

خلاصه آسیب شناسی روانی DSM-5

دیدگاه های بالینی درباره اختلالات روانی (ویراست نهم)

• ریچارد پی هالچین • سوزان کراس ویتبورن

فصل 1 (مروری بر شناختن رفتار نابهنجار)

سندرم «دیگران»

- اکثر افراد تصور می کنند که اتفاقات بد فقط برای دیگران روی می دهند. ممکن است فکر کنید که دیگران تصادفات اتومبیل دارند، تسلیم سرطان می شوند یا در قلمرو روان شناختی، به مواد افیونی وابسته می شوند.

اختلالات روانی بخشی از تجربه انسان هستند، و زندگی هر فردی را به طور مستقیم یا غیرمستقیم تحت تأثیر قرار می دهند؛ با این حال، لزوماً زندگی آنها را نابود نمی کنند. وقتی درباره این اختلالات و افرادی که به آنها مبتلا هستند میخوانید متوجه خواهید شد که این مشکلات می توانند درمان شوند؛ هر چند ممکن است نتوان از آنها پیشگیری کرد.

تأثیر اجتماعی اختلالات روانی

- ✓ اختلالات روانی، بر فرد و افراد دیگر در دنیای اجتماعی او تأثیر میگذارند.
- ✓ خانواده افراد مبتلا به اختلالات روانی وقتی خویشاوندان آنها باید بستری شوند، با استرس چشمگیری مواجه می شوند.
- ✓ افراد مبتلا به اختلالات روانی حتی بعد از اینکه نشانه هایشان تحت کنترل قرار میگیرند، وقتی میکوشند زندگی سابق خود را از سر گیرند همچنان تأثیرات عمیق و با دوام هیجانی و اجتماعی را تجربه میکنند. خود اختلال نیز ممکن است موجب غمگینی و رنج شخصی شود که باید با احساسات تنهایی و غمگینی مقابله کنند.
- ✓ اختلالات روانی تقریباً به طریز گریز ناپذیری با **داغ ننگ** ارتباط دارند:
- برجسبی منفی که، باعث میشود برخی افراد به صورت متفاوت و معیوب انگاشته شوند و از روند کلی اعضای جامعه کنار گذاشته شوند.
- نگرشهای اجتماعی نسبت به افراد مبتلا به اختلالات روانی، از ناراحتی تا تعصب صریح گسترش دارند، زبان، شوخی و پندارهای قالبی، اختلالات روانی را به صورت منفی توصیف میکنند و افراد بسیاری میترسند، آنهایی که این اختلالات را دارند خشن و خطرناک باشند. نتیجه پندارهای قالبی، تبعیض اجتماعی است که فقط زندگی افراد مبتلا را خیلی پیچیده تر میکند. آنچه اوضاع را بدتر میکند این است که افراد مبتلا به نشانه های اختلال روانی ممکن است خود را سزاوار کمکی که می توانند از درمان دریافت کنند، ندانند، زیرا آنها نیز نظر بدنام شده بیماری روانی را جذب کرده اند.
- برخی افراد می توانند در برابر داغ ننگ اختلالات روانی مقاومت کنند، زیرا قادرند هویت خود را مجزا از اختلالشان توصیف کنند و برجسبهایی را که دیگران به آنها میزنند، رد کنند.

تعریف نابهنجاری

نابهنجاری را میتوان بر اساس دو معیار تعریف کرد:

1. نادر بودن (مثل چپ دست بودن)
2. انحراف از معیار (مثل قد خیلی بلند یا خیلی کوتاه)

ملاکهای پنجگانه برای شناسایی اختلالات روانی که توسط متخصصان سلامت روان به کار برده میشوند:

1. اهمیت بالینی، به این معنی که، رفتار شامل میزان قابل توجهی از اختلال است که متخصص بالینی میتواند آن را مشاهده کند.
 2. برای اینکه رفتاری به عنوان دلیلی جهت اختلال روانی محسوب شود، باید کژکاری در فرایند روان شناختی، زیستی، یا رشدی را منعکس کند.
 3. رفتار باید با ناراحتی یا ناتوانی چشمگیری در زمینه های مهم زندگی ارتباط داشته باشد.
 4. رفتار فرد نمیتواند صرفاً به صورتی که بر حسب مذهب، سیاست، یا تمایلات جنسی تعیین شده است، از لحاظ اجتماعی منحرف باشد.
 5. کژکاری در فرد را منعکس کند.
- ✓ اختلال روانی نمیتواند اختلاف در عقاید سیاسی بین شهروندان و حکومت های آنها را منعکس کند.
- تصمیم گیری درباره اینکه چه رفتارهایی بهنجار هستند و چه رفتارهایی نیستند، مسئله مهمی است. به علاوه، متخصص بالینی وقتی میخواهد تشخیصی را برای یک مراجع تعیین کند، باید مزایای استفاده از برجسب تشخیصی را در برابر معایب آن سبک سنگین کند.
- مزایای این است که فرد تحت درمان قرار خواهد گرفت و قادر خواهد بود از پوشش بیمه استفاده کند.
 - معایب احتمالی این است که برجسب اختلال روانی به فرد زده خواهد شد که بخشی از سابقه سلامتی او میشود. امکان دارد بعدها این تشخیص، صلاحیت داشتن این فرد را برای برخی مشاغل دشوار کند.

تعریف DSM-5 از اختلال روانی

- ◀ در DSM-5 برای اینکه نشانه ها اختلالی را تشکیل دهند، باید از لحاظ بالینی چشمگیر باشند؛ از این نظر که رفتارهای تحت بررسی نشانه های گذرا یا مشکلات جزئی نباشند.
- ◀ در DSM-5 به این رفتارها به صورتی که کژکاری در فرایندهای روان شناختی، زیستی یا رشدی را منعکس میکنند اشاره میکند، و این تأیید میکند که اختلالات روانی بیانگر تأثیرات زیستی-روانی-اجتماعی هستند. به علاوه، اختلالات باید خارج از هنجار آنچه جامعه پسند است روی دهند و انتظار برود که فرد استرسهای خاصی را تجربه کند.
- ◀ در DSM-5 همچنین تصریح می کند که اختلال باید سودمندی بالینی داشته باشد، به این معنی که برای مثال، تشخیص ها به متخصصان بالینی در تصمیم گیری درباره درمان کمک کنند.

1. علتهای زیستی (وراثت ژنتیکی، تغییرات فیزیولوژیکی، مواجهه با مواد سمی)
2. علتهای روان شناختی (تجربیات یادگیری گذشته، الگوهای فکر ناسازگارانه، مشکلات مقابله با استرس)
3. علتهای اجتماعی فرهنگی (خط مشی های اجتماعی، تبعیض، داغ ننگ)

1. علتهای زیستی

عوامل درون بدن که می توانند در رفتار نابهنجار مشارکت داشته باشند، نابهنجاریهای ژنتیکی را به تنهایی یا همراه با محیط شامل می شوند که بر عملکرد روان شناختی فرد تأثیر میگذارند مشارکتهای زیستی می توانند تغییرات زیستی را نیز در بر داشته باشند که به عنوان بخشی از پیری عادی، بیماری هایی که فرد دچار آنها میشوند، و جراحات یا صدمه وارد شده به بدن روی میدهند. تأثیرات ژنتیکی عوامل فطری هستند که عملکرد سیستم عصبی را تغییر میدهند. با این حال، تأثیرات محیطی نیز میتوانند اختلالات روانی را ایجاد کنند، و این در صورتی است که آنها بر مغز یا اندام های مرتبط بدن تأثیر بگذارند. برای مثال، افرادی که بی نظمی های تیروئید دارند، ممکن است نوسانات زیادی را در خلق تجربه کنند. جراحات مغزی ناشی از آسیب سر نیز میتواند به تغییر افکار، از دست دادن حافظه و تغییرات در خلق بینجامد. در چارچوب دیدگاه زیستی - روانی - اجتماعی میبینیم که عوامل اجتماعی با عوامل زیستی و روان شناختی تعامل میکنند که به موجب آن تأثیرات محیطی مانند مواجهه با مواد سمی با شرایط زندگی استرس را نیز میتوانند باعث شوند افراد دچار اختلالات روانی شوند. محرومیت محیطی ناشی از فقر سوء تغذیه یا بی عدالتی اجتماعی نیز می توانند با ایجاد نتایج فیزیولوژیکی نامطلوب، افراد را در معرض خطر اختلالات روانی قرار دهند.

2. علتهای روان شناختی

این عقیده که اختلالات روانی علتهای روان شناختی دارند احتمالاً چیزی نیست که معتقد باشید به توضیح زیاد نیاز دارد. با این حال در چارچوب دیدگاه زیستی - روانی - اجتماعی علت های روان شناختی به صورت مجزا در نظر گرفته نمیشوند آنها به صورت بخشی از مجموعه بزرگتر عواملی در نظر گرفته میشوند که تحت تأثیر تغییرات فیزیولوژیکی قرار دارند که با مواجهه با محیط خاصی تعامل میکنند. علت های روان شناختی میتوانند نتیجه تجربیات خاص در زندگی فرد را دربر داشته باشند. برای مثال امکان دارد افراد دریابند که رفتارهای ناراحت کننده ای را تکرار میکنند که از طریق تجربیات یادگیری القا شده اند. آنها ممکن است همچنین در نتیجه این احساس که نمی توانند به والدینشان برای مراقبت از آنها اطمینان داشته باشند بی ثباتی هیجانی را ابراز کنند. گرچه در دیدگاه زیستی - روانی - اجتماعی علتهای صرفاً روان شناختی وجود ندارند. ولی ما میتوانیم به علتهایی فکر کنیم که یادگیری، تجربیات زندگی، یا مواجهه با موقعیت هایی را در زندگی منعکس میکنند که عمدتاً بیانگر تأثیرات روان شناختی هستند. اینها میتوانند مشکل مقابله با استرس، ترسهای غیرمنطقی، آسیب پذیری در برابر هیجانات کنترل ناپذیر، و تعداد زیادی از افکار، احساسات، و رفتارهای کژکار باشند که باعث می شوند افراد ملاکها برای اختلال روانی را برآورده سازند.

3. علت‌های اجتماعی فرهنگی

دیدگاه اجتماعی فرهنگی به حوزه های مختلف تأثیر بر فرد توجه دارد که از دوستان نزدیک و خانواده تا مؤسسات و سیاست گذاریهای کشور یا دنیا در کل گسترش دارند. این تأثیرات به شیوه های مهمی با فرایندهای زیستی و با عوامل روان شناختی که از طریق مواجهه با تجربیات خاص روی می دهند تعامل میکنند.

- یک عامل اجتماعی فرهنگی مهم و منحصر به فرد در اختلالات روانی، **تبعیض** است؛ خواه بر اساس طبقه اجتماعی استوار باشد یا درآمد، نژاد و قومیت، ملیت، جهت گیری جنسی، یا جنسیت. تبعیض نه تنها توانایی افراد را در تجربه کردن سلامت روان شناختی محدود میکند، بلکه تأثیرات مستقیمی نیز بر سلامت جسمانی و رشد دارد.
- احتمالاً افرادی که مبتلا به اختلال روانی تشخیص داده شده اند. در نتیجه نشانه ها و برجسب تشخیصی شان، **داغ ننگ** زده میشود. استرس حمل کردن داغ ننگ بیماری روانی، فشار هیجانی را بر این افراد و عزیزان آنها افزایش می دهد. چون داغ ننگ ممکن است مانع شود آنها کمکی را که خیلی به آن نیاز دارند جستجو کنند، به چرخه ای نیز تداوم می بخشد که در آن افراد نیازمند به طور فزاینده ای در معرض خطر قرار می گیرند و بنابراین دچار نشانه های جدی تری می شوند.
- ✓ داغ ننگ اختلالات روانی بسته به قومیت و نژاد تفاوت دارد.
- تنوع در تمایل به تایید کردن مسائل سلامت روانی نیز بسته به سن و جنسیت یافت میشود، به طوریکه افراد جوان تر و زنان، نسبت به تجربه نشانه ها صریح ترند و بنابراین، بیشتر حاضرند در درمان و مداخله های روان شناختی دیگر شرکت کنند.

دیدگاه زیستی - روانی - اجتماعی

به این معنی است که باید درک کنیم چگونه این سه مجموعه تأثیرات، در طول زندگی فرد تغییر می کنند. برخی شرایط فرد را در زمانهای خاصی بیشتر از زمانهای دیگر به مخاطره می اندازند. کودکان خردسال ممکن است در برابر عواملی چون تغذیه نامناسب، انتقاد خشن والدین، و غفلت، خیلی آسیب پذیر باشند. از سوی دیگر عوامل حفاظتی، مانند مراقبت کنندگان دوست داشتنی، مراقبت مناسب از سلامتی، و موفقیت‌های اوایل زندگی، میتوانند احتمال دچار شدن فرد به اختلال را کاهش دهند. این عوامل خطر اولیه، بخشی از آسیب پذیری فرد در برابر ابتلا به اختلال میشوند و در طول عمر با نفوذ می مانند. بعدها در زندگی، عوامل خطر، از نظر شکل خاص و شدت بالقوه خود تغییر می کنند.

موضوعات برجسته در آسیب شناسی روانی در طول تاریخ

- A. **توجیهات معنوی**، رفتار ناپهنجار را حاصل تسخیر اهریمن یا ارواح خبیثه می انگارد.
- B. **توجیهات بشر دوستانه**، اختلالات روانی را نتیجه ستمگری، استرس یا شرایط زندگی نامناسب میداند.
- C. **توجیهات علمی**، به دنبال علت هایی است که میتوانیم آنها را به صورت عینی اندازه گیری کنیم؛ مانند تغییرات زیستی، فرایندهای یادگیری معیوب، یا عوامل استرس زای هیجانی.

A. رویکرد معنوی

- I. سوراخ کردن جمجمه در طول تاریخ و حتی در دوران نوین، به نظر میرسد که استفاده از آن با اعتقاد به ارواح خبیثه ارتباط داشته است.
- II. دومین جلوه عقیده به تسخیر معنوی به عنوان علت اختلالات روانی، تشریفات جن گیری است. در این روش شمن، کشیش یا فردی که عهده دار این تکلیف است، تشریفات را انجام می دهد که فرد را تحت فشار جسمانی و روانی شدیدی قرار می دهد تا شیاطین را بیرون براند.

B. رویکرد بشر دوستانه

رویکرد بشر دوستانه به اختلالات روانی تا اندازه ای به عنوان واکنشی علیه رویکرد معنوی و تنبیه افراد مبتلا به اختلالات روانی مرتبط با آن به وجود آمد. در قرون وسطا، نوانخانه ها و صومعه هایی در اروپا به عنوان سرپناهی برای پناه دادن به این افراد که اغلب توسط خانواده هایشان طرد شده بودند، دایر شدند. گرچه سرپناه ها نمیتوانستند درمان ارائه دهند، ولی در آغاز مقداری محافظت تأمین می کردند. متأسفانه، این مکانها به طور فزاینده پرازدحام و شرایط تحمل ناپذیر شدند. آنها به جای اینکه محافظت تأمین کنند، بعداً مکانهای غفلت، بدرفتاری و سوء استفاده شدند.

✓ عقیده شایع که افراد مبتلا به اختلالات روانی قابلیت های حسی عادی ندارند، باعث شد که برای آنها گرما، شرایط زندگی پاکیزه و غذای مناسب تأمین نشود. در طول قرنهای شانزدهم و هفدهم، درمان افراد مبتلا به اختلالات روانی شامل حجامت، استفراغ اجباری، و پاکسازی می شد.

✓ عقیده درمان اخلاقی، اعتقاد به اینکه اگر افراد محیط ساکت و آرامبخش داشته باشند، میتوانند رفتار خود را کنترل کنند. نهادهایی که از این مدل پیروی کردند، فقط در صورتی که کاملاً ضروری بود، و حتی در مواردی که آسایش بیمار مقدم بود، از قید و بند استفاده می کردند. با این حال، بار دیگر شرایط در بیمارستانها که در اصل برای محافظت از بیماران تشکیل شده بودند در اوایل سده ۱۸۰۰ به علت ازدحام و استفاده فزاینده از تنبیه بدنی به عنوان وسیله ای برای کنترل رو به وخامت گرایید.

✓ در سال ۱۸۴۱ معلم مدرسه ای در بوستون، به نام دوروتی دیکس دست به اصلاحات زد. دیکس که از ازدحام و شرایط مخوف در بیمارستانها به وحشت افتاده بود، از قوه مقننه ماساچوست درخواست تعداد بیشتری بیمارستان دولتی کرد تا برای بیماران روانی درمان انسانی تأمین کنند. دیکس پیام خود را از ماساچوست به سرتاسر آمریکای شمالی و اروپا گسترش داد.

✓ افراد بعد از ترخیص از بیمارستانها وارد خانه های نیمه راه میشدند - تسهیلات درمان جامعه که برای نهادینه زدایی مراجعانی که بیمارستان را ترک میکنند و هنوز برای زندگی مستقل آماده نیستند ترتیب یافته اند. این قانون زمینه را برای جنبش نهادینه زدایی آماده کرد - آزاد کردن صدها هزار بیمار از بیمارستانهای روانی که در دهه ۱۹۶۰ آغاز شد. این قانون قصد داشت زمینه را برای بهبود درمان جامعه به عنوان گزینه ای جهت مراقبت نهادی آماده سازد. آنچه نهادینه زدایی را نیز امکان پذیر ساخت ابداع درمانهای دارویی در دهه ۱۹۵۰ بود که میتوانستند برای اولین بار نشانه های اختلالات روانی را به نحو مطلوبی کنترل کنند. اکنون بیماران می توانستند تحت درمانهایی قرار گیرند که به آنها امکان می دادند به طور مستقل خارج از بیمارستانهای روان پزشکی برای مدت طولانی تر زندگی کنند. در اواسط دهه ۱۹۷۰ بیمارستانهای روانی دولتی که زمانی پر از بیماران بودند عملاً متروکه شدند. صدها هزار نفر که در نهادها محبوس شده بودند آزاد شدند تا با شأن و منزلت و خود مختاری بیشتر زندگی کنند.

این روزها مدافعان رویکرد بشر دوستانه انواع جدید درمان دلسوزانه را برای افرادی که از اختلالات روانی رنج می برند توصیه میکنند. آنها مصرف کنندگان سلامت روان را ترغیب میکنند نقش فعالی در انتخاب درمان خودشان ایفا کنند. گروه های مدافع مختلف به صورت خستگی ناپذیر کار کرده اند تا شیوه ای که عموم مردم بیماران روانی را در نظر میگیرند و شیوه ای که جامعه در تمام موقعیت ها به آنها رسیدگی میکند تغییر دهند. از جمله این گروه ها می توان به اتحاد ملی برای بیماران روانی انجمن سلامت روان، مرکز رسیدگی به تبعیض و داغ ننگ و پیشگامی برای برداشتن موانع اشاره کرد.

C. رویکرد علمی

- بقراط که پدر پزشکی نوین محسوب شده است، معتقد بود که چهار مایع مهم در بدن وجود دارد که بر سلامت جسمانی و وانی تأثیر میگذارند و به چهار خلق و خوی شخصیت منجر می شوند. برای درمان اختلال روانی، پاک کردن بدن از مایع اضافی ضرورت دارد. گرچه نظر بقراط درست نبود، اما او در مطرح کردن این عقیده که سلامت روان بیانگر عواملی در درون بدن است و نه تسخیر شدن توسط ارواح خبیثه، از زمان خودش خیلی جلوتر بود.
- صدها سال بعد پزشک رومی **کلودیوس جالینوس** یک نظام دانش پزشکی را بر اساس تحقیقات کالبد شناختی به وجود آورد. این رویکرد نیز به پیشرفت این موضع که علت بیماریها در عملکرد نابهنجار بدن است کمک کرد.
- رویکرد علمی به اختلال روانی صدها سال به نفع توجیهاتی که در دیدگاه معنوی ریشه داشتند، پس روی کرده بود تا اینکه **دکتر بنجامین راش** بنیانگذار روان پزشکی آمریکا علاقه به رویکرد علمی به اختلالات روانی را دوباره برانگیخت. دکتر بنجامین راش بنیانگذار روان پزشکی آمریکا اصلاح طلبی بود که مطالعه علمی اختلالات روانی را ترغیب کرد. راش که روشهای متداول آن زمان را منعکس میکرد، استفاده از حجامت و پاکسازی در درمان اختلالات روانی به علاوه **صندلی آرامبخش** را نیز تأیید کرد که هدف از آنها کاهش دادن جریان خون به مغز با بستن سر و دست و پای بیمار بود. راش فرو بردن بیماران در آب سرد و ترساندن آنها با تهدیدهای مرگ را نیز توصیه کرد او تصور میکرد که با ایجاد ترس، می توانست رفتار خشونت آمیز گاه و بیگاه آنها را خنثی کند.
- پیشرفت عمده بعدی در سال ۱۸۴۴ روی داد؛ زمانی که گروهی از مدیران ۱۳ بیمارستان روانی، انجمن سرپرستان پزشکی مؤسسات آمریکا برای دیوانگان را تشکیل دادند. این سازمان سرانجام نام خود را به انجمن روان پزشکی آمریکا تغییر داد.
- روان پزشک آلمانی ویلهلم گریزنگر کتاب آسیب شناسی و درمان اختلالات روانی را در سال ۱۸۴۵ منتشر کرد، که اعلام داشت آسیبهای عصبی علت اختلالات روانی هستند.
- پیشرفت های بیشتر زمانی روی دادند که روان پزشک آلمانی امیل کریپلین، یک سیستم طبقه بندی را خیلی مشابه سیستمی که برای تشخیصهای پزشکی به کار برده میشدند، ترتیب داد. او اظهار داشت که اختلالات میتوانند با الگوهای نشانه هایشان مشخص شوند. سرانجام این کار مبنایی علمی را برای سیستمهای تشخیصی کنونی فراهم آورد.
- ریشه های اولیه رویکرد روان شناختی به نابهنجاری در اوایل سده ۱۸۰۰ شروع به پدیدار شدن کردند؛ زمانیکه پزشکان اروپایی هیپنوتیزم را برای اهداف درمانی آزمایش کردند. سرانجام این اقدامات، به کار پیشگام متخصص اعصاب اهل وین، زیگموند فروید انجامید که در اوایل سده ۱۹۰۰ روانکاوی را به وجود آورد.
- روان شناسان در طول قرن نوزدهم، بر اساس مشاهدات رفتار حیوانات آزمایشگاهی، به ساختن مدلهایی ادامه دادند. تحقیقات فیزیولوژیست روسی پاولف که به خاطر کشف شرطی سازی کلاسیک شهرت دارد، مبنایی برای جنبش رفتاری شد که واتسون آن را در ایالات متحده آغاز کرد. اسکینر رویکرد منظمی را به شرطی سازی کنشگر تدوین کرد که انواع و ماهیت تقویت را به عنوان راهی برای تغییر دادن رفتار مشخص میکرد.
- در قرن بیستم این مدل ها ادامه یافتند و به صورت نظریه یادگیری اجتماعی بندورا، مدل شناختی آرون بک و رویکرد درمان عقلانی - هیجانی آلبرت الیس شکل گرفتند.

- اخیراً، حوزه آسیب شناسی روانی از جنبش روان شناسی مثبت نگر بهره مند شده است که بر توان رشد و تغییر در طول زندگی تأکید میکند. این جنبش اختلالات روانی را به صورت مشکلاتی می داند که از توانایی فرد در دستیابی به سلامت ذهنی و احساس خشنودی جلوگیری میکنند. علاوه بر این جنبش روان شناسی مثبت نگر به جای مداخله بر پیشگیری تأکید میکند. گرچه اهداف جنبش روان شناسی مثبت نگر شبیه اهداف رویکرد بشر دوستانه است، اما مبنای نیرومندی در پژوهش تجربی دارد و در نتیجه، حمایت زیادی را در این رشته کسب کرده است.

فصل 5 (اختلالات عصبی – رشدی)

- ✓ اختلالاتی که در کودکی شروع میشوند و تأثیر عمده ای بر عملکرد اجتماعی و شناختی دارند، اختلالات عصبی - رشدی نام دارند.
- ✓ این اختلالات معمولاً در اوایل رشد کودکان، اغلب قبل از اینکه آنها به سن مدرسه برسند، آشکار میشوند.
- ✓ نقایص مرتبط شامل اختلالاتی در عملکرد شخصی، اجتماعی، تحصیلی یا شغلی میشوند.
- ✓ برخی اختلالات شاخص هایی دارند که برای مثال به نابهنجاری ژنتیکی یا عوامل محیطی ربط داده میشوند که بر فرد در دوره پیش از تولد تأثیر می گذارند.
- ✓ اختلالات عصبی - رشدی بنا بر تعریف، ممکن است تغییرات مهمی را با گذشت زمان نشان دهند. وقتی افراد از کودکی تا نوجوانی و بزرگسالی رشد میکنند، امکان دارد تغییرات رشی را تجربه کنند که شیوه آشکار شدن اختلال آنها در رفتارهای خاص را تغییر دهند.

ناتوانی عقلانی (اختلال عقلانی رشدی)

- ✓ متخصصان بالینی از طبقه اختلالاتی که با ناتوانی عقلانی مشخص میشوند، برای تشخیص افرادی استفاده می کنند که اولین بار در اوایل کودکی نقایص شناختی و انطباقی نشان داده اند.
- ✓ واژگان دقیقی که برای این اختلالات به کار میرود در سیستم های تشخیصی تفاوت دارند:
- I. ICD (طبقه بندی بین المللی بیماریها) از اصطلاح اختلال عقلانی رشدی استفاده میکند.
- II. DSM-IV-TR برای این گروه از اختلالات از اصطلاح عقب ماندگی ذهنی استفاده میکند، اما مؤلفان DSM-5 برای هماهنگی با توصیه های انجمن ناتوانیهای عقلانی و رشدی آمریکا، اصطلاح ناتوانی عقلانی را ترجیح دادند و اصطلاح ICD را داخل پرانتز گذاشتند.

ملاکهای ناتوانی عقلانی (اختلال عقلانی رشدی)

برای اینکه فرد تشخیص ناتوانی عقلانی دریافت کند، باید ملاک هایی را برآورده سازد که در سه مجموعه قرار میگیرند:

1. اولین مجموعه به تقابسی در توانایی عقلانی کلی اشاره دارد که آزمون هوش ممکن است آنها را اندازه گیری کند. این تقابص شامل استدلال، حل مسئله، قضاوت، توانایی درس گرفتن از تجربه، و یادگیری در زمینه تحصیلی می شوند. نقطه برش برای برآورده ساختن این ملاک هوش اندازه گیری شده تقریباً ۷۰ یا پایین تر در آزمون است که برای زمینه فرهنگی و زبانی فرد مناسب محسوب می شود.
2. دومین مجموعه ملاک ها برای تشخیص ناتوانی عقلانی، اختلالاتی را در عملکرد انطباقی به نسبت سن و گروه فرهنگی فرد مشخص میکند. این اختلالات در زمینه های مختلف مانند برقراری ارتباط، مشارکت در فعالیتهای اجتماعی، و انجام دادن فعالیت های روزانه زندگی به شیوه مستقل روی میدهند. برای مثال، افرادی که مشکلات انطباقی نشان می دهند، قادر نیستند از پول استفاده کنند، نمیتوانند زمان را بیان کنند، و با دیگران در محیط های اجتماعی به صورت نامناسبی ارتباط برقرار میکنند.
3. سومین ملاک این است که سن شروع باید زیر ۱۸ سال باشد. خیلی احتمال دارد که افراد مبتلا به این اختلال قبل از این سن مورد توجه حرفه ای قرار گیرند. بنابراین، این ملاک برای اولین تشخیص در بزرگسالی مناسب نیست؛ مگر اینکه به دلایلی، ناتوانی در زمانی که فرد کودک بود، مورد توجه قرار نگرفته باشد.

DSM-5، برای ناتوانی عقلانی چهار سطح شدت را در هر یک از این سه زمینه مشخص می کند.

■ مفهومی

- ✓ خفیف: مشکلاتی در زمینه یادگیری مهارتهای تحصیلی، عملکرد اجرایی محدود (در بزرگسالان) و حافظه معیوب.
- ✓ متوسط: عقب ماندگی های قابل ملاحظه در طول کودکی در زبان، روخوانی و ریاضیات. بزرگسالان در سطح مدرسه ابتدایی میمانند و برای انجام دادن تکالیف زندگی روزمره به کمک نیاز دارند.
- ✓ شدید: دستیابی محدود به مهارت های مفهومی، درک کم زبان، حساب، زمان و پول، در طول زندگی به حمایت گسترده نیاز دارد.
- ✓ عمیق: ناتوانی در فکر کردن به صورت نمادی، درک محدود نحوه استفاده از اشیاء، اختلالات حرکتی و حسی اغلب در این سطح وجود دارند، که استفاده از اشیاء را به شیوه مفید برای فرد غیرممکن میسازند.

■ اجتماعی

- ✓ خفیف: ناپختگی در تعامل های اجتماعی، مشکلاتی در تنظیم کردن هیجان و رفتار کردن به صورت متناسب با سن، ساده لوحی.
- ✓ متوسط: زبان، کمتر از زبان همسالان پیچیده است، میتواند با دیگران پیوندهای اجتماعی و عاطفی برقرار کند. اما ممکن است نتواند علایم اجتماعی افراد را درک کند. مراقبت کنندگان باید در تصمیم گیری کمک کنند.
- ✓ شدید: واژگان و دستور زبان محدود، گفتار و زبان بر زمان حال تمرکز دارند. میتواند گفتار و حرکات ایما و اشاره ساده را درک کند. با این حال، توانایی روابط میان فردی رضایت بخش را نیز دارد.
- ✓ عمیق: درک بسیار محدود گفتار و حرکات ایما و اشاره در ارتباط اجتماعی، میتواند امیال و هیجانات را به شیوه غیرکلامی ابراز کند، روابط رضایت بخشی با دیگران دارد ولی فقط در صورتی که با فرد آشنا باشد. اما اختلالات حسی و حرکتی ممکن است اجازه ندهند که فرد در دامنه وسیعی از فعالیتهای اجتماعی مشارکت کند.

■ عملی

- ✓ خفیف: ممکن است بتواند از عهده مراقبت شخصی برآید، ولی در تکالیف پیچیده زندگی روزمره مانند خرید، حمل و نقل، مراقبت از بچه و مدیریت پول به کمک نیاز دارد. در بزرگسالی، ممکن است در مشاغل استخدام شود که به مهارت های مفهومی نیاز ندارند.
- ✓ متوسط: میتواند به دامنه ای از نیازهای شخصی رسیدگی کند، هرچند که در ابتدا آموزش قابل ملاحظه ای ضرورت دارد. استخدام در مشاغل که به مهارتهای مفهومی محدود نیاز دارند امکان پذیر است. به کمک و سرپرستی نیاز دارد. اقلیت کوچکی به رفتار ناسازگارانه می پردازند.
- ✓ شدید: برای کلیه فعالیتهای زندگی روزمره به کمک و سرپرستی نیاز دارد، نمیتواند برای خود یا دیگران تصمیم بگیرد، در بزرگسالی، برای فراگیری هر نوع مهارتی به آموزش طولانی مدت و کمک نیاز دارد. تعدادی از افراد در این سطح ممکن است به رفتار ناسازگارانه، از جمله جرح خویش پردازند.
- ✓ عمیق: برای تمام جنبه های فعالیت روزمره به دیگران وابسته است، ممکن است بتواند به برخی کارها در خانه یا محل کار کمک کند. میتواند از انواع سرگرمی ها لذت ببرد، ولی اختلالات جسمانی و حسی اجازه مشارکت فعال را نمیدهند. اقلیت قابل ملاحظه ای به رفتار ناسازگارانه میپردازند.

علتهای ناتوانی عقلانی

A. نابهنجاری های ژنتیکی

B. مخاطرات محیطی

A. نابهنجاری های ژنتیکی

✓ نابهنجاری های در ژن هایی که رشد پیش از تولد، قشر مخ را کنترل می کنند، علتهای مهم ناتوانی عقلانی اند.

✓ سه تا از مهمترین علت های ژنتیکی:

a. سندرم دان

b. فنیل کتونوری (PKU)

c. سندرم X شکننده

اپی ژنتیک نیز نقش مهمی را در خطر بیشتر مبتلا شدن فرد به ناتوانی عقلانی ایفا میکند. سبک زندگی، رژیم غذایی، شرایط زندگی، و سن مادر می توانند بر نمود ژن هایی که او به کودک خود منتقل میکند، از طریق جهش ها، حذفها، یا تغییر مواضع ژنها روی کروموزوم ها تأثیر بگذارند.

a. سندرم دان

رایج ترین نوع سندرم دان زمانی روی می دهد که افراد نسخه اضافی کروموزوم ۲۱ را به ارث برده و بنابراین، به جای ۴۶ کروموزوم معمول (۲۳ جفت)، ۴۷ کروموزوم داشته باشند. در این نوع از سندرم دان که سه کروموزومی ۲۱ نامیده می شود، کروموزوم اضافی تغییراتی را در مغز و ویژگی های جسمانی ایجاد میکند. نشانه های سندرم دان از خفیف تا شدید گسترش دارند و از فردی به فرد دیگر فرق می کنند. سندرم دان در واقع شایع ترین علت نقایص تولد در انسانهاست.

- ✓ تغییرات جسمانی ناشی از کروموزوم اضافی شامل این موارد میشوند: اندازه سر و گردن کوچکتر از متوسط با صورت پهن، گوشهای کوچک، دهان کوچک، چشمان متمایل به بالا، پوست اضافی در پشت گردن، و نقطه های سفید روی قسمت رنگی چشم. افراد مبتلا به سندرم دان کوتاه قامت هستند، و هرگز به وزن کامل بزرگسالی نمی رسند.
- ✓ نابهنجاری های جسمانی شامل این موارد میشوند: نقایص قلبی، آب مروارید چشم، ضعف شنوایی، مشکلات لمبر، ناراحتی گوارشی، وقفه تنفسی در خواب، کم کاری تیروئید، و دندان هایی که دیرتر از زمان معمول و در مکانهایی در می آیند که میتوانند به مشکلاتی در جویدن منجر شوند. افراد مبتلا به سندرم دان خطر بالاتر ابتلا به بیماری آلزایمر در میانسالی دارند که به مجموعه اساسی مکانیزم های ژنتیکی مشترک اشاره دارد.
- ✓ از لحاظ رفتاری، افراد مبتلا به سندرم دان علاوه بر نمرات هوش پایین تر، به احتمال بیشتری به صورت تکانشی عمل میکنند، قضاوت نامناسب نشان می دهند، به راحتی حواسپرت میشوند، و به خاطر محدودیت هایشان، ناکام و عصبانی میشوند. سطوح بالای عوامل استرس زای زندگی نیز که آنها با آن روبرو میشوند باعث میشود در برابر ابتلا به اختلال افسردگی اساسی آسیب پذیر باشند.

b. فنیل کتونوری (PKU)

- نوباوگان مبتلا به فنیل کتونوری با نبود آنزیمی به نام فنیل آلانین هیدروکساز به دنیا می آیند که فنیل آلانین را تجزیه میکند (اسید آمینه موجود در غذاهایی که حاوی پروتئین هستند). مدت کوتاهی پس از تولد وقتی فنیل آلانین در بدن متراکم می شود، نوباوه می تواند به صدمه برگشت ناپذیر دچار شود.
- ✓ PKU درمان نشده، به تأخیرهای رشد، اندازه سر کوچکتر از طبیعی، بیش فعالی، حرکات پرشی دست و پا، حملات صرعی، کپیرهای پوستی، و رعشه ها می انجامد.
 - ✓ خوشبختانه آزمایش خون ساده که مدت کوتاهی پس از تولد برای تمام بچه ها اجرا میشود میتواند PKU را تشخیص دهد. اگر آزمایش نوباوگان مبتلا به PKU مثبت باشد باید به ویژه در اوایل زندگی، تحت رژیم غذایی با فنیل آلانین کم قرار گیرند. این به معنی آن است که آنها باید از شیر، تخم مرغ و غذاهای رایج دیگر سرشار از پروتئین، به علاوه شیرین کننده مصنوعی اسپارتم اجتناب کنند. توصیه می شود آنها برای جبران، غذاهایی بخورند که سرشار از روغن ماهی، آهن و کارنیتین باشند.
 - ✓ PKU درمان ندارد، بنابراین افراد مبتلا به این اختلال باید در طول عمر خود رژیم غذایی دقیقی را حفظ کنند. اگر این کار را نکنند، ممکن است دچار اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی شوند. امکان دارد آنها همچنین در برخی تکالیف نابهنجاریهای شناختی نشان دهند، حتی اگر وقتی که اولین بار تشخیص داده می شوند، تحت مراقبت مناسب قرار داشته باشند.

بیماری تای - ساکس

- کودکانی که مبتلا به، بیماری تای - ساکس به دنیا می آیند، نقایصی در عملکرد عقلانی به دلیل نبود هگزو سامینیداز A روی میدهند (آنزیمی که به تجزیه ماده شیمیایی در بافت عصب به نام گانگلیوساید کمک میکند).
- ✓ علت بیماری تای - ساکس، ژن معیوبی روی کروموزوم ۱۵ است. برای اینکه کسی به این بیماری مبتلا شود، هر دو والد باید این نقص ژنتیکی را داشته باشند. اگر فقط یکی از والدین این نقص را داشته باشد کودک ناقل میشود و میتواند این بیماری را در صورتی که همسرش نیز این ژن معیوب را داشته باشد، به فرزند خود منتقل کند.

✓ این بیماری بیشتر در بین یهودیان اشکنازی که از تبار اروپای شرقی هستند شایع است.

✓ **نشانه های بیماری تای - ساکس**، علاوه بر تأخیرهای رشد شامل این موارد میشوند: ناشنوایی، نایبایی، نبود کشش عضلانی و مهارتهای حرکتی، زوال عقل، بازتابهای تاخیری، بیحالی، فلج، حملات صرعی، و رشد کند.

✓ گرچه نوع خفیف تر بیماری تای - ساکس میتواند بعدها در زندگی روی دهد، اما اغلب افراد به نوعی مبتلا هستند که ظرف ۳ تا ۱۰ ماه اول پس از تولد آشکار می شود. این بیماری به سرعت پیشرفت میکند و اکثر کودکان مبتلا به آن تا پس از ۴ یا ۵ سالگی زنده نمی مانند.

✓ بیماری تای - ساکس درمان ندارد؛ با این حال، والدین آینده می توانند قبل از اینکه بچه به دنیا بیاید، تحت آزمایش ژنتیکی قرار گیرند که ممکن است به آمادگی آنها برای جنبه هایی از این بیماری کمک کند. غربالگری تای - ساکس نیز ممکن است به عنوان بخشی از مشاوره پیش از ازدواج انجام شود؛ وضعیتی که میتواند برای افرادی که می ترسند اگر آزمایش آنها مثبت باشد داغ ننگ به آنها زده شود، چالشهایی را ایجاد کند.

c. سندرم X شکننده

رایج ترین نوع ناتوانی عقلانی در مردان، سندرم X شکننده است. اختلالی ژنتیکی که تغییر در ژن FMRI، موجب آن می شود. بخش کوچکی از رمز ژن در ناحیه شکننده کروموزوم X تکرار میشود و هر چه تعداد تکرارها بیشتر باشد، این نقص بیشتر است. چون مردان فقط یک کروموزوم X دارند، این نقص ژنتیکی به احتمال بیشتر در این جنسیت روی می دهد.

✓ پسران مبتلا به سندرم X شکننده ممکن است از خیلی جهات طبیعی به نظر برسند، اما آنها چند نابهنجاری جسمانی نشان میدهند که دور سر بزرگ، نابهنجاری های ظریف در ظاهر صورت، مانند پیشانی بزرگ و صورت دراز، پاهای صاف، اندازه بزرگ بدن، و بیضه های بزرگ بعد از اینکه آنها به بلوغ می رسند، از آن جمله هستند.

✓ والدین متوجه تأخیرهایی در رسیدن به معیارهایی مانند سینه خیز یا راه رفتن، رفتار بیش فعال یا تکانشی، به هم زدن دست ها یا گاز گرفتن، تأخیر در گفتار یا زبان، و گرایش به پرهیز از تماس چشمی می شوند.

✓ دختران مبتلا به این اختلال ممکن است نشانه هایی غیر از یائسگی زودرس یا مشکل بچه دار شدن نشان ندهند.

✓ متخصصان بالینی سندرم X شکننده را با بیش فعالی و توجه ضعیف به علاوه اختلالات عصبی - رشدی دیگر، از جمله اختلال طیف اوتیسم مرتبط میدانند.

B. مخاطرات محیطی

✓ مخاطرات محیطی که مادران در مدت حاملگی تجربه میکنند، دومین طبقه از علت های ناتوانی عقلانی هستند.

✓ این مخاطرات که **تراژوژن ها** نامیده میشوند، داروها یا مواد شیمیایی سمی و سوء تغذیه مادر را دربر دارند.

✓ امکان دارد مادرها دچار عفونتهایی شوند که رشد مغز کودکان متولد نشده آنها را تغییر دهند؛ مانند زمانی که آنها در ۳ ماهه اول حاملگی به سرخه مبتلا شوند. عفونتها، کمبود اکسیژن به هنگام تولد، تولد زودرس، و جراحی مغزی به هنگام زایمان نیز میتوانند به صدمه مغزی و نقایص عقلانی مرتبط در کودک منجر شوند. بیماریها، صدمات مغزی ناشی از تصادفات یا بدرفتاری با کودک، و مواجهه با مواد سمی مانند سرب یا مونوکسید کربن نیز می توانند باعث شوند کودکان بزرگتر متحمل کمبود در توانایی عقلانی شوند.

✓ **سندرم الکل جنینی (FAS)** اختلالی است که با ناتوانی عقلانی در کودکی ارتباط دارد که مادرش در مدت حاملگی، به طور منظم

مقادیر زیادی الکل مصرف کرده است. کودکان مبتلا به سندرم الکل جنینی دچار ناهنجاریهای خاصی در صورت می شوند، الگوی رشد آهسته تر از معمول دارند و از همه مهمتر تأخیرهای سیستم عصبی دارند، که به نقایص عقلانی می انجامند.

✓ کودکانی که قبل از تولد قدری با الکل مواجه شده اند، ممکن است به نوع کم اهمیت تر سندرم الکل جنینی معروف به **اختلال طیف**

الکل جنینی (FASD) مبتلا شوند. کودکان مبتلا به سندرم الکل جنینی حجم مغز کمتر و نقایص جسم پینه ای - بافتی که دو نیمکره مغز را متصل میکند - دارند.

✓ کودکان مبتلا به سندرم الکل جنینی وقتی بالغ می شوند، در معرض خطر انواع پیامدهای منفی قرار دارند که اخراج شدن از مدرسه، ارتکاب به اعمال جنایی، و مبتلا شدن به مشکلات سلامت روانی دیگر، مانند اختلالات مصرف مواد از جمله آنها هستند. توانایی های انطباقی آنها با گرایش پرداختن به رفتار جنسی نامناسب، بیشتر به چالش کشیده می شوند و آنها در زندگی کردن به صورت مستقل و شاغل ماندن مشکل دارند.

تشخیص سندرم الکل جنینی

ملاکها	زمینه عملکرد
قد، وزن، یا هر دو زیر صدک دهم هستند (برای سن، جنسیت، و نژاد یا قومیت تنظیم شده است)	ناهنجاری های رشد
برآمدگی بین بینی و لب، لبه باریک دور لب، و جدایی کوچک بین پلکهای بالا و پایین (بر اساس هنجارهای نژادی)	ناهنجاری های صورت
دور سر کوچکتر و ناهنجاریهای مغز که در تصویر برداری دیده میشوند. عملکرد در مقیاسهای کارکردی به طور چشمگیری پایین تر از حد انتظار برای سن، تحصیلات، یا شرایط فرد در زمینه هایی مانند گفتار، مهارت های حرکتی ظریف، توجه، مهارتهای حساب، و مهارت ها یا رفتار اجتماعی است.	ناهنجاری سیستم عصبی مرکزی
مواجهه پیش از تولد با الکل تأیید شده؛ اگر این اطلاعات در دسترس نباشد، کودکانی که هر سه ملاک فوق را برآورده می کنند، برای آزمایش بیشتر ارجاع داده خواهند شد.	مواجهه مادر با الکل

درمان ناتوانی عقلانی

افراد مبتلا به ناتوانی عقلانی می توانند از مداخله به موقع که هدف آن فراهم کردن آموزش در زمینه هماهنگی حرکتی، استفاده از زبان، و مهارتهای اجتماعی برای آنهاست، بهره مند شوند. مربیان می توانند **یکپارچه سازی** را که این کودکان را در کلاس های مدرسه عادی ادغام میکند، با آموزش ویژه ترکیب کنند که کمک متناسب با نیازهای خاص آنها را فراهم می آورد. وقتی افراد مبتلا به ناتوانی عقلانی از کلاس به زندگی روزانه می روند، محدودیت هایی در توانایی انجام دادن فعالیتهای زندگی روزمره و همینطور درک موقعیتهای اجتماعی دارند. بنابراین درمان برای این افراد اغلب شکل مداخله های رفتاری یا اجتماعی به خود میگیرد که به آنها آموزش میدهد از عهده اینگونه ضروریات برآیند. برخی از خدماتی که میتوانند از آنها بهره مند شوند مراقبت هماهنگ را شامل می شود که درمان رفتاری، امداد رسانی و ارزیابی چندرشته ای را ادغام می کنند. فراهم کردن درمان برای اختلالات مرتبط نیز از جمله افسردگی، اختلال اضطرابی، اختلال دو قطبی، یا اختلال طیف اوتیسم می تواند مفید باشد.

✓ تا جایی که ممکن باشد پیشگیری و نه درمان، برای کاهش خطر ناتوانی های عقلانی ارجحیت دارد.

- ✓ در مورد سندرم الکلی جنینی، به نظر می‌رسد که آموزش و مشاوره بیشترین ارزش بالقوه را دارند. متأسفانه دلیل بسیار محدودی وجود دارد که نشان دهد چنین برنامه‌هایی واقعاً مصرف الکل را در زنان حامله کاهش میدهند یا از آن مهم‌تر تأثیرات مفید بر کودکان دارند.
- ✓ کودکانی که مبتلا به سندرم الکلی جنینی تشخیص داده شده‌اند میتوانند از چند عامل حفاظتی بهره‌مند شوند که تأثیر این اختلال را بر سازگاری و رشد بعدی آنها کاهش میدهند. تشخیص اولیه میتواند به مربیان کمک کند این کودکان را در کلاسهای مناسبی قرار دهند و خدمات اجتماعی به آنها بدهند تا به آنها و خانواده‌هایشان کمک کنند. ثبت نام در کلاس‌های آموزش ویژه‌ای که بر نیازها و سبکهای یادگیری آنها تمرکز دارند، می‌تواند خیلی مفید باشد. آنها همچنین می‌توانند از یادگیری روشهای مناسب کنترل خشم یا ناامی‌شان بهره‌مند شوند تا درگیر خشونت کودکی نشوند.
- ✓ **آموزش رفاقت** یک مداخله رفتاری است که میتواند به کودکان مبتلا به سندرم الکلی جنینی کمک کند یاد بگیرند چگونه تعامل مناسبی با کودکان دیگر داشته باشند تا بتوانند دوست شوند و دوستان خود را نگه دارند. این نوع آموزش ترکیبی از مهارت‌های اجتماعی را آموزش می‌دهد؛ نظیر اینکه چگونه با کودکان دیگر بازی شود روزهای بازی در منزل ترتیب داده شوند، و تعارضها حل یا از آنها پرهیز شوند.
- ✓ مداخله‌های شناختی که روی به‌شمار آوردن نقایص عملکرد اجرایی کودکان مبتلا به سندرم الکلی جنینی تمرکز میکنند، میتوانند به بهبود عملکرد تحصیلی آنها کمک کنند. این روش‌ها شامل استفاده از مثال‌های عینی، تکرار اطلاعات، و تقسیم کردن مسئله به اجزای آن می‌شود. والدین نیز باید یاد بگیرند چگونه رفتارهای کودکان خود را بهتر مدیریت کنند، به طوریکه در نهایت ناراحتی آنها را کاهش دهند و بنابراین، به محیط خانه کمتر استرس را بینجامد.
- ✓ گرچه روشهای مداخله روان‌شناختی به‌طور سنتی روی کودکان مبتلا به سندرم الکلی جنینی متمرکز بوده‌اند اما پیشرفتهای نوید بخش در رویکرد زیستی بر کاشت سلول بنیادی عصبی اتکا کرده‌اند. **سلول‌های بنیادی عصبی** سلولهای نامتمایزی هستند که توانایی متمایز شدن به سلولهای عصبی را دارند و فاقد نقایص سلولهایی هستند که قبلاً در سیستم عصبی فرد رشد کرده‌اند. اگر اینها بتوانند برای کودکان مبتلا به سندرم الکلی جنینی به کار برده شوند. فرایند رشد عصبی میتواند تغییر کند و سلولهای سالم میتوانند به جای سلولهایی که در اثر مواجهه با الکل هنگام رشد مغز جنینی صدمه دیده‌اند، رشد کنند.

اختلال طیف اوتیسم

- اختلال عصبی-رشدی که عموماً «اوتیسم» خوانده می‌شود، در DSM-5 اختلال طیف اوتیسم نامیده شده است و شامل آسیبهایی در زمینه‌های ارتباط اجتماعی و اجرای رفتارهای محدود و تکراری میشود. این اختلال دامنه‌ای از بی‌نظمی‌های جدی را در شیوه‌ای که افراد با دیگران تعامل و ارتباط برقرار میکنند، به علاوه الگوهای خاص تعامل‌ها و فعالیت‌هایی که آنها دارند شامل میشود.
- مجموعه ملاکهای تشخیصی مرتبط با این اختلال می‌تواند در طول عمر ادامه یابد، اما بسته به شدت آن، امکان دارد افراد با گذشت زمان بهتر شوند؛ به ویژه اگر کمک مناسب دریافت کنند.
 - تشخیص اختلال طیف اوتیسم در DSM-5 جایگزین اصطلاح اختلال اوتیستیک در DSM-IV-TR شده است که در واژگان قدیمی در طبقه مجزا از اختلال آسپرگر اختلال از هم‌پاشیدگی کودکی و اختلال رشد فراگیر که به گونه دیگری مشخص نشده است، قرار داشت. اصطلاح کنونی تمایز مطمئن‌تر و معتبرتری را بین کودکانی که رشد عادی دارند و آنهایی که دامنه‌ای از نقایص را در ارتباط و رفتارهای اجتماعی آشکار می‌سازند، فراهم می‌آورد. اصطلاح اختلال طیف اوتیسم بیانگر اتفاق آرا بین دانشمندانی که DSM-5 را نوشتند در این باره است که چهار اختلالی که قبلاً تصور می‌رفت مجزا باشند، اختلالی تکی با سطوح متفاوت شدت است که در یک پیوستار قرار می‌گیرد.

✓ متخصصان بالینی برای تشخیص اختلال طیف اوتیسم کودکان را در دو زمینه اصلی ارزیابی می کنند:

1. زمینه اول شامل بی نظمی هایی در روابط اجتماعی و ارتباط می شود.

2. زمینه دوم تمایلات و رفتارهای فرد را در بر میگیرد. این تمایلات دامنه محدود، اما شدید سرگرمی ها یا مهارت را دربردارند .

✓ رفتارهایی که کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم نشان می دهند، با تکرار و انعطاف ناپذیری شدید مشخص میشوند. متخصصان بالینی در هر زمینه یکی از سه سطح شدت را بر اساس مقدار کمک لازم مشخص میکنند که از اندکی تا خیلی زیاد گسترش دارد.

✓ کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم ممکن است در زمینه ارتباط، تأخیرهای رشدی در استفاده از زبان نشان دهند. نقایصی در جنبه های اجتماعی ارتباط در اختلال طیف اوتیسم رایج ترند. افراد مبتلا به این اختلال ممکن است از تماس چشمی خودداری کنند و جلوه های صورت، حرکات ایما و اشاره، و حتی وضع اندامی آنها ممکن است از نظر دیگران عجیب و غریب یا غیر عادی به نظر برسند. برای مثال، افراد مبتلا به این اختلال ممکن است درک زبان دیگران را مشکل بدانند و زبان بدن خودشان از نظر دیگران عجیب و غریب و بسیار نامناسب به نظر می رسد.

✓ برخلاف کودکانی که رشد عادی دارند، کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم به نظر نمی رسد که از بازی با دیگران لذت ببرند، تجربیات را تقسیم کنند، یا به تعامل های اجتماعی دادوستد بپردازند. در موارد شدید، امکان دارد آنها کاملاً از تعامل های اجتماعی اجتناب ورزند، یا حداقل سعی نکنند تعامل با دیگران را شروع کنند. بازی تخیلی، عنصر ضروری برای رشد عادی، این کودکان را با چالشهای زیادی مواجه میسازد. امکان دارد آنها قادر نباشند به نوعی از الگوهای بازی تقلیدی بپردازند که تعامل های اجتماعی معمول کودکان خردسال را مشخص میکنند و در آنها وقتی اسباب بازی ها را تقسیم و بازی می کنند، با یکدیگر کنار می آیند.

✓ غیر از ارتباط و الگوهای اجتماعی معیوب افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، بی نظمی هایی نیز در رفتار حرکتی آنها وجود دارد. آنها به رفتارهای محدود یا تکراری، مانند ضربه زدن با انگشتان یا دستان یا حتی پیچ و خم دادن بدنشان به حالت های غیر عادی می پردازند. رفتارهای تکراری می توانند بر گفتارشان نیز تأثیر بگذارند و شکل **پژواک گویی** به خود بگیرند که تکرار کردن بارها و بارهای صداهای یکسان است. تکرار کردن روال های یکسان بدون اجازه دادن به هرگونه تغییرات ممکن است جلوه دیگر اختلال آنها باشد. گرچه بسیاری از کودکان روالهای خاصی را ترجیح میدهند، برای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، هرگونه تغییر در فعالیتهای روزانه مانند پوشیدن لباس یا خوردن صبحانه میتواند بسیار ناراحت کننده شود.

✓ بی نظمی هایی که برخی افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در تغییر حساسیت به محرک های حسی نشان میدهند، برای خانواده ها بسیار ناراحت کننده اند. امکان دارد آنها نسبت به درد، گرما، یا سرما تقریباً تأثیر ناپذیر به نظر برسند و در نتیجه، به راحتی خود را در معرض خطر صدمات جدی قرار دهند. از سوی دیگر ناپهنجاریهای حسی آنها ممکن است شکل حساسیت مفرط به صدا، نور یا بو به خود بگیرند که باعث میشوند نتوانند نورها و صداهای عادی محیط را تحمل کنند.

✓ ویژگی های غیرعادی اختلال طیف اوتیسم هنگامی که کودکان به سالهای نوجوانی و پس از آن میرسند ممکن است به طرز چشمگیری تغییر کنند. در یک تحقیق مقطعی بزرگ که کودکان، نوجوانان و بزرگسالان مقایسه شدند، توانایی تعامل با دیگران در نوجوانان کمتر از بزرگسالان معیوب بود و بزرگسالان در زمینه رفتارهای تکراری و محدود، کمتر معیوب بودند.

یک نوع اختلال طیف اوتیسم، به نام سندرم دانشمند اوتیستیک، وقتی روی می دهد که افراد مهارت فوق العاده ای مانند توانایی اجرای عملیات عددی بسیار پیچیده و تقریباً فوری داشته باشند. برای مثال، امکان دارد آنها بتوانند با اطمینان روزی از هفته ای را که هزاران سال بعد تاریخی در آن قرار دارد، درست نام ببرند. سندرم دانشمند اوتیستیک معمولاً در سنین اولیه آشکار می شود؛ زمانی که کودک خردسال مبتلا به اختلال طیف اوتیسم به نظر می رسد که از مهارت های استثنایی موسیقی، استعداد هنری، یا توانایی حل کردن معماهای بسیار دشوار برخوردار است. این شاید ناشی از گرایش آنها به تمرکز کردن عمیق روی ویژگی های مادی اشیا باشد که این تواناییهای خارق العاده را به افراد میدهد به نظر میرسد که حافظه آنها در زمینه های خارج از مهارتشان از زمینه افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم که این مهارت های حافظه استثنایی را ندارند بهتر نباشد.

اختلال از هم پاشیدگی کودکی

برخی از کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در ۲ سال اول به طور عادی رشد می کنند، اما در مقطعی قبل از ۱۰ سالگی، از دست دادن زبان و مهارت های حرکتی به علاوه کارکردهای انطباقی دیگر، از جمله کنترل مدفوع و ادرار را آغاز میکنند. این اختلال نادر قبلاً اختلال از هم پاشیدگی کودکی نامیده می شد اما این تشخیص از DSM-5 حذف شد و اکنون در اختلال طیف اوتیسم وارد شده است.

ملاک های DSM-5 برای اختلال طیف اوتیسم

A. کمبودهای مداوم در ارتباط اجتماعی و تعامل اجتماعی در موقعیتهای متعدد به صورتی که توسط موارد زیر، در حال حاضر یا بنا بر سابقه آشکار میشوند:

1. کمبودهایی در رابطه متقابل اجتماعی - هیجانی که برای مثال از نزدیکی اجتماعی نابهنجار و ناتوانی در گفتگوی متقابل عادی، تا کاهش تقسیم کردن تمایلات، هیجانات یا عاطفه، تا ناتوانی در شروع کردن تعامل های اجتماعی با پاسخ دادن به آنها گسترش دارند.

2. کمبودهایی در رفتارهای ارتباطی غیرکلامی که برای تعامل اجتماعی مورد استفاده قرار میگیرند و برای مثال از ارتباط کلامی و غیرکلامی که انسجام نامناسب دارد، تا نابهنجاریهایی در تماس چشمی و زبان بدن یا کمبودهایی در درک کردن حرکات ایما و اشاره و به کار بردن آنها، تا فقدان کامل جلوه های صورت و ارتباط غیرکلامی گسترش دارند.

3. کمبودهایی در برقرار کردن، حفظ کردن و درک کردن روابط، که برای مثال از مشکلات تنظیم کردن رفتار برای مناسب بودن با موقعیتهای اجتماعی مختلف، تا مشکلاتی در تقسیم کردن بازی خیالی با دوست یابی، تا فقدان علاقه به همسالان، گسترش دارند.

✓ الگوهای رفتار، تمایلات یا فعالیتهای محدود، تکراری به صورتی که با حداقل دو مورد زیر، در حال حاضر یا بنا بر سابقه آشکار میشود:

1. جنبشهای حرکتی، استفاده از اشیا، یا گفتار قالبی با تکراری (مثل حرکات قالبی ساده، به صف کردن اسباب بازی ها، پژواک گویی، عبارتهای شخصی نامتعارف).

2. اصرار بر یکنواختی، چسبیدن انعطاف ناپذیر به روالهای عادی یا الگوهای رفتار کلامی یا غیرکلامی تشریفاتی (مثل ناراحتی شدید از تغییرات جزئی، مشکلاتی در رابطه با نقل و انتقالات، الگوهای تفکر خشک، تشریفات خوشامدگویی، نیاز به رفتن از مسیری یکسان یا هر روز خوردن غذای یکسان).

3. تمایلات بسیار محدود و ثابت که از نظر شدت یا تمرکز، نابهنجار هستند (مثل دلبستگی عمیق با دلمشغولی به اشیای غیرعادی، تمایلات بیش از حد محدود یا پایدار).

4. واکنش پذیری زیاد یا کم به درون داد حسی یا تمایل غیرعادی به جنبه های حسی محیط (مثل بی تفاوتی آشکار به درد/دما، پاسخ

نامطلوب به صداها یا بافتهای خاص، بوییدن یا لمس کردن بیش از حد اشیاء شیفتگی دیداری به نورها یا حرکت).

B. نشانه ها باید در اوایل دوره رشد وجود داشته باشند (اما ممکن است تا وقتی ضروریات اجتماعی از توانایی های محدود فراتر نباشند، به طور کامل آشکار نشوند، یا امکان دارد راهبردهای آموخته شده در سنین بالاتر، آنها را پوشانده باشند).

C. نشانه ها، اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد کنونی اجتماعی، شغلی، با زمینه های مهم دیگر عملکرد ایجاد میکنند.

D. این اختلالات با ناتوانی عقلانی (اختلال عقلانی رشدی) یا تأخیر کلی رشد، بهتر توجیه نمیشوند. ناتوانی عقلانی و اختلال طیف اوتیسم اغلب با هم روی میدهند، برای دادن تشخیصهای همزمان اختلال طیف اوتیسم و ناتوانی عقلانی، ارتباط اجتماعی باید پایین تر از سطح مورد انتظار برای رشد کلی باشد.

نظریه ها و درمان اختلال طیف اوتیسم

✓ دلیلی که به الگوهای وراثت خانوادگی اشاره دارد، نظریه ای را که اعلام میدارد اختلال طیف اوتیسم علت زیستی دارد، تأیید میکند.

پژوهشگران توارث پذیری این اختلال را تقریباً ۹۰ درصد برآورد می کنند، و گمان می رود ناپهنجاریهای ژنتیکی روی کروموزوم های ۷، ۲، و ۱۵ وجود داشته باشند.

درمان لوواس

✓ با اینکه پژوهش درباره ناپهنجاریهای عصبی در افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در حال پیشرفت است، ولی دیدگاه رفتاری همچنان واقع بینانه ترین رویکرد به درمان است. متخصصان بالینی که کودکان مبتلا به این اختلال را از دیدگاه رفتاری درمان میکنند، روشهای خود را بر اساس برنامه های مداخله ای استوار می سازند که روان شناس UCLA، ایوار لوواس در اواخر دهه ۱۹۸۰ ابداع کرد. در گزارش اصلی این برنامه، لوواس و همکاران او ۳۸ کودک ۳ تا ۴ ساله را که مبتلا به اختلال طیف اوتیسم تشخیص داده شده بودند، به طور تصادفی در دو گروه درمان گماشتند. یک گروه حداقل به مدت ۴۰ ساعت در هفته برای ۲ سال یا بیشتر تحت مداخله قرار گرفت. کودکان گروه دوم به مدت کمتر از ۱۰ ساعت در هفته تحت درمان با همان مداخله قرار گرفتند. گروه دیگری از کودکان خارج از کلینیک لوواس تحت درمان قرار گرفتند. با استفاده از نمرات هوشبهر به عنوان متغیرهای وابسته، تقریباً نیمی از ۱۹ کودک (۹ کودک) که تحت درمان فشرده قرار گرفته بودند، بیش از ۲۰ نمره افزایش داشتند؛ در ۱۳ سالگی، ۸ تن از کودکان افزایش هوشبهر خود را حفظ کرده بودند. در مقابل فقط یک کودک در درمان نه چندان فشرده، این پیشرفت هوشبهر را نشان داد. تحقیقات لوواس، با اینکه چشمگیر بودند، از جانب پژوهشگران دیگر مورد انتقاد قرار گرفتند زیرا در این تحقیق، هرگز تأثیرات مداخله بر مهارتهای اجتماعی و ارتباط ارزیابی نشد.

✓ درمان لوواس بر اصول شرطی سازی کنشگر استوار بود که درمانگران دانشجو و والدین آن را اجرا کردند. جنبه های رفتاری این مداخله، از بی توجهی به رفتارهای پرخاشگرانه و خود تحریکی کودکان با استفاده از محروم کردن به هنگامیکه آنها اخلاکگر بودند، و توجه کردن مثبت به کودکان فقط زمانی که آنها به رفتار مناسب اجتماعی می پرداختند، با استفاده از شکل دهی برای افزایش دادن رفتارهای آماج، تشکیل شده بود. به عنوان آخرین چاره، وقتی کودکان به رفتارهای نامطلوب می پرداختند یک «نه» بلند گفته میشد یا ضربه ای به ران آنها زده می شد.

- در سال اول، این درمان بر کاهش دادن رفتارهای خود تحریکی و پرخاشگرانه، شکل دهی کودکان برای اطاعت از درخواستهای کلامی ساده، استفاده از یادگیری تقلید، بازی با اسباب بازی ها و گسترش دادن درمان به خانه برای خانواده، تمرکز داشت.
 - در سال دوم مداخله، کودکان یاد گرفتند چگونه از زبان به صورت بیانگر و انتزاعی استفاده کنند. آنها همچنین یاد گرفتند چگونه به صورت تعاملی با همسالان خود بازی کنند.
 - در سال سوم، کودکان یاد گرفتند چگونه هیجانات را به صورت مناسب ابراز کنند، تکالیف درسی را انجام دادند تا آنها را برای مدرسه آماده کنند، و به یادگیری مشاهده ای پرداختند که در آن با تماشا کردن یادگیری کودکان دیگر یاد گرفتند. متخصصان بالینی سعی کردند این کودکان را به جای کلاسهای آموزش ویژه در کلاسهای یکپارچه سازی قرار دهند تا دیگران برجسب «اوتیستیک» یا «کودک دشوار» به آنها نزنند.
 - کودکانی که بهبود نیافتند، ۶ سال دیگر تحت آموزش قرار گرفتند. کودکان دیگر ارتباط خود را با تیم تحقیق برای مشاوره گاه و بیگاه حفظ کردند.
- ✓ کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم اگر برای رفتارهای مناسب تقویت دریافت کنند، مانند درخواست کمک یا بازخورد، رفتارهای اخلاکگر و خود تحریکی کمتری نشان خواهند داد. چنین تقویتی میتواند باعث شود آنها به احتمال کمتری به رفتارهای جرح خویشتن یا پرخاشگرانه بپردازند. در این نوع درمان متخصصان بالینی تمرکز روی تغییر دادن رفتارهای اساسی، به جای تمرکز بر تغییر دادن اختلالات رفتاری مجزا را با هدف بهبود بخشیدن به رفتارهای دیگر مفیدتر میدانند. درمانگر همچنین ممکن است به کودک کمک کند مهارتهای برای مثال، امکان دارد درمانگر به کودک یاد بدهد مسئله بزرگی مانند لباس پوشیدن را به تکالیف کوچکتری که بتواند انجام دهد، تقسیم کند. در نتیجه، کودک کمتر احساس ناکامی میکند و بنابراین کمتر احتمال دارد به رفتارهای مشکل آفرین، مانند تکان خوردن و سرکوبش بپردازد. متخصصان بالینی بر نیاز به برانگیخته کردن کودک برای برقراری ارتباط مؤثرتر نیز تمرکز میکنند. کودک پس از آن برای پاسخ دادن به محرکهای اجتماعی و محیطی که جهت درمان اهمیت دارد، بیشتر بر انگیزه خواهد شد. با گذشت زمان، کودکان برای تنظیم و شروع کردن رفتارها به طور مستقل، برانگیخته تر خواهند شد.
- ✓ رویکرد دیگر به مداخله، ترغیب همسالان به جای بزرگسالان به تعامل با کودک است. این وضعیت به نوع طبیعی تر محیط اجتماعی نزدیک است که در آن، کودکان معمولاً نقش قدرتمندی را در تغییر دادن رفتار همسالان دارند. برخلاف مداخله هایی که در آنها بزرگسالان تقویت را فراهم میکنند، مداخله ها با میانجی همسالان، این امتیاز را دارد که به کودکان امکان می دهد فعالیت های عادی خود را بدون مزاحمت بزرگسال انجام دهند. مؤثرترین این مداخله ها پسران کوچکی را شامل میشود که برادران بزرگتر آنها مداخله را فراهم می کنند، از سرمشق گیری همسال استفاده میکنند، و همکاری بین اعضای خانواده با کارکنان مدرسه را شامل می شود.
- ✓ راهبردهای رفتاری دیگر شامل روشهای کنترل خود، مانند نظارت بر خود، آموزش آرمیدگی، و شرطی سازی پنهان میشوند. اقتصاد ژتونی مداخله رفتاری دیگری است که امکان دارد برای برخی کودکان مفید باشد.

سندرم رت

- ✓ در سندرم رت، کودک در اوایل زندگی (تا ۴ ماهگی) به طور عادی رشد می کند و بعد اختلالات عصبی و شناختی از جمله شتاب منفی رشد سر و برخی از نشانه های اختلال طیف اوتیسم را نشان می دهد.
- ✓ این سندرم تقریباً به طور انحصاری در دخترها روی می دهد.

✓ پژوهشگران در سال ۱۹۹۹ ژن سندرم رت را شناسایی کردند. جهش هایی در این ژن که MECP2 نامیده میشود، به نابهنجاریهایی در تولید پروتئین خاصی می انجامد که برای عملکرد طبیعی نورونها اهمیت دارد.

اختلال طیف اوتیسم پرکاربرد، که قبلاً اختلال آسپرگر نامیده میشد.

✓ اصطلاح اختلال آسپرگر از نام هانس آسپرگر، پزشک اهل وین اقتباس شده است که در طول جنگ جهانی دوم، گروهی از پسرها را توصیف کرد که از مهارت های زبان و شناختی نسبتاً خوبی برخوردار بودند، ولی مشکلات اجتماعی محسوسی داشتند، زیرا مانند پروفیسورهای کوچولوی متکبر عمل میکردند و از لحاظ جسمانی ناشی بودند. در واقع، افراد پرکارکرد در طیف اوتیسم، از افراد همتای کم کارکردشان، اختلالات نه چندان شدید دارند و شاید نشانه های آنها بعد از اینکه به سن پیش دبستانی میرسند، آشکار شوند. در این سن که اکثر کودکان مهارتهای اجتماعی و تعاملی را پرورش میدهند، این کودکان در درک علائم اجتماعی دیگران و رعایت نوبت در صحبت کردن مشکل دارند و قادر نیستند نکات ظریف زبان را درک کنند. آنها در اوایل زندگی گرایش دارند دلمشغول مجموعه محدودی از تمایلات شوند و درباره آنها مفصل صحبت کنند، بدون اینکه تشخیص دهند چنین گفتگوهایی از لحاظ اجتماعی نامناسب هستند. با این حال آنها بیشتر از کودکان انتهایی کم کارکرد پیوستار طیف اوتیسم احتمال دارد که برای دوست شدن تلاش کنند.

اختلال یادگیری خاص

✓ کودکانی که اختلال یادگیری خاص دارند، به تأخیر یا نقص در توانایی فراگیری مهارت تحصیلی اساسی دچار هستند. این مشکلات زمانی آشکار می شوند که پیشرفت و مهارتهای آنها بر اساس سن، آموزش، و مقیاس هوش، به طور چشمگیری زیر سطح عملکرد باشند. متخصصان بالینی در چارچوب این طبقه کلی، همچنین مشخص میکنند که این اختلال بر کدام زمینه تحصیلی تأثیر میگذارد و میزان شدت (خفیف، متوسط یا شدید) چقدر است.

✓ عواملی که به نظر می رسد خطر ابتلای کودک به اختلال یادگیری را افزایش میدهند، چند عامل اجتماعی-فرهنگی را شامل می شوند:

- جایگاه اجتماعی-اقتصادی پایین، بزرگ شدن در خانواده ناتنی دو والدی، به فرزندپذیری پذیرفته شدن و پرورش یافتن در خانواده ای که افراد سیگاری دارد. عوامل خطر خانوادگی روانی - اجتماعی دیگر عبارت اند از:
- داشتن والدینی که مشکل بیشتری در فرزندپروری دارند، نمی توانند عقاید را با کودکان در میان بگذارند، و در خانه درباره اختلاف نظرهای بی پرده بحث نمیکند.

◀ افراد مبتلا به اختلال یادگیری خاص همراه با اختلال در ریاضیات

با تکالیف و مفاهیمی مشکل دارند که به اعداد و استدلال عددی متکی هستند؛ ممکن است آنها نتوانند اصطلاحات، نمادها، با مفاهیم ریاضی را درک کنند. امکان دارد برخی محاسبه پریشی داشته باشند (حالتی از مشکلات در درک عدد، توانایی در یادگیری واقعتهای علم حساب، و محاسبات).

✓ کودک دبستانی مبتلا به این اختلال ممکن است در انجام دادن تکالیف خانگی مشکل داشته باشد.

✓ فرد بزرگسال مبتلا به این اختلال ممکن است به علت مشکل انجام دادن جمع و تفریق، نتواند چک بانکی خود را تراز کند.

❖ اختلال یادگیری خاص همراه با اختلال در بیان نوشتاری

فرد در هجی کردن، استفاده مناسب از قواعد دستور زبان و نظم دادن به پاراگرافها مشکل دارد. این گونه چالش ها باعث می شوند کودکان در تعدادی از درسهای خود مشکلات جدی داشته باشند. در بزرگسالان، اختلال بیان نوشتاری میتواند مشکلات بین فردی و عملی زیادی ایجاد کند و فرصت های شغلی کمتری برای آنها فراهم خواهد بود؛ به ویژه اگر نشانه ها آنها را در سطح شدید عملکرد قرار دهند.

❖ افراد مبتلا به اختلال یادگیری خاص همراه با اختلال در خواندن

عموماً خوانش پرفشار نامیده میشود، هنگام خواندن، کلمات را حذف، تحریف، یا جایگزین می کنند و در نتیجه، آنها به صورت کند و مکث دار میخوانند. این اختلال می تواند باعث شود که کودکان نتوانند در انواع درس ها پیشرفت کافی نشان دهند. مانند افراد دیگر مبتلا به اختلالات یادگیری خاص این افراد در بزرگسالی موفقیت تحصیلی و شغلی پایین تری دارند.

✓ به نظر می رسد که ویژگی های اصلی این اختلالات به جای مشکلاتی در زمینه اجرای حرکتی، کنترل حرکتی در نیمکره های مغز، یا هرگونه اختلال دیداری یا ادراک دیداری، نقایصی را در طرح ریزی یا برنامه ریزی رفتار شامل میشوند.

✓ متخصصان معتقدند که بهترین روش برای مشخص کردن کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری، پاسخ به **روش مداخله (RTI)**

است که از روشهای مبتنی بر شواهدی تشکیل میشود که یک رشته مراحل را طی میکنند. متخصصان ابتدا برای مشخص کردن کودکان در معرض خطر، از ملاکهای غربالگری استفاده میکنند. سپس کودکانی که با عنوان در معرض خطر مشخص شده اند، تحت مداخله تثبیت شده برای مدت زمانی خاص قرار می گیرند. آن دسته از کودکان که از این مداخله بهره مند نمیشوند، تحت مداخله فشرده تر قرار می گیرند. در این مرحله، کودکانی که از این درمان بهره مند نمیشوند، با عنوان کودکانی که اختلال یادگیری دارند طبقه بندی میشوند. برای کمک به تشخیص، کودکان همچنین تحت ارزیابی جامع قرار می گیرند که در آن، از اطلاعات منابع متعدد، از جمله آزمونهای استاندارد شده استفاده می شود.

✓ آموزش دادن به کودکان از طریق استفاده از **روشهای اکتشافی** نیز میتواند مفید باشد. در این روش، کودک راهکار کلی را برای رسیدگی به هر مسئله، نه فقط روش حل کردن مسائل خاص، یاد میگیرد. شاید مهم تر از همه، تکیه کردن بر توانمندی های کودک باشد تا او بتواند احساس موفقیت و اعتماد به نفس بیشتری کند.

✓ افراد مبتلا به اختلالات یادگیری در بزرگسالی میتوانند از **برنامه های توانبخشی شغلی** که به طور اختصاصی برای نیازهای آنها تدارک دیده شده اند، بهره مند شوند. این روش ها با مشارکت کارفرمایان، زمینه هایی را مشخص میکنند که کارمندان جدید در آنها نیاز به آموزش دارند و در عین حال مهارتهای لازم برای مشاغل خاص شان را یاد می گیرند. توانبخشی میتواند پیامدهای منفی مرتبط با تأثیر بلند مدت اختلالات یادگیری را که در سالهای تحصیلی پدیدار میشوند، کاهش دهد و به افراد امکان دهد زندگی خشنود کننده تری در بزرگسالی داشته باشند.

ملاکهای DSM-5 برای اختلال یادگیری خاص

A. مشکلات یادگیری و استفاده از مهارتهای تحصیلی، به صورتیکه با وجود حداقل یکی از نشانه های زیر مشخص میشوند که با وجود تدارک مداخله هایی که این مشکلات را هدف قرار می دهند. حداقل به مدت 6 ماه ادامه داشته اند:

1. خواندن بی دقت یا آهسته و پر زحمت کلمه (مثل خواندن کلمات تکی با صدای بلند به صورت نادرست یا آهسته و با تردید، غالباً کلمات را حدس میزند، مشکل فهمیدن کلمات دارد).

2. مشکل درک کردن معنی آنچه خوانده شده است (مثلاً ممکن است متن را درست بخواند، ولی توالی، روابط، نتیجه گیری ها، یا معانی عمیقتر آنچه خوانده شده است را درک نکند).
 3. مشکلاتی در رابطه با هجی کردن (مثلاً ممکن است حروف صدادار یا بی صدا را اضافه، حذف، یا جایگزین کند).
 4. مشکلاتی در رابطه با بیان نوشتاری (مثلاً خطاهای متعدد دستوری یا نقطه گذاری در جملات می کنند، از سازماندهی پاراگراف نامناسب استفاده میکند، بیان نوشتاری عقاید، واضح نیست).
 5. مشکلات تسلط یافتن بر معنی عدد، واقعیهایی عدد، یا محاسبه (مثلاً از اعداد، بزرگی و روابط آنها درک نامناسبی دارد، به جای اینکه واقعیت ریاضی را مانند همسالانش یادآوری کنند. برای جمع کردن اعداد تک رقمی با انگشتان خود می‌شمرند، در وسط محاسبه حساب گم میشود و ممکن است روش ها را تغییر وضع دهد).
 6. مشکلاتی در رابطه با استدلال ریاضی (مثلاً در به کار بردن مفاهیم، واقعیهایی، یا روش های ریاضی برای حل کردن مسایل کمی مشکل شدیدی دارد).
 - B. مهارتهای تحصیلی که تحت تأثیر قرار گرفته اند به میزان چشمگیری زیر سطحی هستند که از سن زمانی فرد انتظار میرود، و اختلال قابل توجهی در عملکرد تحصیلی یا شغلی، یا در فعالیتهای زندگی روزمره ایجاد میکنند. طوریکه آزمونهای پیشرفت استاندارد شده که به صورت فردی اجرا شده اند و ارزیابی بالینی جامع، آن را تأیید میکنند. در مورد افراد ۱۷ ساله و بزرگتر سابقه مستند مشکلات یادگیری مختل کننده میتواند جایگزین ارزیابی استاندارد شده باشد.
 - C. مشکلات یادگیری در طول سالهای دبستانی شروع میشوند، ولی تا زمانیکه ضروریات برای این مهارت های تحصیلی که تحت تأثیر قرار گرفته اند، بیش از تواناییهای محدود فرد نباشند، ممکن است به طور کامل آشکار نشوند (برای مثال، در آزمونهای زمان بندی شده خواندن یا نوشتن گزارشهای پیچیده طولانی برای موعد تعیین شده، بار تحصیلی بیش از حد سنگین).
 - D. این مشکلات یادگیری با ناتوانی عقلانی، تیزی بینایی با شنوایی اصلاح نشده، اختلالات روانی یا عصبی دیگر، ناملایمات روانی - اجتماعی، فقدان مهارت در زبان آموزش تحصیلی، یا آموزش تحصیلی نامناسب، بهتر توجیه نمی شوند.
- ✓ توجه: چهار ملاک تشخیصی باید بر اساس ترکیب بالینی سابقه فرد (رشدی، پزشکی، خانوادگی، تحصیلی)، گزارش های مدرسه، و ارزیابی روانی - تحصیلی برآورده شوند.

اختلالات ارتباط

اختلالات ارتباط آنهایی هستند که با آسیب زبان، گفتار، و ارتباط مشخص می شوند.

- ✓ **کودکان مبتلا به اختلال زبان**، توانایی بیان کردن خودشان به شیوه متناسب با سن و سطح رشدشان را ندارند. آنها از واژگان محدود و غلط استفاده میکنند و در جملات کوتاه با ساختارهای دستوری ساده شده، حذف کردن کلمات یا عبارت های مهم، صحبت میکنند. امکان دارد آنها همچنین کلمات را با ترتیب عجیب و غریبی در جملات کنار هم قرار دهند. برای مثال، فرد مبتلا به این اختلال ممکن است همیشه از زمان حال استفاده کند و به جای «داشتم» بگوید: «من دیروز اوقات خوشی دارم».
- تأخیرهای رشدی ممکن است موجب اختلالات زبان بیانی شوند، اما نشانه های مشابه میتوانند از بیماری پزشکی یا جراحت سر ناشی شوند.

- ✓ فرد مبتلا به اختلال صدای گفتار، صداها را جایگزین، حذف، یا آنها را به صورت نادرست بیان میکند. این الگوهای گفتار کودکی، وقتی کودک بزرگتر می شود و بچه های دیگر در مدرسه او را مسخره میکنند، موجب مشکلات تحصیلی می شوند.
- ✓ کودکانی که دچار اختلال فصاحت با شروع کودکی (لکنت زبان) میشوند، نمی توانند گفتار فصیح تولید کنند. امکان دارد آنها بیانیهای کلامی مانند تکرارهای صدا یا طولانی کردن، کلمات بریده بریده، جایگزینهای کلمه برای اجتناب از کلمات مشکل آفرین، و کلماتی داشته باشند که با تنش زیاد بیان میشوند.
- ✓ کودکان مبتلا به اختلال ارتباط اجتماعی یا عملی، در زمینه استفاده اجتماعی از ارتباط کلامی و غیرکلامی در برقراری ارتباط با دیگران مشکل دارند. آنها در تنظیم رفتارشان با موقعیت اجتماعی مشکل دارند؛ نظیر اینکه نپیداند چگونه به مردم خوشامد بگویند یا خوشامدگویی دیگران به آنها را درست تعبیر کنند. به علاوه، آنها قادر نیستند ارتباط خود را با نیازهای شنونده تطبیق دهند، نظیر اینکه با کودکان و بزرگسالان به صورت متفاوتی صحبت کنند. آنها هنگام گفتگو، در پیروی از آیین معمول رعایت کردن نوبت هنگام سخن گفتن، مشکل دارند. سرانجام اینکه، آنها در درک معانی نهفته یا مبهم، مانند آنهایی که در شوخی و استعاره ها به کار می روند، مشکل دارند. این نقایص نه تنها میتوانند برقراری ارتباط مؤثر را برای فرد مشکل سازند، بلکه همچنین عمل کردن در شغل و مشارکت در تعامل های اجتماعی عادی را با مشکل مواجه می سازند.

اختلال کاستی توجه / بیش فعالی (ADHD)

- ✓ یکی از شایع ترین اختلالات روانی که در رسانه های پرتعداد به آن اشاره میشود، اختلال کاستی توجه / بیش فعالی (ADHD) است.
- ✓ این اختلال عصبی - رشدی است که با الگوی بادوام بی توجهی و یا بیش فعالی مشخص میشود.
- ✓ ADHD مانند اختلال طیف اوتیسم اکنون معنی گسترده ای دارد و خیلی از افراد برای توصیف کودک یا بزرگسالی استفاده میکنند که نشانه های او به راحتی در و موقعیتهای اجتماعی و تحصیلی آشکارند.

مجموعه ملاک ها برای ADHD

A. اولین مجموعه ملاک ها برای ADHD از بی نظمی هایی در توجه تشکیل می شود و از مجموعه بزرگتر رفتارهای خاص، حداقل شش نوع رفتار را دربر دارد. اینها عبارت اند از:

1. ناتوانی در توجه کردن دقیق به جزئیات یا اشتباه کردن از روی بی دقتی
2. مشکل متمرکز ماندن بر تکالیف در مدرسه یا بازی
3. ناتوانی آشکار در گوش دادن وقتی دیگران حرف می زنند
4. ناتوانی در تا آخر دنبال کردن پروژه ها
5. رویکردهای نامنظم به تکالیف
6. حواسپرتی
7. فراموشکاری
8. گرایش به گم کردن چیزها
9. بی میلی در پرداختن به تکالیفی که به تلاش ذهنی مستمر نیاز دارند.

B. دومین مجموعه ملاکهای ADHD، حداقل شش رفتار را دربر دارد که عبارت اند از بیش فعالی که میتواند:

1. بی تایی
2. ناتوانی در نشستن در جای خود
3. بی قراری
4. ناتوانی در پرداختن به فعالیت های ساکت
5. حرف زدن یا رفتار حرکتی بیش از حد
6. مشکل منتظر نوبت ماندن هنگام صحبت کردن یا انجام دادن فعالیتهای گروهی
7. مزاحمت های مکرر برای دیگران

✓ متخصصان بالینی همچنین میتوانند کودکان مبتلا به **نوع مرکب ADHD** را نیز تشخیص دهد که هر دو مجموعه ملاکها را برای مدت حداقل ۶ ماه برآورده می سازند.

✓ اگر کودک ملاک ها برای بی توجهی، اما نه بیش فعالی - تکانشگری را ظرف ۶ ماه گذشته برآورده کند، متخصصان بالینی میتوانند

ADHD نوع عمدتاً بی توجه را تشخیص دهند.

✓ اگر کودکان دومین مجموعه ملاکها را برآورده کنند، اما ظرف ۶ ماه گذشته بی توجهی نشان نداده باشند، متخصصان بالینی میتوانند آنها را با عنوان **عمدتاً بیش فعال - تکانشی** تشخیص دهند.

✓ شیوع در پسرها بیشتر از دخترهاست و در کودکان بالاتر از نوجوانان است.

✓ در طول سالهای دبستانی ADHD کودکان را در معرض خطر دریافت نمرات پایین به علاوه مشکلات انضباطی مکرر قرار می دهد که به قرار دادن آنها در کلاسهای آموزش ویژه نیاز دارد.

✓ کودکان مبتلا به ADHD وقتی به اوایل بزرگسالی میرسند به احتمال بیشتری به اختلالات مصرف مواد مبتلا میشوند.

✓ وقتی کودکان به سالهای نوجوانی میرسند، اگر ADHD آنها درمان نشده باشد، دامنه وسیعی از مشکلات رفتاری تحصیلی و بین فردی را نشان میدهند که مشکلات جدی برای آنها ایجاد میکنند و چالش هایی را برای روابط آنها با خانواده دوستان و مربیان به وجود می آورند. آنها کمتر از افراد همسن شان بالغ هستند و به احتمال بیشتری با والدینشان تعارض دارند. مهارت های اجتماعی بسیار ضعیفی دارند و به فعالیتهای پر خطر بیشتری مانند سوء مصرف مواد، آمیزش جنسی محافظت نشده و رانندگی بی باک می پردازند.

✓ در دخترها ADHD نشانه هایی مانند فراموشکاری غیرعادی، بی نظمی، عزت نفس پایین، و تضعیف روحیه را شامل می شوند. دختران مبتلا به ADHD برخلاف پسرها، نشانه های خود را درونی میکنند و مضطرب، افسرده و گوشه گیر میشوند. بنابراین دخترانی که این نشانه های ADHD را آشکار می سازند، ممکن است مبتلا به اختلال افسردگی با اضطرابی تشخیص داده شوند و درمان مناسب دریافت نکنند.

ملاکهای DSM-5 برای ADHD

برای اینکه فردی مورد تشخیص ADHD قرار گیرد، باید شش یا تعداد بیشتری از نشانه های زیر را در هر یک از طبقات بی توجهی و بیش فعالی نشان دهد. این رفتارها باید حداقل به مدت ۶ ماه تا درجه ای وجود داشته باشند. که ناسازگارانه و با سطح رشد فرد ناهماهنگ باشند. علاوه بر این، چند نشانه بی توجهی یا بیش فعالی - تکانشگری باید قبل از ۱۲ سالگی وجود داشته باشد، نشانه ها باید اختلال در دو یا تعداد بیشتری از موقعیتهای ایجاد کنند (مانند مدرسه و خانواده)، باید شواهد روشنی از اختلال قابل ملاحظه در عملکرد روزانه وجود داشته باشد و نشانه ها نباید با اختلال دیگری بهتر توجیه شوند یا در دوره اختلال دیگری روی دهند.

بی توجهی (۶ یا تعداد بیشتری از ملاک های زیر):

- a. اغلب نمی تواند به جزئیات توجه دقیق کند یا در تکالیف تحصیلی، کار، یا فعالیتهای دیگر اشتباهات بی دقت میکنند.
- b. اغلب در حفظ کردن توجه در تکالیف با فعالیتهای بازی مشکل دارد.
- c. اغلب وقتی مستقیماً با او صحبت میشود به نظر نمی رسد که گوش میکند.
- d. اغلب از دستورالعمل ها پیروی نمیکند و نمیتواند تکالیف درسی، کارهای عادی، یا وظایف در محیط کار را تمام کند (نه به علت رفتار لجبازی یا ناتوانی در درک کردن دستورالعمل ها).
- e. اغلب در سازمان دادن به تکالیف و فعالیت ها مشکل دارد.
- f. اغلب از انجام دادن تکالیفی که به تلاش ذهنی مستمر نیاز دارند (مثل تکلیف درسی یا تکلیف خانگی) اجتناب میکنند، آن را دوست ندارد، یا اکره دارد.
- g. اغلب لوازم ضروری برای تکالیف یا فعالیتهای را گم میکند (مثل اسباب بازی ها، تکالیف مدرسه، مداد، کتاب یا لوازم التحریر).
- h. اغلب به راحتی به وسیله محرکهای نامربوط دچار حواسپرتی می شود.
- i. اغلب در فعالیتهای روزمره فراموشکار است.

بیش فعالی و تکانشگری (۶ یا تعداد بیشتری از ملاکهای زیر برای افراد ۱۷ ساله و بالاتر، حداقل ۵ ملاک ضروری است):

- a. اغلب دستها و پاها بی قرارند و در صندلی خود وول میخورد.
- b. اغلب در کلاس یا موقعیتهای دیگری که حالت نشسته انتظار می رود، صندلی خود را ترک میکند.
- c. اغلب در موقعیتهای نامناسب، میدود یا از چیزها بالا میرود. (توجه: در نوجوانان یا بزرگسالان، ممکن است به احساس بی قراری محدود باشد).
- d. اغلب نمی تواند ساکت بازی کند یا به فعالیتهای اوقات فراغت بپردازد.
- e. اغلب در حال جنب و جوش است، طوری عمل میکند گویی موتوری او را به حرکت وامی دارد.
- f. اغلب بیش از اندازه صحبت می کند.
- g. اغلب قبل از اینکه سؤالی کامل شده باشد پاسخ را از دهان میپراند (مثلاً جملات افراد را کامل میکند، نمیتواند در گفتگو منتظر نوبت بماند).
- h. اغلب منتظر نوبت ماندن برایش دشوار است (مثل زمانی که در صف منتظر است).
- i. اغلب مزاحم دیگران میشود (برای مثال، وسط گفتگوها، بازی ها، یا فعالیت ها میپرد).

ADHD در بزرگسالان

نشانه های ADHD در بزرگسالان به شکلهای متفاوت با کودکان پدیدار می شوند. در حالی که کودکان ممکن است دلیل بیشتری برای بی قراری و تکانشگری نشان دهند، ADHD بزرگسال به صورت مشکلاتی در نگهداشتن تمرکز توجه آشکار می شود. افراد مبتلا به ADHD بزرگسال، که نابهنجاریهایی را در عملکرد اجرایی نشان می دهند، به احتمال بیشتری در سازمان دادن تکالیف، اشتباه کردن از روی بی دقتی، و گم کردن چیزها مشکل دارند، و در تکالیفی که از آنها میخواهند فعالیت ها را بر اساس اهمیت اولویت بندی کنند، عملکرد ضعیف تری دارند. بنابراین بزرگسالان مبتلا به ADHD در زندگی روزانه خود مشکل طرح ریزی روال ها دارند، در مدیریت زمان و پول بی نظم هستند، و انجام دادن کار تحصیلی یا تا آخر دنبال کردن تکالیف شغلی را مشکل میدانند.

- ✓ در طول بزرگسالی، مردان به ویژه در معرض خطر تصادفات اتومبیل و دریافت جریمه رانندگی قرار دارند.
- ✓ زنان مبتلا به ADHD، کمتر احتمال دارد رفتارهای مخاطره آمیزی نشان دهند که در مردان دیده می شوند. در عوض، آنها به احتمال بیشتری ملالت، مشکلات سازماندهی، تکانشگری، و بی توجهی را تجربه می کنند؛ ویژگی هایی که اگر در فرزندپروری اخلاص ایجاد کنند، مایه نگرانی زیادی است.
- معمولاً نشانه های ADHD میتوانند باعث شوند که بزرگسالان مبتلا به این اختلال مشکلات جدی در روابط داشته باشند؛ خواه این رابطه با همسر باشد یا با همکار، فردی آشنا یا حتی غریبه. چون بزرگسالان مبتلا به ADHD به راحتی کسل می شوند، با شروع کردن جر و بحثها با افراد نزدیک به آنها، جویای تحریک هستند. آنها گوش دادن به دیگران را مشکل می دانند، ممکن است فقط بخشهایی از گفتگو را بشنوند، مستعد قطع کردن حرف طرف مقابل هستند، و در حالی که دیگران سعی دارند صحبت کنند، شروع به صحبت می کنند. آنها که دمدمی و خیلی بی قرارند، همسر خود را با تکانشگری، تصمیم گیری نامناسب و مدیریت مالی نامناسب شان آزرده میکنند. مشکلات دیگر در روابط آنها از بی نظمی، فراموشکاری، دیر کردن مزمّن، جابجا کردن مکرر اشیاء در خانه، و قابل اطمینان نبودن کلی آنها ناشی می شوند.
- تأثیرات احتمالی ADHD بر گرایش فرد در پرداختن به رفتار منحرف و ضد اجتماعی جدی ترند. ممکن است ADHD همچنین افراد را مستعد ابتلا به اختلالات مصرف مواد به علاوه میزان بالاتر سیگار کشیدن کند.

نظریه ها و درمان ADHD

- ✓ تحقیقات خانوادگی دو قلوئی، فرزند خواندگی و وراثت مولکولی، عوامل تعیین کننده زیستی ADHD را کاملاً ثابت کرده اند، پژوهشگران توارث پذیری ADHD را بالغ بر ۷۶ درصد برآورد کرده اند، که در تمام اختلالات روانی جزو بالاترین میزان است.
- ✓ تحقیقات روی افراد مبتلا به ADHD دلیلی را برای درگیر بودن چند ژن مرتبط با دوپامین یافته اند که اشاره دارد نقایصی در الگوهای پاداش ممکن است در نشانه های این اختلال مشارکت داشته باشند.
- ✓ پژوهشگران همچنین نابهنجاریهای ساختاری را در مغز افراد مبتلا به ADHD پیدا کرده اند و معتقدند که شبکه ای از نواحی مغزی مرتبط با هم، در آسیب کارکردهای توجهی - اجرایی این افراد درگیر است.
- ✓ بسته به همزمانی با اختلالات دیگر، مانند اختلالات خلقی یا اضطرابی، ناتوانی های یادگیری و اختلال سلوک یا سرپیچی و نافرمانی، ممکن است انواع فرعی ADHD وجود داشته باشند. هر یک از این انواع فرعی ممکن است الگوی متفاوت وراثت خانوادگی، عوامل خطر نورویولوژی، و پاسخ ها به داروها داشته باشد.

نظریه ADHD بارکلی

نظریه ADHD بارکلی (۱۹۹۷) با ربط دادن نابهنجاریهای زیستی و مشکلات رفتاری به یکدیگر در ADHD، اعلام میدارد که آسیب اصلی، ناتوانی در جلوگیری از پاسخ ها به علت نابهنجاری هایی در قشر پیش پیشانی و شیوه ارتباط آن با قسمت های دیگر مغز است. این آسیب در جلوگیری از پاسخ، خود را در چهار زمینه عملکرد فرد آشکار می سازد:

1. حافظه کوتاه مدت

2. درونی کردن گفتار خطاب به خود

3. خود تنظیمی عاطفه، انگیزش، و سطح برانگیختگی

4. بازسازی - توانایی تقسیم کردن رفتارهای مشاهده شده به قسمتهای تشکیل دهنده که میتواند به صورت رفتارهای تازه ای که به سمت هدف هدایت شده اند، دوباره ترکیب شوند. به علاوه، به عقیده بارکلی، کودکان مبتلا به ADHD نمی توانند آینده نگری و خودپنداره را در طول زمان پرورش دهند.

✓ **درونی کردن معیوب گفتار خطاب به خود** به معنی آن است که این کودکان نمیتوانند افکارشان را نزد خودشان نگه دارند یا به سؤال کردن خود با هدایت کردن خود به صورت خصوصی و پنهان پردازند.

✓ **خود تنظیمی معیوب خلق و انگیزش** آنها باعث میشود که تمام هیجانات خود را بدون سانسور بروز دهند، و در عین حال نتوانند سائق و انگیزش خود را تنظیم کنند.

✓ **توانایی معیوب این کودکان در بازسازی** باعث می شود که کمتر بتوانند مسائل را حل کنند، زیرا قادر نیستند رفتارها را تجزیه و تحلیل و رفتارهای جدید را ترکیب کنند.

- کودکان والدینی که در کودکی مبتلا به ADHD تشخیص داده شده بودند، خطر بیشتر در ابتلا به این اختلال دارند؛ به ویژه اگر در خانواده هایی با پیشرفت تحصیلی و شغلی پایین تر زندگی کنند.
- کودکانی هم که آسیب عمده ای را در زندگی خود تجربه کرده اند، میزان شیوع بالاتر ADHD دارند.

◀ افراد مبتلا به ADHD که از دیدگاه زیستی درمان میشوند، **داروهای** را دریافت میکنند که هدفشان کنترل کردن نشانه های آنهاست. گرچه بیش از دهها اسامی تجاری وجود دارند که نسخه ها بر اساس آنها نوشته میشوند اما اکثر داروها مبتنی بر متیل فنیدیت (ريتالین) هستند. اولین طبقه داروهای محرک که متیل فنیدیت را شامل میشود، برای مدت کوتاهی مؤثر بود (۲ تا ۵ ساعت) و در طول روز به دزهای متعدد زمان بندی شده نیاز داشت.

- **فرمول بندی های داروها با تأثیر با دوام تر به یکی از دو طریق عمل می کنند:**

I. سیستم های انتقال پشت بار شده

II. سیستمهای انتقال دانه بندی شده 50 - 50

✓ یک امتیاز داروهایی که تأثیر با دوام دارند این است که به احتمال کمتری سوء مصرف میشوند. افراد نیز کمتر احتمال دارد مصرف دارو را فراموش کنند، زیرا زمان طولانی تری بین دزها وجود دارد.

◀ گاهی به عنوان جایگزین متیل فنیدیت، **داروهای ضدافسردگی** برای افراد مبتلا به ADHD تجویز میشوند این داروها شامل بوپروپیون، پمولین، آتوموکستین و ایمی پرامین می شوند. متخصصان بالینی برای درمان ADHD خفیف تا متوسط از این داروها استفاده میکنند، به طوری که تأثیرات آنها ظرف ۲ تا ۳ روز پس از شروع درمان آشکار میشوند.

✓ **متخصصان بالینی معمولاً از این گروه داروها برای این دسته از افراد استفاده میکنند:**

a. افراد مبتلا به نشانه های خفیف ADHD و نشانه های همزمان (مانند اضطراب یا افسردگی)

b. افراد مبتلا به بیماریهای پزشکی که نباید داروی محرک مصرف کنند

c. افراد مبتلا به اختلال تیک یا اختلال توره

d. افراد با سوابق سوء مصرف دارو

اگر افراد مبتلا به ADHD اختلالات همزمانی داشته باشند که مورد توجه روان پزشک قرار گیرند، متیل فنیدیت می تواند همراه با داروهای ضدافسردگی یا داروهای ضدروان پریشی تجویز شود.

▪ در حیطه غیردارویی چند مداخله در کاهش دادن نشانه های ADHD موثرند و به افراد مبتلا به این اختلال کمک میکنند در روابط بین فردی بهتر عمل کنند و احساس بهتری درباره خودشان داشته باشند.

مورفی رویکرد چند عنصری به درمان روانی - اجتماعی را به طور خلاصه بیان میکند گرچه او بر درمان نوجوانان و بزرگسالان مبتلا به ADHD

تمرکز می کند، اما ما می توانیم برخی از این راهبردها را در خانواده های کودکان مبتلا به ADHD به کار بریم این **هشت راهبرد** عبارت اند از:

1. **آموزش روانی** یا ارائه درمان به صورت حرفه ای که روان درمانی را با مداخله های آموزشی ادغام میکند، نقطه شروع است، زیرا هر چه افراد مبتلا به ADHD درباره اختلال خود و نحوه ای که بر آنها تأثیر میگذارد بیشتر بدانند، بهتر می توانند تأثیر این اختلال را بر عملکرد روزانه خود درک کنند و راهبردهای مقابله گری را پرورش دهند. اگر فرد این اختلال را درمان پذیر بداند و انتظار داشته باشد که وقتی تغییر کردن را شروع کند، زندگی بهتر خواهد شد، آموزش روانی امید و خوشبینی القا می کند.

2. **درمانهای روان شناختی** مانند درمان فردی، زمینه ای را فراهم خواهند کرد که در آن، متخصصان بالینی و مراجعان آنها میتوانند هدفهای درمان را تعیین کنند، تعارض ها را حل کنند، مشکلات را رفع کنند، انتقالهای زندگی را مدیریت کنند، و مشکلات همزمان مانند افسردگی و اضطراب را درمان کنند. روشهای خاص، مانند راهبردهای شناختی - رفتاری می توانند به مراجعان کمک کنند رفتار و الگوهای فکر ناسازگارانه را که در عملکرد روزانه اختلال ایجاد میکنند تغییر دهند. الگوهای فکر ناسازگارانه در نتیجه پیام های منفی مکرر از جانب معلمان، والدین و همسالان معمولاً تحکیم می شوند.

3. **آموزش جبرانی رفتاری و مدیریت شخصی**، با وارد کردن ساختار و نظم بیشتر در زندگی فرد، فرصتی را برای پرورش دادن مهارتها فراهم

میکند. راهبردهای ساده میتوانند تکالیف و مسئولیتهای روزانه را کنترل پذیرتر کنند. این راهبردها شامل تهیه فهرست انجام دادن کار، استفاده از دفترچه برای قرار ملاقاتها، نگهداشتن یادداشتهای در مکانهای مناسب، و داشتن چندین دسته کلید میشوند.

4. درمانهای روان شناختی دیگر، مانند مشاوره زناشویی، خانواده درمانی، مشاوره شغلی، گروه درمانی، و برنامه ریزی کالج نیز فرصتهایی را برای ارزیابی شیوه های مختلف فراهم می آورند که در آنها نشانه های ADHD بر تصمیمات زندگی و افرادی که فرد با آنها تعامل می کند، تأثیر می گذارند.

5. مربیگری، مداخله ای که اخیراً ابداع شده است، از مشاوره با یک متخصص تشکیل می شود که میتواند به فرد مبتلا به ADHD کمک کند بر اجرای عملی هدفها تمرکز نماید. به عبارت دیگر، مربی به فرد کمک میکند روشهایی را برای انجام دادن کارها از طریق شیوه عمل گرایانه، رفتاری و نتیجه گرا بیابد.

6. برنامه های کامپیوتری مبتنی بر تکنولوژی میتوانند به افراد مبتلا به ADHD کمک کنند به ابزارها و وسایلی دست یابند که به آنها کمک کنند به شیوه مؤثرتری ارتباط برقرار کنند، بنویسند، هجی کنند، منظم بمانند، اطلاعات را به یاد آورند، طبق برنامه عمل کنند و حساب زمان را نگه دارند.

7. همسازی های مدرسه و محیط کار میتواند بارآوری را تسهیل کنند و حواسپرتی را به حداقل برسانند. دانش آموزان یا کارمندان مبتلا به ADHD معمولاً در محیط های ساکت و بدون حواسپرتی بهتر کار میکنند. وقتی عملکرد آنها به صورت مکرر بازبینی شود تا به شکل دهی عملکرد آنها کمک کند و اولویتها را تعیین نماید، به احتمال بیشتری موفق میشوند.

8. طرفداری، به ویژه به شکل طرفداری از خویشتن در موفق شدن خیلی اهمیت دارد. گرچه اکثر افراد فاش کردن جنبه های ناتوان کننده ADHD را برای دیگران دشوار می دانند، اما ممکن است آنها دریابند که توضیح دادن اختلالشان، وضعیت را برای هر کسی که درگیر است، بهبود می بخشد.

مفهوم نهفته در رویکرد رفتاری

مفهوم نهفته در رویکرد رفتاری این است که خانواده باید روش های رفتاری را یاد بگیرد و خود را به طور مستقیم در کمک کردن به کودکشان برای کاهش دادن رفتار اخلاک درگیر کند. هماهنگ کردن این تلاشها با مداخله توسط معلمان، به کودک کمک خواهد کرد تا کنترل شخصی بیشتری کسب کند.

اختلالات حرکتی

A. اختلال هماهنگی مربوط به رشد

B. اختلالات تیک

C. اختلال حرکت قالبی

A. اختلال هماهنگی مربوط به رشد

نوع اصلی اختلال حرکتی، اختلال هماهنگی مربوط به رشد است. کودکان مبتلا به این اختلال که به طرز شگفت آوری شایع است، آسیب دیدگی محسوسی در هماهنگ کردن حرکات دست و پای خود دارند. اختلال هماهنگی مربوط به رشد که ۶ درصد کودکان را مبتلا می کند. می تواند به مشکلاتی در پیشرفت تحصیلی و توانایی انجام دادن تکالیف زندگی روزانه بینجامد.

✓ انواع فرعی اختلال هماهنگی مربوط به رشد :

- a. محدودیت در هماهنگی دست - چشم
 - b. ایجاد مشکلات دیداری - فضایی
 - c. کودکانی که اختلال هماهنگی آنها بیانگر نقایصی در عملکرد اجرایی است، به این معنی که نمیتوانند بر عملکردهای حرکتی شان کنترل کسب کنند، نوع فرعی مهم دیگری را نشان می دهند.
- کودکان مبتلا به اختلال هماهنگی مربوط به رشد، در نوباوگی و اوایل کودکی مشکل سینه خیز رفتن، راه رفتن و نشستن دارند. وقتی آنها رشد می کنند، عملکردها در تکالیف دیگر مرتبط با سن نیز زیر متوسط است. امکان دارد آنها نتوانند بند کفش خود را ببندند، توپ بازی کنند، معمایی را کامل کنند، یا حتی به طور خوانا بنویسند. در نتیجه، ممکن است آنها دستخوش مشکلات عزت نفس پایین شوند. به علاوه، نبود هماهنگی آنها ممکن است باعث شود کمتر بتوانند در ورزشها و برنامه های ورزشی شرکت کنند، که به چاق شدن می انجامد.

ملاک های DSM-5 برای اختلال هماهنگی مربوط به رشد

- A. فراگیری و اجرای مهارتهای حرکتی هماهنگ با توجه به سن زمانی فرد و فرصت برای یادگیری و استفاده از مهارت، به طور قابل ملاحظه ای پایین تر از حد مورد انتظار است. مشکلات به صورت بی مهارتی یا بی دست و پایی (مثل انداختن چیزها یا برخورد کردن با اشیا) و همینطور کندی و بی دقتی در عملکرد مهارتهای حرکتی (مانند گرفتن یک شیء، استفاده از قیچی یا قاشق و چنگال، دستخط، دوچرخه سواری، یا شرکت کردن در ورزشها) آشکار میشوند.
- B. کمبود مهارتهای حرکتی در ملاک A به طور قابل ملاحظه و مداوم در فعالیتهای روزانه مناسب برای سن زمانی، اختلال ایجاد میکند (مثل مراقبت از خود و رسیدگی به خود) و بر بازدهی تحصیلی / مدرسه، فعالیتهای قبل از شغل و شغلی، اوقات فراغت و بازی تأثیر میگذارد.
- C. شروع نشانه ها در دوره رشد اولیه است.
- D. کمبودهای مهارتهای حرکتی با ناتوانی عقلانی (اختلال عقلانی رشدی) یا اختلال بینایی بهتر توجیه نمیشوند. و ناشی از بیماری عصبی که بر حرکت تأثیر میگذارد نیستند (مثل فلج مغزی، نقص تغذیه عضلانی، اختلال تباهشی).

رویکرد یکپارچه ای

به نظر می رسد کودکان مبتلا به اختلال حرکتی با توجه به پیچیدگی نشانه هایشان، از رویکرد یکپارچه ای بهره مند میشوند که نیازهای آنها و خانواده هایشان را در مراحل اولیه که نشانه ها اولین بار ظاهر می شوند، تشخیص میدهد. رویکرد یکپارچه به ارزیابی می تواند به این صورت اجرا شود که کودکان، خانواده ها و متخصصان، دیدگاه خود را درباره نشانه های کودک در میان بگذارند و تدوین اهداف درمان را آغاز کنند. بعداً، متخصصان والدین و کودکان برنامه می ریزند که چگونه مداخله پیش خواهد رفت و از امکانات جامعه بهره برداری خواهند کرد. در اینجا دوباره همه آنها باید در تعیین اهداف برای کودک همکاری کنند. آنها باید مداخله های برنامه ریزی شده خود را بر اساس درمانهای مبتنی بر شواهد استوار کنند. سرانجام، تیم مداخله باید راهبردهایی را برنامه ریزی کند که کمک به کودکان و خانواده های آنها را هنگام انتقال به مدیریت شخصی در خانه، مدرسه و جامعه ادامه دهد.

اختلالات تیک

- تیک جنبش یا آواگری سریع، مکرر، و غیرارادی است.
 - چند نوع اختلال تیک وجود دارد:
- I. **تیکهای حرکتی**، پلک زدن، انقباض های عضلانی صورت، و بالا انداختن شانه هستند.
- II. **تیکهای آوایی** شامل سرفه کردن، خرخر کردن، بددهنی، و نج نج کردن میشوند.

اختلال توره

- اختلال توره که شاید معروف ترین اختلال تیک باشد، تقریباً ۱ درصد کودکان را مبتلا می کند که اکثر آنها پسر هستند. افراد مبتلا به این اختلال ترکیبی از تیک های حرکتی و آوایی مزمن را تجربه میکنند. اختلال آنها به تدریج اغلب با تیک نکی، مثل چشمک زدن شروع می شود که با گذشت زمان به شکل رفتارهای پیچیده تر در می آید. تیک ها می توانند حرکات کنترل ناپذیر سر و گاهی قسمتهایی از بالاتنه را در بر گیرند. در برخی موارد، افراد حرکات بدن پیچیده ای انجام می دهند که لمس کردن، قوز کردن، چرخیدن، یا ردیابی گام ها را شامل می شوند. آنها در عین حال آواگری هایی را ادا میکنند که برای دیگران عجیب و غریب به نظر می رسند؛ برای مثال، امکان دارد فردی رفتار تیک پیچیده ای داشته باشد که در آن، سر خود را دور گردنش بچرخاند در حالی که صداهای فین فین و عوعو کردن از خود در آورد. فقط در درصد کوچکی از موارد افراد مبتلا به اختلال توره حرفهای زشت ادا میکنند.
- ✓ این یک اختلال گذرا نیست، بلکه میتواند دائمی و در کودکی یا نوجوانی شروع شده باشد. افراد مبتلا به این اختلال، نشانه های روانی دیگری هم دارند، که رایج ترین آنها نشانه های وسواس فکری-عملی، مشکلات گفتار و مشکلات توجه اند.
- ✓ امکان دارد تقابلی در مکانیزمهای بازدارنده مغز در قشر پیش پیشانی در اختلال توره درگیر باشند؛ ویژگی ای که با اختلال وسواس فکری - عملی و ADHD مشترک است. وقتی ساختارهای مغز بازدارنده تیکها رشد میکنند، این اختلال ممکن است در بزرگسالی خود به خود برطرف شود.
- ✓ کودکان مبتلا به اختلال توره میتوانند از **مداخله های آموزشی** که عزت نفس را تقویت می کنند و مشاوره حمایتی فراهم می آورند، بهره مند شوند. با این حال، اگر تیک ها دردناک باشند و به فرد صدمه وارد کنند (مانند خراشیدن)، و موجب ناتوانی چشمگیر شوند، متخصصان بالینی باید به صورت منظم تر مداخله کنند.
- ✓ افراد مبتلا به این نشانه ها می توانند از نوعی درمان شناختی - رفتاری که از **وارونه کردن عادت** استفاده میکند، بهره مند شوند. در این روش، درمانگر به مراجعان آموزش میدهد تیکهایشان و احساساتی را که قبل از آنها روی می دهند زیر نظر بگیرند و بعد با رفتار ارادی که از لحاظ جسمانی با تیک ها ناسازگار است، پاسخ بدهند.
- ✓ **درمان شناختی - رفتاری درمان ارجح است**، اما اگر ثابت شود که بی تأثیر است، متخصصان بالینی ممکن است فرد را تحت درمان دارویی قرار دهند که می تواند SSRIs، داروهای ضدروان پریشی نامتعارف، و در موارد شدید، تحریک عمیق مغز را در برگیرند.

ملاک های DSM-5 برای اختلال تیک

اختلال توره

- A. تیک های حرکتی متعدد و یک یا چند تیک آوایی برخی اوقات در طول بیماری وجود دارند. هر چند که نه لزوماً به طور همزمان.
- B. ممکن است تیکها از نظر فراوانی افزایش و کاهش داشته باشند، ولی به مدت بیش از ۱ سال از شروع اولین تیک ادامه یافته اند.
- C. شروع قبل از ۱۸ سالگی است.
- D. این اختلال ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل کوکائین) یا بیماری جسمانی دیگر نیست (مثل بیماری هانتینگتون، التهاب مغز پس از ویروس).

اختلال تیک حرکتی با آوایی مداوم (مزمن)

- A. تیکهای حرکتی با آوایی تکی یا متعدد در طول بیماری وجود دارند، اما نه هر دو تیک حرکتی و آوایی با هم.
- B. تیک ها ممکن است از نظر فراوانی افزایش و کاهش داشته باشند، ولی به مدت بیش از ۱ سال از شروع اولین تیک ادامه داشته اند.
- C. شروع قبل از ۱۸ سالگی است.
- D. این اختلال ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل کوکائین) یا بیماری جسمانی دیگر نیست (مثل بیماری هانتینگتون، التهاب مغز پس از ویروس).
- E. ملاک ها هرگز برای اختلال توره برآورده نشده اند.

مشخص کنید اگر:

فقط همراه با تیک های حرکتی

فقط همراه با تیکهای آوایی

اختلال تیک موقتی

- A. تیکهای حرکتی و یا آوایی تکی یا متعدد.
- B. تیک ها به مدت حداقل ۱ سال از شروع اولین تیک وجود داشته اند.
- C. شروع قبل از ۱۸ سالگی است.
- D. این اختلال ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل کوکائین) یا بیماری جسمانی دیگر نیست (مثل بیماری هانتینگتون، التهاب مغز پس از ویروس).
- E. ملاک ها هرگز برای اختلال توره یا اختلال تیک حرکتی یا آوایی مداوم (مزمن) برآورده نشده اند.

اختلال حرکت قالبی

کودکان مبتلا به اختلال حرکت قالبی به رفتارهای بی ثمر تکراری و ظاهراً برانگیخته شده می پردازند. اینها می توانند شامل دست تکان دادن، تکان دادن بدن، سرکوبش، گاز گرفتن و بریدن پوست شان شوند. همانگونه که میتوانید تصور کنید، این رفتارها می توانند عملکرد عادی آنها را مختل کنند و باعث شوند که به خودشان صدمه بزنند.

تمایز کردن اختلال حرکت قالبی از حرکات مکرر که به لحاظ رشدی طبیعی هستند که و برآورد شده که در ۶۰ درصد کودکان ۲ تا ۵ ساله روی میدهند، اهمیت دارد. خرده گروه هایی از کودکان خیلی احتمال دارد که اختلال حرکت قالبی داشته باشند؛ از جمله کودکانی که نابینا هستند و آنهایی که تأخیرهای رشد دارند.

✓ برای کودکانی که واقعاً معیوب اند یا در نتیجه رفتارشان در معرض خطر صدمه جدی قرار دارند، به نظر میرسد که تغییر رفتار مؤثرترین روش برای کمک به آنها باشد تا پرداختن به چنین رفتاری را متوقف کنند. به والدین میتوان آموزش داد که چگونه از رفتار درمانی در خانه استفاده کنند. (روشی مؤثر، به ویژه برای کودکان ۷ و ۸ ساله)

ملاکهای تشخیصی DSM-5 برای اختلال حرکت قالبی

- A. رفتار حرکتی تکراری، ظاهراً برانگیخته شده، و به ظاهر بی هدف (مثل تکان دادن سر یا دست، تکان دادن بدن، سرکوبش، گاز گرفتن خود، ضربه زدن به بدن خویش).
- B. رفتار حرکتی تکراری در فعالیتهای اجتماعی، تحصیلی و فعالیتهای دیگر اختلال ایجاد میکند و ممکن است به صدمه دیدن خود منجر شود.
- C. شروع در دوره رشد اولیه است.
- D. رفتار حرکتی تکراری ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد یا بیماری عصبی نیست و با اختلال عصبی - رشدی یا روانی دیگر (مثل اختلال موکئی، اختلال وسواس فکری - عملی) بهتر توجیه نمیشود.

خلاصه فصل 5

- اختلالات عصبی - رشدی اختلالاتی را شامل میشوند که کودکان را در اوایل زندگی مبتلا میکنند و به نظر میرسد که با ایجاد نابهنجاریهای مغزی، بر عملکرد رفتاری آنها تأثیر می گذارند.
- ناتوانی عقلانی به نقایص عقلانی و انطباقی اشاره دارد که اولین بار در کودکی آشکار می شوند. نابهنجاریهای ژنتیکی علت مهمی هستند. سه اختلال با علت ژنتیکی بسیار مهم، سندرم دان، فنیل کتونوری و سندرم X شکننده. اختلال ژنتیکی دیگر بیماری، تائید ساکس است.
- مخاطرات محیطی در مدت رشد پیش از تولد، دومین طبقه علت های ناتوانی عقلانی هستند. این مخاطرات که تراژوژن نامیده میشوند، شامل داروها یا مواد سمی، سوء تغذیه مادر، و عفونت ها در مادر هنگام مراحل حساس رشد جنینی می شوند. مصرف الکل در مدت حاملگی می تواند به سندرم الکل جنینی (FAS) منجر شود.
- افراد مبتلا به ناتوانی عقلانی میتوانند از مداخله به موقع بهره مند شوند که هدف آن فراهم کردن آموزش در زمینه هماهنگی حرکتی، استفاده از زبان، و مهارت های اجتماعی برای آنهاست.
- مؤلفان DSM-5 طبقه اختلال طیف اوتیسم را به وجود آوردند تا تمایز مطمئن تر و معتبری را بین کودکانی که رشد عادی دارند و آنهایی که دامنه ای از نقایص را در ارتباط و رفتار اجتماعی آشکار می سازند که DSM-IV-TR سعی داشت آنها را متمایز کند، فراهم آورد. قالب بندی جدید طیف برای این طبقه، بر ویژگیهای مشترک بین اختلالاتی تأکید دارد که قبلاً مجزا در نظر گرفته میشدند. اختلالاتی که در DSM-IV-TR جداگانه فهرست شده بودند، مانند اختلال اسپرگر، اوتیسم، سندرم رت، اختلال از هم پاشیدگی کودکی، و اختلال رشد فراگیر، در DSM-5 در اختلال طیف اوتیسم منظور شده اند. نشانه هایی که قبلاً این اختلالات را از یکدیگر متمایز میکردند اکنون توسط شاخصهای تشخیصی به آنها اشاره می شود.

- شواهدی که به الگوهای وراثت خانوادگی اشاره دارند، این نظریه را تایید میکنند که اختلال طیف اوتیسم علت زیستی دارد. گرچه معلوم است که تفاوت‌های عصبی بین افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و افراد بدون این اختلال وجود دارند، اما مبنای این تفاوت‌ها و اشارات آنها معلوم نیستند.
- دیدگاه رفتاری مناسب‌ترین درمان است؛ به ویژه مداخله‌هایی که بر مبنای اصول شرطی‌سازی کنشگر استوارند و توسط درمانگران دانشجو و والدین اجرا می‌شوند. اگر کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم برای رفتارهای مناسب تقویت بگیرند، رفتارهای اخلاک‌گر و خود تحریکی کاهش خواهند یافت. در چنین مواردی، کمتر احتمال دارد که آنها به رفتارهای جرح خویشتن و پرخاشگرانه بپردازند.
- اختلالات یادگیری خاص شامل آسیب دیدگی در درک ریاضیات، بیان نوشتاری، روحوانی، و ارتباط می‌شوند. اختلالات ارتباط شامل اختلال صدای گفتار، اختلال فصاحت با شروع کودکی (لکنت زبان) و اختلال ارتباط اجتماعی (عملی) میشوند.
- اختلال کاستی توجه / بیش فعالی (ADHD) با بی توجهی یا بیش فعالی و تکانشگری مشخص می‌شود. درباره علت‌های این اختلال چند نظریه وجود دارد، اما میزان توارث پذیری خانوادگی ممکن است بالغ بر ۷۶ درصد باشد. گرچه پژوهشگران ناپهنجاری‌های اساسی و ساختاری در مغز افراد مبتلا به ADHD پیدا کرده‌اند، اما اغلب توافق دارند که آسیب پذیری ژنتیکی با مواجهه محیطی تعامل میکند. درمان از رویکرد چند عنصری استفاده میکند.
- اختلالات هماهنگی مربوط به رشد با تیکها، جنبشها یا آواگری‌های غیرارادی و مکرر، مشخص می‌شوند. این نوع اختلال، اختلال توره و حرکت قالبی را شامل می‌شود.

فصل 8 (اختلالات اضطرابی، وسواس فکری - عملی، و مرتبط با آسیب و عوامل استرس‌زا)

اختلالات اضطرابی

- A. اختلال اضطراب جدایی
- B. فوبی‌های خاص
- C. اختلال اضطراب اجتماعی
- D. اختلال وحشتزدگی و آگورافوبی
- E. اختلال اضطراب فراگیر

اختلالات اضطرابی

ویژگی اصلی توصیف‌کننده اختلالات اضطرابی، تجربه احساس مزمن و شدید اضطراب است که در آن، افراد از آنچه ممکن است در آینده برایشان اتفاق افتد، می‌ترسند. اضطرابی که افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی تجربه میکنند، باعث می‌شود که آنها مشکل زیادی در عملکرد روزمره داشته باشند. این احساس از نگرانی‌های معمول که افراد هراز گاهی درباره انجام دادن فعالیتهای روزمره‌شان در محل کار یا خانه یا در تعامل با دیگران دارند، فراتر میرود.

✓ افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی دستخوش ترس نیز میشوند، که پاسخ هیجانی به تهدید واقعی یا نزدیک است. مانند تجربه اضطراب، احساس ترسی که افراد مبتلا به این اختلالات دارند، از نگرانی عادی یا حتی منطقی از مخاطرات احتمالی موقعیت هایی که در آنها قرار دارند، فراتر می رود.

✓ افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی برای اجتناب از موقعیت هایی که پاسخ های هیجانی اضطراب و ترس را تحریک میکنند، دست به هر کار میزنند. وقتی آنها قادر به انجام این کار نیستند، در انجام دادن کارها، لذت بردن از فعالیتهای اوقات فراغت، یا پرداختن به فعالیت های اجتماعی با دوستان و خانواده مشکل خواهند داشت.

A. اختلال اضطراب جدایی

افراد مبتلا به اختلال اضطراب جدایی درباره جدایی از خانه یا تنها گذاشته شدن توسط شخصیت های دلبسته (افرادی که در زندگی شان به آنها نزدیک اند) اضطراب شدید و نامناسب دارند.

- ✓ کودکان مبتلا به این اختلال ممکن است به قدری نزدیک به والد باشند که به او اجازه ندهند از دید خارج شود.
- ✓ بزرگسالانی که ملاکها برای این اختلال را برآورده می سازند، از جدا بودن از فردی که خیلی به او دلبستگی عاطفی دارند، اضطراب شدید دارند.
- ✓ بخشی از اضطرابی که افراد مبتلا به این اختلال تجربه میکنند، نگرانی از صدمه دیدن شخصیت دلبسته آنهاست؛ نظیر اینکه ممکن است او را بدزدند (ترسی که می تواند شدید و نامعقول شود). این نگرانی باعث میشود آنها سعی کنند هیچ وقت از خانه دور نشوند، که این در توانایی آنها برای کار کردن یا رفتن به مدرسه اختلال ایجاد میکند. آنها نیاز دارند نزدیک شخصیت های دلبسته خود بخوابند و ممکن است درباره جدایی کابوس داشته باشند. تصور جدایی ممکن است باعث شود آنها شکایتهای جسمانی مانند سردرد، دل درد، یا حتی تهوع و استفراغ داشته باشند.

ملاک های تشخیصی DSM-5 برای اختلال اضطراب جدایی

A. ترس یا اضطراب نامتناسب با رشد و بیش از اندازه درباره جدایی از کسانی که فرد به آنها دلبسته است، به صورتیکه توسط حداقل سه مورد زیر مشخص میشود:

1. ناراحتی بیش از حد مکرر هنگام پیش بینی یا تجربه کردن جدایی از خانه با از اشخاص دلبسته اصلی.
2. نگرانی مداوم و بیش از حد در مورد از دست دادن اشخاص دلبسته اصلی یا درباره وارد شدن صدمه احتمالی به آنها، مانند بیماری، جراحت، بلایا، یا مرگ.
3. نگرانی مداوم و بیش از حد در مورد واقعه ناگوار (مثل گم شدن، مورد آدم ربایی قرار گرفتن، تصادف کردن، مریض شدن) که موجب جدایی از شخص دلبسته اصلی شود.
4. اکراه یا امتناع مداوم از بیرون رفتن، دور شدن از خانه، رفتن به مدرسه، رفتن به محل کار، یا جای دیگر به علت ترس از جدایی.
5. ترس یا بی میلی مداوم و بیش از حد در مورد تنها یا بدون اشخاص دلبسته اصلی بودن در خانه یا محیط های دیگر.
6. بی میلی یا امتناع مداوم در خوابیدن دور از خانه یا به خواب رفتن بدون نزدیک بودن به شخص دلبسته اصلی.
7. کابوس های مکرر که موضوعات جدایی را در بر دارند.
8. شکایت های مکرر نشانه های جسمانی (مثل سردرد، دل درد، تهوع، استفراغ) وقتی جدایی از اشخاص دلبسته اصلی روی میدهد یا انتظار می رود.

- B. این ترس، اضطراب، یا اجتناب مداوم است. حداقل ۴ هفته در کودکان و نوجوانان و معمولاً ۶ ماه یا بیشتر در بزرگسالان ادامه می یابد.
- C. این اختلال، ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، تحصیلی، شغلی، یا زمینه های مهم دیگر عملکرد ایجاد میکند.
- D. این اختلال با اختلال روانی دیگر بهتر توجیه نمیشود، مانند امتناع از ترک کردن خانه به علت مقاومت بیش از حد در برابر تغییر در اختلال طیف اوتیسم، هذیانها یا توهمات مربوط به جدایی در اختلالات روان پریشی، امتناع از بیرون رفتن بدون همراه قابل اعتماد در آگورافوبی، نگرانی ها درباره بیماری یا صدمه دیگر که برای افراد مهم دیگر روی دهند در اختلال اضطراب فراگیر، یا نگرانی ها درباره مبتلا بودن به یک بیماری در اختلال اضطراب بیماری.

نظریه ها و درمان اختلال اضطراب جدایی

- ✓ گرچه تحقیقات دو قلوبی نقش عوامل ژنتیکی را در این اختلال تأیید میکنند، تحقیق تازه دوقلوبی که پژوهشگران سوئدی انجام داده اند، اشاره دارد که اضطراب از طریق مکانیزمهای محیطی و نه ژنتیکی، از والدین به کودکان منتقل می شود. به عبارت دیگر، کودکانی که والدین مضطرب دارند، از طریق سرمشق گیری یاد میگیرند اضطراب را پرورش دهند.
- ✓ عوامل اجتماعی - فرهنگی نیز در مستعد کردن برخی افراد برای ابتلا به اختلال اضطراب جدایی نقشی را ایفا میکنند. به نظر میرسد که نشانه های این اختلال در کشورهایی که فردگرایی و استقلال را ترغیب میکنند، شدیدتر از کشورهایی است که هنجارهای فرهنگی جمع گرا دارند.
- با توجه به اینکه این اختلال تا زمان انتشار DSM-5 مخصوص کودکی در نظر گرفته می شد، در حال حاضر نوشته های **درمان**، تحقیقات درباره بزرگسالان را دربر ندارند. برای کودکان به نظر می رسد که درمانهای رفتاری و شناختی - رفتاری بسیار نوید بخش باشند.
- ✓ روش های رفتاری شامل: حساسیت زدایی منظم، مواجهه طولانی مدت، و سرمشق گیری می شوند.
- ✓ مدیریت وابستگی و مدیریت شخصی نیز در آموزش دادن به کودکان برای واکنش نشان دادن مثبت تر و شایسته تر به موقعیت ترس برانگیز مفیدند.
- ✓ در یک نوع از درمان شناختی - رفتاری کوتاه مدت، دختران مبتلا به اختلال اضطراب جدایی در یک اردوی یک هفته ای شرکت کردند و در آنجا تحت درمان CBT فشرده در موقعیت گروهی قرار گرفتند. این درمان شامل کار کردن با والدین و کودکان آنها همراه با آموزش روانی، بازسازی شناختی، و آموزش آرمیدگی میشد. فعالیت های هنرهای دستی بدون حضور والدین طبق زمانهای برنامه ریزی شده صورت گرفتند. در پایان هفته کودکان و والدین آنها در جشن جایزه شرکت کردند. در آن زمان، به والدین نیز آموزش پیگیری در طول هفته های پس از اردو داده شد. آموزش پیشگیری از برگشت نیز در فعالیت های روز آخر منظور شد تا تضمین شود اگر اضطراب جدایی دوباره رخ داد، والدین و کودکان به طور کامل به رفتار پیش از درمان برگشت نکنند.

لالی انتخابی

امتناع از صحبت کردن در موقعیتهای خاص ویژگی اصلی لالی انتخابی است. کودکان مبتلا به این اختلال میتوانند از زبان معمولی استفاده کنند، اما تحت برخی شرایط، عموماً در کلاس تقریباً به طور کامل ساکت میشوند. این اختلال نسبتاً نادر است به طوری که برآوردهای شیوع آن 0.2 تا 2% است و بین ۳ تا ۶ سالگی شروع میشود؛ فراوانی آن در پسرها و دخترها برابر است. با توجه به اینکه کودکان معمولاً لالی انتخابی را در مدرسه و نه در خانه نشان میدهند، اضطراب میتواند علت آن باشد.

- ✓ به نظر می رسد که کودکان مبتلا به لالی انتخابی به رفتار درمانی پاسخ مناسب می دهند.

- متخصص بالینی سلسله مراتبی از پاسخهای مطلوب تهیه میکند و با تقویت کردن کودک برای هرگونه سخن گفتن شروع مینماید، بعد کلمات و جملات بیشتری را مطالبه میکند، و از خانه به کلینیک و سرانجام به مدرسه پیش میرود.
- در روش رفتاری دیگری از مدیریت وابستگی استفاده می شود که در آن، کودکان در صورت پرداختن به رفتار مطلوب سخن گفتن، پاداش های خوبی دریافت میکنند. مدیریت وابستگی برای استفاده در خانه توسط والدین خیلی مناسب به نظر می رسد.
- از این دو روش، شکل دهی به علاوه درمان مواجه سازی، مؤثرتر به نظر می رسند، اما مدیریت وابستگی در خانه پیوست مهمی است.
- CBT روش دیگری است که موجب بهبود در کودکان مبتلا به لالی انتخابی می شود.

ملاکهای تشخیصی DSM-5 برای لالی انتخابی

- A. ناتوانی مداوم صحبت کردن در موقعیتهای اجتماعی که انتظار صحبت کردن در آنها می رود (مثلاً در مدرسه) با وجود صحبت کردن در موقعیتهای دیگر.
- B. این اختلال، پیشرفت تحصیلی یا شغلی یا ارتباط اجتماعی را مختل میکند.
- C. ناتوانی صحبت کردن ناشی از آگاه نبودن از زبان گفتاری لازم در موقعیت اجتماعی یا احساس راحتی نکردن از آن نیست.
- D. این اختلال با اختلال ارتباط (مثل اختلال فصاحت با شروع کودکی) بهتر توجیه نمیشود و منحصرأ در طول دوره اختلال طیف اوتیسم، اسکیزوفرنی، یا اختلال روانپریشی دیگر روی نمیدهد.

فوبی های خاص

فوبی ترس غیرمنطقی مرتبط با شیء یا موقعیت خاصی است. ترسیدن از چیزهایی مانند عنکبوت ها یا موقعیتهایی با فضاها بسته یا ارتفاعات، شایع است یا دست کم افراد گرایش دارند از آنها اجتناب کنند.

✓ اما در **فوبی خاص**، ترس یا اضطراب به قدری شدید است که ناتوان کننده می شود. افراد مبتلا به فوبی خاص برای اجتناب از شیء یا موقعیتی که از آن می ترسند، از هیچ کوششی فروگذار نمیکنند. اگر آنها نتوانند اجتناب کنند، آن موقعیت را با اضطراب و ناراحتی زیاد تحمل میکنند. فوبی خاص، همچون تمام اختلالات اضطرابی، ناراحتی چشمگیری ایجاد میکند. به علاوه، این اختلال زودگذر نیست، بلکه باید حداقل به مدت ۶ ماه ادامه داشته باشد تا تشخیص را موجه سازد.

- تقریباً هر چیز یا موقعیتی، از رانندگی گرفته تا تزریق میتواند **هدف فوبی** را تشکیل دهد. با اینکه فهرست فوبی های خاص میتواند بی انتها باشد، ولی آنها در **چهار طبقه عمده** جای می گیرند:

1. حشرات و حیوانات
2. محیط طبیعی (طوفان یا آتش)
3. خون - تزریق - جراحی (دیدن خون، داشتن عمل جراحی)
4. پرداختن به فعالیتهایی در موقعیت های خاص (سوار شدن در آسانسور)
5. پنجمین طبقه فوبی های خاص، انواع محرک ها یا موقعیت ها نظیر ترس از استفراغ را شامل می شود.

ملاکهای تشخیصی DSM-5 برای فوبی خاص

- A. ترس یا اضطراب محسوس در مورد موضوع یا موقعیتی خاص (مثل پرواز کردن، ارتفاعات، حیوانات، تزریق شدن، دیدن خون).
- ◀ توجه: در کودکان این ترس با اضطراب ممکن است با گریه، قشقرقها، میخکوب شدن، یا چسبیدن ابراز شود.
- B. موضوع یا موقعیت فوبیک تقریباً همیشه ترس یا اضطراب فوری را تحریک میکند.
- C. از موضوع یا موقعیت فوبیک به طور فعال با ترس یا اضطراب شدید اجتناب میشود.
- D. این ترس یا اضطراب با ایجاد خطر واقعی توسط موضوع یا موقعیت خاص و زمینه اجتماعی - فرهنگی تناسب ندارد.
- E. این ترس، اضطراب یا اجتناب، مداوم است، معمولاً ۶ ماه یا بیشتر ادامه می یابد.
- F. این ترس، اضطراب یا اجتناب، ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه های مهم دیگر عملکرد ایجاد میکند.
- G. این اختلال با نشانه های اختلال روانی دیگر، از جمله ترس، اضطراب و اجتناب از موقعیتهای مرتبط با نشانه های شبه وحشتزدگی یا نشانه های ناتوان کننده دیگر (مثلاً در آگورافوبی)، موضوعات با موقعیت های مرتبط با وسواسهای فکری (مثلاً در اختلال وسواس فکری - عملی)، یادآورهای وقایع آسیب زا (مثلاً در اختلال استرس پس از آسیب)، جدایی از خانه یا اشخاص دلبسته (مثلاً در اختلال اضطراب جدایی)، یا موقعیت های اجتماعی (مثلاً در اختلال اضطراب اجتماعی)، بهتر توجیه نمیشود.

نظریه ها و درمان فوبیهای خاص

- پژوهشگران در دیدگاه زیستی، معتقدند که اضطراب مرتبط با فوبی های خاص ممکن است با ناهنجاری هایی در قشر جزیره ای قدامی ارتباط داشته باشد. این منطقه از مغز، بین قطعه های گیجگاهی و پیشانی قرار دارد و با هیجان و خودآگاهی مرتبط است. به نظر می رسد بادامه نیز که پاسخ ترس را تعدیل میکند، در فوبیهای خاص نقش دارد؛ به ویژه آنهایی که از طریق یادگیری فراگیری میشوند که در آنها، افراد محرک معینی را با هیجان ترس تداعی می کنند.
- **درمان فوبیهای خاص از دیدگاه زیستی**، بر مدیریت نشانه تمرکز دارد. متخصصان بالینی که از این دیدگاه عمل میکنند، داروها، عمدتاً بنزودیازپین ها را تجویز می کنند، اما فقط در صورتی که مراجعان آنها به درمانهای دیگر جواب ندهند. برخلاف انواع دیگر اختلال اضطرابی فوبیهای خاص از نظر ماهیت محدودترند و از موقعیت ها عموماً راحت تر میتوان اجتناب کرد. بنابراین متخصصان بالینی فقط زمانی داروها را تجویز خواهند کرد که فوبیهای خاص در توانایی انجام دادن فعالیتهای روزانه فرد اختلال ایجاد کنند.
- **رویکرد رفتاری به فوبیهای خاص بر شرطی سازی تأکید میکند** که وقتی روی می دهد که فرد یاد گرفته باشد احساسهای جسمانی ناخوشایند را با نوع خاصی از محرک یا موقعیت تداعی کند. رفتارگرایان فرض میکنند که ممکن است داشتن چنین واکنش هایی ارزش انطباقی داشته باشند، زیرا این موقعیت ها، مانند روبرو شدن با مار سمی، واقعاً همانهایی هستند که باید از آنها اجتناب کنیم. طبق این دیدگاه، وقتی افراد واکنش ترس مناسبی را به تمام محرک ها در آن طبقه تعمیم دهند، از جمله محرکهای بی ضرر، نشانه ها غیرانطباقی می شوند.

فوبی های خاص ممکن است جنبه های رشدی نیز داشته باشند.

- کودکان خرد سال گرایش دارند از چیزها یا موقعیتهایی بترسند که بتوانند آنها را ببینند؛ وقتی آنها بزرگتر می شوند، چیزهایی که از آنها میترسند، انتزاعی میشوند. (مثل «لولو»)
- کودکان بزرگتر ممکن است چیزها یا موقعیتهایی را که از آنها می ترسند، فاجعه آمیزتر از کودکان با همان فوبیها بدانند.
- بزرگسالان مبتلا به فوبیهای خاص، ممکن است نشانه ها را گزارش ندهند، بلکه در عوض اضطراب خود را اشتباهاً به بیماری جسمانی نسبت دهند.

➤ طبق دیدگاه شناختی - رفتاری افراد مبتلا به فوبیهای خاص سیستم های هشدار بیش فعال برای خطر دارند، و چون محرکهای بی ضرر را اشتباه تعبیر می کنند، چیزها را به صورت خطرناک درک میکنند. برای مثال، درک اشتباه چیز یا موقعیتی به صورت کنترل ناپذیر، پیش بینی ناپذیر، خطرناک، یا نفرت انگیز، با احساسهای آسیب پذیری همبستگی دارد. این اسنادها ممکن است خوبی رایج عنکبوت ها را توجیه کنند؛ حشره ای که افراد برداشت های اشتباه و نگرانی های زیادی از آن دارند. در مقابل، در فوبی خون - تزریق - جراحی، ترس و نفرت از آلودگی نقش اصلی را دارند. افراد مبتلا به فوبی ها همچنین گرایش دارند بعد از مواجهه با محرکی که از آن میترسند، احتمال پیامد خطرناک را بیش از حد برآورد کنند.

درمان مواجهه سازی

در درمان مواجهه سازی، برای اینکه به مراجعان کمک شود پاسخ های سازگارانه (آرمیدگی) را جایگزین پاسخ های ناسازگارانه کنند (ترس یا اضطراب) از تقویت مثبت استفاده می شود.

چهار روش درمان مواجهه سازی از نظر شیوه ای که این روش اجرا میشود، تفاوت دارند. طبق جدول زیر:

مواجهه کامل ناگهانی	مواجهه تدریجی	
غرقه سازی تجسمی	حساسیت زدایی منظم	تجسمی
غرقه سازی واقعی	درجه بندی شده به صورت واقعی	زنده

✓ **در حساسیت زدایی منظم**، در حالیکه مراجع آموزش می بیند آرمیده باشد، از او خواسته میشود تصاویر ذهنی را که به تدریج اضطراب آورتر میشوند، تجسم کند. مفهوم این است که مراجع نمیتواند در عین حال هم مضطرب و هم آرمیده باشد، و در طول مدت درمان، آرمیدگی به طور کامل جایگزین اضطراب می شود.

✓ **در روش رفتاری به نام غرقه سازی**، مراجعان کاملاً در موقعیتی که از آن می ترسند غرق می شوند، به طوری که اضطراب را با شدت تمام احساس کنند.

- **غرقه سازی واقعی** مراجع را با موقعیتی که از آن می ترسد مواجه می سازد، مانند طبقه بالای ساختمانی بلند برای مراجعی که از ارتفاعات می ترسد. (غرقه سازی واقعی احتمالاً از همه درمانهایی که شرح داده شدند، استرس زاتر است و بنابراین میزان بالای ترک درمان دارد)
- **غرقه سازی تجسمی**، متخصص بالینی مراجع را به صورت مجازی با موقعیتی که از آن می ترسد مواجه می سازد.

▪ **غرفه سازی واقعی درجه بندی شده**، در این روش مراجعان ابتدا با موقعیت هایی مواجه میشوند که اضطراب کمی را ایجاد میکنند و بعد به تدریج به سمت موقعیت هایی پیش می روند که موجب اضطراب بیشتر می شوند. درمانگر اغلب سعی میکند ترغیب کننده باشد و پاسخ غیراضطرابی مطلوب را الگو قرار دهد. درمانگر در درمان مراجعی که از مکانهای بسته می ترسد، میتواند با او به اتاقهای کوچکتر و کوچکتر برود. وقتی مراجع می بیند که درمانگر هیچ علائمی از ترس نشان نمی دهد از پاسخ او الگوبرداری میکند. درمانگر همچنین می تواند مراجع را تحسین کند تا پاسخی را که یاد میگیرد بیشتر تقویت کند.

✓ **جدیدترین نوع درمان مواجهه سازی از درمان مواجهه سازی واقعیت مجازی** استفاده می کند که در آن، مراجعان در محیط های تولید شده توسط کامپیوتر غرق می شوند که به موقعیت هایی که از آنها می ترسند شباهت دارند. درمان مواجهه سازی واقعیت مجازی که از درمان مواجهه سازی واقعی، امن تر و از روشهای دیگر واقع گرایانه است، روشی ایده آل برای فراهم کردن تجربیات جهت مراجعان است که به آنها امکان میدهد ترس های خود را یادگیری زدایی کنند.

✓ **درمان شناختی - رفتاری برای فوبیهای خاص**، با به چالش کشیدن عقاید نامعقول مراجعان درباره محرک هایی که از آنها میترسند، به آنها کمک میکند روشهای سازگارانه تر فکر کردن به موقعیتهای و چیزهایی را که قبلاً تهدید کننده بودند، یاد بگیرند. برای مثال، ممکن است درمانگر به مرد جوانی که فوبی آسانسور دارد، نشان دهد پیامدهای فاجعه آمیزی که او معتقد است از سوار شدن در آسانسور ایجاد خواهند شد، نامعقول و اغراق آمیزند. این مراجع همچنین میتواند در حالی که در این موقعیت قرار دارد **روش صحبت کردن با خود** را یاد بگیرد و به خودش بگوید که ترسهای او مضحک هستند، واقعاً هیچ اتفاق بدی رخ نخواهد داد، و او زود به مقصد خود خواهد رسید.

اختلال اضطراب اجتماعی

ویژگی اصلی اختلال اضطراب اجتماعی ترس از تحقیر یا شرمندگی شدن جلوی دیگران است. این اختلال از نگرانیهای معمول که ممکن است افراد از احق به نظر رسیدن یا اشتباه کردن هنگام انجام دادن کاری دارند، فراتر میرود و باعث میشود که افراد حتی وقتی فکر خوردن یا آشامیدن جلوی دیگران را میکنند، مضطرب شوند. بنابراین، این ترس از دیگران نیست، بلکه ترس از آن چیزی است که دیگران ممکن است درباره فرد فکر کنند.

✓ در DSM-IV-TR این اختلال فوبی اجتماعی نامیده میشد؛ در DSM-5 دوباره در پراونتز فوبی اجتماعی ذکر می شود.

ملاک های DSM-5 برای اختلال اضطراب اجتماعی

A. ترس با اضطراب محسوس در مورد یک یا چند موقعیت اجتماعی که در آنها فرد با احتمال بررسی دقیق دیگران مواجه شود. از جمله نمونه های آن عبارتند از: تعاملهای اجتماعی (مثل گفتگو داشتن، ملاقات کردن با افراد ناآشنا) مورد مشاهده قرار گرفتن (مثل خوردن یا نوشیدن) و عمل کردن جلوی دیگران (مثل ایراد سخنرانی).

◀ توجه: در کودکان، اضطراب باید در موقعیتهای همسالان و نه فقط هنگام تعامل با دیگران روی دهد.

B. فرد میترسد که طوری عمل کند یا نشانه های اضطراب بروز دهد که به صورت منفی ارزیابی شوند (یعنی، خجالت آور یا تحقیرآمیز باشند، به طرد یا دلخوری دیگران منجر شوند).

C. موقعیت های اجتماعی تقریباً همیشه ترس یا اضطراب را برانگیخته میکنند.

➤ توجه: در کودکان، ترس یا اضطراب ممکن است با گریه، قشقرق، میخکوب شدن، چسبیدن، جمع کردن خود یا ناتوانی در صحبت کردن در موقعیت های اجتماعی ابراز شود.

D. از موقعیتهای اجتماعی اجتناب میشود یا این موقعیت ها با ترس یا اضطراب شدید تحمل میشوند.

E. ترس یا اضطراب با تهدید واقعی که توسط موقعیت اجتماعی ایجاد میشود و با زمینه اجتماعی - فرهنگی، بی تناسب است.

F. ترس، اضطراب، یا اجتناب، مداوم است. معمولاً ۶ ماه یا بیشتر ادامه می یابد.

G. ترس، اضطراب، یا اجتناب، ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه های مهم دیگر عملکرد ایجاد میکند.

H. ترس، اضطراب، یا اجتناب، ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل سوء مصرف مواد مخدر، دارو) یا بیماری جسمانی دیگر نیست.

I. ترس، اضطراب، یا اجتناب، با نشانه های اختلال روانی دیگر، مانند اختلال وحشتزدگی، اختلال بدشکلی بدن، یا اختلال طیف اوتیسم بهتر توجه نمیشود.

J. اگر بیماری جسمانی دیگری (مثل بیماری پارکینسون، چاقی، بدشکلی ناشی از سوختگی ها یا جراحی) وجود داشته باشد، ترس، اضطراب، یا اجتناب، آشکارا نامربوط با بیش از حد است.

مشخص کنید اگر:

فقط عملکردی: اگر ترس به صحبت کردن یا عمل کردن در انتظار محدود شده باشد.

نظریه ها و درمان اختلال اضطراب اجتماعی

■ برخی پژوهشگران معتقدند که شالوده زیستی اختلال اضطراب اجتماعی تا اندازه ای با مکانیزمهای توارث پذیر ارتباط دارد. طبق این دیدگاه اضطراب شدیدی که فرد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تجربه می کند، در واقع نوعی از کمروبی شدید همراه با صفت شخصیت روانرنجور خویی است. این ویژگی ها به نوبه خود در اثر تغییرات در مناطقی از مغز که مسئول توجه هستند ایجاد می شوند، یا موجب تغییرات در این مناطق می شوند. طبق این دیدگاه، افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، خیلی متمرکز بر خود میشوند و بنابراین، درجه ای را که دیگران به حالت انتقادی به آنها می نگرند، اغراق می کنند.

■ از بین داروهایی که میتوانند برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی مصرف شوند، بازدارنده های باز جذب گزینشی سروتونین یا نوراپی نفرین (SSRIs و SNRIs) بیشترین تأثیر را دارند. داروهای دیگری که ممکن است مؤثر باشند، مشکلات زیادی دارند. بنزودیازپین ها توان چشمگیری برای سوء مصرف دارند؛ به علاوه ممکن است در درمانی که روشهای روان شناختی مانند مواجه سازی با موقعیت ترسناک را دربردارند اختلال ایجاد کنند. MAOIs نیز که می توانند به نحو مؤثری نشانه های اضطراب اجتماعی را کنترل کنند، عوارض جانبی بالقوه خطرناکی دارند.

■ در بین رویکردهای روان شناختی، دیدگاه شناختی - رفتاری، افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را به صورتی در نظر میگیرد که قادر نیستند نظر واقع بینانه ای درباره اینکه دیگران واقعاً چگونه آنها را درک میکنند، کسب کنند. همچون در انواع دیگر درمان شناختی - رفتاری، متخصص بالینی سعی میکند افکار مراجع را همراه با مواجه سازی واقعی یا تجسمی تغییر دهد.

- درمان اختلال اضطراب اجتماعی میتواند بسیار دشوار باشد، زیرا مراجعان گرایش دارند خود را از لحاظ اجتماعی منزوی کنند و بنابراین، برای مواجهه ساختن خودشان با موقعیت های چالش انگیز در زندگی روزمره، فرصتهای کمتری دارند. مهارت های اجتماعی معیوب افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی ممکن است باعث شود که آنها واکنشهای منفی از جانب دیگران را تجربه کنند و بنابراین، ترسهای آنها تأیید شوند.

اختلال وحشتزدگی

افراد مبتلا به اختلال وحشتزدگی دوره های ناراحتی جسمانی شدید معروف به حملات وحشتزدگی را تجربه میکنند. فرد در مدت حملات وحشتزدگی احساس میکند دامنه ای از احساسهای جسمانی بسیار ناخوشایند بر او غلبه کرده است. این احساس ها می توانند:

- a. ناراحتی تنفسی (نفس تنگی، نفس نفس زدن، احساس خفگی)
- b. بی نظمی های خودمختار (عرق کردن، ناراحتی معده، لرزیدن، تپش قلب)
- c. نابهنجاری های حسی (سرگیجه، کرختی، یا احساس مورمور)
- d. افراد همچنین در مدت حمله وحشتزدگی ممکن است احساس کنند دیوانه شده اند یا کنترل خود را از دست داده اند.

✓ DSM-5 شاخصهایی را برای حملات وحشتزدگی دربر دارد که به ماهیت نشانه هایی که فرد تجربه میکند اشاره دارند مانند: تپش قلب، عرق کردن، لرزیدن، درد قفسه سینه، تهوع، احساس سرما، ترس از دیوانه شدن و ترس از مردن.

- از بین این نشانه ها، تپش قلب و سرگیجه بیش از همه گزارش داده میشوند.

✓ داشتن حمله وحشتزدگی گاه و بیگاه برای توجیه کردن تشخیص حمله وحشتزدگی کفایت نمیکند. برای برآورده ساختن ملاکهای تشخیصی حملات وحشتزدگی باید به طور مکرر روی دهند و با ترس از داشتن حمله ای دیگر همراه باشند. افراد مبتلا به این اختلال همچنین ممکن است به رفتارهای اجتنابی پردازند، و از موقعیتهایی که شاید در آنها حمله دیگری روی دهد، فاصله بگیرند.

ملاکهای DSM-5 برای اختلال وحشتزدگی

A. حملات وحشتزدگی غیرمنتظره عود کننده. حمله وحشتزدگی، هجوم ناگهانی ترس شدید یا ناراحتی شدید است که ظرف چند دقیقه به اوج میرسد و در طول این مدت چهار یا تعداد بیشتری از نشانه های زیر روی می دهند:

◀ توجه: هجوم ناگهانی میتواند از حالت آرامش یا حالت مضطرب روی دهد.

1. تپشهای قلب، کوبش قلب، یا شتاب سرعت قلب.
2. عرق کردن
3. لرزیدن یا تکان خوردن
4. احساس کمبود نفس یا خفه شدن
5. احساسات خفگی
6. درد یا ناراحتی قفسه سینه
7. تهوع یا ناراحتی شکمی
8. احساس گیجی، بی ثباتی، منگی یا ضعف
9. احساس سرما یا گرما
10. اختلالات بساوشی (احساسات کرختی یا مور مور)
11. مسخ واقعیت (احساس عدم واقعیت) یا مسخ شخصیت (جدا بودن از خویشتن)
12. احساس از دست دادن کنترل یا دیوانه شدن
13. ترس از مردن

- توجه: نشانه های خاص فرهنگ (مثل زنگ زدن گوش، سفتی گردن، سردرد، جیغ کشیدن یا گریه کردن غیر قابل کنترل) ممکن است دیده شوند. چنین نشانه هایی نباید به عنوان یکی از چهار نشانه لازم به حساب آیند.
- B. حداقل یکی از حملات به مدت ۱ ماه یا بیشتر یک یا هر دو مورد زیر را در پی داشته است:
 1. نگرانی مداوم در مورد حملات وحشتزدگی دیگر یا پیامدهای آنها (مثل از دست دادن کنترل، دچار حمله قلبی شدن، دیوانه شدن).
 2. تغییر ناسازگارانه قابل توجه در رفتار مرتبط با حملات (مثل رفتارهایی که برای اجتناب از دچار شدن به حملات وحشتزدگی ترتیب یافته باشند، مانند اجتناب از ورزش یا موقعیت های ناآشنا).
- C. این اختلال ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل سوء مصرف مواد مخدر، دارو) یا بیماری جسمانی دیگر (مثل پرکاری تیروئید، اختلالات قلبی - ریوی) نیست.
- D. این اختلال با اختلال روانی دیگر بهتر توجیه نمیشود.

آگورافوبی

در آگورافوبی، فرد ترس یا اضطراب شدیدی را احساس می کند که مواجهه واقعی یا پیش بینی شده با موقعیتهایی مانند استفاده از وسیله حمل و نقل عمومی، بودن در مکان بسته مانند تئاتر یا مکان باز نظیر پارکینگ بی سقف، و تنها بیرون از خانه بودن، آن را راه اندازی میکند. افراد مبتلا به آگورافوبی از خود این موقعیت ها نمی ترسند، بلکه از آن می ترسند که اگر به نشانه های شبه وحشتزدگی یا نشانه های خجالت آور یا ناتوان کننده دیگر دچار شوند، نتوانند کمک بگیرند یا بگریزند. ترس یا اضطراب آنها با خطر واقعی در چنین موقعیت هایی بی تناسب است. اگر آنها نتوانند از این موقعیت اجتناب کنند، بسیار مضطرب میشوند و میترسند، و برای مقابله ممکن است به حضور یک همراه نیاز داشته باشند. این نشانه ها، همچون در اختلالات روانی دیگر باید با گذشت زمان ادامه داشته باشند (در این مورد، حداقل ۶ ماه)، موجب ناراحتی چشمگیر شوند، و ناشی از اختلال روانی یا پزشکی دیگر نباشند.

ملاک های DSM-5 برای آگورافوبی

- A. ترس یا اضطراب محسوس در مورد دو یا تعداد بیشتری از پنج موقعیت زیر:
 1. استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی (مثل اتومبیلها، اتوبوسها، قطارها، کشتی ها، هواپیماها).
 2. بودن در مکانهای باز (مثل پارکینگهای بی سقف، بازارها، پلها).
 3. بودن در مکانهای بسته (مثل فروشگاه ها، تئاترها، سینماها).
 4. ایستادن در صف یا بودن در جمعیت.
 5. تنها بیرون از خانه بودن.
- B. فرد به علت اینکه فکر میکند در صورت وقوع نشانه های شبه وحشتزدگی یا نشانه های ناتوان کننده یا خجالت آور دیگر (مثل ترس از زمین خوردن در سالخوردگان، ترس از بی اختیاری ادرار یا مدفوع)، گریختن ممکن است دشوار باشد یا امکان کمک ممکن است وجود نداشته باشد، از این موقعیت ها می ترسند یا اجتناب میکنند.
- C. موقعیت های آگورافوبیک تقریباً همیشه ترس یا اضطراب را تحریک میکنند.

D. از موقعیتهای آگورافوبیک به طور فعال اجتناب میشود. این موقعیت ها به حضور یک همراه نیاز دارند، یا با ترس یا اضطراب شدید تحمل میشوند.

E. ترس یا اضطراب، با خطر واقعی که توسط موقعیتهای آگورافوبیک ایجاد میشوند و با موقعیت اجتماعی - فرهنگی متناسب نیست.

F. ترس، اضطراب، یا اجتناب، مداوم است. معمولاً به مدت ۶ ماه یا بیشتر ادامه می یابد.

G. ترس، اضطراب، یا اجتناب، ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه های مهم دیگر عملکرد ایجاد میکند.

H. اگر بیماری جسمانی دیگر (مثل بیماری روده ملتهب، بیماری پارکینسون) وجود داشته باشد. ترس، اضطراب، یا اجتناب، آشکارا بیش از حد است.

I. ترس، اضطراب، یا اجتناب، با نشانه های اختلال روانی دیگر بهتر توجیه نمی شود. برای مثال، نشانه ها به فوبی خاص، از نوع موقعیتی، محدود نمیشوند؛ فقط موقعیت های اجتماعی (همچون در اختلال اضطراب اجتماعی)، نقایص با عیبهایی در ظاهر جسمانی (همچون در اختلال بدشکلی بدن)، یادآورهای وقایع آسیب زا (همچون در اختلال استرس پس از آسیب)، یا ترس از جدایی (همچون در اختلال اضطراب جدایی) را شامل نمیشوند.

■ توجه: آگورافوبی صرف نظر از وجود اختلال وحشتزدگی تشخیص داده میشود. اگر جلوه نشانه فرد ملاک های اختلال و وحشتزدگی و آگورافوبی را برآورده کند. هر دو تشخیص باید داده شوند.

نظریه ها و درمان اختلال وحشتزدگی و آگورافوبی

- پژوهشگرانی که درباره عوامل زیستی در اختلال وحشتزدگی تحقیق میکنند، بر نوراپی نفرین، انتقال دهنده عصبی که بدن را برای واکنش نشان دادن به موقعیتهای استرس زا آماده می سازد تمرکز کرده اند. سطوح بالاتر نوراپی نفرین میتوانند باعث شوند که فرد به احتمال بیشتری دستخوش ترس، اضطراب، و وحشتزدگی شود. انتقال دهنده عصبی سروتونین نیز ممکن است در افزایش احتمال مبتلا شدن فرد به اختلال وحشتزدگی نقش داشته باشد، زیرا کمبودها در سروتونین با اضطراب ارتباط دارند.
- طبق نظریه حساسیت نسبت به اضطراب، افرادی که دچار حمله وحشتزدگی میشوند، حساسیت بیشتری به وجود دی اکسید کربن در خون دارند. بنابراین، آنها به علت اینکه احساس میکنند خفه می شوند، بیشتر احتمال دارد دچار وحشتزدگی شوند.

✓ مؤثرترین داروهای ضد اضطراب برای حمله وحشتزدگی و آگورافوبی، بنزودیازپین ها هستند که موجودی GABA، انتقال دهنده عصبی بازدارنده را افزایش می دهند. با این حال، چون بنزودیازپین ها میتوانند باعث شوند مراجعان به آنها وابسته شوند یا آنها را سوء مصرف کنند، متخصصان بالینی ممکن است تجویز بازدارنده های باز جذب گزینشی سروتونین یا نوراپی نفرین را ترجیح دهند.

- از دیدگاه شرطی سازی کلاسیک، حمله وحشتزدگی از واکنشهای ترس شرطی ناشی میشود که در آن، فرد احساسات جسمانی مانند مشکل تنفس را با خاطرات حمله وحشتزدگی اخیر تداعی میکند، که باعث میشود حمله وحشتزدگی تمام عیار ایجاد شود.
- مدل شناختی - رفتاری اعلام میدارد که افراد مبتلا به اختلال وحشتزدگی، به محض اینکه احساسات ناخوشایند حمله وحشتزدگی شروع میشوند (تنگی نفس)، معتقدند که این حمله پیش بینی ناپذیر و کنترل ناپذیر است و قادر نیستند آن را متوقف کنند.

✓ افراد مبتلا به اختلال وحشتزدگی و آگورافوبی، علاوه بر اینکه تمایل دارند از هیجانات ناخوشایند مرتبط با این تجربیات اجتناب ورزند، ممکن است صفات شخصیتی مانند سطح بالای روان رنجور خویی یا سطح پایین برونگرایی نیز داشته باشند که نشانه های آنها را تشدید می کنند. گرایش آنها به نشخوار کردن، و ترجیح تجربه نکردن، هیجانات نیرومند، ممکن است نشانه های آنها را نگه دارند.

- آموزش آرمیدگی یکی از روشهای رفتاری است که به مراجعان کمک میکند بر واکنش های جسمانی که در حملات وحشتزدگی روی میدهند، کنترل کسب کنند. بعد از آموزش، مراجع باید بتواند هنگام روبرو شدن با موقعیتی که از آن می ترسد، کل بدن را شل کند. روش دیگر بر تنفس تمرکز میکند. از مراجع درخواست میشود عمداً نفس نفس بزند و بعد آهسته نفس بکشد (پاسخی که با نفس نفس زدن ناسازگار است). مراجع بعد از این آموزش، می تواند هنگام اولین علائم نفس نفس زدن، تنفس آهسته را شروع کند. این روش علاوه بر تغییر دادن خود پاسخ به مراجعان امکان میدهد تا احساس کنند می توانند بر ایجاد حمله وحشتزدگی کنترل ارادی داشته باشند.
- در روش معروف به **درمان کنترل وحشتزدگی (PCT)**، درمانگر بازآموزی تنفس، آموزش روانی، و بازسازی شناختی را ترکیب می کند تا به افراد کمک شود علائم جسمانی مرتبط با حملات وحشتزدگی را تشخیص دهند و در نهایت آنها را کنترل کنند.

اختلال اضطراب فراگیر

برخلاف انواع اختلالات اضطرابی که تا اینجا از آنها آگاه شدید، اختلال اضطراب فراگیر تمرکز خاصی ندارد. افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بیشتر مواقع احساس میکنند مضطرب هستند، هر چند ممکن است نتوانند دقیقاً بگویند چرا به این شیوه احساس میکنند. به علاوه، آنها خیلی نگران هستند و با دلوپسی انتظار دارند بدترین اتفاقات برایشان روی دهند.

✓ نشانه های آنها دامنه ای از تجربیات جسمانی و روانی را دربر دارند از جمله: بیقراری کلی، بی نظمی های خواب، احساس خستگی، تحریک پذیری، تنش عضلانی، و مشکل تمرکز کردن تا حدی که ذهن آنها بی محتوا میشود. موقعیت خاصی وجود ندارد که آنها بتوانند به عنوان علت اضطراب خود مشخص کنند، و کنترل کردن نگرانی را بسیار دشوار می دانند.

✓ بین افراد مسن و جوان از نظر ماهیت اختلال اضطراب فراگیر تفاوت هایی وجود دارند. افراد مسن بیشتر نگران سلامتی خودشان و خانواده اند، و افراد جوان بیشتر نگران آینده خودشان و سلامتی دیگران هستند. افراد مسن بی نظمی های خواب بیشتری نیز دارند، کمتر احتمال دارد جویای اطمینان خاطر باشند، و میزان و شدت بالاتر افسردگی را همراه با اضطرابشان آشکار می سازند.

ملاکهای DSM-5 برای اختلال اضطراب فراگیر

A. اضطراب و نگرانی بیش از حد (انتظار بیمناک) که در بیشتر روزها حداقل به مدت ۶ ماه، در مورد چند واقعه یا فعالیت روی میدهند (مانند عملکرد شغلی یا تحصیلی).

B. فرد کنترل کردن این نگرانی را دشوار میداند.

C. اضطراب و نگرانی با سه یا تعداد بیشتری از شش نشانه زیر ارتباط دارند (به طوریکه حداقل برخی نشانه ها در بیشتر روزها ظرف ۶ ماه گذشته وجود داشته اند):

◀ توجه: فقط یک مورد در کودکان ضروری است.

1. بی قراری یا احساس عصبی یا کفری بودن

2. به راحتی خسته شدن

3. مشکل تمرکز کردن یا تهی بودن ذهن

4. تحریک پذیری

5. تنش عضلانی

6. اختلال خواب (مشکل به خواب رفتن یا خفته ماندن، یا خواب بی قرار، نامطلوب).

D. اضطراب، نگرانی، یا نشانه های جسمانی، ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه های مهم دیگر عملکرد ایجاد میکنند.

E. این اختلال ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل سوء مصرف مواد مخدر، دارو) یا بیماری جسمانی دیگر (مثل پرکاری تیروئید) نیست.

F. این اختلال با اختلال روانی دیگر بهتر توجیه نمیشود.

نظریه ها و درمان اختلال اضطراب فراگیر

■ نظریه های زیستی اختلال اضطراب فراگیر بر بی نظمی ها در سیستم های GABA، سروتونرژیک و نورآدرنرژیک تمرکز دارند. آنچه این نظر را تأیید میکند که اختلال اضطراب فراگیر عنصر زیستی دارد، این یافته است که بین آسیب پذیری ژنتیکی و صفت شخصیت روان رنجور خوبی همپوشانی وجود دارد. به عبارت دیگر، افرادی که مستعد ابتلا به این اختلال هستند، سبک شخصیت روان رنجور اساسی را به ارث برده اند.

■ **درمان شناختی - رفتاری** بر این فرض استوار است که اضطراب افراد مبتلا به این اختلال از تحریف های شناختی آنها در تعبیرشان از گرفتاری های جزئی در زندگی ناشی می شود. متخصصان بالینی که از این روش استفاده می کنند، میکوشند به مراجعان کمک کنند یاد بگیرند چگونه افکار اضطرابی را تشخیص دهند، گزینه های منطقی تری را برای نگرانی بیابند، و این گزینه ها را آزمایش کنند تا از این راه چرخه افکار منفی و نگرانی ها را قطع کنند. بعد از اینکه این چرخه قطع شد، فرد میتواند بر رفتار نگران کننده، احساس کنترل داشته باشد و بهتر بتواند افکار اضطرابی را مدیریت کند و آنها را کاهش دهد.

✓ عامل دیگری که اختلال اضطراب فراگیر را تشدید میکند ممکن است ناتوانی فرد در تحمل کردن بلا تکلیفی یا ابهام باشد. نتایج بسیاری از موقعیتهای رایج در زندگی در واقع مبهم اند. افراد مبتلا به این اختلال بدون به شمار آوردن این واقعیت که همیشه آگاهی از نتیجه هر موقعیت امکان پذیر نیست، سعی میکنند دقیقاً بدانند چه اتفاقی خواهد افتاد تا از این طریق بلا تکلیفی خود را کاهش دهند. درمان شناختی - رفتاری به افراد مبتلا به این اختلال کمک میکند اینگونه ابهام ها را بپذیرند.

✓ **درمان شناختی - رفتاری** روش ارجح برای درمان افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است؛ به ویژه به این دلیل که عوارض جانبی بالقوه منفی داروهای ضد اضطراب را ندارد. تصور میشود که درمان پذیرش و تعهد (ACT) مکانیزم های مشابه با CBT داشته باشد و به عنوان درمان مناسبی برای انواع اختلالات اضطرابی، شواهدی را کسب کرده است.

وسواس فکری - عملی و اختلالات مربوط

- ✓ وسواس فکری، فکر، میل شدید، یا تصور مکرر و مداومی است که فرد آن را به صورت مزاحم و ناخواسته تجربه میکند.
- ✓ افراد میکوشند این وسواس فکری را نادیده بگیرند یا متوقف کنند، یا سعی میکنند با پرداختن به فکر یا عملی دیگر آن را بی اثر کنند.
- ✓ فکر یا عملی که فرد از آن استفاده میکند تا وسواس فکری را بی اثر سازد، **وسواس عملی** نامیده می شود.

▪ در اختلال وسواس فکری - عملی (OCD)، افراد وسواس های فکری یا وسواس های عملی را با چنان شدتی تجربه میکنند که

انجام دادن فعالیتهای روزانه را مشکل می یابند. آنها به عنوان بخشی از این اختلال، ممکن است ناراحتی یا مشکلات چشمگیری را در

توانایی کار کردن و داشتن زندگی خانوادگی یا اجتماعی رضایت بخش تجربه کنند.

- رایج ترین وسواس های عملی که افراد مبتلا به OCD تجربه می کنند، **رفتارهای مکرری** مانند شستن و نظافت کردن، شمردن، منظم چیدن اشیاء، واریسی کردن یا درخواست اطمینان خاطر هستند.
- وسواسهای عملی ممکن است شکل **تشریفات ذهنی** نیز به خود بگیرند، نظیر شمردن تا عددی خاص هر بار که فرد فکر ناخواسته ای دارد.
- برخی افراد مبتلا به OCD، **دستخوش تیک** میشوند. حرکات جنبشی کنترل ناپذیر، مانند کششهای عضلانی، آواگری ها و شکلک های صورت.
- **نشانه های OCD چهار بعد عمده دارند:**

3. تمیزی

1. نیاز به تقارن

4. ذخیره کردن اقلام ظاهراً بی مصرف.

2. نظم

ملاکهای DSM-5 برای اختلال وسواس فکری - عملی

A. وجود وسواسهای فکری، وسواس های عملی، یا هر دو:

✓ وسواسهای فکری به وسیله (1) و (2) تعریف شده اند:

1. افکار، امیال، یا تصورات عود کننده و مداوم که در برخی مواقع هنگام این اختلال، به صورت مزاحم و ناخواسته تجربه میشوند، و در اغلب افراد، اضطراب یا ناراحتی محسوس ایجاد میکنند.

2. فرد سعی میکند این افکار، امیال، یا تصورات را نادیده بگیرد یا متوقف کند، یا آنها را با افکار یا اعمال دیگر بی اثر کند (یعنی، با انجام دادن وسواس عملی).

✓ وسواس های عملی به وسیله (1) و (2) تعریف شده اند.

1. رفتارهای تکراری (مثل دست شستن، منظم کردن، واریسی کردن) یا اعمال ذهنی (مثل دعا کردن، شمردن، تکرار کردن بی صدای کلمات) که فرد احساس میکند در پاسخ به وسواس فکری یا برطبق مقرراتی که باید با قاطعیت اجرا شوند، وادار به انجام دادن آنهاست.

2. هدف این رفتارها با اعمال ذهنی، پیشگیری یا کاهش دادن اضطراب یا ناراحتی، یا جلوگیری از رویداد یا موقعیت ترسناک است، با این حال، این رفتارها با اعمال ذهنی با آنچه قرار است بی اثر یا پیشگیری شود ارتباط واقع بینانه ای ندارند یا آشکاراً افراطی هستند.

◀ توجه: کودکان خردسال ممکن است نتوانند هدفهای این رفتارها با اعمال ذهنی را بیان کنند.

B. وسواس های فکری و وسواسهای عملی وقت گیرند (مثلاً هر روز بیش از ۱ ساعت طول میکشند) یا ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه های دیگر عملکرد ایجاد میکنند.

C. نشانه های وسواس فکری - عملی ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل سوء مصرف مواد مخدر، دارو) یا بیماری جسمانی دیگر نیستند.

D. این اختلال با نشانه های اختلال روانی دیگر بهتر توجیه نمیشود.

نظریه ها و درمان اختلال وسواس فکری - عملی

با توجه به نقش برجسته حرکات در OCD، مانند نظافت کردن و نظم دادن، از دیرباز تصور می شد که مبنای زیستی این اختلال از ناپهنجاریهایی در عقده های پایه (مناطق زیر قشری مغز که در کنترل حرکتی فعال اند) سرچشمه می گیرد. به علاوه، تصور می شد که آنچه در نشانه های حرکتی مشارکت دارد، ناتوانی قشر پیش پیشانی در جلوگیری از افکار تصورات ذهنی یا امیال شدید است. اکنون شواهد اسکن مغز این توجیهات را تأیید میکنند. این اسکنها سطح بیشتر فعالیت را در مراکز کنترل حرکتی عقده های پایه و قطعه های پیشانی نشان میدهند.

✓ مؤثرترین درمان زیستی برای OCD، کلومی پرامین (داروی ضدافسردگی سه حلقه ای) یا SSRI مانند فلوکستین (پروزاک) یا سرتالین (زولوفت) است.

✓ در موارد شدید که هیچ درمان دیگری موجب تسکین نشانه نمی شود، افراد مبتلا به OCD ممکن است با جراحی روانی درمان شوند. برای مثال، تحریک عمیق مغز در نواحی فعال در کنترل حرکتی میتواند با کاهش دادن فعالیت قشر پیش پیشانی به تسکین نشانه ها کمک کند، که این به نوبه خود ممکن است به کاهش فراوانی افکار وسواس فکری - عملی کمک کند.

✓ دیدگاه شناختی - رفتاری درباره OCD اعلام میدارد که الگوهای فکر ناسازگارانه در ایجاد و نگهداری نشانه های OCD مشارکت دارند. افراد مبتلا به OCD ممکن است آمادگی داشته باشند که به وقایع اضطراب آور در محیط شان واکنش بیش از حد نشان دهند. اینگونه آمادگی ممکن است OCD را در طیف معروف به اختلالات درونی کردن قرار دهد که اختلالات اضطرابی و خلقی دیگر را در بر میگیرند که الگوی مشابه واکنش پذیری یکه خوردن را فراخوانی میکنند. این تجربیات برای افراد مبتلا به OCD به تصورات ذهنی ناراحت کننده تبدیل می شوند که بعداً با انجام دادن تشریفات وسواسی سعی میکنند آنها را متوقف یا بی اثر کنند. آنچه نشانه های افراد مبتلا به OCD را بدتر میکند اعتقاد به خطر و معنی افکار آنها، یا فراشناختهای آنهاست که باعث میشود احساس کنند باید هر فکر خود را زیر نظر بگیرند. به علاوه، افراد مبتلا به OCD ممکن است در صفت شخصیت کمال گرایی بالا باشند (عنصری از روان رنجور خوبی که میتوان آن را به صورت آسیب پذیری شناختی منحصر به این اختلال در نظر گرفت). در حال حاضر درمان شناختی - رفتاری مؤثرترین درمان برای OCD انگاشته می شود.

اختلال بدشکلی بدن

افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن (BDD) دلمشغول این فکر هستند که قسمتی از بدن آنها زشت یا معیوب است. اشتغال ذهنی آنها خیلی فراتر از نارضایتی معمولی است که خیلی از افراد در مورد اندازه و شکل بدن یا ظاهر قسمتی از بدنشان احساس میکنند. افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن ممکن است دائماً خود را واریسی کنند، در حد افراط خود را آرایش کنند، یا همواره درباره اینکه چگونه به نظر میرسند، از دیگران اطمینان خاطر

بخواهند. آنها لزوماً خود را خیلی چاق یا خیلی سنگین وزن نمیدانند، بلکه ممکن است باور داشته باشند که هیکل آنها خیلی کوچک است یا به قدر کافی عضلانی نیست.

ملاک های DSM-5 برای اختلال بدشکلی بدن

- A. اشتغال ذهنی به یک یا چند نقص با عیب خیالی در ظاهر بدن که از نظر دیگران قابل مشاهده نیستند با جزئی به نظر میرسند.
- B. در مقطعی در طول دوره این بیماری، فرد رفتارهای مکرر (مثل واریسی کردن در آینه، آرایش مفرط، پوست کنی، اطمینان خواهی) یا اعمال ذهنی (مثل مقایسه کردن ظاهر خودش با ظاهر دیگران) در پاسخ به نگرانی هایی درباره ظاهر، انجام داده است.
- C. این اشتغال ذهنی ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه های مهم دیگر عملکرد ایجاد می کند.
- D. این اشتغال ذهنی به ظاهر، با نگرانی هایی درباره چاقی یا وزن بدن در افرادی که نشانه های آنها ملاک های تشخیصی اختلال خوردن را برآورده میکنند بهتر توجیه نمیشود.

مشخص کنید اگر:

همراه با بدشکلی عضله: فرد دلهشغول این فکر است که هیکل او خیلی کوچک است یا به قدر کافی عضلانی نیست. حتی اگر فرد دلهشغول قسمتهای دیگر بدن باشد، که اغلب چنین است، این شاخص مورد استفاده قرار میگیرد.

مشخص کنید اگر:

به درجه بینش نسبت به عقاید اختلال بدشکلی بدن اشاره کنید (مثل، من زشت به نظر می آیم یا من بدشکل به نظر میروم).

همراه با بینش خوب یا نسبتاً خوب: فرد تشخیص میدهد که عقاید اختلال بدشکلی بدن قطعاً یا احتمالاً درست نیستند یا ممکن است درست باشند یا نباشند.

همراه با بینش ضعیف: فرد فکر میکند که عقاید اختلال بدشکلی بدن احتمالاً درست هستند.

همراه با فقدان بینش / عقاید هذیانی: فرد کاملاً متقاعد شده که عقاید اختلال بدشکلی بدن درست هستند.

مقیاس وسواس فکری - عملی بیل - براون از ملاکهای زیر برای تعیین شدت نشانه های مراجع در ارتباط با نقص یا نقایص خیالی بدن استفاده میکند:

- | | |
|--|--|
| 1. مدت زمان اشتغال ذهنی به افکار مربوط به نقص بدن | 7. اختلال ناشی از فعالیتهای مربوط به نقص بدن |
| 2. اختلال ناشی از افکار مربوط به نقص بدن | 8. ناراحتی مرتبط با فعالیتهای مربوط به نقص بدن |
| 3. ناراحتی مرتبط با افکار مربوط به نقص بدن | 9. مقاومت در برابر وسواس های عملی |
| 4. مقاومت در برابر افکار مربوط به نقص بدن | 10. میزان کنترل بر رفتار وسواسی |
| 5. میزان کنترل بر افکار مربوط به نقص بدن | 11. بینش نسبت به ماهیت نگرانی مفرط از نقص |
| 6. مدت زمانی که صرف فعالیتهای مرتبط با نقص بدن میشود، مانند واریسی کردن در آینه، آرایش کردن، ورزش مفرط، استتار، کندن پوست، جويا شدن از دیگران درباره نقص | 12. اجتناب از فعالیتهای به علت نگرانی از نقص |

✓ شایع ترین نواحی که افراد مبتلا به اختلال بد شکلی بدن را نگران میکند بسته به جنسیت تفاوت دارند، به طوریکه مردان به احتمال

بیشتری نگران هیکل و نازک شدن مو و زنان نگران وزن و اندازه لمبرشان هستند.

✓ اختلال بد شکلی بدن اغلب با اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال وسواس فکری - عملی و اختلالات خوردن همراه است.

◀ **درمان اختلال بدشکلی بدن از دیدگاه زیستی، داروها، به ویژه SSRIs** را شامل می شود که میتوانند نشانه های مرتبط افسردگی و اضطراب به علاوه نشانه های وسواسی ناراحتی، دلمشغولی ها به بدن، و وسواسهای عملی را کاهش دهند. افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن بعد از مصرف داروهای SSRI میتوانند کیفیت زندگی عملکرد کلی و شاید بینش بهتری درباره اختلال خود داشته باشند.

✓ از دیدگاه روانی - اجتماعی ممکن است افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن احساس کنند که به خاطر ظاهرشان مسخره میشوند یا در مواقعی که هویتشان در دوره مهم شکل گیری است نسبت به ظاهرشان حساس شوند. وقتی آنها به این باور می رسند که ظاهر بدنشان معیوب یا از آرمانی که آرزو دارند منحرف شده است به این عقیده اشتغال ذهنی پیدا می کنند؛ که این خود زمینه را برای یک رشته افکار کژکار و رفتارهای تکراری آماده می سازد. برای مثال، ممکن است آنها به ویژگی عادی ظاهرشان توجه کنند، مانند اندازه کمرشان و وقتی خود را در نظر میگیرند، فقط دور کمر خیلی بزرگ را ببینند. توجه گزینشی آنها به این قسمت از بدن با این عقیده همراه است که هیچ کس احتمالاً آنها را دوست نخواهد داشت، که به نوبه خود می تواند باعث شود آنها از موقعیتهای اجتماعی دوری کنند و به تشریفاتی مانند نگاه کردن در آینه و بررسی مکرر دور کمرشان بپردازند.

✓ متخصصان بالینی که مراجعان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن را از دیدگاه شناختی - رفتاری درمان میکنند، به آنها کمک میکنند بفهمند ظاهر فقط یک جنبه از هویت آنهاست، و در عین حال، فرض های آنها را که ظاهرشان معیوب است، به چالش می طلبند. ممکن است متخصص بالینی همچنین به این افراد کمک کند بفهمند دیگران که به آنها نگاه میکنند، شاید حتی به ظاهر آنها اصلاً فکر نکنند یا اگر فکر کنند، از دید انتقادی این کار را انجام ندهند.

✓ در یک روش شناختی، متخصصان بالینی مراجعان را ترغیب میکنند به خودشان در آینه نگاه کنند و افکار منفی خود را درباره آنچه میبینند تغییر دهند.

✓ درمان بین فردی نیز می تواند به افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن کمک کند راهکارهای بهتری را برای رسیدگی به ناراحتی که آنها در روابط خود با دیگران احساس میکنند پرورش دهند و همینطور به عزت نفس پایین و خلق افسرده شان رسیدگی کنند.

اختلال ذخیره کردن

در وسواس عملی معروف به اختلال ذخیره کردن، افراد مشکلات مداومی در دور ریختن اموالشان یا دل کردن از آنها دارند، حتی اگر آنها ارزش چندانی نداشته باشند. این مشکلات شامل هر نوع دور ریختن، از جمله ریختن چیزها در سطل زباله می شوند. افراد مبتلا به اختلال ذخیره کردن معتقدند که این اqlام فایده دارند، ارزش زیبایی شناختی یا احساسی دارند، اما در واقع این اqlام اغلب از روزنامه های قدیمی، کیسه ها یا پس مانده های غذا تشکیل می شوند. وقتی این افراد به فکر دور ریختن چیزها می افتند ناراحت میشوند. با این حال، در واقع خانه آنها می تواند به علت انباشته شدن چیزها ظرف چندین سال، غیرقابل زیست شود. اتاقها پر از ترکیب چیزهایی است که در واقع ارزش دارند و چیزهایی که معمولاً دور ریختنی هستند. مثل مجله های قدیمی. برخلاف کلکسیونرهای معمولی که اqlام خود را به صورت منظم سازمان میدهند، افراد مبتلا به اختلال ذخیره کردن، اqlام را بدون هرگونه نظم و ترتیب انباشته می کنند.

- ✓ به نظر میرسد درمان اختلال ذخیره کردن که از رویکرد زیستی - روانی - اجتماعی پیروی کند، مؤثرترین درمان باشد.
- ✓ درمانهای زیستی به طور سنتی SSRIs را شامل می شود، اما پژوهشگران معتقدند این اختلال ممکن است عنصر عصبی - شناختی نیز داشته باشد که درمان از طریق رسیدگی به عملکرد شناختی را موجه میسازد. برای مثال افراد مبتلا به اختلال ذخیره کردن ممکن است نوعی ADHD داشته باشند که در آن توانایی متمرکز کردن توجه بر جزئیات خاص را ندارند.
- ✓ اختلال ذخیره کردن همچنین از دیدگاه رشدی نیز برداشت شده است. از این دیدگاه این اختلال مشکلات دلبستگی و بزرگ شدن در خانواده بدون صمیمیت را منعکس میکند.
- ✓ ملاقاتها در خانه که در آنها درمانگر از روشهای شناختی - رفتاری استفاده می کند، بسیار نوید بخش به نظر میرسند؛ به ویژه در ترغیب مراجعان به دور ریختن اقلام ذخیره شده.
- ✓ کمک عملی از جانب سازمان دهندگان حرفه ای نیز ممکن است همراه با داروها و درمان شناختی - رفتاری مفید باشد. برای کمک به نظافت فضای زندگی فرد، با دوستان، اعضای خانواده و مقامات محلی نیز می توان مشورت کرد.

ملاکهای DSM-5 برای اختلال ذخیره کردن

- A. مشکل مداوم در دور انداختن اموال یا دل کندن از آنها، صرف نظر از ارزش واقعی آنها.
- B. این مشکل ناشی از نیاز خیالی به ذخیره کردن اجناس و ناراحتی مرتبط با دور انداختن آنهاست.
- C. مشکل دور انداختن اموال به انباشتن اموال منجر میشود که مکانهای زندگی فعال را متراکم و به هم ریخته میکند و به طور قابل ملاحظه ای موجب صرف نظر کردن از مصرف آنها میشود. اگر مکانهای زندگی به هم ریخته نباشد، فقط به علت مداخله افراد ثالث است (مثل اعضای خانواده، نظافتچی ها، صاحبان قدرت).
- D. ذخیره کردن موجب ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه های مهم دیگر عملکرد میشود (از جمله حفظ کردن محیط امن برای خود و دیگران).
- E. ذخیره کردن ناشی از بیماری جسمانی دیگر (مثل صدمه مغزی، بیماری مغزی - عروقی، نشانگان پرادریولی نیست).
- F. ذخیره کردن با نشانه های اختلال روانی دیگر (مثل اختلال وسواس فکری - عملی، کاهش انرژی در اختلال افسردگی اساسی، هذیانها در اسکیزوفرنی یا اختلال روانپریشی دیگر، نقایص شناختی در اختلال عصبی - شناختی عمده، تمایلات محدود در اختلال طیف اوتیسم) بهتر توجیه نمی شود.

مشخص کنید اگر:

همراه با اکتساب بیش از حد: اگر مشکل دور انداختن اموال با اکتساب بیش از حد اجناسی همراه باشد که مورد نیاز نیستند یا فضای کافی برای آنها وجود ندارد.

مشخص کنید اگر:

همراه با بینش خوب یا نسبتاً خوب: فرد تشخیص میدهد که عقاید و رفتارهای مرتبط با ذخیره کردن (که به مشکل دور انداختن اجناس، به هم ریختگی، یا اکتساب بیش از حد مربوط میشوند) مشکل ساز هستند.

همراه با بینش ضعیف: فرد عمدتاً متقاعد شده است که عقاید و رفتارهای ذخیره کردن (که به دور انداختن اجناس، به هم ریختگی یا اکتساب بیش از حد مربوط میشوند) با وجود شواهد مغایر، مشکل ساز نیستند.

همراه با فقدان بینش / عقاید هذیانی: فرد کاملاً متقاعد شده است که عقاید و رفتارهای ذخیره کردن (که به مشکل دور انداختن اجناس، به هم ریختگی، یا اکتساب بیش از حد مربوط میشوند) با وجود شواهد مغایر، مشکل ساز نیستند.

اختلال موکنی

تشخیص اختلال موکنی برای افرادی داده می شود که موی خود را در پاسخ به احساس تنش یا میل شدید فزاینده می کنند. آنها بعد از کندن موی خود احساس آرامش، لذت، یا ارضای موقتی می کنند. افراد مبتلا به اختلال موکنی از رفتار کنترل ناپذیر خود ناراحت هستند و ممکن است زمینه های اجتماعی، شغلی، و زمینه های دیگر عملکرد آنها به خاطر این اختلال مختل شوند. آنها احساس میکنند قادر نیستند این رفتار را متوقف کنند، حتی زمانی که کندن مو به تکه های طاسی و از دست دادن ابروها، مژه ها، موی زیر بغل، و موی شرمگاهی منجر شده باشد. وقتی افراد بزرگتر میشوند، تعداد مناطق بدن را که از آنها مو کنده اند، افزایش می دهند.

- ✓ افراد مبتلا به این اختلال در زمینه های مختلف زندگی از صمیمیت جنسی گرفته تا فعالیت های اجتماعی، معاینات پزشکی، و آرایشگری اختلال چشمگیری را تجربه می کنند. امکان دارد آنها همچنین به عفونتهای پوستی، درد یا خونریزی کاسه سر و سندرم تونل کارپال (اختلال التهابی که علت آن فشار روانی مکرر آسیب جسمانی با بیماریهای دیگری است که باعث تورم بافت های اطراف عصب میانی میشوند) دچار شوند. از لحاظ روان شناختی ممکن است آنها از عزت نفس پایین، خجالت و شرمندگی، خلق افسرده، تحریک پذیری و جرو بحث رنج ببرند. اختلال آنها در اوایل زندگی آشکار می شود و تا اواسط و اواخر بزرگسالی ادامه می یابد.
- ✓ آنهایی نیز که موی کنده شده خود را میخورند میتوانند دچار **گوی های مو** شوند که در دستگاه معدی - روده ای آنها قرار میگیرند و موجب دل درد، تهوع و استفراغ، ضعف، و کاهش وزن می شوند.

◀ امکان دارد دو نوع موکنی وجود داشته باشد:

1. در نوع «**متمرکز**» که یک چهارم موارد را تشکیل می دهد، فرد میداند میل شدیدی به کندن مو دارد و ممکن است برای اجتناب از انجام دادن این کار، رفتارها یا تشریفات و سواسی را پرورش دهد. در افراد نوع متمرکز، افسردگی و ناتوانی نیز احتمالاً همراه با استرس و اضطراب روی میدهند.
2. در موکنی «**خودکار**»، فرد هنگام کندن مو مشغول کاری دیگر یا غرق در فکر است. افرادی که در طبقه خودکار موکنی قرار میگیرند، دستخوش استرس و اضطراب محسوسی میشوند.

- ✓ به نظر می رسد که وراثت نقش مهمی در اختلال موکنی دارد، به طوریکه توارث پذیری این اختلال ۸۰ درصد برآورد شده است. ناپهنجاری هایی در ژن روی کروموزوم 1 معروف به SLTRKI، ممکن است در این اختلال نقش داشته باشند؛ این ژن با اختلال توره نیز ارتباط دارد. پژوهشگران ناپهنجاری هایی را نیز در SAPAP3، ژنی که با گلوتامیت ارتباط دارد، پیدا کرده اند که به نوبه خود، در اختلال وسواس فکری - عملی درگیر است. تصور می شود که انتقال دهنده های عصبی سروتونین، دوپامین و گلوتامیت به نوبه خود در ایجاد اختلال موکنی نقش دارند. تحقیقات تصویربرداری از مغز در افراد مبتلا به اختلال موکنی اشاره دارند که ممکن است آنها ناپهنجاریهایی در مناطقی از مغز داشته باشند که در کنترل توجه، حافظه و توانایی متوقف کردن واکنشهای حرکتی خودکار فعال اند.

- ✓ مدل تنظیم اختلال موکنی با به حساب آوردن این نابهنجاری ها در انتقال دهنده عصبی و عملکرد مغز، اشاره دارد که افراد مبتلا به این اختلال، وقتی کم تحریک شده باشند، جویای حالت مطلوب برانگیختگی هیجانی هستند که تحریک بیشتر برای آنها تأمین می کند، و وقتی زیاد تحریک شده باشند، آرام میشوند. در عین حال، موکنی ممکن است آنها را از حالت عاطفی منفی به حالت عاطفی مثبت ببرد.
- ◀ درمانهای دارویی برای اختلال موکنی شامل داروهای ضدافسردگی، داروهای ضدروان پریشی نامتعارف، لیتیوم، و نالترکسون می شوند. از بین اینها، به نظر میرسد که نالترکسون نتایج بسیار نوید بخشی دارد.

ملاک های DSM-5 برای اختلال موکنی

- A. موکنی مکرر که به بی مویی منجر میشود.
- B. اقدامات مکرر برای کاهش دادن یا متوقف کردن موکنی
- C. موکنی موجب ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه های مهم دیگر عملکرد میشود.
- D. موکنی یا بی مویی ناشی از بیماری جسمانی دیگر نیست (مثل بیماری پوستی).
- E. موکنی با نشانه های اختلال روانی دیگر (مثل اقداماتی برای بهبود بخشیدن به نقص یا عیب خیالی در ظاهر، در اختلال بدشکلی بدن) بهتر توجیه نمیشود.

پرسشنامه نشانه های اختلال موکنی

1. آیا در حال حاضر موی خود را میکیند؟
2. در هر مرحله ای از زندگی خود، از جمله اکنون دوره های موکنی کنترل ناپذیر داشته اید؟
3. آیا (اکنون یا در گذشته) میل شدیدی به کندن موی خود داشته اید؟
4. آیا (اکنون یا در گذشته) سعی کرده اید در برابر کندن موی خود مقاومت کنید؟
5. آیا (اکنون یا در گذشته) وقتی موی خود را میکیند، احساس آرامش میکنید؟
6. آیا (اکنون یا در گذشته) دوست دارید میل شدید به کندن مو در شما از بین برود؟
7. آیا توسط متخصصان، مبتلا به اختلال موکنی تشخیص داده شده اید؟
8. آیا (اکنون یا در گذشته) از کندن موی خود احساس شرمندگی یا ناراحتی کرده اید؟

درمان رفتاری آموزش وارونه سازی عادت (HRT) مؤثرترین رویکرد به درمان اختلال موکنی محسوب شده است. این روش نه تنها از عوارض جانبی دارو پیشگیری میکند، بلکه در کاهش دادن نشانه های موکنی بسیار موفق است. با این حال، برای افراد مقاوم در برابر درمان، ترکیب دارو و HRT ممکن است ضروری باشد.

- ✓ در HRT، فرد پاسخ جدیدی مثل گره کردن مشتش را برای رقابت با عادت موکنی یاد می گیرد. ویژگی اصلی این است که این پاسخ جدید با عادت ناخوشایند، ناسازگار است. وقتی HTR چند دهه قبل برای اولین بار ابداع شد، فقط یک جلسه اجرا می شد. از آن زمان به بعد، متخصصان بالینی طول درمان را بیشتر کرده اند و چند مؤلفه شناختی، از جمله نظارت بر خود و بازسازی شناختی را به آن افزوده اند. برای

مثال، مراجعان یاد میگیرند تحریفهای شناختی خود، مانند عقاید کمال گرایانه را به چالش بکشند. رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) ممکن است ترکیبی از آموزش ذهن آگاهی را به این روشها بیفزاید که در آن مراجعان یاد میگیرند علائمی که موکنی آنها را راه اندازی می کنند، تشخیص دهند.

- ✓ معلوم شده است که ترکیب درمان پذیرش و تعهد (ACT) با HRT نیز موجب تسکین نشانه های موکنی میشود.
- ✓ درمان شناختی - رفتاری میتواند در درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال موکنی مفید باشد.

اختلال پوست کنی

اگر افراد بارها پوست خود را بکنند، شاید به مدت چند ساعت در روز، مبتلا به اختلال پوست کنی محسوب میشوند. پوست کنی می تواند از پوست سالم، از پوستی که بی نظمی های خفیف دارد (مثل خالها)، جوشها، پینه ها، یا زخم ها انجام شود. افراد مبتلا به این اختلال با ناخن یا با ابزارهایی نظیر موچین، پوست این نواحی از بدن را می کنند. وقتی آنها مشغول کردن پوست خود نیستند به کندن آن فکر میکنند و می کوشند در برابر میل شدید خود به انجام دادن این کار مقاومت کنند. این افراد با استفاده از پوشاک یا نوار زخم بندی، ممکن است سعی کنند شواهد پوست کنی خود را مخفی کنند و از این رفتار خود خجالت میکشند و احساس شرمندگی می کنند.

ملاکهای DSM-5 برای اختلال پوست کنی

- A. پوست کنی عود کننده که به ضایعات پوستی منجر میشود.
- B. اقدامات مکرر برای کاهش دادن یا متوقف کردن پوست کنی.
- C. پوست کنی، ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه های مهم دیگر عملکرد ایجاد میکند.
- D. پوست کنی ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل کوکائین) یا بیماری جسمانی دیگر (مثل جرب یا گال) نیست.
- E. پوست کنی با نشانه های اختلال روانی دیگر بهتر توجیه نمیشود. (مثل هذیانها یا توهمات لامسه ای در اختلال روان پریشی، اقداماتی برای بهبود بخشیدن به نقص یا عیب خیالی در ظاهر در اختلال بدشکلی بدن، رفتارهای قالبی در اختلال حرکت قالبی، یا قصد صدمه زدن به خود در جرح خویشتن غیرخودکشی گرا).

اختلالات مرتبط با آسیب و عامل استرس زا

افرادی که با آسیب یا واقعه استرس زا مواجه میشوند ممکن است در معرض خطر مبتلا شدن به اختلال روانی باشند.

اختلال دلبستگی واکنشی و اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده

- ✓ این تشخیص برای کودکانی داده میشود که به معنای واقعی کلمه علیه دلبستگی به دیگران واکنش نشان میدهند.
- ✓ نشانه های آنها شامل: کناره گیری و بازداری شده می شود. آنها گرایش دارند عاطفه مثبت نشان ندهند، اما توانایی کنترل کردن هیجاناتشان را نیز ندارند. برخلاف کودکان عادی وقتی آنها ناراحت میشوند، از بزرگسالان آرامش نمی خواهند.
- ✓ تشخیص اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده وضعیت متضادی را توصیف می کند که در آن، کودکی که سابقه آسیب دارد، به رفتار بیش از حد خودمانی با غریبه ها می پردازد که از لحاظ فرهنگی نامناسب است.
- ✓ کودکان مبتلا به اختلال دلبستگی واکنشی نیز تحت مراقبت نامناسب قرار داشته اند و وقتی بزرگتر میشوند، به احتمال زیاد سبک دلبستگی ناپایمن خواهند داشت. این تأثیرات میتوانند سالها، حداقل تا ۱۲ سالگی ادامه یابند.

ملاکهای DSM-5 برای اختلال دلبستگی واکنشی

A. الگوی مداوم رفتار بازداری شده، و از لحاظ هیجانی کناره گیر نسبت به مراقبت کنندگان بزرگسال که با موارد زیر آشکار میشود:

1. کودک وقتی ناراحت است به ندرت یا خیلی کم تسلی میجوید.

2. کودک وقتی ناراحت است به ندرت یا خیلی کم به تسلی پاسخ میدهد.

B. اختلال اجتماعی و هیجانی مداوم که با حداقل دو مورد زیر مشخص میشود:

1. پاسخدهی اجتماعی و هیجانی خیلی کم به دیگران

2. عاطفه مثبت محدود

3. دوره های تحریک پذیری، غمگینی یا بیهنایی توجیه نشده که حتی در مدت تعاملهایی که تهدید آمیز نیستند با مراقبت کنندگان بزرگسال، آشکارند.

C. کودک الگوی مراقبت ناکافی مفرط را تجربه کرده که با حداقل یکی از موارد زیر ثابت می شود:

1. غفلت یا محرومیت اجتماعی به شکل برآورده نشدن مداوم نیازهای هیجانی اساسی برای تسلی، تحریک و محبت توسط بزرگسالان مراقبت کننده.

2. تغییرات مکرر مراقبت کنندگان اصلی که فرصت تشکیل دادن دلبستگیهای باثبات را محدود میکنند (مثل تغییرات مکرر در مراقبت توسط والدین رضاعی).

3. بزرگ شدن در محیط های غیرعادی که فرصت برقرار کردن دلبستگیهای انتخابی را شدیداً محدود میکنند.

D. فرض شده که مراقبت در ملاک C مسبب رفتار آشفته در ملاک A است (مثلاً اختلالات در ملاک A بعد از فقدان مراقبت کافی در ملاک C شروع میشوند).

E. این ملاک ها برای اختلال طیف اوتیسم برآورده نمیشوند.

F. این اختلال قبل از ۵ سالگی آشکار است.

G. کودک سن رشدی حداقل ۹ ساله دارد.

ملاک های DSM-5 برای اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده

A. الگوی رفتاری که به موجب آن کودک به طور فعال به بزرگسالان ناآشنا نزدیک میشود و با آنها تعامل میکند و حداقل دو مورد زیر را آشکار می سازد:

1. کاهش یا فقدان خودداری در نزدیک شدن به بزرگسالان ناآشنا و تعامل کردن با آنها.

2. رفتار کلامی یا جسمانی بیش از حد خودمانی (که با محدودیتهایی که از لحاظ فرهنگی تأیید شده و متناسب با سن باشد، هماهنگ نیست).

3. کاهش یا فقدان سر زدن مجدد به مراقبت کننده بزرگسال بعد از دور شدن، حتی در محیط های نا آشنا.

4. تمایل به فرار کردن با بزرگسالی ناآشنا با کمترین یا هیچ تردید.

B. رفتارها در ملاک A به تکانشگری محدود نمیشوند (همچون در اختلال کاستی توجه / بیش فعالی) بلکه رفتار بازدارنده نشده اجتماعی را شامل میشوند.

C. کودک الگوی مراقبت ناکافی مفرط را تجربه کرده که با حداقل یکی از موارد زیر ثابت میشود:

1. غفلت یا محرومیت اجتماعی به شکل برآورده نشدن مداوم نیازهای هیجانی اساسی برای تسلی، تحریک و محبت توسط بزرگسالان مراقبت کننده.

2. تغییرات مکرر مراقبت کنندگان اصلی که فرصت تشکیل دادن دلبستگیهای باثبات را محدود میکنند. (مثل تغییرات مکرر در مراقبت توسط والدین رضاعی).

3. بزرگ شدن در محیط های غیرعادی که فرصت برقرار کردن دلبستگیهای انتخابی را شدیداً محدود میکنند.

D. فرض شده که مراقبت در ملاک C مسبب رفتار آشفته در ملاک A است (مثلاً اختلالات در ملاک A بعد از فقدان مراقبت کافی در ملاک C شروع میشوند).

E. کودک سن رشدی حداقل ۹ ماهه دارد.

اختلال استرس حاد

گفته می شود آسیب وقتی روی میدهد که فردی یک بار یا بارها با شرایطی مواجه شده باشد که زبان آور یا تهدید کننده زندگی باشند و عوارض نامطلوب بادام بر عملکرد یا سلامت روانی او داشته باشند. وقتی افراد با تهدید به مرگ، یا صدمه جدی واقعی یا تهدید به آن، یا تجاوز جنسی مواجه میشوند، در معرض خطر ابتلا به **اختلال استرس حاد** قرار میگیرند. مواجه شدن با مرگ دیگران، با هر یک از این وقایع، واقعی یا تهدید شده به آن نیز میتواند به ایجاد این اختلال منجر شود.

◀ نشانه های اختلال استرس حاد در چهار طبقه قرار میگیرند:

1. مزاحمت یادآورهای ناراحت کننده واقعه
 2. نشانه های تجزیه ای مانند احساس کرختی یا بهت یا جدایی از دیگران
 3. اجتناب از موقعیتهایی که ممکن است به عنوان یادآورهای واقعه عمل کنند
 4. بیش برانگیختگی از جمله اختلالات خواب یا تحریک پذیری.
- ✓ نشانه ها ممکن است به مدت چند روز تا چند ماه پس از واقعه آسیب زا ادامه یابند.

ملاکهای DSM-5 برای اختلال استرس حاد

A. مواجهه با مرگ واقعی یا تهدید به مرگ، صدمه جدی، یا خشونت جنسی به صورت یک یا تعداد بیشتری از موارد زیر:

1. تجربه کردن مستقیم رویداد (رویدادهای) آسیب زا.
2. شاهد بودن رویداد (رویدادهایی) که برای دیگران رخ داده است.
3. آگاهی از اینکه رویداد (رویدادهایی) برای اعضای خانواده نزدیک یا دوست نزدیک روی داده است.

◀ توجه: در موارد مرگ واقعی یا تهدید به مرگ عضوی از خانواده با یک دوست این رویداد (رویدادها) باید خشونت آمیز یا تصادفی بوده باشند.

4. تجربه کردن مواجهه مکرر یا شدید با جزئیات ناگوار رویداد (رویدادهای) آسیب زا.

◀ توجه: این در مورد مواجهه از طریق رسانه های الکترونیک، تلویزیون، فیلم ها یا تصاویر صدق نمیکند. مگر اینکه این مواجهه مرتبط با کار باشد.

B. وجود 9 یا تعداد بیشتری از نشانه های زیر از هر پنج طبقه مزاحمت، خلق منفی، تجزیه، اجتناب و برانگیختگی که بعد از وقوع رویداد (رویدادهای) آسیب زا شروع یا بدتر شده باشند:

نشانه های مزاحمت

1. خاطرات ناراحت کننده عود کننده، غیرارادی، و مزاحم رویداد (رویدادهای) آسیب زا

◀ توجه: در کودکان، امکان دارد بازی مکرری روی دهد که در آن، موضوعات با جنبه هایی از رویداد (رویدادهای) آسیب زا ابزار شوند.

2. رؤیاهای ناراحت کننده مکرر که در آنها محتوا و یا عاطفه رؤیا با این رویداد (رویدادها) ارتباط دارد.

◀ توجه: در کودکان، امکان دارد رؤیاهای ترسناک بدون محتوای قابل تشخیص وجود داشته باشند.

3. واکنشهای تجزیه ای (مثل بازگشتها به گذشته) که در آنها فرد به گونه ای احساس یا عمل میکند که گویی رویداد (رویدادهای) آسیب زا دوباره روی میدهند. (چنین واکنشهایی ممکن است به صورت یک پیوستار روی دهند، به طوریکه جلوه بسیار شدید، فقدان کامل آگاهی از محیط های اطراف موجود باشد).

◀ توجه: در کودکان، بازآفرینی مجدد ویژه آسیب ممکن است در بازی روی دهد.

4. ناراحتی روانشناختی شدید یا طولانی هنگام مواجهه با نشانه های درونی یا بیرونی که نهاد جنبه ای از رویداد (رویدادهای) آسیب زا هستند یا به آن شباهت دارند.

خلق منفی

5. ناتوانی مداوم در تجربه کردن هیجانات مثبت (مثل ناتوانی در تجربه کردن احساسات شادی، خشنودی، یا عشقی).

نشانه های تجزیه ای

1. احساس تغییر یافته واقعیت محیط اطراف فرد با خودش (مثل در نظر گرفتن خود از دیدگاه دیگران، در حالت گیج بودن، احساس کندی زمان).

2. ناتوانی در به یاد آوردن جنبه مهمی از رویداد (رویدادهای) آسیب زا (معمولاً به علت یادزدودگی تجزیه ای و نه عوامل دیگری همچون جراحات سر، الکلی، یا داروها).

نشانه های اجتناب

3. تلاشی برای اجتناب کردن از خاطرات، افکار، یا احساسات مربوط به رویداد (رویدادهای) آسیب زا یا خاطرات، افکار، یا احساساتی که ارتباط نزدیکی با این رویداد دارند.

4. اقداماتی برای اجتناب کردن از یادآورهای بیرونی (افراد، مکانها، گفتگوها، فعالیت ها، اشیاء، موقعیت ها) که خاطرات، افکار، یا احساسات ناراحت کننده در مورد رویداد (رویدادهای) آسیب زا را برانگیخته میکنند.

5. اختلال خواب (مثل مشکل به خواب رفتن و خفته ماندن، خواب بیقرار).
6. رفتار تحریک پذیر و طغیان های خشم (با اندکی تحریک با بدون آن) که معمولاً به صورت پرخاشگری کلامی یا جسمانی نسبت به افراد با اشیا ابراز میشوند.
7. گوش به زنگی مفرط
8. مشکلاتی در رابطه با تمرکز
9. پاسخ یکه خوردن اعراق آمیز
- C. مدت این اختلال (نشانه ها در ملاک B) ۳ روز تا ۱ ماه پس از مواجهه با آسیب است.
- توجه: نشانه ها معمولاً بلافاصله بعد از آسیب شروع میشوند، اما تداوم حداقل ۳ روز تا ۱ ماه برای برآورده شدن ملاکهای اختلال ضرورت دارد.
- D. این اختلال ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه های مهم عملکرد ایجاد میکند.
- E. این اختلال ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل دارو یا الکل) یا بیماری جسمانی دیگر (مثل صدمه مغزی آسیب زای خفیف) نیست و با اختلال روان پریشی کوتاه مدت بهتر توجیه نمیشود.

اختلال استرس پس از آسیب

- وقایعی که میتوانند موجب اختلال استرس حاد شوند ممکن است به اختلال با دوام تری به نام اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) بینجامند. اگر فرد نشانه های اختلال استرس حاد را به مدت بیشتر از یک ماه تجربه کند، متخصص بالینی تشخیص PTSD می دهد.
- ✓ مزاحمت ها، تجزیه، و اجتناب که در اختلال استرس حاد دیده میشوند نیز در PTSD وجود دارند.
- نشانه ها همچنین شامل: از دست دادن حافظه واقعه، سرزنش بیش از حد خود، فاصله گیری از دیگران، و ناتوانی در تجربه کردن هیجانات مثبت می شوند.

ملاکهای DSM-5 برای اختلال استرس پس از آسیب (4.5 صفحه هستش که من در جزوه نیاوردش از ص 299 تا 303)

نظریه ها و درمان اختلال استرس پس از آسیب

- تجربه آسیب زا واقعه ای بیرونی است که بر فرد تأثیر میگذارد و بنابراین، علیت زیستی ندارد. با این حال، پژوهشگران اعلام می دارند تجربیات آسیب زا تا اندازه ای به این دلیل تأثیر دارند که به تغییراتی در مغز می انجامند که نواحی خاصی از آن را نسبت به خطر احتمالی در آینده خیلی حساس می کند. افراد مبتلا به PTSD دچار تغییراتی در هیپوکامپ می شوند (ساختاری در مغز که مسئول تحکیم بخشیدن به حافظه کوتاه مدت است). در نتیجه، این افراد قادر نیستند موقعیتهای نسبتاً بی ضرر (مانند آتش بازی) را از موقعیت هایی که در آنها آسیب واقعی رخ داده است (مانند جنگ) متمایز کنند. آنها همچنان به تجربه کردن مجدد واقعه با برانگیختگی زیاد ادامه می دهند و بنابراین، از موقعیت هایی شبیه آنهایی که دچار آسیب شده اند، اجتناب می کنند.

- داروهای ضدافسردگی SSRI تنها داروهای تأیید شده توسط FDA برای افراد مبتلا به PTSD هستند.
- از دیدگاه روان شناختی، افراد مبتلا به PTSD، به علت آسیبی که تجربه کرده اند، سبک پردازش اطلاعات سودار دارند، که باعث میشود توجه آنها به سمت علائم بالقوه تهدید کننده گرایش یابد. بنابراین آنها به احتمال بیشتری احساس میکنند در خطرند و بیشتر احتمال دارد از موقعیتهایی اجتناب ورزند که آنها را بالقوه تهدید کننده درک میکنند.
- ✓ شخصیت و سبک مقابله گری نیز پاسخها به آسیب را پیش بینی میکنند؛ از جمله سطح بالای روان رنجور خویی و حساسیت زیاد به علائم درونی اضطراب.
- به طور کلی، درمان شناختی - رفتاری همراه با نوعی مواجهه سازی (واقعی یا تجسمی) با آموزش آرمیدگی و بازسازی شناختی، مؤثرترین درمان روان شناختی برای PTSD محسوب شده است.
- روان درمانی خاص متمرکز بر آسیب که روی حافظه و واقعه آسیب زا یا معنی آن تمرکز میکند، به عنوان درمان ارجح تأیید شده است.
- درمان متمرکز بر آسیب، نتایج بلند مدت تری به بار می آورد بدون اینکه عوارض جانبی مرتبط با مداخله های دارویی داشته باشد.
- زوج درمانی روش دیگری است که ثابت شده در کاهش دادن نشانه ها، به علاوه کاستن از ناراحتی در فرد و در همسر او مفید است. چنین روشی می تواند استرس را در هر دو همسر کاهش دهد، ارتباط و ابراز صمیمیت آنها را بهتر کند و از تعداد مشاجرات درباره فرزندپروری بکاهد.
- نظر دیگری درباره PTSD از روان شناسی مثبت نگر حاصل شده است که اعلام می دارد افراد می توانند از طریق تجربه آسیب زا رشد کنند؛ پدیده ای که رشد پس از آسیب نامیده شده است. طبق این رویکرد، آسیب میتواند به صورت بالقوه به مراجعان امکان دهد به وسیله تعبیرهای مثبت از تجربیاتشان با آنها کنار بیایند.

خلاصه فصل 8

- اختلالات اضطرابی با تجربه برانگیختگی فیزیولوژیکی، دلشوره، احساس وحشت، گوش به زنگی، اجتناب و گاهی ترس یا فوبی خاص مشخص می شوند.
- اختلال اضطراب جدایی، اختلال کودکی است که با اضطراب شدید و نامناسب در مورد جدا شدن از خانه یا از مراقبت کنندگان مشخص میشود. خیلی از نوباوگان مرحله رشدی را طی میکنند که در آن، هنگام جدا شدن از مراقبت کنندگان خود، مضطرب و سراسیمه میشوند. در اختلال اضطراب جدایی این هیجانات، به مدت طولانی تر از آنچه متناسب با سن است، ادامه می یابند. حتی فکر جدایی موجب اضطراب شدید می شود. گرچه به نظر میرسد اختلال اضطراب جدایی عنصر ژنتیکی نیرومند دارد، اما عوامل محیطی نیز دخالت دارند. روشهای رفتاری و شناختی - رفتاری ممکن است از همه مؤثرتر باشند. اختلال کودکی دیگری که تصور میشود بر اضطراب تمرکز داشته باشد. لالی انتخابی است، که به موجب آن، کودک از صحبت کردن در موقعیت های خاص، مانند کلاس، امتناع می ورزد. به نظر می رسد روشهای رفتارگر که از شکل دهی و مواجهه سازی استفاده می کنند، برای درمان کودکان مبتلا به لالی انتخابی بسیار مناسب باشند.
- فوبیهای خاص ترسهای نامعقول از چیزها یا موقعیتهای خاص هستند. رفتارگرایان شناختی اظهار میدارند که تجربیات یادگیری قبلی و چرخه افکار منفی و ناسازگار موجب فوبی های خاص میشوند. درمانهای توصیه شده توسط رویکردهای رفتاری و شناختی - رفتاری عبارت اند از: غرقه سازی، حساسیت زدایی منظم، تصویر سازی ذهنی، مواجهه واقعی، و روشهایی که هدفشان تغییر دادن افکار ناسازگارانه فرد هستند، مانند بازسازی شناختی. درمان مبتنی بر دیدگاه زیستی، شامل دارو می شود.
- اختلال اضطراب اجتماعی ترس از دیده شدن توسط دیگران هنگام عمل کردن به شیوه ای است که خجالت آور یا تحقیر آمیز خواهد بود. رویکردهای شناختی - رفتاری به اختلال اضطراب اجتماعی، این اختلال را ناشی از ترس نامعقول از انتقاد می دانند که باعث می شود افراد

مبتلا به این اختلال، توانایی خود را در تمرکز کردن روی عملکرد خویش از دست بدهند. این بعداً باعث میشود آنها مرتکب اشتباهاتی شوند و بنابراین، بیشتر بترسند. روشهای رفتاری که مواجهه واقعی همراه با بازسازی شناختی و آموزش مهارتهای اجتماعی تأمین میکنند، برای کمک به افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بسیار مؤثرند. برای موارد شدید این اختلال دارو درمانی توصیه شده است.

■ اختلال وحشتزدگی با حملات وحشتزدگی مکرر و عود کننده مشخص می شود (احساسات شدید ترس و ناراحتی جسمانی) این اختلال اغلب با آگورافوبی، اختلال جدید در DSM-5 همزمان است. آگورافوبی اضطراب شدید درباره فکر یا تجربه بودن در مکان عمومی است؛ به ویژه، ترس از گرفتار شدن در مکان عمومی یا ناتوانی در گریختن از این مکان، شایع است. دیدگاه های زیستی و شناختی - رفتاری برای آگاهی از این اختلال و درمان آن خیلی مفید بوده اند. درمان مبتنی بر دیدگاه شناختی - رفتاری، روشهایی را مانند آموزش آرمیدگی و درمان کنترل وحشتزدگی شامل میشوند. داروها نیز میتوانند به تسکین نشانه ها کمک کنند. داروهایی که عموماً تجویز میشوند، داروهای ضد اضطراب و ضد افسردگی هستند.

■ افرادی که مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تشخیص داده شده اند، چند نگرانی نامعقول دارند که به چند زمینه در زندگی گسترش می یابند. رویکرد شناختی - رفتاری به اختلال اضطراب فراگیر بر ماهیت نامعقول این نگرانی ها تأکید میکند و این اختلال را به صورت چرخه معیوبی در نظر میگیرد که خودش را تغذیه می کند. روش های درمان شناختی - رفتاری با آموزش دادن فنونی به افراد که به آنها امکان میدهند احساس کنند بر نگرانی خود کنترل دارند، قطع کردن چرخه معیوب نگرانی را توصیه می کنند. درمان زیستی بر مصرف دارو تأکید می کند.

■ افراد در اختلال وسواس فکری - عملی، وسواس های فکری، یا افکاری که نمی توانند خود را از آنها خلاص کنند، و وسواسهای عملی را که رفتارهای مقاومت ناپذیر و تکراری هستند، پرورش میدهند. دیدگاه شناختی - رفتاری، وسواس فکری - عملی را به صورت نشانه هایی در نظر میگیرد که حاصل ارتباط آموخته شده بین اضطراب و افکار یا اعمالی هستند که به طور موقتی میتوانند موجب تسکین شوند. شواهد فزاینده ای از توجه زیستی این اختلال حمایت میکنند، به طوریکه جدیدترین پژوهش اشاره دارد که این اختلال با زیادی سروتونین ارتباط دارد. درمان با داروهایی مانند کلومی پرامین مؤثر به نظر می رسد، هر چند روشهای شناختی - رفتاری نیز که مواجهه و توقف فکر را شامل میشوند کاملاً مؤثرند. اختلال بدشکلی بدن شامل اشتغال ذهنی به این فکر است که قسمتی از بدن زشت یا معیوب است. اختلالات دیگر مرتبط با OCD اختلال ذخیره کردن، اختلال موکنی و اختلال پوست کنی هستند.

■ افرادی که با آسیب یا عامل استرس زا مواجه شده اند، ممکن است دچار یکی از مجموعه اختلالات شوند. DSM-5 در این گروه از اختلالات، اختلال استرس پس از آسیب و اختلال استرس حاد، همراه با اختلالات کودکی، اختلال دلبستگی واکنشی، و اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده را منظور کرده است. کودکان مبتلا به اختلال دلبستگی واکنشی آشفتهای شدیدی در شیوه برقراری ارتباط با دیگران نشان می دهند و از لحاظ هیجانی، کناره گیر و بازداری شده اند. در مقابل، کودکان مبتلا به اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده با افرادی که غریبه هستند به رفتاری که از لحاظ فرهنگی نامناسب و خیلی خودمانی است، می پردازند.

■ در اختلال استرس پس از آسیب، فرد نمی تواند از اضطراب مربوط به واقعه آسیب زای زندگی رهایی یابد. عوارض بعدی این واقعه آسیب زا فلاشبکها، کابوس ها، و افکار مزاحم هستند. برخی افراد پاسخ کوتاه تر، اما بسیار مشکل آفرین را به واقعه آسیب را تجربه میکنند، اختلال استرس حاد نامیده میشود که از ۲ روز تا ۴ هفته ادامه دارد و انواع نشانه هایی را که افراد مبتلا به PTSD تجربه میکنند، شامل میشود. رویکردهای شناختی - رفتاری، PTSD را حاصل افکار منفی و ناسازگارانه درباره نقش خویشتن در ایجاد وقایع آسیب زا، احساس جدایی از دیگران و نگرش بدبینانه به زندگی در نتیجه تجربه آسیب زا می دانند. درمان میتواند آموزش مهارتهای مقابله گری جدید به افراد مبتلا به PTSD را دربر گیرد تا آنها بتوانند به طور مؤثرتری استرس را مدیریت کنند و پیوندهای اجتماعی خود را با دیگران که میتوانند از آنها حمایت کنند، از نو برقرار نمایند.

فصل 9 (اختلالات تجزیه ای و نشانه جسمانی)

اختلالات تجزیه ای

به نظر می رسد که ذهن انسان تقریباً بی نهایت قادر به تجزیه کردن، یا جدا کردن تمرکز توجه است. شما میتوانید در حال دویدن، به طور عمیق به یک مسئله فکر کنید؛ شاید حتی ندانید که چند کیلومتر را بدون آگاهی از محیط اطرافتان دویده اید. در اختلالات تجزیه ای، این جدایی کارکردهای ذهنی با درجه شدیدتر از آنچه بسیاری از افراد در زندگی روزانه خود تجربه می کنند روی می دهد. اختلالات تجزیه ای درباره شیوه ای که خودپنداره افراد به مرور زمان شکل میگیرد و شیوه ای که حافظه و درک واقعیت میتوانند تجزیه شوند، سؤالهای جالبی را پیش میکشند.

انواع اصلی اختلالات تجزیه ای

ما عموماً این عقیده را بدهی میدانیم که هر فرد یک شخصیت و یک درک هویت دارد. با این حال، در اختلال هویت تجزیه ای (DID)، شخصیتها و هویتهای جداگانه ای می توانند در فرد واحدی تشکیل شوند. به نظر میرسد که شخصیتهای مجزا، شیوه های درک کردن، تفکر، و برقراری ارتباط مخصوص خودشان را با دیگران دارند. بنا بر تعریف، افراد مبتلا به اختلال هویت تجزیه ای، حداقل دو هویت مجزا دارند و وقتی در یک هویت هستند، نمی دانند که در هویت دیگر نیز به سر میبرند. در نتیجه، تجربیات آنها تداوم ندارند. آنها در خاطرات مهم مربوط به خود و زندگی شان (اغلب خاطراتی با ماهیت آسیب زا) مانند مورد آزار و اذیت یا بدرفتاری قرار گرفتن، شکافهای بزرگی دارند.

- **افراد مبتلا به یادزدودگی تجزیه ای**، قادر نیستند اطلاعات مربوط به یک واقعه با مجموعه ای از وقایع در زندگی خود را به یاد بیاورند. این نوع از دست دادن حافظه با لغزشهای روزمره که باعث میشود اشیاء را گم کنیم یا اسامی افراد را فراموش کنیم، تفاوت دارد. افراد مبتلا به یادزدودگی تجزیه ای، واقعه خاصی را در زندگی خود فراموش میکنند که به احتمال زیاد واقعه ای آسیب زا است یا ماهیت استرس زا دارد. یادزدودگی آنها ممکن است حتی حالت گریز را تحریک کند (دوره یادزدودگی که باعث می شود آنها قادر نباشند برخی یا کل گذشته و هویت خود را یادآوری کنند و همراه با آن، در حالت گیجی سرگردان شوند یا مسافرتی کنند که به نظر میرسد بر هدف خاصی تمرکز دارد).
- درک معمول شما از اینکه کیستید، آگاهی شما را از اینکه در بدن خودتان زندگی میکنید شامل می شود. **مسخ شخصیت** اختلالی است که در آن، افراد احساس می کنند هویت شان از بدنشان جدا شده است. امکان دارد آنها تجربیات غیرواقعی بودن، مشاهده گر بیرونی بودن، یا کرختی هیجانی یا جسمانی داشته باشند.
- **مسخ واقعیت** اختلالی است که در آن، افراد احساس میکنند، محیط اطرافشان غیرواقعی است یا از آن جدا هستند.
- **اختلال مسخ شخصیت / مسخ واقعیت**، حالتی است که در آن، افراد یک یا هر دو تجربه مسخ شخصیت و مسخ واقعیت را دارند.

ملاک های DSM-5 برای اختلال هویت تجزیه ای

A. اختلال هویت که با دو یا تعداد بیشتری از حالت های شخصیت مجزا مشخص میشود، که ممکن است در برخی فرهنگها به صورت تجربه تسخیر توصیف شده باشند. این اختلال هویت، ناپیوستگی محسوس در خودپنداره و درک عاملیت همراه با تغییرات مربوط در عاطفه، رفتار، هشیاری، حافظه، ادراک، شناخت و یا عملکرد حسی - حرکتی را شامل میشود. این علائم و نشانه ها ممکن است توسط دیگران مشاهده یا توسط فرد گزارش شوند.

- B. شکاف های عود کننده در یادآوری وقایع روزمره، اطلاعات شخصی مهم، و یا رویدادهای آسیب زا که با فراموشی عادی ناهماهنگ هستند.
- C. نشانه ها ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه های مهم دیگر عملکرد ایجاد می کنند.
- D. این اختلال بخش طبیعی روال معمول فرهنگی یا مذهبی که وسیعاً پذیرفته شده باشد، نیست.
- ◀ توجه: در کودکان، نشانه ها با همبازیهای خیالی یا بازی خیالی دیگر بهتر توجیه میشوند.
- E. نشانه ها ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل بیهوشیهای موقت یا رفتار آشفته هنگام مسمومیت با الکل) یا بیماری جسمانی دیگر (مثل حملات صرعی ناحیه ای مرکب) نیستند.

ملاکهای DSM-5 برای یاد زدودگی تجزیه ای

- A. ناتوانی در یادآوری اطلاعات زندگی نامه شخصی مهم، معمولاً از نوع آسیب زا یا استرس زا، که با فراموشی معمولی ناهماهنگ است.
- ◀ توجه: یادزدودگی تجزیه ای اغلب از یاد زدودگی موضعی یا انتخابی در مورد رویداد با رویدادهای خاص، یا یادزدودگی فراگیر در مورد هویت و تاریخچه زندگی تشکیل میشود.
- B. نشانه ها ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه های مهم دیگر عملکرد ایجاد میکنند.
- C. این اختلال ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل الکل یا سوء مصرف مواد مخدر، دارو) یا بیماری عصبی یا جسمانی دیگر (مثل حملات صرعی ناحیه ای مرکب، یادزدودگی کلی موقتی، پیامدهای آسیب سر بسته / صدمه مغزی آسیب زا، یا بیماری عصبی دیگر) نیست.
- D. این اختلال با اختلال هویت تجزیه ای، اختلال استرس پس از آسیب، اختلال استرس حاد، اختلال نشانه جسمانی، یا اختلال عصبی - شناختی عمده یا خفیف بهتر توجیه نمیشود.

ملاک های DSM-5 برای اختلال مسخ شخصیت / مسخ واقعیت

- A. وجود تجربیات مداوم با عود کننده مسخ شخصیت، مسخ واقعیت یا هر دو:
1. **مسخ شخصیت:** تجربیات غیرواقعی بودن، جدا بودن، یا مشاهده گر بیرونی بودن در رابطه با افکار، احساسات، حس ها، بدن، یا اعمال (مثل تغییرات ادراکی، درک زمان تحریف شده، خود غیرواقعی یا فقدان خود، بی حسی هیجانی و یا جسمانی).
 2. **مسخ واقعیت:** تجربیات غیرواقعی یا جدا بودن در رابطه با محیط اطراف (مثلاً افراد یا اشیاء به صورت غیرواقعی، رؤیا مانند، تیره و تار، بیجان، یا از لحاظ دیداری تحریف شده تجربه میشوند).
- B. در طول تجربیات مسخ شخصیت یا مسخ واقعیت، واقعیت آزمایی سالم می ماند.
- C. این نشانه ها ناراحتی یا اختلال بالینی قابل ملاحظه در عملکرد اجتماعی، شغلی، و زمینه های مهم دیگر عملکرد ایجاد میکنند.
- D. این اختلال ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل سوء مصرف مواد مخدر، دارو) یا بیماری جسمانی دیگر (مثل حملات صرعی) نیست.
- E. این اختلال با اختلال روانی دیگر، مانند اسکیزوفرنی، اختلال وحشتزدگی، اختلال افسردگی اساسی، اختلال استرس حاد، اختلال استرس پس از آسیب، یا اختلال تجزیه ای دیگر بهتر توجیه نمی شود.

نظریه ها و درمان اختلالات تجزیه ای

افراد در رشد عادی، ادراکها و خاطراتی را که از خود و تجربیاتشان دارند، ادغام و یکپارچه می کنند. شما می توانید وقایع زیادی را از گذشته خود یادآوری کنید که با گذشت زمان درک تداوم به شما می دهند. در اختلال تجزیه ای فرد این پیوستگی و تداوم را از دست می دهد و می کوشد از وقایع آگاهی هشیار که موجب عذاب روانی، اگر نه جسمانی می شوند، جدا شود یا آنها را از سر دور کند.

- افراد مبتلا به اختلال هویت تجزیه ای یاد گرفته اند با ایجاد شخصیت‌های دیگر که وقتی دچار استرس میشوند به صورت ناهشیار تفکر و رفتار آنها را کنترل میکنند، با شرایط زندگی بسیار استرس زا مقابله کنند.
- اتفاق نظر کنونی این است که تجزیه، پاسخی به آسیب هیجانی یا جسمانی اولیه است.
- افراد مبتلا به نشانه های تجزیه ای، در واقع میزان شیوع بالای بدرفتاری جسمانی و جنسی در کودکی داشته اند.

➤ به فرض اینکه افراد مبتلا به اختلالات تجزیه ای با پرورش دادن نشانه های تجزیه ای به آسیب واکنش نشان میدهند، هدف درمان، عمدتاً یکپارچه کردن قسمتهای مجزای خود، حافظه و زمان در هشیاری فرد است. رهنمودهای درمان برای اختلال هویت تجزیه ای بر بهترین روشها تأکید میکنند، مانند برقراری و نگهداری اتحاد درمانی نیرومند، و از دیدگاه روان شناسی مثبت نگر، کمک به مراجعان برای اینکه خود و دنیایشان را با به حال اول برگرداندن فرضهای متلاشی شده به صورت مطلوب تری در نظر بگیرند.

➤ درمان شناختی - رفتاری برای کمک به مراجعان مبتلا به اختلال هویت تجزیه ای، کاملاً مناسب است. این درمان به افراد مبتلا به این اختلال کمک میکند درک منسجمی از خود و تجربیاتشان پرورش دهند. متخصصان بالینی برای اینکه به مراجعان کمک کنند خود را به صورت مطلوب تری در نظر بگیرند، میتوانند آنها را تحریک کنند از زیر سؤال بردن فرض های اساسی درباره خودشان که به نشانه های آنها کمک میکنند بهره مند شوند. برای مثال، امکان دارد آنها باور داشته باشند که مسئول بدرفتاری هستند که با آنها شده است یا اشتباه است که به سوء استفاده کنندگان از خودشان خشم نشان دهند، یا اینکه نمی توانند با خاطرات عذاب آورشان مقابله کنند.

- متخصصان بالینی همچنین باید به همزمانی اختلال تجزیه با نشانه های دیگر از جمله اختلال استرس پس از آسیب توجه داشته باشند.
- درمان اختلالات تجزیه ای اغلب علاوه بر خود این اختلالات به اختلالات خلقی، اضطرابی و استرس پس از آسیب مرتبط نیز می پردازد.

مصاحبه بالینی ساخت دار برای اختلالات تجزیه ای **DSM-IV** تجدید نظر شده (**SCID-D-R**) ابزاری است که به دقت استاندارد شده است.

مقیاس	مواد
یادزدودگی	آیا تا کنون احساس کرده اید که انگار شکافهای بزرگی در حافظه شما وجود دارند؟
مسخ شخصیت	آیا تا کنون احساس کرده اید که به خود، از بیرون بدنانتان نگاه می کنید، انگار که خود را از فاصله دور مینگرید یا فیلمی از خودتان را میبینید؟ آیا تاکنون احساس کرده اید که انگار بخشی از بدن شما با کل وجودتان برای شما بیگانه است؟ آیا تا کنون احساس کرده اید که انگار دو آدم متفاوت هستید؛ یکی مشغول فعالیت های زندگی است و دیگری در حالت سکوت تماشا میکند؟
مسخ واقعیت	آیا تا کنون احساس کرده اید که انگار محیط آشنا یا افرادی که می شناسید، ناآشنا یا غیرواقعی به نظر می رسند؟ آیا تا به حال در این مورد سردرگم شده اید که چه چیزی در محیط شما واقعی و چه چیزی غیرواقعی است؟ آیا تا کنون احساس کرده اید که انگار محیط شما یا افراد دیگر در حال محو شدن هستند؟
سردرگمی هویت	آیا تا کنون احساس کرده اید که انگار کشمکش درون شما جریان دارد؟ آیا تاکنون در این مورد که کیستید احساس سردرگمی کرده اید؟
تغییر هویت	آیا تا کنون به صورتی رفتار کرده اید که انگار آدم کاملاً متفاوتی هستید؟ آیا تا کنون کسی به شما گفته است که مثل آدم دیگری به نظر می رسید؟ آیا تا کنون چیزهایی را در اموال خود پیدا کرده اید که به شما تعلق دارند، ولی نمی توانستید به خاطر بیاورید چگونه آنها را به دست آورده اید؟

اختلال نشانه جسمانی

افراد مبتلا به اختلال نشانه جسمانی، نشانه های جسمانی دارند که ممکن است بیماری پزشکی آنها را توجیه کند یا نکند. آنها افکار، احساسات و رفتارهای ناسازگارانه هم دارند. این نشانه ها زندگی روزمره آنها را مختل میکنند. افراد مبتلا به این اختلال به درجه بی تناسبی به جدی بودن نشانه هایشان فکر میکنند، احساس اضطراب شدیدی درباره آنها دارند، و وقت و انرژی زیادی را صرف نشانه ها یا نگرانی درباره سلامتی شان میکنند. گرچه ممکن است به نظر برسد که افراد مبتلا به این اختلال عمداً نشانه ها را وانمود میکنند، اما آنها واقعاً به صورت هشیار با شیوه هایی که این مشکلات روانی را به صورت جسمانی ابراز میکنند، هماهنگ نیستند.

- نشانه های جسمانی که افراد تجربه میکنند ممکن است درد را به عنوان تمرکز اصلی دربر داشته باشند. امکان دارد بیماری پزشکی قابل تشخیصی وجود داشته باشد، اما نمیتواند مقدار و ماهیت دردی را که مراجعان گزارش میدهند، توجیه کند.
- مراجعان مبتلا به اختلال درد نیز وجود دارند که بیماری پزشکی قابل تشخیصی برای آنها وجود ندارد.

ملاک های DSM-5 برای اختلال نشانه جسمانی

- A. یک یا تعداد بیشتری نشانه جسمانی که ناراحت کننده هستند یا به اختلال قابل ملاحظه در زندگی روزمره منجر میشوند.
- B. افکار، احساسات، یا رفتارهای مفرط مرتبط با نشانه های جسمانی یا نگرانیهایی در ارتباط با سلامتی که حداقل با یکی از موارد زیر آشکار میشوند:
1. افکار بی تناسب و مداوم درباره جدی بودن نشانه های خویش
 2. سطح بالای اضطراب مداوم درباره سلامتی یا نشانه ها
 3. وقت و انرژی بیش از حدی صرف این نشانه ها یا نگرانیها درباره سلامتی میشود.
- C. گرچه هر یک از نشانه های جسمانی ممکن است همواره وجود نداشته باشد، اما حالت بیمار بودن مداوم است. (معمولاً بیش از ۶ ماه)
- مشخص کنید اگر:
- همراه با درد چشمگیر: این شاخص برای افرادی است که نشانه های جسمانی آنها عمدتاً درد را شامل میشوند.
- مشخص کنید اگر:
- مداوم: روند مداوم با نشانه های شدید، اختلال محسوس، و مدت طولانی (بیش از ۶ ماه)، مشخص میشود.
- شدت کنونی را مشخص کنید:
- خفیف: فقط یکی از نشانه ها که در ملاک B مشخص شده اند برآورده شده است.
- متوسط: دو نشانه یا تعداد بیشتر که در ملاک B مشخص شده برآورده شده اند.
- شدید: دو یا تعداد بیشتری از نشانه ها که در ملاک B مشخص شده، برآورده شده اند. علاوه بر این، شکایت های جسمانی متعدد وجود دارند (یا یک نشانه جسمانی خیلی شدید).

اختلال اضطراب بیماری

افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری به اشتباه باور دارند که واکنش های طبیعی بدن بیانگر نشانه های بیماری جدی است و از آنها میترسند. آنها به راحتی درباره سلامت خود هوشیار میشوند و در صدد آزمایشها و عمل های پزشکی غیرضروری بر می آیند تا بیماری های اغراق آمیز یا خیالی خود را منتفی یا درمان کنند. نگرانی آنها از خود این نشانه ها نیست، بلکه از این احتمال است که بیماری جدی داشته باشند. آنها همچنین دلمشغول عقاید اشتباه خود درباره جدی بودن نشانه هایشان هستند. امکان دارد آنها به سوء مصرف غیرپزشکی داروهای تجویزی روی آورند که به نوبه خود، میتواند آنها را در معرض عوارض جانبی و همینطور وابستگی به داروها قرار دهد.

ملاک های DSM-5 برای اختلال اضطراب بیماری

- A. اشتغال ذهنی به داشتن بیماری جدی یا مبتلا شدن به آن.
 - B. نشانه های جسمانی وجود ندارند یا اگر وجود داشته باشند، از نظر شدت خفیف هستند. اگر بیماری جسمانی دیگر یا خطر زیاد دچار شدن به بیماری جسمانی وجود داشته باشد (مثلاً سابقه خانوادگی نیرومند موجود باشد)، اشتغال ذهنی، آشکارا بیش از اندازه یا نامناسب است.
 - C. سطح بالای اضطراب در مورد سلامتی وجود دارد، و فرد به راحتی در مورد وضع سلامت شخصی به وحشت می افتد.
 - D. فرد رفتارهای مرتبط با سلامتی افراطی انجام میدهد (مثلاً بارها بدن خود را برای یافتن علائم بیماری واری می کند) یا اجتناب ناسازگارانه بروز میدهد (مثلاً از قرار ملاقاتها با دکتر و بیمارستانها اجتناب میکند).
 - E. اشتغال ذهنی به بیماری حداقل به مدت ۶ ماه ادامه یافته است، اما بیماری خاصی که فرد از آن میترسد ممکن است در طول این مدت تغییر کند.
 - F. اشتغال ذهنی مرتبط با بیماری با اختلال روانی دیگر، نظیر اختلال نشانه جسمانی، اختلال وحشتزدگی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال بدشکلی بدن، اختلال وسواس فکری - عملی یا اختلال هذیانی از نوع جسمانی بهتر توجه نمیشود.
- مشخص کنید آیا:

از نوع مراقبت خواهی: از مراقبت پزشکی، از جمله مراجعه به پزشک یا آزمایش دادن یا شیوه های پزشکی زیاد استفاده میشود.

از نوع مراقبت پرهیزی: به ندرت از مراقبت پزشکی استفاده میشود.

اختلال تبدیلی (اختلال نشانه عصبی کارکردی)

ویژگی اصلی اختلال تبدیلی این است که فرد دستخوش تغییرات کارکردی جسمانی میشود که ناشی از بیماری جسمانی اساسی نیستند. شکلهایی که این اختلال میتواند به خود بگیرد، از ناهنجاریهای حرکتی مانند مشکل راه رفتن یا فلج تا ناهنجاریهای حسی نظیر ناتوانی در شنیدن با دیدن گسترش دارند.

✓ اصطلاح تبدیلی در نام این اختلال به تغییر شکل تعارض روانشناختی به نشانه های جسمانی اشاره دارد که فرض شده زیربنای این اختلال را تشکیل می دهند.

✓ اصطلاح اختلال نشانه عصبی کارکردی در پراکنش بیانگر شیوه جایگزین اشاره به این اختلال است که برخی متخصصان بالینی ممکن است ترجیح دهند. این اصطلاح از چند نظر، توصیفی تر از «تبدیلی» است که ریشه تاریخی در روانکاوی فرویدی دارد و در آن فرض شده بود تعارض های روانشناختی به آنچه شبیه نشانه های عصبی به نظر می رسند، مانند فلج، «تبدیل» می شوند.

✓ **کارکردی** در این زمینه به عملکرد نابهنجار سیستم عصبی مرکزی اشاره دارد.

ملاک های DSM-5 برای اختلال تبدیلی (اختلال نشانه کارکردی عصبی)

- A. یک یا تعداد بیشتری از نشانه حرکت ارادی یا کارکرد حسی تغییر یافته.
- B. یافته های بالینی شواهدی را از ناسازگاری بین نشانه و بیماریهای عصبی یا جسمانی تشخیص داده شده، تأمین میکنند.
- C. نشانه یا نقص با اختلال جسمانی یا روانی دیگر بهتر توجیه نمیشود.
- D. نشانه یا نقص، ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه های مهم دیگر عملکرد ایجاد میکند یا ارزیابی جسمانی را موجه می سازد.

- مراجعان مبتلا به اختلال تبدیلی ممکن است دامنه وسیعی از بیماری های جسمانی را نشان دهند که، حملات صرعی کاذب، اختلالات حرکت، فلج، ضعف، اختلالات گفتار، نابینایی و اختلالات حسی دیگر، و اختلال شناختی از آن جمله هستند. نشانه ها میتوانند به قدری شدید باشند که انجام دادن وظایف شغلی را برای مراجعان ناممکن سازند. بیش از نیمی زمین گیر میشوند یا به وسایل کمکی نیاز دارند. با اینکه تقریباً تمام مراجعان مبتلا به اختلال تبدیلی بیماری پزشکی ندارند، با این حال، متخصصان بالینی باید بیماری های پزشکی را قبل از تعیین این تشخیص منتفی بدانند.
- اختلال تبدیلی پدیده نادری است و ۱ تا ۳ درصد افرادی را که متخصصان بالینی برای مراقبت از سلامت روان ارجاع میدهند، مبتلا میکند. این اختلال، که اغلب در خانواده ها جریان دارد، عموماً بین ۱۰ تا ۳۵ سالگی ظاهر میشود و در زنان و افرادی که تحصیلات کمتر دارند، بیشتر مشاهده شده است. شاید بالغ به بر نیمی از افراد مبتلا به اختلال تبدیلی به اختلال تجزیه ای نیز مبتلا باشند.
- بازبینی تحقیقات تصویربرداری از مغز بیماران مبتلا به اختلال تبدیلی حرکتی، تغییراتی را در نواحی پیشانی و پیش پیشانی فعال در برنامه ریزی و اجرای حرکات، و همینطور فعالیتهای تغییر یافته در نواحی مغزی مسئول هیجان، مشخص کرده است. بنابراین، افراد مبتلا به این نوع از اختلال تبدیلی ممکن است از آنچه بدنشان انجام میدهد آگاه نباشند و از این رو، قادر به کنترل کردن اعمالشان نباشند.

بیماریهای مرتبط با اختلالات نشانه جسمانی

- ✓ **تمارض** عبارت است از وانمود کردن عمدی نشانه های بیماری جسمانی یا اختلال روانی با انگیزه دریافت منافع معلولیت یا بیمه.
- متخصصان بالینی فرض میکنند که مراجعان برای دریافت نفع مستقیم، مانند دریافت حقوق در زمان مرخصی، دریافت حق بیمه، یا پاداش مادی دیگر، تمارض میکنند. برخی از این موقعیت ها آنچه را که ما **نفع اولیه** میخوانیم شامل میشوند (یعنی، منافع مستقیم بازی کردن).
- ✓ **در اختلال ساختگی تحمیل شده بر خود**، افراد الگویی از نشانه های وانمود شده را آشکار میسازند که جسمانی، روانی، یا ترکیبی از هر دو هستند. فرد این نشانه ها را نه برای به دست آوردن نفع مالی، بلکه به منظور اختیار کردن نقش بیمار وانمود میکند.
- در موارد شدید که به صورت غیررسمی با عنوان **سندرم مونچاوزن** معروف است، کل وجود فرد صرف دنبال کردن مراقبت پزشکی می شود. امکان دارد فرد در موارد اختلال ساختگی تحمیل شده بر دیگری، بیماری فرد دیگری را وانمود کند. جالب اینکه، یک تحقیق همه گیر

شناختی روی افراد مبتلا به اختلال ساختگی، نشان داد رایج ترین مشاغلی که این اختلال در آنها دیده میشوند، مشاغل در حرفه های سلامتی هستند.

- برخلاف افراد مبتلا به اختلال تبدیلی، افراد مبتلا به اختلال ساختگی آگاهانه نشانه های خود را تولید میکنند، ولی انگیزه های آنها به جای بیرونی، به صورت درونی برانگیخته میشوند. امکان دارد آنها با **نفع ثانوی** برانگیخته شده باشند (همدردی و توجهی که وقتی بیمارند، از دیگران دریافت میکنند). آنها میدانند که نشانه های خود را تولید می کنند، ولی نمی دانند چرا. به عبارت دیگر، افراد مبتلا به اختلال تبدیلی معتقدند که آنها بیمارند و به صورت موجه نقش بیمار را پذیرفته اند. افرادی که تهازش می کنند میدانند بیمار نیستند و بنابراین، هرگونه پاداشی را که در اثر بیماری دریافت میکنند، به صورت غیرقانونی به دست می آورند.

ملاک های DSM-5 برای اختلال ساختگی

اختلال ساختگی تحمیل شده بر خود

- A. جعل علائم یا نشانه های جسمانی یا روان شناختی، یا ایجاد جراحت یا بیماری، در ارتباط با فریب مشخص شده.
- B. فرد خود را به دیگران به صورت مریض، معیوب، یا مصدوم نشان میدهد.
- C. این رفتار فریبکارانه حتی در غیاب پاداشهای بیرونی واضح، آشکار است.
- D. این رفتار با اختلال روانی دیگر، مانند اختلال هذیانی یا اختلال روان پریشی دیگر بهتر توجیه نمیشود.

مشخص کنید:

دوره تکی

دوره های مکرر (دو یا تعداد بیشتری رویداد جعل بیماری و یا ایجاد جراحت).

اختلال ساختگی تحمیل شده بر دیگری (قبلاً اختلال ساختگی با واسطه یا به نمایندگی نامیده میشد)

- A. جعل علائم یا نشانه های جسمانی یا روان شناختی، یا ایجاد جراحت یا بیماری، در دیگری در ارتباط با فریب مشخص شده.
- B. فرد، شخص دیگری (قربانی) را به عنوان بیمار، معیوب، یا مصدوم به دیگران نشان میدهد.
- C. این رفتار فریبکارانه حتی در غیاب پاداشهای بیرونی واضح، آشکار است.
- D. این رفتار با اختلال روانی دیگر، مانند اختلال هذیانی یا اختلال روان پریشی دیگر بهتر توجیه نمیشود.

➤ توجه: مقصر، نه قربانی، مورد این تشخیص قرار میگیرد.

مشخص کنید:

دوره تکی

دوره مکرر (دو یا تعداد بیشتری رویداد جعل بیماری و یا ایجاد جراحت).

نظریه ها و درمان نشانه جسمانی و اختلالات مرتبط

نظریه پردازان روان پویشی اولیه، اولین کسانی بودند که سعی کردند این گروه از اختلالات را از دیدگاهی که علمی میدانستند، بشناسند و درمان کنند. آنها که ابزارهای تشخیصی پیشرفته نداشتند و کار خود را بر مبنای مفهوم تعارض ناهشیار استوار کرده بودند، به اختلال تبدیلی با عنوان «هیستری» (به معنی رحم سرگردان اشاره میکردند). آنها نتوانستند مبنای فیزیولوژیکی برای نشانه هایی بیابند که بعد از اینکه فرد تحت درمان با هیپنوتیزم یا روانکاوی قرار میگرفت ناپدید میشدند (این عقیده را تقویت کرد که نشانه ها مبنای روان شناختی دارند).

- متخصصان بالینی که این روزها در چارچوب دیدگاه روان پویشی کار میکنند، به تبعیت از تدوین کلی هیستری توسط فروید، سعی میکنند تعارضهای زیربنایی را که با نشانه های فرد ارتباط دارند، مشخص کنند و آنها را به آگاهی هشیار بیاورند. مراجع از طریق این فرآیند، بینش و خود آگاهی کسب میکند و میتواند هیجان خود را به جای اینکه از طریق جلوه جسمانی آشکار سازد، به طور مستقیم ابراز کند.
- از دیدگاه شناختی - رفتاری اختلالات تجزیه ای، نشانه جسمانی و اختلالات مربوط، بر حسب افکار مرتبط با نشانه های جسمانی در نظر گرفته میشوند. مدل اساسی بر مبنای این فرض استوار است که افراد مبتلا به این اختلالات با تحریفهای شناختی مواجه اند که باعث میشوند احساسات جسمانی عادی را اشتباه تعبیر کنند. بعد از اینکه آنها اهمیت نشانه های خود را اغراق میکنند، نسبت به علائم جسمانی داخلی خیلی حساس تر می شوند که به نوبه خود، باعث میشود نتیجه بگیرند واقعاً بیمارند.
- متخصصان بالینی در اجرای درمان شناختی - رفتاری برای مراجعان مبتلا به نشانه جسمانی و اختلالات مربوط، به آنها کمک میکنند از واکنشهای بدنشان ارزیابی واقع بینانه تری داشته باشند. برای مثال، در یک تحقیق، مراجعانی که بیماری قلبی نداشتند، ولی از تپش قلب یا درد قفسه سینه شاکی بودند، تهرین روی تردمیل را انجام دادند. به آنها آموزش داده شده بود افزایش ضربان قلب شان را نه به صورت علامت بیماری بلکه به صورت واکنش طبیعی به ورزش تعبیر کنند.
- **هیپنوتراپی و دارو** دو روش دیگر هستند که متخصصان بالینی برای درمان اختلال تبدیلی به کار می برند.
- **درمانگر در هیپنوتراپی**، از مراجع هیپنوتیزم شده میخواهد دست فلج شده خود را حرکت دهد. بعداً درمانگر تلقین پس هیپنوتیزمی میکند تا مراجع را قادر سازد این حرکت را بعد از اینکه درمانگر او را از هیپنوتیزم خارج میکند، حفظ نماید.
- **SSRIs** داروهایی هستند که متخصصان بالینی عموماً در درمان اختلال تبدیلی استفاده میکنند، ولی درباره اثر بخشی آن تقریباً هیچ تحقیق کنترل شده ای وجود ندارد.

عوامل روان شناختی که بر بیماریهای پزشکی دیگر تأثیر می گذارند

طبقه تشخیصی به نام عوامل روان شناختی که بر بیماری های پزشکی دیگر تأثیر میگذارند، اختلالاتی را شامل میشوند که در آنها یک یا چند حالت روانشناختی، بر بیماری جسمانی مراجع تأثیر نامطلوب میگذارد. اینها میتوانند افسردگی، استرس، انکار بیماری، یا انجام دادن رفتارهای نامناسب یا حتی خطرناک مرتبط با سلامتی را دربر داشته باشند.

عوامل روان شناختی که بر بیماریهای پزشکی دیگر تأثیر میگذارند:

بیماری پزشکی	عامل روان شناختی احتمالی
فشار خون	استرس شغلی مزمن خطر فشار خون را افزایش میدهد
آسم	اضطراب، نشانه های تنفسی فرد را تشدید میکند
سرطان	انکار کردن نیاز به مداخله های جراحی
دیابت	تمایل نداشتن به تغییر دادن سبک زندگی برای کنترل کردن سطح گلوکز یا کاهش دادن مصرف آن
سردرد مزمن ناشی از تنش	ادامه یافتن استرسهای مرتبط با خانواده که در بدتر شدن نشانه ها دخالت دارند
بیماری قلبی - عروقی	امتناع از مراجعه به متخصص قلب برای ارزیابی با وجود ناراحتی در قفسه سینه

مفاهیم مرتبط برای آگاهی از عوامل روانشناختی که بر بیماری های پزشکی دیگر تأثیر میگذارند

✓ اختلالات روانی، استرس، حالت های هیجانی، صفات شخصیت، و مهارتهای مقابله گری نامناسب، عوامل روان شناختی هستند که میتوانند بر سلامت جسمانی فرد تأثیر بگذارند.

✓ این طبقه از اختلالات به تعاملهای پیچیده ای اشاره دارند که بیماریهای روان شناختی و جسمانی می توانند بر یکدیگر تأثیر بگذارند.

استرس و مقابله گری

در حیطه روان شناسی، اصطلاح **استرس** به واکنش هیجانی ناخوشایندی اشاره دارد که هر وقت فرد واقعه ای را تهدید کننده درک کند، تجربه میشود. این واکنش هیجانی ممکن است برانگیختگی فیزیولوژیکی بیشتر را دربر داشته باشد که واکنش پذیری بیشتر سیستم عصبی سمپاتیک را منعکس میکند.

- **واقعه استرس زای زندگی** عامل استرس زایی است که زندگی فرد را مختل میکند.
- تلاشهای فرد برای کاهش دادن استرس، **مقابله گری** نامیده می شود. وقتی مقابله گری ناموفق باشد، و استرس فروکش نکند، فرد برای مشکلات پزشکی یا روان شناختی که در نتیجه بر انگیزتگی فیزیولوژیکی مداوم ناشی از هیجانات منفی مزمن تجربه می شود، توجه بالینی میجوید.

چه نوع وقایعی به عنوان عوامل استرس زا واجد شرایط هستند؟

رایج ترین شیوه برای توصیف عوامل استرس زا، از طریق مقیاسهای ارزیابی واقعه استرس زای زندگی است که برای کمی کردن میزان مواجهه فرد با تجربیاتی که میتوانند سلامت او را تهدید کنند، ساخته شده اند.

- یکی از معروف ترین مقیاسهای ارزیابی، **مقیاس ارزیابی سازگاری مجدد اجتماعی** است. که استرس زندگی را بر حسب واحدهای تغییر زندگی ارزیابی می کند. پژوهشگران هنگام ساختن شاخص واحدهای تغییر زندگی، محاسبه کردند که تا چه اندازه ای هر نوع واقعه با بیماری جسمانی ارتباط دارد. منطق نهفته در پس این مقیاس این است که هرچه یک واقعه بیشتر باعث شود شرایط زندگی خود را تنظیم کنید، برای سلامت شما زیان آورتر است.

▪ مقیاس های وقایع زندگی این امتیاز را دارند که پر کردن آنها نسبتاً راحت است و مجموعه ای از ملاک های عینی را ارائه میدهند که به ما

امکان میدهد افراد را مقایسه کنیم. با این حال، کمی کردن استرس همیشه راحت نیست.

مدل شناختی استرس بر شیوه ای که شما وقایع را تعبیر میکنید، بیشتر از اینکه آیا واقعه معینی را تجربه کنید، تأکید میکند. مانند رویکرد شناختی در کل، مدل شناختی استرس فرض میکند که ارزیابی یک واقعه به عنوان استرس زا، تعیین میکند که آیا آن واقعه تأثیر منفی بر حالت هیجانی شما دارد. افراد نه تنها از نظر شیوه ای که وقایع را تعبیر میکنند تفاوت دارند، بلکه شرایط پیرامون آن واقعه نیز بر آنها تأثیر میگذارند. اگر استاد دوست شما حضور و غیاب نکند، اما استاد شما این کار را انجام دهد، این توضیح خواهد داد که چرا در مورد دیر کردن، استرس بیشتر از دوستان احساس میکنید. به طوریکه این مثال نشان میدهد، استرس در ذهن نظاره گر است. حتی یک واقعه نسبتاً جزئی، اگر آن را به صورت منفی تعبیر کنید، میتواند باعث شود احساس استرس کنید. مدل شناختی فرض میکند که این وقایع کوچک میتوانند تأثیر بزرگ داشته باشند، به ویژه وقتی که در مدت کوتاهی ایجاد شده باشند. وقایعی که گرفتاری نامیده میشوند، وقتی به قدر کافی زیاد باشند و آنها را به صورت منفی تعبیر کنید، میتوانند تأثیرات مهمی بر سلامت داشته باشند.

دو روش اساسی مقابله گری برای کاهش دادن استرس:

1. مقابله گری مشکل مدار

2. مقابله گری هیجان مدار

1. مقابله گری مشکل مدار

در مقابله گری مشکل مدار، شما سعی میکنید استرس را با تغییر دادن هر چیزی که موقعیت را استرس زا میکند، کاهش دهید. اگر به دلیل اینکه اتوبوس پر جمعیت است و ۵ یا ۱۰ دقیقه دیرتر از معمول می رسد بارها برای کلاس دیر میکنید در این صورت میتوانید با سوار شدن به اتوبوسی که زودتر می رسد مقابله کنید؛ حتی اگر این به معنای آن باشد که ۱۰ دقیقه زودتر از وقت معمول خود بیدار شوید.

2. مقابله گری هیجان مدار

در مقابله گری هیجان مدار، شما موقعیت را تغییر نمی دهید، بلکه در عوض نحوه ای که آن را احساس میکنید، تغییر میدهید. شاید استاد شما اگر اندکی دیر کنید اهمیتی ندهد، پس لزومی ندارد که خیلی به خودتان سخت بگیرید. اجتناب راهکار متمرکز بر هیجان دیگری است. این روش مقابله گری شبیه مکانیزم دفاعی انکار است. به جای اینکه به تجربه استرس زا فکر کنید، صرفاً آن را از ذهن خود دور میکنید.

از این دو شیوه مقابله گری کدام یک بهتر است؟

پاسخ این است که بستگی دارد. افراد با برخی موقعیتهای از طریق مقابله گری مشکل مدار به طور مؤثرتری مقابله میکنند. در موقعیتهای تغییر پذیر بهتر است از مقابله گری مشکل مدار استفاده کنید. اگر به خاطر اینکه نمرات شما افت کرده اند تحت استرس هستید، به شما توصیه خواهد شد بکوشید با مطالعه بیشتر این وضعیت را تغییر دهید. اگر به علت اینکه تلفن همراه خود را گم کرده اید و قطعاً نمی توانید آن را پیدا کنید دچار استرس شده اید، در این صورت بهتر است از مقابله گری هیجان مدار استفاده کنید؛ نظیر اینکه به خودتان بگویید در هر حال به مدل جدیدتر نیاز داشتید.

ابراز هیجان

مقابله گری با استرس، به وسیله کنترل کردن هیجانات منفی شما، یک راه برای کاهش دادن سطح استرس است. اما موافقی وجود دارند که ابراز هیجانات حتی اگر منفی باشند، می تواند سلامت جسمانی و روانی شما را بهبود بخشد. در یک تحقیق کلاسیک، پژوهشگران از یک گروه دانشجوی سال اول کالج خواستند درباره تجربه وارد شدن به کالج که تجربه بسیار استرس زایی است بنویسند. افراد گروه گواه درباره موضوعات سطحی نوشتند. آنهایی که درباره وارد شدن به کالج نوشتند، بیشتر از آزمودنیهای گواه از دلتنگی موطن خود خبر دادند. با این حال، گرچه آنها هیجانات منفی بیشتری را تجربه کردند، کمتر به پزشک مراجعه نمودند و در پایان سال تحصیلی از نظر معدل و تجربه کردن خلق مثبت، بهتر از آزمودنی های گواه بودند. پژوهشگران نتیجه گرفتند که رویارویی با احساسات و افکار مرتبط با تجربه استرس زا، میتواند تأثیرات مثبت بلند مدت داشته باشد؛ با اینکه تأثیر اولیه چنین رویارویی ممکن است اخلاکگر باشد.

خستگی غمخواری

اگرچه فردی که احساسات منفی را ابراز میکند ممکن است احساس بهتری داشته باشد، فردی که به بازگو کردن ماجرای غم انگیز گوش میدهد ممکن است متحمل پیامدهای هیجانی منفی شود. این یکی از دلایلی است که افراد شاغل در حرفه های یاری رسانی ممکن است دچار خستگی مفرط شوند که خستگی غمخواری نیز نامیده می شود.

سبک شخصیت

▪ تیپ A

- ✓ الگوی رفتار تیپ A، مجموعه ای از رفتارها که رقابت جویی، ناشکیبایی، بدبینی، مشکوک و متخاصم بودن نسبت به دیگران، و به راحتی تحریک شدن را شامل می شود.
- ✓ افراد با الگوی رفتار تیپ A، سطح بالای برانگیختگی هیجانی را تجربه میکنند که فشار خون آنها را بالا میبرد و سیستم عصبی سمپاتیک آنها را خیلی فعال میکند و آنها را در معرض خطر بیشتر حملات قلبی و سکته قرار میدهد. آنها نه تنها به دلیل اینکه بدنشان تحت استرس قرار دارد در معرض خطر هستند، بلکه سبک زندگی سخت کوشی و رقابت جویی آنها اغلب شامل رفتارهای پر مخاطره از جمله سیگار کشیدن، نوشیدن الکل زیاد، و ورزش نکردن میشود.

▪ تیپ D

- ✓ عامل خطر شخصیت دیگر برای بیماری قلبی، در بین افرادی وجود دارد که عاطفه افسرده نیرومندی را تجربه میکنند، ولی احساسات خود را مخفی نگه میدارند. این افراد به داشتن تیپ شخصیت D معروف هستند.
- ✓ شخصیتهای تیپ D، هیجانانی مانند اضطراب، تحریک پذیری، و خلق افسرده را تجربه میکنند.
- ✓ علت اینکه این افراد در معرض خطر بیشتر برای بیماری قلبی قرار دارند این است که گرایش به تجربه کردن هیجانات منفی دارند و در عین حال، وقتی در موقعیتهای اجتماعی هستند، جلوی ابراز این هیجانات را میگیرند، این افراد علاوه بر اینکه بیشتر در معرض خطر مریض شدن یا مردن در اثر بیماری قلبی قرار دارند، کیفیت زندگی پایین تری نیز دارند و از درمانهای پزشکی، کمتر بهره مند میشوند.

خلاصه فصل 9

- اختلالات تجزیه ای زمانی روی میدهند که به نظر میرسد ذهن انسان می تواند کارکردهای ذهنی را تجزیه یا جدا کند. انواع اصلی اختلالات تجزیه ای عبارت اند از: اختلال هویت تجزیه ای، یادزدودگی تجزیه ای، مسخ شخصیت، مسخ واقعیت، و اختلال مسخ شخصیت/ مسخ واقعیت.
- بین متخصصان سلامت روان دیدگاه کلی درباره اختلالات تجزیه ای این است که نوعی واقعه آسیب زا باعث میشود افراد مبتلا به این اختلالات دستخوش شکاف تجربیات هشیار خودپنداره، یا احساس پیوستگی در طول زمان شوند. با این حال، متخصصان بالینی در تشخیص و درمان فرد مبتلا به نشانه های تجزیه ای با تکلیف دشواری روبرو هستند.
- نشانه جسمانی و اختلالات مربوط، مجموعه ای از اختلالات هستند که در آنها، نشانه های اصلی فرد آنچه را که او به صورت مشکلات جسمانی و یا نگرانی ها از بیماری پزشکی تجربه میکند، شامل میشوند. اختلال اضطراب بیماری شامل ترسهای اشتباه از واکنشهای جسمانی عادی میشوند.
- ویژگی اصلی اختلال تبدیلی این است که فرد تغییری را در کارکرد بدن تجربه میکند که ناشی از بیماری پزشکی اساسی نیست. تفاوت بین اختلال نشانه جسمانی و اختلال تبدیلی در این است که اولی نشانه های جسمانی متعدد و مکرر را به جای یک شکایت جسمانی تنها شامل میشود.
- طبقه تشخیصی که به نام عوامل روان شناختی که بر بیماری های پزشکی دیگر تأثیر میگذارند، اختلالاتی را شامل میشود که در آنها، بیماری جسمانی مراجع به صورت نامطلوبی تحت تأثیر یک یا چند حالت روانشناختی نظیر افسردگی، استرس، انکار بیماری، یا پرداختن به رفتارهای نامناسب یا حتی خطرناک مرتبط با سلامتی قرار میگیرد.
- اختلالات روانی، استرس، حالت های هیجانی، صفات شخصیت و مهارت های مقابله گری نامناسب، فقط برخی از عوامل روانشناختی هستند که می توانند بر بیماری های پزشکی فرد تأثیر بگذارند.
- مقابله گری میتواند به تنظیم هیجان اضطراب کمک کند و بنابراین، استرس را کاهش دهد. با این حال، مواقعی وجود دارند که ابراز هیجانات میتوانند سلامت جسمانی و روانی را بهبود بخشند. رویارویی فعال با هیجاناتی که از واقعه ناراحت کننده یا آسیب زا پدیدار می شوند، میتواند منافع سلامتی بلند مدت داشته باشد.
- زیست شناسی قطعاً در آسیب پذیرتر کردن برخی افراد در برابر اختلالات روانی و به ویژه در این اختلالات نقش دارد. امکان دارد فردی بیماری جسمانی معلوم یا تشخیص داده نشده ای داشته باشد که تحت تأثیر برخی وقایع استرس زای زندگی قرار داشته باشد که نشانه های اختلال نشانه جسمانی را راه اندازی میکنند. توجیهات شناختی - رفتاری، روشهای مفیدی را برای درمان فراهم می آورند.

محورهای DSM IV-TR

Axis I : تمامی اختلالات روانی

Axis II : عقب ماندگی ذهنی & اختلالات شخصیت

Axis III : تمامی مشکلات جدی جسمانی

Axis IV : تمامی مشکلات اجتماعی، اقتصادی، خانوادگی، تحصیلی

Axis V : GAF = میزان سازش کلی که بین اعداد 0 تا 100 به مراجع داده خواهد شد