

مؤسسه علمی آموزشی
فرهیختگان راه دانش



آسیب شناسی روانی

درسنامه - نکات کلیدی - تست های فصل به فصل



مؤلف: مهدی زمانی
کارشناسی ارشد روان شناسی

به نام خالق

آسیب شناسی روانی

تألیف و گردآوری: مهدی زمانی

«کارشناسی ارشد روان شناسی»

مقدمه:

مؤسسه علمی آموزشی فرهیختگان راه دانش با هدف ارائه کیفی ترین خدمات آموزشی و با تلاش گسترده توانست مجموعه‌ای از خدمات آموزشی را که از نظر علمی، به روز بودن مطالب، پوشش دادن مطالب رفرنس‌ها و بازدهی در زمره بهترین‌ها است ارائه دهد.

مشاوره و پشتیبانی تحصیلی:

مشکل عدیده ای که بیشتر داوطلبان با آن مواجه هستند و هر ساله با وجود صرف هزینه‌های مالی و زمان زیاد نمی توانند در آزمون قبول شوند به این دلیل می‌باشد که داوطلبان آگاهی کافی از منابع مطالعاتی، روشهای مطالعه و مرور مطالب صحیح، روشهای تست زنی و مدیریت زمان را ندارند بنابراین مؤسسه فرهیختگان جهت تحکیم رسالت خود که همواره ارتقاء کیفیت آموزش بوده است جمعی از برترین مشاورین و رتبه‌های تک رقمی را به خدمت گرفته است تا با ارائه منابع مطالعاتی کاربردی، آموزش روش‌های مطالعه و مرور مطالب هر درس، نحوه تست‌زنی صحیح و برنامه مطالعاتی روزانه و هفتگی به داوطلبان، آنها را از سردرگمی درآورده و با ایجاد انگیزه و تمرکز در داوطلبان سبب موفقیت آنها در آزمون گردد.

بسته‌های آموزشی مؤسسه:

بسته‌های آموزشی که به داوطلبان ارائه می‌گردد حاصل ماه‌ها تلاش بی پایان گروه علمی مؤسسه (که ترکیبی از رتبه‌های تک رقمی دکتری و کارشناسی ارشد و اساتید دانشگاه‌های تهران) می‌باشد که با در نظر گرفتن منابع وزارت بهداشت تالیف گردیده است. در این بسته‌ها تلاش شده است که درسنامه به صورت شرح جامعی از دروس ارائه گردد و جهت تفهیم بیشتر مطالب، نکات کلیدی منابع وزارت بهداشت و نکات تستی سوالات کنکور سال‌های اخیر نیز به درسنامه اضافه گردیده است و جهت محک و خودآزمایی داوطلبان، تست‌های هر فصل همراه با پاسخنامه گنجانده شده است. به این ترتیب بسته‌های آموزشی مؤسسه فرهیختگان را از نظر پوشش دادن سرفصل‌های آزمون به مجموعه‌ای کم نظیر تبدیل نموده به نحوی که داوطلب با مطالعه و جمع‌بندی بسته‌های آموزشی مؤسسه همراه با مطالعه منابع وزارت بهداشت براحتی پاسخ‌گوی بیشتر سوالات کنکور خواهد بود. بسته‌های آموزشی مؤسسه هر سال ویرایش و به روز گردیده و نکات، مطالب و تست‌های جدید نیز به آن اضافه می‌گردد.

آزمونهای آزمایشی :

داوطلبان رشته‌های مختلف بایستی جهت محک و خودآزمایی خود و جمع‌بندی مطالب بایستی برنامه ریزی مطالعاتی صحیح داشته باشند. مؤسسه با در نظر گرفتن شرایط داوطلبان مختلف اقدام به برگزاری آزمون‌های آزمایشی ۷ مرحله‌ای و ۳ مرحله‌ای در ۲۸ رشته نموده است.

۲ نکته بارزی که آزمون‌های آزمایشی موسسه فرهیختگان را از دیگر موسسات متمایز می‌نماید این است که در آزمون‌های آزمایشی موسسات دیگر، سوالات زبان به صورت جامع و کلی طرح می‌گردد که این موضوع سبب سردرگمی داوطلبان گردیده و داوطلبان نمی‌دانند مطالعه درس زبان انگلیسی را از کدام منبع مطالعاتی شروع کنند، به همین دلیل اکثریت قریب به اتفاق داوطلبان مطالعه درس زبان را رها نموده و این موضوع لطمه بزرگی به داوطلب وارد می‌کند به نحوی که ممکن است داوطلب در چندین درس یک رشته تسلط کافی داشته باشد و در آزمون اصلی نیز درصدهای خوبی را کسب کرده باشد ولی با توجه به اینکه درس زبان را مطالعه نکرده معمولاً این درس را سفید و یا درصد بسیار ضعیفی کسب نماید که این مقوله سبب عدم قبولی داوطلب با وجود شایستگی‌های علمی وی می‌گردد. موسسه فرهیختگان جهت برطرف نمودن این مشکل و چه بسا معضل، اقدام به ارائه طرح درس و سرفصل زبان انگلیسی در آزمون‌های آزمایشی خود نموده تا داوطلبان بتوانند با برنامه ریزی صحیح مطالعه زبان انگلیسی (که ضریب بالایی دارد) را انجام داده و دچار سردرگمی نشوند، این روش سبب می‌شود که داوطلب با طبقه بندی مبحثی، درس زبان را مطالعه نمایند.

نکته دوم اینست که فواصل زمانی آزمون‌های آزمایشی (۴ مرحله طبقه بندی و ۳ مرحله جامع) با توجه به حجم مطالب تنظیم گردیده است، تا داوطلب بتواند با مطالعه بدون استرس و صحیح و مرور و جمع بندی مطالب به آمادگی کامل دست یابد. **داوطلبان می‌توانند بعد از ثبت نام جزوه روش‌های مطالعه صحیح، روشهای مرور و تست‌زنی را به صورت رایگان از موسسه دریافت نمایند.**

کلاسهای آمادگی :

با توجه به این که بیشتر دانشجویان در دانشگاه به دلیل ساعات کلاسی کم، موفق به یادگیری مطالب دروس تخصصی نمی‌شوند و با مطالعه چند باره جزوات نیز، بسیاری از نکات برای آنها قابل فهم و یادگیری نمی‌باشد. موسسه فرهیختگان با در نظر گرفتن شرایط داوطلبانی که امکان استفاده از کلاس‌های آمادگی حضوری را ندارند اقدام به تهیه و تدوین DVDهای آموزشی (با استفاده از تدریس اساتید برتر دانشگاه‌های تهران) در دروس مختلف نموده است. سبک تدریس در این کلاس‌ها بمانند کلاس‌های حضوری شامل شرح درس، نکته گویی و حل تست می‌باشد.

داوطلبان رشته‌های مختلف می‌توانند جهت بهره‌گیری از خدمات آموزشی موسسه (بسته‌های آموزشی، آزمون‌های آزمایشی، کلاس‌های آمادگی و مشاوره و پشتیبانی تحصیلی) می‌توانند به نمایندگی‌های سراسر کشور مراجعه نموده و یا با دفتر مرکزی موسسه ۲۴ ۹۵ ۹۷ ۶۶ - ۰۲۱ تماس حاصل فرمایند.

امید است که در سایه حق تعالی و بهره‌مندی از تلاش خود و خدمات آموزشی موسسه شما عزیزان به موفقیت‌های بزرگتری دست یابید.

با آرزوی موفقیت

مدیریت موسسه فرهیختگان راه دانش

مؤسسه علمی آموزشی
فرهیختگان راه دانش



اختلالات اضطرابی

اختلالات اضطرابی

اضطراب هشدار است که فرد را گوش بزنگ می‌کند؛ یعنی به فرد هشدار می‌دهد که خطری در راه است. ترس هم هشدار است که فرد را گوش به زنگ می‌کند، ولی باید آن را از اضطراب افتراق داد. ترس در پاسخ به خطری معلوم، بیرونی، معین، یا با منشأ غیرتعارضی ایجاد می‌شود، حال آنکه اضطراب در پاسخ به تهدیدی پدید می‌شود که نامعلوم، درونی و مبهم است یا از تعارض منشأ گرفته است.

- تفاوت روانشناختی عمده‌ی اضطراب و ترس در حاد بودن ترس و مزمن بودن اضطراب است.
- این‌که وقایع را عامل فشار تلقی کنیم یا نه، به ماهیت آن واقعه و نیز به امکانات فرد، دفاعهای روانی‌اش و مکانیسم‌های مدارایش بستگی دارد.
- ایگو در فشار روانی نقش دارد، ایگو، مفهوم انتزاعی و مشترکی است برای روند ادراک، تفکر و عمل فرد بر وقایع بیرونی یا سائق‌های درونی خودش. کسی که ایگوش درست کار می‌کند، با جهان بیرون و نیز درون خود در انطباق و تعادل به سر می‌برد؛ اما اگر ایگو خوب کار نکند و اختلالی که در تعادل فرد حاصل می‌شود ادامه یابد خود دچار اضطراب مزمن می‌شود.
- احساس اضطراب دو مؤلفه دارد: باخبرشدن فرد از تغییرات جسمی خود (مثل تپش قلب و تعریق) و باخبر شدن از اینکه عصبی شده یا ترسیده است.
- نظریه‌های روانکاوی، اضطراب را هشدار حاکمی از وجود خطری در ناخودآگاه دانستند. یعنی اضطراب نتیجه‌ی تعارض‌های روانی بین خواسته‌های ناخودآگاهانه جنسی یا پرخاشگرانه و تهدیدهای مرتبط با آنها در فرامن یا جهان خارج تلقی کرد. ایگو در پاسخ به این هشدار، مکانیسم‌های دفاعی خود را بسیج می‌کند تا از ورود افکار و احساسهای نامقبول به خودآگاه پیشگیری کند.
- از منظر روان‌پویشی، هدف از درمان الزماً نه حذف کامل اضطراب که افزایش تحمل فرد در برابر آن است.
- طبق نظریه‌های یادگیری یا رفتاری، اضطراب پاسخی شرطی به یک محرک محیطی معین است.
- مفهوم کلیدی نظریه‌ی وجودی (اگزیستانسیال) این است که فرد احساس می‌کند در جهانی بی‌هدف زندگی می‌کند. اضطراب در واقع واکنش فرد است به این خلاء عظیمی که در وجود و معنای زندگی می‌بیند.
- نظریه‌های زیستی سه ناقل عمده‌ی مرتبط با اضطراب را مطرح می‌کنند: نوراپی نفرین (سطوح بالاتر از اندازه‌ی طبیعی)، سروتونین و گابا (سطوح پایین‌تر از اندازه‌ی طبیعی).
- تحریک منطقه‌ی لوکوس سرولئوس که سیستم نورآدرنژیک را در برگرفته، پاسخ ترس ایجاد می‌کند و تخریب آن، ایجاد چنین پاسخی را مهار می‌کند.
- هورمون آزاد کننده‌ی کورتیکوتروپین (CRH) یکی از مهم‌ترین واسطه‌های پاسخ استرس است و تغییرات فیزیولوژیک و رفتاری انطباقی در حین استرس را هماهنگ می‌کند. در هنگام استرس سطوح CRH در هیپوتالاموس افزایش می‌یابد و سبب فعال‌سازی محور HPA و افزایش آزادسازی کورتیزول می‌شود.

فهرست اختلالات اضطرابی در DSM-IV-TR

اختلالات اضطرابی Anxiety Disorders



- ۱- اختلال پانیک با بازار هراسی Panic disorder with agoraphobia
- ۲- اختلال پانیک بدون بازار هراسی Panic disorder without agoraphobia
- ۳- بازار هراسی بدون سابقه اختلال پانیک
- ۴- هراس‌های معین Specific phobia
- ۵- جمعیت هراسی Social Phobia
- ۶- اختلال وسواس - جبری Obsessive Compulsive Disorder (OCD)
- ۷- اختلال فشار روانی آسیب‌زاد Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)
- ۸- اختلال فشار روانی حاد Acute Stress Disorder
- ۹- اختلال اضطراب فراگیر Generalized Anxiety Disorder (GAD)
- ۱۰- اختلال اضطرابی ناشی از بیماری طبی
- ۱۱- اختلال اضطرابی ناشی از مواد
- ۱۲- اختلال اضطرابی که جای دیگری ذکر نشده باشد.

اختلال هول (پانیک با حملات وحشتزگی) بدون بازار هراسی

مشخصه‌ی اختلال پانیک، حملات و دوره‌های مجزای ترس شدید هستند (فراوانی بروز آنها از چند حمله در یک روز تا صرفاً تعداد انگشت‌شماری حمله در یک سال فرق می‌کند).

- روان‌نژندی‌های اضطرابی در اصطلاح «فروید» همان اختلال پانیک به تعریف DSM-IV-TR است.
- نسبت ابتلای زنان به مردان ۲ تا ۳ برابر است. میانگین سن ظهور آن ۲۵ سالگی و در نوجوانان شایع‌تر است.
- علایم یا نشانه‌هایی که در هنگام حملات پانیک ظاهر می‌شود شامل دوره‌ای از ترس یا ناراحتی شدید است که ابتدا و انتهای مشخصی دارد و طی آن حداقل چهار تا از علایم زیر به طور ناگهانی پیدا می‌شود و در عرض ده دقیقه به حداکثر شدت خود می‌رسد:
- تپش یا افزایش ضربان قلب، تعریق، احساس لرزش، احساس کوتاه شدن تنفس یا احتقان، احساس ناراحتی یا درد در قفسه‌ی سینه، تهوع یا ناراحتی شکمی، احساس سرگیجه، تلو تلو خوردن یا منگی، مسخ واقعیت یا شخصیت، ترس از دیوانه شدن یا از دست دادن تسلط بر خود، ترس از مردن، مور مور شدن، سرما لرزه یا گرگرفتگی.
- نخستین حمله کاملاً خودبه خود است، علایم در عرض ۱ دقیقه به سرعت تشدید می‌شود. ترس مفرط، احساس قریب الوقوع بودن مرگ و نابودی از خصایص عمده‌ی حمله پانیک است.

ملاک‌های تشخیص‌گذاری در مورد اختلال پانیک بدون بازار هراسی:

۱. حملات غیرمنتظره و عود کننده‌ی پانیک
۲. حداقل یکی از موارد زیر در مدت حداقل ۱ ماه
- نگرانی دائم از وقوع حملات دیگر در پی یک حمله
- نگرانی از نتایج ضمنی حمله یا عواقب آن
- پیدایش تغییری چشمگیر در رفتار به دلیل حملات مزبور

- فقدان بازار هراسی

اختلال پانیک با بازار هراسی

بازار هراسی ای بسا ناتوان کننده ترین فوبیا باشد. چون می تواند به نحو چشمگیری توانایی فرد برای کار کردن در موقعیت های اجتماعی و شغلی بیرون از منزل را مختل کند.

- این اختلال بر ترس از وقوع یک علامت ناگهانی ناتوان کننده یا شرم آور مبتنی است.
- مکانیسم های دفاعی مورد استفاده در این اختلال عبارت است از واپس زنی، جابه جایی، اجتناب، و نمادسازی

بازار هراسی (آگروفوبیا) بدون سابقه ی اختلال پانیک

اضطراب بخاطر بودن در مکان ها یا موقعیت هایی که فرار از آنها ممکن است دشوار یا خجالت آور باشد ترس های بازار هراسانه نوعاً در موقعیت های مشخصی روی می دهند که عبارت است از بیرون بودن از منزل به تنهایی، قرار گرفتن در جای شلوغ یا ایستادن در صف، قرار داشتن روی پل و سفر با اتوبوس، قطار یا ماشین.

- اگر بیمار صرفاً از یک یا چند موقعیت خاص اجتناب کند، باید به فکر تشخیص فوبی اختصاصی افتاد و اگر صرفاً از موقعیت های تجمعی اجتناب می کند باید به فکر تشخیص جمعیت هراسی بود.
- علائم شامل وجود بازار هراسی به دلیل ترس از پیدا شدن علائم شبه پانیک است. در گذشته هیچوقت معیارهای اختلال پانیک وجود نداشته باشد، علائم مزبور ناشی اثرات حسی مستقیم یک ماده (مثلاً از مصرف مواد مورد سوء مصرف یا از داروها) یا از یک بیماری طبی عمومی نباشد.

☆ بازار هراسی بدون پانیک مزمن و ناتوان کننده است.

نکته ی کلیدی در تشخیص صحیح پانیک و افتراق آن از سایر اختلالات اضطرابی اثبات وجود حالات پانیک عودکننده ی خودبه خودی در مقاطعی از بیماری است.

- مشخصه ی کلاسیک پانیک شروع سریع (ظرف چند دقیقه) و مدت کوتاه معمولاً کمتر از ۱۰ تا ۱۵ دقیقه است. برخلاف آن اضطراب همراه با اختلال اضطراب فراگیر آهسته تر ظاهر شده و رفع می شود.
- فردی که لااقل یک بار حمله ی پانیک به او دست داده و از آن پس دیگر از صحبت کردن در مجامع عمومی می ترسد. گرچه نمای بالینی این وضعیت تقریباً عین نمای بالینی جمعیت هراسی است، اما تشخیص جمعیت هراسی رد می شود، چون اجتناب از جمع بر ترس از ابتلا به حمله ی پانیک مبتنی است نه بر ترس از نفس صحبت کردن در جمع.
- مصرف مفرط کافئین یا نیکوتین می تواند علائم حمله ی پانیک را تشدید کند.
- بنزودیازپین ها سریع ترین اثر ضد پانیک را دارند.
- اختلال پانیک در اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع می شود.
- دو کانون توجه عمده در شناخت درمانی اختلال پانیک عبارت است از نشان دادن اعتقادات غلط بیمار به وی و دادن اطلاعات صحیح در مورد حمله های پانیک.



- روش عمده رفتار درمانی مواجهه سازی واقعی و دیگری درمان‌های رفتاری تنفس آموزی و آرام‌سازی کاربردی است.
- کانون توجه روان‌درمانی بینش-مدار کمک به بیمار برای فهم معنای ناخودآگاه اضطرابی، مفهوم نمادین موقعیتی که از آن اجتناب می‌کند، لزوم واپس‌زنی تکنه‌ها و منافع ثانویه‌ی علایم است.
- اثربخش‌ترین درمان این اختلال ترکیبی از دارودرمانی و رفتاردرمانی شناختی است.

هراس اختصاصی و جمعیت هراسی

- اصطلاح فوبیا (هراس) به معنای ترس افراطی از یک موضوع، شرایط، یا موقعیت خاص و معین است.
- هراس اختصاصی عبارت است از ترس شدید و مداوم از شیء یا موقعیت معین
- جمعیت هراسی نیز ترسی شدید و مداوم از موقعیت‌هایی است که احتمال خجالت زدگی در آن‌ها مطرح است.
- افراد مبتلا به جمعیت هراسی را اختلال اضطراب جمع نیز می‌خوانند.
- فوبی شایع‌ترین اختلال روانی منفرد است. شایع‌ترین اختلال روانی در زنان و دومین اختلال شایع در مردان پس از مصرف مواد محسوب می‌شود. نسبت ابتلاء زنان به مردان ۲ به ۱ است.
- فوبی اختصاصی شایع‌تر از جمعیت هراسی است. از جمله فوبی‌های اختصاصی فوبی خون، جراحت و آمپول است که نسبت زن به مرد در آنها ۱ به ۱ است و سن شروع آن ۵ تا ۹ سالگی است.
- فهرست اشیاء و موقعیت‌های ترس‌آور در هراس اختصاصی عبارت است از حیوان، طوفان، بلندی، بیماری، جراحت و مرگ.
- سن شروع فوبی موقعیتی اواسط دهه‌ی بیست است که به سن شروع بازار هراسی نزدیک است.
- اختلالات همراه با جمعیت هراسی شامل اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی، اختلالات مربوط به مواد و پراشتهایی عصبی است.
- اختلالات شایعی که همراه با هراس اختصاصی مشاهده می‌شود عبارتند از اختلالات اضطرابی، خلقی و مرتبط با مواد.

سبب‌شناسی

عوامل رفتاری

طبق این نظریه اضطراب، سائقی است که ارگانیسم را برمی‌انگیزاند که هرچه در توان دارد انجام دهد. تا اضطراب برطرف شود. در این حالت فوبی مؤثر واقع می‌شود و به گونه‌ی علامتی پایدار تثبیت می‌شود.

عوامل روانکاوانه

- فرضیه‌ی فروید این بود که نقش عمده‌ی اضطراب هشدار این نکته به ایگو است که سائق ناخودآگاه ممنوعی دارد تلاش می‌کند به خودآگاه راه یابد و خود را متظاهر سازد. فروید هیستری اضطرابی (فوبی) را نتیجه‌ی تعارض‌هایی می‌دانست که حول یک موقعیت ادیپی حل نشده در کودکی شکل گرفته‌اند.
- شیء یا موقعیت بی‌ربط ارتباط مستقیمی از نوع تداعی با منبع اصلی تعارض دارد (مکانیسم دفاعی نمادسازی)
- مکانیسم‌های دفاعی عبارتند از: واپس‌زنی، جابه‌جایی و نمادسازی

■ فوبی ریشه در اضطراب اختگی دارد.

■ برخی از بچه‌ها به لحاظ سرشتی مستعد هراس‌اند، چون ذاتاً مزاج خاصی دارند که به مهارشدگی رفتاری در برابر تهدید معروف است.

ملاک‌های تشخیصی در مورد فوبیای اختصاصی

- ترس شدید و دائم که افراطی یا نامعقول باشد و در صورت وجود شیء یا موقعیت معین یا انتظار آن برانگیخته می‌شود.

- به محض مواجه با محرک هراس آور مذکور که تقریباً همیشه پاسخی اضطرابی برانگیخته شود که بتواند به شکل حمله پانیکی درآید که وابسته به موقعیت مذکور است.

- خود فرد بداند که ترسش افراطی یا نامعقول است.

■ شایعترین نوع هراس در بچه‌های زیر ده سال نوع هراس از محیط طبیعی، حیوانات، و هراس از آمپول، خون و جراحی است و در ۲۰ تا ۲۵ سالگی، نوع موقعیتی.

■ هراس از خون، آمپول، جراحی با سایر انواع تفاوت دارد. چراکه در آن پس از افزایش اولیه‌ی ضربان قلب که در تمام انواع شایع است. اغلب کاهش ضربان قلب و کاهش فشار خون روی می‌دهد. این نوع به احتمال بسیار زیاد خانوادگی است.

■ فوبی هراس اختصاصی به نام فضا هراسی که در آن فرد اگر تکیه‌گاهی مثل دیوار یا صندلی نزدیکش نباشد می‌ترسد بیفتد.

تشخیص افتراقی

بیمار بازار هراس اغلب اگر در موقعیت اضطراب‌آورش کس دیگری همراهش باشد، احساس راحتی خواهد کرد حال آنکه بیمار جمعیت هراس در صورت وجود دیگران مضطربتر از گذشته خواهد شد. احساس نفس کم آوردن، سرگیجه، خفقان و ترس از مردن، از علائم شایع اختلال پانیک و بازار هراسی هستند. ولی علایمی که معمولاً در جمعیت هراسی وجود دارند عبارتند از سرخ شدن رنگ صورت، انقباض عضلات و اضطراب از اینکه فرد مورد موشکافی دیگران قرار گیرد.

خودبیمارانگاری ترس از مبتلا بودن به یک بیماری است. حال آنکه فوبی اختصاصی از نوع فوبی از بیماری ترس از مبتلا شدن به یک بیماری است.

بیمار وسواسی- جبری ممکن است از چاقو اجتناب کند، چون فکر اجبارگونه‌ای درباره‌ی کشتن فرزندانش دارد. در حالیکه بیمار مبتلا به هراس اختصاصی از چاقو به خاطر ترس از اینکه دست خودش را با چاقو ببرد، از آن اجتناب می‌کند.

اختلال شخصیت پارانوئید را بر اساس ترس فراگیر این گونه بیماران می‌شود از هراس اختصاصی افتراق داد. دو تشخیص افتراقی در مورد جمعیت هراسی عبارت است از افسردگی اساسی و اختلال شخصیت اسکیزوئید. اجتناب از موقعیت‌های جمعی ممکن است علامتی از افسردگی باشد اما بیمار افسرده سایر علایم افسردگی را هم احتمالاً از خود بروز می‌دهد. در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوئید آنچه موجب رفتار اجتماعی اجتناب‌آمیز می‌شود، بی‌علاقگی به معاشرت و اجتماعی شدن است، نه ترس از آن.



■ جمعیت هراسی در اواخر کودکی یا اوایل نوجوانی شروع می‌شود.

درمان

شناخته‌شده‌ترین و مؤثرترین درمان هراس‌ها، رفتار درمانی است. که رایج‌ترین آنها حساسیت زدایی تدریجی است. این روش نخستین بار به وسیله‌ی جوزف ولپه ابداع شد
✓ برای درمان هراس اختصاصی مواجهه درمانی شایع‌ترین روش است.

اختلال وسواسی - جبری

خصوصیه‌ی اصلی اختلال وسواسی-جبری وجود وسواس‌های فکری یا عملی مکرر و چنان شدید است که رنج و عذاب قابل ملاحظه‌ای را برای خود به بار می‌آورند. این وسواس‌های فکری یا عملی سبب اتلاف وقت می‌شوند و اختلال قابل ملاحظه‌ای در روند معمولی و طبیعی زندگی، کارکرد شغلی، فعالیت‌های معمول اجتماعی، یا روابط فرد ایجاد می‌کنند. بیمار مبتلا ممکن است فقط وسواس فکری، فقط وسواس عملی، و یا هر دوی آنها را باهم داشته باشد.

■ وسواس فکری عبارت است از فکر، احساس، اندیشه، یا حس عودکننده و مزاحم، برخلاف وسواس فکری (obsessive) که یک فرایند ذهنی است، وسواس عملی (compulsive) نوعی رفتار است. اجبار رفتاری آگاهانه، استاندارد، و عودکننده است. نظیر شمارش، واریسی یا اجتناب.

■ بیمار از غیرمنطقی بودن وسواس‌هایش آگاهی دارد.

■ هرچند عمل وسواسی ممکن است در تلاش برای کاستن از اضطراب همراه با وسواس فکری انجام شده، همیشه به کم شدن این اضطراب منجر نمی‌گردد. وقتی فرد در برابر انجام وسواس عملی مقاومت به خرج می‌دهد نیز اضطراب افزایش می‌یابد.

■ میزان ابتلا در زنان و مردان یکسان است ولی در پسرهای نوجوان شایع‌تر از دخترهاست. میانگین سن شروع ۲۰ سالگی و افراد مجرد بیشتر از متأهل‌ها مبتلا می‌شوند.

■ اختلالات همراه عبارت است از: اختلالات مصرف الکل، اختلال اضطراب فراگیر، اختلالات شخصیتی، هراس اختصاصی، اختلال پانیک، اختلالات غذاخوردن.

■ از طریق روند شرطی سازی پاسخده (شرطی سازی فعال)، فرد کشف می‌کند که برخی اعمال، اضطراب همراه با فکر وسواسی را تخفیف می‌دهند. به این ترتیب راهبردهای اجتنابی فعالی که شکل اجبار یا رفتارهای آیین گونه را دارند پیدا می‌شوند تا اضطراب را مهار کنند این رفتارها در تقلیل اضطراب اثربخش واقع می‌شوند، تدریجاً تثبیت می‌شوند و به این ترتیب رفتارهای وسواسی به صورت الگوهایی یاگرفته شده در فرد شکل می‌گیرند.

■ اختلال وسواسی - جبری در نظریه‌ی روانکاوی سنتی، روان نژندی وسواسی - جبری نامیده شده بود و نوعی واپس‌روی از مرحله‌ی ادیپی به مرحله‌ی مقعدی رشد روانی - جنسی تلقی می‌شد.

■ دوسوگرایی نتیجه‌ی مستقیم تغییر در حیات تکانشی فرد است. در مرحله‌ی مقعدی آزارگرانه رشد، یکی از خصایص مهم و طبیعی کودک دودلی است. بیمار مبتلا به اختلال وسواسی - جبری هم اغلب به طور خودآگاه همین حال را دارد.

■ علایم بیمار می‌تواند در طول زمان تغییر کند. وسواس یا اجبار با ایگو بیگانه است یعنی فرد آن را غریبه با احساسی می‌یابد که از خود به مثابه یک موجود روانی دارد، آن را غیرعقلانه می‌داند و تمایل به مقاومت در تقابل افکار و اجبارها دارد.

■ تفکر جادویی بیشتر به رو شدن اسلوب‌های کهن و اولیه تفکر بر اثر واپس‌روی مربوط است، نه به تکانه‌های فرد، فرد خیال می‌کند به صرف اندیشیدن درباره‌ی وقایع جهان خارج می‌تواند بی‌هیچ نیازی به اعمال مادی واسطه، موجب وقوع آن گردد. همین احساس در افراد مبتلا به اختلال وسواسی- جبری برایش بیم‌آور و ترساننده است.

الگوهای عمده در اختلال وسواسی- جبری عبارت است از:

- آلودگی شایع‌ترین الگو آن است که وسواس آلودگی و به دنبالش شست و شو با اجتناب اجبارگونه از شیئی که فرد گمان می‌کند آلوده است. وجود داشته باشد.

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

افکار مزاحم: سومین الگوی شایع اختلال وسواس - جبری آن است که فرد صرفاً افکار وسواسی مزاحمی بدون هیچ گونه عمل وسواس عملی داشته باشد. این افکار اغلب نوعی عمل جنسی یا پرخاشگرانه هستند. تقارن چهارمین الگوی شایع این اختلال لزوم رعایت تقارن یا دقت است. ■ امروزه OCD را اختلال هسته‌های قاعده‌ای می‌دانند.

تشخیص افتراقی

OCD بیشتر پیش از ۳ سالگی بروز می‌کند و در صورت شروع اخیر OCD در افراد مسن‌تر بایستی به فکر عوامل عصبی احتمالی دخیل در بروز این علایم بود.

سندرم توره در شکل کلاسیک خود با الگویی از تیک‌های حرکتی و صوتی عودکننده همراه است که شباهت اندکی با OCD دارند. اما میل شدید قبل از انجام تیک اغلب شباهت زیادی به وسواس‌های فکری دارد و تیک‌های حرکتی پیچیده‌تر بسیار شبیه وسواس‌های عملی هستند.

وجه تمایز OCD با اختلال شخصیت وسواسی - جبری در این است که در OCD سندرم کاملی از وسواس‌های عملی و فکری دیده می‌شود. که این حالت در اختلال شخصیت وسواس - جبری دیده نمی‌شود.

نکات کلیدی در افتراق OCD از روان‌پریشی عبارتند از: ۱- بیماران دچار OCD تقریباً همواره به ماهیت غیرمنطقی علایم خود وقوف دارند. ۲- بیماریهای روان‌پریشانه معمولاً با انواعی از خصوصیات دیگر همراه هستند که در OCD دیده نمی‌شود.

بهترین راه برای افتراق افسردگی اساسی از OCD توجه به سیر آنهاست. افکار وسواسی همراه با افسردگی در طول دروهی افسردگی دیده می‌شوند. اما OCD واقعی علیرغم فروکش افسردگی تداوم می‌یابد.

■ بسیاری از بیماران مصرانه در برابر اقدامات درمانی مقاومت می‌کنند. ترکیب دارو درمانی و رفتاردرمانی بهترین درمان است. داروی انتخابی کلومی پرامین است..

■ روان درمانی حمایتی برای خود بیمار و خانواده برای نحوه برخورد با اعمال او مؤثر است.



- رفتار درمانی شامل مواجهه سازی و ممانعت از پاسخ، حساسیت‌زدایی، وقفه فکر، غرقه‌سازی، انفجار درمانی و شرطی سازی است.

اختلال فشار روانی آسیب‌زا و اختلال فشار روانی حاد

- اختلال استرس پس از سانحه عبارت است از مجموعه‌ای از علائم نوعی (سندرم) که در پی مواجهه با حوادث آسیب‌زای زندگی پیدا می‌شود. فرد به صورت ترس و درماندگی به این تجربه پاسخ می‌دهد. واقعه را دائماً در ذهن خود مجسم می‌کند و در عین حال می‌خواهد از یادآوری آن اجتناب کند.
- علائم مزبور باید لااقل یک ماه طول کشیده باشد و بر حوزه‌های مهمی از زندگی بیمار نظیر حوزه‌های خانوادگی و شغلی او باید تأثیر چشمگیری باشد.
- اختلال فشار روانی حاد به مقدار زیادی شبیه PTSD است. جز اینکه علائم زودتر از علائم PTSD در ظرف چهار هفته پس از واقعه پیدا می‌شد و به مدت دو روز تا چهار هفته نیز طول می‌کشد.
- اختلال استرس پس از سانحه با نام‌های قلب سرباز، روان‌نژندی آسیب‌زا، شوک ناشی از ترکش، روان‌نژندی جنگ یا خستگی از عملیات خوانده شده است.
- علت اولیه‌ی پیدایش PTSD عامل فشار (استرسور) است.
- ملاک‌های تشخیصی PTSD می‌تواند به علائم تجربه مجدد، اجتناب و افزایش انگیزتگی که باید حداقل یک ماه طول کشیده باشد، اشاره کرد. در مورد بیمارانی که علائمشان کمتر از یک ماه طول می‌کشد. تشخیص مناسب می‌تواند اختلال استرس حاد باشد.

سبب شناسی

عوامل روان‌پریشی

در مدل روانکاوانه اختلال مزبور، 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 بود. احیای آسیب دوران کودکی منجر به واپس‌روی و بکارگیری مکانیسم‌های دفاعی واپس‌زنی، انکار، واکنش وارونه و ابطال می‌شود. در این بیماران دوپارگی در خودآگاه رخ می‌دهد.

عوامل شناختی

طبق مدل شناختی PTSD افراد مبتلا نمی‌توانند آسیبی را که عامل بروز اختلال بوده پردازش یا توجیه کنند. آنها همچنان احساس فشار روانی می‌کنند و می‌کوشند با روش‌های اجتنابی از احساس وقوع مجدد آن جلوگیری کنند.

عوامل زیستی

پرفعالیتی سیستم آدرنرژیک (عصبانیت، تپش قلب، تعریق، گرگرفتگی، لرزش، افزایش فشار خون) و افزایش فعالیت دستگاه عصبی خودکار می‌باشد.

- افتراق علایم PTSD از اختلال پانیک، و اختلال اضطراب فراگیر دشوار است زیرا هر سه سندرم با اضطراب بارز و انگیزتگی دستگاه خودکار همراهند. نکته کلیدی در تشخیص PTSD بررسی دقیق سیر زمانی رابطه علایم یا حادثه‌ی آسیب زاست.
- بیماران دچار اختلالات تجزیه‌ای معمولاً در حد بیماران مبتلا به PTSD، دچار رفتار اجتنابی، انگیزتگی مفرط دستگاه خودکار و یا سانحه‌ی آسیب‌زا نیستند.
- اختلال PTSD با سطح اقتصادی، اجتماعی پایین رابطه دارد و سن شروع در اوایل بزرگسالی است.
- در کودکان PTSD با علایم جسمی مثل سردرد و دل‌درد بروز می‌کند. مواجهه با یک عامل استرس‌زا در کودکان بیش از بزرگسالان اختلال ایجاد می‌کند.
- دو رویکرد عمده‌ی روان‌درمانگرانه در درمان PTSD وجود دارد: ۱- قرار دادن بیمار در معرض واقعه آسیب‌زای مذکور با روش‌های تجسمی یا مواجهه سازی (انزجار درمانی و حساسیت‌زدایی منظم) است. ۲- روش‌های تدبیر فشار روانی به بیمار آموخته می‌شود. این روش‌ها عبارتند از فنون آرام‌سازی عضلات و رویکردهای شناختی برای مدارا با استرس.
- در درمان‌های دارویی داروهای ضدافسردگی، ضد اضطراب، ضد تشنج، و ضد جنون تجویز می‌گردد.

اختلالات اضطراب فراگیر

- اختلال اضطراب فراگیر را اضطراب و نگرانی مفرط درباره‌ی چندین واقعه یا فعالیت در اکثر ایام و طی یک دوره‌ی لاقط شش ماهه تعریف می‌کند.
- GAD معمولاً در اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع می‌شود و نسبت زن به مرد حدود ۲ برابر است.
 - بیماری‌های همراه جمعیت هراسی، اختلال هول، یکی از اختلالات افسردگی، اختلالات مرتبط با مواد است.
- عوامل روانی - اجتماعی
- در مکتب شناختی-رفتاری تأکید بر این است که اختلال اضطراب فراگیر در واقع واکنشی است در بیمار به خطراتی که به غلط خیال می‌کند تهدیدش می‌کنند. این خطر ناشی از توجه انتخابی بیمار به جزئیات منفی در محیط است و از پردازش دگرگون اطلاعات در ذهن بیمار و برداشت بیش از حد منفی بیمار از قدرت مقابله‌اش نشأت گرفته است.
- مکتب روانکاو اضطراب را علامتی از تعارض‌های حل شده ناخودآگاه در خود می‌داند.

عوامل زیستی

- اثربخش بودن بنزودیازپین‌ها در درمان اختلال GAD باعث شده که پژوهش‌های زیستی بر روی دو دستگاه نوروترانسمیتری گابا و سروتونین متمرکز شود.
- گزارش شده که میزان سوخت و ساز در عقده‌های قاعده‌ای و ماده سفید مغز در بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی فراگیر کمتر از افراد سالم است.
 - مشخصه‌ی اختلال اضطراب فراگیر، الگوی مستمر و مکرر نگرانی و اضطرابی است که با اثرات واقعه یا شرایطی که کانون نگرانی است تناسبی ندارد.



- مؤثرترین درمان بیماران دچار اختلال اضطراب فراگیر ترکیبی از رویکردهای روان‌درمانی، دارو درمانی و درمان‌های حمایتی است.
- فنون عمده در رویکرد رفتاری، آرام سازی و پسخوراند زیستی (بیوفیدبک) است.
- هدف از رویکرد روانپویشی افزایش تحمل اضطراب در بیمار است نه رفع اضطراب.
- دو داروی عمده برای درمان این اختلال بنزودیازپین‌ها و بوسپیرون است.
- شایعترین اشتباه بالینی در درمان با بنزودیازپین‌ها ادامه‌ی نامحدود درمان است.
- درمان‌های حمایتی مبتنی بر درمان‌های بینش‌گرا، آشکارسازی تعارضات ناخودآگاه و ظاهرکردن نقاط قوت ایگو در فرد است.
- انواع و اقسام بیماری‌های طبی‌ای که ممکن است علایم اضطرابی ایجاد کنند. این کار را از طریق یک مکانیسم مشترک یعنی دستگاه نورواآدرنرژیک انجام می‌دهند.

نکات کلیدی

- ✓ این که واقعهای را عامل فشار تلقی کنیم یا نه، به ماهیت آن واقعه و نیز به امکانات فرد، دفاعهای روانی اش و مکانیسمهای مدارایش بستگی دارد.
- ✓ از منظر روان‌پویشی، هدف از درمان اضطراب الزماً نه حذف کامل اضطراب بلکه افزایش تحمل فرد در برابر آن است.
- ✓ طبق نظریه‌های یادگیری یا رفتاری، اضطراب پاسخی شرطی به یک محرک محیطی معین است.
- ✓ مفهوم کلیدی نظریه‌ی وجودی (اگزیستانسیال) این است که فرد احساس می‌کند در جهانی بی‌هدف زندگی می‌کند.
- ✓ نظریه‌های زیستی سه ناقل عمده‌ی مرتبط با اضطراب را نوراپی نفرین (سطوح بالاتر از اندازه‌ی طبیعی)، سروتونین و گابا (سطوح پایین‌تر از اندازه‌ی طبیعی) معرفی می‌کنند.
- ✓ مکانیسم‌های دفاعی مورد استفاده در اختلال بازار هراسی عبارت است از واپس‌زنی، جابه‌جایی، اجتناب، و نمادسازی

نکته‌ی کلیدی در تشخیص صحیح پانیک و افتراق آن از سایر اختلالات اضطرابی اثبات وجود حالات پانیک

- عودکننده‌ی خودبه‌خودی در مقاطعی از بیماری است.
- ✓ بنزودیازپین‌ها سریع‌ترین اثر ضد پانیک را دارند.
- ✓ دو کانون توجه عمده در شناخت درمانی اختلال پانیک عبارت است از نشان دادن اعتقادات غلط بیمار به وی و دادن اطلاعات صحیح در مورد حمله‌های پانیک.
- ✓ روش عمده رفتار درمانی در اختلال پانیک مواجهه سازی واقعی و دیگری درمان‌های رفتاری تنفس آموزی و آرام سازی کاربردی است.
- ✓ اثربخش‌ترین درمان اختلال بازار هراسی ترکیبی از دارودرمانی و رفتاردرمانی شناختی است.
- ✓ افراد مبتلا به جمعیت هراسی را اختلال اضطراب جمع نیز می‌خوانند.
- ✓ فوبی شایع‌ترین اختلال روانی منفرد است. شایع‌ترین اختلال روانی در زنان و دومین اختلال شایع در مردان پس از مصرف مواد محسوب می‌شود.
- ✓ فروید هیستری اضطرابی (فوبی) را نتیجه‌ی تعارض‌هایی می‌دانست که حول یک موقعیت ادیپی حل نشده در کودکی شکل گرفته‌اند.
- ✓ مکانیزم‌های دفاعی مورد استفاده در فوبی عبارتند از: واپس‌زنی، جابه‌جایی و نمادسازی
- ✓ فوبی ریشه در اضطراب اختگی دارد.
- ✓ هراس از خون، آمپول، جراحی با سایر انواع تفاوت دارد. چراکه در آن پس از افزایش اولیه‌ی ضربان قلب که در تمام انواع شایع است. اغلب کاهش ضربان قلب و کاهش فشار خون روی می‌دهد.
- ✓ شناخته شده‌ترین و مؤثرترین درمان هراس‌ها، رفتار درمانی است. که رایج‌ترین آنها حساسیت زدایی تدریجی است. این روش نخستین بار به وسیله‌ی جوزف ولپه ابداع شد
- ✓ برای درمان هراس اختصاصی مواجهه درمانی شایع‌ترین روش است.
- ✓ اختلال وسواسی - جبری در نظریه‌ی روانکاوی سنتی، روان نژندی وسواسی - جبری نامیده شده بود و نوعی واپس‌روی از مرحله‌ی ادیپی به مرحله‌ی مقعدی رشد روانی - جنسی تلقی می‌شد.



- ✓ امروزه OCD را اختلال هسته‌های قاعده‌ای می‌دانند.
- ✓ اختلال استرس پس از سانحه با نام‌های قلب سرباز، روان‌نژندی آسیب‌زا، شوک ناشی از ترکش، روان‌نژندی جنگ یا خستگی از عملیات خوانده شده است.
- ✓ علت اولیه‌ی پیدایش PTSD عامل فشار (استرسور) است.
- ✓ مشخصه‌ی اختلال اضطراب فراگیر، الگوی مستمر و مکرر نگرانی و اضطرابی است که با اثرات واقعه یا شرایطی که کانون نگرانی است تناسبی ندارد.
- ✓ فنون عمده در رویکرد رفتاری در اختلال اضطراب فراگیر، آرام‌سازی و پسخوراند زیستی (بیوفیدبک) است.
- ✓ هدف از رویکرد روانپویشی افزایش تحمل اضطراب در بیمار است نه رفع اضطراب.

فره‌یختگان

- ۱۳



۹. شایع‌ترین تظاهرات تنش حرکتی در بیماران مبتلا به GAD (اختلال اضطراب فراگیر) کدام است؟
(بهداشت- ۸۹)

(۲) لرزیدن

(۱) واکنش ازجا پریدن

(۴) تپش قلب

(۳) گوش بزننگی

۱۰. میزان شیوع OCD در جمعیت مراجعه‌کننده به مراکز روانپزشکی چقدر است؟ (بهداشت- ۹۰)

(۴) بیشتر از ۱۵ درصد

(۳) ۱۵ درصد

(۲) ۳ درصد

(۱) ۱۰ درصد

۱۱. طول شدت علائم در اختلال پانیک در ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR چقدر است؟ (بهداشت- ۹۱)

(۴) ۱۵ دقیقه

(۳) ۱۰ دقیقه

(۲) ۵ دقیقه

(۱) ۲۰ دقیقه

۱۲. در کدام هراس، ضربان قلب و فشار خون کاهش می‌یابد؟ (بهداشت- ۹۱)

(۴) خون

(۳) مکان بسته

(۲) ارتفاع

(۱) حیوانات

پاسخ تست طبقه‌بندی شده

- ۱- گزینه «۱» صحیح است.
- ۲- گزینه «۲» صحیح است.
- ۳- گزینه «۱» صحیح است.
- ۴- گزینه «۱» صحیح است.
- ۵- گزینه «۱» صحیح است.
- ۶- گزینه «۱» صحیح است.
- ۷- گزینه «۱» صحیح است.
- ۸- گزینه «۴» صحیح است.
- ۹- گزینه «۲» صحیح است.
- ۱۰- گزینه «۱» صحیح است.
- ۱۱- گزینه «۳» صحیح است.
- ۱۲- گزینه «۴» صحیح است.