

جلد اول

و دوم

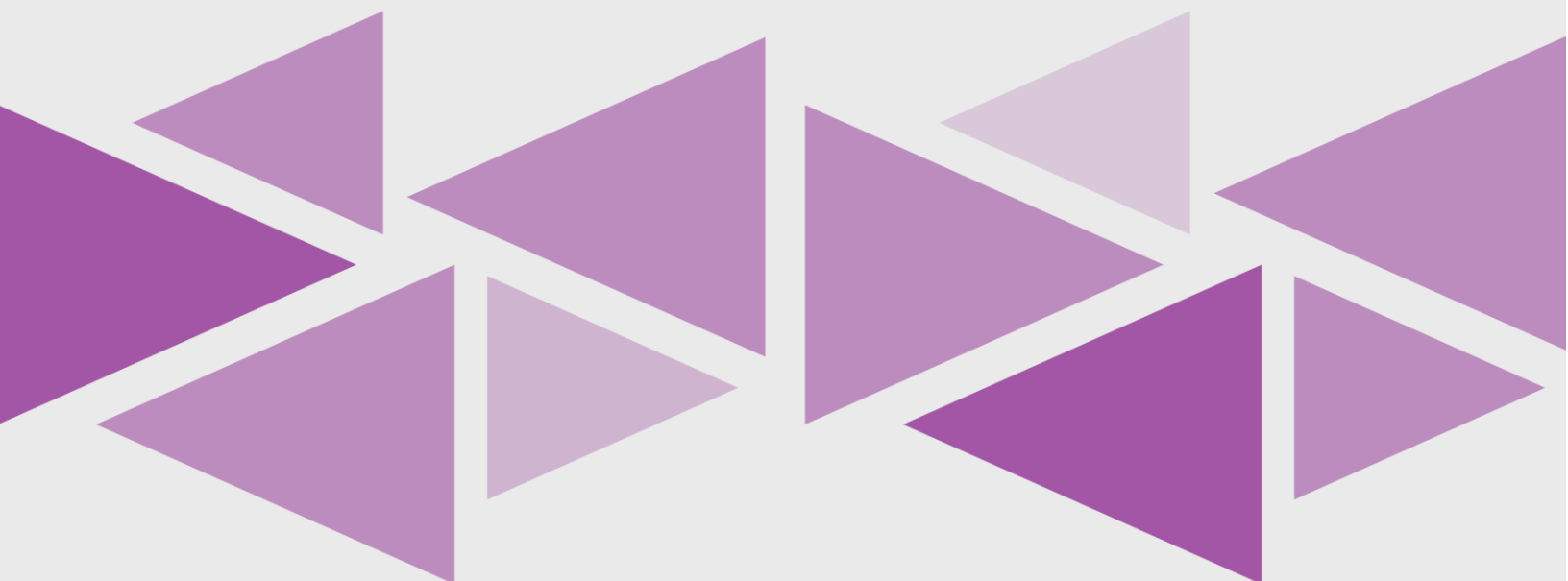
ویرایش نهم

آسیب شناسی

روانی

دیدگاه های روانی درباره ی اختلالات روانی

نویسندگان : ریچارد هالچین ، سوزان کراس ویتبورن



مترجمان : آلا بحرانی، اسما بحرانی

آسیب شناسی روانی

دیدگاه های بالینی در مورد اختلالات روانی

ویرایش نهم

سوزان کراوس وایتبورن

دانشگاه ماساچوست بوستون

آسیب شناسی روانی : دیدگاه های بالینی در مورد اختلالات روانی

ویرایش نهم

توسط گروه آموزشی مک گراو هیل، ۲ پن پلازا، نیویورک، ۱۰۱۲۱ NY منتشر شده. حق چاپ و تکثیر آن (©۲۰۲۰) متعلق به گروه آموزشی مک گراو هیل است. تمامی حقوق محفوظ است. در ایالات متحده آمریکا چاپ شده. نسخه های قبلی آن مربوط به سال های © ۲۰۱۷، ۲۰۱۴، و ۲۰۱۳ است. بدون رضایت کتبی قبلی گروه آموزشی مک گراو هیل هیچ بخشی از این کتاب را نمی توان به هر شکل یا به هر وسیله ای تکثیر یا توزیع کرد، یا در پایگاه داده یا سیستم بازیابی، از جمله هر شبکه یا دیگر رسانه های ذخیره سازی یا انتقال الکترونیکی، یا برای آموزش از راه دور اما نه محدود به آن ها پخش کرد.

مدیر نمونه کار: رایان تریت

مدیر توسعه محصول: داون گراندواتر

مدیر ارشد بازاریابی: ای جی لافرا

مدیر پروژه محتوای اصلی: جودی بانووتز، سندی ویل

مدیر پروژه محتوا: رایان وارچینسکی، ساندرا اشنی

خریدار ارشد: سندی لودوویسی

طراح ارشد: مت بک هاوس

متخصصان صدور مجوز محتوا: تراسی واسکه

سازنده: شرکت لومینا دیتامتیکس

داده‌های فهرست‌نویسی پیش از انتشار در کتابخانه کنگره

نام‌ها: ویتبورن، سوزان کراوس، نویسنده.

عنوان: روانشناسی غیرعادی: دیدگاه‌های بالینی در مورد روانشناسی

اختلالات / سوزان کراوس ویتبورن، دانشگاه ماساچوست بوستون.

توضیحات: ویرایش نهم. | نیویورک، MHE:NY، [۲۰۲۰] | شامل منابع و نمایه‌های کتابشناختی می‌شود

شناسه: LCCN ۲۰۱۸۰۴۸۶۷۹ | شابک ۹۷۸۱۲۶۰۵۰۰۱۹۶ (کاغذ آلك)

موضوع: LCSH: روانشناسی، آسیب‌شناسی. | بیماری روانی.

طبقه بندی: DDC ۶۱۶.۸۹-dc۲۳ | H۳۳۴ ۲۰۲۰. LCC RC۴۵۴

رکورد LC در <https://lcn.loc.gov/۲۰۱۸۰۴۸۶۷۹> موجود است

آدرس‌های اینترنتی ذکر شده در متن در زمان انتشار دقیق بودند. گنجاندن یک وب سایت نشان‌دهنده تایید نویسندگان یا گروه آموزشی مک گراو هیل نیست و گروه آموزشی مک گراو هیل صحت اطلاعات ارائه شده در این سایت‌ها را تضمین نمی‌کند.

mheducation.com/highered

تقدیم به

تقدیم به خانواده شگفت انگیز و در حال رشد من:
ریچارد، استیسی، جنی، تیلور، اریک، تدی و اسکارلت

درباره نویسندگان



©Noah Berg

سوزان کراوس ویتبورن، استاد بازنشسته علوم روانشناسی و مغز در دانشگاه ماساچوست آمهرست، و استادیار رشته پیری‌شناسی در دانشگاه ماساچوست بوستون است. او علاوه بر تدریس و سرپرستی دانشجویان دکتری در روانشناسی رشد و بالینی، کلاس‌های بزرگی را در مقطع کارشناسی تدریس کرده است. تجربه بالینی او هر دو بخش بستری و سرپایی را پوشش داده است. پروفسور ویتبورن عضو انجمن روانشناسی آمریکا است.

پروفسور ویتبورن دکترای خود را از دانشگاه کلمبیا دریافت کرد و دارای دیپلم در رشته روانشناسی از هیئت روانشناسی حرفه‌ای آمریکاست. او قبل از نقل مکان به دانشگاه امهرست ماساچوست در دانشگاه ایالتی نیویورک در Geneseo و دانشگاه روچستر تدریس کرد، جایی که او

جایزه معلم برجسته دانشگاه، جایزه مشاوره برجسته، و جایزه معلم برجسته کالج هنر و علوم را دریافت کرد. او در سال ۲۰۰۱ جایزه مشاور هیئت علمی منطقه شرقی Psi Chi و در سال ۲۰۰۲ جایزه مشاور ملی Psi Chi دانمارک فلورانس را دریافت کرد. در سال ۲۰۰۳، او هر دو جایزه APA Division ۲۰ و جوایز مربیگری انجمن پیرشناسی آمریکا را دریافت کرد. در سال ۲۰۱۸، او به عنوان یکی از اعضای برجسته Psi Chi شناخته شد.

پروفسور ویتبورن به عنوان هماهنگ‌کننده افتخارات دیپارتمان از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰، هم‌چنین مشاور دانشکده Psi Chi از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۷، و مدیر دفتر مشاوره ملی بورسیه تحصیلی در کالج افتخارات مشترک المنافع از سال ۱۹۹۹ تا ۲۰۱۷ بود. نویسنده کتاب و پروفسور ویتبورن با بیش از ۱۷۰ مقاله در مجلات و فصل‌های کتاب، به عنوان یک متخصص در رشد شخصیت در میانسالی و اواخر زندگی در نظر گرفته می‌شود. او رئیس سابق انجمن روانشناسی شرقی و رئیس قبلی بخش علوم رفتاری و اجتماعی انجمن پیرشناسی آمریکا و عضو هیئت امور

آموزشی APA بود. او به عنوان نماینده شورای APA در بخش ۲۰ (توسعه بزرگسالان و پیری) و همچنین به عنوان رئیس بخش ۲۰ خدمت می‌کند. او عضو بخش ۲۰، ۱ (روانشناسی عمومی)، ۲ (تدریس روانشناسی)، ۹ (انجمن مطالعه روانشناسی مسائل اجتماعی)، ۱۲ (روانشناسی بالینی)، و ۳۵ (انجمن روانشناسی زنان) APA است. . در سال ۲۰۱۸، پروفسور ویتبورن به عنوان رئیس منتخب APA کاندید شد. او همچنین یکی از اعضای هیئت مدیره انجمن روانشناسی ماساچوست است، که در آن جا او همچنین ریاست کمیته کاندیدها و حکومت را بر عهده دارد.

پروفسور ویتبورن به عنوان نویسنده سرویس تست آموزشی خدمت کرد، عضو هیئت مشاوره استانداردهای ملی برنامه درسی دبیرستان APA بود، دستورالعمل‌های برنامه درسی دبیرستان APA را برای روانشناسی رشدی طول عمر نوشت و به عنوان نویسنده آزمون برای تمرین حرفه‌ای روانشناسی کار کرد. کتاب او در سال ۲۰۱۰، به نام جستجوی تحقق، نامزد جایزه ویلیام جیمز APA شد. او در سال ۲۰۱۱ استناد ریاست جمهوری را از APA دریافت کرد. او علاوه بر نوشته‌های آکادمیک، نویسنده یک وبلاگ بسیار محبوب در روانشناسی امروز با عنوان «تحقق در هر سنی» است و در رسانه‌های متعددی از جمله NBC Dateline و Today Show، AM Canada و CNN ظاهر شده است.

درباره نویسندگان



Courtesy of Jennifer O'Brien

جنیفر ال اوبرین یک روانشناس کارکنان در خدمات مشاوره و بهداشت روانی موسسه فناوری ماساچوست است که دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد که با طیف وسیعی از نگرانی‌های روانشناختی به او مراجعه می‌کنند، را روان درمانی می‌کند. دکتر اوبرین علاوه بر نقش بالینی خود در MIT، بر کارآموزان روانشناسی بالینی نظارت می‌کند و در تیم مراقبت از جنسیت و جنسیت پزشکی MIT خدمت می‌کند. دکتر اوبرین در درمان اختلالات خلقی و اضطراب تخصص دارد و در کار با جمعیت LGBTQ+ تخصص دارد.

دکتر اوبرین دکترای خود را در روانشناسی بالینی از دانشگاه آمریکایی در واشنگتن دی سی دریافت کرد. پایان نامه او با عنوان «دقت همدلانه و

خستگی دلسوز در کارآموزان درمانگر» در روانشناسی حرفه‌ای: تحقیق و عمل منتشر شده است. او دوره پیش از دکترای خود را در مرکز پزشکی دوره‌های VA در دورهام، NC، و فلوشیپ فوق دکترای در سیستم مراقبت‌های بهداشتی VA بوستون به پایان رساند، جایی که با کهنه سربازان ارتش کار کرد و آموزش‌های گسترده‌ای در ارائه درمان‌های مبتنی بر شواهد برای افسردگی، اضطراب، PTSD و PTSD و سوء مصرف مواد دریافت کرد.

دکتر اوبرین علاوه بر تخصص بالینی خود، دست نوشته‌هایی را در مورد موضوعاتی مانند جنسیت و پیری منتشر کرده است و به عنوان ویراستار در مجلات معتبر نیز خدمت کرده است. دکتر اوبرین قبلاً در ویرایش هفتم و هشتم روانشناسی آسیب شناسی: دیدگاه‌های بالینی در مورد اختلالات روانی مشارکت داشته است.

فهرست مطالب

۵۳	 مروری بر درک رفتار نابهنجار
۵۶	 فصل ۱
۵۶	 گزارش موردی: ربکا هاسبروک
۵۷	 ۱,۱ رفتار آسیب شناسی چیست؟
۵۹	 ۲,۱ تاثیر اجتماعی اختلالات روانی
۶۱	 ۳,۱ تعریف آسیب شناسی
۶۵	 آنچه در DSM-۵ وجود دارد
۶۵	 تعریف اختلال روانی
۶۶	 ۴,۱ چه چیزی باعث رفتار نابهنجار میشود؟
۶۶	 مشارکت های بیولوژیکی
۶۷	 مشارکت های روانی
۶۸	 مشارکت های اجتماعی فرهنگی
۶۹	 دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی
۷۱	 ۵,۱ مضامین برجسته در روانشناسی آسیب شناسی در طول تاریخ
۷۳	 رویکرد معنوی
۷۴	 رویکرد بشردوستانه
۸۲	 رویکرد علمی
۸۵	 ۶,۱ روش تحقیق در روانشناسی آسیب شناسی
۸۶	 ۷,۱ طرح آزمایشی
۹۰	 ۸,۱ طرح همبستگی
۹۲	 شما قضاوت کنید

۱۰	
۹۲	معقول بودن در مکان های نامعقول.....
۹۴	۹,۱ انواع مطالعات پژوهشی.....
۹۴	نظرسنجی.....
۹۷	مطالعات آزمایشگاهی.....
۹۸	مطالعه موردی.....
۹۸	داستان های واقعی.....
۹۸	ونسان ون گوگ: روان پریشی.....
۱۰۲	طراحی آزمایش تک آزمودنی.....
۱۰۲	تحقیق در ژنتیک رفتاری.....
۱۰۷	گردآوری همه چیز: دیدگاه های بالینی.....
۱۰۸	بازگشت به پرونده: ربکا هاسبروک.....
۱۰۸	خلاصه.....
۱۱۰	کلمات کلیدی.....
۱۱۱	تشخیص و درمان.....
۱۱۴	فصل ۲.....
۱۱۴	گزارش موردی: پدرو پادیلا.....
۱۱۷	۱,۲ اختلال روانی: تجربیات درمانجو و پزشک.....
۱۱۷	درمانجو.....
۱۱۸	پزشک بالینی.....
۱۲۰	۲,۲ فرآیند تشخیصی.....
۱۲۲	راهنمای تشخیصی و آماری (DSM-۵).....
۱۲۶	اطلاعات تشخیصی اضافی.....
۱۲۸	آنچه در DSM-۵ وجود دارد.....

۱۲۸	تغییرات در ساختار DSM-۵
۱۳۱	مفاهیم فرهنگی در مورد استرس
۱۳۳	۳,۲ مراحل در فرآیند تشخیص
۱۳۳	روشهای تشخیص
۱۳۵	صورت بندی موردی
۱۳۶	صورت بندی فرهنگی
۱۳۸	۴,۲ برنامه درمانی
۱۳۹	اهداف درمان
۱۴۱	مکان درمان
۱۴۴	شیوه درمانی
۱۴۶	شما قضاوت کنید
۱۴۷	تعیین بهترین رویکرد برای درمان
۱۴۹	۵,۲ دوره درمان
۱۴۹	نقش پزشک در درمان
۱۴۹	نقش درمانجو در درمان
۱۵۰	داستان های واقعی
۱۵۰	دنیل جانستون: اختلال دوقطبی
۱۵۴	۶,۲ نتیجه درمان
۱۵۶	بازگشت به پرونده: پدر و پادیدا
۱۵۷	خلاصه
۱۵۹	اصطلاحات کلیدی
۱۶۰	ارزیابی
۱۶۲	فصل ۳

- ۱۶۲..... گزارش موردی: بن رابشم
- ۱۶۳..... ۱,۳ ویژگی های ارزیابی های روانشناختی
- ۱۶۶..... ۲,۳ مصاحبه بالینی
- ۱۷۲..... ۳,۳ بررسی وضعیت ذهنی
- ۱۷۳..... ۴,۳ آزمون هوش
- ۱۷۴..... آزمون هوش استانفورد بینه
- ۱۷۴..... مقیاس هوش وکسلر
- ۱۸۰..... ۵,۳ آزمون شخصیت
- ۱۸۱..... آزمون های خودسنجی
- ۱۸۷..... آزمون فرافکن
- ۱۹۱..... داستان های واقعی
- ۱۹۱..... لودویگ ون بتهوون: اختلال دوقطبی
- ۱۹۴..... ۶,۳ ارزیابی رفتاری
- ۱۹۶..... ۷,۳ ارزیابی چند فرهنگی
- ۱۹۸..... ۸,۳ ارزیابی عصب روانشناختی
- ۲۰۱..... آنچه در DSM-۵ وجود دارد
- ۲۰۱..... اقدامات ارزیابی بخش ۳
- ۲۰۵..... شما قضاوت کنید
- ۲۰۵..... روانشناسان در نظام حقوقی
- ۲۰۶..... ۹,۳ تصویربرداری عصبی
- ۲۰۹..... ۱۰,۳ قرار دادن همه چیز در کنار هم
- ۲۱۰..... بازگشت به پرونده: بن رابشم
- ۲۱۰..... خلاصه

اصطلاحات کلیدی	۲۱۳
دیدگاه های نظری	۲۱۴
فصل ۴	۲۱۷
گزارش موردی: میرا کریشان	۲۱۷
۱,۴ دیدگاه های نظری در روانشناسی آسیب شناسی	۲۱۹
۲,۴ دیدگاه بیولوژیکی	۲۱۹
نظریه ها	Error! Bookmark not defined.
نقش ژنتیک	۲۲۰
یک مورد کوچک	۲۲۶
رویکردهای بیولوژیکی برای درمان میرا	۲۲۶
رفتار	۲۳۱
۳,۴ نظریه صفت	۲۳۷
یک مورد کوچک	۲۳۹
رویکردهای نظریه صفت برای درمان میرا	۲۳۹
آنچه در DSM-۵ وجود دارد	۲۴۱
رویکردهای نظری	۲۴۲
۴,۴ دیدگاه روانپویشی	۲۴۳
نظریه فروید	۲۴۳
یک مورد کوچک	۲۴۹
رویکردهای روان پویشی برای درمان میرا	۲۴۹
دیدگاه های روان پویشی پسا فرویدی	۲۴۹
رفتار	۲۵۵
۵,۴ دیدگاه رفتاری	۲۵۶

نظریه ها Error! Bookmark not defined.

شما قضاوت کنید..... ۲۵۹

تمرین مبتنی بر شواهد..... ۲۵۹

رفتار ۲۶۰

۶,۴ دیدگاه شناختی..... ۲۶۳

نظریه ها Error! Bookmark not defined.

رفتار ۲۶۵

یک مورد کوچک ۲۶۷

رویکرد شناختی برای درمان میرا..... ۲۶۷

۷,۴ دیدگاه انسان گرایانه ۲۶۷

نظریه ها Error! Bookmark not defined.

رفتار ۲۷۰

رفتار ۲۷۲

یک مورد کوچک ۲۷۳

رویکردهای انسانی برای درمان میرا..... ۲۷۳

۸,۴ دیدگاه اجتماعی-فرهنگی ۲۷۳

نظریه ها ۲۷۴

رفتار ۲۷۵

یک مورد کوچک ۲۷۸

رویکرد اجتماعی فرهنگی برای درمان میرا..... ۲۷۸

داستان های واقعی ۲۷۸

سیلویا پلات، اختلال افسردگی عمده ۲۷۸

۹,۴ دیدگاه مبتنی بر پذیرش ۲۸۲

نظریه ها	Error! Bookmark not defined.
رفتار	۲۸۴
یک مورد کوچک	۲۸۵
رویکرد مبتنی بر پذیرش برای درمان میرا	۲۸۵
۱۰,۴ دیدگاه های زیست روانی اجتماعی در نظریه ها و درمانها: رویکردی یکپارچه	۲۸۷
بازگشت به پرونده: میرا کریشان	۲۸۷
خلاصه	۲۸۸
اصطلاحات کلیدی	۲۹۲
اختلالات رشد عصبی	۲۹۳
فصل ۵	۲۹۵
گزارش موردی: جیسون نیومن	۲۹۵
یک مورد کوچک	۳۰۱
نا توانی ذهنی	۳۰۱
علل ناتوانی ذهنی	۳۰۲
آنچه در DSM-۵ وجود دارد	۳۰۷
اختلالات رشد عصبی	۳۰۷
درمان کم توانی ذهنی	۳۱۰
۲,۵ اختلال طیف اوتیسم	۳۱۲
یک مورد کوچک	۳۱۴
اختلال طیف اوتیسم	۳۱۴
نظریه ها و درمان اختلال طیف اوتیسم	۳۱۷
سندرم رت	۳۲۲
اختلال طیف اوتیسم با عملکرد بالا که قبلا اختلال آسپرگر نامیده میشد	۳۲۳

- داستان های واقعی ۳۲۴
- دانیل نامت: اختلال طیف اوتیسم ۳۲۴
- ۳,۵ اختلالات یادگیری و ارتباطی ۳۲۸
- اختلال یادگیری خاص ۳۲۸
- اختلالات ارتباطی ۳۳۲
- یک مورد کوچک ۳۳۶
- اختلال کمبود توجه / بیش فعالی ۳۳۶
- ADHD در بزرگسالان ۳۳۷
- نظریه ها و درمان ADHD ۳۳۹
- شما قضاوت کنید ۳۴۲
- تجویز داروهای روانپزشکی برای کودکان ۳۴۲
- ۵,۵ اختلالات حرکتی ۳۴۷
- اختلال هماهنگی رشدی ۳۴۷
- اختلالات تیک ۳۴۸
- اختلال حرکتی کلیشهای ۳۵۰
- ۶,۵ اختلالات رشد عصبی: دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی ۳۵۱
- بازگشت به پرونده: جیسون نیومن ۳۵۱
- خلاصه ۳۵۲
- اصطلاحات کلیدی ۳۵۴
- طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان پریشی ۳۵۵
- فصل ۶ ۳۵۸
- گزارش موردی: دیوید چن ۳۵۸
- ۱,۶ اسکیزوفرنی ۳۶۲

- ۳۶۷..... یک مورد کوچک
- ۳۶۷..... کاناتونیا، نامشخص
- ۳۶۹..... یک مورد کوچک
- ۳۶۹..... اسکیزوفرنی، پیوسته
- ۳۷۳..... آنچه در DSM-۵ وجود دارد.....
- ۳۷۳..... زیرگروههای اسکیزوفرنی و رتبه‌بندی ابعادی.....
- ۳۷۴..... یک مورد کوچک
- ۳۷۴..... اسکیزوفرنی، چند قسمتی، در حال حاضر در حال بهبودی کامل است.....
- ۳۷۹..... شما قضاوت کنید.....
- ۳۷۹..... تشخیص اسکیزوفرنی.....
- ۳۸۱..... ۲,۶ اختلال روان پریشی گذرا.....
- ۳۸۲..... یک مورد کوچک
- ۳۸۲..... اختلال روانی مختصر، با عوامل استرس‌زای مشخص.....
- ۳۸۳..... یک مورد کوچک
- ۳۸۳..... اختلال اسکیزوفرنی‌فرم، با ویژگی‌های پیش آگهی خوب.....
- ۳۸۴..... ۳,۶ اختلال اسکیزوفرنی‌فرم.....
- ۳۸۴..... ۴,۶ اختلال اسکیزوافکتیو.....
- ۳۸۵..... یک مورد کوچک
- ۳۸۵..... اختلال اسکیزوافکتیو، نوع دوقطبی.....
- ۳۸۶..... ۵,۶ اختلالات هذیانی.....
- ۳۸۷..... یک مورد کوچک
- ۳۸۷..... اختلال هذیانی، نوع حسادت.....
- ۳۸۸..... یک مورد کوچک

- اختلال هذیانی، نوع آزار و اذیت..... ۳۸۸
- ۶,۶ نظریه ها و درمان اسکیزوفرنی..... ۳۸۸
- دیدگاه های بیولوژیکی..... ۳۹۰
- داستان های واقعی..... ۳۹۴
- الین ساکس: اسکیزوفرنی..... ۳۹۴
- دیدگاه های روانشناختی..... ۴۰۰
- دیدگاه های اجتماعی-فرهنگی..... ۴۰۵
- ۷,۶ اسکیزوفرنی: دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی..... ۴۱۱
- بازگشت به پرونده: دیوید چن..... ۴۱۲
- خلاصه..... ۴۱۳
- اصطلاحات کلیدی..... ۴۱۵
- فصل ۷..... ۴۱۹
- گزارش موردی: جانیس باترفیلد..... ۴۱۹
- ۱,۷ اختلالات افسردگی..... ۴۲۲
- اختلال افسردگی عمده..... ۴۲۲
- یک مورد کوچک..... ۴۲۵
- اختلال افسردگی عمده، دوره مکرر..... ۴۲۵
- اختلال افسردگی مداوم (افسرده خویی یا دیس تایمی)..... ۴۲۵
- اختلال بینظمی خلق اخلاکر..... ۴۲۶
- یک مورد کوچک..... ۴۲۷
- اختلال افسردگی عمده (دیس تایمی)..... ۴۲۷
- اختلال ناخوشی پیش از قاعدگی..... ۴۲۸
- اختلال دوقطبی..... ۴۲۸

- اختلال دوقطبی ۴۲۸
- داستان های واقعی ۴۲۹
- کری فیشر: اختلال دوقطبی ۴۲۹
- یک مورد کوچک ۴۳۵
- اختلال دوقطبی I، اپیزودهای فعلی شیدایی ۴۳۵
- یک مورد کوچک ۴۳۸
- اختلال سیکلوتیمیک ۴۳۸
- اختلال سیکلوتیمیک ۴۳۸
- ۳,۷ نظریه ها و درمان اختلال افسردگی و اختلال دوقطبی ۴۳۹
- دیدگاه های بیولوژیکی ۴۳۹
- آنچه در DSM-۵ وجود دارد ۴۴۶
- اختلال افسردگی و اختلال دوقطبی ۴۴۶
- دیدگاه های روانشناختی ۴۴۹
- دیدگاه های اجتماعی-فرهنگی ۴۵۸
- ۴,۷ خودکشی ۴۵۸
- شما قضاوت کنید ۴۶۲
- دستوراتی برای بیماران خودکشی به نام احیا نکنید ۴۶۲
- ۵,۷ اختلال افسردگی و اختلال دوقطبی: دیدگاه زیست روانی اجتماعی ۴۶۳
- بازگشت به پرونده: جانسی باترفیلد ۴۶۴
- خلاصه ۴۶۵
- اصطلاحات کلیدی ۴۶۷
- اضطراب، وسواس فکری اجباری، و تروما و اختلالات مرتبط با استرس ۴۶۷
- فصل ۸ ۴۷۰

- ۴۷۰..... گزارش موردی: باربارا وایلدنر
- ۴۷۴..... اختلال اضطراب جدایی
- ۴۷۷..... سکوت گزینشی
- ۴۷۸..... فوبیای خاص
- ۴۸۱..... یک مورد کوچک
- ۴۸۱..... فوبیای خاص، محیط طبیعی
- ۴۸۳..... اختلال اضطراب اجتماعی
- ۴۸۴..... آنچه در DSM-۵ وجود دارد
- ۴۸۴..... تعریف و طبقه بندی اختلالات اضطرابی
- ۴۸۶..... اختلال هراس و آگورافوبیا
- ۴۸۹..... یک مورد کوچک
- ۴۸۹..... اختلال هراس و آگورافوبیا
- ۴۹۰..... اختلال اضطراب فراگیر
- ۴۹۱..... یک مورد کوچک
- ۴۹۱..... اختلال اضطراب فراگیر
- ۴۹۲..... ۲,۸ اختلالات وسواس اجباری و مرتبط
- ۴۹۴..... یک مورد کوچک
- ۴۹۴..... اختلال وسواس اجباری، با بینش ضعیف
- ۴۹۷..... اختلال بدشکلی بدن
- ۴۹۸..... داستان های واقعی
- ۴۹۸..... هوی مندل: اختلال وسواس فکری-اجباری
- ۵۰۱..... شما قضاوت کنید
- ۵۰۱..... جراحی روانی

- یک مورد کوچک ۵۰۴
- اختلال بدشکلی بدن با بینش ضعیف ۵۰۴
- اختلال احتکار ۵۰۶
- تريکوتیلومانیا (اختلال در کشیدن مو) ۵۰۷
- یک مورد کوچک ۵۱۰
- تريکوتیلومانیا (اختلال در کشیدن مو) ۵۱۰
- اختلال اکسکوریشن (پوست کندن) ۵۱۲
- ۳,۸ اختلالات مربوط به تروما و استرس ۵۱۳
- اختلال دلبستگی واکنشی و اختلال درگیری اجتماعی مهار شده ۵۱۴
- اختلال استرس حاد و اختلال استرس پس از سانحه ۵۱۵
- یک مورد کوچک ۵۱۶
- اختلال استرس حاد ۵۱۶
- یک مورد کوچک ۵۱۹
- اختلال استرس پس از سانحه ۵۱۹
- ۴,۸ اختلالات مربوط به اضطراب، وسواس اجباری و تروما و استرس: دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی ۵۲۱
- بازگشت به پرونده: باربارا وایلدر ۵۲۲
- خلاصه ۵۲۳
- اصطلاحات کلیدی ۵۲۶
- اختلالات علائم تجزیه ای و جسمی ۵۲۷
- فصل ۹ ۵۲۹
- گزارش موردی: رز مارستون ۵۲۹
- یک مورد کوچک ۵۳۳
- اختلال هویت تجزیه ای ۵۳۳

- یک مورد کوچک ۵۳۹
- فراموشی تجزیه ای یا گریز گسسته پذیر تجزیه ای ۵۳۹
- شما قضاوت کنید ۵۴۰
- اختلال هویت تجزیه ای ۵۴۰
- یک مورد کوچک ۵۴۳
- اختلال مسخ شخصیت / مسخ واقعیت ۵۴۳
- اختلال علائم جسمی ۵۴۴
- یک مورد کوچک ۵۴۶
- اختلال علائم جسمی، با درد غالب ۵۴۶
- اختلال اضطراب بیماری ۵۴۶
- اختلال تبدیلی (اختلال علائم عصبی عملکردی) ۵۴۷
- یک مورد کوچک ۵۴۸
- اختلال اضطراب بیماری، نوع مراقبت جویانه ۵۴۸
- یک مورد کوچک ۵۴۹
- اختلال تبدیل، با از دست دادن حس ۵۴۹
- شرایط مربوط به اختلالات علائم جسمی ۵۵۱
- نظریه ها و درمان علائم جسمی و اختلالات مرتبط ۵۵۲
- آنچه در DSM-۵ وجود دارد ۵۵۵
- علائم جسمی و اختلالات مرتبط ۵۵۵
- ۳,۹ عوامل روانی مؤثر بر سایر شرایط پزشکی ۵۵۶
- مفاهیم مرتبط برای درک عوامل روانشناختی مؤثر بر سایر شرایط پزشکی ۵۵۷
- استرسی و مقابله ۵۵۷
- یک مورد کوچک ۵۵۸

- عوامل روانشناختی موثر بر سایر شرایط پزشکی ۵۵۸
- بیان عاطفی ۵۶۵
- سبک شخصیت ۵۶۶
- کاربردها در پزشکی رفتاری ۵۶۸
- ۴,۹ اختلالات علائم جسمی و تجزیه ای: دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی ۵۷۰
- بازگشت به پرونده: رز مارستون ۵۷۲
- خلاصه ۵۷۳
- اصطلاحات کلیدی ۵۷۴
- فصل ۱۰ ۵۷۸
- گزارش موردی: رزا نومیرز ۵۷۸
- ۱,۱۰ اختلالات خوردن ۵۸۱
- ویژگی های بیاشتهایی عصبی ۵۸۱
- یک مورد کوچک ۵۸۴
- نوع محدودکننده بیاشتهایی عصبی ۵۸۴
- داستان های واقعی ۵۸۴
- پورشا دی راسی: بیاشتهایی عصبی و پر خوری عصبی ۵۸۴
- ویژگی های پر خوری عصبی ۵۹۰
- یک مورد کوچک ۵۹۱
- پر خوری عصبی ۵۹۱
- نظریه ها و درمان اختلالات خوردن ۵۹۳
- اختلال در مصرف غذا اجتنابی/محدود کننده ۵۹۶
- اختلالات خوردن مرتبط با دوران کودکی ۵۹۷
- آنچه در DSM-۵ وجود دارد ۵۹۹

- طبقه بندی مجدد اختلالات خوردن، حذف، خواب-بیداری و اختلالات، کنترل تکانه و رفتار ۵۹۹
- ۲,۱۰ اختلالات رفع ۶۰۰
- ۳,۱۰ اختلالات خواب و بیداری ۶۰۱
- یک مورد کوچک ۶۰۶
- آپنه انسدادی خواب هیپوپنه ۶۰۶
- ۴,۱۰ اختلالات مخرب، کنترل تکانه و رفتار ۶۰۶
- اختلال نافرمانی مخالف ۶۰۷
- اختلال انفجاری متناوب ۶۰۸
- یک مورد کوچک ۶۱۰
- اختلال انفجاری متناوب ۶۱۰
- اختلال رفتاری ۶۱۱
- اختلالات کنترل تکانه ۶۱۲
- شما قضاوت کنید ۶۱۶
- پیامدهای قانونی اختلالات کنترل تکانه ۶۱۶
- یک مورد کوچک ۶۱۸
- کلیتومانیا ۶۱۸
- ۵,۱۰ اختلال خوردن، حذف، خواب-بیداری و اختلال کنترل تکانه: دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی ۶۱۹
- بازگشت به پرونده: رز مارستون ۶۲۰
- خلاصه ۶۲۱
- اصطلاحات کلیدی ۶۲۳
- اختلالات پارافیلیک، اختلالات جنسی و نارسایی جنسیتی ۶۲۴
- فصل ۱۱ ۶۲۶
- گزارش موردی: شان بویدن ۶۲۶

- ۱,۱۱ چه الگوهایی از رفتار جنسی نشان دهنده اختلالات روانی است؟ ۶۲۸
- ۱,۱۲ اختلالات پارافیلیک ۶۳۱
- یک مورد کوچک ۶۳۳
- اختلال بدوفیلیک نوع غیر انحصاری ۶۳۳
- اختلال بدوفیلیک ۶۳۳
- یک مورد کوچک ۶۳۶
- اختلال نمایشی، برانگیختگی جنسی با قرار دادن اندام تناسلی در معرض افراد بالغ فیزیکی ۶۳۶
- اختلال عورت نمایی ۶۳۶
- اختلال تماشاگری جنسی ۶۳۷
- اختلال فتیشیسم ۶۳۸
- اختلال مالش دوستی (اختلال فروتوریستیک) ۶۳۹
- یک مورد کوچک ۶۳۹
- اختلال فتیشیستی، اشیای غیر زنده ۶۳۹
- مازوخیسم جنسی و اختلالات سادیسم جنسی ۶۴۰
- اختلال مبدل پوشی (اختلال ترانسوستیک) ۶۴۱
- یک مورد کوچک ۶۴۱
- اختلال فروتوریستی ۶۴۱
- یک مورد کوچک ۶۴۲
- سادیسم جنسی و اختلالات مازوخیسم جنسی ۶۴۲
- نظریه ها و درمان اختلالات پارافیلیک ۶۴۲
- یک مورد کوچک ۶۴۴
- اختلال ترانسوستیک، با اتورینفیلیا ۶۴۴
- شما قضاوت کنید ۶۴۸

- درمان مجرمین جنسی..... ۶۴۸
- ۳,۱۱ اختلالات جنسی..... ۶۴۹
- اختلالات برانگیختگی..... ۶۵۱
- یک مورد کوچک..... ۶۵۲
- اختلال علاقه/برانگیختگی زنانه، اکتسابی..... ۶۵۲
- اختلالات مرتبط با ارگاسم..... ۶۵۴
- یک مورد کوچک..... ۶۵۴
- اختلال نعوظ، اکتسابی..... ۶۵۴
- یک مورد کوچک..... ۶۵۵
- اختلال ارگاسم زن، مادام العمر..... ۶۵۵
- یک مورد کوچک..... ۶۵۷
- انزال زودرس (زودرس)، مادام العمر..... ۶۵۷
- آنچه در DSM-۵ وجود دارد..... ۶۵۸
- سازماندهی مجدد اختلالات جنسی..... ۶۵۸
- اختلالات همراه با درد..... ۶۵۹
- نظریه ها و درمان اختلالات جنسی..... ۶۵۹
- یک مورد کوچک..... ۶۶۰
- درد تناسلی-لگنی/اختلال دخول، مادام العمر..... ۶۶۰
- داستان های واقعی..... ۶۶۵
- سو ویلیام سیلورمن: اعتیاد به سکس..... ۶۶۵
- ۴,۱۱ نارسایی جنسیتی..... ۶۶۹
- نظریه ها و درمان نارسایی جنسیتی..... ۶۷۰
- ۵,۱۱ اختلالات پارافیلیک، اختلالات جنسی، و نارسایی جنسیتی: دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی..... ۶۷۲

- ۶۷۳..... بازگشت به پرونده: شان بویدن
- ۶۷۳..... خلاصه
- ۶۷۶..... اصطلاحات کلیدی
- ۶۷۷..... اختلالات مرتبط با مواد و اعتیاد
- ۶۷۹..... فصل ۱۲
- ۶۷۹..... گزارش موردی: کارل وادسورث
- ۶۸۲..... ۱،۱۲ ویژگی های کلیدی اختلالات مواد
- ۶۸۴..... آنچه در DSM-۵ وجود دارد
- ۶۸۴..... ترکیب سوء استفاده و وابستگی
- ۶۸۴..... ۱،۱۲ اختلالات مرتبط با مواد خاص
- ۶۸۸..... الکل
- ۶۹۲..... یک مورد کوچک
- ۶۹۲..... اختلال مصرف الکل
- ۶۹۲..... نظریه ها و درمان اختلالات مصرف الکل
- Error! Bookmark not defined..... محرک ها
- ۷۰۴..... یک مورد کوچک
- ۷۰۴..... اختلال مصرف محرک، مواد از نوع آفتامین
- ۷۰۶..... شاهدانه
- ۷۰۹..... یک مورد کوچک
- ۷۰۹..... اختلال مصرف حشیش
- ۷۱۱..... توهمزها
- ۷۱۳..... یک مورد کوچک
- ۷۱۳..... سایر اختلالات مصرف توهم زا

- مواد افیونی..... ۷۱۷
- یک مورد کوچک..... ۷۱۹
- اختلال مصرف مواد افیونی..... ۷۱۹
- شما قضاوت کنید..... ۷۲۰
- تجویز داروهای تجویزی..... ۷۲۰
- داروهای آرام بخش، خواب آور و ضد اضطراب..... ۷۲۱
- کافئین..... ۷۲۲
- یک مورد کوچک..... ۷۲۴
- مسمومیت با کافئین..... ۷۲۴
- تنباکو..... ۷۲۴
- مواد استنشاقی..... ۷۲۵
- نظریه ها و درمان اختلالات مصرف مواد..... ۷۲۶
- داستان های واقعی..... ۷۲۸
- رابرت داوونی جونیور: اختلال مصرف مواد..... ۷۲۸
- ۳،۱۲ اختلالات غیر مرتبط با مواد..... ۷۳۱
- اختلال قمار..... ۷۳۱
- سایر اختلالات غیر مرتبط با مواد..... ۷۳۷
- ۴،۱۲ اختلالات مواد: دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی..... ۷۳۷
- بازگشت به پرونده: کارل وادسورث..... ۷۳۸
- خلاصه..... ۷۳۹
- اصطلاحات کلیدی..... ۷۴۱
- اختلالات عصبی شناختی..... ۷۴۲
- فصل ۱۳..... ۷۴۴

- گزارش موردی: ایرنه هار ۷۴۴.....
- ۱،۱۳ ویژگی های اختلالات عصبی شناختی ۷۴۶.....
- ۲،۱۳ هذیان ۷۴۹.....
- یک مورد کوچک ۷۵۰.....
- هذیان به دلیل یک وضعیت پزشکی دیگر، حاد ۷۵۰.....
- ۳،۱۳ اختلال عصبی شناختی ناشی از بیماری آلزایمر ۷۵۵.....
- شیوع بیماری آلزایمر ۷۵۶.....
- آنچه در DSM-۵ وجود دارد ۷۵۹.....
- طبقه بندی مجدد اختلالات عصبی شناختی ۷۵۹.....
- مراحل بیماری آلزایمر ۷۵۹.....
- تشخیص بیماری آلزایمر ۷۶۰.....
- شما قضاوت کنید ۷۷۰.....
- تشخیص زودهنگام بیماری آلزایمر ۷۷۰.....
- یک مورد کوچک ۷۷۵.....
- اختلال عصبی شناختی عمده ناشی از بیماری آلزایمر، احتمال ۷۷۵.....
- داستان های واقعی ۷۷۷.....
- رونالد ریگان: بیماری آلزایمر ۷۷۷.....
- ۴،۱۳ اختلالات عصبی شناختی ناشی از اختلالات عصبی به غیر از بیماری آلزایمر ۷۸۱.....
- ۵،۱۳ اختلال عصبی شناختی ناشی از آسیب تروماتیک مغزی ۷۸۷.....
- یک مورد کوچک ۷۹۰.....
- اختلال عصبی شناختی ناشی از آسیب تروماتیک مغزی ۷۹۰.....
- ۶،۱۳ اختلالات عصبی شناختی ناشی از مواد/داروها و عفونت HIV ۷۹۰.....
- ۷،۱۳ اختلالات عصبی شناختی ناشی از یک وضعیت پزشکی عمومی دیگر ۷۹۲.....

- ۸,۱۳ اختلالات عصبی شناختی: دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی..... ۷۹۳
- بازگشت به پرونده: ایرنه هلمر..... ۷۹۳
- خلاصه..... ۷۹۴
- اصطلاحات کلیدی..... ۷۹۶
- اختلالات شخصیت..... ۷۹۷
- فصل ۱۴..... ۷۹۹
- گزارش موردی: هارولد موریل..... ۷۹۹
- ۱,۱۴ ماهیت اختلالات شخصیت..... ۸۰۲
- اختلالات شخصیت در DSM-۵..... ۸۰۲
- آنچه در DSM-۵ وجود دارد..... ۸۰۴
- بعدسازی اختلالات شخصیتی..... ۸۰۴
- سیستم تشخیصی اختلال شخصیت جایگزین در بخش ۳ DSM-۵..... ۸۰۴
- ۱۲,۱۴ اختلالات شخصیتی خوشه A..... ۸۰۹
- یک مورد کوچک..... ۸۱۰
- اختلال شخصیت پارانوئید..... ۸۱۰
- اختلال شخصیت پارانوئید..... ۸۱۰
- اختلال شخصیت اسکیزوئید..... ۸۱۱
- یک مورد کوچک..... ۸۱۲
- اختلال شخصیت اسکیزوئید..... ۸۱۲
- اختلال شخصیت اسکیزوتایپال..... ۸۱۳
- یک مورد کوچک..... ۸۱۴
- اختلال شخصیت اسکیزوتایپال..... ۸۱۴
- ۱۳,۱۴ اختلالات شخصیتی خوشه B..... ۸۱۵

- اختلال شخصیت ضد اجتماعی ۸۱۵
- یک مورد کوچک ۸۱۷
- اختلال شخصیت ضد اجتماعی ۸۱۷
- شما قضاوت کنید ۸۱۸
- اختلال شخصیت ضد اجتماعی و محکومیت اخلاقی ۸۱۸
- داستان های واقعی ۸۱۹
- تد باندی: اختلال شخصیت ضد اجتماعی ۸۱۹
- اختلال شخصیت مرزی ۸۲۲
- اختلال شخصیت هیستریونیک ۸۲۷
- یک مورد کوچک ۸۲۹
- اختلال شخصیت هیستریونیک ۸۲۹
- اختلال شخصیتی خودشیفتگی ۸۳۰
- یک مورد کوچک ۸۳۱
- اختلال شخصیتی خودشیفتگی ۸۳۱
- ۴,۱۴ اختلالات شخصیتی خوشه C ۸۳۵
- اختلال شخصیت اجتنابی ۸۳۵
- یک مورد کوچک ۸۳۶
- اختلال شخصیت اجتنابی ۸۳۶
- اختلال شخصیت وابسته ۸۳۷
- یک مورد کوچک ۸۳۸
- اختلال شخصیت وابسته ۸۳۸
- اختلال شخصیت وسواسی اجباری ۸۳۹
- یک مورد کوچک ۸۴۲

- اختلال شخصیت وسواسی اجباری ۸۴۲
- بازگشت به پرونده: هارولد موریل ۸۴۳
- خلاصه ۸۴۴
- اصطلاحات کلیدی ۸۴۵
- فصل ۱۵ ۸۴۸
- گزارش موردی: آلیسون یانگ ۸۴۸
- ۱,۱۵ استانداردهای اخلاقی ۸۵۰
- آنچه در DSM-۵ وجود دارد ۸۵۴
- پیامدهای اخلاقی سیستم تشخیصی جدید ۸۵۴
- صلاحیت ۸۵۵
- رضایت آگاهانه ۸۶۰
- محرمانگی ۸۶۰
- روابط با درمانجویان، دانشجویان و همکاران پژوهشی ۸۷۱
- شما قضاوت کنید ۸۷۳
- روابط چندگانه بین درمانجویان و روانشناسان ۸۷۳
- نگهداری سوابق ۸۷۴
- ۲,۱۵ مسائل اخلاقی و حقوقی در ارائه خدمات ۸۷۵
- تعهد درمانجویان ۸۷۵
- حق درمان ۸۷۸
- امتناع از درمان و کمترین محدودیت جایگزین ۸۸۰
- ۳,۱۵ مسائل پزشکی قانونی در درمان روانی ۸۸۲
- دفاع از جنون ۸۸۲
- داستان های واقعی ۸۸۳

- سوزانا کایسن: تعهد غیر ارادی ۸۸۳
- صلاحیت محاکمه ۸۹۱
- درک هدف مجازات ۸۹۱
- دیدگاه های پایانی در مورد مسائل پزشکی قانونی ۸۹۲
- بازگشت به پرونده: آلیسون یانگ ۸۹۳
- خلاصه ۸۹۴
- اصطلاحات کلیدی ۸۹۵

***** هر گونه کپی برداری از کتاب یا بخشی از آن دارای پیگرد قانونی**

می باشد.

پیشگفتار

روانشناسی آسیب شناسی: دیدگاه های بالینی در مورد اختلالات روانی با رویکرد مبتنی بر مورد

دیدگاه های بالینی در مورد اختلالات روانی به دانشجویان کمک می کند تا جنبه انسانی اختلالات روانی را درک کنند. نسخه نهم، مفاهیم را با یک برنامه یادگیری شخصی سازی شده و یکپارچه پیوند می دهد و به دانشجویان بینش لازم برای مطالعه هوشمندانه و بهبود عملکرد را ارائه می دهد.

یک تجربه شخصی که منجر به بهبود یادگیری و نتایج می شود

چه تعداد از دانشجویان در اولین امتحان در حالی که معتقدند در روانشناسی آسیب شناسی متخصص هستند با مشکل مواجه می شوند؟ Connect و SmartBook به دانشجویان کمک می کند به طور موثرتری مطالعه کنند.

- SmartBook با برجسته کردن نکات کلیدی فصل، ارائه سوالات مروری، و راهنمایی آن ها به سمت منابع بیشتر تا زمانی که درک کنند، مطالعه را برای دانشجویان آسان تر می کند.
- تکالیف Connect به دانشجویان کمک می کند تا آن چه را که از این طریق آموخته اند، زمینه سازی کنند تا بتوانند مطالب را بهتر درک کنند و انتقادی فکر کنند.
- SmartBook یک مسیر مطالعه شخصی را ایجاد می کند که مطابق با نیازهای فردی دانشجویان سفارشی شده است.
- گزارش های Connect اطلاعاتی را در مورد عملکرد، رفتار مطالعه و تلاش ارائه می دهد تا مربیان بتوانند به سرعت دانشجویانی را شناسایی کنند که مشکل دارند یا بر مطالبی تمرکز کنند که کلاس به آن ها تسلط نداشته است.

SmartBook جدید در این نسخه، اکنون برای موبایل و تبلت بهینه شده است و برای دانشجویان دارای معلولیت در دسترس است. از نظر محتوا، با اهداف یادگیری بهبود یافته ای که قابل اندازه گیری و مشاهده هستند برای بهبود نتایج دانشجو تقویت شده است. SmartBook یادگیری را با نیازهای فردی دانشجویان شخصی سازی می کند، به طور مستمر برای مشخص کردن شکاف های دانش و تمرکز یادگیری بر موضوعاتی که به بیشترین توجه نیاز دارند، سازگار می شود. زمان مطالعه پربارتر است و در نتیجه دانشجویان برای کلاس و درس آمادگی

بهتری دارند. برای مربیان، SmartBook پیشرفت دانشجو را ردیابی می‌کند و بینش‌هایی را ارائه می‌کند که می‌تواند به راهنمایی استراتژی‌های تدریس کمک کند.

قدرت داده را تجربه کنید

روانشناسی آسیب شناسی: دیدگاه‌های بالینی در مورد اختلالات روانی از قدرت داده‌ها برای بهبود تجربیات مربی و دانشجو استفاده می‌کند.

داده‌های بهتر، بازبینی دقیق‌تر، نتایج بهبودیافته

برای این نسخه جدید، داده‌ها برای شناسایی مفاهیمی که دانشجویان به نظرشان سخت‌ترین هستند، تجزیه و تحلیل شد و امکان گسترش بحث، تمرین و ارزیابی موضوعات چالش‌برانگیز را فراهم کرد. فرآیند بازنگری برای یک نسخه جدید با جمع‌آوری اطلاعات از مربیان در مورد آن‌چه که آن‌ها تغییر می‌دهند و آن‌چه را که نگه می‌دارند شروع می‌شود. از کارشناسان در این زمینه خواسته شد تا نظراتی ارائه دهند که به مطالب جدیدی برای افزودن و مطالب تاریخی برای بررسی اشاره می‌کند. با استفاده از همه این بررسی‌ها، نویسندگان مطالب را اصلاح می‌کنند. اما اکنون، یک ابزار جدید این مدل را متحول کرده است.

نویسندگان گروه آموزشی مک گراو هیل اکنون به داده‌های عملکرد دانشجویان برای تجزیه و تحلیل و اطلاع‌رسانی تجدیدنظرهای خود دسترسی دارند. این داده‌ها به‌طور ناشناس از بسیاری از دانشجویانی که از SmartBook، سیستم یادگیری تطبیقی که به دانشجویان ارزیابی فردی از پیشرفت خود را ارائه می‌دهد، استفاده می‌کنند، جمع‌آوری می‌شوند. از آنجایی که تقریباً هر پاراگراف متنی با چندین سوال مرتبط است که دانشجویان هنگام استفاده از SmartBook به آن‌ها پاسخ می‌دهند، مفاهیم خاصی که دانشجویان با آن‌ها بیش‌ترین مشکل را دارند به راحتی از طریق داده‌های تجربی در قالب یک گزارش «نقشه حرارتی» مشخص می‌شوند.

گزارش‌دهی قدرتمند

چه یک کلاس حضوری، ترکیبی باشد چه کاملاً آنلاین باشد، Connect مربوط به مک گراو هیل ابزارهای مورد نیاز را برای کاهش زمان و انرژی مربیان برای مدیریت دوره‌های خود فراهم می‌کند. ابزارهای مدیریت دوره با کاربری آسان به مربیان این امکان را می‌دهد که زمان کم‌تری را برای مدیریت و زمان بیش‌تری صرف تدریس

کنند، در حالی که گزارش‌ها به دانشجویان اجازه می‌دهد پیشرفت خود را زیر نظر بگیرند و زمان مطالعه خود را بهینه کنند.

- گزارش دانشجوی در معرض خطر، دسترسی یک کلیک به داشبوردی را برای مربیان فراهم می‌کند که دانشجویانی را که در معرض خطر انصراف از دوره به دلیل سطح مشارکت پایین هستند، شناسایی می‌کند.
- گزارش تجزیه و تحلیل دسته، عملکرد دانشجو را نسبت به اهداف و مقاصد یادگیری خاص، از جمله اهداف و نتایج یادگیری APA و سطوح طبقه بندی بلوم، شرح می‌دهد.
- **Connect Insight** یک داشبورد تجزیه و تحلیل بصری بی‌نظیر است - اکنون هم برای مربیان و هم برای دانشجویان در دسترس است - که اطلاعاتی را در یک نگاه در مورد عملکرد دانشجو ارائه می‌دهد.
- گزارش‌های SmartBook به مربیان و دانشجویان اجازه می‌دهد تا به راحتی پیشرفت را زیر نظر داشته باشند و نقاط ضعف را مشخص کنند و به هر دانشجو یک برنامه مطالعه شخصی برای دستیابی به موفقیت می‌دهد.

اطلاع‌رسانی و تعامل

Connect مربوط به مک گراو هیل راه‌های مختلفی را برای تعامل فعالانه با دانشجویان ارائه می‌دهد. Connect مربوط به گروه آموزشی مک گراو هیل یک پلتفرم ارزیابی و تکلیف دیجیتالی است که پیوند بین اساتید، دانشجویان و کار دوره را تقویت می‌کند. Connect for Abnormal Psychology شامل ویدیوها، آزمون‌ها، تمرین‌ها و فعالیت‌های متقابل قابل تخصیص و ارزیابی است که همگی با اهداف یادگیری برای روانشناسی آسیب شناسی: دیدگاه‌های بالینی در مورد اختلالات روانی، ویرایش نهم مرتبط هستند.

قدرت فرآیند، مفهوم جدید در نسخه نهم است که دانشجویان را از طریق فرآیند خواندن انتقادی و تجزیه و تحلیل راهنمایی می‌کند. اعضای هیئت علمی می‌توانند مطالبی مانند مقالات مجلات را انتخاب یا آپلود کنند و سوالات راهنما را تعیین کنند تا دانشجویان را به سمت تفکر و تحلیل سطح بالاتر سوق دهد.

قدرت فرآیند در روانشناسی



از طریق ارتباط روانشناسی با زندگی خود دانشجویان، مفاهیم، مرتبط‌تر و قابل درک‌تر می‌شوند. تمرین‌های NewsFlash داستان‌های خبری فعلی را به اصول کلیدی روان‌شناختی و اهداف یادگیری گره می‌زند. پس از تعامل با یک خبر معاصر، دانشجویان بر اساس توانایی‌شان در ایجاد پیوند بین زندگی واقعی و یافته‌های تحقیق ارزیابی می‌شوند. این موضوعات شامل شیمی مغز و افسردگی، اختلالات خوردن در پسران، و انتقاد از DSM-۵ است.

تفکر انتقادی درباره روانشناسی آسیب شناسی

چهره‌های روان‌شناسی آسیب شناسی که با محتوای DSM-۵ به‌روزرسانی شده است، دانشجویان را به افراد واقعی مبتلا به اختلالات روان‌شناختی متصل می‌کند. چهره‌های روانشناسی آسیب شناسی از طریق برنامه ویدیویی منحصر به فرد خود به دانشجویان کمک می‌کند تا درک عمیق‌تری از اختلالات روانی پیدا کنند و فرصتی برای تفکر انتقادی فراهم می‌کند.

مطالعات موردی تعاملی به دانشجویان کمک می‌کند تا پیچیدگی‌های اختلالات روانی را درک کنند. این موارد غوطه‌ور که با روان‌شناسان و دانشجویان توسعه داده شده‌اند، پیچیدگی‌های روان‌شناسی بالینی را در قالبی قابل دسترس و بازی مانند زنده می‌کنند. هر مورد از دیدگاه یک روانشناس دارای مجوز، یک مددکار اجتماعی یا یک روانپزشک ارائه می‌شود. دانشجویان جلساتی را با درمانجویان مشاهده می‌کنند و از آن‌ها خواسته می‌شود که ویژگی‌های اصلی متمایزکننده مرتبط با هر یک از اختلالات روان‌شناختی ارائه شده را شناسایی کنند. مطالعات موردی تعاملی از طریق Connect مربوط به گروه آموزشی مک گراو هیل قابل تخصیص و ارزیابی هستند.

حمایت از مربیان با فناوری

با گروه آموزشی مک گراو هیل، می‌توانید دوره‌ای را که می‌خواهید تدریس کنید توسعه دهید و تنظیم کنید. محوطه مک گراو هیل (www.mhcampus.com) امکان دسترسی واقعی به تمام محتوای درسی مک گراو هیل، ابزارهای دیجیتال و سایر منابع یادگیری با کیفیت بالا را از هر سیستم مدیریت یادگیری، برای اساتید فراهم می‌کند. محوطه مک گراو هیل شامل دسترسی به کل کتابخانه محتوای مک گراو هیل، از جمله کتاب‌های الکترونیکی، ابزارهای ارزیابی، اسلایدهای ارائه، و محتوای چندرسانه‌ای، از جمله منابع دیگر، فراهم کردن دانشکده باز، دسترسی نامحدود برای آماده شدن برای کلاس، ایجاد آزمون‌ها / کوییزها، توسعه مطالب سخنرانی، یکپارچه‌سازی محتوای تعاملی و موارد دیگر است.

با **Tegrity**، می‌توانید درس‌ها و سخنرانی‌ها را در قالبی قابل جستجو ضبط کنید و از آن‌ها در دوره‌های سنتی، ترکیبی، «کلاس‌های معکوس» و دوره‌های آنلاین استفاده کنید. با ویژگی ای یادگیری شخصی **Tegrity**، می‌توانید زمان مطالعه را کارآمد کنید. توانایی آن در مقیاس مقرون به صرفه این مزیت را برای هر دانشجو در محوطه دانشگاه به ارمغان می‌آورد. فناوری جستجوی ثبت شده و ادغام سیستم مدیریت یادگیری در زمان واقعی (**LMS**) **Tegrity** را به راه‌حل و خدمات پیشرو در بازار تبدیل می‌کند.

با **Create** گروه آموزشی مک گراو هیل، اساتید می‌توانند به راحتی فصل‌ها را بازچینی کنند، مطالبی را از منابع محتوایی دیگر ترکیب کنند و به سرعت محتوایی را که نوشته‌اید، مانند برنامه درسی دوره یا یادداشت‌های آموزشی خود، با استفاده از گروه آموزشی مک گراو هیل بارگذاری کنند. با جستجو در هزاران کتاب درسی آموزش مک گراو هیل، محتوای مورد نیاز خود را بیابید. کتاب خود را متناسب با سبک تدریس خود تنظیم کنید. **Create** به شما امکان می‌دهد با انتخاب جلد و اضافه کردن نام، مدرسه و اطلاعات دوره، ظاهر کتاب خود را شخصی‌سازی

کنید. یک کتاب ایجاد کنید و یک نسخه نقد چاپی رایگان را در عرض سه تا پنج روز کاری یا یک نسخه نقد الکترونیکی رایگان از طریق ایمیل در عرض یک ساعت دریافت خواهید کرد. تجربه کنید که چگونه گروه آموزشی مک گراو هیل به شما قدرت می دهد تا به دانشجویان خود راه خود را آموزش دهید.

<http://create.mheducation.com>

خدمات و پشتیبانی قابل اعتماد

Connect گروه آموزشی مک گراو هیل، خدمات، پشتیبانی و آموزش جامع را در تمام مراحل پیاده سازی شما ارائه می دهد. اگر به دنبال راهنمایی در مورد نحوه استفاده از Connect هستید، یا می خواهید نکات و ترفندهایی را از کاربران حرفه ای بیاموزید، می توانید در حین کار آموزش هایی را بیابید. مشاوران دانشکده دیجیتال و سفیران دانشجویی ما بینشی در مورد چگونگی دستیابی به نتایج مورد نظر با Connect ارائه می دهند.

یکپارچه سازی با سیستم مدیریت یادگیری شما

مک گراو هیل محصولات دیجیتالی شما را از گروه آموزشی مک گراو هیل با LMS مدرسه شما یکپارچه می کند تا دسترسی سریع و آسان به بهترین محتوا و ابزارهای یادگیری در کلاس داشته باشید. یک دوره دیجیتال موثر بسازید، دانشجویان را به راحتی ثبت نام کنید و کشف کنید که آموزش دیجیتال چقدر می تواند قدرتمند باشد.

یکپارچه سازی که با Connect موجود است، جفت شدن بین سیستم مدیریت یادگیری یک موسسه (LMS) و اتصال در سطح تکلیف است. اطلاعات تکالیف، نمرات و موارد تقویم را از Connect در LMS به طور خودکار به اشتراک می گذارد و یک دوره آموزشی آسان برای مدیریت برای مربیان و ناوبری ساده برای دانشجویان ایجاد می کند. یکپارچه سازی در سطح تکالیف ما با **Canvas by Instructure**، **Blackboard Learn** و **Brightspace** توسط **D2L** در دسترس است و به شما امکان دسترسی به ثبت نام، حضور در جلسه، تکالیف، نمرات و منابع دوره را در زمان واقعی و در یک مکان می دهد.

مکمل های مربی

کتابچه راهنمای مربی کتابچه راهنمای مربی طیف گسترده ای از ابزارها و منابع را برای ارائه دوره ارائه می دهد، از جمله اهداف یادگیری و ایده هایی برای سخنرانی ها و بحث ها.

بانک آزمون با افزایش سخت گیری فرآیند توسعه بانک آزمون، گروه آموزشی مک گراو هیل سطح ارزیابی دانشجویان را بالا برده است. یک تیم هماهنگ از کارشناسان موضوع به طور روشمند هر سوال و مجموعه ای از پاسخ های ممکن را برای دقت، وضوح، اثربخشی و دسترسی بررسی کردند. هر سوال برای سطح دشواری، طبقه بندی بلوم، نتایج یادگیری APA و پوشش مربوطه در متن حاشیه نویسی شده است. این سوالات بر اساس فصل سازماندهی شده اند تا درک واقعی، مفهومی و کاربردی را آزمایش کنند. تمام سوالات آزمون در نرم افزار **TestGen™** و به صورت اسناد ورد در دسترس هستند.

ارائه های پاورپوینت ارائه های پاورپوینت، در هر دو نسخه پویا، آماده برای سخنرانی و در دسترس، مطابق با WCAG موجود است، نکات کلیدی فصل را برجسته می کند و شامل تصاویری پشتیبانی می شود. همه اسلایدها را می توان برای رفع نیازهای فردی تغییر داد.

گالری تصاویر گالری تصاویر دارای مجموعه کاملی از شکل‌ها و جداول قابل دانلود از متن است. این‌ها را می‌توان به راحتی توسط مربیان در اسلایدهای پاورپوینت خود جاسازی کرد.

دیدگاه‌های بالینی در مورد اختلالات روانی

عنوان فرعی، دیدگاه‌های بالینی در مورد اختلالات روانی، تاکید بر تجربه درمانجویان و پزشکان در تلاش‌های آن‌ها برای تسهیل حداکثر عملکرد هر فرد را منعکس می‌کند. هر فصل با یک مطالعه موردی واقعی شروع می‌شود که نمونه‌ای از اختلالات آن فصل است، سپس در پایان با نتیجه درمان تجویز شده بر اساس بهترین شواهد موجود، به مطالعه موردی باز می‌گردد. در طول فصل، نویسندگان علائم هر اختلال را به عباراتی ترجمه می‌کند که جوهر اصلی اختلال را در بر می‌گیرد. فلسفه این است که دانشجویان باید بتوانند ماهیت اساسی هر اختلال را بدون نیاز به حفظ تمام معیارهای تشخیصی آن درک کنند. به این ترتیب، دانشجویان می‌توانند بدون در نظر گرفتن اهداف نهایی حرفه‌ای‌شان، به درک اولیه‌ای دست یابند که به خوبی به آن‌ها خدمت می‌کند.

در این نسخه نهم، نویسندگان بسیاری از موارد را به منظور بازتاب قوی‌تر قومی، بین‌المللی، جنسیت، گرایش جنسی و تنوع سنی به‌روزرسانی می‌کند. به طور خاص، موارد کوچک در هر فصل بر اساس مواردی است که در نظر گرفته شده است تا اهمیت تنوع فرهنگی را که روانشناسان در مطب‌ها، کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها و مراکز خصوصی خود مشاهده می‌کنند، نشان دهند.

مهم‌تر از همه، مطالعه روانشناسی آسیب شناسی مطالعه تجربیات عمیق انسانی است. برای این منظور، نویسندگان یک ویژگی بیوگرافی با عنوان «داستان‌های واقعی» ایجاد کرده است. روایت‌هایی از تجربیات واقعی افراد مشهور، چهره‌های ورزشی، سیاستمداران، نویسندگان، موسیقی‌دانان، و هنرمندان از لودویگ ون بتهوون تا هرشل واکر را خواهید خواند. هر داستان برای ارائه بینشی به اختلال خاصی که در این فصل پوشش داده شده است نوشته شده است. با خواندن این قطعات بیوگرافی جذاب، دیدگاه شخصی عمیق‌تری برای درک ماهیت این اختلال به دست خواهید آورد.

نویسندگان این متن را با استفاده از چارچوب دانشمند پزشک توسعه داده است. به عبارت دیگر، شما در مورد تحقیقات انجام شده توسط عمل بالینی خواهید خواند. نویسندگان تحقیقاتی را در مورد نظریه‌ها و درمان‌های هر یک از اختلالات بر اساس اصول تمرین مبتنی بر شواهد ارائه می‌دهد. این بدان معنی است که رویکردها از طریق تحقیقات گسترده که توسط عمل بالینی اطلاع‌رسانی شده است، آزمایش می‌شوند. بسیاری از محققان در زمینه

روانشناسی آسیب شناسی نیز در دفاتر خصوصی، بیمارستان‌ها یا مراکز گروهی خود به درمان درمانجویان می‌پردازند. در نتیجه، آن‌ها با آگاهی از این که یافته‌های آن‌ها در نهایت می‌تواند کمک واقعی به افراد واقعی ارائه دهد، به کار خود در آزمایشگاه نزدیک می‌شوند.

تغییرات فصل به فصل

این نسخه منعکس کننده جدیدترین بازنگری در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) است که توسط انجمن روانپزشکی آمریکا در سال ۲۰۱۳ منتشر شد و با نام DSM-۵ شناخته می شود. DSM-۵ به دنبال یک فرآیند طولانی بازنگری در نسخه قبلی، DSM-IV-TR، شامل صدها محقق که در گروه های ضربتی که قصد بررسی هر یک از دسته های اصلی اختلالات را داشتند، نوشته شد.

اگرچه DSM-IV-TR جایگزین شده است، اما همچنان مفید است زیرا با DSM-۵ در تضاد است. بخش «آنچه در DSM-۵ وجود دارد» هر فصل به روزرسانی های مهمی را که در سال ۲۰۱۳ انجام شد فهرست می کند و دلیل اهمیت آن ها را توضیح می دهد. دانشجویان همچنان با تحقیقات مبتنی بر رویکرد تشخیص DSM مواجه خواهند شد، زیرا بسیاری از درک فعلی ما از تحقیقات در مورد بیماری های روان شناختی از نسخه های قبلی DSM برای دلایل تشخیصی استفاده می کنند. به طور کلی چندین سال طول می کشد تا تحقیقات به اصطلاحات تشخیصی جدید برسد، هم به دلیل زمان مورد نیاز برای رسیدن مقالات به مرحله انتشار و هم به دلیل کمبود ابزار تحقیقاتی موجود بر اساس معیارهای تشخیصی جدید. از دیدگاه دانشجو، چارچوب های مفهومی که طرز تفکر ما را در مورد اختلالات روان شناختی نشان می دهد، مهم تر است.

افزودن به این پیچیدگی این واقعیت است که یک سیستم طبقه بندی کاملاً متفاوت، طبقه بندی بین المللی بیماری ها (ICD)، توسط کشورهای خارج از ایالات متحده و کانادا و همچنین توسط آژانس های بیمه دولتی در ایالات متحده استفاده می شود. ما در مورد ICD در صورت لزوم بحث خواهیم کرد، به ویژه در رابطه با مقایسه های بین المللی.

بازبینی های هدایت شده توسط نقشه حرارتی در این نسخه جدید عمدتاً در فصل های ۳، ۵، ۱۴ و ۱۵ منعکس شده اند. سایر تغییرات محتوا شامل موارد زیر است:

فصل ۱

- ارائه سازماندهی مجدد مضامین در طول تاریخ برای تشخیص چگونگی تکامل هر موضوع در طول زمان.
- اضافه شدن بخشی در مجلات با دسترسی آزاد و مشکلات مرتبط با تکیه بر منابعی که تحت بررسی دقیق همتایان قرار نگرفته بودند.
- نمونه‌های به روز شده طرح‌ها و رویکردهای پژوهشی در روانشناسی آسیب شناسی

فصل ۲

- اضافه شدن بحث بیش‌تر در مورد اصطلاحات «درمانجو» در مقابل «بیمار».
- گسترش بخش «مفاهیم فرهنگی پریشانی» و به روز رسانی جدول ۳.
- اضافه شدن تحقیقات جدید در مورد تمرین مبتنی بر شواهد در روانشناسی.

فصل ۳

- اطلاعات به روز شده در مورد SCID برای DSM-۵.
- ارائه توضیحات به روز شده از روش‌های ارزیابی شخصیت.
- اضافه شدن بخش مصاحبه صورت بندی فرهنگی.
- بخش تجدید نظر شده و به روز شده در ارزیابی عصب روانشناختی.

فصل ۴

- درمان به روز و گسترش یافته نظریه های ژنتیکی.
- پیشینه نظری و موردی را در مورد موضوع اصلی روابط تعارض گسترش داد.
- تعاریف اصلاح شده تقویت مثبت و منفی با مثال‌های جدید.
- شرح به روز شده دیدگاه شناختی.
- اضافه شدن بخش دیدگاه مبتنی بر پذیرش.

فصل ۵

- بخش اصلاح شده و به روز شده در مورد ناتوانی ذهنی.
- بخش به روز شده درمان اختلال طیف اوتیسم.
- ارائه اطلاعات و تحقیقات به روز در مورد اختلالات یادگیری و ارتباطی.
- اطلاعات فشرده در جدول ۲.
- بخش «جستجوی پروژه» اضافه شد.
- اطلاعات به روز شده در مورد ADHD، از جمله ADHD در بزرگسالان.
- اضافه شدن تحقیقات جدید در مورد اختلالات حرکتی.

فصل ۶

- ارائه آمار به روز شده در مورد اسکیزوفرنی، از جمله هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی.
- بخش به روز شده در مورد دوره اسکیزوفرنی.
- سازماندهی مجدد بخش دیدگاه‌های زیستی و شواهد تحقیقاتی به روز شده در حمایت از مشارکت ژنتیکی
- اطلاعات به روز شده در مورد CBT برای درمان اختلالات روانپریشی.

فصل ۷

- ارائه به روز رسانی گسترده از آمار شیوع.
- بخش گسترده‌ای در مورد مشکلات سلامتی برای افراد مبتلا به اختلال دوقطبی.
- اطلاعات جدیدی در مورد عوامل بیولوژیکی در اختلالات خلقی اضافه شده است.
- تحقیقات به روز شده در مورد روان درمانی در مقابل اثربخشی دارو.
- ارائه به روز رسانی از داده‌های اخیر در مورد میزان خودکشی در ایالات متحده.

فصل ۸

- آمار شیوع به روز شده.
- اطلاعات جدیدی در مورد درمان مواجهه با واقعیت مجازی اضافه شده است.
- ارائه اطلاعات جدید در مورد نقش ویژگی‌های شخصیتی در آگورافوبیا و اختلال هراس.
- اضافه شدن اطلاعات جدید برای مقایسه بزرگسالان جوان‌تر و مسن‌تر در اختلال اضطراب فراگیر.

- شامل درمان ACT برای اختلالات اضطرابی.
- شواهد جدیدی به نفع CBT برای اختلال وسواس فکری جبری اضافه شد.
- اضافه شدن تحقیقات در مورد PTSD در کهنه سربازان زن.
- شامل دستورالعمل‌های درمانی جدید منتشر شده توسط APA برای درمان PTSD.
- اضافه شدن مطالعات جدید در مورد زوج درمانی و رشد پس از سانحه در PTSD.

فصل ۹

- اضافه شدن بخش جدید در درمان اختلال هویت تجزیه ای.
- تحقیقات جدید در مورد مطالعات تصویربرداری مغز برای افراد مبتلا به اختلال تبدیل حرکتی گنجانده شده است.
- تحقیقات به روز شده در مورد سوء تفاهم همراه با اطلاعاتی در مورد ارزیابی ساختاریافته سوء استفاده.
- اضافه شدن مطالعات جدید در مورد ACT به عنوان درمان اختلال اضطراب بیماری.
- درمان گسترده استرس و سلامت محل کار.
- شامل تحقیقات جدید در مورد آموزش روانی در پزشکی رفتاری.

فصل ۱۰

- تحقیقات جدیدی در مورد رابطه بین تغییر فعالیت مغز و اختلالات خوردن ارائه می‌کند.
- اطلاعاتی در مورد ACT به عنوان درمان اختلالات خوردن اضافه شده است.
- خلاصه تحقیقات جدید در مورد درمان اختلالات دفع دوران کودکی.
- اضافه شدن اطلاعات در مورد نقش فناوری پوشیدنی در درمان اختلالات خواب.
- شامل اطلاعات جدید در مورد شایستگی اجتماعی
- درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای
- درمان به روز شده اختلال انفجاری متناوب با CBT.
- اضافه شدن تحقیقات طولی جدید در مورد اختلال سلوک.
- بخش به روز شده درمان لپتومانیا با CBT.

فصل ۱۱

- اصطلاحات روشن در بخش تعاریف اختلالات پارافیلیک.

- اضافه شدن دیدگاه های جدید در مورد اختلال فتیشیسم بر اساس مطالعات به روز.
- اطلاعات به روز شده در مورد اختلال فرورفتگی.
- داده های نظرسنجی جدید در مورد سادیسم جنسی و اختلالات مازوخیسم جنسی ارائه شده است.
- اضافه شدن اطلاعات جدید در مورد درمان اختلالات پارافیلیک بر اساس رویکردهای بیولوژیکی.
- گنجاندن مطالعات جدید در مورد استفاده از جنسی
- خاطرات در درمان زنان مبتلا به اختلالات جنسی
- تحقیقات خلاصه شده در مورد تصویر بدن و اختلال عملکرد جنسی در زنان.
- اضافه شدن بخش CBT در درمان زوج های مبتلا به اختلالات جنسی.
- اصطلاحات و نظریه های روشن در نارسایی جنسیتی.
- خلاصه دستورالعمل های جدید APA برای تراجنسیتی ها و افراد ناسازگار با جنسیت.

فصل ۱۲

- آمار به روز شده در مورد استفاده از الکل و مواد غیرقانونی بر اساس داده های جدید SAMHSA.
- ارتباط بین اجتماعی شدن و اختلالات مصرف الکل روشن شد.
- شامل بحث به روز شده در مورد ماری جوانا بر اساس تغییرات در قوانین فدرال و ایالتی در مورد قانونی بودن.
- اضافه شدن مطالعات جدید در مورد شیوع شرایط مرتبط با کافئین.
- اطلاعات به روز شده در مورد سیگارهای الکترونیکی.
- تحقیقات جدید در مورد درمان های بیولوژیکی برای اختلالات مرتبط با مواد را ارزیابی کرده است.
- تحقیقات جدید در مورد اختلال قمار در زنان مسن اضافه شده است.
- شواهد جدیدی در مورد مدل مسیرهای اختلال قمار و درمان مرتبط ارائه شده است.

فصل ۱۳

- تعاریف ساده ای از اختلالات عصبی شناختی و علائم آن ارائه کرد.
- گسترش بحث در مورد هذیان و تجدید نظر در جدول ۲ برای ارائه اطلاعات در دسترس تر.
- آمار شیوع بیماری آلزایمر به روز شده و تمایز بین «زوال عقل» و اختلال عصبی شناختی مشخص شده است.
- ارزیابی درمان های جدید برای بیماری آلزایمر.
- بخش تجدید نظر شده در اختلال عصبی شناختی با اجسام لوی.

- آمار به روز شده در مورد آسیب تروماتیک مغزی.
- اضافه شدن اطلاعات جدید در مورد آنسفالوگرافی تروماتیک مزمن (CTE).

فصل ۱۴

- ارائه اصلاح شده و ساده شده سیستم تشخیصی جایگزین اختلال شخصیت در DSM-۵.
- رویکرد مختصرتری به نظریه ها و درمان های اختلال شخصیت ضداجتماعی، همراه با تحقیقات به روز توسعه داده است.
- ارائه اطلاعات جدید در مورد درمان اختلال شخصیت ضد اجتماعی.
- اضافه شدن اطلاعات در مورد سبک دلبستگی در اختلال شخصیت وابسته.

فصل ۱۵

- اطمینان حاصل شود که همه دستورالعمل ها با به روز رسانی ها و بازبینی های APA مطابقت دارند.
- اطلاعاتی در مورد «وظیفه هشدار دادن یا محافظت در غیر این صورت» اضافه شد.
- اضافه شدن بخش جدیدی به حکم دادگاه عالی قضایی ماساچوست بر اساس شکایت MIT در مورد پیشگیری از خودکشی در دانشجویان.
- اطلاعات به روز شده بر اساس موارد برجسته پزشکی قانونی و وضعیت فعلی مجرمان.

تقدیر و تشکر

مربیان زیر در توسعه متن نقش اساسی داشتند و نظرات و توصیه‌های خود را به عنوان داور ارائه کردند:

دیوید آلفانو، کالج اجتماعی رود آیلند

برایان کوکران، دانشگاه مونتانا

جولی ای دیزینگر، دانشگاه سنت خاویر

آنجلا فورنیه، دانشگاه دولتی بمیدجی

ریچارد هلمز، کالج اجتماعی مرکزی پیمونت

هدر جنینگز، کالج اجتماعی شهرستان مرسر

جوآن برانت جنسن، کالج محلی پیمونت مرکزی

سینتیا کالودنر، دانشگاه تاوسون

پاتریشیا کمرر، کالج جامعه فناوری آیوی

باربارا کندی، کالج اجتماعی بروارد - خلیج پالم

جوزف لومن، دانشگاه کارولینای شمالی-چپل هیل

دان لوکاس، کالج شمال غربی ویستا

جیمز ا. مارکوسیک، دانشگاه ایالتی میسوری

مارک مک کلپ، کالج جونیاتا

مائورا میتروشینا، دانشگاه ایالتی کالیفرنیا - نورتریج

جان نورلند، کالج فنی بلک هاوک

کارن کلی راینز، کالج جامعه نورث همپتون

تای اسکپیس، دانشگاه ایالتی تگزاس

ویلیام آر اسکات، دانشگاه لیبرتی

دکتر وین اس استین، کالج جامعه بروارد

مارلا استورم، کالج محلی شهرستان مونتگومری

تری اس ترپر، دانشگاه پردو-کالومت

نائومی واگنر، دانشگاه ایالتی سن خوزه

نوادا وینرو، کالج اجتماعی شهر بالتیمور

کار کردن بر روی این نسخه با دخترم، جنیفر ال اوبرین، دکتر، که به عنوان دستیار پژوهشی من و نویسنده همه گزارش‌های موردی و داستان‌های واقعی در متن بود، رضایت‌بخش بود. جنی روانشناس در خدمات مشاوره و سلامت روان پزشکی انستیتوی فناوری ماساچوست (MIT)، دکترای خود را در سال ۲۰۱۵ از دانشگاه آمریکایی دریافت کرد و یک دوره کارآموزی پیش از دکترای خود را در بیمارستان دورهام V.A و یک دوره پس‌دکتری را در بیمارستان V.A بوستون به پایان رساند. طیف وسیع تجربیات او با کهنه سربازان و دانشجویان دانشگاه از سراسر جهان به او دیدگاه و مجموعه‌ای از بینش‌های منحصر به فرد می‌دهد که کل کتاب را نشان می‌دهد.

در نهایت، یک کتاب عالی بدون یک تیم ناشر عالی جمع نمی‌شود. مایلم از تیم تحریریه تشکر کنم که همه آن‌ها در مراحل مختلف فرآیند انتشار با من همکاری کردند. رایان تریث در اجرای این نسخه فوق‌العاده بود و من از اشتیاق و حمایت او قدردانی می‌کنم. داون گراندواتر نیز فوق‌العاده بوده است، و تعهد طولانی مدت او به این کتاب برای من ارزش زیادی دارد. هم‌چنین می‌خواهم از مدیر پروژه محتوای خود، رایان وارچینسکی، تشکر کنم، که صبر و پشتکار او به اطمینان از اجرای مؤثر دیدگاه من کمک کرد. هم‌چنین می‌خواهم از سندی ویل تشکر کنم که در نسخه‌های قبلی به عنوان مدیر پروژه تولید فوق‌العاده بوده و اکنون به تیم بازگشته است. کلی هاینریش، مدیر برنامه، اطمینان داده است که تمام جنبه‌های این بازنگری بدون مشکل پیش رفته است. کریستین یانسنز، که به من در انتخاب عکس‌ها برای این ویرایش کمک کرد، در برخورد با بسیاری از مسائل مربوط به ارائه عکس‌های عالی برای نشان دادن نکات کلیدی، تدبیر فوق‌العاده‌ای نشان داده است. تراسی وسک، متخصص صدور مجوز محتوا، در کمک به من در فرآیند پیچیده کسب مجوزها بسیار ارزشمند بوده است. در نهایت، مایلم از الیزا آدامز، توسعه‌دهنده محصول، نه تنها به خاطر هوشیاری‌اش در اطمینان از این که این نسخه به خوبی خوانده می‌شود،

بلکه هم‌چنین برای تشویق دوستانه‌اش در طول کل فرآیند، صمیمانه تشکر کنم. در این نسخه نهم، من احساس می‌کنم که بخشی از خانواده مک گراو هیل هستم، که تعهدشان به موفقیت دانشجویان واقعا قابل توجه است.

نامه‌ای از نویسنده

بسیار خوشحالم که کتاب درسی من را برای خواندن انتخاب کردید. موضوع روانشناسی آسیب شناسی هرگز جذاب یا مرتبط نبوده است. ما دائما گزارش‌های رسانه‌ای را می‌شنویم که سلبریتی‌ها دچار بحران‌هایی شده‌اند که ممکن است درست یا نادرست باشند. با توجه به این همه اطلاعات نادرست در ذهن عموم، من احساس می‌کنم که برای شما مهم است که در علم و عمل روانشناسی آسیب شناسی آموزش ببینید. در عین حال، علم روانشناسی تقریبا به همان اندازه در همه انواع رسانه‌های خبری عنوان می‌شود. به نظر می‌رسد که همه مشتاق هستند تا در مورد آخرین یافته‌ها، از علوم اعصاب رفتار گرفته تا اثربخشی جدیدترین روش‌های درمانی، بیاموزند. پیشرفت‌ها در روش‌های اسکن مغز و مطالعات اثربخشی روان‌درمانی، درک ما را از نحوه کمک به درمان و پیشگیری از اختلالات روان‌شناختی بسیار افزایش می‌دهد.

پوشش تغییرات ایجاد شده در DSM-۵ برای من بسیار جذاب بود. هر تجدید نظر در DSM با خود مناقشات و چالش‌هایی را به همراه دارد و DSM-۵ نیز از این قاعده مستثنی نبود. علیرغم چالش‌هایی که در روش‌های جدید DSM-۵ برای تعریف و دسته‌بندی اختلالات روان‌شناختی وجود دارد، شاید بیش‌تر از هر نسخه قبلی بر اساس تحقیقات قوی باشد. دانشمندان و پزشکان به بحث در مورد بهترین راه‌های تفسیر این تحقیق ادامه خواهند داد. همه ما از این گفت‌وگوها سود خواهیم برد.

حرفه روانشناسی بالینی نیز دستخوش تغییرات سریعی است. با تغییر در سیاست‌های مراقبت‌های بهداشتی، به احتمال بسیار زیاد متخصصان بیش‌تری، از روانشناس تا مشاور سلامت روان، در ارائه مداخلات رفتاری به کار گرفته خواهند شد. با برداشتن اولین قدم به سمت تحصیل خود، خود را برای شغلی آماده خواهید کرد که به طور فزاینده‌ای برای کمک به افراد در هر سنی و هر طبقه‌ای حیاتی شناخته می‌شود تا به بهترین موفقیت خود دست یابند.

امیدوارم خواندن این متن به همان اندازه که نوشتنش برایم جذاب بود برای شما جذاب باشد. لطفا با سوالات و واکنش‌های خود به مطالب به من ایمیل بزنید. به‌عنوان یک کاربر قدیمی Connect مک گراو هیل در کلاس روان‌شناسی غیرطبیعی خودم، می‌توانم اثربخشی آن را در کمک به شما برای دستیابی به تسلط بر محتوای روان‌شناسی آسیب شناسی تضمین کنم. من هم‌چنین آماده پاسخگویی به هر سوالی که از دیدگاه مربی دارید، در مورد این‌که چگونه رسانه دیجیتال این کتاب را به بهترین نحو در آموزش خود بگنجانید، هستم.

باز هم از شما برای خواندن این کتاب سپاسگزارم! با آرزوی بهترین‌ها برای شما،

سوزان

مروری بر درک رفتار ناهنجار

رئوس مطالب

گزارش موردی: ربکا هاسبروک

رفتار ناهنجار چیست؟

تاثیر اجتماعی روانشناختی

اختلالات

تعریف ناهنجاری

آن چه در DSM-۵ وجود دارد: تعریف یک اختلال روانی

چه چیزی باعث رفتار ناهنجار می‌شود؟

مشارکت‌های بیولوژیکی

مشارکت‌های روانی

مشارکت‌های فرهنگی اجتماعی

دیدگاه زیست روانی اجتماعی

موضوعات برجسته در ناهنجاری

روانشناسی در طول تاریخ

رویکرد معنوی

رویکرد بشردوستانه

رویکرد علمی

روش تحقیق در ناهنجاری

روانشناسی

طرح تجربی

طرح همبستگی

شما قضاوت کنید: در اوج دیوانگی، عاقل باشید

مکان‌ها

انواع مطالعات پژوهشی

نظر سنجی

مطالعات آزمایشگاهی

مطالعه موردی

داستان های واقعی: ونسان ون گوگ: روان پریشی

طرح آزمایشی تک موردی

تحقیق در مورد ژنتیک رفتاری

همه چیز را با هم جمع می‌کنیم: بالینی

دیدگاه‌ها

بازگشت به مطالعه موردی: ربکا هاسبروک

خلاصه

اصطلاحات کلیدی

اهداف یادگیری

۱,۱ تمایز قائل شدن بین رفتارهای غیر عادی اما بهنجار و رفتار غیرعادی و نابهنجار

۲,۱ توضیح این که چگونه توضیحات رفتار نابهنجار در طول زمان تغییر کرده است.

۳,۱ شناسایی نقاط قوت و ضعف روش‌های تحقیق.

۴,۱ شرح انواع مطالعات پژوهشی



فصل ۱

گزارش موردی: ربکا هاسبروک

اطلاعات دموگرافیک: دختر ۱۸ ساله مجرد دگرجنس‌گرای قفقازی

مشکل فعلی: ربکا خود به مرکز مشاوره دانشگاه مراجعه کرد. او دانشجوی سال اول دانشگاه است که برای اولین بار زندگی دور از خانه را تجربه می‌کند. ربکا گزارش می‌دهد که بعد از هفته اول دانشگاه، در به خواب رفتن و خواب عمیق کردن با مشکل مواجه است، در کلاس‌های خود مشکل تمرکز دارد و اغلب احساس می‌کند که عصبانی است. او می‌گوید که به دلیل دشوار بودن درس‌هایش، احساس ناامیدی می‌کند و نگران است که نمراتش کم شوند. همچنین، او اشاره می‌کند که در دوستیابی در دانشگاه مشکل دارد و به دلیل این که هیچ دوست صمیمی ندارد که بتواند با او صحبت کند، احساس تنهایی می‌کند. ربکا با دوست پسر خود که ۳ سال است با او دوست است، بسیار صمیمی است، هرچند دانشگاه‌های آن‌ها در دو شهر مختلف قرار دارد.

ربکا در طول جلسه اول ما بسیار گریه می‌کرد و اظهار داشت که برای اولین بار در زندگی خود احساس ناامیدی می‌کند. او گزارش می‌دهد که اگرچه هفته اول دانشگاه برایش مانند «شکنجه» بود، اما علی‌رغم مشکلاتی که در رابطه با دلتنگی برای خانواده و دوست پسرش و همچنین دوستان دبیرستانی‌اش داشت، به آرامی به سبک زندگی جدید خود عادت می‌کند.

سابقه قبلی مرتبط: ربکا هیچ سابقه قبلی در زمینه افسردگی یا سایر نگرانی‌های مرتبط با سلامت روانی و هیچ سابقه خانوادگی شناخته شده‌ای از اختلالات روانی را گزارش نداد. او گفت که گاهی اوقات مادرش «واقعاً استرس می‌گیرد»، هرچند که هرگز به خاطر این مشکلش تحت درمان حرفه‌ای بهداشت روانی قرار نگرفته است.

علائم: خلق افسرده، مشکل در خوابیدن (بی‌خوابی)، مشکل در تمرکز بر روی تکالیف دانشگاه. او گفت که احساس ناامیدی می‌کند، اما هرگونه فکر خودکشی یا آسیب رساندن به خود را انکار کرد.

فرمول‌بندی موردی: اگرچه در ابتدا به نظر می‌رسید که ربکا از یک دوره افسردگی اساسی رنج می‌برد، اما معیارهای مشخصه این بیماری را نداشت. در حالی که سن شروع افسردگی تقریباً نزدیک به سن ربکا است، با توجه به نداشتن سابقه خانوادگی افسردگی در او و این که علائم او در پاسخ به یک عامل استرس‌زای بزرگ رخ می‌داد، پزشک تشخیص داد که ربکا از اختلال سازگاری با حالت افسردگی رنج می‌برد.

طرح درمان: مشاور، به ربکا می‌گوید که باید تحت درمان روانی به صورت هفتگی قرار گیرد. درمانش باید بر بهبود خلق و خوی او تمرکز کند و همچنین باید فضایی حمایتی برایش فراهم کند تا بتواند در مورد احساساتش پیرامون تغییرات عمده‌ای که در زندگی‌اش رخ داده است صحبت کند.

سارا توبین، دکترای پزشکی بالینی

گزارش موردی ربکا هاسبروک، خلاصه‌ای در رابطه با ویژگی‌های مرتبطی است که یک پزشک برای اولین بار پس از ارزیابی اولیه مراجعه‌کننده، می‌بیند. هر فصل از این کتاب با یک گزارش موردی از یک مراجعه‌کننده که ویژگی‌هایش با موضوع فصل مرتبط است آغاز می‌شود. یک پزشک بالینی اختلال ساختگی، دکتر سارا توبین، که بر یک محیط بالینی که خدمات مختلفی را ارائه می‌دهد نظارت می‌کند، گزارش‌های موردی را می‌نویسد. در برخی موارد او خدماتی ارائه می‌دهد و در برخی موارد دیگر بر کار روانشناس دیگری نظارت می‌کند. برای هر مورد، او با استفاده از کتابچه راهنمای رسمی اتخاذ شده توسط این حرفه، که به عنوان راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش پنجم (DSM-۵) شناخته می‌شود، تشخیصی ارائه می‌دهد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

در پایان این فصل، پس از این که درک بهتری از اختلال مراجعه‌کننده به دست آوردید، به توضیحات دکتر توبین در مورد نتایج درمان و نتایج مورد انتظار آینده برای مراجعه‌کننده می‌پردازیم. ما همچنین بازتاب‌های شخصی دکتر توبین در این مورد را نیز آورده‌ایم تا به شما کمک کنیم در مورد تجربه پزشک در کار با افراد دارای اختلال روان‌شناختی بینشی کسب کنید.

حوزه روانشناسی آسیب شناسی مملو از داستان‌های بی‌شماری از افرادی است که از اختلالات روانی رنج می‌برند. در این فصل سعی خواهیم کرد تا حدی این واقعیت را به شما نشان دهیم که اختلالات روانی مطمئناً در برخی از مراحل زندگی همه را تا حدودی تحت تاثیر قرار می‌دهد. با پیشرفت در این دوره، تقریباً به طور قطع با چالش‌هایی که افراد دارای مشکلات روانی با آن‌ها روبه‌رو می‌شوند، آشنا خواهید شد. شما متوجه بسیاری از راه‌های موثر برای رفع مشکلات روانی زندگی افراد، خانواده‌ها و جامعه خواهید شد. علاوه بر این که از نظر شخصی با جنبه‌های عاطفی روانشناسی آسیب شناسی بیش‌تر آشنا می‌شوید، با مبانی علمی و نظری درک و درمان افرادی که از اختلالات روانی رنج می‌برند نیز آشنا خواهید شد.

۱٫۱ رفتار آسیب شناسی چیست؟

ممکن است شما فردی را بشناسید که بسیار شبیه ربکا باشد و خیلی بیش‌تر از یک دانش آموز معمولی در رابطه با سازگاری در دانشگاه درگیر است. به نظر شما آیا او از نظر روانی آشفته است؟

آیا می‌خواهید او را عارضه یابی کنید؟ چه می‌شود اگر او در خانه شما را بزند و به نظر برسد که قصد دارد به خودش آسیب برساند چه؟

در چه نقطه‌ای بین فردی که دارای اختلال روانی است و فردی که مانند ربکا دارای اختلال سازگاری است مرز می‌گذارید؟ آیا اصلاً لازم است ربکا عارضه یابی شود؟ سوالاتی از این دست که در مورد رفتارهای بهنجار و نابهنجار است برای پیشبرد درک ما از اختلالات روانی اساسی است.

شاید شما خودتان به طور غیرعادی افسرده، ترسان یا مضطرب هستید یا بوده‌اید. اگر این‌گونه نیستید، احتمالاً فردی را می‌شناسید که با اختلال روانی یا علائمی از این قبیل دست و پنجه نرم کرده است. ممکن است پدرتان به الکل اعتیاد داشته باشد، مادرتان به دلیل افسردگی شدید در بیمارستان بستری شده باشد، خواهرتان اختلال خوردن داشته باشد یا برادرتان ترس غیرمنطقی داشته باشد. اگر در خانواده نزدیک خود با یک اختلال روانی مواجه نشده‌اید، به احتمال زیاد در خانواده گسترده و حلقه دوستان خود با آن مواجه شده‌اید. شاید نمی‌دانستید تشخیص

رسمی روانپزشک در این زمینه چیست و ممکن است ماهیت یا علت آن را درک نکرده باشید، اما می‌دانستید که مشکلی وجود دارد و نیاز به کمک حرفه‌ای را تشخیص داده‌اید.

اکثر مردم تا زمانی که با چنین مشکلاتی مواجه نشوند، بر این باورند که «چیزهای بد» فقط برای افراد دیگر اتفاق می‌افتد. ممکن است فکر کنید که تصادفات رانندگی مختص دیگران است، افراد دیگر تسلیم سرطان می‌شوند یا در حوزه روانی به مواد افیونی وابسته می‌شوند. امیدواریم که خواندن این کتاب کمکی به شما کمک کند تا از این سندرم «دیگران» فراتر بروید. اختلالات روانی بخشی از تجربیات انسان است که به طور مستقیم یا غیرمستقیم زندگی هر فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. با این حال، آن‌ها ملزم به پایان دادن به چنین زندگی‌هایی نیستند. همان‌طور که در مورد این اختلالات و افرادی که از آن‌ها رنج می‌برند مطالعه می‌کنید، متوجه می‌شوید که این مشکلات در صورت عدم پیشگیری قابل درمان هستند.



نامیدی ظاهری این زن جوان ممکن است نشانه یک اختلال روانی باشد.

۲,۱ تاثیر اجتماعی اختلالات روانی

اختلالات روانی هم بر فرد و هم بر سایر افراد در دنیای اجتماعی فرد تاثیر می گذارد. خود را در شرایط زیر قرار دهید. شما یک پیام فوری از مادر بهترین دوستان به نام جرمی دریافت می کنید. شما با او تماس می گیرید و متوجه می شوید که او در یک واحد بهداشت رفتاری بیمارستان محلی بستری شده است و می خواهد شما را ببیند. به گفته مادر جرمی، فقط شما می توانید حال او را بفهمید. این خبر از ابهام خارج می شود و گیج کننده و ناراحت کننده است. نمی دانستید جرمی مشکل روانی دارد. شما به این فکر می کنید وقتی او را ببینید چه خواهید گفت. جرمی نزدیک ترین دوست شماست، اما اکنون تعجب می کنید که رابطه شما چگونه تغییر خواهد کرد. چقدر می توانید از او در مورد حالش بپرسید؟ چرا تا به حال متوجه این موضوع نشده اید؟ مطمئن نیستید که وقتی به آن جا رسیدید چه کاری انجام دهید، فکر می کنید که او در چه وضعیتی قرار دارد و آیا حتی می تواند با شما ارتباط برقرار کند. دیدن او در این محیط چگونه خواهد بود؟ او از شما چه انتظاری خواهد داشت و این چه معنایی برای آینده دوستی شما خواهد داشت؟

حالا همین سناریو را تصور کنید، اما در عوض خبری دریافت می کنید که جرمی به تازگی در اورژانس یک بیمارستان عمومی با بیماری آپاندیس حاد بستری شده است. شما دقیقا می دانید که وقتی به دیدن او می روید چگونه رفتار کنید. از او خواهید پرسید که چه احساسی دارد، دقیقا چه مشکلی دارد و چه زمانی دوباره خوب خواهد شد. ممکن است از فضای بیمارستان ها لذت خاصی نبرید، اما حداقل حس خوبی از وضعیت بیماران بیمارستانی دارید. برداشتن آپاندیس به نظر

نمی‌رسد مسئله خاصی باشد، و احتمالا حتی به این فکر نمی‌کنید که آیا بعد از ترخیص جرمی می‌توانید دوباره با او دوست شوید یا خیر. او تا چند هفته دیگر کاملا خوب خواهد شد و رابطه شما با او بدون تغییر از سر گرفته خواهد شد.

اکنون که این دو سناریو را مقایسه کردید، این واقعیت را در نظر بگیرید که افراد مبتلا به اختلالات روانی اغلب با موقعیت‌هایی مانند جرمی مواجه می‌شوند که در آن حتی افرادی که به آن‌ها اهمیت می‌دهند مطمئن نیستند که چگونه با آن‌ها ارتباط برقرار کنند. علاوه بر این، حتی پس از کنترل علائم، افرادی مانند جرمی همچنان اثرات عاطفی و اجتماعی عمیق و طولانی مدتی را در تلاش برای از سرگیری زندگی قبلی خود تجربه می‌کنند. خود اختلال آن‌ها نیز ممکن است باعث ناراحتی و رنج شخصی شود. مانند ربکا در مثال ابتدایی ما، آن‌ها باید با احساس تنهایی و اندوه کنار بیایند.



خانواده افراد مبتلا به اختلالات روانی زمانی که بستگان آن‌ها باید در بیمارستان بستری شوند، با استرس قابل توجهی مواجه می‌شوند.

بدنامی اختلالات روانی تقریباً به طور اجتناب‌ناپذیری با بدنامی مرتبط هستند، یک برچسب منفی که باعث می‌شود افراد خاصی به عنوان افراد متفاوت، معیوب و جدا از اعضای جریان اصلی جامعه در نظر گرفته شوند. علی‌رغم آگاهی بیش‌تر نسبت به شیوع مسائل بهداشت روان این بدنامی حتی در جامعه امروزی نیز وجود دارد. نگرش‌های اجتماعی نسبت به افراد مبتلا به اختلالات روانی از ناراحت کردن آن‌ها تا پیش‌داوری آن‌ها متغیر است. زبان، شوخ طبعی و باورهای اجتماعی اختلالات روانی را به صورت منفی به تصویر می‌کشند و بسیاری از مردم می‌ترسند کسانی که این اختلالات را دارند خشن و خطرناک باشند.

برچسب منفی که باعث می‌شود افراد خاصی متفاوت، معیوب و جدا از اعضای جریان اصلی جامعه در نظر گرفته شوند.

به نظر می‌رسد چیزی در مورد یک اختلال روانی وجود دارد که باعث می‌شود افراد بخواهند تا حد امکان از آن فاصله بگیرند. نتیجه آن، تبعیض اجتماعی است که فقط زندگی افراد آسیب دیده را پیچیده‌تر می‌کند. اوضاع، زمانی بدتر می‌شود که ممکن است افرادی که علائم یک اختلال روانی را تجربه می‌کنند به دنبال درمان نباشند، زیرا آن‌ها نیز معتقدند بیماری روانی نوعی بدنامی است (کلمنت و همکاران، ۲۰۱۵). برخی از افراد به دلیل توانایی خود قادرند در برابر بدنامی‌های که به اختلالات روانی نسبت داده می‌شود مقاومت کنند، به عنوان مثال، هویت خود را جدا از اختلال خود تعریف می‌کنند و برچسب‌هایی را که دیگران به آن‌ها می‌زنند رد می‌کنند (فیرمین و همکاران، ۲۰۱۷).

در فصل‌های بعدی، در مورد طیف وسیعی از اختلالات موثر بر خلق و خو، اضطراب، مصرف مواد، تمایلات جنسی و اختلالات فکری خواهید خواند. شرح موارد به شما نگاهی اجمالی نسبت به احساسات و تجربیات افراد واقعی مبتلا به این اختلالات می‌دهد و ممکن است متوجه شوید که برخی از آن‌ها شبیه به شما یا افرادی که می‌شناسید به نظر می‌رسند. همان‌طور که در مورد اختلالات می‌خوانید، خود را به جای افرادی قرار دهید که این شرایط را دارند. در نظر بگیرید که آن‌ها چه احساسی دارند و دوست دارند مردم با آن‌ها چگونه رفتار کنند. امیدواریم متوجه شده باشید که بحث ما در مورد اختلالات نیست بلکه در مورد افرادی است که چنین اختلالاتی دارند.

۳,۱ تعریف آسیب شناسی

طیفی از رفتارها وجود دارد که مردم آن را بهنجار می‌دانند. چه محدوده‌ای برای آن تعیین کردید؟ کدام یک از رفتارهای زیر را نامناسب می‌دانید.

وقتی به کلاس می‌روید و می‌بینید در یک امتحان، صندلی «خوش شانس» شما اشغال شده است، احساس عصبانیت می‌کنید

- پس از این‌که دوست پسرتان می‌گوید: «رابطه بین ما تمام شد» تا مدت‌ها در خوابیدن، غذا خوردن، مطالعه یا صحبت با شخص دیگری ناتوان هستید.
- از تصور این‌که در آسانسور گرفتار شده‌اید عرق سرد می‌ریزد.
- در وسط دعوا با هم اتاقیتان فحش می‌دهید، بالش پرتاب می‌کنید و به دیوار مشت می‌زنید
- به منظور لاغر ماندن، مدتی از خوردن غذای جامد امتناع می‌کنید.
- پس از بازگشت به خانه از دوچرخه سواری به طور کامل دست‌هایتان را می‌شوید.
- به خاطر افزایش هزینه کالج با پیوستن به صف اعتراض در خارج از محوطه دانشگاه ساختمان مدیریت، اعتراض می‌کنید.
- متقاعد شده‌اید که مردم دائما از هر کاری که انجام می‌دهید انتقاد می‌کنند.
- به منظور «خوش مشرب» بودن با دوستان یک بسته شش تایی آبجو در روز می‌نوشید.
- برای ساعت‌ها در یک زمان بازی‌های ویدیویی انجام می‌دهید و از سایر تعهدات تحصیلی و کاری دوری می‌کنید.

اگر شما هم مانند اکثر مردم هستید، احتمالا تصمیم‌گیری در مورد این‌که کدام یک از این رفتارها طبیعی و کدام یک غیرطبیعی است، به طرز شگفت‌آوری برایتان دشوار است. بسیاری از آن‌ها بخشی از زندگی روزمره هستند. اکنون می‌توانید ببینید که چرا متخصصان سلامت روان برای یافتن یک تعریف مناسب از آسیب شناسی تلاش می‌کنند. با این حال باید معیارهایی وجود داشته باشد تا بتوانند در کار خود با مراجعه‌کنندگان، درمان مناسب را ارائه دهند.

با نگاهی به این لیست از رفتارها، اکنون به این فکر کنید که اگر پنج معیار برای یک اختلال روانی را که متخصصان سلامت روان از آن استفاده می‌کنند، به کار می‌برید، به هر کدام چه امتیازی می‌دهید. در واقع، هیچ کس یک اختلال روانی را بر اساس یک رفتار تشخیص نمی‌دهد، اما استفاده از این معیارها حداقل می‌تواند بینشی در مورد فرآیندی که پزشکان هنگام تصمیم‌گیری در مورد این‌که آیا یک مشتری دارای اختلال روانی است یا خیر، به شما بدهد.

اهمیت بالینی

معیار یک اختلال روانی که در آن رفتار مورد ارزیابی شامل یک درجه قابل اندازه‌گیری از اختلال است که پزشک می‌تواند مشاهده کند.

اولین معیار برای یک اختلال روانشناختی اهمیت بالینی است، به این معنی که رفتار شامل یک درجه قابل اندازه‌گیری از اختلال است که یک پزشک می‌تواند مشاهده کند. افرادی که از نداشتن یک صندلی خوش شانس برای امتحان احساس ناراحتی می‌کنند، تنها در صورتی با این معیار مطابقت دارند که نتوانند اصلاً روی امتحان تمرکز کنند، مگر این‌که در آن صندلی بنشینند و این برای هر امتحانی که شرکت می‌کنند اتفاق می‌افتد.

دوم، برای این‌که یک رفتار، شواهدی از یک اختلال روانی در نظر گرفته شود، باید منعکس‌کننده یک اختلال در یک فرآیند روانی، بیولوژیکی یا رشد باشد. به طور مشخص، این بدان معنی است که حتی اگر محققان علت آن اختلال را ندانند، تصور می‌کنند که روزی می‌توان آن را کشف کرد.

سومین معیار برای آسیب شناسی این است که رفتار باید با ناراحتی یا ناتوانی قابل توجه در حوزه‌های مهم زندگی همراه باشد. این ممکن است شبیه اهمیت بالینی به نظر برسد، اما چیزی که پریشانی یا ناتوانی را متمایز می‌کند این است که در مورد احساس یا رفتار فرد اعمال می‌شود، فراتر از تاثیر قابل اندازه‌گیری که پزشک می‌تواند مشاهده کند. فرد یا تحت تاثیر رفتار خود، احساسات منفی دارد («پریشانی») یا در نتیجه پیامدهای منفی در زندگی از احساسات منفی رنج می‌برد («ناتوانی»). افراد ممکن است تا حدی از بازی‌های ویدیویی لذت ببرند، اما اگر سایر تعهدات خود را کنار بگذارند، این امر بر زندگی آن‌ها تاثیر منفی می‌گذارد. آن‌ها همچنین ممکن است احساس ناراحتی کنند اما نمی‌توانند خود را از درگیر شدن در این رفتار باز دارند.

چهارم، این‌که رفتار فرد از نظر اجتماعی با دیگران متفاوت باشد لزوماً به معنای داشتن اختلالات روانی نیست، این مسائل از نظر دین، سیاست یا جنسیت قابل توجیه است. فردی که به دلایل ایدئولوژیک از خوردن گوشت امتناع می‌ورزد، بر اساس این معیار دارای اختلال روانی در نظر گرفته نمی‌شود. با این حال، اگر آن فرد تمام غذای خود را تا حدی محدود کند که سلامتی او به خطر بیفتد، آن فرد ممکن است یکی از معیارهای دیگر ناهنجاری، مانند اهمیت بالینی و/یا بعد پریشانی - ناتوانی را برآورده کند.

پنجمین و آخرین معیار برای یک اختلال روانشناختی این است که منعکس‌کننده یک اختلال در درون فرد است. یک اختلال روانی نمی‌تواند منعکس‌کننده تفاوت در باورهای سیاسی بین شهروندان و دولت آن‌ها باشد. معترضان دانشگاهی که می‌خواهند هزینه‌های دانشگاه را پایین نگه

دارند، طبق این معیار، نمی‌توانند از نظر روانی دارای اختلال در نظر گرفته شوند، اگرچه ممکن است در صورتی که هرگز در یک کلاس شرکت نکنند یا به دلیل تجاوز به اموال دانشگاه دستگیر شوند، خود را در معرض خطرات دیگری قرار دهند.



این زن از ناتوانی در خوابیدن ناراحت است، اما آیا این بدان معناست که او یک اختلال روانی دارد؟

آن چه در DSM-۵ وجود دارد

تعریف اختلال روانی

رفتاری را که فکر می‌کنید غیرطبیعی است با پنج معیاری که پزشکان برای تشخیص اختلال روانی مراجعه-کنندگانشان استفاده می‌کنند، مقایسه کنید. این معیارها هسته اصلی راهنمای تشخیصی و آماری، ویرایش پنجم (DSM-۵) هستند. برای تشخیص یک اختلال، توجه به علائم از نظر بالینی مهم است، زیرا رفتارهای مورد بررسی، علائم زودگذر یا مشکلات جزئی نیستند. DSM-۵ به رفتارهایی اشاره می‌کند که منعکس‌کننده اختلال در فرآیندهای روانی، بیولوژیکی یا رشدی هستند و از دیدگاه اختلالات روانی به عنوان منعکس‌کننده تأثیرات زیستی-روانی-اجتماعی است. علاوه بر این، اختلالات باید خارج از هنجار و چیزی که از نظر اجتماعی پذیرفته شده، باشد و انتظار می‌رود برای افرادی که استرس‌های خاصی را در زندگی تجربه می‌کنند رخ دهد. DSM-۵ هم‌چنین مشخص می‌کند که این اختلال باید «ارزش بالینی» داشته باشد، به این معنی که، برای مثال، تشخیص‌ها به راهنمایی پزشکان در تصمیم‌گیری درباره درمان کمک می‌کنند. در طول فرآیند نوشتن DSM-۵، نویسندگان توصیه کردند که تشخیص‌های مندرج در کتابچه راهنمای قبلی را بدون در نظر گرفتن مزایا و معایب بالقوه اصلاح نکنید. به عنوان مثال، آن‌ها متوجه شدند که افزودن یک تشخیص جدید ممکن است منجر به برچسب زدن غیرطبیعی رفتاری شود که قبلاً بهنجار تلقی می‌شد. مزیت تشخیص جدید باید بیش‌تر از آسیب طبقه‌بندی یک فرد «بهنجار» به عنوان «فرد دارای اختلال» باشد. به طور مشابه، حذف تشخیص اختلالی که نیاز به درمان دارد (و در نتیجه پوشش بیمه‌ای) ممکن است افرادی را که هنوز به آن درمان نیاز دارند، در برابر خودداری از مراقبت یا پرداخت‌های اضافی برای درمان آسیب‌پذیر کند. با در نظر گرفتن این احتیاط‌ها، نویسندگان DSM-۵ هم‌چنین توصیه می‌کنند که معیارها به تنهایی برای قضاوت قانونی یا واجد شرایط بودن برای جبران خسارت بیمه کافی نیستند. این قضاوت‌ها به اطلاعات بیش‌تری فراتر از محدوده معیارهای تشخیصی به تنهایی نیاز دارند.

همان‌طور که می‌بینید، تصمیم‌گیری در مورد این که کدام رفتار طبیعی است و کدام یک نیست کار دشواری است. علاوه بر این، هنگامی که نوبت به تشخیص واقعی برای یک مراجعه‌کننده

می‌رسد، متخصص سلامت روان باید مزایای استفاده از یک برچسب تشخیصی را در مقابل معایب آن بسنجید. مزیت این است که فرد تحت درمان قرار می‌گیرد (و می‌تواند بازپرداخت بیمه را دریافت کند)، اما یک عیب احتمالی این است که فرد دارای برچسب اختلال روانی است که بخشی از سوابق سلامتی او می‌شود. در مرحله بعدی زندگی، این تشخیص ممکن است واجد شرایط بودن برای مشاغل خاص را برای فرد دشوار کند.

خوشبختانه، این دستورالعمل‌ها و کتابچه‌های راهنمای کامل در دسترس پزشکان سلامت روان است و به آن‌ها اطمینان می‌دهد که در صورت لزوم این علائم را تشخیص می‌دهند. موضوعات اصلی تحت پوشش این دوره، این پنج معیار و تشخیص‌های خاص برای انواع مختلف بیماری‌های روانی است که ممکن است افراد را تحت تاثیر قرار دهد.

۴.۱ چه چیزی باعث رفتار نابهنجار می‌شود؟

دیدگاه زیست روانی

اجتماعی

مدلی که در آن تعاملات بین عوامل بیولوژیکی، روانی و اجتماعی-فرهنگی بر رشد فرد در طول زمان تاثیر می‌گذارد.

با بررسی علل احتمالی اختلالات روانی که افراد ممکن است با آن مواجه شوند، فعلا در مورد نابهنجار بودن یا بهنجار بودن یک رفتار بحث نمی‌کنیم. همان‌طور که خواهید فهمید، ما می‌توانیم رفتار نابهنجار را از چندین منظر به بهترین وجه درک کنیم. بر اساس دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی، رفتار نابهنجار منعکس‌کننده ترکیبی از عناصر بیولوژیکی، روانی و اجتماعی فرهنگی است که با رشد فرد در طول زمان تغییر می‌کند.

مشارکت‌های بیولوژیکی

ما با بخش بیولوژیکی معادله شروع می‌کنیم. ناهنجاری‌های ژنتیکی که می‌توانند به تنهایی یا در ارتباط با محیط بر عملکرد روانی فرد تاثیر بگذارند، از جمله عناصر درونی بدن هستند که می‌توانند رفتارهای نابهنجار ایجاد کنند. علاوه بر تغییرات فیزیکی ناشی از افزایش سن، بیماری‌هایی که فرد به آن مبتلا می‌شود و آسیب یا صدمات وارده به بدن نیز می‌تواند سهم بیولوژیکی در نظر گرفته شود.

برای اهداف ما، عوامل ارثی که بر نحوه عملکرد سیستم عصبی تاثیر می‌گذارند، تاثیرات ژنتیکی هستند که بیش‌ترین اهمیت را دارند. با این حال، عوامل محیطی اگر بر مغز یا سایر اندام‌های مربوطه بدن تاثیر بگذارند به تنهایی می‌توانند باعث ایجاد مشکلات روانپزشکی نیز شوند. به عنوان

مثال، کسانی که مشکلات تیروئیدی دارند، ممکن است دچار نوسانات خلقی قابل توجهی شوند. آسیب مغزی ناشی از ضربه به سر می‌تواند باعث تغییرات خلقی، از دست دادن حافظه و تغییر افکار شود.

در دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی، عناصر اجتماعی با جنبه‌های بیولوژیکی و روان‌شناختی در ارتباط هستند که در این صورت قرار گرفتن در معرض مواد مضر یا موقعیت‌های زندگی استرس‌زا نیز می‌تواند منجر به بیماری‌های روانی در افراد شود. محرومیت محیطی ناشی از فقر، سوء تغذیه یا بی‌عدالتی اجتماعی نیز می‌تواند افراد را در معرض خطر اختلالات روانی با ایجاد پیامدهای فیزیولوژیکی نامطلوب قرار دهد.

مشارکت‌های روانی

این ایده که عوامل روان‌شناختی در ایجاد اختلالات روان‌شناختی نقش دارند احتمالا ایده‌ای نیست که به نظر شما نیاز به توضیح زیادی داشته باشد. با این حال، در دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی، علل روان‌شناختی به تنهایی مورد بررسی قرار نمی‌گیرند. آن‌ها به عنوان جزئی از مجموعه پیچیده-تری از متغیرها در نظر گرفته می‌شوند که تحت تاثیر تغییرات فیزیولوژیکی در تعامل با قرار گرفتن در معرض یک محیط خاص قرار می‌گیرند.

مشارکت‌های روان‌شناختی می‌تواند شامل نتایج تجربیات خاص در زندگی فرد باشد. به عنوان مثال، افراد می‌توانند متوجه شوند که مدام رفتارهای ناراحت کننده‌ای را که آموخته‌اند تکرار می‌کنند. آن‌ها همچنین ممکن است بی‌ثباتی عاطفی را در نتیجه احساس عدم اعتماد به والدین یا مراقبان‌شان برای مراقبت از آن‌ها ابراز کنند.

از دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی هیچ دلیلی منحصرأ مربوط به حالت روان‌شناختی نمی‌شود، اما ممکن است دلایلی را در نظر بگیریم که عمدتاً تحت تاثیر یادگیری، تجربیات یا قرار گرفتن در معرض شرایط مهم زندگی هستند. این‌ها همچنین می‌توانند شامل ناتوانی در کنترل استرس، ترس‌های غیرمنطقی، تمایل به احساسات غیرمنطقی، و انواع افکار، احساسات و اعمال ناکارآمد دیگر باشند که باعث می‌شوند افراد، معیارهای اختلالات روانی را داشته باشند.

مشارکت های اجتماعی فرهنگی

دیدگاه اجتماعی فرهنگی

یک دیدگاه نظری است که بر شیوه‌هایی تاکید می‌کند که با توجه به آن‌ها افراد تحت تاثیر افراد، نهادهای اجتماعی و نیروهای اجتماعی در دنیای اطراف خود قرار می‌گیرند.

دیدگاه اجتماعی-فرهنگی به بررسی حوزه‌های مختلفی می‌پردازد که بر یک فرد تاثیر می‌گذارد، از دوستان نزدیک و خانواده گرفته تا نهادها و قوانین یک ملت یا کل جهان. این عوامل با فرآیندهای بیولوژیکی و اثرات روانی قرار گرفتن در معرض رویدادهای خاص به روش‌های قابل توجهی تعامل دارند.

تبعیض، بر اساس طبقه اجتماعی، پول، نژاد و قومیت، ملیت، گرایش جنسی یا جنسیت، یکی از عوامل مهم و متمایز اجتماعی فرهنگی است که به مشکلات روانی کمک می‌کند. تبعیض می‌تواند به طور مستقیم بر سلامت و رشد جسمانی تاثیر بگذارد، علاوه بر آن توانایی افراد برای احساس رفاه روانی را محدود می‌کند. به عنوان مثال، به خوبی تشخیص داده شده است که افراد از طبقه اجتماعی-اقتصادی پایین و سطوح مالی پایین به دلیل استرس ناشی از تبعیض مداوم، و همچنین مشکلی که در دسترسی به منابع آموزشی و بهداشتی دارند، بیش‌تر مستعد ابتلا به مشکلات روانپزشکی هستند.

هم‌چنین، همان‌طور که اشاره کردیم، افراد مبتلا به یک اختلال روانی احتمالا در نتیجه علائم و برچسب تشخیصی خود مورد بدنامی قرار می‌گیرند. این افراد و عزیزانشان به دلیل دشواری زندگی ناشی از بدنامی به دلیل بیماری روانی، بار عاطفی بیش‌تری دارند. هم‌چنین چرخه‌ای را تقویت می‌کند که در آن بسیاری از افراد نیازمند به درمان به تدریج در معرض خطر قرار می‌گیرند و متعاقبا علائم شدیدتری پیدا می‌کنند زیرا ممکن است آن‌ها را از جستجوی مراقبت‌های ضروری باز دارد.

به نظر می‌رسد بدنامی اختلالات روانی بر اساس قومیت و نژاد متفاوت است. به عنوان مثال، نوجوانان اروپایی آمریکایی و مراقبان آن‌ها دو برابر بیش‌تر از اعضای گروه‌های اقلیت احتمال دارد که مشکلات را با اصطلاحات بهداشت روانی تعریف کنند یا برای چنین مشکلاتی کمک بگیرند (رابرتس، آگرایا، رابرتز و چن، ۲۰۰۵). تفاوت‌های سنی و جنسیتی در تمایل به پذیرش مشکلات سلامت روان نیز وجود دارد. افراد جوان و زنان، بیش‌تر پذیرای تجربه علائم هستند و در نتیجه تمایل بیش‌تری به شرکت در درمان و سایر مداخلات روانشناختی دارند.

از آن جایی که انواع مختلفی از تبعیض وجود دارد، افراد باید نه تنها با علائم خود و بدنامی مرتبط با آن‌ها کنار بیایند، بلکه باید با تعصبانی که علیه گروه اجتماعی که به آن تعلق دارند نیز کنار بیایند. پزشکانی که اعضای گروه‌هایی را که با تبعیض مواجه شده‌اند درمان می‌کنند، بیش از پیش از اهمیت در نظر گرفتن این مسائل در هنگام تشخیص و درمان آگاه می‌شوند. ما بعداً در این کتاب در مورد دستورالعمل‌های خاصی که کارشناسان بهداشت روان در حال توسعه هستند یاد خواهیم گرفت تا اطمینان حاصل شود که پزشکان آموزش کافی در زمینه تبدیل نظریه به عمل دریافت می‌کنند.

دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی

سه گروه از علل بیماری‌های روانپزشکی که به تازگی ذکر شد در جدول ۱ خلاصه شده است. همان‌طور که می‌بینید، هر یک از این جنبه‌های عملکرد انسان ممکن است مختل شود که می‌تواند منجر به ظهور یک بیماری روانی شود. علی‌رغم این واقعیت که این تفکیک مفید است، اما به خاطر داشته باشید که بسیاری از تعاملات احتمالی در بین سه مجموعه عوامل موثر وجود دارد.

جدول ۱ علل رفتار نابهنجار	
بیولوژیکی	وراثت ژنتیکی تغییرات فیزیولوژیکی قرار گرفتن در معرض مواد سمی
روانشناسی	تجربیات یادگیری گذشته الگوهای فکری ناسازگار

مشکلات مقابله با استرس	
اجتماعی	سیاست‌های
فرهنگی	اجتماعی
	تبعیض
	بدنامی

همان‌طور که در هنگام مطالعه در مورد شرایط این کتاب درسی خواهید دید، میزان تاثیر هر یک از این متغیرها در بین اختلالات متفاوت است. برای برخی از اختلالات، مانند اسکیزوفرنی، به نظر می‌رسد که زیست‌شناسی نقش غالبی دارد. برای سایر اختلالات، مانند واکنش‌های استرس‌زا، عوامل روانی غالب است. شرایطی مانند اختلال استرس پس از سانحه در نتیجه تجربیات تحت یک رژیم تروریستی عمدتاً یک علت اجتماعی و فرهنگی دارد.

دیدگاه رشدی نیز در دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی گنجانده شده است. این امر مستلزم درک چگونگی تکامل این سه مجموعه اثر در طول زندگی یک فرد است. شرایطی وجود دارد که فرد را بیش‌تر از دیگران در معرض خطر قرار می‌دهد. نوزادان و کودکان خردسال ممکن است به ویژه در معرض مواردی مانند تغذیه نامناسب، انتقاد شدید والدین، و بی‌توجهی باشند. از طرف دیگر، عناصر محافظتی مانند مراقبان فداکار، مراقبت‌های بهداشتی خوب و موفقیت‌های اولیه زندگی ممکن است خطر ابتلا به اختلال را در فرد کاهش دهد. این ویژگی‌های اولیه کاهش‌دهنده خطر بخشی از تمایل فرد به ایجاد یک اختلال می‌شود و هم‌چنان در طول زندگی تاثیر می‌گذارد.

عوامل خطر با افزایش سن افراد، هم از نظر ماهیت خاص و هم از نظر شدت احتمالی، تغییر می‌کنند. کسانی که در تمام طول زندگی خود به دلیل داشتن عادات غذایی بد، مشکلات جسمانی دارند، ممکن است بیش‌تر مستعد ابتلا به علائم روانشناختی مرتبط با اختلال در عملکرد قلبی عروقی باشند. از سوی دیگر، اگر آن‌ها یک سیستم حمایت اجتماعی قابل توجهی داشته باشند، این می‌تواند به کاهش خطرات ناشی از سلامت جسمانی آن‌ها کمک کند.

در تمام سنین، عناصر بیولوژیکی، روانشناختی و اجتماعی-فرهنگی به تعامل ادامه می‌دهند و بر سلامت روانی، رفاه عمومی افراد و چگونگی بروز یک اختلال روانشناختی خاص در آن‌ها تاثیر می‌گذارند (ویتبورن و میکس، ۲۰۱۱). چارچوب زیستی-روانی-اجتماعی می‌تواند به ما کمک کند تا دلایل ناهنجاری را درک کنیم و مهم‌تر از آن، زمینه را برای درمان موثر فراهم کنیم.

توضیحات معنوی

توضیحاتی که اختلالات روانی را محصول تسخیر ارواح اهریمنی یا شیطانی می‌دانند.

توضیحات بشردوستانه

توضیحاتی که اختلالات روانی را نتیجه ظلم، استرس یا شرایط بد زندگی می‌دانند.

توضیحات علمی

توضیحاتی که اختلالات روانی را نتیجه عللی می‌دانند که می‌توانیم به طور عینی آن‌ها را اندازه‌گیری کنیم، مانند تغییرات بیولوژیکی، فرآیندهای یادگیری معیوب، یا استرس‌های هیجانی.

۵.۱ مضامین برجسته در روانشناسی آسیب شناسی در طول تاریخ

بزرگ‌ترین متفکران جهان از دوران باستان تا به امروز تلاش کرده‌اند تا رفتارهای مختلف انسانی را که امروزه نشانه‌های یک بیماری روانی می‌دانیم توضیح دهند. به نظر می‌رسد که سه عنصر کلیدی در طول تاریخ پا بر جا بوده‌اند: عنصر معنوی، بشردوستانه و علمی. بر اساس توضیحات معنوی، رفتار نابهنجار نتیجه تسخیر ارواح اهریمنی یا شیطانی در شخص است. بر اساس توضیحات بشردوستانه، ظلم، استرس یا شرایط نامساعد زندگی از علل بیماری‌های روانی است. توضیحات علمی به دنبال علل قابل اندازه‌گیری، مانند تغییرات بیولوژیکی، مکانیزم‌های یادگیری ناقص، یا فشارهای عاطفی هستند.



یونانی‌ها از پیشگویان، مشاوران خردمندی که از خدایان اظهار نظر می‌کردند، مشاوره می‌گرفتند.



اثر «حذف سنگ حماقت» هیرونیوموس بوش یک «پزشک» قرون وسطایی را به تصویر می‌کشد که منبع فرضی جنون را از مجسمه یک بیمار جدا می‌کند. باور غالب این بود که مالکیت معنوی عامل اختلال روانی است.

©PAINTING/Alamy Stock Photo

ما مسیر هر یک از این دیدگاه‌ها را در طول زمان ردیابی خواهیم کرد. خواهید دید که هر کدام در یک دوره‌ای تاثیر زیادی داشته‌اند، اما از برخی جهات مشکلات امروز مانند دوران باستان است، زیرا ما نمی‌دانیم در وهله اول چه چیزی باعث ایجاد اختلالات روانی می‌شود. اگرچه علت مشکلات روانی بدون شک با استفاده از یک رویکرد علمی کشف خواهد شد، اما هم‌چنان برای ارائه‌دهندگان سلامت روان بسیار مهم است که به اصول راهنمای رویکرد انسان دوستانه پایبند باشند. تبیین‌های معنوی ممکن است هرگز به طور کامل از افق ناپدید نشوند، اما این ایده که می‌توان اختلالات روانی را درک کرد، مطمئناً بهترین چشم‌انداز را برای تبدیل این درک به درمان فراهم می‌کند.

رویکرد معنوی

فرآیند ترافین

به عمل سوراخ کردن
مجممه برای فرار ارواح
شیطانی گفته شده.

ما با اولین روش درمان بیماری‌های روانی شروع می‌کنیم که قدمت آن به عصر حجر برمی‌گردد. با توجه به شواهد باستان شناسی مربوط به حدود ۸۰۰۰ سال قبل از میلاد، به نظر می‌رسد تبیین معنوی پدیده‌های روانشناختی در آن زمان به طور گسترده پذیرفته شده بود. **فرآیند ترافین**، که شامل سوراخ کردن استخوان است، در بقایای اسکلت یافت شده در غارنشینان افراد ماقبل تاریخ مشهود بود.

این شواهد حاکی از تلاش برای رهاسازی «ارواح شیطانی» از سر فرد است (ماهر و ماهر، ۱۹۸۵). باستان شناسان مجموعه‌های ترافین شده را از بسیاری از کشورها و فرهنگ‌ها، از خاور دور و میانه گرفته تا بریتانیا و آمریکای جنوبی پیدا کرده‌اند (گروس، ۱۹۹۹). فرآیند ترافین در طول تاریخ و حتی در دوران مدرن ادامه داشت، اما به نظر می‌رسد استفاده از آن در دوران باستان به طور خاص با اعتقاد به ارواح شیطانی مرتبط است.

جن‌گیری

آیینی که اعتقاد بر این
است که اختلالات
روانی را با دور کردن
ارواح شیطانی درمان
می‌کند.

دومین تجلی اعتقاد به مالکیت معنوی به عنوان عامل اختلالات روانی، مراسم **جن‌گیری** است. در این عمل، شمن، کشیش، یا شخصی که این وظیفه به او سپرده شده است (مانند «مرد داروساز») مراسمی را انجام می‌دهد که فرد را تحت فشار شدید جسمی و روحی قرار می‌دهد تا شیاطین را بیرون کند.

در قرون وسطی، مردم از انواع آیین‌های جادویی و جن‌گیری برای «درمان» افراد مبتلا به اختلالات روان‌شناختی استفاده می‌کردند، اما این درمان هم‌چنین شامل شناخته شدن این افراد به عنوان گناهکار، جادوگر یا تجسم شیطان بود. بر این اساس آن‌ها به شدت مجازات شدند. کتاب «پتک جادوگران» که در سال ۱۴۸۶ توسط دو راهب آلمانی دومینیکن نوشته شده است، به وضوح نشان می‌دهد که آن‌ها معتقد بودند که بیماران تحت کنترل ارواح شیطانی هستند. این کتاب به عنوان توجیهی برای آزار و اذیت آن‌ها به عنوان «جادوگر» بود. نویسندگان کتاب با به تصویر کشیدن آن‌ها به عنوان بدعت‌گذاران و شیاطینی که کلیسا مجبور بود آن‌ها را به خاطر حفظ مسیحیت نابود کند، «رفتارهایی» مانند تبعید، شکنجه و سوزاندن در آتش را توصیه کردند.



در این تصویر معاصر از یک محاکمه جادوگری، زنی به خاطر جنایات احتمالی خود شکنجه می‌شود.

©Tom Wagner/Alamy Stock Photo

عمده کسانی که به جادوگری بین دهه ۱۵۰۰ و اواخر دهه ۱۶۰۰ متهم شدند، زن بودند. پس از محاکمه‌های معروف جادوگری Salem (۱۶۹۲-۱۶۹۳)، زمانی که مردم محلی شروع به زیر سوال بردن صحت اتهامات علیه این زنان کردند، عمل پیوریتن‌ها در سوزاندن و حلق آویز کردن جادوگران در ایالات متحده در نهایت به پایان رسید.

با وجود این واقعیت که دیدگاه معنوی، دیگر رایج‌ترین توضیح برای اختلالات روانی در فرهنگ غربی نیست، هنوز هم برخی از مومنان هستند که معتقدند کسانی که مشکلات روانی دارند به «پاکسازی» معنوی نیاز دارند. کسانی که نقش جن‌گیران را بازی می‌کنند در جوامع مختلف به این کار ادامه می‌دهند که نشان‌دهنده باورهای فرهنگی و مذهبی پایدار است.

رویکرد بشر دوستانه

رویکرد بشر دوستانه به اختلالات روانی تا حدی به عنوان واکنشی در برابر رویکرد معنوی و تنبیه مرتبط با آن برای افراد مبتلا به اختلالات روانی ایجاد شد. از قرون وسطی، فقیرنشین‌ها و صومعه‌ها در اروپا به عنوان پناهگاهی برای اسکان این افراد که اغلب توسط خانواده‌هایشان طرد می‌شدند، تاسیس شدند.

اگرچه پناهگاه‌ها نمی‌توانستند خدمات درمانی ارائه دهند، اما در ابتدا کمی کارهای محافظتی ارائه کردند. متأسفانه، با شلوغی بیش‌تر و بیش‌تر، شرایط غیر قابل تحمل شد. از قضا، این پناهگاه‌ها به جای محافظت از آن‌ها، تبدیل به مکان‌هایی برای غفلت، سوء استفاده و ظلم شدند. این باور عمومی مبنی بر این‌که افراد مبتلا به اختلالات روانی فاقد قابلیت‌های حسی معمولی هستند، منجر به اقداماتی مانند فراهم نکردن گرما، شرایط زندگی تمیز یا غذای مناسب برای آن‌ها شد. در طول قرن‌های شانزدهم و هفدهم، دیدگاه‌ها در مورد پزشکی عموماً ابتدایی بود. بنابراین، مانند درمان بیماری‌های جسمی، درمان افراد مبتلا به اختلالات روانی شامل خونریزی، استفراغ اجباری و پاکسازی بود.

رفتار اخلاقی

این باور که افراد در صورت داشتن محیطی آرام و آسوده می‌توانند بر رفتارهای خود کنترل داشته باشند.

در پایان قرن هجدهم در سراسر بیمارستان‌های فرانسه، اسکاتلند و انگلیس، چند فرد شجاع شروع به اعتراف به غیرانسانی بودن شرایط در خانه‌های فقیرنشین و صومعه‌هایی کردند که افراد دارای مشکلات روانی را در خود جای داده بودند. آن‌ها در تلاش برای از بین بردن این آداب و رسوم ظالمانه تغییرات گسترده‌ای را آغاز کردند. مفهوم رفتار اخلاقی - این اعتقاد که ایجاد فضایی آرام و آسوده برای مردم به آن‌ها کمک می‌کند تا بر اعمال خود کنترل داشته باشند - رایج شد. محدودیت‌ها فقط در مواقع ضروری در این موسسات به کار می‌رفت و حتی در آن زمان نیز آسایش بیمار حرف اول را می‌زد.

با این حال، دوباره، به دلیل ازدحام و افزایش استفاده از تنبیه بدنی به عنوان نوعی کنترل در اوایل دهه ۱۸۰۰، شرایط در آسایشگاه‌هایی که در ابتدا برای محافظت از بیماران ایجاد شده بودند شروع به بدتر شدن کردند. دوروتیا دیکس (۱۸۰۲-۱۸۸۷)، یک مربی بوستون، در سال ۱۸۴۱ به اصلاحات پرداخت. دیکس از قانونگذار ماساچوست درخواست کرد که بیمارستان‌های دولتی جدید با بودجه دولتی برای رفتار انسانی با بیماران روانی پس از مشاهده شرایط وحشتناک و ازدحام بیش از حد در آسایشگاه‌ها تاسیس کنند. او از ماساچوست سفر کرد تا پیام خود را در سراسر آمریکای شمالی و اروپا تبلیغ کند.



دوروتیا دیکس یک اصلاح طلب ماساچوست بود که در اواسط دهه ۱۸۰۰ به دنبال بهبود درمان افراد مبتلا به اختلالات روانی بود. منبع: کتابخانه کنگره، بخش چاپ و عکس، شماره تکثیر LC-USZ۶۲-۹۷۹۷ (کپی فیلم b&w منفی)

بهداشت روانی

تمرکز در روانپزشکی بر کمک به افراد برای حفظ سلامت روان و جلوگیری از ایجاد اختلالات روانی.

مرکز بازپروری

یک مرکز درمانی **جنبش‌های آزادی‌بخش زنان** برای مراجعین غیرسازمان آزادی‌بخش‌ها هزار بیمار از بیمارستان‌های روانی از دهه ۱۹۶۰ شروع شد می‌شوند و هنوز آماده زندگی مستقل نیستند، طراحی شده است.

دولت‌ها در طول قرن بعد، تعداد زیادی بیمارستان دولتی را در سراسر ایالات متحده تاسیس کردند که به پارادایم اولیه بشردوستانه دیکس پایبند بودند اما باز هم، تا زمانی که بیمارستان‌ها شلوغ و کم کار می‌شدند، مسئله زمان مطرح می‌شد. به زبان ساده، تلاش‌های خیرخواهانه اما بی‌اثری که در درمان‌های اخلاقی صورت گرفت نتوانست مردم را درمان کند. با این وجود، حمایت دیکس از اهداف بشردوستانه تاثیر طولانی مدتی بر بخش سلامت روان داشت. طرفداران جنبش **بهداشت روان**، که هدف آن کمک به مردم در حفظ سلامت روان و جلوگیری از ظهور بیماری‌های روانپزشکی است، به قرن بیستم منتقل شد.

خشم عمومی نسبت به وخامت اوضاع در بیمارستان‌های روانی سرانجام منجر به درک گسترده‌تری نسبت به این موضوع شد که خدمات بهداشت روان نیازمند تغییرات چشمگیری است. در سال ۱۹۶۳، دولت فدرال با تصویب قوانین اساسی، با قدرت عمل کرد. در آن سال، قانون ساخت تاسیسات عقب ماندگی ذهنی و مرکز بهداشت روانی جامعه به تصویب رسید، که تعدادی از اصلاحات را ایجاد کرد که تاثیر بلند مدتی بر مراقبت از سلامت روان خواهد داشت. قانونگذاران شروع به حمایت از قانونی کردند که به مردم کمک می‌کند تا از موسسات به برنامه‌های مبتنی بر جامعه کم‌تر محدود شوند، از جمله کلینیک‌های روانی، بیمارستان‌های روانه، و مراکز توانبخشی حرفه‌ای. مردم پس از مرخص شدن از بیمارستان وارد **مراکز بازپروری** شدند. این‌ها مراکز درمانی اجتماعی هستند که برای بیماران غیرسازمانی که از بیمارستان مرخص می‌شوند و هنوز آماده زندگی مستقل نیستند، ایجاد شده‌اند. **جنبش‌های آزادی‌بخش** از دهه ۱۹۶۰ شاهد آزادی ده‌ها هزار بیمار از بیمارستان‌های روانی بود، با این قانون امکان‌پذیر شد. این قانون برای ایجاد مسیری برای مراقبت بهتر جامعه به عنوان جایگزینی برای مراقبت نهادی طراحی شده است.



در حالی که هدف از نهادزدایی بهبود کیفیت زندگی برای افرادی بود که سال‌ها در بیمارستان‌های روانپزشکی دولتی بستری شده بودند، اما بسیاری از افرادی که مرخص شدند در نهایت در فقر زندگی کردند و پس از حضور در جامعه با آن‌ها بدرفتاری شد.

© گری هی/ شرکت علمی آموزشی مک گراو-هیل

نهادزدایی نیز با معرفی درمان‌های دارویی در دهه ۱۹۵۰ امکان‌پذیر شد که برای اولین بار با موفقیت علائم بیماری‌های روانی را کنترل کرد. اکنون بیماران ممکن است مراقبت‌هایی را دریافت کنند که آن‌ها را قادر می‌سازد تا برای مدت طولانی در خارج از بیمارستان‌های روانی به طور مستقل زندگی کنند. مراکز دولتی که امکاناتی را در زمینه خدمات روان درمانی ارائه می‌دادند و قبلاً مملو از بیماران بود، اساساً در اواسط دهه ۱۹۷۰ خالی از بیمار شدند. به هزاران نفر که با توجه به عرف جامعه محدود شده بودند اجازه داده شد با عزت و استقلال بیشتری زندگی کنند. متأسفانه، جنبش نهادزدایی اهدافی را که برای دستیابی به آن در نظر گرفته بود برآورده نکرد و به جای از بین بردن رفتار غیرانسانی، مجموعه‌ای از مشکلات را ایجاد کرد. به دلیل برنامه‌ریزی ضعیف و بودجه ناکافی، بسیاری از وعده‌ها و برنامه‌هایی که به عنوان جایگزینی برای نهادینه‌سازی اعلام شده بود، در نهایت محقق نشدند. بیماران بارها و بارها بین کلینیک‌ها، مراکز بازپروری، و پانسیون‌های فرسوده منتقل می‌شدند و هرگز احساس امنیت و احترام نمی‌کردند. اگرچه هدف از

ترخیص بیماران از بیمارستان روانی، آزادسازی افرادی بود که از حقوق اساسی بشر محروم شده بودند، اما ممکن است نتیجه آن چنان که بسیاری انتظار داشتند رهایی بخش نبوده باشد. اغلب اوقات، افرادی که در گذشته نیاز به حضور در موسسات روانپزشکی داشتند، اکنون مجبورند از مداری از پناهگاه‌ها، مراکز توانبخشی، بازداشتگاه‌ها و زندان‌ها عبور کنند. بسیاری از افراد بی خانمان و حاشیه‌نشین برای مدت طولانی در این شرایط زندگی می‌کنند.

طرفداران امروزی رویکرد بشردوستانه، رویکردهای نوآورانه‌ای را برای مراقبت دلسوزانه برای کسانی که با مشکلات روانی دست و پنجه نرم می‌کنند، پیشنهاد می‌کنند. آن‌ها از افرادی که به دنبال درمان بیماری‌های روانی هستند می‌خواهند که به طور فعال مراقبت‌های خود را انتخاب کنند. چندین سازمان حمایتی تلاش زیادی کرده‌اند تا نحوه درک عمومی از افراد مبتلا به بیماری‌های روانی و نحوه برخورد جامعه با آن‌ها در همه زمینه‌ها را تغییر دهند. این سازمان‌ها عبارتند از: انجمن سلامت روان، مرکز مبارزه با تبعیض و بدنامی، اتحاد ملی برای بیماران روانی (NAMI) و طرح حذف موانع.

به عنوان بخشی از تلاش‌ها برای افزایش ارائه خدمات سلامت روان از طریق کمیسیون آزادی جدید رئیس‌جمهور، دولت فدرال ایالات متحده در برنامه‌های ضد بدنامی شرکت کرده است (هوگان، ۲۰۰۳). وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده پیشرفت این اهداف را در پایان سال ۲۰۱۷ گزارش کرد. (جدول ۲).

جدول ۲ اهداف افراد سالم در سال ۲۰۲۰

در سال ۲۰۱۵، دولت فدرال ایالات متحده پیشرفت‌های انجام شده در راستای هر یک از این اهداف ۲۰۲۰ را در رابطه با افراد سالم برای سلامت روان و اختلالات روانی را بررسی کرد. در زیر اهداف به همراه پیشرفت تخمینی در سال ۲۰۱۷ که توسط مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها گزارش شده است، آمده است.

هدف	پیشرفت
کاهش میزان خودکشی	۷٪- از هدف فاصله گرفت
کاهش تلاش برای خودکشی، کلاس ۹ تا ۱۲	۱۹٪- از هدف فاصله گرفت
ارائه خدمات بهداشت روان، افراد بی-خانمان بالای ۱۸ سال با مشکلات سلامت روان	۳۳٪- از هدف فاصله گرفت
کاهش رفتارهای اختلال در خوردن، کلاس ۹ تا ۱۲	۰٪
افزایش امکانات مراقبت‌های اولیه ارائه‌دهنده درمان سلامت روان در محل یا با رجوع کردن	۲۰۰٪ به هدف رسید
ارائه پذیرش غربالگری برای مشکلات سلامت روان در مراکز اقامتی نوجوانان	۶۰٪؛ به سمت هدف حرکت کرد
ردیابی رضایت مصرف‌کننده از خدمات سلامت روان بر اساس ایالت	۰٪
اطمینان حاصل کنید که برنامه‌های بهداشت روان دولتی به مراقبت از سلامت روان برای سالمندان می‌پردازد	۱۲٪؛ به سمت هدف حرکت کرد

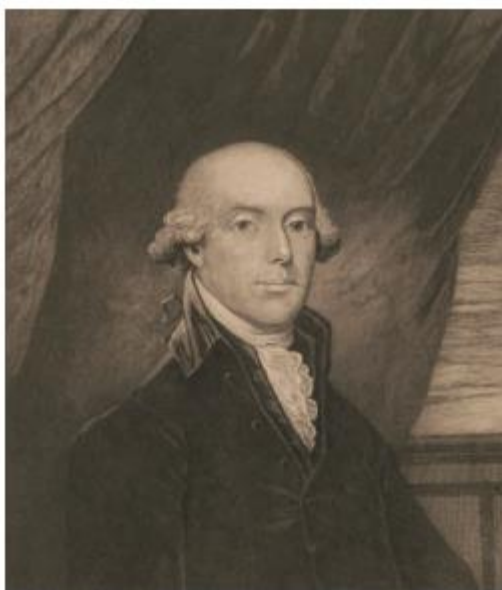
رویکرد علمی

اکنون به دوران باستان باز می‌گردیم که در کمال تعجب، فیلسوفان اولیه یونان رویکردی علمی برای درک اختلالات روانی داشتند. بقراط (حدود ۴۶۰-۳۷۷ قبل از میلاد) که بنیانگذار طب مدرن به حساب می‌آمد، معتقد بود که چهار مایع مهم بدن بر سلامت جسمی و روانی تاثیر می‌گذارد و منجر به چهار گرایش شخصیتی می‌شود. برای درمان یک اختلال روانی نیاز است که بدن از مایع اضافی مناسب خلاص شود. اگرچه بقراط اشتباه می‌کرد، اما در طرح این ایده که سلامت روانی به جای تسخیر ارواح شیطانی، بازتابی از عوامل درون بدن است، بسیار جلوتر از زمان خود بود.

کلودیوس جالینوس، پزشک رومی (۱۳۰-۲۰۰ ق. م.) مجموعه‌ای از دانش پزشکی را بر اساس تحقیقات تشریحی چند صد سال بعد ایجاد کرد. این روش بیش‌تر این ایده را ارتقا داد که عملکرد نامناسب بدن علت اصلی بسیاری از اختلالات است.

رویکرد علمی در رابطه با اختلال روانی برای صدها سال به دلیل توضیحاتی که ریشه در دیدگاه معنوی داشت، کنار گذاشته شد، تا این‌که دکتر بنجامین راش (۱۷۴۵-۱۸۱۳)، بنیان‌گذار روان‌پزشکی آمریکایی، دوباره علاقه را در این زمینه برانگیخت. در سال ۱۷۸۳، راش به کادر پزشکی بیمارستان پنسیلوانیا پیوست. راش که از رفتار ضعیف بیماران روانی در آن‌جا وحشت زده شده بود، از بهبودهایی مانند قرار دادن بیماران در بخش‌های خود، انجام کار درمانی بر روی آن‌ها، و ممنوعیت مراجعه به بیمارستان توسط جویندگان کنجکاوی که به دنبال سرگرمی بودند، حمایت کرد.

با انعکاس روش‌های رایج آن زمان، راش هم‌چنین از استفاده از خون‌ریزی و پاکسازی در درمان اختلالات روان‌شناختی و هم‌چنین صندلی به اصطلاح آرام‌بخش حمایت می‌کند که هدف آن کاهش جریان خون به مغز با بستن سر و اندام‌های بیمار است. هم‌چنین راش توصیه کرد بیماران را زیر دوش آب سرد قرار دهند و آن‌ها را با تهدید مرگ بترسانند. او بر این باور بود که با ایجاد ترس، ممکن است رفتار گهگاهی خشونت‌آمیز آن‌ها را متوقف کند (دویچ، ۱۹۴۹).



دکتر بنجامین راش، بنیانگذار روانپزشکی آمریکایی، یک اصلاح طلب سرسخت بود که مطالعه علمی اختلالات روانی را ترویج کرد. منبع: کتابخانه کنگره، بخش چاپ و عکس، شماره تکثیر LC-DIG-pga-۰۶۳۲۸ (فایل دیجیتال از مورد اصلی)

پیشرفت بزرگ بعدی در سال ۱۸۴۴ اتفاق افتاد، زمانی که گروهی متشکل از ۱۳ نفر از مدیران بیمارستان روانی انجمن سرپرستان پزشکی موسسات آمریکایی را برای مجنونان تشکیل دادند. (این سازمان در نهایت نام خود را به انجمن روانپزشکی آمریکا تغییر داد). یک سال پس از تاسیس آن، در سال ۱۸۴۵، روانپزشک آلمانی ویلهلم گریزینگر، آسیب شناسی و درمان اختلالات روانی را منتشر کرد که در آن پیشنهاد شد که «آسیب شناسی عصبی» علت اختلالات روانی است. پیشرفت‌های بیش‌تر زمانی اتفاق افتاد که روان‌پزشک آلمانی، امیل کریپلین (۱۸۵۶-۱۹۲۶) یک سیستم طبقه بندی بسیار شبیه به آن را برای تشخیص‌های پزشکی ترویج کرد. او پیشنهاد کرد که اختلالات را می‌توان با الگوهای علائم آن‌ها شناسایی کرد. در نهایت، این کار مبنای علمی سیستم‌های تشخیصی فعلی را فراهم کرد.

در حالی که این پیشرفت‌ها در علم پزشکی و روانپزشکی در حال رخ دادن بود، ریشه‌های اولیه رویکرد روانشناختی نسبت به آسیب شناسی در اوایل دهه ۱۸۰۰ ظاهر شد، زمانی که پزشکان اروپایی هیپنوتیزم را برای اهداف درمانی آزمایش کردند. در نهایت، این تلاش‌ها منجر به کار

نواآورانه زیگموند فروید (۱۸۵۶-۱۹۳۹) عصب‌شناس وینی شد، که در اوایل دهه ۱۹۰۰ روان‌کاوی را توسعه داد، نظریه و سیستم عملی که به شدت بر مفاهیم ضمیر ناخودآگاه تکیه داشت، انگیزه‌های جنسی و توسعه اولیه را مهار می‌کرد.

در طول قرن بیستم، روانشناسان به ایجاد مدل‌هایی بر اساس مشاهدات رفتار حیوانات آزمایشی ادامه دادند. ایوان پاولوف (۱۸۴۹-۱۹۳۶)، فیزیولوژیست روسی که بیش‌تر به خاطر کشف شرطی-سازی کلاسیک شهرت دارد، اساس جنبش رفتارگرایی را که توسط جان بی واتسون در ایالات متحده (۱۸۷۸-۱۹۵۸) راه‌اندازی شد، ایجاد کرد. شرطی‌سازی عامل به شیوه‌ای سیستماتیک توسط B.F. Skinner (۱۹۰۴-۱۹۹۰) که انواع، ویژگی‌ها و ماهیت‌های تقویتی را تشریح کرد، توسعه یافت. این مفاهیم در قرن بیستم توسعه بیش‌تری یافتند تا به روش درمانی عقلانی-عاطفی آلبرت الیس (۱۹۱۳-۲۰۰۷)، مدل شناختی آرون بک (۱۹۲۱-۱۹۲۱) و نظریه یادگیری اجتماعی آلبرت بندورا (۱۹۲۵-۱۹۲۵) تبدیل شوند.

جنبش روانشناسی مثبت، که بر ظرفیت رشد و تحول در طول زندگی تاکید دارد، اخیرا به حوزه روانشناسی آسیب شناسی کمک می‌کند. این جنبش مسائل مربوط به سلامت روان را به عنوان چالش‌هایی می‌بیند که افراد را از تجربه بهزیستی بسیار ذهنی و احساس رضایت باز می‌دارد. علاوه بر این، جنبش روانشناسی مثبت بر پیشگیری به جای مداخله تاکید می‌کند. اگرچه اهداف جنبش روانشناسی مثبت با اهداف رویکرد بشردوستانه قابل مقایسه است، اما از یک پایه مطالعاتی علمی قوی برخوردار است و به همین دلیل در صنعت پذیرفته شده است.

این مدل‌های جدیدتر راه را برای رویکردهای تجربی (مبتنی بر شواهد) امیدوارکننده‌ای برای درک منشا بیماری‌های روانپزشکی، همراه با مدل‌های یکپارچه‌ای که دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی را اتخاذ می‌کنند، هموار می‌کنند. اگرچه همه آن‌ها ممکن است مفید نباشند، همه آن‌ها تلاش خواهند کرد تا مطمئن شوند که وقتی از دیدگاه علمی استفاده می‌کنیم، راه‌حلی که ایجاد می‌کنیم هم موثر و هم انسانی هستند.

روانشناسی مثبت

دیدگاهی که بر پتانسیل رشد و تغییر در طول زندگی تاکید دارد.



روانشناسی مثبت بر رشد شخصی از طریق مدیتیشن و سایر مسیرهای جایگزین برای کشف خود تاکید می‌کند.

۶٫۱ روش تحقیق در روانشناسی آسیب شناسی

روش علمی

روش ارزیابی عینی
نظریه‌های مربوط به
ماهیت پدیده‌های
روانشناختی قبل از
پذیرش آن‌ها به عنوان
توضیحات کافی.

همان‌طور که یاد گرفتید، روش علمی، درک و توانایی ما در مدیریت رفتار نابهنجار را بسیار بهبود بخشید. مولفه کلیدی روش علمی عینیت است که شامل بررسی بی‌طرفانه فرضیات مربوط به ماهیت رویدادهای روانی قبل از پذیرش آن‌ها به عنوان توضیحات کافی است.

از ارائه پرسش‌های مرتبط تا انتشار یافته‌ها به جامعه علمی، روش علمی بر یک سری مراحل متکی است. محققان از عینیتی که وجه تمایز رویکرد علمی در سراسر کاربرد روش علمی است، حمایت می‌کنند. به عبارت دیگر، آن‌ها اجازه نمی‌دهند که تعصبات خودشان نحوه جمع‌آوری اطلاعات یا درک نتایج را تغییر دهد. آن‌ها هنوز هم پذیرای نظریه‌های دیگری هستند که ممکن است یافته‌های آن‌ها را توضیح دهند. برای این منظور، محققان در حال حاضر داده‌های خود را در پایگاه‌های داده با دسترسی آزاد منتشر می‌کنند تا سایر محققان بتوانند روش‌ها، تجزیه و تحلیل و نتیجه‌گیری‌های آن‌ها را بررسی کنند.

علی‌رغم این واقعیت که فرآیند علمی مبتنی بر عینیت است، اما این بدان معنا نیست که دانشمندان علاقه شخصی به آن‌چه مطالعه می‌کنند، ندارند. در واقع، بسیاری از محققان، به ویژه در زمینه روانشناسی آسیب شناسی، علاقه‌مند به یادگیری در مورد چیزهایی هستند که با زندگی خودشان مرتبط است. آن‌ها ممکن است این علاقه را از طریق کار درمانی خود یا از طریق اعضای خانواده که از بیماری‌های خاص رنج می‌برند، شکل داده باشند. صرف نظر از این‌که چه چیزی آن‌ها را به بررسی یک موضوع خاص سوق داده است، محققان در روانشناسی آسیب شناسی باید فاصله خود را حفظ کنند و بتوانند بدون تعصب به یافته‌های خود نگاه کنند.

روانشناسان ممکن است به این فکر کنند که آیا یک رویداد خاص باعث شده است که کسی علائم خاصی را نشان دهد یا ممکن است فرضیاتی در مورد دخالت احتمالی اجزای بیولوژیکی خاص داشته باشند، در حالی که سوالات جالبی را مطرح می‌کنند. روانشناسان بالینی هم‌چنین علاقه‌مند هستند که دریابند آیا یک درمان خاص به طور موثر علائم یک بیماری را کنترل می‌کند یا خیر. بهترین اقدام، پیروی از مراحل فرآیند علمی است که در آن محقق فرضیه‌ای را تدوین می‌کند، مطالعه‌ای انجام می‌دهد، داده‌ها را جمع‌آوری می‌کند و تجزیه و تحلیل تجربی داده‌ها را انجام می‌دهد. پس از تکمیل این مرحله، محققان نتایج را با انتشار آن‌ها در مجلات علمی، به طور ایده‌آل پس از بررسی همتایان برای اطمینان از اعتبار مطالعه، به اشتراک می‌گذارند.

۷.۱ طرح آزمایشی

یک محقق برای تعیین این که آیا یک متغیر یا عامل بر متغیر دوم در این روش تحقیق علمی تاثیر می‌گذارد، آزمونی از یک فرضیه تنظیم می‌کند. از آن جایی که روش آزمایشی، محققان را قادر می‌سازد تا متغیر A را تغییر دهند و مشاهده کنند که چگونه بر متغیر B تاثیر می‌گذارد، این تنها راهبردی است که می‌تواند علت و معلول را آزمایش کند. به عنوان مثال، محقق ممکن است بخواهد دریابد که آیا نوع خاصی از درمان، سطح اضطراب را در کسانی که به دنبال درمان هستند کاهش می‌دهد یا خیر. سپس محقق، درمان را برای برخی از شرکت‌کنندگان اجرا می‌کند در حالی که این درمان را برای شرکت‌کنندگان دیگر انجام نمی‌دهد. گروه «آزمایشی» درمان را دریافت می‌کند و گروه «کنترل» هیچ درمانی دریافت نمی‌کند. سطح اضطرابی که افراد گزارش می‌کنند به عنوان **متغیر وابسته** عمل می‌کند، که متغیری است که مقدار آن نتیجه دستکاری آزمایشگر با **متغیر مستقل** است. هنگام مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل قبل و بعد از درمان، محقق ممکن است پیش‌بینی کند که سطح اضطراب اعضای گروه آزمایش بیش‌تر از گروه کنترل کاهش می‌یابد، اما او نمی‌تواند پیش‌بینی کند که واقعا آن سطوح اضطراب چقدر خواهد بود. بسته به ماهیت مطالعه فردی، ممکن است بیش از یک گروه آزمایشی وجود داشته باشد. به عنوان مثال، یک محقق ممکن است بخواهد دو روش درمانی مختلف را در برابر یکدیگر و در مقابل یک گروه کنترل سوم ارزیابی کند. سپس متغیر مستقل دارای سه مقدار ممکن است، از جمله درمان ۱، درمان ۲، و بدون درمان.

کارآزمایی تصادفی متغیر مستقل

کنترل شده (RCT)
متغیری که سطح آن

روش آزمایشی که در
توسط آزمایشگر تنظیم
این شرکت‌کنندگان به
یا کنترل می‌شود.

صورت تصادفی در
متغیر وابسته

گروه‌های مداخله قرار
متغیری که مقدار آن

نتیجه می‌گیرند.
دستکاری

درمان مبتنی بر شواهد
آزمایشگر با متغیر

درمانی که در آن
مستقل است.

مراجعه مداخلاتی را

بر اساس یافته‌های

مطالعات بالینی کنترل

شده دریافت می‌کنند.

کارآزمایی تصادفی کنترل شده (RCT)، استاندارد طلایی پژوهش در روانشناسی بالینی، کارآزمایی تصادفی سازی و کنترل شده (RCT) است، یک روش تجربی که در آن شرکت کنندگان به طور تصادفی به گروه‌های مداخله تقسیم می‌شوند. کلید این روش استفاده از تصادفی سازی است که احتمال ورود سوگیری در تصمیم‌گیری درباره شرکت کنندگان که کدام درمان را دریافت کنند را به حداقل می‌رساند. RCT سنگ بنای درمان مبتنی بر شواهد است که در آن بیماران مداخلاتی را بر اساس نتایج مطالعات بالینی کنترل شده انجام می‌دهند، زیرا این طرح بسیار قدرتمند است. در حالت ایده‌آل، در RCT، قبل از انجام مطالعه، محققین یک پیامد اولیه (یعنی یک متغیر وابسته خاص) را تعریف می‌کنند. اما، آن‌ها باید در مورد هدف اولیه خود که در مثال قبلی سطوح اضطراب و نگرانی بود، صریح باشند. آن‌ها همچنین ممکن است پیامدهای ثانویه را شناسایی کنند. از طرف دیگر، آن‌ها ممکن است خطای گزارش انتخابی نتایج را مرتکب شوند، که نتیجه‌گیری را منحرف می‌کند. حالتی را تصور کنید که در آن اگر یک مطالعه نشان دهد که درمان بالینی اضطراب هیچ تاثیری بر اضطراب ندارد، اما در عوض نشان می‌دهد که به شرکت کنندگان در غم و اندوه آن‌ها کمک می‌کند. این می‌تواند جالب باشد، اما از آنجایی که در فرضیه اصلی مطالعه پیش‌بینی نشده بود، فاقد توجیه قوی است و ممکن است نتیجه متغیرهای تصادفی باشد.

برای اطمینان از انطباق مطالعات مبتنی بر RCT با استانداردهای قابل قبول، محققان به طور فزاینده‌ای ملزم می‌شوند تا قبل از شروع کار، خود را در یک ثبت کارآزمایی عمومی وارد کنند. اگر این کار را نکنند، تحقیقات آن‌ها برای چاپ در هیچ یک از معتبرترین مجلات تحقیقاتی قابل قبول

نخواهد بود زیرا فقط یافته‌هایی را منتشر می‌کنند که توسط سایر متخصصان این حوزه تایید شده است. متأسفانه اجرای این الزامات کم‌تر پیشرفت کرده است. طبق گزارشی در سال ۲۰۱۵، تنها ۲۱ درصد از مطالعات منتشر شده که در زمینه روانشناسی سلامت و پزشکی رفتاری واجد شرایط بودند، ثبت شده است (ریهم، آذر و تامبز، ۲۰۱۵). قبل از جستجوی یک مداخله جدید بر اساس یافته‌های یک تحقیق، مصرف‌کنندگان ممکن است بخواهند بررسی کنند که مطالعه چقدر با این استانداردها مطابقت دارد.

هم‌چنین، مصرف‌کنندگان باید در هنگام تکیه بر یافته‌های انتشارات با دسترسی آزاد که فاقد بررسی دقیق همتایان هستند، محتاط باشند. انتشارات این مجلات نسبت به مقالاتی که در مجلاتی که توسط هیئت تحریریه یا انجمن‌های علمی معتبر پشتیبانی می‌شوند، بیش‌تر پذیرای تحقیقاتی که شک و شبهه دارند هستند زیرا محققان اغلب مبلغ زیادی را برای انتشار یافته‌های خود در آن‌جا می‌پردازند. اکنون به تعدادی از این مجلات «غارتگر» می‌گویند، زیرا آن‌ها آشکارا با وعده انتشار آثار خود در ازای هزینه‌های سنگین ارسال، از دانش پژوهان سوء استفاده می‌کنند (داس و چاترجی، ۲۰۱۷). اکتشافاتی که در اخبار یا خلاصه‌های روزانه اینترنتی درباره آن‌ها می‌خوانید نیز باید مورد بررسی دقیق قرار گیرند، زیرا ممکن است به طور دقیق بررسی نشده باشند.

هم‌چنین به خاطر داشته باشید که تحقیقات به خوبی کنترل شده در روانشناسی بالینی شامل یک وضعیت دارونما است که در آن شرکت‌کنندگان، درمانی مشابه درمان آزمایشی را دریافت می‌کنند، اما فاقد ویژگی کلیدی درمان مورد نظر است. برخلاف گروه کنترل، گروهی که دارونما دریافت می‌کنند در معرض مجموعه‌ای از شرایط قرار می‌گیرند که مشابه شرایط مرتبط با خود درمان است. اگر مطالعه در حال ارزیابی اثربخشی دارو باشد، دارونما دارای مواد بی‌اثر خواهد بود. در مطالعات مربوط به اثربخشی درمان، یک گروه دارونما ممکن است شامل شرکت‌کنندگانی باشد که با آزمایش‌کنندگانی که مداخله واقعی را انجام نمی‌دهند ملاقات کنند. هنگامی که شرکت‌کنندگان به‌طور تصادفی به گروه دارونما در مقابل گروه درمان تقسیم می‌شوند، این طرح به عنوان یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده با دارونما نامیده می‌شود.

در مطالعاتی که اثربخشی درمان را ارزیابی می‌کنند، دانشمندان باید دارونما را به گونه‌ای طراحی کنند که شبیه درمان باشد، اما مشابه درمان واقعی نباشد. در حالت ایده‌آل، محققان می‌خواهند

وضعیت دارونما

شرایطی در یک آزمایش که در آن شرکت‌کنندگان درمانی مشابه درمان آزمایشی دریافت می‌کنند، اما فاقد ویژگی کلیدی درمان مورد علاقه است. کارآزمایی بالینی تصادفی شده با دارونما روش تجربی که در آن شرکت‌کنندگان به طور تصادفی در یک گروه دارونما در مقابل درمان قرار می‌گیرند.

دو سوکور

یک روش آزمایشی که در آن نه فرد درمان‌کننده و نه فرد دریافت‌کننده درمان نمی‌دانند شرکت‌کننده در گروه آزمایش یا کنترل است.

که شرکت کنندگان دارونما درمان‌هایی با تکرار و مدت مشابه شرکت کنندگان گروه آزمایشی که روان‌درمانی دریافت می‌کنند، دریافت کنند. یک دارونمای کاملاً بی‌اثر ممکن است برای دستیابی به کنترل آزمایشی واقعی در تحقیقات از جمله داروها کافی نباشد. در سناریوی «دارونمای فعال»، محققان اثرات نامطلوب داروی آزمایشی را در دارونما گنجانده‌اند. برای این که شرکت کنندگان از مصرف دارونما غافل شوند، دارونما باید شبیه هر گونه اثرات منفی باشد که از آن آگاه هستند، مانند خشکی دهان، مشکل در بلع یا ناراحتی معده.

انتظارات در مورد نتیجه آزمایش می‌تواند هم بر محقق و هم بر شرکت کننده تاثیر بگذارد. این به اصطلاح «ویژگی‌های تقاضا» می‌تواند نتایج مربوط به اثربخشی واقعی مداخله را به خطر بیندازد. بدیهی است که محقق باید تا حد امکان بی‌طرف باشد، اما هنوز هم ممکن است راه‌های ظریفی وجود داشته باشد که او نشانه‌هایی را که بر پاسخ شرکت کننده تاثیر می‌گذارد، مطرح کند. شرکت کننده می‌تواند به طور بالقوه در تلاش برای حمایت یا رد هدف واقعی پژوهش به منظور پیشبرد یک برنامه شخصی باشد. بهترین راه برای حذف ویژگی‌های تقاضا، استفاده از روش دو سو کور است، یک روش آزمایشی که در آن نه فرد درمان کننده و نه فرد دریافت کننده درمان نمی‌دانند که شرکت کننده در گروه آزمایش یا کنترل است. برای انجام این کار، محقق، یک دستیار پژوهشی یا محقق را که با اهداف مطالعه ناآشنا است استخدام می‌کند تا شرایط را برای شرکت کنندگان برقرار کند.

مشکل روش آزمایشی در زمینه روانشناسی آسیب شناسی این است که بسیاری از متغیرهای مورد علاقه روانشناسان عواملی هستند که محقق نمی‌تواند آن‌ها را کنترل کند. از این رو، آن‌ها واقعا «مستقل» نیستند. به عنوان مثال، افسردگی هرگز نمی‌تواند یک متغیر وابسته باشد زیرا محقق نمی‌تواند آن را دستکاری کند. محقق که به تاثیرات پیری علاقه دارد نمی‌تواند با تقسیم تصادفی افراد در گروه‌ها، یک گروه را از گروه دیگر مسن‌تر کند. مطالعاتی که به بررسی تفاوت‌های بین گروه‌هایی می‌پردازند که با انتساب تصادفی ایجاد نشده‌اند، به عنوان «شبه آزمایشی» شناخته می‌شوند. به عنوان مثال، در چنین آزمایشی می‌توانیم گروه‌های مسن‌تر و جوان‌تر را با هم مقایسه کنیم، اما نمی‌توانیم بگوییم که افزایش سن باعث تفاوت‌هایی شده است که بین آن‌ها مشاهده می‌کنیم.

۸،۱ طرح همبستگی

طرح همبستگی

مطالعه‌ای که در آن محققان روابط بین متغیرهایی را که نمی‌توانند به طور آزمایشی دستکاری کنند، آزمایش می‌کنند.

تحقیقات مبتنی بر یک طرح همبستگی، ارتباط بین عناصری را که به طور آزمایشی قابل دستکاری نیستند، بررسی می‌کند. هنگامی که یک همبستگی مثبت وجود دارد، با افزایش امتیازات یک متغیر، امتیازات متغیر دیگر نیز افزایش می‌یابد. وقتی دو متغیر همبستگی منفی دارند، وقتی امتیاز یک متغیر افزایش می‌یابد، امتیاز متغیر دیگر کاهش می‌یابد. به عنوان مثال، می‌توانید پیش‌بینی کنید که امتیازات در مقیاس افسردگی به شدت با امتیازات مربوط به اندازه‌گیری اختلالات خواب مرتبط باشد، زیرا یکی از عناصر افسردگی این است که الگوهای خواب منظم را مختل می‌کند. ممکن است پیش‌بینی کرده باشیم که اگر معیار اولیه مطالعه برای خواب، مدت زمان صرف شده برای خواب باشد، این همبستگی، منفی خواهد بود. هم‌چنین ممکن است بین دو متغیر همبستگی وجود نداشته باشد. به عبارت دیگر، دو متغیر هیچ رابطه سیستماتیکی با یکدیگر نشان نمی‌دهند. به عنوان مثال، افسردگی با قد فرد ارتباطی ندارد و هیچ دلیلی وجود ندارد که انتظار داشته باشیم این دو متغیر واقعا با هم مرتبط باشند.

آماري که در مطالعات همبستگی استفاده می‌شود عددی است که به صورت اعشاری بین $+1$ و -1 بیان می‌شود. اعداد مثبت (به عنوان مثال $+0.43$) نشان دهنده همبستگی مثبت هستند، به این معنی که با افزایش امتیازات یک متغیر، امتیازات متغیر دوم نیز افزایش می‌یابد. اعداد منفی (مثلاً -0.43) روابط معکوس را نشان می‌دهند، به طوری که با افزایش یک متغیر، متغیر دیگر به میزان مشابهی کاهش می‌یابد. خود عدد باید همراه با نشانه‌ای از اهمیت آماری آن ارائه شود، به این معنی که بر اساس تعداد شرکت‌کنندگان در تحقیق (در کنار سایر عوامل)، احتمال وقوع رابطه به دلیل عامل شانس کم است.

اشکال اصلی مطالعاتی که از این تکنیک استفاده می‌کنند این است که نمی‌توانند علت و معلول را بدون توجه به اندازه یا اهمیت یک همبستگی نشان دهند. فقط دانستن این که بین دو متغیر همبستگی وجود دارد به شما نمی‌گوید که آیا یک متغیر باعث دیگری می‌شود یا خیر. به طور ساده، همبستگی نشان می‌دهد که این دو متغیر چگونه با یکدیگر مرتبط هستند. سطح بالاتر افسردگی ممکن است منجر به اختلال در الگوهای خواب شود، همان‌طور که اختلال خواب ممکن است منجر به امتیاز بالاتر در مقیاس افسردگی شود. یا، همبستگی بین دو عاملی که تحلیل کرده‌اید ممکن است با متغیر سومی که اندازه‌گیری نکرده‌اید توضیح داده شود. هم افسردگی و هم

اختلال خواب می‌تواند به دلیل یک فرآیند اساسی باشد که هورمون‌های بدن را تغییر می‌دهد، مانند یک وضعیت پزشکی ناشناخته، که باعث اختلالات فیزیولوژیکی و روانی می‌شود.

شما قضاوت کنید

معقول بودن در مکان های نامعقول

در اوایل دهه ۱۹۷۰، روانشناسی به نام دیوید روزنهام، پژوهشی پیشگامانه را آغاز کرد که قرار بود تصورات مردم را در مورد تفاوت بین «عقل» و «دیوانه» در هم بشکند. روزنهام و همکارانش تصمیم گرفتند سیستم تشخیص پزشکی را که باعث بستری شدن افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در بیمارستان می شد را آزمایش کنند. به نظر شما آیا آزمایش آن ها این موضوع را ثابت کرد یا خیر.

هشت نفر که هیچ گونه سابقه روانپزشکی نداشتند و در مشاغل حرفه ای مختلفی نیز مشغول به کار بودند به بیمارستان های روانی مراجعه کردند و گفتند که صداهایی مانند «خالی»، «توخالی» و «تپ تپ» می شنوند. تا به حال در مورد چنین علائمی در هیچ کتاب و مقاله روانپزشکی بحث نشده بود. این «شبه بیماران» به جز نام و محل کارشان، تمام اطلاعاتی که به بیمارستان ارائه دادند واقعی بود. هر کدام از این بیماران را متناسب با مشکلی که داشتند در بیمارستان خاصی بستری کردند. پس از بستری شدن این بیماران، آن ها هیچ گونه علائمی نداشتند. با این حال، کارکنان بیمارستان نه تنها معتقد بودند که این شبه بیماران هم چنان باید بستری شوند بلکه رفتار این شبه بیماران را که اکنون دیگر «عادی» شده بود را به عنوان شواهدی برای نیاز آن ها به بستری شدن در نظر گرفتند. علی رغم تلاش شبه بیماران برای متقاعد کردن پرسنل مبنی بر این که مشکلی در آن ها وجود ندارد، بین ۷ تا ۵۲ روز طول کشید تا همه آن ها مرخص شوند. آن ها با این تشخیص که «اسکیزوفرنی آن ها بهبود یافته» مرخص شدند (به این معنی که در حال حاضر دیگر اسکیزوفرنی نداشتند).

مطالعه روزنهام با واکنش شدید جامعه روانپزشکی مواجه شد. اگر بستری کردن افراد غیربیمار بسیار آسان بود، آیا مشکل از سیستم تشخیص نبود؟ در مورد تمایل به برچسب زدن به افراد به عنوان «بیماران اسکیزوفرنی» در حالی که هیچ مشکلی در آن ها وجود نداشت، و هم چنان دادن چنین برچسبی به آن ها حتی زمانی که دیگر علائمی نداشتند، چطور؟ شبه بیماران هم چنین گزارش دادند که رفتار کارکنان با آن ها غیر انسانی بود و نتوانسته اند هیچ گونه درمان مناسبی دریافت کنند. هنگامی که این شبه بیماران مرخص شدند می توانستند مردم را در مورد ناکافی بودن مراقبت ها در بیمارستان های روانپزشکی مطلع کنند. از آن جایی که بیماران واقعی به اندازه کافی از جانب مطبوعات حمایت نمی شدند، نتایج این مطالعه ممکن بود تاثیر بسیار گسترده تری بر درک عمومی نسبت به بستری شدن در بیمارستان های روانی داشته باشد.

حالا شما قضاوت کنید آیا فکر می کنید طرح چنین مطالعه‌ای از جانب روزنهان غیراخلاقی بود؟ متخصصان بهداشت روان در بیمارستان‌ها نمی‌دانستند که آن‌ها سوژه واقعی یک مطالعه هستند. از نظر آن‌ها شبه بیمارانی که به آن‌ها مراجعه کرده بودند علائم روانی جدی داشتند. این واقعیت که در هنگام ترخیص، پزشکان به شبه بیماران، برچسب «بهبود یافته» زدند به این معنی بود که شبه بیماران دیگر علائمی از بیماری نداشتند با این وجود، دلیلی نداشت که کارکنان نسبت به این که شبه بیماران از همان ابتدا سالم بودند شک کنند. از سوی دیگر، اگر کارکنان می‌دانستند که سوژه یک مطالعه تحقیقاتی هستند، ممکن بود واکنش بسیار متفاوتی نشان دهند و در نتیجه مطالعه به نتایج درستی دست نمی‌یافت.

کیفیت این مطالعه از نظر علمی چگونه است؟ در این آزمایش هیچ گونه شرایط کنترلی وجود نداشت از این رو نمی‌توان واقعا آن را آزمایش به حساب آورد. علاوه براین در این آزمایش برای نظارت بر رفتار کارکنان، معیار عینی وجود نداشت که رفتار کارکنان

را به طور مداوم بسنجد. هم‌چنین معیارهایی برای ارزیابی مستقیم پیامدها وجود نداشت که محققان بتوانند از نظر آماری تجزیه و تحلیل کنند.

سوال: شما قضاوت کنید: آیا مطالعه روزنهان با همه ایراداتش ارزشمند بود؟ آیا هدف وسیله را توجیه می‌کرد؟

محققینی که از روش‌های همبستگی در تحقیقات خود استفاده می‌کنند باید همیشه مراقب وجود متغیرهای اندازه‌گیری نشده موثر بر نتایج مشاهده شده باشند. با این حال، با استفاده از روش‌های مدل‌سازی آماری پیچیده‌تر، می‌توان کارهایی فراتر از پیوند دادن دو متغیر برای مشاهده همبستگی آن‌ها را انجام داد. یک محقق می‌تواند از چنین روش‌هایی برای ارزیابی سهم نسبی متغیرهایی مانند عزت نفس، جنسیت، الگوهای خواب و طبقه اجتماعی در پیش بینی میزان افسردگی استفاده کند.

۹.۱ انواع مطالعات پژوهشی

اکنون که رویکردهای اساسی تحلیل را بررسی کردیم، بیایید بررسی کنیم که محققین چگونه داده‌هایی را که برای تجزیه و تحلیل استفاده می‌کنند جمع‌آوری می‌کنند. با توجه به موضوع تحقیقاتی، منابع و شرکت‌کنندگان و روش جمع‌آوری داده‌ها متفاوت است. در جدول ۳ خلاصه‌ای از این روش‌ها آمده است.

نظرسنجی

محققین از نظرسنجی برای جمع‌آوری اطلاعات از نمونه‌ای از افراد که نماینده یک جمعیت خاص هستند استفاده می‌کنند. به طور معمول، یک محقق از یک نظرسنجی برای جمع‌آوری داده‌هایی استفاده می‌کند که از طریق آمارهای همبستگی تجزیه و تحلیل می‌شوند. در یک نظرسنجی، محققین مجموعه‌ای از سوالات را طرح می‌کنند تا بتوانند از این متغیرها استفاده کنند. این سوالات، ممکن است به صورت چند گزینه‌ای، مقیاس‌های رتبه‌بندی («موافق» تا «مخالف»)، یا سوالاتی با پاسخ‌های تشریحی باشد. به عنوان مثال، یک محقق ممکن است یک نظرسنجی انجام دهد تا تعیین کند که آیا سن با بهزیستی ذهنی که بر کنترل سلامتی تاثیر می‌گذارد مرتبط است یا خیر. در این مورد، محقق ممکن است پس از در نظر گرفتن نقش سلامت فرض کند که بهزیستی ذهنی در افراد مسن بالاتر است. پاسخ سوالات نظرسنجی را می‌توان به متغیرها تبدیل کرد و آن‌ها را تجزیه و تحلیل کرد.

محققان هم‌چنین از نظرسنجی‌ها برای به دست آوردن آماری در مورد فراوانی علائم روانی استفاده می‌کنند. به عنوان مثال، اداره خدمات سوء مصرف مواد و خدمات بهداشت روانی دولت ایالات متحده (SAMHSA) نظرسنجی‌های سالانه‌ای را برای تعیین فراوانی استفاده از مواد غیرقانونی در بین جمعیت انجام می‌دهند. سازمان جهانی بهداشت (WHO) نظرسنجی‌هایی را برای مقایسه فراوانی اختلالات روانی بر اساس کشورها انجام می‌دهد. با پرسیدن تقریباً سوالات یکسان در هر زمینه، این سازمان‌ها و کاربرانی که در این مجموعه داده‌ها هستند می‌توانند تغییراتی را که در سلامت و رفتارهای مرتبط با سلامت ایجاد می‌شود را در طول زمان ردیابی کنند.

نظرسنجی

ابزار تحقیقاتی که برای جمع‌آوری اطلاعات از نمونه‌ای از افرادی که نماینده یک جمعیت خاص در نظر گرفته می‌شوند، استفاده می‌شود، که در آن از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود به سؤالاتی درباره موضوع مورد نظر پاسخ دهند.

جدول ۳ روش‌های تحقیق در روانشناسی آسیب شناسی

نوع روش	هدف	مثال
نظرسنجی	به دست آوردن داده‌های جمعیت	محققانی که برای یک سازمان دولتی کار می‌کنند تلاش می‌کنند تا از طریق پرسش سؤالاتی از طریق تلفن، شیوع بیماری را تعیین کنند.
مطالعه آزمایشگاهی	جمع آوری داده‌ها در شرایط کنترل شده	آزمایشی برای مقایسه زمان واکنش با استفاده از محرک های خنثی و محرک های برانگیزاننده ترس انجام شده است.
مطالعه موردی	مطالعه یک فرد یا گروه کوچکی از افراد	یک درمانگر مواردی از اعضای یک خانواده را توصیف می‌کند که دارای اختلال نابهنجار مشابهی هستند.
طرح آزمایشی تک موردی	همان فرد در شرایط آزمایشی و کنترلی به عنوان آزمودنی عمل می‌کند	محققان در بررسی رفتارهای پرخاشگرانه در بخش روانپزشکی به طور مکرر گزارشاتی در مورد رفتار مراجعه کننده در حالی که به مراجعه کننده توجه می‌شود (درمان آزمایشی) و در حالتی که رفتار مراجعه کننده نادیده گرفته می‌شود (شرایط کنترلی) ارائه داده‌اند.
ژنتیک رفتاری	تلاش برای شناسایی الگوهای ژنتیکی در وراثت رفتارهای خاص	محققان ژنتیک DNA افرادی چه آن‌هایی که علائم اختلالات

روانی خاص دارند چه آن‌هایی که چنین علائمی ندارند را مقایسه می‌کنند.		

برخی از مهم‌ترین داده‌های نظرسنجی که در این کتاب به آن‌ها تکیه خواهیم کرد، از مطالعات اپیدمیولوژیک در مقیاس بزرگ می‌آیند. با توجه به این مطالعات می‌دانیم که احتمال دارد چند نفر به یک اختلال مبتلا شوند و چه کسانی در معرض خطر هستند. نوع داده‌هایی که ما برای این اهداف استفاده می‌کنیم به دو دسته تقسیم می‌شود: (۱) تعداد موارد جدید و (۲) تعداد مواردی که تاکنون وجود داشته است. هر دو برای کل جمعیت و برای بخش‌های خاصی از جمعیت بر اساس جنسیت، گروه سنی، منطقه جغرافیایی یا طبقه اجتماعی محاسبه می‌شوند.

میزان بروز

میزان تکرار یک مورد
جدید در یک دوره
زمانی معین

میزان بروز یک اختلال عبارت است از میزان تکرار یک اختلال در یک دور زمانی معین. پاسخ-دهندگان به سوالات نظرسنجی که دارای اختلال هستند بیان می‌کنند که آیا تاکنون چنین اختلالی داشته‌اند یا برای اولین بار چنین اختلالی را تجربه کرده‌اند و این اطلاعات در داده‌های میزان بروز ثبت می‌شود. میزان بروز اختلال متفاوت است. اپیدمیولوژیست‌ها تمایل دارند آن را ۱ ماه، ۶ ماه و ۱ سال گزارش کنند. زمانی که محققان می‌خواهند میزان سرعت گسترش یک اختلال را تعیین کنند از داده‌های میزان بروز استفاده می‌کنند. به عنوان مثال، در طول یک بیماری همه‌گیر، محققان بهداشت باید بدانند که چگونه برای کنترل بیماری برنامه‌ریزی کنند، و داده‌های میزان بروز بیش‌ترین ارتباط را با این سوال دارد.

شیوع

تعداد افرادی که تا به
حال در یک زمان معین
یا در یک دوره مشخص
 دچار اختلال شده‌اند.

شیوع یک اختلال به تعداد افرادی اطلاق می‌شود که تا به حال این اختلال را در یک دوره زمانی مشخص داشته‌اند. برای جمع‌آوری داده‌های شیوع، محققان از پاسخ‌دهندگان می‌خواهند بیان کنند که آیا در این دوره زمانی علائم اختلال داشته‌اند یا خیر. دوره زمانی مرجع می‌تواند روز نظرسنجی باشد که در این صورت آن را «شیوع نقطه‌ای» می‌نامیم. هم‌چنین «شیوع ۱ ماهه» وجود دارد که به ۳۰ روز قبل از مطالعه اشاره دارد و «شیوع در دوره زندگی» که به کل زندگی پاسخ‌دهنده اشاره دارد. به عنوان مثال، محققان ممکن است از پاسخ‌دهندگان بپرسند که آیا در طول ماه گذشته در هر زمانی سیگار کشیده‌اند (شیوع یک ماهه) یا این که آیا تا به حال در طول زندگی

خود از سیگار استفاده کرده‌اند (شیوع در دوره زندگی). به طور معمول، شیوع در دوره زندگی بالاتر از شیوع یک ماهه یا نقطه‌ای است، زیرا این سوال تمام تجربیات گذشته یک اختلال یا یک علامت را در بر می‌گیرد.

مطالعات آزمایشگاهی

اکثر آزمایش‌ها در آزمایشگاه‌های روان‌شناسی انجام می‌شوند، جایی که افراد اطلاعاتی را تحت شرایط تنظیم شده ارائه می‌دهند. به عنوان مثال، محققان ممکن است روی نمایشگرهای رایانه، محرک‌هایی را به شرکت‌کنندگان ارائه دهند و از آن‌ها بخواهند که مطابق با آنچه محرک نیاز دارند، واکنش نشان دهند، مانند وجود یک کلمه یا حرف خاص یا یک فلش رو به چپ یا راست که باید به این صورت تشخیص داده شود. چنین اطلاعات جمع‌آوری شده می‌تواند مربوط به حفظ حافظه یا زمان واکنش به محرک‌های مختلف باشد. در تحقیقات آزمایشگاهی هنگامی که شرکت‌کنندگان به نشانه‌ها یا دستورالعمل‌های مختلف پاسخ می‌دادند (مانند کلیک کردن روی یک دکمه با دیدن حرف «A» اما نه «C») از مغز آن‌ها اسکن گرفته شد و این اسکن‌ها با یکدیگر مقایسه شدند. نوع دیگری از مطالعه آزمایشگاهی می‌تواند شامل تماشای تعامل افراد در گروه‌های کوچک در پاسخ به یک دستورالعمل یا سرنخ، مانند بحث در مورد یک موضوع بحث‌برانگیز یا حل و فصل اختلاف باشد.

علی‌رغم این واقعیت که آزمایشگاه‌ها بهترین مکان برای انجام این نوع آزمایش‌ها هستند، ممکن است مکان‌های مناسبی برای جمع‌آوری داده‌های خودسنجی از شرکت‌کنندگانی که پرسشنامه‌ها را پر می‌کنند نیز باشند. این امر به ویژه در صورتی صادق است که محقق بخواهد پاسخ‌ها را در زمان معینی یا در محیط‌هایی با عوامل حواس پرتی کم جمع‌آوری کند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پاسخ‌دهندگان به شیوه‌ای روشمند و سازگار، آزمایشگاه هم‌چنین ممکن است مکانی ایده‌آل برای محققان باشد تا از شرکت‌کنندگان بخواهند ابزارهای خودسنجی را با استفاده از رایانه تکمیل کنند.

مطالعه موردی

یک مطالعه فشرده روی یک فرد مجرد به تفصیل شرح داده شده است.

مطالعه موردی

بسیاری از مطالعات کلاسیک در روانشناسی آسیب شناسی اولیه از روش **مطالعه موردی** استفاده کردند که در آن محقق یا پزشک به شدت با یک فرد یا گروه کوچکی از افراد مصاحبه، مشاهده و آزمایش می‌کند. به عنوان مثال، فروید بسیاری از نظریه خود را بر اساس گزارش‌های بیماران خود استوار کرد، و سعی کرد رابطه بین تجارب یادآوری شده، بروز علائم آن‌ها و در نهایت پیشرفت آن‌ها در درمان را ردیابی کند.

محققان، در تحقیقات فعلی خود از مطالعات موردی برای اهداف مختلف استفاده می‌کنند. این امر به محقق این فرصت را می‌دهد تا در مورد موقعیت‌های غیرمعمول بحث کند یا نحوه تکامل یک اختلال در طول زمان را در یک فرد مورد مطالعه، مستند کند. به عنوان مثال، یک روانشناس بالینی ممکن است در مقاله‌ای که در یک مجله منتشر شده است توضیح دهد که چگونه با بیماری که دارای نوع غیرمعمولی از فوبیا بود رفتار کرد.

داستان های واقعی

ونسان ون گوگ: روان پریشی

ونسان ون گوگ، نقاش پست امپرسیونیست هلندی الاصل، بیش‌تر عمر خود را در فقر و سلامت جسمی و روانی ضعیف گذراند. پس از مرگش، شهرت و محبوبیت آثار او به شدت افزایش یافت. نقاشی‌های معروف او به قیمت ده‌ها میلیون دلار فروخته می‌شود، در حالی که در زمان حیاتش عمدتاً برادرش تئو از او حمایت می‌کرد و برای او لوازم هنری می‌خرید و برای مخارج زندگی‌اش برایش پول می‌فرستاد. ون گوگ بیش‌تر عمر خود را با بیماری روانی دست و پنجه نرم کرد و قبل از آخرین سال زندگی خود یک سال را در یک آسایشگاه گذراند، سپس در سن ۳۷ سالگی در سال ۱۸۹۰ با خودکشی به زندگی خود پایان داد.

اگرچه ماهیت خاص بیماری روانی ون گوگ ناشناخته است، حدود ۶۰۰ نامه که او به تئو نوشته نشان‌دهنده بینشی از تجربیات او است. در سال ۱۹۳۷ رمانی به نام تئوی عزیز از او منتشر شد. زندگینامه ونسان ون گوگ نگاهی اجمالی بدون فیلتر به تمام جنبه‌های زندگی او از جمله هنر، عشق و مشکلات روانی او ارائه می‌دهد. هرگز

هیچ روانشناسی به طور رسمی اختلال روانی ون گوگ را تشخیص نداده، و تا به امروز بسیاری از روانشناسان بر سر اختلالی که ون گوگ از آن رنج می‌برد، بحث می‌کنند. آن‌ها تا ۳۰ تشخیص احتمالی را پیشنهاد کرده اند، از اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی گرفته تا سیفلیس و اعتیاد به الکل. تغذیه نامناسب مداوم، مصرف بیش از حد آبسنت، و تمایل به کار تا حد خستگی، بدون شک در ایجاد مشکلات روانشناختی که ون گوگ تجربه کرده بود، کمک کرده و آن‌ها را بدتر کرده است.

ون گوگ در زندگی عاشقانه خود، یک سری روابط ناموفق داشت و هرگز صاحب فرزندی نشد. در سال ۱۸۸۱، هنگامی که او به کی ووس استریکر، بیوه‌ای که یک فرزند داشت، پیشنهاد ازدواج داد، او و والدینش، پیشنهاد او را رد کردند، زیرا او از نظر مالی مشکل داشت و نمی‌توانست خانواده را تامین کند. ون گوگ بعد از شنیدن جواب رد، دست خود را روی شعله لامپ گرفت و از پدر ووس استریکر خواست که به او اجازه دهد زنی را که دوست داشت ببیند، رویدادی که بعداً نتوانست به طور کامل به یاد بیاورد. متأسفانه برای ون گوگ، محبت‌های او یک طرفه بود. طولانی‌ترین رابطه عاشقانه شناخته شده او یک سال به طول انجامید و در طی آن با یک فاحشه و دو فرزندش زندگی می‌کرد.

ون گوگ برای اولین بار طراحی را در مدرسه راهنمایی آموخت. او در امتحان ورودی مدرسه الهیات آمستردام مردود شد و بعداً در مدرسه مبلغان مردود شد. در سال ۱۸۸۰ تصمیم گرفت زندگی خود را وقف نقاشی کند. ون گوگ پس از تحصیل در مدرسه هنر در بروکسل، به هلند نقل مکان کرد و در آن‌جا به خوبی هنر را یاد گرفت، و اغلب در فقر و شرایط فقیرانه زندگی می‌کرد. او مدتی را با پدر و مادرش زندگی کرد اما به دلیل روابط پر فراز و نشیبش با پدرش، هیچ‌گاه مدت زیادی با آن‌ها نماند. در سال ۱۸۸۵، او به عنوان یک هنرمند شناخته شده بود و اولین کار مهمش، سیب زمینی خواران را به پایان رساند. سال بعد به پاریس نقل مکان کرد، در آن‌جا با برادرش زندگی کرد و در دنیای هنری پر رونق شهر، غوطه‌ور شد. به دلیل شرایط بد زندگی، وضعیت سلامتی ون گوگ رو به وخامت رفت، بنابراین او به حومه شهر در جنوب فرانسه نقل مکان کرد. در آن‌جا او دو ماه را با دوست خوب و همکار نقاشش، پل گوگن زندگی و کار کرد. اختلافات هنری آن‌ها به اختلافات مکرر منجر شد که به آرامی همراهی دوستانه آن‌ها را از بین برد. در رمان تئوی عزیز، یوهانا ون گوگ، خواهر شوهر ونسان، در مورد حادثه بدنام که در ۲۳ دسامبر ۱۸۸۸ رخ داد، می‌نویسد. ون گوگ، «در حالت هیجان وحشتناک و تب شدید، تکه‌ای از بدن خود را بریده بود. گوش خود را به عنوان هدیه برای زنی در فاحشه خانه آورده بود. یک صحنه خشونت‌آمیز

وجود داشت. رولین، پستیچی، موفق شد او را به خانه برساند، اما پلیس وارد عمل شد، ونسان را در حال خونریزی و بیهوش در رختخواب یافت و او را به بیمارستان فرستاد.

ون گوگ حدود یک سال پس از این حادثه به تیمارستان در سن رمی دو پروونس فرانسه فرستاده شد. او در نامه‌هایی به برادرش که در بیمارستان بود، مرتباً وضعیت سلامت روانی خود را منعکس می‌کرد:

«این سه ماه گذشته برای من خیلی عجیب بود. حال و هوای پریشانی روانی وصف ناپذیری داشتم، مواردی وجود داشته است که به نظر می‌رسید مرز بین زمان و سرنوشت در یک چشم به هم زدنی محو می‌شود. بالاخره حق با شماست، لعنتی درست است. حتی با داشتن امید، پذیرفتن محتمل‌ترین واقعیات نیز سخت است. امیدارم بتوانم یک بار دیگر کارم را که مدتی است کنار گذاشتم شروع کنم و از این طریق دوباره به زندگی برگردم.

زمانی که ون گوگ در تیمارستان بستری بود و دوران نقاهت را پس از «حملاتی» که به او دست داده بود می‌گذراند، بیش‌تر وقت خود را صرف نقاشی می‌کرد و اغلب از محیط اطراف بیمارستان الهام می‌گرفت. نقاشی برای ون گوگ که امیدوار بود بیماریش را درمان کند، حواس‌پرتی خوبی بود. وی درباره تجربیات خود با بیماری روانی گفت: من دارم سعی می‌کنم که دیوانگی را مانند سایر بیماری‌ها در نظر بگیرم و آن را به عنوان یک بیماری می‌پذیرم، در حالی که در طول بحران‌هایی که داشتم فکر می‌کردم همه تصوراتم واقعی است. از بسیاری از نامه‌های او مشخص است که او متوهم بود و هذیان می‌گفت که دو علامت بارز اختلالات روان‌شناختی که شامل روان‌پریشی، مانند اسکیزوفرنی است می‌شود.

ون گوگ پس از مرخص شدن از تیمارستان در نمایش‌های هنری در بروکسل و پاریس شرکت کرد. اگرچه او از نظر هنری بسیار پیشرفت کرد، اما افسردگی او عمیق‌تر شد تا این‌که در ۲۹ ژوئیه ۱۸۹۰، به یک مزرعه رفت و با یک هفت تیر به قفسه سینه خود شلیک کرد و دو روز بعد درگذشت. آخرین سخنان ون گوگ، به گفته برادرش که تا آخرین لحظات در کنار او بود، این بود: «غم و اندوه برای همیشه باقی خواهد ماند.»

ونسان ون گوگ در طول زندگی خود تنها یک تابلو فروخت. در سال ۱۹۹۰، صد سال پس از مرگ او، پرتره دکتر گپت او به قیمت ۸۲٫۵ میلیون دلار فروخته شد و آن را به یکی از گران‌ترین نقاشی‌های فروخته شده تبدیل کرد. آثار بی‌ارزش او گالری‌های سراسر جهان را زیبا می‌کند و تاثیر بسیار ارزشمندی در دنیای هنر دارد. اگر داستان او اکنون اتفاق می‌افتاد، در زمانی که روش‌های بیش‌تری برای درمان افسردگی و علائم روان‌پریشی وجود دارد، ممکن بود زندگی او به‌طور غم‌انگیزی کوتاه نمی‌شد.



شب پرستاره ونسان ون گوگ بر فراز رون که در سال ۱۸۸۸، یک سال قبل از مرگش نقاشی شد.

تحقیق کیفی

روشی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها که در آن محققان از روش‌های دقیق برای کدگذاری داده‌ها و خلاصه‌سازی اطلاعات به گونه‌ای استفاده می‌کنند که مجموعه‌ای از استانداردهای کاربردی عینی را منعکس کند.

اگر به ماهیت عمیق مطالعه موردی توجه کنیم متوجه یک نقطه ضعف بالقوه در آن می‌شویم و آن این است که به انواع کنترل تجربی و اندازه نمونه که آن را به یک مطالعه ارزشمند تبدیل می‌کند متکی نیست. بنابراین، محققانی که از مطالعات موردی استفاده می‌کنند باید در روش‌های خود بسیار دقیق باشند و تا حد امکان رویکردی عینی و بی‌طرفانه داشته باشند. آن‌ها احتمالاً به دنبال انتشار مطالعه خود در مجله‌ای هستند که در رویکرد مطالعه موردی تخصص دارد نه مجله‌ای که بر داده‌های نمونه بزرگ یا تجربی تکیه می‌کند.

با این حال، مطالعات موردی ممکن است به گونه‌ای ارائه شود که بهترین‌های هر دو جهان را باهم ترکیب کنند. در **تحقیقات کیفی**، محققان از روش‌های دقیق برای کدگذاری داده‌ها و خلاصه‌سازی اطلاعات به گونه‌ای استفاده می‌کنند که مجموعه‌ای از استانداردهای کاربردی عینی را منعکس کند. به عنوان مثال، یک محقق ممکن است با چندین خانواده مصاحبه کند و سپس پاسخ‌های آن‌ها را در دسته‌بندی‌هایی که به وضوح توصیف شده و توافق بین ارزیاب‌های مستقل را منعکس می‌کند، خلاصه کند.

طراحی آزمایش تک آزمودنی

در طراحی آزمایش تک آزمودنی (SCED)، یک فرد در هر دو شرایط آزمایشی و کنترلی به عنوان آزمودنی عمل می‌کند. این آزمایش به ویژه برای مطالعات اثربخشی درمان مفید است، یک طرح تک آزمودنی معمولاً بین وضعیت پایه («A») و مداخله («B») تغییر می‌کند. SCEDها همچنین به عنوان طرح‌های ABAB شناخته می‌شوند که به تناوب شرایط A و B اشاره دارند.

گاهی اوقات به تعویق انداختن درمان در مرحله «B» یک معضل اخلاقی ایجاد می‌کند، زیرا محقق، درمان موثر را حذف می‌کند و به جای آن از روش پایه چندگانه استفاده می‌شود. در این مورد، محقق به طور متناوب بین درمان و ترک درمان در افراد مختلف، برای رفتارهای مختلف و در محیط‌های مختلف تغییر می‌کند. برای مثال، در درمان یک مراجعه‌کننده که اقدام به خودکشی کرده، یک محقق ممکن است ابتدا افکار خودکشی و سپس اقدام به خودکشی را هدف قرار دهد. نقطه قوت طرح در نشان دادن این است که رفتارها تنها زمانی تغییر می‌کنند که محقق درمان‌های خاصی را با هدف تغییر آن رفتارهای خاص ارائه دهد (ریزوی و نوک، ۲۰۰۸).

تحقیق در ژنتیک رفتاری

هدف از پژوهش در ژنتیک رفتاری، شناسایی نقش عوامل ارثی در اختلالات روانی است. این حوزه از تحقیقات به طور فزاینده‌ای در این زمینه اهمیت پیدا می‌کند زیرا محققان تلاش می‌کنند مولفه بیولوژیکی مشارکت‌های زیستی-روانی اجتماعی در آسیب شناسی روانی را درک کنند.

متخصصان ژنتیک رفتاری معمولاً زمانی که شواهدی مبنی بر این که یک مراجعه‌کننده اختلالی دارد که این اختلال، الگوی مشخصی از وراثت خانوادگی را نشان می‌دهد تحقیقات خود را در مورد وراثت ژنتیکی شروع می‌کنند. برای این کار، محققان، پس از تشخیص وراثتی بودن اختلال مراجعه‌کننده، باید سوابق خانوادگی کاملی از این افراد به دست آورند. سپس محققین **میزان تطابق** یا نسبت مطابقت را بین افراد مبتلا به این اختلال و بستگانشان محاسبه می‌کنند. به عنوان مثال، یک محقق ممکن است مشاهده کند که در نمونه‌ای که شامل ۱۰ جفت دوقلو است ۶ نفر دارای اختلال روانی یکسانی هستند. این بدان معنی است که در میان این نمونه، نرخ تطابق ۰٫۶۰ (۶۰٪) وجود دارد.

طراحی آزمایش تک

آزمودنی (SCED)

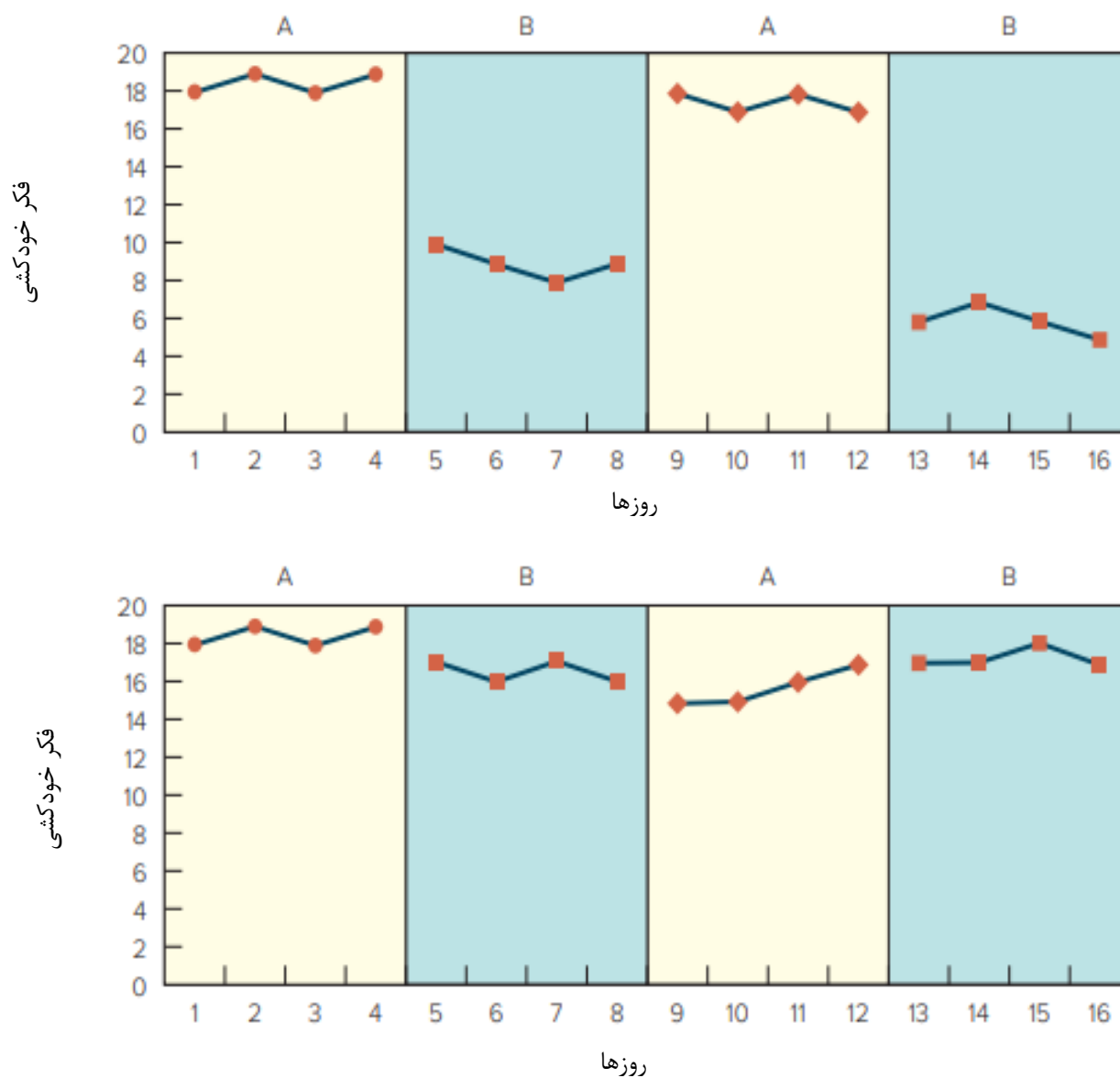
طرحی که در آن یک فرد در هر دو شرایط آزمایشی و کنترلی به عنوان سوژه عمل می‌کند

ژنتیک رفتاری

حوزه پژوهشی که بر شناسایی نقش عوامل ارثی در اختلالات روانی متمرکز است.

میزان تطابق

نسبت‌های مطابقت بین افراد مبتلا به اختلال خاص و بستگانشان.



شکل ۱ طرح ABAB

در یک طرح ABAB، محققان رفتارها را در مرحله «A» مشاهده می‌کنند، درمان را در مرحله «B» آغاز می‌کنند، و سپس فرآیند را تکرار می‌کنند. در این مطالعه فرضی، به نظر می‌رسد افکار خودکشی با درمان در مجموعه بالایی نمودارها بهبود می‌یابد، اما هیچ تاثیری از درمان را در مجموعه پایین نمودارها نشان نمی‌دهد. منبع: Rizvi, S. L., & Nock, M. K. (۲۰۰۸). طرح‌های آزمایشی تک آزمودنی برای ارزیابی درمان‌های رفتارهای خودآزاری و خودکشی. خودکشی و رفتار تهدید کننده زندگی، ۳۸، ۴۹۸-۵۱۰.

ما انتظار داریم که دوقلوهای تک تخمکی یا همسان، از لحاظ اختلال ارثی، بیشترین تطابق را با یکدیگر داشته باشند زیرا ژن‌های آن‌ها دقیقا یکسان است. در مرحله بعدی باید خواهر و برادر و دوقلوهای دو تخمکی یا دوقلوهای برادر یا غیر همسان را بررسی کنیم، زیرا آن‌ها از یک پدر و مادر هستند. هرچه رابطه خویشاوندی دورتری داشته باشیم میزان تطابق خانوادگی نیز کم‌تر می‌شود. یک تحقیق جالب در مورد دوقلوه‌ها، این است که میزان تطابق را بین دوقلوهای تک تخمکی یا همسان که در یک خانواده بزرگ شده‌اند را با دوقلوهای تک تخمکی که در دو خانواده متفاوت بزرگ شده‌اند یعنی یکی از آن‌ها در کنار پدر و دیگری در کنار مادر بزرگ شده است را مقایسه می‌کند. اگر میزان یک اختلال خاص در دوقلوهایی که جدا از هم زندگی می‌کنند به اندازه میزان آن اختلال در دوقلوهایی که باهم زندگی می‌کنند باشد نشان‌دهنده این است که ژنتیک، نقش قوی‌تری در ایجاد این اختلال نسبت به محیط داشته است.

پرورش متقابل

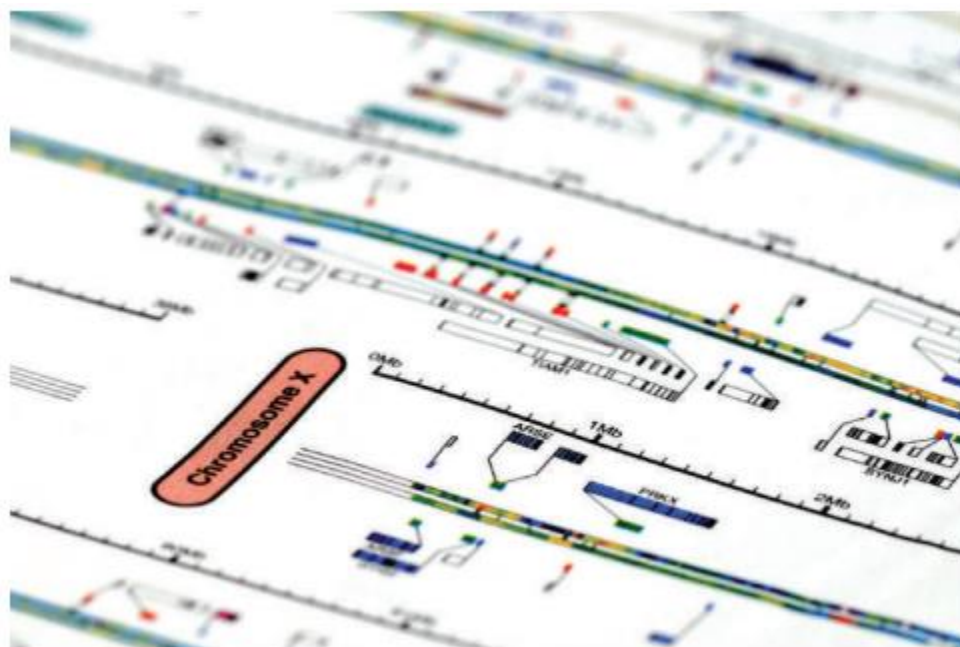
نوعی مطالعه
فرزندخواندگی که در آن محققان فراوانی این اختلال را در کودکانی که والدین بیولوژیکی آن‌ها هیچ اختلالی نداشتند، اما والدین غیربیولوژیکی آن‌ها چنین اختلالی داشتند را بررسی می‌کنند.

مطالعاتی که در این زمینه روی فرزندخواندگان انجام شده، اطلاعات ارزشمندی را در مورد اساس ژنتیکی یک اختلال به دست می‌دهد. در تحقیقی در مورد فرزندخواندگی، محققان میزان اختلال را در کودکانی که والدین بیولوژیکی آن‌ها اختلال روان‌شناختی داشتند ولی والدین غیربیولوژیکی آن‌ها چنین اختلالی نداشتند را بررسی کرده است. اگر کودکان همان اختلال والدین بیولوژیکی خود را داشته باشند، این نشان می‌دهد که عوامل ژنتیکی نقش قوی‌تری نسبت به محیط دارند. در یک نوع دوم مطالعه فرزندخواندگی، که به آن **پرورش متقابل** (بزرگ شده توسط والدین ناتنی) گفته می‌شود، محققان فراوانی این اختلال را در کودکانی که والدین بیولوژیکی آن‌ها هیچ اختلالی نداشتند، اما والدین غیربیولوژیکی آن‌ها دارای اختلال بودند، بررسی کردند. اگر کودکان و والدین غیربیولوژیکی آن‌ها اختلال یکسانی داشته باشند، این نشان می‌دهد که عوامل محیطی به طور قابل توجهی در ایجاد اختلال نقش دارند.

مطالعاتی که در زمینه دوقلوه‌ها و فرزندخواندگی انجام شد، محققان را قادر می‌سازد تا استنباط‌هایی در مورد سهم زیست‌شناسی و محیط خانواده در ایجاد اختلالات روانی به دست آورند.

با این حال، این تحقیقات دارای نقاط ضعف مهمی هستند و بنابراین نمی‌توانند به عنوان تحقیقاتی که نتایج قطعی به همراه دارند تلقی شوند. در یک مطالعه فرزندخواندگی، ممکن است ویژگی‌هایی از والدین غیربیولوژیکی که اندازه‌گیری نشده بر ایجاد اختلال در کودکان تاثیر بگذارد. مهم‌ترین تهدیدی که سودمندی این مطالعات دوقلوه‌ها را زیر سوال می‌برد این واقعیت است که اکثر

دوقلوهای تک تخمکی از کیسه آمنیوتیک یکسانی در طول رشد قبل از تولد استفاده نمی‌کنند (موکرجی و همکاران، ۲۰۰۹). آن‌ها حتی ممکن است ۱۰۰ درصد از DNA یکسان را به اشتراک نگذارند (اولیکاینن و همکاران، ۲۰۱۰). بنابراین آن‌ها واقعا یکسان نیستند. به طور مشابه، در مطالعات فرزندخواندگی، ممکن است دلایلی وجود داشته باشد که کودکان به دور از والدین بیولوژیکی خود به فرزندپذیری پذیرفته می‌شوند که نقشی غیر قابل اندازه‌گیری در تاثیرگذاری بر ایجاد یک اختلال خاص دارند.



نگاشت ژن

رویکردی که توسط محققان زیست‌شناسی استفاده می‌شود که در آن تغییرات کروموزوم‌ها را بررسی می‌کنند و آن‌ها را به عملکرد تست‌های روان‌شناختی یا تشخیص اختلالات خاص مرتبط می‌کنند.

ژنتیک مولکولی

مطالعه چگونگی انتقال اطلاعات اثری توسط ژن‌ها

روش‌های دقیق‌تر ژنتیک رفتاری از روش‌های جدید آزمایش ژنتیکی بهره می‌برند. در نگاشت ژن، محققان تغییرات کروموزوم‌ها را بررسی کرده و آن‌ها را به عملکرد تست‌های روان‌شناختی یا تشخیص اختلالات خاص مرتبط می‌کنند. ژنتیک مولکولی مطالعه می‌کند که چگونه ژن‌ها اطلاعات اثری را به دستورالعمل‌هایی که ژن‌ها برای ساخت پروتئین‌ها در سلول می‌دهند، منتقل می‌کنند.

این روش‌های جدیدتر در مطالعه روان‌شناسی آسیب شناسی، به سرعت در حال گسترش آثاری هستند که به ما در درک چگونگی تبدیل اطلاعات اثری به اختلالات رفتاری کمک کنند. برای مثال، این آثار باعث پیشرفت‌های گسترده‌ای در درک ما از اوتیسم، اسکیزوفرنی و اختلالات اضطرابی مختلف شده‌اند (هافمن و استیت، ۲۰۱۰). امید است که این زمینه به محققان، بینشی در مورد علل بیولوژیکی و در نهایت درمان بسیاری از جدی‌ترین و نگران‌کننده‌ترین اختلالات روان‌شناختی که تاکنون از درک ما دور بوده است، بدهد.

گردآوری همه چیز: دیدگاه‌های بالینی

در پایان این فصل، باید درک بهتری از چالش‌های موجود در قلب روان‌شناسی آسیب شناسی داشته باشید. شما هم‌چنین باید این درک را داشته باشید که تعریف آسیب شناسی چقدر پیچیده است، و با خواندن بسیاری از اختلالات در فصل‌های بعدی متوجه خواهید شد که باید دوباره به این موضوع باز گردید. در فصل‌های بعدی با نگاهی به نظریه‌ها و درمان‌های اختلالات خاص، دیدگاه تاریخی را توضیح خواهیم داد. به لطف تلاش‌های محققانی که از روش‌های شرح داده شده در این‌جا استفاده می‌کنند، با سرعتی باورنکردنی پیشرفت‌هایی در زمینه روان‌شناسی آسیب شناسی، در حال ظهور هستند. با برخی از این روش‌های تحقیق در زمینه بحث در مورد اختلالات خاص بیش‌تر آشنا خواهید شد. هم‌چنین درک خواهید کرد که چگونه پزشکانی مانند دکتر سارا توبین، طیف وسیعی از اختلالات روانی را که افراد را در طول زندگی تحت تاثیر قرار می‌دهند، مطالعه می‌کنند. ما توجه ویژه‌ای به توضیح چگونگی ایجاد اختلالات و بهترین درمانی که می‌تواند توسط پزشکان ارائه شود خواهیم داشت. بحث ما در مورد تاثیر اختلالات روانی بر فرد، موضوع

اصلی این کتاب را تشکیل می‌دهد، زیرا بارها و بارها در مورد تجربه انسان از اختلالات روانی بحث خواهیم کرد.

بازگشت به پرونده: ربکا هاسبروک

یک کارآموز، به مدت ۱۲ هفته متوالی، ربکا را هفته‌ای یک بار در مرکز مشاوره می‌دید. در چند جلسه اول، ربکا مدام گریه می‌کرد، به خصوص وقتی که در مورد دوست پسرش صحبت می‌کرد و این که چقدر احساس تنهایی می‌کرد. در دوره درمان، او و کارآموز روی شناسایی احساساتش و یافتن مهارت‌های مقابله‌ای برای مقابله با استرس کار کردند. سرانجام، احساس غم و اندوه ربکا از بین رفت زیرا او به زندگی خود در دانشگاه عادت کرد و توانست چند دوست صمیمی پیدا کند. از آنجایی که او احساس بهتری داشت، خواب او نیز بهتر شد، که به او کمک کرد تا راحت‌تر در کلاس تمرکز کند، و به او اجازه می‌داد عملکرد بهتری داشته باشد و بنابراین به عنوان یک دانشجو به خود اعتماد بیش‌تری داشته باشد.

تاملات دکتر توبین: در طول جلسه اولی که باهم داشتیم، برای من واضح بود که ربکا یک زن جوان است که در مواجهه با چالش‌های معمولی سازگاری در دانشگاه، مشکل دارد. او هم‌چنین تحت تاثیر بسیاری از تجربیات جدیدی که با او روبه‌رو بود نیز قرار گرفت، و به نظر می‌رسید که قادر به کنار آمدن با تنهایی و جدا شدن از شبکه حمایتی خود از جمله خانواده و دوست پسرش نیست. استانداردهای بالای تحصیلی او بر استرس او افزوده بود و به دلیل این که حمایت اجتماعی نداشت، نمی‌توانست در مورد مشکلاتی که داشت صحبت کند، که مطمئناً مشکلات او را تداوم می‌بخشید. خوشحالم که او خیلی زود، قبل از تشدید مشکلاتش، درخواست کمک کرد و به خوبی به درمان پاسخ داد.

خلاصه

- مفاهیم بهنجار بودن و نابهنجار بودن برای درک ما از اختلالات روانی اساسی است. این اختلالات می‌توانند در مسائل شخصی ما تاثیر بگذارند.

- نگرش اجتماعی نسبت به افراد مبتلا به اختلالات روانی از ناراحت کردن آن‌ها تا پیش‌داوری آن‌ها متغیر است. زبان، شوخ طبعی و باورهای اجتماعی همگی اختلالات روانشناختی را به صورت منفی نشان می‌دهند. سپس باورهای اجتماعی منجر به تبعیض اجتماعی می‌شود که فقط زندگی افراد آسیب‌دیده را پیچیده‌تر می‌کند.
- جامعه سلامت روان در حال حاضر از پنج معیار تشخیصی برای اندازه‌گیری آسیب شناسی استفاده می‌کند: (۱) اهمیت بالینی، (۲) اختلال در فرآیندهای روانی، بیولوژیکی یا رشد، (۳) ناراحتی یا ناتوانی قابل توجه، (۴) رفتاری که نمی‌توان آن را به عنوان انحراف از نظر تعارضات سیاسی-اجتماعی تعریف کرد، و (۵) رفتاری که باید نشان دهنده ناکارآمدی در فرد باشد. اگرچه این پنج معیار می‌توانند به عنوان مبنایی برای تعریف آسیب شناسی عمل کنند، اما اغلب بین آن‌ها ارتباطاتی وجود دارد.
- علل ناهنجاری شامل عوامل بیولوژیکی، روانی و اجتماعی فرهنگی است. دانشمندان از اصطلاح زیستی-روانی-اجتماعی برای اشاره به تعامل بین این عوامل و نقش آن‌ها در ایجاد علائم یک فرد استفاده می‌کنند.
- سه مضمون برجسته در تبیین اختلالات روانی که در طول تاریخ تکرار می‌شود، تبیین معنوی، بشردوستانه و علمی است. تبیین‌های معنوی، رفتار آسیب شناسی را محصول تسخیر ارواح شیطانی یا اهریمنی می‌دانند. توضیحات بشردوستانه، اختلالات روانی را نتیجه ظلم، استرس یا شرایط بد زندگی می‌دانند. توضیحات علمی به دنبال عللی هستند که می‌توانیم به طور عینی آن‌ها را اندازه‌گیری کنیم، مانند تغییرات بیولوژیکی، فرآیندهای یادگیری معیوب، یا استرس‌های عاطفی.
- محققان از روش‌های مختلفی برای بررسی علل و درمان اختلالات روانی استفاده می‌کنند. همه این‌ها متکی به روش علمی است، که مستلزم مجموعه‌ای از رویه‌ها از ارائه سؤالات جذاب تا انتشار یافته‌ها به جامعه علمی است. دو طرح تحقیق عبارتند از طراحی آزمایشی، که یک فرضیه را با دستکاری یک متغیر کلیدی مورد علاقه آزمایش می‌کند، و طرح همبستگی، که روابط بین متغیرهایی را آزمایش می‌کند که محققان نمی‌توانند به طور تجربی دستکاری کنند.
- انواع مطالعات پژوهشی شامل پیمایش، مطالعات آزمایشگاهی و مطالعات موردی است. نظرسنجی‌ها محققان را قادر می‌سازد تا میزان بروز و شیوع اختلالات روانی را تخمین بزنند. در یک آزمایشگاه، شرکت‌کنندگان در معرض شرایطی قرار می‌گیرند که بر اساس ماهیت دستکاری تجربی است. مطالعات موردی محقق را قادر می‌سازد تا به طور فشرده یک فرد را مطالعه کند. یک مطالعه موردی هم‌چنین می‌تواند یک طرح آزمایشی تک آزمودنی باشد که در آن محقق هر بار یک نفر را در هر دو شرایط آزمایشی و کنترلی در فازهای متناوب مطالعه می‌کند.

- تحقیقات در زمینه ژنتیک رفتاری سعی در تعیین میزان به ارث بردن اختلالات روانی در افراد دارد. انواع مختلف مطالعات، محققان را قادر می‌سازد تا استنباط‌هایی در مورد سهم زیست‌شناسی و محیط خانواده در ایجاد اختلالات روانی به دست آورند.

کلمات کلیدی

ژنتیک رفتاری	نگاشت ژن	شیوع
دیدگاه زیست روانی اجتماعی	مرکز بازپروری	تحقیق کیفی
مطالعه موردی	توضیحات بشردوستانه	کارآزمایی تصادفی کنترل شده
اهمیت بالینی	وقوع	(RCT)
میزان تطابق	متغیر مستقل	توضیحات علمی
طرح همبستگی	بهداشت روانی	روش علمی
پرورش متقابل	ژنتیک مولکولی	طرح آزمایشی تک آزمودنی
جنبش نهادزدایی	درمان اخلاقی	(SCED)
متغیر وابسته	شرایط دارونما	دیدگاه اجتماعی فرهنگی
دو سو کور	کارآزمایی بالینی تصادفی شده با	توضیحات معنوی
درمان مبتنی بر شواهد	دارونما	بدنامی
جن‌گیری	روانشناسی مثبت	نظر سنجی
		مته‌کاری

تشخیص و درمان

اهداف یادگیری

- ۱,۲ شرح تجارب درمانجویان و پزشک
- ۲,۲ ارزیابی نقاط قوت و ضعف رویکرد DSM نسبت به اختلالات روانی
- ۳,۲ شناسایی طبقه بندی بین المللی بیماری ها (ICD)
- ۴,۲ توضیح مراحل فرآیند تشخیص
- ۵,۲ شرح برنامه ریزی و اهداف درمان
- ۶,۲ توضیح روند و نتیجه درمان

رئوس مطالب

- گزارش موردی: پدرو پادپلا
اختلال روانی: تجربیات درمانجو و پزشک
درمانجو
پزشک بالینی
فرآیند تشخیصی
راهنمای تشخیصی و آماری
(DSM-۵)



اطلاعات تشخیصی اضافی

آن چه در DSM-۵ وجود دارد:

تغییرات در ساختار

DSM-۵

مفاهیم فرهنگی پریشانی

مراحل فرآیند تشخیص

روش های تشخیصی

صورت بندی مورد

صورت بندی فرهنگی

برنامه ریزی برای درمان

اهداف درمان

مکان درمان

بیمارستان های روان پزشکی

مراکز تخصصی درمان بیماران بستری

شده

درمان سرپایی

مراکز بازپروری و درمان روزانه

برنامه ها

سایر مکان های درمانی

روش درمان

شما قضاوت کنید: روانشناسان به عنوان

تجویز کنندگان

تعیین بهترین رویکرد برای رفتار

دوره درمان

نقش پزشک در درمان

نقش درمانجو در درمان

داستان های واقعی: دنیل جانستون:

اختلال دوقطبی

نتیجه درمان

بازگشت به پرونده: پدرو پادیلا

خلاصه

اصطلاحات کلیدی

فصل ۲

گزارش موردی: پدرو پادیلا

اطلاعات دموگرافیک: مرد اهل آمریکای لاتین، ۲۸ ساله، مجرد و دگرجنسگرا

مشکل فعلی: دوست دختر پدرو، ناتالیا، پدرو را به یک کلینیک سلامت روان برای بیماران سرپایی در شهر معرفی کرد. پدرو دومین سالی است که به عنوان وکیل مدافع در یک شرکت حقوقی کوچک کار می‌کند. ناتالیا گزارش داد که حدود ۶ ماه پیش، والدین پدرو نسبت به طلاق، اقدام کردند، در این مرحله او متوجه تغییراتی در رفتار پدرو شد. اگرچه شغل پدرو همیشه چالش برانگیز بود، اما او فردی سخت کوش بود که در تمام دوران تحصیلی‌اش خود را وقف تحصیل کرد و به همان اندازه در شغل فعلی‌اش انگیزه داشت. با این حال، ناتالیا گزارش داد که از زمانی که والدین پدرو از یکدیگر جدا شدند، پدرو فقط چند ساعت در شب می‌خوابد و در پیگیری پرونده‌های خود در محل کار مشکل داشت. اوضاع آنقدر بد شده بود که شرکت به فکر اخراج او افتاد.

وقتی پدرو به کلینیک بیماران سرپایی مراجعه کرد، گزارش داد که ۶ ماه گذشته بر او بسیار سخت گذشته است. اگرچه او اظهار داشت که همیشه «نگران» بوده است، اما نمی‌توانست به طلاق والدینش فکر نکند، و این امر در توانایی او برای تمرکز و عملکرد خوب در شغلش اختلال ایجاد می‌کرد. بیش‌ترین نگرانی او این بود که طلاق والدینش هم زندگی خودشان و هم زندگی او را نابود کند. او اظهار داشت که نگران این است که طلاق آن‌ها به نوعی تقصیر او بوده است و به محض این‌که این فکر به ذهنش خطور می‌کند، این افکار بارها و بارها مانند یک نوار ضبط شده پخش می‌شود. او همچنین توضیح داد که ناتالیا او را تهدید کرده بود که اگر خودم را جمع و جور نکنم از من جدا می‌شود، این امر نیز باعث نگرانی او شده بود. او اظهار داشت که دائماً نگران است که زندگی ناتالیا را تباه کند و این فکر نیز بارها به سراغش می‌آمد.

پدرو در طول جلسه به طور قابل توجهی مضطرب و تحریک‌پذیر بود، به خصوص زمانی که در مورد پدر و مادرش یا در مورد ناتالیا صحبت می‌کرد. در اوایل جلسه، او اظهار داشت که در تمام طول روز احساس تنش زیادی داشته و «دلشوره» دارد. در طول جلسه، پاها و دستانش بی‌قرار بود و چند بار ایستاد و روی صندلی خود نشست. او اظهار داشت که از زمانی که کار جدیدش را شروع کرده است، بسیار عصبی شده است و اغلب احساس «بی‌قراری» و تنش می‌کند و در نتیجه تمرکز بر روی کار و خواب راحت برایش مشکل است. او توضیح داد که نمی‌تواند آخرین باری را که برای یک روز کامل احساس آرامش کرده یا نگران چیزی نبوده، به خاطر بیاورد. او همچنین اظهار داشت که به سختی می‌توانست به چیزی جز طلاق والدینش و مشکلات رابطه‌اش با ناتالیا فکر کند، حتی اگر سعی کند ذهنش را از آن دور کند. او گزارش داد که قبل از اطلاع از طلاق والدینش، عمدتاً در رابطه با کارش دچار «وسواس فکری» بود، که به گفته او در دوران کارشناسی که در دانشکده حقوق درس می‌خواندم نیز این‌گونه بودم. او اظهار داشت که معمولاً می‌ترسد اشتباهی مرتکب شود و بیش‌تر وقت خود را به جای این‌که کار کند صرف نگرانی در مورد شکست می‌کند. در نهایت، او گفت، اغلب وقت کمی برای دوستان یا روابط عاشقانه دارد، زیرا اگر به جای تمرکز بر کارش، درگیر فعالیت‌های لذت بخش باشد، احساس گناه می‌کند.

گزارش موردی (ادامه)

دوست دختر سابق پدرو به دلیل این که از «وسواس فکری» پدرو نسبت به کارش و بی توجهی به رابطه با او خسته شده بود از پدرو جدا شد و به رابطه جدی ۴ ساله آن ها پایان داد. در حال حاضر پدرو که هم شغلش را از دست داده و هم در رابطه اش شکست خورده است، برای اولین بار متوجه شده که اضطراب او ممکن است در زندگیش اختلال ایجاد کند.

سابقه مرتبط: پدرو گزارش داد که مادرش سابقه حملات پانیک داشته و پدرش داروهای ضد اضطراب مصرف می کرد، اگرچه او قادر به یادآوری جزئیات بیش تری از سابقه خانوادگی خود نبود. او اظهار داشت که از زمانی که به یاد می آورد، «همیشه» بیش تر از افراد دیگر، در مورد مسائل، احساس اضطراب و نگرانی داشته است. او یک مورد خاص را در دبیرستان به یاد آورد که به دلیل این که برای بحث در تیم مناظره مدرسه خود آماده می شد به مدت ۲ هفته به سختی می خوابید. پدرو اظهار داشت که هرگز روان درمانی نکرده است و هیچ داروی روانپزشکی مصرف نکرده است. او گزارش داد که اگرچه نگرانی هایش اغلب باعث می شود او احساس «افسردگی» کند، اما هرگز به شدت احساس افسردگی نکرده است و سابقه فکر کردن به خودکشی ندارد.

علائم: در طی یک دوره تقریباً ۶ ماهه، پدرو دچار مشکل در خوابیدن در طول شب، بی قراری، مشکل در تمرکز و تحریک پذیری شد. او گفت که کنترل این نگرانی برایش دشوار بود و بیش تر وقت خود را صرف نگرانی در مورد طلاق والدینش، کار یا رابطه اش با ناتالیا می کرد.

صورت بندی موردی: پدرو تمام معیارهای DSM-۵ مورد نیاز برای اختلال اضطراب فراگیر (GAD) را داشت. او حداقل در ۶ ماه گذشته بیش تر روزها نگرانی بیش از حد از خود نشان داده بود، قادر به کنترل نگرانی خود نبود و چهار مورد از شش علامت اصلی مرتبط با GAD را داشت. علاوه بر این، نگرانی پدرو به ترس از حمله پانیک (مانند اختلال پانیک)، یا قرار گرفتن در موقعیت های اجتماعی یا عمومی (مانند اختلال اضطراب اجتماعی) مربوط نمی شود. اضطراب او باعث ایجاد مشکلات قابل توجهی در محل کار و رابطه اش با ناتالیا شده بود. در نهایت، اضطراب پدرو نتیجه مصرف مواد نبود.

طرح درمان: برنامه درمانی پدرو شامل ترکیبی از دو رویکرد است. ابتدا برای کاهش علائم جسمی اضطراب او به روانپزشک ارجاع داده می شود تا برایش داروهای ضد اضطراب تجویز کند. روان درمانی شناختی رفتاری نیز توصیه می شود، زیرا نشان داده شده است که این روش موثرترین روش درمانی فعلی برای درمان GAD است. سارا توبین، دکترای پزشک بالینی

زندگی پدر و با بدتر شدن علائم اضطراب وی به ویرانی کشیده شد و او را در خطر از دست دادن شغل و رابطه‌اش قرار داد. طرح درمانی دکتر توبین مجموعه‌ای از مراحل را برای رسیدگی به علائم فوری پدر و در نهایت برای تسکین طولانی مدت او پیشنهاد می‌کند. در این فصل با نحوه انجام مراحل تشخیص و برنامه‌ریزی درمان توسط پزشکان آشنا خواهید شد. برای این که به شما در درک این مراحل کمک کنیم، شما را با مفاهیم اساسی که این فرآیندهای کلیدی را هدایت می‌کنند آشنا می‌کنیم.

۱،۲ اختلال روانی: تجربیات درمانجو و پزشک

متخصصانی که در زمینه سلامت روان کار می‌کنند در زمینه‌های مختلفی تخصص دارند. کار متخصصان سلامت روان بررسی علل رفتار نابهنجار و درک مسائل پیچیده درگیر در فرآیند درمانی است. در این فصل، ما بر روی درمان تمرکز می‌کنیم و با معرفی کسانی که در این زمینه نقش دارند یعنی «درمانجو» و «پزشک» شروع می‌کنیم.

درمانجو

درمانجو

فردی که به دنبال درمان روانی است.

بیمار

در مدل پزشکی به فردی که تحت درمان قرار می‌گیرد بیمار می‌گویند.

افرادی که در حوزه روانشناسی آسیب شناسی کار می‌کنند به افرادی که به دنبال درمان‌های روانشناختی هستند به طور متناوب به عنوان **درمانجو** و **بیمار** اشاره می‌کنند. در این کتاب، ما ترجیح می‌دهیم از اصطلاح درمانجو برای اشاره به فردی که به دنبال درمان روانشناختی است، استفاده کنیم. این تعریف منعکس کننده این دیدگاه است که افراد تحت درمان با کسانی که آن‌ها را درمان می‌کنند همکاری می‌کنند. برخی از روانشناسان اصطلاح بیمار را ترجیح می‌دهند که اصطلاحی مبتنی بر مدل پزشکی برای اشاره به فردی است که تحت درمان قرار می‌گیرد. روانشناسانی که در محیط‌های مراقبت‌های بهداشتی کار می‌کنند ممکن است استفاده از اصطلاح بیمار را مناسب‌تر بدانند تا با اصطلاحات استفاده شده توسط سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی سازگار باشد. به طور معمول، پزشکان اصطلاحات خود را برای ارجاع به افرادی که در حال درمان هستند با استانداردهای محیطی که در آن کار می‌کنند، تطبیق می‌دهند.

باید نسبت به اصطلاحی که برای اشاره به افراد مبتلا به یک اختلال خاص به کار می‌برید، حساس باشید و آن‌ها را به گونه مناسب مورد خطاب قرار دهید. ما شدیداً توصیه می‌کنیم که این گونه افراد را با عنوان «درمانجویان» (یا «بیماران») که دارای اختلال خاصی هستند، معرفی کنید و

آن‌ها را با نام اختلالی که دارند معرفی نکنید. به عبارت دیگر، اگر فردی را «اسکیزوفرنی» خطاب کنید، فرد را با این اختلال یکی می‌دانید. حتی افرادی که مبتلا به یک اختلال خاص هستند، دقیقاً یکسان نیستند و دقیقاً رفتاری مشابه به هم ندارند. با استفاده از عناوین مناسب برای مورد خطاب دادن این افراد، احترام بیش‌تری به آن‌ها بگذارید.

پزشک بالینی

در این کتاب، ما به ارائه‌دهنده درمان به عنوان پزشک اشاره می‌کنیم. انواع زیادی از پزشکان وجود دارند که بر اساس آموزش و جهت‌گیری خود به روش‌های مختلف به کار بالینی می‌پردازند. روانشناسان، متخصصین مراقبت‌های بهداشتی دارای مجوز هستند که خدمات روانشناختی را ارائه می‌دهند. روانپزشکان، پزشکانی هستند که در زمینه تشخیص و درمان افراد مبتلا به اختلالات روانی، آموزش‌های پیشرفته‌ای دیده‌اند. **روانشناسان بالینی**، متخصصان سلامت روان با آموزش علوم رفتاری هستند که خدمات مستقیمی را به درمانجویان ارائه می‌دهند. از سال ۲۰۱۷، روانشناسان در آیووا، آیداهو، ایلینویز، نیومکزیکو و لوئیزیانا و همچنین در خدمات بهداشت عمومی، خدمات بهداشت هند، ارتش ایالات متحده و گوام امتیازات تجویز دارو کسب کردند. روانشناسانی که دارای امتیازات تجویز هستند، ملزم به دریافت آموزش‌های تخصصی هستند که فراتر از دوره‌های بالینی است که آن‌ها به عنوان بخشی از تحصیلات خود برای روانشناس شدن تکمیل می‌کنند.



یک رابطه مثبت و قابل اعتماد بین درمانگر و درمانجو برای یک نتیجه درمانی خوب بسیار مهم است.

پزشک

فردی که درمان می‌کند.

روانشناس

متخصص مراقبت‌های بهداشتی دارای مجوز ارائه خدمات روانشناختی.

روانپزشک

فردی با مدرک پزشکی (MD) که در زمینه تشخیص و درمان افراد مبتلا به اختلالات روانی، آموزش‌های پیشرفته تخصصی دریافت می‌کند.

روانشناس بالینی

یک متخصص بهداشت روان با آموزش علوم رفتاری که خدمات مستقیم به مراجعین ارائه می‌دهد.

سه نوع دکتر در روانشناسی وجود دارد. اولی دکترای فلسفه (PhD) است که معمولاً برای تکمیل دوره‌های تحصیلات تکمیلی در یک برنامه تحقیقاتی اعطا می‌شود. افرادی که دکترای خود را در روانشناسی بالینی می‌گیرند باید یک دوره کارآموزی و حداقل ۱ سال آموزش فوق دکتري تحت نظارت را نیز بگذرانند تا بتوانند به خوبی در این زمینه مهارت پیدا کنند. دکترای روانشناسی (PsyD) درجه‌ای است که دانشگاه‌های حرفه‌ای روانشناسی اعطا می‌کنند و معمولاً بیشتر تحقیقاتی است. افراد دارای PsyD نیز باید یک دوره کارآموزی را برای کسب مهارت انجام دهند. روانشناسان مشاور، با مدرک دکتري در آموزش (EdD) یا دکترای نیز به عنوان پزشک کار می‌کنند. برای کسب مجوز، پزشکان در سطح دکتري باید یک امتحان را بگذرانند.

متخصصان دارای مدرک کارشناسی ارشد نیز خدمات روانشناسی ارائه می‌دهند. این افراد شامل مددکاران اجتماعی، مشاوران در سطح کارشناسی ارشد، مشاوران ازدواج و خانواده، پرستاران بالینی و روانشناسان مدرسه هستند. حوزه سلامت روان هم‌چنین شامل گروه بزرگی از افراد می‌شود که آموزش سطح تحصیلات تکمیلی ندارند اما نقش مهمی در عملکرد و اداره سیستم سلامت روان دارند. در این گروه کار درمانگران، درمانگرانی که در زمینه سرگرمی درمانی فعالیت می‌کنند و مشاورانی که در موسسات، سازمان‌ها، مدارس و خانه‌ها کار می‌کنند، قرار می‌گیرند. پزشکان در هر

تخصص باید طبق استانداردهای رشته خود آموزش ببینند و مدارک معتبری مانند مجوزهای مورد نیاز ایالت، استان یا کشور خود را برای ارائه خدمات سلامت روان دریافت کنند.

۲,۲ فرآیند تشخیصی

به منظور درمان اختلالات روانی، پزشکان ابتدا باید بتوانند آن‌ها را تشخیص دهند. فرآیند تشخیصی مستلزم آن است که پزشکان از یک رویکرد سیستماتیک برای طبقه بندی اختلالاتی که در مراجعان خود می‌بینند استفاده کنند. یک کتابچه راهنمای تشخیصی وجود دارد که پزشکان بر اساس آن می‌توانند با توجه به مجموعه‌ای از علائم خاص در افراد، مشکل آن‌ها را تشخیص دهند. بدون کتابچه راهنمای که بتوان بر اساس آن تشخیصی دقیق ارائه داد، پزشک نمی‌تواند در مورد بهترین مسیر درمان برای یک درمانجوی خاص تصمیم‌گیری کند. محققان از فرم‌های استاندارد کتابچه راهنمای تشخیصی استفاده می‌کنند تا اصطلاحات ثابتی را در اختیار محققان قرار دهند تا در هنگام گزارش یافته‌های خود از آن‌ها استفاده کنند. این‌ها ممکن است همان دستورالعمل‌هایی باشند که توسط پزشکان استفاده می‌شود، یا ممکن است معیارهای مبتنی بر تحقیق باشند که در این حرفه به عنوان ارائه اصطلاحات قابل ترجمه به استفاده بالینی پذیرفته شده‌اند.



فرآیند تشخیصی مستلزم آن است که پزشکان ارزیابی را به روشی حساس و کامل انجام دهند.

Wavebreak Media Ltd/۱۲۳RF©

اثربخشی یک کتابچه راهنمای تشخیصی به این بستگی دارد که دو دسته از الزامات را برآورده کند. اولین مورد، **قابلیت اطمینان** است، که به درجه‌ای اشاره دارد که پزشکان به طور مداوم می‌توانند بر اساس آن، مشکل بیمارانی که مجموعه خاصی از علائم را دارند، تشخیص دهند. این علائم مهم هستند زیرا پزشکان بر اساس آن‌ها می‌توانند مشکل درمانجویانی که علائم مشابه دارند، را به طور یکسان تشخیص دهند یعنی درمانجویانی که علائم مشابهی دارند باید بیماری مشابهی نیز داشته باشند، و هم‌چنین برای پزشکان مختلف مهم است که بتوانند در مورد تشخیص به اتفاق نظر برسند. اگر شخصی، علائم خلق غمگین داشته باشد و یک درمانگر یک نوع تشخیص را برای چنین فردی تعیین کند و درمانگر دیگر تشخیص دیگری بدهد یک کتابچه راهنما چندان مفید نخواهد بود. شرط دوم برای یک کتابچه راهنمای تشخیصی، **اعتبار** است، که به این موضوع اشاره دارد که چگونه یک آزمایش، تشخیص یا رتبه‌بندی وضعیت روانی فرد را شناسایی و توصیف می‌کند.

کتابچه راهنمای تشخیصی فعلی بر اساس مدل پزشکی است که منبعی را در اختیار پزشکان قرار می‌دهد تا به آن‌ها کمک کند علائم بیمار را با یک تشخیص کلی مطابقت دهند که برای هر فردی با علائم مشابه اعمال می‌شود. سپس پزشکان می‌توانند درمانی را انتخاب کنند که به لطف چنین برچسب‌هایی به احتمال زیاد این علائم را کاهش دهد. اگرچه این یک اقدام منطقی به نظر می‌رسد، اما برخی در زمینه سلامت روان بر این عقیده هستند که هزینه‌های ارائه یک تشخیص بیش‌تر از

اعتبار قابلیت اطمینان

میزانی که یک آزمایش، این اصطلاح در رابطه با تشخیص یا رتبه‌بندی به تشخیص به کار می‌رود و به طور دقیق و متمایز وضعیت درجه‌ای اشاره دارد که روانی فرد را مشخص می‌کند. پزشکان به طور مداوم می‌توانند بر اساس آن، مشکل بیمارانی که مجموعه خاصی از علائم را دارند، تشخیص دهند.

مزایای آن است. تشخیص، مستلزم آن است که رفتار یک فرد را بتوان به عنوان بهنجار یا نابهنجار طبقه بندی کرد تا این که در یک پیوستار درجه بندی شود. برای ارائه دهندگان سلامت روان بسیار آسان می شود که فرد را با بیماری ای که دارد یکسان کنند، که، همان طور که قبلاً بحث کردیم، بر این اساس، شخص را به عنوان یک فرد در نظر نمی گیرند. در نتیجه، فرد بیش تر از زمانی که بیماریش تشخیص داده نشده، بدنامی را تجربه می کند.

علی رغم این انتقادات، متخصصان سلامت روان هنوز باید به سیستم های تشخیصی تکیه کنند، اگر دلیل دیگری جز این ندارند که به درمانجویان خود اجازه درمان در بیمارستان ها و بازپرداخت هزینه های ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی را بدهند. کدهای تشخیصی توسط شرکت های بیمه به منظور تصمیم گیری در مورد میزان پرداخت هزینه برای مراقبت های بستری و سرپایی استفاده می شود. برای اهداف ما، آگاهی از کاستی های این روش های تشخیصی مهم است، به ویژه به این دلیل که یادآوری می کنند که پزشک باید بیمار را در مرکز توجه خود قرار دهد، نه بیماری را.

راهنمای تشخیصی و آماری (DSM)

کتابی منتشر شده توسط انجمن روانپزشکی آمریکا که شامل اصطلاحات و تعاریف استاندارد اختلالات روانی است.

محور

دسته ای از اطلاعات در DSM های قبلی در مورد یک بعد از عملکرد یک فرد.

راهنمای تشخیصی و آماری (DSM-۵)

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)، که توسط انجمن روانپزشکی آمریکا منتشر شده، حاوی اصطلاحات و تعاریف استاندارد است که توسط پزشکان استفاده می شود. این متن مطابق با DSM-۵ یا نسخه پنجم که جدیدترین نسخه است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) تنظیم شده است. DSM-IV-TR، نسخه قبل از این، از پنج محور مختلف برای دسته بندی اختلالات استفاده می کرد. این یک محور را به عنوان دسته ای از داده های مربوط به یک جنبه از عملکرد یک فرد توصیف می کند. در DSM های قبلی، سیستم چند محوری یک سیستم طبقه بندی و تشخیصی چند بعدی بود که داده های مربوط به عملکرد فیزیولوژیکی و روان شناختی فرد را در بر می گرفت. در حال حاضر، DSM-۵ حاوی «بخش III» است که شامل اقدامات ارزیابی و تشخیص هایی است که به اندازه کافی ثابت نشده اند تا بخشی از سیستم اصلی باشند. این تشخیص ها ممکن است در نسخه بعدی DSM-۵ یا «DSM-۵، ۱» گنجانده شوند، در صورتی که داده های بالینی و تحقیقاتی گنجانند آن ها را تایید کنند.

سیستم چند محوری

یک طبقه بندی و سیستم تشخیصی چند بعدی در DSM های قبلی که اطلاعات مربوطه را در مورد عملکرد فیزیکی و روانی یک فرد خلاصه می کند.

DSM-۵ برای استفاده در دستگاه‌های اپل و اندروید در دسترس است، که نشان‌دهنده اتکای فزاینده پزشکان سلامت روان به منابع آنلاین و برنامه‌های کاربردی تلفن همراه است. اگرچه خواندن اطلاعاتی که از تشخیص‌ها در این قالب پشتیبانی می‌کند چالش‌برانگیزتر است، اما پزشکان ممکن است دسته‌بندی‌های بیماری‌ها و علائم را بسیار راحت‌تر از نسخه کاغذی کتابچه راهنمای کاربر مرور کنند.

DSM-۵، در هر قالبی که پزشکان از آن استفاده کنند، به ۲۲ فصل تقسیم شده است که هر کدام شامل گروه‌هایی از اختلالات مرتبط است. فصل‌ها به گونه‌ای سازمان‌دهی شده‌اند که هر چه اختلال‌ها به صورت متوالی در متن ظاهر شوند، اعتقاد بر این است که ارتباط نزدیک‌تری با هم دارند. علاوه بر این، از آنجایی که بیماری‌های روان‌شناختی و بیولوژیکی اغلب به یکدیگر مرتبط هستند، تعدادی از تشخیص‌ها در DSM-۵ یک تشخیص پزشکی مانند یک بیماری عصبی که علائم شناختی را ایجاد می‌کند، در خود جای داده‌اند. نمونه‌هایی از اختلالات موجود در هر دسته را می‌توانید در جدول ۱ بخوانید.

جدول ۱ اختلالات موجود در DSM-۵

دسته‌بندی	توضیحات	نمونه‌هایی از تشخیص‌ها
اختلالات رشد عصبی	اختلالاتی که معمولاً در سال‌های اولیه زندگی ایجاد می‌شوند و عمدتاً شامل رشد و بلوغ غیرطبیعی می‌شوند	اختلال طیف اوتیسم اختلال یادگیری خاص اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی
طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان‌پریشی	اختلالات شامل علائم تحریف در درک واقعیت و اختلال در تفکر، رفتار، عاطفه و انگیزه	اسکیزوفرنی اختلال روانی مختصر
اختلالات دوقطبی و اختلالات مرتبط با آن	اختلالات مربوط به خلق و خوی بالا	اختلال دوقطبی اختلال سیکلوتیمیک
اختلالات افسردگی	اختلالات مربوط به خلق غمگین	اختلال افسردگی اساسی اختلال افسردگی مداوم

اختلالات اضطراب	اختلالاتی که شامل تجربه اضطراب، نگرانی، ترس یا دلهره شدید است	اختلال هراس آگورافوبیا فوبیای خاص اختلال اضطراب اجتماعی
اختلالات وسواسی جبری و مرتبط با آن	اختلالاتی که شامل وسواس و اجبار است	اختلال وسواس فکری عملی اختلال بدشکلی بدن اختلال احتکار
تروما و اختلالات مرتبط با استرس	پاسخ به رویدادهای آسیب‌زا	اختلال استرس پس از سانحه اختلال استرس حاد اختلال سازگاری
اختلالات تجزیه ای	اختلالاتی که در آن یکپارچگی طبیعی آگاهی، حافظه، درک خویشتن یا ادراک مختل می‌شود.	اختلال تجزیه هویت فراموشی تجزیه ای
اختلالات علائم جسمی	اختلالاتی که شامل شکایات مکرر علائم فیزیکی است که ممکن است با یک وضعیت پزشکی مرتبط باشد یا نباشد	اختلال اضطراب بیماری اختلال علائم عصبی عملکردی
اختلالات تغذیه و خوردن	اختلالاتی که با اختلالات شدید در رفتار خوردن مشخص می‌شود	بی‌اشتهایی عصبی پر خوری عصبی اختلال پر خوری
اختلالات دفع	اختلالات مربوط به اختلالات مثانه و روده	شب ادراری (مثانه) بی‌اختیاری دفع (روده)
اختلالات خواب و بیداری	اختلالات مربوط به الگوهای خواب آشفته	اختلال بی خوابی حمله خواب
اختلالات جنسی	اختلالاتی که شامل اختلال در بیان یا تجربه تمایلات جنسی است	اختلال نعوظ اختلال ارگاسمی زنان

انزال زودرس		
ملال جنسی	عدم تطابق بین جنسیت بیولوژیکی و هویت جنسی	ملال جنسی
دزدی بیمارگون اختلال انفجاری متناوب اختلال رفتاری	اختلالاتی که با بیان مکرر رفتارهای تکانشی یا مخرب مشخص می شود	اختلالات اخلاک، کنترل تکانه و سلوک
اختلالات مصرف مواد اختلالات ناشی از مواد	اختلالات مربوط به مصرف مواد	اختلالات مرتبط با مواد و اعتیاد
اختلال عصبی شناختی خفیف اختلال عصبی شناختی اساسی	اختلالات مربوط به اختلال در فرآیندهای فکری ناشی از مواد یا شرایط پزشکی	اختلالات عصبی-شناختی
اختلال شخصیت مرزی اختلال شخصیت ضد اجتماعی اختلال شخصیتی خودشیفتگی	اختلال در شخصیت فرد	اختلالات شخصیت
اختلال بچه بازی اختلال یادگارپرستی اختلال مبدل پوشی	اختلالی که در آن نابهجاری جنسی باعث ناراحتی و اختلال می شود	آسیب شناسی های جنسی
سایر اختلالات روانی مشخص شده به دلیل شرایط پزشکی دیگر	شرایط یا مشکلاتی که فرد ممکن است برای آنها به دنبال کمک حرفه ای باشد	سایر اختلالات روانی
تاخیر حرکتی لرزش وضعیتی ناشی از دارو	اختلالاتی که با مصرف دارو قابل درمان است	اختلالات حرکتی ناشی از دارو و سایر عوارض جانبی دارو

سایر شرایطی که ممکن است کانون توجه بالینی باشد	شرایط یا مشکلاتی که یک فرد ممکن است به دنبال کمک پزشکی باشد	مشکلات مربوط به سوء استفاده یا بی توجهی مشکل شغلی

منبع: از کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش پنجم، ۲۰۱۳ انجمن روانپزشکی آمریکا.

اکثر متخصصان بهداشت روان در خارج از ایالات متحده و کانادا از DSM-۵ استفاده نمی کنند، بلکه تشخیص خود را بر اساس سیستم تشخیصی سازمان جهانی بهداشت (WHO) یعنی طبقه بندی بین المللی بیماری ها (ICD) قرار می دهند. ICD، WHO را به عنوان ابزاری برای مقایسه میزان بیماری در بین ۱۱۰ کشور عضو WHO توسعه داده است و تضمین می کند که کشورها به منظور داشتن ثبات در تشخیص، از اصطلاحات یکسانی استفاده می کنند. به این ترتیب، ICD شامل شرایط سلامتی است، نه فقط مواردی که شامل اختلالات روانی است. در حال حاضر از نسخه دهم (ICD-۱۰) استفاده می شود. در حال انجام یک بازنگری عمده روی نسخه دهم هستند که نسخه بازنگری شده آن، ICD-۱۱ خواهد بود که در سال ۲۰۱۸ منتشر خواهد شد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۸). اگرچه این دو نسخه، در زمینه های خاص، تفاوت هایی دارند، اما در بیش از ۹۰ درصد از دسته های تشخیصی مشابهند (دمازو، ۲۰۱۳).

اطلاعات تشخیصی اضافی

به عنوان بخشی از فرآیند تشخیصی، پزشکان ممکن است بخواهند اطلاعاتی در مورد وضعیت پزشکی درمانجویان خود اضافه کنند. اگر بیماری هایی که عمدتاً ماهیت پزشکی هستند در DSM-۵ مشخص نشده باشند، پزشکان ممکن است از تشخیص های استاندارد ICD برای چنین شرایطی استفاده کنند. با مشخص کردن این بیماری ها، پزشکان اطلاعاتی را منتقل می کنند که پیامدهای درمانی مهمی دارد. به عنوان مثال، بسیاری از داروهایی که با هدف درمان برخی بیماری های خاص تجویز می شوند، دارای عوارض جانبی هستند که می توانند وضعیت شناختی، خلق و خو یا سطح هوشیاری مشتری را تغییر دهند. علاوه بر این، دانستن وضعیت پزشکی درمانجویان می تواند بینشی در مورد علائم روانشناختی فرد به پزشک ارائه دهد. دانستن این نکته

طبقه بندی بین المللی بیماری ها

سیستم تشخیصی سازمان جهانی بهداشت (WHO).

کدهای Z

کدهای موجود در ICD که نشان دهنده وجود مشکلات روانی اجتماعی و محیطی است.

مفید است که مرد میانسالی که برای اولین بار تحت درمان اختلال افسردگی قرار می‌گیرد، ۶ ماه پیش دچار حمله قلبی شده است. حمله قلبی ممکن است یک عامل خطر برای ایجاد افسردگی باشد، به ویژه در فردی که سابقه روانپزشکی قبلی نداشته است.

در ارائه یک تصویر تشخیصی کامل از اختلال روانی درمانجویان، پزشکان ممکن است تصمیم بگیرند که مشخص کردن منابع خاصی از استرس زندگی که بر وضعیت روانی فرد تاثیر می‌گذارد، مهم است. در این موارد، پزشکان می‌توانند از مجموعه‌ای از کدها در ICD استفاده کنند که نشان دهنده وجود مشکلات روانی اجتماعی و محیطی به نام کدهای Z است. ما چندین نمونه از کدهای Z مربوط به ICD-۱۰ را در جدول ۲ انتخاب کرده‌ایم. این کدها ممکن است مهم باشند زیرا می‌توانند بر تشخیص، درمان یا پیامد اختلال روان‌شناختی درمانجویان تاثیر بگذارند.

فردی که بلافاصله پس از از دست دادن شغل خود علائم اختلال اضطراب را برای اولین بار تجربه می‌کند، تصویر تشخیصی متفاوتی نسبت به فردی که شرایط فعلی زندگی‌اش ثابت است و به نظر نمی‌رسد بر علائم روانشناختی او تاثیری بگذارد، نشان می‌دهد.

آنچه در DSM-۵ وجود دارد

تغییرات در ساختار DSM-۵

تمام نسخه‌های DSM بحث و جدل‌های قابل توجهی ایجاد کرده‌اند و به نظر می‌رسد ویرایش پنجم نیز از این قاعده مستثنی نباشد. بحث DSM-۵ حول ضرورت وجود کتابچه راهنمای تشخیصی است که استانداردهای قابلیت اطمینان و اعتبار را برآورده کند. در شکل کنونی آن، خرد جمعی پزشکان و محققانی را منعکس می‌کند که معتقد بودند معیارهایی را ارائه می‌دهند که منجر به کاربرد مداوم تشخیص‌ها (قابلیت اطمینان) و اختلالاتی می‌شود که افراد واقعا تجربه می‌کنند (اعتبار). اگرچه از هر دو جنبه مورد انتقاد قرار گرفت، اما DSM-۵ به گونه‌ای نوشته شد که شایستگی‌های علمی و بالینی آن را به حداکثر برساند. بسیاری از مطالبی که در این کتاب در مورد مناقشات DSM-۵ خواهید خواند حول اعتبار می‌چرخد، اما چالش‌هایی نیز برای قابلیت اطمینان آن وجود دارد.

مشکل سازندگان هر سیستم تشخیصی توافق بر سر دسته‌بندی علائم و ترجمه آن‌ها به زبانی است که هرکسی که آموزش‌های خاص سیستم را دیده باشد، بتواند از آن استفاده کند.

رویکرد چند محوری، که بیماری‌ها را در امتداد محورهای متمایز به پنج دسته تقسیم می‌کند، عمده‌ترین تغییرات را به خود دیده است. کارگروه DSM-۵ تصمیم گرفت سیستم چند محوری DSM-IV-TR را کنار بگذارد و در عوض از سیستم مورد استفاده توسط طبقه بندی بین‌المللی بیماری‌های سازمان بهداشت جهانی (ICD) پیروی کند. محور اول از DSM-IV-TR حاوی «سندرم‌ها» یا خوشه‌های بیماری عمده بود. محور دوم شامل تشخیص اختلالات شخصیتی و آنچه در آن زمان عقب‌ماندگی ذهنی نامیده می‌شد، بود. از محور سوم برای یادداشت شرایط پزشکی درمانجو استفاده شد. محور چهارم استرس‌های روانی-اجتماعی مددجو را ارزیابی کرد و محورهای پنجم سطح کلی عملکرد درمانجو را ارزیابی کرد. کارگروه‌ها همچنین از یک مدل بُعدی استفاده کردند که در آن اختلالات به جای مدل طبقه بندی شده توسط DSM-IV-TR در امتداد یک زنجیره مشاهده می‌شوند. با این حال، در نهایت، آن‌ها ترجیح دادند این کار را انجام ندهند. سازمان کنونی ابتدا اختلالات عصبی رشدی را در نظر می‌گیرد و پس از آن اختلالات درونی (که با اضطراب، افسردگی و علائم جسمانی تعریف می‌شوند)، اختلالات «برونی‌سازی» (که با رفتارهای تکانشی، مخرب و علائم مصرف مواد مشخص می‌شوند) و در نهایت «سایر» بیماری‌ها را در نظر می‌گیرند. هدف این است که تحقیقات جدید در نهایت به راهنمای تشخیصی آینده این امکان را می‌دهد که به جای صرفا علائم، بر علل اساسی تمرکز کنند.

جدول ۲ نمونه‌هایی از کدهای Z در ICD-۱۰ (CDC، ۲۰۱۸)

مشکل	مثال‌ها
مشکلات مربوط به تحصیل و سواد	کم کاری در مدرسه
مشکلات مربوط به اشتغال و بیکاری	تغییر شغل آزار و اذیت جنسی در محل کار وضعیت استقرار نظامی
مشکلات مربوط به مسکن و شرایط اقتصادی	بی خانمانی فقر شدید درآمد کم
مشکلات مربوط به محیط اجتماعی	دشواری فرهنگ پذیری
سایر مشکلات مربوط به گروه حمایت اولیه، از جمله شرایط خانوادگی	مشکلات در رابطه با همسر ناپدید شدن و فوت یکی از اعضای خانواده اعتیاد به الکل و مواد مخدر در خانواده
مشکلات مربوط به شرایط روانی اجتماعی خاص	بارداری ناخواسته

در بیش‌تر موارد، عوامل استرس‌زای محیطی، رویدادهایی هستند که طبیعتاً منفی هستند، مانند مرگ یکی از اعضای خانواده، تصادف یا یک شغل پر فشار. با این حال، ممکن است رویدادهای مثبت زندگی، مانند ارتقای شغلی را به عنوان عوامل استرس‌زا در نظر بگیریم. فردی که ترفیع شغلی قابل توجهی کسب می‌کند ممکن است در نتیجه خواسته‌ها و تعهدات بالاتر موقعیت جدید، مشکلات روانی را تجربه کند. این وظیفه پزشک است که ارزیابی کند که سناریو یا رویداد استرس‌زا چگونه بر علائم فعلی درمانجو تاثیر گذاشته است.

علاوه بر این، پزشکان ممکن است بخواهند ارزیابی کلی خود را از عملکرد درمانجو در زمینه‌های روانی، اجتماعی و حرفه‌ای بیان کنند. پرسشنامه سلامت سازمان جهانی بهداشت (WHODAS) ابزاری است که پزشکان می‌توانند از آن برای ایجاد این رتبه‌بندی استفاده کنند و به عنوان بخشی از DSM-۵ گنجانده شده است. WHODAS می‌تواند شامل سوالاتی از این قبیل باشد: «در ۳۰ روز گذشته چقدر برای انجام کاری به مدت ۱۰ دقیقه مشکل داشتید؟» درمانجو با جواب‌هایی نظیر هیچ، کمی، متوسط یا خیلی به سوال پاسخ می‌دهد. سایر پرس و جوها بر چالش‌های درمانجو در انجام وظایف روزانه از جمله نظافت و لباس پوشیدن، شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و مراقبت از مسئولیت‌های خانگی متمرکز است.

مفاهیم فرهنگی در مورد استرس

الگوهای مشخصی از علائم وجود دارد که مختص فرهنگ‌های خاصی است، که بسیاری از آن‌ها هیچ شباهت مستقیمی به یک تشخیص خاص ندارند. گروهی از اختلالات تا قبل از DSM-IV-TR به عنوان سندرم‌های وابسته به فرهنگ نامیده می‌شدند تا الگوهای رفتاری منحصر به تمدن-های خاص را توصیف کنند. به عنوان مثال، اصطلاح «آموک» به یک سندرم فرهنگی در مالزی اشاره دارد که واکنش شدید به یک توهین را توصیف می‌کند که شامل فکر کردن و سپس طغیان خشونت‌آمیز است. مفهوم «سندرم‌های وابسته به فرهنگ» در DSM-۵ گسترش یافت و به مفاهیم کلی‌تر فرهنگی پریشانی یا روش‌هایی اشاره دارد که افراد در گروه‌های فرهنگی خاص، رنج، مشکلات رفتاری، یا افکار و عواطف نگران‌کننده خود را تجربه می‌کنند، درک می‌کنند و با آن‌ها ارتباط برقرار می‌کنند. سه دسته اصلی از مفاهیم فرهنگی پریشانی شامل سندرم‌های فرهنگی، اصطلاحات پریشانی و تبیین است. ما هر یک از این مفاهیم کلیدی را در جدول ۳ تعریف و نشان می‌دهیم.

سندرم‌های وابسته به فرهنگ

الگوهای مکرر رفتار یا تجربه نابهنجاری که محدود به جوامع یا حوزه-های فرهنگی خاص است.

مفاهیم فرهنگی پریشانی

روش‌هایی که افراد در گروه‌های فرهنگی خاص، رنج، مشکلات رفتاری یا افکار و عواطف نگران‌کننده خود را تجربه کرده، درک می‌کنند و با آن‌ها ارتباط برقرار می‌کنند.

جدول ۳ مفاهیم فرهنگی پریشانی در DSM-۵

مؤلفه مفهوم فرهنگی پریشانی	مشکل	مثال‌ها
سندرم‌های فرهنگی	خوشه‌هایی از علائم و اسنادی که تمایل دارند در میان افراد در گروه-های خاص که فرهنگ مشترکی دارند رخ دهد	Ataque de nervios، یک سندرم در بین افراد آمریکای لاتین است که با علائمی مانند ناراحتی شدید عاطفی، رفتارهای پرخاشگرانه، و دوره‌های غش منعکس می‌شود.
اصطلاحات فرهنگی پریشانی	راه‌های ابراز ناراحتی در یک فرهنگ یا گروه خاص	Kunfungsisa، به معنای «بیش از حد فکر کردن» در میان شونای زیمبابوه، به افسردگی، اضطراب و علائم فیزیکی اشاره دارد.
توضیحات فرهنگی یا علل درک شده	چگونه افراد موجود در فرهنگ به علائم، بیماری یا ناراحتی می-پردازند یا نسبت می‌دهند	سندرم Dhat، این باور در میان مردم آسیای جنوبی مبنی بر این‌که از دست دادن مایع منی باعث بروز علائم مختلفی در مردان جوان مانند خستگی، اضطراب، کاهش وزن و خلق و خوی افسرده می-شود.

منبع: از کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش پنجم، ۲۰۱۳ انجمن روانپزشکی آمریکا.

همان‌طور که می‌بینید، DSM-۵ دیدگاه گسترده‌ای نسبت به مسائل فرهنگی دارد و اذعان می‌کند که عواملی غیر از ملیت یا قومیت باید در نظر گرفته شوند تا پزشک به طور کامل هر درمانجویی را درک کند. این عوامل عبارتند از نژاد، مذهب، وضعیت مهاجرت، و روابط با خانواده و جامعه به عنوان منابع بالقوه‌ای که نه تنها علائم هستند بلکه حالت حمایتی نیز دارند.

۳,۲ مراحل در فرآیند تشخیص

پزشک از تمام داده‌های موجود در طول فرآیند تشخیص استفاده می‌کند تا به تشخیصی برسد که به نظر می‌رسد به بهترین شکل مشکل درمانجو را توصیف کند. یافته‌های هر آزمایشی که برای درمانجو انجام می‌شود، اطلاعات جمع‌آوری شده از طریق مصاحبه، و جزئیات مربوط به پیشینه شخصی درمانجو، همگی در این اطلاعات گنجانده شده‌اند.

روش‌های تشخیص

به دست آوردن یک توصیف واضح از علائم درمانجو، چه علائمی که درمانجو توصیف می‌کند و چه علائمی که پزشک می‌بیند، برای روش تشخیص ضروری است. دکتر توبین با شنیدن این که پدر خود را «مضطرب» توصیف می‌کند، حدس می‌زند که او ممکن است از یک مشکل اضطراب رنج می‌برد. با این حال، درمانجویان همیشه وضعیت‌های داخلی خود را به درستی نام نمی‌برند. در نتیجه، پزشک باید به رفتار درمانجویان، بیان عاطفی و وضعیت ظاهری سلامت روان آن‌ها توجه زیادی داشته باشد. درمانجو ممکن است علائمی از نگرانی نشان دهد، اما اقدامات او می‌تواند نشان دهد که او در واقع با یک وضعیت روانی روبه‌رو است. بنابراین دکتر توبین این احتمال را که تشخیص پدر او علاوه بر اضطراب یا به جای آن شامل اختلالات خلقی نیز می‌شود را در نظر می‌گیرد. علاوه بر این، دکتر توبین باید عوامل فرهنگی احتمالی را که بر علائم پدر و درک علائم او تاثیر می‌گذارد، در نظر بگیرد.

پزشکان هنگامی که بیماران علائم خود را در ابتدای روش تشخیصی به زبان خودشان گزارش می‌دهند به آن‌ها گوش می‌دهند. در طول این مرحله اول، که پزشکان را برای یک رویکرد روشمندتر برای تشخیص آماده می‌کند، ممکن است درک اولیه‌ای از علائم درمانجو داشته باشند. همان‌طور که در فصل «ارزیابی» خواهید دید، تعدادی از روش‌های ارزیابی چارچوبی را در اختیار پزشک قرار می‌دهند تا بفهمد این علائم چقدر با استانداردهای تشخیصی یک بیماری خاص مطابقت دارند. ماهیت دقیق علائم درمانجو، طول مدت آن علائم، و هرگونه رفتار، افکار یا احساسات اضافی که ممکن است نشانه‌های مهمی را نشان دهد که درمانجو ممکن است گزارش نکند، همگی باید توسط پزشک تعیین شوند. در این فرآیند، پزشک هم‌چنین اطلاعاتی در مورد سابقه شخصی و خانوادگی درمانجویان و هم‌چنین سابقه فرهنگی و هویت آن‌ها به دست می‌آورد. با پرسیدن سوالاتی به این شیوه، پزشک شروع به تدوین تشخیص اصلی می‌کند - یعنی اختلالی که بیش‌ترین همسویی را با دلیل اصلی درخواست کمک حرفه‌ای دارد.

تشخیص اصلی

این اختلال بیش‌ترین ارتباط را با دلیل اصلی درخواست کمک حرفه‌ای دارد

برای بسیاری از درمانجویان، علائمی که تجربه می‌کنند نشان می‌دهد که بیش از یک تشخیص اصلی وجود دارد. در این شرایط، ما به وقوع همزمان دو (یا چند) بیماری به عنوان چندابتلائی اشاره می‌کنیم. تشخیص‌های مرتبط با چندابتلائی بسیار مکرر است. مطالعه ملی چندابتلائی (NCS) و تکرار آن (NCS-R) یک مشارکت بین‌المللی بود که در دو مرحله بعدی با هدف شناسایی شیوع بیماری‌های روانپزشکی به صورت همزمان در جمعیت عمومی انجام شد. شایع‌ترین بیماری‌های چندابتلائی، بیماری‌هایی است که در آن مصرف مواد با سایر مشکلات روانی همراه است. به عنوان مثال، اختلال مصرف مواد با مشکلاتی مرتبط است که نشان‌دهنده قرار گرفتن در معرض تجارب آسیب‌زا در میان افراد دارای ناتوانی جسمی است (اندرسون، زیدونیس و ناجاویتس، ۲۰۱۴).

چندابتلائی

دو (یا تعداد بیش‌تری) اختلالی که همزمان در یک فرد رخ می‌دهد.

تشخیص افتراقی

فرآیند رد سیستماتیک تشخیص‌های جایگزین.

تشخیص افتراقی، فرآیندی است که به طور روشمند این احتمال را که پدرو دارای یک بیماری پزشکی است که می‌تواند علائم مشابهی ایجاد کند، رد می‌کند. علائم پدرو ممکن است نشانه‌ای از مشکلات سازگاری ناشی از طلاق والدینش یا استرسی باشد که او در محل کار تجربه می‌کند. علاوه بر این، این احتمال وجود دارد که او از اختلال مصرف مواد رنج می‌برد. دکتر توبین قبل از

این که به پدر و مراقبتی بدهد که به احتمال زیاد احساس بهتری دارد، ابتدا باید تشخیص اولیه خود را با این سناریوها مقایسه کند.

بسته به این که علائم ارائه شده توسط درمانجو چقدر پیچیده است، فرآیند تشخیص می تواند از چند ساعت تا چند هفته طول بکشد. درمانجو و پزشک نیازی به صبر کردن تا تکمیل فرآیند تشخیصی برای شروع کار درمانی ندارند، به خصوص اگر درمانجو در بحران باشد. پس از آن، همان طور که تشخیص را می توان به طور کامل تر ایجاد کرد، دوره درمانی اصلاح می شود.

صورت بندی موردی

هنگامی که پزشک یک تشخیص رسمی می دهد، هنوز با یک چالش بزرگ روبه رو می شود - این که تصویری از چگونگی تکامل این اختلال را بررسی کند. متخصص بالینی می تواند با استفاده از تشخیص، علائم درمانجو را دسته بندی کند. این دسته بندی، تصویر کاملی از درمانجو ارائه نمی دهد، هر چند برای درمان آموزنده و ضروری است.

صورت بندی موردی

تجزیه و تحلیل یک پزشک از رشد مشتری و عواملی که ممکن است بر وضعیت روانی فعلی او تاثیر بگذارد.

پزشک یک صورت بندی موردی ایجاد می کند، پیشرفت درمانجو را تجزیه و تحلیل می کند و تاثیرات بالقوه را بر وضعیت روانی فعلی درمانجویان در نظر می گیرد تا به طور کامل مشکل درمانجو را درک کند. صورت بندی موردی، تشخیص را از یک برچسب و مجموعه ای از اعداد کد تشخیصی به اطلاعات توصیفی مفصل تری در مورد سابقه شخصی درمانجو تبدیل می کند. با کمک این اطلاعات توصیفی، پزشک می تواند یک طرح درمانی با اطمینان بیش تر ایجاد کند که علائم درمانجو، تجربیات خاص قبلی و پتانسیل رشد آینده را در نظر می گیرد.

اساس صورت بندی کامل موردی، درک درمانجو از دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی است که تاریخچه رشد درمانجو را نیز در نظر می گیرد. علاوه بر این، پزشکان به دنبال ترکیب صورت بندی فرهنگی، تاریخچه خانوادگی، و هر گونه پیشینه مرتبط یا اطلاعات اجتماعی مرتبط در مورد درمانجو هستند.

با شناخت بیش‌تر پدر و در مراحل اولیه درمان، دکتر توپین شروع به پر کردن جزئیات صورت بندی موردی او می‌کند. سابقه خانوادگی پدر و با تمرکز بر طلاق والدینش، و همچنین دلایل بالقوه کمال‌گرایی و اضطراب او از پیشرفت تحصیلی به صورت بندی موردی او اضافه می‌شود. او تلاش خواهد کرد تا بفهمد چرا او در محل کار احساس فشار بیش از حد می‌کند و بینشی در مورد ماهیت رابطه آشفته او با ناتالیا به دست خواهد آورد. در نهایت، او باید به اهمیت بالقوه حملات پانیک مادرش و چگونگی ارتباط تجربه پدر و از علائم اضطراب با آن‌ها نگاه کند. دکتر توپین الگوی مصرف مواد پدر و همچنین هر گونه مسائل پزشکی احتمالی را که ممکن است در مرحله ارزیابی اولیه از قلم انداخته باشد را برای کمک به تشخیص افتراقی بررسی خواهد کرد. همان‌طور که در ادامه خواهیم دید، دکتر توپین همچنین مایل است جزئیاتی را بر اساس صورت بندی فرهنگی خود از پرونده پدر و درج کند.

صورت بندی فرهنگی

تکنیکی که شامل ارزیابی پزشک از سطح هویت فرهنگی بیمار، دیدگاه فرهنگ در مورد بیماری-های روانی، روش‌هایی که فرهنگ رویدادهای خاص را تفسیر می‌کند و دسترسی درمانجویان به منابع فرهنگی است.

صورت بندی فرهنگی

تشخیص شامل در نظر گرفتن تعدادی از جنبه‌های زندگی درمانجویان، از جمله محیط اجتماعی-فرهنگی درمانجویان است. یک صورت بندی فرهنگی شامل ارزیابی پزشک از سطح شناسایی درمانجویان با فرهنگ مبدا او، باورهایی که فرهنگ در مورد اختلالات روانی دارد، روش‌هایی که افراد در فرهنگ رویدادهای خاص را تفسیر می‌کنند و دسترسی درمانجویان به حمایت‌های فرهنگی است.

ممکن است پیش‌بینی کنیم که مشتریانی که از نزدیک با فرهنگ مبدا خود آشنا می‌شوند، بیش‌تر تحت تاثیر هنجارها و ارزش‌های فرهنگی قرار می‌گیرند. یکی از نشانه‌های بارز هویت فرهنگی، سطح راحتی درمانجو و ترجیح استفاده از یک زبان خاص است. درمانجویانی که از نزدیک با دیدگاه فرهنگ در مورد دلایل رفتار شناسایی می‌شوند، ممکن است تحت تاثیر قرار گیرند. بیان علائم درمانجو ممکن است تحت تاثیر قرار گرفتن در معرض سیستم‌های فکری مختلف قرار گیرد.

حتی اگر علائم درمانجو به طور خاص نشان‌دهنده یک سندرم وابسته به فرهنگ نباشد، پزشکان باید پیشینه فرهنگی فرد را به عنوان چارچوبی برای تفسیر این علائم در نظر بگیرند. برای مثال، اعضای یک فرهنگ، معانی قابل توجهی را به رویدادهای خاص می‌دهند. همان‌طور که قبلاً گفته شد، وضعیتی که به نام آموک شناخته می‌شود ممکن است در فرهنگ‌های خاصی در پاسخ به یک

توهین رخ دهد. در برخی از فرهنگ‌های آسیایی، توهین ممکن است باعث ایجاد شرایطی شود که به نام آموک شناخته می‌شود. بدون در نظر گرفتن این پیشینه، پزشک ممکن است به خوبی نتیجه‌گیری‌های اشتباهی را انجام دهد، با این فرض که علائم منعکس‌کننده یک اختلال در درون فرد هستند در حالی که در واقع بازتاب یک سناریوی تحت تاثیر فرهنگی هستند.



علائم اختلالات روانی اغلب بر اساس پیشینه فرهنگی فرد متفاوت است.

این احتمال وجود دارد که علاقه شدید پدر به عملکرد تحصیلی‌اش تحت تاثیر مسائل فرهنگی باشد، حتی اگر او از یک خانواده متوسط و سفیدپوست باشد. شاید به این دلیل که خانواده‌اش به ارزش تحرک رو به بالا اعتقاد داشتند، او را برای رسیدن به موفقیت تحت فشار قرار دادند. آن‌ها ممکن است فشار زیادی بر او وارد کنند تا در مدرسه عملکرد خوبی داشته باشد، که باعث شد او باور کند که احساس ارزش او به عنوان یک فرد به نمرات او بستگی دارد. در بزرگسالی، رهایی از این مجموعه آرمان‌های بیش از حد سفت و سخت و کمال‌گرایانه برای او دشوار است.

پزشکان باید پیشینه فرهنگی درمانجویان را نه فقط به دلایل تشخیصی، بلکه به منظور شناسایی هرگونه حمایت فرهنگی بالقوه در نظر بگیرند. درمانجویان جوامعی با پیوندهای خانوادگی و مذهبی قوی می‌توانند برای کمک به افراد در مواجهه با شرایط دشوار زندگی، حمایت عاطفی ارائه دهند.

بنابراین، همان‌طور که می‌بینید، هنگام تلاش برای درک بیماری‌های روان‌شناختی از دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی، توجه به صورت بندی‌های فرهنگی بسیار مهم است. ادعای دیدگاه اجتماعی-فرهنگی مبنی بر این‌که تاثیرات فرهنگی بر چگونگی بروز رفتار ناهنجار تاثیر دارد، با این واقعیت پشتیبانی می‌شود که اختلالات روانی از جامعه‌ای به جامعه دیگر متفاوت است.

۴,۲ برنامه درمانی

برنامه درمانی

طرح کلی برای چگونگی
انجام درمان

تنظیم یک برنامه درمانی، که به عنوان طرحی برای چگونگی ادامه درمان عمل می کند، گام بعدی است که توسط پزشکان پس از مرحله تشخیصی انجام می شود. پزشک، چارچوب نظری، محل درمان، تکنیک و اهداف درمانی را در طرح درمان تشریح می کند. با این حال، پزشکان پس از این که متوجه شدند که استراتژی های مداخله پیشنهادی چگونه عمل می کنند، اغلب طرح درمان را مورد ارزیابی مجدد قرار می دهند.

اهداف درمان

تعیین اهداف درمانی، که می‌تواند از اهدافی که تاثیر فوری دارند تا اهداف طولانی مدت‌تر باشد، اولین مرحله در برنامه درمانی است. اهداف درمان در حالت ایده‌آل باید نیازمندی‌ها و نگرانی‌های خاص هر درمانجو و همچنین دانش پزشک از شرایط، درمان پیشنهادی و اختلال را در نظر بگیرد.

درمان مددجویان در بحران باید بر مدیریت علائم آن‌ها در اسرع وقت متمرکز شود، به خصوص اگر آن‌ها خطری برای دیگران یا خودشان داشته باشند. به عنوان مثال، پدر و پسر برای مدیریت علائم اضطراب خود به مراقبت‌های روانپزشکی نیاز دارد. درمانجو که واقعا غمگین است و در فکر خودکشی است، ممکن است نیاز به بستری شدن در بیمارستان داشته باشد. برنامه درمانی ممکن است این هدف فوری را فقط تا زمانی که پزشک به درک وسیع‌تری از وضعیت درمانجو دست یابد، شامل شود.

اهداف کوتاه مدت برای هدف قرار دادن رفتار، تفکر یا احساسات مشکل‌ساز درمانجو به منظور کاهش علائم آن‌ها تعیین می‌شود. در این مرحله، استراتژی مستلزم ایجاد یک رابطه قابل اجرا بین پزشک و بیمار و همچنین ایجاد اهداف روشن برای بهبود درمانی است. یکی دیگر از اهداف کوتاه مدت ممکن است ایجاد ثبات در درمانجویانی باشد که دارو مصرف می‌کنند، فرآیندی که در صورت ناموفق بودن دور اول درمان ممکن است چندین هفته یا بیش‌تر طول بکشد. در مورد پدر و پسر، توپین باید مطمئن شود که داروهایی که دریافت می‌کند در واقع به کاهش اضطراب او کمک می‌کنند. او همچنین باید هر گونه عوارض جانبی منفی را در ارتباط با روانپزشکی که روی پرونده کار می‌کند نظارت کند. اهداف کوتاه مدت او برای پدر و پسر همچنین شامل شروع به بررسی ماهیت اضطراب او و چگونگی کنترل علائم آن با درمان‌های روانشناختی است.

اهداف بلندمدت شامل تغییرات اساسی و فراگیرتر در رفاه روانشناختی درمانجو است. اهداف نهایی تغییر درمانی این‌ها هستند. اهداف بلند مدت برای هر درمانجو در حالت ایده‌آل باید بهبودی یا حداقل، یادگیری مدیریت علائم بیماری باشد. بسته به ماهیت بیماری درمانجو، منابع موجود و فشارهای زندگی ممکن است تکمیل این اهداف بلند مدت، مدتی طول بکشد. اهداف بلندمدت دکتر توپین با پدر و پسر این است که مصرف داروی او را قطع کند. او همچنین قصد دارد به او در درک

منشا علائم خود کمک کند تا بتواند شدت آن‌ها اگر به طور کلی آن‌ها را از بین نبرد، شدت آن‌ها را کاهش دهد.

کارکنان بالینی اغلب اهداف درمانی را به صورت متوالی اجرا می‌کنند. پزشک ابتدا به مقابله با بحران می‌پردازد، سپس به مشکلاتی می‌پردازد که در ماه‌های آینده به تلاش قابل توجهی نیاز دارد و در نهایت در آینده نزدیک مشکلات را حل می‌کند. با این حال، بسیاری از درمانجویان مراحل را طی می‌کنند. با پیشرفت دوره درمان، ممکن است مجموعه‌های جدیدی از بحران‌های فوری یا اهداف کوتاه‌مدت ظاهر شوند، یا ممکن است با پیشرفت دوره درمان، اهداف بلندمدت دوباره تعریف شود. شاید مفیدتر باشد که این سه مرحله را نه به عنوان مراحل متوالی فی نفسه، بلکه به عنوان دلالت بر سطوح مختلف تمرکز درمان در نظر بگیریم.



در این مرکز بحران، مشاوران تلفنی به صورت ۲۴ ساعته در خدمت هستند.

مکان درمانی

پزشکان وقتی توصیه می کنند که کدام مرکز درمانی به بهترین وجه نیازهای درمانجو را برآورده می کند، باید مسائل مختلفی را حل کنند. مکان های درمانی از نظر میزان ارائه یک محیط کنترل شده و ماهیت خدماتی که درمانجویان می توانند دریافت کنند، متفاوت هستند. درمانجویانی که در بحران هستند یا در خطر آسیب رساندن به خود یا دیگران هستند، باید در محیط های کنترل شده باشند. با این حال، بسیاری از ملاحظات دیگر از جمله هزینه و پوشش بیمه، نیاز به مراقبت های پزشکی اضافی، در دسترس بودن حمایت جامعه، و طول مدت پیش بینی شده درمان وجود دارد. بسته به علائم و در دسترس بودن این حمایت ها، پزشکان، درمان درمانجو را در مراکز سرپایی، مدارس یا محل کار توصیه می کنند.

بیمارستان های روانپزشکی در یک بیمارستان روانپزشکی، درمانجو، مداخلات پزشکی و اشکال فشرده روان درمانی را دریافت می کند.

این محیط ها برای درمانجویانی مناسب است که قادر به مراقبت از خود نیستند و در معرض آسیب رساندن به دیگران هستند. در برخی شرایط، پزشکان ممکن است به طور غیرارادی بیماران را بر اساس حکم قضایی در بیمارستان ها بستری کنند تا زمانی که بتوانند علائم را مدیریت کنند (ما در فصل «مسائل اخلاقی و حقوقی» به طور عمق تر به این مورد خواهیم پرداخت).

مراکز درمانی بستری تخصصی ممکن است درمانجویان نیاز به نظارت دقیق داشته باشند اما نیاز به درمان بیمارستانی نداشته باشند. مراکز درمانی تخصصی بستری هم خدمات پشتیبانی و هم نظارت شبانه روزی را برای این بیماران ارائه می دهند. امکانات درمان ترک اعتیاد بزرگسالان جزو این مکان ها هستند. پزشکان هم چنین ممکن است این مرکز درمانی را به کودکانی که به دلیل مشکلات رفتاری جدی نیاز به نظارت مداوم دارند پیشنهاد دهند.

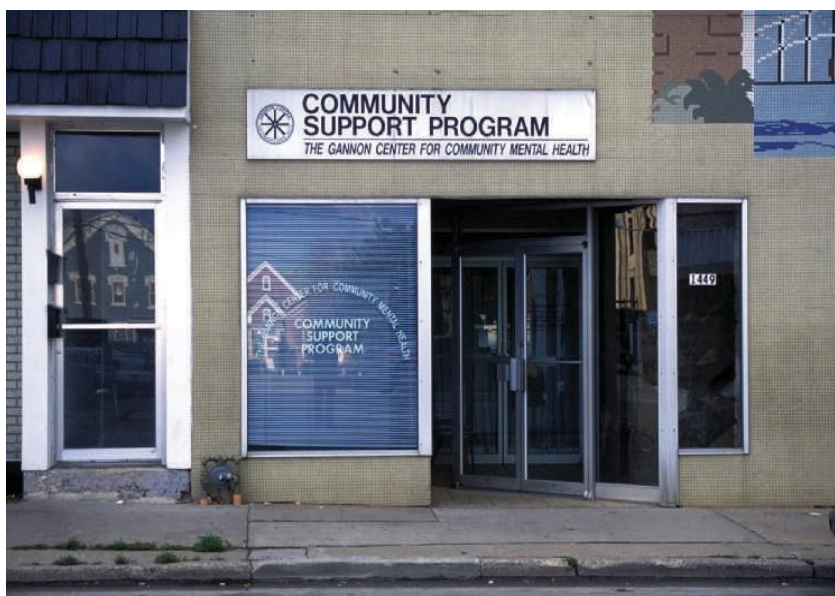
مراکز بهداشت روان اجتماعی (CMHCها)

کلینیک سرپایی که خدمات روانشناختی را برای افرادی که در یک منطقه جغرافیایی خاص زندگی می‌کنند ارائه می‌دهد.

درمان سرپایی کلینیک‌ها یا مطب‌های سرپایی پزشکان خصوصی، بیش‌ترین مکان‌ها برای درمان هستند. مراکز بهداشت روان اجتماعی (CMHCها) کلینیک‌های سرپایی هستند که به افرادی که در یک منطقه جغرافیایی خاص زندگی می‌کنند، درمان روان‌شناختی را با هزینه‌های ناچیز ارائه می‌دهند. پزشکان خصوصی جلسات انفرادی یا جمعی را ارائه می‌دهند. برخی از طرح‌های بیمه سلامت پیش‌پرداخت، هزینه‌های چنین ویزیت‌هایی را پوشش می‌دهند، چه به یک پزشک خصوصی یا یک پزشکی که در یک سازمان نگهداری سلامت (HMO) کار می‌کند. مراقبت‌های سرپایی نیز ممکن است توسط سازمان‌هایی ارائه شود که بخشی یا تمام بودجه خود را از دولت دریافت می‌کنند. پدرو برای مراقبت‌های سرپایی به دکتر توبین مراجعه می‌کند زیرا علائم او به اندازه کافی شدید نیست که نیاز به بستری شدن در بیمارستان داشته باشد.

با توجه به محدودیت‌های زمانی و ماهیت متفاوت تعامل مراجع و پزشک، بیمارانی که خدمات سرپایی دریافت می‌کنند، بر حسب ضرورت، مراقبت کم‌تری نسبت به افرادی که به بیمارستان مراجعه می‌کنند، دریافت خواهند کرد. در نتیجه، پزشکان ممکن است به بیماران خود پیشنهاد دهند که درمان‌های اضافی مانند مشاوره حرفه‌ای، خدمات در منزل، یا حمایت یک سازمان خودیاری، مانند الکلی‌های گمنام، دریافت کنند.

مراکز بازپروری و برنامه‌های درمانی روزانه مراجعین مبتلا به اختلالات روان‌شناختی جدی که قادر به زندگی در جامعه هستند ممکن است برای رفع نیازهایشان به امکانات اضافی خاصی نیاز داشته باشند. این امکانات ممکن است با یک بیمارستان، یک سازمان دولتی یا یک شرکت خصوصی مرتبط باشد.



مراکز درمانی اجتماعی، مراقبت‌های بسیار مورد نیاز را به افراد مبتلا به طیف گسترده‌ای از اختلالات روانی ارائه می‌دهند.

© جیمز شفر/عکس ویرایش

برنامه درمانی روزانه

یک برنامه ساختاریافته در یک مرکز درمانی اجتماعی که فعالیت‌هایی مشابه آن-چه در بیمارستان روانپزشکی ارائه می‌شود را ارائه می‌دهد.

مراکز بازپروری برای درمانجویانی طراحی شده است که از مراکز روانپزشکی مرخص شده‌اند اما هنوز برای زندگی مستقل آماده نیستند. یک مرکز بازپروری زمینه زندگی با سایر افرادی که در بیمارستان بستری نشده‌اند را فراهم می‌کند و کارکنان آن به درمانجویان در کسب مهارت‌های مورد نیاز برای یافتن شغل و ایجاد ترتیبات زندگی مستقل کمک می‌کنند. برنامه‌های درمانی روزانه برای مراجعانی که قبلاً در بیمارستان بستری شده‌اند، و همچنین برای درمانجویانی که نیازی به بستری شدن ندارند، اما به برنامه‌ای ساختاریافته در طول روز، مشابه آن‌چه که یک بیمارستان ارائه می‌دهد، نیاز دارند، طراحی شده‌اند.



مشاوران راهنما اغلب اولین متخصصانی هستند که دانش‌آموزان مشکل‌دار برای این‌که به طور حرفه‌ای مشکلشان حل شود به آن‌ها مراجعه می‌کنند.

سایر مکان‌های درمانی پزشکان ممکن است توصیه کنند که درمانجویانشان در مکان‌هایی که کار می‌کنند یا به مدرسه می‌روند، درمان شوند. روانشناسان مدرسه برای کمک به کودکان و نوجوانانی که نیاز به ارزیابی یا مداخلات رفتاری اضافی دارند، آماده هستند. در محل کار، برنامه‌های کمک به کارکنان (EAPها) یک محیط محرمانه را برای کارکنان فراهم می‌کند که در آن‌ها می‌توانند از کمک‌های فردی در قالب مشاوره، کمک در مورد سوء مصرف مواد و درمان خانوادگی استفاده کنند. این منابع ممکن است برای پزشکانی که مایلند منابع زیادی را در درازمدت به مشتریان خود ارائه دهند، مهم باشد.

شیوه درمانی

فرمی که در آن پزشک، روان درمانی را ارائه می‌دهد.

شیوه درمانی

شیوه درمانی که پزشک در آن روان درمانی را ارائه می‌دهد، یکی دیگر از اجزای حیاتی برنامه درمانی است. پزشکان بسته به ماهیت علائم درمانجو و این‌که آیا افراد دیگری در زندگی درمانجو باید درگیر شوند یا خیر، یک یا چند روش را توصیه می‌کنند.

روان درمانی فردی

درمان روانشناختی که در آن درمانگر به صورت یک به یک با درمانجویان کار می‌کند.

خانواده درمانی

درمان روانشناختی که در آن درمانگر با چند یا همه اعضای خانواده کار می‌کند.

گروه درمانی

درمان روانشناختی که در آن فضایی را فراهم می‌کند که در آن چندین درمانجو با هم در مورد مشکلاتشان صحبت می‌کنند.



محیط درمانی شامل بسیاری از درمانجویان می‌شود که در یک محیط اجتماعی شرکت می‌کنند.

محیط درمانی

یک رویکرد درمانی، که در یک مرکز روانپزشکی بستری استفاده می‌شود، که در آن تمام جنبه‌های محیط، یا محیط اطراف، اجزای درمان هستند.

درمانجویان در روان درمانی فردی درمان را به صورت یک به یک دریافت می‌کنند. در زوج درمانی، هر دو طرف در یک رابطه و در خانواده درمانی، چند یا همه اعضای خانواده درگیر درمان هستند. در خانواده درمانی، اعضای خانواده ممکن است یک فرد را به عنوان «بیمار» معرفی کنند. با این حال، درمانگر، کل سیستم خانواده را هدف درمان می‌بیند. گروه درمانی یک درمان روانشناختی است که در آن درمانگر فضایی را فراهم می‌کند که در آن چندین درمانجو با هم در مورد مشکلاتشان صحبت می‌کنند. به این ترتیب، درمانجویان این فرصت را دارند که مشکلات خود را با دیگران در میان بگذارند، بازخورد دریافت کنند، اعتماد ایجاد کنند و مهارت‌های بین فردی خود را بهبود بخشند.

یک پزشک ممکن است هر یک یا همه این روش‌ها را در هر شرایطی توصیه کند. محیط درمانی مخصوص بیمارستان‌های روانپزشکی است که بر این فرض استوار است که محیط یا محیط اطراف جزء اصلی درمان است. در حالت ایده‌آل، محیط به گونه‌ای سازماندهی شده است که به درمانجویان این امکان را می‌دهد تا واکنش‌های درمانی و سازنده‌ای را از همه کسانی که در آن‌جا زندگی و کار می‌کنند دریافت کنند. علاوه بر روان درمانی سنتی، درمانجویان در سایر اقدامات درمانی از طریق مشاوره گروهی یا همتا، کاردرمانی و سرگرمی درمانی شرکت می‌کنند.

شما قضاوت کنید

روانشناسان به عنوان تجویز کننده

در سال ۲۰۰۲، نیومکزیکو اولین ایالتی بود که امتیازات تجویز نسخه را برای روانشناسان تایید کرد. لوئیزیانا (۲۰۰۴)، و هم‌چنین ایلینویز (۲۰۱۴)، آیووا (۲۰۱۶)، و آیداهو (۲۰۱۷) در رتبه‌های بعدی قرار گرفتند. این قوانین مهم راه را برای سایر ایالت‌ها هموار می‌کند تا اقدامات مشابهی انجام دهند. با این حال، این حرکت هم‌چنان بحث‌برانگیز است. در سال ۲۰۱۰، قانونگذار اورگان لایحه‌ای (SB ۱۰۴۶) را تصویب کرد که به روانشناسان اختیار تجویز نسخه می‌داد، اما فرماندار تد کولونگوسکی در پاسخ به فشار گروه‌های مختلف لابی از جمله روانپزشکان، این لایحه را وتو کرد.

دلایل متعددی علیه اعطای امتیاز تجویز نسخه به روانشناسان وجود دارد. برخلاف روان‌پزشکان، روان‌شناسان آموزش پزشکی نمی‌بینند و بنابراین آموزش‌های پیش‌پزشکی در مقطع کارشناسی یا سال‌های تحصیل پزشکی، کارآموزی و رزیدنتی که پزشکان دریافت می‌کنند را ندارند. از نظر فلسفی، روانشناسان پژوهش محور معتقدند که ارائه امتیازات تجویز نسخه، تاکید این حرفه را از علم دور می‌کند و به نقش روانشناسان به عنوان پزشک معطوف می‌کند. آن‌ها استدلال می‌کنند که روانشناسان نباید در کار توزیع دارو باشند. استدلال دوم علیه امتیازات تجویز نسخه به نقش دارو در درمان روان‌شناختی مربوط می‌شود. از این منظر روانشناسان باید بر روان درمانی متمرکز شوند. این منتقدان استدلال می‌کنند که مزایای بلندمدت روان‌درمانی، اگر نگوئیم بیش‌تر از فواید طولانی‌مدت دارو برای اکثر اختلالات از جمله افسردگی اساسی، اختلالات اضطرابی و سایر اختلالات غیر روان‌پریشی است، قابل مقایسه است. در موارد استثنایی بیماری‌های روانی جدی، مانند اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی، روان‌شناسان می‌توانند به عنوان یک تیم با روانپزشکان همکاری کنند تا مشتریان خود را در رژیم‌های دارویی طولانی مدت نگه دارند.

روانشناسان قدرت تجویز داروها را دارند، آن‌ها می‌توانند کار بهتری نسبت به روانپزشکان که در روان درمانی از تجویز دارو استفاده می‌کنند انجام دهند. از دیدگاه درمانجویان، تداوم مراقبت مهم‌تر است، به این معنی که فرد نیازی نیست به بیش از یک پزشک بهداشت روانی مراجعه کند. روانشناسان طرفدار امتیازات تجویز نسخه نیز به این نکته اشاره می‌کنند که برای این‌که روانشناس بالینی بتواند داروهایی را با هدف اختلالات روانی تجویز کند، آموزش تخصصی لازم است. بنابراین، روان‌شناسانی که نسخه تجویز می‌کنند، پایگاه دانشی برابر با پزشکان دارند. استدلال دوم به نفع امتیازات تجویز نسخه این است که سایر متخصصان بهداشتی در سطح غیر دکترا با

این قدرت قانونی از جمله پرستاران روانپزشکی و متخصصان پرستار روانپزشکی در میان دیگران وجود دارند، اگرچه ماهیت دقیق امتیازات آنها در ایالت‌ها متفاوت است.

اداره کار انجمن روانشناسی آمریکا هم‌چنان از پذیرش بیش‌تر امتیازات تجویز نسخه در سراسر ایالات متحده دفاع می‌کند. اما همان‌طور که پرونده اورگان نشان می‌دهد، سایر ایالت‌ها احتمالاً در تصویب این قانون با مشکل مواجه خواهند شد.

سوال: شما قضاوت کنید: آیا داشتن امتیازات تجویز نسخه از جایگاه علمی روانشناسی به عنوان یک حرفه می‌کاهد؟ آیا ترجیح می‌دهید روان‌شناسی که ممکن است برای درمان به آن مراجعه کنید، بتواند داروها را نیز در درمان شما بگنجانند؟

تعیین بهترین رویکرد برای درمان

هر روش درمانی که یک پزشک توصیه می‌کند، باید بر اساس انتخاب مناسب‌ترین دیدگاه نظری یا ترکیبی از دیدگاه‌ها باشد. بسیاری از پزشکان بر اساس مجموعه‌ای از مفروضات خاص در مورد منشا اختلالات روانی و بهترین روش‌های درمان این اختلالات آموزش می‌بینند. اغلب، این جهت‌گیری نظری اساس تصمیمات درمانی پزشک را تشکیل می‌دهد. با این حال، به همان اندازه اغلب، پزشکان جهت‌گیری نظری خود را با نیازهای درمانجو تطبیق می‌دهند.

اصول تمرین مبتنی بر شواهد در روان‌شناسی

تصمیم‌گیری بالینی که بهترین شواهد تحقیقاتی موجود و تخصص بالینی را در زمینه پیشینه فرهنگی، ترجیحات و ویژگی‌های درمانجویان ادغام می‌کند.

پس از دهه‌ها بحث در مورد این که کدام درمان‌ها موثرتر هستند و برای چه کسانی، روان‌شناسان اصول تمرین مبتنی بر شواهد در روان‌شناسی را اتخاذ کردند - تصمیم‌گیری بالینی که بهترین شواهد تحقیقاتی موجود و تخصص بالینی را در زمینه‌های فرهنگی، اولویت‌ها، و ویژگی‌های درمانجویان (گروه ویژه ریاست انجمن روانشناسی آمریکا بر روی تمرین مبتنی بر شواهد، ۲۰۰۶) ادغام می‌کند. به طور فزاینده‌ای، آموزش در تمرین مبتنی بر شواهد، مبنای برنامه‌های درسی در برنامه‌های تحصیلات تکمیلی و آموزش مداوم پسا دکتري را تشکیل می‌دهد (بیرمن، وادکینز، بی‌ارین، و دکتر ف. ۲۰۱۵).

همان‌طور که در این کتاب در مورد اختلالات مختلف و موثرترین درمان‌ها می‌خوانید، به خاطر داشته باشید که پزشکان باید از یافته‌های تحقیقات مبتنی بر تجربی پیروی کنند. با این حال، روش مبتنی بر شواهد هم‌چنین به این معناست که پزشکان باید درمان‌های خود را بر اساس

یافته‌های تحقیقاتی پیشرفته‌ای که با ویژگی‌های خاص درمانجو مطابقت می‌دهند، با در نظر گرفتن پس‌زمینه، نیازها و تجربیات قبلی درمانجو، پایه‌گذاری کنند.

۵,۲ دوره درمان

روند پیشرفت درمان تابعی از تلاش‌های مشترک پزشک و درمانجو است که با هم در جهت بهبود وضعیت سلامت روانی و رفاه درمانجو کار می‌کنند. هر فردی نقشی در تعیین نتیجه پرونده دارد، همان‌طور که تعامل منحصر به فرد شخصیت، توانایی‌ها، انتظارات و پیشینه آن‌ها نیز نقش دارد.

نقش پزشک در درمان

بالا تر و فراتر از هر تکنیک درمانی که یک پزشک از آن استفاده می‌کند، کیفیت رابطه بین درمانجو و پزشک یک عامل تعیین کننده مهم در نتیجه درمان است. یک پزشک خوب کاری بیش از ارائه عینی درمان به درمانجو انجام می‌دهد. بهترین پزشکان یک علاقه عمیق شخصی، نگرانی و احترام به درمانجو را در رابطه درمانی القا می‌کنند.

دکتر توبین در هفته‌های اولیه درمان با پدرو کار خواهد کرد تا این پایه محکم را برای کار بیشتر آن‌ها با یکدیگر ایجاد کند. با ادامه درمان، او به ارزیابی اثربخشی مداخله خود ادامه خواهد داد و بر اساس آن تنظیماتی را انجام خواهد داد.

نقش درمانجو در درمان

در شرایط بهینه، روان درمانی یک شرکت مشترک است که در آن درمانجو نقش فعالی دارد. این امر تا حد زیادی به درمانجو بستگی دارد که ماهیت اختلال خود را توصیف و شناسایی کند، واکنش‌های شخصی خود را در حین پیشرفت درمان بیان کند، و تغییراتی را که در طول زمان پدیدار می‌شوند، توضیح دهد و آن‌ها را دنبال کند.

در طول درمان، نگرش درمانجویان نسبت به درمان و درمانگر بخش مهمی از کمکی است که درمانجویان به رابطه درمانی می‌کنند. کمکی که درمانجو درخواست می‌کند کیفیت خاصی دارد. این امر مستلزم افشای مطالب بالقوه دردناک، شرم‌آور و شخصی است که درمانجو عادت به به اشتراک گذاشتن آن‌ها با یک متخصص ندارد. بنابراین، برای برخی از درمانجویان، بخشی از کار در درمان یادگیری این است که در صحبت کردن در مورد علائم خود با یک درمانگر یا سایر متخصصان سلامت روان راحت‌تر باشند.

نگرش‌های اجتماعی نسبت به اختلالات روان‌شناختی بر اساس پس‌زمینه‌های فرهنگی آن‌ها نیز می‌تواند بر میزان آمادگی درمانجویان در درمان تاثیر بگذارد. درمانجو ممکن است از فرهنگی باشد که در آن اعتراف به غمگین بودن یا مضطرب بودن تابو است. خانواده درمانجو ممکن است این ایده را بیان کنند که افراد برای بهبودی نیازی به تکیه بر درمانگر ندارند. آن‌ها ممکن است فکر کنند مشکلی در آن‌ها وجود دارد زیرا به کمک نیاز دارند. اگرچه نگرش نسبت به درمان در فرهنگ کنونی غربی پذیرفته‌تر می‌شود، اما هنوز درجه‌ای از شرم یا شرم احتمالی وجود دارد که درمانجویان باید با آن مقابله کنند. برای کسی که قبلاً با مشکلات شدید زندگی مشکل دارد، اضطراب اضافی ناشی از نگرانی در مورد این که چه معنی دارد که به سراغ روان درمانی برود می‌تواند بازدارنده باشد.

با وجود نیروهای بالقوه بسیاری که فرد را از رفتن به دنبال درمان دور می‌کند، گاهی اوقات برداشتن گام اولیه سخت‌ترین است. بنابراین، رابطه درمانی مستلزم آن است که درمانجو مایل به همکاری با پزشک باشد و برای تحمل درد و شرم ناشی از افشاگری‌های شخصی آماده باشد. علاوه بر این، این امر هم‌چنین مستلزم تمایل به شکستن الگوهای قدیمی و امتحان روش‌های جدید برای نگرستن به خود و ارتباط با دیگران است.

داستان‌های واقعی

دنیل جانستون: اختلال دوقطبی

دنیل جانستون، متولد ۲۲ ژانویه ۱۹۶۱، یک خواننده و ترانه‌سرای آمریکایی است که به دلیل استعداد منحصر به فرد موسیقایی و هم‌چنین مبارزه مادام‌العمر با اختلال دوقطبی شناخته شده است. مستند *The Devil and Daniel Johnston* (شیطان و دنیل جانستون) در سال ۲۰۰۵ داستان باورنکردنی او را از دوران کودکی در ویرجینیای غربی تا به امروز به تصویر می‌کشد. اگرچه جانستون در حرفه موسیقی خارق‌العاده بود، اما درگیری او با بیماری روانی بی‌شبهت به بسیاری از افراد دیگری که از اختلالات روانی شدیداً ناتوان‌کننده رنج می‌برند، نیست. جانستون از طریق موسیقی خود، هم شیدایی‌های سرسام آور و گاه هذیانی و هم اعماق تاریک و غیرقابل تحمل افسردگی را که در طول زندگی خود با آن روبه‌رو بوده است، بیان می‌کند.

همان طور که مادرش میبل به یاد می آورد، دنیل، کوچک ترین فرزند از بین پنج فرزند بود، «با بقیه متفاوت بود. . . من از همان ابتدا متوجه این موضوع شدم.» در دوران نوجوانی، با الهام از کتاب های کمیک، تلاش های هنری بی شماری از جمله طراحی و ساخت فیلم های مفرح درباره زندگی اش در خانه انجام داد. خلاقیت او به او کمک کرد تا توجه دوستان و همکلاسی هایش را جلب کند، اما هم چنین والدین بسیار مذهبی و سنتی او را که ترجیح می دهند وقت خود را صرف حضور در کلیسا، کار و کمک در خانه می کردند، بی نهایت ناامید کرد. جانستون برای خلق کردن در تمام زندگی او با او باقی مانده است. به قول بهترین دوست جانستون، دیوید تورنبری، «او هنر را تراوش می کند. . . او نمی تواند دست از هنر کردن بردارد.»

مانند بسیاری از افراد مبتلا به اختلالات خلقی شدید، رفتار جانستون پس از ترک خانه برای رفتن به کالج شروع به تغییر کرد. خانواده او به رفتار متفاوت جانستون نسبت به همسالانش عادت داشتند، اما در کالج، جانستون کم کم احساس سردرگمی و گیج بودن کرد. او با مراجعه به پزشک خانواده متوجه شد که افسردگی مانیک (اختلال دوقطبی) دارد. او که قادر به ادامه چالش هایی نبود که در مدرسه با آن روبه رو بود، به خانه بازگشت و در یک کالج کوچک هنر در نزدیکی اوهایو ثبت نام کرد. جانستون در مدرسه هنر با همکلاسی خود لوری آشنا شد و متعاقباً عاشق او شد. علی رغم این واقعیت که آن ها هرگز رابطه عاشقانه ای نداشتند و او بعداً با مرد دیگری ازدواج کرد، عشق نافرجام جانستون به او، به عنوان یکی از تاثیرگذارترین الهامات خلاقانه او بود و ریشه اولین قسمت افسردگی جدی او بود. در این زمان به گفته مادرش شروع به ساختن آهنگ و نواختن پیانو کرد.

جانستون در دوره های آموزشی خود در مدرسه هنر با مشکل مواجه بود، بنابراین خانواده او یک بار دیگر مدرسه او را عوض کردند. این بار آن ها او را پیش برادرش فرستادند تا با برادر بزرگترش در هیوستون زندگی کند، به این امید که بتواند شروع به ساختن یک زندگی سازنده کند. جانستون به صورت پاره وقت در یک شهر بازی محلی کار می کرد و شروع به ضبط موسیقی در گاراژ برادرش کرد. پس از این که برادرش از این که جانستون کار ثابتی پیدا نمی کرد ناامید شد، او را پیش خواهرش فرستاد تا با خواهرش، مارگی، زندگی کند. یک روز صبح، مارگی متوجه شد که جانستون شب قبل به خانه نیامده است. خانواده او ماه ها از جانستون خبری نداشتند. وقتی این کار را کردند، متوجه شدند که او به طور خودجوش یک موتورسیکلت خریده و به یک کارناوال مسافرتی پیوسته است. هنگامی که کارناوال در آستین، تگزاس به پایان رسید، جانستون در محوطه نمایشگاه مورد حمله قرار گرفت و برای امنیت به سمت یک کلیسای مجاور فرار کرد. او توانست در آستین خانه پیدا کند و شروع به توزیع آلبوم های ضبط شده خود به نوازندگان و روزنامه های محلی کرد. یکی از نوازندگان محلی که او با او آشنا شد، کتی مک

کارتی بود. این دو رابطه کوتاهی داشتند و پس از ملاقات با او، کتی به یاد می‌آورد: «بعد از یک یا دو هفته، مشخص بود که چیزی به طرز وحشتناکی برای او اشتباه است.»

در یکی از صحنه‌های «شیطان و دنیل جانستون»، او شرح مفصلی از ویژگی‌های یک فرد با شرایطش می‌خواند و می‌گوید: «این را دارید. من یک شیدایی افسرده با توهمات بزرگ هستم.» اکثر هذیان‌های او ماهیت پارانوئیدی و مذهبی داشتند که شاید نتیجه تربیت بسیار مذهبی او بود. اگرچه جانستون به خوبی از بیماری خود آگاه بود، اما در آن زمان برای مدیریت آن تلاش چندانی نمی‌کرد. در آستین، جانستون شروع به کشیدن ماری جوانا کرد و به طور منظم با ال اس دی نیز می‌کشید که باعث می‌شد بسیار عجیب و غریب و گاهی اوقات خشونت‌آمیز به نظر برسد. به طور همزمان، حرفه موسیقی او شروع به شکوفایی کرد، زیرا او به خاطر موسیقی و اجراهای زنده اغلب عجیب و غریبش شهرت پیدا کرد.

در سال ۱۹۸۶، که در کریسمس با خواهر و برادرش در کنار هم جمع شده بودند یک اتفاق هولناک رخ داد. جانستون شروع به موعظه کردن برای خانواده خود در مورد شیطان کرد و به برادرش حمله کرد و دنده او را شکست. خواهر و برادرش که از رفتار او ترسیده بودند و نمی‌دانستند چه باید بکنند، او را به ایستگاه اتوبوس در همان حوالی رساندند. بلافاصله پس از آن، پلیس جانستون را در دانشگاه آستین پیدا کرد که در وسط یک حوض آب می‌پاشد و دوباره درباره شیطان موعظه می‌کرد. در این مرحله بود که دوستان و خانواده او متوجه بیماری او شدند که به قول یکی از دوستان «او واقعا یک فرد بیمار بود.» در حالی که موسیقی او راهی برای او برای فیلتر کردن شیطانی در ذهنش بود، بیماری جانستون شروع به ویران کردن زندگی او کرده بود و اقدامات شدیدی لازم بود تا اطمینان حاصل شود که او آسیب بیش‌تری به دیگران یا خودش نمی‌رساند. پزشکان به جانستون داروی ضد روان پریشی هالدول را تجویز کردند و او تمام سال ۱۹۸۷ را در رختخواب گذراند (سالی که او آن را «سال گمشده» نامید. با وجود این که وضعیت بیماری جانستون تثبیت شده بود، در این دوره متوجه شد که قادر به نوشتن هیچ موسیقی نیست. در واقع، جانستون در طول زندگی خود و مانند بسیاری از افراد مبتلا به اختلال دوقطبی، اغلب دارو مصرف می‌کرد. او احساس می‌کرد که بهتر است زمانی که ذهنش آزاد باشد به خلق و اجرای موسیقی بپردازد و نه زمانی که به دلیل مصرف دارو حالت بی‌حسی به او دست می‌دهد.

از آنجایی که جانستون اغلب داروهای خود را مصرف نمی‌کرد، طوفانی ۵ ساله از شکست را تجربه کرد که بین شیدایی هذیانی و افسردگی بالینی چرخید و منجر به بستری شدن‌های متعدد او در بیمارستان شد که ماه‌ها به طول انجامید. زمانی که او برای اولین بار داروهای خود را قطع کرد، رفتار و خلق و خوی جانستون تا چند روز

عادی بود تا این که او یک تغییر ناگهانی و غیرمنتظره برای این امر عجیب و غریب به خود گرفت. در یک مورد خاص، جانستون قبل از نواختن در یک سالن بزرگ برای جشنواره موسیقی در آستین، تگزاس، مصرف داروهای خود را متوقف کرده بود. ظاهراً یکی از تحسین برانگیزترین اجراهای دوران حرفه‌ای او بود. با این حال، اندکی بعد، زمانی که او و پدرش سوار هواپیمای دو نفره شدند تا آن‌ها را به ویرجینیای غربی برسانند، جانستون کنترل را از پدرش گرفت و هواپیمای آن‌ها را به سمت زمین سقوط داد. خوشبختانه، پدر جانستون توانست به موقع کنترل هواپیما را به دست بگیرد و آن‌ها پس از فرود بر روی یک درخت زنده ماندند. پدر جانستون اکنون به یاد می‌آورد که در آن زمان جانستون معتقد بود که او کاسپر است (برگرفته از کارتون کودکان در مورد روح دوستانه) و تحویل گرفتن هواپیما یک عمل قهرمانانه بود.

جانستون از آن دوره تاریک زندگی خود تا حد زیادی به دلیل شبکه حمایتی خانواده و دوستانش از نظر روانی حالت پایداری داشته است. او با پدر و مادرش در والر، تگزاس زندگی می‌کند و به نوشتن موسیقی و تور در سراسر جهان ادامه می‌دهد. بسیاری او را یکی از درخشان‌ترین ترانه سرایان تاریخ ایالات متحده می‌دانند. نبرد دلخراش او با بیماری روانی نیرویی مخرب و در عین حال الهام بخش در آثارش بوده است که مرز بین خلاقیت هنری و بیماری روانی را از بین می‌برد.



۶,۲ نتیجه درمان

در بهترین دنیاهای ممکن، درمان جواب می‌دهد. درمانجو تا زمانی که درمان به پایان برسد در حال درمان است. سپس رو به بهبودی می‌رود و این سطح بهبود یافته عملکرد را حفظ می‌کند. به گفته واگنر و همکاران (۲۰۱۷)، اعتقاد بر این است که بهبودی زمانی اتفاق می‌افتد که علائم فرد دیگر بر رفتار آن‌ها تاثیری نداشته باشد و به زیر آستانه مورد نیاز برای تشخیص DSM برسد. اگرچه بهبودی وضعیت ایده‌آلی است، اما دستیابی به آن همیشه آسان نیست. یا درمانجو به اهداف طرح درمان نمی‌رسد یا مسائل پیش‌بینی نشده‌ای رخ می‌دهد.

تغییر بسیار دشوار است و بسیاری از درمانجویان آن‌قدر به زندگی با علائم خود عادت کرده‌اند که به نظر می‌رسد باید تلاش بسیار زیادی برای حل مشکل آن‌ها صورت گیرد. پزشکان به‌ویژه زمانی که با این نگرش‌های منفی مواجه می‌شوند یا زمانی که درمانجویان تمایلی برای تغییر ندارند، ناامید می‌شوند. در مواقعی، پزشکان نیز به دلیل محدودیت‌های عملی با ناامیدی مواجه می‌شوند. آن‌ها ممکن است درمانی را توصیه کنند که مطمئن باشند می‌تواند موفقیت‌آمیز باشد، اما هزینه‌های درمان آن بالا است و از بازپرداخت بیمه موجود فراتر می‌رود یا پرداخت چنین هزینه‌ای با توجه به وضعیت فعلی زندگی درمانجو امکان‌پذیر نیست. در موارد دیگر، افراد موجود در زندگی درمانجو از حمایت از درمانجو در طول درمان خودداری می‌کنند، حتی اگر نقش اصلی را ایفا کنند.

با گذشت زمان، کسانی که در زمینه سلامت روان کار می‌کنند یاد می‌گیرند که در تغییر زندگی افرادی که برای کمک به آن‌ها مراجعه می‌کنند، محدود هستند. با این حال، همان‌طور که در این کتاب خواهید آموخت، درمان موثر است و اکثر درمان‌ها منجر به بهبود قابل توجهی می‌شوند.

بازگشت به پرونده: پدر و پادیل

برای پدر از طریق روانپزشک موجود در کلینیک سلامت روان، داروهای ضد اضطراب تجویز شد. در عرض ۴ هفته، او گزارش داد که می‌تواند در طول شب بخوابد و کمتر احساس بی‌قراری می‌کند. روان‌درمانی او بر تکنیک‌های آرامش‌بخشی مانند تنفس عمیق و همچنین تکنیک‌های شناختی مانند برجسب زدن و به چالش کشیدن نگرانی‌های او و ارائه راه‌های مختلف برای مقابله با استرس به جای نگرانی بیش از حد تمرکز داشت. این درمان هم‌چنین برای پدر مفید بود تا در مورد احساساتش در مورد طلاق والدینش بحث کند و بفهمد که چگونه اضطراب او بر روابط عاشقانه‌اش تاثیر می‌گذارد.

تاملات دکتر توبین: پدر همیشه احساس «نگرانی» می‌کرد، که برای بسیاری از افراد مبتلا به GAD معمول است. با این حال، یک رویداد آسیب‌زای اخیر - طلاق والدین او - این نگرانی را بدتر کرده بود. علاوه بر این، کم‌خوابی او احتمالاً تمرکز را برای او دشوارتر می‌کرد، که برای حفظ سطوح بالای کاری که خط کار او نیاز داشت، ضروری بود. تا این لحظه، پدر شاید فکر نمی‌کرد که عصبی بودن او مشکل است زیرا او در محل کار عملکرد خوبی داشت. اضطراب او نیز ممکن است به دلیل فشار و فداکاری شدیدی که همه افرادی که در حوزه شغلی پدر کار می‌کنند با آن مواجه می‌شوند، مورد توجه قرار نگرفته باشد. اما بدیهی بود که پدر بیش از سایر افراد در موقعیت خود نگران بسیاری از چیزها بود.

هنگامی که او برای اولین بار به دنبال درمان بود، آشکار بود که ناتوانی او در مهار نگرانی خود در مورد والدین و نامزدش به طور جدی در زندگی حرفه‌ای و اجتماعی او وارد شده بود. علاوه بر این، او قبلاً مسائلی را تجربه کرده بود که ناشی از اضطراب او بود که در آن زمان از آن‌ها بی‌خبر بود. هرچه GAD برای بسیاری از افراد مدت طولانی‌تری درمان نشود، ممکن است بدتر شود. پدر خوش شانس بود که نامزدش متوجه شد که او با مشکلاتی روبه‌رو است و توانست با اضطراب شدیدش به او کمک کند. من از این‌که چگونه درمان تاکنون پیش رفته است خوشحالم و امیدوارم پدر بتواند علائم خود را با استفاده از تکنیک‌های روان‌شناختی که در حال یادگیری آن است، با توجه به توانایی‌های متعدّدش کنترل کند. پدر پتانسیل این را دارد که یک وکیل موفق باشد و با توجه به رابطه قوی او با ناتالیا، من امیدوارم که بتواند زندگی خود را با توجه به این‌که احتمال بازگشت علائمش بسیار کم است تغییر دهد.

خلاصه

- مطالعه رفتار آسیب شناسی فراتر از محدوده تحقیق دانشگاهی است. این حوزه شامل طیف گسترده‌ای از پیچیدگی‌های مربوط به افراد است که هنگام همکاری یک درمانجو و یک پزشک برای کمک به مشتری در حل نگرانی‌های روان‌شناختی ایجاد می‌شود.
- افرادی که در حوزه روانشناسی آسیب شناسی کار می‌کنند ممکن است به کسانی که از خدمات روانشناسی استفاده می‌کنند درمانجو و بیمار بگویند. ترجیح ما استفاده از اصطلاح درمانجو است که منعکس‌کننده این دیدگاه است که مداخلات بالینی یک تلاش مشترک است.
- فردی که درمان را ارائه می‌دهد، پزشک است. انواع زیادی از پزشکان وجود دارند که بر اساس آموزش و جهت‌گیری به روش‌های مختلف به کار بالینی می‌پردازند. این افراد عبارتند از روانپزشکان، روانشناسان بالینی، مددکاران اجتماعی، مشاوران، درمانگران و پرستاران. این رشته هم‌چنین شامل کسانی می‌شود که تحصیلات تکمیلی ندارند. این‌ها شامل کاردرمانگران، سردرگمی درمانی و مشاورانی است که در موسسات، سازمان‌ها، مدارس و خانه‌ها کار می‌کنند.
- پزشکان و محققان از کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش پنجم (DSM-۵) استفاده می‌کنند که حاوی توضیحاتی در مورد تمام اختلالات روانی است. در نسخه‌های اخیر، نویسندگان DSM تلاش کرده‌اند تا دارای معیار قابلیت اطمینان باشند تا پزشک بالینی بتواند به طور مداوم برای هر کسی که مجموعه خاصی از علائم را نشان می‌دهد تشخیص مناسب را بدهد. برای این‌که تشخیص‌های متعدد به طور دقیق رویدادهای بالینی متمایز و واقعی را به تصویر بکشند، محققان هم‌چنین سعی کرده‌اند روی اعتبار سیستم طبقه بندی کار کنند.
- DSM-۵ تشخیص‌ها را در ۲۲ فصل ارائه می‌کند. سیستم طبقه بندی به جای توضیحی، توصیفی است و به جای بعدی، مقوله‌ای است.
- فرآیند تشخیصی شامل استفاده از تمام اطلاعات مربوطه برای رسیدن به برچسبی است که مشخصه اختلال درمانجو است. کلید تشخیص، به دست آوردن توضیحاتی تا حد امکان واضح از علائم درمانجو است، چه علائمی که درمانجو گزارش می‌کند و چه آن‌هایی که پزشک مشاهده می‌کند. تشخیص افتراقی، رد تشخیص‌های جایگزین، گامی مهم در فرآیند تشخیصی است.
- برای به دست آوردن درک کامل از اختلال درمانجویان، پزشک صورت بندی موردی را ایجاد می‌کند: تجزیه و تحلیل رشد درمانجویان و عواملی که ممکن است بر وضعیت روانشناختی فعلی او تاثیر بگذارد.

- یک صورت بندی فرهنگی پیشینه فرهنگی درمانجویان را در تشخیص ها توضیح می دهد.
- سندرم های وابسته به فرهنگ، الگوهای رفتاری هستند که فقط در فرهنگ های خاص می یابیم.
- پزشکان معمولاً مرحله تشخیص را با تنظیم یک برنامه درمانی، یعنی طرح کلی برای چگونگی انجام درمان، دنبال می کنند. اولین گام در برنامه درمانی این است که پزشک اهداف درمانی را از اهداف فوری تا بلند مدت تعیین کند.
- محل های درمان از نظر میزان ارائه یک محیط کنترل شده و ماهیت خدماتی که درمانجویان دریافت می کنند متفاوت است. این ها شامل بیمارستان های روان پزشکی، مراکز درمانی تخصصی بستری، و درمان های سرپایی از کلینیک یا مطب سرپایی درمانگر خصوصی تا یک مرکز سلامت روان مبتنی بر جامعه است. سایر مکان های درمانی شامل مراکز بازپروری، برنامه های درمانی روزانه، مکان های کار و مدارس است.
- شیوه درمانی که بر اساس آن، فرد روان درمانی را ارائه می دهد، نیز جزء حیاتی طرح درمان است. این درمان می تواند فردی، خانوادگی، گروهی یا محیطی باشد. هر درمان یا روشی که یک پزشک توصیه می کند، باید بر اساس انتخاب مناسب ترین دیدگاه نظری یا ترکیبی از دیدگاه ها باشد.
- در شرایط بهینه، روان درمانی یک شرکت مشترک است که درمانجویان نقش فعالی در آن ایفا می کنند. در بهترین حالت ممکن، درمانجو تا زمانی که دوره درمان ادامه پیدا کند، تحت درمان قرار می گیرد و درمانجو بهبود می یابد و سطح عملکرد بهتری را حفظ می کند. اگرچه همیشه موفقیت آمیز نیست، اما درمان معمولاً موثر است و اکثر درمان ها منجر به بهبود قابل توجهی می شوند.

اصطلاحات کلیدی

محور	راهنمای تشخیصی و آماری	سیستم چند محوری
صورت بندی مورد	اختلالات روانی (DSM)	بیمار
درمانجو	تشخیص های افتراقی	تشخیص اصلی
روانشناس بالینی	تمرین مبتنی بر شواهد در	روانپزشک
پزشک بالینی	روانشناسی	روانشناس
مرکز بهداشت روان اجتماعی	خانواده درمانی	قابلیت اطمینان
(CMHC)	گروه درمانی	بهبودی
چندابتلائی، وجود همزمان دو	روان درمانی فردی	طرح درمان
بیماری	طبقه بندی بین المللی بیماری ها	اعتبار
مفاهیم فرهنگی پریشانی	(ICD)	کدهای Z
صورت بندی فرهنگی	محیط درمانی	
سندرم های وابسته به فرهنگ	شیوه درمانی	
برنامه درمانی روزانه		

ارزیابی

اهداف یادگیری

- ۱,۳ ارزیابی مفاهیم کلیدی
- ۲,۳ شرح مصاحبه‌های بالینی
- ۳,۳ شناخت معاینه وضعیت روانی
- ۴,۳ شرح تست هوش
- ۵,۳ شرح تست شخصیت
- ۶,۳ شناخت ارزیابی رفتاری
- ۷,۳ شناخت ارزیابی چند فرهنگی
- ۸,۳ شرح ارزیابی عصب روانشناختی

رئوس مطالب

- گزارش موردی: بن رابشم
ویژگی های روانشناختی
ارزیابی‌ها
مصاحبه بالینی
معاینه وضعیت روانی
آزمون هوش
آزمون هوش استانفورد بینه
مقیاس هوش وکسلر

۹,۳ شرح تصویربرداری عصبی

آزمون شخصیت

آزمون های خودسنجی

آزمون فرافکن

داستان های واقعی: لودویگ ون بتهوون:

اختلال دوقطبی

ارزیابی رفتاری

ارزیابی چند فرهنگی

ارزیابی عصب روانشناختی

آنچه در DSM-۵ وجود دارد: بخش

۳

اقدامات ارزیابی

شما قضاوت کنید: روانشناسان در

سیستم حقوقی

تصویربرداری عصبی

همه اش را بگذار کنار هم

بازگشت به پرونده: بن رابشم

خلاصه

شرایط کلیدی

فصل ۳

گزارش موردی: بن رایشم

اطلاعات دموگرافیک: مرد ۲۲ ساله مجرد دگرجنسگرا قفقازی

مشکل فعلی: پس از حادثه‌ای که در آن بن هنگام رانندگی قطار مترو به سرش ضربه‌ای وارد شد، به منظور ارزیابی حال او سرپرستش او را به برنامه کارمندیاری معرفی کرد. بن گفت که هنگام رانندگی در بالای زمین، هنگامی که او به تقاطعی نزدیک شد که مردم در حال عبور بودند، ترمزها قفل شدند. بن توانست با استفاده از ترمز اضطراری قطار را متوقف کند، اما توقف سریع باعث شد سرش به شیشه برخورد کند و برای لحظه‌ای از هوش رفت. او بلافاصله پس از خوردن ضربه به سرش نمی‌تواند به یاد بیاورد که چه اتفاقی افتاده است. پس از این حادثه، بن ۲ هفته مرخصی گرفت و ۲ هفته دیگر به محل کار خود مراجعه نکرد. وقتی رئیسش زنگ زد، بن گفت: «من نمی‌توانم از خانه خارج شوم. آن‌ها می‌آیند و من را می‌گیرند.»

سابقه مرتبط: بن سابقه درمان روانپزشکی ندارد. او اظهار داشت که هرگز افسردگی یا اضطراب را تجربه نکرده است، و به طور معمول احساس می‌کند «خوب است»، تا این‌که تغییرات اخیر در وضعیت روانیش او را بیش از پیش آزار می‌دهد. بن گزارش داد که او هرگز مواد مخدر مصرف نکرده است و فقط گاهی اوقات وقتی در یک محیط اجتماعی است مشروب می‌خورد. علاوه بر این، بن گزارش داد که پدر بزرگ مادری و عمویش هر دو مبتلا به اسکیزوفرنی بودند. در نهایت، بن گزارش داد که سابقه پزشکی قابل توجهی در گذشته یا حال نداشته است.

علائم: خلق افسرده، مشکل در به خواب رفتن (بی خوابی)، مشکل در تمرکز بر روی تکالیف دانشگاه. او گفت که احساس ناامیدی می‌کند، اما هرگونه فکر خودکشی یا آسیب رساندن به خود را انکار کرد.

صورت‌بندی موردی: از آنجایی که علائم بن پس از این حادثه ظاهر شد، بن برای آزمایش عصبی روانشناختی برای رد آسیب احتمالی تروماتیک مغزی ارجاع خواهد شد.

تشخیص: اختلال عصبی شناختی خفیف ناشی از آسیب مغزی تروماتیک همراه با اختلال رفتاری را رد می‌کند.

طرح درمان: پس از مصاحبه اولیه در برنامه کارمندیاری، بن برای ارزیابی روانشناختی بیش‌تر و مشاوره روانپزشکی به دکتر آنتوان واشینگتون، روانشناس عصبی ارجاع داده شد. آزمایشات انجام شده توسط دکتر واشینگتن در جدول ۱ آمده است.

سارا توبین، دکتر

پزشک ارجاع دهنده

۱,۳ ویژگی های ارزیابی های روانشناختی

ارزیابی روانشناختی

طیف وسیعی از تکنیک های اندازه گیری، که همگی شامل ارائه اطلاعات قابل امتیازدهی از افراد در مورد عملکرد روانیشان می شوند.

ارزیابی روانشناختی طیف وسیعی از تکنیک های اندازه گیری است که همه آنها شامل ارائه اطلاعات قابل امتیازدهی از عملکرد روانشناختی افراد است. همان طور که در مورد بن بحث می کنیم، خواهید دید که یک ارزیابی جامع برای کمک به درک ماهیت علائم و مسیرهای بالقوه برای درمان او ارزشمند است.

اگرچه اصول اساسی در همه روش های ارزیابی یکسان است، انواع مختلفی از ارزیابی ها وجود دارد که بسته به هدفی که پزشکان از آنها استفاده می کنند، متفاوت است. ارزیابی تشخیصی یک تشخیص یا حداقل یک تشخیص آزمایشی از اختلال روانی فرد را فراهم می کند. ارزیابی های پزشکی قانونی در زمینه پرونده های جنایی استفاده می شود که در آن تصمیمات قانونی بر اساس یافته های روانشناس انجام می شود. در محیط های استخدامی، ارزیابی، اطلاعاتی را ارائه می کند که کارفرما می تواند از آن برای ارزیابی این که آیا متقاضی شغل برای یک موقعیت مناسب است یا خیر، استفاده کند. ارزیابی های دیگری برای ارزیابی این که آیا یک فرد به دلیل تصادف یا بیماری دچار آسیب مغزی شده است انجام می شود. هدف دقیق ارزیابی هرچه که باشد، روانشناسی که آن را انجام می دهد باید واقع گرا، کامل و در مورد مناسب ترین ابزارها آگاه باشد.

در مورد بن، پزشک باید سهم بالقوه خود آسیب و همچنین ظاهر علائم غیرمرتبط با حادثه قطار را ارزیابی کند. دکتر توپین یک ارزیابی اولیه را ارائه کرد و در نتیجه این ارزیابی، تصمیم گرفت بن را به یک متخصص در زمینه آسیب مغزی تروماتیک ارجاع دهد.

آزمون هایی که پزشکان در فرآیند ارزیابی استفاده می کنند باید با استانداردهای بالایی از ثبات و دقت انجام شوند. برای قابل اعتماد بودن، آزمون باید بدون توجه به زمان انجام آن نتایج یکسانی داشته باشد و فرد باید به مواردی در همان زیرمقیاس آزمون به روشی منطقی و مشابه پاسخ دهد. اعتبار یک آزمون نشان دهنده میزانی است که یک آزمون همان چیزی را اندازه گیری می کند که برایش طراحی شده است. یک تست هوش باید هوش را بسنجد نه شخصیت را. قبل از استفاده از یک آزمون معین، پزشکان باید از قابلیت اطمینان و اعتبار آن آگاه باشند، اطلاعاتی که به راحتی در مقالات منتشر شده در مورد ابزار موجود است.

استاندارد بودن

یک معیار روان‌سنجی که دستورالعمل‌های آزمون را برای اجرا و امتیازدهی به وضوح مشخص می‌کند.

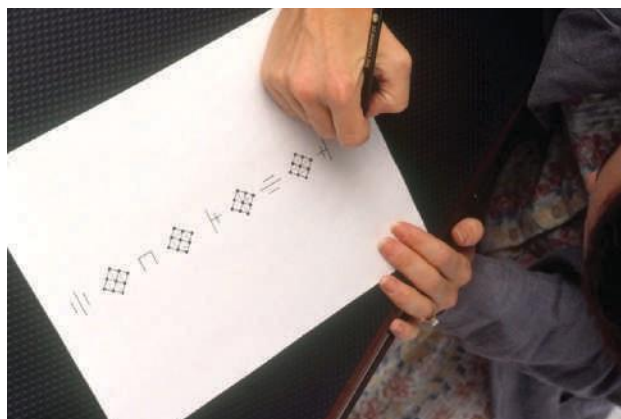
یک آزمون تنها تا حدی قابل اعتماد و معتبر خواهد بود که از فردی به فرد دیگر به طور مشابه انجام شود و امتیازدهی شود. به عبارت دیگر، باید معیار استاندارد بودن را داشته باشد، به این معنی که آزمون دستورالعمل روشنی برای اجرا و امتیازدهی داشته باشد. هر فردی که آزمون را دریافت می‌کند باید آن را به روشی مشابه دریافت کند و آزمون باید برای همه با توجه به معیارهای از پیش تعریف شده یکسان امتیازدهی شود. علاوه بر این، یک امتیاز داده شده در آزمون باید معنای روشنی داشته باشد که آن را از امتیاز دیگر متمایز کند. به طور مشابه، بدون در نظر گرفتن این که چه کسی آن امتیاز را دریافت می‌کند، همان امتیاز باید معنای یکسانی داشته باشد. سازندگان این آزمایش در حالت ایده‌آل باید پایگاه داده به اندازه کافی بزرگ داشته باشند تا پزشکان را قادر سازد تا با اطمینان چنین تصمیماتی را اتخاذ کنند.

علاوه بر اطمینان از قابلیت اطمینان و اعتبار آزمون، پزشکان باید کاربرد آن را برای آزمون‌دهندگان با زمینه‌های مختلف در نظر بگیرند. ناشران آزمون، معیارهای خود را برای استفاده افراد از طیف وسیعی از سطوح توانایی، زبان اول، زمینه‌های فرهنگی و سن طراحی می‌کنند. برای مثال، پزشکان ممکن است به تطبیق ابزارهای ارزیابی نیاز داشته باشند تا افراد مسن بتوانند از آن استفاده کنند که ممکن است به چاپ با حروف بزرگتر، زمان‌بندی بیش‌تر یا ابزار نوشتاری ویژه برای کسانی که آرتریت دارند نیاز داشته باشند (ادلشتاین، مارتین و مک کی، ۲۰۰۰). با این حال، پزشکان باید اطمینان حاصل کنند که از مناسب‌ترین ابزار برای یک درمانجوی خاص استفاده می‌کنند. استفاده از آزمون استاندارد شده برای بزرگسالان جوان بر روی یک جمعیت مسن‌تر مناسب نیست، مگر این که هم ارزی آزمون در بین گروه‌های سنی کاملاً ثابت شده باشد.

اثر بارنوم

تمایل پزشکان به بیان ناخواسته اظهارات عمومی و مبهم در مورد درمانجویان خود که مشخصه درمانجو نیست.

هنگام تفسیر نتایج آزمایش، پزشکان می‌توانند در دام رایجی به نام اثر بارنوم بیفتند. این پدیده که به نام پی تی بارنوم صاحب نام سیرک نامگذاری شده است (که ظاهراً می‌گفت: «هر دقیقه یک مکنده به دنیا می‌آید») اشاره به تمایل پزشکان به استفاده ناخواسته از زبان عمومی و مبهم برای توصیف بیماران خود که مشخصه یک بیمار نیست. درمانجو این جمله را باور می‌کند زیرا آن قدر کلی است که نمی‌توان نادرستی آن را ثابت کرد.



یک بیمار به عنوان بخشی از ارزیابی عصب روانشناختی، یک کار بینایی فضایی را تکمیل می‌کند.

نمونه‌ای از اظهارات اثر بارنوم این است: «جولیا اغلب در میان افراد دیگر خجالتی است، با این حال گاهی اوقات می‌تواند بسیار برون‌گرا باشد. وقتی با یک چالش مواجه می‌شود، اغلب می‌تواند عملکرد بسیار خوبی داشته باشد، اما گاهی اوقات عصبی و مرعوب می‌شود.» این دو جمله می‌توانند در مورد جولیا صدق کنند، اما می‌توانند برای اکثر افراد دیگر نیز صدق کنند. در نتیجه، آن‌ها به طور خاص از جولیا نام نمی‌برند. علاوه بر این، برای اکثر مردم دشوار است که با این انتقاد استدلال کنند. جولیا «می‌تواند» این طور باشد، یا «گه‌گاهی» عصبی شود. هرکسی «می‌تواند» در مقطعی از زمان یکی از این حالت‌ها را داشته باشد، و عملاً همه گاهی اوقات عصبی می‌شوند.

به احتمال زیاد هنگام خواندن طالع‌بینی یا یک فال چینی با اثر بارنوم مواجه خواهید شد. این‌ها به صورت کلی بیان می‌شوند زیرا پیام باید برای همه قابل اجرا باشد. آن‌ها نسبتاً بی‌ضرر هستند، مگر این‌که تصمیم به سرمایه‌گذاری هنگفتی داشته باشید زیرا طالع‌بینی شما به شما می‌گوید که امروز، روز شانس شماست. در یک موقعیت بالینی، مشکل این است که چنین اظهاراتی بخصوص روشن‌گر یا آشکار نیستند و به اطلاع‌رسانی فرآیند ارزیابی کمکی نمی‌کنند. اگرچه پزشکان برای اجتناب از این تله آموزش دیده‌اند، اما باور کردن یکی از این جملات «می‌تواند» در مورد یک مشتری خاص وسوسه‌انگیز باشد.

ارزیابی مبتنی بر شواهد

ارزیابی با اتکای پزشک به یافته‌های تحقیق و نظریه‌های علمی قابل دوام، (۲) استفاده از معیارهای قوی روان‌سنجی، و (۳) ارزیابی تجربی فرآیند ارزیابی مشخص می‌شود.

هنگامی که پزشکان از اصول **ارزیابی مبتنی بر شواهد** پیروی کنند، می‌توان از این نقص‌ها و سایر نقص‌ها جلوگیری کرد. ارزیابی مبتنی بر مجموعه‌ای از دانش، الزامات تمرین مبتنی بر شواهد را برآورده می‌کند، از جمله (۱) تکیه بر یافته‌های تحقیق و نظریه‌های معتبر علمی، (۲) استفاده از معیارهای قابل اعتماد روان‌سنجی، و (۳) ارزیابی تجربی فرآیند ارزیابی (هانسلی و مش، ۲۰۰۷). پزشکان ممکن است مطمئن باشند که با رعایت این قوانین از جدیدترین و مفیدترین منابع برای ارزیابی بیماران خود استفاده می‌کنند.

یک پزشک متخصص بالینی را در نظر بگیرید که هم‌چنان از روش‌های ارزیابی که ۲۰ یا ۳۰ سال پیش در دوره تحصیلات تکمیلی در مورد آن‌ها آموخته است، استفاده می‌کند و دیگر آن‌ها را به طور انتقادی ارزیابی نمی‌کند. اگرچه ممکن است هنوز هم برای اهداف کار او مناسب باشند، اما او باید مراقب روش‌های جدیدتری باشد که بر فناوری یا تحقیقات به روز تکیه دارند. طبق معیار سوم، او هم‌چنین باید روش‌های ارزیابی را برای تعیین این‌که آیا ارزیابی‌هایش به ارائه اطلاعات مفید در مورد درمانجویانش ادامه می‌دهند یا روش دیگری که اخیراً توسعه یافته است، بهتر کار می‌کند، توسعه دهد.

۲,۳ مصاحبه بالینی

مصاحبه بالینی

مجموعه‌ای از سوالاتی که پزشکان در تعامل رو در رو با درمانجو مطرح می‌کنند.

پزشکان معمولاً ارزیابی خود را با **مصاحبه بالینی**، که مجموعه‌ای از سوالاتی است که در تعامل رو در رو با درمانجو مطرح می‌کنند، آغاز می‌کنند. پاسخ به این سوالات، اطلاعات زمینه‌ای مهمی را ارائه می‌دهد، به درمانجویان اجازه می‌دهد تا علائم خود را با بیان خود توصیف کنند، و پزشکان را قادر می‌سازد تا مشاهداتی از درمانجویان خود داشته باشند تا به تصمیم‌گیری در مورد مراحل بعدی کمک کنند، که ممکن است شامل آزمایشات بیشتر باشد.

مصاحبه بدون ساختار

مجموعه‌ای از سوالات
باز با هدف تعیین دلایل
درمان، علائم، وضعیت
سلامت، سابقه
خانوادگی و سابقه
زندگی.

کم‌ترین نسخه رسمی از مصاحبه بالینی، مصاحبه بدون ساختار است که شامل یک سری سوالات باز در مورد علائم درمانجویان، وضعیت سلامت، پیشینه خانوادگی، سابقه زندگی و دلایل درخواست کمک است. پزشک علاوه بر یادآوری پاسخ به این سوالات، سطح آرامش، خلق و خوی ظاهری، نظرات بیگانه و هر رفتار دیگری را که ممکن است به پزشک در درک وضعیت روانی درمانجو کمک کند، مشاهده می‌کند. برای مثال، با توجه به حرکات بدنی، نگاه چشم و حالت چهره درمانجو، پزشک می‌تواند درک کند که آیا درمانجو احساس اضطراب، مشکلات در مشارکت و حضور در جمع، عدم تمایل به همکاری، یا نگرانی‌های غیرعادی در مورد فرآیند آزمایش دارد یا خیر. پزشک همچنین ممکن است از نشانه‌هایی از ظاهر درمانجو استفاده کند که نشانه‌های بیش‌تری از علائم درمانجو ارائه می‌دهد. فردی با ظاهر غیرمعمول ژولیده ممکن است علائم شناختی را تجربه کند که در توانایی مراقبت از بهداشت شخصی اختلال ایجاد می‌کند. سایر نشانه‌های لباس و ظاهر کلی افراد نیز ممکن است نشان دهنده نگرش‌ها، ارزش‌ها و علایق آن‌ها باشد.

جدول ۲ حوزه‌های تحت پوشش در یک مصاحبه بالینی

موضوع	هدف
سن و جنس	اطلاعات اولیه جمعیت شناختی را به دست آورید.
دلیل ارجاع	دلیل درمانجو برای درمان را از زبان خودش بشنوید.
تحصیلات و سابقه کار	وضعیت اجتماعی-اقتصادی درمانجو را به دست آورید و تعیین کنید که آیا درمانجو هنوز کار می‌کند یا خیر.
وضعیت اجتماعی کنونی	دریابید که آیا درمانجو در حال حاضر در یک رابطه است و چقدر حمایت اجتماعی به طور بالقوه در دسترس است.
تاریخچه سلامت جسمی و روانی	تعیین کنید که آیا درمانجو بیماری با ماهیت پزشکی دارد یا خیر و آیا اخیراً تغییری در سلامتی او ایجاد شده است یا خیر.
	در مورد سابقه مشکل فعلی از جمله تشخیص‌ها و درمان‌های گذشته و این‌که آیا درمان مفید بوده است یا خیر، اطلاعات کسب کنید.
مصرف مواد مخدر/ الکل و داروهای فعلی	بررسی کنید که آیا درمانجو از داروهای روانگردان (از جمله الکل و کافئین) استفاده می‌کند یا خیر. برای جلوگیری از تداخل احتمالی با داروهای روانگردان، فهرستی از نسخه‌ها را تهیه کنید.
سابقه خانوادگی	بررسی کنید که آیا خانواده درمانجو دارای اختلالات پزشکی و روانی هستند، به ویژه هر گونه اختلالی که به علائم فعلی مراجع مربوط می‌شود.
مشاهدات رفتاری	به رفتارها، از جمله رفتارهای غیرکلامی، توجه کنید که نشان می‌دهد درمانجو اضطراب دارد یا خلق و خوی تغییر یافته را تجربه می‌کند. همچنین توجه داشته باشید که آیا به نظر می‌رسد درمانجو با مشکلاتی در توجه یا انطباق مواجه است یا خیر. برای تعیین وضعیت روانی درمانجو تلاش کنید. ظاهر درمانجو را با سن اعلام شده مقایسه کنید. تعیین کنید که آیا درمانجو به زمان، مکان و شخص معطوف است یا خیر. هر گونه رفتار حرکتی غیرعادی را مشاهده کنید.

مصاحبه بالینی معمولی حوزه‌های مشخص شده در جدول ۲ را پوشش می‌دهد. از آن جایی که مصاحبه بالینی آزادی بیش‌تری را نسبت به آزمونی با سوالات از پیش تعیین شده و دسته‌های پاسخ می‌دهد، پزشک می‌تواند ترتیب سوالات و عبارت دقیقی را که برای به دست آوردن این اطلاعات استفاده می‌کند تغییر دهد. هدف اصلی این است که پزشک اطلاعات را به دست آورد، حتی اگر سوالات مورد استفاده برای جمع آوری آن از درمانجو به درمانجویی دیگر کمی متفاوت باشد.

مصاحبه بالینی ممکن است ۳۰ تا ۴۵ دقیقه طول بکشد. از آن جایی که درمانجو اطلاعات بسیار شخصی را ارائه می‌دهد، پزشک با پرسش‌هایی که محترمانه و در عین حال واقعی هستند، سعی می‌کند با درمانجو در مورد جزئیات زندگی او بحث کند. برخلاف یک مکالمه معمولی، هدف مصاحبه بالینی به دست آوردن مطالبی است که در ارزیابی و درمان استفاده می‌شود. در این زمینه برای پزشک مهم است که پرسش را بر درمانجو متمرکز کند تا بر اشتراک گذاری اطلاعات متقابل. به عنوان مثال، در مورد بن، مصاحبه بالینی به دکتر توبین جزئیات مهمی در مورد گذشته او، از جمله سوابق تحصیلی، تجربه حرفه‌ای و روابط عاشقانه او داد. او مشخص کرد که بن قبل از حادثه از تعامل با مردم لذت می‌برد، بنابراین انزوای فعلی او انحراف از الگوی رفتار اجتماعی قبلی‌اش است. اصلاح نمی‌کرد و لباس‌هایش چروکیده بود و ظاهر او کمی ژولیده بود. بدون دانستن این‌که بن قبل از حادثه چگونه بوده است دشوار است بدانیم دقیقاً این ظاهر و رفتار او چه معنایی می‌تواند داشته باشد، بنابراین دکتر توبین ممکن است این ویژگی‌ها را بدون تعیین معنای آن‌ها یادداشت کند.

پس از مصاحبه دکتر توبین با بن، دکتر واشنگتن مصاحبه بالینی دقیق‌تر خود را با بن انجام داد. پس از این‌که از بن، سوالات بیش‌تری در مورد علائمش شد، اظهار داشت که در تمرکز مشکل دارد و یکی از علائم اصلی او داشتن «افکار بسیار عجیب» است که برای او کاملاً آزاردهنده بوده است. وی به طور خاص اظهار داشت که از ترک آپارتمان خود بسیار می‌ترسد زیرا معتقد است پلیس او را به عنوان مجازات «کاری که انجام داده» دستگیر و بازداشت خواهد کرد. اگرچه هیچ تلفات جانی نداشت، اما بن نگران است که دیگران او را به خاطر کشتن مسافران مقصر بدانند و

اگر به سر کار برگردد مسافران به او روی می آورند و در نتیجه او را دستگیر می-کنند. او می گوید که ساعاتی از روز را به نگرانی درباره عواقب حادثه می گذراند و گاهی صداهایی را می شنود که او را متهم می کنند که او را به خاطر آزار دادن مردم سرزنش می کنند و به او می گویند که او یک «هیولا» است. او گزارش داد که در ۴ هفته گذشته فقط چند بار این صداها را شنیده است.

اگرچه بن گزارش می دهد که به خاطر مشکلات روانی اخیر خود احساس ناراحتی می کند، اما اظهار داشت که هیچ وقت به این که به خود آسیب برساند یا خودکشی فکر نکرده است. وی همچنین اظهار داشت که پس از این حادثه نتوانسته است یک شب به طور کامل بخوابد. گاهی اوقات او نمی تواند بخوابد، و زمانی که خوابش می برد، کابوس های مکرر در مورد حادثه او را بیدار می کند، و او احساس می کند کسانی که معتقد است او آن ها را کشته است، او را «آزار می دهند».

بن گفت که علی رغم نگرانی در مورد آن چه اخیرا از سر گذرانده است، از ترس این که «دیوانه» به نظر برسد، خجالت می کشید که به کسی اطلاع دهد. افراد زندگی او از شدت مسائل روانپزشکی او بی خبر بودند، زیرا او در این مدت با دوستان و خانواده وقت نگذرانده بود یا سر کار نرفته بود. پس از این حادثه، بن برای دو هفته اول مرخصی گرفت و متعاقبا هر روز مرخصی می گرفت. هنگامی که پیشنهاد آزمایش روانشناختی مطرح شد، بن گفت که امیدوار بود این آزمایش بتواند ماهیت علائم ناراحت کننده او را آشکار کند.

همان‌طور که در مورد بن می‌بینید، مصاحبه بالینی به دلیل اطلاعاتی که در مورد علائم فعلی، سابقه و در دسترس بودن حمایت اجتماعی درمانجو ارائه می‌دهد، به یک مرحله کلیدی در فرآیند تشخیص تبدیل می‌شود. علاوه بر این، این مزیت را برای دکتر واشنگتن داشت که به او اجازه داد تا با بن ارتباط برقرار کند که با پیشرفت ارزیابی ضروری است.

مصاحبه ساختاریافته

مجموعه‌ای استاندارد از سوالات ارزیابی، با جمله‌بندی و ترتیب از پیش تعیین شده.

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات DSM-۵- CV (SCID-۵-CV)

یک مصاحبه بالینی ساختاریافته برای ارزیابی علائم DSM-۵ ایجاد شد

برخلاف مصاحبه بالینی، **مصاحبه ساختاریافته** شامل مجموعه‌ای از سوالات ارزیابی با جمله‌بندی و ترتیب از پیش تعیین شده است. یک مصاحبه ساختاریافته می‌تواند تشخیصی را ارائه کند که بر اساس آن درمان بیش‌تر شود یا علائم درمانجو را در یک اختلال DSM طبقه‌بندی کند. یک مصاحبه بالینی که به طور خاص برای ارزیابی علائم DSM-۵ طراحی شده است، **مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات DSM-۵-CV (SCID-۵-CV)** است. ساختار SCID-۵-CV به این صورت است که پزشک را در هر مرحله از مسیر از طریق فرآیند تشخیصی DSM-۵ راهنمایی می‌کند. پزشک سوالات مصاحبه ارائه شده را به همراه هر معیار DSM-۵ مربوطه می‌خواند. این امکان را برای پزشک فراهم می‌کند که وجود یا عدم وجود هر علائمی را در درمانجو ارزیابی کند. انعطاف‌پذیری در SCID-۵-CV وجود دارد، زیرا پزشک می‌تواند سوالات مربوط به علائم خاصی را که درمانجویان می‌گویند در حال تجربه آن هستند، پیگیری کند. به عنوان مثال، اگر درمانجو بیان کند که علائم اضطراب دارد، مصاحبه‌کننده سؤالاتی در مورد این علائم را دنبال می‌کند، اما در غیر این صورت «از کنارش رد می‌شود» یا به حوزه بعدی مصاحبه می‌رود. همان‌طور که نویسندگان خاطرنشان می‌کنند، اگر فرد اصلاً چنین علائمی را تجربه نکرده باشد، پرسیدن سوالات در مورد یک حوزه منطقی نخواهد بود (شانکمن و همکاران، ۲۰۱۷). SCID-۵-CV بسته به پیچیدگی علائم درمانجو، ۴۵ تا ۹۰ دقیقه طول می‌کشد تا تجویز شود.

مزیت این نوع مصاحبه، یک رویکرد سیستماتیک است که کم‌تر از یک مصاحبه بدون ساختار در معرض تغییرات بین پزشکان است. علاوه بر این، نه تنها متخصصان بهداشت روان دارای مجوز، بلکه هر کسی که آموزش مناسبی در این ابزار داشته باشد، می‌تواند SCID-۵-CV را اجرا کند، همان‌طور که برای مصاحبه‌هایی که نیاز به قضاوت بالینی بیش‌تری دارند صادق است. این امر از این جهت ارزش عملی دارد که مراجعان می‌توانند قبل از شروع دوره درمانی، غربالگری اولیه را دریافت کنند. علاوه بر این، نسخه‌های دیگری از SCID-۵-CV وجود دارد که می‌تواند برای

اهداف تحقیقاتی یا ارزیابی اختلالات خاص مانند اختلالات شخصیت مورد استفاده قرار گیرد. در دسترس بودن این نسخه‌های جایگزین به این معنی است که محققانی که از نسخه SCID-۵ طراحی شده برای هدف خود استفاده می‌کنند، شانس بیشتری برای انتشار نتایجی دارند که در نمونه‌های خاص منتقل می‌شوند، زیرا همه آن‌ها با یک ابزار ارزیابی شده‌اند.

۳,۳ بررسی وضعیت ذهنی

یک پزشک از **معاینه وضعیت روانی** برای ارزیابی وضعیت فعلی ذهن درمانجو استفاده می‌کند. معاینه وضعیت روانی روشی برای ارزیابی عینی رفتار و عملکرد درمانجویان در تعدادی از حوزه‌ها با توجه ویژه به علائم مرتبط با اختلال روانی است. در انجام معاینه وضعیت روانی، پزشک تعدادی از ویژگی‌های درمانجویان را از جمله ظاهر، نگرش، رفتار، خلق و خو و عاطفه، گفتار، فرآیندهای فکری، محتوای فکر، ادراک، شناخت، بینش و قضاوت ارزیابی می‌کند. نتیجه معاینه وضعیت روانی توصیفی جامع از نحوه ظاهر، فکر، احساس و رفتار درمانجویان است.

آزمون کوتاه وضعیت ذهنی (MMSE) ابزاری ساختار یافته است که پزشکان از آن به عنوان یک دستگاه غربالگری مختصر برای ارزیابی اختلالات عصبی-شناختی استفاده می‌کنند. پزشک مجموعه‌ای از وظایف حافظه کوتاه مدت را اجرا می‌کند و امتیازات درمانجویان را با هنجارهای تعیین شده مقایسه می‌کند. اگر امتیاز درمانجو کمتر از حد معینی باشد، پزشک به انجام آزمایشاتی ادامه می‌دهد که می‌تواند ماهیت و علت بالقوه این امتیاز پایین را با دقت بیشتری ارزیابی کند.

در مورد بن، دکتر واشنگتن خاطرنشان کرد که بن در زمان مصاحبه وضعیت ذهنی تغییر یافته‌ای را تجربه نمی‌کرد. او به موقع رسید و هوشیار بود و از اطراف خود کاملاً آگاه بود. گفتار او از نظر لحن، ریتم، حجم و سرعت، عادی بود. به عبارت دیگر، او بدون هیچ گونه ناتوانی ظاهری برای مکالمه با دکتر واشنگتن صحبت کرد. بن همچنین هیچ نقصی در توانایی خود در درک دکتر واشنگتن نشان نداد، و او قادر به درک دستورالعمل‌های هر یک از آزمایش‌هایی بود که برای تکمیل آن‌ها رفت. حالت عاطفی او مناسب بود، به این معنی که حالت عاطفی ظاهری او با آنچه در این موقعیت انتظار می‌رفت مطابقت داشت، اگرچه او در هنگام اجرای آزمون‌هایی که برایش دشوار بود ناامید شد و چند شوخی خودسرانه انجام داد. با این حال، به طور کلی، در طول آزمون، او با ممتحن

معاینه وضعیت روانی

روشی برای ارزیابی عینی رفتار و عملکرد درمانجویان در تعدادی از حوزه‌ها، با توجه خاص به علائم مرتبط با اختلال روانی.

آزمون کوتاه وضعیت ذهنی (MMSE)

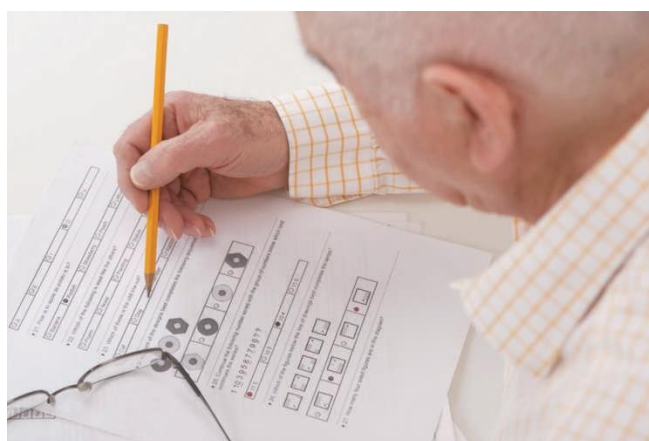
ابزاری ساختاریافته که پزشکان از آن به عنوان یک دستگاه غربالگری مختصر برای ارزیابی اختلالات عصبی-شناختی استفاده می‌کنند.

همکاری می‌کرد و با انگیزه و علاقه‌مند، آزمون‌ها را انجام می‌داد. سپس دکتر واشنگتن مستقیماً به مرحله بعدی آزمایش رفت.

۴,۳ آزمون هوش

آزمون‌های هوش برای انجام کارکردهای مختلفی از جمله ارزیابی شناختی کلی، تشخیص ناتوانی‌های یادگیری، تعیین استعداد یا ناتوانی ذهنی و پیش‌بینی پیشرفت تحصیلی آینده در نظر گرفته شده‌اند. پزشکان ممکن است از آزمون‌های هوش در تشخیص اختلالات عصبی و روان‌پزشکی به عنوان جزئی از یک روش ارزیابی جامع‌تر استفاده کنند. بخش‌های منابع انسانی اغلب از آزمون‌های هوش در انتخاب پرسنل برای ارزیابی پتانسیل کارمندان برای انجام کار در شرایط خاص استفاده می‌کنند. البته، آزمون‌های هوش در محیط‌های آموزشی نیز برگزار می‌شود، به‌ویژه زمانی که باید تصمیم‌گیری در مورد کلاس یا قرار گرفتن در کلاس درس گرفته شود.

برای پزشکان، آزمون هوش این امکان را فراهم می‌کند که امتیازات استاندارد شده‌ای را به دست آورند که به آن‌ها اجازه می‌دهد تا نقاط قوت و ضعف شناختی درمانجویان خود را ارزیابی کنند نه این‌که صرفاً امتیازی را تعیین کنند. متداول‌ترین آزمون‌های هوش مورد استفاده در محیط‌های بالینی به‌صورت یک به یک انجام می‌شوند و دید جامعی از توانایی‌های مراجع برای انجام طیفی از وظایف ادراکی، حافظه، استدلال و زمان‌بندی شده ارائه می‌دهند.



آزمون هوش استانفورد بینه

امتیاز هوش انحرافی (IQ)

شاخصی از هوش که از مقایسه امتیاز فرد در آزمون هوش با میانگین امتیاز برای گروه مرجع آن فرد به دست می‌آید.

استانفورد بینه که اولین بار در اوایل دهه ۱۹۰۰ توسط آلفرد بینه توسعه یافت، اکنون در پنجمین ویرایش خود است که با نام استانفورد-بینه ۵ (SB^۵) شناخته می‌شود. کودکانی که در این آزمون شرکت می‌کنند، امتیاز هوش انحرافی (IQ) را دریافت می‌کنند که با تبدیل امتیازات خام آن‌ها به امتیاز استاندارد شده محاسبه می‌شود که نشان‌دهنده موقعیت کودک در رابطه با سایرین با سن و جنس مشابه است. میانگین امتیاز ضریب هوشی انحرافی ۱۰۰ با انحراف استاندارد ۱۵ تعیین می‌شود. اگر امتیاز IQ SB^۵ یک کودک، ۱۱۵ باشد، این بدان معناست که کودک در ضریب هوشی ۸۴ درصد یا بالاتر از آن قرار دارد.

SB^۵ علاوه بر به دست آوردن یک نمره IQ کلی، امتیازاتی را در مقیاس‌های با عنوان استدلال سیال، دانش، استدلال کمی، استدلال دیداری فضایی، و حافظه کاری به دست می‌آورد (جدول ۳). این مقیاس‌ها برای درک بیش‌تر نقاط قوت و ضعف شناختی کودک در نظر گرفته شده‌اند که لزوماً در امتیاز IQ کلی بیان نمی‌شوند.

مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر (WAIS)

اولین آزمون جامع فردی که محققان به طور خاص برای اندازه‌گیری هوش بزرگسالان طراحی کردند، مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر (WAIS) بود. WAIS که ابتدا به عنوان آزمون Wechsler-Bellevue توسط دیوید وکسلر در سال ۱۹۳۹ توسعه یافت، اولین بار در سال ۱۹۵۵ منتشر شد، اکنون در ویرایش چهارم خود (WAIS-IV) است (وکسلر، ۲۰۰۸). محققان متعاقباً آزمون‌های موازی را برای کودکان بر اساس همان فرمت مقیاس بزرگسالان ایجاد کردند. مواردی که در حال حاضر مورد استفاده قرار می‌گیرند عبارتند از مقیاس هوش وکسلر برای کودکان - ویرایش چهارم (WISC-IV) (وکسلر، ۲۰۰۳) و مقیاس هوش وکسلر پیش دبستانی و ابتدایی - ویرایش سوم (WPPSI-III) (وکسلر، ۲۰۰۲).

مقیاس هوش وکسلر

اولین آزمون جامع فردی که محققان به طور خاص برای اندازه‌گیری هوش بزرگسالان طراحی کردند، مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر (WAIS) بود. WAIS که ابتدا به عنوان آزمون Wechsler-Bellevue توسط دیوید وکسلر در سال ۱۹۳۹ توسعه یافت، اولین بار در سال ۱۹۵۵ منتشر شد، اکنون در ویرایش چهارم خود (WAIS-IV) است (وکسلر، ۲۰۰۸). محققان متعاقباً آزمون‌های موازی را برای کودکان بر اساس همان فرمت مقیاس بزرگسالان ایجاد کردند. مواردی که در حال حاضر مورد استفاده قرار می‌گیرند عبارتند از مقیاس هوش وکسلر برای کودکان - ویرایش چهارم (WISC-IV) (وکسلر، ۲۰۰۳) و مقیاس هوش وکسلر پیش دبستانی و ابتدایی - ویرایش سوم (WPPSI-III) (وکسلر، ۲۰۰۲).

وکسلر در ابتدا به دنبال ایجاد ابزاری برای استفاده در محیط‌های بالینی بود که بتواند کمکی برای تشخیص آسیب‌شناسی روانی باشد. او همچنین معتقد بود که گنجاندن آزمون‌هایی با استفاده از

کلمات و آزمون‌هایی که بر تصاویر یا اعمال تکیه دارند، مهم است. او در ابتدا این دو دسته را «کلامی» و «عملکردی» نامید. برای سال‌ها، پزشکان امتیازات WAIS را بر حسب این دو دسته از آزمون‌های فرعی گزارش می‌کردند. با این حال، با گذشت زمان به طور فزاینده‌ای آشکار شد که این دو امتیاز طبقه بندی شده به اندازه کافی پیچیدگی کامل عملکرد فکری را نشان نمی‌دهند. بنابراین، WAIS-IV در سال ۲۰۰۸ منتشر شد تا جایگزین WAIS-III شود، آزمایش‌های جدیدی اضافه کرد و یک سیستم امتیازدهی کاملاً اصلاح شده ارائه کرد.

جدول ۳ انواع توانایی‌های ارزیابی شده توسط استانفورد-بینه ۵ (SB^۵)

مقیاس	تعریف	مثال
استدلال سیال	توانایی حل مسائل جدید	تراشه‌های تصویر را به گروه‌های سه تایی مرتب کنید
دانش	صندوق انباشته اطلاعات عمومی	نحوه انجام یک عمل معین را نشان دهید
استدلال کمی	توانایی حل مسائل با اعداد یا مفاهیم عددی	مجموعه‌ای از موارد را بشمارید
استدلال دیداری فضایی	توانایی تحلیل روابط مکانی و مفاهیم هندسی	فرم‌های پازل مانند را جمع‌آوری کنید
حافظه کاری	توانایی ذخیره، تبدیل و بازیابی اطلاعات در حافظه کوتاه مدت	دنباله‌ای از ضربه‌ها را به خاطر بیاورید

منبع: Roid, G. H., & Barram, R. A. (۲۰۰۴). ضروریات ارزیابی مقیاس هوش استانفورد-بینه (SB^۵).

هوبوکن، نیوجرسی: وایلی.

جدول ۴ امتیازات مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر-IV (WAIS-IV)

مقیاس	آزمون‌ها	نوع آیتم
درک کلامی	واژگان اطلاعات درک مطلب شباهت‌ها	کلمه بشکه را تعریف کنید. در یک ساعت چند دقیقه وجود دارد؟ چرا گیاهان به آب نیاز دارند؟ یک فیل و یک گربه چگونه شبیه هم هستند؟
استدلال ادراکی	استدلال ماتریسی پازل‌های بصری طراحی بلوک تکمیل تصویر	انتخاب کنید که کدام الگو به طور منطقی پس از مجموعه‌ای از الگوها دنبال می‌شود. مشخص کنید که کدام تصاویر از اشکال با هم در طراحی یک پازل قرار می‌گیرند. مجموعه‌ای از بلوک‌ها را طوری بچینید که طرحی را بازتولید کنند. آنچه را که در تصویر یک شی مشترک وجود ندارد، بیان کنید.
حافظه کاری	فراخوانی ارقام به جلو فراخوانی ارقام به عقب ترتیب حروف-اعداد	یک سری ارقام را به ترتیب رو به جلو به یاد بیاورید. یک سری ارقام را به ترتیب عقب به خاطر بیاورید. مجموعه‌ای از ارقام را از کوچک‌ترین به بزرگ‌ترین به یاد بیاورید. مجموعه‌ای از حروف و اعداد ترکیبی را از بزرگ تا کوچک به یاد بیاورید.
سرعت پردازش	رمزگذاری جستجوی نمادها	اعدادی که با نمادها مطابقت دارند را در کادرهای مناسب کپی کنید.

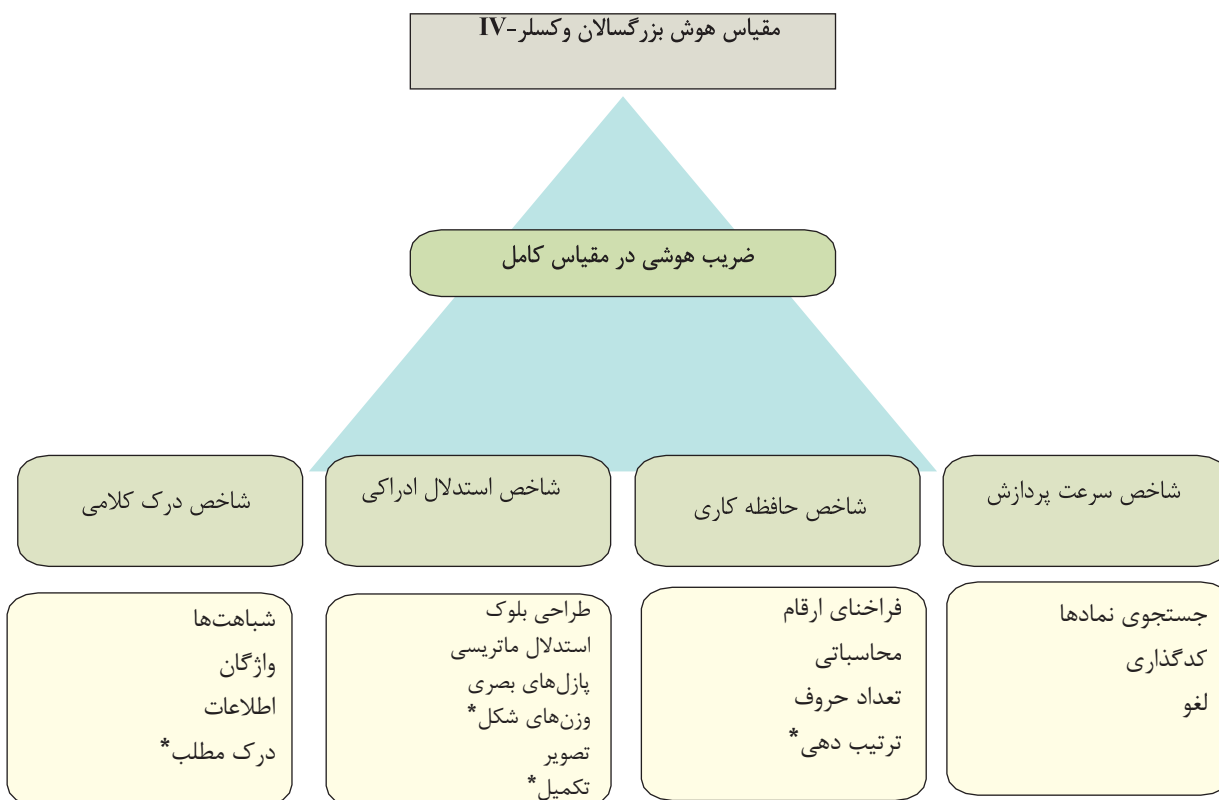
محققان به بررسی جدیدترین نسخه WAIS برای تعیین اعتبار آن و همچنین توانایی آن در ارائه امتیازات دقیق آزمون هوش در طیف وسیعی از کشورها، سنین و تشخیص‌های آزمون‌دهندگان پرداخته‌اند.

WAIS-IV، مانند مدل‌های قبلی خود و SB^۵، می‌تواند یک امتیاز هوش کلی بر اساس میانگین سنی ۱۰۰ و انحراف استاندارد ۱۵ ایجاد کند. شاخص‌های مقیاس‌های درک کلامی، استدلال ادراکی، حافظه کاری و سرعت پردازش (جدول ۴). امتیازات چهار مقیاس شاخص به پزشکان اجازه می‌دهد تا عملکرد شناختی درمانجویان را در این ابعاد کلیدی به طور عمیق بررسی کنند.

یک راه مفید برای فکر کردن به امتیازات WAIS-IV بر حسب مثلث است (شکل ۱). در بالا، ضریب هوشی مقیاس کامل (FSIQ) قرار دارد که عملکرد شناختی کلی را منعکس می‌کند و همان‌طور که قبلاً ذکر شد، کم‌ترین میزان ویژگی را ارائه می‌دهد. در زیر امتیاز FSIQ در بالای هرم، چهار امتیاز شاخص وجود دارد. شاخص درک کلامی (VCI) دانش کسب شده و مهارت‌های استدلال کلامی را ارزیابی می‌کند. شاخص استدلال ادراکی (PRI) استدلال دیداری فضایی و سیال را اندازه‌گیری می‌کند. شاخص حافظه کاری (WMI) ظرفیت نگهداری و پردازش اطلاعات در حافظه را اندازه‌گیری می‌کند. شاخص سرعت پردازش (PSI) توانایی پردازش سریع اطلاعات غیرکلامی را می‌سنجد. فراتر از تفسیر امتیازات شاخص، پزشکان فرضیه‌هایی را در مورد عملکرد افراد بر اساس تفسیر خوشه‌های بالینی ارائه می‌کنند که از ترکیب‌های مختلفی از امتیازات شاخص فردی تشکیل شده است.

از آنجایی که WAIS-IV به صورت فردی ارائه می‌شود، پزشکان فرصت‌های زیادی برای مشاهده رفتار آزمون‌دهنده در طول آزمایش دارند و احتمالاً اطلاعات تشخیصی ارزشمندی برای تکمیل امتیازات آزمون به دست می‌آورند. در واقع، دستورالعمل‌های امتیازدهی WAIS-IV شامل پیشنهادهایی برای ممتحن است که مشاهدات رفتاری مانند تسلط به زبان مادری فرد، ظاهر فیزیکی؛ مشکلات بینایی، شنوایی یا رفتار حرکتی؛ مشکلات توجه و تمرکز؛ انگیزه برای آزمایش؛ و هرگونه رفتار غیرعادی که آزمون‌دهنده نشان می‌دهد را شامل شود.

جدول ۵ عملکرد بن را در WAIS-IV نشان می‌دهد. FSIQ بن ۱۱۵ بود که نشان می‌دهد او دارای سطح عملکرد بالاتر از متوسط (بالاتر از ۸۴ درصد جمعیت) است. با این حال، اگر به کل الگوی امتیازات او نگاه کنید، متوجه خواهید شد که بن تنوع بالایی در بین امتیازات شاخصی که FSIQ را تشکیل می‌دهند، نشان می‌دهد. این نوع تنوع طیف وسیعی از توانایی‌های شناختی بن را نشان می‌دهد. پزشک متوجه شد که امتیاز خوشه‌ای سرعت پردازش بن پایین است (پایین‌تر از ۴۰ درصد جمعیت)، و این نشان می‌دهد که بن با درک الگوهای بصری و محرک‌ها، به‌ویژه زمانی که سرعت، یک عامل باشد، دست و پنجه نرم می‌کند. با توجه به شغلش، او باید در آزمون خوب عمل می‌کرد، بنابراین امتیاز پایین او، این احتمال را افزایش می‌دهد که پردازش اطلاعات مکانی مغز او آسیب دیده است.



شکل ۱ ساختار WAIS-IV

*خرده آزمون تکمیلی

جدول ۵ امتیازات WAIS-IV بن

۱۱۵	مقیاس کامل:
۱۳۲	شاخص درک کلامی
۱۰۷	شاخص استدلال ادراکی
۱۱۱	شاخص حافظه کاری
۹۷	شاخص سرعت پردازش
خرده آزمون های انفرادی:	
۱۵	واژگان:
۱۲	تکمیل تصویر:
۱۷	شباهت ها:
۷	کدگذاری:
۱۳	محاسباتی:
۱۰	طراحی بلوک:
۱۱	فراخوانی ارقام:
۱۴	استدلال ماتریسی:
۱۴	اطلاعات:
۱۲	جستجوی نماد:
۱۸	درک مطلب:
۱۳	وزن ارقام:
۱۰	دنباله حروف – اعداد:
۱۰	پازل های بصری:
۱۲	لغو

در حین اجرای WAIS-IV، دکتر واشنگتن با دقت رفتارهای بن را ثبت کرد و تصویر ارائه شده توسط خود امتیازات آزمون را بیش تر نمایان کرد. بن چندین بار در طول جلسه آزمون با اشاره به ناامیدی خود به دلیل دشوارتر شدن آزمون گفت که «اوایل به شما اعتماد به نفس کاذب می دهند». بن علی رغم ناامیدی اش، مصمم بود که آزمون را تکمیل کند. برای مثال، او نزدیک به ۶ دقیقه برای تکمیل آیتم طراحی بلوک نهایی (بسیار طولانی تر از حد متوسط) وقت صرف کرد و در نهایت گفت: «معنادار نیست - بلوک های کافی وجود ندارد.» در خرده آزمون استدلال ماتریسی، بن برای

هر پاسخ تقریباً ۱ دقیقه در پایان کار وقت گذاشت. بن در حین تکمیل خرده آزمون وزن های شکل، درباره شکل های موجود در کتاب محرک انگیزه اظهار نظر کرد و در طول اجرای خرده آزمون جوک های متعددی گفت. در مورد کار ترتیب اعداد و حروف، قبل از پاسخ دادن به هر مورد، بن توضیح داد که چگونه هر کدام با نام نوع دیگری از کشتی یا هواپیمای ارتش مرتبط است. با سخت تر شدن تست ها در پایان جلسه آزمون، بن به طور آشکاری بی قرار شد و شروع به ضربه زدن به انگشتانش و ضربه زدن به پاهایش کرد. در مورد کارهایی که نیاز به پاسخ های شفاهی داشتند، بن توضیحات طولانی ارائه می کرد و زمانی که آزمون نیاز به پاسخ کوتاه داشت، گاهی اوقات با صدای آواز پاسخ می داد.

۵,۳ آزمون شخصیت

آزمون های شخصیت بینشی نسبت به افکار، رفتارها و عواطف فرد ارائه می دهد. آزمون های شخصیتی مختلفی وجود دارد که پزشکان با اهداف خود تطبیق می دهند، از جمله این که آیا هدف تشخیص است یا صورت بندی بالینی. آزمون های شخصیت هم چنین در جهت گیری نظری شان متفاوت هستند، عامل دیگری است که تعیین می کند یک پزشک خاص از چه ابزاری استفاده می کند.

در خارج از قلمرو بالینی، آزمون های شخصیت اطلاعات ارزشمندی را ارائه می دهند که محققان از آن برای آزمایش پیش بینی های مربوط به حوزه تحقیقاتی خاص خود استفاده می کنند. امتیازات این آزمون ها برای اهداف تشخیصی استفاده نمی شود، بلکه برای بررسی همبستگی بین متغیرهای نظری مرتبط استفاده می شود. به عنوان مثال، محققان ممکن است بررسی کنند که آیا امتیازات یک آزمون شخصیتی که عزت نفس را اندازه گیری می کند با امتیازات معیار خوش بینی مرتبط است یا خیر.

آزمون های خودسنجی

پرسشنامه بالینی

خودسنجی

یک آزمون روان‌شناختی با سوالات استاندارد دارای دسته‌های پاسخ ثابت که آزمون‌دهنده به طور مستقل آن را تکمیل می‌کند و میزان دقیق بودن پاسخ‌ها را گزارش می‌دهد.

یک پرسشنامه بالینی خودسنجی شامل سوالات استاندارد شده با دسته‌های پاسخ ثابت است که آزمون‌دهنده به‌طور مستقل در قالب کاغذ و مداد یا آنلاین تکمیل می‌کند. در یک پرسشنامه خودسنجی، شرکت‌کنندگان در آزمون هر سوال را با توجه به خود در مقیاس ثابتی ارزیابی می‌کنند، مثلاً ۷ = کاملاً موافقم یا ۱ = کاملاً مخالفم.

پرسشنامه‌های بالینی خودسنجی که به‌راحتی توسط رایانه امتیازگذاری می‌شوند، عینی هستند، به این معنا که امتیازدهی به هیچ شکلی از تصمیم یا قضاوت از سوی معاینه‌کننده نیاز ندارد. با استفاده از معیارهای از پیش تعیین شده برای تفسیر امتیازات، رایانه‌ها حتی می‌توانند گزارش‌های توضیحی مختصری تولید کنند. با این حال، پزشکان باید بین مزایای سهولت اجرا و عینی بودن این آزمایش‌ها در مقابل احتمال این که گزارش‌هایی که تولید می‌کنند در معرض اثر بارنوم باشند، تعادل برقرار کنند، زیرا آن‌ها به شیوه‌ای تا حدی عمومی نوشته شده‌اند. از آنجایی که برنامه‌های رایانه‌ای بر پیوند دادن الگوهای پاسخ خاص به عبارات خلاصه یا عبارات خاص متکی هستند، این خطر وجود دارد که بیش از حد مبهم باشند و متناسب با ویژگی‌های خاص آزمون‌دهنده خاص نباشند.

با این وجود، مزیت عمده پرسشنامه‌های خودسنجی این است که مدیریت و امتیازدهی نسبتاً آسانی دارند. در نتیجه، تعداد زیادی از مردم می‌توانند از آن‌ها به شیوه‌ای کارآمد استفاده کنند. علاوه بر این، پزشکان می‌توانند از اطلاعات فراوانی در مورد اعتبار و پایایی پرسشنامه‌های خودسنجی شناخته‌شده‌تر در هنگام تفسیر امتیازات درمانجویان خود استفاده کنند.

پرکاربردترین پرسشنامه خودسنجی که در تنظیمات بالینی استفاده می‌شود، پرسشنامه شخصیت چند مرحله‌ای مینه سوتا (MMPI) است که در ابتدا در سال ۱۹۴۳ منتشر شد. نسخه فعلی آزمون، نسخه ۱۹۸۹ است که به عنوان MMPI-۲ شناخته می‌شود (جدول ۶). ۵۶۷ مورد صحیح در MMPI-۲ وجود دارد که همگی به صورت عباراتی هستند که افکار، رفتارها، احساسات و نگرش‌های فرد را توصیف می‌کنند. توسعه‌دهندگان MMPI به دنبال ارائه امتیازات در ۱۰ «مقیاس بالینی» مربوط به مقوله‌های اصلی تشخیصی مانند اسکیزوفرنی، افسردگی و اضطراب

پرسشنامه شخصیت

چند مرحله‌ای مینه

سوتا (MMPI)

پرسشنامه شخصیت خودسنجی شامل ۵۶۷ مورد درست و نادرست، همگی به صورت عباراتی که افکار، رفتارها، احساسات و نگرش‌های فرد را توصیف می‌کند.

بودند. توسعه‌دهندگان متن، سه مقیاس «اعتبار» اضافی را در این آزمون ایجاد کردند تا از افرادی که سعی در تظاهر به سلامت روانی استثنایی یا بیماری دارند محافظت کنند.

جدول ۶ مقیاس‌های بالینی و اعتبار MMPI-۲، با آیتم‌های اقتباس شده

مقیاس	نام مقیاس	نوع محتوا	مورد اقتباس شده
مقیاس‌های بالینی			
۱	هیپوکندریازیس	مشغله‌ها و نگرانی‌های جسمانی، ترس از بیماری و مریضی.	حالت تهوع و استفراغ سختی دارم.
۲	افسردگی	ناراحتی و احساس ارزش شخصی پایین.	ای کاش می‌توانستم به اندازه دیگران خوشحال باشم.
۳	هیستری	انکار مشکلات روانی و واکنش بیش از حد به موقعیت‌های استرس‌زا، شکایات مختلف جسمانی.	اغلب به نظر می‌رسد همه جای سرم درد می‌کند.
۴	انحراف روانی	گرایش‌های ضد اجتماعی و بزهکاری.	گهگاه مرا به خاطر رفتار بد به دفتر مدیر می‌فرستادند.
۵	مردانگی / زنانگی	اتخاذ رفتارها و نگرش‌های کلیشه‌-ای نقش جنسی.	من عاشق خواندن قصه‌ای عاشقانه (مجموعه زنانه) هستم.
۶	پارانویا	احساس آزار و اذیت و بدگمانی دیگران.	اگر دیگران نسبت به من کینه توز نبودند، بسیار موفق‌تر بودم.
۷	روان پریشی	اصرار غیرقابل کنترل برای فکر کردن و عمل کردن؛ ترس‌های بی‌دلیل	گاهی اوقات فکر می‌کنم افکار خیلی وحشتناک‌تر از آن هستند که بتوانم درباره آن‌ها صحبت کنیم.

۸	روان گسیختگی	اختلال در تفکر، خلق و خو و رفتار. من تجربیات نسبتاً عجیبی داشته‌ام.
۹	هیپومانیا	خلق بالا، تسریع گفتار و فعالیت حرکتی. من حداقل هفته‌ای یک بار هیجان زده می‌شوم.
۱۰	درونگرایی اجتماعی	تمایل به کناره‌گیری از موقعیت‌های اجتماعی. من معمولاً اول صحبت نمی‌کنم. منتظر دیگران با من صحبت کنند.
مقیاس‌های روایی (متشکل از آیتم‌های مقیاس‌های بالینی)		
L	مقیاس دروغ	بازنمایی مثبت غیر واقعی از خود
K	تصحیح	مشابه مقیاس L - نشانه پیچیده‌تر از تمایل به ارائه مثبت خود
F	نادر بودن	خود را در یک نور غیرواقعی منفی نشان می‌دهد

منبع: (۲- Minnesota Multiphasic Personality Inventory®) MMPI®-۲ راهنمای مدیریت، امتیازدهی و تفسیر. روسای

دانشگاه مینه سوتا.

در دهه‌های پس از انتشار، محققان و پزشکان از محدودیت‌های امتیازات مقیاس بالینی MMPI-۲ آگاه شدند. این امتیازات با دسته‌های بالینی اصلی مطابقت نداشتند، به این معنی که مدیران آزمون نمی‌توانستند آن‌ها را به عنوان شواهدی از تشخیص‌های خاص تفسیر کنند (امتیاز بالا در مقیاس «اسکیزوفرنی» به این معنی نیست که فرد دارای مشکل اسکیزوفرنی است). در نتیجه، کاربران MMPI-۲ مقیاس‌های بالینی جدیدتر و بازسازی شده (یا RCs) را به کار می‌برند. در واقع، جدیدترین نسخه MMPI-۲-MMPI RF است که در سال ۲۰۰۸ منتشر شده است (جدول ۷). MMPI-۲-MMPI RF به طور کامل بر اساس مقیاس‌های بازسازی شده است. این آخرین نسخه MMPI-۲ که تنها شامل ۳۳۸ آیتم است، امتیازاتی را برای فاکتورهای «ترتیب بالاتر» ارائه می‌دهد که عملکرد کلی عاطفی، شناختی و رفتاری درمانجو را نشان می‌دهد.

جدول ۷ مقیاس‌های بالینی بازسازی شده MMPI-۲-RF (RC)®

مقیاس	نام مقیاس	نوع محتوا
RCd	تضعیف روحیه	ناراحتی و نارضایتی عمومی
RC۱	شکایات جسمی	شکایات پراکنده سلامت جسمانی
RC۲	احساسات مثبت کم	عدم پاسخگویی عاطفی مثبت
RC۳	بدبینی	باورهای غیر ارجاعی که بیانگر بی‌اعتمادی به دیگران است
RC۴	رفتار ضد اجتماعی	قانون‌شکنی و رفتار غیر مسئولانه
RC۶	ایده‌های آزار و شکنجه	باور به این‌که دیگران تهدیدی برای خود هستند
RC۷	احساسات منفی ناکارآمد	اضطراب ناسازگار، عصبانیت و تحریک‌پذیری
RC۸	تجربیات نابه‌جا	افکار یا تصورات غیرمعمول
RC۹	فعال‌سازی هیپومانیک	بیش‌فعالی، پرخاشگری، تکانشگری و بزرگ‌نمایی

فهرست مقیاس‌های بالینی بازسازی شده. برگرفته از MMPI-۲-RF® Manual for Administration, Scoring, and Interpretation توسط Yossef S. Ben-Porath و Auke Tellegen. حق چاپ © ۲۰۰۸، ۲۰۱۱ توسط Regents of University of Minnesota. با مجوز انتشارات دانشگاه مینه‌سوتا تکثیر شده است. تمامی حقوق محفوظ است. "Minnesota Multiphasic Personality Inventory-۲-RF" و "MMPI-۲-RF"® علائم تجاری متعلق به Regents of University of Minnesota هستند.

پرسشنامه ارزیابی شخصیت (PAI) (موری، ۱۹۹۱، ۲۰۰۷) یک ابزار بالینی خودسنجی است که جایگزینی برای MMPI ارائه می‌دهد که در محتوای آیتم و مقیاس‌بندی متفاوت است. PAI شامل ۳۴۴ آیتم است که در ۱۱ مقیاس بالینی (مانند اضطراب، افسردگی، شکایات جسمانی)، ۵ مقیاس درمانی (مانند پرخاشگری، افکار خودکشی)، ۲ مقیاس بین فردی (غلبه و گرما)، و ۴ مقیاس اعتبار که ارزیابی می‌کنند، تشکیل شده است. تمایل به تحریف پاسخ‌های خود یکی از مزایای PAI است که پزشکان می‌توانند از آن برای درمانجویانی استفاده کنند که ممکن است مهارت‌های

زبانی یا خواندنی برای تکمیل MMPI-۲ را نداشته باشند. مزیت دوم این است که برخلاف امتیازات MMPI، امتیازات مقیاس اعتبار آن مستقل از مقیاس‌های محتوای واقعی است.

SCL-۹۰-R (Derogatis, ۱۹۹۴) ارزیابی می‌کند که چگونه ۹۰ علامت فیزیکی و روانی در حال حاضر توسط آزمایش کننده تجربه می‌شود. ۹ مقیاس علائم کلی وجود دارد، مانند افسردگی، اضطراب و خصومت. SCL-۹۰-R هم‌چنین یک شاخص جهانی شدت و هم‌چنین لیستی از علائم و هم‌چنین شدت آن‌ها را برای هر فرد ایجاد می‌کند. برخلاف معیارهایی که دوره هدف مشخصی ندارند، SCL-۹۰-R بر وضعیت فعلی درمانجو تمرکز می‌کند. از آنجایی که SCL-۹۰-R نسبت به وضعیت درمانجو حساس است، می‌توان آن را در موارد متعدد تجویز کرد و برای استفاده توسط پزشکانی که مایلند پیشرفت درمانجویان خود را در طول دوره درمان پیگیری کنند، مناسب است.

پرسشنامه شخصیت NEO (تجدید نظر شده) (Costa & McCrae, ۱۹۹۲) (NEO-PI-R) که کم‌تر به سمت استفاده بالینی گرایش دارد، پرسشنامه‌ای ۲۴۰ سوالی است که پنج بعد شخصیت یا مجموعه‌ای از ویژگی‌ها را اندازه‌گیری می‌کند. مقیاس‌ها به گونه‌ای طراحی شده‌اند که آزمون-دهنده و هم‌چنین افرادی که آزمون‌دهنده را می‌شناسند، مانند همسر، شریک زندگی یا بستگان (فرم R) نیز بتوانند آن‌ها را تکمیل کنند. افراد، نسبت به تحقیقات شخصیتی یا در انتخاب کارمندان، کم‌تر از NEO-PI-R در محیط‌های بالینی استفاده می‌کنند، هرچند که می‌تواند در توصیف «شخصیت» مشتری که متمایز از علائم مشتری است ارزشمند باشد. اشکال مختلف NEO-PI-R به صورت آنلاین در دسترس است و محققان ممکن است از نسخه مختصرتری که کاملاً از مقیاس‌های رتبه‌بندی صفت تشکیل شده است استفاده کنند.

پزشکان و محققان هم‌چنین می‌توانند از پرسشنامه‌های خودسنجی خاصی استفاده کنند که برای بررسی یک اختلال خاص طراحی شده‌اند که ممکن است آزمون عمومی برای آن مناسب نباشد. به معنای واقعی کلمه صدها مورد از این موارد برای چنین اهدافی توسعه یافته است، از جمله معیارهایی برای تشخیص‌های فردی و هم‌چنین اقداماتی که از ویژگی‌های مرتبط با ویژگی‌های بالینی مانند خودشیفتگی، روان پریشی و کمال‌گرایی بهره می‌برند. این پرسشنامه‌ها هم‌چنین می‌توانند روش‌های ارزیابی عمومی‌تری را تکمیل کنند.

با بازگشت به موضوع بن، می‌توانید امتیازات MMPI-۲ او را در شکل ۲ ببینید. امتیازات او کمی در مقیاس پارانویا افزایش یافته است و چندین مورد مهم را که مستقیماً با روان‌پریشی مرتبط هستند تایید کرده است، مانند «من هیچ دشمنی ندارم که واقعا بخواهد به من آسیب برساند» (نادرست)، «من افکار عجیب و غریب دارم» (درست)، و «گاهی اوقات افکار من سریع‌تر از آن چیزی که بتوانم آن‌ها را به زبان بیاورم پیش می‌روند» (درست است). با توجه به پاسخ‌های او، ممکن است محتوای فکری غیرعادی داشته باشد و ممکن است اغلب نسبت به این که دیگران در مورد او بد می‌گویند مشکوک باشد. در نتیجه ممکن است احساس کند ارتباطش با واقعیت قطع شده است. او ممکن است باور کند که احساسات و افکارش توسط دیگران کنترل می‌شود. محتوای فکری غیرعادی او در زمان‌هایی در طول دوره مدیریت WAIS-IV در واکنش‌های غیرعادی او به برخی موارد آزمایشی مشهود بود. با این حال، امتیازات او در MMPI-۲ نشان می‌دهد که او تمایلی به تکانشگری یا خطرات فیزیکی ندارد و به طور کلی از قوانین و قاعده پیروی می‌کند. این‌ها ممکن است عوامل محافظتی برای بن باشند، زیرا او ممکن است بتواند کنترل افکار غیرطبیعی خود را حفظ کند، که ممکن است او را از افرادی که دارای اختلالات روان‌پریشی قابل تشخیص هستند متمایز کند.

با نگاهی به امتیازات بن، دکتر واشنگتن به این نتیجه رسید که مهارت‌های مقابله‌ای محدود او ممکن است بیش‌تر موقعیتی باشد تا مشکل دیرینه. علاوه بر این، مشخصات بالینی او نشان می‌دهد که او ممکن است بیش از حد حساس باشد و بیش از حد به نظرات دیگران پاسخ دهد. او ممکن است بیش از حد بر عقلانیت تاکید کند و در نگرش‌ها و نظرات خود اخلاق مدار و سختگیر باشد. در نتیجه، ممکن است به راحتی بحث کند، تمایل به سرزنش داشته باشد و در موقعیت‌های بین فردی مشکوک، خصمانه و محتاطانه رفتار کند. این می‌تواند توضیح دهد که چرا او دوستان صمیمی کمی در مدرسه دارد و ترجیح می‌دهد تنها در اتاق خوابگاهش بماند.

بر اساس امتیازات او در MMPI-۲، به نظر می‌رسد که بن حس سنتی مردانگی دارد و ممکن است در کار، سرگرمی‌ها و سایر فعالیت‌ها ترجیحات مردانه کلیشه‌ای داشته باشد. در مصاحبه بالینی، او گزارش داد که قبلاً هیچ رابطه عاشقانه قابل توجهی با زنان نداشته است، که ممکن است نتیجه تمایل او به نگرهبانی و خصومت در روابطش با دیگران باشد. امتیازات بن در MMPI-۲-R

نشان می‌دهد که او تجربیات نابهنجار را تایید می‌کند، اما امتیاز او در مورد آزار و شکنجه در محدوده هنجاری است. او همچنین در مورد شکایات جسمی امتیازات بالاتر از حد معمول دریافت کرد.

پزشکان معمولاً امتیازات MMPI-۲ را در چارچوب سایر امتیازات آزمون تفسیر می‌کنند. آن‌ها همچنین ممکن است از مقیاس‌های محتوایی برای مشخص کردن پروفایل‌های ارائه شده توسط ۱۰ مقیاس بالینی اصلی MMPI-۲ استفاده کنند. MMPI-۲ بازسازی شده همچنین دیدگاه متفاوتی در مورد وضعیت روان‌شناختی فعلی مشتری ارائه می‌دهد، زیرا مقیاس‌های محتوا خلاصه توصیفی‌تری از علائم مشتری ارائه می‌دهد. دکتر واشنگتن خاطرنشان کرد که امتیاز بن در مقیاس تضعیف روحیه بالا بود و نشان می‌دهد که بن نسبت به وضعیت فعلی زندگی خود دلسرد و ناامید شده است.

آزمون فرافکن

تکنیکی که در آن یک مورد یا تکلیف مبهم به آزمون‌دهنده ارائه می‌شود و از او خواسته می‌شود با ارائه معنا یا برداشت خود به آن پاسخ دهد.

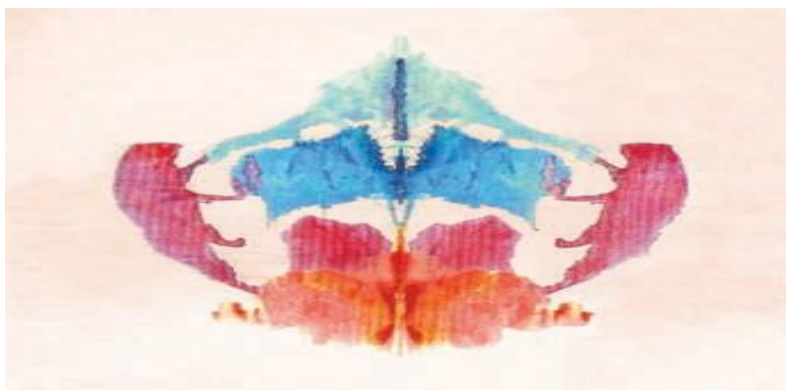
آزمون فرافکن

آزمون فرافکن تکنیکی است که در آن یک مورد یا تکلیف مبهم به آزمون‌دهنده ارائه می‌شود و از او خواسته می‌شود با ارائه معنا یا برداشت خود به آن پاسخ دهد. ایده زیربنایی پشت آزمون‌های فرافکن این است که افراد نمی‌توانند یا شاید نخواهند اظهارات دقیقی در مورد پرسشنامه‌های خودسنجی ارائه کنند. برای مثال، درمانجویان ممکن است مایل نباشند که صریحاً بگویند که علائم غیرعادی را تجربه می‌کنند یا ویژگی‌هایی دارند که می‌تواند به صورت یک ویژگی منفی تعبیر شود. در آزمون‌های فرافکن، درمانجویان ممکن است کمتر مراقب پاسخ‌های خود باشند، زیرا نمی‌دانند ارزیاب چگونه پاسخ‌های آن‌ها را تفسیر می‌کند.

آزمون لکه جوهر رورشاخ

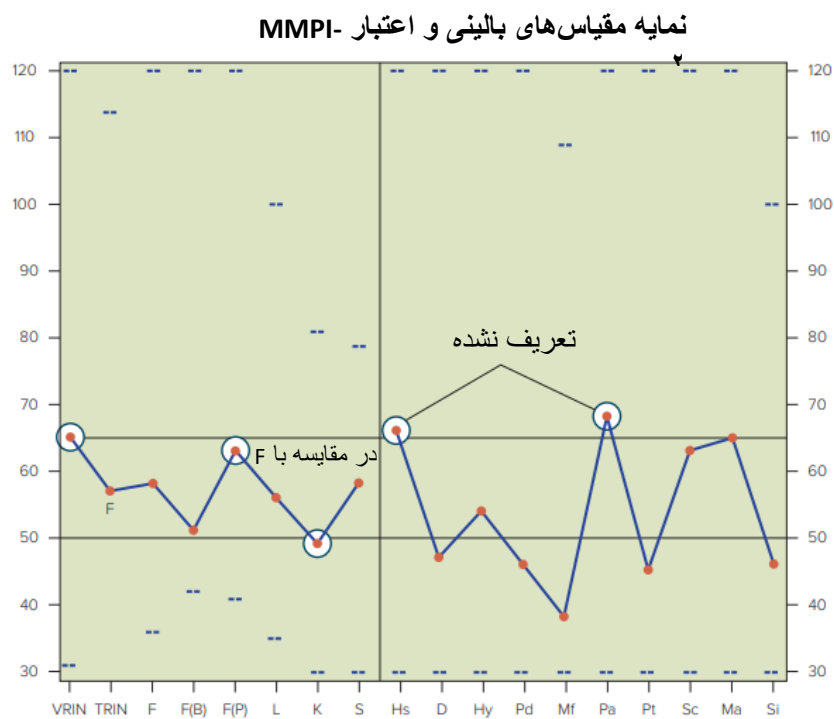
روش ارزیابی فرافکنی که در آن افراد ادراکات خود را نسبت به هر یک از مجموعه‌ای از لکه-های جوهر متقارن توصیف می‌کنند.

معروف‌ترین تکنیک تصویری، آزمون لکه جوهر رورشاخ است که به نام روانپزشک سوئیسی، هرمان رورشاخ، که این روش را در سال ۱۹۱۱ ابداع کرد، نامگذاری شده است. برای انجام این آزمون، آزمون‌کننده مجموعه‌ای از ۱۰ کارت را یکی یکی به آزمون‌دهنده نشان می‌دهد (۵ کارت سیاه و سفید؛ و ۵ کارت رنگی). وظیفه آزمون‌دهنده توصیف این است که لکه جوهر چه شکلی است. اگرچه این روش به اندازه کافی ساده به نظر می‌رسد، در طول قرن گذشته محققان و پزشکان روی اصلاح روش‌های امتیازدهی کار کرده‌اند. در حال حاضر، یک سیستم تفسیری مفصل وجود دارد.



برداشت بن از این لکه جوهر مانند رورشاخ این بود: «نقاب‌ی شیطانی که برای به دست آوردن شما بیرون می‌پرد. هم‌چنین یک دانه، نوعی دانه که خود را به دو نیمه مساوی تقسیم می‌کند. این می‌تواند نشانه لقاح باشد و با این حال در حال مرگ است. بخشی از خودش را از دست می‌دهد، از هم می‌پاشد، خشمگین می‌شود.»

شکل ۲ نمایه ۲- MMPI-۲ بن



امتیاز خام:	۹	۸	۷	۲	۳	۵	۱۵	۳۲	۱۱	۱۷	۲۳	۱۵	۲۰	۱۵	۹	۱۹	۲۳	۲۱
تصحیح K:									۸			۶				۱۵	۳	
امتیاز T (رسم شده) غیرجنسیتی	۶۵	۵۷F	۵۸	۵۱	۶۳	۵۶	۴۹	۵۸	۶۶	۴۷	۵۴	۴۶	۳۸	۶۱	۴۵	۶۳	۶۵	۴۶
امتیاز T:	۶۵	۵۷F	۵۹	۵۰	۶۴	۵۷	۵۰	۵۸	۶۴	۴۵	۵۳	۴۶		۶۷	۴۴	۶۳	۶۶	۴۵
واکنش %:	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۹۸	۱۰۰	۱۰۰	۹۹

نکته: بالاترین و کمترین امتیاز T یکنواخت ممکن در هر مقیاس با a نشان داده می‌شود.

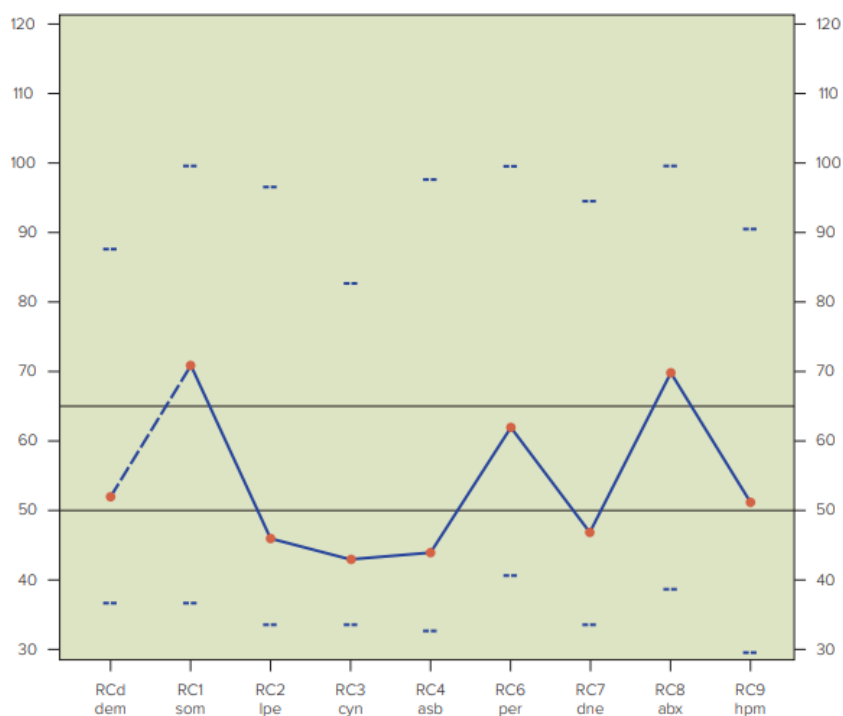
آزمون اندریافت موضوع (TAT)

یک آزمون فرافکنی که در آن افراد داستانی می‌سازند تا آن‌چه را که در مجموعه‌ای از تصاویر مبهم اتفاق می‌افتد توضیح دهند.

آزمون اندریافت موضوعی (TAT) به شرکت‌کنندگان در آزمون، وظایف بسیار متفاوتی نسبت به رورشاخ ارائه می‌دهد. آزمون‌دهندگان به نقاشی‌های سیاه و سفید نگاه می‌کنند که افراد را در موقعیت‌های مبهم مختلفی مانند ایستادن در یک راهرو تاریک یا نشستن در اتاق خواب به تصویر می‌کشند. از آزمون‌دهنده صرفاً خواسته می‌شود که داستانی در مورد آن‌چه در هر صحنه اتفاق می‌افتد، با تمرکز بر جزئیاتی مانند آن‌چه که شخصیت‌های تصویر در حال فکر و احساس هستند، تعریف کند. هدف اصلی TAT ارزیابی نیازهای انگیزشی مانند نیاز به موفقیت یا نیاز به قدرت بود. استفاده از آن به تنظیمات بالینی گسترش یافته است و مانند رورشاخ، سیستم‌های امتیازدهی بهتری برای کاهش نقش ذهنیت در تفسیر داستان‌هایی که مشتریان در مورد تصاویر می‌گویند، در دسترس هستند (جنکینز، ۲۰۱۷).

شکل ۲ نمایه ۲- MMPI-۲ بن (ادامه)

نمایه مقیاس‌های بالینی بازسازی شده ۲- MMPI-۲



۱۴	۷	۴	۲	۳	۳	۳	۱۰	۴	امتیاز خام:
۵۱	۷۰	۴۷	۶۲	۴۴	۴۳	۴۶	۷۱	۵۲	امتیاز T (ترسیم شده):
۵۳	۶۹	۴۶	۶۳	۴۶	۴۴	۴۷	۶۸	۵۱	نمره T غیرجنسیتی:
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	واکنش %:

توجه: بالاترین و کمترین امتیاز T یکنواخت ممکن در هر مقیاس با علامت «--» نشان داده می‌شود.

شرح		
Demoralization = dem (تضعیف روحیه)	Cynicism = cyn (بدبینی)	dne = احساسات منفی ناکارآمد
Somatic complaints = som (شکایات جسمی)	Antisocial = asb behavior (رفتار ضد اجتماعی)	abx = تجربیات نابجا
Low positive = lpe emotions (احساسات مثبت کم)	Ideas of = per persecution (ایده‌های آزار و اذیت)	hpm = فعال‌سازی هیپومانیک

تست‌های فرافکن زمانی بسیار مفید هستند که با پرسشنامه‌های خودسنجی ترکیب شوند تا پزشکان بتوانند از آن‌ها به عنوان تنها مبنای تشخیص یا ارزیابی درمانجو استفاده کنند. در مورد بن، دکتر واشنگتن تصمیم گرفت تا زمانی که ارزیابی عصب روانشناختی را تکمیل نکند، آزمایش تصویری انجام ندهد. هنگامی که این احتمال وجود دارد که علائم درمانجو به تروما یا آسیب مرتبط باشد، پزشکان اغلب از انجام این آزمایش‌ها به عنوان بخشی از مجموعه آزمایش‌های استاندارد اجتناب می‌کنند.

داستان‌های واقعی

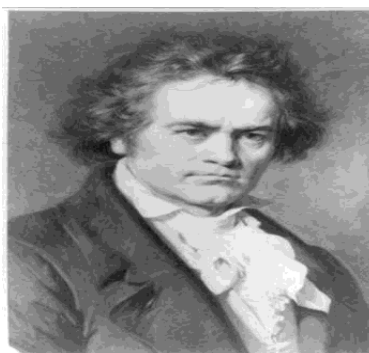
لودویگ ون بتهوون: اختلال دوقطبی

لودویگ ون بتهوون آهنگساز آلمانی یکی از درخشان‌ترین آهنگسازان موسیقی در تمام دوران بود.

موسیقی او طیف فوق‌العاده گسترده‌ای از احساساتی را که در طول زندگی خود تجربه کرده است را به تصویر می‌کشد - مسلماً طیف وسیع‌تری از آن‌چه اکثر مردم تجربه می‌کنند، زیرا محققان معتقدند که او از اختلال دوقطبی رنج می‌برد. کتاب «کلید نابغه» داستان‌هایی از زندگی بتهوون را بر اساس نامه‌های این آهنگساز و روایت‌های دوستانش روایت می‌کند که زندگی پر هرج و مرج عاطفی و اغلب بی‌ثباتی او را به یاد می‌آورند. یکی از دوستانی که در کتاب نقل شده است، گفت: «بعید به نظر می‌رسد که بتوان به آثاری با دامنه و شدت احساسی قابل مقایسه با آثار بتهوون بدون چنین تجربیات احساسی خارق‌العاده‌ای دست یافت.»

بتهوون توسط پدری بزرگ شد که اغلب او را کتک می‌زد و طبق گزارش‌ها او را در زیرزمین حبس می‌کرد، و مادری که او را دوست داشت، اما در بیش‌تر زمان‌هایی که در حال رشد بود، کم و بیش غایب بود. هنگامی که بتهوون ۱۷ ساله بود، مادرش بیمار شد و از دنیا رفت و سه پسر خردسال و شوهرش را که شروع به سوء مصرف الکل کرده بود را رها کرد. از آن جایی که پدر آن‌ها قادر به مراقبت از فرزندانش نبود، مراقبت از دو برادر کوچک‌ترش تا زمانی که آن‌ها بزرگ شدند به عهده بتهوون بود.

بتهوون در این مقطع از زندگی خود اولین آهنگسازی پیانوی خود را منتشر کرده بود. در ۲۲ سالگی خانواده خود را ترک کرد و نزد آهنگساز سرشناس فرانتس جوزف هایدن در وین اتریش تحصیل کرد و تا پایان عمر در آن‌جا ماند. اگرچه اکثر آهنگسازان در آن زمان به سفارش کلیساها کار می‌کردند، اما بتهوون یک آهنگساز آزاد بود و به سرعت به نامی موفق و قابل احترام تبدیل شد. این موفقیت او را از جامعه‌ای که بدون شک با دیدی منفی به او نگاه می‌کرد محافظت کرد. نزدیکان بتهوون او را مردی از نظر عاطفی بی‌ثبات می‌دانستند که مستعد دوره‌های تحریک‌پذیری شدید و پارانویا و هم‌چنین دوره‌های طولانی افسردگی بود. خلق و خوی آتشین او اغلب به نزاع با صاحبخانه‌ها و خدمتکاران منجر می‌شد و در نتیجه اغلب نقل مکان می‌کرد. خلق و خوی او به شدت بر روابط شخصی‌اش تاثیر می‌گذاشت، و او اغلب دوستانش را طرد می‌کرد و بعداً از آن‌ها طلب بخشش می‌کرد، که معمولاً به دلیل طبیعت خوب او، جدای از دوره‌های آشفتگی و مالیخولیا، از آن‌ها عذرخواهی می‌کرد.



اعتقاد بر این است که لودویگ ون بتهوون از اختلال دوقطبی رنج می‌برد.

منبع: کتابخانه کنگره، بخش چاپ و عکس، شماره تکثیر LC-USZ۶۲-۲۹۴۹۹ (نگاتیو کپی فیلم b&w)

شایان ذکر است، اگرچه بتهوون از کم شنوایی رنج می‌برد تا جایی که در ۱۰ سال آخر عمرش کاملاً ناشنوا شد و باعث ناراحتی شدید او شد، اما تا زمان مرگش به آهنگسازی و اجرای موسیقی ادامه داد. مانند بسیاری از افراد خلاق مبتلا به اختلال دوقطبی، شیدایی بتهوون به عنوان یک نیروی خلاق قوی در زندگی او ثابت شد. در مقابل، دوره‌های افسردگی او معمولاً بی‌ثمر بود، زیرا او معمولاً تا زمانی که حالش خوب شود، در خلوت به سر می‌برد. او اغلب از نظر جسمی بیمار بود و در زمستان‌ها با آسم دست و پنجه نرم می‌کرد که بدون شک باعث افسردگی مداوم و مصرف زیاد الکل او می‌شد. به نوبه خود، اعتیاد به الکل او منجر به مشکلات جسمی بسیار بیش‌تری شد. متأسفانه، سوءمصرف مواد مانند اعتیاد به الکل در تلاش برای کنترل نوسانات خلقی ناراحت کننده خود اغلب یک مشکل ثانویه برای افرادی است که از اختلال دوقطبی رنج می‌برند.

دوره‌های شیدایی بتهوون نه تنها دوره‌های اوج خلاقیت او بود، بلکه فرصت‌هایی را برای غلبه بر هر شرایط جسمانی که از آن رنج می‌برد، حتی در سال‌های آخر زندگی‌اش که به مشکلات پزشکی دردناک متعددی مبتلا شده بود، داد. همان‌طور که یکی از پزشکان خاطرنشان کرد: «او اغلب ساعت‌ها را در نامناسب‌ترین محیط‌ها به دویدن می‌گذراند، هر گونه تغییر دما را انکار می‌کرد، و اغلب در طول شدیدترین بارش‌های برف در حالی که روی تپه‌ای پوشیده از درختان می‌نشست بر روی آهنگ‌هایش با استقامتی نادر کار می‌کرد.»

بتهوون هرگز ازدواج نکرد و فرزندى از خود نداشت، اگرچه او به عنوان یک آدم رمانتیک شناخته می‌شد که فعالیت‌های عاشقانه زیادی داشت. وقتی برادر کوچک‌ترش درگذشت، بتهوون برادرزاده ۹ ساله خود، کارل را به فرزندى پذیرفت، ترتیبی که خیلی زود از نظر همه گزارش‌ها فاجعه بار شد. بتهوون به شدت به مادر کارل بی‌اعتماد بود (او اغلب به مردم در زندگی خود مشکوک بود) و او را به خاطر حضانت برادرزاده‌اش به دادگاه برد. اختلاف حضانت مدتی به طول انجامید و هنگامی که بتهوون سرپرستی کارل را به دست آورد، او به طور مداوم پسر را مورد آزار و اذیت قرار می‌داد و در زندگی او دخالت می‌کرد. اوضاع برای کارل آن‌قدر سخت شد که او اقدام به خودکشی کرد و بعداً، ظاهراً در تلاش برای جستجوی یک زندگی پایدارتر از آنچه با عمویش داشت تصمیم گرفت به ارتش بپیوندد. تصور این‌که مراقبت از یک کودک خردسال برای بتهوون سخت بود، در حالی که او اغلب بسیار ضعیف بود، سخت نیست. دوستان او در کتاب «کلید نابغه» درباره عدم رعایت بهداشت و مراقبت از خود در سال‌های آخر آهنگساز صحبت می‌کنند. او اغلب چنان ژولیده به نظر می‌رسید که یک بار در حین قدم زدن در محله‌ای در وین، او را با یک سارق اشتباه گرفتند. او تنها پس از این‌که یکی از دوستانش توانست او را شناسایی کند آزاد شد. بر اساس ظاهر او، افسران باور نمی‌کردند که او بتهوون باشد.

نزدیکان بتهوون سرانجام تغییرات غیرعادی و گاه سریع در خلق و خوی و اعمال تکانشی او را تحمل کردند. جامعه وین رفتارهای عجیب او را به دلیل موفقیت و مشارکت های موسیقایی او پذیرفت. خلاقیت و عشق بی حد او به موسیقی هم ناشی از تجربیات عاطفی او بود و هم به او کمک کرد تا در بسیاری از دوره های آزمایشی زندگی خود زنده بماند. یکی از دوستانش می نویسد: «ممکن است بتهوون به عنوان یک خالق جان سالم به در برد زیرا شجاع بود یا عشقش به موسیقی او را حفظ می کرد.» با این حال، سلامت جسمانی او تا حد زیادی به دلیل شیدایی که

باعث می شد خود را به لبه پرتگاه برساند، دائما به خطر می افتاد. هنگامی که بیماری های او بیش از

ارزیابی رفتاری

شکلی از سنجش مبتنی بر ثبت عینی رفتار فرد.

رفتار هدف

رفتار مورد علاقه یا نگرانی در ارزیابی.

حد تحمل می شد، افسردگی اغلب به دنبال آن می آمد، و این چرخه ثابت نشان دهنده مبارزاتی است که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی تجربه می کنند. در نهایت، اشتیاق بتهوون به موسیقی برای نجات او از سیروز کبدی ناشی از مصرف زیاد الکل کافی نبود و او در سال ۱۸۲۷ در سن ۵۷ سالگی درگذشت. اگرچه او را به خاطر موسیقی اش به یاد می آوریم، اما می توانیم مبارزات عاطفی او را بشنویم. درون آفریده های او همان طور که یکی از دوستان اشاره کرد، «زندگی بتهوون با بیماری، رنج، ضعف و اندوه فراوانی همراه بود که شگفت انگیز است که او اصلا چیزی خلق کرده است. با توجه به گستردگی رنج او، تلاش او بسیار شگفت انگیزتر است.»

۶,۳ ارزیابی رفتاری

ارزیابی رفتاری نوعی سنجش مبتنی بر ثبت عینی رفتار فرد است. برخلاف آزمون های روان شناختی، ارزیابی های رفتاری به جای پاسخ به مقیاس های رتبه بندی یا سوالات، اعمال را ثبت می کنند. رفتار هدف یک رفتار مورد علاقه یا نگرانی در ارزیابی است و همان چیزی است که درمانجویان و پزشک می خواهند تغییر دهند. ارزیابی های رفتاری شامل توصیف پیشایندها (رویدادهایی که منجر به چنین رفتارهایی شد) و پیامدها (نتایج آن رفتارها) است. به عنوان مثال، یک کودک در کلاس درس ممکن است بلافاصله پس از تعطیلات، اما نه بلافاصله بعد از ناهار، دچار اختلال شود. زنگ تفریح ممکن است مقدمه چنین کاری باشد و عواقب آن شاید توجه معلم یا واکنش همکلاسی ها به رفتار مخرب کودک در بازی باشد، اما نه در حین غذا.

مشاهده in vivo

فرآیند ثبت رفتار در مکان طبیعی آن، مانند کلاس درس یا خانه.

مشاهدات آنالوگ

ارزیابی‌هایی که در یک محیط یا مکانی مانند مطب پزشک یا آزمایشگاهی که به طور خاص برای مشاهده رفتار هدف طراحی شده است انجام می‌شود.

خودسنجی رفتاری

روشی برای ارزیابی رفتار که در آن فرد اطلاعاتی در مورد فراوانی رفتارهای خاص ارائه می‌دهد.

خودنظارتی

یک تکنیک خودسنجی که در آن درمانجو یک رکورد از فراوانی رفتارهای مشخص شده را نگه می‌دارد.

مصاحبه رفتاری

فرآیند ارزیابی که در آن پزشکان در مورد فراوانی رفتار هدف، سوابق و پیامدها سوال می‌پرسند.



درمانجویان اغلب خودسنجی‌های فردی از الگوهای رفتاری را به عنوان بخشی از یک ارزیابی روانشناختی جامع تکمیل می‌کنند.

هنگامی که پزشکان رفتار را در زمینه طبیعی آن، مانند کلاس درس یا خانه، ثبت می‌کنند، به این امر، **مشاهده in vivo** گفته می‌شود.

با این حال، انجام یک مشاهده in vivo همیشه ممکن یا عملی نیست. معلم یا دستیار معلم ممکن است آن قدر سرش شلوغ باشد که نمی‌تواند رفتار یک کودک را ثبت کند. جایگزین داشتن یک ناظر بیرونی برای ثبت رفتار کودک می‌تواند باعث سردرگمی شود یا بر رفتاری که پزشک می‌خواهد مشاهده کند تاثیر بگذارد. در این موارد، محیط کلاس شبیه‌سازی می‌شود و رفتار در این شرایط کنترل شده نظارت می‌شود.

مشاهدات آنالوگ امکان شبیه‌سازی رفتارهای مورد بررسی را فراهم می‌کند. این مشاهدات ممکن است در یک محیط یا جایی مانند مطب پزشک یا آزمایشگاهی که به طور خاص برای مشاهده رفتار هدف طراحی شده است ثبت شوند. یک پزشک که کودک اختلالگر را ارزیابی می‌کند باید موقعیتی را ترتیب دهد که تا حد امکان با محیط طبیعی کلاس درس مقایسه شود تا مشاهده آنالوگ معتبر باشد.

درمانجویان هم‌چنین ممکن است به جای این‌که کسی رفتار آن‌ها را مشاهده کند خودشان، رفتار خود را گزارش کنند. **خودسنجی رفتاری** روشی برای ارزیابی رفتار است که در آن فرد اطلاعاتی در مورد فراوانی رفتارهای خاص خود ارائه می‌دهد. این خودسنجی هم‌چنین شامل سوابق و پیامدهای رفتار است. **خودنظارتی** نوعی از خودسنجی رفتاری است که در آن درمانجو

تعداد دفعات رفتارهای مشخص شده مانند تعداد سیگار مصرف شده یا کالری مصرف شده یا تعداد دفعاتی که در روز یک فکر ناخواسته خاص به ذهن درمانجو می‌آید را ثبت می‌کند. پزشکان همچنین ممکن است با استفاده از **مصاحبه رفتاری** که در آن سؤالاتی در مورد فراوانی رفتار هدف، سوابق و پیامدهای آن می‌پرسند، از درمانجویان خود اطلاعاتی به دست آورند. همه این روش‌ها زمانی مناسب‌تر خواهند بود که بزرگسالان به جای کودک به دنبال درمان باشند، تا زمانی که بزرگسالان قادر به نظارت بر رفتار خود باشند.

۷,۳ ارزیابی چند فرهنگی

هنگامی که روانشناسان، کار ارزیابی را انجام می‌دهند، با انجام یک **ارزیابی چند فرهنگی**، پیشینه فرهنگی، قومی و نژادی فرد را در نظر می‌گیرند. پزشکانی که درمانجویانی را که به عنوان زبان دوم، انگلیسی صحبت می‌کنند یا اصلاً صحبت نمی‌کنند، ارزیابی می‌کنند، باید سؤالات زیر را برای تکمیل این ارزیابی بپرسند: آیا درمانجو درک کافی از روش ارزیابی برای دادن رضایت اختیاری و هوشمندانه دارد؟ آیا درمانجو دستورالعمل‌های ابزار را درک می‌کند؟ آیا داده‌های هنجاری برای گروه قومی درمانجو وجود دارد؟ حتی اگر درمانجویان نسبتاً روان صحبت کنند، ممکن است عبارات اصطلاحی را که معانی متعددی برای آن‌ها وجود دارد را درک نکنند (وینر و گرین، ۲۰۰۸).

برای ارزیابی سهم این مفاهیم فرهنگی در علائم درمانجو، پزشکان می‌توانند از مکانیزم رسمی‌تر در DSM-۵ بر اساس مفاهیم فرهنگی پریشانی استفاده کنند. **مصاحبه صورت بندی فرهنگی (CFI)** مجموعه‌ای از سؤالاتی است که تاثیر فرهنگ را بر جنبه‌های کلیدی ارائه و مراقبت بالینی درمانجو ارزیابی می‌کند. CFI هویت فرهنگی درمانجویان، مفاهیم فرهنگی فرد از پریشانی، روشی که فرهنگ درمانجو آسیب‌پذیری و تاب‌آوری را تعریف می‌کند و هر گونه تفاوت فرهنگی بین درمانجویان و پزشک را ارزیابی می‌کند. سؤالات مربوط به CFI عبارتند از: «برای شما، مهم‌ترین جنبه‌های پیشینه یا هویتتان چیست؟» و «چرا فکر می‌کنید این اتفاق برای شما می‌افتد» پیشینه یا هویت به نوبه خود به «جوامعی که به آن تعلق دارید، زبان‌هایی که صحبت می‌کنید، جایی که شما یا خانواده‌تان اهل آن هستید، نژاد یا پیشینه قومی، جنسیت یا گرایش جنسی، یا ایمان یا مذهب شما» اشاره دارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکایی، ۲۰۱۳).

ارزیابی چند فرهنگی

فرآیند ارزیابی که در آن پزشکان در مورد فراوانی رفتار هدف، سوابق و پیامدها سوال می‌پرسند.

مصاحبه صورت بندی فرهنگی (CFI)

فرآیند ارزیابی که در آن پزشکان پیشینه فرهنگی، قومی و نژادی فرد را در نظر می‌گیرند.

ناشران آزمون های روان شناختی به طور مستمر ابزارهای خود را مجددا ارزیابی می کنند تا اطمینان حاصل کنند که درمانجویانی با زمینه های مختلف می توانند سوالات را درک کنند. به کارآموزان فارغ التحصیل در برنامه های بالینی آموزش داده می شود که ابزارهای ارزیابی را به طور انتقادی ارزیابی کنند، پیشینه های فرهنگی درمانجویانی را که ارزیابی می کنند، درک کنند، و بدانند چه زمانی باید یک ارزیابی حساس فرهنگی انجام دهند یا به دنبال مشاوره اضافی باشند (دانا، ۲۰۰۲). پزشکان معتبر نیز باید به دنبال آموزش مداوم باشند تا اطمینان حاصل کنند که ارزیابی هایشان معیارهای ارزیابی چندفرهنگی فعلی را برآورده می کند (ادواردز، بورکارد، آدامز و نیوکمب، ۲۰۱۷).



برای روانشناسان مهم است که ملاحظات چندفرهنگی را در هر بخش از فرآیند ارزیابی در نظر بگیرند.

۸,۳ ارزیابی عصب روانشناختی

یک روش مبتنی بر عملکرد برای ارزیابی عملکرد شناختی که به عنوان ارزیابی عصب روان شناختی شناخته می شود، برای بررسی اثرات شناختی بیماری های شدید روانی، بیماری های مغزی و آسیب مغزی استفاده می شود. پزشکان با استفاده از امتیازات ارزیابی های عصب روان شناختی، عملکرد درمانجو را در یک آزمون با داده های هنجاری از افرادی که به انواع خاصی از آسیب ها یا اختلالات شناخته شده اند، مقایسه می کنند.

در ارزیابی عصب روان شناختی، پزشک می تواند از میان آزمون هایی که توجه و حافظه کاری (کوتاه مدت)، سرعت پردازش، استدلال و درک کلامی، استدلال بصری، حافظه کلامی و حافظه دیداری را اندازه گیری می کند، انتخاب کند که از کدام آزمایش استفاده کند. تعدادی از آزمایش ها آن چه را که پزشکان کارکردهای اجرایی می نامند، توانایی تدوین اهداف، برنامه ریزی، اجرای آن برنامه ها و سپس تکمیل برنامه ها را به روشی موثر ارزیابی می کنند. انواع آزمون های موجود در هر دسته وجود دارد. اگر به نظر می رسد که درمانجو دچار آسیب مغزی یا اختلال در عملکرد شده است، پزشک از آزمایشات عصبی روان شناختی برای به دست آوردن بینش بیش تر در مورد ماهیت دقیق آسیب استفاده می کند.

هیچ روش مشخصی برای انجام یک ارزیابی عصب روان شناختی وجود ندارد زیرا هدف از ارزیابی این است که آزمون ها را برای هر درمانجو تنظیم کند. پزشکان خاص ممکن است بر اساس تجربیات خود و آن چه که معتقدند در تعیین ماهیت نقاط قوت و ضعف درمانجو موثرتر است، ترجیحاتی برای آزمایش های خاص داشته باشند. سن درمانجو عامل دیگری است که پزشک به آن توجه می کند. آزمایشات مناسب برای افراد مسن معمولاً برای تشخیص بیماری در کودک یا نوجوان مناسب نیستند. به طور مشابه، پزشکان باید اطمینان حاصل کنند که آزمایش هایی که استفاده می کنند برای افراد دارای پیشینه فرهنگی یا زبانی خاص مناسب است.

هیچ روش مشخصی برای انجام یک ارزیابی عصب روان شناختی وجود ندارد زیرا هدف از ارزیابی این است که آزمون ها را برای هر درمانجو تنظیم کند. پزشکان خاص ممکن است بر اساس تجربیات خود و آن چه که معتقدند در تعیین ماهیت نقاط قوت و ضعف درمانجو موثرتر است، ترجیحاتی

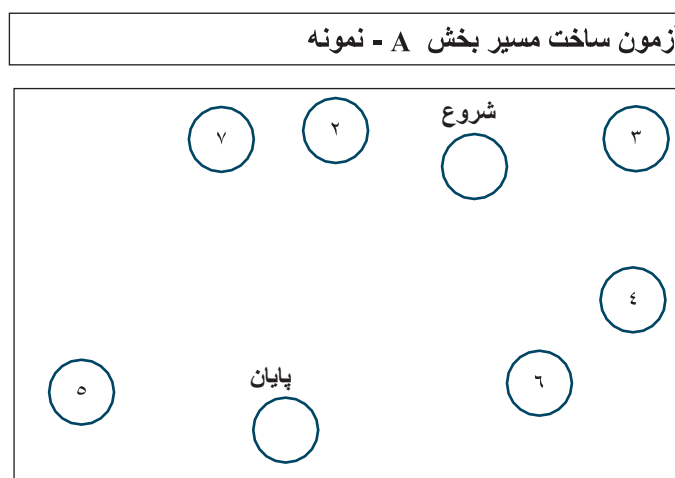
ارزیابی عصب روانشناختی

یک روش مبتنی بر عملکرد برای ارزیابی عملکرد شناختی که برای بررسی پیامدهای شناختی آسیب مغزی، بیماری مغزی و بیماری های روانی شدید استفاده می شود.

کارکردهای اجرایی

فرآیند ارزیابی که در آن پزشکان پیشینه فرهنگی، قومی و نژادی فرد را در نظر می گیرند.

برای آزمایش‌های خاص داشته باشند. سن درمانجو عامل دیگری است که پزشک به آن توجه می‌کند. آزمایشات مناسب برای افراد مسن معمولاً برای تشخیص اختلال در کودک یا نوجوان مناسب نیستند. به طور مشابه، پزشکان باید اطمینان حاصل کنند که آزمایش‌هایی که استفاده می‌کنند برای افراد دارای پیشینه فرهنگی یا زبانی خاص مناسب است. آزمون ساخت (TMT)، یک آزمون ساده از عملکرد اجرایی است که می‌تواند از طریق مداد و کاغذ اجرا شود. شکل ۳ نمونه‌ای از بخش آزمون ساخت مسیر را نشان می‌دهد. در این مثال، وظیفه‌ای که از شما خواسته می‌شود تکمیل کنید، رسم خطی است که اعداد را به ترتیب به هم متصل می‌کند. اگرچه این ممکن است به اندازه کافی ساده به نظر برسد، اما افرادی که دچار آسیب لوب فرونتال هستند ممکن است ردیابی دنباله‌ای از اعداد را دشوار بدانند. توانایی‌هایی که در آزمون ساخت دنباله به کار می‌روند شامل توجه، اسکن محرک‌های بصری و ترتیب اعداد است.



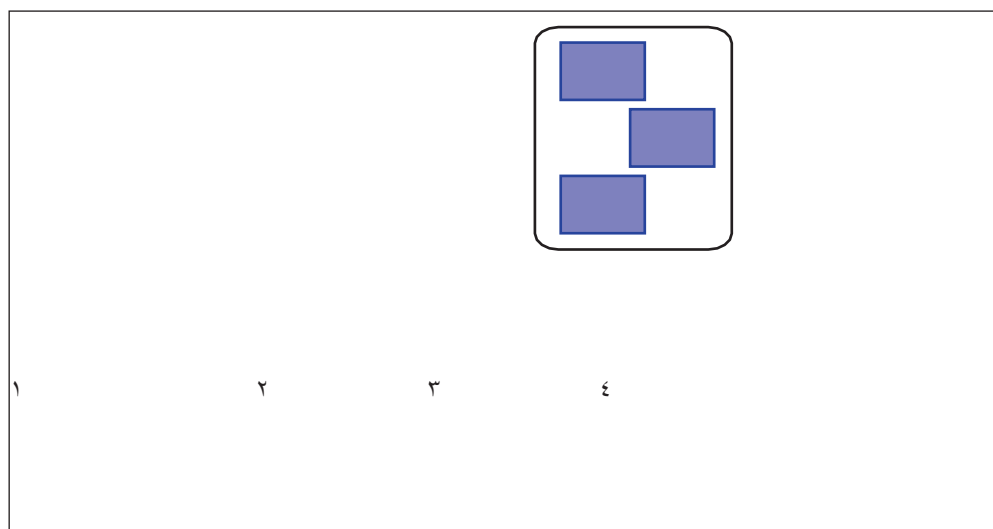
شکل ۳ تست ساخت مسیر

منبع: اقتباس از R. M. Reitan. اعتبار آزمون ساخت مسیر به عنوان شاخص آسیب ارگانیک مغز. مهارت‌های ادراکی و حرکتی، جلد ۸، ۱۹۵۸، ۲۷۶-۲۷۱.

تعداد زیادی آزمون وجود دارد که توانایی دیداری و فضایی را اندازه‌گیری می‌کند. یکی از روش‌های بسیار ساده که در غربالگری اختلالات عصبی-شناختی استفاده می‌شود، آزمون ترسیم ساعت است (ساندرلند و همکاران، ۱۹۸۹). ممتحن یک ورق کاغذ با یک دایره بزرگ از قبل ترسیم شده بر روی آن به فرد مورد آزمایش می‌دهد. وظیفه درمانجو این است که اعداد را در اطراف دایره بکشد

تا شبیه صفحه ساعت آنالوگ باشد. در نهایت، ممتحن از درمانجو می‌خواهد که عقربه‌های ساعت را برای خواندن «۱۰ بعد از ۱۱» بکشد. سپس پزشک نقاشی درمانجو را بر اساس تعداد خطاها رتبه‌بندی می‌کند. درمانجویانی که آسیب بیش‌تری دارند اصلاً نمی‌توانند یک صفحه ساعت را تولید کنند، یا در نوشتن اعداد یا قرار دادن آن‌ها در شبانه روز اشتباه می‌کنند.

آزمون مرتب‌سازی کارت ویسکانسین (WCST) برای ارزیابی عملکرد اجرایی استفاده می‌شود، زیرا از توانایی درمانجو برای تشکیل مفاهیم انتزاعی مرتبه بالاتر استفاده می‌کند. درمانجو چهار کارت را می‌بیند، مانند ردیف بالای شکل ۴. پزشک هر بار یک کارت را می‌دهد، و وظیفه درمانجو این است که نشان دهد کدام یک از کارت‌های ردیف بالا با این کارت مطابقت دارد. ۶۴ کارت در این سری وجود دارد. در مثالی که در این‌جا نشان داده شده است، دو علامت به اضافه قرمز می‌توانند با کارت ۱ (رنگ)، کارت ۲ (شماره)، یا کارت ۴ (شکل) مطابقت داشته باشند. درمانجو در مورد این‌که آیا انتخاب درست بوده یا نه، بازخورد دریافت می‌کند. در کارآزمایی بعدی، این بازخورد انتخاب کارت درمانجو را مشخص می‌کند. پس از چندین آزمایش، مفهوم تغییر می‌کند و اکنون درمانجو باید قانون جدید را کشف کند. این آزمایش در ابتدا با استفاده از کارت‌های فیزیکی توسعه داده شد، اما اکنون پزشکان معمولاً آزمایش را در قالب کامپیوتری آن انجام می‌دهند.



شکل ۴ نمونه موردی از آزمون مرتب‌سازی کارت ویسکانسین

آنچه در DSM-۵ وجود دارد

اقدامات ارزیابی بخش ۳

بخش ۳ DSM-۵ شامل مجموعه‌ای از اقدامات ارزیابی است که پزشکان می‌توانند از آن‌ها برای بهبود فرآیند تصمیم‌گیری خود استفاده کنند. این ابزارها شامل یک مصاحبه «مقطعی» است که علائم را در تمام اختلالات روانشناختی مانند پریشانی عاطفی، عصبانیت، و افکار تکراری که درمانجو یا یکی از نزدیکان درمانجو می‌توانند تکمیل کنند، بررسی می‌کند. این بررسی علائم به پزشکان اجازه می‌دهد تا توجه را به علائمی جلب کنند که ممکن است دقیقاً در تشخیص‌های مبتنی بر طبقه بندی مناسب نباشد. چنین سوالاتی را می‌توان در آزمون وضعیت ذهنی گنجاند. یک مجموعه سوال شامل بررسی مختصری از ۱۳ حوزه برای بزرگسالان و ۱۲ حوزه برای کودکان است. سوالات بعدی به عمق بیش‌تری در حوزه‌هایی می‌پردازند که به نظر می‌رسد مستلزم توجه بیش‌تر است.

نویسندگان DSM-۵ تشخیص می‌دهند که رویکردهای بعدی به طور فزاینده‌ای توسط پیشینه تحقیق پشتیبانی می‌شوند و مورد بررسی قرار می‌گیرند، زیرا ممکن است تمایزات طبقه بندی شده بین اختلالات، گاهی اوقات، خودسرانه به نظر برسد. علاوه بر این، اختلالاتی وجود دارد که ویژگی‌های دو اختلال را با هم ترکیب می‌کند. بسیاری از درمانجویان نیز بیش از یک اختلال یا تشخیص دارند که به راحتی در یک دسته قرار نمی‌گیرند. در نهایت، یک رویکرد بعدی می‌تواند با تشخیص‌های طبقه بندی شده DSM ترکیب شود. این رویکرد به پزشکان اجازه می‌دهد تا شدت اختلال درمانجو را نشان دهند و ارزیابی پیشرفت درمانجویان را در طول درمان ممکن می‌سازد.

علاوه بر این ابزارها، بخش ۳ شامل WHODAS (همان‌طور که در فصل «تشخیص و درمان» ارائه شد) و بخشی که ابزارهایی را برای انجام یک صورت بندی فرهنگی به پزشکان ارائه می‌دهد است. این یک مصاحبه نیمه ساختاریافته جامع است که بر تجربه و زمینه اجتماعی درمانجو تمرکز دارد. نویسندگان DSM-۵ تاکید می‌کنند که مصاحبه باید به گونه‌ای انجام شود که به درمانجو اجازه دهد تجربیات ذهنی خود را گزارش کند. این امر به منظور کاهش احتمال تاثیر کلیشه‌ها یا سوگیری‌های قبلی پزشک بر روند تشخیصی است.

نویسندگان DSM-۵ امیدوارند که با ارائه این ابزارها و تکنیک‌ها، نه تنها روند تشخیصی را بهبود بخشند، بلکه به پیشینه تحقیق در مورد ماهیت و علل اختلالات روانی کمک کنند.

WCST یک آزمون خوب برای عملکرد اجرایی است (رایین، بار، و برتون، ۲۰۰۵) که به آسیب لوب‌های فرونتال حساس است اما آسیب در سایر نواحی قشر مغز را نیز ارزیابی می‌کند (ناگهاما و همکاران، ۲۰۰۵). به طور فزاینده‌ای، داده‌هایی که از روش‌های اسکن مغزی استفاده می‌کنند با عملکرد WCST مقایسه می‌شوند و فرصتی را برای محققان فراهم می‌کند تا توانایی‌های خود را برای تفسیر امتیازات ارائه‌شده در آزمون گسترش دهند (لوبیرو و همکاران، ۲۰۱۷).

متخصصان اعصاب و روان از تست نام‌گذاری بوستون (BNT) برای ارزیابی توانایی‌های بازایی کلمات کودکان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری و بزرگسالانی که دچار آسیب مغزی شده‌اند، استفاده می‌کنند. هر یک از ۶۰ آیتم موجود در BNT حاوی تصویری از یک شی است و آزمون شونده باید نام آن را بازایی کند. BNT از آیتم‌های ساده مانند تخت، درخت و مداد به آیتم‌های دشوار در انتهای آن مانند پالت و چرتکه حرکت می‌کند. پاسخ‌های نادرست شامل ناتوانی فرد در نام‌گذاری مورد، و همچنین نام‌گذاری مرتبط (مثلاً «ارگان دهان» برای «هارمونیکا») یا نام بردن تنها بخشی از مورد است. از آنجایی که آزمون به تسلط فرد به زبان انگلیسی بستگی دارد، BNT برای افرادی که زبان مادری آن‌ها انگلیسی نیست مناسب نیست.

تست جمع اعداد متوالی به صورت شنیداری و گام به گام (PASAT) سرعت پردازش اطلاعات شنوایی، انعطاف‌پذیری و توانایی محاسبه درمانجو را ارزیابی می‌کند. مشتری هر ۳ ثانیه یک ضبط اعداد بین ۱ تا ۹ را می‌شنود. وظیفه این است که عددی را که می‌شنود به عددی که قبل از آن شنیده است اضافه کند. اگر ضبط «۱-۳-۵-۲-۶-۷» بود، پاسخ صحیح «۴-۸-۷-۸-۱۳» بود. علاوه بر استفاده از آن برای ارزیابی آسیب مغزی تروماتیک، پزشکان همچنین از PASAT به طور گسترده در ارزیابی عملکرد افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس استفاده می‌کنند (تومباو و همکاران، ۲۰۰۶).

برای ارزیابی عواقب فوری پس از ضربه مغزی، پزشک مقیاس کما گلاسکو (GCS) را ارائه می‌دهد که اختلال سطح هوشیاری را در پاسخ به محرک‌های تعریف شده اندازه‌گیری می‌کند. GCS توانایی فرد را برای باز کردن چشم‌ها، جهت‌گیری نسبت به محیط اطراف خود و اطاعت از دستورات

آزمایش می‌کند. به ویژه برای پزشکان مفید است که GCS را در یک دوره زمانی پس از ترومای مشکوک، برای ردیابی تغییرات پیشرونده در طول زمان در سطح هوشیاری فرد، انجام دهند. از آن‌جا که GCS به ۳۲ زبان موجود است، این مزیت را دارد که در تنظیمات چند فرهنگی بسیار مفید است.

سایر تست‌های عصبی روان‌شناختی انواع عملکردهای حافظه را بررسی می‌کنند. مقیاس حافظه وکسلر، نسخه چهارم (WMS-IV) شامل آزمون‌های حافظه کاری (کوتاه مدت) و بلند مدت برای محرک‌های بینایی و کلامی است. ممتحنین می‌توانند از میان زیرمقیاس‌های WMS-IV با توجه به حوزه‌هایی که معتقدند برای ارزیابی در مشتریان خاص حیاتی‌تر هستند، انتخاب کنند. به عنوان مثال، هنگام آزمایش یک فرد مسن‌تر، آزمونگر ممکن است تنها از مقیاس‌های ارزیابی حافظه منطقی (یادآوری یک داستان)، جفت‌های متداعی کلامی (توانایی به خاطر سپردن کلمه دوم در جفت کلمات)، و بازتولید بصری (توانایی ترسیم محرک بصری) استفاده کند.

آزمون‌های تطبیقی

آزمایشی که در آن پاسخ‌های مشتری به سوالات قبلی، سوالات بعدی ارائه شده به او را تعیین می‌کند.

باتری‌های آزمایشی رایانه‌ای که شامل طیف وسیعی از آزمون‌های تطبیقی با آسیب احتمالی مغز در مشتری هستند، فرصتی برای آزمایش تطبیقی فراهم می‌کنند که در آن پاسخ‌های مشتری به سوالات قبلی، سوالات بعدی ارائه شده به او را تعیین می‌کند. به عنوان مثال، باتری خودکار تست عصبی-روانشناختی کمبریج (CANTAB) از ۲۲ خرده آزمون تشکیل شده است که حافظه دیداری، حافظه کاری، عملکرد اجرایی و برنامه ریزی، توجه، حافظه کلامی، و تصمیم‌گیری و کنترل پاسخ را ارزیابی می‌کند.

قبل از تصمیم‌گیری برای انتقال به یک آزمایش کامپیوتری، پزشک باید مزایای سهولت تجویز و امتیازدهی را در مقابل معایب بالقوه‌ای که ممکن است برای مراجعینی که در توانایی استفاده از رایانه‌ها ضعیف هستند، بسنجد. گروه‌های کنونی سالمندان ممکن است از نظر آشنایی با فناوری متفاوت باشند، اما به عنوان بخش سریع‌ترین رشد کاربران اینترنت، احتمالاً تنها در چند سال آینده تغییر خواهد کرد (زیگوریس و تسولاکی، ۲۰۱۵). اگر این نگرانی وجود داشته باشد که آزمایش‌کننده با استفاده از این فرمت دچار آسیب شود، باید مزایای باتری کامپیوتری را با هزینه‌های آن سنجید.

با نگاهی به آزمایش‌های بن، دکتر واشنگتن وظایفی را بر عهده گرفت که نسبت به نوع آسیبی که بن ممکن است متحمل شده باشد، با توجه به نمره پایین کدگذاری WAIS-IV خود حساس باشد، که نشان می‌دهد ممکن است بن دچار آسیب مغزی شده باشد که منجر به تغییراتی با توجه به توانایی فعلی بن برای تمرکز توجه بصری و انجام سریع یک کار با سرعت روانی-حرکتی شده باشد. از آنجایی که دکتر واشنگتن بن را در صحنه تصادف یا در اورژانس ندید، نمی‌توانست GCS را اداره کند.

زمان تکمیل بن در تست Trail Making قسمت A در محدوده کمی آسیب دیده بود. در تست ترسیم ساعت، بن امتیاز ۵ از ۱۰ را دریافت کرد و به اشتباه اعداد را در یک انتهای ساعت جمع کرد. او امتیازی در محدوده نرمال در PASAT دریافت کرد که نشان می‌دهد آسیب بر عملکرد توجه شنوایی او تأثیری نداشته است. در WCST، بن شواهدی از خطاهای مداوم نشان داد، به این معنی که او قادر به تغییر مجموعه ذهنی در دسته‌بندی کارتها بر اساس معیارهای مختلف نبود. عملکرد بن در WMS-IV در محدوده نرمال بود، یافته‌ای که با امتیازات نسبتاً بالای او در مقیاس کلامی و کسیر مطابقت داشت، که نشان می‌دهد او دچار از دست دادن حافظه کوتاه مدت یا بلندمدت نشده است.

شما قضاوت کنید

روانشناسان در نظام حقوقی

روانشناسانی که در سیستم حقوقی کار می‌کنند اغلب به عنوان شاهد خبره دعوت می‌شوند و شهادت آن‌ها اغلب بر ارزیابی‌های روانشناختی متکی است. برخلاف محیط درمانی، محیط پزشکی قانونی لزوماً شامل یک رابطه مثبت نیست. در واقع، اگر درمانجو بخواهد به خاطر ارزیابی‌ای که منجر به محکومیت یا تصمیم نامطلوب شده است، انتقام بگیرد، مانند موارد حضانت، ممکن است درمانجویان یک ادعای قصور علیه روانشناس مطرح کنند.

یک روانشناس که درگیر اختلاف حضانت بود، در گزارش خود اشاره کرد که پدر «گرایشات استبدادی دارد و می‌تواند در کلاس‌های فرزندپروری شرکت کند» (کنپ و واندکریک، ۲۰۰۱، صفحات ۲۴۴-۲۴۵). روانشناس این ادعا را بر اساس آن‌چه بچه‌ها به او گفته بودند، نوشته بود. او واقعا با پدر بچه‌ها صحبت نکرده بود. بنابراین هیئت صدور مجوز دولتی، این روانشناس را محکوم کرد.

روانشناسان هم‌چنین توسط اصول اخلاقی روانشناسان و آیین نامه رفتار APA (که کد اخلاق نیز نامیده می‌شود) موظف هستند تا در حوزه صلاحیت خود عمل کنند. اگر در زمینه روانشناسی قانونی آموزش ندیده‌اند، ملزم به مشاوره از همکار متخصص هستند. نمونه مورد دوم ارائه شده توسط کنپ و واندکریک شامل شهادت یک روانشناس ماهر در ارزیابی بود، اما نه ارزیابی پزشکی قانونی، که شهادت داد که بر اساس امتیازات بالا در مقیاس ۶ و ۹-۲ MMPI، متهم واقعا «دیوانه» بود. با این حال، جنون قانونی با اختلال روانی یکسان نیست و بنابراین شهادت روانشناس در دادگاه بی‌اعتبار شد.

رضایت آگاهانه یکی دیگر از اصول کلیدی اخلاقی است که نه تنها برای تحقیق، بلکه در ارزیابی و درمان نیز کاربرد دارد. هنگامی که با یک متهم مبتلا به اختلال روانی برای ارزیابی پزشکی قانونی مصاحبه می‌شود، روانشناس باید تمام اقدامات احتیاطی ممکن را انجام دهد تا متهم را از حدود محرمانه بودن در این زمینه مطلع کند. در مثال دیگری که توسط کنپ و واندکریک ارائه شد، یک متهم از شنیدن گزارش روانشناس در مصاحبه واقعا مبهور شد، زیرا متهم ماهیت رضایت آگاهانه را درک نکرده بود.

به عنوان مثال آخر، منع روابط دوگانه را در منشور اخلاقی در نظر بگیرید. روانشناسان ارائه دهنده درمان نباید اطلاعاتی را ارائه دهند که توسط یک وکیل در یک پرونده حقوقی استفاده شود. مثالی که کنپ و واندکریک ذکر کردند مربوط به یک روانشناس بود که فرزندان یک زوج جدا شده را درمان می‌کرد. بچه‌ها اظهار داشتند

که ترجیح می‌دهند با مادرشان زندگی کنند. مادر بعداً از روانشناس درخواست کرد که نامه‌ای به وکیلش بنویسد. به نوبه خود، وکیل از روانشناس خواست که «نظرات خود را در مورد محل زندگی کودکان به اشتراک بگذارد» (ص ۲۵۰).

سوال: شما قضاوت کنید: همان‌طور که می‌بینید، منشور اخلاقی APA به وضوح مسیر مناسب اقدام را در هر مورد بیان می‌کند. سوالی که شما باید قضاوت کنید این نیست که کدام روش مناسب است، زیرا این موضوع به وضوح در کد اخلاقی APA بیان شده است. در عوض، پیچیدگی‌هایی را که روانشناسان هنگام تعامل در سیستم حقوقی با آن مواجه می‌شوند، در نظر بگیرید. این مثال‌ها تنها تعداد انگشت شماری از سناریوهای احتمالی متعددی هستند که می‌توانند پیش بیایند، و روان‌شناسان را در موقعیت‌هایی قرار می‌دهند که لازم است آن‌ها کاملاً با اصولی که این حرفه را هدایت می‌کنند آشنا باشند.

تصویربرداری رزونانس
مغناطیسی (MRI)

استفاده از امواج

رادیویی به جای اشعه

ایکس برای ساختن

تصویر ایستا از مغز زنده

بر اساس محتوای آب

در بافت‌های مختلف.

اسکن توموگرافی

گسیل پوزیترون

(PET)

اندازه‌گیری فعالیت مغز

که در آن مقدار کمی از

ترکیبات رادیواکتیو به

جریان خون فرد تزریق

می‌شود، به دنبال آن

یک کامپیوتر سطوح

مختلف تشعشع را در

قسمت‌های مختلف مغز

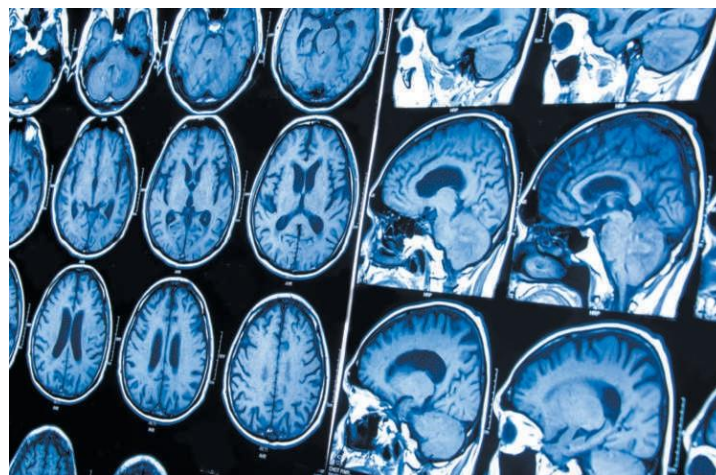
اندازه‌گیری می‌کند و

تصویری چند رنگ به

دست می‌دهد.

۹,۳ تصویربرداری عصبی

تصویربرداری عصبی تصویری از ساختارها یا سطح فعالیت مغز ارائه می‌دهد و بنابراین ابزار مفیدی برای «نگاه کردن» به مغز است. روانشناسان از چندین نوع روش تصویربرداری عصبی، هم در کار بالینی و هم در تحقیقات، استفاده می‌کنند که از نظر نوع نتایج متفاوت است.



اسکن CAT از مغز بیمار به عصب‌روان‌شناسان کمک می‌کند تا ناهنجاری‌های ساختار مغز را که ممکن است باعث اختلال عملکرد شناختی شوند، پیدا کنند.

تصویربرداری عصبی

روش ارزیابی که تصویری از ساختارها یا سطح فعالیت مغز ارائه می‌دهد و بنابراین ابزار مفیدی برای «نگاه کردن» به مغز است.

الکتروانسفالوگرام (EEG) فعالیت الکتریکی مغز را اندازه‌گیری می‌کند. فعالیت EEG نشان دهنده میزان هوشیاری، استراحت، خواب یا رویا دیدن فرد است. الگوی EEG همچنین الگوهای خاصی از امواج مغزی را هنگامی که یک فرد درگیر وظایف ذهنی خاصی می‌شود نشان می‌دهد. پزشکان از EEG برای ارزیابی بیماران از نظر شرایطی مانند صرع، اختلالات خواب و تومورهای مغزی استفاده می‌کنند.

توموگرافی محوری کامپیوتری (CAT یا CT) از مجموعه‌ای از اشعه ایکس گرفته شده از زوایای مختلف در اطراف مغز استفاده می‌کند که توسط کامپیوتر برای تولید یک تصویر ترکیبی ادغام می‌شود. سی تی اسکن مغز تصویر ثابتی از نواحی پر از مایع به نام بطن ارائه می‌دهد. این روش زمانی مفید است که پزشکان به دنبال آسیب ساختاری به مغز هستند، زیرا بطن‌های بزرگ شده نشان دهنده از دست دادن بافت حیاتی مغز است.

تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI) از امواج رادیویی به جای اشعه ایکس برای ساختن تصویر ایستا از مغز زنده بر اساس محتوای آب بافت‌های مختلف استفاده می‌کند. برای انجام MRI از مغز، فرد داخل کپسولی قرار می‌گیرد که حاوی یک آهنربای الکتریکی قوی است. نیروی مغناطیسی باعث می‌شود که هسته‌های موجود در اتم‌های هیدروژن انرژی الکترومغناطیسی را منتقل کنند (از این رو اصطلاح تشدید مغناطیسی نامیده می‌شود). یک کامپیوتر تصویری با وضوح بالا از ناحیه اسکن شده بر اساس فعالیت ثبت شده از هزاران زاویه تولید می‌کند. تصویر MRI مناطقی در مغز دارای ماده سفید (فیبرهای عصبی) را از ماده خاکستری (سلول‌های عصبی) متمایز می‌کند و برای تشخیص بیماری‌هایی که بر رشته‌های عصبی تشکیل‌دهنده ماده سفید تاثیر می‌گذارند، مفید است. با این حال، از آنجایی که MRI از مغناطیس برای تشخیص فعالیت مغز استفاده می‌کند، افرادی که دارای مفاصل فلزی، ضربان ساز یا سایر ایمپلنت‌های فلزی دائمی هستند، نمی‌توانند از این روش تست استفاده کنند.

اسکن توموگرافی گسیل پوزیترون (PET) اندازه‌گیری فعالیت مغز است که در آن مقدار کمی از یک ترکیب رادیواکتیو به جریان خون فرد تزریق می‌شود، به دنبال آن یک کامپیوتر سطوح مختلف تشعشع را در قسمت‌های مختلف مغز و تصویر چند رنگ اندازه‌گیری و تولید می‌کند.

الکتروانسفالوگرام (EEG)

اندازه‌گیری تغییرات در فعالیت الکتریکی مغز.

توموگرافی محوری کامپیوتری (CAT یا CT)

مجموعه‌ای از پرتوهای ایکس که از زوایای مختلف در اطراف مغز گرفته شده است که توسط کامپیوتر برای تولید یک تصویر ترکیبی ادغام می‌شود.

طیف‌سنجی تشدید مغناطیسی پروتون (MRS)

یک روش اسکن که فعالیت متابولیک نورون‌ها را اندازه‌گیری می‌کند و بنابراین ممکن است مناطق آسیب مغزی را نشان دهد.

تصویربرداری رزونانس مغناطیسی عملکردی

(fMRI) تصویری از نحوه واکنش نواحی مغز به محرک‌ها در زمان واقعی ارائه می‌دهد.

تصویربرداری تانسور انتشار (DTI)

روشی برای بررسی ناهنجاری‌ها در ماده سفید مغز.

در گونه ای که به عنوان اسکن توموگرافی کامپیوتری گسیل فوتون منفرد (SPECT) شناخته می‌شود، می‌توان تجزیه و تحلیل تصویربرداری طولانی‌تر و دقیق‌تری انجام داد. در هر دو روش، ترکیبات از طریق خون به مغز می‌روند و الکترون‌هایی با بار مثبت به نام پوزیترون از خود ساطع می‌کنند که بسیار شبیه اشعه ایکس در سی‌تی اسکن عمل می‌کنند. این تصاویر که نشان دهنده انباشته شدن ترکیب برچسب گذاری شده است، می‌تواند جریان خون، سوخت و ساز اکسیژن یا گلوکز و غلظت مواد شیمیایی مغز را نشان دهد. رنگ‌های پر جنب و جوش در انتهای قرمز طیف نشان دهنده سطوح بالاتری از فعالیت هستند و رنگ‌های موجود در انتهای طیف آبی-سبز-بنفش سطوح پایین‌تری از فعالیت مغز را نشان می‌دهند. طیف‌سنجی تشدید مغناطیسی پروتون (MRS) روش اسکن دیگری است که فعالیت متابولیکی نورون‌ها را اندازه‌گیری می‌کند و بنابراین ممکن است مناطق آسیب مغزی را نشان دهد (گوویند و همکاران، ۲۰۱۰).

تصویربرداری رزونانس مغناطیسی عملکردی (fMRI) تصویری از نحوه واکنش مناطقی از مغز به محرک‌ها در زمان واقعی ارائه می‌دهد و امکان نظارت دقیق بر پاسخ فرد را فراهم می‌کند. محققان به طور فزاینده ای از fMRI برای درک نواحی مغز فعال در پردازش اطلاعات استفاده می‌کنند. یکی از مزایای اصلی fMRI این است که نیازی به تزریق مواد رادیواکتیو مانند اسکن PET یا SPECT ندارد.

محققان هم‌چنین از تصویربرداری تانسور انتشار (DTI)، روشی برای بررسی ناهنجاری‌ها در ماده سفید مغز استفاده می‌کنند. اسکن‌های DTI فعالیت مولکول‌های آب را هنگام انتشار در طول آکسون‌ها نشان می‌دهند و بررسی ناهنجاری‌ها در مسیرهای عصبی را ممکن می‌سازند.

به خاطر داشته باشید که اسکن مغز می‌تواند شواهدی از مناطق خاصی از آسیب ایجاد کند، اما آن‌ها لزوماً با از دست دادن خاصی از عملکرد رفتاری مطابقت ندارند (مایرز و رولینگ، ۲۰۰۹). بنابراین، در حال حاضر، آن‌ها می‌توانند حاکی از آسیب مغزی یا کاهش فعالیت عصبی باشند، اما ارتباط آن‌ها با نحوه تفکر، به خاطر سپردن، برنامه‌ریزی یا درک افراد نمی‌تواند تضمین شود. ممکن است یک اسکن مغزی را بررسی کنید که ناحیه‌ای را نشان می‌دهد که «روشن می‌شود»، اما همیشه مشخص نیست که مقادیر بیش‌تر یا کم‌تر فعالیت مغز مستقیماً به معادل‌های ذهنی خود در احساساتی مانند ترس، عشق یا خشم قابل تفسیر باشد.

پس از ارزیابی بن از طریق آزمایش عصبی روانشناختی، دکتر واشنگتن دستور سی تی اسکن را داد (دی گیز و همکاران، ۲۰۱۰)، زیرا بن برخی از علائم آسیب لوب فرونتال (تغییرات شخصیت، مقداری درجاماندگی در WCST، و خطاهای حاشیه ای در TMT) را نشان داد. با این حال، لازم بود آسیب لوب جداری را رد کرد، که می‌تواند به این الگوی عملکردی و کمبود توجه بصری کمک کند. سی تی اسکن نشان داد که بن در نتیجه این حادثه دچار آسیب مغزی شده است که شاید به شکل خونریزی مغزی باشد.



از fMRI برای نظارت بر تغییرات در فعالیت مغز استفاده می‌شود.

©ALPA PROD/Shutterstock

۱۰,۳ قرار دادن همه چیز در کنار هم

همان‌طور که در مورد بن نشان دادیم، پزشکان هنگام تلاش برای ایجاد تشخیص از طریق شواهدی که از طریق فرآیند ارزیابی به دست می‌آورند، با یک وظیفه بزرگ روبه‌رو هستند. آن‌ها باید هر مشتری را به صورت جداگانه ارزیابی کنند و تعیین کنند که کدام ترکیبی از آزمایش‌ها برای شناسایی دقیق‌ترین ماهیت و علت علائم رفتاری آن مشتری مناسب‌تر است. علاوه بر این، پزشکانی که ارزیابی‌ها را انجام می‌دهند، سعی می‌کنند مهارت‌های انطباقی مراجع را درک کنند، به طوری که می‌توانند توصیه‌هایی برای تقویت توانایی‌های موجود مراجع ارائه دهند و به درمان برای به حداکثر رساندن عملکرد او در زندگی روزمره کمک کنند.

بازگشت به پرونده: بن رابشم

با توجه به علت احتمالی علائم او، دکتر واشنگتن توصیه کرد که بن برای تقویت مهارت‌های موجود خود توانبخشی دریافت کند تا بتواند به شغل قبلی خود بازگردد. بن همچنین اگر به نشان دادن نقص در سرعت پردازش بصری و فضایی ادامه دهد، درمان حمایتی و احتمالاً مشاوره حرفه‌ای دریافت خواهد کرد، مهارت‌هایی که به وضوح برای شغل فعلی خود به آن نیاز دارد.

تأملات دکتر توبین: دانستن این موضوع که جراح بن، اگرچه در حال حاضر با توانایی او برای رفتن به محل کار تداخل دارد، اما تا حدودی اطمینان بخش است، اما به احتمال زیاد خود به خود برطرف خواهد شد. ارزیابی عصب روانشناختی به وضوح در این مورد درخواست شد. متأسفانه با افزایش آسیب‌های مغزی تروماتیک در سال‌های اخیر، این نوع ارزیابی به طور فزاینده‌ای ضروری خواهد بود. جراح بن در محل کار رخ داده است، اما بسیاری از جوانان دیگر چنین آسیب‌هایی را در زمینه‌های مختلف فعالیت مانند بازی هاکی یا فوتبال و جنگیدن در جنگ تجربه می‌کنند. با توسعه تصویربرداری عصبی پیچیده‌تر و آزمایش‌های رایانه‌ای، ما برای ارزیابی افرادی مانند بن در آینده و همچنین مراجعانی که می‌بینیم اختلالات آن‌ها عمدتاً ماهیت روان‌شناختی دارند، آمادگی بهتری خواهیم داشت.

خلاصه

- ارزیابی روانشناختی روشی است که در آن یک پزشک یک ارزیابی رسمی از عملکرد شناختی، شخصیتی و روانی-اجتماعی فرد ارائه می‌دهد. پزشکان تحت شرایط مختلف ارزیابی را انجام می‌دهند. در بسیاری از موارد، پزشکان از فرآیند ارزیابی برای ارائه تشخیص یا حداقل یک تشخیص آزمایشی اختلال روانی فرد استفاده می‌کنند.
- برای متمر ثمر بودن، پزشکان باید ارزیابی‌هایی را مطابق با استانداردهایی انجام دهند که اطمینان حاصل شود که آن‌ها تکرارپذیرترین و دقیق‌ترین نتایج را ارائه می‌دهند. پایایی یک آزمون نشان دهنده سازگاری امتیازات آن است. اعتبار آزمون منعکس کننده میزانی است که آزمون آن‌چه را که برای اندازه‌گیری طراحی شده است اندازه می‌گیرد.

- پزشکان باید از بهترین روش‌های ارزیابی ممکن استفاده کنند. ارزیابی مبتنی بر شواهد شامل (۱) تکیه بر یافته‌های تحقیق و نظریه‌های علمی قابل دوام، (۲) استفاده از معیارهای قوی روان‌سنجی، و (۳) ارزیابی تجربی فرآیند ارزیابی است.
- مصاحبه بالینی مجموعه‌ای از سوالاتی است که پزشکان در تعامل رو در رو با مراجعه کننده مطرح می‌کنند. پاسخ‌هایی که مراجعان به این سوالات ارائه می‌کنند اطلاعات زمینه‌ای مهمی را در مورد مراجع ارائه می‌دهند، به آن‌ها اجازه می‌دهد تا علائم خود را توصیف کنند، و پزشکان را قادر می‌سازد تا مشاهداتی از مراجعان خود داشته باشند که می‌تواند تصمیم‌گیری در مورد مراحل بعدی، که ممکن است شامل آزمایش‌های بیش‌تر باشد، راهنمایی کند. این قالب می‌تواند ساختاریافته یا بدون ساختار باشد.
- یک پزشک از معاینه وضعیت روانی برای ارزیابی وضعیت ذهنی فعلی مراجع استفاده می‌کند. پزشک تعدادی از ویژگی‌های مراجعه کننده از جمله ظاهر، نگرش، رفتار، خلق و خو و عاطفه، گفتار، فرآیندهای فکری، محتوای فکر، ادراک، شناخت، بینش و قضاوت را ارزیابی می‌کند. نتیجه معاینه وضعیت روانی توصیفی جامع از نحوه ظاهر، فکر، احساس و رفتار مراجع است.
- تست‌های هوش مانند تست هوش استانفورد-بینه، به ویژه مقیاس وکسلر، اطلاعات ارزشمندی در مورد عملکرد شناختی فرد ارائه می‌دهد.
- پزشکان از آزمون‌های شخصیتی برای درک افکار، رفتارها و احساسات فرد استفاده می‌کنند. دو شکل اصلی آزمون شخصیت وجود دارد: خود گزارش‌دهی و فرافکنی. آزمون‌ها شامل پرسشنامه شخصیت چند مرحله‌ای مینه‌سوتا (MMPI)، پرسشنامه ارزیابی شخصیت (PAI)، پرسشنامه شخصیتی NEO، و سایر پرسشنامه‌های خودگزارشی خاص هستند که برای بررسی اختلالات یا سوالات تحقیقاتی خاص طراحی شده‌اند که تست ممکن است مرتبط نباشد.
- در آزمون‌های فرافکنی، ممتحن سوالاتی در مورد یک محرک مبهم می‌پرسد. رایج‌ترین آن‌ها رورشاخ و TAT هستند. ارزیابی‌های رفتاری به جای پاسخ به مقیاس‌های رتبه‌بندی یا سوالات، اقدامات را ثبت می‌کنند. رفتار هدف همان چیزی است که مراجع و پزشک می‌خواهند تغییر دهند. ارزیابی‌های رفتاری شامل توصیف وقایعی است که قبل یا بعد از رفتارها رخ می‌دهد. مشاهده in vivo زمانی انجام می‌شود که پزشکان رفتار را در زمینه طبیعی آن، مانند کلاس درس یا خانه، ثبت کنند. مشاهدات آنالوگ در یک محیط یا زمینه مانند مطب پزشک یا آزمایشگاهی که به طور خاص برای مشاهده رفتار هدف طراحی شده است انجام می‌شود. در یک خودگزارشی مشکلات رفتاری، مشتری، رفتار هدف را از جمله پیشایندها و پیامدهای رفتار ثبت می‌کند. خود

نظارتی شکلی از خودگزارشی مشکلات رفتاری است که در آن مراجع از فراوانی رفتارهای مشخص شده یادداشت‌برداری می‌کنند.

- هنگامی که روانشناسان یک ارزیابی چندفرهنگی انجام می‌دهند، باید پیشینه فرهنگی، قومی و نژادی فرد را در نظر بگیرند.

- ارزیابی عصب روانشناختی فرآیند جمع‌آوری اطلاعات در مورد عملکرد مغز مراجع بر اساس عملکرد در آزمون‌های روانشناختی است. پزشکان از معیارهای ارزیابی عصب روانشناختی استفاده می‌کنند تا با مقایسه عملکرد مشتری در یک آزمایش خاص با داده‌های هنجاری افرادی که به انواع خاصی از آسیب‌ها یا اختلالات شناخته شده‌اند، ارتباط عملکردی آسیب مغزی را تعیین کنند. تست‌های مختلفی برای ارزیابی یادآوری کلامی و توجه شنیداری وجود دارد. تصویربرداری عصبی شامل EEG، سی تی اسکن، fMRI، MRI، اسکن PET و DTI است.

اصطلاحات کلیدی

تست تطبیقی	تصویربرداری رزونانس مغناطیسی	ارزیابی روانشناختی
مشاهدات آنالوگ	عملکردی (fMRI)	تست لکه جوهر رورشاخ
اثر بارنوم	مشاهده in vivo	خود نظارتی
ارزیابی رفتاری	تصویربرداری رزونانس مغناطیسی	پرسشنامه بالینی خود گزارشی
مصاحبه رفتاری	(MRI)	اسکن توموگرافی کامپیوتری با
خود گزارش رفتاری	بررسی وضعیت روانی	انتشار تک فوتون (SPECT).
مصاحبه بالینی	آزمون وضعیت ذهنی کوچک	استاندارد سازی
توموگرافی محوری کامپیوتری (MMSE)	مصاحبه بالینی ساختاریافته برای	
(CAT یا CT) اسکن	شخصیت چند مرحله ای مینه سوتا	اختلالات (SCID-۵) DSM-۵
مصاحبه فرمول بندی فرهنگی	موجودی (MMPI)	مصاحبه ساختاریافته
هوش انحرافی (IQ)	ارزیابی چند فرهنگی	رفتار هدف
تصویربرداری تانسور انتشار (DTI)	تصویربرداری عصبی	تست درک موضوعی (TAT)
الکتروانسفالوگرام (EEG)	ارزیابی عصب روانشناختی	مصاحبه بدون ساختار
ارزیابی مبتنی بر شواهد	اسکن توموگرافی گسیل پوزیترون	مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر
عملکرد اجرایی	(PET).	(WAIS)
	آزمون فرافکنی	
	طیف سنجی تشدید مغناطیسی	
	پروتون (MRS)	

دیدگاه های نظری

اهداف یادگیری

- ۱,۴ نظریه های دیدگاه بیولوژیکی و شناسایی درمان را ارزیابی کنید.
- ۲,۴ نظریه صفت را شرح دهید.
- ۳,۴ نظریه فروید را با دیدگاه های روان پویشی پسا فروید مقایسه کنید و بسنجید و درمان ها را شناسایی کنید.
- ۴,۴ نظریه های دیدگاه رفتاری و شناسایی درمان را ارزیابی کنید.
- ۵,۴ نظریه های دیدگاه شناختی و شناسایی درمان را ارزیابی کنید.
- ۶,۴ نظریه های دیدگاه انسان گرا و شناسایی درمان ها را ارزیابی کنید.
- ۷,۴ نظریه های دیدگاه اجتماعی-فرهنگی و شناسایی درمان را ارزیابی کنید.
- ۸,۴ دیدگاه زیست روانی اجتماعی را توضیح دهید.

رئوس مطالب

- گزارش موردی: میرا کریشان
- دیدگاه های نظری در روانشناسی آسیب شناسی
- دیدگاه بیولوژیکی
- نظریه ها
- درمان
- نظریه صفت
- آنچه در DSM-۵ وجود دارد:
- رویکردهای نظری
- دیدگاه روان پویشی
- نظریه فروید
- دیدگاه های روان پویشی پسا فرویدی
- درمان
- دیدگاه رفتاری



© iStockphoto.com/graefswitzstock

نظریه ها

شما قضاوت کنید: تمرین مبتنی بر

شواهد

درمان

دیدگاه شناختی

نظریه ها

درمان

دیدگاه انسان گرایانه

نظریه ها

درمان

دیدگاه اجتماعی و فرهنگی

نظریه ها

درمان

داستان های واقعی: سیلویا پلات: اختلال

افسردگی عمده

دیدگاه مبتنی بر پذیرش

نظریه ها

رفتار

دیدگاه های زیست روانی اجتماعی در

نظریه ها و درمان ها: یک رویکرد

یکپارچه

بازگشت به پرونده: خلاصه میرا کریشنان

اصطلاحات کلیدی

فصل ۴

گزارش موردی: میرا کریشان

اطلاعات دموگرافیک: دختر ۲۶ ساله مجرد دگرجنس‌گرای هندی آمریکایی

مشکل فعلی: میرا به اصرار یکی از دوستانم به مطب خصوصی من برای درمان سرپایی مراجعه کرد. در ۳ هفته گذشته، او گزارش می‌دهد که به قول خودش، «عمیقاً بدون هیچ دلیلی غمگین است»، بی‌حال، و درگیر این احساس است که بهتر است بمیرد، هرچند که می‌گوید که هیچ برنامه یا قصد خاصی برای خودکشی ندارد. او اظهار داشت که در بیش‌تر روزها بیش از حد می‌خوابد، در بیش‌تر روزها اشتهايش کم شده و در نتیجه حدود ۲ تا ۳ پوند وزن کم می‌کند و سعی می‌کند از هرگونه تماس اجتماعی اجتناب کند. او همچنین احساس می‌کند که خانواده و دوستانش را بسیار ناامید کرده است. در نتیجه این علائم، میرا معتقد است که عملکرد کاری او آسیب دیده است و خاطرنشان می‌کند که از تمام مرخصی‌های مربوط به بیماری خود استفاده کرده است. از طرف کارفرمایش به او اخطار داده شده است که در صورت غیبت در روزهای دیگر، قراردادش بازنگری خواهد شد.

سابقه قبلی مرتبط: میرا که فارغ التحصیل دانشگاه است، به عنوان زیست‌شناس در آزمایشگاه تحقیقاتی بیمارستان کار می‌کند. او کوچک‌ترین فرزند است و یک خواهر بزرگ‌تر دارد و گزارش می‌دهد که معتقد است والدینش از خواهر بزرگ‌ترش حمایت می‌کنند. او احساس می‌کند که والدینش که قبل از تولد میرا و خواهرش از هند به ایالات متحده مهاجرت کرده‌اند، از شیوه زندگی فعلی او در مقایسه با خواهرش که با پسر یکی از دوستان خانوادگی‌شان ازدواج کرده است، ناراضی هستند. اگرچه میرا و خواهرش زمانی بسیار صمیمی بودند، اما دیگر ارتباط منظمی باهم ندارند و او به ندرت به دیدن والدینش می‌رود، اگرچه آن‌ها در یک شهر همسایه زندگی می‌کنند.

میرا گزارش می‌دهد که او به ندرت الکل می‌نوشد و هرگز از مواد مخدر استفاده نکرده است. او هیچ مشکل پزشکی ندارد و گزارش می‌دهد که به طور کلی وضعیت سلامتی او بسیار خوب است. میرا قبل از شروع دوره افسردگی فعلی‌اش، گزارش می‌دهد که او به طور منظم با شرکت در یک باشگاه دو میدانی به مدت طولانی ورزش می‌کرد و از آشپزی با دوستانش و گوش دادن به موسیقی لذت می‌برد.

این سومین اپیزود افسردگی میرا از سال اول دبیرستان است. هر اپیزود تقریباً ۲ ماه یا کمی بیش‌تر طول کشیده است. او قبلاً به دنبال درمان نبوده است.

علائم: تقریب در هر روز از ۳ هفته گذشته، میرا در بیش‌تر ساعات روز احساس غم و اندوه شدیدی را تجربه می‌کند که دلیل آن سوگ، مصرف مواد یا مشکل پزشکی نیست. علائم او عبارتند از احساس بی‌ارزشی، اشک ریختن، از دست دادن علاقه، اختلال خواب (زیاد خوابیدن) و از دست دادن اشتها. او افکار مکرر در مورد مرگ و افکار خودکشی غیرفعال را تجربه کرده است، اگرچه هرگز قصد یا برنامه‌ای برای خودکشی نداشته است.

گزارش موردی (ادامه)

صورت بندی موردی: از آنجایی که میرا دو اپیزود افسردگی قبلی را تجربه کرده است که هر کدام از آنها حداقل ۲ ماه فاصله داشته است و علائم دوره فعلی او در توانایی او برای انجام عملکرد طبیعی روزانه اختلال ایجاد می‌کند، او معیارهای DSM-۵ را برای اختلال افسردگی عمده (MDD)، عودکننده دارد.

طرح درمان: اصول تمرین مبتنی بر شواهد نشان می‌دهد که بهترین درمان برای افسردگی میرا، درمان شناختی-رفتاری (CBT) است. پس از قرار ملاقات، او یک ارزیابی روانشناختی کامل دریافت خواهد کرد. با توجه به شدت علائم او، توصیه می‌کنم برای مشاوره و ارزیابی پزشکی به روانپزشک مراجعه کند تا مشخص شود آیا داروهای روانپزشکی می‌توانند مفید باشند یا خیر.

سارا توبین، دکتر

دیدگاه نظری

جهت گیری برای درک
علل رفتار انسان و
درمان اختلالات روانی.

۱,۴ دیدگاه های نظری در روانشناسی آسیب شناسی

زیربنای دیدگاه های نظری، که جهت گیری هایی برای درک علل رفتار انسان و درمان اختلالات روان شناختی است، تمام کارهای تحقیقاتی و بالینی در روان شناسی آسیب شناسی را هدایت می کند. در این فصل، دیدگاه های نظری اصلی را که پایه و اساس متن را تشکیل می دهند، بررسی خواهیم کرد. شما با جزئیات بیش تری در مورد هر دیدگاه و نحوه اعمال آن در مورد اختلالات خاص در فصل هایی که اختلالات روانی اصلی را پوشش می دهند، خواهید خواند. برای تسهیل درک شما از این دیدگاه ها، از مورد میرا به عنوان مثالی استفاده می کنیم تا نشان دهیم پزشکانی که در هر دیدگاه کار می کنند چگونه به درمان او می پردازند. اگرچه طرح میرا نیاز به درمان در دیدگاه شناختی-رفتاری دارد، مورد او جنبه های زیادی دارد که هر یک از نظریه های اصلی به آن ها می پردازند و بنابراین نیازمند بحث هستند.

۲,۴ دیدگاه بیولوژیکی

روانشناسانی که در دیدگاه بیولوژیکی کار می کنند معتقدند که ناهنجاری در عملکرد بدن عامل علائم اختلالات روانی است. به طور خاص، آن ها معتقدند که ما می توانیم علل علائم روان شناختی را در درجه اول به اختلالات در سیستم عصبی یا سایر سیستم های بدن که بر سیستم عصبی تاثیر می گذارد، ردیابی کنیم.

نظریه ها

رویکردهای بیولوژیکی به ناهنجاری بر نقش سیستم عصبی و ژنتیک تمرکز دارد. روش هایی که این ها در طول زندگی با هم تعامل دارند، به بخش های مهمی از دیدگاه زیست روانی-اجتماعی تبدیل می شوند.

نقش سیستم عصبی در سیناپس ها، یا اتصالاتی که نورون ها می توانند با هم ارتباط برقرار کنند، داده ها در سراسر سیستم عصبی منتقل می شود. مواد شیمیایی که به عنوان **انتقال دهنده های عصبی** شناخته می شوند توسط نورون ها در شکاف سیناپسی آزاد می شوند، جایی که در سیناپس ها حرکت می کنند و توسط نورون های دریافت کننده جذب می شوند. دانشمندان علوم اعصاب تصور می کنند که نورون ها زمانی که انتقال دهنده های عصبی مشابهی را ارسال می کنند و به آن ها پاسخ می دهند، به عنوان کانال-هایی برای وظایف خاص عمل می کنند.

دیدگاه بیولوژیکی

دیدگاهی نظری که در آن فرض بر این است که اختلالات احساسات، رفتار و فرآیندهای شناختی ناشی از ناهنجاری در عملکرد بدن است.

انتقال دهنده های

عصبی

یک ماده شیمیایی آزاد شده از یک نورون به شکاف سیناپسی، جایی که در سراسر سیناپس حرکت می کند و توسط نورون گیرنده جذب می شود.

جدول ۱ نقش پیشنهادی چندین انتقال دهنده عصبی اصلی را در اختلالات روانی نشان می‌دهد. «مسیر سروتونین» شامل نورون‌هایی است که در تنظیم خلق و خو و سایر عملکردها نقش دارند. همان‌طور که از جدول می‌بینید، با این حال، چندین انتقال دهنده عصبی ممکن است به یک عملکرد مرتبط باشند. برعکس، برخی از عملکردها توسط بیش از یک انتقال دهنده عصبی انجام می‌شود. به عبارت دیگر، نقشه‌برداری یک به یک از توابع و انتقال دهنده‌های عصبی وجود ندارد، که تا حد زیادی به چالش درک نحوه عملکرد سیستم عصبی می‌افزاید. محققان امیدوارند که درک این پیوندها و پزشکان برای درمان ناهنجاری‌های انتقال دهنده‌های عصبی که می‌تواند علائم روانی را کاهش دهد، ممکن باشد.

تغییرات در ساختارهای مغز که به دلیل آسیب رخ می‌دهد یا در بدو تولد وجود دارد، ممکن است در اختلالات روانی نیز نقش داشته باشد. نقش ناهنجاری‌های ساختاری در مغز با در دسترس بودن روش‌های پیچیده‌تر اسکن مغز که در فصل «ارزیابی» توضیح دادیم، توجه بیشتری را به خود جلب می‌کند.

نقش ژنتیک

مبانی ژنتیک ژن، دستورالعمل‌هایی برای تشکیل پروتئین‌های موجود در هر یک از سلول‌های بدن است. این دستورالعمل‌ها به نوبه خود نحوه عملکرد سلول را مشخص می‌کند. در مورد نورون‌ها، ژن‌ها ساخت انتقال دهنده‌های عصبی و همچنین نحوه رفتار انتقال دهنده‌های عصبی در سیناپس را کنترل می‌کنند. ژن‌ها همچنین تا حدی چگونگی رشد ساختارهای مغز را در طول زندگی تعیین می‌کنند. هر عاملی که بتواند کد ژنتیکی را تغییر دهد می‌تواند نحوه عملکرد این ساختارها را نیز تغییر دهد.

ژن

دستورالعمل‌های
تشکیل پروتئین‌های
موجود در هر یک از
سلول‌های بدن.

جدول ۱ انتقال دهنده‌های عصبی منتخب دخیل در اختلالات روانی

اختلالات مرتبط	انتقال دهنده عصبی
اختلالات افسردگی اختلالات اضطرابی (اختلال پانیک)	نوراپی نفرین
اختلالات افسردگی اختلالات اضطرابی اسکیزوفرنی بی‌اشتهایی عصبی اختلالات مصرف مواد	سروتونین
اختلالات اضطرابی اختلالات مصرف مواد	گاما آمینوبوتیریک اسید (GABA)
اختلال عصبی شناختی ناشی از بیماری پارکینسون اسکیزوفرنی اختلالات اشتها اختلالات مصرف مواد	دوپامین
اختلال عصبی شناختی ناشی از بیماری آلزایمر	استیل کولین
اختلالات مصرف مواد	پپتیدهای اپیوئیدی

اختلالات ارثی زمانی ایجاد می‌شود که ژن‌های هر یک از والدین به گونه‌ای ترکیب شوند که عملکرد معمولی یک سلول به خطر بیفتد. ناهنجاری‌های ژنتیکی خود می‌توانند ناقل عصبی و تغییرات ساختاری مغز را تولید کنند که می‌تواند با اختلالات روانی مرتبط باشد. به ارث بردن ترکیب خاصی از ژن‌ها، کپی برداری نادرست هنگام تولید مثل سلول‌ها، یا جهش‌هایی که فرد در طول زندگی به دست می‌آورد، همگی ممکن است به تغییرات ژنتیکی کمک کنند که بر عملکرد روانی تاثیر می‌گذارد. این ناهنجاری‌های ژنتیکی ممکن است با آسیب‌های ناشی از قرار گرفتن در معرض عوامل محیطی مانند سموم یا آسیب نیز تداخل داشته باشند. به طور فزاینده‌ای، محققان هم‌چنین از روشی که قرار گرفتن در معرض عوامل مضر می‌تواند در واقع کد ژنتیکی یک موجود زنده را تغییر دهد، آگاه می‌شوند، موضوعی که به زودی به آن باز خواهیم گشت.

ژنوتیپ

ساختار ژنتیکی یک موجود زنده

آلل

یکی از دو یا چند تنوع مختلف یک ژن.

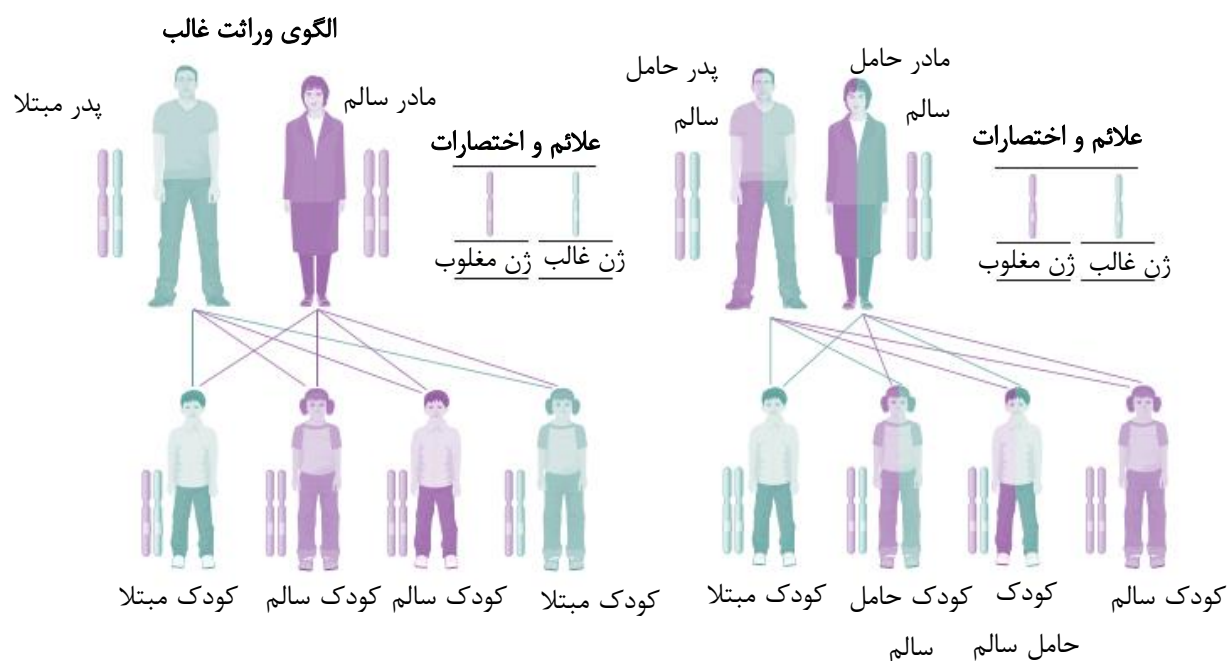
ژنوتیپ شما ترکیب ژنتیکی شما است که شامل آلل یا هر نوع ژنی است که به ارث می‌برید. بیاپید بگوییم که آلل A باعث تشکیل پروتئینی می‌شود که نورون را به شکل غیر طبیعی هدایت می‌کند. آلل B باعث می‌شود نورون کاملاً سالم باشد. اگر دو ژن حاوی آلل B را به ارث برده‌اید، احتمال ابتلا به آن بیماری صفر است. از طرف دیگر، اگر دو ژن حاوی آلل A را به ارث برده باشید، به طور قطع به این بیماری مبتلا خواهید شد. اگر یک آلل A و یک آلل B را به ارث ببرید، وضعیت پیچیده‌تر می‌شود. این که آیا شما به این بیماری مبتلا می‌شوید بستگی به این دارد که آیا بیماری «غالب» است یا خیر. اگر چنین است، برای ابتلا به بیماری فقط به یک آلل آسیب دیده نیاز دارید، و دستورالعمل‌های آلل A برای کدگذاری پروتئین مضر تقریباً به طور قطع بر آلل B غالب خواهد بود (شکل ۱، سمت چپ). اگر بیماری «غیرطبیعی» باشد، پس آلل A به تنهایی نمی‌تواند باعث تشکیل پروتئین مضر شود. با این حال، در این صورت، اگر یک آلل A و یک آلل B دارید، یک حامل سالم هستید. اگر همسرتان نیز یک حامل سالم باشد، کودکان می‌تواند دو آلل A را دریافت کند و بنابراین به این اختلال مبتلا شود (شکل ۱، سمت راست).

چند ژنی

مدلی از وراثت که در آن بیش از یک ژن در فرآیند تعیین یک مشخصه شرکت می‌کند.

ویژگی‌های اکتسابی متعددی را می‌توان با استفاده از مدل مغلوب غالب تک ژنی به ارث برد، اما مشکلات روانی اغلب ترکیب پیچیده‌تری از عوامل را به دنبال دارد. در عوض، احتمال این که بیماری‌های روان‌شناختی از یک مدل چند ژنی توارث پیروی کنند، بسیار بیش‌تر است، که در آن ژن‌های متعدد با هم کار می‌کنند تا یک ویژگی خاص را تعیین کنند. برخی از صفات هستند که

فقط از طریق مادر منتقل می‌شوند و نشان‌دهنده پیوندهای مادری هستند. نقص در DNA میتوکندری، DNA که سنتز پروتئین را در میتوکندری سلول (ساختارهای تولید کننده انرژی) تنظیم می‌کند، باعث این بیماری‌ها می‌شود.



شکل ۱ الگوی وراثت صفت غالب- مغلوب

هنگامی که یک بیماری ژنتیکی غالب باشد، کودکی که یک نسخه از آلل مبتلا را دریافت می‌کند، به این بیماری مبتلا می‌شود (سمت چپ). هنگامی که یک بیماری ژنتیکی مغلوب باشد، تنها کودکی که دو نسخه از آلل آسیب‌دیده دریافت می‌کند به این بیماری مبتلا می‌شود (راست).

فنوتیپ

بیان برنامه ژنتیکی در ویژگی‌های جسمی و روانی فرد.

اپی ژنتیک

علمی که تلاش می‌کند راه‌هایی را که محیط بر ژن‌ها برای تولید فنوتیپ‌ها تاثیر می‌گذارد، شناسایی کند.

همان‌طور که قبلاً اشاره کردیم علاوه بر این واقعیت که ژن‌های متعددی با ظهور مشکلات روان‌شناختی مرتبط هستند، محیط نیز تاثیر قابل‌توجهی بر چگونگی انعکاس رفتار ما بر ساختار ژنتیکی ما دارد. همین امر این موضوع را پیچیده‌تر می‌کند. فنوتیپ بیان برنامه ژنتیکی در ویژگی‌ای جسمی و روانی فرد است. برخی از فنوتیپ‌ها نسبتاً نزدیک به ژنوتیپ خود هستند. به عنوان مثال، رنگ چشم شما تاثیرات محیطی را منعکس نمی‌کند. با این حال، اندام‌های پیچیده‌ای مانند مغز، اغلب تفاوت زیادی بین ژنوتیپ و فنوتیپ نشان می‌دهند، زیرا محیطی که افراد در معرض آن قرار می‌گیرند به شدت بر رشد مغز در طول زندگی تاثیر می‌گذارد. علاوه بر این، ژن‌های متعددی در ساخت ساختارهای مغز و تاثیرگذاری بر تغییرات در آن‌ها در طول زمان شرکت می‌کنند. مطالعه اپی ژنتیک تلاش می‌کند تا راه‌هایی را که باعث می‌شود محیط بر ژن‌ها برای تولید فنوتیپ‌ها تاثیر بگذارد، شناسایی کند.

آندوفنوتیپ‌ها

ناهنجاری‌های رفتاری زیستی که با علل ژنتیکی و عصبی بیولوژیکی اختلالات روانی مرتبط است.

با انعکاس پیچیدگی ساختارها و عملکردهای مغز، محققان پیشرو در اسکیزوفرنی (گوستمن و شیلد، ۱۹۷۲، ۱۹۷۳) استفاده از اصطلاح آندوفنوتیپ را برای توصیف نقش عوامل ژنتیکی و محیطی در رفتارهای پیچیده پیشنهاد کردند. آندوفنوتیپ یک ناهنجاری رفتاری زیستی است که با علل ژنتیکی و عصبی بیولوژیکی اختلالات روانی مرتبط است. راه دیگر برای فکر کردن در مورد آندوفنوتیپ این است که یک فنوتیپ درونی است و از بیرون قابل مشاهده نیست. برای مثال، در مورد اسکیزوفرنی، چندین آندوفنوتیپ احتمالی ممکن است زمینه‌ساز علائم ظاهری این بیماری باشد. این‌ها شامل ناهنجاری در حافظه، فرآیندهای حسی و انواع خاصی از سلول‌های سیستم عصبی است. فرض بر این است که این ویژگی‌های غیرقابل مشاهده، که توسط وراثت و تاثیرات محیطی شکل می‌گیرند، مسئول حالت‌های رفتاری بیماری هستند. مفهوم آندوفنوتیپ‌ها احتمالاً ده‌ها سال جلوتر از زمان خود بود، زیرا در دهه ۱۹۷۰، محققان در مورد آن‌چه که می‌توانستند از نظر ژنتیک و مغز مطالعه کنند محدود بودند. با توسعه روش‌های پیچیده آزمایش DNA و تصویربرداری مغز، این مفهوم توجه بسیاری را به خود جلب کرد (گوستمن و گولد، ۲۰۰۳).

ژنتیک در حال تبدیل شدن به یک تجارت بزرگ است زیرا تجزیه و تحلیل‌های DNA که از طریق شرکت‌های آنلاین در دسترس قرار می‌گیرد، این امکان را برای افراد فراهم می‌کند تا در مورد

احتمال ابتلای خود به یک بیماری ژنتیکی خاص دید پیدا کنند. افرادی که نمونه‌های DNA خود را ارسال می‌کنند ممکن است متوجه شوند که در معرض خطر نابینایی هستند یا حتی احتمال دارد نسبت به افراد عادی کافئین کم‌تری مصرف کنند. برخی از یافته‌هایی که این آزمایش‌ها به دست می‌آورند، نسبتاً بی‌اهمیت هستند (مانند این که آیا شما چال روی گونه دارید)، اما نتایج دیگر می‌توانند به تصمیم‌گیری‌هایی در مورد سلامت آینده افراد کمک کنند.

تعاملات ژن و محیط - روابط بین تاثیرات ژنتیکی و محیطی به دو دسته تقسیم می‌شود: همبستگی ژن و محیط و تعامل بین ژن‌ها و محیط (لاو و ایلی، ۲۰۱۰). همبستگی ژن-محیط زمانی وجود دارد که افراد با استعداد ژنتیکی خاص به طور نابرابر در محیط‌های خاص توزیع شوند (اسکار و مک کارتنی، ۱۹۸۳). همبستگی ژن و محیط می‌تواند به سه طریق ایجاد شود. اولین مورد از طریق قرار گرفتن در موقعیت غیرفعال است. کودکان با استعدادهای ژنتیکی خاص می‌توانند در معرض محیط‌هایی قرار بگیرند که والدینشان بر اساس استعدادهای ژنتیکیشان ایجاد می‌کنند. به عنوان مثال، یک کودک ممکن است دو والدین با استعداد ورزشی داشته باشد که در ورزش شرکت می‌کنند. این کودک نه تنها ژن‌هایی را به ارث می‌برد که به ارتقای توانایی‌های ورزشی کمک می‌کنند، بلکه در خانواده‌ای بزرگ می‌شوند که در آن والدین، خود به فعالیت‌های ورزشی می‌پردازند. علاوه بر این، شانس خوبی وجود دارد که والدین کودک را بر اساس علایق شخصی خود به شرکت در ورزش تشویق کنند.

دومین تعامل ژن و محیط زمانی اتفاق می‌افتد که والدین با کودکان دارای استعدادهای ژنتیکی متفاوت رفتار می‌کنند، زیرا مهارت‌های این کودکان واکنش‌های متفاوتی را برمی‌انگیزد. با اشاره به ورزشکار جوان، مربی مدرسه ممکن است کودکی با استعداد ورزشی را در اولین فرصت ممکن در تیم‌های ورزشی ثبت نام کند، که به کودک کمک می‌کند توانایی‌های ورزشی خود را حتی بیش‌تر توسعه دهد.

«انتخاب جایگاه» سومین همبستگی ژن و محیط است. کودکی که به طور طبیعی ورزشکار است ممکن است منتظر جذب شدن نباشد، اما در عوض به دنبال فرصت‌هایی برای ورزش در سنین پایین است. در این روش، جوان پس از انتخاب جایگاه مطلوب، به مرور زمان توانایی‌ها و مزایای بیش‌تری به دست می‌آورد.

در حال حاضر به اختلالات ارثی ژنتیکی می‌پردازیم، هر یک یا ترکیبی از این سه همبستگی ژن و محیط به استعداد ژنتیکی زمینه‌ای که یک بچه به ارث می‌رسد کمک می‌کند. از یک طرف، کودکی که با تمایل ژنتیکی به یک اختلال متولد می‌شود، اگر در شرایط مناسب رشد کند، هرگز چنین اختلالی در او بروز نمی‌کند. از طرف دیگر، کودکانی که دارای استعداد ژنتیکی هستند، اگر در معرض محیط‌های خشن یا استرس‌زا قرار بگیرند که خطر ابتلا به آن‌ها را افزایش می‌دهد، ممکن است بیش‌تر علائم این اختلال را بروز دهند.

یک مورد کوچک

رویکردهای بیولوژیکی برای درمان میرا

یک پزشک تجویز کننده (مانند یک روانپزشک یا پرستار روانپزشک) که در زمینه دیدگاه بیولوژیکی کار می‌کند، افسردگی میرا را با داروهای ضد افسردگی درمان می‌کند که به احتمال زیاد با مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRIs) شروع می‌شود. از آنجایی که این داروها برای چند هفته اثر نمی‌گذارند، پزشک در طول این دوره، میرا را به دقت تحت نظر قرار می‌دهد تا اطمینان حاصل کند که حال او پایدار است، حداقل هر هفته با او ملاقات می‌کند تا پیشرفت او را بررسی کند، از عوارض جانبی که تجربه می‌کند مطلع شود، و لازم است، به خصوص بعد از ۴ تا ۶ هفته داروها را تغییر دهد. میرا کاندیدای مناسبی برای مداخلات رادیکال‌تر نیست، زیرا اگرچه افکار خودکشی دارد، اما قصد یا برنامه‌ای ندارد و به نظر نمی‌رسد در معرض خطر جدی باشد. پزشک همچنین ممکن است توصیه کند که میرا برای کمک به افزایش اثرات درمانی داروهای خود، تمرینات ورزشی قبلی خود را از سر بگیرد.

استعدادهای ژنتیکی هم‌چنین ممکن است با تأثیرات محیطی تعامل داشته باشند، زمانی که هر دو اثر یا بیان دیگری را تغییر دهند. به عنوان مثال، در مورد اختلال افسردگی عمده، محققان دریافته‌اند که افراد با خطر ژنتیکی بالا نسبت به افرادی که خطر ژنتیکی پایینی دارند، در مواقعی که تحت شرایط استرس‌زا قرار می‌گیرند، بیش‌تر احتمال دارد علائم افسردگی در آن‌ها ظاهر شود. در نتیجه، افراد با استعدادهای ژنتیکی مختلف به استرس یکسان واکنش متفاوتی نشان می‌دهند. در مقابل، افرادی که در شرایط کم استرس زندگی می‌کنند، نسبت به افرادی که در معرض سطوح استرس بالاتری هستند، خطر ژنتیکی بالاتری دارند. به عبارت دیگر، یک فرد ممکن است یک حساسیت یا تمایل ژنتیکی داشته باشد که نهفته است و تنها در شرایط استرس‌زا آشکار می‌شود (لاو و ایلی، ۲۰۱۰).

محققانی که در مورد آسیب‌شناسی روانی مطالعه می‌کنند مدت‌هاست که از نقش مشترک ژن‌ها و محیط در ایجاد اختلالات روانی آگاه بوده‌اند. مدل دیاتز-استرس پیشنهاد می‌کند که افراد با دیاتز (استعداد ژنتیکی) به دنیا می‌آیند یا از طریق قرار گرفتن زود هنگام در معرض رویدادهایی مانند تروما، بیماری‌ها، عوارض تولد یا محیط‌های خشن خانوادگی، آسیب‌پذیری پیدا می‌کنند (زوبین و بهار، ۱۹۷۷). سپس این آسیب‌پذیری این افراد را در معرض خطر عوارض مادام‌العمر قرار می‌دهد که در آن با افزایش سن دچار یک اختلال روانی می‌شوند (جانسون و همکاران، ۲۰۰۱).

با پیشرفت‌های علم ژنتیک، محققان اکنون بسیار بهتر می‌توانند روش‌های دقیق تعامل ژن‌ها و عوامل محیطی را درک کنند. مسیر معمولی برای انتقال ژنتیکی این است که افراد دو نسخه از یک ژن را به ارث می‌برند، از هر یک از والدین یکی را به ارث می‌برند، و هر دو نسخه به طور فعال رشد فرد را شکل می‌دهند. با این حال، ژن‌های خاصی را می‌توان از طریق اپی ژنتیک، فرآیند به ارث بردن تغییرات در تنظیم و بیان ژن، «روشن» یا «خاموش» کرد. اگر ژن فعال باقیمانده این جفت حذف شود یا به شدت جهش یافته باشد، در آن صورت فرد می‌تواند به بیماری مبتلا شود. هنگامی که یک گروه شیمیایی متیل، خود را به ژن متصل می‌کند، فرآیند متیلاسیون DNA می‌تواند یک ژن را خاموش کند (شکل ۲). اپی ژنتیک فرآیندی است که به خود DNA وابسته نیست، بنابراین اگر بتوان متیلاسیون را مهار کرد، آسیب را می‌توان معکوس کرد.

مدل دیاتز-استرس

این پیشنهاد که افراد با استعداد (یا «دیاتزی») به دنیا می‌آیند و در صورت قرار گرفتن در معرض برخی از تجربیات زندگی بسیار استرس‌زا در معرض خطر ابتلا به یک اختلال روانی قرار می‌گیرند.

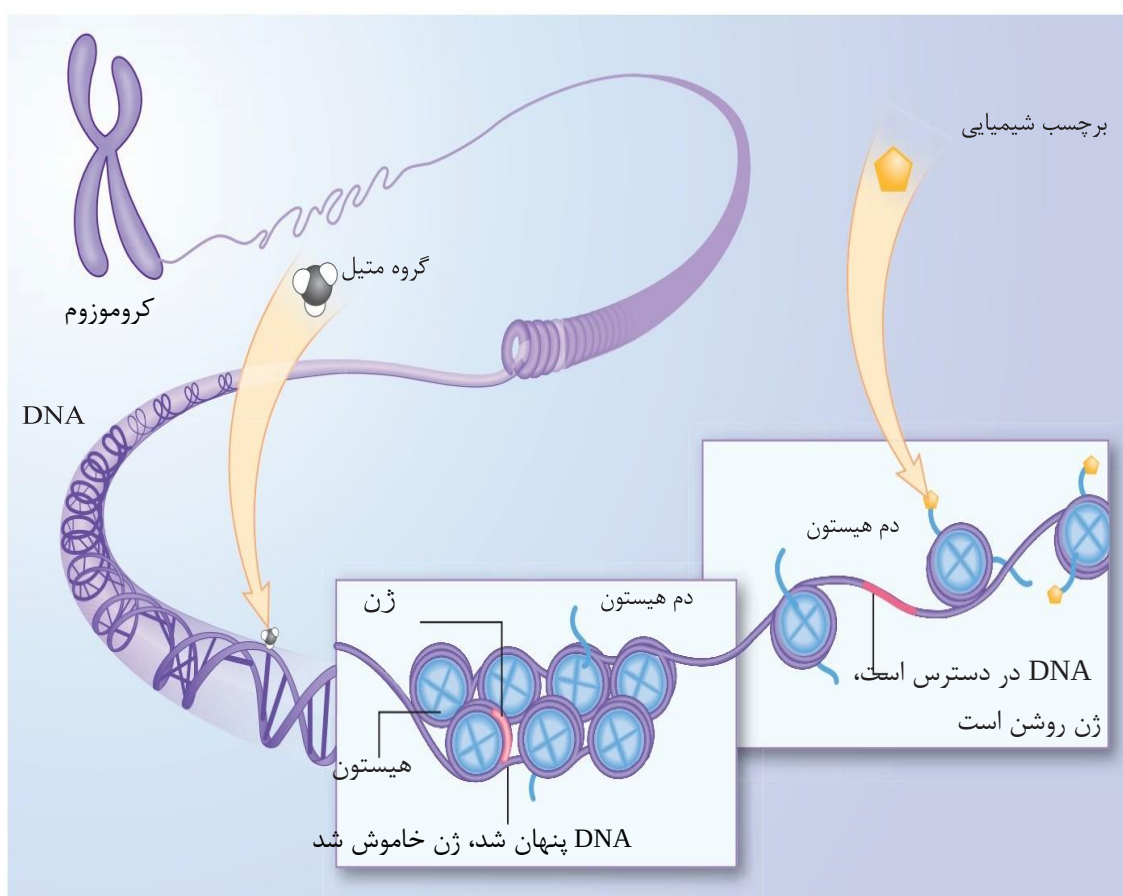
اپی ژنتیک

فرآیند به ارث بردن تغییرات در تنظیم و بیان ژن.

متیلاسیون DNA

فرآیندی که می‌تواند یک ژن را هنگامی که یک گروه شیمیایی متیل، خود را به ژن متصل می‌کند، خاموش کند.

از طریق فرآیندهای اپی ژنتیک متیلاسیون DNA، مراقبت از مادر، برای مثال، می‌تواند بیان ژن را تغییر دهد. یک مطالعه نشان داد که در طول بارداری، قرار گرفتن مادر در معرض سموم محیطی منجر به متیلاسیون DNA در فرزند متولد نشده او شد (فرنس، دکر و رابرتز، ۲۰۱۱). مطالعات روی حیوانات آزمایشگاهی هم‌چنین نشان می‌دهد که استرس می‌تواند بر روی DNA به روش‌های خاصی تاثیر بگذارد که رشد مغز را تغییر می‌دهد (میچاسیوک و همکاران، ۲۰۱۱). محققان بر این باورند که داروهای خاصی که مادر در دوران بارداری استفاده می‌کند نیز باعث متیلاسیون DNA می‌شود، از جمله نیکوتین، الکل و کوکائین.



شکل ۲ اپی ژنتیک اپی ژنوم می‌تواند DNA را به دو صورت علامت‌گذاری کند که هر دو نقشی در خاموش یا روشن کردن ژن‌ها دارند. اولین مورد زمانی اتفاق می‌افتد که برچسب‌های شیمیایی خاصی به نام گروه‌های متیل به ستون فقرات یک مولکول DNA متصل می‌شوند. مورد دوم زمانی اتفاق می‌افتد که انواع برچسب‌های شیمیایی به دم هیستون‌ها، که

پروتئین‌های قرقره‌ای هستند که DNA را به‌طور منظم در کروموزوم‌ها بسته‌بندی می‌کنند، می‌چسبند. این عمل بر چگونگی محکم شدن DNA اطراف هیستون‌ها تاثیر می‌گذارد.

منبع: موسسه ملی پیری. (۲۰۱۰). گزارش پیشرفت بیماری آلزایمر در سال ۲۰۰۹: وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده.

از سوی دیگر، وقتی نوبت به درمان می‌رسد، دانشمندان به این احتمال می‌اندیشند که داروهای روان‌گردان می‌توانند متیلاسیون DNA را تغییر دهند (به عنوان مثال، اووندن، مک گرگور، امسلی و وارنیچ، ۲۰۱۸). یافته‌های مختلف نشان می‌دهد که فرآیند اپی‌ژنتیک باعث می‌شود افراد به داروهای مختلف واکنش متفاوتی نشان دهند. به عنوان مثال، ممکن است بتوان از طریق مهار داروهایی که از اثر متیلاسیون بر روی انتقال‌دهنده‌های عصبی خاص که تصور می‌شود در اسکیزوفرنی دخیل هستند، جلوگیری می‌کنند، اپی ژنوم ناحیه تحت تاثیر اپی ژنتیک هدف قرار داد.

روش‌های تحقیق در ژنتیک - برای درک نقش ژنتیک در اختلالات روان‌شناختی، محققان از سه روش استفاده می‌کنند: مطالعات وراثت خانوادگی، مطالعات پیوند DNA، و ژنومیک همراه با فناوری اسکن مغز. این روش‌ها اغلب مکمل یکدیگر هستند، زیرا محققان تلاش می‌کنند تا روابطی را که زیربنای وراثت صفات پیچیده است، از هم جدا کنند.

مطالعه پیوندی گسترده

ژنومی

روش ژنتیکی که در آن محققین خانواده افراد دارای ویژگی‌ها یا اختلالات روانی خاص را مطالعه می‌کنند.

مطالعات انجمن

گسترده ژنومی

(GWAS)

روش ژنتیکی که در آن محققان کل ژنوم افراد غیر مرتبط را اسکن می‌کنند تا تغییرات ژنتیکی مرتبط با یک بیماری خاص را بیابند.

پلی مورفیسم تک

نوکلئوتیدی (SNP)

یک تنوع ژنتیکی کوچک که می‌تواند در توالی DNA فرد رخ دهد.

در مطالعات وراثت خانوادگی، محققان میزان اختلال را در میان بستگانی که درجات مختلفی از ارتباط ژنتیکی دارند، مقایسه می‌کنند. بالاترین درجه ارتباط ژنتیکی بین دوقلوهای همسان یا تک تخمکی (MZ) وجود دارد که ۱۰۰ درصد ژنوتیپ خود را به اشتراک می‌گذارند. دوقلوهای دو تخمکی (DZ) یا دوقلوهای برادر به طور متوسط ۵۰ درصد از ژنوم خود را به اشتراک می‌گذارند، اما هر دو نوع دوقلوها محیط خانوادگی یکسانی دارند. بنابراین، اگرچه مقایسه دوقلوی MZ-DZ مفید است، اما به محققان اجازه نمی‌دهد تاثیر محیط را رد کنند. به طور مشابه، مطالعات روی والدین و فرزندان با این واقعیت که والدین محیطی را ایجاد می‌کنند که فرزندان در آن بزرگ می‌شوند، مخدوش است. به منظور جداسازی تاثیر بالقوه محیط در مطالعات مقایسه دوقلوهای MZ و DZ، محققان مدت‌ها پیش به مطالعات فرزندخواندگی روی آوردند که در آن خانواده‌های مختلف دوقلوهای MZ را بدون هیچ گونه تماسی بزرگ کردند و بنابراین دوقلوها محیط‌های متفاوتی را تجربه کردند.

برای چندین دهه، مطالعات خانواده و دوقلوها تنها روشی بود که محققان برای تعیین کمیت میزان تاثیرات ژنتیکی بر اختلالات روانی در اختیار داشتند. با این حال، با ظهور آزمایش ژنتیکی، محققان توانستند نقش ژنتیکی خاص را در انواع صفات، از جمله اختلالات جسمی و روانی، بررسی کنند.

در یک مطالعه پیوندی گسترده ژنومی، محققان خانواده افراد دارای ویژگی‌ها یا اختلالات روان‌شناختی خاص را مطالعه می‌کنند. اصل پشت یک مطالعه پیوندی این است که ویژگی‌های نزدیک به یکدیگر در یک ژن خاص بیش‌تر به ارث می‌رسند. با وجود روش‌های تصفیه شده آزمایش ژنتیکی، محققان اکنون می‌توانند این کار را با دقت بسیار بیش‌تری نسبت به گذشته انجام دهند.

اگرچه مطالعات پیوند مفید هستند، اما محدودیت‌هایی در درجه اول دارند زیرا به مطالعه تعداد زیادی از اعضای خانواده نیاز دارند و ممکن است فقط یافته‌های محدودی ایجاد کنند. در مطالعات انجمن گسترده ژنومی (GWAS) محققان کل ژنوم افرادی را اسکن می‌کنند که مرتبط نیستند تا تغییرات ژنتیکی مرتبط با یک بیماری خاص را بیابند. آن‌ها به دنبال یک پلی مورفیسم تک نوکلئوتیدی (SNP) (با تلفظ «snip») هستند، که یک تنوع ژنتیکی کوچک است که می‌تواند در توالی DNA یک فرد رخ دهد. چهار حرف نوکلئوتیدی - A، G، T و C (آدنین، گوانین،

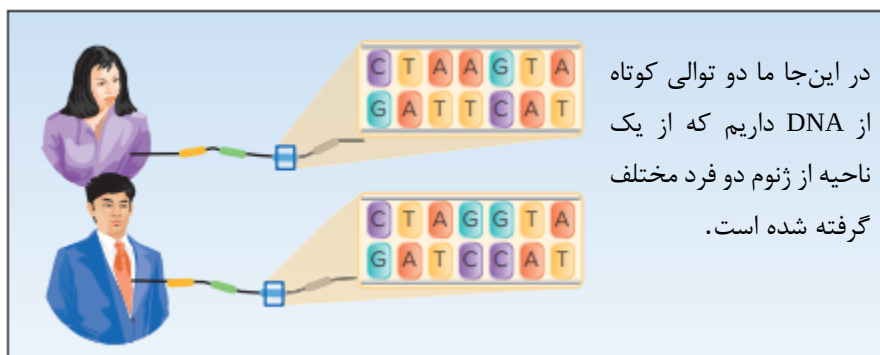
تیمین و سیتوزین) - کد ژنتیکی را مشخص می‌کنند. یک تغییر SNP زمانی اتفاق می‌افتد که یک نوکلئوتید منفرد، مانند A، جایگزین یکی از سه نوکلئوتید دیگر شود. به عنوان مثال، یک SNP تغییر بخش DNA CTAAGTA به CTAGGTA است که در آن یک «G» جایگزین «A» دوم در قطعه اول می‌شود (شکل ۳).

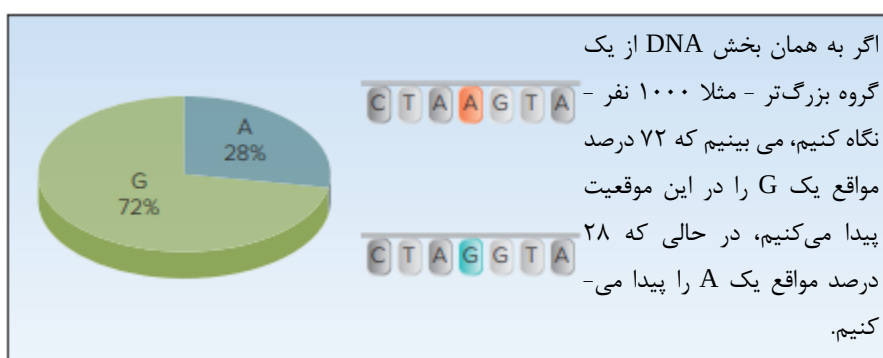
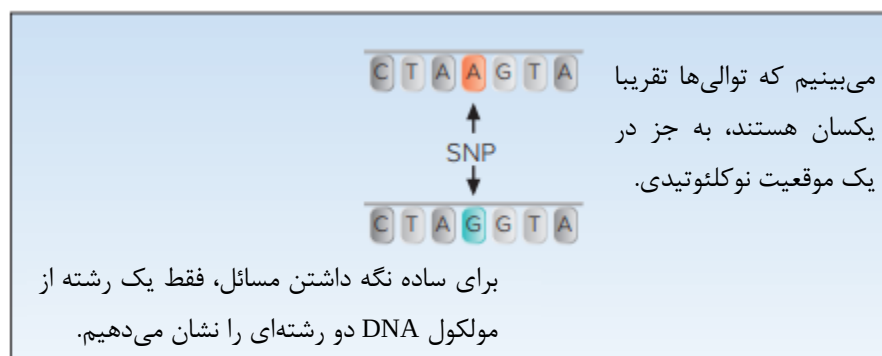
با استفاده از روش‌های آزمایش ژنتیک پیشرفته‌تر که اکنون به راحتی در دسترس هستند، محققان ابزارهای قدرتمندتری برای یافتن SNP‌هایی دارند که با ویژگی‌ها (یا بیماری‌های) خاص در تعداد زیادی از افراد رخ می‌دهند. اگرچه بسیاری از SNP‌ها اثرات قابل اندازه‌گیری ندارند، محققان بر این باورند که سایر SNP‌ها ممکن است افراد را مستعد بیماری کنند و حتی بر واکنش آن‌ها به رژیم‌های دارویی تاثیر بگذارند.

محققانی که ژنتیک اختلالات روانی را مطالعه می‌کنند می‌توانند مطالعات پیوندی را با تکنیک‌های تصویربرداری مغز ترکیب کنند. به این ترتیب، آن‌ها می‌توانند به طور مستقیم تغییرات ژنتیکی را با تصاویری که از ساختارها و عملکردهای مغز به دست می‌آورند، مرتبط کنند.

رفتار

داروهای روانگردان برای کاهش علائم فرد با تغییر سطوح انتقال‌دهنده‌های عصبی فرض شده در این اختلال طراحی شده‌اند. در سال ۱۹۵۰، یک شیمیدان فرانسوی، پل شارپنتیه، کلرپرومازین (Thorazine) را سنتز کرد. این دارو در دهه ۱۹۶۰ مورد استقبال گسترده قرار گرفت و راه را به سمت توسعه طیف وسیع‌تری از عوامل روانگردان هدایت کرد.





شکل ۳ تشخیص SNP. این شکل نشان می‌دهد که چگونه تغییرات SNP رخ می‌دهد، مانند زمانی که دو توالی از DNA تنها توسط یک نوکلئوتید متفاوت هستند («A» در مقابل «G»).

داروهای اعصاب

اصطلاحی که برای اشاره به داروهای ضد روان‌پریشی استفاده می‌شود.

در حال حاضر، دسته اصلی عوامل روانگردان عبارتند از: داروهای ضد روان‌پریشی، داروهای ضد افسردگی، تثبیت‌کننده‌های خلق و خو، ضد تشنج‌ها، داروهای ضد اضطراب و محرک‌ها (جدول ۲). داروهای ضد روان‌پریشی نیز به عنوان **داروهای اعصاب** (برگرفته از کلمات یونانی به معنای «گرفتن عصب») نامیده می‌شوند. داروهای اعصاب علاوه بر خاصیت آرام‌بخشی خود، فراوانی و شدت علائم روان‌پریشی فرد را کاهش می‌دهند.

برخی از دسته‌بندی‌های دارویی که محققان برای درمان یک اختلال ایجاد کرده‌اند، مانند داروهای ضد افسردگی، برای درمان سایر اختلالات مانند اختلالات اضطرابی نیز کاربرد دارند. این که پزشکان می‌توانند از داروهای مشابه برای درمان اختلالات مختلف استفاده کنند، نشان می‌دهد که ناهنجاری‌های مربوط به کاربرد انتقال‌دهنده عصبی مشابه ممکن است واسطه این اختلالات باشند.

هر یک از این داروها می‌تواند عوارض جانبی جدی داشته باشد، و باعث می‌شود درمانجویان به دلیل واکنش‌های نامطلوب دارویی، مصرف خود را متوقف کنند و داروی متفاوتی را امتحان کنند، شاید از دسته‌ای متفاوت. اداره داروی فدرال (۲۰۱۸) فهرستی از عوارض جانبی مرتبط با داروهای تجویزی را نگه می‌دارد. افراد و خانواده‌هایشان می‌توانند داروهای خود را در این وب سایت بررسی کنند یا برای به روز رسانی‌های ماهانه ثبت نام کنند.

جراحی روانی

نوعی جراحی مغز که هدف آن کاهش اختلالات روانی است.

دومین دسته اصلی مداخله بیولوژیکی، **جراحی روانی**، درمانی است که در آن جراح مغز و اعصاب مناطقی از مغز را عمل می‌کند که تصور می‌شود مسئول اختلال فرد هستند. اولین استفاده مدرن از جراحی روانی، لوبوتومی جلوی پیشانی بود که توسط جراح مغز و اعصاب پرتغالی آگاس مونیز در سال ۱۹۳۵ ایجاد شد. این روش لوب‌های جلوی مغز را از بقیه قسمت‌های مغز جدا می‌کند، روشی رادیکال که به نظر می‌رسید رفتار یک بیمار را که علائم روان‌پریشی را تجربه می‌کند، آرام کند. هم‌چنین تغییرات شخصیتی قابل توجهی ایجاد کرد. این تکنیک در طول دو دهه بعد به طور گسترده‌ای مورد استفاده قرار گرفت، و اگرچه مونیز در سال ۱۹۴۹ جایزه نوبل را برای کار خود دریافت کرد، این روش اکنون به دلایل علمی و بشردوستانه بی‌اعتبار شده است (دیتریچ، ۲۰۱۶).

جدول ۲ داروهای اصلی روانگردان

دسته بندی	برای درمان استفاده می شود
داروهای آنتی سایکوتیک متعارف یا «معمولی» داروهای طیف اسکیزوفرنی و سایر ضد روان پریشی «آتیپیک» (که به آن «نسل دوم» نیز گفته می شود)	اختلالات روان پریشی
مهارکننده های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRI) مهارکننده های بازجذب سروتونین و نوراپی نفرین (SNRI) بوپروپیون تریسیکلکها تتراسایکلکها مهارکننده های مونوآمین اکسیداز (MAOIها)	اختلال افسردگی عمده
داروهای ضد تشنج تثبیت کننده خلق و خو	اختلال دوقطبی
بنزودیازپینها بوسپیرون SSRIها مسدود کننده های بتا	اختلالات اضطرابی
متیل فنیدیت آمفتامین دکستروآمفتامین	اختلال کمبود توجه/بیش فعالی

لیسدگزامفتامین

دایمسیلات

تحریک عمیق مغز
(DBS)

درمانی که در آن جراح مغز و اعصاب میکروالکترودی را کاشت می‌کند که یک تحریک الکتریکی ثابت و کم را به ناحیه کوچکی از مغز، با انرژی باتری کاشته شده، ارائه می‌دهد.

نورومودولاسیون نیز نامیده می‌شود.

جراحی روانی مدرن بر مبنای مداخلات هدفمند طراحی شده تا علائم بیمارانی را که ثابت کرده‌اند به درمان کم‌تر رادیکال پاسخ نمی‌دهند، کاهش دهد (شکل ۴). هر نوع جراحی روانی ناحیه خاصی از مغز را هدف قرار می‌دهد که محققان معتقدند به عنوان علت علائم درگیر است. جراحان مغز و اعصاب با سطوح بالاتری از دقت که نشان دهنده پیشرفت در تکنیک‌های جراحی است، می‌توانند ضایعه‌ای را در ناحیه خاصی از مغز ایجاد کنند تا علائم را تسکین دهند.

برای افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی شدید یا افسردگی اساسی، ضایعات قشر، مخطط و تالاموس را هدف قرار می‌دهند. **تحریک عمیق مغز (DBS)** که به آن نورومودولاسیون نیز می‌گویند، شکل دیگری از جراحی روانی است که در آن جراح مغز و اعصاب یک میکروالکتروود را کاشت می‌کند که یک تحریک الکتریکی ثابت و پایین را به ناحیه کوچکی از مغز ارائه می‌کند که توسط باتری کاشته‌شده تغذیه می‌شود. (شاه و همکاران، ۲۰۰۸).

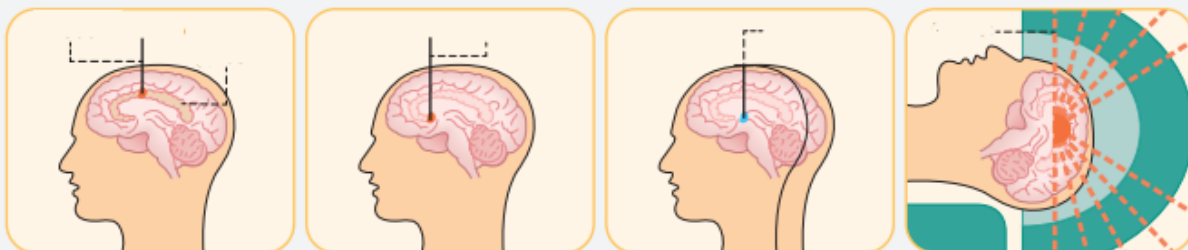
درمان تشنج الکتریکی (ECT)، شامل اعمال شوک الکتریکی به سر به منظور ایجاد تشنج‌های مفید درمانی است. Ugo Cerletti، یک متخصص مغز و اعصاب ایتالیایی که به دنبال درمان صرع بود، این روش را در سال ۱۹۳۷ توسعه داد و به دلیل عوارض جانبی ظاهراً درمانی آن برای اختلالات روانپزشکی مورد استفاده قرار گرفت.

درمان تشنج الکتریکی
(ECT)

استفاده از شوک الکتریکی به سر به منظور ایجاد تشنج‌های مفید درمانی

جراحی مغز و اعصاب روانپزشکی

تعداد معدودی از مراکز پزشکی چندین عمل جراحی مغز را به عنوان آخرین راه حل برای اختلالات وسواس فکری - عملی شدید انجام داده اند که فراتر از محدوده درمان استاندارد هستند.



سینگولوتومی

کپسولوتومی

تحریک عمیق مغز

جراحی چاقوی گاما

به عنوان جایگزینی برای کاوشگرها در اعماق مغز قرار کپسولوتومی، یک الکتروود به طور می گیرند و حرارت می دهند تا دائم در یک یا هر دو طرف مغز بخشی از کپسول قدامی را از بین کاشته می شود. سپس یک ببرند، تا مداری را که تصور دستگاه ضربان ساز مانند یک می شود در افراد مبتلا به OCD عاطفی و آگاهانه مغز را به هم جریانی قابل تنظیم را ارائه می - شدید بیش فعال است، مختل متصل می کند مختل کنند. دهند. بین می برد.

شکل ۴ اشکال جراحی روانی برای درمان اختلالات وسواس فکری-عملی شدید که فراتر از محدوده درمان استاندارد هستند

ECT در دهه های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ به طور فزاینده ای محبوب شد، اما همان طور که فیلم One Flew Over the Cuckoo's Nest بسیار خوب نشان می دهد، کارکنان بیمارستان های روانپزشکی نیز از آن به عنوان راهی برای مهار بیماران خشن استفاده کردند.

حتی با وجود این که ECT تا اواسط دهه ۱۹۷۰ تا حد زیادی از کار افتاده بود، روانپزشکان به استفاده از آن برای درمان بیمارانی که به سایر اقدامات پاسخ نمی دادند ادامه دادند. بررسی جامع مطالعات کنترل شده با استفاده از ECT برای درمان اختلال افسردگی عمده نشان داد که در

کوتاه مدت، ECT در بهبود سریع علائم موثرتر از داروها بود. با این حال، پیامدهای بلندمدت، از جمله اختلال حافظه وجود دارد (گروه بررسی ECT انگلستان، ۲۰۰۳).

۳,۴ نظریه صفت

بر اساس نظریه صفت، که هم بر اختلالات روانپزشکی و هم بر عملکرد طبیعی شخصیت تمرکز دارد، آسیب شناسی روانی زمانی به وجود می آید که فرد دارای ویژگی های شخصیتی ناسازگار باشد، که الگوهای پایداری از درک، ارتباط با محیط و دیگران است.

برای اکثر مردم آسان است که با نظریه صفت ارتباط برقرار کنند، زیرا با استفاده از اصطلاح شخصیت در زندگی روزمره بسیار تطابق دارد. وقتی به نحوه توصیف شخصیت فردی که می شناسید فکر می کنید، احتمالاً فهرستی از ویژگی هایی را خواهید دید که به نظر می رسد با روش معمول رفتار فرد مطابقت دارد. این ویژگی ها معمولاً به شکل صفت هایی مانند دوستانه یا آرام و یا شاید مضطرب و خجالتی هستند. نظریه های ویژگی شخصیت پیشنهاد می کنند که صفت هایی از این دست، جوهر ساختار روان شناختی فرد را در بر می گیرند. این واقعیت که مردم از این صفت ها در زندگی روزمره برای توصیف خود و دیگران استفاده می کنند با اصل اساسی نظریه صفت موافق است - یعنی این که شخصیت معادل مجموعه ای از ویژگی های مشخصه پایدار است.

نظریه صفت غالب در زمینه روان شناسی غیرعادی مدل پنج عاملی است که «پنج بزرگ» نیز نامیده می شود (شکل ۵) (مک کری و کاستا، ۱۹۸۷). بر اساس این نظریه، هر یک از پنج گرایش اساسی دارای شش وجه است که در مجموع به ۳۰ مؤلفه شخصیتی منجر می شود. مدل پنج عاملی شامل ویژگی های شخصیتی روان رنجورخویی، برون گرایی، تجربه پذیری، موافق بودن، و وظیفه شناسی است (به راحتی، «OCEAN» یا «CANOE» را بیان می کنند). توصیف کامل یک فرد در پنج عامل شامل ارائه امتیازات یا رتبه بندی در هر جنبه است.

ویژگی های شخصیتی

الگویی پایدار از درک، ارتباط و تفکر در مورد محیط و دیگران.

مدل پنج عاملی (یا "پنج عامل بزرگ")

نظریه صفت حاکی از آن است که در شخصیت پنج گرایش اساسی وجود دارد که هر کدام دارای ۶ وجه است.

مدل پنج عاملی			
	امتیازات بالا	امتیازات پایین	
1	اصیل تخیلی خلاق کنجکاو	معمولی سر به زیر غیر خلاق غیر کنجکاو	تجربه پذیری
2	با وجدان سخت کوش به خوبی سازماندهی شده وقت شناس	سهل انگار تنبل بی نظم وقت شناس	وظیفه شناسی
3	وصال فعال پرحرف متعارف	تنها منفعل ساکت خوددار	برون گرایی
4	ملایم خوش اخلاق مهربان با اعتماد	بحرانی تحریک پذیر بی رحم مشکوک	توافق پذیری
5	نگران خودآگاه دمدمی مزاج عاطفی	آرام راحت یکنواخت بی احساس	روان رنجوری

شکل ۵ مدل شخصیتی پنج عاملی: نمونه‌هایی از ویژگی‌های نشان داده شده در هر یک از عوامل در مدل پنج عاملی.

منبع: <http://dandebat.dk/eng-person۳.htm>

طبق نظریه صفت، قرار گرفتن افراد در ۳۰ وجه به شدت بر شکل زندگی آن‌ها تاثیر می‌گذارد. افرادی که دارای ویژگی‌های شخصیتی بالایی هستند که نشان‌دهنده پرخطر بودن (هیجان‌جویی) هستند، بیش‌تر آسیب می‌بینند، زیرا شخصیت‌هایشان آن‌ها را به موقعیت‌هایی سوق می‌دهد که می‌تواند آن‌ها را به دردسر بیاندازد. به طور مشابه، افرادی که دارای ویژگی‌هایی هستند که پایان سالم‌تر روان‌شناختی هر زنجیره را مشخص می‌کنند، ممکن است احتمال بیش‌تری برای تجربه

رویدادهای منفی زندگی داشته باشند، زیرا شخصیت‌هایشان آن‌ها را در برابر استرس‌های زندگی آسیب‌پذیرتر می‌کند. بر اساس مدل پنج عاملی، اگرچه شرایط می‌تواند شخصیت را تغییر دهد، به احتمال زیاد شخصیت شرایط را شکل می‌دهد.

یک مورد کوچک

رویکردهای نظریه صفت برای درمان میرا

از آنجایی که نظریه صفت هیچ کاربرد بالینی مستقیمی ندارد، هیچ روش آشکاری وجود ندارد که پزشک این دیدگاه را در مورد افسردگی میرا اعمال کند. اطلاعات موجود در گزارش موردی دکتر توبین نشان می‌دهد که او مبتلا به اختلال شخصیت تشخیص داده نشده است. با این حال، یک پزشک با میرا که در زمینه رویکرد نظریه صفت کار می‌کند، می‌تواند ارزیابی دقیق‌تری از ویژگی‌های شخصیتی میرا را که شامل معیاری مبتنی بر ویژگی‌های شخصیتی برای تایید این فرضیه‌ها و تعیین این که آیا او یک اختلال شخصیتی همبود دارد یا خیر، سفارش دهد. حتی اگر او اختلال شخصیتی نداشته باشد، ممکن است مشخصات ویژگی‌های شخصیتی میرا با درمان مرتبط باشد. به عنوان مثال، به نظر می‌رسد که او بیش از حد درونگرا نیست، زیرا او اغلب با دوستان خود ارتباط برقرار می‌کند. به نظر می‌رسد علائم افسردگی او بر روی ویژگی‌های شخصیتی که شامل روان رنجورخویی بالا می‌شود، پوشیده نباشد. به نظر می‌رسد او از فعالیت‌هایی که شامل خلاقیت و کاوش در فضای باز است، لذت می‌برد، که نشان‌دهنده شخصیتی هنجاری برای سن او در تجربه‌پذیری است. قبل از اپیزود افسردگی، او حداقل از نظر وظیفه‌شناسی در حد متوسط بود، همان‌طور که سابقه کاری موفق او نشان می‌دهد، و هیچ مدرکی وجود ندارد که نشان دهد رضایت او به طور غیرعادی پایین است. پزشک می‌تواند بازخورد خود را درباره این نتایج به اشتراک بگذارد تا بینش میرا را نسبت به ویژگی‌های شخصیتی او افزایش دهد، که می‌تواند در انتخاب موثرترین استراتژی‌ها برای کاهش افسردگی او مفید باشد.

با این حال، طبق تحقیقاتی که با استفاده از طرح‌های تحلیلی داده‌های بسیار پیچیده برای دنبال کردن افراد در طول زمان انجام می‌شود، افراد می‌توانند حتی ویژگی‌های شخصیتی اساسی خود را تغییر دهند. بیش‌تر تحقیقات بر اساس نمونه‌هایی است که امتیازات آن‌ها در محدوده عملکرد طبیعی قرار می‌گیرد. به عنوان مثال، با افزایش سن افراد، کم‌تر احتمال دارد که به صورت تکانشی عمل کنند (تراسیانو، مک کری، برانت و کوستا، ۲۰۰۵).

ارزش اصلی درک نظریه ویژگی های شخصیتی این است که دیدگاهی برای بررسی اختلالات شخصیت ارائه می دهد. تحقیقات مبتنی بر مدل پنج عاملی مبنایی برای تلاش های فعلی برای صورت بندی مجدد اختلالات شخصیت در DSM-۵ شد. اگرچه مدل پنج عاملی لزوما چارچوبی برای روان درمانی ارائه نمی کند، اما به عنوان مبنایی برای ارزیابی شخصیت در چارچوب درک الگوهای رفتاری مشخصه یک فرد ارزشمند است (باستیانسن، روسی، شوته و دی فرویت، ۲۰۱۱).

آنچه در DSM-۵ وجود دارد

رویکردهای نظری

قبل از DSM-III، نسخه‌های DSM تا حد زیادی به قضاوت‌های بالینی وابسته بودند که در چارچوب مدل روان پویشی آسیب شناسی قرار می‌گرفتند. برای تمایز بین دسته‌های متمایز اختلالات، DSM از اصطلاحاتی مانند روان رنجوری و روان‌پریشی استفاده می‌کند که در جهان روان پویشی معنی دارند. به عنوان مثال، اختلالات اضطرابی، که علائم اصلی آن شامل ترس‌ها و اضطراب‌های غیرمنطقی بود، به عنوان اشکال روان رنجوری در نظر گرفته شد. از آنجایی که علائم اصلی اسکیزوفرنی شامل جدا شدن از واقعیت و سایر ناهنجاری‌های شناختی است، به عنوان یک وضعیت روان‌پریشی طبقه بندی شد. توسعه‌دهندگان DSM-III استراتژی خود را در دو محور اصلی تجدید نظر کردند. آن‌ها ابتدا در نظر داشتند که آن را نظری کنند، به این معنی که هیچ نظریه اساسی - روان پویشی یا غیر آن - برنامه‌ریزی نشده بود. دوم، آن‌ها می‌خواستند استانداردهای تشخیصی استانداردهایی باشد که متخصصان مختلف سلامت روان بتوانند به طور قابل اعتماد آن‌ها را ارزیابی کنند. بنابراین کارگروه DSM-III مطالعاتی را انجام داد که در آن محققان می‌توانند قابلیت اطمینان معیارهای تشخیصی را ارزیابی کنند. راهنمای تشخیصی DSM-III به جای استفاده از اصطلاحات مبهم (مانند روان رنجوری) که می‌تواند برای تفسیرهای مختلف باز باشد، معیارهایی را در سطوح دقیق جزئیات بیان می‌کند. DSM-IV و بازنگری بعدی آن، DSM-IV-TR، این سنت تعیین معیارهای تشخیصی را با عبارات عینی مبتنی بر تحقیق انجام دادند.

DSM-۵ این سنت تجربی را ادامه می‌دهد و نظری باقی می‌ماند. اکنون منتقدان معتقدند که نویسندگان در عوض باید سیستمی را ایجاد می‌کردند که زیربنای شناخته شده (تا به امروز) بسیاری از اختلالات را تشخیص می‌دهد (هیمن، ۲۰۱۱). به جای حفظ سیستم طبقه بندی متمایز DSM‌های گذشته - اختلالات گروه‌بندی که علائم مشترک، عوامل خطر یا ناهنجاری‌های عصبی مشترک دارند - معتقدند DSM-۵ باید نشان‌دهنده اختلالات در طیف‌ها یا در سیستم‌های گروه‌بندی بزرگ‌تر باشد. اگرچه گروه ضربت DSM-۵ در نظر داشت این تغییر اساسی را ایجاد کند، اعضای آن در نهایت تصمیم گرفتند تا دسته‌های قبلی را هرچند با ایجاد تغییراتی حفظ کنند. دور شدن از مقوله‌ها و رفتن به سمت ابعاد، نه تنها نیازمند یک بازسازی عظیم، بلکه نیازمند بازآموزی پزشکانی بود که در DSM‌های قبلی آموزش دیده بودند. این تغییرات هم‌چنین مدل پزشکی را تقویت می‌کند، زیرا منجر به سیستمی می‌شود که بیش‌تر شبیه به تشخیص اختلالات جسمی باشد تا روانی. این‌که آیا DSM‌های آینده از سیستم کنونی دور می‌شوند تا حد زیادی به تحولات در زمینه آسیب‌شناسی روانی بستگی دارد. بخش DSM-۵ III شامل یک سیستم ابعادی است که پزشکان می‌توانند از آن برای

تکمیل تشخیص‌های رسمی خود در مورد اختلالات شخصیت استفاده کنند. تشخیص‌ها اکنون در گروه‌ها یا فصل‌ها بر اساس شباهت‌ها یا علل احتمالی زمینه‌ای هستند. در نهایت، نویسندگان تصمیماتی را بر اساس مبانی تجربی اتخاذ خواهند کرد، که قصد DSM را برای حفظ مبنای نظری خود حفظ خواهد کرد.

۴،۴ دیدگاه روان‌پویشی

دیدگاه روان‌پویشی بر عوامل ناخودآگاه تعیین‌کننده رفتار تاکید دارد. از میان تمام رویکردهای روانشناختی، روان‌پویشی بیش‌ترین تاکید را بر نقش فرآیندهای زیر سطح آگاهی به عنوان تاثیر بر آسیب شناسی می‌کند.

نظریه فروید

زیگموند فروید در اواخر دهه ۱۸۰۰ به دنبال علاقه خود به منشاء علائم غیرعادی در درمانجویانش، شروع به کشف این ایده کرد که می‌توان علل و علائم اختلالات روانی را مطالعه و توضیح داد. تا زمان مرگش در سال ۱۹۳۹، فروید دیدگاهی را برای علت و درمان اختلال روانی بیان کرد، با این اصل اساسی که بیش‌تر علائم ریشه در اعماق گذشته فرد دارند.

طبق نظر فروید (۱۹۲۳)، ذهن دارای سه ساختار است: نهاد (id)، خود (ego)، و فراخود (superego). نهاد ساختار شخصیتی است که در ناخودآگاه پنهان شده و حاوی غرایز است که به سمت تحقق انگیزه‌های بیولوژیکی اساسی، از جمله ارضای نیازهای جنسی و پرخاشگرانه هدایت می‌شوند. میل جنسی فشار غریزی است که برای ارضای تمایلات جنسی و تهاجمی تلاش می‌کند.

دیدگاه روان‌پویشی

جهت‌گیری نظری در روانشناسی که بر تعیین‌کننده‌های ناخودآگاه رفتار تاکید دارد.

نهاد

در نظریه روانکاوی، ساختار شخصیت پنهان در ناخودآگاه است که حاوی غرایزی است که به سمت تحقق انگیزه‌های بیولوژیکی اساسی از جمله نیازهای جنسی و پرخاشگرانه است.

میل جنسی

فشار غریزی که برای ارضای تمایلات جنسی و پرخاشگرانه تلاش می‌کند.



زیگموند فروید بر این باور بود که رویاهای یک فرد حاوی اطلاعات حیاتی در مورد خواسته ها و امیال درونی است که از طریق تحلیل رویا قابل درک است.

اصل لذت

در نظریه روانکاوی، نیروی محرکی است که به دنبال ارضای فوری و کامل نیازها و امیال نفسانی است.

نهاد از اصل لذت پیروی می کند، نیروی محرکی که به دنبال ارضای فوری و کامل نیازها و امیال نفسانی است. به عقیده فروید، ما تنها زمانی می توانیم لذت ببریم که بتوانیم تنش یک رانش برآورده نشده را کاهش دهیم. با این حال، نهاد نیازی به ارضای ملموس یک نیاز ندارد. در عوض، می تواند از برآورده شدن آرزو برای رسیدن به اهداف خود استفاده کند. از طریق برآورده شدن آرزو، نهاد تصویری از هر چیزی که نیازهای لحظه ای را برآورده می کند را تداعی می کند.

مرکز خودآگاهی در شخصیت، خود است، ساختار شخصیتی که به فرد قدرت شناختی قضاوت،

خود

در نظریه روانکاوی، ساختار شخصیتی است که به فرد قدرت ذهنی قضاوت، حافظه، ادراک و تصمیم‌گیری می‌دهد.

اصل واقعیت

در نظریه روانکاوی، نیروی محرکی است که فرد را به رویارویی با محدودیت‌های دنیای بیرون سوق می‌دهد.

تفکر فرآیند ثانویه

در نظریه روانکاوی، نوع تفکری است که در حل منطقی و عقلانی مسئله دخالت دارد.

فراخود

در نظریه روانکاوی، ساختار شخصیتی که شامل وجدان و آرمان نفس است.

مکانیزم‌های دفاعی

تاکتیک‌هایی که افکار، غرایز و احساسات غیرقابل قبول را از خودآگاهی دور نگه می‌دارد و بنابراین از نفس در برابر اضطراب محافظت می‌کند.

حافظه، ادراک و تصمیم‌گیری می‌دهد. فروید (۱۹۱۱) خود (ego) را تحت کنترل اصل واقعیت توصیف کرد، به این معنی که سعی می‌کند با محدودیت‌های زندگی واقعی برای رسیدن به اهداف خود مقابله کند. ممکن است بخواهید دونات (ID) شخص دیگری را بگیرید، اما با این حال می‌دانید که بهترین چیزی که می‌توانید به آن امیدوار باشید این است که آن شخص یک یا دو لقمه (خود) به شما تعارف کند. بر خلاف تفکر فرآیند اولیه غیرمنطقی نهاد، تفکر فرآیند ثانویه - استفاده از رویکردهای تحلیلی منطقی برای حل مسئله - عملکردهای خود را مشخص می‌کند.

بخش سوم معادله در نظریه روان‌پویشی، فراخود است که جایگاه اخلاقیات شخصیت است. فراخود شامل وجدان (حس درست و نادرست) و آرمان یا آرزوها است. برای مثال، فراخود به شما دستور می‌دهد که گرفتن دونات شخص دیگری دزدی است و بنابراین از نظر اخلاقی اشتباه است.

در شخصیت یک فرد سالم، همان‌طور که توسط فروید توصیف شده است، نهاد به خواسته‌های غریزی از طریق توانایی خود در جهت‌یابی در دنیای بیرونی در محدوده‌هایی که فراخود در آن قرار می‌گیرد، دست می‌یابد. بنابراین، روان‌پویشی، یا تعامل بین ساختارهای ذهن، پایه‌ای برای عملکرد طبیعی و آسیب‌شناختی است.

فروید معتقد بود که مردم عمدتاً در محتوای انگیزه‌هایشان جنسی و پرخاشگر هستند و بنابراین باید نسبت به دانستن خواسته‌های ناخودآگاه خود محافظت شوند. آن‌ها این حفاظت را با استفاده از مکانیزم‌های دفاعی به دست می‌آورند (جدول ۳). به گفته فروید، همه افراد به طور مداوم از مکانیزم‌های دفاعی استفاده می‌کنند تا از تشخیص وجود خواسته‌های پنهان خود اجتناب کنند. مکانیزم‌های دفاعی زمانی مشکلاتی را ایجاد می‌کنند که مانع از کنار آمدن کامل فرد با ماهیت ناخودآگاه واقعی‌اش شوند.

جدول ۳ مقوله‌ها و نمونه‌هایی از مکانیزم‌های دفاعی

مکانیزم‌های دفاعی	تعریف
جابه جایی	انتقال احساسات یا انگیزه‌های غیرقابل قبول از هدف آن احساسات به فردی که کم‌تر تهدیدکننده است یا به یک شی
روشنفکری	توسل به تفکر انتزاعی بیش از حد به جای تمرکز بر جنبه‌های ناراحت‌کننده پاسخ به مسائلی که باعث تعارض یا استرس می‌شود.
تشکیل واکنش	تبدیل یک احساس یا خواسته غیرقابل قبول به مخالف خود به منظور قابل قبول تر کردن آن
سرکوب	حذف ناخودآگاه آرزوها، افکار یا تجربیات مزاحم از آگاهی
انکار	مقابله با درگیری عاطفی یا استرس با امتناع از پذیرش جنبه دردناک واقعیت یا تجربه‌ای که برای دیگران آشکار است.
فرافکنی	نسبت دادن ویژگی‌ها یا احساسات نامطلوب شخصی به شخص دیگری برای محافظت از نفس خود در برابر تصدیق ویژگی‌های شخصی ناپسند
تصعید	انتقال یک انگیزه یا تمایل غیرقابل قبول به یک فعالیت یا علاقه اجتماعی مناسب
پسرفت	مقابله با درگیری عاطفی یا استرس با بازگشت به رفتارهای کودکانه

مراحل روانی جنسی

بر اساس نظریه روانکاوی، توالی طبیعی رشد که از طریق آن هر فرد از دوران نوزادی تا بزرگسالی را طی می کند.

عقده ادیپ

به گفته فروید، احساسات کودک نسبت به والدین جنس مخالف در اوایل کودکی به اوج خود می رسد.

موضوع توسعه بخش مهمی از نظریه فروید را تشکیل می دهد. در سال ۱۹۰۵، فروید پیشنهاد کرد که رشد طبیعی از طریق مجموعه ای از مراحل روانی جنسی رخ می دهد و کودکان این مراحل را همگام با رشد میل جنسی خود طی می کنند. در هر مرحله، میل جنسی روی یک حوزه خاص «اروژنیک» یا تحریک پذیر جنسی از بدن تثبیت می شود. برای مثال، شخصیت «نگهدارنده مقعدی» بیش از حد سفت و سخت، کنترل شده و کمال گرا است. به عقیده فروید، یک فرد ممکن است به رفتاری که مناسب مرحله قبلی است پسرفت کند یا ممکن است در یک مرحله گیر کند یا ثابت بماند.

فروید معتقد بود که شخصیت بزرگسالان منعکس کننده روشی است که در آن فرد مراحل روانی جنسی را در اوایل زندگی حل می کند، هرچند ممکن است برخی از تغییرات حداقل تا اواسط بزرگسالی رخ دهد. فروید همچنین معتقد بود که احساسات کودک نسبت به والد جنس مخالف زمینه را برای سازگاری روانی بعدی فراهم می کند. نتیجه چیزی که او **عقده ادیپ** نامید (نامش از یک شخصیت تراژیک در یونان باستان گرفته شده) تعیین کرد که آیا فرد دارای یک نفس سالم است یا یک زندگی مخدوش با اضطراب و احساسات سرکوب شده و متضاد مرتبط با تمایل به شرکت در رفتاری که جامعه آن را تابو می داند را سپری می کند (محارم). در طول رشد عادی، تمایل کودکان به والدین جنس مخالف در نهایت در زیر سطح خود آگاهی غوطه ور می شود، بنابراین هیچ تهدید دیگری برای احساس خودپذیری آن ها ایجاد نمی کند.

یک مورد کوچک

رویکردهای روان پویشی برای درمان میرا

یک پزشک بالینی که از دیدگاه روان پویشی با میرا کار می‌کند، تصور می‌کند که مشکلات او از تعارضات اوایل زندگی ناشی می‌شود. به عنوان مثال، پزشک، انزجاری را که میرا نسبت به پدر و مادرش به خاطر حمایت از خواهرش احساس می‌کند و احساس گناه احتمالی او به خاطر جدا شدن از خانواده زمانی که زندگی مستقل خود را ایجاد کرد، بررسی می‌کند. در درمان، پزشک مشاهده می‌کند که آیا میرا احساسات متناقض خود را در مورد والدینش در رابطه‌ای که با پزشک برقرار می‌کند نشان می‌دهد یا خیر. با توجه به نقش احتمالی این روابط دشوار در تحریک اختلال افسردگی او، رویکرد مضمون محوری تعارض ارتباطی اصلی (CCRT) به ویژه برای میرا مناسب به نظر می‌رسد. علائم افسردگی میرا مستلزم یک رویکرد محدود به زمان با تمرکز بر قسمت فعلی او است، با این گزینه که در آینده در صورت عود افسردگی او به دنبال درمان باشد.



نظریه کهن الگوی یونگ توضیح می‌دهد که ابرقهرمانان محبوب بازنمایی بیرونی جنبه‌های جهانی شخصیت انسان هستند.

© آرشیو AF/عکس استوک الامی

دیدگاه‌های روان پویشی پسا فرویدی

فروید نظریه خود را در چارچوب عمل بالینی خود توسعه داد، اما او هم‌چنین عصب شناسان و روانپزشکان هم‌فکر خود را تشویق کرد تا با هم کار کنند تا نظریه جدیدی از ذهن ایجاد کنند. در طی سال‌ها، آن‌ها ساعت‌های زیادی را صرف مقایسه یادداشتهای مربوط به موارد بالینی خود

کردند و تلاش کردند تا به درک مشترکی در مورد عملکرد طبیعی و پاتولوژیک برسند. اگرچه هنگام شروع بحث‌هایشان، آن‌ها دیدگاه‌های مشابهی داشتند، اما چندین نفر به توسعه برندهای منحصر به فرد نظریه روان پویشی خود پرداختند و اکنون مکاتب فکری خود را دارند.

کهن الگوها

در نظریه یونگ، مجموعه‌ای از تصاویر مشترک در تمام تجربیات بشری است.

خود روانشناسی

دیدگاه نظری مبتنی بر نظریه روان‌پویشی با تاکید بر خود به عنوان نیروی اصلی در شخصیت.

قابل توجه‌ترین انحراف از مکتب فکری فروید زمانی رخ داد که روانپزشک سوئیسی کارل یونگ (۱۸۷۵-۱۹۶۱) تعریف ناخودآگاه را اصلاح کرد. به گفته یونگ (۱۹۶۱)، ناخودآگاه در ریشه خود پیرامون مجموعه‌ای از تصاویر مشترک برای تمام تجربیات بشری شکل می‌گیرد که او آن‌ها را کهن الگو نامید. یونگ معتقد بود که مردم بر اساس این **کهن الگوها** به رویدادهای زندگی روزمره خود پاسخ می‌دهند، زیرا آن‌ها بخشی از ساختار ژنتیکی ما هستند. برای مثال، یونگ اظهار داشت که شخصیت‌های کهن الگویی (مانند بتمن و سوپرمن امروزی) محبوب هستند زیرا به دلیل برانگیختن کهن الگوی «قهرمان» بسیار مورد علاقه هستند. علاوه بر این، یونگ معتقد بود که آسیب‌شناسی روانی ناشی از عدم تعادل در بخش‌های مرتبط ذهن است، به‌ویژه زمانی که افراد از توجه مناسب به نیازهای ناخودآگاه خود کوتاهی می‌کنند.

یک گروه یا دسته از نظریه‌پردازان پسا فرویدی از مطالعه **خود روانشناسی** حمایت کردند. این نظریه پردازان معتقد بودند که نفس، نه هویت، نیروی محرکه اصلی شخصیت است.

آلفرد آدلر (۱۸۷۰-۱۹۳۷) بر «عقده حقارت» به عنوان یک علت آسیب شناسی روانی تمرکز کرد. او اظهار داشت که افراد روان رنجور سعی می‌کنند با «تلاش مداوم برای برتری»، احساس حقارت را جبران کنند. کارن هورنی (۱۸۸۵-۱۹۵۲) پیشنهاد کرد که افراد روان رنجور برای محافظت از احساس واقعی بسیار شکننده خود، جبهه‌ای کاذب ایجاد کنند. هم آدلر و هم هورنای بر نگرانی‌های اجتماعی و روابط بین فردی در رشد شخصیت تاکید داشتند. آن‌ها روابط نزدیک با خانواده و دوستان و علاقه به زندگی اجتماعی را به خودی خود خوشحال کننده می‌دیدند، نه به این دلیل که یک میل جنسی یا تهاجمی به طور غیرمستقیم در این فرآیند ارضا می‌شود، همان‌طور که فروید ممکن است بگوید.

شاید تنها نظریه رداژ روان پویشی که به کل زندگی و نه فقط دوران کودکی توجه کرد، اریک اریکسون (۱۹۰۲-۱۹۹۴) بود. مانند آدلر و هورنی، اریکسون بیش‌ترین توجه را به مفهوم خود (ego) در رشد متمرکز کرد. اریکسون معتقد بود که در طول زندگی، خود (ego)، یک سری

دگرگونی‌ها را پشت سر می‌گذارد که در آن قدرت‌ها یا توانایی‌های جدید می‌توانند بالغ شوند. بر اساس نظریه او، هر مرحله بر مرحله‌ای که قبل از خود (ego) است بنا می‌شود و به نوبه خود بر تمام مراحل بعد از آن تاثیر می‌گذارد. با این حال، اریکسون پیشنهاد کرد که هر مرحله‌ای می‌تواند در هر سنی به کانون اصلی تبدیل شود - مسائل هویتی می‌توانند در هر مرحله از بزرگسالی دوباره ظاهر شوند، حتی پس از این که هویت فرد نسبتاً مشخص شده است. به عنوان مثال، یک زن میانسال که از کار خود اخراج می‌شود، ممکن است یک بار دیگر هویت شغلی خود را زیر سوال ببرد زیرا به دنبال یافتن موقعیت جدیدی برای خود در نیروی کار است.



بر اساس نظریه آلفرد آدلر، این فرد ممکن است به دلیل احساس خودارزشی پایین و حقارت، خود را به صورت منفی به دیگران نشان دهد.



به نظر می‌رسد این زن از خودپنداره خود به عنوان یک دانشجو راضی است، مطابق با نظریه کارن هورنای که پیشنهاد می‌کند خود (ego) مهم‌ترین نیروی شخصیت است.

روابط ابژه‌ای

یک نظریه روان‌پویشی محور که بر روابط افراد با دیگران ("ابژه‌ها") در زندگی خود متمرکز است.

با این حال، گروه دیگری از نظریه پردازان روان‌پویشی گرا بر **روابط ابژه‌ای** تمرکز کردند، یعنی روابطی که مردم با دیگران («ابژه‌ها») در زندگی خود دارند. این نظریه‌پردازان عبارتند از: جان بولبی (۱۹۰۷-۱۹۹۰)، ملانی کلاین (۱۸۸۲-۱۹۶۰)، دی دبلیو وینیکات (۱۸۹۶-۱۹۷۱)، هاینز کوهوت (۱۹۱۳-۱۹۸۱)، و مارگارت مالر (۱۸۹۷-۱۹۹۵). مانند روانشناسان مفهوم خود (ego)، نظریه‌پردازان روابط ابژه‌ای هر کدام مدل خاصی از درمان را دارند که ما با نظریه‌های آن‌ها مرتبط می‌کنیم. با این حال، همه آن‌ها موافقت دارند که روابط اولیه دوران کودکی ریشه آسیب شناسی است.

علی‌رغم تفاوت‌های موجود بین آن‌ها، همه نظریه‌پردازان در دیدگاه روابط ابژه‌ای معتقد بودند که رابطه فرد با مراقب خود (معمولاً مادر) به یک چارچوب یا مدل درونی برای همه روابط نزدیک بزرگسالان تبدیل می‌شود. به عبارت دیگر، مضامین موجود در روابط بزرگسالان شما، انعکاسی از موضوعات مربوط به دوران کودکی شما و نحوه برخورد مراقبین شما (مادر، پدر، سایر بزرگسالان) است.

سبک دلبستگی

نحوه ارتباط یک فرد با یک پرستار.

چهره‌های دلبستگی

مراقبین یا بزرگسالانی که فرد به آن‌ها وابسته است.

روانشناس کانادایی مری سالتر آیزنورث (۱۹۱۳-۱۹۹۹) و همکارانش (۱۹۷۸) با آزمایش نظریه خود، تفاوت‌های بین نوزادان را در **سبک دلبستگی** یا روش‌هایی که آن‌ها با یک فرد مراقب ارتباط برقرار می‌کنند، مورد مطالعه قرار دادند. مراقبین یا بزرگسالانی که فرد به آن‌ها وابسته است، به عنوان **چهره‌های دلبستگی** شناخته می‌شوند. آیزنورث «وضعیت عجیب» را ایجاد کرد، یک محیط آزمایشی که در آن محققان، نوزادان را از مادرانشان جدا کردند و سپس آن‌ها را دوباره به مادرشان برگرداندند. کودکانی که خروج مادر و سپس بازگشت او را پذیرفتند، به عنوان دلبستگی ایمن در نظر گرفته شدند. آن‌هایی که از یک سو یا دیوانه شده بودند، یا از سوی دیگر در نقطه متقابل و جدا از هم به نظر می‌رسیدند، دلبستگی ناامن تلقی می‌شدند.

اگرچه سبک دلبستگی به عنوان یک نظریه رشد کودک طراحی شد، اما محققان بعدی آن را برای اعمال روابط عاشقانه بزرگسالان تطبیق دادند. بیش‌تر کودکان، سبک‌های دلبستگی ایمن داشتند و بعداً در زندگی با شرکای عاشقانه نزدیک خود ارتباط برقرار می‌کنند بدون این‌که نگران نباشند

که آیا شریک زندگی‌شان به آن‌ها اهمیت می‌دهد یا خیر. با این حال، کسانی که در دوران کودکی به طور ناایمن به هم وابسته هستند، ممکن است الگویی از دلبستگی مضطرب را در بزرگسالی نشان دهند که در آن احساس می‌کنند نمی‌توانند به عشق و حمایت شریک زندگی خود تکیه کنند. یا ممکن است سبک دلبستگی طردکننده یا اجتنابی از خود نشان دهند، که در آن از طرد شدن دیگران می‌ترسند و بنابراین سعی می‌کنند با دور ماندن از خود محافظت کنند.



نظریه پردازان دلبستگی معتقدند که کودک، پیوند عاطفی را از مراقب اولیه به یک شیء مانند خرس عروسکی و در نهایت از این شیء به افراد خارج از خانواده منتقل می‌کند.

©جیانگ جین/Purestock/Superstock

سبک دلبستگی فرد نیز ممکن است بر نحوه واکنش او به روان درمانی تاثیر بگذارد. در طول ۱۹ مطالعه جداگانه روی تقریباً ۱۵۰۰ درمانجو، محققان دریافتند که امنیت دلبستگی به طور مثبت با نتیجه درمان مرتبط است. این محققان نشان دادند که افراد دارای سبک دلبستگی ایمن، بهتر می‌توانند یک رابطه کاری مثبت با درمانگران خود برقرار کنند، که به نوبه خود، نتایج مثبت درمانی را پیش‌بینی می‌کند (لوی، الیسون، اسکات، و برنکر، ۲۰۱۱). پیامد درمانی هم‌چنین می‌تواند تحت تاثیر تعاملات بین سبک‌های دلبستگی درمانجویان و درمانگر قرار گیرد (استیل، مکدونالد و شرودر، ۲۰۱۸). همان‌طور که به زودی خواهید دید، درمان روان‌پویشی به طور خاص چنین روابط درمانجو درمانگر را در نظر می‌گیرد.

تداعی آزاد

روشی که در روانکاوی مورد استفاده قرار می‌گیرد که در آن درمانجو آزادانه صحبت می‌کند و هر چه به ذهنش می‌رسد را می‌گوید.

رفتار

آوردن اطلاعات سرکوب شده و ناخودآگاه به هشیاری خودآگاه هدف اصلی درمان روانکاوی کلاسیک بود که توسط فروید توسعه یافت. برای انجام این کار، فروید روش درمانی **تداعی آزاد** را توسعه داد، که در آن درمانجو به معنای واقعی کلمه هر چیزی را که به ذهنش می‌رسد در طول جلسه درمان می‌گوید. فروید معتقد بود که درمانجویان باید از طریق درگیری‌های ناخودآگاه خود کار کنند و با بلند گفتن آن‌ها به تدریج به آگاهی خودآگاه برسند. در نهایت می‌توانستند نسبت به نیروهایی که افکار و سخنان آن‌ها را تولید می‌کنند، بینش پیدا کنند.

درمان روان پویشی کنونی بر کمک به درمانجویان برای کشف جنبه‌هایی از خود متمرکز است که «ناخودآگاه» هستند، به این معنا که درمانجو آن‌ها را تشخیص نمی‌دهد. درمانگران به ویژه بر روشی که درمانجویان بر این جنبه‌های خود در رابطه با درمانگر آشکار می‌کنند و تاثیر می‌گذارند، تمرکز می‌کنند. عناصر کلیدی درمان روان پویشی در تجارب عاطفی درمانجو، استفاده از مکانیزم‌های دفاعی، روابط نزدیک با دیگران، تجربیات گذشته، و کاوش در زندگی فانتزی در رویاها، خیالبافی‌ها و خیال‌پردازی‌ها می‌پردازد (شدلر، ۲۰۱۰).

انتقال

انتقال احساساتی که درمانجویان از والدین خود به درمانگر دارند.

درمانگران روان پویشی هم‌چنین از **انتقال** برای کمک به اطلاع رسانی درمان خود با تجزیه و تحلیل احساساتی که به نظر می‌رسد درمانجویانشان نسبت به آن‌ها دارند، استفاده می‌کنند. ایده پشت این مرحله این است که درمانجویان به درمانگران خود به شیوه‌ای مشابه با احساسی که در مورد والدین خود دارند، نگاه می‌کنند، زیرا آن‌ها درمانگران خود را چهره‌های مهم زندگی خود می‌دانند. در چارچوب درمان، می‌توان این احساسات را بررسی کرد و از آن‌ها استفاده ارزشمندی کرد.

برخلاف تصویر کلیشه‌ای که ممکن است در فیلم‌ها یا تلویزیون ببینید، پزشکان نیازی به انجام درمان روان پویشی روی مبل، به مدت چندین سال یا در سکوت کامل ندارند.

با این حال، با توجه به عدم امکان ادامه درمان طولانی‌مدت و فشرده، روان درمانگران شروع به توسعه فرم‌های مختصرتر و به ظاهر موثرتر درمان روان پویشی کردند. روان درمانگرانی که از این روش‌ها استفاده می‌کنند، به جای تلاش برای بازسازی کل ساختار روانی درمانجویان، بر یک علامت خاص یا مجموعه‌ای از علائم تمرکز می‌کنند که درمانجویان برای آن به دنبال کمک هستند. تعداد جلسات می‌تواند متفاوت باشد اما به ندرت از ۲۵ جلسه فراتر می‌رود. برخلاف درمان روان

دیدگاه رفتاری

دیدگاهی نظری که در آن فرض بر این است که نابهنجاری ناشی از تجارب نادرست یادگیری است.

شرطی سازی کلاسیک

فرآیندی در دیدگاه رفتاری که برای یادگیری پاسخهای احساسی و خودکار به حساب می آید.

شرطی سازی آزارنده

شرطی سازی کلاسیک که در آن فرد یک پاسخ ناسازگار را با محرکی مرتبط می کند که خود نمی تواند باعث آسیب شود.

شرطی سازی عاملی

فرآیند یادگیری که در آن فرد یاد می گیرد یک رفتار را با پیامدهای آن مرتبط کند و پاسخی به دست می آورد.

تقویت

در شرطی سازی عاملی، نتیجه ای است که احتمال تکرار رفتار در آینده را در فرد افزایش می دهد.

پویشی سنتی، درمانگر رویکرد نسبتاً فعالی را در حفظ تمرکز درمان بر روی مشکل ارائه شده توسط درمانجو یا مسائلی که بلافاصله با آن مرتبط است اتخاذ می کند (لوئیس، درنستین و گیبز، ۲۰۰۸).

در یکی از نسخه های درمان روان پویشی مختصر، پزشک «موضوع اصلی رابطه تعارض آمیز» (CCRT) درمانجو را شناسایی می کند. پزشک، خواسته های درمانجویان، پاسخ های مورد انتظار دیگران، و پاسخ های درمانجویان را به پاسخ های دیگران یا به خود خواسته ارزیابی می کند. درمانجو موارد خاصی را در روابط با دیگران توصیف می کند که به پزشک اجازه می دهد تا ارزیابی CCRT را انجام دهد. سپس پزشک به روشی حمایتی با درمانجو کار می کند تا به او کمک کند تا این الگوها را بشناسد و در نهایت از طریق آن ها کار کند (جاری، ۲۰۱۰). به عنوان مثال، درمانگر افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی را وادار می کند تا با موقعیت ترسناک روبه رو شوند و از تجربیات برانگیخته شده برای کار بر روی تعارض اساسی استفاده کنند (لیخسنرینگ و اشتاینر، ۲۰۱۷).

رویکرد روان پویشی بدون شک از روانکاوی معمولی فرویدی پیشرفت کرده است، اما با این وجود تعهد خود را برای کمک به درمانجویان در درک و حل مشکلات بین فردی از گذشته که هنوز منبع مشکل در زمان حال هستند حفظ می کند.

۵,۴ دیدگاه رفتاری

بر اساس دیدگاه رفتاری، فرد از طریق یادگیری رفتار ناسازگاری پیدا می کند. مطابق با نامش، این دیدگاه بر رفتار قابل مشاهده فرد، عواملی که ممکن است آن را تسریع کنند و پیامدهایی که در طول زمان آن را حفظ می کند، تمرکز دارد.

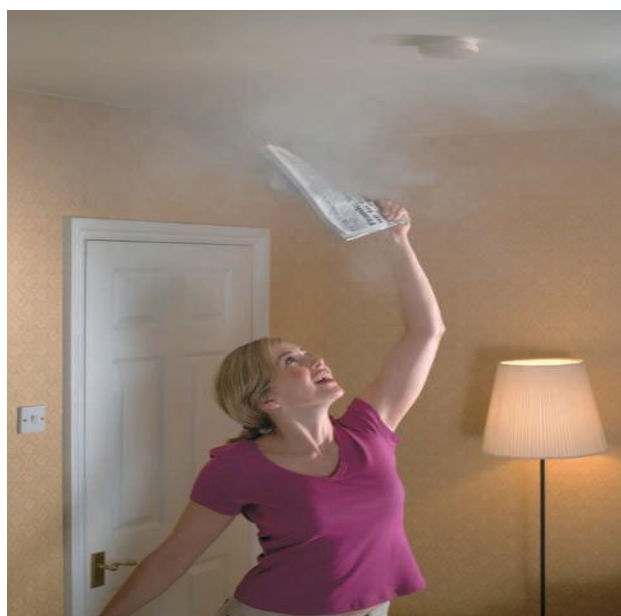
نظریه ها

دو رویکرد اصلی در دیدگاه رفتاری در تمرکز یا بر واکنش های احساسی و غیرارادی مانند ترس، یا بر اعمال پیچیده و ارادی مانند درگیر شدن در یک عادت ناخواسته یا نامطلوب متفاوت هستند.

شرطی سازی کلاسیک فرآیندی در دیدگاه رفتاری است که در زمینه یادگیری پاسخ های عاطفی و خودکار است. به عنوان یک مثال افراطی، تصور کنید که هر زمان که به یک تکه شکلات دست

می‌زنید، شخصی محکم به بند انگشتان شما ضربه می‌زند. اگر این روند ادامه پیدا کند، در نهایت از آن شخص می‌ترسید، نه از عطر یا منظره شکلات. بخش بزرگی از شرطی‌سازی‌های کلاسیک که پزشکان رفتاری سعی می‌کنند به درمانجویان خود برای غلبه بر آن کمک کنند، این نوع شرطی‌سازی آزارنده است که در آن فرد یک واکنش ناسازگار را با محرکی مرتبط می‌کند که خود نمی‌تواند باعث آسیب شود.

یادگیری رفتارهای پیچیده و ارادی از طریق شرطی‌سازی عاملی اتفاق می‌افتد که در آن فرد یاد می‌گیرد یک رفتار را با پیامدهای آن مرتبط کند و پاسخی دریافت کند. پیامدهای این رفتار، تقویت آن است — نتیجه‌ای که باعث می‌شود فرد در آینده رفتار خود را تکرار کند. تقویت می‌تواند اشکال مختلفی داشته باشد. به عنوان مثال، از طریق تقویت مثبت، دوستان شما ممکن است هنگامی که افکار ظالمانه را بیان می‌کنید بخندند، و این باعث می‌شود که در آینده این نظرات را بیان کنید. همچنین ممکن است از طریق تقویت منفی یاد بگیرید که یک داروی خواب بدون نسخه را مصرف کنید، اگر متوجه شدید که این دارو به کاهش بی‌خوابی شما کمک می‌کند. این یک تقویت منفی در نظر گرفته می‌شود زیرا مصرف داروی خواب (رفتار) افزایش می‌یابد زیرا حالت بد بی‌خوابی را از بین می‌برد. تقویت منفی و مثبت، فراوانی رفتارهای قبل از آن‌ها را افزایش می‌دهد. در این مثال‌ها، رفتارهایی که افزایش می‌یابد بیان نظرات ظالمانه و مصرف داروهای خواب است.



درمانگران رفتاری اغلب از سلسله مراتب ترس استفاده می کنند تا به تدریج افراد را در معرض ترسناک ترین موقعیت های خود قرار دهند، مانند گیر افتادن در اتاقی پر از دود بدون راه فرار.

©مایکل بلان/گتی ایماژ

شما قضاوت کنید

تمرین مبتنی بر شواهد

همان‌طور که در فصل «تشخیص و درمان» بحث کردیم، APA اصول عملکرد مبتنی بر شواهد را اتخاذ کرد که دستورالعمل‌هایی را برای پزشکان ارائه می‌دهد تا در ارائه درمان روانشناختی خود از آن‌ها پیروی کنند. شما در مورد طیف گسترده‌ای از مدل‌های نظری که در این فصل در دسترس پزشکان است، از خانواده درمانی گرفته تا جراحی روانی را به صورت افراطی، آموخته‌اید. با توجه به این توصیه که روانشناسان بهترین درمان را برای اختلال روانشناختی درمانجویان ارائه می‌کنند، سوال این است که آیا هر پزشک توانایی ارائه درمان در هر یک از این مدل‌های نظری را دارد یا خیر. آیا این یک انتظار واقع‌بینانه است؟ آیا می‌توان انتظار داشت که یک پزشک به اندازه کافی در مورد هر دیدگاه نظری آگاه باشد تا موثرترین مداخلات را به درمانجویان ارائه دهد؟ از آنجایی که تحقیقات در روانشناسی بالینی و زمینه‌های مرتبط با سرعت تقریباً تصاعدی به پیشرفت خود ادامه می‌دهند، چگونه هر پزشک می‌تواند به خوبی از آخرین پیشرفت‌ها مطلع باشد تا بتواند جدیدترین رویکردها را برای هر درمانجو ارائه دهد؟ طبق دستورالعمل‌های اخلاقی APA، پزشکان باید در حوزه‌های تخصصی خود کار کنند و اگر باید خارج از این حوزه فعالیت کنند، باید از کسانی که در آن حوزه آگاه هستند مشاوره بگیرند. علاوه بر این، هر ایالت، مقررات سختگیرانه صدور مجوز را برای اطمینان از مشارکت روانشناسان در آموزش مداوم حفظ می‌کند. در نتیجه، تدابیر حفاظتی زیادی برای محافظت از درمانجویان در برابر روش‌های مداخله قدیمی یا نامناسب وجود دارد.

سوال: شما قضاوت کنید: به عنوان یک نفر که خدمات روانشناسی دریافت می‌کنید، آیا فکر می‌کنید برای درمانجویان بالقوه مسئله مهم‌تر این است که به پزشکی مراجعه کنند که بر اساس شهرت، تجربه قبلی یا توصیه‌های افراد دیگر به او اعتماد دارند یا در عوض باید یک متخصص پیدا کنند. چه کسی، در دیدگاه نظری، بیش‌تر از همه به استانداردهای مبتنی بر شواهد پایبند است؟ آیا یک فرد «عمومی» محترم می‌تواند مراقبت‌هایی را ارائه دهد که به همان کیفیت حرفه‌ای دیگری باشد که کم‌تر آموزش دیده است؟ در نهایت، درمانجویان در برابر مراقبت‌های ناکافی با استانداردهای حاکم بر هر حرفه (مشاوره، روانپزشکی، روانشناسی، مددکاری اجتماعی) محافظت می‌شوند. با این حال، به دریافت کنندگان خدمات روانشناسی نیز کمک می‌کند که از آخرین پیشرفت‌ها مطلع شوند تا بتوانند آگاهانه‌ترین انتخاب‌های ممکن را انجام دهند.

شرطی سازی متقابل

فرآیند جایگزینی یک پاسخ نامطلوب به یک محرک با یک پاسخ قابل قبول.

حساسیت زدایی منظم

گونه‌ای از شرطی سازی متقابل که شامل ارائه تصاویر به تدریج اضطراب برانگیزتر به درمانجو در حالی که در حالت آرامش است، می‌شود.

با توجه به دیدگاه رفتاری، لازم نیست مستقیماً تقویت را تجربه کنید تا بتواند رفتار شما را اصلاح کند. روانشناسانی که **نظریه یادگیری اجتماعی** را مطالعه می‌کنند معتقدند که افراد می‌توانند با تماشای دیگران یاد بگیرند. بنابراین، از طریق **تقویت جانشینی**، شما رفتار جدیدی را از طریق تماشای این که شخص دیگری برای همان رفتار امداد رسانی می‌شود، به دست می‌آورید. همچنین می‌توانید درک شایستگی خود در موقعیت‌های مختلف زندگی یا **خودکارآمدی** خود را با مشاهده نتایج حاصل از این رفتار، اعمال خودتان یا سایر افرادی که با آن‌ها همذات پنداری می‌کنید ایجاد کنید. به عنوان مثال، ممکن است تعجب کنید که آیا توانایی غلبه بر ترس خود از سخنرانی در جمع را دارید یا خیر، اما اگر دیدید که یکی از دانش‌آموزان در کلاس سخنرانی موفق‌تر از شما می‌کند و احساس می‌کند که تفاوت چندانی با این دانش‌آموز ندارید، موفقیت او به شما کمک می‌کند احساس خودکارآمدی داشته باشید، و زمانی که نوبت شماست که بلند شوید و صحبت کنید، خوب عمل خواهید کرد.

رفتار

درمانگران رفتاری تلاش‌های درمانی خود را بر کمک به درمانجویان خود متمرکز می‌کنند تا رفتارهای ناسازگار را بیاموزند و آن‌ها را با رفتارهای سالم و سازگار جایگزین کنند. در **شرطی سازی متقابل**، که بیش‌ترین ارتباط را با شرطی سازی کلاسیک دارد، درمانجویان یاد می‌گیرند که پاسخ جدیدی را به محرکی که قبلاً پاسخ ناسازگار را تحریک می‌کرد، مرتبط کنند. پاسخ جدید در واقع با پاسخ قدیمی (نامطلوب) ناسازگار است. به عنوان مثال، شما نمی‌توانید همزمان از نظر جسمی هم مضطرب و هم آرام باشید. از طریق شرطی سازی متقابل، همان‌طور که توسط پزشک جوزف ولپ (۱۹۹۷-۱۹۱۵) ایجاد شد، درمانجویان یاد می‌گیرند که پاسخ آرامش را با محرکی که قبلاً باعث ایجاد احساس اضطراب در آن‌ها می‌شد، مرتبط کنند. پزشکان به درمانجویان یاد می‌دهند که از طریق یک سری مراحل پیشرونده آرام شوند - برای مثال ابتدا عضلات سر و گردن، سپس دست‌ها و پاهایشان و در نهایت بقیه بدنشان را شل می‌کنند.

نظریه یادگیری اجتماعی

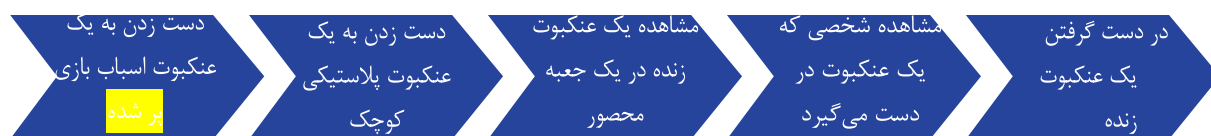
دیدگاهی که بر درک چگونگی اختلالات روانی در افراد از طریق روابط خود با دیگران و از طریق مشاهده افراد دیگر متمرکز است.

شرطی سازی تقابلی اغلب در مراحل تدریجی با استفاده از روش حساسیت زدایی منظم رخ می دهد. درمانگر پاسخ ناسازگار را به کوچک ترین مراحلش تقسیم می کند و در عین حال هر مرحله را با آرامش همراه می کند، نه این که یکباره درمانجو را در معرض محرک های ترسناک قرار دهد. برای کمک به این فرآیند، درمانجو ممکن است با ارائه سلسله مراتب یا فهرستی از موقعیت های مرتبط با محرک ترسناک به درمانگر شروع کند. با شروع با کم ترین وضعیت ترسناک در سلسله مراتب، پزشک از درمانجو می خواهد که آن موقعیت را تصور کند و همزمان آرامش پیشرونده را تمرین کند. پس از این که درمانجو ارتباط بین آن تصویر و آرامش را برقرار کرد، پزشک سلسله مراتب را به سطح بعدی ارتقا می دهد. در نهایت، درمانجو می تواند با موقعیت ترسناک روبه رو شود و در عین حال کاملاً آرام باشد. با این حال، در هر مرحله، اگر درمانجو دچار شکست شود، پزشک از سلسله مراتب به سمت پایین حرکت می کند تا به درمانجو کمک کند تا آرامش را با تصویر در سطح پایین قبلی دوباره یاد بگیرد. شکل ۶ نمونه ای از سلسله مراتب ترس را نشان می دهد که یک پزشک ممکن است از آن برای حساسیت زدایی منظم فردی که از عنکبوت می ترسد استفاده کند.



یک روانشناس رفتارگرا با استفاده از روش هایی مانند تمرینات تنفسی، کاهش تنش های فیزیولوژیکی و غلبه بر افکار خودکار در مورد ترس از پرواز به درمانجو کمک می کند تا بر ترس از پرواز غلبه کند.

©Bilderbox/INSADCO Photography/Alamy Stock Photo



شکل ۶ سلسله مراتب ترس در حساسیت زدایی منظم

بر اساس اصول شرطی سازی عامل، کنترل وابستگی شکلی از رفتار درمانی است که در آن پزشکان برای انجام رفتارهای دلخواه به درمانجویان تقویت مثبت ارائه می کنند. درمانجو یاد می گیرد که نتیجه رفتار را با خود رفتار مرتبط کند تا یک احتمال یا ارتباط برقرار کند. پزشک با درمانجو کار می کند تا لیستی از تقویت های مثبتی را تهیه کند که درمانجو تنها پس از انجام رفتار مورد نظر می تواند دریافت کند. به عنوان مثال، اگر درمانجو در تلاش برای ترک سیگار باشد، پزشک برنامه ای را پیشنهاد می کند که در آن درمانجو می تواند پس از مدتی مشخص بدون سیگار (مانند اجازه بازی های ویدیویی) تقویت کننده تعیین شده را دریافت کند. به تدریج، درمانجو مدت زمانی را افزایش می دهد که بتواند به طور کلی سیگار را ترک کند. یکی از فرم های مدیریت احتمالی که مکان های مسکونی از آن استفاده می کنند، اقتصاد ژتونی است، که در آن ساکنانی که فعالیت های مورد نظر را انجام می دهند، نشانه هایی را به دست می آورند که می توانند بعداً با مزایای ملموس مبادله کنند (LePage و همکاران، ۲۰۰۳).

کنترل وابستگی شکلی

از رفتار درمانی که در آن پزشکان برای انجام رفتارهای دلخواه به مراجعان تقویت مثبت می دهند.

اقتصاد ژتونی

شکلی از مدیریت اقتصادی که در آن درمانجو که فعالیت‌های مورد نظر خود را انجام می‌دهد، نشانه‌هایی به دست می‌آورد که می‌توانند بعداً با مزایای ملموس مبادله شوند.

مدل‌سازی همراه با مشارکت

شکلی از درمان که در آن درمانگر ابتدا رفتار دلخواه را به درمانجو نشان می‌دهد و سپس او را از طریق تغییر رفتار راهنمایی می‌کند.

دیدگاه شناختی

دیدگاهی نظری که در آن فرض بر این است که نابهنجاری ناشی از فرآیندهای فکری ناسازگار است که منجر به رفتار ناکارآمد می‌شود.

نگرش‌های ناکارآمد

باورهای منفی درباره خود که عمیقاً ریشه دوانده است.

درمان‌های رفتاری هم‌چنین می‌توانند از اصل تقویت جانشینی استفاده کنند، که در آن پزشکان مدل‌های زنده یا ثبت شده افرادی را نشان می‌دهند که برای نشان دادن رفتارهای مورد نظر پاداش دریافت می‌کنند (بندورا، ۱۹۷۱). برای مثال، پزشک ممکن است ویدیویی از شخصی که از بازی با سگ لذت می‌برد به درمانجویی که از سگ‌ها می‌ترسد، نشان دهد. تقویت‌کننده جانشین در این موقعیت، دیدن لذت طرف مقابل از بازی با سگ است. درمانگر هم‌چنین ممکن است از **مدل‌سازی همراه با مشارکت** استفاده کند، شکلی از درمان که در آن درمانگر ابتدا رفتار دلخواه را به درمانجو نشان می‌دهد و سپس به تدریج از طریق تغییر رفتار او را راهنمایی می‌کند.

پزشکانی که در چارچوب دیدگاه رفتاری کار می‌کنند، اغلب تکالیف خانگی را به مشتریان خود ارائه می‌دهند. پزشک ممکن است از مراجعه‌کننده بخواهد که یک رکورد دقیق از رفتارهایی که می‌خواهد تغییر دهد، همراه با موقعیت‌هایی که در آن رفتارها رخ می‌دهد، نگه دارد. تکلیف خانه هم‌چنین ممکن است شامل وظایف خاصی باشد که پزشک از مراجع می‌خواهد تا با دستورالعمل‌هایی برای مشاهده نتیجه تکمیل آن وظایف انجام دهد.

۶,۴ دیدگاه شناختی

دیدگاه شناختی، دیدگاهی نظری است که در آن فرض بر این است که آسیب شناسی ناشی از فرآیندهای فکری ناسازگار است که منجر به رفتار ناکارآمد می‌شود. بنابراین، روانشناسانی که در منظر شناختی کار می‌کنند، بر روشی که افکار یک فرد بر احساسات آن‌ها تاثیر می‌گذارد تمرکز می‌کنند. یکی از مفروضات اساسی دیدگاه شناختی این است که داشتن افکار «عقلانی» یا منطقی به افراد کمک می‌کند تا سلامت روانی خود را توسعه دهند و حفظ کنند.

نظریه‌ها

مطابق با تاکید بر افکار، دیدگاه شناختی پیشنهاد می‌کند که اختلالات روانی محصول افکار آشفته است. با تغییر افکار افراد، روانشناسان شناختی بر این باورند که می‌توانند به درمانجویان کمک کنند تا احساسات انطباقی بیش‌تری ایجاد کنند.

افکار خودکار

ایده‌هایی که محصول نگرش‌های ناکارآمد هستند که آن‌قدر عمیقاً ریشه‌دار شده‌اند که فرد حتی از وجود آن‌ها آگاه نیست.

شکل ۷ فرآیندهای اساسی را نشان می‌دهد که توسط دیدگاه شناختی به عنوان کمک‌کننده به اختلالات روانی شناسایی شده است. این فرآیند از **نگرش‌های ناکارآمد**، باورهای منفی درباره خود که عمیقاً ریشه‌دار هستند و بیان آن‌ها دشوار است، سرچشمه می‌گیرد. افراد مبتلا به اختلالات روانی **افکار خودکار** را تجربه می‌کنند، محصول نگرش‌های ناکارآمد آن‌قدر عمیق که فرد حتی از وجود آن‌ها آگاه نیست. نگرش‌های ناکارآمد بر شیوه‌هایی تاثیر می‌گذارند که افراد مبتلا به اختلالات روانی تجربیات خود را تفسیر می‌کنند. همان‌طور که در شکل ۷ نشان داده شده است، یک نگرش ناکارآمد در مورد اشتباه می‌تواند فرد را وادار کند که تجربه پاسخ اشتباه در کلاس را به عنوان مبنایی برای نتیجه‌گیری خودکار (اما نادرست) تفسیر کند که مردم معتقدند او «احمق است».

با نگاهی دوباره به شکل ۷، می‌توانید زنجیره‌ای را ببینید که از فکر خودکار به سمت احساسات منفی منتهی می‌شود. در دیدگاه شناختی، نتیجه‌گیری معیوب که توسط تفکر خودکار نشان داده می‌شود، احساس منفی غم و اندوه را ایجاد می‌کند (الیس، ۲۰۰۵). به ویژه برای افراد مبتلا به اختلالات روانی، بر اساس این دیدگاه، شیوه‌های غیرواقعی، افراطی و غیرمنطقی که در مورد خود و رفتارشان فکر می‌کنند، مشکل‌ساز است. باورهای غیرمنطقی آن‌ها باعث می‌شود که خود را تنبیه کنند، زیرا آن‌ها نمی‌توانند به «باید»های کامل بودن عمل کنند. وقتی دائماً شکست می‌خورند، می‌توانند آن‌قدر مایوس شوند که از ایده بهتر شدن دست بکشند، و اگر وارد درمان شوند، رویکردی بدبینانه در مورد این‌که آیا بهبود خواهند یافت یا نه، اتخاذ می‌کنند.



شکل ۷ رابطه بین نگرش ناکارآمد، تجربه، تفکر خودکار و احساسات منفی

منبع: اقتباس از Beck, A. T., Bush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. در درمان شناختی افسردگی.

رفتار

درمانگرانی که دیدگاه شناختی را اتخاذ می کنند توجه خود را بر تغییر نگرش های ناکارآمد متمرکز می کنند که در نهایت باعث ایجاد احساسات منفی می شود. بنابراین، «شناخت» در این رویکرد به این معنی است که افکار، هدف درمان قرار می گیرند. یکی از روش های کلیدی که توسط درمانگران شناخت گرا استفاده می شود، **بازسازی شناختی** است که در آن پزشک با زیر سوال بردن و به چالش کشیدن نگرش های ناکارآمد و باورهای غیرمنطقی درمانجویان، سعی می کند افکار درمانجویان را تغییر دهد. به این ترتیب، درمانجویان یاد می گیرند که ایده های منفی را به ایده های مثبت تر تغییر دهند.

در درمان شناختی-رفتاری (CBT)، همان طور که از اصطلاح آن برمی آید، پزشکان بر تغییر افکار ناسازگار و رفتارهای ناسازگار تمرکز می کنند. پزشکان تکنیک های رفتاری مانند تکالیف و تقویت

بازسازی شناختی

یکی از تکنیک های اساسی درمان شناختی-رفتاری است که در آن پزشک با زیر سوال بردن و به چالش کشیدن نگرش های ناکارآمد و باورهای غیرمنطقی درمانجویان، سعی در تغییر افکار درمانجویان دارد.

درمان شناختی- رفتاری (CBT)

روش درمانی که در آن پزشکان بر تغییر افکار ناسازگار و رفتارهای ناسازگار تمرکز می-کنند.

را با روش‌های شناختی ترکیب می‌کنند که آگاهی درمانجویان را از افکار ناکارآمدشان افزایش می‌دهد. درمانجویان یاد می‌گیرند تشخیص دهند که ارزیابی آن‌ها از موقعیت‌ها به طور غیرواقعی به احساسات ناکارآمد آن‌ها کمک می‌کند. سپس می‌توانند سعی کنند موقعیت‌ها، رفتارها یا افرادی را که به آن‌ها در مقابله با این احساسات کمک می‌کند، شناسایی کنند.

به عنوان مثال، درمانجویی را در نظر بگیرید که معتقد است نمی‌تواند مورد پسند دیگران به جز اعضای نزدیک خانواده‌اش قرار گیرد و بنابراین احساس تنهایی و انزوا می‌کند. او آن‌قدر احساس ناتوانی می‌کند که دعوت کسانی که او را برای دور هم جمع شدن با همکارانش دعوت می‌کنند رد می‌کند. درمانگر ممکن است به بیمار این تکلیف را بدهد که یکی از آن دعوت‌ها را بپذیرد و سپس در جلسه گزارش دهد که با تمرکز بر احساسات مراجع در آن زمان، رویداد واقعاً چگونه بوده است. سپس این گزارش می‌تواند پایه‌ای برای تکلیف دیگری باشد، شاید با گروه کمی وسیع‌تر از آشنایان، تا زمانی که درمانجو «داده‌های» کافی برای به چالش کشیدن باور او مبنی بر این‌که هیچ‌کس نمی‌تواند او را دوست داشته باشد، داشته باشد.

بنابراین، هدف اصلی CBT این است که به درمانجویان کنترل بیش‌تری بر رفتارها، افکار و احساسات ناکارآمد آن‌ها بدهد. از طریق این رویکرد، CBT به دنبال توانمندسازی درمانجویان برای یافتن راه‌های سازگارتر برای پاسخگویی به چالش‌های زندگی است - بنابراین نه تنها علائم فعلی آن‌ها را بهبود می‌بخشد، بلکه احتمال بروز مجدد آن‌ها را در آینده کاهش می‌دهد.

یک مورد کوچک

رویکرد شناختی برای درمان میرا

یک پزشک که در یک دیدگاه شناختی کار می‌کند، میرا را با کمک به رشد افکار سازگارتر درمان می‌کند. از نقطه نظر کاملاً شناختی، پزشک بر باورهای میرا تمرکز می‌کند که خانواده و دوستانش را ناامید کرده است و او را تشویق می‌کند تا نتیجه‌گیری خود را به چالش بکشد و با او به بررسی مبنای فرضیه او در مورد احساسات خانواده‌اش نسبت به او بپردازد.

با ترکیب رویکردهای شناختی و رفتاری، پزشک از میرا می‌خواهد تا سابقه رفتارهای خود، از جمله مشارکت او در فعالیت‌های با پاداش مثبت را حفظ کند. با این حال، برخلاف رفتارگرایان سختگیر، این پزشک به میرا دستور می‌دهد تا از افکار ناکارآمد خود، به‌ویژه آن‌هایی که احساسات منفی او را تشدید می‌کنند، یادداشت کند.

۷،۴ دیدگاه انسان گرایانه

روانشناسانی که به دیدگاه انسان گرایانه پایبند هستند، بر این باورند که افراد برای تلاش به منظور خودشکوفایی و معنای زندگی انگیزه دارند. «انسان» در انسان گرایی به تمرکز این دیدگاه بر ویژگی‌هایی اشاره دارد که هر فرد را منحصر به فرد می‌کند. بر خلاف دیدگاه رفتاری، که اصول را از تحقیقات حیوانی به رفتار مردم تفسیر می‌کند، دیدگاه انسان گرایانه به طور خاص بر ارزش‌ها، باورها و توانایی بازتاب تجربیات خودمان که انسان‌ها را از سایر گونه‌ها جدا می‌کند، متمرکز است.

نظریه‌ها

هنگامی که آن‌ها شروع به توسعه نظریه‌های خود در دهه ۱۹۶۰ کردند، نظریه پردازان و پزشکان انسان‌گرا ایده‌های خود را به عنوان یک انحراف اساسی از تمرکز سنتی روانشناسی می‌دیدند که نقش اراده آزاد و جستجوی معنا را در تجربه انسانی به حداقل می‌رساند. این انسان‌گرایان به هم پیوستند تا «نیروی سوم» را در روان‌شناسی تشکیل دهند و قصد داشتند روانکاوی و رفتارگرایی را به چالش بکشند. روانشناسانی که در چارچوب این سنت کار می‌کنند نیز رفتار انسان را در شرایط بسیار مثبت‌تری می‌دیدند و اختلالات روانی را نتیجه پتانسیل رشد محدود می‌دانستند.

کار نظریه پردازان انسان‌گرا به شدت تحت تاثیر روانشناسی وجودی قرار داشت، موضعی نظری که بر اهمیت درک کامل هر لحظه در زمان وقوع تاکید می‌کند (مه، ۱۹۸۳). بر اساس روانشناسی

دیدگاه انسان گرایانه

دیدگاهی نظری از
اختلال شخصیت و
روان‌شناختی که بیان
می‌کند افراد
برانگیخته می‌شوند تا
برای خودشکوفایی و
معنای زندگی تلاش
کنند.

وجودی، افرادی که با دنیای اطراف خود هماهنگ هستند و زندگی را تا حد امکان در هر لحظه تجربه می کنند، از نظر روانی سالم ترین هستند و اختلالات روانی زمانی به وجود می آیند که افراد قادر به تجربه زندگی در لحظه نباشند. بنابراین ما دچار اختلالاتی می شویم که نه به دلیل نقص های اساسی در زیست شناسی یا افکارمان، بلکه به دلیل محدودیت هایی است که جامعه مدرن بر توانایی ما برای بیان خودمان اعمال می کند (فرانکل، ۱۹۶۳؛ لینگ، ۱۹۵۹). این تمرکز بر زندگی در لحظه اکنون در رویکرد تمرکز حواس به درمان دیده می شود که بر آگاهی از همه چیزهایی که در اطراف شما می گذرد و همچنین به دست آوردن بینش نسبت به احساسات درونی خود تاکید می کند (شیفرد و سالترز-پدنو، ۲۰۱۸).

رویکرد انسان گرایانه در کار بالینی توسط **نظریه شخص محوری** کارل راجرز (۱۹۰۲-۱۹۸۷) به بهترین شکل نشان داده شده است، که بر منحصر به فرد بودن هر فرد، اهمیت اجازه دادن به هر فرد برای دستیابی به حداکثر تحقق پتانسیل، و نیاز فرد به رویارویی صادقانه با واقعیت تجربیات خود در جهان تمرکز دارد. راجرز (۱۹۵۱) در به کارگیری نظریه شخص محور در زمینه درمان، از اصطلاح درمانجو محور استفاده کرد تا این باور را منعکس کند که افراد ذاتا خوب هستند و این که پتانسیل خود-بهبودی در درون فرد نهفته است نه در درمانگر یا شیوه های درمانی. به عقیده راجرز، تصویر فرد از خود باید با تجربیاتش سازگار باشد. فرد زمانی که در این شرایط همسویی قرار می گیرد، می تواند از منابع روانی خود به بهترین نحو استفاده کند و کاملا کارآمد است. از سوی دیگر، یک وضعیت روانی نتیجه ممانعت فرد از لذت بردن کامل از زندگی خود است که منجر به عدم تطابق یا حالت ناسازگاری بین تصور از خود و واقعیت می شود. با این حال، همخوانی یک حالت ثابت نیست. عملکرد کامل به این معنی است که فرد دائما در حال تکامل و رشد است.

به گفته راجرز، منشا اختلالات روانی در اوایل زندگی است، زمانی که کودکان توسط والدینی بزرگ می شوند که به شدت انتقادگر و خواستار هستند. در چنین شرایطی، کودکان دچار اضطراب مزمن در مورد اشتباهاتی می شوند که باعث می شود والدین آنها بیش از پیش آنها را تایید نکنند. راجرز از اصطلاح شرایط ارزشمندی برای اشاره به خواسته هایی که والدین از فرزندان دارند استفاده می کند و در آن پیامی را که برای دوست داشته شدن باید رعایت شود، به آنها منتقل می کند. در بزرگسالی، چنین کودکانی به جای این که احساس کنند دیگران حتی با عیب و نقص، برای آنها

ارزش قائل هستند، دائما در تلاش هستند تا انتظارات دیگران را برآورده کنند.



بسیاری از روانشناسان امروزه بر این باورند که تجارب اولیه دوران کودکی با مراقبان اولیه بر نحوه رفتار یک فرد در روابط بین فردی در طول زندگی تاثیر می‌گذارد.

خودشکوفایی

در نظریه انسان‌گرایی،
تحقق حداکثری
توانایی فرد برای رشد
روانی.



افرادی که خودشکوفایی دارند می‌توانند با کمک به دیگران به احساس رضایت دست یابند زیرا قبلا نیازهای خود را برآورده کرده‌اند.

راجرز عبارت شرایط ارزش را برای توصیف انتظاراتی که والدین از فرزندان خود دارند، معرفی کرد و این پیام را ارسال کرد که آن‌ها باید استانداردهای خاصی را برآورده کنند تا دوست داشته شوند. در بزرگسالی، چنین کودکانی به جای این که احساس کنند دیگران حتی با عیب و نقص، برای آنها ارزش قائل هستند، دائماً در تلاش هستند تا انتظارات دیگران را برآورده کنند. مدل انسان گرایانه آبراهام مزلو (۱۹۶۲) که کم‌تر بر درمان متمرکز

است، اما در جنبش انسان‌گرایانه نیز بسیار تاثیرگذار است، بر مفهوم **خودشکوفایی**، یعنی حداکثر

توجه مثبت بی قید و شرط

روشی در درمان درمانجو محور که در آن پزشک آن‌چه را که درمانجو می‌گوید، انجام می‌دهد و احساس می‌کند کاملاً می‌پذیرد.

تحقق پتانسیل فرد برای رشد روانی متمرکز است. به عقیده مزلو، افراد خودشکوفایی دارای ادراک دقیق از خود هستند و می‌توانند منابع غنی لذت و انگیزه را در فعالیت‌های روزمره خود بیابند. آن‌ها قادر به تجربه‌های اوج هستند که در آن موج عظیمی از شادی درونی را احساس می‌کنند، گویی که کاملاً با خود و دنیای خود هماهنگ هستند. اما این افراد صرفاً به دنبال لذت نفسانی یا معنوی نیستند. آن‌ها هم‌چنین فلسفه‌ای از زندگی دارند که مبتنی بر ارزش‌های انسان دوستانه و برابری طلبانه است.

مزلو سلسله مراتب نیازها را تعریف می‌کند که پیشنهاد می‌کند افراد زمانی که نیازهای جسمی و روانی اولیه خود را برآورده کرده باشند، به بهترین وجه می‌توانند خودشکوفایی را تجربه کنند. ما به خواسته‌هایی که در سلسله مراتب پایین‌تر هستند به عنوان نیازهای کمبود اشاره می‌کنیم زیرا آن‌ها موقعیتی را نشان می‌دهند که در آن فرد تلاش می‌کند کمبودی را برطرف کند. فردی که درگیر رفع نیازهای کمبود است، نمی‌تواند به خودشکوفایی دست یابد. برای مثال، افرادی که صرفاً برای کسب درآمد انگیزه دارند (نیازهای درجه پایین‌تر) تا زمانی که انگیزه‌های مادی خود را کنار نگذارند، نمی‌توانند در سلسله مراتب به سمت خودشکوفایی حرکت کنند. خودشکوفایی یک حالت نهایی نیست، بلکه فرآیندی است که در آن فرد به دنبال ابراز واقعی خود است.

رفتار

نظریه‌ای سرشار از مفاهیمی برای درمان، نظریه شخص محور اکنون شالوده بسیاری از درمان و مشاوره معاصر را تشکیل می‌دهد. مدل درمان درمانجو محور، دستورالعمل‌های خاصی را برای درمانگران پیشنهاد می‌کند تا اطمینان حاصل شود که درمانجویان می‌توانند به خودآگاهی کامل دست یابند. به گفته راجرز، پزشکان باید بر روی نیازهای درمانجو تمرکز کنند، نه بر تصورات از

پیش تعیین شده پزشک در مورد این که چه چیزی برای درمانجو بهترین است. در واقع، با انعکاس این تاکید بر نقاط قوت ذاتی افرادی که به دنبال درمان هستند، راجرز استفاده از اصطلاح درمانجو را آغاز کرد، زیرا به معنای مشارکت بین کمک کننده و شخصی است که به او کمک می شود. او واژه درمانجو را به اصطلاح بیمار محور ترجیح داد.

راجرز بر این باور بود که وظیفه یک پزشک کمک به درمانجویان برای کشف خوبی های ذاتی آنهاست و در این فرآیند به هر یک از درمانجویان کمک می کند تا به درک بیشتری از خود دست یابند. راجرز به درمانگران توصیه کرد که با توجه مثبت بدون قید و شرط با بیماران خود رفتار کنند، که پذیرش کامل هر چیزی است که درمانجو می گوید، انجام می دهد و احساس می کند، تا با مشکلات ناشی از شرایط اولیه ارزش مبارزه کنند. از آنجایی که درمانجویان کمتر احساس انتقاد از خود می کنند، بهتر می توانند اضطراب ناشی از پذیرش نقاط ضعف خود را تحمل کنند، زیرا دیگر احساس نمی کنند که خود را کامل ببینند. پزشکان سعی می کنند تا حد امکان دلسوز باشند و به تدریج درمانجویان نسبت به آشکار کردن خود واقعی و درونی خود اطمینان بیشتری پیدا می کنند، زیرا می دانند که پزشک آنها را رد نمی کند یا برچسب نامناسب به آنها نمی زند.

درمانگران انسان گرا و تجربی معاصر تاکید می کنند که درمانگران در صورتی می توانند موثرتر باشند که همدل باشند یا بتوانند تا حد امکان دنیا را از چشم درمانجویان خود ببینند. درمانگرانی که در مدل درمانجو محور کار می کنند، در تکنیک های بازتاب و شفاف سازی به منظور بیان درک همدلانه آموزش دیده اند. در انعکاس، درمانگر آنچه را که درمانجو گفته است، بازتاب می دهد، شاید کمی آن را بازنویسی کند، و تمام تلاش خود را می کند تا وضعیت درمانجو را آن طور که به نظر می رسد ببیند. این تکنیک ها به درمانجویان این امکان را می دهد که احساس کنند پزشک با همدلی به او گوش می دهد و او را قضاوت نمی کند.

راجرز هم چنین پیشنهاد کرد که پزشکان باید مدلی از اصالت و تمایل برای افشای ضعف ها و محدودیت های شخصی خود ارائه دهند. درمانجویان سپس متوجه می شوند که مجبور نیستند

مصاحبه انگیزشی
(MI)

تکنیکی که از درک همدلانه به عنوان وسیله ای برای ترویج تغییر رفتار در درمانجویان استفاده می کند.

جبهه‌ای دروغین داشته باشند و سعی کنند طوری جلوه کنند که نیستند. در حالت ایده‌آل، درمانجو می‌بیند که صادق بودن در مواجهه با تجربیات شخصی قابل قبول و سالم است، حتی اگر این تجربیات پیامدهای مطلوبی نداشته باشند. به عنوان مثال، پزشک راجرین ممکن است اعتراف کند که تجربیاتی مشابه آن‌چه که درمانجو توصیف می‌کند، مانند احساس اضطراب در مورد صحبت کردن در مقابل یک گروه دارد. این نوعی خودافشایی است که یک روانکاو فرویدی هرگز در آن شرکت نمی‌کند، زیرا موقعیت درمانگر را به عنوان یک حزب کاملاً بی طرف می‌گیرد. برای یک پزشک بالینی راجرین، به اشتراک‌گذاری تجربیات شخصی (در محدوده) به درمانجو کمک می‌کند تا بیش‌تر احساس پذیرش و درک کند.

مصاحبه انگیزشی (MI) یکی دیگر از تکنیک‌های درمانجو محور است که از درک همدلانه به عنوان وسیله‌ای برای ترویج تغییر رفتار در درمانجویان استفاده می‌کند (مگیل و همکاران، ۲۰۱۸). در این‌جا پزشک با درمانجو همکاری می‌کند تا با پرسیدن سوالاتی که استدلال‌های خود فرد را برای تغییر ایجاد می‌کند، انگیزه او را برای ایجاد تغییرات تقویت کند. MI، مانند رویکرد پرژه، محور به طور کلی، بر استقلال درمانجو تاکید دارد.

بخش قابل توجهی از روانشناسی مدرن متأثر از دیدگاه انسان‌گرایانه است، به ویژه روانشناسی مثبت، که بیش‌تر بر رشد و تحقق تاکید دارد تا آسیب شناسی روانی و اختلال. نظریه مزلو بیش‌تر در زمینه کار و آموزش مورد استفاده قرار می‌گیرد، در حالی که ایده‌های درمانی شخص محور راجرز اکنون به طور ضمنی در تاکید روان درمانی بر همدلی و رابطه درمانی گنجانده شده است. ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی در حال حاضر توجه گسترده‌ای را به خود جلب کرده است و به پزشکان ابزارهای اضافی و در دسترس را برای استفاده متناسب با درمانجویان در طیفی از سنین با طیف وسیعی از اختلالات می‌دهد.

رفتار

نظریه شخص محور که نظریه‌ای سرشار از مفاهیم برای درمان است، اکنون پایه و اساس بسیاری از درمان‌ها و مشاوره‌های معاصر را تشکیل می‌دهد. مدل درمان مبتنی بر درمانجو، دستورالعمل‌های

خاصی را برای درمانگران پیشنهاد می‌کند تا اطمینان حاصل شود که درمانجویان می‌توانند به خودآگاهی کامل دست یابند. به گفته راجرز، پزشکان باید بر روی نیازهای درمانجو تمرکز کنند، نه بر تصورات از پیش تعیین شده پزشک در مورد این که چه چیزی برای درمانجو بهترین است. در واقع، با انعکاس این تاکید بر نقاط قوت ذاتی افرادی که به دنبال درمان هستند، راجرز استفاده از اصطلاح درمانجو را آغاز کرد، زیرا به معنای مشارکت بین کمک‌کننده و شخصی است که به او کمک می‌شود. او این اصطلاح را به اصطلاح بیمار محور بیمار ترجیح داد.

یک مورد کوچک

رویکردهای انسانی برای درمان میرا

در درمان انسان‌گرایانه، یک پزشک با میرا همکاری می‌کند تا با گوش دادن همدلانه به توصیفات او از احساساتش، یک اتحاد درمانی محکم ایجاد کند. مطابق با تاکید کارل راجرز بر آگاهی بیش‌تر از احساسات ما، پزشک میرا را تشویق می‌کند تا احساسات خود را در مورد طرد شدنش توسط خانواده‌اش و ناراحتی‌اش در نتیجه عدم ارتباطش با آن‌ها را به طور کامل‌تر تجربه کند. در این فرآیند، پزشک به میرا کمک می‌کند تا احساسات خود را شناسایی کند و آن‌ها را بدون انتقاد از خود بپذیرد. پزشک هم‌چنین ممکن است با بررسی این که چگونه تحت تاثیر مقایسه‌های منفی والدینش بین او و خواهرش قرار گرفته است، بر احساسات کم ارزش میرا تمرکز کند. این واقعیت که آن‌ها از پذیرش میرا در خانواده امتناع می‌کردند، مگر این که او قوانین آن‌ها را رعایت کند، باعث شد میرا احساس کند که مردم نمی‌توانند او را به عنوان یک فرد با تمام خصوصیاتش بپذیرند. برای کمک به افزایش احساسات واقعی خودارزشمندی، پزشک با میرا همکاری می‌کند تا درک او از ارزش‌هایش را بیش‌تر کند و راه‌هایی را برای او ایجاد کند تا تجربیات افزایش دهنده رشد را منطبق با این ارزش‌ها به جای ارزش‌های خانواده‌اش ایجاد کند.

۸،۴ دیدگاه اجتماعی-فرهنگی

نظریه پردازان در دیدگاه اجتماعی-فرهنگی بر روش‌هایی تاکید می‌کنند که مردم، نهادهای اجتماعی و نیروهای اجتماعی بر افراد در دنیای اطراف خود تاثیر می‌گذارند. دیدگاه اجتماعی-

فرهنگی به افراد بیرونی می‌پردازد تا عواملی را در بر گیرد که ممکن است در ایجاد اختلالات روانی در آن‌ها نقش داشته باشد.

دیدگاه خانواده

دیدگاهی نظری که در آن فرض بر این است که نابهنجاری ناشی از اختلال در الگوی تعاملات و روابط درون خانواده است.

نظریه‌ها

طرفداران دیدگاه خانواده، اختلالات روانی را ناشی از اختلال در الگوهای تعاملات و روابط موجود در خانواده می‌دانند. «بیمار شناسایی شده» - یعنی فردی که تحت درمان قرار می‌گیرد و مبارزات او منعکس‌کننده تنش‌های موجود در خانواده است - ممکن است توسط این الگوهای ناکارآمد ارتباطات ایجاد شود.

تبعیض اجتماعی

رفتار تعصب‌آمیز با طبقه‌ای از افراد، که در دیدگاه اجتماعی-فرهنگی به عنوان علت مشکلات روانی دیده می‌شود.

محققان در دیدگاه اجتماعی-فرهنگی نیز بر تبعیض اجتماعی به عنوان علت مشکلات روانی تمرکز دارند. برای مثال، تبعیض بر اساس جنسیت، نژاد، گرایش جنسی، مذهب، طبقه اجتماعی و سن می‌تواند به اختلالات در حوزه سلامت جسمی و روانی کمک کند. با شروع از دهه ۱۹۵۰، محققان این یافته را به دست آوردند که اختلالات روانی معمولاً در میان افراد در طبقات پایین‌تر اجتماعی-اقتصادی تشخیص داده می‌شود (هولینگش و ردلیچ، ۱۹۵۸). این رابطه ممکن است منعکس‌کننده این واقعیت باشد که افراد طبقه اجتماعی پایین‌تر مشکلات اقتصادی را تجربه می‌کنند و دسترسی محدودی به آموزش با کیفیت، مراقبت‌های بهداشتی و اشتغال دارند. تبعیض اجتماعی-اقتصادی بیش‌تر با عضویت در گروه‌هایی تشدید می‌شود که به دلیل نژاد یا قومیت، گرایش جنسی، وضعیت مهاجرت، یا مذهبشان به عنوان هدف شناسایی می‌شوند. هنگامی که افراد فرصت‌های محدودی دارند یا زمانی که به دلیل ویژگی‌های غیرقابل تغییر انسانی با سرکوب مواجه می‌شوند، احتمالاً آشفتگی درونی، ناامیدی و استرس را تجربه می‌کنند که منجر به بروز علائم روانی می‌شود.

بر اساس دیدگاه اجتماعی-فرهنگی، بلایای طبیعی و انسانی، ستم سیاسی، فقر، خشونت و جنگ از دیگر عوامل ایجاد اختلالات روانی هستند. از زمان جنگ جهانی اول، روانشناسان آمریکایی مطالعات گسترده‌ای را در مورد راه‌هایی که جنگ بر عملکرد روانی تأثیر منفی می‌گذارد، انجام داده‌اند. افرادی که در نتیجه حملات تروریستی، قرار گرفتن در معرض نبرد، آزار و شکنجه یا زندان آسیب دیده‌اند، در معرض خطر ابتلا به اختلالات اضطرابی جدی هستند. به همین ترتیب،

آتش‌سوزی‌ها و بلایای طبیعی مانند زلزله، گردباد و طوفان‌ها ویرانی‌های روانی و فیزیکی را به دنبال خود بر جای می‌گذارند.



به گفته نظریه پردازان سیستم خانواده، اختلال در پویایی خانواده ممکن است منبع اصلی پریشانی روانی فرد باشد.

رفتار

چگونه پزشکان می‌توانند به بیماران مبتلا به بیماری‌هایی که تحت تاثیر مسائل اجتماعی-فرهنگی ایجاد یا تشدید می‌شود، کمک کنند؟ واضح است که ممکن نیست جهان را تغییر دهیم، اما پزشکان می‌توانند نقش مهمی در کمک به مردم برای مقابله با مشکلاتی داشته باشند که در یک سیستم خانواده، محیط نزدیک یا جامعه گسترده ایجاد شده است.

پزشکان می‌توانند در نزدیک‌ترین شبکه اجتماعی فرد، یعنی خانواده، با ترغیب همه اعضای خانواده (هر طور که خانواده تعریف شده باشد) مداخله کنند تا رویکردهای جدیدی را برای تعامل بین فردی یا حل مسئله انجام دهند. درمانگر خانواده که گهگاه با درمانگر دیگری همکاری می‌کند، به هر تعداد از اعضای خانواده که امکان پذیر باشد، به یکباره ملاقات می‌کند. درمانگران خانواده و زوج‌ها بر این موضوع که چگونه الگوهای ناکارآمد رابطه‌ای یک مشکل یا علامت خاص را حفظ می‌کنند، بیش‌تر از مسائل یا مشکلات یک درمانجو تاکید می‌کنند. علاوه بر این، آن‌ها با در نظر گرفتن چالش‌های رشدی که نه تنها هر فرد، بلکه کل خانواده یا ازدواج ممکن است با آن مواجه

شود، دیدگاهی برای طول عمر اتخاذ می‌کنند. علاوه بر این، درمانگران خانواده و زوج‌ها، روابط مستمر بین اعضای خانواده را به طور بالقوه شفاف‌بخش‌تر از رابطه بین پزشکان و درمانجویان می‌دانند.

تکنیک‌های خاصی که پزشکان در خانواده درمانی استفاده می‌کنند به شدت به آموزش و رویکرد نظری درمانگر بستگی دارد. یک خانواده درمانگر بین نسلی ممکن است به منظور درک تاریخچه روابط خانوادگی و استفاده از این درک برای ایجاد تغییر، ترسیم نموداری از تمام بستگان در گذشته نزدیک را پیشنهاد کند. یک پیشنهاد از سوی یک خانواده درمانی ساختاری این است که گروهی از اعضای خانواده یک درگیری را به گونه‌ای اجرا کنند که انگار صحنه‌ای از یک نمایشنامه درباره خانواده است. با انجام این کار، اعضای خانواده می‌توانند از تعارضات فعلی خود خارج شوند و راه‌های جدیدی را برای مدیریت الگوهای تکرار شونده تعامل خود ببینند.

در گروه درمانی، افرادی که تجربیات مشابهی دارند، با کمک درمانگر، داستان‌های خود را با یکدیگر به اشتراک می‌گذارند. به گفته اروین یالوم (۱۹۳۱-۱۹۳۱)، بنیانگذار گروه درمانی، درمانجویان می‌توانند با درک این موضوع که مشکلاتشان منحصر به فرد نیست، با شنیدن این‌که دیگران تجربیات عاطفی خود را به اشتراک می‌گذارند، آرامش و امیدواری پیدا کنند. در گروه، آن‌ها همچنین می‌توانند اطلاعات و توصیه‌های ارزشمندی را از افرادی که نگرانی‌های خود را با آن‌ها در میان می‌گذارند به دست آورند. علاوه بر این، در فرآیند بخشش به دیگران، مردم عموماً متوجه می‌شوند که خودشان سود می‌برند.

در محیط‌های درمانی مانند بیمارستان‌های بستری، پزشکان از محیط درمانی برای تقویت عملکرد مثبت در بیماران با پرورش یک جامعه درمانی استفاده می‌کنند. اعضای جامعه در فعالیت‌های گروهی، از کار درمانی تا کلاس‌های آموزشی، شرکت می‌کنند. اعضای کارکنان، درمانجویان را تشویق می‌کنند تا با سایر ساکنان کار کنند و وقت خود را با هدف افزایش پیوندهای مثبت بین آن‌ها بگذرانند. هر کارمند، خواه یک درمانگر، پرستار، یا فوق متخصص، تلاش می‌کند محیطی

رویکرد چند فرهنگی

درمانی که بر آگاهی، دانش و مهارت‌های زمینه اجتماعی-فرهنگی درمانجویان متکی است.

که از تغییرات مثبت حمایت می‌کند و رفتارهای اجتماعی مناسب را تقویت می‌کند، ایجاد کنند. اصل راهنمای محیط درمانی این است که افراد زمانی که تحت فشار هستند برای انطباق با هنجارهای سنتی رفتار اجتماعی رفتار سازگارانه‌تری از خود نشان می‌دهند. علاوه بر این، اثرات عادی‌سازی یک محیط حمایتی برای کمک به فرد برای انتقال روان‌تر و موثرتر به زندگی خارج از جامعه درمانی در نظر گرفته شده است.

اگرچه پزشکان نمی‌توانند تبعیض اجتماعی را معکوس کنند، اما می‌توانند رویکردی چندفرهنگی برای درمان اتخاذ کنند که بر آگاهی، دانش و مهارت‌های بافت اجتماعی-فرهنگی درمانجو متکی است. با رعایت اصول صورت بندی‌های فرهنگی، درمان باید به روش‌هایی حساس باشد که پس‌زمینه فرهنگی درمانجو با تجربیات خاص زندگی و تاثیرات خانوادگی او در تعامل است. پزشکان متعهد به یادگیری در مورد گروه فرهنگی، قومی و نژادی درمانجویان و نحوه ایفای نقش این عوامل در ارزیابی، تشخیص و درمان هستند. مهارت‌های چند فرهنگی شامل تسلط بر تکنیک‌های درمانی خاص فرهنگ است که به ویژگی‌های منحصر به فرد درمانجو پاسخ می‌دهد.

یک مورد کوچک

رویکرد اجتماعی فرهنگی برای درمان میرا

یک پزشک که در چارچوب دیدگاه اجتماعی-فرهنگی کار می‌کند، مسائل خاص خانواده میرا را در زمینه پیشینه فرهنگی او گنجانده است. علائم میرا نه تنها احتمالا از ساختار خود او از نگرش خانواده‌اش نسبت به تصمیمات شغلی و روابطش ناشی شده است، بلکه آن‌ها هم‌چنین منعکس‌کننده پیشینه فرهنگی هندی او هستند، که تمایل زیادی به تاکید زیاد بر تعهدات خانوادگی دارد. میرا با انتخاب راهی متفاوت از مسیر خواهرش، شاید در واقعیت یا در تصور خودش، انتظارات خانوادگی و فرهنگی بزرگ‌تر خود را زیر پا گذاشته باشد. میرا باید در درمان تشویق شود تا حس هویت خود را به عنوان یک آمریکایی نسل اول در خانواده خود و پیشینه فرهنگی گسترده‌تر در نظر بگیرد و ایجاد کند، و تصدیق کند که چگونه بر پویایی خانواده او تاثیر می‌گذارد و با علائم افسردگی او ارتباط دارد. پزشک ممکن است پیشنهاد کند در صورت امکان، میرا با خانواده‌اش، برای حل این تعارضات فرهنگی و رابطه‌ای ویزیت شود. یا پزشک می‌تواند به میرا کمک کند تا راهی برای برقراری ارتباط مشاهدات خود با خانواده‌اش ایجاد کند و در جهت مدیریت انتظارات آن‌ها از او کار کند. این می‌تواند به بازسازی رابطه به گونه‌ای کمک کند که هم چارچوب میرا و هم اعتقادات خود خانواده را در نظر بگیرد. از طریق دریچه اجتماعی-فرهنگی، کار مجدد رابطه به این طریق می‌تواند به کاهش علائم افسردگی میرا کمک کند و به او اجازه می‌دهد در خانواده خودش باشد بدون این که احساس کند دائما انتظارات آن‌ها را زیر پا می‌گذارد.

داستان های واقعی

سیلویا پلات، اختلال افسردگی عمده

سیلویا پلات شاعر آمریکایی در سن ۳۰ سالگی تسلیم مبارزه مادام‌العمر با افسردگی شد. در شب ۱۱ فوریه ۱۹۶۳، در حالی که دو فرزند شیرخوارش در خواب بودند، پلات با احتیاط حوله‌هایی را در شکاف‌های زیر درهای اتاق خواب و آشپزخانه فرزندانش گذاشت، گاز اجاق را روشن کرد و سرش را داخل آن گذاشت. شیر و نان را در اتاق بچه‌ها با پنجره‌ای باز به شب سرد لندن گذاشته بود تا صبحانه‌شان تازه باشد.

تنها چند روز قبل، او شروع به مصرف داروهای ضد افسردگی کرده بود و و متخصصان معتقدند که خودکشی او در مرحله‌ای پرخطر در دوره درمان اتفاق افتاده است زیرا او هنوز ناراضی بوده و فعال‌تر شده است که احتمال

اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهد. زندگی و آثار سیلویا پلات از طریق نوشته‌های مجله، مکاتبات خصوصی و مصاحبه با افراد زندگی‌اش، در شهرت تلخ: که زندگی سیلویا پلات اثر استیونسون است شرح داده می‌شود. پلات که در اطراف بوستون ماساچوست به دنیا آمد و بزرگ شد، نویسندگی را در سن ۷ سالگی آغاز کرد. در طول دوران کودکی و نوجوانی خود، تعداد قابل توجهی از شعرها و داستان‌های کوتاه می‌نوشت که به آرزوی نهایی او برای تبدیل شدن به یک نویسنده حرفه‌ای منجر شد.

تجربیات پلات تا آخرین روزهای زندگی‌اش الهام بخش او بود. شاید تاثیرگذارترین آن مرگ ناگهانی پدرش اندکی پس از هشتمین سالگرد تولدش بود، فقدانی که به درونی‌ترین ترس‌ها و خواسته‌های او دامن زد و به موضوعی همیشگی در آثارش تبدیل شد. هم‌چنین او را به شدت به افسردگی پس از رها شدن از سوی دیگران در زندگی خود، به ویژه شرکای عاشقانه، حساس کرد.

پلات در شهر نمونه اولیه نیوانگلند ولزلی، ماساچوست بزرگ شد و با بورسیه تحصیلی در کالج اسمیت در نورث همپتون، ماساچوست تحصیل کرد. اگرچه انتقال به دانشگاه در ابتدا برای او دشوار بود، اما هوش و اخلاق کاری و سخت‌کوشی او باعث شد نمرات بالا و شهرت برجسته‌ای به دست آورد. هنگامی که به سن بزرگسالی رسید، بدخلقی شدید و حملات افسردگی را تجربه کرد. او در ۱۹ سالگی با قورت دادن قرص‌های خواب مادرش و پنهان شدن در فضای گربه‌روی خانه‌اش اقدام به خودکشی کرد. بعد از ۲ روز او را در حالت گیج و نیمه هوشیار پیدا کردند. پس از این تلاش، پلات برای یک دوره ۴ ماهه وارد بیمارستان روانپزشکی مجاور شد و در آن‌جا تحت درمان با تشنج الکتریکی (ECT) قرار گرفت. این نقطه عطف بزرگی در زندگی و نوشتن او بود.

در شهرت تلخ، استیونسون ادعا می‌کند که ECT مسئول «تهدید نادیده‌ای» است که تقریباً در همه چیزهایی که او نوشته است نفوذ می‌کند و اعتقاد او به این است که جهان، علی‌رغم ظاهر خیرخواهانه‌اش، خصومت و وحشتناکی دارد، به‌ویژه علیه خودش. در مجلات خصوصی که او در طول زندگی خود به طور فداکارانه حفظ می‌کرد، شخصیت عمیقاً بازتابنده پلات را می‌توان دید. آن‌ها به عنوان وسیله‌ای ضروری برای بیان خود عمل می‌کردند، که او هر ایده و احساسی را در آن ریخت، به‌ویژه در زمان‌های سخت، و به ما نگاهی نزدیک به تاریک‌ترین ساعات او می‌داد.

پس از بستری شدن در بیمارستان، پلات به اسمیت بازگشت، در سال ۱۹۵۴ فارغ التحصیل شد و با بورسیه معتبر فولبرایت در کمبریج، انگلستان، تحصیلات تکمیلی را دنبال کرد. هنگامی که او در حین تحصیل در آن‌جا از نظر حرفه‌ای به بلوغ رسید، به یک شاعر همکارش به نام تد هیوز که او را بسیار تحسین می‌کرد، علاقه‌مند شد. پس از ملاقات با او در یک مهمانی، این دو بلافاصله عاشق یکدیگر شدند و پس از یک طوفان عاشقانه، در یک مراسم

مخفیانه در انگلستان ازدواج کردند. در آن زمان، مخارج تحصیلی پلات با یک کمک هزینه تحصیلی تامین می‌شد که می‌ترسید در صورت انتشار اخبار ازدواجش، دیگر به او کمک هزینه تحصیلی ندهند. سرانجام پیوند آن‌ها علنی شد و این زوج در حالی که هیوز تدریس می‌کرد، چند ماه اول زندگی زناشویی خود را در اسپانیا گذراندند.

استیونسون در شهرت تلخ توضیح می‌دهد که چگونه پس از گذراندن مرحله اولیه خوشبختی زناشویی، نوسانات خلقی پلات تشدید شد. به نظر می‌رسید که خلق و خوی او به سرعت در حال نوسان بود. سیلویا در ژورنال خود پاسخ‌های غیرمنطقی و وحشیانه خود را به یک حادثه نامشخص که ممکن است نتیجه یک شب نوشیدنی با برخی از انگلیسی‌ها باشد که سیلویا را ناراحت کرده بود یا احتمالاً ناشی از تعجب شوهرش از کینه‌ای بود که نسبت به صاحب خانه که می‌خواست اجاره خانه را بالا ببرد داشت، توضیح داد. تد دریافت که این حالات تا حد زیادی غیرقابل توضیح بودند: آن‌ها مانند طوفان‌های الکتریکی شروع و پایان یافتند، و او به سادگی یاد گرفت که وقوع آن‌ها را بپذیرد.



سیلویا پلات در سال ۱۹۵۷.

این زوج سپس به ایالت ماساچوست محل سکونت پلات نقل مکان کردند، جایی که او دوره‌های زبان انگلیسی را در دانشگاه خود، کالج اسمیت، تدریس کرد. هیجان اولیه او در مورد اعتبار تدریس در چنین موسسه مشهوری به سرعت جای خود را به اضطراب او در مورد میزان کاری که باید انجام می‌داد، داد، به ویژه در مورد این واقعیت که فرصتی برای او باقی نگذاشت تا روی نوشتن خود کار کند. او بیش‌تر گرفتار دوره‌های وحشتناک عدم اعتماد به نفس بود که او را دوباره به افسردگی سوق داد. او نوشت: «دیشب احساس کردم . . . جریان بیمار و نابود کننده

ترس در خون من جریان خود را به مبارزه‌ای سرکش تغییر می‌دهد. با وجود خستگی، نمی‌توانستم بخوابم و با اعصابم با درد طاقت‌فرسا و صدای درونی که ناله می‌کرد، دراز کشیدم: «اوه، تو نمی‌توانی آموزش بدهی، نمی‌توانی کاری انجام دهی.» نمی‌توانم بنویسم، نمی‌توانم فکر کنم. و وقتی آن‌جا دراز کشیدم، باور کردم که آن صدا کاملاً متعلق به من است، بخشی از وجود من است، و باید به نحوی مرا تحت سلطه خود در آورد و من را با تاریک‌ترین کابوس‌هایم رها کند: این شانس را داشتم که با آن مبارزه کنم و روز به روز برنده شوم، اما کوتاه آمدم. چنین افکار بی‌ارزشی برای افرادی که از افسردگی شدید رنج می‌برند رایج است.

پس از یک سال کار به عنوان معلم، پلات و هیوز به بوستون نقل مکان کردند و در آن‌جا به گروهی از شاعران و نویسندگان پیوستند. در این مرحله، هیوز شروع به کسب تمجیدهای قابل توجهی برای نوشتن خود کرده بود و این زوج عمدتاً زندگی خود را از پول جایزه‌ای که او گرفته بود می‌گذراندند. این به پلات اجازه داد تا بیش‌تر وقت خود را صرف نوشتن کند. زمانی که او در انتظار اولین فرزندشان بود، به انگلستان نقل مکان کردند، ابتدا در آپارتمانی در لندن اقامت کردند، سپس، قبل از تولد فرزند دومشان، به خانه‌ای در حومه شهر منتقل شدند.

اگرچه طبق گزارش‌ها هیوز شوهر و پدری دوست داشتنی بود، اما پلات در مورد وفاداری خود دچار شک و تردید بود و اغلب او را به داشتن روابط خارج از ازدواج متهم می‌کرد. وقتی هیوز با بی بی سی مصاحبه داشت، یک بار دیر به خانه رسید. در پاسخ، پلات چندین ابزار نوشتاری و برخی از ارزشمندترین کتاب‌هایش را نابود کرد. اگرچه آن‌ها هرگز طلاق نگرفتند، اما در نهایت راه آن‌ها از هم جدا شد و پس از این‌که هیوز خانه آن‌ها را ترک کرد، پلات و دو فرزندشان به آپارتمانی در لندن نقل مکان کردند. در این‌جا، او انفجاری از الهام را احساس کرد که منجر به نوشتن چندین مورد از مشهورترین شعرهای او شد. در این مرحله، او اولین و تنها رمانش به نام حباب شیشه‌ای را به پایان رسانده بود، روایتی نیمه اتوبیوگرافیک از سفر یک زن جوان در دوران بزرگسالی، عبور دشواری‌های کاری، عاشقانه، و پریشانی روانی. بیش‌تر روایت کتاب مستقیماً منعکس‌کننده تجربیات خود پلات است.

شعر او نیز منعکس‌کننده نگرانی‌های او بود زیرا هم‌چنان با سلامت روانی او به وخامت خود دست و پنجه نرم می‌کرد. در شهرت تلخ، استیونسون ادعا می‌کند که سیلویا «در شعرهایش از حال و هوای جهان درونش گزارش می‌دهد و دو قطب آن را مشخص می‌کند: «سکوت» و خشم. در قطب افسرده، میل به نیستی و چرخش به درون وجود داشت. او احساس می‌کرد که تصویر آینه‌ای بزرگ از خود جوان آسیب‌دیده‌اش از شیشه به او خیره شده است و او به سمت نگاهش برمی‌گردد.

اگرچه پلات در حال تجربه موجی از خلاقیت بود، اما دچار افسردگی عمیق نیز بود. او به یک روانپزشک مراجعه کرد که به جدی بودن وضعیت او اشاره کرد. پلات که نمی‌توانست از خود و فرزندانش مراقبت کند، در حالی که تلاش می‌کرد بهبود یابد، در کنار دوستانش ماند، زیرا از انجام مجدد ECT در بیمارستان روانی می‌ترسید. یک روز، او با سرکشی به این نتیجه رسید که آماده است فرزندانش را به آپارتمان خود بازگرداند. دوستانش که از تصمیم ناگهانی او متحیر شده بودند، بیهوده سعی کردند او را متقاعد کنند که تحت مراقبت آن‌ها بماند. همان روز عصر که به خانه رفت، سرانجام به دور از چشمان مراقب، پلات به زندگی کوتاه اما دراماتیک خود پایان داد.

سیلویا پلات در سال‌های پس از مرگش به عنوان یکی از با استعدادترین و شاخص‌ترین شاعران قرن بیستم شناخته شده است. مجموعه شعر، مجموعه‌ای جامع از شعرهایی که او در دوران جوانی تا پایان عمر سروده است، توسط تد هیوز که پس از آن دو فرزند خود را با همسر دوم خود بزرگ کرد، گردآوری شد. این مجموعه شعر در سال ۱۹۸۲ برنده جایزه پولیتزر شد.

۹،۴ دیدگاه مبتنی بر پذیرش

دیدگاه مبتنی بر پذیرش که در روان درمانی از آن به عنوان جنبش موج سوم نیز یاد می‌شود، ردپای نظریه پردازان رفتاری و شناختی را دنبال می‌کند. بسیاری از این درمان‌ها در طول دهه ۱۹۷۰ توسعه یافتند و تحت تاثیر فلسفه سنتی شرق قرار گرفتند (بائر و هوس، ۲۰۰۸). این درمان‌ها بعدها در دهه ۱۹۹۰ مثلاً زمانی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای اولین بار به عنوان یک رویکرد درمانی ایجاد شد، محبوبیت پیدا کردند و اکنون به طور گسترده برای انواع اختلالات روانی استفاده می‌شوند.

رویکردهای مبتنی بر

پذیرش

نظریه‌ها

گروهی از رویکردهای

روان درمانی که از

راهبردهای رفتاری و

همچنین چارچوب

شناختی برای بهبود

اثر بخشی کلی استفاده

می‌کنند.

رویکردهای مبتنی بر پذیرش مبتنی بر پایه‌های نظری درمان‌های رفتاری و شناختی هستند. این رویکردهای حال‌گرا از راهبردهای رفتاری و همچنین چارچوب شناختی استفاده می‌کنند. این رویکردها به جای کاهش علائم خاص، همان‌طور که در مورد CBT است، تاکید بر افزایش کارایی عمومی در عملکرد است (هیز، ۲۰۱۶). در پیشینه تحقیق این مطالعه، این روش‌ها از حمایت

تجربی زیادی برخوردار شده‌اند (کال، وینتر و شوايگر، ۲۰۱۲)، اما هنوز تحقیقات بیش‌تری برای تعیین این‌که آیا آن‌ها در درمان بیماری‌های روانپزشکی خاص مفید هستند یا خیر، مورد نیاز است..

ذهن آگاهی

حالت روانی که با رساندن آگاهانه فرد به لحظه حال بدون قضاوت در مورد مشاهدات درونی یا بیرونی به دست می‌آید.

ذهن آگاهی یک حالت ذهنی است که با رساندن آگاهانه فرد به لحظه حال بدون قضاوت در مورد مشاهدات درونی یا بیرونی به دست می‌آید. آموزش ذهن آگاهی یک مولفه اصلی رفتاری بسیاری از رویکردهای مبتنی بر پذیرش است و می‌تواند به اشکال مختلف تمرین شود. محققان دریافته‌اند که ذهن آگاهی هم به تنهایی و هم از طریق ادغام در درمان روان‌شناختی فواید درمانی زیادی دارد. باید توجه داشت که ذهن آگاهی اغلب مترادف با مدیتیشن است. اگرچه ذهن آگاهی پایه و اساس تمرین مدیتیشن بودایی است، اما می‌توان ذهن آگاهی را خارج از زمینه مدیتیشن و با استفاده از تکنیک‌های مختلف تمرین کرد در حالی که ذهن آگاهی تلاش می‌کند تا آگاهی را گسترش دهد، مدیتیشن اغلب آگاهی را بر یک تجربه حسی خاص متمرکز می‌کند. علاوه بر این، برخلاف بسیاری از تکنیک‌های مدیتیشن، ذهن آگاهی تأکید زیادی بر معنویت ندارد (کابات زین، ۲۰۰۳).

هدف اصلی تمرین ذهن آگاهی، پرورش آگاهی از تجربیات بیرونی و درونی فعلی بدون قضاوت است. این امر از طریق تمرین هدفمند و عمدی عمل آگاه بودن، با تأکید بر توجه آشکار به مشاهدات خود به دست می‌آید (براون و رایان، ۲۰۰۳؛ کابات زین، ۲۰۰۳). اگرچه قضاوت‌ها یا ارزیابی‌ها اغلب ارزشمند و ضروری هستند، اما زمانی که افراد به طور خودکار در مورد آن‌چه مشاهده می‌شود، فرضیات خود را مطرح می‌کنند، تمایل به تفسیر آن فرضیات به عنوان واقعیت وجود دارد. هدف ذهن آگاهی افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با گسترش آگاهی افراد به تفاسیر دیگر، در مقابل گیر افتادن در چرخه‌های باور منفی است. رویکردهای مبتنی بر پذیرش معتقدند که در درمان رنج روانی، پرداختن به روش‌هایی که یک فرد بر اساس تفاسیر خودکار در مورد تجارب بیرونی و درونی عمل می‌کند بسیار مهم است تا راه‌های موثرتری برای مقابله با آن‌ها ترویج شود پذیرش رویداد آن‌گونه که هست، چه مطلوب و چه ناخوشایند، چیزی است که در ذات این فرآیند قرار دارد. در رویکردهای مبتنی بر پذیرش، هدف تغییر خود تجربه نیست (زیرا این امکان‌پذیر نیست)، بلکه

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)

یک رویکرد درمانی که هدف آن کاهش غیرمستقیم علائم با تمرکز بر بهبود انعطاف‌پذیری روانی

تغییر رابطه فرد با تجربه به گونه‌ای است که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش می‌دهد و به فرد کمک می‌کند تا به طور موثرتر و روان‌تر بر اساس خواسته‌های شرایط عمل کند.

رفتار

یکی از رایج‌ترین رویکردهای مبتنی بر پذیرش که در حال حاضر در روان‌درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یا ACT است (هیز، استروسال و ویلسون، ۱۹۹۹). ACT یک رویکرد مبتنی بر رفتار است که به طور گسترده‌تر به درد و رنج انسان نگاه می‌کند و هدف آن افزایش انعطاف‌پذیری شناختی فرد است. مدل نظری ACT به شش فرآیند روان‌شناختی اصلی که تصور می‌شود با آسیب‌شناسی روانی مرتبط هستند نگاه می‌کند: اجتناب تجربی، آمیختگی شناختی، تسلط بر گذشته و آینده مفهومی‌سازی شده، خودشناسی محدود، فقدان ارزش‌ها، و بی‌عملی/تکانشگری. در ACT، درمانگران با درمانجویان کار می‌کنند تا هر یک از این زمینه‌ها و چگونگی تاثیر آن‌ها بر رنج فرد را بررسی کنند، و سپس از تکنیک‌ها و تمرینات مبتنی بر مهارت‌های مختلف برای نشان دادن نحوه کار در هر یک از این زمینه‌ها استفاده می‌کنند که ممکن است فرد در آن گیر کند.»

یک مورد کوچک

رویکرد مبتنی بر پذیرش برای درمان میرا

یک پزشک که از دیدگاه مبتنی بر پذیرش کار می‌کند، تجربه افسردگی میرا را در زمینه عوامل استرس‌زا را با تمرکز کم‌تر بر محتوای استرس او و تمرکز بیش‌تر بر رابطه او با افکار و احساساتش مورد هدف قرار می‌دهد. برای مثال، میرا ممکن است تلاش کرده باشد تا با ناامیدی خود «مبارزه کند»، که وقتی از منظر پذیرش در نظر گرفته شود، احتمالاً علائم او را بدتر می‌کند و زندگی با آن‌ها را سخت‌تر می‌کند. پزشک می‌تواند به میرا مهارت‌های تمرکز حواس را بیاموزد تا به او کمک کند تا از نحوه تجربه احساسات خود در بدن خود آگاه‌تر شود، به طوری که بتواند احساسات خود را به جای تلاش برای سرکوب یا اجتناب از فکر کردن در مورد آن‌ها، به طور کامل‌تر پردازش کند. اغلب، مهارت‌های ذهن آگاهی به عنوان ابزار مقابله‌ای برای کمک به مدیریت زمان‌های خاص پریشانی آموزش داده می‌شود. این می‌تواند برای میرا، که با افکار خودکشی مداوم دست و پنجه نرم می‌کند، بسیار مفید باشد. پزشک او هم‌چنین می‌تواند از محتویات ماژول DBT در مورد تحمل پریشانی برای آموزش مهارت‌های اضافی به منظور سازگاری با احساسات حاد غمگینی یا ناامیدی استفاده کند. یک پزشک از دیدگاه مبتنی بر ACT به میرا کمک می‌کند تا ارزش‌های خود را شناسایی کند و راه‌هایی را برای او ایجاد کند تا در زمینه‌های زندگی‌اش که برای ارتقای احساس رفاه و اختیار مهم هستند، سازگارتر عمل کند.

رفتار درمانی دیالکتیکی یا DBT یک رویکرد مبتنی بر مهارت است که توسط مارشا لاینهان برای درمان اختلال شخصیت مرزی توسعه یافته است (لاینهان، ۱۹۹۳). با این حال، از زمان پیدایش آن، DBT به طور گسترده‌تری در درمان انواع مسائل روان‌شناختی استفاده شده است (بائر و هوس، ۲۰۰۸). زیربنای DBT «نظریه زیست اجتماعی» است، که این فرضیه را مطرح می‌کند که افرادی که از BPD رنج می‌برند یا به طور مشابه با تنظیم احساسات خود مبارزه می‌کنند، ممکن است به دلیل ترکیبی از آسیب‌پذیری بیولوژیکی و محیط‌های اجتماعی که از نظر آموزش نحوه کنار آمدن فرد با احساسات ناکارآمد نامعتبر یا بی‌اثر هستند، مستعد این مشکلات باشند. در رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT)، اصطلاح دیالکتیکی به چیزی اشاره دارد که لاینهان متوجه شده است که برای افراد مبتلا به BPD معمول است، که تجربیات آن‌ها اغلب به افراط‌های مخالف تقسیم می‌شود. بنابراین DBT بر آموزش افراد برای ترکیب این افراط از طریق پذیرش و اصلاح رفتار متمرکز است.

رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT)

رویکرد درمانی برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که درمان‌های حمایتی و شناختی-رفتاری را برای کاهش دفعات اعمال خود تخریبی و بهبود توانایی درمانجویان برای کنترل احساسات آزاردهنده مانند خشم و وابستگی ادغام می‌کند.

جدیدترین نسخه کتابچه راهنمای آموزشی مهارت‌های DBT که در سال ۲۰۱۴ منتشر شد، شامل چهار ماژول اصلی است که عبارتند از: ذهن آگاهی، تنظیم احساسات، اثربخشی بین فردی و تحمل پریشانی. درمانگر و درمانجو از طریق برگه‌ها و جزوه‌های آماده شده، این ماژول‌ها را گام به گام در طول درمان انجام می‌دهند (لاینهان، ۲۰۱۴).

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT؛ سگال، ویلیامز و تیزدیل، ۲۰۰۲) شناخت درمانی را با مهارت‌های ذهن آگاهی ترکیب می‌کند تا به بیمارانی که با اختلالات افسردگی عمده دست و پنجه نرم می‌کنند با یادگیری راه‌های موثر برای مدیریت علائم خود در طولانی مدت و جلوگیری از عود دوره‌های افسردگی کمک کند. هدف اصلی این کار آموزش راهبردهای «تمرکززدایی» به درمانجویان است که آن‌ها را تشویق می‌کند تا افکار و احساسات ناخوشایند را به جای تلاش برای تغییر آن‌ها بپذیرند، همان‌طور که در مورد شناخت درمانی سنتی وجود دارد. (بائر و هوس، ۲۰۰۸).

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)

درمانی که ترکیبی از
شناخت درمانی با
مهارت‌های ذهن آگاهی
است.

۱۰،۴ دیدگاه‌های زیست روانی اجتماعی در نظریه‌ها و درمان‌ها: رویکردی یکپارچه

اکنون که در مورد دیدگاه‌های اصلی در مورد رفتار غیرعادی خوانده‌اید، احتمالاً می‌توانید ارزش هر یک از آن‌ها را ببینید. جنبه‌های خاصی از نظریه‌های مختلف ممکن است بسیار مفید و جالب به نظر برسند. در واقع انتخاب استراتژی که «بهترین» است برای شما دشوار است. با این حال، همان‌طور که بارها گفته‌ایم، اکثر پزشکان جنبه‌هایی از مدل‌های مختلف را انتخاب می‌کنند، نه این‌که به یک مدل واحد پایبند باشند. در واقع، در دهه‌های اخیر، تغییر چشمگیری از رویکردهای بالینی محدود که ریشه در یک مدل نظری دارد، رخ داده است. پزشکان به طور فزاینده‌ای از رویکردهایی استفاده می‌کنند که یکپارچه یا التقاطی هستند. درمانگر نیازهای درمانجویان را از منظرهای چندگانه می‌بیند و یک طرح درمانی ایجاد می‌کند که به این نگرانی‌های خاص پاسخ می‌دهد.

بازگشت به پرونده: میرا کریشن

پس از یک ارزیابی روانشناختی جامع‌تر همان‌طور که برنامه درمانی او نشان داد، پزشک تشخیص داد که میرا از رویکرد شناختی-رفتاری روان درمانی همراه با دارو بیش‌ترین سود را خواهد برد. میرا هر دو این توصیه‌ها را دنبال کرد و روانپزشکی را دید که برای او SSRI تجویز کرد. او یک بار در هفته برای اولین ماه دوره دارویی خود و سپس یک بار در ماه برای معاینه با روانپزشک خود ملاقات می‌کرد. میرا هم‌چنین برای جلسات روان درمانی هفتگی به یک درمانگر مراجعه کرد. با استفاده از دیدگاه شناختی رفتاری، شروع کار با درمانگر او بر راهبردهایی مانند فعال‌سازی رفتاری متمرکز بود که به او کمک می‌کرد تا با علائم افسردگی که بر عملکرد او تاثیر گذاشته بودند، کنار بیاید. هنگامی که افسردگی میرا برطرف شد، درمان او بر الگوهای فکری ناسازگار او در رابطه با روابط بین فردی او متمرکز شد. میرا با کمک درمانگرش متوجه شد که استانداردهای دست نیافتنی برای خودش ایجاد کرده است که فکر می‌کرد دوستان و خانواده‌اش بیان می‌کنند. با نگاه دقیق‌تر به روابطش، متوجه شد که این انتظارات را به خودش تحمیل می‌کند و دوستان و خانواده‌اش او را همان‌طور که بود می‌پذیرفتند.

تأملات دکتر توپین: با توجه به پاسخ میرا به درمان، به نظر می‌رسد افسردگی او هم نتیجه یک آسیب‌پذیری بیولوژیکی و هم یک فرآیند فکری ناسازگار است که با رشد او در بزرگسالی شروع به ظهور کرد. با توجه به آن، برای میرا مهم است که داروی ضد افسردگی را ادامه دهد تا از بروز اپیزودهای افسردگی در آینده جلوگیری کند. درمانگر او هم‌چنین ممکن است به او توصیه کند که حتی پس از برطرف شدن علائم اولیه درمان را ادامه دهد، زیرا ممکن است کمی طول بکشد تا الگوهای فکری او متعادل‌تر و سازگارتر شوند. هدف از درمان این است که اطمینان حاصل شود که او با روش‌های اصلاحی‌تری برای کنار آمدن با محیط خود و استرس سازگار است. یک حوزه تمرکز اضافی در درمان، بررسی تاثیر فرهنگ بر رشد باورهای میرا در اطراف جایگاهش در خانواده‌اش خواهد بود. میرا از طریق توسعه حس هویت خود، می‌تواند روی راه‌هایی برای حل تنش‌های روابطش با خانواده‌اش کار کند، که می‌تواند به کاهش احتمال این که در آینده دوباره نشانه‌های بیماری در او ظاهر شود، کمک کند. به طور کلی، تمایل زیاد میرا برای بهبودی او را تشویق کرد تا مراقبت‌های لازم را دریافت کند و در نتیجه، پیش‌آگهی او بسیار خوب است.

خلاصه

- دیدگاه‌های نظری بر روش‌هایی که پزشکان و محققان مشاهدات خود را در مورد رفتار، تفسیر و سازماندهی می‌کنند، تاثیر می‌گذارد. در این فصل، ما هفت دیدگاه نظری اصلی را مورد بحث قرار دادیم: بیولوژیکی، نظریه صفت، روان‌پویشی، رفتاری، شناختی، انسانی و اجتماعی-فرهنگی. ما بحث را با در نظر گرفتن یک رویکرد یکپارچه به پایان رساندیم که در آن نظریه‌پردازان و پزشکان جنبه‌ها و تکنیک‌های بیش از یک دیدگاه را گرد هم می‌آورند.
- در دیدگاه بیولوژیکی، پزشکان اختلال در احساسات، رفتار و فرآیندهای شناختی را ناشی از ناهنجاری‌های عملکرد بدن می‌دانند، مانند اختلالات مغز و سیستم عصبی یا سیستم غدد درون ریز. ساختار ژنتیکی یک فرد می‌تواند نقش مهمی در بروز برخی اختلالات داشته باشد. در تلاش برای ارزیابی نقش‌های نسبی طبیعت و پرورش، محققان مفهوم تعامل بین عوامل ژنتیکی و محیطی را در ناهنجاری پذیرفته‌اند. درمان‌هایی که پزشکان بر اساس مدل بیولوژیکی پایه‌ریزی می‌کنند شامل طیف وسیعی از درمان‌های جسمی است که رایج‌ترین آن‌ها دارو درمانی است. مداخلات جسمی شدیدتر شامل جراحی روانی و درمان تشنج الکتریکی (ECT) است.

- نظریه صفت پیشنهاد می‌کند که رفتار نابهنجار منعکس‌کننده ویژگی‌های شخصیتی ناسازگار است. اصل اساسی نظریه صفت این است که شخصیت، معادل مجموعه‌ای از ویژگی‌های پایدار است. در روانشناسی آسیب شناسی، نظریه ویژگی غالب مدل پنج عاملی یا «پنج بزرگ» است که شامل ویژگی‌های شخصیتی روان رنجورخویی، برون‌گرایی، تجربه‌پذیری، موافق بودن و وظیفه شناسی است («OCEAN» یا «CANOE»). اگرچه مدل پنج عاملی لزوماً چارچوبی برای روان درمانی ارائه نمی‌دهد، اما چشم‌اندازی برای ارزیابی اختلالات شخصیت ارائه می‌دهد.
- دیدگاه روان پویشی یک جهت‌گیری نظری است که بر تعیین‌کننده‌های ناخودآگاه رفتار تأکید دارد و از رویکرد روانکاوانه فروید نشأت گرفته است. ما از اصطلاح روان پویشی برای توصیف تعامل بین نهاد (id)، خود (ego) و فراخود (superego) استفاده می‌کنیم. به گفته نظریه‌پردازان روان‌پویشی، افراد از مکانیزم‌های دفاعی استفاده می‌کنند تا افکار، غرایز و احساسات غیرقابل قبول را از خودآگاهی دور نگه دارند. فروید پیشنهاد کرد که یک توالی طبیعی رشد از طریق یک سری مراحل روانی-جنسی وجود دارد.
- نظریه پردازان پسا فرویدی مانند یونگ، آدلر، هورنای و اریکسون با این ادعا که فروید بر غرایز جنسی و پرخاشگرانه بیش از حد تأکید کرده است، از نظریه فرویدی خارج شدند. نظریه پردازان روابط ابژه مانند کلاین، وینیکات، کوهوت و مالر پیشنهاد کردند که روابط بین فردی در هسته شخصیت نهفته است و ضمیر ناخودآگاه حاوی تصاویری از والدین کودک و روابط کودک با آن‌هاست.
- درمان در دیدگاه روان پویشی ممکن است شامل تکنیک‌هایی مانند تداعی آزاد، تحلیل رویا، انتقال و مقاومت باشد. بحث‌های قابل توجهی در مورد اصول و تکنیک‌های دیدگاه روان پویشی ادامه دارد. بیش‌تر این بحث بر این واقعیت متمرکز است که مفاهیم روان پویشی برای مطالعه و اندازه‌گیری دشوار است و برخی از پزشکان اکنون مفاهیم فرویدی را در جامعه معاصر بی‌ربط می‌دانند. رویکردهای جدیدتر، مبتنی بر نظریه روابط ابژه، مفهوم سبک دلبستگی نوزاد را با درک راه‌هایی که بزرگسالان با افراد مهم زندگی خود ارتباط برقرار می‌کنند، تطبیق داده‌اند.
- بر اساس دیدگاه رفتاری، تجارب یادگیری معیوب باعث آسیب شناسی می‌شود. بر اساس دیدگاه شناختی رفتاری (گاهی اوقات شناختی نامیده می‌شود)، فرآیندهای فکری ناسازگار باعث آسیب شناسی می‌شود. رفتارگرایان معتقدند که افراد بسیاری از واکنش‌های احساسی را از طریق شرطی‌سازی کلاسیک به دست می‌آورند. شرطی‌سازی عامل، با تأکید اسکینر بر تقویت، شامل یادگیری رفتارهایی است که خودکار نیستند. نظریه‌پردازان یادگیری اجتماعی فرآیند کسب پاسخ‌های جدید را از طریق مشاهده و تقلید از رفتار دیگران

مورد مطالعه قرار داده‌اند که به آن مدل‌سازی می‌گوییم. در مداخلات مبتنی بر نظریه رفتاری، پزشکان بر رفتارهای قابل مشاهده تمرکز می‌کنند.

- نظریه های شناختی بر شیوه‌های تفکر آشفته تاکید دارند. پزشکانی که از دیدگاه شناختی پیروی می‌کنند با درمانجویان کار می‌کنند تا الگوهای فکری ناسازگار را تغییر دهند.
- درمان پذیرش و تعهد، که ACT نیز نامیده می‌شود، یک رویکرد روان درمانی مبتنی بر پذیرش و مبتنی بر اصول درمان شناختی- رفتاری (CBT) است. هدف این نوع درمان، کاهش رنج روانی به طور غیرمستقیم از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق کمک به درمانجویان برای پذیرش تجربیات عاطفی ناخواسته و دشوار و اصلاح رفتارها برای کمک به افزایش زمان صرف شده در فعالیت‌های ارزشمند است.
- هسته اصلی دیدگاه انسان‌گرایانه این باور است که انگیزه انسان مبتنی بر تمایل ذاتی به تلاش برای خودشکوفایی و معنای زندگی است، مفاهیمی که ریشه در روانشناسی وجودی دارند. نظریه شخص محور کارل راجرز بر منحصر به فرد بودن هر فرد، اهمیت اجازه دادن به فرد برای دستیابی به حداکثر پتانسیل بالقوه و نیاز فرد به مواجهه صادقانه با واقعیت تجربیات خود در جهان تمرکز دارد. نظریه خودشکوفایی مزلو بر تحقق حداکثری پتانسیل فرد برای رشد روانی متمرکز است. در درمان درمانجو محور، راجرز توصیه کرد که درمانگران با توجه مثبت و همدلی بی‌قید و شرط با درمانجویان رفتار کنند، در حالی که مدلی از اصالت و تمایل به افشای خود ارائه می‌دهند.
- نظریه پردازان در دیدگاه اجتماعی-فرهنگی بر روش‌هایی تاکید می‌کنند که مردم، نهادهای اجتماعی و نیروهای اجتماعی بر افراد تاثیر می‌گذارند. طرفداران دیدگاه خانواده، فرد را جزء لاینفک الگوی تعاملات و روابط موجود در خانواده می‌دانند. اختلالات روانی هم‌چنین می‌تواند در نتیجه تبعیض‌هایی مانند جنسیت، نژاد، یا سن یا فشارهای مرتبط با مشکلات اقتصادی ایجاد شود. نیروهای اجتماعی عمومی مانند ارزش‌های منعطف و ناسازگار در یک جامعه و رویدادهای تاریخی مخرب مانند انقلاب سیاسی، بلایای طبیعی یا افسردگی سراسری نیز می‌توانند بر مردم تاثیر منفی بگذارند. ماهیت گروه درگیر، درمان‌ها را در دیدگاه اجتماعی-فرهنگی تعیین می‌کند. در خانواده درمانی، پزشکان اعضای خانواده را تشویق می‌کنند تا راه‌های جدیدی را برای برقراری ارتباط با یکدیگر و تفکر در مورد مشکلاتشان امتحان کنند. در گروه درمانی، افراد داستان‌ها و تجربیات خود را در موقعیت‌های مشابه با دیگران به اشتراک می‌گذارند. محیط درمانی زمینه‌ای را فراهم می‌کند که در آن مداخله محیط است، نه فرد، که معمولا شامل کارکنان و درمانجویان در یک جامعه درمانی است.

- در عمل معاصر، اکثر پزشکان یک رویکرد یکپارچه را اتخاذ می‌کنند، که در آن جنبه‌هایی از مدل‌های مختلف را به جای پایبندی محدود به یک مدل انتخاب می‌کنند. پزشکان به طور فزاینده‌ای از رویکردهایی استفاده می‌کنند که یکپارچه یا التقاطی هستند.

اصطلاحات کلیدی

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)	شرطی سازی کلاسیک	متیلاسیون DNA
رویکردهای مبتنی بر پذیرش	درمانجو محور	نگرش های ناکارآمد
آل	درمان شناختی رفتاری (CBT)	نفس
کهن الگوها	دیدگاه شناختی	خود روانشناسی
چهره های دلبستگی	بازسازی شناختی	درمان تشنج الکتریکی (ECT)
سبک دلبستگی	کنترل وابستگی	اندوفنوتیپ ها
افکار خودکار	شرطی سازی تقابلی	اپی ژنز
شرطی سازی بد	تحریک عمیق مغز (DBS)	اپی ژنتیک
دیدگاه رفتاری	مکانیزم های دفاعی	دیدگاه خانواده
دیدگاه بیولوژیکی	رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT)	مدل پنج عاملی (یا «پنج عامل بزرگ»)
ژن ها	مدل دیاتز-استرس	تداعی آزاد
مطالعات ارتباط ژنومی (GWAS)	روابط ابژه ای	تفکر فرآیند ثانویه
مطالعه پیوند ژنومی	عقده ادیپ	خودشکوفایی
ژنوتیپ	شرطی سازی عامل	خودکارآمدی
دیدگاه انسان گرایانه	مدل سازی شرکت کنندگان	پلی مورفیسم تک نوکلئوتیدی (SNP)
نهاد (id)	خصوصیت شخصیتی	تبعیض اجتماعی
میل جنسی	نظریه شخص محور	نظریه یادگیری اجتماعی
ذهن آگاهی	فنوتیپ	فراخود (superego)
مصاحبه انگیزشی (MI)	اصل لذت	حساسیت زدایی منظم
رویکرد چند فرهنگی	پلی ژنیک	دیدگاه نظری
داروهای اعصاب	دیدگاه روان پویشی	اقتصاد ژتونی
انتقال دهنده عصبی	مراحل روانی جنسی	
	جراحی روانی	

انتقال	اصل واقعیت	
توجه مثبت بی قید و شرط	تقویت	
تقویت جانشینی		

اختلالات رشد عصبی

اهداف یادگیری

- ۱,۵ ویژگی‌ها و علل ناتوانی ذهنی را توضیح دهید.
- ۲,۵ ویژگی‌ها، نظریه‌ها و درمان اختلال طیف اوتیسم را توضیح دهید.
- ۳,۵ بین یادگیری و ارتباط و اختلالات ارتباطی تفاوت قائل شوید.
- ۴,۵ ویژگی‌ها، نظریه‌ها و درمان ADHD را توضیح دهید.
- ۵,۵ اختلالات حرکتی را شرح دهید.
- ۶,۵ مدل زیست روانی اجتماعی اختلالات عصبی رشدی را تجزیه و تحلیل کنید.

رئوس مطالب

گزارش موردی: جیسون نیومن
 ناتوانی ذهنی (اختلال رشد فکری)
 علل ناتوانی ذهنی ناهنجاری‌های
 ژنتیکی
 آن‌چه در DSM-۵ وجود دارد:
 اختلالات رشد عصبی
 خطرات زیست محیطی درمان ناتوانی
 ذهنی
 اختلال طیف اوتیسم



نظریه ها و درمان اختلال طیف اوتیسم
سندرم رت

اختلال طیف اوتیسم با عملکرد بالا، که
قبلا اختلال آسپرگر نامیده می شد
داستان های واقعی: دانیل تامت:

اختلال طیف اوتیسم
اختلالات یادگیری و ارتباطی
اختلالات یادگیری خاص
اختلالات ارتباطی

اختلال کمبود توجه/بیش فعالی
(ADHD)

ADHD در بزرگسالان

نظریه ها و درمان ADHD

شما قضاوت کنید: تجویز داروهای

روانپزشکی برای کودکان

اختلالات حرکتی

اختلال هماهنگی رشدی

اختلالات تیک

اختلال حرکتی کلیشه ای

اختلالات رشد عصبی: دیدگاه زیست

روانی اجتماعی

بازگشت به پرونده: جیسون نیومن

خلاصه

اصطلاحات کلیدی

فصل ۵

گزارش موردی: جیسون نیومن

اطلاعات دموگرافیک: پسر ۸ ساله آفریقایی آمریکایی

مشکل فعلی: خانم براونشتاین، معلم کلاس سوم جیسون، می‌گوید جیسون از همان روز اول مدرسه بیش فعال بود و نمی‌توانست توجه خود را به کلاس معطوف کند. از آنجایی که او نمی‌خواهد والدینش را نگران کند، رفتار جیسون را در چند هفته اول ترم مشاهده می‌کند تا ببیند آیا مستقر شدن در کلاس می‌تواند باعث کاهش رفتار جنجالی او شود یا خیر. با این حال، رفتار جیسون با گذشت چند هفته بدتر می‌شود و خانم براونشتاین تصمیم می‌گیرد با والدینش، پم و جان نیومن، تماس بگیرد و از آن‌ها بخواهد که یک ارزیابی روانی از فرزندشان کنند. اگرچه معلمان قبلی او به آن‌ها توصیه کرده بودند که جیسون را نزد یک روانشناس ببرند، اما از آنجایی که بیمه درمانی نیومن این هزینه را پوشش نمی‌دهد و آن‌ها به تنهایی قادر به پرداخت هزینه‌های این کار نیستند تا به حال جیسون را نزد هیچ روانشناسی نبرده‌اند. با این حال، مشخص شده است که برای این که جیسون بتواند تحصیلات خود را با موفقیت به پایان برساند، جیسون باید درمان شود. خانم براونشتاین والدین جیسون را به یک روانشناس کودک محلی با یک مطب خصوصی، به نام دکتر اسکات، ارجاع می‌دهد، که می‌تواند با هزینه مناسب جیسون را درمان کند.

مادر جیسون، یعنی پم، او را همراهی می‌کند تا دکتر اسکات را ببیند، و دکتر اسکات قبل از دیدن جیسون به طور جداگانه با مادر جیسون صحبت می‌کند. پم توضیح می‌دهد که جیسون از دوران کودکی «کودکی بسیار بی‌تحرك» بوده است، اما رفتار مخرب و اغلب نامناسب او در مدرسه در ۳ سال گذشته به‌طور قابل توجهی بدتر شده است. از آنجا که او اولین فرزند آن‌ها بود، پم متوجه نشد که انرژی فراوان او غیرعادی است. این زوج هم‌چنین یک فرزند ۴ ساله به نام نیکلاس دارند که رفتار او در دوران نوزادی در مقایسه با جیسون بسیار آرام‌تر بود و این امر به آن‌ها هشدار داد که چیزی در مورد جیسون متفاوت است. پم هم‌چنین توضیح می‌دهد که خارج از محیط کلاس، جیسون معمولاً در موقعیت‌هایی که مجبور است برای مدت طولانی توجه خود را حفظ کند، نسبت به دیگران بی‌قرارتر است. به عنوان مثال، پم خاطرنشان می‌کند که در کلیسا در روزهای یکشنبه، جیسون معمولاً بعد از ۵ دقیقه اول عبادت شروع به تکان خوردن در صندلی خود می‌کند. او خاطرنشان می‌کند که این امر برای او و همسرش که به سختی می‌توانند جیسون را آرام کنند، خجالت‌آور است. در نتیجه آن‌ها به کلی از رفتن به کلیسا منصرف شده‌اند. او گزارش می‌دهد که مراقبت از نیکلاس زمانی که او نوزاد بود، اغلب دشوار بود، زیرا جیسون هنگام تغذیه یا تعویض نیکلاس وارد اتاق نیکلاس می‌شد و از پم می‌خواست که به او توجه کند. جیسون چندین بار در حالی که به نیکلاس شیر می‌داد، بطری شیر را از دست پم می‌کشید.

پم سعی می‌کند نسبت به کارهای جیسون صبروری کند، اما او گزارش می‌دهد که شوهرش، جان، برای مقابله با رفتار بی‌قرار پسرشان مشکل بیش‌تری دارد. پم مواردی را توصیف می‌کند که در آن جیسون به طور خاص در خانه «داد و بیداد» می‌کند و هنگام بالا رفتن از میزها مبلمان و وسایل گران قیمت را شکسته است.

گزارش موردی (ادامه)

او اظهار می‌کند که رابطه بین جان و جیسون بسیار تیره شده است و همچنین باعث شده که بین او و جان نیز تنش ایجاد شود، زیرا آن‌ها اغلب در مورد نحوه تنبیه پسرشان با هم اختلاف نظر دارند. پم و جان تلاش کرده‌اند، بر اساس عملکرد او در مدرسه، سیستمی از تنبیه‌ها و پاداش‌ها را اجرا کنند، که ناموفق بوده است. با این حال، این تنها باعث ناامیدی بیش‌تر شده است زیرا آن‌ها اغلب در مورد میزان مناسب تنبیه‌ها اختلاف نظر دارند.

پم بیان می‌کند که معلمان جیسون هر سال الگوهای رفتاری یکسانی از جیسون را توصیف می‌کنند، اگرچه در طول سال تحصیلی جاری توانایی او برای توجه، به شدت کاهش یافته است، شاید همان‌طور که پم اشاره می‌کند، به خاطر این باشد که مطالب ارائه شده در کلاس پیچیده‌تر است و نیاز به توجه و تفکر بیش‌تری دارد. در طول سال‌های قبل، میزان ناتوانی جیسون در توجه کردن به مطالب، این گونه آشکار شد که بعد از این‌که کلاسش تمام می‌شد کلاس را در حالی که وسیله‌هایش پخش بود رها می‌کرد، و هرگز آن‌ها را جمع و جور نمی‌کرد. خانم براونشتاین گزارش داده است که در طول سال تحصیلی کنونی، هنگامی که جیسون با یک مسئله دشوار در کلاس مواجه می‌شود، از روی میز خود بلند می‌شود به قسمت دیگری از اتاق می‌رود و شروع به بازی با لوازم هنری در اتاق می‌کند، حتی زمانی که در حال درس دادن هستیم. پم به ویژه نگران است که رفتار جیسون در مدرسه هم‌چنان بر کیفیت آموزش او در طول سال‌ها تاثیر منفی بگذارد. علاوه بر این، با توجه به رفتار بیش از حد پرنرژی جیسون و تمایل او به گستاخی یا بی‌حوصلگی با سایر کودکان، دوستیابی در مدرسه برای جیسون دشوار بود. پم می‌ترسد که بدون معاشرت با همسالان خوب در مدرسه، جیسون منزوی شود و مورد تمسخر هم‌کلاسی‌هایش قرار گیرد. او خاطرنشان می‌کند که جیسون و نیکلاس هم خیلی با هم کنار نمی‌آیند، زیرا جیسون تمایل دارد رئیس برادر کوچک‌ترش باشد و معمولاً تمایلی به بازی با او ندارد.

وقتی دکتر اسکات پس از صحبت با پم، جیسون را به دفتر خود فرا می‌خواند، متوجه می‌شود که جیسون به راهرو رفته و از پلکانی که به مطب منتهی می‌شود بالا و پایین می‌دود. پم جیسون را پیدا می‌کند و او را به مطب باز می‌گرداند، سپس بیرون منتظر می‌ماند تا دکتر اسکات به صورت جداگانه با جیسون صحبت کند. هنگامی که جیسون در دفتر می‌نشیند، برای چند دقیقه بی‌حرکت می‌نشیند، اما به طور فزاینده‌ای بی‌قرار می‌شود، از صندلی خود بلند می‌شود و چندین بار در طول مصاحبه سعی می‌کند دفتر را ترک کند. پاسخ‌های او به سوالات دکتر اسکات غیر مستقیم هستند و درک آن دشوار است، و او مکرراً هنگام صحبت از صندلی خود

بلند می‌شود. وقتی از جیسون پرسیده شد که چرا یک جا نشستن برای او بسیار دشوار است، جیسون پاسخ می‌دهد: «من همیشه حوصله‌ام سر می‌رود. من نمی‌توانم این مشکل را حل کنم!»

دکتر اسکات به منظور مشاهده توانایی جیسون برای حفظ توجه روی یک کار، نشانگرهای رنگی را به او می‌دهد و از او می‌خواهد که خانه‌ای بکشد. جیسون شروع به ترسیم شکل یک خانه می‌کند اما خیلی زود کار را رها می‌کند و به گوشه‌ای از اتاق می‌دود، جایی که بلوک‌های سازنده اسباب‌بازی را می‌بیند و شروع به بازی با آن‌ها می‌کند. وقتی دکتر اسکات از جیسون می‌خواهد که به کار خود بازگردد، جیسون با عصبانیت می‌گوید: «نه! نه! نه! نه! آن‌ها من را مجبور می‌کنند همیشه در مدرسه نقاشی بکشم! مامانم کجاست؟» در این لحظه جیسون شروع به گریه می‌کند. دکتر اسکات مراقب بود که باعث ناراحتی بی‌مورد نشود، پم را به مطب باز می‌خواند و جیسون بلافاصله آرام می‌گیرد و شروع به لبخند زدن می‌کند.

سابقه مرتبط: پم گزارش می‌دهد که در دوران بارداری هیچ عارضه زایمان نداشته است و جیسون در طول رشد خود هیچ مشکلی برای سلامتی نداشته است. هیچ سابقه خانوادگی کودکی یا اختلالات کمبود توجه وجود ندارد.

صورت بندی موردی: دکتر اسکات بر اساس مصاحبه‌اش با پم و مشاهدات او از رفتار جیسون، تعیین می‌کند که بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-۵ جیسون دارای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، نوع بیش‌فعالی- تکانشی است. علائم او بیش از ۶ ماه است که وجود داشته و قبل از ۷ سالگی ظاهر شده‌اند. او علائم عمدتاً بیش‌فعالی- تکانشی را نشان می‌دهد، و اگرچه برخی علائم بی‌توجهی را دارد، اما این علائم برای تشخیص ترکیبی از این‌ها بسیار کم است.

طرح درمان: جیسون برای مشاوره دارویی به پزشک اطفال خود ارجاع داده خواهد شد. او همچنین برای رفتار درمانی به یک کلینیک ارزان قیمت در آن منطقه معرفی خواهد شد.

سارا توبین، دکتر

اختلالات رشد عصبی

شرایطی که از دوران کودکی شروع می‌شود و تأثیر عمده‌ای بر عملکرد اجتماعی و شناختی دارد، به عنوان **اختلالات رشد عصبی** شناخته می‌شود. این اختلالات معمولاً در اوایل رشد کودکان، اغلب قبل از رسیدن به سن مدرسه آشکار می‌شوند. نقایص مرتبط شامل اختلال در عملکرد فردی، اجتماعی، تحصیلی یا شغلی است. برخی از اختلالات دارای مشخصه‌هایی هستند که نشان می‌دهد، به عنوان مثال، این اختلال با یک ناهنجاری ژنتیکی یا عوامل محیطی مرتبط است که فرد را در طول دوره قبل از تولد تحت تأثیر قرار می‌دهد.

از آنجایی که اختلالاتی که در دوران کودکی شروع می‌شوند، خیلی زود بروز می‌کنند، به طور ویژه بر زندگی افراد مبتلا به این اختلال، خانواده‌ها، مدارس و کل جامعه تأثیر می‌گذارند. اقداماتی که در زمینه حل این اختلالات انجام می‌شود از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند زیرا می‌توانند به طور کامل مسیر زندگی فرد را تغییر دهند با این حال، پزشکان، والدین و مربیان در مورد طبقه بندی کودکانی که ناهنجاری‌های رفتاری را با یک اختلال خاص نشان می‌دهند یا خیر، اختلاف نظر دارند. پس از تشخیص، این کودکان ممکن است درمان متفاوتی با سایر افراد دریافت کنند و با عواقبی که فراتر از علائم اولیه است، مواجه شوند. به عنوان مثال، آیا درست است برای پسری که مکرراً عصبانی می‌شود، با والدین خود بحث می‌کند، از رعایت قوانین امتناع می‌ورزد، رفتارهای آزاردهنده‌ای دارد، فحش می‌دهد و دروغ می‌گوید، تشخیص روانپزشکی داده شود؟ این اقدامات چه تفاوتی با اقدامات یک کودک نوپای معمولی دارد که در مراحل رشد در «دوران لجبازی» یا شورش اوایل نوجوانی است؟ همانطور که یاد خواهید گرفت، پزشکان سعی می‌کنند این تشخیص‌ها را تا حد امکان محدودتر تعریف کنند تا رشد طبیعی و غیر طبیعی با یکدیگر اشتباه گرفته نشود. با این حال، همواره مواردی پیش می‌آید که در آن پزشک رفتار عادی را مطابق با معیارهای یک اختلال روانی می‌داند.

به خاطر داشته باشید که طبق تعریف، اختلالات رشد عصبی ممکن است تغییرات مهمی را در طول زمان نشان دهند. همان طور که افراد از کودکی تا نوجوانی و بزرگسالی رشد می کنند، ممکن است تغییرات بلوغی را تجربه کنند که نحوه بروز اختلال آن ها را در رفتارهای خاص تغییر می دهد. خوشبختانه، با اقدامات مناسب، پزشکان می توانند به کودکان کمک کنند تا یاد بگیرند علائم خود را مدیریت کنند یا به طور کامل بر علائم غلبه کنند.

طبقه بندی اختلالاتی که با ناتوانی ذهنی مشخص می شود توسط پزشکان برای تشخیص افرادی که برای اولین بار در دوران کودکی شروع به نشان دادن نقص های شناختی و سازگاری کردند، استفاده می شود. اصطلاحات دقیق مورد استفاده برای این اختلالات در سیستم های تشخیصی متفاوت است و ICD از اصطلاح اختلال رشد فکری استفاده می کند. DSM-IV-TR از اصطلاح عقب ماندگی ذهنی برای به کار بردن این گروه از اختلالات استفاده می کرد، اما نویسندگان DSM-۵ اصطلاح ناتوانی ذهنی را مطابق با توصیه های انجمن آمریکایی ناتوانی های ذهنی و رشدی (AAIDD) با عبارت ICD داخل پرانتز ترجیح دادند. برای اختصار، از این اختلال به عنوان ناتوانی ذهنی یاد می کنیم، اگرچه از نظر فنی این اختلال باید شامل «اختلال رشد فکری» نیز باشد.

اگر فردی معیارهایی داشته باشد که در سه مجموعه زیر قرار گیرد، ناتوانایی ذهنی دارد، اولی به نقص در توانایی های ذهنی عمومی اشاره دارد که ممکن است با یک آزمون هوش اندازه گیری شود. این نقص ها شامل استدلال، حل مسئله، قضاوت، توانایی یادگیری از تجربه و یادگیری در زمینه آکادمیک است. اگر میزان هوش اندازه گیری شده در آزمون پیشینه فرهنگی و زبانی مناسب فرد، ۷۰ یا کم تر باشد این معیار برآورده می شود.

مجموعه دوم معیارها برای تشخیص ناتوانی ذهنی، اختلالات عملکرد انطباقی نسبت به گروه سنی و فرهنگی فرد است. این اختلالات در حوزه های مختلفی مانند برقراری ارتباط، شرکت در فعالیت های اجتماعی و انجام فعالیت های روزمره زندگی به شیوه ای مستقل رخ می دهد. برای مثال افرادی که مشکلات انطباقی از خود نشان می دهند، نمی توانند از پول استفاده کنند، نمی توانند زمان را تشخیص دهند و به طور نامناسبی با دیگران در محیط های اجتماعی ارتباط برقرار می کنند.

ناتوانی ذهنی (اختلال

رشد فکری)

از تشخیص برای توصیف افرادی استفاده می شود که دارای نقص های فکری و سازگاری هستند که اولین بار در کودکی آشکار می شود.

همان‌طور که در مورد سنجش توانایی‌ها با آزمون هوش صدق می‌کند، پزشکان باید با استفاده از آزمون‌هایی که استاندارد، فردی، روان‌سنجی و از نظر فرهنگی مناسب هستند، قضاوت کنند که آیا رفتار سازگارانه فرد مختل شده است یا خیر.

معیار سوم این است که سن شروع باید زیر ۱۸ سال باشد. به احتمال زیاد افراد مبتلا به این اختلال خیلی قبل از رسیدن به این سن به متخصصان مراجعه می‌کنند. بنابراین، این معیار در رابطه با یک فرد بزرگسال نیست مگر این‌که فرد از کودکی چنین مشکلی داشته و مشکلش نادیده گرفته شده است.

پس از این‌که تشخیص داده شد فردی ناتوانی ذهنی دارد پزشک باید در مرحله بعدی میزان شدت آن را ارزیابی کند. در نسخه‌های قبلی DSM، سطح شدت این اختلال به طور کامل بر اساس عملکرد آزمون هوش فرد مشخص می‌شد. در DSM-۵، سطح شدت به میزان توانایی فرد در انطباق در حوزه‌های مفهومی، اجتماعی و عملی توجه می‌کند. در هر حوزه، پزشکان با استفاده از چهار سطح شدت، از خفیف تا شدید، درمانجویان خود را ارزیابی می‌کنند. به عنوان مثال، در حوزه مفهومی، سطح خفیف شدت، نشان دهنده مشکلاتی در یادگیری مهارت‌های تحصیلی است، اما سطح شدید به این معنی است که فرد کاملاً قادر به تفکر نمادین نیست. مهارت‌های اجتماعی به طور مشابه از مشکلات خفیف در تنظیم عاطفی تا ناتوانی عمیق در تعامل اجتماعی متغیر است. در حوزه عملی، سطوح شدت از نیاز به حمایت فرد برای انجام وظایفی مانند خرید و مدیریت پول گرفته تا نیاز به آموزش گسترده برای انجام حتی کارهای ساده و روزمره زندگی متغیر است.

یک مورد کوچک

ناتوانی ذهنی

خوانیتا یک دختر ۵ ساله آمریکای لاتین است که دارای سندروم داون است. مادرش ۴۳ ساله بود که او و همسرش تصمیم گرفتند بچه‌دار شوند. به دلیل سن او، پزشکان به مادر خوانیتا توصیه کردند که آزمایشات قبل از تولد را برای هر گونه ناهنجاری در ترکیب کروموزومی جنین در حال رشد انجام دهد. والدین خوانیتا وقتی نتایج آزمایش را فهمیدند شوکه و مضطرب شدند. وقتی خوانیتا به دنیا آمد، والدینش می‌دانستند که از نظر ظاهر، رفتار و مشکلات پزشکی احتمالی کودک باید چه انتظاری داشته باشند، اما خوشبختانه او نیازی به مراقبت پزشکی خاصی نداشت. در اوایل زندگی خوانیتا، والدینش با متخصصان آموزشی مشورت کردند که برنامه غنی‌سازی را برای به حداکثر رساندن عملکرد شناختی توصیه کردند. از ۶ ماهگی، خوانیتا هر روز صبح در برنامه‌ای شرکت می‌کرد که در آن کارکنان تلاش زیادی برای تسهیل رشد حرکتی و فکری او انجام می‌دادند. اکنون که او در سنین مدرسه است، خوانیتا به مهدکودکی در مدرسه دولتی محلی می‌رود، جایی که معلمان تلاش خواهند کرد تا او را وارد جریان اصلی آموزش کنند. خوشبختانه، خوانیتا در منطقه آموزش و پرورش زندگی می‌کند که در آن مدیران اهمیت تامین منابع برای دانش‌آموزانی مانند خوانیتا را می‌دانند تا آن‌ها فرصت یادگیری و رشد را تا حد امکان به صورت عادی داشته باشند.

در مقایسه با نسخه‌های قبلی DSM، ترکیبی از ویژگی‌های بهبود یافته در معیارهای رفتار انطباقی و گنجانیدن آزمون‌های حساس فرهنگی می‌تواند به مبنای دقیق‌تری برای تشخیص و در نهایت، درمان بهتر افراد مبتلا به اختلالات رشد فکری منجر شود.

برآوردها نشان می‌دهد که تقریباً ۱ درصد از جمعیت جهان دارای معلولیت ذهنی هستند، اما شیوع آن در کشورهای کم درآمد (۱,۶۴ درصد) بیش‌تر از کشورهای است که به عنوان درآمد متوسط (۱,۵۹ درصد) یا درآمد بالا (۱,۵۴ درصد) طبقه‌بندی می‌شوند. بیش‌ترین شیوع در محله‌های فقیرنشین شهری یا محیط‌های مختلط روستایی و شهری رخ می‌دهد. مطالعات روی کودکان و نوجوانان نیز میزان شیوع بالاتری را نسبت به مطالعات روی بزرگسالان گزارش می‌کنند. هزینه‌های اقتصادی مربوط به مراقبت از این افراد می‌تواند سنگین باشد، به طوری که تخمین زده می‌شود که تنها در ایالات متحده به ۵۱,۲ میلیارد دلار برسد. تلاش برای ارتقای سلامت مادر و کودک و همچنین برنامه‌هایی که برای آموزش مهارت‌های سازگاری به کودکان مبتلا به این بیماری‌ها طراحی شده‌اند تا بتوانند در سطوح عملکردی بالاتر زندگی کنند، و برای جبران این هزینه‌ها در نظر گرفته شده است (مالیک و همکاران، ۲۰۱۱).

سندروم داون

نوعی ناتوانی ذهنی
معمولاً زمانی ایجاد
می‌شود که افراد یک
نسخه اضافی از
کروموزوم ۲۱ را به ارث
می‌برند و بنابراین به
جای ۴۶ کروموزوم
معمولی، ۴۷ کروموزوم
دارند.

علل ناتوانی ذهنی

ناهنجاری‌های ژنتیکی - ناهنجاری در ژن‌های کنترل‌کننده رشد قشر مغز پیش از تولد از علل مهم ناتوانی ذهنی است. سه عامل مهم ژنتیکی عبارتند از سندرم داون، فیل کتونوری و سندرم X شکننده. به نظر می‌رسد اپی ژنتیک نیز نقش مهمی در افزایش خطر ابتلای فرد به ناتوانی ذهنی ایفا می‌کند (Iwase و همکاران، ۲۰۱۷). سبک زندگی، رژیم غذایی، شرایط زندگی و سن مادر می‌تواند بر بیان ژن‌هایی که از طریق جهش، حذف یا تغییر موقعیت ژن‌ها روی کروموزوم‌ها به فرزند منتقل می‌کند، تاثیر بگذارد (فرانکلین و مانسوی، ۲۰۱۱). اگرچه یکی از دلایل سندرم داون، سن بالای مادر است، زیرا اکثر زنانی که زایمان می‌کنند زیر ۳۵ سال سن دارند، اما کودکان مبتلا به سندرم داون بیش‌تر از مادران جوان‌تر متولد می‌شوند. علاوه بر این، از آنجایی که زنان باردار جوان‌تر احتمال کم‌تری دارد روی فرزندان خود آزمایش‌های ژنتیکی انجام دهند، ممکن است تا پس از تولد نوزاد متوجه نشوند که فرزندشان سندرم داون دارد (گرینشپون-کوهن، میرون-شانتز، ریس-لواوی و پراس، ۲۰۱۵).

شایع‌ترین شکل سندرم داون زمانی رخ می‌دهد که افراد یک نسخه اضافی از کروموزوم ۲۱ را به ارث می‌برند و بنابراین به جای ۴۶ کروموزوم معمولی (۲۳ جفت) دارای ۴۷ کروموزوم هستند. در

این شکل از سندرم داون که تریزومی ۲۱ نامیده می‌شود، کروموزوم اضافی باعث تغییراتی در مغز و مجموعه‌ای از ویژگی‌های فیزیکی مشخص می‌شود. علائم سندرم داون از خفیف تا شدید متغیر است و می‌تواند از فردی به فرد دیگر متفاوت باشد. سندرم داون در واقع شایع‌ترین علت نقایص مادرزادی در انسان است. برآوردها شیوع سندرم داون را ۱۱,۱ در هر ۱۰۰۰۰ تولد زنده در سال ۲۰۱۵ نشان می‌دهد، به طوری که حدود نیمی از زنانی که به طور بالقوه فرزندى با سندرم داون به دنیا می‌آورند، به طور داوطلبانه حاملگی را خاتمه می‌دهند (دی گراف و همکاران، ۲۰۱۷).

تغییرات فیزیکی ناشی از کروموزوم اضافی شامل سر و گردن کوچک‌تر از حد متوسط با صورت صاف، گوش‌های کوچک، دهان کوچک، چشم‌های متمایل به بالا، پوست اضافی در پشت گردن و لکه‌های سفید در قسمت رنگی چشم است. علاوه بر این، افراد مبتلا به سندرم داون قد کوتاهی دارند و هرگز به قد کامل در بزرگسالی نمی‌رسند. ناهنجاری‌های فیزیکی شامل نقص‌های قلبی، آب مروارید چشم، کاهش شنوایی، مشکلات لگن، ناراحتی گوارشی، آپنه خواب، کم کاری تیروئید و دندان‌هایی است که دیرتر از حد طبیعی و در مکان‌هایی ظاهر می‌شوند که می‌تواند منجر به مشکلات جویدن شود. افراد مبتلا به سندرم داون در معرض خطر بالاتری برای ابتلا به بیماری آلزایمر در میانسالی هستند، که نشان‌دهنده مجموعه‌ای مشترک از مکانیزم‌های ژنتیکی است (صالحی، اشفورد و مافسون، ۲۰۱۶).

از نظر رفتاری، علاوه بر امتیازات ضریب هوشی پایین، افراد مبتلا به سندرم داون به احتمال بیشتری به صورت تکانشی عمل می‌کنند، قضاوت ضعیفی از خود نشان می‌دهند، به راحتی حواسشان پرت می‌شود و به خاطر محدودیت‌های خود ناامید و عصبانی می‌شوند. سطوح بالای استرس‌های زندگی که با آن‌ها مواجه هستند نیز آن‌ها را در برابر ابتلا به اختلال افسردگی عمده آسیب‌پذیر می‌کند (والتون و کر، ۲۰۱۵).

نوزادان مبتلا به **فنیل کتونوری (PKU)** با کمبود آنزیمی به نام فنیل آلانین هیدروکساز به دنیا می‌آیند که فنیل آلانین، اسید آمینه موجود در غذاهای حاوی پروتئین را تجزیه می‌کند. مدت کوتاهی پس از تولد، با تجمع فنیل آلانین در بدن، نوزاد آسیب‌های جبران‌ناپذیری را متحمل می‌شود. اگر PKU درمان نشود منجر به تاخیر در رشد، اندازه کوچک‌تر از حد طبیعی سر، بیش فعالی، حرکات تکان‌دهنده دست و پا، تشنج، بثورات پوستی و لرزش می‌شود. خوشبختانه، یک

فنیل کتونوری (PKU)

شرایطی که در آن کودکانی که به دنیا می‌آیند فاقد آنزیمی به نام فنیل آلانین هیدروکسیلاز هستند.

آزمایش خون ساده که برای همه نوزادان بلافاصله پس از تولد انجام می‌شود، می‌تواند PKU را تشخیص دهد.

اگر آزمایش آن‌ها مثبت باشد، نوزادان مبتلا به PKU باید به ویژه در اوایل زندگی، تحت یک رژیم غذایی کم فنیل آلانین قرار گیرند. این بدان معناست که آن‌ها باید از شیر، تخم مرغ و سایر غذاهای رایج پر پروتئین و هم‌چنین شیرین کننده مصنوعی اسپارتام اجتناب کنند. به منظور متعادل کردن این رژیم، به آن‌ها توصیه می‌شود که غذاهای سرشار از روغن ماهی، آهن و کارنیتین (یک افزودنی غذایی که تولید انرژی در سلول را افزایش می‌دهد) مصرف کنند. هیچ درمانی برای PKU وجود ندارد، بنابراین افراد مبتلا به این اختلال باید در طول زندگی رژیم غذایی سختی داشته باشند. اگر این کار را نکنند، ممکن است دچار اختلال نقص توجه/ بیش فعالی شوند. آن‌ها هم‌چنین ممکن است ناهنجاری‌های شناختی را در برخی از وظایف نشان دهند، حتی اگر در اولین تشخیص، مراقبت مناسبی دریافت کرده باشند (بانرجی، گرانج، استاینر، و وایت، ۲۰۱۱).

در کودکانی که با بیماری تای ساکس متولد می‌شوند، به دلیل کمبود هگزوزامینیداز A، آنزیمی که به تجزیه یک ماده شیمیایی سمی در بافت عصبی به نام گانگلیوزید کمک می‌کند، در عملکرد فکری، نقص رخ می‌دهد. علت بیماری تای ساکس یک ژن معیوب در کروموزوم ۱۵ است. برای این‌که فردی به این بیماری مبتلا شود، هر دو والدین باید این نقص ژنتیکی را داشته باشند. اگر فقط یکی از والدین این نقص را داشته باشند، کودک ناقل می‌شود و اگر شریک زندگی او نیز ژن معیوب را داشته باشد، می‌تواند بیماری را به فرزندان منتقل کند. این بیماری بیش‌تر در میان یهودیان اشکنازی که از تبار اروپای شرقی هستند شایع است.

علائم بیماری تای ساکس، علاوه بر تاخیر در رشد، شامل ناشنوایی، نابینایی، از دست دادن تون عضلانی و مهارت‌های حرکتی، زوال عقل، تاخیر در رفلکس‌ها، بی‌حالی، فلج، تشنج و رشد آهسته است. اگرچه شکل خفیف‌تری از بیماری تای ساکس می‌تواند در مراحل بعدی زندگی ایجاد شود، اما در اکثر افراد در ۳ تا ۱۰ ماه اول پس از تولد، این علائم ظاهر می‌شود. این بیماری به سرعت پیشرفت می‌کند و اکثر کودکان مبتلا به آن بیش‌تر از ۴ یا ۵ سال عمر نمی‌کنند. هیچ درمانی برای تای ساکس وجود ندارد. با این حال، والدین آینده‌نگر می‌توانند آزمایشات ژنتیکی انجام دهند که ممکن است به آماده‌سازی آن‌ها برای جنبه‌های بیماری قبل از تولد کودک کمک کند. غربالگری

بیماری تای ساکس

یک بیماری ارثی که به دلیل کمبود هگزوزامینیداز A، آنزیمی که به تجزیه یک ماده شیمیایی سمی در بافت عصبی به نام گانگلیوزید کمک می‌کند، نقص در عملکرد فکری ایجاد می‌کند.

سندرم X شکننده یک

اختلال ژنتیکی ناشی از تغییر در ژن FMRI.

تای ساکس نیز ممکن است به عنوان بخشی از مشاوره قبل از ازدواج انجام شود، وضعیتی که می‌تواند چالش‌هایی را برای افرادی ایجاد کند که می‌ترسند در صورت مثبت بودن آزمایش مورد بدنامی قرار بگیرند (رز و همکاران، ۲۰۱۶). شایع‌ترین شکل ناتوانی ذهنی در مردان، سندرم X شکننده است، یک اختلال ژنتیکی ناشی از تغییر در ژن FMRI. بخش کوچکی از کد ژن در ناحیه «شکننده» کروموزوم X تکرار می‌شود و هر چه تعداد تکرارها بیش‌تر باشد، کسری آن بیش‌تر می‌شود. از آنجایی که مردان تنها یک کروموزوم X دارند، احتمال بروز این نقص ژنتیکی در این جنس بیش‌تر است.

پسران مبتلا به سندرم X شکننده ممکن است در اکثر موارد طبیعی به نظر برسند، اما برخی از ناهنجاری‌های فیزیکی از جمله دور سر بزرگ و ناهنجاری‌های ظریف ظاهری مانند پیشانی بزرگ و صورت بلند، کف پای صاف، اندازه بدن بزرگ و بیضه‌های بزرگ بعد از شروع بلوغ را نشان می‌دهند. والدین متوجه تاخیر در دستیابی به معیارهایی مانند خزیدن یا راه رفتن، رفتار بیش فعال یا تکانشی، کف زدن یا گاز گرفتن دست، تاخیر در گفتار و زبان و تمایل به اجتناب از تماس چشمی می‌شوند. زنان مبتلا به این اختلال ممکن است هیچ علامتی جز یائسگی زودرس یا مشکل در بچه دار شدن نداشته باشند.

پزشکان هم‌چنین سندرم X شکننده را با بیش‌فعالی و کم‌توجهی و هم‌چنین سایر اختلالات عصبی رشدی از جمله اختلال طیف اوتیسم مرتبط می‌دانند. این اختلالات رفتاری در کنار هزینه‌های مراقبت از کودکان مبتلا به این سندرم می‌تواند باعث ایجاد استرس در خانواده شود. بررسی بیش از هزار خانواده که حداقل یک فرزند مبتلا به سندرم X شکننده داشتند نشان داد که بیش از نیمی از آن‌ها بار مالی قابل توجهی را به عنوان نتیجه مستقیم این اختلال تجربه کردند و نزدیک به ۶۰ درصد مجبور به توقف کار یا تغییر قابل توجه ساعات کار خود شدند. (گروس، رسپا، و بیلی، ۲۰۱۰).



کودکان مبتلا به سندرم داون از یک ناهنجاری ژنتیکی رنج می‌برند که می‌تواند منجر به ناتوانی ذهنی متوسط تا شدید شود.



در این عکس در سال ۲۰۱۳، اتان فیشرمن از هایلند پارک، که در آن زمان ۲۰ ساله بود، مادرش ربکا را در حالی که راه می‌روند، به سمت دفتر معلم اتان در وینتکا، ایلینوی در آغوش می‌گیرد. اتان از اختلال ژنتیکی سندرم X شکننده، رنج می‌برد.

© کریس واکر/سرویس خبری تریبون/هایلند پارک/ایلنا/ایالات متحده آمریکا

آنچه در DSM-۵ وجود دارد

اختلالات رشد عصبی

هنگامی که تنظیم DSM-۵ به پایان رسید، تغییرات زیادی در سازماندهی اختلالات دوران کودکی رخ داد. شاید مهم‌ترین آن‌ها برچسب‌گذاری مجدد گروه بزرگی از اصطلاحات با اصطلاح رشد عصبی بود. منتقدان DSM-۵ استدلال می‌کنند که این اصطلاح با نسبت دادن بسیاری از اختلالات به علل بیولوژیکی که در گذشته پزشکان آن را منعکس‌کننده عوامل متعدد می‌دانستند، یک مدل نظری را فرض می‌کند. به طور خاص، قرار دادن ADHD در این دسته نشان می‌دهد که درمان مناسب به نوبه خود بر تغییر بیولوژی فرد از طریق دارو متمرکز است.

مقوله عمومی‌تر «اختلال یادگیری خاص» جایگزین اختلالات جداگانه‌ای مانند اختلال مهارت‌های ریاضی شد. اصطلاح عقب ماندگی ذهنی با عبارت رایج‌تر ناتوانی ذهنی جایگزین شد. اختلال طیف اوتیسم جایگزین اختلال اوتیسم شد و اصطلاح اختلال آسپرگر به طور کامل حذف شد. افرادی که تشخیص داده شد دارای اختلال آسپرگر هستند اکنون در طیف اوتیسم قرار می‌گیرند.

در DSM-۵ در دسته‌بندی‌های دیگر نیز تغییرات عمده‌ای رخ داد. اختلال اضطراب جدایی جزو اختلالاتی بود که منشا آن دوران کودکی بود و اکنون در دسته اختلالات اضطرابی قرار می‌گیرد. اختلالات نافرمانی مقابله جویانه و اختلال سلوک به دسته «اختلال‌های اخلاک‌گرانه، کنترل تکانه و سلوک» منتقل شدند، مقوله‌ای که در فصل «اختلالات شخصیتی» به آن خواهیم پرداخت. اختلال پیکا، اختلال نشخوار و اختلال تغذیه در دوران نوزادی و اوایل کودکی به دسته «اختلالات تغذیه و خوردن» منتقل شدند.

نویسندگان DSM-۵ با انتقال بسیاری از این اختلالات دوران کودکی به مقوله‌های جدید یا مقوله‌های دیگر، تداوم رفتار را از دوران کودکی تا بزرگسالی تایید می‌کنند، موقعیتی که با اصول رشد طول عمر سازگار است. با این حال، کودکان ممکن است بیش‌تر از آن‌چه در DSM-IV-TR بودند، تشخیص‌هایی را دریافت کنند که پزشکان قبلاً آن‌ها را فقط برای بزرگسالان مناسب می‌دانستند.

اختلال طیف الکل

جنینی (FASD)

نوع کم‌تری از سندرم الکل جنینی در کودکانی که قبل از تولد مقداری در معرض الکل قرار دارند ایجاد می‌شود

خطرات زیست محیطی خطرات زیست محیطی که مادران در دوران بارداری تجربه می‌کنند دسته دوم از علل ناتوانی ذهنی هستند. این خطرات که **تراژوژن** نامیده می‌شوند شامل داروها یا مواد شیمیایی سمی و سوء تغذیه مادر می‌شود. مادران ممکن است دچار عفونت‌هایی شوند که رشد مغزی فرزندان متولد نشده‌شان را تغییر می‌دهد، مانند زمانی که در ۳ ماه اول بارداری به سرخچه (سرخک آلمانی) مبتلا می‌شوند. عفونت‌ها، فقدان اکسیژن (کمبود اکسیژن) در هنگام تولد، زایمان زودرس و آسیب مغزی در حین زایمان نیز می‌تواند منجر به آسیب مغزی و نقص‌های فکری مرتبط با آن در کودک شود. بیماری‌ها، صدمات به سر ناشی از تصادفات یا کودک آزاری، و قرار گرفتن در معرض مواد سمی مانند سرب یا مونوکسید کربن نیز می‌تواند باعث از دست دادن ظرفیت ذهنی کودکان شود.

خطرات زیست محیطی نیز ممکن است به شکل مصرف مواد از سوی مادر در دوران بارداری باشد. **سندرم جنین الکل (FAS)** یک وضعیت مرتبط با ناتوانی ذهنی در کودکی است که مادرش در دوران بارداری مقادیر زیادی الکل مصرف کرده است. کودکان مبتلا به FAS دچار ناهنجاری‌های خاص صورت می‌شوند، الگوهای رشد آهسته‌تر از حد متوسط، و مهم‌تر از همه، تاخیر در سیستم عصبی که منجر به نقص‌های فکری می‌شود. کودکانی که قبل از تولد مقداری در معرض الکل قرار دارند نیز ممکن است به شکل کم‌تری از FAS که به عنوان **اختلال طیف الکل جنینی (FASD)** شناخته می‌شود، مبتلا شوند.

به دلیل خطرات بالای مصرف الکل در دوران بارداری، دستورالعمل‌های پزشکی با توصیه به پرهیز کامل از الکل در دوران بارداری، بیش‌تر احتیاط می‌کنند. مطالعات گاه به گاه ممکن است نشان دهند که برخی از مصرف الکل به کودک در حال رشد آسیب نمی‌رساند، اما برای بسیاری از مادران، خودداری کامل از مصرف الکل ساده‌تر است.

جدول ۱ دستورالعمل‌های تشخیصی توصیه شده برای FAS را نشان می‌دهد، که بر اساس اجماع پانل‌های متخصص است که توسط دولت آلمان برای دستیابی به معیارهایی برای تشخیص مبتنی بر رشد سندرم جنین الکلی کامل در کودکان و نوجوانان تعیین شده است.

تراژوژن

خطرات زیست محیطی که مادران در دوران بارداری تجربه می‌کنند و بر کودک در حال رشد تاثیر می‌گذارد.

سندرم جنین الکل (FAS)

وضعیتی مرتبط با ناتوانی ذهنی در کودکی که مادرش در دوران بارداری مقادیر زیادی الکل مصرف کرده است.



سندرم جنین الکلی باعث می‌شود کودکانی با ناتوانی‌های رشدی و فکری شدید متولد شوند.

© استوارت وانگ/KRT/Newscom

جدول ۱. تشخیص سندرم الکلی جنینی

حوزه عملکرد	شاخص
ناهنجاری‌های رشد	قد، وزن یا هر دو در صدک دهم یا کم‌تر از آن (بر اساس سن، جنس، و نژاد یا قومیت تنظیم شده است)
ناهنجاری‌های صورت	برآمدگی صاف بین بینی و لب، لبه نازک اطراف لب، و فاصله کم بین پلک بالا و پایین (بر اساس هنجارهای نژادی)
ناهنجاری‌های سیستم عصبی مرکزی	دور سر کوچک‌تر و ناهنجاری‌های مغزی قابل مشاهده در تصویربرداری عملکرد در معیارهای عملکردی به میزان قابل توجهی کم‌تر از حد انتظار برای سن، تحصیل یا شرایط یک فرد در زمینه‌هایی مانند گفتار، مهارت‌های حرکتی ظریف، توجه، مهارت‌های حسابی، و مهارت‌ها یا رفتار اجتماعی.
قرار گرفتن در معرض الکلی مادر	قرار گرفتن در معرض الکلی قبل از تولد تایید شده؛ اگر این اطلاعات در دسترس نباشد، کودکانی که هر سه معیار فوق را داشته باشند برای آزمایشات بیش‌تر معرفی خواهند شد

منبع: Landgraf, M.N., Nothacker, M., Kopp, I.B., & Heinen, F. (۲۰۱۳). تشخیص سندرم جنین الکلی. *Deutsches Ärzteblatt International*, ۱۱۰(۴۲), ۷۰۳-۷۱۰.

نقایص شناختی کودکان مبتلا به FAS به ویژه در زمینه عملکرد اجرایی برجسته به نظر می‌رسد. بنابراین، چنین کودکانی برای انجام وظایفی که نیاز به تنظیم کنترل توجه و انجام دستکاری‌های ذهنی دارند، دشوار است (Kodituwakku, ۲۰۰۹). اگرچه قرار گرفتن در معرض الکل بر کل مغز تاثیر می‌گذارد، کودکان مبتلا به FAS کاهش حجم مغز و ناهنجاری‌های جسم پینه‌ای، بافتی که دو نیمکره مغز را به هم متصل می‌کند، تجربه می‌کنند (لبل، روسوت و سوول، ۲۰۱۱).

اپیدمیولوژیست‌ها تخمین می‌زنند که در ایالات متحده، سالیانه تقریباً ۳۰ نفر از هر ۱۰۰۰ کودک متولد شده به FAS مبتلا می‌شوند (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری، ۲۰۱۵). این بدان معناست که از بین تقریباً ۴ میلیون نوزاد متولد شده در ایالات متحده در سال، ۱۲۰۰ نوزاد مبتلا به FAS خواهند بود، اگرچه این نرخ‌ها در زیر گروه‌های خاصی از جمعیت بسیار متفاوت است – مثلاً در گروه‌های محروم از نظر اقتصادی، بومیان آمریکا و سایر اقلیت‌ها از هر ۱۰۰۰ نفر متولد شده ۳ تا ۵ مورد به FAS مبتلا می‌شوند.

کودکان مبتلا به FAS در دوران بلوغ در معرض خطر پیامدهای منفی مختلفی از جمله ترک تحصیل، ارتکاب اعمال مجرمانه، و تشخیص سایر مشکلات سلامت روان از جمله اختلالات مصرف مواد هستند. توانایی‌های انطباقی آن‌ها بیش‌تر به دلیل تمایل به درگیر شدن در رفتار جنسی نامناسب به چالش کشیده می‌شود و آن‌ها در زندگی مستقل و اشتغال به کار مشکل دارند (برتراند و همکاران، ۲۰۰۴).

درمان کم توانی ذهنی

برنامه‌های مداخله زودهنگام که مهارت‌های اجتماعی، کلامی و حرکتی را به افراد دارای ناتوانی ذهنی آموزش می‌دهند، می‌توانند برای آن‌ها مفید باشند. مربیان می‌توانند **جریان اصلی** را که این کودکان را در کلاس‌های مدرسه معمولی ادغام می‌کند، با آموزش ویژه که متناسب با نیازهای خاص آن‌ها است ترکیب کنند.

افراد دارای ناتوانی ذهنی هم در توانایی خود برای انجام وظایف روزمره و هم در درک موقعیت‌های اجتماعی خارج از کلاس درس و در زندگی روزمره با محدودیت‌هایی مواجه می‌شوند. بنابراین،

جریان اصلی

یک سیاست دولتی برای ادغام کامل افراد دارای ناتوانی‌های شناختی در جامعه.

مداخلات رفتاری یا اجتماعی که به این افراد می‌آموزد چگونه با چنین خواسته‌هایی برخورد کنند، اغلب به عنوان بخشی از درمان آن‌ها استفاده می‌شود. برخی از خدماتی که آن‌ها می‌توانند از آن‌ها بهره‌مند شوند شامل مراقبت‌های هماهنگ است که شامل درمان رفتاری، اطلاع‌رسانی و ارزیابی چند رشته‌ای است. هم‌چنین ارائه درمان متناسب با شرایط، از جمله افسردگی، اختلال اضطراب، اختلال دوقطبی، یا اختلال طیف اوتیسم ممکن است مفید باشد (ریچینگ، کوک و روی، ۲۰۱۱).

البته در حد امکان، پیشگیری به جای درمان برای کاهش خطر ناتوانی ذهنی ارجحیت دارد. در مورد FAS، به نظر می‌رسد آموزش و مشاوره بیش‌ترین ارزش بالقوه را دارند. متأسفانه، شواهد محدودی وجود دارد که نشان دهد چنین برنامه‌هایی در واقع مصرف الکل را در زنان باردار کاهش می‌دهند یا مهم‌تر از آن، اثرات مفیدی بر روی کودکان ایجاد می‌کنند (Stade و همکاران، ۲۰۰۹).

کودکانی که پس از تولد تشخیص داده می‌شود که به FAS مبتلا هستند، می‌توانند از تعدادی از عوامل محافظتی استفاده کنند که تأثیرات این اختلال را بر سازگاری و رشد آینده آن‌ها کاهش می‌دهد. کودکانی که زود تشخیص داده می‌شود که مبتلا هستند، می‌توانند از قرار گرفتن در کلاس‌های درس مناسب و دریافت کمک‌های اجتماعی که هم به نفع آن‌ها و هم خانواده‌هایشان باشد، بهره‌مند شوند. ممکن است ثبت نام آن‌ها در آموزش ویژه‌ای که متناسب با نیازهای فردی و ترجیحات یادگیری آن‌ها باشد، سودمند باشد. آن‌ها هم‌چنین می‌توانند یاد بگیرند خشم یا ناامیدی خود را کنترل کنند تا درگیر خشونت جوانان نشوند (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری، ۲۰۱۱ الف).

آموزش دوستی یکی از مداخلات رفتاری است که می‌تواند به کودکان مبتلا به FAS کمک کند تا یاد بگیرند که چگونه با کودکان دیگر تعامل مناسب داشته باشند تا بتوانند دوستانی پیدا کنند و این دوستی را حفظ کنند. این نوع آموزش ترکیبی از مهارت‌های اجتماعی مانند نحوه بازی با کودکان دیگر، ترتیب قرار دادن و مدیریت قرارهای بازی در خانه، تمرین یا اجتناب از تعارض را آموزش می‌دهد (اوکانر و همکاران، ۲۰۰۶). مداخلات شناختی که بر در نظر گرفتن نقایص عملکرد اجرایی خاص کودکان مبتلا به FAS تمرکز دارد، می‌تواند به بهبود عملکرد آن‌ها در مدرسه کمک کند. این روش‌ها شامل استفاده از مثال‌های عینی، تکرار اطلاعات، و تقسیم یک مسئله به چند بخش است (Kodituwakku & Kodituwakku، ۲۰۱۱). والدین هم‌چنین باید بیاموزند که

چگونه رفتارهای فرزندان خود را بهتر مدیریت کنند، که در نهایت ناراحتی آن‌ها را کاهش می‌دهد و در نتیجه منجر به محیط خانه‌ای که کم‌تر استرس‌زا است می‌شود.

اختلال طیف اوتیسم

یک اختلال عصبی رشدی که شامل اختلالات در حوزه‌های ارتباطات اجتماعی و انجام رفتارهای محدود و تکراری است.

اگرچه تمرکز اصلی روش‌های روان‌شناختی به طور سنتی روی مراقبت از نوزادان مبتلا به FAS بوده است، اکتشافات بیولوژیکی آینده‌نگر در این زمینه به کاشت سلول‌های بنیادی عصبی متکی است. سلول‌های تمایز نیافته به نام سلول‌های بنیادی عصبی توانایی تمایز به سلول‌های عصبی را دارند که نقص سلول‌هایی که قبلاً در سیستم عصبی فرد رشد کرده‌اند را ندارند. اگر این موارد در نوزادان مبتلا به FAS اعمال شود، ممکن است فرآیند رشد عصبی تغییر کند، و سلول‌های سالم ممکن است جایگزین سلول‌هایی شوند که در طول رشد مغز قبل از تولد به دلیل قرار گرفتن در معرض الکل آسیب دیده‌اند (لیپرت، ژلینو، ناپولی، و بورلنگان، ۲۰۱۸).

۲,۵ اختلال طیف اوتیسم

در DSM-۵، اختلال در رشد عصبی که به «اوتیسم» معروف است به عنوان اختلال طیف اوتیسم شناخته می‌شود و شامل اختلالاتی در حوزه‌های ارتباطات اجتماعی و انجام رفتارهای محدود و تکراری است. این اختلال شامل طیف وسیعی از اختلالات جدی در شیوه‌های تعامل و برقراری ارتباط افراد با دیگران و همچنین الگوهای خاصی از علایق و فعالیت‌هایی است که تمایل دارند داشته باشند. مجموعه‌ای از معیارهای تشخیصی مرتبط با این اختلال می‌تواند در طول زندگی باقی بماند، اما بسته به شدت، ممکن است افراد در طول زمان بهبود یابند، به‌ویژه اگر کمک مناسب دریافت کنند.

تشخیص اختلال طیف اوتیسم DSM-۵ جایگزین اختلال اوتیسم اصطلاح DSM-IV-TR می‌شود که در اصطلاح قدیمی در دسته‌بندی جداگانه‌ای از اختلال آسپرگر، اختلال فروپاشی دوران کودکی و اختلال نافذ رشدی قرار داشت که به‌طور دیگری مشخص نشده بود. اصطلاح فعلی تمایز قابل اعتمادتر و معتبرتری را بین کودکانی که به وضوح رشد معمولی را نشان می‌دهند و کودکانی که طیفی از کمبودها را در رفتارهای ارتباطی و اجتماعی نشان می‌دهند، ارائه می‌دهد. اصطلاح اختلال طیف اوتیسم منعکس‌کننده توافق بین دانشمندان است که DSM-۵ را می‌نویسند که چهار اختلالی که قبلاً به صورت مجزا در نظر گرفته می‌شدند، یک بیماری واحد با سطوح متفاوت شدت هستند که بر روی یک زنجیره قرار دارند.

برای تشخیص اختلال طیف اوتیسم، پزشکان کودکان را در دو حوزه اصلی ارزیابی می‌کنند. اولین مورد شامل اختلال در روابط اجتماعی و ارتباطات است. حوزه دوم علایق و رفتارهای فرد را در بر می‌گیرد. این علایق طیف محدود اما شدیدی از سرگرمی‌ها یا تخصص‌ها را دربرمی‌گیرد. رفتارهایی که کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم نشان می‌دهند با تکرار و سخت‌گیری شدید متمایز می‌شوند. در هر حوزه، پزشکان یکی از سه سطح شدت را بر اساس میزان حمایت مورد نیاز، از مقدار کمی تا مقدار قابل توجه تا بسیار قابل توجه، مشخص می‌کنند.

در زمینه ارتباط، کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم ممکن است تاخیر زبان داشته باشند. افراد مبتلا به سایر اختلالات نیز ممکن است تاخیر زبان داشته باشند، بنابراین این مشکل مختص اختلال طیف اوتیسم نیست. در اختلال طیف اوتیسم، مشکلات ارتباطی در حوزه‌های اجتماعی بیش‌تر است. افراد مبتلا به این اختلال ممکن است از تماس چشمی اجتناب کنند و حالات صورت، حرکات و حتی وضعیت بدنی آن‌ها ممکن است دیگران را عجیب یا غیرعادی نشان دهد. به عنوان مثال، افراد مبتلا به این اختلال ممکن است درک زبان بدن دیگران برایشان مشکل باشد و زبان بدن خودشان ممکن است طوری باشد که دیگران احساس کنند عجیب و غریب و بسیار ناخوشایند هستند.

یک مورد کوچک

اختلال طیف اوتیسم

جونگ یک پسر ۶ ساله چینی آمریکایی است که در حال حاضر در یک مدرسه شبانه‌روزی برای کودکان دارای ناتوانی ذهنی تحت درمان است. جونگ در دوران نوزادی نسبت به تلاش‌های والدینش برای بازی کردن و در آغوش گرفتن او واکنش خوبی نشان نمی‌داد. مادرش متوجه شد که وقتی او را از گهواره‌اش بلند می‌کند، به نظر می‌رسید تمام بدنش سفت شده است. هر چقدر هم تلاش می‌کرد، نمی‌توانست جونگ را بخنداند. وقتی او سعی کرد با قلقلک دادن انگشتان پا یا لمس بینی او با جونگ بازی کند، چشمانش را برمی‌گرداند و از پنجره به بیرون نگاه می‌کرد. تا قبل از رسیدن جونگ به ۱۸ ماهگی، مادرش برای اولین بار متوجه شد که رفتار او چیزی بیش از یک خلق و خوی آرام است - این که او در واقع به طور غیرعادی رشد می‌کند. جونگ هرگز به مردم دلبستگی پیدا نکرد. در عوض، او به تکه چوب کوچکی که همه جا با خود حمل می‌کرد دلبسته بود. مادرش اغلب او را می‌دید که تکه سنگی را در گوشه‌ای تکان می‌داد و به تکه چوبش چسبیده بود. با این حال، زبان جونگ در نهایت نشان‌دهنده اختلال جدی بود. در سنی که اکثر کودکان با جملات کوتاه شروع به حرف زدن می‌کنند، جونگ هنوز به طور نامنسجم غرولند می‌کرد. صدای غرغر او شبیه یک نوزاد عادی نبود. او هجاهای یکسانی را بارها و بارها تکرار می‌کرد - که این هجا معمولاً آخرین هجای چیزی بود که به تازگی به او گفته شده بود - و با صدای بلند و یکنواخت آن را می‌گفت. شاید عجیب‌ترین ویژگی حرف زدن جونگ این بود که او مخاطب خاصی نداشت. به نظر می‌رسید که جونگ در دنیای خودش با خودش ارتباط برقرار می‌کند.



در تصویر فوق هودان حسن در خانه‌اش در مینیاپولیس به همراه دختر ۶ ساله‌اش جنی که دارای اختلال طیف اوتیسم است نشان داده شده است. مقامات بهداشتی در تلاش برای مهار شیوع سرخک که جامعه بزرگ سومالیایی مینیاپولیس را به شدت تحت تاثیر قرار داده بود، با مقاومت والدینی روبه‌رو شدند که می‌ترسیدند این واکسن باعث ایجاد اختلال اوتیسم در کودکانشان شود.

برخلاف کودکان در حال رشد عادی، به نظر نمی‌رسد که مبتلایان به اختلال طیف اوتیسم از بازی با دیگران، به اشتراک گذاشتن تجربیات یا شرکت کردن در تعاملات معمول اجتماعی لذت ببرند. در موارد شدید اختلال اوتیسم، آن‌ها ممکن است به طور کامل از تعاملات اجتماعی اجتناب کنند، یا حداقل تلاشی برای شروع تعامل با افراد دیگر نکنند. بازی تخیلی، یکی از اجزای اساسی رشد طبیعی، این کودکان را با چالش‌های خاصی مواجه می‌کند. آن‌ها ممکن است نتوانند در نوع الگوهای بازی تقلیدی که مشخصه تعاملات اجتماعی معمولی کودکان خردسال است، شرکت کنند که در این شرایط آن‌ها هنگام اشتراک اسباب بازی‌ها و بازی از یکدیگر تقلید می‌کنند.

اکولالیا

تکرار صداهای مشابه
بارها و بارها.

جدا از ارتباط ناقص و الگوهای اجتماعی افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، این افراد، اختلالاتی در رفتار حرکتی دارند که در این زمینه آن‌ها رفتارهای محدود یا تکراری انجام می‌دهند، مانند ضربه زدن بی‌وقفه به انگشتان خود یا چرخاندن بدن خود به اطراف در حالت‌های غیر معمول. رفتارهای تکراری نیز می‌تواند بر گفتار آن‌ها تاثیر بگذارد و به شکل اکولالیا درآید که در آن صداهای مشابه را بارها و بارها تکرار می‌کنند. تکرار همان روال بدون هیچ تغییری ممکن است یکی دیگر از تظاهرات اختلال آن‌ها باشد. اگرچه بسیاری از کودکان روال‌های خاصی را ترجیح می‌دهند، اما برای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، هرگونه تغییر در فعالیت‌های روزمره مانند پوشیدن لباس یا خوردن صبحانه می‌تواند بسیار ناراحت‌کننده باشد.

مشکلاتی که برخی از افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در حساسیت ضعیف خود به ورودی‌های حسی نشان می‌دهند، به طور خاص برای خویشاوندان، ناخوشایند است. به نظر می‌رسد که آن‌ها تقریباً در برابر درد، گرما یا سرما مصون هستند و در نتیجه به راحتی در برابر آسیب‌های جدی آسیب‌پذیر هستند. از سوی دیگر، ناهنجاری‌های حسی آن‌ها می‌تواند به صورت حساسیت مفرط به نور، صدا یا رایحه ظاهر شود و آن‌ها را از تحمل صداها و تصاویر معمولی محیط ناتوان کند.

ویژگی های غیرمعمول اختلال طیف اوتیسم ممکن است با ورود کودکان به سنین نوجوانی و فراتر از آن، به طور اساسی تغییر کند. در یک مطالعه مقطعی بزرگ با مقایسه کودکان، نوجوانان و بزرگسالان، توانایی تعامل با دیگران در میان نوجوانان کمتر از بزرگسالان بود و بزرگسالان در حوزه رفتارهای تکراری و محدود کمتر آسیب دیدند (سلترز و همکاران، ۲۰۰۳).

یکی از انواع اختلالات طیف اوتیسم، به نام سندرم ساوانت، زمانی رخ می دهد که افراد دارای مهارت های خارق العاده ای مانند توانایی انجام عملیات عددی بسیار پیچیده تقریباً آنی باشند. برای مثال، آن ها ممکن است بتوانند به درستی و با قطعیت روزی از هفته را که در آن تاریخی هزاران سال دورتر خواهد بود نام ببرند (تیوکس، استارک، کلایمن و شولتز، ۲۰۰۶). سندرم اوتیستیک ساوان معمولاً در سنین پایین ظاهر می شود، زمانی که کودک خردسال مبتلا به این اختلال به نظر می رسد مهارت های موسیقی استثنایی، استعداد هنری یا توانایی حل پازل های بسیار چالش برانگیز دارد. این امکان وجود دارد که تمایل به تمرکز شدید بر روی ویژگی های فیزیکی اشیاء به افراد این مجموعه عجیب و غریب از توانایی ها را بدهد. به نظر می رسد حافظه آن ها در حوزه هایی خارج از حوزه تخصصی آن ها بهتر از حافظه افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم که این مهارت های حافظه خاص را ندارند نباشد (نویمان و همکاران، ۲۰۱۰).

به نظر می رسد برخی از کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در ۲ سال اول به طور طبیعی رشد می کنند، اما در مقطعی قبل از ۱۰ سالگی، شروع به از دست دادن مهارت های زبانی و حرکتی و همچنین سایر عملکردهای انطباقی از جمله کنترل روده و مثانه می کنند. این بیماری نادر قبلاً اختلال تجزیه کننده دوران کودکی نامیده می شد، اما این تشخیص از DSM-۵ حذف شد و اکنون در اختلال طیف اوتیسم گنجانده شده است.



دانش‌آموزان اوتیستیک اغلب در یک مهارت خاص، مانند نواختن یک آهنگ کامل روی پیانو این توانایی را دارند که پس از یک بار شنیدن، آن را از حفظ بزنند.

در سال ۲۰۰۷، مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری، میزان شیوع تخمینی در ایالات متحده را ۰,۶۶ درصد یا تقریباً ۱ کودک از هر ۱۵۰ کودک گزارش کردند که خود افزایش زیادی نسبت به نرخ‌های گزارش شده قبلی بود. با این حال، در طول سال‌های بعد، تخمین‌های شیوع همچنان افزایش یافته است و در میان متولدین سال ۲۰۰۲، به حدود ۱ نفر از هر ۶۸ نفر می‌رسد که در ۱۱ جامعه ردیابی شده در سراسر ایالات متحده زندگی می‌کنند (مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری، ۲۰۱۵ الف). دلایل این افزایش مشخص نیست، اگرچه گروهی از محققان دانمارکی این افزایش را، حداقل در کشورشان، به تغییرات در شیوه‌های گزارش‌دهی نسبت می‌دهند (هانسن، شندل، و پارنر، ۲۰۱۵).

بخشی از مسئله در تخمین شیوع این است که استانداردهای تشخیص به طور قابل توجهی در مطالعات مختلف متفاوت است، همان‌طور که منابع اطلاعاتی مورد استفاده برای ایجاد تشخیص نیز متفاوت است. سوال این است که آیا واقعاً با کودکان مصاحبه می‌شود یا محققان از خلاصه موارد بالینی استفاده می‌کنند که در آن رتبه‌بندی‌ها از سوابق کودک تهیه می‌شود. برای ایجاد دقت تشخیصی بهتر، محققان استفاده از ابزارهای استاندارد شده بر اساس مصاحبه و مشاهده کودک را به جای تکیه بر سوابق موردی توصیه می‌کنند (ویگینز و همکاران، ۲۰۱۵).

نظریه‌ها و درمان اختلال طیف اوتیسم

شواهدی که به الگوهای وراثت خانوادگی اشاره می‌کنند از این نظریه حمایت می‌کنند که اختلال طیف اوتیسم مبتنی بر بیولوژیک است. محققان وراثت‌پذیری این اختلال را بالا، تقریباً ۹۰ درصد تخمین می‌زنند و با ناهنجاری‌های ژنتیکی مشکوک به وجود کروموزوم‌های ۷، ۲ و ۱۵ مرتبط است.

پیشرفت‌ها در تکنیک‌های اسکن مغز، همراه با حرکتی برای اشتراک‌گذاری داده‌ها در میان محققان بین‌المللی، به روشن شدن ناهنجاری‌های عصبی احتمالی در افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم کمک می‌کند. برخی شواهد حاکی از تغییر در فعالیت مغز در دوره‌های بیداری در حالی که فرد

در حال استراحت است، می‌شود. این الگو ممکن است نشان‌دهنده کمبود در اشتراک‌گذاری اطلاعات بین دو نیمکره مغز باشد. چنین یافته‌هایی امیدوارکننده هستند، اما همان‌طور که محققان درگیر اولین کسانی هستند که اعتراف کردند، لزوماً ناهنجاری‌های رفتاری مرتبط با اختلال طیف اوتیسم را توضیح نمی‌دهند (ران و همکاران، ۲۰۱۵).

حتی با پیشرفت تحقیقات در مورد ناهنجاری‌های عصبی در افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، دیدگاه رفتاری واقعی‌ترین رویکرد برای درمان باقی می‌ماند. پزشکانی که کودکان مبتلا به این اختلال را از منظر رفتاری درمان می‌کنند، روش‌های خود را بر اساس برنامه‌های مداخله زود هنگام (لوواس، ۱۹۸۷). در گزارش اصلی این برنامه، لوواس و همکارانش به طور تصادفی ۳۸ کودک ۳ تا ۴ ساله مبتلا به اختلال طیف اوتیسم را به دو گروه درمانی تقسیم کردند. یک گروه حداقل ۴۰ ساعت در هفته به مدت ۲ سال یا بیش‌تر مداخله درمانی دریافت کردند. کودکان گروه دوم با همان مداخله کم‌تر از ۱۰ ساعت در هفته تحت درمان قرار گرفتند. گروه دیگری از کودکان خارج از کلینیک Lovaas تحت درمان قرار گرفتند. با استفاده از امتیازات IQ به عنوان متغیرهای وابسته، تقریباً نیمی (۹) از ۱۹ کودکی که تحت درمان فشرده قرار گرفتند، بیش از ۲۰ امتیاز افزایش یافتند. تا سن ۱۳ سالگی، ۸ نفر از کودکان، ضریب هوشی خود را حفظ کرده بودند. در مقابل، تنها ۱ کودک در درمان با شدت کم‌تر این بهبودهای IQ را نشان داد. مطالعات Lovaas، به همان اندازه که چشمگیر بودند، مورد انتقاد سایر محققان قرار گرفتند، زیرا این مطالعه هرگز اثرات مداخله بر مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی را ارزیابی نکرد.



با مداخله درمانی زودهنگام، کودکانی که مبتلا به اختلال طیف اوتیسم تشخیص داده می‌شوند، می‌توانند بهبود قابل توجهی را در علائم تجربه کنند.

با کسب اجازه از بنیاد مری بلک و کارول فاستر

درمان Lovaas مبتنی بر اصول شرطی‌سازی عملی است که هم توسط دانش آموزان درمانگر و هم توسط والدین انجام می‌شود. جنبه‌های رفتاری مداخله شامل نادیده گرفتن رفتارهای پرخاشگرانه و خود تحریکی کودک، استفاده از زمان استراحت زمانی که کودکان مزاحم بودند، و توجه مثبت به کودکان تنها زمانی که رفتار مناسب اجتماعی داشتند، استفاده از شکل دهی برای افزایش عملکرد کودک بود. رفتارهای هدفمند به عنوان آخرین راه‌حل، هنگامی که کودکان رفتار نامطلوب انجام می‌دادند، با صدای بلند «نه» یا سیلی به ران آن‌ها می‌گفتند.

در سال اول، درمان بر کاهش رفتارهای خود تحریک‌کننده و پرخاشگرانه، شکل دادن به کودکان برای انطباق با درخواست‌های کلامی ساده، استفاده از یادگیری تقلیدی، ایجاد شروع بازی با اسباب‌بازی‌ها و گسترش درمان در خانه متمرکز بود. در سال دوم مداخله، کودکان یاد گرفتند که چگونه از زبان به صورت رسا و انتزاعی استفاده کنند. آن‌ها هم‌چنین یاد گرفتند که چگونه به صورت تعاملی با همسالان خود بازی کنند. در سال سوم، کودکان یاد گرفتند که چگونه احساسات را به درستی بیان کنند، وظایف تحصیلی را تکمیل کردند تا آن‌ها را برای مدرسه آماده کنند، و درگیر یادگیری مشاهده‌ای شدند که در آن با تماشای یادگیری کودکان دیگر یاد گرفتند. پزشکان سعی کردند کودکان را به جای کلاس‌های آموزش ویژه در کلاس‌های معمولی قرار دهند، با این ایده که دیگران آن‌ها را به‌عنوان «اوتیستیک» یا «دشوار» نخوانند. کودکانی که بهبود نیافتند، ۶ سال دیگر آموزش دیدند. بقیه برای مشاوره گاه به گاه با تیم پروژه در تماس بودند.

در سال‌های پس از مطالعه لوواس، تعدادی از محققان تلاش کردند تا یافته‌های او را تکرار کنند. ماکریگیانی و رید (۲۰۱۰) با مرور ۱۴ مورد از بهترین مطالعات کنترل شده به این نتیجه رسیدند که وزن شواهد از استفاده از پروژه‌های مداخله اولیه رفتاری پشتیبانی می‌کند. این برنامه‌ها در بهبود توانایی‌های فکری، زبانی، ارتباطی و اجتماعی کودکان موثر است. هر چه برنامه فشرده‌تر باشد و بیش‌تر طول بکشد، تاثیر آن بر کودکان قوی‌تر است. با این حال، برنامه‌های فشرده ۲۵

ساعت در هفته به جای برنامه Lovaas به مدت ۴۰ ساعت در هفته، برای ارائه یک اثر مفید کافی بود. علاوه بر این، همان‌طور که ما انتظار داریم، کودکان جوان‌تر و آن‌هایی که در ابتدا عملکرد بالاتری دارند، از طریق درمان بیش‌تر بهبود می‌یابند.

اگر کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم برای اقدامات مناسب مانند درخواست کمک یا بازخورد پاداش دریافت کنند، کاهش رفتارهای مخرب و خود تحریکی را نشان خواهند داد. چنین تقویتی می‌تواند آن‌ها را کم‌تر درگیر رفتارهای خودآزاری یا پرخاشگرانه کند. پزشکان به جای تمرکز بر اصلاح ناهنجاری‌های رفتاری فردی در این سبک درمانی، تمرکز بر تغییر رفتارهای حیاتی با هدف ثانویه برای ایجاد بهبود در سایر رفتارها را سودمندتر می‌دانند. درمانگر هم‌چنین ممکن است به کودک کمک کند تا مهارت‌های یادگیری جدیدی را ایجاد کند که به او تجربیاتی از موفقیت در حل مسئله بدهد. برای مثال، درمانگر ممکن است به کودک بیاموزد که یک مشکل بزرگ، مانند لباس پوشیدن، را به وظایف کوچک‌تری که کودک می‌تواند انجام دهد تقسیم کند. در نتیجه کودک کم‌تر احساس ناامیدی می‌کند و بنابراین کم‌تر به رفتارهای مشکل‌زا مانند تکان خوردن و کوبیدن سر بازگشته است. پزشکان هم‌چنین بر نیاز به ایجاد انگیزه در کودک برای برقراری ارتباط موثرتر تمرکز می‌کنند. سپس کودک برای پاسخگویی به محرک‌های اجتماعی و محیطی که کلید درمان است، آمادگی بیش‌تری خواهد داشت (کوگل، کوگل و مک نرنی، ۲۰۰۱). با گذشت زمان، کودکان تحت درمان انگیزه بیش‌تری برای تنظیم و شروع رفتارهای خود به خود خواهند داشت. حتی تغییرات ساده نیز می‌تواند این تاثیر را داشته باشد، مانند انتخاب مواد، اسباب بازی‌ها و فعالیت‌های مداخله توسط کودک، به جای پزشک. سپس کودک برای پاسخگویی به محرک‌های اجتماعی و محیطی که کلید درمان است، آمادگی بیش‌تری خواهد داشت (کوگل، کوگل و مک نرنی، ۲۰۰۱).

یکی دیگر از رویکردهای مداخله، تعامل همسالان به جای بزرگسالان با کودک است. این وضعیت به نوع عادی‌تر محیط اجتماعی نزدیک می‌شود، که در آن کودکان معمولاً نقش قدرتمندی در اصلاح رفتار همسالان دارند. برخلاف مداخلاتی که در آن بزرگسالان تقویت می‌کنند، مداخلات با واسطه همسالان این مزیت را دارند که به کودکان اجازه می‌دهند تا فعالیت‌های عادی خود را بدون

وقفه بزرگسالان ادامه دهند. موثرترین آن‌ها پسران جوان‌تری را درگیر می‌کنند که خواهر و برادرهای مرد بزرگ‌ترشان مداخله را انجام می‌دهند، از مدل‌سازی همسالان استفاده می‌کنند، سعی می‌کنند موقعیت‌ها را تعمیم دهند، و شامل همکاری میان اعضای خانواده و کارکنان مدرسه می‌شوند (ژانگ و ویلر، ۲۰۱۱).

راهبردهای رفتاری دیگر عبارتند از روش‌های خودکنترلی، مانند خود نظارتی، آموزش آرامش و شرطی‌سازی پنهان. کودکان هم‌چنین می‌توانند یاد بگیرند که نماد یک چهره «اخم» را برای نشان دادن نارضایتی خود لمس کنند نه این‌که وقتی ناراحت یا ناراضی هستند رفتار پرخاشگرانه انجام دهند (مارتین، دراسگو، هال و بروکر، ۲۰۰۵). اقتصاد توکن یکی دیگر از مداخلات رفتاری است که ممکن است برای برخی از کودکان ارزش ایجاد کند (فیسک و همکاران، ۲۰۱۵).

تقویت‌کننده هم‌چنین ممکن است به پیشبرد اهداف بالینی اضافی کمک کند. در بزرگسالی، افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم به طور خود به خود ورزش را انتخاب نمی‌کنند. شواهدی وجود دارد که از استفاده از تقویت‌کننده‌ها برای کمک به القای عادات ورزشی بهتر حمایت می‌کند (لالوند و همکاران، ۲۰۱۴). چنین رویکردی می‌تواند برای سلامتی آن‌ها مفید باشد و ممکن است به بهبود سلامت کلی آن‌ها کمک کند.

با بهره‌گیری از فناوری‌های جدید، درمان‌های آینده کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم ممکن است بتواند به طور فزاینده‌ای بر روش‌هایی مانند واقعیت مجازی تکیه کند. در یک مداخله مبتنی بر واقعیت مجازی ۲۸ جلسه‌ای به مدت ۱۴ هفته، محققان توانستند سازگاری بهبود یافته را در برخی از معیارهای عملکرد اجتماعی و عاطفی در میان نمونه جامعه کودکان ۶ تا ۱۲ ساله نشان دهند (آی پی و همکاران، ۲۰۱۸). این رویکرد برای چندین دهه شناخته شده است، اما به تازگی واقعیت مجازی به طور گسترده در دسترس قرار گرفته است.

سندرم رت

در سندرم رت، کودک به طور معمول در اوایل زندگی (تا سن ۴ سالگی) رشد می‌کند و سپس شروع به نشان دادن اختلالات عصبی و شناختی از جمله کند شدن رشد سر و برخی از علائم اختلال طیف اوتیسم می‌کند. این سندرم تقریباً منحصر در زنان رخ می‌دهد.



علائم سندرم رت پس از حدود ۵ ماهگی ظاهر می‌شود.

© عکاسی مگان سورل

سندرم رت

وضعیتی که در آن کودک به طور طبیعی در اوایل زندگی (تا سن ۴ سالگی) رشد می‌کند و سپس شروع به نشان دادن اختلالات عصبی و شناختی از جمله کند شدن رشد سر و برخی از علائم اختلال طیف اوتیسم می‌کند.

اگرچه در DSM-۵ یک تشخیص جداگانه نیست، اما سندرم رت پس از معرفی آن در DSM-IV-TR موضوعی بالینی و تحقیقاتی بود.

پزشکانی که قبل از حذف این تشخیص توسط DSM-۵ کودکان را مبتلا به سندرم رت تشخیص می‌دادند، اکنون از تشخیص طیف اوتیسم استفاده می‌کنند. با این حال، با مشخص کردن این که کودکان یک بیماری ژنتیکی یا پزشکی شناخته شده دارند، می‌توانند نشان دهند که علائم مربوط به سندرم رت است.

محققان ژن سندرم رت را در سال ۱۹۹۹ شناسایی کردند. جهش در این ژن، که MECP2 نام دارد، منجر به ناهنجاری در تولید یک پروتئین خاص مهم در عملکرد طبیعی نورون‌ها می‌شود. این امید وجود دارد که بررسی ژن‌های موجود در مدل‌های موش در درمان کودکان مبتلا به این اختلال مفید باشد. تا آن زمان، یک کارآزمایی بالینی دکسترومتورفان (نوعی داروی سرفه) نتایج

دلگرم کننده‌ای را در کاهش علائم عصبی و بهبود علائم زبانی و رفتاری این اختلال نشان داد (اسمیت هیکس و همکاران، ۲۰۱۷).

اختلال طیف اوتیسم با عملکرد بالا که قبلاً اختلال آسپرگر نامیده می‌شد

همان‌طور که قبلاً اشاره کردیم، اختلال آسپرگر در DSM-۵ نیست. علائم آن هم‌چنان انتهای طیف اوتیسم با عملکرد بالا را مشخص می‌کند، و بنابراین، اگرچه بخشی از نامگذاری نیست، اما ارزش پوشش خود را در این‌جا دارد.

اصطلاح اختلال آسپرگر از نام هانس آسپرگر، پزشک وینی گرفته شده است که در طول جنگ جهانی دوم، گروهی از پسران را توصیف کرد که دارای زبان و مهارت‌های شناختی نسبتاً خوبی بودند، اما مشکلات اجتماعی مشخصی داشتند، زیرا مانند «پروفسورهای کوچک» پر زرق و برق عمل می‌کردند و از نظر جسمی به صورت بی‌دست و پا - به شکلی نامناسب رفتار می‌کردند. در واقع، افراد دارای عملکرد بالا در طیف اوتیسم، نسبت به هم‌تایان با عملکرد پایین‌تر خود، آسیب‌های شدیدتر و متمرکزتری دارند، شاید علائم خود را تنها پس از رسیدن به سن پیش‌دبستانی نشان دهند. در آن مرحله، زمانی که بیش‌تر کودکان مهارت‌های اجتماعی و تعاملی را توسعه می‌دهند، این کودکان در خواندن نشانه‌های اجتماعی دیگران و صحبت کردن به نوبت دچار مشکل می‌شوند و قادر به تفسیر ظرافت‌های زبانی نیستند. در اوایل زندگی، آن‌ها تمایل دارند با مجموعه محدودی از علایق که ممکن است به طور گسترده در مورد آن‌ها صحبت کنند، مشغول شوند. درک نمی‌کنند که چنین گفتگوهای یک طرفه از نظر اجتماعی مناسب نیستند. با این حال، آن‌ها بیش‌تر از کودکانی که در انتهای طیف اوتیسم با عملکرد پایین‌تر قرار دارند، برای دوست‌یابی تلاش می‌کنند.

اختلال آسپرگر

اصطلاحی که زمانی برای توصیف افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم با عملکرد بالا استفاده می‌شد.

داستان های واقعی

دانیل تامت: اختلال طیف اوتیسم

از بسیاری جهات، سفر تکاملی دانیل تامت مسیری را دنبال کرد که برای اکثر کودکان معمول است، اگرچه چندین جنبه از دوران کودکی او را از سایرین متمایز می کرد. تامت ۲۶ ساله بود که زندگی نامه خود را به نام «متولد در یک روز آبی» نوشت که تجربیات او را با جزئیات واضح توصیف می کند.

تامت که در سال ۱۹۷۹ به دنیا آمد، اولین فرزند یک زوج انگلیسی بود که در فقر زندگی می کردند و پس از او هشت فرزند دیگر داشتند. تامت در دوران نوزادی به جز هنگام خوردن یا خوابیدن، با بیقراری گریه می کرد. پزشکان معتقد بودند که این فقط یک مورد قولنج است و گریه مرحله ای است که به سرعت به پایان می رسد. در این کتاب، تامت در مورد آن چه که در مورد دوران اولیه زندگی خود فهمیده است، منعکس می کند: «والدینم به من می گویند که من تنها بودم و با بچه های دیگر اختلاط نمی کردم، و توسط سرپرستان به عنوان جذب در دنیای خودم توصیف می شد. تضاد بین اولین سال های زندگی من و آن زمان باید برای والدینم واضح بوده باشد، همان طور که من از نوزادی که جیغ می زد، گریه می کرد و سر می کوبید، به کودک نوپایی آرام، خود شیفته و گوشه گیر تبدیل شدم. با نگاه به گذشته، آن ها اکنون متوجه شده اند که این تغییر لزوما نشانه بهبودی نبوده است که آن ها در آن زمان این را می دانستند. من تقریباً خیلی خوب، خیلی ساکت و کم توقع شدم.»

وقتی تامت کودک بود، دنیای علمی اطلاعات کمی در مورد اختلالات رشدی داشت و والدین او نمی توانستند بفهمند پسرشان چه چیزی را تجربه می کند. در این کتاب، او توضیح می دهد که چگونه آن ها تمام تلاش خود را برای داشتن کودکی عادی انجام دادند، و احتمالاً این کار را بر اساس ترس خودشان از معنای داشتن فرزند با اختلال رشد انجام می دادند. وقتی دوستان یا همسایه ها از والدین او سوال می کردند، می گفتند تامت فقط حساس یا خجالتی است.

در سن ۴ سالگی، تامت شروع به تشنج کرد و پزشکان در نهایت تشخیص دادند که او مبتلا به صرع لوب تمپورال است. این وضعیت باعث ایجاد مشکلات اساسی در خواب او شد و او حدود ۳ سال دارو مصرف کرد تا این که تشنجه ها فروکش کرد. پزشکان او اکنون بر این باورند که این تشنجه ها منجر به سندرم ساوانت شده است، بیماری نادری که تامت از آن رنج می برد. تامت سینستزیای خود را (یک وضعیت مبتنی بر نورولوژیک که در آن تحریک مسیر حسی یا شناختی منجر به تجربیات خودکار و غیرارادی در مسیر حسی یا شناختی دوم می شود) توصیف

می‌کند که باعث تاری حواس و عواطف او در هنگام ارائه اعداد یا کلمات به او می‌شود. او می‌نویسد: «مثلا کلمه نردبان آبی و براق است، در حالی که حلقه کلمه‌ای نرم و سفید است.»



دانیل تامت در کتاب متولد شده در یک روز آبی تجربیات دوران کودکی خود را با اختلال طیف اوتیسم و سندرم ساوانت توصیف می‌کند، در زمانی که دانشمندان اطلاعات کمی در مورد هر یک از این بیماری‌ها داشتند.

©فتوشات/گتی ایماژ

تامت نیز مانند سایر مبتلایان به سندروم ساوانت دارای تشخیص اختلال طیف اوتیسم است و در سراسر کتاب او تجربه‌های بسیاری را در دوران کودکی‌اش توصیف می‌کند که با تشخیص سازگاری دارد. او به یاد می‌آورد که در کودکی یا از کارهای روزمره در مدرسه آسوده خاطر می‌شد و یا اگر به هر نحوی در انجام چنین کاری آشفته می‌شد، به شدت مضطرب می‌شد. بسیاری از همکلاسی‌هایش او را به خاطر خصلت‌های غیرعادی‌اش، مانند تکان دادن غیرقابل کنترل بازوهایش، مسخره می‌کردند. وقتی احساس اضطراب خاصی می‌کرد، سرش را به دیوار می‌کوبید و وقتی در مدرسه احساس خستگی می‌کرد به سمت خانه والدینش می‌دوید. با نگاهی به گذشته، تامت با تعجب می‌پرسد: «بقیه بچه‌ها باید از من چه ساخته باشند؟ نمی‌دانم، چون اصلا خاطره‌ای از آن‌ها ندارم. برای من آن‌ها پس‌زمینه تجربیات بصری و لمسی من بودند.»

تامت دوران سختی را برای برقراری ارتباط با کودکان دیگر در مدرسه داشت. او توضیح می‌دهد که بیش‌تر دوران کودکی خود را در انزوا گذرانده است، جایی که یاد گرفت با ساختن بازی، فکر کردن به اعداد یا جمع آوری متعصبانه اقلام کوچک مانند شاه بلوط و سکه به خود آرامش دهد. اگرچه والدینش تلاش زیادی کردند تا او را وادار کنند که خارج از خانه با خواهر و برادر و سایر فرزنداناش معاشرت کند، اما تامت دوری از آسایش خانه را دشوار می‌دید. او با بچه‌هایی دوست شد که دیگران آن‌ها را در کلاس بیگانه می‌دانستند، اما به طور کلی

ترجیح می‌داد جلوی خود را بگیرد. با انتقال تامت به دبیرستان، برقراری ارتباط با دیگران برای او دشوار بود و علاقه تقریباً وسواسی به مطالعات خود، به ویژه تاریخ داشت. او همچنین با برخی موضوعات، به ویژه موضوعاتی که نیاز به تعامل با دیگران داشت، دست و پنجه نرم می‌کرد.

وقتی بدنش در حال تطبیق با بزرگسالی بود، تامت به یاد می‌آورد که هجوم معمول هورمون‌ها و افزایش علاقه به روابط را احساس می‌کرد، اگرچه مهارت‌های اجتماعی او باعث می‌شد که روابط با همسالان بیش از حد ناخوشایند و سخت باشد. دشوارتر شدن تعاملات اجتماعی، ناتوانی تامت در درک احساساتش و همچنین کاتالیزورهایی بود که منجر به واکنش‌های عاطفی خاصی شد. همان‌طور که او به یاد می‌آورد، «تنها چیزی که می‌دانستم این است که می‌خواهم به کسی نزدیک باشم و صمیمیت را در درجه اول احساسی درک نمی‌کنم، به سمت برخی از دانش‌آموزان دیگر در زمین بازی می‌رفتم و بسیار نزدیک آن‌ها می‌ایستادم تا زمانی که گرمای بدنشان را در برابر پوستم احساس کنم. من هنوز هیچ مفهومی از فضای شخصی نداشتم، کاری که انجام می‌دادم باعث می‌شد کسانی که در اطراف من بودند احساس ناراحتی کنند.» در دوران نوجوانی، تامت بدون شک متوجه شد که جذب پسرهای دیگر شده است و حتی به یاد می‌آورد که اولین خاطرخواهی خود را تجربه کرده و تلاش ناامیدکننده‌ای را برای قرار ملاقات انجام داده است.

پس از پایان دبیرستان، تامت تصمیم گرفت که در کالج شرکت نکند و به جای آن در خدمات داوطلبانه در خارج از کشور، یک موسسه خیریه متمرکز بر توسعه بین‌المللی، مشغول به کار شد. به عنوان بخشی از کار، او به مدت یک سال در لیتوانی زندگی کرد و دریافت که این تجربه بخش مهمی از رشد او در بزرگسالی است. او درباره چیزهایی که از زمان خود در لیتوانی آموخته می‌نویسد: «یک چیز، من چیزهای زیادی در مورد خودم یاد گرفته بودم. واضح‌تر از هر زمان دیگری می‌توانستم ببینم که چگونه «تفاوت‌های» من بر زندگی روزمره‌ام، به‌ویژه تعامل با دیگران تأثیر می‌گذارد. در نهایت فهمیدم که دوستی فرآیندی ظریف و تدریجی است که نباید عجله کرد یا از آن استفاده کرد، بلکه اجازه داد و به مرور زمان آن را تشویق کرد.»

تامت پس از بازگشت به خانه در مورد تلاش برای یافتن شغل نامه‌ای به انگلستان می‌نویسد، که این نامه شامل مشکلاتی بود که نه تنها در محیط‌های اجتماعی، بلکه در مصاحبه‌های شغلی نیز او را ملزم به فکر کردن در مورد موقعیت‌های انتزاعی و نظری می‌کرد. همان‌طور که تامت توضیح می‌دهد، او به راحتی با موقعیت‌های بدیع سازگار نمی‌شود. در نهایت او یک برنامه آنلاین را راه اندازی کرد که زبان‌های مختلف را آموزش می‌داد که در طول سال‌ها موفق شد.

در حوالی زمانی که از لیتوانی بازگشت، تامت با مردی که شریک زندگی او شد، نیل، ملاقات کرد. آن‌ها در یک گروه چت آنلاین به هم متصل شدند و ماه‌ها قبل از ملاقات حضوری، ایمیل‌ها را رد و بدل کردند. تامت توضیح می‌دهد که برقراری ارتباط الکترونیکی با نیل برای او بسیار آسان‌تر بود، زیرا آن‌ها به مهارت‌های اجتماعی پیچیده نیاز نداشتند.

تامت از طریق رابطه آن‌ها می‌نویسد که یاد گرفته است با دیگران گشاده‌روتر باشد و حمایت نیل منبعی از قدرت بسیار زیاد است که به او کمک کرده است تا با اوتیسم کنار بیاید. سندرم ساوانت تامت به او این توانایی را می‌دهد که حروف و اعداد را به عنوان رنگ و بافت ببیند و به دستاوردهای قابل توجهی در طول عمرش منجر شده است. به عنوان مثال، تامت به خود آموخته است که حداقل به ۱۰ زبان صحبت کند، از جمله ایسلندی، که فقط در ۴ روز برای نقش خود در یک فیلم مستند یاد گرفت. در سال ۲۰۰۵، تامت رکوردهای بریتانیا و اروپا را برای تلاوت ۲۲۵۱۴ رقم پی در کم‌تر از ۵ ساعت ثبت کرد. اگرچه او به دلیل توانایی‌های خارق‌العاده‌اش توجه رسانه‌ها را به خود جلب کرده است، اما از زندگی آرامی لذت می‌برد که بیش‌تر در خانه می‌گذرد، جایی که از کارهای روزمره خود لذت می‌برد. او همچنین از طریق حضور در کلیسا قدرت یافته است و به ویژه از جنبه تشریفاتی آن لذت می‌برد. او هر از گاهی برای انجمن ملی اوتیسم و انجمن ملی صرع سخنرانی می‌کند و می‌نویسد که امیدوار است به درک و پذیرش اختلالات رشدی ادامه دهد. تامت علاوه بر بسیاری از مقالات و حضورهای عمومی، کتاب دیگری به نام «در آغوش گرفتن آسمان پهن» نوشت.

منبع: تامت، دانیل، ۲۰۰۷، متولد یک روز آبی: درون ذهن خارق‌العاده یک دانشمند اوتیسم، نیویورک، نیویورک: مطبوعات آزاد.

در یک مورد جذاب که در پیشینه تحقیق شرح داده شده است (ولکمار و همکاران، ۲۰۰۰)، یک پسر ۱۱ ساله به نام رابرت، توانایی‌های کلامی یک نوجوان ۱۷ ساله را داشت اما مهارت‌های اجتماعی یک نوجوان ۳ ساله را داشت. اگرچه رابرت دانش قابل توجهی از ستارگان، سیارات و زمان داشت، اما وقف فکری انحصاری او به این موضوعات، او را از کسب انواع دیگر دانش باز داشت. همتایان او را به دلیل پیشروی‌های یک جانبه و ساده لوحانه او را طرد کردند. مورد او ماهیت پیچیده اختلال طیف اوتیسم را برای افراد در انتهای زنجیره با عملکرد بالا برجسته می‌کند. در سال‌های اولیه زندگی، والدین بیش‌تر احتمال دارد که فرزندشان را به صورت شخصی با استعداد ویژه ببینند تا این‌که از یک آسیب جدی رنج می‌برد. با بزرگ‌تر شدن بچه‌ها، مشکلات آن‌ها برجسته‌تر می‌شود و در آن زمان است که والدین و مربیان ممکن است به دنبال مداخله باشند.

چه آسیب‌گر نامیده شود چه نشود، شکلی از اختلال طیف اوتیسم که سطوح بالاتری از عملکرد را در بر می‌گیرد، می‌تواند یکی از مواردی باشد که افراد یاد می‌گیرند با آن کنار بیایند و حتی رشد کنند. برنامه‌ریزی شغلی در این زمینه با در نظر گرفتن نقاط قوت افراد و خواسته‌های موقعیت‌های شغلی بالقوه اهمیت ویژه‌ای دارد (مینات، گیبونز و هیوز، ۲۰۱۴). به عنوان مثال، اگر آن‌ها استعداد داشته باشند، برای مشاغلی در زمینه‌هایی مانند علوم و مهندسی که شدت آن‌ها می‌تواند منجر به موفقیت در تحقیق و توسعه شود، مناسب به نظر می‌رسد. علاوه بر این، به عنوان یک بزرگسال، ممکن است بتوانند خود بینشی قابل توجهی را در مورد نقاط قوت و ضعف خود به دست آورند، زیرا آن‌ها هم‌چنین می‌توانند مهارت‌های اجتماعی را کسب کنند.

۳،۵ اختلالات یادگیری و ارتباطی

اختلال یادگیری خاص

کودکانی که دارای یک اختلال یادگیری خاص هستند، در توانایی خود برای به دست آوردن یک مهارت تحصیلی اولیه دچار تاخیر یا نقص می‌شوند. این مشکلات زمانی آشکار می‌شوند که دستاوردها و مهارت‌های آن‌ها به میزان قابل توجهی کمتر از سطح عملکرد بر اساس سن، تحصیلات و هوش اندازه‌گیری شده باشد. در این دسته کلی، پزشکان هم‌چنین مشخص می‌کنند که این اختلال بر کدام حوزه علمی تاثیر می‌گذارد و میزان شدت آن (خفیف، متوسط یا شدید) چقدر است.

در ایالات متحده، محققان تخمین می‌زنند که تقریباً ۸ درصد از کودکان دارای اختلال یادگیری تشخیص داده شده هستند (مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری، ۲۰۱۵ ب). عواملی که به نظر می‌رسد خطر ابتلای کودک به اختلال یادگیری را افزایش می‌دهند شامل تعدادی از عوامل اجتماعی-فرهنگی هستند: وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین‌تر، بزرگ شدن در خانواده‌ای دو والد، فرزندخواندگی و بزرگ شدن در حضور یک فرد سیگاری. سایر عوامل خطر روانی-اجتماعی خانواده شامل داشتن والدینی است که مشکلات بیش‌تری را در فرزندپروری تجربه می‌کنند، در به اشتراک گذاشتن ایده‌ها با کودکان شکست می‌خورند، و آشکارا در مورد اختلافات در خانه بحث نمی‌کنند (آلتراک و ساروها، ۲۰۰۷).

اختلال یادگیری خاص

تاخیر یا نقص در یک مهارت تحصیلی که زمانی مشهود است که پیشرفت و مهارت‌های یک فرد به میزان قابل توجهی کمتر از آنچه برای سایرین با سن، تحصیلات و سطح هوش قابل مقایسه است، قابل انتظار باشد.

افراد مبتلا به اختلال یادگیری خاص با اختلال در ریاضیات در انجام وظایف و مفاهیم مبتنی بر اعداد و استدلال عددی مشکل دارند. آن‌ها ممکن است قادر به درک اصطلاحات، نمادها یا مفاهیم

اختلال یادگیری خاص

با اختلال در ریاضیات

یک اختلال یادگیری که در آن فرد با وظایف و مفاهیمی که شامل اعداد و استدلال عددی است مشکل دارد.

دیاسکولیا

الگویی از مشکلات در حس اعداد، توانایی یادگیری حقایق حسابی، و محاسبات.

اختلال یادگیری خاص

با اختلال در بیان

نوشتاری

اختلال یادگیری که در آن نوشتار فرد با املائی ضعیف، اشتباهات گرامری یا نقطه گذاری و بی نظمی پاراگرافها مشخص می شود

اختلال یادگیری خاص

با اختلال در خواندن

(نارساخوانی)

اختلال یادگیری که در آن فرد هنگام خواندن کلمات را حذف، تحریف یا جایگزین می کند و به آرامی و به صورت متزلزل می خواند.

ریاضی نباشند. برخی ممکن است دیسکالکولیا، الگوی مشکلات در حس عدد، توانایی یادگیری حقایق حسابی، و محاسبات داشته باشند. یک کودک در سن مدرسه با این اختلال ممکن است در انجام تکالیف مشکل داشته باشد. یک بزرگسال ممکن است به دلیل مشکل در انجام جمع و تفریق، نتواند یک دسته چک را متعادل کند.

داشتن یک اختلال یادگیری خاص با اختلال در ریاضیات پیامدهای بلندمدت جدی دارد. جدای از تاثیر بر عملکرد مدرسه، افراد مبتلا به این اختلال با چالش های بیش تری در بازار کار مواجه خواهند شد و به عنوان بزرگسالان ممکن است درآمد کم تر، خطر ابتلا به بیماری و حتی خطر نکول وام مسکن بالاتری داشته باشند (کوهن، ۲۰۱۵).

در اختلال یادگیری خاص با اختلال در بیان نوشتاری، افراد در املا، استفاده صحیح از قواعد گرامری یا نقطه گذاری و سازماندهی پاراگراف ها مشکل دارند. چنین چالش هایی باعث می شود که کودکان در بسیاری از موضوعات تحصیلی دچار مشکلات جدی شوند. برای بزرگسالان، اختلال بیان نوشتاری می تواند مشکلات بین فردی و عملی متعددی ایجاد کند. فرصت های شغلی کم تری برای آن ها باز می شود، به ویژه اگر علائمشان آن ها را در سطح شدید عملکرد قرار دهد.

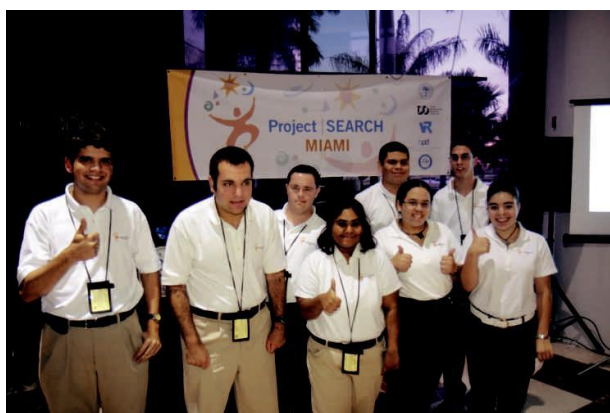
افراد مبتلا به اختلال یادگیری خاص با اختلال در خواندن، که معمولاً نارساخوانی نامیده می شود، هنگام خواندن کلمات را حذف، تحریف یا جایگزین می کنند. در نتیجه، آن ها به آرامی و به صورت متزلزل مطالعه می کردند. اختلال آن ها می تواند باعث شود که کودکان در انواع دروس مدرسه پیشرفت کافی نشان ندهند. مانند سایر افراد مبتلا به اختلالات یادگیری خاص، این افراد به عنوان بزرگسالان نیز پیشرفت تحصیلی و موفقیت شغلی کم تری را تجربه می کنند (اسمارت و همکاران، ۲۰۱۷).

به نظر می رسد ویژگی های اصلی این اختلالات نقص در طرح ریزی و برنامه ریزی رفتار است، نه مشکلات در اجرای حرکتی، کنترل حرکتی در نیمکره های مغز، یا اختلالات ادراکی بینایی یا بصری (وایور-دورت و همکاران، ۲۰۱۱ ب). پزشکان بر این باورند که بهترین راه برای شناسایی کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری، رویکرد پاسخ به مداخله (RTI) است که متشکل از رویه های مبتنی بر شواهد است که مجموعه ای از مراحل را دنبال می کند. اول، پزشکان از معیارهای غربالگری برای شناسایی کودکان در معرض خطر استفاده می کنند. در مرحله بعد، کودکانی که به عنوان در معرض

خطر شناسایی می‌شوند، یک مداخله کاملاً تثبیت شده برای یک دوره زمانی خاص دریافت می‌کنند. آن دسته از کودکانی که از این مداخله سود نمی‌برند، مداخله شدیدتری دریافت می‌کنند. در این مرحله، کودکانی که از درمان بهره‌مند نمی‌شوند به عنوان دارای اختلال یادگیری طبقه بندی می‌شوند.

برای اکثریت کودکان مبتلا به اختلالات رشدی خاص، مدارس محل مداخله اولیه است. یک تیم بین رشته‌ای متشکل از متخصصان مختلف - برای مثال، یک روانشناس مدرسه، یک معلم آموزش ویژه، معلم کلاس، یک گفتار درمانگر، و احتمالاً یک متخصص مغز و اعصاب - یک برنامه درمانی طراحی می‌کنند. به طور معمول، کودکان مبتلا به این اختلالات به ساختار پیش‌تر، حواس پرتی کم‌تر و ارائه مطالب جدیدی نیاز دارند که از بیش از یک روش حسی در یک زمان استفاده می‌کند. به عنوان مثال، مربی ممکن است مفاهیم ریاضی را با استفاده از ارائه شفاهی همراه با دستکاری عملی اشیاء آموزش دهد. آموزش کودکان از طریق استفاده از روش‌های اکتشافی نیز می‌تواند مفید باشد. در این روش کودک یک استراتژی کلی برای نزدیک شدن به هر مشکلی می‌آموزد، نه فقط راه‌حلی برای مسائل خاص (گری، ۲۰۱۱).

به عنوان بزرگسالان، افراد مبتلا به اختلالات یادگیری می‌توانند از برنامه‌های توانبخشی حرفه‌ای که به طور خاص برای نیازهای آن‌ها طراحی شده است، بهره‌مند شوند. با مشارکت با کارفرمایان، چنین رویکردهایی مناطقی را شناسایی می‌کنند که در آن کارکنان جدید نیاز به آموزش دارند در حالی که مهارت‌های مورد نیاز برای مشاغل خاص خود را یاد می‌گیرند (جدول ۲ را ببینید) (مولر و ونگیلدر، ۲۰۱۴). توانبخشی می‌تواند پیامدهای منفی مرتبط با تاثیر درازمدت اختلالات یادگیری را که در طول سال‌های مدرسه ظاهر می‌شوند، کاهش دهد و به افراد این امکان را می‌دهد تا زندگی بزرگسالی رضایت‌بخش‌تری داشته باشند.



اختلالات ارتباطی

اختلالات رشد عصبی شامل اختلال در زبان، گفتار و ارتباطات.

این تیم جستجوی پروژه از میامی یک برنامه انتقالی یک ساله از مدرسه به محل کار است که برای دانش آموزان معلولی طراحی شده است که سال آخر دبیرستان خود را می‌گذرانند و دیپلم به خصوصی را دنبال می‌کنند. © جف گرینبرگ/گتی ایماژ

اختلال زبان

اختلال ارتباطی که با داشتن دایره لغات محدود و معیوب صحبت کردن در جملات کوتاه با ساختارهای دستوری ساده، حذف کلمات یا عبارات انتقادی، و چیدن کلمات در کنار هم به ترتیب خاص مشخص می‌شود.

آموزش مهارت های شغلی برای جوانان با یادگیری جستجوی پروژه معلولیت، یک برنامه انتقالی تحت رهبری کسب و کار برای دانش آموزان دبیرستانی، برای ارائه آموزش در محل کار برای بزرگسالان جوان در نظر گرفته شده است. در یک آزمون اثربخشی آن (مولر و ونگیلدر، ۲۰۱۴)، این برنامه با تمرکز بر مهارت‌های شغلی خاص و کلی «مهارت‌های نرم» در زمینه‌های زیر، آمادگی شغلی را با موفقیت بهبود بخشید:

جدول ۲

مهارت های نرم	مهارت های شغلی به طور کلی
اخلاق کاری	کپی برداری
اعتماد به نفس	سازماندهی لوازم
بر سر کار باقی مانده است	مونتاژ / ترکیب / برچسب زدن
رعایت ضرب الاجل ها	ارسال ایمیل

اختلال صدای گفتار

یک اختلال ارتباطی که در آن فرد صداهای گفتاری را جایگزین، حذف یا اشتباه بیان می‌کند.

اختلال روانی دوران کودکی (لکنت زبان)

یک اختلال ارتباطی که شامل اختلال در روان و الگوی گفتار طبیعی است که با درازگویی-هایی مانند تکرار یا طولانی شدن صدا، کلمات شکسته، مسدود کردن صداها، جایگزینی کلمات برای جلوگیری از کلمات مشکل‌ساز یا کلماتی که با تنش بیش از حد بیان می‌شوند مشخص می‌شود.

اختلال ارتباط اجتماعی (عملی)

اختلالی که شامل نقص در توانایی استفاده از ارتباطات کلامی و غیرکلامی در ارتباط با دیگران است.

با استفاده از مایکروسافت ورد و اکسل	انعطاف پذیری در مدیریت تغییرات
تحویل دادن	تعامل با سرپرستان و همکاران
بلند کردن	هنگام بیماری یا دیر وقت تماس گرفتن
	رفت و آمد به محل کار
	پیمایش در محل کار

اختلالات ارتباطی

اختلالات ارتباطی شرایطی هستند که با اختلال در زبان، گفتار و ارتباطات مشخص می‌شوند. کودکان مبتلا به اختلال زبان توانایی ابراز وجود خود را به روش‌های مناسب با سن و سطح رشد خود ندارند. آن‌ها از واژگان محدود و معیوب استفاده می‌کنند و در جملات کوتاه با ساختارهای دستوری ساده صحبت می‌کنند و کلمات یا عبارات انتقادی را حذف می‌کنند. آن‌ها همچنین ممکن است کلمات را به ترتیبی خاص کنار هم بگذارند. برای مثال، فردی که این اختلال را دارد، ممکن است همیشه از زمان حال استفاده کند و به جای «داشتم» بگوید: «دیروز به من خوش گذشت». تاخیر در رشد ممکن است باعث اختلالات زبان بیانی شود، اما علائم مشابهی می‌تواند از یک بیماری پزشکی یا آسیب سر ایجاد شود.

مشکلات بیانی برخی افراد نه با ناتوانی آن‌ها در درک یا بیان زبان، بلکه با مشکلات خاص گفتار مشخص می‌شود. فرد مبتلا به اختلال صدای گفتار، صداهای گفتاری را جایگزین، حذف یا به اشتباه بیان می‌کند. به عنوان مثال، یک کودک ممکن است از صدای t به جای صدای حرف k

استفاده کند و به جای «kiss» بگوید «tiss». مردم اغلب تلفظ اشتباه کودکان را زیبا می‌دانند. با این حال، این الگوهای گفتاری دوران کودکی احتمالا با بزرگ‌تر شدن کودک باعث مشکلات تحصیلی می‌شود و توسط سایر کودکان در مدرسه مورد تمسخر قرار می‌گیرد.

کودکانی که در دوران کودکی دچار اختلال روانی یا لکنت می‌شوند، قادر به تولید گفتار روان نیستند. آن‌ها ممکن است به صورت کلامی مانند تکرار و طولانی شدن صدا، کلمات شکسته، مسدود کردن صداها، جایگزینی کلمات برای جلوگیری از کلمات مشکل‌ساز و کلماتی که با تنش بیش از حد بیان می‌شوند، منتشر کنند. اگرچه تعیین علت و معلول دشوار است، اما تیمی از محققان استرالیایی یک همبستگی منفی قوی بین شدت لکنت و پیشرفت تحصیلی نشان دادند. این امکان وجود دارد که این رابطه حداقل تا حدی منعکس کننده پیامدهای درازمدت کودکانی باشد که مشکلات گفتاری آن‌ها تجربیات منفی را در سال‌های اولیه مدرسه ایجاد می‌کند (اوبرایان و همکاران، ۲۰۱۱). با این حال، در درازمدت، این افراد ممکن است بهتر با اختلال گفتاری خود کنار بیایند و در دهه شصت سالگی، کم‌تر از تأثیری که بر زندگی آن‌ها می‌گذارد احساس ناراحتی کنند (فروید و همکاران، ۲۰۱۷).

کودکانی که دارای اختلال ارتباط اجتماعی یا عملگرا هستند، در توانایی خود در استفاده از ارتباطات کلامی و غیرکلامی در ارتباط با دیگران نارسایی دارند. آن‌ها در تنظیم رفتار خود با بافت اجتماعی، مانند دانستن نحوه احوالپرسی با مردم یا تفسیر نحوه احوالپرسی دیگران، مشکل دارند. علاوه بر این، آن‌ها نمی‌توانند ارتباط خود را با نیازهای شنونده مطابقت دهند، مانند صحبت کردن به روش‌های مختلف با کودکان و بزرگسالان. در یک مکالمه، آن‌ها در پیروی از قراردادهای معمولی در به نوبت صحبت کردن با مشکل مواجه می‌شوند. در نهایت، آن‌ها در درک معانی ضمنی یا مبهم مانند عبارات استفاده شده در طنز و استعاره مشکل دارند. این کمبودها می‌تواند نه تنها برقراری ارتباط موثر، بلکه در انجام کار و شرکت در تعاملات اجتماعی معمولی را برای افراد دشوار کند.

۴,۵ اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی (ADHD)

یکی از رایج‌ترین اختلالات روان‌شناختی شناخته شده در رسانه‌های عمومی، اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (ADHD)، یک اختلال عصبی رشدی است که با الگوی مداوم بی‌توجهی و/یا بیش‌فعالی مشخص می‌شود. به احتمال زیاد، اصطلاح ADHD را به معنای رایج آن شنیده‌اید.

مانند اختلال طیف اوتیسم، ADHD اکنون معنای گسترده‌ای دارد که بسیاری از افراد برای توصیف کودک یا بزرگسالی که علائم آن در انواع محیط‌های اجتماعی و آموزشی به آسانی آشکار می‌شود، استفاده می‌کنند. والدین، معلمان و دوستان که با پوشش رسانه‌ای ADHD در کودکان و بزرگسالان نسبت به این اختلال حساس شده‌اند، ممکن است کودکانی را که محیط کلاس یا محیط خانه را مختل می‌کنند، دارای این اختلال یا در معرض خطر ابتلا به این اختلال بدانند زیرا نشانه‌هایی از برانگیختگی بیش از حد و حواس پرتی را نشان می‌دهند. با این حال به خاطر داشته باشید که اولین مجموعه معیارهای ADHD شامل اختلالات توجه است و شامل حداقل شش مورد از یک مجموعه بزرگ‌تر از رفتارهای خاص است. این‌ها عبارتند از عدم توجه دقیق به جزئیات یا اشتباهات بی‌دقت، مشکل در تمرکز بر روی وظایف در مدرسه یا بازی، ناتوانی آشکار در گوش دادن به هنگام صحبت کردن، عدم پیگیری پروژه‌ها، رویکردهای نامنظم به وظایف، حواس پرتی، فراموشی، تمایل به از دست دادن چیزها، و بی‌میلی به درگیر شدن در کارهایی که نیاز به تلاش ذهنی مداوم دارند.

مجموعه دوم معیارهای ADHD حداقل شش رفتار شامل بیش‌فعالی است که می‌تواند بی‌قراری، ناتوانی در نشستن در یک مکان، بی‌قراری، ناتوانی در شرکت در فعالیت‌های آرام، صحبت کردن یا رفتار حرکتی بیش از حد، دشواری در انتظار نوبت هنگام صحبت کردن یا شرکت در فعالیت‌های گروهی، و قطع مکرر افراد دیگر.

پزشکان هم‌چنین می‌توانند کودکان مبتلا به ADHD «نوع ترکیبی» را که حداقل به مدت ۶ ماه هر دو معیار را دارند، تشخیص دهند. آن‌ها می‌توانند ADHD «نوع عمدتاً بی‌توجه» را تشخیص دهند اگر کودک معیارهای بی‌توجهی را داشته باشد اما بیش‌فعالی-تکانشگری را در ۶ ماه گذشته نداشته باشد. در نهایت، پزشکان می‌توانند کودکان را به عنوان «عمدتاً بیش‌فعال-تکانشی» تشخیص دهند، اگر آن‌ها مجموعه دوم معیارها را داشته باشند اما در ۶ ماه گذشته بی‌توجهی نشان نداده باشند.

محققان میانگین شیوع ADHD را در سراسر جهان ۵٫۲۹ درصد تخمین می‌زنند، اما میزان شیوع به طور گسترده‌ای بر اساس کشور و منطقه جهان متفاوت است (شکل ۱) (پولانچیک و همکاران،

۲۰۰۷). با وجود این تفاوت‌ها، به نظر می‌رسد که شیوع آن در مردان بیش‌تر از زنان و در کودکان بیش‌تر از نوجوانان است.

با حرکت به سمت درک تصویر بالینی ADHD، واضح است که کودکانی که این اختلال را تجربه می‌کنند، می‌توانند با چالش‌های زیادی روبه‌رو شوند که تا بزرگسالی ادامه می‌یابد (سایال و همکاران، ۲۰۱۷). در طول سال‌های مدرسه، ADHD کودکان را در معرض خطر دریافت نمرات پایین‌تر، و هم‌چنین برای نشان دادن مشکلات انضباطی مکرر که نیاز به قرار دادن در کلاس‌های آموزشی ویژه دارد، قرار می‌دهد (ویلنز، فاراون و بیدرمن، ۲۰۰۴). با رسیدن به اوایل بزرگسالی، کودکان مبتلا به ADHD بیش‌تر به اختلالات مصرف مواد مبتلا می‌شوند (ویلنز و همکاران، ۲۰۱۱).

اگرچه محققان و پزشکان زمانی فکر می‌کردند که علائم ADHD در نوجوانی کاهش می‌یابد، شواهد فزاینده نشان می‌دهد که افراد مبتلا به ADHD هم‌چنان در دوران نوجوانی و بزرگسالی علائم را تجربه می‌کنند. این تصویر بیش‌فعالی را تغییر داده است، بیش‌فعالی که در دوران پیش‌دبستانی و اوایل دوران کودکی مشهود است در سنین نوجوانی کاهش می‌یابد. با این وجود، افراد هم‌چنان در حفظ تمرکز توجه با مشکل مواجه هستند.

با ورود کودکان به سنین نوجوانی، اگر ADHD آن‌ها درمان نشود، طیف وسیعی از مشکلات رفتاری، تحصیلی و بین‌فردی را نشان می‌دهند که مشکلات جدی برای آن‌ها ایجاد می‌کند و در روابط آن‌ها با خانواده، دوستان و مربیان چالش‌هایی ایجاد می‌کند. آن‌ها نسبت به هم‌سن و سال‌های خود بالغ‌تر هستند و بیش‌تر با والدین خود درگیر می‌شوند، مهارت‌های اجتماعی بسیار ضعیفی دارند و فعالیت‌های پرخطرتری مانند سوء مصرف مواد، رابطه جنسی غیرایمن و بی‌ملاحظگی در رانندگی انجام می‌دهند. (رزنیک، ۲۰۰۵).

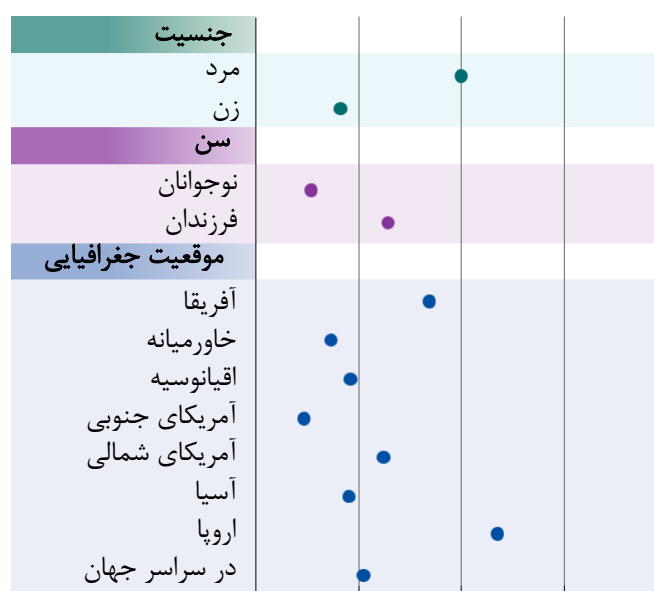
مربیان و پزشکان احتمالاً قادر به تشخیص ADHD در دختران، که علائم آن کم‌تر از پسران آشکار است، نیستند. در دختران، ADHD ممکن است شامل علائمی مانند فراموشی غیر معمول، بی‌نظمی، عزت نفس پایین و تضعیف روحیه باشد. برخلاف پسران، دختران مبتلا به ADHD تمایل دارند علائم خود را درونی کنند و مضطرب، افسرده و از نظر اجتماعی گوشه‌گیر شوند

(کوئین، ۲۰۰۵). بنابراین، دخترانی که این علائم ADHD را نشان می‌دهند ممکن است به عنوان یک اختلال افسردگی یا اضطراب دیده شوند و ممکن است درمان مناسب دریافت نکنند.

یک مورد کوچک

اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی

مادر زمان به تازگی با معلم پسرش جلسه‌ای داشته است که می‌گوید زمان، پسر ۷ ساله ایرانی، در کلاس به شدت بی‌قرار و حواس پرت بوده است. هر چند دقیقه یکبار از روی میز بلند می‌شود و در حال کاوش در یک قفسه کتاب است یا از پنجره به بیرون نگاه می‌کند. وقتی روی صندلی خود قرار می‌گیرد، پاهایش را به جلو و عقب می‌زند، انگشتانش را روی میز می‌کوبد، به اطراف جابجا می‌شود و به طور کلی بسیار پرتحرک است. او ممکن است بخواهد سه بار در یک ساعت به دستشویی برود. او خیلی سریع صحبت می‌کند و ایده‌هایش به خوبی سازماندهی نشده است. در طول تعطیلات، زمان پرخاشگر است و بسیاری از قوانین زمین بازی را زیر پا می‌گذارد. مادرش توصیف معلم از زمان را با داستان‌های مشابه درباره رفتار او در خانه تایید می‌کند. اگرچه زمان از هوش عادی برخوردار است، اما نمی‌تواند بیش از چند دقیقه توجه متمرکز خود را بر روی یک فعالیت حفظ کند.



برآورد شیوع (%)

شکل ۱ شیوع ADHD در سراسر جهان

منبع: پولانچیک و همکاران، ۲۰۰۷، «شیوع جهانی ADHD: یک بررسی سیستماتیک و تجزیه و تحلیل فرا رگرسیون»، مجله آمریکایی روانپزشکی، ۱۶۴ (۶): ۹۴۲-۹۴۸.

ADHD در بزرگسالان

ADHD که زمانی به عنوان یک اختلال محدود به دوران کودکی در نظر گرفته می‌شد، اکنون به عنوان یک پتانسیل ادامه یافتن در بزرگسالی دیده می‌شود. شاید ۴ درصد از بزرگسالان ایالات متحده با تعداد تقریباً مساوی از مردان و زنان مبتلا به این بیماری معیارهای تشخیصی این اختلال را داشته باشند (کسلر، آدلر، و همکاران، ۲۰۰۶). بعید است که ADHD برای اولین بار در افراد بالغ ظاهر شود، اما در عوض به درستی زودتر تشخیص داده شده است. این ممکن است مخصوصاً برای افرادی که در کودکی علائم بی‌توجهی داشته‌اند اما اختلال ایجاد نکرده‌اند صادق باشد.

علائم ADHD در بزرگسالان به اشکال مختلف نسبت به کودکان ظاهر می‌شود. در حالی که کودکان ممکن است شواهد بیش‌تری از بی‌قراری و تکانشگری نشان دهند، ADHD در بزرگسالان به صورت مشکلاتی در حفظ تمرکز نشان داده می‌شود (کسلر و همکاران، ۲۰۱۰). با انعکاس ناهنجاری‌ها در عملکرد اجرایی، افراد بزرگسال مبتلا به ADHD بیش‌تر در سازماندهی وظایف دچار مشکل می‌شوند، اشتباهات ناشی از بی‌دقتی را مرتکب می‌شوند، چیزهایی را از دست می‌دهند، و در کارهایی که نیازمند اولویت‌بندی فعالیت‌ها بر اساس اهمیت هستند، ضعیف‌تر عمل می‌کنند.

بنابراین، بزرگسالان مبتلا به ADHD در زندگی روزمره خود در طراحی روال‌های معمول مشکل دارند، در مدیریت زمان و پول خود دچار مشکل می‌شوند و تکمیل کار آکادمیک یا انجام وظایف شغلی برایشان مشکل است. در طول بزرگسالی، به ویژه مردان در معرض خطر بیش‌تری برای تصادفات خودرو و دریافت جریمه‌های وسایل نقلیه در حال حرکت هستند (کاکس، کاکس، و کاکس، ۲۰۱۱).

درصد کمی از بزرگسالان مبتلا به ADHD می‌توانند انرژی و بی‌قراری بیش از حد خود را به سمت تلاش‌های خلاقانه مانند سرمایه‌گذاری‌های کارآفرینانه هدایت کنند (وایس و موری، ۲۰۰۳)،

اگرچه ناتوانی آن‌ها در حفظ توجه و تعهد به یک پروژه ممکن است احتمال موفقیت آن‌ها را برای هر دوره زمانی طولانی محدود کند.

زنان مبتلا به ADHD کم‌تر احتمال دارد که رفتارهای پرخطری را که در مردان دیده می‌شود نشان دهند. در عوض، آن‌ها به احتمال زیاد نارسایی، مشکلات سازمانی، تکانشگری و بی‌توجهی را تجربه می‌کنند، ویژگی‌هایی که در صورت تداخل با فرزندپروری مداوم مورد توجه قرار می‌گیرند (کوین، ۲۰۰۵).

به طور معمول، علائم ADHD می‌تواند بزرگسالان مبتلا به این اختلال را به مشکلات جدی در روابط سوق دهد، چه رابطه با یک شریک صمیمی باشد، چه یک همکار، یک آشنا یا حتی یک غریبه (بارکلی، ۲۰۱۷). از آن‌جا که به راحتی خسته می‌شوند، بزرگسالان مبتلا به ADHD با شروع بحث با افراد نزدیک خود به دنبال هیجان هستند. گوش دادن به دیگران برایشان مشکل است، ممکن است فقط بخش‌هایی از مکالمه را بشنوند، مستعد قطع صحبت هستند و در حالی که دیگران سعی می‌کنند صحبت کنند صحبت می‌کنند. آن‌ها به صورت بداخلاق و سرسخت، شرکای صمیمی خود را با تکانشگری، تصمیم‌گیری ضعیف و مدیریت نامناسب پول تحریک می‌کنند. مشکلات دیگری در روابط آن‌ها به دلیل بی‌نظمی، فراموشی، تاخیر مزمن، جابه‌جایی مکرر اشیاء در اطراف خانه و به طور کلی فقدان قابلیت اطمینان در آن‌ها ایجاد می‌شود (رایینز، ۲۰۰۵).

تأثیرات احتمالی ADHD بر تمایل فرد به رفتار انحرافی یا ضد اجتماعی حتی جدی‌تر است (بارکلی و مورفی، ۲۰۱۱). ADHD هم‌چنین ممکن است افراد را مستعد ابتلا به اختلالات مصرف مواد و هم‌چنین میزان بالای سیگار کشیدن کند (ویلنز، ۲۰۱۱).



کودکان و نوجوانانی که از ADHD رنج می‌برند، به دلیل علائمی مانند بی‌توجهی و بی‌قراری شدید، مشکلات قابل توجهی را در انجام تکالیف مدرسه تجربه می‌کنند. بسیاری از محققان بر این باورند که این اختلال تحت تاثیر عوامل محیطی و اجتماعی-فرهنگی است.

Implementar Films/Alamy Stock Photo©

نظریه ها و درمان ADHD

عوامل بیولوژیکی ADHD توسط مطالعات خانوادگی، دوقلوها، فرزندخواندگی و ژنتیک مولکولی به خوبی مشخص شده است. محققان میزان وراثت ADHD را تا ۷۶ درصد تخمین می‌زنند (فاراونه و همکاران، ۲۰۰۵) که بالاترین میزان اختلالات روانپزشکی است. مطالعات بر روی افراد مبتلا به ADHD شواهدی مبنی بر دخالت چندین ژن مرتبط با دوپامین پیدا کرده است که نشان می‌دهد کمبود در الگوهای پاداش ممکن است در علائم این اختلال نقش داشته باشد (ولکو و همکاران، ۲۰۰۹).

محققان هم‌چنین ناهنجاری‌های ساختاری مغز را در افراد مبتلا به ADHD یافته‌اند و معتقدند شبکه‌ای از نواحی مغزی مرتبط با هم در اختلال در عملکردهای توجه-اجرای این افراد نقش دارد. به عنوان مثال، MRI کودکان مبتلا به ADHD در یک مطالعه اخیر نشان داد که به طور متوسط ۹ درصد حجم کم‌تری در قشر مغز و اختلال در مدارهای لازم برای تنظیم کنترل حرکتی دارند (کیو و همکاران، ۲۰۱۱).

بسته به همبودی با سایر اختلالات، ممکن است انواع فرعی از ADHD وجود داشته باشد، مانند اختلالات خلقی یا اضطرابی، ناتوانی‌های یادگیری و رفتار یا اختلال نافرمانی مقابله‌ای (آدلر، بارکلی، ویلنز و گینزبرگ، ۲۰۰۶). هر یک از این زیرگروه‌ها ممکن است الگوی متفاوتی از وراثت خانوادگی، عوامل خطر، نوروبیولوژی، و پاسخ به داروها داشته باشند (بیدرمن، میک، فاراون و بریک، ۲۰۰۱).

با گره زدن ناهنجاری‌های بیولوژیکی و مشکلات رفتاری در ADHD، نظریه ADHD بارکلی (۱۹۹۷) پیشنهاد می‌کند که اختلال اصلی ناتوانی در مهار پاسخ‌ها به دلیل ناهنجاری در قشر پیش‌پیشانی و نحوه ارتباط آن با سایر قسمت‌های مغز است. این اختلال در بازداری پاسخ خود را در چهار حوزه از عملکرد فرد نشان می‌دهد: (۱) حافظه فعال. (۲) درونی کردن گفتار خودراهربر. (۳) خود تنظیمی عاطفه، انگیزه و سطح برانگیختگی. و (۴) بازسازی - توانایی تجزیه رفتارهای مشاهده

شده به اجزای مولفه‌ای که می‌توانند به رفتارهای جدید برای رسیدن به یک هدف ترکیب شوند. علاوه بر این، طبق گفته بارکلی، کودکان مبتلا به ADHD در طول زمان در ایجاد جهت‌گیری آینده و احساس خود ناکام هستند.

در نظر بگیرید که چگونه هر یک از این اختلالات در رفتار کودک بیان می‌شود. مشکلات حافظه فعال باعث می‌شود کودک در پیگیری زمان و به خاطر سپردن مواردی مانند ضرب الاجل و تعهدات دچار مشکل شود. وجود اختلال درونی‌سازی گفتار خودراهر به این معنی است که این کودکان نمی‌توانند افکار خود را برای خود نگه دارند یا درگیر خودپرستی خصوصی یا خودراهنمایی نمی‌شوند. اختلال در خودتنظیمی خلق و خو و انگیزه آن‌ها باعث می‌شود که تمام احساسات خود را بدون سانسور به صورت ظاهری نشان دهند، در حالی که نمی‌توانند محرک و انگیزه خود را تنظیم کنند. اختلال در توانایی آن‌ها در بازسازی باعث می‌شود که این کودکان کمتر قادر به حل مشکلات باشند، زیرا آن‌ها قادر به تجزیه و تحلیل رفتارها و ترکیب رفتارهای جدید نیستند.

نظریه بارکلی هم‌چنان مورد حمایت قرار می‌گیرد. اخیراً، او مقیاسی را برای اندازه‌گیری عملکرد اجرایی در بزرگسالان ابداع کرده است که خود مدیریتی را با توجه به زمان، خودسازماندهی و حل مسئله، خود انضباطی، خودانگیختگی و خود فعال سازی/ تمرکز ارزیابی می‌کند. بزرگسالان مبتلا به ADHD نه تنها در این رتبه‌بندی‌ها، بلکه در امتیازات مربوط به معیارهای رفتار انحرافی در زندگی روزمره، از جمله اعمال ضداجتماعی، انواع جنایات و جرایم رانندگی مرتکب شده در حین رانندگی، اختلال نشان می‌دهند (بارکلی و مورفی، ۲۰۱۱). موارد نمونه از مقیاس عملکرد اجرایی بزرگسالان در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳ موارد نمونه از مقیاس رتبه بندی عملکرد اجرایی ADHD بزرگسالان

هر آیتم در مقیاس لیکرت ۱ تا ۴ درجه‌بندی می‌شود (۱=به ندرت یا اصلاً؛ ۲=گاهی؛ ۳=غالباً؛ ۴=خیلی اوقات).	
اقدام نمونه	مقیاس
انجام کارها را به تعویق بیندازید یا به آخرین لحظه موکول کنید	خود مدیریتی به زمان
تاخیر در رفتن محل کار یا قرارهای برنامه‌ریزی شده	

خود سازماندهی و حل مسئله	وقتی می‌خواهم چیزی را برای دیگران توضیح دهم، اغلب رشته کلام از دستم در می‌رود نمی‌توانم «در حالت ایستاده فکر کنم» یا به اندازه دیگران به رویدادهای غیرمنتظره پاسخ موثری بدهم
انضباط شخصی	نظرات تکانشی را برای دیگران بنویسید مشکل در پیروی از قوانین در یک موقعیت
خود انگیزشی	احتمالا در کارم راه‌های کوتاهی را طی می‌کنم و تمام کارهایی را که قرار است انجام دهم، انجام ندهم دیگران به من می‌گویند تنبل یا بی انگیزه هستم
خود فعال‌سازی/ تمرکز	وقتی باید روی چیزی تمرکز کنم به راحتی با افکار بی‌ربط حواسم پرت می‌شود در موقعیت‌های خسته کننده در هوشیاری یا بیدار ماندن مشکل دارید

منبع: (۲۰۰۹). Gersten, R., Beckman, S., Clarke, B., Foegen, A., Marsh, L., Star, JR, & Witzel, B. کمک به دانش

آموزانی که با ریاضیات دست و پنجه نرم می‌کنند: پاسخ به مداخله (TR۱) برای مدارس ابتدایی و راهنمایی (۴۰۶۰-۲۰۰۹ NCEE).

واشنگتن دی سی: مرکز ملی ارزیابی آموزش و کمک‌های منطقه‌ای، موسسه علوم آموزشی، وزارت آموزش ایالات متحده.

شما قضاوت کنید

تجویز داروهای روانپزشکی برای کودکان

تحقیقات بر روی شرکت کنندگان انسانی در هر سنی مستلزم آن است که محققین اصول اخلاقی روانشناسان و آئین نامه رفتار APA را به شدت رعایت کنند. با این حال، در مورد کودکان، با توجه به این که آن‌ها جمعیت‌های آسیب‌پذیری هستند، مسائل به طور قابل توجهی تغییر می‌کند. این بدان معناست که آن‌ها ممکن است در معرض افزایش خطر سوء استفاده و بهره‌کشی باشند. در نتیجه، برای دهه‌ها، محققان از انجام مطالعاتی برای آزمایش اثربخشی داروهای روان‌درمانی بر روی کودکان اجتناب می‌کردند تا از قرار گرفتن آن‌ها در معرض آسیب‌های غیرضروری در طول آزمایش‌های تحقیقاتی اجتناب کنند. بدون هیچ داده قطعی در مورد اثربخشی، ایمنی، یا اقدامات دارویی که بر اساس توصیه‌های درمانی باشد، روان‌پزشکان بیماران کودکان خود را با استفاده از نسخه‌های به اصطلاح «خارج از برچسب» که تاییدیه سازمان غذا و داروی ایالات متحده (FDA) را دریافت نکرده بودند، درمان کردند.

عمل تجویز داروهای بدون برچسب برای اختلالات در ایالات متحده رایج است، اما به دلیل مشکلات انجام تحقیقات روی کودکان، این نسخه‌ها اغلب برای این جمعیت هدف قرار می‌گیرند. FDA هیچ اختیاری برای تنظیم روشی که پزشکان از طریق آن طبابت می‌کنند ندارد، بنابراین پزشکان باید تصمیم خود را در مورد تجویز داروی بدون برچسب برای کودک بگیرند. در این فرآیند، آن‌ها باید مزایای بالقوه را با خطرات دارو متعادل کنند. با مطالعات اندکی در مورد ایمنی و اثربخشی داروها، پزشکان بر تجربه خود تکیه می‌کنند (اسپتی و آرنولد، ۲۰۰۷).

بنابراین ممکن است کودکان نسبت به سایر جمعیت‌هایی که اطلاعات گسترده‌ای در مورد آن‌ها وجود دارد در معرض خطر بیش‌تری از عوارض جانبی قرار بگیرند. این وضعیت در سال ۲۰۰۳ هنگامی که FDA گزارش‌هایی را دریافت کرد که نشان دهنده ارتباط بین استفاده از SSRI در نوجوانان و افزایش خطر آسیب به خود و افکار خودکشی بود، به طرز چشمگیری آشکار شد. تا سال ۲۰۰۷، این داروها هشدارهای «جعبه سیاه» را از FDA دریافت کرده بودند: هشدارهایی که در داخل بسته‌بندی داروهای تجویزی خاص برای جلب توجه به خطرات جدی وجود دارد. این هشدارهای جدید نه تنها برای کودکان و نوجوانان، بلکه برای بزرگسالان جوان نیز اعمال می‌شود. از آنجایی که FDA اطلاعات گسترده‌ای در مورد استفاده از این داروها برای جوانان در اختیار نداشت،

مدیران آن از اطلاعاتی که در اختیار داشتند برای صدور این حکم استفاده کردند. اطلاعات بسیار بیش‌تری در مورد این داروها در حال حاضر در دسترس است، که نشان می‌دهد که داروهای ضد افسردگی ممکن است در واقع خطر خودکشی را در این جمعیت در طول دوره درمان ادامه دهند (دادلی، گلدنی و هازی-پاولوویچ، ۲۰۱۰).

۱. سوال: شما قضاوت کنید: آیا محققان باید مطالعات بیش‌تری در مورد داروهای روان درمانی با کودکان انجام دهند؟ آیا خطرات عوارض جانبی که ممکن است در طول این تحقیق رخ دهد چنین تحقیقاتی را توجیه می‌کند؟ علاوه بر این، اگر محققان متوجه شوند که یک دارو دارای عوارض جانبی مضر است، متخصصان سلامت چگونه باید این موارد را در مقابل فواید احتمالی ارزیابی کنند؟

اگرچه ناهنجاری‌های عملکردی و ساختاری در مغز افراد مبتلا به ADHD یافت می‌شود، اما اکثر محققان معتقدند این اختلال از تعامل بین آسیب‌پذیری ژنتیکی و قرار گرفتن در معرض عوامل استرس‌زای محیطی پدید می‌آید. این عوامل استرس‌زا عبارتند از عوارض تولد، آسیب اکتسابی مغز، قرار گرفتن در معرض مواد سمی، بیماری‌های عفونی و حتی استرس زناشویی والدین (مارتل و همکاران، ۲۰۱۱). فرزندان والدینی که در کودکی تشخیص داده شده است مبتلا به ADHD هستند نیز در معرض خطر بیش‌تری برای ابتلا به این اختلال هستند، به ویژه اگر در خانواده‌هایی با سطح تحصیلات و شغل پایین‌تر زندگی کنند (رولند و همکاران، ۲۰۱۷). کودکانی که ترومای بزرگی را در زندگی خود تجربه کرده‌اند نیز دارای میزان شیوع ADHD بالاتری هستند (شیلپسند و همکاران، ۲۰۱۷).

افراد مبتلا به ADHD که از دیدگاه بیولوژیکی تحت درمان قرار می‌گیرند، داروهایی را دریافت می‌کنند که برای کنترل علائم خود در نظر گرفته شده است. اگرچه بیش از ده‌ها نام تجاری وجود دارد که تحت آن‌ها چنین نسخه‌هایی نوشته می‌شود، اکثر داروها بر اساس متیل فنیدات (ریتالین) هستند.

طی چند دهه گذشته، شرکت‌های داروسازی پیشرفت‌های چشمگیری در توسعه داروهای موثر برای ADHD داشته‌اند، به طوری که داروهایی که اخیراً تولید شده‌اند، در فرمول‌های با رهایی

بیش‌تر، ماندگاری بیش‌تری دارند. اولین دسته از داروهای محرک، که شامل متیل فنیدیت بود، برای مدت کوتاهی (۳ تا ۵ ساعت) موثر بود و نیاز به دوزهای متعدد و به موقع در طول روز داشت. فرمول‌بندی‌های با رهایی بیش‌تر به یکی از دو روش کار می‌کنند: از طریق سیستم‌های تحویل بارگذاری شده که بعداً در فواصل دوز مصرف دارو کار می‌کنند، و از طریق سیستم‌های تحویل تک به تک به صورت ۵۰-۵۰ تحویل را به طور مساوی زود و دیر تقسیم می‌کنند. یکی از مزایای داروهای طولانی اثر این است که کم‌تر مورد سوء استفاده قرار می‌گیرند (مائو، بابکاک و برامز، ۲۰۱۱). هم‌چنین احتمال این‌که فرد مصرف دارو را فراموش کند کم‌تر است زیرا فاصله زمانی طولانی‌تری بین دوز وجود دارد.

Concerta یک محصول با برگشت بار است: ۲۲ درصد از دوز در پوشش فوری و ۷۸ درصد تقریباً ۴ ساعت پس از مصرف تحویل داده می‌شود. Adderall XR یک محصول تحویل به صورت ۵۰-۵۰ به صورت تکی است و اثر مصرف دو دوز مساوی را تقلید می‌کند. مدت اثر در بزرگسالان ۷ تا ۹ ساعت است (دادسون، ۲۰۰۵).

به عنوان جایگزینی برای متیل فنیدیت، گاهی اوقات داروهای ضد افسردگی برای افراد مبتلا به ADHD تجویز می‌شود. این‌ها عبارتند از بوپروپیون (Wellbutrin SR)، پمولین (Cylert)، اتوموکستین (Strattera) و ایمی پرامین (Tofranil). پزشکان از این داروها برای درمان ADHD خفیف تا متوسط استفاده می‌کنند، که برخی از اثرات آن از ۲ تا ۳ روز پس از شروع درمان ظاهر می‌شود. پزشکان معمولاً از این گروه از داروها برای افراد دارای علائم خفیف ADHD و علائم همزیستی (مانند اضطراب یا افسردگی)، شرایط پزشکی که منع مصرف محرک‌ها، اختلال تیک یا اختلال تورت (در ادامه در این فصل بحث خواهد شد) و سابقه سوء مصرف مواد استفاده می‌کنند. (دادسون، ۲۰۰۵). با این حال، متیل فنیدیت را می‌توان با داروهای ضد افسردگی یا ضد روان‌پریشی تجویز کرد.

والدین به طور قابل درک نگران عوارض جانبی استفاده از محرک توسط فرزندانشان هستند که نیاز به درمان ADHD دارند. برخی از کودکانی که از این دارو استفاده می‌کنند دچار مشکل خواب و کاهش اشتها هستند. عوارض جانبی جدی‌تر زمانی رخ می‌دهد که کودک دچار تکان‌های بدنی غیرقابل کنترل و کلامی می‌شود. رشد کودک نیز ممکن است به طور موقت سرکوب شود.

منتقدان معتقدند که پزشکان داروهای محرک را برای ADHD بیش از حد تجویز می‌کنند و از دارو به عنوان مداخله اولیه و اغلب تنها برای مقابله با مشکلات رفتاری استفاده می‌کنند. علاوه بر این، بر اساس مدل‌های حیوانی، استفاده طولانی‌مدت از محرک‌هایی مانند ریتالین ممکن است پیامدهای عصبی-رفتاری مداومی را برانگیزد که در واقع علائم ADHD را تشدید می‌کند (مارکو و همکاران، ۲۰۱۱).

آموزش روانی

درمان حرفه‌ای ارائه شده که روان درمانی را با مداخلات آموزشی ادغام می‌کند.

در حوزه غیردارویی، تعدادی از مداخلات در کاهش علائم ADHD و کمک به افراد مبتلا به این بیماری در عملکرد بین فردی و احساس بهتر نسبت به خود موثر هستند. مورفی (۲۰۰۵) یک رویکرد چند جانبه برای درمان روانی اجتماعی را ترسیم می‌کند. اگرچه او بر درمان نوجوانان و بزرگسالان مبتلا به ADHD تمرکز دارد، اما می‌توانیم برخی از استراتژی‌ها را برای خانواده‌های کودکان مبتلا به ADHD اعمال کنیم. هشت استراتژی به شرح زیر است:

۱. **آموزش روانی** یا درمان حرفه‌ای ارائه شده که روان درمانی را با مداخلات آموزشی ادغام می‌کند، نقطه شروع است، زیرا هرچه افراد مبتلا به ADHD بیش‌تر در مورد وضعیت خود و نحوه تاثیر آن بدانند، بهتر می‌توانند تاثیر این اختلال را بر عملکرد روزانه خود درک کنند و راهبردهای مقابله‌ای را توسعه دهند. آموزش روانی امید و خوش بینی را القا می‌کند، زیرا فرد شرایط را قابل درمان می‌داند و شروع به انتظار می‌کند که با شروع تغییرات، زندگی بهتر شود.

۲. **درمان‌های روان‌شناختی**، مانند درمان فردی، زمینه‌ای را فراهم می‌کنند که در آن پزشکان و مراجعان‌شان می‌توانند اهداف درمانی را تعیین کنند، تعارض‌ها و مشکلات را حل کنند، گذارهای زندگی را مدیریت کنند، و مشکلات همزیستی مانند افسردگی و اضطراب را درمان کنند. تکنیک‌های خاص، مانند راهبردهای شناختی-رفتاری، می‌توانند به مراجع کمک کنند تا رفتار ناسازگارانه و الگوهای فکری را که با عملکرد روزانه تداخل دارند، تغییر دهند. الگوهای فکری ناسازگار معمولاً در نتیجه پیام‌های منفی مکرر معلمان، والدین و همسالان جا افتاده است.

۳. **آموزش رفتاری و خودمدیریتی جبرانی**، فرصت ایجاد مهارت‌ها را با گنجاندن ساختار و روال بیش‌تر در زندگی فرد فراهم می‌کند. استراتژی‌های ساده می‌توانند قابلیت مدیریت وظایف و مسئولیت‌های روزمره را افزایش دهند. این‌ها شامل تهیه فهرست کارها، استفاده از کتاب‌های قرار ملاقات، نگه داشتن دفترچه یادداشت در مکان‌های مفید و داشتن چندین مجموعه کلید است.

۴. سایر درمان‌های روان‌شناختی، مانند مشاوره زناشویی، خانواده‌درمانی، مشاوره شغلی، گروه درمانی و برنامه‌ریزی دانشگاه نیز فرصت‌هایی را برای ارزیابی راه‌های مختلفی که علائم ADHD بر انتخاب‌های زندگی و افرادی که با آن‌ها درگیر هستند، فراهم می‌کنند.

۵. کوچینگ، مداخله‌ای که اخیراً توسعه یافته است، شامل مشاوره با یک متخصص است که می‌تواند به فرد مبتلا به ADHD کمک کند تا بر اجرای عملی اهداف تمرکز کند. به عبارت دیگر، مربی به فرد کمک می‌کند تا راه‌هایی را برای انجام کارها از طریق رویکردی عمل‌گرایانه، رفتاری و نتیجه‌گرا بیابد.

۶. برنامه‌های رایانه‌ای مبتنی بر فناوری می‌توانند به افراد دارای ADHD کمک کنند به ابزارها و دستگاه‌هایی دسترسی پیدا کنند که به آن‌ها کمک می‌کند تا ارتباط موثرتری برقرار کنند، بنویسند، دیکته کنند، سازماندهی شوند، اطلاعات را به خاطر بسپارند، طبق برنامه‌ریزی پیش بروند و زمان را پیگیری کنند.

۷. محل اقامت مدرسه و محل کار می‌تواند بهره‌وری را تسهیل کند و حواس پرتی را به حداقل برساند. دانش‌آموزان و کارمندان مبتلا به ADHD معمولاً در محیط‌های ساکت و بدون حواس پرتی بهتر کار می‌کنند. همچنین زمانی که بازبینی‌های عملکردی بیش‌تری دریافت می‌کنند تا به شکل‌دهی عملکرد و تعیین اولویت‌ها کمک کنند، احتمال موفقیت بیش‌تری دارند. معلمان و سرپرستان باید وظایف را به گونه‌ای بازسازی کنند که از توانایی‌ها و استعداد‌های فرد استفاده کند.

۸. وکالت، به ویژه در قالب دفاع از خود، در رسیدن به موفقیت بسیار مهم است. اگرچه افشای جنبه‌های ناتوان‌کننده ADHD برای دیگران برای اکثر افراد دشوار است، اما ممکن است متوجه شوند که توضیح دادن وضعیت خود شرایط را برای همه افراد درگیر بهبود می‌بخشد.

این رویکرد چند جانبه بدیهی است که برای نوجوانان و بزرگسالانی که می‌توانند مسئولیت مدیریتی بیش‌تری را برای زندگی خود به عهده بگیرند، مناسب‌تر است. با این حال، پزشکان، والدین و معلمان که کودکان مبتلا به ADHD را درمان می‌کنند، می‌توانند برخی از این استراتژی‌ها را تطبیق دهند، که همچنین می‌توانند با محرک‌ها به عنوان بخشی از یک مداخله یکپارچه ترکیب شوند (برگین و بارکلی، ۲۰۰۵).

ضمناً در رویکرد رفتاری این مفهوم وجود دارد که خانواده باید یاد بگیرند که از روش‌های رفتاری استفاده کنند و مستقیماً خودشان را در کمک به فرزندشان در کاهش رفتارهای مخرب مشارکت

دهند. هماهنگی این تلاش‌ها با مداخله قابل مقایسه توسط معلمان کلاس، شانس کمک به کودک برای دستیابی به خودکنترلی بهتر را افزایش می‌دهد.

۵,۵ اختلالات حرکتی

اختلال هماهنگی رشدی

شکل اولیه اختلال حرکتی اختلال هماهنگی رشدی است. کودکان مبتلا به این اختلال که به طور شگفت‌انگیزی رایج است، اختلالات قابل توجهی در توانایی‌های خود برای هماهنگ کردن حرکات دست‌ها و پاهایشان تجربه می‌کنند. اختلال هماهنگی رشدی که بر ۶ درصد کودکان تاثیر می‌گذارد، می‌تواند منجر به مشکلاتی در پیشرفت تحصیلی و توانایی درگیر شدن در کارهای عادی زندگی روزمره شود (ناس و راس، ۲۰۰۸). ممکن است انواع فرعی اختلال هماهنگی رشدی وجود داشته باشد که یکی از آن‌ها هماهنگی چشم و دست را محدود می‌کند و دیگری باعث ایجاد مشکلات بینایی-فضایی می‌شود (وایور-دورت و همکاران، ۲۰۱۱). کودکانی که اختلال هماهنگی آن‌ها نشان دهنده نقص در عملکرد اجرایی است، به این معنی که نمی‌توانند بر عملکردهای حرکتی خود کنترل داشته باشند، نشان دهنده زیرگروه مهم دیگری هستند (میشل، مولیتور و اشنايدر، ۲۰۱۸).

اختلال هماهنگی رشدی

یک اختلال حرکتی که با اختلال مشخص در توسعه هماهنگی حرکتی مشخص می‌شود.

در دوران نوزادی و اوایل کودکی، کودکان مبتلا به اختلال هماهنگی رشدی در چهار دست و پا رفتن، راه رفتن و نشستن مشکل دارند. همان‌طور که آن‌ها رشد می‌کنند، عملکرد آن‌ها در سایر وظایف مربوط به سن نیز کم‌تر از حد متوسط است. آن‌ها ممکن است نتوانند بند کفش خود را ببندند، توپ بازی کنند، پازل را کامل کنند یا حتی خوانا بنویسند. در نتیجه، آن‌ها ممکن است مشکلات عزت نفس پایین را تجربه کنند. علاوه بر این، عدم هماهنگی آن‌ها ممکن است باعث شود آن‌ها کم‌تر بتوانند در برنامه‌های ورزشی و تمرینی شرکت کنند و باعث اضافه وزن آن‌ها شود.



این کودک از یک اختلال هماهنگی رشدی رنج می‌برد و یادگیری نظم دادن به اشیاء را با سرعت رشد هنجاری برای او دشوار می‌کند.

Nicholas Kamm/Getty Images ©

با توجه به پیچیدگی علائم، به نظر می‌رسد کودکان مبتلا به اختلال حرکتی از یک رویکرد یکپارچه بهره می‌برند که نیازهای مراجعان و خانواده‌هایشان را در مراحل اولیه، زمانی که علائم برای اولین بار ظاهر می‌شوند، شناسایی می‌کند. سپس یک رویکرد یکپارچه برای ارزیابی می‌تواند ادامه یابد که در آن کودکان، خانواده‌ها و متخصصان دیدگاه‌های خود را در مورد علائم کودک به اشتراک می‌گذارند و شروع به تدوین اهداف درمانی می‌کنند. در مرحله بعد، متخصصان، والدین و کودکان، با بهره‌گیری از منابع جامعه، نحوه ادامه مداخله را برنامه‌ریزی می‌کنند. در این‌جا دوباره، همه باید در تعیین اهداف برای کودک همکاری کنند. آن‌ها باید مداخلات برنامه‌ریزی شده خود را بر اساس درمان‌های مبتنی بر شواهد قرار دهند. در نهایت، تیم مداخله باید راهبردهایی را توسعه دهد که به حمایت از کودکان و خانواده‌هایشان در هنگام گذار به خودمدیریتی در خانه ادامه دهد.

تیک

یک حرکت سریع، تکرار شونده، غیرارادی یا صدا.

اختلالات تیک

تیک یک حرکت یا صداگذاری سریع، تکرار شونده و غیرارادی است. انواع مختلفی از اختلالات تیک وجود دارد. نمونه‌هایی از تیک‌های حرکتی عبارتند از پلک زدن چشم، انقباضات صورت و شانه بالا انداختن. تیک‌های صوتی شامل سرفه، غرغر کردن، خرخر کردن، کوپرولالیا (اظهار فحاشی) و کلیک زبان است.

اختلال تور

اختلالی که شامل ترکیبی از تیک‌های حرکتی و صوتی مزمن است.

اختلال تورت شاید شناخته شده‌ترین اختلال تیک باشد که تقریباً ۱ درصد از کودکان را تحت تاثیر قرار می‌دهد که اکثریت آن‌ها مرد هستند. افراد مبتلا به این اختلال ترکیبی از تیک‌های حرکتی و صوتی مزمن را تجربه می‌کنند. اختلال آن‌ها به تدریج و اغلب با یک تیک منفرد مانند پلک زدن شروع می‌شود که به مرور زمان به رفتارهای پیچیده‌تر تبدیل می‌شود. تیک‌ها می‌توانند شامل حرکات غیرقابل کنترل سر و گاهی قسمت‌هایی از بالاتنه باشند. در برخی موارد، افراد درگیر حرکات بدنی پیچیده‌ای می‌شوند که شامل لمس کردن، چمباتمه زدن، چرخاندن یا عقب رفتن مراحل می‌شود. در عین حال، آن‌ها آواهایی را به زبان می‌آورند که برای دیگران عجیب به نظر می‌رسد. برای مثال، یک فرد ممکن است یک رفتار تیک پیچیده داشته باشد که در آن سر خود را دور گردنش می‌چرخاند در حالی که بو می‌کشد و پارس می‌کند. تنها در درصد کمی از موارد، افراد مبتلا به اختلال تورت فحاشی می‌کنند

این یک وضعیت گذرا نیست، بلکه می‌تواند مادام‌العمر باشد و در دوران کودکی یا نوجوانی شروع شود. افراد مبتلا به این اختلال علائم روانی دیگری نیز دارند که شایع‌ترین آن‌ها علائم وسواس فکری، مشکلات گفتاری و مشکلات توجه است. نقص در مکانیزم‌های بازدارنده مغز در قشر جلوی مغز ممکن است در اختلال تورت دخیل باشد، ویژگی‌ای که با اختلال وسواس فکری اجباری و ADHD مشترک است (آلیان و همکاران، ۲۰۱۱). این وضعیت ممکن است تا بزرگسالی خود به خود برطرف شود، زیرا ساختارهای مغزی که تیک‌ها را مهار می‌کنند بالغ می‌شوند.

کودکان مبتلا به تورت می‌توانند از مداخلات آموزشی که به تقویت عزت نفس و ارائه مشاوره حمایتی کمک می‌کند، بهره‌مند شوند. با این حال، اگر تیک‌ها دردناک، آسیب‌رسان به خود (مانند خاراندن) و ناتوانی قابل توجهی باشند، پزشکان باید مداخله بیش‌تری کنند.

به صورت سیستماتیک افراد مبتلا به این علائم می‌توانند از نوعی درمان شناختی-رفتاری که از تغییر عادت استفاده می‌کند بهره‌مند شوند. در این رویکرد، متخصص به مشتریان آموزش می‌دهد تا تیک‌های خود و احساسات پیش از آن‌ها را زیر نظر بگیرند و سپس با رفتاری داوطلبانه که از نظر فیزیکی با تیک‌ها ناسازگار است به آن‌ها پاسخ دهند.

درمان شناختی-رفتاری خط اول درمان است (مارتینو و پرینگشیم، ۲۰۱۸)، اما اگر ثابت شود که این درمان بی‌اثر است، پزشکان ممکن است فرد را تحت درمان دارویی-منطقی قرار دهند، که می‌

تواند شامل SSRI ها، عوامل ضد روان پریشی غیر معمول، و در موارد شدید موارد، تحریک عمیق مغز باشد. (بودمن و همکاران، ۲۰۱۸).

اختلال حرکتی کلیشه‌ای

کودکان مبتلا به اختلال حرکتی کلیشه‌ای درگیر رفتارهای تکراری و ظاهراً غیرعملکردی می‌شوند. این‌ها می‌تواند شامل تکان دادن دست، تکان دادن بدن، ضربه زدن به سر و گاز گرفتن و چیدن پوست آن‌ها باشد. همان‌طور که می‌توانید تصور کنید، این رفتارها می‌تواند در عملکرد طبیعی آن‌ها اختلال ایجاد کند و باعث آسیب آن‌ها شود. مهم است که اختلال حرکتی کلیشه‌ای را از حرکات تکراری نرمال رشدی که تخمین زده می‌شود در ۶۰ درصد کودکان بین سنین ۲ تا ۵ سال رخ دهد، تشخیص دهیم. گروه‌های فرعی از کودکان به ویژه درگیر اختلالات حرکتی کلیشه‌ای هستند، از جمله کودکان نابینا و کسانی که دارای تاخیر در رشد هستند.

برای کودکانی که واقعا آسیب دیده‌اند یا در نتیجه رفتارشان در معرض آسیب جدی قرار می‌گیرند، به نظر می‌رسد اصلاح رفتار موثرترین راه برای کمک به آن‌ها برای توقف درگیر شدن در رفتار باشد. می‌توان به والدین آموزش داد که چگونه از رفتار درمانی در خانه استفاده کنند، روشی موثر به ویژه برای کودکان بین سنین ۷ تا ۸ سال (اسپیچت و همکاران، ۲۰۱۷).

اختلال حرکتی کلیشه‌ای

اختلالی که در آن فرد درگیر رفتارهای تکراری و به ظاهر ناکارآمد می‌شود.

۵،۶ اختلالات رشد عصبی: دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی

اختلالاتی که در این فصل به آن‌ها پرداخته‌ایم شامل طیفی از شرایط است که به درجات مختلف، ترکیبی از تأثیرات بیولوژیکی، روانی و اجتماعی-فرهنگی را منعکس می‌کند. تأثیرات ژنتیکی بر بسیاری از این اختلالات به وضوح مشهود است، اما با این وجود، تعامل با بافت اجتماعی نقش مهمی ایفا می‌کند. علاوه بر این، از آنجایی که این اختلالات در اوایل زندگی شروع می‌شوند، این پتانسیل را دارند که اثرات روانی عمیقی بر روی فرد بگذارند. با توجه به اهمیت تجارب اولیه دوران کودکی به عنوان عوامل مؤثر در پیامدهای روانشناختی، عوامل خانواده نیز نقش مهمی ایفا می‌کنند.

همان‌طور که اختلالات تأثیرات متعددی را منعکس می‌کنند، درمان‌ها نیز تأثیرات متعددی دارند. در ارائه مداخلات به کودکان، پزشکان به طور موجهی نگران استفاده از دارو هستند. به نظر می‌رسد درمان از منظر رفتاری دارای چندین مزیت است، زیرا علائم کودکان ممکن است به ویژه پذیرای درمان‌هایی باشد که بر اصول تقویت تمرکز دارند.

رشد فوق‌العاده علاقه در چند دهه گذشته به شرایطی که می‌تواند بر کودکان تأثیر بگذارد به این معنی است که اطلاعات بسیار بیش‌تری در مورد علل و مداخلات نسبت به چند سال پیش در دسترس است. اگرچه مداخلات می‌تواند برای افراد در هر سنی موثر باشد، هدف قرار دادن کودکان در اسرع وقت می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا به نتایج مطلوبی دست یابند که می‌تواند زندگی آن‌ها را برای دهه‌های بعدی تحت تأثیر قرار دهد.

بازگشت به پرونده: جیسون نیومن

جیسون شروع به مصرف یک داروی محرک کرد و والدینش و خانم براونشتاین متوجه بهبود توانایی او در توجه و بی‌حرکت ماندن برای مدت طولانی‌تر شدند. اگرچه او همچنان احساس بی‌قراری می‌کرد، اما کار رفتاری جیسون با یک درمانگر در کلینیک شروع به کاهش رفتار مخرب او در مدرسه کرد. درمانگر همچنین با پم و جان برای ایجاد یک سیستم ثابت پاداش و تنبیه برای رفتار جیسون کار کرد. آن‌ها با هم متوجه شدند که به دلیل نظرات متفاوتشان در مورد سختگیری با جیسون، پم و جان پیام‌های تقویتی متفاوتی برای او ارسال

می‌کردند. به منظور تسهیل توافق در مورد نحوه تنبیه یا پاداش دادن به جیسون، پم و جان روی ایجاد یک سیستم تقویتی کار کردند که سپس با او در میان گذاشتند، به طوری که او بهتر در مورد این که در صورت رفتار نادرست از او انتظار دارد، مطلع شود. پس از چندین ماه دارو و درمان، و با بهبود توانایی والدینش در تنبیه او، جیسون در دوران مدرسه کم‌تر بیش فعال شد و نمرات او شروع به بهبود کرد. او با همکلاسی‌هایش بهتر کنار آمد و به لیگ بسکتبال پیوست که به او اجازه داد دوستانی پیدا کند و انرژی خود را به درستی هدایت کند.

تاملات دکتر توبین: افتراق بیش فعالی طبیعی در کودکان خردسال از علائم شدیدتر نشان دهنده ADHD می‌تواند دشوار باشد. دکتر اسکات در هنگام تشخیص جیسون، بر اساس توصیف پم از رفتار او در طول سال‌ها، به دقت این موضوع را در نظر گرفت. واضح بود که مشکلات رفتاری جیسون به شدت در توانایی او برای هدایت دوران کودکی عادی و رسیدن به تحصیلات تداخل داشت. به خصوص در مقایسه با برادرش نیکلاس، جیسون به وضوح با علائمی دست و پنجه نرم می‌کرد که فراتر از رفتار هنجاری دوران کودکی بود.

ADHD معمولاً در طول سال‌های دبستان تشخیص داده می‌شود، و اگرچه این اختلال می‌تواند تا نوجوانی ادامه یابد، اما با درمان مناسب مانند درمانی که جیسون دریافت می‌کند، علائم می‌تواند شروع به کاهش در بزرگسالی کند. قرار دادن کودکان در معرض مصرف داروهای محرک می‌تواند یک تصمیم اخلاقی دشوار باشد. با این حال، در مورد جیسون، دارو برای کمک به کاهش علائم بیش فعالی که او را در مدرسه با مشکل روبه‌رو می‌کرد و انجام رفتار درمانی را دشوار می‌کرد، مهم بود. با ادامه راهبردهای درمانی و رفتاری که توسط والدینش اجرا می‌شود، امید می‌رود در آینده نزدیک بتواند دارو را قطع کند.

خلاصه

- اختلالات رشد عصبی شامل اختلالاتی است که در اوایل زندگی، کودکان را تحت تاثیر قرار می‌دهد و به نظر می‌رسد با ایجاد ناهنجاری‌های مغزی بر عملکرد رفتاری آن‌ها تاثیر می‌گذارد.

- ناتوانی ذهنی به نقایص ذهنی و سازگاری اطلاق می‌شود که اولین بار در دوران کودکی مشهود است. ناهنجاری‌های ژنتیکی یک علت مهم هستند. سه عامل مهم ژنتیکی عبارتند از سندرم داون، فنیل کتونوری و سندرم X شکننده. یکی دیگر از اختلالات ژنتیکی بیماری تای ساکس است.
- خطرات زیست محیطی در دوران رشد دوران بارداری دسته دوم از علل ناتوانی ذهنی هستند. این خطرات که تراوتون نامیده می‌شوند شامل داروها و مواد شیمیایی سمی، سوء تغذیه مادر و عفونت در مادر در مراحل بحرانی رشد جنین است. مصرف الکل در دوران بارداری می‌تواند منجر به سندرم جنین الکلی (FAS) شود.
- افراد دارای ناتوانی ذهنی می‌توانند از مداخله زودهنگام با هدف آموزش هماهنگی حرکتی، استفاده از زبان و مهارت‌های اجتماعی بهره‌مند شوند. مربیان می‌توانند جریان اصلی را که آن‌ها را در کلاس‌های مدرسه معمولی ادغام می‌کند، با آموزش ویژه ترکیب کنند که به آن‌ها کمک می‌کند متناسب با نیازهای خاص آن‌ها باشد.
- نویسندگان DSM-۵ دسته اختلال طیف اوتیسم را ایجاد کردند تا تمایز قابل اعتمادتر و معتبرتری بین کودکانی که به وضوح رشد معمولی را نشان می‌دهند و کسانی که طیفی از کاستی‌ها را در ارتباط و رفتار اجتماعی نشان می‌دهند که DSM-IV-TR سعی در تمایز آن‌ها داشت، ایجاد کردند. قالب طیف جدید برای این دسته بر اشتراکات بین اختلالاتی که قبلاً گسسته تلقی می‌شدند تأکید می‌کند. اختلالاتی که به طور جداگانه در DSM-IV-TR ذکر شده‌اند، مانند آسپرگر، اوتیسم، سندرم رت، اختلال از هم گسیختگی دوران کودکی، و اختلال رشد فراگیر، در اختلال طیف اوتیسم در DSM-۵ گنجانده شده‌اند. علائمی که قبلاً این اختلالات را از یکدیگر متمایز می‌کردند، اکنون توسط مشخص‌کننده‌های تشخیصی نشان داده می‌شوند.
- شواهدی که به الگوهای وراثت خانوادگی اشاره می‌کنند از این نظریه حمایت می‌کنند که اختلال طیف اوتیسم به‌طور بیولوژیکی ایجاد می‌شود. اگرچه واضح است که تفاوت‌های عصبی بین افراد مبتلا و بدون این اختلال طیف اوتیسم وجود دارد، اما اساس این تفاوت‌ها و پیامدهای آن‌ها مشخص نیست.

- دیدگاه رفتاری بیشترین ارتباط را با درمان دارد، به ویژه مداخلاتی که مبتنی بر اصول شرطی‌سازی عملی است که توسط دانش آموزان درمانگر و والدین انجام می‌شود. اگر کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم برای رفتارهای مناسب، مانند درخواست کمک یا بازخورد، تقویت شوند، رفتارهای مخرب و خود تحریکی کاهش می‌یابد. در چنین مواردی، آن‌ها کم‌تر درگیر رفتارهای خودآزاری یا پرخاشگرانه هستند.
- اختلالات یادگیری خاص شامل اختلال در ریاضیات، بیان نوشتاری، خواندن و ارتباطات است. اختلالات ارتباطی شامل اختلال صدای گفتار، اختلال روانی دوران کودکی و اختلال ارتباط اجتماعی است. برای اکثریت کودکان مبتلا به اختلالات رشدی خاص، مدارس محل مداخله اولیه است.
- اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی (ADHD) با بی‌توجهی یا بیش‌فعالی و تکانشگری مشخص می‌شود. نظریه‌های زیادی در مورد علت این اختلال وجود دارد، اما نرخ وراثت خانوادگی ممکن است تا ۷۶ درصد باشد. اگرچه محققان ناهنجاری‌های اساسی و ساختاری را در مغز افراد مبتلا به ADHD یافته‌اند، اما اکثر آن‌ها موافق هستند که آسیب‌پذیری ژنتیکی با قرار گرفتن در معرض محیطی تعامل دارد. درمان رویکردی چند جانبه دارد.
- اختلالات پوشش داده شده در این فصل شامل طیف وسیعی از شرایط است که به درجات مختلف، ترکیبی از تأثیرات بیولوژیکی، روانی و اجتماعی-فرهنگی را منعکس می‌کند. تأثیرات ژنتیکی بر ایجاد بسیاری از این اختلالات به وضوح مشهود است، اما با این وجود، تعامل با بافت اجتماعی نقش مهمی دارد. علاوه بر این، از آنجایی که این اختلالات در اوایل زندگی شروع می‌شوند، این پتانسیل را دارند که اثرات روانی عمیقی بر روی فرد بگذارند.

اصطلاحات کلیدی

اختلال یادگیری خاص با اختلال در ریاضیات	سندرم جنین الکل (FAS) سندرم X شکننده ناتوانی ذهنی (اختلال رشد عقلانی)	اختلال آسپرگر کمبود توجه/بیش‌فعالی اختلال (ADHD) اختلال طیف اوتیسم

اختلال روانی در دوران کودکی (لکنت زبان) اختلالات ارتباطی هماهنگی رشدی	اختلال زبان جریان اصلی اختلالات رشد عصبی فنیل کتونوری (PKU) آموزش روانی سندرم رت	اختلال یادگیری خاص با اختلال در خواندن (نارساخوانی) اختلال یادگیری خاص با اختلال در بیان نوشتاری اختلال صدای گفتار اختلال حرکتی کلیشه‌ای بیماری تای ساکس تراتوژن‌ها تیک اختلال تورت
بی نظمی سندرم داون دیسکالکولیا اکولالیا اختلال طیف الکل جنینی (FASD)	اختلال ارتباط اجتماعی (عملی) اختلال یادگیری خاص	

طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان پریشی

اهداف یادگیری	رئوس مطالب
۱,۶ ویژگی های اسکیزوفرنی را بشناسید.	گزارش مورد: دیوید چن
۲,۶ ویژگی های کلیدی سایر اختلالات روان پریشی را شرح دهید.	روان گسیختگی
۳,۶ نظریه ها و درمان های اسکیزوفرنی را توضیح دهید.	آن چه در DSM-۵ وجود دارد: زیرشاخه های اسکیزوفرنی و رتبه بندی های بعدی
۴,۶ مدل زیستی-روانی-اجتماعی اسکیزوفرنی را تحلیل کنید.	



© iStockphoto.com/123RF

دوره اسکیزوفرنی

شما قضاوت کنید: تشخیص

اسکیزوفرنی

اختلال روان پریشی

مختصر اختلال

اسکیزوفرنی فرم اختلال

اسکیزوافکتیو اختلالات

هذیانی

نظریه ها و درمان اسکیزوفرنی دیدگاه

های بیولوژیکی

نظریه ها

داستان های واقعی: الین ساکس:

درمان های اسکیزوفرنی

نظریه های دیدگاه های

روانشناختی

درمان ها

دیدگاه های اجتماعی-فرهنگی

نظریه ها

درمان‌ها

اسکیزوفرنی: دیدگاه زیستی-

روانی-اجتماعی

بازگشت به پرونده: دیوید چن

خلاصه

اصطلاحات کلیدی

فصل ۶

گزارش موردی: دیوید چن

اطلاعات دموگرافیک: مرد ۱۹ ساله مجرد چینی آمریکایی که خود را کوییر (خارج از جنسیت) معرفی می‌کند

مشکل فعلی: دیوید پس از دومین دوره روان پریشی خود در یک دوره ۱ ساله و در یک مرکز روانپزشکی بستری شد و مورد ارزیابی قرار گرفت. او توسط مادرش، که متوجه شده بود رفتار دیوید در سال گذشته به طور فزاینده‌ای عجیب و غریب شده بود، به بیمارستان آورده شد. مادر دیوید منبع اصلی اطلاعات در طول مصاحبه بود، زیرا دیوید یک تاریخ‌شناس ضعیفی بود، به این معنی که او قادر به ارائه تاریخچه شخصی دقیق نبود.

دیوید دانشجوی سال دوم دانشگاه است که در دانشگاهی در زادگاهش تحصیل می‌کند. اگرچه او در سال اول زندگی‌اش در خانه زندگی می‌کرد (مادرش آن، از زمانی که دیوید ۵ ساله بود، طلاق گرفت و تنهایی او را بزرگ کرده است)، او و مادرش تصمیم گرفتند که بهتر است به خوابگاه برود تا احساس استقلال کند. مادرش گزارش داد که دیوید در ۲ هفته اول زندگی‌اش در خوابگاه خوب بود. او و دیوید معمولاً هفته‌ای چند بار از طریق تلفن صحبت می‌کردند و دیوید یکشنبه‌ها عصر برای شام به خانه می‌آمد.

در یکی از غروب‌های یکشنبه در اواسط اکتبر، مادر دیوید گزارش داد که دیوید طبق برنامه‌ریزی که کرده بود برای شام حاضر نشد. او با بهترین دوست دیوید، مارک، که چند روزی بود خبری از او نداشت و خودش هم نگران دیوید بود، تماس گرفت. مارک، دیوید را از دوران دبیرستان می‌شناخت و در همان شهر زندگی می‌کرد. او به این نکته اشاره کرد که دیوید «اخیراً به نظر می‌رسد که خودش نیست و با خود واقعیش خیلی فرق کرده است»، زیرا او به طور خاص گوشه‌گیر شده است. مارک از این که خبری از دیوید نداشت نگران شد، بنابراین به دنبال او در نقاط مختلف شهر رفت، جایی که می‌دانست دیوید دوست دارد در آن‌جا وقت بگذراند و در نهایت او را بیرون از یک کافی شاپ پیدا کرد.

وقتی مارک به او نزدیک شد، دیوید اظهار داشت که مایل است او را به عنوان «جوی» خطاب کنند. مارک اشاره کرد که دیوید برخلاف شخصیت واقعی‌اش نامرتب داشت، و غیرعادی به نظر می‌رسید زیرا او معمولاً حواسش به خودش بود و به خوبی از خود مراقبت می‌کرد. مارک همچنین متوجه شد که دیوید در حال لبخند زدن است و با خودش می‌خندد. مارک تصور می‌کرد که این کار را به این دلیل انجام می‌دهد که روحیه‌اش خوب است، اگرچه لحن دیوید زمانی جدی‌تر شد که مارک پیشنهاد داد او را به اتاق خوابگاهش ببرد. دیوید نپذیرفت و گفت: «من کارهای زیادی برای نوشتن دارم.

گزارش موردی (ادامه)

قرار است شعرهایم چاپ شود و از من می‌خواهند ۲۰ شعر دیگر بنویسم تا کتابی از شعرهایم را منتشر کنند.» نوشتن همیشه یکی از سرگرمی‌های دیوید بوده است، و او و مارک اغلب در مورد تلاش‌های خلاقانه خود بحث می‌کردند. زمانی که مارک در حال صحبت کردن بود نگاهش به دفترچه یادداشت دیوید، که روی پاهایش قرار داشت و باز بود، افتاد، و با دیدن خط ناخوانای دیوید مشکوک شد. مارک هم‌چنین متوجه شد که در طول مکالمه آن‌ها، بازوی چپ دیوید به طور مکرر و ظاهراً غیرارادی هر چند دقیقه یکبار با یک حرکت تند دراز می‌شد. مارک نتوانست دیوید را متقاعد کند که با او به محوطه دانشگاه برگردد و با اکراه کافی شاپ را ترک کرد. پس از شنیدن این جزئیات، مادر دیوید از رفتار پسرش شوکه شد و اظهار داشت که هرگز دیوید را به این شکل عجیب و غریب ندیده بود. مطمئن نبود چه باید بکند، مادر دیوید تصمیم گرفت صبر کند تا از دیوید خبری شود.

دیوید سرانجام به اتاق خوابگاه خود بازگشت و حدود ساعت ۳ صبح با آن تماس گرفت و گفت: «من نمی‌توانم این‌جا بمانم زیرا این‌جا شاعری نیست. آن‌جا به من نیاز دارند. جلسه، جلسه، اتوبوس، شعر. من باید شعر بنویسم تا بتوانم پول جلسه را دربیاورم. یک جلسه. من باید به آن‌جا برسم. من به آن‌جا رسیده‌ام. من باید به آن‌جا بروم.» این قسمت آخر را چند بار تکرار کرد. مادر دیوید که گیج شده بود از دیوید پرسید که منظورش چیست، در آن لحظه دیوید تلفن را قطع کرد. پس از آن، آن گزارش داد که حدود یک هفته از او خبری نداشت. دیوید توسط پلیس به خانه برگردانده شد، پلیسی که او را در محوطه دانشگاه پیدا کرده بود او را در حالی دید که با فریاد زدن بر سر تعدادی از دانشجویان دیگر که منتظر اتوبوسی در آن نزدیکی بودند، مزاحمت ایجاد کرده بود. خانم آن مادر دیوید، مطمئن نبود که آیا دیوید واقعا به نیویورک رفته است یا تمام مدت در محوطه دانشگاه بوده است. او توانست از حرف‌هایش متوجه شود که در کلاس‌هایش شرکت نکرده است. و در نهایت تصمیم گرفت برای استادان دیوید نامه بنویسد و از آن‌ها بخواهد زمان بیشتری را برای دیوید جهت اتمام ترم تحصیلی در نظر بگیرند، زیرا واضح بود که با توجه به وضعیت فعلیش او نمی‌تواند کلاس‌های خود را با موفقیت به پایان برساند.

دیوید ۳ هفته بعد با مادرش ماند و در این مدت رفتارهای عجیب و غریبی از خود نشان داد. مادر دیوید امیدوار بود هر لحظه بهبود یابد، اما به این نتیجه رسید که بهبودی حاصل نمی‌شود. وقتی خانم آن، از سر کار به خانه برمی‌گشت، لباس‌های کثیف، ظروف، جعبه‌های پیتزا و خاکستر سیگار را در اطراف خانه پیدا می‌کرد. اغلب دیوید تمام روز را در اتاقش می‌ماند و فقط برای استفاده از حمام یا خوردن یک وعده غذایی بیرون می‌آمد.

وقتی خانم آن، او را دید، متوجه شد که او بسیار غمگین و گوشه‌گیر به نظر می‌رسد و به سختی با او صحبت می‌کند. به طور معمول آن‌ها رابطه بسیار نزدیکی داشتند و از گذراندن وقت با هم در خانه لذت می‌بردند. اگرچه او نگران پسرش بود، اما مطمئن نبود که چه کاری می‌تواند برای کمک به او انجام دهد. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که بهترین کار برای دیوید این است که ترم بعدی را مرخصی بگیرد، زیرا خانم آن، احساس نمی‌کرد که می‌تواند به اندازه کافی روی کار مدرسه خود تمرکز کند و می‌خواست مطمئن شود که می‌تواند استرس بازگشت به مدرسه را تحمل کند.

در پایان تابستان، خانم آن، احساس کرد که به نظر می‌رسد دیوید بسیار بهبود یافته است - او در خانه بیش‌تر با او ارتباط برقرار می‌کرد و کم‌تر آشفته بود، و صحبت‌هایش کم‌تر عجیب بود. او به طور کلی بسیار گوشه‌گیرتر از زمانی به نظر می‌رسید که در فعالیت‌های حداقلی شرکت می‌کرد و به ندرت خانه را ترک می‌کرد. در بهار او توانست به مدت یک ماه در یک پمپ بنزین کار پاره وقت داشته باشد تا این‌که به دلیل دیر آمدن مکرر اخراج شد. و بعد از آن بیش‌تر در اتاقش می‌ماند و موسیقی گوش می‌داد و می‌نوشت. او گاهی اوقات با مارک وقت می‌گذراند، اگرچه دیوید اغلب برنامه‌های آن‌ها را لغو می‌کرد و اظهار می‌کرد که دوست ندارد در کنار مردم باشد. مادرش دیوید را برای چند هفته به چین برد تا از اقوامش دیدن کند و رفتار او در آن‌جا را تا حد زیادی عادی به یاد می‌آورد.

دیوید و مادرش در نهایت تصمیم گرفتند که او باید دوباره در دانشگاه ثبت نام کند تا درس خود را در پاییز از سر بگیرد و به اصرار دیوید، خانه را ترک کرد تا دوباره در خوابگاه زندگی کند. دو هفته بعد، دیوید یک بار دیگر ناپدید شد. مانند قبل، یک شب از او تماس تلفنی دریافت کرد که طی آن او گفت که در منهتن زندگی می‌کند. او گزارش داد که دیوید گفته است که برای اتاقی که اجاره کرده به صاحبخانه‌اش بدهکار بوده است. خانم آن، از این‌که دیوید حتی به نیویورک رفته یا در آن‌جا زندگی می‌کند بی‌خبر بود. دیوید اطلاعات کارت اعتباری او را خواست و گفت که اگر برایش پول واریز نکند، صاحبخانه او را تهدید کرده است که از زور و خشونت استفاده می‌کند. وقتی خانم آن، پرسید دقیقاً کجاست، دیوید تلفن را قطع کرد. خانم آن، از او خبری نداشت تا این‌که ۳ روز بعد در خانه مادرش ظاهر شد، کاملاً ژولیده و به وضوح کثیف بود. دیوید به خانم آن اعتراف کرد که نگران است هم اتاقی‌اش همه چیزهایی را که دارد بسوزاند. در حالی که داشت ماجرا را تعریف می‌کرد، می‌خندید و می‌خندید. به نظر مادرش رسید که دیوید یک بار دیگر به طرز عجیبی رفتار می‌کند، و پس از تجربه قبلی او می‌دانست که این بار باید کاری انجام شود، زیرا او در مورد امنیت او بسیار نگران بود. مادرش که مطمئن نبود

به کجا مراجعه کند، دیوید را به نزدیک‌ترین اورژانس آورد. پزشکان در اورژانس او را به بیمارستانی نزدیک فرستادند و در آن‌جا در بخش روانپزشکی بستری شد.

سابقه مرتبط: دیوید سابقه قبلی درمان روانپزشکی نداشته است. مادرش گزارش داد که او در اوایل سال‌های نوجوانی افسردگی خفیفی را تجربه کرده بود. او به یاد می‌آورد که دیوید همیشه با همسالان خود «تا حدودی متفاوت» بوده است و خاطرنشان کرد که او در دوران کودکی و نوجوانی تنها چند دوست صمیمی داشت. از نظر سابقه خانوادگی، خانم آن، گزارش داد که پدر بزرگ پدری دیوید به اسکیزوفرنی مبتلا شده است، اگرچه هیچ سابقه خانوادگی دیگری از بیماری روانی وجود نداشت.

صورت بندی موردی: از داستان ارائه شده مشخص است که دیوید در طول سال گذشته دو قسمت روان پریشی را تجربه کرده بود. اولین مورد به دنبال یک عامل استرس‌زا که برای اولین بار از خانه دور شد اتفاق افتاد. به دلیل نرخ پایه بالای رویدادهای مهم زندگی که در این مدت اتفاق می‌افتد، این تغییر در حوالی مرحله رشد و زمانی که علائم روان پریشی ممکن است کاملاً شروع به تظاهر کنند، رخ می‌دهد. بر اساس گزارش خانم آن، دیوید ممکن است برخی از علائم پیش‌درآمد را در دوران نوجوانی نشان داده باشد، که در مورد افراد مبتلا به اسکیزوفرنی معمول است.

دیوید معیارهای تشخیصی DSM-5 را برای اسکیزوفرنی برآورده می‌کند، زیرا او بیش از ۱ ماه هذیان‌ها، گفتار نامنظم، رفتار به شدت آشفته و علائم منفی (بیان عاطفی منقبض) را نشان داد. علائم اختلال حداقل به مدت شش ماه از جمله یک دوره علائم ناخوشایند و بیش از یک ماه علائم فعال وجود داشت. علاوه بر این، سطح کلی عملکرد دیوید پس از اولین قسمت روان پریشی به شدت کاهش یافت. او نتوانست شغلی داشته باشد و از روابط بین فردی خود کناره‌گیری کرد. در نهایت، او هیچ ماده‌ای مصرف نمی‌کرد، و همچنین وضعیت پزشکی نداشت که به علائم او کمک کند.

طرح درمان: در حالی که در بیمارستان است، از داروهای ضد روان پریشی برای تثبیت حالت دیوید استفاده می‌شود، و هنگامی که او برای رفتن به خانه مرخص شد، روانپزشکان برای تعیین دوز نگهدارنده مناسب کار خواهند کرد. مرکزی برای مراقبت‌های روانپزشکی سرپایی برای او در نظر گرفته می‌شود تا به او مشاوره و داروهای هفتگی بدهد. علاوه بر این، توصیه می‌شود که دیوید یک مدیر پرونده استخدام کند تا به او در انجام وظایف حرفه‌ایش کمک کند و به او کمک کند تا با توجه به ضعف‌های قبلی‌اش در دوران دانشجویی، تعیین کند که آیا باید به تحصیلات عالی ادامه دهد یا خیر.

سارا توبین، دکتر

اسکیزوفرنی

اختلالی با طیف وسیعی از علائم شامل اختلال در محتوای فکر، شکل فکر، ادراک، عاطفه، احساس خود، انگیزه، رفتار و عملکرد بین فردی.

هذیان

باور نادرست عمیقاً ریشه‌دار شده که با هوش یا پیشینه فرهنگی مشتری سازگار نیست.

توهم

ادراک نادرست که با محرک‌های عینی موجود در محیط مطابقت ندارد.

پارانویا

باور یا تصور غیرمنطقی که دیگران می‌خواهند به شما آسیب برسانند.

گفتار بی نظم

زبانی که نامفهوم و نامنسجم است.

۱،۶ اسکیزوفرنی

مقوله وسیع اسکیزوفرنی شامل مجموعه‌ای از اختلالات است که در آن افراد درک تحریف شده از واقعیت و اختلال در تفکر، رفتار، عاطفه و انگیزه را تجربه می‌کنند. اسکیزوفرنی، با توجه به تاثیر بالقوه گسترده آن بر توانایی فرد برای داشتن یک زندگی پربار و رضایت بخش، یک بیماری روانی جدی است. اگرچه تعداد قابل توجهی از افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در نهایت موفق به زندگی بدون علائم می‌شوند، اما از برخی جهات، همه باید زندگی خود را با واقعیت بیماری تطبیق دهند. از نظر اقتصادی، اسکیزوفرنی، با هزینه تخمینی سالانه مراقبت‌های بهداشتی به اندازه ۱۲۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰ دلار برای هر نفر در ایالات متحده، که سومین رتبه را بعد از بیماری قلبی و سرطان دارد، بار سنگینی را نیز متحمل می‌شود (چاپل، ریچی، ژانگ و وانگ، ۲۰۱۷).

یکی از علائم مهم اسکیزوفرنی وجود یک **هذیان** است، یک باور نادرست عمیقاً ریشه‌دار که با هوش یا پیشینه فرهنگی مراجع سازگار نیست. به عنوان مثال، توهم آزار و اذیت، این باور نادرست است که کسی یا چیزی قصد دارد به شما آسیب برساند، در حالی که در واقع هیچ مبنایی برای چنین اعتقادی وجود ندارد. نمونه‌های بیش‌تری از توهمات در جدول ۱ توضیح داده شده است.

دومین علامت عمده اسکیزوفرنی **توهمات** است، که تصورات نادرستی با محرک‌های عینی موجود در محیط مطابقت ندارد. افراد ممکن است در چندین روش حسی از جمله بینایی، شنوایی، بویایی و لامسه دچار توهم شوند. به نظر می‌رسد افرادی که توهمات بینایی و شنوایی را تجربه می‌کنند نسبت به افرادی که توهمات را در یک روش حسی تجربه می‌کنند دارای نقص‌های قابل توجهی هستند، که به نوبه خود نسبت به افرادی که توهم ندارند به طور قابل توجهی آسیب دیده‌اند (کلارک، واترز، واتسکالیس و جابلنسکی، ۲۰۱۷).

همراه با هذیان‌ها یا توهمات شنیداری مرتبط با موضوع آزار و شکنجه ممکن است **پارانویا**، باور یا تصور غیرمنطقی باشد که دیگران می‌خواهند به شما آسیب برسانند. افرادی که پارانویا را تجربه می‌کنند، نمی‌توانند به دیگران اعتماد کنند، احساس می‌کنند متقاعد می‌شوند که با آن‌ها بدرفتاری می‌شود یا حتی تهدید به آسیب بدنی می‌شود.

جریان افکار مبهم، بدون تمرکز و غیر منطقی است.

نوشناسی ها

کلمات اختراع شده («جدید»).

تاثیر نامناسب

میزانی که بیان عاطفی یک فرد با نشانه های اجتماعی موجود در یک موقعیت یا محتوای مورد بحث مطابقت ندارد.

فاز فعال

دوره ای در سیر اسکیزوفرنی که در آن علائم روان پریشی وجود دارد.

علائم مثبت

علائم اسکیزوفرنی که بیانگر اغراق یا تحریف افکار، احساسات و رفتار طبیعی است.

علائم منفی

علائم اسکیزوفرنی که شامل عملکرد، کم تر از سطح رفتار طبیعی است.

به زبانی که نامفهوم و نامنسجم است، **گفتار نامنظم** گفته می شود. فرآیند فکری، زیربنای این نوع گفتار منعکس کننده **سست شدن تداعی ها** است - یعنی جریانی از افکار مبهم، بدون تمرکز و غیرمنطقی. گفتار افراد مبتلا به اسکیزوفرنی ممکن است حاوی **نوشناسی ها** باشد، که کلماتی هستند که در زبان موجود نیستند. بر خلاف کلماتی که در نهایت ممکن است به کلمات پذیرفته شده در یک زبان خاص تبدیل شوند (مانند گوگل)، این کلمات معانی بسیار خاصی دارند که فقط توسط فرد استفاده می شود.

یکی دیگر از علائم مشخصه ای که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی ممکن است نشان دهند، عاطفه نامناسب است، به این معنی که واکنش عاطفی فرد با نشانه های اجتماعی موجود در یک موقعیت یا محتوای مورد بحث مطابقت ندارد. به عنوان مثال، فرد ممکن است در یک موقعیت غم انگیز یا زمانی که فردی ابراز ناراضایتی یا ناراحتی می کند، بخندد. این را در مورد دیوید دیدیم که می خندید و به مادرش می گفت که فکر می کند هم اتاقی اش قرار است وسایلش را بسوزاند.

جدول ۲ شامل شش معیار مرتبط با تشخیص اسکیزوفرنی است. علائم در معیار A به فاز فعال اختلال اشاره دارد، یعنی دوره ای که در طی آن علائم فرد برجسته ترین است. علائمی که فرد در طول فاز فعال تجربه می کند بر اساس ماهیت خود به دو دسته تقسیم می شود. در دسته اول علائم مثبت، اغراق یا تحریف افکار، احساسات و رفتار عادی قرار دارند. در جدول ۲، اختلالات شماره ۱ تا ۴ تحت معیار A در دسته **علائم مثبت** قرار می گیرند.

علائم در معیار A-۵ **علائم منفی** هستند که مربوط به عملکردی است که کم تر از سطح عادی رفتار یا احساس است. **عاطفه محدود** به باریک شدن دامنه بیان بیرونی احساسات اشاره دارد. **بی انگیزگی** فقدان ابتکار است، یا نخواستن هیچ اقدامی یا نداشتن انرژی و اراده برای اقدام. **غیر اجتماعی بودن** به عدم علاقه به روابط اجتماعی از جمله ناتوانی در همدلی و ایجاد روابط نزدیک با دیگران اشاره دارد.

جدول ۱ انواع و نمونه‌هایی از هذیان

عظمت
تصورى به شدت اغراق آمیز از اهمیت خود فرد. چنین توهماتى از باورهايى که فرد نقش مهمى در جامعه دارد تا این باور که شخص در واقع مسیح، ناپلئون یا هیتلر است، متغیر است.
کنترل
احساس این که شخص توسط دیگران یا حتى توسط ماشین‌ها یا وسایل کنترل می‌شود. برای مثال، مردى ممکن است باور کند که اعمال او توسط رادیو کنترل می‌شود، که او را مجبور می‌کند تا اعمال خاصى را برخلاف میل خود انجام دهد.
ارجاع
این باور که رفتار دیگران یا اشیا یا رویدادهای خاص شخصا به خود او اشاره دارد. به عنوان مثال، یک زن معتقد است که یک سریال واقعا داستان زندگى او را روایت می‌کند، یا مردى معتقد است که اقلام فروش در یک بازار مواد غذایى محلى، کمبودهای رژیم غذایى خاص او را هدف قرار می‌دهد.
آزار و اذیت
اعتقاد به این که شخص یا افراد دیگرى در تلاش هستند تا به فرد یا خانواده یا گروه اجتماعى آن فرد آسیب وارد کنند. برای مثال، یک زن احساس می‌کند که گروهى سازمان‌یافته از افراد لیبرال سیاسى در تلاش هستند تا سازمان سیاسى جناح راستى را که او به آن تعلق دارد، نابود کنند.
سرزنش خود
احساس پشیمانى که بی‌اساس است به دلیل برخى فعالیت‌های ظالمانه یا گناه‌آلود که احساس می‌کند انجام داده است، مانند مردى که خود را مسئول قحطى در آفریقا می‌داند.
جسمى

نگرانی‌های نامناسب در مورد بدن فرد، که معمولاً مربوط به یک بیماری است. به عنوان مثال، بدون هیچ توجیهی، یک زن معتقد است که سرطان مغز دارد. او با اضافه کردن یک یادداشت عجیب‌تر، معتقد است که مورچه‌ها به سر او حمله کرده‌اند و مغز او را می‌خورند.

خیانت

یک باور نادرست که معمولاً با حسادت بیمارگونه همراه است که شامل این تصور است که معشوق خیانت کرده است. مردی با عصبانیت شدید به همسرش حمله می‌کند و اصرار می‌کند که او با مامور پست رابطه نامشروع دارد زیرا اشتیاق او برای رسیدن نامه هر روزه است.

پخش اندیشه

این ایده که افکار فرد به دیگران منتقل می‌شود. مردی بر این باور است که همه افراد حاضر در اتاق می‌توانند به آن چه او فکر می‌کند بشنوند، یا احتمالاً افکار او در واقع از طریق امواج رادیویی تلویزیون یا رادیو منتقل می‌شوند.

درج فکر

این باور که نیروهای بیرونی افکار را وارد ذهن فرد می‌کنند. به عنوان مثال، یک زن به این نتیجه می‌رسد که افکار او متعلق به خودش نیست، بلکه آن‌ها را در آن جا قرار می‌دهند تا او را کنترل کنند یا او را ناراحت کنند.

عاطفه محدود

باریک شدن دامنه بیان
بیرونی احساسات.

بی انگیزگی

فقدان ابتکار، یا عدم
تمایل به انجام کاری و
یا کمبود انرژی و اراده
برای اقدام.

غیر اجتماعی بودن

عدم علاقه به روابط
اجتماعی.

یک مورد کوچک

کاتاتونیا، نامشخص

ماریا یک زن ۲۱ ساله قفقازی مجرد و دگرجنسگرا است. او دانشجوی دانشگاه است که یک ماه است در بیمارستان روانی بستری شده است. دستیاری که در خوابگاه ماریا ساکن بود به پلیس دانشکده اطلاع داد زیرا او به طور فزاینده‌ای در مورد بدتر شدن رفتار رتبه‌بندی ماریا در طول ترم نگران شده بود. وقتی ماریا در سپتامبر به کالج بازگشت، هم اتاقی‌اش به دیگران، از جمله دستیاری که در خوابگاه ماریا ساکن بود، گفت که رفتار ماریا عجیب به نظر می‌رسد. به عنوان مثال، او عادت داشت حرف‌های دیگران را تکرار کند، با بی‌حالی به بیرون از پنجره خیره شود و بهداشت شخصی خود را نادیده می‌گرفت. با نزدیک شدن به پایان ترم، ماریا بیش از پیش در دنیای خودش غرق شد، تا این‌که رفتارش به جایی رسید که کاملاً به دیگران واکنش نشان نمی‌داد. در نهایت، دستیاری که در خوابگاه ماریا ساکن بود او مجبور شد با پلیس تماس بگیرد، زیرا ماریا حدود یک هفته بود که در اتاقش مانده بود.

پلیس ماریا را در حالت خلسه یافت که قادر به پاسخگویی به هیچ یک از سوالات آن‌ها یا تلاش برای تعامل با او نبود. او برای ارزیابی روانپزشکی به بیمارستان فرستاده شد و به دلیل ناتوانی در مراقبت از خود بستری شد. در بیمارستان، ماریا حالت سفت و سخت بدن خود را حفظ می‌کند، در حالی که بیش‌تر مواقع بی‌هدف خیره می‌شود. کارکنانی که او را معالجه می‌کنند، به دلیل حساسیت بیش از حد او به اکثر داروها، در مورد این‌که از چه مداخله‌ای استفاده کنند، دچار تردید هستند. در حال حاضر، پزشکان در حال تلاش برای تعیین این هستند که آیا او بیماری پزشکی دیگری دارد یا یک اختلال روانی است، اما از آن‌جایی که آن‌ها نمی‌توانند هیچ یک را شناسایی کنند، در حال حاضر تشخیص داده‌اند که او دارای کاتاتونی نامشخص است.

جدول ۲ ویژگی های تشخیصی اسکیزوفرنی

برای این که یک فرد مبتلا به اسکیزوفرنی شناسایی شود، باید تمام معیارهای ذکر شده در A-F را داشته باشد. الف. دو تا از علائم زیر (یا بیش تر) باید برای بخش قابل توجهی از زمان در طول یک دوره ۱ ماهه وجود داشته باشد (اگرچه در صورتی که فرد با موفقیت درمان شود این میزان می تواند کم تر باشد). حداقل یک علامت باید از سه دسته اول باشد. ۱. هذیان ۲. توهم ۳. گفتار بی نظم ۴. رفتار روانی حرکتی بسیار غیر طبیعی ۵. علائم منفی مانند عاطفه محدود، طفره رفتن و غیر اجتماعی بودن
ب- اختلال در کارکرد شغلی از زمان شروع اختلال، یک یا چند حوزه مهم عملکرد، مانند کار، روابط بین فردی یا مراقبت از خود به طور قابل توجهی کم تر از سطحی است که قبل از شروع به دست آمده است (یا زمانی که شروع آن در کودکی است. یا در نوجوانی، فرد در رسیدن به سطح مورد انتظار از موفقیت بین فردی، تحصیلی یا شغلی شکست می خورد).
ج- مدت حداقل ۶ ماه علائم مداوم اختلال باید حداقل به مدت ۶ ماه باقی بماند. در طول حداقل یکی از این شش ماه، فرد باید علائم فاز فعال را از معیار A نشان دهد (یا کم تر اگر فرد با موفقیت درمان شده باشد). شش ماه ممکن است شامل دوره هایی باشد که در طی آن فرد علائمی داشته است که منجر به (پیش درمانی) یک فاز یا به دنبال (باقیمانده) یک فاز فعال می شود. در طول این دوره ها، فرد باید فقط علائم منفی یا دو یا چند مورد از علائم فاز فعال را نشان دهد، اما به شکل ضعیف شده.
د. شواهدی از اختلال اسکیزوافکتیو، افسردگی یا دوقطبی وجود ندارد
ه. علائم به دلیل اختلال مصرف مواد یا وضعیت پزشکی عمومی نیست

و. اگر سابقه اختلال طیف اوتیسم یا اختلال ارتباطی با شروع دوران کودکی وجود داشته باشد، تشخیص اضافی اسکیزوفرنی تنها در صورتی انجام می‌شود که هذیان‌ها یا توهم‌های برجسته نیز حداقل به مدت یک ماه (یا کمتر در صورت درمان موفقیت‌آمیز) وجود داشته باشد.

یک مورد کوچک

اسکیزوفرنی، پیوسته

جاشوا یک مرد دگرجنس‌گرا و دو نژادی مجرد ۴۳ ساله است. بیش‌تر روزها، او نزدیک پله‌های یک بانک محلی در گوشه خیابان شلوغ می‌ایستد، با کلاه بیس‌بال رد ساکس، تی‌شرت زرد، شورت کوهنوردی کهنه، و کفش‌های ورزشی نارنجی. چه هوا بارانی باشد چه آفتابی، هر روز، جاشوا برنامه نشستن در نزدیکی پله‌های یک بانک محلی در گوشه خیابان را تغییر نمی‌دهد. گاهی با افراد خیالی هم صحبت می‌شود. گاهی از فریاد خنده منفجر می‌شود. بدون تحریک، بدجوری گریه می‌کند. پلیس و مددکاران اجتماعی او را به پناهگاه‌های بی‌خانمان‌ها می‌برند، اما جاشوا موفق می‌شود قبل از درمان به خیابان برگردد. او بارها تاکید کرده که این افراد حق ندارند مدام او را اذیت کنند.

معیار B با سایر معیارهای عمومی DSM برای اختلالات روانی سازگار است، زیرا تصریح می‌کند که باید آسیب قابل توجهی وجود داشته باشد. با این حال، درجه اختلال در اسکیزوفرنی تاثیری جدی و گسترده در زندگی فرد دارد. معیار C، که دوره اختلال را نشان می‌دهد، نیز به دقت مشخص شده است تا اطمینان حاصل شود، افرادی که تشخیص داده شده دچار اختلال اسکیزوفرنی هستند، مدت زمان قابل توجهی علائم مربوط به این اختلال را از خود نشان می‌دهند.

معیارهای D و E به سایر اختلالاتی اشاره دارد که نباید در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی وجود داشته باشد. به ویژه برای پزشکان مهم است که معیار D، اختلال اسکیزوافکتیو را هنگام تشخیص خود رد کنند. در ادامه این فصل به طور مفصل به این اختلال خواهیم پرداخت. به طور مشابه، به منظور تمایز اسکیزوفرنی از سایر اختلالات، معیار F روشن می‌کند که علائم اسکیزوفرنی که برای مثال شامل ارتباط است، نباید با علائم یک اختلال طیف اوتیسم همپوشانی را داشته باشد.

کاتاتونی

وضعیتی که در آن فرد اختلالات روانی حرکتی مشخصی را نشان می‌دهد.

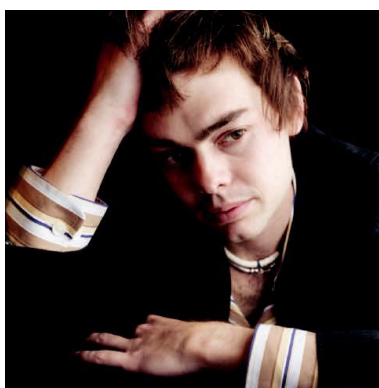
قبل از انتشار DSM-۵، معیارهای تشخیصی اسکیزوفرنی شامل پنج نوع فرعی بود که بر اساس آن علائم در فرد برجسته‌تر بود. این زیرگروه‌ها کاتاتونی، آشفته، پارانوئید، تمایز نیافته و باقی‌مانده برجسب‌گذاری شدند. آن‌ها از DSM-۵ حذف شدند، زیرا محققان در حال مطالعه اسکیزوفرنی اکنون معتقدند که آن‌ها تمایزات دقیقی را نشان می‌دهند که توسط شواهد تجربی پشتیبانی نمی‌شود. با این حال، این اصطلاحات ممکن است امروزه توسط متخصصان سلامت روان استفاده می‌شود، که معتقدند موجودیت‌های تشخیصی که از نظر کیفی بسیار مهم هستند را در بر می‌گیرند.

کاتاتونیا، که زمانی زیرمجموعه‌ای از اسکیزوفرنی در نظر گرفته می‌شد، اکنون به عنوان یک تشخیص متمایز در DSM-۵ شناخته می‌شود، و با ناهنجاری‌های روانی حرکتی شدید مشخص می‌شود. این اختلالات می‌تواند شامل فعالیت‌های حرکتی کاهش یافته، اغراق آمیز یا عجیب باشد که با آن‌چه در محیط فرد اتفاق می‌افتد مطابقت ندارد. به عنوان مثال، بدون تحریک آشکار، فرد ممکن است برای مدت طولانی حالت‌های عجیب و غریب و سفت و سخت داشته باشد و همچنین قادر به صحبت یا حرکت نباشد. کاتاتونیا ممکن است در ارتباط با یک اختلال روانی دیگر، یک وضعیت پزشکی یا علتی که پزشک نمی‌تواند تشخیص دهد، شناسایی شود.

اسکیزوفرنی تاریخچه طولانی و جذابی دارد. پزشک فرانسوی بندیکت مورل (۱۸۰۹-۱۸۷۳) برای اولین بار آن را به عنوان یک بیماری شناسایی کرد که آن را *démence précoce* (زوال عقل مغزی جوانان) نامید. نکته مهم بعدی در تاریخ اسکیزوفرنی مربوط به روانپزشک آلمانی امیل کریپلین (۱۸۵۶-۱۹۲۶) است که از زبان لاتین برای اشاره به این بیماری استفاده می‌کرد، که سپس به عنوان *dementia praecox* شناخته شد. کریپلین معتقد بود که در ریشه علائم آن،

یکی از فرآیندهای بیماری زمینه‌ای و به تدریج در حال انحطاط است که به تعبیر او باعث «تضعیف» فرآیندهای ذهنی می‌شود.

در سال ۱۹۱۱، روانشناس سوئیسی یوگن بلولر (۱۸۵۷-۱۹۳۹) مفهوم اسکیزوفرنی را یک بار دیگر مورد تجدید نظر قرار داد تا این باور را منعکس کند که این اختلال در واقع مجموعه‌ای از بیماری‌ها است. او اصطلاح اسکیزوفرنی را ابداع کرد تا نشان دهد که علت اصلی شکاف («اسکیز») در بین عملکردهای ذهن است. بر خلاف کریپلین، بلولر فکر می‌کرد که بهبودی از این اختلال برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی امکان‌پذیر است.



افراد مبتلا به اسکیزوفرنی با طیف وسیعی از علائم ظاهر می‌شوند. به عنوان مثال، آن‌ها ممکن است توهمات پارانوئیدی را حفظ کنند که در خطر هستند.

©روی مک ماهون/ نانوایی رسانه

با انعکاس اهمیت مشارکت های بلولر، پزشکان هنوز به ویژگی های اساسی اختلالی که او به عنوان «چهار A» شناسایی کرده است اشاره می‌کنند. به طور خلاصه، چهار A عبارتند از:

۱. تداعی - اختلال در فکر، که ممکن است از طریق گفتار نامفهوم و نامنسجم آشکار شود
۲. تاثیر - اختلال در تجربه و ابراز احساسات
۳. دوسوگرایی - ناتوانی در اتخاذ یا پیگیری تصمیمات
۴. اوتیسم - کناره گیری از واقعیت

توجه داشته باشید که بلولر قصد نداشت «شکاف» تقسیم شخصیت‌ها باشد، همان‌طور که اغلب به اشتباه تصور می‌شود (مانند «شخصیت شکاف»). در عوض، این ناپیوستگی بین تجربه فرد از یک عاطفه و نحوه ابراز احساسات است.

علائم درجه اول

(FRS)

علامتی که واقعا تعیین کننده یا کلیدی در تشخیص اسکیزوفرنی است.

در دهه‌های پس از کار بلولر، پزشکان در اروپا و ایالات متحده تمایزات بیش‌تری را بین اشکال اسکیزوفرنی پیشنهاد کردند. یکی از مشارکت‌کنندگان قابل توجه در این بحث، روانپزشک آلمانی کورت اشنایدر (۱۸۸۷-۱۹۶۷) بود، که معتقد بود پزشکان باید اسکیزوفرنی را تنها زمانی تشخیص دهند که فرد **علائم درجه اول (FRS)** را نشان دهد. این‌ها علائمی هستند که واقعا کلیدی هستند و ویژگی‌های این اختلال را مشخص می‌کنند. آن‌ها عبارتند از افکار شنیدنی (صداهایی که در حال بحث و جدل شنیده می‌شود)، تجربه تأثیرات بیرونی بر بدن، این باور که دیگران افکار را از سر فرد خارج می‌کنند، و افکار منتشر یا مبهم، هذیان‌ها، و اعمال یا رفتارهایی که منعکس کننده تأثیر تأثیر افراد دیگر بر فرد هستند.

حتی امروزه، علائم رتبه اول اهمیت مشخصی دارند (به عنوان مثال، کرامپ و همکاران، ۲۰۱۷). DSM-III و ICD-۱۰ آن‌ها را به عنوان پیش‌رفتی در مجموعه معیارهای موجود در دستورالعمل‌های تشخیصی قبلی که دقت کم‌تری دارند گنجانده‌اند. با این حال، محققان در مورد این‌که آیا FRS معیارهای معتبری را نشان می‌دهد یا خیر، اختلاف نظر دارند، با توجه به این‌که استفاده از آن‌ها ممکن است پزشکان را به تشخیص نادرست از هر پنج فرد سوق دهد (سوارس-ویزر و همکاران، ۲۰۱۵).

طیف اسکیزوفرنی

طیف وسیعی از اختلالاتی که منعکس کننده روند بیماری زمینه‌ای مشابه با بیماری اسکیزوفرنی هستند.

همان‌طور که بحث در مورد FRS ادامه دارد، محققان هم‌چنین در حال بازاندیشی هستند که آیا اسکیزوفرنی بهتر است به عنوان یک طیف در نظر گرفته شود یا یک موجودیت بیماری منفرد. **طیف اسکیزوفرنی** به طیفی از اختلالات اشاره دارد که منعکس کننده یک روند بیماری زمینه‌ای مشابه است. برای این منظور، یک بخش موقت از DSM-۵ (بخش ۳) شامل مجموعه‌ای از درجه-بندی شدت علائم است (جدول ۳ را ببینید). اگرچه دسته‌بندی‌های تشخیصی رسمی نیستند، اما می‌توانند فرآیند ارزیابی را هدایت کنند و هم‌چنین به پزشکان اجازه می‌دهند تا تغییرات علائم مشتری را در طول زمان و در طول درمان پیگیری کنند.

آنچه در DSM-۵ وجود دارد

زیرگروه‌های اسکیزوفرنی و رتبه‌بندی ابعادی

نویسندگان DSM-۵ تغییرات عمده‌ای را در رویکرد خود برای تشخیص اسکیزوفرنی اعمال کردند. همان‌طور که در ابتدای فصل ذکر کردیم، آن‌ها زیرگروه‌های اسکیزوفرنی را حذف کردند. در عوض، با استفاده از مقیاسی که در بخش ۳ از DSM-۵ است، پزشکان تشخیص اسکیزوفرنی را تعیین می‌کنند که می‌توانند رتبه‌بندی علائم فرد را در امتداد مجموعه‌ای از ابعاد، همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، اضافه کنند.

با حذف زیرگروه‌های اسکیزوفرنی، نویسندگان DSM-۵ به دنبال بهبود قابلیت اطمینان تشخیصی و اعتبار سیستم بودند. آن‌ها همچنین به دنبال ایجاد یک مبنای قابل اندازه‌گیری بیش‌تر برای تحقیق در مورد علل این اختلال و برای برنامه‌ریزی درمان بودند. برای مثال، یک پزشک که نتایج درمان شناختی-رفتاری را ارزیابی می‌کند، می‌تواند از درجه‌بندی شدت توهم و هذیان برای تعیین این‌که آیا مداخله نشانه‌های خاصی را که درمان را هدف قرار می‌دهد، کاهش می‌دهد یا خیر، استفاده کند.

نویسندگان DSM-۵ هم‌چنین تصمیم گرفتند با توجه به اهمیت نقایص شناختی در درک فعلی از توانایی فرد برای انجام فعالیت‌های اجتماعی و شغلی و وظایف روزمره زندگی، اختلال شناختی را به عنوان یک بعد در رتبه‌بندی شدت بخش ۳ قرار دهند. در این راستا، ارزیابی عصب روانشناختی می‌تواند به اطلاع‌رسانی فرآیند تشخیصی کمک کند (ریچنبرگ، ۲۰۱۰).

سیستم فعلی در DSM-۵ نشان دهنده یک قدم دور شدن از سیستم طبقه‌بندی قدیمی و به سمت رویکرد بعدی است. گنجاندن رتبه‌بندی‌های شدت به جای زیرگروه‌ها در بخش ۳ این امکان را برای پزشکان و محققان فراهم می‌کند تا افراد را در طول زمان به روشی قابل اندازه‌گیری ردیابی کنند.

نویسندگان DSM-۵ هم‌چنین حذف اختلال اسکیزوافکتیو را به عنوان یک موجودیت جداگانه در نظر گرفتند اما تصمیم گرفتند این کار را نکنند. آن‌ها معتقدند که پزشکان در نهایت اسکیزوفرنی را به عنوان یک اختلال طیفی تشخیص خواهند داد. این بدان معناست که حتی تشخیص‌هایی که مدت‌ها در روانپزشکی مورد استفاده قرار می‌گرفتند، از جمله اختلال اسکیزوفرنیفرم، اختلال اسکیزوافکتیو، و دو اختلال شخصیت مرتبط با علائم شیزوفرنی، که در فصل «اختلالات شخصیتی» در مورد آن‌ها خواهید خواند، ناپدید می‌شوند.

یک مورد کوچک

اسکیزوفرنی، چند قسمتی، در حال حاضر در حال بهبودی کامل است
 استر یک زن قفقازی مجرد دگرجنسگرا ۳۶ ساله است. او با مادرش زندگی می‌کند و در ۱۰ سال گذشته به عنوان دستیار دفتری در یک شرکت بیمه کار کرده است، او دیگر هذیان‌ها، گفتار درهم ریخته و عدم بیان عاطفی را که باعث شده بود در دو سال گذشته دو بار در بیمارستان بستری شود، نشان نمی‌دهد. در حال حاضر او می‌تواند شغل خود را حفظ کند و با مادرش و چند دوستش رابطه برقرار کند.

جدول ۳ ابعاد شدت علائم روان پریشی در بخش ۳ از DSM-۵

۴	۳	۲	۱	۰	
روان پریشی به صورت شدید وجود دارد (صداها وجود دارد و برخی اصرار دارند به آن‌ها پاسخ دهند، یا بسیار از صداها آزرده می‌شوند)	روان پریشی تقریباً وجود دارد (صداها وجود دارد و برخی اصرار دارند به آن‌ها پاسخ دهند، یا تا حدودی از صداها آزرده می‌شوند)	روان پریشی به اندازه کمی وجود دارد (صداها وجود دارد و برخی اصرار دارند به آن‌ها پاسخ دهند، یا از صداها خیلی اذیت نمی‌شوند)	مبهم است (شدت یا مدت آن کافی نیست تا روان پریشی تلقی شود)	روان پریشی وجود ندارد	توهمات
روان پریشی به صورت شدید وجود دارد (فشار بسیار زیادی برای عمل به باورها وجود دارد یا بسیار زیاد تحت	روان پریشی تقریباً وجود دارد (فشاری برای عمل به باورها دارد یا تا حدی تحت تاثیر دیدگاه‌ها قرار می‌گیرد)	روان پریشی به اندازه کمی وجود دارد (هذیان‌ها عجیب نیستند، یا فشار کمی برای اجرای آن‌ها وجود دارد، و نگرانی	مبهم (شدت یا مدت آن کافی نیست تا روان پریشی تلقی شود)	روان پریشی وجود ندارد	هذیان

تاثیر دیدگاه‌ها (قرار می‌گیرد)	کمی در مورد باورها وجود دارد)				
روان‌پریشی به صورت شدید وجود دارد (گفتاری که درک آن بسیار دشوار است و/یا رفتار غیرعادی که معمولاً همیشه وجود دارد)	روان‌پریشی تقریباً وجود دارد (گفتاری که اغلب دنبال کردن آن سخت است و/یا خیلی عجیب عمل می‌کند)	روان‌پریشی به اندازه کمی وجود دارد (مشکل در درک آن چه مردم می‌گویند و/یا رفتار عجیب و غریب)	مبهم (به اندازه کافی شدید نیست که به عنوان بی‌نظمی واجد شرایط باشد)	روان‌پریشی وجود ندارد	سخنرانی بی-نظم
روان‌پریشی به صورت شدید وجود دارد (رفتار حرکتی غیرطبیعی که تقریباً همیشه وجود دارد)	روان‌پریشی تقریباً وجود دارد (رفتار حرکتی غیرطبیعی که در به صورت مکرر وجود دارد)	روان‌پریشی به اندازه کمی وجود دارد (رفتار حرکتی نامنظم که در برخی موارد وجود دارد)	مبهم (شدت یا مدت آن کافی نیست تا رفتار روانی، حرکتی غیرطبیعی در نظر گرفته شود)	روان‌پریشی وجود ندارد	رفتار روانی حرکتی غیرطبیعی
بیان چهره، عروض، حرکات یا کنش خودآغازی که همگی دارای افت فعلی و شدید هستند.	بیان چهره، عروض، ژست‌ها یا فعالیت‌های خودآغازی همگی وجود دارند و کاهش متوسطی دارند.	بیان چهره، عروض، حرکات، یا رفتار خودآغازی همگی وجود دارند اما اندکی کاهش یافته‌اند.	کاهش قطعی در بیان صورت، عروض، ژست‌ها یا رفتار خودخواسته	روان‌پریشی وجود ندارد	علائم منفی (بیان عاطفی محدود یا اجتناب)

اختلال شناخت	در روان پریشی وجود ندارد	مبهم (عملکرد شناختی به وضوح خارج از محدوده مورد انتظار برای سن یا SES نیست، یعنی در انحراف معیار از میانگین ۰,۵)	روان پریشی به اندازه کمی وجود دارد (کاهش متوسط در توانایی شناختی، در انحراف معیار از میانگین ۰,۵-۱، کم تر از سن و انتظارات SES)	روان پریشی تقریباً وجود دارد (کاهش قابل توجه در عملکرد شناختی، در انحراف معیار از میانگین ۱-۲، کم تر از سن و انتظارات اجتماعی-اقتصادی)	روان پریشی به صورت شدید وجود دارد (کاهش قابل توجه در توانایی شناختی، < 2 انحراف از معیار از میانگین کم تر سن و انتظارات SES)
افسردگی	روان پریشی وجود ندارد	مبهم (برخی از علائم افسردگی هستند، اما به دلیل علائم ناکافی، طول مدت یا شدت، برای تشخیص کافی نیستند.)	روان پریشی به اندازه کمی وجود دارد (حداقل شرایط لازم برای افسردگی جدی از نظر شدت، مدت و تعداد علائم را برآورده می کند)	روان پریشی تقریباً وجود دارد (داشتن اندکی بیشتر از حداقل میزان علائم، مدت، و شدت، معیارهای افسردگی جدی را برآورده می کند.)	روان پریشی به صورت شدید وجود دارد (با معیارهای افسردگی اساسی با تعداد علائم و شدت بیشتر از حداقل مطابقت دارد)
شیدایی	روان پریشی وجود ندارد	مبهم (با وجود برخی خلق و خوی شدید یا تحریک پذیر، علایم، طول مدت یا شدت آن برای	روان پریشی به اندازه کمی وجود دارد (معیارهای شیدایی با کم ترین میزان، طول و	روان پریشی تقریباً وجود دارد (معیارهای شیدایی با مقداری بیشتر از حداقل تعداد علائم، طول	روان پریشی به صورت شدید وجود دارد (با معیارهای شیدایی با تعداد علائم و شدت بیشتر از

تعداد	حداقل	مدت و شدت را	شدت علائم را	برآورده کردن		
علائم، طول مدت		برآورده می کند)	برآورده می کند)	استانداردهای		
و شدت را برآورده				تشخیصی کافی		
می کند)				نیست).		

توجه: SD = انحراف معیار. SES = وضعیت اجتماعی و اقتصادی

تخمین‌ها از ایالات متحده، شیوع اسکیزوفرنی در طول زندگی را ۱ درصد نشان می‌دهد (موسسه ملی سلامت روان، ۲۰۱۵). مردان و زنان به طور مساوی در طول زندگی خود به این اختلال مبتلا می‌شوند، اگرچه زنان معمولاً در اواخر زندگی خود به این بیماری مبتلا می‌شوند (فالکنبرگ و تریسی، ۲۰۱۴).

شیوع اسکیزوفرنی در مقایسه با سایر اختلالات روانی نسبتاً کم است، اما درصد بالایی از بزرگسالان گزارش می‌دهند که علائم سایکوز جزئی را تجربه می‌کنند. با مرور تعداد زیادی از مطالعات در مورد علائم روان پریشی، یک گروه از محققان شیوع مادام العمر را حدود ۵ درصد و شیوع را در هر زمان حدود ۳ درصد تخمین می‌زنند (ون اوس و همکاران، ۲۰۰۹).

دوره اسکیزوفرنی

همان‌طور که گفته شد، زمانی تصور می‌شد که دوره اسکیزوفرنی مادام العمر باشد. این وضعیت در طول دهه ۱۹۷۰ شروع به تغییر کرد زیرا محققان و پزشکان سیستم تشخیصی و درک بهتری از ماهیت اختلالات روانپریشی ایجاد کردند. اکنون می‌دانیم که اسکیزوفرنی ممکن است یکی از چندین دوره را طی کند. با این حال، در مقایسه با سایر اختلالات روانی، هم دوره و هم نتیجه برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی ضعیف‌تر است (جوب و هارو، ۲۰۱۰).

محققانی که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی را برای مدت طولانی دنبال می‌کنند، چارچوب طولانی مدتی را پیشنهاد می‌کنند که در آن ۲۵ تا ۳۵ درصد علائم روان‌پریشی مزمن را نشان می‌دهند. برخی از افراد مبتلا به اسکیزوفرنی حتی می‌توانند تا پایان عمر خود بهبودی کامل نشان دهند. ۴۰ درصد در صورت دریافت درمان فعلی در مرحله حاد، بهبود قابل توجهی را نشان می‌دهند. با

این حال، حتی زمانی که این افراد بدون علامت باشند، ممکن است این افراد هم‌چنان در عملکرد و سازگاری خود دچار اختلال شوند. علاوه بر این، افراد مبتلا به اسکیزوفرنی دو تا سه برابر بیش‌تر از سایرین در گروه سنی خود در معرض مرگ هستند که منجر به کاهش امید به زندگی ۱۵ تا ۲۰ سال می‌شود (گاتوف، روزلا، چیو، و کوردیاک، ۲۰۱۷). این مرگ و میر بالاتر تا حدی منعکس‌کننده چالش‌های اقتصادی و اجتماعی این افراد در زندگی روزمره خود است. استفاده از داروهای ضد روان‌پریشی ممکن است با کاهش میزان خودکشی، مرگ و میر را بهبود بخشد، اما ممکن است به دلیل اثرات منفی بر سلامت قلب و عروق، مرگ و میر را افزایش دهد (ورمولن و همکاران، ۲۰۱۷).

شما قضاوت کنید

تشخیص اسکیزوفرنی

همان‌طور که در این فصل بحث کردیم، نتیجه اسکیزوفرنی لزوماً مثبت نیست. اگرچه بسیاری از افراد بهبود می‌یابند، به خصوص اگر در مراحل اولیه این اختلال درمان شوند، افراد مبتلا به اسکیزوفرنی با خطرات قابل توجهی از عود در بقیه عمر خود مواجه هستند. بنابراین، هنگامی که یک متخصص سلامت روان تشخیص اسکیزوفرنی را ارائه می‌دهد، این خبر جدی است که می‌تواند فرد را دچار ناراحتی بزرگ کند.

بنابراین، پزشکان هنگام کار با افراد مبتلا به اسکیزوفرنی با برخی مسائل اخلاقی مواجه می‌شوند (هاو، ۲۰۰۸). آن‌ها نه تنها باید تلاش کنند تا تشخیص دهند که آیا این اختلال جدی را ارائه دهند یا خیر، بلکه همچنین باید به سوالات خاص مرتبط با علائم خاص فرد بپردازند. به عنوان مثال، پزشک ممکن است این امر را قابل قبول‌تر بداند که به مراجعین مبتلا به اختلال هذیانی اطلاع دهد که به جای هذیان، داروهایی را برای اضطراب، استرس یا نارسایی دریافت می‌کنند. اطلاع دادن به مشتری در مورد ماهیت واقعی علائم او ممکن است در توانایی تشکیل یک اتحاد درمانی اختلال ایجاد کند که به نوبه خود می‌تواند در موفقیت نهایی درمان نیز اختلال ایجاد کند.

برای غلبه بر این مانع، یک پزشک ممکن است تصمیم بگیرد یک حقیقت جزئی را به اشتراک بگذارد. به طور خاص، پزشک ممکن است علائم مراجعه کننده را به عنوان نقاط قوت بازنگری کند. به عنوان مثال، به جای این که دلبستگی مراجع به اشیای بی‌جان را به عنوان یک علامت ببیند، پزشک ممکن است این رفتار را به عنوان اثبات ظرفیت استثنایی مراجع برای مراقبت مجدد تعریف کند.

دومین معضل اخلاقی در ایجاد تعادل بین تمایل مشتری برای موفقیت در زندگی با این واقعیت است که به دلیل اختلال، او ممکن است قادر به تحقق این جاه طلبی‌ها نباشد. به عنوان مثال، استرس شغلی رقابتی، ممکن است مشتری را به سمت عود سوق دهد. آیا پزشک باید سعی کند از مشتری در برابر انجام این سرمایه‌گذاری محافظت کند یا به استقلال مشتری برای تصمیم‌گیری خود احترام بگذارد؟

اگر این دو چالش کافی نبودند، موقعیتی را در نظر بگیرید که در آن یک پزشک می‌خواهد خانواده مددجو را در درمان مشارکت دهد. همان‌طور که در ادامه این فصل خواهید دید، مشارکت بیش از حد و انتقادی اعضای خانواده می‌تواند علائم مراجعه کننده را تشدید کند. آیا پزشک باید سعی کند مراجع را متقاعد کند که خانواده را بخشی از درمان قرار دهد، زیرا می‌داند که این می‌تواند شانس بهبودی مراجع را افزایش دهد؟ یا آیا چنین متقاعدسازی غیراخلاقی و نقض استقلال مشتری است؟

در نهایت، با توجه به این که افراد با سابقه خانوادگی اسکیزوفرنی خطر ابتلا به این اختلال را افزایش می‌دهند، پزشکان چقدر باید به نوجوانان یا بزرگسالان جوان در معرض خطر هشدار دهند؟ از یک طرف، گفتن به افرادی که بدون علامت هستند مبنی بر این که ممکن است به این بیماری جدی مبتلا شوند، خود می‌تواند یک دوره را تحریک کند. از سوی دیگر، عدم اطلاع به افرادی که در معرض خطر ژنتیکی در مورد احتمال ابتلا به اسکیزوفرنی هستند ممکن است به این معنی باشد که آن‌ها اقدامات پیشگیرانه را انجام نمی‌دهند.

هاو (۲۰۰۸) پیشنهاد می‌کند که متخصصان سلامت روان می‌توانند این معضلات اخلاقی را با استفاده از «مقیاس کشویی اخلاقی» بررسی کنند. به عبارت دیگر، آن‌ها می‌توانند تصمیمات اخلاقی خود را با در نظر گرفتن توانایی مراجع برای دستیابی به بینش، استحکام رابطه خود با مشتری و ماهیت و استحکام رابطه مددجو با خانواده اتخاذ کنند. اگر چه احترام به استقلال مراجع باید اصل راهنما باشد، پزشکان باید آن را در مقابل توانایی‌های تصمیم‌گیری مراجع متعادل کنند.

سوال: شما قضاوت کنید: آیا با ایده استفاده از مقیاس لغزشی اخلاقی موافقید؟

عواملی که به پیش‌آگهی ضعیف‌تر در میان افراد مبتلا به اسکیزوفرنی کمک می‌کنند عبارتند از نقص در عملکرد شناختی، مدت زمان طولانی‌تر بدون درمان، سوء مصرف مواد، دوره ضعیف‌تر رشد اولیه، آسیب‌پذیری بالاتر در برابر اضطراب و رویدادهای منفی زندگی. علاوه بر این، درگیری بیش از حد اعضای خانواده در زندگی فرد، همان‌طور که در ادامه این فصل بحث خواهیم کرد، نتایج ضعیف‌تری را نیز پیش‌بینی می‌کند (جوبی و هارو، ۲۰۱۰).

به نظر می‌رسد مردان مجرد در صورت داشتن این ویژگی‌های اضافی در معرض خطر ویژه‌ای قرار دارند (گومز-د-رگیل و همکاران، ۲۰۱۰). مردان هم‌چنین نسبت به زنان، بیش‌تر احتمال دارد علائم منفی را تجربه کنند، شبکه‌های حمایت اجتماعی ضعیف‌تری داشته باشند و در طول زمان عملکرد ضعیف‌تری داشته باشند (ویلهایت و همکاران، ۲۰۰۸). شاید با کمال تعجب، با توجه به منابع بهتر برای درمان افراد مبتلا، پیش‌آگهی برای افراد کشورهای در حال توسعه (مبتنی بر

کشاورزی) بهتر از افراد کشورهای توسعه یافته (صنعتی) باشد (هاپر، هریسون، جانکا و سارتوریوس، ۲۰۰۷).

۲,۶ اختلال روان پریشی گذرا

همان‌طور که از این اصطلاح پیداست، اختلال روان پریشی مختصر تشخیصی است که پزشکان زمانی از آن استفاده می‌کنند که فرد علائم روان پریشی را برای بیش از یک روز اما کم‌تر از یک ماه ایجاد کند. فرد باید یکی از چهار علامت را تجربه کند که عبارتند از: هذیان، توهم، گفتار نامنظم و رفتار به شدت آشفته یا کاتاتونیک.

پزشکانی که این تشخیص خاص را تعیین می‌کنند باید به زمینه‌ای که در آن افراد علائم این اختلال را نشان می‌دهند توجه کنند. آیا مشتری اخیراً یک عامل استرس‌زا مانند یک بلای طبیعی، از دست دادن یکی از بستگان نزدیک یا تصادف را تجربه کرده است؟ احتمال دیگر این است که خانمی بلافاصله پس از زایمان دچار این اختلال شود. چنین شرایطی ممکن است بر فرآیند تصمیم‌گیری پزشک در تشخیص اختلال روان پریشی مختصر تاثیر بگذارد.



یک دوره روان پریشی کوتاه می‌تواند بین ۱ روز تا ۱ ماه طول بکشد.

اختلال روان پریشی گذرا

زمانی که یک فرد علائم روان پریشی را برای بیش از یک روز اما کم‌تر از یک ماه ایجاد می‌کند، پزشکان از تشخیص استفاده می‌کنند.

یک مورد کوچک

اختلال روانی مختصر، با عوامل استرس‌زای مشخص

آنتونی یک مرد دگرجنسگرای ۲۲ ساله قفقازی است. او دانشجوی ارشد یک کالج کوچک معتبر است. خانواده او به طور سنتی استانداردهای بالایی برای آنتونی داشتند و پدرش همه انتظار داشت که پسرش در دانشکده حقوق هاروارد ادامه تحصیل دهد. آنتونی اغلب به شدت احساس فشار می‌کرد که روز و شب برای حفظ معدل بالا تلاش می‌کرد، در حالی که با پشتکار برای امتحان ملی برای پذیرش در دانشکده حقوق آماده می‌شد. زندگی اجتماعی او عاری از هرگونه تماس معنادار شد. او حتی شروع به حذف وعده‌های غذایی کرد، زیرا نمی‌خواست زمان مطالعه خود را صرف خوردن کند. آنتونی وقتی از نتایج آزمون خود مطلع شد ناامید شد زیرا می‌دانست که با این نتایج هیچ یک از دانشکده‌های برتر حقوق او را نمی‌پذیرند. او شروع به حق‌غیرقابل کنترل کرد، در راهروی خوابگاه قدم می‌زد، ناسزا می‌گفت و همه را متهم می‌کرد که با رئیس کالج نقشه کشیدند تا مانع پذیرش او در دانشکده حقوق شوند. پس از ۲ روز از این رفتار، مشاور رزیدنت آنتونی او را متقاعد کرد که به بیمارستان برود، جایی که پزشکان وضعیت او را تشخیص داده و درمان کردند. پس از یک هفته استراحت و مصرف دارو، آنتونی به عملکرد طبیعی خود بازگشت و توانست وضعیت تحصیلی خود را منطقی‌تر ارزیابی کند.

یک مورد کوچک

اختلال اسکیزوفرنی فرم، با ویژگی های پیش آگهی خوب

زمانی که دیون، یک مرد آفریقایی آمریکایی متاهل، دچار یک اختلال روانی شد، ۲۶ ساله بود و برای یک فروشگاه زنجیره‌ای کار می‌کرد. اگرچه خانواده و دوستان همیشه دیون را غیرعادی می‌دانستند، اما او علائم روان پریشی را تجربه نکرده بود. با این حال، طی چند ماه بعد، بیش از پیش دچار مشکل شد، و همه چیز تغییر کرد. مادرش فکر می‌کرد که او فقط به دلیل مشکلات مالی «استرس» گرفته است، اما دیون به نظر نمی‌رسید نگران چنین مسائلی باشد. او علی‌رغم این که فعالانه هیچ مذهبی را انجام نمی‌داد، در نهایت به توهمات پارانوئیدی اعتقاد پیدا کرد و به خواندن کتاب مقدس علاقه مند شد. به دلیل این که او درخواست ۶۰۰۰ قرص نان را به اداره منطقه فرستاده بود، به روسای او در مورد اختلال او هشدار داده شد. او در پایین فرم سفارش نوشته بود: «عیسی نان‌ها را چند برابر خواهد کرد.» وقتی سرپرستان او این دستور نامناسب را زیر سوال بردند، دیون خشمگین شد و اصرار کرد که آن‌ها برای جلوگیری از مبارزه او با گرسنگی جهانی نقشه می‌کشیدند. مضامین پارانوئید و رفتارهای عجیب و غریب نیز در تعاملات دیون با همسر و فرزندانش ظاهر شد. پس از ۲ ماه رفتار آشفته فزاینده، رئیس دیون از او خواست که به روانپزشک مراجعه کند. با استراحت و دوزهای نسبتاً کم داروهای ضد روان پریشی، دیون پس از چند هفته به عملکرد طبیعی خود بازگشت.

۳,۶ اختلال اسکیزوفرنی فرم

افرادی که علائم اسکیزوفرنی را برای یک دوره ۱ تا ۶ ماهه تجربه کنند، تشخیص اختلال اسکیزوفرنی فرم را دریافت می کنند. اگر علائم بیش از ۶ ماه ادامه داشته باشد، پزشک یک ارزیابی انجام می دهد تا تشخیص دهد که آیا تشخیص اسکیزوفرنی مناسب است یا خیر. بیمارانی که علائمشان سریع تر شروع می شود (در عرض ۴ هفته)، که در طول اوج دوره، گیج یا سردرگم به نظر می رسند، و به طور کلی در سطح اجتماعی و شخصی قبل از دوره به خوبی عمل می کنند، شانس بیشتری برای اجتناب از اسکیزوفرنی دارند. همچنین اگر علائم منفی بی تفاوتی، گوشه گیری و غیر اجتماعی را نشان ندهند، احتمالاً پیش آگهی خوبی خواهند داشت.

اختلال اسکیزوفرنی فرم

اختلالی که با علائم روان پریشی مشخص می شود که اساساً با علائم اسکیزوفرنی یکسان است، به جز مدت زمان. به طور خاص، علائم معمولاً از ۱ تا ۶ ماه طول می کشد.

۴,۶ اختلال اسکیزوافکتیو

در اختلال اسکیزوافکتیو، افراد مبتلا به اختلال افسردگی یا دوقطبی نیز دچار هذیان و/یا توهم می شوند. با این حال، تشخیص تنها در صورتی امکان پذیر است که در طی یک دوره ۲ هفته ای، مراجعین دارای علائم روان پریشی باشند اما نه علائم اختلال خلقی. در بیش تر طول مدت بیماری، آن ها باید یک دوره خلقی عمده (افسردگی یا شیدایی) و همچنین علائم اسکیزوفرنی داشته باشند. به عبارت دیگر، آن ها باید هم یک اپیزود خلقی و هم یک اختلال روان پریشی داشته باشند و حداقل ۲ هفته در طی آن هذیان و/یا توهم تنها علائمی هستند که نشان می دهند.

اختلال اسکیزوافکتیو

اختلالی که شامل تجربه یک دوره افسردگی اساسی، یک دوره مانیک یا یک دوره مختلط است در حالی که معیارهای تشخیصی اسکیزوفرنی را نیز برآورده می کند.

یک مورد کوچک

اختلال اسکیزوافکتیو، نوع دوقطبی

هیزل، یک زن متاهل دگرجنس‌گرای قفقازی که اصالتاً اهل کانادا بود، در زمان بستری شدن در بیمارستان روانی، مادری ۵۲ ساله و دارای سه فرزند بود. او یک سابقه ۲۰ ساله علائم مشابه اسکیزوفرنی داشت و به صورت دوره‌ای شیدایی را تجربه می‌کرد. علائم مشابه اسکیزوفرنی او شامل هذیان، توهم و اختلال فکری بود. داروهای ضد روان پریشی او که هر دو هفته یک بار تزریق می‌شد، به کاهش متوسط این علائم کمک کرد. از لیتیوم نیز برای مدیریت دوره‌های شیدایی او استفاده می‌شد، اما او اغلب از دوز روزانه خود صرف نظر می‌کرد زیرا از «احساس سرخوشی» لذت می‌برد. در چندین مورد پس از دوره‌های طولانی پرهیز از لیتیوم، هیزل دچار شیدایی شد. تسریع گفتار و فعالیت بدنی، شب‌های بی‌خوابی و رفتار نامنظم از ویژگی‌های این اپیزودها بود. با اصرار شوهرش و درمان‌گرش، هیزل مصرف لیتیوم خود را از سر گرفت و اندکی پس از آن علائم شیدایی او کاهش یافت، اگرچه علائم اسکیزوفرنی او هنوز تا حدودی مشهود بود.

۵,۶ اختلالات هذیانی

افراد مبتلا به اختلالات هذیانی هذیان‌هایی دارند که حداقل ۱ ماه به عنوان تنها علامت آن‌ها طول کشیده است. علاوه بر این، آن‌ها نباید هیچ علائم دیگری از اسکیزوفرنی داشته باشند و هرگز نباید معیارهای اسکیزوفرنی را داشته باشند. در واقع، این افراد می‌توانند بسیار خوب عمل کنند و برای دیگران عجیب به نظر نمی‌رسند مگر زمانی که در مورد توهم خاص خود صحبت می‌کنند.

بر اساس این که موضوع هذیانی برجسته است، پزشکان این افراد را با یکی از پنج نوع اصلی اختلال، یا با انواع مختلط یا نامشخص که شامل افرادی می‌شوند که هذیان برجسته‌ای ندارند، تشخیص می‌دهند. افراد مبتلا به اختلال هذیانی از نوع اروتومیک به دروغ معتقدند که فرد دیگری عاشق آن‌هاست. هدف هذیان آن‌ها معمولاً فردی است که جایگاهی بالاتر از آن‌ها دارد. به عنوان مثال، یک زن ممکن است مطمئن باشد که یک خواننده مشهور عاشق او است و او پیام‌های عاشقانه پنهانی را در آهنگ‌های خود به او منتقل می‌کند.

اعتقاد به این که آن‌ها دارای ویژگی‌ها و توانایی‌های شخصی خاص و فوق العاده مطلوب هستند، مشخصه افرادی است که دارای نوع بزرگ اختلال هذیانی هستند. ممکن است مردی باور کند که او مسیحی است که منتظر نشانه‌ای از آسمان است تا خدمت فعال خود را آغاز کند. در اختلال هذیانی حسادت، افراد مطمئن هستند که شریک عاشقانه آن‌ها به آن‌ها خیانت می‌کند. آن‌ها حتی ممکن است نقشه‌ای برای به دام انداختن شریک زندگی خود برای اثبات خیانت او بسازند. افراد مبتلا به اختلال هذیانی آسیب بر این باورند که یکی از نزدیکان آن‌ها با آن‌ها رفتاری بدخواهانه دارد. برای مثال ممکن است متقاعد شوند که همسایگان‌شان عمداً آب آن‌ها را مسموم می‌کنند. افراد مبتلا به اختلال هذیانی جسمانی معتقدند که دارای یک وضعیت پزشکی هستند که باعث واکنش بدنی غیرطبیعی می‌شود که در واقع وجود ندارد.

DSM-IV اختلال روان پریشی مشترک را به عنوان یک تشخیص جداگانه برای استفاده زمانی که یک یا چند نفر در نتیجه رابطه نزدیک با یک فرد روان پریشی که دچار هذیان است، دچار سیستم هذیان می‌شوند، فهرست کرده است. این مورد بیش‌تر به عنوان folie à deux (حماقت

اختلال هذیانی حسادت

اختلال هذیانی که در آن افراد به دروغ معتقدند که شریک عاشقانه آن‌ها به آن‌ها خیانت می‌کند.

اختلال هذیانی آسیب

اختلال هذیانی که در آن افراد به اشتباه فکر می‌کنند که یکی از نزدیکان آن‌ها رفتاری بدخواهانه با آن‌ها دارد.

اختلال هذیانی جسمانی

اختلالی که تنها علائم اختلال هذیانی که در آن هذیان‌هایی است که آن افراد به اشتباه حداقل ۱ ماه طول معتقدند که دارای یک کشیده است. بیماری هستند.

اختلال هذیانی از نوع اختلال روان پریشی اروتومیک مشترک

اختلال هذیانی که در آن افراد به دروغ معتقدند که شخص نتیجه رابطه نزدیک با دیگری عاشق آن‌هاست. یک فرد روان پریشی که دچار هذیان است دچار

نوع بزرگ اختلال سیستم هذیانی می‌شوند.

نگرش اغراق آمیز به خود به عنوان دارای ویژگی‌ها و توانایی‌های شخصی خاص و بسیار مطلوب.

دو نفر) در زمانی که دو نفر درگیر هستند نامیده می‌شود. گاهی اوقات، سه نفر یا بیش‌تر یا اعضای یک خانواده به این بیماری مبتلا می‌شوند.

یک مورد کوچک

اختلال هذیانی، نوع حسادت

پل یک مرد ۳۲ ساله و دگرجنس‌گرای اسپانیایی آمریکایی است که اخیراً در شغل ۵ ساله خود استرس فوق‌العاده‌ای را تجربه کرده است. اگرچه او از پرداختن به مشکلات کاری خود اجتناب کرده است، اما شروع به ایجاد باورهای غیرمنطقی در مورد دوست دخترش، الیزابت کرده است. علی‌رغم قول‌های مکرر الیزابت مبنی بر این‌که او به طور مداوم در رابطه وفادار است، پل به این باور که از نظر جنسی با شخص دیگری درگیر است وسواس پیدا کرده است. او به همه کسانی که الیزابت با آن‌ها ارتباط برقرار می‌کند مشکوک است و در مورد هر برخورد بی‌اهمیتی از او سوال می‌کند. او کمد و کشوهای او را برای یافتن اقلام مرموز جستجو می‌کند، به دنبال هزینه‌های غیرقابل توضیح در قبوض کارت اعتباری می‌گردد، به تماس‌های تلفنی الیزابت گوش می‌دهد و با یک بازپرس خصوصی تماس می‌گیرد تا او را دنبال کند. پل اکنون اصرار دارد که آن‌ها به ایالت دیگری نقل مکان کنند.

یک مورد کوچک

اختلال هذیانی، نوع آزار و اذیت

جولیو یک مرد ۲۵ ساله لاتین تبار است که خود را همجنسگرا معرفی می‌کند. اخیراً جولیو با همکار خود ارنستو در کافه تریای یک شرکت حسابداری که هر دو در آن کار می‌کنند ملاقات کرد. پس از یک مکالمه کوتاه و بسیار معمولی، جولیو شروع به ایجاد این باور کرد که ارنستو به طور مخفیانه سعی می‌کند به ایستگاه کاری او نفوذ کند تا گزارش‌های ناقص را منتشر کند. به زودی جولیو متقاعد شد که ارنستو با سه نفر دیگر در واحد آن‌ها توطئه می‌کند تا نشان دهد که او بی‌کفایت است. او درخواست جابه‌جایی کرد تا به نظر او شغلش دیگر با رفتار همکارانش به خطر نیفتد.

اختلال روان پریشی مشترک اکنون در DSM-۵ در بخش سایر طیف‌های اسکیزوفرنی مشخص شده و سایر اختلالات روان پریشی، به عنوان «علائم هذیانی در شریک فرد مبتلا به اختلال هذیانی» ظاهر می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، ص ۱۲۲). اگرچه نادر است، اما اختلال روان‌پریشی مشترک گهگاه در پرونده‌های پزشکی قانونی، هم جنایی و هم مدنی یافت می‌شود (پارکر، ۲۰۱۴).

۶,۶ نظریه ها و درمان اسکیزوفرنی

اسکیزوفرنی منعکس کننده یک تعامل پیچیده از نیروهای بیولوژیکی، روانی و اجتماعی-فرهنگی است. در نتیجه، محققان به خوبی از نیاز به رویکرد این اختلال از دیدگاه تعاملی آگاه هستند.

یک مفهوم کلیدی در درک علل اسکیزوفرنی آسیب پذیری است، این ایده که افراد از نظر بیولوژیکی مستعد ابتلا به اسکیزوفرنی هستند اما این اختلال تنها زمانی ایجاد می شود که شرایط محیطی خاصی وجود داشته باشد. همان طور که ما به هر یک از مشارکت های یک مدل آسیب پذیری نگاه می کنیم، به خاطر داشته باشید که هیچ نظریه واحدی حاوی توضیح کامل نیست.

آسیب پذیری

این ایده که افراد از نظر بیولوژیکی مستعد ابتلا به اسکیزوفرنی هستند اما این اختلال تنها زمانی ایجاد می شود که شرایط محیطی خاصی وجود داشته باشد.

دیدگاه های بیولوژیکی

نظریه ها توضیحات بیولوژیکی اسکیزوفرنی ریشه در نوشته های امیل کریپلین دارد که اسکیزوفرنی را یک بیماری ناشی از فرآیندهای دژنراتیو در مغز می دانست. اگرچه از کار کریپلین نتیجه گرفت که دانشمندان برای اولین بار به ناهنجاری های احتمالی مغز در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی علاقه مند شدند، اما فناوری قرن نوزدهم در حد نوع تحقیق مورد نیاز برای شناسایی این ناهنجاری ها نبود. روش های تصویربرداری عصبی معاصر، داده های کلیدی را در اختیار دانشمندان قرار می دهند که هم اکنون چنین تحقیقاتی را ممکن می سازد.



افراد مبتلا به یک نوع اختلال هذیانی آزاددهنده، به اشتباه معتقدند که شخصی علیه آن ها توطئه یا برنامه ریزی می کند.

© نوئل هندریکسون/گتی ایماژ

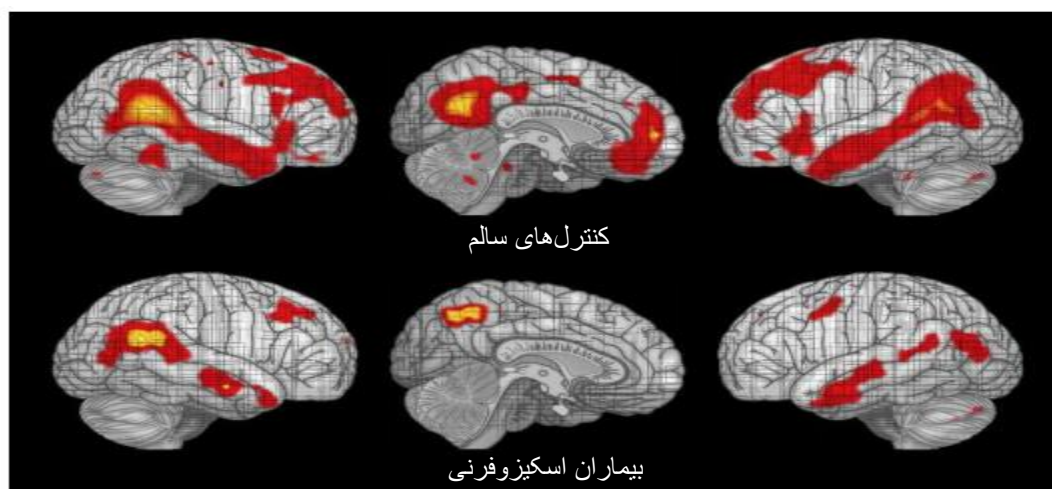
یکی از اولین اکتشافاتی که در نتیجه پیشرفت ها در روش های تصویربرداری عصبی پدیدار شد، این بود که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی بطن های بزرگ شده ای دارند، ساختارهایی در مغز که مایع مغزی نخاعی را نگه می دارند. این وضعیت با آتروفی قشر مغز، از بین رفتن بافت مغز همراه بود و عمدتاً در دو ناحیه یافت می شود: لوب پیشانی و تمپورال. زوال لوب های فرونتال منجر به کاهش توانایی برنامه ریزی و همچنین اعمال کنترل بر افکار مزاحم و رفتارهای ناخواسته می شود (مولینا و همکاران، ۲۰۰۵). از دست دادن بافت در لوب های تمپورال در پردازش اطلاعات شنوایی اختلال

ایجاد می‌کند (ون هارن و همکاران، ۲۰۱۱). فعالیت تغییر یافته در لوب‌های پیشانی و تمپورال مغز به نوبه خود به نظر می‌رسد هم با علائم منفی و هم با نقص‌های شناختی مرتبط باشد (آبرام و همکاران، ۲۰۱۷). هم‌چنین نشان داده شده است که کاهش فعالیت در لوب فرونتال با عملکرد اجتماعی ضعیف‌تر مرتبط است (واتانابه، اوراکامی، هونگو و اوتسوبو، ۲۰۱۵)، که نشان دهنده فقدان کنترل بازدارنده‌ای است که این ناحیه از مغز معمولاً در بزرگسالان بالغ فراهم می‌کند.

شکل ۱ میانگین اسکن‌های fMRI در سراسر مغز افراد مبتلا به اسکیزوفرنی را با اسکن‌های کنترل‌های معمولی در یک نوع کار اجتماعی مقایسه می‌کند که در آن شرکت‌کنندگان سعی کردند اهداف شخصیت‌های داستانی نشان داده شده در کمیک استریپ را استنتاج کنند. همان‌طور که نشان داده شد، شرکت‌کنندگان مبتلا به اسکیزوفرنی فعال شدن نواحی از لوب‌های پیشانی و تمپورال درگیر در قضاوت‌های اجتماعی را کاهش دادند (والتر و همکاران، ۲۰۰۹).

به نظر می‌رسد این کاهش توانایی نواحی مغز برای برقراری ارتباط با یکدیگر، به ویژه بر حافظه کاری و توانایی کنترل عملیات شناختی، با کاهش پیوندهای بین تالاموس و لوب پیشانی قشر مغز تاثیر می‌گذارد (واگنر و همکاران، ۲۰۱۵). هم‌چنین ممکن است به تغییرات بیش‌تر در لوب پیشانی و تمپورال اضافه کند.

هر چقدر هم که مهم باشد، تغییرات ساختاری به تنهایی نمی‌تواند به طور کامل توضیح دهد که چه اتفاقی برای مغز می‌افتد تا آسیب‌پذیری فرد را در برابر ابتلا به اسکیزوفرنی افزایش دهد.



شکل ۱ اسکن‌های fMRI در مقایسه کنترل‌های بهداشتی با بیماران اسکیزوفرنی همان‌طور که در مقایسه ردیف‌های بالا و پایین مشاهده می‌شود، مغز بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی کاهش فعال‌سازی را در لوب‌های پیشانی و تمپورال درگیر در قضاوت اجتماعی نشان می‌دهد.

منبع: Walter, H., et al. (۲۰۰۹). اختلال عملکرد مغز اجتماعی در اسکیزوفرنی براساس نوع قصد تنظیم می‌شود: یک مطالعه fMRI. علوم اعصاب شناختی و عاطفی اجتماعی، ۴ (۲): ۱۶۶-۱۷۶. دانشگاه آکسفورد.

در عوض، محققان بر این باورند که سرنخ‌های بیش‌تری از علل اسکیزوفرنی در انتقال‌دهنده‌های عصبی مسئول انتقال اطلاعات در سیستم عصبی وجود دارد. یک کاندید اولیه برای چنین عملکرد انتقال دهنده عصبی تغییر یافته دوپامین است. تغییرات در گیرنده‌های دوپامین به این معنی است که هنگامی که دوپامین از نورون‌های پیش سیناپسی آزاد می‌شود، به درستی متصل نمی‌شوند. چنین تغییراتی به نوبه خود منجر به مقادیر بیش از حد دوپامین در مغز می‌شود که به اثرات اسکیزوفرنی بر شناخت و رفتار هدفمند کمک می‌کند (ویاس و همکاران، ۲۰۱۷).

به نظر می‌رسد گاما آمینوبوتیریک اسید (GABA)، یک انتقال دهنده عصبی بازدارنده نیز در اسکیزوفرنی به دلیل تغییراتی که این اختلال ممکن است در گیرنده‌های N-methyl-Daspartate (NMDA) ایجاد کند، نقش دارد. شواهدی که از این ایده حمایت می‌کنند بر این واقعیت استوار است که داروی کتامین فعالیت گیرنده‌های NMDA را کاهش می‌دهد. مطالعات با استفاده از مدل‌های حیوانی نشان می‌دهد که اختلالات در این گیرنده‌ها می‌تواند به نوسانات عصبی غیر طبیعی (امواج مغزی) کمک کند، که به نوبه خود می‌تواند منجر به مشکلاتی در یکپارچگی حسی و شناخت شود (مایکلز و همکاران، ۲۰۱۸).

تحقیقات در مورد الگوهای وراثت خانوادگی از این ایده حمایت می‌کند که اسکیزوفرنی حداقل تا حدی یک اختلال ژنتیکی است که تخمین‌های وراثت‌پذیری آن بین ۶۰ تا ۷۰ درصد است (تسوانگ، استون و فاراونه، ۱۹۹۹). با ایجاد این وراثت‌پذیری بالا، محققان از آن زمان به دنبال یافتن ژن‌های خاص درگیر و درک عواملی هستند که شانس ابتلا به این اختلال را در افراد آسیب‌پذیر ژنتیکی افزایش می‌دهند. حجم رو به رشد داده‌هایی که اسکیزوفرنی را به عملکرد شناختی مرتبط می‌کند، با تحقیقات گسترده‌ای که نشان دهنده اشتراک ژن در هر دو حوزه است، به طور خاص قابل توجه است. (وانگ و همکاران، ۲۰۱۸).

جستجوی ناهنجاری‌های ژنتیکی در اسکیزوفرنی به دلیل این واقعیت که در دهه‌های اخیر، محققان ناهنجاری‌هایی را در میان حداقل ۱۹ ژن ممکن پراکنده در بیش از ۱۰ کروموزوم شناسایی کرده‌اند، بسیار پیچیده‌تر شده است. برخی از عملکردهای انجام شده توسط این ژن‌ها به عملکرد دوپامین و GABA بستگی دارد، اما نامزدهای دیگر عبارتند از سروتونین و گلوتامات. محققان همچنین در جستجوی ناهنجاری‌هایی در ژنتیک عملکرد سیستم ایمنی در میان افراد مبتلا به اسکیزوفرنی هستند (کریسافولی و همکاران، ۲۰۱۵). چنین ناهنجاری‌هایی ممکن است قبل از شروع ظاهری بیماری باشد که منعکس کننده تغییرات رشد عصبی خیلی زودتر در زندگی است.

در واقع، طبق فرضیه رشد عصبی (آندریسن، ۲۰۱۰)، اسکیزوفرنی یک اختلال رشد است که در دوران نوجوانی یا اوایل بزرگسالی به دلیل تغییرات در کنترل ژنتیکی بلوغ مغز ایجاد می‌شود. آسیب‌پذیری ژنتیکی که برخی افراد به ارث می‌برند، در صورتی آشکار می‌شود که در مراحل اولیه رشد مغز در معرض خطرات خاصی قرار گیرند. این خطرات می‌تواند در دوران بارداری به شکل عفونت‌های ویروسی، سوء تغذیه یا قرار گرفتن در معرض سموم رخ دهد. بنابراین، اسکیزوفرنی ممکن است نه تنها منعکس کننده توارث ژنتیکی غیرطبیعی باشد، بلکه نقایص مرتبط با فرآیندهای اپی ژنتیک را نیز منعکس کند. همان‌طور که بیماری آن‌ها در طول زمان پیشرفت می‌کند، افراد ممکن است تغییرات مضر مداوم را از طریق یک فرآیند پیشرفت عصبی نشان دهند، که در آن اثرات اسکیزوفرنی با تغییرات مغزی ناشی از پیری طبیعی در تعامل است.

فرضیه رشد عصبی

نظریه‌ای که پیشنهاد می‌کند اسکیزوفرنی یک اختلال رشد است که در دوران نوجوانی یا اوایل بزرگسالی به دلیل تغییرات در کنترل ژنتیکی بلوغ مغز ایجاد می‌شود.

داستان های واقعی

الین ساکس: اسکیزوفرنی

الین ساکس، استاد دانشگاه UCLA، در کتاب خاطرات خود با عنوان *The Center Cannot Hold: My Journey Through Madness*، داستان تکان دهنده مبارزه مادام العمر خود با اسکیزوفرنی را بیان می کند. داستان او دیدگاهی منحصر به فرد در مورد یکی از ناتوان کننده ترین اختلالات روانی و گزارشی دست اول از تجربه روان پریشی ارائه می دهد.

ساکس کتاب را با توصیف اولین نشانه های بیماری خود در زمانی که کودکی در خانواده ای از طبقه متوسط در میامی فلوریدا بزرگ می شد، آغاز می کند. این ها شامل رفتارهای عجیب و غریب مانند سازماندهی و ردیف کردن دارایی هایش در اتاقش و تجربیات ترسناک تجزیه کننده در زمانی که او تنها ۸ سال داشت بود. با وجود حمایت و نگرانی خانواده اش، ساکس به خاطر می آورد که تا حدودی از این برخوردها می ترسید، زیرا نمی توانست آن چه را که برایش اتفاق می افتاد در میان بگذارد.

ساکس در طول سال های شکل گیری خود، آن چه را که اکنون به عنوان علائم پیش در آمد اسکیزوفرنی می شناسد، ادامه داد. در آن زمان، تجربیات او باعث شد که وقتی در جمع حضور دارد احساس پارانوئید کند، از ترس این که راز او را دریابند، او در دانشگاه واندربیلت تحصیل کرد و در ابتدا از استقلال جدید خود بسیار لذت برد. ساکس به یاد می آورد که از این تجربیات می ترسید، تا حدی به این دلیل که قادر نبود آن چه را که برایش اتفاق می افتاد در میان بگذارد، حتی اگر خانواده اش عموماً او را دوست داشتند و از او حمایت می کردند. ناتوانی او در انجام فعالیت های خودمراقبتی مانند حمام کردن، نشانه شروع بیماری او بود و الین چندین دوره روان پریشی کوتاه داشت که بدون مداخله برطرف شد. در کتاب، او ماهیت موزیانه بیماری خود را از زمانی که شروع به آشکار شدن کرد، توصیف می کند.

ساکس پس از بازگشت به خانه از سال اول دانشگاه، به تجربه پارانویا و توهمات گاه به گاه ادامه داد. علاوه بر این علائم، او احساس افسردگی و بی حالی نیز داشت. والدینش او را نزد یک روانپزشک بردند، که تنها بینش او در مورد وضعیت او این بود که «نیاز به کمک دارد». هنگامی که ساکس برای سال دوم به واندربیلت بازگشت، علائم

او کاهش یافت زیرا جایی بود که او در تحصیلات خود و حلقه دوستان نزدیک خود آرامش یافت. ساکس با حمایت اجتماعی قوی توانست تا پایان دوران تحصیل خود در کالج در وضعیت نسبتاً پایداری باقی بماند. با این حال، با نزدیک شدن به فارغ‌التحصیلی، این راحتی به سرعت به ترس تبدیل شد و او احساس کرد که ساختار شکننده‌ای که محتوایش را حفظ می‌کرد، در شرف تکان خوردن است.



الین ساکس علی‌رغم اینکه از اسکیزوفرنی رنج می‌برد، از حرفه حقوقی موفقیت‌آمیزی برخوردار بوده است.

Damian Dovarganes/AP Images©

ساکس برنده بورسیه تحصیلی بسیار معتبر مارشال برای تحصیل در رشته فلسفه در دانشگاه آکسفورد انگلستان شد. او از نقل مکان به یک کشور خارجی و پشت سر گذاشتن همه چیزهایی که می‌دانست، به خصوص دوستان معمولی و دانشگاهی‌اش می‌ترسید. در واقع، تنها پس از چند هفته در آکسفورد، بیماری ساکس که هنوز علناً تشخیص داده نشده بود، دوباره شیوع پیدا کرد و ترس او از بیماری به فکر خودکشی تبدیل شد. او به اصرار یکی از دوستانش به روانپزشک مراجعه کرد و اعتراف کرد که به فکر پایان دادن به زندگی خود بوده است. او وارد یک

برنامه درمانی روزانه در یک بیمارستان روانپزشکی شد، اگرچه نمی دانست چقدر بیمار است. اما دیدگاه او در مورد علائمش در آن زمان این بود که آن‌ها به سادگی مشکلی هستند که باید حل شود و به راحتی قابل رفع است، دیدگاهی که پیچیدگی بیماری او را به شدت دست کم می گرفت.

ساکس در طول بستری شدن در بیمارستان تحت روان درمانی شدید قرار گرفت و بقیه زمان خود را صرف مطالعه خود کرد. برنامه تحصیلی او نیازی به شرکت در کلاس‌ها نداشت، بنابراین او توانست به صورت منزوی در آپارتمانش کار کند، که درک میزان مشکلات روانی را برای او دشوار می کرد. او در آن زمان هیچ دارویی مصرف نمی کرد و توانایی او برای دستیابی به درک محکمی از واقعیت به آرامی بدتر شد. هنگامی که او به روانپزشک خود گزارش داد که افکار خودکشی‌اش بدتر شده است، از او خواسته شد که در بیمارستان بستری شود و به مدت ۲ هفته در آن‌جا ماند. ساکس پس از شروع دوره‌ای از داروهای روان‌درمانی، در نهایت احساس خوبی داشت که به ادامه تحصیلات خود بازگشت، اگرچه به زودی از نظر روانی بدتر شد. او مجدداً در بیمارستان بستری شد و چندین ماه درگیر روان‌پریشی و افسردگی بود. هنگامی که وضعیت او تثبیت شد، روانپزشک او توصیه کرد که وارد روانکاو شود. ساکس که مصمم بود تحصیل خود را در آکسفورد به پایان برساند، در حالی که ۵ روز در هفته به یک روانکاو مراجعه می کرد، به تحصیل ادامه داد. ساکس حتی پس از پایان تحصیلاتش که به جای ۲ سال، ۴ سال به طول انجامید، احساس کرد که رابطه‌اش با تحلیل‌گرش به او کمک زیادی می کند تا جایی که تصمیم گرفت برای ۲ سال دیگر در انگلیس بماند تا به کارشان ادامه دهد.

ساکس در این کتاب تجربه خود را از زندگی با بیماری خود در این دوران از زندگی‌اش شرح می دهد. «کاملاً متوهم بودم، من هنوز جنبه‌های اساسی نحوه کار دنیا را درک می کردم. برای مثال، من در حال انجام تکالیف مدرسه‌ام بودم و به طور مبهم این قانون را درک می کردم که در یک محیط اجتماعی، حتی با افرادی که بیش‌تر به آن‌ها اعتماد دارم، نمی توانم درباره افکار روان‌پریشی‌ام صحبت کنم. صحبت از کشتن کودکان، یا سوزاندن تمام دنیاها، یا این‌که بتوانم شهرها را با ذهنم ویران کنم، بخشی از گفتگوی مودبانه نبود. . . هرچند گاهی آن‌قدر روان پریش بودم که به سختی می توانستم خودم را کنترل کنم. هذیان‌ها به توهمات تمام عیار گسترش یافت، که در آن به وضوح می توانستم زمزمه مردم را بشنوم. وقتی کسی از نظر فیزیکی در اطراف نبود، - در گوشه‌ای از کتابخانه، یا اواخر شب، در اتاق خوابم که تنها می خوابیدم - می شنیدم که اسمم را صدا می زنند. گاهی اوقات، صدایی که می شنیدم آن‌قدر طاقت فرسا بود که تقریباً هیچ صدای دیگری نمی شنیدم.»

پس از ترک انگلستان، ساکس تصمیم گرفت به دانشکده حقوق در دانشگاه ییل برود، جایی که او به مبارزه با بخش‌های مختلف روان پریشی ادامه داد که منجر به چندین بستری طولانی مدت در بیمارستان شد، اگرچه در نهایت توانست تحصیل خود را به پایان برساند. او پس از کار در یک کلینیک حقوقی سلامت روان، اشتیاق کمک به بیماران روانپزشکی را به دست آورده بود که با درک نزدیک او از تجربه یک بیمار روانپزشکی تقویت شده بود. او در طول زندگی حرفه‌ای خود در جهت ایجاد استانداردهای قانونی بالای مراقبت از بیماران روانپزشکی در ایالات متحده کار کرده است.

ساکس در نهایت در دانشکده حقوق دانشگاه UCLA مشغول به کار شد، جایی که او به عنوان یک عضو هیئت علمی رسمی به کار خود ادامه می‌دهد. در طول سال‌ها، او سخت تلاش کرده است تا با کمک ترکیبی از گفت‌وودرمانی، دارودرمانی و حمایت اجتماعی از سوی همسر و دوستان نزدیکش، علائم روان پریشی خود را از بین ببرد. اگرچه ساکس سال‌ها تلاش کرد تا واقعیت بیماری خود را بپذیرد، اما اکنون تشخیص خود و هر آن‌چه را که مستلزم آن است می‌پذیرد. ساکس در پایان کتاب می‌نویسد که از این که یکی از معدود خوش شانس‌هایی است که توانسته با اسکیزوفرنی زندگی کند، احساس قدردانی می‌کند. او این ایده را رد می‌کند که به دلیل اسکیزوفرنی زندگی بهتری داشته است، اما در عوض اظهار می‌کند که با وجود آن توانسته زندگی خود را ادامه دهد.

او در طول زندگی حرفه‌ای خود، هنگام بحث در مورد جنبه‌های قانونی درمان سلامت روان، اغلب متوجه می‌شد که دیگران به افراد مبتلا به بیماری روانی انگ می‌زنند و باور نمی‌کرد که می‌توانند زندگی عادی داشته باشند یا حتی به آن‌ها اعتماد شود که خشن نباشند. او وقتی توضیح می‌دهد که چرا تصمیم گرفت کتاب را بنویسد و خود را به عنوان یک بیمار روانی «معرفی» کند، توضیح می‌دهد: «می‌خواهم برای کسانی که از اسکیزوفرنی رنج می‌برند امید و برای کسانی که از این بیماری رنج نمی‌برند، درک ایجاد کنم.»

منبع: The Center Cannot Hold: My Journey Through Madness اثر الین ساکس.

این تصور که نقص‌های شناختی مرتبط با اسکیزوفرنی نتیجه کاهش انعطاف‌پذیری عصبی - تغییرات تطبیقی در مغز در پاسخ به تجربه است - تا حدودی با نظریه رشد عصبی مرتبط است. بر اساس این دیدگاه، افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در هنگام تلاش برای یادگیری و به خاطر سپردن مطالب جدید، تداعی‌های زیادی را ایجاد می‌کنند، برخلاف روش معمولی که افراد اطلاعاتی را که نیازی به حفظ آن‌ها ندارند، خلاصه می‌کنند یا هرس می‌کنند (مک کالماسمیت، ۲۰۱۵). عملکرد

انعطاف‌پذیری عصبی

تغییرات تطبیقی در مغز در پاسخ به تجربه.

شناختی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی آسیب می‌بیند زیرا اساساً «بیش از حد» آن را به خاطر می‌آورند، از جمله اطلاعاتی که هرگز با آن‌ها مواجه نشده‌اند، که شاید منجر به علائم روان‌شناختی مشخص هذیان و توهم شود.

درمان‌ها درمان بیولوژیکی اولیه برای اسکیزوفرنی، داروهای ضد روان‌پریشی یا داروهای اعصاب است. همان‌طور که در فصل «دیدگاه‌های نظری» بحث کردیم، روانپزشکان دو دسته از داروهای اعصاب را تجویز می‌کنند: به اصطلاح آنتی سایکوتیک‌های معمولی یا نسل اول، و آنتی سایکوتیک‌های غیر معمول یا نسل دوم.

کلرپرومازین (تورازین) و هالوپریدول (هالدول) دو داروی معمولی ضد روان‌پریشی هستند. به نظر می‌رسد که آن‌ها در درجه اول با اثر بر روی سیستم گیرنده دوپامین در مناطقی از مغز که با هذیان، توهم و سایر علائم مثبت مرتبط است، علائم را کاهش می‌دهند.



اختلالات نورودژنراتیو در افراد مسن می‌تواند تغییرات منفی را تشدید کند، اگر مراجعین نتوانند دوزهای صحیح داروهای خود را مصرف کنند.

علائم خارج هرمی (EPS)

اختلالات حرکتی شامل ماهیچه‌های سفت، لرزش، حرکات برهم زدن، بی‌قراری و اسپاسم عضلانی که بر وضعیت بدن تاثیر می‌گذارد.

دیسکینزی دیررس

اختلال حرکتی که شامل حرکات غیر ارادی دهان، بازوها و تنه بدن است

داروهای ضد روان پریشی معمولی علاوه بر آرامبخش بودن زیاد و ایجاد احساس خستگی و بی‌حالی در فرد، عواقب نامطلوب جدی نیز دارند. این‌ها شامل علائم خارج هرمی (EPS) می‌شود که اختلالات حرکتی مانند ماهیچه‌های سفت، لرزش، حرکات برهم زدن، بی‌قراری و اسپاسم عضلانی است که بر وضعیت بدن تاثیر می‌گذارد. پس از چندین سال، افرادی که با داروهای ضد روان پریشی معمولی درمان می‌شوند، ممکن است دچار دیسکینزی دیررس شوند، اختلال حرکتی دیگری که شامل حرکات غیرارادی دهان، بازوها و تنه بدن است.

عوارض جانبی ناراحت کننده و شکست داروهای آنتی سایکوتیک معمولی در درمان علائم منفی اسکیزوفرنی باعث شد که چندین دهه پیش محققان روانپزشکی به جستجوی جایگزین‌هایی بپردازند که هم موثرتر باشند و هم علائم حرکتی کم‌تری داشته باشند. این‌ها داروهایی هستند که ما اکنون از آن‌ها به عنوان داروهای ضد روان پریشی غیر معمول یاد می‌کنیم. چنین داروهایی علیه انتقال دهنده‌های عصبی سروتونین و دوپامین عمل می‌کنند و از این رو آنتاگونیست‌های سروتونین و دوپامین نیز نامیده می‌شوند.

علی‌رغم امید به این‌که داروهای ضد روان پریشی غیر معمول منجر به عوارض جانبی کم‌تری شود، یکی از اولین‌ها، کلوزاپین (کلوزاریل)، به زودی مشخص شد که عوارض جانبی بالقوه کشنده‌ای دارد که منجر به آگرانولوسیتوز می‌شود، وضعیتی که بر عملکرد گلبول‌های سفید خون تاثیر می‌گذارد. در حال حاضر، بیماران داروهای غیر معمول را فقط در شرایط بسیار کنترل شده دریافت می‌کنند و آن هم زمانی که سایر داروها کارساز نیستند. در عوض، پزشکان می‌توانند یکی از تعدادی از داروهای ضد روان پریشی آتیپیک ایمن‌تر، از جمله ریسپریدون (ریسپردال)، اولانزاپین (زیپراکسا) و کوتیاپین (سروکل) را تجویز کنند.

متأسفانه، حتی داروهای گروه جدیدتر آنتی سایکوتیک‌های آتیپیک نیز بدون عوارض جانبی بالقوه جدی نیستند. آن‌ها می‌توانند باعث اختلالات متابولیک، به ویژه افزایش وزن، افزایش کلسترول خون و مقاومت بیش‌تر به انسولین شوند و مراجعین را در معرض خطر بیش‌تر دیابت و بیماری‌های قلبی عروقی قرار دهند (رینگن و همکاران، ۲۰۱۴).

به دلیل پیچیدگی‌های فراوان در درمان بیولوژیکی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، محققان و پزشکان به طور فزاینده‌ای نیاز به در نظر گرفتن مشخصات پزشکی و روانپزشکی افراد را تشخیص می‌دهند. برای مراجعین مقاوم به درمان، کلوزاپین تنها رویکردی است که پشتیبانی تجربی دارد. در موارد دیگر، پزشکان ممکن است سعی کنند ترکیبی از داروهای ضد روان پریشی یا ترکیبی از داروهای ضد روان پریشی و سایر کلاس‌های دارو را بیابند. سوال بعدی این است که مشتری تا چه مدت باید داروها را مصرف کند و ارزش ادامه درمان را در مقابل خطر عود و خطرات احتمالی سلامتی که با استفاده از آن‌ها در طول زمان رخ می‌دهد متعادل کرد (کین و کورل، ۲۰۱۰).

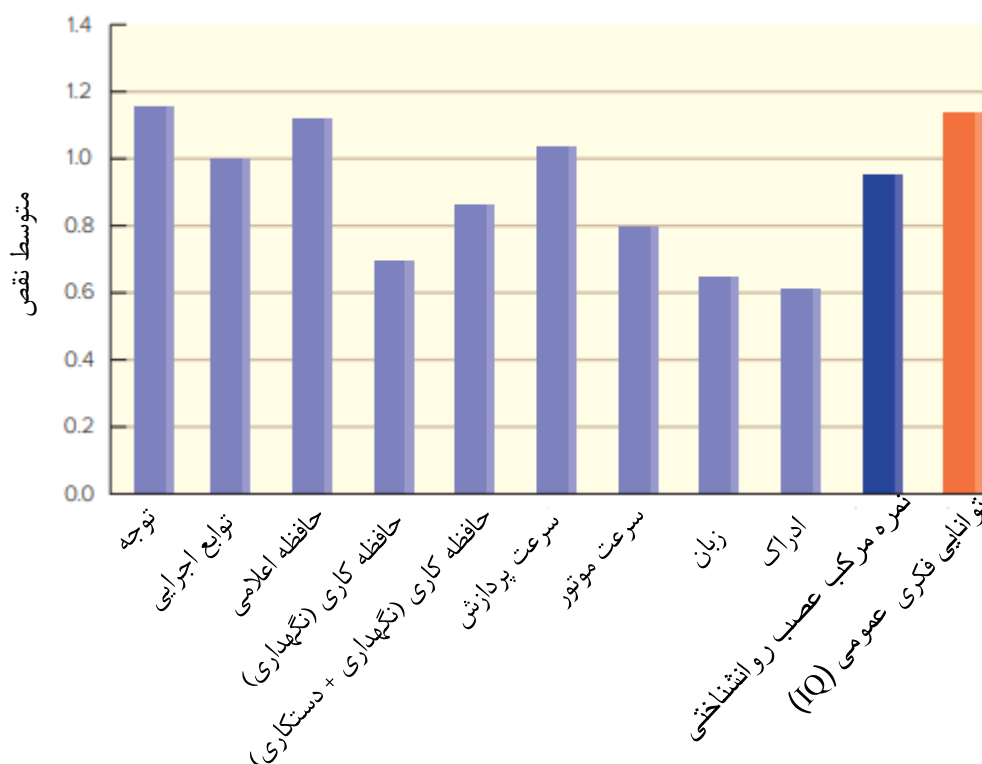


روانپزشکان در تلاش برای یافتن یک رژیم دارویی مناسب هستند تا از تجربه علائم روان پریشی بسیار مخرب در افراد مبتلا به اختلالات روان پریشی جلوگیری کنند.

دیدگاه‌های روانشناختی

نظریه‌ها اگرچه شواهدی در مورد نقش ژنتیک در اسکیزوفرنی جمع‌آوری می‌شود، اما محققان معتقدند که نظریه‌های روان‌شناختی می‌توانند بینش‌های مهمی ارائه دهند. کسانی که به کاوش در عملکردهای شناختی متأثر از اسکیزوفرنی ادامه می‌دهند، به طور فزاینده‌ای آن‌ها را به صورت بالقوه اساسی برای درک ویژگی‌های اصلی این اختلال می‌بینند.

همبستگی‌های شناختی اسکیزوفرنی، همان‌طور که در خلاصه عملکرد عصب روانشناختی در شکل ۲ نشان داده شده است، از توانایی کلی ذهنی تا نقص در توجه، حافظه اظهار (یادآوری طولانی مدت اطلاعات) و سرعت پردازش متغیر است. به طور کلی، تخمین تعداد افراد مبتلا به اسکیزوفرنی که دارای اختلال شناختی هستند از ۵۵ تا ۷۰ یا ۸۰ درصد متفاوت است (ریچنبرگ، ۲۰۱۰).



با این حال، به خاطر داشته باشید که عوامل خارج از بیماری نیز می‌توانند این ناهنجاری‌ها را ایجاد کنند. این عوامل عبارتند از سن، سابقه تحصیلی، مصرف دارو، و شدت یا طول بیماری. اگر آن‌ها کنترل نشوند، اختلال شناختی که تصور می‌شود با اسکیزوفرنی مرتبط است ممکن است ناشی از این عوامل خارجی باشد و نه خود این اختلال.

شکل ۲ نمایه عملکرد عصب روانشناختی اسکیزوفرنی (توجه داشته باشید، نوارهای آبی تیره و نارنجی در سمت راست نمرات خلاصه را نشان می‌دهند)

رایچنبرگ، آ (۲۰۱۰). ارزیابی عملکرد عصبی روانشناختی در اسکیزوفرنی گفتگوها در علوم اعصاب بالینی، ۱۲ (۳)، ۳۸۳-۳۹۲. Les
Laboratoires Servier، نیلی سور سن، فرانسه. حق چاپ © ۲۰۱۰ Les Laboratoires Servier

افرادی که از شاهدانه (ماری جوانا) استفاده می کنند نیز خطر ابتلا به اسکیزوفرنی را نشان می دهند. اگرچه محققان مدت ها از ارتباط حشیش و اسکیزوفرنی آگاه بودند، اما معتقد بودند که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی از این دارو برای کاهش علائم خود استفاده می کنند. با این حال، مطالعات طولانی مدت پیگیری نشان می دهد که افراد پس از مصرف مداوم شاهدانه به این اختلال مبتلا می شوند. این رابطه به میزان مصرف ماری جوانا اختصاص دارد، با افرادی که قبل از تشخیص اسکیزوفرنی، مصرف کنندگان سنگین تر ماری جوانا هستند، خود را در معرض خطر بالاتر ابتلا به آن قرار می دهند (کلی و همکاران، ۲۰۱۶).

یکی از زمینه های روانشناختی قابل توجهی که در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی مورد مطالعه قرار گرفته است، شناخت اجتماعی است، یعنی توانایی خواندن دقیق احساسات دیگران. نقص در شناخت اجتماعی زمانی مشکل ساز است که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی وظیفه تشخیص احساسات منفی مانند ترس، خشم و انزجار را دارند، اگرچه آن ها در تشخیص شادی خفیف در حالات چهره دیگران بهتر هستند. جای تعجب نیست که به نظر می رسد توانایی های ارتباطی غیرکلامی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی نیز مختل می شود (والتر و همکاران، ۲۰۱۵).

این اختلالات در عملکرد شناختی می تواند یک چرخه معیوب ایجاد کند که منجر به بدتر شدن وضعیت فرد می شود. برای مثال، مشکلات در حافظه، برنامه ریزی و سرعت پردازش، در توانایی انجام مشاغل چالش برانگیز ذهنی اختلال ایجاد می کند. محدودیت هایی که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در شناخت و ارتباطات اجتماعی دارند، کار کردن در مشاغل مردم محور را برای آن ها دشوار می کند. ناتوانی در حفظ شغل ثابت، می تواند به فقر بیفتند، که بر توانایی آن ها برای داشتن یک زندگی مولد تاکید بیشتری می کند. زندگی در مناطق با فقر بالا به نوبه خود آن ها را در معرض خطر سوء مصرف مواد قرار می دهد که می تواند به علائمی که در نتیجه اختلال خود تجربه می کنند کمک کند.

درمان‌ها برای سال‌های متمادی، رایج‌ترین مداخلات روان‌شناختی برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، درمان‌های رفتاری با هدف کاهش فراوانی رفتارهای ناسازگاری بود که با سازگاری و عملکرد اجتماعی تداخل دارند. این مداخلات معمولاً از روش اقتصاد رمزی مدیریت اقتضایی استفاده می‌کردند (به فصل «چشم‌اندازهای نظری» مراجعه کنید) که در آن افراد بستری شده برای اقدام به روش‌های اجتماعی مناسب پاداش دریافت می‌کردند. انتظار این بود که با گذشت زمان، رفتارهای جدید به عادت تبدیل شود و فرد برای انجام آن رفتار به نیروهای امدادی وابسته نباشد.

درمان شناختی رفتاری

برای روان‌پریشی (CBTp)

روشی برای درمان علائم روان‌پریشی که در آن پزشکان سعی نمی‌کنند هذیان‌های مراجعین را تغییر دهند یا توهمات مراجعین را از بین ببرند، بلکه سعی می‌کنند ناراحتی و اشتغال آن‌ها را با این علائم کاهش دهند.

با این حال، با توجه به این‌که اکثر افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در جامعه تحت درمان قرار می‌گیرند، اقتصاد رمزی به‌عنوان شکلی از مداخله دیگر عملی نیست. علاوه بر این، اطلاعات کمی در مورد اثربخشی آن وجود دارد، و با توجه پزشکان بر درمان مبتنی بر شواهد، این حرفه نمی‌تواند استفاده از آن را توجیه کند (دیکرسون، تنهولا و گرین-پادن، ۲۰۰۵).

درمان شناختی-رفتاری امیدوارکننده‌تر است، رویکردی که زمانی موثرتر است که به عنوان مکمل درمان‌های دارویی اجرا شود (وایکس، استیل، اوریت و تاریخ، ۲۰۰۸). پزشکانی که از **درمان شناختی-رفتاری برای روان‌پریشی (CBTp)** استفاده می‌کنند، سعی نمی‌کنند هذیان‌های مراجعان را تغییر دهند یا توهمات آن‌ها را از بین ببرند، بلکه سعی می‌کنند ناراحتی و مشغله آن‌ها را با این علائم کاهش دهند. علاوه بر این، آن‌ها سعی می‌کنند مهارت‌های مقابله‌ای را به مشتریان خود آموزش دهند تا توانایی آن‌ها برای زندگی مستقل را بهبود بخشند. آن‌ها ممکن است به مشتریان خود تکلیف کنند که از تجربیات شنیدن صداها یادداشت‌برداری کنند یا باورهای هذیانی خود را «واقع‌بینانه» کنند.

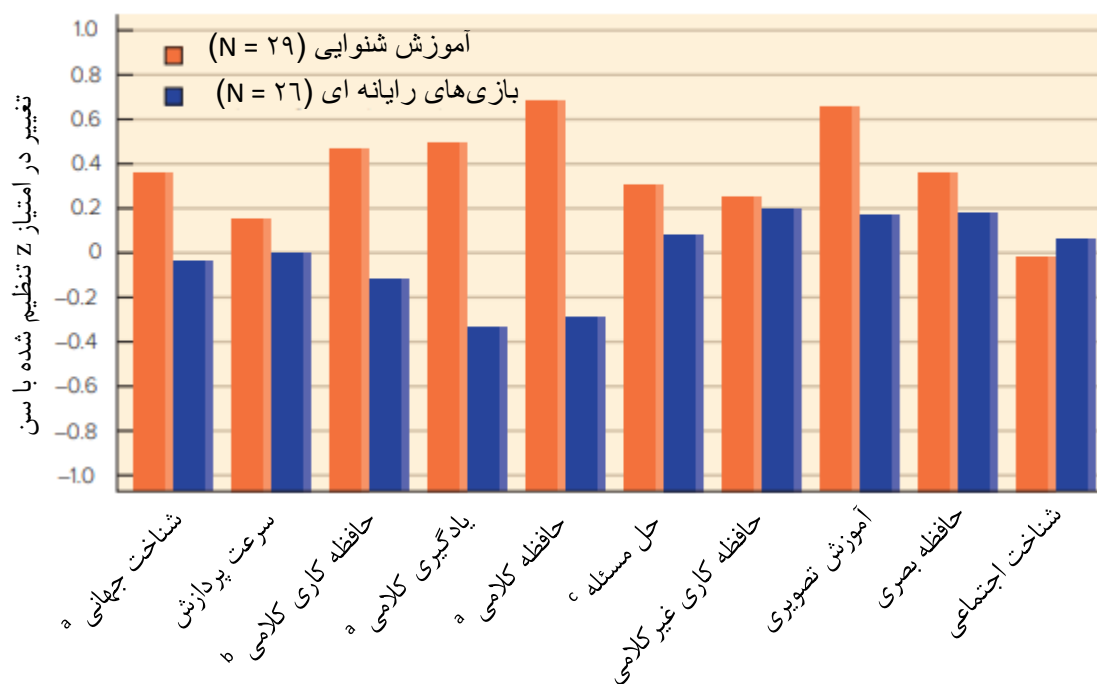
CBTp در ابتدا در انگلستان توسعه یافت، شاید به این دلیل که ارائه دهندگان خدمات، بیش‌تر از آن‌چه در ایالات متحده صادق است به یافتن رویکردهای غیرپزشکی برای درمان علائم روان-پریشی علاقه داشتند. با این حال، این روش بر اساس مطالعاتی که اثربخشی آن را نشان می‌دهد، به ویژه در رابطه با داروهای ضد روان‌پریشی غیر معمول، در ایالات متحده مقبولیت گسترده‌تری پیدا می‌کند (لی و همکاران، ۲۰۱۵). CBTp را می‌توان در قالب محیط درمانی اجرا کرد که دسترسی به تعداد بیش‌تری از افراد را در انواع شرایط درمانی ممکن می‌کند (ریگز و کرید، ۲۰۱۷).

محققان هم‌چنین در حال توسعه مداخلاتی برای کمک به رفع نقایص شناختی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی هستند، به ویژه کسانی که از علائم عمدتاً منفی رنج می‌برند. مانند کسانی که به دنبال آموزش آمادگی جسمانی هستند، افراد مبتلا به اسکیزوفرنی می‌توانند آموزش‌های فردی، در این مورد، آموزش شناختی، که بر اساس سطح فعلی عملکرد آن‌ها برای بازگرداندن یا افزایش عملکردشان است، دریافت کنند. آموزش شناختی بر اساس یافته‌های علوم اعصاب هدایت می‌شود که نشان می‌دهد افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در حافظه و پردازش حسی دچار نقص هستند.

در یک رویکرد امیدوارکننده، رایانه‌ها یک سری آزمایش‌های آموزشی شنوایی را به افراد ارائه می‌دهند که در آن‌ها باید به سرعت پاسخ دهند تا پاداش دریافت کنند. برای آزمایش اثربخشی این روش، محققان تأثیرات بازی‌های رایانه‌ای و آموزش شنیداری را با هم مقایسه می‌کنند (شکل ۳). شرکت کنندگان مبتلا به اسکیزوفرنی که آموزش شنوایی دریافت کردند، در چندین زمینه از عملکرد شناختی که تحت تأثیر این اختلال شناخته شده است، بهبود یافتند. این نتایج بر روی لپ‌تاپ‌ها نیز تکرار می‌شوند و این روش را حتی برای شرایط مختلف قابل حمل‌تر می‌کند (فیشر و همکاران، ۲۰۱۵). با بهبود حافظه و مهارت‌های حسی، افراد مبتلا به اسکیزوفرنی می‌توانند بهتر بتوانند از سایر مداخلات مبتنی بر روانشناختی، از جمله مشارکت موفق‌تر در برنامه‌های توانبخشی حرفه‌ای استفاده کنند.

دیدگاه‌های اجتماعی-فرهنگی

نظریه‌ها در برخی از اولین فرمول‌بندی‌های علل اسکیزوفرنی، نظریه‌پردازان روان‌شناختی پیشنهاد کردند که الگوهای آشفته ارتباط در محیط خانوادگی کودک می‌تواند باعث ایجاد این اختلال شود. در مطالعات شیوه‌های ارتباط و رفتار در خانواده‌های دارای عضو اسکیزوفرنی، محققان تلاش کردند الگوهای ارتباطی انحرافی و روش‌های نامناسبی را که والدین با فرزندانشان در تعامل بودند، مستند کنند. پزشکان فکر می‌کردند که این اختلالات در روابط خانوادگی منجر به ایجاد واکنش عاطفی معیوب و تحریفات شناختی اساسی برای علائم روانشناختی اسکیزوفرنی شده است.



شکل ۳ تغییر در عملکرد شناختی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی پس از ۵۰ ساعت آموزش کامپیوتری شنوایی

تفاوت معنی داری بین گروه‌ها ($P < .01$, ANOVA با اندازه‌گیری مکرر)

تفاوت معنی‌دار بین گروه‌ها ($P < .05$, ANOVA با اندازه‌گیری مکرر)

تفاوت بین گروه‌های غیر قابل توجه ($P = .10$, ANOVA با اندازه‌گیری مکرر)

منبع: فیشر، ام.، هلند، سی، مرزنیچ، ام. ام.، و وینوگراوف، اس. (۲۰۰۹). استفاده از آموزش شنوایی مبتنی بر نوروپلاستیسیته برای بهبود حافظه کلامی در اسکیزوفرنی. مجله آمریکایی روانپزشکی، ۱۶۶، ۸۰۵-۸۱۱. doi:10.1176/appi.ajp.2009.08050757

ابراز احساسات (EE)

تعاملات خانوادگی با فرد که منعکس کننده انتقاد، خصمانه و درگیری یا نگرانی بیش از حد عاطفی است.

محققان معاصر با تلاش برای پیش‌بینی نتیجه یا بهبودی در بزرگسالانی که به دلیل اسکیزوفرنی در بیمارستان بستری شده‌اند، به این موضوع نزدیک شده‌اند که ارتباطات خانوادگی تا چه اندازه به این اختلال کمک می‌کند. آن‌ها به جای این که خانواده‌ای آشفته را عامل اسکیزوفرنی بدانند، آن را منبع بالقوه استرس در محیط فردی می‌دانند که سعی دارد پس از یک دوره اسکیزوفرنی بهبود یابد. استرسی که اعضای خانواده ایجاد می‌کنند، ابراز احساسات (EE) نامیده می‌شود و شامل تعاملات با فرد است که منعکس کننده انتقاد، احساسات خصمانه و درگیری یا نگرانی بیش از حد عاطفی است.

با حمایت از مفهوم EE به عنوان منبع استرس، محققان دریافته‌اند که افرادی که در خانواده‌هایی با EE بالا زندگی می‌کنند، احتمال بیشتری دارد که دچار عود بیماری شوند، به‌ویژه اگر در معرض سطوح بالایی از انتقاد قرار گیرند (ماروم و همکاران، ۲۰۰۵). هنگام درمان، این افراد ممکن است اعتماد کم‌تری به درمانگران خود پیدا کنند (فون پولیر و همکاران، ۲۰۱۴).

روشی که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی اطلاعات اجتماعی را پردازش می‌کنند نیز ممکن است تحت تاثیر EE باشد. هنگامی که محققان بیماران اسکیزوفرنی را در معرض گفتاری با EE بالا در مقایسه با گفتار خنثی قرار دادند، متوجه فعالیت بیش‌تر در نواحی مغزی درگیر در بازتاب خود و حساسیت به محیط‌های اجتماعی شدند. (رایلندز و همکاران، ۲۰۱۱).

ناگفته نماند که تحقیق در مورد EE هرگز نمی‌تواند یک طرح آزمایشی را به کار گیرد و این موضوع انتقادی بر این تحقیق بوده است. با این حال، حتی منتقدان EE تشخیص می‌دهند که وجود یک فرد مبتلا به اسکیزوفرنی باعث ایجاد استرس در خانواده می‌شود، حتی اگر فرد در خانه زندگی نمی‌کند. اختلال مشتری می‌تواند بر والدین، خواهر و برادرها و حتی پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها تاثیر بگذارد، به ویژه زمانی که علائم برای اولین بار در سال‌های اولیه بزرگسالی ظاهر می‌شوند.

انحراف رو به پایین

پیشرفتی که در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی مشاهده شده است که در آن اختلال آن‌ها را به سمت فقر سوق می‌دهد که در توانایی آن‌ها برای کار و کسب درآمد اختلال ایجاد می‌کند.

محققان با حرکت فراتر از محیط خانواده، عوامل اجتماعی گسترده‌تری مانند طبقه اجتماعی و درآمد را در ارتباط با اسکیزوفرنی مطالعه کرده‌اند. شاید در اولین مطالعه اپیدمیولوژیکی بیماری روانی در ایالات متحده، هالینگش و ردلیچ (۱۹۵۸) مشاهده کردند که اسکیزوفرنی در پایین‌ترین طبقات اجتماعی-اقتصادی به مراتب بیش‌تر است.

از آن زمان تعدادی از محققان این یافته را تکرار کردند که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی بیش‌تری در بخش‌های فقیرتر مناطق شهری زندگی می‌کنند. یکی از تفسیرهای احتمالی این یافته این است که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی **انحراف رو به پایین** را تجربه می‌کنند، به این معنی که اختلالشان آن‌ها را به سمت فقر سوق می‌دهد، که در توانایی آن‌ها برای کار و کسب درآمد اختلال ایجاد می‌کند. احتمال دیگر این است که استرس زندگی در انزوا و فقر در مناطق شهری به خطر ابتلا به اسکیزوفرنی کمک می‌کند (هادسون، ۲۰۱۲).

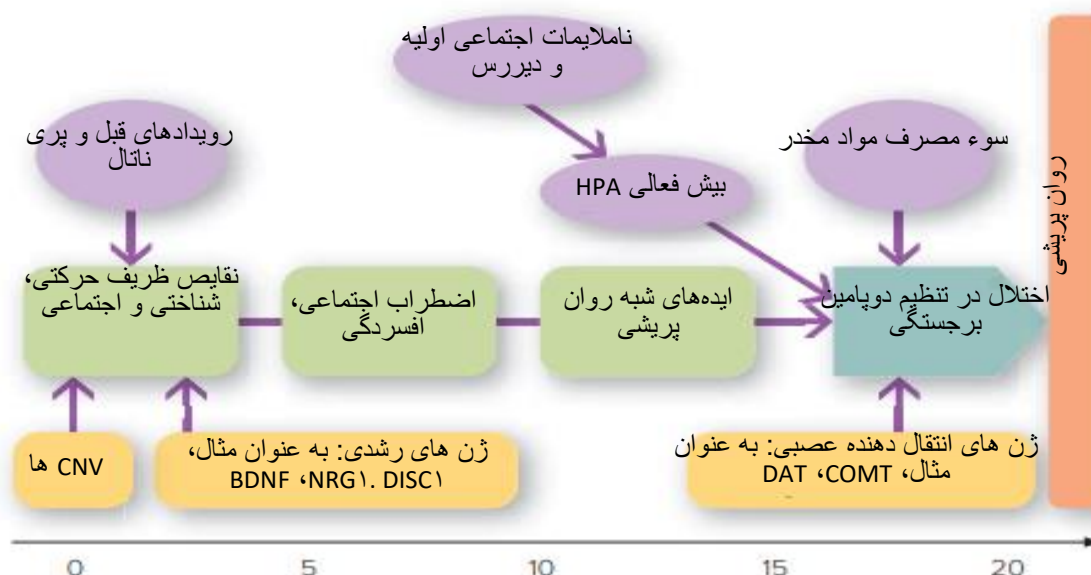
افرادی که در کشوری غیر از کشوری که در حال حاضر در آن زندگی می‌کنند متولد شده‌اند (کسانی که وضعیت مهاجرت دارند) نیز دارای میزان بالاتری از اسکیزوفرنی هستند. افرادی که بیش‌تر در معرض خطر ابتلا به اسکیزوفرنی هستند کسانی هستند که به مشاغل با وضعیت پایین‌تر و مناطق شهری مهاجرت می‌کنند، جایی که احتمال بیش‌تری دارد از قرار گرفتن در معرض آلاینده‌های محیطی، استرس و ازدحام بیش از حد رنج ببرند (مک گرات، ساها، چانت و ولهام، ۲۰۰۸). با این حال، با افزایش نسبت اقلیت‌های قومی در یک محله، شیوع اسکیزوفرنی کاهش می‌یابد، که نشان می‌دهد این افراد از کاهش مواجهه با تعصبات و گزینه‌های بیش‌تر برای حمایت اجتماعی در محیط اطراف خود سود می‌برند. (ولینگ و همکاران، ۲۰۰۷).

فرضیه آبخاری رشد

پیشنهادی برای علت اسکیزوفرنی که آسیب‌پذیری‌های ژنتیکی، آسیب‌های رخ داده در دوران قبل از تولد و اوایل دوران کودکی، ناملایمات و سوء مصرف مواد مخدر را به عنوان علل تغییرات در دوپامین در روان‌پریشی بیان می‌شود، ادغام می‌کند.

سایر عوامل خطر اجتماعی-فرهنگی برای اسکیزوفرنی، یا حداقل برای علائم روان‌پریشی، شامل ناملایماتی است که در دوران کودکی متحمل شده‌اند، مانند از دست دادن یا جدایی والدین، سوء استفاده و قلدری. در بزرگسالی، افرادی که در برابر اولین یا قسمت‌های بعدی روان‌پریشی آسیب‌پذیرتر هستند، افرادی هستند که رویدادهای استرس‌زای زندگی را تجربه کرده‌اند، از جمله قربانی حمله (استیلو و موری، ۲۰۱۰). افراد با خطر ژنتیکی بالا که در معرض عوامل استرس‌زای محیطی قرار دارند بیش‌تر از سایرینی که علائم روان‌پریشی خفیف را تجربه می‌کنند به یک اختلال تمام عیار مبتلا می‌شوند (ون اوس و همکاران، ۲۰۰۹).

استیلو و موری (۲۰۱۰) با درک این‌که علل اسکیزوفرنی چند وجهی هستند و در طول زمان ایجاد می‌شوند، یک فرضیه آبخاری رشدی ارائه کردند که آسیب‌پذیری‌های ژنتیکی، آسیب‌های رخ داده در دوران قبل از تولد و اوایل کودکی، ناملایمات و سوء مصرف مواد را در نهایت منجر به تغییراتی می‌کند. دوپامین در روان‌پریشی بیان می‌شود. در شکل ۴، ژن‌های خاص تحت تاثیر اسکیزوفرنی به عنوان ژن‌های رشدی یا آن‌هایی که در رشد مغز نقش دارند و به عنوان ژن‌های انتقال دهنده عصبی که نقش مستقیم‌تری در فعالیت عصبی دارند نشان داده شده‌اند.



شکل ۴ آبخاری رشد به سمت اسکیزوفرنی همان‌طور که از این شکل مشاهده می‌شود، پیشرفت رشد از تولد تا سن ۲۰ سالگی (همان‌طور که در محور افقی نشان داده شده است) می‌تواند یک آبخار منجر به شروع اسکیزوفرنی شود.

توجه: HPA مخفف هیپوتالاموس هیپوفیز آدرنال است. CNV برای تنوع تعداد کپی، یک نقص ژنتیکی است. COMT و DAT ژنهایی هستند که در انتقال دهنده‌های عصبی نقش دارند. اصلاح شده از استیلو، اس. ا. و موری، آر. ام. (۲۰۱۰). اپیدمیولوژی اسکیزوفرنی: جایگزینی تعصب با دانش گفتگو در علوم اعصاب بالینی، ۱۲ (۳)، ۳۰۵-۳۱۵. Les Laboratoires Servier. نیلی سور سن، فرانسه. حق چاپ © ۲۰۱۰ Les Laboratoires Servier.

درمان اجتماعی

قاطعانه (ACT)

روش درمانی که در آن تیمی از متخصصان روانپزشکی، روانشناسی، پرستاری و مددکاری اجتماعی با مراجعین در خانه و محل کارشان تماس می‌گیرند.

درمان‌ها هماهنگی خدمات به ویژه در برنامه‌هایی که در جهت کمک به افراد مبتلا به اسکیزوفرنی است، اهمیت دارد. یک رویکرد برای ادغام خدمات مختلف، **درمان اجتماعی قاطعانه (ACT)** است، که در آن تیمی از متخصصان به نمایندگی از روانپزشکی، روانشناسی، پرستاری، و مددکاری اجتماعی با مراجعین در خانه و محل کارشان تماس می‌گیرند. تمرکز ACT بر ایجاد توانمندی و خودتعیینی در «مصرف کنندگان» خود است، اصطلاحی که چنین تیم‌هایی برای اشاره به مشتریان خود استفاده می‌کنند. به طور معمول، یک تیم متشکل از حدود ۱۲ متخصص با هم همکاری می‌کنند تا به حدود ۱۰۰ مصرف کننده در مورد مسائلی مانند پیروی از توصیه‌های پزشکی، مدیریت امور مالی، دریافت مراقبت‌های بهداشتی کافی و مقابله با بحران‌ها در هنگام بروز کمک کنند. این رویکرد به جای این که منتظر بماند تا آن‌ها برای کمک به مرکز مراجعه کنند، مراقبت را به ارمغان می‌آورد، سفری که ممکن است برای افراد دارای آسیب جدی بسیار طاقت فرسا باشد. اگرچه رویکردهایی مانند ACT گران هستند، اما مزایای آن چشمگیر است. محققان ده‌ها مطالعه در مورد اثربخشی ACT انجام داده‌اند و به این نتیجه رسیده‌اند که تاثیر مثبت قابل توجهی در کاهش بستری شدن در بیمارستان، تثبیت مسکن در جامعه و کاهش هزینه‌های کلی درمان داشته است (کارو و همکاران، ۲۰۱۲).

به هر اندازه که می‌تواند موثر باشد، منتقدان ادعا می‌کنند که ACT به شیوه‌ای منطبق با هدف آن یعنی توانمندسازی مصرف کنندگان ارائه نشده است و در عوض اجباری و سختگیرانه است.

برای رفع این اتهام، محققان ACT در حال بررسی امکان ترکیب ACT با برنامه دیگری به نام مدیریت بیماری و بهبودی (IMR) هستند. در IMR، مصرف کنندگان آموزش‌هایی را به روش‌های موثر برای مدیریت بیماری‌های خود و پیگیری اهداف خود برای بهبودی دریافت می‌کنند. IMR با تکیه بر اصل تعیین سرنوشت، فرض می‌کند که مصرف کنندگان باید منابعی را که برای انتخاب آگاهانه نیاز دارند در اختیار مصرف کنندگان قرار دهند. این برنامه از هم‌تایان و پزشکان برای ارائه مداخلات ساختاریافته و مبتنی بر برنامه درسی استفاده می‌کند. اگرچه بررسی اولیه ACT-IMR نشان داد که ارائه‌دهندگان با مشکلاتی در اجرای این برنامه مواجه بودند، اما به نظر می‌رسید که نرخ بستری شدن در بیمارستان را کاهش دهد. علاوه بر این، حتی پس از اتمام بودجه برای مطالعه، تیم‌ها به ارائه خدمات ادامه دادند (سالیز و همکاران، ۲۰۱۰).



درمان اجتماعی قاطعانه شامل یک تیم بسیار ماهر و مشترک از روانپزشکان، پرستاران، مددکاران اجتماعی و سایر متخصصان مراقبت از سلامت روان است.

© منبع تصویر، کلیه حقوق محفوظ است.

۷,۶ اسکیزوفرنی: دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی

تعاریف و رویکردهای تشخیصی اسکیزوفرنی دستخوش بازنگری‌های قابل توجهی شده است، اما در طول دهه گذشته، محققان به درک زیادی در مورد علل احتمالی متعدد آن دست یافته‌اند. شاید هیجان‌انگیزترین تکامل یک رویکرد یکپارچه به نظریه‌هایی باشد که بر مکانیزم‌های زیربنایی مغز تمرکز می‌کنند که در نقص‌های شناختی بیان می‌شود. درمان فراتر از ارائه دارو به استفاده

بیش تر از مداخلات روانشناختی مبتنی بر شواهد است. در نهایت، به نظر می‌رسد که محققان درک بیش‌تری از نقش تاثیرات اجتماعی-فرهنگی به دست می‌آورند. این پیشرفت‌ها با هم، شانس دریافت مراقبت یکپارچه را برای افراد مبتلا به این اختلالات افزایش می‌دهند و شانس بهبودی آن‌ها را به حداکثر می‌رسانند (سونگور و همکاران، ۲۰۱۱).

پزشکان نیز به طور فزاینده‌ای اسکیزوفرنی را از منظر طول عمر درک می‌کنند. نیازها و نگرانی‌های افراد مبتلا به این اختلال در طول سال‌های بزرگسالی متفاوت است و بسیاری بهبود می‌یابند. بنابراین، محققان و پزشکان سلامت روان تشخیص می‌دهند که بخشی از کار آن‌ها ارائه راه‌هایی برای کمک به افراد مبتلا به اسکیزوفرنی طولانی مدت است تا با تغییرات در روند پیری و تکامل بیماری سازگار شوند. این ایده که اسکیزوفرنی یک اختلال عصبی رشدی است، این تمرکز مهم جدید را برجسته می‌کند و مبنایی را برای مداخلاتی فراهم می‌کند که تغییرات فردی را در طول زمان در نظر می‌گیرد.

بازگشت به پرونده: دیوید چن

دیوید سرانجام توانست به صورت نیمه وقت به مدرسه بازگردد و در خانه با آن زندگی کند. اگرچه او با تغییر در سطح عملکرد خود دست و پنجه نرم می‌کرد، اما توانست از درمان و مدیریت پرونده برای درک محدودیت‌های خود استفاده کند. هدف این بود که از بروز عوامل استرس‌زا در آینده و ایجاد دوره‌های روان‌پریشی جلوگیری شود. اجتناب کامل از همه علائم روان‌پریشی با اختلالی به شدت اسکیزوفرنی دشوار است. با این حال، با شرایط مناسب و حمایت اجتماعی، دیوید بهتر می‌تواند علائم خود را تحمل کند و زندگی معناداری داشته باشد.

تأملات دکتر توبین: نقل مکان دیوید به خوابگاه او را با اولین عامل استرس‌زای زندگی‌اش مواجه کرد. اگرچه او قبلاً در مدرسه در محوطه دانشگاه زندگی می‌کرد، اما به نظر می‌رسید که زندگی با مادرش پس از اولین بستری شدن در بیمارستان، احساس امنیت را ایجاد کرده بود که پس از بازگشت به مدرسه از بین رفت. با این حال، دشوار بود، زیرا دیوید مطمئناً آرزو داشت که بتواند با موفقیت به استقلال برسد. اگرچه دیوید و خانم آن، در همان سطح عملکرد قبلی خود نبود، اما تصور می‌کردند که هر کاری که انجام داده بود به پایان رسیده است. با این حال، بازگشت به خوابگاه‌ها یک عامل استرس‌زا بود و بنابراین علائم دیوید دوباره ظاهر شد.

خوشبختانه برای دیوید، خانم آن، توانست بعد از اینکه مشخص شد او از مشکلی بسیار جدی رنج می برد که هیچ یک از آن ها کاملاً متوجه نشده بودند، برای کمک به او اقدام کند. با شناسایی زودهنگام این اختلال، ورود به یک برنامه درمانی در کاهش احتمال پیچیده شدن زندگی دیوید توسط پیامدهای دوره های روان پریشی آینده مفید بود. با این حال، پیشگیری از اپیزودهای بعدی منوط به مشارکت او در درمان و انطباق با دارو است.

خلاصه

- اسکیزوفرنی به دلیل تاثیر منفی قابل توجهی بر ظرفیت فرد برای داشتن یک زندگی پربار و رضایت بخش، یک اختلال روانی جدی است. اگرچه تعداد قابل توجهی از افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در نهایت موفق به زندگی بدون علائم می شوند، بسیاری باید راه هایی برای تطبیق زندگی خود با واقعیت بیماری پیدا کنند.
- شش معیار تشخیصی برای اسکیزوفرنی وجود دارد (جدول ۲ را ببینید). علاوه بر معیارهای تشخیصی اسکیزوفرنی و اختلالات روان پریشی مرتبط، نویسندگان DSM-۵ مجموعه ای از معیارهای درجه بندی شدت را در چندین حوزه عملکرد ارائه می کنند. نویسندگان DSM-۵ اسکیزوفرنی را به عنوان یک طیف یا مجموعه ای از اختلالات مرتبط با ابعاد مشخص می کنند.
- با استفاده از DSM-IV-TR، پزشکان می توانند تشخیص های فرعی را برای ارائه اطلاعات بیش تر در مورد علائم ارائه شده انجام دهند. با DSM-۵، همین زیرگروه ها (ناسازمان، پارانوئید، تمایز نیافته، و باقیمانده) به مشخص کننده تبدیل شده اند. مشخص کننده ها همان هدف را ارائه می کنند که اطلاعات تشخیصی بیشتری را ارائه می کنند، بدون این که به تنهایی به عنوان اختلالات گسسته بایستند. کاتاتونیا، که به یک وضعیت متمایز تبدیل شده است، استثنای این روند است. این استثنا به دلیل شواهدی مبنی بر این که علائم کاتاتونیا با علائم دیگر مشخص کننده ها در نحوه تظاهر متفاوت است، ایجاد شد.
- اسکیزوفرنی که اولین بار در دهه ۱۸۰۰ توسط بندیکت مورل به عنوان یک بیماری شناخته شد، پزشکان، روانپزشکان و روانشناسان، اسکیزوفرنی را بررسی کرده اند و به عنوان یک بیماری شناخته شد. آن ها درباره علت آن نظریه پردازی کرده اند و علائم و دسته بندی هایی را تعریف کرده اند.
- اسکیزوفرنی ممکن است یکی از چندین دوره را طی کند. دوره و نتیجه برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی ضعیف تر از افراد مبتلا به سایر اختلالات روانی است.

- سایر اختلالات در طیف اسکیزوفرنی عبارتند از اختلال روان پریشی مختصر، اختلال اسکیزوفرنی فرم، اختلال اسکیزوافکتیو و چندین نوع خاص از اختلالات هذیانی از جمله نوع اروتومیک، نوع بزرگ، نوع حسادت، نوع جفا و نوع جسمانی.
- نظریه هایی که منشا اسکیزوفرنی را توضیح می دهند به طور سنتی به دو دسته تقسیم می شوند: بیولوژیکی و روانی. فرضیه رشد عصبی بیان می کند که اسکیزوفرنی یک اختلال رشد است که در طول سال های نوجوانی یا اوایل بزرگسالی به دلیل تغییرات در کنترل ژنتیکی بلوغ مغز ایجاد می شود.
- درمان بیولوژیکی اولیه برای اسکیزوفرنی، داروهای ضد روان پریشی یا داروهای اعصاب است. دو دسته اصلی داروهای اعصاب عبارتند از: آنتی سایکوتیک های «معمولی» یا «نسل اول» و «آتیپیک» یا «نسل دوم». عوارض جانبی ناراحت کننده و شکست داروهای آنتی سایکوتیک معمولی در درمان علائم منفی اسکیزوفرنی، محققان روانپزشکی را به جستجوی جایگزین هایی سوق داده است که هم موثرتر باشند و هم باعث دیسکینزی دیررس، یک اختلال حرکتی که شامل حرکات غیر ارادی دهان، بازوها است، شوند. و تنه بدن به دلیل پیچیدگی های فراوان در درمان بیولوژیکی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، محققان و پزشکان به طور فزاینده ای نیاز به در نظر گرفتن مشخصات پزشکی و روانپزشکی افراد را تشخیص می دهند.
- از دیدگاه روانشناسی، با افزایش شواهد حاکی از ناهنجاری های ژنتیکی و عصبی فیزیولوژیکی خاص در مغز افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، محققان به طور فزاینده ای علاقه مند به یافتن اطلاعات بیش تر در مورد نقش نقص های شناختی در ایجاد این اختلال هستند.
- برای سال های متمادی، رایج ترین مداخلات روان شناختی برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، درمان های رفتاری بود، اما با توجه به این که اکثر افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در جامعه درمان می شوند، این روش دیگر کاربردی نیست. علاوه بر این، داده های کمی در مورد اثربخشی آن وجود دارد و این حرفه نمی تواند استفاده از آن را توجیه کند. زمانی که پزشکان از آن به عنوان مکمل درمان های دارویی استفاده می کنند، درمان شناختی- رفتاری امیدوار کننده تر است. پزشکان از درمان شناختی- رفتاری برای درمان افراد مبتلا به علائم روان پریشی (CBTp) استفاده می کنند، سعی نمی کنند هذیان های آن-ها را تغییر دهند یا توهمات آن ها را از بین ببرند، بلکه سعی می کنند ناراحتی و مشغله آن ها را با این علائم کاهش دهند. محققان همچنین در حال توسعه مداخلاتی برای کمک به رفع نقایص شناختی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی هستند، به ویژه کسانی که از علائم عمدتاً منفی رنج می برند.

- نظریه های زیادی در مورد اسکیزوفرنی از منظر فرهنگی-اجتماعی وجود دارد. محققان معاصر با تلاش برای پیش‌بینی نتیجه یا بهبود بزرگسالان بستری شده در بیمارستان به دلیل اسکیزوفرنی به این موضوع نزدیک شده‌اند. شاخص عواطف ابراز شده (EE) معیاری از میزان صحبت اعضای خانواده به شیوه‌هایی را ارائه می‌دهد که منعکس کننده انتقادات، احساسات خصمانه، و درگیری بیش از حد عاطفی یا نگرانی بیش از حد است. محققان با حرکت فراتر از محیط خانواده، عوامل اجتماعی گسترده‌تری مانند طبقه اجتماعی و درآمد را در ارتباط با اسکیزوفرنی مطالعه کرده‌اند. سایر عوامل خطر اجتماعی-فرهنگی برای اسکیزوفرنی، یا حداقل برای علائم روان پریشی، شامل ناملایمات در دوران کودکی مانند از دست دادن یا جدایی والدین، سوء استفاده و قلدری است.
- هماهنگی خدمات به ویژه در برنامه‌هایی که در جهت کمک به افراد مبتلا به اسکیزوفرنی است، اهمیت دارد.
- از منظر زیستی-روانی-اجتماعی، یک تحول هیجان انگیز، تکامل یک رویکرد یکپارچه به نظریه‌هایی است که بر مکانیزم‌های مغزی زیربنایی که در نقص‌های شناختی بیان می‌شود، تمرکز دارند. درمان فراتر از ارائه دارو به استفاده بیش‌تر از مداخلات روانشناختی مبتنی بر شواهد است. در نهایت، به نظر می‌رسد که محققان درک بیش‌تری از نقش تاثیرات اجتماعی-فرهنگی به دست می‌آورند. این پیشرفت‌ها با هم، شانس دریافت مراقبت یکپارچه را برای افراد مبتلا به این اختلالات افزایش می‌دهد و شانس بهبودی آن‌ها را به حداکثر می‌رساند. پزشکان هم‌چنین به طور فزاینده‌ای اسکیزوفرنی را از منظر طول عمر درک می‌کنند. این ایده که اسکیزوفرنی یک اختلال عصبی رشدی است، این تمرکز مهم جدید را برجسته می‌کند و مبنایی را برای مداخلاتی فراهم می‌کند که تغییرات فردی را در طول زمان در نظر می‌گیرد.

اصطلاحات کلیدی

اختلال آسپرگر	نوع اروتمانیک اختلال	نوروپلاستیسیته
اختلال کمبود توجه/بیش	هذیانی	پارانویا
فعالی (ADHD)	ابراز احساسات (EE)	نوع آزاردهنده اختلال
اختلال طیف اوتیسم	علائم خارج هرمی (EPS)	هذیانی
اختلال روانی در دوران	علائم رتبه اول (FRS)	علائم مثبت
کودکی (لکنت زبان)	نوع بزرگ اختلال هذیانی	تأثیر محدود

اختلال اسکیزوافکتیو	توهم	اختلالات ارتباطی
روان گسیختگی	تاثیر نامناسب	اختلال هماهنگی رشدی
طیف اسکیزوفرنی	نوع حسادت اختلال هذیانی	سندرم داون
اختلال اسکیزوفرنی فرم	سست شدن انجمن ها	دیسکالکولیا
اختلال روان پریشی مشترک	علائم منفی	اکولالیا
نوع جسمانی اختلال هذیانی	نئولوژیسم ها	الکل جنین
دیسکینزی دیررس	فرضیه رشد عصبی	
آسیب پذیری		

اختلالات افسردگی و دوقطبی

اهداف یادگیری

- ۱,۷ ویژگی های کلیدی اختلال افسردگی عمده و اختلال افسردگی مداوم از جمله شیوع را توضیح دهید.
- ۲,۷ اختلال دوقطبی I، دوقطبی II و سیکلوتیمیک را مقایسه کنید و بسنجید.
- ۳,۷ نظریه ها و درمان اختلال افسردگی و اختلال دوقطبی را درک کنید.

رئوس مطالب

- گزارش موردی: اختلالات افسردگی
- جنیس باترفیلد
- اختلال افسردگی عمده
- اختلال افسردگی مداوم (دیس تایمی)
- اختلال بی نظمی خلق اخلاگر

۴,۷ در مورد روابط بین سن، جنسیت و خودکشی بحث کنید.
 ۵,۷ مدل زیست روانی اجتماعی اختلال افسردگی و اختلال
 دوقطبی را تحلیل کنید.



©Shutterstock/2396F

اختلالات دیسفوریک قبل از قاعدگی
 که شامل تغییرات خلق و خو می‌شود
 اختلال دوقطبی
 داستان های واقعی: کری فیشر: اختلال
 دوقطبی
 اختلال سیکلوتیمیک
 نظریه ها و درمان اختلال افسردگی و
 اختلال دوقطبی
 دیدگاه های بیولوژیکی
 نظریه های بیولوژیکی
 داروهای ضد افسردگی
 آنچه در DSM-۵ وجود دارد: اختلال
 افسردگی و اختلال دوقطبی
 داروهای دوقطبی
 درمان های جایگزین مبتنی بر
 بیولوژیک
 دیدگاه های روان پویشی
 رویکردهای روان پویشی
 رویکردهای رفتاری و شناختی - رفتاری
 رویکردهای بین فردی
 دیدگاه های اجتماعی فرهنگی
 خودکشی کردن
 شما قضاوت کنید: دستوراتی برای
 بیماران خودکشی به نام آن را احیا
 نکنید

اختلالات افسردگی و دوقطبی: دیدگاه

زیست روانی اجتماعی

بازگشت به پرونده: خلاصه جانیس

باترفیلد

اصطلاحات کلیدی

فصل

گزارش موردی: جانیس باترفیلد

اطلاعات دموگرافیک: زن ۴۷ ساله با زن آفریقایی آمریکایی دگرجنسگرا ازدواج کرد

مشکل فعلی: جانیس پس از بستری شدن اخیر در بیمارستان در پی اقدام به خودکشی برای روان درمانی ارجاع شد. جانیس گزارش داد که علت اقدام به خودکشی او از دست دادن شغلش در یک شرکت املاک و مستغلات بود که ۲۵ سال در آن کار کرده بود. اگرچه او متوجه شد که شرکتش به دلیل مشکلات اقتصادی تعدیل نیرو کرده است، اما به دلیل تاثیر منفی که بیکاری بر خانواده‌اش می‌گذارد احساس گناه می‌کرد. جانیس گزارش داد که او ۲۷ سال است که ازدواج کرده و سه دختر دارد که یکی از آن‌ها در خانه زندگی می‌کند. یکی دیگر در کالج است و کوچک‌ترین آن‌ها در آغاز سال تحصیلی آینده در کالج شرکت خواهد کرد. جانیس گزارش داد که به طور فزاینده‌ای تحت تاثیر استرس در مورد وضعیت مالی خود قرار گرفته بود، زیرا خانواده او عمدتاً به درآمد او متکی بودند.

همراه با احساس گناه، جانیس گزارش داد که به قدری احساس افسردگی و غمگین بودن کرده است که در ۲ هفته گذشته روزهای زیادی را در رختخواب گذرانده و اغلب در فکر پایان دادن به زندگی خود بوده است. او مصرف قرص‌های ضد درد را که برای کمردردهای مزمنش تجویز شده بود متوقف کرد، «تا اگر بعداً به آن‌ها نیاز داشتم، پس‌انداز کنم». یک روز عصر وقتی شوهرش بیرون بود، با مصرف یکباره تمام داروهای ذخیره شده‌اش، اقدام به خودکشی کرد. شوهر جانیس برگشت و متوجه شد که او واکنشی نشان نمی‌دهد و او را به موقع به بیمارستان برد تا جاننش را نجات دهد. او در یک بخش روانپزشکی بستری بود و دارو به او داده شد تا این‌که افکار خودکشی و افسردگی شدید او به اندازه کافی کاهش یافت به طوری که پزشکان او دیگر شرایطش را نگران‌کننده نمی‌دیدند. او طبق دستور روانپزشکان واحد بستری، به صورت هفتگی در روان درمانی شرکت کرد. او قبلاً هرگز تحت درمان قرار نگرفته بود.

جانیس در طول اولین جلسه درمانی خود، گزارش داد که قبلاً بارها به درمان فکر کرده بود. او توضیح داد که دوره‌های افسردگی او معمولاً حدود ۱ ماه طول می‌کشد، اما گاهی اوقات تا ۳ ماه طول می‌کشد. در طول این اپیزودها، او چند روز کار نمی‌کرد، اما می‌توانست هرچند با سختی زیاد به روال عادی خود ادامه دهد. او توضیح داد که چگونه در حالی که سر کار بود، به سمت ماشینش می‌رفت تا گریه کند، زیرا دور و بر دیگران بودن برایش خیلی دردناک بود. او به یاد می‌آورد: «من فقط نمی‌خواستم کاری به زندگی در آن زمان‌ها داشته باشم. افسردگی او در نهایت خودبه‌خود بهبود می‌یابد و در نتیجه علاقه‌اش به درمان را از دست می‌دهد. او تصدیق کرد که در گذشته زمانی که افسرده بود گهگاه به خودکشی فکر می‌کرد، هرگز قبلاً مانند آخرین اپیزود، خودکشی را برنامه‌ریزی و اجرا نکرده بود. جانیس اظهار داشت که به خاطر خانواده‌اش هرگز به افکار خودکشی خود توجه جدی نکرده است.

گزارش موردی (ادامه)

جانیس در ادامه توضیح داد که چگونه این حالت‌های افسردگی همیشه او را غافلگیر می‌کرد، زیرا مستقیماً پس از دوره‌های طولانی زمانی که او احساس شادی و انرژی می‌کرد، رخ می‌داد. او اظهار داشت که این حالت‌ها معمولاً پس از فروش املاک بزرگ شروع می‌شود و پس از آن احساس «شکست‌ناپذیری» می‌کند. در این زمان‌ها، او توضیح داد که به دلیل انرژی‌های به ظاهر بی‌پایانی که داشت، اغلب به خواب بسیار کمی نیاز داشت و شروع به پذیرفتن بسیاری از پروژه‌ها و مشتریان جدید در محل کار خود می‌کرد - بسیار بیش‌تر از آنچه از او انتظار می‌رفت. او همچنین لباس‌های مجلل یا جواهرات می‌خرید و در آخرین دوره پرانرژی‌اش، ماشین‌های جدیدی برای خود و همسرش خریده بود. این مخارج برای جانیس نامشخص بود. او خود را معمولاً بسیار مقتصد توصیف کرد.

جانیس به دلیل افکار پریشی خود، مشکل تمرکز داشت و آن‌قدر حواسش پرت بود که به ندرت می‌توانست کاری را که در محل کار شروع می‌کرد به پایان برساند. او از این‌که مجبور شد برخی از پروژه‌هایش را رها کند، ناامید می‌شد و احساسات شادی‌بخش او به تحریک‌پذیری و عصبانیت تبدیل می‌شد. او گزارش داد که هر وقت دچار خلق و خوی تحریک‌پذیر می‌شد با همسرش بحث می‌کرد و این باعث ایجاد مشکلات بزرگی در ازدواج آن‌ها شده بود. جانیس همچنین گزارش داد که احساس می‌کرد به دلیل عادات کاری‌اش، زمانی که به‌ویژه پرانرژی بود، خانواده‌اش را به کلی نادیده می‌گرفت. او خاطرنشان کرد: «وقتی این‌قدر احساس خوبی دارم، فقط می‌توانم به خودم و آن‌چه برایم حس خوبی دارد فکر کنم. در آن موقع نقش مادر و همسری خود را فراموش می‌کنم.» دوره‌هایی که به شدت ولخرج می‌شد پس‌انداز خانواده‌اش را تمام می‌کرد، که این امر به ویژه اکنون که او شغلش را از دست داده بود نگران‌کننده بود. او همچنین به دلیل ناتوانی در پرداخت شهریه دانشگاه دخترانش به شدت احساس گناه می‌کرد. جانیس هرگز مستقیماً با شوهر یا فرزندانش در مورد تغییرات خلقی گسترده‌اش صحبت نکرده بود. او نگران بود که اگر مشکلات شخصی‌اش را به خانواده‌اش بگوید، «من را به جای سرپرست خانوار، یک آدم ضعیف می‌بینند».

سابقه مرتبط: جانیس در گذشته هرگز تحت درمان یا درمان روانپزشکی قرار نگرفته بود، اگرچه او گزارش داد که از ۱۹ سالگی دچار نوسانات خلقی شده است. او تخمین می‌زند که سه تا چهار بار در سال اپیزودهای خلقی شدید (اعم از شیدایی یا افسردگی) داشته است. او هنگام تامل در مورد شدت اپیزودهای خلقی خود، اظهار داشت که احساس می‌کند رفتارهایش در سال‌های اخیر «افراطی‌تر» از زمانی است که جوان‌تر بود. جانیس گزارش داد که او متوجه شده است که الگوهای نوسانات خلقی او همیشه با یک دوره پر انرژی شروع می‌شود

که مستقیماً با یک اپیزود افسردگی و سپس یک دوره چند ماهه ثبات همراه است. با این حال، اخیراً، او خاطرنشان کرد که دوره‌های ثبات فقط ۱ یا ۲ ماه طول کشیده است و اپیزودهای خلقی او بیش‌تر طول کشیده است.

صورت بندی موردی: تشخیص اولیه جانیس از بخش روانپزشکی یک اپیزود افسردگی عمده بود، و علائم فعلی او نیز این معیار را داشت. با این حال، در جلسه درمانی اولیه، او همچنین سابقه اپیزودهای شیدایی را گزارش کرد که دوره‌هایی از افسردگی را به دنبال داشت، که در زمانی که در بیمارستان بستری بود به آن اشاره نکرده بود. علائم اپیزود شیدایی که او توصیف کرد، به دلیل ولخرج بودن بیش از حد جانیس، مشکلات مالی قابل توجهی برای جانیس ایجاد کرد. همراه با از دست دادن شغل، این مشکلات مالی باعث استرس قابل توجهی شد و ممکن است به شدت آخرین اپیزود افسردگی او که در نهایت به اقدام به خودکشی منجر شد، کمک کند. بنابراین، تشخیص او اختلال دوقطبی I است، آخرین اپیزود افسردگی است.

طرح درمان: توصیه می‌شود که جانیس به روان درمانی هفتگی ادامه دهد. در درمان، با توجه به سابقه افکار خودکشی و اقدام اخیر به خودکشی، لازم است یک برنامه ایمنی برای خودکشی تهیه شود. درمان در ابتدا باید بر آموزش روانی، مدیریت علائم و نظارت بر خلق و خوی متمرکز باشد. او همچنین برای تلفیق دارویی به روانپزشک سرپایی ارجاع داده خواهد شد، زیرا داروی روان درمانی از نظر بالینی در درمان اختلال دوقطبی توصیه می‌شود.

سارا توبین، دکتر

افراد ممکن است در طول زندگی خود فراز و نشیب‌های زیادی را تجربه کنند، اما زمانی که اختلالات خلقی آن‌ها به نقطه‌ای با اهمیت بالینی برسد، ممکن است در نظر گرفته شود که دارای یک اختلال افسردگی یا دوقطبی هستند. در DSM-۵، این دو اختلال (گاهی اوقات به عنوان اختلالات خلقی شناخته می‌شوند) دارای مجموعه‌ای از معیارها هستند که به پزشکان اجازه می‌دهد تشخیص دهند که آیا درمانجویانشان تغییرات خلقی را نشان می‌دهند که به طور قابل توجهی نسبت به حالت اولیه یا حالت عاطفی عادی فرد متفاوت است.

۱,۷ اختلالات افسردگی

یک اختلال افسردگی با دوره‌هایی مشخص می‌شود که در آن، در کنار سایر علائم، یک فرد حالت غمگینی غیرمعمولی را تجربه می‌کند. عنصر اساسی این اختلال - این خلق و خوی غمگین - به عنوان ملال شناخته می‌شود.

اختلال افسردگی عمده

اختلال افسردگی عمده شامل دوره‌های حاد اما با زمان محدود علائم افسردگی است که دوره‌های افسردگی عمده نامیده می‌شود (به جدول ۱ مراجعه کنید).

اختلال افسردگی عمده را می‌توان با طیفی از اختلالات دیگر از جمله اختلالات شخصیتی، اختلالات مصرف مواد و اختلالات اضطرابی تشخیص داد. تعدادی از شرایط می‌توانند مشابه اختلال افسردگی عمده باشند، از جمله موارد مرتبط با اختلالاتی که در فصل «طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان پریشی» مورد بحث قرار دادیم، که شامل یا مربوط به اسکیزوفرنی است. این‌ها شامل اسکیزوفرنی، اختلال اسکیزوافکتیو، اختلال اسکیزوفرنیفرم و اختلال هذیانی است. پزشک باید قبل از تعیین تشخیص اختلال افسردگی عمده به درمانجو، این اختلالات خاص را رد کند.

جدول ۱ معیارهای یک اپیزود افسردگی عمده

در بیش‌تر مواقع در طول یک دوره ۲ هفته‌ای، فرد حداقل پنج یا بیش‌تر از نه علامت اول را علاوه بر دو علامت آخر تجربه می‌کند. او باید تغییری نسبت به عملکرد قبلی داشته باشد و حداقل یکی از دو علامت اول باید وجود داشته باشد. در طول این دوره ۲ هفته‌ای، اکثر این علائم باید تقریباً هر روز وجود داشته باشند.

اختلال افسردگی

اختلالی که با دوره‌هایی مشخص می‌شود که در آن، در کنار سایر علائم، فرد حالت غمگینی غیرمعمولی را تجربه می‌کند.

ملال

خلق و خوی غمگین به طور غیرعادی بالا.

اختلال افسردگی عمده

اختلالی که در آن فرد اپیزودهای حاد اما با زمان محدود علائم افسردگی را تجربه می‌کند.

اپیزودهای افسردگی

عمده

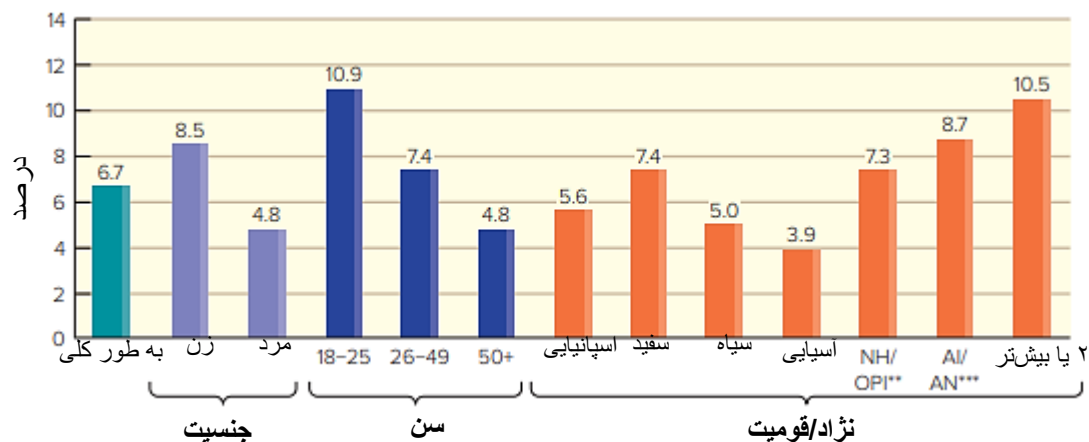
دوره‌ای که در آن فرد علائم شدید روانی و جسمی همراه با احساس غم و اندوه شدید (ملال) را تجربه می‌کند.

- خلق و خوی افسرده در اکثر اوقات روز
- کاهش چشمگیر علاقه یا لذت در تمام یا بیش تر فعالیت‌های روزانه
- کاهش قابل توجه وزن ناخواسته یا افزایش یا کاهش غیرعادی اشتها
- بی‌خوابی یا پرخوابی
- تحریک روانی حرکتی یا عقب ماندگی قابل مشاهده توسط دیگران
- خستگی یا از دست دادن انرژی
- احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه بیش از حد یا نامناسب
- مشکل در حفظ تمرکز یا تصمیم‌گیری
- افکار مکرر مرگ یا داشتن افکار، برنامه‌ها یا اقدام به خودکشی
- علائم را نمی‌توان به یک وضعیت پزشکی یا استفاده از یک ماده نسبت داد
- علائم باعث ناراحتی یا اختلال قابل توجهی می‌شود

پس از کمردرد به عنوان علت سال‌های ناتوانی در سراسر جهان، اختلال افسردگی اساسی نیز نوزدهمین بیماری رایج جهانی است (ووس و همکاران، ۲۰۱۲). در ایالات متحده، شیوع اختلال افسردگی عمده در طول زندگی ۱۶,۶ درصد از جمعیت بزرگسال است (کسلر و همکاران، ۲۰۱۲). شیوع یک ساله یک دوره افسردگی عمده ۶,۷ درصد از کل بزرگسالان در ایالات متحده یا ۱۶,۲ میلیون نفر تخمین زده می‌شود (موسسه ملی سلامت روان، ۲۰۱۸). شکل ۱ شیوع ۱ ساله دوره‌های افسردگی عمده را به همراه تغییرات بر اساس جنس، سن و نژاد/قومیت خلاصه می‌کند.

همان‌طور که از این رقم می‌بینید، بیش‌ترین شیوع یک ساله دوره افسردگی عمده در بین افراد ۱۸ تا ۲۵ ساله مشاهده می‌شود و این تعداد پس از آن به ۴,۸ درصد در سنین ۵۰ سال و بالاتر کاهش می‌یابد. این تفاوت‌های نسلی ممکن است منعکس‌کننده تعدادی از عوامل، از جمله تمایل افراد جوان‌تر برای گزارش دادن علائم خود و نرخ بقای پایین‌تر در دهه‌های بعدی افراد مبتلا به اختلال افسردگی عمده باشد. تفاوت‌های سنی در ماهیت علائم گزارش شده نیز ممکن است بر

آمار شیوع تاثیر بگذارد، زیرا علائم افسردگی ممکن است به عنوان نگرانی‌های جسمی و نه روان‌شناختی در بزرگسالان مسن‌تر گزارش شود (شاکس و همکاران، ۲۰۱۷).



*همه گروه‌های دیگر غیر اسپانیایی یا اسپانیایی زبان هستند. **NH/OPI = بومی هاوایی/سایر جزایر اقیانوس آرام؛ ***AI/AN = سرخپوست آمریکایی/بومی آلاسکا

شکل ۱ شیوع یک ساله دوره‌های افسردگی عمده در ایالات متحده، ۲۰۱۶

منبع: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression.shtml>

یک مورد کوچک

اختلال افسردگی عمده، دوره مکرر

داریل یک مرد ۳۷ ساله متاهل و دگرجنسگرای آفریقایی آمریکایی است. همسرش اخیراً او را برای ارزیابی به یک مرکز روانپزشکی برده است. اگرچه داریل در چند سال گذشته به طور عادی کار می‌کرد، اما ناگهان به شدت آشفته و افسرده شد. در زمان پذیرش، داریل، آشفته، ناخوشایند و تمایل به خودکشی داشت، حتی تا آنجا پیش رفت که برای کشتن خود اسلحه‌ای خریداری کرد. او اشتهاى خود را از دست داده بود و در طول ۳ هفته قبل دچار بی‌خوابی شده بود. هر روز که می‌گذشت، او احساس می‌کرد که بیش‌تر و بیش‌تر خسته می‌شود، کم‌تر می‌تواند به وضوح فکر کند یا تمرکز کند، و علاقه‌ای به کسی یا چیزی ندارد. او در برخورد با همسایگان، همکاران و خانواده بیش از حد حساس شده بود و اصرار داشت که دیگران بیش از حد از او انتقاد می‌کنند. این دومین دوره از این دست در تاریخ داریل بود، اولین دوره ۵ سال قبل و پس از دست دادن شغلش به دلیل اخراج گسترده رخ داد.

اختلال افسردگی مداوم (افسرده خویی یا دیس تایمی)

اختلال افسردگی مداوم

(دیس تایمی)

اختلال خلقی مزمن اما با شدت کم‌تر که در آن فرد یک اپیزود افسردگی عمده را تجربه نمی‌کند.

اختلال خلقی که با اختلال افسردگی عمده رخ می‌دهد ممکن است شکل مزمن و پایدار داشته باشد. افراد مبتلا به اختلال افسردگی مداوم (دیس تایمی) حداقل به مدت ۲ سال (یک سال برای کودکان و نوجوانان)، مجموعه محدودتری از علائمی را که در اختلال افسردگی عمده رخ می‌دهد، از جمله اختلالات خواب و اشتها، انرژی کم یا خستگی، کم بودن عزت نفس، مشکل در تمرکز و تصمیم‌گیری، و احساس ناامیدی را تجربه می‌کنند. با این حال، افراد مبتلا به اختلال افسردگی مداوم در حال حاضر معیارهای یک اپیزود افسردگی عمده را ندارند، که مستلزم آن است که درمانجویان دارای پنج معیار از معیارهای جدول ۱ باشد.

علی‌رغم این واقعیت که افراد مبتلا به اختلال افسردگی مداوم تمام علائم یک اپیزود افسردگی عمده را ندارند، به ندرت بیش از دو ماه را بدون هیچ یک از علائم یک دوره افسردگی عمده تجربه می‌کنند علاوه بر این، آن‌ها به احتمال زیاد دارای سایر اختلالات روانی جدی هستند، از جمله خطر ابتلا به اختلال افسردگی عمده، اختلال شخصیت و اختلال مصرف مواد.

تقریباً ۲,۵ درصد از جمعیت بزرگسال در طول زندگی خود به اختلال دیس تایمی مبتلا می‌شوند که اوج آن (در اوایل دهه ۲۰۰۰) در گروه سنی ۴۵ تا ۵۹ سال است (کسلر، برگلوند و همکاران، ۲۰۰۵). شیوع ۱۲ ماهه اختلال دیس تایمی ۱,۵ درصد از جمعیت ایالات متحده است که تقریباً نیمی از این موارد (۰,۸ درصد از جمعیت بزرگسال) به عنوان شدید طبقه بندی می‌شوند (کسلر، چیو، و همکاران، ۲۰۰۵). همان‌طور که در مورد اختلال افسردگی عمده صدق می‌کند، علائم اختلال دیس تایمی در افراد مسن شکل متفاوتی به خود می‌گیرد، که بیش‌تر احتمال دارد اختلالات را در عملکرد فیزیکی گزارش کنند تا در عملکرد روانی (آکسمن، بارت، سنگوپتا، و ویلیامز، ۲۰۰۰).

اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر

یک اختلال افسردگی در کودکانی که تحریک‌پذیری مزمن و شدید و طغیان مکرر خلق و خوی دارند.

اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر

تشخیص اختلال بی‌نظمی خلق اخلالگر برای کودکانی استفاده می‌شود که تحریک‌پذیری مزمن و شدید و طغیان‌های مکرر خلق و خوی دارند که به طور متوسط، سه بار یا بیش‌تر در هفته در طول حداقل یک سال و حداقل در دو حالت رخ می‌دهد. این طغیان‌ها باید از نظر رشدی نامناسب باشند، به این معنی که، برای مثال، یک کودک یا یک نوجوان، مانند کودک یا نوجوان کم سن و سال‌تر از خود رفتار می‌کنند.

بین طغیان‌ها، کودکان مبتلا به این اختلال، عصبانی یا حداقل به شدت تحریک‌پذیر باقی می‌مانند. برای کودکانی که برای اولین بار این معیارها را در سن کم‌تر از ۶ سالگی یا بزرگ‌تر از ۱۸ سالگی تجربه کرده‌اند در مرحله اول نباید چنین تشخیصی داده شود. با این حال، با مشاهده مستقیم کودک یا از روی سابقه کودک، پزشک باید تعیین کند که این اختلال قبل از ۱۰ سالگی شروع شده است. به عبارت دیگر، والدین یا معلمان باید این حالت‌ها را در یک نوجوان ۱۳ ساله گزارش دهند، مثلاً گزارش دهند که قبل از ۱۰ سالگی در معرض دوره‌های عصبانیت قرار گرفته است.

اگرچه نویسندگان DSM-۵ می‌دانستند که این وضعیت می‌تواند به دلیل آسیب‌شناسی «تند خلقی» کودک مورد انتقاد قرار گیرد، آن‌ها فکر می‌کردند که داشتن یک اختلال برای کودکان و نوجوانانی که در گذشته تشخیص داده شده که اختلال دوقطبی دارند، بسیار مهم است. با توجه به تحقیقات بعدی روی کودکانی که این الگوی تحریک‌پذیری و طغیان‌های خشم را نشان می‌دهند،

احتمال بیش‌تری دارد که در بزرگسالی به اختلالات افسردگی و/یا اضطراب مبتلا شوند تا بیماری دوقطبی.

یک مورد کوچک

اختلال افسردگی عمده (دیس تایمی)

کیمیکو یک زن ۳۴ ساله و مجرد دگرجنس‌گرای ژاپنی آمریکایی است. او در حال حاضر به عنوان یک مربی کالج اجتماعی کار می‌کند و برای ۳ سال گذشته احساس مداوم خلق و خوی افسرده، حقارت و بدبینی داشته است. او متوجه می‌شود که از زمان فارغ‌التحصیلی از کالج، هرگز واقعا احساس خوشبختی نکرده است و در سال‌های اخیر، با افکار بی‌ارزشی و خلق و خوی غمگین دست و پنجه نرم کرده است. اشتهايش کم است و دچار بی‌خوابی است. در ساعات بیداری، او فاقد انرژی است و انجام کارهایش برایش مشکل است. او اغلب خود را می‌بیند که به بیرون از پنجره دفترش خیره شده است و به این فکر می‌کند که چقدر بی‌لیاقت است. او بسیاری از مسئولیت‌های خود را انجام نمی‌دهد و در ۳ سال گذشته همواره ارزیابی‌های ضعیفی از معلمان دریافت کرده است. کنار آمدن با همکارانش به طور فزاینده‌ای برایش دشوار شده است. در نتیجه، او بیش‌تر اوقات فراغت خود را به تنهایی در دفتر خود می‌گذراند.

اختلال ناخوشی پیش

از قاعدگی (PMDD)

تغییرات در خلق و خوی غمگین یا نوسانات خلقی، تحریک پذیری، ناهنجاری و اضطراب در طول مرحله قبل از قاعدگی که پس از شروع دوره قاعدگی کاهش می‌یابد.

اختلال دوقطبی

یک اختلال خلقی شامل اپیزودهای شیدایی - تجارب شدید و مخرب خلق و خوی شدید، احتمالا متناوب با اپیزودهای افسردگی عمده.

اپیزود شیدایی

دوره حاد اما با زمان محدود شادی شدید و غیرمعمول.

سرخوشی

حالت احساسی که فرد در این حالت بیش‌تر از حد متوسط، شاد و سرحال است و احتمالا به وجد آمده است.

اختلال ناخوشی پیش از قاعدگی

اختلال نارسایی پیش از قاعدگی (PMDD) ممکن است در زنانی تشخیص داده شود که خلق و خوی غمگین یا نوسانات خلقی، تحریک‌پذیری، ناهنجاری و اضطراب در طول مرحله قبل از قاعدگی دارند که پس از شروع دوره قاعدگی کاهش می‌یابد. این اختلال در ضمیمه DSM-IV-TR ذکر شده است زیرا قابل تشخیص نبود. نویسندگان DSM-۵ در نظر گرفتند که با گنجاندن این وضعیت در نامگذاری استاندارد روانپزشکی، زنانی که چنین علائمی دارند می‌توانند از تشخیص و درمان بهتر بهره‌مند شوند.

منتقدان استدلال می‌کنند که تشخیص PMDD تغییرات طبیعی خلق و خو را که می‌تواند در طول چرخه قاعدگی ماهانه یک زن رخ دهد آسیب‌شناسی می‌کند. با این حال، استدلال مخالف این است که اکثر زنان تغییرات خلقی ماهانه شدیدی را که نشان‌دهنده چنین علائمی است را تجربه نمی‌کنند. هنگامی که PMDD به عنوان یک تشخیص شناخته می‌شود، افرادی که این اپیزودهای افسردگی شدید را تجربه می‌کنند می‌توانند مراقبت‌های مورد نیاز خود را دریافت کنند.

۲,۷ اختلالات شامل تغییرات خلق و خو

دو دسته از اختلالات با تغییرات خلقی مشخص می‌شوند که فراتر از تغییرات روزمره در سطوح غمگینی یا شادی است. این‌ها اختلال دوقطبی و اختلال ادواری خو هستند. اختلال دوقطبی شامل یک تجربه شدید و مخرب از یک اپیزود شیدایی است. در طول یک اپیزود شیدایی، فرد ممکن است سطوح غیرعادی بالایی از سرخوشی را تجربه کند، که حالت احساس یک خلق غیر طبیعی مثبت است.

اختلال دوقطبی

پزشکان، افرادی را که اپیزودهای شیدایی دارند تشخیص می‌دهند که دچار اختلال دوقطبی هستند، اصطلاحی که جایگزین «افسردگی شیدایی» شده است. همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، یک فرد باید یک اپیزود شیدایی را تجربه کند تا پزشک بتواند اختلال دوقطبی را تشخیص دهد. تشخیص مستلزم این نیست که فرد یک اپیزود افسردگی عمده را تجربه کرده باشد.

داستان های واقعی

کری فیشر: اختلال دوقطبی

کری فیشر هنرپیشه، فیلمنامه‌نویس، رمان‌نویس و مدرس آمریکایی بود که در بیش از ۴۰ فیلم بازی کرده است - به‌ویژه در نقش پرنسس لیا ارگانا در سه‌گانه جنگ ستارگان. او چهار رمان نوشت که یکی از آن‌ها به نام «مشروب خوشی» به نمایشی تک زن تبدیل شد که در سالن‌های سراسر کشور اجرا می‌شد. او در این کتاب زندگی خود را شرح می‌دهد - از بزرگ شدن در یک خانواده هالیوود، به شهرت رسیدن، و مبارزه با مواد مخدر و الکل تا مبارزه با اختلال دوقطبی. فیشر در مورد تجربیات خود با شوخ طبعی و صداقت صحبت می‌کند و واقعیت بیماری روانی خود را آشکار می‌کند.

فیشر که در سال ۱۹۵۶ در بورلی هیلز، کالیفرنیا به دنیا آمد، دختر دبی رینولدز بازیگر و خواننده ادی فیشر بود. به عنوان ثمره ازدواج دو زوج هالیوودی، به نظر می‌رسید که او از همان ابتدا قرار بود یک ستاره هالیوود باشد. وقتی او ۲ ساله بود، پدر فیشر مادرش را به خاطر الیزابت تیلور، بهترین دوست مادرش ترک کرد. رسانه‌ها این داستان را به شدت تبلیغ کردند، اگرچه فیشر در کتاب خود اظهار می‌کند که معتقد نیست تجربیات دوران کودکی او تاثیر عمده‌ای بر مشکلاتی که بعداً در زندگی با آن روبه‌رو شده داشته است.

فیشر اولین بار در سن ۱۲ سالگی بازیگری را آغاز کرد و با مادرش در لاس وگاس ظاهر شد. او بعداً دبیرستان را رها کرد تا با مادرش در تور کنسرت اجرا کند. فیشر در سال ۱۹۷۳ به همراه مادرش در موزیکال ایرنه برادوی ظاهر شد و ۲ سال بعد، پس از تحصیل در هنرستان در لندن، اولین فیلم خود را در فیلم شامپو در سال ۱۹۷۵ با وارن بیتی انجام داد. دو سال پس از آن، در سن ۲۱ سالگی، فوراً برای بازی در سه‌گانه جنگ ستارگان به یک نماد و یک شهرت بین‌المللی تبدیل شد. به گفته فیشر، در این مرحله بود که او شروع به سوء مصرف شدید کوکائین و الکل کرد و قبلاً در سن ۱۳ سالگی ماری جوانا را آزمایش کرده بود. فیشر با نگاهی به سوء مصرف مواد مخدر خود به یاد می‌آورد که از مواد مخدر به عنوان راهی برای خوددرمانی استفاده می‌کرد. هنگامی که او ۲۴ ساله بود، برای اولین بار تشخیص داده شد که او مبتلا به افسردگی شدید است (همان‌طور که در آن زمان شناخته شده بود). اگرچه او در آن مرحله هیچ درمانی را دنبال

نکرد، اما متوجه شده که چه چیزی باعث مصرف زیاد مواد او شده است. او در این کتاب می‌نویسد که هنگامی که تشخیص داده شد چنین مشکلی دارد در ابتدا آن را نپذیرفت و حتی احساس کرد که به او توهین شده است. او به جای مصرف داروهایی که توسط روانپزشکش توصیه شده بود، درمان را رها کرد و از لس آنجلس به نیویورک نقل مکان کرد و اندکی بعد با خواننده‌ای به نام پل سایمون ازدواج کرد.

فیش و سایمون علی‌رغم این که در مجموع ۱۲ سال با یکدیگر قرار می‌گذاشتند به طور رسمی از سال ۱۹۸۳ تا ۱۹۸۴ با یکدیگر زندگی کردند. در سال ۱۹۹۲، فیش از شریک زندگی خود برایان لورد صاحب یک دختر به نام بیلی شد.

فیش علی‌رغم نبردهای مزمنش با سوء مصرف مواد و اختلال دوقطبی، هم‌چنان در دهه ۱۹۸۰ در فیلم‌ها و برنامه‌های تلویزیونی ظاهر می‌شد. سوء مصرف مواد او منجر شد در اواسط سال ۱۹۸۰ در بیمارستان بستری شود و الهام بخش اولین رمان او، به نام کارت پستال‌هایی از لبه پرتگاه بود، روایتی نیمه اتوبیوگرافیک از یک بازیگر زن مبتلا به سوء مصرف مواد، که در سال ۱۹۸۷ منتشر شد.

در طول دهه ۱۹۹۰، فیش به حضور در فیلم‌ها ادامه داد و به دلیل استعدادش در فیلمنامه‌نویسی در هالیوود به خوبی شناخته شد. در سال ۱۹۹۷، پس از این که به دنبال دارو برای درمان افسردگی مزمن خود بود، دچار وقفه روانی شد. او این تجربه را در مشروب خوشی توضیح می‌دهد: «اکنون، هرکسی که به مدت شش روز بیدار مانده است، می‌داند که احتمال دارد دچار روان پریشی شود. به هر حال، من این کار را کردم، و بخشی از چگونگی آشکار شدن آن این بود که فکر می‌کردم همه چیز در تلویزیون مربوط به من است. . . من در آن زمان سی‌ان‌ان را تماشا می‌کردم، و آن شخص کونانین به تازگی ورساچه را به قتل رسانده بود، و پلیس با تب و تاب در ساحل شرقی به دنبال او بود. در نتیجه، من نقش ورساچه، کونانین و پلیس را بازی کردم. این برنامه‌ریزی اکنون بیش از حد خسته‌کننده است.» او به مدت ۶ روز در بیمارستان بستری بود و سپس ۶ ماه تحت درمان سرپایی بود.

فیش پس از این که تشخیص اختلال دوقطبی را پذیرفت و سرانجام با نیاز خود به درمان کنار آمد، تصمیم گرفت تا مردم را در مورد بدنامی مرتبط با بیماری روانی آموزش دهد. او یک مدافع

سرسخت برای افزایش پذیرش عمومی از بیماری روانی در سال‌های قبل از مرگش و حمایت دولت از درمان سلامت روان بود.

در مشروب خوشی، فیشر تجربیات خود را در تغییر بین شیدایی و افسردگی شرح می‌دهد. «من دو حالت دارم. . . . یکی روی است، روی در حال غلت زدن، و سواری به صورت وحشی و دیوانه‌وار است. جزر و مد گهگاهی داخل و خارج می‌شود، و پام، سنگریزه‌های پام، روی ساحل می‌ایستد و اشک می‌ریزد..» فیشر هم‌چنین در مورد برخی از درمان‌های مختلف برای بیماری خود می‌نویسد، از جمله درمان تشنج الکتریکی (ECT).



کری فیشر پس از سال‌ها مبارزه با سوء مصرف مواد و اختلال دوقطبی، به یکی از فعالان کاهش بدن‌امی در رابطه با بیماری‌های روانی تبدیل شد.

© جیسون لاوریس / گتی ایماژ

او ترکیبی از احساسات و واکنش‌های خود را به دریافت ECT، از جمله ترس، تحقیر، و نگرانی در مورد عوارض جانبی خطرناک، به ویژه با توجه به شیوه‌ای که این درمان در فرهنگ عامه به تصویر کشیده شده بود، به یاد می‌آورد. با این حال، او در نهایت به این نتیجه رسید که علائم او بسیار شدید شده است و نیاز به درمان فشرده‌تری دارد.

«من واقعا احساس افسردگی و ناتوانی می‌کردم. اگرچه احساس مرگ نمی‌کردم، اما احساس می‌کردم که زنده نیستم. به دلیل دومی که افسردگی بود، ECT را انتخاب کردم. تا حد زیادی افسرده بودم. تا حدی ناشی از وضعیت خلقی من بود، که بدون شک علت واکنش عاطفی شدید

بود. این همان چیزی است که ممکن است یک غم ساده را دو برابر کند. خوشبختانه برای فیشر، ECT یک درمان موثر برای مبارزه با اپیزودهای افسردگی شدید او بود.

او در پایان مشروب خوشی می‌نویسد: «گاهی اوقات، دوقطبی بودن می‌تواند یک چالش همه‌گیر باشد، که مستلزم استقامت و حتی شجاعت بیشتر است، بنابراین، اگر بیماری خود را کنترل می‌کنید و هر نوع کاری برای رفع آن انجام می‌دهید، باید به خود افتخار کنید، نه این که شرم‌منده باشید.»

فیشر در ۲۷ دسامبر ۲۰۱۶ در سن ۶۰ سالگی از دنیا رفت. علت مرگ او ایست قلبی تایید شد، اگرچه آثاری از چندین دارو نیز در بدن او وجود داشت. او در مشروب خوشی چیزی را می‌نویسد که امیدوار بود روزی در مراسم ترحیم او باشد: «می‌خواهم گزارش شود که در نور مهتاب غرق شده‌ام و توسط سوتین خودم خفه شده‌ام.»

منبع: Wishful Drinking توسط کری فیشر. Delicuesce Inc.

اپیزود هیپومانیک

دوره‌ای از خلق و خوی هیجان‌انگیز که به اندازه یک اپیزود شیدایی طولانی نیست.

دو دسته اصلی اختلال دوقطبی به نام‌های دوقطبی I و دوقطبی II وجود دارد. تشخیص اختلال دوقطبی I یک دوره بالینی را توصیف می‌کند که در آن فرد یک یا چند اپیزود شیدایی را با امکان تجربه یک یا چند اپیزود افسردگی عمده، البته نه لزوماً، تجربه می‌کند. در مقابل، تشخیص اختلال دوقطبی II به این معنی است که فرد یک یا چند اپیزود افسردگی عمده و حداقل یک **اپیزود هیپومانیک** داشته است. معیارهای اپیزود هیپومانیک مشابه موارد مربوط به اپیزود شیدایی است اما به مدت زمان کوتاه‌تری (به جای ۱ هفته ۴ روز) نیاز دارد.

افرادی که در یک اپیزود شیدایی، هیپومانیک یا افسردگی عمده هستند ممکن است ویژگی‌های قطب مخالف را نشان دهند، اما نه به اندازه کافی برای برآورده کردن معیارهای تشخیصی مربوطه برای اختلال دوقطبی. برای مثال، افراد در یک اپیزود شیدایی ممکن است احساس غمگینی یا تهی بودن، خستگی یا خودکشی را نیز گزارش کنند. DSM-۵ از اصطلاح «ویژگی‌های ترکیبی» برای توصیف اپیزودهای شیدایی یا هیپومانیا هنگامی که علائم افسردگی نیز وجود دارد، و همچنین اپیزودهای افسردگی در زمینه اختلال افسردگی عمده یا اختلال دوقطبی هنگامی که ویژگی‌های

شیدایی/هیپومانیا نیز وجود دارد، استفاده می‌کند. دسته «ترکیبی» برای افراد مبتلا به اختلال دوقطبی است که ممکن است ویژگی‌های افسردگی و شیدایی/هیپومانیا را به طور همزمان یا تقریباً همزمان نشان دهند.

جدول ۲ معیارهای یک اپیزود شیدایی

علائم باید حداقل به مدت یک هفته ادامه داشته باشد و در اکثر روز، تقریباً هر روز (یا برای هر مدت زمانی در صورت نیاز به بستری شدن) قابل توجه باشد. علاوه بر این، دوره مشخص خلق و خوی غیرعادی و بسیار مداوم، گسترده یا تحریک شده و فعالیت یا انرژی که به طور غیرعادی افزایش یافته و مداوم است باید حداقل یک هفته طول بکشد. سه (یا بیش تر از سه) از علائم زیر - یا چهار مورد اگر خلق به سادگی تحریک پذیر باشد - به طور قابل توجهی در طول دوره اختلال خلق و افزایش انرژی یا فعالیت وجود دارد و نشان دهنده انحراف قابل تشخیص از رفتار معمول است.

- عزت نفس یا خود بزرگ پنداری اغراق آمیز
 - کاهش نیاز به خواب (درمانجو پس از مثلاً ۳ ساعت خواب احساس آرامش می کند)
 - حالت پرحرفی بیش از حد معمول یا فشار برای ادامه صحبت کردن
 - فرار از ایده ها یا تجربه ذهنی که باعث افکار پریشی می شود
 - حواس پرتی (حواس به راحتی به محرک های خارجی بی اهمیت یا نامربوط جلب می شود)، همان طور که گزارش یا مشاهده شد
 - افزایش فعالیت هدفمند (از نظر اجتماعی، در محل کار یا مدرسه، یا جنسی) یا برانگیختگی روانی حرکتی
 - مشارکت بیش از حد در فعالیت هایی که پتانسیل بالایی برای عواقب دردناک دارند (مانند ولگردی های بی بند و بار خرید، بی احتیاطی های جنسی، یا سرمایه گذاری های تجاری احمقانه)
- این قسمت باید نمایانگر یک تغییر کاملاً قابل مشاهده در عملکرد باشد، اما آن قدر شدید نباشد که نیاز به بستری شدن در بیمارستان برای جلوگیری از آسیب به خود یا دیگران داشته باشد.

یک مورد کوچک

اختلال دوقطبی I، اپیزودهای فعلی شیدایی

ایزابیل یک زن ۳۸ ساله دوجنسه اسپانیایی تبار آمریکایی است. او به عنوان مهندس نرم افزار در یک شرکت بزرگ فناوری کار می کند و حدود ۱۰ سال در آن جا کار کرده است. در هفته گذشته، او نشانه هایی از رفتارهای عجیب و غریب از خود نشان داده است که با فکر ترک شغلش شروع شده است تا بتواند شرکت نرم افزاری خود را در آپارتمانش توسعه دهد. ایزابل به مدت ۳ روز نخوابید و بیش تر وقت خود را در رایانه خود صرف توسعه یک مدل تجاری برای شرکت کرد.

در عرض چند روز، او نزدیک به یک میلیون دلار وام گرفت، اگرچه منابع کمی برای تامین مالی حتی یکی از آن ها داشت. او از چندین بانک و سرمایه گذاران دیگر بازدید کرد و هر بار صحنه ای را با هرکسی که نسبت به طرح او ابراز تردید می کرد ساخت. هنگامی که در بانک بود، وقتی از دریافت وام محروم شد، چنان ناراحت شد که با عصبانیت روی میز بانکدار زد و از بالای ریه هایش فریاد زد که بانک او را از سود چند میلیون دلاری خود باز می دارد. با پلیس تماس گرفته شد و ایزابل به اورژانس منتقل شد و از آن جا برای ارزیابی و درمان فشرده به بیمارستان روانی مجاور منتقل شد.

شیوع اختلال دوقطبی در طول زندگی ۳٫۹ درصد در جمعیت ایالات متحده است (کسلر، برگلوند، و همکاران، ۲۰۰۵) و شیوع ۱۲ ماهه آن ۲٫۶ درصد است (کسلر، چيو، و همکاران، ۲۰۰۵). از بین افرادی که در یک سال مشخص مبتلا به اختلال دوقطبی تشخیص داده شده اند، تقریباً ۸۳ درصد (۲٫۲ درصد از جمعیت بزرگسال) در موارد شدید طبقه بندی شده اند. حداقل نیمی از موارد، قبل از رسیدن به سن ۲۵ سالگی این علائم در آن ها ظاهر می شود (کسلر، چيو و همکاران، ۲۰۰۵). تقریباً ۶۰ درصد از همه افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در صورت دریافت درمان کافی می توانند بدون علائم زندگی کنند (پرلیس و همکاران، ۲۰۰۶). این بدان معناست که درصد زیادی هم چنان این علائم را تجربه می کنند. بر اساس یک تخمین، در طول یک دوره ۵ ساله، افراد مبتلا به اختلال دوقطبی تنها در نیمی از زمان احساس می کنند که خلق و خوی آن ها طبیعی است (پالاسکوپری و همکاران، ۲۰۱۵).

از بین تمام اختلالات روانی، اختلال دوقطبی بیش‌تر در افرادی رخ می‌دهد که مشکلات سوء مصرف مواد نیز دارند. افراد مبتلا به اختلالات دوقطبی و مصرف مواد دارای شروع زودتر اختلال دوقطبی، دوره‌های مکرر و خطر بالاتر ابتلا به اختلالات مرتبط با اضطراب و استرس، رفتار پرخاشگرانه، مشکلات با قانون و خطر خودکشی هستند (سوان، ۲۰۱۰).

افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نیز نسبت به افراد هم سن و سال خود در معرض خطر مشکلات سلامت مزمن شدیدتری هستند. آن‌ها دارای نرخ بالاتر بیماری قلبی و دیابت (سیلاروا و همکاران، ۲۰۱۵) و سطوح بالاتری از کلسترول هستند (کسینگ، ورادی، مک اینتایر و اندرسن، ۲۰۱۵). این‌ها ممکن است دلایلی باشند که بر اساس یک مطالعه جامع جمعیتی در دانمارک انجام شده، اختلال دوقطبی به دلایل مختلف با امید به زندگی کم‌تر مرتبط است (کسینگ و همکاران، ۲۰۱۵). علاوه بر مرگ و میر بیش‌تر به دلیل بیماری، افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نیز دارای میزان بالایی از خودکشی و سایر اشکال مرگ خشونت‌آمیز هستند (هیز و همکاران، ۲۰۱۵). خطرات آن‌ها از نظر بزرگی مشابه خطراتی است که در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی یافت می‌شود. شکاف بین مرگ و میر آن‌ها و جمعیت عمومی نیز در دهه گذشته افزایش یافته است (هیز و همکاران، ۲۰۱۷).

همان‌طور که در شکل ۲ می‌بینید، اختلال دوقطبی می‌تواند باعث شود افراد طیفی از خلق و خو را تجربه کنند. هم‌چنین می‌توانید ببینید که طیفی از خلق افسرده تا شیدایی شدید وجود دارد که برخی از همپوشانی‌ها در مرزها رخ می‌دهد.

اگر فردی در طول یک سال گذشته چهار یا چند اپیزود داشته باشد که با معیارهای بیماری شیدایی، هیپومانیک یا افسردگی عمده مطابقت داشته باشد، تشخیص داده می‌شود که دچار اختلال دوقطبی دوچرخه‌سواری سریع است. در برخی افراد، این اختلال دوچرخه‌سواری ممکن است در عرض ۱ هفته یا حتی ۱ روز رخ دهد. عواملی که اختلال دوچرخه‌سواری سریع را پیش‌بینی می‌کنند عبارتند از شروع زودتر، امتیازات افسردگی بالاتر، امتیازات شیدایی بالاتر و ارزیابی جهانی پایین‌تر از عملکرد. سابقه اختلال دوچرخه‌سواری سریع در سال قبل و استفاده از داروهای ضد افسردگی نیز اختلال دوچرخه‌سواری سریع را پیش‌بینی می‌کند (شنک و همکاران، ۲۰۰۸). شرایط پزشکی مانند کم کاری تیروئید، اختلال در چرخه خواب/بیداری، و استفاده از داروهای ضد افسردگی نیز می‌تواند به ایجاد اختلال دوچرخه‌سواری سریع کمک کند (پاپادمیترو، کالابرس،

اختلال دوقطبی،

دوچرخه سواری سریع

شکلی از اختلال دوقطبی شامل چهار یا چند دوره در سال گذشته که معیارهای اختلال شیدایی، هیپومانیک یا افسردگی عمده را دارد.

دیکئوس و کریستودولو، ۲۰۰۵). افرادی که اختلال دوقطبی دوچرخه سواری سریع را تجربه می-کنند نسبت به سایرین مبتلا به اختلال دوقطبی در معرض خطر بیش‌تری برای خودکشی قرار دارند و همچنین مدت زمان طولانی‌تری درگیر این اختلال هستند (گیگانت و همکاران، ۲۰۱۶).



شکل ۲ طیفی از حالات موجود در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی

منبع: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder/index.shtml>

یک مورد کوچک

اختلال سیکلوتیمیک

لری یک مرد دگرجنسگرای ۶۰ ساله قفقازی مطلقه است که به عنوان صندوقدار بانک کار می‌کند. در بیش‌تر دوران بزرگسالی‌اش، همکاران، خانواده و دوستان بارها به او گفته‌اند که بسیار بد خلق است. او تصدیق می‌کند که خلق و خوی او هرگز کاملاً ثابت نیست، اگرچه گاهی اوقات دیگران به او می‌گویند که آرام‌تر و خوشایندتر از حد معمول به نظر می‌رسد. متأسفانه، این فواصل بسیار کوتاه هستند و برای چند هفته طول می‌کشند و معمولاً به طور ناگهانی به پایان می‌رسند. بدون اخطار، او ممکن است خلق و خوی تا حدودی افسرده یا دوره‌ای از شادی را تجربه کند.

در طول دوره‌های افسردگی لری، اعتماد به نفس، انرژی و انگیزه لری بسیار پایین است. در طول اپیزودهای هیپومانیک خود، او با کمال میل داوطلب می‌شود تا روز کاری خود را افزایش دهد و چالش‌های غیر واقعی را در محل کار انجام دهد. در تعطیلات آخر هفته، او ممکن است تصمیم بگیرد بدون این‌که بخوابد، در شیفت‌های طولانی در یک پناهگاه بی‌خانمان بنشیند. لری اصرار اعضای خانواده‌اش برای دریافت کمک حرفه‌ای را نادیده می‌گیرد و اصرار می‌کند که طبیعت او این است که گاهی اوقات پرانرژی باشد. او همچنین بیان می‌کند که نمی‌خواهد برخی «دوره‌های کوتاهی» را که طی آن احساس می‌کند در بهترین حالت خود است، از بین ببرد.

اختلال سیکلوتیمیک

اختلال سیکلوتیمیک با تناوب بین ملاب و حالت‌های سرخوشی کوتاه‌تر، با شدت کم‌تر و مختل‌تر به نام اپیزودهای هیپومانیک مشخص می‌شود. افراد مبتلا به این اختلال معیارهای یک اپیزود هیپومانیک را چندین بار در یک بازه زمانی حداقل ۲ ساله (یک سال در کودکان و نوجوانان) برآورده کرده‌اند و هم‌چنین دوره‌های متعددی از علائم افسردگی را تجربه می‌کنند اما هرگز معیارهای یک اپیزود افسردگی عمده را برآورده نمی‌کنند. بزرگسالان، کودکان یا نوجوانان در طول بازه زمانی مربوط به خود، هرگز به مدت بیش از ۲ ماه بدون این علائم نبوده‌اند.

اختلال سیکلوتیمیک

یک اختلال خلقی با علائمی که مزمن‌تر و کم‌تر از علائم اختلال دوقطبی هستند.

۳,۷ نظریه ها و درمان اختلال افسردگی و اختلال دوقطبی

دیدگاه های بیولوژیکی

محققانی که از مدت ها قبل از تمایل به بروز اختلالات خلقی در بین اعضای خانواده مرتبط با مسائل بیولوژیکی آگاه بودند، سعی می کنند عوامل ژنتیکی را در این اختلالات مشخص کنند. با این حال، ژن های متعدد با عوامل خطر محیطی به روش های پیچیده ای تعامل دارند و اپی ژنتیک نقش مهمی ایفا می کند (واکر و همکاران، ۲۰۱۶).

نظریه های بیولوژیکی با حمایت از نقش ژنتیک، مدت ها است که مشخص شده است که بستگان درجه اول افراد مبتلا به اختلال افسردگی عمده ۱۵ تا ۲۵ درصد بیش تر از افرادی که این رابطه بیولوژیکی نزدیک را ندارند، به این اختلال مبتلا می شوند. بر اساس پیشینه تحقیق موجود، اختلال افسردگی عمده ۳۷ درصد تخمین زده می شود (سالیوان، نیل، و کندلر، ۲۰۰۰)، که در زنان بالاتر از مردان (تقریباً ۴۰ درصد برای زنان در مقابل ۳۰ درصد برای مردان) است (فلینت و کندلر، ۲۰۱۴). سن شروع اولین اپیزود افسردگی عمده نیز به نظر می رسد دارای یک جزء ژنتیکی باشد (فرننینوس و همکاران، ۲۰۱۵). در مقایسه با اختلال افسردگی عمده، اختلال دوقطبی با وراثت پذیری تخمینی ۶۰ تا ۸۵ درصد، دارای الگوی وراثت ژنتیکی قوی تری است، (برتینی و لوهوف، ۲۰۱۷).

با حرکت از ژنتیک به ناهنجاری های بیوشیمیایی، شواهد فزاینده به نقش تغییر سطح سروتونین و نوراپی نفرین در ایجاد تغییرات خلقی مرتبط با اختلال افسردگی عمده اشاره می کند. با این حال، همه افراد دارای استعداد ژنتیکی این تغییرات خلق و خوی را در سطوح انتقال دهنده های عصبی نشان نمی دهند. اگر در بزرگسالی در معرض عوامل استرس زای زندگی و سایر عوامل محیطی قرار گیرند، افراد مستعد ژنتیکی می توانند مجموعه ای از تغییرات را در مسیرهای عصبی فعال در تنظیم خلق تجربه کنند. ناهنجاری هایی در فاکتور نوروتروفیک مشتق از مغز (BDNF)، پروتئینی که به زنده نگه داشتن نورون ها و توانایی سازگاری و تغییر در پاسخ به تجربه کمک می کند، بیش تر در شانس ابتلای آن ها به افسردگی نقش دارد (نائوی، مارویاما و شاموتو-ناگای، ۲۰۱۸).

این تغییرات در انتقال دهنده های عصبی می تواند با ایجاد فعال سازی در مدارهای توجه درونی مغز، بر خلق و خوی افراد مبتلا به اختلال افسردگی عمده تاثیر بگذارد. افراد مبتلا به اختلال افسردگی

عمده به جای تمرکز بر بیرون، بیش از حد درگیر افکار و احساسات خود می‌شوند (کایزر، اندروز-هانا، واگر و پیزاگالی، ۲۰۱۵). از آنجایی که بخش‌هایی در شبکه درونی مغز که مسئول پردازش هیجانی هستند نیز مختل می‌شوند، این مجموعه تغییرات باعث می‌شود که فرد افسرده افکار و احساسات خود را به سمتی منفی سوق دهد (گوو و همکاران، ۲۰۱۵).

اسکن مغز و آزمایشات عصبی روانشناختی افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نشان می‌دهد که آن‌ها در توجه، حافظه و عملکرد اجرایی مطابق با ناهنجاری‌های لوب جلوی پیشانی مشکل دارند (آب و همکاران، ۲۰۱۵). این تغییرات ممکن است ریشه در ژنتیک تغییر یافته داشته باشد که به نوبه خود، افراد را در معرض خطر قرار می‌دهد که به ویژه در اوایل زندگی در معرض استرس‌های زندگی قرار می‌گیرند (فافینسلر، کاپچینسکی، گالیتانو و کلامت، ۲۰۱۸).



داروهای ضد افسردگی معمولاً برای افرادی که از اختلال افسردگی اساسی رنج می‌برند تجویز می‌شود.

© منبع تصویر، کلیه حقوق محفوظ است.

داروهای ضد افسردگی در حال حاضر، مداخلات بیولوژیکی برای اختلالات خلقی، خود ناهنجاری‌های ژنتیکی را هدف قرار نمی‌دهند، بلکه تاثیر آن ناهنجاری‌ها را بر انتقال‌دهنده‌های عصبی هدف قرار می‌دهند. بنابراین، داروهای ضد افسردگی رایج‌ترین شکل درمان مبتنی بر بیولوژیک برای افراد مبتلا به اختلال افسردگی عمده است. پزشکان داروهای ضد افسردگی را از چهار دسته اصلی تجویز می‌کنند: مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRIs)،

مهارکننده‌های بازجذب سروتونین و نوراپی نفرین (SNRIs)، ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای (TCAs)، و مهارکننده‌های مونوآمین اکسیداز (MAOIs).

انتخاب داروی ضد افسردگی در درجه اول به ترجیح پزشک برای دسته خاصی از داروها بستگی دارد. در نهایت، داروهایی که فرد دریافت می‌کند ممکن است با آزمون و خطا انتخاب شوند، زیرا پزشک تلاش می‌کند تا تشخیص دهد که کدام یک بهتر عمل می‌کنند و کم‌ترین عوارض جانبی را ایجاد می‌کنند.

SSRIها جذب سروتونین را مسدود می‌کنند و مقدار بیش‌تری از این انتقال‌دهنده عصبی حیاتی را برای عمل در مکان‌های گیرنده نورون‌های دریافت‌کننده در دسترس قرار می‌دهند. SSRIها شامل فلوکستین (پروزاک)، سیتالوپرام (سلکسا)، اسیتالوپرام (لکساپرو)، پاروکستین (پاکسیل) و سرتالین (زولوفت) هستند. ایجاد تعادل در اثرات مثبت آن‌ها بر خلق و خو از عوارض جانبی آن‌هاست. شایع‌ترین موارد گزارش شده عبارتند از تهوع، بی‌قراری و اختلال عملکرد جنسی. تعدیل کننده‌های سروتونین، مانند ورتوکستین، دسته جدیدی از داروهای ضد افسردگی هستند که به جای جذب سروتونین در سیناپس‌ها، گیرنده‌های سروتونین پس سیناپسی را هدف قرار می‌دهند. اثربخشی این داروها که در سال ۲۰۱۳ برای استفاده در ایالات متحده مجاز شدند و اثرات نامطلوب کمتری نسبت به سایر انواع داروهای ضد افسردگی دارند، هنوز در حال بررسی است (نیشیمورا و همکاران، ۲۰۱۸).



داروهای روان درمانی برای بسیاری از افرادی که از اختلالات خلقی رنج می‌برند تسکین‌دهنده است و اغلب در ترکیب با سایر روش‌های درمانی مانند روان درمانی برای کمک به بیماران برای مدیریت علائم خود استفاده می‌شود.

Joe Raedle/Getty Images ©

SNRI ها با مسدود کردن بازجذب، سطح نوراپی نفرین و سروتونین را افزایش می دهند. آن ها عبارتند از دولوکستین (Cymbalta)، ونلافاکسین (Effexor) و دسوونلافاکسین (Pristiq). این داروها همچنین تعدادی از عوارض جانبی نامطلوب از جمله افکار یا اقدام به خودکشی و همچنین علائم آلرژیک، اختلالات گوارشی، ضعف، حالت تهوع، استفراغ، گیجی، از دست دادن حافظه، تحریک پذیری، و حملات پانیک و غیره را به همراه دارند. در مقایسه با SSRI ها، SNRI ها اثرات آماری معنی داری را در مطالعات تجربی نشان می دهند، اما از نظر بالینی به نظر می رسد هیچ مزیتی ندارند. در هر صورت، SNRI ها نسبت به SSRI ها خطر بیش تری برای عوارض جانبی دارند (ماچادو و اینارسون، ۲۰۱۰).

TCA ها که نام خود را از این واقعیت گرفته اند که ساختار شیمیایی سه حلقه ای دارند، شامل آمی تریپتیلین (Elavil، Endep)، دزیپرامین (Norpramin)، ایمی پرامین (Tofranil) و نورتریپتیلین (Pamelor، Aventyl) می باشد. این داروها به ویژه در کاهش افسردگی در افرادی که برخی از علائم بیولوژیکی رایج تر مانند اختلال اشتها و خواب را دارند، موثر هستند. اگرچه روند دقیق عملکرد TCA ها نامشخص است، اما ما می دانیم که آن ها بازجذب زود هنگام آمین های بیوژنیک را به نوروئین های پیش سیناپسی مسدود می کنند، بنابراین اثرات تحریکی آن ها را بر نوروئین های پس سیناپسی افزایش می دهند.

اثرات ضد افسردگی MAOI ها مانند فنلزین (ناردیل) و ترانیل سیپرومین (پارنات)، عمر سروتونین و نوراپی نفرین را در سیناپس افزایش می دهد و در نتیجه فعالیت آن ها را در سیستم عصبی مرکزی افزایش می دهد. MAOI به ویژه در درمان افسردگی مزمن در افرادی که به سایر داروها پاسخ نداده اند موثر است. با این حال، آن ها دارای عوارض جانبی جدی هستند که می تواند، زمانی که افرادی که آن ها را مصرف می کنند، داروهای آلرژیک نیز مصرف می کنند یا غذاها یا نوشیدنی هایی مانند آجیو، پنیر و شکلات مصرف می کنند که همگی دارای ماده ای به نام تیرامین هستند تهدید کننده زندگی باشد. در نتیجه، پزشکان MAOI را به اندازه سایر انواع داروهای ضد افسردگی تجویز نمی کنند.

اثربخشی داروهای ضد افسردگی به زمان نیاز دارد و برای اثرگذاری ۲ تا ۶ هفته زمان نیاز است. هنگامی که افسردگی فروکش کرد، پزشک از درمانجو می خواهد که ۴ یا ۵ ماه دیگر و برای افرادی

که سابقه اپیزودهای افسردگی شدید و مکرر دارند، دارو را ادامه دهد. بهترین کار این است که پزشک و درمانجو با یکدیگر همکاری کنند تا برنامه‌های درمانی را توسعه دهند که شامل بازدیدهای منظم در اوایل درمان، تلاش‌های آموزشی گسترده‌ای که بر داروها متمرکز است و نظارت مستمر بر انطباق با درمان است.

اگرچه این داروها می‌توانند موثر باشند، به‌ویژه برای درمانجویان خاص، محققان نگران هستند که مطالعات مربوط به داروهای ضدافسردگی از «مشکل کشوی فایل» رنج ببرند - این احتمال وجود دارد که محققان کارآزمایی‌هایی را که مزایای معنی داری را نشان نمی‌دهند ذخیره کنند و حتی آن‌ها را برای انتشار ارسال نکنند. در یک تجزیه و تحلیل از ۷۴ مطالعه ثبت شده توسط FDA در مورد داروهای ضد افسردگی، ۳۱ درصد، که شامل ۳۳۴۹ شرکت‌کننده در مطالعه است، منتشر نشد. از سوی دیگر، در مطالعات منتشر شده، ۹۴ درصد از کارآزمایی‌های دارویی یافته‌های مثبتی را گزارش کردند. این سوگیری نسبت به انتشار نتایج مثبت به شدت توانایی ما را برای ارزیابی اثربخشی داروهای ضدافسردگی محدود می‌کند زیرا ما تنها بخشی از داده‌های واقعی را می‌بینیم (ترنر و همکاران، ۲۰۰۸).

برخی از مطالعات این سوال را مطرح کرده‌اند که آیا افراد مبتلا به افسردگی با شدت کم‌تر ممکن است از اثر دارونما بهره ببرند، که در آن افراد بهتر می‌شوند زیرا پیش‌بینی می‌کنند خوب شوند که این امر موضوع را پیچیده‌تر می‌کند (کرش و همکاران، ۲۰۰۸).

مطمئننا دارو درمانی راهی است که پزشک باید در درمان افراد مبتلا به اختلال افسردگی عمده دنبال کند. با این حال، توجه فزاینده‌ای به این امکان داده می‌شود که روان درمانی می‌تواند به همان اندازه موثر باشد (فاراباگ و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین روان درمانی خطرات و عوارض جانبی کم‌تری نسبت به مصرف دارو دارد. بنابراین، در درازمدت، می‌تواند مسیر درمانی بهتری با اثرات ماندگارتر از دارو باشد (هولون، ۲۰۱۶). این امر تا حدی امکان‌پذیر است زیرا از طریق درمان، افراد می‌توانند برخی از مشکلات اساسی خود را حل کنند و همچنین مهارت‌هایی را برای مدیریت علائم خود بیاموزند که می‌توانند به تنهایی به استفاده از آن‌ها ادامه دهند.

داروهای دوقطبی درمان سنتی اختلال دوقطبی، کربنات لیتیوم است که به آن لیتیوم می‌گویند، نمکی که به طور طبیعی به مقدار کم در آب آشامیدنی یافت می‌شود و در صورت استفاده پزشکی،

جایگزین سدیم در بدن می‌شود. پزشکان به افرادی که به طور مکرر اپیزودهای شیدایی (دو یا بیش‌تر در سال) دارند توصیه می‌کنند به عنوان یک اقدام پیشگیرانه به طور مداوم لیتیوم مصرف کنند. اشکال این است که، حتی اگر لیتیوم یک ماده طبیعی در بدن است، می‌تواند عوارض جانبی داشته باشد. این عوارض شامل اختلالات خفیف سیستم عصبی مرکزی، ناراحتی‌های گوارشی، و عوارض جدی‌تر قلبی است. در نتیجه، افرادی که اپیزودهای شیدایی را تجربه می‌کنند، ممکن است مخالف مصرف مداوم لیتیوم باشند یا حتی تمایلی به مصرف آن نداشته باشند.

از دیدگاه درمانجو، لیتیوم ممکن است با سرخوشی که می‌تواند با شروع یک اپیزود شیدایی همراه باشد، تداخل کند. در نتیجه، افراد مبتلا به این اختلال که از آن احساسات لذت‌بخش لذت می‌برند، ممکن است در مقابل مصرف دارو مقاومت کنند. متأسفانه، زمانی که سرخوشی آن‌ها به یک دوره تمام عیار تبدیل می‌شود، اغلب خیلی دیر شده است زیرا قضاوت آن‌ها به دلیل علائم جنون‌آمیز خود بزرگ‌پنداری و شادمانی تیره شده است. برای کمک به غلبه بر این معضل، پزشکان ممکن است به درمانجویان خود توصیه کنند که در گروه‌های لیتیوم شرکت کنند، که در آن اعضای که از دارو به طور منظم استفاده می‌کنند از یکدیگر حمایت می‌کنند و اهمیت ماندن در مصرف دارو را تقویت می‌کنند.

آنچه در DSM-۵ وجود دارد

اختلال افسردگی و اختلال دوقطبی

تغییرات در دسته اختلالات خلقی در DSM-۵ به منظور ارائه دقت بیش‌تر در تشخیص با اصلاح معیارهای اپیزود افسردگی عمده، اپیزود شیدایی و اپیزود هیپومانیک بود. یکی از مشکلات عمده در DSM-IV-TR عدم تمایز این قسمت‌ها از سطح معمولی فعالیت، غم و اندوه یا اختلال یک فرد بود. به طور خاص، عدم تشخیص اختلال دوقطبی از اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی ممکن است به نوبه خود منجر به تشخیص بیش از حد کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی شود. بنابراین، تغییرات نشان‌دهنده یک پیشرفت جزئی اما مهم است و منجر به ویژگی بیش‌تر خواهد شد.

یک تصمیم بسیار بحث برانگیز در DSM-۵ اضافه شدن اختلال ناخوشی پیش از قاعدگی (PMDD) بود. همان‌طور که متوجه شدید، این تغییر با انتقادهایی برای آسیب شناسی تجربیات عادی در زنان مواجه شد. به طور مشابه، منتقدان استدلال می‌کنند که اختلال بی‌نظمی خلقی، تجربه عادی کودکان را از کج خلقی آسیب شناسی می‌کند. با این حال، منطق پشت تشخیص جدید پیشنهادی این بود که تعداد تشخیص‌های اختلال دوقطبی کودکان را کاهش می‌دهد. نویسندگان ادعا کردند که جداسازی تحریک‌پذیری مزمن شدید از اختلال دوقطبی از دریافت تشخیص نادرست کودکان جلوگیری می‌کند.

سرانجام، نویسندگان DSM-۵ هنگامی که تصمیم گرفتند «حذف سوگ» موجود در DSM-IV-TR را کنار بگذارند، بسیاری از منتقدان را عصبانی کردند. این تغییر به این معنی است که فردی که معیارهای یک اپیزود افسردگی عمده را دارد و یکی از عزیزان خود را در ۲ ماه گذشته از دست داده است (که حذف سوگ بود) می‌تواند یک تشخیص روانپزشکی دریافت کند. بنابراین، قبل از DSM-۵، از دست دادن یکی از عزیزان در ۲ ماه گذشته افراد را از دریافت این تشخیص محروم می‌کرد. با توجه به توجیه این حرکت، سوگ می‌تواند منجر به یک اپیزود افسردگی قابل توجهی شود که برای تشخیص در یک فرد مستعد مناسب است. علاوه بر این، نویسندگان DSM-۵ در یادداشتی طولانی توضیح می‌دهند که اندوه مرتبط با سوگ طبیعی با علائمی که در افرادی که به یک اختلال افسردگی واقعی مبتلا می‌شوند، متفاوت است.

به دلیل ماهیت متغیر اختلال دوقطبی، سایر داروها به غیر از خودِ شیدایی می‌توانند در درمان علائم مفید باشند. برای مثال، افرادی که در یک اپیزود افسردگی هستند ممکن است نیاز به مصرف داروهای ضد افسردگی علاوه بر لیتیوم در طول دوره داشته باشند. با این حال، این می‌تواند برای

فردی که مستعد ابتلا به شیدایی است مشکل ساز باشد، زیرا یک داروی ضد افسردگی ممکن است هیپومانیا یا شیدایی را تحریک کند. کسانی که علائم روان پریشی دارند ممکن است از مصرف داروهای ضد روان پریشی مانند کلوزاپین سود ببرند (لی، تانگ، وانگ و د لئون، ۲۰۱۵). افرادی که اختلال دوجرخه سواری سریع را تجربه می کنند، به دلیل تغییرات ناگهانی که در احساسات و رفتار آنها رخ می دهد، برای پزشکان یک چالش است.

روان شناسان گزارش می دهند که کسانی که اختلال دوجرخه سواری سریع دارند، به ویژه آن هایی که لیتیوم برایشان کافی نبوده است، به نظر می رسد به نسخه های داروهای ضد تشنج مانند کاربامازپین (تگرتول) یا والپروات (دپاکوت) واکنش مثبت می دهند، اگرچه این داروها به تنهایی به اندازه لیتیوم مؤثر نیستند (کسینگ و همکاران، ۲۰۱۱؛ ژیانوویچ، ۲۰۱۷).

فارماکوژنتیک

استفاده از آزمایش ژنتیک برای تشخیص این که چه کسی با یک داروی خاص بهبود می یابد و نمی شود.

درمان های جایگزین مبتنی بر بیولوژیک برای برخی از درمانجویان مبتلا به اختلالات خلقی، دارو در کاهش علائم شدید و احتمالاً تهدیدکننده زندگی یا بی اثر است یا کند است. حتی با بهترین درمان، بین ۶۰ تا ۷۰ درصد از افراد مبتلا به اختلال افسردگی عمده به تسکین علائم دست نمی یابند (راش و همکاران، ۲۰۰۶). ترکیبی از عوامل ژنتیکی، فیزیولوژیکی و محیطی بر واکنش به دارو حاکم است. محققان امیدوارند که بتوانند اثربخشی داروها را از طریق **فارماکوژنتیک**، استفاده از آزمایش ژنتیکی برای شناسایی افرادی که با یک داروی خاص بهبود می یابند، از جمله داروهای ضد افسردگی (کریسافولی و همکاران، ۲۰۱۱) و لیتیوم (مک کارتی، لک بند و کلسو، ۲۰۱۰) بهبود بخشند.

پزشکان، در حال حاضر، چندین جایگزین جسمی برای دارو برای افسردگی مقاوم به درمان دارند. همان طور که در فصل «دیدگاه های نظری» بحث کردیم، یک جایگزین درمان تشنج الکتریکی (ECT) است (لیسانبی، ۲۰۰۷). پزشکان و درمانجویان دقیقاً مطمئن نیستند که ECT چگونه کار می کند، اما اکثر فرضیه های فعلی بر تغییرات ناشی از ECT در گیرنده های انتقال دهنده عصبی و در مواد افیونی طبیعی بدن متمرکز هستند که به نوبه خود باعث تغییرات ساختاری در مغز می شوند (یروندی و همکاران، ۲۰۱۸). همان طور که در فصل «دیدگاه های نظری» بحث کردیم، تحریک عمیق مغز (DBS) یکی دیگر از درمان های جسمی است که پزشکان برای هدف قرار

دادن اختلال افسردگی عمده (و هم‌چنین اختلال وسواس فکری-اجباری و اختلالات حرکتی) استفاده می‌کنند.



درمان با تشنج الکتریکی که زمانی یک روش خطرناک و بحث‌برانگیز بود، اکنون یک روش بسیار منظم و ایمن است که برای افراد مبتلا به افسردگی شدید که به گزینه‌های درمانی دیگر پاسخ نداده‌اند، در دسترس است.

WILL & DENI MCINTYRE/Getty Images©

ریتیم‌های شبانه روزی
ساعت‌های بیولوژیکی
که الگوهای خواب و
بیداری را تقریباً به
صورت ۲۴ ساعته
تنظیم می‌کنند.

بر اساس این فرضیه که حداقل برخی از اختلالات خلقی منعکس‌کننده اختلال در ساعت‌های بیولوژیکی روزانه شناخته شده به عنوان **ریتیم شبانه روزی** هستند، محققان استفاده از درمان‌هایی را پیشنهاد می‌کنند که ساعت بدن فرد را «بازنشانی» می‌کند. چنین درمان‌هایی شامل نور درمانی است که در آن فرد برای مدتی مانند ۳۰ دقیقه در صبح در مقابل نور روشن می‌نشیند. یکی از مزایای متمایز نور درمانی این است که عوارض جانبی آن حداقل است و تقریباً به طور کامل پس از کاهش دوز یا قطع درمان ناپدید می‌شود (پیل و همکاران، ۲۰۱۱). محققان هم‌چنین بر این باورند که لیتیوم ممکن است حداقل بر روی برخی از افراد مبتلا به اختلال دوقطبی با تنظیم مجدد ریتیم شبانه روزی آن‌ها موثر باشد (مک کلانگ، ۲۰۰۷).

دیدگاه های روانشناختی

رویکردهای روان پویشی نظریه های روانکاوی اولیه مبتنی بر رویکرد روان پویشی پیشنهاد کردند که افراد مبتلا به اختلالات افسردگی در اوایل زندگی خود دچار فقدان شده اند که آن ها را در سطح عمیق و درون روانی تحت تاثیر قرار داده است (آبراهام، ۱۹۶۸/۱۹۱۱). با این حال، این نظریه دلبستگی بود که توجه را بر احساس امنیت یا ناامنی افراد که ناشی از نحوه تربیت مراقبان آن ها در دوران کودکی بود، متمرکز کرد. بولبی (۱۹۸۰) پیشنهاد کرد که افراد دارای سبک دلبستگی ناایمن در معرض خطر بیش تری برای ابتلا به اختلال افسردگی در بزرگسالی هستند. بمپوراد (۱۹۸۵) با پیروی از ایده های بولبی، پیشنهاد کرد که کودکان دلبسته ناایمن درگیر نیاز به دوست داشته شدن توسط دیگران می شوند. در بزرگسالی، آن ها روابطی را شکل می دهند که در آن به حمایت شرکای خود، بیش از حد ارزش قائل می شوند. وقتی چنین روابطی به پایان می رسد، آن ها غرق در احساس بی کفایتی و فقدان می شوند.

توضیحات روانکاوانه اختلال دوقطبی پیشنهاد می کند که اپیزودهای شیدایی پاسخ های دفاعی هستند که از طریق آن افراد از احساس ناتوانی، از دست دادن و درماندگی جلوگیری می کنند. تصور می شود که درمانجویان به عنوان یک دفاع ناخودآگاه در برابر غرق شدن در حالت تاریکی و ناامیدی، احساس بزرگی و شادی را در خود ایجاد می کنند یا بیش از حد پرنرژی می شوند. با حمایت از این تفسیر، محققان یک رابطه مثبت بین استفاده از مکانیزم های دفاعی انکار و خودشیفتگی و میزان علائم شیدایی را گزارش می کنند (شارما و سینها، ۲۰۱۰).

رویکردهای معاصر به درمان در چشم انداز روان پویشی بر کمک به افراد برای مدیریت علائم خود به جای تلاش برای ترمیم هسته دلبستگی آشفته فرد تمرکز دارد. این رویکردها شامل درمان های کوتاه (۸ یا ۱۰ جلسه ای) متمرکز است. مروری بر هشت مطالعه که درمان روان پویشی کوتاه مدت را با روش های دیگر مقایسه می کرد، نشان داد که این روش به اندازه CBT در درمان اختلال افسردگی اساسی کم ترین اثربخشی را دارد (لویس، درستین و گیبز، ۲۰۰۸).

رویکردهای رفتاری و شناختی-رفتاری یکی از اولین صورت بندی های رفتاری نظریه های افسردگی، علائم افسردگی را ناشی از عدم تقویت مثبت می داند (لازاروس، ۱۹۶۸؛ اسکینر، ۱۹۵۳). بر اساس این دیدگاه، افراد افسرده از زندگی کناره گیری می کنند زیرا دیگر انگیزه ای برای فعالیت

ندارند. رفتارگرایان معاصر رویکرد خود را بر اساس مدل لوینسون (۱۹۷۴) قرار می‌دهند. لوینسون اظهار داشت که افراد افسرده نرخ پایینی از آن‌چه که او آن را «رفتارهای تقویتی مشروط پاسخ» می‌نامد، دارند، که در نتیجه انجام اعمالی که باعث ایجاد لذت می‌شود، فراوانی آن افزایش می‌یابد. بر اساس دیدگاه رفتارگرایان، فقدان تقویت مثبت علائم عزت نفس پایین، احساس گناه و بدبینی را به همراه دارد.

در روشی که به عنوان فعال‌سازی رفتاری برای افسردگی شناخته می‌شود، بر اساس این اصول رفتارگرایانه، پزشک به درمانجو کمک می‌کند تا فعالیت‌های مرتبط با خلق مثبت را شناسایی کند. درمانجو تعداد دفعات درگیر شدن در این فعالیت‌های پاداش‌دهنده را ثبت می‌کند و اهداف کوچک هفتگی را تعیین می‌کند که به تدریج بر تعداد و مدت زمان آن افزوده می‌شود. این فعالیت‌ها ترجیحا با ارزش‌های اصلی درمانجو سازگار هستند. برخی از درمانجویان ممکن است ترجیح دهند به دنبال هنر بروند، در حالی که برخی دیگر زمان خود را صرف فعالیت بدنی می‌کنند. به نظر می‌رسد فعال‌سازی رفتاری به‌ویژه برای درمانجویانی که «روان‌شناختی» ندارند، برای گروه‌درمانی، و برای محیط‌هایی مانند بیمارستان‌ها، خانه‌های سالمندان و مراکز درمان سوء مصرف مواد مناسب است (استورمی، ۲۰۰۹).

پزشکان به طور فزاینده‌ای رفتاری را با رویکردهای شناختی ادغام می‌کنند که بر نقش افکار ناکارآمد به عنوان علل یا حداقل کمک‌کننده به اختلالات خلقی تمرکز می‌کنند. افراد مبتلا به اختلالات افسردگی، بر اساس دیدگاه شناختی-رفتاری، به شیوه‌های مکرر منفی فکر می‌کنند که احساسات منفی آن‌ها را تداوم می‌بخشد. بک (۱۹۶۷) این افکار افسرده را به عنوان سه گانه شناختی- یعنی دیدگاه منفی نسبت به خود، جهان و آینده تعریف کرد.

این دیدگاه‌های منفی باعث می‌شود که افراد افسرده به نوبه خود دچار از دست دادن عمیق عزت نفس شوند و متقاعد شوند که هرگز آن‌چه را که برای احساس خوب در مورد خود نیاز دارند، نخواهند داشت. آن‌ها تصور می‌کنند که بی‌ارزش و درمانده هستند و تلاش‌هایشان برای بهبود زندگی‌شان محکوم به شکست است. در جریان تجربیات روزانه خود، افسرده‌ها، در این دیدگاه، تفسیرهای نادرستی انجام می‌دهند که چرخه افکار و احساسات منفی را زنده نگه می‌دارد (بک، راش، شاو، و امری، ۱۹۷۹؛ بک و ویشار، ۱۹۸۹). هر یک از این تفاسیر معیوب، یا تحریف‌های

شناختی، ویژگی های منحصر به فرد خود را دارند (جدول ۳ را ببینید)، اما در نتیجه گیری منطقی از تجربیات فرد شکست می خورند.

رفتار درمانی با درمانجویانی که دارای اختلالات افسردگی هستند از اصول کلی پیروی می کند که در فصل «دیدگاه نظری» بیان کردیم که در آن پزشکان به درمانجویان خود کمک می کنند تا تجربیات تقویت کننده مثبت تری ایجاد کنند. در این رویکرد، پزشکان با ارزیابی دقیق فراوانی، کیفیت، و دامنه فعالیت ها و تعاملات اجتماعی در زندگی درمانجوی خود، با تمرکز بر منابع تقویت مثبت و منفی شروع می کنند. بر اساس این تجزیه و تحلیل، پزشکان با درمانجویان خود برای ایجاد تغییرات در محیط کار می کنند و در عین حال مهارت های اجتماعی را به آنها آموزش می دهند تا کیفیت و تعداد تعاملات مثبت خود را بهبود بخشند. تمرکز مهم کاری که توسط پزشکان رفتارگرا انجام می شود، تشویق درمانجویان به افزایش مشارکت خود در فعالیت هایی است که ذاتا پاداش می دهند. این فعالیت های پاداش دهنده به نوبه خود می توانند به تقویت روحیه درمانجو کمک کنند.

جدول ۳ نمونه هایی از تحریف های شناختی

نوع انحراف	تعریف	مثال
تعمیم بیش از حد	اگر در یک مورد درست باشد، در مورد هر موردی که حتی کمی مشابه است صدق می کند.	«من در اولین امتحان انگلیسی ام مردود شدم، بنابراین احتمالا در همه آنها مردود خواهم شد.»
استفاده از انتزاع انتخابی	جدی گرفتن تنها رویدادهایی که نشان دهنده شکست، محرومیت، از دست دادن یا ناامیدی هستند.	با وجود این که من در انتخابات مجلس سنا پیروز شدم، اما واقعا محبوب نیستم زیرا همه به من رای ندادند.»
مسئولیت پذیری بیش از حد	احساس مسئولیت در قبال تمام اتفاقات بدی که برای شما یا دیگرانی که به آنها نزدیک هستید می افتد.	«تقصیر من است که دوستم دوره کارآموزی را نگرفت - باید به او در مورد سختی مصاحبه هشدار می دادم.»

با فرض علیت زمانی	با فرض این که اگر در گذشته درست بوده باشد، همیشه درست خواهد بود.	«آخرین قرار من ناکام بود، قرار بعدی من هم احتمالا از من متنفر خواهد شد.»
ارجاع بیش از حد به خود	احساس در مرکز توجه دیگران و فرض این که همه می توانند عیوب و خطاهای شما را ببینند.	«وقتی از روی شاخه در پیاده رو زمین خوردم، همه می توانستند ببینند که من چقدر دست و پا چلفتی هستم.»
فاجعه سازی	همیشه به بدترین چیز فکر کنید و مطمئن باشید که اتفاق خواهد افتاد.	«از آن جایی که در امتحان حسابداری ام مردود شدم، هرگز در دنیای تجارت موفق نخواهم شد.»
درگیر شدن در تفکر دوگانه	همه چیز را به صورت حالت های مختلف افراطی به جای حالت ترکیبی یا میانی ببینیم.	من نمی توانم افرادی را که دروغ می گویند تحمل کنم زیرا هرگز نمی توانم به آن ها اعتماد کنم.»

پزشکان رفتارگرا نیز معتقدند که آموزش جزء ضروری درمان است. آن ها افراد مبتلا به اختلالات افسردگی را با تعیین اهداف غیرواقعی که قادر به دستیابی به آن ها نیستند، احساسات منفی خود را تداوم می بخشند. برای مقابله با این موارد، پزشکانی که در دیدگاه رفتاری کار می کنند، تمرین هایی را برای انجام تکالیف تعیین می کنند که درمانجویان را تشویق می کند تا تغییرات رفتاری تدریجی ایجاد کنند، که احتمال دستیابی به اهداف خود و در نتیجه احساس پاداش را افزایش می دهد.

تکنیک دیگری که توسط پزشک رفتاری استفاده می شود، انقباض رفتاری را با خود تقویتی ترکیب می کند. برای مثال، پزشک و درمانجو ممکن است توافق کنند که یک درمانجو از فرصتی برای معاشرت بیشتر در خارج از خانه بهره می برد. سپس با هم، برنامه ای از پاداش ها را تنظیم می کنند که در آن فعالیت اجتماعی را با چیزی که درمانجو به عنوان پاداشی مطلوب و سازگار با اهداف درمان شناسایی می کند، مرتبط می کنند (پزشک توصیه نمی کند که درمانجو از پاداش های الکلی،

مواد مخدر یا قمار آنلاین استفاده کند). روش‌های دیگری که پزشک رفتارگرا از آن استفاده می‌کند شامل آموزش گسترده‌تر، مدل‌سازی، مربیگری، ایفای نقش، تمرین و شاید کار با درمانجو در یک محیط واقعی است.

تمرکز درمان شناختی-رفتاری (CBT) بر کمک به درمانجویان برای تغییر فرآیندهای فکری ناکارآمد خود است که به نوبه خود باعث بهبود خلق و خوی آن‌ها می‌شود. مانند رفتار درمانی CBT نیاز به همکاری فعال بین درمانجو و پزشک دارد. با این حال، برخلاف رفتار درمانی، CBT هم‌چنین بر افکار ناکارآمد درمانجویان و نحوه اصلاح آن‌ها از طریق بازسازی شناختی تمرکز دارد. آموزش ذهن آگاهی، به عنوان یک مولفه اضافی از یک مداخله شناختی-رفتاری، می‌تواند به درمانجویان کمک کند تا حس خودکارآمدی بیشتری را ایجاد کند، که تأثیرات مثبت آن بر خلق و خو را تقویت می‌کند (ایزندرات و همکاران، ۲۰۱۵). یکی دیگر از تکنیک‌های CBT که به عنوان نظارت بر خلق و خوی شناخته می‌شود، می‌تواند به درمانجویان کمک کند تا راه‌هایی را برای ردیابی خلق و خوی خود در طول زمان و جستجوی الگوهای نوسانات خلقی بیاموزند. این امر به ویژه در مورد بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی مفید است، که از طریق تکنیک نظارت بر خلق و خوی خود از بدتر شدن علائم خود آگاه‌تر می‌شوند، بنابراین می‌توانند با استفاده از مهارت‌ها یا روش‌های دیگر برای جلوگیری از شیدایی کامل یا اپیزود افسردگی مداخله کنند.

پزشکانی که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی را معالجه می‌کنند، معمولاً ابتدا به مداخلات دارویی روی می‌آورند. با این حال، مداخلات روان‌شناختی می‌تواند در کمک به درمانجویان برای ایجاد استراتژی‌های مقابله بهتر در تلاش برای به حداقل رساندن احتمال عود مفید باشد. همان‌طور که قبلاً اشاره کردیم، افرادی که یک اپیزود شیدایی را تجربه کرده‌اند ممکن است وسوسه شوند که از مصرف داروهای خود صرف‌نظر کنند زیرا می‌خواهند اوج هیجان‌انگیز یک اپیزود شیدایی را دوباره تجربه کنند. با این حال، اگر آن‌ها بتوانند بینش خود را در مورد خطرات عدم انطباق ایجاد کنند و درک بهتری از داروهایی مانند لیتیوم به دست آورند، به احتمال زیاد به برنامه درمانی پایبند خواهند بود.

درمان بین فردی (IPT)

شکل محدود زمانی
روان درمانی برای
درمان افراد مبتلا به
اختلال افسردگی
عمده، بر اساس این
فرض که استرس بین
فردی باعث ایجاد یک
دوره افسردگی در
فردی می‌شود که از نظر
ژنتیکی در برابر این
اختلال آسیب‌پذیر
است.

آموزش روانی یکی از جنبه‌های مهم درمان افراد مبتلا به اختلال دوقطبی است تا به آن‌ها کمک کند ماهیت آن و همچنین دلایل اهمیت دارو در کنترل علائم را درک کنند (باند و اندرسون، ۲۰۱۵). علاوه بر این، CBT هم‌چنین می‌تواند مداخله‌ای موثر برای درمانجویان مبتلا به اختلال دوقطبی باشد تا به آن‌ها کمک کند تا با دوره‌هایی که در آن علائم شروع به ظهور می‌کنند اما هنوز کامل نشده‌اند کنار بیایند (دریسن و هولون، ۲۰۱۰). بنابراین، پزشکان در حال حاضر به جای استفاده از یک رویکرد درمانی، استفاده از ترکیبی از روش‌ها را از داروهای روان‌درمانی سنتی گرفته تا آموزش ذهن آگاهی و حتی مکمل‌های غذایی و هورمون درمانی را توصیه می‌کنند. آن‌ها هم‌چنین اکنون بر اساس یافته‌های موجود در ادبیات ناهنجاری‌های شناختی در حافظه، کنترل بازدارنده و توجه، به درمان شناختی اصلاحی روی آورده‌اند (دین و همکاران، ۲۰۱۸).

رویکردهای بین فردی درمان بین فردی (IPT) که به عنوان یک مداخله کوتاه مدت توسعه یافته است، یک رویکرد متمرکز است که بین ۱۲ تا ۱۶ هفته طول می‌کشد. در IPT، به درمانجویان کمک می‌شود تا استرس بین فردی مرتبط با اپیزودهای افسردگی خود را مدیریت کنند، که خود تابعی از استعداد ژنتیکی در نظر گرفته می‌شود. درمان بین فردی که بر اساس مجموعه‌ای از دستورالعمل‌ها اجرا می‌شود، مدلی واضح را در اختیار پزشکان قرار می‌دهد تا از آن پیروی کنند تا درمان بتواند در چارچوب زمانی برنامه‌ریزی شده ادامه یابد. کتابچه راهنمای IPT دارای مزیت دیگری است که از یکنواختی در بین درمانگران اطمینان حاصل می‌کند و ارزیابی اثربخشی آن را به صورت تجربی ممکن می‌سازد.

پزشکان درمان بین فردی را در سه مرحله گسترده اجرا می‌کنند. در مرحله اول، پزشک با استفاده از معیارهای ارزیابی کمی و مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته، میزان و ماهیت افسردگی فرد را ارزیابی می‌کند. بسته به نوع علائم افسردگی که فرد نشان می‌دهد، درمانگر ممکن است ترکیب درمان با داروهای ضد افسردگی را همراه با روان‌درمانی در نظر بگیرد.

در مرحله دوم، درمانگر و درمانجویان در تدوین یک برنامه درمانی که بر مشکل اولیه متمرکز است، همکاری می‌کنند. به طور معمول، این مشکلات مربوط به غم و اندوه، اختلافات بین فردی، انتقال نقش، و مشکلات در روابط بین فردی است که ناشی از مهارت‌های اجتماعی ناکافی است.



یک درمانگر بین فردی به دقت با هر درمانجو همکاری می‌کند تا یک طرح درمانی منحصر به فرد را بر اساس علائم و زمینه‌های خاص درمانجو ایجاد کند.

sturti/Getty Images©

سپس درمانگر طرح درمان را در مرحله سوم اجرا می‌کند و روش‌ها را بر اساس ماهیت دقیق مشکل اولیه درمانجویان تغییر می‌دهد. رویکرد IPT پزشکان را تشویق می‌کند تا تکنیک‌هایی مانند تشویق خودکاو، ارائه پشتیبانی، آموزش به درمانجو در مورد ماهیت افسردگی، و ارائه بازخورد در مورد مهارت‌های اجتماعی ناکارآمد درمانجویان را با هم ترکیب کنند. تمرکز اصلی درمان بر این‌جا و اکنون است، نه بر مسائل دوران کودکی یا رشد گذشته.

برای درمانجویانی که نمی‌توانند داروهای ضد افسردگی مصرف کنند یا برای آن‌ها استفاده از داروها غیرعملی است، IPT مداخله‌ای بسیار ارزشمند است، زیرا کارکنان غیرپزشکی می‌توانند آن را اجرا کنند، یا درمانجویان، با آموزش، می‌توانند خودشان آن را بیاموزند (وایزمن، ۲۰۰۷). یک تجزیه و تحلیل در مقیاس بزرگ از مطالعات انجام شده در طول ۳۰ سال نشان داد که درمان بین فردی به طور قابل توجهی موثرتر از درمان شناختی-رفتاری یا داروها بود (باودن، ۲۰۰۵).

ریتم درمانی بین فردی و اجتماعی (IPSRT) (فرانک، ۲۰۰۷) یک رویکرد بیوپسی-اجتماعی برای درمان افراد مبتلا به اختلال دوقطبی است که مفاهیم رویدادهای استرس‌زا و اختلالات زندگی را در ریتم‌های شبانه‌روزی (مانند تغییر چرخه خواب/بیداری، اشتها، و سطح انرژی) را با تمرکز بر

روابط شخصی فرد در بر می گیرد. طبق مدل IPSRT، دوره‌های خلقی احتمالاً از عدم پایبندی به دارو، رویدادهای استرس‌زای زندگی و اختلال در ریتم‌های اجتماعی ناشی می‌شوند.

پزشکانی که از IPSRT استفاده می‌کنند بر آموزش درمانجویان در مورد پایبندی به دارو تمرکز می‌کنند، به آن‌ها انجمنی می‌دهند تا احساسات خود را در مورد این اختلال بررسی کنند، و به آن‌ها کمک می‌کنند تا بینش خود را در مورد راه‌هایی که این اختلال زندگی آن‌ها را تغییر داده است توسعه دهند. درمانجویان یاد می‌گیرند که به منظم بودن روتین‌های روزانه (از جمله زمان‌بندی وقایع و تحریک‌هایی که با این رویدادها رخ می‌دهد)، و میزان تاثیرگذاری رویدادهای زندگی، چه مثبت و چه منفی، بر روال روزانه توجه دقیق داشته باشند. هدف IPSRT افزایش ثبات ریتم‌های اجتماعی درمانجو است.

کاهش استرس بین فردی برای درمانجویان مبتلا به اختلال دوقطبی به چند دلیل مهم است. اول، رویدادهای استرس‌زای زندگی برانگیختگی سیستم عصبی خودمختار فرد را افزایش می‌دهد و در نتیجه ریتم شبانه روزی را تغییر می‌دهد. کمک به درمانجویان برای مقابله با استرس به تنظیم این ریتم‌ها کمک می‌کند. ثانیاً، بسیاری از رویدادهای زندگی، خواه به عنوان استرس‌زا تلقی شوند یا نه، خود باعث ایجاد تغییراتی در روال روزانه می‌شوند که به نوبه خود استرس بیشتری ایجاد می‌کند. سوم، عوامل استرس‌زای عمده زندگی بر خلق و خوی فرد تاثیر می‌گذارد و همچنین منجر به تغییرات قابل توجهی در روال‌های اجتماعی می‌شود (فرانک، ۲۰۰۷). همان‌طور که درمانجویان، ریتم‌ها و روال‌های اجتماعی خود را تثبیت می‌کنند و در عین حال روابط بین فردی خود را بهبود می‌بخشند، سطح استرس آن‌ها نیز بر همین اساس کاهش می‌یابد. محققانی که از IPSRT استفاده می‌کنند از استفاده از آن به صورت سرپایی و بستری حمایت می‌کنند (سوارتز و همکاران، ۲۰۱۱). با این حال، در مقایسه IPT با IPSRT، یک مطالعه درمان بالینی تصادفی نشان داد که این دو به یک اندازه موثر بودند (ایندر و همکاران، ۲۰۱۵).



ریتم درمانی بین فردی و اجتماعی شامل رویکردهای بیولوژیکی برای درمان مانند نور درمانی برای تنظیم ریتم شبانه‌روزی فرد است.

BSIP/Science Source©

با نگاهی به نتایج تقریباً تمام مطالعات منتشر شده در مورد مداخلات برای اختلالات خلقی، هالون و پونیا (۲۰۱۰) به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی-رفتاری و رفتاری معیارهای درمان‌های مبتنی بر شواهد را برآورده می‌کند، به ویژه برای افراد مبتلا به افسردگی مزمن یا با شدت کم‌تر. بررسی کارآزمایی‌های بالینی تصادفی‌سازی‌شده که CBT را با IPT مقایسه می‌کنند، نشان می‌دهد که هر دو به یک اندازه در درمان اختلال افسردگی اساسی برای حداقل یک سال پس از درمان موثر هستند (لمنز و همکاران، ۲۰۱۵). افراد مبتلا به اختلالات افسردگی یا دوقطبی شدیدتر نیز از درمان شناختی-رفتاری، بین فردی و رفتاری فراتر از اثرات دارو، و شاید حتی به جای دارو به طور کامل، به ویژه در دراز مدت، بهره‌مند می‌شوند (مک هیو و همکاران، ۲۰۱۳).

دیدگاه های اجتماعی-فرهنگی

بر اساس دیدگاه اجتماعی-فرهنگی، افراد در پاسخ به شرایط بیرونی زندگی دچار اختلالات افسردگی می‌شوند. این شرایط می‌تواند رویدادهای خاصی مانند قربانی شدن جنسی، استرس مزمن مانند فقر و تک فرزندی، یا استرس دوره‌ای مانند سوگ یا از دست دادن شغل باشد. زنان بیش‌تر از مردان در معرض این عوامل استرس‌زا قرار می‌گیرند، واقعیتی که ممکن است حداقل تا حدی به دلیل فراوانی بیش‌تر در تشخیص اختلالات افسردگی در زنان باشد (هامن، ۲۰۰۵).

با این حال، به نظر می‌رسد عوامل استرس‌زای حاد و مزمن نقش متفاوتی در مستعد کردن فرد برای تجربه علائم افسردگی دارند. قرار گرفتن در معرض یک استرس حاد مانند مرگ یکی از عزیزان یا یک تصادف اتومبیل می‌تواند یک اپیزود افسردگی عمده را تسریع کند. با این حال، قرار گرفتن در معرض فشارهای مزمن ناشی از شرایط نامناسب کاری، مشکلات سلامتی یا بین فردی، یا ناملایمات مالی می‌تواند با استعداد ژنتیکی و شخصیت در تعامل باشد و باعث شود که افراد خاصی احساس ناامیدی را تجربه کنند. علاوه بر این، پس از فعال شدن، احساس افسردگی و ناامیدی فرد می‌تواند اثرات قرار گرفتن در محیط‌های استرس‌زا را تشدید کند، که به نوبه خود، می‌تواند احساس فشار مزمن را در فرد افزایش دهد (براون و روزلینی، ۲۰۱۱).

از جنبه مثبت، باورهای مذهبی قوی و معنویت ممکن است با حمایت اجتماعی که عضویت در یک جامعه مذهبی فراهم می‌کند ترکیب شود تا شانس ابتلای فرد به افسردگی را کاهش دهد، حتی در میان افراد در معرض خطر. در میان فرزندان بالغ افراد مبتلا به اختلال افسردگی عمده، آن‌هایی که دارای قوی‌ترین باورهای مذهبی بودند کم‌تر احتمال داشت اختلالشان در یک دوره ۱۰ ساله عود کند (میلر و همکاران، ۲۰۱۱).

۴,۷ خودکشی

اگرچه خودکشی یک اختلال قابل تشخیص نیست، اما یکی از ویژگی‌های بالقوه تشخیصی یک اپیزود افسردگی عمده است. تعریف خودکشی عبارت است از «یک عمل مخرب مرگبار خود به خود با قصد آشکار یا استنباط شده برای مرگ» (گلد اسمیت، پلمن، کلینمن، و بانی، ۲۰۰۲، ص

۲۷). رفتار خودکشی در امتداد تداوم تفکر در مورد پایان دادن به زندگی («افکار خودکشی»)، تا توسعه یک برنامه، تا انجام رفتار خودکشی غیرکشنده («اقدام به خودکشی»)، تا پایان دادن به زندگی واقعی («خودکشی») (مراکز بیماری ها) است. (مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری، ۲۰۱۱ ب).

میزان خودکشی کامل در ایالات متحده به مراتب کمتر از نرخ سایر علل مرگ گزارش شده است و به مقدار کمی بیش از ۴۴ مورد در هر ۱۰۰۰۰۰ مرگ در سال ۲۰۱۵ است (مورفی و همکاران، ۲۰۱۷). با این حال، به دلیل دشواری تعیین علت مرگ به عنوان آسیب عمدی و نه غیرعمدی، گزارش کم تر احتمالی وجود دارد. بالاترین میزان خودکشی از نظر سنی مربوط به افراد ۴۵ تا ۵۴ ساله است (۲۰،۳ در هر ۱۰۰۰۰۰). افراد ۸۵ سال و بالاتر دارای بالاترین میزان (۱۹،۴) و همچنین بالاترین نرخ خودکشی با استفاده از سلاح گرم (۱۳،۷) هستند. در ایالات متحده، احتمال خودکشی مردان سفیدپوست بسیار بیش تر از مردان غیرسفید پوست است.



شکل ۳ نقشه نرخ خودکشی

منبع: نرخ خودکشی استاندارد شده براساس سن (به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)، هر دو جنس، سازمان بهداشت جهانی ۲۰۱۲.

در سرتاسر جهان، سالانه حدود ۱ میلیون خودکشی اتفاق می‌افتد که نرخ مرگ و میر جهانی ۱۶ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر است. بالاترین میزان خودکشی جهانی برای مردان در لیتوانی (۶۱,۳ در هر ۱۰۰۰۰۰) و برای زنان در کره جنوبی (۲۲,۱ در هر ۱۰۰۰۰۰) و کمترین میزان (نزدیک به ۰) برای چندین کشور آمریکای لاتین و کارائیب، اردن و ایران است (شکل ۳ را ببینید).

در بسیاری از کشورهای خارج از ایالات متحده، جوانان در معرض بالاترین خطر خودکشی قرار دارند. در اروپا و آمریکای شمالی، افسردگی و اختلالات مصرف الکل از عوامل خطر عمده روانی برای خودکشی هستند. در ایالات متحده، بیش از ۹۰ درصد از خودکشی‌ها در افراد مبتلا به اختلال

روانی رخ می‌دهد (گلدسمیت و همکاران، ۲۰۰۲). در مقابل، تکانشگری نقش بالاتری در خودکشی افراد از کشورهای آسیایی دارد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۱).

دیدگاه زیست روانی-اجتماعی به ویژه برای درک این که چرا افراد دست به خودکشی می‌زنند و از بسیاری جهات با درک به دست آمده از یک چارچوب یکپارچه برای اختلالات افسردگی عمده مشابه، مناسب است. نظریه های بیولوژیکی بر نقش ژنتیکی و فیزیولوژیکی تاکید دارند که در علل اختلالات خلقی نیز نقش دارند. نظریه های روان‌شناختی بر فرآیندهای شناختی تحریف شده و احساسات شدید ناامیدی که مشخصه قربانیان خودکشی است، تمرکز دارند. از منظر فرهنگی اجتماعی، تغییرات بین کشورها و درون کشورها نشان‌دهنده کمک‌های مربوط به باورها و ارزش‌های مذهبی یک فرد و درجه‌ای است که فرد در معرض استرس‌های زندگی قرار می‌گیرد.

دیدگاه روانشناسی مثبت‌گرا چارچوبی برای درک این که چرا افرادی که به دلایل بالا در معرض خطر بالایی هستند، با این وجود دست به خودکشی نمی‌زنند، ارائه می‌دهد.

شما قضاوت کنید

دستوراتی برای بیماران خودکشی به نام احیا نکنید

این سوال که آیا پزشکان باید به بیماران در پایان دادن به زندگی خود کمک کنند یا خیر، فرآیندی که به عنوان خودکشی به کمک پزشک شناخته می‌شود، در دهه ۱۹۹۰ زمانی که دکتر جک کوورکیان، پزشک میشیگان، شروع به ارائه وسایلی برای پایان دادن به زندگیشان از طریق تزریق‌های دارویی برای بیماران لاعلاج کرد، مورد توجه عموم قرار گرفت. مشارکت عمومی کوورکیان ناشی از آن چیزی بود که او آن را یک کمپین عادلانه برای کاهش درد و رنج مردم می‌دانست و به آن‌ها اجازه می‌داد «با عزت بمیرند». او پس از این که در یک برنامه تلویزیونی به یک مرد مبتلا به اسکروز جانبی آمیوتروفیک (ALS) کمک کرد تا خودکشی کند، به مدت ۸ سال در زندان بود.

پزشکان به بیماران توصیه می‌کنند (و گاهی اوقات آن‌ها را ملزم می‌کنند) چه بیمار لاعلاج باشند چه نباشند، در یک «دستورالعمل قبلی» یا «زیست‌خواهی» مشخص کنند، در صورتی که قادر به ادامه حیات خود نباشند، به طور مصنوعی زنده بمانند یا خیر. دستور «احیا نکنید» (DNR) که بیمار در دستورالعمل قبلی مشخص می‌کند، بیان می‌کند که هیچ تلاش قهرمانانه‌ای نباید برای طولانی‌تر کردن عمر انجام شود، مانند استفاده از ماشین‌های حمایت از زندگی. در صورت مواجهه با وضعیت مرگ یا زندگی، متخصصان پزشکی از شرایط DNR تبعیت می‌کنند. از سوی دیگر، افرادی که می‌خواهند به زندگی خود پایان دهند اما مشکلات روانی دارند، ممکن است بستری شدن اجباری در بیمارستان را نیز در برنامه خود قرار دهند.

هنگام برخورد با افرادی که قصد خودکشی دارند و DNR را امضا می‌کنند که نشان می‌دهد دیگر نمی‌خواهند به زندگی خود ادامه دهند، پزشکان سلامت روان ممکن است مجبور شوند بین حفظ خواسته‌های پایان زندگی و تعهدات اخلاقی خود یکی را انتخاب کنند. آیا داشتن یک مشکل روانی جدی که ناتوان کننده، مقاوم در برابر درمان و تضعیف کننده است با داشتن یک وضعیت پزشکی وحشتناک و صعب‌العلاج تفاوتی دارد؟

سوال: شما قضاوت کنید: آیا حق استقلال فرد، که با DNR رعایت می‌شود، در این نوع پرونده‌ها متفاوت است (کوک، پان، سیلورمن، و سولتیس، ۲۰۱۰)؟

فرضیه بافر خودکشی (جانسون و همکاران، ۲۰۱۱) تاب‌آوری را به عنوان یک بعد جدا از ریسک توصیف می‌کند. ممکن است در معرض خطر خودکشی باشید، اما اگر انعطاف‌پذیری بالایی دارید، بعید است که این کار را انجام دهید. اگر احساس کنید که می‌توانید با موفقیت با این شرایط کنار

بیاید، خطر بالاتری که ممکن است به دلیل زندگی در یک محیط استرس‌زا با آن مواجه شوید، ممکن است به خودکشی بالاتر تبدیل نشود.

عواملی که به نظر می‌رسد در انعطاف‌پذیری بالا نقش دارند عبارتند از توانایی ارزیابی مثبت از شرایط زندگی و احساس کنترل بر این شرایط. بافرهای اضافی برای خطر خودکشی تعدادی از عوامل روانی-اجتماعی مانند توانایی حل مشکلات، داشتن عزت نفس بالا، احساس حمایت توسط خانواده و افراد مهم، و دلبستگی ایمن هستند. افرادی که فکر نمی‌کنند خودکشی گزینه قابل قبولی برای استرس است نیز بهتر می‌توانند بر ریسک بالا غلبه کنند. از جنبه منفی، انعطاف‌پذیری پایین با سطوح بالای کمال‌گرایی و ناامیدی رخ می‌دهد (هویت، کیلین، چن، و فلت، ۲۰۱۴). داشتن دوستان یا اعضای خانواده که اقدام به خودکشی کرده‌اند، عامل خطر دیگری است (مولر، آبروتین و استاکتون، ۲۰۱۵).

مداخلات مبتنی بر مدل تاب‌آوری نه تنها به عوامل خطر خاص فرد می‌پردازد، بلکه احساسات کنترل شخصی و توانایی‌های درک شده فرد برای مدیریت استرس را ارزیابی کرده و سپس تقویت می‌کند. CBT یکی از این مداخلات است که نشان داده شده است در کاهش اقدام به خودکشی در جمعیت‌هایی مانند نوجوانان (اوگرین و همکاران، ۲۰۱۵) و اعضای ارتش با سابقه اقدام به خودکشی موثر است (راد و همکاران، ۲۰۱۵).

۵,۷ اختلال افسردگی و اختلال دوقطبی: دیدگاه زیست روانی اجتماعی

اختلالاتی که در این فصل به آن‌ها پرداختیم طیف وسیعی از پدیده‌ها را در بر می‌گیرد، از حالت‌های غمگین مزمن اما ناراحت‌کننده تا تغییرات سریع در حال نوسان بین شیدایی و افسردگی. اگرچه این اختلالات به وضوح نشان دهنده اختلال در عملکرد انتقال‌دهنده‌های عصبی هستند، اما تأثیرات فرآیندهای شناختی و عوامل اجتماعی-فرهنگی را نیز منعکس می‌کنند. از آن‌جا که افراد ممکن است علائم اختلالات افسردگی را برای چندین سال تجربه کنند، پزشکان به طور فزاینده‌ای به مداخلات غیردارویی روی می‌آورند، به ویژه برای مواردی که در آن افراد علائم خفیف یا متوسط دارند. وضعیت برای بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی پیچیده‌تر است، زیرا پایداری درمان به صورت

مادام‌العمر با دارو به احتمال زیاد ضروری است. با این وجود، این افراد می‌توانند از مداخلات روانشناختی برای کمک به نظارت و کنترل علائم خود بهره‌مند شوند.

حتی افرادی که علائم اختلال خلقی آن‌ها منعکس‌کننده تأثیر شدید زیست‌شناسی است، باید به طیف وسیعی از خدمات درمانی دسترسی داشته باشند. با توسعه رویکردهای مبتنی بر شواهد، که مداخلات را در حوزه‌های عملکردی متعدد فرد ادغام می‌کند، این احتمال وجود دارد که افراد مبتلا به این اختلالات به طور فزاینده‌ای توانایی دریافت درمانی را داشته باشند که به آن‌ها اجازه می‌دهد خلق و خوی خود را تنظیم کنند و زندگی رضایت‌بخش‌تری داشته باشند.

بازگشت به پرونده: جانیس باترفیلد

پس از چند هفته درمان، افسردگی جانیس شروع به بهبود کرد. با این حال، هنگامی که افسردگی او برطرف شد، مصرف داروهای خود را قطع کرد. همان‌طور که او در جلسه درمانی اولیه خود صحبت کرد، جانیس دریافت که مهم است که در خانواده خود قوی به نظر برسد و مشکلات روانی را با ضعف مرتبط کند. جانیس علی‌رغم نگرانی‌هایش در مورد اعتراف به مبارزات روان‌شناختی‌اش، هم‌چنان به روان‌درمانی هفتگی خود می‌آمد و جلسات بر احساسات او در مورد تشخیص و اهمیت مصرف داروهایش برای جلوگیری از تغییرات خلقی در آینده متمرکز بود، اگرچه او در آن زمان احساس ثبات می‌کرد. با یادآوری نمونه‌هایی از پیامدهای گذشته نوسانات خلقی، جانیس به آرامی توانست بهتر بفهمد که اگر او به چرخه‌های خلقی ادامه دهد، تأثیر آن بر خانواده‌اش بسیار بدتر از زمانی است که برای حفظ ثبات تلاش کند.

تأملات دکتر توبین: اگرچه احساس ناراحتی در هنگام مواجهه با چالشی مانند از دست دادن شغل و یافتن راهی برای حمایت از خانواده، یک واکنش طبیعی است، اما واکنش جانیس فراتر از افسردگی معمولی بود که اکثر مردم احساس می‌کنند، و او با تشخیصی مواجه شد. معیارهای اپیزودهای افسردگی عمده توصیف جانیس از اپیزودهای افسردگی گذشته خود نیز با این تشخیص سازگار بود. هم‌چنین مشخص شد که جانیس در گذشته اپیزودهای شیدایی را تجربه کرده است که نه تنها زندگی او را به شدت تحت تأثیر قرار داده است، بلکه خانواده او را در معرض خطر مالی زیادی قرار داده است. متأسفانه، تا قبل از این که جانیس اقدام به خودکشی کند، به دنبال درمان نرفت. از آنجایی که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی دوره‌های طولانی احساس «طبیعی» یا قرار گرفتن در سطح اولیه خود را تجربه می‌کنند، غیرعادی نیست که از مصرف داروهای خود امتناع کنند. این به

ویژه در مورد جانپس صدق می‌کرد که تمام زندگی‌اش را بدون مراجعه به درمان گذرانده بود و در درک نیاز به مصرف دارو در زمانی که احساس افسردگی یا جنون نداشت، مشکل داشت.

جانپس توضیح داد که با گذشت زمان، دوره‌های خلقی او بدتر شده است. این امر برای افراد مبتلا به اختلال دوقطبی که سال‌ها بدون درمان هستند، معمول است. اگرچه او در صحبت کردن در مورد مشکلاتش با خانواده‌اش مردد بوده است، مهم است که آن‌ها را در درمان خود بگنجانیم زیرا می‌توانند به جانپس کمک کنند تا بفهمد چه زمانی ممکن است خلق و خوی او تغییر کند. افراد مبتلا به اختلال دوقطبی ممکن است برای آگاهی از این تغییرات خلقی تلاش کنند. با گذشت زمان، برای جانپس مهم خواهد بود که به بررسی نگرانی‌های خود در مورد انگ درمان سلامت روان ادامه دهد، زیرا این مانع بزرگی برای کمک او در گذشته بوده است.

خلاصه

- اختلال افسردگی و اختلال دوقطبی منعکس‌کننده اختلال در حالت عاطفی یا خلق و خوی فرد است. افراد می‌توانند این اختلال را به شکل افسردگی شدید، شادی بیش از حد یا ترکیبی از این حالات عاطفی تجربه کنند. اپیزود یک دوره زمانی محدود است که در طی آن علائم شدید خاص یک اختلال مشهود است.
- اختلال افسردگی عمده با اپیزودهای حاد اما محدود علائم افسردگی، مانند احساس افسردگی شدید، از دست دادن علاقه به جنبه‌های لذت‌بخش قبلی زندگی، علائم بدنی، و اختلال در رفتار خوردن و خواب مشخص می‌شود. افراد مبتلا به اختلال افسردگی عمده علائم شناختی نیز دارند، مانند دید منفی به خود، احساس گناه، ناتوانی در تمرکز و عدم تصمیم‌گیری. دوره‌های افسردگی می‌تواند مالیخولیایی یا فصلی باشد. اختلال افسردگی مداوم شامل افسردگی‌هایی است که به اندازه اختلال افسردگی عمده عمیق یا شدید نیست، اما دوره طولانی‌تری دارد. افراد مبتلا به اختلال افسردگی مداوم حداقل به مدت ۲ سال دارای علائم افسردگی مانند انرژی کم، اعتماد به نفس پایین، تمرکز ضعیف، مشکل در تصمیم‌گیری، احساس ناامیدی و اختلال در اشتها و خواب هستند. اختلال در بی‌نظمی خلقی اخلاک‌گر شامل تحریک‌پذیری مزمن و شدید است و اختلال ناخوشی پیش از قاعدگی در زنان قبل از دوره‌های ماهانه قاعدگی رخ می‌دهد.
- اختلال دوقطبی با یک تجربه شدید و بسیار مخرب از سرخوشی شدید یا سرخوشی مشخص می‌شود که اپیزود شیدایی نامیده می‌شود، که در سطوح غیرعادی تفکر، رفتار و احساسات افزایش می‌یابد که باعث اختلال قابل توجه می‌شود. اپیزودهای دوقطبی که در آن شیدایی و افسردگی هر دو نشان داده می‌شوند، می‌توانند با

مشخصه‌هایی برای نشان دادن علائم مختلط برچسب‌گذاری شوند. اختلال سیکلوتیمیک شامل نوسانی بین نارسایی و حالت‌های کوتاه‌تر، با شدت کم‌تر و مخرب‌تر به نام اپیزودهای هیپومانیک است.

- پزشکان اختلال افسردگی و اختلال دوقطبی را از نظر رویکردهای بیولوژیکی، روانشناختی و اجتماعی-فرهنگی توضیح داده‌اند. قانع‌کننده‌ترین شواهدی که از یک مدل بیولوژیکی حمایت می‌کند، بر نقش ژنتیک تکیه دارد. به خوبی ثابت شده است که این اختلالات در خانواده‌ها وجود دارد. نظریه‌های بیولوژیکی بر عملکرد انتقال دهنده‌های عصبی و هورمونی تمرکز دارند. نظریه‌های روان‌شناختی از رویکردهای روانکاوی اولیه به دیدگاه‌های امروزی‌تر حرکت کرده‌اند که بر جنبه‌های رفتاری، شناختی و بین‌فردی اختلال خلق تاکید دارند. دیدگاه رفتاری فرض می‌کند که افسردگی نتیجه کاهش در تقویت‌کننده‌های مثبت، کمبود مهارت‌های اجتماعی، یا اختلال ناشی از تجربیات استرس‌زای زندگی است. بر اساس دیدگاه شناختی، افراد افسرده با فعال کردن مجموعه‌ای از افکار به نام سه گانه شناختی به تجربیات استرس‌زا واکنش نشان می‌دهند: دیدگاه‌های منفی نسبت به خود، جهان و آینده. تحریف‌های شناختی خطاهایی هستند که افراد در روش نتیجه‌گیری از تجربیات خود، به کار بردن قوانین غیرمنطقی مانند استنتاج‌های دلخواه و تعمیم بیش از حد مرتکب می‌شوند. نظریه بین فردی مدلی برای درک اختلالات افسردگی و دوقطبی ارائه می‌کند که بر عملکرد اجتماعی مختل تاکید دارد.

- پزشکان هم‌چنین درمان‌های افسردگی و اختلال دوقطبی را بر اساس دیدگاه‌های بیولوژیکی، روانشناختی و اجتماعی-فرهنگی قرار می‌دهند. داروهای ضد افسردگی رایج‌ترین شکل درمان جسمی برای افراد افسرده و کربنات لیتیوم پرمصرف‌ترین دارو برای افرادی است که دارای اختلال دوقطبی هستند. در موارد افسردگی ناتوان‌کننده و برخی موارد شدید شیدایی حاد، پزشک ممکن است درمان با تشنج الکتریکی را توصیه کند. موثرترین مداخلات روانشناختی برای درمان افراد مبتلا به اختلالات افسردگی و دوقطبی، مداخلاتی هستند که ریشه در رویکردهای رفتاری و شناختی دارند. مداخلات اجتماعی-فرهنگی و بین فردی بر درمان علائم خلقی در چارچوب یک سیستم بین فردی، مانند یک رابطه صمیمانه متمرکز است.

- اگرچه هیچ دسته‌بندی رسمی تشخیصی به طور خاص برای افرادی که خودکشی می‌کنند اعمال نمی‌شود، بسیاری از افرادی که خودکشی می‌کنند دارای اختلال افسردگی یا اختلال دوقطبی هستند و از یبرخی از سایر اختلالات روانی جدی رنج می‌برند. پزشکان عمل درمانی خودکشی را از دیدگاه‌های بیولوژیکی، روانی و اجتماعی فرهنگی توضیح می‌دهند. درمان درمانجویانی که دست به خودکشی می‌زنند بسته به زمینه، قصد و کشندگی بسیار متفاوت است. بیش‌تر رویکردهای مداخله شامل حمایت و درمان مستقیم است.

اصطلاحات کلیدی

فعال سازی رفتاری	اختلال بی نظمی خلقی	اپیزود افسردگی عمده
اختلال دوقطبی	اخلالگر	اپیزود شیدایی
اختلال دوقطبی، دوچرخه	ناخوشی (دیسفوری)	اختلال افسردگی مداوم (دیس
سواری سریع	رضایت	تایمی)
ریتم های شبانه روزی	اپیزود هیپومانیک	فارماکوژنتیک
سه گانه شناختی	درمان بین فردی (IPT)	اختلال ناخوشی پیش از
اختلال سیکلوتیمیک	اختلال افسردگی عمده	قاعدگی (PMDD)
اختلال افسردگی		

اضطراب، وسواس فکری اجباری، و تروما و اختلالات مرتبط با استرس

اهداف یادگیری

- ۱،۸ بین پاسخ ترس عادی و اختلال اضطراب تمایز قائل شوید.
- ۲،۸ اختلال اضطراب جدایی را شرح دهید.
- ۳،۸ نظریه ها و درمان های فوبیای خاص را شرح دهید.
- ۴،۸ نظریه ها و درمان های اختلال اضطراب اجتماعی را شرح دهید.
- ۵،۸ اختلال هراس را با آگورافوبیا مقایسه کنید.
- ۶،۸ اختلال اضطراب فراگیر را شرح دهید.
- ۷،۸ اختلال وسواس فکری اجباری را با اختلال بدشکلی بدن و احتکار مقایسه کنید.
- ۸،۸ اختلالات مربوط به تروما و استرس را شناسایی کنید.

رئوس مطالب

- گزارش موردی: باربارا وایلدن
- اختلالات اضطرابی
- اختلال اضطراب جدایی
- نظریه ها و درمان جدایی
- اختلال اضطرابی
- سکوت گزینشی
- فوبیای خاص
- نظریه ها و درمان
- فوبیای خاص
- اختلال اضطراب اجتماعی

۹,۸ دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی را در مورد اختلالات اضطرابی، وسواس فکری اجباری و مربوط به تروما و عوامل استرس‌زا توضیح دهید.



©evymin/Shutterstock

آنچه در DSM-۵ وجود دارد: تعریف و

طبقه بندی اختلالات اضطرابی

نظریه ها و درمان اجتماعی

اختلال اضطرابی

اختلال هراس و آگورافوبیا

اختلال هراس

آگورافوبیا

نظریه ها و درمان هراس

اختلال و آگورافوبیا

اختلال اضطراب فراگیر

نظریه ها و درمان تعمیم یافته

اختلال اضطرابی

وسواس اجباری و اختلالات مرتبط

نظریه ها و درمان

اختلال وسواس فکری عملی

اختلال بدشکلی بدن

داستان های واقعی: هاوی مندل:

اختلال وسواس فکری عملی

شما قضاوت کنید: جراحی روانی

اختلال احتکار

تری کوتیلومانیا (اختلال در کشیدن مو)

اختلال در برداشتن پوست

اختلالات مرتبط با تروما و استرس

اختلال دلبستگی واکنشی و

اختلال درگیری اجتماعی مهار نشده

اختلال استرس حاد و پس از سانحه
اختلال استرس
نظریه ها و درمان اختلال استرس پس
از سانحه
اضطراب، وسواس اجباری، و تروما و
اختلالات مرتبط با استرس:
دیدگاه زیست روانی اجتماعی
بازگشت به پرونده: باربارا وایلدنر
خلاصه
اصطلاحات کلیدی

فصل ۸

گزارش موردی: باربارا وایلد

اطلاعات دموگرافیک: زن دگرجنسگرای ۳۰ ساله مجرد قفقازی

مشکل فعلی: باربارا در ۱۸ سالگی برای کمک به پرداخت هزینه‌های کالج در ارتش نام نویسی کرد. مدت کوتاهی پس از فارغ التحصیلی او با مدرک لیسانس بازرگانی، ایالات متحده به عراق اعلان جنگ کرد و باربارا به اولین سفر خود که ۱۸ ماه به طول انجامید اعزام شد. او برای سه سفر دیگر بازگشت تا این که در جریان یورش پلیس نظامی به شدت آسیب دید، که باعث قطع پای چپش شد و او را مجبور به ترک ارتش کرد.

باربارا در مرکز پزشکی امور کهنه سربازان (VA) تحت معالجه بود که پزشکانش متوجه شدند که به نظر می‌رسد او دائماً «در حاشیه» است. هنگامی که از او خواسته می‌شد جزئیاتی در مورد آسیب پای خود ارائه دهد، مضطرب و گوشه‌گیر می‌شد. او اظهار داشت که به دلیل کابوس‌های مکرر به سختی می‌خوابد. پزشکان VA با مشکوک شدن به این که او ممکن است از اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) رنج می‌برد، او را به کلینیک تخصصی PTSD ارجاع دادند. باربارا گزارش داد که او واقعا از زمان بازگشت از آخرین سفر خود از استرس روانی زیادی رنج می‌برد. او دوران خود را در عراق بسیار خطرناک و پر استرس توصیف کرد. او در واحد پلیس نظامی کار می‌کرد و مسئول نگهداری از اسیران جنگی بود. ایستگاه او اغلب مورد حمله قرار می‌گرفت و درگیری‌های تیراندازی یک اتفاق مکرر بود. باربارا هم‌چنین شاهد حوادث متعددی بود که در آن غیرنظامیان و سربازان دیگر مجروح و کشته شدند.

باربارا ادعا کرد که در زمان اقامتش در عراق، علی‌رغم اینکه دائماً در خطر آسیب یا مرگ بود و صحنه‌های وحشتناک زیادی را می‌دید، به طور کلی می‌توانست بدون ترس بیش از حد بر وظایف خود تمرکز کند. با این حال، با گذشت زمان و با سفرهای طولانی مدت مکرر، به سختی می‌توانست تحت تاثیر رویدادهای اطرافش قرار نگیرد. باربارا در آغاز کاری که قرار بود آخرین سفر او باشد، به یاد آورد که احساس می‌کرد در حال شروع به «فروپاشی روانی» است. وقتی او در این حمله مجروح شد، مطمئن بود که کشته شده است و نزدیک به ۱۲ ساعت در حالت شوک باقی ماند. باربارا به یاد می‌آورد که هنگامی که به هوش آمد، «به سادگی پایش را از دست داد» و شروع به فریاد زدن بر سر کادر پزشکی اطرافش کرد. او اکنون اندکی از آن روز را به یاد می‌آورد، اما احساس ترس کاملی را که بر او غلبه کرده و تا به امروز با او باقی مانده است را به یاد می‌آورد.

علاوه بر مشکلات عاطفی که هنگام بازگشت از جنگ به خانه با آن روبه‌رو شد، باربارا هم‌چنین مجبور بود با زندگی در جامعه خود سازگار شود و دیگر زندگی یک سرباز را نداشته باشد. این تنظیم دشوار بود نه تنها به این دلیل که او برای مدت طولانی از دوستان و خانواده خود دور بود، بلکه به این دلیل که او احساس ناراحتی شدید همراه با خاطرات رزمی داشت. با این وجود، باربارا به خوبی با آسیب خود کنار آمد - تحت فیزیوتراپی در VA قرار گرفت و به زندگی به عنوان فردی با قطع عضو عادت کرد.

گزارش موردی (ادامه)

با این حال، نمی‌توان انکار کرد که او فردی متفاوت از قبل از دوران سربازی‌اش بود، هم به دلیل مجروحیتش و هم به دلیل تجربیات وحشتناکی که در طول دوران حضورش در عراق از خود به جا گذاشته بود. باربارا در ابتدا قصد داشت با پایان یافتن قراردادش با ارتش، برای دریافت مدرک مدیریت بازرگانی به آموزشگاه بازگردد. اما از ۶ ماه پیش که به آمریکا بازگشته، از این طرح منصرف شده است. او بیش‌تر در خانه است و با والدینش زندگی می‌کند. برای ۲ ماه اول پس از بازگشت به آمریکا، او به طور روزانه بیش از حد الکل مصرف می‌کرد. او در نهایت متوجه شد که نوشیدن الکل فقط اضطراب او را بدتر می‌کند، و بنابراین به طور کامل مصرف الکل را متوقف کرد. اگرچه او اظهار داشت که هرگز در مورد تجربیاتش در عراق صحبت نمی‌کند، اگرچه باربارا ادعا می‌کرد که هرگز در مورد دوران اقامت خود در عراق صحبت نمی‌کند، اما حداقل یک بار در روز، او به خاطر صحنه‌های خشونت آمیزی که در آن‌جا دیده بود، فلاش بک‌های ناراحت‌کننده و واضح را تجربه می‌کند. این رویاها در کابوس‌ها نیز به سراغ او می‌آیند. او خاطرنشان کرد که باید تصویری را که از منفجر شدن پایش دیده بود، هزاران بار در ذهنش تکرار کرده باشد. او گزارش داد که احساس می‌کند در حالت اضطراب دائمی است و به خصوص به صداها و بلند و غیرمنتظره حساس است. در نتیجه، باربارا ادعا کرد که اغلب در اطراف افراد دیگر آشفته و پریشان است و به راحتی عصبانی می‌شود. او ابراز نگرانی کرد که دیگر نتواند چیزی از زندگی خود را بسازد و به سختی انگیزه‌ای برای گام برداشتن به سمت استقلال احساس می‌کرد. او که زمانی اجتماعی و برون‌گرا بود، اکنون تمایلی به دیدن دوستانش ندارد و بیش‌تر والدینش را نادیده می‌گیرد. او توصیف کرد که از نظر عاطفی «بی‌احساس» شده است و احساسات قبلیش را از دست داده است - که از اخلاقیات معمول او بسیار فاصله دارد.

سابقه مرتبط: باربارا گزارش داد که او همیشه «تا حدی مضطرب» بوده است، اما هرگز این اضطراب را به عنوان تداخلی با عملکرد روزانه خود تجربه نکرده است. او قبل از ورود به سربازی، خود را فردی عادی و برون‌گرا توصیف کرد که بیش‌تر از زندگی‌اش راضی بود. او هیچ سابقه‌ای از بیماری روانی در خانواده نزدیک خود گزارش نکرد.

علائم: باربارا گزارش داد که از زمان بازگشتش از عراق، اغلب علائم ناراحت‌کننده‌ای را تجربه کرده است که به طور قابل توجهی در زندگی او اختلال ایجاد کرده است. این‌ها شامل مشکل در خوابیدن، کابوس‌های شبانه، بازگشت به گذشته، بی‌قراری، احساس جدایی از دیگران، کاهش علاقه، «بی‌احساسی» عاطفی، اجتناب از صحبت در مورد حادثه، هوشیاری بیش از حد، افزایش خشم و تحریک‌پذیری در ۶ ماه گذشته است.

صورت بندی موردی: علائم باربارا در ۶ ماه گذشته معیارهای مورد نیاز DSM-۵ را برای اختلال استرس پس از سانحه برآورده می‌کند: یادآوری اتفاق آزاددهنده، اجتناب/بی‌حسی، برانگیختگی بیش از حد، مدت زمان (حداقل ۱ ماه) و تداخل در عملکرد. او در طول سه دوره خدمت خود در عراق، بارها در معرض موقعیت‌های خطرناک یا تهدید کننده زندگی قرار گرفت و به عنوان یک سرباز شاهد حوادث وحشتناک بسیاری بود. اگرچه او ابتدا توانست با این تجربیات کنار بیاید، اما به مرور زمان عزمش متزلزل شد و با ترس و وحشت به محیط اطراف خود واکنش نشان داد، به ویژه در مورد حادثه‌ای که در آن بخشی از پای چپ خود را از دست داد. او علیرغم اینکه چندین ماه از مصرف الکل خودداری کرده و برای چند هفته زیاد مشروبات الکلی مصرف کرده بود، شرایط کافی برای تشخیص DSM-۵ اختلال مصرف الکل را نداشت.

طرح درمان: پس از ارزیابی روانشناختی که باربارا از PTSD رنج می‌برد، او برای روان درمانی فردی هفتگی و همچنین یک گروه درمانی هفتگی PTSD در VA ارجاع شد. روان درمانی برای PTSD اغلب شامل قرار گرفتن در معرض آسیب از طریق صحبت کردن و/یا نوشتن در مورد آن با جزئیات است. برخی از درمان‌ها شامل بازتاب روش‌هایی است که تروما بر باورهای کلی فرد در مورد اعتماد و ایمنی تاثیر گذاشته است. هدف گروه درمانی ارائه حمایت اجتماعی برای مبتلایان به این اختلال و کار بر روی آموزش مهارت های مقابله ای است. گاهی اوقات می‌توان از گروه درمانی به جای درمان فردی استفاده کرد.

سارا توبین، دکترا

۱,۸ اختلالات اضطرابی

مشخصه اصلی اختلالات اضطرابی، تجربه یک احساس مزمن و شدید اضطراب است که در آن افراد نسبت به آن چه ممکن است در آینده برایشان اتفاق بیفتد، احساس ترس می کنند. اضطراب تجربه شده توسط افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی باعث می شود که آن ها در عملکرد روزانه با مشکلات زیادی مواجه شوند. این احساس فراتر از نگرانی های معمولی است که افراد گهگاه در مورد انجام فعالیت های روزمره خود در محل کار یا خانه یا در تعامل با افراد دیگر دارند.

افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی نیز ترس را تجربه می کنند، که پاسخ عاطفی به تهدید قریب الوقوع واقعی یا درک شده است. باز هم مانند تجربه اضطراب، احساس ترسی که افراد مبتلا به این اختلالات دارند فراتر از نگرانی معمولی یا حتی منطقی در مورد خطرات احتمالی موقعیت هایی است که در آن قرار می گیرند.

افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی تمام تلاش خود را می کنند تا از موقعیت هایی که واکنش های احساسی اضطراب و ترس را برمی انگیزد اجتناب کنند. هنگامی که آن ها قادر به انجام این کار نباشند، در انجام مشاغل، لذت بردن از فعالیت های اوقات فراغت یا شرکت در فعالیت های اجتماعی با دوستان و خانواده دچار مشکل می شوند.

در تمام دسته بندی ها، اختلالات اضطرابی دارای نرخ شیوع مادام العمر در ایالات متحده ۲۸,۸ درصد و شیوع کلی ۱۲ ماهه ۱۸,۱ درصد است. از کل موارد شیوع ۱۲ ماهه، نزدیک به ۲۳ درصد به عنوان شدید طبقه بندی می شوند. درصد افرادی که شیوع مادام العمر را در تمام اختلالات اضطرابی گزارش می کنند در سنین ۳۰ تا ۴۴ سالگی به اوج خود می رسد، و در میان افراد ۶۰ سال و بالاتر کاهش شدید به ۱۵,۳ درصد دارد (کسلر، چيو، و همکاران، ۲۰۰۵). میزان شیوع سالانه به طور متوسط ۱۹,۳ درصد است، که در سنین بالا مثلا در سنین ۳۰-۴۴ سالگی به اوج خود می رسد و در سنین ۶۰ سال و بالاتر به ۹ درصد کاهش می یابد (شکل ۱). میانگین سن شروع در همه اختلالات اضطرابی ۲۱,۳ درصد در سال است که بسته به ماهیت اختلال از ۱۵ سال و کم تر تا ۳۹ سال متغیر است (دی لیستر و همکاران، ۲۰۱۷).

اختلالات اضطرابی

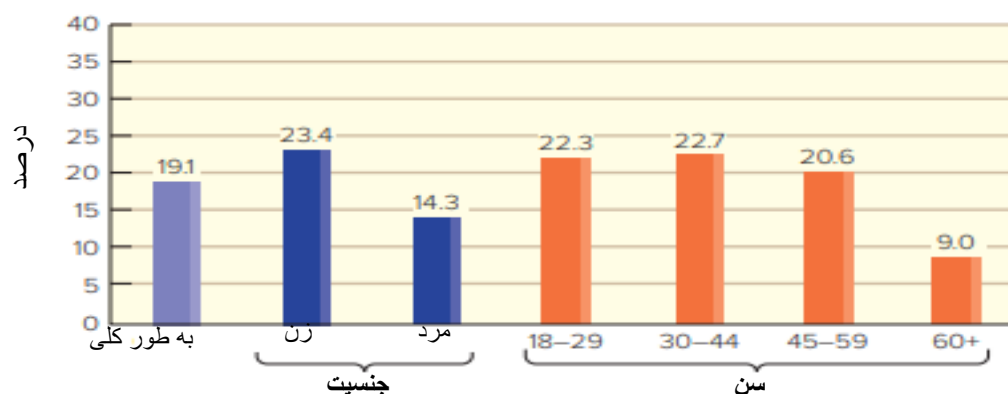
اختلالاتی که با ترس و اضطراب مفرط و اختلالات مربوط به رفتار مشخص می شوند.

اضطراب

پاسخی آینده گرا و جهانی که شامل هر دو مولفه های شناختی و احساسی می شود، که در آن فرد به طور غیرمنتظره ای نگران، پرتنش و ناآرام از احتمال وقوع اتفاقی وحشتناک است.

ترس

پاسخ عاطفی به تهدید قریب الوقوع واقعی یا درک شده.



شکل ۱ شیوع هر گونه اختلال اضطرابی در سال گذشته در بین بزرگسالان ایالات متحده (۲۰۰۱-۲۰۰۳)

منبع: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/any-anxiety-disorder.shtml>

اختلال اضطراب جدایی

اختلال اضطراب جدایی

یک اختلال دوران کودکی که با اضطراب شدید و نامناسب مشخص می‌شود که حداقل ۴ هفته طول می‌کشد و مربوط به جدایی از خانه یا مراقبان است.

افراد مبتلا به اختلال اضطراب جدایی اضطراب شدید و نامناسبی در مورد ترک خانه یا رها شدن از شخصیت‌هایی که نسبت به آن‌ها دلبستگی دارند و افراد نزدیک به زندگی خود دارند. کودکان مبتلا به این اختلال ممکن است آن‌قدر به والدین خود بچسبند که نگذارند والدین از چشم آن‌ها دور شوند. بزرگسالانی که معیارهای این اختلال را دارند، اضطراب شدیدی در مورد جدا شدن از فردی که بیش‌تر از همه به او وابسته هستند، دارند.

بر اساس DSM-۵، زمانی تصور می‌شد که اختلال اضطراب جدایی فقط کودکان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. با این حال، DSM-۵ محدودیت سنی این اختلال را کاهش داد اما با تشخیص تعداد قابل توجهی از موارد شروع بزرگسالان تشخیص را هم برای بزرگسالان و هم برای کودکان قابل اعمال کرد. اگرچه ویژگی‌های اولیه این اختلال بسته به سن فرد می‌تواند تغییر کند، اما ویژگی‌هایی از جمله ناراحتی بیش از حد هنگام جدا شدن از خانه یا شکل دلبستگی، یا حتی در فکر رخ دادن چنین جدایی، را همیشه شامل می‌شود.

ترس از آسیب دیدن شکل دلبستگی آن‌ها، مانند ربوده شدن، که می‌تواند بیش از حد و غیر منطقی شود، به افراد مضطرب با تجربه بیماری کمک می‌کند. آن‌ها سعی می‌کنند مدت زمانی را که جدا از خانه یا خارج از خانه می‌گذرانند به دلیل ترس محدود کنند، که کار یا حضور در مدرسه

را برای آن‌ها دشوار می‌کند. آن‌ها در شب به همراهی شخصیت‌هایی که به آن‌ها دلبستگی دارند نیازمندند و ممکن است کابوس‌های جدایی را تجربه کنند. مشکلات جسمی مانند سردرد، معده درد یا حتی حالت تهوع و استفراغ ممکن است در نتیجه احتمال جدایی در آن‌ها ایجاد شود.

در سرتاسر جهان، اپیدمیولوژیست‌ها تخمین می‌زنند که ۵,۳ درصد از افراد در مقطعی از زندگی دچار اختلال اضطراب جدایی می‌شوند و ۴۳,۱ درصد از آن‌ها این علائم را در بزرگسالی بروز می‌دهند. صرف نظر از زمانی که علائم برای اولین بار آشکار می‌شوند، افراد مبتلا به این اختلال بیش‌تر احتمال دارد که در دوران کودکی خود دچار ناملایمات یا حوادث آسیب‌زا در مقطعی از زندگی خود شده باشند. زنان بیش‌تر از مردان دچار اختلال اضطراب جدایی می‌شوند. افرادی که به این اختلال مبتلا می‌شوند بیش‌تر در معرض خطر ابتلا به سایر اختلالات اضطرابی و اختلال افسردگی (اختلالات «درونی سازی») و همچنین اختلال ADHD و سلوک هستند (سیلو و همکاران، ۲۰۱۵).

نظریه‌ها و درمان اختلال اضطراب جدایی اگرچه مطالعات دوقلو از نقش ژنتیکی در این اختلال حمایت می‌کند، اما یک مطالعه جدید در مورد فرزندان دوقلو که توسط محققان سوئدی انجام شد نشان داد که اضطراب از طریق مکانیزم‌های محیطی و نه ژنتیکی از والدین به فرزندان منتقل می‌شود. به عبارت دیگر، کودکانی که والدین مضطرب دارند، یاد می‌گیرند که اضطراب را از طریق الگوسازی ایجاد کنند (الی و همکاران، ۲۰۱۵).

عوامل اجتماعی-فرهنگی نیز در مستعد کردن افراد خاص برای ابتلا به اختلال اضطراب جدایی نقش دارند. به نظر می‌رسد علائم این اختلال در کشورهایی که فرهنگ مستقل و فردگرایانه را ترویج می‌کنند، شدیدتر از کشورهایی است که مجموعه‌ای از هنجارهای فرهنگی جمع‌گرایانه‌تر دارند (الی و همکاران، ۲۰۱۵). در فرهنگ‌های جمع‌گرا، نزدیک ماندن به شخصیت‌هایی که به آن‌ها دلبستگی دارند ممکن است طبیعی‌تر به نظر برسد و رفتار افراد مبتلا به اختلال اضطراب جدایی را کم‌تر غیرمعمول نشان دهد.



کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی زمانی که از مراقبان اصلی خود جدا هستند، پریشانی شدیدی را تجربه می‌کنند.

Design Pics/Kelly Redinger ©

همان‌طور که گفته شد، تروما ممکن است در ایجاد اختلال اضطراب جدایی نقش داشته باشد. پس از حملات تروریستی ۱۱ سپتامبر در سال ۲۰۰۱، تشخیص داده شده که تقریباً ۱۳ درصد از دانش‌آموزان شهر نیویورک به احتمال زیاد دارای اختلال اضطراب جدایی هستند (هوون و همکاران، ۲۰۰۵). ممکن است تفاوت‌های خلقی که ریشه در زیست‌شناسی دارد باعث شود برخی از کودکان واکنش‌پذیری شدیدی را در این نوع موقعیت‌ها تجربه کنند.

در حال حاضر، ادبیات درمانی شامل مطالعاتی در زمینه بزرگسالان نمی‌شود، با توجه به این‌که این بیماری تا زمان انتشار DSM-۵ مختص دوران کودکی در نظر گرفته می‌شد. به نظر می‌رسد امیدوارکننده‌ترین درمان‌ها برای کودکان CBT و درمان‌های رفتاری باشد. تکنیک‌های رفتاری شامل حساسیت‌زدایی منظم، قرار گرفتن در معرض طولانی مدت و مدل‌سازی است. مدیریت اقتضایی و خود‌مدیریتی نیز در آموزش به کودک برای واکنش مثبت‌تر و شایسته‌تر به موقعیت‌های ترسناک مفید است.

محققانی که در حال بررسی اثربخشی این رویکرد هستند، نوعی از CBT را ایجاد کرده‌اند که پزشکان می‌توانند آن را به شیوه‌ای فشرده و محدود اجرا کنند، بنابراین کودکان مجبور به انجام هفته‌ها یا ماه‌ها درمان نیستند. در یک نسخه، دختران مبتلا به اختلال اضطراب جدایی در یک

اردوی ۱ هفته‌ای شرکت کردند که در آن CBT فشرده در یک محیط گروهی دریافت کردند (سانتوچی و همکاران، ۲۰۰۹). درمان شامل کار با والدین و فرزندانشان در ترکیبی از آموزش روانی، بازسازی شناختی و آموزش آرامش بود. فعالیت‌های کاردستی بدون حضور والدین در زمان‌های برنامه‌ریزی منظم انجام می‌شد. در پایان این هفته، کودکان و والدینشان در مراسم اهدای جوایز شرکت کردند. در آن زمان به والدین نیز آموزش‌هایی برای پیگیری در هفته‌های بعد از اردو داده شد. آموزش پیگیری از عود نیز در فعالیت‌های روز آخر گنجانده شد تا اطمینان حاصل شود که در صورت تکرار یک دوره اضطراب جدایی، والدین و کودکان به طور کامل به رفتار قبل از درمان خود باز نمی‌گردند.

سکوت گزینشی

امتناع از صحبت در موقعیت‌های خاص ویژگی اصلی سکوت گزینشی است. کودکان مبتلا به این اختلال می‌توانند به صورت عادی صحبت کنند، اما در شرایط خاص، معمولاً در کلاس درس، تقریباً کاملاً ساکت می‌شوند. این یک اختلال نسبتاً نادر است که تخمین زده می‌شود شیوع آن از ۰٫۲ درصد تا حداکثر ۲ درصد متغیر است و بین سنین ۳ تا ۶ سالگی شروع می‌شود. فراوانی در بین پسران و دختران برابر است (کرنی و وکیو، ۲۰۰۷). با توجه به این که کودکان معمولاً این رفتار را در مدرسه نشان می‌دهند تا در خانه، این اضطراب ممکن است ریشه سکوت گزینشی باشد (شرایور، سگول و گورت میکر، ۲۰۱۱).

به نظر می‌رسد کودکان مبتلا به سکوت گزینشی به رفتار درمانی پاسخ خوبی می‌دهند. پزشک سلسله مراتبی از پاسخ‌های مورد نظر را طراحی می‌کند، که در آن با دادن پاداش به کودک به ازای هر صحبتی که می‌کند شروع می‌شود و سپس میزان صحبت کردن و استفاده از کلمات رفته رفته شاید به دلیل رفت و آمد از خانه به کلینیک و در نهایت به مدرسه افزایش می‌یابد. یکی دیگر از رویکردهای رفتاری از مدیریت اقتضایی استفاده می‌کند که در آن کودکان در صورت انجام رفتار مطلوب صحبت کردن، پاداش دریافت می‌کنند. به نظر می‌رسد که والدین برای استفاده از مدیریت احتمالی اضطراب در خانه مناسب هستند. از بین دو روش، به نظر می‌رسد شکل‌دهی به همراه مواجهه درمانی موثرتر باشد، اما مدیریت احتمالی در خانه با این وجود می‌تواند به عنوان یک مکمل مهم عمل کند (وکیهو و کرنی، ۲۰۰۹).

سکوت گزینشی

اختلالی که در دوران کودکی ایجاد می‌شود و در آن فرد آگاهانه از صحبت کردن امتناع می‌ورزد.

CBT روش دیگری است که باعث بهبود در کودکان مبتلا به سکوت گزینشی می‌شود. بررسی اثربخشی CBT در بین کودکان ۳ تا ۹ سال نرخ بالای بهبود را برای کودکان کم‌تر از ۵ سال (۷۸ درصد) و بهبود کم‌تر برای کودکان ۶ سال و بالاتر نشان داد. درمان، که برای محیط‌های مدرسه اقتباس شده بود، در شش سطح پیشرفت کرد، از صحبت کردن با درمانگر با حضور والدین تا در نهایت صحبت کردن با کودکان دیگر بدون حضور درمانگر و یا والدین. به والدین و معلمان دستور داده شد که از «ارتباطات غیر متمرکز» استفاده کنند، که در آن فشار مستقیمی که بر کودک برای صحبت کردن وارد می‌شود را به حداقل می‌رساند (اوربک، استین، پریپ و کریستنسن، ۲۰۱۵). یک مطالعه بعدی که نشان می‌دهد دستاوردهای رفتار این کودکان پنج سال پس از درمان باقی مانده است، نشان می‌دهد که CBT می‌تواند مزایای طولانی‌مدتی داشته باشد (اوربک و همکاران، ۲۰۱۸).

فوبیا

ترس غیرمنطقی مرتبط
با یک شی یا موقعیت
خاص.

فوبیای خاص

فوبیا یک ترس غیرمنطقی است که با یک شی یا موقعیت خاص مرتبط است. ترس یا حداقل تمایل به اجتناب از اشیایی مانند عنکبوت‌ها یا موقعیت‌هایی با فضاها یا ارتفاعات محصور معمول است. اما در یک **فوبیای خاص**، ترس یا اضطراب آن‌قدر شدید است که فرد ناتوان می‌شود. افراد مبتلا به فوبیای خاص تمام تلاش خود را می‌کنند تا از شی یا موقعیت ترسناک اجتناب کنند. اگر نتوانند فرار کنند، شرایط را تحمل می‌کنند اما فقط با اضطراب و ناراحتی مشخص. مانند تمام اختلالات اضطرابی، یک فوبیای خاص باعث ناراحتی قابل توجهی می‌شود. علاوه بر این، این یک وضعیت پایدار است که باید حداقل ۶ ماه قبل از تشخیص ادامه یابد.

فوبیا تقریباً متوجه هر چیزی است، از رانندگی گرفته تا سرنگ. بازی‌های پرسش و پاسخ ممکن است از شما بخواهند که اصطلاحاتی را تعریف کنید که به فوبیاهای غیرعادی مانند کولروفوبیا (ترس از دلک) اشاره دارد.

فهرست فوبیای خاص ممکن است بی پایان باشد، اما آن‌ها به چهار دسته اصلی تقسیم می‌شوند: حشرات و حیوانات، محیط طبیعی (طوفان یا آتش سوزی)، آسیب تزریق خون (دیدن خون، انجام یک روش پزشکی تهاجمی)، و درگیر شدن در فعالیت در موقعیت‌های خاص (سوار شدن با پله

فوبیای خاص

ترس غیرمنطقی و بی
وقفه از یک شی،
فعالیت یا موقعیت
خاص

برقی، پرواز). دسته پنجم شامل انواع محرک های غیر سلولی یا موقعیت‌هایی مانند ترس از استفراغ است.

به طور کلی، شیوع فوبیای خاص در طول عمر در ایالات متحده ۱۲,۵ درصد است (کسلر، چپو، و همکاران، ۲۰۰۵). بالاترین میزان شیوع در طول زندگی مربوط به ترس از موقعیت‌های طبیعی، به ویژه ارتفاع است و بین ۳,۱ تا ۵,۳ درصد تخمین زده می‌شود.

شیوع فوبیای حیوانات از ۳,۳ تا ۷ درصد متغیر است. این که این دو نوع رایج‌ترین نوع فوبیای خاص هستند، با این واقعیت نشان داده می‌شود که در میان افراد مبتلا به هر شکلی از فوبیای خاص، ۵۰ درصد ترس از حیوانات یا ترس از ارتفاع دارند (لویو و همکاران، ۲۰۱۰). مقایسه میزان شیوع در طول زندگی در بین ۲۲ کشور نشان می‌دهد که نرخ‌های مشابه ۱۲,۵ درصد در ایالات متحده، کلمبیا و برزیل، با کم‌ترین میزان در چین (۲,۶ درصد) است. به طور کلی، ۳,۸٪ از مردم فوبیا از حیوانات را گزارش می‌کنند، ۳,۰٪ فوبیا از روش‌های پزشکی و ۲,۳٪ فوبیا از آب ساکن و آب و هوای بد گزارش کرده‌اند. در سرتاسر جهان، فوبیاهای خاص در بزرگسالان ۶۰ سال و مسن‌تر از افراد جوان کم‌تر و در مردان نسبت به زنان شیوع کم‌تری داشتند (واردنار و همکاران، ۲۰۱۷). یک فوبیای رایج ترس بیش از حد از عنکبوت است.

نظریه ها و درمان فوبیای خاص

همان‌طور که مشاهده کردید، انواع مختلفی از فوبیاهای خاص وجود دارد که از رایج تا نسبتاً مبهم را شامل می‌شود. با این حال، این واقعیت که آن‌ها با هم گروه‌بندی می‌شوند، یک موضوع یا عنصر زیربنایی را در ریشه علت و به طور بالقوه درمان آن‌ها نشان می‌دهد.

در دیدگاه بیولوژیکی، محققان بر این باورند که اضطراب مرتبط با فوبیای خاص ممکن است به ناهنجاری‌هایی در قشر قدامی جانبی مربوط باشد (روسو و همکاران، ۲۰۱۰). این ناحیه از مغز بین لوب تمپورال و پیشانی قرار دارد و با احساسات و خودآگاهی مرتبط است. آمیگدال که پاسخ ترس را تعدیل می‌کند، به نظر می‌رسد در فوبی‌های خاص، به‌ویژه فوبیاهایی که از طریق یادگیری به دست می‌آیند که در آن افراد یک محرک معین را با احساس ترس مرتبط می‌کنند، نقش دارد (گارسیا، ۲۰۱۷).

رویکرد بیولوژیکی برای درمان فوبیای خاص تاکید زیادی بر کنترل علائم دارد. پزشکانی که از این منظر عمل می‌کنند، تنها زمانی داروهایی، مانند بنزودیازپین‌ها را تجویز می‌کنند، که بیمارانشان به هیچ یک از روش‌های درمانی پاسخ ندهند (کیمل، روی-بیرن، و کاولی، ۲۰۱۵). بیماری‌های فوبیای خاص از نظر دامنه محدودتر هستند و معمولاً نسبت به سایر انواع اختلالات اضطرابی با سهولت بیشتری می‌توان از آن‌ها اجتناب کرد. بنابراین، پزشکان تنها زمانی برای فوبیای خاص دارو تجویز می‌کنند که این بیماری در توانایی فرد برای انجام فعالیت‌های معمولی به حدی اختلال ایجاد کند که او نتواند فعالیت‌های روزانه خود را انجام دهد.

رویکرد رفتاری به فوبی‌های خاص بر شرطی‌سازی تاکید می‌کند که زمانی رخ می‌دهد که فرد یاد می‌گیرد احساسات ناخوشایند فیزیکی را با نوع خاصی از محرک یا موقعیت مرتبط کند. رفتارگرایان تصور می‌کنند ممکن است داشتن چنین واکنش‌هایی ارزش انطباقی داشته باشد، زیرا ممکن است واقعاً موقعیت‌هایی باشند که ما باید از آن‌ها بترسیم، مانند مارهای سمی. با توجه به این دیدگاه، علائم ناسازگار می‌شوند، زیرا افراد شروع به تعمیم یک واکنش ترس مناسب به همه محرک‌های آن دسته، از جمله محرک‌های بی‌ضرر می‌کنند.

همچنین ممکن است جنبه‌های رشدی برای فوبیاهای خاص وجود داشته باشد. کودکان خردسال معمولاً از چیزها یا شرایطی که می‌توانند ببینند وحشت دارند. با افزایش سن، اشیای ترسناک ماهیت انتزاعی‌تری پیدا می‌کنند (مانند «لولوخورخوره») (دیویس و اولندیک، ۲۰۱۱). بعلاوه، کودکان بزرگ‌تر ممکن است اشیاء و موقعیت‌هایی را که از آن‌ها می‌ترسند، فاجعه‌بارتر از کودکان کوچک‌تر با همان فوبیا ببینند (اولندیک و همکاران، ۲۰۱۷). در نقطه مقابل طیف سنی، افراد مسن مبتلا به فوبیای خاص ممکن است علائمی را گزارش نکنند و ممکن است اضطراب خود را به یک وضعیت جسمانی نسبت دهند (کوئلیو و همکاران، ۲۰۱۰).

بر اساس دیدگاه شناختی-رفتاری، افراد مبتلا به فوبیای خاص، سیستم‌های هشدار بیش از حد فعال برای خطر دارند و به اشتباه محرک‌های بی‌ضرر را خطرناک تفسیر می‌کنند. به عنوان مثال، تصور نادرست از چیزی یا کسی که غیرقابل مدیریت، غیرقابل پیش‌بینی، تهدیدکننده یا دارای نیروی دافعه باشد، با احساس آسیب‌پذیری مرتبط است. این اسناد ممکن است فوبیای رایج عنکبوت‌ها را توضیح دهد، حشره‌ای که مردم تصورات و نگرانی‌های غلط زیادی درباره آن دارند.

در مقابل، در فوبیای تزریق خون، انزجار و ترس از آلودگی نقش برجسته‌ای ایفا می‌کند (دی جونگ و پیترز، ۲۰۰۷). افراد مبتلا به فوبیا نیز پس از قرار گرفتن در معرض محرک های ترسناک، احتمال یک پیامد خطرناک را بیش از حد تخمین می‌زنند (دی جونگ و مرکلباخ، ۲۰۰۰).

تقویت مثبت به عنوان پایه و اساس همه رویکردهای رفتاری عمل می‌کند و وسیله‌ای است که از طریق آن علائم کاهش می‌یابد. با این حال، پزشکان از چندین روش برای ارائه این تقویت استفاده می‌کنند.

از تقویت مثبت در مواجهه درمانی برای کمک به مراجعان استفاده می‌شود تا پاسخ‌های ناسازگار مانند ترس یا اضطراب به پاسخ‌های انطباقی مانند آرامش تغییر دهند. اجرای این مرحله اساسی در بین چهار تکنیک مواجهه درمانی متفاوت است (جدول ۱ را ببینید). برای این که به مشتری یاد دهیم چگونه آرام بگیرد، حساسیت‌زدایی سیستماتیک به تدریج او را در معرض تصاویر اضطراب آور بیش‌تری قرار می‌دهد. این تئوری معتقد است که بیمار نمی‌تواند همزمان نگرانی و آرامش را تجربه کند و اضطراب به تدریج جای خود را به آرامش در طول دوره درمان می‌دهد.

یک مورد کوچک

فوبیای خاص، محیط طبیعی

آرمان یک مرد ۳۲ ساله متاهل و دگرجنس‌گرای هندی آمریکایی است که به دنبال درمان برای ترس غیرمنطقی خود از طوفان است. او از ۴ سالگی به این فوبیا مبتلا بوده و در طول زندگی راهبردهای مختلفی برای مقابله با ترس خود ایجاد کرده است. در صورت امکان، هنگام پیش‌بینی طوفان، از بیرون رفتن اجتناب می‌کند. او نه تنها از خانه بیرون نمی‌رود، بلکه مطمئن می‌شود که در اتاقی بدون پنجره و بدون وسایل برقی است. با افزایش مسئولیت شغلی او به عنوان وکیل، آرمان دریافته است که به دلیل ترسش که می‌داند غیرمنطقی است، دیگر نمی‌تواند مرخصی بگیرد.

جدول ۱ روش‌های مواجهه مورد استفاده در رفتار درمانی فوبیا

نوردهی کامل فوری	رویارویی مرحله‌ای	
غرقه‌سازی خیالی	حساسیت‌زدایی منظم	تصویرسازی

زنده	در بدن درجه بندی شد	غرقه سازی در بدن

درجه بندی شده در

بدن

روشی که در آن درمانجویان به تدریج خود را در معرض موقعیت‌های چالش برانگیز اضطراب‌آور قرار می‌دهند.

درمان مواجهه با

واقعیت مجازی

(VRET)

روشی از مواجهه درمانی که از واقعیت مجازی استفاده می‌کند، که در آن درمانجویان در محیط‌های کامپیوتری که شبیه موقعیت‌هایی هستند که از آن‌ها می‌ترسند غوطه‌ور می‌شوند.

اختلال اضطراب

اجتماعی

یک اختلال اضطرابی که مشخصه آن ترس یا اضطراب بارز یا شدید در موقعیت‌های اجتماعی است که در آن فرد ممکن است توسط دیگران مورد بررسی قرار گیرد.

در تکنیک رفتاری به نام **غرقه سازی**، درمانجویان کاملاً در موقعیت ترسناک غوطه‌ور هستند، جایی که اضطراب را با قدرت کامل احساس می‌کنند. **غرقه سازی در بدن** درمانجو را در معرض موقعیت واقعی ترسناک قرار می‌دهد، مثلاً طبقه بالای یک ساختمان بلند برای درمانجویی که از ارتفاع می‌ترسد. یکی دیگر از انواع غرقه سازی، غرقه سازی خیالی است که در آن پزشک به طور مجازی درمانجو را در معرض موقعیت ترسناک قرار می‌دهد.

غرقه سازی در بدن احتمالاً استرس‌زاترین درمان توصیف شده است و بنابراین نرخ ترک این روش، بالا است (چوی، فایر و لیپسیتز، ۲۰۰۷). یک روش جایگزین، روش **درجه بندی شده در بدن** است که در آن درمانجویان در ابتدا با موقعیت‌هایی مواجه می‌شوند که فقط اضطراب جزئی ایجاد می‌کنند و سپس به تدریج به سمت مواردی که باعث اضطراب بیش‌تر می‌شوند پیشرفت می‌کنند. اغلب درمانگر سعی می‌کند تشویق‌کننده باشد و پاسخ غیراضطرابی مورد نظر را مدل‌سازی کند. در درمان درمانجویی که ترس از فضاهای بسته دارد، درمانگر می‌تواند با درمانجو به اتاق‌های کوچک‌تر و کوچک‌تر برود. دیدن درمانگر که هیچ نشانه‌ای از ترس از خود نشان نمی‌دهد، می‌تواند درمانجویان را به الگوبرداری از پاسخ درمانگر سوق دهد. درمانگر هم‌چنین می‌تواند برای تقویت بیش‌تر پاسخ جدیدی که درمانجو یاد می‌گیرد تمجید کند. همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده شده است، درمان‌های رفتاری بر اساس ماهیت مواجهه درمانجو با محرک هراسی (زنده یا خیالی) و میزان شدت مواجهه با محرک (قرار گرفتن در معرض کامل یا قرار گرفتن در مراحل تدریجی) متفاوت است.

جدیدترین نوع آزمایش شده مواجهه درمانی از **درمان مواجهه با واقعیت مجازی (VRET)** استفاده می‌کند، که در آن درمانجویان در محیط‌های کامپیوتری که شبیه موقعیت‌هایی هستند که از آن‌ها می‌ترسند غوطه‌ور می‌شوند. به نظر می‌رسد VRET یک تکنیک عالی برای ارائه تجربیاتی به مشتریان است که می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا اضطراب‌های خود را بیاموزند؛ به دلایل واضح نسبت به درمان **vivo** ایمن‌تر است و از روش‌های خیالی واقع بینانه‌تر است. یک متاآنالیز انجام شده بر روی کارآزمایی‌های بالینی با استفاده از VRET برای درمان افراد مبتلا به

ترس از ارتفاع یا ترس از عنکبوت، اثراتی را بر رفتارهای فوبیکی که با رفتار درمانی دیده می‌شود، نشان داد (مورینا، ایجنتما، مایربروکر و املکمپ، ۲۰۱۵). با توجه به رشد سریع در دسترس بودن این نوع فناوری، این احتمال وجود دارد که VRET به طور فزاینده‌ای برای درمان فوبیای خاص مورد استفاده قرار گیرد.

غرقه‌سازی

یک تکنیک رفتاری که در آن درمانجو با قرار گرفتن در موقعیت ترسناک به طور کامل در احساس اضطراب غوطه‌ور می‌شود.

غرقه‌سازی در بدن

یک تکنیک رفتاری که در آن درمانجو در موقعیت واقعی ترسناک غوطه‌ور است.

غرقه‌سازی خیالی

یک تکنیک رفتاری که در آن درمانجو از طریق تخیل در موقعیت ترسناک غوطه‌ور می‌شود.

درمان شناختی-رفتاری برای فوبیای خاص بر کمک به درمانجو برای یادگیری روش‌های سازگارانه‌تر تفکر در مورد موقعیت‌ها و اشیای تهدیدکننده قبلی از طریق به چالش کشیدن باورهای غیرمنطقی او در مورد محرک‌های ترسناک متمرکز است. به عنوان مثال، یک درمانگر ممکن است به یک مرد جوان مبتلا به فوبیای آسانسور نشان دهد که عواقب فاجعه‌باری که او معتقد است در اثر سوار شدن در آسانسور به وجود خواهد آمد غیر واقعی و اغراق‌آمیز است. درمانجو هم‌چنین می‌تواند تکنیک «صحبت کردن با خودش» را بیاموزد در حالی که در این موقعیت به خود می‌گوید ترس‌هایش مضحک هستند، واقعا اتفاق بدی نمی‌افتد و خیلی زود به مقصد می‌رسد.

اختلال اضطراب اجتماعی

ویژگی اولیه اختلال اضطراب اجتماعی ترس از تحقیر یا خجالت در مقابل افراد دیگر است. این اختلال فراتر از نگرانی‌های معمولی است که ممکن است افراد در مورد احمق به نظر رسیدن یا اشتباه کردن در حین اجرا داشته باشند و حتی افراد را از خوردن یا نوشیدن در مقابل دیگران مضطرب می‌کند. بنابراین، ترس از افراد دیگر نیست (فوبیا نیست)، بلکه بیش‌تر از آن چیزی است که دیگران ممکن است در مورد فرد فکر کنند. در DSM-IV-TR، این اختلال به عنوان فوبیای اجتماعی نامیده شد. نام آن در DSM-۵ با «فوبیای اجتماعی» در پرانتز تغییر یافت.

شیوع اختلال اضطراب اجتماعی در طول زندگی ۱۲٫۱٪ در ایالات متحده است که از نظر اختلالات اضطرابی پس از فوبیای خاص در رتبه دوم قرار دارد. نزدیک به ۳۰ درصد از ۶٫۸ درصد افرادی که این اختلال را در یک دوره ۱۲ ماهه تجربه می‌کنند، مواردی دارند که شدید تلقی می‌شوند (کسلر، برگلوند، و همکاران، ۲۰۰۵).

آنچه در DSM-۵ وجود دارد

تعریف و طبقه‌بندی اختلالات اضطرابی

DSM-۵ از تغییرات عمده در تعریف و طبقه‌بندی اختلالات اضطرابی پرده‌برداری کرد. آگورافوبیا به یک اختلال جداگانه تبدیل شد، دقیقاً همان‌طور که اکنون در ICD-۱۰ وجود دارد. علاوه بر این، فوبیای اجتماعی در DSM-IV-TR به اختلال اضطراب اجتماعی تغییر نام داد. این تغییر نشان‌دهنده این واقعیت است که اختلال اضطراب اجتماعی یک فوبیا به معنای ترس از افراد دیگر نیست، اگرچه «فوبیای اجتماعی» هنوز در پرانتز ظاهر می‌شود. اختلال وسواس اجباری (OCD) با اختلال بدشکلی بدن، اختلال احتکار، تریکوتیلومانیا (کشیدن بیش از حد مو) و برداشتن پوست دسته‌بندی می‌شود. اختلالات استرس حاد و پس از سانحه به دسته خود به نام «تروما و اختلالات مرتبط با استرس» منتقل شدند. در نهایت، چندین اختلال که قبلاً در گروهی که در دوران کودکی منشا می‌گرفتند (نامی که اکنون حذف شده است) به گروه اختلال اضطراب منتقل شدند.

نظریه‌ها و درمان اختلال اضطراب اجتماعی

برخی از محققان معتقدند که زیربنای بیولوژیکی اختلال اضطراب اجتماعی ممکن است به مکانیزم‌های تا حدی ارثی مرتبط باشد (استین و گلرنتر، ۲۰۱۴). از این منظر، اضطراب شدیدی که فرد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تجربه می‌کند، اساساً نوعی خجالتی شدید همراه با ویژگی شخصیتی روان رنجورخویی است. مناطق مغز مربوط به توجه در نتیجه این صفات، به طور مستقیم یا غیرمستقیم، تغییر می‌کنند. طبق این دیدگاه، افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بیش از حد بر خود متمرکز می‌شوند و بنابراین در میزان نگاه انتقادی دیگران به آن‌ها اغراق می‌کنند.

از بین داروهای احتمالی که می‌توان برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی استفاده کرد، مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین یا نوراپی نفرین (SSRIs و SNRIs) دارای بیش‌ترین اثربخشی هستند. سایر داروهایی که ممکن است موثر باشند نیز دارای معایب قابل توجهی هستند. بنزودیازپین‌ها پتانسیل قابل توجهی برای سوء مصرف دارند. علاوه بر این، آن‌ها در واقع ممکن است در درمان که شامل روش‌های روان‌شناختی مانند قرار گرفتن در موقعیت‌های ترسناک است،

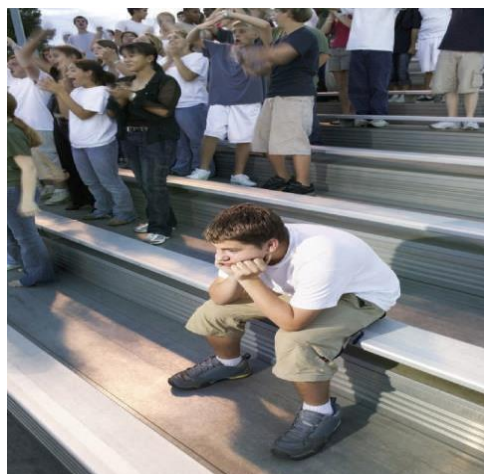
تداخل داشته باشند. MAOIها، که هم‌چنین می‌توانند به طور موثر علائم اضطراب اجتماعی را مدیریت کنند، دارای عوارض جانبی بالقوه خطرناکی هستند (یورستاد اشتاین و هایمبرگ، ۲۰۰۹). در میان رویکردهای روانشناختی، دیدگاه شناختی-رفتاری افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را قادر به دستیابی به دیدگاهی واقع‌بینانه از نحوه درک واقعی دیگران از آن‌ها نمی‌داند. مانند سایر اشکال درمان شناختی-رفتاری، پزشک از این منظر تلاش می‌کند تا افکار درمانجو را در ترکیب با مواجهه واقعی یا خیالی قالب‌بندی کند.

در ارتباط با رویکرد شناختی-رفتاری، دیدگاه اختلال اضطراب اجتماعی به عنوان منعکس‌کننده ترس اصلی از تعامل با افراد جدید در موقعیت‌های جدید است. محققانی که در این مدل شبکه‌ای کار می‌کنند، به‌جای این‌که علائم مختلف این اختلال را به عنوان منشا مستقل ببینند، بر این باورند که ترس‌های خاص (مانند ناتوانی در نگاه کردن به افراد جدید در چشم یا انجام آزمایش در مقابل دیگران) ممکن است همه با هم از طریق یک ارتباط مرکزی با آن ترس اصلی از غریبه‌ها مرتبط باشد. به دنبال این رویکرد، درمان سعی می‌کند مجموعه اصلی ترس‌ها را درمان کند، که پس از آن بر علائم محیطی‌تر اثر آبخاری خواهد داشت (هیرن و مک نالی، ۲۰۱۸).

با این وجود، درمان اختلال اضطراب اجتماعی می‌تواند به طور خاص چالش‌برانگیز باشد، زیرا درمانجویان ممکن است تمایل داشته باشند خود را از نظر اجتماعی منزوی کنند و بنابراین فرصت‌های کم‌تری برای قرار گرفتن در موقعیت‌های چالش‌برانگیز در طول زندگی روزمره خود دارند. پس از آن، اختلال در مهارت‌های اجتماعی آن‌ها ممکن است باعث شود که واکنش‌های منفی دیگران را تجربه کنند، بنابراین ترس آن‌ها را تایید می‌کند. متأسفانه، محققانی که سعی در استفاده از VRET دارند، سناریوهای مجازی را کم‌تر از درمان فویب‌های خاص موثر می‌دانند. اگرچه قرار گرفتن در معرض مجازی ممکن است پاسخ‌های مشابهی را مانند مواجهه درون بدنی با موقعیت‌های اجتماعی برانگیزد، اما زمانی که نوبت به بازنمایی آن موقعیت‌های اجتماعی در درمان می‌شود، افراد باید در معرض مخاطب واقعی قرار گیرند (اونز و بیدل، ۲۰۱۵).

برای درمانجویانی که به روان درمانی یا دارو پاسخ نمی‌دهند، نشانه‌های امیدوارکننده‌ای در مورد مزایای روش‌های جایگزین، از جمله مصاحبه انگیزشی، درمان پذیرش و تعهد، و ذهن آگاهی/مدیتیشن وجود دارد. عنصر مشترک آن‌ها که در CBT نیز وجود دارد، تمرین عقب‌نشینی

از موقعیت‌ها برای شناسایی و به چالش کشیدن افکار خودکار است (کوچوفسکی و همکاران، ۲۰۱۵).



اختلال اضطراب اجتماعی با جلوگیری از شرکت در فعالیت‌های اجتماعی که معمولاً از آن لذت می‌برد، باعث ناراحتی می‌شود.

Comstock/age fotostock©

اختلال هراس و آگورافوبیا

در DSM-IV-TR، آگورافوبیا تشخیصی جدا از اختلال هراس در نظر گرفته نمی‌شد. DSM-5، مطابق با تحقیقات در حال ظهور و ICD، اکنون این دو اختلال را از هم جدا می‌کند، اگرچه در صورتی که فرد معیارهای هر دو را داشته باشد، ممکن است هر دو تشخیص داده شوند. ما آن‌ها را در یک بخش ارائه می‌کنیم زیرا اکثر تحقیقات در مورد نظریه‌ها و درمان بر اساس طبقه‌بندی تشخیصی DSM-IV-TR انجام شده است.

اختلال هراس

یک اختلال اضطرابی که در آن فرد به صورت مکرر دچار حملات پانیک می‌شود یا نگرانی و دلواپسی دائمی در مورد احتمال حملات مکرر دارد.

حملات پانیک

دوره‌ای از ترس شدید و ناراحتی جسمی همراه با این احساس که فرد در حال غرق شدن است و در شرف از دست دادن کنترل است.

آگورافوبیا

اضطراب شدید ناشی از مواجهه واقعی یا پیش-بینی شده با موقعیت-هایی که در آن افراد ممکن است در صورت ناتوانی نتوانند کمک دریافت کنند.

اختلال هراس افراد مبتلا به اختلال هراس دوره‌هایی از ناراحتی فیزیکی شدید را تجربه می‌کنند که به عنوان حملات پانیک شناخته می‌شوند. در طول حمله پانیک، فرد احساس می‌کند تحت تاثیر طیفی از احساسات فیزیکی بسیار ناخوشایند قرار می‌گیرد. این‌ها می‌توانند شامل دیسترس تنفسی (تنگی نفس، نفس نفس زدن، احساس خفگی)، اختلالات خودمختار (تعریق، ناراحتی معده، لرزش یا ارتعاش، تپش قلب) و ناهنجاری‌های حسی (سرگیجه، بی حسی یا گزگز) باشند. در طول حمله پانیک، افراد ممکن است احساس کنند که دارند «دیوانه می‌شوند» یا کنترل خود را از دست می‌دهند. DSM-۵ شامل مشخص کننده‌هایی برای حملات پانیک است که ماهیت علائمی را که فرد تجربه می‌کند، مانند تپش قلب، عرق کردن، لرزش، درد قفسه سینه، حالت تهوع، لرز، ترس از «دیوانه شدن» و ترس از مردن را نشان می‌دهد. از این علائم، تپش قلب («تپش قلب») و سرگیجه به عنوان شایع‌ترین مورد گزارش شده است (کراسکه و همکاران، ۲۰۱۰).

داشتن یک حمله پانیک گاه به گاه برای توجیه تشخیص اختلال پانیک کافی نیست. برای برآورده شدن معیارهای تشخیصی، حملات پانیک باید به طور مکرر رخ دهد و با ترس از ابتلا به دیگری همراه باشد. افراد مبتلا به این اختلال همچنین ممکن است رفتارهای اجتنابی داشته باشند و از موقعیت‌هایی که ممکن است حمله پانیک دیگری رخ دهد دوری کنند.

آگورافوبیا در آگورافوبیا، فرد احساس ترس یا اضطراب شدیدی می‌کند که ناشی از مواجهه واقعی یا پیش‌بینی شده در موقعیت‌هایی مانند استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی، قرار گرفتن در یک فضای بسته مانند تئاتر یا فضای باز مانند پارکینگ، و تنها بودن در خارج از خانه است. افراد مبتلا به آگورافوبیا نه از خود موقعیت‌ها، بلکه از این احتمال می‌ترسند که در صورت داشتن علائمی شبیه به هراس یا سایر علائم شرم‌آور یا ناتوان کننده در آن موقعیت‌ها، نتوانند کمک دریافت کنند یا فرار کنند. ترس یا اضطراب آن‌ها با خطر واقعی که ممکن است با آن مواجه شوند، تناسب ندارد. اگر نتوانند از این موقعیت اجتناب کنند، به شدت مضطرب و ترسناک می‌شوند و برای کنار آمدن با آن شرایط، ممکن است نیاز به حضور یک همراه داشته باشند. مانند سایر اختلالات روانی، این علائم باید در طول زمان (در این مورد حداقل ۶ ماه) باقی بمانند، باعث ناراحتی قابل توجهی شوند و به دلیل اختلال روانی یا پزشکی دیگری نباشند.

حملات پانیک تا حدودی رایج است زیرا تخمین زده می‌شود که در ۲۰ درصد یا بیش‌تر از بزرگسالان رخ دهد. اختلال پانیک شیوع بسیار کم‌تری در طول عمر دارد که بین ۳ تا ۵ درصد است. در انواع مطالعات، تنظیمات و معیارهای تشخیصی، تقریباً ۲۵ درصد از افرادی که دارای اختلال هراس DSM-۵ با سندرم آگورافوبیا هستند، معیارهای تشخیصی را برای آگورافوبیا به تنهایی برآورده می‌کنند (ویچن و همکاران، ۲۰۱۰).

نظریه ها و درمان اختلال هراس و آگورافوبیا محققانی که نقش بیولوژیکی در اختلال هراس را مطالعه می‌کنند، بر نوراپی نفرین، انتقال دهنده عصبی که به آماده‌سازی بدن برای واکنش به موقعیت‌های استرس‌زا کمک می‌کند، تمرکز می‌کنند. سطوح بالاتر نوراپی نفرین می‌تواند فرد را بیش‌تر در معرض ترس، اضطراب و وحشت قرار دهد. سروتونین هم‌چنین ممکن است در افزایش احتمال ابتلای فرد به اختلال هراس نقش داشته باشد، زیرا کمبود سروتونین با اضطراب مرتبط است (لایم، نات و لینگفورد-هیوز، ۲۰۱۱). علاوه بر این، طبق **نظریه حساسیت اضطرابی**، افرادی که دچار اختلال هراس می‌شوند، واکنش بیش‌تری نسبت به حضور دی اکسید کربن در خون دارند. از این رو، به دلیل احساس خفگی، احتمال وحشت آن‌ها بیش‌تر است (پرز بنیتز و همکاران، ۲۰۰۹).

موثرترین داروهای ضد اضطراب برای اختلال هراس و آگورافوبیا، بنزودیازپین‌ها هستند که دسترسی به انتقال‌دهنده عصبی مهاری GABA را افزایش می‌دهند. با این حال، از آنجایی که بنزودیازپین‌ها می‌توانند منجر به وابستگی درمانجویان به آن‌ها یا سوء استفاده از آن‌ها شوند، پزشکان ممکن است ترجیح دهند SSRI یا SNRI را تجویز کنند (پولاک و سایمون، ۲۰۰۹).

از دیدگاه شرطی‌سازی کلاسیک، اختلال هراس ناشی از **واکنش‌های ترس شرطی** است که در آن فرد احساسات بدنی مانند دشواری تنفس را با خاطرات آخرین حمله پانیک مرتبط می‌کند و باعث ایجاد یک حمله پانیک تمام عیار می‌شود. مدل شناختی-رفتاری پیشنهاد می‌کند که افراد مبتلا به اختلال پانیک، با احساس شروع احساسات ناخوشایند حمله پانیک (از دست دادن نفس)، باور کنند که غیرقابل پیش‌بینی و غیرقابل کنترل است و نمی‌توانند آن را متوقف کنند (وایت، قهوه‌ای، سامرز). و بارلو، ۲۰۰۶).

نظریه حساسیت

اضطرابی

این باور که اختلال هراس تا حدودی ناشی از تمایل به تفسیر تظاهرات شناختی و جسمی استرس و اضطراب به شیوه‌ای فاجعه آمیز است.

واکنش‌های ترس

شرطی

ارتباط اکتسابی بین یک نشانه داخلی یا خارجی و احساس اضطراب شدید.

افراد مبتلا به اختلال هراس و آگورافوبیا علاوه بر تمایل آن‌ها برای اجتناب از احساسات ناخوشایند مرتبط با این تجربیات، ممکن است ویژگی‌های شخصیتی داشته باشند که علائم آن‌ها را تشدید می‌کند، از جمله سطوح بالای روان رنجورخویی و سطوح پایین برون‌گرایی (زولیانی، مارتین سانتوس، ناردی، و فریر، ۲۰۱۷). علاوه بر هر گونه مواجهه قبلی با موقعیت‌های اضطراب‌زا، تمایل آن‌ها به نشخوار فکری، اجتناب از ابراز احساسات شدید و منزوی شدن ممکن است به تداوم علائم آن‌ها کمک کند. (اسپین‌هوون، ون همرت، و پنینکس، ۲۰۱۷).

یک مورد کوچک

اختلال هراس و آگورافوبیا

فریدا یک زن لاتین دگرجنس‌گرای مجرد ۳۱ ساله است. او قبلاً یک راننده تحویل بوده است که به دلیل حملات پانیک مکرر که باعث ترس او از رانندگی شده است، به دنبال درمان بود. او از احتمال حمله در حین کارش آنقدر ترسیده است که درخواست مرخصی پزشکی کرده است. اگرچه در ابتدا با همراهی مادرش خانه را ترک می‌کرد، اما اکنون تحت هیچ شرایطی نمی‌تواند بیرون برود و خانواده‌اش نگران این هستند که او کاملاً گوشه‌گیر شود.



در تمدد اعصاب، بیماران تکنیک‌های مختلفی را یاد می‌گیرند که بر تنفس و آرامش تمرکز دارند تا بر علائم فیزیولوژیکی اضطراب غلبه کنند.

PhotoAlto/John Dowland/Getty Images©

اختلال اضطراب فراگیر

یک اختلال اضطرابی که با اضطراب و نگرانی مشخص می‌شود که با یک شی، موقعیت یا رویداد خاص مرتبط نیست، اما به نظر می‌رسد ویژگی ثابت وجودی روزانه یک فرد باشد.

آموزش تمدد اعصاب

یک تکنیک رفتاری مورد استفاده در درمان اختلالات اضطرابی که شامل پیشرونده و منظم تنش و آرامش عضلات است.

درمان کنترل هراس (PCT)

درمانی که شامل بازسازی شناختی، قرار گرفتن در معرض نشانه‌های بدنی مرتبط با حملات پانیک و بازآموزی تنفس است.

آموزش تمدد اعصاب یکی از تکنیک‌های رفتاری است که برای کمک به درمانجویان برای کنترل واکنش‌های بدنی که در حملات پانیک رخ می‌دهد استفاده می‌شود. پس از تمرین، درمانجو باید بتواند در هنگام مواجهه با یک موقعیت ترسناک، تمام بدن را آرام کند. رویکرد دیگر بر تنفس متمرکز است. به درمانجو دستور داده می‌شود که عمداً نفس نفس بزند و سپس تنفس آهسته را شروع کند، پاسخی که با هیپرونتیلیاسیون ناسازگار است. پس از این آموزش، درمانجو می‌تواند با اولین علائم هیپرونتیلیاسیون، تنفس آهسته را شروع کند. این روش علاوه بر تغییر خود پاسخ، به درمانجویان این امکان را می‌دهد که احساس کنند می‌توانند به طور داوطلبانه روی ایجاد یک حمله پانیک کنترل داشته باشند. در روشی که به عنوان درمان کنترل هراس (PCT) شناخته می‌شود، درمانگر آموزش تنفس، آموزش روانی، و بازسازی شناختی را برای کمک به افراد برای تشخیص و در نهایت کنترل نشانه‌های بدنی مرتبط با حملات پانیک ترکیب می‌کند (هوفمن، ریف، و اشپیگل، ۲۰۱۰).

اختلال اضطراب فراگیر

ویژگی کلیدی اختلال اضطراب فراگیر این است که برخلاف اختلالاتی که تاکنون در مورد آن‌ها آموخته‌اید، تمرکز خاصی ندارد. افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اغلب اوقات احساس اضطراب می‌کنند، حتی اگر نمی‌توانند دقیقاً دلیل این احساس را بیان کنند. علاوه بر این، آن‌ها بسیار نگران هستند و با نگرانی انتظار دارند که بدترین اتفاق برای آن‌ها بیفتد. علائم آن‌ها طیفی از تجربیات جسمی و روانی از جمله بی‌قراری عمومی، اختلالات خواب، احساس خستگی، تحریک‌پذیری، تنش عضلانی و مشکل تمرکز را در بر می‌گیرد، تا جایی که ذهن آن‌ها خالی می‌شود. آن‌ها تلاش می‌کنند تا نگرانی‌های خود را مهار کنند زیرا نمی‌توانند شرایط خاصی را که دلیل ناراحتی آن‌ها است مشخص کنند و کنترل نگرانی برایشان دشوار است.

در ماهیت اختلال اضطراب فراگیر بین افراد مسن و جوان تفاوت‌هایی وجود دارد. افراد مسن بیش‌تر نگران سلامت خود و خانواده خود هستند و بزرگسالان جوان بیش‌تر نگران آینده خود و سایر افراد هستند. بزرگسالان مسن‌تر نیز اختلالات خواب بیش‌تری نشان می‌دهند، کم‌تر به دنبال اطمینان

می‌گردند و میزان افسردگی و شدت بیش‌تری را همراه با اضطرابشان نشان می‌دهند (آلتونوز و همکاران، ۲۰۱۸).

اختلال اضطراب فراگیر دارای شیوع مادام‌العمر ۵٫۷ درصد است. در طی یک دوره ۱۲ ماهه، شیوع ۳٫۱ درصد گزارش شده است. از این موارد، ۳۲ درصد به عنوان شدید طبقه‌بندی می‌شوند (کسلر، برگلوند، و همکاران، ۲۰۰۵).

یک مورد کوچک

اختلال اضطراب فراگیر

چین یک زن ۳۲ ساله دگرجنس‌گرای کره‌ای و مادر دو فرزند است که به تنهایی فرزندانش را بزرگ می‌کند. او به دنبال کمک حرفه‌ای برای احساسات طولانی مدت خود از اضطراب است. علی‌رغم این که زندگی شخصی و مالی او نسبتاً باثبات است، بیش‌تر اوقات نگران است که مشکلات مالی برایش پیش بیاید، فرزندانش بیمار شوند و اوضاع سیاسی کشور زندگی او و فرزندانش را دشوارتر کند. اگرچه او سعی می‌کند به این نگرانی‌های بیش از حد فکر نکند، اما کنترل نگرانی خود را عملاً غیرممکن می‌داند. او بیش‌تر اوقات احساس ناراحتی و تنش می‌کند و گاهی اوقات تنش او چنان شدید می‌شود که شروع به لرزیدن و عرق کردن می‌کند. برای او خوابیدن در شب مشکل است. در طول روز او بی‌قرار، مضطرب و پرتنش است. او با متخصصان مختلف پزشکی مشورت کرده است که هر یک از آن‌ها قادر به تشخیص مشکل فیزیکی نبوده‌اند.

نظریه‌ها و درمان اختلال اضطراب فراگیر نظریه‌های مبتنی بر بیولوژیکی اختلال اضطراب فراگیر بر اختلالات در سیستم‌های GABA، سروتونرژیک و نورآدرنرژیک تمرکز دارند (نات و مالیزیا، ۲۰۰۱). پشتیبانی از این تصور که یک مولفه بیولوژیکی در اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد، یافتن همپوشانی آسیب‌پذیری ژنتیکی با ویژگی شخصیتی روان رنجورخویی است (به فصل «ارزیابی» مراجعه کنید). به عبارت دیگر، افرادی که مستعد ابتلا به این اختلال هستند، سبک شخصیت روان رنجور زمینه‌ای را به ارث برده‌اند (هتما، پرسکات و کندلر، ۲۰۰۴).

درمان شناختی-رفتاری بر این فرض استوار است که اضطراب افراد مبتلا به این اختلال ناشی از تحریفات شناختی در تفسیر آن‌ها از ناراحتی‌های جزئی زندگی است (برکوک و روسیو، ۲۰۰۱). پزشکان با استفاده از این رویکرد تلاش می‌کنند تا با کمک به درمانجویان یاد بگیرند که چگونه افکار مضطرب را تشخیص دهند، به دنبال جایگزین‌های منطقی‌تر برای نگرانی باشند و برای آزمایش این جایگزین‌ها، چرخه افکار و نگرانی‌های منفی را بشکنند. هنگامی که چرخه نگرانی شکسته شد، فرد می‌تواند احساس کنترل بر رفتار نگران‌کننده داشته باشد و بهتر می‌تواند افکار مضطرب را در زمانی که تهدیدکننده است، کنترل کند و کاهش دهد.

وسواس

یک فکر، کلمه، عبارت یا تصویر ناخواسته که به طور مداوم و مکرر به ذهن فرد می‌آید و باعث ناراحتی می‌شود.

اجبار

رفتاری تکراری و به ظاهر هدفمند که در پاسخ به اغراض غیرقابل کنترل یا بر اساس مجموعه‌ای از قوانین آیینی یا کلیشه‌ای انجام می‌شود.

اختلال وسواس اجباری

(OCD)

یک اختلال اضطرابی که با وسواس‌های مکرر یا اجبارها مشخص می‌شود که به طور غیرمنتظره زمان‌بر هستند یا باعث ناراحتی یا اختلال قابل توجهی می‌شوند.

یکی دیگر از عوامل ترکیب‌کننده در اختلال اضطراب فراگیر ممکن است ناتوانی فرد در تحمل عدم اطمینان یا ابهام باشد. نتایج بسیاری از موقعیت‌های رایج در زندگی در واقع مبهم است. افراد مبتلا به این اختلال به دنبال کاهش عدم اطمینان با تلاش برای دانستن این که دقیقا چه اتفاقی خواهد افتاد، بدون در نظر گرفتن این واقعیت که همیشه نمی‌توان نتیجه هر موقعیتی را دانست، به دنبال کاهش عدم اطمینان هستند. درمان شناختی-رفتاری می‌تواند برای کمک به افراد مبتلا به این اختلال برای پذیرش چنین ابهاماتی مفید باشد (بومیا و همکاران، ۲۰۱۵).

بنابراین، درمان شناختی-رفتاری روش انتخابی در درمان افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در نظر گرفته می‌شود، به ویژه به این دلیل که از عوارض جانبی بالقوه منفی داروهای ضد اضطراب جلوگیری می‌کند. محققان به بررسی تغییرات در رویکرد شناختی-رفتاری اولیه ادامه می‌دهند تا به افراد مجموعه وسیع‌تری از گزینه‌ها را ارائه دهند. تصور می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) دارای مکانیزم‌های مشابه با CBT است و شواهدی را به عنوان یک درمان مستقل برای اختلالات اضطرابی مختلف به دست می‌آورد (آرچ و همکاران، ۲۰۱۲).

۲,۸ اختلالات وسواس اجباری و مرتبط

وسواس، فکر، تمایل یا تصویری تکرار شونده و مداوم است که فرد آن را به عنوان مزاحم و ناخواسته تجربه می‌کند. افراد سعی می‌کنند وسواس را نادیده بگیرند یا سرکوب کنند یا با درگیر شدن در فکر یا عمل دیگری آن را خنثی کنند. فکر یا عملی که فرد برای خنثی کردن وسواس از آن استفاده می‌کند، به عنوان یک اجبار، یک رفتار تکراری یا عمل ذهنی شناخته می‌شود که فرد احساس

می‌کند بر اساس قوانین سفت و سخت انجام می‌دهد. با این حال، اجبارها نباید با وسواس همراه شوند.

در اختلال وسواس فکری-اجباری (OCD)، افراد یا وسواس یا اجبار را به حدی تجربه می‌کنند که انجام فعالیت‌های روزانه‌شان برایشان مشکل است. به عنوان بخشی از این اختلال، آن‌ها ممکن است ناراحتی یا اختلال قابل توجهی را در توانایی خود در کار و داشتن یک زندگی خانوادگی یا اجتماعی رضایت بخش تجربه کنند.

رایج‌ترین اجبارهایی که افراد مبتلا به OCD تجربه می‌کنند، رفتارهای مکرر مانند شستن و تمیز کردن، شمارش ارقام، مرتب کردن ارقام، بررسی یا درخواست اطمینان است. این اجبارها ممکن است به شکل تشریفات ذهنی نیز ظاهر شوند، مانند شمردن تا یک عدد معین هر بار که فرد فکر ناخواسته‌ای داشته باشد. برخی از افراد مبتلا به OCD تیک‌هایی را تجربه می‌کنند که اعمال حرکتی غیرقابل کنترلی مانند انقباضات، صداها و گریس‌های صورت است.

به طور کلی، به نظر می‌رسد چهار بعد عمده از علائم OCD وجود دارد. این‌ها نیاز به تقارن، نظم، و پاکیزگی و ذخیره ارقام به ظاهر بی‌فایده هستند (متیکس کلس، روزاریو-کامپو و لکمن، ۲۰۰۵). جدول ۲ مواردی را از فهرست چک لیست علائم وسواس فکری اجباری ییل براون فهرست می‌کند، ابزاری که معمولاً برای ارزیابی افراد مبتلا به OCD استفاده می‌شود.

OCD شیوع مادام‌العمری در ایالات متحده دارد که ۱٫۶ درصد تخمین زده می‌شود و طبق سازمان بهداشت جهانی یکی از ۱۰ بیماری ناتوان کننده اصلی است (ویل و رابرتز، ۲۰۱۴). یک درصد شیوع ۱۲ ماهه است که کمی کمتر است و حدود نیمی از آن‌ها شدید در نظر گرفته می‌شوند (کسلر، برگلوند و همکاران، ۲۰۰۵). افراد بسیار بیش‌تری نسبت به کسانی که واقعا مبتلا به OCD هستند، به دنبال درمان برای علائم مشابه آن هستند (لکمن و همکاران، ۲۰۱۰).

نظریه‌ها و درمان اختلال وسواس فکری-اجباری

با توجه به نقش عمده‌ای که اقدامات حرکتی مانند تمیز کردن و دستور دادن در OCD ایفا می‌کنند، ناهنجاری‌ها در گانگلیون‌های قاعده‌ای که نواحی زیر قشری مغز هستند که در کنترل حرکتی نقش دارند، مدت‌ها تصور می‌شد که نمایانگر مبنای بیولوژیکی این بیماری است. اعتقاد

بر این بود که ناتوانی قشر جلوی پیشانی مغز در سرکوب ایده‌ها، تصاویر یا خواسته‌های ناخوشایند یکی دیگر از عوامل موثر در علائم حرکتی است. این فرضیه‌ها اکنون توسط داده‌های اسکن مغز پشتیبانی می‌شوند، که نشان‌دهنده افزایش فعالیت در گانگلیون‌های پایه و لوب‌های فرونتال، مراکز کنترل حرکتی مغز است (کوکی و همکاران، ۲۰۱۲).

موثرترین درمان بیولوژیکی برای OCD، کلومیپرامین (یک ضد افسردگی سه حلقه‌ای) یا یک SSRI مانند فلوکستین یا سرتالین است (کلنر، ۲۰۱۰). در موارد شدید که هیچ روش درمانی دیگری باعث تسکین علائم نمی‌شود، افراد مبتلا به OCD ممکن است با جراحی روانی درمان شوند. به عنوان مثال، تحریک عمیق مغز به نواحی فعال در کنترل حرکتی می‌تواند با کاهش فعالیت قشر جلوی پیشانی مغز به تسکین علائم کمک کند، که به نوبه خود ممکن است به کاهش فراوانی افکار وسواسی کمک کند (لژن و همکاران، ۲۰۱۰).

یک مورد کوچک

اختلال وسواس اجباری، با بینش ضعیف

سزار یک دانش‌آموز پسر مکزیکایی آمریکایی ۱۶ ساله دبیرستانی است. یکی از معلمان او که از ترس غیرمنطقی سزار از خطر ناشی از پریز برق در جلوی کلاس نگران شده بود، او را برای معالجه معرفی کرد. سزار هر روز به معلم التماس می‌کرد که پریز را خاموش کند تا کسی هنگام عبور از کنارش دچار برق‌گرفتگی نشود. معلم به سزار اطمینان داده بود که ترس او بی مورد است، اما او چنان نگران بود که هر زمان که وارد کلاس می‌شد یا از کلاس خارج می‌شد، احساس می‌کرد مجبور می‌شود پریز را با چراغ قوه چک کند تا مطمئن شود که سیم‌های شل شده دیده نمی‌شود. او فقط در طول کلاس می‌توانست به پریز فکر کند.

جدول ۲ موارد نمونه از چک لیست علائم وسواس فکری-اجباری ییل براون

مقیاس	اقدام نمونه
وسواس‌های تهاجمی	ترس ممکن است به خود آسیب برساند ترس از محو کردن موارد زشت ترس مسئول اتفاق وحشتناک دیگری خواهد بود (مانند آتش سوزی، دزدی).

وسواس آلودگی	نگرانی یا انزجار از مواد زائد یا ترشحات بدن (مانند ادرار، مدفوع، بزاق) توسط مواد چسبنده یا باقی مانده‌ها اذیت می‌شود
وسواس جنسی	افکار، تصاویر یا تکانه‌های جنسی ممنوع یا منحرف رفتار جنسی با دیگران (پرخاشگرانه)
وسواس‌های احتکار/پس انداز	تمایز از سرگرمی‌ها و نگرانی در رابطه با اشیای با ارزش پولی یا عاطفی
وسواس‌های مذهبی	نگران هتک حرمت و کفر توجه بیش از حد به درست/ غلط، اخلاق
وسواس نیاز به تقارن یا دقت	همراه با تفکر جادویی (مثلا نگران این است که دیگری تصادف کند، مگر این‌که همه چیز در جای درست باشد)
وسواس‌های متفرقه	ترس از گفتن بعضی چیزها اعداد خوش شانس/بدشانس رنگ‌هایی با اهمیت ویژه ترس‌های خرافی
وسواس جسمانی	نگرانی در مورد بیماری یا مریضی نگرانی بیش از حد در مورد قسمت یا جنبه ظاهری بدن (به عنوان مثال، بدشکلی هراسی)
اجبار تمیز کردن/شستشو	شستن بیش از حد یا تشریفاتی دست دوش گرفتن بیش از حد یا تشریفاتی، حمام کردن، مسواک زدن، نظافت، یا توالت معمولی
بررسی اجبارها	چک کردن قفل، اجاق گاز، لوازم خانگی و غیره بررسی این‌که هیچ چیز وحشتناکی به خود آسیبی نرسانده است بررسی این‌که آیا در تکمیل یک کار اشتباه انجام نشده است
تکرار مناسک	بازخوانی یا بازنویسی نیاز به تکرار فعالیت‌های روتین (مانند داخل/خارج از در، بالا/پایین از صندلی)
شمارش اجبار	(حضور را بررسی کنید)

سفارش/ ترتیب دادن اجبار	(حضور را بررسی کنید)
احتکار/جمع آوری اجبار	تمایز از سرگرمی‌ها و نگرانی در رابطه با اشیای با ارزش پولی یا عاطفی (مثلا نامه های ناخواسته را با دقت می‌خواند، زباله‌ها را مرتب می‌کند)
اجبارهای متفرقه	لیست‌سازی بیش از حد نیاز به گفتن، درخواست یا اعتراف نیاز به لمس، ضربه زدن یا مالیدن مراسمی که شامل پلک زدن یا خیره شدن است

منبع: اقتباس از D. S. Charney, G. R. Heninger, P. Delgado, C. Mazure, S. A. Rasmussen, L. H. Price, W. K. Goodman, و
(۱۹۸۹)، «مقیاس وسواسی-اجباری Yale-Brown II، اعتبار» در Archives of General Psychiatry، ۴۶، ۱۰۱۲-۱۰۱۶.

دیدگاه شناختی-رفتاری در مورد OCD پیشنهاد می‌کند که الگوهای فکری ناسازگار به ایجاد و حفظ علائم OCD کمک می‌کند. افراد مبتلا به OCD ممکن است در ابتدا نسبت به رویدادهای ایجاد اضطراب در محیط خود واکنش بیش از حد نشان دهند. چنین مقدماتی ممکن است OCD را در طیفی از به اصطلاح اختلالات درونی قرار دهد که شامل سایر اختلالات اضطرابی و خلقی است که الگوی مشابهی از واکنش مبهوت کننده را به دنبال دارد (وایدیاناتان، پاتریک و کاتبرت، ۲۰۰۹). برای افراد مبتلا به OCD، این تجربیات به تصاویر آزاردهنده تبدیل می‌شوند، که سپس سعی می‌کنند با انجام مراسم اجباری آن‌ها را سرکوب یا با آن‌ها مقابله کنند. پیچیدگی علائم آن‌ها اعتقاد به خطر و معنای افکار یا «فراشناخت» آن‌ها است که افراد مبتلا به OCD را به نگرانی، نشخوار فکری تشویق می‌کند و احساس می‌کنند که باید بر هر فکر خود نظارت کنند (سولم و همکاران، ۲۰۰۹). علاوه بر این، افراد مبتلا به OCD ممکن است در ویژگی شخصیتی کمال گرایی، که جزو روان رنجورخویی است، بالا باشند، که می‌تواند به عنوان یک آسیب‌پذیری شناختی منحصر به فرد برای این اختلال در نظر گرفته شود (ناراگون-گینی و واتسون، ۲۰۱۸).

درمان شناختی-رفتاری در حال حاضر به عنوان موثرترین درمان برای OCD در نظر گرفته می‌شود (اوست، هاوون، هانسن و کواله، ۲۰۱۵). با این حال، تجزیه و تحلیل گسترده مطالعاتی که معیارهای درمان رابطه‌ای-فرهنگی (RCT) را برآورده می‌کنند، اثرات بیش‌تری را برای OCD نسبت به سایر اختلالات اضطرابی نشان می‌دهد. علاوه بر کاهش علائم هدف، درمان شناختی-رفتاری اثرات مفیدی بر کیفیت زندگی روزمره فرد داشت (کارپنتر و همکاران، ۲۰۱۸).



برخی از افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-اجباری دائما نگران میکروب‌ها و کثیفی هستند و تمایل غیر قابل مقاومتی برای تمیز کردن و ضدعفونی کردن دارند.

baona/Getty Images©

اختلال بدشکلی بدن

افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن (BDD) درگیر این ایده هستند که بخشی از بدن آن‌ها زشت یا معیوب است. مشغله آن‌ها بسیار فراتر از نارضایتی معمولی است که بسیاری از مردم در مورد اندازه و شکل بدن خود یا ظاهر یک قسمت خاص از بدن خود احساس می‌کنند. افراد مبتلا به BDD ممکن است دائما خود را بررسی کنند، خود را تا حد زیادی آراسته کنند، یا دائما به دنبال اطمینان از دیگران در مورد ظاهر خود باشند. آن‌ها لزوما خود را چاق یا بیش از حد سنگین نمی‌دانند، که هر دوی این‌ها دغدغه‌های رایج در فرهنگ‌های غربی است، اما ممکن است بر این باور باشند که ساختار بدنشان خیلی کوچک است یا به اندازه کافی عضلانی نیست.

DSM-۵ BDD را از قرارگیری قبلی آن در اختلالات اضطرابی تا گنجاندن فعلی آن با اختلالات وسواس فکری اجباری و مرتبط با آن طبقه بندی کرد. تغییر اصلی شامل رفتارهای تکراری، مانند بررسی آینه یا جستجوی اطمینان، به عنوان بخشی از معیارها بود، تغییراتی که به نظر می‌رسد دقت تشخیصی را بهبود بخشیده است (شیپر، کولی، د زوآن، و مارتین، ۲۰۱۵). جدول ۳ این نوع رفتارهای تکراری را نشان می‌دهد که شامل مواردی از نسخه اختلال بدشکلی بدن از مقیاس

اختلال بدشکلی بدن

اختلالی که در آن افراد با این تصور که قسمتی از بدنشان زشت یا معیوب است، مشغول هستند.

اختلال وسواس اجباری ییل-براون (BDD-YBOCS) است (فیلیپس، منارد، فی، و پاگانو، ۲۰۰۵).

حدود ۸۷ درصد از زنان از برخی جنبه‌های ظاهری بدن خود ناراضی هستند (موند و همکاران، ۲۰۱۳). با این حال، به طور کلی، در هر مقطع زمانی، شیوع BDD بسیار کم‌تر از ۲٫۵ درصد در زنان و ۲٫۲ درصد در مردان است. شایع‌ترین نواحی مربوط به افراد مبتلا به BDD بر اساس جنسیت متفاوت است، به طوری که مردان بیش‌تر نگران اندام و موهای نازک خود هستند و زنان با وزن و سایز باسن.

BDD اغلب با اختلال افسردگی عمده، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال وسواس فکری اجباری و اختلالات خوردن همراه است. ناراحتی درمانجویان به وضوح می‌تواند شدید شود. خودکشی کامل در میان افراد مبتلا به این اختلال ۴۵ برابر بیش‌تر از جمعیت عمومی ایالات متحده است (فیلیپس و همکاران، ۲۰۰۵).

داستان‌های واقعی

هوی مندل: اختلال وسواس فکری-اجباری

هوی مندل، کم‌دین، هنرپیشه و شخصیت تلویزیونی کانادایی، در زندگی‌نامه خود به نام دست دادن: به من دست نزن، روایتی صریح از چگونگی به شهرت رسیدن خود در حالی که از اختلال وسواس فکری-اجباری (OCD) رنج می‌برد، می‌گوید. مندل در این کتاب از دیدگاهی طنزآمیز برای توصیف تجربیات اغلب دردناک خود استفاده می‌کند. اشتیاق او به کمدی و برقراری ارتباط با مخاطبان به او کمک می‌کند تا از دوره‌های سخت گذر کند و رویکرد صادقانه و صریح او برای بحث در مورد بیماری خود در انتظار عمومی داستان او را قابل توجه می‌کند.

علاوه بر OCD، مندل در بزرگسالی به ADHD مبتلا شد و او در کتابش راه‌هایی را بازگو می‌کند که به یاد می‌آورد در دوران کودکی‌اش تحت تاثیر هر دو تشخیص قرار گرفته است. او در تورنتو، انتاریو بزرگ شد، و به یاد می‌آورد که در مدرسه مشکلات زیادی داشته است، اغلب به خاطر شوخی‌های خود یا استفاده از رفتارهای نامناسب و تکانشی در کلاس درس دچار مشکل می‌شد. او در مورد یک حادثه به خصوص ناراحت کننده در دوران کودکی می‌نویسد که در آن پشه خاکی زیر پوستش تخم گذاشته بود. مادرش به جای انجام یک روش پزشکی پرهزینه،

تصمیم گرفت خودش تخم‌ها را با قرار دادن مندل در حمام داغ و تمیز کردن پوستش تا بیرون آمدن تخم‌ها، آن‌ها را از پوستش خارج کند.

مندل توضیح می‌دهد: «حتی نمی‌توانم بگویم که این از نظر روانی با من چه کرد. تا به امروز، وقتی به آن فکر می‌کنم، می‌توانم تصویر پوستم را ببینم که حباب می‌کند. به نظر می‌رسد موجوداتی هستند که سعی می‌کنند راه خود را به زیر پوست من باز کنند، و من به سمت آن هیولاهای خزنده خزنده و خزنده‌ای که باید سوزانده شوند، برگشته‌ام. این احساسی است که هر بار که OCD من با فکر میکروب‌ها در بدنم ایجاد می‌شود، تکرار می‌شود.» مندل فاش می‌کند که محتوای اصلی وسواس‌های او حول ترس از کثیفی و آلودگی می‌چرخد، که او تا حدی آن را به آن‌چه او به عنوان توجه وسواس‌آمیز خانواده‌اش به نظافت از همان ابتدا توصیف می‌کند نسبت می‌دهد. مثلاً می‌نویسد که مادر بزرگش حتی بیرون خانه‌اش را هم تمیز می‌کرد و واکس می‌زد.

در دوران کودکی مندل هرگز متوجه نشدند که مبتلا به OCD یا ADHD است و تا زمانی که بالغ شد هیچ درمانی دریافت نکرد. او به دلیل مشکلات رفتاری از دبیرستان اخراج شد و چندین سال بعد در کنار والدینش زندگی کرد و به عنوان فرش فروش مشغول به کار شد. هنگامی که تصمیم گرفت استندآپ کمدی را در یک کلوپ کمدی محبوب در تورنتو امتحان کند، سرانجام احساس کرد راهی برای هدایت شوخ طبعی عجیب و غریب خود و رهایی از افکار وسواسی و نگرانی در مورد میکروب‌ها و آلودگی‌ها پیدا کرده است: «تمام زندگی من صرف تلاش برای جلوگیری از ورود افکار وحشتناک به سرم شده است. اگر کار نکنم به دنبال چیزی می‌گردم که وقتم را اشغال کند. این حواس‌پرتی‌ها ناگهان به من ضربه می‌زند. بسیاری از مردم به غذا، مشروبات الکلی یا مواد مخدر به عنوان ابزاری برای مقابله با مشکلات خود روی می‌آورند. داروی انتخابی من طنز است.» همان‌طور که معلوم شد، او هم‌چنین متوجه شد که یک مجری با استعداد و خوش ذوق است.

طولی نکشید که نمایش صحنه‌ای پرانرژی و گاهی عجیب و غریب مندل مورد تحسین قرار گرفت و او خیلی زود به لس آنجلس نقل مکان کرد تا حرفه بازیگری را آغاز کند و به مدت شش فصل به گروه بازیگران نمایش تلویزیونی محبوب St. Elsewhere پیوست. در این مدت او به کار در کمدی ادامه داد و چندین نقش سینمایی را ایفا کرد. بعدها به او سریال کمدی انیمیشنی به نام Bobby's World داده شد که هشت فصل پخش شد. او سپس به مدت یک فصل مجری یک برنامه تاک شو بود و مجری یک برنامه تلویزیونی با نام Deal or No Deal شد. در حین فیلمبرداری این نمایش‌ها، او با دورنمای دشوار دست دادن با مهمانان و شرکت‌کنندگان مواجه شد، که به عنوان محرکی برای نگرانی‌های وسواسی در مورد آلودگی که تمام روز همراه او بود، عمل می‌کرد. مندل چندین

استراتژی را برای مقابله با نگرانی‌های خود در مورد دست دادن با مهمانان امتحان کرد، از جمله استفاده از لوسیون آنتی‌بیوتیک، شستشو با صابون مخصوص جراحی قبل و بعد از هر دست زدن، و «با مشت دست دادن» به جای دست دادن. او در نهایت تصمیم گرفت که کلا با مهمانان دست ندهد.



©s_bukley/Shutterstock

مندل در سراسر کتاب توضیح می‌دهد که چگونه همسرش تری، که او در دبیرستان با او آشنا شد، و سه فرزندشان در طول مبارزات او با OCD از او حمایت بیش‌تری کردند.

مندل در سال ۲۰۰۶ در جریان پخش زنده برنامه رادیویی هاوارد استرن، تشخیص OCD خود را برای عموم فاش کرد و به ترویج آگاهی از این اختلال، به ویژه ADHD بزرگسالان، ادامه داد. اخیراً او به گروه بازیگران مشهور برنامه تلویزیونی محبوب America's Got Talent پیوست.

مندل علی‌رغم موفقیت عظیمش در صنعت سرگرمی، همچنان با علائم OCD دست و پنجه نرم می‌کند. اگرچه او زمانی می‌ترسید که علنی شدن مشکلش به زندگی حرفه‌ای او پایان می‌بخشد، اما در کتابش می‌نویسد که در واقع این امر او را به طرفدارانش نزدیک‌تر کرده است. داستان هوی مندل با شوخ طبعی و خودآگاهی قابل توجه خود نشان می‌دهد که چگونه فردی می‌تواند زندگی کند و حتی با یک اختلال روانی شدید به موفقیت دست یابد.

شما قضاوت کنید

جراحی روانی

همان طور که در فصل «دیدگاه های نظری» بحث کردیم، جراحی روانی به طور فزاینده ای برای ارائه ابزاری برای کنترل علائم اختلال وسواس فکری-عملی به پزشکان استفاده می شود. با این حال، مداخله جراحی تا چه حد برای کنترل بروز علائم روانی قابل توجیه است؟ این جراحی قابل برگشت نیست.

بحث در مورد جراحی روانی به اواسط قرن بیستم باز می گردد، زمانی که پزشکی به نام والتر فریمن به سراسر کشور سفر کرد و تقریباً ۱۸۰۰۰ جراحی روانی انجام داد و در آن ها لوب پیشانی بیماران روانپزشکی را از بقیه مغز آن ها جدا کرد تا رفتارهای غیرقابل کنترل آن ها را کنترل کند. آیا نسل های آینده به جراحی روانی و مداخلات مشابه به عنوان تنبیهی بیش از حد و حتی وحشیانه نگاه خواهند کرد؟ از طرف دیگر، با علائمی که بسیار شدید و ناتوان کننده هستند، آیا روشی که بتواند آن ها را کنترل کند، حتی اگر ناقص باشد، معتبر است؟ ژیل (۲۰۱۱) این مسائل را در رابطه با استفاده از اشکال رایج جراحی روانی مطرح کرد. روانپزشکان با تغییر مغز افراد از طریق چنین تکنیک های افراطی، سیستم پیچیده ای از تعاملات را که شخصیت فرد را می سازد، دستکاری می کنند. فقط به این دلیل که آن ها «کارساز هستند» و هیچ روش دیگری در حال حاضر در دسترس نیست، آیا این تغییرات دائمی در مغز فرد را توجیه می کند؟ قربانیان لکوتومی فریمن از این جهت که رفتار تسلیم تری داشتند، بهبود یافتند، اما برای همیشه تغییر کردند.

سوال: شما قضاوت کنید: آیا با استفاده از روش های دائمی که مبنای اثربخشی آن ها به صورت علمی قابل اثبات نیست، تغییر شکل دادن فرد مناسب است؟

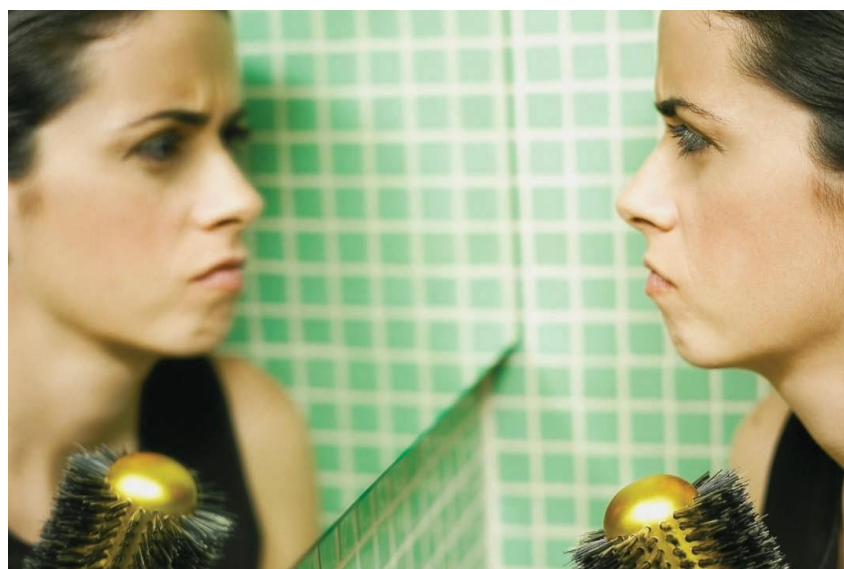
همان طور که ژیل (۲۰۱۱) نتیجه می گیرد، «سوزاندن مغز، گرم کردن، فشار دادن، انجماد، تکان دادن، بریدن و تحریک کردن مغز، یا به هر طریقی متلاطم کردن (اما نه تکان دادن) مغز بر روان تاثیر می گذارد.» (ص ۴۳).

جدول ۳ اصلاح اختلال بدشکلی بدن مقیاس وسواس اجباری ییل-براون (BDD-YBOCS)

این اصلاح مقیاس وسواس اجباری ییل-براون از معیارهای زیر برای تعیین شدت علائم مددجو در مورد نقص یا نقص‌های احتمالی بدن استفاده می‌کند:

۱. زمان اشغال شده توسط افکار مربوط به نقص بدن
۲. تداخل ناشی از افکار مربوط به نقص بدن
۳. پریشانی همراه با افکار مربوط به نقص بدن
۴. مقاومت در برابر افکار مربوط به نقص بدن
۵. درجه کنترل بر افکار مربوط به نقص بدن
۶. زمان صرف شده در فعالیت‌های مربوط به نقص بدن مانند بررسی آینه، نظافت، ورزش بیش از حد، استتار، برداشتن پوست، پرسش از دیگران در مورد نقص.
۷. تداخل ناشی از فعالیت‌های مربوط به نقص بدن
۸. پریشانی مرتبط با فعالیت‌های مربوط به نقص بدن
۹. مقاومت در برابر اجبار
۱۰. درجه کنترل بر رفتار اجباری
۱۱. بینش در ماهیت نگرانی بیش از حد در مورد نقص
۱۲. اجتناب از فعالیت به دلیل نگرانی از نقص

منبع: <http://www.veale.co.uk/wp-content/uploads/۲۰۱۰/۱۱/BDD-YBOCS-Adult.pdf>



افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن اغلب احساس می کنند که ظاهرشان بسیار ناقص تر از آن چه که دیگران واقعا می بینند است.

©Glow Images/Media Bakery

BDD جنبه های بین فرهنگی دارد. در ژاپن، این باور که ظاهر فیزیکی برای دیگران توهین آمیز است، شوبو-کیوفو نامیده می شود که زیرشاخه ای از تایجین کیوفوشو یا «ترس از روابط بین فردی» است. سندرم کورو یا suoyang («ناپدید شدن آلت تناسلی» در چینی) شامل سایر علائم BDD نیز می شود (فانگ و هافمن، ۲۰۱۰).

درمان BDD از دیدگاه بیولوژیکی شامل داروها، به ویژه SSRI ها است که می تواند علائم مرتبط با افسردگی و اضطراب و همچنین علائم وسواسی پریشانی، مشغله های بدنی و اجبار را کاهش دهد. پس از استفاده از SSRI، افراد مبتلا به BDD می توانند کیفیت زندگی و عملکرد کلی بهبود یافته را تجربه کنند و شاید بینشی در مورد اختلال خود به دست آورند (بیورنسون، دیدی، و فیلیپس، ۲۰۱۰).

از منظر روانی-اجتماعی، افراد مبتلا به BDD ممکن است در زمانی که هویت آن ها در یک دوره حیاتی شکل گیری بوده است، در مورد ظاهر خود مورد تمسخر قرار گرفته یا به روش دیگری احساس حساسیت کرده باشند. هنگامی که آن ها شروع به این باور می کنند که ظاهر بدنشان معیوب است یا از ایده آلی که آرزوی آن را دارند منحرف می شود، با این باور مشغول می شوند و

باعث ایجاد یک سری افکار ناکارآمد و رفتارهای تکراری می‌شوند. به عنوان مثال، آن‌ها ممکن است به یک ویژگی معمولی ظاهر خود، مانند اندازه کمر خود نگاه کنند، و زمانی که خود را می‌بینند، فقط کمر «بسیار بزرگ» خود را ببینند. توجه‌گزینشی آن‌ها به این قسمت بدن با این باور همراه است که احتمالاً هیچ کس نمی‌تواند آن‌ها را دوست داشته باشد، که به نوبه خود می‌تواند آن‌ها را به دوری از موقعیت‌های اجتماعی و انجام مراسمی مانند نگاه کردن در آینه و دیدن مکرر کمر خود سوق دهد.

پزشکانی که از منظر شناختی-رفتاری، بیماران مبتلا به BDD را درمان می‌کنند، بر کمک به آن‌ها برای درک این موضوع تمرکز می‌کنند که ظاهر تنها یک جنبه از هویت کلی آن‌هاست، در حالی که در عین حال آن‌ها را به چالش می‌کشند تا فرضیات خود را مبنی بر این که ظاهرشان در واقع ناقص است زیر سوال ببرند. پزشک همچنین ممکن است به این افراد کمک کند تا متوجه شوند که سایر افرادی که به آن‌ها نگاه می‌کنند ممکن است اصلاً به ظاهر آن‌ها فکر نکنند یا اگر چنین است، انتقادی نداشته باشند (نیش و ویلهلم، ۲۰۱۵).

در یک تکنیک شناختی عملی، پزشکان، درمانجویان را تشویق می‌کنند تا به خود در آینه نگاه کنند و افکار منفی خود را در مورد آن چه می‌بینند تغییر دهند (ویلهلم و همکاران، ۲۰۱۰). درمان بین فردی همچنین می‌تواند به افراد مبتلا به BDD کمک کند تا استراتژی‌های بهبود یافته‌ای را برای مقابله با پریشانی که در روابط خود با دیگران احساس می‌کنند و همچنین رفع عزت نفس پایین و خلق و خوی افسرده آن‌ها توسعه دهند (بیورنسون و همکاران، ۲۰۱۰).

یک مورد کوچک

اختلال بدشکلی بدن با بینش ضعیف

لیدیا یک زن ۶۳ ساله قفقازی مطلقه است که جراح محلی او را به کلینیک سلامت روان ارجاع داده است. در ۸ سال گذشته، لیدیا به جراحان پلاستیک در سراسر کشور مراجعه کرده است تا کسی را بیابد که برای کاهش سایز دست‌هایش که از نظر او «خیلی چاق» است، جراحی انجام دهد. تا زمانی که این جراحی را انجام ندهد، بدون پوشیدن دستکش از خانه خارج نمی‌شود. جراح پلاستیک با اعضای خانواده و دوستان لیدیا موافقت می‌کند که درک لیدیا از دستانش مخدوش است و جراحی پلاستیک نامناسب و غیرمسئولانه خواهد بود.

اختلال احتکار

افرادی که تمایلی به احتکار دارند، اغلب برای خلاص شدن از اموال خود یا جدا شدن از آن‌ها، به ویژه اگر ارزش خاصی نداشته باشند، تلاش می‌کنند. هر نوع دور انداختن، از جمله دور انداختن اشیاء، مشکلاتی را به همراه دارد. اقلامی که احتکارکنندگان معتقدند اهمیت عملی، زیبایی شناختی یا احساسی دارند، اغلب فقط کیسه‌های مواد غذایی، روزنامه‌ها یا ضایعات مواد غذایی هستند.

احتکار

اجباری که در آن افراد در کنار گذاشتن چیزها، حتی اگر ارزش کمی داشته باشند، مشکل دائمی دارند.

این افراد وقتی با دورنمای خلاص شدن از شر وسایل مواجه می‌شوند، مضطرب می‌شوند و ممکن است در نتیجه به هم ریختگی که در طول زمان ایجاد می‌شود، خانه‌هایشان غیرقابل سکونت شود. اتاق‌ها با ترکیبی از چیزهایی که واقعا ارزشمند هستند و چیزهایی که معمولا دور ریخته می‌شوند، مانند مجلات قدیمی پر می‌شوند. افرادی که مشکل احتکار دارند، بر خلاف کلکسیونرهای معمولی که وسایل خود را به سبکی روشمند مرتب می‌کنند، بدون هیچ گونه سازماندهی وسایلی را جمع-آوری می‌کنند.

از آنجایی که این اختلال به خودی خود در DSM-۵ تشخیص داده شد، تنها داده‌های شیوع موجود تخمین‌هایی از ۲ تا ۶ درصد بزرگسالان است که نویسندگان به آن اشاره می‌کنند. درصد قابل توجهی از بزرگسالان مبتلا به اختلال احتکار نیز علائم افسردگی همراه دارند (هال، تولین، فراست و استکتی، ۲۰۱۳). افراد مسنی که به اختلال احتکار مبتلا می‌شوند احتمالا از نظر جسمی و شناختی دچار اختلال می‌شوند و تاثیرات قابل توجهی را بر عملکرد روزانه خود تجربه می‌کنند (آیروز، نجمی، مایز و دوزیر، ۲۰۱۵).

به نظر می‌رسد بهترین نتایج برای درمان اختلال احتکار از یک استراتژی زیستی-روانی-اجتماعی حاصل می‌شود. SSRIها در طول تاریخ به عنوان درمان‌های بیولوژیکی مورد استفاده قرار می‌گرفته‌اند، اما محققان فکر می‌کنند که این بیماری ممکن است یک جزء عصبی-شناختی نیز داشته باشد که ممکن است با پرداختن به عملکرد شناختی از درمان سود ببرد. به عنوان مثال، کسانی که از اختلال احتکار رنج می‌برند ممکن است نوعی ADHD داشته باشند که در آن قادر به تمرکز

روی جزئیات خاصی نیستند (تولین، ۲۰۱۱). از نقطه نظر رشد، رفتار احتکار نیز به عنوان منعکس-کننده مسائل دلبستگی و بزرگ شدن در خانه‌ای با روابط سرد شناخته می‌شود (مین و همکاران، ۲۰۱۷).

به نظر می‌رسد باز دیدهای خانگی که در آن درمانگر از روش‌های شناختی-رفتاری استفاده می‌کند، امیدوارکننده‌ترین روش باشد، به ویژه در تشویق درمانجویان به دور انداختن اقلام احتکار شده خود (تولین، فراست، استیکتی، و موروف، ۲۰۱۵). کمک عملی از سوی حرکت‌دهندگان یا سازمان-دهندگان حرفه‌ای نیز ممکن است در مکمل داروها و درمان شناختی-رفتاری مفید باشد. همچنین ممکن است با دوستان، اعضای خانواده و مقامات محلی برای کمک به پاکسازی فضای زندگی فرد مشورت شود.

تریکوتیلومانی (اختلال

در کشیدن مو)

یک اختلال کنترل تکانه که شامل میل اجباری و مداوم برای کندن موهای خود است.

تریکوتیلومانی (اختلال در کشیدن مو)

تشخیص تریکوتیلومانی (اختلال در کشیدن مو) به افرادی داده می‌شود که در پاسخ به افزایش احساس تنش یا اصرار موهای خود را می‌کشند. پس از کشیدن موهای خود، احساس آرامش، لذت یا رضایت موقتی می‌کنند. افراد مبتلا به تریکوتیلومانی از رفتار غیرقابل کنترل خود ناراحت هستند و ممکن است متوجه شوند که عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های آن‌ها به دلیل این اختلال مختل شده است. آن‌ها احساس می‌کنند نمی‌توانند این رفتار را متوقف کنند، حتی زمانی که منجر به ایجاد لکه‌های طاس و از دست دادن ابروها، مژه‌ها، موهای زیر بغل و موهای ناحیه تناسلی شود. با افزایش سن، تعداد نقاط بدنی که از آن‌ها مو می‌کشند افزایش می‌یابد (فلسنر و همکاران، ۲۰۰۹).

افراد مبتلا به این اختلال در زمینه‌های زندگی، از صمیمیت جنسی گرفته تا فعالیت‌های اجتماعی، معاینات پزشکی و کوتاه کردن مو، آسیب‌های قابل توجهی را تجربه می‌کنند. آن‌ها همچنین می‌توانند به عفونت‌های پوستی، درد یا خونریزی پوست سر و سندرم تونل کارپال مبتلا شوند. از نظر روانی، ممکن است از عزت نفس پایین، شرم و خجالت، خلق و خوی افسرده، تحریک‌پذیری و مشاخره رنج ببرند. اختلالات آن‌ها در اوایل زندگی ظاهر می‌شود و تا اواسط و اواخر بزرگسالی ادامه می‌یابد (دوک، کیلی، گفکن و استورچ، ۲۰۱۰). بعضی از افراد، موهایی را که می‌کشند

می‌خورند (گران و اودلاگ، ۲۰۰۸) که در دستگاه گوارش آن‌ها می‌نشینند و باعث درد شکمی، تهوع و استفراغ، ضعف و کاهش وزن می‌شود.

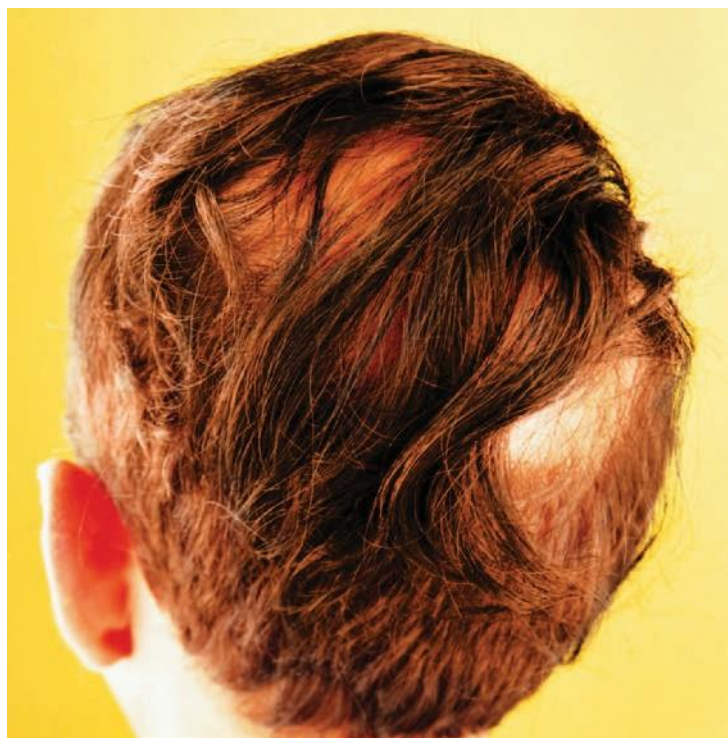
تری‌کوتیلومانی قابل تشخیص نسبتاً نادر است و میزان شیوع فعلی تخمین زده شده ۰٫۶ درصد است. با این حال، تری‌کوتیلومانی ممکن است با میزانی کم‌تر از این گزارش شده باشد، زیرا افراد مبتلا به این اختلال در مورد رفتار پنهانی هستند و تمایل دارند که فقط زمانی که تنها هستند، موها را بکشند (دوک و همکاران، ۲۰۰۹).

در DSM-IV-TR تری‌کوتیلومانی در دسته اختلالات کنترل تکانه قرار گرفت، اما در DSM-۵ به دسته‌ای رفت که شامل اختلالات وسواسی-اجباری و مرتبط است. علاوه بر این، این نام به کشیدن مو تغییر کرد، که نویسندگان DSM-۵ موافق هستند که توصیف بهتری از این اختلال نسبت به «شیدایی» است.

ممکن است دو نوع کشیدن مو وجود داشته باشد. در نوع «تمرکز»، که ممکن است یک چهارم موارد را تشکیل دهد، فرد از تمایل به کشش آگاه است و ممکن است برای اجتناب از انجام این کار، رفتارها یا تشریفاتی اجباری ایجاد کند. در کشیدن «خودکار» مو، فرد در حال کشیدن مو به کار دیگری مشغول است یا در فکر فرو می‌رود. افرادی که در دسته خودکار قرار می‌گیرند استرس و اضطراب شدیدی را تجربه می‌کنند. برای افراد در دسته متمرکز، افسردگی و ناتوانی احتمالاً همراه با استرس و اضطراب رخ می‌دهد (دوک و همکاران، ۲۰۱۰).

به نظر می‌رسد ژنتیک با تخمین ۸۰ درصد وراثت‌پذیری این اختلال، نقش مهمی در تری‌کوتیلومانی ایفا می‌کند (نواک، کوتن، استوارت و پاولز، ۲۰۰۹). ناهنجاری در یک ژن در کروموزوم ۱ به نام SLTRK۱ ممکن است در این اختلال نقش داشته باشد. این ژن هم‌چنین با اختلال تورت مرتبط است (آبلسون و همکاران، ۲۰۰۵). محققان هم‌چنین ناهنجاری‌هایی را در SAPAP۳، یک ژن مرتبط با گلوتامات، که به نوبه خود در اختلال وسواس فکری دخیل است، شناسایی کرده‌اند (زوشنر و همکاران، ۲۰۰۹). انتقال‌دهنده‌های عصبی سروتونین، دوپامین و گلوتامات به نوبه خود در ایجاد تری‌کوتیلومانی نقش دارند (دوک و همکاران، ۲۰۰۹). مطالعات تصویربرداری از مغز افراد مبتلا به تری‌کوتیلومانی نشان می‌دهد که آن‌ها هم‌چنین ممکن است ناهنجاری‌هایی در نواحی مغز

فعال در کنترل توجه، حافظه و توانایی سرکوب واکنش‌های حرکتی خودکار داشته باشند (اسلیکبور و همکاران، ۲۰۱۸).



این مرد، مانند بسیاری از کسانی که از تریکوتیلومانیا رنج می‌برند، به دلیل اصرار مکرر و غیرقابل کنترل برای کندن موهایش، دچار ریزش مو که در تصویر مشخص است شده است.

© هرمان آگوپیان/گتی ایماژ

با در نظر گرفتن این ناهنجاری‌ها در عملکرد ناقل عصبی و مغز، مدل تنظیمی تریکوتیلومانیا نشان می‌دهد که افراد مبتلا به این اختلال به دنبال یک حالت بهینه از برانگیختگی عاطفی هستند، هنگامی که کم‌تر تحریک می‌شوند، تحریک بیش‌تری به آن‌ها می‌دهند و زمانی که بیش از حد تحریک می‌شوند، آن‌ها را آرام می‌کنند. در عین حال، کشیدن مو ممکن است آن‌ها را از حالت عاطفی منفی به حالت عاطفی مثبت برساند. محققان با استفاده از پرسشنامه علائم تریکوتیلومانیا دریافتند افرادی که به کشیدن مو مشغول بودند، در کنترل احساسات خود نسبت به افرادی که این کار را نمی‌کردند، مشکل بیش‌تری داشتند (جدول ۴ را ببینید). بسته به این‌که افراد بیش‌تر احساس بی‌حوصلگی یا اضطراب و تنش می‌کردند، و هم‌چنین این‌که احساسات کلی آن‌ها چقدر

قوی بود که به نظر می‌رسید آن‌ها را تشویق به کندن موهای خود می‌کند، در نمونه چندین زیرگروه وجود داشت. به گفته محققان، به نظر می‌رسد که این گروه‌بندی در پرسشنامه با زیرگروه‌های خودکار و متمرکز بیماری مطابقت دارد. (شوسترمن، فلد، بائر و کوتن، ۲۰۰۹).

یک مورد کوچک

تری کوتیلومانی (اختلال در کشیدن مو)

آئودرا یک دختر ۱۵ ساله قفقازی است. در بیش‌تر دوران کودکی و نوجوانی خود، زندگی نسبتاً منزوی و بدون هیچ دوست صمیمی داشت. اگرچه او هرگز درباره ناراحتی خود با کسی صحبت نکرد، اما اغلب احساس افسردگی و ناامیدی می‌کرد. آئودرا در کودکی شب‌ها در رختخواب دراز می‌کشید و مخفیانه موهایش را می‌کشید. با گذشت زمان، این رفتار به حدی افزایش یافت که او تار به تار مو را از پوست سرش کند. به طور معمول، او یک مو را بیرون می‌کشید، آن را معاینه می‌کرد، گاز می‌گرفت و آن را دور می‌انداخت یا قورت می‌داد. از آن جایی که موهای او ضخیم و مجعد بود، ریزش موی او در ابتدا مشخص نبود و آئودرا موهایش را به دقت شانه می‌کرد تا لکه‌های طاس را پنهان کند. یکی از معلمان متوجه شد که او در کلاس موهایش را می‌کشد، اما با نگاه دقیق‌تر، تکه‌های طاس روی سر آئودرا را دید. او آئودرا را به روانشناس مدرسه ارجاع داد، او با مادر آئودرا تماس گرفت و کمک حرفه‌ای را توصیه کرد.

درمان‌های دارویی برای تری کوتیلومانی شامل داروهای ضد افسردگی، داروهای ضد روان‌پریشی غیر معمول، لیتیوم و نالترکسون است. از این میان، به نظر می‌رسد نالترکسون امیدوارکننده‌ترین نتایج را نشان داده است. با این حال، نتایج مطالعات کنترل شده قانع‌کننده نیستند و به نظر نمی‌رسد استفاده از داروها را در مقابل عوارض جانبی که می‌تواند شامل چاقی، دیابت، سمیت عصبی، هذیان، آنسفالوپاتی، لرزش و پرکاری تیروئید و غیره باشد، توجیه کند (دوک و همکاران، ۲۰۱۰).

درمان رفتاری آموزش تغییر عادت (HRT) به عنوان موثرترین رویکرد برای درمان تری کوتیلومانی در نظر گرفته می‌شود. این روش نه تنها از عوارض جانبی دارو جلوگیری می‌کند، بلکه در کاهش علائم کشیدن مو نیز موفق‌تر است (دوک و همکاران، ۲۰۱۰). با این حال، برای افراد مقاوم به درمان، ممکن است ترکیبی از دارو و HRT مورد نیاز باشد (فرانکلین، زاگرا به و بناویدس، ۲۰۱۱).

در HRT، فرد پاسخ جدیدی را برای رقابت با عادت کشیدن مو می آموزد، مانند مشت زدن. ویژگی کلیدی این است که پاسخ جدید با عادت نامطلوب ناسازگار است. هنگامی که چندین دهه پیش برای اولین بار توسعه یافت، HRT تنها برای یک جلسه تجویز شد. از آن زمان، پزشکان طول درمان را افزایش داده و چندین مولفه شناختی، از جمله خود نظارتی و بازسازی شناختی را اضافه کرده اند. برای مثال، درمانجویان ممکن است یاد بگیرند که تحریفات شناختی خود مانند باورهای کمال گرایانه خود را به چالش بکشند. رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) ممکن است ترکیبی از آموزش تمرکز حواس را به این روش ها اضافه کند، که در آن درمانجویان یاد می گیرند نشانه هایی را که باعث کشیدن موهایشان می شود و آموزش تصویرسازی که در آن خود را در حالتی آرام تجسم می کنند، شناسایی کنند (اسنوراسون، برلین، و... لی، ۲۰۱۵).

جدول ۴ پرسشنامه علائم تریکوتیلومانیا

۱. آیا در حال حاضر موهای خود را می کنید؟
۲. آیا در هر مقطعی از زندگی، از جمله در حال حاضر، دوره هایی از کشیدن غیرقابل کنترل مو داشته اید؟
۳. آیا شما (یا در گذشته) اصرار برای کندن موهای خود دارید؟
۴. آیا شما (یا در گذشته) سعی می کنید در برابر کندن موهای خود مقاومت کنید؟
۵. آیا شما (یا در گذشته) هنگام کندن موهایتان احساس آرامش می کنید؟
۶. آیا شما (یا در گذشته) آرزو داشتید که میل به کندن موهایتان از بین برود؟
۷. آیا توسط یک متخصص تشخیص داده شده است که تریکوتیلومانیا دارید؟
۸. آیا شما در حال حاضر یا در گذشته از کشیدن موهایتان احساس شرم، پنهان کاری یا ناراحتی می کنید؟

همچنین نشان داده شده است که ترکیب درمان پذیرش و تعهد (ACT) با HRT باعث تسکین علائم کشیدن مو می شود. درمان شناختی-رفتاری می تواند با تغییر بسیار کمی نسبت به پروتکل اصلی مورد استفاده برای بزرگسالان به درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به تریکوتیلومانیا کمک کند. در یک مطالعه، ۷۷ درصد از افرادی که تحت درمان قرار گرفتند، پس از ۶ ماه بدون علائم باقی ماندند (تولین و همکاران، ۲۰۰۷). مزیت ACT برای این اختلال این است که می توان آن را

همراه با درمان شناختی-رفتاری در قالب گروهی با نتایجی به اندازه نتایج به دست آمده از درمان فردی اجرا کرد (هالند و همکاران، ۲۰۱۷).

اختلال دلبستگی

واکنشی

اختلالی که شامل اختلال شدید در توانایی ارتباط با دیگران است که در آن فرد نسبت به افراد واکنش نشان نمی‌دهد، بی تفاوت است و به جای تعامل با دوستان یا خانواده ترجیح می‌دهد تنها باشد.

اختلال درگیری

اجتماعی مهار نشده

تشخیص کودکانی که رفتارهای نامناسب فرهنگی و بیش از حد آشنا با افرادی که نسبتاً غریبه هستند انجام می‌دهند.

اگرچه تریکوتیلومانیا می‌تواند یک وضعیت بسیار ناتوان کننده باشد، اما در طیف وسیعی از درمان‌های مبتنی بر رفتار درمانی، درمان شناختی-رفتاری و رویکردهای جدیدتر که به افراد کمک می‌کند احساسات مرتبط با رفتار را شناسایی کرده و با آن کنار بیایند، نویدبخش است. درمان‌های جدیدتر نیز شامل آموزش روانی برای ارائه فرصت به درمانجویان برای به دست آوردن بینش در مورد اختلال خود هستند.

اختلال اسکوریشن (پوست کندن)

در یک تشخیص جدید در DSM-۵، اگر افراد به طور مکرر پوست خود را بکنند، شاید به اندازه چندین ساعت در روز، به عنوان مبتلا به اختلال اسکوریشن (پوست کندن) در نظر گرفته می‌شوند. برداشتن پوست ممکن است از پوست سالم، پوست با بی‌نظمی‌های خفیف (مانند خال)، جوش، پینه یا دلمه باشد. افراد مبتلا به این اختلال این نواحی بدن را یا با ناخن‌های خود یا با ابزارهایی مانند موچین می‌کنند. وقتی پوستشان را نمی‌کنند، به چیدن آن فکر می‌کنند و سعی می‌کنند در برابر اصرارشان برای این کار مقاومت کنند. آن‌ها ممکن است سعی کنند شواهد مربوط به برداشتن پوست خود را با لباس یا باند بپوشانند و از رفتار خود احساس شرمندگی و خجالت می‌کنند.

از آنجایی که این یک تشخیص جدید است، داده‌های اپیدمیولوژیک محدود است، اما DSM-۵ شیوع را حداقل ۱،۴ درصد از بزرگسالان، که سه چهارم آن‌ها زن هستند، تخمین می‌زند. محققان بر این باورند که برداشتن پوست به عنوان یک تشخیص متمایز از تریکوتیلومانیا معتبر است (لاچنر، گرانت، اودلاگ و استاین، ۲۰۱۲). با این حال، این دو اختلال در علل و رویکردهای درمانی موثر مشترک هستند (اسنوراسون، بلو و وودز، ۲۰۱۲). برای برخی از افراد مبتلا به اختلال تخلیه، سطوح بالایی از تکانشگری نیز نقش مهمی به نظر می‌رسد (اولیویرا، لپینک، دربی‌شر، و گرانت، ۲۰۱۵).

۳,۸ اختلالات مربوط به تروما و استرس

افرادی که در معرض تروما یا یک رویداد استرس‌زا هستند ممکن است در معرض خطر ابتلا به یک اختلال روانی باشند. مقوله اختلالات مربوط به تروما و عوامل استرس‌زا به عنوان یک معیار تشخیصی شرایط یک رویداد واقعی را دارد که به عنوان یک عامل ایجاد کننده عمل می‌کند. DSM-۵ شامل اختلالاتی در این گروه می‌شود که در ابتدا در دسته‌بندی خاص خود در اختلالات اضطرابی قرار داشتند. DSM-۵ همچنین مجموعه‌ای از اختلالات در دوران کودکی را در این دسته قرار می‌دهد که می‌توان آن‌ها را در قرار گرفتن در معرض استرس یا تروما ردیابی کرد.

اختلال پوست‌کندن

کندن مکرر پوست خود

اختلال دلبستگی واکنشی و اختلال درگیری اجتماعی مهار شده

در این اولین اختلال مربوط به تروما و استرسور، اختلال دلبستگی واکنشی (RAD) را می‌یابیم، تشخیصی که به کودکانی داده می‌شود که به معنای واقعی کلمه در مقابل دلبستگی به دیگران واکنش نشان می‌دهند. علائم آن‌ها شامل گوشه‌گیری و مهار شدن است. آن‌ها تمایل به نشان دادن عاطفه مثبت ندارند، اما توانایی کنترل احساسات خود را نیز ندارند. بر خلاف کودکان عادی، وقتی مضطرب می‌شوند، به دنبال آرامش از بزرگسالان نیستند.

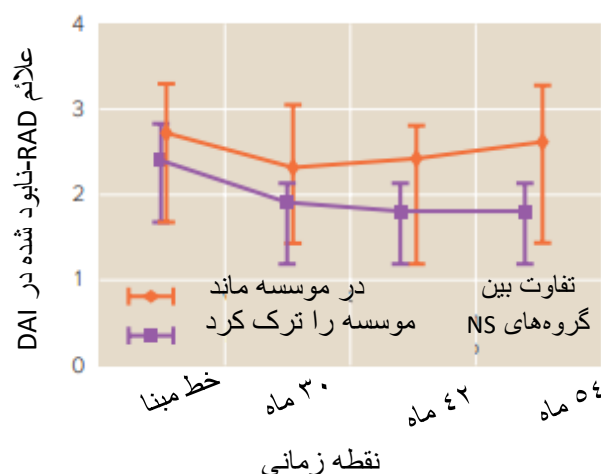
تشخیص اختلال درگیری اجتماعی مهار نشده وضعیتی متضاد را توصیف می‌کند که در آن کودکی با سابقه تروما با افرادی که نسبتاً غریبه هستند از نظر فرهنگی رفتار نامناسب و بیش از حد آشنا انجام می‌دهد.

این اختلالات در دسته اختلالات مرتبط با تروما و عوامل استرس‌زا قرار می‌گیرند، زیرا در کودکانی که از الگوی بی‌توجهی یا سوء استفاده اجتماعی رنج می‌برند، تغییرات متعددی در مراقبان اولیه خود داشته‌اند، یا در موسساتی با تعداد فرزندان بالا بزرگ شده‌اند، شایع‌تر هستند. در نتیجه، این بچه‌ها مهارت‌های اجتماعی بسیار بدتری در تعامل با بچه‌ها و بزرگسالان دیگر دارند.

به گفته محققانی که یک مطالعه طولی بر روی کودکان رومانیایی سابقاً نهادینه شده انجام می‌دهند، فرزندپروری ضعیف در اوایل دوران نوزادی منجر به رشد این کودکان رومانیایی به‌عنوان اجتماعی‌پذیر و غیرقابل بازدارندگی شد. اختلالات آن‌ها بهبود نیافت، حتی زمانی که کیفیت مراقبت آن‌ها بهبود یافت (شکل ۲ را ببینید).

کودکان مبتلا به اختلال دلبستگی واکنشی نیز مراقبت‌های ضعیف‌تری دریافت کرده‌اند و با افزایش سن بیش‌تر احتمال دارد سبک‌های دلبستگی ناایمن داشته باشند (گلیسون و همکاران، ۲۰۱۱). این اثرات می‌تواند برای سال‌ها باقی بماند و حداقل تا سن ۱۲ سالگی باقی بماند (همفریس، نلسون، فاکس، و زینا، ۲۰۱۷).

شباهت‌های اساسی در منشا این دو اختلال وجود دارد. با این وجود، تحقیقات از تمایز بین آن‌ها و در نتیجه مفهوم‌سازی آن‌ها توسط DSM-۵ به عنوان ابعاد جداگانه آسیب‌شناسی روانی در دوران کودکی حمایت می‌کند (لمان و همکاران، ۲۰۱۵).



شکل ۲ نشانه‌های اختلال دلبستگی واکنشی اجتماعی/غیر بازدارنده در نقاط زمانی بر اساس وضعیت قرارگیری در ۵۴ ماه

منبع: گلیسون و همکاران، ۲۰۱۱

اختلال استرس حاد و اختلال استرس پس از سانحه

هنگامی که یک فرد به طور مکرر در معرض موقعیت‌های خطرناک یا تهدید کننده زندگی قرار می‌گیرد که تاثیر منفی طولانی مدت بر عملکرد و سلامت روانی او دارد، به آن تروما گفته می‌شود. افراد زمانی در معرض خطر ابتلا به اختلال استرس حاد قرار می‌گیرند که تهدید به مرگ می‌شوند، در معرض آسیب جدی واقعی یا تهدید کننده قرار می‌گیرند، یا تمامیت جنسی آن‌ها نقض می‌شود. شروع این وضعیت هم‌چنین می‌تواند تحت تاثیر قرار گرفتن در معرض مرگ دیگران یا هر رویداد نامطلوب واقعی یا بالقوه دیگری باشد. به عنوان مثال، کسانی که اغلب در معرض شرایط خاص کودک آزاری هستند، مانند افسران پلیس یا اولین پاسخ دهندگان به محل حادثه، ممکن است از این بیماری رنج ببرند.

علائم اختلال استرس حاد به چهار دسته تقسیم می‌شود: نفوذ یادآوری‌های ناراحت کننده ناشی از رویداد، علائم تجزیه ای مانند احساس بی‌حسی یا جدا شدن از دیگران، اجتناب از موقعیت‌هایی که ممکن است به عنوان یادآور رویداد عمل کنند، و برانگیختگی بیش از حد شامل اختلالات خواب یا تحریک‌پذیری. علائم ممکن است برای چند روز تا یک ماه پس از رویداد آسیب‌زا باقی بماند.

رویدادهایی که می‌توانند باعث اختلال استرس حاد شوند ممکن است منجر به اختلال طولانی‌تر به نام اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) شوند. اگر فرد علائم اختلال استرس حاد را برای بیش از یک ماه تجربه کند، پزشک تشخیص PTSD را تعیین می‌کند. نفوذ، تفکیک و اجتناب که در اختلال استرس حاد دیده می‌شود در PTSD نیز وجود دارد. علائم هم‌چنین شامل از دست دادن حافظه رویداد، سرزنش بیش از حد خود، دوری از دیگران و ناتوانی در تجربه احساسات مثبت است.

تشخیص PTSD سابقه طولانی دارد. جنگ ویتنام شاید تبلیغاتی‌ترین جنگی بود که تلفات روانی به بار آورد، اما گزارش‌هایی مبنی بر اختلال عملکرد روانی پس از قرار گرفتن در معرض نبرد پس از جنگ داخلی ظاهر شد. در جنگ‌های جهانی اول و دوم، این وضعیت با عباراتی مانند شوک پوسته، روان رنجوری آسیب‌زا، استرس رزمی و خستگی رزمی نامیده می‌شد. هم‌چنین گزارش شده است که بازماندگان اردوگاه‌های کار اجباری اروپایی در دهه‌های ۱۹۳۰ و ۱۹۴۰ از اثرات روان‌شناختی طولانی‌مدت، از جمله افسردگی مزمن، اضطراب، و مشکلات در روابط بین‌فردی به دلیل احساس گناه به خاطر زنده ماندن پس از کشته شدن بسیاری دیگر رنج می‌برند.

یک مورد کوچک

اختلال استرس حاد

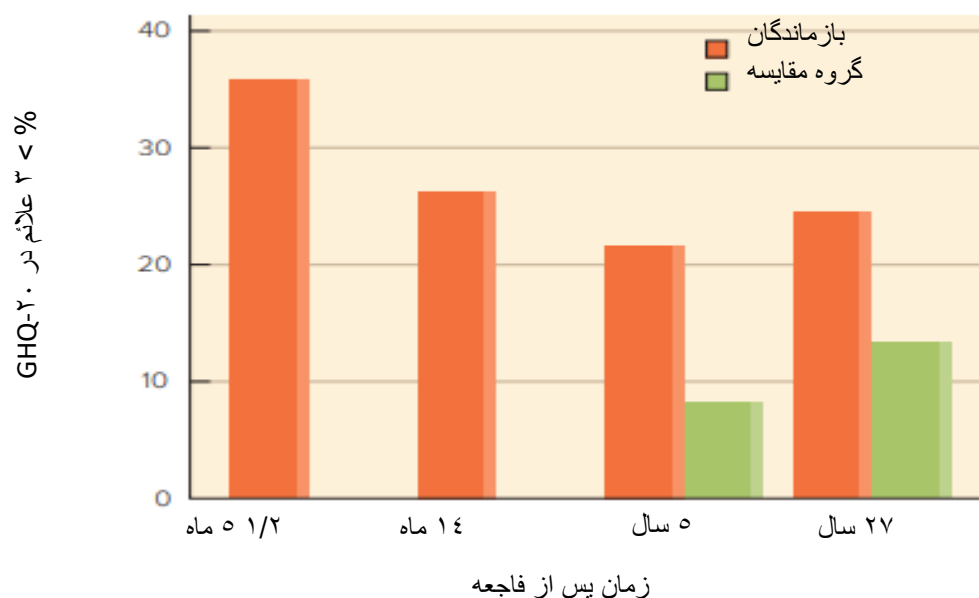
برندن یک مرد ۴۰ ساله متاهل و دگرجنس‌گرای قفقازی است. او تا ۲ هفته پیش که از آتش‌سوزی جنگلی که آپارتمان‌اش و بسیاری از ساختمان‌های همسایه‌اش را ویران کرد، جان سالم به در برد، هیچ سابقه نگرانی در مورد سلامت روان نداشت. برندن از زمان آتش‌سوزی با تصورات آزاردهنده‌ای از بیدار شدن در اتاقی پر از دود مواجه بوده است. اگرچه او تحت مراقبت‌های اورژانس قرار گرفت و در مدت کوتاهی تحت درمان قرار گرفت و مرخص شد، اما ادعا کرد که حالت گیجی دارد، از نظر عاطفی به نگرانی‌های دوستان و خانواده‌اش پاسخ نمی‌دهد و بی‌احساس به نظر می‌رسد. این علائم برای چند هفته ادامه یافت و پس از آن به تدریج ناپدید شد.

شیوع مادام‌العمر PTSD ۶٫۸ درصد، با شیوع سالانه ۳٫۵ درصد است. از بین افرادی که در یک سال معین دچار PTSD می‌شوند، ۳۷ درصد علائم شدیدی را تجربه می‌کنند (کسلر، برگلوند، و همکاران، ۲۰۰۵). در میان سربازان ارتش ایالات متحده که از افغانستان باز می‌گردند، ۶٫۲ درصد

معیارهای تشخیص PTSD را داشتند و بیش از دو برابر این میزان، ۱۲,۹ درصد، در میان سربازان بازگشته از عراق مشاهده شد (هوگ و همکاران، ۲۰۰۴). با افزایش جنگ در این دو منطقه جنگی، تعداد سربازانی که به مشکلات سلامت روانی، به ویژه PTSD مبتلا می‌شوند، هم‌چنان رو به افزایش است. تخمین زده می‌شود که نزدیک به ۱۷ درصد از جانبازان جنگ عراق معیارهای غربالگری این اختلال را دارند (هوگ و همکاران، ۲۰۰۷).

اگرچه PTSD اغلب در میان کهنه سربازان مرد مورد مطالعه قرار می‌گیرد، اما محققان شروع به بررسی این پدیده در زنانی که در طول خدمت سربازی خود در معرض تروما قرار گرفته‌اند، هستند. تجاوز جنسی یک تجربه آسیب‌زا است که بیش‌تر از مردان بر زنان تأثیر می‌گذارد. زنانی که در معرض آسیب‌های ناشی از جنگ و تجاوز جنسی قرار می‌گیرند، به طور تجمعی خطر ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه و اختلالات مصرف مواد را نشان می‌دهند (یالچ، هبنستريت، و ماگوئن، ۲۰۱۸).

علائم PTSD و اختلالات مرتبط با آن، مانند افسردگی، ممکن است برای سال‌ها باقی بماند. به عنوان مثال، بازماندگان فاجعه سکوی نفتی دریای شمال در سال ۱۹۸۰ هم‌چنان به تجربه علائم PTSD همراه با اختلالات اضطرابی (غیر از PTSD)، افسردگی ادامه دادند. برای مثال، بازماندگان فاجعه سکوی نفتی دریای شمال در سال ۱۹۸۰ هم‌چنان علائم PTSD همراه با اختلالات اضطرابی (غیر از PTSD)، افسردگی را تجربه کردند.



شکل ۳ درصد بازماندگان طولانی مدت فاجعه دریای شمال که هنوز پس از ۲۷ سال علائم را تجربه می کنند

نظریه ها و درمان اختلال استرس پس از سانحه یک تجربه آسیب زا یک رویداد بیرونی است که بر فرد تاثیر می گذارد و از این رو «علیت» زیستی ندارد. با این حال، محققان پیشنهاد می کنند که تجربیات آسیب زا تا حدودی تاثیر خود را دارند زیرا منجر به تغییراتی در مغز می شوند که باعث می شود نواحی خاصی نسبت به خطرات احتمالی در آینده حساس شوند. افراد مبتلا به PTSD تغییراتی را در هیپوکامپ، ساختاری در مغز که مسئول تثبیت حافظه کوتاه مدت است، تجربه می کنند. در نتیجه، این افراد قادر به تشخیص موقعیت های نسبتاً بی ضرر (مانند آتش بازی) از موقعیت هایی که در آن آسیب های واقعی رخ داده است (مانند مبارزه) نمی شوند. آن ها به تجربه مجدد رویداد با برانگیختگی شدید ادامه می دهند و بنابراین از موقعیت هایی که شبیه موقعیت هایی هستند که در آن آسیب دیده اند اجتناب می کنند (هیز و همکاران، ۲۰۱۱).

یک مورد کوچک

اختلال استرس پس از سانحه

استیو یک مرد ۳۵ ساله و مجرد دگرجنس‌گرای دو نژادی است. در ۱۰ سال گذشته، او از فلاش بک‌هایی رنج می‌برد که در آن‌ها وحشت اعزام ۹ ماهه خود به عنوان یک نیروی دریایی در افغانستان را دوباره زنده می‌کند. این فلاش بک‌ها به طور غیرمنتظره‌ای در وسط روز اتفاق می‌افتد و استیو دوباره به واقعیت عاطفی تجربیات جنگی خود پرتاب می‌شود. این فلاش‌بک‌ها و کابوس‌هایی که او اغلب از آن رنج می‌برد، به منبع دائمی عذاب تبدیل شده است. استیو دریافته است که الکل تنها راه فرار از این رویاها و ناراحتی را که احساس می‌کند فراهم می‌کند. اغلب، او در مورد این که چگونه باید برای جلوگیری از مرگ هم رزمانش تلاش بیش‌تری می‌کرد، نشخوار می‌کند و احساس می‌کند که دوستانش به جای او باید زنده می‌ماندند.

داروهای ضد افسردگی SSRI تنها داروهای مورد تایید FDA برای افراد مبتلا به PTSD هستند. با این حال، نرخ واکنش بیماران مبتلا به PTSD به این داروها به ندرت بیش از ۶۰ درصد است و کم‌تر از ۲۰ تا ۳۰ درصد به بهبود کامل علائم خود می‌رسند. تحقیقات از استفاده از بنزودیازپین‌ها در درمان PTSD پشتیبانی نمی‌کند، اگرچه این داروها ممکن است بی‌خوابی یا اضطراب را تسکین دهند (برگر و همکاران، ۲۰۰۹). اگرچه محققان بر این باور بودند که داروی ضد روان پریشی ریسپریدون ممکن است برای افراد مبتلا به PTSD مفید باشد، یافته‌های یک مطالعه در مقیاس بزرگ روی نزدیک به ۳۰۰ جانباز پشتیبانی تجربی برای استفاده از آن در کاهش علائم ارائه نکرد (کریستال و همکاران، ۲۰۱۱).

از منظر روان‌شناختی، افراد مبتلا به PTSD سبک پردازش اطلاعات جانبدارانه‌ای دارند که به دلیل ضربه‌ای که تجربه کرده‌اند، باعث می‌شود توجه آن‌ها به شدت نسبت به نشانه‌های بالقوه تهدیدکننده هماهنگ شود. بنابراین احتمال بیش‌تری وجود دارد که احساس کنند در خطر هستند، و همچنین به احتمال زیاد از موقعیت‌هایی که به عنوان تهدید بالقوه تصور می‌کنند اجتناب می‌کنند (هاپرت، فوآ، مک نالی و کیهیل، ۲۰۰۹). شخصیت و سبک مقابله‌ای هم‌چنین پاسخ‌های آسیب‌دیدگی، از جمله سطوح بالای روان رنجوری و حساسیت شدید به نشانه‌های درونی اضطراب را پیش‌بینی می‌کنند (ناراگون-گینی و واتسون، ۲۰۱۸).



مراقبت آگاهانه از تروما

رویکردی به درمان که
نقشی را که تروما می-
تواند بر سلامت روان
افراد داشته باشد
تصدیق می‌کند.

یک سرباز کهنه سرباز که از PTSD رنج می‌برد از فناوری واقعیت مجازی استفاده می‌کند تا خود را در معرض تصاویر اضطراب-
آور به عنوان بخشی از درمان خود در بیمارستان VA قرار دهد.

© اورلاندو سنتینل/گتی ایماژ

باربارا، که مثالش به عنوان مقدمه این فصل بود، به نظر می‌رسد که از این نظر که نشانه‌هایی از روان رنجورخویی شدید یا منفی‌گرایی را نشان نمی‌دهد یا سابقه سوء استفاده از خود نشان نمی‌دهد، یک نکته دور از ذهن بوده است. به نظر می‌رسد که او به دلیل قرار گرفتن طولانی مدت در معرض جنگ‌های خشونت آمیز و از دست دادن پای خود به این بیماری مبتلا شده است.

درمان شناختی رفتاری، که اغلب به عنوان موفق‌ترین درمان روانشناختی برای PTSD در نظر گرفته می‌شود، شامل نوعی مواجهه (اعم از واقعی یا خیالی)، همراه با آرامش و بازسازی شناختی است. به عنوان یک درمان خط اول، روان درمانی خاص متمرکز بر تروما که بر یادآوری تجربه آسیب‌زا یا اهمیت آن متمرکز است، مورد توجه قرار می‌گیرد (لی و همکاران، ۲۰۱۶). درمان متمرکز بر تروما منجر به بهبودهای اساسی‌تر و طولانی مدت بدون عوارض جانبی منفی مرتبط با درمان‌های روانگردان شد. دستورالعمل‌های عمل بالینی انجمن روان‌شناسی آمریکا برای درمان

PTSD در بزرگسالان (۲۰۱۷) هم‌چنین درمان شناختی-رفتاری و مواجهه را قویا توصیه می‌کند و در صورت تجویز دارو، استفاده از داروهای SSRI اما نه داروهای ضد روان پریشی را توصیه می‌کند.

از آن جایی که تروما اغلب جزء سایر اختلالات، از جمله اختلالات مصرف مواد است، اداره خدمات سوء مصرف مواد و بهداشت روانی دولت ایالات متحده (SAMHSA) یک کتابچه راهنمای درمانی برای پزشکان شاغل در سلامت رفتاری گردآوری کرده است (SAMHSA، ۲۰۱۴). این راهنما مبتنی بر اصول مراقبت آگاهانه از تروما است، مدلی که آگاهی و درک تروما را برای متخصصانی که افراد دارای سابقه تروما را درمان می‌کنند، ارتقا می‌دهد. ایده تاب‌آوری در این فلسفه درمان نقش اساسی دارد و به افراد کمک می‌کند تا با ایجاد حس شایستگی بیش‌تر، قوای درونی خود را تقویت کنند. علاوه بر این، با توجه به اصول مراقبت آگاهانه از تروما، پزشکان باید از آسیب رساندن مجدد به درمانجویانی که قبلا سابقه تروما داشتند، اجتناب کنند.

زوج درمانی روش دیگری است که می‌تواند در کاهش علائم و هم‌چنین کاهش پریشانی هم در فرد و هم در شریک فرد مفید باشد (ساتر و همکاران، ۲۰۱۵). چنین رویکردی می‌تواند به کاهش استرس ادغام مجدد در هر دو شریک، بهبود ارتباطات و ابراز صمیمیت آن‌ها و کاهش تعداد اختلافات در مورد فرزندپروری کمک کند (D'Aniello، مارک و مور، ۲۰۱۷).

یک دیدگاه جایگزین برای PTSD از حوزه روانشناسی مثبت می‌آید، که پیشنهاد می‌کند افراد می‌توانند از طریق تجربه تروما رشد کنند، پدیده‌ای که به عنوان رشد پس از سانحه شناخته می‌شود. بر اساس این رویکرد، تروما می‌تواند به درمانجویان اجازه دهد تا با توسعه تفسیرهای مثبت از تجربیات خود با آن مقابله کنند (آچترهوف و همکاران، ۲۰۱۸).

۴٫۸ اختلالات مربوط به اضطراب، وسواس اجباری و تروما و استرس: دیدگاه زیستی-

روانی-اجتماعی

اختلالات و بیماری‌هایی که در این فصل مورد بحث قرار گرفتند، شامل طیف وسیعی از مسائل، از واکنش‌های تخصصی و به ظاهر فردی گرفته تا احساسات عمومی و غیرقابل تعریف ترس است. تمایزهایی در علائم و علل زمینه‌ای بیماری‌ها وجود دارد، اما به نظر می‌رسد که اشتراکات قابل

رشد پس از سانحه

رشد شخصی که می‌تواند پس از قرار گرفتن در معرض یک تجربه آسیب‌زا رخ دهد.

توجهی نیز وجود دارد، زیرا همگی شامل مناطقی از مغز هستند که در واکنش به رویدادهای ترسناک یا تهدیدکننده فعال هستند. تاثیر متقابل ژنتیک، عملکرد مغز، رویدادهای زندگی و محیط اجتماعی ممکن است تعیین کند که آیا فردی که مستعد ابتلا به یک بیماری اضطرابی است واقعا این کار را انجام می‌دهد یا خیر. به نظر می‌رسد در رویکردهای درمانی این اختلالات مشترکاتی وجود دارد که احتمالاً تکنیک‌های شناختی-رفتاری موفق‌ترین آن‌ها هستند.

بازگشت به پرونده: باربارا وایلد

درمانگر باربارا به جای شروع درمان با درمان‌های دارویی، درمان پردازش شناختی را انتخاب کرد، نوعی درمان شناختی-رفتاری که به طور خاص برای کاهش علائم PTSD طراحی شده است. باربارا در درمان یاد گرفت که این تصور را که اغلب در معرض خطر است رد کند. او از طغیان خیالی استفاده کرد تا ذهن خود را آموزش دهد تا خاطرات جنگ را با آرامش مرتبط کند تا بتواند بدون برانگیختن ترس یا اضطراب از تجربیات خود در عراق صحبت کند.

علاوه بر درمان فردی، درمانگر باربارا به او پیشنهاد کرد که در گروه درمانی شرکت کند. در این جلسات، باربارا با هفت جانباز دیگر جنگ عراق به مدت ۹۰ دقیقه در هفته به مدت ۱۰ هفته ملاقات کرد. او می‌توانست در مورد خاطرات دردناک خود صحبت کند و همچنین از جانبازان دیگر در هنگام بحث در مورد تجربیات خود حمایت کند. او با تعامل با جانبازانی که می‌توانست با آن‌ها ارتباط برقرار کند، نحوه تعامل اجتماعی با دیگران را دوباره یاد گرفت، که این امر باعث کاهش احساس تحریک‌پذیری و عصبانیت او در اطراف افراد دیگر در زندگی‌اش شد.

در عرض ۱ ماه پس از شروع درمان در VA، باربارا شروع به تسکین علائم PTSD خود کرد، هرچند که گاه به گاه کابوس می‌دید. باربارا با استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای که در درمان آموخته بود، توانست پس از فلاش بک‌ها بهبود یابد و بار دیگر به زندگی برگردد. او پس از دریافت یک پای مصنوعی بهبودی کامل جسمی پیدا کرد. در عرض ۲ ماه، بی‌حسی عاطفی، تحریک‌پذیری و علائم اضطراب او کاملاً فروکش کرد. باربارا اغلب به درمانگرش اشاره می‌کرد که احساس می‌کرد دوباره «به خود واقعیش» برگشته است. چند ماه بعد، او یک شغل نیمه وقت در یک فروشگاه لوازم الکترونیکی پیدا کرد و در یک برنامه پاره وقت MBA در یک کالج محلی در همان نزدیکی ثبت نام کرد. او به آپارتمان خود در چند شهر دورتر از خانه والدینش نقل مکان کرد و شروع به برقراری ارتباط با دوستان قدیمی کرد که هنوز در نزدیکی آن‌ها زندگی می‌کردند. باربارا هم‌چنان هر هفته برای

درمان فردی به VA می‌آید، و اگرچه وقایعی که در عراق تجربه کرد هنوز او را آزار می‌دهند، اما او یاد گرفته است که با خاطرات زندگی کند و شروع به تطبیق با زندگی غیرنظامی کرده است.

تاملات دکتر توبین: با ارائه اولیه او مشخص بود که باربارا علائم کلاسیک PTSD را نشان می‌دهد. خوشبختانه او توانست از منابع موجود برای کمک گرفتن و رهایی از رنجش استفاده کند. مداخله زودهنگام برای مبتلایان به PTSD برای جلوگیری از طولانی شدن علائم در طول عمر بسیار مهم است و باربارا توانست زندگی خود را در نتیجه رسیدگی به PTSD خود از طریق درمان زودهنگام جمع‌آوری کند. برای بسیاری از کهنه سربازان جنگی که در دوره‌های قبلی جنگیده بودند (مانند ویتنام)، منابع مورد نیاز هنگام بازگشت از جنگ در دسترس نبود. این کهنه سربازان در حال حاضر جمعیت زیادی از سیستم امور کهنه سربازان را تشکیل می‌دهند، اگرچه میزان PTSD برای سربازانی که در جنگ‌های عراق و افغانستان می‌جنگند هم‌چنان در حال افزایش است. افراد مبتلا به اختلال دوقطبی ممکن است برای آگاهی از این تغییرات خلقی تلاش کنند. با گذشت زمان، برای جانپس مهم خواهد بود که به بررسی نگرانی‌های خود در مورد بدنامی درمان سلامت روان ادامه دهد، زیرا این مانع بزرگی برای کمک او در گذشته بوده است.

خلاصه

- اختلالات اضطرابی با تجربه برانگیختگی فیزیولوژیکی، دلهره یا احساس ترس، هوشیاری بیش از حد، اجتناب و گاهی اوقات یک ترس یا فوبیای خاص مشخص می‌شود.
- اختلال اضطراب جدایی با اضطراب شدید و نامناسب در مورد جدا شدن از خانه یا مراقبان مشخص می‌شود. بسیاری از نوزادان مرحله رشدی را پشت سر می‌گذارند که در آن هنگام جدا شدن از مراقبان خود مضطرب و آشفته می‌شوند. در اختلال اضطراب جدایی، این احساسات بسیار طولانی‌تر از سن مناسب ادامه می‌یابد. حتی دورنمای جدایی باعث اضطراب شدید می‌شود. اگرچه به نظر می‌رسد که یک مولفه ژنتیکی قوی در اختلال اضطراب جدایی وجود دارد، عوامل محیطی نیز در این اختلال نقش دارند. تکنیک‌های شناختی-رفتاری ممکن است موثرترین باشند. اختلال دیگری که در دوران کودکی ظاهر می‌شود و تصور می‌شود بر اضطراب تمرکز دارد، سکوت گزینشی است که در آن کودک از صحبت در موقعیت‌های خاص مانند کلاس

درس امتناع می‌کند. به نظر می‌رسد که روش‌های رفتارگرایانه با استفاده از شکل‌دهی و قرار گرفتن در معرض، برای درمان کودکان مبتلا به سکوت گزینشی مناسب هستند.

- فوبیای خاص ترس‌های غیرمنطقی از اشیاء یا موقعیت‌های خاص هستند. رفتارشناسان شناختی ادعا می‌کنند که تجربیات یادگیری قبلی و چرخه‌ای از افکار منفی و ناسازگار باعث ایجاد فوبیای خاص می‌شوند. درمان‌هایی که با رویکردهای رفتاری و شناختی-رفتاری توصیه می‌شوند شامل طغیان، حساسیت زدایی سیستماتیک، تصویرسازی، قرار گرفتن در معرض درون تنی، و درمان مواجهه با واقعیت مجازی (VRET) و همچنین روش‌هایی با هدف تغییر افکار ناسازگار فرد، مانند بازسازی شناختی و توقف فکر هستند. درمان بر اساس دیدگاه بیولوژیکی شامل دارو است.

- ترس از مورد توجه قرار گرفتن توسط دیگران در حالی که رفتاری ناخوشایند یا تحقیرآمیز است، به عنوان اختلال اضطراب اجتماعی شناخته می‌شود. بر اساس رویکردهای شناختی-رفتاری به اختلال اضطراب اجتماعی، این وضعیت ناشی از ترس بی‌اساس از انتقاد است. در نتیجه، افراد مبتلا به این عارضه نمی‌توانند بر عملکرد خود تمرکز کنند و در عوض توجه خود را به میزان احساس اضطراب خود معطوف می‌کنند. این باعث می‌شود آن‌ها اشتباه کنند و در نتیجه ترس بیش‌تری پیدا کنند. به نظر می‌رسد موفق‌ترین درمان‌های رفتاری برای اختلال اضطراب اجتماعی، قرار گرفتن در معرض *vivo* را با بازآموزی شناختی و توسعه مهارت‌های اجتماعی ترکیب می‌کند. برای موارد شدید این بیماری، درمان دارویی از دیدگاه بیولوژیکی پیشنهاد می‌شود.

- اختلال هراس با حملات پانیک -احساس شدید ترس و ناراحتی فیزیکی- مکرر و مکرر مشخص می‌شود. این اختلال اغلب با آگورافوبیا، اختلالی جدید در *DSM-5* همراه است. آگورافوبیا با اضطراب شدید در مورد فکر یا تجربه حضور در یک مکان عمومی ظاهر می‌شود. به طور خاص، ترس از به دام افتادن یا ناتوانی در فرار از یک مکان عمومی رایج است. دیدگاه‌های زیست‌شناختی و شناختی-رفتاری به ویژه برای درک و درمان این اختلال مفید بوده است. برخی از متخصصان اختلال پانیک را به عنوان یک «ترس از ترس» اکتسابی توضیح می‌دهند که در آن فرد نسبت به علائم اولیه حمله پانیک حساس می‌شود و ترس از یک حمله تمام‌عیار باعث می‌شود که فرد به شدت نگران شود و از حمله دیگری اجتناب کند. درمان مبتنی بر دیدگاه شناختی-رفتاری شامل روش‌هایی مانند آموزش آرام‌سازی و درمان کنترل هراس است. داروها همچنین می‌توانند به کاهش علائم کمک کنند، که رایج‌ترین آن‌ها داروهای ضد اضطراب و ضد افسردگی است.

- افرادی که تشخیص داده می شود دارای اختلال اضطراب فراگیر هستند، دارای تعدادی نگرانی غیر واقعی هستند که به حوزه های مختلف زندگی سرایت می کند. رویکرد شناختی-رفتاری به اختلال اضطراب فراگیر بر ماهیت غیرواقعی این نگرانی ها تاکید می کند و این اختلال را چرخه معیوبی می داند که از خود تغذیه می کند. رویکردهای درمان شناختی رفتاری، شکستن چرخه منفی نگرانی را با آموزش تکنیک هایی به افراد توصیه می کند که به آن ها اجازه می دهد احساس کنند نگرانی را کنترل می کنند. درمان بیولوژیکی بر استفاده از دارو تاکید دارد.
- در اختلال وسواس فکری-اجباری، افراد دچار وسواس، یا افکاری می شوند که نمی توانند خود را از شر آن خلاص کنند، و اجبارهایی که رفتارهای غیرقابل مقاومت و تکراری هستند. درک شناختی-رفتاری اختلال وسواس فکری-اجباری علائم را محصول ارتباط آموخته شده بین اضطراب و افکار یا اعمال می داند که می تواند به طور موقت باعث تسکین اضطراب شود. تعداد فزاینده ای از شواهد از توضیح بیولوژیکی این اختلال پشتیبانی می کنند، و جدیدترین تحقیقات نشان می دهند که این اختلال با بیش از حد سروتونین مرتبط است. درمان با داروهایی مانند کلومیپرامین موثر به نظر می رسد، اگرچه روش های شناختی-رفتاری شامل قرار گرفتن در معرض خطر و توقف فکری نیز کاملاً موثر هستند. اختلال بدشکلی بدن شامل مشغول شدن به این ایده است که بخشی از بدن زشت یا معیوب است. سایر اختلالات مرتبط با OCD عبارتند از: اختلال احتکار، تریکوتیلومانیا و اختلال اکسکوریشن.
- افرادی که در معرض تروما یا عوامل استرس زا هستند ممکن است به یکی از مجموعه های اختلالات مبتلا شوند. DSM-۵ در این گروه اختلالاتی را شامل می شود که در ابتدا در دسته اختلالات اضطرابی آسیب زا و استرس زا قرار داشتند، از جمله اختلال استرس پس از سانحه و اختلال استرس حاد همراه با اختلالات دوران کودکی اختلال دلبستگی واکنشی و اختلال درگیری اجتماعی مهار نشده. این مجموعه از اختلالات به عنوان یک معیار تشخیصی، شرایطی را شامل می شود که یک رویداد واقعی وجود داشته باشد که علائم را تسریع کند. کودکان مبتلا به اختلال دلبستگی واکنشی اختلالات شدیدی در نحوه ارتباط خود با دیگران دارند و از نظر عاطفی گوشه گیر و مهار می شوند. در مقابل، کودکان مبتلا به اختلال درگیری اجتماعی مهار نشده، رفتاری بیش از حد آشنا و از نظر فرهنگی نامناسب با افرادی که اساساً غریبه هستند از خود نشان می دهند. گزارش شده است که کودکانی که به دلیل تغییرات مکرر در مراقبان اصلی خود غفلت اجتماعی را تجربه کرده اند یا در در موسساتی با تعداد فرزندان بالا بزرگ شده اند، هر دوی این بیماری ها را دارند. بر اساس تحقیقات، کودکان مبتلا به این بیماری ها حتی پس از بهبود وضعیتشان همچنان به مبارزه ادامه می دهند.

- در اختلال استرس پس از سانحه، فرد قادر به بهبودی از اضطراب ناشی از یک رویداد آسیب‌زای زندگی، مانند تراژدی یا فاجعه، تصادف، یا شرکت در مبارزه نیست. عواقب بعدی رویداد آسیب‌زا شامل فلاش بک‌ها، کابوس‌ها، و افکار مزاحم است که با تلاش‌های فرد برای انکار وقوع آن رویداد جایگزین می‌شود. برخی افراد واکنش کوتاه‌تر اما نگران‌کننده‌تری را به یک رویداد آسیب‌زا تجربه می‌کنند. این بیماری که اختلال استرس حاد نامیده می‌شود، از ۲ روز تا ۴ هفته طول می‌کشد و شامل انواع علائمی است که افراد مبتلا به PTSD در مدت زمان طولانی‌تری تجربه می‌کنند. رویکردهای شناختی-رفتاری PTSD را نتیجه افکار منفی و ناسازگارانه در مورد نقش فرد در ایجاد حوادث آسیب‌زا، احساس بی‌اثر بودن و انزوا از دیگران و دیدگاه بدبینانه به زندگی در نتیجه تجربه می‌دانند. درمان ممکن است شامل آموزش مهارت‌های مقابله‌ای جدید به افراد مبتلا به PTSD باشد، به طوری که آن‌ها بتوانند به طور موثرتری استرس را مدیریت کنند و روابط اجتماعی را با دیگرانی که می‌توانند حمایت مستمر ارائه دهند، برقرار کنند.

اصطلاحات کلیدی

اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)	اختلال اضطراب فراگیر رتبه‌بندی شده در vivo	اختلال استرس حاد آگورافوبیا
اختلال دلبستگی واکنشی	احتکار	اضطراب
آموزش تمدد اعصاب	طغیان خیالی	اختلالات اضطرابی
سکوت گزینشی	طغیان در vivo	نظریه حساسیت به اضطراب
اختلال اضطراب جدایی	وسواس	اختلال بدشکلی بدن
اختلال اضطراب اجتماعی	وسواس اجباری	اجبار
فوبیای خاص	اختلال (OCD)	واکنش‌های ترس مشروط
ضربه	وحشت زدگی	اختلال درگیری اجتماعی مهار
مراقبت آگاهانه از تروما	درمان کنترل هراس (PCT)	نشده
تریکوتیلومانیا (اختلال در کشیدن مو)	اختلال هراس	اختلال پوست کندن
	فوبیا	ترس
	رشد پس از سانحه	طغیان

درمان مواجهه با واقعیت مجازی (VRET)		

اختلالات علائم تجزیه ای و جسمی

اهداف یادگیری

- ۱,۹ علائم اختلالات تجزیه ای را مشخص کنید.
- ۲,۹ علائم و درمان اختلالات علائم جسمی را شناسایی کنید.
- ۳,۹ عوامل روانی موثر بر سایر شرایط پزشکی را بشناسید.
- ۴,۹ دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی برای اختلالات نشانه‌های تجزیه ای و جسمی را توضیح دهید.

رئوس مطالب

گزارش موردی: اختلالات تجزیه ای رز
مارستون
اشکال عمده اختلالات تجزیه ای
نظریه ها و درمان اختلالات تجزیه ای
داستان های واقعی: هرشل واکر:
اختلال هویت تجزیه ای
شما قضاوت کنید: اختلال هویت
تجزیه ای
علائم جسمی و اختلالات مرتبط
اختلال علائم جسمی
اختلال اضطراب بیماری
اختلال تبدیلی (اختلال علائم عصبی
عملکردی)
شرایط مربوط به اختلالات علائم
جسمی



Copyrighted Images

نظریه ها و درمان علائم جسمی و اختلالات مرتبط
 آن چه در DSM-۵ وجود دارد: علائم جسمی و اختلالات مرتبط
 عوامل روانشناختی موثر بر سایر شرایط پزشکی
 مفاهیم مرتبط برای درک عوامل روانشناختی موثر بر سایر شرایط پزشکی
 سبک شخصیتی بیان هیجانی استرس و مقابله
 کاربردها در پزشکی رفتاری
 اختلالات نشانه‌های تجزیه ای و جسمی: دیدگاه زیست روانی اجتماعی
 بازگشت به پرونده: خلاصه رز مارستون
 اصطلاحات کلیدی

فصل ۹

گزارش موردی: رز مارستون

اطلاعات دموگرافیک: زن قفقازی دگرجنس‌گرای ۳۷ ساله

مشکل فعلی: دکتر استوارت، پزشک رز، پس از نگرانی از این‌که رز ممکن است علائم یک وضعیت روانی را نشان دهد، به او توصیه کرد که یک ارزیابی روانی انجام دهد. رز در سال گذشته به صورت هفتگی به دکتر استوارت و سایر پزشکان مراجعه می‌کرد زیرا نگران بود که او یک بیماری جدی پزشکی داشته باشد. به گفته دکتر استوارت، رز دارای عدم تحمل لاکتوز زودرس است. با این حال، به نظر نمی‌رسد که این به علائم شدید و مداوم معده‌ای که رز تجربه می‌کرد، مربوط باشد، که حتی پس از قطع مصرف لبنیات ادامه یافت.

رز اظهار داشت که از توصیه‌های دکتر استوارت در طول معاینه روانشناسی ناراضی است و از متخصصان مراقبت‌های بهداشتی جایگزین از جمله هومیوپات‌ها و حتی یک استاد ریکی مشاوره می‌خواهد. او تصدیق کرد که امیدوار است یکی از متخصصان پزشکی بتواند بیماری او را که ماهیت پزشکی دارد و قابل تشخیص است را شناسایی کند. حتی بسیاری به او پیشنهاد دادند که یک تست روانشناسی انجام دهد که او نپذیرفت. پس از التماس بسیار دکتر استوارت، او در نهایت با توصیه او موافقت کرد.

رز گزارش داد که اخیراً به دلیل این‌که در طول ۳ ماه گذشته بیمار بوده است، شغل خود را از دست داده است. او اظهار داشت که احساس می‌کند مهم‌تر است که وقت خود را صرف مشاوره با پزشکان کند، و همچنین ترجیح می‌دهد از ترس تشدید علائم خود از خانه خارج نشود. او اظهار داشت که از مدت زمانی که صرف نگرانی در مورد درد معده خود کرده بود، مضطرب است، اما همچنین اگر فعالیت‌های خود را به سمت تلاش برای شناسایی علت علائم فیزیکی خود هدایت نکند، تحت تاثیر احساس گناه قرار می‌گیرد. رز گفت که علائم او ناشی از تحریک خفیف معده است و در طول سال گذشته به حدی افزایش یافته است که معده او باعث درد مداوم و شدید او شده است. او گزارش داد که چندین راه‌حل را امتحان کرده است که همه ناموفق بودند.

رز در طول ارزیابی اعتراف کرد که تحت تاثیر استرس ناشی از مشکلات جسمی بر زندگی او «آشفته» شده است، اما می‌دانست که باید روی تشخیص بیماری تمرکز کند. او گفت که از زمانی که نگرانی‌هایش در مورد مشکلات جسمانی‌اش ظاهر شد، ارتباطش را با شریک دو ساله‌اش قطع کرده است. علاوه بر این، او متوجه شد که نگرانی او در مورد این علائم بر هر گونه فکر در مورد رابطه ارجحیت دارد.

گزارش موردی (ادامه)

زمانی که از رز خواسته شد تا عوامل استرس‌زای مهم اخیر در زندگی‌اش را فهرست کند، ارزیاب متوجه شد که او اخیراً عمومی مورد علاقه‌اش را به دلیل سرطان از دست داده است. رز هنگام صحبت از این فقدان اشک ریخت و تصدیق کرد که احساس می‌کند هرگز واقعاً برای از دست دادن عمویش سوگواری نکرده است و در عوض ترجیح می‌دهد بیش‌تر اوقات احساسات خود را نادیده بگیرد.

رز با امضای برگه‌ای در رابطه با انتشار اطلاعات به پزشک اجازه داده بود تا پس از ارزیابی با دکتر استوارت در مورد پرونده خود صحبت کند. به گفته دکتر استوارت، رز این تشخیص را رد کرده بود، علی‌رغم این‌که معتقد بود علائم بالینی او حاکی از عدم تحمل لاکتوز دیررس است. او ممکن است در نتیجه عدم دریافت مراقبت مناسب علائم بدتری داشته باشد. دکتر استوارت هم‌چنین اشاره کرد که رز از زمانی که عمویش درگذشت، به نظر می‌رسید بسیار متفاوت عمل می‌کند.

سابقه مرتبط:

رز قبلاً در اواخر دهه بیست سالگی به خاطر افسردگی که داشت به روانپزشک مراجعه کرده بود. علائم افسردگی او پس از فارغ التحصیلی از کالج شروع شد و شدت آن متفاوت بود تا این‌که یک دوره آن‌قدر افسردگی شدید داشت که به فکر خودکشی افتاد. او دوره‌ای از داروهای ضد افسردگی دریافت کرده بود که موثر بوده است. در زمان ارزیابی، رز تقریباً ۵ سال بود که از هیچ داروی روانپزشکی استفاده نکرده بود زیرا احساس می‌کرد دوره قبلی به اندازه کافی برای او موثر بوده است که بتواند آن را قطع کند.

صورت بندی موردی: رز معیارهای اختلال علائم جسمی، متوسط تا شدید، با درد غالب را دارد. این تشخیص مبتنی بر اضطراب شدید او است، که در پاسخ به علائم جسمی او بیش از حد است، تا جایی که زندگی او به طور قابل توجهی مختل شده است (از دست دادن شغل و رابطه عاشقانه‌اش). نگرانی او در مورد علائم هم پایدار است (بیش از ۶ ماه طول می‌کشد) و هم با شدت واقعی آن‌ها نامتناسب است. او به طور عینی زمان و تلاش زیادی را روی شکایات جسمانی خود متمرکز کرده است و تشخیص عدم تحمل لاکتوز را نمی‌پذیرد، که فقط جزئی است. با توجه به اعتراف رز مبنی بر این‌که او از فکر کردن در مورد واکنش خود به مرگ عمویش اجتناب کرده است، ممکن است علائم او در نتیجه ناراحتی ناشی از مرگ او شروع شده باشد.

طرح درمان: پس از ارزیابی و مشاوره با دکتر استوارت، پزشک، رز را به یک درمانگر متخصص در درمان شناختی-رفتاری اختلالات جسمانی ارجاع داد. در این رویکرد مبتنی بر شواهد، درمانگر رز باید بر ارزیابی

نگرانی‌های بیش از حد او در مورد وضعیت جسمانی‌اش با بازسازی شناختی و استراتژی‌های رفتاری برای افزایش مشارکت او با توصیه‌های دکتر استوارت برای بهبود علائم جسمانی تمرکز کند.

سارا توبین، دکتر

۱,۹ اختلالات تجزیه ای

توانایی ذهن انسان برای تفکیک، یا جداسازی توجه متمرکز، عملاً نامحدود به نظر می‌رسد. شما می‌توانید در حین دویدن عمیقاً به یک مشکل فکر کنید، شاید حتی متوجه نباشید که یک مایل بدون این‌که حواستان به اطرافتان باشد دویده‌اید. در اختلالات تجزیه ای، این جدایی از عملکردهای ذهنی یک فرد به مراتب شدیدتر از آنچه بسیاری از افراد در زندگی روزمره تجربه می‌کنند رخ می‌دهد.

اختلالات تجزیه ای سوالات جالبی را در مورد این‌که چگونه حس افراد نسبت به خود در طول زمان تغییر می‌کند و چگونه خاطرات و ادراک از واقعیت می‌توانند متفاوت شوند و حتی در درون یک فرد منحصر به فرد شوند، ایجاد می‌کند. اما اختلالات علائم جسمانی، که در این فصل با جزئیات بیشتر مورد بررسی قرار می‌گیرند، پرسش‌هایی به همان اندازه جالب در مورد ارتباط بین ذهن و بدن ایجاد می‌کنند.

اشکال عمده اختلالات تجزیه ای

اختلال هویت تجزیه‌ای (DID)

یک اختلال تجزیه‌ای که در آن فرد بیش از یک خود یا شخصیت ایجاد می‌کند.

فراموشی تجزیه‌ای

ناتوانی در به خاطر سپردن جزئیات و تجربیات مهم شخصی؛ معمولاً با رویدادهای آسیب‌زا یا بسیار استرس‌زا همراه است.

گریز گسسته‌پذیر

دوره‌ای از فراموشی شامل ناتوانی در یادآوری بخشی یا تمام گذشته و از دست دادن هویت، با سرگردانی گنج‌کننده و یا سفری که به نظر می‌رسد بر یک هدف خاص متمرکز است.

این ایده که هر فرد دارای شخصیت و احساس هویت منحصر به فرد است، ایده‌ای است که ما معمولاً آن را بدیهی می‌دانیم. با این حال، شخصیت‌ها و هویت‌های متمایز می‌توانند در همان فرد مبتلا به اختلال هویت تجزیه‌ای (DID)^۱ ظاهر شوند. به نظر می‌رسد که بسیاری از شخصیت‌ها ویژگی‌های متمایز خود را در نحوه درک جهان، تفکر درباره آن و تعامل با دیگران دارند. افراد مبتلا به DID باید حداقل دو هویت مجزا داشته باشند، و زمانی که در یک هویت زندگی می‌کنند، از هویت دوگانه خود بی‌اطلاع هستند. بنابراین تجربیات آن‌ها ناپیوسته است. آن‌ها اغلب خاطرات از ماهیت آسیب‌زا دارند، مانند قربانی شدن یا بدرفتاری، و اغلب شکاف‌های قابل توجهی در خاطرات اساسی خود و زندگی خود دارند.

افراد مبتلا به فراموشی تجزیه‌ای نمی‌توانند اطلاعات مربوط به یک رویداد یا مجموعه‌ای از رویدادهای زندگی خود را به خاطر بسپارند. این نوع از دست دادن حافظه با لغزش‌های روزمره که باعث می‌شوند اشیاء را به اشتباه درج کنیم یا نام افراد را فراموش کنیم، متفاوت است. افراد مبتلا به فراموشی تجزیه‌ای یک رویداد خاص در زندگی خود را فراموش می‌کنند که به احتمال زیاد ماهیت آسیب‌زا یا استرس‌زا دارد. فراموشی آن‌ها حتی ممکن است حالت گریز گسسته‌پذیر را به همراه داشته باشد، دوره‌ای از فراموشی که آن‌ها را قادر به یادآوری بخشی یا تمام گذشته و هویت خود، همراه با سرگردانی گنج‌کننده و یا سفری که به نظر می‌رسد بر یک هدف خاص متمرکز شده است، کند.

^۱ Dissociative Disorders

یک مورد کوچک

اختلال هویت تجزیه ای

مایا یک زن ۲۶ ساله لاتین دگرجنسگرا است. او مجرد است، با دو هم اتاقی زندگی می کند و به عنوان انباردار در یک فروشگاه بزرگ کار می کند. او به ندرت آپارتمان خود را ترک می کند مگر برای رفتن به محل کار و دیدن خانواده اش که در نزدیکی او زندگی می کنند. او در محل کار به خاطر ساکت بودن و خجالتی بودن، حتی در بین مشتریان نیز، معروف است. او در نوجوانی حدود ۲ سال با مردی میانسال که از نظر جسمی و روحی او را آزار می داد، رابطه صمیمانه داشت. اگرچه دیگران اغلب این رابطه پریشان را به او یادآوری می کنند، مایا ادعا می کند که خیلی چیزهای کمی از آن زمان به یاد می آورد و هیچ گونه آزار فیزیکی را که متحمل شده به خاطر نمی آورد. در حال حاضر، او می گوید که کاملاً علاقه ای به دنبال کردن روابط عاشقانه ندارد. کسانی که مایا به آن ها نزدیک تر است، نسخه های متفاوتی از شخصیت یا «تغییرهای» او را می شناسند که نام های متفاوتی دارند و به گونه ای رفتار می کنند که کاملاً با شخصیت مایا ناسازگار است. در حالی که مایا ساکت و محجوب است، تغییر دهنده اصلی او «ریتا» پرزرق و برق، برون گرا و دگرجنسگرا است. تغییر دوم، «جو»، گهگاه از آپارتمان مایا بیرون می آید که لباس مردانه می پوشد و با لحنی عمیق صحبت می کند. جزییات زندگی مایا از تغییرات او پنهان است.

مسخ شخصیت

شرایطی که در آن افراد احساس می کنند از جسم خود جدا شده اند.

مسخ واقعیت

شرایطی که در آن افراد احساس غیرواقعی بودن یا جدا شدن از محیط اطراف خود می کنند.

اختلال مسخ شخصیت**/ مسخ واقعیت**

یک اختلال تجزیه ای که در آن فرد دوره های مکرر و مداوم مسخ شخصیت، مسخ واقعیت یا هر دو را تجربه می کند.

درک معمولی شما از این که چه کسی هستید شامل دانستن این موضوع است که در جسم خود زندگی می کنید. **مسخ شخصیت** وضعیتی است که در آن افراد احساس می کنند هویت آن ها از جسمشان جدا شده است. آن ها ممکن است تجربیاتی از **مسخ واقعیت**، ناظر بیرونی بودن و بی حسی عاطفی یا فیزیکی داشته باشند. غیرواقعی شدن وضعیتی است که در آن افراد احساس غیرواقعی بودن یا جدا شدن از محیط اطراف خود می کنند. **مسخ شخصیت/اختلال واقعیت** وضعیتی است که در آن افراد تجربه مسخ شخصیت، غیرواقعی شدن یا هر دو را دارند.

نظریه ها و درمان اختلالات تجزیه ای

در رشد عادی، افراد ادراکات و خاطراتی را که از خود و تجربیاتشان دارند، با هم ترکیب می کنند. شما می توانید بسیاری از وقایع گذشته خود را به یاد بیاورید که در طول زمان به شما احساس تداوم می دهد. در یک اختلال تجزیه ای، فرد این تداوم را از دست می دهد و سعی می کند رویدادهای خودآگاهی را که باعث درد شدید روانی، اگر نه فیزیکی، می شود، مسدود کند یا از آن جدا شود.



افراد مبتلا به اختلال هویت تجزیه ای یاد گرفته اند که با ایجاد شخصیت های «تغییر» که به طور ناخودآگاه تفکر و رفتار خود را در هنگام تجربه استرس کنترل می کنند، با شرایط بسیار استرس زای زندگی کنار بیایند.

داستان های واقعی

هرشل واکر: اختلال هویت تجزیه ای

هرشل واکر شاید یکی از موفق ترین بازیکنان حرفه ای فوتبال ایالات متحده در تمام دوران باشد. او جایزه معتبر هیزمن را در سال اول دانشگاه در دانشگاه جورجیا دریافت کرد و ۱۱ فصل در لیگ ملی فوتبال بازی کرد. اگرچه او به دلیل استعدادهایش در زمین مشهور است، اما مشکلاتی که در دوران کودکی متحمل شد تقریباً مانع از دستیابی او به موفقیت هایی شد که در طول سال ها به دست آورده است.

هرشل توانست بر چالش های زندگی اش غلبه کند و به عنوان یک ورزشکار حرفه ای با ایجاد شخصیت های جایگزین به عنوان یک پسر جوان تر به موفقیت های عظیمی دست یابد. با این حال، با استفاده از این شخصیت های جایگزین برای کنار آمدن با موقعیت های استرس زا، سرانجام توانایی کنترل خود را زمانی که «تغییرها» بر خود معمولی اش تسلط یافتند را از دست داد و در سال ۲۰۰۱ با تشخیص اختلال هویت تجزیه ای (DID) مواجه شد. هرشل در زندگی نامه خود با نام «برکینگ آزاد: زندگی من با اختلال هویت تجزیه ای» چالش هایی را که به دلیل مبارزه با DID در زندگی شخصی خود با آن مواجه بوده و هم چنان با آن مواجه است را آشکار می کند، اگرچه مورد او در مقایسه با برخی دیگر که به همین اختلال مبتلا هستند خفیف است. برای مثال تغییرات او نامی ندارند یا متفاوت صحبت می کنند یا لباس متفاوت می پوشند. در واقع، او بیان می کند که اکثر مردم حتی متوجه نمی شوند که او در وضعیت تغییر یافته قرار دارد. او در لحظه شخصیت خود را تغییر می داد.

هرشل در سال ۱۹۶۲ در رایتسویل، جورجیا، به دنیا آمد و یکی از هفت فرزند والدین یقه آبی بود. او در کودکی با مشکل وزن و لکنت شدید دست و پنجه نرم می کرد که تقریباً از ترس تمسخر و خجالت نمی توانست با دیگران صحبت کند. او به یاد می آورد که هر روز در مدرسه توسط همسالانش مورد آزار و اذیت قرار می گرفت. او به دلیل نقص گفتارش چنان شکنجه شده بود که اغلب از صحبت کردن در کلاس می ترسید، باوجود این که دانش آموزی کوشا بود و از یادگیری لذت می برد. اگرچه هرشل خانواده اش را دوست داشتنی و حامی توصیف می کند، اما برای او مشکل بود که برای حمایت عاطفی با آن ها ارتباط برقرار کند. او هم چنین از ترس ناتوان کننده ای از قرار گرفتن در تاریکی رنج می برد که در نتیجه رویاها و کابوس های ترسناکی بود که هنگام تلاش برای خوابیدن به سراغش می آمد. برای رهایی از اضطراب، او به دنیای خیالی پناه می برد که در آن احساس امنیت می کرد و از هر آسیبی

که ترس‌هایش می‌توانست به او وارد کند محافظت می‌شد. هرشل در مورد این مشکلات به هیچ کس حرفی نزد و در عوض شخصیت‌های مختلفی را در ذهن خود پرورش داد تا با آن‌ها کنار بیاید. این شخصیت‌ها ویژگی‌هایی به خود گرفتند که هرشل فکر می‌کرد برای مقابله با شرمساری و شکنجه‌های عاطفی مداوم فاقد آن بود.



هرشل واکر، اسطوره فوتبال، کتابی با عنوان «رها شدن: زندگی من با اختلال هویت تجزیه ای» نوشت، که در آن نقل می‌کند که نمی‌تواند فصلی را که جایزه هایسمن را به دست آورده، به یاد بیاورد، چه برسد به روز مراسم.

John Amis/AP Images©

هرشل در کتاب «رها شدن» توضیح می‌دهد که چگونه این مکانیزم مقابله‌ای بر او تاثیر گذاشته است. وقتی تصمیمی که برای مقابله با رنج گرفتم موفقیت آمیز بود، از آن برای موارد خطرناکی که ماهیت مشابهی داشت، بار دیگر استفاده کردم. تمرین اجازه دادن به یک تغییر دهنده از طریق تکرار به یک روال تبدیل شد، و مغز ماشینی فوق العاده کارآمد است که دوست دارد هر عملی را که انجام می‌دهیم از سطح خودآگاه به سطح ناخودآگاه منتقل کند، از جمله رانندگی با ماشین، راه رفتن و محافظت از خود در برابر نظرات منفی آزاردهنده. من آگاهانه متوجه نشدم که دارم این کار را در بزرگ شدن انجام می‌دهم، زیرا این همان کاری است که DID برای من انجام داد.»

هرشل در دبیرستان تلاش زیادی برای تحصیلات خود کرد و با بالاترین افتخارات فارغ التحصیل شد. او هم‌چنین شروع به تمرین بدنی سخت کرد، هر روز چندین مایل می‌دوید و به تیم‌های فوتبال و دو و میدانی مدرسه خود پیوست. او سرانجام پس از کاهش وزنی که او را مورد تمسخر دوستانش قرار می‌داد، بر مشکل گفتاری خود غلبه کرد. اگرچه او هم در فوتبال و هم در دو و میدانی برجسته بود، اما گزینش‌کنندگان دانشگاه بیش‌ترین توجه را به قدرت و مهارت او در زمین فوتبال داشتند. هرشل پس از در نظر گرفتن تعدادی پیشنهاد تصمیم گرفت در دانشگاه جورجیا ثبت‌نام کند و در سال جوانی به مدرسه خود در کسب قهرمانی ملی کمک کرد. او در همان سال جایزه معروف Heisman را دریافت کرد. او به جای این‌که سال آخر خود را در کالج به پایان برساند، به لیگ فوتبال حرفه‌ای جدیدی پیوست که رقیب NFL، لیگ فوتبال ایالات متحده بود. او هم‌چنین با عشق زندگی خود در دانشگاه ازدواج کرد.

هرشل دو فصل با لیگ بازی کرد تا این‌که منحل شد. او سپس توسط دالاس کابوی‌ها دعوت شد و در طول ۱۱ فصل دوران حرفه‌ای خود در NFL برای چهار تیم مختلف بازی کرد. در تمام مدت، DID هرشل به او کمک کرد تا با بسیاری از چالش‌های فیزیکی و عاطفی که همراه با حرفه‌اش بود کنار بیاید. هر زمان که او با استرس یا درد مواجه می‌شد، «تغییرهای من به عنوان نوعی جامعه حامی من عمل می‌کرد. . . . او در کتاب «رها شدن» می‌نویسد: «در نتیجه، من به نوعی بولدوزر احساسی تبدیل شدم - یک ماشین، یک نیروی قوی، چیزی که شما سوییچ را در آن می‌چرخانید، موتور را روشن می‌کنید و دنده را عوض می‌کنید. ماشین تقریباً همیشه در جهت حرکت پیش می‌رود و زمینی را که در آن حرکت می‌کند به یک صفحه صاف، هموار و بدون هیچ شکل خاصی مسطح می‌کند.»

در همین حال، تغییرات همیشه در کمک به هرشل در مقابله موثر نبودند. آن‌ها اغلب احساسات او را از هم دور می‌کنند و از نزدیک شدن او به عزیزان و هم‌تیمی‌هایش، به ویژه همسرش، جلوگیری می‌کنند. او غالباً در به خاطر سپردن حوادثی از زندگی‌اش که در آن تغییراتش حضور داشته‌اند، مشکل داشت. تا زمانی که ازدواج و زندگی او به طور کلی از هم پاشید، متوجه شد که به کمک نیاز دارد. اگرچه ازدواج او هرگز نتوانست بهبود یابد، هرشل پس از درخواست کمک در سال ۲۰۰۱ از یک دوست روانشناس، دکتر جری مونگادزه، در بخش اختلالات مربوط به تروما و تجزیه در بیمارستان سدارز در دسوتو، تگزاس، شروع به تنظیم زندگی خود کرد. پس از این‌که مشخص شد هرشل مبتلا به بیماری DID است، شروع به درمان شدید کرد. این به او کمک کرد تا تغییرات خود

را بشناسد و کنترل خود را به دست آورد و از میان چندین شخصیتی که در اکثریت عمرش حفظ کرده بود، یک خود واحد ایجاد کند.

هرشل از آن زمان در هنرهای رزمی ترکیبی کار خود را آغاز کرده است و اخیرا در یک فصل به عنوان شاگرد رزمی کار مشهور دونالد ترامپ فعالیت کرد. او در دالاس، تگزاس زندگی می کند و اغلب برای اشخاصی که مبتلا به DID هستند، سخنرانی های انگیزشی ارائه می کند. او در کتاب «رها شدن» می نویسد: «امیدوارم میراث من بیش تر از آن چه در زمین فوتبال و پیست به دست آورده ام باشد. ترجیح می دهم به خاطر داشتن قلبی مهربان و به اشتراک گذاشتن تجربیات DID خود با دیگران در یادها بمانم تا بتوانند این اختلال را درک کنند.»

ممکن است تشخیص و مدیریت علائم تجزیه ای بیمار برای پزشکان دشوار باشد. آن ها ابتدا باید مشخص کنند که آیا این بیماری واقعی است یا ساختگی است. افراد ممکن است آگاهانه وانمود کنند که دارای یک اختلال تجزیه ای هستند تا توجه را جلب کنند یا از مجازات فرار کنند. با این حال، اگر آن ها در معرض درمان های رایج برای این اختلالات در فیلم هایی مانند پناهگاه یا نمایش های تلویزیونی مانند ایالات متحده تارا قرار گرفته باشند، ممکن است ناخواسته به یکی از این اختلالات مبتلا شوند. DID به دلیل پتانسیل ساخت این اختلال توسط افرادی که علائم آن را نشان می دهند، هم چنان یکی از بحث برانگیزترین بیماری های روانی است (لایلینفلد و لین، ۲۰۱۵).

عقیده کنونی این است که ترومای عاطفی یا فیزیکی اولیه علت گسستگی در موارد واقعی یک بیماری تجزیه ای است، زمانی که علائم به نظر نمی رسد ساختگی باشند (ویسیا و همکاران، ۲۰۱۶). یک مطالعه قابل توجه سرپایی روانپزشکی نشان داد که افراد با علائم تجزیه ای در واقع بیش تر از جمعیت عمومی در معرض سوء استفاده فیزیکی و جنسی در دوران کودکی قرار داشتند (فوت و همکاران، ۲۰۰۶). با این حال، بسیاری از افرادی که شرایط تجزیه ای ندارند، در زندگی اولیه خود رویدادهای آسیب زا داشته اند که می توانند آن ها را به خاطر بیاورند (کیلستروم، ۲۰۰۵). به همین ترتیب، آسیب های دوران کودکی می تواند منجر به بسیاری از بیماری های روانی شود. هنوز مشخص نیست که چرا برخی از افرادی که تروما را تجربه می کنند به یک اختلال تجزیه ای مبتلا می شوند در حالی که برخی دیگر این گونه نیستند.

یک مورد کوچک

فراموشی تجزیه ای یا گریز گسسته پذیر تجزیه ای

تروی یک مرد ۳۹ ساله دگرجنسگرای قفقازی است. او با حالت گیجی وارد مرکز بحران سلامت روان شد، اشک از صورتش جاری شد و با وجود هوای سرد بیرون فقط یک تی شرت به تن داشت. «من نمی‌دانم کجا زندگی می‌کنم یا چه کسی هستم! آیا کسی لطفاً به من کمک می‌کند؟» تیم بحران از تروی خواست تا جیب‌هایش را برای یافتن شناسنامه یا اطلاعات شناسایی دیگر جستجو کند، اما تنها چیزی که روی او بود عکس دختری موبلوند بود. تروی خسته به نظر می‌رسید و او را به تختی بردند، جایی که او بلافاصله به خواب رفت. تیم بحران با پلیس محلی تماس گرفت تا بررسی کند که آیا گزارشی از گم شدن کودک وجود دارد یا خیر. همان‌طور که معلوم شد، دختر کوچک در عکس، دختر تروی بود. او در پارکینگ یک مرکز خرید با یک ماشین برخورد کرده بود. اگرچه پایش شکسته بود، کودک به راحتی در بخش اطفال بیمارستان استراحت می‌کرد. پدرش اما ناپدید شده بود. ظاهراً تروی چندین ساعت در بیمارستان سرگردان بوده و کیف پول و تلفن همراه خود را نزد مددکار اجتماعی بیمارستان در اورژانس گذاشته بود. وقتی از خواب بیدار شد، توانست به یاد بیاورد که کیست و شرایط حادثه را به یاد بیاورد، اما چیزی از آن‌چه از آن زمان اتفاق افتاده بود به یاد نمی‌آورد.

شما قضاوت کنید

اختلال هویت تجزیه ای

این چشم‌انداز که ممکن است فردی در قبال فعالیت‌های انجام شده پاسخگو نباشد در حالی که دارای شخصیت-های متعددی است که رفتار فرد را کنترل می‌کنند، مسائل حقوقی جالبی را ایجاد می‌کند. البته از نظر تئوری ممکن است یکی از شخصیت‌های فرد از قانون عدول کند در حالی که شخصیت دیگر یا حتی شخصیت واقعی آن فرد از آن بی‌اطلاع باشند. با این حال، اگر یکی از شخصیت‌ها مجرم شناخته شود، شخصیت واقعی و سایر شخصیت‌های فرد نیز روانه زندان خواهند شد. اما این استعلام به تعریف حقوقی جنون نیز مربوط می‌شود. اگر بخشی از ذهن جدا شده و به طور مستقل کار می‌کند، آیا فرد مبتلا به اختلال هویت تجزیه ای هنوز می‌تواند آن بخش را مدیریت کند؟

سه رویکرد ممکن برای دفاع از درمانجویی که به طور قانونی این اختلال را دارد وجود دارد. در رویکرد «شخصیت در حال کنترل»، متهم ادعا می‌کند که یکی از شخصیت‌ها در زمان ارتکاب جرم تحت کنترل بوده است. در رویکرد «هر یک از شخصیت‌ها»، دادستان باید تصمیم بگیرد که آیا هر شخصیت استاندارد دارای جنون است یا خیر. در رویکرد «شخصیت واقعی»، مسئله این است که آیا شخصیت واقعی استانداردهای جنون را برآورده می‌کند یا خیر.

پس از اعتراض عمومی به دنبال تصمیم سال ۱۹۷۴ مبنی بر این که بیلی ملیگان متجاوز سریالی دیوانه است زیرا فاقد شخصیت یکپارچه است، اختلال هویت تجزیه ای به ندرت به عنوان یک دفاع قانونی موفق بوده است (ایالت علیه ملیگان، ۱۹۷۸). از آن زمان، موارد متعددی منجر به طیف وسیعی از تصمیم‌گیری‌ها شده است، از این یافته که داشتن شخصیت‌های زیاد باعث تبرئه گناه جنایی نمی‌شود (استیت وی. دارنال، ۱۹۸۰) گرفته تا یافته‌ها که داشتن شخصیت‌های متعدد فرد را از ناتوانی در تشخیص خوب و بد تبرئه نمی‌کند (استیت وی. جونز، ۱۹۹۸). دادگاه‌ها دو پرونده اخیر دیگر در ایالت واشنگتن (ایالت علیه گرین، ۱۹۹۸) و ویرجینیای غربی (ایالت علیه لاکهارت، ۲۰۰۰) را به این دلیل که شواهد علمی و/یا استانداردهای قابل اطمینان کافی در تشخیص این اختلال وجود ندارد، رد کردند. (فارل، ۲۰۱۰). مسئله کلیدی برای روانشناسان و روانپزشکان قانونی، شناسایی تفاوت بین تمارض و اختلال واقعی است (فارل، ۲۰۱۱).

ابزارهایی در حال حاضر برای پزشکان متخصص در دسترس است تا از آن‌ها برای کمک به تشخیص دقیق استفاده کنند. مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات تجزیه ای DSM-IV بازبینی شده (SCID-D- R) (استاینبرگ، ۱۹۹۴؛ جدول ۱ را ببینید)، که باعث شده این حرفه به شدت استاندارد شود که شامل

ساختار بندی دقیق، ارائه و امتیازدهی سوالات است. متخصصانی که بر روی این ابزار تحقیق و پژوهش کرده‌اند تاکید می‌کنند که فقط پزشکان و ارزیاب‌های با تجربه که مسائل تشخیص و درمان تجزیه ای را درک می‌کنند باید آن را اجرا و امتیازدهی کنند.

DSM-۵ تشخیص اختلال هویت تجزیه ای را معتبر می‌داند. سوابق ایجاد شده توسط احکام مبنی بر عدم پذیرش تشخیص به دلیل عدم رعایت استانداردهای علمی ممکن است به مرور زمان لغو شود. با این وجود، تشخیص در بهترین حالت چالش برانگیز است و به طور بالقوه به سادگی قابل تظاهر است، به خصوص اگر پزشک ناخواسته ایده استفاده از آن را به عنوان یک دفاع در ذهن خود مطرح کند.

جدول ۱ آیتم‌های موجود در SCID-D-R

مقیاس	آیتم‌ها
فراموشی	آیا تا به حال احساس کرده‌اید که شکاف‌های زیادی در حافظه شما وجود دارد؟
مسخ شخصیت	آیا تا به حال احساس کرده‌اید که از نقطه‌ای خارج از بدن خود به خود نگاه می‌کنید، انگار که از دور خود را می‌بینید (یا در حال تماشای فیلمی از خود هستید)؟ آیا تا به حال احساس کرده‌اید که قسمتی از بدن یا تمام وجودتان برایتان بیگانه است؟ آیا تا به حال احساس کرده‌اید که دو فرد متفاوت هستید، یکی در حال گذراندن مراحل زندگی و دیگری در حال مشاهده بی سر و صدا؟
غیرواقعی سازی	آیا تا به حال احساس کرده‌اید که محیط آشنا یا افرادی که می‌شناسید ناآشنا یا غیر واقعی به نظر می‌رسند؟ آیا تا به حال در مورد این که چه چیزی در محیط اطراف شما واقعی است و چه چیزی غیر واقعی است، متحیر شده‌اید؟ آیا تا به حال احساس کرده‌اید که اطراف شما یا افراد دیگر در حال محو شدن هستند؟
سردرگمی هویت	آیا تا به حال احساس کرده‌اید که در درون شما جنگی در جریان است؟ آیا تا به حال در مورد این که چه کسی هستید احساس سردرگمی کرده‌اید؟
تغییر هویت	آیا تا به حال طوری رفتار کرده‌اید که انگار یک فرد کاملاً متفاوت هستید؟

آیا تا به حال توسط دیگران به شما گفته شده است که به نظر می‌رسد یک فرد متفاوت هستید؟	
آیا تا به حال چیزهایی را در اختیار خود پیدا کرده‌ید (مثلاً کفش) که متعلق به شما است، اما نمی‌توانید به یاد داشته باشید که چگونه آن‌ها را به دست آورده‌اید؟	
منبع: Steinberg, M. (۱۹۹۴). مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات تجزیه ای DSM-IV - تجدید نظر شده (SCID-D-R). واشنگتن دی سی: انجمن روانپزشکی آمریکا. سوال: شما قضاوت کنید: آیا اختلال هویت تجزیه ای باید در پرونده‌های جنایی قابل قبول در نظر گرفته شود؟ چرا و چرا نه؟	

با فرض این که افراد مبتلا به اختلالات تجزیه ای با ایجاد علائم تجزیه ای به تروما واکنش نشان می‌دهند، هدف درمان در درجه اول ادغام اجزای مختلف خود، حافظه و زمان در آگاهی بیمار است. از آن زمان تاکنون، پرونده‌های متعددی منجر به تصمیم‌گیری‌ها شده است، از یافته‌ها که داشتن شخصیت‌های زیاد، گناه مجرمانه را از بین نمی‌برد تا نتیجه‌گیری که داشتن شخصیت‌های متعدد، فرد را از ناتوانی در تشخیص خوب و نادرست تبرئه نمی‌کند. (دوچارم، ۲۰۱۷).

درمان شناختی-رفتاری روشی موثر برای کمک به بیماران مبتلا به اختلال هویت تجزیه ای در درک هویت و تجارب خود است. پزشکان ممکن است بیماران را تشویق کنند تا باورهای اساسی ریشه‌دار در مورد خودشان را که باعث علائم آن‌ها می‌شوند به چالش بکشند تا به آن‌ها کمک کنند تا خود را بهتر درک کنند. به عنوان مثال، ممکن است فکر کنند که باعث آزار و اذیت خود شده‌اند، ابراز نارضایتی آن‌ها نسبت به سوءاستفاده‌کنندگان نادرست است، یا این که قادر به کنار آمدن با خاطرات دردناک خود نیستند. مشتریان می‌توانند حس کنترلی را به دست آورند که آن‌ها را قادر می‌سازد تا با پرداختن به این شناخت‌ها و سپس تغییر آن، آن خاطرات را در حس خود جذب کنند.

پزشکان هم‌چنین باید به همبودی یک اختلال تجزیه ای با علائم دیگر، از جمله اختلال استرس پس از سانحه (تسای، زره، ساوتویک و پیترزاک، ۲۰۱۵) توجه کنند. درمان اختلالات تجزیه ای اغلب نه تنها به خود این اختلالات بلکه به اختلالات خلقی، اضطراب و استرس پس از سانحه نیز توجه می‌کند.

یک مورد کوچک

اختلال مسخ شخصیت/ مسخ واقعیت

رابرت یک مرد ۴۹ ساله و دگرجنس‌گرای آفریقایی آمریکایی است. او در حالت اضطراب شدید و تقریباً وحشت زده وارد مطب روانپزشک شد. او ماهیت وحشتناک «حملات عصبی» خود را توصیف کرد که چندین سال پیش آغاز شد اما اکنون به ابعاد فاجعه‌باری رسیده است. در طول این «حملات»، رابرت احساس می‌کند که در هوا، بالای بدنش شناور است و هر کاری را که انجام می‌دهد تماشا می‌کند، اما احساس می‌کند کاملاً از کارهایش جدا شده است. او گزارش می‌دهد که احساس می‌کند بدنش ماشینی است که توسط نیروهای خارجی کنترل می‌شود: «به دست‌ها و پاهایم نگاه می‌کنم و تعجب می‌کنم که چه چیزی باعث حرکت آن‌ها می‌شود». با این حال، افکار رابرت توهم نیستند. او آگاه است که تصورات تغییر یافته‌اش عادی نیست. تنها تسکین او از علائم خود زمانی است که با یک جسم سنگین به خود ضربه می‌زند تا این‌که درد در نهایت به هوشیاری او نفوذ می‌کند. ترس او از صدمه زدن جدی به خودش، نگرانی اصلی او را در این زمینه که عقلش را از دست داده بیش‌تر می‌کند.

۲,۹ علائم جسمی و اختلالات مرتبط

علائم جسمی

علائم مربوط به مشکلات فیزیکی و/یا نگرانی در مورد علائم پزشکی.

افرادی که از اختلال علائم جسمی رنج می‌برند، علاوه بر علائم فیزیکی، افکار، احساسات و رفتارهای ناسازگاری دارند که ممکن است ناشی از یک بیماری باشد یا نباشد. واژه سوماتیک از کلمه یونانی soma به معنای «بدن» گرفته شده است. اختلالات علائم جسمی ماهیتی روانشناختی دارند، زیرا اگرچه افراد مبتلا به این اختلالات ممکن است یک وضعیت پزشکی تشخیص داده شده داشته باشند یا نداشته باشند، آن‌ها به دنبال درمان علائم جسمی و رفتارها، افکار و احساسات ناراحت کننده مرتبط هستند. این اختلالات تاریخچه جالبی دارند؛ آن‌ها مواردی

را شامل می‌شدند که به عنوان پایه‌ای برای درک فروید از اهمیت ضمیر ناخودآگاه در شخصیت عمل می‌کردند.



افراد مبتلا به اختلال علائم جسمی از بیماری‌های جسمی فراتر از آن‌هایی که با یک وضعیت پزشکی توضیح داده شده است، رنج می‌برند.

©تری واین/گتی ایماژ

اختلال علائم جسمی

کسانی که از **اختلال علائم جسمی** رنج می‌برند، علائم فیزیکی را تجربه می‌کنند که ممکن است ناشی از یک بیماری باشد یا نباشد. این علائم زندگی روزمره آن‌ها را مختل می‌کند. افراد مبتلا به این اختلال به میزان نامتناسبی در مورد جدی بودن علائم خود فکر می‌کنند، در مورد آن‌ها به شدت احساس اضطراب می‌کنند و زمان و انرژی زیادی را صرف علائم یا نگرانی‌های خود در مورد سلامتی‌شان می‌کنند. اگرچه ممکن است به نظر برسد که افراد مبتلا به این تشخیص عمداً علائمی را ایجاد می‌کنند، اما در واقع آگاهانه با روش‌های بیان این مشکلات روان‌شناختی به صورت فیزیکی هماهنگ نیستند.

یکی از علائم جسمی اصلی که ممکن است افراد احساس کنند درد است. ممکن است یک وضعیت پزشکی قابل تشخیص وجود داشته باشد، اما نمی‌تواند میزان و ماهیت درد را که درمانجویان

اختلال علائم جسمی

اختلالی که شامل علائم فیزیکی است که ممکن است به دلیل یک وضعیت پزشکی باشد یا نباشد و با افکار، احساسات و رفتارهای ناسازگار همراه باشد.

گزارش می کنند را توضیح دهد. هم چنین درمانجویانی با اختلال درد وجود دارند که هیچ بیماری قابل تشخیص پزشکی برای آن ها وجود ندارد.

اختلال علائم جسمی نسبتاً نادر است، اما با فراوانی بالاتر از حد انتظار در میان بیمارانی که به دنبال درمان درد مزمن هستند، وجود دارد (ریمه، تانگن، مو و اریکسن، ۲۰۱۱). در یک مطالعه، بیش از نیمی از بیمارانی که به دلیل تپش قلب یا درد قفسه سینه به متخصص قلب مراجعه کردند، پس از معاینه فیزیکی مشخص شد که بیماری قلبی ندارند (جونزبو و همکاران، ۲۰۰۹). در تعداد کمی از موارد، افراد مبتلا به اختلال علائم جسمی از یک وضعیت پزشکی قابل تشخیص رنج می برند، اما سطح شکایات و اختلالات آن ها بسیار بیش تر از آن چیزی است که متخصصان بهداشت معمولاً با این بیماری مرتبط هستند.

این واقعیت که بیماران مبتلا به اختلال علائم جسمی اغلب به طور همزمان دارای اختلالات روانپزشکی اضافی مانند اختلال افسردگی اساسی، اختلال پانیک و آگورافوبیا هستند، تصویر را از نظر تشخیص و درمان پیچیده تر می کند. نقش بیماری های پزشکی قابل تشخیصی که می توانند با اختلال علائم جسمی و اختلالات اضطرابی و افسردگی همزمان آن مرتبط باشند نیز توسط محققان مورد بررسی قرار گرفته است (نیوبی و همکاران، ۲۰۱۷).

یک مورد کوچک

اختلال علائم جسمی، با درد غالب

هلن، یک زن دوجنسگرای قفقازی است، او متاهل است و ۳۴ سال سن دارد و زمانی که پزشکش به او گفت که نمی‌تواند برای او کاری انجام دهد، تصمیم گرفت به دنبال درمان باشد. هنگامی که از هلن سوال شد که مشکلش چیست، طوماری از مشکلاتش را بیان کرد، از جمله موارد بسیاری که در آن‌ها قادر به یادآوری اتفاقاتی بود که برای او رخ داده بود و موارد دیگری که در آن موارد آن‌قدر همه چیز مبهم بود که نمی‌توانست چیزی را به یاد بیاورد. هلن از آشپزی و انجام کارهای خانه لذت می‌برد، اما بدون هیچ دلیل مشخصی به راحتی خسته و دچار تنگی نفس می‌شود. او اغلب نمی‌تواند غذاهای مفصلی را که آماده می‌کند بخورد، زیرا حالت تهوع دارد و هر زمان که حتی مقداری از ادویه در آشپزی وجود داشته باشد، حالش بهم می‌خورد تا جایی که می‌خواهد استفراغ کند. به گفته شوهر هلن، او دیگر هیچ تمایلی به برقراری رابطه جنسی ندارد، و آن‌ها فقط هر چند ماه یک بار، معمولاً به اصرار او، رابطه جنسی برقرار می‌کنند. هلن از دردهای طاقت‌فرسا در طول دوره‌های قاعدگی‌اش شکایت دارد و در مواقع دیگر می‌گوید که احساس می‌کند «درونش آتش گرفته است». هلن به دلیل درد اضافی در پشت، پاها و قفسه سینه‌اش، می‌خواهد بیش‌تر روز را در رختخواب بماند. او در یک خانه بزرگ و قدیمی ویکتوریایی زندگی می‌کند، که به ندرت از آن خارج می‌شود «زیرا وقتی پاهایم درد می‌کند باید بتوانم دراز بکشم».

اختلال اضطراب بیماری

افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری می‌ترسند یا به اشتباه فکر می‌کنند که واکنش‌های طبیعی بدن نشان‌دهنده علائم یک بیماری جدی است. آن‌ها به راحتی در مورد سلامت خود نگران می‌شوند و به دنبال آزمایش‌ها و روش‌های پزشکی غیر ضروری برای رد یا درمان بیماری‌های اغراق آمیز یا خیالی خود هستند. نگرانی آن‌ها در مورد خود علائم نیست، بلکه در مورد احتمال ابتلا به یک بیماری جدی است. آن‌ها هم‌چنین با باورهای اشتباه خود در مورد جدی بودن علائم خود درگیر هستند. آن‌ها ممکن است به سوء مصرف داروهای تجویزی روی بیاورند که مطابق با اصول پزشکی نیست، که به نوبه خود می‌تواند آن‌ها را در معرض عوارض جانبی مضر و هم‌چنین وابستگی به خود داروها قرار دهد (جفرز و همکاران، ۲۰۱۵).

اختلال اضطراب

بیماری

یک اختلال علائم جسمی که با تفسیر نادرست عملکردهای طبیعی بدن به عنوان نشانه‌های بیماری جدی مشخص می‌شود.

اختلال تبدیلی (اختلال علائم عصبی عملکردی)

ویژگی اساسی اختلال تبدیلی (اختلال علائم عصبی عملکردی) این است که فرد تغییری را در عملکرد بدن خود تجربه می‌کند که به دلیل یک وضعیت پزشکی زمینه‌ای نیست. اشکال این اختلال می‌تواند از ناهنجاری‌های حرکتی مانند فلجی یا مشکل در راه رفتن تا ناهنجاری‌های حسی مانند ناتوانی در شنیدن یا دیدن را شامل شود.

اصطلاح تبدیل در نام این اختلال به تبدیل تعارض روان‌شناختی به علائم جسمانی اشاره دارد که فرض می‌شود زمینه‌ساز این اختلال است. اصطلاح اختلال علائم عصبی عملکردی که در پرانتز نوشته شده اصطلاحی است که برخی از پزشکان ممکن است ترجیح دهند از این عبارت جایگزین برای این بیماری استفاده کنند. از برخی جهات این بیماری بیش‌تر توصیفی است تا «تبدیلی»، که ریشه‌های تاریخی در روانکاوی فرویدی دارد که در آن این فرض وجود داشت که تعارضات روانی «تبدیل» یا به چیزی شبیه به علائم عصبی مانند فلجی منتقل می‌شود. عملکردی در این زمینه به عملکرد غیر طبیعی سیستم عصبی مرکزی اشاره دارد. استفاده از شکل کامل نام اختلال تا حدودی ناخوشایند است، بنابراین در این‌جا به «اختلال تبدیلی» اشاره می‌کنیم با این درک که عنوان رسمی آن شامل اضافه پرانتزی است.

اختلال تبدیلی (اختلال

علائم عصبی

عملکردی)

یک اختلال علائم

جسمی که شامل

تبدیل انگیزه‌های

غیرقابل قبول یا

درگیری‌های نگران-

کننده به علائم فیزیکی

است.

یک مورد کوچک

اختلال اضطراب بیماری، نوع مراقبت جویانه

هانا یک زن ۴۸ ساله ژاپنی و آمریکایی دگرجنسگرا است. او مادر دو فرزند است که هر دوی آنها به تازگی از خانه دور شده‌اند. در یک سال گذشته، دوره‌های قاعدگی او بسیار سنگین‌تر و نامنظم‌تر شده است. هانا به دنبال یافتن علت این مشکل، روزها را صرف خواندن همه مطالبی کرد که در مورد سرطان رحم بود. اگرچه کتاب‌های پزشکی اختلال قاعدگی را به عنوان یکی از ویژگی‌های رایج یائسگی مشخص کرده‌اند، اما یک مقاله در روزنامه به احتمال سرطان رحم اشاره کرده است. هانا فوراً با متخصص زنان خود قرار ملاقات گذاشت، متخصص او را آزمایش کرد و به این نتیجه رسید که علائم او تقریباً به طور قطع به دلیل یائسگی است. هانا که فکر می‌کرد پزشکش حقیقت را از او پنهان می‌کند و نمی‌خواهد او از این «حقیقت وحشتناک» مطلع شود، به متخصصان زنان و زایمان متعددی مراجعه کرد که به درستی تشخیص دهند که او یک بیماری کشنده دارد. او تصمیم گرفت از شغل خود به عنوان میزبان رستوران بود استعفا دهد. اولین نگرانی او این بود که می‌ترسید بیماری او به دلیل ساعت‌های طولانی ایستادن پشت صندوق، تشدید شود. دلیل دومی که او احساس می‌کرد باید کارش را ترک کند این بود که مانع از حضور او در قرار ملاقات‌های او با دکترش می‌شد.

یک مورد کوچک

اختلال تبدیل، با از دست دادن حس

برایان یک مرد ۲۴ ساله قفقازی است که خود را همجنسگرا معرفی می‌کند. او در حال تحصیل در مقطع دکترا در رشته مهندسی است و دائماً به دلیل حجم کاری سخت دانشگاهی خود احساس استرس می‌کند. او همیشه خود را فردی می‌دانست که اتفاقات عجیبی برایش می‌افتد و معمولاً بیش از آن‌چه لازم بود موقعیت‌ها را ساخته است. او هنگام رانندگی در یک شب برفی به طور تصادفی با مرد مسنی که در کنار جاده در حال قدم زدن بود برخورد کرد و باعث شد که مرد مجروح شود. در ماه‌های بعد، برایان درگیر مراحل قانونی طولانی شد که او را از کارش منحرف کرد و باعث استرس عاطفی شدیدی برای او شد. یک روز دوشنبه صبح از خواب بیدار شد، او متوجه شد که در اطراف تلوتلو می‌خورد و قادر به دیدن چیزی جز سایه اشیا در اتاق نیست. او ابتدا معتقد بود که در بیدار شدن با مشکل مواجه است. با این حال، با گذشت صبح، او متوجه از بین رفتن دید خود شد. او دو روز قبل از مراجعه به درمانگاه اورژانس دانشکده منتظر ماند. وقتی او رفت، به‌طور عجیبی نسبت به چیزی که به نظر می‌رسید یک وضعیت پزشکی بسیار وحشتناک بود، بی‌تفاوت به نظر می‌رسید.

بیماران مبتلا به اختلال تبدیل ممکن است طیف وسیعی از بیماری‌های جسمی را نشان دهند، از جمله «تشنج کاذب» (تشنج واقعی نیست، اما به این شکل ظاهر می‌شود)، اختلالات حرکتی، فلج، ضعف، اختلالات گفتار، نابینایی و سایر اختلالات حسی، و اختلالات شناختی. علائم می‌تواند آن‌قدر شدید باشد که انجام وظایف کاری را برای درمانجویان غیرممکن می‌کند. بیش از نیمی از آن‌ها در بستر هستند یا به وسایل کمکی نیاز دارند. متخصصان بالینی باید قبل از تشخیص اختلال تبدیلی، تشخیص‌های پزشکی را رد کنند، حتی اگر اکثر مراجعین مبتلا به این اختلال، تشخیص پزشکی ندارند (رزبوش و مازورک، ۲۰۱۱).

اختلال تبدیلی یک پدیده نادر است که ۱ تا ۳ درصد از افرادی را که پزشکان برای مراقبت از سلامت روان مراجعه می‌کنند، تحت تاثیر قرار می‌دهد. این اختلال که اغلب در خانواده‌ها دیده می‌شود، عموماً در سنین ۱۰ تا ۳۵ سالگی ظاهر می‌شود و بیش‌تر در زنان و افراد با تحصیلات کم‌تر مشاهده می‌شود. شاید نیمی از افراد مبتلا به اختلال تبدیلی نیز از اختلال تجزیه ای رنج

می‌برند (سار و همکاران، ۲۰۰۴). در واقع، ICD-۱۰ اختلالات تبدیلی را به عنوان نوعی اختلال تجزیه ای طبقه بندی می‌کند.

با توجه به بررسی کامل مطالعات تصویربرداری مغز بر روی بیماران مبتلا به اختلال تبدیل حرکتی (ناهنجاری‌های حرکتی) تغییراتی را در نواحی پیشانی و جلوی پیشانی فعال در برنامه‌ریزی و اجرای حرکات و همچنین فعالیت‌های تغییر یافته در مناطقی از مغز که مسئول احساسات هستند، شناسایی کرد (بوکل، لیگل، جانک و پیه، ۲۰۱۶). بنابراین، افراد مبتلا به این شکل از اختلال تبدیلی ممکن است از آن چه بدن خود انجام می‌دهد بی‌اطلاع باشند و بنابراین قادر به کنترل اعمال خود نباشند.

تمارض

جعل علائم جسمی یا
روانی برای انگیزه
پنهانی.

شرایط مربوط به اختلالات علائم جسمی

تعارض عبارت است از تظاهر عمدی علائم بیماری جسمی یا اختلال روانی برای یک انگیزه پنهان مانند دریافت مزایای از کار افتادگی یا بیمه. اگرچه در DSM-IV-TR تعارض یکی از علائم تشخیص این بیماری است، اما در DSM-۵ این گونه نیست. با این وجود، زمانی که تشخیصها باید در یک محیط پزشکی قانونی، شغلی یا نظامی انجام شود و این احتمال که درمانجویان در حال تظاهر علائم هستند، حداقل باید رد شود، اما همچنان به عنوان یک نگرانی باقی می ماند.

پزشکان تصور می کنند که درمانجویان برای دریافت مزایای مستقیم، مانند مرخصی با حقوق، پرداخت های بیمه، یا برخی پاداش های ملموس دیگر، درگیر تعارض می شوند. برخی از این موقعیت ها می توانند چیزی را که ما آن را **بهره اصلی بیماری** می نامیم به همراه داشته باشند – یعنی مزایای مستقیم اشغال نقش بیمار. ارزیابی های تعارض ساختاریافته به طور گسترده تری مورد استفاده قرار می گیرند، هم برای بهبود ارزیابی تعارض کنندگان مشکوک و هم برای محافظت از تمرین کنندگانی که باید تصمیم بگیرند (وایس و ون دل، ۲۰۱۷).

در **اختلال ساختگی تحمیل شده به خود**، افراد الگویی از علائم جعلی را نشان می دهند که یا جسمی، روانی یا ترکیبی از این دو هستند. فرد این علائم را نه برای دستیابی به سود اقتصادی، بلکه به منظور ایفای نقش بیمار، جعل می کند. در موارد شدید، که به طور غیررسمی به عنوان نمونه هایی از سندرم مونچاوزن شناخته می شود، تمام وجود فرد با پیگیری مراقبت های پزشکی از بین می رود. همچنین ممکن است فرد در موارد **اختلال ساختگی تحمیل شده به دیگری** یا سندرم مونچاوزن، به بیماری شخص دیگری تظاهر کند. جالب توجه است که یک مطالعه اپیدمیولوژیک روی افراد مبتلا به اختلال ساختگی نشان داد که بیشترین مشاغل درگیر مربوط به مشاغل بهداشتی هستند (کازلی و همکاران، ۲۰۱۷).

بر خلاف افراد مبتلا به اختلال تبدیلی، افراد مبتلا به اختلال ساختگی به طور آگاهانه علائم خود را تولید می کنند، اما انگیزه های آنها به جای انگیزه بیرونی، درونی است. آنها ممکن است به دلیل **سود ثانویه** انگیزه داشته باشند، یعنی همدردی و توجهی که از افراد دیگر در هنگام بیماری دریافت می کنند. اگرچه آنها از علائم خود آگاه هستند، اما از علت آنها مطمئن نیستند. به عبارت دیگر، افراد مبتلا به اختلال تبدیلی معتقدند که حالشان خوب نیست و باید نقش فرد بیمار را ایفا

بهره اصلی بیماری

رهایی از اضطراب یا مسئولیت ناشی از ایجاد علائم جسمی یا روانی.

اختلال ساختگی

تحمیل شده به خود

اختلالی که در آن افراد علائم یا اختلالات را نه به منظور سود خاصی، بلکه به دلیل نیاز درونی به حفظ نقش بیمار، جعل می کنند.

اختلال ساختگی

تحمیل شده به دیگری

وضعیتی که در آن فرد علائم فیزیکی را در فرد دیگری که تحت مراقبت آن شخص است ایجاد می کند.

سود ثانویه

همدردی و توجهی که فرد بیمار از سوی افراد دیگر دریافت می کند.

کنند. افرادی که بدخلق هستند می‌دانند که بیمار نیستند و بنابراین، هر گونه پاداشی که از بیماری دریافت می‌کنند به طور غیرقانونی به دست می‌آید (کانان و وسلی، ۲۰۱۰).

نظریه ها و درمان علائم جسمی و اختلالات مرتبط

نظریه پردازان روان پویشی اولیه اولین کسانی بودند که سعی کردند این گروه از اختلالات را از دیدگاهی علمی درک و درمان کنند. آن‌ها با نداشتن ابزارهای تشخیصی پیچیده و مبتنی بر کار خود بر مفهوم تعارض ناخودآگاه، از اختلال تبدیلی به عنوان «هیستری» (به معنای واقعی کلمه، «رحم سرگردان») یاد کردند. آن‌ها نتوانستند مبنای فیزیولوژیکی برای علائم پیدا کنند، علائمی که پس از دریافت درمان از طریق هیپنوتیزم یا روانکاوی ناپدید می‌شدند و این تصور را تقویت می‌کردند که علائم مبتنی بر روانشناختی هستند.

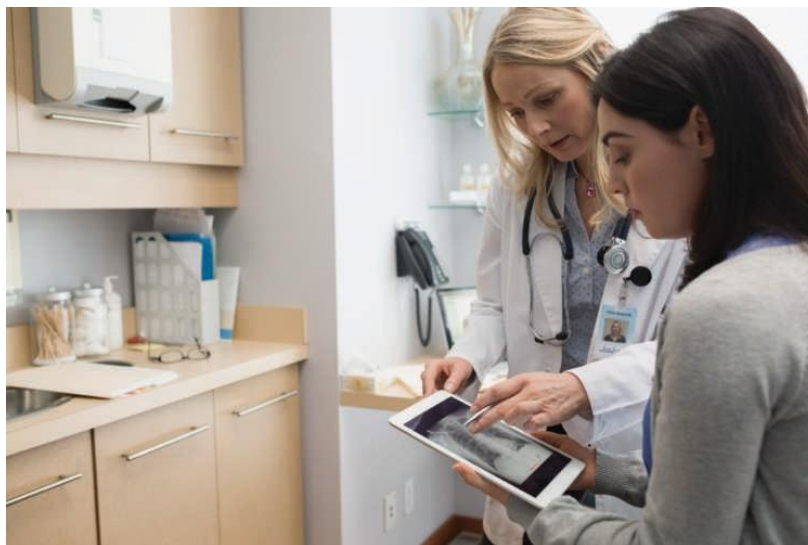
پزشکان با استفاده از رویکرد روان پویشی اکنون سعی می‌کنند تنش‌های زمینه‌ای را که با علائم فرد مرتبط می‌کنیم، تشخیص دهند و آگاه کنند. این با تعریف کلی فروید از هیستری سازگار است. از طریق این روش، مشتری درک و خودآگاهی را توسعه می‌دهد و می‌آموزد که چگونه احساسات را به صورت کلامی به جای فیزیکی بیان کند.

از منظر شناختی-رفتاری، علائم تجزیه ای، جسمی و اختلالات مربوطه بر حسب افکار مرتبط با علائم جسمانی آن‌ها در نظر گرفته می‌شود. مدل زیربنایی بر این فرض استوار است که افراد مبتلا به این اختلالات در معرض تحریفات شناختی هستند که آن‌ها را به تفسیر نادرست احساسات طبیعی بدن سوق می‌دهد.



هیپنوتیزم درمانی می‌تواند در کمک به افراد برای بازگویی خاطراتی موثر باشد که برای به خاطر آوردن آگاهانه بسیار آزاردهنده هستند.

©PaulaConnelly/Getty Images



شرایط پزشکی می‌تواند منبع اضطراب قابل توجهی برای برخی افراد باشد.

©Hero Images/Getty Images

به محض این‌که افراد شروع به اغراق در اهمیت علائم خود می‌کنند، افراد به طور فزاینده‌ای نسبت به نشانه‌های درونی بدن حساس‌تر می‌شوند، که به نوبه خود باعث می‌شود باور کنند که واقعا بیمار هستند (ویتوفت و هیلر، ۲۰۱۰).

در اعمال درمان شناختی-رفتاری برای درمانجویان با علائم جسمی و اختلالات مرتبط، پزشکان به درمانجویان خود کمک می‌کنند تا ارزیابی واقع‌بینانه‌تری از واکنش‌های بدن خود داشته باشند. به عنوان مثال، در یک مطالعه، درمانجویانی که هیچ بیماری قلبی نداشتند اما از تپش قلب یا درد قفسه سینه شکایت داشتند، در معرض ورزش روی تردمیل قرار گرفتند در حالی که به آن‌ها آموزش داده شد که ضربان قلب افزایش یافته خود را نه به عنوان نشانه بیماری، بلکه به عنوان یک واکنش طبیعی به فعالیت تفسیر کنند (جانساب و همکاران، ۲۰۱۱).

هیپنوتیزم درمانی و دارو درمانی دو رویکرد اضافی هستند که پزشکان به طور خاص برای درمان اختلال تبدیل استفاده می‌کنند. در هیپنوتیزم درمانی، درمانگر به درمانجویان هیپنوتیزم شده

دستور می‌دهد تا اندام فلج شده را حرکت دهند. سپس درمانگر پیشنهاد پس از هیپنوتیزم را ارائه می‌دهد تا پس از این که درمانگر او را از خلسه هیپنوتیزی بیرون آورد، درمانجو را قادر می‌سازد تا حرکت خود را حفظ کند. SSRI ها داروهایی هستند که پزشکان عموماً در درمان اختلال تبدیلی از آن‌ها استفاده می‌کنند، اما تقریباً هیچ تحقیق کنترل شده‌ای در مورد اثربخشی آن‌ها وجود ندارد (رزبوش و مازورک، ۲۰۱۱).

آنچه در DSM-۵ وجود دارد

علائم جسمی و اختلالات مرتبط

DSM-۵ تغییرات قابل توجهی را در کل دسته آن چه که اکنون اختلالات علائم جسمی می نامیم، به ارمغان آورد. نویسندگان DSM-۵ اذعان دارند که اصطلاحات مربوط به آن چه که اختلالات علائم جسمی در DSM-IV-TR نامیده می شود به طور بالقوه گیج کننده است. آن ها هم چنین تشخیص می دهند که اختلالات علائم جسمی، عوامل روانی موثر بر سایر شرایط پزشکی، و اختلالات ساختگی همگی شامل وجود علائم فیزیکی و/یا نگرانی در مورد بیماری با ماهیت پزشکی می شوند. علاوه بر این، آن ها تشخیص می دهند که ذهن و بدن در تعامل هستند، بنابراین پزشکان نمی توانند علائم فیزیکی را از مبنای روانشناختی آن ها جدا کنند و نه برعکس. نویسندگان DSM-۵ ادعا کردند که ناتوانی در اثبات کامل اینکه یک علامت روانشناختی پایه فیزیکی ندارد، سیستم قبلی را پیچیده تر کرد.

اصطلاح اختلال اضطراب بیماری جایگزین هیپوکندریازیس شد. پزشکان به افرادی که هیچ علائم جسمی ندارند اما بسیار مضطرب هستند این تشخیص را می دهند و مشخص می کنند که آیا شامل مراقبت جویی می شود یا خیر.

اکنون پس از تشخیص، اختلال تبدیلی «اختلال عصبی عملکردی» را در پرانتز دارد که نشان می دهد فرد عملکرد غیرطبیعی سیستم عصبی را نشان می دهد. با این حال، برای دریافت تشخیص، فرد باید علائمی داشته باشد که با بیماری سیستم عصبی قابل توضیح نباشد. افراد باید قبل از این که متخصصان مراقبت های بهداشتی به این نتیجه برسند که علائم آن ها مبنای عصبی ندارد، یک معاینه کامل عصبی داشته باشند.

به غیر از بهبود اصطلاحات، نویسندگان DSM-۵ امیدوارند که تجدید نظر آن ها منجر به بهبود جمع آوری داده ها در مورد این گروه از اختلالات شود. ناهماهنگی در معیارهای تشخیصی، همراه با تغییر تمرکز نظری اصلی از روان پویشی به شناختی-رفتاری، وضعیتی را ایجاد کرده است که در آن هنوز اطلاعات اپیدمیولوژیک محکمی درباره گروهی از اختلالات وجود ندارد که اکنون می توانیم با دقت بیشتری میزان شیوع آن ها را تخمین بزنیم.

اضطراب سلامتی

نگرانی بی‌مورد در مورد

علائم جسمی و بیماری

عوامل روانشناختی

مؤثر بر سایر شرایط

پزشکی

اختلالی که در آن

درمانجویان یک بیماری

یا علامت پزشکی دارند

که به نظر می‌رسد

توسط عوامل روانی یا

رفتاری تشدید می‌شود.

درمان شناختی-رفتاری برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری بر سطوح بالای اضطراب سلامتی یا نگرانی بی‌مورد در مورد علائم فیزیکی و بیماری متمرکز است. در درمان، افراد یاد می‌گیرند که باورهای ناسازگار خود را در مورد علائم فیزیکی خود بازسازی کنند و تفسیرهای واقعی‌تری از واکنش‌های بدن خود به دست آورند. با این حال، در موارد شدید، که درمانجویان یا نمی‌خواهند وارد درمان فردی شوند یا نمی‌خواهند در درمان فردی بمانند، درمان گروهی با استفاده از اصول ACT ممکن است جایگزین مؤثری باشد (آیلنبرگ و همکاران، ۲۰۱۶).

۳,۹ عوامل روانی مؤثر بر سایر شرایط پزشکی

تا این‌جا به اختلالاتی که در آن افراد علائم فیزیکی را تجربه می‌کنند که علت فیزیولوژیکی ندارند، نگاه کرده‌ایم. دسته تشخیصی به نام عوامل روانشناختی مؤثر بر سایر شرایط پزشکی شامل شرایطی است که در آن بیماری جسمی درمانجویان تحت تاثیر یک یا چند حالت روانی قرار می‌گیرد. این‌ها می‌تواند شامل افسردگی، استرس، انکار تشخیص، یا درگیر شدن در رفتارهای ضعیف یا حتی خطرناک مرتبط با سلامتی باشد.

در جدول ۲ چند نمونه از شرایط پزشکی که می‌توانند تحت تاثیر عوامل روانی قرار گیرند را بیان می‌کنیم. مشخص کردن تعامل عوامل روان‌شناختی با شرایط پزشکی به متخصصان سلامت درک

واضح‌تری از نحوه تعامل این دو ارائه می‌دهد. هنگامی که این تعامل شناسایی شد، پزشک می‌تواند مشکلات را حل کند و برای کمک به بهبود وضعیت پزشکی درمانجو تلاش کند.

استرس

مفاهیم مرتبط برای درک عوامل روانشناختی موثر بر سایر شرایط پزشکی

اختلالات روانی، استرس، حالات عاطفی، ویژگی‌های شخصیتی و مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف عوامل روان‌شناختی هستند که می‌توانند بر سلامت جسمانی و رفاه فرد تاثیر بگذارند. این دسته از اختلالات، تعاملات پیچیده‌ای را تایید می‌کنند که از طریق آن شرایط روانی و فیزیکی می‌توانند بر یکدیگر تاثیر بگذارند.

استرس و مقابله

در روانشناسی، اصطلاح استرس به واکنش عاطفی ناخوشایندی اشاره دارد که زمانی که فرد رویدادی را تهدیدکننده درک می‌کند، تجربه می‌شود. این واکنش عاطفی ممکن است شامل برانگیختگی فیزیولوژیکی شدید باشد که منعکس‌کننده افزایش واکنش‌پذیری سیستم عصبی سمپاتیک است. یک رویداد استرس‌زا در زندگی یک عامل استرس‌زا است که زندگی فرد را مختل می‌کند. تلاش فرد برای کاهش استرس، مقابله نامیده می‌شود. زمانی است که مقابله ناموفق باشد و استرس فروکش نکند، فرد ممکن است برای مشکلات پزشکی یا روانی که در نتیجه برانگیختگی فیزیولوژیکی مداوم ناشی از تجربه احساسات منفی مزمن ایجاد شده است، به دنبال توجه بالینی باشد.

واکنش عاطفی

ناخوشایندی که یک فرد در زمانی که یک رویداد به عنوان تهدید تلقی می‌شود از خود نشان می‌دهد.

رویداد استرس‌زا در

زندگی

اتفاقی که زندگی فرد را مختل می‌کند.

مقابله

فرآیندی که از طریق آن افراد استرس را کاهش می‌دهند.

یک مورد کوچک

عوامل روانشناختی موثر بر سایر شرایط پزشکی

مایکل مردی ۴۱ ساله و دگرجنسگرا است. او در حال حاضر به عنوان مدیر یک فروشگاه زنجیره‌ای بزرگ با تخفیف‌دار کار می‌کند، موقعیتی که در چند سال گذشته به آن رسیده است. مایکل علی‌رغم موفقیتش، با افسردگی تهییجی دست و پنجه نرم می‌کند، که باعث شده بود بیش‌تر اوقات احساس بی‌حوصلگی و تحریک‌پذیری کند. او تشخیص می‌دهد که مشکلات عاطفی‌اش مربوط به مسائل طولانی مدت با والدینش است، و از این که دائما از یک تنش درونی رنج می‌برد که همیشه بخشی از شخصیت او بوده است، ناراحت است. مایکل که کوچک‌ترین خانواده چهار فرزندی بود، دریافت که در طول دوران کودکی‌اش باید «دو برابر» خواهر و برادرش برای جلب توجه و محبت والدینش تلاش کند. او بیش‌تر روزها از میگردن و معده درد شدید رنج می‌برد، اما به دلیل این که نمی‌خواهد وقت خود را دور از کار بگذراند، تمایلی به مراجعه به پزشک ندارد. اکنون، به عنوان یک بزرگسال، او گرفتار میل به موفقیت است که به معنای واقعی کلمه او را از نظر جسمی بیمار می‌کند.

جدول ۲ عوامل روانی موثر بر سایر شرایط پزشکی

وضعیت پزشکی	عامل روانی احتمالی
فشار خون بالا (فشار خون بالا)	استرس مزمن شغلی خطر ابتلا به فشار خون بالا را افزایش می‌دهد.
آسم	اضطراب که علائم تنفسی فرد را تشدید می‌کند.
سرطان	انکار نیاز به مداخلات جراحی.
دیابت	عدم تمایل به تغییر سبک زندگی برای نظارت بر سطح گلوکز یا کاهش مصرف.
سر درد تنشی مزمن	استرس‌های مداوم مرتبط با خانواده که به بدتر شدن علائم کمک می‌کند.
بیماری قلب و عروقی	امتناع از مراجعه به متخصص قلب برای ارزیابی علی‌رغم ناراحتی قفسه سینه.

چه نوع رویدادهایی به عنوان عوامل استرس‌زا در نظر گرفته می‌شوند؟ رایج‌ترین روش برای توصیف عوامل استرس‌زا از طریق مقیاس‌های رتبه‌بندی رویدادهای استرس‌زا در زندگی است، که این مقیاس‌ها برای این منظور لحاظ شده‌اند تا میزان قرار گرفتن افراد در معرض تجربیاتی را که می‌تواند سلامت آن‌ها را تهدید کند، تعیین کند. یکی از شناخته شده‌ترین آن‌ها مقیاس رتبه‌بندی تنظیم مجدد اجتماعی (SRRS) است (هولمز و راهه، ۱۹۶۷)، که استرس زندگی را بر اساس واحدهای تغییر زندگی (LCUها) ارزیابی می‌کند. در توسعه شاخص LCU، محققان محاسبه کردند که هر نوع رویداد چقدر با بیماری جسمی مرتبط است. منطق پشت این اقدام این است که هرچه یک رویداد بیش‌تر باعث شود شرایط زندگی خود را با توجه به آن تنظیم کنید، برای سلامتی شما مضرتر است.

مقیاس استرس در مقطع کارشناسی کالج (CUSS) (رنر و مکین، ۱۹۹۸) نمونه خوبی از مقیاس رویدادهای استرس‌زای زندگی است. بر خلاف SRRS که برای بزرگسالان در تمام سنین استفاده می‌شود، CUSS انواع عوامل استرس‌زا را که برای دانشجویان قبلی آشنا هستند، ارزیابی می‌کند (۹۰ درصد افراد نمونه زیر ۲۲ سال سن داشتند). استرس‌زاترین رویداد در CUSS تجاوز جنسی است که امتیاز LCU ۱۰۰ دارد. صحبت کردن جلوی کلاس نمره ۷۲ دارد که البته نسبتاً بالاست. گرفتن نمره A برای همه دروس ۵۱ است که نسبتاً بالا است. کم استرس‌ترین رویداد در CUSS شرکت در یک رویداد ورزشی است (امتیاز ۲۰ = LCU).

مقیاس‌های رویدادهای زندگی دارای شایستگی هستند زیرا تکمیل آن‌ها نسبتاً آسان است و مجموعه‌ای از معیارهای عینی را ارائه می‌دهند که می‌توانیم افراد را با آن مقایسه کنیم. با این حال، تعیین کمیت استرس همیشه آسان نیست. شما و بهترین دوستان ممکن است هر کدام یک رویداد بالقوه استرس‌زا را تجربه کنید، مانند دیر رسیدن به کلاس، اما ممکن است از این موقعیت بسیار بیش‌تر از دوستان ناراحت شوید. بنابراین، روز شما بسیار کم‌تر از دوستان خوشایند خواهد بود، و اگر مکرراً تاخیر کنید، ممکن است در معرض خطر یک بیماری مرتبط با استرس باشید.

مدل شناختی استرس بیش‌تر بر نحوه تفسیر رویدادها تاکید می‌کند تا این‌که آیا شما یک رویداد خاص را تجربه کرده‌اید یا خیر. مانند رویکرد شناختی به طور کلی، مدل شناختی استرس پیشنهاد

می‌کند که ارزیابی یک رویداد به عنوان یک رویداد استرس‌زا تعیین می‌کند که آیا تاثیر منفی بر وضعیت عاطفی شما خواهد داشت یا خیر. افراد نه تنها در نحوه تفسیر وقایع متفاوت هستند، بلکه شرایط پیرامون رویداد نیز بر آن‌ها تاثیر می‌گذارد. اگر استاد دوست شما در کلاس شرکت نمی‌کند، اما استاد شما شرکت می‌کند، این به توضیح این که چرا از دیر آمدن بیش‌تر از دوست خود استرس دارید، کمک می‌کند.

دردسر

یک رویداد نسبتاً جزئی که می‌تواند باعث استرس شود.

همان‌طور که این مثال نشان می‌دهد، استرس بستگی به دیدگاه شخص دارد. حتی یک رویداد نسبتاً جزئی نیز اگر آن را منفی تفسیر کنید، می‌تواند شما را به تجربه استرس سوق دهد. علاوه بر این، مدل شناختی فرض می‌کند که این رویدادهای «کوچک» می‌توانند تاثیر زیادی داشته باشند، به ویژه زمانی که در مدت زمان کوتاهی ایجاد شوند. وقایعی به نام **دردسر** می‌توانند اثرات قابل توجهی بر سلامت داشته باشند که تعداد آن‌ها به اندازه کافی باشد و شما آن‌ها را منفی تفسیر کنید. اگر نه تنها برای کلاس دیر آمدید، بلکه با دوست خود وارد مشاجره شدید، انگشت پای خود را محکم فشار دهید، قهوه خود را بریزید، و به اتوبوس خود نرسید، شما در یک بعد از ظهر به همان اندازه رویدادهای استرس‌زا را تجربه خواهید کرد که فردی که یک رویداد «بزرگتر» زندگی را پشت سر می‌گذارد.



مشکلات کنترل خشم این زن، برخورد منطقی و آرام با موقعیت‌های روزمره را برای او دشوار می‌کند.

Fancy/SuperStock©

بالا بردن روحیه

رویدادهایی که احساس
خوشبختی شما را
تقویت می کند.

از جنبه مثبت، می‌توانید دردسرهای خود را با چیزی که محققان آن را **بالا بردن روحیه** می‌نامند، متعادل کنید، که رویدادهایی در مقیاس کوچک هستند که احساس خوب بودن شما را تقویت می‌کنند. شاید صفحه فیسبوک خود را باز کنید و یک سلام خوشایند از یکی از آشنایان سابق دبیرستان پیدا کنید. لبخندی که این تبریک به روی صورت شما می‌آورد می‌تواند به جبران بخشی از استرس دردسرهایی که به تازگی تجربه کرده‌اید کمک کند. بالا بردن روحیه به ویژه در جنبش روان‌شناسی مثبت اهمیت دارند، که آن‌ها را به عنوان کمکی به احساس شادی روزمره مردم می‌دانند.

مقابله متمرکز بر مشکل

مقابله‌ای که در آن فرد با تغییر هر چیزی که در مورد موقعیتی که آن را استرس‌زا می‌کند، برای کاهش استرس اقدام می‌کند.

مقابله متمرکز بر احساسات

نوعی مقابله که در آن فرد چیزی را در مورد خود موقعیت تغییر نمی‌دهد، بلکه سعی می‌کند احساسات خود را نسبت به موقعیت بهبود بخشد.

زمانی که زندگی چیزهای خوبی را برای شما به ارمغان می‌آورد فوق‌العاده است، اما اگر این‌طور نیست، اگر می‌خواهید سلامت روان خود را حفظ کنید، باید راه‌های دیگری برای کاهش استرس از طریق مقابله پیدا کنید. دو راه اصلی مقابله، **مقابله متمرکز بر مشکل و مقابله متمرکز بر احساسات** است (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴). در مقابله متمرکز بر مشکل، شما سعی می‌کنید استرس را با اقدام برای تغییر هر چیزی که موقعیت را استرس‌زا می‌کند، کاهش دهید. اگر به دلیل شلوغ بودن اتوبوس دائما به کلاس دیر می‌رسید و تمایل دارید ۵ یا ۱۰ دقیقه بعد از زمان مقرر به کلاس برسید، می‌توانید سوار اتوبوسی شوید که زودتر می‌آید، حتی اگر به این معنی باشد که باید ۱۰ دقیقه زودتر از برنامه بیدار شوید. در مقابل، برای مقابله متمرکز بر هیجان، شما موقعیت را تغییر نمی‌دهید، بلکه در عوض احساس خود را نسبت به آن تغییر می‌دهید. شاید استاد شما اهمیتی نمی‌دهد که کمی دیر آمده‌اید، بنابراین نباید آن قدر به خودتان سخت بگیرید. **اجتناب** یکی دیگر از استراتژی‌های متمرکز بر احساسات است. این روش مقابله‌ای مشابه مکانیزم دفاعی انکار است. به جای این‌که به یک تجربه استرس‌زا فکر کنید، فقط آن را از ذهن خود خارج می‌کنید.

کدام یک از دو راه مقابله بهتر است؟ پاسخ این است که، بستگی دارد. افراد از طریق مقابله متمرکز بر مشکل با برخی موقعیت‌ها به طور موثرتری کنار می‌آیند. در شرایط متغیر، اگر از مقابله متمرکز بر مشکل استفاده کنید، به احتمال زیاد وضعیت بهتری خواهید داشت. اگر به دلیل افت نمراتتان استرس دارید، به جای این‌که به مشکل فکر نکنید، بهتر است سعی کنید با مطالعه بیشتر، وضعیت را تغییر دهید. اگر به این دلیل استرس دارید که تلفن همراه خود را گم کرده‌اید و واقعا نمی‌توانید

آن را پیدا کنید، بهتر است از روش‌های مقابله متمرکز بر احساسات استفاده کنید، مانند این که به خودتان بگویید به هر حال به یک مدل جدیدتر نیاز دارید (و همچنین انجام برخی اقدامات متمرکز بر مشکل، مانند بستن آن تلفن گم شده).

با بالا رفتن سن، افراد می‌توانند از راهبردهای مقابله‌ای استفاده کنند که به طور موثرتری استرس آن‌ها را کاهش می‌دهد، شاید به این دلیل که بهتر می‌توانند احساسات مختلطی را که با تجربه اوج و فرودهای زندگی به وجود می‌آیند، تحمل کنند (اشنایدر و استون، ۲۰۱۵). برای مثال، سگال، هوک و کولیچ (۲۰۰۱) در مقایسه نمونه‌هایی از افراد مسن ساکن در جامعه و دانشجویان دانشگاهی دریافتند که افراد جوان امتیازات بالاتری را در مورد استراتژی‌های مقابله ناکارآمد تمرکز بر هیجان-ها و تخلیه آن‌ها، جداسازی ذهنی و استفاده از الکل و مواد مخدر دریافت کردند. در مقابل، افراد مسن‌تر به احتمال زیاد از کنترل تکانه استفاده می‌کنند و به مذهب خود به عنوان راهبردهای مقابله‌ای روی می‌آورند. در واقع ممکن است استفاده بهتر آن‌ها از راهبردهای مقابله‌ای باشد که تاب آوری افراد مسن را در مواجهه با استرس‌های مرتبط با مراقبت از همسر بیمار یا دیگر خویشاوندان نشان می‌دهد (فورتینسکی، تنن، و استفنز، ۲۰۱۳).



نوشیدن الکل برای مقابله با استرس یک استراتژی مقابله‌ای ناسازگار است، زیرا می‌تواند مشکلات بیشتری را برای افراد تحت استرس ایجاد کند، به خصوص اگر بیش از حد الکل مصرف کنند.

میزان استرسی که افراد در اثر قرار گرفتن در معرض عوامل استرس‌زای احتمالی تجربه می‌کنند نیز تحت تاثیر شخصیت آن‌ها است. به طور کلی، افرادی که سطح بالایی از خوش‌بینی دارند در برابر استرس انعطاف‌پذیرتر هستند. همان‌طور که احتمالاً از تجربه خود به خاطر می‌آورید، سال اول دانشگاه با استرس زیادی هم از نظر آکادمیک و هم از نظر اجتماعی همراه است. محققان کشف کردند که هر دو به طور مستقل سطوح بهزیستی ذهنی دانشجویان کارشناسی گزارش شده در طول سازگاری آن‌ها با محیط جدید دانشگاهی را با استفاده از معیارهای خوش‌بینی و قرار گرفتن در معرض استرس پیش‌بینی کردند (یوویتا و آسیه، ۲۰۱۸). عوامل اجتماعی-فرهنگی نیز در ایجاد و تشدید سطح استرس فرد نقش دارند. برای مثال، زندگی در یک محیط اجتماعی خشن که امنیت فرد را تهدید می‌کند، در برقراری روابط اجتماعی دخالت می‌کند، و شامل سطوح بالای تعارض، سوء استفاده و خشونت می‌شود، شرایطی است که به وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین‌تر مربوط می‌شود. قرار گرفتن مزمن در معرض استرس‌های چنین محیطی می‌تواند منجر به تعدادی تغییرات در هورمون‌ها شود که در نهایت اثرات مضر بر سلامت قلب و عروق دارد و با خطر ژنتیکی و فیزیولوژیکی فرد در تعامل است. به نظر می‌رسد هم سلامت قلب و عروق و هم عملکرد سیستم ایمنی به میزان استرسی که فرد به دلیل پایین بودن وضعیت اجتماعی-اقتصادی تجربه می‌کند، حساس هستند. به نظر می‌رسد که سیستم لیمبیک که واکنش‌های فرد به استرس را واسطه می‌کند، نقش بزرگی در محاسبه این ارتباطات بین طبقه اجتماعی و سلامت ایفا می‌کند (مک ایون و جیاناروس، ۲۰۱۰).

شواهد فراوان از نقش استرس در انواع شرایط پزشکی از طریق تعامل آن با وضعیت و عملکرد ایمنی حمایت می‌کند (اشنایدرمن، آیرونسون و سیگل، ۲۰۰۵). یک رویداد استرس‌زا می‌تواند مجموعه‌ای از واکنش‌ها را در بدن آغاز کند که مقاومت بدن را در برابر بیماری کاهش می‌دهد. این واکنش‌ها هم‌چنین می‌تواند علائم یک اختلال فیزیکی مزمن و مرتبط با استرس را تشدید کند. استرس و شخصیت با هم ترکیب می‌شوند و بر سلامت فرد تأثیر می‌گذارند. براساس مطالعات انجام شده در مورد استرس محل کار افرادی که تمایل زیادی به تعهد بیش از حد خود دارند، بیش‌تر از آن‌چه پاداش دریافت می‌کنند، تلاش می‌کنند و به نوبه خود، سلامت قلبی عروقی ضعیف‌تری دارند (ادی، ورتهایم، کینگزلی، و رایت، ۲۰۱۷).

بیان عاطفی

مقابله با استرس با کنترل احساسات منفی یکی از راه‌های کاهش سطح استرس درک شده است. با این حال، مواقعی وجود دارد که ابراز احساسات، حتی اگر منفی باشد، می‌تواند سلامت جسمی و روحی شما را بهبود بخشد. در یک مطالعه کلاسیک، محققان به گروهی از دانشجویان سال اول آموزش دادند که در مورد تجربه ورود به کالج خود بنویسند، تجربه‌ای بسیار استرس‌زا، همان‌طور که در بالا ذکر شد. یک گروه کنترل فقط در مورد موضوعات پیش پا افتاده نوشتند. کسانی که در مورد ورود به دانشگاه نوشتند، بیش‌تر از افراد کنترل دلتنگ خانه شده‌اند. با وجود این‌که آن‌ها احساسات منفی بیش‌تری را تجربه کردند، اما کم‌تر به پزشک مراجعه کردند و در پایان سال، از نظر معدل و تجربه خلق مثبت، به همان خوبی یا بهتر از افراد کنترل عمل کردند. محققان به این نتیجه رسیدند که مواجهه با احساسات و افکار در مورد یک تجربه استرس‌زا می‌تواند اثرات مثبت طولانی مدت داشته باشد، حتی اگر تاثیر اولیه چنین رویارویی ممکن است مخرب باشد (پن بیکر، کولدر و شارپ، ۱۹۹۰).

پن بیکر و همکارانش یافته‌های خود را به جمعیت‌های مختلف گسترش داده‌اند. بر اساس یک متاآنالیز از ۱۴۶ تحقیق تصادفی، شفاف‌سازی موضوع به طور قابل توجه و مطلوبی بر افرادی با انواع مشکلات عاطفی تاثیر گذاشت (فرا تارولی، ۲۰۰۶). حتی اخیراً، محققان مزایایی برای سلامت روان فرد از وبلاگ نویسی و سایر اشکال نوشتن در بسترهای شبکه‌های اجتماعی یافته‌اند (کو و کو، ۲۰۰۹).

با این حال، به خاطر داشته باشید که اگر چه فردی که این احساسات را ابراز می‌کند ممکن است احساس بهتری داشته باشد، اما شخصی که به بازگویی یک داستان غمگین یا دشوار گوش می‌دهد ممکن است عواقب عاطفی منفی را متحمل شود (کلاس، هورستمن، ویلر و کار، ۲۰۱۵). این یکی از دلایلی است که باعث می‌شود افرادی که در حرفه‌های مددکاری کار می‌کنند، فرسودگی شغلی را تجربه کنند، که در غیر این صورت به عنوان «خستگی شفقت» شناخته می‌شود (وست، ۲۰۱۵).



شرایط کاری که استرس ایجاد می‌کند می‌تواند پیامدهای سلامت روانی قابل توجهی مانند قلدری در محل کار داشته باشد.

SpeedKingz/Shutterstock©

سبک شخصیت

یکی از پیوندهای کاملاً تحقیق شده بین شخصیت و سلامت، الگوی رفتاری نوع A است، مجموعه‌ای از رفتارها که شامل سخت‌روی، رقابت، بی‌شکيبایی، بدبین، مشکوک و خصمانه نسبت به دیگران است و به راحتی تحریک می‌شود (جدول ۳).

افرادی که دارای الگوی رفتاری نوع A هستند سطوح بالایی از برانگیختگی عاطفی را تجربه می‌کنند که فشار خون و سیستم عصبی سمپاتیک آن‌ها را بیش از حد فعال نگه می‌دارد و آن‌ها را در معرض خطر ابتلا به بیماری قلبی و در معرض خطر حملات قلبی و سکته قرار می‌دهد. آن‌ها نه تنها در معرض خطر بالایی هستند زیرا بدن آن‌ها تحت استرس قرار می‌گیرد، بلکه سبک زندگی سخت رانندگی و رقابتی آن‌ها اغلب شامل رفتارهای پرخطر از جمله سیگار کشیدن، نوشیدن بیش از حد الکل و عدم انجام ورزش می‌شود (ماینوس و همکاران، ۲۰۱۰).

الگوی رفتاری نوع A

مجموعه‌ای از رفتارهایی که شامل رانندگی سخت، رقابتی، بی‌حوصله، بدبین، مشکوک و خصمانه نسبت به دیگران است، و به راحتی عصبانی می‌شوند.

جدول ۳ آیا شما نوع A هستید؟

بررسی فعالیت جنکینز میزان شخصیت و الگوی رفتاری فرد مستعد ابتلا به عروق کرونر را ارزیابی می کند. افراد با امتیازات بالا که به آن ها نوع A می گویند، تمایل به رقابت، بی حوصلگی، بی قراری و پرخاشگری دارند و تحت فشار زمان و مسئولیت هستند. در موارد زیر، می توانید ببینید که کدام پاسخ ها منعکس کننده این ویژگی ها هستند.
آیا زمانی برای کوتاه کردن یا حالت دادن به موهایتان پیدا نمی کنید؟
آیا همسر یا دوستتان تا به حال به شما گفته است که خیلی سریع غذا می خورید؟
واقعا چقدر «حرف در دهان کسی می گذارید» تا کارها را تسریع بخشید؟
آیا افرادی که به خوبی شما را می شناسند موافق هستند که شما زود عصبانی می شوید؟
هر چند وقت یکبار پیش می آید که برای رسیدن به محل مورد نظر خود عجله می کنید، حتی مواقعی که زمان زیادی وجود دارد؟
آیا تا به حال در محل کار، زمانی که روی دو پروژه مختلف کار می کنید دائما بر روی دو کار سوییچ می کنید؟

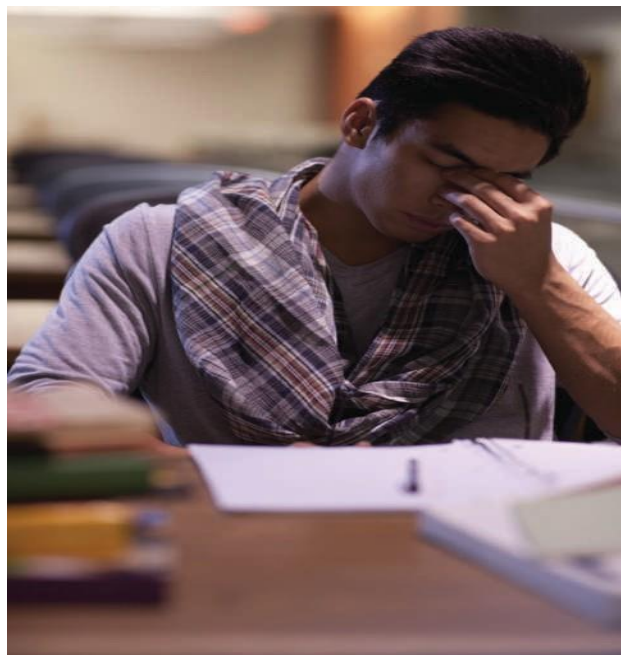
از سی دی جنکینز، اس جی زیزنسکی و آر. اچ. روزنمن، بررسی فعالیت جنکینز. کپی رایت © ۱۹۶۵، ۱۹۶۶، ۱۹۶۹، ۱۹۷۹ توسط شرکت روانشناسی. استفاده شده با کسب اجازه از نویسنده.

شخصیت نوع D

یک نوع شخصیتی که در کسانی دیده می شود که احساساتی مانند اضطراب، تحریک پذیری و خلق افسرده را تجربه می کنند.

یکی دیگر از عوامل خطر ساز شخصیتی مهم برای بیماری قلبی در میان افرادی رخ می دهد که عاطفه افسردگی قوی را تجربه می کنند اما احساسات خود را پنهان نگه می دارند - که به عنوان **شخصیت نوع D** شناخته می شود. بر خلاف شخصیت نوع «A» که در آن A، مخفف چیزی نیست، در شخصیت نوع «D»، D مخفف «پریشانی (distressed)» است. شخصیت های نوع D احساساتی را تجربه می کنند که شامل اضطراب، عصبانیت و خلق افسرده می شود. این افراد به دلیل تمایل به تجربه احساسات منفی و در عین حال ممانعت از ابراز این احساسات در موقعیت های اجتماعی در معرض خطر ابتلا به بیماری های قلبی هستند. این افراد علاوه بر خطر ابتلا به بیماری یا مرگ بر اثر بیماری قلبی، کیفیت زندگی روزمره را کاهش داده و از درمان های پزشکی کم تر

بهره می‌برند. روانشناسان فکر می‌کنند که ارتباط بین شخصیت و بیماری قلبی برای این افراد تا حدی به دلیل اختلال در پاسخ ایمنی به استرس است (دنولت و پدرسن، ۲۰۱۱).



اگر فرد در مقابله با استرسی که ممکن است تجربه می‌کند مشکل داشته باشد، رویدادهای استرس‌زای زندگی، مانند رفتن به دانشگاه، می‌تواند به سلامت جسمی آسیب برساند.

©Sam Edwards/Ojo Images/AGE Fotostock

کاربردها در پزشکی رفتاری

طب رفتاری

رویکردی بین رشته‌ای
به شرایط پزشکی تحت
تأثیر عوامل
روانشناختی که ریشه
در نظریه یادگیری دارد.

از آن جایی که عوامل روانشناختی که به یک وضعیت پزشکی کمک می‌کنند دارای چنین طیف گسترده‌ای هستند، پزشکان باید ارزیابی دقیقی از نحوه تاثیرگذاری بر سلامت هر درمانجوی خاص توسط رفتار انجام دهند. رشته پزشکی رفتاری، حوزه رو به رشد علوم بهداشتی را در رابطه با روابط ذهن و بدن برای کمک به بهبود سلامت جسمانی افراد با پرداختن به عوامل روان‌شناختی استرس، احساسات، الگوهای رفتاری و شخصیت به کار می‌گیرد. علاوه بر این، پزشکان شاغل در **طب رفتاری** اغلب با روانشناسان و سایر متخصصان سلامت روان همکاری می‌کنند تا به درمانجویان کمک کنند تا رفتارهایی را یاد بگیرند و حفظ کنند که عملکرد فیزیکی آن‌ها را به حداکثر می‌رساند. با بهبود

انطباق بیماران با درمان پزشکی، پزشکان می‌توانند به آن‌ها در دستیابی به سلامت بهتر و جلوگیری از عوارض بیش‌تر کمک کنند (ویلسون، ۲۰۱۵).

آموزش روانی جزء مهمی از طب رفتاری است. مشتریان باید بدانند که چگونه رفتار آن‌ها بر ایجاد یا بدتر شدن علائم بیماری مزمن تاثیر می‌گذارد. سپس پزشک می‌تواند با آن‌ها کار کند تا راه‌های خاصی برای بهبود عادات سلامتی آن‌ها ایجاد کند. برای مثال، کنترل رژیم غذایی و ورزش برای پیشگیری و کاهش عوارض جدی بیماری قلبی عروقی کلیدی است. زمان صرف شده در خارج از منزل، حتی اگر فعالیت ورزشی نباشد، می‌تواند سطح استرس را کاهش دهد (بیر، سابو، هورمن و استولی، ۲۰۱۸). پزشک می‌تواند راه‌هایی را به درمانجویان آموزش دهد تا این عادات بهداشتی جدید را در رژیم‌های روزانه خود بسازند و به افراد مبتلا به اختلالات خواب آموزش دهد تا عادات خواب خود را بهبود بخشند. افراد می‌توانند درد مزمن را که به علائم افسردگی کمک می‌کند، از طریق استراتژی‌هایی مانند بیوفیدبک مدیریت کنند.

طب رفتاری نیز به طور فزاینده‌ای به سمت مداخلاتی در حال حرکت است که زمانی به عنوان جایگزین در نظر گرفته می‌شد، از جمله آموزش ذهن آگاهی، آرامش، و مدیتیشن. در این رویکردها، پزشکان به درمانجویان می‌آموزند که بدون قضاوت، حالات درونی بدن خود (مانند ضربان قلب و تنفس)، و هم‌چنین ادراک، حالات عاطفی، افکار و تصورات خود را کنترل کنند. درمانجویان با مشاهده واکنش‌های بدنی خود به این شیوه عینی، درک متفاوت‌تری از این که بیماری بر کدام جنبه‌های تجربیات آن‌ها تاثیر می‌گذارد و کدام را ندارد، به دست می‌آورد. در نتیجه، آنها می‌توانند یاد بگیرند که چگونه واکنش بدن خود را کنترل کنند و بیماری‌های خود را به عنوان یک هدف طبیعی درک کنند نه به عنوان چیزی که آنها را از لذت کلی از زندگی باز می‌دارد (کارمودی، رید، کریستلر و مریام، ۲۰۰۸).

برای مثال، افراد دارای الگوی رفتاری نوع A می‌توانند از آموزش‌هایی با هدف بهبود آگاهی از واکنش‌هایشان به استرس، روش‌های مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا، و مداخلات رفتاری با هدف بهبود انطباق آن‌ها با توصیه‌های پزشکی با هدف کاهش خطر قلبی عروقی بهره ببرند. احساس تسلط یا اعتقاد به اینکه توانایی مدیریت یا اعمال کنترل بر مشکلاتی که در زندگی با آن روبه رو

هستید، بسیار مهم است. مشکلات قلبی عروقی و مرتبط با سلامتی در کسانی که احساس می کنند کنترل بیشتری بر شرایط زندگی خود دارند کم تر رخ می دهد (روپکه و گرانت، ۲۰۱۱).

به طور فزاینده ای، پزشکان متوجه می شوند که تلاش برای بهبود سلامت افراد تنها با رفع نیازهای پزشکی آن ها، اثرات مطلوب درازمدت را به همراه نخواهد داشت، مگر این که پزشکان این مسائل روانی را نیز در درمان بگنجانند.

۴,۹ اختلالات علائم جسمی و تجزیه ای: دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی

اختلالاتی که در این فصل به آن ها پرداختیم، اگرچه متمایز هستند، اما همگی تعاملات پیچیده بین ذهن و بدن را آشکار می کنند و تمایز بین علائم روانشناختی «واقعی» و «کاذب» را می طلبند. آن ها هم چنین سوالاتی را در مورد ماهیت خود مطرح می کنند. ما هم چنین نقش استرس در اختلالات روانی و ارتباط آن با بیماری های پزشکی و علائم فیزیکی را بررسی کرده ایم.

زیست شناسی به وضوح در آسیب پذیری بیش تر افراد در برابر اختلالات روانی و به ویژه این اختلالات نقش دارد. یک فرد ممکن است یک وضعیت فیزیکی شناخته شده یا تشخیص داده نشده داشته باشد که برخی از عوامل استرس زا به طور خاص بر آن تاثیر می گذارد، که سپس علائم ناشی از یک علامت مریضی جسمی یا اختلال مرتبط را تحریک می کند. با این حال، نقش زیست شناسی هر چه باشد، تبیین های شناختی-رفتاری مفیدی را برای رویکردهای درمان ارائه می کنند. حتی افرادی که وضعیت پزشکی آن ها به وضوح مستند شده است، مانند اختلال درد مزمن، می توانند از یادگیری نحوه تنظیم مجدد افکار خود در مورد اختلال خود بهره ببرند، اگر نه رفتارهای واقعی مرتبط با سلامتی. در همان زمان، ما در مورد اثرات استرس بر سلامت جسمی، به ویژه نحوه تاثیر تعصب اجتماعی بر بیماری های مزمن مانند دیابت و بیماری قلبی، بیش تر می آموزیم.

با پیشرفت کار بر روی DSM-۵، این امکان وجود دارد که پیوندهای ذهن و بدن زیربنای این اختلالات، با دقت بیشتری مورد بررسی قرار گیرد. پیوندهای تاریخی بین این اختلالات و مشکلات به اصطلاح «عصبی» که به نظر می رسید بر بسیاری از بیماران فروید تاثیر می گذارد، محو خواهد شد. با این وجود، اگر نامشان را اختلالات نشانه های تجزیه ای و جسمی نگذاریم، جذابیت خود را حفظ خواهند کرد.

بازگشت به پرونده: رز مارستون

رز تحت ۱۶ جلسه درمانی فردی هفتگی قرار گرفت، با تمرکز بر تکنیک‌های خاص CBT مانند آموزش روانی، تکنیک‌های بازسازی شناختی، مواجهه و پیشگیری از پاسخ، تمرین‌های بازآموزی ادراکی، و تکنیک‌های خود نظارتی که در آن‌ها تعداد دقیقه‌هایی را که در هر روز به فکر علائم خود می‌گذرانند، ثبت می‌کرد. این تمرین‌ها برای کمک به رز طراحی شده‌اند که یاد بگیرد بدن خود را جامع‌تر و عینی‌تر ببیند و در عین حال توجه را از شکمش کم کند. در طول هر جلسه، رز و درمانگرش در مورد آن‌چه در هفته گذشته اتفاق افتاد بحث کردند، «تکالیف خانه» را مرور کردند و دستور کار جلسه را تعیین کردند. با استفاده از این رویکرد بسیار ساختاریافته، رز پس از چند هفته اول درمان از علائم خود رهایی یافت. علاوه بر این، او شروع به درمان عدم تحمل لاکتوز خود از طریق ترکیبی از کنترل رژیم غذایی و داروهای بدون نسخه کرد. در پایان هفته ۱۶، درد رز از بین رفت و او با دوست پسرش آشتی کرده بود، زیرا نگرانی‌های دائمی او در مورد درد معده‌اش را متوجه می‌شد که رابطه آن‌ها تحت فشار قرار گرفته است. افسردگی او نیز برطرف شده بود و او و پزشکش توافق کردند که مصرف داروی ضد افسردگی ضروری نیست. رز هم‌چنان یک بار در ماه برای معاینه به پزشک مراجعه می‌کرد تا پیشرفت او را بررسی کند و از نظر عود علائم ارزیابی کند.

تأملات دکتر توبین: افسردگی گذشته رز احتمالاً به دلیل حساسیت ظاهری او به مشکلات جسمی نسبتاً جزئی‌اش تشدید شده است. داروهای ضد افسردگی فقط برای کاهش مختصر آن استفاده شده بود، اما بدیهی بود که نگرانی‌های او هم‌چنان ادامه داشت تا این‌که استرس‌های ناشی از جدایی از دوست پسرش و از دست دادن شغلش باعث شد علائم او بدتر شود. پیش‌آگهی عالی رز با این واقعیت کمک کرد که او واقعا تحت درمان قرار گرفت. علی‌رغم این واقعیت که افراد مبتلا به اختلال علائم جسمی ممکن است در بحث درباره شدت علائم و ایده‌هایشان در مورد آن‌ها احساس ناخوشایندی داشته باشند، حرکت رز این امکان را برای او فراهم کرد تا در مورد اعتقادات و احساسات خود در مورد درد معده صحبت کند. پزشک او به لطف این دانش توانست با موفقیت درمان را با مشکلات خاص خود تنظیم کند. رز باید دائماً مراقب مصرف لاکتوز خود باشد، اما خوشبختانه او می‌تواند علائم جسمانی خود را مدیریت کند، که باعث کاهش اضطراب روانی و بدبختی او می‌شود.

خلاصه

- این فصل سه دسته از شرایط را شامل می‌شود: اختلالات تجزیه ای، اختلالات علائم جسمی، و عوامل روانی موثر بر سایر شرایط پزشکی. در هر یک از این مجموعه شرایط، بدن درگیری روانی و استرس را به شیوه‌ای غیرعادی بیان می‌کند.
- اختلالات تجزیه ای زمانی رخ می‌دهد که ذهن انسان به نظر می‌رسد قادر به تفکیک، یا جداسازی عملکردهای ذهنی باشد. اشکال عمده اختلالات تجزیه ای عبارتند از اختلال هویت تجزیه ای (DID)، فراموشی تجزیه ای، مسخ شخصیت، مسخ واقعیت و اختلال مسخ شخصیت/ مسخ واقعیت.
- در میان متخصصان بهداشت روان، دیدگاه کلی در مورد اختلالات تجزیه ای این است که نوعی از رویدادهای آسیب‌زا باعث می‌شود افراد مبتلا به این اختلالات در طول زمان تجربه جدایی از تجربیات آگاهانه، احساس خود یا احساس تداوم خود را تجربه کنند. با این حال، پزشکان با یک وظیفه دلبهره آور هم در تشخیص و هم در درمان علائم تجزیه ای یک فرد روبه‌رو هستند.
- علائم جسمی و اختلالات مربوط به آن گروهی از شرایط هستند که در آن علائم اصلی فرد شامل آن چیزی است که فرد به عنوان مشکلات جسمی و/یا نگرانی در مورد بیماری با ماهیت پزشکی تجربه می‌کند. اختلال اضطراب بیماری شامل ترس‌های اشتباه در مورد واکنش‌های طبیعی بدن است.
- ویژگی اساسی اختلال تبدیلی (اختلال علائم عصبی عملکردی) این است که فرد تغییری را در عملکرد بدن خود تجربه می‌کند که به دلیل یک بیماری زمینه‌ای نیست. اصطلاح تبدیل به تبدیل فرضی تعارض روانی به علائم فیزیکی اشاره دارد. تفاوت بین اختلال علائم جسمی و اختلال تبدیلی در این است که اولی به جای یک شکایت جسمی منفرد شامل علائم بدنی متعدد و مکرر است.
- شرایط مربوط به اختلالات علائم جسمی شامل بدگویی، تظاهر عمدی علائم بیماری جسمی یا اختلال روانی به انگیزه پنهانی مانند دریافت مزایای از کارافتادگی یا بیمه است. و اختلال ساختگی، که در آن افراد الگویی از علائم جعلی را نشان می‌دهند که جسمی، روانی یا ترکیبی از این دو هستند.
- دسته تشخیصی به نام عوامل روانشناختی موثر بر سایر شرایط پزشکی شامل شرایطی است که در آن بیماری جسمی درمانجویان تحت تاثیر یک یا چند حالت روانی مانند افسردگی، استرس، انکار تشخیص، یا درگیر شدن در رفتارهای ضعیف یا حتی خطرناک مرتبط با سلامتی قرار می‌گیرد.

- اختلالات روانی، استرس، حالات عاطفی، ویژگی های شخصیتی و مهارت های مقابله ای ضعیف تنها برخی از عوامل روانی هستند که می توانند بر شرایط پزشکی فرد تاثیر بگذارند. این دسته از اختلالات، تعاملات پیچیده ای را تایید می کنند که از طریق آن شرایط روانی و فیزیکی می توانند بر یکدیگر تاثیر بگذارند.
- مقابله می تواند به تنظیم هیجان اضطراب و در نتیجه کاهش استرس کمک کند. با این حال، مواقعی وجود دارد که ابراز احساسات می تواند سلامت جسمی و روانی را بهبود بخشد. مقابله فعال با احساسات ناشی از یک رویداد ناراحت کننده یا آسیب زا می تواند مزایای سلامتی طولانی مدت داشته باشد.
- از آنجایی که عوامل روانشناختی که به یک وضعیت پزشکی کمک می کنند دارای چنین طیف گسترده ای هستند، پزشکان باید ارزیابی دقیقی از این که چگونه سلامت هر درمانجوی خاص تحت تاثیر رفتار قرار می گیرد، انجام دهند. رشته پزشکی رفتاری مجموعه رو به رشدی از شواهد علمی در رابطه با روابط ذهن و بدن را برای کمک به بهبود سلامت جسمانی افراد با پرداختن به روابط آن با عوامل روانشناختی استرس، احساسات، الگوهای رفتاری و شخصیت به کار می گیرد.
- زیست شناسی به وضوح در آسیب پذیری بیش تر برخی افراد در برابر اختلالات روانی و به ویژه در این اختلالات نقش دارد. یک فرد ممکن است یک وضعیت فیزیکی شناخته شده یا تشخیص داده نشده داشته باشد که ممکن است تحت تاثیر برخی رویدادهای استرس زای زندگی قرار گیرد، که سپس علائم مربوط به یک اختلال علائم جسمی را تحریک می کند. با این حال، نقش زیست شناسی هر چه باشد، تبیین های شناختی-رفتاری، رویکردهای مفیدی برای درمان ارائه می کنند.

اصطلاحات کلیدی

طب رفتاری	اختلال ساختگی تحمیل شده	عوامل روانی موثر بر سایر
اختلال تبدیلی (اختلال علائم	به دیگری	شرایط پزشکی
عصبی عملکردی)	اختلال ساختگی تحمیل شده	سود ثانویه
مقابله	به خود	اختلال علائم جسمی
مسخ شخصیت	گریز گسسته پذیر	علائم جسمی
اختلال مسخ شخصیت / مسخ	دردسر	استرس
واقعیت	اضطراب سلامتی	رویداد استرس زا در زندگی
مسخ واقعیت	اختلال اضطراب بیماری	الگوی رفتاری نوع A

فراموشی تجزیه ای	احساسات	شخصیت نوع D
اختلال هویت تجزیه ای	سود اولیه	بالا بردن روحیه
(DID)	مقابله متمرکز بر مشکل	
مقابله متمرکز بر هیجان		

اختلالات تغذیه و خوردن؛ اختلالات دفع؛

اختلالات خواب و بیداری؛

و اختلالات مخرب، کنترل تکانه و رفتار

اهداف یادگیری

- ۱,۱۰ ویژگی‌ها، نظریه ها و درمان اختلالات خوردن را شناسایی کنید.
- ۲,۱۰ علائم و نظریه های اختلالات دفع را درک کنید.
- ۳,۱۰ شاخص‌های اختلالات خواب و بیداری را بشناسید.
- ۴,۱۰ بین اختلالات مخرب، کنترل تکانه و سلوک تمایز قائل شوید.
- ۵,۱۰ مدل زیستی-روانی-اجتماعی را برای اختلالات خوردن، دفع، خواب-بیداری و اختلالات کنترل تکانه تجزیه و تحلیل کنید.

رئوس مطالب

- گزارش موردی: رزا نومیرز
- اختلالات اشتها
- ویژگی های بی‌اشتهایی عصبی
- داستان های واقعی: پورتیا د روسی: بی-اشتهایی
- عصبی و پرخوری عصبی
- ویژگی های پرخوری عصبی
- اختلال پرخوری
- نظریه ها و درمان اختلالات خوردن



اختلال در مصرف غذا اجتنابی/محدود

کننده

اختلالات خوردن مرتبط با دوران

کودکی

آنچه در DSM-۵ وجود دارد: طبقه

بندی مجدد اختلالات خوردن، دفع،

خواب-بیداری و مخرب، اختلالات

کنترل تکانه و رفتار

اختلالات رفع

اختلالات خواب و بیداری

اختلالات مخرب، کنترل تکانه و رفتار

اختلال نافرمانی مخالف

اختلال انفجاری متناوب

اختلال رفتاری

اختلالات کنترل تکانه

پیرومانیا

کلپتومانیا

شما قضاوت کنید: پیامدهای قانونی

اختلالات کنترل تکانه

اختلال خوردن، دفع، خواب-بیداری و

اختلال کنترل تکانه:

دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی

بازگشت به پرونده: رزا نومیرز

خلاصه

اصطلاحات کلیدی

فصل ۱۰

گزارش موردی: رزا نومیرز

اطلاعات دموگرافیک: دختر ۲۵ ساله متاهل آمریکای لاتین دگرجنسگرا

مشکل فعلی: رزا به دلیل نگرانی در مورد احساس افسردگی خود به یک مرکز بهداشت روان اجتماعی مراجعه کرد. در طی ارزیابی اولیه پذیرش بیماری، رزا اظهار داشت که چند ماه است که احساس ناامیدی و افسردگی کرده است و از آنجایی که افسردگی او به خودی خود بهبود نیافته است، تصمیم به درمان گرفته است. او اظهار داشت که این تصمیم آسانی برای او نبود، زیرا معمولاً می‌توانست احساسات سخت را به تنهایی مدیریت کند. رزا همچنین گزارش داد که نزدیکان او نگران سلامتی او هستند و مدتی است که از او خواسته‌اند تا تحت درمان قرار گیرد، اگرچه او نمی‌تواند دلیل نگرانی آن‌ها را درک کند.

دکتر متوجه شد که رزا فوق العاده کم وزن و ضعیف است. رزا ادعا کرد که یکی از دلایل اصلی افسردگی او این بود که «من همیشه احساس می‌کنم یک هیولای چاق هستم.» او فکر می‌کرد که این احساسات زمانی در او ریشه دوانده است که دخترش را که اکنون ۲ ساله است باردار بوده است. او پس از زایمان از کارش بیرون آمد تا روی تربیت دخترش تمرکز کند، و شوهرش مخارج خانواده را تامین می‌کرد. رزا گفت که پس از زایمان برای بازگشت به وزن طبیعی خود مشکل داشته است و معتقد است که هنوز باردار به نظر می‌رسد: «تنها چیزی که در آینه می‌توانم ببینم شکم است و این که چقدر بزرگ شده است.» او گزارش داد که وزن فعلی خود را نمی‌داند و از ترس این که افزایش وزنش هم‌چنان ادامه یابد می‌ترسید خود را وزن کند. او فریاد زد: «من خیلی شرم‌منده هستم که هنوز آن‌قدر چاق هستم. احساس می‌کنم دیگر هرگز عادی به نظر نخواهم آمد.»

رزا گزارش داد که از رژیم غذایی متشکل از حدود ۳۰۰ تا ۴۰۰ کالری در روز پیروی می‌کند و از زمانی که نگرانی‌هایش در مورد وزنش شروع شده است، میزان کالری دریافتی روزانه او «به میزان قابل توجهی کاهش یافته است.» در آن زمان، رزا به دنبال نکات رژیم غذایی آنلاین بود و یک انجمن آنلاین را پیدا کرد که به حمایت از زنانی که می‌خواهند وزن خود را کاهش دهند و لاغر بمانند، اختصاص داده بود. این سایت‌های «pro ana» (عامیانه برای طرفدار بی‌اشتهایی)، همان‌طور که او آن‌ها را توصیف کرد، از سایر کاربران حمایت کردند و همچنین نکات مفیدی را نه تنها برای محدود کردن کالری دریافتی‌اش، بلکه برای از بین بردن نگرانش در رابطه با این که دیگران در مورد او چه فکری می‌کنند، ارائه کردند که به اعتقاد آن‌ها این نگرانی مانع کاهش وزن او شده است. رزا حدود ۶ ماه بود که روزانه از این سایت‌ها بازدید می‌کرد. شوهرش وقتی این سایت‌ها را دید و از رزا درخواست کرد که به دلیل خطری که این سایت‌ها ایجاد می‌کنند از آن‌ها استفاده نکند. او پرسید که چرا نباید از این سایت‌ها استفاده کنم، زیرا برایش بسیار مهم بود که کاهش وزن خود را ثابت نگه دارد و فکر افزایش وزن باعث ایجاد احساسات شدید اضطراب در او شد.

گزارش موردی (ادامه)

رزا بیان کرد که او و همسرش حدود ۶ ماه در تلاش برای بچه دار شدن بودند، علی‌رغم این واقعیت که او ادعا می‌کرد به ندرت به برقراری رابطه جنسی علاقه‌مند است و حدود ۴ ماه است که پرپود نشده است. پزشک در مورد تغییرات فیزیولوژیکی دیگری که ممکن است متوجه شده باشد پرسید. رزا گفت که بیش‌تر اوقات احساس خستگی می‌کند، اما فراتر از آن، هر گونه مشکل دیگری را انکار می‌کرد. من معمولاً فقط به دخترم و لاغر ماندن فکر می‌کنم. واقعاً زمانی برای نگرانی در مورد چیزهای دیگر وجود ندارد.» او همچنین گفت که زمانی که در جمع بود اغلب هیکل خود را با هیکل دیگران مقایسه می‌کرد. این به منبعی از اضطراب شدید تبدیل شده بود، بنابراین او معمولاً ترجیح می‌داد در خانه بماند تا این‌که احساس کند «به خاطر چاق بودن مورد قضاوت قرار می‌گیرند».

به گفته رزا، خانواده‌اش دائماً او را در مورد وزنش اذیت می‌کردند. «آن‌ها اصلاً احساس من را درک نمی‌کنند. آن‌ها سعی می‌کنند مرا مجبور کنند که غذا بخورم و این باعث می‌شود که من خیلی ناراحت و افسرده شوم. به نظر می‌رسد که آن‌ها من را مسخره می‌کنند زیرا می‌دانند من چقدر نفرت انگیز هستم، از این رو من سعی می‌کنم تا حد امکان از آن‌ها فاصله بگیرم. والدین او زمانی که رزا نوزاد بود از کلمبیا مهاجرت کرده بودند و از آن زمان چندین تن دیگر از اقوامشان نیز به آن‌جا مهاجرت کردند. رزا گفت که خانواده‌اش صمیمی بودند، اما او اضافه کرد که اقوام بزرگ‌ترش در درک تضاد بین فرهنگ کلمبیایی و آمریکایی مشکل داشتند، زیرا به اعتقاد او این فرهنگ باعث می‌شود افراد لاغر و جذاب باشند. «آن‌ها به سادگی نمی‌دانند شرایط برای من چگونه است، زیرا این موضوع در کلمبیا که قبلاً در آن‌جا بودند اهمیتی نداشت».

سابقه مرتبط: رزا گزارش داد که در نوجوانی گهگاه دوره‌هایی از پرخوری و پاک‌سازی از طریق استفراغ داشت، البته این تجربه را ناخوشایند می‌دانست. او توضیح داد که «تا زمانی که یادم می‌آید» نگران وزن بدنش بوده است و معمولاً سعی می‌کند وزن بدنش را پایین نگه دارد. با این حال، رفتارهای محدودکننده غذایی او پس از تولد دخترش شدیدتر شد. او سابقه خانوادگی اختلالات خوردن را انکار کرد.

صورت بندی موردی: رزا معیارهای تشخیصی بی‌اشتهایی عصبی، نوع پرخوری/پاک‌سازی را دارد. معیار A بیان می‌کند که فرد باید وزن بدن خود را به میزان قابل توجهی کمتر از آنچه مناسب سن و قد است، حفظ کند. با کسب اجازه، پزشک وزن رزا را از آخرین ویزیت او توسط پزشک دریافت کرد و متوجه شد که این وزن کمتر از ۸۵ درصد وزن مورد انتظار او است - به طور قابل توجهی کمتر از حداقل انتظار برای یک زن هم سن او. رزا

همچنین معیار B را برآورده می‌کند، زیرا او به شدت از افزایش وزن می‌ترسد، حتی اگر وزن بدنش کمتر از حد متوسط باشد. او معیار C را برآورده می‌کند زیرا نمی‌تواند جدی بودن وزن کم بدن خود را تشخیص دهد. اگرچه رزا گزارش داد که اغلب احساس افسردگی می‌کند، پزشک تشخیص داد که به نظر می‌رسد علائم افسردگی او مستقیماً با نگرانی شدید او در مورد وزنش مرتبط است. بنابراین، پزشک تشخیص اضافی افسردگی را به او نمی‌دهد. واضح است که نگرانی رزا در مورد وزنش او را از نزدیک‌ترین افراد به آن‌ها، یعنی شوهر و خانواده نزدیکش، دور کرده است.

طرح درمان: روزا معیارهای تشخیصی بی‌اشتهایی عصبی، نوع پرخوری/پاکسازی را دارد. معیار A بیان می‌کند که فرد باید وزن بدن خود را به میزان قابل توجهی کمتر از آنچه برای سن و قد انتظار می‌رود حفظ کند. با رضایت رزا، پزشک وزن او را از آخرین ویزیتش دریافت کرد و متوجه شد که این وزن کمتر از ۸۵ درصد وزن مورد انتظار او است - به طور قابل توجهی وزن او کمتر از حداقل وزن مورد انتظار برای یک زن هم سن او است. رزا همچنین معیار B را برآورده می‌کند زیرا اگرچه وزن بدنش کمتر از حد متوسط است، اما ترس شدیدی از افزایش وزن دارد. او معیار C را برآورده می‌کند زیرا اهمیت کم وزنی خود را نادیده می‌گیرد. اگرچه رزا گزارش داد که اغلب احساس افسردگی می‌کند، اما پزشک تشخیص داد که به نظر می‌رسد علائم افسردگی او مستقیماً با نگرانی شدید او در مورد وزنش مرتبط است. بنابراین، پزشک تشخیص داد که او افسردگی ندارد. بدیهی است که اضطراب مرتبط با وزن رزا باعث شده است که او از نزدیک‌ترین افراد به خصوص همسرش و خانواده نزدیکش دور شود.

طرح درمان: رزا به توصیه پزشک مبنی بر این که باید بی‌اشتهایی خود را درمان کند، مقاومت می‌کرد. با اجازه او، پزشک با همسر و خانواده رزا تماس گرفت و آن‌ها پذیرفتند که درمان برای او بسیار ضروری است. پس از گفتگو با همسرش، رزا موافقت کرد که برای مشاوره اولیه در یک برنامه درمانی روزانه که در زمینه اختلالات خوردن تخصص دارد، حاضر شود. پس از ارزیابی در آن‌جا، رزا تصمیم گرفت که دنبال کردن درمان بهترین تصمیم برای خانواده او خواهد بود و به کاهش احساس افسردگی او کمک می‌کند. او با امضای قرارداد برای شرکت در برنامه درمانی حداقل به مدت ۲ ماه موافقت کرد.

سارا توبین، دکتر

اختلالاتی که در این فصل به آن‌ها می‌پردازیم شامل اختلالات خوردن، اختلالات دفع و طیفی از اختلالات است که در آن افراد کنترلی بر تکانه‌های خود نشان نمی‌دهند. اختلالات خوردن با مشکلاتی که افراد در رابطه با غذا و کنترل بر خوردن، رژیم غذایی یا حذف غذا دارند مشخص می‌شود. اختلالات دفع عمدتاً کودکان یا نوجوانانی را تحت تاثیر قرار می‌دهد که معمولاً به دلیل اختلالات روانی در کنترل عملکردهای بیولوژیکی ادرار و مدفوع مشکل دارند. افراد مبتلا به اختلالات خواب و بیداری بر فرآیندهای بیولوژیکی که اغلب با عملکردهای روانی ارتباط دارند، کنترلی ندارند. در نهایت، اختلالات کنترل تکانه منعکس‌کننده اختلال در توانایی فرد برای تنظیم یک یا چند مورد از طیف وسیعی از رفتارهای مرتبط با تمایلات، علایق و ابراز احساسات خاص است.

۱۰،۱ اختلالات خوردن

افرادی که دارای اختلالات خوردن هستند، اختلالات مداوم در خوردن یا رفتارهای مرتبط با خوردن را تجربه می‌کنند که نحوه خوردن یا نگهداری غذای آن‌ها را تغییر می‌دهد. این اختلالات فراتر از رژیم غذایی یا پرخوری گاه به گاه است و به طور قابل توجهی عملکرد فیزیکی و روانی-اجتماعی فرد را مختل می‌کند.

ویژگی‌های بی‌اشتهایی عصبی

پزشکان وقتی سه نوع علامت اساسی از خود نشان می‌دهند، بی‌اشتهایی عصبی (AN) را تشخیص می‌دهند: محدودیت شدید در خوردن، که منجر به کاهش وزن غیرطبیعی بدن می‌شود. ترس شدید و غیر واقعی از چاق شدن یا افزایش وزن؛ و ادراک خود از شکل بدن یا وزن مختل شده است. به عبارت دیگر، افراد مبتلا به AN مصرف غذای خود را محدود می‌کنند، مشغول افزایش وزن می‌شوند و احساس می‌کنند که در حال حاضر اضافه وزن دارند، حتی اگر به طور جدی کمبود وزن داشته باشند.

DSM-IV-TR از «ترس شدید» از افزایش وزن به عنوان معیاری برای AN استفاده کرد، اما DSM-۵ این ارزیابی ذهنی را با رفتار («رفتار مداوم که با افزایش وزن تداخل می‌کند») جایگزین کرد. در طبقه بندی AN، پزشکان می‌توانند بین درمانجویان خود که میزان غذا خوردنشان را

اختلالات خوردن

تشخیص برای افرادی که اختلالات مداوم غذا خوردن یا رفتارهای مرتبط با خوردن را تجربه می‌کنند که منجر به تغییر مصرف یا جذب غذا توسط فرد می‌شود.

بی‌اشتهایی عصبی (AN)

یک اختلال خوردن که با محدودیت شدید غذا خوردن، ترس شدید از افزایش وزن، و ادراک تحریف بدن مشخص می‌شود.

محدود می‌کنند و کسانی که به طور متناوب بین محدودیت‌های شدید و غذا خوردن غیرقابل کنترل سوییچ می‌کنند، تفاوت قائل شوند.

علاوه بر اثرات روانشناختی AN، افرادی که این تشخیص را دریافت می‌کنند، تعدادی از تغییرات عمده سلامتی را نیز تجربه می‌کنند که در بدترین حالت، به دلیل کاهش مواد مغذی می‌تواند تهدید کننده زندگی باشد. کم خوری مداوم باعث مشکلات قلبی و تنفسی، شکنندگی استخوان‌ها، تغییر در عملکرد دستگاه گوارش و کاهش انرژی می‌شود. نه تنها ظاهر آن‌ها از نظر لاغری و نحیف بودن به صورت غیرعادی تغییر می‌کند، بلکه ممکن است دچار ریزش مو شوند و ناخن‌هایشان ضعیف و شکننده شود. تغییرات هورمونی ناشی از کمبود مداوم غذا نیز می‌تواند منجر به ناباروری آن‌ها شود. عملکرد جنسی آن‌ها مختل می‌شود (گونیداکیس، کراوواریتی و وارسو، ۲۰۱۵).

خطر بالاتر مرگ و میر در افراد مبتلا به AN کاملاً ثابت شده است. هر چه افراد به مدت طولانی‌تری این اختلال را تجربه کنند، خطر آن‌ها بیش‌تر است (فرانکو و همکاران، ۲۰۱۳). اگرچه اکثر مرگ و میرهای ناشی از AN در بزرگسالان جوان رخ می‌دهد، یک مطالعه نروژی نشان داد که ۴۳ درصد از مرگ‌های مرتبط با AN در زنان ۶۵ ساله و بالاتر رخ می‌دهد (ریس و همکاران، ۲۰۰۵). زنان مبتلا به AN نه تنها به دلیل عوارض اختلال خود، بلکه به دلیل خودکشی می‌میرند، به ویژه اگر به طور همزمان دارای افسردگی و نوعی اختلال باشند که در آن پرخوری را با محدودیت شدید غذایی جایگزین می‌کنند (فورکانو و همکاران، ۲۰۱۱).



افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی با وجود داشتن وزن کم، پریشانی مرتبط با احساس «چاقی» را تجربه می‌کنند.

Ted Foxx/Alamy Stock Photo ©

یک مورد کوچک

نوع محدودکننده بی‌اشتهایی عصبی

بلیک یک مرد ۱۸ ساله دوجنسه قفقازی است که در سال اول تحصیل در کالج است. بلیک در دوران رشد معمولاً وزن متوسطی داشت، اما در چند ماه اول تحصیل در کالج شروع به کاهش وزن قابل توجهی کرد. پدر و مادرش اولین بار متوجه شدند که او زمانی که برای تعطیلات شکرگزاری به خانه آمد، لاغر به نظر می‌رسید، اما وقتی از او در این مورد پرسیدند، او انکار کرد که قصد کاهش وزن عمدی و خودخواسته را داشته است. او به والدینش گفت که گاهی اوقات فراموش می‌کند که در ناهار خوری غذا بخورد، زیرا او بسیار مشغول درس و کالج است، اما او به آن‌ها اطمینان داد که سعی می‌کند که بیش از پیش وعده‌های غذایی خود را منظم کند. معلوم شد که بلیک واقعاً وسواس زیادی به رژیم غذایی و ورزش داشت و از دوران دبیرستان به دقت یادداشتهای غذایی خود را می‌نوشت و روزانه ورزش می‌کرد، اما به کسی چیزی نگفته بود. از زمان ورود به کالج، او احساس می‌کرد که می‌تواند غذای خود را بیش‌تر محدود کند بدون این‌که والدینش متوجه شوند. در پایان سال اول، وزن او از ۱۳۰ به ۹۵ پوند کاهش یافته بود، اگرچه او به خانواده خود اطمینان داد که احساس «خوبی» دارد.

داستان‌های واقعی

پورشا دی راسی: بی‌اشتهایی عصبی و پر خوری عصبی

پورشا دی راسی بازیگری که در استرالیا با نام آماندا لی راجرز به دنیا آمد، از زمانی که کار حرفه‌ای خود را در سن ۱۲ سالگی به عنوان یک مدل آغاز کرد، مسیر طولانی را طی کرده است. آن زمان، همان‌طور که او در کتاب خاطراتش با عنوان «سبکی تحمل‌ناپذیر: داستان شکست و موفقیت» می‌نویسد، زمانی بود که با وسواس شروع به تمرکز روی وزن خود کرد. او در این کتاب می‌نویسد که از زمانی که به عنوان یک دختر بسیار جوان حرفه مدلینگ را آغاز کرد، «هرگز روزی را به یاد نمی‌آورم که وزنم عامل تعیین‌کننده برای عزت نفس من نباشد. وزن من روحیه من بود، و هرچه تلاش بیش‌تری برای گرسنگی کشیدن خودم انجام می‌دادم تا آن را به سطح قابل قبولی برسانم، به دلیل محدودیت و انکار حسی باورنکردنی از موفقیت، احساس رضایت بیش‌تری می‌کردم.

پس از این‌که پدرش به طور غیرمنتظره‌ای در ۹ سالگی درگذشت، پورشا و برادر بزرگ‌ترش توسط مادرشان بزرگ شدند. اگرچه مادرش از تلاش او برای رسیدن به کمال و موفقیت حمایت کرد و به او در رسیدن به شهرت کمک کرد، اما پورشا او را به خاطر فشاری که برای کاهش وزن وارد می‌کرد سرزنش نمی‌کند و می‌نویسد که «همیشه

احساس درونی برای کاهش وزن داشته است.» او این انگیزه درونی را به عنوان «گروه بان صدایی» توصیف می کند که او ایجاد کرد، که به او دستور می داد برای کاهش وزن به خود فشار بیاورد و یک رکورد دقیق از مصرف غذا و ورزش خود حفظ کند.

پورشا در دوران نوجوانی به یاد می آورد که باید به سرعت وزن کم می کرد تا برای عکاسی «آماده» شود. او با کمک مادرش رژیم غذایی خود را به شدت محدود می کرد یا در روزهای نزدیک به عکاسی اصلاً غذا نمی خورد. همان طور که او به یاد می آورد، «کاهش وزن من قبل از کار مانند یک ورزشکار بود که برای یک مسابقه تمرین می کند.» دیری نپایید که تمرکز شدید پورشا بر رژیم گرفتن قبل از عکاسی به حضور ثابتی در زندگی او تبدیل شد. او پس از تلاش ناموفق از قرص های لاغری برای حفظ وزن خود، از الگوی همکاری پیروی کرد و شروع به پرخوری و پاکسازی کرد. او می نویسد که در آن زمان این بهترین راه حل به نظر می رسید، زیرا او دوست داشت پس از هر کار مدلینگ با خوردن غذاهای ناسالم به خود جایزه دهد، عملی که تغذیه عاطفی برای مقابله با احساسات منفی او در مورد خودش فراهم می کرد. با این حال، این الگو به طور فزاینده ای تبدیل به الگوی مخرب شد زیرا او شروع به برنامه ریزی مکرر کارهای مدلینگ کرد و زمان کمتری بین آن ها برای «بازگشت به مسیر» یا برای جبران هر گونه وزن اضافه شده در طول دوره پرخوری داشت.

پس از چند سال مدلینگ، پورشا متوجه شد که عاشق یک بازیگر شده است. در ابتدا او آن را دوست داشت زیرا توانست برای مدتی از خود فرار کند. پس از چند بار حضور در فیلم های استرالیایی، پورشا به لس آنجلس نقل مکان کرد، جایی که در نهایت برای مدت طولانی طعم خوش استراحت را تجربه کرد. در ۲۵ سالگی، او به گروه بازیگران سریال تلویزیونی محبوب Ally McBeal ملحق شد و نقش نل پورتر، عضو جدید شجاع و صریح شرکت حقوقی را بازی کرد. یکی از اولین کارهایی که او هنگام شروع کار انجام داد، خرید یک تردمیل برای گذاشتن در اتاق رختکنش بود، همان طور که دوستان بازیگرش را دیده بود، تا بتواند در زمان استراحت ناهار خود ورزش کند.

اگرچه او به موفقیت خود افتخار می کرد، پیوستن به کار بازیگری فصل جدیدی را در زندگی پورشا رقم زد که در آن او فشار زیادی را برای لاغر شدن تجربه کرد، همراه با فشاری که از خود برای سازگار شدن با جمعیت هالیوود احساس می کرد. علاوه بر این، پورشا با درک همجنسگرایی روبه رو شد. او از ترس این که عموم مردم از تمایلات جنسی او مطلع شوند، دغدغه فکری داشت و می ترسید تصویر او به عنوان یک ستاره هالیوود مخدوش شود. همان طور که او این بخش از خود را پنهان می کرد، در تمام مدت تصدی خود در آلی مک بیل به مبارزه با وزن خود ادامه داد.

پورشا به خاطر می‌آورد که اگرچه از کارش در مجموعه بازیگری و نمایش لذت می‌برد، اما احساس ناامنی شدید هم‌چنان او را آزار می‌داد. از قضا، ویژگی بارز شخصیتی که او بازی کرد، اعتماد به نفسی بود که از خود نشان می‌داد، و پورشا برای حفظ این تصویر در ایفای نقش تلاش می‌کرد. بدتر شدن رنج او این بود که احساساتش را با کسی در میان نمی‌گذاشت و به یاد می‌آورد که هر روز از صحنه فیلمبرداری به خانه می‌آمد و ساعت‌ها در خلوت خودش گریه می‌کرد.

وقتی پورشا با آلی مک‌بیل شروع به کار کرد، به طور مکرر در حال پاکسازی بود. با این حال، همان‌طور که در مورد افراد مبتلا به بولیمیا امری طبیعی است، او وزن ایده‌آلش را به دست نمی‌آورد و احساس می‌کرد که سزاوار موفقیت خود نیست. یک اتفاق در سر صحنه تبلیغاتی که او قرار بود برای یک کمپین زیبایی جلوی دوربین برود افتاد، که این اتفاق او را به سمت چیزی سوق داد که بعداً به بی‌اشتهایی تبدیل شد. پورشا وقتی هیچ یک از کت و شلوارهایی که استایلیست‌ها برای او تهیه کرده بودند اندازه‌اش نشد، ناراحت شد. او به یاد می‌آورد که وقتی استایلیست‌ها اعلام کردند که او سایز ۸ است، احساس له شدن کرده است.



پورشا دی راسی

© آرشیو AF/عکس استوک الامی

پس از این اتفاق، پورشا به یک متخصص تغذیه مراجعه کرد که لیستی از غذاهای سالم برای خوردن در اختیار او قرار داد و از او خواست که یک دفترچه روزانه غذایی را داشته باشد. سوزان، متخصص تغذیه، هم‌چنین به او آموخت که برای کاهش وزن موفق، سهم غذای خود را با ترازو اندازه‌گیری کند. پورشا هیجان زده بود که به رژیم

غذایی خود سمت و سویی داده است، اگرچه او به زودی توصیه‌های متخصص تغذیه را به حدی ناسالم رساند. سوزان میزان کالری دریافتی من را برای کاهش وزن بهینه ۱۴۰۰ کالری در روز تعیین کرده بود که من آن را به ۱۰۰۰ کالری رساندم و مشکل حل شد. با ادامه کاهش وزن پورشیا، این تعداد کالری روزانه هر روز کاهش پیدا کرد. این کاهش وزن او هرگز احساس رضایت را در او ایجاد نکرد و او مدام وزن هدف خود را کاهش داد. او به طور مکرر در طول روز ورزش می‌کرد، از جمله زمانی که برای دیدن سوزان رانندگی می‌کرد، ماشینش را در نزدیکی مطب پارک می‌کرد تا به دویدن مشغول شود، زیرا نشستن طولانی مدت در ماشین باعث می‌شد او احساس اضطراب کند. اگرچه او صادقانه با متخصص تغذیه ملاقات می‌کرد، اما محدودیت غذایی شدید خود را پنهان کرد و یک دفتر یادداشت غذایی تقلبی درست کرده بود که تقلیدی از آنچه باید انجام می‌داد.

همان‌طور که وزن او به شدت کاهش یافت، پورشا به دلیل قرار گرفتن در معرض رسانه‌های بزرگ، از جمله جلد مجلات و پوشش مداوم خبرنگاران جنجالی، به کاهش وزن تشویق شد. اما واکنش دوستان و خانواده او بسیار متفاوت بود. هنگامی که بهترین دوست پورشا در لس آنجلس، به دیدن او آمد اظهار داشت که او خیلی لاغر شده است. پورشا واکنش خود را نسبت به این جمله به یاد می‌آورد. «خنده‌دار است: تو خیلی لاغری. همین امروز صبح سر صحنه فیلمبرداری، مجبور شدم گن بپوشم که باسنم نمایان نشود، زیرا اگر به طور معمول راه می‌رفتم، ناحیه‌ای که باسن و ران‌هایم به هم می‌رسند در هر قدم به صورت ریتمیک بیرون می‌زد: برآمدگی چربی سمت چپ، برآمدگی چربی سمت راست، برآمدگی چربی سمت چپ، و خط نشانه دیالوگ. «میخواستی منو ببینی؟» خیلی لاغر.» این امر استانداردهای افراطی و غیر واقعی پورشا را برای ظاهر خود برجسته می‌کند، و همچنین او را به اعماق بی‌اشتهایی سوق داد.

وزن پورشا به دلیل ترکیبی از محدودیت شدید کالری (تا چند صد کالری در روز) و مقدار زیاد ورزش به هم چنان کم‌تر می‌شد. او از ترفندهای مختلفی استفاده کرد، که از جمله آن می‌توان به این موارد اشاره کرد که دمای آپارتمان خود را در دمای ۶۰ درجه ثابت نگه می‌داشت تا بدنش کالری بیش‌تری بسوزاند و از خمیر دندان استفاده نمی‌کرد تا از خوردن «به طور تصادفی» کالری اضافی جلوگیری کند. عادت ماهانه‌اش هم قطع شده بود. کاهش وزن پورشا مورد توجه رسانه‌ها قرار نگرفت، اگرچه او متوجه نشد که چرا دلیلی برای نگرانی وجود دارد. همان‌طور که او می‌نویسد، «بعضی از آن‌ها گفتند که من بی‌اشتها هستم. درست نبود با ۱۰۰ پوند وزنم خیلی سنگین‌تر از آن بودم که بی‌اشتها باشم.»

پورش در تلاش‌های خود برای کاهش وزن پافشاری کرد تا این‌که وزنش به ۸۲ پوند کاهش یافت، که نشان دهنده کج فکری بین افراد بی‌اشتها بود. در آن زمان، او در حال فیلمبرداری اولین فیلم مهم هالیوودی خود به عنوان بازیگر نقش اول زن در فیلم *Who Is Cletis Tout* ؟ بود. او در حین ساختن فیلم با مشکلات جسمی بزرگی مواجه شد که لازم بود در بسیاری از نماهای اکشن بازی کند. به دلیل محدودیت غذایی و وزن کم بدن، مفاصل او به حدی درد می‌کردند که به سختی می‌توانست بدون درد شدید حرکت کند. و درنهایت در حین فیلمبرداری یک سکانس بسیار دشوار از هوش رفت و بلافاصله تحت مراقبت‌های پزشکی قرار گرفت. نتایج آزمایشات پزشکی او نشان داد که او به پوکی استخوان، سیروز کبدی و لوپوس مبتلا است. پورشا برای اولین بار مجبور شد با واقعیت وسواس خود در مورد کاهش وزن روبه‌رو شود. او تقریباً از گرسنگی جان خود را از دست داده بود، و بنابراین سفر طولانی و دشوار خود را به سمت بهبودی آغاز کرد

پورشا در این کتاب بی‌اشتهایی را با عشق اول خود یکی می‌داند. «ما با هم آشنا شدیم و بلافاصله جذب هم شدیم. هر لحظه از روز را با هم می‌گذراندیم. . . از دست دادن بی‌اشتهایی دردناک بود - مثل از دست دادن احساس هدف. دیگر نمی‌دانستم بدون آن چه باید بکنم. . . بدون بی‌اشتهایی هیچی نداشتم. بدون آن من هیچ بودم. من حتی یک شکست خورده هم نبودم؛ من به سادگی احساس می‌کردم که وجود ندارم.» هنگامی که او شروع به خوردن بیشتر و افزایش وزن کرد، به دلیل احساس گناه در مصرف غذاهایی که بیش از یک سال محدود کرده بود، بار دیگر با پرخوری عصبی دست و پنجه نرم کرد. رژیم درمانی او شامل مراجعه به درمانگر و مصرف قرص‌های جایگزین هورمونی و داروهای ضد افسردگی برای کمک به کاهش وسواس او نسبت به غذا بود. پورشا در ۱۰ ماه ۸۰ پوند اضافه کرد. همان‌طور که او به آرامی بهبود یافت، با تمایلات جنسی خود نیز کنار آمد. او یاد گرفت که به جای زندگی با یک دوست دختر، آن‌چه را که می‌خواهد بخورد که چگونه به جای محدود کردن مداوم هوس‌های خود، که منجر به رفتارهای رژیمی وسواس گونه می‌شود، آن‌چه را که می‌خواهد بخورد. زمانی که در سال ۲۰۰۴ با همسر کنونی خود، ال دی جنرس، آشنا شد، پورشا به طور کامل از بی‌اشتهایی بهبود یافته بود. او اکنون از یک سبک زندگی سالم و فعال، فارغ از محدودیت‌های اختلال خوردن لذت می‌برد. او می‌نویسد: «من هرگز نمی‌خواستم دوباره به غذا و وزن فکر کنم.» «برای من، این تعریف بازیابی است.»

در قلب تجربه AN یک اختلال اصلی در تصویر بدن فرد وجود دارد. افراد مبتلا به AN بر این باورند که بدنشان بزرگ‌تر از چیزی است که واقعا هستند، که به نوبه خود، آن‌ها را غیرجذاب

می‌کند. زنان مبتلا به نوع محدود AN به نظر نمی‌رسد که برای لاغری به اندازه فکر اضافه وزن ارزش قائل باشند. (Cserjési و همکاران، ۲۰۱۰).

شیوع AN در طول زندگی برای زنان ۰,۹ درصد و برای مردان ۰,۳ درصد است. علاوه بر این، افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی، میزان بیش‌تری از اختلالات خلقی، اضطراب، کنترل تکانه و مصرف مواد را دارند. اکثر افرادی که بین سال‌های اولیه نوجوانی و اوایل بیست سالگی خود به بی‌اشتهایی عصبی مبتلا می‌شوند، کم‌تر از ۲ سال به این اختلال مبتلا هستند (هادسون، هیریپی، پوپ و کسلر، ۲۰۰۷).

ویژگی های پر خوری عصبی

افراد مبتلا به اختلال خوردن پر خوری عصبی درگیر پر خوری می شوند که در طی آن به سرعت مقدار زیادی غذا می خورند که شاید به میزان چند هزار کالری در یک جلسه باشد. در طول این دوره ها، آن ها عدم کنترل را تجربه می کنند، که باعث می شود احساس کنند نمی توانند غذا خوردن را متوقف کنند یا میزان غذا خوردن خود را تنظیم کنند. به دنبال پر خوری، سپس به پاکسازی می پردازند، که در طی آن سعی می کنند با استفراغ های خود ساخته، مصرف ملین ها یا دیورتیک ها و روزه گرفتن یا ورزش زیاد، خود را از مصرف کالری اضافی خلاص کنند. برای تشخیص پر خوری عصبی، این دوره ها نباید منحصر در طول دوره های بی اشتها بی عصبی رخ دهند.

قبلا، پزشکان با تشخیص پر خوری عصبی، بین زیر گروه هایی به نام «پاکسازی» و «غیر پاکسازی» تمایز قائل می شدند. در DSM-IV-TR، برای افرادی که نوع پاکسازی داشتند، استفراغ ایجاد می کنند، تنقیه می کنند، یا ملین ها یا دیورتیک ها تجویز می شد. کسانی که تشخیص غیر پاکسازی را دریافت کردند، سعی داشتند آن چه را که خورده اند با روزه گرفتن یا ورزش زیاد جبران کنند. نویسندگان DSM-۵ شواهدی پیدا کردند که این تمایز معتبری نبود و زیر گروه ها را حذف کردند (ون هوکن و همکاران، ۲۰۰۹).

پر خوری عصبی

یک اختلال خوردن که شامل تناوب بین افراط در خوردن مقادیر زیاد غذا در مدت زمان کوتاه و سپس جبران کالری اضافه شده با استفراغ یا سایر اقدامات شدید برای جلوگیری از افزایش وزن است.

پر خوری

مصرف مقدار زیادی غذا در مدت زمان کوتاه، حتی پس از رسیدن به نقطه احساس سیری و عدم کنترل بر روی غذا یا مقداری که خورده شده است.

پاکسازی

حذف غذا از طریق روش های غیر طبیعی مانند استفراغ یا استفاده بیش از حد از ملین ها.

یک مورد کوچک

پر خوری عصبی

النا یک زن ۲۶ ساله و مجرد دگرجنسگرای روسی آمریکایی است. او از سال‌های نوجوانی‌اش، زمانی که یک رقاصه رقابتی در سالن رقص بود، با وزن و تصویر بدنی‌اش مبارزه کرده است. در تمام دوران نوجوانی، والدینش مراقب عادات غذایی او بودند و او را در یک رژیم غذایی بسیار سفت و سخت نگه داشتند. النا در نهایت بعد از ساعت‌ها شروع به آوردن غذای ناسالم به اتاقش می‌کرد و خودش را به حالت پرفشار درمی‌آورد. اگرچه وزن او در طول سال‌ها نسبتاً ثابت مانده است، اما از آن زمان تقریباً هر روز شروع به پر خوری و پاکسازی کرده است که منجر به تعدادی از مشکلات پزشکی شده است.

مانند کسانی که AN دارند، افراد مبتلا به پر خوری عصبی دچار تعدادی مشکلات پزشکی می‌شوند. جدی‌ترین موارد با پاکسازی رخ می‌دهد. به عنوان مثال، شربت ایپکاک، دارویی که مردم برای القای استفراغ استفاده می‌کنند، زمانی که به طور منظم و در دوزهای زیاد مصرف شود، اثرات سمی شدیدی دارد. افرادی که به طور مکرر استفراغ می‌کنند، از پوسیدگی دندان نیز رنج می‌برند، زیرا مواد بازگردانده شده بسیار اسیدی هستند. ملین‌ها، دیورتیک‌ها و قرص‌های لاغری که افراد مبتلا به بولیمیا استفاده می‌کنند نیز می‌توانند اثرات سمی داشته باشند. سایر مشکلات سلامتی ناشی از رفتارهایی است که برای کاهش وزن از آن‌ها استفاده می‌کنند، مانند تنقیه مکرر، برگشت غذا و سپس جویدن مجدد غذا، و صرف زمان زیاد در سونا. در ارتباط با وضعیت کم آبی دائمی، فرد مبتلا به بولیمیک در معرض خطر آسیب دائمی دستگاه گوارش، احتباس مایعات در دست‌ها و پاها و تخریب ماهیچه قلب یا فروپاشی دریچه قلب قرار دارد.

شیوع پر خوری عصبی در طول زندگی در بین زنان ۱٫۵ درصد و در مردان ۰٫۵ درصد است. محققان شیوع پر خوری عصبی را در هر زمان ۱٫۳ درصد در میان زنان دانشگاهی تخمین می‌زنند، اما پر خوری (۸٫۵ درصد)، روزه گرفتن (۸٫۱ درصد) و ورزش بیش از حد (۱۴٫۹ درصد) بسیار شایع‌تر است. اکثر زنان دانشگاهی (۵۹٫۷ درصد) در مورد وزن یا شکل بدن خود نگرانی دارند. این برآوردها در طول دوره ۱۵ ساله از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۴ نسبتاً ثابت باقی ماندند (کراوتر و همکاران، ۲۰۰۸).

الگوهای غذایی نابسامان در دانشگاه با گذشت زمان بهبود می‌یابند اما به طور کامل ناپدید نمی‌شوند. یک پیگیری ۲۰ ساله از نمونه‌ای از مردان و زنان دانشگاهی نشان داد که ۷۵ درصد دیگر در اوایل میانسالی علائمی نداشتند. با این حال، ۴٫۵ درصد هنوز یک اختلال خوردن بالینی قابل توجه داشتند (کیل، گریونر، جویئر و هدت، ۲۰۱۰). ماهیت اختلال خوردن نیز ممکن است در طول زمان تغییر کند. در مطالعه‌ای بر روی زنان میانسال و مسن‌تر که به دنبال کمک برای اختلالات خوردن بودند، پرخوری عصبی نسبت به نمونه‌های جوان‌تر شیوع کم‌تری داشت، اما سایر اشکال اختلال خوردن همچنان ادامه داشت (اسپرینگر و همکاران، ۲۰۱۵).

اگرچه پرخوری عصبی در بین زنان بیش‌تر مورد توجه قرار می‌گیرد و در زنان شیوع بیش‌تری دارد، اما مردان نیز این اختلال را تجربه می‌کنند. یک نظرسنجی آنلاین از بیش از ۶۵۰۰ عضو یک سازمان حفظ سلامت نشان داد که درصد قابل توجهی از مردان (۲۰ درصد)، پرخوری حداقل یک بار در هفته (۸ درصد)، روزه‌داران (۴ درصد)، مصرف‌کنندگان ملین (۳ درصد)، ورزش (۶ درصد) و بررسی بدن (۹ درصد) همه درگیر دوره‌های غذا خوردن کنترل نشده بودند. زنان بیش‌تر از مردان تقریباً همه این رفتارها را نشان می‌دادند، اما تفاوت جنسی قابل توجهی در استفاده از ملین‌ها و ورزش برای جلوگیری از افزایش وزن پس از یک دوره پرخوری وجود نداشت (استریگل مور و همکاران).



پر خوری عبارت است از دست دادن کنترل هنگام غذا خوردن که امکان مصرف مقدار زیادی غذا (معمولاً ناسالم) را در مدت زمان کوتاهی فراهم می‌کند. افراد مبتلا به پر خوری عصبی به دنبال پر خوری پاکسازی می‌کنند تا از افزایش وزن در اثر پر خوری جلوگیری کنند.

اختلال پر خوری

اختلال پر خوری تشخیص جدیدی است که به DSM-۵ اضافه شده است که افرادی را که کنترلی بر غذا خوردن خود ندارند و حداقل دو بار در هفته به مدت ۶ ماه دچار پر خوری می‌شوند را پوشش می‌دهد. برای تشخیص اختلال پر خوری، پر خوری باید با مصرف مقدار زیادی غذا رخ دهد، از نقطه احساس سیری یا گرسنگی گذشته باشد، در حالی که فرد تنها است رخ دهد و به دنبال آن انزجار از خود یا احساس گناه ایجاد شود. از آنجایی که پر خوری در ارتباط با رفتارهای جبرانی رخ نمی‌دهد، ممکن است افراد مبتلا به این اختلال به میزان قابل توجهی وزن اضافه کنند.

نظریه ها و درمان اختلالات خوردن

اختلالات خوردن منعکس کننده مجموعه پیچیده‌ای از تعاملات بین تجربیات فرد در مورد غذا خوردن، تصویر بدن و قرار گرفتن در معرض تاثیرات اجتماعی و فرهنگی است. نگرش‌هایی که افراد در طول زندگی نسبت به غذا، غذا خوردن و اندازه بدن ایجاد می‌کنند، همگی می‌توانند در تاثیر گذاری بر خطر ابتلا به اختلال خوردن نقش داشته باشند.

محققانی که در چشم انداز بیولوژیکی کار می‌کنند به طور فزاینده‌ای بر روی تغییر فعالیت مغز در افراد مبتلا به اختلالات خوردن تمرکز می‌کنند. در یک مطالعه ابتکاری، زنان مبتلا به AN و زنانی که از AN بهبود یافته بودند از نظر پاسخ‌های fMRI به نشانه‌های مرتبط با غذا با افراد سالم پس از یک شب روزه‌داری مقایسه شدند. به نظر می‌رسد که این بیماری پیامدهای طولانی مدتی بر نحوه درک افراد از نشانه‌های مرتبط با غذا دارد، زیرا حتی آن‌هایی که دیگر علائمی را تجربه نمی‌کنند، همچنان در مراکز پاداش غذایی کاهش می‌یابند و نواحی کنترل بازدارنده مغز را افزایش می‌دهند (ساندرز و همکاران، ۲۰۱۵). تحقیقات بیش‌تر از تاثیر AN در نشان داده‌اند که AN بر توانایی مغز برای تفسیر احساسات، محرک های بدنی و ادراک خود تاثیر می‌گذارد (اسپوزیتو، سیری، دی جیانانتونیو، و تارتارو، ۲۰۱۸).

اختلال پر خوری

یک اختلال خوردن که در آن افراد، کنترلی بر خوردن خود ندارند و حداقل دو بار در هفته به مدت ۶ ماه دچار پر خوری می‌شوند.

از دیدگاه بیولوژیکی، اختلال پرخوری به عنوان شکلی از اعتیاد درک می‌شود، به این صورت که افراد مبتلا به این اختلال رفتارهای تکراری انجام می‌دهند که علی‌رغم پیامدهای منفی آن ادامه می‌یابد. به دلیل اثربخشی آن در درمان و شباهت این اختلال به سایر اختلالات اعتیاد آور، محققان پیشنهاد می‌کنند که سطوح پایین سروتونین می‌تواند در این مورد موثر باشد. این واقعیت که افراد مبتلا به اختلال پرخوری نیز اختلالات خلقی و اضطرابی را تجربه می‌کنند، نقش سروتونین را تقویت می‌کند. محققانی که در حال بررسی تغییر فعالیت سروتونین در مغز افراد مبتلا به اختلال پرخوری هستند، در واقع شواهدی دال بر نقش آن یافته‌اند. در مقایسه با افراد سالم و افراد مبتلا به اختلال قمار، افراد مبتلا به اختلال پرخوری به طور موثر سروتونین کم‌تری در نواحی مغز فعال در رفتارهای اعتیادآور داشتند (ماجوری و همکاران، ۲۰۱۷).

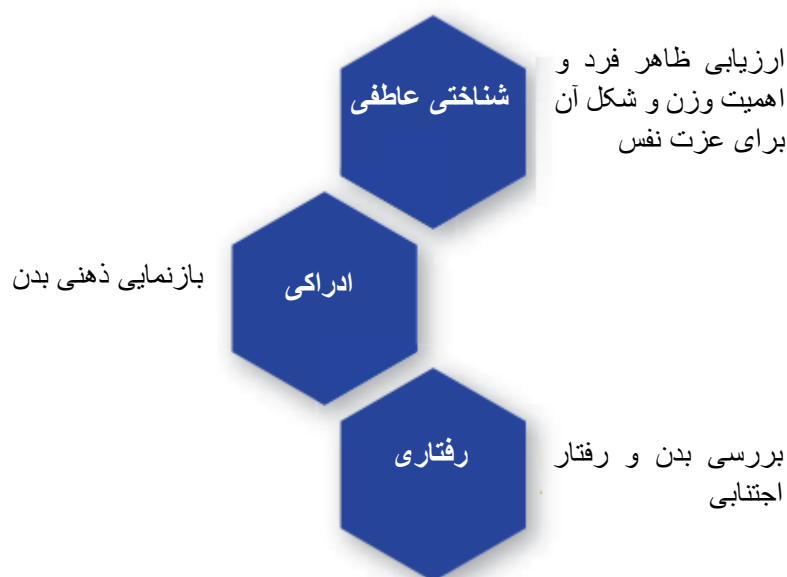
داروهای روانگردان، به ویژه SSRIها، پایه اصلی رویکرد پزشکان بیولوژیکی برای درمان بیماران مبتلا به اختلالات خوردن هستند. با این حال، علی‌رغم استفاده مداوم از آن‌ها، این‌ها دیگر از دیدگاه مبتنی بر شواهد محتاطانه توصیه نمی‌شوند (گارنر و همکاران، ۲۰۱۶).

دیدگاه‌های روانشناختی اکنون به عنوان درمان انتخابی برای اختلالات خوردن در نظر گرفته می‌شود. این رویکردها بر مولفه‌های روان‌شناختی اصلی اختلالات در تصویر بدن تمرکز دارند (شکل ۱). مولفه شناختی-عاطفی تصویر بدن شامل ارزیابی ظاهری خود (رضایت یا نارضایتی) و اهمیت وزن و شکل برای عزت نفس فرد است. مولفه ادراکی تصویر بدن شامل نحوه نمایش ذهنی افراد از بدن خود می‌شود. افراد مبتلا به اختلالات خوردن معمولاً اندازه بدن خود را بیش از حد تخمین می‌زنند. مولفه رفتاری شامل بررسی بدن، مانند وزن کردن یا اندازه‌گیری مکرر اعضای بدن، و اجتناب است، که پوشیدن لباس‌های گشاد یا اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی است که بدن فرد را در معرض دید دیگران قرار می‌دهد (آهربرگ، ترویکا، نصرای و واکس، ۲۰۱۱).

هدف اولیه درمان، طبق مدل در شکل ۱، شناسایی و تغییر مفروضات ناسازگار فرد در مورد شکل بدن و وزن او است. علاوه بر این، پزشکان تلاش می‌کنند تا فراوانی رفتارهای ناسازگاری مانند بررسی بدن و رفتار اجتنابی را کاهش دهند (هراپوسکی، ۲۰۱۱).

در درمان شناختی-رفتاری، پزشکان ابتدا سعی می‌کنند سوگیری‌های انتخابی را در افراد مبتلا به اختلالات خوردن تغییر دهند که منجر به تمرکز آن‌ها بر روی بخش‌هایی از بدنشان می‌شود که

دوست ندارند. دوم، با استفاده از مواجهه درمانی که در آن مراجعان بدن خود را می بینند («روبه-روی آینه»)، پزشکان تلاش می کنند تا احساسات منفی را که معمولاً تجربه می کنند کاهش دهند. مداخلات رفتاری بر کاهش دفعات بررسی بدن تمرکز دارد. سوم، پزشکان می توانند به مراجعین کمک کنند که بدنشان را به طور کلی تر در مقابل آینه ببینند، با آموزش تکنیک های تمرکز حواس برای کاهش شناخت های منفی و تاثیرات آن ها بر بدنشان، و با آموزش روانشناختی آن ها در مورد این که چگونه باورهایشان به درک تصویر منفی آن ها از بدنشان کمک می کند، به بررسی راهی برای حل مشکل تخمین بیش از حد اندازه بدنشان بپردازند. (دلنسکی، ۲۰۱۱).



شکل ۱ اجزای تصویر بدن

اگرچه ACT، تمرکز حواس و سایر درمان های موج سوم به عنوان درمان اختلالات خوردن مورد بررسی قرار می گیرند، اما هنوز از حمایت تجربی کافی برای توجیه استفاده از آن ها به جای درمان شناختی-رفتاری برخوردار نیستند. با این حال، درمان بین فردی یک روش تجربی است که می تواند به عنوان جایگزینی برای درمان شناختی-رفتاری برای افراد مبتلا به اختلال پرخوری مورد استفاده قرار گیرد (لیناردون و همکاران، ۲۰۱۷).

در چشم‌انداز اجتماعی-فرهنگی، پزشکان از مداخلاتی استفاده می‌کنند که شامل یک مولفه خانواده برای درمانجویان مبتلا به اختلالات خوردن هستند که هنوز در سنین نوجوانی خود هستند و تنها برای مدت کوتاهی علائم داشته‌اند (سیائو، آکورسو، فیتزسیمونز-کرافت، و لو گرانژ، ۲۰۱۵). به نظر می‌رسد درمان‌های مبتنی بر خانواده به ویژه در کاهش علائم افسردگی در نوجوانان مبتلا به پرخوری عصبی موثر است (والنسولا، لاک، لو گرانژ، و بوهون، ۲۰۱۸).

اختلال مصرف غذای اجتنابی/محدود کننده

اختلالی که در آن افراد به دلیل نگرانی در مورد عواقب ناخوشایند از خوردن غذا اجتناب می‌کنند یا مصرف مواد غذایی با ویژگی‌های حسی خاص را محدود می‌کنند.

اختلال در مصرف غذا اجتنابی/محدود کننده

در اختلال مصرف غذای محدودکننده/اجتنابی، افراد به طور آشکار علاقه‌ای به خوردن یا غذا نشان نمی‌دهند. آن‌ها این کار را به این دلیل انجام می‌دهند که نگران عواقب بد آن هستند. علاوه بر این، آن‌ها ممکن است از غذا بر اساس ویژگی‌های حسی آن (رنگ، بو، بافت، دما یا طعم) اجتناب کنند. افراد ممکن است در نتیجه یک پاسخ منفی مشروط به داشتن یک تجربه بد در حین غذا خوردن، مانند خفگی، دچار این اختلال شوند.

این تشخیص که قبلاً به عنوان یک اختلال تغذیه در دوران نوزادی یا اوایل کودکی در DSM-IV-TR گنجانده شده بود و به عنوان یک نسخه افراطی از «غذا خوردن» در نظر گرفته می‌شد (منزل، ۲۰۱۸)، تشخیص نوعی بیماری است که افرادی در هر سنی که مشکل غذایی دیگری ندارند، مشکل پزشکی همزمان ندارند یا به محدودیت‌های غذایی توصیه شده فرهنگی پایبند هستند، اکنون می‌توانند به این بیماری مبتلا شوند. در نتیجه اختلال خود، مقدار قابل توجهی از وزن خود را از دست می‌دهند (یا نمی‌توانند به افزایش وزن مورد انتظار دست یابند)، کمبود تغذیه‌ای قابل توجهی نشان می‌دهند، به تغذیه از طریق لوله معده یا مکمل‌های غذایی خوراکی وابسته می‌شوند و تداخل قابل توجهی با عملکرد روانی اجتماعی خود نشان می‌دهند.

به نظر می‌رسد که جوانان به طور خاص مستعد ابتلا به این اختلال هستند، با یک مطالعه تخمین زده می‌شود که ۲۵ درصد از زنان در سن دانشگاه و ۲۰ درصد از مردان در سن دانشگاه درگیر غذا خوردن محدود قابل توجهی هستند (کوییک، بردبردبئر، ۲۰۱۲). هنجارهای اجتماعی ممکن است این رفتار را تقویت کنند، زیرا به نظر می‌رسد شبکه‌های همتای خاصی مستعد ایجاد انتظارات از عادات غذایی محدود هستند (هاولند، هانگر و مان، ۲۰۱۲).

اختلالات خوردن مرتبط با دوران کودکی

نویسندگان DSM-۵ اختلالات خوردن DSM-IV-TR در دوران نوزادی و کودکی را به دسته کلی اختلالات خوردن در نوجوانان و بزرگسالان منتقل کردند. محققان در این زمینه امیدوار بودند که طبقه بندی مجدد این اختلالات به آن‌ها امکان می‌دهد تا بروز، علت و اثربخشی درمان این اختلالات را به طور سیستماتیک ارزیابی کنند، و به نظر می‌رسد که این مورد بوده است (دالگرن، ویستینگ، ورو، ۲۰۱۷).

پیکا

وضعیتی که در آن فرد مواد غیرقابل خوردنی مانند خاک یا مدفوع می‌خورد. معمولاً با ناتوانی‌های رشدی ذهنی مرتبط است.

کودکان مبتلا به پیکا مواد غیر خوراکی مانند رنگ، نخ، مو، مدفوع حیوانات و کاغذ می‌خورند. این یک اختلال جدی است زیرا حتی یک حادثه می‌تواند باعث شود کودک به دلیل مسمومیت با سرب یا آسیب به دستگاه گوارش، عواقب پزشکی قابل توجهی را تجربه کند. پیکا جدی‌ترین علت آسیب به خود است که در افراد دارای ناتوانی‌های رشدی ذهنی رخ می‌دهد. پزشکانی که پیکا را درمان می‌کنند نه تنها باید از یک استراتژی درمانی رفتاری برای کاهش رفتارهای آسیب رسان فرد استفاده کنند، بلکه باید با خلاص کردن خانه از مواد بالقوه خطرناک، پیشگیری را نیز انجام دهند (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۹). در یک مطالعه، به والدین کودکانی که زیورآلات تعطیلات می‌خوردند، آموزش داده شد که به جای خوردن اسباب بازی‌ها، به کودکان خود برای بازی با آن‌ها پاداش دهند. (میتز، رومانی، گریر و فیشر، ۲۰۱۵).

اختلال نشخوار فکری

یک اختلال تغذیه‌ای که در آن نوزاد یا کودک پس از بلعیدن غذا دوباره آن را بالا می‌آورد و سپس آن را بیرون می‌اندازد یا دوباره می‌بلعد.

در اختلال نشخوار فکری، نوزاد یا کودک پس از قورت دادن غذا، آن را بالا می‌آورد و دوباره می‌جود. محققانی که اختلال نشخوار فکری را بررسی کردند (زمانی که شامل اختلال تغذیه، به عنوان یک اختلال دوران کودکی بود) پنج اختلال رایج را در این کودکان شناسایی کردند:

(۱) تاخیر یا عدم رشد مهارت‌های تغذیه و خوردن؛ (۲) مشکل در مدیریت یا تحمل غذا یا نوشیدنی؛ (۳) عدم تمایل به خوردن غذا بر اساس طعم، بافت و سایر عوامل حسی. (۴) عدم اشتها یا علاقه به غذا؛ و (۵) استفاده از رفتارهای تغذیه برای آرامش، خودآرام سازی یا خود تحریکی.

جای تعجب نیست که ۲۵ تا ۴۵ درصد از کودکان عادی از نظر رشد، نوعی مشکل با غذا و تغذیه دارند، اما ۸۰ درصد از کودکان ناتوان ذهنی این مشکل را دارند. به دلیل تفاوت‌های فراوان در نحوه گزارش پزشکان از این اختلالات، اپیدمیولوژیست‌ها برآورد دقیقی از شیوع آن‌ها ندارند. دلایل متعددی، از خفگی گرفته تا ناهنجاری‌های گوارشی، می‌تواند به مشکلات تغذیه در کودکان کمک

کند و تصویر بالینی را بیشتر مخدوش کند، از تجربه خفگی گرفته تا ناهنجاری‌های گوارشی (برایانت واو، مارکهام، کریپ و والش، ۲۰۱۰). با این حال، درصد کودکانی که تشخیص اختلال مرتبط با تغذیه را دارند نسبتاً کم است (اددی و همکاران، ۲۰۱۵).

آنچه در DSM-۵ وجود دارد

طبقه بندی مجدد اختلالات خوردن، حذف، خواب-بیداری و اختلالات، کنترل تکانه و رفتار DSM-۵ منعکس کننده تعدادی از تغییرات در بین دسته بندی های اختلالاتی است که در این فصل ارائه می کنیم. علاوه بر این، تشخیص ها اضافه و حذف شدند تا با تحقیقات نوظهور در این اختلالات مهم روانی سازگار باشد.

با توجه به اختلالات خوردن، مهم ترین تغییر در DSM-۵ انتقال همه اختلالات خوردن به یک دسته جدید به نام «اختلالات تغذیه و خوردن» بود که شامل اختلالات تغذیه دوران کودکی نیز می شود. یکی دیگر از تغییرات عمده نویسندگان DSM-۵ حذف دو زیرگروه پرخوری عصبی (با و بدون پاکسازی) بود.

دسته جدیدی به نام «اختلال پرخوری» که در ضمیمه DSM-IV-TR قرار داشت، بر اساس بررسی ادبیات جامع (واندرلیچ و همکاران، ۲۰۰۹) به اختلالات خوردن اضافه شد که نشان داد اعتبار کافی برای این اختلال و تشخیصی برای توجیه گنجاندن آن وجود دارد. نویسندگان DSM-۵ تصمیم گرفتند که اختلال پرخوری را برای کاهش تعداد تشخیص های داده شده برای اختلال خوردن «تشخیص داده نشده» بگنجانند.

اختلالات تغذیه پیکا و اختلال نشخوار، که قبلاً در بخش اختلالات دوران کودکی DSM-IV-TR بود، به همان دسته اختلالات خوردن منتقل شدند. فصل جداگانه ای برای رفع اختلالات اضافه شد.

نویسندگان DSM-۵ سعی کردند یک طرح طبقه بندی برای اختلالات خواب و بیداری ایجاد کنند که با روش استفاده شده توسط متخصصان خواب مطابقت داشته باشد، که منجر به اصلاح قابل توجهی در اختلالات خواب و بیداری شد. گروه کاری DSM-۵ در مورد اختلالات خواب یک رویکرد «تقویت در مقابل تقسیم» را در پیش گرفت که قرار بود اختلالات مرتبط را در یک دسته واحد و اختلالات جداگانه قرار دهد که تشخیص های متمایز خود را تضمین می کند.

در نهایت، در زمینه اختلالات مخرب، کنترل تکانه و رفتار، نویسندگان DSM-۵ اختلالاتی را که در بخش کودکی بود را به یک فصل منتقل کردند که بر توانایی افراد برای مدیریت احساسات و/یا رفتارهایشان تأثیر می گذارد. این اختلالات شامل اختلالات مخرب، کنترل تکانه و اختلال سلوک است. همان طور که در این فصل می بینید، این بیماری ها از تمایزات ارائه شده در DSM-IV-TR فراتر می روند که اختلالات ضد اجتماعی دوران کودکی و اختلالات کنترل تکانه را به طور جداگانه درمان می کرد.

انکوپریزیس

اختلال دفعی که در آن کودک چه مدفوع چه غیر مدفوع را یا در لباس یا در مکان نامناسب دیگری دفع می‌کند.

۲،۱۰ اختلالات رفع

اختلالات دفع با بی‌اختیاری نامناسب با سن مشخص می‌شوند و عموماً در دوران کودکی تشخیص داده می‌شوند. افراد مبتلا به شب ادراری پس از رسیدن به سن ۵ سالگی، رختخواب خود را خیس می‌کنند یا در لباس ادرار می‌کنند، در این مرحله انتظار می‌رود که باید کاملاً آموزش توالیت داشته باشند. برای دریافت این تشخیص، کودک باید علائم شب ادراری را برای سه ماه متوالی نشان دهد. در انکوپریزیس، کودکی که حداقل ۴ سال دارد به طور مکرر یا در لباس خود یا در مکان نامناسب دیگری اجابت مزاج دارد.

علی‌رغم این انتظار که کودکان در سن ۴ یا ۵ سالگی باید به طور کامل توالیت را آموزش ببینند، شاید ۲۰ تا ۲۵ درصد از کودکان ۴ ساله هنوز بستر را خیس کنند و ۳۰ درصد از کودکان ۳ ساله هنوز خود را کثیف می‌کنند. فون گونتارد، (۲۰۱۱). در سن ۵ سالگی، شب ادراری تقریباً ۵ تا ۱۰ درصد از جمعیت را تحت تاثیر قرار می‌دهد، اما شیوع آن به مرور زمان به حدود ۱ درصد در افراد ۱۵ سال و بالاتر کاهش می‌یابد. پسرها بیش‌تر از دخترها این عارضه را تجربه می‌کنند (براون، پوپ و براون، ۲۰۱۱)، و در ۱۵ سال گذشته، روندی برای تشخیص کودکان در سنین پایین‌تر وجود داشته است (کوشنیر، کوشنیر، و سده، ۲۰۱۳، ۲۰۱۳).

اختلالات دفع

اختلالاتی که با بی‌اختیاری نامناسب سن مشخص می‌شود که از دوران کودکی شروع می‌شود.

شب ادراری

یک اختلال دفعی که در آن کودک بی‌اختیار ادرار است و بعد از سنی که انتظار می‌رود کودک قاره شود، در لباس یا در رختخواب ادرار می‌کند.

انواع فرعی شب ادراری بر اساس زمانی از روز وجود دارد که کودک به طور نامناسب ادرار می‌کند (فقط در روز، فقط شب یا هر دو). انواع فرعی انکوپریزیس بین کودکانی که یبوست دارند و سپس به دلیل سرریز مدفوع دچار بی‌اختیاری می‌شوند و کودکانی که یبوست و سرریز ندارند، متمایز می‌شود. محققان بر این باورند که این تمایزات مهم هستند زیرا می‌توانند تشخیص دهند که کدامیک از کودکان چه بیماری‌هایی را انجام می‌دهند و چه بیماری‌هایی ندارند که زمینه‌ساز علائم آن‌ها باشد (فون گونتارد، ۲۰۱۱).

درمان مبتنی بر شواهد برای اختلالات حذف دوران کودکی بر روش‌های رفتاری زیستی برای ایجاد خودداری تمرکز دارد (شپرد، پولر و گرابمن، ۲۰۱۷). شب ادراری را می‌توان با استفاده از «هشدار ادرار» درمان کرد، وسیله‌ای که به لباس زیر یا لباس خواب کودک متصل است و در پاسخ به رطوبت، حس شنوایی و/یا لامسه از خود ساطع می‌کند. سپس کودک یک پاسخ اجتنابی مشروط

ایجاد می‌کند که می‌تواند باعث انقباضات عضلانی در اسفنکتر خارجی مثانه قبل از نشت ادرار شود. درمان‌های انکوپرزیس که توسط مطالعات تجربی پشتیبانی می‌شوند شامل افزایش آموزش رفتن به توالت و بیوفیدبک هستند. در روش افزایش آموزش رفتن به توالت، به کودک برای خودداری، در مورد پویایی و تحرک مناسب به منظور اجابت مزاج آموزش داده می‌شود، و تکنیک‌های تنفسی و تمرینات ماهیچه‌ای برای به دست آوردن کنترل بر اسفنکترهای مقعدی آموزش داده می‌شود.

اگر کودکان به شکل مکرر به انکوپرزیس دچار شوند، می‌توانند از آموزش رفتاری بهره ببرند که به آن‌ها برای افزایش دریافت فیبر و مایعات پاداش می‌دهد و تضمین می‌کند که زمان حضور در توالت را به عنوان بخشی از برنامه روزانه خود در نظر می‌گیرند (کوهل و همکاران، ۲۰۱۰). یکی دیگر از رویکردهای روان‌شناختی بر خشم حل‌نشده‌ای متمرکز است که کودک ممکن است در پاسخ به مسائل خانوادگی ابراز کند. چنین مسائلی می‌تواند شامل تعارض بین والدین، آمدن یک خواهر یا برادر تازه متولد شده یا رفتار خواهر یا برادر بزرگ‌تر باشد که کودک را عذاب می‌دهد. درمانی که به این مسائل مربوط به سیستم خانواده می‌پردازد می‌تواند به کاهش علائم کودک کمک کند (رید و بهار، ۲۰۰۶).

۳،۱۰ اختلالات خواب و بیداری

علم خواب و درمان اختلالات خواب و بیداری به سرعت مورد توجه قرار گرفته است، به طوری که امروزه طب خواب به یک رشته برای خود تبدیل شده است. محققان و پزشکان در پزشکی خواب معمولاً یک رویکرد بیوپسی-اجتماعی، بررسی مشارکت‌های ژنتیکی و عصبی فیزیولوژیکی، تعاملات روانی، و عوامل اجتماعی و فرهنگی که بر کیفیت و میزان خواب فرد تاثیر می‌گذارد، اتخاذ می‌کنند.

DSM-۵ اختلالات خواب و بیداری را به گونه‌ای سازماندهی می‌کند که نویسندگان معتقدند یک سیستم مفید بالینی است که مبنایی در تحقیقات تجربی دارد. این سیستم مجموعه‌ای از اختلالات مرتبط از DSM-IV-TR را در برخی موارد ترکیب می‌کند و برخی دیگر را که به بهترین شکل به عنوان موجودیت‌های جداگانه شناخته می‌شوند، از هم جدا می‌کند. متخصصان خواب سیستم تشخیصی دقیق‌تری نسبت به روش DSM-۵ دارند، به این معنی که مراجعه‌کننده‌ای که به

دنبال کمک از کلینیک خواب است ممکن است تشخیص کمی متفاوت با تشخیص ارائه شده توسط DSM-۵ داشته باشد.



اختلالات خواب و بیداری، مانند بی‌خوابی که این مرد تجربه می‌کند، می‌تواند ناتوان‌کننده باشد، اما فناوری‌های جدید منجر به بهبود درمان‌ها می‌شوند.

Koldunova Anna/Shutterstock©

معیارهای تشخیصی DSM-۵ برای اختلالات خواب و بیداری نشان دهنده پیشرفت در دسترس بودن فناوری در ارزیابی و تشخیص افتراقی است. بسیاری از این تشخیص‌ها اکنون از پلی سومنوگرافی استفاده می‌کنند، که یک مطالعه خواب است که امواج مغز، سطح اکسیژن خون، ضربان قلب، تنفس، حرکات چشم و حرکات پا را ثبت می‌کند.

پلی سومنوگرافی
یک مطالعه خواب که
امواج مغز، سطح
اکسیژن خون، ضربان
قلب، تنفس، حرکات
چشم و حرکات پا را
ثبت می‌کند.

ما دسته‌های عمده اختلالات خواب و بیداری را در جدول ۱ خلاصه می‌کنیم. همان‌طور که می‌بینید، آن‌ها در دسته‌بندی‌های اختلال بی‌خوابی، نارکولپسی، اختلال پرخوابی، اختلالات مربوط به تنفس، اختلالات ریتم شبانه روزی و پاراسومنیای قرار می‌گیرند. برای قابل تشخیص بودن، علائم باید برای مدت زمان قابل توجهی وجود داشته باشند، نسبتاً مکرر رخ دهند و باعث ایجاد ناراحتی در فرد شوند.

اختلالات خواب تعداد زیادی از افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد، که شاید ۳۰ درصد از بزرگسالان در جمعیت عمومی به تنهایی از بی‌خوابی رنج می‌برند (کول، ۲۰۱۱). اگر شما مانند بسیاری از

دانشجویان کارشناسی هستید، به احتمال زیاد قبلا تحت تاثیر یک یا چند مورد از این اختلالات قرار گرفته‌اید، با توجه به شرایط معمول خوابگاه کالج یا ساختمان آپارتمانی پرجمعیت دانشجوی، که در آن سروصدا در ساعات شب با کیفیت و کمیت خواب تداخل می‌کند، اگر شما مانند بسیاری از دانشجویان کارشناسی هستید، به احتمال زیاد قبلا تحت تأثیر یک یا چند مورد از خواب از این بیماری‌ها قرار گرفته‌اید.

در دسترس بودن فناوری پوشیدنی که مدت زمان خواب، زمان بیداری و حتی مراحل خواب را ثبت می‌کند، این امکان را برای افراد فراهم می‌کند که به طور فزاینده‌ای به درک الگوهای خواب خود دست یابند. در نتیجه، ممکن است افراد بیش‌تری نسبت به گذشته به دنبال خواب درمانی باشند، زمانی که احساس خستگی تنها نشانه این است که ممکن است فردی به اختلال خواب مبتلا باشد.

بسته به نوع اختلال، درمان‌های مختلفی برای مشکلات خواب و بیداری وجود دارد. علاوه بر تکنیک‌های آرام‌سازی و آموزش‌های بهداشت مناسب خواب، درمان شناختی رفتاری برای درمان بی‌خوابی در دانشجویان کاملا موثر است. (فریدریش و اسلارب، ۲۰۱۸).

به لطف فناوری‌های جدید، افراد به طور فزاینده‌ای قادر به تشخیص و همچنین مدیریت درمان خود در خانه هستند. آپنه خواب به صورت مکانیکی با دستگاه‌های فشار مثبت مداوم راه هوایی (CPAP) درمان می‌شود. آن‌ها به طور فزاینده‌ای کاربردی و مقرون به صرفه می‌شوند (ساترلند و سیستولی، ۲۰۱۵).

جدول ۱ اختلالات خواب و بیداری

اختلال (یا دسته‌بندی)	اختلالات خاص در دسته	علائم غالب
اختلال بی‌خوابی		مشکل در شروع یا حفظ خواب، همراه با بیدار شدن در صبح زود.
نارکولپسی		دوره‌های مکرر نیاز غیرقابل سرکوب به خواب، غرق شدن در خواب، یا چرت زدن در همان روز.

تشخیص هم‌چنین مستلزم اپیزودهای باز شدن فک یا از دست دادن تون عضلات صورت در حین خندیدن یا نشان دادن مایع مغزی نخاعی غیرطبیعی (CSF) یا اختلالات خواب در پلی سومنوگرافی است.		
دوره‌های مکرر خواب یا خوابیدن در طول روز، دوره‌های خواب اصلی طولانی‌مدت، یا مشکل در بیداری کامل پس از بیدار شدن ناگهانی.		اختلال پر خوابی
اپیزودهای مکرر آپنه و هیپوپنه در هنگام خواب همان‌طور که در پلی سومنوگرافی نشان داده شده است همراه با خروپف، خروپف/نفس نفس، یا مکث تنفس در طول خواب و خواب آلودگی در طول روز، خستگی یا خواب بدون طراوت.	آپنه انسدادی خواب اختلال خاص جداگانه	اختلالات تنفسی مرتبط با خواب
دوره‌های مکرر آپنه در هنگام خواب	آپنه خواب مرکزی	
اپیزودهای کاهش تنفس (تهویه) در هنگام خواب	هیپوونتیلیاسیون مرتبط با خواب	
الگوهای دائمی اختلال خواب در درجه اول به دلیل تغییر ریتم شبانه روزی یا ناهماهنگی بین ریتم شبانه روزی درونی فرد و برنامه خواب و بیداری مورد نیاز محیط، یا برنامه		اختلالات ریتم شبانه روزی خواب بیداری

کاری یا اجتماعی فرد است. شامل نوع فاز خواب تاخیری (تاخیر در زمان بندی دوره خواب اصلی)، نوع فاز خواب پیشرفته (چرخه های خواب-بیداری که چندین ساعت زودتر از حالت معمولی هستند)، نوع خواب-بیداری نامنظم، نوع خواب-بیداری غیر ۲۴ ساعته، و نوع کاری شیفی.		
دوره های مکرر بیداری ناقص از خواب همراه با راه رفتن در خواب یا راه رفتن در خواب که با حرکات سریع چشم (REMs) مرتبط نیست.	اختلال برانگیختگی خواب با حرکات غیر سریع چشم	پاراسومنیا
تکرار مکرر رویاهای طولانی، ناخوشایند و به یاد ماندنی که معمولاً زندگی فرد را تهدید می کند.	اختلال کابوس	
دوره های مکرر برانگیختگی در طول خواب مرتبط با صحبت کردن و/یا رفتارهای حرکتی که در طول خواب REM رخ می دهد.	اختلال رفتار خواب حرکت سریع چشم	
تکانه ای برای حرکت دادن پاها همراه با احساسات ناخوشایند و ناراحت کننده در پاها، هوس هایی که در طول دوره های استراحت یا بی تحرکی شروع می شوند یا بدتر	سندرم پای بیقرار (RLS)	

می‌شوند، که تا حدی یا به طور کامل با حرکت تسکین می‌یابند و بدتر می‌شوند یا فقط در شب یا عصر اتفاق می‌افتند.		

یک مورد کوچک

آپنه انسدادی خواب هیپوپنه

ساموئل یک مرد ۶۸ ساله و متاهل دگرجنس‌گرایی آفریقایی آمریکایی است. او به دنبال مشاوره ازدواج است زیرا همسرش تصمیم گرفته دیگر نمی‌خواهد خروپف او را تحمل کند و اصرار دارد که در اتاق خواب‌های جداگانه بخوابند. به علاوه در طول روز دائما احساس خستگی و خواب آلودگی می‌کند. مشاور ساموئل را نزد یک متخصص خواب می‌فرستد که یک پلی سومنوگرام انجام می‌دهد و نشان می‌دهد که ساموئل به طور متوسط هر ۴ دقیقه یک بار دچار دوره‌هایی می‌شود که نفس نمی‌کشد. ساموئل اکنون توسط متخصص خواب برای درمان ارزیابی می‌شود، که در حال بررسی گزینه‌هایی از جمله دستگاه مکانیکی است که روی بینی قرار می‌گیرد تا به ساموئل و همسرش اجازه دهد الگوهای خواب قبلی خود را در همان تخت از سر بگیرند.

۴،۱۰ اختلالات مخرب، کنترل تکانه و رفتار

افراد مبتلا به یکی از اختلالات مخرب، کنترل تکانه یا رفتار، فقدان شدید بازداری («نابازداری») را نشان می‌دهند. آن‌ها نمی‌توانند خود را از ابراز احساسات منفی که اغلب سطح بالایی از احساسات منفی هستند، مهار کنند. اگرچه افراد مبتلا به انواع دیگر اختلالات نیز مشکلاتی را در خودتنظیمی رفتار خود تجربه می‌کنند، اما این اختلالات خاص، افرادی را که این اختلالات را دارند در تضاد قابل توجهی با هنجارهای اجتماعی یا شخصیت‌های اقتدار قرار می‌دهند.

اختلال نافرمانی مخالف

اکثر کودکان دوره‌های منفی‌گرایی و سرکشی‌های خفیف را به خصوص در دوران نوجوانی پشت سر می‌گذارند و بیش‌تر والدین از خصومت‌های گاه به گاه یا مشاجره در فرزندان خود شکایت دارند. اما اگر چنین رفتارهایی در بیش‌تر مواقع وجود داشته باشد و فقط یک فاز نباشد، چه؟

اختلال نافرمانی مقابله-

ای

اختلالی که با خلق و خوی عصبانی یا تحریک‌پذیر، رفتار مجادله‌آمیز یا نافرمانی و کینه توزی که منجر به مشکلات مهم خانوادگی یا مدرسه می‌شود، مشخص می‌شود.

کودکان و نوجوانان مبتلا به **اختلال نافرمانی مقابله‌ای**، خلق و خوی عصبانی یا تحریک‌پذیر، رفتار مشاجره‌آمیز یا نافرمانی و کینه توزی نشان می‌دهند که منجر به مشکلات مهم خانوادگی یا مدرسه می‌شود. جوانان مبتلا به این اختلال مرتباً عصبانی می‌شوند، بحث می‌کنند، از انجام آن‌چه به آن‌ها گفته می‌شود خودداری می‌کنند و عمداً دیگران را آزار می‌دهند. آن‌ها حساس، خشمگین، جنگ طلب، کینه توز و خودبین هستند. آن‌ها به جای این‌که خود را عامل مشکلات خود بدانند، دیگران را مقصر می‌دانند یا اصرار می‌کنند که قربانی شرایط هستند. تا جایی که رفتار آن‌ها با عملکرد مدرسه و روابط دوستانه آن‌ها تداخل داشته باشد، در خطر به خطر افتادن روابط خود با معلمان و همسالان هستند. این ضررها به نوبه خود می‌تواند آن‌ها را به احساس بی‌ارزشی و افسردگی سوق دهد و شاید باعث شود که آن‌ها حتی بیش‌تر به کار خود ادامه دهند.

اختلال نافرمانی مقابله‌ای اولین بار در سنین پیش از نوجوانی بین سنین ۸ تا ۱۲ سالگی ظاهر می‌شود و این میزان در پسران بیش‌تر است. بسیاری از کودکان مبتلا به این اختلال، به ویژه پسران، در بزرگسالی دچار اختلال شخصیت ضد اجتماعی می‌شوند. درصد کمی در رفتار جنایی جدی شرکت می‌کنند (لوپر و برک، ۲۰۱۱). دختران مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در معرض خطر بیش‌تری برای ابتلا به افسردگی هستند، به ویژه اگر آن‌ها ناتوانی در تنظیم احساسات خود و تمایل به سرکشی نشان دهند (هیپول و همکاران، ۲۰۱۱).

اختلال انفجاری

متناوب

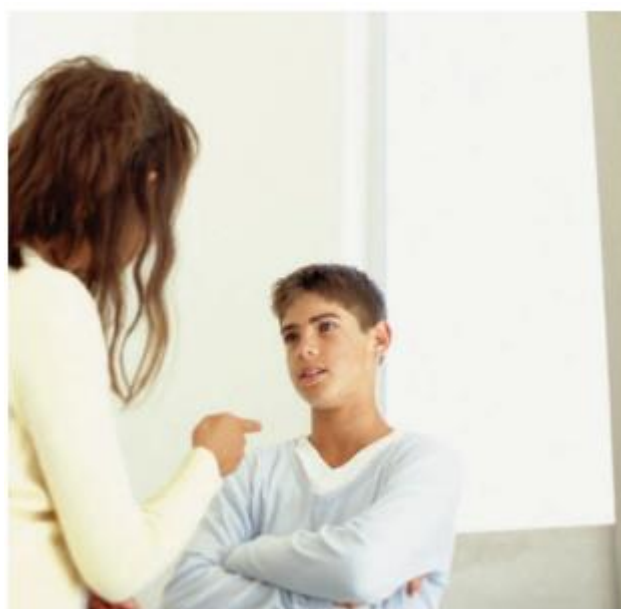
یک اختلال کنترل تکانه که شامل ناتوانی در مهار اصرار برای ابراز احساسات شدید خشم و رفتارهای خشونت آمیز مرتبط است.

هدف از درمان اختلال مقابله‌ای - نافرمانی این است که به کودک کمک کند رفتارهای مناسب از خود نشان دهد، مانند همکاری و کنترل خود، و رفتارهای مشکل‌زا مانند پرخاشگری، دزدی و دروغ‌گویی را بیاموزد. درمان بر تقویت، انقباض رفتاری، الگوسازی و آموزش تمدد اعصاب تمرکز دارد و ممکن است در چارچوب گروه‌های هم‌تا درمانی و آموزش والدین انجام شود. یکی از این رویکردها، درمان شایستگی اجتماعی فردی، از روش‌های شناختی-رفتاری استفاده می‌کند که به

طور خاص برای موقعیت‌هایی که کودک در آن‌ها مشکلاتی را تجربه کرده است، طراحی شده است (گورتز-دورتن و همکاران، ۲۰۱۸).

اختلال انفجاری متناوب

افراد مبتلا به اختلال انفجاری متناوب نمی‌توانند از اصرار خود برای ابراز احساسات شدید خشم و رفتارهای خشونت‌آمیز مرتبط با آن جلوگیری کنند. آن‌ها می‌توانند طغیان‌های خشمگینی داشته باشند که لفظی (تند خلقی، عصبانیت، مشاجره) یا طغیان‌های فیزیکی هستند که در آن‌ها به شیوه‌های نامتناسب با هرگونه استرس یا تحریک، تهاجمی یا مخرب می‌شوند. این طغیان‌های فیزیکی حداقل در سه نوبت در یک دوره ۱۲ ماهه ممکن است به فرد، افراد دیگر یا دارایی آسیب برسانند. با این حال، حتی اگر افرادی که پرخاشگری کلامی یا فیزیکی نشان می‌دهند آسیبی به آن‌ها وارد نشود، باز هم ممکن است این تشخیص را دریافت کنند.



پسرانی که مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای تشخیص داده می‌شوند ممکن است به اختلال شخصیت ضداجتماعی مبتلا شوند، اگرچه بسیاری از آن‌ها تا زمانی که به اواخر نوجوانی می‌رسند این اختلال آن‌ها بهبود می‌یابد.

خشم نشان داده شده توسط افراد مبتلا به این اختلال با هر تحریک یا استرس خاصی تناسب ندارد و اعمال آن‌ها از پیش طراحی نشده است. پس از آن، آن‌ها به طور قابل توجهی احساس ناراحتی می‌کنند، از عواقب بین فردی یا شغلی رنج می‌برند، یا عواقب مالی یا قانونی را تجربه می‌کنند.

تخمین زده می‌شود که ۴ تا ۷ درصد از مردم در جمعیت ایالات متحده دارای اختلال انفجاری متناوب هستند. از این تعداد، ۷۰ درصد حداقل ۳ طغیان در سال دارند که میانگین آن ۲۷ مورد در سال است (کسلر و همکاران، ۲۰۰۶). افراد مبتلا به این اختلال در برابر تعدادی از تهدیدات سلامت جسمانی خود آسیب‌پذیرتر هستند، از جمله بیماری عروق کرونر قلب، فشار خون بالا، سکته مغزی، دیابت، آرتریت، درد کمر/گردن، زخم، سردرد و سایر دردهای مزمن (مک کلاسکی و همکاران، ۲۰۱۰). آن‌ها همچنین احتمالاً دارای اختلالات همزمان هستند، از جمله اختلال دوقطبی، اختلالات شخصیتی مانند ضد اجتماعی یا مرزی، اختلال مصرف مواد (به ویژه الکل) و اختلالات شناختی.

به نظر می‌رسد که اختلال انفجاری متناوب دارای یک مولفه قوی خانوادگی است که هیچ‌یک از بیماری‌های همراه مرتبط با آن به حساب نمی‌آیند (کوکارو، ۲۰۱۰). محققان معتقدند این اختلال ممکن است ناشی از ناهنجاری‌هایی در سیستم سروتونین باشد که باعث از دست دادن توانایی مهار حرکت می‌شود (کوکارو، لی و کاووسی، ۲۰۱۰).

اختلال انفجاری متناوب تا حدودی به دلیل شناخت ناقص ایجاد می‌شود. افراد مبتلا به این اختلال مجموعه‌ای از باورهای منفی دارند که افراد دیگر می‌خواهند به آن‌ها آسیب برسانند، باورهایی که ممکن است از طریق تنبیه‌های سختی که در کودکی از والدین یا مراقبان خود دریافت کرده‌اند به دست آورده باشند. بنابراین، آن‌ها احساس می‌کنند که خشونت آن‌ها موجه است. علاوه بر این، آن‌ها ممکن است از طریق مدل‌سازی یاد گرفته باشند که پرخاشگری راهی برای مقابله با تعارض یا ناامیدی است. افزودن به این فرآیندهای روانی، تایید خشونت مرتبط با نقش جنسیت مردانه است، دیدگاهی که ممکن است تا حدی شیوع بیش‌تر این اختلال را در مردان توضیح دهد.

با توجه به نقش احتمالی ناهنجاری‌های سروتونرژیک در این اختلال، محققان کاربرد SSRIها را در درمان بررسی کرده‌اند. با این حال، اگرچه در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه موثر است، اما

SSRIها در کمتر از ۵۰ درصد موارد منجر به بهبودی کامل یا نسبی می‌شوند (کوکارو و همکاران، ۲۰۰۹). تثبیت کننده‌های خلقی که در درمان اختلال دوقطبی استفاده می‌شوند (لیتیوم، اکسکاربازپین، کاربامازپین) نیز اثراتی در کاهش رفتار پرخاشگرانه دارند، اما مطالعات به خوبی کنترل شده کمی وجود دارد (جونز و همکاران، ۲۰۱۱).

درمان شناختی-رفتاری نیز می‌تواند برای افراد مبتلا به این اختلال مفید باشد. در یک رویکرد، گونه‌ای از درمان مدیریت خشم از آموزش تمدد اعصاب، بازسازی شناختی، قرار گرفتن در معرض تخیلی سلسله مراتبی و پیشگیری از عود برای یک دوره ۱۲ هفته‌ای در روش‌های فردی یا گروهی استفاده می‌کند. درمان شناختی-رفتاری بر کاهش خشم و پرخاشگری و همچنین بهبود مهارت‌های اجتماعی فرد تمرکز دارد (هاسپت، ویریک و متیوز، ۲۰۱۵). به ویژه کاهش درک نادرست افراد از تهدید اجتماعی مهم است، که به نوبه خود می‌تواند بیان آشکار پرخاشگری رابطه‌ای را کاهش دهد (کوکارو، فنینگ، کیدی و لی، ۲۰۱۶).

یک مورد کوچک

اختلال انفجاری متناوب

اد یک مرد ۲۸ ساله و مجرد دگرجنس‌گرای قفقازی است که به عنوان معلم دبیرستان کار می‌کند او اغلب درگیر تهاجم و حمله‌های خشونت آمیز و خود به خودی می‌شود، هر چه به دستش می‌رسد پرتاب می‌کند و فحاشی می‌کند. با این حال، او به زودی آرام می‌شود، و برای هر آسیبی که ایجاد کرده است، احساس پشیمانی شدید می‌کند و توضیح می‌دهد که نمی‌دانست چه بر سر او آمده است. در آخرین قسمت، اد یک قهوه جوش را به سمت معلم دیگری در سالن دانشکده پرتاب کرد که باعث آسیب جدی شد. پس از این که آمبولانس مرد مجروح را به بیمارستان رساند، مدیر اد با پلیس تماس گرفت. اد بازداشت شد و بلافاصله از کارش تعلیق شد.



افراد مبتلا به اختلال انفجاری متناوب ممکن است به دلیل طغیان‌های پرخاشگرانه مکرر و غیرقابل تحریک در روابط بین فردی خود از پیامدهای منفی رنج ببرند. © انتشارات اینگرام

اختلال رفتاری

یک اختلال کنترل تکانه که شامل نقض مکرر حقوق دیگران و هنجارها و قوانین جامعه است.

اختلال رفتاری

افراد مبتلا به اختلال رفتاری، حقوق دیگران و هنجارها یا قوانین جامعه را زیر پا می‌گذارند. رفتارهای بزهکارانه آن‌ها شامل پرخاشگری نسبت به افراد و حیوانات مانند قلدری و حیوان آزاری، تخریب اموال، فریبکاری یا دزدی و نقض جدی قوانین مانند فرار از مدرسه یا فرار از خانه است. DSM-۵ هم‌چنین شروع دوران کودکی یا نوجوانی (قبل یا بعد از ۱۰ سالگی) را مشخص می‌کند. وجود یا عدم وجود پشیمانی، گناه، و همدلی؛ و شدت رفتار، از دروغگویی و فرار از مدرسه گرفته تا ظلم جسمانی، استفاده از سلاح و سرقت در حضور مقتول همگی جزئی از اختلال رفتاری هستند.

در سرتاسر جهان، نرخ اختلال رفتاری ۳٫۲ درصد تخمین زده شده است، که به طور قابل توجهی در بین کشورها ثابت است، اگرچه به نظر می‌رسد تعاریف این اختلال از کشوری به کشور دیگر متفاوت است (کانینو و همکاران، ۲۰۱۰).

شرایط مستعد ایجاد اختلال رفتاری شامل بزرگ شدن در محیط‌های خشن از جمله تروما، سوء استفاده و بی‌توجهی است (وانگ و کنی، ۲۰۱۴). آسیب‌پذیری ژنتیکی ممکن است خطر بزرگ شدن در چنین خانواده‌هایی را تشدید کند. در یک مطالعه، ۱۱۰۰ جفت از دوقلوهای ۵ ساله و خانواده‌هایشان از نظر نقش ژنتیک و بدرفتاری فیزیکی توسط والدین مقایسه شدند. زمانی که والدینشان با آن‌ها بدرفتاری می‌کردند، دوقلوهای همسان (آن‌هایی که در معرض خطر ژنتیکی بالا هستند) که همقلوهایشان مشکلات رفتاری را نشان می‌داد، تقریباً ۲۵ درصد احتمال داشت که تشخیص اختلال رفتاری را دریافت کنند. در مقابل، آن دسته از کودکانی که در معرض خطر

اختلالات کنترل تکانه

اختلالات روانی که در آن افراد به طور مکرر رفتارهایی را انجام می‌دهند که به طور بالقوه مضر هستند، احساس می‌کنند نمی‌توانند جلوی خود را بگیرند و در صورت خنثی شدن تلاش آن‌ها برای انجام این رفتارها، احساس ناامیدی را تجربه می‌کنند.

پیرومانی

یک اختلال کنترل
تکانه که شامل میل
مداوم و اجباری برای
شروع آتش می‌شود.

ژنتیکی پایین قرار داشتند و در معرض بدرفتاری فیزیکی بودند، تنها ۲ درصد احتمال ابتلا به اختلال رفتاری را داشتند (جافی و همکاران، ۲۰۰۵). ژن خاصی که به نظر می‌رسد در اختلال رفتاری فعال است، هنوز شناخته نشده است، اما محققان ژنتیکی در مورد پتانسیل GWAS برای شناسایی انواع رایج مرتبط با رفتار و سایر اختلالاتی که با اختلالات رفتاری مشخص می‌شوند خوش‌بین هستند (درینگر و همکاران، ۲۰۱۵).

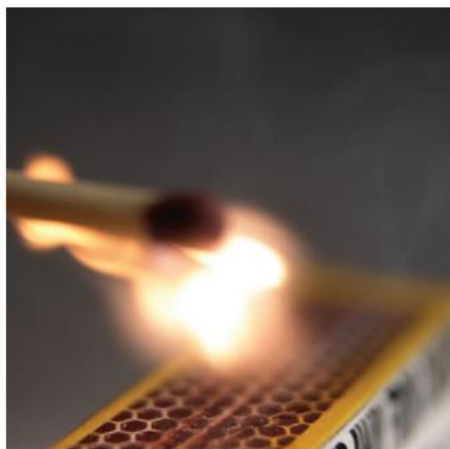
متأسفانه، دلایل هرچه که باشد، می‌دانیم که کودکان پرخاشگر و ضداجتماعی احتمالاً در بزرگسالی دچار مشکلات جدی می‌شوند. در یک مطالعه طولی کلاسیک، تنها یک ششم نمونه اولیه کاملاً عاری از اختلالات روانی در بزرگسالی بودند. بیش از یک چهارم اختلال شخصیت ضد اجتماعی داشتند (رابینز، ۱۹۶۶). مطالعات بعدی این دیدگاه بدبینانه را تایید کرده است، با نتایجی که نشان می‌دهد حداقل ۵۰ درصد از کودکان مبتلا به اختلال رفتاری دچار اختلال شخصیت ضد اجتماعی می‌شوند (به فصل «اختلالات شخصیتی» مراجعه کنید). یک مطالعه طولی اخیر نشان داد که بی‌احساسی، به ویژه در پسران، یک ویژگی کلیدی اختلال رفتاری است و ادامه علائم را تا نوجوانی پیش‌بینی می‌کنند (فانتی و همکاران، ۲۰۱۸).

اختلالات کنترل تکانه

افراد مبتلا به اختلالات کنترل تکانه رفتارهای تکراری و اغلب مخربی را انجام می‌دهند که احساس می‌کنند خارج از کنترل آن‌هاست. این افراد قبل از این‌که بر اساس تکانه‌های خود عمل کنند، تنش و اضطرابی را تجربه می‌کنند که تنها با دنبال کردن تکانه‌های خود می‌توانند آن را تسکین دهند. پس از عمل بر اساس انگیزه‌های خود، احساس لذت یا خشنودی را تجربه می‌کنند، اگرچه بعداً ممکن است از این‌که این رفتار را انجام داده‌اند پشیمان شوند.

پیرومانیا افراد مبتلا به پیرومانیا عمداً آتش به پا می‌کنند، قبل از انجام این عمل احساس تنش و برانگیختگی می‌کنند. آن‌ها مجذوب آتش به پا کردن و زمینه‌های موقعیتی آن هستند و نسبت به آن کنج‌کاو هستند و هنگام برپا کردن یا مشاهده آتش یا شرکت در عواقب پس از آن، احساس لذت و رضایت می‌کنند یا آرام می‌شوند. برای این‌که فردی مبتلا به پیرومانیا تشخیص داده شود، آتش به پا کردن نباید به دلایل مسائل مالی باشد و فرد نباید شرایط پزشکی یا روان‌پزشکی دیگری

داشته باشد. در مقابل، آتش به پا کردن، آتش به پا کردن به قصد سود مالی است، و یک آتش به پا کننده، آرامش نشان داده شده توسط افراد مبتلا به پیرومانی را تجربه نمی کند.



افراد مبتلا به پیرومانیا اغلب به هر جنبه‌ای از آتش زدن از جمله روشن کردن کبریت توجه دارند.

Redfx/Alamy Stock Photo©

اکثر افراد مبتلا به پیرومانیا مرد هستند. با این حال، به نظر می‌رسد که پیرومانیا حتی در میان آتش افروزان نیز نادر است. در میان نمونه‌ای متشکل از ۹۰ مجرم مکرر، محققان فنلاندی دریافتند که تنها ۳ نفر معیارهای DSM-IV-TR را برای پیرومانیا دارند (لیندبرگ، هولی، تانی و ویرکونن، ۲۰۰۵). یک تحقیق بر روی بیماران روانپزشکی بستری شده در بیمارستان، درصد کمی بالاتر را نشان داد و نشان داد که ۳,۴٪ علائم فعلی و ۵,۹٪ علائم مادام‌العمر مطابق با تشخیص پیرومانیا داشتند (گران، لوین، کیم، و پوتنزا، ۲۰۰۵).

اگر فرد تحت درمان قرار نگیرد، پیرومانیا یک بیماری مزمن به نظر می‌رسد. برخی از افراد مبتلا به پیرومانیا ممکن است آتش-سوزی را متوقف کنند و به جای آن به رفتارهای اعتیادآور یا تکانشی دیگری مانند لپتومانیا یا اختلال قمار روی آورند. یک مطالعه فشرده بر روی ۲۱ شرکت کننده با سابقه مادام‌العمر پیرومانیا، محتمل‌ترین محرک های رفتار آن‌ها را استرس، کسالت، احساس بی‌کفایتی و تعارض بین فردی توصیف کرد (گران و کیم، ۲۰۰۷).

مانند سایر اختلالات کنترل تکانه، پیرومانیا ممکن است منعکس کننده ناهنجاری در عملکرد دوپامین در مناطقی از مغز باشد که شامل اعتیادهای رفتاری است. با این وجود، درمان پیرومانی که از مدل شناختی-رفتاری پیروی می‌کند، به نظر می‌رسد بیش‌ترین امید را نشان دهد (گرانث و اودلاگ، ۲۰۱۰). این تکنیک‌ها شامل قرار گرفتن در معرض تخیلی و پیشگیری از پاسخ، بازسازی شناختی پاسخ به اصرارها، و آموزش تمدد اعصاب است.

کلپتومانیا افراد مبتلا به اختلال کنترل تکانه **کلپتومانیا** توسط میل مداوم به دزدی تحریک می‌شوند. برخلاف سارقان مغازه یا سارقان دیگر، انگیزه آن‌ها سود مالی نیست، بلکه به دنبال هیجان از عمل دزدی هستند. مانند افراد مبتلا به سایر اختلالات کنترل تکانه، آن‌ها ترجیح می‌دهند به این رفتار سوق داده نشوند و احساس می‌کنند که میل آن‌ها ناخوشایند، ناخواسته، مزاحم و بی‌معنی است. آن‌ها در پاسخ به یک اصرار یا حالت ولع دزدی می‌کنند و پس از آن احساس رضایت می‌کنند. از آنجایی که تمرکز آن‌ها بر روی اقلام نیست، بلکه روی عمل سرقت است، افراد مبتلا به کلپتومانیا ممکن است کالاهای مسروقه را پس بدهند یا دور بریزند.



یک زن مبتلا به کلپتومانیا در حالی که در فروشگاه لوازم آرایش قدم می‌زند، میل مقاومت ناپذیری برای سرقت حتی اقلام کوچک و ارزان قیمت دارد.

Ignard ten Have/۱۲۳RF©

کلپتومانیا

یک اختلال کنترل
تکانه که شامل میل
مداوم به دزدی است.

شما قضاوت کنید

پیامدهای قانونی اختلالات کنترل تکانه

طبق تعریف، اختلالات کنترل تکانه از تمایلات غیرقابل مقاومت ناشی می‌شوند. افراد مبتلا به اختلالاتی مانند کلپتومانیا و پیرومانیا به ترتیب دست به اقدامات غیرقانونی دزدی و آتش زدن می‌زنند. افراد مبتلا به اختلال انفجاری متناوب نیز ممکن است در طی یکی از حملات خشونت آمیز خود مرتکب اعمال غیرقانونی شوند. هنگامی که افراد مبتلا به این اختلالات با سیستم قضایی مواجه می‌شوند، این سوال مطرح می‌شود که آیا باید آن‌ها را دارای اختلال در نظر بگیریم یا نوعی رفتار غیرقانونی و انحرافی شبیه به روان پریشی را انجام دهیم؟ افراد مبتلا به لپتومانیا در پاسخ به عدم مقاومت در برابر تکانه‌ها دست به دزدی می‌زنند. دزدی ممکن است باعث رهایی لحظه‌ای آن‌ها از میل ناشی از اضطراب آن‌ها شود، اما در نهایت تنها به پریشانی و اختلال قابل توجهی در زندگی روزمره آن‌ها منجر می‌شود. یک تفاوت کلیدی بین کلپتومانیا و اختلال شخصیت ضداجتماعی این است که افراد مبتلا به لپتومانیا احساس پشیمانی شدید می‌کنند. علاوه بر این، آن‌ها به هیچ دلیل پولی خاصی دزدی نمی‌کنند (ابوجاوده، گامل و کران، ۲۰۰۴). به طور مشابه، افراد مبتلا به پیرومانیا، طبق تعریف، به دنبال پاداش پولی از اقدامات خود نیستند. افراد مبتلا به اختلال انفجاری متناوب به دنبال ارتکاب اعمال خشونت آمیز نیستند، اما به خواسته‌های مقاومت‌ناپذیر پاسخ می‌دهند. افراد مبتلا به اختلال قمار نه به خاطر منفعت مادی بلکه برای حمایت از عادت قمار خود دزدی می‌کنند یا تقلب می‌کنند.

بر اساس یک دیدگاه، اختلالات کنترل تکانه، اختلالات «ارادی» نیستند که فرد را از مسئولیت اخلاقی و قانونی در قبال اعمال خود معاف کنند. یک اختلال شناختی که از دانستن یا به خاطر سپردن پیامدهای منفی رفتارهای اعتیادآور قبلی فرد جلوگیری می‌کند، باعث اختلال ارادی می‌شود. هنگامی که رفتار شروع می‌شود، میزان آسیب را افزایش می‌دهد (کمپبل، ۲۰۰۳).

با این حال، اصطلاحی که حرفه سلامت روان برای توصیف لپتومانیا و پیرومانیا استفاده می‌کند، به این معناست که افراد مبتلا به این اختلالات به نحوی جذب فرصت‌هایی برای دزدی و آتش‌سوزی می‌شوند. در مورد پیرومانی، آتش نشانان، بازرسان بیمه، متخصصان مجری قانون و حتی متخصصان سلامت روان ممکن است معیارهای تشخیصی این اختلال را به طور کامل درک نکنند. یکی از باورهای اشتباه اما رایج این است که آتش افروزان سریالی جنگجو هستند. در واقع، پزشکان پیرومانی را در درصد بسیار کمی از آتش نشانان مزمن تشخیص می‌دهند. ما اغلب افراد مبتلا به پیرومانیا را به عنوان لذت جنسی از رفتار خود می‌بینیم. در واقعیت، این فقط در

موارد کمی رخ می‌دهد. به گفته دولی (۲۰۰۳)، فقدان اطلاعات دقیق در مورد پیرومانیا به این معنی است که نمی‌توان تعیین کرد که آیا افراد مبتلا به پیرومانی وجود دارند یا خیر، چه رسد به این که مسئول رفتار آنها باشند.

سوال: شما قضاوت کنید: آیا باید با افراد مبتلا به اختلالات کنترل تکانه، که رفتارشان ممکن است غیرقانونی و به طور بالقوه برای دیگران مضر باشد، به عنوان مجرم یا دارای اختلالات روانی رفتار کنیم؟

برای تشخیص کلیتومانیا، پزشکان باید نتوانند با تشخیص دیگری از اختلال شخصیت ضداجتماعی، اختلال رفتاری یا اختلال دوقطبی (در یک دوره شیدایی) دزدی فرد را بهتر توضیح دهند. بین علائم لپتومانیا و خلق و خوی، اضطراب و سایر اختلالات کنترل تکانه همپوشانی وجود دارد و این امر به طور خاص مهم است که پزشکان در یک فرآیند کامل تشخیص افتراقی شرکت کنند (گران، ۲۰۰۶).

کلیتومانیا اثرات مهمی بر زندگی افراد دارد که کم‌ترین آنها ترس از دستگیری یا واقعیت است. در یک مطالعه روی ۱۰۱ بزرگسال (۷۳ درصد زن)، ۶۹ درصد دستگیر و ۲۱ درصد زندانی شدند. بیش از نیمی از آنها در دو یا چند نوبت دستگیر شدند. علائم آنها به طور متوسط از ۱۹ سالگی شروع شد و حداقل دو بار در هفته از مغازه دزدی می‌کردند. اکثریت اقلام پوشاک، کالاهای خانگی و مواد غذایی را به سرقت بردند. به میزان کم‌تری از دوستان، اقوام و محل کار خود نیز سرقت می‌کردند. این مطالعه تحقیقاتی در مقیاس کوچک‌تر را تکرار کرد و گزارش داد که افراد مبتلا به لپتومانیا به احتمال زیاد در طول زندگی میزان شیوع بالای اختلالات افسردگی (۴۳ درصد)، اختلالات اضطرابی (۲۵ درصد)، سایر اختلالات کنترل تکانه (۴۲ درصد) و سوء مصرف یا وابستگی به مواد مخدر (۱۸ درصد) دارند. اقدام به خودکشی در میان افراد مبتلا به کلیتومانیا رایج است (گران، اودلاگ، دیویس و کیم، ۲۰۰۹).

یک مورد کوچک

کلپتومانیا

گلوریا یک زن ۴۵ ساله و مجرد دگرجنس‌گرای قفقازی است. او به عنوان مدیر اجرایی برای یک شرکت مالی کار می‌کند. در چند سال گذشته، او تحت استرس قابل توجهی بوده و ساعات طولانی را در نتیجه سازماندهی مجدد در شرکتش کار کرده است. در دوران نوجوانی، گلوریا گهگاه اقلام کوچک و ارزان قیمتی مانند کاسه مو و لاک ناخن را از داروخانه می‌دزدید، حتی اگر توانایی پرداخت هزینه آن را داشت. اخیراً دوباره دزدی از مغازه را آغاز کرده است. این بار رفتار او شدتی دارد که نمی‌تواند کنترل کند. در طول ساعت نهار، او اغلب به یکی از فروشگاه‌های بزرگ نزدیک ساختمان اداری خود سر می‌زند، تا زمانی که چیزی را پیدا می‌کند که توجهش را جلب می‌کند، به مسیر خود ادامه می‌دهد و سپس آن را در کیف یا جیب خود می‌برد. اگرچه گلوریا با خود قسم خورده است که دیگر دزدی نخواهد کرد، اما هر چند روز یک بار تنش را به حدی می‌بیند که نمی‌تواند از فروشگاه‌ها بیرون بماند.

مطالعات مربوط به نورویبولوژی کلپتومانیا نشان می‌دهد که مانند اختلالات مصرف مواد، این تشخیص با تغییر عملکردهای دوپامین، سروتونین و گیرنده‌های مواد افیونی و همچنین تغییرات در ساختارهای مغزی مشابه در افراد مبتلا به وابستگی به کوکائین مرتبط است (گران، اودلاگ و کیم، ۲۰۱۰).

افراد مبتلا به لپتومانیا ممکن است سال‌ها قبل از درمان با علائم خود دست و پنجه نرم کنند (گران و همکاران، ۲۰۱۵)، شاید به این دلیل که از پیگرد قانونی می‌ترسند یا از اقدامات غیرقانونی و در عین حال غیرقابل کنترل خود خجالت می‌کشند. نالترکسون، یک داروی درمانی که برای درمان افراد مبتلا به وابستگی به مواد استفاده می‌شود، یکی از رویکردهایی است که به نظر می‌رسد تا حدی اثربخشی داشته باشد (گران و همکاران، ۲۰۰۹). درمان‌های شناختی-رفتاری نیز موثر هستند، اگرچه ممکن است نیاز به استفاده‌ای فراتر از ساختار معمولی ۱۲ جلسه‌ای داشته باشند (کریستینینی و همکاران، ۲۰۱۵).

۵،۱۰ اختلال خوردن، حذف، خواب-بیداری و اختلال کنترل تکانه: دیدگاه زیستی-روانی-

اجتماعی

اختلالاتی که در این فصل به آن‌ها پرداخته‌ایم طیف وسیعی از علائم را با ترکیبی از علل بیولوژیکی، مشکلات عاطفی و تاثیرات اجتماعی-فرهنگی نشان می‌دهند. بنابراین یک رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی برای درک هر یک مناسب به نظر می‌رسد. علاوه بر این، این اختلالات سیر تکاملی دارند. به نظر می‌رسد اختلالات تغذیه و رفتارهای مخالف در اوایل زندگی منشا می‌گیرند. در طول دوران بزرگسالی، افراد ممکن است دچار اختلالات کنترل تکانه شوند و در اواخر زندگی، تغییرات فیزیولوژیکی ممکن است افراد مسن را مستعد اختلالات خواب و بیداری کند.

در مورد هر دسته از اختلال، مراجعان می‌توانند از یک رویکرد چند وجهی بهره‌مند شوند که در آن پزشکان این تاثیرات رشدی و زیستی-روانی-اجتماعی را در نظر می‌گیرند. برخی از اختلالات، مانند آن‌هایی که در دسته خواب و بیداری قرار دارند، ممکن است به بهترین وجه از طریق آزمایشات فیزیولوژیکی مانند پلی سومنوگرافی تشخیص داده شوند، حتی اگر درمان ممکن است بر کنترل رفتاری خواب متمرکز باشد. افرادی که علائم اختلالات خوردن را دارند نیز باید از نظر پزشکی مورد ارزیابی قرار گیرند، اما درمان موثر نیازمند یک رویکرد چند جانبه و تیمی در میان متخصصان بهداشت روان و پزشکی است. مولفه‌های روان‌شناختی و اجتماعی-فرهنگی اختلالات کنترل تکانه در تشخیص و درمان برجسته‌تر هستند، اگرچه ممکن است کمک‌های بیولوژیکی به هر یک از این موارد نیز وجود داشته باشد.

این طیف وسیع از بیماری‌ها نشان می‌دهد که چرا تشخیص و درمان اختلالات روان‌شناختی با استفاده از یک رویکرد چند رشته‌ای و یکپارچه که کل چرخه زندگی را در نظر می‌گیرد بسیار حیاتی است. انتظار می‌رود که مشتریان از مداخلاتی که از این دیدگاه جامع استفاده می‌کنند، با توسعه تحقیقات در این زمینه‌ها، بیش‌تر و بیش‌تر سود ببرند.

بازگشت به پرونده: رز مارستون

رز حضور خود را در برنامه درمانی روزانه که شامل دو بار در هفته روان درمانی فردی و چندین جلسه گروه درمانی در هر هفته بود، ادامه داد. او به یک متخصص تغذیه مراجعه کرد که به او کمک کرد تا خطرات محدود کردن رژیم غذایی او را بیاموزد و به عنوان شرط درمان، رژیم غذایی حداقل ۱۵۰۰ کالری در روز را حفظ کرد. در ابتدا او با تغییر رژیم غذایی خود دست و پنجه نرم کرد که باعث نگرانی او در مورد اضافه وزن شد. کار او در درمان و گروه درمانی با هدف حفظ تصویر بدنی سالم و کاهش باورهای غیر واقعی او در مورد اضافه وزن بود. با گذشت هفته‌ها، رز با افزایش وزن ادامه داد و تصویر بدن نادرست او بهبود یافت. شوهر و خانواده‌اش که زمانی منبع تنش و اضطراب بودند، با حمایت و تشویق شدیدشان به عامل مهمی در بهبودی او از بی‌اشتهایی تبدیل شدند. اگرچه رز همچنان نگران اضافه وزن بود، اما اهمیت تغذیه را آموخت و دید واقعی‌تری نسبت به بدن خود داشت. افسردگی رز پس از چند هفته اول درمان برطرف شد و او تصمیم گرفت در کل به مدت ۳ ماه مطابق با برنامه پیش رود. پس از ترک برنامه درمانی روزانه، رز به صورت هفتگی به درمانگر خود مراجعه کرد.

تأملات دکتر توبین: به ندرت پیش می‌آید که فردی مانند رز به دلیل نگرانی واقعی در مورد کاهش وزن، برای درمان مراجعه کند از آنجایی که این افراد اغلب تصور اشتباهی از وزن خود دارند، حتی زمانی که به طور قابل توجهی از نظر استانداردهای عینی کمبود وزن دارند، برای فردی مانند رز غیر معمول است که به دنبال درمان باشد زیرا آن‌ها در واقع نگران کاهش وزن هستند. در واقع، رز تشویق خانواده‌اش برای درمان را نادیده گرفت. اگر او زیر ۱۸ سال داشت، برای خانواده‌اش قابل قبول بود که او را برای درمان بیاورند. با این حال، رز به دلیل سابقه افسردگی در این مورد مجبور به درمان شد. برخی از علائم افسردگی برای افرادی که از اختلال خوردن رنج می‌برند معمولی است و علائم او تشخیص مستقل افسردگی را تضمین نمی‌کند. اگرچه رز در دوران نوجوانی برخی از رفتارهای ناهنجار خوردن را تجربه کرده بود، اما توانست وزن طبیعی خود را در بسیاری از دوران جوانی خود حفظ کند. این الگوی نوسانی در مورد اختلالات خوردن کاملاً معمول است. به گفته خودش، او همچنان دید منفی نسبت به تصویر بدنیش داشت، اگرچه هیچ علامتی نداشت تا این که دخترش را باردار شد و با واقعیت افزایش وزن واقعی روبه‌رو شد. این به عنوان یک عامل استرس‌زا عمل کرد که باعث ایجاد الگویی از رژیم غذایی محدود شد که منجر به کاهش شدید وزن شد.

در نهایت، جنبه فرهنگی این مورد مهم است که مورد توجه قرار گیرد. خانواده رزا از فرهنگی بودند که کم‌تر به وزن بدن و ظاهر بدنی توجه داشتند. شکاف بین تجربیات او در دوران رشد در جامعه ایالات متحده، جایی که زنان برای حفظ وزن کم خود تحت فشار هستند و فرهنگ کلمبیایی خانواده‌اش، منبع بزرگ تنش برای او بود. خانواده او قادر به ارتباط با مبارزات او با وزن و تصویر بدنی نبودند که باعث افزایش احساس انزوا در او شد. توجه به ظاهر در کشورهای توسعه یافته مانند ایالات متحده بیش‌تر است که منجر به نرخ بالاتر اختلالات خوردن در این کشورها می‌شود.

خلاصه

- افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی سه نوع علامت را تجربه می‌کنند: (۱) افراد قادر به حفظ وزن مناسب نیستند یا از حفظ وزن خودداری می‌کنند. (۲) ترس شدیدی از افزایش وزن یا چاق شدن دارند، حتی اگر به شدت کم وزن باشند. و (۳) آن‌ها درک نادرستی از وزن یا شکل بدن خود دارند. افراد مبتلا به پرخوری عصبی به طور متناوب بین خوردن مقادیر زیادی غذا در مدت زمان کوتاه (پرخوری) و سپس جبران کالری اضافه شده با استفراغ یا انجام سایر اقدامات شدید (پاکسازی) جایگزین می‌شوند. پرخوری و اختلال در مصرف غذای اجتنابی/محدود کننده اشکال دیگری از اختلالات خوردن هستند. اختلال پیکا و نشخوار فکری با دوران کودکی مرتبط است. گمان می‌رود که ناهنجاری‌های بیوشیمیایی در سیستم‌های انتقال دهنده عصبی نوراپی نفرین و سروتونین، شاید با یک مبنای ژنتیکی، در اختلالات خوردن نقش داشته باشد. بر اساس دیدگاه روان‌شناختی، اختلالات خوردن در افرادی بروز می‌کند که درگیری‌ها و غم و اندوه درونی شدیدی را تجربه می‌کنند، بر مسائل جسمانی متمرکز می‌شوند و اغلب برای آرامش و تغذیه به غذا روی می‌آورند. بر اساس نظریه‌های شناختی، با گذشت زمان، افراد مبتلا به اختلالات خوردن به دلیل مقاومت در برابر تغییر، در دام الگوهای آسیب شناختی خود می‌مانند. در دیدگاه اجتماعی-فرهنگی، اختلالات خوردن در قالب نظریه‌های سیستم خانواده تبیین شده است. برای درمان اختلالات خوردن باید از روش‌های مختلفی استفاده کرد. همچنین بدیهی است که روان‌درمانی، به ویژه استفاده از تکنیک‌های شناختی-رفتاری و بین فردی، ضروری است. در حالی که داروها، به ویژه آن‌هایی که سروتونین را تحت تاثیر قرار می‌دهند، گاهی اوقات تجویز می‌شوند. مشاوره خانواده هم‌چنین می‌تواند بخش مهمی از برنامه مداخله باشد، به خصوص اگر مراجعه کننده یک نوجوان باشد.

- اختلالات حذف در کودکان کم‌تر از ۱۵ سال شایع‌تر است، اما در افراد با هر سنی قابل تشخیص است. شب‌ادراری شامل بی‌اختیاری ادرار و انکوپریزیس شامل بی‌اختیاری مدفوع است.
- اختلالات خواب و بیداری شامل بی‌خوابی، نارکولپسی، پرخوابی، اختلالات مربوط به تنفس در خواب، اختلالات ریتم شبانه‌روزی خواب و بیداری و پاراخوابی است. هر یک از این اختلالات با اختلال شدید در الگوهای خواب مشخص می‌شود. بی‌خوابی را می‌توان با ناتوانی در به خواب رفتن یا ماندن در خواب شناسایی کرد، در حالی که نارکولپسی و پرخوابی شامل خوابیدن بیش از حد مکرر و در زمان‌های نامناسب است. اختلالات تنفسی مرتبط با خواب و اختلالات ریتم شبانه‌روزی خواب و هم‌چنین پاراسومنیا را می‌توان با حرکات یا رفتارهای غیرعادی بدن مشخص کرد که می‌تواند چرخه خواب یا بیداری را مختل کند.
- افرادی که دارای اختلالات مخرب، کنترل تکانه و رفتاری هستند، مکرراً رفتارهایی را انجام می‌دهند که بالقوه مضر است، احساس می‌کنند نمی‌توانند جلوی خود را بگیرند و اگر از انجام رفتار تکانشی خود منع شوند، احساس ناامیدی می‌کنند. اختلال نافرمانی مخالف با خلق و خوی عصبانی یا تحریک‌پذیر، رفتار مجادله‌آمیز یا نافرمانی و کینه‌توزی که منجر به مشکلات مهم خانوادگی یا مدرسه می‌شود، مشخص می‌شود.
- افراد مبتلا به اختلال انفجاری متناوب احساس ناتوانی مکرر در مقاومت در برابر اقدامات تهاجمی یا مخرب پرخاشگری می‌کنند. نظریه پردازان پیشنهاد می‌کنند که اثر متقابل عوامل زیستی و محیطی منجر به این وضعیت می‌شود. از نظر زیست‌شناسی، به نظر می‌رسد سروتونین دخیل باشد. از نظر عوامل روانشناختی و اجتماعی-فرهنگی، نظریه پردازان بر ویژگی‌های تقویت‌کننده طغیان‌های عاطفی و نیز تأثیرات چنین رفتارهایی بر سیستم‌های خانوادگی و روابط صمیمانه تمرکز می‌کنند. درمان ممکن است شامل تجویز دارو باشد، اگرچه روش‌های روان درمانی نیز در مداخله گنجانده می‌شود.
- افراد مبتلا به پیرومانیا میل شدید به آماده‌سازی، افروختن و تماشای آتش دارند. به نظر می‌رسد این اختلال ریشه در مشکلات دوران کودکی و رفتارهای آتش‌زا دارد. در بزرگسالی، افراد مبتلا به پیرومانیا معمولاً دارای ویژگی‌های ناکارآمد مختلفی هستند، مانند مشکلات سوء مصرف مواد و هم‌چنین مشکلات روابط. برخی از برنامه‌های درمانی بر کودکانی متمرکز می‌شوند که علائم اولیه ابتلا به این اختلال را نشان می‌دهند. در مورد بزرگسالان، رویکردهای مختلفی با هدف تمرکز بر مشکلات روانی گسترده‌تر مراجع، مانند عزت نفس پایین، افسردگی، مشکلات ارتباطی و ناتوانی در کنترل خشم استفاده می‌شود.
- افراد مبتلا به لپتومانیا به دلیل تمایل مداوم به سرقت، نه به این دلیل که می‌خواهند اشیای دزدیده شده را داشته باشند، بلکه به این دلیل که هنگام دزدی هیجانی را تجربه می‌کنند، تحریک می‌شوند. علاوه بر توصیه

دارویی، پزشکان معمولاً افراد مبتلا به لپتومانیا را با درمان‌های رفتاری درمان می‌کنند تا به آن‌ها کمک کند میل به سرقت را کنترل کنند.

اصطلاحات کلیدی

اختلال نافرمانی مخالف	اختلالات اشتها	بی‌اشتهایی عصبی (AN)
پیکا	اختلالات حذف	اختلال در مصرف غذا
پلی سومنوگرافی	انکوپریزیس	اجتنابی/محدود کننده
پاکسازی	شب ادراری	پر خوری
پیرومانیا	اختلالات کنترل تکانه	اختلال پر خوری
اختلال نشخوار فکری	اختلال انفجاری متناوب	پر خوری عصبی
	کلپتومانیا	اختلال رفتاری

اختلالات پارافیلیک، اختلالات جنسی و نارسایی جنسیتی

اهداف یادگیری

- ۱،۱۱ الگوهای رفتارهای جنسی را که نشان دهنده اختلالات روانی هستند، شناسایی کنید.
- ۲،۱۱ اختلالات پارافیلیک و نظریه های رشد آن ها را مقایسه کنید و بسنجید.
- ۳،۱۱ علائم اختلال عملکرد جنسی را بشناسید و روش های درمان این اختلالات را درک کنید.
- ۴،۱۱ نظریه ها و علائم نارسایی جنسیتی را درک کنید.
- ۵،۱۱ دیدگاه بیوپسی-اجتماعی اختلالات پارافیلیک، اختلالات عملکرد جنسی و نارسایی جنسیتی را توضیح دهید.



رئوس مطالب

- گزارش موردی: شان بویدن
- کدام الگوهای رفتار جنسی نشان دهنده اختلالات روانی است؟
- اختلالات پارافیلیک
- اختلال پدوفیلیک
- اختلال عورت نمایی
- اختلال تماشاگری جنسی یا چشم-چرانی
- اختلال فتیشیسم
- اختلال فروتوریستیک
- مازوخیسم جنسی و اختلالات سادیسم جنسی
- اختلال مبدل پوشی
- نظریه ها و درمان اختلالات پارافیلیک
- دیدگاه های بیولوژیکی
- دیدگاه های روانشناختی
- شما قضاوت کنید: رفتار با مجرمین جنسی
- اختلالات جنسی
- اختلالات برانگیختگی
- اختلالات مرتبط با ارگاسم

آنچه در DSM-۵ وجود دارد:
سازماندهی مجدد اختلالات جنسی
اختلالات همراه با درد
نظریه ها و درمان اختلالات جنسی
دیدگاه های بیولوژیکی
دیدگاه های روانشناختی
داستان های واقعی: سو ویلیام سیلورمن:
اعتیاد به سکس
نارسایی جنسیتی
نظریه ها و درمان نارسایی جنسیتی
اختلالات پارافیلیک، اختلالات جنسی، و
نارسایی جنسیتی: دیدگاه زیست روانی
اجتماعی
بازگشت به پرونده: شان بویدن
خلاصه
اصطلاحات کلیدی

گزارش موردی: شان بویدن

اطلاعات دموگرافیک: مرد ۲۴ ساله مجرد تراجنسیتی قفقازی که خود را بی جنسگرا معرفی می کند

مشکل فعلی: شان به دنبال روان درمانی برای اضطراب و سابقه ملال جنسیتی است. او در زمان مصرف اظهار کرد که در حال تحقیق در مورد راه هایی برای شروع درمان جایگزینی هورمونی (HRT) به منظور شروع حالت گذار از زن به مرد است که از نظر پزشکی این گونه تعبیر می شود. در زمینه انجام این انتخاب، او به طرز محسوسی احساس اضطراب بیش تری می کرد. وقتی نوبت به این تصمیم گیری رسید، اضطراب او به میزان قابل توجهی افزایش یافته بود شان ادامه داد که تعداد افرادی که در زندگی او هویت جنسیتی او را تایید و حمایت می کنند بسیار کم هستند. خانواده اش از زمانی که او به طور قانونی نام خود را تغییر داد و شروع به معرفی خود به عنوان یک مرد کرد، به دلیل تربیت بسیار سنتی و مذهبی شان، روابط خود را با او قطع کردند. از زمان فارغ التحصیلی از کالج، شان بسیار تلاش کرده است تا دوستان صمیمیش را نگه دارد. چند نفر از دوستان او بعد از این که شان جنسیت خود را تحت عنوان ترنس به آن ها معرفی کرد، کلاً ارتباطشان را با او قطع کردند. او گزارش می دهد که اگرچه او همیشه در زندگی خود دارای سطح از اضطراب بالایی بوده است، اما متوجه شده است که مدیریت افکار مضطرب خود بیش از هر زمان دیگری چالش برانگیز است. او دائماً احساس تنش و عصبی بودن می کند، به خصوص زمانی که مردم او را به اشتباه به عنوان زن می بینند، او را با نام قانونی اش خطاب می کنند یا از ضمائر زنانه استفاده می کنند.

شان به یاد می آورد که در کودکی همیشه پسر بچه ای بود که بازی با پسر ها را به دختران ترجیح می داد. تا زمانی که او به بلوغ رسید و شروع به نشان دادن ویژگی های جنسی ثانویه کرد، برای اولین بار چیزی را تجربه کرد که اکنون از آن به عنوان نارسایی جنسی یاد می کند، یا این احساس که هویتش با ویژگی های بیولوژیکی اش مطابقت ندارد. شان متوجه شد که احساس می کند یک مرد است و از این ایده که مردم او را با یک زن اشتباه می گیرند، ناراحت می شود.

با توجه به این که او در یک شهر کوچک و محافظه کار بزرگ شد که هیچ افراد عجیب و غریب یا ناسازگار جنسیتی در آن دیده نمی شد، شان به خاطر داشتن این احساسات شرمنده و خجالت می کشید و بسیار گیج شده بود. بعد از این که شروع به تحقیق در اینترنت کرد، متوجه شد که او تنها کسی نیست که این احساسات را تجربه کرده است، که این امر برای او هم تسکین دهنده و هم وحشتناک بود. یک بار او به صورت آنلاین یک کلاسور سینه سفارش داد و هر وقت در اتاقش تنها بود آن را می پوشید. در این مواقع او متوجه شد که ناهنجاری جنسی او به طور چشمگیری کاهش یافته است و از این که می تواند خود را به جای یک زن جوان به عنوان یک مرد جوان تصور کند لذت می برد. در واقع، هر چه بیش تر مرد جلوه می رد یا ویژگی های مردانه به خود می گرفت، بیش تر احساس می کرد که هویت خود را تایید می کند.

گزارش موردی (ادامه)

شان در زمانی که نوجوان بود هرگز علاقه‌ای به قرار ملاقات نداشت و به یاد می‌آورد که هرگز هیچ احساس کشش جنسی نسبت به افراد دیگر نداشت. او در مورد اصطلاح غیرجنسی به صورت آنلاین آموخت و به چندین گروه پشتیبانی آنلاین پیوست که او را به دیگرانی که هویت مشابهی داشتند متصل می‌کردند. او همچنین توانست جوامع ترنس آنلاین را برای ارتباط با آن‌ها پیدا کند. حمایتی که شان از طریق جامعه آنلاین خود دریافت می‌کرد، مقایسه‌ای آشکار با زندگی روزمره‌اش بود، که در آن از او انتظار می‌رفت در حالی که با خانواده‌اش که لباس‌های سبک تامبوی او را قبول نداشتند، لباس زنانه بپوشد.

در زمانی که شان در کالج بود، به مبارزه با نارسایی جنسیتی ادامه داد و دریافت حمایت از مردم در زندگیش دشوار بود. با گذشت زمان، او شروع به تحقیقات بیش‌تر در مورد مراحل انتقال پزشکی، مانند هورمون درمانی یا جراحی نیم تنه «بالا» (با جراحی برداشتن بافت سینه و ایجاد قفسه سینه مردانه) کرد، اگرچه می‌دانست که والدینش هرگز از هیچ روشی از او حمایت نمی‌کنند. باید صبر کند تا بیمه درمانی خودش را داشته باشد. شان در کالج از آزادی بیش‌تری نسبت به خانه‌اش لذت می‌برد، و بنابراین احساس می‌کرد که می‌تواند لباس‌های کلیشه‌ای مردانه بپوشد و موهایش را کوتاه نگه دارد. با این حال، مانند زادگاهش، افراد کمی در دانشگاه وجود داشتند که بتواند با آن‌ها ارتباط برقرار کند، بنابراین او افکار خود را در مورد گذار خودش از زن به مرد حفظ کرد.

پس از فارغ التحصیلی از کالج، شان به شهری جدید نقل مکان کرد، جایی که می‌دانست جامعه دگرباشان جنسی پر رونقی وجود دارد، به این امید که بتواند حمایت اجتماعی بیش‌تری را به دست آورد و به طور جدی یک گذار پزشکی را دنبال کند. او شروع به گذراندن مراحل مربوطه از جمله تغییر قانونی نام و تغییر ضمائر خود کرد و در نهایت توانست در شرکتی شغلی پیدا کند که احساس می‌کرد می‌تواند به صورت همان چیزی که هست پذیرفته شود. با این حال، او اضطراب زیادی را در مورد ملاقات با افراد جدید تجربه کرد که در نهایت به جز رفتن به محل کار، در آپارتمان خود منزوی شد. حتی در محل کارش گوشه‌گیر بود و بیش‌تر درونگرا بود.

اگرچه ارائه دهندگان خدمات پزشکی وجود داشتند که او می‌توانست در مورد شروع گذار خود با آن‌ها مشورت کند، اما شان احساس می‌کرد نمی‌تواند یک قرار ملاقات با آن‌ها داشته باشد، زیرا فکر می‌کرد که شاید انتخاب اشتباهی برای او باشد، حتی با وجود این که می‌دانست که می‌خواهد بدن خود را تغییر دهد تا با جنسیت و هویتش سازگارتر باشد. در این مقطع بود که برای اولین بار به روان درمانی آمد.

سابقه مرتبط: شان یک سابقه اضطراب خفیف دارد که هرگز از نظر بالینی قابل توجه یا به عنوان یک اختلال نبوده است. او سابقه‌ای از نارسایی جنسیتی را گزارش می‌دهد که از زمان بلوغ شروع می‌شود و ناراحتی قابل توجهی را در رابطه با آن تجربه می‌کند.

صورت بندی موردی: شان با توجه به این که بیش از ۶ ماه دیسفوری را تجربه کرده است و با پریشانی قابل توجه بالینی همراه بود است، معیارهای مربوط به نارسایی جنسیتی در بزرگسالان را که توسط DSM-۵ تعریف شده است، را دارد. اگرچه او در حال حاضر کمی اضطراب و انزوای اجتماعی را تجربه می‌کند، اما این علائم احتمالاً بیش‌تر مربوط به نارسایی جنسی طولانی مدت او است و معیارهای تشخیص اضافی اختلال اضطراب را برآورده نمی‌کند. با توجه به این که اضطراب او نیز با نارسایی جنسیتی او کاهش می‌یابد، و این که او هرگز اضطرابی جدا از نارسایی را تجربه نکرده است، این امر بیش‌تر از رد تشخیص اضافی حمایت می‌کند.

طرح درمان: شان موافقت کرد که جلسه‌ای را برای روان درمانی هفتگی آغاز کند تا بتواند از احساس نارضایتی جنسی خود حمایت و پردازش کند. دریافت حمایت در یک محیط مثبت مانند درمان می‌تواند به شان کمک کند تا به احساسات خود در مورد گذار پزشکی به طور کامل فکر کند. درمان هم‌چنین می‌تواند بر شناسایی راه‌هایی تمرکز کند که شان بتواند حمایت اجتماعی بیش‌تری برای خود در جامعه محلی خود ایجاد کند و از طریق برخی از اضطراب‌هایی که او را از ارتباط بیش‌تر با دیگران باز می‌دارد، کار کند.

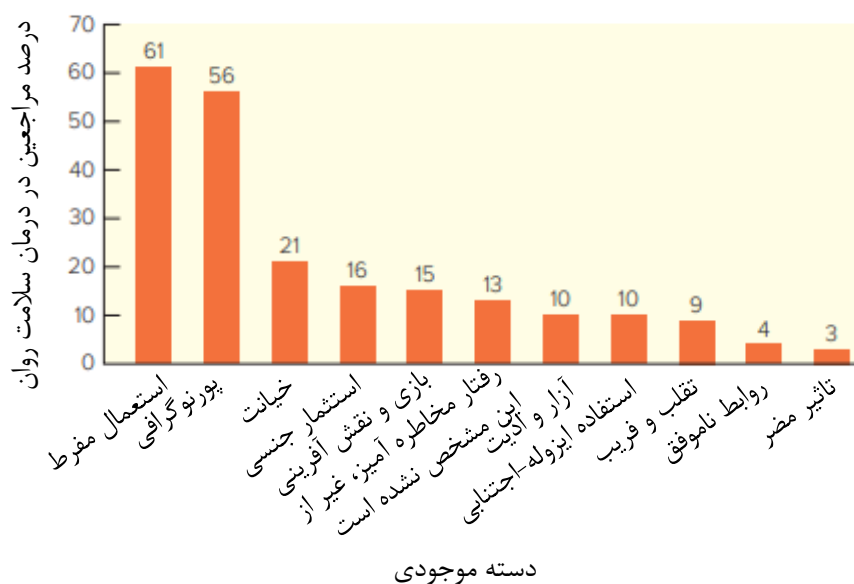
سارا توبین، دکتر

۱,۱۱ چه الگوهایی از رفتار جنسی نشان دهنده اختلالات روانی است؟

وقتی صحبت از تمایلات جنسی به میان می‌آید، تصمیم‌گیری درباره این که کدام الگوهای رفتاری نشان دهنده اختلالات روانی است، به یک فرآیند پیچیده تبدیل می‌شود، شاید بیش‌تر از سایر حوزه‌های رفتار انسانی. محیط، و هم‌چنین آداب و رسوم، که در فرهنگ‌ها و در طول زمان متفاوت هستند، در ارزیابی «عادی بودن» یک رفتار جنسی خاص از اهمیت بالایی برخوردارند. نگرش‌ها و اعمال مربوط به جنسیت همیشه در حال تغییر هستند.

به عنوان نمونه‌ای از نسبیت فرهنگی تصمیم‌گیری در مورد این که چه چیزی از نظر جنسی هنجار است، ظهور نسبتاً اخیر اعتیاد به رابطه جنسی از طریق اینترنت را در نظر بگیرید. یک نظرسنجی

از بیش از ۱۵۰۰ متخصص بهداشت روان، ۱۱ دسته از رفتارهای مشکل ساز را در میان مشتریان خود نشان داد که دومین دسته از رایج ترین آن ها مربوط به پورنوگرافی اینترنتی است (شکل ۱). شاید به این دلیل که این موضوع تابوهای زیادی دارد، تا همین اواخر تحقیقات علمی کمی در مورد اختلالات جنسی وجود داشت. در سال ۱۸۸۶، روان پزشک اتریشی-آلمانی، ریچارد فریهر فون کرافت-ابینگ، رساله ای جامع به نام سایکوپاتی جنسی (۱۸۸۶/۱۹۵۰) نوشت، که در آن او انواع مختلفی از آنچه را «انحراف جنسی» می نامید، مستند کرد، که هم چنین فانتزی جنسی را با اجبار به کشتن مرتبط می کرد.



شکل ۱ درصد پزشکیانی که تجربیات مشکل ساز اینترنتی مرتبط با مشتری را گزارش کردند

منبع: Mitchell, K. J., Becker-Blease, K. A., & Finkelhor, D. (۲۰۰۵). فهرستی از تجربیات اینترنتی مشکل ساز که در عمل بالینی با آن مواجه می شوند. روانشناسی حرفه ای: تحقیق و عمل، ۳۶، ۴۸۹-۵۰۹. انجمن روانشناسی آمریکا.

آلفرد کینزی، ویلیام مسترز و ویرجینیا جانسون سه فردی هستند که راه را برای تحقیقات معاصر در مورد تمایلات جنسی انسان هموار کردند. کینزی اولین کسی بود که یک نظرسنجی در مقیاس بزرگ در مورد رفتار جنسی در ایالات متحده انجام داد (کینزی، پومروی، و مارتین، ۱۹۴۸؛ کینزی، پومروی، مارتین و گبهارد، ۱۹۵۳). مسترز و جانسون (۱۹۶۶، ۱۹۷۰) اولین محققینی بودند که

CONDOM SURVEY

The Results



Clue

Kinsey Institute
INDIANA UNIVERSITY

©سلام کلو

۲،۱۱ اختلالات پارافیلیک

پارافیلیا

رفتارهایی که در آن فرد دارای تخیلات، تمایلات جنسی، یا رفتارهای مکرر و شدید است که شامل (۱) اشیای غیرانسانی، (۲) کودکان یا سایر افراد ناراضی، یا (۳) رنج یا تحقیر خود یا شریک زندگی است.

اختلال پارافیلیک

تشخیصی که در آن پارافیلیا باعث ناراحتی و اختلال می‌شود.

اصطلاح پارافیلیا (پارا به معنای «عیب» یا «غیر طبیعی» و فیلیا به معنای «جذب») در لغت به معنای انحراف از هنجار از نظر هدف جاذبه جنسی است. پارافیلیا رفتارهایی است که در آن فرد تخیلات، تمایلات جنسی، یا رفتارهای مرتبط با (۱) اشیای غیرانسانی، (۲) کودکان یا سایر افراد ناراضی، یا (۳) رنج یا تحقیر خود یا شریک زندگی خود را دارد. پزشکان زمانی اختلال پارافیلیک را تشخیص می‌دهند که پارافیلیا باعث ناراحتی و اختلال شدید شود و حداقل ۶ ماه طول کشیده باشد. دسته‌بندی اصلی اختلالات پارافیلیک در جدول ۱ فهرست شده است.

رفتار جنسی غیر هنجاری یک فرد به خودی خود بیمارگونه نیست. علائم پارافیلیا باید شامل فانتزی‌ها، اصرارها یا رفتارهایی برای ایجاد «برانگیختگی جنسی مکرر و شدید» باشد که به روش دیگری قابل دستیابی نیست. نه DSM و نه ICD انحراف از رابطه جنسی دگرجنسگرا را معیاری برای اختلال پارافیلیک نمی‌دانند (گیامی، ۲۰۱۵).

بنابراین، ویژگی اساسی یک اختلال پارافیلیک این است که افراد مبتلا به یکی از این اختلالات به قدری به شکل خاص یا هدف میل خود وابسته هستند که در غیر این صورت قادر به تجربه برانگیختگی جنسی نیستند. حتی اگر افراد مبتلا به این اختلالات واقعا تمایلات یا خیال‌پردازی‌های خود را برآورده نکنند، در فکر عمل کردن بر اساس آن‌ها وسواس دارند. جذابیت آن‌ها می‌تواند آن‌قدر قوی و قانع‌کننده شود که اهداف دیگری به جز دستیابی به رضایت جنسی به این روش خاص را از دست بدهند. در دوره‌هایی که فرد احساس استرس خاصی می‌کند، علائم ممکن است شدیدتر شوند.

سیر زندگی اختلالات پارافیلیک به این صورت است که از نوجوانی شروع می‌شود و تمایل به مزمن شدن دارد. با این حال، تمایل به ارتکاب اعمالی که دیگران آن را انحراف جنسی می‌دانند ممکن است در زندگی بعدی کاهش یابد (باربری و بلانچارد، ۲۰۰۸). اختلالات پارافیلیک نیز در مردان شایع‌تر از زنان است (لانگستروم و ستو، ۲۰۰۶).

داشتن یک اختلال پارافیلیک غیرقانونی نیست، اما اقدام بر اساس تمایلات پارافیلیک ممکن است غیرقانونی باشد. در نتیجه، فردی که گزارش می‌کند چنین اختلالی دارد، در معرض خطر دستگیری، محکومیت و سپس ثبت به عنوان مجرم جنسی قرار می‌گیرد. از آنجایی که افراد به

طور داوطلبانه پارافیلیا را به متخصصان مراقبت از سلامت روان گزارش نمی‌کنند، تشخیص این اختلالات می‌تواند دشوار باشد و گزارش‌های خود در نظرسنجی‌ها ممکن است در واقع آموزنده‌تر باشد (ویلپرت، ۲۰۱۸). گزارش آنلاین پارافیلیا، به نوبه خود، گزارش‌های شخصی بیش‌تری نسبت به نظرسنجی‌های تلفنی ایجاد می‌کند (جویال و کارپنتیر، ۲۰۱۷).

جدول ۱ اختلالات پارافیلیک

اختلال	مشخصات
اختلال پدوفیلیک	برانگیختگی جنسی ناشی از حضور کودکان یا نوجوانان
اختلال نمایشی	برانگیختگی جنسی ناشی از افشای اندام تناسلی در برابر غریبه‌های ناآگاه
اختلال فضول	لذت جنسی از مشاهده برهنگی یا فعالیت جنسی دیگران
اختلال فتیشستی و جزئی‌گرایی	برانگیختگی جنسی از یک شی (فتیشیسم) یا از قسمتی از بدن (پارتیالیسم)
اختلال فروتوریستی	تمایلات جنسی در مورد و تخیلات تحریک‌آمیز جنسی از مالیدن یا نوازش کردن با یک فرد ناراضی
مازوخیسم جنسی و سادیسم جنسی	برانگیختگی جنسی ناشی از رنج کشیدن (مازوخیسم) یا تحمیل رنج به شخص دیگری (سادیسم)
اختلال ترانسوستیک	پانسمان متقاطع همراه با ناراحتی یا اختلال شدید

یک مورد کوچک

اختلال پدوفیلیک نوع غیر انحصاری

کرک یک مرد قفقازی متاهل دگرجنس‌گرای ۳۸ ساله است. به زودی پس از ازدواج، کرک شروع به نزدیک شدن بیش از حد به دخترخوانده خود امی، که ۸ ساله بود، کرد. او در ابتدا به نظر می‌رسید که رفتار بی‌گنا‌هانه‌ای دارد، توجه بیش‌تری به او می‌کرد کمرش را ماساژ می‌داد. اما پس از تنها ۲ ماه از زندگی آن‌ها در یک خانه، رفتار کرک از مرز محبت فیزیکی مشترک والدین خارج شد. بعد از این که همسرش هر روز صبح زود سر کار می‌رفت، کرک امی را به بهانه این که می‌تواند کارتون‌های تلویزیونی را در اتاق خوابش تماشا کند، به تختش دعوت کرد. کرک شروع به نوازش موهای امی می‌کرد و به تدریج به رفتارهای جنسی صریح‌تری می‌پرداخت و او را تشویق می‌کرد که اندام تناسلی او را لمس کند و می‌گفت که برای او «خوب» است که بداند «باباها» چگونه هستند. امی که گیج شده بود و ترسیده بود، همان‌طور که به او گفته شد عمل کرد. کرک با تهدید به این که اگر امی راز آن‌ها را به کسی بگوید، همه چیز را انکار خواهد کرد و او را به شدت کتک خواهد زد، او را برای برآوردن خواسته‌هایش مطیع کرد. این رفتار بیش از ۲ سال ادامه داشت تا این که یک روز همسر کرک به طور غیرمنتظره‌ای به خانه بازگشت و او را در حال انجام این روش دید.

اختلال پدوفیلیک

اختلال پدوفیلیک

یک اختلال پارافیلیک که در آن یک بزرگسال توسط کودکان یا نوجوانان تحریک جنسی می‌شود.

افراد مبتلا به اختلال پدوفیلیک توسط کودکان یا نوجوانان، تحریک جنسی می‌شوند. پزشکان از این تشخیص برای بزرگسالانی استفاده می‌کنند که حداقل ۱۸ سال سن دارند و حداقل ۵ سال بزرگ‌تر از کودکانی هستند که مجذوب آن‌ها می‌شوند. ویژگی کلیدی این اختلال این است که فرد در هنگام داشتن کودکان، شدت برانگیختگی جنسی را تجربه می‌کند که ممکن است برابر، اگر نه بیش‌تر از آن باشد که با افراد بالغ از نظر جسمی تجربه می‌کند. این تشخیص شامل افرادی می‌شود که با کودکان برخورد جنسی داشته‌اند و هم‌چنین کسانی که کودکان را هنگام مرور پورنوگرافی اینترنتی جذاب می‌دانند، اما تسلیم هوس‌های خود نمی‌شوند (برلین، ۲۰۱۴).

همان‌طور که قبلاً اشاره شد، با توجه به غیرقانونی بودن این رفتار، یافتن اطلاعات شیوع در مورد اختلالات پارافیلیک و به ویژه اختلال پدوفیلیک چالش برانگیز است. مطالعه‌ای که در آن محققان از یک نظرسنجی آنلاین برای تعیین شیوع آن استفاده کردند، شاید بهترین تخمین را به دست

آورد. ۶ درصد از مردان و ۲ درصد از زنان گفتند که اگر مطمئن باشند که دستگیر نمی‌شوند، با یک کودک رابطه جنسی برقرار می‌کنند. احتمال مشاهده سکس اینترنتی با کودکان توسط همین افراد تا حدودی بیش‌تر بود، به طوری که ۹ درصد از مردان و ۳ درصد از زنان اظهار داشتند که پورنوگرافی کودکان را مشاهده می‌کنند. هم برای مردان و هم برای زنان، علاقه به رابطه جنسی با کودکان با نرخ بالاتری از رفتار ضد اجتماعی یا جنایی و هم‌چنین میزان بالاتری از سوء استفاده در دوران کودکی همراه بود (وورتل، سیمونز و مورنو، ۲۰۱۴).

داده‌های مربوط به شیوع موارد سوء استفاده جنسی از کودکان در ایالات متحده منبع بالقوه دیگری از داده‌های شیوع اختلال پدوفیلیک است. بر اساس برآورد موارد سوء استفاده جنسی، تعداد کودکان در سال به تنهایی در ایالات متحده، کمی بیش از ۱۳۵۰۰۰ نفر است (سدلاک و همکاران، ۲۰۱۰).

روش دیگر برای تخمین شیوع پدوفیلی، استفاده از گزارش‌های تجاوز جنسی به کودکان است. این معیار تقریباً دو سوم کودکان زیر ۱۸ سال را به دست می‌دهد. شایع‌ترین شکل تجاوز جنسی، نوازش اجباری (۴۵ درصد) و پس از آن تجاوز جنسی اجباری (۴۲ درصد) است. در مقایسه با قربانیان مسن‌تر، کسانی که ۱۸ سال و کم‌تر هستند بیش‌تر در یک محل سکونت قربانی می‌شوند و بیش‌تر موارد تجاوز جنسی علیه کودکان در بعد از ظهر اتفاق می‌افتد. تقریباً تمام متخلفانی که به قانون گزارش شده‌اند (۹۶ درصد) مرد هستند. بیش‌ترین سن گزارش شده آن‌ها بین ۱۵ تا ۲۰ سال است (اسنایدر، ۲۰۰۰).



افراد مبتلا به اختلال پدوفیلیک از تمایلات غیرقابل کنترلی برای شرکت در فعالیت جنسی با کودکان خردسال رنج می-
برند.

Roman Märzinger/Media Bakery©

یک مورد کوچک

اختلال نمایشی، برانگیختگی جنسی با قرار دادن اندام تناسلی در معرض افراد بالغ فیزیکی
 ارنی یک مرد دگرجنسگرا و مجرد ۲۸ ساله آفریقایی آمریکایی است. او برای چهارمین بار در ۲ سال گذشته به
 دلیل افشای عمومی در زندان است. ارنی به روانشناس دادگاهی که با او مصاحبه کرده بود اطلاع داد که او
 بسیار بیش‌تر از آن‌چه که به خاطرش دستگیر شده بود «اندام جنسیش را نمایش گذاشته بود». در هر مورد،
 او یک زن دانشگاهی را به عنوان قربانی انتخاب کرده است و از پشت در، پشت درخت یا ماشین پارک شده در
 پیاده رو به سمت او می‌پرد. او هرگز به هیچ یک از این دختران دست نزده است، در عوض پس از افشای خود
 از صحنه فرار کرده است. در برخی مواقع، او بلافاصله پس از قرار گرفتن در معرض دیگران، خودارضایی می‌کند،
 و خیال می‌کند که قربانیش توسط قدرت جنسی او از پاهایش جدا شده و از او می‌خواهد که با او عشق بازی
 کند. این بار آخرین قربانی او با تماس به پلیس برای ردیابی او واکنش نشان داد. ارنی به دلیل احساس بی‌کفایتی
 جنسی خود احساس له شدن و تحقیر کرد.

اختلال عورت نمایی

افرادی که درگیر عورت نمایی هستند، فانتزی‌ها، امیال و رفتارهایی دارند که نشان می‌دهد آن‌ها
 برانگیختگی جنسی را از قرار دادن اندام تناسلی خود در معرض یک غریبه ناآگاه به دست می‌آورند.
 در اختلال عورت نمایی، این تخیلات، اصرارها و رفتارها باعث ناراحتی یا اختلال قابل توجهی
 می‌شود.

اختلال عورت نمایی

یک اختلال پارافیلیک
 که در آن فرد دارای
 تمایلات جنسی شدید
 و تخیلات برانگیخته
 است که شامل قرار
 گرفتن در معرض اندام
 تناسلی با یک غریبه
 است.

اختلال عورت نمایی در اوایل بزرگسالی شروع می‌شود و در طول زندگی ادامه می‌یابد. در یک مطالعه بر روی نمونه کوچکی از بیماران سرپایی مرد مبتلا به این اختلال (گران، ۲۰۰۵)، محققان دریافتند که تقریباً همه آن‌ها دارای یک اختلال روانپزشکی دیگر از جمله اختلال افسردگی اساسی و سوء مصرف مواد بودند. بیش از نیمی از آن‌ها افکار خودکشی را تجربه کردند. این یکی از معهود مطالعاتی بود که در یک محیط بالینی روی افراد مبتلا به این اختلال که مجرم جنایی نبودند، بود. در تحقیق دیگری از مردان نمونه‌ای از پرونده‌های پلیس، تقریباً یک چهارم از یک اختلال روانی دیگر نیز رنج می‌بردند (بادر، شوئنمن-موریس، اسکالورا، و کاسدی، ۲۰۰۸). داده‌های این نمونه‌ها با یافته‌های نمونه ملی سوئد مجرمان غیر بالینی و غیرجرمی، که عورت نمایی آن‌ها هم‌چنین با وجود سایر اختلالات روان‌شناختی مرتبط بود، مطابقت دارد (لانگستروم و ستو، ۲۰۰۶).

وجود شرایط دیگر مانند اختلال افسردگی اساسی و سوء مصرف مواد، همراه با عدم تمایل افراد مبتلا به این اختلال، چالش‌های متعددی را هم برای توسعه درک علل اختلال و هم برای برنامه‌ریزی درمان آن ایجاد می‌کند (مورفی و پیچ، ۲۰۰۸). مهم‌ترین مرحله در درمان، ارزیابی دقیق خود اختلالی و این شرایط همراه با آن است (مورین و لونسون، ۲۰۰۸).

اختلال تماشاگری جنسی

افرادی که درگیر تماشاگری جنسی هستند، لذت جنسی را از مشاهده برهنگی یا فعالیت جنسی دیگرانی که از دیده شدن خود بی‌خبر است، به دست می‌آورند. به همین ترتیب، افراد مبتلا به اختلال تماشاگری جنسی با مشاهده یک فرد ناآگاه که برهنه است، در حال خلع لباس یا درگیر شدن در فعالیت جنسی، تحریک جنسی می‌شوند. اختلال تماشاگری جنسی با عرضه‌گرایی مرتبط است و شایع‌ترین اختلالات پارافیلیک است. افراد مبتلا به هر یک از این اختلالات نیز احتمالاً درگیر رفتارهای سادومازوخیستی و لباس پوشیدن متقابل هستند (لانگستروم، ۲۰۱۰؛ لانگستروم و ستو، ۲۰۰۶).

اختلال تماشاگری جنسی

یک اختلال پارافیلیک که در آن فرد مجبور است رضایت جنسی را از مشاهده برهنگی یا فعالیت جنسی دیگران به دست آورد.



برخی از افراد با درگیر شدن در فعالیت‌های تماشاگری جنسی، مانند نگاه کردن به قربانیان ناآگاه با دوربین دوچشمی، هیجان جنسی را به دست می‌آورند.

ColorBlind Images/Blend Images LLC©

اختلال فetišسیسم

یک اختلال پارافیلیک که در آن فرد برای دستیابی به ارضای جنسی به جای صمیمیت جنسی با شریک زندگی، به یک شیء مشغول است و به این شیء وابسته است.

جزئی‌گرایی

یک اختلال پارافیلیک که در آن فرد صرفاً به ارضای جنسی از قسمت خاصی از بدن مانند پاهای علاقه دارد.

اختلال فetišسیسم

افراد مبتلا به اختلال فetišسیسم توسط شیئی تحریک می‌شوند که به طور خاص برای استفاده در زمینه جنسی در نظر گرفته نشده است. طیف گسترده‌ای از اشیاء وجود دارد که افراد مبتلا به اختلال فetišسیسم می‌توانند به آن‌ها دلبستگی پیدا کنند. با این حال، آن‌ها شامل اقلام پوشاک مرتبط با پانسمان متقابل یا اشیایی مانند ویبراتورهایی که افراد در تحریک لمسی دستگاه تناسلی استفاده می‌کنند، نمی‌شود. در یک اختلال مرتبط، **جزئی‌گرایی**، فرد با حضور یک عضو خاص بدن از نظر جنسی تحریک می‌شود. مجدداً، مانند تمام اختلالات پارافیلیک، جذب اشیاء یا اعضای بدن باید مکرر، شدید و حداقل ۶ ماه طول کشیده باشد.

رفتار فetišسیستی اغلب به عنوان فعالیتی توسط یک فرد منفرد که آن را بدون شریک زندگی انجام می‌دهد، تصور می‌شود. با این حال، با استفاده از یک رویکرد نظرسنجی آنلاین که همان‌طور که قبلاً ذکر شد، امکان تخمین‌های دقیق‌تر و گسترده‌تر از رفتار پارافیلیک را فراهم می‌کند، محققان ثابت کرده‌اند که فعالیت مشارکتی در واقع رایج‌تر است. در واقع، فعالیت‌های فetišش‌گرایانه شریک توسط کسانی که در این قالب گزارش می‌کردند، از نظر جنسی رضایت‌بخش‌تر از فعالیت‌های فetišسیستی انفرادی رتبه‌بندی شد (ریس و گارسیا، ۲۰۱۷ الف). علاوه بر این، اگرچه ممکن است

داشتن هدف فetišیستی ترجیح داده شود، افرادی که این فعالیت را گزارش می کنند لزوماً به حضور واقعی آن نیاز ندارند (ریس و گارسیا، ۲۰۱۷ ب).

اختلال مالش دوستی (اختلال فروتوریستیک)

اختلال مالش دوستی

یک اختلال پارافیلیک که در آن فرد تمایلات جنسی شدید و تخیلات تحریک آمیز جنسی از مالیدن یا نوازش کردن با یک غریبه ناآگاه دارد.

واژه فروتوریسم از واژه فرانسوی frotter (به معنای مالیدن) و frotteur (کسی که مالش را انجام می دهد) گرفته شده است. فرد مبتلا به اختلال مالش دوستی، تمایلات جنسی مکرر، شدید و تخیلات تحریک آمیز جنسی از مالیدن یا نوازش کردن با یک فرد ناراضی دارد. در میان مردانی که مبتلا به اختلالات پارافیلیک تشخیص داده شده اند، تقریباً ۱۰ تا ۱۴ درصد مرتکب اعمال فروتوریسم شده اند (لانگستروم، ۲۰۱۰).

مردان مبتلا به اختلال فروتوریستیک به دنبال مکان های شلوغی مانند قطار مترو در ساعات شلوغی هستند، جایی که می توانند با خیال راحت با قربانیان ناآگاه خود برخورد کنند، و به نظر می رسد حمل و نقل عمومی مکان اصلی این رفتار باشد. قربانیان گزارش می دهند که احساس تجاوز کرده اند و ممکن است برای اجتناب از شلوغی از راه خود دست بکشند، اما تعداد کمی از آن ها به پلیس گزارش می دهند (کلارک، جگلیک، کالکینز و تاتار، ۲۰۱۶).

یک مورد کوچک

اختلال فetišیستی، اشیای غیر زنده

یوهان یک مرد ۴۵ ساله و مجرد دگرجنسگرای قفقازی است. چند سالی است که یوهان به ماشین ها نفوذ کرده و چکمه ها یا کفش ها را می دزدد و چندین بار نزدیک بود که دستگیر شود. یوهان از هیجانی که هر بار درگیر رفتار تشریفاتی مانند تهیه یک کفش یا چکمه و رفتن به مکانی مخفی برای نوازش آن و خودارضایی می شود، بسیار لذت می برد. او در خانه اش، گنجه ای پر از ده ها کفش زنانه دارد و از میان این کفش ها، کفش خاصی را انتخاب می کند که با آن خودارضایی کند. گاهی اوقات او در یک مغازه کفش فروشی می نشیند و مراقب زنانی است که کفش می پوشند. پس از این که زنی کفشی را امتحان و جفت خاصی را رد می کند، یوهان کفش ها را از روی زمین برداشته و به دفتر ثبت می برد و به منشی توضیح می دهد که این کفش ها هدیه ای برای همسرش است. او با اشتیاق و انتظار فراوان به خانه می شتابد تا بار دیگر به مراسم خودارضایی خود بپردازد.



افراد مبتلا به فتيش از اشيای غيرجنسی روزمره مانند پاها هيچان جنسی به دست می آورند.

Image Source/Getty Images©

اختلال مازوخیسم

جنسی

یک اختلال پارافیلیک که با جذابیت برای دستیابی به ارضای جنسی با اعمال تحریک دردناک به بدن خود مشخص می شود.

اختلال سادیسم جنسی

یک اختلال پارافیلیک که در آن ارضای جنسی ناشی از فعالیت هایی است که به فرد دیگری آسیب می رساند یا اصرار برای آسیب رساندن به فرد دیگر دارد.

مازوخیسم جنسی و اختلالات سادیسم جنسی

اصطلاح مازوخیسم عمل لذت جویی از درد را توصیف می کند. افراد مبتلا به اختلال مازوخیسم جنسی با ضرب و شتم، مقید شدن یا رنج کشیدن از نظر جنسی تحریک می شوند. برعکس، افراد مبتلا به اختلال سادیسم جنسی در اثر رنج جسمی یا روانی فرد دیگری برانگیخته می شوند. DSM-۵ استفاده از اسارت، سلطه و سادومازوخیسم (BDSM) را به خودی خود به عنوان یک اختلال طبقه بندی نمی کند.

همان طور که برای بسیاری از اختلالات پارافیلیک صادق است، تحقیقات علمی در مورد مازوخیسم جنسی و اختلالات سادیسم جنسی بسیار اندک است. افراد مبتلا به این اختلالات تمایل دارند به دنبال درمان نباشند زیرا احساس می کنند نیازی به تغییر ندارند و رفتارهای آنها اغلب در چارچوب یک رابطه توافقی رخ می دهد. حتی در میان بزرگسالان رضایتمند، اعمال مازوخیسم جنسی و سادیسم در رازداری پنهان می شوند. با این حال، ترجیح فعالیت های BDSM نسبتاً رایج است، به طوری که ۴۶٫۸ درصد از پاسخ دهندگان در یک نمونه آنلاین بلژیکی گزارش دادند که حداقل یک فعالیت مرتبط با BDSM را انجام داده اند و ۲۲ درصد دیگر نشان می دهند که در مورد آن

فانتزی دارند یا داشته‌اند. ۱۲٫۵ درصد کوچک‌تر اما قابل توجهی از نمونه آنلاین انجام حداقل یک فعالیت مرتبط با BDSM را به طور منظم نشان دادند (هالفوت و همکاران، ۲۰۱۷).

اختلال مبدل پوشی (اختلال ترانسوستیک)

اختلال مبدل پوشی
تشخیص برای افرادی
اعمال می‌شود که رفتار
ترنسوستیک دارند و
دارای علائم اختلال
پارافیلیک هستند.

ترنس وستیسیم، که به آن «پوشش متقاطع» نیز گفته می‌شود، به رفتار لباس پوشیدن در لباس جنس دیگر اشاره دارد. بیش‌تر افرادی که این رفتار را از خود نشان دادند مردان بودند. یک پزشک تنها در صورتی اختلال مبدل پوشی را تشخیص می‌دهد که او علائم یک اختلال پارافیلیک، یعنی پریشانی یا اختلال را نشان دهد. روانشناسان مردی را که مرتباً لباس‌های متقابل می‌پوشد و از این رفتار لذت جنسی می‌برد، به عنوان یک ترنسوستیت در نظر می‌گیرند، اما او را مبتلا به اختلال تشخیص نمی‌دهند (بلانچارد، ۲۰۱۰). DSM-۵ تشخیص را گسترش داد تا زنان و مردان همجنس‌گرا را که این علاقه جنسی را نشان می‌دهند، در بر گیرد، در حالی که DSM-IV-TR این رفتار را به مردان دگرجنس‌گرا محدود کرد.

یک مورد کوچک

اختلال فروتوریستی

بروس یک مرد ۴۰ ساله متاهل دگرجنس‌گرای قفقازی است. او به عنوان یک پیام‌رسان در یک شهر بزرگ، در طول روز سوار متروهای شلوغ می‌شود. او از این فرصت برای تحریک جنسی با مالش دادن زنان بدون اطلاع آن‌ها لذت می‌برد. بروس به لطف روش‌های حيله‌گرانه‌ای که ایجاد کرده است، اغلب می‌تواند از زنان بدون اطلاع آن‌ها بهره‌برد. او در ساعات شلوغی عصر به دنبال زنی خاص می‌گردد، زیرا سطح برانگیختگی جنسی او در طول روز افزایش می‌یابد و تنها در آن نقطه به خود اجازه می‌دهد که ارگاسم داشته باشد.

یک مورد کوچک

سادیسزم جنسی و اختلالات مازوخیسم جنسی

جالن یک مرد ۵۵ ساله متاهل و متاهل دگرجنس گرا است او چندین سال اصرار داشت که همسرش کامیل او را مورد آزار جنسی قرار دهد و او را تحقیر می کند. در سال های اولیه رابطه شان، درخواست های جالن التماس های نسبتا بی ضرری بود که کامیل او را نیشگون بگیرد و سینه اش را گاز بگیرد در حالی که آن ها از نظر جنسی صمیمی بودند. با گذشت زمان اما میل او به درد افزایش یافت و ماهیت درد تغییر کرد. در حال حاضر، آن دو در جلساتی شرکت می کنند که آن ها آن را «جلسات ویژه» می نامند، که در طی آن کامیل جالن را به تخت می بندد و اشکال مختلف شکنجه را اعمال می کند. کامیل با درخواست های جالن همراهی می کند که او را با روش های جدیدی برای ایجاد درد غافلگیر کند و مجموعه ای از رفتارها از سوزاندن پوست او با کبریت گرفته تا بریدن او با تیغ را ایجاد کرده است. کامیل و جالن هیچ علاقه ای به صمیمیت جنسی ندارند، جز آن چه که شامل درد است.

نظریه ها و درمان اختلالات پارافیلیک

همان طور که در ابتدا اشاره کردیم، تصمیم گیری در مورد این که چه چیزی در حوزه جنسی طبیعی است، موضوعی پر مشقت و بحث برانگیز است. منتقدان مخالف گنجاندن چندین اختلال پارافیلیک در DSM-۵ بودند، زیرا احساس می کردند انجام این کار باعث آسیب شناسی یک رفتار جنسی می شود که اتفاقا نادر است. علاوه بر این، آن ها معتقد بودند که زیر پا گذاشتن قانون مبنای کافی برای تعیین این که فردی که درگیر یک رفتار پارافیلیک است، دارای یک اختلال روانی نیست. این انتقاد به ویژه در تشخیص اختلال های نمایشی، تماشاگری جنسی و فروتوریستی است که قربانیان مشابه سایر اختلالات پارافیلیک ندارند (هیندرلیتر، ۲۰۱۰).

محققان و حامیان در زمینه سادیسم جنسی و مازوخیسم جنسی از گنجاندن این اختلالات در DSM-۵ انتقاد داشتند و استدلال می کردند که آن ها کیفیت سایر اختلالات پارافیلیک را ندارند زیرا با رضایت بزرگسالان درگیر می شوند (رایت، ۲۰۱۰). آن ها معتقدند نویسندگان DSM باید تصمیمات خود را در مورد تشخیص های روان پزشکی بر اساس شواهد تجربی قرار دهند تا ملاحظات سیاسی یا اخلاقی (شیندل و موزر، ۲۰۱۱). سیستم فعلی، اگرچه ناقص است، اما برخی از منتقدان

خود را از این جهت راضی می‌کند که رفتارهایی مانند BDSM به خودی خود به عنوان اختلال در نظر گرفته نمی‌شوند (رایت، ۲۰۱۴).

مطمئناً، بسیاری از چالش‌ها با محققانی روبه‌رو هستند که تلاش می‌کنند علل اختلالی را که منجر به آسیب‌های زیادی می‌شود و پیامدهای قانونی زیادی دارد، درک کنند. جدای از دشواری شناسایی افراد مبتلا به این اختلال، حتی کسانی که برای بررسی دقیق توسط محققان در دسترس هستند، ممکن است جمعیتی را که از آن استخراج شده‌اند نشان ندهند. به عنوان مثال، اکثر افرادی که می‌توانیم برای اختلالات مربوط به اعمال مجرمانه مانند اختلال پدوفیلیک مطالعه کنیم، احتمالاً دستگیر شده‌اند. حتی در اختلالات پارافیلیک که شامل جرم کیفری نمی‌شود، خودگزینی می‌تواند تعیین کند که چه کسی تصمیم به شرکت در تحقیق می‌گیرد. مشکل نمونه‌های غیربازنما به این معنی است که داده‌های برآورد شیوع، احتمالاً مغرضانه و غیرقابل اعتماد هستند.

نکته اصلی که باید در نظر داشت این است که با تعریف اختلالاتی که در این زمینه به عنوان اختلالی همراه با پریشانی یا اختلال شدید است، نویسندگان DSM-۵ امیدوار بودند از قضاوت در مورد عادی بودن یک رفتار اجتناب کنند و در عوض معیارهای یک اختلال را بر اساس تجربه ذهنی فرد از پریشانی یا درجه اختلال در زندگی روزمره قرار دهند.



ترنس وستیسیم تنها زمانی به عنوان یک اختلال روانشناختی در نظر گرفته می‌شود که در نتیجه رفتارهای متقابل باعث ایجاد ناراحتی در فرد شود. ترنس وستیسیم هم‌چنین از تراجنسیتی متمایز است زیرا افرادی که در لباس پوشیدن متقابل شرکت می‌کنند معمولاً جنسیت بیولوژیکی خود را شناسایی می‌کنند.

ValaGrenier/Getty Images ©

یک مورد کوچک

اختلال ترانسوستیک، با اتوژنیفیلیا

فیل یک مرد ۴۸ ساله متاهل دگرجنسگرای قفقازی است. شب‌ها، وقتی همسرش برای کار نیمه وقت خود از خانه خارج می‌شود، فیل اغلب به مخفیگاه خود در کارگاهش می‌رود. فیل در یک کابینت قفل شده، کمد کوچکی از لباس‌های زیر زنانه، جوراب‌های ساق بلند، کفش‌های پاشنه بلند، و لباس، لوازم آرایش و کلاه گیس نگه می‌دارد. فیل با بستن تمام پرده‌های خانه و خاموش کردن تلفنش، این لباس‌ها را می‌پوشد و خیال می‌کند که چند مرد او را تعقیب می‌کنند. پس از حدود ۲ ساعت، او معمولاً تا حد ارگاسم خودارضایی می‌کند زیرا تصور می‌کند شریک جنسی او را تعقیب می‌کند. سپس لباس‌های زنانه را جمع می‌کند و می‌گذارد. اگرچه فیل در درجه اول فعالیت خود را در شب‌ها محدود می‌کند، اما اغلب در طول روز به آن فکر می‌کند، که باعث می‌شود از نظر جنسی هیجان‌زده شود و آرزو کند که ای کاش می‌توانست از کار دور شود، به خانه برود و لباس‌های خاص خود را بپوشد. او که می‌داند نمی‌تواند، زیر لباس کارش لباس زیر زنانه می‌پوشد و در پاسخ به تحریک جنسی که از احساس ابریشمی در بدنش به دست می‌آورد، یواشکی به اتاق مردانه می‌رود تا خودارضایی کند.

دیدگاه‌های زیست‌شناختی

این دیدگاه اگرچه نقش عوامل روان‌شناختی و اجتماعی-فرهنگی را به رسمیت می‌شناسد، اما دیدگاه بیولوژیکی بر تغییر عوامل ژنتیکی، هورمونی و حسی در اختلالات پارافیلیک تأکید می‌کند (گوای، ۲۰۰۹). برای مردان، هورمون جنسی مردانه تستوسترون کانون تئوری‌ها و درمان است، اما دوپامین و سروتونین نیز در تمایلات جنسی مردانه نقش دارند. در نتیجه، فدراسیون جهانی انجمن‌های روانپزشکی بیولوژیکی از درمان اختلالات پارافیلیک در مردان حمایت می‌کند که شامل

SSRIها، آنتی آندروژن‌ها و هورمون آزاد کننده هورمون جسم زرد (LHRH) است که به عنوان یک سرکوب کننده در مردان برای تولید تستوسترون عمل می‌کند (تیبو و همکاران، ۲۰۱۰).

داروهایی که LHRH را تحریک می‌کنند به عنوان درمان‌های موثر در کاهش علائم پارافیلیک در مردان حمایت می‌شوند. با این حال، آن‌ها این اشکال را دارند که با کاهش تستوسترون به زیر سطحی که حتی با اخته شدن به دست می‌آید، فعالیت و میل جنسی غیرپارافیلیک معمولی را نیز کاهش می‌دهند. داروهایی که LHRH را هدف قرار می‌دهند همچنین منجر به تعدادی عوارض جانبی مانند از دست دادن محتوای مواد معدنی استخوان، بیماری‌های قلبی عروقی، خستگی، اختلالات خواب و گرگرفتگی می‌شوند و بنابراین برای درمان مادام‌العمر توصیه نمی‌شوند (ترنر و بریکن، ۲۰۱۸).

دیدگاه‌های روان‌شناختی

نقشه عشق

بازنمایی
جنسی و اعمال
ترجیحی یک فرد.

درک روان‌کاوانه فروید از اختلالات پارافیلیک دیدگاه روان‌شناختی غالب در قرن بیستم بود. به گفته فروید، این اختلالات «انحرافی» بودند که عوامل بیولوژیکی و روانی را در رشد اولیه نشان می‌دادند (تیبو و همکاران، ۲۰۱۰). در مقابل، جان مانی (پول و ارهارت، ۱۹۹۶/۱۹۷۳)، نظریه‌پرداز بانفوذ، پارافیلیا را به عنوان بیان نقشه‌های عشق - بازنمایی‌های درونی خیال‌پردازی‌های جنسی و اعمال ترجیحی یک فرد در نظر می‌گیرد. مردم در اواخر سال‌های کودکی، زمانی که برای اولین بار شروع به کشف و آزمایش ایده‌های مربوط به تمایلات جنسی می‌کنند، نقشه‌های عشق را تشکیل می‌دهند. «اشتباه چاپ» در این فرآیند می‌تواند منجر به ایجاد عادات و اعمال جنسی شود که از هنجار منحرف می‌شوند. بر اساس این دیدگاه، پارافیلیا به دلیل یک نقشه عشق نادرست است. فرد به نوعی برنامه‌ریزی شده است تا فانتزی‌هایی را اجرا کند که از نظر اجتماعی غیرقابل قبول و بالقوه مضر هستند.



فدراسیون جهانی انجمن‌های روان‌پزشکی بیولوژیکی دستورالعمل‌هایی را برای درمان پزشکی افراد مبتلا به اختلال پارافیلیک پیشنهاد کرده است که بر اساس شدت علائم فرد تنظیم می‌شود.

Paul Bradbury/AGE Fotostock ©

اکثر ادبیات روانشناختی در مورد اختلالات پارافیلیک بر اختلال پدوفیلیک تمرکز دارد. یک موضوع رایج در این ادبیات، ایده «چرخه قربانی به سوء استفاده کننده» یا «پدیده سوء استفاده کنندگان» است، به این معنی که سوء استفاده کنندگان خودشان در مقطعی از زندگی شان، احتمالاً زمانی که جوان بودند، مورد آزار قرار گرفتند. مخالفت با این توضیحات این واقعیت است که بیش تر قربانیان آزار و اذیت، کودکان را مورد آزار و اذیت قرار نمی دهند. از سوی دیگر، برخی از افراد مبتلا به اختلال پدوفیلیک که در کودکی مورد آزار و اذیت قرار گرفته اند، ترجیحات سنی را نشان می دهند که با سن آن ها مطابقت دارد، که نشان می دهد آن ها رفتارهایی را تکرار می کنند که در کودکی نسبت به آن ها انجام شده است.

درمان ها از دیدگاه روان شناختی زمانی مؤثرتر به نظر می رسند که درمان فردی را با گروه درمانی ترکیب می کنند. به ویژه در زمینه گروهی، آموزش همدلی می تواند به این افراد کمک کند تا درک کنند که قربانیان شان چه احساسی دارند. پزشکان همچنین ممکن است به مراجعین کمک کنند تا یاد بگیرند که چگونه تکانه های جنسی خود را کنترل کنند. پیشگیری از عود، درست مانند درمان اختلالات اعتیادی، به مراجع کمک می کند تا بپذیرند که حتی اگر دچار لغزش شود، این بدان معنا نیست که نمی توانند بر اختلال خود غلبه کنند. پزشکان دیگر روشی را که در گذشته به نام آموزش بیزاری استفاده می شد توصیه نمی کنند، که در آن به مراجع می آموزند که پیامدهای منفی را با جذابیت جنسی نسبت به کودکان مرتبط کنند و از بازسازی خودارضایی برای تغییر جهت گیری خود از کودکان استفاده کنند (هال، ۲۰۰۷).

شما قضاوت کنید

درمان مجرمین جنسی

اختلالات پارافیلیک به دلیل ارتباط بالقوه آنها با آسیب رساندن به دیگران، به ویژه کودکان و نوجوانان، چالشی اخلاقی برای روانشناسان ایجاد می‌کند. درمان باید بین حقوق مراجع، از جمله حق رازداری، رضایت آگاهانه و تعیین سرنوشت، در مقابل وظیفه پزشک برای جلوگیری از آسیب، هم به دیگران و هم به مشتری، تعادل ایجاد کند. از آنجایی که درمان اغلب توسط دادگاه اجباری است، سوال دیگر این است که آیا این نوع تنبیه به جای درمان نشان دهنده مجازات است یا خیر.

مددکاران اجتماعی دیوید پرسکات و جیل لونسون (۲۰۱۰)، که هر دو پیشینه گسترده‌ای در درمان مجرمین جنسی دارند، پیشنهاد می‌کنند که پزشکان می‌توانند درمان اجباری را به روشی مطابق با منشور اخلاقی پزشک انجام دهند. آنها استدلال می‌کنند که درمان اجباری، به جای نشان دادن مجازات، برای کمک به مجرمین برای اصلاح رفتارهایی است که به دیگران و خودشان آسیب می‌رساند. علاوه بر این، استانداردهای اخلاقی که پزشکان در رابطه با محرمانگی از آن پیروی می‌کنند، با مولفه «وظیفه هشدار دادن» در درمان مجرمین جنسی سازگار است: «گزارش اجباری بر امتیاز برتری دارد» (پرسکات و لونسون، ۲۰۱۰، ص ۲۷۸). دوم، در مورد حق تعیین سرنوشت مشتری، مجرمین جنسی تنها افرادی نیستند که قانون درمان را برای آنها الزامی می‌کند. کودکان آزاردهنده و رانندگانی که به دلیل استفاده از وسیله نقلیه در حالت مستی دستگیر می‌شوند، دو نمونه هستند، اما موارد دیگری نیز وجود دارد که سیستم قضایی به اعضای خانواده‌ها، به عنوان مثال، اولتیماتوم می‌دهد تا برای رفتارهایی مانند قمار اجباری درمان شوند.

طبق گفته پرسکات و لونسون (۲۰۱۰) افرادی که کار با مجرمین جنسی را انتخاب می‌کنند، این کار را از روی شفقت و تمایل به بازپروری مشتریان خود انجام می‌دهند تا بتوانند به اعضای فعال جامعه تبدیل شوند. آنها راهی برای همدردی با مشتریانی که بدون قضاوت مجرمین مرتکب اعمال خشونت آمیز جنسی شده‌اند، و برای غلبه بر «واکنش طبیعی انسانی» و «تحقیر» (ص. ۲۸۲) برای این افراد یافته‌اند.

سوال: شما قضاوت کنید: آیا موافقید که اصول حقوق بشر و دستورالعمل‌های اخلاقی ارائه شده توسط انجمن‌های حرفه‌ای برای محافظت از مجرمین جنسی در هنگام ورود به درمان عمل می‌کنند؟ آیا سیستم قضایی باید حتی درمان مجرمین جنسی را ارائه دهد یا این که این افراد باید به سادگی زندانی شوند؟ از سوی دیگر، آیا همان‌طور که پرسکات و لونسون ادعا می‌کنند، توانبخشی یک هدف واقع بینانه است یا مجرمین جنسی به چیزی فراتر از کمک نیاز دارند؟

روان درمانی، درمان توصیه شده در سطح اول، به ویژه CBT است (آسومپچائو و همکاران، ۲۰۱۴). در سطوح فزاینده شدت، که بر اساس موثر بودن یا نبودن درمان تعریف می‌شود، پزشکان درمان هورمونی را اضافه می‌کنند که با آنتی‌آندروژن‌ها شروع می‌شود، تا پروژسترون پیشرفت می‌کند و در نهایت هورمون‌های عصبی که بر روی نواحی در غده هیپوفیز که ترشح هورمون‌های جنسی را کنترل می‌کنند، عمل می‌کنند. در این مرحله از درمان، که فقط برای شدیدترین موارد مناسب است، هدف سرکوب کامل میل و فعالیت جنسی است (تیبو و همکاران، ۲۰۱۰).

تمرکز دیگر درمان ممکن است خود پزشکان باشد. به دلیل انگ زدن به افراد مبتلا به این اختلالات، به ویژه اختلال پدوفیلیک، ممکن است پزشکان تمایل کم‌تری به ارائه درمان به آن‌ها داشته باشند. در یک مداخله، محققان یک ویدیوی ۱۰ دقیقه‌ای را به درمانگران آموزش دادند که به طور موثر اسطوره‌های معمولی درباره پدوفیلی را به چالش می‌کشد، مانند این ایده که این یک انتخاب است و افراد مبتلا به این اختلال بر اساس خواسته‌های خود عمل می‌کنند (جانکه، فیلیپ، و هویر، ۲۰۱۵).

۳.۱۱ اختلالات جنسی

نقشه عشق

بازنمایی
تخیلات
جنسی و
اعمال
ترجیحی یک فرد.

برانگیختگی جنسی منجر به مجموعه‌ای از تغییرات فیزیولوژیکی در سراسر بدن می‌شود که اغلب با ارگاسم به اوج خود می‌رسد. اختلال عملکرد جنسی یک واگرایی مشخص در پاسخ فرد در چرخه پاسخ جنسی، همراه با احساس پریشانی یا اختلال قابل توجه است. برای در نظر گرفتن آن یک اختلال عملکرد جنسی، پزشکان نباید بتوانند این واگرایی را به یک اختلال روانی، اثرات یک ماده مانند یک داروی سوء مصرف یا دارو درمانی، یا یک وضعیت پزشکی عمومی نسبت دهند.

DSM-۵ بین اختلالات جنسی مادام‌العمر و اکتسابی و هم‌چنین تعمیم یا موقعیتی بودن آن‌ها تفاوت قائل می‌شود. افراد مبتلا به اختلال عملکرد جنسی مادام‌العمر علائم آن را از زمانی که از نظر جنسی فعال شدند، به طور مداوم تجربه می‌کردند. در مقابل، افراد مبتلا به اختلالات جنسی اکتسابی قبل از بروز علائم بدون علامت بودند. آن دسته از اختلالات که موقعیتی هستند تنها با انواع خاصی از تحریکات جنسی، موقعیت‌ها یا شرکای جنسی رخ می‌دهند. اختلالات عمومی در تمام موقعیت‌های جنسی بر فرد تاثیر می‌گذارد.

محققان افسانه‌ای به نام‌های مسترز و جانسون (۱۹۶۶، ۱۹۷۰) اولین دانشمندانی بودند که به طور سیستماتیک پاسخ‌های جنسی مردان و زنان را در شرایط آزمایشگاهی کنترل شده مشاهده کردند. آن‌ها چهار مرحله از چرخه پاسخ جنسی را شناسایی کردند: هیجان (برانگیختگی)، فلات، ارگاسم و وضوح.

در مرحله هیجان (یا برانگیختگی)، علاقه جنسی فرد افزایش می‌یابد و بدن برای آمیزش جنسی (روغن کاری واژن در زن، نعوظ آلت تناسلی در مرد) آماده می‌شود. ایجاد هیجان جنسی در مرحله هموار ادامه می‌یابد و در مرحله ارگاسم فرد انقباضات عضلانی در ناحیه تناسلی را تجربه می‌کند که احساسات شدید لذت را به همراه دارد. مرحله تفکیک دوره بازگشت به حالت طبیعی فیزیولوژیکی است. افراد در الگوهای معمولی فعالیت جنسی متفاوت هستند. برخی با سهولت بیش‌تری در مراحل و برخی دیگر با سرعت کم‌تری پیشرفت می‌کنند. با این حال، هر برخورد جنسی لزوماً شامل تمام مراحل نیست و برانگیختگی و میل ممکن است همزمان با پردازش محرک های جنسی رخ دهد (باسون، ۲۰۰۱).

عوامل فیزیولوژیکی و شرایط سلامت مزمن به شدت با خطر ابتلا به اختلالات جنسی مرتبط هستند. این شرایط می‌تواند شامل دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی، سایر بیماری‌های دستگاه تناسلی، اختلالات روانی، سایر بیماری‌های مزمن و استعمال دخانیات باشد. در مورد برخی از این شرایط پزشکی، این دارو و نه خود بیماری است که فرد را در معرض خطر قرار می‌دهد. به عنوان مثال، داروهایی که فشار خون بالا را درمان می‌کنند، می‌توانند عوارض جانبی کاهش پاسخ جنسی در مردان داشته باشند (لوئیس و همکاران، ۲۰۱۰).

جای تعجب نیست که شاید داده‌های شیوع قابل اعتماد در مورد این اختلالات اندک باشد. تعاریف بسیاری از اختلالات به طور دوره‌ای تغییر کرده است که منجر به تخمین‌های متفاوتی شده است (مک کیب و کاناتون، ۲۰۱۴)، و افراد تمایلی به گزارشی ندارند که طی آن علائم را تجربه می‌کنند. اخیراً محققان شروع به دستیابی به معیارهای قابل اندازه‌گیری بر اساس روش‌های ارزیابی منحصر به فرد این اختلالات کرده‌اند. خوشبختانه، کار بر روی DSM-۵ منجر به روش‌های تشخیصی بهبود یافته و دقیق‌تر شد که در نهایت منجر به منابع داده قابل اعتمادتر می‌شود.

در یک زمینه تحقیقاتی، شاخص عملکرد جنسی زن (روزن و همکاران، ۲۰۰۰) یک معیار تجربی است که در تعدادی از مطالعات برای بررسی شیوع اختلالات جنسی در زنان و برای سنجش اثربخشی درمان استفاده می‌شود. FSFI یک مقیاس خودگزارشی چند بعدی ۱۹ ماده‌ای است که سوالات مربوط به عملکرد جنسی در ماه گذشته را با مقیاس‌های فرعی مربوط به حوزه‌های خاصی از روانکاری، میل، برانگیختگی ذهنی، ارگاسم، رضایت و درد مرتبط با مقاربت می‌پرسد. رویکرد دیگری که رفتارگرتر است از افراد می‌خواهد رویدادهای جنسی را به صورت روزانه در قالب یک دفتر خاطرات گزارش خود ثبت کنند (ون نس و همکاران، ۲۰۱۷).

اختلالات برانگیختگی

افرادى که اختلالات جنسى آن‌ها در مراحل اولیه چرخه پاسخ جنسى رخ می‌دهد، میل جنسى کم یا بدون میل جنسى دارند یا قادر به دستیابی به برانگیختگی فیزیولوژیکی نیستند. در نتیجه، ممکن است از داشتن رابطه جنسى اجتناب کنند یا نتوانند.

مرد مبتلا به اختلال میل جنسى کم‌فعال مردانه سطح فعالیت جنسى غیرطبیعی پایینی دارد یا ممکن است علاقه‌ای به فعالیت جنسى نداشته باشد. علاوه بر این، مرد مبتلا به این اختلال، تخیلات جنسى نسبتاً کمی دارد یا اصلاً ندارد. زن مبتلا به اختلال علاقه جنسى/برانگیختگی زنانه علاقه‌مند به آمیزش است، اما بدن او در مرحله برانگیختگی از نظر فیزیولوژیکی پاسخ نمی‌دهد. DSM-۵ اختلال عملکرد میل کم‌فعال زنان و اختلال عملکرد برانگیختگی زنان را در یک سندرم به نام اختلال علاقه جنسى/برانگیختگی زنان ادغام کرد، زیرا این دو اختلال را نمی‌توان به طور قابل اعتمادی از هم تشخیص داد.

برخی گزارش‌ها نشان می‌دهند که میل جنسى پایین در میان زنان نسبتاً شایع است، براساس تخمین‌های انجام شده در برخی از نمونه‌ها تا ۵۵ درصد است، اگرچه اکثر مطالعات از سراسر جهان شیوع را نزدیک به ۴۰ درصد می‌دانند (کلیتون و والادارس خوارز، ۲۰۱۷). به طور کلی، درصد زنانی که از داشتن میل جنسى کم ناراحت هستند بسیار کمتر از مردان است. بنابراین، اگر یک اختلال عملکرد جنسى برای زنان تعریف می‌شد که با سطوح پایین میل مشخص می‌شد، برای درصد زیادی از زنان صدق می‌کرد و نه لزوماً آن‌هایی که واقعا مضطرب بودند.

اختلال میل جنسى

کم‌فعال مردانه

اختلال عملکرد جنسى که در آن فرد به طور غیرطبیعی علاقه به فعالیت جنسى دارد.

اختلال علاقه جنسى

زنان / برانگیختگی

یک اختلال عملکرد جنسى که با ناتوانی مداوم یا مکرر در دستیابی یا حفظ پاسخ‌های فیزیولوژیکی و روانی طبیعی در طول فعالیت جنسى مشخص می‌شود.

از آن جایی که به نظر می‌رسد میل جنسی پایین نسبتاً رایج است، مسئله تشخیص زنان این است که از دست دادن میل ممکن است بهترین یا تنها معیار برای تصمیم‌گیری در مورد این که چه کسی اختلال عملکرد جنسی دارد، نباشد. بنابراین DSM-۵ این اختلال را به عنوان از دست دادن علاقه جنسی در طیفی از رفتارها به جای از دست دادن علاقه تعریف می‌کند. رفتارهایی که تمایل جنسی کم را نشان می‌دهد شامل سطوح پایین برانگیختگی، افکار شهوانی کم‌تر، لذت کم‌تر از فعالیت جنسی و احساسات شدید کم‌تر در طول فعالیت جنسی است (بروتو، ۲۰۱۰).

یک مورد کوچک

اختلال علاقه/برانگیختگی زنانه، اکتسابی

با فشارهای ناشی از مدیریت یک شغل تبلیغاتی تمام وقت و بزرگ کردن دوقلوهای ۳ ساله، کارول می‌گوید که «هیچ وقت و انرژی» برای روابط جنسی با همسرش، باب، ندارد. در واقع آن‌ها از بدو تولد فرزندانشان رابطه جنسی نداشته‌اند. در ابتدا، باب سعی کرد درک کند و به این واقعیت احترام بگذارد که کارول در حال بهبودی از یک بارداری و زایمان بسیار دشوار است. با گذشت ماه‌ها، اما او به طور فزاینده‌ای بی‌حوصله و انتقادی شد. هر چه بیش‌تر به کارول برای نزدیکی جنسی فشار می‌آورد، عصبانی و افسرده‌تر می‌شد. کارول احساس می‌کند که باب را دوست دارد، اما به رابطه جنسی فکر نمی‌کند و نمی‌تواند تصور کند که دوباره رابطه جنسی داشته باشد. او از تاثیری که این تغییر بر ازدواجش داشته است ناراحت است، اما انگیزه کمی برای تلاش برای تغییر این وضعیت احساس می‌کند.



تبلیغات داروهای تقویت کننده نعوظ مردانه مانند این به طور گسترده در اینترنت یافت می شود.

©Photo Mere Technology/عکس استوک الامی

اختلال نعوظ

اختلال عملکرد جنسی که در آن مرد نمی تواند نعوظی را در حین فعالیت جنسی حفظ کند که برای شروع یا حفظ فعالیت جنسی کافی باشد.

مردان مبتلا به اختلال نعوظ نمی توانند در حین فعالیت جنسی نعوظی را که برای شروع یا حفظ فعالیت جنسی کافی باشد، حفظ کنند. حتی اگر آن ها قادر به نعوظ باشند، قادر به نفوذ و یا تجربه لذت در طول یک رابطه جنسی نیستند. اگرچه زمانی تصور می شد که از نظر فیزیولوژیکی یا روانی ایجاد می شود، اختلال نعوظ در حال حاضر به عنوان دلایل متعددی شناخته می شود که نمی توان آن ها را به وضوح به این دو دسته تقسیم کرد (سگریوز، ۲۰۱۰). تخمین بسیار تقریبی از شیوع اختلال نعوظ ۲۶ تا ۲۸ در هر ۱۰۰۰ مرد-سال است که این میزان در میان مردان مسن بالاتر است (لوئیس و همکاران، ۲۰۱۰).

اختلالات مرتبط با ارگاسم

اختلال ارگاسم زنان

اختلال عملکرد جنسی که در آن یک زن در حین فعالیت جنسی دچار مشکل ارگاسم می‌شود.

ناتوانی در رسیدن به ارگاسم، تاخیر ناراحت کننده در رسیدن به ارگاسم، یا کاهش شدت ارگاسم، اختلال ارگاسم زنان را تشکیل می‌دهد. اگرچه نسخه‌های قبلی DSM ارگاسم ناشی از تحریک کلیتورال را از ارگاسم ناشی از مقاربت متمایز می‌دانست، DSM-IV-TR این معیار را حذف کرد و تشخیص داد که زنان می‌توانند از طریق انواع مختلفی از تحریکات ارگاسم را تجربه کنند. DSM-۵ به طور مشابه در تعریف معیارهای این اختلال بین منابع ارگاسم تمایزی قائل نمی‌شود. این تغییرات نشان دهنده این است که همه زنان به طور مشابه چرخه پاسخ جنسی را که توسط مسترز و جانسون (۱۹۶۶) توصیف شده است، تجربه نمی‌کنند.

عوامل مرتبط با گزارش یک زن از اختلال ارگاسم زنان شامل استرس، اضطراب، افسردگی، رضایت از رابطه و تغییرات مربوط به سن در ناحیه تناسلی است که می‌تواند منجر به درد، ناراحتی، تحریک یا خونریزی شود (لومان و ویت، ۲۰۰۸). اندازه و محل کلیتوریس هم‌چنین ممکن است به توانایی یک زن برای رسیدن به ارگاسم مربوط باشد (اوکلی و همکاران، ۲۰۱۴).

یک مورد کوچک

اختلال نعوظ، اکتسابی

کای ۳۴ سال سن دارد و بیش از یک سال است که با همین زن قرار دارد. این اولین رابطه جدی اوست و این زن اولین کسی است که با او صمیمیت جنسی داشته است. در طول ۶ ماه گذشته، آن‌ها مکرراً سعی کرده‌اند رابطه جنسی داشته باشند، اما هر بار از ناتوانی کای در حفظ نعوظ بیش از چند دقیقه ناامید شده‌اند. هر بار که این اتفاق می‌افتد، کای علی‌رغم اطمینان دوست دخترش مبنی بر این که دفعه بعد همه چیز بهتر پیش خواهد رفت، بسیار ناراحت می‌شود. سطح اضطراب او هر بار که به این واقعیت فکر می‌کند که در سن اواسط سی سالگی است، برای اولین بار در زندگی‌اش فعالیت جنسی دارد و با چنین مشکلات ناامیدکننده‌ای مواجه می‌شود، افزایش می‌یابد. او می‌ترسد که «ناتوان» باشد و هرگز یک زندگی جنسی عادی نخواهد داشت.

یک مورد کوچک

اختلال ارگاسم زن، مادام العمر

مانند بسیاری از دوستانش، مارگارت اغلب در نوجوانی به این فکر می کرد که رابطه جنسی و ارگاسم چه حسی دارد. او بعداً شروع به برقراری رابطه جنسی در کالج کرد و متوجه شد که قطعاً هنوز چیزی کم دارد و ارضا نشده بود زیرا «موشک‌هایی که انتظار داشت، پرتاب شوند» را تجربه نکرده است. در واقع، او هرگز نمی توانست وقتی با یک مرد در هر نوع فعالیت جنسی، ارگاسم را تجربه کند. وقتی مارگارت عاشق هاوارد شد، مشتاقانه امیدوار بود که اوضاع بهتر شود با این حال، علی‌رغم این واقعیت که او بیش‌ترین لذت جنسی را به او می داد، اما او هرگز با شدت کامل به او پاسخ نداد. او قبل از هر تعامل جنسی مضطرب بود و اغلب پس از آن احساس نامساعد و افسردگی می کرد. با این حال مارگارت فکر می کرد که بهتر است تظاهر به ارگاسم بودن داشته باشد تا این که با هاوارد صادق باشد تا از نگرانی‌های او کاسته شود. پس از ۵ سال زندگی مشترک، او هنوز به او نگفته است که او ارگاسم را تجربه نمی کند، و با وجود ناراحتی مداوم، از کمک حرفه‌ای بسیار خجالت می کشد.

به طور کلی، زنان بیشتر از مردان مشکلاتی را در تجربیات جنسی خود گزارش می کنند که ماهیت ذهنی دارند. مردان بیش تر احتمال دارد مشکلات جسمی را در دستیابی یا حفظ نعوظ گزارش کنند.

مردانی که تاخیر مشخصی در انزال دارند یا به ندرت تجربه انزال دارند، **انزال با تاخیر** داشته اند. مردان مبتلا به **انزال زودرس (زودرس)** در یک برخورد جنسی با حداقل تحریک جنسی قبل از دخول، یا اندکی پس از دخول و قبل از این که بخواهند (در عرض ۱ دقیقه) به ارگاسم می رسند. پزشکان ترجیح می دهند که تشخیص روانپزشکی را تنها زمانی اعمال کنند که فرد در مورد این بیماری مضطرب است. میزان شیوع انزال زودرس بسیار متفاوت است، از ۸ تا ۳۰ درصد، و به نظر می رسد به گروه سنی و کشور بستگی دارد (لوئیس و همکاران، ۲۰۱۰).

تمایز بین ماهیت مشکلات ارگاسمیک برای مردان و زنان، گروهی از پزشکان و دانشمندان علوم اجتماعی را به نام «گروه کاری برای دیدگاه جدیدی از مشکلات جنسی زنان» بر آن داشت تا از DSM به دلیل عدم توجه به تمرکز بیش تر زنان بر جنبه های رابطه ای و ماهیت مشکلات ارگاسمیک برای مردان و زنان انتقاد کنند. آن ها پیشنهاد کردند که اختلالات جنسی توسط این حرفه به عنوان چالش هایی با هر بخشی از تمایلات جنسی، از جمله چالش های عاطفی، فیزیکی و روابط جنسی تعریف شود. محققان هم چنین بر این باورند که برای درک تجربیات زنان از فرهنگ های مختلف، در گروه های سنی مختلف و گرایش های جنسی متفاوت به کار بیش تری نیاز است (گراهام، ۲۰۱۰).

منتقدان دیگر استدلال می کنند که اصطلاح پریشانی به طور دقیق تجربه ذهنی مشکلات زنان در رسیدن به ارگاسم را نشان نمی دهد. با استفاده از روش گروه تمرکز، محققان دریافتند که ناامیدی به طور مناسب تری احساسات زنانی را که مشکلات ارگاسم را تجربه کرده اند، مشخص می کند (کینگسبرگ و همکاران، ۲۰۱۳).

انزال با تاخیر

اختلال عملکرد جنسی که در آن مرد در حین فعالیت جنسی دچار مشکلاتی در ارگاسم می شود. هم چنین به عنوان ارگاسم مهار شده مردانه شناخته می شود.

انزال زودرس (زود انزال).

یک اختلال عملکرد جنسی که در آن مرد قبل از این که بخواهد به ارگاسم می رسد، شاید حتی قبل از دخول.

یک مورد کوچک

انزال زودرس (زودرس)، مادام العمر

جرمی یک دلال سرمایه گذاری ۴۵ ساله است که تا آن جا که به یاد دارد با مشکل انزال زودرس دست و پنجه نرم کرده است. او از اولین تجربه‌ی آمیزش جنسی که در آن زمان دانشجوی کالج بود، قادر به کنترل ارگاسم‌های خود نبوده و معمولاً چند ثانیه پس از دخول انزال می‌کند. به دلیل این مشکل، روابط او در طول سالیان تصنعی و سخت شده است. در هر مورد، فردی که در آن زمان با او قرار می‌گذاشت، ناامید می‌شد و جرمی از ادامه رابطه خیلی خجالت می‌کشید. او برای مدتی چندین سال از روابط جنسی کاملاً اجتناب کرد، زیرا می‌دانست که هر تجربه شکست او را دچار افسردگی و عصبانیت می‌کند.

آنچه در DSM-۵ وجود دارد

سازماندهی مجدد اختلالات جنسی

اختلالات جنسی در DSM-۵ مورد بازنگری اساسی قرار گرفتند. مهم‌ترین آن‌ها این بیانیه بود که پزشکان اختلالات پارافیلیا را در نظر نمی‌گیرند مگر این‌که با ناراحتی یا اختلال همراه باشند. این تغییر زنجیره‌ای را که رفتار جنسی در امتداد آن قرار می‌گیرد را تشخیص می‌دهد و انگ وابسته به رفتارهای جنسی را که باعث ناراحتی یا آسیب یا زیان به دیگران نمی‌شود، از بین می‌برد.

اختلالات جنسی نیز در DSM-۵ بازتعریف شد. اختلال میل جنسی کم‌فعال فقط در مردان تشخیص داده می‌شود. زنان تشخیص علاقه/برانگیختگی جنسی کم‌فعال را دریافت می‌کنند. اختلالات مجزای قبلی واژینیسموس (ناتوانی در اجازه دخول) و دیسپارونیا (درد هنگام مقاربت) در یک اختلال به نام اختلال تناسلی-لگنی/اختلال دخول ترکیب شدند، زیرا تشخیص آن‌ها از یکدیگر دشوار است.

در تغییرات دیگر، پس از انزال زودرس، عبارت «زودرس» در پرانتز اضافه شد و اختلال ارگاسمی مردانه «تاخیر انزالی» نامگذاری شد. هر دوی این تغییرات بازتاب میل دیگری برای بی‌اعتنایی به نوعی از تمایلات جنسی انسان است.

در نهایت، برچسب‌گذاری مجدد «اختلال هویت جنسیتی» در DSM-IV-TR به اصطلاح جدید «نارسایی جنسیتی»، همراه با تغییرات دیگر در این دسته، دیدگاه جدیدی از این اختلالات ارائه می‌کند که نه تنها با شواهد پژوهشی سازگارتر است، بلکه علاوه بر این درک بیش‌تری از افرادی که ناراحتی عاطفی ناشی از عدم تطابق بین جنسیت بیولوژیکی و احساس هویت خود را تجربه می‌کنند، به ارمغان می‌آورد.

اگرچه بر اساس شواهد تجربی، تغییرات DSM-۵ در زمینه اختلالات جنسی نیز به طرق مهمی انواع مختلف تمایلات جنسی طبیعی انسان را روشن می‌کند. همان‌طور که این تغییرات در جوامع روان‌شناختی و روان‌پزشکی رخ می‌دهد، دستورالعمل‌هایی را برای رویکردهای موفقیت‌آمیز در درمان افرادی که تمایلات جنسی باعث ایجاد ناراحتی در آنها می‌شود، ارائه می‌کنند.

اختلالات همراه با درد

پزشکان اختلالات درد جنسی را تشخیص می‌دهند که با تجربه مشکل در رابطه جنسی به دلیل احساس دردناک در اندام تناسلی ناشی از مقاربت، درد تناسلی-لگنی/اختلال دخول مشخص می‌شود. درد/اختلال دخول در ناحیه تناسلی-لگنی می‌تواند هم مردان و هم زنان را تحت تاثیر قرار دهد. فرد درد تناسلی مکرر یا مداوم را قبل، در حین یا بعد از رابطه جنسی تجربه می‌کند.

قبل از DSM-۵، پزشکان مجبور بودند بین اختلالاتی که باعث ایجاد واژینیسموس یا اسپاسم غیرارادی عضلات خارج از واژن و دیسپارونی یا درد مرتبط با مقاربت می‌شوند، یکی را انتخاب کنند. اگرچه از نظر بالینی تمایز این دو مشکل در نظر گرفته می‌شد، برخی از محققان اکنون بر این باورند که این دو شرایط به طور قابل توجهی در بعد ترس متفاوت هستند. زنان مبتلا به واژینیسموس، حتی برای معاینه زنان، ترس و اجتناب بیش‌تری از دخول دارند (لاهای و همکاران، ۲۰۱۵). این می‌تواند تمایز مهمی از نظر پیامدهای درمان باشد، اما در حال حاضر این دو وضعیت در یک دسته تشخیصی باقی می‌مانند.

نظریه ها و درمان اختلالات جنسی

اختلالات جنسی نشان دهنده تعامل عوامل پیچیده فیزیولوژیکی، روانشناختی و اجتماعی-فرهنگی است و بنابراین دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی برای درک آن‌ها مناسب است. برای کمک به مراجعه کننده با اختلال عملکرد جنسی، پزشک ابتدا باید یک ارزیابی جامع انجام دهد که شامل معاینه فیزیکی و آزمایش روانشناختی، از جمله شریک زندگی مشتری در صورت لزوم می‌شود. علاوه بر این، پزشک باید میزان مصرف فرد از موادی که نه تنها شامل مواد مخدر و الکل است، بلکه همه داروها، از جمله داروهای روان درمانی را نیز ارزیابی کند.

درد تناسلی

لگنی/اختلال دخول

اختلال عملکرد جنسی زنان و مردان را تحت تاثیر قرار می‌دهد که شامل دردهای تناسلی مکرر یا مداوم قبل، در حین یا بعد از مقاربت جنسی است.

دیدگاه های بیولوژیکی

شاید یکی از بهترین اختلالات جنسی که در این زمینه تحقیقات بسیاری انجام شده، اختلال نعوظ باشد. در سال ۱۹۷۰، مسترز و جانسون ادعا کردند که تقریباً همه مردان (۹۵ درصد) مبتلا به اختلال نعوظ (ED) دارای مشکلات روانی مانند اضطراب و استرس شغلی، بی‌حوصلگی از شرکای جنسی طولانی مدت و سایر مسائل مربوط به رابطه هستند.

از آن زمان، محققان به نتایج بسیار متفاوتی در نتیجه دستگاه‌های ارزیابی جدید و پیچیده‌تر حساس به وجود ناهنجاری‌های فیزیولوژیکی رسیده‌اند.

متخصصان مراقبت‌های بهداشتی اکنون بیش از نیمی از موارد اختلال نعوظ را ناشی از مشکلات جسمی عروقی، عصبی یا هورمونی یا اختلال در عملکرد ناشی از مواد مخدر، الکل و سیگار می‌دانند. بنابراین، پزشکانی که مردان مبتلا به اختلال نعوظ را معالجه می‌کنند، ممکن است قبل از این که به این نتیجه برسند که عوامل روان‌شناختی علت آن است، نقش فیزیولوژیکی در علائم فرد را در نظر بگیرند.

داروهایی برای درمان اختلال نعوظ شامل داروهای تجویزی ویاگرا، لویترا و سیالیس است. همه این‌ها در دسته مهارکننده‌های فسفودی استراز (PDE) هستند که با افزایش جریان خون به آلت تناسلی در هنگام تحریک جنسی کار می‌کنند. چیزی که چنین داروهایی را جذاب می‌کند این واقعیت است که نسبت به درمان‌های قبلی اختلال نعوظ، مانند جراحی و کاشت، بسیار کم‌تر تهاجمی هستند و نسبت به پمپ‌های خلاء یا تزریق آلت تناسلی، ناهنجارتر هستند. این داروها بر خلاف سایر روش‌های درمانی که در آن مرد به‌طور مصنوعی و مستقل از آن‌چه در رابطه جنسی با مرد یا شریک زندگی‌اش می‌گذرد، به نعوظ دست می‌یابد، زمانی که با تجربه هیجان جنسی همراه باشد، کار می‌کنند.

یک مورد کوچک

درد تناسلی-لگنی/اختلال دخول، مادام‌العمر

شرلی یک زن مجرد ۳۱ ساله است که در طول ۱۰ سال گذشته سعی کرده با مردان مختلفی رابطه جنسی داشته باشد. علی‌رغم توانایی او برای رسیدن به ارگاسم از طریق خودارضایی، او متوجه شده است که قادر به تحمل دخول در حین مقاربت نیست. در ذهن خود او احساس آمادگی می‌کند، اما عضلات واژن او ناگزیر سفت می‌شوند و شریک زندگی او قادر به نفوذ نیست. برای شرلی واضح است که این مشکل ریشه در یک تجربه آسیب‌زا در دوران کودکی دارد، زمانی که او توسط یک پسر عمومی بزرگ‌تر مورد آزار جنسی قرار گرفت. اگرچه او می‌داند که باید به دنبال کمک حرفه‌ای باشد، از انجام این کار بسیار خجالت می‌کشد و خود را متقاعد کرده است که اگر بتواند مرد مناسبی را پیدا کند که مشکلات او را درک کند، مشکل برطرف خواهد شد.

تغییرات هورمونی که می‌تواند بر جنسیت تاثیر بگذارد، با کاهش تدریجی پتانسیل باروری که در مردان و زنان رخ می‌دهد، اتفاق می‌افتد. برای زنان، این تغییرات در طول سال‌های قبل و بعد از یائسگی، زمانی که چرخه قاعدگی ماهانه متوقف می‌شود و تولید استروژن کاهش می‌یابد، رخ می‌دهد. برای مردان، تغییرات مربوطه به دلیل کاهش تولید تستوسترون در میانسالی و بعد از بزرگسالی است.

کاهش سطح استروژن در طول دوره یائسگی می‌تواند باعث شود زنان تعدادی علائم فیزیکی را تجربه کنند که بر جنسیت آن‌ها تاثیر می‌گذارد، از جمله خشکی واژن و کوچک شدن تدریجی اندازه واژن و تون ماهیچه‌ای. با این حال، این تغییرات به خودی خود بر توانایی زن برای برانگیختگی در طول فعالیت جنسی تاثیر نمی‌گذارد. زنان همچنین کاهش تستوسترون آزاد، هورمون جنسی مردانه را تجربه می‌کنند، اما مشخص نیست که آیا این کاهش با تغییرات در میل و رضایت جنسی مرتبط است یا خیر. انواع بیماری‌های مزمن نیز می‌توانند با میل و پاسخ جنسی زن تداخل داشته باشند، از جمله دیابت، آسیب نخاعی، مولتیپل اسکلروزیس، کم‌کاری تیروئید (سطوح پایین تیروئید)، و عواقب جراحی سرطان که شامل رحم می‌شود. داروهایی که بر روی سیستم سروتونین و دوپامین اثر می‌گذارند نیز می‌توانند با پاسخ جنسی در زنان تداخل داشته باشند (بوث، لان، و شولتز، ۲۰۱۰).

از دیدگاه بیولوژیکی، درمان جایگزینی هورمون (استروژن و پروژسترون)، کرم استروژن واژینال، و درمان با تستوسترون همگی برای درمان اختلالات علاقه جنسی/برانگیختگی زنان استفاده می‌شوند (تریش، فیلی و گوای، ۲۰۰۹). پزشکان همچنین ممکن است به زنان یک مهارکننده PDE («ویاگرا زنانه») بدهند، اما اثربخشی آن ثابت نشده است (بوث و همکاران، ۲۰۱۰). این دارو را نباید با فلیبانسرین که توسط FDA در سال ۲۰۱۵ با نام تجاری Addyi تایید شد، اشتباه گرفت. اگرچه به Addyi «ویاگرای زنانه» نیز می‌گویند، اما در واقع با مکانیزم متفاوتی نسبت به مهارکننده‌های PDE عمل می‌کند و هدف آن افزایش علاقه زنان به فعالیت جنسی است. داده‌های مربوط به اثربخشی آن نشان می‌دهد که فلیبانسرین ممکن است اثرات مفیدی داشته باشد، اگرچه تحقیقات بیش‌تری مورد نیاز است (پورتمن و همکاران، ۲۰۱۷).

درد تناسلی-لگنی/اختلال دخول مجموعه متفاوتی از چالش‌ها را ارائه می‌دهد. از منظر بیولوژیکی، علائم فیزیکی می‌تواند از منابع مختلف، از جمله اختلال در فیبرهای عضلانی در ناحیه لگن (به نام «کف لگن») ناشی شود. با این حال، هنگام درمان این اختلالات، پزشک ممکن است نتواند علت دقیق درد فرد را ردیابی کند. به نظر می‌رسد بهترین رویکرد چند وجهی است، از جمله استفاده از کورتیکواستروئیدها و فیزیوتراپی برای ترویج آرامش عضلانی و بهبود گردش خون. پزشک همچنین ممکن است از تحریک الکتریکی عصبی برای تسکین درد فرد و تجویز عوامل دارویی مانند آمی تریپتیلین و پره گابالین (Lyrica®) استفاده کند (برگرون، مورین و لرد، ۲۰۱۰).



اختلالات جنسی می‌تواند برای زوج‌های صمیمی مختل کننده و خسته کننده باشد.

©جان داولند/گتی ایماژ

دیدگاه های روان شناختی

دیدگاه روان شناختی بر تاثیرات کمک کننده اضافی، اگر نه بر نقش علی شناخت ها، عواطف، و نگرش ها نسبت به جنسیت تاکید می کند، بلکه اهمیت متغیرهای فیزیولوژیکی را نیز تایید می کند. ارتباط آموخته شده بین محرک های جنسی و احساسات لذت بخش می تواند نقش مهمی در تحریک پذیری جنسی داشته باشد. در مورد اختلال نعوظ، یک تیم از محققان دریافتند که اعتقاد مرد به «اسطوره ماچو» عصمت جنسی را به عنوان یک عامل مستعد کننده شناسایی کردند. اعتقاد به این افسانه باعث می شود که مردان در هنگام تجربه جنسی ناموفق، مستعد ایجاد افکار ناکارآمد (مانند «من ناتوان هستم») شوند. هنگامی که مرد این افکار را فعال می کند، توانایی او در پردازش محرک های شهوانی و داشتن افکار و تصاویر جنسی را مختل می کند. با دور کردن تمرکز توجه او از برخورد و سوق دادن آن به سمت احساس بی کفایتی و غم، او را کمتر قادر به دستیابی و حفظ نعوظ در طول برخوردهای جنسی آینده می کنند (نوبر، ۲۰۱۰).



داروی تجویزی Addyi که «ویاگرای زنانه» نامیده می شود، برای افزایش علاقه زنان به فعالیت جنسی در نظر گرفته شده است.

Allen G. Breed/AP Images©

محققان هم چنین تصویر مرد از خود در مورد اندازه اندام تناسلی را به عنوان عاملی در اختلال نعوظ شناسایی کرده اند. در میان نمونه ای از مردان نظامی ۴۰ ساله و کمتر، آن هایی که خودانگاره تناسلی پایین تری از خود داشتند، دارای میزان بالاتری از اضطراب جنسی بودند که به نوبه خود با میزان بالاتری از اختلال نعوظ مرتبط بود (ویلکاکس، ردموند و دیویس، ۲۰۱۵).

مشخص است که مسائل مربوط به تصویر بدن زنان ممکن است مانع عملکرد جنسی شود و در نتیجه بر دیدگاه‌ها نسبت به تمایلات جنسی به طور کلی تاثیر بگذارد (لمر، سلفیا و بنسون، ۲۰۱۳).

تمرکز حواس

روشی برای درمان اختلال عملکرد جنسی که در آن تعامل برای رسیدن به ارگاسم نیست بلکه برای تجربه احساسات لذت بخش در مراحل قبل از ارگاسم است.

افراد ممکن است علاوه بر نارضایتی از بدن خود، دارای «خود طرحواره های جنسی» منفی مانند احساس ناخواسته، ناکافی و بی لیاقتی باشند. سپس این طرحواره‌های خود را به موقعیت‌های جنسی منتقل می‌کنند و وقتی احساس می‌کنند که ناتوانی در رسیدن به ارگاسم باعث خستگی شریک زندگی‌شان می‌شود، مضطرب می‌شوند. این باور به بی‌کفایتی آن‌ها در موقعیت‌های جنسی به‌طور قابل توجهی از لذت بردن آن‌ها جلوگیری می‌کند (نوبر و پینتو-گوویا، ۲۰۰۹). پرسشنامه فعال‌سازی طرح‌واره‌های شناختی در زمینه جنسی: نسخه مردانه آزمون مختصری است که چهار سناریو مختلف را به مخاطب ارائه می‌دهد که اختلالات جنسی رایج را نشان می‌دهد. به عنوان مثال، یکی از موارد، سناریویی را ارائه می‌دهد که در آن فرد انزال زودرس را در حین مقاربت تجربه می‌کند. به پاسخ‌دهندگان آموزش داده می‌شود که تعداد دفعات تجربه هر یک از سناریوها را ارزیابی کنند و سپس از فهرستی آن دسته از احساساتی را انتخاب کنند که نشان‌دهنده احساسات اولیه آن‌ها در حین تجربه شایع‌ترین اختلال عملکرد جنسی است. این تست می‌تواند تعدادی از خود طرحواره‌های مختلف مرتبط با عملکرد جنسی را شناسایی کند.

کیفیت رابطه هم‌چنین ممکن است به اختلال عملکرد جنسی کمک کند، به ویژه برای زنان، که میل جنسی آن‌ها به عوامل بین فردی از جمله فراوانی تعاملات مثبت حساس است (بوث و همکاران، ۲۰۱۰). محققان هم‌چنین عوامل شناختی مرتبط با درد/اختلال دخول در ناحیه تناسلی لگنی را شناسایی کرده‌اند که علل فیزیکی را ترکیب می‌کند و زنان مبتلا به این اختلال را حتی به کلمات مرتبط با جنسیت بسیار حساس می‌کند (تالر، میانا و لانتی، ۲۰۰۹).

اصول اساسی ایجاد شده توسط مسترز و جانسون (۱۹۷۰) بر درمان اصلی اختلالات جنسی که شامل اختلالات برانگیختگی و ارگاسم است، حاکم است. این اصول شامل درمان هر دو طرف در یک زوج، کاهش اضطراب در مورد عملکرد جنسی، و توسعه مهارت‌های خاصی مانند تمرکز حواس است، که در آن تعامل نه به ارگاسم بلکه به تجربه احساسات لذت‌بخش در مراحل قبل از ارگاسم منجر می‌شود. این فرآیند به زوج کمک می‌کند تا احساس اضطراب کمتری داشته باشند تا در نهایت بتوانند به جای احساسات بی‌کفایتی، روی برخورد جنسی تمرکز کنند. پزشکان هم‌چنین

ممکن است به شرکت کنندگان در مورد خودارضایی یا استفاده از تکنیک‌های غیر از مقاربت، مانند تحریک کلیتورال به تنهایی، برای برانگیختگی جنسی آموزش دهند.

درمانگران با گسترش این روش‌ها، بر اصولی تکیه می‌کنند که از درمان شناختی رفتاری به دست می‌آید که بر افکار فرد تمرکز دارد که می‌تواند برانگیختگی و میل جنسی را مهار کند. همان‌طور که قبلاً دیدیم، تصویر تحریف شده بدن و خودپنداره منفی جنسی می‌تواند در رضایت جنسی تداخل ایجاد کند. بنابراین، بازسازی این شناخت‌ها می‌تواند به کاهش علائم اختلال عملکرد جنسی کمک کند. علاوه بر این، کمک به مراجعان برای درک این‌که هر برخورد جنسی نیازی به کامل بودن ندارد، بلکه می‌تواند «به اندازه کافی خوب» باشد، می‌تواند به زوجها کمک کند تا بر لذت جنسی تمرکز کنند تا عملکرد (متز، اپستین و مک کارتی، ۲۰۱۸).

پزشکان اغلب شریک مشتری را درگیر می‌کنند و هر دو نفر را تشویق می‌کنند تا ارتباط موثرتری داشته باشند و تجربیات صمیمی مثبت‌تری داشته باشند (بوث و همکاران، ۲۰۱۰). برای اختلالات درد جنسی، درمان شناختی-رفتاری به تنهایی موثر به نظر نمی‌رسد، اما زمانی که با آرامش عضلانی، بیوفیدبک و آموزش ادغام شود بیش‌ترین سودمندی را دارد (برگرون و همکاران، ۲۰۱۰). زنان می‌توانند یاد بگیرند که عضلات لگن خود را برای کاهش انقباضات دردناک عضلانی در حین مقاربت و همچنین کاهش سطح اضطراب و خودآگاهی، تمرین دهند یا دوباره آموزش دهند.

داستان های واقعی

سو ویلیام سیلورمن: اعتیاد به سکس

سو ویلیام سیلورمن، نویسنده در فیلم «بیمار عشق: سفر یک زن از طریق اعتیاد جنسی» داستان نبرد خود با اعتیاد جنسی را روایت می‌کند و برنامه فشرده و ۲۸ روزه درمان از طریق بستری شدن در بیمارستان را مستند می‌کند که در آن برای اولین بار شروع به مبارزه با اعتیاد خود می‌کند. سو تنها به اصرار درمانگرش، تد، به برنامه درمانی ملحق شد، او متوجه شد که اعتیاد او به آرامی تمام جنبه‌های زندگی او را نابود کرده است.

واحد بیمارستانی که سو در آن حضور داشت پر از زنان دیگری بود که با اعتیاد جنسی دست و پنجه نرم می‌کردند. او می‌نویسد: «تنها بار دیگری که در محاصره زنان (واقعا دختران) بودم، زمانی بود که در یک خوابگاه کالج زندگی

می‌کردم. حتی در آن زمان نیز احساس نمی‌کردم که توسط دختران احاطه شده‌ام. زیرا توجه من همیشه به بیرون از پنجره جلوی من، به مردانی که شب‌های بوستون را آشفته می‌کردند، جلب می‌شد. تعاملات سو با زنان دیگر به او کمک کرد تا با نشان دادن اینکه چگونه زنان دیگر از دیدگاه عینی تر تحت تأثیر اعتیاد جنسی قرار می‌گیرند، دیدگاه متفاوتی در مورد اعتیاد خود به دست آورد.

در بیمارستان، سو باید یک برنامه روزانه سفت و سخت که شامل درمان گروهی با سایر بیماران، درمان فردی با تد، زمان غذا خوردن منظم و زمان برای تامل شخصی می‌شد، حفظ کند. روند ۱۲ مرحله‌ای توانبخشی در این برنامه مانند الکی‌های گمنام دنبال شد. هنگامی که سو راه خود را از طریق کتاب کاری که در طول درمان استفاده می‌کرد، طی می‌کرد، در مورد بسیاری از برخوردهای جنسی گذشته خود با مردان و روشی که به طور مکرر در جستجوی محبت جنسی به امید احساس رضایت واقعی بود، فکر کرد، اگرچه این برخوردها فقط باعث شد که او نیاز بیش‌تری داشته باشد.

سو متوجه شد که در نتیجه نیاز دائمی او به رضایت جنسی و تمایل به تغییر هویت خود بر اساس توجه مرد مورد نظر، هرگز برای درک هویت خود وقت نمی‌گذاشت. به جای خود واقعیش که به دنبال همه آن مردان بود، نسخه متفاوتی از خودش بود - یک شخصیت معتاد. او می‌نویسد: «وقتی کاملاً در اختیار آن زن معتاد هستم، زمانی که بیش‌تر مریض می‌شوم، از قضا کاملاً می‌توانم شنا کنم، به مهمانی بروم، معاشرت کنم: چیزی باشم که عادی به نظر می‌رسد. بله، در تمام این سال‌ها، نه تنها خودم، بلکه دیگران را نیز متقاعد کرده‌ام که رفتارم عادی است، زیرا در قدرت اعتیاد، می‌توانم عادی به نظر برسم. . . . با این حال، اکنون، وقتی اعتیاد در حال فروکش است، زمانی که در حال ترک هستم، حتی با وجود این که بهتر می‌شوم، همه چیز مرا می‌ترساند و به نظر می‌رسد که آشفته شده‌ام. اما من این‌گونه نیستم؛ من در حال عادی شدن هستم.» او نه تنها در حال بهبودی از اعتیاد بود، بلکه در حال تبدیل شدن به خود واقعیش بود.



نویسنده سو ویلیام سیلورمن مبارزه خود را با اعتیاد جنسی در عشق بیمار: سفر یک زن در میان اعتیاد جنسی شرح می‌دهد.

با حسن نیت از سو ویلیام سیلورمن/ www.SueWilliamSilverman.com

سو در این کتاب توضیح می‌دهد که چگونه درمان به او کمک کرد تا خطر اعتیاد و عواقب رفتارهایش را تشخیص دهد. ماه‌هاست که درمان‌گرم مانند یک مانترا به من می‌گوید: «این مردان دارند تو را می‌کشند.» نمی‌دانم منظور او از نظر احساسی، معنوی یا فیزیکی است. من نمی‌پرسم او توضیح می‌دهد که من رابطه جنسی را با عشق اشتباه می‌گیرم و اجباراً این الگوی مخرب را با مردی پس از دیگری تکرار می‌کنم. من این کار را به این دلیل انجام می‌دهم که به عنوان یک دختر یاد گرفتم که رابطه جنسی عشق است از پدرم، اولین مرد خطرناکی که از نظر جنسی مرا مورد آزار قرار داد. سو توضیح می‌دهد که پدرش از زمانی که دختر جوانی بود تا زمانی که خانه را ترک کرد و به کالج در بوستون رفت، از او سوء استفاده جنسی کرده است. هنگامی که سو در کالج بود، متوجه شد که بیش‌تر وقت خود را صرف فکر کردن و جستجوی مردان برای رابطه جنسی می‌کند. او یک رشته روابط جنسی را آغاز کرد که تا زمانی که او وارد بیمارستان شد ادامه یافت. هر رابطه خیلی زود پس از ملاقات با هر مرد شروع می‌شد و او در طول هر برخورد جنسی به احساس رضایت شدیدی دست می‌یافت و به دنبال آن احساس پوچی و سپس میل فوری برای جستجوی یک رابطه جنسی دیگر پیدا می‌کرد.

درمانگر من می‌گوید: «شدت یک معتاد «بالا» است. او توضیح می‌دهد که «عشق نیست.» در واقع من از رابطه جنسی به عنوان نوعی دارو استفاده می‌کنم تا شرم و ترسی که به رفتار جنسی گذشته و حال من مربوط می‌شود را کمرنگ کند. اما معمولاً بعد از یک زیاده‌روی وحشتناک، گاهی اوقات این اعتیاد «بالا» کار نمی‌کند.

سو هم‌چنین از رفتارهای ناهنجار در خوردن رنج می‌برد و زمانی که وارد برنامه درمانی شد به طرز خطرناکی لاغر بود. برخی از گروه‌های درمانی در برنامه درمانی بر ارتباط بین تصویر بدن و اعتیاد او تمرکز کردند و او در مورد افکار خود در مورد بدن خود فکر می‌کند: «... اما این من نیستم - اگرچه بدن من بخشی از من است - اما هر چه لاغرتر، بهتر. بدن کم‌تر، دردسر کم‌تر. هیچ کس. مشکلی نیست. اگر هیچ مردی نتواند بدن من را ببیند، دیگر مجبور نیستم به رابطه جنسی ادامه دهم.»

سو در سرتاسر کتاب درباره ازدواجش صحبت می‌کند، ازدواجی که در زمان شروع درمانش به حدی منحل شده بود که او و همسرش اندرو در اتاق خواب‌های جداگانه می‌خوابیدند و به سختی صحبت می‌کردند. او می‌نویسد که با او ازدواج کرد تا راهی برای رسیدن به حالت عادی و ثبات باشد. اندرو از مبارزه او با اعتیاد جنسی آگاه نبود و وقتی به برنامه بستری رفت فقط به او گفت که به دنبال درمان افسردگی است. اندرو زمانی که در بیمارستان بود برای مدت کوتاهی ملاقات کرد و رابطه آن‌ها به او احساس امنیت داد که به او کمک می‌کند تا از سختی‌های هوشیار شدن و ماندن او عبور کند. سو در این برنامه متوجه شد که آرزوی دستیابی به حس تعادل و ثبات در زندگی خود را دارد. او آن را «وضعیت نیستی» می‌نامد: من مست نخواهم بود و برای هوشیار ماندن مجبور نخواهم شد آن‌قدر تلاش کنم. او با کمک درمانگرش دریافت که ثبات به چیزی بیش از مقاومت در برابر تمایلات اعتیاد آور نیاز دارد. این مستلزم کشف هویت او و واقعی بودن آن شخص بود.

سو پس از ترخیص از بیمارستان به جلسات هفتگی معتادان جنسی گمنام و مشاوره فردی ادامه داد. با قدرت و بینشی که در بیمارستان به دست آورد، روند کند بهبودی را آغاز کرد. کتاب با توصیف اولین روز حضور سو از بیمارستان شروع و با رفتن به خانه به پایان می‌رسد. با وجود این که دلش برای امنیت واحد و زانی که با آن‌ها آشنا شده تنگ شده است، اما در انجام کارهای روزمره با همسرش، مانند درست کردن شام، آرامش می‌یابد و شروع به برنامه‌ریزی برای آینده می‌کند. حالا، او می‌افزاید: «باید یاد بگیرم که عشق جایی است که زندگی‌ام را می‌سازم.»

منبع: عشق بیمار: سفر یک زن از طریق اعتیاد جنسی، اثر سو ویلیام سیلورمن.

۴،۱۱ نارسایی جنسیتی

اکنون به اختلالاتی می‌پردازیم که در آن افراد از درک ناهماهنگی بین جنسیت بیولوژیکی خود، جنسیتی که توسط کروموزوم‌هایشان تعیین می‌شود و حس درونی جنسیت، به نام هویت جنسی، دچار ناراحتی می‌شوند. در DSM-۵، واژه نارسایی جنسی به پریشانی اشاره دارد که ممکن است با ناسازگاری بین جنسیت تجربه شده یا بیان شده یک فرد و جنسیت اختصاص داده شده به آن فرد همراه باشد.

همه افراد ناراحتی را به عنوان نتیجه این ناهماهنگی تجربه نمی‌کنند، اما بسیاری از آن‌ها اگر نتوانند از طریق هورمون‌ها و/یا جراحی درمان شوند، مضطرب می‌شوند. در معیارهای کنونی اختلال، فرد همذات پنداری با جنس دیگر را تجربه می‌کند. احساس «در بدن اشتباه» بودن باعث احساس ناراحتی و احساس نامناسب بودن در مورد جنسیت اختصاص داده شده به فرد می‌شود. هر دوی این شرایط باید وجود داشته باشد تا پزشک تشخیص را تعیین کند. بنابراین، مشکل بالینی نارسایی است، نه هویت جنسیتی فرد.

اصطلاح دیگری که به شناسایی متقابل جنسیتی مربوط می‌شود، ترنسکشوالیسم است که هم‌چنین احساس درونی تعلق به جنس دیگر را توصیف می‌کند (افرادی که این را تجربه می‌کنند ممکن است «ترنس» نامیده شوند). این اصطلاح عموماً معادل هویت تراجنسیتی در نظر گرفته می‌شود.

برخی از افراد مبتلا به نارسایی جنسیتی مایلند به عنوان اعضای جنس دیگر زندگی کنند و مطابق با آن عمل می‌کنند و لباس می‌پوشند. برخلاف افراد مبتلا به اختلال ترنس وستیک، این افراد ارضای جنسی را از لباس پوشیدن متقابل به دست نمی‌آورند. علاوه بر این، بسیاری از هویت‌های دیگر در رده تراجنسیتی‌ها قرار می‌گیرند، از جمله جنسیت ناسازگار، غیر دودویی، و دوجنسه. این اصطلاحات با این تصور مطابقت دارد که همه افراد تراجنسیتی خود را جنسیت مخالف نمی‌دانند. در عوض ممکن است احساس نکنند که به جنسیت خاصی تعلق دارند.

نویسندگان DSM-۵ یک مورد قوی برای استفاده از واژه نارسایی جنسیتی برای جایگزینی اختلال هویت جنسی، با مشخص کردن این که آیا فرد کودک است یا دوران نوجوانی خود را گذرانده، ارائه

جنسیت بیولوژیکی

جنسیت توسط کروموزوم‌های فرد تعیین می‌شود.

هویت جنسی

احساس درونی یک فرد از جنسیت خود.

نارسایی جنسی

ناراحتی که ممکن است با ناهماهنگی بین جنسیت تجربه شده یا بیان شده یک فرد و جنسیت اختصاص داده شده به آن فرد همراه باشد.

ترنسکشوالیسم

اصطلاحی که گاهی اوقات برای اشاره به نارسایی جنسیتی استفاده می‌شود، مخصوصاً مربوط به افرادی است که انتخاب می‌کنند تحت عمل جراحی تغییر جنسیت قرار گیرند.

تراجنسیتی

اشاره به هویت فردی که جنسیت تعیین شده با هویت جنسی او مطابقت ندارد.

کردند. یکی از دلایل این تغییر پیشنهادی، از بین بردن انگ چسبیده به برجسب شناسایی متقابل جنسیتی به عنوان «اختلال» بود. بنابراین، داشتن هویت متقابل جنسیتی لزوماً به این معنی نیست که یک فرد مضطرب است یا دارای اختلال است (کوهن کتنیس و فافلین، ۲۰۱۰). تنها در صورتی که آن فرد به دلیل داشتن آرایش جنسی که با آن متولد شده است، احساس ناراحتی کند، می‌توان تشخیص داد. علاوه بر این، اگرچه برخی از گروه‌ها از مفهوم حذف کامل نارسایی جنسیتی از نام‌گذاری تشخیصی دفاع می‌کنند، اما انجام این کار می‌تواند افرادی را که مایل به انجام عمل جراحی تایید جنسیت هستند از پوشش بیمه محروم کند، زیرا هیچ تشخیصی برای پزشک وجود ندارد (کرنیل، ایسفلد) و بوتزر، ۲۰۱۰).

برخی از افراد مبتلا به نارسایی جنسیتی ممکن است تصمیم بگیرند که روش‌های پزشکی تایید کننده جنسیت را دنبال کنند. این موارد از مصرف هورمون‌ها تا انواع روش‌های جراحی مانند جراحی زنانه‌سازی صورت، جراحی ترمیمی قفسه سینه (جراحی نیم تنه «بالا») و جراحی ترمیمی تناسلی (جراحی نیم تنه «پایین») را شامل می‌شود. هر یک از این روش‌ها به ارزیابی‌های روان‌شناختی و ارزیابی‌های دیگر نیاز دارند تا اطمینان حاصل شود که فرد هیچ گونه شرایط سلامت روانی ندارد که ممکن است بر قضاوت یا تصمیم‌گیری تاثیر بگذارد و مبتلا به نارسایی جنسیتی هستند و مداوم است (کلمن و همکاران، ۲۰۱۲).

نظریه‌ها و درمان نارسایی جنسیتی

پزشکانی که با افراد تراجنسیتی مبتلا به نارسایی جنسیتی کار می‌کنند، می‌توانند از طریق روان‌درمانی حمایت کنند و به مراجعین کمک کنند تا تصمیم بگیرند که آیا می‌خواهند گزینه‌های دیگری مانند هورمون درمانی یا جراحی تایید جنسیت را جستجو کنند. رهنمودهای انجمن روان‌شناسی آمریکا برای تمرین روان‌شناختی با افراد تراجنسیتی و ناسازگار با جنسیت (TGNP) (APA، ۲۰۱۵ الف) پیشنهاد می‌کند که مراجعین زمانی که حمایت اجتماعی یا مراقبت مثبت‌پذیر دریافت می‌کنند و از منظر بین‌رشته‌ای دیده می‌شوند، به مثبت‌ترین نتایج دست می‌یابند. تا کارآموزان روانشناسی خود را برای کار با مشتریانی که به عنوان TGNP شناخته می‌شوند آماده کنند.

طبق گفته انجمن حرفه‌ای جهانی برای سلامت تراجنسیتی‌ها (WPATH)، پزشکان بدون در نظر گرفتن معیارهای تشخیصی، در تعیین این‌که آیا یک مشتری خاص قادر به قضاوت و تصمیم‌گیری مناسب در مورد پیگیری درمان‌های پزشکی است یا خیر، به طور ایده‌آل ارزیابی سلامتی مراجع را ارائه می‌دهند. به این ترتیب، پزشکان در نقش دروازه‌بان دیده می‌شوند، که در آن عزم آن‌ها می‌تواند بر توانایی مراجع برای پیگیری درمان‌های تایید کننده جنسیت تاثیر بگذارد.

با توجه به این‌که پزشکان به درمان افراد مبتلا به نارسایی جنسیتی ادامه خواهند داد، رویکردهای جدیدی بر اساس نظریه تراجنسیتی در حال ظهور است که بر دیدگاه روان‌تری از جنسیت نسبت به دوقانگی زن-مرد دودویی تاکید می‌کند (ناگوشی و برزوزی، ۲۰۱۰) دیدگاهی که در APA و TGNP نیز بیان شده است. رهنمودها پزشکان می‌توانند با استفاده از اصطلاحات جنسیتی که مشتری ترجیح می‌دهد شروع کنند. پزشکان به جای این‌که تصور کنند انگیزه‌ها، رفتارها و نگرش‌های افراد بر اساس هویت اجتماعی تعریف شده آن‌هاست، می‌توانند تشخیص دهند که این دسته‌بندی‌ها مشروط هستند. به عنوان مثال، آن‌ها می‌توانند از استفاده از عباراتی مانند جنسیت واقعی یا بیولوژیکی خودداری کنند. از طریق این رویکرد، که اغلب به عنوان روان‌درمانی مثبت از آن یاد می‌شود، پزشکان می‌توانند در مورد گزینه‌های پزشکی، آموزشی ارائه دهند و به مشتریان تراجنسیتی کمک کنند تا هویت جنسیتی خود را با خیال راحت کشف کنند و با منابع حمایت اجتماعی ارتباط برقرار کنند (آستین و کریگ، ۲۰۱۵).

حتی با وجود این‌که هویت تراجنسیتی خود در DSM-۵ آسیب‌شناسی شده است، مشتریان همچنان با ترنس‌هراسی، کلیشه‌های منفی و ترس از افراد تراجنسیتی مواجه خواهند شد. ارائه حمایت اجتماعی به افراد تراجنسیتی ممکن است باعث بهبود احساس رفاه آن‌ها شود (دیوی، بومن، آرسلوس و مایر، ۲۰۱۴).

ترنس‌هراسی

کلیشه‌های منفی و ترس از افراد تراجنسیتی.

به جای توصیه جراحی تغییر جنسیت برای کمک به مراجعان به منظور مقابله با فشارهای اجتماعی برای انطباق با یک یا آن جنسیت، پزشکان می‌توانند به مشتریان خود اجازه دهند هویت جنسی خود را تعریف کنند. از طریق این فرآیند، افراد تراجنسیتی می‌توانند هویت‌های متقاطع و چندگانه خود را آشکارتر و بدون تعصب کاوش کنند.



جاز بونو پس از این که ابتدا به عنوان یک لژیون و سپس به عنوان تراجنسیتی ظاهر شد، بین سال‌های ۲۰۰۸ و ۲۰۱۰ تحت فرآیند تبدیل جنسیت زن به مرد قرار گرفت.

buzzfuss/۱۲۳RF©

۱۱، ۵ اختلالات پارافیلیک، اختلالات جنسی، و نارسایی جنسیتی: دیدگاه زیستی-روانی-

اجتماعی

اختلالات جنسی سه مجموعه گسسته از مشکلات را در جنبه‌های عملکرد و رفتار جنسی تشکیل می‌دهند. اگرچه بسیاری از پرسش‌های بی‌پاسخ درباره علل آن‌ها باقی مانده است، اما برای درک این که چگونه افراد در طول زمان این مشکلات متنوع را به دست می‌آورند و حفظ می‌کنند، به یک دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی نیاز داریم. علاوه بر این، محققان و پزشکان به طور فزاینده‌ای در حال توسعه مدل‌هایی هستند که شامل درمان یکپارچه می‌شود. پایگاه تحقیقاتی رو به رشدی که نویسندگان DSM-۵ استفاده کردند نه تنها نشان دهنده گسترش رویکردهای تجربی به اختلالات جنسی، بلکه اتخاذ رویکردی گسترده‌تر، فراگیرتر و حساس‌تر از نظر اجتماعی فرهنگی برای درک و درمان است.

بازگشت به پرونده: شان بویدن

برای شان، حضور در روان درمانی اولین فرصتی بود که با فرد دیگری آشکارا درباره هویت جنسی خود در یک محیط حمایت کننده و تاییدکننده صحبت کرد. با توجه به این که او در روابط خود از حمایت بسیار کمی برخوردار بود، به نظر می‌رسد که بیش‌تر اضطراب شان ناشی از حس ترنس هراسی درونی شده بود. یعنی قبول واقعی خودش برایش سخت بود، چون دیگران او را نپذیرفته بودند. اضطرابی که تجربه کرد او را از ورود به جامعه خود باز داشت تا بتواند منابع بیش‌تری برای حمایت پیدا کند، بنابراین در درمان روی تعیین اهدافی برای خود کار کرد که شامل رفتن به رویدادها و معرفی خود به افراد جدید و سپس ایجاد این روابط در طول زمان بود. در حالی که او هنوز با دیسفوری دست و پنجه نرم می‌کرد، کمک بیش‌تر در درمان به او این امکان را می‌داد که در هویت خود احساس پذیرش بیش‌تری کند.

سرانجام، شان تصمیم گرفت برای شروع HRT آماده است و با حمایت درمانگرش، به متخصصی ارجاع شد که تستوسترون با دوز پایین تجویز کرد. پس از شروع HRT، شان متوجه کاهش فوری نارسایی جنسیتی خود شد و دریافت که برداشتن این گام مهم به سمت گذار جنسیتی به او احساس امیدواری می‌دهد. او نسبت به برداشتن گام‌های اضافی، مانند جراحی نیم تنه بالا، اعتماد به نفس بیش‌تری پیدا کرد.

تفکرات دکتر توبین: هرگز یک مسیر یا روایت خاصی وجود ندارد که افراد تراجنسیتی از آن پیروی کنند، بنابراین به عنوان یک پزشک بسیار مهم است که ذهنی باز داشته باشید و بر حمایت از مشتریان تراجنسیتی تمرکز کنید و به آن‌ها کمک کنید در طول درمان، احساس امنیت کنند. ارائه مراقبت‌های مثبت از این طریق بسیار مهم است تا مشتریان تراجنسیتی بتوانند احساسات خود را آشکارا کشف کنند. در برخی موارد، درمان ممکن است یکی از معدود منابع حمایتی آن‌ها باشد. درمانگران هم‌چنین باید به ارتباط مشتریان تراجنسیتی با منابعی مانند کلینیک‌های پزشکی یا خدمات پشتیبانی اجتماعی کمک کنند، به خصوص اگر مراجعان برای ارتباط با این منابع به تنهایی دچار مشکل شده باشند.

سارا توبین، دکتر

خلاصه

- وقتی صحبت از رفتار جنسی به میان می‌آید، تمایز بین طبیعی و غیرطبیعی بودن شاید حتی پیچیده‌تر از سایر زمینه‌های رفتار انسانی می‌شود. هنگام ارزیابی عادی بودن یک رفتار جنسی معین، زمینه بسیار مهم است، مانند آداب و رسوم و آداب و رسوم، که در طول زمان تغییر می‌کنند.

- پارافیلیا رفتارهایی است که در آن فرد دارای تخیلات، تمایلات جنسی، یا رفتارهای مکرر و شدید است که شامل (۱) اشیای غیرانسانی، (۲) کودکان یا سایر افراد ناراضی، یا (۳) رنج یا تحقیر خود یا شریک زندگی است.
- هنگامی که پارافیلیا باعث ناراحتی و اختلال شدید می‌شود، پزشکان ممکن است اختلال پارافیلیک را تشخیص دهند. اختلالات پارافیلیک شامل اختلال پدوفیلیک، اختلال نمایشی، اختلال فتیشیستی، اختلال فروتوریستی، اختلال مازوخیسم جنسی، اختلال سادیسم جنسی و اختلال ترنسوستیک است.
- منتقدان DSM مخالف گنجاندن چندین اختلال پارافیلیک در DSM-۵ بودند، زیرا انجام این کار باعث آسیب‌شناسی رفتار جنسی غیرهنجاری می‌شود. با تعریف این اختلالات به صورت اختلالی که منجر به پریشانی یا اختلال شدید می‌شود، نویسندگان DSM-۵ امیدوارند از قضاوت در مورد طبیعی بودن یک رفتار اجتناب کنند و در عوض معیارهای یک اختلال را بر اساس تجربه ذهنی فرد از پریشانی یا درجه اختلال در زندگی روزمره قرار دهند.
- از دیدگاه بیولوژیکی، اختلالات پارافیلیک شامل ترکیبی از تاثیرات از جمله عوامل ژنتیکی، هورمونی و حسی در تعامل با تاثیرات شناختی، فرهنگی و زمینه‌ای است. با این حال، این تغییرات هم‌چنین می‌تواند نتیجه سوء استفاده فیزیکی اولیه یا قربانی شدن جنسی باشد. محققان هم‌چنین سطوح سروتونین تغییر یافته را در افراد مبتلا به این اختلال شناسایی کرده‌اند. اما این تغییرات ممکن است با وجود سایر اختلالات روانی در این افراد نیز مرتبط باشد. پزشکانی که اختلالات پارافیلیک را بر اساس دیدگاه بیولوژیکی درمان می‌کنند، ممکن است از داروهای روان‌درمانی برای تغییر سطوح انتقال‌دهنده عصبی فرد استفاده کنند.
- اکثر مطالعات در مورد اختلالات پارافیلیک بر اختلال پدوفیلیک تمرکز دارند. یک موضوع رایج در ادبیات روان‌شناسی، ایده «چرخه قربانی به آزارگر» یا «پدیده سوء استفاده‌کنندگان» است، به این معنی که سوء استفاده‌کنندگان خودشان در مقطعی از زندگی‌شان، احتمالاً زمانی که جوان بودند، مورد آزار قرار گرفتند. درمان‌ها از دیدگاه روان‌شناختی زمانی موثرتر به نظر می‌رسند که درمان فردی را با گروه درمانی ترکیب می‌کنند. دیدگاه شناختی-رفتاری به ویژه در کمک به مراجعان برای تشخیص تحریف و انکار خود مفید است. در عین حال، این مراجعان از آموزش همدلی بهره‌مند می‌شوند تا بتوانند احساس قربانیان خود را درک کنند. با افزودن به معادله در دیدگاه روان‌شناختی، پزشکان هم‌چنین ممکن است مراجع را در یادگیری کنترل تکنه‌های جنسی خود آموزش دهند. محققان بر این باورند که موثرترین درمان شامل ترکیبی از داروهای هورمونی برای کاهش سطح آندروژن (هورمون جنسی مردانه) و روان‌درمانی است.

- برانگیختگی جنسی منجر به مجموعه‌ای از تغییرات فیزیولوژیکی در سراسر بدن می‌شود که اغلب با ارگاسم به اوج خود می‌رسد. اختلال عملکرد جنسی شامل واگرایی قابل توجهی از پاسخ فرد در چرخه پاسخ جنسی همراه با احساس پریشانی یا اختلال قابل توجه است.
- اختلالات برانگیختگی ممکن است در افرادی که میل جنسی کم یا بدون میل جنسی دارند یا قادر به دستیابی به برانگیختگی فیزیولوژیکی در مراحل اولیه چرخه پاسخ جنسی نیستند، تشخیص داده شود. در نتیجه ممکن است از رابطه جنسی اجتناب کنند یا نتوانند. این اختلالات شامل اختلال میل جنسی کم‌فعال مردان، اختلال علاقه/برانگیختگی جنسی زنان و اختلال نعوظ است.
- همچنین اختلالاتی در ارگاسم وجود دارد. ناتوانی در رسیدن به ارگاسم، تاخیر ناراحت کننده در رسیدن به ارگاسم، یا کاهش شدت ارگاسم، اختلال ارگاسم زنان را تشکیل می‌دهد. مردانی که تاخیر قابل توجهی در انزال دارند مردانی که به ندرت انزال می‌کنند، ممکن است انزال با تاخیر داشته باشند.
- پزشکان اختلالات درد جنسی را که شامل مشکلاتی در روابط جنسی به دلیل احساس درد در اندام تناسلی ناشی از مقاربت است، به عنوان درد تناسلی-لگنی/اختلال دخول تشخیص می‌دهند. این اختلال می‌تواند هم مردان و هم زنان را تحت تاثیر قرار دهد.
- ما می‌توانیم اختلالات جنسی را از طریق دریچه زیستی-روانی-اجتماعی به عنوان تعاملی از عوامل پیچیده فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی-فرهنگی ببینیم. برای کمک به یک مراجعه کننده با اختلال عملکرد جنسی، پزشک ابتدا باید یک ارزیابی جامع انجام دهد که در صورت لزوم، شامل معاینه فیزیکی و آزمایش روانشناختی، از جمله شریک زندگی مشتری، باشد. علاوه بر این، پزشک باید میزان مصرف فرد از موادی که نه تنها شامل مواد مخدر و الکل است، بلکه همه داروها، از جمله داروهای روان درمانی را نیز ارزیابی کند.
- نویسندگان DSM-۵ از واژه نارسایی جنسیتی به جای اختلال هویت جنسی استفاده می‌کنند و مشخص می‌کنند که فرد کودک است یا دوران نوجوانی گذرانده. در معیارهای فعلی برای نارسایی جنسیتی، فرد، همذات پنداری با جنس دیگر را تجربه می‌کند. این احساس که آن‌ها «در بدن اشتباهی هستند» باعث احساس ناراحتی و احساس نامناسب بودن در مورد جنسیت تعیین شده آن‌ها می‌شود. هر دوی این شرایط باید وجود داشته باشد تا پزشک تشخیص را تعیین کند. اصطلاح دیگری که به احساس هویت متقابل جنسی مربوط می‌شود، ترنسکشوالیسم است که به این پدیده نیز اشاره دارد که در آن فرد احساس درونی تعلق به جنس دیگر دارد.

- دیدگاه های نظری در مورد تجربه تغییر جنسیت در حال حاضر دستخوش تغییرات اساسی در زمینه روانشناسی است. در حالی که در گذشته، این حرفه تراجنسیتی را با یک «اختلال» یکی می دانست، اصطلاح جدید به طور خاص بر روی «اشتباه» افرادی که هویتشان با ویژگی های بیولوژیکی یا نقش های اجتماعی آنها متفاوت است، تمرکز نمی کند.
- اختلالات پارافیلیک، اختلالات عملکرد جنسی و ناهنجاری جنسیتی سه مجموعه مجزا از مشکلات را تشکیل می دهند که جنبه های متفاوتی از عملکرد و رفتار جنسی را شامل می شود. اگرچه پرسش های بی پاسخ زیادی در مورد علل آنها وجود دارد، اما برای درک این که چگونه افراد در طول زمان این مشکلات متنوع را به دست می آورند و حفظ می کنند، به یک دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی نیاز داریم.

اصطلاحات کلیدی

جنسیت بیولوژیکی	هویت جنسیتی	انزال زودرس (زود انزال).
تاخیر در انزال	درد/دخول تناسلی-لگنی	تمرکز حسی
اختلال نعوظ	اختلال	اختلال عملکرد جنسی
اختلال نمایشی	نقشه عشق	اختلال مازوخیسم جنسی
اختلال ارگاسم در زنان	اختلال میل جنسی کم فعال	اختلال سادیسم جنسی
اختلال علاقه	مردان	تغییر جنسیت
جنسی/برانگیختگی زنان	پارافیلیا	ترنس هراسی
اختلال فetišستی	اختلال پارافیلیک	ترنس سکشوالیسم
اختلال فروتوریستی	جزئی گرایی	اختلال ترانسووستیک
نارسایی جنسیتی	اختلال پدوفیلیک	اختلال فضول

اختلالات مرتبط با مواد و اعتیاد

اهداف یادگیری

- ۱،۱۲ ویژگی های کلیدی اختلالات مواد را توضیح دهید.
- ۲،۱۲ بین اختلالات مربوط به مواد خاص تمایز قائل شوید.
- ۳،۱۲ نظریه ها و درمان اختلالات مصرف مواد را توضیح دهید.
- ۴،۱۲ علائم اختلالات غیر مرتبط با مواد را شناسایی کنید.
- ۵،۱۲ دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی در مورد ایجاد اختلالات مواد را تجزیه و تحلیل کنید.



رئوس مطالب

گزارش موردی: کارل وادسورث
ویژگی های کلیدی اختلالات مواد
آنچه در DSM-۵ وجود دارد:
ترکیب سوء استفاده و وابستگی
اختلالات مرتبط با مواد خاص
الکل

نظریه ها و درمان اختلالات مصرف
الکل

دیدگاه های بیولوژیکی
دیدگاه های روانشناختی
دیدگاه اجتماعی-فرهنگی

محرك ها

آمفتامین ها

کوکائین

حشیش

توهم زها

مواد افیونی

شما قضاوت کنید: تجویز

داروهای تجویزی

داروهای آرام بخش، خواب آور و

ضد اضطراب

کافئین

تنباکو

مواد استنشاقی

نظریه ها و درمان اختلالات مصرف

مواد

دیدگاه های بیولوژیکی

داستان های واقعی: رابرت داوونی

جونپور: اختلال مصرف مواد

دیدگاه های روانشناختی

اختلالات غیر مرتبط با مواد

اختلال قمار

سایر اختلالات غیر مرتبط با مواد

اختلالات مواد:

اختلالات مواد: دیدگاه زیست روانی

اجتماعی

بازگشت به پرونده: کارل وادسورث

خلاصه

اصطلاحات کلیدی

فصل ۱۲

گزارش موردی: کارل وادسورث

اطلاعات دموگرافیک: مرد دگرجنسگرای مجرد ۳۲ ساله آفریقایی آمریکایی

ارائه مشکل: شارون، خواهر کارل، به دلیل نگرانی در مورد مصرف الکل، قرار ملاقاتی را برای کارل گذاشت تا به یک درمانگر در یک کلینیک درمانی سرپایی محلی مراجعه کند. شارون اظهار داشت که خانواده آن‌ها «از نگرانی» در مورد او خسته شده‌اند. او گزارش داد که کارل در چند سال گذشته بیش‌تر از همیشه مشروب الکلی مصرف کرده است که به دستگیری اخیر به دلیل مسمومیت عمومی منجر شد. شارون توضیح داد که کارل مبتلا به اختلال دوقطبی است، اگرچه او در حال حاضر دارو مصرف نمی‌کند، که برای خانواده‌اش نیز بسیار نگران‌کننده است.

در طول جلسه مصرف، درمانگر متوجه شد که کارل مست به نظر می‌رسد، اما وقتی از او پرسید که آیا اخیراً مشروب نوشیده است، این موضوع را انکار کرد. مطابق با سیاست کلینیک، او مجبور شد جلسه را زودتر از موعد پایان دهد و اطمینان حاصل کند که او با وسیله نقلیه ایمن به خانه می‌رود. هنگامی که کارل برای قرار ملاقات بعدی باز هم مست بود، درمانگر مستقیماً از او پرسید که آیا قبل از جلسه مشروب نوشیده است، زیرا او نگران بود که مصرف الکل او در درمان اختلال ایجاد کند. پاسخ کارل این بود: «شاید... فقط کمی.» درمانگر از کارل خواست تا قبل از قرار بعدی آن‌ها از نوشیدن خودداری کند که او با آن موافقت کرد.

هنگامی که کارل برای قرار ملاقات سوم باز هم مست بود، برای درمانگر پر واضح بود که درمان ضروری است، اما نمی‌توانست درمان را ادامه دهد، مگر این‌که بتواند به طور مستقیم‌تر به مسئله مصرف الکل کارل با او بپردازد. کارل گفته بود که از مصرف الکل خود خجالت می‌کشید، اما متوجه شد که نمی‌تواند نوشیدنی‌اش را کاهش دهد، اگرچه به آرامی متوجه می‌شد که سال‌ها نوشیدن الکل بر او آسیب می‌زند. به عنوان مثال، او به اشتراک گذاشت که اخیراً پس از دستگیری به دلیل مسمومیت عمومی از کارش اخراج شده است و مجبور شده است با شارون زندگی کند زیرا او نمی‌توانست مخارج زندگی خود را تأمین کند.

پس از آن قرار، کارل به شارون گفت که چه اتفاقی افتاده است، و او تمام بطری‌های الکل را از خانه‌اش بیرون کرد و ممنوع کرد کارل بدون همراه بیرون برود. در ابتدا، کارل با علائم شدید ترک دست و پنجه نرم کرد. سپس شروع به قدم زدن مکرر در خانه کرد و به دلیل افکار مشوش و انرژی فراوان نتوانست به مدت سه روز بخوابد. پس از متقاعد کردن شارون که برای رفتن به خواربارفروشی باید ماشین او را قرض بگیرد، کارل به یک مشروب فروشی در آن نزدیکی رفت، یک بطری ویسکی خرید و در عرض چند دقیقه کل بطری را نوشید. او در راه بازگشت به خانه شارون با تیر چراغ برق تصادف کرد که منجر به دستگیری وی به دلیل رانندگی در حالت مستی شد. زمانی که بعداً یک قاضی او را مجبور به شرکت در درمان کرد، درمانگرش موافقت کرد تا زمانی که او هوشیار در قرار ملاقات خود حاضر شود، به او اجازه دهد درمان خود را از سر بگیرد.

گزارش موردی (ادامه)

در چند جلسه بعدی، کارل شروع به گفتن داستان خود به درمانگر خود کرد. او توضیح داد که در سن ۱۸ سالگی به دنبال یک دوره منیک، مشخص شد که به اختلال دوقطبی مبتلا شده است و تحت درمان با لیتیوم قرار گرفت، دارویی که اغلب برای درمان این اختلال تجویز می‌شود. او گفت که نوشیدن الکل را به مصرف دارو ترجیح می‌دهد زیرا عوارض جانبی ندارد و مجبور نیست به دلیل مصرف لیتیوم، آزمایش خون هفتگی دهد که بسیار «آزاردهنده» است. در حالی که او در اوایل زندگی بزرگسالی‌اش زیاد الکل مصرف نمی‌کرد، والدینش هر دو سابقا الکلی بودند و او نگران بود که ممکن است مستعد اعتیاد به الکل باشد.

وقتی کارل ۲۸ ساله بود، شرکت مخابراتی که برای آن کار می‌کرد تعدیل نیرو کردند و او شغل خود را از دست داد. کارل آن قدر افسرده شد که در خانه پدر و مادرش اقدام به خودکشی کرد، که در نهایت مادرش او را پیدا کرد و در آن حال یافت. او حدود ۱ ماه در بیمارستان بستری بود و برای وضعیت ناتوانی ثبت نام کرد که به او امکان دریافت دارو و درمان را داد. او سپس برای تکمیل ناتوانی خود در یک مغازه مشروب فروشی مشغول به کار شد که به او کمک کرد تا بتواند هزینه آپارتمان خود را بپردازد.

در آن زمان، کارل به صورت ثابت دارو مصرف می‌کرد و برای چندین ماه هیچ اختلال روانی قابل توجهی را تجربه نکرده بود. کارل گزارش داد: «من هرگز قصد نداشتم در محل کار مشروب بنوشم، اما رئیسم مطمئنا این کار را دوست داشت، بنابراین ما بعد از شبی که در خانه بودیم شروع به مست شدن کردیم. از آن جایی که به دلیل نوشیدن زیاد مصرف لیتیوم برای او مشکل بود، تصمیم گرفت داروی خود را متوقف کند تا بتواند با رئیسش مشروب بخورد، که اگر کارل پیشنهادش را رد کند، به او طعنه می‌زند.

از آن جایی که کارل بیش‌تر شب‌ها مشروب می‌نوشید و به تنهایی زندگی می‌کرد، هیچ‌کس در خانواده‌اش متوجه نوشیدن او نشد. پس از چند ماه نوشیدن مداوم در محل کار، او صبح که از خواب بیدار شد علائم اعتیاد را تجربه کرد، بنابراین بلافاصله پس از بیدار شدن از خواب و همچنین زمانی که در محل کار بود شروع به نوشیدن کرد. او این روال را برای ۲ سال آینده ادامه داد و خیلی زود اساسا قادر به انجام هیچ فعالیتی در خارج از محل کار نبود. خانواده او به طور فزاینده‌ای نگران شدند، به ویژه هنگامی که او بارها در خانه والدینش مست شده بود. اعضای خانواده او را ترغیب کردند که الکلی‌های گمنام (AA) را امتحان کند و در مورد خطرات ناشی از نوشیدن الکل به او هشدار دادند، اگرچه کارل هرگونه مشکلی را رد کرد. برای اثبات این موضوع به خانواده‌اش، کارل به مدت ۱ یا ۲ هفته نوشیدن الکل را متوقف کرد، اگرچه میل او به نوشیدن آن قدر شدید بود که به او اجازه نمی‌داد

بیشتر از آن ادامه دهد. وقتی بدون دارو می‌رفت، افسرده‌تر می‌شد و مصرف الکل او شدیدتر می‌شد. با این حال، کارل به جای درمان، فقط زمانی که احساس افسردگی خاصی می‌کرد، بیش‌تر مشروب نوشید. گاهی اوقات کارل در محل کار بحث می‌کرد، اگرچه رئیس او معمولاً توجه زیادی نمی‌کرد. با این حال، یک روز، کارل یک مشتری را تهدید به خشونت کرد و رئیسش چاره‌ای جز اخراج او و گزارش کار او به پلیس نداشت که کارل را به دلیل مستی عمومی دستگیر کرد. پلیس او را یک شب نگه داشت و روز بعد زمانی که مشتری تصمیم گرفت از شکایت خود صرف نظر کند، آزادش کرد. بدون درآمد، کارل مجبور شد از آپارتمان خود نقل مکان کند و با شارون که در همان نزدیکی زندگی می‌کرد، زندگی کند. در آن زمان، شارون بیش‌تر نگران شد که کارل از کنترل خارج شده و مطمئن نبود که چگونه می‌تواند به او کمک کند، در این مرحله او را به درمانگر ارجاع داد. کارل توضیح داد که اگر شارون نبود، احتمالاً به دنبال کمک نمی‌رفت.

سابقه مرتبط: کارل در سن ۱۸ سالگی به دنبال یک دوره منیک به اختلال دوقطبی تشخیص داده شد. او به مدت ۱۰ سال علائم خود را با دارو کنترل کرد و در آن زمان شغل خود را از دست داد و اقدام به خودکشی کرد. پس از شروع کار خود در مشروب فروشی، او یک الگوی نوشیدن روزانه سنگین را شروع کرد. او سابقه قبلی درمان برای مصرف مواد ندارد.

صورت بندی موردی: در موقعیت کارل، تعیین اینکه آیا مصرف الکل او مستقل از اختلال دوقطبی او ایجاد شده است، و او را واجد شرایط تشخیص دوگانه می‌کند یا اینکه آیا این بیماری به صورت ثانویه ایجاد شده است، بسیار مهم است. همان‌طور که کارل در مورد ماجرای نوشیدن الکل در زمانی که او با خواهرش اقامت داشت توضیح داد، او در حالی که دیوانه بود و فکر می‌کرد می‌تواند مشروبات الکلی زیادی را مدیریت کند و هم‌چنان با خیال راحت رانندگی کند، شروع به نوشیدن زیاد کرد. با این حال، این تنها موردی بود که در آن او مشروب الکلی را در حین تجربه علائم خلقی گزارش کرد.

پس از بررسی دقیق پرونده او، به نظر می‌رسد که مشکلات اولیه کارل با الکل در غیاب علائم خلقی شروع شده است. هم‌چنین به نظر نمی‌رسد که مصرف الکل باعث علائم خلقی او شود. به دلیل این دو تمایز، کارل برای تشخیص دوگانه اختلال مصرف الکل، اختلال شدید و اختلال دوقطبی واجد شرایط است. علاوه بر این، او معیارهای اختلال دوقطبی I را به دلیل وجود دوره‌های منیک به جای هیپومانیک، که نیاز به بستری شدن در بیمارستان داشت و به شدت بر عملکرد او تاثیر می‌گذاشت، برآورده می‌کند.

طرح درمان: کارل موافقت کرد که در یک جلسه محلی AA به صورت روزانه همراه با روان درمانی هفتگی شرکت کند. او هم‌چنین موافقت کرد که برای ارزیابی دارو به روانپزشک مراجعه کند.

۱،۱۲ ویژگی های کلیدی اختلالات مواد

یک ماده مخدر یک ماده شیمیایی است که هنگام سیگار کشیدن، تزریق، نوشیدن، استنشاق، خرخر کردن یا قورت دادن آن، خلق و خو یا رفتار فرد را تغییر می دهد. اختلالات مرتبط با مواد منعکس کننده الگوهای سوء مصرف این مواد، مسمومیت ناشی از آن و پیامدهای قطع مصرف این مواد است. فردی که در حالت ترک مواد قرار دارد تغییرات فیزیولوژیکی و روانی را نشان می دهد که بسته به ماده واقعی درگیر متفاوت است. تاب آوری زمانی اتفاق می افتد که یک فرد برای دستیابی به اثرات مورد نظر خود به مقادیر فزاینده ای از ماده نیاز داشته باشد، یا زمانی که فرد پس از استفاده از همان مقدار ماده، اثر کمتری را احساس کند.

ماده مخدر

یک ماده شیمیایی که خلق و خو یا رفتار فرد را هنگام کشیدن سیگار، تزریق، مستی، استنشاق، خرخر کردن یا بلعیدن تغییر می دهد.

ترک

تغییرات فیزیولوژیکی و روانی که زمانی رخ می دهد که فرد مصرف یک ماده را متوقف کند.

تاب آوری

میزان نیاز فرد به مقادیر بیش تر و بیش تر از یک ماده برای دستیابی به اثرات مورد نظر یا میزان کمتری از اثرات آن پس از استفاده از همان مقدار ماده است.

اختلال مصرف مواد مجموعه ای از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که نشان می دهد فرد به مصرف یک ماده ادامه می دهد، حتی اگر باعث ایجاد مشکلات قابل توجهی در زندگی او شود. پزشکان اختلالات مصرف مواد را با ارزیابی فرد بر اساس چهار دسته از علائم تشخیص می دهند: از دست دادن کنترل، آسیب اجتماعی، مصرف پرخطر و تغییرات دارویی. بر اساس تعداد علائمی که فرد نشان می دهد، پزشکان درجه بندی شدت را از خفیف تا شدید تعیین می کنند.

اگرچه بسیاری از مردم به این اختلالات به عنوان یک «اعتیاد» اشاره می کنند، اما نویسندگان DSM-۵ اصطلاح اختلال مصرف مواد را ترجیح می دهند، زیرا معتقدند دقیق تر است و مفاهیم منفی کمتری دارد. به طور مشابه، از افراد مبتلا به این اختلالات نه به عنوان «معتاد» بلکه به عنوان «افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد» یاد می شود. البته مردم هنوز هم از اعتیاد و معتاد در مکالمات عادی استفاده می کنند، اما این اصطلاحات در اصطلاحات رسمی تشخیصی DSM-۵ گنجانده نشده است. اصطلاح اعتیاد در نام فصل فقط به عنوان یک اصطلاح توصیفی ظاهر می شود.

افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد از اثرات قابل توجهی بر زندگی روزمره خود رنج می برند. آن ها تعهدات خود را در محل کار نادیده می گیرند و تعهدات آن ها نسبت به خانه و خانواده از بین

اختلال مصرف مواد

مجموعه‌ای از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی که نشان می‌دهد فرد از یک ماده با وجود مشکلات مهم مرتبط با مواد استفاده می‌کند.

مسمومیت با مواد

تجربه ناسازگار موقت تغییرات رفتاری یا روانی که به دلیل تجمع یک ماده در بدن است.

می‌رود. آن‌ها ممکن است شروع به پذیرش خطراتی کنند که شخصا خطرناک است و دیگران را در معرض خطر قرار می‌دهد، مانند رانندگی یا کار با ماشین آلات در حالت مستی.

منطقی است که مشکلات قانونی ممکن است برای افرادی که مواد مصرف می‌کنند ایجاد شود. آن‌ها علاوه بر دستگیری به دلیل رانندگی در حالی که تحت تاثیر یک ماده هستند، ممکن است با اتهامات رفتار نادرست یا رفتار تهاجمی روبه‌رو شوند. اختلالات مصرف مواد همچنین اغلب باعث ایجاد مشکلات بین فردی نیز می‌شود، زیرا مصرف بیش از حد مواد مخدر یا الکل باعث ایجاد فشار در روابط با خانواده، دوستان و همکاران می‌شود. در موارد شدید، این اختلالات همچنین می‌تواند منجر به مشکلات سلامتی و حتی مرگ زودرس شود.

اختلالات مرتبط با مواد نیز شامل اختلالات ناشی از مواد است که اختلالات ناشی از اثرات خود ماده است.

افراد زمانی که اثرات دارو را بر عملکرد فیزیولوژیکی خود تجربه می‌کنند و علائم اختلال قابل توجهی را نشان می‌دهند، تشخیص **مسمومیت با مواد** دریافت می‌کنند. میزان مسمومیت با مواد بستگی به داروی خاص، سرعت عمل و مدت اثر آن دارد. جذب موثر داروهای داخل وریدی یا قابل دود کردن در جریان خون می‌تواند منجر به مسمومیت شدیدتری نسبت به داروهای مصرف شده به شکل قرص شود.

دسته دوم اختلالات ناشی از مواد شامل مواردی است که اثرات ترک را منعکس می‌کند، که در آن افراد تغییرات رفتاری مخصوص به ماده خاص را ایجاد می‌کنند. این تغییرات شامل تغییرات فیزیولوژیکی و شناختی مرتبط با قطع ماده مورد نظر است. سایر اختلالات نیز می‌تواند به عنوان تابعی از مصرف مواد رخ دهد، از جمله اختلال روان پریشی، اختلال خلقی، اختلال اضطراب، اختلال عملکرد جنسی و اختلال خواب. افراد ممکن است همبودی اختلال مرتبط با مواد را با شرایط دیگری مانند اختلال اضطراب یا اختلال خلقی نشان دهند.

آنچه در DSM-۵ وجود دارد**ترکیب سوء استفاده و وابستگی**

نویسندگان DSM-۵ سوء استفاده و وابستگی را با آنچه که اکنون «ختلال مصرف مواد» نامیده می‌شود ترکیب کردند. افراد تنها بر اساس دو معیار تشخیص داده می‌شوند، اما بر اساس درجه شدت علائمشان رتبه‌بندی می‌شوند. منتقدان بر این باورند که سیستم تجدیدنظر شده ممکن است اختلال مرتبط با مواد را در بسیاری از افراد با علائم خفیف که «اعتیاد» ندارند، تشخیص دهد (مارتین، استینلی، ورگس، و شر، ۲۰۱۱). با این حال، رتبه‌بندی ابعادی از نظر تئوری به پزشکان اجازه می‌دهد تا درجه‌بندی این اختلال را از سطوح خفیف تا شدید فراهم کنند.

دومین تغییر عمده در DSM-۵، انتقال ترک کافئین از یک دسته تحقیقاتی به تشخیص بالینی بود. نویسندگان DSM-۵ استدلال کردند که شواهد کافی از جمعیت‌های بزرگ وجود دارد که تشخیص این وضعیت را به عنوان یک تشخیص روانپزشکی تضمین می‌کند. علاوه بر این، آن‌ها بر این باورند که با تشخیص این عارضه، پزشکان احتمال بیش‌تری دارد که افرادی را که علائم آن را دارند، تشخیص دهند و سپس به درستی درمان کنند. بسیاری از مصرف‌کنندگان کافئین که از ترک کافئین رنج می‌برند علائم خود را به سایر اختلالات نسبت می‌دهند که منجر به استفاده غیر ضروری از مراقبت‌های بهداشتی و هزینه‌های مرتبط می‌شود. گنجاندن این تشخیص ممکن است به آن‌ها در دریافت مداخلات مورد نیاز کمک کند.

۱۲،۲ اختلالات مرتبط با مواد خاص

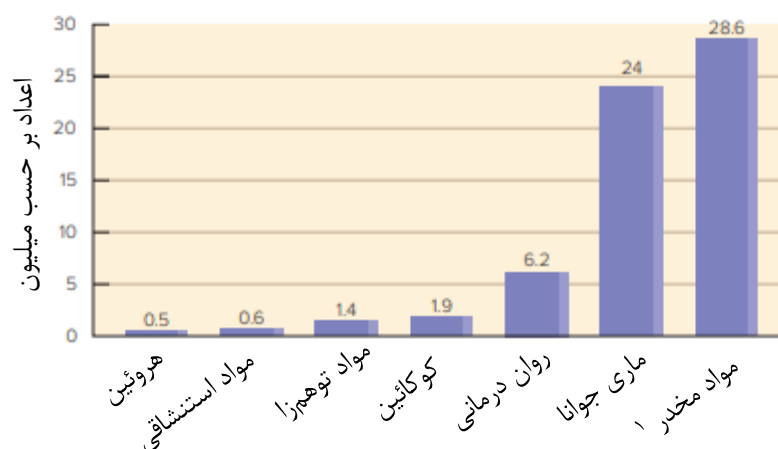
نرخ فزاینده وابستگی به مواد افیونی در ایالات متحده توجه گسترده‌ای را به خود جلب کرده است، در حالی که قانونی شدن ماری جوانا نگرانی‌های متفاوت اما به همان اندازه مبرم را ایجاد می‌کند. همان‌طور که کارشناسان بهداشت عمومی و سیاستمداران به دنبال راه‌هایی برای به حداقل رساندن اثرات مصرف مواد بر جمعیت‌های در معرض خطر هستند، معیارهای تشخیصی DSM-۵ یک طبقه‌بندی برای ارزیابی دامنه مشکلات مرتبط با مواد روانگردان از جمله الکل ارائه می‌دهد.

بر اساس نظرسنجی ملی مصرف مواد مخدر و سلامت روان (NSDUH) دولت ایالات متحده (SAMHSA)، در سال ۲۰۱۶ حدود ۱۱ درصد از جمعیت، حداقل یک بار در ۳۰ روز گذشته از مواد مخدر استفاده کرده‌اند (یعنی آن‌ها کاربران فعلی بودند) (SAMHSA، ۲۰۱۸). ماری جوانا

متداول ترین ماده مصرفی است، با ۲۸,۶ میلیون نفر افراد ۱۲ ساله و بالاتر، در یک ماه گذشته در ایالات متحده از هرگونه مواد مخدر غیرقانونی استفاده کرده‌اند. تعداد مصرف کنندگان تمام مواد مخدر غیرقانونی در شکل ۱ نشان داده شده است.

میزان مصرف مواد مخدر غیرقانونی فعلی توسط افراد ۱۲ ساله و بالاتر به طور قابل توجهی بر اساس گروه جمعیتی متفاوت است. طبق NSDUH، سه ویژگی مهم گروه‌بندی عبارتند از نژاد/قومیت، سن و جنسیت. میزان مصرف مواد مخدر غیرقانونی در ماه گذشته برای سرخپوستان آمریکایی یا بومیان آلاسکا ۱۵,۷ درصد است، پس از آن در میان افرادی که سیاه‌پوست یا آمریکایی آفریقایی تبار هستند ۱۲,۵ درصد، برای سفیدپوستان ۱۰,۸ درصد، برای اسپانیایی‌ها یا لاتین تبارها ۹,۲ درصد و برای آسیایی‌ها ۴,۱ درصد است. این میزان معمولاً با افزایش سن از اوج ۲۲,۳ درصد در سنین ۱۸ تا ۲۵ سال به ۱,۹ درصد در سنین ۶۵ سال و بالاتر کاهش می‌یابد. میزان مصرف مواد مخدر در مردان (۱۲,۸ درصد) بیش‌تر از زنان (۸,۵ درصد) است. مصرف مواد مخدر غیرقانونی در میان فارغ‌التحصیلان دانشگاهی، شاغلان و غرب میانه کم‌تر و در میان افرادی که در شهرها زندگی می‌کنند بیش‌تر است (SAMHSA، ۲۰۱۸).

بیش‌تر داروهای سوء مصرف به طور مستقیم یا غیرمستقیم مرکز پاداش مغز را با پر کردن مدارهای آن با دوپامین هدف قرار می‌دهند، همان‌طور که در شکل ۲ می‌بینید. تحریک بیش از حد سیستم پاداش، اثرات سرخوشی را ایجاد می‌کند که سوء مصرف کنندگان به دنبال آن هستند و آن‌ها را به رفتاری سوق می‌دهد که باعث می‌شود به آن‌ها اجازه دهید این تجربه را تکرار کنند. مواد مخدر نسبت به «اوج»‌های طبیعی تولید شده توسط فعالیت‌هایی مانند غذا خوردن و رابطه جنسی اعتیاد آورتر هستند زیرا آن‌ها دوپامین بسیار بیش‌تری (۲ تا ۱۰ برابر بیش‌تر) نسبت به پاداش‌های طبیعی آزاد می‌کنند و اثرات آن بسیار طولانی‌تر است. با گذشت زمان، نوروپات‌های موجود در این مسیرهای دوپامین در پاسخ به این افزایش‌های دوپامین، «تنظیم» می‌شوند، به این معنی که خود به تنهایی دوپامین کم‌تری تولید می‌کنند یا تعداد گیرنده‌های دوپامین را کاهش می‌دهند. سپس کاربران باید داروها را مصرف کنند تا سطح دوپامین خود را به حالت عادی برگردانند. برای تجربه اثراتی که در ابتدا از داروها تجربه کردند، باید سطوح بالاتر و بالاتر را نیز مصرف کنند. به عبارت دیگر، آن‌ها تاب‌آوری را افزایش می‌دهند.

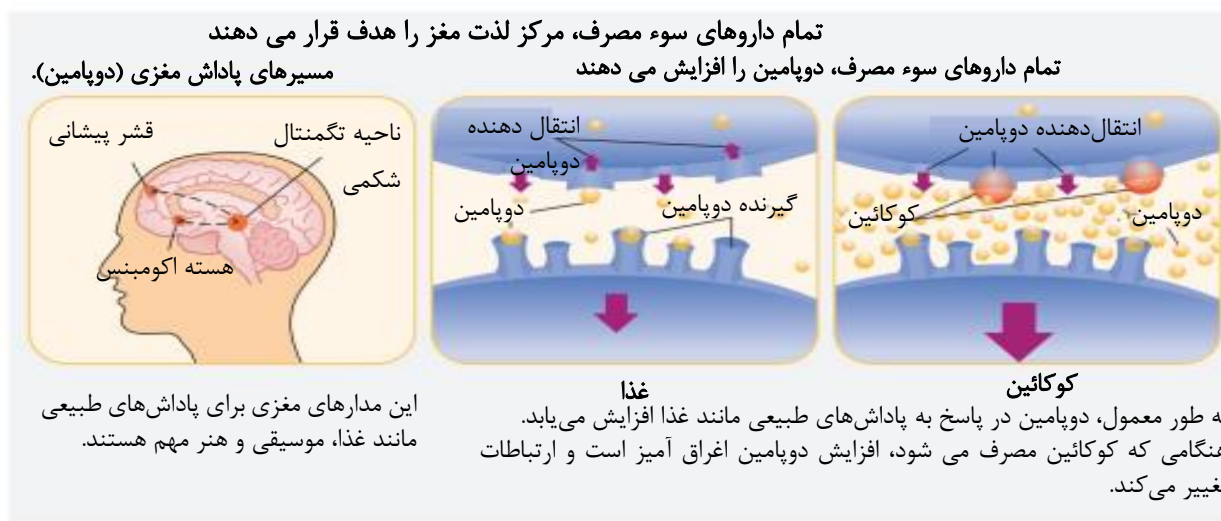


^۱ مواد غیرقانونی شامل ماری‌جوانا/حشیش، کوکائین (شامل کراک)، هروئین، مواد توهم‌زا، مواد استنشاقی یا روان‌درمانی‌های تجویزی است که به صورت غیرپزشکی استفاده می‌شوند.

شکل ۱ ماه گذشته غیرقانونی ۲۸,۶ مصرف مواد مخدر در میان افراد ۱۲ ساله یا بیش‌تر: ایالات متحده، ۲۰۱۶

منبع: اداره خدمات بهداشت روانی و سوء مصرف مواد. (۲۰۱۸). برگرفته از

<https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-DetTabs-2016/NSDUH-DetTabs-2016.htm#tab1-29A> ۴/۹/۲۰۱۸



شکل ۲ اثرات سوء مصرف مواد مخدر بر مسیرهای دوپامین (استفاده از کوکائین به عنوان مثال)

علاوه بر دوپامین، برخی از داروهای سوء مصرف نیز بر گلوتامات، یک انتقال دهنده عصبی فعال در حافظه و یادگیری تاثیر می گذارند. سوء مصرف طولانی مدت مواد مخدر می تواند سطح گلوتامات فرد را کاهش دهد و منجر به اختلالات حافظه شود.

از آن جایی که کاربران یاد می گیرند که احساسات لذت بخش استفاده از دارو را با نشانه هایی در محیطی که هنگام مصرف دارو وجود داشت، مرتبط کنند، پاسخ های شرطی کلاسیکی را ایجاد می کنند که اعتیادشان را حفظ می کند.

افراد مبتلا به اختلالات خلقی و اضطرابی بیش تر احتمال دارد از مواد سوء مصرف کنند. در سال ۲۰۱۶، ۳٫۷ میلیون نفر در ایالات متحده با یک اختلال روانی از مواد مخدر استفاده کردند. از این تعداد، ۱٫۳ میلیون مواد افیونی و ۱٫۷ میلیون ماری جوانا استفاده کردند (SAMHSA، ۲۰۱۸). شایع ترین بیماری های همراه عبارتند از اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی، اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت ضد اجتماعی. افراد مبتلا به اسکیزوفرنی بیش تر مستعد مصرف الکل و تنباکو و اختلالات مصرف مواد مخدر هستند. تخمین ها حاکی از آن است که ۴۳ درصد از افرادی که برای مصرف داروهای مسکن تحت درمان قرار می گیرند، دارای تشخیص یا علائم اختلالات روان شناختی، به ویژه اختلالات افسردگی اساسی و اضطراب هستند (NIDA، ۲۰۱۸ الف).

سه راه ممکن برای توسعه مصرف مواد همراه و سایر اختلالات روانی وجود دارد (NIDA، ۲۰۱۸ الف). اولین مورد شباهت عوامل خطر در مصرف مواد و سایر اختلالات روانی است. دوم، افراد مبتلا به اختلالات یا علائم روانی ممکن است از مواد مخدر به عنوان نوعی خود درمانی استفاده کنند. سوم، افرادی که از مواد استفاده می کنند ممکن است متعاقبا به یک اختلال روانی مبتلا شوند، یا به دلیل تغییرات در فعالیت مغزی تولید شده توسط مواد یا به دلیل تغییر در شیوه زندگی باشد که استرس را تشدید می کند و به نوبه خود منجر به علائم افسردگی و اضطراب می شود.

مصرف مواد مخدر معمولا در نوجوانی شروع می شود، که هم چنین زمان افزایش آسیب پذیری در برابر سایر اختلالات روانی است. مصرف زودهنگام مواد مخدر هم چنین یک عامل خطر برای اختلال مصرف مواد بعدی و احتمالا برای توسعه بعدی اختلالات دیگر نیز است. این خطرات به ویژه در افرادی که آسیب پذیری ژنتیکی بالایی دارند رخ می دهد. در یک مطالعه به دنبال نوجوانان در اوایل

بزرگسالی، فقط آن دسته از مصرف کنندگان سنگین ماری جوانا با یک نوع ژن خاص، خطر ابتلا به اختلال اسکیزوفرنی فرم را به طور قابل توجهی بالاتر داشتند (کاسپی و همکاران، ۲۰۰۵).

نرخ بالای اختلالات مصرف مواد نیز در افراد آسیب دیده از نظر جسمی یا عاطفی رخ می‌دهد. این موضوع نگرانی خاصی برای جانبازانی است که از جنگ عراق و افغانستان بازگشته‌اند (NIDA، ۲۰۱۳). تقریباً نیمی از جانبازانی که تشخیص PTSD دارند، دارای اختلال مصرف مواد همبود هستند. علاوه بر این، محققان تخمین می‌زنند که ۴۵ درصد از مجرمان در زندان‌های ایالتی و محلی دارای اختلال سلامت روان و مصرف مواد هستند. افراد مبتلا به اختلال مواد همراه و PTSD یا سابقه جنایی ممکن است در دریافت درمان مشکل داشته باشند. جانبازان مبتلا به PTSD و اختلالات مواد، ممکن است تا زمانی که اختلال مصرف مواد درمان نشود، برای PTSD درمان نشوند. با این حال، کلینیک‌های سنتی اختلالات مواد ممکن است درمان PTSD را به تعویق بیندازند. مجرمان زندانی ممکن است در دریافت درمان مناسب در سیستم زندان نیز با مشکل مواجه شوند. واضح است که افراد مبتلا به اختلالات همراه با چالش‌های خاصی در درمان اختلالات مصرف مواد خود مواجه هستند.

الکل

افسرده

یک ماده روانگردان که باعث کاهش فعالیت سیستم عصبی مرکزی می‌شود.

تقویت

ترکیبی از اثرات دو یا چند ماده روانگردان به طوری که اثر کلی بیش‌تر از اثر هر یک از مواد به تنهایی باشد.

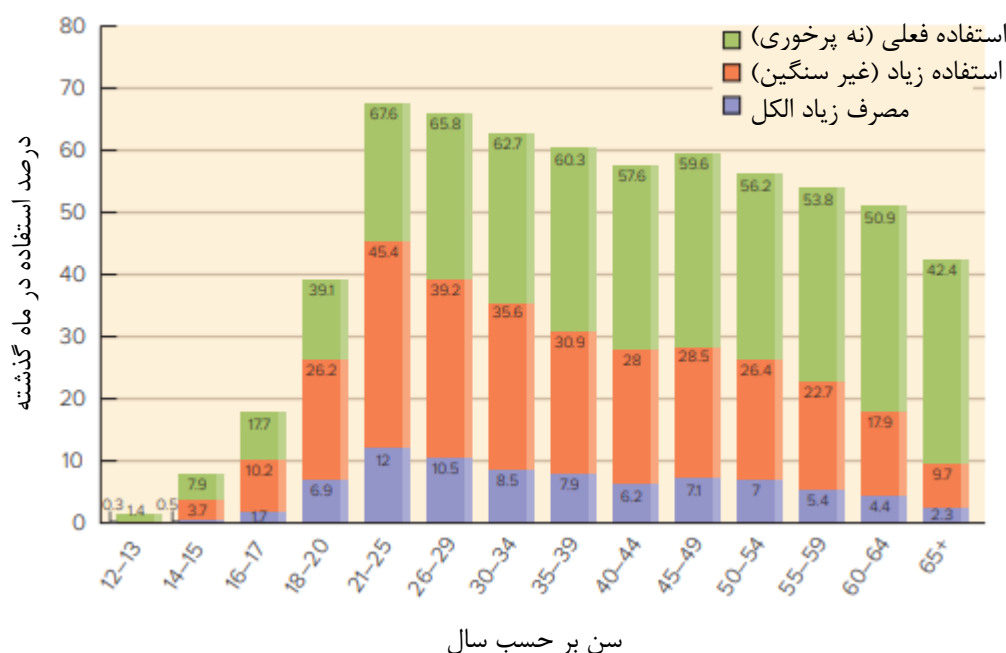
مصرف الکل با چندین دسته از اختلالات از جمله اختلالات مصرف، مسمومیت و ترک همراه است. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO)، در سراسر جهان سالانه ۳,۳ میلیون مرگ و میر ناشی از الکل وجود دارد که تقریباً ۶ درصد از کل مرگ و میرها را شامل می‌شود. ۵ درصد از هزینه‌های جهانی بیماری و آسیب ناشی از مصرف الکل است (WHO، ۲۰۱۵).

الگوهای مصرف الکل با سن مرتبط است (شکل ۳). جوانان ۲۱ تا ۲۵ ساله بیش‌ترین میزان مصرف زیاد الکل و بالاترین میزان مصرف زیاد الکل را دارند. میزان پرخوری و نوشیدن زیاد الکل در بزرگسالی به شدت کاهش می‌یابد. در بین افراد ۶۵ سال و بالاتر، ۹,۷ درصد مشروبات الکلی و ۲,۳ درصد مشروبات الکلی سنگین مصرف می‌کنند (SAMHSA، ۲۰۱۸).

اگرچه میزان مصرف الکل بر اساس سن در سنین ۶۵ سال و بالاتر کم‌تر است، اما مطالعات طولی تصویر متفاوتی را ارائه می‌دهد. احتمال کمی وجود دارد که افراد بعد از سال‌های جوانی شروع به مصرف الکل کنند، اما بسیاری از آن‌ها در طول بزرگسالی به الگوهای ایجاد شده قبلی خود در

اختلال مصرف الکل ادامه می‌دهند. با این حال، بزرگسالانی که در حال گذراندن تغییرات خاصی در زندگی هستند، ممکن است الگوهای مصرف الکل خود را تغییر دهند. برای مردان، والدین با میزان کم‌تر مصرف الکل پس از ۳۸ سالگی همراه است. زنان الگوی مخالف را نشان می‌دهند. مردانی که شغل خود را از دست می‌دهند بالاترین میزان مصرف الکل را پس از ۳۸ سالگی دارند. برای زنان، هیچ رابطه‌ای بین وضعیت شغلی و تداوم مصرف الکل وجود ندارد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که روابط بین مصرف الکل، گذارهای زندگی و جنسیت پیچیده است و پیری به تنهایی برای درک تغییرات مرتبط با سن در اختلالات مصرف الکل کافی نیست (ورگس و همکاران، ۲۰۱۱).

برای درک این که الکل چگونه بر رفتار تاثیر می‌گذارد، در نظر بگیرید که از دیدگاه فیزیولوژیکی الکل یک **سرکوب‌کننده** سیستم عصبی است و نحوه تاثیر آن بر فرد بستگی به میزان مصرف مصرف کننده دارد. در مقادیر کم، الکل اثرات آرام بخشی دارد و بنابراین مصرف کننده احساس آرامش بیشتری می‌کند. با مقادیر بیش‌تر، مصرف کنندگان الکل ممکن است احساس برون گرایی، اعتماد به نفس و عدم مهار بیش‌تری کنند. فراتر از این نقطه، اثرات افسردگی آشکار می‌شود و باعث می‌شود که کاربران دچار خواب آلودگی، عدم هماهنگی فیزیکی، بدحالی و تحریک‌پذیری شوند. حتی در مقادیر بیش‌تر، الکل می‌تواند کشنده باشد و عملکردهای حیاتی فرد را متوقف کند. هنگامی که فرد الکل را با داروهای دیگر مخلوط می‌کند، اثرات شدیدتری نیز رخ می‌دهد. **تقویت** باعث می‌شود که اثرات دو دارو با هم بیش‌تر از اثر هر یک از مواد به تنهایی باشد. به عنوان مثال، ترکیب الکل با یک داروی افسردگی دیگر می‌تواند یک نتیجه کشنده داشته باشد.



شکل ۳ مصرف الکل فعلی، زیاده روی، و شدید در بین افراد ۱۲ ساله یا بالاتر، بر اساس سن: ۲۰۱۸

سرعت جذب الکل در جریان خون به عوامل متعددی بستگی دارد، از جمله این که فرد چقدر مصرف می کند و در چه دوره زمانی، و این که آیا غذا در دستگاه گوارش وجود دارد یا خیر. عامل دیگر میزان متابولیسم مصرف کننده است (میزانی که بدن مواد غذایی را به انرژی تبدیل می کند). یک فرد متوسط الکل را با سرعت یک سوم اونس الکل ۱۰۰ درصد در ساعت متابولیزه می کند که معادل یک اونس ویسکی در ساعت است. به دنبال یک دوره مصرف زیاد الکل، فرد احتمالاً سندرم پرهیز یا پدیده ای را که معمولاً «خماری» نامیده می شود، تجربه می کند. علائم سندرم پرهیز شامل طیف وسیعی از پدیده ها از جمله تهوع و استفراغ، لرزش، تشنگی شدید، سردرد، خستگی، تحریک پذیری، افسردگی و سرگیجه است. مانند جذب الکل، میزان سندرم پرهیز که فرد تجربه می کند، میزان و نرخ مصرف الکل و میزان متابولیک فرد را منعکس می کند.

بیماری ورنیکه

شکل برگشت پذیر
اختلال عصبی شناختی
مرتبط با مصرف
طولانی مدت الکل.

به طور مستقیم یا غیرمستقیم، الکل تقریباً بر تمام سیستم های بدن تاثیر می گذارد. استفاده طولانی مدت می تواند منجر به آسیب دائمی مغز، با علائم زوال عقل، خاموشی، تشنج، توهم و آسیب به بخش های محیطی سیستم عصبی شود. دو نوع زوال عقل با مصرف طولانی مدت الکل همراه است.

سندرم کورساکوف

شکل دائمی اختلال عصبی شناختی مرتبط با مصرف طولانی مدت الکل که در آن فرد دچار یازدودگی پس گستر و متقاطع می شود که منجر به ناتوانی

در یادآوری رویدادهای اخیر یا یادگیری اطلاعات جدید می شود.

یازدودگی پیش گستر

فراموشی شامل از دست دادن حافظه برای رویدادهای گذشته.

فراموشی جلورونده فراموشی شامل ناتوانی در به خاطر سپردن اطلاعات جدید.

بیماری ورنیکه یک بیماری حاد و بالقوه برگشت پذیر است که با هذیان، اختلالات حرکتی چشم، مشکلات در حرکت و تعادل، و زوال اعصاب محیطی دست ها و پاها مشخص می شود. این خود الکل نیست، بلکه کمبود تیامین (ویتامین B^۱) است که باعث بیماری ورنیکه می شود. استفاده طولانی مدت از الکل به توانایی بدن برای متابولیسم مواد مغذی آسیب می رساند و مصرف کنندگان الکل اغلب الگوی کلی تغذیه نامناسب دارند. مصرف کافی تیامین می تواند بیماری ورنیکه را معکوس کند.

سندرم کورساکوف شکل دائمی زوال عقل است که در آن فرد دچار یازدودگی پس گستر، ناتوانی در به خاطر سپردن وقایع گذشته، و یازدودگی پیش گستر، ناتوانی در به خاطر سپردن اطلاعات جدید می شود. شانس بهبودی از سندرم کورساکوف کمتر از یک در چهار نفر است و از هر چهار نفری که به این اختلال مبتلا هستند، یک نفر نیاز به بستری دائمی دارد.

مصرف الکل سنگین مزمن هم چنین باعث ایجاد تعدادی تغییرات مضر در بقیه بدن خارج از سیستم عصبی، از جمله کبد، سیستم گوارشی، استخوان ها، ماهیچه ها و سیستم ایمنی می شود. هنگامی که افراد به طور ناگهانی مصرف الکل را پس از دوره های مصرف مزمن متوقف می کنند، ممکن است اختلالات خواب، اضطراب عمیق، لرزش، بیش فعالی سیستم عصبی سمپاتیک، روان پریشی، تشنج یا مرگ را تجربه کنند.

یک مورد کوچک

اختلال مصرف الکل

مالا یک زن ۵۵ ساله متاهل و دگرجنسگرای اسرائیلی آمریکایی است. او از بدو تولد اولین فرزندش، یک مادر خانه نشین بوده است. هر روز بعدازظهر، مالا خودش اولین دایکوئیریس را درست می کند. در بسیاری از شبها، زمانی که شوهرش از سر کار به خانه می-رسد، او روی مبل بیهوش می شود. مالا یک سال پیش پس از این که سه بار به اتهام رانندگی در حالت مستی دستگیر شد، گواهینامه رانندگی خود را از دست داد. اگرچه خانواده اش از او خواسته اند تا برای اختلالش درمان شود، اما او این مشکل را انکار می کند زیرا می تواند نوشیدن الکل خود را «کنترل» کند. مالا که مادر سه کودک بالغ بود، در حدود ۴۵ سالگی، زمانی که کوچک ترین فرزندش به دانشگاه رفت، شروع به نوشیدن کرد. قبل از آن، او به شدت خود را با فعالیت های فوق برنامه فرزندانش مشغول می کرد. وقتی هر روز بعدازظهر خود را تنها می دید، با خوردن یک کوکتل زود هنگام آرامش می گرفت. در طی چندین سال، کوکتل روزانه به یک سری از پنج یا شش نوشیدنی مخلوط قوی تبدیل شد. دختر بزرگ مالا اخیرا اصرار کرده است که برای مادرش کاری انجام شود. او نمی خواهد ببیند که مالا به بیماری مرگبار مرتبط با الکل مبتلا شده است که باعث مرگ زودرس مادر بزرگش شد.

نظریه ها و درمان اختلالات مصرف الکل

دیدگاه های بیولوژیکی مطالعات دوقلو، خانواده و فرزندخواندگی به طور مداوم به اهمیت عوامل ژنتیکی به عنوان عوامل موثر در اختلالات مرتبط با الکل اشاره می کنند که وراثت پذیری تخمینی آن بین ۵۰ تا ۶۰ درصد است. با این حال، تعیین دقیق ژن های مسئول اختلالات مرتبط با الکل، چالش بزرگی برای محققان است، زیرا به احتمال زیاد ژن های متعددی در انتقال آن ها فعال هستند (سالواتور و همکاران، ۲۰۱۸). بزرگ ترین موفقیت از مطالعاتی حاصل شده است که ارتباط بین ژن هایی را که متابولیسم الکل و انتقال عصبی را کنترل می کنند، بررسی می کنند. محققان در تلاشند تا تغییرات در برخی از این ژن ها را نه تنها با الگوهای مصرف الکل، بلکه با اختلالات همراه مانند اختلال اضطراب اجتماعی، ویژگی های شخصیتی و پیش بینی کننده های دوران کودکی مرتبط کنند (رامباو و همکاران، ۲۰۱۸).

به نظر می‌رسد تاثیرات اجتماعی-فرهنگی نیز با آسیب‌پذیری ژنتیکی در تعامل است. در یک مطالعه بزرگ در سراسر کشور بر روی بزرگسالان میان‌سالی، محققان تفاوت‌هایی را بین دو قلوها در میزان مصرف الکل، بر اساس وضعیت اجتماعی و اقتصادی پیدا کردند. در خانواده‌هایی که دارای سطوح اجتماعی-اقتصادی پایین‌تر هستند، به نظر می‌رسید که عوامل ژنتیکی نقش بیشتری نسبت به محیط داشته باشند. در خانواده‌های دارای موقعیت اجتماعی بالاتر، میزان مصرف الکل افراد تحت تاثیر عواملی مانند عادات و سنت‌های خانوادگی است (حمدی، کروگر و ساوث، ۲۰۱۵). این یافته‌ها از مدل دیاتز-استرس که استعداد ژنتیکی را به عوامل استرس‌زای محیطی مرتبط می‌کند، پشتیبانی می‌کند.



داروهایی مانند acamprosate که با نام تجاری Campral فروخته می‌شود، می‌تواند به درمان افراد مبتلا به اختلالات مصرف الکل کمک کند.

Stuart Aylmer/Alamy Stock Photo©

دی سولفیرام

معروف به Antabuse،

دارویی است که در درمان اعتیاد به الکل استفاده می‌شود که آلدهید دهیدروژناز (ALDH) را مهار می‌کند و در صورت ترکیب با الکل باعث واکنش‌های فیزیکی شدید می‌شود.

در دیدگاه بیولوژیکی، درمان افراد مبتلا به اختلالات مصرف الکل به داروهای تجویزی، به تنهایی یا همراه با درمان‌های مبتنی بر روان‌شناختی متکی است. تعداد زیادی از مطالعات به خوبی کنترل شده از استفاده از نالترکسون به عنوان کمکی در پیشگیری از عود حمایت می‌کنند. به عنوان یک آنتاگونیست گیرنده مواد افیونی، اثرات تولید مواد افیونی ناشی از الکل در بدن را شاید از طریق دخالت دوپامین از بین می‌برد (هیلماچر و همکاران، ۲۰۱۱). فردی که نالترکسون مصرف می‌کند کمتر احتمال دارد که اثرات لذت بخش الکل را تجربه کند و حتی کمتر از فکر کردن به آن لذت می‌برد. در نتیجه، تمایل کمتری به نوشیدن الکل در او احساس می‌شود و در نتیجه کمتر دچار عود نوشیدن سنگین می‌شود. تعداد زیادی از مطالعات شواهد حمایتی در مورد تاثیر نالترکسون بر نوشیدن الکل ارائه می‌کنند، از جمله توانایی آن در کاهش هوس‌های فرد و در نتیجه مصرف (هندرشات، واردل، ساموخالوف، و رهم، ۲۰۱۷).

دی سولفیرام دارویی است که بر اساس اصول درمان بیزاری عمل می‌کند. فردی که دی سولفیرام مصرف می‌کند و در یک دوره ۲ هفته ای الکل مصرف می‌کند، واکنش‌های فیزیکی ناخوشایندی از جمله برافروختگی، تپش قلب، افزایش ضربان قلب، کاهش فشار خون، تهوع و استفراغ، تعریق و سرگیجه را تجربه خواهد کرد. دی سولفیرام عمدتاً با مهار عمل آنزیمی که به طور معمول استالدهید، محصول سمی متابولیسم اتانول را تجزیه می‌کند، عمل می‌کند. اگرچه به اندازه نالترکسون موثر نیست، اما برای افراد با انگیزه بالا، به ویژه آن‌هایی که در محیط‌های تحت نظارت درمان می‌شوند و همچنین مسن‌تر هستند، سابقه مصرف نوشیدنی طولانی‌تری دارند و در جلسات الکلی‌های گمنام شرکت می‌کنند، اثربخش است (آریاس و کرانزler، ۲۰۰۸).

سومین دارویی که در درمان اختلالات مصرف الکل موثر است، آکامپروسات است، یک مشتق اسید آمینه که به نظر می‌رسد گیرنده‌های گلوتامات را تعدیل می‌کند. آکامپروسات با کاهش میل فرد به نوشیدن و در نتیجه کاهش میل به مصرف الکل به عنوان راهی برای کاهش اضطراب و سایر حالات روانی منفی، خطر عود را کاهش می‌دهد.

نظریه فرآیند دوگانه

یک نظریه در مورد مصرف الکل پیشنهاد می‌کند که فرآیندهای خودکاری وجود دارد که انگیزه نوشیدن الکل را ایجاد می‌کند و پردازش کنترل شده و پر تلاشی که این تکانه‌های خودکار را تنظیم می‌کند.

نظریه نزدیک بینی الکی

پیشنهاد می‌کند که از آن جایی که افراد مقادیر بیشتری الکل مصرف می‌کنند، احتمال بیش‌تری دارد که انتخاب‌های مخاطره آمیزی داشته باشند زیرا وسوسه فوری آن لحظه بر پیامدهای دراز مدت رفتار غلبه می‌کند.

شواهد در مورد آکامپروسات به طور کلی مثبت است، اگرچه افرادی که به نظر می‌رسد بیش‌ترین سود را از آن می‌برند، افرادی هستند که وقتی به الکل وابسته می‌شوند مسن‌تر هستند، علائم فیزیولوژیکی وابستگی بالاتری و سطوح بالاتری از اضطراب دارند (آریاس و کرانزler، ۲۰۰۸). افرادی که انگیزه بالایی برای پرهیز کامل در شروع درمان دارند، احتمال بیش‌تری دارد که دارو را ادامه دهند و بنابراین احتمال بهبودی بیش‌تری دارند (کوثر، ون دن برینک، و لهرت، ۲۰۱۰). به نظر می‌رسد افرادی که اخیراً الکل را ترک کرده‌اند و دارای وزن طبیعی یا نزدیک به نرمال هستند، از مزایای بیش‌تری برخوردار هستند (جورجیوا و همکاران، ۲۰۱۵).

دیدگاه های روان‌شناختی رویکردهای روان‌شناختی کنونی در مورد اختلالات مصرف الکل بر سیستم‌های شناختی تمرکز دارد که رفتار افراد را در مورد نوشیدن الکل هدایت می‌کند. طبق **نظریه فرآیند دوگانه**، یک سیستم شناختی فرآیندهای سریع و خودکاری را ایجاد می‌کند که انگیزه نوشیدن الکل را تحریک می‌کند. این فرآیندهای خودکار مبتنی بر ارتباطات مثبت مشروط با الکل است که افراد ایجاد کرده‌اند. سیستم دوم و کندتر شامل پردازش کنترل‌شده و پرزحمت است که به افراد اجازه می‌دهد تا آن انجمن‌های مثبت را تنظیم کرده و از آن جلوگیری کنند. تئوری فرآیند دوگانه بیان می‌کند که هر چه فرد بیش‌تر بتواند تکانه خودکار را مهار کند، احتمال مصرف بیش از حد الکل کم‌تر می‌شود (بچارا، نوئل و کرون، ۲۰۰۶). شخصیت ممکن است در این فرآیند نقش داشته باشد، زیرا به نظر می‌رسد افرادی که کنترل هیجانی پایین‌تری دارند، درگیر شدن در فرآیند عمدی مهار میل خود به نوشیدن را دشوارتر می‌دانند (استیونسون و همکاران، ۲۰۱۵).

مصرف الکل همچنین بر اساس انتظارات افراد در مورد آن‌چه که پس از مصرف الکل برای آن‌ها اتفاق می‌افتد هدایت می‌شود. افراد در اوایل زندگی، حتی قبل از این‌که برای اولین بار الکل را تجربه کنند، گرایش به الکل دارند. این‌ها می‌تواند شامل پتانسیل الکل برای کاهش تنش یا کمک به آن‌ها برای مقابله با چالش‌های اجتماعی، احساس بهتر یا جذاب‌تر یا هوشیاری ذهنی بیش‌تر باشد. انتظارات در مورد الکل همچنین می‌تواند شامل باورهای افراد در مورد خودکارآمدی آن‌ها یا توانایی آن‌ها برای مقاومت در برابر نوشیدن یا کنترل آن‌ها باشد (یانگ، کانر و فینی، ۲۰۱۱).

عوامل شناختی همچنین می‌توانند بر آن‌چه در هنگام مصرف الکل روی می‌دهد تاثیر بگذارند. طبق **نظریه نزدیک بینی الکی**، افراد با مصرف بیش‌تر الکل، تمرکز توجه خود را محدود می‌کنند

(بیلز و هاروی، ۲۰۱۷). این نظریه هم‌چنین پیش‌بینی می‌کند که وقتی افراد الکل می‌نوشند، احتمال بیش‌تری دارد که در رفتارهای تکانشی و بالقوه مضر مانند فعالیت‌های جنسی پرخطر شرکت کنند. به همین دلیل، شیوع زیاد نوشیدن الکل در پردیس‌های دانشگاهی نگرانی خاصی را ایجاد می‌کند. از آن‌جایی که افراد مقادیر بیش‌تری الکل مصرف می‌کنند، احتمال انتخاب‌های پرخطر بیش‌تری دارند، زیرا وسوسه فوری آن لحظه (مانند برقراری رابطه جنسی پرخطر) بر پیامدهای دراز مدت رفتار (مانند ابتلا به یک بیماری مقاربتی) غلبه می‌کند. (گریفین، Umstattd، و Usdan، ۲۰۱۰).

حتی افرادی که رفتارهای سبک زندگی سالمی دارند می‌توانند در معرض خطر اختلالات مصرف الکل باشند. در یک مطالعه بزرگ که مصرف الکل (آبجو) و مشارکت در فعالیت بدنی را مورد بررسی قرار داد، افرادی که فعالیت بیش‌تری داشتند نیز احتمال بیش‌تری داشت که در همان روز آبجو بنوشند (کانروی و همکاران، ۲۰۱۵). دانشجویان کالج که معتقدند مشغول فعالیت سالم هستند ممکن است احساس کنند که حق نوشیدن را «به دست آورده‌اند» و خود را در معرض خطر بالقوه ایجاد عادات منظمی قرار می‌دهند که در آن بیش از حد الکل مصرف می‌کنند.

پزشکانی که مداخلاتی را برای هدف قرار دادن افراد مبتلا به اختلالات مصرف الکل طراحی می‌کنند، با ارزیابی الگوهای مصرف الکل مشتریان خود شروع می‌کنند. AUDIT یا آزمون شناسایی اختلالات مصرف الکل که در جدول ۱ خلاصه شده است، یکی از این ابزارهاست (موسسه ملی سوء مصرف الکل و الکلیسم، ۲۰۰۷).

چندین رویکرد روانشناختی آزموده شده برای درمان اختلالات مصرف الکل وجود دارد. موفق‌ترین‌ها بر مداخلات شناختی-رفتاری، رویکردهای انگیزشی و دستکاری انتظار تکیه می‌کنند (آریاس و کرانزler، ۲۰۰۸). بخشی از درمان موثر، **پیشگیری از عود** است، که در آن پزشک اساساً «شکست» را در درمان ایجاد می‌کند. اگر مددجو تشخیص دهد که گاهی ممکن است لغزش‌هایی از پرهیز اتفاق بیفتد، پس از تحمل یک شکست موقت، کم‌تر احتمال دارد که درمان را به طور کامل کنار بگذارد. هم‌چنین ممکن است آموزش ذهن آگاهی به پیشگیری از عود اضافه شود تا به افراد کمک کند بینش بیش‌تری نسبت به عواملی که باعث عود آن‌ها می‌شوند به دست آورند و

پیشگیری از عود

روش درمانی که در آن افراد تشویق می‌شوند که فقدان پرهیز را به‌عنوان نشانه‌های شکست قطعی تلقی نکنند.

همچنین تشخیص دهند که مصرف مواد ممکن است راهی برای اجتناب از لحظه حال باشد (پنبرتی و همکاران، ۲۰۱۵).

پروژه COMBINE (ترکیب داروها و مداخلات رفتاری) جامع‌ترین پروتکل را برای درمان روانشناختی به عنوان بخشی از پروژه‌ای که توسط موسسه ملی سوء مصرف الکل و الکلیسم (NIAAA) تامین شده است، ایجاد کرد. شرکت کنندگان در این درمان، که به عنوان مداخله رفتاری ترکیبی (CBI) شناخته می‌شود (میلر، ۲۰۰۲)، بسته به نیازهای فردی خود، حداکثر ۲۰ جلسه دریافت می‌کنند که هربار به اندازه دو بار در هفته شروع می‌شود و تا ۱۶ هفته به دو هفته یا کم‌تر کاهش می‌یابد. تاکید اولیه CBI بر تقویت و حمایت اجتماعی برای پرهیز است. پزشکان در ابتدا درمان تقویت انگیزه را تعیین می‌کنند، به این معنی که سعی می‌کنند انگیزه خود مشتری را برای تغییر ترسیم کنند. سبک بالینی مورد استفاده در CBI از دیدگاه مصاحبه انگیزشی (جدول ۲) پیروی می‌کند، که در آن پزشک از یک سبک مشتری محور اما راهنمایی استفاده می‌کند.

جدول ۱ تست شناسایی اختلالات مصرف الکل («AUDIT»)

تست شناسایی اختلالات مصرف الکل (AUDIT) یک تست خود هدایتی را ارائه می‌دهد که افراد می‌توانند برای ارزیابی مصرف الکل، رفتارهای نوشیدن و مشکلات مربوط به الکل خود انجام دهند. در زیر خلاصه‌ای از سوالات موجود در AUDIT آمده است که هر یک از آن‌ها با مقیاس فراوانی رتبه بندی شده‌اند:

۱. چند وقت یکبار الکل می‌نوشید؟
۲. معمولاً در روز چند نوشیدنی الکلی می‌خورید؟
۳. هر چند وقت یکبار ۶ یا بیش‌تر نوشیدنی الکلی می‌خورید؟
۴. چند بار متوجه شده‌اید که پس از شروع نمی‌توانید نوشیدن روزانه را متوقف کنید؟
۵. نوشیدن مشروبات الکلی در طول یک سال گذشته چقدر شما را از انجام تعهداتتان باز داشته است؟
۶. در سال گذشته چند بار به اولین نوشیدنی در صبح نیاز داشتید تا بعد از یک شب نوشیدن زیاد به خودتان سر بزنید؟
۷. در طول سال گذشته چند بار بعد از نوشیدن الکل احساس گناه یا پشیمانی کرده‌اید؟
۸. چند بار در طول سال گذشته به دلیل مصرف زیاد الکل نتوانسته‌اید اتفاق روز قبل را به خاطر بیاورید؟

۹. آیا شما یا شخص دیگری به دلیل نوشیدن الکل صدمه دیده یا آسیب دیده است؟
۱۰. آیا یکی از نزدیکان شما یا یک متخصص مراقبت‌های بهداشتی در مورد نوشیدن شما با شما صحبت کرده یا پیشنهاد کرده است که مصرف آن را کاهش دهید؟

منبع: اقتباس شده از <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/files/AUDIT.pdf>

پزشکان از خانواده‌ها و سایر افراد مهم انتظار دارند و آن‌ها را تشویق می‌کنند که در طول درمان شرکت کنند، و همچنین کمک متقابل و مشارکت در بین درمانجویان، از جمله شرکت در الکی-های گمنام (AA) را تشویق می‌کنند. CBI شامل مازول‌های محتوایی با تمرکز بر مهارت‌های مقابله‌ای (برای مقابله با هوس‌ها و تمایلات)، راه‌های امتناع از نوشیدنی‌ها و اجتناب از فشار اجتماعی برای نوشیدن، مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های ابراز وجود، مدیریت خلق و خوی، مشاوره اجتماعی و تفریحی، حمایت اجتماعی از هوشیاری و مهارت‌های کارایی است. در صورت نیاز، پزشکان همچنین ممکن است هوشیاری را کنترل کنند، مشاوره تلفنی ارائه دهند و مداخله در بحران را ارائه دهند. آن‌ها همچنین روبه‌هایی را برای کار با درمانجویانی که در طول درمان نوشیدن الکل را از سر می‌گیرند، در نظر گرفتند. در پایان دوره درمان، درمانجویان وارد مرحله نگهداری می‌شوند و سپس در یک جلسه خاتمه درمان را کامل می‌کنند.

مطالعه COMBINE به ارزیابی اثربخشی نالترکسون و آکامپروسات به تنهایی و در ترکیب با CBI، با استفاده از دارونما و مدیریت پزشکی به عنوان شرایط کنترل ادامه می‌دهد. علی‌رغم این واقعیت که CBI به تنهایی در ابتدا موفقیت کم‌تری نسبت به CBI به همراه دارو و مدیریت در تولید روزهای پرهیز داشت، اما ۱ سال پس از پایان درمان، گروهی که فقط CBI دریافت می‌کردند، تفاوت معنی‌داری با گروه دریافت‌کننده دارو نداشتند (آنتون و همکاران، ۲۰۰۶). مطالعات بعدی به بررسی مکانیزم‌های ترویج تغییر در الگوهای الکل از طریق دارو به تنهایی یا همراه با CBI ادامه می‌دهد. یکی از مسیرهای امیدوارکننده، نقش هوس را به عنوان یک عامل مشترک تحت تاثیر نالترکسون و قرار گرفتن در معرض CBI بررسی می‌کند (سابارامن و همکاران، ۲۰۱۳).

جدول ۲ مقایسه بین گوش دادن بازتابی و سایر پاسخ‌های درمانگر به اظهارات درمانجو

درمانجو: حدس می‌زنم گاهی اوقات زیاد الکل می‌نوشم، اما فکر نمی‌کنم با الکل مشکلی داشته باشم.
رویارویی: بله شما این کار را می‌کنید! چگونه می‌توانید آن‌جا بنشینید و به من بگویید که مشکلی ندارید وقتی ...
سوال: چرا فکر می‌کنید مشکلی ندارید؟
بازتاب: بنابراین از یک طرف می‌توانید دلایلی برای نگرانی ببینید و واقعا نمی‌خواهید به شما برچسب «مشکل داشتن» بزنند.
درمانجو: همسرم همیشه به من می‌گوید که من الکی هستم.
قضاوت: چه اشکالی دارد؟ او احتمالا دلایل خوبی برای این فکر دارد.
سوال: چرا او چنین فکر می‌کند؟
بازتاب: و این واقعا شما را آزار می‌دهد.
درمانجو: اگر نوشیدن الکل را ترک کنم، قرارهای دوستانه به دوستانم چه بگویم؟
توصیه: حدس می‌زنم باید موارد جدیدی تهیه کنید.
پیشنهاد: خوب، شما فقط می‌توانید به دوستان خود بگویید که دیگر مشروب نمی‌خورید، اما هم‌چنان می‌خواهید آن‌ها را ببینید.
بازتاب: تصور این که زندگی بدون الکل چگونه خواهد بود برای شما سخت است.

منبع: Miller, W. R. (۲۰۰۲). راهنمای مداخله رفتاری ترکیبی: راهنمای تحقیقات بالینی برای درمانگرانی که افراد مبتلا به سوء مصرف و وابستگی به الکل را درمان می‌کنند، MD, Bethesda: موسسه ملی مصرف الکل و الکلیسم.

دیدگاه اجتماعی-فرهنگی محققان و نظریه پردازانی که در چارچوب دیدگاه اجتماعی-فرهنگی کار می‌کنند، عوامل استرس‌زا در خانواده، جامعه و فرهنگ را به عنوان عواملی در نظر می‌گیرند که وقتی با آسیب‌پذیری ژنتیکی ترکیب می‌شوند، فرد را به سمت ابتلا به اختلال مصرف الکل سوق می‌دهند. همان‌طور که قبلا اشاره شد، به نظر می‌رسد وضعیت اجتماعی-اقتصادی با آسیب-پذیری ژنتیکی به عنوان تأثیری بر میزان مصرف الکل افراد در تعامل است. به نظر می‌رسد افرادی

که در خانواده‌های با وضعیت بالاتری قرار دارند، الگوهای نوشیدن بیش‌تر تحت تاثیر الگوها و ترجیحات خانوادگی هستند تا ژنتیک.

حمایت از دیدگاه اجتماعی-فرهنگی اولین بار در یک مطالعه طولی برجسته در اوایل دهه ۱۹۸۰ آشکار شد. محققان افراد را از کودکی یا نوجوانی تا بزرگسالی دنبال کردند، زمانی که اکثر افرادی که به الکل وابسته می‌شوند، از مصرف اجتماعی یا گاه به گاه الکل به یک اختلال مصرف الکل تبدیل می‌شوند (زوک و گومبرگ، ۱۹۸۶). افرادی که سابقه رفتارهای ضداجتماعی در دوران کودکی داشتند، مانند رفتار پرخاشگرانه و سادیستی، مشکلات مربوط به قانون، سرکشی، پیشرفت تحصیلی بدتر، سال‌های کمتر تحصیل در مدرسه، و میزان بیش‌تر فرار از مدرسه، بیش‌تر در معرض ابتلا به اختلال مصرف الکل در بزرگسالی بودند. این افراد هم‌چنین رفتارهای مختلفی از خود نشان دادند که احتمالاً نشان‌دهنده اختلال عملکرد عصبی اولیه است، از جمله عصبی بودن و ناراحتی در نوزادان، بیش‌ فعالیت در کودکی و هماهنگی بدنی ضعیف در طول مراحل رشد حرکتی طبیعی. محققان به این نتیجه رسیدند که این ویژگی‌ها منعکس‌کننده یک آسیب‌پذیری مبتنی بر ژنتیک است که وقتی با استرس‌های محیطی ترکیب می‌شود، منجر به ایجاد اختلال مصرف الکل می‌شود. خانواده‌ها هم‌چنین می‌توانند حمایت اجتماعی را به روش‌های دیگری که بر مصرف الکل توسط نوجوانان تاثیر می‌گذارد، ارائه دهند. در یک مطالعه ۲ ساله بر روی بیش از ۸۰۰ نوجوان حومه شهر، کسانی که سطح بالایی از حمایت اجتماعی را از خانواده خود دریافت کردند، کم‌تر احتمال داشت که الکل مصرف کنند. به نظر می‌رسد که این تاثیر اساساً به این دلیل است که این خانواده‌ها نیز بیش‌تر بر مذهب در خانه تاکید می‌کنند. علاوه بر این، نوجوانانی که نمرات خوبی در مدرسه کسب می‌کردند، بیش‌تر از خانواده‌هایشان حمایت اجتماعی دریافت می‌کردند، که به نوبه خود با میزان کم‌تر مصرف الکل همراه بود. نوجوانانی که از الکل استفاده می‌کردند در طول مطالعه عملکرد ضعیف‌تری در مدرسه نشان دادند (میسون و ویندل، ۲۰۰۱).



فشار همسالان و نمرات ضعیف در مدرسه به میزان بالای مصرف الکل در نوجوانان کمک می‌کند.

©WILL & DENI MCINTYRE/Getty Images

رویکرد دیگر در دیدگاه اجتماعی-فرهنگی تاثیر اجتماعی شدن بر الگوهای اختلالات مصرف الکل را در نظر می‌گیرد. محققان مزایای درمان شناختی-رفتاری را که به طور خاص برای زنان طراحی شده است نشان داده‌اند (اپستین و همکاران، ۲۰۱۸). درمان شناختی-رفتاری خاص زن بر مضامین مراقبت از خود و اعتماد به نفس و همچنین پرداختن به دوستی‌ها، حمایت اجتماعی و سطوح ابراز وجود، با استفاده از مدل‌های زنانه در کارنامه‌ها و برگه‌های آموزشی مرتبط تاکید دارد.

محرك‌ها

دسته داروهایی که **محرك** نامیده می‌شوند شامل موادی می‌شوند که اثر فعال کننده‌ای بر روی سیستم عصبی دارند. این‌ها از نظر ساختار شیمیایی، اثرات خاص فیزیکی و روانی و خطر بالقوه آن‌ها برای کاربر متفاوت است. محرك‌ها با اختلالات مربوط به مصرف، مسمومیت و ترک همراه هستند.

محرك

یک ماده روانگردان که اثر فعال کننده‌ای بر روی سیستم عصبی مرکزی دارد.

آمفتامین

محركی که هم بر سیستم عصبی مرکزی و هم بر سیستم عصبی خودمختار تاثیر می‌گذارد.

مت آمفتامین

یک داروی محرك اعتیاد آور که مربوط به آمفتامین است اما اثرات شدیدتری بر سیستم عصبی مرکزی ایجاد می‌کند.

آمفتامین‌ها آمفتامین یک محرك است که هم بر سیستم عصبی مرکزی و هم بر سیستم عصبی خودمختار تاثیر می‌گذارد. علاوه بر بیدار شدن یا افزایش سرعت سیستم عصبی مرکزی، باعث افزایش فشار خون و ضربان قلب و کاهش اشتها و فعالیت بدنی می‌شود. ممکن است برای اهداف پزشکی، مانند درمان ADHD یا به عنوان یک قرص لاغری استفاده شود. با این حال، حتی زمانی که برای مقاصد پزشکی استفاده می‌شود، آمفتامین می‌تواند باعث وابستگی شود و عوارض جانبی ناخوشایند یا خطرناکی داشته باشد. دوزهای فزاینده زیاد می‌تواند کاربران را متخاصم، خشن و پارانوئید کند. کاربران هم‌چنین ممکن است طیف وسیعی از اثرات فیزیولوژیکی از جمله تب، تعریق، سردرد، تاری دید، سرگیجه، درد قفسه سینه، حالت تهوع، استفراغ و اسهال را تجربه کنند.

مت آمفتامین یک داروی محرك اعتیاد آور است که با آمفتامین مرتبط است اما اثرات شدیدتری بر سیستم عصبی مرکزی ایجاد می‌کند. مت آمفتامین چه به صورت خوراکی، چه از راه بینی، چه به صورت داخل وریدی یا با سیگار مصرف شود، باعث عجله یا احساس سرخوشی می‌شود و خیلی سریع اعتیاد آور می‌شود. مصرف بیش از حد مت آمفتامین می‌تواند باعث گرم شدن بیش از حد بدن و تشنج شود و در صورت عدم درمان فوری منجر به مرگ می‌شود. مصرف طولانی مدت متامفتامین می‌تواند باعث ایجاد اختلالات خلقی، رفتار خشونت‌آمیز، اضطراب، گیجی، بی‌خوابی، مشکلات شدید دندانی («دهان مت آمفتامین») و افزایش خطر بیماری‌های عفونی از جمله هپاتیت و HIV/AIDS شود. همان‌طور که در شکل ۴ نشان داده شده است، اثرات طولانی مدت مت آمفتامین‌ها نیز شامل آسیب شدید مغزی است.

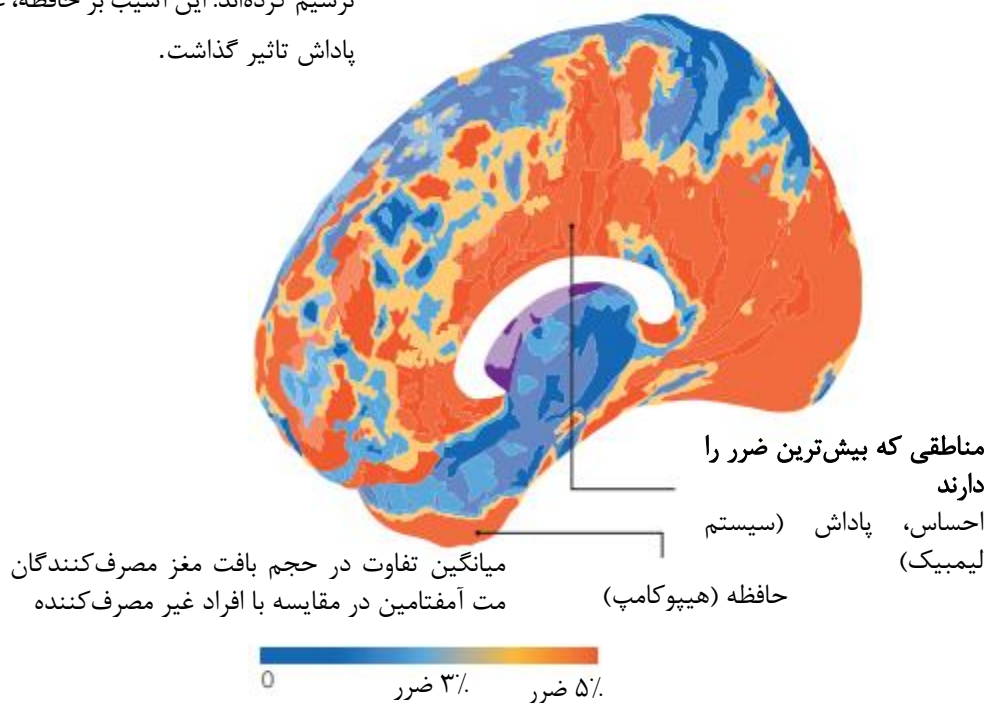
در سال ۲۰۱۶، ۶۶۷۰۰۰ نفر ۱۲ ساله و بالاتر در ایالات متحده (۰٫۲ درصد) مصرف کننده فعلی مت آمفتامین‌ها بودند که تقریباً دوبرابر این رقم در مقایسه با ۳۵۳۰۰۰ (۰٫۱ درصد) در سال ۲۰۱۰ بود. افزایش زیادی در تعداد کاربران بین ۱۲ تا ۱۷ سال (تقریباً ۹۰۰۰ نفر) و افزایش بیش‌تر

در گروه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال (۶۵۰۰۰) وجود دارد. افراد بین ۳۵ تا ۳۹ سال نشان دهنده بیشترین درصد کاربران ماهانه (۵,۵ درصد) هستند (SAMHSA, ۲۰۱۸).

استفاده از محرک های آدرال و ریتالین توسط دانش آموزان دبیرستانی باعث نگرانی والدین و مربیان می شود، زیرا این مواد بالقوه سوء مصرف شده را می توان از دوستان با نسخه یا مستقیماً از پزشک خود دانش آموز دریافت کرد. در سال ۲۰۱۷، تقریباً ۵,۵ درصد از سال آخری های دبیرستان گفتند که از آدرال استفاده می کردند و ۱,۳ درصد گفتند که از ریتالین برای اهداف غیر پزشکی استفاده می کردند. شیوع مادام العمر مت آمفتامین در میان سال آخری های دبیرستان ۱,۱ درصد بود که نسبت به ۱,۹ درصد در سال ۲۰۱۴ کاهش داشت. شیوع آمفتامین در طول زندگی ۹,۲ درصد بود که نسبت به اوج سال ۲۰۱۳ که ۱۳,۸ درصد بود کاهش داشت (مانیتورینگ مطالعه آینده، ۲۰۱۷).

فرسایش ذهن

محققان پوسیدگی مغز ناشی از مصرف مت آمفتامین را ترسیم کرده اند. این آسیب بر حافظه، عواطف و سیستم های پاداش تاثیر گذاشت.



شکل ۴ اثرات طولانی مدت مت آمفتامین بر مغز

کوکائین

یک محرک سیستم
عصبی مرکزی بسیار
اعتیاد آور است که فرد
خرخر می‌کند، تزریق
می‌کند یا می‌کشد.

کوکائین کوکائین یک محرک سیستم عصبی مرکزی بسیار اعتیاد آور است که فرد خرخر می‌کند، تزریق می‌کند یا سیگار می‌کشد. کاربران می‌توانند نمک هیدروکلراید پودر کوکائین را خرناس بکشند یا آن را در آب حل کنند و سپس آن را تزریق کنند. اصطلاح «کراک» به شکل فرآوری شده کوکائین اطلاق می‌شود که به کریستال سنگی تبدیل می‌شود که با حرارت دادن، بخاراتی ایجاد می‌کند که مصرف کننده آن را استنشاق می‌کند. اثرات کوکائین شامل احساس سرخوشی، افزایش هوشیاری ذهنی، کاهش خستگی و افزایش انرژی است. هرچه جریان خون سریع‌تر کوکائین را جذب کرده و به مغز برساند، مصرف‌کننده شدیدتر است. از آنجایی که این افزایش شدید نسبتاً کوتاه است (۵ تا ۱۰ دقیقه)، مصرف‌کننده ممکن است دارو را مجدداً با الگوی زیاده‌روی مصرف کند.

یک مورد کوچک**اختلال مصرف محرک، مواد از نوع آمفتامین**

کایا یک زن ۲۳ ساله و دوجنسه آفریقایی آمریکایی مجرد است. او سال‌ها با چاقی دست و پنجه نرم می‌کرد و در ۳ سال گذشته استراتژی‌های مختلفی را برای کاهش وزن امتحان کرده است. پزشک او آمفتامین‌ها را تجویز کرد اما به او در مورد احتمال وابسته شدن به آن هشدار داد. کایا شروع به کاهش وزن کرد، اما همچنین متوجه شد که انرژی اضافی و احساسات خوبی که قرص‌های لاغری ایجاد می‌کنند را دوست دارد. هنگامی که او پس از کاهش وزن مورد نظر خود به پزشک مراجعه کرد، از او خواست نسخه منظم و مداومی بنویسد تا به او کمک کند تا اندام جدید خود را حفظ کند. وقتی او نپذیرفت، کایا از دوستانش پرسید تا این که سرانجام پزشکی را پیدا کرد که می‌پذیرفت نسخه‌های منظم را به او بدهد. در طی یک سال، کایا به تعدادی از مشکلات روانی از جمله افسردگی، تفکر پارانوئید و تحریک‌پذیری مبتلا شد. علی‌رغم این واقعیت که او متوجه می‌شود چیزی اشتباه است، او احساس می‌کند که به مصرف دارو ادامه می‌دهد.

کوکائین مانند آمفتامین‌ها باعث افزایش دمای بدن، فشار خون و ضربان قلب می‌شود. خطرات کوکائین شامل حمله قلبی، نارسایی تنفسی، سکته مغزی، تشنج، درد شکم و حالت تهوع است.

در موارد نادر، مصرف کننده می تواند در اولین استفاده از کوکائین یا به طور غیرمنتظره پس از آن، مرگ ناگهانی را تجربه کند. سایر اثرات نامطلوب بر روی بدن در طول زمان ایجاد می شود و شامل تغییرات درون بینی (از دست دادن حس بویایی، آبریزش مزمن بینی و خونریزی بینی) و همچنین مشکلات بلع و گرفتگی صدا می باشد. کاربران ممکن است به دلیل کاهش جریان خون در سیستم گوارش، قانقاریای روده شدید را تجربه کنند. مصرف کنندگان کوکائین همچنین ممکن است واکنش های آلرژیک شدید و افزایش خطر ابتلا به HIV/AIDS و سایر بیماری های منتقله از طریق خون داشته باشند. هنگامی که افراد در پرخوری از کوکائین استفاده می کنند، ممکن است دچار بی قراری مزمن، تحریک پذیری و اضطراب شوند. کاربران مزمن ممکن است پارانویای شدیدی را تجربه کنند که در آن توهمات شنوایی دارند و ارتباط خود را با واقعیت از دست می دهند (NIDA، ۲۰۱۶a).

همان طور که شکل ۱ نشان می دهد، ۱،۹ درصد از افراد ۱۲ سال و بالاتر در ماه گذشته در سال ۲۰۱۶ کوکائین مصرف کرده اند. میزان مصرف کوکائین برای مردان در مقایسه با زنان تقریباً دو برابر است. میانگین سن اولین استفاده ۲۰،۴ سال است. تقریباً ۱۶۰۰ نفر در روز شروع به مصرف کوکائین می کنند. تخمین زده می شود که ۴،۲ درصد از دانش آموزان سال آخر دبیرستان از آن استفاده کرده اند (نظارت بر آینده پژوهی، ۲۰۱۷).

شکل ۵ تاثیر کوکائین در سیناپس را نشان می دهد. مانند سایر داروهای سوء مصرف، کوکائین اثرات خود را با تحریک گیرنده های دوپامین دارد. محققان بر این باورند که به طور خاص ناحیه ای در مغز میانی به نام ناحیه تگمنتال شکمی (VTA) را هدف قرار می دهد. مسیرهایی از VTA به هسته اکومینس، یک منطقه کلیدی از مغز درگیر در پاداش، گسترش می یابد. به نظر می رسد اثرات کوکائین به دلیل جلوگیری از حذف دوپامین از سیناپس باشد که منجر به تجمع دوپامین می شود که سیگنال را به نورون های دریافت کننده تقویت می کند. به نظر می رسد سرخوشی که کاربران گزارش می کنند با این الگوی فعالیت دوپامین مطابقت دارد (NIDA، ۲۰۱۶الف). علاوه بر دوپامین، به نظر می رسد سروتونین در تاثیرات انگیزشی و تقویت کننده دارو نیز نقش داشته باشد و همچنین ممکن است حداقل تا حدی در تاثیرات ناخوشایند کوکائین نقش داشته باشد (نونکس، ون بوسل، ورهاچ و هومبرگ، ۲۰۱۱).



یک افسر پلیس نمونه‌ای از کراک را که از یک مصرف‌کننده کشف و ضبط شده است در دست دارد. کراک بسیار اعتیاد آور است زیرا مقدار بسیار شدید اما مختصری ایجاد می‌کند.

© لری مولوهیل/کوریس

ماری جوانا

یک ماده روانگردان
مشتق شده از گیاه
شاهدانه که ماده فعال
اصلی آن دلتا-۹-
تتراهیدروکانابینول
(THC) است.

شاهدانه

شاهدانه با اختلالات مربوط به مصرف، مسمومیت و ترک همراه است. **ماری جوانا** ترکیبی از گل‌ها، ساقه‌ها و برگ‌های گیاه شاهدانه *Cannabis sativa*، گیاهی بلند، برگ‌دار و سبز است که در آب و هوای گرم رشد می‌کند. اگرچه این گیاه حاوی بیش از ۴۰۰ ترکیب شیمیایی است، ماده اصلی فعال ماری جوانا دلتا-۹-تتراهیدروکانابینول (THC) است. حشیش که حاوی فرم غلیظ‌تر THC است، از رزین گل‌های این گیاه به دست می‌آید. ماری جوانا و حشیش که به خیابان می‌رسد هرگز THC خالص نیست. مواد دیگری مانند تنباکو نیز همیشه با آن مخلوط می‌شوند. اشکال مصنوعی THC برخی از اهداف دارویی مانند درمان آسم و گلوکوم و کاهش حالت تهوع در بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی را انجام می‌دهد.

اکثر افرادی که از ماری جوانا استفاده می‌کنند آن را به عنوان سیگار یا در پیپ می‌کشند. کاربران همچنین می‌توانند دارو را در غذا مخلوط کرده یا به عنوان چای سرو کنند. هنگامی که ماری جوانا

دود می‌شود، ماری جوانا در حدود ۱۰ دقیقه به اوج سطح خون خود می‌رسد، اما اثر ذهنی مسمومیت تا ۲۰ تا ۳۰ دقیقه دیگر آشکار نمی‌شود. این اثر ممکن است ۲ تا ۳ ساعت طول بکشد، اما متابولیت های THC می‌توانند ۸ روز یا بیش‌تر در بدن باقی بمانند.

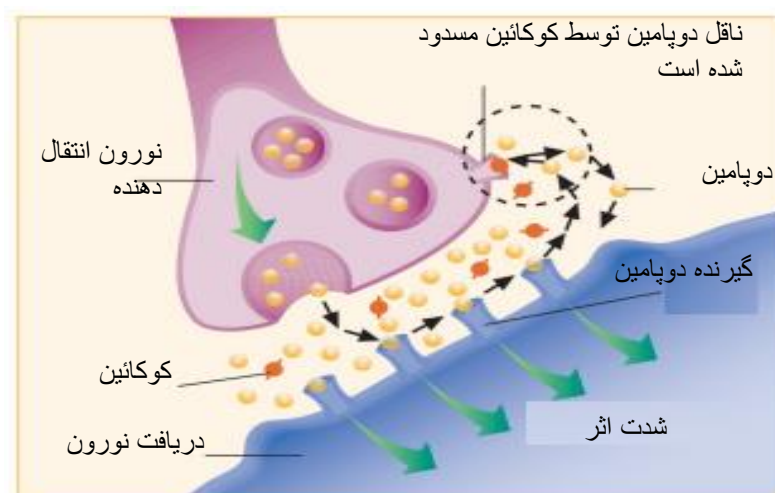
مردم ماری جوانا مصرف می‌کنند تا احساسات بدنی و ادراک خود را از محیط خود تغییر دهند. اثراتی که آن‌ها به دنبال آن هستند عبارتند از سرخوشی، افزایش حس شهوانی و تمایلات جنسی، و افزایش آگاهی از محرک های داخلی و خارجی. با این حال، مصرف ماری جوانا هم‌چنین دارای تعدادی از اثرات ناخوشایند از جمله اختلال در حافظه کوتاه مدت، کاهش زمان واکنش، اختلال در هماهنگی فیزیکی، تغییر قضاوت و تصمیم‌گیری ضعیف است. به جای احساس سرخوشی و آرامش، کاربران ممکن است پارانویا و اضطراب را تجربه کنند، به ویژه زمانی که دوزهای بالایی مصرف می‌کنند.

همان‌طور که قبلاً در فصل ذکر شد، ماری جوانا رایج‌ترین ماده مخدر غیرقانونی در ایالات متحده است. با این حال، آمار شیوع فعلی این واقعیت را در نظر نمی‌گیرد که هم استفاده تفریحی و هم پزشکی ماری جوانا در تعدادی از ایالت‌ها قانونی است و مقررات فدرال نیز در این ایالت‌ها کاهش یافته است. ایالت‌هایی که استفاده از ماری جوانا در آن‌ها قانونی است (از سال ۲۰۱۸) کالیفرنیا، کلرادو، واشنگتن، اورگان، آلاسکا، نوادا، ماساچوست، ورمونت، و مین و همچنین ناحیه کلمبیا هستند. ۲۱ ایالت دیگر اجازه استفاده پزشکی از ماری جوانا را می‌دهند. با این تغییرات در قوانین، تعریف داروی «غیرقانونی» باید در برآورد آمار شیوع تغییر کند. علاوه بر این، با غیرقانونی شدن مصرف ماری جوانا، بررسی اثرات استفاده از آن بر زندگی روزمره افراد امکان‌پذیر خواهد بود. مطالعه‌ای بر روی کارگران کلرادو نشان داد که استفاده از ماری‌جوانا در میان کارگران صنعت آماده‌سازی مواد غذایی رایج‌تر است، که منجر به نگرانی‌هایی در مورد ایمنی شغلی و سلامت جمعیت‌هایی که این افراد به آن‌ها خدمت می‌کنند، می‌شود (اسمیت، هال، اتکیند، و ون دایک، ۲۰۱۸).

THC اثرات خود را با اثر بر روی مکان های خاصی در مغز، به نام گیرنده‌های کانابینوئید، ایجاد می‌کند. مناطق مغز با بالاترین تراکم گیرنده‌های کانابینوئید، مناطقی هستند که بر لذت تاثیر می‌گذارند، اما در حافظه، تفکر و تمرکز، درک زمان، پاسخ‌های حسی و توانایی انجام حرکت

هماهنگ فعال هستند. بسیاری از اثرات حاد ماری جوانا بر عملکرد شناختی تا زمانی که فرد درگیر مصرف مزمن نباشد برگشت پذیر است.

استفاده شدید و مداوم از ماری جوانا می تواند تعدادی از اثرات مضر بر عملکرد بدن ایجاد کند، از جمله خطر حمله قلبی و اختلال در عملکرد تنفسی. علاوه بر ایجاد وابستگی روانی به ماری جوانا، مصرف کنندگان طولانی مدت ممکن است پیشرفت تحصیلی و شغلی کم تر، روان پریشی و اختلال شناختی مداوم را تجربه کنند. جدول ۳ یافته های تحقیق در مورد اثرات مصرف حشیش بر فرآیندهای شناختی را که عملکرد اجرایی را تشکیل می دهند، خلاصه می کند. به ویژه در معرض خطر افرادی هستند که از سنین پایین شروع به استفاده از ماری جوانا می کنند و در طول زندگی خود به استفاده از آن ادامه می دهند (پاپ و یورگلون تاد، ۲۰۰۴).



شکل ۵ کوکائین در مغز

در فرآیند عادی ارتباط، دوپامین توسط یک نورون به سیناپس آزاد می شود، جایی که می تواند به گیرنده های دوپامین روی نورون های همسایه متصل شود. به طور معمول، دوپامین توسط یک پروتئین تخصصی به نام ناقل دوپامین به نورون انتقال دهنده بازیافت می شود. اگر کوکائین وجود داشته باشد، به ناقل دوپامین متصل می شود و فرآیند بازیافت طبیعی را مسدود می کند و در نتیجه دوپامین در سیناپس تجمع می یابد که به اثرات لذت بخش کوکائین کمک می کند.

یک مورد کوچک

اختلال مصرف حشیش

گری یک مرد ۲۲ ساله و مجرد دگرجنسگرا قفقازی است. او از زمانی که ۳ سال پیش در اواسط سال اول تحصیلاتش را ترک کرد، با والدینش زندگی کرده است. گری یک دانش آموز متوسط در دبیرستان بود و اگرچه محبوب بود، اما در بسیاری از فعالیت‌های فوق برنامه شرکت نداشت. وقتی وارد کالج شد، به فرصت‌های فریبنده برای تجربیات جدید علاقه‌مند شد و به طور معمول با هم اتاقی‌هایش شروع به کشیدن ماری جوانا کرد. با این حال، برخلاف هم اتاقی‌هایش که سیگار کشیدن خود را به مهمانی‌ها محدود می‌کردند، گری متوجه شد که یک ضربه شبانه به او کمک می‌کند تا آرام شود. او شروع به توجیه کرد که این به او کمک می‌کند درس بخواند، زیرا تفکر او را خلاق‌تر می‌کند.

با گذشت ترم اول، گری به تدریج علاقه خود را به مطالعه از دست داد و ترجیح داد در اتاق خود بماند و به موسیقی گوش دهد و ماری جوانا بکشد. او متوجه شد که با فروش ماری جوانا به افراد دیگر در خوابگاه می‌تواند از عادت خود حمایت کرد. اگرچه او خود را متقاعد کرد که واقعا یک دلال نیست، اما گری به یکی از تامین‌کنندگان اصلی ماری جوانا در محوطه دانشگاه تبدیل شد. زمانی که نمرات ترم اول خود را گرفت، از این که از دانشگاه اخراج شده بود، دلسرد نشد. در عوض، او احساس می‌کرد که می‌تواند از داشتن زمان بیش‌تری برای خودش سود ببرد. او به خانه برگشت و با برخی از نوجوانان محلی که به پارکی در نزدیکی رفت و آمد می‌کردند و مواد مخدر را در آن‌جا پخش می‌کردند، دوست شد. والدین گری به قدری از بی‌حرکی و کم کاری او خسته شده‌اند که همه چیز او را رها کردند. آن‌ها می‌دانند که او از مواد مخدر استفاده می‌کند، اما احساس درماندگی می‌کنند تا او را وادار به کمک حرفه‌ای کنند. آن‌ها یاد گرفته‌اند که بهتر است از بحث کردن موضوع با گری خودداری کنند، زیرا همیشه مشاجره‌های خشونت آمیز به وجود می‌آید.



ماری جوانا که در اینجا به شکل گیاهی نشان داده شده است، پرمصرف ترین ماده مخدر غیرقانونی در ایالات متحده است.

©travelib prime/عکس استوک الامی

توهم‌زاه‌ها

از جمله اختلالات مرتبط با اختلال توهم‌زا، مصرف و مسمومیت است، اما اعتیاد نیست. توهم‌زاه‌ها داروهایی هستند که باعث می‌شوند افراد در درک خود از واقعیت تحریفات عمیقی را تجربه کنند. تحت تاثیر مواد توهم‌زا، افراد تصاویری را می‌بینند، صداها را می‌شنوند و احساساتی را احساس می‌کنند که به اعتقاد آن‌ها واقعی هستند اما واقعی نیستند. در برخی موارد، کاربران نوسانات خلقی سریع و شدید را تجربه می‌کنند. برخی دچار بیماری به نام اختلال ادراک تداوم توهم‌زا می‌شوند که در آن فلاش بک یا توهمات خود به خودی، هذیان‌ها یا اختلالات خلقی مشابه تغییراتی که در حین مستی با دارو رخ داده است را تجربه می‌کنند. اثرات و خطرات خاص هر توهم‌زا با توجه به ماده خاص متفاوت است، همان‌طور که در زیر ذکر شده است (NIDA، ۲۰۱۶ ب).

افراد دی اتیل آمید اسید لیسرژیک (LSD) را به صورت قرص، کپسول و گاهی اوقات به شکل مایع مصرف می‌کنند. کاربران تغییرات چشمگیری در احساسات و عواطف خود نشان می‌دهند. آن‌ها ممکن است چندین احساس را در یک زمان احساس کنند یا به سرعت از یک احساس به احساس دیگر تغییر کنند. با دوزهای بیش‌تر، کاربران می‌توانند هذیان‌ها و توهمات بصری را تجربه کنند. علاوه بر این، ممکن است احساس تغییر نسبت به زمان و خود داشته باشند. آن‌ها همچنین ممکن است سینستری را تجربه کنند که در آن رنگ‌ها را می‌شنوند و صداها را می‌بینند. این تغییرات ادراکی و خلقی ممکن است با افکار و احساسات وحشتناک شدید، ناامیدی، وحشت و ترس از دست دادن کنترل، دیوانه شدن یا مرگ همراه باشد. حتی پس از قطع مصرف ال‌اس‌دی، کاربران ممکن است فلاش‌بک‌هایی را تجربه کنند که باعث می‌شود به طور قابل توجهی در عملکرد اجتماعی و شغلی خود مضطرب و آسیب ببینند.

برخلاف سایر مواد، به نظر نمی‌رسد ال‌اس‌دی رفتار اجباری در جستجوی مواد مخدر ایجاد کند، و بیش‌تر مصرف‌کنندگان ترجیح می‌دهند بدون ترک مصرف آن را کاهش دهند یا متوقف کنند. با این حال، تحمل ایجاد می‌کند، بنابراین کاربران ممکن است برای دستیابی به اثرات مورد نظر خود نیاز به مصرف دوزهای بیش‌تری داشته باشند. با توجه به ماهیت غیرقابل پیش‌بینی اثرات دارو، چنین افزایش دوز می‌تواند خطرناک باشد. LSD هم‌چنین می‌تواند بر سایر عملکردهای بدن

توهم‌زاه‌ها

مواد روانگردانی که باعث تجارب ادراکی غیرطبیعی در قالب توهم یا توهم می‌شوند که معمولاً ماهیتی بصری دارند.

دی اتیل آمید اسید لیسرژیک (LSD)

نوعی داروی توهم‌زا که مصرف‌کنندگان آن را به صورت قرص، کپسول و مایع مصرف می‌کنند.

تاثیر بگذارد، با اثراتی مانند تعریق، از دست دادن اشتها، خشکی دهان، بی خوابی، لرزش، و افزایش دمای بدن، فشار خون و ضربان قلب.

جدول ۳ خلاصه‌ای از اثرات شاهدانه بر عملکردهای اجرایی

عملکرد اجرایی اندازه گیری شد	اثرات حاد	اثرات باقیمانده	اثرات بلند مدت
توجه / تمرکز	آسیب دیده (کاربران سبک) عادی (کاربران سنگین)	یافته‌های مختلط	تا حد زیادی عادی
تصمیم گیری و ریسک پذیری	یافته‌های مختلط	دچار اختلال شده است	دچار اختلال شده است
بازداری / تکانشگری	دچار اختلال شده است	یافته‌های مختلط	یافته‌های مختلط
حافظه کاری	دچار اختلال شده است	طبیعی	طبیعی
روانی کلامی	طبیعی	یافته‌های مختلط	یافته‌های مختلط
اثرات حاد نشان دهنده ۰-۶ ساعت پس از آخرین مصرف حشیش است. اثرات باقیمانده ۷ ساعت تا ۲۰ روز پس از آخرین مصرف شاهدانه است. و اثرات طولانی مدت ۳ هفته یا بیشتر پس از آخرین استفاده از شاهدانه است منبع: Crean, R. D., Crane, N. A., & Mason, B. J. (۲۰۱۱). بررسی مبتنی بر شواهد اثرات حاد و بلند مدت استفاده از شاهدانه بر عملکردهای شناختی اجرایی. مجله پزشکی اعتماد، ۵، ۸-۱.			

یک مورد کوچک

سایر اختلالات مصرف توهم زا

کندیس یک زن همجنسگرای ۴۵ ساله متاهل قفقازی است. او که یک هنرمند است، چندین سال است که از ال اس دی استفاده کرده است، زیرا احساس می کند که این کار نقاشی هایش را تقویت می کند و آن ها را از نظر بصری هیجان انگیزتر می کند. او ادعا می کند که می داند چقدر ال اس دی می تواند مصرف کند، اما گاهی اوقات بیش از حد مصرف می کند و عوارض جانبی ناراحت کننده ای دارد. او شروع به لرزیدن می کند، شروع به تعریق می کند و بینایی اش شروع به تار شدن می کند. او معمولاً پارانوئید و مضطرب می شود و ممکن است به شیوه های عجیبی رفتار کند، مانند فرار از استودیوی خود و بیرون رفتن در خیابان، غرغر نامنجم. در بیش از یک بار، پلیس او را گرفته و به اورژانس برده است، جایی که پزشکان داروهای ضد روان پریشی تجویز کرده اند.

پیوت

نوعی داروی توهم زا که ماده اولیه آن مسکالین است.

سیلوسایبین

نوعی داروی توهم زا که در برخی از قارچ ها یافت می شود.

فن سیکلیدین (PCP)

نوعی داروی توهم زا که در ابتدا به عنوان یک بی حس کننده داخل وریدی ساخته شد.

پیوت یک کاکتوس کوچک و بدون ستون فقرات است که ماده فعال اصلی آن، مسکالین، نیز می تواند به صورت مصنوعی تولید شود. کاربران تاج حاوی مسکالین کاکتوس را می جویند یا آن را در آب خیس می کنند تا مایع تولید شود. برخی با جوشاندن کاکتوس در آب چای تهیه می کنند تا طعم تلخ آن از بین برود. مسکالین که به عنوان بخشی از مراسم مذهبی توسط مردم بومی شمال مکزیک و جنوب غربی ایالات متحده استفاده می شود، اما مشخص نیست که اگر به صورت تفریحی نیز از آن استفاده کنند، در درازمدت چه تاثیری بر آن ها خواهد داشت. با این حال، اثرات آن بر بدن مشابه اثرات LSD است، از جمله افزایش دمای بدن و ضربان قلب، حرکات ناهماهنگ، تعریق شدید و گرگرفتگی. علاوه بر این، مسکالین ممکن است باعث فلاش بک شود، دقیقاً مانند موارد مرتبط با LSD.

سیلوسایبین (۴-فسفریلوکسی-N,N-دی متیل تریپتامین) و شکل فعال بیولوژیکی آن، پسیلوسین (۴-هیدروکسی-N,N-دی متیل تریپتامین)، موادی هستند که در برخی از قارچ ها یافت می شوند. کاربران قارچ ها را دم کرده یا به غذاهای دیگر اضافه می کنند تا طعم تلخ آن ها را پنهان کنند. ترکیبات فعال موجود در قارچ های حاوی سیلوسایبین، مانند LSD، عملکردهای خودمختار، رفلکس های حرکتی، رفتار و ادراک فرد را تغییر می دهند. ممکن است افراد دچار توهم، تغییر حس زمان و ناتوانی در تمایز بین خیال و واقعیت شوند. دوزهای زیاد ممکن است باعث

فلاش بک، اختلال در حافظه و آسیب پذیری بیش تر در برابر اختلالات روانی شود. علاوه بر خطر مسمومیت در صورت شناسایی نادرست قارچ، اثرات بدنی می تواند شامل ضعف عضلانی، از دست دادن کنترل حرکتی، تهوع، استفراغ و خواب آلودگی باشد.

محققان فن سیکلیدین (PCP) را در دهه ۱۹۵۰ به عنوان یک بی حس کننده داخل وریدی توسعه دادند، اما دیگر از نظر پزشکی استفاده نمی شود زیرا بیماران در حین بهبودی از اثرات آن آشفته، هذیان گو و غیرمنطقی می شدند. کاربران به راحتی می توانند پودر کریستالی سفید را با الکل، آب یا پودر رنگی مخلوط کنند. PCP هم چنین ممکن است در بازار غیرقانونی مواد مخدر به شکل قرص، کپسول یا پودر رنگی موجود باشد که کاربران می توانند سیگار بکشند، خرخر کنند یا خوراکی مصرف کنند. هنگامی که افراد PCP سیگار می کشند، ممکن است این دارو را روی نعناع، جعفری، پونه کوهی یا ماری جوانا بمالند.

PCP باعث می شود که کاربران احساس جدایی از محیط اطراف خود و احساس خود را تجربه کنند. اثرات نامطلوب زیادی دارد از جمله علائمی که شبیه اسکیزوفرنی، اختلال خلقی، از دست دادن حافظه، مشکلات در گفتار و تفکر، کاهش وزن و افسردگی هستند. اگرچه این اثرات منفی منجر به کاهش محبوبیت آن به عنوان یک داروی غیرقانونی شد، PCP برای کسانی که هنوز از آن استفاده می کنند جذاب است زیرا احساس می کنند که آن ها را قوی تر، قدرتمندتر و آسیب ناپذیرتر می کند. علی رغم اثرات نامطلوب آن، کاربران می توانند تمایل شدید و رفتار اجباری به دنبال PCP داشته باشند.

اثرات فیزیولوژیکی PCP گسترده است. دوزهای کم تا متوسط باعث افزایش سرعت تنفس، افزایش فشار خون و نبض، بی حسی عمومی اندام ها و از دست دادن هماهنگی عضلانی و هم چنین برافروختگی و تعریق زیاد می شود. در دوزهای بالا، مصرف کنندگان کاهش فشار خون، ضربان نبض و تنفس را تجربه می کنند که ممکن است با حالت تهوع، استفراغ، تاری دید، حرکات غیرطبیعی چشم، ترشح آب دهان، از دست دادن تعادل و سرگیجه همراه باشد. آن ها ممکن است به خشونت یا خودکشی تبدیل شوند. علاوه بر این، مصرف کنندگان در دوزهای بالا ممکن است دچار تشنج، کما و مرگ شوند. کسانی که PCP را با سایر داروهای تضعیف سیستم عصبی مرکزی (مانند الکل) ترکیب می کنند ممکن است به کما بروند.



MDMA، همچنین به عنوان اکستازی شناخته می‌شود، یک داروی کاملاً شیمیایی است که اغلب با سایر مواد شیمیایی ترکیب می‌شود تا باعث ایجاد سرخوشی طولانی مدت برای مصرف کنندگان شود.

©Fotoman/Alamy Stock Photo

اکستازی (MDMA)

یک داروی توهم‌زا ساخته شده از یک ماده مصنوعی که از نظر شیمیایی شبیه به مت‌آمفتامین و مسکالین است.

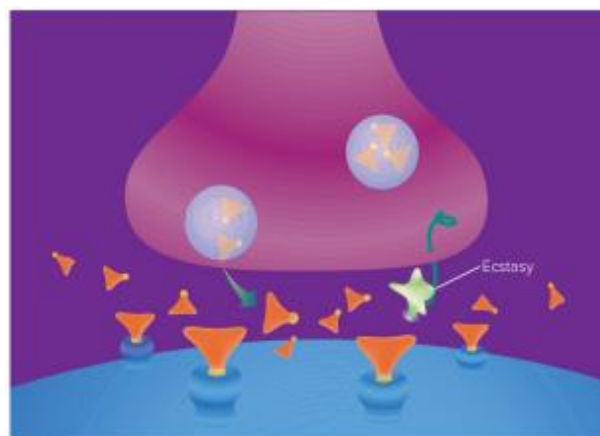
ماده شیمیایی با نام **MDMA** (۳،۴ متیلن دی اکسی مت‌آمفتامین) که در پخش خیابان به عنوان اکستازی شناخته می‌شود، ماده‌ای مصنوعی است که از نظر شیمیایی شبیه به مت‌آمفتامین و مسکالین است. کاربران احساس افزایش انرژی، سرخوشی، گرمای عاطفی، ادراک تحریف شده و ادراک زمان، و تجربیات لمسی غیرمعمول را تجربه می‌کنند. MDMA که به صورت کپسول یا قرص مصرف می‌شود، زمانی در بین نوجوانان سفیدپوست و بزرگسالان جوان در رقص‌های آخر هفته معروف به «راو» محبوب‌تر بود. برخی از مصرف کنندگان MDMA را با مواد مخدر دیگر از جمله ماری‌جوانا، کوکائین، مت‌آمفتامین، کتامین، و سیلدنافیل (ویاگرا) در میان مواد دیگر ترکیب می‌کنند.

در سال ۲۰۱۳، ۱،۴ میلیون نفر در ایالات متحده در سنین ۱۲ سال و بالاتر (۵،۰ درصد از جمعیت) گزارش دادند که از مواد توهم‌زا استفاده کرده‌اند (SAMHSA، ۲۰۱۸). در میان سال‌های دبیرستان ایالات متحده، ۴،۹ درصد گزارش کردند که حداقل یک بار در زندگی خود از MDMA استفاده کرده‌اند و ۵ درصد حداقل یک بار از LSD استفاده کرده‌اند (نظارت بر آینده پژوهی، ۲۰۱۷).

کاربران MDMA ممکن است طیف وسیعی از اثرات روانشناختی ناخوشایند را تجربه کنند، از جمله گیجی، افسردگی، مشکلات خواب، میل شدید به دارو و اضطراب شدید. این دارو ممکن است عصبی باشد، به این معنی که با گذشت زمان مصرف کنندگان ممکن است در انجام وظایف شناختی با مشکلات بیش‌تری مواجه شوند. مانند محرک ها، MDMA می‌تواند بر روی سیستم عصبی سمپاتیک تاثیر بگذارد و منجر به افزایش ضربان قلب و فشار خون، تنش عضلانی، حالت تهوع، تاری دید، غش، لرز یا تعریق، و فشردن غیرارادی دندان‌ها شود. افراد هم‌چنین در معرض افزایش شدید دمای بدن هستند که به نوبه خود می‌تواند منجر به نارسایی کبد، کلیه یا سیستم قلبی عروقی شود. دوزهای مکرر در دوره های زمانی کوتاه نیز ممکن است با متابولیسم MDMA تداخل داشته باشد و منجر به تجمع قابل توجه و مضر در بدن شود (NIDA, ۲۰۱۶e).

انتقال دهنده عصبی اصلی درگیر با MDMA سروتونین است. همان‌طور که در شکل ۶ نشان داده شده است، که در آن سروتونین با مثلث‌های نارنجی رنگ نشان داده شده است، MDMA (با برجسب «اکستازی») به ناقل سروتونین مسئول حذف سروتونین از سیناپس متصل می‌شود. در نتیجه، MDMA اثرات سروتونین را افزایش می‌دهد. علاوه بر این، MDMA وارد نورون می‌شود و در آن‌جا ترشح بیش از حد سروتونین را تحریک می‌کند. MDMA اثرات مشابهی بر نوراپی نفرین دارد که منجر به افزایش فعالیت سیستم عصبی خودمختار می‌شود. این دارو هم‌چنین دوپامین را آزاد می‌کند، اما به میزان کم‌تر.

محققان بررسی اثرات طولانی مدت استفاده از MDMA بر عملکرد شناختی را دشوار می‌دانند زیرا کاربران معمولاً آن را با مواد دیگر مصرف می‌کنند. با این حال، اثرات منفی قابل توجهی بر حافظه کلامی با استفاده از MDMA به تنهایی رخ می‌دهد (توماسیوس و همکاران، ۲۰۰۶). به نظر می‌رسد اثرات MDMA بر شناخت حداقلی و تا حدی به تاثیر دارو بر در دسترس بودن منابع شناختی فرد مربوط می‌شود (رابرتس، کوئندو، مونتگومری، و پاروت، ۲۰۱۸). علاوه بر این، هنگامی که MDMA با الکل ترکیب می‌شود، تعدادی از اثرات نامطلوب روانی طولانی مدت از جمله پارانوئا، سلامت جسمی ضعیف، تحریک‌پذیری، سردرگمی و بدخلقی ایجاد می‌کند.



شکل ۶ تاثیر اکستازی (MDMA) بر نورون های سروتونرژیک

مواد افیونی

اختلالات مرتبط با **مواد افیونی** با مصرف مواد افیونی، مسمومیت و ترک ارتباط دارد. اپیوئید ماده‌ای است که درد را تسکین می‌دهد. بسیاری از داروهای تجویز شده قانونی در این دسته قرار می‌گیرند، از جمله هیدروکودون (ویکودین)، اکسی کدون (اکسی کانتین، پرکوست)، مورفین (کادیان، آوینزا)، کدئین، و داروهای مرتبط. پزشکان معمولاً محصولات هیدروکودون را برای انواع شرایط دردناک، از جمله رویه‌های دندانی و صدمات تجویز می‌کنند. پزشکان اغلب مورفین را قبل و بعد از عمل جراحی برای کاهش درد شدید تجویز می‌کنند. از طرف دیگر کدئین برای دردهای خفیف تجویز می‌شود. برخی از داروهای مخدر - برای مثال کدئین و دیفنوکسیلات (لوموتیل) - به ترتیب برای تسکین سرفه و اسهال شدید استفاده می‌شود.

هنگامی که مردم آن‌ها را طبق تجویز مصرف می‌کنند، این داروها برای مدیریت ایمن درد موثر هستند. با این حال، به دلیل پتانسیل آن‌ها برای ایجاد سرخوشی و همچنین وابستگی فیزیکی، آن‌ها در میان داروهای تجویزی هستند که اغلب مورد سوء استفاده قرار می‌گیرند. افرادی که از اکسی کانتین سوء استفاده می‌کنند ممکن است آن را خرخر یا تزریق کنند و در نتیجه دچار واکنش شدید اوردوز شوند.

مواد افیونی مورد سوء استفاده شامل مسکن‌های تجویزی، هروئین و مواد افیونی مصنوعی مانند فنتانیل است. به اصطلاح بحران مواد افیونی، افزایش تعداد افراد معتاد به مسکن‌های تجویزی و مرگ و میر ناشی از آن، اکنون به عنوان یک بحران بزرگ بهداشت عمومی در ایالات متحده دیده

مواد افیونی

یک ماده روانگردان که درد را تسکین می‌دهد.

می‌شود. تخمین زده می‌شود که روزانه ۱۱۵ بزرگسال در ایالات متحده پس از مصرف بیش از حد مواد افیونی جان خود را از دست می‌دهند. علاوه بر این، مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری تخمین می‌زند که بار اقتصادی کل سوء استفاده از مواد افیونی نسخه‌ای به تنهایی در ایالات متحده به ۷۸٫۵ میلیارد دلار در سال رسیده است که شامل هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی، بهره‌وری از دست رفته، درمان اعتیاد و دخالت عدالت کیفری می‌شود. سیستم (موسسه ملی سوء مصرف مواد مخدر، ۲۰۱۸ ب). شکل ۷ نرخ افزایش در مصرف بیش از حد مواد مخدر مشکوک در ایالات متحده را بر اساس منطقه نشان می‌دهد. بیش‌ترین افزایش در غرب میانه رخ داده است.

هروئین

یک ماده روانگردان که شکلی از مواد افیونی است که از مرفین سنتز می‌شود.

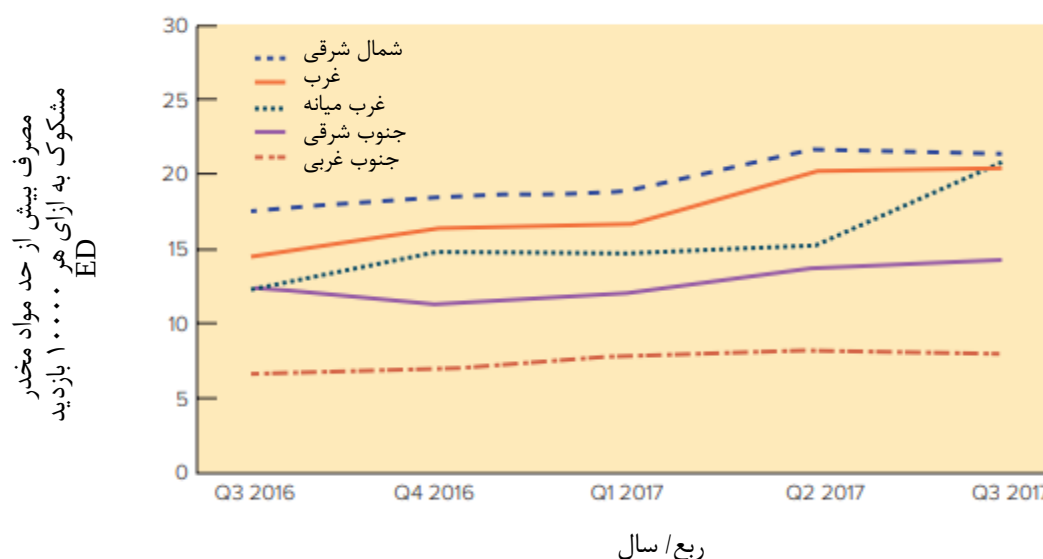
هروئین نوعی افیون است. این یک داروی مسکن است که از مورفین، یک ماده طبیعی که از غلاف بذر گیاه خشخاش آسیایی استخراج می‌شود، ساخته شده است. کاربران هروئین تزریق می‌کنند، خرخر می‌کنند، بو می‌کشند یا دود می‌کنند. سپس بدن آن را به مورفین تبدیل می‌کند که به گیرنده‌های مواد افیونی در سراسر مغز و بدن، به ویژه گیرنده‌های فعال در درک پاداش و درد، متصل می‌شود. گیرنده‌های مواد افیونی نیز در ساقه مغز قرار دارند که شامل ساختارهایی است که تنفس، فشار خون و برانگیختگی را کنترل می‌کند.

کاربران موجهی از احساس سرخوشی همراه با خشکی دهان، برافروختگی گرم پوست، سنگینی در بازوها و پاها و اختلال در عملکرد ذهنی را تجربه می‌کنند. مدت کوتاهی بعد، آن‌ها بین احساس بیداری و خواب آلودگی متناوب می‌شوند. اگر مصرف کنندگان دارو را تزریق نکنند، ممکن است اصلاً احساس سرخوشی نکنند. با استفاده مداوم از هروئین، مصرف کنندگان تحمل خود را افزایش می‌دهند، به این معنی که آن‌ها به مقادیر بیش‌تری از دارو نیاز دارند تا همان اثر را احساس کنند. هروئین پتانسیل بالایی برای اعتیاد دارد. تخمین زده می‌شود که ۲۳ درصد از همه کاربران به وابستگی مبتلا می‌شوند (NIDA, ۲۰۱۶c).

یک مورد کوچک

اختلال مصرف مواد افیونی

جیمی یک مرد ۳۸ ساله و مجرد دگرجنس‌گرای دو نژادی است. او بی‌خانمان است و در ۱۰ سال گذشته به هروئین اعتیاد داشته است. او به پیشنهاد یکی از دوستانش شروع به مصرف این دارو کرد که به او گفت این دارو به کاهش فشاری که جیمی از ازدواج ناخوشایند و مشکلات مالی خود احساس می‌کرد کمک می‌کند. او در مدت کوتاهی به مواد مخدر وابسته شد و برای حمایت از عادت خود درگیر یک حلقه سرقت شد. در نهایت، او خانه خود را از دست داد و به یک پناهگاه نقل مکان کرد، جایی که کارگران جیمی را به یک برنامه درمان با متادون اختصاص دادند.



شکل ۷ نرخ سه ماهه مشکوک به مصرف بیش از حد مواد افیونی توسط منطقه ایالات متحده، ۲۰۱۸

مصرف هروئین پیامدهای جدی بسیاری برای سلامتی دارد، از جمله مصرف بیش از حد کشنده، بیماری‌های عفونی (مربوط به استفاده از سوزن مشترک)، آسیب به سیستم قلبی عروقی، آبسه، و بیماری‌های کبدی و کلیوی. مصرف کنندگان اغلب دارای سلامت عمومی ضعیفی هستند و بنابراین

بیشتر مستعد ابتلا به ذات الریه و سایر عوارض ریوی و همچنین آسیب به مغز، کبد و کلیه‌های ناشی از آلاینده‌های سمی هستند که اغلب به دارو اضافه می‌شوند.

شما قضاوت کنید

تجویز داروهای تجویزی

بیمارانی که از درد مزمن رنج می‌برند، چالش بزرگی برای متخصصان مراقبت‌های بهداشتی هستند. درمان طولانی مدت درد مزمن از طریق داروهای تجویزی این خطر را به همراه دارد که بیماران دچار وابستگی شوند. علاوه بر این، از آنجایی که بیماران برای رسیدن به همان درجه از تسکین نیاز به افزایش دوز دارند، ممکن است حساسیت به درد و سطح درد آن‌ها در واقع افزایش یابد. در عین حال، بیماران ممکن است از مصرف یک داروی اپیوئیدی که می‌تواند برای آن‌ها مفید باشد به دلیل خطر ابتلا به اعتیاد بترسند و در نتیجه ممکن است بی‌دلیل رنج ببرند، به خصوص اگر بیمار لاعلاج باشند. از قضا، برخی از متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و همچنین بیماران نگران خطرات اعتیاد در میان بیمارانی هستند که در چند ماه آخر زندگی خود هستند.

موسسه ملی بهداشت (۲۰۱۸) با توجه به بحران ملی در استفاده بیش از حد از داروهای مسکن نسخه‌ای، کمپینی به نام HEAL (ابتکار بلندمدت به پایان دادن به اعتیاد) راه‌اندازی کرد که بودجه فدرال را برای تسریع راه‌حل‌های علمی برای جلوگیری از همه‌گیری ملی دو برابر کرد.

بدیهی است که توسعه داروهای مسکن موثر و غیر اعتیادآور یک اولویت بهداشت عمومی است. افزایش جمعیت افراد مسن و تعداد فزاینده مردان و زنان نظامی مجروح تنها بر فوریت این موضوع می‌افزاید. محققان باید داروهای جایگزینی را که می‌توانند درد را کاهش دهند، اما پتانسیل کم‌تری برای سوء استفاده دارند، بررسی کنند. در عین حال، محققان و متخصصان روان‌شناسی می‌توانند درک بیش‌تری از مدیریت موثر درد مزمن، از جمله شناسایی عواملی که برخی از بیماران را مستعد اعتیاد می‌کنند و ایجاد اقداماتی برای جلوگیری از سوء استفاده ارائه دهند.

سوال: شما قضاوت کنید: بهترین راه برای متعادل کردن نیاز بیمار به تسکین درد با بحران رو به رشد ملی و بین‌المللی در سوء استفاده از داروهای مسکن تجویزی چیست؟

اگر یک معتاد مزمن به هروئین مصرف آن را متوقف کند، ترک وحشتناکی را پشت سر می گذارد. میل شدید می تواند در عرض ۲ تا ۳ روز شروع شود و تا یک هفته ادامه یابد و اگر فرد محرک یا استرس خاصی را تجربه کند، می تواند سال ها بعد عود کند. هم چنین خطرات ترک ناگهانی، به ویژه در کاربران طولانی مدتی که از سلامتی ضعیفی برخوردار هستند، وجود دارد. علائم ترک می تواند شامل بی قراری، درد عضلات و استخوان، بی خوابی، اسهال، استفراغ، سرماخوردگی و حرکات لگد زدن باشد.

داروهای آرام بخش، خواب آور و ضد اضطراب

دسته آرام بخش ها، خواب آورها و ضد اضطراب ها (داروهای ضد اضطراب) شامل داروهای تجویزی می شود که به عنوان تضعیف کننده سیستم عصبی مرکزی عمل می کنند. یک آرام بخش اثر تسکین دهنده یا آرام بخش دارد، یک خواب آور باعث خواب می شود و یک ضد اضطراب برای درمان علائم اضطراب استفاده می شود. این داروهایی که بر سیستم عصبی مرکزی تاثیر می گذارند، اثرات آرام بخشی دارند، زیرا سطح انتقال دهنده عصبی GABA را افزایش می دهند که فعالیت مغز را کاهش می دهد و اثر آرام بخشی دارد. اختلالات این دسته شامل اختلال استفاده، مسمومیت و کناره گیری است.

آرام بخش

یک ماده روانگردان که اثر آرام بخشی بر سیستم عصبی مرکزی دارد.

خواب آور

ماده ای که باعث آرامش می شود.

ضد اضطراب

یک داروی ضد اضطراب

این داروها از رایج ترین داروهای مورد سوء استفاده در ایالات متحده هستند. آن ها شامل بنزودیازپین ها، باربیتورات ها، داروهای خواب غیر بنزودیازپین مانند زولپیدم (Ambien)، اسزوپیکلون (Lunesta) و زالپلون (Sonata) هستند. در سال ۲۰۱۶، ۵۰۰۰۰۰ نفر از افراد ۱۲ ساله و بالاتر در ایالات متحده از داروهای آرام بخش غیرپزشکی استفاده کردند و ۲ میلیون نفر از آرام بخش ها استفاده نادرست کردند (SAMHSA، ۲۰۱۷). اگرچه این داروها هنگام مصرف طبق تجویز بی خطر هستند، اما پتانسیل بالایی برای سوء استفاده و وابستگی دارند. هر چه فرد طولانی تر از آن ها استفاده کند، مقدار بیش تری برای ایجاد اثرات آرام بخش مورد نیاز است. علاوه بر خطر وابستگی، این داروها هم چنین می توانند اثرات مضر بر افرادی داشته باشند که از سایر داروهای تجویزی و بدون نسخه استفاده می کنند.

برای افراد مسن، خطر سوء مصرف نیز بالا است، به ویژه با توجه به احتمال تداخل دارویی با الکل و سایر داروها. علاوه بر این، افراد مسن مبتلا به زوال شناختی ممکن است داروهای خود را به اشتباه مصرف کنند، که به نوبه خود می‌تواند منجر به کاهش بیش‌تر شناختی شود (ویتبورن و میکس، ۲۰۱۱).

کافئین

کافئین محرکی است که در قهوه، چای، شکلات، نوشیدنی‌های انرژی‌زا، قرص‌های لاغری و داروهای سردرد یافت می‌شود. کافئین با فعال کردن سیستم عصبی سمپاتیک از طریق افزایش تولید آدرنالین، سطح درک شده از انرژی و هوشیاری فرد را افزایش می‌دهد. هم‌چنین فشار خون را افزایش می‌دهد و ممکن است منجر به افزایش تولید کورتیزول، هورمون استرس در بدن شود. از آن‌جایی که کافئین یک ویژگی مشترک زندگی روزمره است، مردم تمایل دارند از خطرات آن آگاه نباشند. هنگامی که کافئین در مقادیر زیاد مصرف شود، می‌تواند منجر به بسیاری از واکنش‌های نامطلوب، از جمله ایجاد سایر اشکال وابستگی به مواد شود (آریا و همکاران، ۲۰۱۷). در ایالات متحده، حداقل ۱۳۰ نوشیدنی انرژی‌زا بیش از حد توصیه شده FDA یعنی ۰٫۰۲ درصد کافئین است. آخرین ورودی‌ها طعم‌های کافئین دار مایعات مورد استفاده در سیگارهای الکترونیکی هستند که به عنوان تقویت کننده انرژی در بازار عرضه می‌شوند (لیسکو و همکاران، ۲۰۱۷).

اختلالاتی که در دسته مرتبط با کافئین گنجانده شده است، مسمومیت و ترک است، اما اختلال مصرف کافئین نیست. حمایت از افزودن اختلال مصرف کافئین به عنوان تشخیصی مشابه سایر اختلالات مصرف مواد در حال افزایش است (هارستاد و همکاران، ۲۰۱۶).

DSM-۵ اولین کتابچه راهنمای روانپزشکی در ایالات متحده بود که ترک کافئین را به عنوان یک تشخیص درج کرد (این تشخیص قبلاً در ICD-۱۰ وجود داشت). سردرد، خستگی، خواب‌آلودگی، مشکل در تمرکز، غمگینی، تحریک‌پذیری، حالت تهوع، استفراغ، دردهای عضلانی و سفتی برخی از علائم و نشانه‌های ترک کافئین هستند. تخمین زده می‌شود که ترک کافئین باعث ناراحتی

کافئین

محرکی که در قهوه، چای، شکلات، نوشیدنی‌های انرژی‌زا، قرص‌های لاغری و داروهای سردرد یافت می‌شود.

و اختلال قابل توجهی در عملکرد روزانه در ۱۳ درصد از افراد در مطالعات تجربی می‌شود (جولیانو و گریفیث، ۲۰۰۴).

کافئین و الکل با هم می‌توانند بسیار مضر باشند، و این مسئله به ویژه در دانشگاه‌ها بسیار حاد است، جایی که تا ۷۵٪ از دانشجویان گزارش می‌دهند که نوشیدنی‌های کافئین‌دار را به طور منظم مصرف می‌کنند (برگر، فندریچ و فورمن، ۲۰۱۳). هنگامی که مصرف‌کنندگان الکل و کافئین را ترکیب می‌کنند، ممکن است متوجه نشوند که چقدر مست هستند و در نتیجه ممکن است شیوع بیش‌تری از پیامدهای مرتبط با الکل داشته باشند. در یک مطالعه روزانه از دانشجویان کارشناسی که از آن‌ها خواسته شد مصرف روزانه کافئین و الکل خود را ثبت کنند، کسانی که کافئین در نوشیدنی‌های انرژی‌زا مصرف می‌کردند، مشکلات بیش‌تری در ارتباط با الکل داشتند (لیندن-کارمایکل و لاو-باراکو، ۲۰۱۷).



نوشیدنی‌های انرژی‌زا مانند ردبول حاوی مقادیر زیادی کافئین و سایر مواد افزودنی مانند تورین برای افزایش انرژی هستند. این نوشیدنی‌ها مصرف‌کنندگان را در معرض خطر مصرف بیش از حد کافئین قرار می‌دهند که می‌تواند منجر به مشکلات عمده سلامتی شود.

یک مورد کوچک

مسمومیت با کافئین

کارلا یک زن ۱۹ ساله و مجرد دگرجنس‌گرای قفقازی است. او دانشجوی سال دوم دانشگاه است که تحت فشار قرار گرفته است تا در تمام کارهایش موفق شود و تا جایی که وقت و انرژی اش اجازه می‌دهد درگیر کارهای زیادی شود. با افزایش تعهدات و سنگین‌تر شدن تحصیلات، کارلا بیش از پیش به قهوه، نوشابه و محرک‌های بدون نسخه برای کاهش نیازش به خواب وابسته شد. در هفته امتحان آخر، کارلا زیاده‌روی کرد. او به مدت ۳ روز متوالی، تقریباً ۱۰ فنجان قهوه در روز، همراه با چند بطری شات انرژی مصرف می‌کرد. کارلا علاوه بر علائم بدنی بی‌قراری، پرش ماهیچه‌ها، برافروختگی صورت، اختلال معده و بی‌نظمی‌های قلبی، هنگام صحبت کردن شروع به پرت و پلا گفتن کرد. هم‌اتاقی او پس از دیدن وضعیت کارلا مضطرب شد و اصرار کرد که او را به اورژانس ببرد، جایی که کارمند پذیرش وضعیت او را مسمومیت با کافئین تشخیص داد.

تنباکو

نیکوتین

اعتیاد به سیگار یا تنباکو را می‌توان در افراد تشخیص داد، اما مسمومیت با تنباکو را ماده روانگردان موجود نمی‌توان تشخیص داد. نیکوتین ماده روانگردانی است که در سیگار یافت می‌شود. در سیگار خطرات سلامتی تنباکو به خوبی شناخته شده است. این خطرات در درجه اول با سیگار کشیدن مرتبط است که علاوه بر نیکوتین، حاوی قطران، مونوکسید کربن و سایر مواد افزودنی است. نیکوتین که به راحتی در جریان خون جذب می‌شود، در تنباکوی جویدنی، تنباکوی پیپ و سیگار برگ نیز وجود دارد.

هنگامی که نیکوتین وارد جریان خون می‌شود، ترشح آدرنالین (نوراپی نفرین) را تحریک می‌کند که سیستم عصبی خودمختار را فعال می‌کند و فشار خون، ضربان قلب و تنفس را افزایش می‌دهد. مانند سایر مواد روانگردان، نیکوتین سطح دوپامین را افزایش می‌دهد و بر مراکز پاداش و لذت مغز تاثیر می‌گذارد. مواد موجود در دود تنباکو، مانند استالیدی، ممکن است اثرات نیکوتین را بر روی سیستم عصبی مرکزی افزایش دهد. علائم ترک همراه با ترک مصرف دخانیات شامل تحریک-پذیری، مشکلات تمرکز و میل شدید به نیکوتین است.

در حالی که نرخ استعمال دخانیات در ایالات متحده در حال کاهش است، اما از ۲۶ درصد افراد ۱۲ ساله و بالاتر در سال ۲۰۰۲ به نرخ ۱۹,۱ درصد در سال ۲۰۱۶ افزایش یافته است و شیوع آن در بین جوانان ۱۸ تا ۲۵ ساله در ۲۳,۵ درصد تا سال ۲۰۱۶ باقی مانده است. در سال ۲۰۱۶، ۳,۴ درصد از کودکان بین ۱۲ تا ۱۷ سال بودند (SAMHSA, ۲۰۱۸). با این حال، سیگارهای الکترونیکی جایگزین سیگارهای سنتی هستند. در سال ۲۰۱۶، ۳,۲ درصد از بزرگسالان، مصرف کننده فعلی سیگار الکترونیکی بودند و بیش از ۲ میلیون دانش آموز دبیرستانی و راهنمایی ایالات متحده در ۳۰ روز گذشته از سیگار الکترونیکی استفاده کرده اند که شامل ۴,۳ درصد از دانش آموزان راهنمایی و ۱۱,۳ درصد از دانش آموزان دبیرستانی می شود. (جمال و همکاران، ۲۰۱۷).

مواد استنشاقی

مواد استنشاقی گروه متنوعی از مواد هستند که با تولید بخارات شیمیایی باعث اثرات روانگردان می شوند. این محصولات به خودی خود مضر نیستند. در واقع، همه آنها محصولاتی هستند که معمولاً در خانه و محل کار یافت می شوند. مواد استنشاقی چهار دسته هستند: حلال های فرار (رقیق کننده یا پاک کننده رنگ، مایعات خشکشویی، بنزین، چسب و مایع فندک)، آئروسول ها (اسپری هایی که حاوی پیشرانها و حلال ها هستند)، گازها (فندک های بوتان و مخازن پروپان، اتر و... اکسید نیتروژن) و نیتريت ها (دسته خاصی از محصولاتی که افراد به عنوان تقویت کننده جنسی استفاده می کنند). نوجوانان جوان (۱۲ تا ۱۵ ساله) تمایل به استنشاق چسب، جلا دهنده کفش، اسپری رنگ، بنزین و مایع فندکی دارند. نوجوانان مسن (۱۶ تا ۱۷ سال) اکسید نیتروژن را استنشاق می کنند و بزرگسالان (سن ۱۸ سال و بالاتر) به احتمال زیاد نیتريت ها را استنشاق می کنند. در طبقه بندی اختلالات استنشاقی، افراد را می توان دارای اختلال مصرف استنشاقی یا مسمومیت تشخیص داد، اما نه ترک استنشاق.

مواد استنشاقی

گروه متنوعی از مواد که با تولید بخارات شیمیایی باعث اثرات روانگردان می شوند.

اثرات یک ماده استنشاقی معمولاً کوتاه مدت است. در نتیجه، کاربران سعی می کنند با استنشاق مکرر در یک دوره چند ساعته، اوج خود را افزایش دهند. داروهای استنشاقی اثراتی مشابه الکل دارند، از جمله اختلال در گفتار، از دست دادن تعادل، سرخوشی، سرگیجه، و به مرور زمان، از دست دادن مهار و کنترل. کاربران ممکن است دچار خواب آلودگی و سردرد شوند، اما بسته به

ماده، ممکن است احساس گیجی و حالت تهوع نیز داشته باشند. بخارات هوا را در ریه‌ها رد و بدل می‌کنند و باعث هیپوکسی (کمبود اکسیژن) می‌شوند که به ویژه برای نوروهای سیستم عصبی مرکزی کشنده است. استفاده طولانی مدت همچنین ممکن است باعث تخریب غلاف میلین در اطراف آکسون شود که منجر به لرزش، اسپاسم عضلانی و شاید آسیب دائمی عضلانی شود. مواد شیمیایی موجود در مواد استنشاقی همچنین می‌توانند باعث نارسایی قلبی و مرگ ناگهانی شوند (NIDA, ۲۰۱۶d).

همان‌طور که شکل ۱ نشان می‌دهد، ۰٫۶ میلیون نفر از افراد ۱۲ ساله و بالاتر در ایالات متحده در سال ۲۰۱۳ مصرف کننده فعلی مواد استنشاقی بودند. تخمین زده می‌شود که ۳٫۶ درصد از سال آخری‌های دبیرستان در سال ۲۰۱۰ مصرف مادام‌العمر استنشاقی را گزارش کردند (جانستون، اومالی، باچمن، و شولنبرگ، ۲۰۱۱، ۲۰۱۱).

نظریه‌ها و درمان اختلالات مصرف مواد

از آنجایی که همه مواد روانگردان بر روی سیستم‌های پاداش و لذت در مغز عمل می‌کنند، شباهت‌هایی در مکانیزم‌هایی وجود دارد که از طریق آن افراد به آن‌ها وابستگی پیدا می‌کنند. با این حال، تفاوت‌های مهمی بین الکل و سایر مواد در مسیرهای گیرنده ماده، عوامل روانی اجتماعی مرتبط با وابستگی مصرف کنندگان و در نهایت بهترین روش‌های درمانی وجود دارد.

دیدگاه‌های بیولوژیکی شواهد تحقیقاتی به وضوح از این ایده حمایت می‌کند که ژنتیک در ایجاد مشکلات جدی مواد نقش دارد. مطالعات گسترده روی انسان‌ها و موش‌های آزمایشگاهی ناهنجاری‌های ژنتیکی احتمالی در گیرنده مواد افیونی در کروموزوم ۱ (OPRM^۱) را نشان می‌دهد که ممکن است در حساسیت به الکل و سایر مواد و همچنین در حساسیت به درد، نقش داشته باشد. دومین ناهنجاری ژنتیکی در کروموزوم ۱۵ در یک خوشه از زیر واحدهای گیرنده نیکوتین (۳-CHRNA، ۵- و ۴-) فعال در وابستگی به نیکوتین ظاهر می‌شود. سومین ناهنجاری به طور گسترده مطالعه شده است که بر کاتکول-O-متیل ترانسفراز (COMT) تاثیر می‌گذارد، که با حساسیت درد، اضطراب و سوء مصرف مواد مرتبط است (پالمر و دویت، ۲۰۱۱). محققان، تغییرات موجود در ژنی که گیرنده آدنوزین A_{2A} را در کروموزوم ۲۲ کد می‌کند، با تفاوت‌های

فردی در مصرف کافئین و اثرات کافئین بر خواب، EEG و اضطراب مرتبط می‌دانند (اوری و لندولت، ۲۰۱۵).

متادون

یک تریاک مصنوعی که واکنش ایمن تر و کنترل شده تری نسبت به هروئین ایجاد می کند و در درمان اعتیاد به هروئین استفاده می شود.

بوپرنورفین

دارویی که در درمان اعتیاد به هروئین استفاده می‌شود.

نالترکسون

دارویی که در درمان اعتیاد به هروئین استفاده می‌شود

به جز در مورد وابستگی به الکل، شواهد ضعیفی برای اثربخشی دارو درمانی وجود دارد (آریاس و کرانزler، ۲۰۰۸). هیچ درمان تایید شده توسط FDA برای وابستگی به کوکائین، مت آمفتامین‌ها، ماری جوانا، مواد توهم‌زا، اکستازی یا داروهای مخدر تجویزی وجود ندارد. با این حال، چندین روش درمانی برای وابستگی به هروئین وجود دارد که به ویژه هنگامی که با مداخلات رفتاری ترکیب می‌شوند، موثر هستند.

سم‌زدایی با کمک راهکارهای پزشکی اولین گام در درمان وابستگی به هروئین است. در طول سم‌زدایی، افراد ممکن است داروهایی برای به حداقل رساندن علائم ترک دریافت کنند. برای جلوگیری از عود، پزشکان ممکن است از یک یا چند دارو را از سه داروی مختلف استفاده کنند. **متادون** که بیش از ۳۰ سال پیش ساخته شد، یک ماده افیونی مصنوعی است که با اتصال به همان مکان های گیرنده در سیستم عصبی مرکزی، اثرات هروئین را از بین می‌برند. استفاده صحیح مستلزم درمان تخصصی از جمله مشاوره گروهی و/یا فردی همراه با ارجاع به سایر خدمات پزشکی، روانی یا اجتماعی است. متادون به دلیل پتانسیل وابستگی آن، حتی در صورت ترکیب با مداخلات روانی اجتماعی، یک درمان ایده‌آل در نظر گرفته نمی‌شود. **بوپرنورفین** که توسط FDA در سال ۲۰۰۲ تایید شد، وابستگی فیزیکی کم‌تری ایجاد می‌کند، خطر مصرف بیش از حد را کاهش می‌دهد و اثرات ترک کم‌تری را ایجاد می‌کند. این دارو که در ابتدا به عنوان یک داروی ضد درد ساخته شد، برای درمان وابستگی به مواد افیونی نیز تایید شده است. FDA همچنین **نالترکسون** را برای وابستگی به هروئین تایید کرده است، اما به طور گسترده‌ای مورد استفاده قرار نمی‌گیرد زیرا بیماران به دلیل عوارض جانبی مانند تهوع و سردرد، احتمال کم‌تری دارند که از درمان پیروی کنند (NIAAA، ۲۰۱۸).

داستان های واقعی

رابرت داوونی جونیور: اختلال مصرف مواد

داستان رابرت داوونی جونیور که در پس زمینه هالیوود می‌گذرد، شبیه داستان بسیاری از افراد دیگر است که با اختلال مصرف مواد دست و پنجه نرم می‌کنند. رابرت داوونی جونیور، بازیگر، تهیه کننده و کارگردان، به دلیل مشکلات پدرش با سوء مصرف مواد، در خانه‌ای بزرگ شد که پر از مصرف مواد مخدر و الکل بود. خود رابرت در سن ۶ سالگی زمانی که پدرش به او ماری جوانا داد شروع به مصرف مواد کرد. رابرت در مورد این دوره از زندگی خود گفته است: «وقتی من و پدرم با هم مواد مخدر مصرف می‌کردیم، مثل این بود که او سعی می‌کرد عشق خود را به من تنها به روشی که می‌دانست ابراز کند.»

رابرت در نوجوانی شروع به بازی در نقش‌های کوچک در فیلم‌های پدرش و در برادوی کرد تا اینکه شروع به بازی در فیلم‌های بلند کرد. در طول دهه ۱۹۸۰ او به خاطر نقش‌هایش در چندین فیلم «برات پک»، از جمله علم عجیب و هنرمند پیک آپ با مولی رینگوالد، توجه بسیاری را به خود جلب کرد. موفقیت بزرگ او در سال ۱۹۸۷ با بازی در فیلم زیر صفر اتفاق افتاد که در آن نقش یک مرد جوان ثروتمند را بازی کرد که زندگی‌اش درگیر مصرف مواد مخدر شد. رابرت برای نقش آفرینی‌اش مورد تحسین قرار گرفت. او بعداً گفت: «این نقش مانند روح آینده کریسمس بود.»

وقتی رابرت شروع به بازی در نقش‌های بزرگ‌تر در فیلم کرد، مشکلات مصرف مواد شروع به تسخیر زندگی او کرد و مانع از پیشرفت حرفه‌ای او شد. بین سال‌های ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۱، او بارها به دلیل جرایم مواد مخدر از جمله مصرف هروئین، کوکائین و ماری جوانا دستگیر شد. او روزانه مشروب می‌نوشید و زمان زیادی را صرف تهیه و انجام مواد مخدر می‌کرد. در یک مورد در آوریل ۱۹۹۶، او به دلیل سرعت غیرمجاز در بلوار سان ست در لس آنجلس دستگیر شد و به دلیل داشتن هروئین و کوکائین و هم‌چنین داشتن اسلحه در ماشینش دستگیر شد. او یک ماه بعد در حالی که مست بود و در حالی که در آزادی مشروط بود وارد خانه یکی از همسایه‌ها شد و روی یکی از تخت‌ها بیهوش شد. او متعاقباً به مدت ۳ سال با آزمایش اجباری مواد مخدر به حبس تعلیقی محکوم شد. زمانی که او یکی از آزمایشات تعیین شده مواد مخدر خود را از دست داد، به مدت ۴ ماه زندانی شد.

اگرچه او از شدت مشکلات خود آگاه بود، اما مکرراً از مصرف اولیه مواد مخدر و ارتباط با پدرش از طریق مواد مخدر به عنوان دلایلی که ترک مواد مخدر را برایش دشوار می‌کرد، نام می‌برد. در سال ۱۹۹۹ او به یک قاضی

گفت: «مثل این یک تفنگ ساچمه‌ای در دهانم است که انگشتم روی ماشه است، و من طعم فلز تفنگ را دوست دارم.»

در سال ۲۰۰۰، رابرت یک سال را در یک مرکز درمان سوء مصرف مواد در کالیفرنیا گذراند. پس از آزادی، او به گروه بازیگران نمایش تلویزیونی موفق Ally McBeal پیوست. علی‌رغم این‌که اجرای او بسیار موفق بود و باعث افزایش بینندگان سریال شد، پس از یک بار بازداشت به دلیل نگهداری مواد مخدر از کار اخراج شد.

در مصاحبه‌ای با اپرا وینفری در سال ۲۰۰۴، رابرت گفت: «وقتی کسی می‌گوید، «من واقعا نمی‌دانم که آیا وقتی کسی این را می‌گوید باید برای درمان مراجعه کنم یا نه. شما اخیرا شغل خود را از دست داده‌اید، همسرتان شما را ترک کرده است، و خوب، شما خیلی اوضاع آشفته‌ای دارید. می‌دانید، احتمالا باید آن را امتحان کنید. بعد گفتم: «میدونی چیه؟ من شک دارم که بتونم به این کار ادامه بدم. می‌تونی یه جورایی سر به هوا و ناشیانه کمک بخوای و دریافت کنی، ولی ازش استفاده نمی‌کنی. سخت‌ترین بخش حل این مسائل به ظاهر وحشتناک، تصمیم‌گیری برای انجام آن است.»

اگرچه دادگاه به او دستور داد تا به بخش درمان و ترک مواد برود، اما تغییر نگرش او به رابرت کمک کرد تا با موفقیت از مصرف مواد مخدر خودداری کند. پس از رسیدن به هوشیاری، به هالیوود بازگشت، و پس از این‌که چندین سال نقش‌های کوچک‌تری را در فیلم‌های مستقل بازی کرد، پس از چرخش ستاره‌اش در فیلم پرفروش مرد آهنی (۲۰۰۸) حرفه‌اش سر به فلک کشید. از آن زمان، او از بازی در نقش‌های اصلی در چندین فیلم مهم هالیوود لذت برد، شاهکاری که در بدترین دوران زندگی‌اش غیرقابل تصور به نظر می‌رسید.



© جیسون لاوریس / گتی ایماژ

برای وابستگی به نیکوتین، پزشکان ممکن است از درمان‌های مبتنی بر بیولوژیک استفاده کنند. درمان‌های جایگزین نیکوتین (NRTs)، از جمله آدامس نیکوتین و چسب نیکوتین، اولین درمان دارویی مورد تایید FDA بودند. این دوزهای کنترل شده نیکوتین را برای تسکین علائم ترک به فرد تجویز می‌کنند. از دیگر محصولات مورد تایید FDA می‌توان به اسپری‌های بینی، اسپری‌های استنشاقی و قرص‌های پاستیل اشاره کرد. با این حال، توانایی چسب نیکوتین برای درمان وابستگی به نیکوتین زیر سوال رفته است. در یک مطالعه بعدی که روی تقریباً ۸۰۰ سیگاری انجام شد، تفاوتی در میزان عود در بین کسانی که از دارو استفاده کردند و استفاده نکردند وجود نداشت (آلپرت، کانولی و بینر، ۲۰۱۲). سایر رویکردهای بیولوژیکی برای وابستگی به نیکوتین، داروهایی هستند که نیکوتین را ارائه نمی‌کنند، از جمله بوپروپیون (ولبوترین)، یک داروی ضد افسردگی، و وارنیکلین تارتارات (Chantix) که گیرنده‌های نیکوتین را در مغز هدف قرار می‌دهد.

دیدگاه شناختی-رفتاری درمان شناختی-رفتاری (CBT) در حال حاضر به طور گسترده پذیرفته شده است که یک عنصر حیاتی در درمان موثر است (آریاس و کرانزler، ۲۰۰۸) و مکمل مهمی برای تئوری‌ها و درمان‌های بیولوژیکی است، صرف نظر از این‌که افراد وابستگی به موادی غیر از الکل بر اساس رفتار بیولوژیک دریافت می‌کنند یا خیر.

اصولی که در درمان اختلالات مصرف مواد به غیر از الکل از طریق CBT به کار می‌رود، مشابه اصول درمان وابستگی به الکل است. مطالعات به خوبی کنترل شده از اثربخشی CBT برای جمعیت‌های وابسته به طیف گسترده‌ای از مواد حمایت می‌کند. پزشکان ممکن است CBT را با درمان‌های انگیزشی و هم‌چنین با مداخلات رفتاری که بر مدیریت احتمالی تمرکز دارند، ترکیب کنند. علاوه بر این، پزشکان می‌توانند به راحتی CBT را با طیف وسیعی از روش‌های بالینی، تنظیمات و گروه‌های سنی تطبیق دهند. با توجه به محدودیت‌های درمان فقط با دارو، CBT هم‌چنین یک مکمل موثر در درمانگاه‌های بستری و سرپایی ارائه می‌کند. توانایی کمک به مشتریان در توسعه مهارت‌های مقابله‌ای در تقویت انطباق با دارو درمانی مانند متادون و نالتراکسون نیز مفید است. از آنجایی که این مداخلات نسبتاً مختصر و بسیار متمرکز هستند، برای مراجعین

تحت درمان در مراقبت مدیریت شده که ممکن است به درمان طولانی مدت دسترسی نداشته باشند، سازگار هستند (کارول، ۲۰۱۱).

۳،۱۲ اختلالات غیر مرتبط با مواد

اختلال قمار

افرادی که به اختلال قمار مبتلا هستند، علی‌رغم این که می‌دانند عواقب منفی برای خود یا دیگران به همراه خواهد داشت، قادر به مقاومت در برابر اصرارهای مکرر برای قمار نیستند. تشخیص در DSM-IV-TR شامل اختلال قمار به عنوان یک اختلال کنترل تکانه بود. در DSM-۵، آن را با اختلالات مصرف مواد گنجانده است، زیرا اکنون به صورت نشان دادن بسیاری از رفتارهای مشابه، مانند هوس، افزایش نیاز به درگیر شدن در رفتار، و پیامدهای اجتماعی منفی تصور شده است. ویژگی‌های منحصر به فرد اختلال قمار شامل رفتارهایی مانند دنبال کردن یک شرط بد، دروغ گفتن در مورد مقدار از دست رفته، جستجوی کمک‌های مالی و ارتکاب جنایت برای حمایت از قمار است.

به نظر می‌رسد با در دسترس قرار گرفتن مکان‌های قمار بیش از پیش، از جمله قمار آنلاین و اشکالی مانند لیگ‌های فانتزی، شیوع اختلالات قمار در حال افزایش است. در میان کشورهای دارای قمار قانونی، برآوردهای شیوع در طول عمر از حدود ۰،۵ تا ۳،۵ درصد از جمعیت بزرگسال متغیر است (استاکی و ریس میدل، ۲۰۰۷). در ایالات متحده، اگرچه اکثریت بزرگ بزرگسالان در مقطعی از زندگی خود قمار کرده‌اند، اختلال قمار در ۰،۶ درصد تخمین زده شده است که قابل تشخیص است. علاوه بر این، هر چه تعداد مواردی که افراد در آن قمار می‌کنند بیش‌تر باشد، شانس ابتلای آن‌ها به اختلال قمار بیش‌تر می‌شود – و با بالاترین شیوع بعد از ۱۰۰۰ بار قمار کردن افراد رخ می‌دهد.

اختلال قمار اغلب با سایر اختلالات روانی همراه است (رودریگز مونگویو، برند، و ولبرگ، ۲۰۱۸). بالاترین خطر ابتلا به اختلال قمار در میان افرادی رخ می‌دهد که در بازی‌هایی که شامل مهارت‌های ذهنی (مانند کارت) می‌شوند، شرط‌بندی ورزشی، استفاده از دستگاه‌های قمار، و

اختلال قمار

یک اختلال غیر مرتبط با مواد که شامل میل مداوم به قمار است.

شرطبندی در مسابقات اسب سواری یا دعوی خروس و سگ درگیر می شوند (کسلر و همکاران، ۲۰۰۸). افراد مبتلا به اختلال قمار که روی ورزش شرطبندی می کنند، معمولاً مردان جوانی هستند که اختلالات مصرف مواد دارند. کسانی که روی ماشین های بازی شرطبندی می کنند به احتمال زیاد زنان مسن تری هستند که نرخ بالاتری از سایر اختلالات روانی دارند و در سنین بالاتر شروع به قمار می کنند (پتری، ۲۰۰۳). وقتی این خانم های مسن تر برای بازدید از کازینو به تورهای اتوبوسی می روند، با خطر بروز مشکل قمار مواجه می شوند (ماس و همکاران، ۲۰۱۷). به طور کلی، زنان کمتر از مردان درگیر قمارهایی هستند که به استراتژی بستگی دارد، مانند پوکر (اودلاگ، مارش، کیم و گرانت، ۲۰۱۱).



افراد مبتلا به اختلال قمار اغلب به دلیل ناتوانی در متوقف کردن شرطبندی پول بدون توجه به تلاش، مشکلات مالی شدیدی را تجربه می کنند.

افراد مبتلا به اختلال قمار هم‌چنین دارای میزان بالایی از سایر اختلالات، به ویژه وابستگی به نیکوتین (۶۰ درصد)، وابستگی به مواد دیگر (۵۸ درصد)، اختلال خلقی (۳۸ درصد) و اختلال اضطرابی (۳۷ درصد) هستند. اختلالات خلقی و اضطرابی بیش‌تر به احتمال زیاد قبل از شروع اختلال قمار هستند، نه به دنبال آن (لورین، کاولشاو و توماس، ۲۰۱۱). افراد مسن کم‌تر از بزرگسالان جوان به اختلال قمار مبتلا می‌شوند، اما با این وجود به دلیل درآمد محدود و عدم دسترسی به فعالیت‌های فیزیکی جذاب‌تر در معرض خطر هستند (سابرامانیام و همکاران، ۲۰۱۵).

عدم تعادل بین دو مکانیزم عصبی زیستی متضاد و نسبتاً متمایز - آن‌هایی که مسئول تکانه‌ها و مسئول کنترل شناختی هستند - ممکن است به عنوان علت رفتارهای مکرر که مشخصه اختلال قمار هستند دیده شود (گرانث و همکاران، ۲۰۱۰). هم‌چنین ممکن است مشارکت ژنتیکی وجود داشته باشد، شاید از جمله ناهنجاری‌هایی در ژن‌های گیرنده دوپامین باشد (اهل و همکاران، ۲۰۱۷).

از نقطه نظر رفتاری، قمار از یک برنامه تقویتی با نسبت متغیر پیروی می‌کند که در آن پاداش‌ها به طور متوسط هر X بار اتفاق می‌افتد. در نتیجه، اختلالات قمار ممکن است ظاهر شود. رهایی از رفتارهای ناشی از این الگوی تقویتی بسیار سخت است. ماشین‌های اسلات، به‌ویژه، در این نوع زمان‌بندی بازدهی تولید می‌کنند و نرخ پاسخگویی قماربازان را بالا می‌برند. شرطی‌سازی کلاسیک نیز برای حفظ این رفتار عمل می‌کند، زیرا قماربازها یاد می‌گیرند که نشانه‌های خاصی را با قمار مرتبط کنند، از جمله حالات درونی یا خلق و خوی خود و محرک‌های بیرونی مانند تبلیغات برای قمار.

عوامل شناختی نیز نقش مهمی در اختلال قمار بازی می‌کنند. به نظر می‌رسد افراد مبتلا به این اختلال درگیر پدیده‌ای هستند که به عنوان تنزیل پاداش‌های احتمالی شناخته می‌شود، که در آن پاداش‌هایی را که می‌توانستند در آینده به دست آورند در مقایسه با پاداش‌هایی که می‌توانند فوراً دریافت کنند، کاهش می‌دهند یا کم ارزش می‌کنند (پتری، ۲۰۱۱). همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، آن‌ها هم‌چنین تحریف‌های شناختی مختلفی را نشان می‌دهند که بسیاری از آن‌ها ناشی از ارزیابی‌های اشتباه از احتمال این که قمار آن‌ها نتایج سودآوری را به همراه داشته، نشأت می‌گیرد.

مدل مسیرها

رویکردی به اختلال قمار که پیش‌بینی می‌کند سه مسیر اصلی رشدی وجود دارد که به سه زیرگروه مجزا منتهی می‌شود.

مدل مسیرها به اختلال قمار از دیدگاه رشدی نزدیک می‌شود و پیشنهاد می‌کند که سه مسیر اصلی به سه زیرگروه مجزا از افراد مبتلا به اختلال قمار منجر می‌شود (والور و همکاران، ۲۰۱۶). قبل از ابتلا به این بیماری، فرد مبتلا به زیرگروه شرطی رفتاری علائم کمی داشت، اما قرار گرفتن منظم در معرض قمار باعث می‌شد، تداعی‌های مثبت، شناخت‌های مخدوش و تصمیم‌گیری ضعیف در مورد قمار بگیرد. فرد در زیرگروه آسیب پذیر عاطفی دارای افسردگی، اضطراب و شاید سابقه تروما بود. قمار به این فرد کمک می‌کند تا احساس بهتری داشته باشد. نوع سوم افراد مبتلا به قمار بیمارگونه دارای تکانشگری، مشکلات توجه و ویژگی‌های ضد اجتماعی هستند. برای این فرد، خطر قمار باعث ایجاد شور و هیجان می‌شود.

جدول ۴ تحریف‌های شناختی رایج در افراد مبتلا به اختلال قمار

نوع اعوجاج	نمونه‌هایی از تحریف‌های شناختی	مثال
نماینده‌گی	مغالطه قمارباز	هنگامی که رویدادهای ایجاد شده توسط یک فرآیند تصادفی از میانگین جمعیت در کوتاه‌مدت منحرف شده‌اند، مانند افتادن توپ رولتی روی قرمز چهار بار متوالی، افراد ممکن است به اشتباه فکر کنند که انحراف مخالف (مثلاً، توپ روی سیاه می‌افتد) بیش‌تر می‌شود.
		افراد درجه‌ای از اعتماد به دانش یا توانایی خود را ابراز می‌کنند که واقعیت عینی آن را تضمین نمی‌کند
	اعتماد به نفس بیش از حد	

روند انتخاب اعداد	بازیکنان قرعه کشی معمولاً سعی می کنند از الگوهای تصادفی بلندمدت برای رشته های کوتاه در انتخاب های خود استفاده کنند، مانند اجتناب از اعداد تکراری و ارقام مجاور در رشته های اعداد.
دسترسی	همبستگی های واهی
	افراد بر این باورند که رویدادهایی که انتظار دارند به دلیل تجربه یا ادراکات قبلی با یکدیگر مرتبط باشند، در تجربه قبلی حتی زمانی که نبوده اند، مرتبط بوده است، مانند پوشیدن یک «کلاه شانس» که در زمان برنده شدن قبلی بر سر می گذاشتند.
در دسترس بودن بردهای دیگران	وقتی افراد می بینند و می شنوند که سایر قماربازان برنده می شوند، به این باور می رسند که برنده شدن یک اتفاق عادی است، که این باور آن ها را تقویت می کند که در صورت ادامه بازی، برنده خواهند شد.
سوگیری ذاتی حافظه	افراد تمایل دارند که بردها را با سهولت بیش تری نسبت به باخت ها به خاطر بیاورند. آن ها سپس خاطرات خود را در مورد تجربیات قمار به گونه ای تنظیم می کنند که بر تجربیات مثبت (برنده ها) تمرکز می کنند و تجربیات منفی (باخت) را نادیده می گیرند. این باعث می شود آن ها تصمیم خود را برای ادامه قمار منطقی کنند.
تحریف های شناختی اضافی	توهم کنترل
	افراد انتظار موفقیت بیش تری نسبت به احتمال عینی دارند.

سوئیچینگ و سوئیچینگ دوبل	زمانی که افراد فعالانه درگیر نیستند، اشتباهات را تشخیص می‌دهند و از طریق رویدادهای مربوط به قمار به طور منطقی فکر می‌کنند، اما وقتی فعالانه درگیر هستند، از تفکر منطقی دست می‌کشند.

منبع: Fortune, E. E., & Goodie, A. S. (۲۰۱۱). تحریف‌های شناختی به عنوان یک مولفه و تمرکز درمان قمار پاتولوژیک: مروری. روانشناسی رفتارهای اعتیاد آور، ۲۶ (۲)، ۲۹۸-۳۱۰.

مدل مسیرها نشان می‌دهد که رویکردهای درمانی متفاوت ممکن است برای هر یک از سه زیرنوع اختلال قمار موثر باشد، اما درمان شناختی-رفتاری بیش‌ترین پشتیبانی تجربی را دارد. پزشک با توضیح الگوی رفتارهای قمار به مشتریان شروع به آموزش می‌کند که محرک‌های قمار خود را درک کنند. به عنوان مثال، محرک‌های رایج شامل زمان بدون ساختار یا آزاد، حالات احساسی منفی، یادآوری‌هایی مانند پخش برنامه‌های ورزشی یا تبلیغات و پول در دسترس است. با استفاده از این اطلاعات برای کمک به مراجعان در تجزیه و تحلیل زمانی که قمار می‌کنند و زمانی که قمار نمی‌کنند، پزشک به آن‌ها کمک می‌کند تا فعالیت‌های خوشایند خود را افزایش دهند، به راه‌هایی برای رسیدگی به هوس‌ها یا تمایلات فکر کنند، قاطع‌تر شوند و شناخت‌های غیرمنطقی خود را اصلاح کنند. با استفاده از تکنیک‌های پیشگیری از عود، پزشک به بیماران کمک می‌کند تا پس از پایان درمان برای شکست‌ها آماده شوند. هدف پرهیز کامل نیست، بلکه کاهش آن به سطحی کمتر از سطح قبل از درمان است. فردی که تاثیرات مطلوبی دارد نیز ممکن است دچار تغییرات شخصیتی شود که به جلوگیری از عود کمک می‌کند. (مولر و همکاران، ۲۰۱۷).

مصاحبه انگیزشی مختصر نیز ممکن است درمان مفیدی برای افراد دارای مشکل قمار باشد. فرد ممکن است به عنوان هدف این درمان، پرهیز کامل یا اعتدال را دنبال کند. هر دو می‌توانند به یک اندازه در کاهش مقدار پول قمار، تعداد روزهایی که افراد قمار می‌کنند و همچنین درک فرد از دستیابی به اهداف مرتبط با درمان موثر باشند (استیا، هاجنز و فانگ، ۲۰۱۵).

سایر اختلالات غیر مرتبط با مواد

علاوه بر طبقه بندی اختلال قمار به عنوان یک اختلال غیر مرتبط با مواد، نویسندگان DSM-۵ اضافه کردن اختلال بازی اینترنتی به این دسته را در نظر گرفتند. با این حال، در حال حاضر، آن‌ها آن را در بخش ۳ به عنوان اختلالی که نیاز به مطالعه بیش‌تر دارد گنجانده‌اند. اگرچه شواهد زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد بازی اینترنتی به خودی خود به یک رفتار مشکل‌ساز تبدیل می‌شود، اما تحقیقات موجود هنوز به اندازه کافی توسعه یافته در نظر گرفته نشده است تا گنجاندن آن در سیستم تشخیصی را توجیه کند. بسیاری از داده‌ها در حمایت از این شرایط توسط مطالعات انجام شده در آسیا تولید شده است که از تعاریف متناقض از این پدیده استفاده می‌کند. بنابراین، گروه کاری DSM-۵ معتقد بود که تحقیقات بیش‌تری برای تولید تخمین‌های شیوع قابل اعتماد لازم است. اختلالات دیگری که گروه کاری به آن‌ها اضافه کرد عبارتند از: «اعتیاد جنسی»، «اعتیاد به ورزش» و «اعتیاد به خرید» که به چند مورد اشاره کرد. با این حال، این گروه بر این باور بود که مطالعات تجربی کم‌تری در مقالات بررسی شده برای توجیه گنجاندن آن‌ها حتی در بخش ۳ وجود دارد.

۴,۱۲ اختلالات مواد: دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی

مدل زیستی-روانی-اجتماعی یک رویکرد بسیار مفید برای درک اختلالات مصرف مواد و رویکردهای درمان ارائه می‌دهد. ژنتیک به وضوح در ایجاد این اختلالات نقش دارد و اثر مواد بر روی سیستم عصبی مرکزی نیز برای حفظ وابستگی عمل می‌کند. مسائل رشد به ویژه برای درک ماهیت این اختلالات، که اغلب در اواخر دوران کودکی و اوایل نوجوانی منشا می‌گیرند، حیاتی هستند. علاوه بر این، از آنجایی که الکل، مواد مخدر و داروها با پتانسیل سوء مصرف بالا هم‌چنان به طور گسترده در دسترس هستند، عوامل اجتماعی-فرهنگی نقش مهمی در حفظ وابستگی در بین مصرف‌کنندگان دارند. اعتیادها رفتار انسان را در طول هزاره‌ها مشخص کرده است. با این حال، با آموزش عمومی گسترده‌تر و پیشرفت در هر دو زمینه ژنتیک و مداخلات روان درمانی، این امکان وجود دارد که شاهد پیشرفت‌هایی در زمینه پیشگیری نیز باشیم.

بازگشت به پرونده: کارل وادسورث

کارل در ابتدا برای یافتن یک جلسه AA که در آن احساس راحتی می‌کرد، با مشکلاتی روبه‌رو شد، اگرچه زمانی که گروه مناسب را برای خود پیدا کرد، مشتاقانه منتظر حضور روزانه بود و انگیزه زیادی برای خودداری از نوشیدن الکل داشت. او با بسیاری از اعضای گروه ارتباط برقرار کرد و برای اولین بار در زندگی خود احساس کرد که از حمایت گروهی از دوستان برخوردار است. او همچنین دوره‌ای از داروهای تثبیت کننده خلق و خو را آغاز کرد که نیازی به آزمایش خون هفتگی نداشت و عوارض جانبی بسیار کم‌تری نسبت به لیتیوم داشت که در تشویق او به ادامه مصرف منظم داروهایش مفید بود. در روان درمانی، کارل و درمانگرش بر پردازش آن‌چه در AA یاد می‌گرفت و همچنین بر مهارت‌های نظارت بر خلق و خوی اختلال دوقطبی تمرکز کردند. کارل به زندگی با شارون ادامه می‌دهد تا زمانی که احساس کند به اندازه کافی ثبات دارد تا به دنبال شغلی بگردد و دوباره شروع به حمایت از خود کند.

تاملات دکتر توبین: مورد کارل تا حدودی غیرمعمول است زیرا بسیاری از افرادی که سوء مصرف مواد و/یا وابستگی را تجربه می‌کنند، در اوایل زندگی شروع به مصرف مواد می‌کنند. از طرف دیگر، کارل توانسته بود تا سال‌ها از نوشیدن الکل خودداری کند تا این‌که توسط رئیسش وسوسه شد. تا آن زمان، او بینش خوبی در آگاهی خود نشان داد که بر اساس سابقه والدینش ممکن است از نظر ژنتیکی مستعد ابتلا به اختلال مصرف الکل باشد. او می‌تواند در مشاوره بررسی کند که چرا برای جلب رضایت رئیس شروع به نوشیدن کرده است. مورد کارل همچنین نمونه خوبی از ترکیب مخرب اختلال مصرف الکل و یک اختلال روانی است. به دلیل اثرات خود درمانی که الکل گاهی اوقات ارائه می‌دهد، چنین بیماری‌های همراه، به ویژه در میان کسانی که از اختلالات خلقی رنج می‌برند، نادر نیست. خوشبختانه اختلالات مصرف الکل معمولاً پس از مداخله مناسب پیش آگهی خوبی دارند و غیر قابل درمان نیستند.

کارل باید برای هوشیار ماندن و نظارت بر اختلال دوقطبی خود سخت کار کند. بیش‌تر تمرکز درمان او بر روی ثابت نگه داشتن خلق و خوی او خواهد بود تا از عود سوء مصرف الکل در آینده جلوگیری شود. خوشبختانه، به نظر می‌رسد که او انگیزه زیادی برای پرهیز از الکل و سر و سامان دادن به زندگی خود دارد. یافتن یک گروه حمایتی AA که در آن احساس می‌کند می‌تواند به سایر اعضا اعتماد کند، یکی از جنبه‌های مهم درمان او است و منبع فوق‌العاده‌ای از حمایت خواهد بود که به او در بهبودی کمک می‌کند.

خلاصه

- مواد مخدر یک ماده شیمیایی است که خلق و خو یا رفتار فرد را هنگام کشیدن سیگار، تزریق، مستی، استنشاق یا بلعیدن تغییر می‌دهد. مسمومیت با مواد، تجربه ناسازگار موقت تغییرات رفتاری یا روانی است که به دلیل تجمع یک ماده در بدن است. هنگامی که برخی از مواد قطع می‌شوند، افراد ممکن است علائم ترک مواد را تجربه کنند که شامل مجموعه‌ای از اختلالات جسمی و روانی است. مقاومت زمانی اتفاق می‌افتد که فرد برای دستیابی به اثرات مورد نظر خود به مقادیر فزاینده‌ای از ماده نیاز داشته باشد یا زمانی که فرد پس از استفاده از همان مقدار ماده، تاثیر کم‌تری را احساس کند. اختلال مصرف مواد مجموعه‌ای از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که نشان می‌دهد فرد با وجود مشکلات مهم مرتبط با مواد، از یک ماده استفاده می‌کند.
- تقریباً از هر هفت نفر در ایالات متحده یک نفر سابقه سوء مصرف یا وابستگی به الکل دارد. اثرات کوتاه مدت مصرف الکل به دلیل خاصیت آرام بخشی این ماده برای بسیاری از افراد جذاب است، اگرچه عوارض جانبی مانند خماری باعث ناراحتی می‌شود. اثرات طولانی مدت استفاده زیاد نگران‌کننده است و آسیب جدی به بسیاری از اندام‌های بدن وارد می‌کند که منجر به مشکلات پزشکی و احتمالاً زوال عقل می‌شود. محققان در زمینه وابستگی به الکل از اولین کسانی بودند که مدل زیستی-روانی-اجتماعی را برای توضیح توسعه یک اختلال روانی پیشنهاد کردند. در حوزه عوامل بیولوژیکی، محققان بر روی نقش ژنتیک با توجه به این واقعیت که وابستگی در خانواده‌ها وجود دارد، تمرکز کرده‌اند. این خط از تحقیقات بر روی نشانگرها و نقشه برداری ژنتیکی متمرکز شده است. نظریه‌های روانشناختی بر مفاهیم برگرفته از نظریه رفتاری و هم‌چنین دیدگاه‌های شناختی-رفتاری و یادگیری اجتماعی تمرکز دارند. به عنوان مثال، بر اساس مدل انتظار که به طور گسترده پذیرفته شده، افراد مبتلا به اختلال مصرف الکل در اوایل زندگی از طریق تقویت و یادگیری مشاهده-ای، باورهای مشکل‌زا در مورد الکل ایجاد می‌کنند. محققان و نظریه پردازانی که در چارچوب دیدگاه اجتماعی-فرهنگی کار می‌کنند، عوامل استرس‌زا در خانواده، جامعه و فرهنگ را به عنوان عواملی می‌دانند که فرد را به اختلال مصرف الکل سوق می‌دهد.
- پزشکان ممکن است درمان مشکلات الکل را در درجات مختلف از هر یک از این سه دیدگاه دریافت کنند. از نظر بیولوژیکی، داروها ممکن است برای کنترل علائم ترک، برای کنترل علائم مرتبط با شرایط همزیستی یا تحریک حالت تهوع به دنبال مصرف الکل استفاده شوند. پزشکان از مداخلات روانشناختی مختلفی استفاده می‌کنند که برخی از آن‌ها مبتنی بر تکنیک‌های رفتاری و شناختی رفتاری است.

- محرک ها بر روی سیستم عصبی اثر فعال دارند. آمفتامین ها در مقادیر متوسط باعث سرخوشی، افزایش اعتماد به نفس، پرحرفی و انرژی می شوند. در دوزهای بالاتر، مصرف کننده واکنش های شدیدتری دارد و به مرور زمان می تواند معتاد شود و علائم روان پریشی ایجاد کند. مصرف کنندگان کوکائین اثرات محرکی را برای مدت زمان کوتاه تری تجربه می کنند که با این وجود کاملاً شدید است. در دوزهای متوسط، کوکائین منجر به سرخوشی، هیجان جنسی، قدرت، انرژی و پرحرفی می شود. در دوزهای بالاتر، علائم روان پریشی ممکن است ایجاد شود. علاوه بر علائم روانی آزاردهنده، مشکلات پزشکی جدی می تواند در اثر مصرف کوکائین ایجاد شود. حشیش یا ماری جوانا باعث تغییر ادراک و احساسات بدنی و همچنین واکنش های رفتاری و روانی ناسازگار می شود. بیش تر اثرات حاد مسمومیت با شاهدانه قابل برگشت هستند، اما یک دوره طولانی سوء مصرف احتمالاً منجر به وابستگی و اثرات نامطلوب روانی و جسمی می شود. مواد توهم زا باعث ایجاد تجارب ادراکی غیرطبیعی در قالب توهم و خیال می شوند. مواد افیونی شامل مواد طبیعی (مورفین و تریاک) و همچنین داروهای نیمه مصنوعی (هروئین) و داروهای مصنوعی (متادون) است. مصرف کنندگان مواد افیونی عجله ای را تجربه می کنند که با طیف وسیعی از واکنش های روانی و همچنین احساسات شدید بدنی مشخص می شود، که برخی از آنها منعکس کننده علائم تهدید کننده زندگی هستند، به ویژه در طول دوره های ترک. آرام بخش ها، خواب آورها و ضد اضطراب ها موادی هستند که باعث آرامش، خواب، آسودگی و کاهش سطح آگاهی می شوند. دوزهای بالای کافئین می تواند منجر به مشکلات روحی و جسمی مختلفی شود، علیرغم این واقعیت که اغلب به عنوان یک ماده شیمیایی که بیش از حد استفاده می شود تصور نمی شود. نیکوتین، جزء روانگردان تنباکو، بسیار اعتیادآور است. ترک نیکوتین می تواند منجر به اختلالات خلقی و رفتاری شود.
- برنامه های درمانی مختلفی برای افراد مبتلا به اختلالات مرتبط با مواد از دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی پدیدار شده است. درمان بیولوژیکی ممکن است شامل تجویز موادی باشد که مانع یا کاهش هوس می شود. درمان رفتاری بر تکنیک هایی مانند مدیریت احتمالی متکی است، در حالی که پزشکان از تکنیک های شناختی-رفتاری برای کمک به مراجعان برای اصلاح افکار، انتظارات و رفتارهای مرتبط با مصرف مواد مخدر استفاده می کنند. طرح های دقیق پیشگیری از عود، بخش مهمی از برنامه های درمان الکلی است.
- اختلال قمار با میل مداوم به قمار مشخص می شود. افراد مبتلا به این اختلال ممکن است احساس کنند نمی توانند خود را از شرکت در رویدادها یا بازی های قمار باز دارند، حتی پس از این که ضررهای مالی و مادی قابل توجهی را تجربه کردند.

اصطلاحات کلیدی

نظریه نزدیک بینی الکی	هروئین	فن سیکلیدین (PCP)
آمفتامین	خواب آور	تقویت
فراموشی جلورونده	مواد استنشاقی	سیلوسایبین
ضد اضطراب	سندرم کورساکوف	پیشگیری از عود
بوپرنورفین	لیسرژیک اسید دی اتیل آمید	فراموشی رتروگراد
کافئین	(LSD)	آرام بخش
کوکائین	ماری جوانا	محرک
افسرده کننده	متادون	ماده
دی سولفیرام	مت آمفتامین	مسمومیت با مواد
نظریه فرآیند دوگانه	نالترکسون	اختلال مصرف مواد
اکستازی (MDMA)	نیکوتین	تحمل
اختلال قمار	مواد افیونی	بیماری ورنیکه
مواد توهم‌زا	مدل مسیرها	ترک
	پیوت	

اختلالات عصبی شناختی

اهداف یادگیری

- ۱،۱۳ ویژگی های اختلالات عصبی شناختی را شرح دهید.
- ۲،۱۳ علائم هذیان را شناسایی کنید.
- ۳،۱۳ علائم، نظریه ها و درمان اختلال عصبی شناختی ناشی از بیماری آلزایمر را درک کنید.
- ۴،۱۳ تفاوت بین اختلالات عصبی شناختی را که با بیماری آلزایمر ارتباطی ندارند توضیح دهید.
- ۵،۱۳ اختلالات عصبی شناختی ناشی از آسیب تروماتیک مغزی (TBI) را شناسایی کنید.
- ۶،۱۳ اختلالات عصبی شناختی ناشی از مواد/داروها و عفونت HIV را شرح دهید.
- ۷،۱۳ اختلالات عصبی شناختی ناشی از یک بیماری عمومی پزشکی دیگر را توضیح دهید.
- ۸،۱۳ اختلالات عصبی شناختی را از دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی تجزیه و تحلیل کنید.

رئوس مطالب

گزارش موردی: ایرنه هلر

ویژگی های اختلالات عصبی شناختی هذیان

اختلال عصبی شناختی ناشی از بیماری آلزایمر

شیوع بیماری آلزایمر

آنچه در DSM-۵ وجود دارد: طبقه بندی مجدد اختلالات عصبی شناختی

مراحل بیماری آلزایمر

تشخیص بیماری آلزایمر

نظریه ها و درمان بیماری آلزایمر

نظریه ها

شما قضاوت کنید: تشخیص زودهنگام بیماری آلزایمر

رفتار

داستان های واقعی: رونالد ریگان: بیماری آلزایمر

اختلالات عصبی شناختی ناشی از اختلالات عصبی غیر از بیماری آلزایمر

اختلال عصبی شناختی ناشی از آسیب تروماتیک مغزی



اختلالات عصبی شناختی ناشی از
 مواد/داروها و عفونت HIV
 اختلالات عصبی شناختی ناشی از یک
 وضعیت پزشکی عمومی دیگر
 اختلالات عصبی شناختی: دیدگاه
 زیست روانی اجتماعی
 بازگشت به پرونده: ایرنه هلر
 خلاصه
 اصطلاحات کلیدی

فصل ۱۳

گزارش موردی: ایرنه هلر

اطلاعات دموگرافیک: با زن دگرجنس‌گرای قفقازی در ۷۶ سالگی ازدواج کرد

مشکل فعلی: ایرنه توسط پزشک مراقبت‌های اولیه‌اش به یک مطب تخصصی خصوصی برای آزمایش‌های عصبی روان‌شناختی ارجاع شد، که به کاهش قابل‌توجهی در حافظه و عملکرد حرکتی ایرنه نسبت به سال قبل اشاره کرد.

در طول مصاحبه اولیه قبل از انجام تست عصب روان‌شناختی، از ایرنه در مورد عملکرد شناختی او سوال شد. او در پاسخ به برخی از سوالات مشکل داشت و دخترش جیلیان که او را همراهی کرده بود، بیش‌تر اطلاعات را ارائه کرد. جیلیان گزارش داد که ملاقات مادرش با دکتر اولین نشانه ناهنجاری در رفتار اخیر او نبود و در یک ماه گذشته او و برادرش استیو متوجه رفتار عجیب مادرشان شده بودند. ایرنه در حال حاضر به تنهایی در شهری زندگی می‌کند که دو فرزند بزرگش در آن زندگی می‌کنند. در دو نوبت جداگانه، همسایه‌ها گزارش داده‌اند که او را در اواخر شب در پارکینگ مجتمع آپارتمانی‌اش پیدا کرده‌اند، در حالی که لباس خوابش را پوشیده و «کاملاً دیوانه» به نظر می‌رسد. همسایه‌ها او را به خانه آوردند، اگرچه ایرنه این حوادث را به خاطر نمی‌آورد.

هنگامی که از ایرنه در مورد تغییرات فیزیکی که اخیراً متوجه شده بود سوال شد، اظهار داشت که در نوشتن مشکل دارد زیرا قادر به گرفتن خودکار یا سایر ابزارهای نوشتن نیست. در نتیجه او قادر به پرداخت قبوض خود نبود و گاهی اوقات در تهیه غذا برای خود مشکل داشت. در واقع، او خاطرنشان کرد که به همین دلیل در طول ۲ ماه گذشته حدود ۱۰ پوند وزن کم کرده است. جیلیان هم‌چنین گزارش داد که متوجه شده بود مادرش اخیراً مشکلات قابل‌توجهی در راه رفتن دارد. در نتیجه ایرنه ترجیح داد در خانه بماند و بسیاری از فعالیت‌هایی را که قبلاً از آن لذت می‌برد، از جمله گذراندن وقت با خانواده‌اش و رفتن به بازی‌های هفتگی بریج را کنار گذاشته بود.

جیلیان اضافه کرد که ایرنه معمولاً حداقل یک بار در روز با او یا برادرش تماس می‌گیرد و آن‌ها هر هفته یک یا دو بار با هم غذا می‌خورند. جیلیان گفت در طول ۲ ماه گذشته که او یا برادرش با مادرشان تلفنی تماس می‌گرفتند، گاهی اوقات درک صحبت‌های ایرنه دشوار بود و او فراموش می‌کرد که با چه کسی صحبت می‌کرد. همه این‌ها برای جیلیان بسیار آزاردهنده بود، اگرچه ایرنه قادر به تصدیق بسیاری از آن‌چه جیلیان گزارش می‌کرد نبود. «حدس می‌زنم گاهی اوقات برای پرداخت صورت‌حساب‌هایم یا تماس تلفنی با فرزندانم مشکل دارم. من حدس می‌زنم که این روزها روحیه‌ای ندارم.»

گزارش موردی (ادامه)

جیلیان اظهار داشت که او و برادرش فکر می‌کنند که رفتار ایرنه ممکن است ماهیت پزشکی باشد. ایرنه به دیابت نوع دوم مبتلا شده است و به گفته جیلیان فراموش کرده بود قند خون خود را چک کند و انسولین را برای ۲ روز متوالی مصرف کند. وقتی از او خبری نشد، جیلیان و استیو به خانه ایرنه رفتند تا او را بررسی کنند و او را تقریباً بیهوش در اتاق نشیمنش یافتند. پس از دادن انسولین به او، خواهر و برادر برای روز بعد با پزشک مراقبت‌های اولیه ایرنه قرار ملاقات گذاشتند.

پس از مصاحبه بالینی، ایرنه آزمایشات عصب روانشناختی را تکمیل کرد که شامل مجموعه‌ای از تست‌های شناختی با هدف اندازه‌گیری عملکرد شناختی کلی او بود.

سابقه مرتبط: ایرنه گزارش داد که در طول زندگی خود نسبتاً سالم بوده است و هیچ مشکل عمده پزشکی، عاطفی یا شناختی را تجربه نکرده است. جیلیان اظهار داشت که مادرش ۲ سال پیش به دیابت نوع دوم مبتلا شده است و برای تنظیم قند خون خود انسولین مصرف می‌کرد. جیلیان همچنین گزارش داد که تا زمان زوال اخیر، ایرنه کاملاً فعال باقی بود و در بسیاری از فعالیت‌های اجتماعی شرکت می‌کرد و تمام فعالیت‌های روزمره خود را بدون مشکل انجام می‌داد.

صورت بندی موردی: شروع ناگهانی علائم ایرنه نوعی اختلال عصبی شناختی ناشی از بیماری عروقی است. از آنجایی که ایرنه مصرف داروهای خود را متوقف کرده بود، خود را در معرض خطر جدی پزشکی قرار می‌داد. علاوه بر این، مطابق با معیارهای تشخیصی، عملکرد ایرنه به طور قابل توجهی مختل شده بود - او فعالیت‌های قبلی خود را متوقف کرده بود و حتی به دلیل مشکلات حرکتی‌اش پرداخت صورت حساب‌های خود را متوقف کرده بود.

نتایج آزمایش عصب روان‌شناختی نشان داد که ایرنه در واقع دچار اختلال قابل توجهی در حافظه کوتاه مدت و توانایی او برای صحبت روان و منسجم شده است. او همچنین مشکلاتی را در عملکرد اجرایی خود، از جمله سازماندهی و ترتیب دادن اطلاعات ارائه شده به او، نشان داد. با انجام این آزمایش همراه با معاینه فیزیکی توسط پزشک، به ایرنه تشخیص اختلال عصبی شناختی عروقی اصلی همراه با اختلال رفتاری داده شد، اگرچه تا زمانی که او MRI برای تایید وجود ضایعات مغزی انجام دهد، تشخیص قطعی نخواهد بود.

طرح درمان: ایرنه برای تایید تشخیص خود برای MRI ارجاع داده می‌شود و در صورت نیاز برای درمان دارویی و پیگیری مراقبت‌های خانگی به او ارجاع داده می‌شود.

سارا توبین، دکترا

۱۳، ویژگی های اختلالات عصبی شناختی

اختلال عصبی شناختی

اختلالات مربوط به زوال در زندگی در یک یا چند حوزه شناختی مرتبط با تغییرات در مغز.

بسیاری از منابع توهین یا آسیب می‌توانند بر مغز فرد تاثیر بگذارند، مانند ضربه، بیماری و قرار گرفتن در معرض مواد سمی از جمله داروها. افراد ممکن است در نتیجه این تاثیرات روی مغز دچار هذیان، توهم، اختلالات خلقی و تغییرات شدید شخصیتی شوند. **اختلالات عصبی شناختی** به طور خاص زوال اکتسابی در یک یا چند حوزه شناخت مرتبط با تغییرات در مغز را توصیف می‌کنند.

پزشکان از روش‌های تست عصبی روان‌شناختی و تصویربرداری عصبی و همچنین سابقه پزشکی فرد استفاده می‌کنند تا تصمیم بگیرند که آیا علائم فرد در دسته اختلال عصبی شناختی قرار می‌گیرد یا خیر. آزمایش عصب روان‌شناختی به پزشکان کمک می‌کند تا الگوهای خاصی از پاسخ‌ها را شناسایی کنند که به نظر می‌رسد با پروفایل‌های بیماری شناخته شده مطابقت دارند. آن‌ها این دانش را با سابقه پزشکی درمانجوی خود ترکیب می‌کنند تا ببینند آیا یک رویداد خاص باعث ایجاد علائم شده است یا خیر. علاوه بر این، تصویربرداری عصبی به پزشکان با نگاهی درونی به مغز کمک می‌کند تا علائم را با بیماری‌ها یا آسیب‌های خاص مرتبط کنند. هر دو شکل ارزیابی برای تشخیص یکی از این اختلالات مورد نیاز است.

جدول ۱ حوزه‌های تحت پوشش اختلالات عصبی شناختی و انواع توانایی‌های موجود در هر یک را نشان می‌دهد. پزشکان برای کمک به ارزیابی سطح عملکرد درمانجو در هر یک از این حوزه‌ها، آزمایش‌های اضافی را از باتری‌های عصبی روان‌شناختی در صورت نیاز ترکیب می‌کنند. با استفاده از مصاحبه با درمانجو و اعضای خانواده یا افراد مهم، آن‌ها همچنین بر اساس معیارهای مشخص شده در هر حوزه، درمانجو را به عنوان اختلال عصبی شناختی عمده یا خفیف ارزیابی می‌کنند. به عنوان مثال، سطح خفیف اختلال حافظه نشان می‌دهد که فرد برای کارهای روزمره به یادداشت‌ها یا یادآوری‌ها متکی است. اختلال عمده در صورتی تشخیص داده می‌شود که فرد نتواند لیست‌های کوتاه را پیگیری کند یا یک کار را در یک جلسه انجام دهد.

در DSM-۵، اصطلاح اختلال عصبی شناختی جایگزین زوال عقل می‌شود، که در DSM-IV-TR برای اشاره به شکلی از اختلال شناختی استفاده می‌شود که در آن افراد دچار از دست دادن پیشرونده عملکردهای شناختی به حدی شدید می‌شوند که در فعالیت‌های عادی روزانه و روابط اجتماعی آن‌ها تداخل ایجاد کند. گروه کاری DSM-۵ اصطلاح زوال عقل را برای استفاده در محیط‌های پزشکی قابل قبول دانست، اما امید وجود دارد که این اصطلاح بیش از حد کلی در نهایت به طور کلی جایگزین شود.

اختلالات عصب شناختی عمده زمانی تشخیص داده می‌شوند که افراد کاهش شناختی قابل توجهی را نسبت به سطح قبلی عملکرد در شش حوزه جدول ۱ بر اساس ارزیابی استاندارد شده عصبی روانشناختی یا سایر ارزیابی‌های بالینی کمی نشان دهند. این نقایص شناختی باید با توانایی فرد برای انجام وظایف ضروری در زندگی روزمره تداخل داشته باشد، منحصرًا با هذیان رخ ندهد و به عنوان یک اختلال روانی دیگر توضیح بهتری نداشته باشد. تشخیص **اختلال عصبی شناختی خفیف** زمانی اعمال می‌شود که فرد سطوح متوسطی از زوال شناختی را نشان دهد. این کاهش‌ها به اندازه کافی شدید نیست که توانایی فرد برای زندگی مستقل را مختل کند.

پس از تشخیص سطح اختلال شناختی، پزشک در مرحله بعدی باید فرآیند گاه چالش برانگیزی را انجام دهد تا مشخص کند کدام بیماری به نظر می‌رسد مسئول علائم شناختی است. زمانی که یک بیماری خاص قابل تشخیص نباشد، پزشک می‌تواند این مورد را نشان دهد یا چندین بیماری را که به علائم کمک می‌کنند، نشان دهد.

اختلالات عصبی

شناختی عمده

اختلالاتی که شامل کاهش قابل توجه شناختی نسبت به سطح قبلی عملکرد است.

اختلالات عصبی

شناختی خفیف

اختلالات مربوط به کاهش اندک شناختی نسبت به سطح قبلی عملکرد.

جدول ۱ حوزه های عصبی شناختی در DSM-۵

دامنه	نمونه‌هایی از توانایی- های مرتبط	
توجه پیچیده	توجه پایدار توجه انتخابی توجه تقسیم شده	حفظ توجه در طول زمان جداسازی سیگنال‌ها از حواس پرتی شرکت در دو یا چند کار به طور همزمان
عملکرد اجرایی	برنامه‌ریزی تصمیم‌گیری حافظه کاری انعطاف‌پذیری ذهنی/شناختی	تصمیم‌گیری در مورد دنباله‌ای از اقدامات انجام وظایفی که نیاز به انتخاب بین گزینه‌ها دارد توانایی نگهداری اطلاعات در حافظه هنگام دستکاری محرک‌ها جابجایی بین دو مفهوم، کار، یا قانون پاسخ (به عنوان مثال، انتخاب اعداد فرد، سپس انتخاب اعداد زوج)
یادگیری و حافظه	دامنه حافظه فوری خاطره اخیر	به خاطر سپردن یک سری ارقام یا کلمات رمزگذاری اطلاعات جدید مانند فهرست کلمات یا داستان کوتاه
زبان	زبان بیانی گرامر و نحو زبان دریافتی	توانایی نامگذاری اشیا صحبت کردن بدون خطا در حین انجام کارهای دیگر توانایی درک تعاریف و دستورالعمل‌های کلمات
ادراکی- حرکتی	ادراک بصری	ارزیابی این که آیا یک شکل می‌تواند «واقعی» باشد یا خیر بر اساس تصویر آن در فضای دو بعدی

مونتاز اقلامی که نیاز به هماهنگی دست و چشم دارند	بصری سازی	
توانایی درگیر شدن در مهارت های حرکتی مشترک، استفاده از ابزارهای رایج، تقلید از استفاده از ابزار، و تقلید از حرکات تشخیص چهره و رنگ	پراکسیس	
	عرفان	
شناسایی احساسات در تصاویر چهره توانایی در نظر گرفتن وضعیت روانی شخص دیگری بر اساس تصاویر یا داستانها	شناخت احساسات نظریه ذهن	شناخت اجتماعی

۲،۱۳ هذیان

هذیان

یک اختلال عصبی شناختی که ماهیت موقتی دارد و شامل اختلال در توجه و آگاهی است.

افراد مبتلا به هذیان به طور موقت دچار اختلالاتی در توجه و آگاهی خود می‌شوند. علائم به طور ناگهانی ظاهر می‌شوند و در طول مدت اختلال در نوسان هستند. هسته هذیان یک حالت حاد سردرگمی یا اختلال در پردازش شناختی است که بر حافظه، جهت‌گیری، عملکرد اجرایی، توانایی استفاده از زبان، ادراک بصری و یادگیری تاثیر می‌گذارد.

برای دریافت تشخیص هذیان، فرد باید این تغییرات در هوشیاری یا آگاهی را در مدت زمان بسیار کوتاه، به ترتیب چند ساعت یا روز نشان دهد. تشخیص هم‌چنین مستلزم این است که یک وضعیت پزشکی عمومی باید باعث اختلال شود. بنابراین پزشکان مشخص می‌کنند که آیا هذیان ناشی از مسمومیت با مواد، ترک مواد، دارو یا سایر شرایط پزشکی است. پزشک هم‌چنین هذیان را حاد (در چند ساعت یا چند روز) یا مداوم (در طول هفته ها یا ماه ها) ارزیابی می‌کند.

یک مورد کوچک

هذیان به دلیل یک وضعیت پزشکی دیگر، حاد

جک یک مرد ۲۳ ساله و مجرد دگرجنس‌گرای آفریقایی آمریکایی است. او به عنوان پیمانکار مشغول به کار است و یک روز در اواخر شیفت کاری خود با تب شدید همراه با لرز از زمین افتاد. خوشبختانه همکارانش او را دیدند. وقتی آن‌ها به او گفتند که سریعاً به بیمارستان منتقل خواهد شد، جک بارها با این پاسخ مزخرف پاسخ داد: «چکش خوب نیست.» سپس، همکاران جک از ادعای او مبنی بر اینکه قصد داشتند ابزارهای او را بگیرند، شوکه شدند. او همچنین اظهار داشت که در حالی که او چیزهای موجود در هوا را می‌گرفت، افرادی به سمت او اشیا پرتاب می‌کردند. او نمی‌توانست نام کسی را در محل به خاطر بیاورد. در واقع، او مطمئن نبود که کجاست. در ابتدا، او در برابر تلاش‌های همکارانش برای بردن او به بیمارستان به دلیل نگرانی از این که آن‌ها نقشه‌ای برای آسیب رساندن به او ترتیب داده‌اند، مقاومت کرد.

هذیان می‌تواند به دلایل مختلفی از جمله مسمومیت با مواد یا ترک، آسیب به سر، تب بالا و کمبود ویتامین ایجاد شود. افراد در هر سنی می‌توانند هذیان را تجربه کنند، اما در میان افراد مسن که به دلایل پزشکی یا روانپزشکی در بیمارستان بستری شده‌اند، شایع‌تر است. علاوه بر سن، عوامل خطر هذیان شامل سابقه قبلی سکته مغزی، اختلال عصبی شناختی، اختلال حسی، و استفاده از داروهای تجویزی متعدد («پلی داروسازی») است. افراد در معرض خطر ممکن است به دنبال عفونت، احتباس ادرار یا استفاده از کاتتر، کم آبی بدن، از دست دادن تحرک و اختلالاتی که بر ضربان قلب تاثیر می‌گذارد، دچار هذیان شوند. افزایش پاسخ‌های التهابی سیستم ایمنی نیز ممکن است به هذیان کمک کند (دیلون و همکاران، ۲۰۱۷).

عفونت یکی دیگر از عوامل تشدید کننده در افراد در معرض خطر است. در یک نظرسنجی از نزدیک به ۱,۳ میلیون بیمار که طی سال‌های ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۵ مورد مطالعه قرار گرفتند، محققان دریافتند که شایع‌ترین علل هذیان، عفونت‌ها، از جمله عفونت‌های تنفسی، سلولیت، و عفونت‌های مجاری ادرار و کلیه هستند. بزرگ‌ترین علت بعدی برخی از انواع اختلالات سیستم عصبی مرکزی از جمله سرطان، اختلال عصبی شناختی، سکته مغزی و تشنج بود. سومین علت شایع هذیان شامل اختلالات متابولیک، بیماری‌های قلبی عروقی و روش‌های ارتوپدی بود. با این حال، هذیان

ناشی از مواد مخدر در طول دوره کارآزمایی در بین افراد مسن شایع تر شد و نشان می‌دهد که یا کارکنان بیمارستان با این تشخیص بیشتر آشنا شده‌اند یا این که افراد در این گروه سنی بیش تر مستعد مصرف داروهای هذیان‌آور هستند. آگاه کردن متخصصان بهداشت از اثرات نامطلوب دارو در نهایت ممکن است به کاهش شیوع هذیان در افراد پرخطر کمک کند (لین، هیکاک و فوگل، ۲۰۱۰).

جدا از علائم شناختی بی‌توجهی و از دست دادن حافظه، افرادی که هذیان را تجربه می‌کنند ممکن است توهم، هذیان، ناهنجاری در چرخه خواب/بیداری، تغییر در خلق و خو و ناهنجاری‌های حرکتی نیز داشته باشند (جین، چاکرابارتی و کوله‌را، ۲۰۱۱). هنگامی که این وضعیت را تجربه می‌کنند، افرادی که دچار هذیان هستند، بیش تر احتمال دارد که عوارض پزشکی را تجربه کنند که می‌تواند باعث بستری شدن مجدد در بیمارستان و خطر مرگ و میر بالاتری شود (مارکانتونیو و همکاران، ۲۰۰۵). بیماری آلزایمر یکی دیگر از پیامدهای بالقوه ناشی از اثرات التهاب سیستم ایمنی بدن به دنبال یک عمل جراحی یا جراحی بر روی مغز است (کورتس و برگر، ۲۰۱۷).

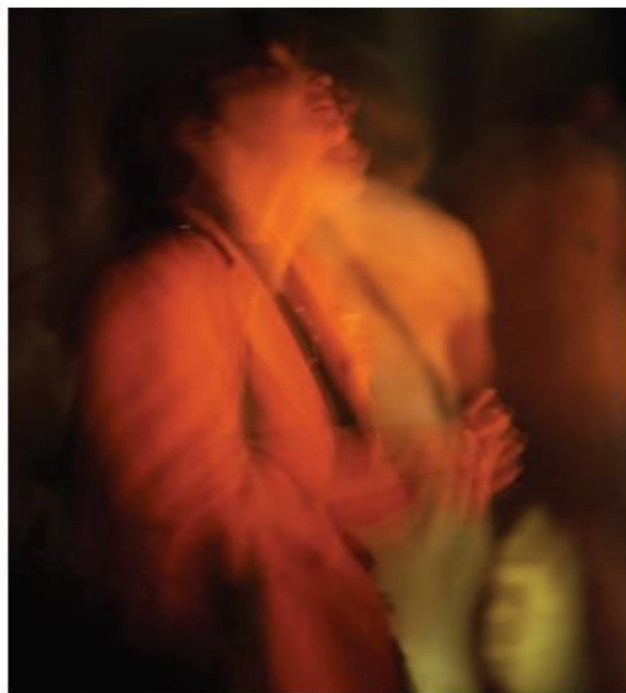
چندین آزمایش تخصصی برای ارزیابی هذیان وجود دارد. مقیاس رتبه‌بندی هذیان تجدید نظر شده (DRS-R-98) (ترزپاکز و همکاران، ۲۰۰۱) یک معیار پرکاربرد است که به چندین زبان ترجمه شده است (جدول ۲) و اعتبار و پایایی خوبی دارد (گروور، چاکرابارتی، شاه و کومار، ۲۰۱۱). مزیت این مقیاس این است که اگرچه برای روانپزشکان طراحی شده است، اما سایر متخصصان (پزشکان، پرستاران، روانشناسان) و محققان نیز می‌توانند از آن استفاده کنند. هنگام تکمیل ابزار، پزشک می‌تواند از اطلاعات جمع آوری شده از اعضای خانواده، بازدیدکنندگان، کارکنان بیمارستان، پزشکان، نمودارهای پزشکی و حتی هم اتاقی‌های بیمارستان استفاده کند.

جدول ۲ آیتم‌های مقیاس درجه‌بندی هذیان

آیتم‌های زیر برای ارزیابی وجود هذیان با استفاده از مقیاس‌های رتبه‌بندی توسعه یافته در هر ناحیه از عملکرد استفاده می‌شود:

۱. وجود اختلال در چرخه خواب و بیداری
۲. اختلالات ادراکی و توهمات
۳. توهمات
۴. نمایش بیرونی احساسات که منعکس کننده بی ثباتی، عدم کنترل خود یا پاسخ‌های نامناسب به یک موقعیت است.
۵. اختلال زبان
۶. ناهنجاری در فرآیندهای فکری مانند تداعی‌های سست
۷. بی‌قراری حرکتی مانند قدم زدن، بی‌قراری یا بی‌تابی
۸. کند شدن یا از دست دادن خود به خودی فعالیت‌های حرکتی
۹. عدم گرایش به شخص، مکان و زمان
۱۰. از دست دادن تمرکز توجه و توانایی حفظ توجه
۱۱. از دست دادن حافظه کوتاه مدت
۱۲. از دست دادن حافظه بلند مدت
۱۳. مشکل در مسیریابی در محل زندگی یا محیط

منبع: Trzepacz, P. T., Mittal, D., Torres, R., Kanary, K., Norton, J., & Jimerson, N. (۲۰۰۱). اعتبار سنجی مقیاس رتبه‌بندی هذیان تجدید نظر شده-۹۸: مقایسه با مقیاس رتبه‌بندی هذیان و آزمون شناختی برای هذیان. مجله عصب روانپزشکی و علوم اعصاب بالینی، ۱۳، ۲۲۹-۲۴۲.



هذیان یک وضعیت موقتی است که می‌تواند طیف وسیعی از علل فیزیولوژیکی داشته باشد. افرادی که این عارضه را تجربه می‌کنند از چندین اختلال حسی به طور همزمان رنج می‌برند.

Marie Docher/Media Bakery©

درمان هذیان شامل یک رویکرد دارویی است که بر داروهای ضد روان پریشی از جمله هالوپریدول و ریسپریدون متکی است. در یک مطالعه، این ترکیب علائم هذیان را در ۸۴ درصد موارد در یک دوره ۴ تا ۷ روزه برطرف کرد (بوتگر، بریتبارت و پاسیک، ۲۰۱۱). اگرچه هالوپریدول به طور بالقوه در کاهش هذیان در بیماران در معرض خطر مفید در نظر گرفته می‌شود، اما تحقیقات از اثربخشی آن به عنوان یک پیشگیری حمایت نمی‌کند (ون دن بوگارد و همکاران، ۲۰۱۸).

به جای استفاده از داروها به عنوان پیشگیری از ایجاد هذیان، پزشکان می‌توانند به بیماران حاد و پرخطر فعالیت‌های محرک شناختی مانند بحث در مورد رویدادهای جاری یا بازی با کلمات را ارائه دهند. در این رویکرد، کارکنان چند رشته‌ای به جای این‌که منتظر بروز هذیان بمانند، به محض این‌که بیمار در یک مرکز مراقبت حاد برای توانبخشی (به عنوان مثال، پس از شکستگی لگن) بستری می‌شود، به عوامل خطر هذیان می‌پردازد (اوبرای و همکاران، ۲۰۱۸).

جدول ۳ معیارهای تشخیصی اختلال عصبی شناختی ناشی از بیماری آلزایمر

معیارهای تشخیصی برای اختلال عصبی شناختی ناشی از بیماری آلزایمر شامل معیارهای تشخیصی اختلال عصبی شناختی عمده یا خفیف و هم‌چنین موارد زیر است: از آن جایی که بیماری آلزایمر تا پس از کالبد شکافی قابل تشخیص نیست، پزشکان می‌توانند اختلال عصبی شناختی اصلی را به عنوان «احتمالی» (زمانی که هر دو ۱ و ۲ برآورده می‌شوند) یا «ممکن» (زمانی که تنها یکی از دو شرط برآورده شده است) طبقه بندی کنند:

۱. شواهد مربوط به جهش ژنتیکی از تاریخچه خانوادگی یا آزمایش ژنتیکی که با بیماری آلزایمر مرتبط است

۲. هر سه این علائم:

الف. شواهد واضحی از کاهش حافظه و یادگیری و حداقل یک حوزه شناختی دیگر

ب. کاهش تدریجی و پیشرونده در عملکردهای شناختی

ج. شواهدی از بیماری عصبی یا بیماری دیگری که می‌تواند به زوال شناختی کمک کند وجود ندارد

اگر آزمایش ژنتیکی یا سابقه خانوادگی شواهدی از یک جهش ژنتیکی را نشان دهد، یک بیماری عصبی شناختی خفیف به عنوان «احتمالی» طبقه بندی می‌شود. در غیر این صورت، اگر هر سه علامت ذکر شده در معیار ۲ وجود داشته باشد اما هیچ نشانه ژنتیکی وجود نداشته باشد، به عنوان «ممکن» طبقه بندی می‌شود.

۳،۱۳ اختلال عصبی شناختی ناشی از بیماری آلزایمر

اختلال عصبی شناختی

ناشی از بیماری آلزایمر

یک اختلال عصبی شناختی مرتبط با کاهش تدریجی و پیشرونده حافظه، یادگیری و حداقل یک حوزه شناختی دیگر.

اختلال عصبی شناختی ناشی از بیماری آلزایمر اختلالی است که با کاهش تدریجی حافظه، یادگیری و حداقل یک حوزه شناختی دیگر همراه است (جدول ۳ را ببینید). اولین علائم از دست دادن حافظه قبل از سلسله تغییراتی است که در نهایت به دلیل ایجاد بیماری پزشکی ناشی از عفونت یا نارسایی اندام‌های حیاتی بدن به مرگ ختم می‌شود.

بیماری آلزایمر برای اولین بار در سال ۱۹۰۷ توسط یک روانپزشک و نوروپاتولوژیست آلمانی به نام آلوئیس آلزایمر (۱۸۶۴-۱۹۱۵) گزارش شد، که در آن پس از مطالعه مورد «آگوست دی»، زنی ۵۱ ساله که از حافظه ضعیف و عدم تمرکز در زمان و مکان شکایت داشت، گزارش کرد. (آلزایمر، ۱۹۸۷/۱۹۰۷). در نهایت، آگوست دی افسرده شد و شروع به توهم زدن کرد. او علائم شناختی

کلاسیک را نشان داد که اکنون به عنوان بخشی از معیارهای تشخیصی این اختلال شناخته شده است. آلزایمر قادر به توضیح این روند وخامت نبود تا زمانی که بیمار مرد و زمانی که کالبد شکافی نشان داد که بیش تر بافت قشر مغز وی دچار انحطاط شدید شده است. آلزایمر پس از بررسی بافت مغز زیر میکروسکوپ، متوجه شد که نورون های منفرد تحلیل رفته و توده های غیرطبیعی از بافت عصبی را تشکیل داده اند. نود سال بعد، کشف اسلایدهای مغزی از این مورد معروف تایید کرد که تغییراتی که در مغز آگوست دی دیده می شود، همان چیزی است که اکنون به نام بیماری آلزایمر شناخته می شود (انسرینک، ۱۹۹۸) (شکل ۱)

شیوع بیماری آلزایمر

مطبوعات رایج به طور گسترده اما نادرست شیوع بیماری آلزایمر را بین ۵ تا ۵,۷ میلیون نفر در ایالات متحده گزارش می دهند که ۱۲ درصد از جمعیت بالای ۶۵ سال و ۵۰ درصد از افراد بالای ۸۵ سال را تشکیل می دهد. سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۱) تخمین شیوع بسیار پایین ۵ درصد از مردان و ۶ درصد از زنان در سراسر جهان را ارائه می دهد. میزان بروز موارد جدید کم تر از ۱ درصد در سال در سنین ۶۰ تا ۶۵ سال یا احتمالا تا ۶,۵ درصد در افراد ۸۵ سال و بالاتر است (کاواس و همکاران، ۲۰۰۰). در واقع، مطالعه ای بر اساس اطلاعات شرکت های بیمه سلامت کانادا، کاهش تعداد موارد جدید گزارش شده در سال ۲۰۱۵ را نشان داد و افزود: «از آنجایی که ۶۰ تا ۸۰ درصد تمام زوال عقل های اصلی دارای یک جزء عروقی هستند، کاهش بروز سکتة مغزی ممکن است باعث شود. بیش تر به کاهش بروز زوال عقل کمک کرد. (اسپزاتو، ۲۰۱۵، ص. ۱۵۳۰).

مطالعات کالبد شکافی از تخمین کمتری پشتیبانی می کند. در یکی از جوامع روستایی پنسیلوانیا، محققان دریافتند که بیماری آلزایمر عامل مرگ ۴,۹ درصد از افراد ۶۵ سال و بالاتر است (گانگولی و همکاران، ۲۰۰۵). البته این تخمین فقط شامل کسانی می شود که مرگ آنها به دلیل بیماری آلزایمر تایید شده است. در بسیاری از موارد، بیماری دیگری مانند ذات الریه، در واقع علت فوری مرگ در افراد مبتلا به بیماری آلزایمر پیشرفته است. با این وجود، این درصد به میزان قابل توجهی کم تر از آن چیزی است که بر اساس ارقام منتشر شده در رسانه ها انتظار داریم. به طور شگفت انگیزی، در میان شرکت کنندگان ۱۰۰ ساله و مسن تر در مطالعه صد ساله نیوانگلند، تقریبا ۹۰ درصد تا سن ۹۲ سالگی بدون علامت بودند (پرلز، ۲۰۰۴).

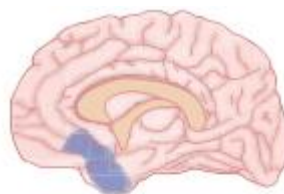
این تصور غلط که هر گونه ناهنجاری شناختی که افراد در زندگی بعدی (یا قبل از آن) با آن مواجه می‌شوند، نشان دهنده شروع بیماری است، با تخمین بیش از حد گسترده شیوع بیماری آلزایمر تقویت می‌شود. از دست دادن حافظه فعال به طور معمول در اواخر زندگی برای اکثر افراد رخ می‌دهد. با این حال، هنگامی که افراد نسبت به حافظه خود آگاه می‌شوند، با تصور این که به بیماری آلزایمر مبتلا هستند، حتی در مورد ضررهای کوچک نیز اغراق می‌کنند. متأسفانه، این خودآگاهی فقط حافظه آن‌ها را بدتر می‌کند که این چرخه را بیش‌تر تداوم می‌بخشد. به جای انجام اقدامات پیشگیرانه، مانند درگیر شدن در تمرینات حافظه یا سایر فعالیت‌های چالش برانگیز شناختی، افراد در این موقعیت احتمالاً تسلیم ناامیدی می‌شوند (جونز، ویتبورن، ویتبورن، و اسکلتی، ۲۰۰۹).

چه چیزی باعث می‌شود که این برآوردهای بیش از حد اتفاق بیفتد؟ مهم‌تر از همه، نویسندگان گزارش تمایل دارند سایر اشکال اختلال عصبی شناختی ناشی از بیماری آلزایمر را در برآوردهای خود لحاظ نکنند. حدود ۵۵ درصد از اختلالات عصبی-شناختی می‌تواند ناشی از فرآیندهای بیماری غیر از آلزایمر باشد (جلینگر و اتمز، ۲۰۱۰)، که بیماری قلبی عروقی ۲۰ درصد از این موارد را تشکیل می‌دهد (ناپمن، ۲۰۰۷). در نتیجه، «۵٫۵ میلیون» در واقع بین ۲ تا ۳ میلیون نفر را شامل می‌شود که از یک بیماری عصبی یا بیماری عروقی رنج می‌برند. از آنجایی که بیماری قلبی عروقی با فشار خون بالا (شارپ و همکاران، ۲۰۱۱) و دیابت (ناپمن و رابرتز، ۲۰۱۰) مرتبط است، افراد می‌توانند هر دو را از طریق رژیم غذایی و ورزش کنترل کرده یا از آن پیشگیری کنند، دریافت تشخیص دقیق علائم عصبی شناختی برای افراد مسن و خانواده آنها بسیار مهم است.

در برآوردهای خود، انجمن آلزایمر هم‌چنین به «زوال عقل آلزایمر» اشاره می‌کند تا به «افراد بدون علامت با نشانگرهای زیستی تایید شده آلزایمر» و «آن‌هایی که به دلیل آلزایمر دچار اختلال شناختی خفیف هستند» اشاره کند. (انجمن آلزایمر، ۲۰۱). این اصطلاح بسط یافته با DSM-۵ (که از اصطلاح زوال عقل در تشخیص استفاده نمی‌کند) سازگار نیست و هم‌چنین تعریف را فراتر از افرادی که معیارهای تشخیصی واقعی را دارند گسترش می‌دهد.

سایر عواملی که در ادراک عمومی نادرست بالقوه بیماری آلزایمر در ایالات متحده نقش دارند عبارتند از: تغییرات در نحوه اندازه‌گیری علائم، سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان در بررسی‌های

اپیدمیولوژیک، و در نظر گرفتن ناکافی وضعیت سلامت یا سایر اختلالات عصبی بالقوه. (ویتبورن و ویتبورن، ۲۰۱۷).



شروع آلزایمر



آلزایمر خفیف تا متوسط



آلزایمر شدید

شکل ۱ تغییرات در مغز مرتبط با بیماری آلزایمر

با پیشرفت بیماری آلزایمر، گره‌های عصبی فیبریلاری (به رنگ آبی نشان داده شده است) در سراسر مغز پخش می‌شوند. پلاک‌ها نیز در سراسر مغز پخش می‌شوند و از نئوکورتکس شروع می‌شوند. در مرحله نهایی، آسیب گسترده است و بافت مغز به میزان قابل توجهی کوچک شده است.

آن چه در DSM-۵ وجود دارد

طبقه بندی مجدد اختلالات عصبی شناختی

بازنگری در DSM-۵ منجر به تغییرات عمده در طبقه بندی در مجموعه اختلالاتی شد که قبلاً شامل هذیان و زوال عقل بود. بازنگری‌ها اختلالات را به دو گروه بزرگ شامل اختلالات عصبی شناختی عمده و خفیف تقسیم کردند. در میان بسیاری از تشخیص‌های بحث برانگیز اضافه شده در DSM-۵، اختلال عصبی شناختی خفیف ناشی از بیماری آلزایمر یکی از مواردی بود که به شدت مورد انتقاد قرار گرفت. اختلال عصبی شناختی خفیف شامل تغییرات شناختی جزئی نسبت به عملکرد قبلی است که در توانایی فرد برای زندگی مستقل تداخلی ایجاد نمی‌کند، اما ممکن است به استراتژی‌های جبرانی در پاسخ نیاز داشته باشد.

منتقدان این دسته جدید استدلال می‌کنند که یک برچسب تشخیصی برای رفتارهایی اعمال می‌کند که پزشکان معمولاً آن را قابل تشخیص نمی‌دانستند. اگر کمبودها با توانایی فرد برای زندگی مستقل در جامعه تداخل نداشته باشد، تشخیص همیشه مفید نیست. اگرچه حذف واژه زوال عقل به کاهش انگي که ما با نقص حافظه مرتبط می‌دانیم کمک می‌کند، اما به گفته منتقدان، برچسب زدن به عنوان یک اختلال روانی که ممکن است تغییرات جزئی طبیعی مرتبط با سن باشد، این مزیت را لغو می‌کند.

علاوه بر این، DSM-۵ اکنون اجازه می‌دهد که این اصطلاح در صورت عدم وجود هر گونه اختلال در حافظه و یادگیری، اما فقط از دست دادن توانایی جزئی و سابقه خانوادگی بیماری آلزایمر استفاده شود. درک تفاوت بین احتمالی و ممکن برای عموم مردم، به غیر از متخصصان، ممکن است چالش برانگیز باشد. اگرچه از قصد نویسندگان DSM-۵ مشخص است که احتمالاً کمتر از حد ممکن خطرناک است، افرادی که اصطلاحات را خارج از متن می‌شنوند ممکن است ظرافت را درک نکرده و در مورد سلامتی خود یا بستگان خود نتیجه نادرستی بگیرند.

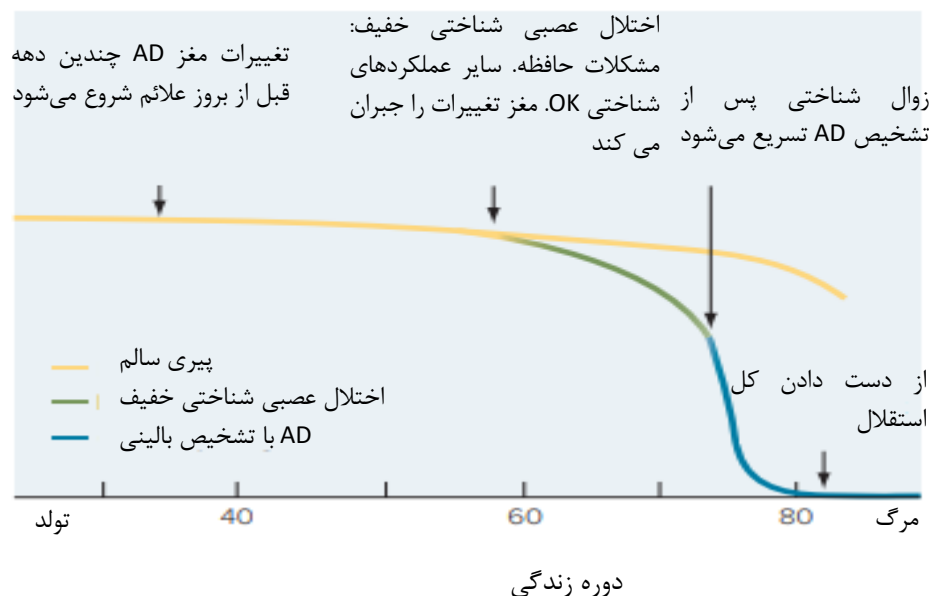
مراحل بیماری آلزایمر

طبق تعریف، علائم بیماری آلزایمر به مرور زمان بدتر می‌شود. با این حال، همه افرادی که علائم اولیه بیماری آلزایمر را نشان می‌دهند، واقعا به این بیماری مبتلا نیستند. همان‌طور که در شکل ۲ مشاهده می‌کنید، برخی از افراد تا زمان مرگ سالم می‌مانند. برخی مشکلات حافظه را تجربه می‌کنند (که در این جا به آن «اختلال عصبی شناختی خفیف آمnestیک» گفته می‌شود) اما قادر به درمان آن‌ها هستند و هرگز به بیماری آلزایمر مبتلا نمی‌شوند. با این حال، در افرادی که به

بیماری آلزایمر مبتلا می‌شوند، از دست دادن عملکرد مستقل به صورت پیشرونده تا زمان مرگ ادامه می‌یابد. عوامل مرتبط با کاهش سریع‌تر در مراحل اولیه بیماری عبارتند از: جوان‌تر بودن در سن شروع، داشتن تحصیلات عالی و وضعیت شناختی ضعیف‌تر زمانی که علائم بیماری برای اولین بار شناسایی می‌شوند (لوپز و همکاران، ۲۰۱۰).

تشخیص بیماری آلزایمر

به دلیل نیاز به تشخیص زودهنگام برای رد اختلالات عصبی-شناختی قابل درمان، محققان و پزشکان انرژی و توجه قابل توجهی را به توسعه آزمایش‌های رفتاری برای تشخیص بیماری آلزایمر در مراحل اولیه آن اختصاص می‌دهند. تشخیص نادرست یک اشتباه کشنده خواهد بود اگر فرد دارای یک اختلال عصبی شناختی باشد در صورتی که پزشک درمان مناسب را در ابتدای آشکار شدن علائم انجام می‌داد، قابل برگشت بود. به طور مشابه، اگر فرد اختلالی با مبنای کاملاً روانشناختی داشت، پزشک یک فرصت بسیار مهم و حیاتی را برای مداخله از دست می‌داد. متأسفانه، علائم اولیه آلزایمر مبنای کافی برای تشخیص فراهم نمی‌کند.



شکل ۲ ترسیم مسیر پیری سالم، اختلال عصبی شناختی خفیف، و بیماری آلزایمر (AD)

تنها کالبد شکافی می‌تواند تشخیص قطعی بیماری آلزایمر را با اجازه دادن به آسیب شناسان برای مشاهده تغییرات مشخصه در بافت مغز ایجاد کند. بنابراین، ارزیابی افراد مشکوک به ابتلا به این

بیماری، به ویژه در مراحل اولیه پیشرفت آن، به تشخیص پزشکان از طریق حذف علائم بستگی دارد. در مراحل بعدی بیماری، پزشک می‌تواند دستورالعمل‌های تشخیصی را اعمال کند که ۸۵ تا ۹۰ درصد دقت دارند. یک کمیسیون مشترک از موسسه ملی اختلالات عصبی و ارتباطی و سکتۀ مغزی و انجمن بیماری آلزایمر و بیماری‌های مرتبط این موارد را در سال ۱۹۸۴ توسعه دادند و از آن‌ها به عنوان دستورالعمل‌های NINCDS/ADRDA یاد می‌شود (مک‌خان و همکاران، ۱۹۸۴). تشخیص بیماری آلزایمر، که در حال حاضر بر اساس معیارهای NINCDS/ADRDA است، نیاز به غربالگری‌های پزشکی و عصب روانشناختی کامل دارد. حتی با وجود این دستورالعمل‌های بسیار دقیق و کامل، تشخیص‌هایی که به آن‌ها منجر می‌شود در بهترین حالت یکی از بیماری‌های «احتمالی» آلزایمر است، که باز نشان‌دهنده این واقعیت است که فقط از طریق کالبد شکافی پزشکان می‌توانند تشخیص خاصی را به دست آورند.

در سال ۲۰۱۱، گروهی از محققان و پزشکان گرد هم آمدند تا دستورالعمل‌های NINCDS/ADRDA در سال ۱۹۸۴ را با در نظر گرفتن دانش بهبود یافته در مورد تظاهرات بالینی و تغییرات بیولوژیکی در بیماری آلزایمر بازبینی کنند (مک‌خان و همکاران، ۲۰۱۱). آن‌ها همچنین معتقد بودند که مهم است اذعان کنیم که تغییرات حافظه ممکن است در افرادی که مغزشان علائم بیماری را نشان می‌دهد رخ دهد یا خیر. هدف آن‌ها ایجاد معیارهای تشخیصی بود که به اسکن‌های مغزی گران قیمت و بالقوه تهاجمی مورد استفاده در تحقیقات وابسته نیستند. این گروه دریافتند که هنوز هیچ راه خطاناپذیری برای تشخیص این اختلال در یک فرد زنده وجود ندارد، و به پزشکان پیشنهاد کردند که یک فرد را مبتلا به بیماری آلزایمر «احتمالی» یا «ممکن» تشخیص دهند. آن‌ها همچنین دسته سوم تشخیصی، «محتمل یا ممکن» را با شواهدی از آسیب شناسی مغز پیشنهاد کردند. این یک تشخیص بالینی نیست، بلکه فقط برای اهداف تحقیقاتی در نظر گرفته شده است. با این حال، نویسندگان DSM-۵ این اصطلاح را اتخاذ کردند، که اکنون برای نشان دادن سطح قطعیت تشخیص استفاده می‌شود.



برای تشخیص بیماری آلزایمر، افرادی که علائم را نشان می‌دهند باید یک سری ارزیابی‌های عصبی شناختی از جمله آزمایشات حافظه را انجام دهند.

©Blend Images/Alamy Stock Photo

ابزار بالینی که معمولاً پزشکان برای ارائه یک غربالگری سریع برای بیماری آلزایمر استفاده می‌کنند، یک شکل تخصصی از معاینه وضعیت ذهنی است که به عنوان معاینه وضعیت ذهنی کوچک (MMSE) شناخته می‌شود (فولشتاین، فولشتاین و مک هیو، ۱۹۷۵) (جدول ۴). افراد مبتلا به بیماری آلزایمر به روش‌های خاصی به چندین مورد روی این ابزار پاسخ می‌دهند. آن‌ها هنگام توصیف اشیاء، افراد و رویدادها، اغلب از شواهد غیرمستقیم استفاده می‌کنند، حرفشان را تکرار می‌کنند و جزئیات غنی ندارند. به عنوان یک ابزار غربالگری، MMSE می‌تواند نشانه‌های اولیه مبنی بر این‌که یک فرد ممکن است به اختلال عصبی شناختی مبتلا باشد ارائه دهد، اما نباید به عنوان تنها مبنای تشخیص مورد استفاده قرار گیرد.

علاوه بر پیچیدگی تفکیک علل اختلال عصبی شناختی در اختلالات غیر از آلزایمر، این واقعیت است که افسردگی می‌تواند منجر به علائمی مشابه علائمی شود که در مراحل اولیه بیماری آلزایمر آشکار می‌شود. وضعیتی که به نام **زوال عقلی کاذب** یا اختلال عصبی شناختی کاذب شناخته می‌شود، شکل شدید افسردگی است که در درجه اول علائم شناختی دارد.

زوال عقل کاذب

به معنای واقعی کلمه، اختلال عصبی شناختی کاذب، یا مجموعه‌ای از علائم ناشی از افسردگی که شبیه علائم آشکار در مراحل اولیه بیماری آلزایمر است.

چندین شاخص می‌تواند به پزشک کمک کند افسردگی را از اختلال عصبی شناختی متمایز کند. برای مثال، افراد افسرده بیش‌تر از اختلال شناختی خود آگاه هستند و اغلب از حافظه معیوب خود شکایت دارند. در مقابل، افراد مبتلا به آلزایمر معمولاً سعی می‌کنند تا میزان آسیب را پنهان یا به حداقل برسانند یا زمانی که نمی‌توانند آسیب را پنهان کنند، آن را توضیح دهند. با پیشرفت این اختلال، افراد مبتلا به بیماری آلزایمر آگاهی خود را از میزان نقایص شناختی خود از دست می‌دهند و حتی ممکن است با از دست دادن ظرفیت خودآگاهی انتقادی، بهبود را گزارش کنند.

در یک مطالعه طولی ۴۰ ساله بر روی ۱۴۰۰ سالمند، مردان افسرده دو برابر بیش‌تر از مردانی که افسرده نبودند، در معرض خطر ابتلا به بیماری آلزایمر بودند (دال فورنو و همکاران، ۲۰۰۵). جالب توجه است، کالبد شکافی مغز ۹۰ شرکت‌کننده که در طول مطالعه فوت کردند، تغییرات مغزی مشخصه‌ای را که با بیماری آلزایمر رخ می‌دهد، نشان نداد (ویلسون، گریلو، و ویتوسک، ۲۰۰۷). مطالعه‌ای که تنهایی را با ایجاد بیماری آلزایمر در مردان و زنان مرتبط می‌کند، یافته‌های مشابهی را نشان داد. چنین یافته‌هایی این ایده را تقویت می‌کنند که تنهایی می‌تواند باعث افسردگی شود، که در زمان ممکن است منجر به تغییرات مضر در مغز و علائم اختلال عصبی شناختی مشابه آن‌چه در افراد مبتلا به بیماری آلزایمر قابل تشخیص است، شود.

جدول ۴ آزمون وضعیت ذهنی کوچک

جهت گیری به زمان

«امروز چندم است؟»

ثبت

«با دقت گوش کن من می خواهم سه کلمه بگویم. بعد از این که من حرفم تمام شد، آن ها را تکرار کنید.

آماده؟ آن کلمات عبارتند از ...

APPLE (مکث)، PENNY (مکث)، TABLE (مکث). حالا این کلمات را برای من تکرار کن.» [تا ۵ بار

تکرار کنید، اما فقط اولین آزمایش را نمره دهید.]

نامگذاری

«این چیه؟» [به یک مداد یا خودکار اشاره کنید.]

خواندن

«لطفا این را بخوانید و آن چه را که می گوید انجام دهید.» [کلمات موجود در فرم محرک را به آزمودنی نشان

دهید.]

چشمانت را ببند

منبع: منابع ارزیابی روانشناختی، شرکت، ۱۶۲۰۴ خیابان فلوریدا شمالی، لوتز، فلوریدا ۳۳۵۴۹، از آزمون وضعیت MiniMental، توسط

مارشال فولشتاین و سوزان فولشتاین.

نظریه ها و درمان بیماری آلزایمر

تمام تئوری‌ها در مورد علت بیماری آلزایمر بر ناهنجاری‌های بیولوژیکی سیستم عصبی تمرکز دارند. با این حال، رویکردهای درمان، دیدگاه‌های دیگری را نیز در بر می‌گیرد و تشخیص می‌دهد که در حال حاضر هیچ درمان بیولوژیکی بیش از تاثیر موقتی بر کاهش شدت علائم ندارد.

نظریه ها

نظریه ها

نظریه های بیولوژیکی بیماری آلزایمر تلاش می‌کنند تا توسعه دو ناهنجاری مشخصه را در مغز توضیح دهند: **گره‌های نوروفیبریلاری** و پلاک‌های آمیلوئید. گره‌های نوروفیبریلاری از پروتئینی به نام **تاو** (شکل ۳) تشکیل شده‌اند، پروتئینی که به نظر می‌رسد در حفظ پایداری میکروتوبول‌ها و حمایت از ساختار داخلی آکسون نقش دارد. میکروتوبول‌ها مانند ریل قطار هستند که مواد مغذی را از بدن سلولی به انتهای آکسون هدایت می‌کنند. پروتئین‌های تاو مانند پیوندهای راه‌آهن یا قطعات متقاطع ریل‌های قطار میکروتوبول هستند. در بیماری آلزایمر، تاو از نظر شیمیایی تغییر می‌کند و توانایی خود را برای جداسازی و حمایت از میکروتوبول‌ها از دست می‌دهد. با از بین رفتن تکیه‌گاه آن‌ها، لوله‌ها شروع به پیچیدن به دور یکدیگر می‌کنند و دیگر نمی‌توانند عملکرد خود را انجام دهند. این فروپاشی سیستم انتقال درون نورون ممکن است ابتدا منجر به اختلال در عملکرد ارتباط بین نورون‌ها شود و در نهایت ممکن است منجر به مرگ نورون شود. به نظر می‌رسد که ایجاد گره‌های نوروفیبریلاری در اوایل روند بیماری اتفاق می‌افتد و ممکن است قبل از این‌که فرد علائم رفتاری را نشان دهد، کاملاً پیشرفت کند.

پلاک‌های آمیلوئید مجموعه‌ای از خوشه‌های خارج از نورون هستند که از قطعات پروتئین غیر طبیعی به نام بتا آمیلوئید تشکیل شده‌اند. آمیلوئید یک نام عمومی برای قطعات پروتئینی است که به روش خاصی با هم جمع می‌شوند و رسوبات نامحلول را تشکیل می‌دهند (به این معنی که آن‌ها حل نمی‌شوند). پلاک‌های آمیلوئید (که پلاک‌های بتا

گره‌های عصبی

فیبریلاری

یکی از ویژگی‌های بیماری آلزایمر که در آن مواد درون بدن سلولی نورون‌ها با میکروفیبریل‌های پروتئینی پیچیده و پیچ خورده یا رشته‌های ریز پر می‌شود.

تاو

پروتئینی که به طور معمول به حفظ ساختار حمایتی داخلی آکسون‌ها کمک می‌کند.

پلاک‌های آمیلوئید

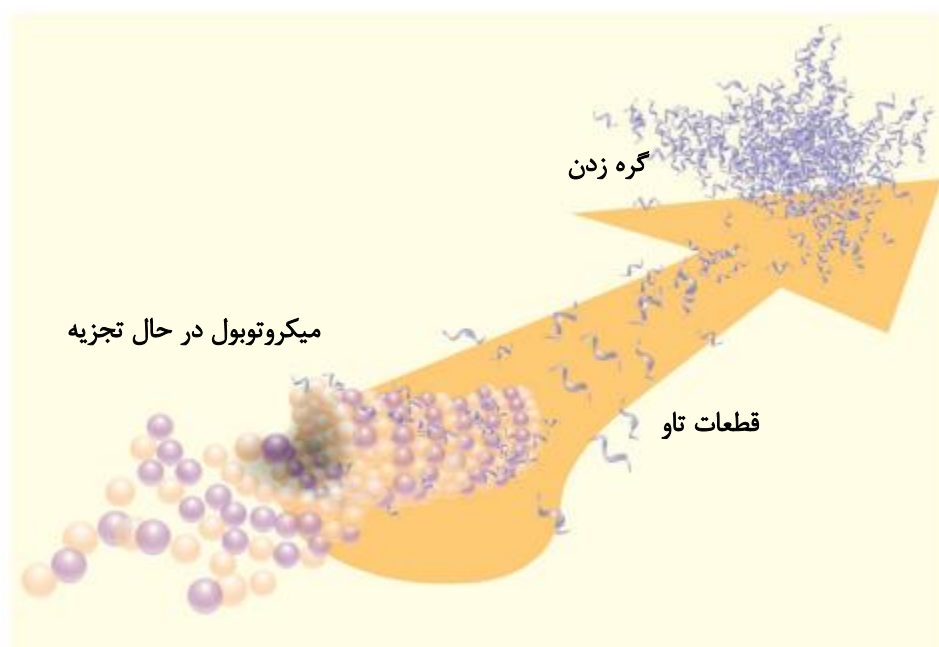
یکی از ویژگی‌های بیماری آلزایمر که در آن خوشه‌هایی از نورون‌های مرده یا در حال مرگ با قطعاتی از مولکول‌های پروتئین مخلوط می‌شوند.

سکریتاز

آنزیم‌هایی که بخشی از APP باقی مانده در خارج از نورون را برش می‌دهند تا با غشای بیرونی نورون همسطح شود.

آمیلولئید نیز نامیده می‌شوند) زمانی تشکیل می‌شوند که ماده‌ای که در مغز به نام پروتئین پیش‌ساز آمیلولئید (APP) یافت می‌شود، خود را در غشای نورون قرار می‌دهد. یک قطعه کوچک از APP در داخل نورون قرار می‌گیرد و بخش بزرگ‌تری از آن در خارج باقی می‌ماند. در پیری سالم، آنزیم‌هایی به نام سکریتاز به طور بی‌ضرری طول اضافی APP را از بین می‌برند. در بیماری آلزایمر، مشکلی در این فرآیند پیش می‌آید، به طوری که APP به طور منظم در غشای سلولی تکه تکه نمی‌شود. قطعات قطع شده بتا آمیلولئید در نهایت با هم به پلاک‌های بتا آمیلولئید تبدیل می‌شوند که بدن نمی‌تواند آن‌ها را دفع یا بازیافت کند (شکل ۴).

اگرچه محققان در حال آزمایش تئوری‌های مختلفی برای شناسایی علل بیماری آلزایمر هستند، اما محتمل‌ترین آن‌ها این است که یک نقص اساسی در برنامه‌ریزی ژنتیکی فعالیت عصبی باعث تشکیل گره‌ها و پلاک‌ها می‌شود. افشای این که نوعی از بیماری معروف به آلزایمر خانوادگی زودرس، که در سنین ۴۰ تا ۵۰ سالگی شروع می‌شود، با شیوع بیش از حد انتظار در برخی خانواده‌ها رخ می‌دهد، به نظریه ژنتیکی شتاب داد. به نظر می‌رسد نوع دیگری از بیماری آلزایمر خانوادگی با شروع دیررس که در سنین ۶۰ تا ۶۵ سالگی ظاهر می‌شود توسط ژن‌های اضافی ایجاد می‌شود. محققان فرض می‌کنند که این ژن‌ها منجر به تشکیل مقادیر بیش از حد پروتئین بتا آمیلولئید می‌شود.

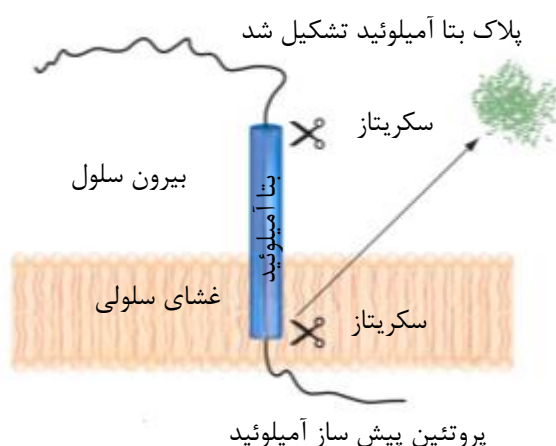


شکل ۳ پیچیدگی نوروفیبریلاری در طول زمان ایجاد می‌شود

با کشف الگوهای خانوادگی بیماری آلزایمر زودرس و پیشرفت در مهندسی ژنتیک، محققان چندین ژن را شناسایی کردند که ممکن است کلید درک علت این بیماری را داشته باشند. ژن apoE کروموزوم ۱۹ دارای سه شکل رایج است: e^2 ، e^3 و e^4 . هر کدام شکل مربوط به آپولیپوپروتئین E (apoE) به نام E^2 ، E^3 و E^4 را تولید می‌کنند. حضور آلل e^4 مکانیزم تولید فرم E^4 apoE را ایجاد می‌کند، که محققان معتقدند به میکروتوبول‌های درون نورون آسیب می‌رساند، که به نوبه خود احتمالاً نقش اساسی در فعالیت سلول ایفا می‌کند. به طور معمول، $apoE^2$ و $apoE^3$ از پروتئین تاو محافظت می‌کنند، که به تثبیت میکروتوبول‌ها کمک می‌کند. تئوری این است که اگر پروتئین تاو توسط $apoE^2$ و $apoE^3$ محافظت نشود، میکروتوبول‌ها تخریب می‌شوند و در نهایت منجر به تخریب نورون می‌شوند.

اکثر موارد بیماری آلزایمر خانوادگی زودرس با نقص‌هایی در ژن‌های به اصطلاح پرسنلین (PS^1) و PS^2) رخ می‌دهد که همان‌طور که از نام آن پیداست به احتمال زیاد در ایجاد پیری زودرس مغز نقش دارد. میانگین سن شروع در خانواده‌های دارای جهش در ژن PS^1 ۴۵ سال (از ۳۲ تا

۵۶ سال) و سن ۵۲ سال برای افراد دارای جهش ژن PS^2 (از ۴۰ تا ۸۵ سال) است. الگوی وراثت برای ژن‌های پرسنیلین اتوزومال غالب است، به این معنی که اگر یکی از والدین حامل آلی باشد که با این بیماری رخ می‌دهد، فرزندان ۵۰ درصد شانس ابتلا به این اختلال را دارند. محققان در تلاشند تا تعیین کنند که چگونه ژن‌های پرسنیلین ۱ و ۲ با APP، پلاک‌های بتا آمیلوئید و گره‌ها تعامل دارند. محققان تخمین می‌زنند که چهار ژن، پرسنیلین ۱ و ۲، APP و apoE تقریباً نیمی از خطر ژنتیکی بیماری آلزایمر را تشکیل می‌دهند (سنت جورج هیسلوپ و پتی، ۲۰۰۵).



شکل ۴ ایجاد پلاک‌های آمیلوئید

در حالی که تئوری ژنتیک قانع کننده است، بیش از ۵۰ درصد از افراد مبتلا به آلزایمر را تشکیل می‌دهد اما هیچ خطر ژنتیکی شناخته شده‌ای ندارند، بنابراین به نظر می‌رسد عوامل رفتاری دخیل باشند. این‌ها شامل سیگار کشیدن (گونس و همکاران، ۲۰۱۱) و سبک زندگی بی‌تحرک است. برعکس، افرادی که از رژیم‌های غذایی سالم استفاده می‌کنند کم‌تر در معرض خطر ابتلا به بیماری آلزایمر هستند. رژیم غذایی مدیترانه‌ای شامل غذاهایی است که حاوی گوجه فرنگی و روغن زیتون بالایی هستند، با مقادیر کم گوشت قرمز و گاهی اوقات یک لیوان شراب قرمز. افرادی که از این رژیم غذایی پیروی می‌کنند در معرض خطر کم‌تری برای ابتلا به بیماری آلزایمر قرار دارند (گو، لوچسینگر، استرن و اسکارمیس، ۲۰۱۰).

دو مفهوم اصلی از تحقیقات مستندسازی عوامل خطر رفتاری برای بیماری آلزایمر وجود دارد. اولاً، افراد می‌توانند خطر ابتلا به آلزایمر را با اجتناب از رفتارهایی که به پیشرفت آن کمک می‌کند، کاهش دهند. دوم، این عوامل خطر احتمال ابتلای فرد به بیماری عروق مغزی، افسردگی و دیگر علل اختلال عصبی شناختی را افزایش می‌دهند. این یافته این ادعا را تایید می‌کند که برآوردهای آماری از شیوع آلزایمر با وجود سایر اختلالات عصبی قابل پیشگیری مرتبط با عوامل خطر در جمعیت پیر افزایش می‌یابد. پیشرفت در تلاش‌های بهداشت عمومی برای کاهش چاقی، دیابت و سیگار کشیدن باید به کاهش تخمین بیماری آلزایمر منجر شود، اگر چه تعداد واقعی افرادی که واقعا به این اختلال مبتلا هستند، کاهش نیابد.

شما قضاوت کنید

تشخیص زودهنگام بیماری آلزایمر

همان‌طور که در این فصل آموختید، هیچ درمانی برای بیماری آلزایمر به جز علائم آن وجود ندارد، و حتی این درمان‌ها می‌توانند تنها برای چند ماه از کاهش آن جلوگیری کنند. این مشکلات این سوال را ایجاد می‌کند که آیا تشخیص زودهنگام بیماری آلزایمر از طریق روش‌های بالقوه تهاجمی مانند ضربه زدن به ستون فقرات و اسکن مغز ارزش هزینه و تلاش را دارد؟

از یک طرف، تشخیص زودهنگام که بیماری آلزایمر را رد می‌کند برای افرادی که دارای یک نوع قابل درمان اختلال عصبی شناختی هستند، مفید است. با شناسایی یکی از بسیاری از شرایط دیگر که می‌تواند منجر به تغییرات شدید شناختی شود، پزشکان می‌توانند روش‌های جراحی، پزشکی یا سایر روش‌های توانبخشی را تشخیص دهند تا به این افراد اجازه دهند سطوح قبلی فعالیت و مشارکت در نقش‌های کاری، خانوادگی و اجتماعی را از سر بگیرند. از سوی دیگر، از آنجایی که روش‌های تشخیص ۱۰۰ درصد دقیق نیستند، پزشکان ممکن است به اشتباه به افرادی که بیماری آلزایمر ندارند بگویند که وضعیت آن‌ها قابل درمان نیست.

آزمایش ژنتیک هم‌چنین می‌تواند افرادی را که در معرض خطر ابتلا به بیماری آلزایمر هستند شناسایی کند. اما اگر فردی بدون علامت باشد، اطلاع رسانی به او از خطر ژنتیکی که هیچ درمانی برای آن وجود ندارد چه فوایدی می‌تواند داشته باشد؟ فرد می‌تواند مداخلاتی را امتحان کند که به نظر می‌رسد فوایدی دارد، مانند ورزش بدنی، فعالیت‌های چالش برانگیز ذهنی، یا اجتناب از سموم محیطی بالقوه مضر. درگیر شدن در این رفتارها هیچ ضرری ندارد، زیرا این رفتارها برای اکثر افراد مسن مفید است، نه فقط کسانی که دارای نشانگر ژنتیکی برای بیماری آلزایمر هستند.

طرفداران تشخیص زودهنگام استدلال می‌کنند که دانش به دست آمده از آزمایش ژنتیکی می‌تواند به افراد و خانواده‌هایشان اجازه دهد تا برای آینده برنامه‌ریزی کنند. اما اگر اطلاعات در اختیار شرکت‌ها و برنامه‌های بیمه، از جمله برنامه‌هایی که توسط دولت اداره می‌شوند، در دسترس باشد، افراد در معرض خطر ممکن است با افزایش حق بیمه یا محدودیت‌هایی در نحوه خرج کردن دارایی‌های خود مواجه شوند. به عنوان مثال، اگر می‌دانستید که به بیماری آلزایمر مبتلا می‌شوید و بنابراین به مراقبت خصوصی گران‌قیمت نیاز دارید، ممکن است با قرار دادن پول در صندوق امانی برای فرزندان‌تان از دارایی‌های خود صرف نظر کنید تا واجد شرایط دریافت کمک‌های دولتی در قبوض پزشکی خود شوید.

این‌ها تنها تعدادی از معضلات عملی و اخلاقی هستند که با این سوال مطرح می‌شوند که آیا افراد باید تشخیصی را دریافت کنند که در بهترین حالت فقط برای بیماری‌ای که در بدترین حالت درمان شناخته‌شده‌ای ندارد، «محتمل» باشد.

سوال: شما قضاوت کنید: تحت این شرایط، آیا می‌خواهید بدانید که آیا در معرض خطر ابتلا به بیماری آلزایمر هستید؟



سالمدانی که به طور منظم ورزش می‌کنند می‌توانند از بروز بسیاری از مشکلات جسمانی مرتبط با سن جلوگیری کنند.

©Jupiterimages/Getty Images

جدول ۵ مکانیزم اثر و عوارض جانبی داروهای آلزایمر

نام دارو	نوع و مصرف دارو	چگونه کار می کند	اثرات جانبی
Namenda® (ممانتین)	آنتاگونیست N-متیل D-آسپارتات (NMDA) برای درمان علائم AD متوسط تا شدید تجویز می شود	اثرات سمی مرتبط با گلوتامات اضافی را مسدود می کند و فعالسازی گلوتامات را تنظیم می کند	سرگیجه، سردرد، یبوست، گیجی
Razadyne® (گالانتامین)	مهارکننده کولین استراز برای درمان علائم AD خفیف تا متوسط تجویز می شود	از تجزیه استیل کولین جلوگیری می کند و گیرنده های نیکوتین را تحریک می کند تا استیل کولین بیش تری در مغز آزاد کنند.	تهوع، استفراغ، اسهال، کاهش وزن، کاهش اشتها
Exelon® (ریواستیگمین)	مهارکننده کولین استراز برای درمان علائم AD خفیف تا متوسط تجویز می شود	از تجزیه استیل کولین و بوتیریل کولین (ماده شیمیایی مغز شبیه استیل کولین) در مغز جلوگیری می کند.	تهوع، استفراغ، اسهال، کاهش وزن، کاهش اشتها، ضعف عضلانی
Aricept® (دونپزیل)	مهارکننده کولین استراز برای درمان علائم خفیف تا متوسط و متوسط تا شدید AD تجویز می - شود.	از تجزیه استیل کولین در مغز جلوگیری می کند	حالت تهوع، استفراغ، اسهال

منبع: «ارزیابی داروهای تجویزی مورد استفاده برای درمان: بیماری آلزایمر»، گزارش مصرف کننده بهترین داروها، به روزرسانی شده در می

درمان واضح است که هدف نهایی تحقیقات فراوان در مورد بیماری آلزایمر، اگر پیشگیری یا درمان نباشد، یافتن درمان موثر است. در جامعه علمی خوش‌بینی زیادی وجود دارد که این درمان، زمانی که کشف شود، برای کسانی که دیگر بیماری‌های مغزی دژنراتیو دارند نیز مفید خواهد بود. با ادامه یافتن علت بیماری آلزایمر، محققان در تلاشند داروهایی بیابند که علائم آن را کاهش دهد.

داروهای مورد تایید سازمان غذا و داروی ایالات متحده برای درمان علائم خفیف تا متوسط بیماری آلزایمر شامل گالانتامین (Razadyne)، ریواستیگمین (Exelon) و دونپزیل (Aricept) است (جدول ۵). پزشکان به ندرت داروی دیگری به نام تاکرین (Cognex) را به دلیل نگرانی در مورد ایمنی آن تجویز می‌کنند.

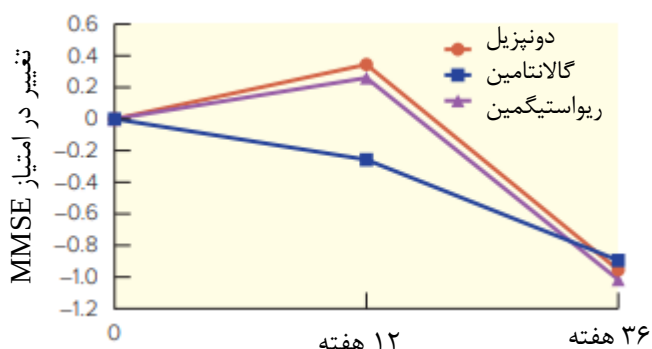
داروهای فعلی از عمل استیل کولین استراز، آنزیمی که به طور معمول استیل کولین را پس از آزاد شدن در شکاف سیناپسی تخریب می‌کند و به عنوان عاملی در کاهش حافظه نقش دارد، مهار می‌کنند (سولتزر، ۲۰۱۸). از آنجایی که این‌ها تجزیه استیل کولین را کند می‌کنند، اجازه می‌دهند سطوح بالاتری در مغز باقی بماند و در نتیجه حافظه را بهبود می‌بخشند. همه عوارض جانبی قابل توجهی دارند. مهمانین در دسته جداگانه‌ای از داروهای مورد تایید FDA برای درمان بیماری آلزایمر در مراحل متوسط تا شدید قرار می‌گیرد. مهمانین یک آنتاگونیست NMDA، گلوتمات را تنظیم می‌کند که در مقادیر بیش از حد ممکن است نورون‌ها را از بین ببرد.

عوارض جانبی ذکر شده در جدول ۵ شامل مواردی است که پزشکان آن را خفیف و در نتیجه قابل تحمل می‌دانند. با این حال، آنتی کولین استرازا می‌توانند عوارض جانبی جدی داشته باشند که شامل غش، افسردگی، اضطراب، واکنش‌های آلرژیک شدید، تشنج، ضربان قلب آهسته یا نامنظم، تب و لرز می‌شود. عوارض جانبی مهمانین می‌تواند شامل توهم، تشنج، تغییرات گفتار، سردرد ناگهانی و شدید، پرخاشگری، افسردگی و اضطراب باشد. پزشکان باید هنگام تجویز این داروها، فواید و عوارض جانبی را در نظر بگیرند، که ممکن است با داروهایی که فرد برای سایر بیماری‌ها دریافت می‌کند، مانند آسپرین و داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی (NSAIDs)، تاگامت (برای درمان سوزش سر دل)، آنتی‌بیوتیک‌های خاص، داروهای ضد افسردگی و داروهایی که تنفس را بهبود می‌بخشند، تداخل داشته باشد.

فواید داروهای فعلی برای درمان علائم بیماری آلزایمر کوتاه مدت است (شکل ۵ را ببینید). تجویز سطوح بالاتر آنتی کولین استرازاها ممکن است پیشرفت بیماری را تا حدودی کند کند اما از بدتر شدن عملکرد شناختی در دراز مدت جلوگیری نمی کند (واتمو، والین، لندن و مینتون، ۲۰۱۱). دونپزیل ممکن است تصور مراقبین را از حجم کاری خود و علائم مختلفی که بیماران تحت مراقبت از آن‌ها نشان می‌دهند کاهش دهد، اگرچه این اثرات پس از ۱۲ هفته اول مصرف دارو به طور کامل بررسی نشده است (کاراسکو و همکاران، ۲۰۱۱). داروی دیگری، گالانتامین (رازادین)، به عنوان یک آنتی کولین استراز عمل می‌کند و ممکن است تا ۳ سال اثرات مثبتی داشته باشد، اما نرخ مرگ مرتبط با آن نیز بالاتر است (اسکارپینی و همکاران، ۲۰۱۱). داروهایی که تغییرات مضر در تارو را بررسی می‌کنند در حال توسعه هستند، اما در حال حاضر برای استفاده در انسان مناسب نیستند (ناوارته، پرز، مورالس، و ماسیونی، ۲۰۱۱).

روش‌های دیگر برای درمان اختلال عصبی شناختی ناشی از بیماری آلزایمر، رادیکال‌های آزاد را هدف قرار می‌دهند، که مولکول‌هایی هستند که هنگام شکستن بتا آمیلوئید به قطعات تشکیل می‌شوند. رادیکال‌های آزاد می‌توانند به نورون‌ها در بافت اطراف مغز آسیب برسانند (وانی و همکاران، ۲۰۱۷). آنتی اکسیدان‌ها می‌توانند رادیکال‌های آزاد را خلع سلاح کنند و بنابراین ممکن است یکی دیگر از درمان‌های بیماری آلزایمر باشند. بیوفلاونوئید، ماده‌ای که به طور طبیعی در شراب، چای، میوه‌ها و سبزیجات وجود دارد، یکی از این آنتی اکسیدان‌ها است. محققان بیوفلاونوئیدهای طبیعی (برای مثال در زغال اخته) را به عنوان نقش پیشگیرانه مهمی در کاهش میزان از دست دادن حافظه در بزرگسالی بعدی می‌بینند (جوزف، شوکیت هیل و کاسادسوس، ۲۰۰۵). یک مطالعه طولی روی بیش از ۱۳۰۰ فرانسوی نشان داد که بیوفلاونوئیدها در کاهش خطر ابتلا به بیماری آلزایمر مفید هستند (کامنچس و همکاران، ۲۰۰۰).

یکی از دلایلی که درمان‌های پزشکی کنونی برای بیماری آلزایمر موثر نیستند، این است که تغییراتی غیر از ایجاد پلاک‌های آمیلوئید و گره‌های نوروفیبریلاری ممکن است در توسعه و پیشرفت آن رخ دهد. تغییرات در عملکرد قلبی عروقی و دیابت نیز باید به عنوان عوامل احتمالی در نظر گرفته شوند (فسل، ۲۰۱۸).



شکل ۵ مقایسه داروهای بیماری آلزایمر

هر یک از درمان‌های تایید شده توسط FDA برای بیماری آلزایمر اثراتی نسبتاً کوتاه مدت دارد و تمام مزایای آن پس از ۳۶ هفته از بین می‌رود (توجه داشته باشید: MMSE به بررسی وضعیت MiniMental اشاره دارد).

منبع: لوپز و همکاران، ۲۰۱۳

یک مورد کوچک

اختلال عصبی شناختی عمده ناشی از بیماری آلزایمر، احتمال

الن یک زن ۶۹ ساله متاهل، قفقازی و دگرجنسگرا است. شوهرش پس از نگرانی فزاینده از ضعف حافظه و رفتار عجیب الن، از جمله ناتوانی در به خاطر سپردن نام وسایل اصلی خانه مانند قاشق و ماشین ظرفشویی، او را نزد پزشک خانواده‌اش برد. فراموشی روزانه او به قدری مشکل‌ساز شده بود که بارها فراموش می‌کرد به سگ غذا بدهد یا راه برود. با گذشت هفته‌ها، الن به نظر بدتر می‌شد. او غذا را روی اجاق گاز فراموش می‌کرد و آب از وان حمام سرریز می‌شد. با این حال، او هیچ سابقه خانوادگی از خویشتاوندان مبتلا به بیماری آلزایمر زودرس نداشت. پزشک الن به دنبال مشاوره با یک عصب روانشناس بود که تشخیص داد الن دارای اختلالات قابل توجهی در حافظه، یادگیری و زبان است. علاوه بر این، یک معاینه پزشکی کامل هیچ دلیل احتمالی دیگری برای علائم شناختی او شناسایی نکرد و او معیارهای اختلال افسردگی اساسی را نداشت.

با توجه به این که هیچ درمان پزشکی برای درمان این بیماری وجود ندارد، روانشناسان رفتاری در حال توسعه استراتژی‌هایی برای به حداکثر رساندن عملکرد روزانه افراد مبتلا به بیماری آلزایمر هستند. آن‌ها اغلب این تلاش‌ها را متوجه مراقبین می‌کنند، که افرادی (معمولاً اعضای خانواده)

مسئول اصلی مراقبت از فرد مبتلا هستند. ما به تأثیرات منفی که مراقبین اغلب تجربه می‌کنند به عنوان «بار مراقبین» به دلیل خواسته‌های ثابتی که از آن‌ها می‌شود، یاد می‌کنیم. با این حال، مراقبان می‌توانند استراتژی‌های رفتاری را بیاموزند که استقلال عزیزانشان را ارتقا می‌دهد و در عین حال فراوانی رفتارهای ناراحت‌کننده آن‌ها را کاهش می‌دهد. گروه‌های حمایتی همچنین می‌توانند انجمنی را فراهم کنند که در آن مراقبان روش‌هایی را برای مدیریت استرس عاطفی که با نقش آن‌ها روی می‌دهد بیاموزند.

استراتژی‌های رفتاری با هدف افزایش استقلال بیمار شامل دادن تذکرات، سرخ‌ها و راهنمایی برای خودمراقبتی است. به عنوان مثال، پزشک می‌تواند بیمار را تشویق کند تا مراحل لباس پوشیدن را دوباره یاد بگیرد و سپس با تحسین و توجه به او به خاطر انجام آن‌ها پاداش مثبت بدهد. از طریق الگوسازی، بیمار مهارت‌های قدیمی را از طریق تقلید، دوباره یاد می‌گیرد. مراقب هم‌چنین می‌تواند مدیریت زمان را بیاموزد که تشویق به پیروی از یک برنامه دقیق روزانه می‌کند. در نتیجه، بیمار بیش‌تر درگیر یک روال منظم فعالیت‌های روزمره است. همه این روش‌ها هم برای بیمار و هم برای مراقب مفید است. بیمار تا حدودی استقلال خود را به دست می‌آورد، که بار مراقب را تا حدی کاهش می‌دهد که بیمار بتواند در وظایف خود مراقبتی شرکت کند.

استراتژی‌های رفتاری هم‌چنین می‌توانند دفعات سرگردانی و پرخاشگری را در یک بیمار آلزایمر از بین ببرند یا حداقل کاهش دهند. یک رویکرد ممکن، که همیشه عملی نیست، خاموش‌سازی است. مراقب، رفتارهای مخرب خاصی را نادیده می‌گیرد و قصد دارد تقویتی را که به حفظ آن‌ها کمک کرده است حذف کند. خاموش‌سازی برای رفتارهایی که ممکن است منجر به آسیب به بیمار شود، مانند ترک خانه و سرگردانی در خیابان، عملی نیست. یک امکان این است که به بیمار تقویت مثبت برای ماندن در محدوده‌های خاص داده شود. با این حال، این ممکن است کافی نباشد، و در آن مرحله، مراقب باید موانع محافظ نصب کند. یکی دیگر از رویکردهای ممکن این است که مراقب موقعیت‌هایی مانند وان حمام یا میز ناهار خوری که برای بیمار مشکل‌ساز هستند را شناسایی کند. سپس مراقب می‌تواند در این شرایط از روش‌های رفتاری استفاده کند. به عنوان مثال، اگر مشکل هنگام غذا خوردن رخ دهد، ممکن است مراقب باشد که بیمار را تشویق کند تا نحوه استفاده از

چاقو و چنگال را به جای غذا دادن به او یاد بگیرد. باز هم، چنین مداخله‌ای می‌تواند بار مراقب را کاهش دهد و هم‌چنین مهارت‌های عملکردی بیمار را افزایش دهد (کالاها و همکاران، ۲۰۰۶).

مراقب می‌تواند مداخلات رفتاری را از طریق درمان فردی یا در یک گروه حمایتی اجرا کند. تسهیل‌گر گروه پشتیبانی می‌تواند این روش‌ها را به شرکت‌کنندگان آموزش دهد و مراقبین می‌توانند استراتژی‌ها را بر اساس تجربیات خود بین خود به اشتراک بگذارند. حمایت عاطفی که مراقبان می‌توانند برای یکدیگر فراهم کنند می‌تواند به اندازه آموزش واقعی آن‌ها ارزشمند باشد. در نهایت، بیمار آلزایمر هنگامی که بار مراقبت‌کننده به حداقل برسد، مراقبت‌های با کیفیت بهتری دریافت می‌کند.

بنابراین، می‌توانید ببینید که اگرچه چشم‌انداز آلزایمر برای همه کسانی که نگران این فرد هستند ترسناک و دردناک است، اما تعدادی از مداخلات در دسترس هستند. با این حال، تا زمانی که درمانی برای این بیماری پیدا نشود، پزشکان باید به اندازه‌گیری موفقیت‌های خود بیشتر از نظر افزایش دوره حداکثر عملکرد برای بیمار و خانواده به جای پیشرفت به سمت درمان بسنده کنند.

داستان های واقعی

رونالد ریگان: بیماری آلزایمر

رونالد ریگان که در سال ۱۹۱۱ متولد شد، در آن زمان مسن‌ترین رئیس‌جمهور ایالات متحده بود که تقریباً ۷۰ سال سن داشت. او دو دوره بین سال‌های ۱۹۸۱ تا ۱۹۸۹ خدمت کرد و از او به عنوان یکی از محبوب‌ترین روسای جمهور تاریخ معاصر یاد می‌شود. فعالیت‌های سیاسی و اقتصادی او چهره ملت را تغییر داد و به عنوان رئیس‌جمهور به پایان دادن به جنگ سرد بین ایالات متحده و اتحاد جماهیر شوروی سابق کمک کرد. در سال ۱۹۹۴، تنها ۴ سال پس از ترک قدرت، ریگان علناً فاش کرد که به بیماری آلزایمر مبتلا شده است. او در سال ۲۰۰۴ پس از گذراندن ۳ سال آخر زندگی خود در تخت بیمارستان در خانه‌اش در کالیفرنیا درگذشت.

ریگان که اهل ایلینوی است، قبل از نقل مکان به آیووا برای شروع کار خود در پخش رادیویی، در کالج اورکا تحصیل کرد. طولی نکشید که به لس آنجلس نقل مکان کرد و حرفه بازیگری خود را آغاز کرد و در بسیاری از فیلم‌ها و برنامه‌های تلویزیونی محبوب بازی کرد. ریگان پس از تغییر حرفه به عنوان سخنگوی جنرال الکتریک، وارد سیاست شد. او قبل از این که در سال ۱۹۸۰ به عنوان رئیس‌جمهور انتخاب شود، به مدت ۱۰ سال به عنوان

فرماندار کالیفرنیا خدمت کرد، که قبلا دو بار در انتخابات ریاست جمهوری ناموفق بود و سپس جیمی کارتر رئیس جمهور فعلی را شکست داد.

مقاله‌ای در نیویورک تایمز در سال ۱۹۹۷ زندگی ریگان را تنها چند سال پس از اعلام تشخیص خود شرح داد. در آن زمان، تغییری در ریگان مشاهده نشده بود، اگرچه در آستانه بروز برخی از علائم شدیدتر آلزایمر بود. در این مقاله آمده بود: «با وجود این که به نظر می‌رسد ستاره ۸۶ ساله سینما از سلامتی و فرم فوق‌العاده‌ای برخوردار است، اما حقیقت این است که مردی که محکم دست می‌دهد و موهایش خاکستری می‌شود، به آرامی اما به تدریج محو می‌شود.» ریگان هنوز قادر به انجام فعالیت‌های روزمره زندگی مانند لباس پوشیدن خود بود و به روال معمول خود ادامه می‌داد که شامل بازی گلف، ورزش و گاه به گاه حضور در جمع بود. اما با وجود ظاهری سالم و شبکه حمایتی گسترده، در این مرحله وضعیت ریگان شروع به وخامت کرد.

در دوران ریاست جمهوری خود، به خاطر داشتن مشکلات حافظه در دوران ریاست جمهوری بدنام بود، به ویژه در مورد به خاطر سپردن نام افراد. تا سال ۱۹۹۷، این مشکل بسیار آشکارتر شد و تنها کسی که او توانست به طور مداوم به یاد بیاورد همسرش نانسی بود. پس از فاش شدن تشخیص او، بحث‌های زیادی در مورد این که آیا او در دوران ریاست جمهوری خود علائم بیماری آلزایمر را داشت یا خیر، وجود داشت. در مقاله نیویورک تایمز به نقل از پزشک ریگان اشاره شده است که تایید کرده است که وی در واقع هیچ علامتی را تا حداقل ۳ سال پس از پایان دوره پایانی خود نشان نداده است.

در این مقاله آمده است: «آلزایمر اغلب شامل یک خانواده قربانی می‌شود. از آن جایی که این بیماری به طور اجتناب‌ناپذیری ارتباط را قطع می‌کند، نه تنها برای بیمار، بلکه برای همسر، بستگان و دوستان، تنهایی، ناامیدی و سردرگمی ایجاد می‌کند. بسیاری از دوستان و دستیاران قدیمی می‌گویند که مقایسه رونالد ریگان مبتلا به آلزایمر با خود سابقش بسیار دردناک است.

در سال ۲۰۰۱، ۴ سال پس از انتشار مقاله، ریگان در خانه خود افتاد و لگنش شکست. اگرچه شکستگی بهبود یافت اما اکنون به دلیل وخامت جدی وضعیت سلامتش در خانه خود محبوس شده بود. پتی دیویس، دختر ریگان در کتاب خود به نام خداحافظی طولانی به یاد می‌آورد که پزشکان تنها چند ماه به او فرصت زنده ماندن داده‌اند. در نهایت او ۴ سال دیگر زندگی کرد. کتاب او درد دل و کشمکشی را که نه تنها بیماران، بلکه خانواده‌های کسانی را که در اثر بیماری آلزایمر می‌میرند، آزار می‌دهد، به طرز تلخی به تصویر می‌کشد. پتی تاکید می‌کند که

دردناک‌ترین جنبه از روند مشاهده یک فرد عزیز از آلزایمر، طولانی شدن روند زوال جسمی و روانی و تاثیر روانی آن بر خانواده است.

من دختری هستم که با دلتنگی برای پدرش زندگی کرد. پتی پدرش را مردی توصیف می‌کند که زمان کمی برای گذراندن وقت با فرزندانش داشت، زیرا او ۸ سال را به عنوان رهبر یک کشور قدرتمند گذراند. آشفتگی تماشای مرگ طولانی و آهسته پدرشان به دلیل رفتار شخصی محافظه‌کارانه ریگان آزاردهنده‌تر شد. همان‌طور که پتی در کتاب توضیح می‌دهد، «حتی مادرم اذعان داشت که هرگز نمی‌تواند به درون او نزدیک شود.»

این کتاب به‌عنوان مجموعه‌ای از یادداشت‌های روزانه شروع شد که پتی درباره تجربیاتش از تسلیم شدن پدرش در برابر بیماری‌اش نوشته بود. پتی که دومین فرزند کوچک‌تر از پنج فرزند بود، اغلب با دیدگاه‌های اجتماعی و سیاسی پدرش مخالف بود. او در این کتاب می‌نویسد که چگونه رابطه آن‌ها با گذشت سال‌ها تغییر کرد و در طول پیشرفت بیماری او در کنار او ماند. نه تنها رابطه پدرش با او با روند بیماری تغییر کرد، بلکه کل پویایی خانواده تغییر کرد زیرا اختلافات بین آن‌ها به دلیل تمایل آن‌ها برای با هم بودن در این دوران دشوار از بین رفت. این غیرمعمول نیست زیرا خانواده‌ها گرد هم می‌آیند تا با از دست دادن آهسته یکی از عزیزانشان در اثر آلزایمر کنار بیایند.

«بیماری آلزایمر همه درها و خروجی‌ها را قفل می‌کند. نه مهلتی وجود دارد، نه راه گریزی.



رونالد ریگان تنها چند سال پس از اتمام دو دوره متوالی ریاست جمهوری ایالات متحده، علائم آشکار بیماری آلزایمر را نشان داد.

منبع: بخش چاپ و عکس کتابخانه کنگره [۱۵۷۴۷-LC-DIG-highsm]

زمان بر ضد ما می‌چرخد و به نظر می‌رسد گویا کیلومترها زمین بایر در مقابل ما دراز می‌کند. پتی در ادامه به توصیف ماهیت موزیانه این بیماری و پیشرفت آهسته آن در طول سال‌ها همان‌طور که در پدرش شاهد بود، می‌پردازد. پتی در کنار مشاهدات پدرش که بزرگ‌تر می‌شد و آلزایمر به طور فزاینده‌ای آسیب‌های بیش‌تری وارد می‌کرد، خاطرات او را در طول زندگی‌اش به یاد می‌آورد - سخنرانی در روز عروسی‌اش، شنا کردن با او در اقیانوس، آواز خواندن با هم در کلیسا. این خاطرات برای کمک به خانواده برای کنار آمدن با درد از دست دادن آرام پدرشان مهم بود. «به دلیل یادآوری فضای خالی که هنگام از بین رفتن خاطرات باقی می‌ماند، مانند صندلی که همیشه روی آن می‌نشید، سالنی که همیشه در آن قدم می‌زد، یا منظره بیرون از پنجره، شما به خاطرات خود جان می‌دهید. بنابراین هنگامی که تصاویر در ذهنتان تداعی می‌شوند یا بخش‌هایی از مکالمات را به یاد می‌آورید. تو آن‌ها را بگیر، گرد و غبارشان را پاک کن، و دعا کن تا روشن بمانند.»

پتی در کتاب خود روندی را توصیف می‌کند که مادرش به آرامی شوهر بیش از ۴۰ سال خود را از دست داد. مادرم از تنهایی زندگی‌اش می‌گوید. او این‌جاست، اما از بسیاری جهات نیست. او تنهایی را با خاطرات کوچکی احساس می‌کند. او قبلاً پشت او را نوازش می‌کرد اما حالا او این کار را نمی‌کند. و به بزرگ‌ترین و غلبه‌کننده‌ترین - راه‌ها تا آخر عمر دلتنگ او خواهیم بود.»

پتی هم‌چنین به موضوع تصمیم ناسی ریگان مبنی بر مخفی نگه داشتن جزئیات درد و رنج همسرش از چشم هوشیار رسانه‌ها می‌پردازد. مادرم آن را یک خداحافظی طولانی نامیده است - راهی که آلزایمر به آرامی انسان را می‌دزد. این یکی از تنها نظرات عمومی او بوده است. پس از توافق، ما ردای سکوت محترمانه را در مورد وضعیت پدرم انتخاب کردیم. این یک عبارت دلخراش است، و او به من گفته است که دیگر آن را تکرار نخواهد کرد، زیرا اشک‌هایش جاری می‌شود. «حتی در روزی که پدرش در ۵ ژوئن ۲۰۰۴ درگذشت، پتی خبرنگاری را به یاد می‌آورد که در اطراف خانه پرسه می‌زد و شایعاتی مبنی بر این‌که او به پایان عمرش نزدیک می‌شود، منتشر شد. وقتی خانواده در آخرین لحظات زندگی ریگان دور تخت او جمع شده بودند، پتی به یاد می‌آورد که در اتاق کناری گزارش‌های خبری شنیده بود مبنی بر این‌که وضعیت او وخیم است و خبرنگاران بیش‌تری شروع به تماس و آمدن به خانه کردند. در پایان، خانواده برای مرگ پدرشان آماده شدند، اگرچه این دردی را که در نهایت با پایان نبرد او با آلزایمر به اشتراک گذاشتند، از بین نبرد.

پتی در مورد واکنش آن‌ها به مرگش می‌نویسد: «زمان‌هایی وجود خواهد داشت که بعد از یادآوری خاطرات اوج می‌گیریم، و زمان‌هایی که غم و اندوه ما را به زانو در می‌آورد. به ویژه، مادرم گهگاه می‌پرسد که چرا او اول باید ما را ترک می‌کرد. منتظر ورود او به رویاهای ما خواهیم بود. ما در هر نسیمی که از هر پنجره باز می‌گذرد به دنبال او خواهیم بود. ما نفس عمیقی خواهیم کشید و منتظر خواهیم ماند تا زمزمه او وارد ما شود و اسرار را به ما بگوید و باعث خندمان شود.

۴,۱۳ اختلالات عصبی شناختی ناشی از اختلالات عصبی به غیر از بیماری آلزایمر

علائم اختلال عصبی شناختی می‌تواند دلایل مختلفی داشته باشد که شامل شرایط عصبی دژنراتیو غیر از بیماری آلزایمر می‌شود. هر کدام از این اختلالات تشخیص جداگانه‌ای با خود دارند. شکل ۶ همپوشانی بین علائم این اختلالات عصبی را نشان می‌دهد. همان‌طور که در بیماری آلزایمر می‌بینیم، به جای این‌که به صورت کاهش حافظه ظاهر شود، **اختلال عصبی-شناختی پیشانی-گیجگاهی** در تغییرات شخصیتی مانند بی‌تفاوتی، عدم بازداری، وسواس و از دست دادن قدرت قضاوت منعکس می‌شود. در نهایت فرد نسبت به عادات شخصی خود غفلت می‌کند و توانایی برقراری ارتباط را از دست می‌دهد. شروع این اختلال آهسته و موزیانه است. در کالبد شکافی، مغز آتروفی را در قشر پیشانی و تمپورال نشان می‌دهد، اما هیچ پلاک آمیلوئید یا آسیب شریانی وجود ندارد.

اختلال عصبی شناختی با اجسام لوی با از دست دادن تدریجی حافظه، زبان، محاسبات و استدلال و هم‌چنین سایر عملکردهای ذهنی بالاتر مشخص می‌شود. این اختلال نام خود را از حضور در مغز اجسام لوی، رسوبات غیرطبیعی پروتئینی به نام آلفا سینوکلئین گرفته است. این رسوبات بر دوپامین و نوراپی نفرین تاثیر می‌گذارد که به نوبه خود بر عملکرد حرکتی و حافظه تاثیر می‌گذارد. افراد مبتلا به اختلال عصبی شناختی با بدن لوی علاوه بر تغییرات شناختی، تغییراتی را در خلق و خو و حرکت نیز تجربه می‌کنند.

یکی دیگر از دلایل احتمالی اختلال عصبی شناختی، بیماری قلبی عروقی است که بر خون‌رسانی به مغز تاثیر می‌گذارد. این بیماری که **اختلال عصبی شناختی عروقی** نامیده می‌شود، بسیار شایع است و محققان آن را به انواع عوامل خطر قلبی عروقی مرتبط می‌دانند. شایع‌ترین شکل آن، **زوال عقل چند انفارکتی (MID)** است که در اثر حملات گذرا ایجاد می‌شود که در آن جریان خون به

اختلال عصبی شناختی

پیشانی گیجگاه

اختلال عصبی شناختی که ناحیه فرونتوتیمپورال مغز را درگیر می‌کند.

اختلال عصبی شناختی

با اجسام لوی

نوعی اختلال عصبی شناختی با از دست دادن تدریجی حافظه، زبان، محاسبات و استدلال و هم‌چنین سایر عملکردهای ذهنی بالاتر ناشی از تجمع ناهنجاری‌هایی به نام اجسام لویی در سراسر مغز.

مغز به دلیل گرفتگی یا ترکیدگی سرخرگ قطع می‌شود. آسیب به شریان نوروهای اطراف را از خون و اکسیژن محروم می‌کند که باعث مرگ نوروها می‌شود. اگرچه هر انفارکتوس در ابتدا بسیار کوچک است، اما با گذشت زمان آسیب تدریجی ناشی از انفارکتوس باعث می‌شود که فرد توانایی‌های شناختی خود را از دست بدهد. به نظر می‌رسد اختلال حافظه مشابه آن‌چه باشد که در بیماری آلزایمر مشاهده شده است. با این حال، تفاوت‌های قابل توجهی بین این دو اختلال وجود دارد. افراد مبتلا به اختلال عصبی-شناختی عروقی مجموعه خاصی از ناهنجاری‌های فیزیکی مانند مشکلات راه رفتن و ضعف در بازوها و پاها و الگوی عملکرد شناختی متفاوت از افراد مبتلا به آلزایمر را نشان می‌دهند.

در تصویر بالینی معمول اختلال عصبی شناختی عروقی، برخی از عملکردهای شناختی دست نخورده باقی می‌مانند و برخی دیگر از دست دادن قابل توجهی را نشان می‌دهند، الگویی که عصب روانشناسان آن را زوال تکه‌ای می‌نامند. یکی دیگر از ویژگی‌های منحصر به فرد اختلال عصبی-شناختی عروقی این است که یک زوال تدریجی در عملکرد شناختی را نشان می‌دهد: عملکردی که نسبتاً مختل شده بود ناگهان از بین می‌رود یا به شدت بدتر می‌شود. این برخلاف الگوی وخامت تدریجی بیماری آلزایمر است.

همان‌طور که در مورد بیماری آلزایمر صادق است، هیچ درمانی برای جبران زیان‌های شناختی در اختلال عصبی-شناختی عروقی وجود ندارد. با این حال، افراد می‌توانند اقدامات پیشگیرانه را در طول بزرگسالی انجام دهند تا از شروع بعدی این بیماری محافظت کنند. کاهش خطر فشار خون بالا و دیابت یکی از راه‌های مهم برای کاهش شانس ابتلا به اختلالات شناختی در زندگی بعدی است (پاپادیمیتریو، ۲۰۰۵).

اختلال عصبی شناختی

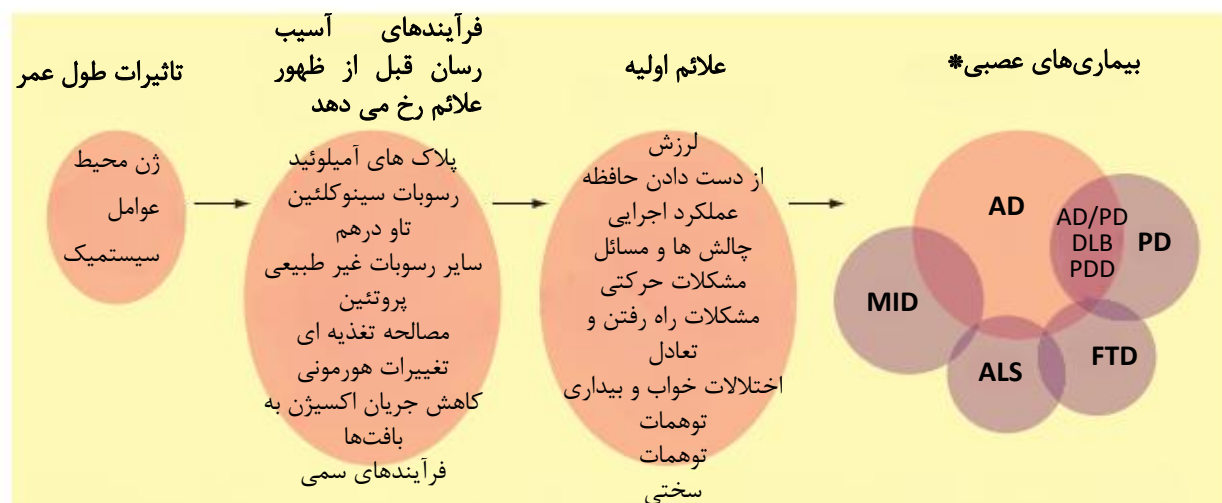
عروقی

نوعی اختلال عصبی شناختی ناشی از یک بیماری عروقی که باعث محرومیت از خون رسانی به مغز می‌شود.

زوال عقل چند

انفارکتی (MID)

نوعی اختلال عصبی-شناختی ناشی از حملات گذرا که در آن جریان خون به مغز توسط یک شریان مسدود یا ترکیده قطع می‌شود.



*AD = بیماری آلزایمر، AD/PD = AD همراه با پارکینسونیسم، ALS = اسکروز جانبی آمیوتروفیک، DLB = زوال عقل با اجسام لوی، FTD =

= زوال عقل قدامی، MID = زوال عقل چند انفارکتی، PD = بیماری پارکینسون، PDD = بیماری پارکینسون

شکل ۶ سایر بیماری هایی که می توانند باعث بدتر شدن عملکرد شناختی شوند همان طور که در این جا نشان داده شده است، انواع تاثیرات در طول زندگی و فرآیندهای آسیب رسان از تاثیرات تغذیه ای گرفته تا سموم می تواند منجر به علائمی شود که به نظر می رسد شبیه بیماری آلزایمر باشد. این اختلالات ممکن است همراه با بیماری آلزایمر (در دایره های همپوشانی نشان داده شده است) یا مستقل از آن رخ دهند

منبع: گزارش پیشرفت بیماری آلزایمر ۲۰۰۴-۲۰۰۵، وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده.

بیماری پیک

یک بیماری دژنراتیو نسبتاً نادر که لوب‌های پیشانی و گیجگاهی قشر مغز را تحت تأثیر قرار می‌دهد و می‌تواند باعث اختلالات عصبی شناختی شود.

اختلال عصبی شناختی ناشی از بیماری

پارکینسون

یک اختلال عصبی شناختی که شامل تخریب سلول‌های عصبی در ساختارهای زیر قشری است که فعالیت‌های حرکتی را کنترل می‌کنند.

آکینزی

یک اختلال حرکتی که در آن ماهیچه‌های فرد سفت می‌شوند و شروع حرکت دشوار است.

برادی کینزی

یک اختلال حرکتی که شامل کند شدن کلی فعالیت حرکتی است.

بیماری پیک یک بیماری دژنراتیو نسبتاً نادر و پیشرونده است که لوب‌های پیشانی و گیجگاهی قشر مغز را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این به دلیل انباشته شدن ذخایر پروتئینی غیرمعمول در نورون‌ها به نام Pick Bodies ایجاد می‌شود. افراد مبتلا به این اختلال علاوه بر داشتن مشکلات حافظه، از نظر اجتماعی ناامید می‌شوند، یا رفتارهای نامناسب و تکانشی انجام می‌دهند یا بی‌انگیزه و بی‌ذوق به نظر می‌رسند. برخلاف توالی تغییراتی که افراد مبتلا به بیماری آلزایمر نشان می‌دهند، افراد مبتلا به بیماری پیک قبل از شروع مشکلات حافظه دچار تغییرات شخصیتی می‌شوند. به عنوان مثال، آن‌ها ممکن است در مهارت‌های اجتماعی، ناهنجاری‌های زبانی، احساسات روراست و از دست دادن بازداری، دچار زوال شوند.

اختلال عصبی-شناختی ناشی از بیماری پارکینسون باعث انحطاط عصبی گانگلیون‌های پایه، ساختارهای زیر قشری که فعالیت‌های حرکتی را کنترل می‌کنند، می‌شود. بدتر شدن نواحی منتشر قشر مغز ممکن است رخ دهد. تغییرات شناختی در همه افراد مبتلا به بیماری پارکینسون رخ نمی‌دهد، اما محققان این میزان را بیش‌تر در میان افراد مسن‌تر و در مراحل پیشرفته‌تر بیماری، تا ۶۰ درصد تخمین می‌زنند. بیماری پارکینسون معمولاً پیشرونده است و اختلالات حرکتی مختلف، بارزترین ویژگی این اختلال است. برای مثال، در حالت استراحت، دست‌ها، پاها یا سر فرد ممکن است به طور غیرارادی تکان بخورد. ماهیچه‌ها سفت می‌شوند و شروع حرکت برای فرد دشوار است، علامتی به نام آکینزی. همراه با از دست دادن هماهنگی حرکتی ظریف، برادی کینزی، کاهش عمومی فعالیت حرکتی نیز اتفاق می‌افتد. برخی از افراد مبتلا به بیماری پارکینسون به صورت آهسته و متلاطم راه می‌روند. آن‌ها در شروع راه رفتن مشکل دارند و به محض این‌که شروع به راه می‌کنند در توقف با مشکل مواجه می‌شوند. علاوه بر این ناهنجاری‌های حرکتی، نشانه‌هایی از زوال شناختی، مانند کند شدن اسکن در کارهای تشخیص بصری، کاهش انعطاف‌پذیری مفهومی و کند شدن پاسخ‌های حرکتی را نشان می‌دهند. در چهره فرد نیز حرفی برای گفتن نشان داده نمی‌شود و جریان طبیعی خود را ندارد. فرد در تولید کلمات در آزمون‌هایی که نیاز به تسلط کلامی دارند مشکل دارد. با این حال، بسیاری از عملکردهای شناختی، مانند توجه، تمرکز، و حافظه فوری دست نخورده باقی می‌مانند.

اختلال عصبی شناختی ناشی از بیماری هانتینگتون

یک بیماری ارثی که باعث اختلال عصبی شناختی می‌شود که شامل زوال گسترده ساختارهای زیر قشری مغز و بخش‌هایی از قشر پیشانی است که فعالیت‌های حرکتی را کنترل می‌کند.

اختلال عصبی شناختی ناشی از بیماری پریون (بیماری کروتزفلد جاکوب)

یک بیماری عصبی از حیوانات به انسان منتقل می‌شود که منجر به اختلال عصبی شناختی و مرگ ناشی از تجمع غیرطبیعی پروتئین در مغز می‌شود.

بیماری پریون

بیماری ناشی از یک ذره پروتئین غیرطبیعی که بافت مغز را آلوده می‌کند.

اگرچه این اختلال در درجه اول از دست دادن کنترل حرکتی است، اما اختلال عصبی شناختی ناشی از بیماری هانتینگتون یک اختلال عصبی دژنراتیو است که می‌تواند بر شخصیت و عملکرد شناختی نیز تاثیر بگذارد. محققان بیماری هانتینگتون را در یک ناهنجاری در کروموزوم ۴ ردیابی کرده‌اند که باعث می‌شود پروتئینی که اکنون به نام هانتینگتین شناخته می‌شود تجمع یافته و به سطوح سمی برسد. علائم برای اولین بار در بزرگسالی، بین ۳۰ تا ۵۰ سالگی ظاهر می‌شود. این بیماری منجر به مرگ نوروهای ساختارهای زیر قشری می‌شود که رفتار حرکتی را کنترل می‌کنند.

تعدادی از اختلالات در بیماری هانتینگتون رخ می‌دهد که از تغییر عملکرد شناختی تا تغییرات اجتماعی و شخصیتی را شامل می‌شود. ما این بیماری را با اختلالات خلقی، تغییر در شخصیت، تحریک‌پذیری و انفجار، خودکشی، تغییرات در تمایلات جنسی، و طیفی از نقص‌های شناختی خاص مرتبط می‌کنیم. به دلیل این علائم، پزشکان ممکن است به اشتباه این اختلال را اسکیزوفرنی یا اختلال خلقی تشخیص دهند، حتی اگر فرد سابقه‌ای مبنی بر این اختلالات نداشته باشد. افراد مبتلا به بیماری هانتینگتون هم‌چنین می‌توانند به دلیل کاهش توانایی آن‌ها در برنامه‌ریزی، شروع یا انجام فعالیت‌های پیچیده، بی‌تفاوت به نظر برسند. فعالیت‌های حرکتی کنترل نشده آن‌ها با عملکرد پایدار هر رفتاری، حتی حفظ وضعیت ایستاده، تداخل می‌کند و در نهایت اکثر افراد مبتلا به بیماری هانتینگتون در بستر می‌مانند.

اختلال عصبی شناختی ناشی از بیماری پریون، که به عنوان بیماری کروتسفلد-جاکوب نیز شناخته می‌شود، یک اختلال عصبی نادر است که به عنوان بیماری پریون شناخته می‌شود، که محققان معتقدند این بیماری توسط یک عامل عفونی ایجاد می‌شود و منجر به تجمع غیرطبیعی پروتئین در مغز می‌شود. علائم اولیه شامل خستگی، اختلال اشتها، مشکلات خواب و مشکلات تمرکز است. با پیشرفت بیماری، فرد علائم فزاینده‌ای از دست دادن عصب شناختی را نشان می‌دهد و در نهایت می‌میرد. زیربنای این علائم آسیب گسترده‌ای است که به عنوان آنسفالوپاتی اسفنجی شکل شناخته می‌شود، به این معنی که سوراخ‌های بزرگی در بافت مغز ایجاد می‌شود. به نظر می‌رسد این بیماری از گلوهای که اعضای بدن حیوانات مزرعه مرده آلوده به این بیماری را خورده‌اند به انسان منتقل می‌شود (به ویژه گوسفند، که در آن بیماری به عنوان اسکرپی شناخته می‌شود).

در سال ۱۹۹۶، اپیدمی «بیماری جنون گاوی» در انگلیس، همراه با موارد گزارش شده از این بیماری در انسان، منجر به ممنوعیت واردات گوشت گاو بریتانیایی شد. نگرانی در مورد این بیماری همچنان در کشورهای اروپایی و همچنین در ایالات متحده وجود دارد.



مایکل جی فاکس به عنوان یکی از شناخته شده‌ترین افرادی که از اختلال عصبی شناختی ناشی از بیماری پارکینسون رنج می‌برد، توجه عمومی را به واقعیت این وضعیت ناتوان کننده جلب کرده است.

©Kathy Hutchins/Shutterstock

آسیب مغزی تروماتیک (TBI)

آسیب به مغز ناشی از قرار گرفتن در معرض تروما.

اختلال عصبی شناختی ناشی از آسیب مغزی

اختلالی که در آن شواهدی از ضربه به سر همراه با علائم شناختی و عصبی وجود دارد که پس از دوره حاد پس از آسیب ادامه می‌یابد.

سندرم پس از ضربه مغزی (PCS)

اختلالی که در آن مجموعه‌ای از علائم فیزیکی، عاطفی و شناختی از هفته‌ها تا سال‌ها ادامه می‌یابد.

۱۳، ۵ اختلال عصبی شناختی ناشی از آسیب تروماتیک مغزی

ضربه به سر که منجر به تغییر یا از دست دادن هوشیاری یا فراموشی پس از ضربه می‌شود، آسیب مغزی تروماتیک (TBI) نامیده می‌شود. معیارهای تشخیصی برای اختلال عصبی شناختی ناشی از آسیب مغزی تروماتیک نیازمند شواهدی از ضربه به سر همراه با از دست دادن هوشیاری، فراموشی پس از ضربه، بی‌حسی و سردرگمی، و ناهنجاری‌های عصبی مانند تشنج است. علائم باید بلافاصله پس از ضربه یا پس از بهبودی هوشیاری و پس از دوره حاد پس از آسیب رخ دهد.

در سال ۲۰۱۳، حدود ۲،۸ میلیون بستری، مراجعه به بخش اورژانس و مرگ و میر ناشی از TBI وجود داشت (تیلور، بل، بریدینگ و زو، ۲۰۱۷) (شکل ۷). کودکان ۰ تا ۴ ساله، نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله و بزرگسالان ۷۵ سال و بالاتر بیش‌ترین خطر ابتلا به TBI را دارند. بیش‌ترین میزان بستری شدن در بیمارستان و مرگ ناشی از TBI در بزرگسالان ۷۵ سال و بالاتر رخ می‌دهد. افراد در این گروه‌های سنی به دلایل مختلف دچار TBI تصادفی می‌شوند. کودکان و نوجوانان به احتمال زیاد از طریق زمین خوردن، آسیب‌های ورزشی و تصادفات دچار TBI می‌شوند. در افراد مسن، زمین خوردن شایع‌ترین علت TBI است. سقوط نیز برای این گروه سنی کشنده‌ترین است زیرا به طور کلی با آسیب‌ها و عوارض شدید دیگری همراه است.

حدود ۱۲ تا ۲۰ درصد از کهنه سربازان ایالات متحده در جنگ‌های عراق و افغانستان ممکن است TBI ناشی از جراحات از وسایل انفجاری دست ساز (IED) را تجربه کرده باشند. بیش‌تر این موارد از نظر شدت نسبتاً خفیف هستند، به این معنی که شامل از دست دادن هوشیاری به مدت ۳۰ دقیقه یا کم‌تر، یا فراموشی پس از ضربه ۲۴ ساعته یا کم‌تر است. اکثر قربانیان در عرض ۶ ماه پس از جراحی بهبود می‌یابند، اما زیر گروهی از جانبازان این کار را نمی‌کنند. گروهی دیگر ممکن است علائم غیرقابل تشخیصی داشته باشند که تا پس از استقرار آن‌ها ادامه دارد. TBI نه تنها خطرات سلامتی قابل توجهی را به همراه دارد، بلکه جانبازانی که آن را تجربه کرده‌اند در معرض خطر بیش‌تری برای ابتلا به PTSD، اضطراب و اختلالات سازگاری هستند (کارلسون و همکاران، ۲۰۱۰). بر خلاف کهنه سربازان جنگی قبلی، کسانی که در جنگ‌های عراق و افغانستان شرکت کرده‌اند، به احتمال زیاد دچار آسیب‌های سر شده‌اند، زیرا کلاه‌های ایمنی مدرن آن‌ها محافظت

بهتری نسبت به کلاه‌های ایمنی سربازان در جنگ‌های قبلی ارائه می‌دهد. بنابراین آن‌ها از یک انفجار جان سالم به در خواهند برد تا صدمات جدی به سر (و سایر موارد) متحمل شوند.

افرادی که تحت TBI خفیف قرار می‌گیرند ممکن است یک بیماری مرتبط به نام سندرم پس از ضربه مغزی (PCS) را تجربه کنند که در آن هم‌چنان علائمی مانند خستگی، سرگیجه، تمرکز ضعیف، مشکلات حافظه، سردرد، بی‌خوابی و تحریک‌پذیری دارند. افرادی که بیش‌تر در معرض خطر ابتلا به PCS هستند کسانی هستند که قبل از آسیب‌دیدگی خود دارای یک اختلال اضطرابی یا افسردگی و تقریباً ۵ روز پس از آسیب، استرس حاد پس از سانحه بوده‌اند. با این حال، PCS ممکن است در افراد آسیب دیده با این ویژگی‌ها که در واقع از TBI خفیف رنج نمی‌برند نیز ایجاد شود (میرس و همکاران، ۲۰۱۱).



شکل ۷ تخمین شیوع و خطرات مرتبط با آسیب مغزی، ۲۰۱۳

منبع: Taylor, Bell, Breiding, & Xu, ۲۰۱۷

ورزشکاران حرفه‌ای نیز ممکن است دچار TBI خفیف شوند، به ویژه آن‌هایی که ورزش‌های تماسی مانند فوتبال و هاکی انجام می‌دهند. آسیب‌دیدگی آن‌ها ممکن است به درستی ارزیابی نشود، که باعث می‌شود قبل از این‌که کاملاً آماده شوند، به بازی بازگردند. اگرچه ممکن است به

نظر برسد که آن‌ها به اندازه کافی بهبود یافته‌اند تا به میدان بازگردند، با این وجود ممکن است از آسیب‌های ذهنی رنج ببرند که فقط بعداً مشهود است. در یک مطالعه بر روی ورزشکاران مرد و زن کالج که در ورزش‌های با تماس بالا شرکت می‌کردند، محققان به اختلالات حافظه حتی در بازیکنانی که به نظر نمی‌رسید دچار ضربه مغزی شده بودند، پی بردند (کیلام، کوتین و سانتوچی، ۲۰۰۵). برخلاف قربانیان تروما، احتمال بازگشت ورزشکاران به عملکرد قبل از آسیب در عرض ۲ تا ۱۴ روز بیش‌تر است (آیورسون، ۲۰۰۵).

آسیب‌های مکرر در طول زمان، مانند آسیب‌هایی که توسط بازیکنان فوتبال حرفه‌ای و کالج تجربه می‌شود، ممکن است منجر به انسفالوگرافی آسیب‌زای مزمن (CTE) شود که باعث نوعی اختلال عصبی-شناختی می‌شود و می‌تواند منجر به مرگ زودرس شود. بازیکنان فوتبال به طور خاص به احتمال زیاد دچار نقص در عملکرد اجرایی مرتبط با آسیب به لوب پیشانی خود می‌شوند (سیچپین و همکاران، ۲۰۱۳). به نظر می‌رسد که اثرات CTE حداقل تا حدی به تغییرات در پروتئین‌های تاو نسبت داده می‌شود که منجر به ایجاد گره‌های نوروفیبریلاری در مناطقی از مغز می‌شود که هم در کنترل حرکتی و هم در عملکرد شناختی فعال هستند (مافسون و همکاران، ۲۰۱۶).

یک مورد کوچک

اختلال عصبی شناختی ناشی از آسیب تروماتیک مغزی

استفن یک مرد ۲۸ ساله متاهل و دوجنسگرا است و از زمان فارغ التحصیلی از کالج در ۶ سال پیش، در لیگ ملی فوتبال دوندۀ بوده است. در طول یک بازی، زمانی که بازیکن دیگری با او تکل زد، ضربه شدیدی خورد. کلاه ایمنی استفان از بدنش جدا شد و در نتیجه او دچار آسیب مغزی شد. او از زمین خارج شد و توسط کادر پزشکی تیم ارزیابی شد. در طول ارزیابی، او نتوانست به خاطر بیاورد که چند سال دارد، کجا به دنیا آمده است، آیا متاهل بوده یا هر چیزی که در طول ۲ هفته گذشته اتفاق افتاده است. این ناتوانی در به خاطر سپردن گذشته شخصی خود منبع ناراحتی بزرگی برای استفان بود. در مقابل، او هیچ مشکلی در به خاطر سپردن آمبولانس به بیمارستان یا نام پزشک تیمی که برای اولین بار او را معاینه کرد، نداشت. پس از اقامت ۳ روزه در بیمارستان، استفان به مدت ۳ ماه به یک مرکز توانبخشی منتقل شد، جایی که حافظه درمانی به او کمک کرد تا راهبردهای یادگاری برای یادآوری اطلاعات مهم را بیاموزد.

۱۳، ۶ اختلالات عصبی شناختی ناشی از مواد/داروها و عفونت HIV

طیف گسترده‌ای از بیماری‌های عفونی می‌توانند تغییراتی را ایجاد کنند که در اختلال عصبی-شناختی رخ می‌دهد. این‌ها عبارتند از نوروسیفلیس، آنسفالیت، سل، مننژیت، ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) و عفونت‌های موضعی در مغز. افرادی که نارسایی کلیه را تجربه می‌کنند ممکن است علائم اختلال عصبی شناختی را در نتیجه تجمع سمی موادی داشته باشند که کلیه‌ها نمی‌توانند آن‌ها را از خون پاک کنند. افراد مبتلا به انواع خاصی از تومورهای مغزی نیز دچار اختلالات شناختی و سایر علائم اختلال عصبی-شناختی می‌شوند.

عملکرد شناختی فرد هم‌چنین می‌تواند تحت تاثیر منفی آنوکسی (کمبود اکسیژن به مغز) باشد که ممکن است در طی عمل جراحی تحت بیهوشی عمومی یا در نتیجه مسمومیت با مونوکسید کربن رخ دهد. آنوکسی می‌تواند اثرات شدیدی بر بسیاری از عملکردهای مغز داشته باشد زیرا نورون‌ها در صورت محرومیت از اکسیژن به سرعت می‌میرند. از آنجایی که نورون‌های مغز جای خودشان را نمی‌گیرند، از دست دادن قابل توجه نورون‌ها می‌تواند منجر به اختلال در تفکر و کارکردهایی مانند توانایی یادگیری جدید، توجه، تمرکز و ردیابی شود. اثرات عاطفی آسیب مغزی

ناشی از آنوکسی می‌تواند شامل کسل کردن و مهار عاطفی و همچنین افسردگی باشد. این تغییرات می‌تواند توانایی فرد را برای برنامه‌ریزی، شروع و انجام فعالیت‌ها به شدت کاهش دهد.

قرار گرفتن در معرض برخی داروها و سموم محیطی می‌تواند باعث آسیب مغزی شود و منجر به وضعیتی به نام اختلال عصبی شناختی ناشی از مواد/دارو شود. چنین سمومی می‌تواند از دودهای شدید رنگ خانه، استایرن مورد استفاده در تولید پلاستیک و سوخت‌های تقطیر شده از نفت به دست آید.

کمبودهای تغذیه‌ای نیز می‌تواند باعث زوال شناختی شود. افرادی که به شدت دچار سوءتغذیه هستند، مستعد کمبود فولات، یک ماده مغذی حیاتی هستند که منجر به آتروفی پیشرونده مغزی می‌شود. اگر کمبود با بهبود رژیم غذایی اصلاح نشود، فرد می‌تواند افسرده شود و اختلالات شناختی مختلفی مانند حافظه ضعیف و اختلال در استدلال انتزاعی را نشان دهد.

ضایعات شناختی که با اختلالات جسمی و واکنش‌های سمی رخ می‌دهد ممکن است در صورت دریافت درمان فوری و مناسب پزشکی قابل برگشت باشد. با این حال، اگر مداخله برای یک اختلال عصبی قابل درمان در مراحل اولیه معرفی نشود، آسیب مغزی غیرقابل برگشت می‌شود. هر چه آسیب ساختاری مغز گسترده‌تر باشد، احتمال این که فرد دوباره عملکردهای از دست رفته را به دست آورد کم‌تر است.

قبل از معرفی درمان‌های ضد رتروویروسی برای سندرم نقص ایمنی اکتسابی (ایدز)، بیماری که می‌تواند ناشی از HIV باشد، اختلال عصبی شناختی در مراحل پایانی بیماری یک عارضه شایع و ویرانگر بود (گیسلن و همکاران، ۲۰۰۷). با بهبود در درمان، این وضعیت، که به عنوان کمپلکس زوال عقل ایدز شناخته می‌شود، کمتر شایع شده است. با این حال، این موارد در میان افرادی که تشخیص داده نشده و درمان نمی‌شوند همچنان افزایش می‌یابد، وضعیتی که به ویژه در کشورهای در حال توسعه رایج است (وو و همکاران، ۲۰۰۷؛ ژائو و همکاران، ۲۰۱۵).

فراموشی

ناتوانی در به یاد آوردن اطلاعاتی که قبلاً آموخته شده یا در ثبت خاطرات جدید.

اختلال عصبی شناختی

عمده ناشی از یک

بیماری پزشکی دیگر

اختلالات شناختی شامل ناتوانی در به خاطر آوردن اطلاعات آموخته شده قبلی یا ثبت خاطرات جدید.

۷,۱۳ اختلالات عصبی شناختی ناشی از یک وضعیت پزشکی عمومی دیگر

فراموشی عبارت است از ناتوانی در به خاطر آوردن اطلاعاتی که قبلاً آموخته شده یا ثبت خاطرات جدید. در DSM-۵، افراد مبتلا به فراموشی تشخیص اختلال عصبی شناختی عمده ناشی از یک بیماری عمومی پزشکی دیگر را دریافت می‌کنند. از دست دادن حافظه آن‌ها می‌تواند ناشی از طیف گسترده‌ای از مشکلات پزشکی، از جمله ضربه به سر، از دست دادن اکسیژن و هرپس سیمپلکس باشد.

اختلال فراموشی پایدار ناشی از مواد زمانی رخ می‌دهد که مواد مخدر یا داروها باعث اختلال جدی حافظه شوند. مجموعه‌ای از مواد ممکن است باعث این وضعیت شوند، از جمله داروهای تجویز شده، داروهای غیرقانونی، حلال‌های صنعتی و سموم محیطی مانند سرب، جیوه و حشره‌کش‌ها. شایع‌ترین علت این نوع اختلال عصبی شناختی، مصرف مزمن الکل است. از دست دادن حافظه باید در طول زمان ادامه یابد تا پزشک تشخیص اختلال عصبی شناختی را به دلیل یک بیماری عمومی پزشکی دیگر تعیین کند. برای برخی افراد، به ویژه سوءمصرف‌کنندگان مزمن الکل، اختلال عصبی-شناختی ناشی از یک وضعیت پزشکی عمومی دیگر برای مادام‌العمر باقی می‌ماند و باعث آسیب شدیدی می‌شود که ممکن است فرد به مراقبت‌های حضانت نیاز داشته باشد. برای سایرین، مانند کسانی که بیماریشان ناشی از داروهاست، بهبودی کامل امکان‌پذیر است.

۸،۱۳ اختلالات عصبی شناختی: دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی

ما می‌توانیم به بهترین وجه آسیب‌های شناختی را که با اختلالاتی که در این فصل مورد بحث قرار گرفته‌اند، از دیدگاه بیولوژیکی درک کنیم. با این حال، دیدگاه بیولوژیکی هنوز درمان مناسبی برای یکی از مخرب‌ترین این اختلالات، بیماری آلزایمر، ارائه نکرده است. تا زمانی که محققان راهی برای درمان پیدا کنند، افراد و خانواده‌هایشان که زندگی آن‌ها تحت تاثیر این بیماری قرار گرفته است، باید مایل باشند که روش‌های مختلفی را برای کاهش رنج امتحان کنند. بسیاری از برنامه‌های تحقیقاتی در حال حاضر برای کشف استراتژی‌هایی به منظور کاهش استرس وارد شده به مراقبین در حال انجام است. برخی از این استراتژی‌ها از روش‌های نوآورانه و با تکنولوژی بالا مانند شبکه‌های کامپیوتری استفاده می‌کنند. برخی دیگر از رویکرد سنتی‌تر ارائه حمایت عاطفی به افراد مبتلا به بیماری آلزایمر و خانواده‌هایشان استفاده می‌کنند. استفاده از روش‌های شناختی-رفتاری و سایر روش‌های درمانی برای کمک به افراد برای مقابله با آلزایمر یکی دیگر از رویکردهای مفید است. به نظر می‌رسد که نکته اصلی در تمام این تحقیقات در مورد درک و درمان افراد مبتلا به آلزایمر این است که لازم نیست روانشناسان منتظر بمانند تا محققان زیست پزشکی یک درمان را کشف کنند. آن‌ها می‌توانند برای بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به آلزایمر و کمک به آن‌ها برای حفظ عملکرد و منزلت خود تا زمانی که ممکن است انجام دهند.

بازگشت به پرونده: ایرنه هلر

MRI ایرنه لژیون‌های عروقی متعددی را در قشر مغز و ساختارهای زیر قشری مغز او نشان داد و تشخیص او را به اختلال عصبی شناختی ناشی از بیماری عروقی تایید کرد. سابقه دوره‌های سرگردانی او که همراه با بروز علائم او شروع شده بود، باعث شد پزشکان «اختلال رفتاری» را به تشخیص او اضافه کنند. پس از تشخیص، ایرنه بلافاصله شروع به مصرف دارو کرد و پس از چند هفته او و خانواده‌اش متوجه شدند که او به سطح عملکرد «پیش‌حالتی» (قبلی) خود بازگشته است. به توصیه عصب‌روان‌شناس که برای آزمایش به

او مراجعه کرد، ایرنه شروع به شرکت در یک گروه حمایتی برای کسانی کرد که به دلیل بیماری عروقی مبتلا به اختلال عصبی شناختی تشخیص داده شده‌اند، که در یک مرکز اجتماعی در شهرش ارائه شده بود. ایرنه مشتاقانه هر هفته شرکت می‌کند و و ادعا می‌کند که از حمایت اجتماعی گروه و هم‌چنین آگاهی در مورد بیماری و تفاوت آن برای هر فرد برخوردار است. گروه پشتیبانی هم‌چنین به ایرنه آموزش داده است که مراقب هرگونه تغییر در شناخت یا فعالیت‌های حرکتی خود باشد و در صورت بروز مشکلات جدید فوراً با پزشک خود مشورت کند. به دلیل بهبود حافظه، سلامت ایرنه ثابت ماند زیرا او اکنون به یاد می‌آورد که انسولین خود را طبق تجویز مصرف کند. ایرنه از شرکت در فعالیت‌های معمولی خود و گذراندن وقت با خانواده‌اش لذت می‌برد، و دیگر زیر بار مشکلات حرکتی نمی‌رفت. ایرنه هر ۶ ماه یک بار تحت آزمایشات عصبی-روانشناختی کوتاهی قرار می‌گیرد تا از نظر هرگونه وخامت بیشتر در شناخت او و ارزیابی اثربخشی رژیم درمانی خود بررسی شود. **تاملات دکتر توبین:** اختلال عصبی شناختی ناشی از بیماری عروقی می‌تواند ناشی از سکته باشد. به دلیل بدتر شدن تکه تکه و نامنظم علائم ایرنه، به احتمال زیاد علائم او ناشی از روند تدریجی بیماری عروق مغزی است. در بسیاری از موارد، بزرگسالان برای مدتی با علائم خفیف اختلال عصبی-شناختی زندگی می‌کنند. ایرنه خوش شانس بود که بچه‌های آگاهی داشت که نسبتاً بلافاصله پس از بروز علائم او متوجه علائم او شدند و او توانست به دنبال درمانی باشد که امیدوارم پیشرفت این اختلال را کند کند. او هم‌چنین خوش شانس بود که تشخیص او بر اساس بررسی دقیق منابع متعدد آزمایش بود، زیرا بسیاری از افراد مسن مبتلا به اختلال عصبی شناختی ناشی از بیماری عروقی به اشتباه مبتلا به بیماری آلزایمر تشخیص داده می‌شوند که غیرقابل برگشت است و نیاز به یک دوره متفاوت درمان و برنامه‌ریزی موردی دارد.

خلاصه

- اختلالات عصبی شناختی (که قبلاً «هذیان، زوال عقل، فراموشی، و سایر اختلالات شناختی» نامیده می‌شد) آن‌هایی هستند که مشخصه اصلی آن‌ها اختلال شناختی است که ناشی از عللی مانند ضربه مغزی، بیماری، یا قرار گرفتن در معرض مواد سمی است.
- هذیان حالتی موقتی است که در آن افراد دچار تیرگی هشیاری می‌شوند که در آن از آن‌چه در حال وقوع است بی‌خبرند و قادر به تمرکز یا توجه نیستند. آن‌ها تغییرات شناختی را تجربه می‌کنند که در آن حافظه‌شان مه‌آلود است و دچار سردرگمی می‌شوند، و ممکن است علائم مختلفی مانند گفتار پرت و پلا، هذیان، توهم و اختلالات عاطفی داشته باشند. هذیان که در اثر تغییر در متابولیسم مغز ایجاد می‌شود، می‌تواند ناشی از

عوامل مختلفی از جمله مسمومیت با مواد یا ترک، آسیب به سر، تب بالا و کمبود ویتامین باشد. شروع به طور کلی سریع و مدت کوتاه است.

- شناخته شده ترین این اختلالات اختلال عصبی شناختی ناشی از بیماری آلزایمر است. علائم با اختلال شناختی پیشرونده شامل حافظه، توانایی های ارتباطی، مهارت های قضاوت، هماهنگی حرکتی و توانایی یادگیری اطلاعات جدید فرد مشخص می شود. افراد مبتلا به این بیماری علاوه بر تجربه تغییرات شناختی، در شخصیت و حالت عاطفی خود نیز دچار تغییراتی می شوند. انجام این تشخیص چالش برانگیز است زیرا برخی از شرایط، مانند اختلال عصبی عروقی و اختلال افسردگی اساسی، شبیه علائم بیماری آلزایمر است.
- دیدگاه بیولوژیکی در بین نظریه های مربوط به علت آلزایمر غالب است. تحقیقات کنونی بر روی ناهنجاری های سیستم عصبی متمرکز است - به طور خاص، دو نوع تغییر ساختار در مغز، اولین مورد، تشکیل گره های نوروفیبریلاری است که در آن مواد سلولی درون بدنه سلولی نورون ها با میکروفیبریل های پیچیده و پیچ خورده یا رشته های ریز پروتئین جایگزین می شوند. دومین تغییر، ایجاد پلاک های آمیلوئیدی است که خوشه هایی از نورون های مرده یا در حال مرگ هستند که با قطعاتی از مولکول های پروتئین مخلوط شده اند. اگرچه هیچ درمانی برای این بیماری وجود ندارد، اما داروهایی مانند داروهای آنتی کولین استراز می توانند پیشرفت زوال شناختی را کاهش دهند. در غیاب درمان بیولوژیکی، دیدگاه های روان شناختی منجر به استفاده از داروهای روان پزشکی برای کاهش علائم ثانویه مانند افسردگی شده است. محققان در حال بررسی عوامل اجتماعی هستند، مانند نقش برخی رفتارها در جلوگیری از پیشرفت بیماری. علاوه بر این، کارشناسان در حال اصلاح تکنیک های رفتاری برای مدیریت علائم و توسعه استراتژی هایی برای کاهش بار مراقب هستند.
- اختلالات عصبی شناختی هم چنین می تواند در نتیجه سایر فرآیندهای بیماری و هم چنین مواد یا دارو رخ دهد. آن ها هم چنین ممکن است با بیماری های عفونی، از جمله ایدز، که بیماری ناشی از عفونت HIV است، مرتبط باشند.
- محققان به طور فزاینده ای آسیب تروماتیک مغزی (TBI) را به عنوان یک علت مهم اختلال عملکرد ذهنی و جسمی می شناسند.
- اختلال عصبی شناختی عمده ناشی از یک بیماری دیگر اختلالی است که در آن افراد قادر به یادآوری اطلاعات قبلی یا ثبت خاطرات جدید نیستند. این اختلال یا به دلیل استفاده از مواد یا به دلیل شرایط پزشکی مانند ضربه به سر، از دست دادن اکسیژن و هرپس سیمپلکس است.

اصطلاحات کلیدی

اختلال عصبی شناختی با اجسام لوی	اختلال عصبی شناختی	آکینزی
گره های نوروفیبریلاری	اختلال عصبی شناختی	فراموشی
بیماری پیک	ناشی از بیماری آلزایمر	پلاک های آمیلوئید
سندرم پس از ضربه مغزی (PCS)	اختلال عصبی شناختی	برادی کینزی
بیماری پریون	ناشی از بیماری هانتینگتون	هذیان
زوال عقل کاذب	اختلال عصبی شناختی	اختلال عصبی شناختی
مخفی	ناشی از بیماری پریون	فرونتومپورال
تاو	(بیماری کروتزفلد-جاکوب)	اختلال عصبی شناختی
آسیب تروماتیک مغزی (TBI)	اختلال عصبی شناختی	عمده ناشی از یک بیماری
اختلال عصبی شناختی	ناشی از آسیب تروماتیک مغزی	پزشکی دیگر
عروقی		اختلالات عصبی شناختی
		عمده
		اختلالات عصبی شناختی
		خفیف
		زوال عقل چند انفارکتی (MID)

اختلالات شخصیت

اهداف یادگیری

- ۱،۱۴ ماهیت اختلالات شخصیت و سیستم تشخیصی جایگزین را در DSM-۵ شرح دهید.
- ۲،۱۴ ویژگی‌ها، نظریه‌ها و درمان اختلالات شخصیت خوشه A را شناسایی کنید.
- ۳،۱۴ ویژگی‌ها، نظریه‌ها و درمان اختلالات شخصیت خوشه B را شناسایی کنید.
- ۴،۱۴ ویژگی‌ها، نظریه‌ها و درمان اختلالات شخصیت خوشه C را شناسایی کنید.
- ۵،۱۴ دیدگاه زیست روانی اجتماعی در مورد اختلالات شخصیت را تجزیه و تحلیل کنید.

رئوس مطالب

گزارش موردی: هارولد موریل
ماهیت اختلالات شخصیت
آنچه در DSM-۵ وجود دارد: بعدی-
سازی اختلالات شخصیت
اختلالات شخصیت در DSM-۵
اختلال شخصیت جایگزین
سیستم تشخیصی در بخش ۳ از
DSM-۵
اختلالات شخصیتی خوشه A
اختلال شخصیت پارانوئید
اختلال شخصیت اسکیزوئید
اختلال شخصیت اسکیزوتایپال
اختلالات شخصیتی خوشه B
اختلال شخصیت ضد اجتماعی
شما قضاوت کنید: شخصیت ضد
اجتماعی
بی‌نظمی و تقصیر اخلاقی
داستان‌های واقعی: تد باندی: ضد
اجتماعی
اختلال شخصیت
اختلال شخصیت مرزی
اختلال شخصیت هیستریونیک
اختلال شخصیتی خودشیفتگی



© Thinkstock Images/Getty Images

اختلالات شخصیت خوشه C

اختلال شخصیت اجتنابی

اختلال شخصیت وابسته

اختلال شخصیت وسواسی اجباری

اختلالات شخصیت: دیدگاه زیست

روانی اجتماعی

بازگشت به پرونده: هارولد موریل

خلاصه

اصطلاحات کلیدی

فصل ۱۴

گزارش موردی: هارولد موریل

اطلاعات دموگرافیک: مرد ۲۱ ساله مجرد دگرجنس‌گرای قفقازی

مشکل فعلی: هارولد به دلیل داشتن افکار خودکشی که توسط خودش گزارش شده بود، به دلیل تمایل شدید و فراگیر به کشتن خود، برای ارزیابی اضطراری مصرف در مرکز مشاوره دانشگاه خود حاضر شد. او خود را عصبانی و از نظر عاطفی پریشان نشان داد و به راحتی چندین بار در طول مصاحبه از مشاور ناامید شد. هارولد گزارش داد که این اولین باری نبود که می‌خواست خودکشی کند و بدون این‌که از او خواسته شود زخم عمودی و بزرگی را به مشاور نشان داد که روی ساعد چپش بود و نشان از اقدام قبلی برای خودکشی داشت. او گفت در زمانی که میچ دستش را برید ۱۷ سال داشت، در آن زمان تحت تاثیر الکل و کوکائین قرار داشت و به سختی این حادثه را به خاطر می‌آورد. به دنبال این اقدام به خودکشی، هارولد در یک واحد روانپزشکی بستری شده بود و با دارو به حالت ثبات رسیده بود، اگرچه برخلاف توصیه پزشکانش، پس از ترخیص، خودسرانه مصرف دارو را قطع کرد.

در طول ارزیابی هارولد، وقتی از او سوالاتی درباره گذشته‌اش پرسیده شد، به شدت آشفتہ شد، در یک لحظه سر مشاور فریاد زد و تهدید کرد که از اتاق بیرون خواهد رفت. وقتی مشاور توانست او را آرام کند، هارولد با گریه گفت: «از این احساس بدم می‌آید» و موافقت کرد که به ارزیابی ادامه دهد.

هارولد گزارش داد که روابط بین فردی نزدیک کمی دارد. او گفت که هیچ دوست صمیمی در مدرسه نداشته و در طول سال اول تحصیلی خود به تنهایی چهار بار خوابگاه را عوض کرده است. دلایلی که برای این کار آورد مبهم بود و فقط گفت: «همه هم اتاقی‌های من کاملاً بدجنس بودند». هارولد در ادامه به بحث درباره سابقه روابط عاشقانه خود در طول ۴ سال گذشته پرداخت. هر رابطه چند هفته به طول انجامید، طولان‌ترین آن ۲ ماه بود، و معمولاً به دلیل «شدت گرفتن» مشاجره‌ها به پایان می‌رسید. وقتی از هارولد در مورد ماهیت بحث‌ها پرسیدند، در هر مورد گفت که او زن‌ها را به خیانت متهم کرده و بلافاصله به رابطه پایان داده است. او احساس می‌کرد که «هیچ کس نمی‌تواند مرا خوشحال کند. نمی‌دانم چرا، حتی سعی هم می‌کنم. هر کاری که تا به حال انجام داده‌ام باعث نشده احساس بهتری داشته باشم، بنابراین به تلاش برای چیزهای جدید و جستجوی افراد جدید ادامه می‌دهم. اما هیچ کدام کارساز نیست.» او این مسائل را به افکار مکرر خود در مورد خودکشی و تلاش‌های قبلی برای خودکشی مرتبط کرد. وقتی از هارولد در مورد خانواده‌اش سوال شد، گزارش داد که از آن‌ها و رفتاری که آن‌ها در کودکی با او داشتند «بیزار بود» (به قسمت «سابقه مرتبط» مراجعه کنید).

گزارش موردی (ادامه)

هارولد گزارش داد که او مکرراً الکل مصرف می‌کند - به میزان ۷ روز در هفته - و معمولاً به حدی مصرف می‌کند که از حال می‌رود. او توضیح داد که بیش‌تر از رفتن به کافه‌ها لذت می‌برد و این کار را قبل از ۲۱ سالگی با یک کارت هویت جعلی انجام می‌داد. او توضیح داد که از ملاقات با افراد جدید لذت می‌برد و نوشیدن «به من کمک می‌کند که همیشه خسته نباشم.» هارولد هم‌چنین گزارش کرد که از سن ۱۳ سالگی سابقه سوء مصرف مواد مخدر از جمله ماری‌جوانا، کوکائین و اکستازی داشته است. پلیس در محوطه دانشگاه او را با مواد دیده بود، البته او فرار کرده بود. در سال اول تحصیل، او به دلیل یک DUI بازداشت شد. او هم‌چنین در سمینارهای آموزش مشروبات الکلی شرکت کرد که بعداً آن را «هدر دادن کامل وقت من» توصیف کرد. پس از دستگیری، هارولد گواهینامه رانندگی خود را از دست داد، که این امر او را به شدت ناراحت کرد، زیرا معمولاً زمانی که از شهر خود احساس خستگی می‌کرد از رانندگی به سمت مشروب فروشی‌های شهرهای دیگر لذت می‌برد. او گواهینامه خود را گرفت و تا ۳ هفته قبل از ارزیابی مصرف فعلی به مشروب فروشی‌ها رفت و آمد می‌کرد و به شدت مشروب می‌خورد.

هارولد توضیح داد که در ۳ هفته گذشته بیش‌تر وقت خود را در اتاقش تنها می‌گذراند و گفت: «چرا کسی بخواهد وقت خود را با چنین آدم بدی بگذراند؟ برای همین می‌خواستم بمیرم.» او هم‌چنین کار پاره وقت خود را در یک فروشگاه مواد غذایی رها کرده بود و تنها در چند کلاس در هفته شرکت می‌کرد. او نمی‌توانست رویداد خاصی را که باعث افسردگی فعلی‌اش شده بود به خاطر بیاورد و وقتی در مورد آن سوال شد، گریه کرد و از پزشک درخواست کمک کرد. «فقط می‌دانم که می‌خواهم خود را بکشم.» او آثار سوختگی را در پاهای خود نشان داد که به نظر می‌رسید اخیراً ایجاد شده است. پزشک از هارولد در مورد ایده فعلی خودکشی پرسید و او توانست قرارداد ایمنی ببندد، به این معنی که موافقت کرد به خود آسیب نرساند و تایید کرد که اگر افکارش در مورد مرگ قوی‌تر شود با اورژانس یا مرکز مشاوره تماس خواهد گرفت. سپس هارولد از پزشک پرسید که آیا او می‌تواند درمانگرش باشد. پزشک، مقررات مرکز مشاوره را توضیح داد و گفت که به عنوان پزشک پذیرش نمی‌تواند درمانجویانی را که برای روان درمانی ارزیابی می‌شوند پذیرش کند. او پاسخ داد: «درست مثل یک زن معمولی.» «تو نمی‌خواهی با من باشی. به هر حال فکر می‌کنم تو در کارت بد هستی.»

سابقه مرتبط: هارولد اظهار داشت که در گذشته در جلسات روان درمانی شرکت می‌کرد اما با اشاره به درمانگرانش گفت «از تک تک آن‌ها متنفر بود» و توضیح داد که چرا هرگز درمانش را ادامه نداده است. او از ۱۴ سالگی حدود ۵ درمانگر مختلف را دیده بود، اما این تجربیات را «ناراحت‌کننده و عجیب و غریب» توصیف کرد. آن‌ها نتوانستند

به من کمک کنند.» وقتی پزشک از هارولد پرسید که چرا در دوران نوجوانی به درمان رفته است، او گفت: «فکر می‌کنم مادرم فکر می‌کرد من از لحاظ احساسی آشفته و بهم ریخته بودم. من فکر نمی‌کردم آن زمان به درمان نیاز داشتم.» او دوران کودکی خود را «یک فاجعه» و پدرش را به عنوان یک الکلی شدید توصیف کرد که اغلب او را از نظر عاطفی و گاهی اوقات جسمی آزار می‌داد. او گزارش داد که مادرش برای خرج خانواده دو شغل کار می‌کرد و به همین دلیل در کودکی بیش‌تر وقت خود را در تنها می‌گذراند.

صورت بندی موردی: رفتارها و سابقه گزارش شده از هارولد در طول ارزیابی با معیارهای اختلال شخصیت مطابق با DSM-۵ مطابقت دارد و علائم او با معیارهای اختلال شخصیت مرزی مطابقت دارد. اگرچه او اغلب مواد مصرف می‌کرد، اما اختلال شخصیت هارولد نتیجه مصرف مواد نبود و در عوض بازتابی از تکانشگری و ناتوانی در کنار آمدن با احساسات قوی است که برای افراد مرزی مشخص است.

علائم افسردگی او در ۳ هفته گذشته معیارهای یک دوره افسردگی عمده را برآورده می‌کند، اگرچه مشخص نیست که آیا این علائم عودکننده بوده‌اند یا این که آیا این یک دوره مجزا و شدید بوده است. با توجه به تلاش‌های قبلی‌اش برای خودکشی، این امکان وجود دارد که او دوره‌های افسردگی مکرر داشته باشد، اگرچه این ممکن است بیش‌تر به بی‌ثباتی مرتبط باشد که یکی از ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی او است. بنابراین، اختلال افسردگی عمده به عنوان یک تشخیص رد شد.

طرح درمان: رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) در حال حاضر درمان ارجح برای اختلال شخصیت مرزی است. این درمان شامل ترکیبی از روان درمانی فردی و گروه درمانی است. هنگامی که هارولد یک برنامه ایمنی با مشاور تهیه کرد، به یک برنامه سرپایی خصوصی DBT در ۲ مایلی پردیس کالج خود ارجاع داده شد. هارولد همچنین برای مشاوره دارویی به روانپزشک دانشگاه معرفی شد.

سارا توبین، دکتر

در این فصل، تمرکز ما به مجموعه‌ای از اختلالات معطوف می‌شود که نشان‌دهنده الگوهای طولانی مدت آسیب‌ها در درک خود، راه‌های ارتباط با دیگران و ویژگی‌های شخصیتی است. همان‌طور که در فصل «دیدگاه‌های نظری» بحث کردیم، یک ویژگی شخصیتی یک الگوی پایدار از ادراک، ارتباط و تفکر در مورد محیط و دیگران است، الگویی که بیش‌تر تعاملات و تجربیات یک فرد را مشخص می‌کند. اکثر مردم می‌توانند از ویژگی‌های شخصیتی خود به شیوه‌ای انعطاف‌پذیر استفاده

کنند و پاسخ‌های خود را با نیازهای موقعیت تنظیم کنند. با این حال، وقتی یک ویژگی یا مجموعه‌ای از ویژگی‌ها در افراد، ثابت می‌شوند، ممکن است خود را در معرض خطر ابتلا به اختلال شخصیت قرار دهند.

۱،۱۴ ماهیت اختلالات شخصیت

چه زمانی یک ویژگی شخصیتی به اختلال تبدیل می‌شود؟ آن‌چه ممکن است یک روش مشخص برای پاسخگویی باشد، می‌تواند به یک الگوی ثابت تبدیل شود که توانایی فرد را برای عملکرد رضایت بخش مختل می‌کند. شاید شما از آن دسته افرادی هستید که دوست دارید اتاقتان «مرتب» به نظر برسد. اگر کسی کتاب‌های شما را جابه‌جا کند یا ترتیب لباس‌هایتان را روی چوب لباسی تغییر دهد، ممکن است کمی احساس ناراحتی کنید. در چه مرحله‌ای ناراحتی شما از تغییر ترتیب دارایی‌هایتان آن‌قدر مشکل‌ساز می‌شود که از حالت کمی سخت‌گیر بودن به اختلال شخصیتی که مشخصه آن سخت‌گیری شدید است، تبدیل می‌شود؟ آیا این الگوی رفتاری باید شما را در یک گروه تشخیصی با مجموعه‌ای از معیارهای خاص طبقه‌بندی کند که شما را از افرادی با سایر ویژگی‌های شخصیتی و رفتارهای مرتبط متمایز کند؟ این‌ها سوالاتی است که در تشخیص اختلالاتی مطرح می‌شود که در این فصل در مورد آن‌ها خواهید خواند.

اختلال شخصیت

الگوهای ریشه‌دار ارتباط با سایر افراد، موقعیت‌ها و رویدادها که شامل یک الگوی سفت و سخت و ناسازگار از تجربه و رفتار درونی است که به دوران نوجوانی یا اوایل بزرگسالی بازمی‌گردد.

اختلالات شخصیت در DSM-۵

اختلال شخصیت الگوهای ریشه‌دار ارتباط با سایر افراد، موقعیت‌ها و رویدادها که شامل یک الگوی سفت و سخت و ناسازگار از تجربه و رفتار درونی است که به دوران نوجوانی یا اوایل بزرگسالی بازمی‌گردد. همان‌طور که در DSM-۵ مفهوم‌سازی شده است، اختلالات شخصیت مجموعه‌ای از مجموعه رفتارهای متمایز را نشان می‌دهد که در ۱۰ دسته مجزا قرار می‌گیرند (به علاوه یک تشخیص اضافی «مشخص نشده»). یک اختلال شخصیت با معیارهای استاندارد یک وضعیت روانی مطابقت دارد، زیرا به طور قابل توجهی از فرهنگ فرد فاصله می‌گیرد و باعث رنج یا آسیب می‌شود. اختلالات شخصیت می‌تواند به صورت رفتارهای مختلفی مانند وابستگی بیش از حد، ترس فلج‌کننده از روابط نزدیک، نگرانی حاد، رفتار استثمارگرانه یا خشم غیرقابل کنترل ظاهر شود. چهار حوزه زیر باید برای این رفتارها وجود داشته باشد تا معیارهای تشخیصی فعلی را برآورده

کند: (۱) شناخت، (۲) تاثیرپذیری، (۳) عملکرد بین فردی، و (۴) کنترل تکانه. در نتیجه این رفتارها، فرد دچار پریشانی یا اختلال می‌شود.

DSM-۵، ۱۰ تشخیص را بر اساس ویژگی‌های اساسی مشترک آن‌ها در سه خوشه گروه‌بندی می‌کند. خوشه A شامل اختلالات شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید و اسکیزوتایپال است که همگی دارای ویژگی‌های رفتار عجیب و غریب و غیرعادی هستند. خوشه B شامل اختلالات شخصیت ضداجتماعی، مرزی، هیستریونیک و خودشیفته است که با نگرش‌ها و رفتارهای بیش از حد نمایشی، عاطفی و نامنظم یا غیرقابل پیش‌بینی مشخص می‌شود. خوشه C شامل اختلالات شخصیت اجتنابی، وابسته و وسواسی است که رفتارهای اضطراب‌آور و ترسناک مشترک دارند. اختلال شخصیت یازدهم مختص افرادی است که به وضوح یکی از ۱۰ معیار تشخیصی دیگر را ندارند، به همین دلیل است که برچسب «مشخص نشده» را دریافت می‌کنند.

هر اختلال شخصیت به عنوان موجودیت متفاوتی طبقه‌بندی می‌شود، بنابراین پزشکانی که افراد را برای تشخیص احتمالی ارزیابی می‌کنند، باید انتخاب کنند که یک درمانجو در هر دسته چه تعداد از الزامات را برآورده می‌کند و بر اساس آن یافته‌ها تشخیص دهند. پزشک ممکن است با تلاش برای تطبیق برجسته‌ترین علائم فرد با معیارهای تشخیصی شروع کند. اگر مددجو با معیارهای آن اختلال مطابقت نداشته باشد، پزشک ممکن است به سراغ اختلال دیگری برود یا تصمیم بگیرد که درمانجو دارای یک اختلال شخصیتی است که «به نحو دیگری مشخص نشده است» زیرا به طور منحصر به فرد قابل شناسایی نیست.

در حال حاضر، مطالعات هم در ایالات متحده و هم در بریتانیا، شیوع کلی در بین نمونه‌های نماینده ملی ۹ تا ۱۰ درصد را نشان می‌دهد. اختلالات شخصیت به شدت با وابستگی به مواد مخدر همراه است. به عنوان مثال، در بین افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی، میزان شیوع وابستگی به الکل در طول زندگی ۲۷ درصد و برای وابستگی به نیکوتین ۵۹ درصد است (ترول و همکاران، ۲۰۱۰).

آنچه در DSM-۵ وجود دارد

بعدی سازی اختلالات شخصیتی

تاریخچه اختلالات شخصیت، که بیش تر ویژگی های تجربیات اساسی بین فردی و وجودی افراد است تا بیماری های واقعی، نشان دهنده تضاد بین طرفداران تشخیص طبقه بندی و طرفداران سیستم ارزیابی ویژگی های شخصیتی است. طرفداران رویکرد بعدی استدلال می کنند که ما نمی توانیم بسیاری از جنبه های پیچیده شخصیت را در مجموعه ای مجزا از واحدها خلاصه کنیم. با این حال، پزشکان عادت دارند این بیماری ها را در ذهن خود طبقه بندی کنند. به جای فهرست کردن تمام ویژگی های شخصیتی که افراد خاص نشان می دهند، راحت تر است که درمانجویان را به عنوان مناسب تر در دسته بندی تشخیصی «مرز» توصیف کنیم. بنابراین، طرفداران سیستم طبقه بندی استدلال می کنند که این تشخیص ها روشی مشروع تر برای درک ماهیت اختلال شخصیت هستند.

با انعکاس این بحث ها، حوزه اختلالات شخصیت شاید بیش ترین توجه را از سوی پزشکان و محققین به خود جلب کرد، زیرا آن ها در انتظار رونمایی از ویرایش های نهایی DSM-۵ بودند. برای جلب رضایت طرفداران هر دو رویکرد، نویسندگان DSM-۵ در ابتدا مصالحه ای را پیشنهاد کرده بودند که شامل تشخیص های طبقه بندی شده برای شش اختلال شخصیت و همچنین یک سیستم رتبه بندی بعدی از ویژگی های شخصیتی بیمارگونه می شد. اما این تغییرات اجرا نشد. هنگامی که هیئت مدیره انجمن روانپزشکی آمریکا رای نهایی را در مورد تایید تغییرات DSM-۵ گرفت، آن ها هرگونه تغییر در سیستم DSM-IV-TR را رد کردند. اگرچه سیستم ابعادی برای اختلالات شخصیت رد شد، هیئت APA تصمیم گرفت که می تواند در بخش ۳ DSM-۵ گنجانده شود، جایی که می تواند آزمایشات مداوم را دریافت کند. این امکان وجود دارد که در صورت استقبال مطلوب، DSM-۵^۱ آینده به جای تشخیص های طبقه بندی شده، تشخیص های ابعادی را اتخاذ کند.

سیستم تشخیصی اختلال شخصیت جایگزین در بخش ۳ DSM-۵

همان طور که می بینید، اختلالات شخصیت، نهادهای تشخیصی متمایز را نشان می دهند. در حالی که افراد ممکن است از نظر یک ویژگی شخصیتی خاص مانند درونگرایی یا وظیفه شناسی بالا یا پایین باشند، آن ها یا دارای یک اختلال شخصیت هستند یا نیستند.

کسانی که از DSM-۵ انتقاد می‌کنند معتقدند که ۱۰ تشخیص موجود در آن‌جا مستلزم تمایزات بسیار خوب در مورد رفتارها و ویژگی‌هایی است که در واقعیت به صورت پیوسته رخ می‌دهند (به کادر بالا در قسمت «آن‌چه در DSM-۵ در وجود دارد» مراجعه کنید). در واقع، به دلیل دسته‌بندی‌های انتخاب اجباری که سیستم به آن نیاز دارد، پزشکان دریافتند که اغلب از تشخیص بسیار دقیق «اختلال شخصیتی که به‌طور دیگری مشخص نشده است» استفاده می‌کنند (ویدیگر و ترول، ۲۰۰۷).

در پاسخ به این انتقادات و پرسش‌ها، اگرچه سیستم تشخیصی طبقه‌بندی شده را حفظ کردند، نویسندگان DSM-۵ تصمیم گرفتند که رتبه‌بندی ابعادی ویژگی‌های شخصیتی پاتولوژیک را به صورت آزمایشی درج کنند. پزشکان می‌توانند از این رتبه‌بندی‌های بعدی از شش اختلال شخصیتی که به آسانی متمایز شده‌اند برای ارزیابی شخصیت و عملکرد بین فردی هر یک استفاده کنند (لایوسلی، ۲۰۱۱). این سیستم ابعادی در جدول ۱ نشان داده شده است. این مسائل در بخش ۳ DSM-۵ باقی مانده است و به پزشکان و محققان اجازه می‌دهد تا سیستم جدید را آزمایش کنند و برای کمک به تصمیم‌گیری در مورد این‌که آیا باید جایگزین سیستم تشخیصی طبقه‌بندی شوند یا خیر، کار کنند.

جدول ۱ رتبه‌بندی بعدی اختلالات شخصیت DSM-۵ از بخش ۳

اختلال شخصیت	عملکرد شخصیت		عملکرد بین فردی		صفات شخصیتی
	هویت	خود هدایتی	یکدلی	صمیمیت	
ضد اجتماعی	خود محوری با عزت نفس مبتنی بر توانایی به دست آوردن قدرت	اهداف را بر اساس نیازهای شخصی تعیین می‌کند. از قوانین یا استانداردهای اخلاقی پیروی نمی‌کند	توانایی درک احساسات و نیازهای دیگران را ندارد	قادر به درگیر شدن در روابط صمیمی متقابل نیست	مهار گسیختگی

اجتنابی	عزت نفس پایین است و خود را از نظر اجتماعی پایین می بیند	قادر به ریسک کردن یا شرکت در فعالیت های جدید شامل تماس با دیگران نیست.	درگیر انتقاد یا طرد شدن است	مشکل در ایجاد روابط نزدیک مگر این که مطمئن باشید که مورد پسند شما واقع شده است	جدایی عاطفه منفی
خط مرزی	خودانگاره ضعیف و ناپایدار؛ احساس پوچی مزمن	اهداف، آرزوها و برنامه های ناپایدار	قادر به درک احساس دیگران نیست	روابط شدید، متضاد و ناپایدار	تضاد بازداری عاطفی منفی
خودشیفته ظاهر	بیش از حد وابسته به قدردانی شدن توسط دیگران	استانداردهای غیرواقعی بالا یا پایین را تعیین می کند	به دلیل افراط، قادر به سنجش احساس دیگران نیست	روابط سطحی؛ دیگران را فقط از نظر عزت نفس مرتبط می بیند	آنتاگونیسم
وسواسی اجباری	هویت عمدتاً از کار یا مولد بودن ناشی می شود	مشکل در انجام وظایف به دلیل استانداردهای بیش از حد بالا	خود مشغولی	کار مهم تر از روابط است	وظیفه شناسی افراطی

اسکیزوتایپال	قادر به تشخیص مرزهای بین خود و دیگران نیست	هیچ مجموعه مشخصی از اهداف وجود ندارد	مشکل درک احساسات دیگران	نسبت به روابط نزدیک بی اعتماد و مضطرب است	جدایی عاطفه منفی

جدول ۲ معیارهای عمومی برای اختلال شخصیت در بخش ۳

- این توصیف معیارهای ویژگی های شخصیتی بخش ۳ را از DSM-۵ خلاصه می کند.
- آسیب متوسط یا بیش تر در شخصیت که در عملکرد شخصی و بین فردی منعکس شده است (جدول ۱)
 - یک یا چند ویژگی شخصیتی بیمارگونه (جدول ۳)
 - این آسیب ها نسبتاً انعطاف ناپذیر هستند، در طیف وسیعی از موقعیت ها فراگیر هستند، در طول زمان پایدار هستند، و می توان آن ها را حداقل تا نوجوانی یا اوایل بزرگسالی ردیابی کرد.
 - یک اختلال روانشناختی دیگر این اختلالات را بهتر توضیح نمی دهد، و نه به اثرات فیزیولوژیکی یک ماده یا شرایط پزشکی دیگر نسبت داده می شود.
 - این اختلالات برای سطح رشد فرد یا زمینه اجتماعی و فرهنگی بهتر به عنوان طبیعی شناخته نمی شوند.

جدول ۳ دامنه های شخصیتی در سیستم رتبه بندی بخش ۳ DSM-۵

عاطفه منفی: تجربه احساسات منفی مکرر و شدید.

جدایی: کناره گیری از افراد دیگر و از تعاملات اجتماعی.

آنتاگونیسم: رفتارهایی که فرد را در تضاد با افراد دیگر قرار می دهد.

عدم بازداری: درگیر شدن در رفتارهای تکانه، بدون تامل در پیامدهای بالقوه آینده.

روان پریشی: داشتن تجربیات غیرعادی و عجیب.

منبع: فیو. ال. آر و همکاران. (۲۰۱۳). بررسی سیستم تشخیصی بخش ۳ DSM-۵ III برای اختلالات شخصیت در یک نمونه بالینی سرپایی. مجله روانشناسی غیرطبیعی، ۱۲۲، ۱۰۵۷-۱۰۶۹.

برای استفاده از رتبه بندی های بعدی بخش ۳، پزشکان یکی از شش تشخیص اختلال شخصیت را به درمانجویان خود اختصاص می دهند و سپس آن ها را بر اساس پنج بعد بالا (به سه گروه تقسیم می شوند) ارزیابی می کنند. اولین گروه از ابعاد منعکس کننده «عملکرد شخصیت» است که به عنوان احساس هویت و خود هدایتی فرد تعریف می شود. گروه دوم شامل دو درجه بندی «عملکرد

بین فردی» است که بر توانایی درمانجو برای درک دیدگاه های دیگران (همدلی) و ایجاد روابط نزدیک (صمیمیت) تاثیر می گذارد. پزشکان افراد را از خفیف تا شدید در این حوزه ها ارزیابی می کنند. گروه سوم در واقع یک رتبه بندی واحد از درمانجویان در خصوص ویژگی های مربوط به هر یک از شش اختلال شخصیت است.

جدول ۲ به طور خلاصه چگونگی تشخیص اختلالات شخصیت را با استفاده از معیارهای بعدی خلاصه می کند و جدول ۳ هر یک از ویژگی های شخصیتی فهرست شده در جدول ۱ را تعریف می کند. به خاطر داشته باشید که این سیستم هنوز راه اندازی نشده است اما به عنوان جایگزینی برای آن به طور فعال در حال بررسی است. سیستم طبقه بندی در DSM-۵ در حال حاضر مورد استفاده قرار می گیرد (باخ، مارکون، سیمونسن، و کروگر، ۲۰۱۵؛ اسکودول، موری، بندر و اولدهام، ۲۰۱۵). تا به امروز، شواهد به طور کلی از سیستم رتبه بندی بعدی بخش ۳ پشتیبانی می کنند، اما هم چنین نشان می دهد که قبل از این که این سیستم بتواند به طور کامل جایگزین سیستم طبقه بندی شود، به اصلاح بیش تر نیاز است (یام و سیمز، ۲۰۱۴).

همان طور که در حال حاضر در مورد اختلالات شخصیت در DSM-۵ می خوانید، در مورد این سیستم جایگزین فکر کنید و فکر کنید که آیا معتقدید رتبه بندی ابعادی به تشخیص دقیق افرادی با این ویژگی های ناسازگار طولانی مدت کمک می کند یا مانع می شود.

۱۲،۱۴ اختلالات شخصیتی خوشه A

خوشه A از اختلالات شخصیت در DSM-۵ شامل آن دسته از اختلالاتی است که با رفتارهای عجیب و غریب و غیرعادی مشخص می شوند. افراد مبتلا به این اختلالات دارای ویژگی هایی هستند که نشان می دهد آن ها احساس متفاوت بودن، دوست نداشتن و ناتوانی در تطبیق با دنیای اجتماعی دوستان، خانواده، همکلاسی ها و همکاران خود دارند و آن ها ترجیح می دهند از روابط بین فردی اجتناب کنند (رنتون و مانکیویچ، ۲۰۱۵).

یک مورد کوچک

اختلال شخصیت پارانوئید

آنیتا یک زن ۳۴ ساله آفریقایی آمریکایی مجرد است که خود را همجنسگرا معرفی می‌کند. او یک برنامه‌نویس کامپیوتری است که دائماً نگران است که دیگران از دانش او سوء استفاده کنند. او برنامه مدیریت پایگاه داده جدیدی را که در حال نوشتن است، «فوق محرمانه» می‌داند و حتی می‌ترسد که وقتی شب دفتر را ترک می‌کند، شخصی به صورت مخفیانه وارد میزش شود و یادداشت‌هایش را بدزدد. بی اعتمادی او به دیگران در تمام معاملات بین فردی او وجود دارد، با این ظن که فریب خورده است و حتی تراکنش‌های معمول در بانک‌ها و فروشگاه‌ها را خدشه‌دار می‌کند. آنیتا دوست دارد خود را منطقی و قادر به تصمیم‌گیری عینی بداند. او ناتوانی خود در اعتماد به دیگران را واکنشی طبیعی به دنیایی می‌داند که مملو از آن‌چه او «نردبان‌نوردان فرصت‌طلب و غیر صادقانه» می‌خواند است.

اختلال شخصیت پارانوئید

افراد مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید به شدت به دیگران مشکوک هستند و همیشه مراقب خطر یا آسیب احتمالی هستند. آن‌ها دیدگاه محدودی نسبت به دنیا دارند، زیرا دائماً به دنبال شواهدی هستند که باورهایشان را تأیید کند که دیگران از آنها سوء استفاده می‌کنند، و این امر باعث می‌شود که حتی به دوستان و همکاران خود اعتماد نکنند.

اختلال شخصیت

پارانوئید

اختلال شخصیتی که ویژگی بارز آن این است که فرد به طور ناروا نسبت به دیگران مشکوک است و همیشه مراقب خطر یا آسیب احتمالی است.

به عنوان مثال، فردی مبتلا به این اختلال را در نظر بگیرید که احساس می‌کند همسر یا شریک زندگی به او خیانت کرده است، حتی اگر هیچ مدرکی برای اثبات وجود نداشته باشد. چنین فردی با دیدن یک متن غیرقابل توضیح در تلفن شریک زندگی خود، این موضوع را دلیلی برای داشتن رابطه نامشروع می‌داند. در واقع، با رفتار محتاطانه و مشکوک خود، افراد مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید در ایجاد نوع صمیمیت بین فردی که به حفظ کیفیت یک رابطه صمیمی طولانی مدت کمک می‌کند، مشکل دارند (دیزنی، واینستین و اولتمن، ۲۰۱۲).

یکی دیگر از تظاهرات اختلال شخصیت عدم تمایل به قبول مسئولیت اشتباهات است و در عوض دیگران را مقصر می‌دانند. این وضعیت گاهی اوقات ممکن است به صورت اعتقاد به این که اظهارات

یا نگاه‌های بی‌گناه معنای پنهانی دارند ظاهر شود. ممکن است به دلیل یک چیز جزئی، واقعی یا خیالی، سال‌ها رنجش داشته باشند.

از جنبه مثبت، افراد مبتلا به این اختلال ممکن است در انواع خاصی از مشاغل نسبتاً موفق باشند که مستلزم آن است که مراقب تهدیدهای خود، همکاران یا مردم باشند. در شرایط سیاسی خطرناک که در آن افراد فقط برای زنده ماندن باید مراقب باشند، این ویژگی‌ها می‌توانند سازگار باشند. با این حال، در شرایط عادی، احتیاط بیش از حد افراد و سطح بالای سوء ظن به این معنی است که اعتماد آن‌ها به افراد دیگر، حتی کسانی که آن‌ها را دوست دارند و به آن‌ها اهمیت می‌دهند، دشوار است.

متأسفانه، از آنجایی که افراد مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید خود را منشا مشکلات خود نمی‌دانند، از کمک گرفتن از متخصصان خودداری می‌کنند. در صورت غیرمحمولی که آن‌ها به دنبال درمان می‌روند، سختی و حالت تدافعی آن‌ها، شکل‌گیری نوع رابطه کاری مورد نیاز برای پیشرفت و تلاش برای هر نوع تغییر پایدار را برای پزشک دشوار می‌کند.

اختلال شخصیت اسکیزوئید

اختلال شخصیت

اسکیزوئید

اختلال شخصیتی که عمدتاً با بی‌تفاوتی نسبت به روابط اجتماعی و همچنین طیف محدودی از تجربه و بیان عاطفی مشخص می‌شود.

بی‌تفاوتی نسبت به روابط اجتماعی و جنسی مشخصه اختلال شخصیت اسکیزوئید است. با طیف محدودی از تجربه و بیان عاطفی، افراد مبتلا به این اختلال ترجیح می‌دهند تنها باشند تا با دیگران، و به نظر می‌رسد هیچ تمایلی برای پذیرش یا عشق، حتی از سوی خانواده‌هایشان، ندارند. آن‌ها حتی علاقه‌ای به درگیری جنسی با دیگران ندارند. به نوبه خود، دیگران آن‌ها را سرد، محجوب، گوشه‌گیر و منزوی می‌دانند.

افراد مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوئید در طول زندگی خود به دنبال موقعیت‌هایی هستند که فقط به حداقل تعامل با دیگران نیاز دارند. کسانی که قادر به تحمل کار هستند به سمت مشاغلی کشیده می‌شوند که در آن تمام ساعات کار خود را به تنهایی سپری می‌کنند. آن‌ها زندگی تنها را انتخاب می‌کنند، از حریم خصوصی خود محافظت می‌کنند و از هر برخوردی جز سطحی‌ترین برخورد با همسایگان خودداری می‌کنند.

یک مورد کوچک

اختلال شخصیت اسکیزوئید

دمتریوس یک مرد ۴۵ ساله و مجرد دگرجنسگرا یونانی آمریکایی است. او به عنوان نگهبان شبانه در یک بانک کار می‌کند و شغل خود را دوست دارد زیرا می‌تواند بدون وقفه افراد دیگر وارد دنیای خصوصی افکارش شود. اگرچه سال‌های طولانی خدمت او را واجد شرایط یک موقعیت امنیتی روزانه می‌کند، دیمتری بارها این فرصت‌ها را رد کرده است زیرا کار روزانه او را ملزم می‌کند با کارمندان بانک و مشتریان سروکار داشته باشد. دیمتری بیش از ۲۰ سال در یک اتاق کوچک در یک پانسیون اقامت کرده است. او تلویزیون و رادیو ندارد و در برابر هرگونه تلاش سایر ساکنان خانه برای مشارکت دادن او در فعالیت‌های اجتماعی مقاومت کرده است. او به صراحت گفته است که علاقه‌ای به صحبت‌های کوچک ندارد و ترجیح می‌دهد تنها بماند. همسایه‌ها، همکاران و حتی اعضای خانواده‌اش (که او نیز از آن‌ها دوری می‌کند) او را فردی عجیب و غریب می‌دانند که به‌طور چشمگیری سرد و بی‌تفاوت به نظر می‌رسد. هنگامی که برادرش فوت کرد، دیمتری تصمیم گرفت در مراسم خاکسپاری شرکت نکند زیرا نمی‌خواست این همه یادآوری و تسلیت دوستان و خانواده او را ناراحت کند.

هر دو اختلال شخصیت پارانوئید و اسکیزوئید در سیستم جدید DSM-۵ حذف شده بودند. محققان معتقدند که تحقیقات موجود از گنجاندن مداوم آن‌ها در نامگذاری روانپزشکی پشتیبانی نمی‌کند زیرا نمی‌توان آن‌ها را به طور منحصر به فرد شناسایی کرد (هپ وود و توماس، ۲۰۱۲؛ هوملن، پدرسن، ویلبرگ و کارترود، ۲۰۱۵). نام آن‌ها همچنین تا حدودی گمراه‌کننده است زیرا به نظر می‌رسد که به نوعی از اسکیزوفرنی اشاره می‌کند، در حالی که در واقع افراد با این ویژگی‌ها ارتباط خود را با واقعیت از دست نداده‌اند.

اختلال شخصیت اسکیزوتایپال

اختلال شخصیت

اسکیزوتایپال

یک اختلال شخصیت که در درجه اول شامل باورهای عجیب، رفتار، ظاهر و سبک بین فردی است. افراد مبتلا به این اختلال ممکن است افکار یا مشغله‌های عجیب و غریبی مانند تفکر جادویی و باور به پدیده‌های روانی داشته باشند.

افراد مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال دارای باورهای عجیب و غریب، رفتار، ظاهر و سبک بین فردی هستند. برخلاف اصطلاح اسکیزوئید، اصطلاح اسکیزوتایپال به ارتباط با اسکیزوفرنی دلالت دارد و افرادی که با این تشخیص مناسب هستند، در صورت مواجهه با شرایط دشوار زندگی که توانایی مقابله آن‌ها را به چالش می‌کشد، در معرض ابتلا به یک روان‌پریشی کامل قرار می‌گیرند. ویژگی‌های شخصیتی بیمارگونه افراد مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال در امتداد انتهای بسیار ناسازگار بعد روان‌پریشی قرار می‌گیرند (بالاراتناسینگام و جانکا، ۲۰۱۵). بنابراین، افراد مبتلا به این اختلال ممکن است ایده‌های عجیب و غریب داشته باشند، باورها و تجربیات غیرعادی داشته باشند، و در شکل‌گیری ادراکات و شناخت‌های دقیق در مورد دنیای خود مشکل داشته باشند، که منجر به دیدگاه‌های منفی‌تر از آنچه که داده‌های عینی آن را تضمین می‌کنند، در مورد خودشان می‌شود (کوهن، آستر، مک‌اولی و مک‌گاورن، ۲۰۱۴). آن‌ها همچنین تمایل زیادی به داشتن ویژگی‌های شخصیتی گشودگی نسبت به تجربه، به ویژه، گشودگی نسبت به ایده‌های غیرعادی نشان می‌دهند (شمیلوسکی و همکاران، ۲۰۱۴). همان‌طور که در جدول ۱ نشان می‌دهیم، افراد مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوتایپال نیز تمایلات عاطفی و کناره‌گیری محدودی دارند که منعکس‌کننده خصیصه شخصیتی بیمارگونه جداشدگی است.

یک مورد کوچک

اختلال شخصیت اسکیزوتایپال

رونان یک مرد ۲۱ ساله قفقازی مجرد است که خود را غیرجنسی معرفی می‌کند. او دانشجوی کالج است و روش پیچیده‌ای را برای انتخاب کلاس‌ها بر اساس تعداد دوره ایجاد کرده است. او از ثبت نام در دوره‌ای با شماره ۵ امتناع می‌ورزد زیرا احساس می‌کند که اگر این کار را انجام دهد، ممکن است مجبور شود «متمم پنجم» را مطرح کند. او به ندرت با دانشجویان در خوابگاه خود ارتباط برقرار می‌کند، زیرا فکر می‌کند آن‌ها در تلاشند ایده‌های مقاله‌های ترم او را بدزدند. او به دلیل طرز لباس پوشیدن عجیب و غریب، تمایلات گوشه‌گیری و نقاشی‌های شوم حیوانات شیطانی که روی در اتاقش نمایش داده می‌شود، شهرت زیادی به دست آورده است. او ادعا می‌کند که سر و صدایی که از آسانسور مجاور می‌آید در واقع گروهی از صداها است که آواز صومعه را می‌خوانند.

۳،۱۴ اختلالات شخصیتی خوشه B

افراد مبتلا به اختلالات شخصیت خوشه B به گونه‌ای رفتار می‌کنند که به بهترین وجه به عنوان نمایشی، احساسی یا نامنظم توصیف می‌شود. این افراد به صورت تکانشی عمل می‌کنند، به نظر می‌رسد که دیدگاهی متورم از اهمیت یا عزت نفس خود دارند و تمایل زیادی به جستجوی انگیزه دارند.

اختلال شخصیت ضد اجتماعی

اصطلاح اختلال شخصیت ضد اجتماعی DSM-۵ که در گذشته مترادف با «روان‌پات» یا «سوسیوپات» بود، یک اختلال شخصیتی را توصیف می‌کند که با عدم توجه به معیارهای اخلاقی یا قانونی جامعه و سبک زندگی تکانشی و پرخطر مشخص می‌شود. افراد مبتلا به این اختلال از کیفیت اختلال روانی بالایی برخوردارند و بنابراین به عنوان توانایی برای استثمار دیگران، بسیار خودمحور و ناتوان از عشق، غیرقابل اعتماد و فریبنده، جذاب اما غیرصادقانه و ناتوان از احساس پشیمانی تعریف می‌شوند. آن‌ها دست به اعمال تکانشی و پرخاشگرانه می‌زنند، علی‌رغم تجربه پیامدهای منفی، ریسک می‌کنند و با هنجارهای اجتماعی یا اخلاقی سازگاری ندارند. سبک زندگی ضد اجتماعی آن‌ها ممکن است شامل سابقه مشکلات رفتاری اولیه یا بزهکاری نوجوانان نیز باشد.

افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی در واقع احساس پشیمانی نمی‌کنند، اما ممکن است پشیمانی خود را برای آسیب رساندن به دیگران وانمود کنند تا زمانی که گرفتار می‌شوند، خود را از یک موقعیت دشوار خارج کنند. این افراد همچنین تلاش زیادی می‌کنند تا خود را در فضایی مطلوب نشان دهند. شما ممکن است آن‌ها را به عنوان «خوش صحبتان» تصور کنید که می‌توانند هر کسی را از هر چیزی فریب دهند، مانند درخواست پول یا لطفی که قصد بازپرداخت آن را ندارند.

ویژگی تسلط بی‌باک، که روانشناسان شخصیت فکر می‌کنند با روان‌پریشی مرتبط است، تمایل به جسارت است که شامل میل به تسلط بر موقعیت‌های اجتماعی، کاریزما، آمادگی برای پذیرش خطرات بدنی و مصونیت از احساسات اضطرابی است. (فیو و همکاران، ۲۰۱۵؛ لیلینفلد و همکاران،

اختلال شخصیت ضد

اجتماعی

اختلال شخصیتی که با عدم توجه به معیارهای اخلاقی یا قانونی جامعه و سبک زندگی تکانشی و پرخطر مشخص می‌شود.

اختلالات روانی

مجموعه‌ای از صفات که هسته اصلی شخصیت ضد اجتماعی را تشکیل می‌دهند.

سه گانه تاریک

ویژگی‌های شخصیتی که شامل روان‌پریشی، خود محوری شدید و تمایل به در نظر گرفتن دیگران به عنوان اشیایی است که باید مورد استفاده قرار گیرند.

۲۰۱۲). عبارت «سه گانه تاریک» توسط محققان شخصیت برای توصیف ویژگی های افرادی ایجاد شد که دارای سطوح بالایی از روان پریشی هستند، هم چنین بسیار خود شیفته هستند و افراد دیگر را به عنوان منابعی برای استفاده علیه خود می بینند.

برای سال ها، در زمینه روان شناسی آسیب شناسی این باور وجود داشت که افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی قابل درمان نیستند و متأسفانه، مطالعات اخیر در مورد اثربخشی درمان هم چنان این دیدگاه را تایید می کند (ویلسون، ۲۰۱۴). از آن جایی که به نظر می رسد قادر به تجربه همدلی نیستند و از پیامدهای منفی رفتارهای خود درس نمی گیرند، در برابر رویکردهایی که از بینش یا مداخلات رفتاری استفاده می کنند مقاوم هستند. در واقع، کار با افرادی که این اختلالات را دارند به دلیل عدم انگیزه ظاهری برای تغییر، تمایل به فریب و دستکاری، ناتوانی در دیدن چیزها از دیدگاه دیگران و فقدان احساسات شدید یا پایدار می تواند چالش برانگیز باشد. (نیوبوری-هلیس، فایگنباوم و فوناگی، ۲۰۱۷).



رفتارهای ضد اجتماعی معمولی عبارتند از دروغ گفتن، تقلب و دزدی.

یک مورد کوچک

اختلال شخصیت ضد اجتماعی

تامی یک مرد دگرجنسگرا و مجرد ۳۸ ساله قفقازی است. او در یک فضای آشفته خانه بزرگ شد، مادرش با یک سری از مردان خشن زندگی می‌کرد که به شدت درگیر فروش مواد مخدر و فحشا بودند. تامی در ۱۸ سالگی به جرم دزدی و چاقو زدن وحشیانه به یک زن مسن به زندان افتاد. این اولین مورد از یک سری طولانی دستگیری برای جرائم مختلف از قاچاق مواد مخدر گرفته تا سرقت خودرو و جعل بود. در یک نقطه، بین دوره‌های زندان، او با زنی در یک مشروب فروشی آشنا شد و روز بعد با او ازدواج کرد. وقتی دو هفته بعد همسرش به مشروب خواری و معاشرت مداوم تامی با افراد مشکوک اعتراض کرد، او را کتک زد. زمانی که همسرش باردار شد، تامی او را رها کرد و از حمایت از کودک خودداری کرد. تامی ادعا می‌کند که زندگی «مطمئناً به من بدبختی داده است» و از کاری که از سمت خود به عنوان فروشنده هروئین و رئیس یک شبکه فحشای کودک انجام داده است، پشیمان نیست.

شما قضاوت کنید

اختلال شخصیت ضداجتماعی و محکومیت اخلاقی

اگر اختلال شخصیت ضداجتماعی یک اختلال روانی است، آیا افرادی که تشخیص داده می‌شوند دارای این اختلال هستند باید مسئول اعمال مجرمانه‌ای باشند که ممکن است مرتکب شوند؟ در مورد افرادی که دارای ویژگی شخصیتی اختلال روانی هستند چطور؟ آیا آن‌ها به نوعی بیش از دیگران مقصر هستند یا کم‌تر؟ مسئله مسئولیت کیفری در ادبیات اخلاقی در مورد اختلال شخصیت ضد اجتماعی و ویژگی شخصیتی مرتبط با اختلال روانی نفوذ می‌کند. به گفته رابرت هار (۱۹۹۷)، زمانی که سیستم قضایی اصطلاح اختلال روانی را به جای اختلال شخصیت ضداجتماعی برای مجرم به کار می‌برد، احتمالاً آن مجرم مجازات سخت‌تری دریافت می‌کند زیرا دادگاه فرد (معمولاً یک مرد) را فاقد هر گونه ویژگی باز خرید کننده می‌داند. فیلسوف کانادایی Ishtiyaque Haji (۲۰۱۰) این ایده را به چالش می‌کشد که افراد دارای روان پریشی از نظر روانی سالم هستند و بنابراین مسئول جنایات خود هستند. او پیشنهاد می‌کند که این افراد نسبت به افرادی که دارای ویژگی اختلال روانی نیستند، مسئولیت اخلاقی کم‌تری در قبال جنایات خود دارند. به گفته Haji، نداشتن حساسیت عاطفی که از مشخصه‌های اختلال روانی است، باعث می‌شود که فرد کم‌تر بتواند عواقب اخلاقی اعمال خود را درک کند. در ادامه این استدلال، عواملی را در نظر بگیرید که ممکن است افراد را به ایجاد سطوح بالایی از صفت اختلال روانی سوق دهد. شاید فقدان حساسیت عاطفی آن‌ها به ناهنجاری رشد مغز مرتبط باشد، همان‌طور که برخی از محققان پیشنهاد می‌کنند. اگر آن‌ها واقعا نمی‌توانند همدلی را تجربه کنند، چگونه می‌توانند با آسیبی که ممکن است به یک قربانی وارد کنند ارتباط برقرار کنند؟ به طور مشابه، اگر آن‌ها فاقد مبنای عصبی برای یادگیری ترس باشند و در نتیجه کم‌تر از عواقب منفی فعالیت‌های مجرمانه اجتناب کنند، آیا این نقص رشد مغز آن‌ها را شبیه به افرادی می‌کند که دارای یک بیماری جسمی هستند؟ بدون توانایی قدردانی از مجازاتی که ممکن است به دنبال یک جرم باشد، افراد دارای اختلال روانی بالا نمی‌توانند از تجربیات خود بیاموزند و به نظر می‌رسد محکوم به ادامه «فساد عاطفی» (به قول Haji) هستند.

این سوال که آیا افراد مبتلا به روان پریشی دارای یک آسیب واقعی هستند که آن‌ها را از تشخیص پیامدهای اخلاقی اعمالشان باز می‌دارد، بدون شک هم‌چنان مورد بحث خواهد بود. به نظر می‌رسد هر قاتل زنجیره‌ای با اختلال شخصیت ضد اجتماعی یا اختلال روانی این موضوع را دوباره مطرح می‌کند. با شواهد پیچیده فزاینده در

مورد عوامل عصبی رشدی که افراد را مستعد ابتلا به این اختلال می‌کند، ممکن است در نهایت این موضوع را با وضوح بیشتری درک کنیم.

سوال: شما قضاوت کنید: آیا افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی باید مسئول رفتارهای غیرقانونی خود تلقی شوند؟ چرا و چرا نه؟

داستان های واقعی

تد باندی: اختلال شخصیت ضد اجتماعی

قاتل سریالی بدنام به نام تد باندی در سال ۱۹۴۶ در برلینگتون، ورمونت به دنیا آمد. اگرچه هویت پدرش ناشناخته است، منابع مختلف گمان می‌برند که ممکن است این پدربزرگ او بوده باشد که نسبت به مادر تد رفتار خشونت آمیز و خشنی داشته است. تد ممکن است مادام العمر از مادرش به خاطر مخفی نگه داشتن هویت پدرش کینه‌ای داشته باشد. با این حال، او به پدربزرگش که به تعصب و تمایل به خشونت معروف بود نگاه کرد. مادر تد به یاد می‌آورد که در کودکی، او رفتارهای عجیبی داشت، از جمله قرار دادن چاقو در اطراف تختش در هنگام خواب، و زمانی که از خواب بیدار می‌شد، او را می‌دید که بالای سرش ایستاده بود و لبخند می‌زد.

وقتی تد ۴ ساله بود، مادرش همراه خانواده به ایالت واشنگتن نقل مکان کرد، جایی که او بعداً با جانی باندی آشنا شد و با او ازدواج کرد، جانی رسماً تد را به فرزندپذیری پذیرفت. مادر تد و جانی برای خود چهار فرزند داشتند، و اگرچه آن‌ها به این نکته توجه داشتند که تد را در تمام فعالیت‌هایشان مشارکت دهند، اما او ترجیح می‌داد از امور خانواده دوری کند و بیش‌تر وقت خود را در تنهایی بگذراند. تد روایت‌های مختلفی از زندگی اولیه خود را برای زندگینامه‌نویسان تعریف کرد، اگرچه به طور کلی به نظر می‌رسد که او در آن سال‌ها خود را به عنوان یک مرد جوان جذاب و برونگرا معرفی می‌کرد. با این حال، از درون هیچ تمایلی به برقراری ارتباط با دیگران نداشت و در حفظ دوستان و شرکای عاشقانه مشکل داشت.

پس از انصراف از کالج، تد شروع به کار در یک خدمات اورژانسی پیشگیری از خودکشی کرد و در یک کالج اجتماعی ثبت نام کرد و در آن‌جا روانشناسی خواند. در نهایت او به دانشکده حقوق در دانشگاه یوتا رفت، اگرچه در پایان سال اول تحصیلش دیگر در کلاس‌های درس حاضر نشد. او به شمال غربی اقیانوس آرام بازگشت و در مبارزات سیاسی کار کرد و در همین زمان، زنان جوان شروع به ناپدید شدن کردند. نمایه‌سازهای پرونده‌های زنان مقتول، تد را در فهرست مظنونان خود قرار داده بودند، اگرچه آن‌ها به سختی باور داشتند که چنین مرد جوان

جذاب و با انگیزه‌ای قادر به انجام چنین جنایاتی باشد. بین سال‌های ۱۹۷۴ تا ۱۹۷۸، تد مسئول قتل هولناک حداقل ۳۰ زن در یوتا، واشنگتن، اورگان، آیداهو و فلوریدا بود. کوین ام. سالیوان در کتاب خود به نام قتل‌های بانندی این قتل‌ها را توضیح می‌دهد: «برنامه‌ریزی، شکار، گرفتن و متعاقب آن کشتن قربانیانش (بدون اشاره به تمایل او به نکروفیلیا) فرآیندی زمان‌بر خواهد بود.» تد طبق گزارش‌ها در مکان‌های عمومی، اغلب در روز روشن، به قربانیان زن جوان خود نزدیک می‌شد و وانمود می‌کرد که یک شخصیت اقتدارگرا است یا مجروح شده است، قبل از این که آن‌ها را به منطقه خلوت‌تری ببرد، جایی که آن‌ها را مورد آزار و تعرض قرار می‌داد و در نهایت به قتل می‌رساند.

تد پس از اولین دستگیری از زندان فرار کرد اما در نهایت به خاطر قتل کیمبرلی لیچ محکوم شد. سالیوان این قتل را چنین توصیف می‌کند: «او مست بود، اما نه با الکل. سرمستی او همان ولع عمیق و شرورانه‌ای بود که مدت‌ها پیش خود را به آن تسلیم کرده بود. این ولع که کاملاً کنترل شده بود و به همه جنبه‌های دیگر زندگی او نفوذ کرده بود و تا زمانی که او زنده بود هرگز از جستجوی قربانیان دست بر نمی‌داشت.

در طول محاکمه، تد سعی کرد از تجربیات خود در دانشکده حقوق استفاده کند تا راه خود را از محکومیت مجرمانه نجات دهد. دکتر امانوئل تانای، استاد روانپزشکی در دانشگاه ایالتی وین، مصاحبه بالینی با تد انجام داد تا او را به دلیل جنون بی‌گناه بداند. به این گزیده از مصاحبه توجه کنید:

«در تقریباً سه ساعتی که با آقای بانندی گذراندم، متوجه شدم که خلق و خوی او شاد و حتی شادی‌آور است. او شوخ طبع بود، اما نه طعنه‌آمیز، او آزادانه صحبت می‌کرد. با این حال، هرگز نتوانستیم ارتباط معناداری با او ایجاد کنیم. از او در مورد عدم نگرانی ظاهری‌اش پرسیده شد، با این حال او موافق اتهاماتی که با آن‌ها روبه‌رو بود، نبود. او اذعان کرد که با یک حکم اعدام احتمالی مواجه است، با این حال، «وقتی به پل رسیدم از آن پل عبور خواهم کرد.» آقای بانندی در تشخیص اهمیت شواهدی که علیه او وجود دارد ناتوان است. ساده انگاری است که این را صرفاً دروغ توصیف کنیم، زیرا او طوری رفتار می‌کند که گویی درک او از اهمیت شواهد واقعی است. . . . آقای بانندی اغلب در هنگام تصمیم‌گیری اجازه می‌دهد که خواسته‌های احساسی او بر منافع قانونی او اولویت داشته باشد. انگیزه اجباری آقای بانندی برای مقاومت در برابر قدرت و دستکاری دوستان و دشمنانش به او «هیجان» می‌دهد، اما توانایی او را برای همکاری با وکلای خود مختل می‌کند.»

در پایان، تد تصمیم گرفت که ادعای جنون نکند. همان طور که سالیوان می نویسد، تد معتقد نبود رفتار او با تعریف قانونی جنون مطابقت دارد. از نظر او برداشتن و جدا کردن سرهای قربانیان و داشتن رابطه جنسی با مردگان، انحراف ذهنی محسوب نمی شود. او از این نوع چیزها فقط به عنوان «مشکل من» یاد می کند.

پس از این که دادگاه تجدیدنظر نهایی او را رد کرد، تد باندی در صبح روز ۲۴ ژانویه ۱۹۸۹ با صندلی برقی اعدام شد. سالیوان در زمان اعدام او، تد را دارای نگرش «مصالحانه» و پذیرنده و هم چنین فقدان آشکار احساسات منفی نسبت به روند قانونی که در نهایت به زندگی او پایان داد توصیف کرد. سالیوان می نویسد: «وقتی نوبت به آخرین اظهاراتش رسید، او فقط از «عشق خود به خانواده و دوستانم» صحبت کرد.

منبع: قتل های باندی: تاریخچه ای جامع نوشته کوین ام. سالیوان.

پس اهداف معقول درمانی چیست؟ آیا پژوهشگران باید اثربخشی درمان را بر حسب بازداشت مجدد یا تکرار مجدد (بازگشت علائم) اندازه گیری کنند، یا باید به جای آن بر تغییرات در عملکرد شغلی، روابط با دیگران و درگیر شدن در فعالیت های غیرمجرمانه (مانند ورزش یا سرگرمی ها) تمرکز کنند (سالکین، ورلی). و گریمز، ۲۰۱۰؟

با انعکاس مشکلات فراوان هم در کار با جمعیت و هم در تعیین اهداف معقول درمانی، در حال حاضر هیچ روش درمانی پذیرفته شده ای در کاهش ویژگی های اصلی این اختلال موثر نبوده است (هچت، ۲۰۱۵). با این وجود، درمانگران می توانند رویکردی عمل گرایانه برای کمک به درمانجویان برای ارضای نیازهای خود از طریق راه های اجتماعی، مانند همکاری به جای استثماری و دستکاری، اتخاذ کنند. مصاحبه انگیزشی، با تمرکز بر فراهم کردن فرصت هایی برای ارتباط با ارزش های اصلی و نیاز به تحقق، می تواند به عنوان ابزاری برای کمک به این درمانجویان در تصمیم گیری بهتر زندگی مفید باشد (میچل، تفرات و فریمن، ۲۰۱۵).



افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی ممکن است به دلیل عدم پشیمانی از آسیب رساندن به افراد دیگر دست به رفتارهای فریبنده بزنند.

© جیمز لوریتز/دیجیتال ویژن/گتی ایماژ

اختلال شخصیت مرزی

اختلال شخصیت مرزی (BPD)

یک اختلال شخصیت که با یک الگوی فراگیر از کنترل ضعیف تکانه و بی‌ثباتی در خلق و خو، روابط بین فردی و احساس خود مشخص می‌شود.

کیفیت مرکزی بی‌ثباتی خود و روابط، ویژگی اصلی تشخیصی اختلال شخصیت مرزی (BPD) را تشکیل می‌دهد. تشخیص BPD مبتنی بر نشان دادن حداقل پنج رفتار از ۹ رفتار ممکن است: تلاش‌های دیوانه‌وار برای جلوگیری از رها شدن. روابط ناپایدار و شدید؛ اختلال هویت؛ تکانشگری در زمینه‌هایی مانند تمایلات جنسی، خرج کردن، یا رانندگی؛ رفتار خودکشی مکرر؛ تاثیر ناپایدار؛ احساس پوچی مزمن؛ مشکل در کنترل خشم؛ و گاهی اوقات احساس پارانو یا علائم تجزیه.

علائم BPD به طرق مختلف بر زندگی افراد مبتلا به این اختلال تاثیر می‌گذارد. ناامنی آن‌ها به حدی می‌رسد که به افراد دیگر تکیه می‌کنند تا به آن‌ها کمک کنند احساس «آرامش» کنند. این افراد حتی پس از گذشتن از زمان مرسوم پرسش هویت که اکثر افراد در نوجوانی تجربه می‌کنند، در مورد اهداف زندگی خود نامطمئن و متضاد باقی می‌مانند. احساس پوچی مزمن آن‌ها همچنین باعث می‌شود که تقریباً هویت خود را با هویت افرادی که به آنها نزدیک هستند ادغام کنند. متأسفانه برای آن‌ها، هر چه بیش‌تر به دنبال اطمینان و نزدیکی دیگران باشند، این افراد را بیش‌تر از خود دور می‌کنند. در نتیجه، احساسات آشفته آن‌ها شدیدتر می‌شود و آن‌ها بیش‌تر و بیش‌تر پرتوقع، بداخلاق و بی‌پروا می‌شوند. به این ترتیب، علائم این اختلال به صورت دوره‌ای و پایدار تداوم می‌یابند و اغلب تا جایی تشدید می‌شوند که فرد نیاز به بستری شدن در بیمارستان دارد.



افراد با شخصیت مرزی ممکن است احساس پوچی مزمن را تجربه کنند.

Corbis©

اصطلاحی که به درستی نحوه ارتباط افراد مبتلا به BPD را با دیگران توصیف می‌کند، دو نیم-سازی است. این این بدان معناست که وسواس آن‌ها نسبت به احساسات عشقی نسبت به موضوع مورد علاقه و توجه خود می‌تواند به راحتی به خشم و نفرت شدید تبدیل شود، زمانی که آن شی عشق آن‌ها را طرد کند. آن‌ها همچنین ممکن است این دوگانگی همه خوب در مقابل همه بد را تعمیم دهند تا سایر برخوردها و افراد را در بر بگیرد. غم و اندوه شدیدی که ممکن است آن‌ها تجربه کنند ممکن است آن‌ها را وادار به انجام حرکات خودکشی در تلاش برای جلب توجه یا جلب احساسات واقع‌گرایی از ناراحتی که ایجاد می‌کنند، کند. ممکن است این به اصطلاح پاراخودکشی منجر به بستری شدن در بیمارستان شود، جایی که پزشکان متوجه خواهند شد که این عمل در واقع فقط یک ژست بوده و نه تلاشی واقعی برای پایان دادن به زندگی.

زمانی، محققان بر این باور بودند که زنان بیشتر از مردان به BPD مبتلا می‌شوند، اما اکنون شیوع آن را بین جنسیت‌ها برابر می‌دانند. با این حال، تفاوت‌های جنسیتی در علائم خاص و سایر اختلالاتی که همراه با تشخیص BPD رخ می‌دهند، وجود دارد. مردان مبتلا به BPD بیش‌تر به اختلال مصرف مواد و ویژگی‌های شخصیت ضد اجتماعی مبتلا هستند. زنان بیش‌تر دارای میزان بالاتری از اختلالات خلقی و اضطرابی، اختلالات خوردن و اختلال استرس پس از سانحه هستند. این تفاوت‌ها ممکن است دلیل تخمین‌های قبلی از میزان بالاتر این اختلال در زنان باشد که پزشکان به احتمال زیاد در محیط‌های سلامت روان با آن‌ها مواجه می‌شوند. در مقابل، پزشکان

دو نیم‌سازی

دفاعی که در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی رایج است، که در آن افراد دیگران یا خودشان را خوب یا بد می‌دانند که معمولاً منجر به اختلال در روابط بین فردی می‌شود.

خودکشی

اقدام به خودکشی اغلب یک فریاد برای کمک است.

بیشتر احتمال دارد مردان را در برنامه‌های اختلال مصرف مواد ببینند (سانسون، دیتو، هان، و ویدرمن، ۲۰۱۱).

تشخیص BPD قبل از ۱۹ سالگی ممکن است به این معنی باشد که فرد با زندگی دشواری روبه‌رو خواهد شد. در بررسی ۱۸ مطالعه در مورد پیامدهای بلندمدت BPD در میان کودکان و نوجوانان، محققان شواهدی را یافتند که تشخیص قبل از بزرگسالی آسیب‌های اجتماعی، آموزشی، کاری و مالی قابل توجهی را در سال‌های آینده پیش‌بینی می‌کند (وینسپر و همکاران، ۲۰۱۵).

بدتنظیمی هیجانی

عدم آگاهی، درک یا پذیرش احساسات؛ ناتوانی در کنترل شدت یا مدت احساسات؛ عدم تمایل به تجربه پریشانی عاطفی به عنوان جنبه‌ای از تعقیب اهداف؛ و ناتوانی در انجام رفتارهای هدفمند هنگام تجربه پریشانی.

با این حال، به طور کلی، این تمایل وجود دارد که افراد مبتلا به BPD در طول زندگی خود بهتر شوند، زیرا علائم آن‌ها خفیف‌تر می‌شود. در میان نمونه‌ای متشکل از ۱۷۵ بزرگسال مبتلا به BPD که در طول ۱۰ سال مورد مطالعه قرار گرفتند، ۸۵ درصد دیگر در پایان دوره علائمی نداشتند، اگرچه نسبت به افراد مبتلا به اختلال افسردگی عمده یا سایر اختلالات شخصیتی با سرعت کم‌تری بهبود یافتند. علاوه بر این، آن‌ها در طول زمان نسبت به افراد مبتلا به سایر اختلالات شخصیتی از نظر اجتماعی سازگاری کم‌تری داشتند. بنابراین، اگرچه افراد مبتلا به BPD ممکن است عملکرد بهتری را از نظر اختلال روانپزشکی خود تجربه کنند، اما هم‌چنان با چالش‌هایی در زمینه‌هایی مانند کار و روابط بین فردی مواجه هستند (گاندرسون و همکاران، ۲۰۱۱؛ گاندرسون و همکاران، ۲۰۱۱).

اختلالات در عملکرد عاطفی یک جزء مهم از تشخیص BPD را تشکیل می‌دهد، و بنابراین محققان تلاش خود را بر شناسایی فرآیندهای روانشناختی خاصی که به این اختلالات کمک می‌کنند متمرکز کرده‌اند. به نظر می‌رسد افراد مبتلا به BPD در تنظیم احساسات ناتوانی دارند که به عنوان **بدتنظیمی هیجانی**، محدودیت در توانایی تحمل پریشانی (تحمل پریشانی) و اجتناب از موقعیت‌ها و احساسات ناراحت کننده عاطفی (اجتناب تجربی) شناخته می‌شود.

ممکن است بتوانید تصور کنید که وقتی افراد مبتلا به BPD با موقعیت‌های استرس‌زا مواجه می‌شوند، چگونه این مشکلات می‌توانند به علائم BPD در زندگی روزمره تبدیل شوند. آن‌ها بیش از سایر افراد، از موقعیت‌های پرتنش احساسی بیزارند، در هنگام ناراحتی احساس ناراحتی می‌کنند، و هنگامی که مشکلی پیش می‌آید در کنترل خشم خود مشکل زیادی دارند. محققانی که روابط بین این سه نوع اختلال عاطفی را در نمونه‌ای از بیماران سرپایی جوان بررسی کردند، دریافتند که

پس از کنترل علائم افسردگی، اجتناب تجربی بالاترین رابطه را با علائم BPD داشت (آیورسون، فولت، پیستورلو و فروزتی، ۲۰۱۱).

تجربیات اولیه دوران کودکی نقش مهمی در ایجاد BPD ایفا می‌کند. این‌ها شامل غفلت دوران کودکی، تجربیات آسیب‌زا، و مشکلات زناشویی یا روانپزشکی در خانه است. کودکانی که به طور نایمن دلبستگی داشتند نیز احتمال بیش‌تری دارد که به بزرگسالان مبتلا به BPD تبدیل شوند (گاندرسون و همکاران، ۲۰۱۱).

درمانی با بیش‌ترین اثربخشی نشان داده شده، رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT)، نوعی رفتار درمانی است. DBT توسط روانشناس مارشا لینهان اساساً برای کمک به افراد مبتلا به BPD ایجاد شد که ممکن است در غیر این صورت به درمان‌های معمولی پاسخ ندهند (لینهان، کوکران و کرر، ۲۰۰۱). در DBT، پزشک درمان‌های حمایتی و شناختی-رفتاری را با هدف کاهش دفعات اعمال خود تخریبی درمانجو و افزایش توانایی او برای مدیریت پریشانی عاطفی ادغام می‌کند. با استفاده از فرآیندی به نام تمرکز حواس، پزشکان DBT به درمانجویان خود می‌آموزند که با نزدیک شدن به مشکلات زندگی، احساسات، عقل و شهود خود را متعادل کنند. اگرچه این موضوع برای هر نوع روان درمانی مهم است، ایجاد اتحاد درمانی به ویژه در DBT و به طور خاص در کاهش احتمال اقدام به خودکشی بسیار مهم به نظر می‌رسد (بدیکس، اتکینز، هارند و لاینهان، ۲۰۱۵).

روان درمانی

نوعی درمان که در آن به درمانجو کمک می‌شود تا با به دست آوردن کنترل بر افکار ناکارآمد خود، احساسات خود را شناسایی کند.

روان درمانی متمرکز بر

انتقال

درمانی برای اختلال شخصیت مرزی که از رابطه درمانجو و پزشک به عنوان چارچوبی برای کمک به درمانجویان برای دستیابی به درک بیش‌تر از احساسات و انگیزه‌های ناخودآگاه خود استفاده می‌کند.

روان درمانی، که در آن به درمانجو کمک می‌شود تا احساسات خود را شناسایی کند، هم‌چنین می‌تواند به این افراد در کنترل افکار ناکارآمد و احساسات مربوطه کمک کند (کالینگور، لوی و یومانس، ۲۰۱۵). در مراحل اولیه، درمانگر حمایت و همدلی را ارائه می‌کند، که جزو ضروری بسیاری از روان‌درمانی است. سپس درمانگران به درمانجویان کمک می‌کنند تا با بیان احساسات خود در لحظه، آن‌چه را که در آن احساس می‌کنند، توضیح و شرح دهند. اکنون آن‌ها می‌توانند شروع به شناسایی احساسات خود و این‌که از کجا سرچشمه می‌گیرند کنند. در نهایت، درمانجویان یاد می‌گیرند که چگونه از آن‌چه در روابط خود با افراد در زندگی خود خارج از درمان به دست آورده‌اند استفاده کنند (داوینی و بیتمن، ۲۰۱۵).

یکی دیگر از درمان‌های مبتنی بر شواهد برای BPD، روان‌درمانی متمرکز بر انتقال، از رابطه درمانجو-پزشک به عنوان چارچوبی برای کمک به درمانجویان برای دستیابی به درک بیش‌تر از احساسات و انگیزه‌های ناخودآگاه خود استفاده می‌کند (لوی و همکاران، ۲۰۰۶). مدیریت مبتنی بر روانپزشکی شامل درمان روان‌پویشی برای درمان BPD، همراه با مداخلات خانوادگی و درمان دارویی است (گاندرسون و لینک، ۲۰۰۸).

صرف نظر از رویکرد درمانی خاصی که استفاده می‌کنند، پزشکان، اگر مجموعه‌ای از اصول اولیه را رعایت کنند بیش‌ترین موفقیت را دارند (جدول ۴). این اصول زمینه را برای کمک به درمانجو برای پزشک فراهم می‌کند، زیرا آن‌ها بر ارائه ویژگی‌های کلیدی تمرکز می‌کنند که می‌تواند برای افراد مبتلا به این اختلال خاص درمانی باشد. اگرچه بسیاری از این اصول می‌توانند فراتر از درمانجویان مبتلا به BPD تعمیم پیدا کنند، نیاز به ایجاد مرزها، انتظارات، ساختار و پشتیبانی واضح برای افراد مبتلا به این تشخیص مهم است.

آخرین اصل، پزشکان را تشویق می‌کند تا زمانی که علائم درمانجو منجر به مشکلاتی در درمان می‌شود، به دنبال حمایت از خود باشند. به عنوان مثال، علائم جدا شدن که توسط افراد مبتلا به BPD نشان داده می‌شود، ممکن است آن‌ها را به سمت بی‌ارزش کردن و ایده‌آل کردن پزشک سوق دهد. در این موارد، پزشک ممکن است واکنش‌های پیچیده‌ای را تجربه کند و ممکن است از دیدگاه بیرونی یک سرپرست یا مشاور بهره‌مند شود.

جدول ۴ نیازهای دخیل در اصول اساسی درمان موثر برای درمانجویان مبتلا به BPD

پزشکان باید:	توضیح
نقش اصلی را در درمان به عهده بگیرند	یکی از پزشکان در مورد تشخیص بحث می‌کند، پیشرفت را ارزیابی می‌کند، ایمنی را نظارت می‌کند و بر ارتباط با سایر پزشکان و خانواده نظارت می‌کند.
یک ساختار درمانی ارائه دهند	پزشک اهداف و نقش‌ها را تعیین می‌کند و حفظ می‌کند، به‌ویژه محدودیت‌های در دسترس بودن او و برنامه‌ای برای

مدیریت تکانه‌های احتمالی خودکشی یا سایر شرایط اضطراری درمانجو را مشخص می‌کند.	
پزشک احساسات پریشانی و ناامیدی درمانجویان را تایید می‌کند و اظهارات امیدوارکننده‌ای را ارائه می‌دهد که تغییر ممکن است.	از درمانجو حمایت کنند
پزشک تشخیص می‌دهد که پیشرفت به تلاش فعال درمانجو برای کنترل رفتارش بستگی دارد.	درمانجو را در فرآیند درمانی مشارکت دهند
پزشک در درمان فعال است، بر موقعیت‌های این‌جا و اکنون تمرکز می‌کند و به درمانجو کمک می‌کند تا احساسات خود را با رویدادهای گذشته مرتبط کند.	در درمان نقش فعال داشته باشند
پزشک در مورد تهدیدها ابراز نگرانی می‌کند و با حوصله به آن‌ها گوش می‌دهد، اما عاقلانه رفتار می‌کند (یعنی همیشه بستری شدن در بیمارستان را توصیه نمی‌کند).	با تهدیدات خودکشی یا اعمال آسیب رساندن به خود درمانجو مقابله کنند
هنگامی که رابطه درمانجو و پزشک مشکل‌ساز می‌شود، پزشک ممکن است نیاز به مشاوره داشته باشد.	خودآگاه و آماده مشورت با همکاران باشند

منبع: گاندرسون، جی.جی. (۲۰۱۱). عمل بالینی. اختلال شخصیت مرزی. مجله پزشکی نیوانگلند، ۳۶۴، ۲۰۳۷-۲۰۴۲

اختلال شخصیت هیستریونیک

متخصصان بالینی وقتی افراد مبتلا به اختلال شخصیت هیستریونیک را در کانون توجه قرار می‌دهند شناسایی می‌کنند و به هر شکلی که برای تحقق این امر لازم است عمل می‌کنند. ملاک‌های این اختلال شامل نگرانی بیش از حد از ظاهر فیزیکی و تلاش مداوم و افراطی برای جلب توجه به خود است. افراد مبتلا به این بیماری جذاب و مودت‌توجه هستند و اگر توجهی که می‌خواهند به آن‌ها جلب نشود، عصبانی می‌شوند. آن‌ها خواهان ارضای فوری خواسته‌های خود هستند و حتی به تحریکات جزئی، معمولاً به شیوه اغراق آمیز مانند گریه کردن یا غش کردن، بیش از حد واکنش نشان می‌دهند.

اگرچه روابط آن‌ها سطحی است، اما افراد مبتلا به اختلال شخصیت هیستریونیک آن‌ها را نزدیک و صمیمی تفسیر می‌کنند. حتی آشنایان معمولی آن‌ها از نظر آن‌ها «دوستان خوبی» هستند. سبک شناختی آن‌ها مبهم و امپرسیونیستی است و باعث می‌شود به راحتی تحت تاثیر دیگران قرار بگیرند و نتوانند به تنهایی مشکلات را حل کنند. تا حدودی، افراد دارای این ویژگی‌ها ممکن است به دلیل اعتماد به نفس ظاهری و رفتار جلب توجه موفق باشند، اما در درازمدت گریز، تمایل به معاشقه و سطحی بودن آن‌ها منجر به بی‌ثباتی در روابط نزدیک از جمله نرخ طلاق بالاتر می‌شود. دیزنی و همکاران، ۲۰۱۲).

زمانی تصور می‌شد که این وضعیت مشابه توصیف فروید از فرد «هیستریک» (معمولا یک زن) تلقی می‌شد و به دلیل فروپاشی تفکر روانکاوانه، این اختلال دیگر مانند گذشته رایج نیست (بلشفیلد، رینولدز، و استنت، ۲۰۱۲). این اختلال به ندرت تشخیص داده می‌شود و تشخیص قابل اعتماد از سایر اختلالات شخصیت دشوار است. در واقع، تقریباً در بازنگری پیشنهادی DSM-۵ حذف شد، اما به عنوان بخشی از تصمیم برای ترک دسته‌های اختلال شخصیت از DSM-IV-TR حفظ شد.

علی‌رغم سوالاتی که در مورد اعتبار آن به عنوان یک تشخیص وجود دارد، محققان به بررسی ویژگی‌های شخصیتی مرتبط با این اختلال ادامه می‌دهند. به عنوان مثال، شخصیت «رنگارنگ» شامل افرادی است که این تشخیص را دریافت نمی‌کنند، اما از بیان خود به شیوه‌ای نمایشی لذت می‌برند، در گوش دادن به دیگران مشکل دارند، تمایل به قطع صحبت دارند و از بودن در کانون توجه لذت می‌برند (فورنهام، ۲۰۱۴).

یک مورد کوچک

اختلال شخصیت هیستریونیک

لینت یک زن دگرجنسگرا و متاهل ۴۴ ساله آفریقایی آمریکایی است. او به عنوان مدیر در یک کالج محلی کار می‌کند و به دلیل رفتارهای عجیب و غریب و معاشقه‌های نامناسب شهرت پیدا کرده است. او اغلب با گرمی شدید و نگرانی آشکار در مورد رفاه آن‌ها از دانشجویان استقبال می‌کند، که باعث می‌شود برخی او را در ابتدا جذاب و گیرا بدانند. با این حال، آن‌ها همیشه زمانی که متوجه سطحی بودن او می‌شوند، افسون می‌شوند. برای همکارانش، او درباره دستاوردهای جزئی خود به گونه‌ای لاف می‌زند که گویی آن‌ها پیروزی‌های بزرگی بوده‌اند، اما اگر نتواند به هدف مورد نظر خود دست یابد، غمگین می‌شود و اشک می‌ریزد. او به قدری از تایید دیگران ناامید است که داستان خود را طوری تغییر می‌دهد که در آن زمان برای هر کسی که با او صحبت می‌کند مناسب باشد. از آنجایی که او همیشه در حال ایجاد بحران است و به نگرانی دیگران پاسخی نمی‌دهد، مردم نسبت به درخواست‌های مکرر او برای کمک و توجه، بی‌اهمیت شده‌اند.

اختلال شخصیتی خودشیفتگی

اختلال شخصیت

خودشیفته (NPD)

یک اختلال شخصیتی که در درجه اول با احساس غیر واقعی و متورم خود اهمیتی و عدم حساسیت به نیازهای افراد دیگر مشخص می شود.

خودشیفتگی بزرگ

شکلی از اختلال شخصیت خودشیفته که در آن افراد کاملاً خود را به شکلی متورم و خودستایی فکر می کنند.

خودشیفتگی آسیب-پذیر

شکلی از اختلال شخصیت خودشیفته که در آن افراد در درون خود احساس ضعفی از خود دارند و بنابراین زمانی که احساس کنند شخصی که برای آن‌ها مهم است در حال تحقیر یا خیانت به آن‌ها است، مستأصل می-شوند.

افرادی که معیارهای تشخیص اختلال شخصیت خودشیفته (NPD) را برآورده می کنند، به عنوان ویژگی اصلی خود، شکل شدید خود محوری را دارند که در آن خود را مرکز جهان می دانند. اصطلاحی که در حال حاضر به طور گسترده مورد استفاده قرار می گیرد، «خودشیفتگی» به عشق به خود و بزرگ نمایی بیش از حد اشاره دارد (کریزان و هرلاچ، ۲۰۱۸) که اعتقاد بر این است که ویژگی غالب NPD است. هر کسی که با فردی که واقعا NPD دارد (در مقابل بسیار خودشیفتگی) رابطه دارد، می داند که تحمل چنین فردی چقدر می تواند دشوار باشد. افراد مبتلا به NPD که خود را محق می دانند، مغرور هستند و نمی توانند دنیا را از منظر دیگران ببینند، به نظر می رسد که به افرادی که به آن‌ها اهمیت می دهند توجه کمی نشان می دهند. با این حال، از قضا، آن‌ها به شدت به نحوه درک دیگران از آن‌ها وابسته هستند و در نتیجه به چاپلوسی، توجه و اطمینان دائمی نیاز دارند.

احساس استحقاق یکی از برجسته ترین علائم NPD است، اما شمشیری است که می تواند هر دو طرف را قطع کند. از آن جا که افراد مبتلا به این اختلال خود را استثنایی می بینند، ممکن است استانداردهای شخصی خود را به طور غیرواقعی بالا بگذارند و به چیزی کم تر از کمال رضایت ندهند. برعکس، آن‌ها ممکن است خود را مستحق هر آن چه می خواهند بدانند و بنابراین تا آن جا که می توانند به خود فشار نمی آورند، استانداردهای شخصی خود را بسیار پایین می آورند و در عین حال معتقدند که شایسته بهترین چیزی هستند که دیگران می توانند به آن‌ها ارائه دهند.

بزرگ ترین پارادوکس در NPD ترکیبی از بزرگ بینی و آسیب پذیری به معنای خود است. برخی از افراد مبتلا به NPD به نظر می رسد که دیدگاهی کاملاً اغراق آمیز و خود بزرگ بینی نسبت به خود دارند. این‌ها افرادی هستند که پزشکان NPD از آن‌ها به عنوان **خودشیفتگی بزرگ** یاد می کنند. در مقابل، آن‌هایی که از **خودشیفتگی آسیب پذیر** بالایی برخوردارند، احساس درونی ضعفی از خود دارند و بنابراین زمانی که احساس می کنند شخصی برایشان مهم است آن‌ها را تحقیر می کند یا به آن‌ها خیانت می کند، مایوس می شوند (بسر و پرل، ۲۰۱۰). DSM-۵ به

صراحت این تمایز را ایجاد نمی‌کند، اما پزشکان و محققان معتقدند که این تمایز مهمی است (کالیگور و همکاران، ۲۰۱۵).

یک مورد کوچک

اختلال شخصیتی خودشیفتگی

چاد یک مرد ۲۶ ساله قفقازی مجرد است که خود را همجنسگرا معرفی می‌کند. در چند سال گذشته، او به شدت در تلاش بوده تا به عنوان یک بازیگر به موفقیت دست یابد. با این حال، او فقط مشاغل جزئی بازیگری داشته است و مجبور شده است با کار به عنوان پیشخدمت از خود حمایت کند. علی‌رغم عدم موفقیت، او به دیگران درباره تمام نقش‌هایی که رد می‌کند، لاف می‌زند، زیرا به اندازه کافی برای او خوب نیستند. او در تلاش برای ورود به عرصه بازیگری، خودخواهانه از هر شخصی که به عنوان یک ارتباط احتمالی می‌بیند، استثمار کرده است. او از آشنایان که نقش‌های بازیگری را به دست آورده‌اند به شدت عصبانی می‌شود و با اظهار نظر این‌که آن‌ها فقط خوش شانس هستند، ارزش دستاوردهای آن‌ها را بی‌ارزش می‌کند. با این حال، اگر کسی بخواهد انتقاد سازنده‌ای به او بکند، چاد با خشم واکنش نشان می‌دهد و هفته‌ها از صحبت با آن فرد خودداری می‌کند. به دلیل ظاهر فوق‌العاده‌اش، او فکر می‌کند که سزاوار برخورد ویژه همه است. در رستوران، او با سرپرست خود مشاجره‌های مکرر دارد زیرا اصرار دارد که یک «حرفه‌ای» است که نباید با پاک کردن ظروف کثیف از روی میزها، خود را تحقیر کند. او دیگران را آزار می‌دهد زیرا همیشه به دنبال تعارف در مورد لباس، مو، هوش و شوخ طبعی خود است. او آن‌قدر در خود گرفتار شده است که به سختی متوجه دیگران می‌شود و به شدت نسبت به نیازها و مشکلات آن‌ها بی‌احساس است.

برخی از محققان بر این باورند که افزایش حضور رسانه‌های اجتماعی در واقع جمعیتی از خودشیفته‌ها را ایجاد کرده است. یک خودشیفته با یک فرد مبتلا به NPD یکسان نیست، صرف نظر از موضع بحثی که ممکن است در این مورد داشته باشیم (و این نکته قابل بحث است). علاوه بر این، می‌تواند یک شکل سالم از خودشیفتگی مرتبط با داشتن حس مثبت عزت نفس وجود داشته باشد (آکهورست و تاچر، ۲۰۱۰).

رویکرد روانکاوانه سنتی فرویدی، خودشیفتگی را شکست فرد در پیشرفت فراتر از مراحل اولیه رشد روانی-جنسی متمرکز بر خود می‌داند، زمانی که ما رضایت را صرفاً از درون خود می‌گیریم.

از این نقطه نظر، اختلال دیگر قابل تشخیص نیست. از نظر نظریه پردازان روابط ابژه، فرد خودشیفته را در شکل گیری یک حس منسجم و یکپارچه از خود ناکام می دانند. فرد خودشیفته در حالی که سعی می کند حمایت اولیه والدین را جبران کند، به طور متناقض، ناامنی را با احساسی اغراق آمیز از خود مهم بیان می کند (کوهوت، ۱۹۶۶، ۱۹۷۱). با نداشتن پایه محکم یک خود سالم، چنین شخصی به طور متزلزلی بر اساس تصورات بزرگ و غیر واقعی در مورد شایستگی و مطلوبیت خود، یک خود کاذب ایجاد می کند (مسترسون، ۱۹۸۱).

دیدگاه روان پویشی مدرن، اختلال شخصیت خودشیفته را بیان بزرگسالان از ناامنی دوران کودکی و تقاضای توجه می داند که مفهوم روابط ابژه را در بر می گیرد. مطابق با این استدلال، روانشناسان تلاش می کنند تا یک تجربه رشدی اصلاح شده را ارائه دهند و از همدلی برای حمایت از پیگیری تحسین و به رسمیت شناختن درمانجو استفاده کنند. در عین حال، آن ها سعی می کنند درمانجو را به سمت درک واقع بینانه تر راهنمایی کنند که هیچ کس بی عیب و نقص نیست. از آن جایی که درمانجویان احساس می کنند که درمانگران به طور فزاینده ای از آن ها حمایت می کنند، کم تر بزرگ و خود محور می شوند (کوهوت، ۱۹۷۱). بخشی از این فرآیند ممکن است شکلی از فرزندپروری باشد که در آن درمانگر با درمانجو کار می کند تا نیازهای اولیه و برآورده نشده را تقویت کند (بهاری و دیکمن، ۲۰۱۳). نظریه پردازان شناختی-رفتاری بر ایده های ناسازگارانه ای که درمانجویانشان دارند، تمرکز می کنند، به ویژه دیدگاه افرادی که دارای تنوع عظیم این اختلال هستند که در آن آن ها خود را افراد استثنایی می دانند که مستحق درمان بسیار بهتر از انسان های معمولی هستند. این باورها توانایی آن ها را برای درک واقعی تجربیاتشان مختل می کند و در نتیجه زمانی که ایده های اغراق آمیزشان درباره خودشان با تجربه های شکستشان در دنیای واقعی تضاد پیدا می کند، با مشکلاتی مواجه می شوند.

پزشکانی که در ساختار دیدگاه شناختی-رفتاری کار می کنند، به جای این که آن ها را با باورهای نادرست خود مواجه کنند، مداخلاتی را انجام می دهند که به جای مخالف، با تمایلات خودستایی و خود محوری درمانجو کار می کند (فریمن و فاکس، ۲۰۱۳). این امر به فرد اجازه می دهد تا کمک درمانگر را بپذیرد زیرا مداخله کم تر تهدیدکننده به نظر می رسد. به عنوان مثال، درمانگر به جای این که مددجو را متقاعد کند کم تر خودخواهانه عمل کند، ممکن است سعی کند نشان دهد که

راه‌های بهتری برای رسیدن به اهداف شخصی مهم وجود دارد. در عین حال، درمانگر از تسلیم شدن در برابر خواسته‌های درمانجویان برای توجه و عنایت ویژه اجتناب می‌کند. جالب این‌جاست که این رویکرد با دیدگاه روان‌پویشی معاصر که از نیاز فرد به احساس شناخته شدن و پذیرفته شدن حمایت می‌کند و در عین حال به او کمک می‌کند تا احساس واقعی‌تری از خود ایجاد کند، تفاوت چندانی ندارد.



افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته اغلب زندگی خود را وقف کسب تایید از دیگران می‌کنند، علی‌رغم این‌که نگرانی بسیار کمی برای رفاه دیگران دارند.

©CSP_karelnoppe/AGE Fotostock

متأسفانه، درمان افراد مبتلا به NPD دشوار است، زیرا آن‌ها تمایل به بینش در مورد اختلال خود ندارند. علاوه بر این، درمانگرانی که آن‌ها را درمان می‌کنند ممکن است به دلیل ماهیت علائم بزرگ‌طلبی و استحقاق، واکنش‌های منفی شدیدی را نسبت به آن‌ها تجربه کنند و آن‌ها را نسبت به درمانگران خود انتقادی و تخریب‌کننده (داوان، کونیک، اولدهام و کاوردیل، ۲۰۱۰). کمال‌گرایی افراطی آن‌ها نیز می‌تواند مانع درمان شود. درمانجویان مبتلا به NPD زندگی خود را با موفقیت و دستاوردهایی پر کرده‌اند که عزت نفس آن‌ها را حفظ کرده و ناامنی‌های آن‌ها را از بین می‌برد. در نتیجه، مقابله با اضطراب‌ها و ناامنی‌های خود برای آن‌ها بسیار دشوار است (رونینگستام، ۲۰۱۱).

۴،۱۴ اختلالات شخصیتی خوشه C

افرادی که در گروه اختلالات شخصیتی خوشه C قرار دارند، به شدت محدود هستند و ممکن است توجه کمی را به خود جلب کنند، برخلاف افرادی که دارای اختلالات شخصیتی در خوشه B هستند. آن‌ها در این جهت‌گیری درونی سهمیم هستند.

اختلال شخصیت اجتنابی

اختلال شخصیت اجتنابی

اختلال شخصیتی که در آن افراد ارزیابی کمی از مهارت‌های اجتماعی خود دارند و از عدم تایید، طرد و انتقاد یا شرمساری یا خجالت می‌ترسند.

همان‌طور که از این اصطلاح پیداست، افراد مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی از دیگران دوری می‌کنند و معتقدند که فاقد مهارت‌های اجتماعی هستند و هیچ ویژگی مطلوبی ندارند که باعث شود دیگران بخواهند با آن‌ها باشند. علائم آن‌ها فراتر از خجالتی بودن است و نوعی احساس شرم و بی‌کفایتی آن‌قدر قوی است که ترجیح می‌دهند در کنار دیگران نباشند. آن‌ها تقریباً به طور کامل از برخوردهای اجتماعی دوری می‌کنند و به ویژه از هر موقعیتی که می‌تواند آن‌ها را شرم‌منده کند اجتناب کنند. آن‌ها ممکن است استانداردهای غیرواقعی بالایی برای خود تعیین کنند که به نوبه خود باعث می‌شود از موقعیت‌هایی که در آن احساس می‌کنند محکوم به شکست هستند اجتناب کنند. روابط صمیمانه تهدیدی جدی برای آن‌ها به شمار می‌رود، زیرا اگر عیب‌های خود را در معرض دید شریک زندگی قرار دهند، از شرم یا تمسخر می‌ترسند.

محققان بر این باورند که اختلال شخصیت اجتنابی در امتداد پیوستاری از ویژگی شخصیتی عادی خجالتی تا اختلال اضطراب اجتماعی وجود دارد (ریچ، ۲۰۱۰). طبق این دیدگاه، اختلال شخصیت اجتنابی شکل شدیدتری از اختلال اضطراب اجتماعی است (رتیو، ۲۰۰۰). داده‌های یک مطالعه طولی بر روی بیش از ۳۴۰۰۰ بزرگسال نشان داد که افراد مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی بیش‌تر احتمال دارد که علائم اختلال اضطراب اجتماعی را حتی پس از تطبیق با تعدادی از عوامل جمعیت‌شناختی ادامه دهند (کاکس و همکاران، ۲۰۱۱). ممکن است ارتباط بین اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال شخصیت اجتنابی این باشد که هر دو با انتقاد بیش از حد از خود مشخص می‌شوند که به نوبه خود باعث می‌شود افراد مبتلا به این اختلالات انتظار انتقاد از دیگران را داشته باشند.

رویکرد روان پویشی معاصر به این اختلال، آن را بیان ترس از دلبستگی در روابط نزدیک می‌داند. افراد مبتلا به این اختلال از نزدیک شدن به دیگران اجتناب می‌کنند، زیرا می‌ترسند به همان شیوه‌ای که توسط مراقب خود در اوایل کودکی مورد بی‌توجهی قرار گرفته‌اند، رها شوند (لوی و همکاران، ۲۰۱۵).

یک مورد کوچک

اختلال شخصیت اجتنابی

ادوارد یک مرد ۵۳ ساله آفریقایی آمریکایی مجرد است که خود را همجنسگرا معرفی می‌کند. او به عنوان تحویل‌دهنده برای یک شرکت بزرگ تجهیزات کار می‌کند. همکاران ادوارد او را فردی تنها توصیف می‌کنند، زیرا او وقت خود را صرف گفتگوهای معمولی نمی‌کند و از بیرون رفتن برای ناهار با دیگران اجتناب می‌کند. آن‌ها نمی‌دانند که او هر روز با میل به تعامل با آن‌ها دست و پنجه نرم می‌کند، اما آن قدر ترسیده است که نمی‌تواند آن را دنبال کند. اخیراً، ادوارد ارتقای شغلی مدیر را رد کرد زیرا متوجه شد که این کار مستلزم تماس روزانه قابل توجهی با دیگران است. چیزی که بیش‌تر از همه او را در مورد آینده آزار می‌داد این بود که ممکن است اشتباهاتی مرتکب شود که دیگران متوجه آن شوند. ادوارد به سختی قرار ملاقاتی داشته است، و هر بار که به مردی علاقه‌مند می‌شود، از نگرانی در مورد احتمال صحبت با او فلج می‌شود، خیلی کم‌تر با او قرار ملاقات می‌گذارد. وقتی همکاران با او صحبت می‌کنند سرخ و عصبی می‌شود و سعی می‌کند هر چه زودتر گفتگو را پایان دهد.



افراد مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی به دلیل ترس بیش از حد از خجالت یا طرد شدن توسط دیگران، در بخش قابل توجهی از زمان از هر نوع تماس اجتماعی دوری می‌کنند.

©Juta/Shutterstock

اختلال شخصیت وابسته

افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته به شدت به سمت دیگران کشیده می‌شوند. با این حال، آن‌ها آنقدر چسبیده و منفعل هستند که ممکن است به خلاف خواسته‌های خود دست یابند، زیرا دیگران نسبت به عدم استقلال آن‌ها بی‌تاب می‌شوند. آن‌ها که متقاعد شده‌اند بی‌کفایتی هستند، نمی‌توانند حتی پیش پا افتاده‌ترین تصمیمات را به تنهایی اتخاذ کنند.

اختلال شخصیت وابسته دیگران ممکن است افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته را به عنوان «چسبنده» توصیف کنند، و در واقع، زمانی که تنها هستند، این درمانجویان احساس ناامیدی و رها شدن می کنند. آن ها به احتمال زیاد خود را از صمیم قلب وارد روابط می کنند و بنابراین با پایان یافتن روابط ویران می شوند. وابستگی شدید آن ها باعث می شود که فوراً به دنبال رابطه دیگری برای پر کردن خلأ باشند. حتی زمانی که با دیگران هستند، آن ها با ترس از رها شدن مشغول می شوند. آن ها نمی توانند به راحتی فعالیت های جدیدی را به تنهایی آغاز کنند، زیرا نگرانی از این که مرتکب اشتباه نشوند، مانع از آن می شوند، مگر این که دیگران اعمالشان را هدایت کنند.

اختلال شخصیتی که مشخصه اصلی آن این است که فرد به شدت منفعل است و تمایل دارد به افراد دیگر بچسبد تا جایی که قادر به تصمیم گیری یا اقدام مستقل نیست.

یک مورد کوچک

اختلال شخصیت وابسته

بتی یک زن ۵۲ ساله متاهل دگرجنسگرایی قفقازی است. او هرگز به تنهایی زندگی نکرده است. حتی زمانی که ۳۰ سال پیش یک دانشجوی کالج بود، او از خانه تا کالج را می رفت و خوابگاه نداشت. بتی توسط همکلاسی هایش به عنوان فردی که به دیگران وابسته بود شناخته می شد. او با تکیه بر دیگران برای انتخاب هایش، هر کاری را که دوستانش توصیه می کردند انجام می داد، چه انتخاب دوره ها یا انتخاب لباس هایی که باید هر روز بپوشد. یک هفته پس از فارغ التحصیلی، او با کن، که در تمام سال آخر با او قرار داشت ازدواج کرد. او به ویژه جذب کن شد زیرا سبک سلطه جویانه او را از مسئولیت تصمیم گیری خلاص می کرد. بتی همان طور که معمولاً با همه افراد نزدیک در زندگی اش انجام می دهد، با هر چیزی که کن پیشنهاد می کند همراهی می کند، حتی اگر کاملاً موافق نباشد. او می ترسد که اگر قایق را تکان دهد، او از دستش عصبانی شود و او را ترک کند. اگرچه او می خواهد در خارج از خانه شغلی پیدا کند، اما کن اصرار دارد که خانه دار تمام وقت بماند و به خواسته های او عمل کرده است. با این حال، وقتی او در خانه تنهاست، با دوستانش تماس می گیرد و ناامیدانه از آن ها التماس می کند که برای خوردن قهوه بیایند. کوچک ترین انتقاد از طرف کن، دوستانش یا هر کس دیگری می تواند باعث شود او برای تمام روز احساس افسردگی و ناراحتی کند.

همان‌طور که ممکن است تصور کنید، افراد مبتلا به این اختلال در رفتارشان افراط می‌کنند تا جایی که مردم از آن‌ها خوششان نیاید، به عنوان مثال، اظهار می‌کنند که با دیگران موافق هستند، حتی اگر موافق نباشند. چنین افرادی ممکن است با قبول مسئولیت‌هایی که هیچ کس نمی‌خواهد، به دنبال تایید باشند، اما اگر کسی از آن‌ها انتقاد کند، احساس شکستگی می‌کنند.

تحقیقات روی ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته نشان می‌دهد که آن‌ها دارای سطوح بالای رضایت‌بخشی غیرعادی هستند. اگرچه ما تمایل داریم که موافق بودن را به عنوان یک ویژگی انطباقی در نظر بگیریم، اما در سطوح بالا می‌تواند به تمایل بیش از حد مطیع، از خود گذشتگی و چسبیدن تبدیل شود (ساموئل و گور، ۲۰۱۲). اضطراب، تسلیم بودن و سبک دلبستگی ناایمن از ویژگی‌های آسیب‌شناختی مرتبط با اختلال شخصیت وابسته هستند (مک کلینتوک و مک کاریک، ۲۰۱۷).

به نظر می‌رسد درمان شناختی-رفتاری برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته موثر باشد، به ویژه اگر درمانگر، در صورت لزوم، بین تغییر رفتارها و رد باورهای نادرست مراجع جایگزین شود. (براور و راینکه، ۲۰۱۵). آموزش ذهن آگاهی هم‌چنین می‌تواند در کمک به افراد مبتلا به این اختلال در شناسایی و مدیریت اضطراب بین فردی خود مفید باشد (مک کلینتوک و اندرسون، ۲۰۱۵).

اختلال شخصیت وسواسی اجباری

افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی اجباری (OCPD) مجموعه‌ای از علائم را دارند که حول تعریف احساس خود و ارزش خود بر اساس بهره‌وری کارشان می‌چرخد. افراد مبتلا به OCPD برای یک نقص کمال‌گرا، انجام یک کار را دشوار می‌دانند زیرا همیشه می‌توانند نقصی را در کاری که انجام داده‌اند ببینند. محصولات کاری آن‌ها هرگز آنقدر خوب نیست که استانداردهای غیر واقعی آن‌ها را برآورده کند. آن‌ها هم‌چنین می‌توانند بیش از حد اخلاق‌گرا باشند، زیرا به استانداردهای بیش از حد وظیفه‌شناسانه پایبند هستند که تقریباً برای هر کسی رعایت آن‌ها مشکل است.

روابط بین فردی افراد مبتلا به OCPD نیز به دلیل دشواری درک احساسات دیگران، به ویژه زمانی که این احساسات با احساسات آن‌ها متفاوت است، آسیب می‌بیند. از آنجایی که آن‌ها

اختلال شخصیت

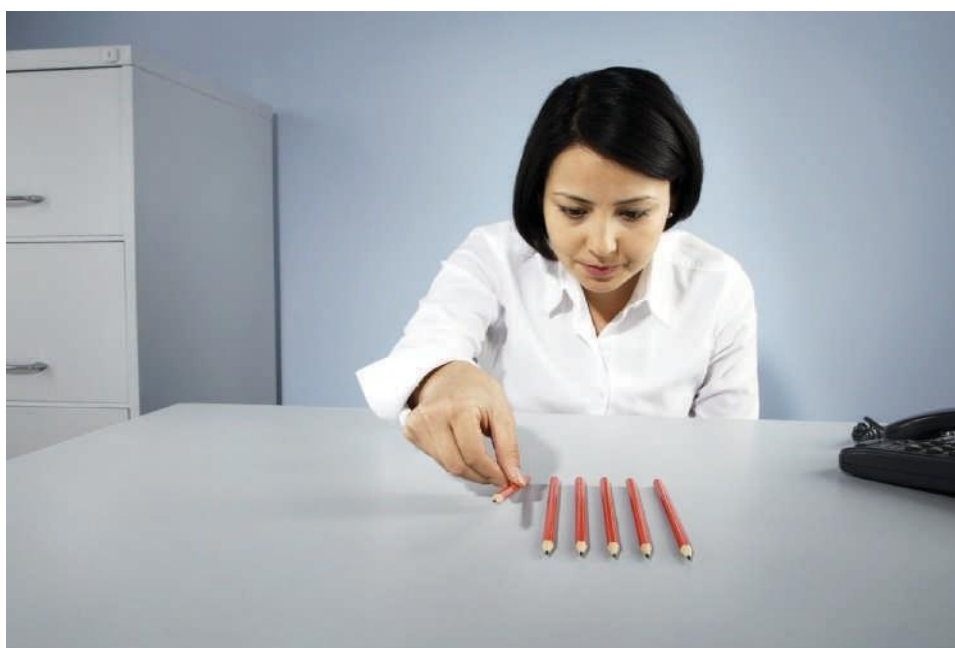
وسواسی-اجباری

(OCPD)

یک اختلال شخصیتی است که شامل کمال-گرایی و انعطاف‌ناپذیری شدید است که به صورت نگرانی، باتکلیفی و سختی رفتاری آشکار می‌شود.

استانداردهای بالایی برای خود دارند، افراد مبتلا به OCPD نسبت به سایر افرادی که از نظر آنها با انتظاراتشان مطابقت ندارند، انتقاد می‌کنند. دیگران به نوبه خود، افراد مبتلا به OCPD را سختگیر و سرسخت می‌دانند.

واژه‌های وسواسی و اجباری که در مورد اختلال شخصیت OCPD به کار می‌روند، معنای متفاوتی نسبت به اختلال وسواس فکری جبری (OCD) دارند. بر خلاف مبتلایان به OCD، افراد مبتلا به OCPD وسواس و اجبار را تجربه نمی‌کنند، افراد مبتلا به OCPD به شدت اجباری هستند (مثل تمرکز بر روی روال‌های خاص) و درگیر میل به بی‌عیب بودن هستند. این یک توضیح مهم است حتی اگر در آینده، OCPD ممکن است روزی در این گروه از اختلالات طبقه بندی شود (فاینبرگ و همکاران، ۲۰۱۵).



زن مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-اجباری به قدری به دنبال نظم و کمال است که قادر به تحمل اشیای نامرتب در محیط خود نیست.

© آنتونی لی/گتی ایماژ

فروید در بررسی علل OCPD از دیدگاه روان پویایی تاریخی، معتقد بود که افراد دارای سبک وسواسی-اجباری از مرحله مقعدی رشد روانی-جنسی پیشرفت نکرده‌اند یا دائماً به آن بازمی‌گردند.

نظریه پردازان روان پویشی معاصر دیگر به طور کامل بر مراحل روانی-جنسی تمرکز نمی کنند، بلکه در عوض به عوامل شناختی و تجربیات یادگیری قبلی به عنوان محوری برای توسعه OCPD توجه بیش تری می کنند.

به عنوان یک گرایش شخصیت ناسازگار، OCPD را می توان از منظر نظریه صفت نیز مورد بررسی قرار داد. افراد مبتلا به OCPD به جای کسب امتیاز بالا در وظیفه شناسی کلی، احتمالاً در تلاش برای موفقیت و نیاز به نظم بالا هستند (مایک، کینگ، اولتمن و جکسون، ۲۰۱۸). از منظر نظریه شناختی-رفتاری، افراد مبتلا به این اختلال انتظارات غیرواقع بینانه ای در مورد کامل بودن و اجتناب از اشتباه دارند (بک، فریمن و دیویس، ۲۰۰۴). احساس ارزشمندی آن ها به رفتار آن ها به روشی بستگی دارد که با ایده آل انتزاعی کمال گرایی مطابقت دارد. اگر آن ها نتوانند به آن ایده آل دست یابند (که به ناچار باید دست یابند) خود را بی ارزش می دانند. در این چارچوب، اختلال شخصیت وسواسی اجباری مبتنی بر شیوه ای مشکل ساز از نگاه به خود است.

پزشکانی که از درمان شناختی-رفتاری برای درمانجویان مبتلا به OCPD استفاده می کنند، به دلیل ویژگی های مشخصه این اختلال شخصیت با چالش هایی روبه رو هستند. فرد مبتلا به OCPD تمایل به روشنفکری، نشخوار فکری در مورد اعمال گذشته و نگرانی در مورد اشتباه کردن دارد. درمان شناختی-رفتاری، با تمرکز بر بررسی فرآیندهای فکری درمانجویان، ممکن است این تمایل نشخوارکننده را تقویت کند. در عوض، درمان بین فردی فراشناختی می تواند به افراد مبتلا به OCPD کمک کند «درباره تفکر خود فکر کنند». در این روش، پزشکان به درمانجویان خود کمک می کنند تا یک گام به عقب بردارند و یاد بگیرند که الگوهای تفکر نشخوارکننده مشکل ساز خود را در زمینه ایجاد یک اتحاد درمانی حمایتی شناسایی کنند (دیماجیو و همکاران، ۲۰۱۱).

یک مورد کوچک

اختلال شخصیت وسواسی اجباری

تروور یک مرد ۴۲ ساله متاهل لاتین تبار دگرجنسگرا است. ترور از زمانی که به یاد می‌آورد، مشغول نظم و ترتیب بوده است. در کودکی اتاقش را به دقت تمیز نگه می‌داشت. دوستان و بستگان او را به خاطر سازماندهی بیش از حد سرزنش می‌کردند. مثلاً او اصرار داشت که اسباب‌بازی‌های کمد اسباب‌بازی‌اش را بر اساس رنگ و دسته‌بندی بچیند. در دانشگاه، رژیم سفت و سخت خانه‌داری او هم اتاقی‌هایش را متحیر می‌کرد و آزار می‌داد. او در اصرار بر منظم نگه داشتن اتاق و عاری از هرج و مرج، مستبد بود. ترور این الگو را تا زندگی بزرگسالی خود ادامه داده است. او که به عنوان کارمند بایگانی استخدام می‌شود، به خود می‌بالد که بدون توجه به مشکلات سلامتی و بحران‌های خانوادگی، هرگز یک روز کاری را از دست نداده است. با این حال، رئیس او به ترور پیشنهاد ارتقا نمی‌دهد، زیرا او احساس می‌کند که ترور بیش از حد به جزئیات فرآیند تشکیل پرونده توجه می‌کند، بنابراین کار دفتر را در حین بررسی و بازبینی هر کاری که انجام می‌دهد کند می‌کند. ترور با جستجوی فرصت‌هایی برای به دست گرفتن کنترل، احساس اهمیت خود را در دفتر افزایش می‌دهد. به عنوان مثال، زمانی که همکارانش در حال برنامه‌ریزی یک مهمانی هستند، او به دلیل نگرانی‌هایش در مورد جزئیات رویداد، مانند زمان شروع، میزان غذای سفارش، و تزئینات، تمایل به کندی کار دارد. در اغلب موارد، همکارانش سعی می‌کنند از دخالت او در این امر خودداری کنند، زیرا به سخت‌گیری او در چنین مسائل بی‌اهمیتی اعتراض دارند.

۵,۱۴ اختلالات شخصیت: دیدگاه زیست روانی اجتماعی

اختلالات شخصیت ترکیبی جذاب از تمایلات شخصی طولانی مدت و الگوهای رفتاری و اختلالات در هویت و روابط بین فردی را نشان می‌دهد.

اگرچه ما اغلب بر روی این مشکلات در ابتدا تمرکز می‌کنیم، اما بدیهی است که در طول زندگی یک فرد ایجاد می‌شود. اگر طبقه‌بندی آن‌ها نباشد، نویسندگان DSM احتمالاً به توسعه و اصلاح پایه علمی آن ادامه خواهند داد. ما فقط می‌توانیم امیدوار باشیم که پزشکان سلامت روان درک عمیق‌تری از این نوع اختلال و همچنین درک عمیق‌تری از عناصری که به رشد و تغییر طبیعی شخصیت افراد در طول زمان کمک می‌کنند، به دست آورند.

بازگشت به پرونده: هارولد موریل

هارولد در یک قرارداد یک ساله در یک کلینیک محلی DBT ثبت نام کرد که در آن دو بار در هفته روان درمانی و سه گروه درمانی در هفته شرکت می کرد. این برنامه بر آموزش مهارت های تنظیم هیجان، ذهن آگاهی، اثربخشی بین فردی و تحمل پریشانی متمرکز بود. با ایجاد یک رابطه حمایتی با هارولد، درمانگر او قادر به الگوبرداری از تنظیم صحیح عاطفی و اعتبار طیف وسیعی از احساسات بود، به طوری که هارولد نیازی به متوسل شدن به اقدامات افراطی برای جلب توجه دیگران احساس نکند.

تاملات دکتر توبین: مانند بسیاری از افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، هارولد در محیطی بزرگ شد که به عنوان یک محیط بی اعتبار شناخته می شود - با والدینی که تا حد زیادی در دوران کودکی او غایب بودند. او دریافت که بیش از حد کار کردن تنها راهی است که می تواند توجه آن ها را جلب کند، بنابراین این تنها راه برای او برای برقراری ارتباط با دیگران بود. حتی در ارزیابی اولیه، او این را با نشان دادن علائم خودزنی به پزشک، تهدید به ترک اتاق و سپس اشک ریختن نشان داد. علاوه بر این، او بی ثباتی بین فردی را با درخواست از درمانگر درمانگر او باشد، نشان داد و سپس فوراً به او (یا «بی ارزش کردن او») هنگامی که به او گفته شد نمی تواند او را برای درمان ببیند، بروز کرد. مردان مبتلا به BPD معمولاً با یک عاطفه خشمگین ظاهر می شوند و بیش تر از زنان که اغلب با عاطفه عمدتاً افسرده مراجعه می کنند، از مواد به عنوان روشی برای مقابله استفاده می کنند. برای مقابله با احساسات شدید خود، زنان بیش تر احتمال دارد که بی بند و باری جنسی را انجام دهند یا دچار اختلالات خوردن شوند.

برای یک فرد با اختلال شخصیت مرزی معمول است که تنها پس از اقدام به خودکشی یا داشتن افکار قوی خودکشی برای درمان مراجعه کند، زیرا این اختلال خودپذیر است - به این معنی که فرد به ندرت می فهمد که این رفتار غیرطبیعی است. با درمان مناسب، شانس هارولد برای ادامه تجربه خلق و خوی و الگوهای ارتباطی بسیار ناپایدار و متغیر به شدت کاهش می یابد.

ممکن است تعجب کنید که چرا هارولد برای درمان سوء مصرف مواد معرفی نشده است. نظر پزشک مصرف کننده این بود که سوء مصرف مواد او، به ویژه مصرف الکل، در درجه دوم اختلال شخصیت هارولد است. برای برنامه های درمان DBT معمول است که درمانجویان را ملزم می کنند که در طول دوره درمان از سوء مصرف مواد خودداری کنند. علاوه بر این، با مهارت های تنظیم خلق و خوی مناسب تر، سوء مصرف مواد هارولد ممکن

است بهبود یابد. اگر او در طول دوره درمان خود به سوء مصرف مواد ادامه دهد، سپس برای یک برنامه خاص درمان اختلال مصرف مواد معرفی می‌شود.

خلاصه

- اختلال شخصیت یک الگوی ریشه‌دار در ارتباط با افراد، موقعیت‌ها و رویدادهای دیگر با الگوی سفت و سخت و ناسازگاری از تجربه و رفتار درونی است که به دوران نوجوانی یا اوایل بزرگسالی بازمی‌گردد. در DSM-۵، اختلالات شخصیت مجموعه‌ای از مجموعه رفتارهای متمایز را نشان می‌دهد که در ۱۰ دسته مجزا قرار می‌گیرند. این ۱۰ تشخیص بر اساس ویژگی‌های مشترک در سه خوشه گروه‌بندی می‌شوند. خوشه A شامل اختلالات شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید و اسکیزوتایپال است که ویژگی‌های رفتار عجیب و غریب و غیرعادی را به اشتراک می‌گذارند. خوشه B شامل اختلالات شخصیت ضداجتماعی، مرزی، هیستریونیک و خودشیفته است که دارای نگرش‌ها و رفتارهای بیش از حد نمایشی، هیجانی و نامنظم یا غیرقابل پیش‌بینی هستند. خوشه C شامل اختلالات شخصیت اجتنابی، وابسته و وسواس اجباری است که رفتارهای مضطرب و ترسناک مشترک دارند.
- از آنجایی که اختلالات شخصیتی در دسته‌های مجزا دسته‌بندی می‌شوند، پزشکانی که افراد را برای تشخیص احتمالی ارزیابی می‌کنند، باید تصمیم بگیرند که یک درمانجو چه تعداد از معیارها را در هر دسته برآورده می‌کند و بر اساس آن تشخیص را تعیین کنند. یا درمانجو این اختلال را دارد یا خیر. پزشک ممکن است با تلاش برای مطابقت با برجسته‌ترین علائمی که فرد نشان می‌دهد با معیارهای تشخیصی شروع کند. اگر مددجو با معیارهای آن اختلال مطابقت نداشته باشد، پزشک ممکن است به سراغ اختلال دیگری برود یا تصمیم بگیرد که درمانجو دارای اختلال شخصیتی است که «به نحو دیگری مشخص نشده است».
- روانشناس کانادایی رابرت دی. هار (۱۹۹۷) چک لیست روانپزشکی اصلاح شده (PCL-R) را ایجاد کرد، ابزاری برای ارزیابی که دو عامل اصلی آن ویژگی‌های شخصیتی روان پریشی و سبک زندگی ضد اجتماعی است. ویژگی‌های اصلی شخصیت عبارتند از ظرافت و جذابیت سطحی، احساس بزرگ عزت نفس، دروغگویی بیمارگونه، فقدان همدلی با دیگران، عدم پشیمانی یا احساس گناه، و عدم تمایل به پذیرش مسئولیت اعمال خود.
- اختلال شخصیت مرزی شامل بی‌ثباتی شدید در احساس فرد از خود و روابط است. نظریه‌ها بر اختلال در تنظیم هیجانی تمرکز دارند و درمان‌های موثر شامل رفتار درمانی دیالکتیکی و روان درمانی است.

- اختلال شخصیت خودشیفته به دو نوع بزرگ و آسیب پذیر تقسیم می شود، اما هر دو شامل تمرکز و مشغله زیاد غیرواقعی است.
- درمان اختلالات شخصیت از نظر تاریخی بسیار دشوار است، اما ثابت شده است که به درمان شناختی-رفتاری پاسخ می دهند که در آن به درمانجویان کمک می شود تا مفروضات دیرینه خود را زیر سوال برده و رفتارهای آشفته خود را تغییر دهد. درک این اختلالات احتمالا با حرکت فزاینده DSM به سمت رویکرد تشخیصی بعدی تغییر خواهد کرد.

اصطلاحات کلیدی

اختلال شخصیت	اختلال شخصیت	اختلال شخصیت ضد
اختلالات روانی	هیستریونیک	اجتماعی
اختلال شخصیت اسکیزوئید	روان درمانی	اختلال شخصیت اجتنابی
اختلال شخصیت	اختلال شخصیت خودشیفته	اختلال شخصیت مرزی
اسکیزوتایپال	(NPD)	(BPD)
دو نیم سازی	اختلال شخصیت وسواسی	سه گانه تاریک
روان درمانی متمرکز بر	اجباری (OCPD)	اختلال شخصیت وابسته
انتقال	اختلال شخصیت پارانوئید	بدتنظیمی هیجانی
روان درمانی	پاراخودکشی	خودشیفتگی بزرگ
خودشیفتگی آسیب پذیر		

مسائل اخلاقی و حقوقی

اهداف یادگیری

رئوس مطالب

۱،۱۵ استانداردهای اخلاقی از جمله شایستگی، رضایت آگاهانه، محرمانه بودن، روابط با درمانجویان/دانشجویان/همکاران پژوهشی و نگهداری سوابق را توضیح دهید.

۲،۱۵ مسائل اخلاقی و قانونی در ارائه خدمات از جمله تعهد درمانجویان، حق درمان و امتناع از درمان و جایگزین‌های کم‌تر محدودکننده را تبیین کنید.

۳،۱۵ مسائل پزشکی قانونی در درمان روانی، مانند دفاع از جنون، صلاحیت برای محاکمه، و هدف مجازات را درک کنید.



© iStock/Getty Images

گزارش موردی: آلیسون یانگ

استانداردهای اخلاقی

آنچه در DSM-۵ وجود دارد:

پیامدهای اخلاقی سیستم تشخیصی جدید

صلاحیت

رضایت آگاهانه

محرمانه بودن

روابط با درمانجویان، دانشجویان و

همکاران پژوهشی

شما قضاوت کنید: روابط چندگانه

بین درمانجویان و روانشناسان

نگهداری سوابق

مسائل اخلاقی و حقوقی در ارائه

خدمات

تعهد درمانجویان

حق درمان

امتناع از درمان و کم‌ترین محدودیت

جایگزین

مسائل پزشکی قانونی در روانشناسی

رفتار

دفاع از جنون

داستان‌های واقعی: سوزانا کایسن:

تعهد غیر ارادی

شایستگی برای ایستادن در دادگاه

درک هدف مجازات

دیدگاه های جمع بندی در مورد

مسائل پزشکی قانونی

بازگشت به پرونده: آلیسون یانگ

خلاصه

اصطلاحات کلیدی

فصل ۱۵

گزارش موردی: آلیسون یانگ

اطلاعات دموگرافیک: دختر ۱۹ ساله دگرجنسگرا آسیایی آمریکایی

مشکل فعلی: آلیسون پس از مراجعه اولیه به درمان پس از یک دوره افسردگی عمده، به مدت ۸ ماه به صورت هفتگی در یک کلینیک سرپایی خصوصی به روان درمانی فردی مراجعه کرده است. آلیسون پیش از این هرگز تحت درمان روانپزشکی قرار نگرفته بود، و پس از این که به مدیر ساکن خوابگاه خود اطمینان داد که دوران سختی را برای انتقال به دانشگاه سپری کرده است، مدیر به او اطلاعاتی در مورد کلینیک‌های درمانی مجاور داد زیرا کالج کوچک مرکز مشاوره نداشت. اندکی پس از شروع درمان آلیسون، پزشک، او را به روانپزشکی ارجاع داد که SSRI تجویز کرد. آلیسون هم به درمان و هم به داروی ضد افسردگی به خوبی پاسخ داد و علائم او در عرض حدود ۴ هفته برطرف شد، اگرچه او همچنان خلق و خوی ضعیفی داشت. او همچنان برای جلسات هفتگی روان درمانی می‌آمد تا روی مسائل زمینه‌ساز افسردگی خود کار کند. خلق و خوی او نسبتاً ثابت بوده است و از زمان شروع درمان، در اکثر مواقع از علائم افسردگی شکایت کمی داشته است. آلیسون بیش‌تر درگیر فعالیت‌های فوق برنامه در مدرسه شد و شروع به شرکت در رویدادهای اجتماعی بیش‌تری کرد.

با این حال، طی سه جلسه گذشته، علائم افسردگی او افزایش یافته است. او گزارش داد که حدود ۱۰ تا ۱۲ ساعت در شب می‌خوابد و هنوز احساس آرامش نمی‌کند. او فقط یک بار در روز غذا می‌خورد، در تمرکز مشکل دارد و گریه‌های مکرر و بی‌دلیل را تجربه می‌کند. این علائم مشابه علائمی است که در همان ابتدا که برای درمان مراجعه کرده بود داشت. آلیسون همچنین اعتراف کرد که در این مدت تنها بهانه‌ای که برای بیرون رفتن از اتاق خوابگاه خود داشته است رفتن به جلسه درمانی خود است. در آخرین جلسه او، از نظر احساسی به طور قابل توجهی افسرده و مایوس بود. وقتی گزارش داد که احساس ناامیدی فزاینده‌ای دارد و افکار مکرر در مورد پایان دادن به زندگی‌اش دارد، گریه می‌کرد. او قادر به شناسایی یک عامل استرس‌زای خاص برای این قسمت فعلی نبود، و اظهار داشت که «به طور ناگهانی همه چیز را « . بیهوده» احساس می‌کند. او اظهار داشت که حدود ۲ هفته است که به خودکشی فکر می‌کرده است، اما در چند روز گذشته این افکار بسیار فراگیر شده است.

در طول جلسه، درمانگر آلیسون با انجام یک ارزیابی ایمنی به گزارش خودکشی او پاسخ داد. او پرسید که آیا آلیسون به این فکر کرده بود که چگونه خودکشی کند، که آلیسون پاسخ داد که او در خانه طنابی در اختیار داشت و قصد داشت خود را از تیر سقف اتاق خوابگاهش حلق آویز کند. سپس درمانگر پرسید که قصد او برای خودکشی چقدر قوی است، که آلیسون پاسخ داد که او قصد داشت خود را همان روز صبح حلق آویز کند، اما تصمیم گرفت برای آخرین جلسه درمانی بیاید و «خداحافظی کند».

گزارش موردی (ادامه)

اخیراً آلیسون در درمان در مورد این که چه فشار قابل توجهی از طرف خانواده‌اش برای کسب نمرات بالا در کالج احساس می‌کند، بحث کرده بود. ببا توجه به این که در دو رشته اقتصاد و علوم سیاسی تحصیل می‌کرد، به سختی می‌توانست تمام درس‌های خود بخواند و نمرات «قابل قبول» را کسب کند. بیش‌تر کار او در زمینه درمانی بر روی تصویر کم از خود و تمایل او به کم ارزش گذاشتن نه تنها دستاوردهایش بلکه هم‌چنین توانایی‌های او برای عملکرد خوب در کالج و سایر زمینه‌ها متمرکز بود. آلیسون با درمانگر خود کار می‌کرد تا راهبردهایی را بیاموزد تا به ایجاد احساس ارزشمندی و افتخار به دستاوردهای خود کمک کند. او الگوهای کم ارزش بودن خود را به والدینش نسبت داد و این که چگونه، همان‌طور که توضیح داد، «آن‌ها هرگز فکر نمی‌کنند من به اندازه کافی خوب هستم، مهم نیست که چه کار می‌کنم. من همیشه باید بهتر عمل کنم. آن‌ها هرگز راضی نیستند.» آلیسون هیچ خواهر و برادری ندارد، که به عقیده او به «ناراحتی بیش از حد والدینش» می‌افزاید. اگرچه آلیسون متوجه شد که این یک منبع ناراحتی است، اما «مقابله کردن» و ارزش‌گذاری برای خود دشوار بود زیرا هرگز یاد نگرفته بود که این کار را به تنهایی انجام دهد. در طول درمان، آلیسون و پزشکش درباره راه‌های بهبود رابطه او با خانواده‌اش بحث کردند. با توجه به این که او و والدینش مکرراً تلفنی با هم بحث می‌کردند، آلیسون این موضوع را چالش برانگیز می‌دانست. چندین بار او به قطع ارتباط با آن‌ها فکر کرده بود. با این حال، با توجه به این که والدینش از او حمایت مالی می‌کردند، این یک چالش بود. آلیسون به دلیل تمرکز شدیدش روی کارهای کالج، زمان کمی در کالج برای دوست‌یابی داشت و اغلب تنها در اتاق خوابگاهش بود. او گزارش داد که حتی زمانی که وقت استراحت داشت، دائماً در مورد تکالیف کالج نگران بود و استراحت کردن برایش بسیار دشوار بود.

سابقه مرتبط: آلیسون قبل از شروع درمان سه دوره افسردگی را تجربه کرد. اولی تقریباً ۸ ماه طول کشید و بدون مداخله بهبود یافت. دو تای دیگر هر کدام تقریباً ۲ تا ۳ ماه دوام آوردند و خود به خود نیز بهبود یافتند. اگرچه این قسمت‌ها بسیار کوتاه‌تر از قسمت اول بودند، اما فاصله زمانی بین آن‌ها بسیار کوتاه بود. دوره بین شروع درمان آلیسون و دوره افسردگی فعلی او طولانی‌ترین فاصله بین دوره‌ها تا به امروز بود. اگرچه او در طول دوره‌های افسردگی قبلی خود افکار خودکشی را گزارش کرده بود، اما هرگز برنامه یا قصد روشنی برای خودکشی نداشت. آلیسون گزارش داد که مطمئن نیست خانواده‌اش سابقه افسردگی یا اختلالات خلقی داشته‌اند یا خیر.

صورت بندی موردی: آلیسون به دلیل اپیزودهای افسردگی قبلی و عدم وجود یک دوره شیدایی، تشخیص اختلال افسردگی عمده را دارد که مکرر است. علاوه بر این، او در حال حاضر معیارهای یک قسمت افسردگی عمده را دارد. به دلیل قصد و تصمیم او برای خودکشی، واجد شرایط «شدید» را به تشخیص اضافه می‌کنیم.

طرح درمان: پزشک بالینی آلیسون بر اساس گزارش آلیسون مبنی بر این که برنامه و قصد خودکشی دارد، تشخیص داد که آلیسون تهدیدی مهم برای خودش محسوب می شود. پزشک از آلیسون پرسید که آیا می تواند با بستن قراردادی برای محافظت از ایمنی خود موافقت کند. تنها پس از این که آلیسون متعهد شد در صورت افزایش تمایلش به خودکشی با ۹۱۱ تماس بگیرد، به او اجازه داد جلسه را ترک کند. آلیسون نتوانست اظهار کند که اگر به خانه برود در امان خواهد بود و پزشک به آلیسون اطلاع داد که باید فوراً به بیمارستان برود. پزشک با ۹۱۱ تماس گرفت و یک آمبولانس آلیسون را برای ثبات بخشی او به یک بیمارستان روانی مجاور منتقل کرد.

سارا توبین، دکتر

روانشناسان در هر دو کار بالینی و تحقیقاتی خود با دستورالعمل های حرفه ای که توسط سازمان حرفه ای بزرگ، انجمن روانشناسی آمریکا (APA) ایجاد شده است، هدایت می شوند. این دستورالعمل ها دارای قدرت قانونی نیستند، اما ایالت ها و مناطق منفرد در ایالات متحده آیین نامه های سخت گیرانه ای را وضع می کنند تا روانشناسان و سایر متخصصان سلامت روان بتوانند مجوزهای خود را دریافت کنند و نگه دارند. نه تنها متخصصان بهداشت ملزم به پیروی از این استانداردها هستند، بلکه آن ها باید مرتباً توانایی خود را برای ارائه خدمات با کسب آموزش مداوم تایید کنند تا اطمینان حاصل شود که می توانند طبق بالاترین استانداردها تمرین کنند.

۱.۱۵ استانداردهای اخلاقی

بسیاری از ایالت ها نیاز دارند که برای این که یک فرد، روانشناس در نظر گرفته شود، باید مجموعه ای سفت و سخت از الزامات مجوز را بگذرانند. همه ایالت های ایالات متحده دارای هیئتی از روانشناسان هستند که بر الزامات قانونی برای دریافت و حفظ مجوز روانشناسی نظارت می کنند. این الزامات معمولاً شامل گذراندن امتحان، دریافت تعداد معینی از ساعات آموزش تحت نظارت، دریافت توصیه هایی از سایر روانشناسان دارای مجوز، و برای داشتن مجوز، شرکت در ساعات معینی از آموزش مداوم است.

همان طور که در فصل «تشخیص و درمان» بحث شد، روانشناسان از اصول اخلاقی روانشناسان و آیین نامه رفتار (۲۰۱۰) APA پیروی می کنند. اصول کلی قواعد قابل اجرا نیستند، بلکه برای روانشناسان در نظر گرفته شده است تا در رسیدن به یک اقدام اخلاقی در نظر بگیرند. در مقابل،

استانداردهای اخلاقی قوانین قابل اجرا هستند. عدم رعایت آن‌ها می‌تواند منجر به تحریم‌هایی از جمله از دست دادن عضویت در APA و مجوز حرفه‌ای دولتی شود. روانشناسان در تصمیم‌گیری در مورد رفتار حرفه‌ای خود باید قوانین اخلاقی و همچنین قوانین و مقررات مربوط به هیئت‌های روانشناسی ایالتی خود را در نظر بگیرند.

۱۰ استاندارد در آیین‌نامه اخلاقی موجود است (جدول ۱ را ببینید). از زمان نگارش اولین نسخه در سال ۱۹۵۳، APA قوانین اخلاقی را بازنویسی کرد تا با تغییرات در ارتباطات الکترونیکی را به صورت هماهنگ داشته باشد و اخیراً آیین‌نامه‌هایی را که روانشناسان در ارتش باید از آن‌ها پیروی کنند که مشارکت آن‌ها در بازجویی از تروریست‌های مظنون را ممنوع م‌کند، تنظیم کرده است. APA همچنین در ایجاد آیین‌نامه‌های رفتاری برای ارائه روان درمانی مبتنی بر اینترنت فعال است (فیشر و فرید، ۲۰۰۸).

جدول ۱ خلاصه کد اخلاقی APA

استاندارد	خلاصه
۱: حل مسائل اخلاقی	روشی را تعیین می‌کند که روانشناسان باید تعارضات اخلاقی را حل کنند، تخلفات اخلاقی را گزارش کنند و با کمیته‌های اخلاق حرفه‌ای همکاری کنند.
۲: شایستگی	این واقعیت را ثابت می‌کند که روانشناسان باید بر اساس آموزش، تجربه، مشاوره و نظارت خود در محدوده صلاحیت خود کار کنند. آن‌چه را که روانشناسان در مواقع اضطراری باید انجام دهند را شرح می‌دهد. معیارهایی را برای واگذاری کار به دیگران تعیین می‌کند. نحوه حل و فصل مشکلات و درگیری‌های شخصی را که ممکن است در توانایی آن‌ها برای ارائه خدمات تداخل ایجاد کند، توضیح می‌دهد.
۳: روابط انسانی	معیارهایی را ارائه می‌دهد که روانشناسان باید هنگام ارتباط با کارمندان، درمانجویان و کارآموزان از آن‌ها پیروی کنند. توضیح می‌دهد که چگونه روانشناسان باید از تضاد منافع اجتناب کنند. ماهیت رضایت آگاهانه در

تحقیقات، عمل بالینی یا مشاوره، از جمله اداره خدمات روانشناختی از طریق شرکت‌ها را تنظیم می‌کند.	
۴: حریم خصوصی و رازداری اصول حفاظت از شرکت‌کنندگان و درمانجویان تحقیق را بیان می‌کند. الزام می‌کند که هرگونه اطلاعات عمومی (مانند تحقیقات منتشر شده) شامل مراحل معقول برای پنهان کردن شخص یا سازمان باشد.	
۵: تبلیغات و سایر اظهارات عمومی به روانشناسان دستور می‌دهد که از طریق تبلیغات یا سایر رسانه‌های عمومی، در ارائه‌های رسانه‌ای و در اظهارات، اظهارات نادرست ارائه نکنند. محدودیت‌هایی را برای درخواست حضوری از درمانجویان بالقوه یا افرادی که نیاز به مراقبت دارند تعیین می‌کند.	
۶: نگهداری سوابق و هزینه‌ها شرایطی را فراهم می‌کند که روانشناسان باید در حفظ سوابق خود، هزینه خدمات از درمانجویان و ارائه گزارش به پرداخت‌کنندگان خدمات یا منابع مالی تحقیقاتی، از آن‌ها پیروی کنند.	
۷: آموزش و پرورش فعالیت‌های روانشناسان را در کلاس درس، به عنوان سرپرست یا مربی، و به عنوان توسعه‌دهندگان برنامه‌های آموزشی و تربیتی تنظیم می‌کند.	
۸: تحقیق و انتشار رهنمودهای خاصی را برای روانشناسانی که تحقیقات انجام می‌دهند، از جمله اطلاع‌رسانی به شرکت‌کنندگان در مورد حقوقشان، ارائه انگیزه برای مشارکت در پژوهش، استفاده از فریب در تحقیق، ارائه توضیحات به شرکت‌کنندگان، ارائه مراقبت انسانی از حیوانات، گزارش نتایج تحقیقات، اجتناب از سرقت ادبی، و اقدامات احتیاطی در انتشار مقالات ارائه می‌دهد.	
۹: ارزیابی آیین‌نامه‌هایی را برای روانشناسان در انجام ارزیابی‌ها، از جمله نحوه جمع‌آوری داده‌های ارزیابی، استفاده از رضایت آگاهانه، انتشار داده‌های آزمون، اصول ساخت آزمون، امتیازدهی و تفسیر نتایج آزمون، و حفظ امنیت آزمون، توصیف می‌کند.	
۱۰: درمان آیین‌نامه‌ای را برای روانشناسانی که درمان را ارائه می‌کنند، از جمله کسب رضایت آگاهانه تعیین می‌کند. انجام درمان با افراد، زوج‌ها، خانواده‌ها و	

گروه‌ها؛ قطع و خاتمه درمان؛ و پرهیز از صمیمیت جنسی با درمانجویان،
بستگان درمانجویان و درمانجویان سابق.

آن چه در DSM-۵ وجود دارد

پیامدهای اخلاقی سیستم تشخیصی جدید

پس از انتشار پیش نویس DSM-۵ در اواخر سال ۲۰۱۱، تعدادی از سازمان‌های حرفه‌ای سلامت روان پاسخی مشترک به آن چه که به عنوان پیامدهای بالقوه فاجعه‌بار افزودن برخی تشخیص‌ها و حذف برخی دیگر می‌دانستند، تشکیل دادند. به عنوان مثال، منتقدان معتقدند که حذف مقوله سندرم آسپرگر می‌تواند هزاران نفر را که از علائم آن رنج می‌برند درمان نکنند. در فصل «اختلالات عصبی شناختی»، ما مشکلات بالقوه در گسترش تشخیص زوال عقل به افراد با اختلالات شناختی خفیف را مورد بحث قرار دادیم. چنین تغییراتی مشکل معکوس را ایجاد می‌کند، و به افرادی که تغییرات طبیعی مرتبط با سن را در حافظه تجربه می‌کنند، برچسب نادرست نشان می‌دهد.

DSM-۵ به گونه‌ای نوشته شده است تا آخرین شواهد علمی را به عینی‌ترین شکل ممکن منعکس کند. با این حال، به ناچار جایی برای بحث وجود خواهد داشت زیرا محققان و پزشکان مطالعات تحقیقاتی موجود و شواهدی را که از کار با درمانجویان خود استنباط می‌کنند، بررسی می‌کنند. هم‌چنین پیامدهای اجتماعی و سیاسی تغییرات در سیستم تشخیصی وجود دارد. اگر افراد تشخیصی دریافت نکنند، همان‌طور که ممکن است در مورد کودکانی که قبلاً مبتلا به اختلال اوتیسم تشخیص داده شده بودند، اتفاق بیفتد، نمی‌توانند واجد شرایط دریافت انواع خاصی از بیمه برای پوشش هزینه‌های آموزش، درمان و داروهای خود باشند. سپس سیاستمداران با تصمیم‌گیری در مورد چگونگی تخصیص بودجه عمومی برای درمان، آموزش و پژوهش مواجه می‌شوند.

یکی دیگر از تغییرات مهم در DSM-۵ که پیامدهای گسترده‌ای دارد، تغییر به تشخیص اختلال افسردگی عمده در موارد افرادی است که پس از از دست دادن یکی از عزیزانشان از سوگ رنج می‌برند. در DSM-IV-TR، افرادی که از علائم سوگ رنج می‌بردند از تشخیص اختلال افسردگی عمده حذف شدند، وضعیتی که به آن طرد سوگ می‌گویند. حذف محرومیت از سوگ می‌تواند به این معنا باشد که پزشک تشخیص می‌دهد فردی که پس از مرگ یکی از نزدیکانش علائم افسردگی را تجربه می‌کند، مبتلا به اختلال افسردگی عمده است. آن شخص اکنون یک تشخیص روانپزشکی خواهد داشت که می‌تواند در توانایی او برای یافتن شغل در بخش‌های خاص اختلال ایجاد کند.

با این حال، اگر پزشکان تشخیصی را برای درمانجویی با علائم بالینی مهم تعیین نکنند، آیا این بدان معناست که درمانجویان قادر به دریافت دارو برای درمان علائم خود نیستند؟ برعکس، برای ادامه ارائه خدمات به درمانجویان خود که ممکن است دیگر واجد شرایط تشخیص نباشند، آیا پزشکان باید راههایی را در جهت تغییر دستورالعمل‌ها بیابند تا اطمینان حاصل کنند که درمانجویانشان تشخیص را دریافت می‌کنند؟ متأسفانه، از آنجایی که در بسیاری از موارد تشخیص علائم روانی دشوارتر از علائم فیزیکی است، بحث در مورد مقوله‌ها و معیارهای تشخیصی مناسب بدون شک در هر نسخه بعدی از DSM ادامه خواهد داشت. حفظ آگاهی خود از این بحث‌های ادامه‌دار در نهایت می‌تواند به شما و افرادی که می‌شناسید کمک کند تا بهترین مراقبت ممکن را دریافت کنند. اگر به یک شغل حرفه‌ای در زمینه سلامت روان ادامه دهید، برای شما حیاتی خواهد بود که از آخرین مقالات و آخرین مسائل تشخیصی برای ارائه بهترین درمان ممکن برای درمانجویان خود مطلع باشید.

صلاحیت

همان‌طور که از استاندارد ۲ می‌بینید، از روانشناسان انتظار می‌رود که صلاحیت مناسبی برای انجام درمان، مشاوره، آموزش و تحقیق داشته باشند. آن‌ها این شایستگی را اول از همه در آموزش پس از لیسانس خود به دست می‌آورند. APA به برنامه‌های آموزشی دکتری بالینی در ایالات متحده اعتبار می‌دهد تا اطمینان حاصل کند که این برنامه‌ها وسعت و عمق کافی را برای روانشناسان آینده فراهم می‌کنند تا پایه‌ای برای حرفه آن‌ها در ارائه خدمات سلامت روان باشد. همان‌طور که در فصل «تشخیص و درمان» به طور خلاصه ذکر شد، فارغ التحصیلان PhD و PsyD (دکتر روانشناسی) پس از اتمام دوره‌های خود، باید تحت نظارت فشرده به عنوان کارآموز و کارآموز پسا دکترا باشند. سپس آن‌ها باید یک آزمون صدور مجوز ملی را بگذرانند و هر گونه الزامات اضافی مربوط به ایالت خاص خود را تکمیل کنند. برای حفظ مجوز خود، آن‌ها باید طی هر یک یا دو سال پس از صدور مجوز، تعداد مورد نیاز دوره‌های آموزش مداوم را بگذرانند و بتوانند این مشارکت را مستند کنند.

نتیجه این آموزش فشرده این است که روانشناسان صلاحیت ارزیابی، مفهوم سازی و ارائه مداخلات برای درمانجویانی را دارند که آن‌ها را در درمان می‌پذیرند. در یک یادداشت مرتبط، استاندارد ۵ هم‌چنین به روانشناسان دستور می‌دهد که در مورد زمینه‌های تخصصی خود صادق باشند. پزشکانی که مدعی هستند، به عنوان مثال، روانشناس ورزشی هستند، باید در این زمینه آموزش ببینند، ترجیحاً با نظارت یک متخصص با مدرک آموزشی مناسب. هنگامی که پزشکان تخصص خود را تبلیغ می‌کنند، باید تخصص مناسب، از جمله آشنایی فعلی با یک رشته، داشته باشند تا بتوانند آن خدمات را ارائه دهند.

صلاحیت عاطفی

کیفیت مطلوب در پزشکان که در آن‌ها از یک اختلال روانی قابل تشخیص عاری هستند.

با توجه به سایر الزامات آموزش حرفه‌ای، پزشکان باید صلاحیت عاطفی را نیز داشته باشند تا بتوانند خدماتی را به درمانجویان خود ارائه دهند. این بدان معناست که در طیفی از تغییرات قابل قبول، آن‌ها باید عاری از یک اختلال روانشناختی قابل تشخیص باشند. در صورت بروز چنین اختلالی، باید تحت درمان قرار گیرند و تا زمانی که علائم آن‌ها بهبود یابد یا حداقل تحت کنترل باشد، فعالیت خود را به حالت تعلیق درآورند. برای حصول اطمینان از این که متخصصان بهداشت روانی این استانداردهای شایستگی را رعایت می‌کنند، از آن‌ها انتظار می‌رود که به طور منظم خود بازرسی انجام دهند که در آن به طور عینی شایستگی خود را برای انجام کار خود ارزیابی می‌کنند. آن‌ها هم‌چنین می‌توانند از نظارت یا مشاوره از یک متخصص دیگر، شاید فردی با تجربه یا تخصص بیشتر، بهره‌مند شوند.



یک شاهد در جلسه دادگاه برای محافظت از یکی از بستگان مبتلا به اختلال روانی شهادت می‌دهد.

© هاید بنسر/کوربیس

در یک دادگاه حقوقی، وکیل اغلب از روانشناسان می‌خواهد که شهادت کارشناسی بدهند، مانند تشریح محدودیت‌های حافظه شاهد عینی یا توضیح ماهیت تشخیص روانپزشکی. اگر این کار را انجام دهند، باید حدود حوزه‌های تخصصی خود را روشن کنند. اگر در زمینه خاصی تخصص ندارند، باید از متخصصی که تخصص دارد، مشاوره بگیرند.

حتی پیچیده‌تر از نقش شاهد متخصص، انجام ارزیابی در پرونده‌های حمایت از کودکان است. چنین ارزیابی‌هایی در شرایطی که در مورد رفاه کودک نگرانی وجود دارد ضروری است. به عنوان مثال، اگر شواهد یا اتهاماتی مبنی بر سوء استفاده وجود داشته باشد، دادگاه ممکن است از یک متخصص بهداشت روان برای ارائه توصیه‌هایی در مورد مراقبت از کودک دعوت کند. یک قاضی ممکن است یک پزشک را به عنوان نماینده دادگاه یا آژانس حمایت از کودکان منصوب کند، یا یکی از والدین ممکن است پزشک را استخدام کند. در برخی موارد، پزشک یک قیم منصوب دادگاه جهت نمایندگی محجور در دعویاست، شخصی که دادگاه او را برای وکالت یا تصمیم‌گیری برای یک فرد بالغ صغیر یا ناتوان که از نظر قانونی قادر به انجام این کار در یک دادرسی حقوقی مدنی نیست، تعیین می‌کند.

وقتی درمانجویانی که به دنبال خدمات پزشکان هستند، نیازهایی فراتر از حوزه صلاحیت پزشک دارند، چالش‌های دیگر خود را نشان می‌دهند. در این موارد، پزشک باید ارجاع دهد یا نظارت مناسب را انجام دهد. به عنوان مثال، یک درمانجوی میانسال که به دنبال کمک برای مشکلات حافظه مادرش است، ممکن است به پزشکی مراجعه کند که افراد مسن مبتلا به اختلالات عصبی شناختی را درمان نمی‌کند. پزشک باید توصیه کند که فرد دیگری در صورت عدم آموزش لازم، ارزیابی روانپزشکی مادر را انجام دهد.

برای کمک به روانشناسان در ارزیابی شایستگی‌های خود در زمینه‌هایی که ممکن است خارج از حوزه تخصصی آن‌ها باشد، APA دستورالعمل‌هایی را در زمینه‌های خاص درمان ایجاد کرده است. APA انواع دستورالعمل‌های عملی و معیارهای مرتبط را به عنوان سیاست در زمینه‌هایی مانند رفتار با درمانجویان همجنسگرا، لزبین و دوجنسگرا (جدول ۲)؛ ارزیابی‌های حمایت از کودک (جدول ۳)؛ تمرین روانشناختی با افراد مسن (جدول ۴)؛ تمرین روانشناختی با دختران و زنان

قیم منصوب دادگاه
جهت نمایندگی
محجور در دعوی

شخصی که توسط
دادگاه برای وکالت یا
تصمیم‌گیری برای یک
صغیر یا بزرگسال ناتوان
که از نظر قانونی قادر به
انجام این کار در یک
دادرسی مدنی نیست،
منصوب می‌شود.

(جدول ۵)؛ و ارزیابی و مداخله با افراد دارای معلولیت (جدول ۶) را تایید کرده است. این دستورالعمل‌ها برای آموزش پزشکان و ارائه توصیه‌هایی در مورد رفتار حرفه‌ای در نظر گرفته شده است. آن‌ها ابزارهای مفیدی برای روانشناسان در عمل برای توسعه و حفظ شایستگی‌ها و/یا یادگیری در مورد حوزه‌های تمرینی جدید هستند.

به طور فزاینده‌ای، روانشناسانی که در زمینه خاصی تخصص دارند، به دنبال گواهی هیئت مدیره با «وضعیت دیپلماتیک» هستند. هیئت روانشناسی حرفه‌ای آمریکا (ABPP) معیارهایی را برای صدور گواهینامه دیپلمات‌های بالقوه تعیین می‌کند و آزمایش آن‌ها را توسط کارشناسان در هر تخصص خاص ترتیب می‌دهد. اگر بعد از امضای یک روانشناس «ABPP» را مشاهده کردید، به این معنی است که فرد این گواهینامه رسمی را دریافت کرده است. به دانشجویان دکترا در روانشناسی بالینی توصیه می‌شود که آموزش خود را پیگیری کنند تا بتوانند در ابتدای کار خود واجد شرایط این وضعیت شوند.

APA همچنین نقش اعتباربخشی عمومی‌تری را در این حرفه ایفا می‌کند و برنامه‌های آموزشی بالینی را تایید می‌کند، زمینه‌های تخصصی (مانند روانشناسی عصبی یا روانشناسی)، و استانداردهای برنامه درسی برای برنامه‌های مختلف از دبیرستان تا تحصیلات تکمیلی در روانشناسی را تایید می‌کند.

جدول ۲ دستورالعمل‌های روان درمانی با درمانجویان زن همجنسگرا، مرد همجنسگرا و دوجنسگرا

۱. روانشناسان می‌دانند که همجنسگرایی و دوجنسگرایی نشان‌دهنده بیماری روانی نیست.
۲. روانشناسان تشویق می‌شوند تا تشخیص دهند که چگونه نگرش‌ها و دانش آن‌ها در مورد مسائل مربوط به زنان همجنسگرا، مردان همجنسگرا و دوجنسگرایان ممکن است با ارزیابی و درمان مرتبط باشد و در صورت لزوم به دنبال مشاوره یا ارجاع مناسب باشند.
۳. روانشناسان تلاش می‌کنند تا راه‌هایی را که بدنامی اجتماعی (یعنی تعصب، تبعیض و خشونت) خطراتی را برای سلامت روانی و رفاه درمانجویان زن همجنسگرا، مرد همجنسگرا و دوجنسگرا ایجاد می‌کند، درک کنند.
۴. روانشناسان تلاش می‌کنند تا بفهمند چگونه دیدگاه‌های نادرست یا تعصب‌آمیز همجنسگرایی یا دوجنسگرایی ممکن است بر ارائه درمانجو در درمان و روند درمانی تاثیر بگذارد.

۵. روانشناسان تلاش می‌کنند تا در مورد اهمیت روابط زنان همجنسگرا، مردان همجنسگرا و دوجنسگرایان آگاه باشند و به آن‌ها احترام بگذارند.
۶. روانشناسان تلاش می‌کنند تا شرایط و چالش‌های خاصی را که درمانجویان زن همجنسگرا، مرد همجنسگرا و دوجنسگراها با آن روبه‌رو هستند، درک کنند.
۷. روانشناسان تشخیص می‌دهند که خانواده‌های افراد زن همجنسگرا، مرد همجنسگرا و دوجنسگرا ممکن است شامل افرادی باشد که از نظر قانونی یا بیولوژیکی با هم مرتبط نیستند.
۸. روانشناسان تلاش می‌کنند تا بفهمند که چگونه گرایش همجنسگرا یا دوجنسگرای یک فرد ممکن است بر خانواده اصلی او و رابطه با آن خانواده اصلی تاثیر بگذارد.
۹. روانشناسان تشویق می‌شوند تا مسائل یا چالش‌های خاص زندگی را که به هنجارها، ارزش‌ها و باورهای فرهنگی متعدد و اغلب متضاد مربوط می‌شود که اعضای زن همجنسگرا، مرد همجنسگرا و دوجنسگرای اقلیت‌های نژادی و قومی با آن‌ها مواجه هستند، تشویق می‌شوند.
۱۰. روانشناسان تشویق می‌شوند تا چالش‌های خاصی را که افراد دوجنسگرا تجربه می‌کنند، تشخیص دهند.
۱۱. روانشناسان تلاش می‌کنند تا مشکلات و خطرات ویژه‌ای را که برای جوانان زن همجنسگرا، مرد همجنسگرا و دوجنسگرا وجود دارد، درک کنند.
۱۲. روانشناسان تفاوت‌های نسلی در جمعیت‌های زن همجنسگرا، مرد همجنس گرا و دوجنسگرا و چالش‌های خاصی را که افراد مسن زن همجنسگرا، مرد همجنسگرا و دوجنسگرا ممکن است تجربه کنند، در نظر می‌گیرند.
۱۳. روانشناسان تشویق می‌شوند تا چالش‌های خاصی را که افراد زن همجنسگرا، مرد همجنسگرا و دوجنسگرا با مشکلات جسمی، حسی و شناختی-عاطفی تجربه می‌کنند، تشخیص دهند.
۱۴. روانشناسان از ارائه آموزش و آموزش حرفه‌ای در مورد مسائل زن همجنسگرا، مرد همجنسگرا و دوجنسگرا حمایت می‌کنند.
۱۵. روانشناسان تشویق می‌شوند تا دانش و درک خود را از همجنسگرایی و دوجنسگرایی از طریق آموزش مداوم، آموزش، نظارت و مشاوره افزایش دهند.
۱۶. روانشناسان تلاش معقولی برای آشنایی خود با منابع مربوط به سلامت روان، آموزشی و اجتماعی برای افراد زن همجنسگرا، مرد همجنسگرا و دوجنسگرا انجام می‌دهند.

حتی اگر فردی ممکن است در پریشانی شدیدی باشد، در هنگام پذیرش در بیمارستان روانپزشکی، پزشک باید رضایت آگاهانه دریافت کند.

رضایت آگاهانه

اگرچه ممکن است با شنیدن عبارت «رضایت آگاهانه» فقط به تحقیق فکر کنید، این معیار برای رفتار اخلاقی در زمینه‌های دیگر، از جمله درمان، اعمال می‌شود. دلیل این امر این است که از روانشناسان بالینی انتظار می‌رود که پیش از موعد به درمانجویان خود در مورد آنچه می‌توانند انتظار داشته باشند در درمان اتفاق بیفتد، آگاهی دهند. در ابتدای درمان، پزشکان باید یک بیانیه کتبی به درمانجویان ارائه دهند که اهداف درمان، روند درمان، حقوق درمانجویان، مسئولیت‌های درمانگر، خطرات درمان، تکنیک‌هایی که او استفاده می‌کند، و آنچه درمانجو باید بپردازد و محدودیت‌های محرمانگی را مشخص کند. اگر درمان شامل دارو باشد، پزشک باید درمانجو را از عوارض جانبی احتمالی کوتاه مدت و بلندمدت آگاه کند. پزشک موظف است اطمینان حاصل کند که درمانجو از این مسائل آگاه است، به هر سوالی پاسخ می‌دهد و فرصتی برای امتناع از درمان دارد. سپس درمانجو آماده است تا تصمیم بگیرد که آیا به درمان ادامه دهد یا خیر.

عوارض احتمالی وجود دارد. روان درمانی یک روش غیر دقیق است و همیشه نمی‌توان دوره، خطرات یا مزایای آن را پیش‌بینی کرد. با این حال، وظیفه پزشک ارائه بهترین تخمین در شروع درمان و ارائه اطلاعات بیش‌تر در ادامه درمان است. اکثر مردم می‌توانند این موضوعات را با پزشک در میان بگذارند و آگاهانه انتخاب کنند. با این حال، موارد خاصی وجود دارد که درمانجویان بالقوه قادر به درک مسائل به منظور رضایت آگاهانه نیستند. این موارد شامل کودکان و افرادی می‌شود که به دلیل ناتوانی‌های شناختی یا سایر ناتوانی‌های روانی قادر به درک ماهیت کامل درمانی نیستند که ممکن است وارد آن شوند. در این موارد، پزشک باید با خانواده فرد یا سایر سرپرستان منصوب شده قانونی کار کند.

محرمانگی

چندین استاندارد در آیین‌نامه اخلاقی APA موضوع محرمانگی را پوشش می‌دهد. این بدان معنی است که درمانجو می‌تواند انتظار داشته باشد که آنچه در درمان اتفاق می‌افتد خصوصی باشد.

محرمانگی مدت‌هاست که به عنوان بخشی مقدس از رابطه پزشک-درمانجو در نظر گرفته شده است و به شدت توسط روانشناسان دارای مجوز حفظ می‌شود (فیشر و واکانتی-سوا، ۲۰۱۲). تدابیر امنیتی در برابر افشای اطلاعات محرمانه در قوانین اکثر ایالت‌ها وجود دارد. به منظور پایبندی به بالاترین استانداردهای عملکرد حرفه‌ای، پزشکان باید پروتکل واضحی در رابطه با نحوه اطلاع رسانی به درمانجویان در مورد ماهیت، وسعت و محدودیت‌های محرمانه داشته باشند.

جدول ۳ رهنمودهایی برای ارزیابی های روانشناختی در مسائل حفاظت از کودکان

۱. هدف اولیه ارزیابی، ارائه نتایج یا نظرات مرتبط و از نظر حرفه‌ای معتبر در مورد موضوعاتی است که سلامت و رفاه کودک ممکن است آسیب دیده باشد و/یا ممکن است در آینده آسیب ببیند.
۲. در موارد حمایت از کودک، منافع و رفاه کودک در درجه اول اهمیت قرار دارد.
۳. ارزیابی نیازهای روانی و رشدی خاص کودک و/یا والدین(ها) را که به مسائل مربوط به حفاظت از کودک مرتبط است، از قبیل سوء استفاده فیزیکی، سوء استفاده جنسی، بی‌توجهی و/یا آسیب جدی عاطفی می‌پردازد.
۴. نقش روانشناس که ارزیابی‌ها را انجام می‌دهد، نقش یک متخصص حرفه‌ای است که برای حفظ موضعی بی‌طرفانه و عینی تلاش می‌کند.
۵. پیامدهای جدی ارزیابی روانشناختی در امور حمایت از کودک، بار سنگینی را بر دوش روانشناسان می‌گذارد.
۶. روانشناسان صلاحیت تخصصی کسب می‌کنند.
۷. روانشناسان از سوگیری‌های فردی و اجتماعی آگاه هستند و در اعمال غیر تبعیض‌آمیز شرکت می‌کنند.
۸. روانشناسان از روابط متعدد اجتناب می‌کنند.
۹. بر اساس ماهیت سوالات ارجاعی، محدوده ارزیابی توسط ارزیاب تعیین می‌شود.
۱۰. روانشناسانی که ارزیابی های روانشناختی را در امور حمایت از کودک انجام می‌دهند، رضایت آگاهانه مناسب را از همه شرکت‌کنندگان بزرگسال دریافت می‌کنند و در صورت لزوم به شرکت‌کننده کودک اطلاع می‌دهند. روانشناسان باید حساسیت خاصی نسبت به مسائل رضایت داشته باشند.
۱۱. روانشناسان به شرکت‌کنندگان در مورد افشای اطلاعات و محدودیت‌های محرمانه اطلاع می‌دهند.
۱۲. روانشناسان از روش‌های متعددی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده می‌کنند.
۱۳. روانشناسان داده‌های بالینی یا ارزیابی را نه بیش از حد تفسیر می‌کنند و نه به طور نامناسب تفسیر می‌کنند.

۱۴. روانشناسانی که یک ارزیابی روانشناختی در مسائل حمایت از کودک انجام می‌دهند، تنها پس از انجام ارزیابی کافی از فرد برای حمایت از اظهارات یا نتیجه‌گیری‌های آن‌ها، نظر خود را در مورد عملکرد روانی یک فرد ارائه می‌دهند.

۱۵. توصیه‌ها، در صورت ارائه، بر این اساس است که آیا سلامت و رفاه کودک آسیب جدی دیده است و/یا ممکن است آسیب جدی ببیند.

۱۶. روانشناسان ترتیبات مالی را روشن می‌کنند.

۱۷. روانشناسان سوابق مناسبی را نگهداری می‌کنند

جدول ۴ دستورالعمل‌هایی برای تمرین روانشناختی با بزرگسالان مسن‌تر

نگرش‌ها	
روانشناسان تشویق می‌شوند تا با افراد مسن در محدوده صلاحیت خود کار کنند.	رهنمود ۱
روانشناسان تشویق می‌شوند تا تشخیص دهند که چگونه نگرش‌ها و باورهای آن‌ها در مورد پیری و افراد مسن‌تر ممکن است با ارزیابی و درمان آن‌ها با افراد مسن‌تر مرتبط باشد، و در صورت نیاز به مشاوره یا آموزش بیش‌تر در مورد این مسائل بپردازند.	رهنمود ۲
دانش عمومی در مورد رشد بزرگسالان، پیری و بزرگسالان مسن‌تر	
روانشناسان در تلاش برای کسب دانش در مورد نظریه و تحقیق در مورد پیری هستند.	رهنمود ۳
روانشناسان تلاش می‌کنند تا از پویایی‌های اجتماعی/روانی فرآیند پیری آگاه باشند.	رهنمود ۴
روانشناسان تلاش می‌کنند تا تنوع در روند پیری را درک کنند، به ویژه این که چگونه عوامل اجتماعی-فرهنگی مانند جنسیت، قومیت، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، گرایش جنسی، وضعیت ناتوانی، و محل سکونت شهری/روستایی ممکن است بر تجربه و بیان سلامت و مشکلات روانی در زندگی بعدی تاثیر بگذارند.	رهنمود ۵
روانشناسان تلاش می‌کنند تا با اطلاعات فعلی در مورد جنبه‌های بیولوژیکی و مرتبط با سلامتی پیری آشنا شوند.	رهنمود ۶
مسائل بالینی	

روانشناسان تلاش می کنند تا با دانش فعلی در مورد تغییرات شناختی در افراد مسن آشنا شوند.	رهنمود ۷
روانشناسان در تلاش برای درک مشکلات زندگی روزمره در میان سالمندان هستند.	رهنمود ۸
روانشناسان تلاش می کنند تا در مورد آسیب شناسی روانی در جمعیت سالخورده آگاه باشند و از شیوع و ماهیت آن آسیب شناسی روانی در هنگام ارائه خدمات به سالمندان آگاه باشند.	رهنمود ۹
ارزیابی	
روانشناسان تلاش می کنند تا با تئوری، تحقیق و عمل روش های مختلف ارزیابی با افراد مسن آشنا باشند و از ابزارهای ارزیابی که از نظر روان سنجی برای استفاده با آنها مناسب است آگاه باشند.	رهنمود ۱۰
روانشناسان در تلاشند تا مشکلات استفاده از ابزارهای ارزیابی ایجاد شده برای افراد جوان را در هنگام ارزیابی افراد مسن تر درک کنند و مهارت خود را در تنظیم ارزیابی ها برای تطبیق با ویژگی ها و زمینه های خاص سالمندان توسعه دهند.	رهنمود ۱۱
روانشناسان می کوشند مهارت هایی را در تشخیص تغییرات شناختی در بزرگسالان مسن تر، و در انجام و تفسیر غربالگری شناختی و ارزیابی های توانایی عملکردی توسعه دهند.	رهنمود ۱۲
مداخله، مشاوره، و ارائه خدمات دیگر	
روانشناسان تلاش می کنند تا با نظریه، تحقیق و عمل روش های مختلف مداخله با افراد مسن آشنا شوند، به ویژه با شواهد تحقیقاتی فعلی در مورد اثربخشی آنها در این گروه سنی.	رهنمود ۱۳
روانشناسان تلاش می کنند تا با افراد مسن تر و خانواده هایشان، از جمله تطبیق مداخلات برای استفاده در این گروه سنی، با مداخلات روان درمانی خاص و تغییرات محیطی آشنا شوند و مهارت خود را در به کارگیری مداخلات روان درمانی خاص و اصلاحات محیطی توسعه دهند.	رهنمود ۱۴
روانشناسان تلاش می کنند تا مسائل مربوط به ارائه خدمات را در محیط های خاصی که افراد مسن معمولاً در آن قرار دارند یا با آنها مواجه می شوند، درک کنند.	رهنمود ۱۵
روانشناسان تلاش می کنند تا مسائل مربوط به ارائه خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت را با افراد مسن تشخیص دهند.	رهنمود ۱۶
روانشناسان تلاش می کنند تا مسائل مربوط به ارائه خدمات مشاوره در کمک به افراد مسن را درک کنند.	رهنمود ۱۷

رهنمود ۱۸	در کار با افراد مسن‌تر، روانشناسان تشویق می‌شوند تا اهمیت ارتباط با سایر رشته‌ها را درک کنند و به رشته‌های دیگر ارجاع دهند و/یا در صورت لزوم در تیم‌های مشترک و در طیف وسیعی از سایت‌ها با آن‌ها کار کنند.
رهنمود ۱۹	روانشناسان تلاش می‌کنند تا مسائل اخلاقی و/یا حقوقی ویژه‌ای را که در ارائه خدمات به سالمندان مستلزم است، درک کنند.
آموزش	
رهنمود ۲۰	روانشناسان تشویق می‌شوند تا دانش، درک و مهارت‌های خود را در رابطه با کار با سالمندان از طریق آموزش مداوم، آموزش، نظارت و مشاوره افزایش دهند.

منبع: انجمن روانشناسی آمریکا. (۲۰۱۸). رهنمودهایی برای تمرین روانشناختی با افراد مسن (گزارش منتشر شده). برگرفته از

<http://www.apa.org/practice/guidelines/older-adults.aspx>

جدول ۵ رهنمودهایی برای تمرین روانشناختی با دختران و زنان

رهنمود ۱	روانشناسان تلاش می‌کنند تا از تاثیرات اجتماعی شدن، کلیشه‌سازی و رویدادهای منحصر به فرد زندگی بر رشد دختران و زنان در گروه‌های فرهنگی مختلف آگاه باشند.
رهنمود ۲	روانشناسان تشویق می‌شوند تا اطلاعات مربوط به ظلم، امتیازات و توسعه هویت را بشناسند و از آن‌ها استفاده کنند زیرا ممکن است بر دختران و زنان تاثیر بگذارد.
رهنمود ۳	روانشناسان تلاش می‌کنند تا تاثیر سوگیری و تبعیض را بر سلامت جسمی و روانی افرادی که با آن‌ها کار می‌کنند درک کنند.
رهنمود ۴	روانشناسان تلاش می‌کنند تا از شیوه‌های تایید کننده جنسیتی و فرهنگی در ارائه خدمات به دختران و زنان استفاده کنند.
رهنمود ۵	روانشناسان تشویق می‌شوند تا تشخیص دهند که چگونه اجتماعی شدن، نگرش‌ها و دانش آن‌ها در مورد جنسیت ممکن است بر عملکرد آن‌ها با دختران و زنان تاثیر بگذارد.
رهنمود ۶	روانشناسان تشویق می‌شوند تا از مداخلات و رویکردهایی استفاده کنند که در درمان مسائل مورد توجه دختران و زنان مؤثر بوده است.

روانشناسان تلاش می‌کنند تا روابط و شیوه‌های درمانی را تقویت کنند که ابتکار عمل، توانمندسازی و گزینه‌ها و گزینه‌های گسترده را برای دختران و زنان ترویج می‌کند.	رهنمود ۷
روانشناسان تلاش می‌کنند تا ارزیابی‌ها و تشخیص‌های مناسب و بی‌طرفانه را در کار خود با دختران و زنان ارائه دهند.	رهنمود ۸
روانشناسان تلاش می‌کنند تا مشکلات دختران و زنان را در زمینه اجتماعی-سیاسی آن‌ها مد نظر قرار دهند.	رهنمود ۹
روانشناسان می‌کوشند تا خود را با سلامت روان، آموزش و منابع جامعه برای دختران و زنان آشنا کرده و از آن‌ها استفاده کنند.	رهنمود ۱۰
روانشناسان تشویق می‌شوند تا سوگیری‌های نهادی و سیستمی را که ممکن است بر دختران و زنان تاثیر بگذارد، درک کنند و تلاش کنند.	رهنمود ۱۱

منبع: انجمن روانشناسی آمریکا. (فوریه ۲۰۰۷). رهنمودهایی برای تمرین روانشناختی با دختران و زنان. برگرفته از

<https://www.apa.org/practice/guidelines/girls-and-women.aspx>

محتوای درمان ارتباط ممتاز است. به عبارت دیگر، پزشک نمی‌تواند بدون اجازه صریح درمانجو، هیچ اطلاعاتی را درباره درمانجو در دادگاه فاش کند. حفاظت ارائه شده توسط رازداری به درمانجویان در درمان اجازه می‌دهد تا آزادانه در مورد علائم، مشکلات در روابط با دیگران و تاریخچه دوران کودکی خود صحبت کنند، که همگی ممکن است حاوی اطلاعات بسیار شخصی و ظریف باشد. محرمانگی هم‌چنین از آزمودنی‌های تحقیق در برابر افشای اطلاعاتی که برای یک محقق بدون رضایت صریح آن‌ها برای عموم فاش می‌کنند محافظت می‌کند.

با این حال، استثنائاتی برای محرمانگی وجود دارد. از نظر قانونی، مواردی وجود دارد که در آن دادگاه حق دریافت اطلاعاتی را دارد که در چارچوب پرونده ظاهر می‌شود (بارسکی و گولد، ۲۰۰۲). این موارد شامل موارد حضانت کودک، محاکمه‌هایی است که در آن متهم از ناتوانی ذهنی به عنوان دفاع در یک محاکمه جنایی استفاده می‌کند، و مواردی که دادگاه روانشناس را تعیین می‌کند تا مشخص کند که آیا متهم صلاحیت محاکمه را دارد یا خیر. ارزیابی‌هایی که توسط دادگاه اجباری

می‌شوند از قاعده محرمانگی مستثنی هستند. متهمان باید کتبا از این محدودیت مطلع شوند و درک خود را تصدیق کنند.

اصل محرمانگی در مواردی که سوء استفاده را شامل می‌شود نیز محدودیت‌هایی دارد. هر ایالتی به نوعی از گزارش اجباری توسط متخصصان زمانی که از موارد کودک آزاری یا بی‌توجهی آگاه می‌شود، نیاز دارد. آزار و اذیت، که می‌تواند فیزیکی یا جنسی باشد، عملی از سوی مراقب است که باعث آسیب جدی جسمی یا روحی می‌شود. غفلت عبارت است از خودداری عمدی از غذا، پوشاک، سرپناه یا مراقبت‌های پزشکی. هدف از گزارش اجباری محافظت از قربانیان در برابر سوء استفاده و غفلت مداوم، آغاز گام‌هایی برای مداخله بالینی با فرد مورد آزار، و بازدارندگی، تنبیه و بازپروری متجاوزان است. قربانیان می‌توانند شامل افراد آسیب‌پذیر، مانند افرادی با ناتوانی‌های جسمی یا فکری و سالمندان آسیب‌پذیر باشند که نمی‌توانند از خود محافظت کنند. برخی از ایالت‌ها از روانشناسان می‌خواهند که نه تنها آزار مالی، عاطفی، جسمی یا جنسی را گزارش کنند، بلکه از خود بی‌توجهی افراد ۶۰ ساله یا بالاتر که به نیازهای خود به غذا، پوشاک، سرپناه امن و مطمئن، مراقبت شخصی و درمان پزشکی توجهی ندارند، گزارش دهند.

جدول ۶ دستورالعمل برای ارزیابی و مداخله با افراد دارای معلولیت

آگاهی، آموزش، دسترسی و تنوع معلولیت	
رهنمود ۱	روانشناسان تلاش می‌کنند تا از مدل‌های ناتوانی آگاهی کسب کنند و درک کنند که چگونه این مدل‌ها می‌توانند بر نحوه ارائه خدمات آن‌ها تاثیر بگذارند.
رهنمود ۲	روانشناسان سعی می‌کنند باورها و واکنش‌های خود نسبت به ناتوانی‌ها را بررسی کنند و بفهمند که چگونه می‌تواند بر کارشان تاثیر بگذارد.
رهنمود ۳	روانشناسان برای بهبود دانش و مهارت‌های خود برای کار با افراد دارای معلولیت آموزش و مشاوره می‌گیرند.

روانشناسان سعی می‌کنند از زبان و رفتاری استفاده کنند که مناسب باشد و به افراد دارای معلولیت احترام بگذارند.	رهنمود ۴
برای اطمینان از این‌که مراجعان دارای معلولیت می‌توانند به خدمات خود دسترسی داشته باشند، روانشناسان تلاش می‌کنند تا محیط‌های بدون مانع را فراهم کنند.	رهنمود ۵
روانشناسان سعی می‌کنند هم تجربیات مشترک و هم تجربیات فردی را که بر درمانجویان دارای معلولیت تاثیر می‌گذارد، درک کنند.	رهنمود ۶
روانشناسان تلاش می‌کنند تا تنوع تجربیات افراد دارای معلولیت را بشناسند و بیاموزند، از جمله این‌که معلولیت چگونه بر رشد فرد در طول زندگی تاثیر می‌گذارد.	رهنمود ۷
روانشناسان درکی از نقاط قوت و چالش‌هایی که خانواده‌های افراد دارای معلولیت با آن روبه‌رو هستند به دست می‌آورند.	رهنمود ۸
روانشناسان تلاش می‌کنند تا خطر افزایش سوء استفاده را که می‌تواند افراد دارای معلولیت را تحت تاثیر قرار دهد، تشخیص دهند.	رهنمود ۹
روانشناسان سعی می‌کنند یاد بگیرند که چگونه می‌توان از فناوری کمکی برای سودمندی افراد دارای معلولیت استفاده کرد.	رهنمود ۱۰
تست و ارزیابی	
روانشناسان در ارزیابی خود از درمانجویان دارای معلولیت تلاش می‌کنند تا ناتوانی را یکی از انواع دیگر تنوع بدانند و سعی می‌کنند ابزارهای ارزیابی مناسبی را برای به دست آوردن امتیازات آزمون معتبر ارائه دهند.	رهنمود ۱۱
روانشناسان تلاش می‌کنند تا درمانجویان دارای معلولیت خود را از طریق طیف وسیعی از روش‌ها ارزیابی کنند تا نقاط قوت و محدودیت‌های آن‌ها را درک کنند.	رهنمود ۱۲
مداخلات	
روانشناسان برای برنامه‌ریزی، توسعه و اجرای مداخلات روانشناختی تلاش می‌کنند تا در صورت لزوم با درمانجویان خود و هم‌چنین خانواده‌ها همکاری کنند.	رهنمود ۱۳
روانشناسان تلاش می‌کنند تا از چگونگی تاثیر محیطی که درمان در آن انجام می‌شود بر کار آن‌ها با درمانجویانی که دارای معلولیت هستند، آگاه باشند.	رهنمود ۱۴

روانشناسان تلاش می کنند تا مداخلاتی را برای درمانجویان دارای معلولیت ارائه دهند که رفاه آن‌ها را افزایش داده و همچنین پریشانی را کاهش دهد و به بهبود هر گونه کمبود مهارت کمک کند.	رهنمود ۱۵
حفظ دیدگاه های درمانجویان در هنگام کار با سیستم های درمانی یا آموزشی بزرگ تر می تواند به روانشناسان اجازه دهد تا به آن‌ها در دستیابی به خودمختاری، ادغام، انتخاب و در دسترس بودن کمترین محدودیت ها کمک کنند.	رهنمود ۱۶
روانشناسان برای ارتقای سلامت افراد دارای معلولیت تلاش می کنند.	رهنمود ۱۷

منبع: انجمن روانشناسی آمریکا. (۲۰۱۲ الف). رهنمودهایی برای ارزیابی و مداخله با افراد دارای معلولیت. روانشناس آمریکایی، ۶۷، ۴۳-۶۲.

یکی دیگر از استثنای اصل محرمانگی زمانی اتفاق می افتد که پزشک متوجه شود درمانجو قصد دارد به شخص دیگری آسیب برساند. این موارد با روانشناس مواجه می شود که وظیفه دارد هشدار دهد (یا محافظت کند). دستور وظیفه هشدار مستلزم آن است که پزشک قربانی مورد نظر را در مورد خطرات احتمالی ناشی از رفتار درمانجو مطلع کند.

پرونده معروف تاراسوف وی. ویجنتز دانشگاه کالیفرنیا (تاراسوف وی. ویجنتز دانشگاه کالیفرنیا، ۵۵۱ P ۲۰ ۳۳۴ [کالیفرنیا ۱۹۷۶])، که در آن یک دانشجویی به نام تاتیانا تاراسوف توسط پروسنجیت پودار، دانشجوی کارشناسی ارشد که در سال ۱۹۶۷ از هند برای تحصیل در رشته الکترونیک و معماری دریایی در دانشگاه کالیفرنیا، برکلی آمده بود، هدف گلوله قرار گرفت و به ضرب چاقو کشته شد منشا ایجاد قوانین مربوط به وظیفه هشدار است. تاراسوف زمانی که برای اولین بار با پودار ملاقات کرد به او بی علاقه بود و پیشنهاد ازدواج او را در مارس ۱۹۶۹ رد کرد. پودار افسرده به هم اتاقی خود اعتماد کرد و به او گفت که می خواهد خانه تاراسوف را منفجر کند. پودار ناامید شد و به هم اتاقی خود گفت که می خواهد خانه تاراسوف را منفجر کند. هم اتاقی به پودار توصیه کرد که به دنبال درمان باشد و در ژوئن ۱۹۶۹ پودار به روانپزشکی در خدمات بهداشتی دانشگاه مراجعه کرد که داروهای ضد روان پریشی تجویز کرد و او را برای درمان به روانشناس معرفی کرد. در ماه اوت، پودار بارها و بارها افکار قتل آمیز خود را علیه تاراسوف به روانشناس اعلام کرد. پس از این که روانشناس به پودار هشدار داد که در صورت ادامه این افکار او را مهار خواهد

کرد، پودار به طور ناگهانی درمان را قطع کرد. گرچه روانشناس و روانپزشک نیت پودار را به پلیس اعلام کردند و سپس پلیس با او مقابله کرد، اما او این قصد را رد کرد و قانون هیچ اقدام دیگری انجام نداد. پودار شروع به تعقیب تاراسوف کرد و در اکتبر ۱۹۶۹ او را تنها در خانه یافت و او را کشت. سپس خود را به پلیس تحویل داد. والدین او از دانشگاه و پلیس به دلیل هشدار ندادن به تاراسوف شکایت کردند و سرانجام در دسامبر ۱۹۷۶ دادگاه عالی کالیفرنیا به نفع والدین رای داد. سوال اساسی این بود که «آیا یک روان درمانگر باید شخص ثالثی را که در معرض خطر آسیب جدی یا مرگ از جانب بیمار تحت تهدید دعوای حقوقی مدنی برای جبران خسارت قرار دارد شناسایی کند و سپس به آن شخص ثالث هشدار دهد یا اقدامات حفاظتی دیگری انجام دهد.» (هربرت، ۲۰۰۲، ص ۴۱۹).



تاتیانا تاراسوف (سمت چپ)، دانشجوی دانشگاه کالیفرنیا، توسط پروسنگیت پودار (سمت راست)، که به درمانگر خود گفته بود قصد کشتن او را دارد، در آستانه درب منزلش مورد اصابت گلوله قرار گرفت و با ضربات چاقو کشته شد.

©AP Images

پیامدهای این تصمیم مهم هم‌چنان توسط روانشناسان احساس می‌شود، زیرا تلاش می‌کنند بین تهدیدهای جدی درمانجویان خود و خیال‌پردازی‌های تصادفی تفاوت قائل شوند و حق محرمانگی درمانجو را در مقابل حقوق دیگران می‌سنجند. در آوریل ۲۰۰۷، دانشجویی در موسسه پلی تکنیک

ویرجینیا و دانشگاه ایالتی به نام سئونگ-هوی چو ۳۲ نفر را کشت و ۲۵ نفر را زخمی کرد. او پس از نشان دادن رفتار تهدیدآمیز و آزاردهنده در محوطه دانشگاه از یک مرکز بهداشت روان درمان شده بود. در نسخه ویرجینیا از قانون وظیفه هشدار تاراسوف، مراقبان سلامت روان باید از استفاده از خشونت فیزیکی یا سایر ابزارهای آسیب رساندن به دیگران تا زمانی که سازمان مجری قانون مناسب احضار شود و حضانت درمانجو را به عهده بگیرد، جلوگیری کنند. اگرچه چو از قربانیان خاصی نام نبرد، اما این پرونده بار دیگر سوالاتی را در مورد مسئولیت‌های قانونی متخصصان بهداشت روان در زمانی که درمانجویانشان قصد قتل یا خودکشی را ابراز می‌کنند، ایجاد کرد.



جیمز ای. هولمز در دادگاه منطقه ای آراپهو، دوشنبه، ۲۳ ژوئیه ۲۰۱۲، در سنتیال، کلرادو، پس از دستگیری او برای قتل عام سینمای آرورا که ۱۲ کشته و ۷۰ زخمی برجای گذاشت، ظاهر می‌شود.

©Pool/Getty Images News/Getty Images

روابط با درمانجویان، دانشجویان و همکاران پژوهشی

روابط متعدد

روابط غیراخلاقی زمانی رخ می‌دهد که یک روانشناس در نقش حرفه‌ای با یک فرد باشد و نقش دیگری با آن شخص داشته باشد که می‌تواند «عینیت، شایستگی یا اثربخشی روانشناس را در انجام وظایف خود به عنوان یک روانشناس» مختل کند یا در غیر این صورت خطر سوء استفاده یا آسیب رساندن به شخص دیگر داشته باشد.

آیین‌نامه اخلاقی APA روشن می‌کند که روان‌شناسان باید اقداماتی را انجام دهند تا اطمینان حاصل شود که تمام معاملات را با افراد دیگر، از جمله روان‌شناسان دیگر، با نهایت حرفه‌ای بودن انجام می‌دهند. در درمان، نقش‌ها و مرزهای مشخص ضروری است تا درمانجویان احساس امنیت و اعتماد کند و پزشک عینیت و اثربخشی خود را حفظ کند. هنگامی که یک پزشک مرزهای یک رابطه درمانی را نقض می‌کند، درمانجو می‌تواند پیامدهای غیر درمانی مختلفی را تجربه کند که فقط علائم آن‌ها را بدتر می‌کند.

شکل افراطی نقض رابطه درمانی، صمیمیت جنسی با درمانجویان است که صراحتاً در قوانین اخلاقی حرفه‌های بهداشت روان ممنوع است. در واقع، روانشناسان از درگیری جنسی با درمانجو برای حداقل ۲ سال پس از پایان درمان (یا در بسیاری از موارد بیش‌تر) منع شده‌اند.

روانشناسان هم‌چنین باید از روابط چندگانه، به ویژه با درمانجویان خود در زمینه درمانی، خودداری کنند. آیین‌نامه اخلاقی APA روابط متعدد را زمانی تعریف می‌کند که یک روان‌شناس در نقش حرفه‌ای با یک فرد قرار می‌گیرد و نقش دیگری با آن شخص دارد که می‌تواند «عینیت، شایستگی یا اثربخشی روان‌شناس را در انجام وظایفش به‌عنوان روان‌شناس» مختل کند. در غیر این صورت خطر استثمار یا آسیب رساندن به شخص دیگر را تهدید می‌کند. با این حال، روابط متعددی که ما به طور منطقی معتقد نیستیم باعث آسیب یا خطر بهره‌برداری یا آسیب می‌شوند، غیراخلاقی نیستند. به عنوان مثال، درمانگران معمولاً روان درمانی فردی را برای بیماران خود ارائه می‌دهند و در عین حال گروه درمانی را که بیمار در آن شرکت می‌کند نیز تسهیل می‌کنند.

سایر دستورالعمل‌های اخلاقی بر نحوه ارتباط روان‌شناسان با دیگران تأثیر می‌گذارد. در آگوست ۲۰۱۵، در کنوانسیون سالانه APA، هیئت حاکمیتی آن، شورای نمایندگان، به اصلاح قانون اخلاقی صراحتاً برای منع هر یک از اعضای آن از مشارکت در روش‌های بازجویی پیشرفته رای داد. در این قطعنامه آمده است که روان‌شناسان «نباید در بازجویی‌های امنیت ملی برای هیچ نهاد نظامی یا اطلاعاتی، از جمله پیمانکاران خصوصی که از طرف آن‌ها کار می‌کنند، نظارت کنند، حضور داشته باشند یا به آن‌ها کمک کنند، یا در مورد شرایط حبس تا آن‌جا که ممکن است برای تسهیل چنین بازجویی توصیه کنند.» (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۵ ب). منتقدان برای یک

دهه استدلال کرده بودند که این ممنوعیت صریح باید در آیین‌نامه‌های اخلاقی سازمان گنجانده شود.

سایر ضمانت‌های اخلاقی تصریح می‌کند که روانشناسان از آسیب رساندن به دیگران اجتناب کنند، از درگیر شدن در روابط با هرگونه تضاد منافع خودداری کنند و از سایر افرادی که با آن‌ها رابطه حرفه‌ای دارند استثمار نکنند. به عنوان مثال، وقتی روان‌شناسان در تحقیق با یکدیگر همکاری می‌کنند، باید فقط برای کاری که واقعا انجام داده‌اند اعتبار یا ارزش قائل شوند. آن‌ها همچنین باید منبع تامین مالی خود را برای تحقیقاتی که بر اساس تامین مالی از آن منبع منتشر می‌کنند، افشا کنند.

شما قضاوت کنید

روابط چندگانه بین درمانجویان و روانشناسان

آیین‌نامه اخلاقی APA به صراحت بسیاری از روابط چندگانه بین روانشناسان و درمانجویانشان را ممنوع می‌کند. با این حال، با توجه به ماهیت رابطه درمانگر-درمانجو، ایجاد روابط چندگانه بالقوه تقریباً اجتناب‌ناپذیر است. در ارزیابی اخلاقیات یک رابطه چندگانه، باید بین روابط جنسی و غیرجنسی تمایز قائل شویم. روابط جنسی حداقل تا ۲ سال پس از پایان یک رابطه درمانی ممنوع است. با این حال، مرزهای پیرامون روابط غیرجنسی می‌تواند بسیار مبهم‌تر باشد. برای مثال، در جوامع روستایی یا شهرهای کوچک، روانشناسان ممکن است اجتناب از چنین معضلاتی را در شرایطی از خرده فروشی تا آموزش و ارائه خدمات حرفه‌ای دیگر تقریباً غیرممکن بدانند. تعاملات اجتماعی بین درمانگران و درمانجویان آن‌ها نیز ممکن است دشوار باشد، حتی در جوامع بزرگ‌تر با حلقه‌های اجتماعی متقاطع متعدد. در فصل «ارزیابی»، اخلاقی که روانشناسان در نظام حقوقی با آن روبه‌رو هستند را مورد بحث قرار دادیم. در این جا ما به طور کلی به روابط چندگانه نگاه خواهیم کرد زیرا آن‌ها بر روانشناسان در عملکرد بالینی خود تاثیر می‌گذارند.

با توجه به تحقیقات انجام شده بر روی روابط چندگانه (لمب، کاتانزارو، و مورمن، ۲۰۰۴)، تعاملات اجتماعی در واقع بزرگ‌ترین گروه از موقعیت‌هایی است که در آن روانشناسان خود را با عوارض بالقوه مواجهه با درمانجو مواجه می‌کنند. روانشناسان هم‌چنین روابط در حوزه‌های تجاری، معاملات مالی و وابستگی‌های مذهبی را گزارش کردند. احتمال وقوع این موارد بین روانشناسان و درمانجویان قبلی آن‌ها بیش‌تر از درمانجویان فعلی آن‌ها بود. در زمینه صمیمیت جنسی، محققان از روانشناسان خواستند تا مشخص کنند که آیا تا به حال پتانسیل برقراری ارتباط با درمانجویانشان وجود داشته است یا خیر. با این حال، حتی اگر ممکن است وسوسه شده باشند، این روانشناسان به دلیل اخلاق، ارزش‌ها و اخلاق شخصی، علاقه خود را دنبال نکردند. آن‌ها هم‌چنین بعید بود که رابطه جنسی را با درمانجوی قبلی دنبال کنند. حداقل نیمی از روانشناسان نیز نشان دادند که مایلند از روابط دوگانه اجتناب کنند و/یا نمی‌خواهند از پویایی قدرت نابرابر بین خود و درمانجویان استفاده کنند. نسبتاً تعداد کمی از پاسخ دهندگان ذکر کردند که به دلیل عواقب قانونی احتمالی یا تحریم هم‌تایان یا انجمن‌های حرفه‌ای خود از این روابط خودداری کردند.

نتایج این نظرسنجی حاکی از آن است که روانشناسان در روابط خود با درمانجویان فعلی و سابق، استانداردهای اخلاقی بالایی را رعایت می‌کنند. با این حال، همان‌طور که نویسندگان مطالعه اذعان می‌کنند، ممکن است کسانی که بیش‌ترین احساس گناه را در چندین رابطه داشتند، کم‌ترین احتمال را برای پاسخ داشتند.

سوال: شما قضاوت کنید: با بازگشت به موضوع اخلاقی، جوانب مثبت و منفی روابط متعدد را در نظر بگیرید. پس از پایان یک رابطه حرفه‌ای، آیا لازم است روانشناس با یک درمانجوی سابق درگیر نشود، به خصوص اگر در طول دوره درمان ارتباط نزدیکی داشته باشد؟ یا ماهیت رابطه درمانجو-درمانگر به گونه‌ای است که هر یک از طرفین حتی برای سال‌ها پس از پایان درمان باید به مرزها احترام بگذارند؟ آیا آیین‌نامه اخلاقی باید به همان اندازه که در حوزه روابط چندگانه سختگیرانه هستند باشد؟

نگهداری سوابق

با افزایش استفاده از سوابق الکترونیکی مراقبت‌های بهداشتی (از جمله نگهداری فایل‌ها در تبلت-های قابل حمل)، نیاز به محافظت از درمانجویان حتی حیاتی‌تر می‌شود. این نیاز منجر به تصویب یک سری قوانین پیچیده‌ای از سوی کنگره ایالات متحده شد که بر سوابق بیمار در **قانون قابل حمل و پاسخگویی بیمه سلامت در سال ۱۹۹۶ (HIPAA)** حاکم است. HIPAA در چندین مرحله از سال ۲۰۰۳ شروع شد و در سال ۲۰۰۸ به پایان رسید. برای اجرای قوانین جدید، جریمه‌های پولی مدنی می‌تواند برای عدم موفقیت از سوی کارفرما، ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی یا شرکت بیمه وضع شود.

عنوان HIPAA I از کارگران و خانواده‌هایشان در برابر از دست دادن بیمه مراقبت‌های بهداشتی در هنگام تغییر یا از دست دادن شغل محافظت می‌کند. قبل از تصویب HIPAA، افرادی که از شغلی به شغل دیگر نقل مکان می‌کردند، در صورت داشتن سابقه بیماری جدی، در معرض از دست دادن بیمه درمانی خود بودند. برای مثال، فردی که به دلیل یک بیماری سرطانی تحت درمان قرار گرفته و شغل جدیدی را انتخاب کرده است، ممکن است با این واقعیت نگران‌کننده مواجه شده باشد که به دلیل این بیماری «از قبل» نمی‌تواند از کارفرمای جدید پوشش بیمه دریافت کند.

قانون قابل حمل و پاسخگویی بیمه سلامت مصوب ۱۹۹۶ (HIPAA)

قانون ایالات متحده به منظور تضمین پوشش کافی و محافظت از مصرف‌کنندگان در برابر از دست دادن پوشش بیمه در هنگام تغییر یا از دست دادن شغل خود است.

عنوان دوم به منظور تنظیم روش‌هایی است که ارائه‌دهندگان و شرکت‌های بیمه سوابق پزشکی را که اطلاعات بهداشتی محافظت شده نامیده می‌شود، نگهداری و انتقال می‌دهند. اکنون که سازمان‌ها سوابق بهداشتی، نسخه‌ها و اطلاعات صورتحساب را از طریق اینترنت ارسال می‌کنند، متخصصان مراقبت‌های بهداشتی باید مراقبت‌های ویژه‌ای برای محافظت از سوابق پزشکی محرمانه داشته باشند.

منشور اخلاقی هم‌چنین بر روشی که روانشناسان برای خدمات خود هزینه دریافت می‌کنند، نظارت می‌کند. آن‌ها باید درمانجویان را در مورد هزینه‌های خود قبل از شروع هرگونه مداخله آگاه کنند و باید با درمانجویان در مورد ترتیبات صورتحساب به توافق برسند. شیوه‌های پرداخت هزینه‌ها نیز باید مطابق با قانون باشد. با کمال تعجب، روانشناسان می‌توانند برای خدمات با درمانجویان خود مبادله کنند - یعنی کالاها، خدمات یا سایر پاداش‌های غیر پولی را در ازای خدمات روانشناختی بپذیرند. آن‌ها نمی‌توانند این کار را انجام دهند، با این حال، اگر این ترتیب از نظر درمانی، منع مصرف داشته باشد یا از درمانجویان خود سوء استفاده کند، از انجام این کار منع می‌شوند.

۲،۱۵ مسائل اخلاقی و حقوقی در ارائه خدمات

روانشناسان و سایر متخصصان سلامت روان در حصول اطمینان از این‌که درمانجویان بهترین درمان ممکن را دریافت می‌کنند، با مشکلات متعددی روبه‌رو هستند. در عین حال، پزشکان باید بین حقوق درمانجویان و جامعه تعادل ایجاد کنند، مسائلی که معضلات اخلاقی و قانونی ایجاد می‌کند.

تعهد درمانجویان

در بهترین حالت ممکن، درمانجویانی که نیاز به درمان روانشناختی دارند، خودشان به دنبال آن هستند. با این حال، درمانجویان همیشه در موقعیتی نیستند که در مورد نیاز به مراقبت روان‌شناسی قضاوت کنند. در این موارد، متخصص سلامت روان ممکن است پیشنهاد **تعهد**، یک روش اورژانسی برای بستری غیرارادی در بیمارستان را در نظر بگیرد. پزشکان در مورد افرادی که اگر در بیمارستان بستری نشوند، احتمالاً در نتیجه بیماری روانی برای خود یا سایر افراد آسیب ایجاد می‌کنند، رسیدگی به تعهد را آغاز می‌کنند.

تعهد

یک روش اورژانسی
برای بستری غیرارادی
روانپزشکی.

parens patriae

اقتدار دولت برای
محافظت از کسانی که
قادر به محافظت از خود
نیستند.

مفهوم تعهد از این اصل حقوقی ناشی می‌شود که دولت این اختیار را دارد که از کسانی که قادر به محافظت از خود نیستند حمایت کند. قانون به این مرجع به عنوان **parens patriae** اشاره می‌کند که در لاتین به معنای «والد کشور خود» است. این امر به متخصصان مختلفی مانند روان‌شناسان، پزشکان و متخصصان پرستاری واگذار می‌شود که مجاز به امضای یک درخواست برای یک تعهد زمانی محدود (معمولاً ۱۰ روز) هستند. اگر یک متخصص بهداشت در دسترس نباشد، یک افسر پلیس ممکن است اوراق تعهد را ثبت کند. در برنامه، متخصص بیان می‌کند که چرا عدم بستری شدن در بیمارستان منجر به احتمال آسیب جدی به دلیل بیماری روانی می‌شود.

در برخی موارد، درخواست تعهد به قاضی دادگاه منطقه می‌رود، شاید به دلیل نگرانی‌های یکی از اعضای خانواده (اگرچه یکی از اعضای خانواده نمی‌تواند مستقیماً برای تعهد درخواست کند). پس از شنیدن دلایل تعهد، قاضی ممکن است حکم دستگیری بیمار روانی را صادر کند تا آن فرد ارزیابی حرفه‌ای واجد شرایط را دریافت کند. هنگامی که فرد در بیمارستان بستری شد، ممکن است درخواست‌ها و جلسات بعدی برای تمدید دوره تعهد ضروری باشد.

اکنون بیش از دوجین ایالت به دادگاه‌ها، افسران پلیس، روانپزشکان، متخصصان سلامت روان و خانواده‌ها این امکان را می‌دهند که بیماران روانی را که قانون را زیر پا گذاشته‌اند به جای دستگیری مجبور به درمان کنند. آن‌هایی که از قوانین حمایت می‌کنند که تعهد سرپایی را مجاز می‌دانند، ادعا می‌کنند که منافع برای جامعه، علاوه بر مزایای درمانی برای فرد، بیش‌تر از خطرات آن است. در سال ۱۹۹۹، ایالت نیویورک «قانون کندرا» را به تصویب رساند برنامه تعهد غیرارادی سرپایی ایالتی به دستور دادگاه را ارائه می‌دهد که به آن درمان سرپایی کمکی (AOT) می‌گویند. این قانون پس از مرگ غم‌انگیز کندرا ویدیل، که توسط غریبه‌ای که اسکیزوفرنی درمان نشده داشت، جلوی قطار متروی منهتن هل داده شد، نامگذاری شده است. شواهد اخیر نشان می‌دهد که این برنامه منجر به کاهش بستری شدن در بیمارستان و بهبود مشارکت خدمات و پایبندی به دارو شده است (سورتر و همکاران، ۲۰۱۰).

در ماه مه ۲۰۱۸، تصمیم دادگاه عالی قضایی ماساچوست (SJC) سنتی را برای راهنمایی کالج‌ها و دانشگاه‌ها در انجام وظایفشان برای اتخاذ اقدامات معقول برای جلوگیری از خودکشی دانشجویان ایجاد کرد. این تصمیم به عنوان بخشی از حکم نهایی در مورد پرونده خودکشی یک دانشجو در

سال ۲۰۰۹ در موسسه فناوری ماساچوست (MIT) صادر شد. خانواده آن دانشجوی فارغ التحصیل هان نیوگن از MIT به دلیل عدم حمایت از دانشجو علی‌رغم این که گفته می‌شود اطلاعاتی در مورد مشکلات سلامت روان او داشتند، شکایت کردند. این شکایت در ابتدا در سال ۲۰۱۱ ثبت شد و در نهایت به SJC منتقل شد، که همه ادعاهای علیه MIT را رد کرد و متوجه شد که کالج مسئول مرگ نیوگن نیست. در بخشی از این حکم آمده است که یک کالج موظف است زمانی مداخله کند که کالج اطلاع واقعی از اقدام به خودکشی دانشجو یا قصد خودکشی در حین ثبت نام یا اخیراً قبل از ثبت نام داشته باشد. اگر این وظیفه آغاز شود، SJC حکم داد که اقدامات معقول شامل شروع یک پروتکل پیشگیری از خودکشی (اگر کالج چنین پروتکلی را ایجاد کرده باشد)، یا در غیر این صورت کمک به دانشجو در دریافت مراقبت بالینی است. در صورت امتناع دانشجو از درخواست مراقبت، اطلاع از تماس اضطراری دانشجو مجاز است.

توجه به این نکته ضروری است که حکم SJC شامل کارمندان و کارکنانی می‌شود که دارای مجوز پزشکان سلامت روان نیستند، زیرا پزشکان باید هنگام کار با دانشجویان خودکشی از آیین‌نامه‌های اخلاقی حرفه‌ای خود پیروی کنند. این احتمال وجود دارد که این حکم تاثیر زیادی بر شیوه‌های مدیریت کالج‌ها و دانشگاه‌ها از دانشجویان خود بگذارد، و اگرچه مسئولیت نظارت بر تمام جنبه‌های زندگی دانشجویان خود را بر عهده ندارند، کالج وظیفه ویژه‌ای دارد تا از دانشجویان در برابر آن محافظت کند. آسیبی که ممکن است به خودشان وارد کنند.



جلسه دادگاه برای تعیین این که آیا موکل باید تحت درمان روانشناختی غیرارادی باشد یا خیر برگزار می شود. این جلسات شامل شهادت کارشناسی روانشناسی است که درمانجو را ارزیابی کرده اند.

David R. Frazier Photolibrary, Inc./Alamy Stock Photo©

حق درمان

پذیرش در بیمارستان روانی، چه داوطلبانه و چه غیر داوطلبانه، تنها آغاز ماجراست. پس از پذیرش، درمانجو وارد دنیایی می شود که برای اکثر مردم ناآشنا است، که می تواند آن ها را بترساند و گیج کند. اگر برخلاف میل خود در بیمارستان بستری شوند، ممکن است احساس خشم کنند. برای به حداقل رساندن این واکنش ها، متخصصان بهداشت سعی می کنند اطمینان حاصل کنند که مراقبت های مناسب از جمله درک حقوق قانونی آن ها بلافاصله پس از ورود به یک مرکز به درمانجویان ارائه می شود. ما قبلا در مورد اهمیت کسب رضایت آگاهانه، در صورت امکان، قبل از شروع درمان صحبت کرده ایم تا اطمینان حاصل کنیم که درمانجو ماهیت درمان، گزینه های موجود و حقوق درمانجو را درک می کند.

حق درمان

حق قانونی فردی که
وارد برای دریافت
مراقبت مناسب
بیمارستان روانپزشکی
می شود.

شاید مهم ترین حق قانونی فردی که وارد بیمارستان روانی می شود، **حق درمان** باشد. شاید عجیب به نظر برسد که ما به قوانینی نیاز داریم تا اطمینان حاصل شود که بیماران در بیمارستان ها تحت درمان قرار می گیرند، اما با خواندن تاریخچه حقوقی این اساسنامه، متوجه خواهید شد که چرا

لازم است. حق درمان به عنوان نتیجه یک پرونده حقوقی برجسته ظاهر شد (ویات وی استیکنی، ۳۲۵ [۱۹۷۲ F. Supp. [M.D. Ala. ۱۹۷۱]; ۳۴۴ F. Supp. ۷۸۱ [M.D. Ala. ۱۹۷۱]). در این مورد، یک بیمار به نام ریکی ویات در واکنش به شرایط وحشتناک در مراکز روانپزشکی و عقب ماندگی ذهنی، علیه کمیسر سلامت روان در ایالت آلاباما، دکتر استیکنی، یک شکایت دسته جمعی تنظیم کرد. این موسسات نتوانستند حتی حداقل درمان را ارائه دهند و آن قدر غیرانسانی بودند که در واقع برای سلامت روان بیماران مضر بودند. در حکم علیه ایالت آلاباما، دادگاه به اصل مطرح شده توسط یک محقق حقوقی استناد کرد که به حق قانون اساسی برای رسیدگی عادلانه استناد کرد. به عبارت دیگر، دادگاه حکم داد که متخصصان سلامت روان نمی‌توانند افراد را به موسسه‌ای که قرار است به آن‌ها کمک کند متعهد کنند، مگر این‌که بتوانند تضمین کنند که نهادهایی به آن‌ها کمک می‌کند. در غیر این صورت تعهد آن‌ها معادل حبس بدون محاکمه است. به طور مشابه، افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی به جای رفتن به موسسات، مستحق درمان در جامعه هستند.

بیماران هم‌چنین حق داشتن محیطی انسانی شامل حریم خصوصی، لباس مناسب، فرصت‌های تعامل اجتماعی، وسایل راحت، ورزش بدنی، رژیم غذایی مناسب و امتیازات پست، تلفن و ملاقات را دارند. یک حق مرتبط حق آزادی و ایمنی است (Youngberg v. Romeo, ۴۵۷ U.S. [۱۹۸۲] ۳۰۷)، که شامل حق حرکت در بخش و حمایت از بیماران خشن است. انزوا و مهارهای مکانیکی ممنوع هستند مگر این‌که از نظر پزشکی توصیه شده باشد و هنگامی که پزشکان از آن‌ها استفاده می‌کنند، می‌توانند این کار را فقط برای مدت زمان محدود و فقط برای اهداف مناسب انجام دهند (لافون، ۱۹۹۴).

امتناع از درمان و کمترین محدودیت جایگزین

قضاوت جایگزین

دکترینی که به متخصصان سلامت و اعضای خانواده اجازه می‌دهد تا تصمیمی را اتخاذ کنند که بیمار در صورت توانایی تصمیم‌گیری می‌گرفت.

کمترین محدودیت جایگزین

یک محیط درمانی که کمترین محدودیت را برای آزادی درمانجویان ایجاد می‌کند.

در جامعه ما پذیرفته شده است که بزرگسالان شایسته حق پذیرش یا رد درمان پزشکی را دارند. با توجه به عوارض جانبی جدی برخی از داروهای روان درمانی، برخی از ایالت‌های ایالات متحده قوانینی وضع کرده‌اند که به درمانجو این حق را می‌دهد که از داروهای ناخواسته امتناع کند. اگر درمانجو به طور غیر ارادی این کار را انجام دهد، پزشک باید دستور کتبی از دادگاه قانونی مبنی بر نیاز به دارو دریافت کند.

درمانجویان هم‌چنین ممکن است درمان‌هایی مانند اعمال شوک ناخوشایند یا صداها یا بد را به صورت خشن یا حتی تنبیه ببینند. اگر آن‌ها قادر به ارائه یا رد اجازه آگاهانه باشند، ممکن است چنین رفتاری را رد کنند با این حال، درمانجویانی که از نظر شناختی به خطر افتاده و قادر به تصمیم‌گیری آگاهانه در مورد چنین مداخلاتی نیستند، ممکن است نیاز به حمایت قانون داشته باشند. در این موارد، دادگاه می‌تواند دکترینی به نام **قضاوت جایگزین** را برای افرادی که خودشان صلاحیت اتخاذ چنین تصمیماتی را ندارند اعمال کند. در قضاوت جایگزین، متخصصان بهداشت و اعضای خانواده سعی می‌کنند تصمیمی را اتخاذ کنند که بیمار در صورت توانایی تصمیم‌گیری می‌گرفت (تورک، الکساندر و لانتوس، ۲۰۰۸). برای مثال، یک قاضی تلاش می‌کند تا تعیین کند که آیا درمانجو می‌خواهد با کمال میل استفاده از شوک بد را به‌عنوان درمانی که برای جلوگیری از درگیر شدن در رفتار کوبیدن سر و تهدیدکننده زندگی طراحی شده است، تایید کند.

درمانجویان هم‌چنین حق دارند در جایی که ما آن را **کمترین محدودیت جایگزین** برای درمان در یک موسسه می‌نامیم، قرار بگیرند، به این معنی که خدمات حفاظتی بزرگسالان به گونه‌ای ارائه می‌شود که آزادی بزرگسالان آسیب‌پذیر را محدودتر نمی‌کند و بیش از حد لازم برای دستیابی به خدمات ضروری و تضمین آن دخالت نمی‌کند. این حق در سال ۱۹۷۵ با یک حکم مهم در دادگاه عالی ایالات متحده (O'Connor v. Donaldson [۱۹۷۵] ۹۵ S. Ct. ۲۴۸۶) ایجاد شد. در سال ۱۹۴۳، کنت دونالدسون، پدر ۳ فرزند ۳۴ ساله بود که در کارخانه دفاع جنرال الکتریک کار می‌کرد، در آن زمان علائم اسکیزوفرنی پارانوئید را نشان داد. او به بیمارستان دولتی فرستاده شد و ۲۳ بار تحت درمان با شوک الکتریکی قرار گرفت و زندگی عادی خود را از سر گرفت. او در اواسط دهه ۱۹۵۰ متوجه شد که در حال مسموم شدن است. دونالدسون به تحریک پدرش در

سال ۱۹۵۶ به بیمارستان ایالتی چاتاهوچی فلوریدا رفت و به مدت ۱۵ سال در آن جا ماند. او با قاطعیت انکار بیماری خود، از هرگونه درمان امتناع کرد و هرگز علائمی از رفتار تهدیدآمیز از خود نشان نداد. اختلال او که پزشکان آن را اسکیزوفرنی پارانوئید تشخیص دادند، بلافاصله پس از تعهد او بهبود یافت. با این وجود، دونالدسون نزدیک به ۲ دهه در بیمارستان بستری شد و در این مدت از بسیاری از امتیازات اساسی محروم شد.



این زن بیمار در یک مرکز درمانی روزانه اختلال خوردن است که بخشی از درمان او دریافت مقدار مشخصی کالری در روز است. از آنجایی که او توانایی تصمیم‌گیری دارد، این حق را برای خود محفوظ می‌دارد که از این درمان امتناع کند، حتی اگر ارائه‌دهندگان مراقبت او فکر نکنند که این به نفع اوست.

©Katarzyna Białasiewicz/۱۲۳RF

شواهد نشان داد که حبس دونالدسون یک رژیم ساده مراقبت از حضانت اجباری بود، نه برنامه‌ای که برای تسکین یا درمان بیماری احتمالی او طراحی شده بود. شاهدان متعددی شهادت داده بودند که دونالدسون در حالی که در بیمارستان بود، چیزی جز مراقبت‌های نگهداری دریافت نکرده بود. او برای دوره‌های قابل توجهی به سادگی در اتاق بزرگی نگهداری می‌شد که ۶۰ بیمار را در خود جای داده بود، که بسیاری از آنها تحت ارتکاب جرم بودند. درخواست‌های دونالدسون برای امتیازات زمینی، آموزش شغلی و فرصتی برای بحث در مورد پرونده‌اش با سرپرست بیمارستان، D. J. B. O'Connor، یا سایر کارکنان، مکرراً رد شد.

جنون

یک اصطلاح حقوقی که به عدم مسئولیت اخلاقی فرد برای ارتکاب اعمال مجرمانه اشاره دارد.

دفاع از جنون

استدلالی که توسط وکیل مدافع از طرف موکل ارائه شد مبنی بر اینکه به دلیل وجود اختلال روانی، موکل نباید از نظر قانونی مسئول اعمال مجرمانه باشد.

قانون M'Naghten

"آزمون درست غلط" در موارد دفاع از جنون برای تعیین اینکه آیا متهم باید مسئول جرم شناخته شود یا خیر استفاده می شود.

انگیزه مقاومت ناپذیر

این استدلال حقوقی مبنی بر این که با وجود این که درمانجویان در یک محیط پزشکی قانونی می دانستند یک عمل اشتباه است، نمی توانستند خود را از عمل بر اساس انگیزه هایشان باز دارند.

حکم دادگاه عالی به نفع دونالدسون، همراه با چندین مورد کم تر شناخته شده، راه را برای تغییرات عمده در سیستم سلامت روان هموار کرد. این مورد این اصل قانونی را ایجاد کرد که وجود بیماری روانی در فرد دلیل کافی برای بستری شدن در بیمارستان روانی نیست.

۳,۱۵ مسائل پزشکی قانونی در درمان روانی

در حد فاصل روان شناسی و قانون، روان شناسان پزشکی قانونی به روش های مختلف به سیستم قضایی مشاوره می دهند. قبلا دیده ایم که روان شناسان ممکن است به عنوان شاهدان متخصص خدمت کنند. به طور کلی، آن ها هم چنین ممکن است به ارزیابی این که آیا فردی که مرتکب جرم شده است باید زندانی شود یا در یک مرکز بهداشت روان درمان شود، کمک کند.

دفاع از جنون

جنون یک اصطلاح حقوقی است که عدم مسئولیت اخلاقی یک فرد را برای ارتکاب اعمال مجرمانه توصیف می کند. دفاع از جنون استدلالی است که یک وکیل به نمایندگی از موکل ارائه می کند که به دلیل وجود اختلال روانی نباید از نظر قانونی مسئول اعمال مجرمانه باشد. حقوق جزا بر این اصل استوار است که مردم در اعمال خود حق انتخاب دارند و اگر قانون را زیر پا بگذارند باید مسئولیت پذیر باشند. ما افرادی را قضاوت می کنیم که مصمم به دیوانگی هستند، زیرا آزادی انتخاب رفتارشان و هم چنین صلاحیت ذهنی برای تشخیص درست از نادرست ندارند. دفاع از جنون به عنوان تلاشی برای محافظت از افراد مبتلا به اختلالات روانی در برابر مجازات رفتار مضر ناشی از وضعیت روانی آشفته آن ها سرچشمه گرفت.

دفاع از جنون از سوابق مختلف قانونی و تلاش های حرفه وکالت برای شفاف سازی ناشی می شود. در سال ۱۸۴۳، دادگاه بریتانیا **قانون M'Naghten** را در مورد یک هیزم شکن اسکاتلندی به نام Daniel M'Naghten صادر کرد. M'Naghten با این باور واهی که خدا به او دستور می دهد، یک مقام دولتی انگلیسی را کشت. هنگامی که او به دادگاه رفت، در دفاعیات استدلال کرد که او نباید مسئول قتل شناخته شود زیرا اختلال روانی او را از دانستن تفاوت بین حق و باطل باز می داشت. او معتقد بود که از دستورات یک قدرت بالاتر پیروی می کند و از این رو، هیچ اشتباهی در رفتار خود نمی دید. به همین دلیل است که قانون M'Naghten به عنوان «آزمون درست و غلط» نامیده می شود.

اکثر حوزه‌های قضایی در ایالات متحده قانون M'Nighen را پذیرفته‌اند. قانون‌گذاران و دادگاه‌های ایالات متحده در نهایت تعریف جنون را اصلاح و گسترش دادند و آزمایش انگیزه مقاومت‌ناپذیر را اضافه کردند تا احتمال این که برخی رفتارهای آشفته ممکن است ناشی از ناتوانی افراد در جلوگیری از اعمالی باشد که احساس می‌کنند مجبور به انجام آن هستند، باشد. اگرچه ممکن است بدانند یک عمل اشتباه است، اما نمی‌توانند خود را از عمل بر اساس انگیزه‌هایشان باز دارند.

قانون دورهمی

گسترش دفاع از جنون
مبنی بر عدم مسئولیت
کیفری فرد در صورتی
که عمل غیرقانونی به
دلیل وجود اختلال
روانی باشد.

قانون دورهم بعداً پس از تصمیم دادگاه در سال ۱۹۵۴ که اظهار داشت که اگر «عمل غیرقانونی محصول بیماری یا نقص روانی باشد» مسئولیت کیفری ندارد، دفاع از جنون را گسترش داد. هدف این بود که از افرادی با عملکرد روانی مختل به دلیل هر یک از شرایط مختلف، از جمله اختلالات شخصیت، محافظت شود. این گسترش دفاع از جنون باری را بر دوش کارشناسان بهداشت روانی گذاشت تا ثابت کنند که یک متهم دارای اختلال روانی است، حتی زمانی که شواهدی از روان پریشی آشکار وجود نداشت.

داستان های واقعی

سوزانا کایسن: تعهد غیر ارادی

«فکر نمی‌کنی به استراحت نیاز داری؟»

من گفتم: «بله»

به سمت اتاق مجاور رفت، جایی که صدای صحبت کردنش با تلفن را می‌شنیدم.

من اغلب به ۱۰ دقیقه بعدی فکر کرده‌ام - ۱۰ دقیقه آخرم. یک بار انگیزه داشتم که بلند شوم و از دری که وارد شده بودم بیرون بیایم، چندین بلوک را تا ایستگاه واگن برقی پیاده بروم و منتظر قطاری بمانم که مرا به دوست پسر مشکل‌سازم، شغلم در فروشگاه آشپزخانه بازگرداند. اما من خیلی خسته بودم.

با تلنگر به اتاق برگشت، مشغول بود و از خودش راضی بود.

او گفت: «من برای شما یک تخت دارم.»

«این جا فقط یک جای استراحت خواهد بود. فقط برای چند هفته، باشه؟» او صدای سازش یا التماس می کرد و من می ترسیدم.

گفتم: جمعه می روم. سه شنبه بود، شاید تا جمعه نخواستم برم.

او با شکمش به من فشار آورد. «نه. تو برو الان.»

من فکر کردم این غیر منطقی است. گفتم: «من قرار ناهار دارم. گفت: فراموشش کن. «شما به ناهار نمی روید. تو داری به بیمارستان می روی.»

او پیروز به نظر می رسید*.

در سال ۱۹۶۷، سوزانا کایسن، که در آن زمان ۱۹ سال داشت، پس از اقدام به خودکشی که طی آن ۵۰ قرص آسپرین همراه با ودکا مصرف کرد، به بیمارستان مک لین در بلمونت ماساچوست بستری شد. سوزانا در کتاب خود، دختر، از هم گسیخته، بینش خود را در مورد تجربه خود در تضاد با اسناد واقعی تعهد خود که بعدا به دست آورد، ارائه می دهد. سوزانا در سرتاسر کتاب، قضاوت روانپزشکش را که تصمیم گرفت او را متعهد کند زیر سوال می برد، تصمیمی که منجر به بستری شدن در بیمارستان نزدیک به ۲ سال شد. سوزانا بیماری روانی را از منظر فلسفی مورد بحث قرار می دهد و از تجربیات خود و همچنین تجربیات بیماران همکارش به عنوان راهی برای این سوال استفاده می کند که آیا واقعا به درمان بستری نیاز دارد یا خیر، آیا واقعا «دیوانه» است یا خیر. همان طور که می توانید از قسمت بالا توجه کنید، این کتاب همچنین بر تغییراتی که در طی ۵۰ سال گذشته در رویه ها و قوانین مربوط به بستری های غیرارادی روانپزشکی رخ داده است تاکید می کند. اگرچه شاید پزشک او در آن زمان احساس می کرد که سوزانا تهدیدی برای خودش است، با توجه به اقدام به خودکشی و همچنین سابقه برخی از رفتارهای آسیب زننده به خود (بریدن و مچ زدن)، روند تعهد او شامل ارزیابی کامل خطر نمی شد. و صرفا بر اساس قضاوت بالینی او بود.

وقتی سوزانا در مک لین بستری شد، پزشکان تشخیص دادند که او مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است. اکنون با نگاهی به پرونده او همان طور که در کتاب توضیح داده شده است، می توان استدلال کرد که علائم او بیش تر به تشخیص یک دوره افسردگی عمده اشاره دارد. سوزانا در «دختر، قطع شد» به معنای تشخیص خود در آن زمان و این که آیا علائم او همان طور که در DSM توضیح داده شد با تجربه واقعی او مطابقت دارد فکر می کند.

سوزانا در دوران حضورش در مک‌لین، در مورد پیامدهای بستری شدن در بیمارستان برای سلامت روان خود به طور طولانی فکر می‌کرد. گاهی در طول کتاب به نظر می‌رسد که او سعی می‌کند با خود استدلال کند و با خود عهد ببندد. می‌توانیم استدلال کنیم که این استدلال واقعا برای او مضر بود، که او باید به خودش فکر می‌کرد که باید آن‌جا باشد. طبق استانداردهای امروزی، عدم شفافیت در مورد نیاز او به بستری شدن در بیمارستان را غیراخلاقی می‌دانیم، زیرا به احتمال زیاد بیش از آن که مفید باشد به او آسیب می‌رساند. به عبارت دیگر، با او رفتار مناسبی صورت نگرفت. علاوه بر این، با توجه به استانداردهای اخلاقی فعلی، متخصصان بهداشت روان مدت اقامت او را تقریبا غیرقابل تصور می‌دانند، با توجه به این که میانگین مدت اقامت در حال حاضر برای اکثر بیماران بستری شده به حدود یک هفته نزدیک‌تر است. با این حال، در زمان نگارش کتاب، اقامت بیمار به دلیل توانایی خانواده در پرداخت هزینه بستری شدن در بیمارستان بود. در حال حاضر، پزشکان بر تثبیت بیمار تا حد امکان کارآمد تمرکز می‌کنند تا بتواند با خیال راحت به جامعه بازگردد. در پایان، بیمارستان به سوزانا اجازه داد تا از قرارداد خارج شود و او به آپارتمان خودش نقل مکان کرد.



سوزانا کایسن در مورد تجربه خود در یک مرکز روانپزشکی بستری در دختر، قطع شد نوشت. در این کتاب، او صحت تشخیص خود را زیر سوال می‌برد و این که آیا باید به دلیل علائمش در بیمارستان بستری می‌شد یا خیر.

©Boston Globe/Getty Images

در این کتاب، سوزانا پس از بستری شدن در بیمارستان، بازگشت دشوار خود به زندگی مستقل را مورد بحث قرار می‌دهد. او جزئیات تجربه دردناک تلاش برای توضیح شکاف‌های موجود در رزومه خود را برای کارفرمایان بالقوه شرح می‌دهد. او مجبور شد آدرس بیمارستانی را که به خوبی شناخته شده بود متعلق به مک‌لین است، فهرست

کند، و به بدنمی که هنگام درخواست شغل، اجاره نامه یا حتی گواهینامه رانندگی پس از ترخیص با آن مواجه می‌شد، می‌افزاید.

سوزانا در بازتاب تجربه‌اش از بستری شدن در بیمارستان، از خاطرات ماندگار آن دوران و همچنین تاثیر طولانی مدت تشخیص بر حس هویتش صحبت می‌کند.

«شاید من همان طور که با معلمان و همکلاسی‌هایم معاشقه می‌کردم، فقط با دیوانگی معاشقه می‌کردم. من متقاعد نشدم که دیوانه هستم، اگرچه می‌ترسیدم که دیوانه باشم. برخی از مردم می‌گویند که داشتن هرگونه نظر آگاهانه در مورد این موضوع نشانه عقل سلیم است، اما من مطمئن نیستم که این درست باشد. من هنوز به آن فکر می‌کنم. من همیشه باید به آن فکر کنم. . . . این یک عبارت رایج است، می‌دانم. اما برای من معنای خاصی دارد: تونل‌ها، صفحه‌های امنیتی، چنگال‌های پلاستیکی، خط مرزی درخشان و همیشه در حال تغییر که مانند همه مرزها اشاره می‌کند و می‌خواهد از آن عبور کنند. من نمی‌خواهم دوباره از آن عبور کنم.»

*منبع: سوزانا کایسن. دختر، منقطع، قدیمی، ۱۹۹۴.

در تلاشی برای ایجاد استانداردهای یکسان برای دفاع از جنون، دستورالعمل‌های موسسه حقوقی آمریکا (ALI) در سال ۱۹۶۲ (بخش ۴,۰۱) بین قوانین دوره قبل از دوره‌ها و جایگاه لیبرالی که قانون دوره‌ها اتخاذ می‌کند، موضعی میانه اتخاذ کرد. به گفته ALI، اگر اختلال روانی افراد آن‌ها را از درک نادرست بودن رفتار خود یا اعمال اراده لازم برای کنترل اعمال خود باز دارد (قاعده انگیزه مقاومت ناپذیر) مسئول رفتار مجرمانه نیستند. اصطلاح مهم در این جا «قدردانی» است. به عبارت دیگر، دانستن این که چه چیزی درست است و چه چیزی نادرست است، معادل درک اشتباه بودن رفتار شما نیست.

آیین‌نامه ALI امکان معرفی شواهد پزشکی و روانپزشکی را فراهم می‌کند و بنابراین یک آزمایش مدرن برای دفاع از جنون ارائه می‌دهد. یکی دیگر از ویژگی‌های مهم آیین‌نامه ALI، محرومیت از دفاع جنون‌آمیز افرادی است که تنها رفتار ناسازگارشان، رفتار مجرمانه مکرر یا رفتار ضد اجتماعی است. دستورالعمل ALI نسبت به قاعده دوره‌ها معیار قابل دوام‌تری برای جنون است،

دستورالعمل‌های

موسسه حقوقی آمریکا

(ALI)

رهنمودهایی مبنی بر این که افراد در صورتی که اختلال روانی آن‌ها را از درک نادرست بودن رفتار خود یا اعمال اراده برای کنترل آن بازدارد، مسئول رفتار مجرمانه نیستند.

زیرا مسئله گناه یا بی‌گناهی را از کارشناسان بهداشت روانی دور می‌کند و آن را در اختیار هیئت منصفه قرار می‌دهد، که سپس می‌تواند بر اساس شواهد مرتبط با جنایت تصمیم‌گیری کند.

در سال‌های پس از انتشار استانداردهای ALI، دادگاه‌ها دفاع از جنون را بسیار گسترده‌تر به کار بردند. با این حال، پس از این‌که جان هینکلی جونیور در سال ۱۹۸۱ اقدام به ترور رئیس‌جمهور رونالد ریگان کرد، وضعیت یک بار دیگر تغییر کرد. هینکلی به بازیگر جودی فاستر علاقه داشت و معتقد بود که اگر رئیس‌جمهور را بکشد، چنان تحت تاثیر قرار می‌گیرد که عاشق او می‌شود و با او ازدواج می‌کند. وقتی پرونده به محاکمه رفت، هیئت منصفه تشخیص داد که اقدامات هینکلی دفاع از جنون را توجیه می‌کند. او به بیمارستان سنت الیزابت در واشنگتن دی سی فرستاده شد، جایی که تا سال ۲۰۱۶ در آن‌جا ماند. این مورد توجه ملت را به درخواست جنون که به ندرت استفاده می‌شود اما بحث برانگیز است، جلب کرد، زیرا از طریق استانداردهای دورهام و ALI گسترش یافته بود. عموم مردم به خصوص از این احتمال که یک قاتل به دلیل داشتن یک اختلال روانی از قتل فرار کند خشمگین بودند.

در پاسخ به پرونده هینکلی، کنگره قانون اصلاحات دفاع از جنون در سال ۱۹۸۴ را تصویب کرد که معیار «اختلال شدید» را به دفاع از جنون اضافه کرد. این بدان معناست که افراد مبتلا به اختلالات شخصیتی دیگر نمی‌توانند ادعای جنون کنند. بار اثبات دعوی نیز توسط قانون تغییر کرد. در گذشته، دفاع باید به ادعای دادرسی مبنی بر عاقل بودن متهم اعتراض معتبری می‌کرد. با توجه به قانون اصلاحات، دفاع اکنون باید ثابت کند که متهم معیارهای جنون قانونی را دارد، که پرونده چالش برانگیزتری است.

ماهیت دفاع از جنون بر اساس ایالت تا حدودی متفاوت است. برخی از ایالت‌ها با اجازه دادن به اعتراف «گناهکار اما بیمار روانی» موضوع گناه را از اختلال روانی جدا می‌کنند. دادگاه متهمانی را که از این ادعا استفاده می‌کنند تبرئه نمی‌کند، اما در صدور حکم به آن‌ها توجه ویژه‌ای می‌کند.

با این حال، تا حدی به دلیل طوفان انتقادات پس از پرونده هینکلی، دادگاه در سال ۱۹۹۲ مسیر بسیار متفاوتی را در پیش گرفت. این بار، یک مرد ۳۱ ساله به نام جفری دامر به قتل و قطعه قطعه کردن ۱۷ پسر و جوان اعتراف کرده بود. مردانی در ویسکانسین، توضیح می‌دهند که مجبور به رابطه جنسی با اجساد مرده شده است. وکیل مدافع او استدلال کرد که این جرایم فقط می‌توانست

توسط شخصی انجام شود که با تعریف قانونی جنون مطابقت داشته باشد. هیئت منصفه ادعای گناهکار اما بیمار روانی را رد کرد زیرا آن‌ها معتقد بودند که دامر مسئول جنایات خود است و می‌تواند از نادرست بودن رفتار او قدردانی کند. دامر به خاطر قتل هر یک از قربانیانش به حبس ابد متوالی محکوم شد. او در سال ۱۹۹۴ توسط یکی دیگر از زندانیان در زندان کشته شد.

سایر موارد بسیار تبلیغاتی پس از دامر، ظرافت‌هایی را در دفاع از جنون همان‌طور که ما در حال حاضر آن را تفسیر می‌کنیم، به نمایش گذاشته‌اند. در کالیفرنیا، لایل و اریک منندز در پاسخ به سال‌ها آزار و اذیت، به قتل عمد والدین خود اعتراف کردند. وکلای مدافع آن‌ها استدلال «دفاع از خود ناقص» را ارائه کردند و اظهار داشتند که برادران در آن زمان در دهه بیست زندگی خود با این باور اشتباه عمل کردند که والدینشان قصد کشتن آن‌ها را داشتند، اعتقادی که ناشی از سابقه مادام‌العمر آزار جسمی، عاطفی، و سوء استفاده جنسی بود و در دفاعیات استدلال کردند که در شب قتل، یکی از برادران، در وضعیت روحی تغییر یافته، اسلحه شکاری خود را بیرون آورد، آن را پر کرد و به والدینش حمله کرد. دادستانی که ادعای خود را ثابت کرد، ادعا کرد که برادران با انگیزه ۱۴ میلیون دلاری که قرار بود به ارث ببرند این کار را کردند.



پرونده جان هینکلی جونیور، که در سال ۱۹۸۱ تلاش کرد رئیس جمهور رونالد ریگان را ترور کند، نگرانی عمومی را در مورد سوء استفاده احتمالی از دفاع از جنون برانگیخت. هینکلی که دادگاه او را دیوانه اعلام کرد، زندانی نشد. در عوض او تا زمان آزادی در سال ۲۰۱۶ برای درمان در بیمارستان سنت الیزابت در واشنگتن دی سی بستری بود.



لایل و اریک منندز به جرم قتل والدین خود در سال ۱۹۸۹ به حبس ابد محکوم شدند.

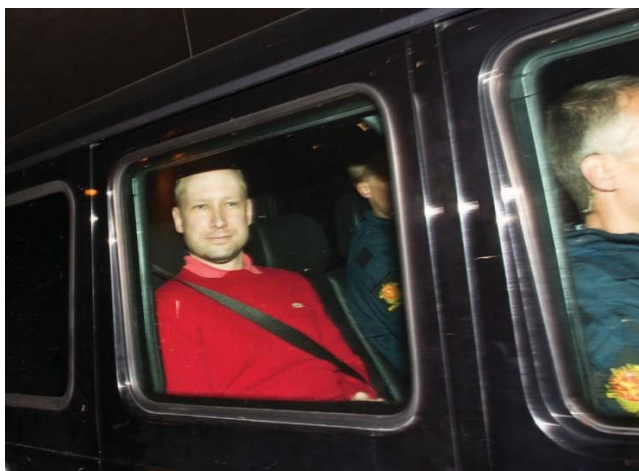
©Nick Ut/AP Images

دفاع غیرقابل مقاومت برای اولین بار در مورد لورنا بابیت ویرجینیایی که به طور گسترده گزارش شده بود، مورد توجه قرار گرفت، که ادعا می‌کرد در نتیجه سال‌ها آزار جسمی و روانی شوهرش برای مدت کوتاهی دیوانه شده است، که باعث شد آلت تناسلی شوهرش را قطع کند. به گفته بابیت، آن‌چه او «تصاویر» یا بازنمایی‌های ذهنی از بدرفتاری او با او می‌نامید بر او غلبه کرده بود. هیئت منصفه به این نتیجه رسید که او موقتاً دیوانه است و او را از تمام اتهامات جراحات بدخواهانه و غیرقانونی تبرئه کرد. طبق قانون ویرجینیا، قاضی پرونده دستور داد بابیت در یک بیمارستان روانپزشکی دولتی مورد ارزیابی قرار گیرد تا مشخص شود که آیا او برای خودش یا دیگران خطری دارد یا خیر. پس از دوره ۴۵ روزه مورد نیاز، او آزاد شد.

نوع دیگری از دفاع از جنون در مورد آندریا یتس رخ داد که در ژوئن ۲۰۰۱ پنج فرزند خود را در وان حمام خانه خود در تگزاس خفه کرد. یتس پس از تولد فرزند چهارم و پنجم خود، سابقه افسردگی شدید پس از زایمان داشت. اگرچه به نظر می‌رسید که پرونده او مستحق ادعای جنون است، دادگاه او را به قتل عمد در مارس ۲۰۰۲ محکوم کرد. با این حال، در سال ۲۰۰۶، دادگاه تجدید نظر این حکم را بر این اساس که یکی از شاهدان کارشناس در دادگاه شهادت دروغی در مورد وضعیت روانی یتس در زمان قتل ارائه کرده بود. در ژوئیه ۲۰۰۶، دادگاه یتس را از یک مرکز بهداشت روانی با امنیت بالا به یک بیمارستان روانی دولتی با امنیت پایین منتقل کرد.

محاکمه قتل لی بوید مالوو و جان آلن محمد پرونده دو نفر را ارائه کرد که با هم مرتکب جنایت شده بودند، اما تنها یک نفر واجد شرایط دفاع از جنون بود. این زوج در اکتبر ۲۰۰۲ پس از انجام حملات تک تیرانداز که در آن ۱۰ نفر در منطقه واشنگتن دی سی کشته شدند، دستگیر شدند. دادستان تاکید کرد که محمد، مردی حدوداً چهل ساله، تیراندازی را انجام داده و به مالوو ۱۷ ساله دستور داده است که به او کمک کند. وکلای مدافع مالوو به این دلیل که به او تلقین شده بود و بنابراین نوعی بیماری روانی داشت، دفاع از جنون را مطرح کردند. چون او یک نوجوان تحت قدرت یک مرد بسیار بزرگتر بود، می گفتند، مالوو درست و غلط را نمی شناخت. با این حال، هیئت منصفه این نسخه از دفاع از جنون را رد کرد. در نهایت، محمد در سال ۲۰۰۹ با تزریق کشنده در ویرجینیا اعدام شد و مالوو در سال ۲۰۰۶ به شش حبس ابد متوالی بدون امکان آزادی مشروط محکوم شد.

وضعیت برعکس در مورد تئودور کاپینسکی، معروف به Unabomber رخ داد. کاپینسکی از کابین خود در مونتانا یک کمپین ۱۸ ساله علیه «سیستم صنعتی-فناوری» به راه انداخت. او اعتراف کرد که با ارسال بسته های بمب به آدرس های دولتی، سه نفر را کشته و بسیاری دیگر را معلول کرده است. سابقه و ارزیابی بالینی گسترده او شواهد قانع کننده ای را ارائه کرد که نشان می داد او مبتلا به اسکیزوفرنی، نوع پارانوئید است. با این حال او از استفاده از دفاع جنون خودداری کرد زیرا خود را دارای اختلال روانی نمی دانست. هیئت منصفه فدرال در آوریل ۱۹۹۶ کاپینسکی را به ۱۰ مورد حمل و نقل غیرقانونی، ارسال و استفاده از بمب و سه مورد قتل متهم کرد. او در یک زندان فدرال در کلرادو باقی می ماند.



پس از ارزیابی روانپزشکی، آندرس برینگ بریویک، یک افراطی راستگرا، عاقل و مجرم به قتل ۷۷ نفر در نروژ در سال ۲۰۱۱ اعلام شد.

© Jeff Gilbert/Alamy Stock Photo

صلاحیت محاکمه

پیش‌بینی کارشناس
سلامت روان از ثبات
شناختی و عاطفی متهم
در طول دوره محاکمه.

صلاحیت محاکمه

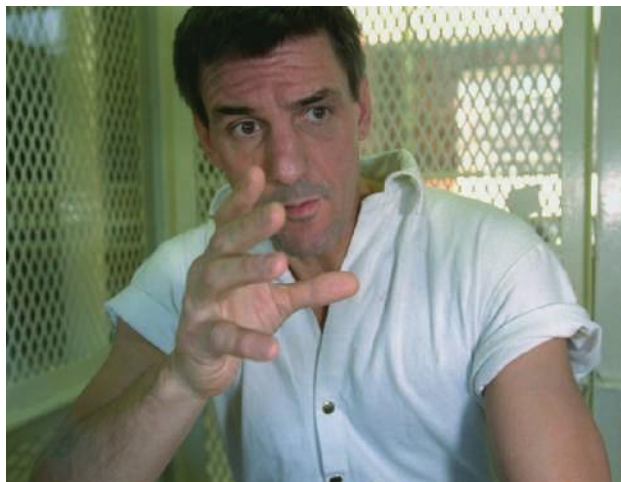
بر اساس این اصل که مردم باید بتوانند در دفاع از خود شرکت کنند، یافتن صلاحیت محاکمه نشان می‌دهد که متهمان از آن آگاه هستند و می‌توانند در دادرسی کیفری علیه آن‌ها شرکت کنند. برای ارزیابی شایستگی، یک کارشناس پزشکی قانونی ظرفیت شناختی، استقامت عاطفی و علائم مداوم متهم را در زمان محاکمه ارزیابی می‌کند. دادگاه می‌تواند محاکمه را تا زمانی که علائم متهم از بین برود، به تعویق بیندازد، و در صورت لزوم، فرد را ملزم به دریافت دارو کند. اگرچه ابزارهای ساختاریافته برای ایجاد شایستگی در دسترس هستند، اکثر کارشناسان پزشکی قانونی بر قضاوت بالینی خود تکیه می‌کنند (بارتول و بارتول، ۲۰۱۲).

درک هدف مجازات

جدای از موضوع صلاحیت محاکمه، این سوال مطرح می‌شود که آیا یک بیمار روانی که به یک جرم بزرگ محکوم شده است، می‌تواند ماهیت و هدف حکم اعدام را درک کند؟ پرونده اسکات لوئیس پانتی، که دادگاه عالی ایالات متحده در سال ۲۰۰۷ به آن رسیدگی کرد، برخی از پیچیدگی‌های این‌جا را برجسته می‌کند.

در سال ۱۹۹۲، پانتی در حالی که همسر و دختر ۳ ساله خود را به گروگان گرفته بود، همسرش را کشت. اگرچه پانتی سابقه طولانی بیماری روانی و بستری شدن در بیمارستان روانی داشت، دادگاه تگزاس او را به اعدام محکوم کرد. در سال ۲۰۰۳، پانتی از دادگاه استیناف ایالت تگزاس درخواست کرد تا صلاحیت خود را برای اعدام تعیین کند، و معتقد بود که نیروهای شیطانی به دنبال اعدام او بوده‌اند تا از موعظه انجیل جلوگیری کنند. وکلای مدافع او ادعا کردند که از آن‌جایی که پانتی نمی‌تواند بفهمد که چرا هیئت منصفه او را به اعدام محکوم کرده است، مجازات اعدام به منزله مجازاتی ظالمانه و غیرعادی است و در نتیجه متمم هشتم قانون اساسی را نقض می‌کند. وزارت دادگستری جنایی تگزاس با این استدلال مخالفت کرد و مدعی شد که مجازات اعدام در

چنین مواردی نباید به این بستگی داشته باشد که آیا یک محکوم از دلایل اعدام درک منطقی دارد یا خیر، بلکه باید متکی بر تقصیر اخلاقی محکوم در زمان ارتکاب جرم باشد.



تقریباً ۲ دهه است که پرونده اسکات لوئیس پانتی کانون بحث و مجادله حقوقی بوده است. حکم اعدام پانتی در تگزاس توسط دادگاه عالی ایالات متحده به این دلیل لغو شد که پانتی نمی دانست چرا او باید اعدام شود.

©BRETT COOMER/Tribune News Service/HUNTSVILLE/TX/USA/Newscom

در سال ۲۰۰۷، دادگاه عالی ایالات متحده مانع از اعدام پانتی شد و پرونده را به دادگاه منطقه‌ای ایالات متحده در آستین، تگزاس بازگرداند و او را به زندانی در تگزاس بازگرداند، جایی که او همچنان در انتظار اعدام است. دادگاه این تصمیم را تا حدی بر اساس دلایلی که انجمن روان‌شناسی آمریکا، انجمن روان‌پزشکی آمریکا و اتحاد ملی بیماری‌های روانی ارائه کردند گرفت. این سازمان‌ها مشترکاً خلاصه‌ای را ارائه کرده بودند که در آن بیان می‌کرد که افراد مبتلا به بیماری‌های روان‌پریشی، مانند پانتی، ممکن است دچار هذیان و درک مختل از واقعیت شوند. آن‌ها همچنین ممکن است نتوانند رویدادها را به هم مرتبط کنند یا علت و معلول - یعنی ارتباط بین قتل و مجازات - را درک نکنند.

دیدگاه‌های پایانی در مورد مسائل پزشکی قانونی

همان‌طور که از بحث ما در مورد مسائل پزشکی قانونی می‌بینید، مجموعه‌ای کامل از دانش در مرز بین روان‌شناسی و قانون شکل می‌گیرد. متخصصان سلامت روان نقش مهمی را در سیستم حقوقی

ایفا می‌کنند و در عین حال متوجه می‌شوند که باید با مجموعه‌ای از مسائل پزشکی قانونی آشنا شوند. واضح است که حوزه‌های تلاقی بین روانشناسی و قانون هم‌چنان به رشد خود ادامه خواهند داد زیرا جامعه به دنبال مداخلات انسانی، اخلاقی و موثر است.

بازگشت به پرونده: آلیسون یانگ

آلیسون به مدت ۵ روز در بیمارستان بستری شد در حالی که متخصصان مراقبت‌های بهداشتی او را به طور کامل ارزیابی کردند و بر علائم خودکشی و افسردگی او تمرکز کردند. او در گروه درمانی شرکت کرد و با یک روانپزشک برای تغییر رژیم دارویی خود کار کرد. هنگامی که او به ثبات رسید و دیگر قصد خودکشی نداشت، مرخص شد. پدر و مادرش او را گرفتند و او تصمیم گرفت تا پایان ترم با آن‌ها بماند و سال بعد به مدرسه بازگردد.

قبل از بستری شدن آلیسون در بیمارستان، والدین آلیسون نمی‌دانستند که او مشکلات روانی را تجربه می‌کند. با کمال تعجب در مورد او گفتند که درک می‌کنند که برای بهبودی لازم است در خانه بماند. از آنجایی که والدینش چندین ساعت دور از مدرسه او زندگی می‌کردند، آلیسون و درمانگرش تصمیم گرفتند جلسات هفتگی تلفنی داشته باشند تا به کار خود ادامه دهند. آن‌ها بر روابط بین آلیسون و والدینش تمرکز کردند و آلیسون از زمانی که در خانه بود استفاده کرد تا یاد بگیرد که با والدینش در مورد احساس او در مورد فشاری که بر او وارد کرده بودند و چرا این منشأ استرس زیادی بود صحبت کند.

تأملات دکتر توبین: پزشکان گاهی اوقات با تصمیم دشواری برای بستری کردن درمانجویان درمانی خود در بیمارستان مواجه می‌شوند. پزشک آلیسون اقدامات مناسب را برای ارزیابی سطح ایمنی او انجام داد و او را به شدت نیاز به بستری شدن در بیمارستان یافت، زیرا به نظر می‌رسید که او تهدیدی فوری برای زندگی خود است. بنابراین او از نظر اخلاقی موظف بود که محرمانگی را زیر پا بگذارد و آلیسون را برای ارزیابی بیش‌تر به بیمارستان بفرستد. خوشبختانه، این دو به اندازه کافی اتحاد قوی داشتند که آلیسون احساس کرد باید برای «یک جلسه آخر» به جای پایان دادن به زندگی خود وارد شود. این ممکن است یک فریاد برای کمک باشد زیرا آلیسون می‌دانست که پزشکش می‌تواند به او کمک کند.

اولین دوره افسردگی آلیسون شدید بود و حدود ۸ ماه طول کشید. معمولاً هرچه اپیزود اولیه شدیدتر باشد، دوره‌های بعدی پایدارتر و شدیدتر می‌شوند. با توجه به این‌که آلیسون در حال حاضر برای اولین بار با پزشک

خود کار می‌کند، هدف از درمان او فراهم کردن درک بیش‌تر او از مسائل روانشناختی است. به عنوان مثال، اگر در آینده متوجه همان الگوی علائمی شود که منجر به دوره افسردگی فعلی او شده است، ممکن است تشخیص دهد که اگر آن‌ها را به درمانگر یا روانپزشک خود جلب نکند، ممکن است شدیدتر شوند.

در نهایت، روان درمانی که از طریق تلفن انجام می‌شود، به نام تله درمانی، پروتکلی است که به طور فزاینده‌ای رایج است و تحت پوشش آیین‌نامه اخلاقی APA قرار می‌گیرد. اگر هر دو طرف توافق کنند که بهترین راه برای حفظ اتحاد درمانی در یک دوره زمانی معین است، مانند مورد آلیسون، ممکن است جایگزین مناسبی برای توقف کامل درمان باشد. از آنجایی که آلیسون برای بازگشت به مدرسه و ادامه کار شخصا با درمانگر خود برنامه‌ریزی کرده بود، به نظر می‌رسد که درمان از راه دور راه مناسبی برای ادامه تا آن زمان و جلوگیری از وقفه در پیشرفت او بود.

خلاصه

- پزشکان نقش‌ها و مسئولیت‌های مختلفی دارند. ما از آن‌ها انتظار داریم که علاوه بر داشتن توانایی عاطفی مدیریت مسائل بالینی که ظاهر می‌شوند، صلاحیت فکری برای ارزیابی، مفهوم‌سازی و درمان درمانجویانی که آن‌ها را برای درمان می‌پذیرند، داشته باشند. هنگام شروع کار با درمانجویان، آن‌ها باید رضایت آگاهانه درمانجویان را کسب کنند تا اطمینان حاصل شود که درمانجو اهداف درمان، فرآیند درمان، حقوق درمانجویان، مسئولیت‌های درمانگر، خطرات درمان، تکنیک‌هایی که پزشک از آن‌ها استفاده خواهد کرد، مسائل مالی و حدود محرمانگی را درک می‌کند.
- محرمانگی این اصل است که درمانگر باید از افشای اطلاعات در درمان به عنوان اطلاعات خصوصی محافظت کند. تنها به استثنای چند مورد، محتوای درمان ارتباط ممتاز است. یعنی پزشک ممکن است بدون اجازه صریح درمانجو هیچ اطلاعاتی را در مورد درمانجو در دادگاه فاش نکند. استثنایا برای محرمانگی شامل مواردی است که شامل گزارش اجباری و وظیفه هشدار دادن (یا محافظت از آن) است. متخصصان بهداشت روان طبق قانون موظف هستند اطلاعات مربوط به سوء استفاده یا بی‌توجهی به کودکان یا سایر افرادی را که قادر به محافظت از خود نیستند گزارش دهند. وظیفه هشدار شامل مسئولیت پزشک برای انجام اقدامی برای اطلاع قربانی احتمالی از قصد درمانجو برای آسیب رساندن به آن شخص است.
- در روابط درمانگر با درمانجو، ما از پزشکان انتظار داریم که بالاترین استانداردهای رفتار اخلاقی و حرفه‌ای را رعایت کنند. آن‌ها باید از روابط نامناسب مانند صمیمیت جنسی با درمانجویان خودداری کنند و باید بی‌طرفی

و فاصله را در برخورد با درمانجویان حفظ کنند. در نظارت بر جنبه‌های تجاری عمل روان‌درمانی، متخصصان سلامت روان با چالش‌های مختلفی مواجه می‌شوند، به‌ویژه زمانی که در سیستم‌های ارائه مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده فعالیت می‌کنند. گاهی اوقات پزشکان باید در نقش‌هایی ایفای نقش کنند که چالش‌های اخلاقی منحصر به فردی را ارائه می‌کنند (به عنوان مثال، شاهد متخصص، ارزیابی حضانت کودک، و ارزیابی افراد مبتلا به زوال عقل).

- پزشکان گاهی اوقات درگیر فرآیند تعهد می‌شوند، یک روش اورژانسی برای بستری غیر ارادی فردی که اگر در بیمارستان بستری نشود، احتمالاً در نتیجه بیماری روانی برای خود یا دیگران آسیب ایجاد می‌کند. درمانجویان بستری شده در بیمارستان حق درمان دارند - حق برخورداری از محیطی انسانی با امکانات مناسب، علاوه بر آزادی و ایمنی. درمانجویان هم‌چنین حق دارند از درمان ناخواسته خودداری کنند، مگر این‌که دادگاه تشخیص دهد که درمانجو بدون مداخله لازم در معرض خطر آسیب رساندن به خود یا دیگران است. درمانجویان هم‌چنین حق دارند در کم‌ترین محدودیت جایگزین برای درمان در یک موسسه قرار گیرند.
- عمده مسائل پزشکی قانونی که مربوط به حوزه سلامت روان است، دفاع از جنون و صلاحیت محاکمه است. دفاع از جنون استدلالی است که وکیل به وکالت از موکل ارائه می‌کند و بیان می‌کند که به دلیل وجود اختلال روانی، قانون نباید موکل را مسئول اعمال مجرمانه بداند. مناقشات مختلفی در طول ۲ دهه گذشته در مورد دفاع از جنون به وجود آمده است زیرا دادگاه‌ها با مسائل مربوط به ارزیابی مسئولیت متهم در پرونده‌های تبلیغاتی مرتبط با حمله خشونت‌آمیز و قتل مبارزه کرده‌اند. تعیین صلاحیت برای محاکمه به این سوال مربوط می‌شود که آیا متهمان از رسیدگی کیفری علیه خود آگاه هستند و می‌توانند در آن شرکت کنند.

اصطلاحات کلیدی

دستورالعمل‌های موسسه حقوقی آمریکا (ALI). تعهد صلاحیت محاکمه	قیم منصوب دادگاه جهت نماینده‌گی مجبور در دعوی قابل حمل بودن بیمه سلامت و	قانون M'Nighen روابط متعدد Parens patriae حق درمان

قضاوت جایگزین	قانون پاسخگویی ۱۹۹۶ (HIPAA) جنون دفاع از جنون انگیزه مقاومت ناپذیر کمترین جایگزین محدود کننده	قانون دورهام وظیفه هشدار دادن (یا در غیر این صورت محافظت) صلاحیت عاطفی