دیدگاه **انگل**، اضطراب و افسردگی دو پاسخ بنیادی ابتدایی با مبنای فطری هستند که به عنوان علامت‌هایی در برابر محیط و در برابر من عمل می‌کنند. اضطراب مبین مبارزه علیه تنش‌های درونی و خطرهای بیرونی است در حالی که انزوای افسرده‌وار، بالعکس نشان‌دهنده یک بازخورد حمایتی کناره‌گیری (مثل خواب زمستانی بعضی از حیوانات) است که امکان بقای فردی را که توان مبارزه ندارد، فراهم می‌کند.

دیدگاه کردارشناسی

بالبی با توجه به پاره‌ای از تحقیقات و نقش‌پذیری در حیواناتو بالاخره با توجه به نظریه نظم‌جویی سیرمنتیک و مفاهیم روان‌شناختی به این باور رسید که کودک از ابتدا زندگی دارای الگوی رفتاری دلبستگی با کسی است که در تماس با وی قرارداد او معتقد است که نیاز به تماس از بدو تولد در کودک وجود دارد و منعکس‌کننده یک نیاز اجتماعی نخستین است.

بالبی آشکارا غمگینی را از افسردگی مزمن متمایز می‌کند. غمگینی که به منزله نوعی واکنش هنجار و سالم است در برابر فقدان یا انتظار فقدان برانگیخته می‌شود اما فرد غمگین امید خود را از دست نمی‌دهد و احساس صلاحیت و ارزش شخصی وی دست‌نخورده باقی می‌ماند.

جان بولبی معتقد است که آسیب دیدن دلبستگی‌های اولیه و جدایی توأم با آسیب در دوران کودکی زمینه‌ی ایجاد افسردگی را فراهم می‌کند بالبی بر این باور است که تا وقتی مبادله‌های فعالی بین فرد و جهان خارج (در سطح فکر یا عمل) وجود داشته باشد، حالت فاعلی فرد را نمی‌توان معادل افسردگی دانست، اما اگر مبادله قطع شود، افسردگی بروز می‌کند. کسی که بتواند این دوره از هم‌پاشیدگی ناشی از قطع مبادله را تحمل کند و پس از مدت زمان نه چندان طولانی به رفتارها، افکار و احساسات خود برای ایجاد تعامل‌های جدید سازمان بخشد، از نظر روانی فردی سالم محسوب می‌شود. بالبی در مورد افسردگی ابتدا نظریه درماندگی آموخته شده (استیصال اکتسابی) سلیگمن و بعد دیدگاه بک، مبنی برچگونگی تفسیر رویدادها را می‌پذیرد.

به اعتقاد لوینسون، کاهش رویدادهای تقویت‌کننده را می‌توان به عنوان علت اصلی افسردگی در نظر گرفت.

تبیین‌های شناختی

در جریان پردازش خبر، ۳ نوع متغیر درونی بین محرک‌ها و پاسخ‌ها قرار می‌گیرند: طرحواره‌ها یا روان‌بنه‌های شناختی، فرایندهای شناختی، رویدادهای شناختی.

۱- طرحواره‌های شناختی

طرحواره‌ها را می‌توان به عنوان تجسم‌های غیراختصاصی اما سازمان‌یافته تجربه‌های پیشین تلقی کرد. این توصیف را می‌توان با توصیف پیازه نزدیک دانست که بر حسب آن یک طرحواره، ساخت یا فرایندی است که در زیر بنای رفتارهای حسی-حرکتی و فعالیت‌های ذهنی پیچیده قرار دارد و سازمان‌یافتگی و نظم‌جویی اعمال را تبیین می‌کند. بنابراین محتوای طرحواره‌ها تعیین‌کننده پاسخ‌های عاطفی و شناختی است و معنایی که فرد براساس این طرحواره‌ها برای تجربه‌های

شخصی خود قایل می‌شود، بیش از رویدادها به خودی خود به افسردگی منجر می‌شود. (رویداد ← طرحواره ← عاطفه) طرحواره‌ها ناهشیارند، آنها به تفسیر خبر به طور خودکار می‌پردازند و برای رویدادها معنای مشخصی قایل هستند. بنابراین طرحواره‌ها به منزله وسیله‌ای محسوب می‌شوند که تاثیر گذشته را بر آینده تضمین می‌کند.

۲- فرایندهای شناختی

فرایندهای شناختی چگونگی تبدیل ساخت‌های عمقی شناختی (طرحواره‌ها) به ساخت‌های سطحی (رویدادها) را بیان می‌کنند. ساخت‌های سطحی معرف چیزی هستند که فکر یا تصور می‌شود در حالی که ساخت‌های عمقی با نظام‌های معنایی در ارتباطند که در زیربنای خودگوییها، فکرها و تصورات ذهنی قرار دارند و فقط با متمرکز کردن توجه بر آن، برای فرد قابل مشاهده می‌شوند. گذر از ساخت‌های سطحی براساس فرایندهای شناختی امکان‌پذیر می‌شود. به عبارت دیگر، فرایندهای شناختی، قواعد تغییر خبر را بیان می‌کنند.

برون‌سازی به تغییر طرحواره‌ها به منظور منطبق کردن آنها با واقعیت برونی می‌پردازد و درون‌سازی یعنی تغییر محیط و رویدادها، متناسب با طرحواره‌ها. گرایش به درون‌سازی همواره قدرتمندتر است و غلبه درون‌سازی بر برون‌سازی، یکی از مکانیسم‌های اصلی پردازش خبر در فرد افسرده در نظر گرفته می‌شود (یعنی فرد افسرده، هر رویدادی را طبق افکار و تصورات خود، تفسیر می‌کند).

۵ خطای منطقی افراد افسرده :

۱- استنباط‌های شخصی یا فاعلی : که به نتیجه‌گیری‌های منفی بر مبنای دلایل اندک و یا حتی متضاد و بر مبنای خبرهای نامتناسب یا نادرست منتهی می‌شود.

۲- انتزاع‌گزینی^۱: که مبتنی بر جزیی منفی از یک چارچوب کلی است و باعث می‌شود تا معنای کلی واقعیت درک نشود.

۳- بیش‌تعمیم‌دهی^۲: به منزله تعمیم دادن یک تجربه ناموفق جزیی به همه موقعیت‌هاست.

۴- بزرگ‌سازی یا کوچک‌سازی : بزرگ جلوه دادن شکست‌ها و رویدادهای منفی و ناآرام‌سازی موفقیت‌ها و موقعیت‌های خوشایند.

۵- شخصی‌سازی: بیش‌ترسنجی ارتباط بین رویدادهای نامساعد و خصیصه‌های فردی.

۳- رویدادهای شناختی

رویدادهای شناختی، نوعی حاصل پردازش خبر به وسیله طرحواره‌ها و فرایندهای شناختی است و به صورت تک‌گوییها و مکالمه درونی، خودلفظی‌سازیها یا تصویرهای ذهنی متجلی می‌شوند و امکان بررسی آنها به گونه‌ای غیرمستقیم وجود دارد.

الگوی شناختی پردازش خبر ← محرک ← طرحواره ← فرایند ← رویدادهای شناختی ↔ رفتار- حرکت

ارگانیزم به پردازش محرک‌ها یا رویدادهای محرک (درون‌شده‌ها) بر حسب طرحواره‌هایی که در حافظه درازمدت ذخیره شده‌اند می‌پردازد و آنها را بوسیله فرایندهای شناختی به رویدادهای شناختی (فکر تصویرهای ذهنی) و رفتار کلامی و حرکتی که نشان‌دهنده نتیجه نهایی (برون‌شده‌ها) هستند تبدیل می‌کند.

¹ Selective abstraction

² overgeneralization

نظریه شناختی «بک» افکار منفی را به منزله محور اصلی افسردگی یک قطبی تلقی می‌کند. این مولف بر این باور است که روان‌بندهای شناختی منفی که بخصوص بر اثر بازخورد منفی نسبت به خود، جهان و آینده بروز می‌کند (مثلث شناختی^۱ بک)، در مبنای افسردگی‌ها قرار دارند. این روان‌بندهای شناختی و خطاهای فکری که در تجربه‌های نامساعد دوره کودکی ریشه دارند، می‌توانند در خلال سالهایی که فاقد اختلال‌های اساسی یا سرخوردگی‌ها هستند، پنهان باقی بمانند.

اسنادها به منزله تفسیرهایی هستند که فرد درباره رویدادهای برونی و رفتارهای شخصی ارائه می‌دهد. سپس تبیین خود را بدون در نظر گرفتن هیچ نوع رابطه منطقی به عنوان علت رفتارها یا رویدادها می‌پذیرد. سلیگمن براساس نظریه درماندگی آموخته شده^۲ به این نتیجه دست یافت که حیوانات نیز مانند افراد افسرده پس از یک تجربه ضربه‌آمیز یا ضربه‌های مستمر، پاسخ‌های مثبت خود را از دست می‌دهند.

راتر: افرادی که درونی نامیده می‌شوند، مهار رویدادها را در اختیار خود می‌دانند در حالی که افراد بیرونی مهار رویدادها را به نیروهای برونی مثل شانس و سرنوشت نسبت می‌دهند.

تفسیر فرد افسرده از یک رویداد منفی : درونی – کلی – پایدار (قطعی)

تفسیر فرد افسرده از یک رویداد مثبت : بیرونی – خاص – ناپایدار

دو نوع درماندگی آموخته شده :

۱- درماندگی آموخته شده شخصی : فرد خود را به دلیل ناتوانی در برابر رویدادهای منفی سرزنش می‌کند (اسنادهای درونی). اما بر این باور است که کسی می‌تواند به وی کمک کند.

۲- درماندگی آموخته شده همگانی : که در آن از یک سو افراد تصور می‌کنند نباید به دلیل شکست‌هایشان مورد سرزنش قرار گیرند (اسنادهای برونی) و از سوی دیگر عقیده دارند که هیچکس نمی‌تواند به آنها کمک کند.

خود کنترلی عبارت است از گسترش پاسخ‌های رفتاری که احتمال تقویت بلافاصله آنها وجود ندارد. این فرایند برای نتایج درازمدت نسبت به نتایج کوتاه‌مدت اولویت قائل است.

سه مقوله خودکنترلی :

۱- خودمشاهده‌گری : افراد افسرده فقط به پاره‌ای از نتایج آنی رفتار خود توجه دارند و به پیامدهای درازمدت بی‌توجهند.

۲- خودسنجی : نمی‌توانند از اسنادهای علی درونی که در عین درونی بودن با واقعیت نیز منطبق باشد، سود جویند.

۳- خود-تقویت‌دهی : خود-کیفردهی در بیماران افسرده فراوان و خود-پاداش‌دهی بسیار کم است.

طبق مدل‌های رفتاری، رویدادهای استرس‌زا عامل سومی هستند (اول، کاهش تقویت‌های مثبت، دوم، مهارت‌های اجتماعی معیوب) که در افسردگی دخالت دارند، زیرا توانایی فرد را در انجام دادن الگوهای مهم و نسبتاً خودکار رفتار مختل می‌کنند. این الگوها که سناریو نام دارند، کارهای تکراری را شامل می‌شوند که افراد هر روز انجام می‌دهند. مانند لباس پوشیدن هنگام صبح رفتن به سرکار.

نظریه میان‌فردی افسردگی از رویکرد میان‌فردی آدولف می‌یر، سالیوان و جان بولبی سرچشمه گرفت: می‌یر که به خاطر رویکرد روانی-زیستی‌اش به رفتار نابهنجار شهرت داشت روی این موضوع تاکید کرد که چگونه معضلات روانی می‌توانند

¹ Cognitive triad

² Learned helplessness theory

تلاشهای اشتباه فرد را برای سازگار شدن با محیط اجتماعی - روانی نشان دهند. او معتقد بود نشانه‌های جسمانی می‌تواند در ارتباط با پریشانی روانی نیز ایجاد شود. سالیوان رفتار نابهنجار را حاصل روابط میان فردی معیوب از جمله نارسایی‌هایی در ارتباط می‌دانست.

اکثر نظریه‌های مربوط به مانیا، دوره‌های شیدایی را نوعی دفاع در برابر افسردگی زمینه‌ای می‌دانند. به عنوان مثال، کارل آبراهام معتقد بود که دوره‌های مانیا بازتاب ناتوانی در تحمل کردن مصیبتی است که در طول دوران رشد به وجود آمده است (مثل از دست دادن یکی از والدین). حالت مانیایی همچنین می‌تواند ناشی از وجود سوپرایگوی مستبدی باشد که فرد را در حد غیرقابل‌قبولی مورد انتقاد و عیب‌جویی قرار دهد و سپس با حالت سرخوشی توأم با خودپسندی و رضایت از خود جایگزین می‌گردد. برترام لوین معتقد بود که ایگوی بیماران مبتلا به مانیا تحت تاثیر تکانه‌های لذت‌بخشی مثل تکانه‌های جنسی و یا در اثر تکانه‌های ترسناکی چون پرخاشگری از پا در آمده و ناتوان شده است. کلاین نیز مانیا را واکنش دفاعی نسبت به افسردگی می‌دانست که در آن از دفاع‌های مانیا نظیر همه‌توانی استفاده می‌شود و در نتیجه، فرد هذیان‌های خودبزرگ‌بینی پیدا می‌کند.

دیدگاه زیستی

پژوهشگران متعددی در قلمرو افسردگی بر پایین بودن نوراپی‌نفرین و سروتونین و افزایش سطح استیل‌کولین تاکید کرده‌اند. نوراپی‌نفرین و سروتونین دو انتقال‌دهنده از نوع آمین زیستی هستند که بیشترین دخالت را در پاتوفیزیولوژی اختلالات خلقی دارند. امروزه سروتونین را انتقال‌دهنده‌ای از آمین‌های زیستی می‌دانند که بیش از همه با افسردگی در ارتباط می‌باشد. داده‌ها حاکی از آن است که دوپامین در افسردگی کاهش و در مانیا افزایش یافته است.

طبق یک دیدگاه، پایین بودن سطح سروتونین، آمادگی بروز اختلال خلقی را بوجود می‌آورد. اما شکل خاص اختلال، بر اساس فعالیت نوراپی‌نفرین تعیین می‌شود (اگر نوراپی‌نفرین بالا باشد، باعث آشفتگی و اگر پایین باشد باعث افسردگی می‌شود).

آگونیست‌ها در افراد سالم، سبب بی‌حالی، کم‌رمقی و کندی روانی حرکتی می‌شوند و می‌توانند علائم افسردگی را تشدید کنند و علائم مانیا را تخفیف دهند. مطالعات حیوانی نشان داده است که استرس مزمن می‌تواند سبب کاهش و نهایتاً تخلیه‌ی گابا شود.

مطالعات اخیر در انسان‌های افسرده نشان می‌دهد، سابقه‌ی ضربه (روحي) در اوایل زندگی با افزایش فعالیت محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA) و تغییرات ساختمانی (آتروفی یا کاهش حجم) قشر مخ همراه است. افزایش فعالیت HPA شاه علامت پاسخ استرس در پستانداران بود و یکی از روشن‌ترین شواهد از ارتباط بین افسردگی و بیولوژی استرس مزمن را نشان می‌دهد.

ترشح هورمون رشد توسط سوماتواستاتین (یک نوروپپتید هیپوتالاموس) و CRH مهار می‌شود. گزارش شده است که سطح سوماتواستاتین CSF در افسردگی کاهش و در مانیا افزایش می‌یابد.

یافته‌ای که بیش از همه در PET بیماران افسرده تکرار شده است، کاهش متابولیسم قدامی مغز است که عموماً در سمت چپ بارزتر می‌باشد. از منظر دیگر، ممکن است افسردگی با افزایش نسبی فعالیت نیمکره‌ی غیرغالب (نیمکره راست) همراه باشد. علاوه بر این پس از گذار از افسردگی به هیپومانیا هیپوفرونتالستی وارونه می‌شود، به طوری که در افسردگی، متابولیسم نیمکره چپ و در مانیا، متابولیسم نیمکره راست بیشتر کاهش می‌یابد.

به نظر می‌رسد کورتیزول در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی به مقدار بیشتر تولید می‌شود. استروئیدی به نام دگزامتازون معمولاً تولید کورتیزول را حداقل یک روز بعد از آنکه افراد آن را مصرف می‌کنند متوقف می‌سازد. افزایش فعالیت کورتیزول می‌تواند در نتیجه بی‌نظمی این عنصر مهم سیستم درون‌ریز (دگزامتازون) باشد که احتمالاً در اثر مواجهه شدن با رویدادهای زندگی استرس‌زاست.

علوم اعصاب مدرن در زمینه‌ی خلق، بر اهمیت ۴ ناحیه‌ی مغز در تنظیم هیجانات طبیعی تاکید دارد: ۱- قشر جلوی پیشانی (PFC) ۲- سینگولایق‌دامی ۳- هیپوکامپ ۴- آمیگدال (ادامه)

PFC ناحیه‌ای است که بازنمودهای اهداف و پاسخهای مناسب برای دستیابی به این اهداف را نگهداری می‌کند. این فعالیتها به خصوص وقتی اهمیت می‌یابند که پاسخهای رفتاری متناقض و متعددی امکان‌پذیر باشد و یا لازم باشد انگیزتی عاطفی نادیده گرفته شود. شواهد حاکی است که PCF نیمکره‌ی راست و چپ در اعمال متفاوتی دخالت دارند. برای مثال فعال شدن PFC نیمکره‌ی چپ در رفتارهای تکراری یا هدفمند بیشتر دیده می‌شود در حالی که نواحی PFC راست در رفتاری‌های مرتبط با پاداش و تنبه را لوکالیزه می‌کند.

هیپوکامپ واضحاً در انواع مختلف یادگیری و حافظه از جمله شرطی‌سازی ترس و نیز تنظیم مهارت‌های فعالیت محور HPA دخالت دارد. به نظر می‌رسد یادگیری هیجانی یا بافتاری مستلزم پیوند مستقیم بین هیپوکامپ و آمیگدال است. از دیرباز آمیگدال را قلب دستگاه لمبیک می‌دانسته‌اند. احتمالاً ابهام یا تازگی محرک (و نه ماهیت آزارنده آن) است که سبب فعال شدن آمیگدال می‌شود.

وقتی شاخصی در خانواده‌ها با بروز بیماری خاصی مرتبط باشد، گفته می‌شود بیماری مزبور پیوند ژنتیکی دارد. کروموزوم های ۱۸ و ۲۲ دو ناحیه‌ای هستند که قوی‌ترین شواهد برای پیوند ژنتیکی با اختلال دوقطبی در موردشان وجود دارد. قانع کننده‌ترین شواهد حاکی از آن است که مرتبط‌ترین واقعه با پیدایش بعدی افسردگی، از دست دادن یکی از والدین پیش از ۱۱ سالگی است. از استرس‌های محیطی نیز آنکه بیشترین را بطه را با شروع دوره‌ی افسردگی دارد، از دست دادن همسر است.

افراد مبتلا به برخی اختلالات شخصیت (وسواس، جبری، نمایشی، مرزی) ممکن است در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به افسردگی باشند.

تشخیص افتراقی و درمان

حدود ۵۰ تا ۷۵ درصد از بیماران افسرده دچار نوعی اختلال شناختی هستند که گاه از آن با عنوان دمانس کاذب ناشی از افسردگی یاد می‌شود. شکایت شایع این بیماران، مختل شدن تمرکز و فراموش کاری است. مشکلات شناختی بیمار افسرده ممکن است در طول روز تغییر کند که این در امر دمانس اولیه دیده نمی‌شود. بیماران افسرده را در طول مصاحبه گاهی میتوان با تشویق و ترغیب به یادآوری واداشت، حال آنکه چنین قابلیت‌هایی در بیماران دمانس به هیچ وجه وجود ندارد.

حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد افسرده‌ها دست به خودکشی می‌زنند و حدود دو سوم آنها نیز فکر خودکشی دارند. بصیرت بیماران افسرده به اختلالشان اغلب افراطی است. یک اشتباه شایع بالینی، قبول بی‌چون و چرای این حرف بیمار افسرده است که مصرف داروهای ضد افسردگی در گذشته هیچ اثری بر وی نداشته است.

گب و همکاران برای توصیف ساختار ذهن فردی که چند بار دست به خودکشی زده از اصلاح حالت خودکشی‌گرا استفاده می‌کند. طبق این دیدگاه تجربه خودکشی قبلی، فرد را نسبت به افکار و رفتارهای مرتبط با خودکشی حساس می‌کند به طوری که بعدها در ذهن فرد دست یافتنی‌تر و فعال‌تر می‌شود.

افتراق میان اختلالات اضطرابی دارای علائم افسردگی و اختلالات افسردگی دارای علائم اضطرابی برجسته شاید دشوارترین افتراق باشد. در موارد بسیار دشوار، غیرطبیعی بودن آزمون فرونشانی دگزامتازون، کوتاه بودن خواب رم و منفی بودن نتیجه‌ی آزمون تزریق لاکتات به نفع تشخیص اختلال افسردگی اساسی است.

اختلال افسردگی اساسی اختلال خوش‌خیمی نیست، عمدتاً مزمن است و بیماران خیلی از اوقات دچار عود می‌شوند.

درمانگران روان‌پویشی بر این باورند که افسردگی یک‌قطبی پیامد اندوه ناهشیاری است که بر اثر فقدان‌های واقعی یا تخیلی مبتنی بر وابستگی مفرط به دیگران به وجود می‌آید. بنابراین کوشش می‌کنند تا با هشیار کردن بیماران افسرده نسبت به این فرایندهای ناهشیار به آنها کمک کنند تا بتوانند به منبع رنج خود پی ببرند و بر آن مسلط شوند. آنها از روش تداعی آزاد و تفسیر خواب‌ها سود می‌جویند. تداعی آزاد موجب می‌شود تا بیمار نخستین تجربه‌های فقدان را که از دیدگاه این درمانگران زیربنای افسردگی وی را تشکیل می‌دهد به یاد آورند. به گفته لوبورسکی گرچه تفسیر و مقاومت به عنوان عناصر اصلی این شیوه درمانگری محسوب می‌شود (روان‌پویشی)، با این حال درمانگر آشکارا واجد یک کنش حمایتی است.

در درمان بین‌فردی که جerald کلرمن مبدع آن بود، بر یکی دو مشکل بین‌فردی فعلی بیمار تاکید می‌شود. برخی مطالعات حاکی از آن است که اگر روان‌درمانی به تنهایی روش انتخاب برای درمان باشد، درمان بین‌فردی موثرترین اسلوب روان-درمانی برای دوره‌های شدید افسردگی اساسی است. در این نوع درمان به پدیده‌های درون‌روانی نظیر سازوکارهای دفاعی و تعارضهای درونی پرداخته نمی‌شود.

مهارکننده‌های مونوآمین‌اکسیداز (MAOI) و ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای (ICA) نخستین و قدیمی‌ترین داروهای ضدافسردگی هستند. شایع‌ترین اشتباه بالینی که باعث می‌شود امتحان یک ضدافسردگی با شکست روبه‌رو شود، مصرف دارو به مقدار ناکافی و مدت ناکافی است.

بیمارانی که دچار افسردگی اساسی با خصایص آتیپیک هستند (همان که گاه ملال هیستروئید نامیده می‌شود) به MAOLها و به SSRLها پاسخ بهتری می‌دهند. داروهای ضدافسردگی با اثر دوگانه بر روی گیرنده‌های سروتونرژیک و نورآدرنرژیک در افسردگی‌های ملانکولیک (مالیخولیا) اثربخشی بیشتری دارند. افسردگی فصلی زمستانی را با نوردرمانی می‌توان درمان کرد.

گرچه هنوز دقیقاً معلوم نیست که داروهای ضدافسردگی سه حلقه‌ای چگونه موثر واقع می‌شوند ولی معلوم است که آنها از جذب مجدد زودهنگام آمینهای بیوژنیک در نورونهای پیش‌سیناپسی جلوگیری می‌کنند. بدین ترتیب تاثیرات تحریکی خود را بر نورون پس‌سیناپسی افزایش می‌دهند.

متخصص بالینی در مواردی که افسردگی توانکاه است درمان با تشنج برقی (ECT) را توصیه می‌کند که قوی‌ترین درمان تنی برای اختلال افسردگی اساسی است (بخصوص برای افراد بالای ۶۰ سال).

اصولاً به دنبال شکست درمان اولیه، راهبرد تغییر دارو به راهبرد تقویت ارجحیت دارد. از سوی دیگر، راهبردهای تقویت در بیمارانی مفید است که با درمان اولیه تا حدودی علایمشان تخفیف یافته اما به فروکشی کامل دست نیافته‌اند. اثبات‌شده-ترین راهبردهای تقویت عبارتند از: افزودن لیتیوم و هورمون تیروئید.

شناخت درمانگری

فرضیه اصلی شناخت درمانگری این است که افراد افسرده دارای طرحواره‌های شناختی ناهشیار هستند که در حافظه درازمدت قرار دارند و هنگام تصفیه خبر، فقط جنبه منفی آن را حفظ می‌کنند. هدف اصلی آن، کاهش نشانه‌های افسردگی است.

ویژگی‌های شناخت درمانگری :

- ۱- شناخت‌درمانگری یک روش درمانگری کوتاه‌مدت است (۱۵ تا ۲۲ جلسه).
 - ۲- یک روش درمانگری کاملاً ساخت‌یافته است.
 - ۳- درمانگر در همه مراحل درمانگری، نقشی فعال و رهنمود دهنده بر عهده دارد. گاهی به آموزش می‌پردازد اما نقش وی بخصوص توصیف و حل مسائل براساس طرح پرسش‌های القاکننده است.
 - ۴- شناخت‌درمانگری یک روش تجربی است.
 - ۵- شناخت درمانگری بر مسائل کنونی متمرکز است.
 - ۶- شناخت درمانگری به جای آنکه نارساییهای رفتار را ناشی از واپس‌روی یا تثبیت بداند، (مفاهیم فرضی روان‌تحلیل‌گری)، آنها را با نارسایی یادگیری ادراک‌ها و تفسیرهای اشتباه آمیز نسبت می‌دهد و ایجاد یک یادگیری جدید را به عنوان یک هدف اصلی در نظر می‌گیرند.
 - ۷- روش اصلی شناخت‌درمانگری (موسوم به روش سقراطی) عبارت است از طرح یک ردیف از مسائلی که به تغییر باورهای بیمار منجر می‌شوند و وی را به پذیرش راه‌حل‌های متناوب دیگر سوق می‌دهند.
- باید بر این نکته تاکید کرد که شناخت‌درمانگری در مورد همه بیماران به گونه‌ای مشابه به کار بسته نمی‌شود.

درمانگری افسردگی در خلال تحول :

دخالت در محیط و درمانگری ارتباطی : دخالت در محیط انواع مختلف دارد چرا که در هر مورد باید اهمیت نسبی عوامل برونی و درونی در نظر گرفته شود. به عنوان مثال، افسردگی ناشی از وابستگی نیازمند مداخله در سطح خانوادگی است زیرا این افسردگی گویای این نکته است که کودک به ایجاد تمایز بین خود و دیگران دست نیافته است. این نوع افسردگی معمولاً زمانی بوجود می‌آید که مادر، نیازهای تحقق‌نیافته خود را به وسیله کودک و با ایجاد وابستگی تنگاتنگ با وی ارضا می‌کند. مشکل کودک را به دیگران نسبت می‌دهد و درباره نقش خود در وابسته کردن کودک برای جبران ناکامی‌های شخصی و در نتیجه ایجاد « کودک ماندگی » و افسردگی در وی هشیار نیست.

بسیاری از روان‌تحلیل‌گران در درمان افسردگی‌های دوره نوجوانی، از روش روان‌نمایشگری (سایکودرام) سود جویند. روشی که براساس معکوس کردن نقش‌ها، امکان تجسم برون‌ریزها و فرافکنی‌ها را فراهم می‌آورد. البته خطری که نباید نادیده گرفت این است که درمانگر به صورت والدی که بهتر از والدین واقعی است جلوه‌گر شود.

اختلال‌های دوقطبی

اختلال دو قطبی^۱، تجربه شدید و بسیار اخلاک‌گر شعف افراطی، یا سرخوشی را شامل می‌شود که احتمالاً جای خود را به دوره‌های افسردگی اساسی می‌دهد. ابراز تمام عیار نشانه‌های افراطی که تفکر، رفتار و تهییج‌پذیری بسیار شدید را شامل می‌شوند و عملکرد اجتماعی و شغلی را مختل می‌کنند، دوره منیک^۲ نام دارد (خلق به طور غیر عادی و مستمر بالا، فراگیر یا تحریک‌پذیر است و حداقل ۱ هفته ادامه دارد). افرادی که دوره‌های منیک دارند، حتی در صورتی که دوره افسردگی نداشته باشند، مبتلا به اختلال دو قطبی تشخیص داده می‌شوند. دو نوع اختلال دو قطبی وجود دارد:

¹ Bipolar disorder

² Manic episode

اختلال دو قطبی نوع I که به موجب آن فرد، یک یا چند دوره مانیک را تجربه می‌کند و احتمالاً اما نه لزوماً، یک یا چند دوره افسردگی اساسی را نیز تجربه می‌کند. اختلال دو قطبی نوع II، به معنی آن است که فرد یک یا چند دوره افسردگی اساسی و دست‌کم یک دوره هیپومانیک داشته است.

دستیابی به حدی از استقلال، شادی و شغف کودک را بر می‌انگیزد، اما اکتشاف خود و اکتشاف دیگری، ضمن در بر گرفتن شادی‌های آشکار، با ترس‌های پنهان نیز توأم است و اغلب بازی‌های کودک مانند ساختن و خراب کردن یا طرد و تصاحب، با هدف سلطه بر واقعیت، غلبه بر ترس و حفظ تعادل حیاتی شکل می‌گیرند.

اختلال دوقطبی I برخلاف اختلال افسردگی در مردان و زنان شیوع یکسانی دارد. حالت تند چرخیکه طبق تعریف عبارت است از بروز حداقل ۴ دوره مانیا در طول یک سال، در زنان شیوع بالاتری دارد. در DSM-IV مشخصاً ذکر شده که اگر دوره‌های مانیا آشکارا بر اثر درمان‌های ضدافسردگی به وجود آمده باشند، دلالت بر اختلال دو قطبی I نمی‌کنند.

طبق آخرین ویرایش DSM، اگر بیمار دچار نخستین دوره‌ی مانیا شده باشد می‌توان او را واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال دوقطبی I دوره‌ی منفرد مانیا دانست.

اختلال دوقطبی در خلال کودکی پدیده‌ای بسیار نادر است و نمی‌توان اختلال‌های دو قطبی بزرگسالان را تداوم نوسانهای عاطفی دوره کودکی دانست. گفتار افراد آشفته (مانیک) معمولاً بسیار سریع، شتابزده و گاهی نامنسجم است. چرا که سعی دارند همه افکار متعدد و هیجان‌انگیز خود را به طور همزمان بیان کنند. این ضابطه گفتار با اصطلاح گریزافکار توصیف می‌شود.

اختلال دو قطبی نوع I در مقایسه با اختلال افسردگی اساسی از تکرار بیشتری برخوردار است. تقریباً ۵ تا ۱۵ درصد افرادی که به اختلال دو قطبی I مبتلا هستند، چندین بار رویداد خلقی (افسردگی اساسی، مانیا، هیپومانیا یا مختلط) را در فاصله یک سال تجربه می‌کنند. در صورتی که چنین الگویی وجود داشته باشد با اصطلاح « چرخش سریع » تصریح می‌شود. اگر آشفته‌گی با ضوابط روان‌گسستگی توأم باشد، احتمال وجود ضوابط روان‌گسستگی در گستره‌های آشفته‌گی بعدی بیشتر خواهد بود. در صورتی که گستره کنونی با ضوابط روان‌گسستگی ناهمگرا با خلق همراه باشد، امکان بهبود کامل کاهش می‌یابد.

فراوانی اختلال دو قطبی نوع I در زنان و مردان یکی است، اما در مردان احتمال بروز گستره مانیا در وهله نخست بیشتر است در حالی که در زنان در اغلب موارد احتمالاً با افسردگی اساسی آغاز می‌شود.

یک یا چند گستره نخست افسردگی حاد همراه با حداقل یک گستره کم آشفته‌گی یا آشفته‌گی خفیف در صورتی که یک گستره آشفته‌گی یا یک گستره مختلط وجود داشته باشند نمی‌توان به تشخیص اختلال دو قطبی II مبادرت کرد. در این صورت دو قطبی نوع I می‌شود. فاصله بین گستره‌ها با افزایش سن کاهش می‌یابد.

نظریه‌پردازان روان‌تحلیل‌گری بر این باور بودند که مانیا نیز مانند افسردگی از فقدان موضوع محبوب ناشی می‌شود. یعنی همان‌گونه که در پاره‌ای از افراد درون فکنی موضوع از دست رفته به افسردگی منجر می‌گردد، در پاره‌ای دیگر، بروز مانیا را در پی دارد.

اختلال دو قطبی I در بیشتر موارد با افسردگی شروع می‌شود. (۷۵٪ از موارد در زنان و ۶۷٪ در زنان) و عودکننده است. میزان بروز این اختلال در کودکان و نوجوانان ۱ درصد است. تشخیص‌های غلط شایع، اسکیزوفرنی و اختلال نافرمانی مقابله-جویانه است. پیش‌آگهی بیماران مبتلا به دو قطبی I بدتر از مبتلایان به افسردگی اساسی است. عمده‌ترین درمان اختلالات دوقطبی و مانیا، لیتیوم است.

بگو بخند، انبساط خاطر و مسری بودن خلق در مانیا بسیار شایع تر از اسکیزوفرنی است. از تشخیص‌های بسیار مهم در مورد علایم مانیا، اختلالات شخصیت مرزی، خودشیفته و نمایشی و ضداجتماعی است. زندگی بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی به دلیل تعدد دوره‌های با علایم چشمگیر خلقی، اغلب به شدت متلاشی است و از این نظریه به زندگی بیماران دچار اختلال دو قطبی II شبیه است.

موقعیت‌سنجی و حافظه در بیماران مانیک به وضوح سالم است. البته برخی از آنها ممکن است به قدری سرخوش باشند که جواب‌های نادرست دهند. این علامت را کرپلین مانیای دلیریومی نامید. مختل شدن قضاوت، شاه علامت بیماران مانیک است. بصیرت آنها به بیماریشان نیز اندک است.

در برآشتگی حاد ناشی از مانیا تکلم بیمار ممکن است به کلی بی‌ربط شود. به طوری که قابل افتراق از تکلم افراد مبتلا به اسکیزوفرنی نباشد. هذیان در ۷۵ درصد از کل بیماران شیدا (مانیک) وجود دارد. مشخصه‌ی کارکرد شناختی در حالت مانیا عبارت است از جریان محدودیت ناپذیر و شتابان افکار.

شاید مشابهت لیتیوم با سدیم موجب می‌شود تا با تجویز لیتیوم نارسایی‌های ناشی از انتقال سدیم خنثی می‌شود و در نتیجه، پایداری خلقی در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی به وجود می‌آید. درمان مانیای حاد یا هیپومانیا معمولاً راحت‌ترین مرحله‌ی درمان اختلالات دو قطبی محسوب می‌شود. والپروات بر خلاف لیتیوم، فقط در درمان مانیای حاد کاربرد دارد. هر چند اکثر متخصصین معتقدند این دارو اثرات پیشگیرانه هم دارد.

افسرده خویی (دیس تایمی) و ادوار خویی (سیکلوتایمی)

افراد مبتلا به اختلال افسرده خویی^۱، با افسردگی مزمن اما نه چندان شدید دست به گریبان هستند. متخصص بالینی در صورتی تشخیص اختلال افسرده خویی می‌دهد که این نشانه‌های افسردگی ملایم حداقل ۲ سال در بزرگسالان و یک سال یا قدری بیشتر در کودکان ادامه یافته باشد.

تا بیش از سال ۱۹۸۰، اکثر بیمارانی را که امروزه دچار اختلال دیس تایمی می‌دانند، دچار روان‌نژندی افسردگی می‌دانستند که گاه افسردگی روان‌نژدانه هم خوانده می‌شود. دیس تایمی در زنان زیر ۶۴ سال شایع‌تر از مردان با هر سن و سالی است. در افراد مجرد، جوان و کم درآمد نیز اختلال دیس تایمی شایع‌تر است.

تفاوت دیس تایمی با افسردگی اساسی این است که بیشتر از آن که نشانه (sign) داشته باشد، علامت (symptom) دارد. یعنی بیشتر ذهنی است تا عینی (به علائم عینی مثل از دست دادن اشتها و یا لاغری، نشانه می‌گویند. اما به علائم ذهنی مثل احساس افسردگی و ملال، علامت می‌گویند). به عبارت دیگر، آشفتگی اشتها و لیبیدو از مشخصات این اختلال نیستند و کندی یا سرآسیمگی روانی - حرکتی نیز مشاهده نمی‌شود. و اینکه شدت نشانه‌ها در دیس تایمی کمتر، اما مدت ثبات نشانه‌ها، بیشتر است.

دیس تایمی غالباً در بیمارانی تشخیص داده می‌شود که دچار اختلالات هراس و اضطراب هستند. بارزترین ویژگی‌های اختلال دیس تایمی عبارتند از: افسردگی خفیف، درازمدت و نوسان‌داری که جزئی از ویژگی‌های همیشگی فرد محسوب می‌شود (اما نشانه‌های افسردگی اساسی حاد هستند و معمولاً بعد از ۶ ماه کاهش می‌یابند).

نشانه‌های افسرده خویی، مانند نشانه‌های افسردگی، در افراد سالخورده شکل متفاوتی می‌گیرند، به طوری که آنها بجای اختلال در عملکرد روانی، بیشتر از اختلال در عملکرد جسمانی شکایت دارند.

¹ Dythymic disorder

تشخیص افتراقی دیس تایمی اساساً تفاوتی با تشخیص افتراقی افسردگی اساسی ندارد. دو اختلال را باید به طور خاص در تشخیص اختلال دیس تایمی در نظر داشت: ۱- **اختلال افسردگی فرعی (مینور)**: مشخصه های اختلال دوره هایی از علایم افسردگی است با شدتی کمتر از علایم اختلال افسردگی اساسی. تفاوت اصلی اختلال دیس تایمی با اختلال افسردگی اساسی فرعی در دوره ای بودن اختلال افسردگی فرعی است. خلق بیماران دچار افسردگی فرعی در فاصله بین دوره های بیماری سالم است. حال آنکه بیماران مبتلا به اختلال دیس تایمی تقریباً هرگز دوره ای با خلق سالم ندارند. ۲- **اختلال افسردگی عود کننده گذرا**: این بیماران از دو نظر با بیماران دیس تایمی تفاوت دارند: اولاً اختلالشان دوره ای است، ثانیاً علایمشان شدیدتر است.

روان درمانی فردی بینش مدار رایج ترین اسلوب درمانی اختلال دیس تایمی است. بسیاری از بالینگران آن را درمان انتخابی این اختلال می دانند.

افراد مبتلا به اختلال **ادواری خویی**^۱، حداقل به مدت ۲ سال (۱ سال در کودکان و نوجوانان)، دوره های متعدد نشانه های هیپومانیک (دوره مستمر خلق بالا، فراگیر و تحریک پذیر که حداقل ۴ روز ادامه دارد و شدت آن کمتر از دوره مانیک است، ما این تغییر خلق، برای دیگران قابل مشاهده است)، و نشانه های افسردگی را تجربه می کنند (این نشانه های دوره افسردگی خفیف تر از نشانه های افسردگی اساسی است).

تغییرات خلقی که افراد مبتلا به اختلال های ادواری خویی، نشان می دهند، بسیار چشمگیر و مکررند، هرچند که به اندازه تغییرات خلق افراد مبتلا به اختلال دو قطبی، شدید نیستند. فهم امروزی ها از اختلال سیکلوتایمی تا حدی بر مشاهدات کرپلین و کورت اشنایدر مبتنی است که می گفتند یک تا دو سوم از بیماران دچار اختلال خلقی، علایمی از اختلال شخصیت دارند. کرپلین ۴ نوع اختلال شخصیت ذکر کرده است: ۱- افسرده (دلتنگ). ۲- مانیک (شاد و بی پروا). ۳- تحریک پذیر (انفجاری و متزلزل). ۴- سیکلوتایمی. کرپلین می گفت شخصیت تحریک پذیر وجود همزمان دو شخصیت افسرده و مانیک است ولی شخصیت دارای سیکلوتایمی، تناوب این دو است.

اختلال سیکلوتایمی هم مثل اختلال دیس تایمی خیلی از اوقات با اختلال شخصیت مرزی همزمان می شود. اختلال سیکلوتایمی را شکلی خفیف یا کم رنگ از اختلال دو قطبی II می دانند.

طبق اکثر نظریه های روان پویشی، اختلال سیکلوتایمی ریشه در آسیب ها و تثبیت هایی دارد که در حین مرحله ی دهانی رشد کودک پیدا می شود. فروید این فرضیه را ارائه داده بود که دوره ای بدون خلق اقدامی است که ایگو می کند تا بر فرمان سختگیر و مجازاتگر فائق آید.

سازوکار دفاعی عمده در هیپومانیا انکار است. با این مکانیسم بیمار از مراجعه به مشکلات بیرونی خود و احساس افسردگی درونی اش پرهیز می کند. در روانکاوی معلوم شده است که درون ما به زیربنایی خلقی این گونه بیماران (سیکلوتایم، ادوارخو و هیپومانیا) افسردگی است و دوره های سرخوشی یا هیپومانیا به دفاع در برابر این درون مایه پیدا می شود.

علایم سیکلوتایمی همان علایمی است که در دو قطبی دیده می شود با شدت کمتر. اختلال ADHD را به سختی می توان از سیکلوتایمی کودکان و نوجوانان افتراق داد. اقدام در روان درمانی بیمار مبتلا به سیکلوتایمی افزایش اطلاعات او در مورد بیماریش و کمک به او برای بافتن سازوکاری هایی است که بتواند با استفاده از آنها با تغییرات خلقیش مدارا کند.

¹ Cyclothymic disorder

نکته

- افسردگی فرعی در زنان شایع‌تر است و احتمال ابتلا با آن عملاً در هر سنی از کودکی تا پیری وجود دارد.
- مشخصه‌ی اختلال افسردگی عودکننده گذرا، دوره‌های متعدد و نسبتاً گذرا (حداکثر دو هفته) از علایم افسردگی است.
- بیماران افسرده غیرمتعارف یا آتیپیک حساسیت مفراطی به خصومت در قبال طرد دارند.
- بر اساس نظریات موجود ترپیتوفان منجر به ساخت مواد درونزاد ضدافسردگی در مغز می‌شود.
- ۲ شکل از روانپریشی حرکتی وجود دارد: بی‌حرکت (آکینتیک) و پرحرکت (هیپرکینتیک) نمای بالینی شکل بی‌حرکت روانپریشی حرکتی شبیه به بهت کاتاتونی است. اما بر خلاف نوع کاتاتونیک اسکیزوفرنیایی، به سرعت برطرف می‌شود و سیر بدی ندارد و منجر به تباهی شخصیت بیمار نمی‌شود مثل پرحرکتی. خلق پرحرکت‌ها فوق‌العاده بی‌ثبات است. روانپریشی حرکتی می‌تواند شکلی از اختلال روانپریشی گذرا باشد.
- روانپریشی توام با سردرگمی احتمالاً یکی از گونه‌های بالینی مانیاست که در اختلال دو قطبی I دیده می‌شود.
- اختلالات خلق ثانویه شامل دو گروه وسیع هستند که باید در تشخیص افتراقی تمام بیماران دارای علایم خلقی مدنظر قرار بگیرند که عبارتند از اختلال خلق ناشی از یک بیماری طبی عمومی و اختلال خلقی ناشی از مواد.
- براساس پاره‌ای از تحقیقات به نظر می‌رسد که انتقال ارثی به کروموزوم X وابسته است. مندل دیکز براساس پژوهش‌های خود، وجود ارتباط بین انتقال آشفستگی (مانیا) - افسردگی و دالتونیسیم (یعنی عارضه‌ای که روی کروموزوم X جای دارد و برحسب قوانین وراثت غالب منتقل می‌شود) را تایید کرده است. بروز دالتونیسیم در خلال کودکی می‌تواند اعلام‌کننده اختلال خلقی در بزرگسالی باشد.

تغییرات DSM-5

طبقه‌ی تشخیصی اختلالات خلقی در DSM-IV در راهنمای جدید به دو طبقه‌ی مجزای اختلالات دو قطبی و اختلالات مرتبط با آن و اختلالات افسردگی تقسیم شده است. طبقه‌ی تشخیصی اختلالات دو قطبی و اختلالات مرتبط با آن به عنوان سومین طبقه‌ی تشخیصی و یک طبقه‌ی جدید شامل اختلالاتی نظیر اختلال دو قطبی نوع I، نوع II و اختلال خلق ادواری است. علاوه بر این در راهنمای جدید، اختلال دو قطبی نوع I/دوره واحد مانیا به طور کل و تشخیص دوره‌ی مختلط به نفع تصریح‌کننده‌ی ویژگی‌های مختلط که قابل کاربرد برای تشخیص‌های مانیا، هیپومانیا و افسردگی است حذف شده است.

اختلالات افسردگی به عنوان چهارمین طبقه‌ی تشخیصی شامل اختلالاتی نظیر اختلال بد تنظیمی خلق مخرب، اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسردگی اساسی/عودکننده و افسرده‌خویی است. مهم‌ترین تغییر در این طبقه اضافه شدن دو اختلال جدید است؛ اختلال بدتنظیمی خلق اخلال‌گرانه و ملال‌پیش از قاعدگی است که این اختلال در DSM-IV به عنوان یکی از اختلالات افسردگی که به گونه‌ای دیگر طبقه‌بندی نشده‌اند گنجانده شده است، اما در راهنمای جدید به عنوان یک اختلال مجزا کد گذاری می‌شود.

نکته:

✓ اختلال عاطفی فصلی (SAD) و سندرم خستگی مزمن در DSM-5 گنجانده نشده‌اند.

- ✓ اختلال نامنظم خلق اخلال گرانه: انفجار های شدید و مکرر خشم بصورت کلامی و غیر کلامی که از لحاظ شدت یا مدت با رویداد یا محرک مورد نظر تناسب ندارد. انفجار ها سه بار در هفته روی می دهد. به مدت ۱۲ ماه یا بیشتر ادامه دارد و حداقل در ۲ محیط اتفاق می افتد. قبل از ۶ سالگی یا بعد از ۱۸ سالگی فرد نباید برای اولین بار به این اختلال دیاگنوز شود.
- ✓ از دست دادن سمبولیک: مفهومی که در آن انواعی دیگری از دست دادن ها (مثل شغل)، معادل از دست دادن یکی از عزیزان است.
- ✓ در DSM-5 اختلال افسرده خویی (دیستایمیا) با عنوان اختلال افسردگی دایم (persist) آمده است.

اختلالات شبه جسمی

اختلالات شبه جسمی گروه وسیعی از بیماری‌ها هستند که نشانه‌ها و علائم جسمی مولفه اصلی آنها را تشکیل می‌دهد ولی این علائم را نمی‌توان به طور کامل با بیماری‌های طبی، مصرف مواد یا سایر اختلالات روانی توجیه کرد. این اختلالات در برگرفته تعاملات میان ذهن و بدن هستند. اصطلاح اختلال شبه جسمی (somatoform) مشتق از واژه ی soma به معنی بدن است.

پنج نوع اختلال شبه جسمی در DSM-IV-TR شناخته شده اند: اختلال جسمانی سازی، اختلال تبدیلی، خودبیمار انگاری، اختلال بد ریخت انگاری بدن و اختلال درد. به قول چارلز برد، شکایات این بیماران تصویری و خیالی نیستند.

اختلال جسمانی سازی^۱ (بدنی کردن)

ضابطه اصلی اختلال جسمانی کردن، ناراحتی‌های جسمانی مکرر و متعددی است که فاقد مبنای جسمانی هستند، سالیان دراز ادامه می‌یابند و به درمانگری پزشکی منجر می‌شوند. بیماران به منظور تسکین دردهایشان از مطبی به مطب دیگری می‌روند و نشانه‌های مرضی خود را برجسته می‌سازند، اما داده‌های عینی خاصی را به دست نمی‌دهند.

اختلال جسمانی سازی شامل شکایات بدنی متعدد در دستگاه‌های عضوی متعدد است که سال‌های متمادی ادامه می‌یابد. در بین اختلالات شبه جسمی این عنوان تشخیصی بیشترین ثبات را در طول سال‌های متمادی دارد که مزمن است. نام اولیه‌ی اختلال جسمانی سازی، هیستری بود، اختلالی که اشتباهاً تصور می‌شد فقط زنان را مبتلا می‌کند. در قرن ۱۷ توماس سیدنهام تشخیص داد که عوامل روانشناختی که او آنها را تاسف‌های گذشته نامید، در بیماری‌زایی نشانه‌ها دخالت دارند. پل بریکه به تعداد نشانه‌ها و دستگاه‌های مبتلا توجه نمود و به سیر معمولاً مزمن اختلال اشاره کرد. بخاطر همین مشاهدات هوشمندانه، این اختلال برای مدتی **سندرم بریکه**^۲ نامیده می‌شد. زنان ۵ تا ۲۰ برابر بیشتر به این اختلال مبتلا می‌شوند. این اختلال اغلب قبل از ۳۰ سالگی شروع می‌شود. این اختلال رابطه‌ی معکوسی با موقعیت اجتماعی دارد و اغلب در بیماران

^۱ Somatization disorder
^۲ Briquet's syndrome

کم‌سواد و کم درآمد بروز می‌کند. برای تشخیص این اختلال فرد باید دارای نشانه‌های درد در ۴ عضو یا کنش جسمانی، دو نشانه معده‌ای- روده ای و یک نشانه عصب‌شناختی کاذب باشد. می‌توان به مشکلات قاعدگی به منزله یکی از زودرس‌ترین نشانه‌ها در زنان اشاره کرد. این اختلال به چارچوب خانوادگی وابسته است.

تعابیر محدود روانکاوی متکی بر این فرضیه است که علایم بیماری جایگزینی برای تکانه‌های غریزی سرکوب شده است.

در سیر اختلال جسمانی‌سازی، بیمار باید حداقل از ۴ علامت دردناک، دو علامت گوارشی، یک علامت جنسی و یک علامت شبه عصبی شاکی باشد. اضطراب و افسردگی، شایع‌ترین حالات روانپزشکی در این بیماران است. تهدید به خودکشی شایع است ولی اقدام به خودکشی نادر است. بیماران به طور کلاسیک، شکایاتشان را به گونه‌ای نمایشی، هیجانی و مبالغه‌آمیز و با زبان پرآب و تاب بیان می‌کنند. بیماران مونث مبتلا به اختلال جسمانی‌سازی ممکن است به شکلی نمایشی و خود نما لباس بپوشد.

تشخیص افتراقی و درمان : توهمات ممکن است به صورت علایم جسمی کاذب بروز کنند و باید از توهمات معمول اسکیزوفرنی افتراق داده شوند. تفکیک علایم اختلال جسمانی‌سازی از اختلالات روانپزشکانه راحت‌تر از افتراق علایم خودبیمارانگاری از این اختلالات است. زیرا در خودبیمارانگاری ترس از بیماری ممکن است به ابعاد هذیانی برسد.

احتمال ابتلای به بیماری‌های طبی در این افراد بیش از افراد فاقد اختلال جسمانی‌سازی نیست. روان درمانی حمایتی یا بینش مدار طولانی مدت به منظور درک پویای ها، حمایت از نظریات وقایع ناگوار زندگی و یا هر دوی آنها ضروری است.

اختلال تبدیلی

بازخورد ضد- بیماری‌شناختی: بازخوردی که براساس آن، روان‌شناسان از توصیف و طبقه‌بندی بیماری‌ها و عنوان کردن یک تشخیص معین، به منظور اجتناب از پاره‌ای سوء تفاهم‌ها و ابهام‌ها اجتناب می‌کنند.

مشخصه این اختلال، تغییر یا محدودیت غیر ارادی در عملکرد جسمی است. و وجه افتراق آن با اختلال جسمانی‌سازی این است که در اختلال جسمانی‌سازی، نشانه‌های بیشتری در دستگاه‌های مختلف بدن وجود دارد و اینکه اختلال تبدیلی معمولاً زود گذر است. به نظر می‌رسد که اختلال تبدیلی به دنبال تعارضات یا عوامل استرس‌زا بروز می‌کند. این اختلال در اصل با سندرمی توأم بود که امروزه اختلال جسمانی‌سازی نام دارد و به مجموعه این دو سندرم، هیستری، واکنش تبدیلی یا واکنش تجزیه‌ای اطلاق می‌شد. هیستری تبدیل یک تظاهر بدنی آشکار است که در اغلب موارد جنبه عصب‌شناختی دارد و در عین حال می‌تواند در رابطه با مشاهده‌گر در قالب یک اختلال چند نشانه‌ای جلوه‌گر شود. این اختلال را می‌توان بر اثر تلقین برانگیخت. اصطلاح تبدیلی را ابتدا فروید معرفی کرد و چنین فرض کرد که علایم اختلال تبدیل، بازتابی از تعارضات ناخودآگاه هستند.

تشخیص تبدیل هیستریکی در کودک کم سن (قبل از ده -یازده سالگی) نمی‌تواند عنوان شود. اگرچه هم بروز کند بر دستگاه حرکتی به خصوص راه رفتن اثر می‌گذارد. نکته‌ای که هر اندازه کودک کم‌سن‌تر (در اختلال تبدیلی) باشد از اهمیت بیشتری برخوردار می‌شود این است که همواره یک نشانه حرکتی مشابه در اطرافیان نزدیک کودک وجود دارد. اما اگر چنین چیزی نباشد متخصص بالینی باید دقت خود را بر فواید ثانویه نشانه مرضی متمرکز کند.

نسبت زنان به مردان در بالغین حداقل ۲ به ۱ است. در زنان علایم در سمت چپ بدن شایع‌تر از سمت راست بدن است. زنان دچار اختلال تبدیلی در آینده بیشتر از سایر زنان ممکن است دچار اختلال جسمانی‌سازی شوند. در مردان بین اختلال تبدیلی و اختلال شخصیت ضداجتماعی ارتباطی وجود دارد. شروع این اختلال پیش از ۱۰ سالگی یا بعد از ۳۵ سالگی نادر

است. این اختلال نیز در جوامع روستایی، افراد کم‌سواد و کم‌هوش و افراد متعلق به گروه‌های اجتماعی-اقتصادی پایین و پرسنل نظامی که در موقعیت‌های جنگی قرار داشتند شایع‌تر است.

همانطور که لبوویسی خاطر نشان می‌سازد به نظر می‌رسد هسته هیستریکی که زمینه این اختلال را در بزرگسال فراهم می‌کند پس از مرحله رکورد یا نهفتگی استقرار می‌یابد و با واقعیت بالینی روان‌آزردگی کودک مطابقت ندارد. در حقیقت در فرایند ذهنی‌سازی و بازسازی خیالبافانه گذشته است که به روابط کودک با تصاویر والدین معنای هیستریکی می‌بخشد. در این معنا، هیستری تحت اشکال متداول آن به آسیب‌شناسی دوره کودکی تعلق ندارد؛ بلکه نوجوان آن را بنا می‌کند و پس از گذشت زمان آشکار می‌سازد.

تبدیل‌های هیستریکی وخیم، به‌خصوص معلولیت‌های حرکتی، همواره روابط کودک و والدین را فشرده‌تر و نزدیک‌تر می‌کنند. هرچند هر نشانه مرضی در این سنین می‌تواند همین نتیجه را داشته باشد، اما اختلال تبدیل، فی‌نفسه معرف تمایل به افزایش وابستگی است.

چون ملاطفت و توجه خانوادگی نسبت به بدن کودک همواره زیاد است اضطراب والدین سرعت جنبه افراطی پیدا می‌کند و به ایجاد انبوهی از فوایدی که ثانوی نامیده می‌شود می‌انجامد و چنین مجموعه‌ای با فرآیند جابه‌جایی و رمزی شدن که در جدول بالینی بزرگسال مشاهده می‌شود مطابقت ندارد. بنابراین می‌توان گفت کودکانی که در مراحل زودرس زندگی دارای نشانه‌شناسی نوع هیستریکی هستند، بیش از آنکه به سوی سازمان‌یافتگی هیستریکی گام بردارند در جهت اختلال‌های وخیم خود بیمارپندارانه پیش می‌روند. حضور مشاهده‌گر به افزایش شدت اختلال منجر می‌شود.

۲ محور اصلی رفتارهای هیستریکی نوجوان:

۱- رفتارهای هیستریکی که بخصوص به منزله دفاع علیه جنسیت تلقی می‌شوند. مثل بی‌حسی یا فروزون حسی

۲- رفتارهای هیستریکی که به منزله مانعی در راه نیل به استقلال نوجوان محسوب می‌شود.

اختلالات شخصیت نیز به کرات همراه با اختلال تبدیلی مشاهده می‌شود به ویژه نوع نمایشی و نوع انفعالی-وابسته.

DSM-IV-TR، تشخیص اختلال تبدیلی را مختص علایمی دانسته که بر حرکت ارادی یا کارکرد حسی تاثیر می‌گذارند، یعنی علایم عصبی.

فلج، کوری و موتیسم (لالی‌گزینشی)، شایع‌ترین علایم اختلال تبدیلی هستند. یک نوع اختلال راه رفتن در اختلال تبدیلی دیده می‌شود که نالیستی-بدگامی نام دارد. شامل تلوتلو خوردن، حرکات پرتابی خشن و نامنظم و تند و حرکات موجی دست‌ها است.

بی‌تفاوتی زیبا^۱ یا تمام عیار: این اصطلاح به نگرش جسورانه و نامتناسب بیمار مبتلا به اختلال تبدیلی نسبت به علایم جدی اطلاق می‌شود، یعنی به نظر می‌رسد بیمار در این حالت نسبت به آن چه که اختلال مهم محسوب می‌شود، بی‌اعتناست.

ممکن است که در ایجاد این اختلال، نفع اولیه و ثانویه در کار باشد. نفع اولیه عبارت است از کاهش اضطراب از طریق واپس زنی تکانه نامقبول. تکانه بصورت نمادین، تبدیل به علایم می‌شود (مثلا فلج یک دست مانع از بیان تکانه پرخاشگری می‌

^۱ La belle indifference

شود). نفع ثانویه^۱ به فوایدی که از بیماری عاید فرد می شود و بر عهده نگرفتن مسئولیت ها اطلاق می گردد (مثلاً اجتناب از کار کردن، وابستگی به خانواده). بیمار معمولاً به این پویای روانی بینش ندارد. سایر مکانیسم ها ی دفاعی عبارتند از واکنش سازی، انکار و جابجایی.

بیماران مبتلا به اختلال تبدیلی ممکن است به طور ناخودآگاه علایمشان را از افراد مهم زندگیشان الگوبرداری کرده باشند.

دیدگاه های نظری درباره اختلال تبدیلی (هیستری)

دیدگاه روان تحلیلی

نخستین کوشش های فروید در قلمرو روان تحلیلی به منظور تبیین نشانه های هیستریکی آغاز شد. فروید اختلال تبدیلی را روان رنجوری هیستریک نامید و بدین ترتیب اعلام کرد که هیستری نوعی واکنش جسمانی به اضطراب (روان رنجوری) است.

طبق مشاهدات، فروید عقیده داشت از یک سو این اختلال ها را به منزله تبدیل تعارض های عاطفی زیربنایی به نشانه های جسمانی تلقی کند و از سوی دیگر به این باور دست یافت که چنین تعارض هایی در خلال مرحله احلیلی (سن ۳ تا ۵ سالگی) در دختران شکل می گیرد (تعارض الکترا). واکنش شدید والدین نسبت به این احساسات جنسی موجب می شود تا « تعارض الکترا » انحلال نیابد و اضطراب جنسی در سراسر زندگی پایدار بماند. علامت اختلال تبدیلی ارتباط نمادین با تعارض ناخودآگاه دارد. (مثلاً واژینیسم سبب محافظت بیمار در برابر ابراز آرزوهای جنسی نامقبول می گردد). فروید درجه تحول-یافتگی « من » را در بروز نشانه های هیستریکی و روان آزرده گی و سواس دخیل می داند:

پیشرفته تر بودن « من » نسبت به کشاننده های لیبیدویی باعث روان آزرده گی و سواس می شود و کشاننده های شدید لیبیدویی در مقابل « من » تحول نیافته، باعث نشانه های هیستریکی و نشانه های آن است.

دو مکانیزم در هیستری به اعتقاد نظریه پردازان روان پویایی :

۱- نخست آنکه تعارض را در خارج از میدان هشیاری نگه می دارد و اضطراب را کاهش می دهد (فایده نخستین). ۲- فایده ثانوی.

یکی از دلایلی که موجب پذیرش گسترده فرضیه وجود تعارض شده این است که بسیاری از بیماران مبتلا به هیستری تبدیل از نشانه های بیماری خود رنج نمی برند (بی تفاوتی تمام عیار) چون باعث کاهش تعارض آنها می شود.

دیدگاه شناختی

این نظریه پردازان مانند روان تحلیل گران، تبدیل هیجان های افراد هیستریک به نشانه های جسمانی را می پذیرند، اما براین باورند که تبدیل به منزله دفاع علیه اضطراب نیست، بلکه یک نظام ارتباطی غیرکلامی است که برخی از هیجان های ناراحت کننده را با زبان جسمانی بیان می کند. بدلیل تاکید این مولفان بر زبان و ارتباط در تضاد با تعارض ها و دفاع های زیر بنایی است که این دیدگاه را شناختی نامیده اند.

این دیدگاه چند ویژگی دارد:

^۱ Secondary gain

۱- هیجانی دیگر به غیر از اضطراب می‌تواند در ایجاد نارساکنش‌وری جسمانی مشارکت داشته باشد.

۲- اهمیت کنش‌وری دفاعی در تبدیل‌های هیستریکی کمتر از ناتوانی فرد در ایجاد ارتباط است.

۳- مانوس بودن با بیماری، نقش اصلی را در بروز اختلال‌های هیستریکی دارد.

نظریه‌پردازان رفتاری‌نگر براین باورند که بیمار هیستریک به نشانه‌های جسمانی خود به منزله پاداش می‌نگرد. پاداش در نظام رفتاری‌نگر، مشابه مفهوم فایده ثانویه در قلمرو روان‌پویشی است اما در نظریه روان‌پویشی این فواید واقعاً ثانوی هستند اما در رفتاری‌نگر، فواید به منزله نخستین عامل در گسترش اختلال تبدیل در نظر گرفته می‌شوند.

درمان هیستری

روش‌هایی مثل : بینش - تلقین - تقویت - مقابله.

متداول‌ترین روش مبتنی بر بینش، درمان‌گری روان‌پویشی است : هشیاری نسبت به تعارض‌های اضطراب‌انگیز.

در تلقین به گونه‌ای مستقیم یا از طریق هیپنوتیزم بیمار را متقاعد کند که نشانه‌های جسمانی وی به زودی از بین می‌رود. در تقویت سعی می‌شود تا تقویت را از رفتارهای مرضی مراجع حذف کنند و به تقویت مثبت رفتارهای غیرمرضی بپردازند (نظام رفتاری). در روش مقابله به طور مستقیم به بیمار می‌گویند که نشانه‌های مرضی وی بدون مبنای جسمانی هستند.

تشخیص افتراقی و درمان : در خود بیمار انگاری هیچ کارکردی دچار دگرگونی واقعی نمی‌شود و هیچ کارکردی از بین نمی‌رود. اگر علایم بیمار محدود به درد باشد، می‌توان تشخیص اختلال درد گذاشت. بیمارانی که شکایاتشان مربوط به اختلال جنسی باشد تحت عنوان کژکاری جنسی طبقه‌بندی می‌شوند و نه اختلال تبدیلی.

اختلال تبدیلی معمولاً به صورت حاد شروع می‌شود و معمولاً ۹۵ درصد موارد حاد، خود به خود برطرف می‌شود. مهمترین ویژگی درمان اختلال تبدیلی، برقراری ارتباط درمانگری دلسوز و با اعتماد به نفس است. درمان بینش مدار برای کمک به بیمار جهت فهم اصول پویشی و تعارضاتی که پشت علایم قرار دارند، مفید است.

خود بیمار انگاری^۱

اشتغال ذهنی بیمار با ترس از بیمار شدن یا اعتقاد وی مبنی بر ابتلا به یک بیماری جدی به مدت دست‌کم ۶ ماه. مردان و زنان به نسبت یکسان مبتلا می‌شوند. این اختلال اغلب در افراد بین ۲۰ تا ۳۰ ساله دیده می‌شود. به نظر نمی‌رسد که تشخیص خودبیمارانگاری تحت تاثیر موقعیت اجتماعی، سطح تحصیلات و وضعیت تاهل باشد.

باور ابتلا به بیماری، این باور اشتباه باید حداقل ۶ ماه، علیرغم فقدان یافته‌های پاتولوژیک در معاینات طبی و عصبی دوام داشته باشد. اعتقاد آنها به وجود بیماری علیرغم نتایج منفی آزمایشات، سیرخوش‌خیم بیماری فرضی در طول زمان و اطمینان بخشی مناسب از سوی پزشکان همچنان ادامه می‌یابد (اما گاهی اوقات وقتی به فرد گفته می‌شود که نتیجه آزمایش مرضی که از آن می‌ترسیده، منفی است، خود بیمار انگاری معمولاً تخفیف یافته و فرد اطمینان خاطر پیدا می‌کند. چنانچه بیمار در هیچ شرایطی اطمینان خاطر پیدا نکند، پزشک باید به اختلال هذیانی از نوع جسمی شک کند).

گرچه غالباً این اختلال‌های بدنی شکل به اضطراب یا افسردگی گسترده‌ای منجر می‌شود اما تاثیر آنها بر کنش‌وری اجتماعی یا حرفه‌ای در حد اختلال‌های هیستریکی نیست. ضابطه اصلی خودبیمارانگاری، ترس از ابتلا به یک بیماری جدی و یا فکر

^۱ hypochondriasis

ابتلای به آن بر اساس تفسیر اشتباه آمیز یک یا چند علامت یا نشانه بدنی است. گرچه این اختلال دارای شدت هذیانی نیست و بیمار غالباً می‌تواند جنبه احتمالی ترس‌هایش را بپذیرد، اما دل‌مشغولی‌های او می‌تواند باعث درماندگی و عارضه‌های بالینی شود. اگر نتواند بپذیرد که نگرانی وی افراطی است همراه با فقر بینش است.

اغلب تحقیقات مبین این نکته‌اند که خود بیمارانگاری در اغلب موارد براساس همسانسازی با والدین، خواهران یا برادرانی که بیمار هستند و به کار بستن شیوه‌هایی بدنی‌سازی والدین در مقابله با تنیدگی‌ها شکل می‌گیرد. همه مولفان درباره نقشی که والدین در این میان ایفا می‌کنند اتفاق نظر دارند. همچنین در خلال نوجوانی رابطه‌ی آشکار بین اختلال خودبیمارانگاری و الگوی تربیتی - فرهنگی مشاهده می‌شود. در اغلب موارد یکی از والدین دارای چنین تظاهراتی هستند. در خودبیمارانگاری، رنج روانی به طور مستقیم به وسیله بدن بیان می‌شود درحالی که در هیستری (اختلال تبدیل)، اختلال‌های جسمانی معرف رمزی یک تعارض ناهشیارند.

دیدگاه روان تحلیل گری خودبیمارانگاری

به اعتقاد رویکرد روان‌پویشی، خشم بیماران خود بیمارانگار در ناکامی‌های گذشته، طرد شدن و فقدان‌ها ریشه دارد. همچنین خود بیمارانگاری می‌تواند به عنوان دفاعی در برابر احساس گناه باشد.

دو موضع‌گیری فروید در مورد اضطراب:

۱- درنخستین نظریه خود، از دست دادن موضع کشاننده‌ای را منبع اضطراب دانسته است.

۲- در دومین نظریه، فروید اضطراب را ناشی از یک علت بیرونی نمی‌داند، بلکه آن را به علت درونی نسبت می‌دهد. به عبارت دیگر، اضطراب توسط پایگاه من ایجاد می‌شود تا نقش علامت محرک خطر را ایفا کند و در این صورت سرکوب‌گری در وهله دوم وارد عمل می‌شود.

دگرگونی‌های ناشی از بلوغ جسمانی و کشاننده‌های روانی موجب یک ضربه بیرونی واقعی شده و این امر انسجام شخصیت را تهدید می‌کند و این باعث بوجود آمدن بحران‌های اضطرابی توأم با پدیده‌های گذرای واقعیت‌زدایی و شخصیت‌زدایی می‌شود، در این صورت، نخستین مکانیزم مهار اضطراب یا محدود کردن کشاننده، مکانیزم فرافکنی است که به منزله یکی از مکانیزم‌های اصلی خودبیمارپنداری به شمار می‌رود و براساس فرافکنی کشاننده در بخشی از بدن آن را به صورت بخشی یگانه و تهدیدکننده در می‌آورد.

در یک جمع‌بندی کلی، خودبیمارپنداری را می‌توان از یک سو ناشی از فرافکنی موضوع‌های بد و بخش‌های بد خود و از سوی دیگر حاصل فرافکنی کشاننده پرخاشگرانه و تخریب‌گر در یک بخش بدن تلقی کرد. فراوانی همخوانی آزارپذیری پارانویاگونه با این اختلال، دلیلی برای این مدعاست.

خودبیمارانگاری اختلالی است که به طور عمده با درنظر گرفتن چارچوب تاریخچه خانوادگی قابل درک است. هنگامی که این اختلال استقرار می‌یابد و فرد تعارض‌های خود را انحصاراً با زبان بدن بیان می‌کند، روان‌درمانگری را می‌توان تنها شیوه موثر درمان تلقی کرد.

تشخیص افتراقی و درمان : وجود یا فقدان بی‌تفاوتی زیبا ویژگی قابل اعتمادی برای افتراق اختلال تبدیلی و خود بیمارانگاری نیست.

بیماران مبتلا به بد ریخت انگاری بدن آرزو دارند که طبیعی به نظر برسند ولی معتقدند دیگران متوجه نابهنجاری بدن آنها هستند، در حالیکه بیماران مبتلا به خودبیمارانگاری در پی جلب توجه برای بیماری فرضی خویش هستند.

وجه تمایز خودبیمارانگاری از اختلال ساختگی، وجود علایم جسمانی است و وجه افتراقی آن از تمارض این است که در خود بیمارانگاری بیماران واقعاً علایمی را که گزارش می کنند حس می کنند و ادای آن را در نمی آورند. روان درمانی پوششی بینش مدار، مفهوم نمادین علایم اختلال را آشکار کرده و به درمان کمک می کند. و هیپنوتیزم و رفتاردرمانی هم برای القای آرمیدگی سودمند هستند.

اختلال بد ریخت انگاری بدن^۱

بیش از ۱۰۰ سال پیش امیل کرپلین این اختلال را شناسایی و آن را هراس از بد ریختی نامید. او این اختلال را روان نژندی و سواسی می دانست. پیر ژانه این اختلال را به منزله «شرم داشتن از بدن خود» توصیف کرد. این اختلال به طور کلی در چارچوب افکار و سواسی قرار دارد و وحشت بیمار از طرد اجتماعی را نشان می دهد و عبارت است از یک باور خیالی (که خصوصیت هذیان ندارد) مبنی بر وجود یک نقص در تمام یا قسمتی از ظاهر بدن.

شونفلد ۴ عامل را در بد ریخت انگاری دخیل می داند: ۱- ادراک فاعلی تغییر شکل بدنی ۲- عوامل روان شناختی درونی - سازی شده ۳- عوامل جامعه شناختی ۴- بازخورد ناشی از مشاهده دیگران.

طبق یک دیدگاه، پاره ای از بد شکلی هراسی ها مثل ترس از بدرنگی مو، ریزش مو و این دلمشغولی ها که فاقد مبنای جسمانی هستند. به طور عمده به تعارض های ناشی از جدایی - تفرد و فقدان موضع های کودکانه وابسته اند و تعارض بنیادی در نوجوان را به صورت «رمزی سازی بدنی» بیان می کنند.

وقتی نوجوان با پدیده قطع تعادل بین سرمایه گذاری های موضوعی و سرمایه گذاری های خود دوستدارانه مواجه می شود (پدیده ای که از خلال نوجوانی کاملاً ناهنجار است) بد ریخت انگاری ها به صورت موضوع های گذاری که کشاننده های لیبیدویی یا پر خاشگرانه بر آنها متمرکز می شوند آشکار می گردد. اختلال بد شکلی بدنی که با دگرگونی های دوره بلوغ مطابقت دارد، معمولاً تا حدود پایان نوجوانی از بین می رود، اما اگر استقرار یابد مشکلات متعددی به بار آورد. روان درمانگری را می توان به منزله تنها راه حل در نظر گرفت.

حداقل در برخی از بیماران فیزیوپاتولوژی اختلال ممکن است با سروتونین و سایر اختلالات روانی در ارتباط باشد.

در الگوهای روانپوششی اختلال بد ریخت انگاری بدن بازتابی از جابه جایی تعارض جنسی یا هیجانی یا بخشی نامربوط از بدن تلقی می شود. مکانیسم های دفاعی: واپس زنی، تجزیه، تحریف، نمادسازی و فرافکنی.

ملاک های تشخیصی DSM برای اختلال بد ریخت انگاری بدن شامل اشتغال ذهنی با نقص خیالی در ظاهر یا قیافه با تاکید افراطی بر نقص جزئی است. شایع ترین نگرانی ها به عیب های صورت، به خصوص معایب، اجزاء خاص بدن (مثل بینی) مربوط می شود.

سرخی هراسی می تواند براساس یک عامل بیرونی مانند تذکری کلی که نوجوان تصور می کند که به وی اشاره دارد یا تمرکز یک نگاه تقریباً عمیق بر او یا به علت یک عامل درونی مانند ترس از افشا شدن یک کشاننده، یک میل جنسی با یک فکر

^۱ Body dysmorphic disorder

برانگیخته می‌شود و گاهی به یک بازداری کم و بیش وخیم در نوجوان منجر می‌شود. سرخی‌هراسی در چارچوب اختلال بدشکلی بدنی قرار نمی‌گیرد اما با تصور بدن رابطه‌ی آشکار دارد.

تشخیص افتراقی و درمان : این بیماران ممکن است که صفات اختلالات شخصیتی وسواسی- جبری، اسکیزوئید و خودشیفته را دارا باشند.

افراد مبتلا به اختلال شخصیت دوری‌گزین (شخصیت اضطرابی) ممکن است نگران باشند به دلیل نقایص واقعی یا خیالی در ظاهر خود شرم‌منده شوند، اما این نگرانی معمولاً بارز، مداوم یا ناراحت‌کننده نیست و سبب تخریب عملکرد نمی‌شود.

افراد بدریخت‌انگار ممکن است رفتارهای وسواسی داشته باشند. (مثل واری درآینه) تشخیص جداگانه OCD فقط زمانی گذاشته می‌شود که افکار و اعمال وسواسی محدود به نگرانی فرد در زمینه‌ی ظاهر خود نباشند و حالت خود-ناهمخوان داشته باشند. اگر مبتلایان، اشتغال ذهنی‌شان به ابعاد هذیانی کشیده شده باشد، می‌توان در کنار بدریخت‌انگاری تشخیص اضافی اختلال هذیانی نوع جسمانی را نیز گذاشت.

درمان اختلال بدریخت‌انگاری بدن از طریق روش‌ها و جراحی، درماتولوژیک، دندانپزشکی و سایر روش‌های طبی به منظور نقض ادعاهای تقریباً بدون استثناء ناموفق است. داروهای سروتونین‌ژیک (مثل فلوکستین و کلومی پرامین) به شکل موثری در حداقل ۵۰٪ بیماران علایم را کاهش می‌دهد. روان درمانی نیز مفید است.

اختلال درد

عبارت است از اشتغال ذهنی درباره درد، در غیاب بیماری فیزیکی، که بتواند شدت این درد را توجیه کند. نسبت جنسی ابتلا به اختلال درد معلوم نیست، اما به نظر می‌رسد که در زنان شایع‌تر از مردان باشد. اختلال درد با سایر اختلالات روانپزشکی به خصوص اختلالات عاطفی و اضطراب همراه است. به نظر می‌رسد درد مزمن بیشتر با اختلالات افسردگی و درد حاد بیشتر با اختلالات اضطرابی همراهی دارد. مکانیسم‌های مورد استفاده این بیماران : واپس زنی، جابجایی و جایگزینی

سروتونین احتمالاً ناقل عصبی اصلی در راه‌های مهاری نزولی است. و آندروفین‌ها نیز در تعدیل درد، در دستگاه عصبی مرکزی نقش دارند. بیماران دچار اختلال درد اغلب سابقه‌ای طولانی از مراقبت طبی و جراحی داشته‌اند. آنها پزشکان زیادی را ملاقات کرده‌اند. آنها کاملاً با دردشان اشتغال ذهنی دارند و آن را عامل همه‌ی بدبختی‌هایشان می‌دانند. به نظر می‌رسد که اختلال درد، شایع‌ترین اختلال شبه جسمی باشد. نشانه‌های اختلال افسرده‌خویی یا افسردگی در ۶۰ تا ۱۰۰ درصد مبتلایان به اختلال درد وجود دارد.

اختلال درد مبتنی بر عوامل روانشناختی: عوامل روانشناختی در بروز، وخامت، شدت و دوام اختلال نقشی اساسی دارند (اگر یک اختلال طبی عمومی وجود داشته باشد نقش اصلی را دارند).

اختلال درد مبتنی بر عوامل روان‌شناختی و یک شرط طبی عمومی : عوامل روان‌شناختی و یک اختلال طبی عمومی در عین حال دارای نقشی مهمی در بروز شدت و وخامت و یا دوام درد هستند. در این صورت، اختلال طبی عمومی یا ناحیه آناتومیکی (تشریحی) در روی محور III کدگذاری می‌شود. اختلال درد توأم بایک شرط طبی عمومی به منزله یک اختلال روانی محسوب نمی‌شود و برای تشخیص افتراقی است.

حاملگی کاذب: باور غلط نسبت به حامله بودن که با علامت‌های عینی مثل بزرگتر شدن شکم همراه بوده است جزء اختلال بدنی تصریح‌نشده است.

اگر اختلالی دارای نشانه‌های خودبیمارپندارانه غیرپسیکوزی و طول مدت آن کمتر از ۶ ماه باشد: اختلال بدنی شکل تصریح نشده.

تشخیص افتراقی و درمان: افتراق درد کاملاً جسمانی از درد کاملاً روانزاد ممکن است مشکل باشد بخصوص که وجود یکی ردکننده دیگری نیست. شدت درد جسمانی کم و زیاد می شود. دردی که تغییر نمی کند و نسبت به هر یک از این عوامل مقاوم است، احتمالاً منشأ روانی دارد.

بیماران خودبیمارانگاران معمولاً نسبت به مبتلایان به اختلال درد، علایم بیشتری دارند و علایم آنان نوسان بیشتری دارد. اختلال تبدیلی دوره‌ی کوتاهی دارد، در حالی که اختلال درد مزمن است. به علاوه، درد طبق تعریف جزء علایم اختلال تبدیلی محسوب نمی شود.

مثلاً سردردهای انقباضی عضلانی (تنشی) مکانیسمی فیزیوپاتولوژیک دارند و لذا جزء تشخیص اختلال درد محسوب نمی شود. داروهای ضد درد معمولاً در اکثر بیماران مبتلا به اختلال درد موثر نیستند. داروهای ضد افسردگی مانند سه حلقه‌ای‌ها و بازجذب سروتونین موثرترین عوامل دارویی بشمار می روند.

گام نخست در روان درمانی اختلال درد، برقراری اتحاد درمانی محکم از طریق تاکید بر رنج و ناراحتی بیمار است. پزشک نباید با جملاتی از این دست با بیمار جسمانی روبرو شود: همه‌ی این‌ها در ذهن توست. چون بیمار واقعاً درد را حس می کند. در آن چه گاهی اختلال انگیزشی خودمختار خوانده می شود برخی بیماران نوعی علایم اختلال شبه جسمی نشان می دهند که محدود به اعمال بدنی تحت فرمان دستگاه عصبی خودکار است.

در ICD-10 اختلال تبدیلی جزء اختلالات تجزیه‌ای طبقه بندی شده و کژکاری شبه جسمی دستگاه خودکار شبیه علایم همراه با اختلالات افسردگی و اضطرابی در DSM-IV-TR است. در ICD-10 (طبقه بندی آماری بین المللی بیماری ها و مشکلات بهداشتی مرتبط) اختلال بد ریخت انگاری بدن جزء اختلال خود بیمار انگاری محسوب شده است.

ضابطه اصلی اختلال بدنی شکل نامتمایز، وجود یک یا چند شکایت جسمانی است که ۶ ماه یا بیشتر طول کشیده باشد. از فراوان ترین این نشانه‌ها می توان به خستگی مزمن، از دست دادن اشتها، نشانه‌های معده‌ای و روده‌ای یا تناسلی - ادراری اشاره کرد. این اختلال یک مقوله تشخیصی مکمل است که در مورد اختلال های بدنی شکل که دارای همه ضوابط اختلال بدنی سازی یا گونه دیگری از اختلال بدنی شکل نیستند به کار می روند.

در صورتی که نورااستنی یا درد روانی یعنی نشانگانی که در اغلب نقاط جهان براساس خستگی و ضعف توصیف می شوند، بیش از ۶ ماه تداوم یابند، در DSM-IV در مقوله اختلال بدنی شکل نامتمایز قرار می گیرد. تمایز بین اختلال بدنی شکل نامتمایز و اختلال جسمانی سازی این است که جسمانی سازی مستلزم نشانه‌های متعددی است که چندین سال طول می کشد و زمان بروز آن قبل از ۳۰ سالگی است.

سندرم خستگی مزمن و ضعف اعصاب

در سندرم خستگی مزمن شایع ترین شکایت، همان خستگی مزمن می باشد. این بیماری در وهله‌ی اول در جوانان (۲۰ تا ۴۰ سال) مشاهده می شود. زنان حداقل ۲ بار بیشتر از مردان دچار می شوند.

در این بیماری خستگی بارزترین علامت است و مشخصه‌ی آن فرسودگی شدید روانی و جسمی است که بتواند ۵۰ درصد فعالیت های بیمار را کاهش دهد. پیشنهاد شده است که در بیماران با علایم سندرم خستگی مزمن مراجعه می کنند آزمون میزکج انجام شود. درمان خستگی مزمن اساساً حمایتی است. جرج میلربرد برای اولین بار در سال ۱۸۶۰ اصطلاح ضعف

اعصاب را معرفی کرد و آن را در مورد اختلالی بکار برد که شامل خستگی مزمن و ناتوانی بود. در ویرایش آخر DSM، ضعف اعصاب جزء اختلال شبه جسمی نامتمايز طبقه بندی شده است. طبق نظرات برد، علت ضعف اعصاب « فرسودگی عصبی» است که ناشی از تخلیه ی سلول عصبی از ذخیره ی مواد غذایی است. این تخلیه بر اثر استرس هایی چون کار اضافی ایجاد می شود.

فروید معتقد بود ضعف اعصاب در اثر اختلال کارکرد جنسی ایجاد می شود. شاه علامت ضعف اعصاب، تاکید بیمار بر خستگی پذیری و ضعف و نگرانی درباره ی کارایی جسمانی و ذهنی است. مفهوم کلیدی در درمان فعلی ضعف اعصاب این است که پزشک درک کند که علایم بیمار خیالی نیست.

اختلالات ساختگی

بر خلاف افراد متعارض که در پی اهداف مادی نظیر نفع مادی یا معافیت از وظایف هستند، هدف بیماران دچار اختلال ساختگی^۱ از تحمل این محنت ها، عمدتاً دریافت مراقبت هیجانی و توجهی است که بر اثر به عهده گرفتن نقش بیمار عاید او می شود. این اختلالات کیفیت و سواسی دارند، ولی رفتارهای شخص از این نظر که عمدی و هدفدار است ارادی تلقی می شود. حتی اگر قابل کنترل نباشد.

ریچارد اشتر **سندرم مونشهاوزن**^۲ را برای توصیف بیمارانی وضع کرد که شرح حال گذشته خود را با آب و تاب تعریف و تحریف بیان می کنند، همواره علایمی را جعل می کنند تا بتوانند در بیمارستان بستری شوند و به این منظور از بیمارستانی به بیمارستان دیگر بروند. حدود دو سوم بیماران مبتلا به مونشهاوزن مرد هستند.

مبتلایان به اختلال ساختگی با علایم و نشانه های جسمی عمدتاً زن هستند. اختلال ساختگی جسمانی معمولاً دردهای سوم و چهارم شروع می شود.

اختلال ساختگی نیابتی (وادر کردن عمدی یک فرد برای تقلید علائم بیماری، توسط فرد دیگری که مراقبت از وی را بر عهده دارد، به منظور ایفای نقش بیمار به گونه غیر مستقیم) اغلب توسط مادران بر روی فرزندان خردسال یا شیرخواران خود ایجاد می شود. اختلال ساختگی نیابتی جزء اختلال ساختگی نامعین است.

در خانواده ی اصلی بیماران ساختگی، مادری طردکننده وجود داشته یا پدر درخانه حضور نداشته است. این اختلالات نوعی اجبار تکرار هستند، تکرار تعارضی اساسی نیاز و جستجوی مقبولیت و محبت، در عین حال که شخص منتظر برآورده شدن آنها نیست. بسیاری از این بیماران هویت روشنی ندارند و دارای خودانگاره ضعیفی هستند که این خصوصیت از ویژگی های شخصیت مرزی است. برخی از آنها شخصیت انگاری دارند و هویت افراد اطراف خود را پذیرفته اند. علایم روانی ساختگی شبیه پدیده تعارض کاذب است که تصور می شود برای ارضای نیاز به حفظ تمامیت خود انگاره است. با چنین فرضی فریب کاری یک وسیله ی موفقیت برای تقویت ایگو محسوب می شود.

بیماران روانپریش بستری که دچار اختلال ساختگی به علایم و نشانه های عمدتاً روانی هستند، یعنی فقط نشانه های روانپریشی را تقلید می کنند، معمولاً به طور همزمان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی هستند. علایم دیگری که در نوع جسمانی اختلال ساختگی بروز می کنند عبارتند از دروغ پردازی و شیادی. در دروغ پردازی مایه های محدود واقعی با خیال-

^۱ Factitious disorder

^۲ Munchausen syndrome

پردازشی‌های وسیع و رنگارنگ مخلوط می‌شوند. اختلال ساختگی با علایم و نشانه‌های عمدتاً جسمانی، شناخته‌شده‌ترین نوع سندرم مونشهاوزن است. از بین نامهای متعدد این اختلال می‌توان از اعتیاد به بیمارستان، اعتیاد به جراحی‌های متعدد و سندرم بیمار حرفه‌ای نیز نام برد.

ویژگی اساسی بیماران مبتلا به این اختلال (سندرم مونشهاوزن)، توانایی آنها در ارائه ماهرانه علایم جسمانی است به گونه‌ای که آنها را قادر می‌سازد از بیمارستان پذیرش گرفته و بستری شوند. آنها ممکن است که مجرب‌ترین پزشکان را نیز فریب دهند. در ICD-10 سندرم مونشهاوزن نیابتی در ذیل عنوان کودک آزاری طبقه‌بندی می‌شود، نه اختلالات ساختگی.

خصوصیاتی که در بیماران مبتلا به اختلال ساختگی بیش از حد معمول دیده می‌شوند عبارتند از ضریب هوشی طبیعی یا بالاتر از حد متوسط، فقدان اختلال تفکر صوری، اختلال حس هویت از جمله سردرگمی نسبت به هویت جنسی، ضعف تحمل ناکامی، نیازهای قوی وابستگی و خودشیفتگی. الگوی نامتغیر نتایج آزمون و بالا بودن نمره همه مقیاس‌های بالینی در MMPI از تلاش بیمار برای آشفته تر جلوه دادن وضع خود حکایت می‌کند (جعل ناخوشی). این اختلال از یک طرف ناخواسته و ارادی است (اختلال شبه جسمی) و از طرف دیگر آگاهانه و ارادی (تمارزی).

تشخیص افتراقی و درمان: افراد ضداجتماعی معمولاً داوطلب روش‌های تشخیصی تهاجمی نمی‌شوند و سبک زندگیشان مملو از بستری‌های دراز مدت یا مکرر نیست.

به علت توجه طلبی و تمایل گاهگاهی به حالات نمایشی، بیماران مبتلا به اختلال ساختگی ممکن است مبتلا به اختلال شخصیت نمایشی تشخیص داده شوند ولی همه‌ی بیماران میل به حالات نمایشی ندارند و بسیاری از آنها گوشه‌گیر و منزوی هستند. آنها به اختلال شخصیت مرزی هم شبیه هستند. (سبک زندگی آشفته، بحران هویت و سابقه ارتباطات بین‌فردی آشفته)

سندرم گانسر^۱ بیشتر مربوط به افراد زندانی است و با ارائه‌ی پاسخ‌های تقریبی مشخص می‌شود. بیماران مبتلا به این سندرم به سوالات ساده، پاسخ‌های نادرست حیرت‌انگیزی می‌دهند. مثلاً رنگ آبی ماشین را قرمز می‌گویند و یا ۲+۲ می‌شود ۵. در DSM-IV سندرم گانسر جزء اختلالات تجزیه‌ای نامعین طبقه‌بندی شده است.

ویژگی‌های احتمالی حاکی از پیش‌آگهی خوب در اختلال ساختگی: ۱- وجود شخصیت افسرده- خودآزار. ۲- عملکرد در سطح بینابینی. ۳- وجود حداقل صفات شخصیت ضداجتماعی.

بهتر است درمان روی اداره بیمار متمرکز شود تا معالجه کامل. شاید مهمترین عامل منفرد در اداره‌ی موفقیت‌آمیز بیمار، تشخیص اولیه‌ی اختلال از سوی پزشک است. ارتباط خوب بین روان‌پزشک و کارکنان بخش جراحی یا طبی قویاً توصیه می‌شود. در واقع کار درمانی در برخورد با بیماران ساختگی ناچراند یک جزء اساسی رابطه‌ی خود را با بیماران ترک کند: قبول واقعی بودن اظهارات بیمار. تشخیص اختلال ساختگی و تعمدی بودن علائم را باید صریحاً با بیمار در میان گذاشت. و از انجام اقدامات طبی یا بررسی‌های آزمایشگاهی غیر ضروری خودداری کرد.

تمارز^۲

تعریف آن عبارت است از تقلید ارادی علائم فیزیکی یا روان شناختی به منظور دست یابی به اهداف خاص (مثل دریافت حق بیمه، خود داری از زندانی شدن و ...) (نفع ثانوی). تمارز اکثراً در مکان‌هایی رخ می‌دهد که بیشتر جمعیت آن را مردان

^۱ Ganser syndrome

^۲ malingering

تشکیل می دهند. و ممکن است با اختلال شخصیت ضد اجتماعی در ارتباط باشد. افتراق آن با اختلال ساختگی در این است که در اختلال ساختگی، هیچ گونه نفع ثانوی آشکاری وجود ندارد.

این بیماران را باید به گونه ای تحت نظر گرفت که گویی واقعا مبتلا به بیماری هستند، ولی نباید درمان خاصی را برای آنها انجام داد. در بعضی موارد پزشک باید با قاطعیت و صراحت به بیمار بگوید که فکر می کند او در حال تمارض است. ممکن است این تنها راه برای وادار کردن بیمار به قبول دروغین بودن علایم و نشانه های وی باشد.

تغییرات DSM-5

DSM-5 نام این اختلالات را اختلالات علائم بدنی گذاشته است و تشخیص‌هایی را در برمی‌گیرد که در DSM-IV تحت عنوان اختلالات شبه‌جسمی قرار گرفته‌اند. این طبقه‌ی تشخیصی شامل ۷ اختلال است که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به اختلال علائم بدنی پیچیده، اختلال علائم بدنی ساده، اختلال اضطراب بیماری و اختلال عصب شناختی کارکردی (اختلال تبدیلی) اشاره کرد؛ از آن جایی که اختلال جسمانی کردن، خود بیمار انگاری، اختلال شبه جسمی نامتمایز و اختلال درد مشخصه‌های عمومی مشترکی دارند (یعنی علائم بدنی و تحریف‌های شناختی) در این جا تحت عنوان یک اختلال با نام اختلال علائم بدنی پیچیده مطرح شده‌اند. علاوه بر این اختلالات ساختگی که در DSM-IV به صورت طبقه‌ای مجزا قرار دارند، در DSM-5 در زیر مجموعه‌ی اختلالات علائم بدنی قرار گرفته است.

نکته:

- ✓ یکی از معیارهای DSM-IV این بود که علایم جسمانی از لحاظ پزشکی، بدون توجیح یا غیر قابل توضیح باشند، که این معیار در DSM-5 حذف شده است.
- ✓ اختلال اضطراب بیماری ۳ ویژگی اصلی دارد: اشتغال ذهنی درباره بدن و اعمال بدن، فوبی بیماری و ایمان به بیماری.
- ✓ افراد مبتلا به اضطراب بیماری **سوگیری استدلالی** دارند و دکتر شاپینگ را تایید می کنند. دکتر شاپینگ یعنی رفتن به این دکتر و آن دکتر برای یک دکتر حرف بیمار را تایید کند.
- ✓ اگر علایم بدنی نسبتا خفیف باشند، اما اضطراب فرد نسبتا زیاد باشد: اختلال اضطراب بیماری. اگر علایم بدنی شدید باشد و اضطراب کم باشد: اختلال علائم بدنی.

اختلالات تجزیه‌ای

خصوصیات اساسی اختلالات تجزیه‌ای^۱، گسیختگی در کارکردهای معمولاً پیوسته هشیاری، حافظه، هویت یا ادراک محیط است که ممکن است ناگهانی، تدریجی، گذرا و مزمن باشد. در DSM-IV-TR چهار نوع اختلال تجزیه‌ای اختصاصی شناسایی شده است: فراموشی تجزیه‌ای، گریز مرضی تجزیه‌ای، اختلال هویت تجزیه‌ای و اختلال مسخ شخصیت.

فراموشی یا یاد زدودگی تجزیه‌ای

طبق ملاک DSM-IV-TR، ویژگی اساسی فراموشی تجزیه‌ای^۲، ناتوانی در به یادآوردن اطلاعات مهم شخصی است. اما مطالب جدید را می‌توان بیاموزد. معمولاً اطلاعات فراموش شده ماهیت آسیب‌زا یا تنش‌زا دارد و فراموشی بیش از حدی است که با فراموش‌کاری طبیعی قابل توجیه باشد. می‌توان فراموشی تجزیه‌ای را ناشی از تغییرات عصبی-زیستی مغز بر اثر استرس آسیب‌زا است. فراموشی تجزیه‌ای، شایع‌ترین اختلال تجزیه‌ای می‌باشد.

تفاوتی در میزان بروز زنان و مردان دیده نمی‌شود. اما به نظر می‌رسد که در زنان شایع‌تر است و در نوجوانان و جوانان، شایع‌تر از بزرگسالان بزرگتر است. در زمان جنگ و بلایای طبیعی، میزان بروز آن بالاتر می‌رود.

فراموشی تجزیه‌ای انواع متفاوتی دارد: **یادزدودگی کلی** یا **فراگیر** که در آن تمام جزئیات زندگی شخصی ناپدید می‌شوند. **یادزدودگی موضعی**^۳: فقدان خاطره‌ی رویدادهای یک مدت کوتاه. **یادزدودگی پس‌گستر**^۴، یادزدودگی اختصاصی‌تری است، به طوری که تمام رویدادهایی که بلافاصله قبل از آسیب واقع شده‌اند، فراموش می‌شوند. کمیاب‌ترین یادزدودگی، **یادزدودگی پیش‌گستر**^۵ است، که طی آن مشکل یادآوری موارد جدید وجود دارد. این نوع یادزدودگی تقریباً همیشه علت جسمانی دارد مثل سکتة مغزی. **یادزدودگی پس از سانحه** عبارت است از ناتوانی در یادآوری رویدادهای پس از

^۱ Dissociative disorder

^۲ Dissociative amnesia

^۳ Localized amnesia

^۴ Retrograde amnesia

^۵ Anterograde amnesia

سانحه. و بالاخره یک نوع یادزدودگی وجود دارد که طی آن فقط رویدادهای مربوط به موضوع خاصی ناپدید می شوند که به آن یادزدودگی گزینشی یا مطلق یا نظام یافته می گویند.

آسیب خیانت: در این مفهوم، فراموشی براساس شدت آسیب و وسعت رویداد منفی توضیح داده می شود. رویدادی که معرف خیانت فردی مورد اعتماد و مورد نیاز است (betrayal trauma).

شکل کلاسیک: اختلال کلاسیک یک آشفتگی بالینی پر آب و تاب و چشمگیر است که اغلب سبب می شود بیمار اختصاصاً به دلیل علایم مرتبط با اختلال تجزیه ای سریعاً مورد توجه بالینی قرار می گیرد. اغلب این حالت در کسانی دیده می شود که ضربه و آسیب حاد و شدیدی را متحمل شده اند. فراموشی ممکن است نسبت به دوره های فلش بک (تجربه ی مجدد رفتاری مرتبط با سانحه) نیز وجود داشته باشد.

تشخیص افتراقی و درمان: در بیماران زوال عقل (دمانس) اختلالات نسیانی عضوی و روان آشفتگی (دلیریوم) نقصان حافظه در مورد اطلاعات شخص در بستری از مجموعه ی وسیع تر مشکلات شناختی، زبانی، توجهی، رفتاری و حافظه قرار دارد.

فراموشی کلی گذرا ممکن است با فراموشی تجزیه ای اشتباه شود، بخصوص از این لحاظ که ممکن است هر دو اختلال فوق به دنبال حوادث تنش زای زندگی بروز کند. البته در فراموشی کلی گذرا، فراموشی پیش گستر کامل و اختلال در تواناییهای یادگیری به طور ناگهانی شروع می شود. و علاوه بر آن فراموشی پس گستر بارز وجود دارد. حافظه ی مربوط به هویت شخصی حفظ می شود، فرد مضطربانه از فقدان حافظه آگاه است و مرتب به صورت تکراری سوال می پرسد و در عین حال روی هم رفته رفتارش طبیعی است.

بسیاری از بیماران دچار فراموشی تجزیه ای واجد همه ی ملاک ها یا بخشی از ملاک های اختلال استرس حاد، PTSD یا اختلال جسمانی سازی یا تلفیقی از این اختلال هستند. فراموشی جزء همه ی این اختلالات است. طبق ویرایش آخر DSM، برای گذاشتن تشخیص فراموشی تجزیه ای، باید فراموشی از سیر اختلال استرس حاد، اختلال جسمانی سازی یا PTSD جدا باشد.

بیماری که به روانپزشک مراجعه کرده و درخواست اصلی اش باز یافت خاطرات واپس زده است به احتمال زیاد دچار اختلال ساختگی است و یا تحت عوامل تلقینی قرار گرفته است. فراموشی تجزیه ای حاد اغلب پس از جدا کردن فرد از شرایط آسیب زا توانکاه و انتقال اوبه محیطی امن خود به خود برطرف می شود.

فراموشی می تواند بوسیله آسیب جسمانی نظیر وارد شدن ضربه به سر یا سکتة مغزی ایجاد شود. فراموشی عضوی، غیر از مبنای جسمانی آن از چند جهت با فراموشی تجزیه ای فرق دارد. اولاً فرد مبتلا به فراموشی تجزیه ای معمولاً قبل از فراموشی، بشدت دچار مشکلات استرس زناشویی، شغلی یا مالی شده است. در حالی که فرد مبتلا به فراموشی عضوی، لزوماً چنین مشکلاتی ندارد. ثانیاً فراموشی تجزیه ای به بی حسی دست شباهت دارد- این اختلال از آسیب عصبی شناخته شده ناشی نمی شود. فرد مبتلا به فراموشی تجزیه ای الگوی از دست دادن حافظه چهار قسمتی نشان می دهد که تاکنون هیچ بیمار مبتلا به فراموشی عضوی آن را نشان نداده است. اولاً فرد مبتلا به فراموشی تجزیه ای، هم گذشته نزدیک و هم دور خود را از دست می دهد؛ بیماران مبتلا فراموشی عضوی، گذشته دور خود را بخوبی بیاد می آورند. ثانیاً فرد مبتلا به فراموشی تجزیه ای، هویت شخصی خود را از دست می دهد (نام، آدرس، شغل و موارد مشابه)، اما مخزن دانش عمومی او، دست نخورده می ماند (مثلاً می داند که اسم رئیس جمهور چیست و پایتخت ایران کجاست). در مقابل، بیماران مبتلا به فراموشی عضوی، هم اطلاعات شخصی و هم دانش عمومی را از دست می دهند. ثالثاً افراد مبتلا به فراموشی روانزاد، دچار

فراموشی پیش گستر نمی شوند، در مقابل افراد مبتلا به فراموشی عضوی، شدیداً به فراموشی پیش گستر دچارند و این نشانه اصلی آنهاست. و بالاخره فراموشی تجزیه ای اغلب به صورت ناگهانی برمی گردد اما در فراموشی عضوی اینطور نیست.

اختلال مسخ شخصیت (دگر سان بینی خود)

طبق DSM-IV-TR خصوصیات اساسی مسخ شخصیت^۱ را احساس پایداری یا عودکننده بیگانگی یا جدایی از خود می باشد. ممکن است اختلال به شخص دست دهد که گویی از بیرون نظاره گر فرایندهای ذهنی، بدن یا بخش هایی از بدن خود است. واقعیت سنجی سالم است. ویژگی اصلی این بیماری، احساس غیر واقعی بودن و بیگانه بودن است. تحریف احساس زمان و مکان، احساس اینکه اندام ها خیلی بزرگ و یا کوچک شده اند و مسخ واقعیت^۲ (احساس بیگانگی نسبت به جهان خارج) از جمله علائم شایع به شمار می آیند.

مسخ شخصیت و مسخ واقعیت (دگر سان بینی محیط) پس از افسردگی و اضطراب سومین علامت شایع روانپزشکی هستند. مسخ شخصیت در زنان ۲ تا ۴ برابر مردان شیوع دارد. شروع اغلب در سن ۱۵ تا ۳۰ سالگی است. علایم بالینی ناگهانی ظاهر می شوند.

جمع بندی های فنی روانپوشی بر گسیختگی ایگو تاکید دارند و یا مسخ شخصیت را پاسخ عاطفی در دفاع از ایگو می دانند که تجربیات دردناک یا تکانه های متعارضی به عنوان عوامل آغازگر مطرح شود. علایم مسخ شخصیت و مسخ واقعیت به راحتی بر اثر استرس و خستگی بروز می کنند و ارتباط معکوسی با عملکرد فرد دارند. در بیماران دچار مسخ شخصیت اغلب ابراز احساسات دشوار است.

مسخ شخصیت مرتبط با داروها معمولاً گذراست، اما به دنبال مسمومیت با برخی مواد از جمله ماری جوانا، کوکائین و سایر محرک های روانی ممکن است مسخ شخصیت پایداری بروز کند. مسخ شخصیت ناشی از اختلالات عضوی معمولاً بیشتر وجه حسی دارد و فاقد توضیحات پرآب و تاب و معانی شخصی است که این حالات در موارد ناشی از علل روانی به وفور دیده می شود. اضطراب معمولاً به داروهای ضد اضطراب و هم چنین به درمان های حمایتی و بینش مدار پاسخ می دهد. با کاهش اضطراب، دوره های مسخ شخصیت نیز کاهش پیدا می کند.

گریز تجزیه ای

ویژگی اساسی گریز تجزیه ای^۳ عزیمت ناگهانی و غیرمنتظره از منزل یا مکان معمول فعالیت های روزمره و ناتوانی در به یادآوری بخشی از گذشته فرد یا تمامی آن است. این حالت با سردرگمی در مورد هویت شخص و یا حتی اخذ یک هویت جدید همراه است.

شرایط آسیب زا منجر به حالتی تغییر یافته از هشیاری می شوند که تحت الشعاع تمایل به گریز قرار می گیرد. این شرایط علت زمینه ای اکثر حملات گریز هستند. اکثر موارد توصیف شده گریز تجزیه ای، مرد و عمدتاً نظامی بوده اند. گریز تجزیه ای معمولاً در بزرگسالان گزارش می شود. مدت گریز تجزیه ای از چند دقیقه تا چند ماه گزارش شده است. در موارد بسیار شدید PTSD، کابوس ها ممکن است به بیداری و گریز ختم شوند که در آن بیمار به سمت بخش دیگری از منزل می رود یا از منزل خارج می شود. توان کودکان یا نوجوانان برای مسافرت محدودتر از بزرگسالان است. به همین دلیل گریز از این گروه سنی ممکن است گذرا بوده و بیمار فقط مسافت های کوتاهی از مکان اصلی خود دور شود. با کاهش تجزیه در بیمار دچار گریز تجزیه ای، در فرد ممکن است علایم اختلال خلقی، افکار خودکشی شدید و PTSD یا سایر علایم اختلال پیدا شود.

^۱ depersonalization

^۲ derealization

^۳ fugue

تشخیص افتراقی و درمان : افراد دچار فراموشی تجزیه‌ای ممکن است در طی دوره فراموشی حالت سرگردانی پیدا کنند. اما در گریز تجزیه‌ای، فرد به صورتی **هدفمند** از منزل یا مکان معمول فعالیت‌های روزمره دور می‌شود و اغلب با فکر واحدی اشتغال دارد که با تمایل به گریز همراه است.

در سفرهای هدفمند ناشی از مانیا، بیمار معمولاً به عقاید خود بزرگ‌بینانه اشتغال خاطر دارد و اغلب به دلیل رفتارهای نامناسب توجه دیگران را به خود جلب می‌کند. این بیماران هویت دیگری اخذ نمی‌کنند. در تمایز بیماران گریز تجزیه با اسکیزوفرنی: بیماران دچار گریز تجزیه‌ای فاقد اختلال تفکر روانپزشانه یا سایر علایم روانپزشی هستند. گریز تجزیه‌ای را معمولاً با روان‌درمانی روانپزشی التقاطی درمان می‌کنند. در این روان‌درمانی، کانون درمان کمک به بیمار برای بازیافت حافظه مربوط به هویت و تجربیات اخیر است. در مواردی که در جریان گریز تجزیه‌ای هویت جدید اخذ می‌شود باید در نظر داشت که این هویت جدید از نظر روانشناختی برای محافظت فرد اهمیت حیاتی دارد.

اختلال هویت تجزیه‌ای (اختلال شخصیت چندگانه):^۱MPD

مشخصه‌ی این اختلال وجود دو یا چند هویت یا اختلالات شخصیتی است که به طور مکرر کنترل رفتار شخص را به دست می‌گیرند و همراه با آن ناتوانی در به یاد آوردن اطلاعات مهم شخصی وجود دارد که وسعت آن بیش از آن است که با فراموش کاری معمول قابل توجیه باشد. این هویت‌ها یا حالات شخصی گاهی مبدل، حالات خود، هویت‌های مبدل و یا بخش‌ها نامیده می‌شوند.

اختلال هویت تجزیه‌ای ارتباط زیادی با تجربیات آسیب شدید اوایل کودکی دارد. و در زنان بیشتر یافت می‌شود. تنظیم عاطفه و کنترل تکانه اغلب مختل می‌شود. سطوح بالای اضطراب و پانیک شایع است. انواع مختلفی از آشفتگی در حس خود (از پراکندگی هویت که در بیماران مرزی دیده می‌شود گرفته تا هویت‌های مبدل در اختلال هویت تجزیه‌ای)، بازتاب گسستگی در یکپارچگی روانشناختی جنبه‌های آسیب‌دیده و غیرآسیب‌دیده خود است. بیماران دچار اختلال تجزیه‌ای اغلب در حافظه‌ی سرگذشتی خود، بخصوص در مورد حوادث دوران کودکی، شکاف‌های عمده‌ای را گزارش می‌کنند.

از لحاظ بالینی نخستین تظاهر تغییرات تجزیه‌ای هویت به این صورت است که بیمار با ضمیر اول شخص جمع یا سوم شخص مفرد یا جمع به خود اشاره می‌کند. بیماران ممکن است به طور ناگهانی در زمینه‌ی اشاره به دیگران تغییر کنند، مثلاً به جای پسرم بگویند آن پسر.

هرچه شروع اختلال تجزیه‌ای زودتر باشد، پیش آگهی آن بدتر است. این اختلال مزمن‌ترین و شدیدترین اختلال‌های تجزیه‌ای است.

تشخیص افتراقی و درمان : از آن جا که اختلال هویت تجزیه‌ای جزء اختلالات طیف تروما هستند اکثر بیماران واجد ملاک‌های تشخیصی PTSD نیز هستند. در اختلال هویت تجزیه‌ای، صفات شخصیت وسواسی- جبری شایع است و علایم همزمان وسواسی- جبری معمولاً در این بیماران یافت می‌شود.

در کودکان خردسال برخی پدیده‌های طبیعی دوران کودکی نظیر دوست‌های خیالی و رویاهای روزانه بسط یافته، باید به دقت از تجزیه مرضی افتراق داده شوند. اما مشکل‌ترین تشخیص افتراقی، تمارض است؛ مصاحبه با کمک دارو به این افتراق کمک می‌کند. کار درمانی و درمان‌های ابزاری نظیر حرکت درمانی و هنر درمانی در درمان بیماران دچار اختلال هویت تجزیه‌ای مفید بوده‌اند. اما روان‌درمانی بینش‌مدار که غالباً همراه با هیپنوتیزم یا مصاحبه با کمک دارو انجام می‌شود، کارآمدترین رویکرد درمانی می‌باشد.

^۱ Multiple personality

اختلال تجزیه‌ای نامعین

اختلال خلسه^۱ تجزیه‌ای به صورت تغییر بارز و موقت حالت هشیاری یا از دست دادن حس عادی هویت شخصی بدون جایگزینی با هویتی دیگر تظاهر می‌کند. نوعی از این اختلال، خلسه تسخیر نام دارد که شامل تغییر واحد یا دوره‌ای در حالت هشیاری است که طی آن حس عادی هویت شخصی جای خود را به هویت جدیدی می‌دهد. در این حالت تسخیر فرد رفتارهای قالبی و تعیین شده از سوی فرهنگ بروز می‌دهد یا احساس می‌کند تحت کنترل عامل تسخیر است. باید فراموشی کامل یا نسبی نسبت به رویداد وجود داشته باشد.

DSM اختلال شستشوی مغزی (یک اختلال تجزیه‌ای) را به این شکل توصیف می‌کند: حالت‌های تجزیه‌ای که در افرادی رخ می‌دهد که در معرض دوره‌های طولانی مدت و شدید متقاعدسازی اجباری قرار داشته‌اند. (مثل شستشوی مغزی، بازسازی فکر یا تلقین در هنگام اسارت).

سندرم خاطره‌ی بازیافته^۲: تحت هیپنوتیزم یا روان‌درمانی، بیمار ممکن است خاطره یک تعارض یا تجربه دردناک را باز یابد که از لحاظ سبب‌شناسی حائز اهمیت است. اگر رویدادی که به خاطر می‌آید در عالم واقع هرگز روی نداده باشد ولی شخص معتقد باشد که واقعیت دارد و مطابق آن واکنش نشان دهد، این پدیده سندرم خاطره‌ی کاذب نامیده می‌شود.

سندرم گانسر: اختلالی مبهم است که مشخصه آن ارائه پاسخ‌های تقریبی (پارالوژیا) همراه با تیرگی هشیاری است (مثلاً ۲+۲ می‌شود ۵) و اغلب با توهمات و سایر علائم تجزیه‌ای، شبه‌جسمی یا تبدیل همراه است. ابتلای مردان به زنان حدود ۲ به ۱ است. از هر ۴ نفر مبتلا به سندرم گانسر، سه نفر زندانی بوده‌اند و این سبب شده است برخی صاحب‌نظران آن را اختلال گروه‌های محکومین و در نتیجه نشانگری از تعارض احتمالی بدانند.

تصور می‌شود که ضایعات عضوی ممکن است به صورت عامل استرس‌زای حاد عمل کرده و در افراد آسیب‌پذیر بروز سندرم گانسر واپس شود. پاسخ‌های تقریبی بیماران اشتباه هستند اما ارتباط روشنی با پرسش مطرح شده دارند که نشان می‌دهد بیمار مفهوم پاسخ را درک کرده است. در معاینه عصبی ممکن است نشانه‌های هیستریک دیده شود، مانند بی‌حسی غیرعصبی یا پردردی منتقل شوند.

در ICD-10 اختلالات تجزیه‌ای جزء اختلالات روان‌نژندانه، وابسته به استرس و شبه جسمی طبقه‌بندی می‌شود.

تغییرات DSM-5

اختلالات تجزیه‌ای هشتمین طبقه‌ی تشخیصی در DSM-5 هستند که در DSM-IV نیز طبقه‌ای با همین نام را به خود اختصاص داده‌اند و شامل اختلالاتی نظیر مسخ شخصیت/ مسخ واقعیت، یادزدودگی تجزیه‌ای و اختلال هویت تجزیه‌ای است. این طبقه‌ی تشخیصی در مقایسه با DSM-IV، تغییر نسبتاً کمی داشته است و تنها تغییر چشمگیر در این طبقه حذف اختلال گریز تجزیه‌ای است.

نکته:

- ✓ در اختلال مسخ شخصیت/واقعیت توانایی تستینگ واقعیت دست نخورده باقی می‌ماند و در زن و مرد برابر است.
- ✓ در دژاوو، روان‌شناسان عقیده دارند که حافظه‌ی بازشناسی دچار مشکل است. نقص حافظه‌ی بازشناسی می‌تواند علت اصلی بسیاری از علائم مسخ واقعیت/ شخصیت باشد.
- ✓ اکثر نظریه‌های روان‌شناختی اعتقاد دارند که علائم تجزیه‌ای در اثر واپس رانی بوجود می‌آید.

^۱ trance

^۲ Recovered memory syndrome

اسکیزوفرنی

اسکیزوفرنی نوعی اختلال روان پریشی (پسیکوتیک) با سبب شناسی ناشناخته است که با اختلالاتی در توانایی های شناختی، احساسات، ادراکات، تفکر و رفتار مشخص می شود. به خوبی مشخص شده است که اسکیزوفرنی یک اختلال مغزی بوده و دارای ناهنجاری های قابل مشاهده ی ساختمانی و عملکردی در مطالعات تصویر برداری عصبی و همچنین اجزاء ژنتیکی است که با مطالعه بر روی دو قلوها یافت شده اند. روان پریشی، متداولترین نوع روان گسستگی است.

اختلال های روان پریشی از چند نظر تفاوت مهمی با یکدیگر دارند اما ویژگی مشترک آنها این است که فرد واقعیت مربوط به دنیا و خود را به صورت شدیداً آشفته تجربه می کند. و به اعتقاد بلولر، بیماران روان پریش در حفظ یک فرآیند فکری ناتوانند و چنین مشکلی، مشخصه تمامی مبتلایان به روان پریشی است. اسکیزوفرنی معمولاً از ۲۵ سالگی شروع می شود، تا آخر عمر پایدار می ماند و هیچ یک از طبقات اجتماع، از ابتلاء به آن مصون نیستند، اما احتمال بروز آن در طبقه های اجتماعی غیرمرفه بیشتر است.

یک روانپزشک فرانسوی به نام بندیکت مورل « **اصطلاح دمانس پرکوزه** (دمانس زودرس)^۱ » را برای بیماران تباهی یافته- ای به کاربرد که بیماریشان در نوجوانی شروع شده بود. کرپلین اصطلاح مورل را به « **دیمنشیا پری کاکس** » برگرداند. این اصطلاح براین فرایند شناختی مشخص (دمانس) و نیز بر زود آغاز شدن اختلال تاکید داشت و علایم بالینی شایع به اعتقاد کرپلین، توهم و هذیان بود و معتقد بود که این نشانه ها به ناهنجاری جسمانی ربط دارند.

اوژن بلولر^۲ اصطلاح اسکیزوفرنی^۳ را ابداع کرد. اسکیزوفرنی یعنی شکافته شدن یا فقدان یکپارچگی در عملکرد روانی. بلولر بر خلاف کرپلین تصور می کرد که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی می توانند از این اختلال بهبود یابند. او اسکیزوفرنی را به جای یک هستی واحد به صورت مجموعه ای از اختلال ها در نظر داشت. بلولر معتقد بود صرف نظر از شدت آشفتگی خلقی

^۱ Dementia praecox

^۲ Eugen bleuler

^۳ schizophrenia

درمانجو، تشخیص اسکیزوفرنی باید حق تقدم داشته باشد. بلولر ۴ علامت اصلی را برای اسکیزوفرنی در نظر گرفت و یک سری علامت فرعی هم قائل بود که شامل همان توهم و هذیانها می‌شد که از نظر کرپلین شاخصه‌های اصلی دمانس زودرس بودند. (۴ عامل اصلی بلولر : ^۱تداعی^۱ (اختلال فکر که در گفتار درهم و برهم و گسیخته مشاهده می‌شود)، ^۲عاطفه^۲ (اختلال در تجربه و ابراز هیجان)، ^۳دودلی^۳ (ناتوانی در تصمیمگیری یا وفا کردن به آن) و ^۴اوتیسم^۴ (گرایش به حفظ کردن سبک غیر عادی تفکر و رفتار خود محور).

روانپزشک آلمانی، کورت اشنایدر، با توصیف گسترده اسکیزوفرنی توسط بلولر مخالفت کرد. او این نکته را مطرح کرد که برای تشخیص اسکیزوفرنی، باید نشانه‌های «درجه اول» خاصی وجود داشته باشد که عبارتند از هذیان^۵ و توهم^۶. اکنون می‌دانیم که نشانه‌های درجه اول با اختلال‌هایی غیر از اسکیزوفرنی مانند انواع خاصی از اختلال خلقی نیز دیده می‌شود (تمایز بین هذیان افسرده‌ها یا افراد مانیک، با اسکیزوفرن‌ها، ناهمخوانی با خلق است)، بنابراین نظر اشنایدر درباره استفاده از این نشانه‌ها به عنوان تنها شاخص‌های تشخیصی اسکیزوفرنی، دیگر معتبر نیست.

ارنست کرچمر داده‌هایی مویده این نکته ارائه می‌کرد که، اسکیزوفرنی در افراد دارای سنخ بدنی باریک تن (آستنیک) که لاغر اندام و دارای عضلاتی کم حجم هستند، پهلوانی (آلتیک) و بدقواره (دیسپلاستیک)، خیلی بیشتر از افراد دارای سنخ بدنی فربه تن (پیک نیک) که کوتاه قد و خپل هستند پیدا می‌شود. به اعتقاد او، گروه فربه تن، بیشتر به اختلالات دو قطبی دچار می‌شوند.

آدلف مایر که بانی زیست‌شناسی روانی بود، اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روانی را واکنش‌هایی در برابر فشارهای زندگی می‌دانست. به عقیده‌ی او، اسکیزوفرنی واکنشی غیرانطباقی است که در قالب تجربیات زندگی بیمار قابل فهم است.

شیوع اسکیزوفرنی در مرد و زن یکسان است. شروع اسکیزوفرنی قبل از ۱۰ سالگی بی‌نهایت نادر است. مواردی از اختلال که پس از ۴۵ سالگی شروع می‌شوند، « اسکیزوفرنی با شروع دیررس » نامیده می‌شوند. اسکیزوفرنی با شروع دیررس از نظر بالینی از اسکیزوفرنی قابل افتراق نیست، ولی پس از ۴۵ سالگی شروع می‌شود. معمولاً در زنها بیشتر است و بارز بودن علائم پارانوئید از ویژگی‌های آن است و پیش‌آگهی آن نسبت به نوع زودرس مطلوب‌تر است. به طور کلی نشانه‌های مثبت اسکیزوفرنی در زنان بیشتر است به همین دلیل پیش‌آگهی زنان اسکیزوفرنیک بهتر از مردان مبتلا به این اختلال است که بیشتر نشانه‌های منفی دارند. چونکه نشانه‌های مثبت بیشتر به دارو جواب می‌دهد.

چند عامل که با پیش‌آگهی مطلوب، در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی ارتباط دارد :

سازگاری خوب قبل از شروع اختلال، شروع حاد، سن بالاتر هنگام شروع، زن بودن، بینش خوب، رویداد تسریع کننده مرتبط با شروع نشانه‌ها، وجود آشفتگی خلقی همراه با اختلال، سابقه خانوادگی اختلال خلقی و عدم وجود سابقه خانوادگی اسکیزوفرنی.

میزان مرگ و میر بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بر اثر تصادف‌ها و علل طبیعی، بیش از جمعیت عمومی است. برخی مطالعات حاکی است که به دنبال مواجهه با آنفولانزا (که زمستان‌ها برز می‌کند) در سه ماهه‌ی دوم بارداری، فراوانی اسکیزوفرنی

^۱ association

^۲ affect

^۳ ambivalence

^۴ autism

^۵ delusion

^۶ hallucination

افزایش می‌یابد. حدود ۹۰ درصد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، به نیکوتین وابستگی دارند. به نظر می‌رسد تجویز نیکوتین سبب بهبود برخی تخریب‌های شناختی و پارکینسون بیماران می‌شود که احتمالاً این اثرات نتیجه‌ی فعال شدن نورون‌های دوپامین به واسطه‌ی نیکوتین است. داده‌های مستقیمی وجود دارد که نشان می‌دهد، سن پدر همبستگی مستقیمی با بروز اسکیزوفرنی دارد.

طبق فرضیات موجود، فزونی سروتونین یکی از علل علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی است. کلوزاپین و سایر ضدروانپرسی‌های نسل دوم، آنتاگونیست‌های قوی سروتونین هستند. این یافته همراه با اثر بخشی کلوزاپین در کاهش علائم مثبت بیماران مزمن، صحت این فرضیه را تایید می‌کنند.

آنهدونیا (کاهش ظرفیت ارضای جسمانی و کاهش توانایی لذت) از مدتها پیش به عنوان یکی از خصوصیات بارز اسکیزوفرنی مورد توجه بوده است. اضمحلال انتخابی نورون‌های دستگاه عصبی پاداش نوراپی‌نفرین می‌تواند این جنبه از علائم اسکیزوفرنی را توضیح دهد. گابا بر روی فعالیت دوپامین اثرات تنظیمی دارد و کمبود نورون‌های مهاری گابانرژیک می‌تواند موجب پر فعالیتی نورون‌های دوپامینرژیک گردد.

گلوتامات از آن رو در اسکیزوفرنی دخیل دانسته شده است که خوردن pcپ (که آنتاگونیست گلوتامات است)، سندرم حادی را به وجود می‌آورد که مشابه اسکیزوفرنی است.

کاهش حجم مغز که در بیماران اسکیزوفرنی به فراوانی گزارش شده است، ظاهراً نتیجه‌ی کاهش تراکم آکسون‌ها، دندریتها و سیناپس‌هاست که واسطه‌ی انجام کارکردهای ارتباطی و تداعی‌ها در مغزند (تراکم سیناپسی در یک سالگی از هر زمان دیگری بیشتر است). از مدت‌ها پیش مشخص شده است که چندین علامت اسکیزوفرنی شبیه علائمی است که در موارد لوبوتومی پره فرونتال یا سندرم‌های لوب پیشانی دیده می‌شود. بنابراین بیماران اسکیزوفرنیایی، دچار آسیب لوب پیشانی هستند.

بسیاری از بیماران اسکیزوفرنی، حتی اگر اختلالات حرکتی ناشی از دارو (مثل دیسکینزی دیررس) هم نداشته باشند، باز حرکاتی عجیب (odd) از خود نشان می‌دهند. این حرکات عجیب عبارت است از راه رفتن ناشیانه، شکلک درآوردن و حرکات قالبی (استرئوتایپی). از آن‌جا که عقده‌های قاعده‌ای و مخچه در تنظیم حرکت دخیلند، پس بیماری آنها نیز در پاتوفیزیولوژی اسکیزوفرنی نقش دارد.

مطالعات تصویربرداری ساختمانی و کارکردی در انسانها حاکی است که، کژکاری مدار سینگولای قدامی- عقده‌های قاعده- ای-تالاموکورتیکال، زیربنای بروز علائم روان‌پریشی مثبت است و کژکاری مدار بخشی دور سولترال قشر جلوی پیشانی، پایه‌ی علائم نقصانی یا منفی پایدار و اولیه است. بررسی EEG نشان می‌دهد که نوار مغزی اسکیزوفرنی‌ها غیر طبیعی است. حساسیت زیادی به روش‌های فعال سازی نشان می‌دهند، امواج آلفای کمتری دارند، امواج تتا و دلتا بیشتر است و بالاخره امواج صرعی شکل و نیز نابهنجاری‌های طرف چپ در آنها احتمالاً بیش از حد معمول است.

در بیماران دچار صرعی کانون مرکب، به ویژه در کسانی که تشنجات لوب گیجگاهی را فرا می‌گیرد، روان‌پریشی‌های شبه اسکیزوفرنی بیش از حد انتظار روی می‌دهد. عوامل مرتبط با پیدایش روان‌پریشی در این گونه بیماران عبارت است از اینکه، کانون تشنج در طرف چپ باشد، محل ضایعه در قسمت داخلی لوب گیجگاهی باشد و تشنجه‌ها در سنین پایین شروع شده باشد.

موج p300 موج بزرگ و مثبت در توانش‌های فراخوانده است که حدود سیصد میلی ثانیه پس از آن که فرد، محرک حسی را متوجه شد پیدا می‌شود. منبع عمده‌ی موج P300 احتمالاً ساختمانهای دستگاه لیمبیک واقع در قسمت داخلی لوب‌های

گیجگاهی است. گزارش شده است که در بیماران اسکیزوفرنی، موج P300 به طور آماری کوچکتر از این موج در گروه‌های مورد مقایسه است و دیرتر از آنها نیز پیدا می‌شود (توانش فراخوانده‌ی دیگر N100 است که موجی منفی می‌باشد). تفسیر داده‌های به دست آمده از توانش‌های فراخوانده این است که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی به شکل غیر معمول به محرک‌های حسی حساسند. (چون توانش‌های فراخوانده‌ی زودرس آنها بزرگتر است). اما به جبران این پرحساسیتی، پردازش اطلاعات در سطح بالاتر قشر بیماران اسکیزوفرنی کندتر صورت می‌گیرد (چنانچه توانش‌های فراخوانده دیر رشان کوچکتر است).

دیدگاه‌های روان‌شناختی

فروید بر این باور بود که تحول روان‌گسیختگی در برگیرنده فرایند روان‌شناختی ۲ گانه‌ای است :

۱- واپس‌روی: مرحله پیش از شکل‌گیری من

۲-کوشش‌های جبرانی برای برقراری مجدد مهار من

فروید به این نتیجه رسید که روان پریشی مانند روان‌آزردگی (اختلال‌های اضطربی و افسرده‌وار) از تعارض بنیادی بین تمایل به ارضاهای کشاننده‌ای و خواسته‌های جهان واقعی ناشی می‌شود.

از دیدگاه فروید، افراد روان‌آزرده به طور جزئی دچار واپس‌روی می‌شوند و برای مواجهه با خواسته‌های جهان بیرونی، کاملاً به مکانیزم‌های دفاعی خود وابسته هستند. اما افراد روان پریش که «من» آنها از پایداری کمتری برخوردار است، به پایین‌ترین سطح تحول یعنی به نقطه‌ای که قبل از شکل‌گیری من و قبل از بازشناسی تمایز یافتگی جهان درونی و برونی (من و غیر من) قرار دارد واپس‌روی می‌کند. در نهایت، افراد روان پریش به حالت خود دوستداری نخستین، یعنی حالت نوزادانی که فقط نیازهای شخصی خود را حس می‌کنند باز می‌گردند.

فروید همچنین عقیده داشت که پس از واپس‌روی به مرحله تمایز نیافتگی من و غیرمن، این افراد کوشش می‌کنند تا مجدداً به مهار من و تماس با واقعیت دست یابند و این کوشش‌های جبرانی بروز نشانه‌های روانی پریشی را در پی دارد. برای مثال، توهم‌های شنیداری می‌توانند معرف کوشش ناهشیار جبران در برابر از دست دادن حس واقعیت باشند.

روی‌آورد‌های روانی- اجتماعی بر این عقیده استوار بوده‌اند که اسکیزوفرنی از مشکلات سازشی فرد با جهان برونی که پیامد نخستین تجربه‌های اوست، ناشی می‌شود. مساله جامعه‌خواهی آشکارترین معلولیتی است که در مبتلایان به روان‌گسیختگی وجود دارد و موانعی جدی در راه یافتن و حفظ شغل یا برقراری روابط دوستانه ایجاد می‌کند.

توجیهات زیستی در نوشته‌های کرائپلین ریشه دارند که اسکیزوفرنی را به صورت بیماری‌ای که تباهی بافت مغز آن را ایجاد می‌کند در نظر داشت.

یکی از باثبات‌ترین کشفیات ناشی از به‌کارگیری روش‌های تصویربرداری از مغز این بوده که مغز افراد مبتلا به اسکیزوفرنی بطن‌های بزرگتری دارد. بزرگ شدن مغز معمولاً با پلاسیدگی مغز و تحلیل رفتن بافت مغز همراه است.

اکنون اعتقاد بر این است که نابهنجاری‌هایی درگیرنده دوپامین خاص بنام D2 در اسکیزوفرنی دخالت دارند.

افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، اثر دروازه‌های حسی را نشان می‌دهند. بدین معنی که به احتمال زیاد در فیلتر کردن عوامل بازدارنده یا مزاحم نامربوط در محیط بیرونی مشکل دارند. پژوهشگران این ناتوانی را که مبنای ژنتیکی دارد به نارسایی‌هایی در هیپوکامپ ربط می‌دهند که به حافظه کوتاه مدت ضعیف منجر می‌شود.

رویکرد روان‌شناختی در مورد آگاهی از اسکیزوفرنی که بیش از سایر رویکردها پذیرفته شده، از نظریه‌های رفتاری بدست آمده است. این نظریه‌پردازان گفتند افراد ابتدا نشانه‌های اسکیزوفرنی را از طریق ناتوانی در آموختن نحوه هدایت کردن توجه

به محرک‌های مهم در تعاملات اجتماعی فرا می‌گیرند. پناه بردن به عالم درون، افکار و خیالات برای کودک تقویت‌کننده‌تر می‌شود، بعد سایر کودکان و اولیاء و معلمان به او برچسب زدن باعث می‌شود که فرد اسکیزوفرنیک نامیده شود و دور معیوب آغاز شود. طبق این نظریه بعد از اینکه به فرد برچسب زده شد طوری رفتار می‌کند که با این برچسب هماهنگ باشد. استرسی که اعضای خانواده ایجاد می‌کنند در شاخص هیجان ابرازی^۱ منعکس می‌شود. هیجان ابرازی می‌تواند در نارساییهای عصبی- روانی دخالت داشته باشد و خط اسکیزوفرنی را در افرادی که استعداد ژنتیکی دارند، افزایش دهد.

فروید بر آن بود که اسکیزوفرنی، نتیجه‌ی تثبیت در مراحل ابتدایی رشد است که این تثبیت زودتر از تثبیت‌های منجر به پیدایش روان‌نژندی روی می‌دهد. این تثبیت‌ها سبب بروز نقایصی در رشد ایگو می‌شود. فروید معتقد بود بروز نقص در ایگو در ایجاد علایم اسکیزوفرنی نقش دارد. به این ترتیب تعارض درون روانی که محصول تثبیت‌های زودرس است و نقص ایگو که ممکن است از روابط ابژه‌های (موضوعی) ضعیف در کودکی هم ناشی شده باشد، مرتباً به علایم روان‌پریشی دامن می‌زند.

همان طور که مارگارت ماهر گفته است، اسکیزوفرنی نتیجه‌ی تحریفاتی است که در ارتباط دو سویه نوزاد و مادرش به وجود می‌آید. کودک نمی‌تواند از رابطه‌ی تنگاتنگ و کاملاً ابتدایی که مشخصه‌ی روابط مادر و کودک در مرحله‌ی دهانی رشد است رها شود فراتر رود. در نتیجه، هویت فرد هیچ‌گاه به امنیت نمی‌رسد.

پاول فدرن معتقد بود که نقص کارکردهای ایگو امکان آن را فراهم می‌کند که خصومت و پرخاشگری شدید، رابطه‌ی مادر- کودک را تحریف کنید که این امر نهایتاً سبب بهم‌ریختگی شخصیت و آسیب‌پذیری در برابر استرس می‌شود. سالیوان اسکیزوفرنی را به صورت اختلال در روابط بین فردی می‌نگریست. اضطراب شدید این بیماران نوعی احساس قطع ارتباط به وجود می‌آورد که معمولاً (اما نه همیشه) به حالتی مبتنی بر احساس گزند و آسیب موسوم به **تحریف پاراتاکیسک** تبدیل می‌شود. به عقیده‌ی سالیوان، اسکیزوفرنی یک روش انطباقی برای اجتناب از ترس و وحشت و احساس جدایی از خود است. منشاء این اضطراب غیرطبیعی، تجارب آسیب‌زایی است که در طی دوران رشد بر روی هم انباشته می‌شوند.

در نظریه‌ی روانکاوای همچنین این اعتقاد وجود دارد که علایم گوناگون اسکیزوفرنی، معنایی نمادین برای هر بیمار دارد. مثلاً هذیان‌ها نیز مثل توهم‌ها، اقداماتی واپس روانه و جبرانی برای خلق واقعیتی جدید یا ابراز ترس‌ها و تکانه‌های فرو خورده‌اند. همه‌ی نظریه‌های روان‌پویشی این نکته را باور دارند که روابط انسانی در نظر افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، ترساننده و وحشتناک است.

بر اساس نظریه‌ی **بیتسون**^۲، کودکانی که در خانواده‌های دارای تعهد دو گانه (Double bind) هستند، این کودکان در لاک حالت روان‌پریشی خود فرو می‌روند تا از دست اغتشاش ذهنی لاینحل که این تعهد دوگانه نصیبتان می‌کند، خلاصی یابند. مثالی از تعهد دو گانه‌ی پدر یا مادری است که به کودک خود توصیه می‌کند شیرینی‌هایش را به دوستانش هم بدهد و سپس به این دلیل که کودک تعداد زیادی از شیرینی‌ها را به هم‌بازی‌هایش داده، او را تنبیه می‌کند.

از دیدگاه بیتسون و همکاران وی، هر پیام در عین حال شامل «ارتباط اصلی» و «فرا ارتباط» است. ارتباط اصلی، محتوای معنای پیام را دربرمی‌گیرد و فراارتباط دربرگیرنده لحن بیان، چارچوب و حرکت‌هایی است که با پیام همراهند. اگرچه ارتباط‌های اصلی و فرا ارتباط‌ها می‌توانند همسو باشند، اما امکان ناهم‌سویی و در نتیجه اغتشاش‌آمیز بودن آنها نیز وجود دارد. بر اساس این دیدگاه، کودکی که مدام در موقعیت ارتباط مضاعف قرار می‌گیرد، ممکن است راهبردهای خاصی برای مقابله با محیط اتخاذ کند. یکی از این راهبردها این است که، کودک ارتباط‌های اصلی را نادیده می‌گیرد و فقط به فرا ارتباط‌ها پاسخ می‌دهد. در این صورت همواره به آنچه گفته می‌شود مشکوک است. کسانی که به پیام‌ها بدین‌گونه پاسخ می‌دهند، در مسیر

^۱ Expressed emotion

^۲ bitson

نشانه‌های اسکیزوفرنی **پارانویایی** قرار می‌گیرند. در راهبرد دیگر، کودک فقط به ارتباط‌های اصلی پاسخ می‌دهد. آنهایی که این راهبرد را می‌پذیرند، نمی‌توانند ظرافت‌های ارتباطی را درک کنند. این رفتار به گسترش نشانه‌های اسکیزوفرنی **آشفته**^۱ منتهی می‌شود. و بالاخره سومین راهبرد، بی تفاوتی نسبت به پیام‌های دیگران است: نشنیدن پیام‌های ناهمگرای دیگران، فرد را از اغتشاش دور می‌سازد. این گروه احتمالاً دچار انزوا و حتی خموشی می‌شوند و نشانه‌های اسکیزوفرنی **کاتاتونیا**^۲ در آنها متجلی می‌گردد.

مطالعات بسیاری نشان داده است که در خانواده‌هایی با سطح بالای ابراز هیجان (که اغلب به اختصار به صورت EE نشان داده می‌شود)، میزان عود اسکیزوفرنی بالاست. برای اندازه‌گیری میزان ابراز هیجان، هم باید آن‌چه را گفته می‌شود و هم نحوه‌ی گفتنش را تحلیل کرد.

طبق نظر کارلسون، ناقلان ژنتیک اسکیزوفرنیک، اغلب قابلیت‌های غیر معمولی آشکار می‌سازند. و جامعه حتی ممکن است برای پیشرفت علمی خود به افراد دارای سرشت اسکیزوفرنیک نیازمند باشد. اصطلاح او برای این افراد که هم خویشاوندان بیماران اسکیزوفرنیک هستند و هم به نحو مخصوصی در سیاست، علم و هنر برجسته اند، **سوپرفرنیک** است.

مراحل اسکیزوفرنی

اسکیزوفرنی اختلالی پیچیده و چند جنبه‌ای است که می‌تواند شکل‌های متعددی بگیرد. آنچه برای تشخیص اسکیزوفرنی ضرورت دارد، آشفتگی بارزی است که حداقل ۶ ماه ادامه یافته باشد، **مرحله فعال**^۳ نشانه‌ها، مانند هذیان‌ها، توهمات، گفتار آشفته، رفتار آشفته و نشانه‌های منفی (مانند خاموشی و سکوت یا فقدان ابتکار عمل) در مدت این دوره ۶ ماهه روی می‌دهد. معمولاً مرحله فعال بدون نشانه‌های هشدار دهنده آشکار نمی‌شود. اغلب موارد اما نه همه آنها، **مرحله پیش نشانه‌ای**^۴ دارند، دوره‌ای قبل از مرحله فعال که طی آن، عملکرد اجتماعی و میان فردی شخص بتدریج رو به وخامت می‌گذارد. این مرحله با چند رفتار ناسازگارانه، مانند انزوای اجتماعی، ناتوانی در کار کردن به صورت ثمر بخش، نامتعارف بودن، نظافت شخصی نامناسب، تهییج پذیری بی‌جا، فکر و رفتار عجیب و غریب مشخص می‌شود. در خیلی از افراد، مرحله فعال، **مرحله باقی مانده**^۵ را دنبال دارد، که طی آن ادامه علائم آشفتگی شبیه رفتارهای مرحله پیش نشانه‌ای وجود دارد و افراد دچار مشکلات جدی در کار، روابط و مراقبت شخصی می‌شوند.

انواع اسکیزوفرنی

وجود توهم یا هذیان لازمه‌ی تشخیص اسکیزوفرنی نیست (توهم و هذیان در اختلالات خلقی نیز بروز می‌کند). اختلال بیمار، زمانی اسکیزوفرنی تشخیص داده می‌شود که بیمار ۲ تا از این ۳ علامت را داشته باشد: ۱- **تکلم نابسامان**. ۲- رفتاری که به وضوح نابسامان یا کاتاتونیک باشد. ۳- **علائم منفی**، یعنی تخت شدگی حالت عاطفی^۶، ناگویی^۷ و بی ارادگی^۸.

^۱ disorganized

^۲ catatonic

^۳ Active phase

^۴ prodromal

^۵ Residual phase

^۶ Affective flattening

^۷ alogia

^۸ avolition

در اسکیزوفرنیا دو نوع نشانه وجود دارد : **نشانه‌های مثبت** اسکیزوفرنی که اغراق‌ها یا تحریف‌های افکار، هیجان‌ها و رفتارهای معمول هستند. مثل هذیان‌ها، توهم، رفتار آشفته و گفتار آشفته. **نشانه‌های منفی**: نشانه‌هایی شامل عمل کردن زیر سطح رفتاری که بهنجار محسوب می‌شود. مثل بی‌تفاوتی عاطفی، فقدان تکلم، بی‌ارادگی و فقدان احساس لذت.

در DSM-IV-TR به انواعی از اسکیزوفرنی اشاره شده است که در ادامه توصیف هر یک از آن آمده است.

افراد مبتلا به **اسکیزوفرنی پارانوئید** به یک یا چند هذیان غیر عادی نظام یافته اشتغال ذهنی دارند یا در ارتباط با موضوع آزار و اذیت (گزند و آسیب) شدن، توهّمات شنیداری دارند بدون اینکه رفتار یا گفتار آشفته ای داشته باشند. بیماران اسکیزوفرنی پارانوئید معمولاً در اولین دوره‌ی بیماری، سن بالاتری نسبت به اسکیزوفرنی‌های کاتاتونیک یا نابسامان (آشفته) دارند. منابع ایگو در بیماران پارانوئید نیز غنی‌تر از بیماران کاتاتونیک یا نابسامان است. بیماران دچار اسکیزوفرنی پارانوئید از نظر توانایی‌های ذهنی، واکنش‌های هیجانی و نیز رفتار، کمتر از بیماران مبتلا به سایر انواع اسکیزوفرنی، واپس‌روی نشان می‌دهند. افکار آنها معمولاً پیچیده و منسجم و از لحاظ هیجانی، یا بسیار هیجانی و یا کاملاً رسمی هستند. پارافرنی را گاه معادل با اسکیزوفرنی پارانوئید دانسته اند.

مشخصه‌های نوع نابسامان یا **آشفته‌ی اسکیزوفرنی** که سابقاً کودک روانی (هبفرنی) خوانده می‌شد، عبارت است از پسرفت آشکار به رفتارهای بدوی، گفتار آشفته، عاطفه سطحی، مهارگسیخته و سازمان نیافته. شروع آن معمولاً زود، یعنی پیش از ۲۵ سالگی است. بیماران نابسامان معمولاً فعالند اما فعالیتشان هدفمند و سازنده نیست، اختلال فکرشان برجسته است و تماس چندانی با واقعیت ندارند. بهترین توصیف از رفتار این بیماران، ابلهانه یا احمقانه است. هذیان‌های آنها فاقد انسجام و اغلب بر بدن شخص متمرکزند.

در صورتی که نشانه بارز در فرد مبتلا به اسکیزوفرنی، رفتارهای حرکتی غیر عادی باشد، نوع **اسکیزوفرنی کاتاتونیک** تشخیص داده می‌شود. سکوت (موتیسم) در اسکیزوفرنی کاتاتونیک هم شایع است. بیماران را باید در حین بهت یا برآشفگی مربوط به کاتاتونی تحت نظر قرار داد تا به خود یا دیگران صدمه نرسانند. در اسکیزوفرنی، وقتی نشانه‌های کاتاتونیایی آشکار مشاهده می‌شوند، بدون توجه به حضور نشانه‌های دیگر به تشخیص ریخت کاتاتونیایی مبادرت می‌شود. هذیان‌های این نوع اسکیزوفرنی، اغلب بر مرگ و تخریب متمرکزند.

بهت کاتاتونیک: حالتی از واکنش نشان ندادن به محرک‌های محیطی تا بدان حد است که فرد از دور و بر خود بی‌خبر می‌ماند.

خشکی کاتاتونیک: حالت خشک شده بدن و مقاومت نشان دادن در برابر هرگونه رفتار برای نشان دادن. برانگیختگی کاتاتونیک: حرکات بدنی ظاهراً بی‌هدف و تکراری.

اسکیزوفرنی ممکن است یکی از چند روند یا الگو را به خود بگیرد. در برخی موارد افرادی که فقط یک دوره اسکیزوفرنی داشته‌اند، می‌توانند باقی عمر خود را بدون برگشت این اختلال بگذرانند و دیگر نشانه بارزی نداشته باشند (مثل هذیان یا توهم) اما ممکن است تعدادی از نشانه‌ها مانند کندی هیجانی، انزوای هیجانی و تفکر غیر منطقی را حفظ کرده باشند. این افراد در حال تقلیل محسوب می‌شوند، یعنی **اسکیزوفرنی نوع باقیه ای**^۱.

در برخی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، نشانه‌ها مخلوط هستند. وقتی کسی مجموعه ای از نشانه‌های اسکیزوفرنی مانند هذیان‌ها، توهّمات، گسیختگی و رفتار آشفته را نشان دهد، اما ملاک‌های لازم برای اسکیزوفرنی پارانوئید، کاتاتونیک و یا آشفته را برآورده نسازد، از تشخیص **اسکیزوفرنی نوع نامتمایز**^۲ استفاده می‌شود.

^۱ residual

^۲ undifferentiated

بوفه دلیران یا روان پریشی حاد هذیانی: تفاوت این مفهوم تشخیصی فرانسوی با اسکیزوفرنی عمدتاً براساس مدت علایم است که در بوفه دلیران کمتر از ۳ ماه است. این تشخیص شبیه اختلال اسکیزوفرنی شکل در ویرایش آخر DSM است. (DSM-IV-TR)

مفهوم اسکیزوفرنی نهفته زمانی پیدا شد که معنای تشخیصی وسیعی از این اختلال در ذهن نظریه پردازان وجود نداشت. مثلاً تشخیص اسکیزوفرنی نهفته اغلب برای آن دسته از بیماران به کار می‌رفت که امروزه دچار اختلال شخصیت مرزی، اسکیزوئید و اسکیزوتایپی به حساب می‌آیند. این سندرم را در گذشته، اسکیزوفرنی مرزی نیز می‌نامیدند.

حالت رویازدگی، حالتی است شبیه رویا، که در آن بیمار ممکن است عمیقاً گمگشته یا حیرت زده باشد و به زمان و مکان وقوف کامل نداشته باشد. اصطلاح اسکیزوفرنی رویازده برای بیمارانی به کار رفته است که در حالت توهمی خود شدیداً غرق شده‌اند و در عوض، از درگیری با جهان واقع چشم پوشیده‌اند.

اسکیزوفرنی شبه روان‌نزدانه: مشخصه‌های این بیماران علایم اضطراب عام، هراس عام، دودلی عام، و گاه زندگی جنسی آشوبناک است. اضطراب این بیماران برخلاف بیماران دچار اختلالات اضطرابی، سیال است و به ندرت فروکش می‌کند. براساس ملاکهای DSM-IV-TR این بیماران امروزه دچار اختلال شخصیت مرزی تشخیص داده می‌شوند.

اختلال تباه کننده‌ی ساده^۱ یا اسکیزوفرنی ساده: مشخصه‌ی این اختلال، از دست دادن تدریجی سائق‌ها و جاه‌طلبی‌هاست. علامت عمده‌ی آنها، انزوا از اجتماع و موقعیتهای مرتبط با شغل است.

نوعی از اسکیزوفرنی که مشخصه‌اش علایم منفی ایدیوپاتیک (نهانزاد) و دیرپا است، اسکیزوفرنی نقصانی نامیده می‌شود. اسکیزوفرنی با علایم مثبت را اسکیزوفرنی غیرنقصانی می‌نامند. در بیماران نقصانی، اغلب نخستین دوره‌ی روان‌پریشی بی‌سرسدا و تدریجی شروع می‌شود و بهبود عملکرد کمتر است. علیرغم سطح ضعیفتر عملکرد و انزوای اجتماعی بیشتر، خطر بروز افسردگی اساسی و احتمالاً خطر خودکشی در این بیماران کمتر است. عوامل خطر ساز در اسکیزوفرنی نقصانی با غیر نقصانی متفاوت است. موارد تولد در تابستان در اسکیزوفرنی نقصانی بیشتر دیده می‌شود در حالی که در غیرنقصانی بیشتر در زمستانند. اسکیزوفرنی نقصانی در مردان بیشتر است.

نوع دیگری از دسته بندی اسکیزوفرنی:

اسکیزوفرنی نوع I با توجه به بروز ناگهانی اختلال در فردی که کنش‌وری وی پیش از وهله بروز بیماری، بهنجار به نظر می‌رسیده و همچنین با توجه به نشانه‌های مثبت مانند هذیان و توهم و اختلال بارز فکر مشخص می‌شود.

نشانگان اسکیزوفرنی نوع II با نشانه‌هایی مانند عاطفه سطحی، فقر گفتار و فقدان اراده مشخص می‌شو (نشانه‌های منفی). نشانه‌های منفی، هسته اصلی و متداول اسکیزوفرنی را تشکیل می‌دهند. بیماران اسکیزوفرنی نوع II ممکن است در مقایسه با افراد غیراسکیزوفرن، دارای لوب پیشانی کوچکتر و همچنین مخ و جمجمه کوچکتر باشند.

نشانه‌های منفی، کمتر از نشانه‌های مثبت بازگشت‌پذیرند. با انتقال دوپامین مرتبط نیستند، اما می‌توانند ناشی از تغییرات ساختاری مغز و ضایعه‌های عقلی باشند.

در بیماران اسکیزوفرنی، گوش به زنگی بودن، حافظه و مفهوم سازی بیش از همه کارکردها گرفتار است و این به معنای آن است که الگوی مزبور بیشترین همخوانی را با ابتلای قشر پیشانی- گیجگاهی دارد. هیچ نشانه یا علامت بالینی وجود ندارد

^۱ Simple deteriorative disorder

که برای اسکیزوفرنی مشخصه‌ی قطعی باشد. بنابراین اولاً، بالینگر نمی‌تواند تشخیص اسکیزوفرنی را صرفاً براساس معاینه وضعیت روانی که ممکن است متغیر باشد مطرح سازد و تاریخچه‌ی بیمار، لازمه‌ی تشخیص اسکیزوفرنی است. ثانیاً، علایم هر بیمار در طول زمان تغییر می‌کنند.

۳ ویژگی مشترک اختلال‌های شبه اسکیزوفرنی:

۱- هریک نوعی روان‌پریشی است که بریدن جدی از واقعیت را نشان می‌دهد.

۲- علت آن اختلال ضعف شناختی نیست.

۳- آشفتگی خلقی نشانه اصلی نیست.

در اسکیزوفرنی مزمن، هیچ نوع بحرانی یا تنیدگی خاصی به بروز اختلال منجر نشده است، در عوض، براساس بررسی شرح حال بیمار میتوان به طرد شدگی توسط خانواده یا همسالان، سازش یافتگی ضعیف آموزشگاهی و اجتماعی، کمرویی مفرط و اندازه گیری اجتماعی دست یافت و وجود نارسایی های درازمدت را آشکار کرد. اما در اسکیزوفرنی حاد، بیمار قبلاً از بیماری، بهنجار بوده است.

در جمع بندی‌های نظری درباره‌ی سیر اسکیزوفرنی، علایم و نشانه‌های پیش مرضی (پری موریید) پیش از مرحله‌ی پیش درآمدی (پرودرمال) بیماری ظاهر می‌شود. تفاوت این دو در این است که علایم و نشانه‌های پیش مرضی پیش از آن که روند بیماری خود را بروز دهد خود را نشان می‌دهند، اما نشانه‌ها و علایم پیش درآمدی، جرئی از تغییر و تحول خود بیماری است. سابقه‌ی پیش‌مرضی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، نوعاً شخصیت اسکیزوتایپی یا اسکیزوئید است. نشانه‌ها و علایم پیش درآمدی تقریباً همیشه به طور گذشته‌نگر هستند و پس از آن که تشخیص اسکیزوفرنی گذاشته شد، شناسایی شده و لذا چندان معتبر نیستند. این نشانه‌ها در ابتدا ممکن است به صورت علائمی جسمی از قبیل سردرد، کمردرد و درد عضلانی و... باشد. تمایز نشانه‌ها و علایم پیش‌درآمدی عبارت است از رفتار کاملاً منحصر به فرد، حالات عاطفی ناهنجار، تکلم غیر معمول، افکار غریب و تجارب ادراکی عجیب.

وخیتمترین اختلال ادراکی، توهم است. پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که فعال‌ترین بخش مغز در خلال توهم‌ها بخشی است که بروکا نامیده می‌شود. فعالیت ناحیه بروکا در خلال توهم‌های شنیداری، موید این نکته است که افراد مبتلا به آن توهم‌ها در واقع صدای دیگران را نمی‌شنود، بلکه به افکار با صداهای خود گوش می‌دهند بدون آنکه بتوانند منبع صدا را متمایز کنند.

ویژگی‌های اصلی اسکیزوفرنی در کودکان و بزرگسالان مشابه است. با این وجود، مبادرت به تشخیص اسکیزوفرنی در کودکان بسیار مشکل است، چون افکار هذیانی و توهم‌ها کمتر سازمان‌یافته و توهم‌های دیداری فراوانترند. شایع‌ترین توهم‌ها در اسکیزوفرن‌ها، توهمات شنوایی است. توهم احشایی، احساس بی‌پایه تغییر حالت در اعضای بدن است. مثل سوزش در مغز، احساس فشار در عروق خونی و ...

تفاوت **خطای ادراکی** با توهم در این است که خطای ادراکی، اعوجاج و تحریفی است در یک تصویر یا احساس واقعی؛ در حالی که توهم براساس تصویر یا احساسی واقعی شکل نگرفته است.

انواع اختلالات فکر: اختلال محتوی فکر، شکل فکر و روند (پردازش) فکر.

اختلالات محتوی فکر، به افکار و اعتقادات بیمار و تفسیری که از محرکها ارائه می‌دهد مربوط می‌شود. هذیان بارزترین نمونه‌ی اختلال در محتوی فکر است. هذیان‌های گزند و آسیب (آزارشدگی) متداولترین نوع هذیان در اسکیزوفرنی است.

از دست دادن مرزهای ایگو عبارتی است که فقدان احساس روشن را بیان می‌کند: احساس اینکه جسم، ذهن و حوزه‌ی نفوذ بیمار به کجا ختم می‌شود و جسم، ذهن و حوزه‌ی نفوذ سایر اشیای جاندار و بی‌جان از کجا آغاز می‌شود. مثلاً بیمار ممکن است فکر کند افراد دیگر با تلویزیون و روزنامه‌ها دارند به او اشاره می‌کنند. (افکار انتساب^۱ به خود) علائم دیگر از دست دادن مرزهای ایگو عبارت است از اینکه بیمار احساس کند از نظر جسمی در یک ابژه خارجی ادغام شده یا احساس کند که انسجام خودش را از دست داده است و در کل جهان ادغام شده است (هویت کیهانی).

اختلالات شکل فکر : به طور عینی در زبان گفتاری و نوشتاری بیمار مشاهده می‌شوند. این اختلالات عبارت است از سستی تداعی‌ها^۲، از خط خارج شدن^۳، بی‌ربط‌گویی^۴، موازی‌گویی، حاشیه‌پردازی^۵، واژه‌سازی^۶، پژواک کلام (اکولالی)، مکررگویی مرضی، سالاد لغات و سکوت (موتیسم).

اختلالات جریان فکر : اختلالاتی که در جریان فکر وجود دارد، به روش جمع‌بندی افکار و گفتارها مربوط می‌شود. با توجه به اینکه بیمار چه چیزی و چگونه می‌گوید، می‌نویسد و ترسیم می‌کند معاینه‌گر وجود اختلال را در می‌یابد. اختلالات جریان فکر عبارتند از پرش افکار، وقفه‌ی فکر، مختل بودن توجه، فقر محتوای فکر، اندک بودن قدرت انتزاع، در جاماندگی، تداعی-های فرد ویژه (مثل تداعی به خاطر تشابه حروف اول و یا تداعی صوتی)، کلی‌گویی افراطی و حاشیه‌پردازی.

مهمترین عامل خودکشی در اسکیزوفرنی‌ها، وجود دوره‌های اساسی افسردگی است. برخی داده‌ها حاکی است، در بیمارانی که پیش‌آگهی بهتری دارند خطر خودکشی به شکل متناقضی بالاتر است.

نشانه‌های عصبی موضعی و غیرموضعی (که آنها را به ترتیب نشانه‌های زمخت و ظریف نیز می‌نامند)، طبق گزارش‌ها در اسکیزوفرنی شایع‌تر از دیگر بیماران است. نشانه‌های غیرموضعی عبارت است از ناظریف‌کاری (دیس دیاد و کوکنزی^۷)، فضا شناسی (آسترئوگونوزی)، رفلکس‌های بدوی و کمتر بودن چیره دستی (dexterity).

اسکیزوفرن‌ها میزان پلک زدن بالایی دارند. به نظر می‌رسد دلیل آن بازتاب فعالیت زیاد دوپامینرژیک باشد. اختلالات تکلمی اسکیزوفرنی (مثل سستی تداعی‌ها) را در گذشته‌ی دال^۸ بر اختلال فکر می‌دانستند. اما می‌شود آنها را شکل ناقصی از یک زبان‌پریشی (آفازی) هم دانست. زبان‌پریشی که شاید به لوب آهیانه غالب مربوط باشد. ناتوانی بیماران اسکیزوفرنی از درک آهنگ کلام دیگران یا از تغییردادن آهنگ کلام خودشان را می‌شود علامتی عصبی از اختلال در لوب آهیانه غیرغالب دانست. سایر علائم اسکیزوفرنی که به علائم لوب آهیانه شباهت دارند، از این قرارند: ناتوانی از انجام تکالیف (یعنی کردار پریشی یا آپراکسی)، اختلال در موقعیت‌سنجی راست و چپ و نگران نبودن از بابت بیماری.

تشخیص افتراقی و درمان : هذیان‌هایی که در افسردگی روان‌پریشانه دیده می‌شود، معمولاً هماهنگ با خلق و شامل موضوعاتی نظیر احساس گناه، تحقیر نفس و ... است. در اختلالات خلق، علائم روان‌پریشی با رفع افسردگی به طور کامل از بین می‌رود. در مانیا هم هذیانها اغلب هماهنگ با خلق بوده و نوعاً شامل موضوعات خود بزرگ‌بینی هستند. اختلالات شخصیت اسکیزوتایپی، اسکیزوئید و مرزی بیش از بقیه اختلالات شخصیت، علائمی شبیه اسکیزوفرنی دارند.

^۱ Ideas of reference

^۲ Loosening association

^۳ derailment

^۴ incoherence

^۵ circumstantiality

^۶ neologism

^۷ dysdiadochokinesia

بیمارانی که تولید علایمشان کاملاً بر عهده‌ی خودشان بوده، مستحق تشخیص تمارض‌اند، این‌ها معمولاً دلیل مالی یا قانونی واضحی برای بیمار روانی تلقی شدن را دارند. بیمارانی که جعل علایم روان‌پریشی‌شان کمتر بر عهده‌ی خوشان بوده، مستحق تشخیص اختلال ساختگی‌اند.

در اسکیزوفرنی، الگوی پیش‌مرضی علایم بیماری، شاید نخستین تظاهر آن باشد. هر چند اهمیت این علایم تنها در نگاه به گذشته است که معلوم می‌شود. این علایم مشخصاً در نوجوانی شروع می‌شوند و سپس در عرض چند روز تا چند ماه علایم پیش‌درآمدی پیدا می‌شود. تمایز عمده‌ی اسکیزوفرنی با اختلالات خلق در همین است که بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی پس از هر عود نمی‌تواند به کارکرد پایه‌اش بازگردد. ۳۰ تا ۲۰ درصد از همه‌ی بیماران اسکیزوفرنی می‌توانند زندگی نسبتاً بهنجاری را طی کنند.

اسکیزوفرنی حاد معمولاً با سراسیمگی شدیدی همراه است که ممکن است ناشی از علایمی نظیر توهمات و هذیانهای ترسناک، شکاکیت و ... باشد. بیمارانی که ناآرامی (آکاتیسیا) دارند، چون احساس ذهنی و بی‌قراری حرکتی دارند، ممکن است سراسیمه به نظر برسند. افتراق ناآرامی از سراسیمگی روان‌پریشانه ممکن است دشوار باشد به خصوص وقتی بیمار قادر به توصیف تجربه‌ی درونی خود نیست.

بنزودیازپین‌ها در درمان سراسیمگی روان‌پریشی حاد موثرند. تجویز یک داروی ضد روان‌پریشی در مرحله‌ی حاد اسکیزوفرنی سبب بهبود ۶۰ درصد بیماران تا حد فروکش کامل یا باقی ماندن علایم خفیف می‌شود.

از طریق پاداش غلظت پلاسمایی دارو را می‌توان مشخص کرد که آیا بیمار مقادیر کافی دارو را دریافت کرده است یا نه. غلظت پلاسمایی بسیار پایین ممکن است نشان دهنده‌ی عدم پذیرش بیمار و یا درموارد شایع‌تر، پذیرش ناقص بیمار باشد و یا اینکه نشان دهنده‌ی بالا بودن سرعت متابولیسم دارو در بدن باشد. عامل اصلی در امتناع بیماران از مصرف دارو ناشی از پیامدهای منفی آن است.

فعالیت مغرط انتقال‌دهنده دوپامین را یکی از علل اصلی بوجود آورنده نشانه‌های اسکیزوفرنیا دانسته‌اند. به طور خلاصه، وقتی داروهایی تجویز می‌شوند که دوپامین را افزایش می‌دهند، به افزایش رفتارهای « شبه اسکیزوفرنی » نیز منجر می‌گردند و هنگامی که داروهای تقلیل‌دهنده مناسب دوپامین به کار می‌روند، نشانه‌های اسکیزوفرنی نیز کاهش می‌یابند. این داروها بخصوص بر گروهی از دریافت‌کنندگان دوپامین (دریافت‌کنندگان d2) اثر بازدارنده دارند. تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که دو انتقال‌دهنده عصبی یعنی سروتونین و دوپامین در تعامل با یکدیگر، مبین برخی نشانه‌های روان‌گسیختگی و بخصوص نشانه‌های مثبت مثل هذیان و توهم می‌باشد.

اختلال‌های راه رفتن، حالت وضعی و حرکت‌های چشم نیز که از علایم مهم عصب‌شناختی در سکیزوفرنی بشمار می‌آیند، اغلب از نارساکنشی لوب پیشانی ناشی می‌شوند و بالاخره کاهش ظرفیت حافظه در اسکیزوفرنی نیز ناهنجاری‌های لوب پیشانی را تایید می‌کند. بطن بیماران روان‌گسیخته بزرگ‌تر از غیرروان‌گسیخته است. در ضمن بطن‌های سمت چپ بزرگ‌تر از سمت راست است.

داروهای نورولپتیک علاوه بر اینکه آرامبخش هستند، فراوانی و شدت نشانه‌های روان‌پریشی را کاهش می‌دهند. این داروها از نظر قدرت تفاوت دارند. مثل طبقه کم قدرت مثل کلرپرومازین، میان قدرت مثل ناوین و پر قدرت مثل هالوپریدول. روان‌پزشک به احتمال زیاد برای بیماری که شدیداً بی‌قرار است داروی کم‌قدرت تجویز می‌کند زیرا داروهای کم‌قدرت از داروهای پر قدرت آرام‌بخش‌ترند. داروهای پر قدرت برای بیماری که کمتر بی‌قرار است ارجحیت دارند، اما خطر عوارض جانبی جدی‌تری دارند.

داروهای ضد روان پریشی (نورولپتیک) که برای درمان اسکیزوفرنی تجویز می‌شوند، از طریق مسدود کردن گیرنده‌های دوپامین تاثیر می‌گذارند. هنگامی که گیرنده‌های دوپامین در قسمت‌هایی از مغز بر افکار و احساس‌ها تاثیر دارند، نافع‌ال می‌شوند، نتیجه درمانی آن کاهش فراوانی و شدت نشانه‌های روان پریشی است. جنبه منفی آن سفت شدن عضلات حرکت غیرارادی است.

یکی از مشکل‌سازترین عوارض مصرف طولانی‌مدت داروهای نورولپتیک، اختلال عصبی تغییرناپذیر به نام حرکت‌پریشی دیررس^۱ است که افراد به حرکات غیرارادی در قسمت‌های مختلف بدن مبتلا می‌شوند.

کلوزاپین^۲ (کلوزاریل) نوعی مسدودکننده سروتونین است که روی سایر سیستم‌های انتقال‌دهنده عصبی تاثیر می‌گذارد اما شیوه عمل زیست شیمیایی آن با داروهای نورولپتیک تفاوت دارد. تعداد بسیار اندکی از افرادی که کلوزاپین مصرف می‌کنند دچار اگرانولوسیتوز می‌شوند که به موجب آن مغز استخوان از تولید کردن سلول‌های سفید خون باز می‌ایستد و باعث می‌شود فرد نسبت به عفونت آسیب‌پذیر شود. بنابراین کلوزاپین می‌تواند علت غیرمستقیم مرگ باشد.

رایج‌ترین مداخله‌های روان‌شناختی برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی آنهایی هستند که از دیدگاه رفتاری بدست آمده‌اند. مثل اقتصاد ژتونی و آموزش مهارت‌های اجتماعی (برای کنترل کردن نشانه‌های منفی خیلی مفید است).

در درمان شخصی که یک مداخله روان‌درمانی برای اسکیزوفرنی است، بر این فرض استوار است که هیجان‌های مرتبط با استرس، نشانه‌های مثبت و منفی را تشدید می‌کنند.

محیط درمانی مدلی است که از فرایندهای اجتماعی به عنوان ابزاری برای تغییر دادن رفتار فرد استفاده می‌کنند. اندیشه نهفته در محیط درمانی این است که شاید پیروی کردن از هنجارهای اجتماعی قراردادی رفتار، مانع از آن می‌شود که فرد مبتلا به اسکیزوفرنی نشانه‌های مشکل‌آفرین را آشکار سازد.

حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد بیمارانی که تحت درمان طولانی مدت با داروهای DRA قرار دارند، دچار علایم دیس‌کینزی دیررس می‌شوند (حرکت‌پریشی). این بیماری در صورت بروز می‌تواند بر راه رفتن، غذا خوردن، تکلم و تنفس تاثیر بگذارد. افرادی که نسبت به بروز عوارض خارج هرمی حاد حساس‌ترند، نسبت به بروز دیس‌کینزی دیررس آسیب‌پذیری بیشتری دارند. تمامی داروهای DSA و نیز SDA سطح پرولاکتین را بالا می‌برند که این می‌تواند سبب گالاکتوره و قاعدگی نامنظم شود. همچنین افزایش سطح پرولاکتین می‌تواند سبب کاهش تراکم استخوان و پوکی استخوان شود. در تعدادی از مطالعات معلوم شده است که خانواده درمانی به ویژه در کاهش عود اسکیزوفرنی موثر است.

برنامه‌ی درمان ACT (درمان پیگیرانه اجتماعی) اولین بار در سالهای دهه‌ی ۱۹۷۰ به وسیله‌ی محققین و با هدف ارائه خدمت به افراد مبتلا به بیماری‌های روانی مزمن ابداع شد. این روش یک مداخله‌ی درمانی همه جانبه است که خدمات درمانی، توان‌بخشی و فعالیت‌های حمایتی را برای بیماران فراهم می‌کند. در این روش، تعداد کارکنان چند برابر تعداد بیماران است. این برنامه می‌تواند خطر ابتلا به اسکیزوفرنی را کاهش دهد.

در بافتار ارتباط حرفه‌ای، انعطاف‌پذیری اساس برقراری ائتلاف کاری با بیمار است. (درمانگر می‌تواند با بیمار غذا بخورد، هدیه بدهد و بگیرد و تولدش را تبریک بگوید) هدف اصلی، فهماندن این نکته به بیمار است که درمانگر قابل اعتماد است.

اثر بخشی درمان جدلی رفتاری برای اختلال شخصیت مرزی ثابت شده است. در این درمان بر بهبود مهارت‌های بین‌فردی در حضور یک درمانگر فعال و همدل تاکید می‌شود.

درمان دارویی، موثرترین درمان واحد در اسکیزوفرنی است.

^۱ Tridive dyskinesia

^۲ clizapine

اختلالی که طبق ملاک های ICD-10 اسکیزوفرنی شخصی داده می‌شود ممکن است با ملاک‌های DSM اختلال اسکیزوفرنی‌فرم تشخیص داده شود. دو دسته‌ی فرعی اسکیزوفرنی در ICD-10 : ۱- اسکیزوفرنی نوع دیگر : برای مثال اسکیزوفرنی توام با اختلال در حس بدنی است و آن اختلالی است که بیماران آن دچار هذیان‌هایی در مورد احساس عمومی خود از وجود جسمانی‌شان هستند. ۲- اسکیزوفرنی غیراختصاصی.

سایر اختلالات سایکوتیک

اصطلاح اسکیزوفرنی‌فرم^۱ را « گابریل لنگفلت» وضع کرد. او اختلالی را توصیف کرد که شروع ناگهانی و سیر خوش‌خیمی داشت و با علایم خلق و تیرگی هشیاری همراه بود. علائم آن مشابه اسکیزوفرنی هستند ولی حداقل یک ماه طول کشیده و ظرف ۶ ماه برطرف شده و عملکرد بیمار به حالت طبیعی بر می‌گردد. اسکیزوفرنی‌فرم از همه بیشتر در میان نوجوانان و جوانان شایع است و شیوع آن کمتر از شیوع نصف اسکیزوفرنی است. بیشتر بودن اختلالات خلقی در بستگان بیماران اسکیزوفرنی‌فرم نیز دلیل دیگری است بر وجود ارتباط با اختلالات خلقی. بطن‌های آنان نیز مانند اسکیزوفرن‌ها، بزرگتر از افراد معمولی است.

هدایت پوستی در بیماران اسکیزوفرنی متولد ماه‌های زمستان و بهار، (یعنی همان دوره‌ای که خطر تولد بیماران اسکیزوفرنی زیاد است) کم واکنش است، حال آن که در بیماران اسکیزوفرنی‌فرم چنین ارتباطی وجود ندارد. در اسکیزوفرنی‌فرم احتمال وجود آشوب هیجانی و سردرگمی (کونفوزیون) نیز وجود دارد که بروز این علایم نشانگر پیش‌آگهی خوب است. علایم منفی ممکن است وجود داشته باشند، اما در این اختلال نسبتاً ناشایعند و وجود آنها نشانه‌ی پیش‌آگهی بد است.

یک عامل گمراه کننده در افتراق اسکیزوفرنی‌فرم این است که افتراق علایم خلق، مانند از دست دادن احساس علاقه و لذت، از علایم منفی مانند بی‌ارادگی و آنهدونیا (بی‌لذتی) دشوار است. برای روشن شدن تشخیص نیاز به یک شرح حال دقیق طولی است، زیرا وجود علایم روان‌پریشانه که فقط در طی دوره‌های آشفتگی خلق بروز کرده باشند، بیانگر یک اختلال خلق اولیه است.

در ICD-10 برای تشخیص اسکیزوفرنی‌فرم، مدت علایم کمتر از یک ماه است. از همه مهمتر، طبق ICD-10 شروع علایم بایستی حاد باشد. بنابراین ICD-10 برخلاف DSM، در مورد نحوه‌ی شروع علایم روان‌پریشی اختصاصی‌تر عمل کرده است.

در ICD-10، اختلال اسکیزوافکتیو^۲ عنوان مجزایی است و در مورد بیمارانی که همزمان علایم خلقی و روان‌پریشی شبه اسکیزوفرنیک ناهماهنگ با خلق را دارند می‌توان این عنوان تشخیص را به کار برد. اصطلاح « اختلال اسکیزوافکتیو » را ژاکوب کازانین « در سال ۱۹۳۳ برای اختلالی وضع کرد که علایم اسکیزوفرنی را همراه با علایم اختلالات خلقی داشته باشد. مشخصه‌ی دیگر آن، شروع ناگهانی علایم، آن هم اغلب در سن نوجوانی بود.

شیوع اسکیزوافکتیو در مردها کمتر از زنان به ویژه زنان متأهل گزارش شده است و سن شروع آن نیز مثل اسکیزوفرنی در زنان بیشتر از مردان است. این فرضیه که بیماران اسکیزوافکتیو، هم اسکیزوفرنی داشته باشند و هم یکی از اختلالات خلق، غیر قابل دفاع است، چون احتمال وقوع همزمان این دو اختلال، طبق محاسبه، بسیار کمتر از میزان بروز فعلی اختلال اسکیزوافکتیو خواهد شد. در اسکیزوافکتیو، اگر علایم غالب این بیماران از نوع عاطفی باشد، پیش‌آگهی بهتر و اگر از نوع اسکیزوفرنیک باشد پیش‌آگهی بدتر خواهد بود.

^۱ schizopreniform

^۲ schizoaffective

بسیاری از بیماران اسکیزوافکتیو از دوره‌های افسردگی اساسی رنج می‌برند. درمان این دوره‌ها با داروهای ضد افسردگی، همانند افسردگی دو قطبی است. اختلال روان‌پریشی ناشی از اختلال تشنجی، شایع‌تر از اختلال روان‌پریشی در جمعیت عمومی است. این شکل از اختلال روان‌پریشی معمولاً با پارانوئیا، توهم و عقاید انتساب مشخص می‌شود.

اختلال‌های هذیانی

تشخیص اختلال هذیانی هنگامی مطرح می‌شود که هذیان‌های غیرغریب به مدت حداقل یک ماه وجود داشته باشند و قابل انتساب به سایر اختلالات روان‌پریشانه نیز نباشند. **غیرغریب بودن** هذیان به این معناست که هذیان‌ها باید راجع به وضعیتهایی باشند که در زندگی حقیقی ممکن است رخ دهند، مثل تحت تعقیب بودن، ابتلا به عفونت، مورد عشق کسی واقع شدن. اختلال هذیانی بسیار نادرتر از اسکیزوفرنی (با شیوع حدود یک درصد) و اختلالات خلقی (با شیوع حدود ۵ درصد) است.

چهار جنبه هذیان‌ها:

۱- اعتقاد راسخ فرد به هذیان.

۲- مقدار اشتغال ذهنی به هذیان.

۳- مقدار اضطراب و افسردگی همراه با هذیان.

۴- سوگیری فرد نسب به شواهدی که هذیان را تایید می‌کنند.

در اختلال هذیانی، تعداد زنان اندکی بیشتر است. احتمال اینکه مردان به هذیان‌های پارانوئید مبتلا شوند، بیشتر از این احتمال در مورد زنان است و در مقابل زنان نیز به احتمال بیشتری به هذیان‌های ارتومانیا (نوعی جنون عشقی) دچار می‌شوند. بسیاری از بیماران متاهل و شاغلند. اما ارتباطی هم با شروع مهاجرت و پایین بودن وضعیت اجتماعی-اقتصادی ممکن است داشته باشد.

نظر اصلی در مورد علت اختلال هذیانی این است که این اختلال، ارتباطی با اسکیزوفرنی و اختلالات خلق ندارد. بیماری‌های عصبی‌ای که بیش از همه با هذیان‌ها ارتباط دارند، آنهایی هستند که دستگاه لیمبیک و عقده‌های قاعده‌ای را گرفتار می‌کنند. بیماران دچار اختلالات عصبی که اختلالاتی از نظر عقلی و هوشی هم پیدا کرده‌اند، اغلب هذیان‌های ساده‌ای دارند که هیچ شباهتی به هذیان‌های دچار اختلال هذیان ندارد. اما اگر از نظر عقلی و هوشی اختلال نداشته باشند هذیان‌ها پیچیده است. فروید معتقد بود که هذیان‌ها علایمی از یک اختلال نیستند، بلکه بخشی از روند ترمیم هستند. او فرافکنی را مکانیسم دفاعی اصلی در حالت پارانوئید دانست.

در بیماران هذیانی، نهایتاً هذیان به قدری شرح و تفصیل می‌یابد که افرادی خیالی را در بر می‌گیرد و انگیزه‌های پلیدی را به افراد واقعی و نیز خیالی نسبت می‌دهد. به طوری که یک اتحاد خیالی (pseudocommunity) تشکیل می‌شود. اتحاد تصویری از توطئه‌گران. عوامل خطر ساز مرتبط با اختلال هذیانی، سن بالا، اختلال یا محرومیت حسی، سابقه‌ی خانوادگی، انزوای اجتماعی، خصایص شخصیتی و مهاجرت اخیر.

بیماران دچار اختلال هذیانی عمدتاً از این مکانیسم‌های دفاعی استفاده می‌کنند: واکنش وارونه (وارونه‌سازی)، انکار و فرافکنی. واکنش وارونه به عنوان دفاع در مقابل پرخاشگری، نیاز وابستگی و احساس محبت به کار می‌رود و نیاز وابستگی را به استقلال محکمی تبدیل می‌کند. از انکار استفاده می‌شود تا فرد بتواند از مطلع شدن از واقعیت دردناک اجتناب کند. بیماری که خصومت وجودش را پر کرده است و در عین حال نمی‌تواند مسئولیت چنین خشمی را بر عهده بگیرد، به ناچار عصبانیت و تلخکامی خود را فرافکنی می‌کند.

آنچه معمولاً در بیماران دچار اختلال هذیانی، بیش از هر چیز دیگر مشهود است این است که معاینه‌ی وضعیت روانی آنها نشان می‌دهد که در آنها به جز نظام هذیانی که به وضوح غیرطبیعی است، کاملاً طبیعی‌اند. خلق بیماران هذیانی متناسب با محتوی هذیان آنهاست (خود همخوان). بیماری که هذیان خود بزرگ‌بینی دارد، سرخوش است و آن که هذیان گزند دارد، شکاک است.

هذیان‌های بیماران دچار اختلال هذیانی معمولاً نظام یافته و مشخصاً امکان‌پذیر است. چنین محتوایی نقطه‌ی مقابل محتوای غریب و ناممکن هذیان‌هایی است که در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی دیده می‌شود. حافظه و سایر فرایندهای شناختی در بیماران دچار اختلال هذیانی سالم است. بیماران دچار اختلال هذیانی عملاً هیچ بصیرتی در مورد بیماری خود ندارند. بهترین راه برای ارزیابی قضاوت بیمار، بررسی گذشته، حال و نیز برنامه‌ی آتی است.

انواع هذیان

نوع گزند و آسیب (persecutory): هذیان گزند، علامت کلاسیک اختلال هذیانی است. احتمالاً انواع گزند و حسد بیشترین انواعی از اختلالات هذیانی هستند که توسط روانپزشکان دیده می‌شوند. برخلاف هذیان‌های گزند در اسکیزوفرنی، موضوع گزند و آسیب در اختلال هذیانی دارای وضوح، منطق و بسط سازمان یافته‌ی بارزتری است. فقدان سایر آسیب‌های روانی، عدم تباهی شخصیت و یا عدم وجود تباهی در اکثر زمینه‌های عملکرد نیز برخلاف تظاهرات مشخص اسکیزوفرنی است.

نوع حسادت: اختلال هذیانی که شامل هذیان‌های بی‌وفایی است. چنانچه به هذیان مربوط به خیانت و عدم وفاداری همسر محدود باشند، سوءظن زناشویی نامیده می‌شود. « اصطلاح سندرم اتللو » حسادت بیمارگونه‌ای را توصیف می‌کند که نگرانی‌های متعددی منشاء آن هستند. این هذیان معمولاً مردان را مبتلا می‌کند و غالب چنین مردانی هیچ سابقه‌ای از بیماری‌های روانی ندارند. درمان این اختلال مشکل است و شاید فقط با جدایی، طلاق یا مرگ همسر تخفیف پیدا کند. جنبه‌های حقوقی و قانونی این علامت مکرراً مورد توجه قرار گرفته‌اند، به ویژه هنگامی که نقش آن به عنوان انگیزه قتل مطرح باشد.

نوع اروتومانیک (جنون عشقی): در اروتومانیا، بیماران معتقدند که یک نفر که معمولاً موقعیت اجتماعی بهتری نسبت به این بیماران را دارد، عاشق آنها شده و خواهان آنهاست. اروتومانیا را روان‌پریشی عاشقانه و یا سندرم کلرامبو نیز می‌خوانند. این بیماران تنها و منزوی هستند. این اختلال سیر مزمن دارد و فقدان توهم می‌باشد. بیماران مبتلا به اروتومانیا، اغلب ویژگی‌های خاصی دارند: آنها عموماً زنان غیرجذابی هستند که در مشاغل سطح پایین کار می‌کنند. در این بیماران حالتی موسوم به سلوک متناقض‌گونه مشاهده می‌شود و این حالت یک پدیده‌ی هذیانی است که بر مبنای آن هرگونه انکار عشق، هر چند بسیار واضح باشد، از جانب بیمار به عنوان تاییدی پنهانی بر وجود عشق تعبیر می‌شود. هرچند مردان کمتر از زنان به این اختلال دچار می‌شوند، ممکن است در تعقیب عشق خود، پرخاشگری و حتی خشونت بیشتری نشان دهند.

نوع جسمانی: اختلال هذیانی از نوع جسمانی را به نام روان‌پریشی خودبیمارانگارانہ تک‌علامتی نیز می‌خوانند. تفاوت این اختلال با سایر اختلالات توام با علایم خودبیمارانگاری در شدت مختل شدن حس واقعیت‌سنجی است. در اختلال هذیانی، هذیان ثابت و غیر قابل‌بحث است و با شدت ابراز می‌شود، چون بیمار کاملاً معتقد است که مشکلش ماهیت جسمی دارد. به عکس، مبتلایان به خودبیمارانگاری غالباً اذعان می‌کنند که ترس آنها از بیماری تا حد زیادی بی‌پایه و اساس است. سه نوع اصلی از این هذیان‌ها وجود دارد: ۱- هذیان‌های عفونت و آلودگی (شامل آلودگی انگلی). ۲- هذیان‌های بدریخت‌هراسی (دیسمورفوفوبی). ۳- هذیان‌های مربوط به بوی نامطبوع بدن یا بوی بد دهان (هالیتوز). مقوله‌ی سوم که گاه سندرم

انتساب بویایی نامیده می‌شود، ظاهراً تفاوت‌های اندکی با مقوله‌ی هذیان‌های عفونت و آلودگی دارد، چرا که در بیماران مبتلا با آن، سن شروع کمتر است. (متوسط ۲۵ سال) بیشتر افراد مذکر و مجرد را درگیر می‌کند و سابقه‌ی درمان روانپزشکی وجود ندارد. از مشخصه‌های دیگران این بیماران، گوش به زنگی و اضطراب بالاست. برخی موضوعات زیاد دیده می‌شود، مثل نگرانی در مورد آلودگی در پارازیتوز هذیانی (در این مورد، پدیده‌های حسی لامسه اغلب با باورهای هذیانی پیوند می‌یابد) و نگرانی هذیانی در مورد بوی بدن که گاهی **بروموزیس** نامیده می‌شود.

نوع نامتمایز: به عنوان مثال می‌توان از هذیان‌های خاص مربوط به اشتباه در تشخیص هویت نام برد. مثل «سندرم کاپگراس» که خطای ادراکی همزادها را شرح داد. هذیان سندرم کاپگراس عبارت از این باور است که یک فرد شیاد و متقلب، جای یکی از آشنایان بیمار را گرفته است. گونه‌های دیگری از این سندرم کاپگراس نیز شرح داده شده است. مثل این هذیان که افراد آزاردهنده یا آشنا می‌توانند به صورت افراد غریبه تغییر چهره بدهند. (پدیده fregoli) و یا این هذیان بسیار نادر که افراد آشنا می‌توانند به محض اینکه اراده کنند به افراد دیگری تبدیل شوند (بنیادگرایی).

در قرن ۱۹ ژول کوتار چند بیمار را تشریح کرد که از سندرمی موسوم به **Delire de negation** رنج می‌بردند. سندرمی که گاه اختلال هذیان نیست‌انگاری^۱ یا **سندرم کوتار** خوانده می‌شود. بیماران مبتلا به این سندرم نه فقط به خاطر از دست دادن اموال و متعلقات و قدرت خود شاک می‌هستند، بلکه مدعی هستند که قلب، خون و روده‌هایشان را نیز از دست داده‌اند و همچنین معتقدند دنیا بعد از آنها به نیستی و فنا کشیده می‌شود. این سندرم نسبتاً نادر معمولاً پیش درآمد دوره‌ی افسردگی یا اسکیزوفرنی قلمداد می‌شود.

به دنبال انفارکتوس نیمکره‌ی راست مغز، هذیان‌های بیماری‌شناسی (**آنوسوگنوزیا**) و تحریف حافظه دوگانه‌سازی، شیوع بیشتری دارد. (در تحریف حافظه دوگانه‌سازی فرد معتقد است که در آن واحد در مکان‌های مختلفی حضور دارد.)

فرق اختلال هذیانی نوع جسمانی با اختلالات افسردگی در این است که سایر علایم افسردگی و نیز کیفیت نافذ و فراگیر خلق افسرده را ندارد. تفاوت اختلال هذیانی با اختلالات شبه جسمی در شدت اعتقاد بیمار به مشکلات جسمانی است. بیماران دچار اختلال شبه جسمی احتمال آن را می‌دهند که اصلاً بیماری در کار نباشد، اما بیمار مبتلا به اختلال هذیانی هیچ شکی در وجود بیماری ندارد. تفکیک اختلال شخصیت پارانوئید از اختلال هذیانی، مستلزم افتراق بالینی میان شکاکیت مفرط و هذیان واضح است که گاه افتراقی دشوار است.

برخی بالینگران معتقدند که بیمار دچار اختلال هذیانی احتمالاً هوشی کمتر از متوسط دارد و شخصیت پیش‌مرضی او نیز احتمالاً برونگرا، غالب و بیش از حد حساس است. به نظر می‌رسد بیمارانی که هذیان‌شان از نوع گزند، جسمانی و عاشقانه است، پیش آگهی‌شان بهتر از بیمارانی است که هذیان‌های خودبزرگ‌بینی و حسد دارند.

در اختلال روان‌پریشی گذرا، فروکش این اختلال کامل است و فرد پس از رفع اختلال به سطح کارکرد پیش‌مرضی خود باز می‌گردد. اختلالاتی شبیه اختلال روان‌پریشی گذرا در گذشته به نام‌های روان‌پریشی واکنشی، هیستریک، فشاری و روانزاد خوانده می‌شد. اصطلاح روان‌پریشی واکنشی را اغلب مترادف یا اسکیزوفرنی دارای پیش‌آگهی خوب دانسته‌اند. یاسپرس معتقد بود که محتوای این روان‌پریشی اغلب بازتاب ماهیت تجربه‌ی آسیب‌رسان است. پیدایش این روان‌پریشی برای بیمار متضمن مقصودی است، به این شکل که اغلب نوعی فرار از موقعیت آسیب‌رسان است.

اختلال روان‌پریشی گذرا اغلب در بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت (بیش از همه شخصیت نمایشی، خودشیفته، پارانوئید، اسکیزوتایپی و مرزی) مشاهده می‌شود. اختلالات روان‌پریشی که در تشخیص افتراقی روان‌پریشی گذرا می‌توان در نظر داشت

^۱ nihilism

عبارت است از اختلال هویت تجزیه‌ای و دوره‌های روانپریشی همراه با اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت اسکیزوتایپی.

- روانپریشی پسازایمانی^۱ گاه روانپریشی نفاسی هم نامیده می‌شود. در روانپریشی‌های ناشی از مصرف مواد، هذیان گزند شایعترین هذیان است.
- در سندرم‌های وابسته به فرهنگ، علایم آن سندرم از سوی اکثر اعضای آن فرهنگ به عنوان رفتار بیمارگون شناخته می‌شوند.
- سابقه‌ی بیمار از نظر پاسخ به دارو، بهترین راهنما برای انتخاب دارو است.
- **هوتوسکوپي** : باوری غلط مبنی بر اینکه فرد همزادی دارد.
- اختلال روان‌پریشی مشترک^۲، اولین بار به وسیله‌ی لازگ و فالره تشریح شد که در آن نظام هذیانی بین دو یا چند نفر مشترک می‌باشد. قبلاً اختلال پارانوید القایی یا جنون دوتایی^۳ خوانده می‌شد.
- در تشخیص اختلال هذیانی، نخستین گام، کنار گذاشتن بیماری‌های طبی به عنوان علت احتمالی هذیان‌هاست.
- هذیان‌های مربوط به خود بزرگ‌بینی را نخستین بار کرپلین توصیف کرد.

تغییرات DSM-5

در این طبقه اختلالات طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک، اختلالاتی قرار گرفته‌اند که در DSM-IV تحت عنوان طبقه‌ی تشخیصی اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک قرار داده شده‌اند. این طبقه‌ی تشخیصی شامل ۱۹ اختلال است که قرار گرفتن اختلال شخصیت اسکیزوتایپی در این طبقه و حذف انواع فرعی اسکیزوفرنی (مانند پارانویید یا آشفته) مهم‌ترین تغییر این راهنما نسبت به DSM-IV است؛ علاوه بر این دو اختلال پیشنهادی در این طبقه قرار گرفته‌اند که اختلال نخست علائم سایکوز خفیف و اختلال دوم کاتاتونیا (هم به عنوان یک اختلال مجزا با نام اختلال کاتاتونیک مرتبط با وضعیت پزشکی عمومی ناشناخته و هم به عنوان تصریح‌کننده‌ی کاتاتونیا که در طیف وسیعی از اختلالات می‌تواند روی دهد) است.

مهم‌ترین رویکرد برای درک سایکوز، مدل آمادگی ژنتیک-استرس محیطی است.

^۱ Postpartum blues

^۲ Shared psychotic disorder

^۳ Folie a deux

اختلالات شخصیت

شخصیت یک واژه عام است که برای توصیف الگوهای بارز رفتاری فرد در پاسخ به تجارب درون ذهنی یا بیرونی فرد به کار می رود؛ این الگوها قابل پیش بینی و پایدارند. اختلال شخصیت^۱ زمانی تشخیص داده می شود که اختلال رفتارهای فرد فراتر از حد تغییرات مشاهده شده در اکثر مردم باشد و یا صفات شخصیتی غیر قابل انعطاف و ناسازگارانه بوده و سبب ایجاد اختلال عملکرد و درماندگی شخص می شود. و معمولاً از نوجوانی شروع می شود. از آنجا که اختلالهای شخصیت کل ساختار موجودیت فرد را در بر می گیرد، معمولاً متخصصان بالینی آنها را دشوارترین اختلالهای روانی برای درمان می دانند. تشخیص دادن اختلال شخصیت به این علت دشوار است که خیلی از اختلالهای شخصیت ویژگی مشابهی دارند.

اختلال شخصیت شایع و مزمن است. میزان شیوع آن در جمعیت عمومی ۱۰ تا ۲۰ درصد تخمین زده شده است. افراد دچار اختلال شخصیت اغلب بر چسب اعصاب خردکن، پرتوقع و انگلی دریافت می کنند و عموماً پیش آگهی آنها نامساعد محسوب می شود. حدود نیمی از تمامی بیماران روانپزشکی دچار اختلال شخصیت هستند که اغلب همراه با اختلالات محور I است.

علائم اختلال شخصیت، **برون دگر ساز (آلویلاستیک)** است، یعنی می تواند محیط بیرون خود را تغییر دهد و بر نیازهای خود منطبق سازد و نیز خود-همخوان است. یعنی برای ایگوی فرد قابل قبول و پذیرفتنی است، لذا افراد دچار اختلال شخصیت از بابت رفتار غیرانطباقی خود احساس اضطراب نمی کنند.

طبق ویرایش آخر DSM، اختلال شخصیت عبارت است از تجارب درون ذهنی و رفتاری بادوام که بر ملاکهای فرهنگی منطبق نیست. نفوذی غیرقابل انعطاف دارد، از نوجوانی یا جوانی شروع می شود، در طول زمان تغییر نمی کند و موجب ناخشنودی فرد و مختل شدن کارکردهایش می شود و حداقل در ۲ زمینه زیر آشکار می شود:

- ۱- شناخت
- ۲- هیجان پذیری
- ۳- عملکرد میان فردی
- ۴- کنترل تکانه

^۱ Personality disorder

در DSM-IV-TR اختلالات شخصیت به سه دسته تقسیم می‌شوند:

دسته A: اختلال شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید^۱، اسکیزوتایپی^۲. افراد مبتلا به این اختلالات اغلب عجیب و غریب و نامتعارف^۳ به نظر می‌رسند.

دسته B: اختلال شخصیت ضداجتماعی^۴، مرزی^۵، نمایشی^۶، خودشیفته^۷. افراد مبتلا به این اختلالات اغلب نمایشی، نامتعادل و هیجانی‌اند.

دسته C: اختلال شخصیت دوری‌گزین^۸، وابسته، وسواسی-جبری. افراد مبتلا به این اختلالات اغلب مضطرب و هراسان به نظر می‌رسند.

اختلالات شخصیت دسته A در بستگان بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی شایع‌تر از گروه‌های شاهد است. همبستگی دو اختلال شخصیت پارانوئید و اسکیزوئید نسبت به اسکیزوتایپی کمتر است. اختلالات شخصیت دسته B نیز اساسی وراثتی دارند. اختلالات شخصیت ضداجتماعی با اختلالات مربوط به مصرف الکل رابطه دارد. افسردگی در خانواده مرزی‌ها شایع است. رابطه‌ای قوی میان شخصیت نمایشی و سندرم بریکه دیده شده است.

بیماری شخصیت دوری‌گزین اغلب سطح اضطراب بالایی دارد. حرکات تعقیب چشمی در بیماران با صفات درون‌گرایی و اعتماد به نفس اندک و شخصیت اسکیزوتایپی به صورت جهشی است. بالا بودن سطح اندروفین درونزاد ممکن است با بلغمی مزاج بودن فرد رابطه داشته باشد.

سطح ۵-هیدروکسی انیدول اسیدکه سوخت-ساز سروتونین است در افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند پایین است (همچنین در بیماران تکانشی و پرخاشگر). سروتونین باعث کاهش افسردگی، تکانشگری و نشخوار ذهنی در بسیاری از افراد می‌شود و می‌تواند احساس عمومی سلامتی و خوب بودن ایجاد کند.

پس از فروید، ویلهلم رایش اصطلاح **زره منش** را وضع کرد و منظورش سبک‌های دفاعی مشخصه‌ای بود که افراد به کار می‌برند تا از خود در برابر تکانه‌های درونیشان و نیز در برابر اضطراب بین‌فردی محافظت کنند. تاثیر اندیشه‌های رایش در نظریه‌های شخصیت مشهود است. برای مثال، صبغه‌ی منحصر به فرد شخصیت هر انسان را عمدتاً مکانیسم‌های دفاعی مشخص او تعیین می‌کنند.

افراد دچار اختلال شخصیت بدگمان از فرافکنی استفاده می‌کنند. در حالی که اختلال شخصیت اسکیزوئید با سازوکار انزوا ارتباط دارد.

یکی دیگر از خصایص محوری اختلالات شخصیت نوع روابط ابژه‌های درونی بیمار است. این دو دسته بازنمود درونی، یعنی بازنمودهای خود و بازنمودهای ابژه، نقشی اساسی در تشکیل شخصیت دارند و وجود مختلف آنها از طریق برونی‌سازی و همانندسازی فرافکنانه در روابط بین‌فردی متجلی می‌شود. بدین ترتیب دیگران مجبور به ایفای نقش خاصی در زندگی درونی

^۱ schizoid

^۲ schizotypal

^۳ Odd and eccentric cluster

^۴ antisocial

^۵ borderline

^۶ histrionic

^۷ narcissistic

^۸ avoidant

بیمار می‌گردند. از این رو یکی دیگر از ویژگی‌های بیماران دچار اختلال شخصیت، نحوه روابط بین‌فردی است، که ریشه در نوع روابطی دارد که بیمار با عینیت درونی خود برقرار می‌کند.

روانپزشک برای آن که بتواند به بیماران دچار اختلال شخصیت کمک کند، نخست باید دفاع‌های زیر بنایی آنها را بشناسد. دفاع، فرایند ذهنی ناخودآگاه است که تعارض بین ۴ قطب درونی را حل می‌کند: غریزه، واقعیت، افراد مهم و وجدان. دفاع‌ها در موثرترین حالت خود به ویژه در افراد مبتلا به اختلالات شخصیت می‌توانند اضطراب و افسردگی را به کلی از بین ببرند. مشخصه‌ی افراد اختلال شخصیت شاید این باشد که سازوکار دفاعیشان بسیار جزمی و مسلط است. با این حال هر بیمار از چندین دفاع استفاده می‌کند.

خیال‌پردازی (Fantasy) خیلی از کسانی که انگ اسکیزوئید به آنها زده می‌شود با خلق یک زندگی تصویری به ویژه دوستانه تصویری در درون خود به ارضای خود می‌پردازند.

تجزیه (Dissociation) تجزیه یا انکار آن است که فرد مثل **پولیانا** (شخصیتی داستانی که علیرغم همه قرائن مخالف، با خوش‌بینی کورکورانه گمان می‌کرد همه چیز رو به‌راه است) بجای حالات عاطفی ناخوشایند خود، حالات عاطفی خوشایند را بنشاند. کسانی که زیاد از آن استفاده می‌کنند، اغلب سطحی و نمایشی به نظر می‌رسند. رفتار این افراد یادآور نوجوانان مضطربی است که برای رفع اضطرابشان بی‌مهابا خطر می‌کنند. دلشان می‌خواهد از جذابیت و شجاعتشان تعریف شود. درمانگر باید بداند که این‌ها از سر بی‌دقتی دروغ می‌گویند و لذا نباید آرامش خود را از دست دهد، بلکه باید امکان برون‌ریزی اضطرابشان را بدهد. اغلب بهترین راه برخورد با تجزیه و انکار این است که درمانگر نیز از جابه‌جایی استفاده کند. بدین ترتیب که بالینگر با بیمار به صحبت درباره‌ی همان موضوع مورد انکار بپردازد، اما آن را در دل مسئله‌ای طرح کند که خطر و تهدید کمتری برای بیمار دارد.

جداسازی: جداسازی مشخصه افراد منظم و مهار شده است که اغلب انگ شخصیت وسواسی-جبری به آنها زده می‌شود. اینها برخلاف نمایشی‌ها، واقعیت را با تمام جزئیات به یاد می‌آورند بی‌آنکه هیچ حالت عاطفی در آنها پیدا شود. سلطه‌جویی بیمار ممکن است بالینگر را به ستوه آورد. بالینگر نباید خود را به دام تدافع با آنها بیندازد.

فرافکنی: مقابله با بیمار موجب خصومتی پایدار و نیز قطع زودرس مصاحبه می‌گردد. لازم نیست درمانگر با مدارکی که بیمار جمع کرده موافقت نشان دهد، بلکه باید از او بخواهد که بهتر است فعلاً در مورد صحت و سقم آنها صحبتی نکند. فن فرافکنی متقابل که فن بسیار مفیدی است، بدین صورت است که درمانگر نخست احساس‌ها و ادراک‌های بیمار بدگمان را قبول می‌کند، سپس مصاحبه‌گر می‌تواند درباره‌ی انگیزه‌ها و احساس‌های واقعی بیمار، حتی اگر به غلط به کسی دیگر نسبت داده شده باشد صحبت کند و تدریجاً ائتلاف خود را با بیمار تحکیم بخشد.

دونیم‌سازی (Splitting): در دونیم‌سازی بیمار افرادی را که نظر دودلانه‌ای به آنها دارد، اعم از اینکه در گذشته بوده‌اند یا در حال، به دسته افراد خوب و بد تقسیم می‌کند.

پرخاشگری انفعال: در این نوع دفاع‌ها، خشم معطوف به خود است. این پدیده را در روانکاوی، مازوخسیم می‌نامند. شکست خوردن‌ها، تعلل کردن‌ها، رفتارهای ابلهانه، یا تحریک‌آمیز، لودگی‌هایی که باعث خفت نفس می‌شود، همگی مشمول عنوان پرخاشگری انفعالی است. بهترین راه برخورد با پرخاشگری انفعالی آن است که سعی شود بیمار خشم خود را بیرون بریزد (Ventilation).

کنش نمایی (Acting out): در کنش‌نمایی، خواست یا تعارض ناخودآگاه فرد مستقیماً به عمل در می‌آید و ابراز می‌شود تا فکر یا حالت عاطفی همراه آن وارد ناخودآگاه نشود. تندخویی‌ها، حمله‌های ظاهراً بی‌انگیزه، کودک‌آزاری، لاپالای‌گری‌های جنسی بدون قصد لذت، مثال‌های شایع کنش‌نمایی هستند. هرگاه امکان کنش‌نمایی از بیمار سلب شود، تعارضی که پشت این دفاع وجود دارد ممکن است مشهود گردد. بالینگر که در حین مصاحبه با کنش‌نمایی بیمار روبه‌رو می‌شود باید توجه کند که بیمار تسلط خود را از دست داده است، اگر مصاحبه‌گر واقعاً ببیند که از بیمار ترسیده، می‌تواند اتاق را بسادگی ترک کند و در صورت لزوم از پلیس کمک بگیرد.

هماندسازی برون‌فکنانه: عمدتاً بیماران اختلال شخصیت مرزی به کار می‌برند که از ۲ مرحله تشکیل می‌شود: ۱- فرد، یکی از ویژگی‌های خود را به شخص دیگر فرافکنی می‌کند. ۲- سعی می‌کند طرف مقابل را به همانندسازی با آن چه فرافکنی کرده وا دارد. ۳- گیرنده فرافکنی و شخص برون‌فکنی احساس می‌کنند مثل هم شده‌اند.

اختلال شخصیت بدگمان (پارانوئید)

اغلب متخاصم، تحریک‌پذیر و خشمگین، متعصب و جزم‌اندیش. کسانی که مدارکی دال بر تخلف افراد از قانون جمع می‌کنند. تقریباً هیچ وقت در جستجوی درمان بر نمی‌آیند و اغلب می‌توانند رنجیدگی خود را پنهان کنند. این اختلال در مردان شایعتر است و به نظر نمی‌رسد الگوی خانوادگی داشته باشد. با سبک دلبستگی بیمناک مشخص می‌شوند. تنش عضلانی، ناتوانی از آسوده بودن و منبسط کردن عضلات خود و نیاز به کاویدن محیط برای یافتن سرنخ‌هایی در آن ممکن است دیده شود. برخی از پیش‌فرض‌های آنها در بحث‌ها و جدل‌هایشان ممکن است غلط باشد، اما تکلم منطقی و متضمن مقصود است. خصیصه بنیادین اختلال شخصیت پارانوئید، شکاکیت و بی‌اعتمادی به دیگران است.

این بیماران تقریباً همیشه منتظر آنند که دیگران آنها را استثمار کنند و به آنها ضرر برسانند. این گونه بیماران احساسات خود را برون‌ریزی می‌کنند و دفاع مورد استفاده آنها فرافکنی است (انکار و دلیل تراشی هم بکار می‌رود). افکار انتساب به خود و خطاهای ادراکی که قابل دفاع منطقی است، در این بیماران شایع است.

بیماران حالت عاطفی محدودی دارند و ممکن است فاقد هرگونه احساس و هیجانی باشند. از اینکه مستدل و عینی می‌اندیشند به خود می‌بالند، در حالی که چنین نیست. قدرت و منزلت افراد آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد و اگر کسی ضعیف باشد به دیدهی تحقیر به او می‌نگرند. ممکن است فعال به نظر برسند حال آن که دیگران را فقط می‌ترسانند.

شخصیت پارانوئید از اختلال هذیانی اغلب بر این اساس قابل افتراق است که هذیان تثبیت شده‌ای در اختلال شخصیت پارانوئید وجود ندارد. از شخصیت مرزی بدین دلیل متمایز است که بیماران پارانوئید به ندرت می‌توانند مثل مرزی‌ها، روابطی بیش از حد ملاحظه‌جویانه و آشفته با دیگران برقرار کنند.

درمان انتخابی، روان‌درمانی است. روان‌درمانگر باید کاملاً صریح و رو راست باشد، باید روابط حرفه‌ای در پیش بگیرد، زیاد با بیمار صمیمی نشود. با تهمت‌زدن‌های هذیانی بیمار باید واقع بینانه، اما آرام و به نحوی غیرتحقیرآمیز برخورد کرد. آنها اگر ببینند کسی که به آنها کمک می‌کند، ضعیف است، به شدت وحشت‌زده می‌شوند.

اختلال شخصیت اسکیزوئید

ویژگی بارز این بیماری، سبک زندگی منزوی و عدم اشتیاق به برخورد های اجتماعی است. آنان را اغلب افرادی غیر عادی، درونگرا یا منزوی تلقی می‌کنند. در برخی مطالعات نسبت مرد به زن را در این اختلال ۲ به ۱ فرض کرده‌اند. در واقع برخی از پژوهشگران سه اختلال اسکیزوفرنیا، شخصیت اسکیزوئید و شخصیت اسکیزوتایپی را اختلال‌های طیف اسکیزوفرنی می‌خوانند.

آنها به ندرت تماس چشمی را تحمل می کنند و دلشان می خواهد مصاحبه هر چه زودتر تمام شود. شاد و شنگول بودن برای بیمار کار سختی است. سعی می کند خود را به زور اهل شوخی نشان دهد اما تلاش او خام و بیجا است. تکلم او هدفمند است. آنها گاه صنایع ادبی غیرمعمول، مثلاً استعاره های غریب به کار می برند.

ممکن است شیفته ی اشیای بی جان یا مفاهیم ماورای طبیعی باشند. ممکن است احساس صمیمیت ناموجهی نسبت به کسانی که خوب نمی شناسند دیده شود. وضعیت هوشیاری و شناخت آنها سالم است. حافظه خوب کار می کند و از ضرب-المثل ها تفسیری انتزاعی می دهند. زندگی جنسی آنها ممکن است منحصرأ در خیال طی شود و روابط جنسی پخته را هر بار به وقتی دیگر موکول می کند. مردان مبتلا ممکن است هیچ وقت ازدواج نکنند، چون نمی توانند با کسی صمیمی شوند. اما زنان ممکن است منفعلانه به ازدواج با مردان پرخاشگر که خواهان چنین زنانی هستند تن دهند. آنها معمولاً هیچوقت نمی-توانند خشم خود را مستقیماً ابراز کنند. اما می توانند مثلاً در امور فارغ از روابط انسانی مثل ریاضی و نجوم سرمایه گذاری عاطفی خرج کنند.

اغلب مجذوب مدهای غذایی و بهداشتی و نهضت های فلسفی می شوند. قابلیت شناخت واقعیت را به هیچ وجه از دست نمی-دهند. گاه اندیشه های خلاق به ذهنشان خطور می کند. پارانوئیدی ها روابطشان از اینان بیشتر است.

شخصیت های وسواسی-جبری و دوری گزین ها اگرچه از نظر محدود بودن حالت هیجانی کاملاً شبیه اسکیزوئیدها هستند، اما تنهایی برای آنها ملال آور است. سابقه غنی تری از روابط ایژه های دارند و به اندازه اسکیزوئیدها دچار درخودماندگی و عزلت لذت بخش آن نمی شوند.

تفاوت شخصیت اسکیزوئید از اختلال درخودماندگی و سندرم آسپرگر این است که در دو اختلال اخیر تخریب تعاملات اجتماعی و رفتارها و علایق قالبی بیشتر است. اختلال شخصیت اسکیزوئید معمولاً در کودکی شروع می شود و مثل همه اختلالات شخصیت دیرپاست، اما الزاماً مادام العمر نیست.

تمایل و استعداد اسکیزوئیدها برای درون نگری با انتظارات درمانگر همخوانی دارد و این ها اگرچه ممکن است با درمانگر رابطه ای صمیمی برقرار نکنند، اما در روان درمانی فعالانه شرکت می کنند. در گروه درمانی این بیماران ممکن است مدت ها ساکت بمانند اما بالاخره مشارکت می کنند. نویدبخش ترین رویکرد برای درمان آن است که به این افراد کمک کند سبک ارتباطی خود را تغییر دهند که می تواند از فنون بازی نقش و مواجهه واقعی استفاده کند.

اختلال شخصیت اسکیزوتایپی

تفکر جادویی، عقاید منحصر به فرد، افکار انتساب به خود، خطاهای ادراکی و مسخ واقعیت، همه جزء زندگی هر روزه افراد اسکیزوتایپی است. این اختلال را براساس تفکر، رفتار و ظاهر منحصر به فرد بیمار تشخیص می دهند. اگر چه اختلال فکر واضحی ندارند اما تکلم متمایز و ویژه است، ممکن است معنایش را فقط خودشان بفهمند و اغلب نیازمند تفسیر است. مثل اسکیزوفرنی ها ممکن است از احساسات خود با خبر نباشند اما به کشف احساسات دیگران به ویژه حالات عاطفی منفی مثل خشم بسیار حساسند و ممکن است اعتراف کنند که خطای ادراکی یا درشت بینی (ماکروسیپی) دارند. در سابقه اسکیزوتایپی ها (در خانواده آنها) اسکیزوفرنی به وضوح دیده می شود که این شاید مبنای دیگری برای تمایز آنها از افراد دوری گزین باشد.

اسکیزوتایپ ها بخاطر نداشتن روان پریشی از اسکیزوفرنی ها قابل افتراق هستند. طبق یک دیدگاه، نشانه های اختلال شخصیت اسکیزوتایپی بیانگر شکل نهفته اسکیزوفرنی هستند. آنها ممکن است افکار عطفی داشته باشند، یعنی اعتقاد به اینکه رفتار دیگران یا موضوع یا رویدادی تصادفی که به آنها اشاره دارد. به سختی می توانند روابط نزدیک برقرار کنند. طبق تحقیقات

انجام شده، ۱۰ درصد آنها بالاخره دست به خودکشی می‌زنند. امروز این دیدگاه رایج است که اختلال شخصیت اسکیزوتایپی شخصیت پیش‌مرزی (پره‌موربید) بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی است.

اختلال شخصیت ضد اجتماعی

مشخصه بارز این اختلال، ناتوانی در تن دادن به هنجارهای اجتماعی حاکم بر رفتار مردم است. این بیماران تکانشی، خودخواه، مسئولیت ناپذیر، ناشکیبا و قادر به تحمل ناکافی نیستند و فاقد وجدان کافی می‌باشند. این اختلال مترادف با بزهکاری نیست. ICD-۱۰ آن را شخصیت مردم‌ستیز نامیده است.

برخی از متخصصان هنوز برای توصیف فردی که به این اختلال مبتلاست از اصطلاح سایکوپات^۱ یا سوسیوپات استفاده می‌کنند.

اولین بار فیلیپ پنیل آن را تشخیص داد و آن را نوعی دیوانگی دانست که طی آن فرد در حالی که تفکر منطقی خود را حفظ می‌کند، رفتارهای تکانشی و اخلاص‌گر نشان می‌دهد. این اختلال جنون اخلاقی نامیده شد.

کلکلی^۲ برای توصیف ناتوانی سایکوپات در واکنش نشان دادن مناسب به جلوه‌های هیجان‌پذیری از اصطلاح **زوال عقل معنایی**^۳ استفاده کرد. پوشش این رفتارهای تهاجمی و زننده یک لایه جذابیت سطحی و هوش ظاهری است.

پسر بچه‌هایی که مبتلا به این اختلالند، خانواده‌هایی بزرگتر از دختر بچه‌های مبتلا به این اختلال داشته‌اند. این اختلال پیش از ۱۵ سالگی شروع می‌شود. و در گروه‌های اجتماعی-اقتصادی پایین‌تر شایع‌تر است.

حتی مجرب‌ترین بالینگران هم فریب اینگونه بیماران را خورده‌اند. در مصاحبه ممکن است خود دار و آرام و قابل اعتماد به نظر برسند. ممکن است برای تشخیص این اختلال از مصاحبه پرفشار استفاده شود، یعنی بخاطر تناقض‌هایی که بیمار در شرح حال ارائه داده است بشدت با وی مقابله شود.

اغلب ظاهری طبیعی و حتی گرم و دوست‌داشتنی دارند. آنها بالینگران جنس مخالف خود را اغلب تحت‌تاثیر جنبه‌های مبالغه‌آمیز و اغواگرانه شخصیت خود قرار می‌دهند. اما به چشم بالینگران جنسی خود ممکن است افرادی فریب‌کار جلوه کنند. این بیماران هیچ‌گونه افسردگی واضطرابی از خود نشان نمی‌دهند و این مغایرتی واضح با وضعیت آنها دارد. این بیماران هیچ وقت راست نمی‌گویند و هیچ وقت نمی‌شود به آنها اعتماد کرد. آنها هیچ وقت از کارهای خود پشیمان نمی‌شوند، انگار که اصلاً وجدان ندارند.

اگر رفتار ضداجتماعی و سوءمصرف مواد هر دو از کودکی شروع شده باشند و تا بزرگسالی هم ادامه یافته باشند، هر دو تشخیص را باید مطرح ساخت. اما اگر رفتار ضداجتماعی به وضوح ناشی از اختلال دیگری باشد، مطرح ساختن این اختلال موجه نیست. با افزایش سن، رفتارهای ضداجتماعی آن کاهش می‌یابد. فرض شده است که پیری باعث کاهش صفات اختلال شخصیت مثل اختلال شخصیت ضداجتماعی، مرزی، نمایشی و خودشیفته می‌شود، به این حالت فرضیه رسش گفته می‌شود.

دیدگاه زیستی نارساییهایی در قطعه‌های پیشانی قشر مخ - از این عقیده که در ساخت ژنتیکی در این اختلال نقش زیادی دارد، حمایت شده است.

^۱ psychopath

^۲ cleckley

^۳ Semantic dementia

دیدگاه روان‌شناختی : از این فرضیه مبنی بر اینکه سایکوپات قادر نیست ترس یا اضطراب را «احساس» کند، حمایت شده است.

فرضیه بی‌باکی در دیدگاه کلی‌تری بنام فرضیه تعدیل پاسخ تحول‌یافته که اعلام می‌دارد افراد سایکوپات نمی‌توانند اطلاعاتی را که با اهداف اصلی آنها ارتباط ندارند، پردازش کنند.

رابینز دریافت که طلاق به خودی خود باعث نمی‌شود که کودک رفتار ضداجتماعی را پرورش دهد بلکه ناسازگاری بین پدر و مادر علت اصلی آن است.

متخصصان معتقدند افراد مبتلا به این اختلال فقط در صورتی رفتارشان را تغییر می‌دهند که متوجه شوند آنچه انجام داده‌اند غلط است. بنابراین هدف درمان این است که باید آنها را واداشت تا نسبت به خود و موقعیتشان احساس بدتری کنند. متخصص بالینی در انجام این کار باید ابتدا از رویکرد مواجهه دادن استفاده کند، به این صورت که نشان دهد ظاهرسازی و سرهم‌بندی کردن‌های درمانجو را باور نمی‌کند. روان‌درمانی در اغلب موارد دشوار و گاهی حتی غیر ممکن است. برای آن که بتوان درمان را آغاز کرد نخست لازم است محدودیت‌هایی سفت و سخت وضع شود. پیش‌آگهی این اختلال متغیر است.

اختلال شخصیت مرزی

این اختلال را به نام‌های اسکیزوفرنی موقت (Ambulatory)، شخصیت نصفه- نیمه (as-if personality)، شخصیت-انگاری (اصطلاحی که Helen doutsch وضع کرد) اسکیزوفرنی شبه نوروپیک (که پاول هرخ و فیلیپ پولیتین وضع کرده‌اند) و اختلال منش سایکوتیک (که جان فرس ذکر کرد) نیز خوانده‌اند. در ICD-۱۰ نیز اختلال شخصیت دارای بی‌ثباتی هیجانی نامیده شده است.

این بیماران در حقیقت در مرز بین روان‌نژندی و روان‌پریشی هستند. ویژگی بارز این بیماران، ناپایداری شدید در خلق، عاطفه، رفتار، روابط با ایزه و خود انگاره است. اقدام به خودکشی و خود زنی در این بیماران شایع است. آنها بسیار تکانشی بوده و از مشکلات هویتی، احساس پوچی و دلتنگی رنج می‌برند. این بیماران ممکن است حملات روان‌پریشانه با عمر کوتاه داشته باشند که اصطلاحاً حملات میکروسایکوتیک خوانده می‌شود اما حملات شدید و تمام عیار دیده نمی‌شود. دردناک بودن زندگی ذاتی آنها در خودزنی‌های مکرر آنان مشهود است. آنها چون احساسات وابستگی و خصومت را همزمان دارند، روابط بین فردیشان آشفته و به هم‌ریخته است.

آنها نمی‌توانند تنهایی را تحمل کنند و برای تشفی خود حتی به نحوی دیوانه‌وار در جست‌وجوی ایجاد رابطه بر می‌آیند، ولو اینکه این رابطه ارضاءکننده نباشد. ویژگی اصلی افراد مبتلا به این اختلال، روابط میان‌فردی بی‌ثبات و سردرگمی در مورد هویت می‌باشد است. اتوکرنگ سازوکاری دفاعی بنام همانندسازی فراقکنانه وصف کرده که این بیماران بکار می‌برند.

آنها در آزمونی مثل وکسلر، قدرت استدلال متعارضی از خود نشان می‌دهند و تنها در آزمون‌های فراقکنی مثل رورشاخ است که اختلالات مربوط به روند (پردازش) فکر در آنها قابل رویت است. این اختلال در زنان بیشتر دیده می‌شود.

این افراد برخلاف درمانجویان مبتلا به PTSD به احتمال کمتری فلاش‌بک (به یادگذاشته افتادن) و سایر خطرات آسیب خود را تجربه می‌کنند.

پژوهشگران اعلام کرده‌اند که سوءاستفاده جنسی در کودک می‌تواند گذرگاه‌های نورآدرنالین‌زا (سیستم عصبی سمپاتیک) را بیش از حد حساس کند، به طوری که فرد بعداً در بزرگسالی به طور مداوم به هر نوع تجربه‌ای واکنش مفرط نشان می‌دهد.

نظریه پردازان روان‌پویشی معتقد بودند نارساییهایی در شکل‌گیری خود، آسیب‌شناسی زیربنایی این اختلال است. یکی از الگوهای آشفته فرزندپروری که آنها مشخص کردند، الگوی مادری است که بیش از حد با فرزندش آمیخته است، اما در عین حال پاسخدهی عاطفی بی‌ثباتی دارد.

بین متخصصان بالینی در درمان این افراد، این اختلاف نظر وجود دارد که بیشتر روی روش مواجهه کردن تاکید کنند یا روش حمایتی.

مارشا لینهان نوعی روش درمانی را ابداع کرده که آن را رفتارهای دیالکتیکی (DBT) می‌خواند که کارایی آن در درمان اختلال شخصیت مرزی تایید شده است. در این روش اصطلاح دیالکتیکی به ترکیب کردن منظم عقاید متضاد با هدف آشتی دادن آنها اشاره دارد. بیشتر کارهای لینهان بر اساس درمان افراد خودکشی‌گرا استوار است.

برخی از بالینگران مشخصه‌های اصلی بیماران مبتلا به اختلالات مرزی را با این مفاهیم ذکر می‌کنند: هراس عام (panphobia)، همه چیز هراسی)، اضطراب عام، دو دلی عام و رفتار جنسی آشوبناک. مرزی‌ها عموماً احساس مزمن پوچی و حمله‌های کم‌دوام روان‌پریشی دارند. روان‌درمانی، درمان انتخابی این بیماران است.

این بیماران به راحتی دچار واپس‌روی می‌شوند. تکانه‌های خود را مورد کنش‌نمایی قرار می‌دهند و انفعالی پیدا می‌کنند که اعم از مثبت یا منفی از دو حالت خارج نیست: یا متزلزل (labile) یا محکم و لایتغیر (fied) و در هر دو حال روان‌کاوی دشوار است. دونیم‌سازی به عنوان دفاعی باعث می‌شود که بیمار نسبت به درمانگر و سایر افراد احساس عشق و نفرت کند. رویکرد مبتنی بر واقعیت موثرتر از تفسیر عمیق ناخودآگاه بیمار است.

اختلال شخصیت نمایشی

این افراد تحریک‌پذیر و هیجانی هستند و رفتاری پرنرگ و لعاب، نمایشی و برون‌گرایانه دارند اما اغلب نمی‌توانند دلبستگی عمیق را به مدت طولانی حفظ کنند. این تشخیص در زن‌ها بیشتر از مردهاست. آنان در مصاحبه کاملاً همکاری دارند و مشتاقند که تاریخچه خود را با جزئیات ارائه دهند. در صحبت کردن آنها، ژست‌ها و تاکیدها و مکث‌های نمایشی ساده است. اظهارنظرهای عاطفی در آنها شایع است اما اگر مجبورشان کنید که احساسی خاص را در خود قبول کنند، ابراز نارضایتی، تعجب و انکار می‌کنند.

در افکار و احساسات خود اغلب مبالغه می‌کنند و هر چیز ساده‌ای را مهمتر از واقعه نشان می‌دهند. رفتار اغواگرانه از هر جنسی که باشد شایع است و پرداختن به تخیلات جنسی، ممکن است که به کژکاری روانی-جنسی مبتلا باشند. زن‌های نمایشی ممکن است آنورگاسمی داشته باشند و مردهای نمایشی ممکن است دچار ناتوانی جنسی باشند. روابط آنها اغلب سطحی است و ممکن است مغرور و دمدمی مزاج باشند. نیاز شدید آنها به وابستگی باعث می‌شود به راحتی آنها را فریب داد. دفاع‌های عمده بیماران نمایشی، واپس‌زنی و تجزیه است. در نتیجه‌ی دفاع اول از فهم احساسات واقعی خود عاجزند و در نتیجه‌ی دفاع دوم، نمی‌توانند انگیزه‌های خود را توضیح دهند. این افراد اگر تحت فشار روانی قرار گیرند، حس واقعیت سنجیشان به راحتی مختل می‌شود.

برای بیماران مبتلا به اختلال روان‌پریشی گذرا و اختلالات تجزیه‌ای می‌شود تشخیص اختلال شخصیت نمایشی را نیز همزمان داد.

گفتار آنها شدیداً کلی (امپرونیستی) و فاقد جزئیات است. به احتمال زیاد سبک دلبستگی ناایمن دارند. نظریه‌پردازان شناختی- رفتاری معتقدند افراد مبتلا به این اختلال شخصیت از فرض‌هایی اشتباه در برخوردشان با زندگی رنج می‌برند. یکی از عقاید اصلی آنها عبارت است از: «من بی‌کفایت و نمی‌توانم خودم از پس زندگی‌ام برآیم».

این بیماران افرادی هیجان طلبند و ممکن است با قانون درگیر شوند و به سوء مصرف مواد روی آورند و لابلایی گری کنند. آنها اغلب از احساسات خود بی خبرند. روان درمانی مبتنی بر روانکاوی چه به صورت گروهی و چه به صورت فردی، شاید درمان انتخابی اختلال شخصیت نمایشی باشد.

اختلال شخصیت خود شیفته

الگوی پایدار خود بزرگ بینی، احساس اینکه آدم بسیار مهمی هستند، دایم درباره موفقیت بی کران خیالبافی می کنند، مشغولیت ذهنی بیش از حد با عزت نفس و خود پنداره دارند، تاب تحمل انتقاد را ندارند و عصبانی می شوند و یا ممکن است بی اعتنائی کامل نسبت به انتقاد داشته باشند و فقط نظر خود را قبول دارند. رفتار استثمارگرانه در روابط بین فردی آنها چیز کاملاً پیش پا افتاده و رایجی است. اعتماد به نفس آنها شکننده و مستعد افسردگی هستند. چهار نوع فرعی آن: خودشیفته نخبه گرا: معمولاً در حال ترقی است و به شدت به ارتقای درجه خود مشغول است. خودشیفته عاشق پیشه: تمایل دارند از لحاظ جنسی اغواگر باشند، با این حال از صحبت واقعی اجتناب می کنند. تنها علاقه واقعی آنها این است که به طور موقت از بدن پرحرارت دیگران بهره کشی کنند. خودشیفته غیراخلاقی: از این نظر که بی وجدان، فریبکار، خودپسند و استثمارگر هستند. خیلی به افراد ضد اجتماعی شباهت دارند.

خودشیفته جبرانی: منفی گرا هستند و می خواهند احساسات عمیق و حقارتشان را خنثی کنند. آنها می کوشند توهامات برتر بودن و استثنایی بودن ایجاد کنند.

رویکرد روانکاوی فروید: خودشیفتگی را ناکامی در فراتر رفتن از مراحل اولیه رشد روانی-جنسی در نظر می گیرد. نظریه روابط شی: روی تاثیر روابط آشفته والد-فرزند بر رشد درک خویشتن کودک تاکید می کنند. این افراد از شالوده محکمی برای خود سالم بی بهره اند، خودکاذبی را بوجود می آورند که به طور متزلزلی بر عقاید خودبزرگ بینی و غیر واقع-بینانه در مورد شایستگی و جذابیت آنها استوار است.

رویکرد پویشی: به درمان افراد مبتلا بر این نظر استوار است که آنها فاقد تجربیات اولیه تحسین شدن برای ویژگی های مثبت شان هستند هدف درمان این است که تجربه رشدی اصلاحی تامین شود.

هر سه اختلال شخصیت مرزی، نمایشی و ضداجتماعی، اغلب همزمان با اختلال شخصیت خودشیفته در یک فرد وجود دارد و تشخیص افتراقی بسیار دشوار است. خودشیفته ها کمتر از مرزی ها اضطراب دارند و زندگیشان کمتر از آنها آشوبناک است و کمتر اقدام به خودکشی می کنند. در نمایشی ها، خصایصی از نمایشگری و دست انداختن و سرو کار گذاشتن دیگران، در روابط بین فردی دیده می شود که با آنچه در خود شیفته ها است مشابهت دارد. خود شیفته ها نمی توانند پیری را تحمل کنند چون زیبایی و قدرت برایشان مهم است به همین دلیل در برابر بحران های میانسالی آسیب پذیرتر از دیگرانند.

روانپزشکانی مثل کرنبرگ و کوهات، رویکردی روان کاوانه را برای این بیماران پیشنهاد می کنند.

اختلال شخصیت دوری گزین (یا شخصیت اضطرابی یا اجتنابی)

اغلب آنها را مبتلا به عقده ی حقارت^۱ می خوانند. در ICD-10 از اصطلاح شخصیت مضطرب استفاده شده است. این اختلال شایع است و میزان شیوع آن ۱ تا ۱۰ درصد جهت عمومی است. بارزترین نکته در مصاحبه بالینی با این بیماران اضطرابی است که از صحبت کردن با مصاحبه گر دارند.

حساسیت مفرط به طرد شدن از سوی دیگران خصیصه ی بالینی محوری اختلال شخصیت دوری گزین است و صفت شخصیت عمده آنها کمرویی است (timidity). البته آنان غیر معشرتی نیستند و حتی تمایل فراوانی برای داشتن رابطه با دیگران

^۱ Interiority complex

دارند (بر خلاف اسکیزوئیدها)، ولی دلشان می خواهد که دیگران تضمین های بسیار محکم و غیر معمولی به آنها بدهند که بدون خرده گیری و انتقاد آنها را می پذیرند.

وقتی با کسی حرف می زنند، عدم قطعیت و فقدان اعتماد به نفس دیده می شود و با شکسته نفسی حرف می زنند. فرق دوری گزین ها با مرزی ها و نمایشی ها این است که مثل آنها پرتوقع، تحریک پذیر یا غیرقابل پیش بینی نیستند.

دو اختلال شخصیت دوری گزین و وابسته به هم شبیه اند و فرض بر این است که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وابسته ترس بیشتری از طرد شدن و مورد علاقه نبودن دارند. طبق یک دیدگاه، اختلالات شخصیت اجتنابی نوع شدیدتری از فوبی اجتماعی است که وجود درون گرایی و نشانه های افسردگی آن را از فوبی اجتماعی متمایز می کند.

توجیهات روان پویشی امروزی این اختلال بر ترس فرد از دلبستگی در روابط تاکید دارند و رویکرد شناختی- رفتاری بر این امر تاکید می کند که افراد مبتلا به این اختلال به علت اینکه در کودکی انتقاد شدید والدین را تحمل کرده اند بیش از حد نسبت به طرد حساسند.

اختلال شخصیت وابسته

به این اختلال عنوان شخصیت وابسته^۱ منفعیل نیز داده اند. فروید قایل به یک بعد وابسته دهانی برای شخصیت بود که مشخصه هایش عبارتند از وابستگی، بدبینی، ترس از امور جنسی، به خود مطمئن نبودن، انفعال و تلقین پذیرن و فقدان مداومت و پافشاری در کارها. این توصیف به طبقه اختلال شخصیت وابسته شباهت دارد. نظریه پردازان روابط شی این افراد را به صورت دلبسته نایمن در نظر می گیرند که همواره از رها شدن می ترسند. این اختلال در بچه های کوچک خانواده شایعتر از بچه بزرگ است. افرادی که در کودکی بیماری جسمی مزمن داشته اند، ممکن است بیش از بقیه مستعد این اختلال باشند.

در جنون دونفره (folie a deuy) یکی از دو نفر به اختلال شخصیت وابسته مبتلاست (اختلال روانپزشکی مشترک) که نحو سلطه پذیر آن می شود. بدبینی، بی اطمینانی به خود، انفعال و ترس از ابراز جنسی و پرخاشگرانه، مشخصه های رفتار بیمار مبتلا به اختلال شخصیت وابسته است. وابستگی از نکات برجسته در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت نمایشی و مرزی است. ولی بیماران دچار اختلال شخصیت وابسته معمولاً با یک نفر رابطه ای دیرپا برقرار می کنند نه اینکه به مجموعه ای از افراد وابسته شوند. رفتار وابستگی در بیماران بازاره راس ممکن است وجود داشته باشد، اما در بیماران بازاره راس، اغلب سطح بالایی از اضطراب آشکار و حتی پانیک دیده می شود.

درمان آنها اغلب نتیجه بخش است. درمان های مبتنی بر بینش باعث می شود که بیمار بتواند پیشایندهای اولیه رفتار خود را بشناسد.

اختلال شخصیت وسواسی - جبری

خصیصه محوری این اختلال عبارت است از کمال طلبی و انعطاف ناپذیری به گونه ای الگویی نافذ و فراگیر. این اختلال را در ICD-10 اختلال شخصیت آنانکاستیک نامیده اند. این اختلال در مردان شایعتر از زنان است و بیش از همه در فرزندان اول خانواده است.

^۱ dependent

بیماران در مصاحبه رفتاری شق و رق و رسمی و خشک اند. در صحبت کردن پیش‌دستی نمی‌کنند و خلقشان معمولاً جدی است و ممکن است از اینکه بر جریان مصاحبه مسلط نیستند مضطرب گردند. مکانیسم‌های دفاعی آنها دلیل تراشی، جداسازی، ذهنی‌سازی، واکنش وارونه و ابطال است.

این بیماران می‌توانند مدت‌ها کار کنند و اصلاً کار طولانی امری روزمره برای آنهاست و با آن منطبق هستند. آنان مهارت‌های بین‌فردی چندانی ندارند. رسمی، جدی و فاقد شوخ‌طبی‌اند. آنها چون از اشتباه کردن می‌ترسند نمی‌توانند به تصمیم قاطعی برسند و درباره‌ی تصمیم دایم فکر می‌کنند.

هرگاه وسواس‌های فکری-عملی عودکننده در کار باشد، اختلال وسواسی-جبری را باید در محور I قرار داد. تشخیص اختلال شخصیت را تنها باید زمانی مطرح کرد که بیمار متمر ثمر بودن خود را از نظر شغلی و اجتماعی به مقدار چشمگیری از دست داده باشد. برخی از آنان ممکن است در بزرگسالی گشاده نظر و بامحبت شوند، در برخی ممکن است مقدمه اسکیزوفرنی باشد و در برخی هم به افسردگی بیانجامد. اینان برخلاف سایر اختلالات شخصیت، اغلب خود می‌دانند که بیمارند و لذا در پی درمان می‌آیند، این بیماران که از تحصیلات برخوردارند و معاشرتی‌اند، به تداعی آزاد و درمان غیرهدایت‌گرا نه خیلی ارج می‌نهند.

اختلالات شخصیت نامعین

اختلال شخصیت پرخاشگر منفعل^۱: مشخصه آنها عبارت است از مانع‌تراشی، کارشکنی، تعلل و مسامحه، لجبازی و ناکارآمدی به شکل پنهان. در DSM این اختلال را به نام اختلال شخصیت منفی کار نیز خوانده‌اند.

به کوچکترین عذر و بهانه‌ای در کار خود تاخیر می‌کنند و عیب‌جویی می‌کنند و نق می‌زنند و در عین حال هیچ وقت دلشان نمی‌خواهد از شر این روابط مبتنی بر وابستگی خلاص شوند. بیمار انتظار دارد که دیگران جور او را بکشند. روابط صمیمانه آنها تقریباً هیچ وقت آرام و شاد نیست. به خود اطمینان ندارند و به آینده هم بدبین‌اند.

رفتار اینان کمتر از نمایشی‌ها و مرزی‌ها، پر زرق و برق، نمایشی و توأم با پرخاشگری آشکار است. از روان‌درمانی حمایتی نتیجه خوبی گرفته‌اند. بالینگر باید ژست‌های خودکشی بیمار را تظاهر پنهانی از خشم تلقی کند نه نشانه فقدان ابژه (مثل افسردگی اساسی که این طور است یعنی ناشی از فقدان ابژه).

اختلال شخصیت افسرده : افرادی بدبین، بی‌لذت، وظیفه‌شناس، مردد به خود و به نحوی مزمن ناشادند. شیوع آن در مرد و زن یکسان است. بیشتر وقت‌ها موشکاف هستند، کمال‌طلبند، زیادی با وجدان‌اند و دائماً فکر و ذکرشان کار است. بدون اینکه حرفی بزنند در درون خود رنج می‌برند و ممکن است زود به گریه بیفتند اما در حضور دیگران. حالت قیافه‌شناختی (physiognomy) آنها نیز اغلب خلق آنها را نشان می‌دهد.

اختلال شخصیت افسرده نیز مزمن و مادام‌العمر است. اما اختلال افسرده‌خویی به هر حال حمله است و هر زمان می‌تواند روی دهد و معمولاً یک عامل استرس‌زای زمینه‌ساز دارد. دوری‌گزین‌ها هم درون‌گرا و وابسته‌اند اما پیش از آنکه افسرده باشند، مضطربند.

روان‌درمانی، درمان انتخابی است. به روان‌درمانی بینش‌گرا خوب جواب می‌دهند و حس واقعیت‌سنجی خوبی دارند.

اختلال شخصیت آزارخواه-آزارگر (سادومازوخیسم): یک طبقه تشخیصی رسمی در DSM نیست، اما از نظر بالینی و تاریخی، مورد توجه پزشکان بوده است. مشخصه آن وجود عناصری از سادیسم (دیگر آزاری) شامل میل به ایجاد درد و رنج

^۱ Passive-aggressive

جنسی، جسمی یا روانی در دیگران، و نیز عناصری از مازوخیسم (آزار طلبی) شامل میل به ایجاد درد و رنج جنسی یا اخلاقی در خود است. روان درمانی بینش مدار، بخصوص روان کاوی می تواند برای درمان موثر باشد. فروید معتقد بود آزارگراها با این عمل می‌خواهند از خود در برابر اضطراب اختگی دفاع کنند.

خودآزار اخلاقی در مجموع کسی است که به دنبال موفقیت‌های تحقیرآمیز و خفت بار می‌رود نه به دنبال درد جنسی. فروید معتقد بود که توانایی فرد آزارخواه برای رسیدن به ارگاسم را احساس اضطراب و احساس گناهی که در مورد رابطه جنسی دارد مختل کرده و او این احساسات را با عذاب دادن خود تخفیف می‌دهد.

مبتلایان به شخصیت آزارگر، مجذوب اسلحه، خشونت، شکنجه و صدمه به دیگران می‌شوند. لازم نیست انگیزه‌ی آنها برای این گونه رفتارها صرفاً میل به کسب برانگیختگی جنسی باشد، که در این صورت تشخیص پارافیلی از نوع آزارگری جنسی مطرح می‌شود.

اختلال شخصیت خودشکن^۱: این بیماران زندگی خود را در جهتی هدایت می‌کنند که نتایج نامطلوبی حاصلشان شود؛ آنها کمک دیگران یا نتایج مطلوب را طرد کرده و در صورت حصول نتایج مطلوب، دچار دلتنگی می‌شوند.

اختلال شخصیت نامعین (NOS): این تشخیص هنگامی مطرح می‌شود که اختلال شخصیت بیمار دارای تظاهرات مخلوطی از سایر اختلالات شخصیت باشد.

تغییرات DSM-5

ملاک‌ها برای اختلالات شخصیت تغییر نکرده و همان ملاک‌های قبلی می‌باشد.

تشخیص اختلال شخصیت/ صفت مشخص، بر مبنای اختلال متوسط یا بیشتر در عملکرد شخصیت و وجود صفات شخصیت بیمارگون، جایگزین اختلال شخصیت که به گونه دیگری مشخص نشده، شده و تشخیص بسیار روشن‌تر را برای افراد تامین می‌کند که بصورت مطلوب به داشتن اختلال شخصیت مشخص توصیف نمی‌شوند.

^۱ Self- defeating

اختلالات خوردن

بی‌اشتهایی عصبی

در DSM-IV، بی‌اشتهایی روانی^۱ و پرخوری به عنوان عمده‌ترین اختلال‌های تغذیه شناخته شده‌اند.

در سال ۱۸۷۴ اصطلاح بی‌اشتهایی روانی توسط گول وارد قلمرو پزشکی شد. این پزشک بیماری خاصی را که اغلب در زنان جوان بروز می‌کرد و براساس لاغری مفرط مشخص می‌شد توصیف کرد و این اختلال را آشکارا به عنوان یک اختلال روانی در نظر گرفت.

ضوابط تشخیصی مبتلایان به اختلال پرخوری عصبی^۲، بسیار شبیه ضوابط بی‌اشتهایی روانی است با این تفاوت که وزن بهنجار خود را حفظ می‌کنند. بی‌اشتهایی روانی اختلالی است که معمولاً پس از تصمیم فرد برای کاهش مقداری از وزن خود و یا در پی یک رویداد تنیدگی‌زا مانند جدایی والدین و یا شکست شخصی بروز می‌کند. مساله تغذیه از بدو امر در قلب مسائل ارتباطی مادر و کودک قرار دارند و زودرس‌ترین محور تعامل بین آنها را تشکیل می‌دهد. محوری که فقط نقطه عطف مراحل بعدی تحول محسوب می‌شود.

بی‌اشتهایی عصبی اغلب با آشفتگی تن‌انگاره همراه است و فرد علیرغم لاغری آشکار تصور می‌کند به شکل ناراحت‌کننده‌ای چاق است. ۴ نشانه بی‌اشتهایی عصبی:

۱- نمی‌توانند وزن طبیعی خود را حفظ کنند یا از حفظ آن خودداری می‌کنند.

۲- از افزایش وزن یا چاق شدن خیلی می‌ترسند. لاغر شدن، هدف اصلی زندگی روان‌بی‌اشتها را تشکیل می‌دهد، اما مبنای دلمشغولی‌های آنها ترس است. ترس از چاقی یا تسلیم شدن در برابر تمایل فزاینده نسبت به غذا و به طور کلی از دست دادن مهار خود در مورد اندازه و شکل بدن. از این رو روان‌بی‌اشتهایی را چاقی هراسی نیز نامیده‌اند.

^۱ Anorexia nervosa

^۲ Bulimia nervosa

۳- در مورد شکل و بدنشان ادراک تحریف شده‌ای دارند. آنها معمولاً شکل بدنی خود را ناززنده‌سازی می‌کنند و خود را فاقد جاذبه می‌دانند و متوجه لاغری خود نیستند و به بیش‌ترسنجی نسبت‌های بدن خود می‌پردازند. ضابطه شناختی روان-بی‌اشتهایی، گسترش بازخوردهای سازش‌نیافته و باورهای نادرست است.

۴- زنان دچار بی‌قاعدگی، یعنی حداقل سه دوره بی‌قاعدگی متوالی می‌شوند.

۵- مشکلات خلقی و شخصیتی: به افسردگی گرایش دارند و سطح حرمت خود در آنها پایین است. نشانه‌های اضطراب، نامصمم بودن مفرط و ضعف تمرکز و بی‌خوابی هم در آنها دیده می‌شود. بی‌اشتهایی روانی اغلب با وسواس-بی‌اختیاری توأم است و فرد قواعد نامنعطفی را برای آماده کردن غذا و یا بریدن آن به یک شکل خاص به خود تحمیل می‌کند.

کلمه بی‌اشتهایی، با در نظر داشتن این واقعیت که از دست دادن اشتها، حداقل در ابتدا، ویژگی اصلی این اختلال نیست، اصطلاح غلطی است. برعکس، افراد مبتلا به این اختلال بسیار به خوردن علاقه دارند و اشتهاى آنها عادى است. اختلال در تصویر بدن، ویژگی اصلی بی‌اشتهایی عصبی است.

شایع‌ترین سن شروع بی‌اشتهایی عصبی در نوجوانی است. ولی ۵ درصد بیماران مبتلا در اوایل دهه سوم عمر به این اختلال دچار می‌شوند. طبق ویرایش آخر DSM (DSM-IV-TR)، شایع‌ترین سن شروع این اختلال بین ۱۴ تا ۱۸ سالگی است. توموگرافی کامپیوتری (CT) نشان داده که در این بیماران در دوران گرسنگی کشیدن، فضاهای CSF بزرگ شده‌اند.

فروید ارضای نیاز غذایی (رفع گرسنگی) را از لذت غذا خوردن متمایز کرده و خاطر نشان ساخته بود که نخستین درونی-سازی‌های روابط انسانی پیرامون این «اخذ لذت» سازمان می‌یابند. مولفان بعد از فروید بر این باورند که اخذ لذت فقط ناشی از عمل مکیدن نیست، با این وجود، عمل مکیدن بخش اصلی این مبادله را تشکیل می‌دهد و نخستین روشی است که نوزاد برای کشف جهان پیرامون خود به کار می‌بندد. شاهد این مدعا وجود وهله‌ای است که وی همه چیز را به دهان می‌برد (۴-۵ ماهگی تا ۱۰-۱۲ ماهگی). بی‌اشتهایی وخیم زودرس می‌تواند از نخستین نشانه‌های درخودماندگی یا روان پریشی زودرس کودکان باشد.

بی‌اشتهایی ۶ ماهه دوم زندگی معمولاً به صورت امتناع از غذا، بخصوص غذاهای سفت، متجلی می‌شود، ضمن آنکه کودک تمایلات شدید به مایعات را همچنان حفظ می‌کند. بازخورد امتناعی از غذا هنگامی بوجود می‌آید که کودک به حدی از استقلال دست یافته است می‌خواهد بر موفقیت مسلط شود. تضادورزی وی متوجه مادر است. مادری که برای غذا خوراندن به فرزندش بیش از کمک به وی در تغذیه مستقل خود اهمیت قائل است.

این نکته را مسلم دانسته‌اند که رابطه غذایی، محور اصلی تعامل مادران با کودک است. محوری که اضطراب عمیق مادر خوب نبودن، اضطراب رهاشدگی یا اضطراب مرگ و جزء آن را تحت پوشش نیاز به غذا دادن قرار می‌دهد.

اشپیتز معتقد است که روی گرداندن نوزاد از پستان یا پستانک برای نشان دادن حالت سیری، مشابه الگوی زبانی « نه » تلقی می‌شود. و بدین معنا، روان‌بی‌اشتهایی را می‌توان به منزله امتناع گسترده‌ای دانست که بر روابط مادر و کودک سایه می‌افکند.

در سال دوم زندگی، تعارض‌های عاطفی می‌توانند منشأ بی‌اشتهایی روانی باشند. در این وهله زندگی مادر افزون بر تغذیه کودک، نقش مهمتری در برابر شکل‌گیری « من » وی بر عهده دارد. به همین دلیل انعکاس بازخورد اضطرابی یا وسواسی وی در کودک قابل ملاحظه است و بیش از هر قلمرو دیگر در زمینه مسائل مربوط به تغذیه نمود می‌یابد.

نوجوان ممکن است خود را از غذایی که دوست دارد محروم کند یا آنکه غذایی را که خانواده‌اش دوست دارد از فهرست غذایی خود حذف کند. چنین رفتارهایی که اغلب نشان‌دهنده یک تعارض نوروژی هستند، می‌توانند مبین یک تبدیل هیستریکی باشند. گاهی نوجوان ممکن است بدلیل ارزش رمزی که برای برخی از غذاها قایل است یا فوایدی که نسبت به یک رژیم غذایی نسبت می‌دهد، خود را تابع رژیم مخصوص کند. چنین رفتارهایی ممکن است ناشی از افکار شبه‌هذیانی باشد یا ترس افراطی در برابر یک پرخاشگری دهانی تکامل نیافته را نشان دهد. روی آوردن ناگهانی پاره‌ای از نوجوانان به گیاه‌خواری را می‌توان در این مقوله قرار داد.

۳ مشخصه بی‌اشتهایی روانی دوره بلوغ :

۱- **بی‌اشتهایی روانی ۲- لاغری:** لاغری مفرط نخستین بخش جدول نشانه‌های بدنی را تشکیل می‌دهد. این لاغری نوجوان را به هیچ وجه مضطرب نمی‌کند و گاهی نیز به انکار آن می‌پردازد و هنوز هم خود را چاق می‌پندارد.

۳- **قطع عادت ماهانه :** توقف قاعدگی بخش دوم جدول نشانه‌های بدنی را تشکیل می‌دهد. مولفانی که بی‌اشتهایی روانی را واجد مبنای عصبی-هورمونی دانسته‌اند، برای اثبات فرضیه خود به اختلال قاعدگی استناد کرده‌اند. اختلالی که معمولاً نخستین نشانه بی‌اشتهایی روانی نیز هست.

افزون بر نشانه‌های اصلی ذکر شده می‌توان به **فزون‌کنشی مفرط** فرد مبتلا اشاره کرد. این فزون‌کنشی می‌تواند جسمی یا عقلی باشد. نوجوان به پیاده روی های طولانی مبادرت می‌کند، علاقه شدید به فعالیت های بدنی نشان می‌دهد، شنا می‌کند و جزء آن. فعالیت های عقلی نیز دارای همین ماهیت اند: رقابت و سلطه دارای همین ماهیت اند.

بی‌اشتهایی روانی در پسران کمتر است. نادر بودن این اختلال در پسران را به امکانات بیشتر اثبات شخصیت و فراوانی کمتر خیال‌پردازی‌های دهانی و توقعات کمتر جامعه و فرهنگ در مورد تناسب اندام در آنان، نسبت داده‌اند. معمولاً محیط خانوادگی پسران مبتلا به روان‌بی‌اشتهایی، نوروژی است. رابطه با مادر در بین تضادورزی و دلبستگی مفرد در نوسان است.

مایر معتقد است که نشانگان شخصیت‌زدایی (حس عدم واقعیت خود، موضوع‌ها و دیگران) به هنگام بلوغ در پسران معادل -بی‌اشتهایی روانی است. این بیماران می‌خواهند بزرگسال باشند تا کاملاً مورد قبول واقع شوند اما در پشت این بی‌صبری ظاهری نوعی ترس از مسئولیت بزرگسالی نیز به چشم می‌خورد.

از دیدگاه پاره‌ای از مولفان، بی‌اشتهایی روانی واقعی در پسران وجود ندارد. به هر حال گاهی اشکال مشخص بی‌اشتهایی روانی در پسران دیده می‌شود، اما همواره اضطراب و تخیلات خود بیمار پندارانه در سطح نخست و ترس از چاقی در سطح دوم قرار دارد.

تقریباً نیمی از کسانی که مبتلا به بی‌اشتهایی روانی هستند، با محدود کردن غذا وزن خود را کاهش می‌دهند. این نوع بی‌اشتهایی روانی را **ریخت محدودکننده**^۱ نامیده‌اند. این افراد در وهله نخست غذاهای شیرین و چاق‌کننده را از برنامه غذایی حذف می‌کنند. برخی دیگر از افراد با وادار کردن خود به استفراغ یا استفاده از مواد مدر یا مسهل وزن خود را کاهش می‌دهند و حتی به پرخوری می‌پردازند. این نوع اختلال را **ریخت بحران پرخوری-تخلیه‌ای**^۲ نامیده‌اند. در نوع پرخوری-پاکسازی بی‌اشتهایی عصبی، میزان خودکشی بالاتر از نوع محدودکننده است. اصلاح تغذیه و متوقف کردن رفتارهای پاکسازی سبب برگشت وزن و نابهنجاری‌های بیمار می‌شود.

^۱ restricting

^۲ Binge-eating/ purging

بعضی از مطالعات شواهدی از کژکاری سروتونین، دوپامین و نوراپی نفرین را نشان داده‌اند. این سه عصب رسانه در تنظیم رفتار خوردن در هسته پاراونتریکولر در هیپوتالاموس نقش دارند. این بیماران نوعاً فاقد حس خودمختاری و «خودبودن» هستند. بسیاری از آنها احساس می‌کنند که جسمشان به نوعی تحت کنترل پدر و مادرشان است، به طوری که گرسنگی کشیدن خودخواسته ممکن است تلاش برای کسب اعتبار به عنوان فردی خاص و منحصر به فرد باشد. بیمار مبتلا به بی-اشتهایی، تنها از طریق اعمال خود انضباطی غیرعادی احساس خود مختاری و خود بودن می‌کند.

بسیاری از نظریه‌پردازان فرویدی بر این باورند که تعارض‌های دهانی انحلال نیافته و موانعی که ممکن است در راه دستیابی به استقلال در دوره کودکی وجود آیند به تثبیت در مرحله دهانی منجر شوند و بی‌اشتهایی روانی را در پی دارند.

براج با استفاده از چارچوب روان تحلیل‌گری، بیمار مبتلا به بی‌اشتهایی روانی را فردی می‌داند که تعارض‌های وی در وهله پیش-ادیپی ریشه دارند و واجد نارساییهایی در هویت شخصی و استقلال است. براج این نارساییها را به ناتوانی مادر در پاسخگویی مناسب و حمایت کننده به نیازهای کودک نسبت می‌دهد.

از دیدگاه براج، پاسخ‌های والدین به نیازهای فرزندان می‌توانند موثر یا ناموثر باشند. پاسخ‌های موثر آنها می‌تواند که با نیازهای زیست‌شناختی و هیجانی کودک متناسبند (مثلاً کودک برای غذا گریه می‌کند و به او می‌دهند). بالعکس، والدین ناموثر، بدون توجه به نیازهای درونی فرزندان باورهای خود درباره نیازها را به آنها تحمیل می‌کنند (مثلاً کودک خسته است و به او غذا می‌دهند و هنگامی که گرسنه است به او دلداری می‌دهند) این شیوه فرزندپروری کودک را دچار حالتی می‌کند که براج اصطلاح **چسبندگی خود** را در مورد آنها به کار برده است. حالتی که براساس بروز درهم‌شدگی و اغتشاش، ناتوانی در ایجاد تمایز بین نیازهای مختلف مانند گرسنگی و سیری و همچنین ناتوانی در بازشناسی حالت‌های هیجانی یا سطوح خستگی مشخص می‌شوند.

به اعتقاد ماهر، وابستگی هنگامی بوجود می‌آید که درونی‌سازی‌های ۳ سال اول زندگی یعنی فرایند جدایی-تفرد با شکست مواجه شود. این فرایند که ۸ تا ۱۰ ماهگی آغاز و تا حدود ۲-۳ سالگی ادامه دارد، تابع دو خط تحول است که یکی به جدایی (دستیابی به هویت متمایز و متفاوت خود نسبت به دیگران) و دیگری به تفرد (سرمايه‌گذاری موضوعی و همسانسازی‌ها) می‌انجامد و در این دو محور است که باید ریشه‌های وابستگی را جستجو کرد.

نوجوانی سن جاذبه‌ها و شیفتگی‌های برق آساست و همچنین بالعکس به منزله دوره گریزها، قطع خشونت‌آمیز روابط و انزواطلبی نیز محسوب می‌شود. ماهیت پاسخ‌های نوجوان به این تعارض درونی، سرنوشت وی را مشخص می‌کند: کنار آمدن با موضوع دلبستگی، به پایان رساندن همسانسازی‌ها و یا لاقلاً هم‌نوا کردن آنها با «من» و یا اتخاذ راهبردهایی برای مبارزه علیه وابستگی. انتخاب پاسخ اخیر، نقش بنیادی را در قلمرو اختلال‌های رفتار و از آن جمله اختلال‌های تغذیه‌ای دوره نوجوانی ایفا می‌کند.

به طور کلی، ناتوانی در دستیابی به استقلال، کوشش در راه رسیدن به یک خود-مهارگری افراطی و بخصوص مهار اندازه‌ها، شکل بدن و عادت غذایی را در پی دارد. نظریه‌پردازان روانشناسی خود عواملی مانند ضعف خود و مشکلات ارتباطی در مبتلایان به اختلال‌های تغذیه را مورد بررسی قرار داده‌اند.

نظریه‌پردازان روان‌پویشی مانند براج بر این باورند که نارساکنش‌وری ارتباطی زودرس با مادر می‌تواند یکی از علل ایجاد کننده اختلال تغذیه باشد. محققان دیگری مانند مین در اختیار نبودن عاطفی پدر را علت این اختلال می‌دانند.

مینوچین طبق نظریه ساختار خانوادگی عقیده دارد که آنچه در اغلب موارد موجب اختلال‌های تغذیه‌ای می‌شود، الگویی است که وی آن را **الگوی خانوادگی درهم‌تنیده** نامیده است. در یک سیستم در هم تنیده، هر یک از اعضای خانواده

درگیر مسائل اعضای دیگرند و درباره رفاه و آسایش آنان نگراند. به ندرت درباره افکار و احساسات خود صحبت می‌کنند، اما به نظر می‌رسد که هریک نسبت به احساس و فکر دیگر اعضای خانواده آگاهی کامل دارند. مینوچین بر این باور است که در چنین خانواده‌هایی حرکت نوجوان بسوی استقلال مانعی در راه حفظ توان ظاهری و همبستگی خانوادگی محسوب می‌شود. از اینجاست که خانواده در جستجوی یک راه حل ناهشیارانه کودک را وادار به ایفای نقش بیمار می‌کنند.

به طور کلی می‌توان گفت که نظریه ساختار خانوادگی که اینک تحت عنوان نظریه سیستمی از گسترش قابل ملاحظه‌ای برخوردار شده است، اعضای هر خانواده را به مشابه بخش‌های یک سیستم که با یکدیگر در تعاملند در نظر می‌گیرد. نظریه-پردازان سیستمی بر این باورند که خانواده مبتلایان به اختلال تغذیه اغلب از آغاز دچار اختلالند و بروز اختلال تغذیه در یک از اعضای خانواده بازتاب آسیب‌شناسی گسترده‌تر خانوادگی است.

پژوهشگران توانسته‌اند دو کانون جداگانه کنترل تغذیه در هیپوتالاموس را از یکدیگر متمایز کنند:

۱- هیپوتالاموس جانبی (LH): ناحیه کناری هیپوتالاموس است که فعالیت آن احساس گرسنگی را بوجود می‌آورد. از سوی دیگر، تخریب LH موجب می‌شود تا حیوان از خوردن امتناع کند، حتی اگر به شدت گرسنه باشد.

۲- هیپوتالاموس میانی (VMH): قسمت پایین و میانی هیپوتالاموس است که فعال‌سازی آن موجب از بین رفتن گرسنگی می‌شود. تخریب این کانون، جریان هضم غذا در سطح معده و روده را تسریع می‌کند. مقدار مصرف غذا را افزایش می‌دهد و احتمالاً به چاقی منجر می‌شود.

در حال حاضر، محققان بر این باورند که عمل متوالی LH و VMH به تنظیم میزان الحرارة وزن در بدن کمک می‌کند و موجب می‌شود تا افراد بتوانند بدن خود را در سطح وزن خاصی که نقطه تعادل وزن نامیده می‌شود نگه دارند.

افراد مبتلا به اختلال‌های تغذیه و بخصوص افراد پرخور، دارای نشانه‌های افسردگی مانند غمگینی، سطح پایین حرمت خود، بدبینی و اشتباهات منطقی هستند. متخصصین روانکاو که بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی را مداوا می‌کنند، عموماً روی این نکته تاکید دارند که این بیماران جوان از لحاظ روان‌شناختی نتوانسته‌اند خود را از مادرشان جدا کنند. اغلب در تعامل بین بیمار و خانواده‌اش، یک همانندسازی فراقکنانه وجود دارد. بسیاری از این بیماران احساس می‌کنند که امیال دهانی آزمندانه و غیرقابل قبول است و به همین دلیل این امیال را با فراقکنی رد می‌کنند.

برخی از بیماران قادر به کنترل مداوم محدودیت دواطلبانه مصرف غذا نبوده و دوره‌های پرخوری دارند. رفتار وسواسی-جبری، افسردگی و اضطراب، سایر علائم روانی بی‌اشتهایی عصبی هستند. بیماران اغلب غیرقابل‌انعطاف و کمال‌گرا هستند و شکایات جسمی، بخصوص ناراحتی اپیگاستر در آن شایع است.

مبتلایان به بیماری بی‌اشتهایی عصبی اغلب افرادی تودار و مخفی هستند، علائم بالینی خود را انکار می‌کنند و در برابر درمان مقاومت می‌ورزند.

تشخیص افتراقی و درمان: عموماً بیمار مبتلا به اختلال افسردگی دچار کاهش اشتهاست. در حالی که بیمار مبتلا به بی-اشتهایی عصبی اظهار می‌کند که اشتها طبیعی دارد و احساس گرسنگی می‌کند. فقط در مراحل شدید و پیشرفته بی-اشتهایی عصبی، بیمار دچار بی‌اشتهایی می‌شود. برخلاف بی‌قراری افسردگی، بی‌اشتهایی عصبی دیده می‌شود برنامه‌ریزی شده و تشریفاتی است. اشتغال ذهنی با دستورات آشپزی و محتوای کالری غذاها و تدارک ضیافت‌هایی با انواع غذاهای عالی به طور مشخص در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی دیده می‌شود. در حالی که در افسردگی وجود ندارد. به علاوه بیماران مبتلا به افسردگی هیچ ترس شدیدی از چاقی یا اختلال بدنی ندارند.

در موارد نادری، بیمار ملاک‌های تشخیص اختلال جسمانی‌سازی و بی‌اشتهایی عصبی را به طور توأم دارد. در چنین مواردی هر دو تشخیص را باید مطرح کرد. عموماً کاهش وزن در اختلال جسمانی‌سازی به اندازه‌ی بی‌اشتهایی عصبی نیست و بیمار ترس بیمارگونه‌ای از چاقی ندارد. قطع قاعدگی بیش از ۳ ماه در اختلال جسمانی‌سازی غیرمعمول است.

بیش‌فعالی که در بی‌اشتهایی عصبی دیده می‌شود، در این بیماران وجود ندارد. (در اسکیزوفرنی‌ها) بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی عادات عجیب و غریب غذا خوردن دارند اما سندرم کامل بی‌اشتهایی عصبی را ندارند.

به نظر می‌رسد احتمال بهبودی در نوع محدودکننده بی‌اشتهایی عصبی کمتر از نوع پرخوری-پاکسازی است.

در تشخیص بی‌اشتهایی عصبی تا دهه ۱۹۶۰، بررسی‌ها تنها نشانه‌های مرضی سه‌گانه (قطع قاعدگی، بی‌اشتهایی و لاغری) را در نظر گرفته‌اند. از دهه ۱۹۷۰ به بعد چگونگی تحول شخصیت را مبنای پیش‌آگهی قرار داده و به کیفیت ارتباطی خانوادگی و همچنین مجموعه سرمایه‌گذاری‌های عاطفی توجه کرده‌اند. بنابراین مساله شخصیت، عنصر اصلی این بیماری را تشکیل می‌دهد.

به نظر می‌رسد که منفی‌گرایی و خودویران‌گری بی‌اشتهایان عصبی را بتوان نوعی دفاع علیه افسردگی تلقی کرد. بنابراین، بی‌اشتهایی این افراد نشان‌دهنده گرایش به مرگ نیست، بلکه بالعکس، شیوه‌ای است برای مهار سرنوشت خویش. سرنوشتی که وابستگی عاطفی و اجبار در پذیرفتن آن بر این افراد تحمیل کرده است.

نکته دیگر در رابطه با بی‌اشتهایی عصبی، حساسیت مفرط این بیماران نسبت به توجه اطرافیان است که در تعارض با استقلال‌طلبی آنها قرار دارد و در نتیجه وجود هر رابطه‌ای را برای آنان تحمل‌ناپذیر می‌سازد و در درمانگری آنها بزرگترین مشکل درمانگر، توجه به معنای عمیق گفته‌های بیماران بدون تحمل‌ناپذیرکردن موقعیت برای آنهاست. پژوهشگرانی که مساله وابستگی را به عنوان عامل اصلی اختلال بی‌اشتهایی روانی قلمداد می‌کنند عقیده دارند که قرارداد افزایش وزن باید به بیماران تحمیل شود.

مینوچین و همکاران وی به منظور درمان اختلال‌هایی که تحت عنوان منظومه روان - تنی (اختلال های تغذیه، بیماری قند، نفس تنگی یا آسم) مشخص شده‌اند، نظریه‌ها و فنونی را در چارچوب درمانگری ساختار خانوادگی ارائه داده‌اند. از دیدگاه این محققان، خانواده‌درمانگری متوجه ساخت، فرایند تعامل‌ها و روابط خانوادگی است.

دارودرمانگری بی‌اشتهایی: داروهای محرک، داروهای ضدافسردگی و ضداضطراب.

منزوی‌سازی یکی از روش‌های درمان بی‌اشتهایی عصبی است. خطر این روش در این است که بستری کردن را در حول محور افزایش وزن متمرکز سازند و ضرورت استقرار همزمان یک رابطه درمانگری را فراموش کنند. گروهی از درمانگران مانند ساندز، برای درک و درمان بیماران مبتلا به اختلال پرخوری از مفهوم تفرق سود جست‌ه‌اند و پرخوری را به **دوپارگی خود** نسبت داده‌اند.

با توجه به نقش عوامل پیچیده روان‌شناختی و طبی در بی‌اشتهایی عصبی، یک طرح درمانی جامع توصیه می‌شود که شامل بستری کردن در بیمارستان در صورت لزوم و درمان خانوادگی و فردی است. هدف اولیه در درمان بی‌اشتهایی عصبی، بازگرداندن وضعیت تغذیه‌ای بیمار به حالت طبیعی است. تحلیل خانوادگی در مورد تمام بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی که با خانواده خود زندگی می‌کنند ضروری است، چون این تحلیل اساس قضاوت بالینی در مورد نوع درمان خانوادگی یا مشاوره‌ی مورد نیاز خواهد بود.

پراشتهای عصبی (جوع عصبی)

تعریف پراشتهای عصبی عبارت است از شکمبارگی، همراه با روش های نامناسب کاهش وزن. برخلاف بیماران دچار بی اشتهای عصبی، این بیماران ممکن است وزن طبیعی داشته باشند. پراشتهای عصبی از بسیاری جهات نمایانگر شکست تلاش هاش بیمار در دستیابی به وضعیت بی اشتهای عصبی است. هدف بیماران در هر دو اختلال، لاغری مفرط است.

دو ویژگی مهم، پرخوری و بی اشتهای عصبی را از هم جدا می کند.

- ۱- بی اشتهايان عصبی، برداشت های بسیار تحریف شده ای از اندازه بدنشان دارند. در مقابل، افراد پرخور عصبی، برداشت دقیقی از بدنشان دارند، با این حال باز هم درباره افزایش وزن نگران هستند.
 - ۲- ویژگی دوم مقدار وزنی است که کم کرده است. وزن افراد مبتلا به بی اشتهای عصبی بسیار پایین تر از معیار قد و هیکل است در حالی که خیلی از پرخورها وزنی متوسط و حتی بالای متوسط دارند.
- متخصصان دریافته اند که خطرناکترین سن برای ابتلا به رفتار پرخوری در دختران حدود ۱۶ سالگی است. در حالی که تخلیه کردن ۲ سال بعد شروع می شود.
- پرخوری ها در این بیماران سبب حالت وحشتزدگی در فرد می شود، چون بیمار احساس می کند که خوردن وی از کنترل خارج شده است. پراشتهای عصبی شایع تر از بی اشتهای عصبی است. اختلال پرخوری در خلال نوجوانی (بین ۱۵ تا ۱۹ سالگی) را اغلب در جریان یا بعد از یک دوره رژیم سخت غذایی در افرادی بروز می کند که تصمیم گرفته اند مساله اضافه وزن متوسط یا خفیف خود را حل کنند.

شباهت های پرخوری و بی اشتهای روانی :

- ۱- معمولاً هر دو پس از یک دوره رژیم سخت غذایی بروز می کنند که از چاق شدن می ترسند و بر این باورند که وزن آنها زیاد است.
- ۲- تمایل به داشتن هیکلی ظریف در آنها وجود دارد.

تفاوت های پرخوری و بی اشتهای روانی :

- ۱- افراد مبتلا به پرخوری با احتمال بسیار بیشتری مرضی بودن خود را می پذیرند و تمایل آنها به جلب رضایت دیگران بیشتر است.
- ۲- مبتلایان به بی اشتهای روانی نسبت به مسائل جنسی یا داشتن جاذبه جنسی بی تفاوتند. در حالی که افراد مبتلا به پرخوری از سویی نسبت به این مسائل حساس اند و از سوی دیگر زندگی اجتماعی خود را رضایت بخش نمی دانند.
- ۳- خصیصه های وسواسی که افراد مبتلا به بی اشتهای روانی محدودکننده را قادر می سازند تا مقدار کالری مصرف شده خود را به گونه ای انعطاف پذیر تنظیم کنند در مبتلایان به اختلال پرخوری بسیار کمتر است. در عوض، مبتلایان به پرخوری در تاریخچه زندگی آنها نوسان های خلقی متعدد دیده می شود. به آسانی ناراحت و بی حوصله می شوند. بیش از متوسط افراد جامعه گرایش به مصرف الکل و مواد مخدر دارند و بیش از یک سوم آنها دارای ویژگی های اختلال شخصیت هستند.
- ۴- فقط در ۵۰ درصد زنان مبتلا به پرخوری، قطع یا بی نظمی عادت ماهانه دیده می شود، در حالی که این اختلال در ۱۰۰ درصد مبتلایان به بی اشتهای روانی دیده می شود.
- ۵- پرخورها به دلیل استفراغ دچار مشکلات دهان و دندان و کمبود پتاسیم و عارضه های قلبی می شوند.

بحران پرخوری معمولاً با احساس تنش شدید شروع می‌شود. اگرچه پرخوری به علت کاهش این تنش شدید است و می‌تواند به خودی خود لذت‌بخش باشد. اما اغلب احساس ناراحتی عمیق، نازنده‌سازی خود، نفرت، شرمساری، گنهکاری و ترس از چاق شدن و برملا شدن رفتار را در پی دارد.

معمولاً بیماران مبتلا به پرخوری نسبت به وزن خود توجه خاصی دارند. به همین دلیل پس از بحران پرخوری کوشش می‌کنند تا به جبران و یا حذف آثار آن پردازند. بی‌اختیاری‌های غذایی همواره توأم با احساس گرسنگی نیستند، بلکه بیشتر با یک احساس مبهم ناراحتی، خلا و حتی اضطراب واقعی و افسردگی همراهند. بروز این میل یا کشاننده مهار نشده یا بالعکس، بیش از حد مهار شده، غالباً نشان‌دهنده ازهم‌گسستگی کشاننده‌های لیبدویی و پرخاشگرانه است.

به مانند بی‌اشتهایی عصبی، پراشتهایی عصبی نیز در زنان بسیار شایع‌تر از مردان است ولی سن شروع آن در دوره‌ی نوجوانی دیرتر از سن شروع بی‌اشتهایی عصبی است. هر چند پراشتهایی عصبی اغلب در زنان جوانی که وزن طبیعی دارند دیده می‌شود، ولی گاهی مبتلایان سابقه‌ی چاقی نیز دارند.

شواهد روزافزونی حاکی است که افراد مبتلا به اختلال‌های خوردن به ناهنجاری‌هایی در سیستم‌های انتقال دهنده عصبی نوراپی‌نفرین و سروتونین دچار هستند. به نظر می‌رسد که سروتونین به خصوص در تنظیم احساس‌های گرسنگی یا سیری نقش دارد. ظاهراً کمبود سروتونین با احساس‌های گرسنگی (که به پرخوری منجر می‌شود) و مقدار اضافی آن با احساس‌های سیری (که به بی‌اشتهایی می‌انجامد) ارتباط دارد.

کمبود نوراپی‌نفرین و سروتونین، زیر بنای اختلال‌های خلقی و وسواسی فرض شده است. علاوه بر این، این اختلال‌ها در افرادی که به پرخوری و بی‌اشتهایی عصبی هم مبتلا هستند بیشتر یافت می‌شود.

دیدگاه سنتی نظریه‌پردازان سیستم‌های خانواده این است که برخی از دخترها برای تایید کردن بر استقلال خود از خانواده-اش از حد دخالت‌کننده، به بی‌اشتهایی عصبی مبتلا می‌شوند.

رابطه سن نارضایتی از تصویر بدن و اضطراب اجتماعی، احتمالاً اساس اختلال‌های خوردن را تشکیل می‌دهند. به نظر می‌رسد که اختلال‌های خوردن به احتمال زیاد از تعارض میان فردی و درون فردی سرچشمه می‌گیرد. عوامل موثر میان فردی، مخصوصاً در سیستم خانواده و شبکه همسالان، نگرانی شدید درباره تصویر بدن و جذابیت را تحریک می‌کنند. در درمان اختلال‌های خوردن، مؤثرترین فنون روان‌شناختی آنهایی هستند که بر تفکر و ادراک تحریف‌شده تاکید دارند (رویکرد شناختی رفتاری).

در خانواده‌های این بیماران به طور کلی صمیمیت کمتر از خانواده افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی است و تعارضات آنها بیشتر است. این بیماران والدینشان را افرادی بی‌توجه و طردکننده توصیف می‌کنند.

بیماران مبتلا به پراشتهایی عصبی، معاشرتی‌تر، خشمگین‌تر و تکانشی‌تر از مبتلایان به بی‌اشتهایی عصبی هستند.

غذا خوردن کنترل نشده در این اختلال، بیش از بی‌اشتهایی عصبی خود-ناهمخوان (ego-dystonic) احساس می‌شود و به همین دلیل بیماران مبتلا به پراشتهایی عصبی آسانتر به جستجوی کمک می‌پردازند. و کنترل فرامن و قدرت ایگوی مبتلایان بی‌اشتهایی عصبی را ندارند.

برخی بالینگران متوجه شده‌اند که این بیماران از بدن خود به عنوان ابژه‌انفعالی استفاده می‌کنند. وزن در این بیماران به اندازه بی‌اشتهایی عصبی پایین نیست.

استفراغ، درد شکمی و احساس نفخ را بر طرف می‌کند و به بیمار امکان می‌دهد بدون ترس از چاق شدن، به پرخوری ادامه دهند. افسردگی غالباً پس از این دوره‌ها فرا می‌رسد و به «دلنگی پس از پرخوری» معروف است.

این بیماران در مورد اینکه در نظر دیگران چگونه جلوه می‌کنند و نیز جذابیت جنسی، تصویر بدن و ظاهر خود نگران هستند. و در مقایسه با مبتلایان به بی‌اشتهایی عصبی که علاقه‌ای به روابط جنسی ندارند، این بیماران از لحاظ جنسی فعالند.

اختلال جوع عصبی دو زیر گروه دارد : ۱. نوع پاکسازی- این بیماران خود را به طور منظم وادار به استفراغ کرده و یا از مواد مسهل و مدر استفاده می‌کنند ۲. نوع غیر پاکسازی (binge eaters)- این بیماران رژیم های سفت و سخت گرفته، روزه داری کرده و یا شدیداً ورزش می‌کنند اما به طور منظم به پاکسازی نمی‌پردازند.

در این بیماران، میزان اختلالات خلق و اختلالات کنترل تکانه بالاست. بیماران مبتلا به پراشتهایی عصبی بدون پاکسازی منحصرأ در خلال دوره‌های بی‌اشتهایی عصبی بدون پاکسازی معمولاً چاق هستند.

تشخیص افتراقی و درمان : اگر پرخوری در رفتارهای پاکسازی منحصرأ در خلال دوره‌های بی‌اشتهایی عصبی روی دهد نباید تشخیص بر پراشتهایی عصبی گذاشته شود. در چنین مواردی تشخیص متناسب، بی‌اشتهایی عصبی از نوع پرخوری- پاکسازی است.

ویژگی‌های بیمارگون سندرم کلور- بوسی عبارتند از: شناسایی دیداری، لیسیدن یا گاز گرفتن وسواس‌گون، بررسی اشیاء با دهان، ناتوانی برای نادیده گرفتن هرگونه محرک، شل و ول بودن، تغییر رفتار جنسی (پرکاری جنسی) و تغییر عادات غذایی بخصوص پرخوری.

سندرم کلاین‌لوین مرکب است از: پرخوابی دوره‌ای که ۲ تا ۳ هفته طول می‌کشد و پرخوری مثل پراشتهایی عصبی. این اختلال نیز در دوره‌ی نوجوانی شروع می‌شود ولی کلاین- لوین در مردان شایع‌تر از زنان است.

در برخی از پراشتهایان رفتارهای تکانشی وجود دارد. بیماران مزبور اغلب واجد ملاک‌های اختلال شخصیت مرزی و سایر اختلالات مختلط شخصیت هستند و موارد ابتلا به اختلال دو قطبی II در آنها چندان ناشایع نیست.

مشخصه‌ی پراشتهایی عصبی این است که در مقایسه با بی‌اشتهایی عصبی، میزان بهبودی نسبی یا کامل آن بالاست. به طور کلی، بیماران به اندازه‌ی مبتلایان به بی‌اشتهایی عصبی پنهان‌کار و تودار نیستند به همین دلیل درمان سرپایی اغلب چندان دشوار نیست. درمان شناختی- رفتاری مهمترین و اولین روش انتخابی برای درمان پراشتهایی عصبی محسوب می‌شود.

درمان روان‌پویشی بیماران مبتلا به پراشتهایی عصبی به سمت عینی‌سازی مکانیسم‌های دفاعی درون‌فکن و فرافکن پیش رفته است. به طور کلی اکثر داروهای ضد افسردگی با دوزهایی که معمولاً در درمان افسردگی به کار می‌رود، در درمان پراشتهایی نیز موثر بوده‌اند. اختلال پرخوری (یعنی دوره‌های عودکننده پرخوری بدون رفتارهای نامتناسب جبرانی که وجه مشخصه پراشتهایی عصبی است) جزء اختلالات خوردن نامعین است. چنین بیمارانی در فکر شکل و وزن بدن خود نیستند.

چاقی

گیرنده‌های کانابینوئید با اشتها ارتباط دارند و حشیش این گیرنده‌ها را تحریک می‌کند.

وقتی چاقی در اوایل زندگی شروع شود، وجه مشخصه آن این است که بافت چربی دارای سلول‌های چربی بیشتر و با اندازه- ی بزرگتر است. از طرف دیگر اگر چاقی در بزرگسالی شروع شود صرفاً ناشی از افزایش اندازه سلول‌های چربی است. تخریب هیپوتالاموس شکمی- میانی (وترومدیا) می‌تواند در حیوانات چاقی ایجاد کند. ولی این پدیده احتمالاً یک علت بسیار نادر چاقی در آنهاست.

در بیماری کوشینگ، توزیع مشخصی از چربی و صورت ماه مانند وجود دارد. میکزدم (کم کاری تیروئید) گاهی همراه با چاقی است ولی همیشه چنین نیست. اختلالات نوروآندوکراین دیگر، شامل دیستروپی چربی ناحیه ی ژنیتال است که با چاقی و ناهنجاری های جنسی و استخوانی مشخص می شود.

بیمارانی که به دلیل افسردگی اساسی، اختلالات روانپزشانه و اختلال دوقطبی تحت درمان قرار می گیرند، معمولاً ۳ تا ۱۰ کیلو اضافه وزن دارند و در صورت مصرف مزمن داروها از این هم بیشتر است. این حالت می تواند سبب بروز سندرمی شود که اصطلاحاً سندرم متابولیک نامیده می شود.

تشخیص افتراقی: در سندرم خوردن شبانه، فرد پس از صرف شام بطور مفرط غذا می خورد. به نظر می رسد شرایط پراسترس زندگی این سندرم را آشکار می سازد و پس از آن سندرم مزبور هر روز روی می دهد تا اینکه استرس مربوطه تخفیف یابد.

سندرم پیک ویکي به حالتی گفته می شود که شخص صد در صد اضافه وزن دارد و همراه با آسیب های تنفسی و قلبی-عروقی است. آگونیست های گیرنده دوپامین یا مقلدهای سمپاتیک، جزء رایج ترین داروهای سرکوب کننده اشتها هستند. تغییر رفتار در افراد چاق موفق ترین روش درمانی است و روشی انتخابی محسوب می شود.

تغییرات DSM-5

این طبقه تشخیصی در DSM-5 با عنوان اختلالات خورد و خوراک آمده اند و شامل تشخیص هایی هستند که در DSM-IV تحت عنوان اختلالات خوردن قرار گرفته اند. هرزه خواری، اختلال نشخوار، بی اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی از مهم ترین اختلالات این طبقه هستند. مهم ترین تغییر صورت گرفته در این طبقه اضافه شدن اختلال پرخوری به عنوان یک تشخیص قابل کدگذاری است؛ علاوه بر این تغییر نام این طبقه به منظور منعکس کردن شمول اختلالات تغذیه ای (مانند هرزه خواری و اختلال نشخوار) در این طبقه انجام گرفته است که در DSM-IV تحت عنوان اختلالاتی که برای نخستین بار معمولاً در شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می شوند، مطرح شده اند.

نکته:

✓ آمنوره (فقدان قاعدگی) یکی از معیار های تشخیصی اختلال بی اشتهایی عصبی بود که این معیار در DSM-5 حذف شده است.

✓ برای تشخیص اختلال پرخوری (bing eating) شخص حداقل باید یک بار در هفته و به مدت ۳ ماه این رفتار ادامه داشته باشد.

✓ خانواده های افراد مبتلا به اختلالات خورد و خوراک (یا به قول مینوچین، خانواده های سایکوسوماتیک) حداقل یکی از این ۴ ویژگی را دارند: درهم تنیدگی، افراط در مراقبت، انعطاف ناپذیری و عدم حل اختلاف.

خواب طبیعی و اختلالات خواب

براساس یک تعریف عام می‌توان خواب را معرف زیست‌شناختی‌ترین و روان‌شناختی‌ترین حالت کنشی طبیعت انسانی تلقی کرد: خواب‌دیده‌ها (رویاها)^۱ جنبه روانی را تشکیل می‌دهند. اهمیت خواب از زاویه زیست‌شناختی: شرط لازم تعادل و توازن حیاتی. خوابیدن یکی از شاخص‌ترین رفتارهای انسان است که هر فرد تقریباً یک سوم عمرش را صرف آن می‌کند. بیش از یک دوم افرادی که از مشکلات خواب رنج می‌برند، درصدد درمان بر نمی‌آیند. کمبود خواب می‌تواند موجب اشکال در تمرکز، ضعف حافظه، مشکلاتی در آزمون‌های نوروسایکولوژیک و کاهش میل جنسی شود. بی‌خوابی شایع‌ترین نوع اختلالات خواب را تشکیل می‌دهد.

خواب از دو مرحله رم (REM)^۲ و نان رم (NREM) تشکیل می‌شود. که هر مرحله دارای ویژگی‌هایی می‌باشد. مرحله رم را مرحله حرکات سریع چشم و مرحله خواب متناقض^۳ یا خواب نامتعارف نیز می‌نامند که رویا در این مرحله اتفاق می‌افتد. مرحله خواب رم دارای ۴ مرحله است که هرچه خواب از مرحله ۱ به مرحله ۴ پیش برود، عمق خواب بیشتر می‌شود. رویا در مرحله ۳ و ۴ خواب نان رم هم اتفاق می‌افتد. این مراحل عبارتند از:

۱- مرحله I مرحله‌ای مختلط است که وهله‌های خواب‌آلودگی، سستی و به خواب رفتن را در بر می‌گیرد و فرکانس‌های آن ۲/۵ تا ۷/۵ چرخه در ثانیه است. در این مرحله امواج تتا غلبه دارند.

۲- مرحله II شامل یک خواب‌کند و سبک است که در خلال آن امواج دوکی شکل با آهنگ ۱۲ تا ۱۴ چرخه در ثانیه ثبت می‌شوند و مرحله دوم را به رغم آنکه با مرحله اول در یک گروه قرار دارند متمایز می‌کند. این مرحله، طولانی‌ترین مرحله خواب است.

۳- مرحله III را به علت اهمیت امواج دلتا می‌توان به عنوان مرحله گذار از بین مراحل II و IV در نظر گرفت.

^۱ dream

^۲ Rapid eye movement

^۳ paradoxical

۴- مرحله IV مرحله واقعی خواب است که براساس غلبه تقریباً کامل امواج دلتا که ترجمان خواب عمیق هستند مشخص می‌شود و به همین دلیل می‌توان مراحل III و IV را به صورت یک مجموعه یا یک مرحله کلی در نظر گرفت.

مراحل I و II با وهله به خواب رفتن و خواب سبک مطابقت می‌کند و مرحله III و IV مبین خواب عمیق است.

به طور میانگین ۱۵ تا ۲۰ دقیقه طول می‌کشد تا یک شخص به خواب رود. این را دوره نهفتگی خواب^۱ می‌نامند. طی ۴۵ دقیقه بعد، فرد از مراحل ۱ و ۲ به مراحل ۳ و ۴ خواب وارد می‌شود. این ها عمیق ترین مراحل خواب هستند. حدود ۴۵ دقیقه پس از مرحله ۴، اولین مرحله سریع حرکات چشم (REM) شروع می‌شود. بنابراین نهفتگی رم به طور متوسط ۹۰ دقیقه است. در طول شب این مراحل بصورت چرخه ای تکرار می‌شود. هرچه از شب می‌گذرد، خواب فرد سبک تر شده و رویا می‌بیند. نسبت تقریبی مراحل خواب در بزرگسالان بصورت REM ۲۵٪ و خواب NREM ۷۵٪ است. که از این میان ۵٪ مرحله ۱، ۴۵٪ مرحله ۲ (طولانی ترین مرحله خواب)، ۱۲٪ مرحله ۳، و ۱۳٪ مرحله ۴ هستند.

در EEG حرکات توام سریع چشم دیده می‌شود و EMG (الکترومیوگرام) نشان‌دهنده‌ی کاهش چشمگیر قوام عضلانی است.

در خواب REM پتانسیل استراحت عضله در عضلات بدن کمتر از زمان بیداری است. در خواب N-REM حرکات غیرارادی و دوره‌ای در بدن مشاهده می‌شود. گروهی از متخصصان حرکات‌های نوسانی چشم‌ها را (که مرحله خواب آرام و عمیق مشاهده می‌شوند) از حرکات‌های سریع آنها متمایز کردند و این حرکات‌های اخیر را که با حرکات‌های نامنظم چهره و گاهی سخن گفتن همراه بودند **فعالیت وهله‌ای** نامیدند. خواب متناقض معمولاً ۹۰ دقیقه پس از خواب آرام عمیق ظاهر می‌شود اما در کودکان بعد از ۳۰ تا ۴۰ دقیقه ظاهر می‌شود. طولانی‌ترین وهله خواب آرام عمیق قبل از نخستین گذار به خواب متناقض بروز می‌کند. کمیت خواب آرام عمیق در خلال یک شب، به موازات طول مدت بیداری قبل از آغاز خواب افزایش می‌یابد. در حالی که خواب متناقض به مدت زمان بیداری وابسته است.

از شانزدهمین هفته زندگی، دوره شبانه خواب آشکارا از دوره روزانه آن متمایز است. در جریان سال دوم زندگی بیشتر کودکان از خوابیدن اکراه دارند تا حدی که می‌توان از بحران مقاومت علیه خواب سخن به میان آورد. بسیاری از آنها در خلال شب بیدار می‌شوند و این بیداری با نخستین رویاهای تصویری و نخستین تظاهرات اضطراب‌آمیز در مقابل تنهایی در تاریکی شب همراه است. خواب روزانه در حدود ۴ سالگی حذف می‌شود. در نخستین هفته‌های زندگی آهنگ بیداری- خواب از توالی چرخه‌های ۴۵ دقیقه‌ای تشکیل شده است و به همین دلیل بیداری‌های شبانه تا دومین ماه زندگی کاملاً بهنجارند. خواب متناقض در بدو تولد تقریباً ۵۰ تا ۶۰ درصد را به خود اختصاص می‌دهد و به تدریج کاهش می‌یابد. در حدود ۹ تا ۱۲ ماهگی، کودک نخستین مخالفت‌های جدی با خواب و تمایل به حفظ تماس با محیط را آشکار می‌کند. کودک می‌ترسد که موضوع- های مورد علاقه‌اش را در بیداری باز نیابد. برای مقابله با این انزوای لیپیدویی دردناک «من» از مکانیزم واپس‌روی سود می‌جوید.

به طور متوسط در خلال ۸ ساعت خواب شبانه پنج چرخه وجود دارد. طول مدت هر چرخه براساس فواصل بین آغاز دو خواب متناقض مشخص می‌شود. خواب صبحگاهی بیشترین زمان خواب‌دیده‌ها (رویا) را در بر می‌گیرد. عامل یا عواملی که توالی مراحل مختلف و بخصوص مرحله پنجم خواب را ممکن می‌سازد الزاماً زیست‌شیمیایی هستند و از مواد نظم دهنده تشکیل شده‌اند. تعداد دوره‌های خواب آرام در خلال تحول تغییر زیادی نمی‌کند و این سخن بدان معناست که اضافه خواب نوزاد به خصوص به صورت خواب متناقض است. به نظر نمی‌رسد که تصاویر خواب نوزاد مانند محتوای خواب‌دیده‌های بزرگسالان صریح و سازمان‌یافته باشند. بدین دلیل که ظرفیت‌های دیداری و تجربه‌های نوزاد بسیار محدودند. برخی از

^۱ Sleep latency

متخصصان معتقدند که مغز باید به طور منظم از راه محرک‌های درونی فعال شود. بنابراین خواب متناقض معرف نوعی فعال- سازی ارتجالی است که به هنگام فقدان محرک‌های برونی متجلی می‌شود و چون نوزاد اغلب در خواب است و توانایی پاسخگویی به محرک‌های جهان برونی را ندارد، در نتیجه دوره‌های خواب متناقض لازم برای تعادل روانی وی متعددت‌ترند.

وقتی فرد نیم تا ۱ ساعت پس از بخواب رفتن- معمولاً در خواب موج آهسته- بیدار شود، دچار اختلال موقعیت‌سنجی بوده و تفکرش آشفته است. در انسان نبض، تنفس و فشارخون در حین خواب REM خیلی بالاتر از خواب غیر رم و اغلب بالاتر از حالات بیداری است. حتی جالب‌تر اینکه این ملاک‌ها دقیقه به دقیقه متغیر است.

تغییر فیزیولوژیک دیگری که حین خواب رم روی می‌دهد، فلج تقریباً کلی عضلات اسکلتی است. بخاطر این مهار حرکتی، در خلال خواب رم، حرکات بدنی وجود ندارد. احتمالاً متمایزترین خصوصیت خواب، رم رویا بینی است. رویاهای خواب REM نوعاً انتزاعی و فرا واقعی‌اند. رویا در خواب غیر رم هم روی می‌دهد اما نوعاً صریح و هدفدار است.

اولین دوره REM معمولاً کوتاه‌ترین دوره آن است و کمتر از ۱۰ دقیقه طول می‌کشد. اکثر دوره‌های REM در ثلث آخر خواب روی می‌دهند در حالی که بیشتر مرحله‌ی ۴ خواب در ثلث اول شب پدید می‌آید. در دوره‌ی نوزادی، خواب REM بیش از ۵۰ درصد کل زمان خواب را به خود اختصاص می‌دهد.

یک مرکز ساده‌ی کنترل خواب وجود ندارد بلکه چند سامانه یا مرکز به هم پیوسته وجود دارد که عمدتاً در ساقه‌ی مغز واقع شده‌اند و متعاقباً موجب تحریک یا مهار هم دیگر می‌شوند. بسیاری از مطالعات نیز نقش سروتونین را در تنظیم خواب تایید می‌کنند. کمبود ال- تریپتوفان با کوتاه شدن زمان خواب REM ارتباط دارد. استیل‌کولین مغز نیز در خواب (بخصوص خواب REM) دخالت دارد. نورون‌های تشکیلات شبکه‌ای پل دماغی (نورون‌های راه‌انداز REM) منجر به تبدیل حالت بیداری به خواب REM شده است.

افسردگی ممکن است با حساسیت بیش از حد زمینه‌ای نسبت به استیل‌کولین ارتباط داشته باشد. داروهایی نظیر ضدافسردگی‌ها که خواب REM را کاهش می‌دهند اثرات مفیدی در افسردگی دارند.

هسته‌ی فوق کیاسمایی هیپوتالاموس ممکن است محل تشریحی پیشاهنگ ۲۴ ساعته باشد که ترشح ملاتونین و چرخه‌ی ۲۴ ساعته خواب- بیداری مغز را تنظیم می‌کند. شواهد نشان می‌دهد که دوپامین تاثیر هشیارکننده دارد. داروهایی که دوپامین مغز را افزایش می‌دهند، سبب ایجاد هشیاری و بیداری می‌شوند. از آن جا که خواب NREM متعاقب فعالیت و گرسنگی افزایش می‌یابد، این مرحله ممکن است با ارضاء نیازهای متابولیکی ارتباط داشته باشد.

افراد پر خواب کسانی هستند که برای کارکرد با کفایت به بیش از ۹ ساعت خواب شبانه نیاز دارند. آدم‌های کم خواب معمولاً افرادی با کفایت، جاه طلب و از نظر اجتماعی راحت هستند. افراد پر خواب معمولاً کمی افسرده و مضطرب بوده و از لحاظ اجتماعی کناره گیر هستند. بدون علایم بیرونی، ساعت طبیعی بدن یک دوره ۲۵ ساعته را دنبال می‌کند. در کسی که از خواب طبیعی شبانه برخوردار است، چرت زدن در صبح یا ظهر حاوی مقدار زیادی خواب REM است. در حالی که چرت زدن عصرانه یا در اوایل غروب خواب REM بسیار کمتری دارد.

نظریه‌ها :

فروید با در نظر گرفتن رویا به منزله «جانشین محتوی احساسی و عقلی همخوانی افکار» راه را برای دستیابی به رمز ناهشیاری گشود.

فروید سه نوع متمایز رویا را پیشنهاد کرد :

- ۱- رویاهای نوع اول، قابل درک و آشکارند و مانند خبرها و پیام‌هایی هستند که فرد می‌خواهد معنای آنها را بداند.
 - ۲- رویاهای نوع دوم معمولاً شگفتی برانگیزند، معنای روانشناختی آنها برای خواب بین روشن نیست و درک این معنا نیازمند بررسی، تفکر و تحلیل است. رویاهای صادق در این چارچوب قرار می‌گیرند.
 - ۳- رویاهای نوع سوم مبهم و تا حدی نامنسجم‌اند، مواد یا مصالح اصلی روان‌تحلیل‌گری را تشکیل می‌دهند و متخصصان عصب فیزیولوژیکی آنها را به منزله انعکاس مکانیزم‌ها و مراحل خواب متناقض در نظر می‌گیرند.
- با هر نوع رویایی سرو کار داشته باشیم، دریافت‌ها، احساس‌ها و دلمشغولی‌های ساعت‌ها یا روزهای قبل از وقوع رویا در شکل‌گیری آن مشارکت دارند. تمامی یا بخشی از این منابع در خواب متجلی می‌شوند و محتوای آشکار رویا را تشکیل می‌دهند. تحلیل‌گر با متمایز کردن و طبقه‌بندی کردن آنها به چیزی دست می‌یابد که از زمان فروید تحت عنوان محتوای پنهان خواب‌دیده‌ها مشخص شده‌اند. بنابراین رویاهای مبهم و نامفهوم به منزله تحقق مبدل امیال سرکوب شده‌اند و باید تحلیل شوند.
- رویا مصالحه بین تحقق یک میل تخیلی ناهشیار و سانسور است. سانسوری که در خلال خواب از شدت آن کاسته می‌شود و برون‌ریزی فعل‌پذیرانه امیال ناهشیار را ممکن می‌سازد. فروید رویا را پاسدار خواب تلقی می‌کند چون رویا با مهار انرژی‌گریزی که گستره روانی را تهدید می‌کند، تداوم خواب را ممکن می‌سازد.

یونگ:

یونگ رویا را به منزله شیوه خاص برون‌ریزی ناهشیار در سطح هشیاری می‌داند. در اینجا، برخلاف دیدگاه فروید با رازهای پنهانی که به صورت مبهم یا مبدل بیان می‌شوند سروکار نداریم بلکه با صحنه‌های نمایشی مواجه هستیم که به گونه‌ای منطقی و تا رسیدن به نتیجه نهایی در پی یکدیگر می‌آیند. از نظر یونگ رویا به عنوان بخشی از فعالیت غیرارادی روانی در نظر گرفته می‌شود که سطح هشیاری نسبت به آن در حدی است که می‌تواند در بیداری شرح داده شود. او تمایل خواب-دیده‌ها را گونه‌ای بررسی هشیاری می‌داند که مساله روابط بین من خواب‌دیده و من هشیار را مطرح می‌کند. در نظام یونگ، خواب‌بین کسی است که منابع روانی وی به پایان رسیده و اکنون نیازمند داده‌های مکمل جدید است. اما چون عنصر اصلی خواب‌دیده‌ها مجموعه منظمی است که در ناهشیاری عمل می‌کند می‌تواند در تعارض با غریزه‌های فرد قرار گیرد. برای اجتناب از این تعارض است که «من خواب‌دیده» وارد عمل می‌شود و نقش واسطه بین «من هشیار» و «من ناهشیار» را ایفا می‌کند. با این حال یونگ تمامی خواب‌دیده‌ها را ناشی از تعارض نمی‌داند و بر این باور است که بسیاری از آنها کلید غلبه بر مشکلات و تضادها را به دست می‌دهند.

یونگ رویای یک شب را مستقل از رویاهای دیگر نمی‌داند و معتقد است که همین پیوستگی معنادار چرخه‌های خواب‌دیده-هاست که کنش پرورشی آن را تضمین می‌کند و نقش خواب‌دیده‌ها را در خلق آثار هنری، زیبایی‌شناختی، ادبی و علمی تبیین می‌نماید. کنش پرورشی نکته‌ای است که افزون بر مبنای جنسیت، دیدگاه یونگ را از فروید متمایز می‌سازد. چون نشان‌دهنده این است که خواب‌دیده‌ها تنها انعکاس تعارض‌های دوره کودکی نیستند، بلکه باری کنونی دارند و مسیرهای آینده زندگی روانی را نیز اعلام می‌کنند.

پیاژه:

بررسی‌های پیاژه در زمینه رمزگرایی نشان می‌دهند که خواب دارای انواع گوناگونی است و می‌توان بر حسب سن رمزگرایی آن را با رمزگرایی بازی مطابقت داد:

- ۱- رویا هایی که امیال کودک را تحقق می‌بخشند و در آنها نتیجه‌ای محقق می‌گردد که فرد هشیارانه خواستار آن است (رمزگرایی نخستین) بدون آنکه رمزگرایی ثانوی در آنها دیده شود. برای مثال، وقتی که کودک خواب می‌بیند که مشغول خوردن تخم‌مرغ است و این خواب به دنبال ۲ ماه محرومیت از خوردن تخم مرغ به وقوع پیوسته است با رمزگرایی نخستین سروکار داریم (رمزهایی وجود دارند که فرد خود نیز معنای آنها را درک نمی‌کند. برای مثال، وقتی که کودک به دلیل تولد برادر کوچکترش احساس حسادت می‌کند و در حالی که مشغول بازی با دو عروسک کوچک و بزرگ است عروسک کوچک را به مسافرت و عروسک بزرگ را در خانه نگه می‌دارد، از رمزگردانی ثانوی یا ناهشیار سخن گفته‌ایم (البته در صورتی که کودک متوجه نباشد عروسک کوچک خود وی و عروسک بزرگتر برادر وی است).
 - ۲- رویا هایی که هشیارانه پاره‌ای از اشیا را توسط اشیایی دیگر مجسم می‌سازند. برای مثال، مادر بزرگ و مادر، به گربه مادر و بچه گربه تبدیل می‌شوند.
 - ۳- رویا هایی که ترجمان ساده رمزی یک محرک عضوی کنونی‌اند. برای مثال، و قتی کودک به دلیل سنگینی معده خواب می‌بیند که مشغول خوردن قلوه سنگ است.
 - ۴- رویا هایی که یک رویداد دردناک را توصیف می‌کنند ولی راه حل مساعدی را برای آن در نظر می‌گیرند به همان صورتی که در بازداری رمزی می‌توان شاهد آن بود.
 - ۵- رویا هایی که به صورت کابوس متجلی می‌شوند. می‌دانیم که در نظریه روان تحلیل‌گری کابوس آرزوی مبدلی است که هر اندازه پنهان‌تر باشد، وحشتناک‌تر است.
 - ۶- رویا هایی که نشان‌دهنده تنبیه یا خود کیفردهی هستند.
- خواب‌دیده‌ها با رمزگزاری بازی‌ها مشابهت دارد اما دارای تفاوت‌هایی نیز هست :

- ۱- خواب‌بین رویاهای خویش را باور دارد، در حالی که باور به بازی خیالی کاملاً نسبی است.
 - ۲- صحنه‌های بازی‌های خیالی، در حد وسیعی به صورت ارادی و کم و بیش هشیارانه مهار می‌شوند ولی در خواب این تنظیم مشکل‌تر است.
 - ۳- در بازی از انواع و اقسام جانشین‌های مادی شیء به منزله رمز استفاده می‌شود که بدین ترتیب تجسم شیء را آسان می‌گرداند.
- در DSM-IV، طبقه‌بندی اختلال‌های خواب با طبقه‌بندی بین‌المللی اختلال‌های خواب مطابقت دارد و به جای طبقه‌بندی اختلال‌های خواب براساس نشانه‌شناسی، (مانند DSM-III-R) بر مبنای علت شناسی مفروض است.

اختلالات خواب

در ویرایش آخر DSM اختلالات خواب به دو دسته‌ی کژخوابی‌ها و بدخوابی‌ها تقسیم شده است. کژخوابی‌ها اختلالات کمیت یا زمان‌بندی خواب هستند و شامل بیخوابی و پرخوابی هستند.

بیخوابی : بیخوابی شایع‌ترین نوع شکایت خواب بوده و ممکن است مداوم یا گذرا باشد. بی‌خوابی مداوم گروه نسبتاً شایع-تری از اختلالات را تشکیل می‌دهد که در آنها مشکل عمده، به خواب رفتن و دوام خواب است.

پرخوابی : شکایت از پرخوابی خیلی کمتر از بیخوابی شیوع دارد.

بدخوابی معمولاً در مراحل ۳ و ۴ خواب روی می‌دهد و فرد آن را به خوبی به یاد نمی‌آورد. در پر خوابی‌ها بر عکس بیخوابی‌ها، فرد برای گریز از مشکلات روزمره زندگی به خواب پناه می‌برد. ساعت‌های متمادی روز و شب را در حالت خواب‌آلودگی یا خواب عمیق که نشانه بازگشت به خوددوستداری است می‌گذارند.

اختلالات اولیه خواب: اختلالاتی هستند که ناشی از اختلال روانی دیگر، اختلال جسمانی یا مصرف مواد نیستند، بلکه بر اثر مکانیسم غیرطبیعی خواب و بیداری و اغلب در نتیجه‌ی شرطی شدن به وجود می‌آیند.

کژ خوابی‌ها

بی خوابی اولیه: این تشخیص زمانی گذاشته می‌شود که شکایت عمده‌اشکال در شروع و دوام خواب یا عدم احساس راحتی پس از خواب حداقل به مدت یک ماه باشد. اصطلاح اولیه حاکی از آن است که بی خوابی ارتباطی با اختلالات دیگر ندارد. مشخصه بی خوابی اولیه اغلب عبارت است از دشواری در به خواب رفتن و بیدار شدن‌های مکرر.

تظاهرات بالینی بی خوابی‌های دوره کودکی :

۱- تضادورزی به هنگام خواب : اغلب کودکان تضادورزی دارای اختلال‌های خواب هستند. کودک هنگام خواب علیه آن مبارزه می‌کند، نا آرام می‌شود، بدون آنکه هیچ نوع اضطرابی داشته باشد از رفتن به رخت خواب امتناع می‌کند. این تضادورزی که معمولاً در رفتارهای روزانه نیز قابل مشاهده است، ترجمان تعارض‌های درون‌روانی کودک خردسال و همچنین احساس نایمنی است که ریشه در دوسوگرایی مادرانه دارد.

۲- اضطراب و هراس به هنگام خواب و آیین‌های خوابیدن: بیشتر اختلال‌های خواب نشانگر اضطراب کودکند.

۳- بی خوابی‌های ناشی از فزون‌کنشی حرکتی : این قبیل بی خوابی‌ها که معمولاً با تاخیر در گفتار روانی- حرکتی همراهند، ناتوانی کودک را در دستیابی به آرامش حرکتی که لازمه به خواب رفتن است نشان می‌دهند.

۴- بی خوابی‌های ناشی از تحریک‌پذیری روانی : اغلب کودکانی که از لحاظ کلامی پیشرفته‌اند، به سختی به خواب می‌روند. کودک از لحاظ کلامی فعال است تا توجه دیگران را جلب کند. هوزل «بی خوابی‌های شادمانه» را از یک سو در کودکان خردسال که در یک جو خانوادگی افسرده‌وار قرار دارند و از سوی دیگر در کودکان روان‌گسسته توصیف کرده است.

بخش عمده اختلال‌های خواب دوره کودکی از درهم‌تنیدگی عوامل روان‌شناختی یا تعارض‌های عاطفی و رویدادهای مبتنی بر رشد حرکتی و تحول زبان ناشی می‌شود. در حال حاضر، پدیدآیی و استمرار بی خوابی‌های نخستین را ناشی از افزایش سطح تحریک‌پذیری فیزیولوژیکی یا شناختی می‌دانند.

بررسی تاریخیچه زندگی افراد مبتلا به بی خوابی نخستین ممکن است وجود اختلال‌های خلقی یا اضطرابی را برجسته سازد و بالعکس اختلال مزمن خواب که مشخص‌کننده بی خوابی نخستین است می‌تواند به منزله عامل زمینه‌ساز اختلال‌های خلقی یا اختلال‌های اضطرابی در نظر گرفته شود. ملاتونین یک هورمون درون‌زاد است که به وسیله‌ی غده‌ی پینه‌آل (صنوبری) ساخته می‌شود و با تنظیم خواب ارتباط دارد.

یک یافته‌ی شایع این است که سبک زندگی بیمار به آشفتگی خواب می‌انجامد. بهاین حالت معمولاً بهداشت ناکافی خواب گفته می‌شود. بی خوابی روانی- فیزیولوژیک: معمولاً شکایت عمده‌ی بیمار، دشواری در به خواب رفتن است. گاهی اوقات بی- خوابی شرطی شده خوانده می‌شود.

ادراک اشتباهی حالت خواب، **بی خوابی ذهنی** هم نامیده می‌شود. تشخیص ادراک اشتباهی حالت خواب وقتی مطرح می‌شود که بیمار از اشکال یا شروع یا تداوم خواب شکایت دارد، ولی هیچ مدرک عینی از اختلال خواب مشاهده نمی‌شود.

بی‌خوابی بی سبب (ایدیوپاتیک): این بی‌خوابی نوعاً در اوایل زندگی و گاه از بدو تولد شروع می‌شود و در سراسر عمر ادامه می‌یابد.

خواب‌زدگی یا حمله خواب: اختلالی است که براساس حمله‌های غیرقابل مقاومت یک خواب نیرو بخش یا ترمیم‌کننده مشخص می‌شود و علت آن هنوز ناشناخته است. تشخیص آن مستلزم بروز حمله‌های روزمره خواب دست‌کم به مدت ۳ ماه است.

۲ نشانه حمله خواب: ۱- تعلیق عضلانی یا افت ناگهانی تنود عضلانی (کاتاپلکسی)، یعنی وهله کوتاه از دست دادن تنود عضلانی که اغلب با هیجان شدید همراهند. ۲- بروز بازگشتی عناصر خواب متناقض در وهله انتقال بین خواب و بیداری که به صورت توهم‌های نیمه خواب (بعد و قبل از خواب عمیق) یا فلج خواب (در آغاز یا پایان وهله‌های خواب) متجلی می‌شود. اغلب داروهای سه‌حلقه‌ای یا باز جذب سروتونین (SSRIS) را برای کاهش کاتاپلکسی (قوام باختگی) تجویز می‌کنند.

پس از حمله خواب‌زدگی، فرد نیروی عضلانی معمول خود را بدست می‌آورد. حالت هشیاری و مراقبت در خلال وهله‌های تعلیق عضلانی کاملاً حفظ می‌شوند. این افراد می‌توانند رویداد را به وضوح شرح دهند و هیچگونه اغتشاش قبل و بعد از این وهله وجود ندارد. بیشتر توهم‌های مرتبط با خواب جنبه دیداری دارند و عناصر مستقیم محیط فرد را در بر می‌گیرند. در فلج‌های خواب که در مبتلایان به حمله خواب وجود دارد (۳۰ تا ۵۰ درصد)، افراد خود را بیدار می‌دانند اما نمی‌توانند حرکت کنند، حرف بزنند یا نفس بکشند.

انقطاع خوابی که منجر به خواب‌آلودگی مفرط یا بیخوابی شود، ویژگی اصلی اختلال خواب وابسته به تنفس را تشکیل می‌دهد. مشکل اصلی مبتلایان به این اختلال، خواب‌آلودگی مفرط ناشی از بیداری‌های مکرر شبانه است.

طبقه‌بندی بین‌المللی اختلال خواب (CITS) اختلال خواب وابسته به تنفس را براساس ۳ نشانگان خاص مشخص کرده است:

در DSM-III-R ذکر از اختلال وابسته به تنفس به میان نیامده است، اما DSM-IV آن را در بخش اختلال‌های خواب قرار داده است تا به تشخیص افتراقی کمک کند.

۱- **نشانگان مکث تنفس انسدادی:** فراوان‌ترین نوع این اختلال است و با وهله‌های مکرر انسدادهای عبور هوا در خلال خواب مشخص می‌شود. این نشانگان معمولاً در افراد فربه بروز می‌کند و می‌تواند در هر سنی رخ دهد. خواب‌آلودگی مفرط را در پی دارد و براساس خرخرهای صدا دار با تنفس‌های کوتاه دهانی مشخص می‌شود که با سکوت‌هایی که معمولاً ۲۰ تا ۳۰ ثانیه طول می‌کشند در تناوب قرار دارد و می‌تواند در هر سنی بروز کند.

۲- **نشانگان مکث تنفسی مرکزی^۱:** معمولاً در افراد مسن به دنبال عارضه‌های قلب یا عصب‌شناختی که نظم‌جویی تنفسی را مختل می‌کند متجلی می‌شود. وقفه تنفسی مرکزی حین خواب (CSA) معمولاً در سالمندان دیده می‌شود و بر اثر نارسایی دوره‌ای مکانیسم‌های محرک تنفسی در CNS ایجاد می‌شود.

بیماران گاهی وقتی از حالت آپنه بیدار می‌شوند، احساس می‌کنند قادر به نفس کشیدن نیستند که باید از حملات پانیک شبانه تفکیک شوند. باید توجه داشت که بیشتر بیماران دچار هول روزانه در حین خواب هم دچار چنین حمله‌هایی می‌شوند و بندرت پیش می‌آید که حملات هول فقط شب‌ها بروز کنند. در حرکت متناقض طناب صوتی نیز بیدار شدن‌های مشابهی دیده می‌شود اما در این حالت سابقه‌ای از ضربه یا جراحی گردن وجود ندارد. دوره‌های آپنه خواب باید از اسپاسم شبانه

^۱ Central sleep apnea

حنجره نیز افتراق داده شوند. در اسپاسم شبانه حنجره بیماران اظهار می کنند چند دقیقه پس از بیدار شدن نمی تواند صحبت کنند و یا فقط قادر به پیچ کردن هستند.

۳- نشانگان صدادار نفس تنگی مرکزی : در هر سنی بروز می کند و براساس اختلال در مهار تنفسی ایجاد می شود و ناشی از سطح پایین اکسیژن وریدی بخصوص در خلال خواب است، بدون آنکه مکث یا کندی تنفس وجود داشته باشد. عملکرد ریوی آنها بهنجار است.

خواب آلودگی ناشی از اختلال خواب وابسته به تنفس می تواند به ایجاد اختلال های حافظه، مشکلات تمرکز، برانگیختگی و دگرگونی های شخصیت منتهی شود. اختلال های خلقی و اختلال های اضطرابی (به ویژه وحشتزدگی) نیز اغلب با آن اختلال همراهند. کودکان مبتلا به این اختلال ممکن است دچار تاخیر رشد و مشکلات یادگیری شوند. در کودکان خردسال علامت ها و نشانه های اختلال خواب وابسته به تنفس (که تقریباً منحصر به نشانگان مکث تنفسی انسدادی است) به نسبت بزرگسالان کمتر مشخص و تشخیص آن هم مشکل تر است. در کودکان اغلب با بیداری های ناآرام و وضع بدنی غیرعادی در خلال خواب (مانند قرار دادن سر در وسط پاها) مواجه هستیم. بی اختیاری ادرار شبانه نیز فراوان است.

اختلال خواب وابسته به تنفس در مردان ۸ برابر زنان است. اما فراوانی اختلال در کودکان پیش از دوره بلوغ در هر دو جنس یکسان است. اختلال خواب وابسته به تنفس باید روی محور III نیز مشخص شود.

اختلال خواب وابسته به ریتم چرخه خواب

ویژگی اصلی اختلال، الگوی دایم یا مکرر انقطاع خواب که به خواب آلودگی مفرط یا بیخوابی منتهی می شود و ناشی از عدم مطابقت بین تناوب بیداری- خواب متداول در محیط زندگی شخصی و چرخه بیداری- خواب خاص اوست و ۴ نوع می باشد :

۱- ریخت تاخیر وهله خواب: این نوع اختلال از چرخه بیداری خواب درونزادی ناشی می شود که با الزام های یک زندگی اجتماعی هماهنگ نیست. ظرفیت جلو انداختن ساعت های بیداری- خواب در افراد این گروه به گونه ای ناهنجار کاهش یافته است.

۲- تغییر افق زمانی: در این نوع اختلال، چرخه درون زاد بیداری خواب بهنجار است و اغتشاش ناشی از تضاد میان شیوه تناوب بیداری- خواب مبتنی بر نظام چرخه ای درونی فرد و شیوه متناسب با افق جدید بوجود می آید.

۳- ریخت کار نوبتی (چرخه ای) : بیخوابی براساس دوره اصلی خواب یا خواب آلودگی مفرط در خلال دوره اصلی بیداری که بر اثر کار نوبتی شبانه یا تغییر مکرر ساعت های کار بوجود می آید.

۴- ریخت تصریح شده: مانند جلو افتادن وهله خواب، تناوب بیداری خواب که با چرخه ۲۴ ساعته متفاوت است.

برخی معتقدند فشارخون بالا پیامد OSA (سندرم وقفه تنفسی انسدادی هنگام خواب) است. اما برخی نیز فشارخون بالا OSA را دارای عوامل سببی مشترک (از جمله چاقی می دانند) بیماری OSA معمولاً بیماری میانسال است و عمدتاً در مردان دیده می شود اما ممکن است در هر سنی از جمله کودکان بروز کند.

سندرم حرکات دوره ای اندام (که میوکلونوس شبانه نیز نامیده می شود) بصورت انقباض ناگهانی و کاملاً قالبی برخی عضلات پا در حین خواب ظهور می کند.

سندرم پاهای بیقرار^۱ (RLS) که سندرم اکبوم نیز خوانده می شود، عبارت است از وجود احساس ذهنی ناخوشایندی در اندام‌ها (معمولاً پاها) که گاهی به صورت احساس خزیدن حشرات یا احساس راه رفتن مورچه‌ها بر روی پوست توصیف می‌شود.

سندرم کلین-لوی^۲ شامل دوره‌های تکرار شونده خواب طولانی است که بیمار ممکن است در خلال این خواب‌های طولانی بیدار شود و در فواصل بین دوره‌های خواب طولانی دوره‌هایی از خواب و بیداری طبیعی وجود دارد. به علاوه ممکن است دچار بی‌احساسی، تحریک‌پذیری، سردرگمی، خوردن‌حریصانه، فقدان مهار جنسی، هذیان و توهم و در بعضی از بیماران تب‌های غیرقابل توجیه شود.

مستی خواب شکل نابهنجاری از بیداری است که در آن طی گذار از خواب به بیداری کامل، فقدان طولانی هشیاری کامل دیده می‌شود و حالت سردرگمی وجود دارد که اغلب موجب ناراحتی فردی یا اجتماعی شده و گاهی به اعمال جنایی می‌انجامد.

بد خوابی‌ها (پاراسومنیاه یا اختلال‌های شبه خواب)

پاراسومنیاه اختلال‌هایی هستند که براساس رفتارهای نابهنجار و یا بروز پدیده‌هایی فیزیولوژیک در خلال خواب مشخص می‌شوند. در این اختلال‌ها مشکل اصلی به خودی خود متوجه خواب نیست بلکه ناشی از رویدادهایی است که فرایند خواب را مختل می‌کنند (مثل خواب‌گردی- کابوس- وحشت‌زدگی). پاراسومنیاه از عدم مطابقت بین فعال‌سازی سیستم‌های فیزیولوژیک با چرخه بیداری- خواب بوجود می‌آیند.

کابوس‌ها^۳: مانند سایر رویاها تقریباً همیشه در خلال خواب REM و اغلب پس از یک دوره طولانی REM در اواخر شب پدید می‌آیند. فراوان‌ترین نوع اختلال‌های شبه خواب را تشکیل می‌دهند. کابوس‌ها در زنان ۲ تا ۴ برابر مردان است و اغلب بین ۳ تا ۶ سالگی آغاز می‌شود. هنگامی که فرد پس از یک رویای اضطراب‌آمیز از خواب بیدار می‌شود به سرعت جهت‌یافته و کاملاً بهوش است (درست به عکس آنچه در وحشت‌زدگی‌های شبانگه‌ای و پاره‌ای از انواع صرع مشاهده می‌شود که در آنها فرد مغشوش است و توانایی جهت‌یابی خود را از دست داده است). برخلاف باور عامه، بیدار کردن فردی که دچار کابوس است هیچ ضرری ندارد.

وحشت‌زدگی شبانگه‌ای^۴: یک رفتار توهمی شبانه است که با بیداری‌های ناگهانی مشخص می‌شود. وحشت‌زدگی شبانگه‌ای معمولاً در ثلث اول چرخه اصلی خواب، یعنی در خلال مراحل ۳ و ۴ خواب با امواج کند بروز می‌کند. ۱ تا ۱۰ دقیقه طول می‌کشد و با نشانه‌های فعال‌سازی نباتی (مانند رنگ‌پریدگی، تعرق، افزایش ضربان قلب) و رفتارهای منعکس‌کننده ترس شدید همراه است. فرد بعد از بیداری معمولاً چیزی از واقعه را به یاد ندارد. از آنجا که بروز وحشت‌زدگی‌های شبانگه‌ای در کودک مقارن تعارض ادیپی است، پاره‌ای از مولفان آن را ترجمان یک اضطراب مفرط دانسته‌اند. وجود این اختلال در نوجوانان نیز مبین شکنندگی مکانیزم‌های دفاعی است و می‌تواند از هم‌پاشیدگی روان‌گسسته‌وار را در پی داشته باشند. معمولاً بین ۴ تا ۱۲ سالگی در کودکان شروع می‌شود و در خلال نوجوانی به خودی خود از بین می‌رود. در بزرگسال اغلب بین ۲۰ تا ۳۰ سالگی شروع می‌شود. وحشت خواب ممکن است بازتاب نابهنجاری‌های خفیف عصبی، احتمالاً در لوب گیجگاهی یا ساختمان‌های زیرین آن باشد، زیرا وقتی وحشت‌های خواب در دوران نوجوانی و جوانی آغاز می‌شود، گاهی

^۱ Restless leg disorder

^۲ Kleine- levin

^۳ nightmare

^۴ Sleep terror

نخستین علامت صرع لوب گیجگاهی از آب در می‌آید. وحشت‌های شبانه صرفاً با بیدار شدن از ترس همراهند. بیماران عموماً رویایی را بخاطر نمی‌آورند، ولی گاهی ممکن است تصویر ذهنی ترسناک و منفردی را به یاد آورند.

خواب‌گردی^۱: که سومنابولیس‌م نیز نامیده می‌شود، در ثلث اول خواب در خلال خواب N-REM عمیق به وجود می‌آید. بیمار می‌نشیند و گاهی اعمال حرکتی تکراری نظیر راه رفتن، لباس پوشیدن، دستشویی رفتن، صحبت کردن، فریاد کشیدن و حتی رانندگی کردن انجام می‌شود. این رفتارها ندرتاً به بیداری منجر می‌شود که همراه با چند دقیقه سردرگمی است ولی اغلب شخص به رختخواب باز می‌گردد و صبح روز بعد چیزی را به یاد نمی‌آورد. در هر سنی که کودک به راه بیفتد، خواب‌گردی می‌تواند بروز کند. اما معمولاً نخستین وهله‌های آن ۴ تا ۸ سالگی آغاز می‌شود. اختلال خواب‌گردی در بزرگسال اغلب با اختلال‌های روان‌شناختی دیگر توأم است.

طبق دیدگاهی، از آنجا که خواب‌گردی مانع جریان طبیعی خواب متناقض می‌شود و امکان خواب دیدن را از بین می‌برد، فرضیه شکست در امکانات ذهنی‌سازی و در نتیجه، متوجه شدن انرژی کشاننده‌ای به سوی راه‌های برون‌ریزی حرکتی درباره آن عنوان شده است. از این دیدگاه، وحشتزدگی شبانگه‌ای، خواب‌گردی و بی‌اختیاری ادرار از پاره‌ای جهات معادل یکدیگرند، چون این اختلال‌ها دارای رابطه مشابهی با وهله خواب متناقض‌اند. مصرف آمی‌نپتین برای درمان خواب‌گردی معمولاً در همه موارد نتیجه‌بخش بوده است.

دندان قروچه یا دندان‌سایی در طول شب بخصوص در مرحله ۲ خواب روی می‌دهد.

اختلال رفتاری خواب REM: مشخصه این اختلال دوره‌هایی از رفتارهای پیچیده و اغلب خشونت‌باری است که تصور می‌شود معرف برون‌ریزی رویاهای فرد است. در مردهای مسن شایع است. در اوایل شکل‌گیری پارکینسون نیز وجود دارد. در گربه‌ها سندرمی شبیه به اختلال رفتاری REM را می‌توان با ایجاد ضایعاتی در نواحی اطراف لوکوس سرولتوس (مرکز نورآدرنژیک ساقه مغز) ایجاد کرد. رایج‌ترین درمان، تجویز کلونازپام است.

خودکاری حرکتی که جز پاراسومنیاهای تصریح نشده است، اغلب در پسران از ۳ تا ۴ سالگی بروز می‌کند. این اختلال که بسیار زودرس است، در آغاز کاملاً بی‌صداست اما هنگامی که حرکتهای کودک به ایجاد سرو صدا منجر می‌شوند، والدین باید به کلینیک مراجعه کنند. حرکت ممکن است بسیار شدید و پر سر و صدا شود تا حدی که تخت‌خواب کودک را جابجا کند. این حرکتهای معمولاً پس از ۳-۴ سالگی خود به‌خود از بین می‌روند. حرکتهای ریتم‌دار اغلب در مراحل خواب کند و بندرت در وهله خواب متناقض بروز می‌کنند. در همه موارد، نتایج موج‌نگاری الکتریکی مغز کاملاً بهنجارند.

معمولاً فزون‌خوابی یکی از ویژگی‌های اختلال‌های افسرده‌وار در نوجوانان و بزرگسالان است در حالی که در افراد مسن‌تر، فراوانی بیخوابی بیشتر است. اختلال‌های خواب توأم با اختلال‌های روانی دیگر در زنان شایع‌ترند. حرف زدن در خواب در تمام مراحل خواب روی می‌دهد. بی‌خوابی در زن‌ها شایع‌تر از مردهاست. در بی‌خوابی مربوط به اختلال افسردگی اساسی شروع خواب نسبتاً طبیعی است ولی در خلال نیمه‌ی دوم شب، بیداری‌های مکرر و سحرخیزی زودرس وجود دارد. برای بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، صبح بدترین اوقات روز است.

به نظر می‌رسد مبتلایان به مانیا و اختلال دوقطبی کم‌خواب‌ترین افراد هستند. در اسکیزوفرنی کل زمان خواب و خواب موج آهسته کاهش می‌یابد و خواب REM اغلب در اوایل دوره‌های شدید کاهش می‌یابد.

^۱ somnambulism

وجه مشترک انواع روش‌های تنش‌زدایی مانند «آموزش خودزاد»، «حساسیت‌زدایی تدریجی» و یا «پس‌خوراند زیستی» در این است که بی‌خوابی‌ها را ناشی از فعال‌سازی فیزیولوژیکی نامتناسبی می‌دانند که امکان کاهش بهینه آن با استفاده از این روش‌ها وجود دارد.

در روش قصد متناقض که توسط فرانکل ابداع شده است، قطع نشخوارهای فکری درباره فقدان خواب نقش بسزایی را ایفا می‌کنند. فکر اصلی این است که اراده یا قصد فرد برای خوابیدن یک انتظار اضطراب‌آمیز را در پی دارد. انتظاری که موجب تشدید نشانه‌ها و مانع خوابیدن می‌شود. بنابراین فرد باید از این قصد فاصله بگیرد.

روش مهار محرک، که توسط یوتزین ابداع شده مبتنی بر تحلیل عملیاتی خواب و اختلال‌های آن است. اختلال‌های خواب می‌توانند از فقدان محرک‌های نشانگر مشخص و یا وجود محرک‌ها و رفتارهای ناسازگار باشد (مثل کتاب خواندن در تخت‌خواب و نشخوار فکری و نبود شرایط مناسب برای خواب).

روش‌های مبتنی بر تعارض‌ها در درمان بی‌خوابی‌ها بر این فرض مبتنی است که اختلال خواب نشانه یک تعارض درون-روانی است. تعارضی که حل آن موجب از بین رفتن اختلال می‌شود. اما نتایج نشان داده است که تمرکز بر نشانه مرضی یعنی اقداماتی برای تسهیل خواب (بجای روی آورد نسبت به تعارض‌ها) نتیجه‌بخش‌تر است.

تغییرات DSM-5

طبقه‌ی تشخیصی بعدی اختلالات خواب- بیداری هستند که در DSM-IV تحت عنوان اختلالات خواب مطرح شده‌اند. این طبقه‌ی تشخیصی در راهنمای جدید ۲۰ اختلال مجزا را در برمی‌گیرد که از جمله‌ی آن‌ها می‌توان به اختلال بی‌خوابی، پرخوابی اولیه/ حمله‌ی خواب بدون کاتاپلکسی، اختلال کابوس، اختلال رفتار حرکت سریع چشم و سندروم پاهای بی‌قرار اشاره نمود.

اختلالات کنترل تکانه

بیماران مبتلا به اختلالات کنترل تکانه^۱ قادر به مقاومت بر علیه تکانه ها، سائق ها یا وسوسه های انجام کار های زیان آور برای خود و دیگران نیستند. بیمار بیش از انجام این رفتارها معمولاً دچار تنش و انگیزتگی فزاینده ای می شود و گاهی (اما نه همسیشه) این احساس تنش و انگیزتگی با انتظارات هشیارانه لذت آمیخته است. بعد از عمل تکانشی، بیمار احساس خشنودی و راحتی می کند.

این اختلالات در DSM-IV-TR به شش دسته تقسیم بندی شده اند:

۱. اختلال انفجاری متناوب^۲ (شامل دوره های پر خاشگری است که باعث آسیب رسیدن به دیگران می شود).
۲. جنون دزدی^۳ (شامل دزدی مکرر یا بلند کردن جنس از فروشگاهها می باشد).
۳. جنون آتش افروزی^۴ (عبارت است از آتش افروزی تعمدی).
۴. قمار بازی مرضی^۵ (دوره های مکرر قمار بازی که سبب مشکلات اجتماعی، اقتصادی و فعالیت های غیر قانونی می شود).
۵. وسواس کندن مو^۶ (کشیدن وسواسی موها که سبب ایجاد لکه های طاسی می گردد).
۶. اختلال کنترل تکانه نامعین (این دسته شامل اختلالات باقی مانده است. نمونه های آن عبارتند از خرید وسواسی، اعتیاد به اینترنت، رفتار جنسی وسواسی یا اعتیاد جنسی).

^۱ Impulse- control disorder

^۲ Intermittent explosive

^۳ kleptomania

^۴ pyromania

^۵ Pathological gambling

^۶ trichotillomania

وجه مشترک اختلالات تکانه تلاش برای میان‌بر زدن تجربه‌ی علایم ناتوان کننده یا عواطف دردناک از طریق عمل روی محیط است. آگوست الگویرن به این نتیجه رسید که رفتار تکانشی مربوط به فرامن ضعیف و ساختمان ضعیف ایگو همراه با آسیب‌دیدگی روانی ناشی از محرومیت دوران کودکی است.

اتوفنیکل رفتار تکانشی را به تلاش فرد برای غلبه بر اضطراب، احساس گناه، افسردگی و سایر عواطف دردناک از طریق عمل ربط دارد. هاینز کوهات بسیاری از انواع مشکلات کنترل تکانه را به احساس ناقص از خویشتن مربوط می‌دانست.

فرمول کوهات از پاره‌ای جهات به دیدگاه وینی‌کات شبیه است که معتقد است رفتار تکانشی و انحرافی در کودکان راهی است که از طریق آن کودک می‌کوشد روابط با مادر را مجدداً به دست آورد. وینی‌کات این رفتار را امیدوارانه می‌دانست، زیرا کودک در جستجوی تایید و محبت مادر است و کوشش برای جلب محبت او را رها نمی‌کند. اختلال انفجاری متناوب، قمار بازی مرضی و جنون آتش افروزی در مردان بیش از زنان است. اما جنون دزدی و وسواس کردن مو در زنان بیشتر است.

اختلال انفجاری متناوب

اگر فقدان کنترل با اسکیزوفرنی، اختلال شخصیت مرزی و یا ضداجتماعی، ADHD، اختلال رفتاری یا مسمومیت با مواد قابل توجیه باشد نباید تشخیص این اختلال گذاشته شود.

اصطلاح شخصیت صرعی برای توصیف کیفیت صرع‌گونه حملات مشخص که با رفتار معمول بیمارهماهنگی ندارد و نیز اشاره به احتمال یک فرایندعضوی به کار رفته است. روانکاوان برآنند که حملات انفجاری به عنوان دفاعی در برابر رویدادهای آسیب‌رسان خودشیفتگی عمل می‌کنند.

معمولاً بیماران مبتلا به این اختلال مردان عظیم‌الجثه ولی وابسته‌ای هستند که حس مردانگی آنها ضعیف شده است. اغلب پیش از دوره‌ی شروع خشونت جسمانی فرد احساس می‌کند موجود بی‌فایده‌ای است، از لحاظ جنسی ناتوان است. پس از دوره‌ی خشونت اغلب فرد دچار اضطراب، احساس گناه شدید و افسردگی می‌کند. کاهش انتقال سروتونرژیک که در نتیجه‌ی مهار ساخت سروتونین یا مقابله با آثار آن ایجاد می‌شود، سبب کاهش اثر تنبیه به عنوان عامل بازدارنده رفتار می‌شود.

تفاوت اختلال انفجاری متناوب با اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی در این است که در اختلالات شخصیت، پرخاشگری و رفتار تکانشی، جزئی از تنش بیمار است و به همین دلیل در بین حملات نیز وجود دارد. وجه تمایز آموک (حمله‌ای از رفتار حاد خشونت آمیز که شخص آن را بخاطر نمی‌آورد) از اختلال انفجاری متناوب، منفرد بدون حمله آن و داشتن خصوصیات بارز تجزیه‌ای است.

در درمان آن، استفاده همزمان از روان درمانی و دارو درمانی بیشترین تاثیر را دارد.

جنون دزدی

بیماران مبتلا به جنون دزدی معمولاً توانایی خرید اشیایی که به طور تکانه‌ای می‌دزدند را دارند. این افراد میل مداومی برای دزدی دارند اما دزدی آنها با انگیزه آرزوی تصاحب یک شیء یا ارزش پولی چیزی که می‌دزدند نیست. برخی از این افراد چیزهایی را که دزدیده‌اند به دیگران می‌بخشند و حتی دور می‌ریزند. این بی‌علاقگی به چیزهای دزدیده شده، ویژگی اصلی متمایز کننده دزد یا سارق معمولی از افراد مبتلا به دزدی بیمارگون است.

چند تن از پژوهشگران با نظر گرفتن این احتمال گمان می‌کنند که کمبود سروتونین ممکن است زیربنای دزدی بیمارگون باشد. پژوهشگران در این راستا توصیه کردند که دزدی بیمارگون نوعی از اختلال و وسواس فکری- عملی است به طوری که افراد مبتلا، وسواس دزدی دارند.

در جنون دزدی مانند سایر اختلالات تکانه، شخص قبل از ارتکاب عمل دزدی، تنش قابل ملاحظه‌ای دارد و پس از انجام آن احساس رضایت و کاهش تنش می‌کند، ممکن است با احساس گناه، پشیمانی و یا افسردگی همراه باشد یا نباشد.

مبتلایان به جنون دزدی همیشه به احتمال گرفتار شدن خود نمی‌اندیشند، حتی اگر دستگیری‌های مکرر منجر به رنج و تحقیر شود. این افراد ممکن است پس از انجام دزدی دچار اضطراب یا گناه شوند ولی احساس خشم یا انفعال نمی‌کنند. بعلاوه، وقتی شیء دزدیده شده، هدف باشد تشخیص جنون دزدی گذاشته نمی‌شود. در جنون دزدی نفس دزدی هدف است.

مولفین روانکاوی روی دزدی از سوی کودکان و نوجوانان تاکید دارند. آنافرود خاطر نشان کرد که نخستین دزدی‌ها از کیف مادر نشان می‌دهد که دزدی ریشه در وحدت اولیه با مادر دارد. کارل آبراهام روی احساس محوری فراموش‌شدگی، آزدگی یا ناخواسته بودن تاکید کرده است. بیماری‌های مغزی و کم‌توان‌ذهنی با جنون دزدی ارتباط دارد. به این دلیل با سایر اختلالات تکانه نیز مرتبط هستند و اختلالات متابولیسم مونوآمین، بخصوص سروتونین مطرح شده است. خصوصیت اصلی جنون دزدی عبارت است از میل یا تکانه راجعه، مزاحم و غیرقابل مقاومت برای دزدیدن اشیاء غیرضروری. این بیماران در مورد رفتارشان احساس گناه و شرم می‌کنند و معمولاً اما نه همیشه علایم اختلال شخصیت را بروز می‌دهند.

دزدی روان‌پریشانه واضحاً محصول افزایش یا کاهش مرضی خلق و یا هذیان و توهمات آمرانه است. افراد دچار اختلال شخصیت ضداجتماعی تعمداً و در جهت نفع شخصی خود دست به دزدی می‌زنند.

این اختلال عمدتاً در اواخر نوجوانی شروع می‌شود. سیر آن نوساندار و مزمن است. به نظر می‌رسد برخی افراد هرگز احتمال نمی‌دهند با عواقب اعمالشان مواجه شوند این خصوصیت با توضیح برخی مولفین مطابق است که این بیماران را افرادی می‌دانند که چون احساس تظلم می‌کنند، حق دزدی را برای خود مسلم می‌دانند. در درمان آن، روان‌درمانی بینش‌گرا و روانکاوی موفقیت‌آمیز بوده اند که به انگیزه بیمار بستگی دارد.

جنون آتش‌افروزی

عبارت است از بر پا کردن حریق بصورت مکرر، عمدی و هدفمند. به اعمال خود هیچ‌گونه احساس پشیمانی ندارند. جنون آتش‌افروزی با ایجاد حریق از این منظر متفاوت است که حالت دوم به منظور نفع مال، انتقام‌گیری و از قبل برنامه‌ریزی شده است.

می‌تواند با انواعی از اختلالات شخصیت از جمله شخصیت مرزی همراه باشد. در بین افراد آتش‌افروز کم‌توان‌ذهنی خفیف نسبت به جمعیت کلی شایع‌تر است. آتش‌افروزی در دوران کودکی و نوجوانی اغلب با اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی یا اختلال انطباق ارتباط دارد.

فرود آتش را نمادی از تمایلات جنسی می‌داند. او معتقد بود حرارتی که از آتش متصاعد می‌شود یادآور همان احساسی است که با حالت تحریک جنسی همراه است و شکل و حرکات شعله‌های آتش احلیل در حال فعالیت را تداعی می‌کند. هرزه‌گری بدون لذت، دزدی‌های کوچک که غالباً به مرز جنون دزدی می‌رسد از گرایش‌های بزهکارانه شایع در زنان آتش-افروز است.

خصوصیات شایع همراه عبارت است از مسمومیت الکلی، کژکاری جنسی، ضریب هوشی کمتر از حد طبیعی، ناکامی‌های شخصی مزمن و نفرت از صاحبان قدرت. در برخی موارد این افراد با آتش دچار تحریک جنسی می‌شوند. وقتی آتش‌افروزی در زمینه‌ی اختلال سلوک و اختلال شخصیت ضداجتماعی روی می‌دهد، عملی عمدی است و ناتوانی برای مقاومت در برابر تکانه محسوب نمی‌شود. پیش‌آگهی در افراد بالغ به علت استفاده از مکانیزم انکار و شانه‌خالی کردن از قبول مسئولیت و وجود همزمان اعتیاد با الکل و فقدان بینش چنان خوب نیست. رویکرد مناسب در درمان، استفاده از چند رویکرد بخصوص رویکرد رفتاری است. زندانی کردن ممکن است تنها روش پیشگیری از تکرار عمل باشد. پس از زندانی کردن می‌توان رفتار درمانی را در موسسات انجام داد.

قماربازی بیمارگون

ممکن است همراه با اختلال‌های شخصیت (خودشیفته، ضداجتماعی و مرزی) و سایر اختلالات کنترل تکانه باشد.

فروید پیشنهاد کرد که قماربازان وسواسی میل ناخودآگاه به باختن دارند و برای رفع احساسات ناخودآگاه گناه دست به قماربازی می‌زنند. نظر دیگر این است که قماربازها افراد خودشیفته‌ای هستند که خیال‌پردازی‌های بزرگ همه توانی آنها را می‌دارد که باور کنند رویدادها را کنترل کنند.

قماربازان بیمارگون اغلب مغرور، تا حدی خشن، ولخرج و پر انرژی بوده و علایم آشکار استرس شخصی، اضطراب و افسردگی دارند. هرگونه رفتار جنایی این بیماران بدون خشونت صورت می‌گیرد، مثل جعل اسکناس. معمولاً آگاهانه قصد دارند پول را بازپرداخت کنند. قماربازان بیمارگون در مردان در سنین نوجوانی و در زنان در سنین پیری ایجاد می‌شود و اغلب به صورت مزمن در می‌آید.

۴مرحله در این اختلال: ۱- مرحله‌ی برد. ۲- مرحله‌ی باخت پیشرونده. ۳- مرحله‌ی درماندگی (که در آن با مبالغ هنگفت، دیوانه‌وار قمار می‌کند). ۴- مرحله‌ی ناامیدی و پذیرش اینکه باخت‌ها را نمی‌توان جبران کرد.

وسواس کندن مو (تری کوتیلومانیا)

اصطلاح **تری کوتیلومانیا** اولین بار به وسیله فرانسو هالوپور وضع شد.

نوع وخیم‌تر و مزمن اختلال در اوایل تا اواسط نوجوانی شروع می‌شود و نسبت ابتلای مونث به مذکر در این نوع ۹ به ۱۱ است. بیماران مبتلا به وسواس مزمن کندن مو احتمالاً تک فرزند ارشد خانواده هستند. نوع دیگر این اختلال در کودکی شروع می‌شود که نسبت ابتلای پسر و دختر یکسان است و از نوع نوجوانی شایع‌تر است. و وخامت کمتری دارد.

ابتلای همزمان به سوء مصرف مواد به اندازه‌ی قماربازی بیمارگون، جنون دزدی و سایر اختلالات بالا نیست. آشفتگی در روابط مادر- کودک، ترس از تنها ماندن و فقدان اخیر ابژه به عنوان عوامل اساسی این اختلال ذکر شده‌اند. در این اختلال همه‌ی مناطق بدن ممکن است درگیر شود و کندن موی سر شایع‌تر از همه است.

در موارد افراطی، برخی افراد بعد از کندن مو، آن را می‌بلعند و با این کار در معرض خطر سخت شدن مو در معده یا روده قرار می‌گیرند. حالتی که به نشانگان **trichobetor** یا **Rapuncel** شهرت دارد. برای درمان این بیماری، وارونه‌سازی عادت، درمان بسیار موثری است. در این روش به فرد آموزش می‌دهند نسبت به رفتار موکنی خود آگاه‌تر باشد و بعد پاسخ جدیدی را که به آن رقابت کنند، به او می‌آموزد.

پدیدارشناسی وسواس کندن مو و اختلال وسواسی فکری-عملی با هم همپوشانی دارد. برخلاف مبتلایان وسواسی-جبری، در وسواس کندن مو، بیمار افکار وسواسی نداشته و عمل وسواسی محدود به یک عمل (کندن مو) می‌شود. شروع زود هنگام

(قبل از ۶ سالگی) معمولاً با بهبود ساده‌تر همراه است. شروع دیر هنگام (بعد از ۱۳ سالگی) با افزایش احتمال مزمن شدن همراه است و پیش‌آگهی ضعیف‌تری دارد. در درمان این اختلال، روان‌درمانی حمایتی و بینش‌مدار روش‌های موثری هستند ولی ممکن است تجویز دارو نیز لازم باشد.

اختلال کنترل تکانه نامعین

تکانه حالت تنش است که می‌تواند بدون اینکه عمل انجام شود وجود داشته باشد. ولی وسواس حالت تنش است که هسته یک مولفه عملی دارد.

تکانه‌ها با این انتظار و توقع به عمل در می‌آیند که لذتی در پی انجام آنها باشد. وسواس‌های عملی معمولاً خود-ناهمخوان هستند. برای مثال بیمار حتی وقتی هم که ناچار است این اعمال اجباری را انجام دهد از انجام آنها راضی و خشنود نیست.

مشخصه‌ی هر دو رفتار یعنی رفتارهای تکانشی و وسواسی ماهیت تکراری آنهاست. با این حال کنش‌نهایی تکراری تکانه‌ها به بروز آشفتگی روانی منجر خواهد شد، ولی این خطر در مورد رفتارهای اجباری همیشه وجود ندارد. به علت ماهیت تکراری و لذت‌آور بسیاری از الگوهای رفتاری در این گروه از اختلالات، به آنها اعتیاد گفته می‌شود.

خرید وسواسی در ابتدا **اونیومانیا** نامیده می‌شد و نخستین بار به وسیله‌ی کرپلین و بلولر شناسایی گردید. این اختلال در زنان شایع‌تر از مردان است. نظرات روان‌پویشی، عزت نفس پایین، اضطراب و نیاز به کاهش استرس را موثر دانسته‌اند. اگر رفتار خرید فرد، جزئی از دوره‌ی مانیا یا نیمه مانیا باشد تشخیص خرید وسواسی نباید گذاشته شود.

رفتارهای شبیه به خودکشی در اختلال شخصیت مرزی شایع است. وسواس در سوراخ کردن یا خالکوبی بدن می‌تواند علامتی از یک انحراف جنسی یا اختلال معادل با افسردگی باشد.

ICD-10 تصریح می‌کند که علت این اختلالات (کنترل تکانه و عادات) معلوم نیست و فقط به دلیل شباهت‌های توصیف وسیع در یک طبقه گنجانده شده‌اند نه به دلیل سایر ویژگی‌های مشترک.

تغییرات DSM-5

پانزدهمین طبقه‌ی تشخیصی در راهنمای جدید اختلالات رفتار ایدایی، کنترل تکانه و سلوک هستند. این طبقه‌ی تشخیصی شامل ۷ اختلال است که در **DSM-IV** در زیر گروه اختلالاتی که برای نخستین بار معمولاً در شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می‌شوند و اختلالات کنترل تکانه که به گونه‌ای دیگر طبقه‌بندی نشده‌اند، قرار دارند. اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای، آتش افروزی، دزدی بیمارگون، اختلال انفجاری متناوب و اختلال سلوک مهم‌ترین اختلالات در این طبقه‌ی تشخیصی هستند.

اختلال‌های مرتبط با رشد

افراد مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی با شروع قبل از ۱۸ سالگی عملکرد عقلانی زیر متوسط دارند که با مقیاس‌هایی مانند هوشبهر مشخص می‌شود که تقریباً ۷۰ یا پایین‌تر است.

درجه عقب‌ماندگی ذهنی :

خفیف: ۷۰ - ۵۰/۵۵ اغلب تا سنین بالاتر مشخص نمی‌شود.

متوسط: ۵۰/۵۵ - ۳۵/۴۰ مهارت‌های حرکتی متوسط، به مقداری نظارت نیاز دارد.

شدید: ۳۵/۴۰ - ۲۰/۲۵ رشد حرکتی ضعیف است و به طور کلی نمی‌تواند از آموزش خودیاری بهره‌مند شود.

عمیق: زیر ۲۰ یا ۲۵ حداقل توانایی برای عمل کردن حسی - حرکتی، به مراقبت شدید نیاز دارد.

بیماری‌های - ساکس نوعی اختلال سوخت و سازی است که به علت فقدان آنزیمی حیاتی (هگزوز آمینیداز A) ایجاد می‌شود که به تراکم لیپید در سلول‌های عصبی منجر می‌شود و معمولاً قبل از ۵ سالگی به تباهی نورونی و مرگ زودهنگام می‌انجامد.

تغذیه اولیه در سال‌های اولیه، مخصوصاً در سال اول زندگی می‌تواند موجب عقب‌ماندگی ذهنی شود و به نارسایی‌های بلندمدت در عملکرد شناختی و رفتاری منجر شود. مراقبت نامناسب والدین یا فرزندپروری بی‌دقت می‌تواند به **ناکامی در رشد کردن** منجر شود حالتی که کودک نمی‌تواند با آهنگ طبیعی رشد جسمانی و شناختی کند.

برای ایجاد دستاوردهای حرکتی زبانی، اجتماعی و شناختی مداخله‌های رفتاری بسیار مفیدند.

برخلاف عقب‌ماندگی ذهنی‌ای که علت ژنتیکی دارد، از عقب‌ماندگی ذهنی با علت محیطی می‌توان پیشگیری کرد.

اختلال‌های فراگیر رشد

اختلال رت

فقط در جنس مونث روی می‌دهد. کودک تا ۵ ماهگی به طور طبیعی رشد می‌کند اما بین ۵ ماهگی تا ۴ سالگی تغییراتی حاکی از اختلال‌های عصب‌شناختی و شناختی روی می‌دهد، رشد سر کودک کند می‌شود. این با فقدان مهارت‌های یدی و به دنبال آن حرکات دست غیرعادی (مانند مالیدن دستها)، فقدان آمیزش اجتماعی با دیگران، حرکات راه رفتن تند و ناهماهنگ، کندی روانی - حرکتی و اختلال شدید در زبان همراه می‌شود.

در واکنش کودکان مبتلا به اختلال رت، در برابر محرک‌های حسی، تفاوت‌های فردی آشکاری به چشم نمی‌خورد و رفتار آنها اغلب با مرحله سوم و گاهی با مرحله چهارم هوش حسی - حرکتی پی‌اژه مطابقت دارد. بالعکس، تفاوت‌های فردی در سطح تحول حرکتی پایه دیده می‌شود.

مبتلایان به رت برخلاف کودکان درخودمانده ترجیح می‌دادند بجای آنکه مدت‌ها به یک شیء خیره شوند، به صورت متوالی به اشیای متفاوت نگاه کنند.

رت وجود یک بازخورد مشترک در کودکان مبتلا به نشانگان رت و درخودمانده را در شیوه خندیدن آنها خاطر نشان کردند. در هر دو گروه، خنده به گونه‌ای است که انگار با خود می‌خندند اما به هنگام خندیدن نگاه مبتلایان به اختلال رت نگاهی افقی و نامتمرکز است. در حالی که کودکان درخودمانده، نگاه خود را بر یک شیء معین با یک فضای بسیار محدود متمرکز می‌کنند.

اختلال از هم پاشیدگی کودکی (سندرم هلر یا جنون کودکی)

کودک تا ۲ سالگی به طور طبیعی رشد می‌کند. اما قبل از ۱۰ سالگی زبان و مهارت های حرکتی، همین طور سایر عملکردهای انطباقی، از جمله کنترل ادرار و مدفوع را از دست می‌دهد. در تعامل اجتماعی و ارتباطی کودک نیز اختلال شدیدی روی می‌دهد که با الگوی تکراری و کلیشه ای رفتار در تعاملات و فعالیت‌ها همراه است. در پسران شیوع بیشتری دارد.

اختلال آسپرگر

کودکانی که دچار این اختلالند در سال‌های اول زندگی، اختلال آسپرگر در آنها نمایان نمی‌شود، زیرا رشد زبان و عملکرد شناختی آنها معمولی است اما از نظر تعامل اجتماعی به شدت مختل می‌شوند. به علاوه، آنها الگوهای رفتار، تمایلات و فعالیت‌های مقید، تکراری و کلیشه‌ای را پرورش می‌دهند. در پسران بیشتر گزارش شده است.

وجوه شباهت آسپرگر با اوتیزم: ۱- مشکل در تعاملات اجتماعی ۲- وجود الگوهای تکراری و قالبی تفاوت‌های آسپرگر با اوتیزم: ۱- در آسپرگر رشد شناختی و زبانی با تأخیر نیست. ۲- آسپرگر توانایی مراقبت از خود و رفتار سازشی بهنجار را دارد.

مبتلایان به اختلال آسپرگر نسبت به موضوع‌های پیچیده مثل هواشناسی و ریاضیات و الکترونیک رغبت نشان می‌دهند. بهره هوشی کلامی اغلب بالاتر از هوش غیرکلامی است. بزرگترین مشکلی که در این اختلال می‌تواند پیش آید، بروز بیماری‌های روانی دیگر است که افسردگی در مرتبه اول و روان گسیختگی دوم است. نشانگان آسپرگر دیرتر از نشانگان رت آغاز می‌شود.

نشانگان آسپرگر از اختلال وسواسی-بی‌اختیاری متمایز است. شیوه‌های رفتار تکراری و قالبی در هر دو اختلال وجود دارد اما به عکس اختلال وسواس-بی‌اختیاری، نشانگان آسپرگر براساس ضایعه کیفی تعامل اجتماعی و محدودیت رغبت‌ها و مخالفت‌ها مشخص می‌شود. در حالی که حتی اگر در نشانگان آسپرگر شاهد وجود رفتارهای آیینی باشیم، اما مبارزه مضطربانه به فرد علیه رفتارهای بی‌اختیار و هشیاری نسبت به نامعقول بودن آنها که در مبتلایان وسواس-بی‌اختیاری دیده می‌شود، وجود ندارد.

به رغم مشابهت سنی پاره‌ای از نشانه‌های آسپرگر با آنچه در شخصیت اسکیزوفرنی گونه (اسکیزوتایپی) مشاهده می‌شود، این نکته محرز است که در نشانگان آسپرگر رفتارها و رغبت‌ها قالبی‌تر و تعامل اجتماعی دچار ضایعه بیشتری است.

بونه پس از بررسی نسل‌های خانوادگی مبتلا به آسپرگر متذکر می‌شود که شجره خانوادگی آنها مشابه شجره‌ای است که در بیماران هموفیلی وجود دارد. (انتقال بوسیله زنان) وی همچنین به اختلال تیرویدی در مادران دست یافته است.

اوتیزم (درخودماندگی)

اصطلاح روان‌گسستگی معمولاً در تضاد با روان‌آزردگی (نوروز) قرار داده می‌شود. روان‌آزردگی عارضه‌ای روانزاد است و ریشه های آن در دوران کودکی قرار دارند. رفتار روان‌آزرده وار برای حمایت از فرد در برابر یک سطح اضطراب ناهشیار به کار می‌افتد.

اصطلاح درخودماندگی برای نخستین بار توسط بلولر به کار گرفته شد. و نشانه های آن (درخودماندگی یا اوتیزم) توسط کانر وضع شد. کانر ناتوانی در برقراری روابط عاطفی بهنجار را به عنوان نشانه اصلی درخودماندگی در نظر گرفت.

کانر با انتشار مجموعه آثارش تحت عنوان روان‌گسستگی کودکی با اجتناب از به کار بردن اصطلاح روان‌گسیختگی درخودماندگی را در مقوله روان‌گسستگی‌ها قرار داد.

در DSM-II، استفاده از اصطلاح روان‌گسیختگی کودکان توصیه شد. و در DSM-III-R، اصطلاح اختلال‌های فراگیر تحول (به استثنای تاخیر عقلی) جایگزین روان‌گسستگی گردید.

اگر اختلال‌های فراگیر رشد با تاخیر عقلی همراه باشند، بصورت جداگانه روی محور II مشخص می‌شوند. گاهی اختلال فراگیر با عارضه‌های طبی عمومی (مثل ناهنجاری‌های کروموزومی، ضایعه‌های ساختاری سیستم عصبی مرکزی) همراه است که در چنین مواردی باید روی محور III مشخص شوند.

برای درخودماندگی اصطلاحاتی نظیر درخودماندگی زودرس، درخودماندگی کودکان یا درخودماندگی کانر نیز بکار برده‌اند.

افراد مبتلا به این اختلال به چند طریق اختلال در تعامل اجتماعی را نشان می‌دهند. قبل از ۳ سالگی شروع می‌شود. رفتارهای غیرکلامی آنها فاصله عاطفی را می‌رساند که با اجتناب از برقراری تماس چشمی جلوه‌های صورت عجیب و غریب و استفاده از ژست‌های خاص برای کنترل کردن تعامل‌ها مشخص می‌شود. از برقراری رابطه با همسالان خودداری می‌کنند و در نوباوگی در برابر بوس کردن و نوازش کردن والدین مقاومت می‌کنند. در پسران بیشتر دیده می‌شود.

برقراری ارتباط هم به صورت کلامی و هم غیرکلامی نابهنجار است. بسیاری از آنها قادر به صحبت کردن نیستند. در موارد معدود هم با لحنی یکنواخت صحبت می‌کنند و جمله را با لحن سوال مانند خاتمه می‌دهند.

آنها ضمایر مانند من و تو را قاطی می‌کنند مثلاً می‌گویند « تو گرسنه‌ام »

گفتار آنها با پژواک‌گویی مشخص می‌شود، بدین معنی که کلمات یا عباراتی را که می‌شنوند تکرار می‌کنند. از توانایی بازی-کردن متناسب با سن بی‌بهره است.

آنها به یک یا چند تمایل ثابت و نادیده گرفتن هرگونه تمایل دیگر دلمشغولی شدید دارند. آنها از تشریفات و کارهای روزمره انعطاف‌ناپذیری پیروی می‌کنند و در برابر کوچکترین تغییر، بسیار آشفته می‌شوند. عقب‌ماندگی ذهنی، سه چهارم آنها را در بر می‌گیرد. رفتارهای واپس‌روی مانند خشم بچگانه و کثیف کردن لباس با ادرار و مدفوع بسیار شایع است.

در نوع غیرعادی این اختلال که نشانگان دانشمند اوتیستیک نامیده می‌شود، فرد علاوه بر محدودیت‌های شدید، مهارتی فوق‌العاده، مانند توانایی انجام دادن عملیات پیچیده عددی را دارد.

آنها به قسمت‌هایی از اشیاء دلمشغولی دارند.

شواهد بدست آمده از تحقیقات خانوادگی و ژنتیکی از نابهنجاری‌هایی در کروموزم‌های ۷، ۱۵، ۱۶ خبر می‌دهند.

در کودکان مبتلا به این اختلال، نابهنجاری‌هایی در الگوهای جریان خون در قطعه‌های پیشانی وجود دارد که از تاخیر در رشد خبر می‌دهد.

اسکن‌های MRI مردان مبتلا به این اختلال نشان می‌دهد که در آنها حجم مغز و حجم بطن‌های مغز بزرگتری دارند اما جسم پینه‌ای مغز آنها کوچکتر است. نابهنجاری‌هایی نیز در مخچه، منطقه‌ای از مغز که مسئول کنترل حرکتی است در افراد مبتلا به اختلال اوتیسم شناسایی شده است.

قدیمی‌ترین توجیهات روان‌شناختی اختلال اوتیسم، بر فرایندهای روان‌پویشی متمرکز بودند که ریشه این اختلال را در دلبستگی کودک به والدینش می‌دانستند. برای توصیف شیوه فرزندپروری سرد و جدا که آن را علت اختلال اوتیسم در نظر می‌گرفتند، اصطلاح مادر یخچالی را به کار می‌بردند.

در دهه ۱۹۷۰، روان‌شناسان به توجیهات شناختی روی آوردند و اختلال اوتیسم را اختلال زبان، توجه و ادراک دانستند. افراد مبتلا به اوتیسم به چشمان دیگران نگاه نمی‌کنند و هنگام پردازش اطلاعات ناشی از چهره افراد به احتمال کمتری از نشانه‌های هیجانی استفاده می‌کنند. بنابراین امکان دارد افراد مبتلا به اوتیسم، برای عدم پاسخدهی به چهره انسان، مبنایی زیستی داشته باشند.

طبق دیدگاه رفتاری، منشاء اصلی این نیست که چه چیزی اختلال اوتیسم را ایجاد می‌کند بلکه این است که چگونه می‌توان ناکامی والدین و فاصله عاطفی بین کودک و مراقبان را که نشانه‌های این اختلال ایجاد می‌کنند، کاهش داد. مایه امیدواری درمان‌های رفتاری برای اختلال اوتیسم این است که وقتی کودک بتواند نیازهای خود را به نحو موثرتری ابراز کند، برخی از رفتارهای مخرب و خودانگیزی کاهش خواهند یافت. درخودماندگی، وخیم‌ترین اختلال روان‌شناختی کودکان است که براساس بروز زودرس آن مشخص می‌شود. (قبل از ۳ سالگی)

برخی درخودماندگی برحسب جنس را با سطح هوش مرتبط دانسته‌اند. بدین معنا که اگر بهره هوشی از ۳۵ کمتر باشد، فراوانی اختلال در دختران بیشتر است و بالاتر از ۳۵ باشد، در پسران بیشتر است.

از دیدگاه کانر، ضابطه اصلی درخودماندگی، ناتوانی در ایجاد رابطه بهنجار با اشخاص و موقعیت‌ها و یک تنهایی‌گرایی افراطی است که موجب بی‌اعتنایی و بی‌توجهی نسبت به همه چیزهایی می‌شود که منبع برونی دارند.

ارتباط تنودی در کودکان درخودمانده وجود ندارد، یعنی موقعی که در آغوش بزرگسالان هستند احساس یک وزنه بی‌جان یا یک کیسه آرد را ایجاد می‌کنند. نشانه‌های اصلی تحول روانی- حرکتی در نخستین سال زندگی مشهود نیستند و همچنین فقدان لبخند (ماه سوم) و فقدان اضطراب در مقابل غریبه (ماه هشتم). مشکلات تعامل‌های اجتماعی در بسیاری از افراد اوتیسم بیش از آنکه کمی باشد جنبه کیفی دارد. این بیماران می‌توانند به اندازه دیگران تماس برقرار کنند، اما شیوه برقراری تماس آنها غیرعادی است. اوتیستیک‌ها کلمه «بله» را به ندرت یاد می‌گیرند و در نامیدن اشیا ناتوانند و کلمه‌های انتزاعی را نمی‌توانند بکار ببرند. شکست کودک درخودمانده در بیان یا درک زبان، متداول‌ترین مشکلی است که والدین به هنگام مراجعه به متخصصان عنوان می‌کنند. تحول اختلال درخودماندگی مداوم است و طراز عقلی و سطح گفتار را می‌توان دو عامل اصلی پیش‌آگهی محسوب کرد.

از دیدگاه کانر، والدین کودکان درخودمانده از طراز عقلی، فرهنگی و اجتماعی بالایی برخوردارند، سردی روابط در آنها مشهود است و همچنین رفتار مکانیکی و نوعی وسواس‌زدگی سطحی در آنها مشاهده می‌شود.

طبق رویکرد عصب- فیزیولوژیکی، درخودماندگی براساس شکست سدهای حمایت‌کننده درونی در برابر هجوم محرک‌های تصفیه نشده محیط برونی مشخص می‌شود و انزوای کودک درخودمانده واکنش علیه حساسیت مفرط نسبت به محرک‌ها و بخصوص محرک‌های شنیداری و دیداری است.

نظریه‌ها در مورد علت درخودماندگی

ماه‌لر : مراحل تحول بهنجار در ۳ سال اول زندگی از دید ماه‌لر :

۱- مرحله درخودماندگی بهنجار (۴ هفته اول زندگی)

۲- مرحله مبتنی بر همزیستی (۲ تا ۹-۱۲ ماهگی)

۳- مرحله جدایی- تفرد (از ۸-۱۰ ماهگی تا حدود ۲-۳ سالگی)

مرحله درخودماندگی بهنجار:

از دیدگاه ماهر، حیوانات با غریزه‌هایی که بقای آنها را تضمین می‌کند، متولد می‌شوند در حالی که در نوزادان انسان نامطمئن هستند و «پایگاه من» باید سازش‌یافتگی با واقعیت را برعهده بگیرد. سیستم عصبی مرکزی که بهنگام تولد بسیار رشد نایافته است، هسته جسمانی تحول من را تشکیل می‌دهد. پاسخ‌های غریزی در مکانیزم نوزاد در سطح گرسنگی قرار ندارد بلکه فقط بازتابی و تالامیک‌اند. به عبارت دیگر، من تنها واجد مکانیزم‌های دفاعی بدن یعنی عکس‌العمل‌های آزادسازی و برون‌ریزی است و بازداري گرسنگی تحول نایافته است.

روابط روان- زیست‌شناختی مادر و فرزند به عنوان مکمل من تمایز نایافته نوزاد عمل می‌کند و هم‌احساسی بهنجار مادر جانشین انسانی غریزه‌هایی می‌شود که بقای حیوان را تامین می‌کنند. به عبارت دیگر، در وهله پس از تولد رابطه درون رحمی انگلی جای خود را به زهدان برون رحمی مراقبت‌های مادرانه می‌دهد که نوعی همزیستی اجتماعی تلقی می‌شود.

ویژگی‌های این مرحله عبارتند از :

۱- نوزاد بیشتر وقت خود را در خواب می‌گذراند.

۲- نوزاد نسبت به عوامل مادرانه هشیار نیست.

۳- نوزاد یک نظام ادراکی هشیاری ندارد و در نوعی خلا توهمی با یک نظام بسته خودکفا که فروید آن را با تخم پرنده مقایسه می‌کند. تخم پرنده، مثالی روشن از یک نظام بسته روانی است که حتی قادر است نیازهای غذایی خود را در قالب درخودماندگی یا قطع رابطه ارضا کند.

۴- در این مرحله، نوزاد فقط می‌تواند ردهای حفظی مربوط به دو نوع تجربه، یعنی خوب و بد را ثبت کند.

مرحله درخودماندگی بهنجار که تحکیم‌کننده تعادل حیاتی پس- تولدی است، با مرحله خود دوستداری نخستین فروید تطابق دارد.

مرحله مبتنی بر همزیستی:

در این مرحله همه چیز به گونه‌ای است که گویی کودک و مادر در درون مرزهای مشترک یک واحد دوتایی توانا را تشکیل می‌دهند. در این مجموعه، کودک در حالت وابستگی مطلق و مادر در حالت وابستگی نسبی است.

ویژگی‌های این دوره عبارتند از :

کودک به تدریج نسبت به نیازهایش هشیار می‌شود. در این مرحله، فرایند سازمان‌یافتگی و ساخت‌یابی «من» بر محور مادر مبتنی است. سرمایه‌گذاری بر مادر به عنوان یک موضوع جزئی، مهمترین تحقق روانی این مرحله را تشکیل می‌دهد. مادر نقش من معین را ایفا می‌کند و با حمایت از نوزاد در برابر محرک‌ها، تعادل حیاتی کودک را حفظ می‌کند. در این مرحله، گذار از سازمان‌یافتگی زیست‌شناختی به سازمان‌یافتگی روان- زیست‌شناختی صورت می‌پذیرد و عاطفه وابسته به انتظار حالت تنش مرحله درخودماندگی را می‌گیرد. یادگیری که در ماه‌های اول زندگی تنها بر شرطی شدن مبتنی بود، اینک از تجربه وابسته به رده‌های حسی سود می‌جوید. گذار از لبخند تعمیم یافته به اضطراب ماه هشتم مشاهده می‌شود.

مرحله جدایی - تفرد :

این مرحله تابع دو خط تحول است که بر گرایش‌های فطری نوزاد به رشدیافتگی مبتنی هستند: خط جدایی و خط تفرد.

خط جدایی : نشان‌دهنده تمایز یافتگی، فاصله‌گیری و متمایز شدن حدود یا مرزهای وجودی کودک است.

خط تفرد: ماهر آن را محورکشاننده‌ای و موضوعی نیز نامیده است. محوری است که از روابط بین فرد و موضوع‌های سرمایه‌گذاری وی براساس مبادلات حسی و خیال‌پردازانه تشکیل شده است. این مبادله‌ها بواسطه نواحی شهوتزا و فرایندهای درونی سازی انجام می‌شوند. مبانی همسانسازی‌ها را تشکیل می‌دهند و تحول کنش‌های منفعل مانند حافظه، ادراک، ظرفیت‌های شناختی و جزء آن را امکان‌پذیر می‌باشد. مطابقت زمان نسبی بین این دو خط تحول ضروری است.

به اعتقاد ماهر، درخودماندگی، ناشی از شکست در گذار از مرحله درخودماندگی بهنچار به مرحله همزیستی است. به هنگام درخودماندگی، استیصال کودک به گونه‌ای است که مانع ادراک مادر در جهان برونی می‌شود. به عبارت دیگر، کودک درخودمانده، مادرش را نمی‌شناسد و ماهر این امتناع از بازشناسی مادر را رفتار توهمی منفی می‌نامد.

این مکانیزم زمانی بکار می‌افتد که نوزاد نمی‌تواند از مادرش به شیوه‌ای عادی استفاده کند و باید برای زنده ماندن به راه‌های مختلف متوسل شود. ماهر این شیوه را مکانیزم حفظ یا نگهداری می‌نامد و رفتار توهمی را مهمترین این مکانیزم‌ها تلقی می‌کند.

درخودماندگی مبتنی بر همزیستی : این درخودماندگی از شکست در گذار از مرحله مبتنی بر همزیستی به مرحله جدایی - تفرد ناشی می‌شود. تمایز یافتگی هیجانی از مادر کندتر صورت می‌گیرد و این ناهمطرازی در حدود ۴ سالگی آشکار می‌شود. یعنی وقتی کودک به منظور حفظ رابطه همزیستی مرضی مجبور می‌شود تا واقعیت را انکار کند و به مادرش قدرتی را نسبت دهد که براساس مکانیزم‌های فرافکنی تقویت می‌شوند. بدین ترتیب، تفاوت بین دو شکل درخودماندگی ناشی از انواع دفاع‌هایی است که در خلال آنها سازمان می‌یابند اما در هر دو مورد، ناتوانی در بکار بستن عمل مادرانه برای تنظیم روابط با واقعیت در سطح نخست قرار دارد.

دیدگاه وینی‌کات

وینی‌کات با متمایز کردن ۳ مرحله در دوره اول کودکی به توصیف روابط مادر - کودک می‌پردازد.

۱- مرحله وابستگی مطلق:

با ۵ ماه نخستین زندگی مطابقت دارد. در خلال این مرحله، کودک فقط با موضوع‌های جزئی مانند پستان مادر در ارتباط است و هنوز مادر را به عنوان یک شخص نمی‌شناسد. بتدریج (از حد ۴ ماهگی) اشیایی مانند یک بازیچه پشمالو را در طرح شخصی خود توحید می‌بخشد. وینی‌کات این فرایند را پدیده گذار و شیء توحید یافته (مثل گوشه پتو یا ملحفه) در طرح شخصی را شیء گذار می‌نامد. منشا اشیای گذاری نه درونی است و نه برونی، بلکه به فضای واقع شده بین مادر و کودک تعلق دارد و در آغاز، جایگاه فرافکن توهم، قدرت مطلق و زندگی خیالبافانه کودک یا در واقع فضای بازی کودکانه می‌شود. شیء گذاری جانشین موضوع نخستین رابطه می‌شود و قبل از استقرار واقعیت قرار می‌گیرد. در عین حال واجد ارزش رمزی است و نوعی حفظ استقلال یا حفظ وحدت بین کودک و مادر را تشکیل می‌دهد.

۲- مرحله وابستگی نسبی:

بین ماه ۶ و پایان سال اول زندگی قرار دارد. در خلال این مرحله، کودک بتدریج از مادر متمایز می‌شود. کودک می‌تواند رابطه موضوعی برقرار کند و علامت‌هایی را برای فراخواندن مادر به کار گیرد. در این مرحله نارسایی‌های سازشی کوچک (بشرط آنکه کوتاه مدت باشد) به تجربه‌هایی منجر می‌شوند که کودک را در راه متمایز شدن از مادر یاری می‌دهند.

۳- حرکت در جهت استقلال و اجتماعی شدن : در آغاز دومین سال زندگی.

بر اساس نظریه وینی‌کات، مبنای درخودماندگی را باید در کج‌راهی رابطه سازشی مادر و کودک بخصوص هنگامی که توهم کودک نسبت به مادر از بین می‌رود، جستجو کرد. از دیدگاه این مولف، در آغاز زندگی کودک رابطه‌ای ابتدایی با واقعیت برونی برقرار می‌کند که بر تجربه توانایی مطلق و توهم آفرینش شیء مورد علاقه‌اش مبتنی است. این ناحیه توهمی، مستلزم درهم آمیختگی آن چیزی است که کودک دریافت می‌کند و آنچه که مادر عرضه می‌نماید. بنابراین ناحیه‌ای واسطه‌ای بین فاعلیت و عینیت یا فضای گذاری است. این فضا در سراسر زندگی فرد باقی می‌ماند. باید گفت که اگر کودک می‌تواند در توهم قدرت مطلق زندگی کند، برای آنست که مادر بالنسبه خوب، وی را در آغوش می‌گیرد. ولی اگر مادر غایب شود و این توهم فرو ریزد، نوزاد دچار اضطراب‌های غیرقابل‌تصور می‌گردد و حس واقعیت را از دست می‌دهد. بدین ترتیب، بیماری درخودماندگی دفاعی علیه دریافت‌های حسی عذاب‌آور است.

نظریه تاستن درباره درخودماندگی

تاستن می‌گوید کودک درخودمانده، تصور یک پیوستگی بین بدن خود و جهان پیرامون را حفظ می‌کند تا از هر نوع تجربه جدایی که نه تنها به منزله از دست دادن موضوع، بلکه به عنوان از دست دادن بخشی از بدن محسوب می‌شود، اجتناب کند. تاستن اشیای درخودمانده را اشیایی می‌داند که کودکان درخودمانده مدام آنها را دستکاری می‌کنند. شیء درخودمانده فقط از جنبه ویژگی‌های حس کردن آن برای کودک جالب است.

سه نوع درخودماندگی تاستن

۱- درخودماندگی نخستین نابهنجار: این ریخت تداوم درخودماندگی نخستین بهنجار است و بخصوص در موارد کمبودهای عاطفی وخیم (نزدیک به بیمارستان‌زدگی اشیپتیز) مشاهده می‌شود.

۲- درخودماندگی ثانوی زرهی: گریز از تماس جنبه افراطی به خود می‌گیرد. نشانه‌های بالینی مثل درخودماندگی کانر می‌باشد.

۳- درخودماندگی ثانوی واپس‌رونده: این نوع درخودماندگی براساس واپس‌روی حمایت کننده در برابر وحشت از آنچه غیر من است مشخص می‌شود. جزء جزء شدن، پراکندگی و دوپارگی مکانیزم‌هایی هستند که در این بیماری غلبه دارند.

درمانگری‌ها

نخستین کوشش‌های روان‌پویشی در قلمرو درمانگری اختلال درخودماندگی بر تقویت تحول من در افراد مبتلا متمرکز بوده اند و درخودماندگی را ناشی از ناتوانی والدین در ایفای نقش خود می‌دانستند.

آنچه یک کودک درخودمانده را متمایز می‌کند، وجود یک فرایند تحول نامنظم واپس‌روی به سطح کشاننده‌های عمیق من و یک سازمان‌یافتگی دفاعی بسیار ابتدایی است. شیوه دفاعی اصلی این کودکان، فاصله‌گیری از واقعیت و بخصوص از جهان برونی جاندار و انسانی است.

وقتی با درخودماندگی نخستین (درخودماندگی کانر) مواجه هستیم، کودک هرگز به وهله دلبستگی مبتنی بر همزیستی با مادر یا با موضوع جاندار دیگری دست نیافته است. پس برای کودک درخودمانده، گذار به مرحله همزیستی وحشت انگیز است.

از دیدگاه ماهر، تحول انسان نمی‌تواند بدون گذار از مرحله همزیستی انجام گیرد. پس بی‌تردید نخستین شرط درمان یک کودک درخودمانده، ایجاد تماس با یک موضوع عشق انسانی است و باید تدریجی و تقریباً بصورت تصادفی باشد.

کودکان مبتلا به درخودماندگی همزیستی در چارچوب یک همزیستی انگلی نسبت به هر جدایی با واکنش‌های وحشتزدگی پاسخ می‌دهند. اما چون هیچ ارگانیزمی نمی‌تواند یک حالت وحشتزدگی پایدار را تحمل کند، بنابراین برای گریز از آن به مرحله درخودماندگی واپس‌روی می‌کند. بدین ترتیب، روان‌گسستگی مبتنی بر همزیستی اغلب به شکل یک درخودماندگی ثانوی در می‌آید و قبل از هر چیز، درمانگر باید نخستین یا ثانوی بودن اختلال را مشخص کند. در هر دو مورد، یعنی درخودماندگی ثانوی و درخودماندگی مبتنی بر همزیستی نخستین، کوشش درمانگری باید با هدف درگیر کردن کودک در آنچه ماهر یک تجربه همزیستی تصحیحی می‌نامد انجام گیرد.

برنامه لوواس، برنامه راتر و برنامه شاپلر، سه برنامه طبق دیدگاه رفتاری‌نگر برای درمان درخودماندگی هستند.

برنامه لوواس

معروفترین (و به نوعی رادیکال‌ترین) مداخله‌ها برای از بین بردن کلیه رفتارهای عجیب و غریب از جمله رفتارهای جرح خویش، توسط ایوار لوواس، ابداع شد.

لوواس به توصیف روش‌های آماده‌سازی والدین برای استفاده از فنون تغییر رفتار براساس شرطی‌سازی کنشی- ابزاری پرداخته است. در مرحله مقدماتی، برنامه‌های مخصوص برای دستیابی به دو هدف، حذف رفتارهای مرضی و یاددهی رفتارهایی که به عنوان پیش اکتساب یادگیری‌های بعدی بحساب می‌آیند وجود دارد.

در روش شرطی‌سازی کنشی- ابزاری برنامه لوواس، نتیجه ناخوشایند همواره باید پس از رفتار نا خواسته‌ای که می‌خواهند آن را خاموش کنند قرار گیرد و به محض بروز رفتار ناخواسته به صورت نظامدار به کار افتد.

برنامه‌های آموزش زبان در روش بازپروری لوواس مهمترین جایگاه را دارند و تقریباً ۸۰ درصد از مدت زمان بازپروری برخی از کودکان را به خود اختصاص می‌دهد.

برنامه راتر

راتر معقد است که اختلال بنیادی بیماران درخودمانده، در سطح شناخت (ادراک، توجه، حافظه، استدلال، فکر) و به عبارت دقیق‌تر، در سطح زبان، به رمزدآوری، ایجاد توالی و انتزاع قرار دارد.

به طور کلی، می‌توان ابزارهای ارزشیابی راتر در این تحقیق بنیادی را به سه مقوله تقسیم کرد: ابزارهای روان‌سنجی، مصاحبه و پرسشنامه، مشاهده نظام‌دار رفتار. سازماندهی بازپروری برنامه راتر نخست و قبل از هر چیز نیازهای کودک درخودمانده و اعضای خانواده‌اش را در نظر می‌گیرد.

اصول بنیادی راتر: مهمترین بخش این برنامه را روش شرطی‌سازی منشی ابزاری تشکیل می‌دهد. در برنامه راتر، از تنبیه‌های بدنی اجتناب می‌شود و به هنگام بروز یک رفتار مرضی، تقویت مثبت را قطع می‌کنند. و بالاخره روشی که مختص این گروه است، روش دخالت مصمم نامیده می‌شود.

از این روش برای تغییر رفتارهای اجتماعی، بازی‌ها، دلبستگی عاطفی و جز آن و یا به منظور استقرار رابطه با کودکی که از نزدیک شدن به افراد دیگر به شدت امتناع می‌کند استفاده می‌شود.

برنامه شاپلر

یک برنامه دولتی است و ۳ ضابطه اصلی تشخیص درخودماندگی براساس ضوابط کریک - وجود خانواده‌های منسجم و کنش‌وری بیمار در سطح پیش‌آموزشگاهی.

تست روان- تربیتی (PEP) مهمترین ابزار ارزشیابی این برنامه را تشکیل می‌دهد و به ترتیبی تدوین شده که می‌تواند نتایج کودک را به برنامه ویژه تبدیل کند. مواد تست بر حسب ترتیب زمانی تنظیم شده‌اند و سنین ۱ تا ۷ سالگی را پوشش می‌دهند.

فن فلورامین یکی از داروهایی است که برای درمان درخودماندگی مورد استفاده قرار گرفته است. این دارو به کاهش سطح سروتونین در مغز منجر می‌شود و معمولاً در ترکیب قرص‌های رژیمی به علت تاثیر آن بر حذف اشتها نیز وجود دارد. در حال حاضر، روش‌های ملهم از روی آورد رفتارنگری را می‌توان موثرترین روش درمان درخودماندگی در نظر گرفت.

روان گسستگی مبتنی بر هویت

اختلال‌های روان گسسته‌وار هویت به گونه‌های متفاوت متجلی می‌شوند که مهمترین آنها هذیان مربوط به شجره خانوادگی و هذیان‌های جنسی است. در وهله دوم، اختلال‌های هویت با فاصله‌گیری از واقعیت متجلی می‌شوند. در وهله سوم، یک احساس کهنتری تدریجی و مخرب هویت نوجوان را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

اسکیزوفرنی کودکان

علائم اسکیزوفرنی کودکان که غالباً به صورت اختلالات رفتاری هستند شامل موارد زیر است :

گوشه گیری و انزوا طلبی، عصبانیت و تحریک پذیری (کودک اسکیزوفرنی به تغییرات محیط سازگارتر از کودک اوتیستیک است)، کاهش فعالیت‌های جسمی، کاهش یا از بین رفتن علاقه به اطرافیان، بازی و درس، بازگشت رفتار و عادت به دوران گذشته مراحل رشد، حساسیت عجیب در بازی نسبت به اسباب بازی و حتی اشخاص و سائل مختلف که قبلاً کودک را ناراحت نمی‌کرد، رفتار و ادا و اطوارهای عجیب و غریب مثل حرکات یکنواخت سر و بدن، کوبیدن خود به دیوار، به خود ضربه زدن و گیجی، خیالبافی یا رویا در بیداری و رفتارهای خودکاوانه توأم با توهّمات، گسسته‌گویی، ترس و بدبینی.

علائم فوق بعدها باعث اختلال در تمرکز حواس، عدم یادگیری صحیح، کاهش نتایج فعالیتها و در نتیجه عقب‌ماندگی کاذب یا ثانوی تحصیلی، بی‌اعتنایی عاطفی و اختلال در جریان فکر و گفتار می‌شود. گفتار و ارتباط با دیگران تقریباً بهتر از کودکان اوتیستیک است. بیان ضمائر معکوس، اکولالیا در اسکیزوفرنی دیده نمی‌شود. سوابق خانوادگی در اسکیزوفرنی بیشتر است و نسبت جنسی در آن یکسان است. گوشه‌گیری، خیال‌پردازی توأم با بحران‌های متناوب، بی‌قراری، ناآرامی، اضطراب بیجا، اختلال در خواب و اختلال گوارشی از مشخصات بیماری است. از انواع اسکیزوفرنی نوع کاتاتونیک در کودکان شایعتر از انواع دیگر است که بدین صورت دیده می‌شود:

بی‌قراری شدید، بدخلقی، لجبازی، بهانه‌گیری، بدغذایی و بدخواهی.

اختلال‌های یادگیری

اختلال یادگیری عبارت است از تاخیر یا نارسایی در مهارت تحصیلی و زمانی آشکار می‌شود که موفقیت فرد در آزمون‌های استاندارد، خیلی پایین‌تر از سطح سنی هوشی و تحصیلی است که از سایر افراد قابل مقایسه انتظار می‌رود. این گروه از دانش

آموزان از نظر جسمی و مغزی دچار هیچ گونه عارضه مشخصی نیستند ولی در یادگیری اشکالاتی دارند. گاهی این اشکالات در یادگیری با نابهنجاری‌های رفتاری نیز همراه است. این کودکان دارای بهره هوشی طبیعی هستند و در یادگیری برخی از مهارت‌ها مانند تکلم، خواندن، هجی کردن، نوشتن، حساب کردن، ادراک بینایی، ادراک شنوایی، توالی حافظه بینایی و توالی حافظه شنوایی دچار اشکال هستند.

۱- اختلال ریاضیات: در تکالیف و مفاهیم ریاضی اشکال دارد.

۲- اختلال بیان نوشتاری: نگارش فرد با املای غلط، خطاهای دستور یا نقطه‌گذاری و بی‌نظمی پاراگراف‌ها مشخص می‌شود.

۳- خوانش‌پریشی (دیس‌لکسیا) یا اختلال خواندن که به موجب آن فرد هنگام خواندن، کلمه‌ها را حذف، تحریف یا جایگزین می‌کند و به صورت آهسته و مردد می‌خواند و دچار پریشانی می‌شوند.

اختلال‌های ارتباطی

اختلال‌هایی هستند که با آشفتگی در بیان یا فهمیدن زبان مشخص می‌شوند.

۱- اختلال زبان بیانی: نوعی اختلال رشدی است که با مشکلاتی در بیان کلامی مشخص می‌شود. کودکان مبتلا نمی‌توانند خود را به صورت متناسب با گروه سنی‌شان بیان کنند. این حالت می‌تواند در سبک زبانی آشکار شود که ویژگی آن به کار بردن واژگان محدود و غلط، صحبت کردن با جملات کوتاه با ساختارهای دستوری ساده شده، حذف شدن کلمات یا عبارات‌ها و کنار هم قرار دادن کلمات به ترتیب غیرعادی است. برای مثال، فرد مبتلا به این اختلال برای اشاره به فعالیت‌های روز گذشته همیشه از زبان حال استفاده می‌کند و می‌گوید دیروز اوقات خوشی دارم.

در برخی کودکان اختلال‌های زبان بیانی مربوط به رشد هستند و در سایر کودکان هم اکتساب می‌شود.

۲- اختلال زبان دریافتی- بیانی مخلوط: هم در بیان و هم در فهمیدن انواع خاصی از کلمات یا عبارات مانند دستورالعمل‌های یا در حالت شدیدتر، در واژگان اصلی یا کل جملات مشکل دارند. حتی دستورالعمل ساده‌ای مانند «از سومین در سمت راست داخل شو» می‌تواند فرد مبتلا را گیج کند.

۳- اختلال واج‌شناختی: با مشکلاتی که خاص صحبت کردن است مشخص می‌شود. فرد مبتلا اصوات گفتاری را جایگزین و حذف یا آنها را غلط ادا می‌کند. مثلاً حرف K را نتواند ادا کند. kiss- tiss

۴- لکنت زبان: اختلال در گفتار روان، اداکردن کلمات به صورت تکراری یا کلمات بریده‌بریده، جایگزین کردن کلمات برای اجتناب نمودن از کلمات دشوار.

مهمترین نوع دیس آرتری که به علت ناراحتی‌های عصبی روانی و عاطفی ظاهر می‌شود، لکنت زبان است.

لکنت زبان جزء اختلالات گفتاری است. لکنت زبان اختلالی است در سیالی عادی و الگوی زبانی گفتار که به طور موقت و دائمی و به طور غیرارادی با تکرار و تردید در ادا و تلفظ کلمات و سیلاب‌ها به وجود می‌آید بدون اینکه اختلال عضوی یا فلجی در کار باشد.

در لکنت زبان جریان فکر طبیعی است و نوشتن اصلاً اختلالی ندارند فقط به علت انقباض غیرعادی عضلانی در دستگاه‌های محیطی گفتار کلمه درست بیان نمی‌شود.

لکنت انقباضی (تونیک): انقباض عضلات دهان، حلق، حنجره و تارهای صوتی. این حالت کاملاً روانی است. بیمار برای ادای کلمه به خود فشار می‌آورد و اغلب به علت فشار و وقفه در تلفظ کلمه یکباره بیان می‌شود.

لکنت تشنجی (کلونیک): یک سیلاب که معمولاً اولین سیلاب کلمه است مرتباً تکرار می‌شود. علت این نوع اختلال فیزیولوژیک عصبی عضلانی است که در محل اتصال عصب به عضله پدید می‌آید. این نوع لکنت جنبه خانوادگی دارد و اغلب موروثی تلقی می‌شود. گاهی هر دو لکنت باهم دیده می‌شوند.

مکررگویی صرف یا تکرار صرف: نوعی تکرار وجود دارد که حالت کلونیک در مورد آن صدق نمی‌کند و می‌توان آن را مکررگویی صرف نامید که لفظ تکراری اولیه کودک هیچ نوع ارتباطی با مفهوم موردنظر ندارد. مثلاً سوال می‌شود اسم تو چیست؟ جواب می‌دهد «به به به حسین».

کلونو-تونیک: ترکیبی از لکنت زبان کلونیک و تونیک است و بر اثر برخورد خشن و نادرست با فرد مبتلا و یا توقع بیش از حد دیگران از او پدید می‌آید.

لکنت تقریباً همیشه با یک رشته اختلالات تنفسی، حرکات اضافی عضلانی در صورت سر و گردن و حتی انقباض دست و شانه همراه است که باعث خستگی شدید فرد می‌شود. لکنت در ۱ درصد کودکان مدرسه‌ای انگلستان وجود دارد. لکنت زبان در همه سنین مشاهده می‌گردد ولی در ۳/۵ تا ۴ سالگی به علت رشد سریع فرهنگ لغات، اضطراب ورود به مدرسه، ترس از محیط مدرسه و جدا شدن از مادر و در سنین بلوغ به علت تغییرات سریع هورمونی، بیولوژیک و روانی بیشتر دیده می‌شود. شایع‌ترین دوره ابتلا به لکنت زبان ۳-۷ سالگی است. علل لکنت زبان اختلافات خانوادگی، داشتن پدر و مادر وسواسی و کمال جو، سخت‌گیری والدین در مورد درست صحبت کردن (به عقیده جانسون) است. همبورگ نوروز اضطراب را مهم‌ترین عامل لکنت زبان می‌داند. پاولف معتقد است که این بیماران به اختلال عصبی روانی مخصوصاً به نوروز مبتلا هستند. بعضی آن را یکی از علائم نوروپتیک می‌دانند (فرضیه سایکوژنیک) روانکاوان این علامت نوروپتیک را به احتیاجات ناخودآگاه و تثبیت در مراحل دهانی-مقعدی نسبت می‌دهند.

لکنت در تمام طبقات اجتماعی دیده می‌شود و در پسرها شایعتر (۳ تا ۴ برابر بیشتر از دختران) از دختران است. شیوع لکنت موقع ورود به مدرسه و صحبت در حضور آموزگار و سایر شاگردان بیشتر از هر زمانی است، به خصوص اگر کودک چپ دست باشد و به همین دلیل تحت فشار باشد. در چپ‌دست‌ها مرکز گویائی در نیمکره راست مغز است و بالعکس. در صورت فشار برای راست دست بودن این مرکز به نیمکره چپ انتقال داده می‌شود و اختلال گفتاری پیش می‌آید.

اختلال‌های حرکتی

والن از مولفانی است که همواره در سراسر آثارش بر نقش جنبه حرکتی در مجموعه تحول روان‌شناختی تأکید کرده است و گام مهمی در راه تبیین مسئله مهم و پیچیده تحول حرکتی برداشته است. والن هر فعالیت حرکتی را دارای دو جهت می‌داند:

۱- فعالیت حرکتی که بسوی جهان بیرونی معطوف است و فعالیت جنبشی نامیده می‌شود.

۲- فعالیت تنودی که عضله را در تنش معینی نگه می‌دارد و زمینه حرکت‌های وضعی و حالات صورت را تشکیل می‌دهد.

برتری جانبی از ۳ زاویه

۱- از نظر ماهیت: برتری نیمکره مغز ممکن است بهنجار یا مرضی باشد. بدین معنا که چپ برتری ممکن است ناشی از قرار داشتن فرمان‌های اصلی در نیمکره راست باشد (چپ برتری بهنجار) یا آنکه از آسیب‌دیدگی نیمکره چپ که موجب انتقال فرمان‌ها به نیمکره راست می‌شود منتج گردد. (چپ برتری مرضی)

۲- از نظر درجه: میتوان بین چپ‌برتری مطلق و راست‌برتری مطلق همه فواصل را که دوسوتوانی در بین آنهاست مشاهده کرد.

۳- از نظر تجانس: بررسی جانبی شدن در سطح چشم، دست و پا انجام می‌گیرد. منظور از جانبی شدن متجانس، جانبی شدن در هر سه سطح است. اما ممکن است اعضا و اندام‌های مختلف یک فرد معین به صورت متجانس جانبی نشوند که در این صورت با برتری متقاطع مواجه هستیم.

گزل و اینر براساس پژوهش‌های مختلف خود نشان دادند که کارآمدی و برتری جانبی دست در خلال نوزادی و خردسالی، تغییرپذیر است. به عبارت دیگر، در موقعیت‌های مختلف در خلال تحول بهنجار، کودک می‌تواند راست برتر، چپ برتر یا دوسوتوان باشد.

میچل به این نتیجه دست یافت که نوزادانی که سر خود را از آغاز تولد به سمت چپ بر می‌گردانند، برای گرفتن شیء نیز از دست چپ بیش از دست راست استفاده می‌کنند و بالعکس.

علت‌شناسی برتری جانبی

الف) ناقرینگی عصب - آناتومیکی. پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که کم یا زیاد بودن ناقرینگی مغز، مبتنی بر پیچیدگی شبکه نورون‌ها، تعداد سلول‌ها و ارتباط‌های آنهاست.

ب) عوامل ژنتیکی. مورگان عقیده دارد که جانبی شدن فقط بر جهت‌یابی سیتوپلاسم در تخمک مبتنی است. اگر این فرضیه درست باشد، جانبی شدن در نهایت تابع عوامل ژنتیکی مادر (به تنهایی) است. بر خلاف او، آنت جانبی شدن را ناشی از تاثیر یک ژن منحصر به فرد بنام ژن منتقل کننده راست برتری (RS) می‌داند و عقیده دارد که عوامل محیطی می‌توانند بر این ژن اثر کنند و تغییرات بین فردی را بوجود آورند. این ژن غالب $RS+$ ، تعیین‌کننده جانبی شدن زبان در نیمکره چپ نیز هست. RS در اغلب دختران تک‌هسته‌ای است ($++RS$) و بدین دلیل است که فراوانی چپ‌برتری در زنان کمتر است و تحول گفتار سریعتر است. اگر ژن منتقل کننده راست برتری، دوهسته‌ای باشد ($-RS+$)، ناقرینگی کنشی‌های حرکتی کمتر خواهد بود و در صورت منفی بودن ($-RS$ یا $--RS$)، برتری جانبی تحت تاثیر عوامل محیطی ایجاد خواهد شد.

بررسی‌های آماری در مورد چپ برتری نشان می‌دهد که :

۵۰ درصد کودکان چپ برترند، اگر والدینشان چپ برتر باشند.

۲۰ درصد کودکان چپ برترند، اگر فقط یکی از والدین چپ برتر باشد.

۷ درصد کودکان چپ برترند، اگر هیچ یک از والدین چپ برتر نباشند.

نکته : آیا تمرین می‌تواند برتری جانبی را معکوس کند. برای مثال یک چپ برتر را به یک راست برتر تبدیل کرد ؟ در این زمینه می‌توان گفت که چنین وارونگی در مورد یک چپ برتر واقعی (بهنجار) امکان‌پذیر نیست.

اغلب مولفان بوجود اختلال‌های حرکتی، کلامی، نابهنجاری‌های قلیل جسمانی و همچنین اختلال‌های خلق و خو در چپ-برتران اشاره کرده‌اند. اختلال‌هایی ممکن است پیامد کوشش‌های ناشیانه باشند که، برای تقویت راست برتری انجام شده‌اند. در این صورت علت بوجود آورنده اختلال‌ها، بازپروری است و نه چپ برتری.

اصل کلی این است که باید به کودک در جانبی شدن صریح کمک کرد. وقتی کودک مصمم نیست یا تا حدی چپ برتر است آموزش راست برتری توصیه می‌شود اما به محض بروز کوچکترین اختلال باید از این شیوه دست کشید.

تاخیرهای حرکتی

برای نخستین بار در سال ۱۹۰۹، دوپره نشانگان خاصی را متمایز کرد و آن را کودنی حرکتی نامید. این نشانگان متشکل از نشانه‌هایی بود که در پی می‌آیند:

الف: بی‌مهارتی در حرکات‌های ارادی: حرکات‌ها ناشیانه، ثقیل و سنگین‌اند و با ظرافت توأم نیستند.

ب: هم‌جنبشی

هم‌جنبشی‌ها حرکات‌هایی هستند که در گروه‌های عضلانی که با حرکت معین کودک مرتبط نیستند، به صورت انتشاری منعکس می‌شوند و به دو صورت مشاهده می‌گردند: ۱- هم‌جنبشی تقلیدی ۲- هم‌جنبشی تنودی

۱- هم جنبشی تقلیدی که به صورت افقی منتشر می‌شود و عبارت است از تمایل مرضی به اجرای قرنیه‌ای حرکت (مثل حرکات‌های یک دست که در دست دیگر هم دیده شوند). بدون آنکه حرکت عضو قرنیه معنای کنشی داشته باشد. این نوع هم‌جنبشی‌ها معمولاً فراوانند و در خلال تحول از بین می‌روند.

۲- هم جنبشی تنودی که به صورت عمودی منتشر می‌شود (مانند حرکات‌های مصمم دهان و صورت به هنگام حرکات‌های دست راست. یا حرکات‌های بازوها همزمان با حرکت پاها) این نوع هم‌جنبشی‌ها به ندرت مشاهده می‌شوند و اغلب با افزایش سن کاهش نمی‌یابند و به نظر می‌رسد که جنبه مرضی آنها بیشتر است.

ج: پاراتونیا

علامت مشخصه این حالت، ناتوانی یا وجود مشکلات فراوان در بدست آوردن انبساط عضلانی است. پاراتونیا که نوعی انقباض مومی شکل است، در پاره‌ای از کودکان تا حد کاتالپسی یا بی‌حرکت ماندگی پیش می‌رود و مانع اساسی در راه اجرای حرکات‌های فرم و هماهنگ ایجاد می‌کند.

دوپره نسبت به مبنای ارگانیکی کودنی حرکتی تردید نداشت، چون معتقد بود کودنی حرکتی از توقف رشد سیستم هرمی ناشی می‌شود. در ضمن بر این نکته تأکید کرده بود که کودنی حرکتی را باید از اختلال‌های توأم با عقب ماندگی عقلی وخیم و اختلال‌های ناشی از آسیب‌دیدگی راه‌های عصبی- حرکتی متمایز کرد.

لازم است از اصطلاح کودنی حرکتی تنها در زمینه مشکلات حرکتی وابسته به عواطف استفاده کرد. مشکلاتی که ناراحتی کودک را در رابطه با طرح بدنی خویش و یا فضایی که اشغال کرده و در آن حرکت می‌کند، تبیین می‌کنند.

از این دیدگاه، می‌توان گفت که کودنی حرکتی به منزله یک نشانه مرضی در کودکانی مشاهده می‌شود که :

۱- هیجان‌پذیرند، ۲- اختلال‌های جزیی در طرح بدنی آنها مشاهده می‌شود، ۳- خیالبافی بر زندگی آنها غلبه دارد و ۴- بین خود و محیط به درستی تمایز ایجاد نمی‌کنند.

بیماری گُره

این اصطلاح به هر نوع اختلال عصب‌شناختی که واجد حرکات‌های غیرارادی ساده و یا پیچیده و پرش عضلانی در تمامی بدن یا در بخشی از آن است اطلاق می‌شود.

نارسایی حرکتی

مرزهای دقیقی بین کودنی حرکتی و آنچه امروزه نارسایی حرکتی یا دیسپراکسیا نامیده می‌شود وجود ندارد. در این مواقع، اختلال‌های عمیق در سازمان‌یافتگی طرح بدنی و تجسم‌های فضایی - زمانی مشاهده می‌شود.

نشانه‌های نارسایی حرکتی : در سطح بالینی با کودکانی سروکار داریم که در انجام متوالی برخی از حرکات ناتوانند یا توفیق آنها با ناشیگری مفرط همراه است : لباس پوشیدن، بستن بندهای کفش، بستن دکمه‌های پیراهن یا دوچرخه‌سواری بعد از ۶ تا ۷ سالگی. مشکلات این کودکان در سطح تحقق توالی حرکات‌های ریتم‌دار و فعالیت‌های ترسیمی باز هم بیشتر می‌شود. شکست آنها در عملیات فضایی و در عملیات منطقی - ریاضی به حد اعلی می‌رسند. زبان دارای اختلال کمتری است و یا هنجار می‌باشند. آزمایش عصب‌شناختی هم معمولاً بهنجار است.

در DSM-IV، نشانه‌های نارسایی حرکتی، تحت عنوان اختلال اکتساب هماهنگی آورده شده‌اند که ویژگی اصلی آن، وجود ضایعه‌ای مشخص در تحول هماهنگی - حرکتی است. این اختلال معمولاً با مشکلاتی در قلمرو زبان گفتاری و نوشتاری همراه است.

اختلال حرکت قالبی (کلیشه ای)

ویژگی اصلی این اختلال‌ها، وجود رفتار حرکتی تکراری و بی‌فایده‌کنشی است که ظاهراً بیمار خود را مجبور به اجرای آن می‌بیند. این رفتارهای حرکتی، فعالیت‌های بهنجار را بشدت مختل می‌کند و اگر پیشگیری نشود، به خود ناقص‌سازی منجر می‌شود. اختلال حرکت‌های قالبی اغلب با تاخیر عقلی همراه است و هر اندازه تاخیر وخیم‌تر باشد، خطر بروز رفتارهای خود ناقص‌سازی بیشتر است. این اختلال ممکن است پس از وقوع یک رویداد تنیدگی را آغاز شوند. جنس مذکر گرایش بیشتری به وارد کردن ضربه به سر دارد و در جنس مونث بیشتر گاز گرفتن خود شایع است.

آنسفالیت همه‌گیر

نوعی بیماری که برای نخستین بار در جنگ جهانی اول مشاهده شد و به علت ویروسی آن دست نیافتند. اما شکل بالینی و خصوصیات آسیب‌شناختی آن بیشتر عفونت ویروسی تالاموس مغز میانی بود. برخی از کسانی که بعد از ابتلای به این بیماری زنده ماندند، ماه‌ها و سال‌ها بعد به نشانگان پارکینسون مبتلا شدند.

اختلال های رفتار ایدایی

اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه (ADHD)

تکانشگری در افرادی مشاهده می‌شود که پاسخ‌ها را از دهان می‌پراندند، نمی‌توانند منتظر نوبت بمانند و برای دیگران مزاحمت ایجادکنند. کودکانی را می‌توان مبتلا به ADHD تشخیص داد که ویژگی بارز آنها بی‌توجهی، بیش‌فعالی، تکانشگری، یا ترکیبی از این دو باشد.

اکثر کودکان ADHD از نوع مرکب هستند (یعنی هر سه ویژگی بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری را دارند). این اختلال در پسرها بیشتر از دخترها گزارش شده است. این سندرم در ۲۰-۱۰ سالگی شیوع کمتری دارد. اولین تشخیص این اختلال در سنین دبستان صورت می‌گیرد و تا اوایل نوجوانی نسبتاً پایدار است.

شروع دیررس ADHD پیش‌آگهی بهتری دارد. همپوشی اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه با اختلال سلوک ۹۰-۳۰ درصد است. پیش‌آگهی ADHD بر حضور یا عدم حضور CD وابسته است.

همپوشی این اختلال با سندرم توره ۵۰-۱۵ درصد است. همچنین با ناتوانی‌های یادگیری همپوشی زیادی دارد.

پیوستار هوشی کودکان ADHD از سرآمدی تا عقب‌ماندگی ذهنی در نوسان است.

سیستم فعال کننده رتیکولار (RAS) که نظم‌دهی رفتار و توجه بر عهده دارد در این کودکان مختل است. کودک مبتلا به ADHD معمولاً قبل از سن دبستان توسط اطرافیان بچه‌های «دشوار» انگاشته می‌شوند. معمولاً ADHD در کودکی تا نوجوانی و در برخی موارد تا بزرگسالی ادامه می‌یابد.

یکی از آزاردهنده‌ترین تجربیات برخی از افراد مبتلا به ADHD، مشکلات میان‌فردی شدید آنهاست. در واقع پژوهشگران دریافته‌اند که این افراد «معلول اجتماعی» خیلی در معرض ابتلا به مشکلات روانی بلندمدت قرار دارند. قبلاً ADHD کژکاری‌جزیی مغز نامیده می‌شد. این واقعیت که ADHD مولفه ژنتیک نیرومندی دارد، اثبات شده و تحقیقات خانوادگی و دوقلوها آن را نشان داده‌اند. ADHD در چهار زمینه عملکرد نمایان می‌شود:

- ۱- حافظه فعال غیرکلامی (مشکلات مربوط به حافظه فعال باعث می‌شوند که کودک نتواند حساب زمان را نگه دارد یا چیزهایی مانند مواعید و تعهدات را به یاد آورد).
 - ۲- درونی کردن گفتگو با خود (در این مورد اختلال باعث می‌شود که کودکان نتوانند افکارشان را برای خودشان نگه دارند و به سوال کردن از خود یا هدایت خود بپردازند، در عوض خیلی‌زیاد حرف می‌زنند و فاقد درک رفتار قانونمند هستند).
 - ۳- خودگردانی خلق، انگیزش و سطح انگیزش (باعث می‌شود آنها بدون سانسور، تمام هیجانات خود را آشکار سازند درحالی که قادر نیستند سابق انگیزشی خودشان را تنظیم کنند).
 - ۴- اختلال در توانایی بازسازی، به توانایی محدود در حل کردن مسئله‌ها منجر می‌شود، زیرا آنها نمی‌توانند رفتارها را تجزیه و تحلیل کنند و رفتارهای جدیدی را از آنها بوجود آورند.
- در ابتدا، آشکارترین تظاهر رفتاری ADHD را بیش فعالی حرکتی می‌دانستند و نشانه‌های بی‌توجهی و برانگیختگی را به منزله نشانه‌های ثانوی در نظر می‌گرفتند. اما در حال حاضر، بسیاری از پژوهشگران نارسایی بنیادی در قلمرو بازداری رفتار را عامل اصلی در نظر می‌گیرند.
- در خلال تحول کودکان بهنجار با درونی‌سازی تدریجی قواعد مواجه هستیم. در حالی که در کودکان بیش فعال این درونی‌سازی قواعد در موقع مناسب صورت نمی‌گیرد.
- کم‌هوشی علت اصلی شکست کودکان بیش فعالی در تحصیل محسوب نمی‌شود بلکه مشکلات کلامی و پایین بودن سطح حرمت خود از جمله عواملی بودند که در نتایج ضعیف تحصیلی نقش مهمی ایفا می‌کنند.
- این نکته محرز است که هر اندازه کودک کم‌سن‌تر باشد، ناراحتی یا تنش روانی وی بیشتر به شکل تظاهرات جسمانی بروز می‌کند. به عبارت دیگر، در نخستین سال‌های زندگی، ارتجالی‌ترین و طبیعی‌ترین پاسخ‌ها نسبت به موقعیتی ضربه‌آور یا اضطراب‌انگیز، مبادرت به عمل است.

ADD: بچه‌هایی مبتلا به ADD بطور مزمّن خیال‌پردازی می‌کنند، آنها اغلب بسیار باهوش هستند اما به سختی می‌توانند برای مدت طولانی روی یک موضوع تمرکز کنند. سرشار از انرژی هستند ولی نمی‌توانند آرام بگیرند. آنها در حرف زدن یا هر آنچه به ذهنشان می‌رسد بسیار تکانشی هستند و مقاومت در برابر حواس‌پرتی برای آنها غیرممکن است.

اختلال سلوک CD

اختلالی که با تجاوز مکرر و مستمر به حقوق دیگران مشخص می‌شود. وقتی دستگیر می‌شوند گناه خود را انکار می‌کنند، تقصیر را به گردن دیگران می‌اندازند و درباره پیامدهای اعمالشان احساس ندامت نمی‌کنند. متخصصان بالینی اختلال سلوک با شروع کودکی (قبل از ۱۰ سالگی) را از اختلال سلوک با شروع نوجوانی متمایز می‌کنند.

طبق گزارش‌ها اختلال سلوک در پسرها بیشتر از دخترها است. اختلال سلوک در پسرها در ۱۰ سالگی در اوج است و بعد از این سن افت می‌کند اما در دخترها این اختلال در ۱۶ سالگی اوج دارد و سپس افت خواهد داشت. شروع CD به طور معمول در اواخر کودکی و اوایل نوجوانی است و شروع دیرتر اختلال پیش آگهی بهتری را در پی خواهد داشت.

اختلال لجبازی - نافرمانی ODD

این کودکان الگوی رفتاری منفی، خصمانه و نافرمانی نشان می‌دهند که به مشکلات خانوادگی یا تحصیلی منجر می‌شود. عملاً دیگران را می‌رنجانند، زودرنج، دلخور، ستیزه‌جو، مغرور و حق به جانب‌اند. این اختلال معمولاً بین ۸ تا ۱۲ سالگی نمایان می‌شود. پسرهای پیش نوجوان بیشتر از دخترهای همسن به این اختلال دچار می‌شوند اما بعد از بلوغ این اختلال به طور برابر در دخترها و پسرها شایع است. مبتلایان به ODD نسبت به افراد مبتلا به CD هوش بالاتر، افسردگی کمتر و تعارض کمتری را نشان می‌دهند. نشانه‌های ODD در پسرها مقاوم‌تر است و متعاقباً به CD تبدیل می‌شود. اختلالات ADHD، CD و ODD جزء اختلال‌های بیرونی شده هستند، بدین معنی که آنها از طریق رفتارهای ناسازگارانه بیرونی مثل بیش‌فعالی، تکانشگری، پرخاشگری و نافرمانی از قوانین مشخص می‌شوند. اختلالات هیجانی و نوروپیک اختلال-های درونی شده هستند.

اختلال اضطراب جدایی

اختلال اضطراب جدایی (SAD) متداول‌ترین مشکل آسیب‌شناسی روانی کودکی در جمعیت بیمار و بهنجار است. در این اختلال رواج بین دختران و پسران یکسان است. اختلال SAD در نیمه آخر سال اول آغاز می‌گردد. در ۲۱-۱۵ ماهگی در اوج است و تا سه سالگی تمام می‌شود. کاهش شیب در شیوع اضطراب جدایی بعد از ۱۰ سالگی دیده می‌شود. در مبتلایان به این اختلال نگرانی از مرگ رایج است. مستحکم‌ترین روش‌های درمانی، درمان‌های رفتاری و شناختی-رفتاری است. درمان‌های رفتاری شامل حساسیت‌زدایی، مدیریت وابستگی و غرقه‌سازی است. اگرچه اغلب کودکان دلبستگی نیرومند خود را به والدینشان حفظ می‌کنند، در حدود ۱۸ ماهگی از جدایی کمتر ناراحت می‌شوند. با این حال درصد کوچکی از کودکان بر تجربه اضطراب جدایی چیره نمی‌شوند، بلکه نشانه‌های آن را پرورش می‌دهند. زمانی که از والدینشان جدا می‌شوند، از ناراحتی‌های جسمانی مانند سردرد یا معده‌درد شکایت می‌کنند. حتی به خواب رفتن می‌تواند جدایی وحشتناکی باشد. زمانی که آنها به یک نفر وابسته نیستند، وحشتزده، درمانده، غربت زده، منزوی و غمگین هستند. آنها پرتوقع و مزاحم‌اند و به توجه مداوم نیاز دارند. از دیدگاه روان‌پویشی و سیستم‌های خانواده، اختلال‌های اضطرابی، حاصل عقب‌ماندن و ناتوانی کودک در آموختن نحوه غلبه کردن بر تکالیف رشدی جدایی از والدین است.

اختلال‌های تیک

اختلال تیک یک فعالیت حرکتی یا صوتی است که به طور ناگهانی، سریع، عودکننده، غیرموزون و کلیشه‌ای اتفاق می‌افتد. تنیدگی و اضطراب باعث تشدید تیک‌ها و فعالیت‌های سرگرم‌کننده به کاهش آنها منجر می‌شود و معمولاً در خلال خواب ناپدید شده یا در حد قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابند.

دیدگاه روان‌پویشی نشانه‌ها را تجلی خصومت یا کاهش تنش دانسته‌اند که در محیطی طردکننده بوجود می‌آیند و یا مصالحه‌ای که بین تعارض بیمار و خواسته‌های جهان برونی با هدف جلوگیری از روان‌گسستگی ایجاد می‌شود.

یکی از روش‌های درمان تیک‌ها، درمانگری‌های روانی- حرکتی است. «تمرین آینه‌ای» یکی از روش‌های آن است. یعنی اجرای حرکت تیک با اطراف سالم بدن، تمرین منظم آرام عضلانی و تمرین همراه با کنترل بوسیله آینه.

انواع متفاوت تیک‌ها شامل موارد زیر است :

تیک حرکتی ساده: پلک زدن، تکان دادن گردن، بالا انداختن شانه و شکلک درآوردن.

تیک صوتی ساده: صاف کردن گلو، خرخر کردن، بالا کشیدن بینی، فین کردن و پارس کردن.

تیک حرکتی مرکب: حرکات بیانگر چهره‌ای، رفتارهای آرایشی، پریدن، لمس کردن، پا بر زمین کوبیدن و بو کردن شیء

تیک صوتی مرکب: تکرار کلمات یا عبارات خارج از متن، هرزه‌گویی، مکررگویی (تکرار صداها یا کلمات خود) پژواک‌گویی، پژواک جنبشی (تولید حرکات فرد دیگر)

اختلال توره

وجود تیک‌های حرکتی چندگانه همراه با یک یا بیش از یک تیک صوتی است. توره ممکن است قبل از ۲ سالگی بروز کند. نیمی از مبتلایان ADHD اختلال توره را نیز دارند. تیک صوتی یک تا دو سال بعد از تیک حرکتی شروع می‌شود. تیک صوتی معمولاً از نوع ساده است.

از نشانه‌های غیرمعمول مبتلایان به اختلال توره، هرزه‌گویی (بد دهنی) است.

اختلال توره موقتی نیست بلکه در کودکی یا نوجوانی آغاز می‌شود و معمولاً همیشگی است.

تیک گذرا

شایع‌ترین شکل تیک است. مهمترین ویژگی تیک‌های گذرا وجود تیک‌های واحد یا چندگانه حرکتی یا صوتی است.

تیک‌های آوایی در نبود تیک‌های حرکتی رخ می‌دهند. تیک‌ها تقریباً هرروز به مدت حداقل یک ماه دوام پیدا کرده و بیش از ۱۲ ماه ادامه نمی‌یابند.

اختلال تیک مزمن حرکتی یا آوایی

از ویژگی‌های مهم این اختلال، وجود فقط یکی از انواع تیک حرکتی یا صوتی- حرکتی و صوتی است. در تیک مزمن تیک حرکتی و صوتی همراه یکدیگر نیستند.

تفاوت این اختلال تیک با تیک توره وجود فقط یکی از تیک‌های حرکتی یا صوتی در تیک مزمن است. ویژگی‌های دیگر اختلال تیک مزمن حرکتی یا صوتی به طور کامل شبیه اختلال توره است جز اینکه شدت نشانه‌ها و اختلال کنشی آن معمولاً خفیف‌تر است. پیش‌آگهی تیک مزمن حرکتی بدتر از تیک مزمن صوتی است.

تیک‌های حرکتی مرکب و یا تیک‌های ساده مزمن از شایع‌ترین نمودهای این اختلال است.

لالی انتخابی

در DSM-IV لالی انتخابی^۱ به عنوان اختلال زبانی خاص دوران کودکی به منظور ساده‌سازی تشخیص افتراقی در نظر گرفته شده است، زیرا تظاهر اصلی آن در زبان بیانی است. این اختلال براساس انتخابی بودن صحبت کردن در موقعیت‌های هیجانی خاص مشخص می‌شود. یعنی این که کودک توان زبانی خود را در بعضی موقعیت‌ها نشان می‌دهد ولی از صحبت کردن در موقعیت‌های دیگر، ناتوان است. به عبارت دیگر، مبتلایان علی‌رغم سلامت و شیوایی در بیان در برخی از موقعیت‌ها

^۱ . elective mutism

از حرف زدن امتناع می‌کنند. علایم حداقل یک ماه باید دوام داشته باشند. این اختلال قبل از ۵ سالگی آغاز می‌شود و شیوع آن در دختران شایع‌تر است.

اختلالات مربوط به دفع

عده‌ای عدم کنترل ادرار و مدفوع را علائم نوروتیک یا نوروزتک علامتی می‌دانند که ترس، جنگ، بمباران، بیماری‌های جسمانی، دوری از والدین و هیجانات مختلف باعث آن می‌شود و اگر قبلاً در کودکی وجود داشته باشد آن را تشدید می‌کند. می‌توان گفت که مهار عمل دفع مدفوع، مستلزم درجه‌ای از رشدیافتگی سیستم عصبی است که در حول یک محور یادگیری سازمان می‌یابد.

مولفان مانند تامپسن و سالیوان، بر عامل مصالحه با والدین بیش از عامل لذت تاکید کرده‌اند. از دیدگاه سالیوان، کنش‌های مقعدی به انگیزه قدرت و نیاز به ایمنی وابسته‌اند و همانگونه که در آغاز، گریه کودک ابزار توانمندی نوزاد محسوب می‌شود، یبوست نیز بتدریج به صورت ابزار قدرت کودک خردسال در می‌آید.

اریکسون عقیده دارد که نمی‌توان تمامی مساله تربیت مقعدی را به جستجوی ارضای لذت توسط کودک، کاهش داد. آنچه در عین حال برای کودک و مادر در این قلمرو اهمیت دارد این است که چه کسی درباره این بخش از بدن باید تصمیم بگیرد.

روان‌تحلیل‌گران به توصیف رگه‌های خلقی ناشی از تثبیت بزرگسالان در مرحله مقعدی پرداختند و بر خصیصه‌های ۳ گانه آن یعنی ترتیب، اقتصاد (خساست) و سرسختی اشاره کرده‌اند. نیاز به ترتیب، معرف شکل‌گیری اطاعت و خرده‌بینی است. اقتصاد به منزله تداوم عادت مقعدی نگه‌داری محسوب می‌شود که گاهی مبتنی بر ترس از دست دادن و گاهی ناشی از لذت حاصل از ناحیه شهوت‌زاست و بالاخره سرسختی به منزله یک پرخاشگری فعل‌پذیر است که بهنگام ناممکن بودن یک فعالیت گسترش می‌یابد.

بی‌اختیاری ادرار

۱- شب‌ادراری یا ناتوانی در کنترل ادرار

مبتلایان در خواب و بیداری قادر به کنترل ادرار خود نیستند، اما چون اغلب در هنگام شب صورت می‌گیرد به آن شب‌ادراری می‌گویند. شب‌ادراری فراوان‌ترین نوع اختلالات کنترل ادرار است و معمولاً در ثلث اول چرخه خواب رخ می‌دهد اما گاهی هم در خواب متناقص رخ می‌دهد. بی‌اختیاری ادرار منحصراً روزانه در دختران فراوان‌تر از پسران است. این اختلال گاهی ناشی از مقاومت فرد برای رفتن به توالت است.

در سال دوم زندگی کودکان کم‌کم کنترل ادرار را به دست می‌آورند و در سه سالگی همه کودکان سالم این توانایی را به دست می‌آورند. ناتوانی در کنترل ادرار حالتی است که کودک از چهار سال به بالا چه روز چه شب در کنترل ادرار حداقل هر هفته یک بار سه ماه متوالی ناتوانی داشته باشد. در این بیماری ضایعه‌ای در مثانه مانند سنگ، عدم رشد مثانه، اختلال در نخاع شوکی (مغز تیره)، یا شکستگی لگن، بیماری قند و حملات صرعی وجود نداشته باشد که در این صورت به آن بی-اختیاری ادرار می‌گویند.

۲- **ناتوانی در کنترل ادرار اولیه:** کودک از همان اول به دلایلی نتوانسته است که به عللی ادرارش را کنترل کند. (شیوع آن ۸ تا ۹ برابر بیشتر از نوع ثانویه است.)

۳- **ناتوانی در کنترل ادرار ثانویه:** ناتوانی بعد از مدتها کنترل ادرار به وجود آمده است. (از ۴ تا ۸ سالگی شروع می‌شود.)

(

شیوع این بیماری ۵-۱۵ درصد است. والدین در افشای شب ادراری پسر خود کمتر اکراره دارند، اما در مورد دختران حداً امکان آن را پنهان می کنند (علت اختلاف نظر در طبقه بندی دختران و پسران نیز همین امر است. پسران ۶۲٪ و دختران ۳۸٪)

هوشبهر مبتلایان اختلاف و تفاوت فاحشی را نشان نمی دهد. عقب مانده های عمیق و شدید از این قاعده مستثنی هستند.

شیوع

- عدم کنترل ادرار : ۶۳٪

- عدم کنترل ادرار روزانه : ۷٪

- عدم کنترل ادرار شبانه : ۳۰٪

عدم کنترل ادرار روزانه اغلب هنگام هیجان زیاد (خنده، بازی و ترس شدید) و یا حتی در راه مدرسه ممکن است روی دهد.

حداکثر مبتلایان مراجع بین ۸ تا ۱۱ ساله هستند.

این اختلال در اغلب موارد غیرارادی است اما گاهی نیز می تواند عمدی باشد.

بیکوین عقیده دارد که تجلیات بالینی نابهنجارهای کنش وری مثانه از یک نیاز آمرانه ناشی می شود. برخلاف یک فرد بهنجار که می تواند ساعت ها پس از پر شدن مثانه انتظار بکشد، ادرار بی اختیار نیازمند تخلیه بلافاصله آن است.

وجود کمبود و نارسایی در محیط کودک در ایجاد بی اختیاری ادرار موثر است.

باید بی اختیاری ادراری را که در دوره پیش تناسلی بروز می کنند، از آنهایی که پس از ادیپ ظاهر می شوند متمایز کرد:

در دوره پیش تناسلی، بی اختیاری ادرار می تواند به منزله بیان فعل پذیری کودک در نظر گرفته شود (رضای حاصل از مراقبت های مادرانه، لذت بردن از رطوبت لباس ها و جزء آن) یا نشان دهنده فعالیت کودک باشد (استفاده خودشهوت گرا از مجرای ادرار، پرخاشگری وابسته به این مجرا) و یا آنکه به طور کلی رضای میل به قدرت و تایید هویت مردانه را در پسر بدنبال داشته باشد.

در وهله ادیپی و پس از آن، ادرار بی اختیاری معنای یک فعالیت انتخابی را به خود می گیرد و این نکته را مولفان متعددی پس از فروید نیز تایید کرده اند.

این نکته نیز قابل ذکر است که برخی از محققان، ادرار بی اختیاری را به دلیل تاثیر ایمی پرامین در مهار کردن آن نشانه یک افسردگی پنهان دانسته اند.

سبب شناسی

علل تربیتی و عدم آموزش صحیح (بی نظمی در برنامه کودک و بی علاقه به پاکیزگی به علت کثرت کودکان)، غیبت مادر به خصوص در دورانی که کودک به یادگیری می پردازد، یعنی بین ۱۲-۱۸ ماهگی (مهمترین علت به نظر لوی)، از لحاظ محیطی شامل سردی هوا، تاریکی، در دسترس نبودن دستشویی یا ترس از دستشویی. عمق خواب مخصوصاً صرع را برخی جزء علل اصلی دانسته و شب ادراری را معادل حملات صرعی می دانند.

از دیدگاه روانکاوی، شب ادراری عبارت است از بازگشت به مراحل قبلی و اولیه رشد به منظور ارضای تمایلات برآورده نشده و برای جلب نظر والدین و دریافت محبت حتی در ساعات نیمه شب یا حتی حالت انتقام در رقابت با کودک کوچکتر است.

آدلر معتقد است که ناتوانی در کنترل ادرار یک حقارت ذاتی است. به علاوه همه اعضای بدن انسان به یک اندازه توانایی ندارند و هرکس ممکن است در یکی از اعضای خود دارای ضعف سرشتی باشد. پس کودک مبتلا به عدم کنترل ادرار دچار حقارت عضوی دستگاه پیشاب است. به عقیده آدلر انسان ممکن است مبتلا به چند حقارت عضوی باشد. عدم کنترل ادرار ممکن است یک علامت انتخابی برای هدفهای مختلفی باشد تا از طریق آن کودک مادر را به انحصار خود در بیاورد.

درمان: برقراری رابطه عاطفی صحیح، روان درمانی توأم با دارودرمانی، استفاده از آمفتامین برای ایجاد خواب سبک (اما باعث بی قراری و اختلالات رفتاری می شود)، تجویز افدرین و بلادون که سبب انبساط مثانه و سبکی خواب می شود، مصرف داروهای ضدافسردگی و ضداضطراب، روان درمانی به صورت رفتاردرمانی و ایجاد بازتاب شرطی توسط دستگاه زنگ (که مهمترین درمان بی اختیاری ادرار است که گاهی با دارودرمانی بکار می رود).

عدم کنترل مدفوع

این مشکل بسیار نادرتر از عدم کنترل ادرار است و ممکن است با عدم کنترل ادرار توأم باشد. عدم کنترل مدفوع زمانی است که اختلال عضوی وجود نداشته باشد و سن عقلی و زمانی کودک از چهار سال کمتر نباشد. همچنین ممکن است با بیبوست یا بدون یبوست باشد.

در سطح بررسی های روان تحلیل گری توانسته اند تثبیت در مرحله مقعدی را در کودک مبتلا به بی اختیاری مدفوع برجسته سازند. این تثبیت گاهی به صورت دفع پرخاشگری و گاهی به صورت نگهداری مدفوع متجلی می شود.

بی اختیاری مدفوع تقریباً همواره به هنگام نوجوانی از بین می رود اما اغلب جای خود را به نشانه هایی مانند توجه افراطی به نظافت، خست، بی تصمیمی، گرایش به جمع آوری مجموعه و موشکافی می دهد.

یبوست ممکن است به صورت مجزا در بخش عمده ای از دوره کودکی باقی بماند یا اینکه با یک مدفوع بی اختیاری که اغلب جنبه موقت دارد همراه شود و گاهی نیز به صورت «انبساط روده ای کنشی» (مگاکولون) درآید. در این اختلال، یبوست در خلال سه ماهه دوم زندگی بروز می کند و پابرجا می ماند. مطالعات نشان داده است که در حقیقت عمل دفع به صورت معکوس انجام می شود. در همین حال، کودک قدرت مطلق خود را بر بدن خویشتن و بر اطرافیان که اضطراب آنها برای وی سرچشمه فواید ثانوی است می آزماید.

درمان: ازدیاد خوردن موادی که دارای فیبر هستند مانند سبزیجات. رفتار درمانی در توالی نشستن مرتب ۲-۳ بارو درمان با داروهای ضدافسردگی سه حلقه ای. نکته مهم این است که تاخیر در درمان احتمال برگشت بیماری را افزایش می دهد. رفع یبوست با استفاده از ملین ها در افرادی که عدم کنترل آنها با یبوست توأم است، هنوز درمان انتخابی است.

اختلالات تغذیه ای

هرزه خواری: (پیکا یا زاغ گونگی)

اختلالی است که کودک مصرانه مواد غیر خوراکی را برای یک دوره حداقل یک ماهه به دهان می برد اشاره دارد. ویژگی این اختلال عادت به خوردن غیر خوراکی ها مانند رنگ، کاغذ و پارچه و مواد دیگر است. رواج این اختلال عمدتاً بین ۲ و ۳ سالگی است. مواد غیر خوراکی نباید بخشی از یک سنت فرهنگی باشد. به نظر می رسد این اختلال از سویی در کودکانی

بروز می‌کند که در موقعیت کمبود عاطفی یا رهاشدگی قرار دارند و از سوی دیگر، در کودکان عقب مانده و اوتیزم رایج تر است. بدلیل فراوانی کم‌خونی (هیپوکرم) در این کودکان، برخی از مولفان رفتار آنها را ناشی از نیاز به آهن دانسته‌اند.

نشخوارگری

برگرداندن مکرر غذا به دهان و جویدن مجدد آن لاقلاً به مدت یک ماه پس از یک دوره کنش‌وری بهنجار که با کاهش وزن و یا ناتوانی در به دست آوردن وزن بهنجار همراه است. سن بروز آن معمولاً بین ۳ تا ۱۲ ماهگی است، اما در کودکان عقب‌مانده عقلی ممکن است دیرتر شروع شود. فراوانی آن در پسران بیشتر از دختران می‌باشد.

اختلال خوردن

ویژگی اصلی این اختلال که قبل از ۶ سالگی بروز می‌کند، ناتوانی مداوم نوزاد یا کودک خردسال در خوردن غذا به گونه‌ای متناسب است. هنگامی به این تشخیص مبادرت می‌شود که با فقدان افزایش وزن و یا کاهش معنادار آن دست‌کم به مدت یک ماه مواجه می‌شویم.

نوزادان مبتلا به اختلال خوردن، اغلب به هنگام غذا دچار برانگیختگی می‌شوند و به سختی می‌توان آنها را آرام کرد. فراوانی این اختلال در دختر و پسر یکسان است.

اطوارگری و نفرت‌های انتخابی

این رفتارها با توجه به نفرت یا تمایل شدید نسبت به پاره‌ای از مواد غذایی متمایز می‌شوند. آنا فروید بر این باور است که تمایل واپس‌رونده نسبت به پستان وقتی به صورت تشکل واکنشی و نفرت در آید، تبیینی برای این واکنش است.

اگرچه تردیدی نیست که تمایل یا نفرت انتخابی نشان‌دهنده سرمایه‌گذاری خیالبافانه خاص نسبت به برخی از اغذیه و جذب آنهاست اما می‌تواند بوسیله اعمال و دستکاری اطرافیان نیز محسوب شود.

پایداری چنین رفتارهایی در سنین بالاتر می‌تواند نشان‌دهنده سازمان‌یافتگی‌هایی مرضی آشکار و افکار خود بیمارپندارانه باشد.

عطش کاذب

پیش از مبادرت به تشخیص عطش کاذب باید اطمینان حاصل شود که هیچ نوع علت عضوی وجود ندارد. اختلال عطش کاذب، اغلب قبل از پرخوری یا روان‌بی‌اشتهایی قرار می‌گیرد یا بدنبال آنها می‌آید.

چاقی

در سطح بالینی زمانی از چاقی سخن به میان می‌آید که وزن فرد لاقلاً ۲۰ درصد از میانگین بهنجار (نسبت به قد) بیشتر باشد.

اکثر چاقی‌های دوره نوجوانی، تداوم چاقی استمراریافته در کودکی است و این نکته‌ای است که چاقی را از بی‌اشتهایی روانی متمایز می‌کند.

معمولاً چاقی بیشتر در دو دوره زندگی به وقوع می‌پیوندد:

۱- پس از نخستین سال زندگی ۲- به هنگام دوره پیش از بلوغ بین ۱۰ تا ۱۳ سالگی

نوجوانی دوره‌ای است که انگیزه درمانگری جنبه شخصی می‌یابد. (یعنی تنها والدین خواستار آن نیستند) تغییرات روان-پویشی درمان را آسانتر می‌کنند و فشار محیط نیز افزایش می‌یابد. بنابراین می‌توان آن را دوره‌ای مناسب برای درمانگری دانست.

برای این باور است که ناتوانی نوجوان فریه در بازشناسی نیازهای خود و بالنتیجه ناتوانی در یافتن یک پاسخ سازش‌یافته ناشی از بی‌نظمی یا نابسامانی در نخستین تجربه‌ها و بخصوص تجربه‌های دهانی است.

به طور کلی، می‌توان گفت که چاقی دختر بچه وسیله‌ای فعال برای تایید اندام او به منزله یک اندام مردانه است و به طور نفی اختگی می‌آید. در حالی که چاقی در پسر بچه، آلت تناسلی را در چربی‌های زیر شکم پنهان می‌کند و به عنوان نوعی حمایت فعل‌پذیر علیه اضطراب اختگی جلوه‌گر می‌شود.

کودک فریه کوشش می‌کند تا علیه خلا کمبود و فقدان که به شدت احساس می‌کند خود را حمایت کند و بدین ترتیب یک زندگی خیالبافانه وابسته به جنبه دهانی به سرعت بسیج می‌شود. در برابر این احساس، نوعی واپس‌روی خود دوستدارانه صورت می‌پذیرد که شاهد آن، تعبیرهای فراوان دریایی و اقیانوسی در تست‌های فرافکن مثل روشاخ است. بدین ترتیب، چاقی به منزله اثبات وجود خویشتن جای تصویر «من آرمانی» را می‌گیرد.

محققان به این نتیجه دست یافته‌اند که احتمالاً چاقی در افراد طبقه نامرفه اقتصادی - اجتماعی بیش از افراد طبقه مرفه است.

تغییرات DSM-5

طبقه‌ی تشخیصی نخست در DSM-5، یعنی اختلالات عصبی-رشدی شامل شش دسته اختلالات رشد عقلانی، اختلالات ارتباطی، اختلالات طیف اوتسم، اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه، اختلالات یادگیری و اختلالات حرکتی است که در این دسته‌ها اختلالات زیادی گنجانده شده است؛ برخی از این اختلالات نظیر اختلال آوایی، اختلال ارتباط اجتماعی، اختلال زبانی خاص و پیدایش دیر هنگام زبان تشخیص‌های جدیدی هستند که در DSM-IV وجود ندارند، علاوه بر این اختلالاتی مانند اختلال زبان بیانی، اختلال مختلط زبانی در کی/بیانی در راهنمای جدید حذف شده‌اند. اختلالاتی که در این طبقه قرار می‌گیرند در DSM-IV، در طبقات تشخیصی اختلالاتی که برای نخستین بار در شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می‌شوند و اختلالات اضطرابی قرار گرفته‌اند.

یازدهمین طبقه‌ی تشخیصی در DSM-5، اختلالات دفعی هستند که از اختلالاتی که برای نخستین بار معمولاً در شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می‌شوند در DSM-IV منفک شده و تبدیل به یک طبقه‌ی تشخیصی مجزا شده‌اند و شامل دو اختلال بی‌اختیاری ادرار و بی‌اختیاری مدفوع هستند.

نکته:

- ✓ در DSM-5 اختلالاتی که برای اولین بار در دوران نوزادی، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می شوند، حذف و به دو طبقه اختلالات عصبی/ رشدی و اختلالات اخلاص گرانه تقسیم شدند.
- ✓ DSM-5 برای اختلال ADHD روی دو چیز تاکید دارد: حضور نقص های مرتبط با اختلال قبل از ۱۲ سالگی و حضور این اختلال حداقل در ۲ محیط.
- ✓ برخی نظریه پردازان اعتقاد دارند که کودکان مبتلا به ADHD در نظریه ذهن نقص دارند. نظریه ذهن یعنی توانایی درک حالات خود و دیگران یا همان ذهن خوانی.
- ✓ اختلالات ارتباطی شامل اختلال زبان، اختلال آواهای گفتاری، لکنت و اختلال ارتباط اجتماعی
- ✓ اختلالات حرکتی شامل اختلال هماهنگی حرکتی، اختلال حرکت کلیشه ای و اختلال ارتباط اجتماعی.
- ✓ در DSM-IV اختلالات یادگیری شامل خواندن، نوشتن و ریاضیات بود که در DSM-5 به همه این ها عنوان اختلال یادگیری خاص داده شد و خواندن و نوشتن و ریاضی تصریح کننده هستند.
- ✓ ۵ نوع دیسلکسیا یا خوانش پریشی:
 - ۱. خوانش پریشی فونولوژیک (دیسفونزیا یا خوانش پریشی شنیداری): شایع ترین نوع است. در شناسایی حروف صدادار داخل کلمه مشکل دارند و نمی توانند حروف را به صدای آن ربط بدهند. در خواندن کلمات بی معنا مشکل دارند، حروف را پس و پیش می خوانند و حروف بی معنا اختراع می کنند.
 - ۲. خوانش پریشی دیداری (دیس آیدتیک، سطحی، دیس آیدسیا): در تلفظ کلماتی که تلفظشان با نوشتنشان تفاوت دارد مشکل دارد.
 - ۳. خوانش پریشی میکس (دیسفون آیدتیک): ترکیب دو نوع قبلی.
 - ۴. خوانش پریشی معنایی (دیسنومیا یا آنومی)
 - ۵. نقص مضاعف: خوانش پریشی فونولوژیک و معنایی
- ✓ دیس گرافیا یا نوشتار پریشی ۳ نوع دارد:
 - ۱. نوشتار پریشی دیسلکسیک: دست خط کودک ناخواناست، و در هجی کردن شفاهی عملکرد بدی دارد. کپی کردن خوب است.
 - ۲. نوشتار پریشی حرکتی: دست خط ناخوانا، کپی کردن هم ناخوانا، اما هجی کردن شفاهی خوب
 - ۳. نوشتار پریشی فضایی: دست خط و کپی ناخوانا، نقاشی بسیار بد و هجی کردن شفاهی خوب.
- ✓ اختلال ارتباط اجتماعی (اختلال ارتباط پراگماتیک) که به DSM-5 اضافه شده است: فرد در استفاده از ارتباط کلامی و غیر کلامی برای تعامل با دیگران مشکلات دایمی دارد.
- ✓ به نظر می رسد که خوانش پریشی و نوشتار پریشی، بیشتر به این علت است که کودک نمی تواند فرق هجاها را تشخیص دهد و آنها را به صدای حروف نوشته شده در کلمه ربط دهد. این پدیده نظریه فونولوژیک نام دارد.
- ✓ دو روش درمان لکنت: فیدبک شنیداری تغییر یافته (AAF) و تکنیک گفتار طولانی
- ✓ در DSM-IV از اصطلاح عقب ماندگی ذهنی استفاده می شد (mental retardation) و اولین معیار اصلی برای تشخیص این ناتوانی، عملکرد هوشی زیر ۷۰ بود. اما در DSM-5 اصطلاح معلولیت ذهنی جایگزین آن شده است (intellectual disability). و معیار عملکرد هوشی حذف شده است و اکنون توجه بیشتر روی سطح سازگاری فرد می باشد.

انحرافات جنسی و اختلال های هویت جنسی

از نظر فروید، تمام فعالیت‌ها و تکانه‌های لذت‌بخش ریشه‌ی جنسی دارند. تقریباً هر کودکی تا سن ۲ تا ۳ سالگی اعتقاد محکمی در مورد مونث یا مذکر بودن خود پیدا می‌کند. شباهت‌های روانشناختی دو جنس بیشتر از تفاوت‌های آنهاست.

قشر حدقه‌ای- پیشانی که در هیجانات نقش دارد، قشر حلقوی (سینگولیت) قدامی که در کنترل هورمون و انگیزتگی جنسی دخالت دارد و هسته دم‌دار راست که فعالیت آن در بروز یا عدم بروز فعالیت جنسی به دنبال انگیزتگی جنسی نقش دارد.

تصور می‌شود افزایش دو پامین سبب افزایش میل جنسی می‌شود. سروتونین که در پل‌های فوقانی و مغز میانی تولید می‌شود، بر روی کارکرد جنسی اثر مهاری دارد. اکسی‌توسین با ارگاسم آزاد شده و اعتقاد بر این است که فعالیت‌های لذت‌بخش را تقویت می‌کند.

۴ مرحله چرخه‌ی جنسی: برانگیختگی^۱، فلات^۲، ارگاسم^۳ و فرونشینی^۴. مرحله‌ی برانگیختگی شامل احساس ذهنی لذت است. اکسی‌توسین در ایجاد احساس لذت در طول فعالیت جنسی نقش دارد و در هر دو جنس مرد و زن پس از ارگاسم سطح آن افزایش می‌یابد.

فروید هم‌جنس‌گرایی را وقفه رشد روانی جنسی تلقی می‌کرد و به ترس از تسلط مادر، در مرحله‌ی پیش ادیپی رشد روانی جنسی اشاره می‌کرد. فروید معتقد بود که هم‌جنس‌گرایی در زنان به دلیل فقدان انحلال غبطه‌ی قضیب به همراه تعارضات ادیپال حل نشده به وجود می‌آید. فروید هم‌جنس‌گرایی را یک بیماری روانی تلقی نمی‌کرد. او نوشت که هم‌جنس‌گرایی در افرادی مشاهده می‌شود که انحراف جدی دیگری از بهنجاری ندارد.

^۱ arousal
^۲ plateau
^۳ orgasm
^۴ resolution

فروید معتقد بود که سلامت روانی را می‌توان بر اساس توانایی فرد در عملکرد خوب و مناسب در دو حوزه داشت: عشق و کار. وجه مشخصه عشق پخته صمیمیت است (intimacy).

کیفیت صمیمیت در یک رابطه‌ی جنسی پخته آن چیزی است که رولو می‌آن را «دریافت فعالانه» می‌نامد که در آن فرد در عین عشق ورزیدن، اجازه می‌دهد که به او عشق بورزند.

اختلال کمبود میل جنسی از اختلال انزجار جنسی شایع‌تر است و در زنان بیشتر از مردان دیده می‌شود. فروید پایین بودن میل جنسی را ناشی از مهار در مرحله‌ی فالیک رشد روانی جنسی و حل نشدن تعارض‌های ادیپی می‌دانست.

فروید یک نوع ناتوانی جنسی را ناشی از این می‌دانست که فرد نمی‌تواند احساس محبت نسبت به یک زن را با میل جنسی به او وفق دهد. مردهایی که چنین احساسات متعارضی دارند، فقط قادرند با زن‌هایی آمیزش جنسی موفق داشته باشند که آنها را پست‌تر می‌پندارند (عقده مادونا-پوتانا).

واژینیسیم اغلب زنان تحصیل کرده و متعلق به طبقات اجتماعی اقتصادی بالا را گرفتار می‌کند. اختلال ارگاسمی مرد را باید از انزال واپس‌گرا تفکیک کرد که در آن انزال روی می‌دهد ولی مایع منی، به سمت عقب و به داخل مثانه سرازیر می‌شود. انزال واپس‌گرا همیشه بر اثر یک علت عضوی ایجاد می‌شود.

الکل در مردان سبب اختلال نعوظ می‌شود. الکل به طور مستقیم بر غدد جنسی تاثیر می‌گذارد و در مردان سطح تستوسترون خون را کاهش می‌دهد. بر طبق نظریه روان‌پویشی کلاسیک، بی‌کفایتی جنسی ریشه در تعارضات رشدی اولیه دارد و اختلال جنسی به عنوان جزئی از یک اختلال هیجانی نافذ درمان می‌شود.

انحرافات جنسی (پارافیلیاها)^۱ اعمال یا محرک‌های جنسی هستند که از رفتارهای جنسی بهنجار فاصله دارند، اما در برخی افراد برای دستیابی به انگیزتگی و ارگاسم ضرورت دارند. یک خیال ویژه با اجزا خودآگاه و ناخودآگاه آن، علامت مشخصه انحرافات جنسی است و پدیده ارگاسم و انگیزتگی جنسی موجب تقویت این خیال‌پردازی یا تکانه می‌شود. بچه‌بازی^۲ در بین سایر انحرافات شایع‌تر است.

طبق نظریه روانکاوی کلاسیک، دگرجنس‌پنداری و یادگارخواهی^۳ همراه با مبدل‌پوشی، همه اختلال محسوب می‌شوند چون نشان دهنده‌ی همانندسازی با والد جنسی مخالف هستند تا والد همجنس. برخی از نظریه‌پردازان معتقدند که انتخاب بچه به عنوان ابژه محبوب (موضوع محبوب) ناشی از خودشیفتگی است. فروید معتقد بود که یادگار خواهی در افرادی که ترس ناخودآگاه از انگیزتگی دارند به عنوان نماد احلیل عمل می‌کنند.

چهار خرده تیپ متجاوزان جنسی

۱- متجاوزان فیزیولوژیکی: به احتمال بیشتر پسر بچه‌ها را انتخاب می‌کند و از خشونت جسمانی و تعرض غیرجنسی پرهیز می‌کند.

۲- متجاوز شناختی: تعرض جنسی خود را برنامه‌ریزی می‌کند که به احتمال زیاد تجاوز به آشنایان یا زنا با محارم است و کمتر خشونت‌آمیز است.

^۱ paraphilia

^۲ pedophilia

^۳ fetishism

۳- متجاوز عاطفی: فاقد کنترل عاطفی است و رفتارش فرصت طلبانه، بدون برنامه ریزی و خشونت آمیز است. آنها اگر به کودکان تجاوز کنند، بیشتر مستعد رنج بردن از افسردگی هستند درحالی که آنهایی که به بزرگسالان تجاوز می کنند بیشتر خشمگین هستند.

۴- متجاوزان جنسی که مشکلات شخصیتی مرتبط با رشد دارند. (خانوادگی، میان فردی و قربانی شدن کودک؛ پیش- آگهی درمان این گروه از همه ضعیف تر است.)

هیپوتالاتومی: تخریب هسته قدامی - میانی هیپوتالاموس که به قصد تغییر دادن الگوهای انگیزتگی جنسی فرد با هدف قرار دادن منبع این الگوها در سیستم عصبی مرکزی انجام می شود.

هورمون محرک جسم زرد و هورمون راه انداز (LHRH): به طور طبیعی در زنان وجود دارد، یکی از هورمونهای هیپوفیز قدامی که در زن به تشکیل جسم زرد تخمدان و در مرد به ترشح تستوسترون از سلولهای بینابینی کمک می کند. شواهد بالینی متعددی وجود دارد که پاروکستین (پاکسیل) می تواند رفتارهای بی اختیار را که در عورت نمایی مشاهده می شوند را کاهش دهد.

به نظر می رسد که یادگارپرستی مانند عورت نمایی ایجاد می شود به این صورت که در اثر تجربیات اولیه زندگی بین برانگیختگی جنسی و شی یادگار، پیوندی برقرار می شود.

دیوسیون، شرطی سازی مجدد ارگاسمی را برای درمان ناپهنجاری های جنسی ابداع کرد.

فروید معتقد بود آزارخواهی ناشی از برگشت تمایلات تخریبی به طرف خود دانست. طبق نظریه روانکاوی، آزارگری یا سادسیم دفاعی بر علیه ترس از انگیزتگی است. افراد دچار آزارگری جنسی با دیگران همان کاری را می کنند که می ترسند بر سرشان بیاید و از ابراز غرایز پرخاشگری خود لذت جنسی می برند. در بسیاری از قتل های شهوانی (در سادسیم ها) این افراد اختلال اسکیزوفرنی نهفته دارند.

- تماشاگری جنسی اسکوپوفیلا نیز نامیده می شود.
- ریچارد فونگراف-ابینگ معتقد است که در تمام موارد مرده خواهی (نکروفیلیا)، تشخیص روانپزشکی قابل تایید است.
- اختلال بد دهنی و مدفوع خواری مربوط به تثبیت در مرحله ی مقعدی است.
- فروید معتقد بود ضعف اعصاب (نورآستنی) بر اثر خودارضایی مفرط ایجاد می شود.
- روان درمانی بینش مدار، روش انتخابی اکثر انحرافات جنسی می باشد.

اختلالات هویت جنسی

مولفه عاطفی اختلالات هویت جنسی^۱ را معمولاً **ملال جنسیتی** می نامند که تعریف آن عبارت است از: نارضایتی از جنسیت زیستی و تمایل به برخورداری از بدن جنس مخالف (ناخشنودی جنسی^۲ نیز خوانده می شود). در ویرایش های اولیه DSM اختلال هویت جنسی بزرگسالان، دگرجنس پنداری^۳ نامیده می شد.

در میان کودکان ارجاع شده برای اختلال هویت جنسی، نسبت پسران به دختران ۵-۴ به یک بوده است. فروید معتقد بود که مشکلات هویت جنسی ناشی از تعارضاتی است که کودک در مثلث ادیپی تجربه می کند و این تعارض ها بر اثر رویدادهای واقعی خانواده و تخیلات کودک تقویت می شوند.

^۱ Gender identity disorder

^۲ Gender dysphoria

^۳ transsexuals

برای دختر، پدر به طور طبیعی نمونه‌ی نخستین ابژه‌های محبوب آینده است و برای پسر بچه، پدر الگوی همانند سازی مردانه است.

در بیماران دچار اختلال هویت جنسی انواعی از اختلال شخصیت محور II، به خصوص شخصیت مرزی دیده می‌شود اما هیچ اختلال شخصیتی مختص اختلال هویت جنسی نیست. اختلال هویت جنسی در پسرها قبل از ۴ سالگی شروع شده و تعارض با همسالان در سال‌های اولیه مدرسه آغاز می‌شود. در هر دو جنس یک سوم تا دو سوم تمام موارد ممکن است هم-جنس‌گرا شوند هر چند به دلیل نامعلوم هم‌جنس‌گرایی در دخترهای مبتلا کمتر از پسرها است.

هیپرپلازی مردانه ساز مادرزادی آدرنال قبلاً سندرم آدرنوژنیتال نامیده می‌شد. یک نقص آنزیمی در تولید کورتیزول فوق کلیوی که از دوران جنینی آغاز می‌شود، منجر به تولید بیش از حد آندروژن‌های فوق کلیوی و نرینه‌سازی جنین مونث می‌شود. سندرم عدم حساسیت به آندروژن که قبلاً سندرم تأثیر بیضه‌ای نامیده می‌شد. در این بیماران که کاریوتیپ آنها XY است، سلول‌های نسوج قادر به استفاده از تستوسترون یا سایر آندروژن‌ها نیستند. به همین دلیل فرد در بدو تولد دختر به نظر می‌رسد و مانند دخترها پرورش می‌یابد هر چند که بعدها معلوم می‌شود که بیضه‌های نهفته‌ای دارد که تستوسترون تولید می‌کند اما بر نسوج هدف تأثیر نمی‌گذارد. چنین بیمارانی خود را معمولاً زن می‌پندارند و رفتار زنانه دارند اما برخی از آنان دچار تعارضی‌های جنسیتی و ناراحتی‌های ناشی از آن می‌شوند.

هرمافرودیتسم (دو جنسی) حقیقی نادر است و با وجود توأم دو بیضه و دو تخمدان در یک فرد مشخص می‌شود. نوزادان مبتلا به **دو جنسی کاذب** با ابهام تناسلی متولد می‌شوند. دو جنسی کاذب مذکر تمایز ناکافی دستگاه تناسلی خارجی است حتی اگر کروموزوم Y وجود داشته باشد. بیضه‌ها وجود دارند ولی رشد نکرده‌اند. دو جنسی کاذب مونث عبارت است از مردانه شدن آلت تناسلی خارجی در شخصی که XX است و شایع‌ترین علت آن سندرم آدرنوژنیتال است.

از آنجا که اختلالات دو جنسیتی در بدو تولد وجود دارند، درمان باید به موقع انجام شود و برخی پزشکان معتقدند که این اختلالات فوریت‌های طبی واقعی هستند. اگر والدین خواهان عمل جراحی برای طبیعی شدن ظاهر اعضای تناسلی باشند عموماً این عمل قبل از ۳ سالگی است. انتساب جنسیت مونث به کودک ساده‌تر از انتساب جنسیت مذکر است.

در ویرایش آخر DSM مبدل پوشی اگر موقتی و وابسته به استرس باشد، یک اختلال هویت جنسی محسوب می‌شود و اگر وابسته به استرس نباشد، فرد مبدل پوش مبتلا به یادگار خواهی با مبدل پوشی شناخته می‌شود. مبدل پوشی معمولاً ترنس وستیک و افراد مبتلا به آن، ترنس وستیست نامیده می‌شوند. مبدل پوشی از این لحاظ با دگرجنس‌پنداری تفاوت دارد که مبدل پوش‌ها اشتغال ذهنی مداوم با خلاصی از صفات جنسی ثانوی و اولیه و کسب صفات جنسی مقابل ندارد.

اشتغال ذهنی با اختگی: این طبقه برای مردها و زن‌هایی در نظر گرفته شده است که اشتغال ذهنی مداوم با اختگی یا از بین بردن آلت تناسلی مردانه دارند بدون اینکه تمایل به کسب خصوصیات جنسی مقابل داشته باشند. این افراد واضحاً از جنسیت تعیین شده خود ناراحت هستند و با این خیال زندگی می‌کنند که اگر جنسیت دیگری داشتند زندگیشان چگونه بود. این افراد ممکن است فاقد میل جنسی باشند و کشش جنسی نسبت به مرد یا زن نداشته باشند.

تغییرات DSM-5

طبقه‌ی تشخیصی اختلالات جنسی و هویت جنسی در DSM-IV به سه طبقه‌ی تشخیصی مجزا، یعنی اختلالات کنشی جنسی (کژکاری‌های جنسی)، ملال جنسی و نابهنجاری‌های جنسی در DSM-5 تقسیم شده است. طبقه‌ی تشخیصی اختلالات کنشی جنسی در ۱۰ دسته قرار می‌گیرند شامل: تاخیر انزال، اختلال نعوظی، اختلال ارگاسمی در زن، اختلال

میل/برانگیختگی جنسی در زن، اختلال درد / دخول تناسلی لگنی، اختلال میل جنسی کم کار در مرد، انزال زود رس، کژکاری جنسی ناشی از مواد/دارو، کژکاری جنسی مشخص دیگر و کژکاری جنسی نامشخص.

طبقه‌ی تشخیصی بعدی، یعنی ملال جنسی، معادل اختلال هویت جنسی در DSM-IV است که شامل سه اختلال ملال جنسی در کودکان، ملال جنسی در نوجوانان یا بزرگسالان و ملال جنسی نامتمایز است.

طبقه‌ی تشخیصی بعدی، یعنی نابهنجاری‌های جنسی، همان گونه که در بالا نیز به آن اشاره شد شامل اختلالاتی است که در DSM-IV، تحت عنوان اختلالات جنسی و هویت جنسی قرار گرفته‌اند. در این طبقه‌ی تشخیصی ۹ اختلال مجزا قرار گرفته‌اند که از جمله‌ی آن‌ها می‌توان به اختلال نمایشگری، یادگار خواهی، نظر بازی، آزارگری جنسی اشاره کرد (اختلالات این طبقه همگی مشابه نابهنجاری‌های جنسی مطرح شده در DSM-IV هستند).

نکته:

✓ DSM-IV اختلال درد جنسی را به دو گروه تقسیم کرده بود: واژینیسم و دیسپارونیا. DSM-5 این دو را ادغام کرده و یک طبقه تشخیصی واحدی بنام اختلال درد/ دخول تناسلی – لگنی را بوجود آورده که فقط در زنان یافت می‌شود.

✓ در DSM-IV اینسست (زنا با محارم)، به عنوان نوعی خاص از اختلال بچه بازی بود اما در DSM-5 حذف شده است.

اختلال‌های مرتبط با پیری و شناختی

عملکرد های شناختی، پردازش کردن افکار، توانایی حافظه و توانایی توجه داشتن را شامل می شوند. در DSM-IV-TR نام رسمی برای این گروه که با مجموعه ای از نشانه ها مشخص می شوند عبارت است از **دلیریوم^۱، زوال عقل^۲، اختلال های یادزدایشی^۳ و سایر اختلال های شناختی.**

افراد مبتلا به اختلال‌هایی که مغز در آنها دخالت دارد اغلب به افسردگی مبتلا هستند که علت آن یا عوارض ناتوان کننده بیماری است یا در اثر تغییرات فیزیولوژیکی زیربنایی ناهنجاری‌های جسمانی و روانی ایجاد می‌شود.

صرع، یک اختلال جسمانی است که نشانه‌های آن به نظر روانی می‌رسد. چون افراد مبتلا به صرع ممکن است طوری عمل کنند که برای دیگران عجیب و غریب یا حتی روان پریش به نظر برسد، ممکن است اشتباه‌ها مبتلا به اختلال روانی انگاشته شوند. صرع مطابق با مقدار درگیری مغز در حمله صرعی، به دو گروه طبقه‌بندی می‌شود:

۱- حمله‌های صرعی فراگیر: این افراد ممکن است حملات صرع بزرگ داشته باشند که طی آن هوشیاری خود را از دست می‌دهند، برای مدت کوتاهی نفس نمی‌کشند و دستخوش لرزش بدنی غیرقابل کنترل می‌شوند و بعد از این حمله احساس خواب‌آلودگی و گیجی می‌کنند. نوع دیگر حمله صرعی فراگیر، حملات صرع کوچک است که طی آن فرد موقتاً هوشیاری خود را از دست می‌دهد که با حرکات موزون لبها، دهان، سر و پلکها همراه است اما به اسپاسم‌های کامل بدن که در حملات صرعی فراگیر روی می‌دهد دچار نمی‌شود.

۲- حملات صرعی موضعی: الگوی غیرعادی EEG را شامل می‌شود که به ناحیه قشری یا زیرقشری یک نیمکره مغز محدود می‌شوند.

صرع قطعه گیجگاهی: حملاتی هستند که از قطعه گیجگاهی یا نواحی لیمبیک مجاور ناشی می‌شوند، زیرا این حملات به نشانه‌هایی می‌انجامند که آشفتگی روانی به نظر می‌رسند. این افراد به نشانه‌هایی مانند افزایش ترس، نوسانات خلق، عاطفه نامناسب، طغیانهای خشم، هذیان‌ها و توهمات تغییر فرایندهای فکر و رفتارهای غیرعادی دچار می‌شوند. درصد کوچکی از افراد مبتلا به صرع قطعه گیجگاهی بعد از حمله‌ای که از چند لحظه تا چند روز دوام دارد، به یک دوره رفتار شبه‌روان‌پریشی دچار می‌شوند.

دلیریوم

^۱ delirium

^۲ dementia

^۳ Amnestic disorder

بارها اصطلاح دلیریوس را برای توصیف کسی که در حالت برانگیختگی غیرقابل کنترل است شنیده‌اید. دلیریوم حالتی موقتی است که طی آن افراد تیره شدن هوشیاری را تجربه می‌کنند، به طوری که نمی‌دانند چه چیزی در اطراف آنها اتفاق افتاده و قادر نیستند تمرکز یا توجه کنند. بعلاوه آنها دچار تغییرات شناختی می‌شوند، به طوری که حافظه آنها آشفته می‌شود و گمگشته می‌شوند. فرد در حالت دلیریوم ممکن است فراموش کند نهار چه خورده یا نداند چه روزی از هفته یا چه ماهی از سال است. گفتار او در هم و برهم یا گسیخته است به طوری که از یک موضوع به موضوع دیگری جابجا می‌شود. امکان دارد این افراد به هذیان‌ها یا توهمات، بعلاوه آشفته‌گی‌های هیجانی مانند اضطراب، سرخوشی، یا تحریک‌پذیری دچار شوند. دلیریوم توسط تغییر در سوخت و ساز مغز ایجاد می‌شود و معمولاً بیانگر چیزی غیرعادی در بدن است. عوامل متعددی می‌تواند موجب دلیریوم شود که مسمومیت یا ترک مواد، بیماری دستگاه عصبی مرکزی (مثل صرع)، بیماری سیستمیک (مثل نارسایی قلبی)، جراحی وارده به سر، تب بالا و کمبود ویتامین از آن جمله هستند. افراد در هر سنی می‌توانند دچار دلیریوم شوند. معمولاً دلیریوم شروع ناگهانی دارد (حاد)، حداکثر ظرف یک دوره چند روزه ایجاد می‌شود و مدت آن کوتاه است و به ندرت بیش از یک ماه ادامه می‌یابد و در جنس مذکر بیشتر دیده می‌شود.

تشخیص افتراقی و درمان: در دلیریوم، علائم معمولاً ظرف مدت کوتاهی پدید می‌آیند، اما دمانس (بجز دمانس عروقی ناشی از سکته مغزی) معمولاً سیر تدریجی و بی‌سر و صدایی دارد و بیمار مبتلا به دمانس معمولاً هشیار است. گاهی‌گاهی دلیریوم در بیماران مبتلا به دمانس روی می‌دهد که این حالت **دمانس تیره شده** نامیده می‌شود. توهمات بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی با ثبات تر و منظم تر از توهمات بیماران دلیریومی است. هدف اولیه در درمان دلیریوم، درمان علت زمینه‌ای است. دو علامت عمده دلیریوم که ممکن است مستلزم درمان دارویی باشند، عبارتند از سایکوز و بیخوابی. که سایکوز معمولاً با داروی هالوپریدول و بیخوابی با بنزودیازپین‌های دارای نیمه عمر کوتاه مانند لورازپام بهتر درمان می‌شود.

اختلال‌های یادزدایشی یا نسیانی

عوامل روان شناختی می‌توانند موجب نقصان حافظه شوند. نقصان حافظه علت‌های زیستی هم دارد؛ به این اختلال‌ها اختلال‌های یادزدایشی گفته می‌شود. افراد مبتلا به اختلال‌های یادزدایشی نمی‌توانند اطلاعات از پیش آموخته شده را به یاد آورند یا خاطرات جدید را ثبت کنند. ویژگی اصلی این اختلال، ناتوانی در یادگیری و یادآوری اطلاعات جدید همراه با ناتوانی یادآوری رویدادهای گذشته است.

دو طبقه اختلال‌های یادزدایشی در DSM-IV-IR

- ۱- اختلال‌های ناشی از بیماری جسمانی که می‌توانند مزمن (یک ماه یا بیشتر دوام دارند) و یا موقتی باشند. آنها می‌توانند از انواع مشکلات جسمانی مثل صدمه به سر، فقدان اکسیژن، یا تبخال ساده ناشی شوند.
- ۲- ناشی از مصرف مواد. در صورتی که داروها باعث اختلال حافظه جدی شده باشند، به آن **اختلال یادزدایشی پایدار ناشی از مواد** گفته می‌شود. کلمه پایدار در این تشخیص، این اختلال را از عوارض زودگذر مسمومیت ناشی از مواد یا ترک مواد متمایز می‌کند. شایع‌ترین علت اختلال یادزدایشی، مصرف مزمن الکل است. نقصان حافظه ناشی از آسیب وارده به مناطق زیرقشری مغز است که مسئولیت تحکیم بخشیدن به خاطرات و بازیابی آنها را بر عهده دارند. به طور کلی اختلال نسیانی سیر ثابتی دارد و با گذشت زمان بهبود چندانی دیده نمی‌شود، اما در عین حال، بیماری هم پیشرفت نمی‌کند.

زوال عقل (دمانس)

اصطلاح dementia از کلمه لاتین de (به معنی زوال) و منس (به معنی عقل) می باشد. زوال عقل نوعی اختلال شناختی است که نارساییهای فراگیر و پیش‌رونده در حافظه و یادگیری اطلاعات تازه، توانایی برقرار کردن ارتباط، قضاوت و هماهنگی حرکتی را شامل می‌شود. افراد مبتلا علاوه بر تغییرات شناختی، دستخوش تغییراتی در شخصیت و حالت هیجانی می‌شوند. علت اصلی زوال عقل، آسیب مغزی شدید و پیش‌رونده است. شرایط جسمانی دیگری نیز می‌توانند باعث زوال عقل شوند که عبارتند از بیماری‌های عروقی، ایدز، ضربه مغزی، مواد روانگردان و شایعترین آنها، یعنی آلزایمر. ۵۰ تا ۶۰ درصد کل بیماران دچار دمانس، مبتلا به بیماری آلزایمر هستند.

ویژگی‌های زوال عقل:

۱- **نقصان حافظه.** نشانه‌های زوال عقل با فراموشکاری خفیف شروع می‌شوند که فقط اندکی محسوس و آزارنده می‌باشد، اولین نشانه زوال عقل، اختلال جزئی در حافظه است.

۲- **زبان پریشی^۱، کنش پریشی^۲ و ادراک پریشی^۳.** زبان پریشی (آفازی) به از دست دادن توانایی استفاده از زبان اشاره دارد.

دو نوع زبان پریشی :

۱- زبان پریشی ورنیکه: فرد می‌تواند کلمات را تولید کند، اما توانایی درک کردن آنها را ندارد. به طوری که بیان‌های کلامی او معنی ندارد.

۲- زبان پریشی بروکا: در تولید زبان اشکال دارند، اما توانایی درک زبان سالم است. فرد مبتلا به کنش پریشی (آپراکسی)، توانایی انجام دادن حرکات موزون بدن را که قبلاً می‌توانست بدون مشکل انجام دهد از دست داده است. علت این اختلال، تباهی مغز است. آگنوسی یا ادراک پریشی عبارت است از توانایی در تشخیص دادن اشیاء یا تجربیات آشنا، به رغم توانایی درک کردن عناصر اصلی آنها.

۳- **اختلال در عملکرد اجرایی^۴.** عملکرد اجرایی، توانایی‌های شناختی، مانند تفکر انتزاعی، برنامه ریزی، سازمان دهی، و انجام دادن رفتارها را شامل می‌شود.

دمانس نوع آلزایمر (DAT)

اولین بار در سال ۱۹۰۷ یک روانپزشک و عصب شناس آلمانی بنام آلوئیس آلزایمر^۵، بیماری آلزایمر را گزارش داد که مورد زن ۵۱ ساله‌ای را که از ضعف حافظه و گم‌گشتگی در مورد زمان و مکان شاکی بود، عنوان کرد. سرانجام این زن افسرده و دچار توهم شد. او نشانه‌های شناختی کلاسیک زوال عقل، شامل نقصان زبان و فقدان بازشناسی اشیای آشنا، به علاوه ناتوانی در انجام دادن حرکات عادی را نشان داد.

اساس بیماری آلزایمر تباهی مغز است. این اختلال دارای ۲ نوع است - نوع با شروع دیررس (پس از ۶۵ سالگی) و نوع با شروع زودرس (که قبل یا در ۶۵ سالگی شروع می‌شود).

چند خرده تیپ بیماری آلزایمر : همراه با دلیریوم، همراه با هذیان، همراه با طیف افسرده، ساده.

مراحل بیماری آلزایمر:

^۱ aphasia

^۲ apraxia

^۳ agnosia

^۴ Executive functioning

^۵ Alois alzheimer

- ۱- فراموشکاری. فراموش کردن اشیاء و مکانها و اسامی و اینکه که فرد چیزهایی در مکانی گذاشته است. در این مرحله، فرد نگرانی بجایی در مورد فراموش کردن دارد.
- ۲- گیجی اولیه. گم شدن هنگام رفتن به مکانی آشنا و ناتوانی در تمرکز کردن و انکار کردن مشکلات حافظه.
- ۳- گیجی نهایی. کاهش آگاهی از رویدادهای خارجی - فراموش کردن تاریخچه شخص - سطحی شدن عاطفه.
- ۴- زوال عقل اولیه: سردرگمی در رابطه با زمان و تاریخ. نمی تواند شماره تلفن، آدرس خانه را بیاد بیاورد. اما برای توالی رفتن یا غذا خوردن، به کمک نیاز ندارد.
- ۵- زوال عقل متوسط: در مورد کلیه رویدادها و تجربیات اخیر عمدتاً ناآگاه است. از محیط دور و بر خود بی خبر است. برای زنده ماندن کاملاً به یک مراقب وابسته است. تغییرات شخصیت و هیجانی مثل هذیانی، وسواسی و مضطرب شدن.
- ۶- زوال عقل نهایی: از دست دادن کلیه تواناییهای کلامی - نمی تواند ادرار خود را نگه دارد - تباهی کامل شخصیت. سریعترین تباهی در مرحله میانی روی می دهد. پیشروی از زوال عقل اولیه تا نهایی آن در افراد مبتلا به بیماری آلزایمر معمولاً ظرف ۵ تا ۱۰ سال صورت می گیرد و سرانجام فرد مبتلا در اثر بیماریهای بغرنج کننده ای مثل ذات الریه می میرد. تشخیص قطعی بیماری آلزایمر فقط در جریان کالبدشکافی، با بررسی تغییرات میکروسکوپی در بافت مغز امکان پذیر است. هیپوکامپ اولین منطقه ای است که تحت تاثیر آلزایمر قرار می گیرد. ابزار بالینی که بیش از همه برای تشخیص دادن بیماری آلزایمر به کار می روند، نوع خاصی از بررسی حالت ذهنی است که به مینی بررسی حالت ذهنی (MMSE) معروف است. در مغز افراد مبتلا به بیماری آلزایمر دو تغییر اساسی روی می دهد. اولین تغییر، تشکیل گره خوردگیهای رشته های عصبی است که طی آن رشته های نازک پروتئین به هم پیچیده ای که کاملاً فشرده هستند جایگزین مواد سلولی داخل جسم های سلول نوروها می شوند. گره خوردگیهای رشته های عصبی از نوعی پروتئین به نام ^۱تائو^۱ ساخته شده اند که به طور طبیعی به حفظ حمایت داخلی ساختار آکسون ها کمک می کنند. خراب شدن سیستم انتقال داخل نورو، به تغییر ارتباط بین نوروها و در نهایت به مرگ نورو منجر می شود. گره خوردگیهای رشته های عصبی در اوایل این بیماری ایجاد می شوند و قبل از اینکه فرد هرگونه نشانه های رفتاری را آشکار سازد، کاملاً گسترده می شوند.
- دومین تغییری که در مغز افراد مبتلا به آلزایمر روی می دهد، ایجاد **رسوبات آمیلوید** است که دسته هایی از نوروهای مرده یا در حال مردن هستند که با تکه های مولکول های پروتئین آمیخته شده اند. علت اینکه آنها آمیلوید نامیده می شوند این است که مرکز آنها از ماده ای به نام آمیلوید تشکیل شده است. چند نوع بتا آمیلوید وجود دارد که یکی از آنها که با بیماری آلزایمر ارتباط دارد و بتا آمیلوید ۴۲ نامیده می شود. بتا آمیلوید، به عنوان فراورده جنبی غیرعادی تشکیل پروتئین که در مغز طبیعی یافت می شوند که به آن پروتئین پیش ساز آمیلوید (APP) می گویند وجود می آید.
- پژوهشگران به کمک کشف الگوهای خانوادگی شروع زود هنگام بیماری آلزایمر، چند ژن را شناسایی کرده اند که در شناختن علت این بیماری، نقش مهمی دارند. ژن apoE روی کروموزوم ۱۹ سه شکل دارد: e2، e3، و e4. هر یک از آنها نوع مشابهی از آپولیپوپروتئین E (apeE) را تولید می کند که E2، E3، و E4 نامیده می شود. معمولاً، apoE3 و apoE2 از پروتئین تائو محافظت می کنند که به ثبات پیدا کردن میکروتوبول ها کمک می کنند، نظریه این است که اگر پروتئین تائو توسط apoE2 و apoE3 محافظت نشود، میکروتوبول ها تخریب می شوند که سرانجام به نابودی نورو می انجامد.
- افراد مبتلا به نشانگان داون ۱۰۰ درصد به آلزایمر دچار می شوند. افراد داونی سطوح بالای APP دارند که به نوبه خود به سطوح بالای بتا آمیلوید منجر می شود. مغز افراد مبتلا به نشانگان داون از مغز افرادی که به بیماری آلزایمر مبتلا بودند، تقریباً غیرقابل تشخیص است.

^۱ tau

شروع زود هنگام موارد بیماری آلزایمر با نقایص در ژن های پیش فرتوتی (PS1 , PS2) به طوری که از نام آن بر می آید در پیر کردن زود هنگام مغز دخالت دارند. متوسط سن شروع در خانواده دارای جهش در ژن PS1 ، ۴۵ سال (از ۳۲ تا ۵۶ سالگی) و در افراد دارای جهش ژن در PS2، ۵۲ سال (۴۰ تا ۸۵ سال) است. الگوی وراثت برای ژن های پیش فرتوتی اتوزومال است بدین معنی که اگر یکی از والدین، آلل مرتبط با این بیماری را منتقل کند، فرزند او به احتمال ۵۰ درصد به این اختلال مبتلا خواهد شد.

طبق یک نظریه زیستی، اختلال های عمده در بیماری آلزایمر، در سیستم انتقال دهنده عصبی استیل کولین روی می دهد که در فرایند های یادگیری و حافظه دخالت دارد. طبق این دیدگاه، افراد مبتلا به بیماری آلزایمر، مقدار ناکافی CAT (کولین استیل ترانسفراز) دارند که برای ساخت استیل کولین ضروری است.

۲ نوع دارو که برای درمان آلزایمر است و انتقال دهنده عصبی استیل کولین را هدف قرار می دهند: THA یا تاکرین و اریسپت. هر دو دارو در طبقه داروهای آنتی کولین استراز جای می گیرند. این داروها از فعالیت استیل کولین استراز جلوگیری می کنند و تجزیه استیل کولین را کند می کند، بنابراین سطوح بالایی از آن در مغز باقی می ماند. عوارض آنها : تاکرین می تواند عوارض مسموم کننده در کبد ایجاد کند و اریسپت عوارض جانبی معدی- روده ای دارد. درمان دیگر، درمان با جایگزین استروژن است که معمولاً برای کاهش نشانه های تغییرات هورمونی در خانم های مسن مورد استفاده قرار می گیرد.

طبقه ای دیگر از داروها، رادیکال های آزاد را هدف قرار می دهند. مولکول هایی که هنگام تکه تکه شدن بتا آمیلوید ساخته می شوند. رادیکال های آزاد به نورون هایی که در بافت مغزی را احاطه کرده اند صدمه می زنند. آنتی اکسیدانت ها عواملی هستند که می توانند رادیکال های آزاد را خنثی کنند؛ بنابراین درمان دیگری برای بیماری آلزایمر هستند.

زوال عقل ناشی از بیماری های دیگر

زوال عقل می تواند از انواع بیماری های جسمانی از جمله بیماری های عفونی مانند سیفلیس عصبی، التهاب مغز (آنسفالیت) مننژیت ناشی از سل یا عفونت های موضعی در مغز ایجاد شود.

بی اکسیژنی (نرسیدن اکسیژن به مغز) می تواند باعث زوال عقل شود. در صورتی که نورون ها از اکسیژن محروم شده باشند، به سرعت می میرند و چون نورون های مغز جایگزین نمی شوند، از بین رفتن آنها می تواند باعث اختلال در یادگیری، توجه و تمرکز شود.

موادی که شخص فرو می برد، مثل داروها و مواد سمی می تواند موجب آسیب مغزی شده و به اختلالی به نام زوال عقل پایدار ناشی از مواد منجر شوند.

کمبودهای غذایی هم می تواند زوال عقل ایجاد کند. مثلاً ابتلا به کمبود فولیت که باعث پلاسیدگی مغز می شود. خیلی از افراد مبتلا به ایدز، به زوال عقل مبتلا می شوند. در واقع، تباهی ظریف در عملکرد شناختی گاهی اولین نشانه آن است که فرد ایدز دارد: زوال عقل ناشی از ایدز. توهم و هذیان هم دارد.

بیماری پیک : بیماری نادر و بتدریج تباه کننده ای که به قطعه های پیشانی و گیجگاهی قشر مخ تاثیر می گذارد و علت این بیماری، تراکم نورون های رسوبات پروتئین غیرعادی بنام اجسام پیک است.

نشانه ها: مشکلات حافظه، از لحاظ اجتماعی بازداری می شوند و به صورت نامناسب و تکانشی یا بی احساسی و بی انگیزه رفتار می کنند. عاطفه سطحی، فقدان بازداری، نابهنجاری های زبانی. افراد مبتلا به پیک قبل از اینکه دچار مشکلات حافظه شوند، دستخوش تغییرات شخصیت می شوند.

پارکینسون: عبارت است از تباهی نورونی عقده های پایه، ساختاری های زیرقشری که جنبش های حرکتی را کنترل می کنند. یافته های مشخص این بیماری عبارتند از کاهش سلول های جسم سیاه، کاهش دوپامین و اضمحلال مسیر های دوپامینرژیک. در تمام افراد مبتلا به پارکینسون زوال عقل روی نمی دهد (تقریباً در ۶۰ درصد). این بیماری معمولاً پیشرونده

است و بارزترین ویژگی آن، اختلال‌های حرکتی است. هنگام استراحت، دست‌ها، پاها یا سر فرد بی‌اختیار می‌لرزد. عضلات خشک باعث می‌شود، فرد به سختی حرکت می‌کند که به آن ناجنبی می‌گویند. کند شدن کلی فعالیت حرکتی هم روی می‌دهد (کند جنبی یا برادی کینزی)، چهره فرد نیز بی‌حالت و گفتارش رسمی و خشک است و کیفیت موزون خود را از دست می‌دهد. علایم تباهی شناختی مثل کاهش انعطاف‌پذیری ادراکی را هم نشان می‌دهند. اما تعدادی از عملکردهای شناختی مثل توجه، تمرکز و حافظه فوری سالم می‌مانند. افسردگی بسیار شایع است.

زوال عقل جسم لوی^۱، به بیماری پارکینسون خیلی شباهت دارد. فرد مبتلا به این بیماری، بتدریج حافظه، زبان و توانایی محاسبه و استدلال به علاوه سایر عملکردهای ذهنی عالی را از دست می‌دهد. پیشروی این بیماری از آلزایمر سریعتر است. اجسام لوی، ساختارهای ریز کروی هستند که از رسوبات پروتئین سلولهای عصبی مرده تشکیل شده‌اند و در مناطق آسیب‌دیده عمق مغز افراد مبتلا به پارکینسون یافت می‌شوند. این بیماری زمانی تشخیص داده می‌شود که اجسام لوی در سرتاسر مغز به طور پراکنده پخش شده باشند. برخی مدعی هستند که این اختلال دومین نوع شایعترین زوال عقل است. طبق تحقیقات، نقایصی در قشر بینایی مخصوص افراد مبتلا به این بیماری است.

نوع دیگری از زوال عقل، اختصاصاً قطعه‌های پیشانی مغز را در بر می‌گیرد و از این رو به **زوال عقل پیشانی - گیجگاهی** معروف است. زوال عقل پیشانی - گیجگاهی به جای اینکه افت حافظه را در برگیرند که در آلزایمر مشاهده می‌شود، در تغییرات شخصیت مانند بی‌احساسی، فقدان بازداری، وسواسی بودن و از دست دادن قضاوت انعکاس می‌یابد. سرانجام شخص به عادات شخصی بی‌توجه می‌شود و توانایی برقراری ارتباط را از دست می‌دهد. شروع این زوال عقل آهسته و پنهان است. شواهد نشان می‌دهد که این نوع زوال عقل با ژن مستقر در کروموزوم ۱۷ ارتباط دارد.

بیماری هانتینگتون: یک بیماری ژنتیکی اتوزومی غالب با نفوذ کامل است که با حرکات کره آنتوزی و دمانس مشخص می‌شود. اگرچه عمدتاً از دست دادن کنترل حرکتی را شامل می‌شود، اما اختلال عصبی تباہ‌کننده‌ای است که می‌تواند بر شخصیت و عملکرد شناختی هم تاثیر بگذارد. این بیماری ژنتیکی، نابهنجاری در کروموزوم ۴ را شامل می‌شود که باعث می‌گردد پروتئینی که به هانتینگتون معروف است انباشته شود و به سطح مسموم کننده برسد. پاتوفیزیولوژی آن آتروفی مغز همراه با درگیری وسیع عقده‌های و بویژه هسته دمدار است. این بیماری مرگ نوروها در ساختارهای کنترل حرکتی زیرقشری، به علاوه کاهش انتقال‌دهنده‌های عصبی GABA، استیل‌کولین و ماده P را شامل می‌شود. این بیماری با آشفتگی‌های خلقی، تغییرات شخصیت، تحریک‌پذیری و از کوره دررفتن، خودکشی‌گرایی، تغییرات در میل جنسی و نارسایی‌های شناختی خاص ارتباط دارد. بروز آن در زن و مرد یکسان است.

بیماری کروتزفلد-ژاکوب^۲: نوعی بیماری عصبی نادر است که تصور می‌شود علت آن عاملی عفونی باشد که به انباشت‌های غیرعادی پروتئین در مغز منجر می‌شود. از جمله نشانه‌های مقدماتی آن خستگی، اختلال اشتها، مشکلات خواب و مشکلات تمرکز هستند. با پیشرفت بیماری فرد می‌میرد. اساس این بیماری آسیب گسترده‌ای است که به بیماری مغز اسفنجی شکل معروف است. بدین معنی که سوراخ‌های بزرگی در بافت مغز ایجاد می‌شوند.

علت احتمالی دیگر زوال عقل، بیماری قلبی عروقی است که تأمین خون برای مغز را تحت تأثیر قرار می‌دهد. چنین اختلالی **زوال عقل عروقی^۳** نامیده می‌شود. زوال عقل می‌تواند سکت به دنبال داشته باشد که در این صورت شروع ناگهانی زوال عقل عروقی نامیده می‌شود. اما رایج‌ترین نوع زوال عقل عروقی، زوال عقل مالتی انفارکت یا MID است که توسط حملات موقتی ایجاد می‌شود که به موجب آن بسته شدن شریان یا ترکیدن آن، جریان خون را به مغز متوقف می‌کند و نوروها از خون و اکسیژن محروم می‌شوند و باعث مرگ آنها می‌شود. برخی دومین نوع شایع دمانس را اختلال ناشی از بیماری‌های عروقی مغز می‌دانند.

^۱ Lewy body dementia

^۲ Creutzfeldt-jakob disease

^۳ Vascular dementia

زوال عقل عروقی، از چند نظر با آلزایمر شباهت دارد، اما تفاوت هایی نیز بین آنها وجود دارد. افراد مبتلا به زوال عقل عروقی، نابهنجاری های جسمانی خاصی مانند مشکلات راه رفتن و ضعف در دست ها و پاها نشان می دهند؛ و همچنین عملکرد شناختی آنان نیز با بیماران آلزایمری متفاوت است. در تصویر بالینی زوال عقل عروقی، برخی از عملکردهای شناختی سالم می ماند و عملکردهای دیگر شدیداً آسیب می بیند. حالتی که تباهی ناهمگون نامیده می شود. ویژگی دیگر آن این است که عملکردی که نسبتاً سالم بوده، ناگهان از دست می رود یا شدیداً تباه می شود. این حالت با الگوی تباهی تدریجی در بیماری آلزایمر مغایر است.

کاهش دادن خطر پرتنشی و دیابت، یکی از مهمترین روش ها برای پایین آوردن احتمال ابتلا به اختلال های شناختی در زندگی است.

افسردگی. افسردگی می تواند به نشانه هایی منجر شود که به نشانه های مراحل اولیه بیماری آلزایمر شباهت دارند. این تغییرات شناختی، اختلالی را به نام **شبه زوال عقل**^۱ یا دمانس کاذب تشکیل می دهند.

متمایز کردن شبه زوال عقل از آلزایمر مهم است، زیرا افسردگی را می توان با موفقیت درمان کرد. چند تمایز مهم:

۱- افراد افسرده از اختلال شناختی شان کاملاً آگاه هستند و اغلب از نقص حافظه خود شکایت دارند و در مقابل، فرد آلزایمری معمولاً سعی می کند جدی بودن اختلال خود را پنهان کند یا آن را کوچک جلوه دهد.

۲- مشکلات حافظه و سایر شکایات های شناختی آنها شروع بسیار ناگهانی دارند در حالی که افراد مبتلا به زوال عقل از این نظر روند آهسته تری طی می کنند.

۳- افراد مبتلا به شبه زوال عقل تا وقتی از پاسخ مطمئن نباشند بعید است جواب دهند. در مقابل، افراد مبتلا به بیماری آلزایمر، برای پاسخ ملاک بسیار آزادانه ای دارند و در نتیجه پاسخ های غلط زیادی می دهند.

تغییرات DSM-5

اختلالات عصبی- شناختی که در DSM-IV در طبقه ی دلیریوم، دمانس و سایر اختلالات نسیانی و شناختی قرار گرفته اند. این طبقه ی تشخیصی در راهنمای جدید به سه دسته ی گسترده ی دلیریوم، اختلال عصبی- شناختی اساسی (مثل دمانس) و اختلال عصبی- شناختی خفیف تقسیم شده اند.

ویژگی اختلال عصب شناختی اساسی یا عمده (NCD) عبارت است از افت شناختی اکتسابی در یک یا دو زمینه شناختی.

^۱ pseudodementia

اختلال‌های مرتبط با مواد

ترکیباتی که موجب تغییرات مغزی می‌شوند، در DSM-IV-TR به عنوان **مواد** و اختلال‌های مربوطه به نام **اختلال‌های مربوط به مواد** خطاب شده‌اند. مشخصه این اختلال‌ها، بروز تغییراتی در خلق، رفتار، عملکرد شناختی، اختلال در عملکرد اجتماعی یا شغلی، مقاومت یا وابستگی به مواد (که منجر به مصرف طولانی و مکرر مواد می‌شود) است.

مسمومیت ناشی از مواد تجربه ناسازگارانه موقتی تغییرات رفتاری یا روانی در اثر تراکم مواد در بدن است و به دوره‌ای محدود می‌شود که مواد از لحاظ زیستی در بدن موثر هستند. داروهایی که در اثر تزریق وریدی یا دود کردن جذب جریان خون می‌شوند از داروهایی که به صورت قرص مصرف می‌شوند، مسمومیت شدیدتری به بار می‌آورند.

نشانه‌های مسمومیت الککل: حرکات چشم غیرعادی، کندی بازتاب‌ها، راه رفتن نالستوار و خلق بی‌ثبات.

وقتی که مصرف برخی مواد قطع می‌شود در تغییرات بدنی و روانی نیز روی می‌دهند که به این واکنش قطع مصرف یا **ترک مواد (withdrawal)** گفته می‌شود که باعث پریشانی در خانه و محل کار و موقعیت‌های مهم زندگی می‌شود. شکل‌های مختلف ترک وجود دارد، مثلاً ترک نیکوتین باعث اضطراب و تحریک پذیری می‌شود.

پدیده‌ای بنام **تحمل (tolerance)**، به ترک مواد ربط دارد. این حالت زمانی روی می‌دهد که فرد برای دستیابی به تاثیر مطلوب، بطور فزاینده‌ای به مقدار بیشتری از مواد نیاز دارد یا زمانی که فرد احساس می‌کند بعد از مصرف یکسان مواد، تاثیر آن کمتر شده است.

سوء مصرف مواد (abuse): الگوی ناسازگارانه مصرف مواد که ظرف یک دوره ۱۲ ماهه روی می‌دهد و به اختلال یا پریشانی شدید منجر می‌شود. باعث مشکلات قانونی و میان فردی می‌شود.

ویژگی اصلی سوء مصرف، الگوی رفتاری است که به موجب آن فرد مصرف کردن مواد را ادامه می‌دهد حتی زمانی که معلوم است چنین رفتاری مخاطرات جدی در بر دارد یا مشکلاتی را در زندگی به بار می‌آورد. مفهوم سوء مصرف مواد، به اینکه فرد به آن ماده معتاد است یا نه هیچگونه اشاره‌ای ندارد.

وابستگی به مواد (dependence): نوعی الگوی ناسازگارانه به مصرف مواد است که با مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، رفتاری، و فیزیولوژیکی ظرف دوره ۱۲ ماهه آشکار می‌شود که مصرف مداوم مواد آن را ایجاد می‌کند.

اعتیاد (addiction): مصرف مکرر و زیاد یک ماده که محرومیت از آن موجب علائم ناراحتی و میل شدید به مصرف دوباره می‌شود و منجر به تباهی جسمی و روانی می‌گردد. این اصطلاح در نامگذاری رسمی دیگر استفاده نمی‌شود و بجای آن از وابستگی استفاده می‌شود.

تحمل متقاطع (cross- tolerance): به توانایی یک دارو برای جایگزین شدن به جای یک داروی دیگر که اثر مشابهی دارد گفته می‌شود. به آن وابستگی متقابل هم می‌گویند.

وابستگی مشترک (co-dependence): به تاثیر رفتار فرد معتاد بر اعضای خانواده اطلاق می شود. واژه ی تسهیل گر (enabler) به فردی گفته می شود که رفتار معتادانه فرد معتاد را تسهیل می کند؛ مثلاً برایش مواد تهیه می کند. هنگام ارزیابی افسردگی، اضطراب یا روان پریشی، همواره باید احتمال اختلالات ناشی از مصرف مواد را در نظر داشت. در شرایطی که اختلالات روانپزشکی به درمان های معمول پاسخ نمی دهند، اغلب سوء مصرف همزمان مواد وجود دارد.

الکل

میزان جذب الکل در جریان خون تا اندازه ای به غلظت الکل در نوشیدنی خاص، مقدار الکل مصرف شده در سرعت مصرف آن و مقدار غذای موجود در معده، خصوصیات فرد مثل جنسیت و میزان سوخت و ساز بستگی دارد. بعد از مصرف مقدار زیادی الکل، شخص دچار نشانگان پرهیز می شود که همه آن را به عنوان «خماری» می شناسند. نشانه ها: تهوع و استفراغ، تشنگی شدید، سردرد، خستگی، تحریک پذیری و افسردگی و سرگیجه، به شدت خماری فرد بستگی دارد و به اینکه او چقدر و ظرف چه مدتی الکل مصرف می کرده است. الکل به طور مستقیم یا غیرمستقیم تقریباً بر تمام سیستم های بدن تاثیر می گذارد. ۲ نوع زوال عقل با مصرف بلندمدت و سنگین الکل ارتباط دارند. بیماری ورنیکه (آنسفالوپاتی ورنیکه یا آنسفالوپاتی الکلی) و نشانگان کورساکف (با روان پریشی کورساکوف).

بیماری مغزی ورنیکه اختلال حادی است که دلیریوم، اختلال های حرکت چشم، نیستاگموس، اشکالاتی در حرکت و تعادل و تباهی اعصاب پیرامونی به سمت دستها و پاها را شامل می شود. علت آن خود الکل نیست، بلکه کمبود تیامین (ویتامین B) ناشی از اثرات تباه کننده الکل بر سوخت و ساز مواد غذایی و الگوی کلی تغذیه نامناسب علت اصلی آن است. افرادی که به بیماری ورنیکه مبتلا می شوند احتمالاً به **نشانگان کورساکف** نیز دچار خواهند شد که عبارت است از نوع دائمی زوال عقلی که به موجب آن فرد به یادزدودگی پس گستر و پیش گستر مبتلا می شود و نمی تواند رویدادهای جدید را یادآوری کند یا اطلاعات تازه را یاد بگیرد. این اختلال مزمنی است که در آن الکل به مدت چند سال عمده ترین منبع تیامین کالری بدن بوده است. علت آن کمبود تیامین است. بیمار اغلب دچار افسانه سرایی، اختلال موقعیت سنجی و پلی نوریت می شود.

مرگ در اثر مصرف بلندمدت و سنگین الکل اغلب با بیماری کبد ارتباط دارد. اغلب مصرف کنندگان مزمن الکل، به کبد چربی دار مبتلا می شوند اختلالی که با تغییرات غیرعادی در رگ های خونی کبد مشخص می شود. این اختلال در ۹۰ تا ۱۰۰ درصد مشروب خواران قمار ایجاد می شود و می تواند پیش درآمد سیروز^۱ باشد، بیماری تباه کننده ای که به آسیب کبدی پیش رونده و برگشتناپذیر منجر می شود. سیروز یکی از عوامل اصلی مرتبط با مرگ ناشی از مصرف مزمن الکل است.

غذایی که کمبود زینک دارد، می تواند به کاهش در فعالیت دی هیدروژناز الکل (ADH)، آنزیم محتوای زینک در معده بینجامد. قبل از اینکه الکل وارد جریان خون شود ADH پروتئین آن را به اسیدهای چرب دی اکسیدکربن و آب تجزیه می کند. در کاهش ADH، مقدار بیشتری از پروتئین الکل وارد جریان خون می شود بدون اینکه ابتدا تجزیه شده باشد و تاثیر را در سراسر بدن افزایش می دهد. به نظر می رسد که ژن ها به دلیل مقدار کمتر ADH نسبت به تاثیرات الکل آسیب پذیرترند.

وابستگی به الکل به زیر گروه های زیر تقسیم می شود:

نوع A. شروع دیررس، وابستگی خفیف، مشکلات اندک به دلیل الکل. گاهی نوع I هم خوانده می شود.

نوع B. وابستگی شدید، شروع زودرس مشکلات مربوط به الکل، سابقه زیاد مربوط به الکل در خانواده، تعداد زیاد عوامل استرس زا در زندگی، سایکوپاتولوژی شدید، مصرف چندین ماده مخدر. گاهی نوع II خوانده می شود.

^۱ cirrhosis

یک مدل برای درمان الکلی، مدل انتظار است که از دیدگاه شناختی- رفتاری و یادگیری اجتماعی بوجود آمده است. طبق این مدل، افراد وابسته به الکل تقریباً در اوایل زندگی از طریق ترکیب تقویت و یادگیری مشاهده‌ای، عقاید مشکل‌سازی را درباره الکل پرورش می‌دهند. مفاهیم مهم در مدل انتظار، کارایی شخصی و مقابله کردن هستند.

جدیدترین دارو برای متوقف کردن تاثیرات الکل، نالترکسون (ر ویا) است. نالترکسون در اصل برای درمان وابستگی به مواد افیونی مصرف می‌شد. محققان معتقدند این دارو تاثیر لذت‌بخش مواد افیونی را که توسط بدن تولید می‌شود متوقف می‌کند.

آکامپروسیت داروی دیگری است که بر GABA، انتقال‌دهنده عصبی‌ای که تصور می‌شود در وابستگی به الکل دخالت دارد، تاثیر می‌گذارد.

برخی داروها برای کنترل کردن نشانه‌های اختلال‌های همزیست مصرف می‌شوند. برای مثال، بنزودیازپین‌ها می‌تواند نشانه‌های ترک را کنترل کند و از ایجاد دلیریوم ناشی از ترک الکل، اختلال جسمانی که کژکاری سیستم عصبی خودمختار، سردرگمی و تشنجات احتمالی را شامل می‌شود، پیشگیری نمایند.

داروی دیگری که براساس شرطی‌سازی از راه ایجاد بیزاری استوار است، دیسولفیرام است که به داروی ضد سوءمصرف شهرت دارد. دیسولفیرام از آلدهای دی‌هیدروژناز (ALDH) آنزیمی که همراه با ADH مسئول سوزاندن الکل است، جلوگیری می‌کند.

مواد غیر از الکل

عملکردهای مرتبط با دوپامین، علاوه بر احساس لذت، فعالیت حرکتی، آگاهی، قضاوت و انگیزش را شامل می‌شوند. مدار نورون‌های تولیدکننده دوپامین که در بالای ساقه مغز در منطقه‌ای به نام پوشش قدامی (VAT) قرار دارد، در تنظیم احساس لذت نقش بسیار مهمی ایفا می‌کند.

این نورون‌ها پیام‌های مربوط به لذت را به نورون‌های ساختاری در سیستم لیمبیک به نام هسته آکامبنس منتقل می‌کنند. آنها تا قشر پیشانی هم امتداد دارند که این مدار به سیستم دوپامین میان لیمبیک^۱ معروف است. تصور می‌شود که این مدار در بقا نقش دارد؛ به این صورت که احساس لذت همراه با فعالیت‌هایی مانند خوردن و انگیزش جنسی تضمین می‌کند که ارگانیسم‌ها به فعالیت‌هایی بپردازند که زندگی را حفظ می‌کند.

دوپامین در سلولهای عصبی، درون منطقه پوشش قدامی ساخته می‌شود و در هسته آکامبنس و قشر پیشانی آزاد می‌گردد. بعد از آزاد شدن در سیناپس یا به سرعت جذب مجدد می‌شود یا توسط آنزیم MAD تجزیه می‌شود. کوکائین از جذب مجدد طبیعی دوپامین جلوگیری می‌کند. در نتیجه، دوپامین در سیناپس انباشته می‌شود و در آنجا سلول گیرنده را تحریک می‌کند. آمفتامین‌ها آزاد شدن اضافی دوپامین را تحریک می‌کنند و فرایندهای جذب مجدد و تجزیه آنزیم را در هم می‌کوبند. نیکوتین آزاد شدن دوپامین را تحریک می‌کند.

به نظر می‌رسد که داروهای روانگردان سیستم دوپامین میان‌لیمبیک را فعال می‌کند.

آمفتامین

آمفتامین، کوکائین و کافئین، جزء مواد محرک^۲ هستند که تاثیر فعال کننده بر سیستم عصبی دارند. اگر آمفتامین‌ها از راه ورودی مصرف شوند، تاثیر قوی‌تری دارند. بلافاصله بعد از تزریق، مصرف کننده احساس غلیان یا شتاب بسیار لذت‌بخشی می‌کند که برخی آن را به ارگاسم تشبیه می‌کنند.

^۱ Mesolimbic dopamine system

^۲ stimulant

اگرچه مصرف بیش از حد آمفتامین‌ها به ندرت موجب مرگ می‌شود اما مشکلات جسمانی متعددی از جمله سکت، بی‌نظمی قلب، نارسایی کبد، فلج موقتی، اختلال گردش خون، تشنج و حتی اغماء می‌تواند روی دهد. توهّمات بساوشی مثل خزیدن سوسک روی پوست می‌تواند به وجود آید.

کوکابین

تأثیر تحریک کننده کوکابین در مقایسه با آمفتامین‌ها، مدت کوتاهیتری دوام دارد، اما شدیدتر است مصرف کنندگان ظرف ۱۰ دقیقه اول بعد از مصرف، قوی ترین تأثیر را احساس می کنند و این تأثیر به سرعت افت می کند. کوکابین علاوه بر تأثیرات قوی و اعتیادآور، عملکردهای حیاتی تنفس و گردش خون فرد را در معرض خطر جدی قرار می دهد. مخاطرات مرتبط با کوکابین به این علت است که این دارو به صورت بی حس کننده موضعی عمل می کند و برای سیستم عصبی مرکزی و سیستم‌های عصبی خودمختار، محرک است.

کافئین

کافئین در طبقه داروهای روانگردان قرار دارد. تأثیر کافئین بر خلق و هشیاری از طریق فعال کردن سیستم عصبی سمپاتیک روی می دهد.

نشانه‌های مسمومیت با کافئین (۵ نشانه کافیست): بی‌قراری، عصبانیت، بی‌خوابی، ادرار مکرر، اختلال در معده، کشیدگی عضلانی، افکار درهم و برهم و دوره‌های خستگی ناپذیری.

شاهدانه (ماری‌جوانا)

داروی موثر در ماری‌جوانا دلتا-۹-تتراهیدروکانابینول (THC) است. THC برای مقاصد پزشکی، مثلاً برای درمان آسم و آب سیاه (گلوکوم) و کاهش دادن تهوع در بیماران سرطانی که تحت شیمی‌درمانی قرار می گیرند مصرف می شود. افراد ماری‌جوانا را به منظور تغییر دادن ادراکشان از محیط و احساسهای بدنی‌شان مصرف می کنند. تغییرات جسمانی مرتبط با مصرف ماری‌جوانا عبارتند از چشمان اشک آلود، افزایش اشتها، خشکی دهان و ضربان قلب تندتر. ماری‌جوانا می‌تواند بر عملکرد سیستم ایمنی و تولید مثل نیز تأثیر منفی داشته باشد.

توهم زاه^۱

داروهایی هستند که تجربیات ادراکی نابهنجاری به شکل هذیان ها و توهمات که معمولاً دیداری هستند بوجود می آورند. مسمومیت با دارو های توهم زا، تغییرات ناسازگارانه رفتاری و روانی مانند اضطراب، افسردگی، عقاید عطفی، ترس از دست دادن عقل و تفکر پارانوئید و به طور کلی اختلال در عملکرد بوجود می آورند. و همچنین پاسخهای فیزیولوژیکی عبارتند از گشادی مردمک‌ها، افزایش ضربان قلب، تعریق، تپش قلب، دید تار، لرزش و ناهماهنگی حرکتی.

توهم‌زاهای معروف‌تر: LSD , PCP , MDAM (اکستازی)

پژوهشگران گمان می کردند که شاید بتوانند از LSD برای شناختن نشانه‌های اسکیزوفرنی استفاده کنند که به نظر می-رسید این دارو به آنها شباهت دارد. اما این نظر رد شد. نظریه دیگر این بود که LSD می‌تواند دفاع‌های خود را (ایگو) در هم بکوبد و بدین ترتیب روان درمانی را موثر سازد، اما این نظریه هم رد شد.

PCP برخلاف LSD می‌تواند باعث وقوع حالت روان‌پریشی موقتی شود به طوری که نشانه‌های آن از نشانه‌های اسکیزوفرنی غیرقابل تشخیص باشند. PCP با تأثیر بر سیستم عصبی خودمختار تأثیرات مهلک دارد. این دارو در مقادیر مصرف کم، به

^۱ hallucinogens

عنوان کند ساز عمل می کند و مصرف کننده تاثیرات آن را مانند مسمومیت الکل احساس می کند. مقادیر مصرف زیادتر، موجب برداشت های تحریف شده از خود و محیط می شود.

برخی از افرادی که داروهای توهمزا مصرف می کنند به اختلالی دچار می شوند که اختلال ادراک ماندگار ناشی از داروی توهمزا نامیده می شود. به طوری که آنها صحنه های بازگشت به گذشته (فلاش بک) یا توهمات، هذیان های خودانگیخته یا آشفتگی ها در خلق را تجربه می کنند. این تاثیرات می تواند تا ۵ سال بعد از مصرف کردن داروی توهمزا روی دهند.

مواد افیونی

مواد افیونی^۱ داروهایی هستند که مواد طبیعی (مثل مورفین و تریاک)، داروهای نیمه مصنوعی (مثل هرویین که پرمصرف ترین و اعتیاد آورترین ماده افیونی است) و مصنوعی (متادون و کدئین) را شامل می شوند. متادون برای افراد وابسته به هرویین تجویز می شود و به آنها کمک می کند با واکنش امن تر و کنترل شده تری بر اعتیادشان کنترل کسب کنند. کدئین معمولاً برای تسکین درد و متوقف کردن سرفه تجویز می شود.

بعد از تزریق یا استنشاق هرویین این دارو به مغز می رسد و در آنجا به مورفین تبدیل می شود و به گیرنده های مواد افیونی می چسبد. مصرف کنندگان تاثیر آن را به صورت « شتاب یا هجوم » درک می کنند.

نشانه های ترک هرویین: بی قراری، درد عضلانی و استخوانی، بی خوابی، اسهال، استفراغ، سیخ شدن مو، آبریزش بینی و حرکات پا.

داروهای مسکن^۲، خواب آور^۳ و ضد اضطراب^۴

اصطلاح مسکن، به دارویی اشاره دارد که بر سیستم عصبی مرکزی تاثیر آرامبخش دارد و اصطلاح خواب آور به ویژگی های خواب آور این داروها اشاره دارد. داروهای ضد اضطراب در مصرف کننده حالت ذهنی آرامتری بوجود می آورند.

باربیتوراتها نقش مهمی را به عنوان داروهای بی حس کننده و ضد تشنج برعهده دارند. این داروها در مقادیر مصرف کم، احساس آرامش و تسکین به فرد می دهند و موجب می شوند معاشرتی، پرحرف، شنگول شوند. باربیتوراتها در مقادیر مصرف زیاد، موجب خواب می شوند. تاثیر مسکن باربیتوراتها به علت تاثیر آنها برگیرنده های GABA و بنزودیازپین در مغز هستند.

یکی دیگر از داروهای پرمصرف در طبقه مواد شبه باربیتورات، متاکوالون است که با عنوان تجاری کوالود به بازار عرضه شد. احساسی که مصرف کنندگان دوست دارند، جدایی کامل از خود جسمانی و ذهنی، فقدان بازداری و سرخوشی بیشتر هنگام آمیزش جنسی است. این تاثیر آخر، خطای حسی است زیرا در واقع عملکرد جنسی مصرف کننده مختل می شود. داروهای ضداضطراب، پرمصرف ترین داروهای تجویزی هستند.

تغییرات DSM-5

اختلالات اعتیادی و مصرف مواد طبقه ی تشخیصی هستند و شامل اختلالاتی می باشند که در DSM-IV در طبقه ی اختلالات وابسته به مواد قرار داشتند. تغییر نام این طبقه به منظور وسعت دادن شمول آن انجام گرفته است تا هم اختلالات مصرف مواد و هم رفتارهای اعتیادی غیر مصرف مواد را در برگیرد. تنها رفتار اعتیادی غیر مصرف مواد که در این طبقه ی

^۱ opioid

^۲ sedative

^۳ hypnotic

^۴ anxiolytic

تشخیصی قرار گرفته، اختلال قمار بازی است که در DSM-IV در دسته‌ی اختلالات کنترل تکانه که به گونه‌ای دیگر طبقه بندی نشده‌اند، قرار داشت. سایر اختلالات این طبقه در سه دسته‌ی کلی اختلالات مصرف مواد، مسمومیت مواد و ترک مواد جای گرفته‌اند.

نکته:

- ✓ اصطلاح سوءمصرف مواد و وابستگی به مواد حذف شده و یک طبقه واحد بنام اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد جایگزین آن شده است.
- ✓ DSM-5 مجموع سندرم تحمل و سندرم پرهیز را معیارهای فارماکولوژیک می‌نامد.
- ✓ LSD حواس ۵ گانه را تقویت می‌کند. این گونه مواد سایکودلیک نامیده می‌شوند. یعنی باز کننده ذهن و افزایش دهنده هشیاری.
- ✓ سه مرحله اعتیاد: مصرف آزمایشی، مصرف مرتب و اعتیاد.

علائم و نشانه ها در روان پزشکی

نشانه ها (signs) به یافته های عینی و مشاهدات بالینگر اطلاق می شود، نظیر سراسیمگی. **علائم بالینی (symptom)** تجربیات ذهنی هستند که بیمار توصیف می کند؛ (مانند خلق افسرده). در روان پزشکی، علائم و نشانه ها برخلاف سایر رشته های پزشکی، مرز بندی واضحی ندارند و اغلب با همدیگر هم پوشانی دارند. به همین دلیل در روان پزشکی اختلالات اغلب به صورت سندرم توصیف می شوند. **سندرم**، گروهی از علائم و نشانه ها است که با همدیگر یک بیماری قابل تشخیص گذاری را بوجود می آورند. برای مثال اسکیزوفرنی بیشتر یک سندرم تلقی می شود تا یک اختلال اختصاصی. این مفهوم در کاربرد اصطلاحات طیف اسکیزوفرنیک یا گروه اسکیزوفرنی ها بازتاب می یابد.

اصطلاحات توصیفی

توصیف علائم و نشانه ها در روان پزشکی در طول سالیان متمادی، نسبتاً ثابت مانده است، با این حال برخی اصطلاحات دیگر مورد استفاده قرار نمی گیرند. مثلاً در ویرایشهای مختلف کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) برخی اصطلاحات باقی مانده اند و برخی حذف شده اند و علاوه بر این برخی اصطلاحات DSM و ICD (طبقه بندی بین المللی بیماریها) یکسان نیستند.

در ویرایش چهارم DSM (DSM-IV)، تشخیص اختلال روانی عضوی حذف شده است تا نشان داده شود که تمامی اختلالات روانی ممکن است اساس زیستی داشته باشند. به این ترتیب، امروزه تشخیص اختلال روانی عضوی تحت عناوین دلیریوم، زوال عقل، اختلالات نسیانی، و سایر اختلالات شناختی نامیده می شود. اما در **تجدید نظر دهم طبقه بندی بین المللی آماری بیماریها و مشکلات بهداشتی وابسته (ICD-ID)**، طبقه تشخیصی اختلالات روانی عضوی حفظ شده است و شامل اختلالات فوق است.

در تلاش دیگری به منظور تاکید بر جنبه های زیستی بیماری روانی، در DSM-IV و متن بازنگری شده (DSM-IV-TR)

، اصطلاح **روانزاد^۱** کنار گذاشته شده است. با این همه این اصطلاح هنوز در ICD-10 وجود دارد و به این واقعیت دلالت دارد که حوادث یا مشکلات زندگی، نقش مهمی در پیدایش بسیاری از اختلالات روانی ایفا می کنند. به همین ترتیب در DSM اصطلاح **نوروز (روان نژندی)** حذف شده است که این اصطلاح هم در ICD-10 به کار رفته است. با این حال هنوز هم دو اصطلاح عضوی و روان نژندی در زبان رایج متخصصان بهداشتی به کار می رود.

نوروز (روان نژندی)

روان نژندی (neurosis) به اختلال غیرسایکوتیک راجعه یا مزمنی اطلاق می شود که خصوصیت عمده آن اضطراب است. این اضطراب یا به طور مستقیم ابراز شده یا فقط تجربه می شود و یا به کمک مکانیسمهای دفاعی تغییر می یابد. نوروز، به

^۱ psychogenic

صورت یک علامت بالینی ظاهر می شود (مانند وسواس فکری، وسواس عملی، هراس یا کژکاری جنسی). در ویرایش سوم DSM (DSM-III) اختلال نوروتیک به صورت زیر تعریف شده است:

نوعی اختلال روانی شامل علامت بالینی یا گروهی از علایم است که بیمار را ناراحت می کنند و خود وی آنها را غیر قابل قبول و بیگانه (ناهمخوان) تلقی می کند، در این حالت واقعیت سنجی تا حدود زیادی سالم می ماند. رفتار فرد فعالانه هنجارهای واضح اجتماعی را نقض نمی کند (گرچه ممکن است کاملاً ناتوان کننده باشد). اختلال بدون درمان نسبتاً پایدار می ماند و یا عود می کند و ضمناً محدود به واکنش موقت در برابر عوامل استرس زا نیست. هیچ گونه عامل یا علت عضوی قابل تشخیصی وجود ندارد.

اصطلاح نوروز طیف وسیعی از اختلالات حاوی علایم و نشانه های مختلف را در بر می گیرد. این اصطلاح، دقت خود را از دست داده است و فقط نشان می دهد که واقعیت سنجی کلی فرد و سازمان شخصیتی وی دست نخورده باقی مانده است. با این حال روان نژندی می تواند کارکرد فرد را در برخی حوزه ها مختل کند و معمولاً چنین است. اصطلاح روان نژندی، به خصوص در مقایسه با اصطلاح روان پریشی، هم چنان اصطلاح مفیدی است درحالی که اصطلاح روان پریشی (در ادامه مطلب توضیح داده می شود) هنوز در DSM-IV-TR به کار می رود (اما اصطلاح نوروز حذف شده است).

روان پریشی (psychosis)

اصطلاح روان پریشی (سایکوتیک)، در مفهوم سنتی آن به معنای از بین رفتن واقعیت سنجی و تخریب کارکرد روانی است که به صورت هذیان ها، توهمات، اغتشاش شعور و اختلال حافظه تظاهر می کند. اصطلاح روان پریشی در روان پزشکی بیشتر مترادف تخریب شدید کارکرد اجتماعی و شخصی به کار می رود که با انزوای اجتماعی و ناتوانی انجام نقشهای شغلی و خانوادگی تظاهر می کند. در مفاهیم روان کاوی، درجه پسرفت ایگو به عنوان ملاک بیماری روان پریشی مطرح می شود که این معنای دیگر اصطلاح مزبور است. در نتیجه به علت وجود معانی متعدد، این اصطلاح دقت خود را در اعمال پژوهشی و کارهای بالینی فعلی از دست داده است.

بر طبق **واژه نامه روان پزشکی آمریکا** متعلق به انجمن روان پزشکان آمریکا اصطلاح روان پریش (سایکوتیک) به معنای اختلال آشکار واقعیت سنجی است. این اصطلاح ممکن است برای توصیف رفتار فرد در دوره زمانی معین و طی یک اختلال روانی به کار رود که تمام افراد مبتلا به آن اختلال، در دوره ای از سیر آن دچار اختلال آشکار واقعیت سنجی می شوند. وقتی واقعیت سنجی به نحو آشکاری مختل شود، فرد صحت ادراکات و افکار خود را به نحو نادرستی ارزیابی می کند و استنباط نادرستی از واقعیت بیرونی دارد و حتی روبه رو شدن با شواهد مخالف، استنباط نادرست وی را تغییر نمی دهد. اصطلاح روان پریش به تحریفات جزئی واقعیت که مربوط به مسایل قضاوت نسبی هستند، اطلاق نمی شود. برای مثال افراد افسرده که دستاوردهای خود را دست کم می گیرند، روان پریش محسوب نمی شوند، اما کسانی که معتقدند سبب فاجعه های طبیعی می شوند، روان پریش تلقی می شوند.

بیمار چیزی فراتر از مجموعه علایم و نشانه ها است. کارل منیگر بیش از ۳۵ سال پیش روندی را توضیح داد که به جمع آوری نشانه ها تمایل دارد و ممکن است اثرات غیر انسانی در پی داشته باشد او که انگار تبدیل شدن DSM-IV-TR به ابزاری ریاضی ماب را پیش بینی می کرد چنین نوشت: مثلاً اگر بیمار پنج علامت بالینی، دارد، می توان در منابع موجود هر یک از این علامت ها را پیدا کرد و دریافت که کدام بیماری زیر هر پنج عنوان ذکر شده است و بعد هم تشخیص مثل روز روشن می شود! منیگر معتقد بود که روند جدول بندی حالات بیماری، با درک تجربه بیماری در فرد تناقض دارد و رویکرد دلسوزانه نسبت به بیمار را که علامت مشخصه روان پزشکی است دست کم می گیرد. الگوریتم ها و درختهای تصمیم گیری که در DSM-IV-TR و برنامه های مختلف رایانه ای برای ثبت علایم و نشانه ها و دستیابی به تشخیص به کار می روند مفید هستند، اما هشدار منیگر را نباید از یاد برد. توصیف علایم و نشانه ها، در واقع دانش روان پزشکی است، اما مهارت مشاهده گران و تصورات خلاق آنان و توانایی همدلی ایشان جزو هنر روان پزشکی محسوب می شود.

در زیر، فهرست جامعی از علائم و نشانه‌ها همراه با توصیف یا تعریف دقیق آنها ارائه می‌شود. اکثر نشانه‌ها و علائم روان پزشکی ریشه در رفتار بهنجار دارند و در واقع نقاط مختلفی روی طیف رفتاری هستند که در یک قطب آن رفتار بهنجار و در قطب دیگر آن رفتار بیمار گونه قرار دارد. این نشانه‌ها و علائم بر اساس حروف الفبا ارائه شده‌اند.

واژه نامه علائم و نشانه‌های بالینی

تخلیه هیجانی (abreaction) : فرآیندی است که طی آن مطالب واپس زده شده، بخصوص یک تجربه دردناک یا یک تعارض، به هشیاری بازگردانده می‌شود؛ در این فرآیند فرد نه تنها مطالب را به یاد می‌آورد، بلکه این محتویات را مجدداً تجربه می‌کند که با واکنش عاطفی متناسبی همراه است.

تفکر انتزاعی (abstract thinking) : مشخصه این تفکر، توانایی دریافت نکات اصلی یک کلیت، تجزیه کل به جزء و تمیز خصوصیات مشترک است. تفکر نمادین هم گفته می‌شود.

بی ارادگی (abulia) : کاهش تکانه برای دست زدن به عمل و تفکر، همراه با بی تفاوتی نسبت به نتایج عمل. در اثر این نقایص عصبی، افسردگی و اسکیزوفرنی رخ می‌دهد.

محاسبه پریشی (acalculia) : فقدان توانایی محاسبه که ناشی از اضطراب یا اختلال تمرکز نیست. همراه با نقائص عصبی و اختلال یادگیری دیده می‌شود.

زبان پریشی نحوی (acataphasia) : نوعی اختلال تکلم که در آن جملات به نحو نادرستی تدوین شده‌اند. بیماران منظور خود را با کلماتی بیان می‌کنند که شبیه واژه‌های مد نظر هستند، اما تناسبی با افکار بیمار ندارند و یا ممکن است بیانات بیمار کلاً نامتناسب باشد.

فقدان نیروگذاری (acathexis) : فقدان احساس در مورد موضوعی که در حالت عادی بار هیجانی دارد؛ در روان کاوی به معنای آن است که بیمار هیجان را از افکار و اندیشه‌ها جدا کرده یا منتقل می‌کند. نیروزدایی روانی (decathexis) نیز نامیده می‌شود. در اختلالات اضطرابی، تجزیه ای، اسکیزوفرنی و دو قطبی بروز می‌کند.

بلندی هراسی (acrophobia) : هراس از مکان‌های مرتفع.

برون ریزی یا کنش نمایی (acting out) : پاسخ رفتاری به یک سائق یا یک تکانه ناخودآگاه که سبب تسکین نسبی و موقت تنش درونی می‌شود؛ بیمار برای دستیابی به تسکین، به موقعیت موجود واکنش نشان می‌دهد؛ به گونه ای که انگار این موقعیت در اصل سبب بروز سائق یا تکانه مزبور شده است. در حالات مرزی شایع است.

آکولالیا (aculalia) : تکلم نا مفهوم همراه با اختلال بارز فهم. در شیدایی (مانیا)، اسکیزوفرنی و نقائص عصبی دیده می‌شود.

ناظریف کاری (adiadochokinesia) : ناتوانی در انجام حرکات سریع متناوب. در نقائص عصبی و ضایعات مخچه ای دیده می‌شود.

بی حالی (adynamia) : ضعف و خستگی پذیری، مشخصه ضعف اعصاب (نوراستنی) و افسردگی.

عاطفه (affect) : تجربه ذهنی و بلافصل هیجان متصل به اندیشه‌ها یا بازنمودهای ذهنی ایژه‌ها. عاطفه، تظاهرات بیرونی دارد که می‌توان آنها را به انواع زیر تقسیم نمود: محدود، کند، تخت، وسیع، متغیر، متناسب یا نامتناسب.

سرآسیمگی (agitation) : اضطراب شدید همراه بابتی قرار ی حرکتی.

نشناسی یا ادراک پریشی (agnosia) : ناتوانی در درک اهمیت یا برجستگی محرک حسی؛ بر اساس نقص در مسیرهای حسی یا ضایعه مخ قابل توضیح نیست؛ این اصطلاح همچنین در موارد نقصان انتخابی یا عدم به کارگیری دانش مربوط به اشیاء بخصوص به دلیل شرایط هیجانی به کار می‌رود، که این حالت در برخی از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، مضطرب یا افسرده دیده می‌شود. بر اثر نقص عصبی ایجاد می‌شود.

باز هراسی (agoraphobia): ترس مرضی از مکان های باز یا ترس از ترک محیط آشنای منزل، ممکن است با یا بدون حملات هول (پانیک) بروز کند.

ناآرامی (akathisia): احساس ذهنی بی قراری حرکتی که به صورت نیاز گریز ناپذیر، برای حرکت مداوم تظاهر می کند، ممکن است به عنوان عارضه اکستراپیرامیدال داروهای ضد روان پریشی (آنتی سایکوتیک) بروز کند. ممکن است با سرآسیمگی روان پریشانه اشتباه شود.

بی حرکتی (akinesia): فقدان حرکات بدنی مثلاً در بی حرکتی مفرط بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی کاتانونیک؛ ممکن است به صورت یک عارضه اکستراپیرامیدال (خارج هرمی) پس از مصرف داروهای ضد روان پریشی نیز بروز کند.

گنگی بی حرکت (akinetetic mutism): فقدان حرکات ارادی یا تکلم در بیماری که ظاهراً هوشیار است (و چشم هایش حرکت می کنند). در افسردگی روان پریشانه و حالات کاتاتونی دیده می شود.

آلکسی تایمی (alexithymia): ناتوانی یا اشکال در توصیف یا آگاهی شخص از هیجانات یا خلیات خود؛ بسط خیالپردازی ها به دلیل افسردگی، سوء مصرف مواد و اختلال استرس پس از سانحه (ptsd).

ناگویایی (Alogia): ناتوانی در صحبت کردن به دلیل نقص عقلی یا ابتلا به زوال عقل (دمانس).

دوسوگرایی یا دودلی (ambivalence): وجود دو تکانه متضاد همزمان در یک شخص نسبت به یک چیز. در اسکیزوفرنی، حالات مرزی و اختلال وسواسی جبری (OCD) دیده می شود.

اختلال بیانگری چهره (amimia): ناتوانی در نشان دادن ایما و اشاره یا عدم فهم ایما و اشاره دیگران.

فراموشی، نسیان یا دزدودگی (amnesia): ناتوانی نسبی یا کامل برای یادآوری تجربیات گذشته؛ ممکن است ناشی از علل عضوی (اختلال نسیانی) یا هیجانی (فراموشی تجزیه ای) باشد.

زبانپریشی نسیانی (amnesic aphasia): اشکال در پیدا کردن نام اشیاء با وجودی که اشیای مربوطه برای بیمار آشنا هستند. زبانپریشی اسمی نیز نامیده می شود.

اتکایی (anaclitic): وابستگی به دیگران بخصوص وابستگی شیر خواران به مادر؛ افسردگی اتکایی در کودکان بر اثر غیبت مادر بروز می کند.

بی لذتی یا فقدان احساس لذت (anhedonia): فقدان علاقه و کناره گیری از هر گونه فعالیت لذت بخش معمول. اغلب با افسردگی همراه است.

نام پریشی (anomia): عدم توانایی یادآوری اسامی اشیاء.

بیماری شناسایی (anosognosia): شخص قادر به شناسایی نقیصه جسمی خود نیست (مثلاً بیمار، فلج بودن اندام را انکار می کند).

فراموشی پیش گستر (anterograde amnesia): فراموش کردن رویدادهایی که پس از زمان شروع فراموشی روی می دهند؛ پس از ضربه شایع است. با فراموشی پس گستر (retrograde amnesia) مقایسه کنید.

اضطراب. احساس دلواپسی به علت پیش بینی خطر که ممکن است درونی یا برونی باشد.

بی احساسی (بی تفاوتی) (apathy): حالت هیجانی کند همراه با گسست یا بی تفاوتی؛ در انواع خاصی از اسکیزوفرنی و افسردگی دیده می شود.

زبانپریشی (aphasia): هرگونه اختلال در فهم یا تولید کلام که بر اثر ضایعه ای مغزی ایجاد شود.

خفگی صدا (aphonia): فقدان صدا. در اختلال تبدیلی دیده می شود.

کردار پریشی (apraxia): ناتوانی در انجام فعالیت های حرکتی هدفمند ارادی؛ بر اساس فلج یا سایر تخریب های حسی یا حرکتی قابل توضیح نیست. درکردار پریشی ساختاری (constructional apraxia) بیمار نمی تواند شکل های دو یا سه بعدی را بکشد.

نا ایستی - بدگامی (**astasia abasia**) : ناتوانی ایستادن یا راه رفتن به طریقه طبیعی، حتی اگر شخص بتواند در حالت نشسته یا درازکش حرکات طبیعی پاها را انجام دهد.

بی تعادلی (**ataxia**) : اختلال هماهنگ جسمی یا روانی.

۱- در نورولوژی به فقدان هماهنگی عضلانی اطلاق می شود.

۲- در روان پزشکی اصطلاح **بی تعادلی درون روانی**، به فقدان هماهنگی بین احساسات و افکار گفته می شود که در اسکیزوفرنی و OCD شدید دیده می شود.

توهم شنوایی (**auditory hallucination**) : ادراک کاذب صوت، معمولاً صدای انسان، اما اصوات دیگر مانند صدای موسیقی نیز ممکن است شنیده شود. این نوع توهم، شایعترین نوع توهم در اختلالات روان پزشکی است.

پیش درآمد (**aura**) : ۱- حسیات هشداردهنده ای نظیر رفتار خودکار، احساس پری معده، برافروختگی و تغییرات تنفس؛ حسیات شناختی و حالات خلقی که معمولاً پیش از تشنج احساس می شود.

۲- یک پیش درآمد حسی که پیش از سردرد میگرن کلاسیک ظاهر می کند.

تفکر درخود مانده (**autistic thinking**) : تفکری که در آن، افکار عمدتاً خودشیفته وار خود محور و بیشتر تاکید روی حالات درونی و ذهنی است تا واقعیات عینی، و فرد توجهی به واقعیت ندارد؛ به صورت مترادف با واقعیت گریزی (**dereism**) و درخود ماندگی (اوتیسم) به کار می رود. در اسکیزوفرنی و اختلال درخود ماندگی دیده می شود.

هذیان غریب (**bizarre delusion**) : عقیده کاذبی که واضحاً نامعقول یا خیالپردازانه است (مثلاً مهاجمین فضایی، الکترودها را در مغز بیمارکار می گذارند). در اسکیزوفرنی شایع است. در هذیان غیر غریب، محتوای هذیان در دامنه موارد امکان پذیر قرار دارد.

وقفه فکر (**blocking**) : قطع ناگهانی رشته افکار قبل از اینکه فکر یا عقیده ای به نقطه پایان برسد؛ پس از مکث کوتاه، شخص از آنچه مورد بحث بود یا قرار بود در مورد آن صحبت کند چیزی به خاطر نمی آورد (**محرومیت فکر یا افزایش سکون فکر** نیز نامیده می شود) در اسکیزوفرنی و اضطراب شدید دیده می شود.

عاطفه کند (**blunted affect**) : نوعی اختلال عاطفه که با کاهش چشمگیر در شدت احساس ابراز شده مشخص می شود. یکی از علایم بنیادین اسکیزوفرنی است و اوگن بلولر براهمیت آن تاکید داشت.

خشک زدگی (**catalepsy**) : حالتی که در آن فرد، وضعیت بدنش را به هر شکل در آورند آن حالت را حفظ می کند؛ در موارد شدید اسکیزوفرنی کاتاتونیک دیده می شود. انعطاف مومی شکل (**waxy flexibility , cerea flexibility**) نیز نامیده می شود.

کاتاپلکسی (**قوام باختگی**) (**cataplexy**) : از بین رفتن ناگهانی قوام عضلات، که بر اثر ضعف و عدم تحرک ایجاد می شود؛ انواعی از حالات هیجانی می توانند آن را ایجاد کنند و اغلب فرد بدنبال این حالت به خواب می رود. در خوابزدگی (نارکولپسی) شایع است.

نیروگذاری روانی (**cathexis**) : در روان کاوی به سرمایه گذاری خودآگاه یا نا خود آگاه انرژی روانی بر روی یک عقیده، مفهوم، ابژه یا شخص اطلاق می شود با **acathexis** مقایسه کنید.

داء الرقص (**chorea**) : نوعی اختلال حرکتی که مشخصه آن حرکات بی هدف، پرتابی و سریع و تصادفی است. در بیماری هانتینگتون دیده می شود

تداعی صوتی (**clang association**) : تداعی کلماتی که آهنگ یکسان اما معانی مختلفی دارند؛ کلمات رابطه ای منطقی با هم ندارند؛ در این حالت قافیه پردازی و جناس ممکن است بر تکلم بیمار تسلط یابند. اغلب در اسکیزوفرنی یا شیدایی (مانیا) دیده می شود.

تشنج کلونیک (clonic convulsion): انقباض یا اسپاسم غیر ارادی و ناگهانی عضلانی که در آن عضلات به طور متناوب منقبض شده و شل می شوند. مرحله مشخصی در تشنج صرعی گراندمال است.

تیرگی هشیاری (clouding of consciousness): هر گونه اختلال هشیاری که در آن شخص به طور کامل بیدار، هوشیار و آگاه به موقعیت نیست. در دلیریوم، دمانس (زوال عقل) و اختلال شناختی بروز می کند.

خودکاری آمرانه (command automatism): حالتی که با خشک زدگی (کاتالپسی) ارتباط دارد و در آن پیروی خودکار از تلقینات دیده می شود.

توهم آمرانه (command hallucination): ادراک کاذب دستورات که فرد ممکن است احساس می کند مجبور به اطاعت از آنهاست یا قادر به مقاومت در برابر آن ها نیست.

تشنج کانونی مرکب (compex partial seizure): نوعی تشنج که مشخصه آن تغییراتی در هشیاری است و ممکن است با توهمات پیچیده (گاهی بویایی) یا خطای حسی (ایلوزیون) همراه باشد. در حین تشنج، نوعی اختلال هشیاری شبیه حالات رویا گونه ممکن است بروز کند و بیمار ممکن است رفتار های تکراری، خود کار یا نیمه هدفمند از خود نشان دهد.

وسواس عملی (اجبار) (compulsion): نیاز مرضی برای به عمل درآوردن تکانه ای که اگر فرد در مقابل آن مقاومت کند دچار اضطراب می شود؛ رفتار تکراری در واکنش به یک فکر وسواسی یا انجام آن طبق آدابی خاص، که فی نفسه هدفی ندارد مگر جلوگیری از وقوع اتفاقی در آینده.

تفکر عینی (غیر انتزاعی) (concrete thinking): تفکری که بیشتر به امور واقعی رویدادها و تجربیات بلافصل می پردازد و انتزاعی در آن دیده نمی شود. در کودکان خردسال، افرادی که توانایی تعمیم را از دست داده اند یا هیچگاه به آن دست نیافته اند (مانند برخی از اختلالات شناختی) و در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی مشاهده می شود. با تفکر انتزاعی مقایسه کنید.

افسانه سازی (confabulation): پرکردن ناخودآگاه شکاف های حافظه با تجارب و رویدادهای غیر واقعی و خیالی، بیشتر در سندرم نسیانی دیده می شود؛ بایستی از دروغگویی تفکیک شود.

اغتشاش شعور یا سردرگمی (confusion): آشفتگی هشیاری که در آن وقوف به زمان، مکان یا اشخاص از بین می رود.

پدیده های تبدیلی (conversion phenomena): پیدایش تحریفات و علائم جسمی نمادین که عضلات ارادی یا برخی از اندام های حسی خاص را درگیر می کند؛ تحت کنترل ارادی نیست و بر اساس یک اختلال جسمی قابل توضیح نیست. در اختلال تبدیلی شایع است اما در انواعی از اختلالات روانی دیگر نیز دیده می شود.

هرزه گویی (coprolalia): کاربرد غیر ارادی کلمات زشت و زننده. در برخی موارد اسکیزوفرنی و سندرم توره دیده می شود.

نهان گویی (cryptolalia): سخن گفتن به یک زبان شخصی.

آشنا شنیداری (deja entendu): خطای حسی که در آن فرد تصور می کند آنچه را می شنود، قبلاً شنیده است.

آشنا پنداری (deja pense): خطای حسی که در آن فکری نو به عنوان تکرار فکری که قبلاً تجربه یا ابراز شده است، تلقی می شود. تحریف حافظه (paramnesia) را نگاه کنید.

آشنا بینی (déjà vu): خطای حسی که بازشناسی بصری که در آن موقعیت تازه، اشتباهاً تکرار تجربه های قبلی تلقی می شود.

دلیریوم (روان آشفتگی) (delirium): اختلال روانی حاد برگشت پذیر که مشخصه آن سردرگمی و تخریب نسبی هشیاری است؛ معمولاً با بی ثباتی هیجانی، توهمات یا خطاهای حسی و رفتار های نامتناسب، تکانشی، غیر منطقی یا خشن همراه است.

دلیریوم ترمنس (delirium tremens): واکنش حاد و گاه کشنده نسبت به ترک الکل، معمولاً ظرف ۷۲ تا ۹۶ ساعت پس از قطع مصرف سنگین الکل بروز می کند. مشخصات این اختلال عبارتند از: بیش فعالی بارز دستگاه عصبی خودمختار) افزایش سرعت ضربان قلب، تب، تعریق و گشادی مردمک ها):

معمولاً با رعشه، توهم، خطاهای حسی و هذیان همراه است. در DSM-IV-TR **دلیریوم ترک الکل** نامیده می شود. **هذیان کنترل (delusion of control):** عقیده ای غلط مبنی بر اینکه اراده، افکار یا احساسات شخص، تحت کنترل نیروهای خارجی است.

هذیان خودبزرگ بینی (delusion of grandeur): تصور مبالغه آمیز فرد از اهمیت، قدرت و هویت خویش. **هذیان بی وفایی (delusion of infidelity):** اعتقاد باطل مبنی بر بی وفایی معشوق، گاهی حسادت بیمارگون نامیده می شود.

هذیان گزند و آسیب (delusion of persecution): عقیده نادرست مبنی بر اینکه در مورد شخص آزار و گزند روا داشته می شود؛ اغلب در بیمارانی دیده می شود که اهل شکایت به دادگاه هستند و تمایل بیمارگونی برای اقامه دعوا در مقابل آزار و اذیت خیالی دارند. شایعترین نوع هذیان است.

هذیان فقر (delusion of poverty): عقیده باطل فرد مبنی بر اینکه محروم و بی کس است یا تمام دارایی های خود را از دست داده است.

هذیان انتساب (delusion of reference): عقیده باطل فرد مبنی بر اینکه رفتار دیگران به شخص او مربوط است؛ یا رویدادها، اشیاء یا افراد دیگر اهمیتی ویژه و غیر عادی (معمولاً منفی) دارند؛ از عقیده انتساب مشتق می شود که در آن شخص، اشتباهاً تصور می کند که دیگران در مورد او صحبت می کنند (مثلاً معتقد است که افراد در تلویزیون یا رادیو در مورد او صحبت می کنند).

هذیان خود مقصر بینی (self-accusation): احساس غلط پیشیمانی و گناه. در افسردگی با خصائص روان پریشانه دیده می شود.

دمانس (زوال عقل) (dementia): نوعی اختلال روانی که مشخصه آن تخریب کلی کارکرد هوشی بدون تیرگی هشیاری است؛ ویژگی های آن عبارتند از: اختلال عاطفه، اشکال در محاسبه، حواسپرتی، تغییرات خلق و عاطفه، اختلال قضاوت و انتزاع، کاهش توانایی های زبانی، اختلال موقعیت سنجی.

هرچند زوال عقل ناشی از فرآیندهای اضمحلالی زمینه ای مغز، برگشت ناپذیر است اما در مواردی که بتوان علت زمینه ای را درمان کرد، قابل برگشت است.

انکار (denial): مکانیسمی دفاعی که در آن وجود واقعیات ناخوشایند رد می شود؛ خارج کردن جنبه هایی از واقعیت بیرونی از حیطه آگاهی هشیارانه که اگر پذیرش قرار گیرند اضطراب ایجاد می کنند.

مسخ شخصیت (depersonalization): احساس ذهنی غیرواقعی بودن خود یا بخش هایی از بدن و یا محیط اطراف که تحت استرس یا خستگی شدید بروز می کند. در اسکیزوفرنی، اختلال مسخ شخصیت و اختلال شخصیت اسکیزوتایپی دیده می شود.

مسخ واقعیت (derealization): احساس تغییر کردن واقعیت یا احساس آن که محیط اطراف فرد دگرگون شده است، معمولاً در اسکیزوفرنی، حملات هول، و اختلال های تجزیه ای دیده می شود.

واقعیت گریزی (dereism): نوعی فعالیت روانی که منطبق بر یک نظام منطق کاملاً ذهنی و فرد ویژه (ایدیو سنکراتیک) بوده و حقایق واقعی یا تجربیات را لحاظ نمی کند مشخصه اسکیزوفرنی است.

بی ارزش سازی (devaluation): نوعی مکانیسم دفاعی که در آن فرد، کیفیات به شدت منفی را به خود یا دیگران نسبت می دهد. در افسردگی و اختلال شخصیت پارانوئید دیده می شود.

اختلال جهت یابی (اختلال موقعیت سنجی) (disorientation): سردرگمی؛ اختلال در آگاهی از زمان، مکان و شخص (موقعیت فرد در رابطه بادیگران). مشخصه اختلالات شناختی است.

جابجایی (displacement): نوعی مکانیسم دفاعی ناخود آگاه که جزء هیجانی یک ابژه یا اندیشه نامقبول را به ابژه یا اندیشه قابل قبول تری منتقل می کند. در هراس (فوبیا) دیده می شود.

تجزیه (dissociation):

یک مکانیسم دفاعی ناخود آگاه که در آن گروهی از فرآیندهای رفتاری یا ذهنی بیمار از بقیه فعالیت روانی او جدا می شود؛ ممکن است شامل جدا شدن اندیشه ای از مایه های هیجانی همراه آن باشد؛ همچنانکه در اختلالات تبدیلی و تجزیه ای دیده می شود.

حالت رویا گونه (dreamy state): حالت تغییر یافته هشیاری، شبیه موقعیت رؤیا بینی که به طور ناگهانی بروز کرده و معمولاً چند دقیقه طول می کشد، با توهمات بینایی، شنوایی و بویایی همراه است. اغلب همراه باضایعات لوب گیجگاهی دیده می شود.

نارسا گوئی (dysarthria): اشکال در ادای کلمات (فعالیت حرکتی منجر به تولید اصوات کلامی)، نه در پیدا کردن کلمات یا دستور زبان.

حرکت پریشی (dyskinesia): اشکال در انجام حرکات، در اختلال اکستراپیرامیدال دیده می شود.

dyslalia: ادای اشتباه کلمات ناشی از ناهنجاری ساختمانی اندام های مربوط به تکلم یا نقصان شنوایی.

خوانش پریشی (dyslexia): یک سندرم اختصاصی ناتوانی یادگیری که در آن توانایی قبلی خواندن مختل می شود، مرتبط با هوش فرد نیست.

آواپریشی (dysphasia): اشکال در فهم زبان شفاهی (دیسفازی دریافتی) یا بیان کلامی (دیسفازی بیانی)

دیسفونی (dysphonia): دشواری یا درد در هنگام تکلم.

دستونی (dystonia): نوعی اختلال حرکتی اکستراپیرامیدال، که شامل انقباضات مداوم و آهسته تنه یا اندام ها است؛ اغلب یک حرکت تسلط می یابد و منجر به انحرافات نسبتاً پایدار در وضعیت گیری بدن می شود؛ واکنش های دستونی حاد (شکلک های چهره ای و کجی گردن) گاهی با شروع داروهای ضد روان پریشی دیده می شود.

پژواک کلام (echolalia): تکرار پسیکوپاتولوژیک کلمات یا عبارت شخصی دیگر از سوی بیمار؛ معمولاً به صورت تکراری و مستمر در می آید؛ در برخی انواع اسکیزوفرنی، بخصوص انواع کاتاتونیک دیده می شود.

خود ناهمخوان (ego-alien): اشاره به جنبه هایی از شخصیت فرد که مشمنز کننده، غیر قابل قبول یا ناسازگار با بقیه شخصیت تلقی می شوند. ego-dystonia نیز نامیده می شود. مقایسه کنید با خود همخوان (ego-syntonic).

خود - محوری (egocentric): خود محوری؛ اشتغال خاطر خودخواهانه با نیازهای خود؛ فقدان علاقه به دیگران.

خود - همخوان (ego-syntonic): اشاره به جنبه هایی از شخصیت که قابل قبول و هماهنگ با کلیات شخصیت فرد تلقی می شوند. صفات شخصیتی خود - همخوان هستند.

سرخوشی (elation): احساس شادی، شنگولی (یوفوریا)، فتح و رضایت کامل از خویشتن یا خوش بینی.

خلق بالا (elevated mood): حال و هوای اعتماد به نفس و لذت؛ خلقی بشاش تر از طبیعی، که البته لزوماً بیمارگون نیست.

هیجان (emotion): حالت پیچیده احساسی که دارای اجزای روانی، جسمی و رفتاری است؛ تظاهر بیرونی هیجان، عاطفه (affect) است.

بینش هیجانی (emotional insight): مرحله درک یا آگاهی از وجود مشکلات هیجانی. این بینش تغییرات مثبت در شخصیت و رفتار را تسهیل می کند.

جنون جنسی (erotomania): نوعی باور هذیانی که در زنها شایعتر است و طی آن فرد معتقد است کسی عمیقاً عاشق او است (سندرم de clerambault) (سندرم کلرامبو) نیز نامیده می شود.

اریترو فوبیا (erythrophobia): ترس غیر طبیعی از سرخ شدن چهره.

طفره روی (evasion): عمل مواجه نشدن یا گریز راهبردی از چیزی؛ شامل سرکوب اندیشه ای است که متعاقب یک رشته از افکار قرار دارد و جایگزینی آن با اندیشه ای نزدیک به آن. paralogia یا منطق انحرافی (perverted logic) نیز نامیده می شود.

زبانپریشی بیانی (expressive aphasia): نوعی اختلال تکلم که در آن بیمار، کلام دیگران را درک می کند، اما توانایی تکلم به شدت مختل می شود؛ تکلم دشوار، نادرست و توأم با وقفه است (زبانپریشی حرکتی، بروکا یا غیر سلیس نیز نامیده می شود).

برونی سازی (externalization): اصطلاحی کلی تر از فرافکنی است و عبارتست از تمایل فرد برای اینکه عناصر شخصیتی خود (از جمله تکانه های غریزی، تعارضات، روحیات، نگرش ها و سبک های تفکر) را در جهان بیرونی و ابژه های خارجی ببیند.

خاطره کاذب (false memory): خاطره یا اعتقاد فرد در مورد رویدادی که درعالم واقع روی نداده است. در سندرم خاطره کاذب، فرد به غلط معتقد است که در اوایل زندگی، مورد آسیب روحی یا جسمی (مثلاً آزار جنسی) قرار گرفته است. **خیالپردازی (fantasy):** رؤیای روزانه؛ تصویر ذهنی ساختگی از یک موقعیت یا یک رشته از رویدادها. در این حالت شکل طبیعی تفکر تحت تسلط پاره ای از محتویات ناخودآگاه قرار می گیرد که در پی تحقق امیال و حل و فصل تعارضات هستند؛ خیالپردازی می تواند زمینه ای برای خلاقیت فراهم کند. محتوای خیالپردازی ممکن است حاکی از وجود یک بیماری روانی باشد.

عاطفه تخت (سطحی) (flat affect): فقدان کامل یا تقریباً کامل هر گونه علامت ابراز عاطفی.

پرش افکار (flight of ideas): بیان سریع و مداوم کلمات یا افکار، که در آن محتوای کلام سریعتر تغییر می کند و کلام ممکن است بی ربط شود. در مانیا (شیدایی) دیده می شود.

رخت سایی (floccillation): پاک کردن یا چنگ زدن بی هدف به لباس. اغلب در زوال عقل (دمانس) و دلیریوم (روان آشفتگی) دیده می شود.

زبانپریشی سلیس (fluent aphasia): نوعی زبانپریشی که مشخصه آن ناتوانی فهم کلام دیگران است؛ تکلم سلیس اما بی ربط است. اسامی دیگر آن عبارتند از: زبانپریشی ورنیکه، حسی یا دریافتی.

جنون دو نفره (folie a deux): بیماری روانی مشترک که بین دو نفر، معمولاً شامل یک نظام هذیانی مشترک است؛ اگر سه نفر را درگیر کند، جنون سه نفره (folie a trios) نامیده می شود. نام دیگر آن اختلال روان پریشی اشتراکی است.

اختلال تفکر صوری (formal thought disorder): اختلال در شکل تفکر است نه درمحتوای آن؛ مشخصه این تفکر، شل شدن تداعی ها، واژه سازی و سازه های غیر منطقی است؛ فرآیند تفکر مختل است و بیمار طبق تعریف، روان پریش (سایکوتیک) است. جزو ویژگی های مشخص اسکیزوفرنی است.

گریز (fugue): نوعی اختلال تجزیه ای که در آن دوره ای فراموشی تقریباً کامل وجود دارد و در این دوره فرد عملاً از موقعیت زندگی خود می گریزد و زندگی متفاوتی را شروع می کند؛ گذشته از فراموشی، سایر قوای ذهنی و مهارت ها معمولاً مختل نمی شود.

حمله تشنجی تونیک - کلونیک فراگیر (**generalized tonic-clonic seizure**): بروز ناگهانی حرکات فراگیر تونیک-کلونیک در اندام ها، گاز گرفتن زبان و بی اختیاری و سپس بهبود تدریجی هشیاری و شناخت؛ صرع بزرگ (**grandmal**) نیز نامیده می شود.

احساس گناه (guilt): حالت هیجانی همراه با سرزنش خود و نیاز به تنبیه، در روان کاوی، به احساس تقصیری اطلاق می شود که ریشه در تعارض بین ایگو و سوپرایگو (وجدان) دارد. احساس گناه کارکرد روانی و اجتماعی بهنجاری دارد، اما احساس گناه شدید یا فقدان آن، جزو مشخصات بسیاری از اختلالات روانی نظیر افسردگی (احساس گناه شدید) و اختلال شخصیت ضد اجتماعی (فقدان احساس گناه) است. روان پزشکان شرم را شکلی از احساس گناه می دانند که کمتر درونی شده است و بیشتر مربوط به دیگران است تا خویشتن.

ژینکوماستی (gynecomastia): بزرگی پستان های مرد در حد جنس زن؛ ممکن است بر اثر عارضه داروهای ضد روان پریشی و ضد افسردگی و به دلیل افزایش سطح پرولاکتین یا سوء مصرف استروئیدهای آنابولیک - آندروژنیک ایجاد شود. **توهم (hallucination):** ادراک حسی کاذب که درغیاب تحریک بیرونی مرتبط با اندام حسی مربوطه.

توهم زدگی (hallucinosis): حالتی که در آن فرد، توهمات را تجربه می کند، بدون آنکه هشیاریش مختل شده باشد. **کودک روانی (hebephrenia):** مجموعه ای از علایم که نوعی از اسکیزوفرنی محسوب می شوند و مشخصه آنها رفتار احمقانه و نامعقول، عاطفه نامتناسب و هذیان و توهمات گذرا و نظام یافته است. اسکیزوفرنی هبه فرنیک امروزه اسکیزوفرنی آشفته یا نابسامان (**disorganized**) نامیده می شود.

حدت حافظه (hypermnnesia): افزایش اغراق آمیز ذخیره و یادآوری؛ می توان با هیپنوتیزم این حالت را ایجاد کرد و علاوه بر آن در برخی نابغه ها نیز دیده می شود. حدت حافظه ممکن است یکی از ویژگی های OCD، برخی موارد اسکیزوفرنی و دوره های شیدایی اختلال دو قطبی I باشد.

پر خوابی (hypersomnia): خوابیدن بیش از حد، ممکن است با اختلال زمینه ای طبی یا روان پزشکی و یا خوابزدگی (نارکولپسی) ارتباط داشته باشد، بخشی از سندرم کلاین لوین باشد و یا به صورت اولیه بروز کند.

توهمات پیش خوابی (hypnagogic hallucination): توهمی که در حین به خواب رفتن بروز می کند؛ معمولاً مرضی محسوب نمی شود.

توهمات پس خوابی (hypnopompic hallucination): توهمی که در حین بیدار شدن از خواب بروز می کند؛ معمولاً بیمارگون محسوب نمی شود.

خودبیمار انگاری (hypochondria): نگرانی مفرط در مورد سلامتی که مبتنی بر هیچ پاتولوژی طبی واقعی نیست، در این حالت فرد به طور غیر واقع بینانه ای علایم جسمی یا حسّیات خود را غیر طبیعی تعبیر می کند.

عقاید انتساب (ideas of reference): سوء تعبیر حوادث و رویدادهای جهان بیرون به این صورت که فرد تصور می کند حوادث و رویدادها ارتباط مستقیمی با خود وی دارند؛ گاهی در افراد طبیعی دیده می شود، اما اغلب در بیماران پارانوئید بروز می کند. اگر پسماند یا شدت کافی داشته باشد و یا سازمان یافته و نظام مند باشد، هذیان انتساب نامیده می شود.

تفکر غیر منطقی (illogical thinking): تفکر حاوی نتیجه گیری اشتباه یا تناقضات درونی است. فقط وقتی بارز باشد و ناشی از ارزش های فرهنگی یا نقائص هوشی نباشد مرضی محسوب می شود.

خطای حسّی (illusion): سوء تعبیر ادراکی یک محرک بیرونی واقعی. با توهم مقایسه کنید.

عاطفه نامتناسب (inappropriate affect): عدم هماهنگی بین حال و هوای هیجانی و عقیده تفکر یا تکلم همراه آن. در اسکیزوفرنی دیده می شود.

سالاد کلمات را نیز ببینید.

جذب (**incorporation**) : یک مکانیسم دفاعی ناخودآگاه ابتدایی، که در آن بازنمود روانی فردی دیگر یا جنبه هایی از او، از طریق فرآیند مجازی بلع دهانی نمادین، جذب درون فرد می شود؛ معرف شکل خاصی از درون فکنی بوده و زودرس ترین مکانیسم همانندی سازی است.

بینش (**insight**) : شناخت آگاهانه از وضعیت خود. در روان پزشکی به آگاهی هشیارانه و درک روان پوششی خود و علایم رفتارهای غیر انطباقی خویش اطلاق می شود؛ در ایجاد تغییراتی در شخصیت و رفتار فرد اهمیت زیادی دارد.

بینش عقلانی (**intellectual insight**) : فهم واقعیت یک موقعیت، بدون توانایی کاربرد این فهم، برای ایجاد یک تغییر انطباقی در رفتار یا تسلط بر موقعیت.

خود تنبیهی (**intropunitive**) : برگرداندن خشم به سمت درون خود. در بیماران افسرده شایع است.

خودنگری (**introspection**) : تأمل در مورد فرآیندهای روانی خود برای دستیابی به بینش.

تحریک پذیری (**irritability**) : حالتی که در آن فرد، به شکلی مفرد یا غیر طبیعی تحریک می شود و به راحتی خشم، رنجش یا نا شیکیبایی در وی برانگیخته شود.

ناآشنابینی (**jamais vu**) : جزو پدیده های تحریف حافظه بوده و مشخصه آن احساس کاذب نا آشنایی با موقعیتی واقعی است که شخص آن را قبلاً تجربه کرده است.

جنون دزدی (**kleptomania**) : احساس اجبار برای دزدی.

بی تفاوتی زیبا (**la belle indifference**) : خونسردی نامتناسب یا فقدان نگرانی درمورد ناتوانی خود. ممکن است در بیماران مبتلا به اختلال تبدیلی دیده شود.

عاطفه بی ثبات (**labile affect**) : تغییر سریع و ناگهانی ابراز عاطفی، بدون ارتباط با محرک خارجی.

خلق بی ثبات (**labile mood**) : نوسانات خلق بین شنگولی و افسردگی یا اضطراب.

کم گویی (**laconic speech**) : حالتی که در آن میزان تکلم خودبخود کم می شود و فرد در برابر سوالات پاسخ های کوتاه و ساده ای می دهد و به صورت خودانگیز اطلاعات اضافی چندانی ارائه نمی کند. در افسردگی اساسی، اسکیزوفرنی، اختلالات روانی عضوی دیده می شود. فقر کلام نیز نامیده می شود.

توهم لی لی پوتی (**lillipution hallucination**) : ادراک کاذب بینایی که در آن هر چیزی به اندازه کوچکتر از طبیعی دیده می شود؛ بهتر است آن را یک خطای حسی بدانیم.

فراموشی موضعی (**localized amnesia**) : فقدان نسبی حافظه؛ فراموشی محدود به تجربیات منفرد یا خاص است.

فراموشی اختصاصی (**lacunar amnesia**) یا فراموشی لکه ای (**patch amnesia**) نیز نامیده می شود.

شل شدن تداعی ها (**loosening of association**) : شکلی از اختلال تفکر یا تکلم که به طور مشخص در اسکیزوفرنی دیده می شود و در آن پیشرفت منطقی افکار مختل می شود. در این حالت فرد قادر نیست ارتباط کلامی مناسبی برقرار کند؛ اندیشه های غیر مرتبط و پراکنده از یک موضوع به موضوع دیگر منتقل می شوند. نگاه کنید: تفکر مماسی (**tangentiality**).

تفکر جادویی (سحر آمیز) (**magical thinking**) : نوعی تفکر واقعیت گریز؛ تفکری شبیه تفکر مرحله پیش عملیاتی در کودکان (ژان پیاژه) که در آن افکار، کلمات یا اعمال دارای نیرو، فرض می شوند (مثلاً می توانند موجب یا مانع حادثه ای شوند).

تمارض (**malinger**) : تقلید بیماری برای دستیابی به هدفی خاص مانند اجتناب از مسئولیتی ناخوشایند.

به بازی گرفتن (**manipulation**) : ترفندهای برخی بیماران برای اینکه به خواسته خود برسند؛ مشخصه شخصیت های ضد اجتماعی است.

کم توانی (عقب ماندگی) ذهنی (mental retardation): کارکرد هوش عمومی کمتر از حد متوسط که در دوره رشد شروع شده و باتخریب بالیدگی و یادگیری و نیز ناسازگاری اجتماعی همراه است. عقب ماندگی اغلب در قالب بهره هوش (IQ) تعریف می شود:

۱- خفیف (۵۵-۷۰)،

۲- متوسط (۴۰-۵۵ تا ۵۵-۷۰)،

۳- شدید (۲۵-۴۰ تا ۴۰-۵۵)

۴- عمیق (کمتر از ۲۵-۲۰).

به تقریب گویی (metonymy): نوعی اختلال تکلم که در اسکیزوفرنی شایع است و در آن فرد مبتلا واژه یاعباراتی به کار می برد که با واژه یاعبارت درست ارتباط دارد اما به طور معمول درچنین موارد به کار نمی رود؛ برای مثال بیمار به جای صرف غذا می گوید صرف منو یا به جای گم کردن رشته کلام می گوید گم کردن تارکلام.

بیخوابی اواسط شب (میانی) (Middle insomnia): در این حالت فرد بدون اشکال به خواب می رود اما پس از مدتی از خواب بیدار شده و خوابیدن مجدد برایش دشوار است.

جنون تک شیئی (monomania): اشتغال ذهنی با موضوعی واحد.

هذیان هماهنگ با خلق (mood-congruent delusion): هذیانی که محتوای آن با خلق متناسب است (مثلاً بیمار افسرده ای تصور می کند که مسئول خرابی دنیا است).

توهم هماهنگ با خلق (mood-congruent hallucination): توهمی که محتوای آن با خلق افسرده یا مانیک (شیدایی) متناسب است (مثلاً شخص افسرده صداهایی می شنود که او را آدم بدی می خوانند و بیمار دچار شیدایی صداهایی می شنود که به او می گویند ثروت، قدرت و معلومات هنگفتی دارد).

هذیان ناهماهنگ با خلق (mood-incongruent delusion): هذیانی که مبتنی بر اشاره نادرست به واقعیت بیرونی است و محتوای آن ارتباطی با خلق نداشته یا با خلق فرد نامتناسب است (مثلاً بیمار افسرده ای که معتقد است مسیح جدید است).

توهم ناهماهنگ با خلق (mood-incongruent hallucination): توهمی که با محرک های واقعیت بیرونی ارتباطی ندارد و محتوای آن با خلق افسرده یا شیدایی (مانیک) هماهنگ نیست (برای مثال در افسردگی توهمات که مایه های گناه، استحقاق عقوبت یا بی کفایتی ندارد و در شیدایی [مانیا] توهمات که با قدرت و ثروت هنگفت مربوط نیست).

خودشیفتگی (narcissism): در نظریه روان کاوی، به دو نوع اولیه و ثانویه تقسیم می شود؛ خودشیفتگی اولیه، مرحله اولیه رشد روابط ابژه در شیرخوار است، یعنی زمانی که کودک تمایزی بین خود و جهان بیرونی قایل نیست و تمامی منابع لذت را به صورتی غیر واقع بینانه نشأت گرفته از درون خود می داند؛ این حالت به کودک حس کاذب همه توانی می دهد؛ در خودشیفتگی ثانویه، لیبیدو که زمانی به ابژه های محبوب بیرونی متصل بود، مجدداً به سمت خود معطوف می شود.

نشانه های منفی (negative signs): در اسکیزوفرنی وجود داشته و شامل عاطفه تخت، ناگویی (alogia)، بی ارادگی (abulia) و بی احساسی (apathy) است.

منفی کاری (negativism): مقاومت یا مخالفت کلامی و غیرکلامی در برابر تلقینات و توصیه های بیرونی؛ اغلب در اسکیزوفرنی کاتوتونیک دیده می شود که طی آن بیمار در برابر هر تلاشی برای تحرک مقاومت می کند یا عکس آنچه را از او خواسته شده انجام می دهد.

فراموشی عصبی (neurological amnesia):

۱- فراموشی شنیداری: فقدان توانایی فهم اصوات یا کلام

۲- فراموشی بساوی: فقدان توانایی تعیین شکل اشیاء از طریق لمس. **نشناسی فضایی** (astereognosis) را نیز ببینید.

۳- فراموشی کلامی: فقدان توانایی به خاطر سپاری کلمات

۴- فراموشی دیداری: از دست رفتن توانایی یادآوری یا بازشناسی اشیاء آشنا یا کلمات چاپی.

نیست گرایی (nihilism) : هذیانی که در آن شخص معتقد است خود وی، یا بخشی از وی وجود ندارند؛ علاوه بر آن به نگرش مبنی بر رد ارزش های اثبات شده یا شکاکیت مفرط نسبت به قضاوت های اخلاقی و ارزشی اطلاق می شود.

هذیان نیست گرایی (nihilistic delusion) : نوعی هذیان افسردگی که در آن فرد معتقد است جهان و هر آنچه در آن است وجود ندارد.

وسواس فکری (obsession) : فکر، عقیده یا تکانه مداوم و راجعه ای که با سعی منطقی یا استدلال از حیطه هشیاری کنار نمی رود؛ وسواس های فکری غیر ارادی و خود- ناهمخوان (ایگو دیستونیک) هستند.

توهم بویایی (olfactory hallucination): توهمی که عمدتاً مربوط به بو یا عطر است؛ در اختلالات طبّی بخصوص بیماری های لوب گیجگاهی شایع است.

جهت یابی (موقعیت سنجی) (orientation) : حالتی از آگاهی از خود و محیط پیرامون از لحاظ زمان، مکان و شخص.

عقیده بیش بها داده شده (overvalued idea): اعتقاد یا فکر اشتباه و غیر منطقی که فراتر از چارچوب استدلال تداوم می یابد. شدت و مدت آن کمتر از هذیان است اما معمولاً با یک بیماری روانی همراه است.

تحریف حافظه (paramnesia): اختلالی در حافظه کوتاه مدت که در آن واقعیت و تخیل با هم اشتباه می شوند. این حالت در رؤیا ها و نیز در برخی از انواع اسکیزوفرنی و اختلالات روانی عضوی دیده می شود و شامل پدیده هایی نظیر **آشنابینی (déjà vu)** و **آشنا شنیداری (deja entendu)** است؛ این پدیده ها گاهی در افراد طبیعی هم بروز می کند.

پارانویا (paranoia) : یک سندرم نادر روان پزشکی که مشخصه آن رشد تدریجی یک نظام هذیانی پیچیده و مفصل است؛ نظام هذیانی مزبور عموماً شامل هذیان های گزند و آسیب یا خود بزرگ بینی است و نشانه دیگری از آشفتگی شخصیت و اختلال تفکر دیده نمی شود.

علائم مثبت (positive signs) : در اسکیزوفرنی: توهمات هذیان ها و اختلال تفکر.

فقر محتوای کلام: تکلمی که حجم آن کافی اما به علت ابهام، پوچی یا عبارات قالبی، اطلاعات چندانی را به شنونده منتقل نمی کند.

فقر کلام: محدودیت در حجم کلام؛ پاسخ ها ممکن است تک سیلابی باشد.

فشار کلام (pressured speech) : افزایش میزان تکلم خودانگیز؛ تکلم سریع، با صدای بلند و سریع نظیر آنچه در **شیدایی (مانیا)**، اسکیزوفرنی و اختلالات شناختی دیده می شود.

تفکر فرآیند اولیه (primary process thinking) : در روان کاوی به فعالیت روانی که مسقیماً معطوف به کارکردهای نهاد (اید) و واجد ویژگی های فرآیندهای روان ناخودآگاه است، گفته می شود؛ مشخصه آن تفکر ابتدایی پیش منطقی و تمایل به تخلیه و ارضای فوری نیازهای غریزی است. شامل تفکری است که واقعیت گریز، غیر منطقی و سحر آمیز است؛ به طور طبیعی در رؤیا و به صورت بیمارگونه در روان پریشی (سایکوز) دیده می شود.

فرافکنی (projection): مکانیسم دفاعی ناخود آگاهی که در آن فرد برای رهایی از اضطراب ناشی از تعارض درونی، عقاید، افکار، احساسات و تکانه های عموماً ناخودآگاه و نامقبول و نامطلوب خود را به دیگری نسبت می دهد؛ فرد توسط بیرونی سازی محتویات غیر قابل قبول ذهن خود، می تواند با آنها مقابله کرده و آنها را جدا از خود بداند.

حاملگی کاذب (pseudocyesis) : حالت نادری که در آن یک بیمار غیر باردار علائم و نشانه های بارداری مانند اتساع شکم، بزرگی پستان، پیگمانتاسیون، توقف قاعدگی و بیماری صبحگاهی پیدا می کند.

دمانس کاذب (زوال عقل کاذب) (pseudodementia) :

۱- اختلال دمانس که با درمان قابل برگشت است و ناشی از بیماری عضوی مغز نیست،

۲- حالتی که در آن بیمار نسبت به محیط اطراف خود بی تفاوتی مبالغه آمیزی نشان می دهد و در عین حال دچار اختلال روانی نیست؛ در افسردگی ساختگی نیز دیده می شود.

دلیل تراشی (rationalization) : یک مکانیسم دفاعی ناخودآگاه که در آن احساسات، انگیزه ها و رفتار غیر قابل قبول یا غیر معقول، از لحاظ منطقی توجیه شده و یا توسط شیوه های قابل قبول برای خودآگاه قابل تحمل می شوند.

واکنش وارونه (reaction formation) : نوعی مکانیسم دفاعی ناخودآگاه که در آن، فرد علاقه یا نگرشی جامعه پذیر پیدا می کند که مستقیماً متضاد برخی تکانه ها یا تمایلات کودکی خودآگاه یا ناخودآگاه است. یکی از زود رس ترین و ناپایدارترین مکانیسم های دفاعی بوده و ارتباط نزدیکی با واپس زنی (repression) دارد؛ هر دو مکانیسم فوق بر علیه تکانه ها یا امیالی وارد عمل می شوند که برای ایگو قابل پذیرش نیستند.

حافظه نزدیک (recent memory) : یادآوری رویدادهای چند روز گذشته.

حافظه گذشته نزدیک (recent past memory) : یادآوری رویدادهای چند ماه اخیر.

پسرفت (regression) (بازگشت) : نوعی مکانیسم دفاعی ناخودآگاه، که طی آن فرد به صورتی نسبی یا کامل به الگوهای انطباق قبلی رجعت می کند؛ در بسیاری از اختلالات روان پزشکی و بخصوص اسکیزوفرنی دیده می شود.

واپس زنی (repression) : اصطلاحی است که فروید در مورد نوعی مکانیسم دفاعی ناخودآگاه به کار می برد؛ در این مکانیسم دفاعی، محتویات ذهنی نامقبول کنار زده شده و یا از حیطه خود آگاه دور نگهداشته می شوند؛ در رشد روانی بهنجار و نیز در شکل گیری علایم روان نژندی (نوروتیک) و روان پریشی (سایکوتیک) نقش مهمی دارد. فروید قائل به دو نوع واپس زنی بود:

۱- واپس زنی واقعی که در آن محتویات واپس زده شده زمانی در حیطه خودآگاه بوده اند و

۲- واپس زنی آغازین (primal repression) که در آن محتویات واپس زده شده هیچگاه درحیطه خودآگاه حضور نداشته اند. مقایسه کنید با سرکوب (suppression).

فراموشی پس گستر (retrograde amnesia) : نقصان حافظه در مورد رویدادهای قبل از شروع فراموشی. مقایسه کنید با فراموشی پیش گستر (anterograde amnesia).

سفتی (rigidity) : در روان پزشکی، مقاومت فرد در مقابل تغییر؛ یک صفت شخصیتی است.

تفکر فرآیند ثانویه : در روان کاوی، به تفکری اطلاق می شود که منطقی، سازمان یافته، واقعیت مدار و تحت تاثیر مقتضیات محیطی است؛ مشخصه فعالیت روانی ایگو.

زبانپریشی حسی (sensory aphasia) : از دست رفتن توانایی درک معانی واژه ها به علل عضوی؛ تکلم فرد، سلیس و خود انگیز اما نامربوط و نامفهوم است.

شرم (shame) : ناتوانی فرد برای برآوردن انتظاراتی که از خود دارد؛ اغلب با تصورات فرد درباره دیدگاه دیگران در مورد خودش ارتباط دارد.

هذیان های جسمی (somatic delusion) : هذیان مرتبط با کارکرد بدنی شخص.

توهم جسمی (somatic hallucination) : توهم مربوط به ادراک تجربه ای جسمی موضعی در داخل بدن.

نشناسی بدن (somatopagnosia) : فرد نمی تواند تشخیص دهد که بخش خاصی از بدنش متعلق به او است (غفلت از بدن و اتوپاگنوزیا نیز نامیده شده است).

تکلم زیر زبانی (speaking in tongues) : ابراز پیامی گویا از طریق کلمات نامفهوم؛ اگر مربوط به مراسم خاص مذاهب pentecostal (عید پنجاهه) باشد، اختلال تفکر محسوب نمی شود.

رفتار قالبی (stereotypy): تکرار مکانیکی و مداوم کلام یا فعالیت های جسمی؛ در اسکیزوفرنی کاتاتونیک دیده می شود.

بهت (stupor):

۱- حالت کاهش واکنش دهی به محرک ها و افت آگاهی فرد از محیط اطراف؛ نوعی اختلال هشیاری است که نشانگر حالت اغمای نسبی یا نیمه اغما است.

۲- در روان پزشکی به عنوان مترادف موتیسم (سکوت) به کار می رود و لزوماً به معنای اختلال هشیاری نیست؛ در بهت کاتاتونیک بیمار از محیط اطرافش آگاهی دارد.

والایش (تصعید) (sublimation): نوعی مکانیسم دفاعی ناخودآگاه که در آن انرژی مرتبط با سائق ها یا تکانه های غیر قابل قبول، به سمت مجاری قابل قبول اجتماعی و شخصی منحرف می شود؛ برخلاف سایر مکانیسم های دفاعی، ارضای ناچیزی برای تکانه ها یا سائقه های غریزی فراهم می کند.

جایگزینی (substitution): مکانیسم دفاعی ناخودآگاهی است که طی آن فرد اهداف، هیجانات، سائق ها و تمایلات قابل قبولتر را جایگزین امیال، هیجانات، سائق ها و اهداف غیر قابل قبول می کند.

سرکوب (suppression): کنش آگاهانه، کنترل و مهار افکار، هیجان یا تکانه غیر قابل قبول؛ وجه تمایز آن از واپس زنی (repression) آن است که واپس زنی، فرآیندی ناخودآگاه است.

نماد سازی (نماد گری) (symbolization): نوعی مکانیسم دفاعی ناخودآگاه که در آن یک اندیشه یا ابژه بدلیل ظاهر یا کیفیت مشابه، به جای اندیشه یا ابژه دیگری مطرح می شود؛ مبتنی بر شباهت و ارتباط؛ نمادها برای محافظت فرد در برابر اضطراب مرتبط با اندیشه یا ابژه اصلی شکل می گیرد.

هذیان نظام یافته (systemized delusion): گروهی از هذیان های بسط یافته که با یک رویداد یا موضوع واحد ارتباط دارند.

توهم لمسی (tactile hallucination): توهمی که عمدتاً مربوط به حس لامسه است. نام دیگر آن haptic hallucination است.

تفکر مماسی (موازی گوئی) (tangentiality): تکلمی مبهم که طی آن فرد از موضوع منحرف می شود و گاه حالت بی ربطی پیدا می کند و در آن مطلب اصلی بیان نمی شود.

تنش (tension): انگیزتگی روانی یا فیزیولوژیک، ناآرامی و یا احساس فشار برای انجام عمل؛ تغییر ناخوشایند وضعیت روانی یا جسمانی که فرد طی آن احساس می کند با انجام اقدامی این حالت تسکین می یابد.

بیخوابی آخر شب (terminal insomnia): سرخیزی یا بیدارشدن ۲ ساعت قبل از زمان مورد نظر.

اختلال تفکر (thought disorder): هرگونه اختلال در تفکر که بر زبان، ارتباط کلامی یا محتوای فکر تاثیر بگذارد. تظاهرات آن از وقفه ساده تفکر و حاشیه پردازی خفیف تا شلی شدید تداعی ها، بی ربطی کلام و هذیان را در بر می گیرد؛ مشخصه آن این است که فرد نمی تواند از قواعد نحوی و معنایی پیروی کند و این حالت با سطح تحصیلات، هوش یا زمینه فرهنگی وی تناسبی ندارد.

کاشت فکر (thought insertion): هذیانی مبنی بر اینکه افراد یا نیروهای دیگر افکاری را در مغز شخص تزریق می کنند.

ربایش فکر (thought withdrawal): تفکر هذیانی به صورت بیرون کشیده شدن افکار شخص توسط اشخاص یا نیروهای دیگر.

اختلالات تیک (tic disorders): اختلالات عمدتاً روانزادی که مشخصه آنها حرکات قالبی، اسپاسمودیک و غیر ارادی گروهی کوچک از عضلات است؛ در حالات استرس یا اضطراب تشدید می شود و بندرت ناشی از بیماری عضوی است.

تشنج تونیک : تشنجی که در آن انقباض عضلانی مداوم است.

پدیده قطار انگاری (trailing phenomena): نوعی ادراک نابهنجار که با داروهای توهم زا ارتباط دارد و در آن اشیاء متحرک به صورت یک سری تصاویر مجزا و منفصل به نظر می رسند.
بینش واقعی (true insight) : فهم واقعیت عینی موقعیت همراه با انگیزه و نیروی هیجانی تسلط بر موقعیت یا تغییر رفتار.

حالت شفقی (twilight state) : اختلال هشیاری همراه با توهم.

ناخودآگاه (unconscious) :

- ۱- یکی از سه ناحیه نظریه مکان نگر فروید در مورد روان (سایر حیطه ها عبارتند از خودآگاه و نیمه آگاه)، مطالب روانی ناخودآگاه به راحتی و توسط ابزارهای معمول در اختیار آگاهی هشیارانه قرار نمی گیرند؛ ناخودآگاه به صورت شکل گیری علایم، در خلال رؤیا ها و یا تحت تأثیر داروها خود را نشان می دهد.
 - ۲- در زبان محاوره (با ابهام بیشتر) به معنای هر محتوای ذهنی است که در حیطه آگاهی بلافاصله قرار ندارد.
 - ۳- به معنای حالتی از ناهشیاری، فقدان پاسخ به محرک های بیرونی نظیر آنچه در اغما دیده می شود.
- ابطال (خنثی سازی) (undoing): نوعی مکانیسم دفاعی ناخودآگاه ابتدایی که ماهیتی تکراری دارد و به فرد کمک می کند در جهت عکس کنش نامقبولی عمل می کند که قبلاً انجام شده و یا ایگو بایستی از خود درقبال آن دفاع کند، نوعی کنش جبرانی سحر آمیز، در OCD به وفور دیده می شود.
- علایم نباتی (vegetative signs) : در افسردگی به معنای علایم مشخصی نظیر اختلال خواب (بخصوص سحرخیزی)، کاهش اشتها، یبوست، کاهش وزن و کاهش واکنش جنسی است.
- مکرر گویی مرضی (verbigeration): تکرار بی معنی و قالبی کلمات یا عبارات خاص. مانند آنچه در اسکیزوفرنی دیده می شود. نام دیگر آن cataphasia است.
- سرگیجه دَوْرانی (دَوّار سر) (vertigo) : احساس چرخش خود یا محیط اطراف؛ علامت شاخص کژکاری دهلیزی است و نباید با سرگیجه (یاگیجی) (dizziness) اشتباه شود.
- تقریب واژگان (word approximation) : استفاده از واژه های متعارف به شیوه ای غیر متعارف یا نامتناسب (به تقریب گویی یا به کارگیری واژه های جدیدی که با استفاده از قواعد متعارف واژه سازی ایجاد شده اند). (مانند دست پوش به جای دستکش یا استفاده از واژه زمان سنج به جای ساعت)؛ وجه تمایز آن از واژه سازی (نئولوژیسم) در آن است که در حالت اخیر، ریشه واژه جدید قابل درک نیست.
- سالاد کلمات (word salad) : مخلوط نامربوط و اساساً غیر قابل فهم از کلمات و عبارات که اغلب در موارد پیشرفته اسکیزوفرنی دیده می شود.

سوالات تستی

خودآزمایی ۱

۱-نسبت ابتلای پسران و دختران به روان گسیختگی کدام است؟

- (۱) تعداد دختران بیشتر از پسران
(۲) تعداد پسران بیشتر از دختران
(۳) هیچ داده ای در دست نیست
(۴) یکسان در پسران و دختران

۲- کدام عبارت در مورد بزرگسالان عقب مانده ذهنی خفیف است؟

- (۱) بر دوره پیش عملیاتی فایق نمی آیند
(۲) در سطح عملیات عینی عمل می کنند
(۳) به اشکال ساده ای از عملیات صوری دست می یابند
(۴) بر دوره عملیات عینی فایق نمی آیند

۳- در بررسی های همه گیر شناختی، در خود ماندگی کانر با چه حدی از فراوانی همراه است؟

- (۱) ۱ تا ۲ درصد
(۲) ۲ تا ۳ درصد
(۳) ۴ تا ۵ درصد
(۴) ۴ تا ۵ در ده هزار

۴- فراوانی در خود ماندگی در دختران و پسران با کدام یک از موارد زیر مطابقت دارد؟

- (۱) تعداد پسران بیشتر از دختران
(۲) تعداد دختران بیش تر از پسران
(۳) یکسان در پسران و دختران
(۴) هیچ دادهای در دست نیست

۵- غلبه اختلالات بیانی بر اختلالات دریافتی و تعلیل گفتار از تجاعی، مصرف کدامیک از نشانگان های زیر است؟

- (۱) خموشی انتخابی
(۲) شتابان گوئی
(۳) لکنت زبان
(۴) ناگوئی اکتسابی

۶- وقتی کودک در بکار بردن ضمیرهای شخصی ناتوان است به چه اختلالی مبتلا است؟

- (۱) درخود ماندگی
(۲) شتابان گوئی
(۳) نارسا گوئی
(۴) نارسا خوانی

۷- در بیماری گالاتوزمیا که می تواند همراه عقب ماندگی ذهنی باشد، بیماری توسط یکمنتقل می شود

- (۱) ژن مغلوب معمولی
(۲) ژن مغلوب وابسته به جنس
(۳) ژن غالب معمولی
(۴) ژن غالب وابسته به جنس

۸- کدامیک از آزمون های زیر بیشتر برای سنجش هوش ناشنویان بکار میرود؟

- (۱) اوآکسی-کوهز
(۲) پینه-سیمون
(۳) بی تر
(۴) وکسر

۹- کودکان نابینا واجد کدامیک از خصوصیات عاطفی زیر هستند؟

- (۱) اضطراب و عدم پرخاشگری
(۲) بی تفاوتی و بی تشویقی داریم
(۳) پرخاشگری و فزون کنشی
(۴) تضاد فوری و پرخاشگری

۱۰- نارسا شنوایان کمتر از ۴۰ دسی بل کدام دسته از ناشنویان را تشکیل می دهند؟

- (۱) بدشنوایان
(۲) ناشنویان کامل
(۳) نیمه شنوایان خفیف
(۴) نیمه شنوایان عمیق

۱۱- کدامیک از بیماری های زیر وابسته به کروموزوم جنسی X می باشد؟

- (۱) انگشت اضافی دست
(۲) تای ساکس
(۳) هانتینگتون
(۴) هموفیلی

۱۲- وقتی کودک در صحبت کردن س را به ش تبدیل می کند و یا صدای ر را به ل مبدل می سازد، نشانه های کدامیک از

اختلالات زیر در او جلوه گر شده است؟

- (۱) تلفظ نارسایی
(۲) لکنت زبان
(۳) ناگوئی بیانی
(۴) ناگوئی دریافتی

۱۳- عوامل ژنی در عقب ماندگی ذهنی کدام است؟

- (۱) توارث چند عاملی، ناهنجاری کروموزونی
(۲) جهش تک ژنی، ناهنجاری های کروموزونی، توارث چند عاملی
(۳) جهش تک ژنی- توارث چند عاملی
(۴) جهش تک ژن، ناهنجاریهای کروموزونی

۱۴- کدامیک از عبارات زیر درباره اختلال ناگوئی یا آفازا صدق می کند؟

- (۱) امتناع از سخن گفتن
(۲) نداشتن توانایی درک و بیان سخن
(۳) ناشنوا و گنگ بودن
(۴) ناتوان بودن در تلفظ درست

۱۵- در برنامه ریزی اصلاح و تغییر رفتار باید:

- (۱) نوع تنبیه را مشخص کرد
(۲) نوع تقویت را مشخص کرد
(۳) رفتار را تعریف کرد
(۴) برنامه های تقویت را مشخص کرد
- ۱۶- کودکی که در سن آموزشگاهی، سخن گفتن را آغاز می کند و به عادات بهداشتی ابتدای دست یابد در چه درجه ای از عقب ماندگی قرار میگیرد؟

- (۱) خفیف (۲) شدید (۳) عمیق (۴) نیمه شدید
- ۱۷- کدامیک از دانشمندان زیر ضربه تولدرا علت مرگ اولیه اضطراب می داند
- (۱) اتورانک (۲) زیگموند فروید (۳) جان لالبی (۴) ملانی کلاین
- ۱۸- کدامیک از دانشمندان زیر معتقد است که عملکرد خوب ذهن و روان انسان مرتبط با چهار نوع خلط یا شرح بدن است؟

- (۱) افلاطون (۲) بقراط (۳) سقراط (۴) کراپلین
- ۱۹- ضریب هوشی کودکان نیز گوش که یکی از معیارهای تشخیص آنها نیز هست چقدر است؟
- (۱) ۱۳۰-۱۴۰ (۲) ۱۱۰-۱۳۰ (۳) ۱۲۰-۱۴۰ (۴) ۱۴۰ به بالا
- ۲۰- کودکی با ویژگی های رفتاری چون حساسیت و وابستگی بیش از حد احساس خجالت و ترسو بودن، در کدام دسته از اختلالات زیر قرار میگیرد؟

- (۱) رفتارهای ضد اجتماعی (۲) رفتارهای نامناسب و پخته
(۳) اضطراب و گوشه گیری (۴) بی نظمی در سلوک
- ۲۱- اختلال در جریان و دفع مایه مغزی نخاعی علت کدام بیماری است؟
- (۱) آناسفال (۲) هیپرتلوریسم (۳) هیدروسفال (۴) ماکروسفال
- ۲۲- مصرف کدام گروه از داروها باعث پدید آوردن علائم شبه پارکینسونی می شود؟
- (۱) ضد افسردگی (۲) ضد پسیکوز (۳) بنزود یازپینی (۴) ضد صرع
- ۲۳- گوش، دهان دندانکوچک و نیز دست، گردن و انگشت کوتاه از علائم تریزومی کروموزوم شماره..... است:
- (۱) ۱۳ (۲) ۱۷ (۳) ۱۸ (۴) ۲۱

- ۲۴- کدام یک از برنامه های زیر اساسی ترین نوع آموزشی برای نابینایان در زمینه سازگاری آنها با محیطشان است؟
- (۱) استفاده از خط بریل (۲) استفاده از شنوایی (۳) استفاده از باقیمانده بینایی (۴) تحرک و جهت یابی
- ۲۵- فروید ریشه ی اکثر آسیبهای روانی را در کدامیک از مراحل روانی جنسی می داند؟
- (۱) مراحل قبل از نهفتگی (۲) مرحله بلوغ (۳) مرحله احلیلی (۴) مرحله دهانی
- ۲۶- کدام طبقه از کودکان استثنایی در ارزیابی توسط همسالان عادی خود احتمالاً نمرات پایین تری کسب می کنند؟
- (۱) تیزهوشان (۲) ناسازگاران (۳) نابینایان (۴) ناشنوایان
- ۲۷- چه روشی برای درمان در خود ماندگی (اوتیسم) مناسب تر است؟

- (۱) ویتامین ها (۲) داروهای تحریک زای روانی
(۳) روشهای اصلاح رفتار (۴) داروهای آرامبخش
- ۲۸- تأخیر در تکلم از ویژگیهای کدام یک از گروههای عقب مانده زیر است؟
- (۱) بسیار عمیق (۲) خفیف (۳) شدید (۴) عمیق
- ۲۹- نتیجه حاصله از تحقیقات بالبی در مورد زندانیان و بزهکاران شامل کدامیک از موارد زیر است؟

- (۱) رسانه های همگانی نظیر رادیو- تلویزیون، سینما تئاتر نقش مهمی در بزهکاری دارند
(۲) انحطاط ارزشهای اخلاقی و تغییرات سریع اجتماعی و اقتصادی سبب بزهکاری می شود
(۳) بزهکاری نوجوان ناشی از تغییرات بزرگ و وسیع اجتماعی نظیر بیکاری و جنگ است
(۴) مجرم دائمی در طول ۵ سال اول زندگیش مورد پذیرش و محبت والدین نبوده است

۳۰- خطر تولد یک کودک مبتلا به سندرم داون در یک مادر ۴۵ ساله چه اندازه است؟

خود آزمایی ۲

۱- برای درمان افراد چاق مبتلا به چاقی مرضی کدام یک از روشها مناسب تر است؟

(۱) رفتار درمانی (۲) دارو درمانی

(۳) تجویز رژیم غذایی مناسب (۴) روان درمانی همراه با دارو درمانی

۲- تمایل به خاک خوری **Geophagia** در کدام دسته از اختلالات قرار میگیرد؟

(۱) هوس و ویار کردن (۲) نشخوار کردن (۳) پراشتهایی مرضی (۴) بی اشتهایی عصبی

۳- مهمترین و شایع ترین توهم بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی کدام است؟

(۱) بینایی (۲) بویایی (۳) شنوایی (۴) چشایی

۴- پژوهش های نوین، کدام یک از داروها را برای درمان اختلال وسواس فکری و عملی (**ocd**) مؤثرتر می دانند؟

(۱) فلوکستین (**fluoxetine**) (۲) ایمی پرامین (**imipramine**)

(۳) آمی تریپ تیلین (**Amitriptylin**) (۴) تریمی پرامین (**Trimipramin**)

۵- درمان کدام یک از انواع ترس مرضی (**phobia**) دشوارتر است؟

(۱) فوبی ساده (۲) فوبی اجتماعی (۳) فوبی اختصاصی و ویژه (۴) فوبی از مکان باز و سریع

۶- عقب ماندگی ذهنی همراه با دهان همیشه باز وجود یک حلقه یا نیم حلقه قهوه ای رنگ را در اطراف مردمک چشم

وفلج مچ دست)) از علایم کدام بیماری است؟

(۱) داون (۲) ترنر (۳) ویلسون (۴) کلاین فلتز

۷- انسان مبتلا به سندرم (بیماری) صدای گربه دارای کدام علایم جسمانی است؟

(۱) چشمان مورب، سرکوچک، اندامی کوتاه و زبان بزرگ

(۲) قد بلند، اندامی استخوانی، لبهای کلفت و ابروهای پهن

(۳) صورت گرد، ابروهای کلفت و بهم پیوسته بینی سر بالا و نقایض اندامی

(۴) اندامی کوچک، چشمان مورب، صورت گرد، آرواره کوچک چانه عقب کشیده

۸- علت ((سندرم بیماری توبروس اسکروز)) که معمولاً همراه با عقب ماندگی ذهنی، اختلال در ژن است

(۱) مغلوب معمولی (۲) غالب معمولی (۳) غالب وابسته به جنس (۴) مغلوب وابسته به جنس

۹- فردی بیمار درضمن مصاحبه به صورت زیر صحبت می کند: کشاورز، آبی، چغندر و..... این رفتار چه نام دارد؟

(۱) آکولالیا (۲) واژه سازی (۳) سالاد کلمات (۴) کاتاپلکسی

۱۰- مهمترین ((نوروترانسمیتری)) که در آسیب شناسی اختلال اسکیزوفرنیا دخیل است، کدام است؟

(۱) سروتونین (۲) دوپامین (۳) نوراپی نفرین (۴) استیل کولین

۱۱- از بین رفتن ((قوام عضلانی تحت تأثیر هیجان)) چه نامیده می شود؟

(۱) اکولالیا (۲) کاتالپسی (۳) اکوپراکسیا (۴) کاتاپلکسی

۱۲- فراموش کردن ((منبع اطلاعات)) را اصطلاحاً چه می نامند؟

(۱) دژاوو (۲) آمتریا (۳) پارامتریا (۴) کریپتومتیریا

۱۳- متوسط سن کدام نوع بیماران اسکیزوفرنیا از بقیه بیشتر است؟

(۱) آشفته (۲) پارانوئید (۳) نامتمایز (۴) کاتاتونیک

۱۴- فرض کنید ((به بیماری اجازه ورود به اطاق مصاحبه رابدهید و او پی در پی چند قدم به جلو و چند قلم به عقب بر دارد

و وارد اطاق نشود)) این رفتار چه نام دارد؟

(۱) آمبی تندس (۲) آمبی والانس (۳) اکوپراکسی (۴) انعطاف مومی شکل

۱۵- فردی بیمار درضمن مصاحبه اظهار می کند: ((هیچ چیزی درزندگی لذت بخش نیست و از هیچ گونه فعالیت و سرگرمی احساس خوشایندی ندارد)) این رفتارچه نام دارد؟

(۱) افسرده خوبی (۲) بی لذتی (۳) ادواری خویی (۴) ترس از مکان بازووسیع

۱۶- کدام عامل در شمار عوامل پدید آورنده ((PTSD)) قرار ندارد؟

(۱) ورشکستگی مالی (۲) زلزله و سیل (۳) آتش سوزی های گسترده (۴) انفجارات شدید صحنه جنگ

۱۷- کودکان مبتلا به کدام یک از اختلالات، نیازمند تغذیه ویژه در دوران نوزادی هستند؟

(۱) سندرم داون (۲) فنیل کتونوری (۳) عقب ماندگی شدید ذهنی (۴) عقب ماندگی خفیف ذهنی

۱۸- ابتلای کودک به کدام یک از اختلالات ارتباط نزدیکی باسن مادر دارد؟

(۱) سندرم داون (۲) فتیل کتونوری

(۳) عقب ماندگی خفیف ذهنی (۴) عقب ماندگی شدید ذهنی

۱۹- چنان چه بهره هوشی یک کودک عقب مانده ذهنی برابر با ۵۰ (IQ=50) باشد، حداقل سن مطرح شب ادراری

(Enuresis) برای وی چند سالگی است؟

(۱) ۵ (۲) ۷ (۳) ۱۰ (۴) ۱۲

۲۰- کودکان مبتلا به اوتیسم (Autism)، از چه سنی نشانه های اختلال را نمایان می سازند؟

(۱) قبل از ۳۶ ماهگی (۲) پس از چهار ماهگی (۳) هنگام ورود به مدرسه (۴) پس از ده سالگی

۲۱- مبتلان به سندرم توره دچار کدام نوع تیک (tic) می باشند؟

(۱) آوایی (vocal) (۲) حرکتی (Motoric) (۳) آمیخته (Mixed) (۴) صرعی (Epileptic)

۲۲- پدر و مادر بهترین مشاهده ومطلع ترین داور درباره کدام یک از ویژگی های کودکان خویش هستند؟

(۱) میزان یاد گیری و بهره هوشی (۲) بهره هوشی، علاقه ها و استعدادها

(۳) بهره هوشی و چگونه درس خواندن (۴) علاقه ها، استعدادها نیازها و رفتارها

۲۳- کمترین گروه ((عقب مانده های ذهنی)) در کدام دسته قرار دارند؟

(۱) خفیف (۲) متوسط (۳) شدید (۴) عمیق

۲۴- عقب ماندگی شدید، نقایص قلبی، لب شکری و اختلالات چشمی، بیشتر به ((تریزومی کروموزوم.....)) تعلق دارد؟

(۱) شماره ۲۱ (۲) جنسی X (۳) شماره ۱۳ یا ۱۵ (۴) شماره ۱۷ یا ۱۸

۲۵- باقی ماندن ((بازتاب بابینسکی)) بعد از ۳ سالگی، نشانه چیست؟

(۱) ضعف عضلانی (۲) ناهنجاریهای فیزیکی

(۳) اختلال در سیستم عصبی (۴) سالم بودن سیستم اعصاب مرکزی

۲۶- در سطوح اجتماعی - اقتصادی پایین، درصد شیوع کدام یک از انواع عقب ماندگی های ذهنی بیشتر است؟

(۱) تربیت پذیر (۲) آموزش پذیر (۳) حمایت پذیر (۴) تربیت پذیر و حمایت پذیر

۲۷- کدام یک از مشکلات بینایی به سبب نقص در عملکرد ماهیچه های چشم است؟

(۱) لوچی، دوربینی، نیستایگموس (۲) زالی، نیستایگموس، دوربینی

(۳) آب مروارید، آب سیاه، دوربینی (۴) دوربینی، نزدیک بینی، آستیگماتیسم

۲۸- چنانچه فردی دارای ((ناشنوایی متوسط)) باشد، میزان شدت شنوایی از دست رفته او چند ((دسی بل)) است؟

(۱) ۲۷-۴۰ (۲) ۴۱-۵۵ (۳) ۵۶-۷۰ (۴) ۷۱-۹۰

۲۹- در کدام یک از اختلالات، مهارتهای یدی هدفمند که قبلاً کسب شده اند، بین سنین ۵ تا ۳۰ ماهگی از بین می روند و سپس حرکات خاص کلیشه ای دستها همانند حالت شستن دستها یا در هم پیچیدن آنها ظاهر می شود؟

(۱) رت (۲) آسپرگر (۳) در خودماندگی (۴) از هم پاشیدگی کودکی

۳۰- الگوی از رفتار منفی گرایی همراه با زود از کوره در رفتن، دیگران را به خاطر اشتباهات یا بد رفتاری خود سرزنش

کردن، حساسیت و زود رنجی))، در کدام یک از اختلالات دیده می شود؟

خود آزمایی ۳

۱- وقتی کودک در موقعیت های معینی از سخن گفتن امتناع می ورزد، در حالیکه می تواند در اصل حرف بزند و بفهمد، به کدام اختلال مبتلا است؟

(۱) اختلال اسپرگر (۲) لالی انتخابی (۳) عقب ماندگی عمیق (۴) در خود ماندگی (اوتیسم)

۲- کمبود های خانوادگی یا ناریسایي های کیفی و کمی در روابط با مادر در دوره اول کودکی به ایجاد کدام اختلال کمک می کند؟

(۱) تیک (۲) اضطراب جدایی (۳) افسردگی اکتایی (۴) ادرار بی اختیار

۳- نشانه های زیر مربوط به کدام دسته از انواع عقب ماندگی های ذهنی است؟
(دوازده درصد کل عقب ماندگی های ذهنی را تشکیل می دهد) بهره هوشی آنها بین ۳۵-۴۹ می باشد، می توانند برخی از فعالیت های مستقل را انجام دهند و در زمینه تحصیل و اشتغال نیاز به نظارت و هدایت دارند))

(۱) خفیف (۲) متوسط (۳) شدید (۴) عمیق

۴- طبق نظر ماهر، کدام دوره از زندگی کودک، دوره هایی از اوتیسم طبیعی است؟

(۱) از تولد تا یک ماهگی (۲) ۲ تا ۵ ماهگی (۳) ۵ تا ۱۰ ماهگی (۴) ۱۰ تا ۱۶ ماهگی

۵- آزمون های ساخت در، کدام منبع پایانی عدم تشخیص را مورد نظر قرار می دهند؟

(۱) تغییر پذیری در فرآیند نتیجه گیری (۲) تغییر پذیری در فرآیند تصمیم گیری
(۳) تغییر پذیری در فرآیند تدوین شخصی (۴) تغییر پذیری در فرآیند کسب اطلاعات بالینی

۶- اختلال در کدام یک از انتقال دهنده های عصبی، در بروز افسردگی نقش بیشتری دارند؟

(۱) دوپامین (۲) آدرنالین (۳) استیل کولین (۴) نوراپی نفرین

۷- خصوصیت بارز اسکیزوفرنی کاتاتونیک چیست؟

(۱) اختلال روانی - حرکتی (۲) هذیان بزرگ منشی
(۳) هذیان داد خواهی (۴) پسرقت شدید به رفتار ابتدایی

۸- از جمله ویژگی های فکر وسواس کدام است؟

(۱) احساس اضطراب (۲) وقوف به بیهودگی فکر
(۳) مطابقت فکر با میل بیمار (۴) توانایی دفع محتوای هوشیاری

۹- از چه سنی به بعد بی اختیاری مدفوع به منزله یک اختلال قلمداد می شود؟

(۱) یک سالگی (۲) ۳ سالگی (۳) ۴ سالگی (۴) ۶ سالگی

۱۰- براساس بررسی های همه گیر شناختی، نسبت اختلال هراس اجتماعی مردان و زنان چگونه است؟

(۱) در زنان بیشتر است (۲) در مردان بیشتر است
(۳) در هر دو جنس یکسان است (۴) یافته ها متضاد می باشند

۱۱- کدام عامل در شمار عوامل ایجاد کننده عقب ماندگی ذهنی پس از تولد است؟

(۱) انوکسیا (۲) اشعه ایکس (۳) مننژیت (۴) سیفلیس

۱۲- تحول زبان در چه سنی در کودکان نابینا بیشتر دستخوش رکورد می شود؟

(۱) ۲ سالگی (۲) ۳ سالگی (۳) ۷ سالگی (۴) ۹ سالگی

۱۳- از دیدگاه روان پویایی در اختلال استرس پس از سانحه از چه مکانیسم های دفاعی یاد شده است؟

(۱) ابطال - تجزیه - جابجایی (۲) واپس زدن - انکار - ابطال
(۳) واپس زدن - جابجایی - انکار (۴) واپس زدن - واکنش ساز - انکار

۱۴- کدام عبارت درباره مبتلایان به اسکیزوفرنی درست است؟

- (۱) نارسایی های رفتاری در زنان بیش از مردان است
(۲) ظهور علایم اسکیزوفرنیک در مردان، از اوایل زندگی است
(۳) پاسخ به درمان شیمیایی در مردان بیش از زنان است
(۴) سازگاری پیش از ظهور اسکیزوفرنی در زنان ضعیف تر از مردان است

۱۵- بی اشتهایی روانی (عصبی) در چه گروههایی شایعتر است؟

- (۱) خانواده های مرفه
(۲) خانواده های فقیر و متوسط
(۳) پسران نوجوان طبقه متوسط و بالا
(۴) دختران نوجوان طبقه متوسط و بالا
۱۶- ازدست دادن تدریجی توانایی های ذهنی، آسیب حافظه، کاهش توانایی سازگاری، اختلال در تفکر انتزاعی و تغییرات شخصیتی، از نشانه های اساسی کدام اختلال است؟

- (۱) آلزایمر (۲) اسکیزوفرنی (۳) اختلال حافظه (۴) زوال عقل

۱۷- براساس مطالعات آسیب شناسی روانی، شایعترین تشخیص برای زنان و مردان کدام است؟

- (۱) اضطراب در مردان - افسردگی در زنان
(۲) وسواس در زنان - افسردگی در مردان
(۳) ترسهای مرضی و افسردگی در زنان - اسکیزوفرنی و سایکوز در مردان
(۴) افسردگی و فوبی ها در زنان - الکلیسم و وابستگی به مواد مخدر در مردان
۱۸- علایمی همچون اضطراب ((ترس مرضی، نشانه های وسواسی، نشانه های گفتاری، بی خوابی اول شب و بدتر شدن خلق در عصر)) مربوط به کدام اختلال است؟

- (۱) وسواس (۲) فوبیا (۳) افسردگی خفیف (۴) افسردگی شدید

۱۹- در فرآیند درمان مشکلات ناشی از استرس، روان شناس چه وظیفه ای بر عهده دارد؟

- (۱) رفع منبع استرس و افزایش منابع مقابله ای
(۲) کاهش نشانه های اختلال و رفع منبع استرس
(۳) فراهم ساختن حمایت اجتماعی و کاهش نشانه های اختلال
(۴) تقویت حمایت اجتماعی و افزایش مهارت های مقابله ای
۲۰- در دیدگاه زیستی، عوامل اصلی ایجاد کننده رفتار غیر عادی کدامند؟

- (۱) ژنتیک، مغز و دستگاه عصبی، غدد درون ریز
(۲) مغز، غدد درون ریز، عوامل خانوادگی - اجتماعی
(۳) مغز - دستگاه عصبی پیرامونی - دستگاه عصبی مرکزی
(۴) یادگیری، دستگاه عصبی مرکزی - غدد درون ریز، عوامل ژنتیک

۲۱- در کدام اختلال بیمار نسبت به اختلال خود هشیار است؟

- (۱) پارانویا (۲) اسکیزوفرنی (۳) هیستری (۴) وسواس - اجباری

۲۲- کدام نوع اسکیزوفرنی بیشتر در دوره نوجوانی مشاهده می شود؟

- (۱) ساده (۲) هبفرنیا (۳) کاتاتونیا (۴) پارانوئید

۲۳- وقتی مادران در آموزش مهار کردن عمل دفع فرزندان خود مداخله نمی کنند، مشاهدات نشان می دهند که این کودکان در حدود سالگی قادر به انجام این عمل می شوند)

- (۱) ۱ (۲) ۲ (۳) ۳ (۴) ۵

۲۴- فرض کنید اعضای صورت بهنجارند، نارسایی شنیداری وجود ندارد و اختلالی در ریتم گفتار مشاهده نمی شود، ولی کودک از اختلال گفتار رنج می برد) نام اختلال فوق کدام است؟

- (۱) نارساگویی (۲) لکنت زبان (۳) شتابان گویی (۴) تأخیر ساده زبان

۲۵- بهره هوش عقب ماندگان ذهنی شدید بین..... انحراف معیار زر میانگین است؟

- (۱) ۲ تا ۳ (۲) ۳ تا ۴ (۳) ۴ تا ۵ (۴) ۵ تا ۶

۲۶- بر اساس دیدگاه اصالت وجودی- انسانگرایی، بر نقش کدام عامل در اسکیزوفرنی تأکید می شود؟
(۱) خانواده و فرهنگ (۲) اجتماع و معنا داری زندگی (۳) خود واقعی و خود آزمایی (۴) خود شکوفایی و ابراز وجود

۲۷- محور سوم DSMIII چه موضوعی را مورد بررسی قرار می دهد؟
(۱) اختلالات روانی (۲) اختلالات شخصیت (۳) اختلالات جسمانی (۴) عملکرد روانی- اجتماعی
۲۸- کودکانی که هنگام صحبت کردن قادر به بستن گذرگاه ورود هوا به داخل حفره های بینی خود نمی باشند، دچار کدام نوع اختلال می باشند؟

(۱) لکنت (۲) شکاف کام (۳) تند گوئی (۴) اختلال صدا
۲۹- اختلال نشخوار گوئی معمولاً در چه سنی بروز می کند؟
(۱) ۳ تا ۱۲ ماهگی (۲) ۶ تا ۱۲ ماهگی (۳) ۱ تا ۲ سالگی (۴) ۲ تا ۳ سالگی
۳۰- راتر بر اساس بخش غیر کلامی آزمون هوش و کسلر، به ترسیم نیمرخ روانی برای کدام اختلال دست یافته است؟
(۱) اسکیزوفرنی (۲) عقب ماندگی ذهنی (۳) درخود ماندگی (۴) فرون کنش و کم توجهی

خود آزمایی ۴

۱- دیدگاه های روان پویشی معاصر کدام مورد را به عنوان هسته اصلی علت شناسی اختلالات روانی - جسمانی در نظر گرفته اند؟

(۱) اختلالات رشد جنسی (۲) تعامل خانوادگی
(۳) تجلی تعارض های پنهان (۴) تعامل عوامل ژنتیک و عاطفی
۲- در چه شرایطی خموشی انتخابی وجود دارد؟
(۱) وجود توانایی حرف زدن ولی امتناع از گفتن (۲) نارسایی شنوایی و در نتیجه حرف نزدن
(۳) فقدان توانایی حرف زدن (۴) فهم کلمات و عدم توانایی بیا آنها
۳- طبق نظر بندروا علت لکنت زبان کدام است؟
(۱) پاداش (۲) تقویت منفی (۳) تنبیه شدگی (۴) مدل سازی
۴- کدام انتقال دهنده عصبی در ایجاد افسردگی موثر است؟
(۱) نوراپی نفرین (۲) اپی نفرین (۳) دوپامین (۴) سروتونین
۵- با عدم مداخله مادران در یاددهی مهار کردن دفع، تمیز شدن خود به خود کودک در حدود پنج سالگی واقعی می شود؟

(۱) یک (۲) دو (۳) سه (۴) پنج
۶- منظور از کارهای حفاظتی (حمایتی) چیست؟

(۱) محیطی جهت آموزش مهارت های شغلی برای کودکان نا بینا
(۲) یک محیط برای آموزش مهارت های شغلی برای تمامی کودکان استثنایی
(۳) یک محیط سازمان یافته به منظور آموزش مهارت های تکلمی برای کودکان با نقص تکلمی
(۴) یک محیط سازمان یافته به منظور آموزش مهارت های شغلی برای افراد عقب مانده ذهنی
۷- وقتی مجموعه ای از فعالیت های ناهشیار و به صورت کم و بیش هماهنگ شده و به هنگام خواب در فرد بروز می کنند، نشان دهنده چه اختلالی است؟

(۱) خواب رفتگی (۲) خوابگردی (۳) خواب آلودگی (۴) وحشت زدگی شبانه
۸- از انواع فلج های مغزی کدامیک موجب ناهماهنگی در فعالیت عضلات می گردد؟
(۱) آتاکسیک (۲) اتئوئید (۳) اسپاستیک (۴) تومور
۹- کدام عبارت درباره ناگوئی یا آفازیا صدق می کند؟
(۱) امتناع از سخن گفتن (۲) ناتوانی در تلفظ اصوات

۳) ناشنوا و گنگ بودن ۴) نداشتن توانایی دریافت یا بیان سخن

۱۰- اولین قدم در پیشگیری از بیماری فنیل کتونوری (فنیل کتونوریا - pku) کدام است؟

۱) هورمون درمانی ۲) ویتامین درمانی

۳) رژیم غذایی در رابطه با مواد غندی ۴) رژیم غذایی که در آن باید به حذف شیر(مادر) اقدام نمود

۱۱- کاهش رغبت و بروز بی میلی در تقریباً تمام فعالیت ها و عملاً در سراسر روز و در شکل هر روزی، با نشانه های کدام اختلال مطابقت می کند؟

۱) افسردگی ۲) روان گسیختگی ۳) هیستری ۴) هراس

۱۲- کدامیک از نشانه ها به روان گسیختگی (اسکیزوفرنی) دوره کودکی اختصاص دارد؟

۱) حفظ یکسانی ۲) عدم تماس چشمی ۳) عدم جهت یابی ۴) وجود توهم ها

۱۳- در چارچوب خصیصه های کدام اختلال می توان شاهد آگاهی و رنج بردن بیمار از آن اختلال بود؟

۱) خموشی انتخابی ۲) لکنت زبان ۳) شتابان گوئی ۴) نارسا گوئی

۱۴- متداول ترین نشانه های فیزولوژی در اختلال اضطرابی تعمیم یافته (Generalized Anxiety disorder) کدام است؟

۱) احساس ضعف عضلانی، سرخ شدن چهره ۲) تپش قلب، تعریق و سرخ شدن چهره

۳) درد سینه، ضعف و تیرگی دید ۴) تیرگی دید، تعریق و تپش قلب

۱۵- وقتی سازمان روانی یک فرد، تحت سلطه فکر یا تصویری قرار می گیر و اضطراب گسترده ای در وی بروز می کند، کدام اختلال گریبان گیر اوست؟

۱) پارانوئیا ۲) درخود ماندگی ۳) وسواس ۴) هراس

۱۶- کدام علایم در بیماران مبتلا به گریز روان زاد (Psychogenic fugue) دیده می شوند؟

۱) از دست دادن ناگهانی هویت شخصی، رها کردن زندگی معمولی و گریز از خانه

۲) پیدا شدن نشانه های روان گسیختگی (اسکیزوفرنی)، اختلال در جهت یابی و فراموشی

۳) پیدا شدن نشانه های روان گسیختگی (سایکوز) حاد، خلق افسرده و حمایت وحشت زدگی

۴) گریز آگاهانه از بیمارستان بعثت عدم علاقه به درمان دارویی، گریز از دوستان و بستگان

۱۷- بروز اختلال در عادات ماهانه از نشانه های اصلی کدام اختلال روانی است؟

۱) اختلال تبدیل ۲) خود بیمار پنداری ۳) روان بی اشتیایی ۴) وسواس بی اختیاری

۱۸- ویژگی های مهم شخصیت ضد اجتماعی کدامند؟

۱) بی هدف بودن رفتار ضد اجتماعی برانگیخته شده وجود احساس مسئولیت شدید و وجدان، فقر هیجانی

۲) بی هدف بودن رفتار ضد اجتماعی برانگیخته شده، فقدان احساس مسئولیت و وجدان، فقر هیجانی

۳) هدف دار بودن رفتار ضد اجتماعی برانگیخته شده، فقدان احساس مسئولیت و وجدان، هیجان شدید

۴) هدف دار بودن رفتار ضد اجتماعی برانگیخته شده، وجود احساس مسئولیت و وجدان، هیجان شدید

۱۹- کدام نوع روان گسیختگی ها (اسکیزوفرنی) خاص نوجوانان است؟

۱) پارانوئیا گوئی ۲) ساده ۳) کاتاتونیا ۴) هبفرنیا

۲۰- در روان درمانی تحلیل روانی، مقاومت بیمار نشانه چیست؟

۱) عدم ارتباط صحیح بین درمانگر و بیمار ۲) وجود یک شکل عمیق پنهانی

۳) عدم تمایل مراجع برای صرف انرژی روانی ۴) اضطراب و آگاهی بیمار نسبت به مشکل خویش

۲۱- در چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا (DSMIV) چند نوع اضطراب برای دوران تحول، ذکر شده است؟

۱) یک ۲) دو ۳) چهار ۴) پنج

۲۲- کدام دارو، جزء دارو های ضد افسردگی سه حلقه ای بشمار نمی آید؟

(۱) ایمنی پرآمین (۲) آمی تریپ تیلین (۳) فنزلین (۴) نورتریپ تیلین

۲۳- افسردگی اتکایی بر اثر چه عاملی در کودک ایجاد می شود؟

(۱) رفتار خصمانه مادر (۲) سهل انگاری مادر (۳) محرومیت عاطفی کامل (۴) محرومیت عاطفی جزئی

۲۴- علت بیماری هورلر (گارگولیسیم) کدام است؟

(۱) یک ژن غالب معمولی (۲) یک ژن مغلوب معمولی

(۳) یک ژن مغلوب وابسته به جنس (۴) یک ژن غالب وابسته به جنس

۲۵- در چارچوب کدام مکتب روان شناختی، ادرار بی اختیاری به منزله باز پدیدایی مرضی یک رفتار فطری است که معمولاً سرکوفته می شود؟

(۱) رشد داخلی (۲) روان تحلیل گری (۳) رفتارشناسی (۴) گشتالت

۲۶- در کدام نوع آسیب مغزی، تنها پاها دچار فلج می شوند؟

(۱) پاراپاژی (۲) دی پاژی (۳) کرادری پاژی (۴) همی پاژی

۲۷- بهره هوشی عبارت است از.....

(۱) سن تقویمی تقسیم بر سن عقلی (۲) سن عقلی تقسیم بر سن تقویمی ضربدر صد

(۳) سن عقلی تقسیم بر سن تقویمی (۴) نمرهای که کودک درآزمون هوش بدست می آورد

۲۸- حساسیت زدایی نظام دار که در درمان هراس ها (ترسهای مرضی) به کار می رود، مبتنی بر چه اصولی است؟

(۱) دارو درمانگری (۲) شرطی کردن (۳) ساخت درمانگری (۴) گشتالت درمانگری

۲۹- نخستین واژه ای که قبل از متداول تر شدن اصطلاح اسکیزوفرنی، در توصیف این بیماری به کار می رفت کدام است؟

۳۰- پاسخ هیجانی محدود، حساسیت بیش از و بد گمانی بی مورد نسبت به دیگران در چه نوع اختلال شخصیتی دیده می شود؟

(۱) ضد اجتماعی (۲) خود شیفته (۳) اسکیزوئیدی (۴) پارانوئیدی

خود آزمایی ۵

۱- نوعی یاد زدودگی که طی آن رویداد های بلافاصله قبل از آسیب، فراموش می شوند، چه نام دارد؟

(۱) تغییر هویت (۲) دگرسان بینی خود (۳) یادزدودگی پس گستر (۴) یادزدودگی پیش گستر

۲- علت افسردگی فصلی، افزایش فعالیت کدام غده است؟

(۱) تیروئید (۲) اپی فیز (۳) هیپوفیز (۴) پاراتیروئید

۳- بی تفاوتی تمام عیار و نداشتن اضطراب از نشانه های این اختلال می باشد؟

(۱) تبدیل (۲) درد شبه جسمی (۳) سندروم بریکه (۴) هیپو کندریا

۴- براساس فرضیه دوپامینی مربوط به اسکیزوفرنیاء دوپامین موجود در مغز بیماران اسکیزوفرنیک چه وضعیتی دارد؟

(۱) کمتر از افراد طبیعی است (۲) بیشتر از افراد طبیعی است

(۳) بیشتر از مقدار آن در خون آنهاست (۴) گاهی بیشتر و گاهی کمتر از افراد طبیعی است

۵- براساس فرضیه وابستگی مضاعف در مورد اسکیزوفرنی، منشاء بیماری اسکیزوفرنی در کجاست؟

(۱) فرد (۲) محیط (۳) جامعه (۴) خانواده

۶- در نظریه دو عاملی که در ارتباط با وسواس، رفتار اجتنابی بر اساس کدام اصل آموخته می شود؟

(۱) شرطی سازی کلاسیک (۲) شرطی سازی آزمایشی

(۳) شرطی سازی عاملی (۴) شرطی سازی اجتنابی

۷- در کدام نوع اسکیزوفرنیا، هذیان های دادخواهی و خود بزرگ بینی مشخصه عمده بیمار است؟

(۱) آشفته (۲) نا متمایز (۳) پارانوئید (۴) کاتاتونیک

۸- تمایل مرضی به اجرای قرینه ای حرکت، بدون آنکه حرکت عضو قرینه معنایی کنشی داشته باشند، را چه می نامند؟.....

(۱) پاراتونیا (۲) هم جنبشی تقلیدی (۳) هم جنبشی تئوری (۴) بی مهارتی در حرکت های ارادی

۹- فروید علت کدام اختلال را به جای تمایلات جنسی، عامل هیجانی ذکر کرده است؟

(۱) افسردگی (۲) وسواس (۳) اسکیزوفرنی (۴) خود بیمار انگاری

۱۰- کدام یک از علایم زیر پیسش آگهی بیماری اسکیزوفرنی را بهتر می کند؟

(۱) سابقه بیمار (۲) شروع در سن پایین (۳) فقدان توهم و هذیان (۴) شروع ناگهانی و شدید

۱۱- اختلال در برداشت فرد از مذکر یا مؤنث بودن چه نامیده می شود؟

(۱) اختلال عملکرد جنسی (۲) نارضایتی جنسی (۳) اختلال روانی -جنسی (۴) اختلال هویت جنسی

۱۲- از نظر.....هراس، ((ترس تغییر یافته اختگی است))

(۱) فروید (۲) کلاین (۳) آنافرود (۴) مالکیت فکر

۱۳- حاشیه پرداز از نشانه های اختلال در کدام قسمت مغز است؟

(۱) فرم فکر (۲) محتوی فکر (۳) جریان فکر (۴) مالکیت فکر

۱۴- بی ثباتی و غیر قابل پیش بینی بودن رفتار بیشتر از ویژگی های کدام اختلال شخصیت است؟

(۱) اختلال شخصیت مرزی (۲) اختلال شخصیت خود شیفتگی (۳) اختلال شخصیت هیستریک (۴) اختلال شخصیت ضد اجتماعی

۱۵- بیمارانی که در نخستین دوره افسردگی اختلال دو قطبی رنوع هستند چگونه از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی تفکیک می شوند؟

(۱) قابل تفکیک هستند (۲) براساس مشاهدات پاراکلینیکی (۳) براساس شدت افسردگی در افسردگی (۴) براساس شخصیت مرضی قبل در اختلال دو قطبی نوع ۱

سوالات آزمون سراسری ۸۴

۱- بیماری های روانی در کدام نوع طبقه بندی در طبقات کاملاً متمایز گنجانده شده اند؟

(۱) ابعادی (۲) مقوله ای (۳) بیماری شناختی (۴) ریخت شناسی

۲- علت بنیادین توهم در بیماران سایکوتیک چیست؟

(۱) اشکال در تمرکز و دقت (۲) افکار و باورهای نادرست

(۳) ناتوانی در همخوانی افکار و تصمیم گیری مناسب (۴) ناتوانی در تشخیص و انتخاب اطلاعات مربوط و نامربوط

۳- نگرانی های یک کودک فراتر از تحول اوست و فردی رشد یافته به نظر می رسد) همچنین کمال جویی که با تردید های

وسواس آمیز نسبت به خود او همراه است در او دیده می شود این کودک دچار کدام بیماری است؟

(۱) اضطراب جدایی (۲) اضطراب زودرس (۳) اضطراب تعمیم یافته (۴) اضطراب توأم با وحشت زدگی

۴- تفکر جادویی از ویژگی های اصلی کدام شخصیت است؟

(۱) اختلال شخصیت مرزی (۲) اختلال شخصیت پارانوئید (۳) اختلال شخصیت اسکیزوئید (۴) اختلال شخصیت اسکیزوفرنی

۵- در کدام بیماری ((من)) فرد در مقابل کشاننده های وی ضعیف یا تحول نیافته است؟

(۱) هیستری (۲) هراس (۳) وسواس (۴) افسردگی

۶- کدام اختلال در شمار اختلال فراگیر تحول محسوب می شود؟

(۱) لکنت زبان (۲) نارسا خوانی (۳) درخود ماندگی (۴) اختلال تیک

۷- بروز مجموعه ای از فعالیت با حرکتی کم و بیش هماهنگ نا هشیار در جریان خواب، با چه نوع اختلالی مطابقت میکند؟

(۱) خواب گردی (۲) خواب گرفتگی (۳) خواب آلودگی (۴) وحشت زدگی شبانه

۸- تبیین زیر در زمینه اضطراب را به کدام دیدگاه می توان نسبت داد؟

(۱) دیدگاه شناختی (۲) دیدگاه رفتاری نگر (۳) دیدگاه انسان گرایی (۴) دیدگاه روان تحلیل گری

۹- از دیدگاه روان شناسان بالینی علت اساسی اختلالات روانی چیست؟

(۱) تمایلات غریزی (۲) احتیاجات انسان

(۳) یادگیریهای رفتارهای معیوب (۴) کشمکش بین انگیزه های مختلف انسان

۱۰- در کدام نوع از اختلال های شخصیت، بی ثباتی در روابط بین فردی، خود انگاره و عواطف دیده می شود و تکانش وی بارز است)

(۱) مرزی (۲) اجتنابی (۳) پارانوئید (۴) اسکیزوئید

۱۱- برای درمان اختلال نقص توجه بیش فعالی استفاده از کدام دسته دارویی رایج تر است)

(۱) محرکها (۲) اجتنابی (۳) پارانوئید (۴) اسکیزوئید

۱۲- دیدگاه کودکان زیر ۴ سال در مورد مرگ کدامست؟

(۱) مرگ امری دائمی و پیوسته است (۲) مرگ پایان قطعی و بازگشت ناپذیر نیست

(۳) مرگ اتفاقی است که برای همه می افتد (۴) مرگ به معنای بی حسی و بی حرکتی است

۱۳- در نظریه یادگیری ((مارور)) در مورد علت وسواس، عامل اول ایجاد وسواس براساس کدام فرآیند عمل میکند

(۱) شرطی سازی عاملی (۲) شرطی سازی کلاسیک (۳) شرطی سازی تقابلی (۴) شرطی سازی سطح دوم

۱۴- مهم ترین مشکل کودکان مبتلا به اختلال آسپرگر در کدام قلمرو است؟

(۱) بازی (۲) تعامل های اجتماعی (۳) مهارت های حرکتی (۴) زبان بیانی یا دریافتی

۱۵- کدام عبارت بینگرآموزی پس گستر است؟

(۱) بطور ناگهانی بهبود میابد (۲) همراه با اختلال در اعمال هوش است

(۳) فقدان حافظه برای دوره قبل از ضربه است (۴) فقدان حافظه برای دوره ای بلافاصله پس از ضربه است

۱۶- چنانچه خون مادر از گروه مادر از گروه A و خون جنین از گروه B باشد در حقیقت خون مادر..... و خون جنین..... خواهد داشت

(۱) آنتی کور B، آنتی کور A (۲) آنتی کور A، آنتی کور B

(۳) آنتی ژن A، آنتی ژن B (۴) آنتی ژن B، آنتی ژن A

۱۷- تای سکس یک اختلال..... در دودسته مواد..... است که در آن مقدار زیادی..... در ریخته های مغزی کودک تجمع می یابد)

(۱) متابولیکی ارثی - پروتئینی - لاکتوز (۲) متابولیکی مادرزادی - قندی - گالاکتوز

(۳) متابولیکی مادرزادی - قندی - هورلر (۴) متابولیکی ارثی - مادرزادی، چربی - گانگوزید

۱۸- به نظر چامسکی هنگامی که کودکی از کلمه ای استفاده می کند که تاکنون آن را نشنیده است، کدام عمل را انجام می دهد؟

(۱) یادگیری از طریق تقلید کلمات دیگران (۲) ساختن صورت های ذهنی در غیاب حرکتها

(۳) ساختن واژه ای قابل درک از راه قیاس (۴) یادگیری به وسیله اعمال درونی و حرکات بیرونی

۱۹- به نظر اینهلدر افراد عقب مانده ذهنی خفیف بزرگسال منطبق با کدام مرحله تحول شناختی پیازه عمل می کند؟

(۱) حسی - حرکتی (۲) عملیات عینی (۳) عملیات انتزاعی (۴) پیش عملیاتی

۲۰- کدام نشانگان فقط در جنس مذکر دیده می شود؟

(۱) نشانگان لش - نیهان (۲) نشانگان X شکننده

(۳) نشانگان هیدروسفالی

(۴) نشانگان پریدر- ویلی

۲۱- در مورد بیماری ویلسون کدام عبارت صحیح است؟

(۱) تغییرات آسیب شناسی در ساختار تالاموس و مناطق زیر کورتکس دیده می شود

(۲) در بیماری ویلسون رسوب آهن در مغز منجر به تظاهرات عصبی پارکینسون می شود

(۳) در سنین بین ۳ الی ۵ سالگی اختلال در هسته های خاکستری مغز بروز می کند

(۴) اولین نشانه های بیماری به صورت حرکات غیر ارادی صورت، لرزش دستها و اندام ها تظاهر می کند

۲۲- عقب ماندگی ذهنی خفیف، ضعف بینایی و شش انگشتی شدن کودک از علایم مشخصه کدام بیماری است؟

(۱) نشانگان هورلر (۲) بیماری کرتینیسم (۳) بیماری تای ساکس (۴) نشانگان لورنس بیدل مون

۲۳- بیماری فنیل کتونوریا یا چگونه از والدین به کودک منتقل می شود؟

(۱) توسط ژن غالب و کروموزوم های جنسی (۲) توسط ژن مغلوب و کروموزوم های معمولی

(۳) نا فعال شدن یا از بین رفتن جزئی از کروموزوم شماره ۵ (۴) فقدان آنزیمی در کبد که گالاکتوز را به گلوکز تبدیل می کند

۲۴- کدام ملاک جزو سه ملاک پیشنهادی انجمن آمریکایی عقب ماندگی ذهنی برای تشخیص کودک عقب مانده ذهنی

از کودک عادی نیست؟

(۱) بهره هوشی ۷۰ یا کمتر (۲) شروع عقب ماندگی قبل از ۱۸ سالگی

(۳) محدودیت در مهارت های انطباقی و سازش (۴) دوسال تأخیر در یادگیری در مقایسه با سن تقویمی

۲۵- وقوع پیش رونده تحلیل عصب بینایی، فلج مغزی، عقب ماندگی ذهنی و مرگ از نشانه های کدام نوع عقب ماندگی

ذهنی است؟

(۱) هورلر (۲) تای ساکس (۳) pku (فنیل کتونوری) (۴) گالاکتوزمیا

۲۶- دانیال قادر به شنیدن صدای چنگال حتی هنگامی که نزدیک گوش او به ارتعاش درآید نیست، نوع شنوایی دانیال

کدام است؟

(۱) حسی (۲) عصبی (۳) انتقالی (۴) آمیخته

۲۷- فردی که به لحاظ عملکرد فیزیکی یا رفتاری اساساً از هنجار انحراف دارند و به خدمات آموزشی فوق العاده ای در

تأمین نیازهای فردیش احتیاج دارد، با کدام واژه شناخته می شود؟

(۱) استثنایی (۲) معلول (۳) ناتوان (۴) آسیب دیده

۲۸- مهرداد یک کودک عقب مانده ذهنی است، او از لحاظ گفتار و زبان دچار پژواک کلامی، سخن نامفهوم و بی هدف می

باشد، عقب ماندگی مهرداد در چه حدی است؟

(۱) متوسط (۲) عمیق (۳) شدید (۴) نامعین

۲۹- قانون اصلی مشکل لکنت زبان کدام است؟

(۱) کنش اجرایی زبان (۲) کنش دستگاه گویایی (۳) کنش میانی زبان (۴) کنش نظم دهنده زبان

۳۰- کدام روش آموزشی در کودکان ناشنوای خردسال موثرتر از کودکان شنوای مسن است؟

(۱) شیوه زمانی (۲) شیوه گوشه (۳) شیوه شنیداری (۴) شیوه الفبای انگشتی

سوالات آزمون سراسری ۸۶

۱- کدام اختلال مربوط به ذخیره موکوپولی ساکارید است؟

(۱) تای ساکس (۲) سندرم آیرت (۳) سندرم هانتز (۴) هیپو تیروئیدیسم بومی

۲- بیماری تای ساکس زمانی روی می دهد که:

(۱) پدر به تنهایی ناقل بیماری باشد (۲) مادر به تنهایی ناقل بیماری باشد

(۳) هر دو دارای ژن مغلوب باشند (۴) هر دو دارای ژن غالب باشند

۳- این توانایی که کودک بتواند نام افراد را با قیافه آنها مترادف کند، چه نام دارد؟

- (۱) آمادگی برای یادگیری (۲) استراتژی واسطه ای (۳) جور کردن الگو (۴) یادگیری جفت های متداعی
- ۴- فرضیه های مربوط به نقص ساختاری در حافظه کودکان عقب مانده ذهنی بیانگر لاین مطلب است که:
- (۱) سیستم عصبی مرکزی قابل تغییر است (۲) عملکرد عصبی در این کودکان کند است (۳) اثر محرک در این کودکان از نظر شدت بیشتر است (۴) اثر محرک در این کودکان از نظر شدت طولانی تر است
- ۵- چنانچه درمانگری به دنبال نشان دادن رفتار مطلوب از جانب کودک، اقدام به حذف محرک نا مطبوع نماید، از چه شیوه ای استفاده کرده است؟
- (۱) تقویت منفی (۲) تقویت مثبت (۳) تنبیه (۴) خاموشی
- ۶- کدام یک از اختلال های زبانی با مشکلات شنوایی و ضعف یا ناتوانی در پردازش نمادهای دیداری، معنا یابی و همگون سازی همراه است؟
- (۱) اختلال زبان تأخیری (۲) اختلال زبان بیانی (۳) اختلال زبان درکی (۴) ناگویی اکتسابی
- ۷- بیماری هورلر اختلال است
- (۱) کروموزومی (۲) ناشی از سوخت و ساز بدن (۳) ناشی از غدد مترشحه داخلی (۴) به علت ناشناخته
- ۸- مناسبترین زمان تشخیص و درمان فنیل کتونوری (PKU) کدام است؟
- (۱) تشخیص حداکثر در هفته اول درمان همزمان با آن (۲) تشخیص در هفته دهم و درمان در ماه پانزدهم بعد از تولد (۳) تشخیص در ۴ تا ۶ هفتگی و درمان تا ۱۵ ماه بعد از تولد (۴) تشخیص و درمان همزمان با تولد کودک و یا حداکثر قبل از هفته اول
- ۹- نوعی آلودگی است که از طریق گوشت خام و مواد نشاسته ای انتقال میابد و نتیجه آن عقب ماندگی ذهنی، نابینایی و تشنج است:
- (۱) آموروتیک فامیلی (۲) توکسو پلاسما (۳) گالاکتوزمی (۴) نرو فیبروماتوز
- ۱۰- کودکان افسرده، شکست های خود را بر اساس کدام دسته از اسنادها تعبیر می کنند؟
- (۱) بیرونی - پایدار - کلی (۲) بیرونی - ناپایدار - کلی (۳) درونی - پایدار - کلی (۴) درونی - ناپایدار - کلی
- ۱۱- در سیر بالینی اختلال ناقص توجه - بیش فعالی، کدام نشانه ها ابتدا کاهش میابد؟
- (۱) بیش فعالی (۲) تکانشگری (۳) خلق و خو (۴) نقص توجه
- ۱۲- اختلال تیک در مقایسه با اختلال حرکتی قالبی فاقد کدام ویژگی است؟
- (۱) ارادی بودن (۲) تکراری بودن (۳) شدید بودن (۴) نیرومند بودن
- ۱۳- نتایج مطالعات توروآنا تومی در گیر بودن کدام لوب مغزی را در اختلال اوتستیک پیشنهاد می کند؟
- ۱۴- سندرم آسپرگر در مقایسه با اختلال نقص توجه - بیش فعالی فاقد کدام نشانه است؟
- (۱) بیش فعالی (۲) تأخیر زبانی (۳) تکانشگری (۴) نقص توجه
- ۱۵- در کدام نوع فوبیا تفاوتی بین زنان و مردان از نظر نرخ شیوع وجود ندارد؟
- (۱) ازدحام (۲) ارتفاع (۳) خون (۴) فضاهای باز
- ۱۶- در مقایسه با بیماران اسکیزوفرنی، کدام یک از بیماران زیر، بهره کشی جسمانی و جنسی بیشتر، سوء مصرف بالای دارو، خواب گردی و همبازیهای خیالی بیشتری در قالب کودکان داشته اند؟
- (۱) اختلال جسمانی شکل (۲) اختلال شخصیت مند اجتماعی (۳) اختلال شخصیت چند گانه (۴) اختلال ساختگی
- ۱۷- کدام علامت (نشانه) مربوط به اسکیزوفرنی تیپ است؟
- (۱) نارسایی گفتار (۲) فقدان اراده (۳) عاطفه سطحی (۴) اختلال بارز فکر

۱۸- در مردان مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد، شایع ترین اختلال روان پزشکی کدام است؟

(۱) شخصیت وسواسی (۲) شخصیت اسکیزوئید (۳) شخصیت ضد اجتماعی (۴) شخصیت وابسته

۱۹- ویژگی اصلی اختلال شخصیت مرزی کدام است؟

(۱) خود بزرگ بینی (۲) روی گردانی از مردم

(۳) عدم حمایت به احساس دیگران (۴) ناپایداری در خود انگاره

۲۰- خشک زدگی و بروز ناگهانی وعود کننده عناصر خواب با حرکت سریع چشم در دوره انتقالی بین خواب و بیداری در

چه موقعیتی اتفاق می افتد؟

(۱) اختلال خواب مرتبط با تنفس (۲) پر خوابی اولیه

(۳) پر خوابی ثانویه (۴) حمله خواب

۲۱- براساس کدام دیدگاه خانواده واجد بیماری اسکیزوفرنی است، نه خود بیمار؟

(۱) پدیدار شناختی (۲) رفتارگرایی (۳) روان تحلیل گری (۴) شناختی

۲۲- در طبقه بندی اختلالات شخصیت، کدام اختلال شخصیت در یک گروه قرار دارند؟

(۱) پارانوئیدی- هیستروپانیک- اسکیزوتایپال (۲) خود شیفتگی- مرزی- ضد اجتماعی

(۳) انفعالی- پر خاشگری- ضد اجتماعی- مرزی (۴) اسکیزوئیدی- اجتنابی- وسواسی

۲۳- کدام نوع اسکیزو فرنی به اختلال مانیک- دپرسیو شبیه است؟

(۱) پارانوئید (۲) کاتاتونیک (۳) نامنظم (۴) نامتفاوت

۲۴- تفاوت بین زنان و مردان مبتلا به اسکیزو فرنی این است که در زنان بیشتر از مردان است.

(۱) پاسخ به درمان های شیمیایی (۲) آسیب های شناختی

(۳) پاسخ به درمان های روانی (۴) توهم و هذیان

سوالات آزمون سراسری ۸۷

۱- کارلسون، اصطلاح سوپرفرنیک را در مورد افرادی به کار می برد

(۱) با تفکرات تداعی گرای بالا (۲) با سرشت اسکیزوفرنیک و خلاق

(۳) که دچار اسکیزوفرنی شدید شوند (۴) که در سیاست، علم و هنر برجسته هستند

۲- بنا بر نظر فروید شخصی که هنگام رد شدن از خیابان سر می خورد ممکن ایت به خاطر نزدیک شدن اتوموبیل ها به

او، دچار کدام نوع اضطراب شود؟

(۱) اخلاقی (۲) اعتقادی (۳) روان رنجور (۴) واقع بینانه

۳- در سیر بالینی اختلال نقص توجه- بیش افعالی، ابتدا کدام نشانه کاهش میابد؟

(۱) پیش فعالی (۲) خلق و خو (۳) نقص توجه (۴) تکانشگری

۴- این علائم، در کدام اختلال دیده می شود؟ ((کشیدن صداها، تولید کلمات با تنش فیزیکی فراوان، تکرار اصوات و

سیلاب ها))

(۱) زبان بیانی (۲) زبان دریافتی (۳) لکنت زبان (۴) واج شناختی

۵- کدام اختلال به سندرم بریکه شهرت دارد؟

(۱) بد شکلی بدنی (۲) بدنی شدن (۳) درد روان زاد (۴) ساختگی

۶- احساس گناه مرگ از ویژگی های کدام اختلال اضطرابی است؟

(۱) اختلال استرس پس از ضربه (۲) اختلال وحشت زدگی

(۳) اضطراب تعمیم یافته (۴) وسواس فکری- عملی

۷- تشخیص افتراقی ((اختلال تبدیلی)) با درد روان زاد کدام است؟

(۱) اختلال درد روانزاد زیر مجموعه ای اختلالات تجزیه ای و اختلال تبدیلی زیر مجموعه ای اختلالات بدنی شکل است.

۲) اختلال تبدیلی جزء اختلالات اضطرابی است ولی اختلال درد روانزاد جزء اختلالات تجزیه ای است.

۳) اختلال تبدیلی دوام کمتری دارد درحالی که اختلال درد روانزاد مزمن است.

۴) اختلال درد روانزاد دوام کمتری دارد درحالی که اختلال تبدیلی مزمن است.

۸- اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اختلال کاستی توجه- بیش فعالی به ترتیب مربوط به کدام محور شخصیتی در DSM-IV-TR می باشد؟

(۱) محور II و محور III (۲) محور III و محور II (۳) محور II و محور I (۴) محور I و محور III

۹- کدام عبارت صحیح است؟

(۱) شخصیت خود شیفته نسبت به شخصیت مرزی اضطراب بیشتری دارد.

(۲) شخصیت اسکیزوئید در مقایسه با شخصیت اسکیزوتایپی رفتار و تفکر غیر عادی بیشتری دارد.

(۳) شخصیت نمایشی در مقایسه با شخصیت مرزی آشفتگی هویت و احتمال اقدام به خودکشی بیشتری دارد.

(۴) شخصیت اجتنابی برخلاف شخصیت اسکیزوئید که تنهایی را ترجیح می دهد طالب برخورد های اجتماعی است.

۱۰- کدام عامل براساس دیدگاه روان پویایی به عنوان مکانیزم دفاعی در وسواس محسوب می شود؟

(۱) تظاهر یا وانمود سازی (۲) جبران افراطی (۳) دلیل تراشی (۴) واکنش سازی

۱۱- تفاوت هراس اجتماعی با اگورافوبی این است که اضطرابی که فرد مبتلا به هراس اجتماعی تجربه می کند

.....است در حالی که ((اگورافوبی))..... است.

(۱) حاصل یادگیری- منطقی (۲) فراگیر- ویژه موقعیت های خاص

(۳) منطقی- حاصل یادگیری (۴) ویژه موقعیت های خاص- فراگیر

۱۲- افراد مبتلا به کدام اختلال براساس سوء تعبیرشان از نشانه های بدنی به ترس از مبتلا شدن به بیماری جدی اشتغال دارند؟

(۱) خود بیمار پنداری (۲) بد شکلی بدنی (۳) اختلال تبدیلی (۴) اختلال جسمانی کردن

۱۳- در مدل الیس که ارتباط فرآیند های شناختی و هیجانی را تبیین می کند، نشانگر کدام مفهوم است؟

(۱) پیامدها (۲) تجربه های فعال ساز (۳) رفتارها (۴) عقاید

۱۴- علامت بارز عقب ماندگی ذهنی کودکان کدام است؟

(۱) نقص در توجه (۲) معلولیت های جسمی

(۳) تاخیر در رشد زبان (۴) ناتوانی در انتقال اطلاعات از حافظه کوتاه مدت به بلند مدت

۱۵- فردی با مشخصات بالینی چون جمجمه کوچک، عقب ماندگی ذهنی، چشمان مورب، آرواره کوچک و گوش های پایین افتاده است، او به احتمال بیشتر دارای کدام اختلال است؟

(۱) داون (۲) پاتو (۳) گالاکتوزمیا (۴) صدای گربه

۱۶- اختلال در سوخت و ساز ماده لیپیدی اسفینگومیلین منجر به چه نوع بیماری می شود؟

(۱) گشر (۲) نیمن پیک (۳) هیستیدین (۴) مک کاری

۱۷- صرعی که با حالت اورا و با شنیدن صدای غیر عادی و احساس بو قبل از بروز صرع شناسایی می شود، صرع

..... نام دارد.

(۱) تونیک (۲) گراند مال (۳) غیاب حقیقی (۴) کلونیک

۱۸- مقیاس هوشی مخصوص نابینایان کدام است؟

(۱) لایتر (۲) ریون (۳) اواکی- کوهز (۴) هیسکی- نبراسکا

۱۹- کدام عامل نقش بیشتری در استقلال افراد نابینا دارد؟

(۱) اشتغال (۲) تحرک و جهت یابی

(۳) رشد جسمانی (۴) گوناگونی دامنه ی تجربیات

۲۰- اختلال در کروموزوم های..... به عقب ماندگی شدیدتری منجر می شود.

۱) X ۲) Y ۳) جنسی ۴) معمولی
 ۲۱- اگر RH پدر مثبت و RH مادر منفی باشد در بارداری..... جنین ممکن است مبتلا به بیماری کربیکتروس شود.

۱) اول ۲) دوم ۳) سوم ۴) چهارم
 ۲۲- بر اساس گزارش وکسلر چند درصد افراد یک اجتماع از هوشبهرین ۹۰ تا ۱۰۹ برخوردارند
 ۱) ۷۵ درصد ۲) ۵۰ درصد ۳) ۴۰ درصد ۴) ۲۵ درصد
 ۲۳- اگر یکی از کلمات یک صفحه نوشته را مشخص کنیم و از کودک بخواهیم بشمارد که در آن صفحه چند نمونه از آن کلمه وجود دارد، این آزمون چه فرآیندی را در کودک اندازه گیری می کند؟
 ۱) توجه ۲) حافظه فوری ۳) دقت ۴) حافظه نزدیک
 ۲۴- در کدام بیماری، کودکان از لحاظ رشد عمومی و جسمانی اختلال ندارند ولی آنچه مهم است عقب ماندگی ذهنی آنها است؟

۱) تای ساکس ۲) گالاکتوسمی ۳) فنیل کتونوری ۴) گارگولیسم
 ۲۵- در درمان از روش تزریق کلسیم و مصرف ویتامین D استفاده می شود؟
 ۱) اسپاسموفیلی کودکان ۲) اپی لوئیا ۳) تای ساکس ۴) سندرم هولر

سوالات آزمون سراسری ۸۸

۱- کاهش پاسخ دهی اشتها، افزایش پاسخ دهی آزارنده و پرخاشگری بیان گر کدام عنصر ترس است؟
 ۱) بدنی ۲) رفتاری ۳) شناختی ۴) هیجانی
 ۲- الگوی رفتاری مداوم و مقاوم که در آن حقوق اساسی دیگران یا هنجارهای اجتماعی و اصول عمده متناسب با سن زیر پا گذاشته می شود و همراه با تخریب اموال و نقض جدی مقررات است، کدام تشخیص را مطرح می کند؟
 ۱) اختلال بی اعتنائی مقابله ای ۲) اختلال رفتار ایدایی ۳) اختلال سلوک ۴) اختلال شخصیت ضد اجتماعی
 ۳- در تشخیص افتراقی اختلال خلق ادواری در کودکان و نوجوانان کدام مورد ملاک است؟
 ۱) دوره ای بودن خلق ۲) شدت ۳) مدت ۴) نوسان
 ۴- کدام دیدگاه اعتبار وقایع درونی و پنهان را می پذیرد و بر حالات و احساسات کنونی فرد تاکید می کند؟
 ۱) انسان گرایی ۲) رفتارگرایی ۳) روان پویایی ۴) شناختی

۵- ((اختلال شخصیت وابسته)) و ((اختلال جسمانی کردن)) به ترتیب در کدام محور پنج گانه طبقه بندی DSM-IV-TR قرار می گیرند؟

۱) محور I-محور II ۲) محور II-محور III ۳) محور I-محور III ۴) محور II-محور I
 ۶- تنش های حرکتی، واکنش های خودکار به احساس های تشویش آمیز و مراقبت افراطی از ویژگی های کدام اختلال است؟

۱) اضطراب تعمیم یافته ۲) اضطراب جدایی ۳) هراس اجتماعی ۴) شناختی
 ۷- اختلال تورج جزء کدام دسته از اختلالات کودکی محسوب می شود؟
 ۱) اختلالات ارتباطی ۲) اختلالات حرکتی ۳) اختلالات رفتار ایدایی ۴) اختلالات مربوط به رشد
 ۸- تمایل مرضی به اجرای قرینه ای حرکت بدون آن که حرکت عضو قرینه معنایی کنشی داشته باشد، راجه می نامند؟
 ۱) بی مهارتی در حرکت های ارادی ۲) پاراتونیا ۳) هم جنبشی تقلیدی ۴) هم جنبشی تنودی

۹- از نظر انسان گرایان، علت افسردگی کدام است؟

- (۱) احساسات نا هشیار و واکنش به شرایط جدید بر پایه تجربیات قبلی
- (۲) از دست دادن عزت نفس
- (۳) پیوند خوردن خاطرات با کانون های عاطفی
- (۴) ناهمخوانی بین خود آرمانی و خود واقعی

۱۰- تفاوت اصلی افکار وسواسی و اعمال وسواسی کدام است؟

- (۱) افکار وسواسی ((رنج آزا)) ولی اعمال وسواسی ((آرام بخش)) هستند.
- (۲) افکار وسواسی ((خود همخوان)) ولی اعمال وسواسی ((خود نا همخوان)) هستند.
- (۳) افکار وسواسی ((آرام بخش)) ولی اعمال وسواسی ((رنج آزا)) هستند.
- (۴) افکار وسواسی ((ارادی)) و اعمال وسواسی ((غیرارادی)) هستند.

۱۱- نیاز به مقادیر بیشتر دارو برای دستیابی به نعشی را چه می نامند؟

- (۱) تحمل دارویی
- (۲) دارو درمانی
- (۳) مسمومیت زدایی
- (۴) مقاومت دارویی

۱۲- مهم ترین نقد علمی به کدام است؟

- (۱) با طبقه بندی مطابقت ندارد
- (۲) به تبیین و سبب شناسی اختلالات روانی نمی پردازد
- (۳) به توصیف اختلالات روانی نمی پردازد
- (۴) روان رنجوری را حذف کرده است

۱۳- نوع اسنادهای افراد افسرده معمولاً کدام است؟

- (۱) اختصاصی، پایدار و بیرونی
- (۲) اختصاصی، ناپایدار و درونی
- (۳) کلی، ناپایدار و بیرونی
- (۴) کلی، پایدار و درونی

۱۴- در سندرم (نشانگان) داو،

- (۱) زنان قادر به تولید مثل نیستند.
- (۲) مردان قادر به تولید مثل نیستند.
- (۳) جامعه زنان بیش از جامعه مردان توانایی تولید مثل ندارند.
- (۴) توانایی تولید مثل بستگی به شدت ناتوانی ذهنی در هر دو جنس دارد.

۱۵- وجود شکاف در سقف دهان و لب ها به همراه ناتوانی ذهنی، از علایم بارز کدام سندرم است؟

- (۱) داو
- (۲) کلاین فلتر
- (۳) پاتو
- (۴) ادوارد

۱۶- در کدام بیماری (که همراه با عقب ماندگی ذهنی خفیف است)، مشکل در یک ژن مغلوب وابسته به جنس است؟

- (۱) کرنیکتروس
- (۲) سندرم هانتز
- (۳) گارگوی لیسم
- (۴) موکوپلی ساکارایدوزی

۱۷- علائم ((بیماری X شکننده)) کدام است؟

- (۱) کاهش قوای عضلانی، چاقیف عقب ماندگی ذهنی
- (۲) چانه کوچک، بینی پهن و خمیده، سفتی عضلات
- (۳) بینی کوتاه و پهن، سرخیلی کوچک، استخوان پشت سری برجسته
- (۴) گوش های بزرگ و برجسته، صورت دراز و در مردها بیضه های بزرگ

۱۸- مهم ترین توانایی برای سازگاری اغلب افراد آسیب دیده بینایی کدام است؟

- (۱) تحرک
- (۲) خلاقیت
- (۳) تمرکز
- (۴) گوش دادن

۱۹- میزان کدام الگوی رفتاری در افراد مبتلا به لکنت زبان بالاتر از افراد غیر لکنتی است؟

- (۱) مشکلات در زبان و ادراک
- (۲) فلج خفیف ماهیچه های دستگاه بویایی
- (۳) چپ دستی و نقص برتری جانبی
- (۴) حرکات ناشیانه و ناموزون و مشکل در نوشتن

۲۰- زهره ۱۲ ساله است و حق هیچ گونه اظهار نظر، دخالت یا تصمیم گیری را ندارد و بایستی هر آنچه را والدین می

خواهند بی چون و چرا بپذیرد، با توجه به این وضعیت چه ویژگی های رفتاری در زهره بیشتر پرورش میابد؟

- (۱) حساس بودن - ناامیدی - ترس
(۲) نارضایتی - درون گرایی - بی اعتمادی
(۳) اضطراب - پرخاشگری - دروغویی
(۴) تضاد ورزی - پرتوقعی - فرمانبرداری
- ۲۱- دستگاه دهلیزی گوش که با حفظ تعادل در فضا کمک می کند، در کدام اختلال، نقش سببی احتمالی بازی را می کند؟

- (۱) بیش فعالی (۲) اختلالی سلوکی (۳) اسکیزوفرنی کودکی (۴) اوتیسم خردسالی
- ۲۲- کودکان مبتلا به آفازی در وجود..... با کودکان اوتیستیک مشترکند.

- (۱) بازی های تخیلی (۲) معکوس سازی ضمیر
(۳) نارسایی های ظاهری بدنی (۴) وجود ژست ها و اطوارها برای مقاصد هیجانی
- ۲۳- سندرم..... ممکن است معلول یک جهش ژنتیکی باشد که بر رشد تکلم تأثیر می گذارد.
- (۱) رت (۲) اسپرگر (۳) بلوری (۴) ازهم پاشیدگی کودکی
- ۲۴- در کدام بیماری، در هر مرحله احتمال وقوع پیش رونده تحلیل بینایی، فلج مغزی و عقب ماندگی ذهنی و حتی مرگ وجود دارد؟

- (۱) تای ساکس (۲) سندرم هورلر (۳) گالاتوزمیا (۴) فنیل کتونوری
- ۲۵- به نظر متخصصان، کدام روش به غلبه دانش آموز عقب مانده ذهنی بر احساس ناامیدی و کسب انعطاف پذیری وی کمک می کند؟

- (۱) بازی (۲) ایفای نقش (۳) سازماندهی (۴) گفت و شنود کردن

سوالات آزمون سراسری ۸۹

- (۱) گسترده‌گی فراموشی در کدام اختلال بیشتر است؟
(۱) فرار روان زاد (۲) دگرسان بینی خود (۳) فراموشی روان زاد (۴) شخصیت چند گانه
- ۲- معنای توهّم کدام است؟
(۱) ادراک حرکت درغیاب حرکت واقعی یا مشاهده سراب
(۲) ادراک در غیاب محرک خارجی که فرد غیر واقعی بودن آن را متوجه نمی شود
(۳) خود را یک چهره مشهور تاریخی، مثلاً ناپلئون به حساب آوردن
(۴) مبتلا شدن به هذیان بزرگ منشی، آسیب و گزند یا نتساب
- (۳) براساس کدام مدل، لکنت زبان بر اثر گسستگی در حلقه ی پس خوراند مناسب ایجاد می شود؟
(۱) اجتماعی - مشاهده ای (۲) شرطی سازی کلاسیک
(۳) یادگیری (معنی زاد) (۴) سیرنتیک
- ۴- رویکرد های روان شناختی، اسکیزوفرنی را در کدام چارچوب شرح می دهند؟
(۱) عدم تقویت خیال پردازی ها و هذیان ها (۲) زیستی، روانی، اجتماعی - فرهنگی
(۳) موقعیت اجتماعی و شرطی سازی (۴) تبعیض و سو گیری های اجتماعی فرد
- ۵- اختلال درد روانی در زمره ید کدام دسته از اختلالات آمده است؟
(۱) خلقی (۲) بدنی شکل (۳) اضطرابی (۴) روانی فیزیولوژیایی
- ۶- تخریب سیستم لیمبیک و قشر گیجگاهی کدام مورد را کاهش میدهد؟
(۱) ترس و پرخاشگری (۲) حافظه و توجه (۳) تمرکز و پیگیری (۴) هشیاری و برانگیختگی
- ۷- افراد دچار کدام نوع درباره اینکه چگونه در دید دیگران جلوه کنند نگران و دلواپس هستند؟
(۱) بدنی شکل (۲) خلقی (۳) اضطرابی (۴) روانی فیزیولوژیایی
- ۸- اختلال وحشت زدگی کدام است؟
(۱) اضطراب و نگرانی مفرط که با موقعیت های خاص ارتباط دارد

۲) افکار یا تصاویر تکرار و غیر منطقی که از کنترل خارج است

۳) ترس شدید و ناگهانی که معمولاً پس از آسیب به وجود میاید

۴) ترس شدید و ناگهانی که با موقعیت یا محرک شخص ارتباط ندارد

۹- ظرفیت هوشی غیر کلامی و عملکرد کودکان مبتلا به..... در حد طبیعی باقی نمی ماند.

۱) اختلال زبان بیانی ۲) عقب ماندگی ذهنی ۳) اوتیسم خرد سالی ۴) اختلال لالی انتخاب

۱۰- در کدام موقعیت احتمال پیدایش افسردگی در کودک بیشتر است؟

۱) بی بهره بودن از محبت والدین ۲) کیفیت پایت ارتباط والدین

۳) خصومت و مشاجره بین والدین ۴) رفتارهای بسیار کنترل کننده والدین

۱۱- به کدام دلیل ((رم)) اغلب، خواب تناقضی نامیده شده است؟

۱) فعالیت امواج مغزی شبیه به بیداری است ولی جریان خون در مغز کاهش میابد.

۲) جریان خون در مغز تغییر نمی یابد ولی فعالیت امواج مغزی افزایش پیدا می کند.

۳) حرکات عضلانی غیر ارادی وجود ندارد ولی چشمها به جلو و عقب می پرند.

۴) هم شبیه به خواب عمیق است هم شبیه به بیداری

۱۲- بر اساس نظر کدام نظریه پردازف کودک برای آن که خود را از واقعیات نامطبوع رها سازد به تصور و تخیل روی می

آورد؟

۱) مارگات ماهر ۲) ویرجینیا اکسلاين ۳) آنافروید ۴) ملانی کلاین

۱۳- در اختلال اوتیستیک آسیب کدام قطعه مغز از اهمیت اساسی برخوردار است؟

۱) گیجگاهی ۲) پیشانی ۳) آهیانه ای ۴) پس سری

۱۴- نمایان شدن یک بیماری(معلولیت) به صورت هموزیگوت در کودک، نشان دهنده چیست؟

۱) والدین هتروزیگوت هستند ۲) والدین هر دو بیمار هستند

۳) والدین هموزیگوت هستند ۴) یکی از والدین هموزیگوت و دیگری هتروزیگوت است

۱۵- در مرحله اول لکنت که کودک لکنت خود را پذیرفته است، لکنت بیشتر از کدام نوع است؟

۱) کلونیک ۲) تونیک ۳) کلو- تونیک ۴) مکرر گویی صرف

۱۶- کدام ویژگی، موجب تقویت تکلم کودکان فرزند می شود؟

۱) نوک زبانی صحبت کردن والدین ۲) توجه بیش از حد والدین به نیازها و خواسته های کودک

۳) فشار والدین برای تکلم درست فرزند قبل از موعد ۴) استفاده نامناسب والدین از کلمات و دستور زبان

۱۷- کدام یک از اختلال های ژنتیکی درمان ندارد و به مرگ منجر می شود؟

۱) گالاکتوسیمیا ۲) تاي ساكس ۳) سندرم ترنر ۴) سندرم آسپرگر

۱۸- مهمترین انتقادی که به روش ترمن در خصوص شناسایی تیزهوشان وارد شده، کدام است؟

۱) به قضاوت همسالان اهمیت می دهد.

۲) به کودکان تیز هوشی که در مدرسه پیشرفت ندارند، توجهی نمی کند.

۳) به قضاوت پدر و مادر اهمیت می دهد.

۴) از برداشت ها و قضاوت شخصی فرد نسبت به توانایی هایش بهره می گیرد

۱۹- در کدام نوع صرع، حملات به طور ناگهانی شروع شده و فرد بدون آگاهی به زمین می خورد سه مرحله انقباضی،

تشنجی و اغماء یکی پس از دیگری اتفاق می افتد؟

۱) کوچک ۲) پارکینسونی ۳) بزرگ ۴) روانی- حرکتی

۲۰- در بیماران مبتلا به تاي ساكس فعالیت کدام آنزیم از بین می رود؟

۱) گالاکتوز A ۲) هگزوز آمینیداز A ۳) گالاکتوز B ۴) هگزوز آمینیداز B

۲۱- کدام عامل اثرات مخرب بیشتری بر رشد روانی کودکان دارد؟

(۱) شاغل بودن مادر (۲) اضطراب و افسردگی مادر (۳) مرگ پدر یا مادر (۴) طلاق والدین

۲۲- در کدام دسته از اختلالات حسی، احتمال بروز اختلالات روانی بیشتر است؟

(۱) لمسی (۲) ناشنوایی (۳) بویایی (۴) نابینایی

۲۳- معمولیترین حرکات تکراری و قالبی کودکان مبتلا به اوتیسم شده است؟

(۱) جلو و عقب رفتن (۲) تغذیه در چند نوبت (۳) تکرار کلمات ساده (۴) بیرون آوردن زبان

۲۴- در کدام طبقه بندی اختلالات روانی، پیش فعالی - کمبود توجه مسلط، رفتار بیش فعالی - تکانشی

مسلط، رفتار تکانشی و کمبود توجه مسلط، آورده شده است؟

(۱) دومین طبقه بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی

(۲) چهارمین طبقه بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی

(۳) سومین طبقه بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی

(۴) نسخه ی تجدید نظر شده ی سومین طبقه بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی

۲۵- کدام اختلالات در DSM- IV- TR به عنوان اختلالات نافذ رشدی ذکر شده اند؟

(۱) تورت، تیک کلامی یا حرکتی مزمن، تیک کلامی یا حرکتی زود گذر

(۲) اوتیستیک، رت، از هم پاشیدگی کودکی، اسپرگر

(۳) کمبود توجه، بیش فعالی، مخالفت ورزی، بی اعتنائی، سلوکی

(۴) تکلم بیانی، تکلم بیانی دریافتی، آوایی، لکنت زبان

سوالات آزمون سراسری ۹۰

۱- در کدام اختلال رشد زبان کمتر آسیب می بیند؟

(۱) رت (۲) از هم گسستگی کودکی (۳) در خود ماندگی (۴) آسپرگر

۲- درباره کودکی که غالباً از کوره در میرود و با بزرگسالان مشاجره می کند و فعالانه نسبت به درخواست ها و مقررات

بزرگسالان بی توجهی و عدم همکاری نشان می دهد و یا به طور عمد کارهایی انجام میدهد که موجب مزاحمت دیگران

می شود. وجود کدام اختلال قابل تشخیص است؟

(۱) سلوک (۲) بی اعتنائی مقابله ای (۳) شخصیت ضد اجتماعی - خلقی (۴) خلقی

۳- در کدام مدل فرض میشود که لکنت زبان به دلیل گسستگی در حلقه پسخوراند به وجود می آید؟

(۱) عضوی (۲) سیپرنیتیک (۳) تسلسلی (۴) معنی زاد

۴- اختلال شخصیت اسکیزوتایپی بر حسب کدام نشانه از اختلال شخصیت پارانوئید متمایز می شود؟

(۱) سوءظن (۲) سردی هیجانی با عواطف سطحی

(۳) اجتناب از روابط بین شخصی (۴) تحریف های شناختی

۵- براساس نظریه درماندگی آموخته شده سلیگمن، افسردگی محصول کدام شرایط است؟

(۱) کنترل ناپذیر بودن موقعیت (۲) انتظار فرد

(۳) نقص وضعیت انگیزشی (۴) نقص وضعیت یادگیری

۶- در مفهوم مقوله ای (طبقه بندی)، وقتی یک مقوله یا طبقه تشخیصی بر اساس تعدادی ملاک یا ویژگی بالینی توصیف

می شود، برای احراز تعلق یک اختلال به آن مقوله یا طبقه تشخیصی کدام شرایط باید برقرار باشد؟

(۱) وجود هر ملاک برای تشخیص کافی است.

(۲) وجود مجموعه ملاک ها لازم است، ولی وجود هر ملاک لازم نیست.

(۳) وجود هر ملاک لازم است، اما وجود مجموعه ملاک ها لازم نیست.

۴) وجود هر ملاک لازم و وجود مجموعه ملاک ها کاف است.

۷- در روان شناختی مرضی الگوی ((شجره تصمیم)) و ((الگوی مناسب نیمرخ ها)) به کدام نوع طبقه بندی مربوط میشود؟

۱) ابعادی ۲) آسیب شناختی ۳) ریخت شناختی ۴) مقوله ای

۸- با وجود نشانه هایی مثل هزیان، توهم و فروپاشی گفتار، تشخیص کدام نوع اسکیزوفرنی محتمل تر است؟

۱) سازمان یافته ۲) نامتمایز ۳) باقی مانده ۴) پارانوئید

۹- کدام اختلال معمولاً به طور همزمان با اختلال بد شکلی بدنی مشاهده می شود؟

۱) هیستری تبدیل ۲) اضطراب تعمیم یافته ۳) هراس اجتماعی ۴) خود بیمار پنداری

۱۰- در تشخیص کدام اختلال به دست آوردن درک صحیحی از اختلال کودک، فقط با در نظر گرفتن چارچوب ((سابقه

خانوادگی)) امکان پذیر است یا به عبارت دیگر رفتار والدین در شکل گیری اختلال نقش زیادی دارد؟

۱) هراس ۲) خود بیمار پنداری ۳) وسواس - اجباری ۴) اضطراب فراگیر

۱۱- در کار با کودکان دارای ناتوانی های یادگیری، مفهوم فراشناخت و نقایص فرا شناختی حکایت از نقص در کدام فرآیند دارد؟

۱) بازبینی ۲) سازمان دهی ۳) یادآوری ۴) فراخوانی

۱۲- در کدام اختلال میتوان از بروز عقب ماندگی ذهنی در کودک جلوگیری کرد؟

۱) تای ساکس ۲) گالاکتوزمیا ۳) فنیل کتون اوریا ۴) ایکس شکننده

۱۳- زهره به علت نارساخوانی قادر به بازبینی و درک و مفهوم کلمات نیست، از این رو ((شیوه دوجانبه)) برای او تجویز می گردد. این شیئه بر کدام نظریه استوار است؟

۱) ((رویکرد عصب شناختی)) داندل هب ۲) ((حل مساله شناختی)) دشر و شوماکر

۳) ((یادگیری مشاهده ای و اجتماعی)) بندورا ۴) ((منطقه تقریبی رشد)) ویگو تسکی

۱۴- شروع فعالیت های متناسب با موقعیت، انجام وظایف ضروری، حل کردن مسائل و حمایت از خود، به کدام حیطه از رفتارهای سازشی مربوط می شود؟

۱) ارتباط ۲) اوقات فراغت ۳) خود هدایتی ۴) خود مراقبتی

۱۵- در جریان عادی سازی دانش آموزان عقب مانده خف در کلاس های معمولی، کدام تکنیک می تواند به این گونه دانش آموزان کمک کند؟

۱) عدم استفاده از واسطه کلامی ۲) خرد کردن فعالیت ها به گام های کوچک

۳) طرح مسائل جدید برای دانش آموز ۴) استفاده از پسخورندهای تأخیری

۱۶- وقتی کودکی به صدای چنگالی که نزدیک گوش او به ارتعاش در می آید واکنش نشان نمیدهد، ناشنوایی او از چه نوعی است؟

۱) حسی ۲) مختلط ۳) انتقالی ۴) عصبی

۱۷- دانش آموزی که از عوارض دیابت و یا تیروئید رنج می برد و قادر به تحمل کلاس درس نیست، شرایط او بر کدام عارضه اشاره دارد؟

۱) عاطفی ۲) اجتماعی ۳) ساختاری ۴) کنشی

۱۸- زردی پوست بدن، استفراغ، بزرگ شدن کبد، ضعف عمومی و ناتوانی ذهنی «عقب ماندگی ذهنی» از علائم کدام بیماری است؟

۱) تراکم گلیکوژن ۲) کرنیکتوس ۳) گالاکتوزمیا ۴) هیپوگلیسمی

۱۹- افراد نارسا خوان در مقایسه با افراد بهنجار در بخش هایی از کدام ناحیه مغز فعالیت کمتری دارند؟

۱) قطعه پیشانی ۲) ناحیه آهیانه ای ۳) قطعه گیجگاهی ۴) قطعه پس سری

۲۰- وقتی از شخصی پرسیم که «آیا کلمه ای خاص در جمله ای که چند لحظه پیش ارائه شد، جای می گیرد یا نه»
خواستار کدام نوع پردازش هستیم؟
(۱) سطحی (۲) خود آیند (۳) آشکار (۴) عمقی

پاسخ سوالات تستی

پاسخ نامه خود آزمایی یک

- ۱- (۴) سوابق خانوادگی در اسکیزوفرنی بیشتر به چشم میخورد. یعنی داده ها از ارثی بودن آن حمایت می کنند و نسبت جنسی در اسکیزوفرنی یکسان است. یعنی بین دختران و پسران از نظر ابتلا به این اختلال تفاوتی وجود ندارد.
- ۲- (۲) هوشبهر این افراد بین ۵۰ تا ۷۰ است و از لحاظ عقل و ادراک مهارت های عملی حداکثر به کودکان ۷ تا ۱۱ ساله می رسند و چون تا این مقطع هوشی رشد می کنند، براساس تئوری رشد شناختی پیاژه میتوان گفت که در عملیات عینی عمل می کنند.
- ۳- (۴) دراکثر کتب بیماری را یک تا ۵ مورد در ده هزار تولد می دانند.
- ۴- (۱) تعداد پسران چهار تا پنج برابر بیشتر از دختران گزارش می دهند و دختران بیمار دارای علایم عقب ماندگی شدید تری هستند و اکثر دختران دارای سوابق خانوادگی اختلالات درکی هستند.
- ۵- (۴) این ویژگی نشان دهنده ناگویی اکتسابی است.
- ۶- (۱) این افراد به علت عدم درک مفهوم کلمات، برای خود کلمه شما یا ضمیر دوم شخص را بکار می برند و برای دیگران از ضمیر من استفاده می کنند.
- ۷- (۱) بیماری گالاکتوزمیا یک بیماری ارثی است که به وسیله ژن مغلوب از راه کروموزمهای معمولی منتقل می شود.
- ۸- (۳) تست های هوشی غیر کلامی متعددی مخصوص افراد مبتلا به نقص شنوایی ساخته شده است. چهار نمونه مشهور آنها عبارتند از: تست هوشی تجدید نظر شده وکسلر، سی تر، ریون و تست استعداد یادگیری نبراسکا
- ۹- (۳) افراد نابینا بر عکس بینا که اغلب یادگیری آنها از طریق بینایی است، از یادگیری محرومند و درک سب مهارت های ساده مثل خوردن و لباس پوشیدن و غیره عاجزند. در نتیجه آنان فوق العاده حساس هستند.
- ۱۰- (۱) نیمه شنوایان یا ناشنوایان ضعیف کسانی هستند که رنج شنوایی آنان در طیف ۵۴-۲۶ dB قرار دارد، بد شنوایان کسانی هستند که در کل میزان شنوایی کمتر از ۴۰ دسیبل (dB) را دارا هستند.
- ۱۱- (۴) هموفیلی اختلالی است نادر و مربوط به جنس که در خون به وجود می آید. هموفیلی منحصرأ در افراد مذکر دیده می شود و به وسیله یک ژن مغلوب از مادر به فرزند منتقل می گردد.
- ۱۲- (۱) این مشکل را *Lisping* می گویند و عبارت است از جانشین سازی صداها مثلاً ((ل)) به جای ((ر)) این اختلال سرزبانی حرف زدن (تک زبانی) نیز خوانده می شود.
- ۱۳- (۲) عوامل ارثی که باعث عقب ماندگی ذهنی میگردند، شامل اختلالات مختلفی است که در کروموزومها روی می دهند و اختلالاتی که در سوخت و ساز مواد سه گانه روی میدهند و جهش تک ژنی.
- ۱۴- (۲) درآفازی به علت اختلالات عروقی مغز، ارتباط بین کلمات صحیح انجام نمیشود و معنی و مفهوم کلمات شنیده شده نیز درک نمیگردد و به نظر میرسد که با زبان لیگانه ای با شخص صحبت می شود.
- ۱۵- (۳) نخستین برنامه از برنامه کار تغییر دهنده رفتار آماج، تعریف آن است. رفتار آماج رفتاری است که در مورد مشاهده قرار میگیرد و اندازه گیری می شود. این رفتار، رفتاری است که بایستی تغییر یابد و اصلاح شود، رفتار آماج همان مشکل آفرین و ناسازگارانه است.
- ۱۶- (۲) این افراد بایستی دارای عقب ماندگی شدید باشند، چون این افراد اغلب دارای هوشبر بین ۲۵ تا ۴۰ هستند و توانایی های آنها در سنین مختلف حداکثر تا رشد یک کودک ۵ ساله از نظر گفتاری و هوش است، اینان امور خیلی ساده مثل رعایت بهداشت فردی را فرا می گیرند اما به هیچ عنوان قادر به رفع مشکلات خود نیستند.
- ۱۷- (۱) ضربه تولد، نظریه اتورانک است. طبق این نظریه، اضطراب با جدایی از مادر مربوط است، به خصوص جدایی از رحم که تأمین کننده رضایت بدون تلاش است، این تجربه دردناک باعث اضطراب اولیه و خواب یا رویا بازگشت به درون رحم را به صورت سمبلیک نشان می دهد. به عقیده وی تمامی اضطراب های جدایی حاصل این تجربه عمومی است.
- ۱۸- (۲) بقراط معتقد بود که تعادل چهار خلط بدن که عبارتند از خون، سودا، بلغم و صفرا ضامن سلامتی افراد است. تناسب اخلاط که به شرایط سلامت و بیماری بستگی دارد، تعمیمی منطقی است. پزشکانی که طبابت و فلسفه پزشکی خود را بر این پایه به پا می نهادند، از بهترین رویکرد طبیعی موجود نسبت فیزولوژی انسان سود می جستند.

۱۹- (۱) افرادی که دارای بهره هوشی ۱۴۰ به بالا هستند، ممتاز یا سرآمد یا تیزهوش خوانده می شوند. البته تقسیم بندی های دیگر وجود دارد، مثلاً کودکانی که هوشبهری بین ۱۴۰ تا ۱۷۰ دارند، ممتاز یا سرآمد خوانده می شوند و افرادی که دارای هوشبهر از ۱۷۰ به بالا هستند، نابغه خوانده می شوند. اما در کل براساس جدول موجود در آزمون وکسلر کودکان تیزهوش دارای بهره هوشی ۱۳۰ و بالاتر از آن است.

۲۰- (۳) از ویژگی های این اختلال که خود زیر بخشی از اختلالات و نابهنجاریهای رفتاری می باشد، می توان به حساسیت بیش از حد ترس و واهمه و عدم اعتماد به نفس، احساس حقارت و گوشه گیری اشاره کرد.

۲۱- (۳) این بیماری که به علت ازدیاد ترشح مایع مغزی نخاعی و یا عدم امکان جریان و جذب آن در بطن های مغزی ایجاد می شود و باعث ازدیاد فشار داخل جمجمه شده و در نتیجه از رشد مغز جلوگیری می کند بیماری ممکن است در مرحله جنینی روی دهد و مانع زایمان شود اما معمولاً دو یا سه ماه پس از تولد خود را نشان می دهد.

۲۲- (۲) داروهای ضد سایکوز عوارض شبه پارکینسون دارند.

۲۳- (۴)

۲۴- (۴) تحرک و جهت یابی برای افراد نابینا و بخصوص برای این که بتوانند زندگی مستقلی داشته باشند، جنبه اساسی دارد، برای تربیت تحرک و جهت یابی از وسایلی استفاده می شود. اغلب معلمانی که تحرک و جهت یابی را تعلیم می دهند، استفاده از عصای هوور را برای اکثر نابینایان توصیه می کنند.

۲۵- (۱) علت این امر این است که کودک با برقراری دفاع های نیرومندی بر علیه احساس ها، وارد دوره کمون می شود و عدم سازگاری هایی که در مرحله کمون پیش می آیند، ریشه بسیاری از آسیب های روانی است که فرد به آنها دچار میشود، احساسات اودیپال هر چند بنظر حل شده می آیند و خاموش می شوند، اما موجودیت آنها در ناخودآگاه کودک ادامه می یابد.

۲۶- (۲) این افراد اگر چه ممکن است دارای هوش عادی یا حتی بالاتر از عادی باشند، اما به سبب ناتوانی در برقراری ارتباط و رفتارهای غیر عادی و ناپخته و ناتوانی در برقراری ارتباط کلامی، حتی، دشوار، خوانده می شوند و به همین جهت در ارزیابی توسط همسالان خود، احتمالاً نمراتی پایین تر از توان واقعی خود کسب میکنند.

۲۷- (۳) اگر هدف آرامش بخشی باشد و کم کردن بی قراری این افراد از داروهای مثل هالوپریدول استفاده می شود، اما روان درمانی در شکل تغییر رفتار، اقتصاد ژتونی و شرطی کردن برای کمک و اصلاح رفتار آنان بسیار مفید است.

۲۸- (۲) اختلالات گفتاری در تمامی انواع عقب ماندگیهای گفتاری وجود دارد. اما در گروه شدید و عمیق آنچنان مشخص و شدید است که نمی توان نام تأخیر در تکلم را بر آن گذاشت. اما گروه ضعیف در بیان عقب ماندگی دارند و تأخیر رشد تکلمی از ویژگی های این گروه است.

۲۹- (۴) دربررسی هایی که بالبی انجام داد، مشخص شد که بیشتر کودکان موسسات عمومی در اثر جدایی هایی که بین آنان و والدین پیش می آید، عاری از عاطفه می شوند.

۳۰- (۳)

پاسخ نامه خود آزمایی دو

۱- (۴) علت این امر این است که افراد تحت رژیم که با دارو و روشهای تغییر رفتار و تحت درمان هستند، کاهش وزن خود را در نتیجه تلاش خود می دانند و حتی در دوره های قطع درمان نیز با تصمیم راسخ تری به مهار وزن خود ادامه می دهند. اما افرادی که فقط از یک روش استفاده می کنند یا به خاطر کندی تغییر و یا اینکه تغییرات را از کنترل خود می بینند پس از قطع درمان افزایش وزن می یابند.

۲- (۱) تمایل به خاک خوری جزء هوس ها و ویار دوره حاملگی محسوب می شوند.

۳- (۳) توهم های شنیداری جزء توهم های شایع بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی است. در اغلب موارد صداهایی به شخص مبتلا می گویند که چکار کند و یا درباره اعمال او اظهار نظر می کنند.

۴- (۱) در پژوهش هایی که اخیراً انجام شده است، اثر فلوکستین برای درمان اختلال وسواس فکری و عملی مشخص شده است.

۵- (۴) درمان افراد مبتلا به **agoraphobia** یا ترس از فضای باز دشوارتر از سایر انواع فوبی ها یا ترس های مرضی می باشد.

- ۶- (۳) بیماری ویلسون که در اثر نقص در متابولیسم مس ایجاد می شود، و مس تجزیه نشده ممکن است در کبد یا در مغز تجمع یابد که تجمع آن در مغز عقب ماندگی ذهنی به همراه دارد و علائمی شبیه به پارکینسون ایجاد می کند. حلقه ی قهوه ای رنگ دور چشم از ویژگی های این بیماری است. اگر که میزان زیاد مس در بدن به وسیله داروهای رایجی مانند پنی سیلین کنترل شود، علائم بدنی و ذهنی از بین خواهد رفت.
- ۷- (۴) ویژگی های ذکر شده در گزینه چهارم نشان دهنده سندرم صدای گربه است. این سندرم به این خاطر صدای گربه یا نام دارد که به علت وجود اختلال در دستگاه صوتی و حنجره صدایی شبیه به صدای گربه از حنجره فرد مبتلا شنیده می شود. علت این بیماری وجود اختلال در کروموزوم شماره ۵ می باشد، این کودکان به خاطر ابتلا به عفونت های قلبی و بیماریهای ریوی خیلی زود می میرند.
- ۸- (۲) علت این بیماری اختلال در ژن غالب معمولی می باشد.
- ۹- (۳) سالاد کلمات، کلمات و عبارتی هستند که به طور مجزا معنی دار هستند اما در ارتباط با یکدیگر فاقد معنی هستند متن زیر نمونه ای از این گفتار است: ((اگر اشیاء با چرخش کشاورزی یا سطوح در نگاه ها بچرخد و از لحاظ زمانی با هم چیزی میزان شود، من به یک رشته مدارک قبلی اشاره میکنم که در اظهار نظرهای پیشینم واقعیت های واری شده ای بودند و چیزی هم هست که مربوط میشود به دخترم.....))
- ۱۰- (۲) پژوهش درباره اسکیزوفرنی بیشتر بر دوپامین تاکید دارد که یک انتقال دهنده عصبی فعال در ناحیه ای از مغز است که تنظیم هیجانها را بر عهده دارد.
- ۱۱- (۴) کاتاپلکسی از دست دادن ناگهانی قوای عضلانی است و به حملات پارکینسونال از دست دادن تونوس عضلانی اطلاق می شود به صورتی که بیمار روی زمین می افتد و غالباً با حملات فارکولپتیک همراه است.
- ۱۲- (۴) کریپتومتیریا به معنی فراموش کردن منبع اطلاعات به کار برده می شود.
- ۱۳- (۲) بیماران پارانوایی که دارای هذیان گزند و آسیب می باشند دارای متوسط سن بیشتر از سایر مبتلایان به این بیماری می باشند.
- ۱۴- (۱) آمبی تند نس شکل عملی آمبی والنسی می باشد. آمبی والنسی دو سو گرایی ذهنی است در حالی که آمبی تندنسی دو سو گرایی عملی و رفتاری مانند داشتن تمایل و عدم تمایل، کشش و تغییر و حالت های متضاد می باشد.
- ۱۵- (۱) افراد افسرده خو ویژگی هایی مانند کم اشتها، یا پر خوری، بیخوابی یا خواب زدگی، کمبود انرژی یا احساس خستگی عزت نفس پایین، تمرکز ضعیف یا اشکال در تصمیم گیری و احساس درماندگی دارند وجود بارز بی علاقه ای رو خود انتقاد گری از ویژگی های بسیار برجسته این افراد است.
- ۱۶- (۱) PTSD یا اختلال پس از ضربه مخفف اصطلاح post-traumatic stress disorder می باشد و نشان دهنده استرس پس از سانحه می باشد و علائم اضطراب حاد پس از گریز از مرگ حتمی ناشی از جنگ، تصادف و حوادث طبیعی مانند سیل و زلزله می باشد، فرد مبتلا در جریان واقعه کنترل خود را حفظ می کند اما پس از آن احساس گناه ناشی از زنده ماندن دارند، تمامی گزینه ها غیر از گزینه شماره یک نشان دهنده چنین وضعیتی می باشند.
- ۱۷- (۲) کودکان مبتلا به فنیل کتونوریا به واسطه عدم وجود آنزیم های تجزیه کننده فنیل آلانین و وجود این ماده در شیر مادر جهت جهت جلوگیری از بروز اختلالات مربوط به تغذیه با مواد مخصوص هستند که فاقد فنیل آلانین می باشد.
- ۱۸- (۱) خطر زاییدن یک کودک مبتلا به سندرم داون در زنان ۲۰ ساله در زنان سی ساله در حدود چهل سالگی و بالاخره در ۴۵ سالگی می باشد. به عبارت دیگر یک زن ۴۵ ساله ۵۰ برابر بیش از یک زن ۲۰ ساله استعداد زاییدن کودک مبتلا به این سندرم را دارد.
- ۱۹- (۳) در مورد یک فرد عادی هنگامی شب ادراری تشخیص داده می شود که سن تقریبی وی ۵ سال باشد، علاوه بر این برابر عقلی این سن یعنی سن عقلی ۵ سال را نیز به به عنوان حداقل سنی به منظور تشخیص این اختلال لازم دانسته است، پس برای فرد عقب مانده ذهنی با میتوان از طریق محاسبه زیر سنی که این اختلال مطرح می شود به دست آورد:
- ۲۰- (۱) در ملاک های تشخیص اختلال اوتیستیک تأخیرها یا کارکرد ناهنجار در حداقل یکی از زمینه های ذکر شده را قبل از

سن سه سالگی می‌داند. این تاخیر یا نابهنجاری کارکرد می‌تواند در زمینه‌های: الف) تعامل اجتماعی ب) زبان یا گفتاری که در ارتباطات اجتماعی به کار می‌رود. ج) بازی‌های نمادی یا تخیلی روی دهد.

۲۱- (۳) مبتلایان به سندرم توره از تیک‌های آمیخته رنج می‌برند.

۲۲- (۴) والدین مهم‌ترین منبع اطلاعاتی در مورد توان و استعداد فرزندان خود می‌باشند، زیرا آنان مشاهده‌گر بروز این توان و استعدادها در حالت‌های مختلف رشدی و موقعیت‌های گوناگون بوده‌اند.

۲۳- (۴) گروه عقب‌ماندگی‌های ذهنی عمیق به واسطه شدت آسیب‌های وارده و درجات بسیار زیاد نارسایی‌های مختلف گاه تنها زندگی نباتی دارند. هوشبهر این افراد حداکثر به ۲۵ می‌رسد و تنها ۱ تا ۲ درصد عقب‌مانده‌های ذهنی را تشکیل می‌دهند.

۲۴- (۳) تریزومی کروموزوم شماره ۱۳ تا ۱۵ دارای علائمی مانند عقب‌ماندگی ذهنی شدید، نقایص قلبی، لب‌شکری، کام‌شکری و اختلالات چشمی می‌باشد.

۲۵- (۳) وجود و تداوم رفلکس‌های دوران نوزادی پس از زمانی که بایستی حذف شوند، نشانگر وجود اختلال در سیستم عصبی نوزاد می‌باشد و این امر دلالت می‌کند که فرد در مسیری درستی از رشد سیستم عصبی قرار ندارد.

۲۶- (۲) عقب‌ماندگی ذهنی ناشی از شرایط نامناسب اجتماعی و اقتصادی در پژوهش‌های فراوانی از جمله پژوهش اشکوداک واسپیر به اثبات رسیده است و بدیعی است که برای رشد قوای ذهنی کودک به نحو احسن به محرکات طبیعی احتیاج می‌باشد. اما در تحت چنین شرایطی درصد شیوع عقب‌ماندگان آموزش‌پذیری بیشتر است، که بهره‌هوشی بین ۵۱ تا ۷۰ را دارند.

۲۷- (۱) نقص در عملکرد ماهیچه‌های چشمی و عدم توازن در تونوس آنها باعث مشکلاتی مانند لوچی، دوربینی و نیستا گوموس (یا تکان چشم) می‌شود.

۲۸- (۲) افراد مبتلا به ناشنوایی متوسط بر اساس طبقه‌بندی بریل دارای آستانه شنوایی ۶۹-۵۵ می‌باشد پس حدود میزان از دست رفتن شنوایی آنان حدوداً ۵۵-۴۱ می‌باشد.

۲۹- (۱) مهمترین مشخصه اختلالات رشدی ظهور نارسایی‌های متعدد پس از یک دوره کارکرد بهنجار می‌باشد. این افراد به ظاهر دوره پیش از تولد و زمان تولد بهنجاری را طی می‌کنند و رشد روانی حرکتی در ۵ ماه نخست زندگی به هنجار است و اندازه دور سر نیز طبیعی است اما بین ۵ تا ۴۸ ماهگی رشد سر کاهش می‌یابد و مهارت‌های یدی هدفمند که قبلاً کسب شده‌اند از بین می‌روند و فعالیت‌های کلیشه‌ای دست‌ها همانند حالت شستن یا در هم پیچیدن دست‌ها خود را نشان می‌دهد.

۳۰- (۴) ویژگی‌های ذکر شده مربوط به اختلال لجبازی و نافرمانی می‌باشد. در بررسی ویژگی‌های این اختلال وجود رفتار منف، خصومت و لجبازی که حداقل ۶ ماه دوام داشته باشد از ضروریات است.

پاسخ نامه خود آزمایی ۳

۱- (۲) لالی انتخابی یا سکوت مرضی اغلب بر اثر هیجانه‌های شدید، شوک‌های عاطفی، زد و خورد، از دست دادن والدین، تصادف و... روی می‌دهد و ممکن است مقدمه یک بیماری باشد، این نوع لالی ممکن است به صورت صحبت نکردن انتخابی یا سکوت اختیاری باشد، و کودک با اینکه توانایی صحبت کردن را دارد، به عللی که غالباً جنبه عاطفی دارند با اطرافیان خود خود صحبت نمی‌کنند.

۲- (۳) افسردگی کودکان، مانند بزرگسالان ممکن است دلایل فراوانی داشته باشد، اما مهم‌ترین علت آن محرومیت از مادر یا کمبود محبت مادر است. اشیپتز به توصیف نوعی افسردگی در کودکان پرداخته است که به علت از دست دادن مادر یا کسی این اختلال در مورد کودکانی که در بیمارستان بستری می‌شوند، نیز شایع است.

۳- (۲) این ویژگی‌ها به گروه عقب‌ماندگان ذهنی متوسط تعلق دارد. سن عقلی این افراد بین ۵ تا ۷ سالگی قرار دارد، استعداد‌های ذهنی این افراد در کل ضعیف است و نیزمند نظارت در فعالیت‌های شغلی و تحصیلی هستند و ممکن است دچار نابهنجاری‌های بدنی نیز باشند.

۴- (۱) ماهر، با استفاده از روش دقیق و پیچیده به بررسی تعامل‌های کودک و مادر در ۳ سال اول زندگی پرداخته است. اگر

- چه شهرت ماهر، بخصوص در قلمرو پژوهش های وی درباره روان گسستگی است، اما تبیین آن مستلزم رجوع به فرایند تحول بهنجار میداند و بر این باور است که فقط با شناخت این فرآیند است که میتوان به درک نابهنجاری ها دست یافت. به عقیده ماهر، مرحله در خود ماندگی بهنجار کودک ۴ هفته نخست زندگی یعنی از بدو تولد تا یک ماهگی است.
- ۵- (۴) تغییر پذیری در فرآیند کسب اطلاعات بالینی از مهمترین منابع تشخیص پایانی در آزمون های ساخت دار است.
- ۶- (۴) سروتونین و نوراپی نفرین در اختلال های افسردگی دخالت دارند.
- ۷- (۱) ویژگی اسکیزوفرنی نوع کاتاتونیک، اختلال روانی- حرکتی آشکار است که ممکن است شامل بی حرکتی جنبشی، فعالیت حرکتی مفرط، منف کاری شدید، لالی انتخابی و..... باشد. بی حرکتی جنبشی ممکن است به شکل کاتالپسی یا انعطاف پذیری مرضی باشد.
- ۸- (۲) وسواس های فکری عبارتند از عقاید، افکار، تکانه ها و تصاویر ذهنی پایداری که مزاحم و نامناسب می نمایند و منجر به اضطراب یا پریشانی آشکار می شوند. فرد با محتوای وسواس فکری بیگانه است و آن را تحت کنترل خود نمیداند.
- ۹- (۳) از ملاکهایی که در DSM برای تشخیص بی اختیاری دفع بیان شده است، وجود سن تقویمی حداقل ۴ سال و یا سطحی معادل آن باشد.
- ۱۰- (۱) مطالعات همه گیر شناختی و اجتماعی حاکی از آن است که هراس اجتماعی در زنان شایعتر از مردان است. اما در اکثر نمونه های بالینی، شیوع یا در هر دو جنس برابر است یا بیشتر مبتلایان را مردان تشکیل می دهند.
- ۱۱- (۳) مننژیت التهاب پرده های مغز است که پس از تولد روی میدهد و ممکن است به برخی شرایط آموزشی ویژه مانند مشکلات یادگیری، نقص شنوایی و عقب ماندگی ذهنی منجر میگردد.
- ۱۲- (۱) غیر از مراحل اولیه رشد زبانی که نقش بینایی در آن پر اهمیت است، اغلب متخصصان معتقدند که نابینایی تغییری در توانایی فهم زبان و کاربرد آن به وجود نمی آورد. به عقیده آنها، دانش آموزان مبتلا به نقص بینایی در تست های هوش کلامی فرق چندانی با دانش آموزان بینا ندارند. نقطه پیدایش آنها تفاوت ها ۲ سالگی است.
- ۱۳- (۲) PTSD یا اختلال پس از ضربه از مکانیزم های دفاعی مانند واپس زدن، انکار و ابطال استفاده می شود.
- ۱۴- (۲) در بررسی هایی که تأکید اصلی را بر تفاوت اسکیزوفرنی در میان مردان و زنان داشت، یافته ها نشان دادند که ظهور علائم اسکیزوفرن در مردان غالباً در اوایل زندگی آنان می باشد.
- ۱۵- (۴) اختلال بی اشتها بی عصبی ۶ تا ۴ درصد از مبتلایان پسر و دختران را تشکیل می دهد. اختلال در بین افراد طبقه متوسط به بالا بروز میابد و سن شروع آن اوائل و اواخر نوجوانی است و قبل از ۱۰ سالگی و پس از ۳۰ سالگی به ندرت مشاهده می شود.
- ۱۶- (۴) زوال عقل حالتی است که با علائم زیر مشاهده می شود، زوال تواناییهای شناختی و هوش به شدتی که برای ایجاد اختلال در عملکرد اجتماعی و شغلی شخص کافی باشد. ممکن است پیشرونده ثابت و یا برگشت پذیر باشد. علت آن آسیب و اختلال عملی وسیع مغز می باشد. دمانس در سنین پیری دیده می شود و میزان بروز آن با بالا رفتن سن افزایش می یابد.
- ۱۷- (۴) نوروها مثل ترس های مرضی، افسردگی، وسواس و..... بین زنان شایع تر است و مردان بیشتر به سایکوزها مبتلا میشوند. اما بررسی های جدید نشان می دهد که افسردگی و فوبی در میان زنان و الکلیسم و وابستگی به مواد مخدر در میان مردان شایع تر است.
- ۱۸- (۳) افسردگی، برای شخص عادی حالتی مشخص با غمگینی و گرفتگی و بی حوصله گی و برای متخصصین گروه وسیعی از اختلالات خلقی را تداعی می کند. ویژگی های ذکر شده در سوال مربوط به افسردگی خفیف است.
- ۱۹- (۴) تقویت حمایت های اجتماعی نقش مهمی در میزان کاهش اضطراب فرد دارد. در ضمن بیمار بایستی به روش های مقابله با فشارهای روانی را نیز فرا بگیرد که میتواند در طیف وسیعی از آرامش آموزی به روشهای گوناگون وجود داشته باشد.
- ۲۰- (۱) بر اساس دید گاه زیستی، وراثت سیستم اعصاب و مغز به همراه غدد درون ریز از مهمترین عوامل ایجاد کننده رفتار غیر عادی میباشند.
- ۲۱- (۴) اختلال وسواس فکری - عملی یک رویداد ذهنی مزاحم و تکرارشونده است که میتواند به صورت یک فکر، احساس یا عقیده درآید، مثل شمارش، امتحان یا اجتناب، ویژگی این اختلال وجود وسواس ها و اجبارهایی است که شدت آنها برای

ایجاد ناراحتی، صرف وقت و تداخل قابل ملاحظه در زندگی روزمره، عملکرد شغلی یا فعالیت های اجتماعی عادی و روابط با دیگران کافی است. بیمار مبتلا به وسواس جبری به غیر منطقی بودن وسواس خود واقف بوده وسواس نه تنها اضطراب بیمار را کم نمی کند، بلکه به آن دامن می زند. این اختلال در نوجوانی و جوانی شروع میشود. افراد مبتلا معمولاً هوش بالاتر از حد متوسط دارند.

۲۲- (۲)

۲۳- DSM(۴) حداقل سن تقویمی یا برابر سن عقلی ۴ سال را برای تشخیص عدم کنترل مدفوع ضروری می داند. این بیماری در بین پسران شایع تر از دختران است.

۲۴- (۱) هر نوع گفتاری که با ارتباط شفاهی عادی مغایرت داشته باشد و سبب ایجاد مشکلات سازگاری در گوینده شود، نارسا گوئی است و بر همین اساس فرد ممکن است که نیازهای آموزشی ویژه داشته باشد شایعترین مشکلات گفتاری و نارسا گوئی در کودکان مدرسه ای، مشکلات تولید است اما مشکلات دیگری مانند لکنت و یا مشکل تولید صوت نیز ممکن است باعث نگرانی شوند.

۲۵- (۲) میانگین هوش افراد اجتماع ۱۰۰ و انحراف معیار آن ۱۵ است. فرد دارای عقب ماندگی شدید ۳ تا ۴ انحراف معیار زیر میانگین قرار دارد.

۲۶- (۱)

۲۷- (۳) محور ۳..... شامل بیماری های جسمانی است این بیماری ها ممکن است به طریق مختلف با اختلال های روانی رابطه داشته باشند. تعدادی از این بیماری ها عبارتند از: بیماری دستگاه گردش خون، بیماری غدد درون ریز و تغذیه ای و بیماری های دستگاه تنفس و مادر زادی و.....

۲۸- (۲) شکاف کام اصطلاحی است در مورد سوراخی موجود در سقف دهان که از بدو تولد وجود دارد. کودکانی که این مشکل را دارند عقب ماندگی ذهنی نیز دارند ناشنوایی در میان این افراد شایع است. این اختلال به وسیله یک جراحی بر روی کام رفع می شود.

۲۹- (۱) اختلال نشخوارگی که عبارت است از بالا آوردن غذا و جویدن مجدد آن، که در شیر خواره و کودک پساز دوره ای از کارکرد به هنجار بروز میکند و این عمل حداقل برای یک ماه بایستی وجود داشته باشد. این اختلال در پسران بیشتر دیده میشود. سن شروع معمولاً بین ۳ تا ۱۲ ماهگی است. اما در افراد عقب مانده این اختلال دیرتر ظاهر می شود. اختلال نشخوار در شیرخواران غالباً به صورت خود به خودی رو به کاهش میگذازد ولی در بعضی از موارد شدید سیر این اختلال پیوسته و مداوم است.

۳۰- (۳) فرآیند تشخیص مورد استفاده قرار گرفته توسط ((راتر)) به منظور مشخص کردن اوتیسم و نیم رخ روانی آن مورد استفاده قرار می گیرد.

۳۰- (۴)

۱- (۲) در این دیدگاه تعامل خانوادگی به عنوان هسته اصلی علت شناسی اختلاف روانی- جسمانی در نظر گرفته شده است
۲- (۱) اختلالات گویایی بر اثر عوامل روانی گاهی به صورت لالی کامل یا سکوت مرضی یا لالی عاطفی در می آید که اغلب بر اثر هیجان های شدید،

۳- (۳) طبق نظربندورا، آسیب روانی از یاد گیری های غلط و الگو برداری نادرست که به انتظارات غلط درباره جهان پیرامونی در فرد منجر میشود به وجود میاید، وظیفه روان درمانگران است که تجارب را فراهم آورد که انتظارات غلط را تأیید نمیکند و به جای آنها انتظارات درست تر و سالم تری را قرار میدهند. به علاوه بندورا و همکارانش تعدادی آزمایش انجام داده اند و در آنها اثر بخشی الگو برداری را در درمان اختلالاتی مثل فوبیها نشان داده اند.

۴- (۴و۱) جدا کردن نقش سروتونین و نوراپی نفرین در اختلال های افسردگی دشوار است. برخی بررسی ها نشان داده اند که سروتونین در این مورد نقش مهمتری دارد، در حالی که در بررسی های دیگر نقش نوراپی نفرین مهم تر شناخته شده است. این امکان نیز وجود دارد که هر یک از انتقال دهنده های عصبی در گونه های مختلفی از افسردگی دخالت داشته باشند.

۵- (۴) در کتاب DSMIV حداقل سن تقویمی را ۴ سال و یا در سطح رشد معادل آن تعیین کرده اند و در بین کودکان ۵

درصد گزارش داده اند. که اکثراً در بین پسران گزارش شده است. در دوره سیر این اختلال بیان شده است که اگر فرد کمتر از ۴ سال داشته باشد، تشخیص بی اختیاری دفع داده نمیشود، یعنی گزینه های ۱ تا ۳ نادر میشوند و در مورد گزینه چهارم نیز میزان شیوع تنها یک درصد میشود. پس سن تقویمی ۴ سال صحیح است که در این سوال نوشته نشده است.

۶- (۴) کارگاه های حفاظتی، محیط هایی هستند که به گونه ای سازمان یافته اند که در آنها افراد عقب مانده را طوری تربیت میکنند تا عادات لازم را برای کار یاد بگیرند. مهارت های خاصی را که دربرخی مشاغل لازم است بیاموزند و سر انجام کاری را که به دریافت مزدی منجر می شود در خود کارگاه و یا در سطح جامعه بدست آورند. البته این کارگاه ها از نظر مشخصات افرادی که در آن کارآموزی میکنند و موقعیت محلی و نحوه مدیریت و کارکنان یکسانی است، می تواند از جایی به جای دیگر متفاوت باشد.

۷- (۲) راه رفتن در خواب یا Somnambulism طبق کتاب DSMIV جزء اختلالات خواب می باشد و به خصوص میان راه رفتن در خواب و وحشت

شبانه کیفیتی مشترک وجود دارد. این مشکل چند بار در زندگی کودک روی میدهد و ادامه آن در سنین بلوغ بسیار نادر است و اغلب در کودکان عصبی، بیقرار و حساس دیده میشود و به ندرت می تواند نشانه ای از صرع باشد.

۸- (۱) آتاکسی (Ataxia) حالتی است که با عدم هماهنگی حرکت عضلات ظریف و عمده بخصوص آنچه مربوط به حس تعادل، وضعیت و جهت یابی فضایی میشود، همراه است. آتاکسی نوعی فلج مغزی به حساب می آید. البته در نوع اسپاستیک نیز اشکال در حرکات ناشی از انقباض ناگهانی و غیر ارادی عضلات می باشد.

۹- (۴) آفازی یا دیسفازی (Aphasia dysphasia) عبارت است از فقدان یا نقص توانایی درک یا فرمولی کردن زبان. یا نقص به علت آسیب های

نورولوژیک به وجود می آید.

۱۰- (۴) رژیم غذای این افراد بایستی مشتمل بر فنیل آلانین به مقدار بسیار کم و اسد های آمینه لازم به مقدار مناسب است و این رژیم درمانی بایستی تا ۶ یا ۷ سالگی وجود داشته باشد چون شیر مادر دارای مقدار زیادی آلانین است این رژیم با قطع شیر مادر شروع می شود.

۱۱- (۱) دو ویژگی عمده افسردگی، عبارتند از: ناامیدی و غمگینی، شخص رکود و حشمتناکی احساس می کند و نمیتواند تصمیمی بگیرد یا فعالیتی را شروع کند و یا به چیزی علاقه مند شود او در احساس بی کفایتی و بی ارزشی غوطه ورمی شود، گاه زیر گریه میزند و گاه ممکن است به فکر خود کشی بيفتد.

۱۲- (۲) اختلاف کیفی در تعامل اجتماعی که به حداقل دو مورد از موارد زیر نمایان میشود، از ویژگی های اختلالات رشدی و روان گسیختگی کودکان می باشد. اختلال جدی در رفتارهای غیر کلامی چند گانه مانند نگاه کردن رو در رو، تماس چشمی، بیان چهره ای، اطوار و حرکات بیانگر بدنی برای تنظیم تعامل اجتماعی.

۱۳- (۲) لکنت زبان نقص یا ناتوانی جسمی نیست و مرکز بیان و ادای کلمات سالم است این افراد خود را مخفی میکنند، در بازی ها و تسریع شرکت نمی کنند و همین رنج و نگرانی باعث شدت لکنت زبان می شود.

۱۴- (۲) اضطراب و نگرانی و همراهی حداقل سه نشانه های زیر نشانه اختلال اضطرابی تعمیم یافت می باشد. اشکال در تمرکز، تحریک پذیری، تنش عضلانی و اشکال در خواب، شرمندگی و سرخ شدن در حمله نیز از دیگر نشانه های این اختلال است.

۱۵- (۳) وسواس های فکری عبارتند از، افکار، تکانه ها، یا تصاویر ذهنی برگشت کننده و پایدار که در مقطعی از اختلال به شکل مزاحمی تجربه میشوند و باعث اضطراب یا ناراحتی قابل ملاحظه می شوند. این افکار و تکانه ها یا تصاویر ذهنی صرفاً نگرانی هایی مفرط در مورد مشکلات زندگی واقعی نیستند.

۱۶- (۱) یکی از انواع واکنش های انفکاکی اختلالات عصبی و پریشانی کامل روانی است که شخص گرفتار، از محیط خود می گریزد. زیرا نمیتواند با آن سازش کند. و در جای دیگر زندگی متفاوتی با زندگی پیشین خود آغاز می کند و با آنکه زندگی قبلی خود را کاملاً فراموش می کند سایر تواناییهای او بر جا میمانند و وی به نظر دیگران یک فرد طبیعی میرسد.

۱۷- (۳) در بی اشتها بی عصبی یا anorexia nervosa فقدان قاعدگی حداقل سه دوره پیاپی در زنان پس از نخستین قاعدگی یکی از علایم می

باشد لازم به تذکر است که یک زن در صورتی مبتلا به فقدان قاعدگی است که در دوره های قاعدگی وی تنها پس از تجویز هورمون مانند استروژن روی دهد.

۱۸- (۲) از میان ویژگی های اختلال شخصیتی جامعه ستیزی دو ویژگی بیش از همه ارزش تشخیص دارند، که عبارتند از: فقدان محبت و عدم احساس گناه، یعنی این افراد احساس همدلی و یا وفاداری نسبت به یک شخص دیگر ندارند. و نیز احساس پشیمانی نسبت به عمل خود ندارند. این افراد دروغگو هستند و نیاز زیادی به شور و هیجان بدن توجه به آسیب های احتمالی آن دارند، اغلب مردمان باهوش و جذاب هستند که دیگران را فریب می دهند.

۱۹- (۳) این نوع از اسکیزوفرنی به همراه اختلال روانی- حرکتی می باشد و ممکن است شامل بی جنبشی حرکتی مفرط، منفی کاری شدید، لالی انتخابی، حرکات ارادی عجیب و غریب، پژواک گویی یا پژواک کرداری می باشد و در مقایسه با انواع دیگر اسکیزوفرنی زودتر روی می دهد به همین جهت اسکیزوفرنی جوانی خوانده میشود.

۲۰- (۲) از نظر فروید، مقاومت ها نشانگر آن هستند که بیماران به خاطرات یا اندیشه هایی رسیده اند که یاد آوری آنها بیش از اندازه وحشتناک، شرم آور، یا نفرت انگیز هستند. فروید فکرمی کرد که مقاومت نوعی محافظت در برابر درد هیجانی است، و حضور درد خود نشانه آن است که روانکاو به منبع مشکل نزدیک می شود و روانکاو باید به پیگیری در آن زمینه ادامه دهد.

۲۱- (۳) این نوع اختلال به صورت کلی در کتاب به ۴ بخش تقسیم شده است: (۱) اختلال هراس (اختلال وحشت زدگی، بدون گذر هراسی، با گذر هراسی، با گذر هراسی بدون سابقه اختلال وحشت زدگی، هراس مشخص، هراس اجتماعی، ۲) اختلال وسواس فکری- عملی، ۳) اختلال فشار روانی پس از ضربه، ۴) اختلال اضطرابی فراگیر

۲۲- (۳) این دارن ها دارای سه حلقه بنزنی هستند و به داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای مشهور هستند که شامل آمی تریپلین ایمپرامین و نورتریپ تیلین می باشند.

۲۳- (۴) افسردگی در کودکان مانند بزرگسالان ممکن است علل متفاوتی داشته باشد. علت مهمی که در کودکان باعث پیدایش افسردگی می شود و با بزرگسالان فرق دارد، محرومیت از مادر یا کمبود محبت مادر است. این افسردگی به علت از دست دادن مادری کسی که کودک به او وابستگی داشته ایجاد میشود، به خصوص اگر غیبت مادر با جانشینی فرد دیگری تامین نشود. کودکانی که در بیمارستان بستری می شوند، به علت از دست دادن ارتباط عاطفی بین مادر و کودک دچار نوعی افسردگی می شوند (اانا کلینیک)) نامیده می شود که به معنی وابستگی به دیگران یا ارضای غرایز توسط دیگران است.

۲۴- (۲) بیماری هورلر کشف شده توسط هورلر از راه ارث مغلوب و کروموزوم های معمولی انتقال میابد، علت بیماری نارسایی فقدان آنزیمی است که مواد پلی ساکارید را سوزانده و به مصرف می رساند. به علت فقدان نارسایی آنزیم موادی به صورت اسید های موکوپلی ساکارید در نسوج مختلف بدن مخصوصاً برنامه دستگاه عصبی، کبد و طحال انباشته میشوند و بیماری را به وجود می آورند.

۲۵- (۳) از دیدگاه روان تحلیل گری شب ادراری عبارت از بازگشت به مراحل قبلی و اولیه رشد به منظور ارضای تمایلات برآورد نشده و برای جلب نظر والدین و دریافت محبت حتی در ساعات نیمه شب و یا حالات انتقام در رقابت به کودک کوچکتر است. آدلر عقیده دارد که ناتوانی در کنترل ادراریک حقارت ذاتی است به علاوه همه اعضای بدن انسان به یک اندازه توانایی ندارند و هرکسی ممکن است در یکی از اعضای خود دارای ضعف سرشتی باشد. بنابراین کودک مبتلا به عدم کنترل ادرار دچار حقارت عضوی دستگاه پیشاب است. عدم کنترل ادرار ممکن است یک علامت انتخابی برای هدف های مختلف باشد تا از طریق آن کودک مادر را به انحصار خود درآورد. اما از دیده رفتار شناسی، این اختلال به منزله بازپیدایی مرضی یک رفتار غریزی و ذاتی است که از اول با کودک همراه بوده است.

۲۶- (۱) دی پلژی (فلج دو طرف) نوعی فلج مغزی است که در آن پاها بیش از دست ها مبتلا هستند و ده تا بیست درصد از انواع فلج های مغزی را شامل می شود. اما در پارا پلژی تنها پاها درگیر هستند. این مسئله در اثر آسیب های وارده بر طناب نخاعی بروز می یابد و اغلب به همراه از دست دادن احساس در نواحی پایین تر از محل آسیب دیده می باشد.

- ۲۷- (۲) بهره هوشی و یا که با علامت نشان داده می شود، عبارت است از خارج قسمت سن عقلی بر سن تقویمی یا ضرب در صد، عدد صد به عنوان ضریب به کار می رود تا در مواردی که سن ذهنی برابر با سن زمانی است مقدار هوشبهر برابر ۱۰۰ باشد. اگر سن ذهنی بیشتر از سن زمانی باشد، هوشبهر بیش از صد و اگر کمتر از آن باشد، هوشبهر کمتر از صد می باشد.
- ۲۸- (۲) حساسیت زدایی نظامدار را می توان فرآیند ناشروطی سازی تقابلی به شمار آورد. این شیوه درمانی در از بین بردن ترس ها یا هراس ها کارآیی دارد، که عبارت است از ضعیف سازی یک پاسخ غیر انطباقی به کمک نیرومند سازی یک پاسخ مخالف ناهمساز با آن.
- ۲۹- (۱) گزینه های ۲ الی ۴ انواع دیگری از اسکیزوفرنی می باشند، و جنون زودرس از اصطلاحاتی است که قبل از واژه اسکیزوفرنی مورد استفاده قرار می گرفت و علت کاربرد آن این بود که این اختلال در حدود بیست سالگی علائم خود را نشان می دهد و در نوعی از آن شروع علائم از دوره نوجوانی می باشد.
- ۳۰- (۴) وجود این باور که اشخاص در مورد فرد یا علیه او توطئه چینی می کنند از هذیان هایی است که کمتر رایج می باشد و در اسکیزوفرنی نوع پارانویایی وجود دارد. چنین فردی ممکن است نسبت به دوستان و خویشان خود بد گمان باشد، از اینکه مسمومش کنند، می ترسد. اینان می پندارند که احساسات و افکار آنان توسط یک نیروی بیرونی کنترل می شود، این افراد همچنین حساسیت بسیار بالایی از خود نشان می دهند.

پاسخ نامه خود آزمایی ۵

- ۱- گزینه ۳ صحیح است
- ۲- گزینه ۱ صحیح است
- ۳- گزینه ۳ صحیح است
- ۴- گزینه ۱ صحیح است
- ۵- گزینه ۲ صحیح است
- ۶- گزینه ۳ صحیح است
- ۷- گزینه ۳ صحیح است
- ۸- گزینه ۱ صحیح است
- ۹- گزینه ۱ صحیح است
- ۱۰- گزینه ۳ صحیح است
- ۱۱- گزینه ۴ صحیح است
- ۱۲- گزینه ۱ صحیح است
- ۱۳- گزینه ۳ صحیح است
- ۱۴- گزینه ۳ صحیح است
- ۱۵- گزینه ۳ صحیح است

پاسخ نامه آزمون سراسری ۸۴

- ۱- (۲) در طبقه بندی مقوله ای ملاک طبقه بندی حضور یا عدم حضورشان مطرح است در این نوع طبقه بندی بیمار روانی در طبقاتید کاملاً متمایز گنجانده می شود که در واقع DSMITVTR بر این اساس تهیه شده است. در طبقه بندی ابعادی بر مبنای کمیت و فراوانی وقوع نشانه تأکید میشود و ریخت شناسی حضور چند نشانه اصلی اهمیت دارد.
- ۲- (۴) اشکالات فکری و درکی از مهمترین مشخصه های افراد روان پریش است. در واقع اشکالات فکری در فرم، جریان و محتوای فکر اتفاق می افتد و اشکالات مربوط به ادراک هم به صورت هذیان و توهم بروز می کند، در واقع اختلال در محتوای فکری را هذیان می نامند که همان افکار و باورهای غیر منطقی و نادرست است که با توضیح دادن اصلاح نمیشود و با فرهنگ فرد ناهمخوان است.
- ۳- (۳) افرادی که دارای اضطراب تعمیم یافته هستند دارای یکسری اضطراب موج و شناور هستند معمولاً کودکانی که

دارای اضطراب تعمیم یافته هستند در مقایسه با سطح تحولی خود نگران تر به نظر میرسند و از لحاظ رشدی جلوترند و کمال جو می باشند تردید های وسواس آمیز نسبت به خویش دارند و عده ای هم تبعیت جویی افراطی به منظور دستیابی تأکید دیگران نیز نشان می دهد.

۴- (۴) اختلال شخصیت اسکیزو فرنی فرم دارای افکار، اعمال و تفکر جادویی و عجیب و غریب هستند.

۵- (۱) بیماری هیستریک از دیدگاه فروید بر اساس تعارضات عاطف شکل می گیرد که این تعارضات در مرحله احویلی رخ میدهد، ولی درجه تحول یافته من را در بروز نشانه های هیستری دخیل می داند و عنوان می کند که کشاننده های شدید لیبیدویی در مقابل من تحول نیافته قرار می گیرد و این تحول نایافتگی باعث ناتوانی فرد در مهار کردن یا جهت دادن به این کشاننده میشود که مجموعه بدن و یا رفتارهای کودک از سرمایه گذاری لیبیدویی اشباع می گردد ولی در بیماری وسواس تحول من نسبت به کشاننده هایی لیبیدویی پیشرفته تر است.

۶- (۳) اختلالات فراگیر رشد عبارتند از: ۱- اوتیسم (درخود ماندگی)، ۲- رت ۳- آسپرگر، ۴- از هم پاشیدگی کودکی.

۷- (۱) اختلالات خواب عبارتند از: ۱- بیخوابی نخستین، ۲- فزون خوابی نخستین، ۳- خواب زدگی، ۴- اختلال خواب وابسته به تنفس، ۵- اختلال خواب وابسته به ریتم چرخه خواب اختلالات شبه خواب (پاراسومیناها): ۱- کابوس شبانه ۲- وحشت زدگی شبانگهی. ۳- خوابگردی اختلال خواب گردی معمولاً در ثلث اول خواب است (امواج کند)

۸- (۲) در زمینه اضطراب رفتار گرایان عنوان می کنند که اضطراب به منزله یک کشاننده ثانوی است که منجر به پاسخی اجتنابی می گردد.

۹- (۴) روان شناسان بالینی علت اختلالات روانی را کشمکش بین انگیزه های مختلف انسانی می دانند.

۱۰- (۱) افرادی که دارای اختلال شخصیت مرزی هستند دارای بی ثباتی در روابط بین فردی، خلق، رفتار، عواطف و خود انگاره مشخص هستند و معمولاً تکانشی غیر قابل پیش بینی اند.

۱۱- (۱) داروهای محرک (تحرك زا) مثل ریتالین، رکسدرین، لمولین داروهای انتخابی برای اختلال نقص توجه و بیش فعالی هستند.

۱۲- (۳) از دیدگاه کودکان زیر ۴ سال مرگ پایانی قطعی و بازگشت ناپذیر است.

۱۳- (۲) نظریه ماور به نظریه دو عاملی معروف است که در مرحله اول علامت آموزی است که بر اساس دید گاه شرطی کلاسیک پاولف شکل می گیرد و در مرحله دوم همان راه حل آموزی است که بر اساس شرطی سازی عامل اسکینر توجیه می شود.

۱۴- (۲) اختلال آسپرگر یکی از اختلالات رشدی فراگیر است که نشانه های آن عبارتند از: اختلال در تعامل اجتماعی که مهم ترین مشکل این افراد است. ۲) اختلال ارتباطی که البته عملکرد زبانی سالم است ولی شیوه بیانی با فرهنگ سازش نیافته است. ۳) گرایش به یکنواختی و استفاده قالبی از اشیاء ۴) اختلال در مهارت های حرکتی و مشکل در انجام حرکات ظریف. ۱۵- (۳) در یاد زدودگی پیش گستر فرد حافظه خود را برای دوران قبل از ضربه از دست میدهد و در یاد زدودگی پس گستر فرد حافظه خود را بعد از ضربه از دست می دهد.

۱۶- (۱) مادری که دارای گروه خونی A است آنتی کور خونی B است جنین که دارای گروه خونی B است آنتی کور خونی او A است.

۱۷- (۴) تآ ساکس توسط وارن تآ و برنارد ساکس معرفی شد که یک اختلال متابولیسمی چربی است که از طریق زنجیره مغلوب به ارث می رسد جنبه وراثتی دارد و معمولاً مادر زادی است در این بیماری مقدار زیادی کانگلوژید در یاخته های مغزی کودک تجمع می یابد که از طریق پیشگیری ثانویه قابل درمان است.

۱۸- (۳) چامسکی نظریه نهاد گرایی ساخت زبان را مطرح نمود، وی عنوان میکند که کودک قادر است از راه قیاس، واژه های قابل درکی را بسازد یعنی از کلمه ای استفاده کند که آن را تاکنون نشنیده است.

۱۹- (۲) اینهلدر یکی از پیروان و ادامه دهندگان کارپیازه در زمینه رشد شناختی است وی عنوان می کند که کودکان عقب مانده ذهنی خفیف بزرگسال حداکثر تا حد عملیات عینی رشد می کند، یعنی عمل منطقی را با حضورش انجام می دهد.

۲۰- (۱) بیماری لش نیهان، کلاین فلتز، اختلالاتی اند که در جنس مذکر قابل مشاهده اند.

- ۲۱- (۴) بیماری ویلسون: اولین نشانه های بیماری به صورت حرکات غیر ارادی صورت، لرزش دست ها و اندام ها ظاهر میکند.
- ۲۲- (۴) بیماری لورنس بیدل مون اختلالی است که در اثر اختلال عملکرد هیپوتالاموس ایجاد می شود و از طریق ژن مغلوب به ارث میرسد و نشانه های آن عبارتند از: ضعف بینایی، شش انگشتی، کمی رشد اعضای تناسلی، چاقی زیاد و ضعف روانی و ذهنی.
- ۲۳- (۲) بیماری فنیل کتونوریا یک اختلال متابولیکی مواد پروتئینی است که از طریق ژن مغلوب و کروموزوم های معمولی به ارث می رسد.
- ۲۴- DSMIV (۴) سه نشانه را برای عقب ماندگی ذهنی ارائه کرده است: هوشبهر کمتر از ۷۰، ۲- محدودیت در مهارت های انطباقی و سازشی، ۳- شروع قبل از ۱۸ سالگی
- ۲۵- (۲) بیماری تای ساکس اختلالی در سوخت و ساز چربی است که دارای سه نوع شیر خوارگی (۶ ماهگی تا ۳ سالگی) کودک (۳ سالگی تا ۶ سالگی) و قبل از نوجوانی (۶ سالگی تا ۱۲ سالگی) و فرم بزرگ سالان (بعد از ۱۳ سالگی) به نام سندروم توف دیده می شود که این افراد دارای نشانگان زیر هستند، بی تفاوتی به محیط، کوری، آتروپی بینایی، لکه های قرمز در لکه زرد چشم، رنگ دانه های فلفل نمکی در شبکیه و بالاخره تحلیل پیش رونده، تحلیل بینایی که به عقب ماندگی ذهنی و فلج مغزی و مرگ می انجامد.
- ۲۶- (۳) ناشنوایی انتقالی در اثر آسیب به گوش میانی یا داخلی به وجود میاید و ناشنوایی عصبی در اثر آسیب به حلزون گوش. افراد دارای ناشنوایی انتقالی ارتعاشات نزدیک را درک نمی کنند.
- ۲۷- (۱) کودک استثنایی کودکی است که نیاز مند آموزش ویژه است.
- ۲۸- (۲) عقب ماندگی ذهنی عمیق کودکی است که هوش بهر زیر ۲۰ دارد و آنها را ایزوله یا حمایت پذیر می نامند و معمولاً از نظر زبان اکولالیا (تکرار تکلم) دارند و سخن نامفهوم و بی هدفی را به کار می گیرند و این کودکان قادر به انجام مهارت های خود یاری نیستند.
- ۲۹- (۴) کودکان دارای لکنت زبان در واقع در نظم دهنده گی زبان مشکل دارند. یعنی اینها فاقد سیالی کلام هستند، این اختلال جزء اختلالات ارتباطی تقسیم بندی می شوند.
- ۳۰- (۴) برای کودکان ناشنوا استفاده از الفبای انگشتی مناسب ترین شیوه آموزشی است.

پاسخ نامه آزمون سراسری ۸۶

- ۱- گزینه ((۳)) صحیح است
- ۲- گزینه ((۳)) صحیح است
- در کودکان مبتلا به بیماری تای ساکس سلول های عصبی مغز متورم شده و پرونوپلاسم سلول های مغزی از مواد چربی پر می شوند و هسته سلولها نیز به خارج رانده می شوند و تحلیل می یابند
- ۳- گزینه ((۴)) صحیح است
- ۴- گزینه ((۲)) صحیح است
- ۵- گزینه ((۱)) صحیح است
- تقویت منفی عبارت است از حذف محرک نامطبوع پس از انجام رفتار مطلوب
- ۶- گزینه ((۳)) صحیح است
- ۷- گزینه ((۲)) صحیح است
- این بیماری از راه ارث مغلوب و کروموزوم های معمولی انتقال می یابد. علت بیماری نارسایی یا فقدان آنزیمی است که مواد پلی ساکارید را سوزانده و به مصرف می رساند
- ۸- گزینه ((۳)) صحیح است
- با آزمایش کلرور فریک می توان به وجود این اختلال پی برد. این آزمایش معمولاً در هفته چهارم تا ششم انجام می شود.

معالجه بیماران با رژیم غذایی بدون فنیل آلانین و سایر اسید آمینه هایی است که در بدن به آن تبدیل می شود. برای اینکه پیشگیری به نتیجه مطلوب برسد، باید برنامه غذایی قبل از ۱۵ ماهگی اجرا شود.

۹- گزینه ((۲)) صحیح است

این بیماری توسط انگلی به نام ترکسوپلاسما گوندی از مادر به جنین منتقل می شود.

۱۰- گزینه ((۳)) صحیح است

براساس نظریه سلیگمن سبک اسنادی بیماران افسرده درونی، کلی و پایدار است

۱۱- گزینه ((۱)) صحیح است

۱۲- گزینه ((۱)) صحیح است

۱۳- گزینه ((۴)) صحیح است

پژوهش گران وجود نارسایی هایی در قطعه چپ گیجگاهی را مسئول ضایعه گفتار و روابط اجتماعی افراد در خود مانده دانسته اند.

۱۴- گزینه ((۲)) صحیح است

در اختلال آسپرگر، زبان به نوبه دست نخورده است و در حد بهنجار متحول می شود.

۱۵- گزینه ((۲)) صحیح است

۱۶- گزینه ((۳)) صحیح است

سابقه بهره کشی جسمانی و جنسی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت چند گانه بیشتر است.

۱۷- گزینه ((۴)) صحیح است

۱۸- گزینه ((۳)) صحیح است

درنوجوانان مبتلا به سوء مصرف مواد، اختلال شخصیت ضد اجتماعی بیشتر است.

۱۹- گزینه ((۴)) علامت مشخصه اختلال شخصیت مرزی، بی ثباتی در قسمت های مختلف شخصیت است از جمله خلق و خو

۲۰- گزینه ((۴)) صحیح است

۲۱- گزینه ((۱)) صحیح است

۲۲- گزینه ((۲)) صحیح است

اختلال شخصیت هیستر یانیک، ضد اجتماعی و مرزی در یک گروه قرار می گیرند. افراد مبتلا به این اختلالها، بیش از حد نمایشی، هیجانی و دمدمی یا غیر قابل پیش بینی هستند.

۲۳- گزینه ((۲)) صحیح است

۲۴- گزینه ((۱)) صحیح است

پاسخ نامه آزمون سراسری ۸۷

۱- گزینه ((۲)) صحیح است

درخویشاوندان افراد اسکیزوفرنیک بر اساس یک نظریه خلاقیت بیشتر است. کارسون اصطلاح فرنیک را درمورد افرادی با سرشت اسکیزو فرنیک و خلاق به کار برد.

۲- گزینه ((۴)) صحیح است

فروید اضطراب را سخته نوع اخلاقی، روان رنجور و واقع بینانه می دانست. در این مورد اضطراب واقع بینانه است.

۳- گزینه ((۱)) صحیح است

در سیر ADHD؛ ابتدا بیش فعالی کاهش می یابد.

۴- گزینه ((۳)) صحیح است

۵- گزینه ((۲)) صحیح است

۶- گزینه ((۱)) صحیح است

در اختلال استرس پس از سانحه فرد به خاطر مردن دیگران، و زنده ماندن خود، دچار احساس گناه می شود.

۷- گزینه ((۳)) صحیح است

۸- گزینه ((۳)) صحیح است

محور II دی اس ام مربوط به اختلالات شخصیت و عقب ماندگی ذهنی است و محورا مربوط به اختلالات بالینی است.

۹- گزینه ((۴)) صحیح است

افراد شخصیت اجتنابی شیفته روابط اجتماعی هستند اما به خاطر ترس از انتقاد از این روابط اجتناب می کنند اما افراد دارای شخصیت اسکیزوئید حتی علاقه ای به روابط با افراد خانواده خود نیز ندارند.

۱۰- گزینه ((۴)) صحیح است

۱۱- گزینه ((۴)) صحیح است

اضطرابی که فرد مبتلا به ((هراس اجتماعی)) تجربه می کند ویژه موقعیت های خاص است اما ((اگورافوبی)) فراگیر است.

۱۲- گزینه ((۱)) صحیح است

در خود بیمار انگاری فرد بر اساس سوء تعبیر از نشانه های بدنی، به مبتلا شدن به بیماری جدی اشتغال دارند.

۱۳- گزینه ((۴)) صحیح است

درمدل A-B-C آلبرت الیس نماد رویداد فعال ساز B نشانگر باور و عقاید فرد و C پیامد خاص است

۱۴- گزینه ((۳)) صحیح است

۱۵- گزینه ((۴)) صحیح است

درسندرم صدای گربه، جمجمه کوچک، عقب ماندگی ذهنی، چشمان مورب، آرواره کوچک و گوش های پایین افتاده است.

۱۶- گزینه ((۲)) صحیح است

در بیماری نیمین پیک، سوخت و ساز ماده لیپیدی اسفینگو میلین دچار اختلال می شود.

۱۷- گزینه ((۱)) صحیح است

۱۸- گزینه ((۳)) صحیح است

۱۹- گزینه ((۲)) صحیح است

۲۰- گزینه ((۴)) صحیح است

اختلال در کروموزوم های معمولی نسبت به کروموزوم های جنسی عقب ماندگی شدید تری را به دنبال دارد.

۲۱- گزینه ((۲)) صحیح است

۲۲- گزینه ((۲)) صحیح است

۲۳- گزینه ((۳)) صحیح است

این آزمون ((دقت)) را می سنجد

۲۴- گزینه ((۳)) صحیح است

در بیماری فنیل کتونوری ظاهر عادی است اما عقب ماندگی ذهنی وجود دارد.

۲۵- گزینه ((۱)) صحیح است

در بیماری اسپاسموفیلی کودکان از روش تزریق کلسیم و مصرف ویتامین D استفاده می شود.

پاسخ نامه آزمون سراسری ۸۸

۱- گزینه ((۲)) صحیح است

ترس چهار عنصری اصلی بدنی، رفتاری، شناختی و هیجانی دارد. که در اینجا افزایش پاسخ دهی آزارنده و پرخاشگری، کاهش پاسخ دهی اشتهایی از عناصر رفتاری هستند.

۲- گزینه ((۳)) صحیح است

این الگوهای رفتاری مربوط به اختلال سلوک هستند، اختلال سلوک در بیشتر موارد در بزرگ سالی به اختلال شخصیت ضد اجتماعی می انجامد.

۳- گزینه ((۳)) صحیح است

۴- گزینه ((۴)) صحیح است

۵- گزینه ((۴)) صحیح است

محور II دی اس ام مربوط به اختلالات شخصیت و عقب مانگی ذهنی و محور مربوط I به اختلالات بالینی است.

۶- گزینه ((۱)) صحیح است

این علائم بیشتر در اضطراب تعمیم یافته (GAD) مشاهده می شود.

۷- گزینه ((۲)) صحیح است

۸- گزینه ((۳)) صحیح است

تمایل مرضی به اجرای قرینه ای حرکت بدون آن که حرکت عضو قرینه معنایی کنشی داشته، هم جنبشی تقلیدی نامیده می شود.

۹- گزینه ((۴)) صحیح است

در دیدگاه انسان گرایی ناهمخوانی بین خود آرمانی و خود واقعی مشکلات زیادی از جمله افسردگی ایجاد می کند.

۱۰- گزینه ((۱)) صحیح است

فکر وسواسی یک فکر غیر ارادی است که اضطراب و تنش بالایی را به همراه می آورد و فرد برای از بین بردن آن به عمل وسواسی می پردازد که آرام بخش است به این ترتیب در چرخه ای معیوب گرفتار می شود. مهمترین و موثرترین روش درمان OCD روش رفتاری ((مواجهه و پیشگیری از پاسخ)) است. یکی از نظریه های مهم در اختلال نظریه مارور است که معتقد است در این اختلال هر دو شرطی سازی کلاسیک و کنش گر روی می دهد.

۱۱- گزینه ((۱)) صحیح است

یکی از معیارهای تشخیصی وابستگی به دارو ((تحمل دارویی)) است یعنی فرد هر بار برای دستیابی به حالت نعشگی به مقدار بیشتری از دارو نیاز دارد.

۱۲- گزینه ((۲)) صحیح است

DSM-IV-TR یک نظام تشخیصی است که معیار آن ((طبقه بندی یا مقوله ای)) است. در این مجموعه به توصیف اختلالات پرداخته است و سبب شناسی را مورد تجربه قرار نداده است.

۱۳- گزینه ((۴)) صحیح است

سلیگمن در پی انتقاداتی که تعمیم نظریه درماندگی آموخته شده او در مورد حیوانات به انسان گرفته شد به سبک های اسنادی توجه کرد او باور داشت که در بیماران افسرده درماندگی آموخته شده روی می دهد که از سبک اسنادی کلی، پایدار، درونی پیروی می کنند.

۱۴- گزینه ((۲)) صحیح است

درسندرم داون مردان قادر به تولید مثل نیستند. افراد مبتلا به نشانگان داون به جای ۲ کروموزوم طبیعی ۲۱،۳ دارند و ۱۰۰ درصد به بیماری آلزایمر مبتلا می شوند.

۱۵- گزینه ((۳)) صحیح است

۱۶- گزینه ((۲)) صحیح است

سندرم هانتز به علت شکل در یک ژن مغلوب صورت می گیرد.

۱۷- گزینه ((۴)) صحیح است

این علائم در بیماری X شکننده مشاهده می شود.

۱۸- گزینه ((۱)) صحیح است

مهمترین توانایی برای سازگاری افراد آسیب دیده بینایی تحرک است زیرا ارتباطات اجتماعی را بهتر و انزوای فرد را کاهش و

مهم تر از همه او را مستقل از دیگران می کند.

۱۹- گزینه ((۳)) صحیح است

مطالعات نشان داده است که در افرادی دارای لکنت زبان، چپ دستی و نقص برتری جانبی بیشتر است. یکی از این علل احتمالاً مربوط به آسیب هایی است که در نیمکره چپ روی داده و کارکرد ها به نیمکره راست که نیمکره گویایی نیست منتقل شده است

۲۰- گزینه ((۲)) صحیح است

۲۱- گزینه ((۴)) صحیح است

۲۲- گزینه ((۲)) صحیح است

معکوس سازی متمایز مثلاً استفاده از ضمیر تو برای اشاره به خود در آفازی اتیسم مشاهده میشود

۲۳- گزینه ((۳)) صحیح است

۲۴- گزینه ((۱)) صحیح است

وقوع تحلیل پیش رونده بینایی بخصوص و..... در اختلال تای ساکس مشاهده می شود این اختلال در یهودیان مشاهده میشود.

۲۵- گزینه ((۱)) صحیح است

پاسخ نامه آزمون سراسری ۸۹

۱- گزینه ۱ صحیح است

درفرار روان زاد، گستردگی فراموشی بیشتر است.

۲- گزینه ۲ صحیح است

توهم یعنی ادراک بدون محرک واقعی، که فرد هم حضور محرک را متوجه نمی شود.

۳- گزینه ۴ صحیح است

در مدل سایر نتیک، فرض بر اینست که در حلقه پسخوراند فرد نوعی گسست ایجاد میشود که لکنت زبان را باعث می شود. مدل های دیگر تأکید های متفاوتی دارند، مثلاً در مدل اجتماعی مشاهده ای، فرد از طریق یادگیری مشاهده ای دچار لکنت می گردد.

۴- گزینه ۳ صحیح است

از سایر گزینه ها درست تر است. گزینه ۲ به این دلیل درست نیست که تمامی رویکردهای به سبب شناسی را ذکر کرده که دست نه صرفاً رویکرد روان شناسی.

۵- گزینه ۲ صحیح است

اختلال درد روان زاد، به شکلی که در DSM آمده است، جزء اختلالات بدنی شکل است و از علائم آن، تجربه درد شدید شرو مداوم با نقش عوامل روان شناختی- درد نشانه اصلی بیماری است. شروع آن ناگهانی بر خلاف اختلالات تبدیلی، مزمن است.

- ۶- گزینه ۱ صحیح است
سیستم لیمبیک و قشر گیجگاهی در بروز رفتارهای پرخاش گرانه و پاسخ های ترس دخیل هستند تخریب آنها این جنس پاسخ ها را کاهش خواهد داد.
- ۷- گزینه ۳ صحیح است
نکته در اینجا است که در اختلالات بدنی شکل، نگرانی بیمار در مورد نشانه هایی در اعضای بدن است، اختلالی مزمن، چند علامتی و عود کننده است. پس این گزینه را با بد شکلی بدنی یا بد شکلی هراس که منظور اصلی این سوال است و در گزینه ها یافت نمیشود اشتباه نکنید گزینه ۳ به نظر درست تر می آید زیرا به یک طبقه کلی اشاره کرده است.
- ۸- گزینه ۴ صحیح است
تعریف اختلال وحشت زدگی است ترس شدید و ناگهانی که با محرک یا موقعیت مشخص در ارتباط نیست.
- ۹- گزینه ۲ صحیح است
در بین گزینه ها، تنها در عقب ماندگی ظرفیت هوش عملی و عملکرد در حد طبیعی باقی نمی ماند.
- ۱۰- گزینه ۱ صحیح است
مهمترین دلیل افسردگی کودکی است، بی بهره بودن از محبت والدین کودک را به دلیل عدم حضور پایگاهی ایمنی بخش و محکم، دچار انواع آسیب های روانی به ویژه افسردگی می کند.
- ۱۱- گزینه ۴ صحیح است
زیر REM از یک طرف عمیق ترین خواب است و از طرف دیگر الگوهای شبیه به بیداری در EEG ظاهر می شود.
- ۱۲- گزینه ۳ صحیح است
در نظریه آنا فروید، کودک برای رهایی از واقعیات آزار دهنده به تصور و خیال روی می آورد تا از روبروی با واقعیت تلخ اجتناب کند
- ۱۳- گزینه ۱ صحیح است
در کودک اوتیستیک درلوب گیجگاهی چپ نارسایی وجود که مسئول ضایعات گفتار این کودکان که برجسته ترین علامت آنهاست می باشد. زیرا عدم وجود یا کمبود گفتار از علائم بار زاویه این کودکان است.
- ۱۴- گزینه ۱ صحیح است
هر ۴ گزینه به نوعی صحیح می باشند
- ۱۵- گزینه ۱ صحیح است
لکنت بیشتر در این مرحله از نوع کلونیک است.
- ۱۶- گزینه ۲ صحیح است
- ۱۷- گزینه ۲ صحیح است
بیماری تائ تاکس، اختلالی ژنتیکی است که در قریب به تمامی موارد و عمدتاً به دلیل نارسایی های کلیوی به مرگ منجر می شود.
- ۱۸- گزینه ۲ صحیح است
- ۱۹- گزینه ۳ صحیح است
این دقیقاً تعریف صرع بزرگ است که فرد پس از مرحله او را (خبر)، مراحل انقباض تشنج و غمء را پشت سر می گذارد.
- ۲۰- گزینه ۲ صحیح است
در این بیماران، فعالیت آنزیم هگزوز آسینتیر از A از بین می رود.
- ۲۱- گزینه ۴ صحیح است
طلاق والدین اثرات مخرب بیشتری بر رشد کودک دارد به خصوص در سنین کمتر، زیرا کودک خود را مقصر جدایی والدین میداند و این احساس گناه در کنار فضای دوگانه حاکم بر زندگی کودک ما بیشترین آسیب را (حتی بیشتر از مرگ والدین) در زندگی وی میگذارد.

۲۲- گزینه ۲ صحیح است

در ناشنویان، احتمال بروز اختلالات روانی خصوصاً اختلالاتی که رگه هایی از پارانویا را دارند بیشتر از دیگر دسته های اختلالات حسی است.

۲۳- گزینه ۱ صحیح است

دقت کنید محمولی ترین حرکات مد نظر طراح بوده که آن هم حرکات کلیشه ای جلو و عقب رفتن است.

۲۴- گزینه ۲ صحیح است

در DSMIV، اختلال کمبود توجه بیش افعالی (ADHD) درسه زیرمجموعه آورده شده است: کمبود توجه مسلط (ADD) درسه زیر مجموعه آورده است: کمبود توجه مسلط (ADD) رفتار بیش فعالی، تکانشی مسلط- رفتار تکانشی به همراه کمبود توجه مسلط آورده شده است.

۲۵- گزینه ۲ صحیح است.

اختلالات نافذ رشدی (Pervasive developmental) در DSMIR TR اختلالات اوتیستیک، رت، ازهم پاشیدگی کودکی و آسپرگرمی می باشند.

پاسخ نامه آزمون سراسری ۹۰

۱- گزینه ۴ صحیح است

مهمترین مشکل مبتلایان به اختلال آسپرگر در قلمرو تعامل های اجتماعی قرار دارد که به صورت گریز از تماس جلوه گر نمی شود بلکه به منزله پیامد شکست در کوششهای ارتباطی نمایان میگردد. زبان بالنسبه در این اختلال دست نخورده است و در حد بهنجار متحول میشود.

۲- گزینه ۲ صحیح است

کودکان دارای اختلال بی اعتنائی اغلب با بزرگ سالان مشاجره می کنند و فعالانه نسبت به درخواست ها و مقررات بزرگسالان بی توجهی و عدم همکاری نشان می دهند. یکی از مهم ترین وجه تمایز های رفتاری این کودکان نسبت به اختلال سلوک این است که مشکلات آنها اغلب در ارتباط با افراد نا آشنا است.

۳- گزینه ۲ صحیح است

در سیرننتیک و نظریه سیستم ها ما شاهد علیت دوجهتی هستیم. یکی از مفاهیم اصلی این نظریه حلقه های پسخوراند است

۴- گزینه ۴ صحیح است

نشانه های سوءظن شدید، سردی هیجانی و عواطف سطحی همراه با اجتناب از روابط میان فردی از ویژگی های عمده بیماران دچار اختلال شخصیت پارانوئید است اما اختلال شخصیت اسکیزو تایی با تحریف های شناختی عمده و عجیب و غریب بودن در گفتار، رفتار..... مشخص می شوند. رفتارها و افکار عجیب و غریب آنها با فرهنگ جامعه هماهنگ نیست.

۵- گزینه ۱ صحیح است

اساس نظریه در ماندگی آموخته شده سلیگمن از مطالعات حیوانی بر روی سگها بدست آمد. در این آزمایشها سلیگمن و همکاران ابتدا سگ ها را در قفس هایی قرار دادند که سگ ها نمیتوانستند از شوک برقی اجتناب کنند. در مرحله بعد همین سگ ها را در قفسی قرار دادند که سگ می تواند با پریدن از روی مانعی از شوک اجتناب و گریز داشته باشد اما سگ ها همچنان در جای خود باقی ماندن و شوک را دریافت کردند. درواقع حیوان تصور می کرد راهی برای قطع شوک وجود ندارد.

۶- گزینه ۴ صحیح است

در طبقه بندی مقوله ای که نیز مبتنی بر آن است. تمام بیماری ها از هم متمایز شده اند. مبنای این طبقه بندی اصطلاح ((یا)) ((یای)) است. هر اختلال یا در این طبقه قرار میگیرد یا نه. برای اینکه هر اختلال در یک طبقه قرار گیرد وجود هر ملاک لازم و وجود مجموعه ملاک ها کافی است.

۷- گزینه ۳ صحیح است

سومین شیوه نظامدار کردن اختلال های روانی (۱- مقوله ای ۲- ابعاد)، براساس ریخت ها یا شبکه بندی رگه ها صورت

میگیرد. برای تشخیص و تعیین فرد به یک ریخت، می توان از دو راهبرد یا دو الگو استفاده کرد. الگوی شجره تصمیم و الگوی مقایسه نیم رخ ها.

۸- گزینه ۱ صحیح است

فروپاشی گفتار مهمترین ویژگی نوع سازمان نایافت اسکیزوفرنی است. توهم و هذیان نیز ممکن است وجود داشته باشند اما جنبه موقتی دارند و حول محور خاصی انسجام نمی یابند.

۹- گزینه ۳ صحیح است

این اختلال ممکن است در طبقات مرفه جامعه بیشتر مشاهده می شود و معمولاً با اختلال هراس اجتماعی همراه است.

۱۰- گزینه ۲ صحیح است

در اختلال خود بیمار انگاری رفتار والدین نقش اساسی در شکل گیری بیماری دارد. در واقع این اختلال به دست آوردن درک صحیحی از اختلال کودک فقط با در نظر گرفتن چارچوب سابقه خانواده ممکن است.

۱۱- گزینه ۱ صحیح است

فرا شناخت اشاره با فکر کردن به فکریا آگاهی به شناخت دارد. آگاهی فرا شناختی در تنظیم فکر و راهبرد ها تأثیر عمده ای دارد. در واقع تحقیقات نشان داده است که یکی از اساس ترین مشکلات کودکان دارای اختلال یادگیری نقص در باز بینی فکر و رفتار است که جزء مهارت های فرا شناختی می باشد.

۱۲- گزینه ۳ صحیح است

فنیل کتور نیا یکی از اختلال های سوخت و سازی است. این اختلال ناشی از کمبود آنزیمی برای سوخت و ساز فنیل آلانین است. خوشبختانه با شناسایی و استفاده از رژیم غذایی مناسب از عقب ماندگی و مشکلات دیگری توان جلوگیری کرد.

۱۳- گزینه ۴ صحیح است

منطقه تقریبی رشد یکی از مفاهیم اصلی نظریه ویگوتسکی است. در واقع ویگوتسکی با ایجاد این مفهوم نقش مهمی برای مربی در این محدود قائل شد. شیوه دو جانبه نیز از این روش منتج شده است.

۱۴- گزینه ۳ صحیح است

این فعالیت ها به حیطه رفتارهای سازشی از نوع خود هدایتی یا خود رهنمودی مربوط هستند.

۱۵- گزینه ۲ صحیح است

یکی از برنامه هایی که تأثیر زیادی در رشد کودکان عقب مانده داشت برنامه های بی. اف. اسکینر بود. اسکینر برای یادگیری بهتر قائل به فعال بودن، خرد کردن فعالیت در گام های کوچک و تقویت فوری بود.

۱۶- گزینه ۳ صحیح است

اساساً ناشنوایی به دسته انتقالی و عصبی تقسیم میشود. در ناشنوایی عصبی مشکل در گوش درونی است این مشکل برگشت ناپذیر است اما ناشنوایی انتقالی به علت مشکلات در گوش میانی است و می توان آن را به کمک سمعک رفع کرد.

۱۷- گزینه ۴ صحیح است

این مشکلات در حوزه کنشی قرار میگیرند.

۱۸- گزینه ۳ صحیح است

در اختلال گالاکتوزمیا از علایمی زردی پست بدن، استفراغ، بزرگ شدن کبد، ضعف عمومی و ناتوانی ذهنی پدید می آید.

۱۹- گزینه ۳ صحیح است

قطعه پیشانی مربوط به فعالیت های شناختی، قطعه پس سری مربوط به فعالیت های دیداری، قطعه آهیانه، فعالیت های فضایی است اما مطالعات نشان داده است که افراد نارسا خوان فعالیت کمتری را در لب گیج گاهی نشان می دهند.

۲۰- گزینه ۴ صحیح است

این درخواست مربوط به پردازش از نوع عمقی تعلق می گیرد.

- ۱- دادستان، پریرخ. روان شناسی مرضی تحولی : از تحول تا بزرگسالی (جلد اول و دوم). چاپ اول؛ بهار ۷۶. تهران : انتشارات سمت ۱۳۹۰
- ۲- روان شناسی نابهنجاری، آسیب شناسی روانی. مولفان: دیوید ال روزننهان، مارتین ای، پی، سلیگمن (دو جلد). ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر ساوالان ۱۳۸۹
- ۳- هالجین، ریچارد پی، ویتبورن، سوزان کراس. آسیب شناسی روانی اختلال های روانی (دو جلد). ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر روان، ۱۳۸۸
- ۴- سادوک، ویرجینیا؛ بنجامین، سادوک. علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی (جلد اول و دوم). چاپ پنجم. تهران: انتشارات ارجمند، ۱۳۹۱
- ۵- دستنامه جیبی روان پزشکی بالینی، کاپلان و ویرجینیا آلکوت سادوک. ترجمه محسن ارجمند و فرزین رضاعی. تهران: کتاب ارجمند: نسل فردا ۱۳۹۰
- ۶- سلیگمن، مارتین. آسیب شناسی روانی، تهران، ساوالان ۱۳۸۸
- ۷- کاکاوند، علیرضا. روان شناسی مرضی کودک. چاپ سوم. تهران : نشر ویرایش
- ۸- گنجی، مهدی. آسیب شناسی روانی بر اساس DSM-5: چاپ اول. تهران. ساوالان ۱۳۹۲