

آسیب شناسی روانی جلد ۱

DSM - 5
روان است خفتم (۱۴-۲۰)

دیدگاه‌های بالینی درباره اختلالات روانی

● ریچارد پی. هالجین ● سوزان گراس ویتبورن



● مترجم: یحیی سید محمدی

فصل اول

مروری بر شناختن

رفتار نابهنجار

گزارش موردی ریکا هبروک^۱ ویژگی‌های مربوطه‌ای را خلاصه می‌کند که متخصص بالینی وقتی برای اولین بار درمانجویی را پس از ارزیابی اولیه می‌بیند، منظور خواهد کرد. هر فصل این کتاب با یک مورد پژوهی برای درمانجویی شروع می‌شود که ویژگی‌های او با موضوع آن فصل ارتباط دارند. یک متخصص بالینی به نام دکتر سارا توبین، که یک محیط بالینی را سرپرستی می‌کند که انواع خدمات را ارائه می‌دهد، این گزارش‌های موردی را می‌نویسد. او در برخی موارد، خدمات را ارائه می‌دهد، و در موارد دیگر، بر کار روان‌شناس دیگری نظارت می‌کند. او برای هر مورد، با استفاده از راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویراست پنجم (DSM-5) (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، تشخیص می‌دهد.

در پایان فصل، بعد از اینکه شما اختلال درمانجو را بهتر درک کردید، به شرح دکتر توبین در مورد نتایج درمان و پیامدهای مورد انتظار آینده برای درمانجو، بر خواهیم گشت. ما همچنین نظر شخصی دکتر توبین را در رابطه با مورد، منظور خواهیم کرد تا از تجربه متخصص بالینی هنگام کار کردن با افرادی که دچار اختلال روانی شده‌اند، آگاه شوید.

حوزه آسیب‌شناسی روانی پر از ماجراهای بی‌شمار جالب در مورد افرادی است که دچار اختلالات روانی هستند. در این فصل، سعی خواهیم کرد شما را با این واقعیت آشنا کنیم که اختلال روانی، هر کسی را در مقطعی از زندگی، تا اندازه‌ای مبتلا می‌کند. وقتی در این درس پیش می‌روید، قطعاً با چالش‌هایی که افراد در ارتباط با مشکلات روانی دارند، آگاه خواهید شد. شما متوجه خواهید شد که به جهت‌های مختلفی کشیده شده‌اید که مشکلات سلامت روان، زندگی افراد، خانواده آنها، و جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهند. علاوه بر اینکه شخصاً با جنبه‌های هیجانی آسیب‌شناسی روانی بیشتر مواجه خواهید شد، از مبنای علمی و نظری برای شناختن و درمان کردن افرادی که دچار اختلالات روانی هستند نیز آگاهی خواهید یافت.

۱-۱ رفتار نابهنجار چیست؟

ممکن است فردی را بشناسید که خیلی شبیه ریکا باشد و از میزان بیشتر از متوسط مشکلات سازگاری در دانشگاه رنج ببرد. آیا آن فرد را از لحاظ روانی آشفته خواهید دانست؟ آیا تشخیصی را برای این فرد مقرر خواهید کرد؟ اگر فردی که شما می‌شناختید فقط افسرده نبود،



◀ ناامیدی آشکار این خانم جوان ممکن است بر نشانه‌های اختلال روانی دلالت داشته باشد.

بلکه همچنین به نظر می‌رسید که آماده است تا به خودش صدمه برساند چه می‌شود؟ در چه نقطه‌ای بین کسی که اختلال روانی دارد و کسی که مانند ریکا اختلال سازگاری دارد، خط می‌کشید؟ آیا اصلاً لازم است که هرگونه تشخیصی برای ریکا مقرر شود؟ سؤالاتی درباره بهنجاری و نابهنجاری مانند اینها، برای آگاهی ما از اختلالات روانی، اساسی هستند.

وضعیت‌هایی مانند وضعیت ریکا احتمالاً شما را به صورت کاملاً شخصی تحت تأثیر قرار

می‌دهند. شاید به طرز غیرعادی افسرده، بیمناک، یا مضطرب بوده‌اید، یا شاید این ناراحتی هیجانی یک گام از شما دورتر بوده است؛ درگیری پدر شما با الکلیسم، مادر شما به خاطر افسردگی شدید بستری شده است، خواهر شما اختلال خوردن دارد، یا برادر شما ترس غیرمنطقی دارد. اگر با اختلال روانی در خانواده نزدیک خود مواجه نشده باشید، به احتمال زیاد با یکی در خانواده گسترده و جمع دوستان مواجه شده‌اید. امکان دارد از تشخیص روان‌پزشکی رسمی برای آن مشکل آگاه نبودید، و ماهیت یا علت آن را نمی‌شناختید، ولی می‌دانستید که اشکالی وجود دارد و نیاز به کمک حرفه‌ای را تشخیص می‌دادید.

اغلب افراد تا زمانی که مجبور نشده باشند با چنین مشکلاتی روبرو شوند، تصور می‌کنند که «اتفاقات بد» فقط برای دیگران روی می‌دهند. دیگران تصادفات اتومبیل دارند، تسلیم سرطان

می‌شوند، یا به شدت افسرده می‌شوند. امیدواریم که خواندن این کتاب به شما کمک کند از این نشانگان «دیگران» فراتر روید. اختلالات روانی بخشی از تجربه انسان هستند، زندگی هر فردی را به طور مستقیم یا غیرمستقیم تحت تأثیر قرار می‌دهند. وقتی درباره این اختلالات و افرادی که مبتلا به آنها هستند می‌خوانید، متوجه خواهید شد که اغلب این مشکلات، قابل درمان و خیلی از آنها قابل پیشگیری هستند.

۱-۲ تأثیر اجتماعی اختلالات روانی

خود را در موقعیت زیر قرار دهید. پیامی فوری از جانب مادر جرمی به دست شما می‌رسد. جرمی بهترین دوست شما در دبیرستان، به تازگی در بیمارستان روان‌پزشکی پذیرش شده و آرزوی دیدار شما را دارد، زیرا فقط شما می‌توانید بفهمید که او متحمل چه چیزی شده است. شما از این اخبار گیج و ناراحت می‌شوید. شما اصلاً تصور نمی‌کردید که او هیچ مشکل روانی داشته باشد. چه چیزی به او خواهد گفت؟ آیا می‌توانید از او بپرسید چه اشکالی پیش آمده؟ آیا می‌توانید از او بپرسید چه احساسی دارد؟ آیا جرأت می‌کنید بپرسید دکترها در مورد احتمال بهتر شدن او چه چیزی به وی گفته‌اند؟ دیدن او در بیمارستان روان‌پزشکی چه احساسی به شما دست خواهد داد؟ آیا می‌توانید تصور کنید با کسی دوست باشید که مدتی را در چنین مکانی سپری کرده است؟

اکنون همین سناریو را تجسم کنید، اما به جای آن با خبر می‌شوید که جرمی در اثر آپاندیس حاد در بخش اورژانس یک بیمارستان عمومی پذیرش شده است. شما دقیقاً می‌دانید وقتی به دیدن او می‌روید، چه واکنشی نشان دهید. از او خواهید پرسید حالش چگونه است، دقیقاً چه اشکالی برای او پیش آمده، و چه موقعی دوباره خوب خواهد شد. با اینکه ممکن است بیمارستان‌ها را خیلی دوست نداشته باشید، ولی حداقل می‌دانید که بیماران بیمارستانی چگونه هستند. تجسم کردن جرمی به عنوان بیمار در این نوع بیمارستان، عجیب و غریب به نظر نمی‌رسد. احتمالاً درک کردن و پذیرفتن بیماری جسمانی دوست شما خیلی راحت‌تر از اختلال روانی اوست، و احتمالاً حتی فکر نمی‌کنید که آیا می‌توانید دوباره بعد از مرخص شدن وی از بیمارستان، با او دوست باشید یا نه.

افراد مبتلا به اختلالات روانی اغلب با موقعیت‌هایی نظیر موقعیت جرمی مواجه هستند که



◀ خانواده افراد مبتلا به اختلالات روانی، وقتی خویشاوندان آنها باید بستری شوند، با استرس قابل ملاحظه‌ای مواجه می‌شوند.

در آن، افراد نزدیک به آنها مطمئن نیستند چگونه به نشانه‌های آنها پاسخ بدهند. حتی از آن بدتر، بعد از اینکه نشانه‌های این افراد تحت کنترل قرار می‌گیرند و می‌توانند زندگی سابق خود را از سر گیرند، دستخوش تأثیرات هیجانی و اجتماعی عمیق و طولانی می‌شوند. آنها همچنین باید با عذاب شخصی مرتبط با خود این اختلال مقابله کنند. به ریکا و ناخشنودی او فکر کنید. او به جای اینکه مانند همکلاسی‌های خود از استقلال نویافته خویش لذت ببرد، مقدار زیادی غم و تنهایی را تجربه می‌کند. او قادر نیست روی تکالیف درسی خود تمرکز کند، روابط دوستی تازه برقرار نماید، یا حتی بخوابد.

نگرش‌های اجتماعی نسبت به افراد مبتلا به اختلالات روانی از ناراحتی تا تعصب صریح

گسترش دارند. زبان، شوخی، و پندارهای قالبی همگی اختلالات روانی را به صورت منفی توصیف می‌کنند و مردم اغلب می‌ترسند که افراد مبتلا به اختلالات روانی، خشن و خطرناک باشند. به نظر می‌رسد که یک چیز در مورد اختلال روانی وجود دارد که باعث می‌شود افراد بخوانند تا حد امکان خود را از آن دور نگه ندارند. نتیجه این پندارهای قالبی، تبعیض اجتماعی است، که فقط زندگی افراد مبتلا را خیلی پیچیده‌تر می‌کند.

در فصل‌های بعدی، دامنه وسیعی از اختلالات را مطالعه خواهید کرد که خلق، اضطراب، مصرف مواد، تمایلات جنسی، و اختلال فکر را شامل می‌شوند. شرح حال‌های موردی به شما کمک خواهند کرد تا از احساسات و تجربیات افرادی که به این اختلالات مبتلا هستند آگاه شوید، و شاید دریابید که برخی از این افراد شبیه شما یا افرادی که می‌شناسید، به نظر می‌رسند. وقتی این اختلالات را می‌خوانید، خود را جای افرادی قرار دهید که به آنها مبتلا هستند. تجسم کنید چگونه آنها احساس می‌کنند و چگونه دوست دارند افراد با آنها برخورد کنند. امیدواریم که درک کنید بحث ما درباره اختلالات نیست، بلکه در مورد افرادی است که به این اختلالات مبتلا هستند.

۱-۳ تعریف نابهنجاری

رفتار نابهنجار را چگونه تعریف خواهید کرد؟ نمونه‌های زیر را بخوانید. کدام یک از این رفتارها را نابهنجار می‌دانید؟

- یافتن صدلی «خوش شانس» در یک امتحان
- ناتوانی در خوابیدن، خوردن، مطالعه کردن، یا صحبت کردن با دیگران به مدت چند روز بعد از اینکه معشوقی می‌گوید: «هرچه بین ما بوده، تمام شده»
- عرق سرد ریختن هنگام تصویرگیر افتادن در آسانسور
- دشنام دادن، پرت کردن بالش، و مشت کوبیدن به دیوار در وسط دعوا با یک هم‌اتاقی
- امتناع از خوردن غذای جامد به مدت چند روز برای لاغر ماندن
- پرداختن به دست شستن کامل بعد از رسیدن به خانه با اتوبوس
- اعتقاد به اینکه دولت مأمورانی دارد که مکالمات تلفنی را استراق سمع می‌کنند
- نوشیدن روزی شش قوطی آبجو برای «معاشرتی» بودن با دوستان بعد از کار

اگر مانند اغلب افراد باشید، احتمالاً به سختی می‌توانید بهنجار را از نابهنجار متمایز کنید. این نوع متمایز کردن به نحو شگفت‌آوری دشوار است، اما تعیین کردن ملاک‌هایی برای نابهنجاری اهمیت دارد.

جامعه بهداشت روانی در حال حاضر برای اینکه تعیین کند آیا فرد خاصی ملاک‌های نابهنجاری را برآورده می‌کند یا نه، از روش‌های تشخیصی استفاده می‌کند. در حال حاضر برای اختلال روانی پنج ملاک وجود دارد. اولین ملاک «اهمیت بالینی» است، بدین معنی که رفتار، به میزان قابل ملاحظه‌ای، اختلال را شامل می‌شود. رفتار باید اعتبار تشخیصی نیز داشته باشد، یعنی تشخیص‌ها، رفتار یا پاسخ‌های آینده را به درمان پیش‌بینی کنند. دوم اینکه، رفتار، کژکاری در فرایندهای روان‌شناختی، زیستی، یا رشدی را منعکس می‌کند. سوم اینکه، رفتار معمولاً با ناراحتی قابل ملاحظه یا ناتوانی در زمینه‌های مهم زندگی ارتباط دارد. چهارم اینکه، رفتار فرد نمی‌تواند به صورتی که برحسب مذهب، سیاست، یا تمایلات جنسی مشخص شده است، از لحاظ اجتماعی «منحرف» باشد. پنجم اینکه، تعارض‌ها بین فرد و جامعه، اختلالات روانی محسوب نمی‌شوند مگر اینکه بیانگر کژکاری در فرد باشند. بنابراین، در برخی از نشانه‌های سیاسی ظالمانه، افراد مبتلا به اختلال روانی «تشخیص داده» می‌شوند در حالی که واقعاً حکومت به دنبال یافتن راهی برای خاموش کردن معترضان است. متخصصان بالینی هنگام دادن تشخیص‌ها، نه تنها هر یک از این ملاک‌ها را ارزیابی می‌کنند، بلکه همچنین معایب بالقوه تشخیص دادن رفتار به عنوان «نابهنجار» را در برابر ارایه دادن تشخیصی که به درمانجو امکان دهد تا برای اختلال خود پوشش بیمه دریافت کند، ارزیابی خواهند کرد.

۱-۴ چه چیزی موجب رفتار نابهنجار می‌شود؟

ما می‌توانیم رفتار نابهنجار را هر طوری که تعریف شده باشد، از دیدگاه‌های متعدد در نظر بگیریم که عوامل زیستی، روان‌شناختی، و اجتماعی - فرهنگی را شامل می‌شوند.

علت‌های زیستی

زمینه زیستی، تأثیرات ژنتیکی و محیطی بر عملکرد جسمانی را شامل می‌شود. افراد مبتلا به اختلالات روانی ممکن است زمینه دچار شدن به اختلالات رفتاری را به ارث برده باشند. عوامل ارثی که کارکرد دستگاه عصبی را تغییر می‌دهند، مورد توجه خاص قرار دارند. تغییرات

فیزیولوژیکی نیز وجود دارند که بر رفتار تأثیر می‌گذارند، که اختلالات دیگری در بدن موجب آنها می‌شوند، مثل صدمه مغزی یا مواجهه با محرک‌های محیطی زیان آور، برای مثال، نابهنجاری تیروئید می‌تواند باعث شود خلق فرد وسیعاً نوسان کند. صدمه مغزی ناشی از وارد شدن آسیب به سر می‌تواند به الگوهای فکر نابهنجار منجر شود. مواد سستی یا آلرژی‌زا در محیط نیز می‌توانند باعث شوند که فرد دچار تغییرات هیجانی و رفتار آشفته شود.

علت‌های روان‌شناختی

علت‌های روان‌شناختی رفتار نابهنجار، اختلالات در افکار و احساسات را شامل می‌شوند. در این کتاب خواهید آموخت که انواع توجیهات برای رفتار نابهنجار وجود دارد که بر عواملی همچون تجربیات یادگیری گذشته، الگوهای فکر ناسازگارانه، و مشکلات مقابله کردن با استرس، تمرکز می‌کنند. دیدگاه‌های نظری مختلف در آسیب‌شناسی روانی، تفاوت‌ها در فرض‌های مربوط به علت‌های زیربنایی رفتار انسان را منعکس می‌کنند. مدل‌های درمان مبتنی بر این دیدگاه‌های نظری، بیانگر این فرض‌های مختلف هستند.

علت‌های اجتماعی-فرهنگی

اصطلاح اجتماعی-فرهنگی به تأثیرات مختلف بر فرد اشاره دارد که از دوستان نزدیک و خانواده تا نهادها و خط مشی‌های کشور یا دنیا در مجموع، گسترش دارند. تبعیض، خواه بر اساس طبقه اجتماعی، درآمد، نژاد و قومیت باشد یا جنسیت، می‌تواند بر ایجاد رفتار نابهنجار تأثیر بگذارد. برای افرادی که مبتلا به اختلال روانی تشخیص داده شده‌اند، داغ یا برجسب اجتماعی «بیمار روانی» بودن می‌تواند بر نشانه‌های آنها تأثیر بیشتری بگذارد. داغ^۱ برجسبی است که باعث می‌شود ما افراد خاصی را متفاوت، و معیوب در نظر بگیریم و آنها را از اعضای جریان غالب جامعه مجزا بدانیم. داغ علاوه بر اینکه فشار بیشتری بر افراد و عزیزان آنها را وارد می‌کند، آنها را از دریافت کمک که خیلی به آن نیاز دارند، محروم می‌سازد و بدین ترتیب به چرخه‌ای تداوم می‌بخشد که در آن، خیلی از افراد نیازمند، بدتر می‌شوند. داغ اختلالات روانی، افراد اقلیت‌های قومی و نژادی را شدیدتر از افراد جریان غالب جامعه، تحت تأثیر قرار می‌دهد.

برای مثال، نوجوانان اروپایی - آمریکایی و مراقبت‌کنندگان آنها دو برابر بیشتر از اعضای گروه‌های اقلیت احتمال دارد که مشکلات را برحسب بهداشت روانی تعریف کنند یا برای چنین مشکلاتی جویای کمک باشند (رابرتس، آلجریا، رابرتس و چن، ۲۰۰۵).

دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی

جدول ۱-۱ سه طبقه علت‌های نابهنجاری را خلاصه می‌کند. اختلالات در هر یک از این زمینه‌های عملکرد انسان می‌تواند به ایجاد اختلال روانی کمک کند. با این حال، ما نمی‌توانیم علت‌های نابهنجاری را خیلی دقیق تقسیم کنیم. معمولاً تعامل قابل ملاحظه‌ای بین این مجموعه تأثیرات وجود دارد.

دانشمندان اجتماعی برای اشاره به تعاملی که در آن عوامل زیستی، روان‌شناختی، و اجتماعی - فرهنگی در ایجاد نشانه‌های فرد ایفای نقش می‌کنند، اصطلاح **زیستی-روانی-اجتماعی**^۱ را به کار می‌برند. دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی، نقطه نظر رشدی را در بر دارد. این بدان معنی است که افراد باید به صورتی در نظر گرفته شوند که در طول زمان تغییر می‌کنند. عوامل زیستی-روانی-اجتماعی، برای تغییر دادن جلوه‌الگوهای رفتاری فرد در طول زمان، تعامل می‌کنند. بنابراین، بررسی کردن عوامل خطر اولیه که فرد را نسبت به مبتلا شدن به یک اختلال آسیب‌پذیر می‌کنند، اهمیت دارد. همچنین، عوامل خطر ممکن است مطابق با جایگاه فرد در طول عمر، تغییر کنند (ویتبورن و میکس، ۲۰۱۱).

هنگام خواندن اختلالات در این کتاب، خواهید دید که میزان تأثیر هر یک از این متغیرها از اختلالی به اختلال دیگر تفاوت دارد. در برخی اختلالات، مانند اسکیزوفرنی، عوامل زیستی نقش غالب را بازی می‌کنند. در اختلالات دیگر، مانند واکنش‌های استرس، عوامل روان‌شناختی غالب هستند. در اختلالات دیگر، نظیر اختلال استرس پس از آسیب، که برای مثال از تجربیات تحت رژیم تروریستی ناشی می‌شوند، علت عمدتاً اجتماعی-فرهنگی است. با این حال، تجربیات زندگی خاصی می‌توانند از افراد در برابر مبتلا شدن به اختلالی که نسبت به آنها آسیب‌پذیر هستند، محافظت کنند. عوامل محافظ، نظیر مراقبت‌کنندگان یا محبت، مراقبت بهداشتی مناسب، و موفقیت‌های اولیه زندگی، آسیب‌پذیری را به مقدار زیاد کاهش

1. biopsychosocial

جدول ۱-۱ علت‌های رفتار نابهنجار

زیستی	وراثت ژنتیکی تغییرات فیزیولوژیکی مواجهه با مواد سمی
روان‌شناختی	تجربیات یادگیری گذشته الگوهای فکر ناسازگارانه مشکلات مقابله کردن با استرس
اجتماعی - فرهنگی	خط‌مشی اجتماعی تبعیض داغ

می‌دهند. در مقابل، وقتی افراد مراقبت بهداشتی نامناسب داشته باشند، به رفتارهای مخاطره‌آمیز بپردازند (مانند مصرف مواد مخدر)، و درگیر روابط کژکار باشند، آسیب‌پذیری کم می‌تواند تشدید شود. خلاصه کلام اینکه، ما می‌توانیم رفتار نابهنجار را به بهترین وجه به صورت تعامل پیچیده عوامل متعدد در نظر بگیریم.

۱-۵ موضوعات برجسته در آسیب‌شناسی روانی در طول تاریخ

متفکران بزرگ جهان، از افلاطون تا زمان حال، سعی کرده‌اند تنوع رفتار انسان که نابهنجاری را تشکیل می‌دهند، توضیح دهند. سه موضوع برجسته در توجیه کردن اختلالات روانی در طول تاریخ تکرار شده‌اند: معنوی، علمی، و انسان دوستانه. توجیهات معنوی، رفتار نابهنجار را حاصل تسخیر توسط اهریمن یا ارواح خبیثه می‌دانستند. توجیهات انسان دوستانه، اختلال روانی را نتیجه ستمگری، استرس، یا شرایط زندگی نامناسب در نظر داشتند. توجیهات علمی، به دنبال علت‌هایی مانند تغییرات زیستی، فرایندهای یادگیری معیوب، یا عوامل استرس‌زای هیجانی هستند که می‌توانیم آنها را به صورت عینی اندازه‌گیری کنیم.

رویکرد معنوی

قدیمی‌ترین رویکرد به شناختن رفتار نابهنجار، معنوی است؛ اعتقاد بر این بود افرادی که علامت اختلال رفتاری نشان می‌دهند، توسط ارواح خبیثه تسخیر شده‌اند. شواهد باستان‌شناسی که به



◀ هیرونیموس بوش برداشتن سنگ حماقت توسط «دکتر» قرون وسطایی را نمایش می‌دهد که منبع فرضی دیوانگی را از جمجمه بیمار قطع می‌کند. عقیده رایج این بود که تسخیر روحی علت اختلال روان‌شناختی است.

۸۰۰۰ سال قبل از میلاد مربوط می‌شد، حکایت دارد که توجه معنوی متداول در عصر پیش از تاریخ بود. در جمجمه‌های افراد زنده سوراخ‌هایی ایجاد شده بودند، فرایندی که «سوراخ کردن جمجمه»^۱ نامیده می‌شد که از قرار معلوم اقدامی بود برای آزاد کردن ارواح خبیثه از سر فرد (ماهر و ماهر، ۱۹۸۵). باستان‌شناسان شواهد سوراخ کردن جمجمه را از چند کشور و فرهنگ، از جمله



◀ یونانیان از پیشگویان مشاوران خردمندی که از جانب خدایان بیانیه صادر می‌کردند، توصیه می‌خواستند.

1. trephining

خلور دور و میانه، قبایل سلطنتیک در بریتانیا، چین باستان و جدید، هندوستان، و مردمان گوناگون آمریکای شمالی و جنوبی، از جمله مابان‌ها، آرتک‌ها، و سرخپوستان برزیلی پیدا کرده‌اند (گراس، ۱۹۹۹).

روش باستانی دیگر، دور کردن ارواح خبیثه از طریق مراسم جن‌گیری بود، نوعی شکنجه جسمانی و روانی عذاب‌آور که جادوگر قبیله (شمن)، کشیش، یا پزشک قبیله (حکیم) آن را اجرا می‌کرد. انواع جادوگری در طول تاریخ پدیدار شده است. یونانیان از پیشگویانی که باور داشتند یا خدایان ارتباط دارند، توصیه می‌خواستند. چینی‌ها به عنوان حفاظتی علیه جن‌ها، از سحر و جادو استفاده می‌کردند. در هندوستان، جادوگری به مدت چند قرن جلوه‌گر شد و هنوز در آسیای مرکزی ادامه دارد.

در طول قرون وسطا، مردم به‌طور گسترده‌ای از مراسم سحرآمیز و جن‌گیری استفاده می‌کردند و طبابت محلی را اجرا می‌نمودند. جامعه، افراد مبتلا به مشکلات روانی را گناهکار، جادوگر، یا تحم اهریمن می‌دانستند و شدیداً آنها را تنبیه می‌کردند. *Malleus Maleficarum*، کیفرخواست جادوگران که دو راهب دومینیک آن را در سال ۱۴۸۶ در آلمان نوشتند، توجه کلیسا برای متهم کردن جادوگران به عنوان مرتد و اهریمن شد که برای محافظت از مسیحیت باید نابود می‌شدند. کلیسا «درمان‌هایی» مانند تبعید، شکنجه، و در آتش سوزاندن را توصیه کرد. حتی در اواخر سده ۱۶۰۰ آمریکای مستعمراتی، افراد فرقه پاک دین^۱ حکم می‌کردند که افراد به عنوان مجازات در آتش سوزانده شوند، که محاکمات جادوگری سیلیم^۲ گواه بر آن است.

رویکرد انسان دوستانه

رویکرد انسان دوستانه تا اندازه‌ای به عنوان واکنشی علیه رویکرد معنوی و تنبیه افراد مبتلا به اختلالات روانی مرتبط با آن، در طول تاریخ شکل گرفت. گداخانه‌ها و صومعه‌ها تبدیل به سرپناه شدند، و گرچه آنها نمی‌توانستند درمان ارایه دهند، ولی اقدامات حفاظتی تأمین می‌کردند. متأسفانه، این مکان‌ها اغلب پر ازدحام شدند، و به جای اینکه محافظت تأمین کنند، تبدیل به مکان‌هایی شدند که بدرفتاری در آنها روی می‌داد. برای مثال، جامعه وسیعاً باور داشت که افراد مبتلا به اختلال روانی نسبت به گرما و سرمای شدید، یا تمیزی محیط



◀ در این بازآفرینی مدرن محاکمات جادوگری سیلیم، زنی به خاطر جرم‌های فرضی، شکنجه می‌شود.

پیرامون‌شان حساس نیستند. «درمان» آنها حجامت، استفرغ اجباری، و پاکسازی را شامل می‌شد. چند فرد جسور، که غیرانسانی بودن شیوه‌های موجود را تشخیص دادند، دست به اصلاحاتی زدند. در پایان قرن هجدهم، بیمارستان‌ها در فرانسه، اسکاتلند، و انگلستان سعی کردند این شیوه‌های خشن را اصلاح کنند. عقیده «درمان اخلاقی» حاکم شد - اعتقاد به اینکه اگر افراد، محیط ساکت و آرام‌بخش داشته باشند، می‌توانند رفتار خود را کنترل کنند. نهادها فقط در صورتی که کاملاً ضروری بود، و حتی در مواردی که آسایش بیمار مقدم بود، از قید و بند استفاده می‌کردند.

در اوایل سده ۱۸۰۰ که تسهیلات متحمل ازدحام شد و کارکنان برای کنترل کردن بیماران به تنبیه بدنی متوسل شدند، شرایط در بیمارستان‌ها دوباره رو به وخامت گرایید. در سال ۱۸۴۱، معلم مدرسه در بوستون، به نام دوروتی دیکس^۱ (۱۸۰۲-۱۸۸۷) دست به اصلاحات زد. دیکس که از شرایط غیرانسانی در بیمارستان‌ها به وحشت افتاده بود، از قوه مقننه ماساچوست درخواست تعداد بیشتری بیمارستان دولتی کرد تا برای بیماران روانی درمان انسانی تأمین کنند.

1. Dorothea Dix



◀ دوروتی دیکس اصلاح طلب ماساچوست بود که می‌خواست درمان افراد مبتلا به اختلالات روانی را در اواسط سده ۱۸۰۰ بهبود بخشد.

دیکس پیام خود را از ماساچوست به سرتاسر آمریکای شمالی و اروپا گسترش داد.

ظرف ۱۰۰ سال بعد، تعداد زیادی بیمارستان دولتی در سرتاسر آمریکا ساخته شدند. اما بار دیگر، این بیمارستان‌ها پر ازدحام شده و کمبود کارمند داشتند. صرفاً تأمین کردن مداخله‌های خیرخواهانه، اما بی‌تأثیر که توسط درمان اخلاقی پیشنهاد شده بودند، برای مداوا کردن افراد کافی نبود.

با این حال، هدف‌های انسان‌دوستانه که دیکس از آنها طرفداری می‌کرد، تأثیر ماندگاری بر نظام بهداشت روانی داشتند. اقدامات او توسط مدافعان آنچه به جنبش بهداشت روانی معروف شد، به قرن بیستم گسترش یافتند.

تا دهه ۱۹۷۰، با وجود دانش روزافزون در مورد علت‌های رفتار نابهنجار، شیوه‌های عملی در مراقبت روزمره از افراد مبتلا به اختلال روانی، مانند روش‌های قرون وسطا، گاهی وحشیانه بودند. حتی افرادی که به اختلالات روانی نه چندان شدید مبتلا بودند، اغلب در «بخش‌های پستی» نهادهای دولتی بزرگ و غیربشری، بدون مراقبت کافی و مناسب، اسکان داده می‌شدند. نهادهای بیماران را با داروهای آرامبخش قوی و کت‌های مهارکننده مقید می‌کردند، کت‌هایی که آستین‌های آن به قدر کافی بلند بودند که دور تن بیمار می‌پیچیدند. حتی از آن افراطی‌تر، استفاده کورکورانه از جراحی مغزی تغییردهنده رفتار یا به کار بردن شوک‌های برقی بود. درمان‌هایی که تنبیه‌هایی برای کنترل کردن بیماران سرکش بودند (برای اطلاعات بیشتر در مورد این روش به فصل ۲ مراجعه کنید).

خشم عمومی در مورد این بدرفتاری‌ها در بیمارستان‌های روانی سرانجام به درک گسترده‌ای



◀ گرچه جنبش نهادینه‌زدایی برای ارتقای کیفیت زندگی افرادی ترتیب یافته بود که سالها در بیمارستان‌های روان‌پزشکی بودند، ولی خیلی از افرادی که این نهادها را ترک کردند، زندگی فقیرانه‌ای را در خارج از این بیمارستان‌ها داشتند.

این موضوع انجامید که خدمات بهداشت روانی به تغییرات چشمگیر نیاز دارند. دولت فدرال در سال ۱۹۶۳ با گذراندن قانون مهمی، دست به اقدام جدی زد. قانون تسهیلات عقب‌ماندگی ذهنی و ساخت مرکز بهداشت روانی جامعه در آن سال، یک رشته تغییرات را بنیاد نهاد که خدمات بهداشت روانی را به مدت چند دهه بعدی تحت تأثیر قرار داد. قانون‌گذاران از خط‌مشی‌هایی حمایت کردند که برای خارج کردن افراد از نهادها و قرار دادن آنها در برنامه‌های کمتر محدودکننده در جامعه، تسهیلات مانند توانبخشی شغلی، بیمارستان‌های روزانه، و کلینیک‌های روان‌پزشکی ترتیب یافته بودند. افراد بعد از مرخص شدن از بیمارستان، وارد خانه‌های نیمه‌راه می‌شدند که محیط حمایتی تأمین می‌کرد که در آن می‌توانستند مهارت‌های اجتماعی ضروری را برای وارد شدن مجدد به جامعه بیاموزند. در اواسط دهه ۱۹۷۰، بیمارستان‌های روانی دولتی که یک زمانی مملو از بیماران بودند، خیلی متروکه شدند. این

بیمارستان‌ها صدها هزار تن را که به صورت نهادی محدود شده بودند آزاد کردند تا زندگی را با منزلت و استقلال بیشتر آغاز کنند. این فرایند که به جنبش نهادینه‌زدایی^۱ معروف است، به آزاد شدن بیماران روان‌پزشکی و قرارگیری آنها در مکان‌های درمانی جامعه کمک کرد. متأسفانه، جنبش نهادینه‌زدایی رؤیای ابداع‌کنندگان آن را به طور کامل برآورده نکرد. این جنبش به جای اینکه درمان غیرانسانی را از میان ببرد، یک رشته فلاکت‌های دیگر را ایجاد کرد. خیلی از نويدها و برنامه‌هایی که به عنوان گزینه‌هایی برای نهادینه‌زدایی مورد استقبال قرار گرفته بودند در نهایت نتوانستند تحقق یابند که علت آن برنامه‌ریزی نامناسب و بودجه‌های ناکافی بود. بیماران بین بیمارستان‌ها و خانه‌های نیمه‌راه رفت و برگشت می‌کردند و هرگز احساس ثبات و احترام نمی‌کردند. گرچه هدف مرخص کردن بیماران از بیمارستان‌های روان‌پزشکی آزاد کردن افرادی بود که از حقوق انسانی اساسی محروم شده بودند، ولی نتیجه آن به گونه‌ای نبود که امید رفته بود. در جامعه کنونی آمریکا، افرادی که چهار دهه قبل در بیمارستان‌های روان‌پزشکی بوده‌اند، در یک مدار سرپناه‌ها، برنامه‌های توانبخشی، و زندان‌ها، سرگردان هستند، به طوری که تعداد نگران‌کننده‌ای از این افراد دوره‌های طولانی مدت را به صورت اعضای بی‌خانمان و به حاشیه رانده شده جامعه سپری می‌کنند.

طرفداران امروزی رویکرد انسان‌دوستانه نوع جدیدی از درمان شفقت‌آمیز را برای افرادی که دچار اختلالات روانی هستند، پیشنهاد می‌کنند. این طرفداران، مصرف‌کنندگان بهداشت روانی را ترغیب می‌کنند به اینکه در انتخاب درمان خود، نقش فعال داشته باشند. گروه‌های مدافع گوناگون به طور سختی ناپذیری تلاش کرده‌اند تا شیوه‌ای که عموم مردم بیماران روانی را در نظر می‌گیرند و نحوه‌ای که جامعه در تمام موقعیت‌ها به آنها می‌پردازد، تغییر دهند. این گروه‌ها عبارتند از اتحاد ملی برای بیماران روانی، انجمن بهداشت روانی، مرکز رسیدگی کردن به تبعیض و داغ، و پیشگامی برای برداشتن موانع. دولت فدرال آمریکا نیز به عنوان بخشی از اقدامات برای بهبود بخشیدن به ارائه خدمات بهداشت روانی از طریق کمیسیون جدید آزادی رئیس جمهور، درگیر برنامه‌های ضد داغ شده است. دولت آمریکا که مشتاقانه منتظر دهه بعدی است، هدف‌های ابتکاری افراد سالم سال ۲۰۲۰ را که بر بهبود بخشیدن به کیفیت خدمات درمانی تمرکز دارد، تعیین کرده است (جدول ۱-۲ را ببینید).

جدول ۱-۲ هدف‌های افراد سالم سال ۲۰۲۰

در اواخر سال ۲۰۱۰، پروژه افراد سالم دولت آمریکا هدف‌هایی را برای دهه آینده منتشر کرد. این هدف‌ها به قصد بهبود بخشیدن به عملکرد روان‌شناختی افراد در ایالات متحده و گسترش دادن خدمات درمانی تعیین شده‌اند.

- میزان خودکشی را کاهش دهید.
- اقدامات خودکشی توسط نوجوانان را کاهش دهید.
- شمار نوجوانانی را که به رفتارهای خوردن معیوب می‌پردازند تا وزن خود را کنترل کنند، کاهش دهید.
- نسبت افرادی را که دستخوش دوره‌های افسردگی اساسی می‌شوند کاهش دهید.
- نسبت تسهیلات مراقبت اولیه را که درمان بهداشت روانی ارائه می‌دهند، افزایش دهید.
- نسبت کودکان مبتلا به مشکلات بهداشت روانی را که تحت درمان قرار می‌گیرند، افزایش دهید.
- نسبت تسهیلات اقامتی نوجوانان را که پذیرش برای مشکلات بهداشت روانی را ارزیابی می‌کنند، افزایش دهید.
- نسبت افراد مبتلا به بیماری روانی جدی را که شاغل هستند، افزایش دهید.
- نسبت بزرگسالان مبتلا به اختلالات روانی را که تحت درمان قرار می‌گیرند، افزایش دهید.
- نسبت افرادی را که به‌طور همزمان به سوءمصرف مواد مخدر و اختلالات روانی مبتلا هستند و برای هر دو اختلال تحت درمان قرار می‌گیرند، افزایش دهید.
- ارزیابی افسردگی توسط تأمین‌کنندگان مراقبت اولیه را افزایش دهید.
- نسبت بزرگسالان بی‌خانمان مبتلا به مشکلات بهداشت روانی را که خدمات بهداشت روانی دریافت می‌کنند، افزایش دهید.

رویکرد علمی

فیلسوفان یونان باستان اولین کسانی بودند که رویکردی علمی به شناختن اختلالات روانی داشتند. بقراط (۳۷۷-۴۶۰ ق.م) که پدر پزشکی نوین محسوب شده، معتقد بود که چهار مایع بدنی مهم وجود دارد که بر سلامت جسمانی و روانی تأثیر می‌گذارند که به چهار خلق و خوی شخصیت منجر می‌شود. برای درمان کردن اختلال روانی، پاک کردن بدن از مایع اضافی ضرورت دارد. صدها سال بعد، پزشک رومی کلودیوس جالینوس^۱ (۱۳۰-۲۰۰ ب.م) یک نظام دانش پزشکی را بر اساس تحقیقات کالبدشناختی به وجود آورد.

دانشمندان تا قرن هجدهم، پیشرفت‌های مهم خیلی کمی در شناختن نابهنجاری داشتند.

1. Claudius Galen

بنجامین راش^۱ (۱۷۴۵-۱۸۱۳) بنیان‌گذار روان‌پزشکی آمریکا، علاقه به رویکرد علمی به اختلالات روانی را دوباره برانگیخت. راش در سال ۱۷۸۳ به کارکنان پزشکی بیمارستان پنسیلوانیا پیوست. او از وضعیت نامناسب بیمارستان به وحشت افتاده بود، از بهبودهایی نظیر قرار دادن بیماران مبتلا به اختلال روانی در بخش‌های خودشان، تأمین کردن درمان شغلی برای آنها، و ممنوع کردن ملاقات افراد کنجکاو که برای سرگرمی از بیمارستان دیدار می‌کردند، دفاع کرد.

راش که روش‌های متداول آن زمان را منعکس می‌کرد، استفاده از حمام 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 ترساندن، تهییج‌پذیری زیاد را که باور داشت مسئول رفتار خشن بیماران است، خنثی خواهد کرد (دویج، ۱۹۴۹).

در سال ۱۸۴۴، گروهی متشکل از ۱۳ مدیر بیمارستان روانی، انجمن سرپرستان پزشکی مؤسسات آمریکا برای دیوانگان را تشکیل دادند. این سازمان سرانجام نام خود را به انجمن روان‌پزشکی آمریکا تغییر داد. روان‌پزشک آلمانی ویلهلم گریزینگر^۲ کتاب آسیب و درمان اختلالات روانی را در سال ۱۸۴۵ منتشر کرد، که اعلام می‌نمود «آسیب‌های عصبی» علت اختلالات روانی هستند. روان‌پزشک آلمانی دیگر، امیل کریپلین^۳ یک نظام طبقه‌بندی را خیلی مشابه نظامی که برای تشخیص‌های پزشکی به کار برده می‌شود، ترتیب داد. او اظهار داشت که اختلالات می‌توانند با الگوهای نشانه‌های شان مشخص شوند. سرانجام، این کار مبنای علمی را برای نظام‌های تشخیصی کنونی تأمین کرد.

هنگامی که روان‌پزشکان و روان‌شناسان مدل‌های رفتاری را ارایه دادند که توجهات ناهنجاری را شامل می‌شدند نیز رویکرد علمی به اختلالات روانی شتاب گرفت. در اوایل سده ۱۸۰۰، پزشکان اروپایی هیپنوتیزم را برای مقاصد درمانی آزمایش کردند. سرانجام، این اقدامات به کار پیشگام متخصص اعصاب اهل وین، زیگموند فروید^۴ (۱۸۵۶-۱۹۳۹)، انجامید که در اوایل سده ۱۹۰۰ روان‌کاوی را به وجود آورد، نظریه و نظام کاریستی که قویاً بر مفاهیم

1. Benjamin Rush
4. Sigmund Freud

2. Wilhelm Greisinger

3. Emil Kraepelin

◀ دکتر بنجامین راش، بنیان‌گذار روان‌پزشکی آمریکا، اصلاح‌طلبی بود که مطالعه علمی اختلالات روانی را ترغیب کرد.



ذهن ناهشیار، تکانه‌های جنسی بازدارنده، و رشد اولیه متکی بودند. روان‌شناسان در طول قرن نوزدهم، مدل‌های رفتار بهنجار را به وجود آوردند که سرانجام در نظام‌های درمان ادغام شدند. تحقیقات فیزیولوژیست روسی ایوان پاولف^۱ (۱۸۴۹-۱۹۳۶) که به خاطر کشف شرطی‌سازی کلاسیک شهرت دارد، مبنایی برای جنبش رفتاری شد که توسط جان بی. واتسون^۲

(۱۸۷۸-۱۹۵۸) در ایالات متحده آغاز شد. بی. اف. اسکینر^۳ (۱۹۰۴-۱۹۹۰) رویکرد منظمی را به شرطی‌سازی کنشگر تدوین کرد که انواع و ماهیت تقویت را به عنوان راهی برای تغییر دادن رفتار مشخص می‌نمود. در قرن بیستم، این مدل‌ها ادامه یافتند و به صورت نظریه یادگیری اجتماعی آلبرت بندورا^۴ (۱۹۲۵-)، مدل شناختی آرون بک^۵ (۱۹۲۱-) و رویکرد درمان عقلانی-هیجانی آلبرت الیس^۶ (۱۹۱۳-۲۰۰۷) شکل گرفتند.

در دهه ۱۹۵۰، دانشمندانی که درمان‌های دارویی را آزمایش می‌کردند، داروهایی را ابداع نمودند که برای اولین بار در تاریخ توانستند نشانه‌های اختلالات روانی را به طرز موفقیت‌آمیزی کنترل کنند. اکنون، بیماران می‌توانستند تحت درمان‌هایی قرار بگیرند که به آنها امکان می‌داد تا خارج از بیمارستان‌های روان‌پزشکی، برای مدت طولانی‌تری، به‌طور مستقل زندگی کنند. در سال ۱۹۶۳، قانون تسهیلات عقب‌ماندگی ذهنی و ساخت مرکز بهداشت روانی جامعه، درمان بیماران در کلینیک‌ها و مراکز درمانی خارج از بیمارستان‌های روان‌پزشکی را توصیه کرد. این

1. Ivan Pavlov

2. John B. Watson

3. B. F. Skinner

4. Albert Bandura

5. Aaron Beck

6. Albert Ellis



روان‌شناسی مثبت‌نگر بر رشد شخصی از طریق مراقبه و روش‌های دیگر خودیابی تأکید می‌کند.

قانون زمینه را برای جنبش از پناهگاه خارج کردن و اقدامات بعدی برای بهبود بخشیدن به درمان مبتنی بر جامعه را آماده کرد.

اخیراً، حوزه آسیب‌شناسی روانی از جنبش روان‌شناسی مثبت‌نگر^۱ بهره‌مند شده است که بر توان رشد و تغییر در طول زندگی تأکید می‌کند. این جنبش، اختلالات روانی را به صورت مشکلاتی می‌داند که از توانایی فرد در دستیابی به رفاه ذهنی و احساس خوشنودی

جلوگیری می‌کند. علاوه بر این، جنبش روان‌شناسی مثبت‌نگر به جای مداخله، بر پیشگیری تأکید می‌کند. به جای درمان کردن مشکلات بعد از اینکه روی می‌دهند، خیلی بهتر است که افراد بتوانند از همان ابتدا از مبتلا شدن به نشانه‌ها اجتناب ورزند. گرچه هدف‌های جنبش روان‌شناسی مثبت‌نگر شبیه هدف‌های رویکرد انسان‌دوستانه است، ولی مبنای نیرومندی در تحقیق تجربی دارد و در نتیجه، در این حوزه، حمایت گسترده‌ای از آن شده است.

۱-۶ روش‌های پژوهش در آسیب‌شناسی روانی

همان‌گونه که به تازگی آموختید، رویکرد علمی به پیشرفت‌های مهمی در شناختن و درمان رفتار نابهنجار انجامید. اساس روش علمی عینیت است؛ یعنی، فرایند آزمودن عقاید مربوط به ماهیت پدیده‌های روان‌شناختی بدون اینکه قبل از پذیرفتن این عقاید به عنوان توجهات مناسب، سوگیری شده باشد.

روش علمی، مستلزم پیشرفت مراحل، از مطرح کردن سؤالات مورد علاقه تا در میان گذاشتن نتایج با جامعه علمی است. پژوهشگران در سرتاسر روش علمی، عینیت و بی‌طرفی خود را که شاخص رویکرد علمی است، حفظ می‌کنند. این به معنی آن است که آنها اجازه نمی‌دهند سوگیری‌های شخصی‌شان در گردآوری داده‌ها یا تعبیر یافته‌ها، اختلال ایجاد کنند. از این گذشته، پژوهشگران باید همیشه پذیرای توجیهات جایگزینی باشند که بتوانند یافته‌های آنها را توجیه کنند.

گرچه روش علمی بر مبنای عینیت یا بی‌طرفی استوار است، اما این بدان معنی نیست که دانشمندان به آنچه مطالعه می‌کنند، تمایل شخصی ندارند. در واقع، اغلب کاملاً برعکس است. خیلی از پژوهشگران درگیر دنبال کردن دانش در زمینه‌هایی، مخصوصاً در حوزه آسیب‌شناسی روانی می‌شوند که با تجربیات زندگی خودشان ارتباط دارند. امکان دارد آنها خویشاوندانی داشتند باشند که به برخی اختلالات مبتلا هستند یا شاید نشانه‌های درمانجو آنها را گیج کند. اما آنها هنگام انجام دادن پژوهش خود، نمی‌توانند اجازه دهند که این سوگیری‌های شخصی در کارشان مداخله کند.

بنابراین، پژوهشگران روان‌شناختی هنگام مطرح کردن سؤالات مورد علاقه، ممکن است از خود بپرسند که آیا نوع خاصی از تجربه به نشانه‌های فرد منجر شده است، یا امکان دارد در مورد نقش عوامل زیستی خاص گمانه زنی کنند. روان‌شناسان بالینی نیز به معلوم کردن این موضوع علاقه دارند که آیا درمان خاصی نشانه‌های یک اختلال را به‌طور مؤثر درمان خواهد کرد. در هر صورت، روش ایده‌آل برای پاسخ دادن به این سؤالات، پیشروی در یک رشته مراحل است که در آنها روان‌شناس فرضیه‌ای را مطرح می‌کند، تحقیقی را اجرا می‌کند، و داده‌هایی را گردآوری و تحلیل می‌نماید. سرانجام، آنها نتایج را از طریق انتشار در نشریه‌های علمی، انتقال می‌دهند.

۱-۷ طرح آزمایشی

پژوهشگر هنگام استفاده از طرح آزمایشی در تحقیق، با دستکاری متغیر اصلی مورد علاقه، فرضیه‌ای را آزمایش می‌کند. متغیری که پژوهشگر دستکاری می‌کند، متغیر مستقل^۱ نامیده

1. independent variable

می‌شود، بدین معنی که پژوهشگر آن را کنترل می‌کند. پژوهشگر حداقل دو شرایط را ترتیب می‌دهد که سطوح مختلف متغیر مستقل را منعکس می‌کنند. در اغلب موارد، این شرایط عبارتند از: گروه «آزمایشی» یا گروه درمان (گروهی که تحت درمان قرار می‌گیرد) و گروه «گواه» (گروهی که تحت درمان قرار نمی‌گیرد یا تحت درمان متفاوتی قرار می‌گیرد). پژوهشگران بعداً این گروه‌ها را بر اساس متغیر وابسته^۱ مقایسه می‌کنند، یعنی متغیری که آنها مشاهده می‌کنند. نکته مهم در عینیت پژوهش آزمایشی این است که پژوهشگران همیشه شرکت‌کنندگان را به‌طور تصادفی در گروه‌های مختلف بگمارند. برای مثال، اگر تمام مردان در گروه آزمایشی و تمام زنان در گروه‌های گواه باشند، تحقیق معیوب خواهد بود.

در پژوهش مربوط به علت‌های رفتار نابهنجار، ترتیب دادن تحقیق آزمایشی واقعی ممکن است دشوار باشد. پژوهشگر نمی‌تواند تعدادی از متغیرهایی را که خیلی مورد علاقه روان‌شناسان هستند، کنترل کند؛ بنابراین، آنها واقعاً «مستقل» نیستند. برای مثال، افسردگی هرگز نمی‌تواند متغیر مستقل باشد، زیرا پژوهشگر نمی‌تواند آن را دستکاری کند. همچنین، پژوهشگران نمی‌توانند افراد را بر مبنای جنسیت زیستی آنها به‌طور تصادفی در گروه‌ها بگمارند. تحقیقاتی که اختلافات بین گروه‌ها را که با گمارش تصادفی تعیین نشده‌اند بررسی می‌کنند، «شبه‌آزمایشی» نامیده می‌شوند.

اکثر تحقیقات آزمایشی واقعی در آسیب‌شناسی روانی، حداقل آنهایی که روی انسان‌ها اجرا شده‌اند، علت‌های رفتار نابهنجار را آزمایش نمی‌کنند، بلکه در صورتی که امکان تدارک دیدن افرادی وجود داشته باشد که به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه گمارده شوند، اثربخشی درمان‌های خاص را آزمایش می‌کنند. پژوهشگران، اثربخشی درمان را با مقایسه کردن گروه‌ها بر اساس متغیرهای وابسته نظیر تسکین نشانه، ارزیابی می‌کنند. بسته به ماهیت تحقیق خاص، امکان دارد بیش از یک گروه آزمایشی وجود داشته باشد.

در پژوهش‌هایی که اثربخشی درمان را آزمایش می‌کنند، روش رایج شرایط دارونما^۲ است که در آن مشارکت‌کنندگان تحت درمان مشابه با درمان آزمایشی قرار می‌گیرند، ولی فاقد ویژگی اصلی درمان مورد نظر است. اگر پژوهش، اثربخشی دارو را ارزیابی می‌کند، دارونما اجزای ترکیبی بی‌اثر دارد. در پژوهش‌هایی که اثربخشی درمان را ارزیابی می‌کنند، دانشمندان باید

1. dependent variable

2. placebo condition

آنچه در DSM-5 تازگی دارد

تعریف اختلال روانی

در DSM-5 برای اختلال روانی پنج ملاک وجود دارد، به همان تعدادی که در DSM-IV منظور شده بود. این ملاک‌ها باز هم به «اهمیت بالینی» اشاره دارند تا این واقعیت را برسانند که رفتارهای تحت بررسی، نشانه‌های گذرا یا مشکلات جزئی نیستند. DSM-5 به رفتارها با عنوان منعکس‌کننده کژکاری در فرایندهای روان‌شناختی، زیستی، یا رشدی اشاره دارد. اصطلاحاتی که DSM-IV از آنها استفاده نکرد. هم DSM-IV و هم DSM-5 اعلام می‌دارند که اختلال‌ها باید خارج از منجر مورد قبول جامعه روی دهند و از افرادی انتظار برود که دستخوش استرس زندگی خاصی شده‌اند. DSM-5 همچنین مشخص می‌کند که اختلال باید «فایده بالینی» داشته باشد، بدین معنی که، برای مثال، تشخیص‌ها به هدایت کردن متخصصان بالینی در تصمیم‌گیری در مورد درمان، کمک کنند. مؤلفان در مدتی که مشغول نوشتن DSM-5 بودند، در مورد تغییر دادن فهرست‌های اختلالات (اضافه کردن یا کم کردن) بدون به حساب آوردن منافع و مخاطرات بالقوه، هشدار دادند. برای مثال، آنها می‌دانستند که اضافه کردن یک تشخیص تازه ممکن است باعث شود رفتاری که قبلاً «بهنجار» محسوب شده بود، «نابهنجار» نامیده شود. فایده داشتن تشخیص جدید، باید بر صدمه طبقه‌بندی کردن یک فرد «بهنجار» با عنوان مبتلا بودن به «اختلال»، غلبه کند. همچنین، حذف کردن تشخیص برای یک اختلال که نیازمند درمان (و از این رو پوشش بیمه) است، ممکن است افرادی را که هنوز به آن درمان نیاز دارند، نسبت به دریغ داشتن مراقبت یا پرداخت‌های اضافی برای درمان، آسیب‌پذیر سازد. مؤلفان DSM-5 با در نظر داشتن این هشدارها، همچنین توصیه کردند که ملاک‌ها به تنهایی برای قضاوت‌های حقوقی یا استحقاق برای غرامت بیمه، کافی نیستند. این قضاوت‌ها به اطلاعات بیشتر، خارج از حیطه ملاک‌های تشخیصی به تنهایی، نیاز خواهند داشت.

دارونما را به گونه‌ای ترتیب دهند که مشابه باشد، اما همان درمان واقعی نباشد. در حالت ایده‌آل، پژوهشگران می‌خواهند شرکت‌کنندگان در شرایط دارونما تحت درمانی قرار بگیرند که از لحاظ فراوانی و مدت مشابه شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی باشد که تحت روان‌درمانی قرار می‌گیرند. انتظارات در مورد نتیجه آزمایش می‌تواند هم پژوهشگر و هم شرکت‌کننده را تحت تأثیر قرار دهند. این به اصطلاح «ویژگی‌های خواسته» می‌تواند به نتیجه‌گیری‌ها در مورد اثربخشی واقعی مداخله لطمه وارد کنند. بدیهی است که پژوهشگر باید تا حد امکان سودار نباشد، اما با این حال ممکن است او به صورت ظریف، علایمی را انتقال دهد که بر پاسخ آزمودنی تأثیر

بگذارند. شرکت‌کننده نیز ممکن است سعی داشته باشد تا هدف واقعی تحقیق را تأیید یا رد کند. بهترین راه برای برطرف کردن ویژگی‌های خواسته، استفاده از روش بی‌خبری دوسویه^۱ است که پژوهشگر و شرکت‌کننده را از دانستن هدف تحقیق یا ماهیت درمان بیمار، بی‌خبر نگه می‌دارد.

در پژوهش‌هایی که دارو را شامل می‌شوند، دارونمای کاملاً بی‌اثری ممکن است برای ایجاد کردن کنترل آزمایشی واقعی، کافی نباشد. پژوهشگران در شرایط «دارونمای فعال»، عوارض جانبی داروی آزمایشی در دارونما ایجاد می‌کنند. اگر آنها بدانند که دارویی خشکی دهان، مشکل بلع، یا ناراحتی معده تولید می‌کند، در این صورت دارونما باید از این عوارض جانبی نیز تقلید کند که در غیر این صورت، شرکت‌کنندگان آگاه خواهند شد که دارونما دریافت کرده‌اند.

۸-۱ طرح همبستگی

پژوهش‌هایی که بر مبنای طرح همبستگی استوارند، آزمایش روابط بین متغیرهایی را شامل می‌شوند که پژوهشگران نمی‌توانند آنها را به صورت آزمایشی دستکاری کنند. ما آمار همبستگی را بر حسب عدد بین $+1$ و -1 بیان می‌کنیم. اعداد مثبت بیانگر همبستگی‌های مثبت هستند، بدین معنی که وقتی نمرات در یک متغیر افزایش می‌یابند، نمرات در متغیر دوم نیز افزایش می‌یابند. برای مثال، چون یک جنبه از افسردگی این است که موجب اختلال در الگوهای خواب طبیعی می‌شود، ممکن است انتظار داشته باشید که نمرات در مقیاس افسردگی با نمرات در مقیاس اختلالات خواب همبستگی مثبت دارند. برعکس، همبستگی‌های منفی نشان می‌دهند که وقتی نمرات در یک متغیر افزایش می‌یابند، نمرات در متغیر دوم کاهش می‌یابند. نمونه‌ای از همبستگی منفی، رابطه بین افسردگی و عزت نفس است. هر چه افراد افسرده‌تر باشند، نمرات آنها در مقیاس عزت نفس پایین‌تر خواهد بود. در خیلی از موارد، بین دو متغیر هیچ همبستگی وجود ندارد. به عبارت دیگر، دو متغیر هیچ رابطه منظمی با یکدیگر نشان نمی‌دهند. برای مثال، افسردگی با قد ارتباط ندارد.

صرفاً دانستن اینکه بین دو متغیر همبستگی وجود دارد، به شما نمی‌گوید که آیا یک متغیر موجب دیگری می‌شود. همبستگی صرفاً به شما می‌گوید که دو متغیر به شیوه خاصی با

یکدیگر ارتباط دارند. امکان دارد که اختلال خواب موجب نمره بالاتر در مقیاس افسردگی شود، درست به همان صورتی که میزان بالای افسردگی ممکن است الگوهای خواب آشفته‌تر را ایجاد کند. یا، متغیر سومی که اندازه‌گیری نکرده‌اید می‌تواند همبستگی بین دو متغیر را که مطالعه کرده‌اید، توجیه کند. افسردگی و اختلال خواب می‌توانند ناشی از کژکاری فیزیولوژیکی اساسی باشند.

پژوهشگرانی که در تحقیق خود از روش‌های همبستگی استفاده می‌کنند، همیشه باید مراقب باشند که ممکن است متغیرهای اندازه‌گیری نشده‌ای وجود داشته باشند که بر نتایج مشاهده‌شده تأثیر بگذارند. یا این حال، پژوهشگران غیر از صرفاً ربط دادن دو متغیر برای اینکه ببینند آیا آنها همبستگی دارند، می‌توانند از روش‌های پیشرفته‌ای استفاده کنند که روابط پیچیده‌تری را به حساب می‌آورند. برای مثال، می‌توانیم مشارکت نسبی اختلالات خواب، عزت نفس، جنسیت، و طبقه اجتماعی را با روش‌های همبستگی بررسی کنیم که چند متغیر مربوط را به‌طور همزمان ارزیابی می‌کنند.

شما قاضی باشید

عاقل بودن در مکان‌های دیوانه

در اوایل دهه ۱۹۷۰، دیوید روزنهان^۱ روان‌شناس، تحقیق پیشگامی را انجام داد که فرض‌های افراد را در مورد تفاوت بین «دیوانه» و «عاقل» زیر و رو کرد. روزنهان و همکارانش که توسط چیزی برانگیخته شده بودند که آن را نظام تشخیصی روان‌پزشکی می‌دانستند و به بستری کردن افرادی منجر می‌شد که به‌طور نامناسبی مبتلا به اسکیزوفرنی تشخیص داده شده بودند، تصمیم گرفتند برای آزمایش کردن این نظام، آزمایش خودشان را اجرا کنند. ببینید آیا فکر می‌کنید که آزمایش آنها این نکته را ثابت کرد.

هشت تن بدون هیچ نوع سابقه روان‌پزشکی، در انواع مشاغل حرفه‌ای استخدام شدند، خود را در بیمارستان‌های روان‌پزشکی با شکایت کردن از شنیدن صداهایی که می‌گفتند «پوچ»، «پوک»، و «تالپ» چک کردند. اینها نشانه‌هایی بودند که نوشته‌های روان‌پزشکی هرگز گزارش نداده بودند. این «بیماران کاذب» از جهات دیگری اطلاعات واقعی در مورد خودشان ارائه دادند (به جز نام و مکان‌های استخدام‌شان). هر یک از این بیماران کاذب در بیمارستان مربوط خودش

پذیرش شده بعد از اینکه آنها پذیرش شدند. علایم بیشتری از تجربه کردن این نشانه‌ها بروز ندادند. اما کارکنان بیمارستان هرگز از نیاز آنها به بستری شدن جویا نشدند؛ کاملاً برعکس، رفتار آنها در بخش‌های بیمارستان که اکنون کاملاً «بهنجار» بود، به عنوان شواهد بیشتری از نیاز آنها به ادامه بستری شدن محسوب شد. با وجود تلاش‌های بیماران کاذب برای متقاعد کردن کارکنان که هیچ اشکالی در آنها وجود ندارد، ترخیص شدن آنها ۷ تا ۵۲ روز طول کشید. وقتی آنها مرخص شدند، تشخیص «اسکیزوفرنی در حالت بهبود» دریافت کردند (بدین معنی که آنها در آن لحظه، دیگر تشخیص اسکیزوفرنی و اکنش عمیقی وجود داشت. اگر بستری کردن به تحقیق روزنهان در جامعه روان‌پزشکی و اکنش تشخیصی اشکالی وجود نداشت؟ در مورد افراد غیر بیمار به این راحتی بود. آیا در نظام تشخیصی اشکالی در آنها وجود گرایش برجسته زدن به افراد با عنوان «اسکیزوفرنی» در حالی که هیچ اشکالی در آنها وجود ندارد و حساسیت به این برجسته در حالی که آنها دیگر هیچ نشانه‌هایی را آشکار نمی‌سازند چه می‌توان گفت؟ علاوه بر این، بیماران کاذب گزارش دادند که آنها احساس می‌کردند توسط کارکنان، انسانیت‌زدا شده و نتوانستند هیچ درمان فعالی دریافت کنند. وقتی آنها خارج از بیمارستان بودند، نتوانستند در مورد ناتوانی‌های بیمارستان‌های روان‌پزشکی در تأمین کردن درمان مناسب به دنیا در کل، گزارش دهند.

اکنون شما قاضی باشید. آیا فکر می‌کنید طرح‌ریزی چنین تحقیقی توسط روزنهان غیراخلاقی بود؟ متخصصان بهداشت روانی در بیمارستان‌ها در مورد اینکه «آزمودنی‌های» این تحقیق بودند، نظری نداشتند. آنها به آنچه به نظرشان می‌رسید نشانه‌های روان‌شناختی جدی توسط افرادی باشند که داوطلبانه جویای پذیرش بودند، پاسخ داده بودند. در لحظه ترخیص، این واقعیت که دکترها بیماران کاذب را در حالت بهبود دانسته بودند اشاره داشت به اینکه آنها بدون نشانه بودند، اما برای کارکنان دلیلی وجود نداشت که در مورد واقعیت نشانه‌ها تردید کنند. از سوی دیگر، اگر کارکنان می‌دانستند که در تحقیق بودند، ممکن بود به صورت بسیار متفاوتی و اکنش نشان می‌دادند. و در نتیجه، این تحقیق هیچ تأثیری نداشت.

در مورد کیفیت این تحقیق از نقطه نظر علمی چه می‌توان گفت؟ هیچ شرایط گواه وجود نداشت، بنابراین، این آزمایش واقعی نبود. به علاوه، این تحقیق «مقیاس‌های عینی از رفتار کارکنان نگرفت». و مقیاس‌های نتیجه مستقیم نیز وجود نداشتند که پژوهشگران بتوانند به صورت آماری آنها را تحلیل کنند.

سؤال: شما قاضی باشید: آیا تحقیق روزنهان، با نقایصی که داشت، ارزشمند بود؟ آیا هدف وسیله را توجیه می‌کند؟

۱-۹ انواع مطالعات پژوهشی

چگونه پژوهشگران داده‌های خود را گردآوری می‌کنند؟ روان‌شناسان از چند نوع تحقیق استفاده می‌کنند. نوع تحقیق عمدتاً به سؤال و منابعی که در دسترس پژوهشگر قرار دارند بستگی دارد. جدول ۱-۳ این روش‌ها را خلاصه می‌کند.

جدول ۱-۳ روش‌های پژوهش در آسیب‌شناسی روانی

نوع روش	هدف	مثال
زمینه‌یابی	داده‌های جمعیت را به دست می‌آورد	پژوهشگرانی که برای یک سازمان دولتی کار می‌کنند، می‌کوشند شیوع بیماری را از طریق پرسشنامه‌هایی که به صورت تلفنی اجرا می‌شوند، معلوم کنند.
تحقیق آزمایشگاهی	داده‌ها را تحت شرایط کنترل‌شده گردآوری می‌کند	برای مقایسه‌ی زمان‌های واکنش به محرک‌های خنثی یا ترسناک، آزمایشی اجرا می‌شود.
موردپژوهی	فرد یا گروه کوچکی از افراد به صورت عمیق و فشرده مطالعه می‌شود	درمانگر مورد‌هایی از اعضای یک خانواده را که در اختلال غیرعادی یکسانی سهیم هستند، توصیف می‌کند.
طرح آزمایشی تک‌موردی	فرد واحدی به عنوان آزمودنی در شرایط آزمایشی و گواه انجام وظیفه می‌کند	پژوهشگران فراوانی رفتار درمانجو را در حالی که به او توجه می‌شود (تدبیر آزمایشی) و بی‌توجهی می‌شود (شرایط گواه) برای طغیان‌های پرخاشگری در بخش روان‌پزشکی گزارش می‌دهند.
وراثت رفتاری	می‌کوشد الگوهای ژنتیکی را در وراثت رفتارهای خاص مشخص کند	پژوهشگران ژنتیک، DNA افراد دارای نشانه‌های اختلالات روانی خاص و بدون این نشانه‌ها را مقایسه می‌کنند.

زمینه‌یابی

پژوهشگران برای گردآوری اطلاعات از نمونه‌ی افرادی که بیانگر جامعه‌ای خاص هستند، از زمینه‌یابی^۱ استفاده می‌کنند. آنها عمدتاً از زمینه‌یابی‌ها در تحقیقاتی استفاده می‌کنند که طرح

1. survey

همبستگی را شامل می‌شوند و می‌خواهند معلوم کنند آیا متغیرهایی که به صورت بالقوه ارتباط دارند، واقعاً به صورتی که فرض شده با یکدیگر ارتباط دارند یا نه. پژوهشگران در زمینه‌یابی، برای بررسی کردن این متغیرها، یک رشته سؤال‌ها را مطرح می‌کنند. امکان دارد آنها برای اینکه معلوم کنند آیا سن با آرامش ذهنی همبستگی دارد، زمینه‌یابی اجرا کرده و تأثیر آن را بر سلامتی کنترل کنند. در این مورد، پژوهشگر ممکن است فرض کند که آرامش ذهنی در افراد سالخورده بیشتر است، اما فقط بعد از به حساب آوردن نقش سلامتی.

پژوهشگران برای گردآوری آمارهایی در مورد فراوانی نشانه‌های روان‌شناختی نیز از زمینه‌یابی‌ها استفاده می‌کنند. برای مثال، ادارهٔ سوء مصرف مواد و خدمات بهداشت روانی دولت آمریکا، برای اینکه فراوانی مصرف مواد غیرمجاز را در جمعیت معلوم کنند، هر سال زمینه‌یابی‌هایی را اجرا می‌کند. سازمان بهداشت جهان (WHO) برای مقایسه کردن فراوانی اختلالات روانی در کشورهای مختلف، زمینه‌یابی‌هایی را اجرا می‌کند. این زمینه‌یابی‌ها اطلاعات همه‌گیرشناختی با ارزشی را تأمین می‌کنند که می‌توانند سلامت جامعه را ارزیابی کنند.

پژوهشگران داده‌های همه‌گیرشناختی در مورد وقوع نشانه‌ها و اختلالات روان‌شناختی را برحسب چارچوب زمانی که در آن روی می‌دهند، گزارش می‌دهند. میزان بروز^۱ یک اختلال، فراوانی موارد جدید اختلال در دورهٔ زمانی معین است. پاسخ‌دهندگانی که اطلاعات میزان بروز را تأمین می‌کنند، اظهار می‌دارند که آیا اکنون اختلالی دارند که قبلاً هرگز نداشته‌اند ولی حالا آن را تجربه می‌کنند. اطلاعات مربوط به میزان بروز می‌تواند هر فاصلهٔ زمانی را در برگیرد؛ افراد گرایش دارند برحسب یک ماه، شش ماه، و یک سال گزارش دهند. پژوهشگران زمانی که می‌خواهند معلوم کنند یک اختلال با چه سرعتی شایع می‌شود، از اطلاعات میزان بروز استفاده می‌کنند. برای مثال، در مدت واگیر، پژوهشگران سلامت نیاز دارند بدانند که چگونه برای کنترل کردن بیماری برنامه‌ریزی کنند، و بنابراین، اطلاعات میزان بروز به این سؤال خیلی ارتباط دارد.

شیوع^۲ یک اختلال به تعداد افرادی که یک وقتی طی مدت زمان خاصی اختلالی داشته‌اند، اشاره دارد. پژوهشگران برای گردآوری داده‌ها، از پاسخ‌دهندگان می‌خواهند که بگویند آیا در طول این مدت زمان، نشانه‌های اختلال را تجربه کرده‌اند. مرجع مدت زمان می‌تواند روز زمینه‌یابی باشد که در این صورت آن را شیوع نقطه‌ای^۳ می‌خوانیم. شیوع یک ماهه، که به ۳۰

روز قبل از تحقیق، و شیوع طول عمر^۱، که به کل عمر پاسخ‌دهنده اشاره دارد نیز وجود دارد. برای مثال، امکان دارد پژوهشگران از پاسخ‌دهندگان بپرسند که آیا در هر زمانی در طول ماه گذشته سیگار کشیده‌اند (شیوع یک ماهه) یا آیا یک وقتی در طول عمر خود از سیگار استفاده کرده‌اند (شیوع طول عمر). معمولاً، شیوع طول عمر بالاتر از شیوع یک ماهه یا شیوع نقطه‌ای است، زیرا این سؤال، کل تجربه گذشته یک اختلال یا نشانه را در بر می‌گیرد.

داستان‌های واقعی

ونسان ون گوگ: روان‌پریشی

«در میان خطر ایمنی وجود دارد. اگر جرأت نداشتیم هیچ چیزی را امتحان کنیم، زندگی چگونه می‌شد؟ این برای من تقلای سختی خواهد بود؛ جزر و مد بالا می‌رود، تقریباً تا نزدیک لب‌ها و شاید باز هم بالاتر، چگونه می‌توانم بدانم؟ اما من باید در مبارزهام بجنگم ... و سعی کنم پیروز شوم و بهترین منفعت را از آن ببرم». ونسان ون گوگ، دسامبر ۱۸۸۱.

ونسان ون گوگ^۲ نقاش پست امپرسیونیست متولد هلند، بیشتر عمر خود را در فقر و سلامت جسمانی و روانی نامناسب گذراند. بعد از مرگ او، آثارش شهرت و محبوبیت زیادی یافتند. نقاشی‌های او که اکنون فوراً قابل تشخیص هستند، به مبلغ دهها میلیون دلار فروخته می‌شوند، در حالی که در طول عمر او برادرش، تئو، عمدتاً از وی حمایت می‌کرد و وسایل نقاشی و پول برای مخارج زندگی او می‌فرستاد. ون گوگ در بیشتر عمر خود با بیماری روانی دست به گریبان بود، و قبل از سال آخر عمرش، یک سال را در بیمارستان گذراند و در سال ۱۸۹۰ در حالی که ۳۷ سال داشت، دست به خودکشی زد.

گرچه ماهیت خاص بیماری روانی ون گوگ معلوم نیست، اما ۶۰۰ نامه او یا قدری بیشتر به تئو، اطلاعاتی را درباره تجربیات وی فراهم می‌آورند. کتاب تئوی عزیز: زندگینامه ونسان ون گوگ که در سال ۱۹۳۷ منتشر شد، نگاه اجمالی فیلتر نشده‌ای را در مورد تمام جنبه‌های زندگی او از جمله نقاشی، عشق، و مشکلات روانی وی تأمین می‌کند. ون گوگ در طول عمر خود هرگز مورد تشخیص رسمی قرار نگرفت، و شماری از روان‌شناسان تا به امروز در مورد اختلالی که او به آن مبتلا بود بحث و جدل می‌کنند. روان‌شناسان ۳۰ تشخیص احتمالی را مطرح کرده‌اند که از اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی تا سیفیلیس و الکلیسم گسترش دارند. تغذیه نامناسب مداوم ون گوگ، مصرف بیش از اندازه گیاه افسنتین^۳ و گرایش به کار کردن تا حد فرسودگی، بدون تردید در هرگونه مسایل روان‌شناختی که او تجربه کرد مشارکت داشته و آنها را بدتر کرده بودند.

زندگی رمانتیک ون گوگ با یک رشته روابط شکست‌خورده مشخص می‌شد، و او هیچ فرزندی

1. lifetime prevalence

2. Vincent van Gogh

3. absinthe

نداشت. وقتی ون گوگ در سال ۱۸۸۱ به کی وُس - استریکر^۱ پیشنهاد ازدواج داد، او و والدینش جواب رد دادند. زیرا او در آن زمان، در تأمین مالی خودش مشکل داشت. کی زن بیوه‌ای با یک فرزند بود و ون گوگ قادر نبود خانواده را به طور کامل تأمین کند. ون گوگ در پاسخ به این طرد، دست خود را روی شعله چراغ قرار داد و از پدرش درخواست کرد به او اجازه دهد زنی را که دوست داشت ببیند، واقعه‌ای که بعداً نمی‌توانست به طور کامل به یاد آورد. متأسفانه، محبت برای ون گوگ هرگز متقابل نبود طولانی‌ترین رابطه رمانتیک شناخته شده او یک سال دوام آورد، که در طول آن، با یک روسپی و دو فرزندش زندگی کرد.

ون گوگ اولین بار نقاشی کردن را در دبیرستان آموخت، سرگرمی‌ای که او در طول تلاش ناکام خود برای مبلغ مذهبی شدن، ادامه داد. او در امتحان ورودی مدرسه الهیات در آمستردام موفق نشد، و بعداً در مدرسه مبلغ مذهبی می‌زد شد. او در سال ۱۸۸۰ تصمیم گرفت زندگی خود را صرف نقاشی کند. ون گوگ بعد از رفتن به مدرسه هنر در بروکسل، در هلند جایجا شد و حرفه خود را اصلاح کرد، و اغلب در شرایط فقر و فلاکت می‌زیست. او مدتی را با والدین خود زندگی کرد، اما به علت رابطه آشفته با پدرش، هرگز به مدت طولانی با آنها نماند. او در سال ۱۸۸۵ به عنوان نقاش به شهرت رسید و اولین اثر عمده خود، سب زمینی خورها را کامل کرد. سال بعد، به پاریس نقل مکان نمود و در آنجا با برادرش زندگی کرد و خود را در دنیای هنر پررونق آن شهر غرق کرد. سلامتی ون گوگ به علت شرایط زندگی نامناسب وی رو به وخامت گذاشت، و بنابراین، به روستایی در جنوب فرانسه نقل مکان کرد. او در آنجا به مدت دو ماه با دوست خوب خود و نقاش هم‌قطار پل گوگن^۲ زندگی و کار کرد. اختلافات هنری آنها به مخالفت‌های مکرر انجامید که به آرامی مصاحبت دوست‌داشتنی آنها را تحلیل برد. یونا ون گوگ، زن برادر و نسان، در کتاب تنوی عزیز، در مورد واقعه تلخی می‌نویسد که در ۲۳ دسامبر ۱۸۸۸ اتفاق افتاد. ون گوگ «در حالتی از برانگیختگی و حشمتناک و تب بالا، قطعه‌ای از گوش خودش را بریده بود و آن را به عنوان هدیه برای زنی در یک روسپی‌خانه برده بود. در آنجا صحنه خشونت آمیز وجود داشت؛ رولین، پستیچی، ترتیبی داد تا او را به خانه برساند، اما پلیس دخالت کرد، و نسان را در حال خونریزی و ناهشیار روی تخت یافت و او را به بیمارستان فرستاد».

بعد از این واقعه، ون گوگ به مدت تقریباً یک سال به تیمارستانی در سنت - رمی^۳ پروونس کشور فرانسه فرستاده شد. او در حالی که در بیمارستان بود، اغلب در نامه‌هایی به برادرش، به حالت سلامت روانی خود فکر می‌کرد:

«این سه ماه گذشته برای من خیلی عجیب به نظر می‌رسند. خلق‌های غیرقابل وصف اندوه روانی وجود داشته‌اند، گاهی گذشت زمان و وضعیت، اجتناب‌ناپذیر به نظر می‌رسیدند که گویی با یک چشم به هم زدن از هم جدا می‌شدند. در مجموع، تو کاملاً حق داری؛ اگر جای امیدی باشد، باید واقعیت احتمالاً

1. Kee Vos-Stricker

2. Paul Gauguin

3. Saint-Remy de Provence



◀ اثر Starry Night over the Rhone ونسان ون گوگ که در سال ۱۸۸۸، یک سال قبل از مرگش نقاشی شده است.

مصیبت‌باری را پذیرفت. امیدوارم که دوباره خودم را غرق در کارم کنم، که عقب افتاده است». در حالی که ون گوگ بستری بود و روی بهبود یافتن از «حملات» خود کار می‌کرد، بیشتر وقت خود را صرف کار روی نقاشی کرد و اغلب از چشم‌انداز پیرامون تیمارستان الهام می‌گرفت. برای ون گوگ، نقاشی تسکین‌بخش‌اندی بود که امید داشت بیماری وی را مداوا کند. او در مورد تجربیات بیماری روانی خود نوشت: «...من دیوانگی را به صورت یک بیماری، مانند هر بیماری دیگر در نظر می‌گیرم و اوضاع را به معنای دقیق کلمه می‌پذیرم؛ در حالی که در طول خود این بحران‌ها، تصور می‌کردم هر چیزی که به ذهنم می‌رسید واقعی بود». از چند نامه او روشن است که دچار توهمات و شاید هذیان‌ها بوده است – دو نشانه شاخص اختلالات روانی، که روان‌پریشی، مانند اسکیزوفرنی را شامل می‌شود.

ون گوگ بعد از ترخیص از تیمارستان، در نمایشگاه‌های نقاشی بروکسل و پاریس شرکت کرد. با اینکه او از لحاظ هنری بارآور ماند، افسردگی وی تا ۲۰ ژوئیه ۱۸۹۰ عمیق شد، و به سمت میدانی رفت و با یک هفت تیر به سینه خود شلیک کرد و دو روز بعد فوت کرد. آخرین جملات ون گوگ به نقل از بردارش که به سرعت خود را به کنار بستر مرگ او رسانید این بودند: «غم برای همیشه ادامه خواهد

یافت»
وئسان ون گوگ در طول عمر خود فقط یک نقاشی فروخت؛ در سال ۱۹۹۰، Portrait of Dr. Gachet او به مبلغ ۸۲/۵ میلیون دلار فروخته شد، و آن را به یکی از گرانترین نقاشی‌هایی که تا کنون فروخته شده، تبدیل کرد. آثار گرانبهای او زینت بخش گالری‌های سرتاسر جهان هستند و تأثیر بسیار ارزشمندی بر دنیای هنر دارند. اگر ماجرای او اکنون اتفاق افتاده بود، که گزینه‌های بسیار متفاوتی برای درمان روان‌شناختی نشانه‌های روان‌پریشی و افسردگی وجود دارند، عمر او ممکن بود به طرز غم‌انگیزی تا این حد کوتاه نبود.

تحقیقات آزمایشگاهی

پژوهشگران اغلب آزمایش‌ها را در آزمایشگاه‌های روان‌شناسی انجام می‌دهند که شرکت‌کنندگان در آنها اطلاعات را تحت شرایط کنترل شده در اختیار می‌گذارند. پاسخ‌دهندگان بر اساس ماهیت دستکاری آزمایشی، با شرایطی مواجه می‌شوند. برای مثال، امکان دارد پژوهشگران محرک‌هایی را روی صفحه کامپیوتر به شرکت‌کنندگان نشان دهند و از آنها بخواهند پاسخ بدهند. داده‌های گردآوری شده ممکن است سرعت زمان واکنش یا حافظه انواع مختلف محرک‌ها باشند. تحقیقات آزمایشگاهی ممکن است مقایسه پاسخ‌های اسکن مغز را نیز در بر داشته باشند که تحت شرایط مختلف به دست آمده‌اند. نوع دیگری از تحقیق آزمایشگاهی می‌تواند مشاهده کردن افراد در موقعیت‌های گروهی باشد که پژوهشگران تعامل‌های آنها را در این موقعیت‌ها بررسی می‌کنند.

گرچه آزمایشگاه‌ها برای اجرا کردن این‌گونه آزمایش‌ها ایده‌آل هستند، ولی ممکن است موقعیت‌های مناسبی نیز برای اطلاعات گزارش شخصی، مانند پاسخ‌ها به پرسشنامه‌ها نیز باشند. پژوهشگران می‌توانند از شرکت‌کنندگان بخواهند پاسخ‌های خود را در مدت زمان ثابت و تحت شرایطی که کمترین حواس‌پرتی را شامل می‌شود، کامل کنند. امکان دارد که پژوهشگر ابزارهای گزارش شخصی نیز برای آنها تأمین کند که آنها را روی کامپیوتر انجام دهند، که این به پژوهشگر امکان می‌دهد تا داده‌ها را به صورت منظم و یکپارچه گردآوری کند.

روش مورد پژوهی

خیلی از پژوهشگران، یافته‌های خود را از آنچه این حرفه، تحقیقات کلاسیک در آسیب‌شناسی

روانی اولیه می‌دانند، بر مبنای موردپژوهی^۱ استوار کردند که عبارت است از بررسی عمیق یک فرد یا گروه کوچکی از افراد. برای مثال، فروید بخش عمده‌ای از نظریه خود را بر مبنای گزارش‌های بیمارانش استوار کرد - شکل‌گیری نشانه‌ها و پیشرفت آنها در درمان. در پژوهش کنونی، پژوهشگران به چند دلیل از موردپژوهی استفاده می‌کنند. آنها فرصت گزارش دادن موارد نادر را فراهم می‌آورند، یا شکل‌گیری یک اختلال با گذشت زمان ممکن است کانون مطالعه باشد. برای مثال، یک روان‌شناس بالینی ممکن است در مورد اینکه چگونه برای درمانجویی که به نوع نادری از ترس مبتلاست، درمان تأمین کرده است، گزارشی را در یک نشریه بنویسد.

مزیت موردپژوهی عمیق، نقطه ضعف بالقوه نیز هست، زیرا کنترل آزمایشی کافی را شامل نمی‌شود تا چیز مفیدی را به نوشته‌ها بیفزاید. بنابراین، پژوهشگرانی که از موردپژوهی استفاده می‌کنند باید تا حد امکان، در روش‌های خود بسیار دقیق باشند و رویکرد عینی و بدون سوداری داشته باشند. برای استفاده از پژوهش کیفی^۲ معیارهایی وجود دارد که می‌توانند تضمین کنند که پژوهشگران اطلاعات موردپژوهی را به صورتی اریبه دهند تا برای پژوهشگران دیگر بالارزش باشند.

طرح آزمایشی تک‌موردی

در طرح آزمایشی تک‌موردی^۳ فرد واحدی وظیفه آزمودنی را در شرایط آزمایشی و گواه بر عهده دارد. طرح تک آزمودنی که برای تحقیقات اثربخشی درمان خیلی مفید است، معمولاً تناوب مراحل قطع - شروع شرایط خط پایه ("A") و مداخله ("B") را شامل می‌شود. این حرفه به طرح‌های آزمایش تک‌موردی با عنوان طرح‌های "ABAB" نیز اشاره دارد، که تناوب بین شرایط A و B را منعکس می‌کند. شکل ۱-۱ نمونه‌ای از طرح آزمایشی تک‌موردی را نشان می‌دهد که رفتار صدمه رساندن به خود را شامل می‌شود.

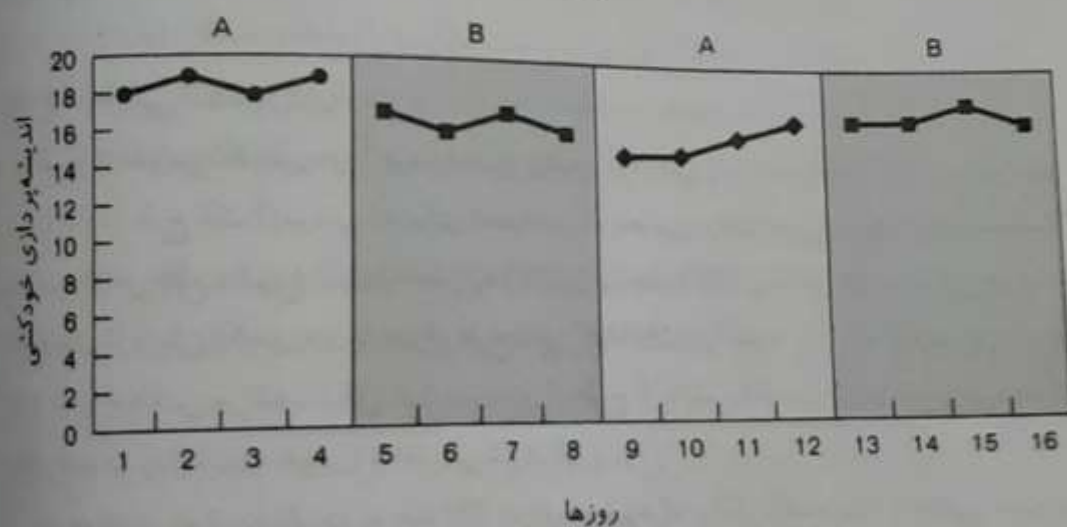
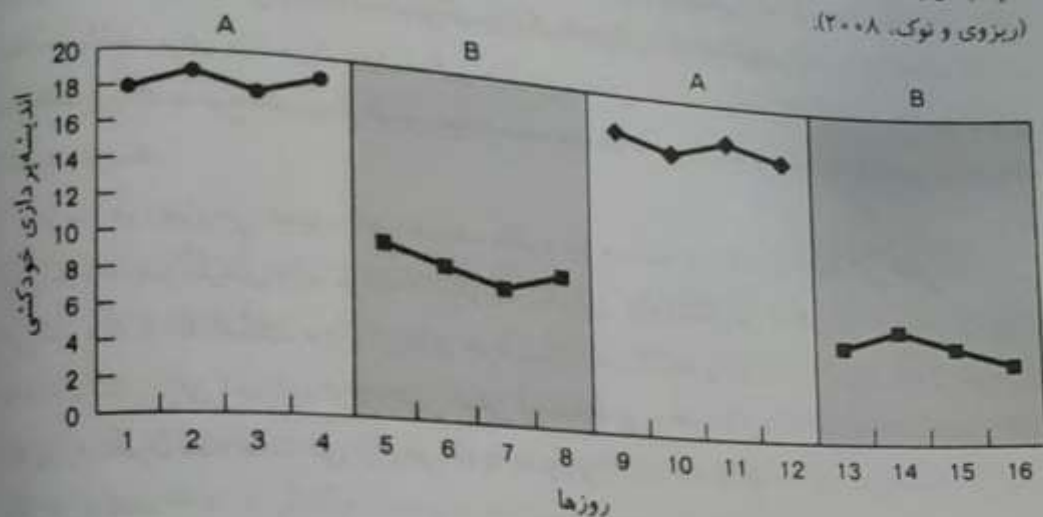
در مواردی که از درمان در مرحله "B" دریغ می‌شود که بیانگر یک مسئله اخلاقی است (به علت حذف درمان مؤثر)، پژوهشگران از نوع دیگری که روش خط پایه چندگانه نامیده می‌شود استفاده می‌کنند. در طرح خط پایه چندگانه، پژوهشگر درمان را به صورت AB اجرا می‌کند

1. case study

2. qualitative research

3. single case experimental design

◀ شکل ۱-۱ طرح ABAB
در طرح ABAB، پژوهشگران رفتارها را در مرحله "A" مشاهده می‌کنند، درمان را در مرحله "B" شروع کرده و بعد این فرایند را تکرار می‌کنند. در این تحقیق فرضی، به نظر می‌رسد که اندیشه‌پردازی خودکشی در مجموعه نمودارهای بالا در اثر درمان بهبود یافته است، اما در مجموعه نمودارهای پایین هیچ تأثیر درمان را نشان نمی‌دهد (ریزوی و نوک، ۲۰۰۸).



به‌طوری که هرگز حذف نمی‌شود. مشاهده بین آزمودنی‌های مختلف، برای رفتارهای متفاوت، یا در موقعیت‌های متفاوت روی می‌دهد. پژوهشگر در رابطه با شروع درمان، اندازه‌گیری‌های مکرری را به دست می‌آورد. برای مثال، در درمان درمانجویی که گرایش خودکشی دارد، پژوهشگر ممکن است ابتدا افکار خودکشی، و بعد رفتارهای خودکشی‌گرا را هدف قرار دهد.

توانایی این طرح در نشان دادن این موضوع است که رفتارها فقط زمانی تغییر می‌کنند که پژوهشگر درمان‌های خاصی را شروع کند (ریزوی و نوک، ۲۰۰۸).

تحقیقات در وراثت رفتاری

پژوهشگران در رشته وراثت رفتاری و روان‌درمانی می‌کوشند معلوم کنند که تا چه اندازه‌ای افراد اختلالات روانی را به ارث می‌برند. دانشمندان وراثت رفتاری معمولاً بعد از اینکه مشاهده می‌کنند اختلالی الگوی مشخص وراثت خانوادگی را نشان می‌دهد، تحقیق در زمینه وراثت ژنتیکی آن اختلال را آغاز می‌کنند. این فرایند مستلزم گردآوری سوابق خانوادگی کامل از افرادی است که می‌توان مشخص کرد نشانه‌های اختلال را دارند. پژوهشگر بعداً میزان همگامی^۱ یا نسبت‌های مطابقت را بین افرادی که مبتلا به اختلال تشخیص داده شده‌اند و خویشاوندان آنها محاسبه می‌کنند. برای مثال، امکان دارد پژوهشگری مشاهده کند که از نمونه ۱۰ جفت دوقلو، ۶ جفت اختلال روانی تشخیص داده شده و واحدی دارند. این بدان معنی خواهد بود که در این نمونه، میزان همگامی 0.60 (۶۰٪) وجود دارد. ما انتظار خواهیم داشت که اختلالی موروثی، بالاترین همگامی را بین دوقلوهای یک‌تخمکی داشته باشد (آنهايي که ژن‌های یکسان دارند)، که این میزان بین خواهر-برادرها و دوقلوهای دوتخمکی اندکی پایین‌تر است (که از لحاظ ژنتیکی بیشتر از خواهر-برادرهای سنين مختلف شباهت ندارند)، و در خویشاوندان دورتر حتی پایین‌تر است.

روش دوم در وراثت رفتاری، بررسی افرادی است که به فرزندی پذیرفته شده‌اند. گسترده‌ترین شواهد موجود از این تحقیقات از کشورهای اسکانديناوي به دست می‌آیند که در آنجا دولت‌ها سوابق کامل تولد و فرزندخواندگی را نگه می‌دارند. پژوهش، دو نوع فرزندخواندگی را بررسی می‌کند. اولی، نوعی تحقیق فرزندخواندگی است که در آن پژوهشگران میزان اختلال را در فرزندان که والدین تنی آنها مبتلا به اختلالات روانی تشخیص داده شده‌اند، ولی والدین ناتنی آنها مبتلا به اختلالات روانی تشخیص داده نشده‌اند، تعیین می‌کنند. اگر این فرزندان اختلال داشته باشند، پس عوامل ژنتیکی نقش نیرومندتری از محیط دارند. در تحقیق فرزندخواندگی نوع دوم، که با عنوان «پرورش متقاطع»^۲ به آن اشاره می‌شود، پژوهشگران فراوانی اختلال را در فرزندان بررسی می‌کنند که والدین تنی آنها هیچ اختلالی

1. concordance rate

2. cross-fostering

نداشتند، اما والدین ناتنی آنها دارند. تحقیقات دوقلویی سومین روش وراثت رفتاری است. پژوهشگران در این تحقیقات، دوقلوهای یک تخمکی را که یا هم بزرگ شده‌اند یا دوقلوهایی که جدا بزرگ شده‌اند مقایسه می‌کنند. از لحاظ نظری، اگر دوقلوهایی که جدا بزرگ شده‌اند در اختلال خاصی سهیم باشند، این حکایت دارد که محیط نقش نسبتاً جزئی در ایجاد آن رفتار ایفا کرده است. این نوع تحقیقات پژوهشگران را قادر می‌سازند تا در مورد مشارکت نسبی عوامل زیستی و محیط خانوادگی در ایجاد اختلالات روانی نتیجه‌گیری کنند. با این حال، آنها دقیق نیستند و چند نقطه ضعف جدی بالقوه دارند. تحقیقات فرزندخواندگی می‌توانند معنی‌دار باشند، اما به سختی قطعی هستند. امکان دارد که ویژگی‌های اندازه‌گیری نشده والدین ناتنی وجود داشته باشند که بر ایجاد اختلال در کودکان تأثیر بگذارند. مهم‌ترین تهدید برای سودمندی تحقیقات دوقلویی این واقعیت است که اکثر دوقلوهای یک تخمکی در طول رشد پیش از تولد، در کیسه آمنیوتیک^۱ واحدی سهیم نیستند (موخرجی و همکاران، ۲۰۰۹). امکان دارد که آنها حتی در ۱۰۰ درصد DNA واحد سهیم نباشند (اولیکاین و همکاران، ۲۰۱۰).

پژوهشگران در نقشه‌برداری ژن^۲، تنوع در کروموزوم‌ها را بررسی می‌کنند و آنها را به عملکرد در آزمون‌های روان‌شناختی یا تشخیص اختلالات خاص ربط می‌دهند. وراثت مولکولی^۳ نحوه‌ای که ژن‌ها اطلاعات ارثی را منتقل می‌کنند، بررسی می‌نماید. ما از این روش‌ها در تحقیق آسیب‌شناسی روانی استفاده می‌کنیم تا معلوم کنیم چگونه اطلاعات ارثی به اختلالات رفتاری تبدیل می‌شوند. این روش‌ها به پیشرفت‌های گسترده در شناختن اختلالات نظیر اوتیسم، اسکیزوفرنی، و انواع اختلالات اضطرابی منجر شده‌اند (هافمن و استیت، ۲۰۱۰).

یکپارچه کردن: دیدگاه‌های بالینی

اکنون که به انتهای این فصل رسیدید، از موضوعاتی که برای شناختن آسیب‌شناسی روانی ضروری هستند، آگاه شده‌اید. ما سعی خواهیم کرد به شما نشان دهیم که تعریف کردن ناهنجاری چقدر پیچیده است و وقتی اختلالات متعددی را در فصل‌هایی که در ادامه می‌آیند می‌خوانید، به موضوعات بر خواهید گشت. ما در فصل‌های بعدی، هنگامی که به نظریه‌ها و

1. amniotic sac

2. gene mapping

3. molecular genetics

درمان‌های اختلالات خاص می‌پردازیم، چشم‌انداز تاریخی را شرح خواهیم داد. در حال حاضر، تحولات در رشته آسیب‌شناسی روانی با سرعت باور نکردنی در حال وقوع هستند که ناشی از تلاش‌های پژوهشگرانی هستند که فنون توصیف شده در اینجا را اجرا می‌کنند. شما در زمینه بحث‌های مربوط به اختلالات خاص، برخی از این روش‌های تحقیق را بیشتر یاد خواهید گرفت. شما همچنین از نحوه‌ای که متخصصان بالینی، مانند دکتر سارا توبین، به دامنه‌ای از اختلالات روانی که افراد را در طول عمر تحت تأثیر قرار می‌دهند، توجه می‌کنند، آگاه خواهید شد. ما به توضیح دادن نحوه‌ای که اختلالات ایجاد می‌شوند و اینکه چگونه می‌توانیم آنها را به بهترین وجه درمان کنیم، توجه خاصی خواهیم کرد. وقتی دوباره به بررسی تجربه اختلالات روانی انسان بر می‌گردیم، بحث ما در مورد تأثیر اختلالات روانی، موضوع اصلی این کتاب را تشکیل می‌دهد.

برگشت به مورد: ربکا هبروک

یک انترن ربکا را هفته‌ای یک بار به مدت ۱۲ هفته پیاپی در مرکز مشاوره دید. در طول چند جلسه اول او اغلب اشک می‌ریخت، مخصوصاً وقتی که در مورد دوست صمیمی خود و اینکه چقدر احساس تنهایی می‌کند، صحبت می‌کرد. ما در درمان، روی مشخص کردن هیجانات و یافتن مهارت‌های مقابله برای رسیدگی به استرس کار کردیم. سرانجام، هنگامی که ربکا به زندگی در دانشگاه عادت کرد و توانست چند دوست صمیمی پیدا کند، احساس غمگینی او کاهش یافت. چون او احساس می‌کرد حالش بهتر است، خواب وی نیز بهبود یافت، که به او کمک کرد تا راحت‌تر در کلاس تمرکز کند، که این خود به او امکان داد تا عملکرد بهتر، و بنابراین، اطمینان بیشتری به خودش به عنوان دانشجو داشته باشد.

گزارش‌های دکتر توبین: در جلسه اول برای من روشن بود که ربکا دختر جوانی است که برای رسیدگی کردن به موضوعات سازگاری در سازگار شدن با دانشگاه، اوقات خیلی دشواری دارد. تجربیات تازه متعددی که با آنها روبرو شده بود نیز وی را از پای درآورده بودند، و به نظر می‌رسید که او قادر نیست با مستقل بودن خود کنار بیاید و از شبکه حمایتی خود، از جمله خانواده و دوست صمیمی خویش جدا باشد. معیارهای تحصیلی بالای او به استرس وی اضافه شده بودند و چون حمایت اجتماعی نداشت، قادر نبود در مورد مشکلاتی که داشت صحبت کند، که مطمئناً مشکلات او را تداوم می‌بخشید. من خوشحالم که او به موقع، قبل از اینکه مشکلاتش تشدید شوند، در صدد درمان برآمد و به درمان خوب جواب داد.

فصل دوم

تشخیص

و

درمان

چیزی که آن را «سواس» کار کردن و بی توجهی به رابطه‌شان نامیده بود، خسته شد. رابطه جدی چهار ساله آنها قطع شد. پیتز اظهار داشت اکنون که با از دست دادن کارش و رابطه مهم دیگر روبرو شده، برای اولین بار فهمیده است که امکان دارد اضطراب او، زندگی‌اش را مختل کند.

سابقه مربوط: پیتز گزارش داد که مادرش سابقه حملات وحشتزدگی داشت و پدرش داروی ضد اضطراب مصرف می‌کرد، اما نمی‌توانست جزئیات بیشتری از سابقه خانوادگی خود به یاد آورد. او اظهار داشت تا جایی که می‌تواند به یاد آورد، «همیشه احساس اضطراب می‌کرده و اغلب بیشتر از دیگران در مورد اوضاع و احوال نگران بوده است. او مورد خاصی را از دبیرستان به یاد آورد که به مدت دو هفته به سختی می‌توانست بخوابد، زیرا خود را برای یک مباحثه در تیم مجادله مدرسه آماده می‌کرد. پیتز اظهار داشت که هرگز هیچ روان‌درمانی نداشته یا هیچ داروی روان‌پزشکی مصرف نکرده است. او گزارش داد که گرچه نگرانی وی اغلب باعث می‌شود احساس «غمگینی» کند، ولی هرگز احساس نکرده که شدیداً افسرده باشد و سابقه اندیشه‌پردازی خودکشی نداشته است.

نشانه‌ها: مشکل خوابیدن در طول شب، بی‌قراری، مشکل تمرکز کردن، تحریک پذیری، پیتز اظهار داشت که کنترل کردن نگرانی برای او دشوار است و بیشتر وقت خود را صرف نگرانی در مورد طلاق والدینش، کار، یا رابطه‌اش با اشی می‌کند.

تدوین موردی: پیتز تمام ملاک‌های لازم DSM-5 را برای اختلال اضطراب فراگیر (GAD) برآورده می‌کند. او نگرانی بیش از اندازه در بیشتر روزها به مدت حداقل شش ماه داشته، نتوانسته نگرانی خود را کنترل کند، و از شش نشانه اصلی مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر، چهار نشانه را آشکار نموده است. علاوه بر این، نگرانی پیتز با ترس از داشتن حمله وحشتزدگی (همچون در اختلال وحشتزدگی)، یا بودن در موقعیت‌های اجتماعی یا عمومی (همچون در اختلال اضطراب اجتماعی) ارتباط نداشت. اضطراب او مشکلات قابل ملاحظه‌ای را در محل کار و در روابط او با اشی ایجاد کرده بود. سرانجام اینکه، اضطراب پیتز ناشی از مصرف مواد نبود.

برنامه درمان: درمان پیتز ترکیبی از دو روش را در بر خواهد داشت. اول اینکه، او برای داروی ضد اضطراب به روان‌پزشک ارجاع داده خواهد شد تا نشانه‌های جسمانی اضطراب کاهش یابند. روان‌درمانی شناختی-رفتاری نیز توصیه خواهد شد، چون معلوم شده که این مؤثرترین نوع درمان کنونی اختلال اضطراب فراگیر است.

سارا توپین، Ph.D.

متخصص بالینی

زندگی پیتز به خاطر بدتر شدن نشانه‌های او خراب شده بود و او را در معرض خطر از دست دادن کار و رابطه‌اش قرار داده بود. برنامه درمان دکتر توپین یک رشته مراحل را برای رسیدگی کردن به نشانه‌های فوری پیتز و در نهایت، تسکین بلندمدت برای او، شامل می‌شود. در این فصل خواهید آموخت که چگونه متخصصان بالینی مراحل تشخیص و برنامه‌ریزی درمان را طی می‌کنند. برای اینکه به شما کمک کنیم این مراحل را درک کنید، شما را با مفاهیم اساسی آشنا خواهیم کرد که این فرایندهای اصلی را هدایت می‌کنند.

۲-۱ اختلال روانی: تجربیات درمانجو و متخصص روانی

روان‌شناسان، متخصصان مراقبت بهداشتی هستند که خدمات روان‌شناختی ارائه می‌دهند. آنهایی که در حوزه آسیب‌شناسی روانی کار می‌کنند نه تنها علت‌های رفتار نابهنجار، بلکه همچنین مسایل پیچیده انسان را که در فرایند درمان وجود دارند، بررسی می‌کنند. در سرتاسر کتاب، موارد متعددی از **درمانجویان** متفرد را خواهید خواند که برای برطرف کردن نشانه‌های خود جویای درمان هستند تا بتوانند زندگی خوشنودکننده‌تری را اداره کنند. ما این کاوش را با معرفی کردن «درمانجو» و «متخصص بالینی» شروع می‌کنیم.

درمانجو

افرادی که در زمینه آسیب‌شناسی روانی کار می‌کنند به اشخاصی که جویای مداخله روان‌شناختی هستند، با عنوان «**درمانجو**»^۱ و «**بیمار**»^۲ اشاره می‌کنند. در این کتاب، ترجیح می‌دهیم از اصطلاح **درمانجو** استفاده کنیم، و این نظر را منعکس نماییم که افراد در جریان درمان با کسانی که آنها را درمان می‌کنند، همکاری می‌کنند. ما احساس می‌کنیم که اصطلاح **بیمار** مفهوم ضمنی شرکت‌کننده منفعل به جای فعال را با خود به همراه دارد. با این حال، مواقعی وجود دارد که استفاده از اصطلاح **بیمار** مناسب است، مثلاً در زمینه «درمان سرپایی» و «حقوق بیمار».

در این زمینه، می‌خواهیم به این نکته اشاره کنیم که شما قطعاً باید از برخی واژگان فنی اجتناب کنید و افراد مبتلا به اختلالات روانی را با اسم اختلال آنها صدا نزنید. اگر کسی را «اسکیزوفرنیک» بنامید، آن فرد را با این اختلال برابر کرده‌اید. در عوض، اگر به آنها فرد با عنوان «فرد مبتلا به اسکیزوفرنی» اشاره کنید، حساسیت بیشتری را نشان خواهید داد. انسان‌ها بیش از مجموع اختلالات‌شان هستند. وقتی شما در استفاده از لحن خود دقت به خرج می‌دهید، در واقع برای فرد کامل احترام بیشتری قایل می‌شوید.

متخصص بالینی

در این کتاب، ما به فردی که درمان تأمین می‌کند، با عنوان **متخصص بالینی**^۳ اشاره می‌کنیم. انواع متعدد متخصصان بالینی وجود دارند که بسته به آموزش و گرایش خود، به شیوه‌های

1. client

2. patient

3. clinician



◀ رابطه مثبت با حسن نیت بین درمانگر و درمانجو برای نتیجه درمانی خوب اهمیت زیادی دارد.

مختلفی به کار بالینی می‌پردازند. روان‌پزشکان^۱ افرادی هستند که مدرک پزشکی (MD) دارند و در زمینه تشخیص و درمان افراد مبتلا به اختلالات روانی، آموزش تخصصی پیشرفته دیده‌اند. روان‌شناسان بالینی^۲ در رشته روان‌شناسی مدرک پیشرفته دارند و در زمینه تشخیص و درمان آموزش

دیده‌اند. روان‌شناسان بالینی نمی‌توانند درمان‌های پزشکی را اجرا کنند، اما برخی ایالت‌های آمریکا، مانند لوئیزیانا و نیومکزیکو، از سال ۲۰۱۱، امتیاز تجویز دارو را به آنها اعطا کرده‌اند. ایالت‌های دیگر نیز قصد دارند قانون مشابهی را بگذرانند.

دو نوع دکتر در روان‌شناسی وجود دارد. برای دکتر فلسفه (PhD) معمولاً کامل کردن آموزش در زمینه پژوهش مقرر می‌شود. افرادی که PhD خود را در روان‌شناسی بالینی می‌گیرند، برای اینکه بتوانند کار بالینی انجام دهند، دوره انترنی را نیز می‌گذرانند. دکتر روان‌شناسی (PsyD) مدرکی است که دانشکده‌های حرفه‌ای روان‌شناسی اعطا می‌کنند و معمولاً آموزش کمتری در پژوهش را شامل می‌شود. این افراد نیز برای اینکه کار بالینی انجام دهند باید دوره انترنی را بگذرانند. روان‌شناسان مشاوره‌ای، خواه دکترای پرورشی (EdD) داشته باشند یا (PhD) نیز به عنوان متخصصان بالینی خدمت می‌کنند.

متخصصان با مدارک کارشناسی ارشد نیز خدمات روان‌شناختی تأمین می‌کنند. این افراد مددکاران اجتماعی، مشاوران در سطح کارشناسی ارشد، درمانگران زناشویی و خانواده،

1. psychiatrists

2. clinical psychologists

متخصصان بالینی پرستار، و روان‌شناسان آموزشی را شامل می‌شوند. حوزه بهداشت روانی گروه بزرگی از افراد را نیز شامل می‌شود که آموزش در سطح کارشناسی ارشد ندیده‌اند، ولی نقش مهمی در عملکرد و اداره نظام بهداشت روانی دارند. درمانگران شفلی، درمانگران تفریحی^۱ و مشاورانی که در نهادها، سازمان‌ها، مدارس، و خانه‌ها کار می‌کنند، از جمله این گروه هستند.

۲-۲ فرایند تشخیص

متخصصان بالینی برای اینکه اختلالات روانی را درمان کنند، ابتدا باید بتوانند آنها را تشخیص دهند. فرایند تشخیص به نوبه خود، مستلزم آن است که متخصصان بالینی رویکرد منظمی به طبقه‌بندی اختلالاتی که در درمانجویان خود می‌بینند، داشته باشند. وظیفه راهنمای تشخیصی این است که بر اساس وجود یا عدم وجود مجموعه مشخصی از نشانه‌ها، تشخیص‌های منسجمی را در افراد ارائه دهد. بدون راهنمای تشخیصی دقیق، غیرممکن است که متخصص بالینی بتواند در مورد بهترین مسیر درمان برای درمانجوی معین، تصمیم بگیرد. پژوهشگران نیز برای اینکه واژگان منسجمی را برای محققان تأمین کنند تا هنگام گزارش دادن یافته‌های خود از آنها استفاده کنند، از راهنماهای تشخیصی استفاده می‌کنند.

این حرفه هنگام ارزیابی کردن توانایی راهنمای تشخیصی در انجام دادن وظیفه‌اش، از دو عامل استفاده می‌کند. اولین عامل پایایی^۲ است، بدین معنی که کارورزان، تشخیص‌ها را به‌طور هماهنگ در مورد افرادی به کار می‌برند که مجموعه نشانه‌های خاصی دارند. اگر نشانه خلق غمگین باعث شود که یک متخصص بالینی تشخیص نوعی اختلال افسردگی را بدهد و دیگری تشخیص نوعی اختلال اضطرابی را مقرر کند، راهنما خیلی مفید نخواهد بود. عامل دوم اعتبار^۳ است، بدین معنی که تشخیص‌ها بیانگر پدیده‌های بالینی واقعی و مشخص باشند.

راهنماهای تشخیصی کنونی بر مبنای مدل پزشکی استوار هستند، زیرا بر نام‌گذاری گروه‌هایی از نشانه‌ها به قصد تأمین کردن درمان برای آنها تمرکز دارند. هر کسی در نظام بهداشت روانی با این مدل راحت نیست. کسانی که مخالف هستند، اشاره دارند به اینکه نظام‌های تشخیصی کنونی فرض می‌کنند که بین بهنجاری و نابهنجاری تفاوت قابل تشخیصی

1. recreational therapists

2. reliability

3. validity

وجود دارد. از این گذشته، با نامیدن مجموعه‌ای از رفتارها با عنوان تشکیل دهنده «بیماری»، استفاده از کتاب راهنما می‌تواند گرایش به داغ زدن را روی کسانی که رفتارشان خارج از هنجار است، تشدید کند.

با وجود این انتقادها، متخصصان بهداشت روانی برای اینکه به درمانجویان خود امکان دهند تا در بیمارستان‌ها تحت درمان قرار گیرند و از تأمین‌کنندگان مراقبت بهداشتی بازپرداخت بگیرند، باید بر نظام‌های تشخیص اتکا کنند. شرکت‌های بیمه برای تعیین کردن برنامه‌های پرداخت جهت مراقبت بستری و سرپایی، از کدهای تشخیصی که تأمین می‌کنند استفاده می‌نمایند.

هوشیار بودن نسبت به انتقادها از این سیستم‌های تشخیصی ارزنده است، مخصوصاً به این دلیل که آنها یادآوری می‌کنند این انسان است نه بیماری، که متخصصان بالینی قصد دارند به او کمک کنند.

متخصصان بالینی از اصطلاحات و تعریف‌های استاندارد که در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)^۱ وجود دارند و انجمن روان‌پزشکی آمریکا آن را منتشر کرده است، استفاده می‌کنند. ما این کتاب را بر طبق جدیدترین ویراست، که DSM-5 یا ویراست پنجم است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، تنظیم کرده‌ایم. تشخیص‌های سازمان‌یافته DSM-IV از پنج محور مجزا استفاده می‌کردند. این کتاب راهنما، محور را به صورت طبقه اطلاعات در رابطه با یک بُعد از عملکرد فرد تعریف کرده بود. سیستم چندمحوری در DSM-IV-TR قصد داشت به متخصصان امکان دهد که درمانجویان را به صورت چندبُعدی توصیف کنند. علاوه بر این، DSM-5 حاوی «بخش III» است که مقیاس‌های ارزیابی و تشخیص‌هایی را شامل می‌شود که به قدر کافی ثابت شده محسوب نشده‌اند که بخشی از سیستم اصلی باشند. امکان دارد این تشخیص‌ها در ویراست بعدی DSM-5 یا "DSM-5.1" در صورتی که داده‌های بالینی و تحقیقاتی، منظور شدن آنها تأیید را کنند، وارد شوند.

راهنمای تشخیصی و آماری (DSM-5)

DSM-5 به ۲۲ فصل تقسیم شده که مجموعه‌هایی از اختلالات مرتبط را شامل می‌شود. این

۱. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

آنچه در DSM-5 تازگی دارد

تغییرات در ساختار DSM-5

تمام ویراست‌های DSM «مجادله قابل ملاحظه‌ای را ایجاد کرده‌اند و به نظر می‌رسد که ویراست پنجم مستثنی نباشد. مهم‌ترین تغییرات به سیستم چندمحوری مربوط می‌شوند - طبقه‌بندی بیماری‌ها در راستای پنج محور مجزا. نیروی اجرایی DSM-5 تصمیم گرفت سیستم چندمحوری DSM-IV-TR را حذف کند و به جای آن از نظامی پیروی کند که توسط طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD) سازمان بهداشت جهانی استفاده می‌شود. محور I در DSM-IV-TR حاوی «مجموعه نشانگان» عمده، یا مجموعه‌های بیماری بود. محور II تشخیص‌های اختلالات شخصیت و آنچه در آن زمان عقب‌ماندگی ذهنی خوانده می‌شد را در بر می‌گرفت. محور III برای اشاره به بیماری‌های جسمانی درمانجو مورد استفاده قرار می‌گرفت. محور IV استرس‌های روانی - اجتماعی درمانجو، و محور V سطح کلی عملکرد درمانجو را ارزیابی می‌کرد. نیروهای اجرایی به جای مدل مقوله‌ای که در DSM-IV-TR وجود داشت، استفاده از مدل بُعدی را نیز در نظر گرفتند. اما در نهایت تصمیم گرفتند این کار را انجام ندهند. سازمان‌دهی کنونی با اختلالات عصبی - رشدی شروع می‌شود و با اختلالات «درونی کردن» (که با نشانه‌های اضطراب، افسردگی، و جسمانی مشخص می‌شوند)، و اختلالات «بیرونی کردن» (که با نشانه‌های اختلالات اخلاق، کنترل تکانه، و سلوک و مصرف مواد مشخص می‌شوند) ادامه می‌یابد. امید می‌رود که سرانجام پژوهش‌های جدیدی وجود داشته باشد که امکان دهند راهنماهای تشخیصی آینده بر مبنای علت‌های زیربنایی، نه فقط بر نشانه‌ها، استوار باشند.

فصل‌ها طوری سازمان یافته‌اند که اختلالات مرتبط، به یکدیگر نزدیکتر به نظر برسند. بیماری‌های روان‌شناختی و زیستی اغلب با یکدیگر ارتباط دارند. تعدادی از تشخیص‌ها در DSM-5 تشخیص جسمانی نظیر بیماری عصبی که موجب نشانه‌های شناختی می‌شود را در بر می‌گیرند. با این حال، اگر یک بیماری که عمدتاً جسمانی است در DSM-5 مشخص نشده باشد، متخصصان بالینی می‌توانند با استفاده از تشخیص‌های استاندارد ICD برای این بیماری‌ها، آنها را مشخص کنند. شما می‌توانید نمونه‌هایی از اختلالات در هر طبقه را در جدول ۲-۱ بخوانید. اغلب متخصصان بهداشت روانی خارج از ایالات متحده و کانادا از سیستم تشخیصی سازمان بهداشت جهانی (WHO)^۱ استفاده می‌کنند که طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها

1. World Health Organization

◀ جدول ۲-۱ اختلالات در DSM-5

طبقه	شرح	نمونه‌هایی از تشخیص‌ها
اختلالات عصبی - رشدی	اختلالاتی که معمولاً در طول سالهای اولیهٔ عمر ایجاد می‌شوند و عمدتاً رشد و رشد نابهنجار را شامل می‌شوند	اختلال طیف اوتیسم اختلال یادگیری خاص اختلال کاستی توجه / بیش‌فعالی
طیف اسکیزوفرنی و اختلالات روان‌پریشی دیگر	اختلالاتی که نشانه‌های تحریف در درک واقعیت و اختلال در تفکر، رفتار، عاطفه، و انگیزش را شامل می‌شوند	اسکیزوفرنی اختلال روان‌پریشی کوتاه‌مدت
دوقطبی و اختلالات مربوط	اختلالاتی که خلق بالا را شامل می‌شوند	اختلال دوقطبی اختلال ادواری خو
اختلالات افسردگی	اختلالاتی که خلق غمگین را شامل می‌شوند	اختلال افسردگی اساسی اختلال افسردگی مداوم
اختلالات اضطرابی	اختلالاتی که تجربهٔ اضطراب، نگرانی، ترس، یا دلشوره شدید را شامل می‌شوند	اختلال وحشتزدگی آگورافوبی فوبی خاص اختلال اضطراب اجتماعی
وسواس فکری - عملی و اختلالات مربوط	اختلالاتی که وسواس‌های فکری و وسواس‌های عملی را شامل می‌شوند	اختلال وسواس فکری - عملی اختلال بدشکلی بدن اختلال ذخیره کردن
اختلالات مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زا	پاسخ‌ها به رویدادهای آسیب‌زا	اختلال استرس پس از آسیب اختلال استرس حاد اختلال سازگاری
اختلالات تجزیه‌ای	اختلالاتی که در آنها انسجام عادی هشیاری، حافظه، خودپنداره، یا ادراک مختل شده‌اند	اختلال هویت تجزیه‌ای یادزدودگی تجزیه‌ای
اختلالات نشانهٔ جسمانی	اختلالاتی که شکایت‌های مکرر نشانه‌های جسمانی را شامل می‌شوند که ممکن است با یک بیماری جسمانی ارتباط داشته یا نداشته باشند	اختلال اضطراب بیماری اختلال نشانهٔ کارکردی عصبی
اختلالات تغذیه و خوردن	اختلالاتی که با آشفتگی‌های شدید در رفتار خوردن مشخص می‌شوند	بی‌اشتهایی عصبی پرخوری عصبی اختلال پرخوری

اختلالات دفع	اختلالاتی که آشفته‌گی‌های مثانه و روده را شامل می‌شوند	بی‌اختیاری ادرار (مثانه) بی‌اختیاری دفع (روده)
اختلالات خواب - بیداری	اختلالاتی که الگوهای خواب آشفته را شامل می‌شوند	اختلال بی‌خوابی حمله خواب
بزرگاری‌های جنسی	اختلالاتی که آشفته‌گی‌هایی را در ابراز یا تجربه تمایلات جنسی شامل می‌شوند	اختلال نعوظی اختلال ارگاسمی در زن انزال زودرس
ملال جنسیتی	ناهمخوانی بین جنسیت زیستی و هویت جنسیتی	ملال جنسیتی
اختلالات اخلاک‌گر، کنترل تکانه، و سلوک	اختلالاتی که با ابراز مکرر رفتارهای تکانشی و اخلاک‌گر مشخص می‌شوند	دزدی بیمارگون اختلال انفجاری متناوب اختلال سلوک
اختلالات مرتبط با مواد و اعتیاد آور	اختلالات مرتبط با مصرف مواد	اختلالات مصرف مواد اختلالات ناشی از مواد
اختلالات عصبی - شناختی	اختلالاتی که آسیب‌هایی را در فرایندهای فکر شامل می‌شوند که مواد یا بیماری‌های جسمانی آنها را ایجاد می‌کنند	اختلال عصبی - شناختی خفیف اختلال عصبی - شناختی عمده
اختلالات شخصیت	اختلالات در شخصیت فرد	اختلال شخصیت مرزی اختلال شخصیت ضداجتماعی اختلال شخصیت خودشیفته
اختلالات ناپهنجاری جنسی	اختلالاتی که در آنها یک ناپهنجاری جنسی موجب ناراحتی و اختلال می‌شود	اختلال بچه‌بازی اختلال یادگاری‌پرستی اختلال مبدل‌پوشی جنسی
اختلالات روانی دیگر	بیماری‌ها یا مشکلاتی که امکان دارد فرد برای آنها جویای کمک حرفه‌ای باشد	اختلال روانی مشخص دیگر ناشی از بیماری جسمانی دیگر
اختلالات حرکت ناشی از دارو و عوارض ناگوار دیگر دارو	اختلالاتی که می‌توان آنها را مرتبط با مصرف دارو دانست	حرکت‌پریشی دیررس رعشه وضعی ناشی از دارو
مشکلات دیگری که ممکن است کانون توجه بالینی باشند	مشکلاتی که ممکن است فرد برای آنها جویای کمک پزشکی باشد	مشکلات مرتبط با بدرفتاری یا غفلت مشکل شغلی

(ICD) ^۱ نامیده می‌شود. سازمان بهداشت جهانی ICD را به عنوان یک ابزار همه گیرشناختی ساخته است. ۱۱۵ کشور عضو با سیستم تشخیصی مشترک می‌توانند ارزیابی‌های بیماری را مقایسه کنند و اطمینان دارند که کشورها به خاطر هماهنگی، از واژگان فنی یکسانی استفاده می‌کنند. اکنون از ویراست دهم (ICD-10) استفاده می‌شود؛ این ویراست در معرض تجدید نظر عمده قرار دارد و سازمان بهداشت جهانی پیش‌بینی می‌کند که ICD-11 زودتر از سال ۲۰۱۴ منتشر خواهد شد. ICD به صورت شش زبان رسمی (عربی، چینی، انگلیسی، فرانسوی، روسی، و اسپانیایی) به علاوه ۳۶ زبان دیگر در دسترس قرار دارد.

اطلاعات اضافی

DSM-IV-TR برای مشخص کردن بیماری‌های جسمانی درمانجو، «محور» یا بُعد جداگانه‌ای داشت. متخصص بالینی با مشخص کردن بیماری‌های جسمانی درمانجو، اطلاعاتی را منتقل می‌کند که اشارات درمانی مهمی دارد. برای مثال، یک فرد مبتلا به بیماری قلبی نباید برخی از داروهای روان‌پزشکی را دریافت کند. علاوه بر این، آگاهی از بیماری جسمانی درمان می‌تواند اطلاعات مهمی را در مورد سبب‌شناسی اختلال روانی، که علت فرض شده آن است، تأمین کند. آگاهی از اینکه مرد میانسالی که اولین بار برای اختلال افسردگی در درمان حضور می‌یابد، شش ماه قبل حمله قلبی داشته است، مفید خواهد بود. امکان دارد که حمله قلبی عامل خطری را برای ایجاد افسردگی تشکیل داده باشد، مخصوصاً در فردی که سابقه روان‌پزشکی قلبی نداشته است.

متخصصان بالینی هنگام آرایه دادن تصویر تشخیصی اختلال روانی درمانجو، ممکن است همچنین نتیجه بگیرند که مشخص کردن عوامل استرس‌زای خاص که بر وضع روانی فرد تأثیر دارند، اهمیت دارد. در این موارد، متخصصان بالینی می‌توانند از مجموعه کدها در ICD استفاده کنند که به وجود مشکلات روانی - اجتماعی و محیطی که به صورت کدهای "Z" مشخص شده‌اند، اشاره دارند. اینها ممکن است مهم باشند، زیرا می‌توانند بر تشخیص، درمان، و مدت کوتاهی بعد از بیکار شدن نشان می‌دهد، در مقایسه با فردی که شرایط زندگی کنونی او

مشکل	نمونه‌ها
مشکل مرتبط با تحصیل و سواد	بیشرفت کم در مدرسه
مشکلات مرتبط به اشتغال و بیکاری	تغییر شغل
	مزاحمت جنسی در محل کار
	وضع آرایش نظامی
مشکلات مرتبط با مسکن و شرایط اقتصادی	بی‌خانمانی
	فقر شدید
	درآمد کم
مشکلات مرتبط با محیط اجتماعی	مشکل فرهنگ‌پذیری
مشکلات دیگر مرتبط با گروه حامی اصلی، از جمله شرایط خانوادگی	مشکلات در رابطه با همسر
	ناپدید شدن و مرگ عضوی از خانواده
	الکلیسم و اعتیاد به مواد مخدر در خانواده
مشکلات مرتبط با برخی شرایط روانی - اجتماعی	حاملگی ناخواسته

ظرف چند سال اصلاً تغییر نکرده است، تصویر تشخیصی بسیار متفاوتی را نشان می‌دهد. عوامل استرس‌زای محیطی عمدتاً منفی هستند. با این حال، ممکن است وقایع زندگی مثبت، مانند ترفیع شغلی را نیز به صورت استرس‌زا در نظر بگیریم. فردی که ترفیع شغلی مهمی می‌گیرد، ممکن است با مشکلات روانی ناشی از مسئولیت‌های بیشتر و فشارهای مقام جدید روبرو شود. ما چند نمونه از کدهای ICD-10Z را برای جدول ۲-۲ انتخاب کرده‌ایم.

ممکن است متخصصان بالینی بخواهند قضاوت کلی خود را در مورد عملکرد روانی، اجتماعی و شغلی درمانجو منظور کنند. ابزاری به نام قهرست ارزیابی ناتوانی WHO (WHODAS) به عنوان بخشی از DSM-5 منظور شده است تا متخصصان بالینی بتوانند اینگونه ارزیابی را ارائه دهند. ما ۱۲ سؤال را از WHODAS در جدول ۲-۳ ارائه داده‌ایم.

مجموعه نشاتگان فرهنگ بسته

در فرهنگ‌های خاص، الگوهای شخصی نشانه‌هایی وجود دارند که تعدادی از آنها هم‌تای مستقیم با تشخیص مشخص DSM-5 ندارند. مجموعه نشاتگان فرهنگ بسته الگوهای رفتاری هستند که فقط در فرهنگ‌های خاص وجود دارند. برای اینکه نشانه‌ها برای نشاتگان

۲۰۲. سوالات در
غرف ۳۰ روز گذشته، چقدر مشکل
در زمینه ... داشتید؟

فرهنگ‌بسته واجد شرایط باشند، باید هیچ علت زیست‌شیمیایی یا فیزیولوژیکی نداشته باشند. فقط آن فرهنگ خاص، و نه فرهنگ‌های دیگر، نشانه‌های نشانگان فرهنگ‌بسته را تشخیص می‌دهند. جدول ۲-۴ نمونه‌هایی از برخی مجموعه نشانگان فرهنگ‌بسته را شرح می‌دهد.

فرایند تشخیص، استفاده از تمام اطلاعات مربوط را برای رسیدن به یک نام شامل می‌شود که اختلال درمانجو را توصیف می‌کند. این اطلاعات عبارتند از نتایج هرگونه آزمونی که به درمانجو داده شده باشد، مطالبی که از مصاحبه گردآوری شده‌اند، و آگاهی از سابقه شخصی درمانجو. متخصصان بالینی از اولین مرحله کار کردن با درمانجویان برای گردآوری این اطلاعات قبل از پرداختن به خود درمان استفاده می‌کنند.

جدول ۲.۴ نمونه‌هایی از مجموعه نشانگان فرهنگ‌بسته

برخی اختلالات روانی، مانند افسردگی و اضطراب، همگان را درگیر می‌کنند. اما درون فرهنگ‌های خاص، الگوهای شخصی نشانه‌هایی یافت شده‌اند که تعدادی از آنها همتای مستقیم یا تشخیص خاص ندارند. این اختلالات که مجموعه نشانگان فرهنگ‌بسته نامیده شده‌اند، الگوهای مکرر رفتار یا تجربه ناهنجار هستند که به جوامع یا مناطق فرهنگی خاص محدود شده‌اند.

این جدول تعدادی از مجموعه نشانگان فرهنگ‌بسته و انواع ناراحتی را که بهتر مطالعه شده‌اند و ممکن است متخصصان بالینی در کاربست بالینی خود در آمریکای شمالی با آنها مواجه شوند، شرح می‌دهد.

اصطلاح	مکان	شرح
Amok مالزی		دوره تجزیه‌ای که از در خود فرو رفتن و به دنبال آن طغیان‌های خشن، پرخاشگر، و احتمالاً آدمکشی تشکیل می‌شود.
Ataque de nervios آمریکای لاتین		ناراحتی همراه با جیغ کشیدن، گریستن، لرزیدن، و پرخاشگری کلامی یا جسمانی غیرقابل کنترل. تجزیه، حمله صرعی، و زست‌های خودکشی احتمال می‌رود. اغلب در نتیجه واقعه استرس‌زای خانوادگی روی می‌دهد. برگشت سریع به حالت پیش‌مرضی.
Bilis and colera آمریکای لاتین		اختلالی که در اثر خشم یا غضب شدید ایجاد می‌شود. با عدم تعادل معیوب بدن، از جمله تنش، لرزش، جیغ کشیدن، سردرد، و به هم خوردگی معده مشخص می‌شود. خستگی مزمن و از دست دادن هشیاری احتمال می‌رود.
Bouffee delirante غرب آفریقا و هائیتی		طغیان ناگهانی رفتار سراسیمه و پرخاشگر، گیجی، و برانگیختگی روانی - حرکتی، پارانویا و توهمات دیداری و شنیداری احتمال می‌رود.
Brain fog غرب آفریقا		مشکلاتی در تمرکز، حافظه، و فکر، معمولاً توسط دانش‌آموزان در پاسخ به استرس تجربه می‌شود. نشانه‌های دیگر عبارتند از گردن درد و سردرد، فشار، و دید تار.
Dhat هندوستان		اضطراب شدید و نگرانی خودبیمارانگاری در مورد تخلیه منی بی‌رنگی تسبباً سفید ادرار، ضعف، و خستگی شدید.
Falling out or blacking out جنوب ایالات متحده و جزایر کارائیب		از حال رفتن ناگهانی، که معمولاً سرگیجه قبل از آن وجود دارد. از دست دادن موقتی بینایی و توانایی حرکت کردن.
Ghost sickness قبایل سرخپوست آمریکا		اشتغال ذهنی به مرگ و متوفی. فکر بر خواب‌های بد، ضعف، ترس، بی‌اشتهایی، اضطراب، توهمات، فقدان هشیاری، و احساس خفگی

دلالة دارد.

احساسات خاد خشم که به نشانه‌هایی از جمله بی‌خوابی، خستگی و حشمت‌زدگی، ترس از مرگ، ملالت، سوءهاضمه، بی‌اشتهایی، نفس تنگی، تپش قلب، درد، و احساس سفتی در شکم منجر می‌شوند. دوره اضطراب ناگهانی و شدید که آلت مردی یا فرج و تنوی پستان‌ها به داخل بدن عقب کشیده می‌شوند و موجب مرگ می‌شود.

Hwa-byung
(wool-hwa-byung)
کره

Koro
مالزی

Lalah
مالزی

Mal de ojo
فرهنگ‌های
مدیرانه‌ای

Pibloktog
جوامع قطبی و
نیمه‌قطبی اسکیمو

حساسیت بیش از حد به ترس ناگهانی، معمولاً همراه با نشانه‌هایی مانند پزواک کرداری، پزواک‌گویی، اطاعت از دستور و تجزیه همه اینها مخصوص اسکیزوفرنی هستند.

وقتی از زبان اسپانیایی ترجمه شود به معنی «چشم بد» است. کودکان خیلی بیشتر در معرض خطر قرار دارند؛ زنان بزرگسال بیشتر از مردان بزرگسال در معرض خطر هستند. با خواب بریده‌بریده، گریه کردن بدون دلیل آشکار، اسهال، استفراغ، و تب آشکار می‌شود.

دوره تجزیه‌ای ناگهانی همراه با برانگیختگی شدید، که اغلب حملات صرعی و اغما را به دنبال دارد. در طول حمله ممکن است فرد چیزها را بشکند، حرف‌های زنده بزند، مدفوع بخورد و به صورت خطرناک رفتار کند. قربانی ممکن است به‌طور موقتی از جامعه کناره‌گیری کند و در رابطه با حمله یادزدودگی داشته باشد.

Qi-gong psychotic
reaction
چین

Rootwork

دوره حاد که با تجزیه و پارانوای مشخص می‌شود که ممکن است بعد از شرکت در qi-gong، رسم چینی تقویت سلامتی، روی دهد. تعبیر فرهنگی که بیماری را به سحر و جادوگری، یا افسونگری نسبت می‌دهد. با اضطراب، مشکلات معده - روده‌ای، ضعف سرگیجه، و ترس از مسموم شدن یا کشته شدن همراه است.

جنوب ایالات متحده،
جمعیت‌های آمریکایی
آفریقایی‌تبار و
اروپایی و جوامع
کارائیب

Shen-k'uei
or Shenkuei
تایوان و چین

نشانه‌هایی که به کاهش بیش از حد منی ناشی از آمیزش جنسی مکرر، استمناء، و انزال شبانه نسبت داده می‌شوند. سرگیجه کم درد، خستگی، ضعف، بی‌خوابی، رویاهای مکرر، و کزکاری جنسی ترس از فقدان شدید منی وجود دارد، زیرا بیانگر از دست دادن مایه حیاتی است و بنابراین، زندگی فرد را تهدید می‌کند.

اضطراب و مشکلات جسمانی که تجزیه و تسخیر توسط ارواح اجدادی را در پی دارد.

Shin-byung کره

حالت خلصه که به موجب آن ارتباط با خویشاوندان متوفی یا ارواح صورت می‌گیرد. گاهی با تغییر شخصیت موقتی ارتباط دارد.

Spell جوامع آمریکایی
آفریقایی و اروپایی
نسیار در جنوب
ایالات متحده

بیماری ناشی از رویدادی ترسناک که باعث می‌شود روح از بدن خارج شود. موجب ناخشنودی، بیماری (درد عضلانی، سردرد، استرس، و اسهال)، فرسودگی در نقش‌های اجتماعی، اختلالات اشتها و خواب، بی‌انگیزشی، و عزت نفس پایین می‌شود. روش‌های شفابخش عبارتند از برگرداندن روح به بدن و تنظیم برای برگرداندن تعادل جسمانی و معنوی.

Susto لاتینی‌ها در ایالات
متحده و مکزیک،
آمریکای مرکزی و
جنوب آمریکا

نرس شدید از اینکه اندام‌ها یا کارکردهای بدن در رابطه با ظاهر، سو، جلوه‌های صورت، یا حرکات برای دیگران ناخوشایند، خجالت‌آور، یا اهانت‌آور باشند.

Taijin kyofusho ژاپن

تسخیر توسط ارواح. ممکن است موجب تجربیات تجزیه‌ای شود که با جیغ کشیدن، خندیدن، کوبیدن سر به سطح سخت، آواز خواندن، گریستن، بی‌احساسی، انزوا، و تغییر در عادات زندگی مشخص می‌شود.

Zar اثیوپی، سومالی،
سودان، ایران، و
جوامع دیگر
آفریقایی شمالی و
خاورمیانه

روش‌های تشخیص

نکته مهم در تشخیص، به دست آوردن تا حد امکان شرح روشی از نشانه‌های درمانجوست، هم نشانه‌هایی که درمانجو گزارش می‌دهد و هم آنهایی که متخصص بالینی مشاهده می‌کند. دکتر توپین، وقتی می‌شنود که پیترو خود را به صورت «مضطرب» توصیف می‌کند، بلافاصله فرض می‌کند که او ممکن است اختلال اضطرابی داشته باشد. با این حال، درمانجویان همیشه به دقت روی حالت‌های درونی خود برچسب نمی‌زنند. بنابراین، متخصص بالینی همچنین باید به رفتار، جلوه هیجانی، و حالت ذهنی آشکار درمانجو توجه دقیق بکند. امکان دارد که درمانجو اضطراب نشان دهد، اما این رفتار ممکن است حکایت داشته باشد که او دستخوش اختلال خلقی است.

متخصصان بالینی ابتدا به درمانجویان هنگامی که تجربه نشانه‌های خود را شرح می‌دهند گوش می‌کنند، اما آنها باید بعداً این را با رویکرد منظم‌تر به تشخیص پیگیری کنند. در فصل ۳ خواهید آموخت که انواع ابزارهای ارزیابی، چارچوبی را در اختیار متخصص بالینی قرار می‌دهند تا معلوم کند تا چه اندازه‌ای این نشانه‌ها با ملاک‌های تشخیصی اختلالی معین، مطابقت دارند. متخصص بالینی باید ماهیت دقیق نشانه‌های درمانجو، مدت زمانی که درمانجو این نشانه‌ها را تجربه کرده است، و هرگونه نشانه‌های همراه را معلوم کند. متخصص بالینی در این جریان، در مورد سابقه شخصی و خانوادگی درمانجو نیز اطلاعاتی را کسب می‌کند. متخصص بالینی با پرسیدن سؤال‌ها به این طریق، **تشخیص اصلی**^۱ را تدوین می‌کند - یعنی، اختلال باید خیلی دقیق یا دلیل اصلی که فرد جویای کمک حرفه‌ای است، هماهنگ باشد.

در خیلی از درمانجویان، نشانه‌هایی که تجربه می‌کنند بیانگر وجود بیش از یک تشخیص اصلی است. در این موارد، ما از اصطلاح **همزمانی اختلالات**^۲ استفاده می‌کنیم، که دقیقاً به معنی دو (یا تعداد بیشتری) اختلال است. همزمانی اختلالات خیلی شایع است. تحقیق عمده‌ای معروف به زمینه‌یابی ملی همزمانی اختلالات، نشان داد که افزون بر نیمی از پاسخ دهندگان مبتلا به یک اختلال روان‌پزشکی، تشخیص دومی را نیز در مقطعی از زندگی خود داشته‌اند. شایع‌ترین همزمانی، سوء مصرف مواد مخدر و / یا الکل با اختلالات روان‌پزشکی دیگر است.

تشخیص افتراقی^۳ متنی کردن تشخیص‌های جایگزین، گام مهمی در فرایند تشخیص است. برای متخصص بالینی، حذف کردن این احتمال که درمانجو اختلال متفاوت یا شاید اختلال اضافی را تجربه می‌کند، اهمیت دارد. پیتز اظهار می‌دارد که مضطرب است، و نشانه‌های او از اختلالی حکایت دارند که «اختلال اضطراب فراگیر» نامیده می‌شود، اما دکتر توین نیاز دارد که بداند آیا این تشخیص با نشانه‌های او تناسب خوبی دارد یا نه. امکان دارد که پیتز دچار اختلال وحشتزدگی باشد، اختلال اضطرابی دیگری که تجربه حملات وحشتزدگی را شامل می‌شود. نشانه‌های او ممکن است بر اختلال اضطراب اجتماعی نیز دلالت داشته باشند. به جای آن، امکان دارد که او از مشکلات سازگاری بعد از طلاق والدینش یا استرس کارش رنج می‌برد. ممکن است او اختلال مصرف مواد، بیماری جسمانی تشخیص داده نشده، یا حتی

اختلال سومی داشته باشد. تشخیص اولیه دکتر توپین باید در برابر این امکانات در طول دوره ارزیابی درمان، آزمایش شود.

فرایند تشخیص بسته به پیچیدگی نشانه‌های موجود در مانجو، می‌تواند از چند ساعت تا چند هفته طول بکشد. در مانجو و متخصص بالینی ممکن است کار درمانی را در طول این مدت انجام دهند، مخصوصاً اگر در مانجو در حالت بحران باشد. برای مثال، دکتر توپین بلافاصله داروهای ضد اضطراب را برای پیترا شروع خواهد کرد تا به او کمک کند احساس بهتری داشته باشد. با این حال، هدف نهایی او رسیدن به آگاهی کامل از اختلال پیترا است. این زمینه را برای او آماده می‌کند تا در طول فرایند درمان با پیترا کار کند.

تدوین موردی

بعد از اینکه متخصص بالینی تشخیص رسمی می‌دهد، باز هم با یک چالش دشوار روبروست - به هم وصل کردن تصویر نحوه‌ای که اختلال شکل گرفته است. متخصص بالینی در رابطه با تشخیص می‌تواند نامی را برای نشانه‌های در مانجو تعیین کند. گرچه این تشخیص آگاهی‌دهنده است، ولی کل ماجرای در مانجو را بیان نمی‌کند. متخصص بالینی برای کسب آگاهی کامل از اختلال در مانجو، **تدوین موردی**^۱ ایجاد می‌کند: تحلیل رشد در مانجو و عواملی که ممکن است بوضع روانی کنونی او تأثیر گذاشته باشند. تدوین موردی تحلیلی را فراهم می‌آورد که تشخیص را از یک رشته اعداد کد به قطعه پرمایه‌ای از اطلاعات توصیفی در مورد سابقه شخصی در مانجو، تبدیل می‌کند. متخصص بالینی با این اطلاعات توصیفی می‌تواند برای درمان برنامه‌ریزی کند که به نشانه‌های در مانجو، تجربیات منحصر به فرد گذشته، و توان آینده برای رشد رسیدگی می‌کند.

شناختن در مانجو از دیدگاه رشد، برای تأمین کردن تدوین موردی کامل اهمیت زیادی دارد. دکتر توپین در کار خود با پیترا، وقتی او را در مراحل اولیه درمان بهتر بشناسد، به جزئیات تدوین موردی او خواهد پرداخت. تدوین موردی او گسترش خواهد یافت تا سابقه خانوادگی پیترا را در برگیرد، روی طلاق والدین او، به علاوه علت‌های احتمالی کمال‌گرایی و نگرانی او در مورد عملکرد تحصیلی‌اش تمرکز کند. او سعی خواهد کرد بفهمد که چرا او در محل کار احساس

1. case formulation

می‌کند خیلی زیر فشار قرار دارد و در مورد اینکه چرا رابطه او با اشلی تا این حد مشکل‌آفرین بوده است، آگاهی کسب کند. سرانجام اینکه، او باید در مورد نقش احتمالی حملات وحشتزدگی مادر پیترو و چگونگی ارتباط آن با تجربه نشانه‌های اضطرابی او، تحقیق کند. دکتر توبین همچنین برای کمک به تشخیص افتراقی، الگوی مصرف مواد پیترو به علاوه هرگونه بیماری‌های جسمانی احتمالی را که در طول مرحله ارزیابی اولیه به آنها پی نبوده است، ارزیابی خواهد کرد.

تدوین فرهنگی

متخصصان بالینی هنگام تشخیص دادن، باید زمینه فرهنگی درمانجو را به حساب آورند. تدوین فرهنگی^۱، ارزیابی متخصص بالینی در مورد میزان همانندسازی درمانجو با فرهنگ اصلی، عقاید فرهنگ درباره اختلالات روانی، شیوه‌ای که فرهنگ وقایع خاصی را تعبیر می‌کند، و حمایت‌های فرهنگی موجود برای درمانجو را شامل می‌شود.

ممکن است انتظار داشته باشیم که هنجارها و عقاید فرهنگی، تأثیر نیرومندتری بر درمانجویانی دارند که قویاً با فرهنگ اصلی خود همانندسازی می‌کنند. آشنایی درمانجو با زبان خاص و ترجیح او برای استفاده از آن، یکی از شاخص‌های واضح همانندسازی فرهنگی است. رویکرد فرهنگ به شناختن علت‌های رفتار ممکن است بر درمانجویانی که قویاً با فرهنگ خود همانندسازی کرده‌اند، تأثیر بگذارد. قرار داشتن در معرض این نظام‌های عقیدتی، ممکن است بر جلوه نشانه‌های درمانجو تأثیر بگذارد.

حتی در صورتی که نشانه‌های درمانجو بیانگر نشانگان فرهنگ بسته نباشند، متخصصان بالینی باید زمینه فرهنگی فرد را به عنوان پیشینه، در نظر بگیرند. اعضای فرهنگ خاصی، معانی مهمی برای وقایع خاص قابل هستند. برای مثال، در برخی فرهنگ‌های آسیایی، توهین ممکن است حالتی به نام amok را تحریک کند که به موجب آن فرد (معمولاً مرد) وارد حالت دگرگون پیشینه طبقه متوسط سفیدپوست دارد، بعید نیست که عوامل فرهنگی بر اشتغال ذهنی زیاد او به عملکرد تحصیلی‌اش تأثیر داشته باشند. شاید خانواده او، به علت اینکه خودشان اعتقاد به

اهمیت ارتقای طبقاتی را جذب کرده بودند، به او فشار می‌آوردند موفق شود. شاید آنهاوی را برای عملکرد خوب در مدرسه تحت فشار قرار می‌دادند و در نتیجه، او احساس می‌کرد که ارزشمندی او به عنوان یک فرد، به نمراتش بستگی دارد. او در بزرگسالی، قادر نیست خود را از شر این مجموعه ارزش‌های بسیار خشن رها کند.

متخصصان بالینی باید به عنوان راهی برای تعیین کردن حمایت‌های فرهنگی موجود، زمینه فرهنگی درمانجو را مورد توجه قرار دهند. درمانجویانی که از فرهنگ‌های خاصی هستند، مخصوصاً سیاه‌پوستان، اسپانیایی‌ها، لاتینی‌ها، و آسیایی‌ها، شبکه‌های خانوادگی گسترده و مذهبی دارند که منابع عاطفی تأمین می‌کنند تا به افراد کمک شود با وقایع زندگی استرس‌زا مقابله کنند.

تدوین‌های فرهنگی برای شناختن اختلالات روانی از دیدگاه زیستی - روانی - اجتماعی اهمیت دارند. این واقعیت که اختلالات روانی از یک جامعه به جامعه دیگر فرق می‌کنند، ادعای دیدگاه اجتماعی - فرهنگی را تأیید می‌کند که عوامل فرهنگی در تأثیرگذاری بر جلوه رفتار تابهنجار نقش بازی می‌کنند.

روان‌شناسان برای کار کردن در چارچوب چندفرهنگی به‌طور فزاینده‌ای آموزش می‌بینند که نه تنها نژاد و قومیت درمانجو، بلکه همچنین سن، جنسیت، جهت‌گیری جنسی، و وضع ناتوانی او را به حساب آورند (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۰۲). متخصصان بالینی از طریق چنین آموزشی، علاوه بر اینکه یاد می‌گیرند چگونه روش‌های شخصی خود را به صورت کلی‌تر تطبیق دهند، بلکه همچنین یاد می‌گیرند در طول درمان، رویکرد چندفرهنگی اختیار کنند.

۲-۴ برنامه‌ریزی درمان

متخصصان بالینی معمولاً با فراهم کردن برنامه درمان^۱ طرح کلی برای اینکه چگونه درمان باید صورت گیرد، مرحله تشخیص را پیگیری می‌کنند. متخصص بالینی در برنامه درمان، هدف‌های درمان، مکان درمان، نوع درمان، و رویکرد نظری را شرح می‌دهد. تصمیماتی که متخصص بالینی هنگام تدارک دیدن برنامه درمان می‌گیرد، آنچه را که او در آن زمان در مورد نیازهای

1. treatment plan



◀ نشانه‌های اختلالات روانی اغلب بر مبنای فرهنگی که فرد به آن تعلق دارد، فرق می‌کنند.

درمانجو و منابع موجود می‌داند، منعکس می‌کند. با این حال، وقتی متخصصان بالینی می‌بینند که چگونه روش‌های مداخله‌ای رایج شده عملاً مؤثر واقع می‌شوند، اغلب برنامه درمان را اصلاح می‌کنند.

هدف‌های درمان

اولین مرحله در برنامه‌ریزی درمان برای متخصص بالینی، تعیین کردن هدف‌های درمان است، که از فوری تا بلندمدت گسترش دارند. در حالت ایده‌آل، هدف‌های درمان، آنچه را که ما در مورد اختلال و درمان توصیه شده، و نیازها و نگرانی‌های خاص درمانجو می‌دانیم، منعکس می‌کنند.

هدف فوری درمان کردن درمانجویانی که در حالت بحرانی هستند، اطمینان یافتن از این است که نشانه‌های آنها تحت کنترل قرار دارند، مخصوصاً اگر آنها برای خود و دیگران در معرض خطر باشند. برای مثال، بیشتر به درمان روان‌پزشکی نیاز دارد تا نشانه‌های اضطراب او

روان‌شناسان به عنوان تجویزکنندگان دارو

در سال ۲۰۰۳، نیکو مکزیکو اولین ایالتی شد که مزایای تجویز دارو به روان‌شناسان را تأیید کرد. لوئیزیانا مدت کوتاهی بعد از آن چنین مزایایی را تأیید کرد و در سال ۲۰۰۴ قانون مشابهی را گذراند. این قانون‌گذاری مهم، زمینه را برای ایالت‌های دیگر فراهم کرد تا دست به اقدام مشابهی بزنند. با این حال، این موضوع همچنان بحث‌انگیز است. در سال ۲۰۱۰، قوه مقننه اورگان، لایحه قانونی (SB 1046) را تصویب کرد که قدرت تجویز دارو به روان‌شناسان اعطا می‌کند، اما نه کولوئیدسکی فراماندار، با این لایحه قانونی، در پاسخ به فشار گروه‌های با نفوذ مختلف از جمله روان پزشکان، مخالفت کرد.

عملیه اعطا کردن امتیاز تجویز دارو به روان‌شناسان چند استدلال وجود دارد. روان‌شناسان برخلاف روان پزشکان، آموزش پزشکی نمی‌بینند و بنابراین، آموزش کارشناسی پیش‌پزشکی یا چند سال دانشکده پزشکی، انترنی، و رزیدنسی را که روان پزشکان می‌بینند، ندارند. از لحاظ فلسفی، روان‌شناسان پژوهش‌گرا معتقدند که اعطای امتیاز تجویز دارو، این مفهوم را که روان‌شناسان، دانشمند به علاوه کارورز هستند، از بین می‌برد. آنها معتقدند که روان‌شناسان نباید در تجارت توزیع کردن دارو باشند. دومین استدلال علیه امتیاز تجویز دارو به نقش دارو در درمان روان‌شناختی مربوط می‌شود. از این دیدگاه، روان‌شناسان باید بر روان‌درمانی تمرکز کنند. این منتقدان اعتقاد دارند که منافع بلندمدت روان‌درمانی، اگر از منافع دراز مدت دارو برای اکثر اختلالات از جمله افسردگی اساسی، اختلالات اضطرابی، و اختلالات غیرروان‌پریشی دیگر بیشتر نباشند، با آن برابر هستند. در موارد استثنایی بیماری روانی جدی، مانند اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی، روان‌شناسان می‌توانند به صورت یک تیم با روان پزشکان کار کنند تا درمانجویان خود را در رژیم‌های دارویی بلندمدت نگه دارند.

استدلال‌ها به نفع امتیاز تجویز دارو نیز جالب هستند. اگر روان‌شناسان قدرت تجویز کردن داروها را داشته باشند، بهتر از روان پزشکان می‌توانند دارو را در روان‌درمانی ادغام کنند. از نقطه نظر درمانجو، چون فرد نیاز ندارد به بیش از یک کارورز بهداشت روانی مراجعه کند، تلاطم مراقبت بیشتری وجود دارد. روان‌شناسان مدافع امتیاز تجویز دارو به این واقعیت نیز اشاره می‌کنند که برای اینکه روان‌شناس بالینی بتواند داروهایی را تجویز کند که برای مقاصد اختلالات روانی هستند، آموزش تخصصی ضرورت دارد. بنابراین، روان‌شناس‌هایی که دارو تجویز می‌کنند، مانند روان پزشکان دانش پایه دارند. دومین استدلال به نفع امتیاز تجویز دارو این است که کارورزان بهداشتی دیگری نیز در سطح غیردکتر با این اختیار قانونی وجود دارند که کارورزان پرستار روان‌پزشکی و متخصصان پرستار روان‌پزشکی از جمله آنها هستند.

هرچند که ماهیت دقیق امتیاز آنها در ایالت‌های مختلف فرق می‌کند.

مدیریت کاربست انجمن روان‌شناسی آمریکا، اعمال نفوذ به نفع پذیرش گسترده‌تر امتیاز تجویز دارو در ایالات متحده را ادامه می‌دهد. اما به‌طوری که مورد اورگان نشان می‌دهد، این قانون‌گذاری احتمالاً در ایالت‌های دیگر راه پر پیچ و خمی در پیش دارد.

سوال: شما قاضی باشید: آیا برخورداری از حق امتیاز تجویز دارو، جایگاه علمی روان‌شناسی را به عنوان یک حرفه تنزل می‌دهد؟ آیا ترجیح می‌دهید روان‌شناسی که ممکن است برای درمان ببینید، بتواند داروها را نیز در درمان شما ادغام کند؟

تحت کنترل قرار گیرند. متخصص بالینی شاید نیاز داشته باشد درمانجویی را که شدیداً افسرده و در فکر خودکشی است، بستری کند. برنامه درمان ممکن است فقط این هدف فوری را در بر داشته باشد تا اینکه متخصص بالینی آگاهی بیشتری از وضعیت درمانجو کسب کند.

هدف‌های کوتاه‌مدت قصد دارند نشانه‌های درمانجو را با رسیدگی کردن به رفتار، تفکر، یا هیجانات مشکل‌آفرین، برطرف کنند. برنامه در این مرحله ممکن است برقرار کردن رابطه مؤثر بین متخصص بالینی و درمانجو، به علاوه تدارک دیدن هدف‌های مشخص برای تغییر درمانی را در بر داشته باشد. هدف کوتاه‌مدت دیگر ممکن است تثبیت کردن مصرف داروهای درمانجو باشد. فرایندی که اگر اولین مرحله درمان موفقیت‌آمیز نباشد ممکن است به مدت چند هفته یا بیشتر طول بکشد. در مورد پیت، دکتر توپین نیاز دارد اطمینان حاصل کند داروهایی که او دریافت کرده واقعاً به تسکین دادن اضطراب او کمک می‌کنند. او همچنین باید برای زیر نظر گرفتن هرگونه عوارض جانبی ناگوار دارو، با روان‌پزشک همکاری کند. هدف‌های کوتاه‌مدت او با پیت، همچنین بررسی کردن ماهیت اضطراب او و نحوه‌ای که او می‌تواند مدیریت کردن نشانه‌های خود را با استفاده از مداخله‌های روان‌شناختی شروع کند، در بر دارند.

هدف‌های بلندمدت، تغییرات اساسی‌تر و عمیق در شخصیت و روابط درمانجو را شامل می‌شوند. اینها هدف‌های نهایی تغییر درمانی هستند. در حالت ایده‌آل، هدف‌های بلندمدت برای هر درمانجو، مقابله کردن با نشانه‌های اختلال و پرورش دادن راهبردی برای مدیریت به ماهیت اختلال درمانجو، بهبود کامل حاصل نشود. تحقق یافتن این هدف‌های بلندمدت، به طول بینجامد. هدف بلندمدت دکتر توپین برای پیت، قطع کردن مصرف داروی او است. او در



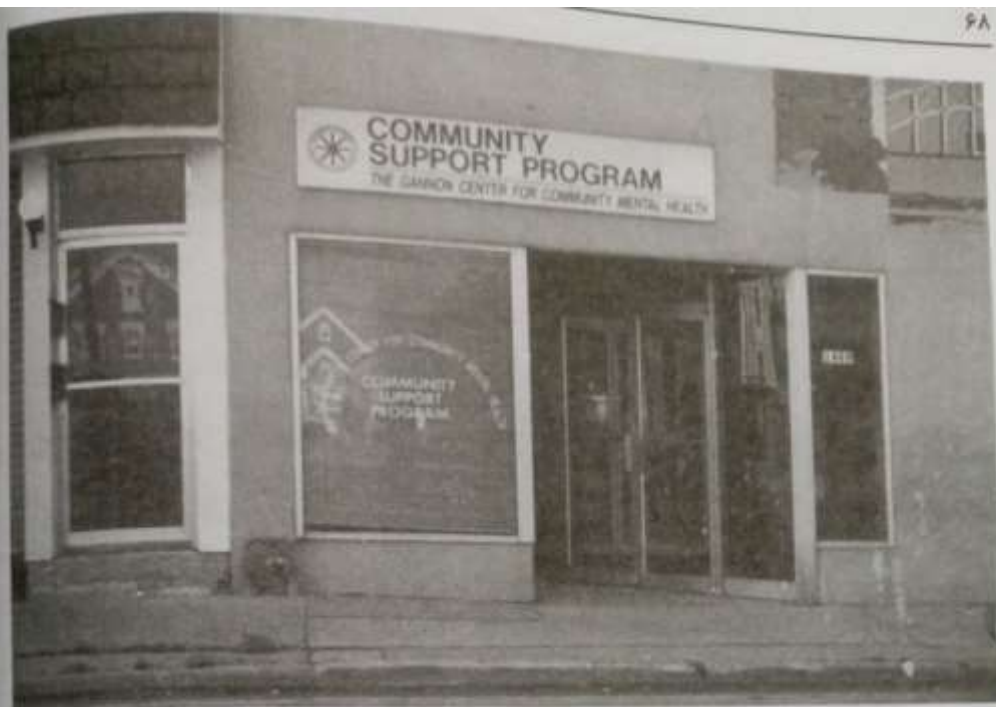
در این مرکز بحران، مشاوران تلفنی به صورت ۲۴ ساعته در دسترس هستند.

عین حال، قصد دارد به پیتز کمک کند از علت‌های نشانه‌های خود آگاه شود. و در این جریان، شدت آنها را کاهش دهد، هرچند کلاً آنها را برطرف نکند. در خیلی از موارد، متخصصان بالینی هدف‌های درمان را به شیوه متوالی به مرحله عمل در می‌آورند. ابتدا متخصص بالینی به بحران رسیدگی می‌کند، بعد به مشکلات در آینده نزدیک می‌پردازد، و سرانجام به مسایلی

رسیدگی می‌کند که به کار عمیق‌تر در آینده نیاز دارند. با این حال، شماری از درمانجویان مراحل چرخشی را تجربه می‌کنند. مجموعه‌های تازه‌ای از بحران‌های فوری یا هدف‌های کوتاه‌مدت ممکن است در دوره درمان ایجاد شوند. یا امکان دارد وقتی دوره درمان پیش می‌رود، تعریف مجدد هدف‌ها وجود داشته باشد. شاید مفیدتر باشد که این سه مرحله به صورت صرفاً مراحل پی در پی در نظر گرفته نشوند، بلکه به صورت سطوح مختلف تمرکز درمان انگاشته شوند.

مکان درمان

متخصصان بالینی وقتی می‌خواهند توصیه کنند کدام مکان درمان به بهترین وجه به درمانجو خدمت خواهد کرد، با چند موضوع مواجه هستند. مکان‌های درمان از نظر اینکه تا چه اندازه محیط کنترل شده فراهم می‌کنند و از لحاظ ماهیت خدماتی که درمانجویان دریافت خواهند کرد، تفاوت دارند. درمانجویانی که در حالت بحران هستند یا در معرض صدمه زدن به خودشان



◀ مراکز درمان جامعه، مانند این مورد، اغلب مراقبت‌های مورد نیاز را برای افرادی که به دامنه وسیعی از اختلالات روانی مبتلا هستند، تأمین می‌کنند.

با دیگران قرار دارند باید در محیط‌های کنترل شده باشند. با این حال، ملاحظات دیگری نظیر هزینه و پوشش بیمه، نیاز به مراقبت پزشکی اضافی، موجود بودن حمایت جامعه، و طول درمان برنامه‌ریزی شده نیز وجود دارند. در برخی موارد، متخصصان بالینی درمان در محیط‌های سرپایی، مدارس، یا محل کار را به درمانجو توصیه می‌کنند.

بیمارستان‌های روان‌پزشکی در بیمارستان روان‌پزشکی، درمانجو تحت مداخله‌های پزشکی و انواع فشرده روان‌درمانی قرار می‌گیرد. این محیط‌ها برای درمانجویانی خیلی مناسب هستند که در معرض خطر صدمه زدن به خودشان یا دیگران قرار دارند و به نظر می‌رسد که نمی‌توانند از خودشان مراقبت کنند. در برخی موارد، متخصصان بالینی ممکن است به صورت غیرارادی درمانجویان را بنا به دستور دادگاه بستری کنند تا اینکه بتوانند نشانه‌ها را تحت کنترل در آورند (در فصل ۱۵ درباره این موضوع بیشتر بحث خواهیم کرد).

مراکز درمان بستری تخصصی امکان دارد درمانجویان به نظارت ویژه، اما نه مراقبت

بیمارستانی واقعی نیاز داشته باشند. برای این افراد، مراکز درمان بستری تخصصی، هم خدمات حمایتی و هم نظارت بیست و چهار ساعته تأمین می‌کنند. این مکان‌ها، مراکز درمان و بهبودی برای بزرگسالانی را شامل می‌شوند که می‌خواهند بر اعتیاد مواد غلبه کنند. متخصصان بالینی ممکن است این مکان درمان را برای کودکانی نیز توصیه کنند که به علت اختلالات رفتاری شدید به نظارت مداوم نیاز دارند.

درمان سرپایی رایج‌ترین مکان درمان، کلینیک یا دفتر خصوصی سرپایی درمانگر است. مراکز بهداشت روانی جامعه کلینیک‌های سرپایی هستند که بر طبق مقیاس متغیر اجرت، برای افرادی که در محدوده جغرافیایی خاصی زندگی می‌کنند، خدمات روان‌شناختی فراهم می‌کنند. متخصصان در حرفه خصوصی، جلسات فردی یا گروهی ارائه می‌دهند. برخی از برنامه‌های بیمه سلامت پیش‌پرداخت شده، هزینه این‌گونه ویزیت‌ها را پوشش می‌دهند. سازمان‌هایی که توسط بودجه‌های عمومی به صورت اندک یا کامل حمایت شده‌اند نیز ممکن است درمان سرپایی ارائه دهند. دکتر توبین، پیترا در درمان سرپایی خواهد دید، زیرا نشانه‌های او به قدر کافی شدید نیستند که بستری کردن را موجه سازند.

درمانجویانی که خدمات سرپایی دریافت می‌کنند، از لحاظ زمانی و ماهیت ارتباط بین درمانجو و متخصص بالینی، لزوماً تحت مراقبت محدودتر از آنچه در بیمارستان وجود دارد، قرار می‌گیرند. در نتیجه، متخصصان بالینی ممکن است به درمانجویان خود توصیه کنند که خدمات اضافی، از جمله مشاوره شغلی، خدمات در خانه، یا حمایت سازمان خودیاری، نظیر الکلی‌های گمنام نیز دریافت کنند.

خانه‌های نیمه‌راه و برنامه‌های درمان روزانه درمانجویان مبتلا به اختلالات روانی جدی که می‌توانند در جامعه زندگی کنند ممکن است به حمایت اضافی نیاز داشته باشند که آن را در مکان‌هایی دریافت خواهند کرد که قصد دارند نیازهای این جمعیت خاص را تأمین کنند. این تسهیلات ممکن است به بیمارستان، سازمان دولتی، یا شرکت خصوصی متصل باشند. **خانه‌های نیمه‌راه**^۱ برای درمانجویانی تدارک دیده شده‌اند که از تسهیلات روان‌پزشکی مرخص شده‌اند، اما هنوز برای زندگی مستقل آمادگی ندارند. خانه نیمه راه، موقعیت زندگی برای افراد دیگری که از بیمارستان ترخیص شده‌اند فراهم می‌آورد، و کارکنان آن را متخصصانی تشکیل

1. halfway houses



◀ مشاوران راهنمایی اغلب اولین متخصصانی هستند که دانش‌آموزان مشکل‌دار برای کمک حرفه‌ای به آنها روی می‌آورند.

می‌دهند که با درمانجویان برای پرورش دادن مهارت‌هایی کار می‌کنند که برای استخدام شدن و تدارک دیدن موقعیت‌های زندگی مستقل به آنها نیاز دارند. برنامه‌های درمان روزانه^۱ برای درمانجویانی ترتیب یافته‌اند که قبلاً بستری شده بودند و درمانجویانی که به بستری شدن نیاز ندارند، ولی در طول روز به

برنامه منظمی مشابه آنچه بیمارستان تأمین می‌کند، نیاز دارند.

مکان‌های دیگر درمان امکان دارد متخصصان بالینی به درمانجویان خود توصیه کنند در مکانی که کار می‌کنند یا به مدرسه می‌روند، تحت درمان قرار گیرند. روان‌شناسان آموزشی برای کار کردن با کودکان و نوجوانانی آموزش دیده‌اند که به ارزیابی یا مداخله‌های رفتاری بیشتر نیاز دارند. در محیط کار، برنامه‌های کمک به کارمند، موقعیت محرمانه‌ای را برای کارمندان فراهم می‌آورند که بتوانند در آن جویای درمان فردی به شکل مشاوره، کمک به سوء مصرف مواد، و خانواده‌درمانی باشند. این منابع ممکن است برای متخصصان بالینی اهمیت داشته باشند که تمایل دارند تا حد امکان، منابع متعددی را در بلندمدت برای درمانجویان خود تأمین کنند.

نوع درمان

نوعی که متخصص بالینی روان‌درمانی را ارایه می‌دهد، عنصر مهم دیگر برنامه درمان است



◀ محیط درمانی چند بیمار را شامل می‌شود که در یک موقعیت اجتماعی شرکت می‌کنند.

متخصصان بالینی بسته به ماهیت نشانه‌های درمانجو و اینکه آیا افراد دیگر در زندگی درمانجو باید درگیر باشند یا نباشند، یک یا چند شکل را توصیه می‌کنند.

درمانجویان در **روان‌درمانی فردی**^۱، بر مبنای تک به تک تحت درمان قرار می‌گیرند. در زوج‌درمانی^۲ هر دو همسر که با هم رابطه دارند، و در **خانواده‌درمانی**^۳، چند عضو خانواده یا تمام اعضای آن در درمان مشارکت دارند. در خانواده‌درمانی، اعضای خانواده ممکن است یک نفر را به عنوان «بیمار» مشخص کنند. اما درمانگر، کل سیستم خانواده را به صورت هدف درمان در نظر می‌گیرد. **گروه‌درمانی**^۴ شکلی از درمان را ارائه می‌دهد که در آن، درمانجویانی که با مسایل مشابهی مواجه هستند، آشکارا مشکلات خود را با دیگران در میان می‌گذارند، بازخورد می‌گیرند، اعتماد ایجاد می‌کنند، و مهارت‌های میان‌فردی خود را بهبود می‌بخشند.

متخصص بالینی ممکن است هریک از این شکل‌ها یا تمام آنها را در هر موقعیتی توصیه

1. individual psychotherapy

4. group therapy

2. couples therapy

3. family therapy

کنند. محیط درمانی مخصوص بیمارستان‌های روان‌پزشکی است که بر مبنای این فرض استوار است که محیط جزء تشکیل دهنده مهم درمان است. در حالت ایده‌آل، محیط به شیوه‌ای سازمان یافته است که به درمانجویان امکان می‌دهد تا از تمام کسانی که در آنها به سر می‌برند و کنار می‌کنند، واکنش‌های درمانی و سازنده دریافت کنند. درمانجویان علاوه بر روان‌درمانی مرسوم در اقدامات درمانی دیگر از طریق گروه یا مشاوره همتایان، در درمان شغلی، و درمان تفریحی شرکت می‌کنند.

تعیین کردن بهترین رویکرد به درمان

متخصص بالینی هر شکل درمان را که توصیه کند، باید بر مبنای انتخاب مناسب‌ترین دیدگاه نظری یا ترکیبی از دیدگاه‌ها استوار باشد. خیلی از متخصصان بالینی مطابق با مجموعه خاصی از فرض‌ها درباره علت‌های اختلالات روانی و بهترین روش‌های درمان این اختلالات آموزش دیده‌اند. اغلب، این گرایش نظری مبنای تصمیمات درمانی متخصصان بالینی است. با این حال، متخصصان بالینی گرایش نظری خود را تعدیل می‌کنند تا با نیازهای درمانجو متناسب باشد.

بعد از چند دهه مجادله در مورد اینکه چه درمان‌هایی و برای چه کسانی از همه مؤثرتر هستند، روان‌شناسان اصل کاربست مثبتی بر شواهد در روان‌شناسی را اختیار کردند. تصمیم‌گیری بالینی که بهترین شواهد پژوهشی موجود و مهارت بالینی را در پیشینه فرهنگی، ترجیحات، و خصوصیات درمانجویان ادغام می‌کند. به عبارت دیگر، متخصصان بالینی باید درمان‌های خود را بر مبنای یافته‌های پژوهشی استوار کرده و آن را با ویژگی‌های خاص درمانجو سازگار کنند به طوری که زمینه، نیازها، و تجربیات او را به حساب آورند. متخصصان بعد از کارشناسی ارشد و پست دکترا استفاده می‌کنند (کالینز، لفینگ ول و بلار، ۲۰۰۷).

می‌کنید، مهم است که مبنای تجربی برای نتیجه‌گیری‌های درمان را به خاطر بسپارید. یافته‌های به دست آمده از تحقیقات اثربخشی، مداخله‌های مناسب را روشن می‌کنند، اما این یافته‌ها برای تعیین قطعی آنچه برای افراد مبتلا به مشکلات پیچیده از همه مؤثرتر هستند، کفایت نمی‌کنند.

اینکه درمان چگونه پیش برود، حاصل مشارکت‌های متخصص بالینی و درمانجو است. هر یک در تعیین کردن نتیجه مورد، نقشی را بر عهده دارد، همان‌گونه تعامل منحصر به فرد شخصیت، توانایی‌ها، و انتظارات آنها نیز نقش دارند.

نقش متخصص بالینی در درمان

صرف‌نظر از اینکه متخصص بالینی از چه روش‌هایی برای درمان کردن مشکلات درمانجو استفاده کند، کیفیت رابطه بین درمانجو و متخصص بالینی در تعیین اینکه آیا درمان موفق شود یا نه، اهمیت زیادی دارد. یک متخصص بالینی خوب، کار بیشتری از اجرا کردن عینی درمان برای درمانجو انجام می‌دهد. درمانگران خوب، علاقه شخصی عمیق، دلسوزی، و احترام به درمانجو را در رابطه درمانی القا می‌کنند. دکتر توپین در چند هفته اول درمان، برای برقرار کردن این مبنای محکم جهت همکاری بیشتر، با پیتر کار خواهد کرد.

نقش درمانجو در درمان

در شرایط مطلوب، روان‌درمانی اقدام مشترکی است که در آن، درمانجو نقش فعالی را ایفا می‌کند. این عمده‌ا به عهده درمانجو است که ماهیت اختلالات خود را توصیف و مشخص کند، وقتی درمان پیش می‌رود، واکنش‌های شخصی خود را شرح دهد، و تغییرات را شروع کرده و تا آخر دنبال کند.

نگرش‌های درمانجو نسبت به درمان و درمانگر، بخش مهمی از کمکی است که درمانجو به رابطه درمانی می‌کند. کیفیت خاصی در کمک وجود دارد که درمانجو آن را درخواست می‌کند؛ این شامل مطالبی می‌شود که بالقوه عذاب آور، خجالت‌آور، و از لحاظ شخصی برملاکننده هستند که درمانجو عادت ندارد آنها را برای فرد دیگری فاش کند. اغلب افراد خیلی راحت‌تر می‌توانند در مورد مشکلات پزشکی، قانونی، مالی، و مشکلات دیگری که خارج از حیطه هیجانات هستند صحبت کنند. نگرش‌های اجتماعی نسبت به اختلالات روانی نیز نقش دارند. افراد ممکن است احساس کنند که باید بتوانند مشکلات هیجانی خود را بدون درخواست

کمک حل و فصل کنند. امکان دارد آنها معتقد باشند که اگر نمی‌توانند مشکلات هیجانی خودشان را حل کنند، معنی آن این است که ناپخته یا بی‌کفایت هستند. از این گذشته، مجبور شدن به دیدن متخصص بالینی ممکن است باعث شود که افراد باور کنند «دیوانه» هستند. گرچه نگرش‌ها نسبت به درمان در فرهنگ کنونی غرب مقبول‌تر شده‌اند، اما هنوز درجه‌ای از شرم با خجالت وجود دارد که درمانجویان باید با آن روبرو شوند.

اغلب افراد کمتر تمایل دارند به آشنایان خود بگویند که آنها برای مشکلات شخصی تحت روان‌درمانی قرار دارند. فشار مخفی نگه داشتن درمان معمولاً به اضطراب درمانجو در مورد درخواست کمک حرفه‌ای می‌افزاید. برای کسی که قبلاً دچار مشکلات شدیدی در زندگی بوده، این اضطراب اضافی می‌تواند بازدارنده‌تر باشد. با توجه به نیروهای بالقوه زیادی که فرد را از درخواست کردن درمان دور می‌کنند، برداشتن گام اول گاهی سخت‌تر است. بنابراین، رابطه درمانی مستلزم آن است که درمانجو مایل باشد به صورت مشارکتی با متخصص بالینی کار کند و آماده باشد تا عذاب و شرمندگی فاش‌سازی شخصی را تحمل نماید. به علاوه، این مستلزم تمایل به ترک کردن الگوهای قدیمی و امتحان کردن شیوه‌های تازه در نظر گرفتن خود و رابطه برقرار کردن با دیگران است.

داستان‌های واقعی

دانیل جانستون: اختلال دوقطبی

«هر جا که هستم، موسیقی را در قلبم دارم»

دانیل جانستون^۱ در ۲۲ ژانویه ۱۹۶۱ به دنیا آمد. او خواننده - ترانه‌سرای آمریکایی به خاطر استعداد موسیقی منحصر به فرد و یک عمر کشمکش خود با اختلال دوقطبی شهرت دارد. مستند ۲۰۰۵، شیطان و دانیل جانستون، داستان باورنکردنی او را از کودکی در ویرجینیای غربی تا زمان حال نشان می‌دهد. افراد دیگری که دچار اختلالات روانی به شدت ناتوان‌کننده هستند، بی‌شباهت نیست. دانیل از طریق موسیقی خود، مانی اوچ گرفته، گاهی هذیانی و اعماق تاریک و غیرقابل تحمل افسردگی را که در طول عمر خود با آن مواجه بوده، ابراز می‌کند.

دانیل فرزند آخر از پنج فرزند خانواده است. مادر او مابل^۱ به یاد می آورد که «... او متفاوت بود... از همان ابتدا متوجه آن شدم». او در نوجوانی، عمدتاً از کتابهای کمدی الهام گرفت. تلاش های هنری بی شماری از جمله نقاشی و ساختن فیلم های سرگرم کننده در مورد زندگی خود در خانه انجام داد. خلاقیت او به وی کمک کرد تا توجه دوستان و همکلاسی ها را جلب کند، اما والدین بسیار مذهبی و سنتی خود را نیز بی نهایت ناکام کرد که ترجیح می دادند وقت خود را صرف رفتن به کلیسا کرده و به کارهای خانه رسیدگی کنند. تمایل دانیل به آفریدن در کل زندگی او با وی ماند. به قول دوست صمیمی او دیوید تورنبری، «او هنر تراوش می کند... او نمی تواند آفریدن هنر را متوقف کند».

مانند خیلی از افراد مبتلا به اختلالات خلقی، رفتار دانیل بعد از ترک کردن خانه برای رفتن به کالج، بدتر شد. خانواده دانیل عادت کرده بودند به صورت متفاوت با همسالانش با او رفتار کنند، اما او در کالج سردرگم و آشفته شد. پزشک خانواده تشخیص منیک - دپرسیون (اختلال دوقطبی) داد. او قادر نبود دشواری هایی را که در کالج با آنها روبرو بود ادامه دهد، به خانه برگشت و در یک کالج هنر کوچک اطراف اوهایو ثبت نام کرد. دانیل در مدرسه هنر، همکلاسی خود لاری^۲ را ملاقات کرد و بعداً عاشق او شد. با اینکه آنها هرگز رابطه رمانتیک نداشتند و لاری با مرد دیگر ازدواج کرد، اما عشق یک طرفه دانیل به او یکی از قدرتمندترین خلاقیت هنری بوده و همچنین موجب اولین دوره افسردگی اساسی او شد. مادر او به یاد می آورد که در همین موقع بود که او نواختن پیانو و نوشتن ترانه ها را شروع کرد.

دانیل در درس های مدرسه هنر مشکل داشت، و بنابراین، خانواده اش بار دیگر او را از مدرسه بیرون آوردند. این بار آنها وی را به هوستون فرستادند تا با برادرش زندگی کند، به این امید که او تشکیل دادن زندگی ثمربخشی را آغاز کند. دانیل به صورت نیمه وقت در پارک تفریحی محلی کار کرد و در گاراژ برادرش ضبط کردن موسیقی را شروع کرد. بعد از اینکه برادر دانیل از اینکه او کار با ثباتی پیدا نکرد ناامید شد، وی را نزد خواهرش، مارگی^۳ فرستاد تا با او زندگی کند. یک روز صبح مارگی متوجه شد که دانیل شب قبل هرگز به خانه برگشته است. خانواده دانیل به مدت چند ماه از او خبر نداشتند؛ وقتی از او خبردار شدند، فهمیدند که او به طور خودانگیخته یک موتور گازی خریده و به کارناوال سفری پیوسته است. وقتی کارناوال در شهر آستین، تگزاس توقف کرد، دانیل در بازار مکاره مورد هجوم قرار گرفت و برای کمک به سمیت کلیسای محلی گریخت. او توانست در شهر آستین مسکن پیدا کند و آلبوم های ضبط شده خود را نزد موسیقی دان ها و روزنامه ها برد. یکی از موسیقی دان هایی که او ملاقات کرد، کتی مک کارتی بود. این دو نفر مدت کوتاهی با هم قرار گذاشتند، و کتی بعد از دیدن او به یاد می آورد که «پس از یک یا دو هفته، به صورت انکارناپذیری یک چیزی به طور مهبی در او اشکال داشت».

1. Mabel

2. Laurie

3. Margie

در یکی از صحنه‌های شیطان و دانیل جانستون، او گزارش مشروح ویژگی‌های فردی با اختلال خود را می‌خواند که می‌گوید «من منیک - دپرسیو با هذیان‌های جدی هستم». اکثر هذیان‌های او پارانویید و با ماهیت مذهبی بودند، که شاید نتیجه تربیت بسیار مذهبی او بود. گرچه دانیل از بیماری خود کاملاً آگاه بود، ولی در آن زمان کار چندانی برای تخفیف آن انجام نمی‌داد. دانیل در شهر آستین کشیدن ماری‌جوآنا را آغاز کرد و به‌طور منظم از LSD استفاده می‌کرد که موجب دوره‌های عجیب و غریب و گاهی خشونت‌آمیز می‌شد. به‌طور هم‌زمان، هنگامی که دانیل به خاطر کنسرت‌های زنده عجیب و غریب و موسیقی‌اش به شهرت رسید، حرفه او شکوفا شد.

در سال ۱۹۸۶، گردهم آبی کریسمس با خواهر - برادرانش به واقعه هولناکی تبدیل شد. دانیل برای خانواده‌اش درباره شیطان شروع به موعظه نموده و به برادر خود حمله کرد و دنده او را شکست. خواهر - برادران او که از رفتار وی ترسیده بودند و مطمئن نبودند چه کاری انجام دهند، او را به سمت ایستگاه اتوبوس مجاور بردند. مدت کوتاهی بعد، پلیس دانیل را در دانشگاه آستین پیدا کرد که در وسط یک برکه دست و پامی زد و دوباره درباره شیطان موعظه می‌کرد. در همین زمان بود که دوستان و خانواده او فهمیدند که او «واقعاً آدم مریضی است». در حالی که موسیقی دانیل راهی برای او بود که شیاطین را در ذهنش فیلتر کند، اما بیماری او زندگی وی را خراب کرده بود و برای اطمینان از اینکه او به خودش و دیگران صدمه جدی وارد نکند، اقدامات جدی ضروری بود. دکترها داروی ضد روان‌پریشی هالدول^۱ برای دانیل تجویز کردند. او کل سال ۱۹۸۷ را در بستر گذراند (آنچه او «سال از دست رفته» خود نامید). گرچه دانیل تثبیت شده بود، اما قادر نبود در طول این دوره هیچ موسیقی بنویسد. در واقع، دانیل در طول زندگی خود مانند خیلی از افراد مبتلا به اختلال دوقطبی، اغلب با تبعیت از دارو دست به گریبان بود. او احساس می‌کرد وقتی ذهنش اجازه می‌یافت آزاد باشد در مقایسه با زمانی که هنگام مصرف دارو کرخت می‌شد، بهتر می‌توانست موسیقی خلق و اجرا کند.

چون دانیل اغلب داروی خود را قطع می‌کرد، پنج سال گردابی از درهم ریختگی روانی را تجربه کرد که بین مانی هذیانی و افسردگی بالینی تناوب داشت و به چند بار بستری شدن، هر بار به مدت یک ماه، انجامید. رفتار و خلق دانیل وقتی که ابتدا داروی خود را قطع می‌کرد، به مدت چند روز عادی بودند. تا اینکه به سرعت و به‌طور غیرمنتظره‌ای عجیب و غریب می‌شدند. در یک مورد خاص، دانیل قبل از نواختن در تالار بزرگی برای فستیوال موسیقی در آستین، تگزاس مصرف داروی خود را قطع کرد. دو نفره‌ای شدند تا آنها را به خانه در ویرجینیای غربی ببرد. دانیل کنترل‌ها را از پدرش قاپید، و هواپیما را به سمت زمین سقوط داد. خوشبختانه، پدر دانیل توانست کنترل هواپیما را در یک لحظه باز یابد و آنها توانستند بعد از نشستن روی یک درخت، جان سالم به در ببرند. پدر دانیل اکنون به یاد می‌آورد که



در آن زمان دانیل باور کرده بود که کاسپر^۱ است (از کارتون بچه‌ها در مورد کاسپر، روح دوست داشتنی) و آن تسلط بر هواپیما یک عمل قهرمانانه بود.

از زمان آن دوران تسیره در زندگی دانیل به بعد، او به مقدار زیاد باثبات شده است، که علت آن شبکه حمایتی خانواده و دوستان اوست، او با والدین خود در والر، تگزاس زندگی می‌کند، و به نگارش موسیقی و سفر به دور دنیا ادامه می‌دهد. خیلی‌ها دانیل جانستون را یکی از درخشان‌ترین خواننده‌ها -

ترانه‌نویس‌ها در تاریخ آمریکا می‌دانند. مبارزه او با بیماری روانی، مخرب اما نیروی الهام‌بخشی در کار او بوده است که مرز بین خلاقیت هنری و بیماری روانی را مبهم می‌کند.

۲-۶ نتیجه درمان

در بهترین حالت، درمان مؤثر واقع می‌شود. درمانجو در درمان می‌ماند تا درمان روند خود را طی کند، بهبود نشان می‌دهد، و این سطح عملکرد بهبود یافته را حفظ می‌کند. اما خیلی وقت‌ها جاده خیلی صاف نیست، و درمانجو به هدف‌های برنامه درمان نمی‌رسد یا مشکلات پیش‌بینی نشده‌ای پیش می‌آیند.

وقتی به نظر نمی‌رسد که درمانجویان مایل باشند درمان را تا آخر، مطابق با میل خود به تغییر کردن، دنبال کنند، متخصصان بالینی خیلی احساس ناکامی می‌کنند. تغییر خیلی دشوار است، و خیلی از درمانجویان به قدری به زندگی کردن با نشانه‌های خود عادت کرده‌اند که تلاش لازم برای حل کردن مشکل، طاقت‌فرسا به نظر می‌رسد. در مواقعی، متخصصان بالینی با ناکامی در مورد محدودیت‌های مالی نیز مواجه می‌شوند. امکان دارد که آنها درمانی را توصیه کنند که

۲۸
اطمینان دارند می‌تواند مؤثر واقع شود، اما از لحاظ مالی اجرا تشدیدی باشد. در موارد دیگر، افرادی در زندگی درمانجو، با اینکه نقش اساسی را برعهده دارند، از شرکت کردن در درمان خودداری می‌کنند. مسایل عملی دیگر می‌توانند درمان را مختل کنند: امکان دارد درمانجویان نقل مکان کنند، کار خود را از دست بدهند، وسیله حمل و نقل مرتب به کلینیک نداشته باشند. به مرور زمان، اشخاصی که در حوزه بهداشت روانی کار می‌کنند، آگاه می‌شوند که در تغییر دادن مؤثر زندگی افرادی که برای کمک به آنها مراجعه می‌کنند، محدودیت دارند. با این حال، در این کتاب خواهید آموخت که درمان معمولاً مؤثر واقع می‌شود و اکثر درمان‌ها بهبود قابل ملاحظه به بار می‌آورند.

برگشت به مورد: پیتر دیکینسون

روان‌پزشک در کلینیک بهداشت روانی، برای پیتر داروی ضد اضطراب تجویز کرد. او بعد از چهار هفته گفت که نتوانسته است در طول شب بخوابد و کمتر احساس بی‌قراری می‌کند. روان‌درمانی او بر روش‌های آرامیدگی مانند تنفس عمیق به علاوه فنون شناختی نظیر مبارزه کردن با نگرانی او، و آرایه دادن روش‌های مختلف مقابله کردن با استرس به جای نگران شدن بیش از حد، تمرکز داشت. درمان همچنین به پیتر کمک کرد احساسات خود در مورد طلاق والدینش را بررسی و درباره آنها صحبت کند، و بفهمد چگونه اضطراب او بر روابط رمانتیک وی تأثیر گذاشته است.

گزارش‌های دکتر توبین: مانند خیلی از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، پیتر همیشه مانند یک «آدم نگران» احساس می‌کرد، اما اخیراً اضطراب او به خاطر واقعه استرس‌زایی تشدید شده بود: طلاق والدینش. به علاوه، بی‌خوابی او احتمالاً در مشکل تمرکز کردن که برای رعایت کردن معیارهای کار او ضروری بود، دخالت داشت. چون او تا این لحظه عملکرد خوبی در محل کار خود داشته، شاید احساس نمی‌کرده که اضطراب وی مشکل‌ساز بوده است. امکان دارد اضطراب او به علت فشار شدید و غذاکاری که همه افرادی که در زمینه شغلی پیتر کار می‌کنند با آن مواجه هستند، مورد توجه قرار نگرفته باشد. اما معلوم بود که پیتر خیلی بیشتر برای درمان مراجعه کرد، روشن بود که ناتوانی او در کنترل کردن نگرانی در مورد والدین و این اضطراب گذشته او موجب مشکلاتی شده بودند که در آن لحظه تشخیص داده نمی‌شدند. اختلال اضطراب فراگیر در خیلی از افرادی که به آن مبتلا هستند، هر چه طولانی‌تر بدون درمان رها شده باشد، بدتر می‌شود. خوشبختانه، دوست پیتر تشخیص داد که او تقلاً می‌کند و

فصل سوم

ارزیابی

۳-۱ ویژگی ارزیابی‌های روان‌شناختی

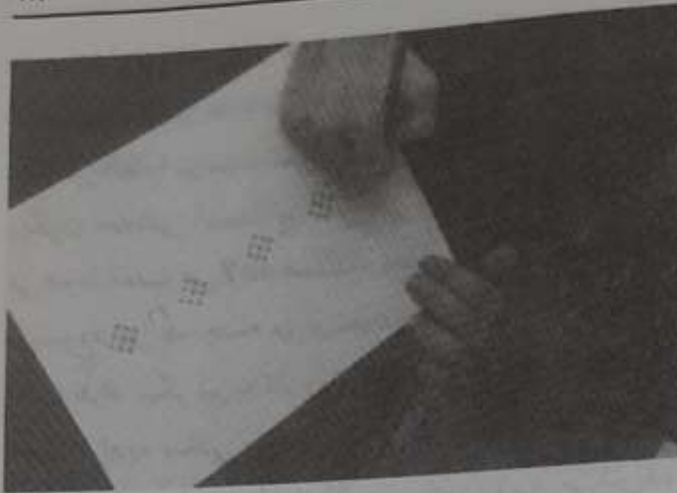
آسیب‌شناسی روانی

ارزیابی روان‌شناختی شیوه‌ای است که به موجب آن، متخصص بالینی عملکرد شناختی، شخصیت و روانی-اجتماعی فرد را ارزیابی رسمی می‌کند. همان‌گونه که در مورد بن خواهیم دید، معلوم شد که ارزیابی جامع، به آگاهی از ماهیت نشانه‌های او و رهنمودهای بالقوه برای درمان، ارزشمند است.

متخصصان بالینی تحت شرایط مختلف، ارزیابی را انجام می‌دهند. در خیلی از موارد، متخصصان بالینی از فرایند ارزیابی برای تشخیص دادن، یا حداقل تشخیص موقتی اختلال روانی فرد استفاده می‌کنند. با این حال، امکان دارد متخصصان بالینی به دلایل دیگری نیز از ارزیابی‌ها استفاده کنند. برای مثال، در ارزیابی‌های قانونی، متخصصان بالینی معلوم می‌کنند که آیا فرد مطون ملاک‌های شایسته بودن برای محاکمه در دادگاه را دارد. متخصصان بالینی ممکن است اطلاعاتی را نیز تأمین کنند که کارفرمایان بتوانند از آنها برای ارزیابی مناسب بودن فرد جهت شغل خاصی استفاده کنند. ارزیابی‌ها همچنین برای مواقعی مفید هستند که متخصصان بالینی در مورد سطح عملکرد فرد در زمینه خاصی مشورت کنند. خانم مسنی که دچار مشکلات حافظه شده، ممکن است جویای ارزیابی نوروسیکولوژیکی باشد تا معلوم شود آیا او اختلال شناختی دارد که به مداخله بیشتر نیاز داشته باشد.

در مورد بن، فرایند ارزیابی برای آگاهی یافتن از ماهیت نشانه‌های کنونی او اهمیت دارد. متخصص بالینی نقش بالقوه جراحت مغزی و آنچه را که ممکن است ظاهراً نشانه‌های نامربوط به تصادف قطار باشد، ارزیابی می‌کند. برنامه درمان فوری او و رشد روانی بلندمدت وی به نتیجه این ارزیابی بستگی خواهند داشت. دکتر توبین ارزیابی اولیه را انجام داد، و در نتیجه این ارزیابی، تصمیم گرفت بن را به نوروسیکولوژیست ارجاع دهد.

برای اینکه ارزیابی‌ها مفید باشند، متخصصان بالینی باید از معیارهایی تبعیت کنند که تضمین می‌کنند آنها نتایج بسیار دقیق و تجدید شدنی به بار می‌آورند. به عبارت دیگر، این ارزیابی‌ها باید صرف‌نظر از زمانی که ارایه شده‌اند، نتایج یکسانی به بار آورند، و فرد باید به مواد آزمون، به شیوه مشابه پاسخ بدهد. اعتبار آزمون بیانگر آن است که آزمون تا چه اندازه‌ای آنچه را که برای ارزیابی آن طراحی شده، ارزیابی می‌کند. آزمون هوش باید هوش، نه شخصیت را ارزیابی کند. متخصصان بالینی قبل از استفاده از آزمونی معین، باید از پایایی و اعتبار آن آگاه



◀ بیماری به عنوان بخشی از ارزیابی نوروبسیکولوژیکی، تکلیف دیداری - فضایی را انجام می‌دهد.

باشند، اطلاعاتی که به راحتی در نوشته منتشر شده دربارهٔ وسیلهٔ ارزیابی، در دسترس است.

این حرفه سعی می‌کند آزمون‌هایی را طراحی کند تا نتایجی که به بار می‌آورند، از

یک متخصص بالینی به متخصص بالینی دیگر تفاوت نداشته باشند. ملاک استاندارد کردن به روشنی دستورالعمل‌های آزمون را برای اجرا و نمره‌گذاری مشخص می‌کند. هر فردی که آزمون را دریافت می‌کند باید مقدار زمان یکسان داشته باشد، و هر فردی که آن آزمون را نمره‌گذاری می‌کند، باید مطابق با ملاک‌های یکسان از پیش تعیین شده، این کار را به شیوهٔ یکسان انجام دهد. علاوه بر این، نمرهٔ معینی که یک نفر در آزمون می‌گیرد، باید معنی روشنی داشته باشد. در حالت ایده‌آل، طراحان آزمون در مورد اینکه نمرات آزمودنی را با چه چیزی مقایسه کنند، به قدر کافی بحث و جدل کرده‌اند.

علاوه بر تعیین کردن پایایی و اعتبار آزمون، به حساب آوردن قابلیت کاربرد آنها در مورد آزمودنی‌هایی که پیشینه‌های مختلف دارند، اهمیت دارد. ناشران آزمون به‌طور فزاینده‌ای مقیاس‌های خود را از لحاظ سطح توانایی، زبان اول، زمینهٔ فرهنگی، و سن، برای استفاده در مورد افراد گوناگون طراحی می‌کنند. برای مثال، امکان دارد متخصصان بالینی نیاز داشته باشند ابزارهای ارزیابی را برای به کار بردن در مورد افراد مسنی که آرتروز دارند سازگار کنند که ممکن است به چاپ بزرگتر، زمان‌بندی کندتر، یا دستورالعمل‌های نگارش خاص نیاز داشته باشند. با وجود این، متخصصان بالینی باید اطمینان یابند که مناسب‌ترین ابزار را برای درمانجوی معینی به کار می‌برند.

متخصصان بالینی هنگام تعبیر کردن نتایج آزمون، باید اطمینان یابند که به دام به اصطلاح

«اثر بارنوم»^۱ می‌تواند این اثر از صاحب سیرک مشهور اقتباس شده و منظور از آن گرایش متخصصان بالینی به بیان کردن اظهارات کلی و مبهم در مورد درمانجویان‌شان است که به‌طور مشخص آنها را توصیف نمی‌کنند. این نمونه‌ای است از اظهار اثر بارنوم: «جولیا اغلب در حضور دیگران خجالتی است، اما گاهی می‌تواند بسیار معاشرتی باشد. وقتی با چالشی مواجه می‌شود، اغلب می‌تواند عملکرد خیلی خوبی داشته باشد، ولی گاهی عصبی و مرعوب می‌شود». این دو جمله می‌توانند در مورد جولیا کاربرد داشته باشند، ولی می‌توانند در مورد اغلب افراد دیگر نیز به کار روند. بنابراین، چیز خاصی در مورد جولیا نمی‌گویند. علاوه بر این، اغلب افراد به سختی می‌توانند با این بازخورد مخالفت کنند. شما به احتمال زیاد با اثر بارنوم در موقعیت‌هایی نظیر خواندن طالع‌بینی خود روبرو می‌شوید، که به قدری کلی نوشته شده‌اند که می‌توانند در مورد هر کسی صدق کنند. اینها موقعیت‌های نسبتاً بی‌ضرر هستند، مگر اینکه تصمیم گرفته باشید بر مبنای چنین پیشگویی نامطمئن، مقدار زیادی پول سرمایه‌گذاری کنید. در موقعیت بالینی، مشکل این است که اینگونه اظهارات چندان آگاهی بخش یا بیانگر نیستند و به فرایند ارزیابی کمک نمی‌کنند.

متخصصان بالینی باید رابطه خود را با نوشته‌ها حفظ کنند تا اطمینان یابند از بهترین روش‌های ارزیابی ممکن استفاده می‌کنند. ارزیابی مبتنی بر شواهد شامل این موارد می‌شود: (۱) اتکا بر یافته‌های پژوهشی و نظریه‌هایی که از لحاظ علمی پذیرفتنی هستند؛ (۲) استفاده از مقیاس‌هایی که از لحاظ روان‌سنجی نیرومند هستند؛ و (۳) ارزیابی کردن تجربی فرایند ارزیابی (هانسلی و مش، ۲۰۰۷). متخصصان بالینی با پیروی کردن از این رهنمودها، اطمینان می‌یابند که درمانجویان خود را با استفاده از رایج‌ترین و مناسب‌ترین مواد ارزیابی می‌کنند. برای مثال، یک متخصص بالینی کارآزموده ممکن است استفاده از روش‌های ارزیابی را ترجیح دهد که در دوره کارشناسی ارشد و بالاتر از آنها آگاه شده است، اما او همواره باید نسبت به روش‌های جدیدتر که بر تکنولوژی یا پژوهش تازه‌تر استوار هستند، هوشیار باشد. بر طبق ملاک (۳)، او باید روش‌های ارزیابی داشته باشد تا این موضوع را بررسی کند که آیا ارزیابی‌های او اطلاعات مفیدی را در مورد درمانجویان وی فراهم می‌آورند.

برای مثال، موردی از یک ارزیابی را در نظر بگیرید که حکایت دارد درمانجویی دچار

1. Barnum Effect

نشانه‌های افسردگی قابل ملاحظه است، هرچند که او برای آنچه حملات اضطراب توصیف می‌کند، درخواست کمک کرده است. متخصص بالینی با پیروی از ملاک‌های ارزیابی مبتنی بر شواهد، معلوم خواهد کرد که آیا ابزار یا ابزارهایی که او برای دادن تشخیص استفاده کرده است، مشخصات دقیقی از نشانه‌های درمانجو را هنگامی که در طول دوره درمان آشکار می‌شوند، ارائه می‌دهد. همچنین در مورد بن، متخصص بالینی باید یافته‌های به دست آمده از ارزیابی نوروسیکولوژیکی را از طریق به دست آوردن مقیاس‌های متعدد برای ارزیابی جراحات مغزی احتمالی، تأیید کند.

۳-۲ مصاحبه بالینی

متخصصان بالینی معمولاً ارزیابی خود را با مصاحبه بالینی آغاز می‌کنند، یک رشته سؤالات که در تعامل رو در رو با درمانجو می‌پرسند. پاسخ‌هایی که درمانجویان به این سؤالات می‌دهند، اطلاعات زمینه مهمی را درباره آنها در اختیار می‌گذارند، به آنها امکان می‌دهند تا نشانه‌های خود را توصیف کنند، و متخصصان بالینی را قادر می‌سازند تا درمانجویان خود را مشاهده کنند و این، تصمیمات درباره مراحل بعدی را هدایت می‌کند که ممکن است آزمون بیشتر را شامل شوند. نوع نه‌چندان رسمی مصاحبه بالینی، مصاحبه بی‌ساخت^۱ است، که از یک رشته سؤالات بازپاسخ در مورد نشانه‌ها، وضع سلامت، زمینه خانوادگی، تاریخچه زندگی، و دلایل کمک‌خواهی درمانجو تشکیل می‌شود. متخصص بالینی علاوه بر توجه کردن به پاسخ‌های داده شده به این سؤالات، زبان بدن درمانجو را نیز مشاهده می‌کند. متخصص بالینی با توجه کردن به علائم غیرکلامی درمانجو، می‌تواند از اینکه آیا درمانجو برای مثال، دستخوش اضطراب شده، مشکلات توجه دارد، مایل به همکاری نیست، یا نگرانی زیادی در مورد آزمون دارد، آگاه شود. متخصص بالینی همچنین از علائم ناشی از ظاهر درمانجو استفاده می‌کند که به نشانه‌ها، حالت هیجانی، یا مشکلات میان‌فردی او اشارات بیشتری دارند. مصاحبه بالینی معمول که این زمینه‌ها را در بر می‌گیرد، در جدول ۳-۲ به‌طور خلاصه منظور شده است. متخصص بالینی می‌تواند ترتیب سؤالات و جمله‌بندی دقیقی را که برای کسب این اطلاعات مورد استفاده قرار می‌دهد، تغییر دهد.

1. unstructured interview

جدول ۳-۲ زمینه‌هایی که مصاحبه بالینی در بر دارد

موضوع	هدف
سن و جنسیت	اطلاعات جمعیت شناسی اساسی را به دست آورید.
دلیل مراجعه	دلیل درمانجو را برای درخواست درمان، به زبان خودش بشنوید.
سابقه تحصیلی و شغلی	از جایگاه اجتماعی - اقتصادی آگاه شوید و معلوم کنید که آیا درمانجو هنوز کار می‌کند.
موقعیت اجتماعی کنونی	معلوم کنید که آیا درمانجو در حال حاضر روابطی دارد و چقدر حمایت اجتماعی به صورت بالقوه وجود دارد.
سابقه سلامت جسمانی و روانی	معلوم کنید که آیا درمانجو هرگونه بیماری جسمانی دارد و آیا اخیراً تغییری در سلامت او وجود داشته است.
	در مورد مشکل موجود جويا شوید، از جمله تشخیص‌ها و درمان‌های گذشته و اینکه آیا درمان مفید بوده است یا خیر.
مصرف مواد مخدر / الکل و داروی کنونی	معلوم کنید که آیا درمانجو داروهای روان‌گردان (از جمله الکل و کافئین) مصرف می‌کند. فهرستی از داروها به دست آورید تا از تعامل‌های بالقوه با هرگونه مداخله‌های روانی - دارویی اجتناب شود.
تاریخچه خانوادگی	معلوم کنید که آیا خانواده درمانجو اختلالات جسمانی و روانی دارد، مخصوصاً هرگونه ارتباط یا نشانه‌های کنونی درمانجو.
مشاهدات رفتاری	به رفتارها، از جمله رفتارهای غیرکلامی توجه کنید که نشان می‌دهند آیا درمانجو دستخوش اضطراب یا تغییر خلق شده است. همچنین توجه کنید که آیا به نظر می‌رسد که درمانجو مشکلاتی را در توجه یا پیروی تجربه می‌کند. سعی کنید وضع روانی درمانجو را معلوم کنید. ظاهر درمانجو را با سن بیان شده مقایسه کنید. معلوم کنید که آیا درمانجو تشخیص موقعیت زمانی، مکانی و شخصی دارد. هرگونه رفتارهای حرکتی غیرعادی را مشاهده کنید.

در مورد بن، مصاحبه بالینی که دکتر توین انجام داد، اطلاعات مهمی را درباره سابقه او از جمله زمینه تحصیلی و شغلی، به علاوه سابقه رابطه او در بر داشت. او معلوم کرد که قبل از این تصادف، او از معاشرت با دیگران لذت می‌برد، بنابراین، انزوای کنونی او تغییری نسبت به الگوی قبلی عملکرد اجتماعی وی است.

دکتر واشنگتن از مصاحبه بالینی خود با بن اطلاعات مشروح‌تری به دست آورد. بعد از سؤال کردن بیشتر در مورد نشانه‌ها، بن اظهار داشت که مشکل تمرکز کردن دارد، اما نشانه

اصلی او وقوع «افکار بسیار عجیب و غریب» است که برای او خیلی دردسر ایجاد کرده است. به بیان دقیق‌تر، او از ترک کردن آپارتمان خود خیلی می‌ترسد، زیرا تصور می‌کند پلیس او را به عنوان تنبیه برای «کاری که انجام داده»، دستگیر خواهد کرد. او نگران است که دیگران وی را به خاطر کشتن مردم در تصادف سرزنش کنند و اینکه اگر به محل کار برگردد، مسافران به او حمله خواهند کرد، که خود مایه نگرانی او بود. او می‌گوید روزی چند ساعت را صرف نگرانی در مورد عواقب این تصادف می‌کند و گاهی صداهای اتهام‌آمیز می‌شنود که او را به خاطر صدمه زدن به مردم سرزنش می‌کنند و به او می‌گویند که «هیولا» است. او گفت که این صداها را فقط چند بار در چهار هفته گذشته شنیده است. با این حال، به طوری که دکتر توپین مطلع شد، هیچ کس در این تصادف صدمه ندیده بود.

گرچه بن گزارش می‌دهد که در مورد مشکلات روانی اخیر خود احساس ناراحتی می‌کند، اما اظهار می‌دارد که در مورد صدمه زدن به خود یا خودکشی هیچ افکاری ندارد. بن همچنین گزارش داد که از زمان تصادف به بعد، نتوانسته است حتی یک شب را کاملاً بخوابد. گاهی او قادر نیست به خواب رود، و وقتی به خواب می‌رود، کابوس‌های مکرر در مورد تصادف، او را بیدار می‌کنند، و احساس می‌کند کسانی که تصور می‌کند در این تصادف کشته است، «دست از سر او بر نمی‌دارند».

بن گفت که اگرچه در مورد آنچه اخیراً تجربه کرده نگران است، اما خیلی خجالت می‌کشد که در مورد آن با کسی صحبت کند، و نگران است که «دیوانه شود». چون او زمانی را با دوستان یا خانواده سپری نکرده بود، و به محل کار نرفته بود، افراد در زندگی او از میزان مشکلات روانی وی بعد از این تصادف خبر نداشتند. بن بعد از این تصادف، دو هفته مرخصی گرفته بود و از آن زمان به بعد او را احضار نکرده بودند. وقتی آزمودن روانی به بن پیشنهاد شد، گفت که امیدوار است این آزمون به روشن شدن ماهیت نشانه‌های مشکل‌ساز او کمک کند.

همان‌گونه که مشاهده می‌کنید، مصاحبه بالینی به علت اطلاعاتی که در مورد نشانه‌های کنونی، سابقه، و موجود بودن حمایت اجتماعی درمانجو فراهم می‌کند، مرحله اصلی در فرایند تشخیص است. علاوه بر این، دکتر واشنگتن از مصاحبه به عنوان فرصتی برای برقرار کردن رابطه با بن استفاده کرد. متخصص بالینی طی مدت ۳۰ تا ۴۵ دقیقه مصاحبه، باید به درمانجو کمک نماید تا حد امکان احساس آرامش کند. چون درمانجو اطلاعات بسیار خصوصی ارایه می‌دهد، متخصص بالینی سعی می‌کند سؤال‌هایی از درمانجو پرسد که محترمانه باشند اما در

عین حال حقیقت امر را برسانند. مصاحبه بالینی از این نظر، یک گفتگوی معمولی نیست. برخلاف مصاحبه بالینی، مصاحبه ساخت‌دار^۱ سوالات استاندارد شده تأمین می‌کند که برای تمام درمانجویان جمله‌بندی یکسان دارند. مصاحبه ساخت‌دار می‌تواند تشخیصی را مقرر کند که درمان بر مبنای آن استوار شود یا نشانه‌های درمانجو را مطابق با اختلال DSM طبقه‌بندی کند. یکی از مصاحبه‌های بالینی که وسیعاً مورد استفاده قرار گرفته، مصاحبه بالینی ساخت‌دار برای اختلالات DSM-IV^۲ است که در جدول ۳-۳ ارائه شده است. با اینکه در این عنوان از کلمه «ساخت‌دار» استفاده شده، اما متخصصان بالینی که SCID را اجرا می‌کنند، جمله‌بندی و ترتیب سوالات را تغییر می‌دهند تا با فرد خاصی که آزمایش می‌کنند، تطبیق یابند. متخصصان بالینی از SCID-I برای تشخیص‌های محور I و از SCID-II برای تشخیص‌های محور II استفاده می‌کنند. هر دو SCID طوری طراحی شده‌اند که متخصص بالینی بتواند آنها را با پاسخ‌های مصاحبه‌شونده خاص سازگار کند. سوالات به شکل استاندارد جمله‌بندی شده‌اند، اما مصاحبه‌گر بر مبنای پاسخ‌های درمانجو به سوالات قبلی، تصمیم می‌گیرد کدام سوالات را پرسد. برای مثال، اگر درمانجویی بگوید که نشانه‌های اضطراب را تجربه می‌کند، مصاحبه‌گر با سوالات خاص در مورد این نشانه‌ها پیگیری می‌کند. اگر درمانجو بگوید که دستخوش نشانه‌های اضطراب است، مصاحبه‌گر فقط سوالات پیگیری می‌پرسد. اگر او بگوید که نشانه‌های متفاوت، مانند خلق افسرده داشته است، در این صورت سوالات پیگیری در مورد خلق او بیشتر تحقیق خواهند کرد (فرست و جیون، ۲۰۰۴). اجرا کردن SCID-I بسته به پیچیدگی نشانه‌های درمانجو، ۴۵ تا ۹۰ دقیقه طول می‌کشد.

امتیاز مصاحبه ساخت‌دار این است که رویکرد منظمی است و در مقایسه با مصاحبه بی‌ساخت، از یک متخصص بالینی به متخصص بالینی دیگر کمتر در معرض تغییر قرار دارد. علاوه بر این، هر کسی که آموزش مناسب دیده باشد می‌تواند SCID را اجرا کند و لزومی ندارد که متخصص بهداشت روانی مجاز باشد. این ارزش عملی دارد، زیرا درمانجویان می‌توانند قبل از شروع دوره درمان‌شان، بررسی مقدماتی شوند. از این گذشته، نوع پژوهشی SCID وجود دارد که متخصصان می‌توانند از آن برای تأمین کردن اطلاعات تشخیصی منظم در تحقیقات مختلف استفاده کنند. پژوهشگران می‌توانند احساس اطمینان کنند که تشخیص مبتنی بر SCID

1. structured interview

2. Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders (SCID)

جدول ۳-۳ نمونه‌هایی از سؤالات SCID برای دوره‌افسردگی اساسی کنونی

دوره‌افسردگی اساسی کنونی	ملاحظات دوره‌افسردگی اساسی
اکنون می‌خواهم چند سؤال بیشتر در مورد خلق شما ببرسم	۸. پنج (یا تعداد بیشتری) از نشانه‌های زیر طی مدت دو هفته واحد وجود داشته‌اند و تغییر نسبت به عملکرد قبلی را نشان می‌دهند: حداقل یکی از نشانه‌ها (۱) خلق افسرده، یا (۲) بی‌علاقگی یا فقدان لذت است.
در ماه گذشته ...	
مدت زمانی وجود داشته است که شما در بخش عمده‌ای از روز، تقریباً هر روز احساس می‌کردید افسرده یا غمگین هستید؟ (این حالت چگونه بود؟)	(۱) خلق افسرده در بخش عمده‌ای از روز، تقریباً هر روز به صورتی که با گزارش ذهنی (مثلاً احساس غمگینی یا بوی می‌کند) یا مشاهده دیگران (مثلاً گریان به نظر می‌رسد) مشخص می‌شود.
اگر پاسخ مثبت است: چه مدت ادامه داشت؟ (به مدت دو هفته؟)	
در مورد از دست دادن علاقه یا لذت به چیزهایی که معمولاً از آنها لذت می‌بردید چه نظری دارید؟	(۲) کاهش علاقه یا لذت محسوس در تمام، یا تقریباً تمام فعالیت‌ها در بخش عمده‌ای از روز، تقریباً هر روز (به صورتی که با گزارش ذهنی یا مشاهده دیگران مشخص می‌شود).
اگر پاسخ مثبت است: آیا تقریباً هر روز بود؟ چه مدت ادامه داشت؟ (به مدت دو هفته؟)	
	توجه: هنگام ارزیابی موارد زیر، اگر ناشی از بیماری جسمانی عمومی، یا ناشی از هذیان‌ها یا توهمات ناهمخوان با خلق باشد، «۱» را کدگذاری کنید.

اختلال خلقی، صرف‌نظر از اینکه چه کسی تحقیق را انجام داده باشد، معنی یکسانی دارد. اکنون SCID برای DSM-5 در دست تهیه است.

۳-۳ معاینه وضع روانی

متخصص بالینی برای ارزیابی حالت ذهنی کنونی درمانجو از معاینه وضع روانی^۱ استفاده می‌کند. متخصص بالینی هنگام اجرا کردن معاینه وضع روانی، چند ویژگی درمانجو، از جمله

1. mental status examination

ظاهر، نگرش‌ها، رفتار، خلق و عاطفه، گفتار، فرایندهای فکر، محتوای فکر، ادراک، شناخت، بینش، و قضاوت را ارزیابی می‌کند. نتیجه معاینه وضع روانی، شرح جامعی است از اینکه درمانجو چگونه به نظر می‌رسد، و چگونه فکر، احساس، یا رفتار می‌کند.

معاینه حالت روانی - مینی (MMSE)^۱ ابزار ساخت داری است که متخصصان بالینی از آن به عنوان ابزار سرند کردن برای ارزیابی زوال عقل استفاده می‌کنند. متخصص بالینی مجموعه‌ای از تکالیف حافظه کوتاه مدت را اجرا می‌کند و نمرات درمانجو را با هنجارهای تعیین شده مقایسه می‌نماید. اگر درمانجو زیر نقطه برش^۲ خاص نمره بگیرد، در این صورت متخصص بالینی می‌تواند (و باید) آزمودن عمیق‌تر احتمال اختلالات شناختی را ادامه دهد.

در مورد بن، دکتر واشنگتن متوجه شد که او هنگام مصاحبه، حالت ذهنی تغییر یافته ندارد. او به موقع رسید و کاملاً تشخیص موقعیت داشت. گفتار مکالمه‌ای او از لحاظ لحن، ریتم، تن، سرعت، و واج شناسی، طبیعی بود. متخصص بالینی متوجه شد که زبان دریافتی^۳ او سالم به نظر می‌رسد، و قادر بود دستورالعمل‌های آزمون را بفهمد. با این حال، ظاهر کلی او آشفته بود (یعنی، لباس او چروک خورده بود و اصلاح نکرده بود). عاطفه او مناسب بود، بدین معنی که حالت هیجانی ظاهری او با آنچه در این موقعیت انتظار می‌رفت، مطابقت داشت، هر چند که او هنگام اجرای آزمونی که آن را دشوار می‌دانست و در نتیجه ناکام شده بود، قدری شوخی کرد. اما در مجموع، او در طول مرحله آزمودن با آزماینده همکاری کرد و به نظر می‌رسید که به آزمون‌ها علاقه دارد. دکتر واشنگتن تصمیم گرفت معاینه رسمی وضع روانی را اجرا نکند. در عوض، او مستقیماً به سراغ آزمودن نوروسیکولوژیکی و شخصیت رفت.

۳-۴ هوش آزمایی

حرفه‌های متعددی (مثل بهداشت روانی، دانشگاه و مدرسه، تجارت، مؤسسات دولتی) از آزمون‌های هوش برای انواع ارزیابی‌ها، از جمله ارزیابی شناختی کلی، تشخیص ناتوانی‌های یادگیری، تعیین سرآمدی یا عقب ماندگی ذهنی، و پیش‌بینی پیشرفت تحصیلی در آینده، استفاده می‌کنند. متخصصان نیز گاهی در تشخیص اختلالات عصبی و روان‌پزشکی از آزمون‌های هوش استفاده می‌کنند که در چنین مواردی، این آزمون‌ها مؤلفه‌هایی از روش

2. cutoff point

1. Mini-Mental State Examination

3. receptive language

ارزیابی جامع‌تر هستند. سرانجام اینکه، دپارتمان‌های منابع انسانی اغلب هنگام گزینش کارمند از آزمون‌های هوش استفاده می‌کنند تا استعداد کارمند را برای عمل کردن در شرایط خاص، ارزیابی کنند.

متخصصان بالینی، از طریق هوش‌آزمایی می‌توانند نمرات استاندارد شده‌ای را به دست آورند که به آنها امکان می‌دهند تا قوت‌ها و ضعف‌های درمانجویان خود را ارزیابی کنند. رایج‌ترین آزمون‌های هوش که در محیط‌های بالینی استفاده می‌شوند بر مبنای تک به تک استوار هستند که نظر جامعی را در مورد توانایی‌های درمانجو در انجام دادن دامنه‌ای از تکالیف ادراکی، حافظه، استدلال، و سرعت فراهم می‌آورند.

آزمون هوش استنفورد-بینه

آزمون هوش استنفورد-بینه^۱ که اولین بار در اوایل دهه ۱۹۰۰ ساخته شد، اکنون در حالت ویراست پنجم است که به استنفورد-بینه ۵ (SB5) معروف است. کودکانی که این آزمون را انجام می‌دهند، نمره هوشبهر انحرافی (IQ)^۲ دریافت می‌کنند که با تبدیل کردن نمرات خام به نمرات استاندارد محاسبه می‌شود که نشان می‌دهد کودک در رابطه با افراد دیگری که سن و جنسیت مشابه دارند، در کجا قرار دارد. نمره میانگین هوشبهر انحرافی ۱۰۰ با انحراف استاندارد ۱۵ تعیین شده است. اگر کودکی نمره SB5 ۱۱۵ بگیرد، این به معنی آن است که او بالای هوشبهر ۶۸ درصد جمعیت قرار دارد.

SB5 علاوه بر اینکه نمره هوشبهر کلی در اختیار می‌گذارد، نمراتی را در مقیاس‌هایی به نام استدلال سیال، دانش، استدلال کمی، استدلال دیداری-فضایی، و حافظه کوتاه‌مدت فراهم می‌آورد (جدول ۳-۴). این مقیاس‌ها قصد دارند آگاهی بیشتری را در مورد نقاط قوت و ضعف کودک تأمین کنند که لزوماً نمره هوشبهر کلی آنها را نمی‌رساند.

مقیاس‌های هوش وکسلر

اولین آزمون فردی جامع که پژوهشگران منحصراً برای اندازه‌گیری هوش بزرگسال ساختند، مقیاس هوش بزرگسال وکسلر (WAIS)^۳ بود. WAIS که ابتدا در سال ۱۹۳۹ توسط دیوید

1. Stanford-Binet Intelligence Test

2. deviation intelligence score

3. Wechsler Adult Intelligence Scale

جدول ۳-۴ انواع توانایی‌ها که توسط آزمون هوش استنفورد - بینه ۵ ارزیابی می‌شوند

مقیاس	تعریف	مثال
استدلال سیال	توانایی حل کردن مسایل تازه	قطعه‌های تصویر را در گروه‌های سه‌تایی دسته‌بندی کنید
دانش	موجودی انباشته اطلاعات عمومی	نشان دهید عمل خاصی چگونه انجام می‌شود
استدلال کتی	توانایی حل کردن مسایل با مفاهیم عددی یا شمارش	مجموعه‌ای از ارقام را بشمارید
استدلال دیداری - فضایی	توانایی تحلیل کردن روابط فضایی و مفاهیم هندسی	شکل‌های شبه‌معمار کنار هم بچینید
حافظه کوتاه‌مدت	توانایی اندوختن، تبدیل کردن، و بازیابی اطلاعات در حافظه کوتاه‌مدت	زنجیره‌ای از ضربه‌ها را یادآوری کنید

وکسلر با عنوان وکسلر-بلوو^۱ ساخته شد، اولین بار در سال ۱۹۵۵ منتشر شد و اکنون در حالت ویراست چهارم آن است (WAIS-IV) (دی. وکسلر، ۲۰۰۸). پژوهشگران بعداً بر مبنای قالب‌بندی مشابه با مقیاس‌های بزرگسال، آزمون‌های موازی برای کودکان ساختند. آزمون‌هایی که اکنون به کار می‌روند عبارتند از مقیاس هوش وکسلر برای کودکان - ویراست چهارم (WISC-IV) و مقیاس هوش وکسلر برای دوره پیش‌دبستانی و دبستانی - ویراست سوم (WPPSI-III) (دی. وکسلر، ۲۰۰۲).

وکسلر در اصل می‌خواست ابزاری برای استفاده در محیط‌های بالینی، نه فقط مدارس، بسازد. او همچنین معتقد بود که منظور کردن آزمون‌های کلامی و غیرکلامی اهمیت دارد. او در آغاز این دو طبقه را «کلامی» و «عملکردی» نامید. متخصصان بالینی به مدت چندین سال، نمرات WAIS را برحسب این دو طبقه خرده آزمون گزارش می‌دادند. اما به مرور زمان معلوم شد که این دو نمره طبقه‌ای، پیچیدگی کامل عملکرد عقلانی را به‌طور مناسبی انتقال نمی‌دهند. بنابراین، WAIS-III در سال ۲۰۰۸ به‌طور قابل ملاحظه‌ای اصلاح شد تا به WAIS-IV تبدیل

شود که اکنون آزمون‌های جدید و نظام نمره‌گذاری متفاوتی را شامل می‌شود. WAIS-IV مانند پیشینیان آن و SB5 بر مبنای میانگین ۱۰۰ هنجاریابی شده بر اساس سن، و انحراف استاندارد ۱۵، نمره هوشبهر کلی ایجاد می‌کند. با این حال، مقیاس کامل هوش به اندازه نمرات در درک کلامی، استدلال ادراکی، حافظه کوتاه‌مدت، و سرعت پردازش برای مقاصد بالینی مفید نیست (جدول ۳-۵). هدف WAIS-IV این است که به متخصصان بالینی امکان داده شود تا عملکرد شناختی درمانجو را در این ابعاد اصلی، عمیق‌تر بررسی کنند.

شما می‌توانید نمرات به دست آمده از WAIS-IV را به صورتی در نظر بگیرید که یک مثلث را تشکیل می‌دهند (شکل ۳-۱). مقیاس کامل هوش در نوک قرار دارد که عملکرد شناختی کلی را منعکس می‌کند و بهترین پیش‌بینی‌کننده عملکرد تحصیلی بر اساس WAIS-IV است. در زیر نمره مقیاس کامل هوش، چهار نمره شاخص مشاهده می‌شوند. شاخص درک کلامی، دانش اکتسابی و مهارت‌های استدلال کلامی را ارزیابی می‌کند. شاخص استدلال ادراکی، استدلال دیداری-فضایی و سیال را اندازه‌گیری می‌کند. شاخص حافظه کوتاه‌مدت، گنجایش نگهداشتن و پردازش اطلاعات در حافظه را اندازه‌گیری می‌کند. شاخص سرعت پردازش، توانایی پردازش کردن سریع اطلاعات غیرکلامی را اندازه‌گیری می‌کند. متخصصان بالینی غیر از تعبیر کردن نمرات شاخص، فرضیه‌هایی را درباره عملکرد شخص بر اساس تعبیر مجموعه‌های بالینی ارایه می‌دهند که از ترکیبات مختلف نمرات خرده مقیاس فرد تشکیل شده‌اند.

چون WAIS-IV به صورت فردی داده می‌شود، متخصصان بالینی فرصت‌های زیادی برای مشاهده کردن رفتار آزمون‌شونده در طول آزمون دارند، و احتمالاً به عنوان مکملی برای نمرات آزمون، اطلاعات تشخیصی ارزشمندی کسب می‌کنند. در واقع، دستورالعمل‌ها برای نمره‌گذاری WAIS-IV توصیه‌هایی را برای آزماینده شامل می‌شوند که مشاهدات رفتاری نظیر فصاحت فرد در زبان انگلیسی؛ ظاهر جسمانی؛ مشکلاتی در رابطه با بینایی، شنوایی، یا رفتار حرکتی؛ مشکلاتی در رابطه با توجه و تمرکز؛ انگیزش برای آزمودن؛ و هرگونه رفتار غیرعادی که آزمون‌شونده نشان می‌دهد را در بر دارد.

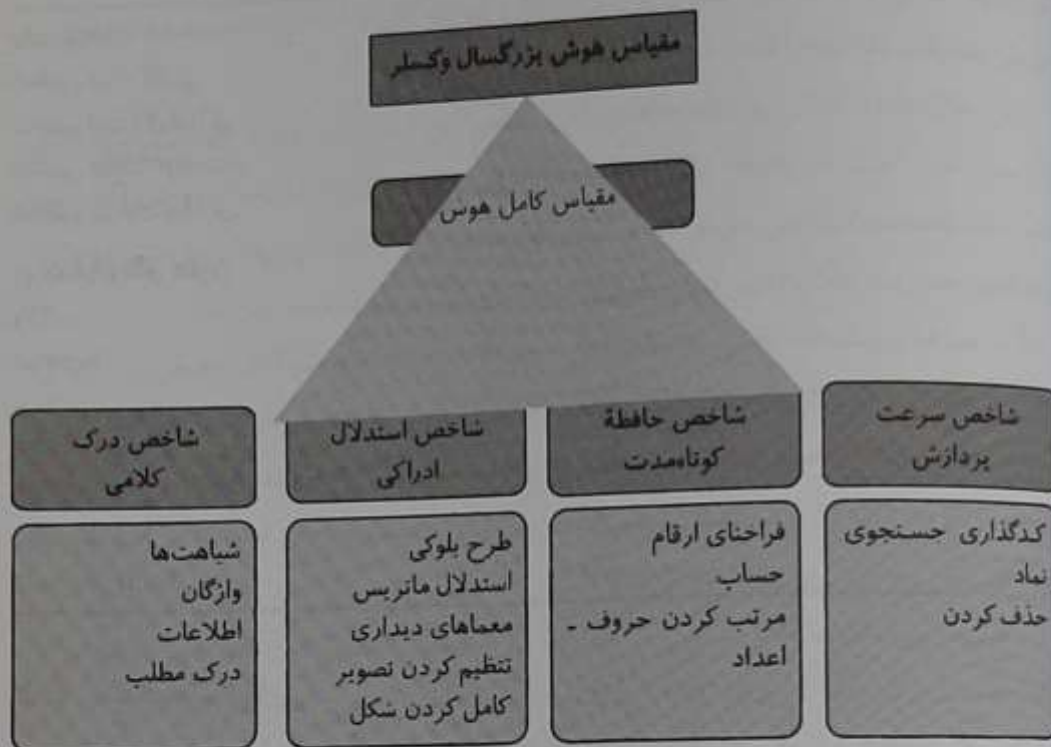
جدول ۳-۶ عملکرد بن را در WAIS-IV نشان می‌دهد. مقیاس کامل هوشبهر بن ۱۱۵ بود، که نشان می‌دهد او سطح عملکرد بالای متوسط دارد (بالاتر از ۶۸ درصد جمعیت). با این حال، اگر به الگوی کامل نمرات او نگاه کنید، متوجه خواهید شد که بن در این نمرات شاخص که مقیاس کامل هوشبهر او را تشکیل می‌دهد، تغییرپذیری زیادی را نشان داده است. این نوع

جدول ۳.۵ مقیاس‌های آزمون هوش بزرگسال وکسلر - ۴ (WAIS-IV)

مقیاس	آزمون‌ها	نوع ماده
درک کلامی	واژگان اطلاعات	کلمه «یشکه» را تعریف کنید یک ساعت چند دقیقه دارد؟
دانش	درک مطلب شبهات‌ها	چرا گیاهان به آب نیاز دارند؟ فیل و گریه چه شباهتی به هم دارند؟
استدلال ادراکی	استدلال ماتریس	کدام طرح به لحاظ منطقی از یک رشته الگو تبعیت می‌کند؟
	معمای دیداری	مجموعه‌ای از مکعب‌های چوبی را طوری بچینید که طرحی را تولید کنند
	طرح بلوکی تکمیل تصویر	بگویید در تصویر شیء رایجی چه چیزی حذف شده است
حافظه کوتاه‌مدت	فراختای ارقام پیش‌رونده	مجموعه‌هایی از اعداد را به ترتیب رو به جلو یادآوری کنید
	فراختای ارقام وارونه	مجموعه‌هایی از اعداد را به ترتیب وارونه یادآوری کنید
	ترتیب‌دهی حروف - عدد	مجموعه‌ای از اعداد را از کوچکترین تا بزرگترین یادآوری کنید
		مجموعه‌ای از حروف و اعداد مختلط را از بزرگترین تا کوچکترین یادآوری کنید
سرعت پردازش	جستجوی نماد کدگذاری	اعدادی را کمی کنید که با نمادهای موجود در خانه‌ها مطابقت داشته باشند

تغییرپذیری بیانگر آن است که بن دامنه وسیعی از توانایی‌های شناختی دارد. برای متخصص بالینی قابل توجه بود که نمره سرعت پردازش بن پایین بود (بالتر از فقط ۴۰ درصد جمعیت). این حکایت دارد که بن با درک الگوها و محرک‌های دیداری مشکل دارد، مخصوصاً زمانی که سرعت یک عامل باشد. این نمره آزمون پایین، در حالی که او با توجه به شغل خود باید عملکرد خوبی داشته باشد، حکایت دارد که ممکن است مناطقی از مغز که در پردازش اطلاعات فضایی دخالت دارند، صدمه دیده باشند.

در حالی که دکتر واشنگتن WAIS-IV را اجرا می‌کرد، رفتارهای بن را با دقت یادداشت



می نمود، که بیشتر به جزئیات تصویر ارایه شده توسط نمرات آزمون می پرداخت. بن چند بار در طول جلسه آزمون اظهار داشت که «آنها ابتدا اعتماد به نفس کاذب به شما می دهند»، که وقتی آزمون دشوارتر می شد، به ناکامی او اشاره داشت. بن با وجود ناکامی، مصمم بود که این آزمون را کامل کند. برای مثال، او برای کامل کردن ماده طرح بلوکی تقریباً شش دقیقه طول داد و سرانجام گفت «این بی معنی است - بلوک های کافی وجود ندارند». بن در خرده آزمون استدلال ماتریس، تقریباً یک دقیقه برای هر پاسخ تا انتهای تکلیف طول داد. در حالی که او مشغول انجام دادن خرده آزمون تنظیم کردن شکل بود، در مورد شکل های موجود در کتاب محرک اظهار نظر کرد. هنگامی که آزمون ها در انتهای جلسه آزمون دشوارتر شدند، بن بی قرار به نظر می رسید و با انگشتان خود روی پاهایش ضربه می زد. بن در تکالیفی که به پاسخ های کلامی نیاز داشتند، شرح و تفصیل زیادی داد و وقتی آزمونی به پاسخ کوتاه تر نیاز داشت، گاهی با صدای آواز پاسخ می داد.

جدول ۳-۶ نمرات WAIS-IV بن

۱۱۵	مقیاس کامل ^۱
۱۳۲	شاخص درک کلامی
۱۰۷	شاخص استدلال ادراکی
۱۱۱	شاخص حافظه کوتاه‌مدت
۹۷	شاخص سرعت پردازش
خرده‌مقیاس‌های منفرد:	
۱۵	تکمیل تصویر:
۱۲	واژگان:
۱۷	کدگذاری:
۷	شباهت‌ها:
۱۳	طرح بلوکی:
۱۰	حساب:
۱۱	استدلال ماتریس:
۱۴	فراختای ارقام:
۱۴	اطلاعات:
۱۲	جستجوی نماد:
۱۸	درک مطلب:
۱۳	تنظیم کردن شکل:
۱۰	زنجیره حروف - اعداد:
۱۲	حذف کردن:

۳-۵ شخصیت‌آزمایی

متخصصان بالینی برای آگاهی از افکار، رفتارها، و هیجانات فرد از آزمون‌های شخصیت استفاده می‌کنند. دو نوع آزمون شخصیت وجود دارد: خودسنجی و فراقکن. این آزمون‌ها از نظر ماهیت مواد و شیوه‌ای که نمره‌گذاری می‌شوند، تفاوت دارند.

آزمون‌های خودسنجی

پرسشنامه بالینی خودسنجی^۱ حاوی سؤالات استاندارد شده با طبقات پاسخ ثابت است که آزمودنی به‌طور مستقل روی کاغذ یا کامپیوتر آن را انجام می‌دهد. آزمودنی‌ها مناسب بودن هر ماده را با خودشان بر طبق یک مقیاس ثابت ارزیابی می‌کنند. این آزمون‌ها عینی هستند، از این نظر که نمره‌گذاری، هیچ قضاوت ذهنی آزماینده را شامل نمی‌شود. در واقع، کامپیوتر می‌تواند این آزمون‌ها را نمره‌گذاری کرده و گزارش‌های توجیهی کوتاه تولید کند. با این حال، متخصصان بالینی باید مزایای عینیت خود را با احتمال اینکه این گزارش‌ها در معرض اثر بارنوم قرار گرفته

۱. self-report clinical inventory

باشند، متعادل سازند. چون برنامه‌های کامپیوتری برای تولید کردن گزارش‌ها به یک رشته الگوریتم‌ها متکی هستند، این خطر را دارند که بیش از حد کلی باشند و با خصیصه‌های فردی آزمودنی مطابقت نداشته باشند.

با این حال، فایده اصلی پرسشنامه‌های خودسنجی این است که اجرا کردن و نمره گذاری آنها نسبتاً راحت است. در نتیجه، تعداد زیادی از افراد می‌توانند این آزمون‌ها را به شیوه کارآمد انجام دهند. متخصصان بالینی می‌توانند از انبوه اطلاعات در مورد اعتبار و پایایی پرسشنامه‌های خودسنجی معروف هنگام تعبیر کردن نمرات درمانجویان خود، بهره‌مند شوند.

تقریباً صدها پرسشنامه بالینی خودسنجی وجود دارد که پژوهشگران، خیلی از آنها را اختصاصاً برای بررسی کردن مشکلات بالینی خاص یا زمینه‌های تحقیق ساخته‌اند. این پرسشنامه‌ها می‌توانند دامنه‌ای از دهها تا صدها مواد را در بر داشته باشند. متخصصان بالینی، همچون در مورد MMPI باید قبل از تعبیر کردن نمرات، اطمینان حاصل کنند که این مقیاس‌ها معیارهای پایایی و اعتبار را برآورده می‌کنند.

رایج‌ترین پرسشنامه خودسنجی تا کنون، پرسشنامه شخصیت چندوجهی مینه‌سوتا (MMPI) است، که ابتدا در سال ۱۹۴۳ منتشر شد. نسخه کنونی این آزمون، تجدیدنظر ۱۹۸۹ است که به MMPI-2 شهرت دارد (جدول ۳-۷). در MMPI-2، ۵۶۷ ماده درست-غلط وجود دارد که همگی به شکل بیاناتی هستند که افکار، رفتارها، احساسات، و نگرش‌های فرد را توصیف می‌کنند. هدف اصلی MMPI این بود که نمراتی را در ۱۰ «مقیاس بالینی» تأمین کند که با طبقات تشخیصی عمده مانند اسکیزوفرنی، افسردگی، و اضطراب مطابقت داشته باشند. سازندگان این آزمون، ۳ مقیاس اضافی «اعتبار» را در آن قرار داده‌اند تا محافظتی باشند علیه افرادی که سعی دارند سلامتی یا بیماری روانی استثنایی را جعل کنند.

در چند دهه پس از انتشار MMPI-2 پژوهشگران و متخصصان بالینی از محدودیت‌های نمرات مقیاس بالینی آن آگاه شدند. این نمرات با طبقات بالینی اصلی مطابقت نداشتند، بدین معنی که متخصصان بالینی نمی‌توانستند آنها را به صورتی که سازندگان مقیاس برنامه‌ریزی کرده بودند، تعبیر کنند (یعنی، نمره بالای مقیاس «اسکیزوفرنی» اشاره نداشت که فرد تشخیص اسکیزوفرنی دارد). در نتیجه، مصرف‌کنندگان MMPI-2 مقیاس‌های بالینی جدیدتر و بازسازی شده را در آن وارد کرده‌اند. در واقع، جدیدترین نسخه MMPI، MMPI-2-RF است که در سال ۲۰۰۸ منتشر شد (جدول ۳-۸). MMPI-RF کلاً بر مبنای مقیاس‌های بازسازی شده استوار

جدول ۳-۷ مقیاس‌های بالینی و اعتبار MMPI-2 با مواد متناسب‌شده

مقیاس	نام مقیاس	نوع محتوا	ماده متناسب شده
۱	خودبیمارانگاری	اشتغال‌های ذهنی و نگرانی‌های جسمانی، ترس از بیماری	من با تهوع و استفراغ مشکل زیادی دارم.
۲	افسردگی	ناخشنودی و احساس ارزش شخصی پایین	ای کاش آن‌گونه که دیگران به نظر می‌رسند، خوشحال بودم.
۳	هیستری	انکار مشکلات روانی و واکنش‌های مفرط به موقعیت‌های استرس‌زا	اغلب به نظر می‌رسد که سرم در هر جایی آسیب می‌بیند.
۴	انحراف سایکوپاتیک	گرایش‌های ضد اجتماعی و بزهکاری	گاهی به خاطر بدرفتاری، مرا به دفتر مدیر فرستاده‌اند.
۵	مردانگی - زنانگی	اختیار کردن رفتارها و نگرش‌های نقش جنسی قالبی	دوست دارم قصه‌های رمانتیک بخوانم (ماده زنانه).
۶	پارانویا	احساس گزند و آسیب و مشکوک بودن به دیگران	اگر دیگران از من انتقامجویی نمی‌کردند، خیلی بیشتر موفق بودم.
۷	ضعف روانی (پسیکاستنی)	امیال غیرقابل کنترل به فکر کردن و عمل کردن، ترس‌های نامعقول	گاهی به چیزهایی فکر می‌کنم که صحبت کردن در مورد آنها خیلی مهیب است.
۸	اسکیزوفرنی	اختلالات تفکر، خلق، و رفتار	من تجربیات عجیب و غریبی داشته‌ام.
۹	هیپومانیا	خلق بالا، گفتار و فعالیت حرکتی پرشتاب.	حداقل هفته‌ای یک بار برانگیخته می‌شوم.
۱۰	درون‌گرایی اجتماعی	گرایش به کناره‌گیری از موقعیت‌های اجتماعی	من معمولاً ابتدا صحبت نمی‌کنم منتظر می‌مانم تا دیگران با من حرف بزنند.

مقیاس‌های اعتبار (تشکیل شده از مواد مقیاس‌های بالینی)

L	مقیاس دروغ‌گویی	معرفی کردن مثبت خود به صورت غیرواقع‌بینانه
K	اصطلاح	شبیه مقیاس L - اشاره جامع‌تر به گرایش معرفی کردن مثبت خود
F	غیرمعمول بودن	معرفی کردن منفی خود به صورت غیرواقع‌بینانه

جدول ۳-۸ مقیاس‌های بالینی MMPI-2-RF

مقیاس	نام مقیاس	نوع محتوا
RCd	تضعیف روحیه (ناامیدی)	ناخشنودی و نارضایتی کلی
RC1	شکایت‌های جسمی	شکایت‌های سلامت جسمی پراکنده
RC2	هیجانات مثبت پایین	فقدان پاسخ‌دهی هیجانی مثبت
RC3	بدبینی	بیان نکردن عقاید ارجاع به خود
RC4	رفتار ضداجتماعی	قانون‌شکنی و رفتار غیرمسئولانه
RC6	افکار گزند و آسیب	اعتقاد به اینکه دیگران تهدیدی برای فرد هستند
RC7	هیجانات منفی کزکار	اضطراب، خشم، و تحریک‌پذیری ناسازگارانه
RC8	تجربیات ناپه‌نچار	افکار یا ادراک‌های غیرعادی
RC9	برانگیختگی هیپومانیک	برانگیختگی مفرط، پرخاشگری، تکانشگری، و بزرگ‌منشی

است. این نسخه جدید MMPI-2 که حاوی فقط ۳۳۸ ماده است، نمراتی را نیز برای عوامل به اصطلاح «مرتبه بالاتر» تأمین می‌کند که عملکرد کلی هیجانی، شناختی، و رفتاری درمانجو را نشان می‌دهد.

پرسشنامه ارزیابی شخصیت (PAI)^۱ (موری، ۱۹۹۲) از ۳۴۴ ماده تشکیل می‌شود که به صورت ۱۱ مقیاس بالینی، ۵ مقیاس درمان، ۲ مقیاس میان‌فردی، و ۴ مقیاس اعتبار، سازمان یافته است. یک امتیاز PAI این است که متخصصان بالینی می‌توانند آن را در مورد درمانجویانی به کار برند که ممکن است مهارت زبان یا خواندن برای انجام دادن MMPI-2 نداشته باشند. امتیاز دیگر آن این است که برخلاف MMPI مقیاس اعتبار را می‌توان مستقل از هر مقیاس محتوا محاسبه کرد.

SCL-90-R (دروگاتیس، ۱۹۹۴) تجربه کردن کنونی ۹۰ نشانه جسمانی و روانی آزمودنی را اندازه‌گیری می‌کند. یک امتیاز SCL-90-R این است که به جای جوابا شدن در مورد نشانه‌ها طی مدت زمان قبلی، بر وضع کنونی درمانجو تمرکز می‌کند. در نتیجه، متخصصان بالینی می‌توانند پیشرفت درمانجویان خود را در موقعیت‌های متعدد دنبال کنند.

پرسشنامه شخصیت NEO (تجدیدنظرشده) (NEO-PI-R) (مک‌کری و کاستا، ۱۹۹۲) که کمتر به استفاده بالینی گرایش دارد، پرسشنامه ۲۴۰ ماده‌ای است که پنج بُعد شخصیت، یا

1. Personality Assessment Inventory

مجموعه‌ای از صفات را ارزیابی می‌کند. این مقیاس‌ها طوری ساخته شده‌اند که آزمودنی به علاوه افرادی که آزمودنی را می‌شناسند، مانند همسر، یا خویشاوندان (قرم R) بتوانند آنها را انجام دهند. افراد از NEO-PI-R در محیط‌های بالینی کمتر از پژوهش شخصیت یا درگزینش کارمند استفاده می‌کنند، هرچند که این آزمون می‌تواند برای توصیف کردن «شخصیت» درمانجو به صورت مجزا از نشانه‌های او، مفید باشد.

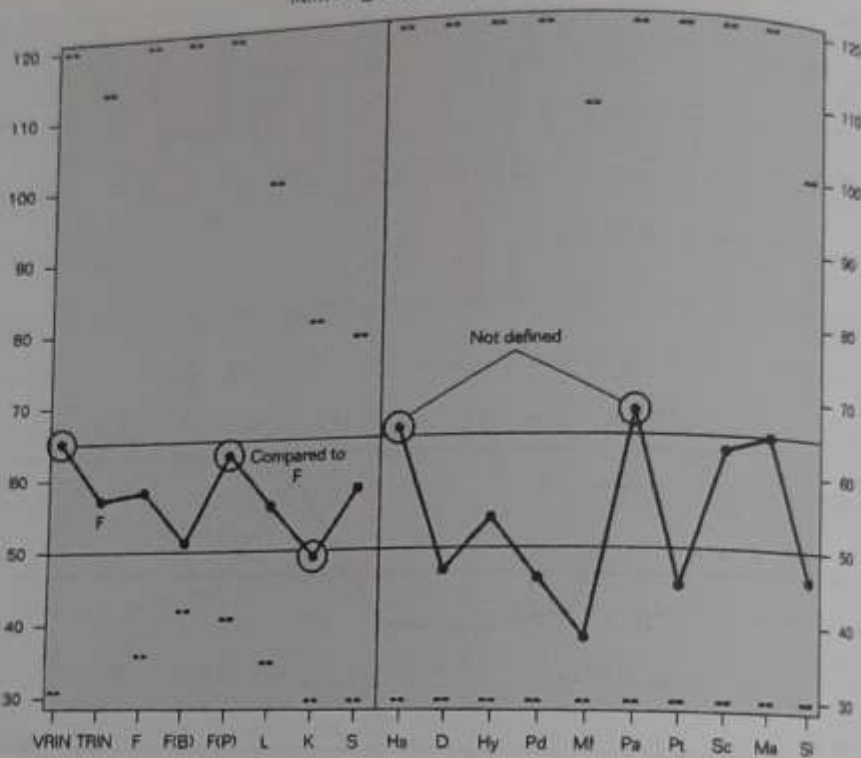
شما می‌توانید نمرات MMPI-2 بن را در شکل ۲-۳ مشاهده کنید. نمرات او در مقیاس پارانویا اندکی بالا بودند و چند ماده مهم مرتبط با روان‌پریشی را تأیید کردند، نظیر «من هیچ دشمنانی ندارم که واقعاً بخواهند به من آسیب برسانند» (غلط)، «من افکار عجیب و غریب و نامأنوس دارم» (درست)، و «گاهی افکارم به قدری شتاب می‌گیرند که نمی‌توانم آنها را بیان کنم» (درست). بر طبق پاسخ‌های بن، امکان دارد که او محتوای فکر غیرعادی داشته باشد و شاید مظنون باشد که دیگران حرف‌های بدی در مورد او بیان می‌کنند. در نتیجه، ممکن است ارتباط او با واقعیت قطع شده باشد. امکان دارد که او باور داشته باشد احساسات و افکارش توسط دیگران کنترل می‌شوند. محتوای فکر نابهنجار او گاهی در طول اجرای WAIS-IV در واکنش‌های غیرعادی وی به برخی مواد آزمون، آشکار بود. اما نمرات او در MMPI-2 نشان دادند که او تکانشی نیست یا دست به مخاطرات جسمانی نمی‌زند و به‌طور کلی از مقررات و قوانین پیروی می‌کند. اینها ممکن است عوامل حفاظتی برای بن باشند، از این نظر که امکان دارد او بتواند مقداری کنترل بر افکار نابهنجار خود را حفظ کند، که این او را از افراد مبتلا به اختلالات روان‌پریشی قابل تشخیص، متمایز می‌کند.

دکتر واشنگتن با در نظر گرفتن نمرات بن، نتیجه گرفت که امکانات مقابله کردن محدود او به جای اینکه یک مشکل بادوام باشند، بیشتر موقعیتی هستند. علاوه بر این، نیمرخ بالینی او حکایت دارد که او نسبت به نظر دیگران بیش از حد حساس است. او بر عقلانیت و اصول اخلاقی تأکید مفرط دارد و نگرش‌ها و عقاید او خشک و انعطاف ناپذیرند. در نتیجه، امکان دارد که او اهل جرو بحث باشد و دیگران را سرزنش کند و در روابط به صورت مظنون، خصمانه و محتاط عمل کند. این می‌تواند گزارش او را در مورد اینکه دوستان صمیمی معدودی در مدرسه داشته و ترجیح می‌داده که در خوابگاه تنها باشد، توجیه کند.

بر اساس نمرات بن در MMPI-2، به نظر می‌رسد که او احساس مردانگی سستی دارد و ممکن است در محل کار، سرگرمی‌ها، و فعالیت‌های دیگر، ترجیحات مردانه قالبی داشته باشد.

شکل ۳.۲ نیمرخ MMPI-2 بین

نیمرخ مقیاس‌های اعتبار و بالینی MMPI-2



نمره خام 9 8 7 2 3 5 15 32 11 17 23 15 20 15 9 19 23 21

اصلاح K 8 6 15 15 3

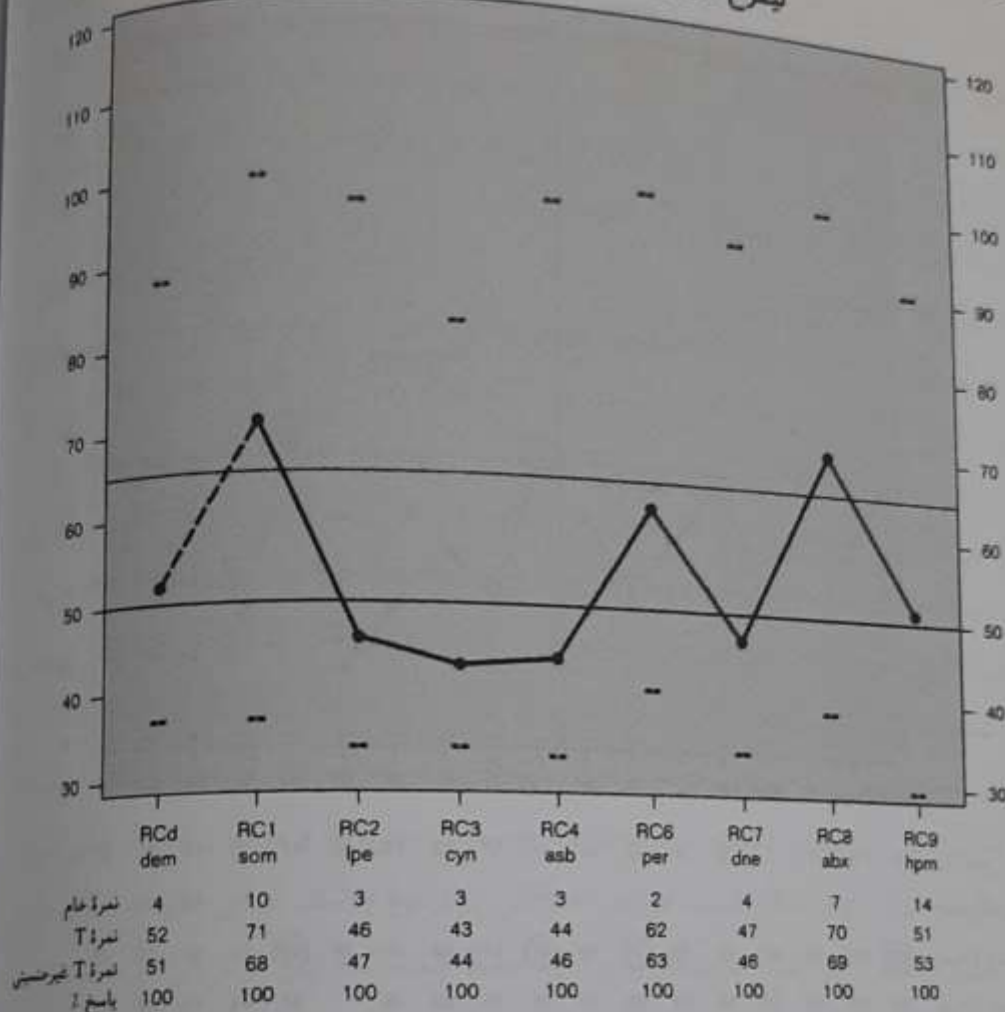
نمره T (منخص شده) 65 57F 58 51 63 56 49 58 68 47 54 46 38 68 45 63 65 46

نمره T غیر منخص 65 57F 59 50 64 57 50 58 64 45 53 46 67 44 63 66 45

پاسخ 7 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 98 100 100 99

توجه: بالاترین و پایین‌ترین نمرات T یک‌نواخت در هر مقیاس به وسیله «-» نشان داده شده‌اند.

او در مصاحبه بالینی گفت که قبلاً روابط رمانتیک مهمی با زنان نداشته است، که ممکن است در نتیجه گرایش او به محتاط و خصمانه بودن در روابطش با دیگران باشد. نمرات بین در MMPI-2 حکایت دارند که او تجربیات ناپه‌نجار را تأیید می‌کند، اما نمره او در افکار گزند و آسیب در دامنه هنجاری است. او در شکایت‌های جسمی نیز نمرات بالاتر از هنجار گرفت. منحصان بالینی معمولاً نمرات MMPI-2 را با توجه به نمرات آزمون دیگر تعبیر می‌کنند. آنها همچنین از مقیاس‌های محتوا برای شرح دادن نیمرخ‌هایی استفاده می‌کنند که ۱۰ مقیاس بالینی اصلی MMPI-2 تأمین کرده‌اند. MMPI-2 بازسازی شده، دیدگاه متفاوتی را نیز در مورد وضع روانی کنونی درمانجو ارائه می‌دهد، زیرا مقیاس‌های محتوا، چکیده مشروح‌تری را در



توجه: بالاترین و پایین‌ترین نمرات T یکتواخت در هر مقیاس به وسیله «-» نشان داده شده‌اند.

راهنما

هیجانان منفی کزکار	= dne	بدبینی	= cyn	ناامیدی	= dem
تجربیات نابهنجار	= abx	رفتار ضداجتماعی	= asb	شکایت‌های جسمی	= som
برانگیختگی هیپومانیک	= hpm	افکار گزند و آسیب	= per	هیجانان مثبت پایین	= lpe

مورد نشانه‌های درمانجو تأمین می‌کنند. در مورد بن، دکتر واشنگتن متوجه شد که نمره او در مقیاس ناامیدی (تضعیف روحیه) بالاست، بدین معنی که او در مورد وضعیت زندگی کنونی خود احساس ناامیدی و عجز می‌کرد.

آزمون‌های فرافکن

آزمون فرافکن^۱ روشی است که به موجب آن، آزماینده سؤالاتی را در مورد ماده‌ای مبهم از آزمودنی می‌پرسد. عقیده نهفته در پس آزمون‌های فرافکن این است که افراد نمی‌توانند یا نمی‌خواهند در پرسشنامه‌های خودسنجی اظهارات دقیق ارایه دهند. برای مثال، امکان دارد درمانجویان مایل نباشند بگویند که نشانه‌های غیرعادی را تجربه می‌کنند یا ویژگی‌هایی دارند که آنها را متفی می‌دانند. درمانجویان در آزمون‌های فرافکن ممکن است در مورد پاسخ‌های خود کمتر محتاط باشند، زیرا نمی‌دانند که ارزیاب چگونه پاسخ‌های آنها را تعبیر خواهد کرد. آزمون‌های فرافکن زمانی خیلی مفید هستند که با پرسشنامه‌های خودسنجی ترکیب شده باشند، اینکه به تنهایی برای تشخیص دادن یا ارزیابی کردن درمانجو مورد استفاده قرار گیرند.

مشهورترین روش فرافکن، آزمون لکه جوهر رورشاخ^۲ برگرفته از نام روان پزشک سوئیسی هرمن رورشاخ^۳ است که این روش را در سال ۱۹۱۱ ابداع کرد. آزماینده برای اجرا کردن این آزمون، ۱۰ کارت (۵ کارت سیاه و ۵ کارت رنگی) را یکی یکی به آزمودنی نشان می‌دهد. وظیفه آزمودنی این است که شرح دهد لکه جوهر به چه می‌ماند. گرچه این روش، ساده به نظر می‌رسد، اما پژوهشگران و متخصصان بالینی ظرف قرن گذشته به اصلاح کردن روش‌های نمره‌گذاری ادامه داده‌اند.

آزمون اندریافت موضوع (TAT)^۴ تکلیف بسیار متفاوت با رورشاخ را به آزمودنی‌ها ارایه می‌دهد. آزمودنی‌ها به نقاشی‌های سیاه و سفیدی نگاه می‌کنند که افرادی را در انواع برفیت‌های مبهم نشان می‌دهند. وظیفه آنها این است که در مورد اتفاقی که در هر صحنه در حال وقوع است داستانی را نقل کنند، و بر جزئیاتی نظیر اینکه شخصیت‌ها در تصویر به چه چیزی فکر می‌کنند و چه احساسی دارند، تمرکز نمایند. هدف اصلی TAT ارزیابی کردن لگزش نظیر نیاز به پیشرفت یا نیاز به قدرت بود. مصرف آن مانند رورشاخ، به مرور زمان شکل گرفته است و متخصصان بالینی می‌توانند آن را به عنوان بخشی از مجموعه آزمون بزرگتر اجرا کنند.

1. projective test

2. Rorschach Inkblot Test

3. Herman Roschach

4. Thematic Apperception Test



برداشتن آن از این لکه شبیه رورشاخ این بود: «ماسک»
 لهریمنی که برای گرفتن شما بیرون می‌جهد. همچنین
 یک بذر، نوعی بذر که خود را به دو نیمه مساوی تقسیم
 کرده است. این می‌تواند علامت حاملگی باشد و با این
 حال در حال مردن است. این بخشی از خودش را از
 دست می‌دهد و تکه تکه می‌شود و عصبانی است.

در مورد بن، دکتر واشنگتن تصمیم گرفت تا
 کامل کردن ارزیابی نوروسیکولوژیکی از آزمون
 فرافکن استفاده نکند. متخصصان بالینی معمولاً
 این ابزارها را به عنوان بخشی از مجموعه استاندارد
 اجرا نمی‌کنند، مخصوصاً اگر احتمال برود که
 نشانه‌های درمانجو با آسیب یا صدمه ارتباط داشته باشند.

۳-۶ ارزیابی رفتاری

برخلاف آزمون‌های روانی، ارزیابی‌های رفتاری^۱، اعمال، و نه پاسخ‌ها را به مقیاس‌های
 ارزیابی یا سؤالات، ثبت می‌کنند. رفتار آماج^۲ چیزی است که درمانجو و متخصص بالینی
 می‌خواهند تغییر دهند. ارزیابی‌های رفتاری شرح رویدادهایی را که قبل یا بعد از رفتار واقع
 می‌شوند، در بر دارند. ما رویدادهایی را قبل از رفتار واقع می‌شوید پیش‌آیندها و رویدادهایی را
 که بعد از رفتار واقع می‌شوند پیامدها می‌خوانیم.

برای مثال، امکان دارد کودکی در کلاس بلافاصله بعد از زنگ تفریح، خیلی اخلاک‌گر باشد
 اما بلافاصله بعد از ناهار اخلاک‌گر نباشد. وقتی متخصصان بالینی رفتار را در زمینه طبیعی آن
 ثبت می‌کنند، مانند کلاس درس یا خانه، مشاهده در محیط طبیعی^۳ نامیده می‌شود. اما ثبت
 انجام دادن مشاهده در محیط طبیعی، امکان‌پذیر یا عملی نیست. معلم یا دستیار معلم به احتمال
 زیاد به قدری مشغله دارد که نمی‌تواند رفتار یک کودک را ثبت کند، و حضور متخصص بالینی در
 اتاق موجب حواس‌پرتی خواهد شد یا بر رفتاری که می‌خواهد مشاهده کند، تأثیر خواهد داشت.

1. behavioral assessments

2. target behavior

3. in vivo observation



بیماران اغلب آزمون‌های خودسنجی فردی الگوهای رفتاری را به عنوان بخشی از ارزیابی روانی جامع انجام می‌دهند.

مشاهدات همانند^۱ در موقعیت یا زمینه‌ای مانند دفتر تخصص بالینی یا آزمایشگاه صورت می‌گیرند که اختصاصاً برای مشاهده کردن رفتار آماج ترتیب یافته‌اند. متخصص بالینی که کودک اخلاگری را ارزیابی می‌کند، برای اینکه مشاهده همانند مفید باشد، باید موقعیتی را ترتیب دهد که تا حد امکان همانند موقعیت طبیعی کلاس باشد.

امکان دارد درمانجویان به جای اینکه کسی آنها را مورد مشاهده قرار دهد، رفتار خودشان را گزارش دهند. در خودسنجی رفتاری^۲، درمانجو، رفتار آماج، از جمله پیش‌آیندها و پیامدهای این رفتار را ثبت می‌کنند. زیر نظر گرفتن خود^۳ نوعی گزارش شخصی رفتاری است که به موجب آن درمانجو فراوانی رفتارهای مشخص شده، مانند تعداد سیگارهایی که می‌کشد یا کالری‌هایی را که مصرف می‌کند، یا تعداد دفعات در روز، که فکر ناخواسته خاصی به ذهنش وارد می‌شود، یادداشت می‌کند. متخصصان بالینی همچنین ممکن است با استفاده از مصاحبه رفتاری^۴ از درمانجویان خود اطلاعات به دست آورند که به موجب آن، سؤالاتی را در مورد فراوانی، پیش‌آیندها، و پیامدهای رفتار آماج می‌پرسند.

1. analog observations
4. behavioral interviewing

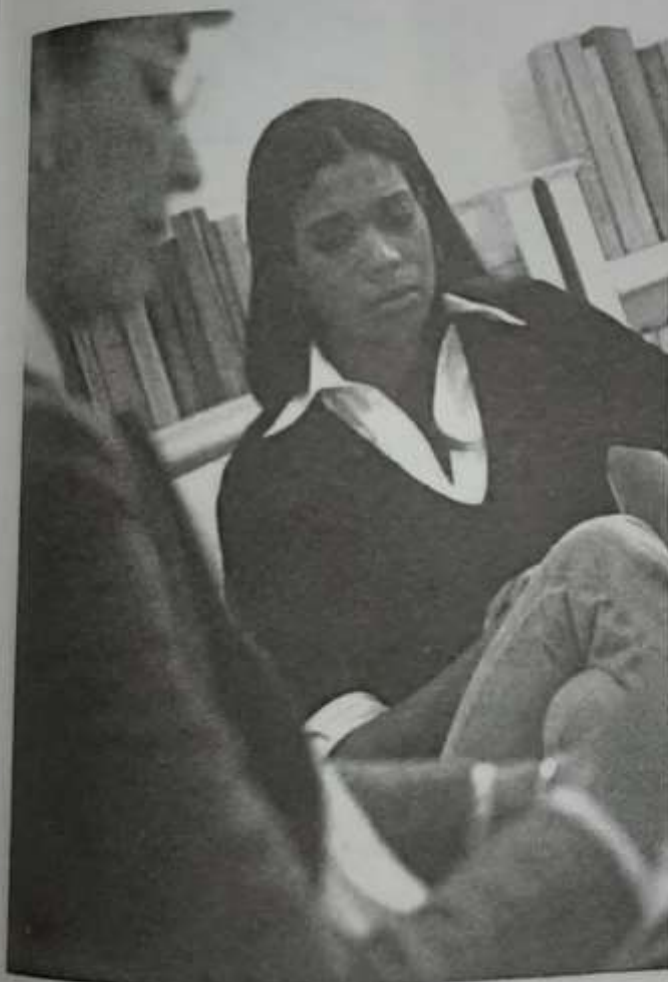
2. behavioral self-report

3. self-monitoring

۳-۷ ارزیابی چندفرهنگی

وقتی روان‌شناسان ارزیابی را انجام می‌دهند، باید با اجرا کردن ارزیابی چندفرهنگی^۱، زمینه فرهنگی، قومی، و نژادی فرد را به حساب آورند. متخصصان بالینی که درمانجویانی را ارزیابی می‌کنند که به عنوان زبان دوم به انگلیسی صحبت می‌کنند، یا اصلاً به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، باید چند سؤال را بپرسند: آیا درمانجو فرایند ارزیابی را به قدر کافی درک می‌کند تا رضایت آگاهانه بدهد؟ آیا درمانجو دستورالعمل‌های مخصوص ابزار را درک می‌کند؟ آیا در مورد گروه قومی درمانجو، اطلاعات هنجاری وجود دارد؟ حتی اگر درمانجویان کاملاً سلیس به نظر برسند، ممکن است عبارت‌های اصطلاحی را که معانی متعددی برای آنها وجود دارد، درک نکنند (وینر و گرین، ۲۰۰۸).

◀ مهم است که روان‌شناسان ملاحظات چندفرهنگی را در طور هر بخش از فرایند ارزیابی، در نظر داشته باشند.



ناشران آزمون‌های روانی به طور مرتب ابزارهای خود را ارزیابی مجدد می‌کنند تا اطمینان یابند دامنه‌ای از درمانجویان بتوانند مواد آنها را درک کنند. در عین حال، کارآموزان ارشد در برنامه‌های بالینی، برای آگاهی یافتن از زمینه‌های فرهنگی درمانجویانی که ارزیابی می‌کنند، آموزش می‌بینند. آنها همچنین یاد می‌گیرند ابزارهای ارزیابی را موشکافانه بررسی کنند و تشخیص دهند چه موقعی آنها به مشورت بیشتر نیاز دارند (دانا، ۲۰۰۲).

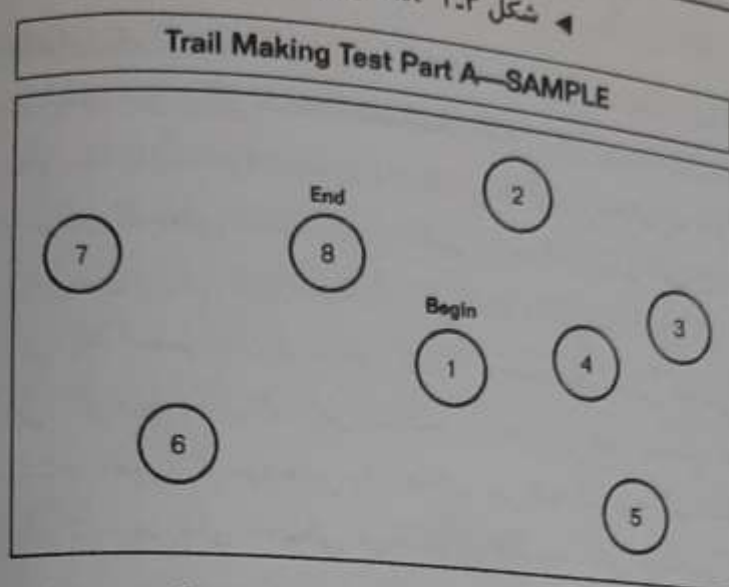
۳-۸ ارزیابی نوروپسیکولوژیکی

ارزیابی نوروپسیکولوژیکی^۱ فرایند گردآوری اطلاعات در مورد عملکرد مغز در مانجو بر مبنای عملکرد در آزمون‌های روانی است. متخصصان بالینی برای اینکه همبسته‌های کارکردی صدمه مغزی را به وسیله مقایسه کردن عملکرد در مانجو در آزمونی خاص با داده‌های هنجاری به دست آمده از افرادی که معلوم شده به انواع خاصی از جراحات یا اختلالات مبتلا هستند تعیین کنند، از مقیاس‌های ارزیابی نوروپسیکولوژیکی استفاده می‌کنند. برای اجرا کردن ارزیابی نوروپسیکولوژیکی، یک مجموعه روش وجود ندارد. متخصصان بالینی خاصی ممکن است آزمون‌های خاصی را ترجیح دهند، اما این ترجیح بی‌چون و چرنا نیست. از این گذشته، نوروپسیکولوژیست‌ها معمولاً آزمون‌هایی را انتخاب می‌کنند که به آنها کمک کنند تا از نشانه‌های موجود و تشخیص‌های احتمالی در مانجو آگاه شوند. سن در مانجو عامل دیگری است که متخصص بالینی در نظر می‌گیرد. آزمون‌هایی که برای افراد سالخورده مناسب هستند لزوماً برای تشخیص دادن کودک یا نوجوان مناسب یا مفید نیستند.

برخی از آزمون‌های نوروپسیکولوژیکی از آزمون‌های WAIS-IV به دست آمده یا شبیه آنها هستند، مانند فراختای ارقام (که برای ارزیابی یادآوری کلامی و توجه شنیداری مورد استفاده قرار می‌گیرد) و شباهت‌ها (که برای ارزیابی توانایی‌های انتزاع کلامی مورد استفاده قرار می‌گیرند). سازندگان فکر می‌کنند که هریک از این آزمون‌ها با صدمه مغزی در نواحی خاصی ارتباط دارد. سازندگان همچنین آزمون‌های دیگری مانند Trial Making Tests را به وجود آورده‌اند که "Trials" نیز نامیده می‌شوند. شکل ۳-۳ مواد نمونه از Trial Making Test A را نشان می‌دهد. این آزمون عملکرد قطعه‌پیشانی را ارزیابی می‌کند، و بر توجه، اسکن کردن محرک‌های دیداری، و ترتیب‌دهی عدد تمرکز دارد.

متخصص بالینی در ارزیابی نوروپسیکولوژیکی می‌تواند از بین آزمون‌هایی که توجه و حافظه کوتاه‌مدت، سرعت پردازش، استدلال و درک کلامی، استدلال دیداری، حافظه کلامی، حافظه دیداری را اندازه‌گیری می‌کنند، انتخاب کند. تعدادی از آزمون‌ها آنچه را که متخصصان بالینی «عملکرد اجرایی» می‌نامند، ارزیابی می‌کنند؛ یعنی، توانایی تعیین کردن هدف‌ها، برنامه‌ریزی، به اجرا درآوردن این برنامه‌ها، و بعد کامل کردن برنامه‌ها به شیوه مؤثر. در هر

1. neuropsychological assessment



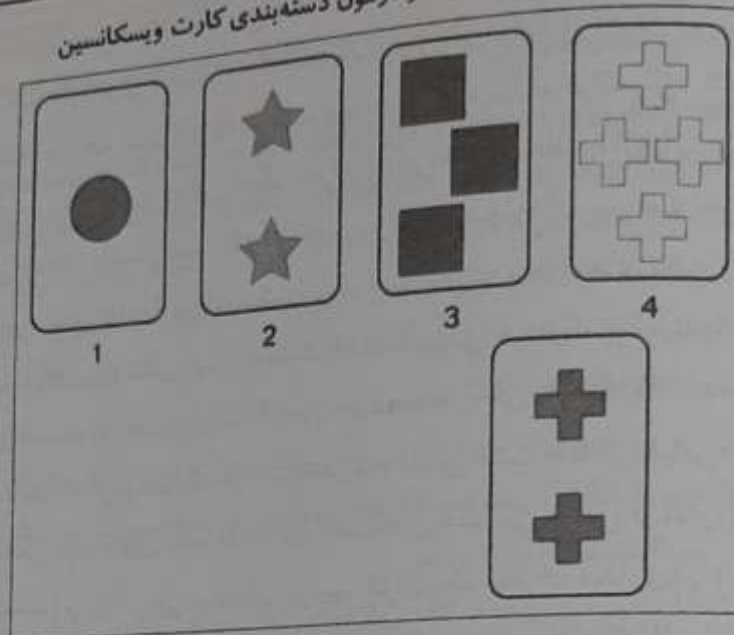
طبقه، انواع آزمون‌ها وجود دارد. اگر متخصص بالینی بخواهد یک زمینه را برای درمانجوی خاصی عمیقاً بررسی کند، در این صورت آزمون‌های بیشتری را از آن طبقه اجرا خواهد کرد. تعداد زیادی آزمون وجود دارد که توانایی دیداری-فضایی را اندازه‌گیری می‌کنند. شماری از نوروسایکولوژیست‌ها بر آزمون ترسیم ساعت^۱ اتکا می‌کنند (ساندرلند و همکاران، ۱۹۸۹). روش ساده‌ای که آرایه یک ورق کاغذ با دایره از پیش کشیده شده روی آن را شامل می‌شود. بعداً آزماینده از درمانجو می‌خواهد اعداد دور این دایره را بنویسد طوری که به ساعت شباهت داشته باشد. سرانجام، آزماینده از درمانجو می‌خواهد عقربه‌های ساعت را ترسیم کند که ۱۰ دقیقه بعد از ۱۱ را نشان دهند. متخصص بالینی سپس نقاشی درمانجو را مطابق با تعداد خطاها ارزیابی می‌کند. درمانجویانی که خیلی معیوب هستند اصلاً نمی‌توانند ظاهر ساعت را تولید کنند یا در نوشتن اعداد یا قرار دادن آنها دور ساعت اشتباه می‌کنند.

آزمون دسته‌بندی کارت ویسکانسین (WCST)^۲ (شکل ۳-۴) نیازمند آن است که درمانجو یک کارت را با مجموعه‌ای از کارت‌ها که ویژگی‌های گوناگون مشترک دارند، هم‌تاکند. متخصص بالینی معمولاً این آزمون را در قالب کامپیوتری آن اجرا می‌کند. این آزمون ایجاب می‌کند که آزمودنی آمایه ذهنی را تغییر دهد، زیرا مبنای همتای درست، از کوششی به کوشش بعدی تفاوت دارد. در نمونه‌ای که در شکل ۳-۴ نشان داده‌ایم، درمانجو می‌تواند کارت را بر

1. Clock Drawing Test

2. Wisconsin Card Sorting Test

◀ شکل ۳-۴ ماده نمونه از آزمون دسته‌بندی کارت ویسکانسین



مبنای رنگ، تعداد ارقام، یا شکل هم‌تا‌کند. این حرفه، WCST را به صورت آزمون عملکرد اجرایی در نظر می‌گیرد (رابین، بار، و بورتون، ۲۰۰۵) که نسبت به آسیب قطعه‌های پیشانی حساس است، اما صدمه در مناطق مغزی دیگر را نیز ارزیابی می‌کند (ناگاهاما، اوکینا، سوزوکی، ناباتام، و ماسودا، ۲۰۰۵).

نوروسیکولوژیست‌ها برای ارزیابی توانایی زبان از آزمون نام‌گذاری بوستون (BNT)^۱ استفاده می‌کنند. متخصصان بالینی می‌توانند از این آزمون که حاوی ۶۰ ترسیم خطی اشیایی است که از نظر آشنایی مرتب شده‌اند، برای بررسی کردن کودکان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری و بزرگسالانی که متحمل صدمه مغزی یا زوال عقل شده‌اند، استفاده کنند. مواد ساده آنهایی هستند که فراوانی زیاد دارند، مانند خانه. درمانجو باید از بین چهار گزینه برای مشخص کردن درست شیء انتخاب کند (مثل بخاری، کلیسا، مدرسه، و اسب).

(PASAT)^۲ سرعت پردازش اطلاعات شنیداری، انعطاف‌پذیری، و توانایی محاسبه درمانجو را ارزیابی می‌کند. تکلیف در PASAT مستلزم آن است که درمانجو جمع کل یک رشته اعداد را حفظ کند. برای مثال، آزماینده اعداد «۶» و «۸» را می‌خواند؛ جمع درست ۱۴ است. اگر عدد بعدی «۳» باشد، در این صورت جمع درست ۱۷ خواهد بود. درمانجو باید قبل از

1. Boston Naming Test

2. Paced Auditory Serial Addition Test

شدن رقم بعدی پاسخ بدهد تا پاسخ او درست نمره گذاری شود. علاوه بر مصرف PASAT برای ارزیابی صدمه مغزی آسیب‌زا، متخصصان بالینی می‌توانند از آن در ارزیابی افراد مبتلا به تصلب چندگانه استفاده کنند (تامباف، استورمر، ریز، ایروینگ و فرانسیس، ۲۰۰۶).
آزمون‌های نوروسیکولوژیکی دیگر، انواع کارکردهای حافظه را ارزیابی می‌کنند، نمونه‌ای از آن، مقیاس حافظه وکسلر است که اکنون ویراست چهارم آن موجود است (WMS-IV).
WMS-IV آزمون‌های حافظه کوتاه‌مدت و بلندمدت را برای محرک‌های دیداری و کلامی شامل می‌شود. آزماینده‌گان بر اساس اینکه معتقد باشند ارزیابی کردن کدام زمینه‌ها در درمانجویان خاص بسیار اهمیت دارد، می‌توانند از بین خرده‌مقیاس‌های WMS-IV انتخاب کنند. برای مثال، آزماینده هنگام آزمون یک فرد سالخورده، ممکن است فقط از مقیاس‌هایی استفاده کند که حافظه منطقی (یادآوری یک داستان)، جفت‌های متداعی کلامی (یادآوری کلمه دوم در جفت‌های کلمات) و بازآفرینی دیداری (ترسیم کردن یک محرک دیداری) را ارزیابی می‌کند یا این حال، نوروسیکولوژیست‌ها در پذیرش نسخه‌های جدیدتر WMS-IV و WAIS-IV احتیاط به خرج می‌دهند، زیرا آنها خیلی جدید هستند و اطلاعات اعتباریابی کافی برای آنها وجود ندارد.

نوروسیکولوژیست‌ها به‌طور فزاینده‌ای بر مجموعه آزمون‌های کامپیوتری اتکا می‌کنند، که اجرا کردن آنها از آزمون‌های کاغذ - مدادی راحت‌تر است. یک امتیاز آزمون کامپیوتری این است که فرصتی را برای آزمون انطباقی^۱ فراهم می‌آورد که در آن، پاسخ‌های درمانجویان به سؤالات قبلی، سؤالات بعدی را که به آنها ارایه می‌شود، تعیین می‌کند.

مجموعه آزمون کامپیوتری نوروسیکولوژیکی کمبریج (CANTAB)^۲ از ۲۲ خرده‌آزمون تشکیل می‌شود که حافظه دیداری، حافظه کوتاه‌مدت، عملکرد اجرایی و برنامه‌ریزی، توجه، حافظه کلامی، و تصمیم‌گیری و کنترل پاسخ را ارزیابی می‌کنند. قبل از اینکه متخصصان بالینی تصمیم بگیرند که به سراغ آزمون کامپیوتری بروند، باید مزایای راحتی اجرا و نمره‌گذاری را در برابر معایب بالقوه‌ای که برای درمانجویان وجود دارد که توانایی استفاده از کامپیوتر را ندارند، مانند کودکان خردسال، سبک سنگین کنند.

دکتر واشنگتن با توجه به نمره پایین کدگذاری WAIS-IV بن، تصمیم گرفت تکالیفی را اجرا

۱. adaptive testing

2. Cambridge Neuropsychological Testing Automated Battery

آنچه در DSM-5 تازگی دارد

مقیاس‌های ارزیابی بخش سوم

بخش سوم DSM-5 حاوی مجموعه‌ای از مقیاس‌های ارزیابی است که متخصصان بالینی می‌توانند از آنها برای بهبود بخشیدن به فرایند تصمیم‌گیری خود استفاده کنند. این ابزارها، مصاحبه «مقاطع» را شامل می‌شوند که نشانه‌ها را در کل اختلالات روانی مرور می‌کند و درمانجو یا کسی که به درمانجو نزدیک است می‌تواند آن را انجام دهد. مرور نشانه‌ها به متخصصان بالینی امکان خواهد داد تا توجه را به نشانه‌هایی جلب کند که ممکن است دقیقاً با تشخیص‌های طبقه‌ای مطابقت نداشته باشند. چنین سؤال‌هایی می‌توانند در معاینه وضع روانی ادغام شوند. یک مجموعه سؤال‌ها، بررسی مختصر ۱۳ زمینه برای بزرگسالان و ۱۲ زمینه برای کودکان را شامل می‌شود. سؤال‌های پیگیری به زمینه‌هایی که به نظر می‌رسند توجه بیشتر را می‌طلبند، عمیق می‌پردازند.

مؤلفان DSM-5 تشخیص می‌دهند که رویکردهای بُعدی به‌طور فزاینده‌ای توسط نوشته‌ها تأیید می‌شوند که علت آن این واقعیت است که تمایزهای طبقه‌ای در اختلالات، ممکن است گاهی دلخواهی به نظر برسند. علاوه بر این، اختلالاتی وجود دارند که ویژگی‌های دو اختلال را ترکیب می‌کنند. خیلی از درمانجویان نیز بیش از یک اختلال دارند، تشخیص‌هایی که به راحتی در یک طبقه نمی‌گنجند. سرانجام اینکه، رویکرد بُعدی می‌تواند با تشخیص‌های طبقه‌بندی شده DSM ترکیب شود. این رویکرد به متخصصان بالینی امکان خواهد داد تا به شدت اختلال درمانجو اشاره کنند و ارزیابی کردن پیشرفت درمانجو در طول درمان را امکان‌پذیر می‌سازد. علاوه بر این ابزارها، بخش سوم، WHODAS (که در فصل ۲ به آن اشاره کردیم) و بخشی را شامل می‌شود که ابزارهایی را برای انجام دادن تدوین فرهنگی در اختیار متخصصان بالینی قرار می‌دهد. این مصاحبه نیمه ساخت‌دار جامعی است که بر تجربه و زمینه اجتماعی درمانجو تمرکز می‌کند. مؤلفان DSM-5 تأکید دارند که این مصاحبه باید به شیوه‌ای اجرا شود که به درمانجو امکان دهد تجربیات ذهنی خود را گزارش دهد. این به قصد کاهش دادن احتمال پندارهای قالبی یا سوگیری‌های از پیش موجود متخصص بالینی که بر فرایند تشخیص تأثیر خواهند گذاشت، صورت گرفته است.

مؤلفان DSM-5 ابراز امیدواری می‌کنند که با ارایه دادن این ابزارها و فنون، نه تنها فرایند تشخیص را بهبود خواهند بخشید، بلکه به نوشته‌های پژوهشی درباره ماهیت و علت‌های اختلالات روانی کمک خواهند کرد.

روان شناسان در نظام حقوقی

روان شناسانی که در نظام حقوقی کار می کنند، غالباً به عنوان شاهد کارشناس انجام وظیفه می کنند و شهادت آنها اغلب بر ارزیابی های روان شناختی متکی است. برخلاف محیط درمانی، محیط قانونی لزوماً رابطه مثبت را شامل نمی شود. در واقع، اگر روان شناسان برای ارزیابی به دنبال انتقامجویی باشند که به محکومیت یا تصمیم نامطلوب منجر شود، همچون در مورد حضانت، ممکن است از جانب درمانجو با تعقیب قانونی به خاطر خلافتکاری مواجه شوند.

نپ^۱ و وندکریک^۲ (۲۰۰۱) قبل از پذیرش ۲۰۰۲ اصول اخلاقی APA، شرح حال جالب یک روان شناس را نقل می کنند که درگیر مورد حضانت بود و در گزارش خود نوشته بود که پدر «گرایش های خودکامی دارد و می تواند از شرکت کردن در کلاس های فرزندپروری بهره مند شود» (ص ۲۲۴-۲۲۵). اما این روان شناس در واقع با این پدر مصاحبه نکرده بود، و اظهارات خود را بر مبنای آنچه فرزندان او به وی گفته بودند استوار کرده بود. در نتیجه، این روان شناس توسط کمیسیون گواهی کار ایالت توبیخ شد.

اصول اخلاقی همچنین به روان شناسان حکم می کند که در حیطه رشته ای که در آن شایستگی دارند عمل کنند. اگر آنها در روان شناسی قانونی آموزش ندیده باشند، ضرورت دارد با یک همکار ماهر مشورت کنند. نمونه دومی که نپ و وندکریک نقل می کنند، به شهادت روان شناسی مربوط می شود که در ارزیابی، اما نه در ارزیابی قانونی، خبره بود، شهادت داده بود که متهم بر اساس نمرات بالا در مقیاس های ۶ و ۹ MMPI-2 در واقع «دیوانه» بود اما دیوانگی قانونی همانند اختلال روانی نیست، و بنابراین، شهادت این روان شناس در دادگاه رد شد.

رضایت آگاهانه اصل اخلاقی مهم دیگری است که نه تنها در پژوهش بلکه در ارزیابی و درمان نیز مصداق دارد. وقتی با یک متهم مبتلا به اختلال روانی برای ارزیابی قانونی مصاحبه می شود، روان شناس باید تمام اقدامات احتیاطی را انجام دهد تا متهم از محدودیت های محرمانه بودن در این زمینه آگاه شد. در مورد دیگری که نپ و وندکریک ارایه دادند، وقتی متهمی شتید که روان شناس مصاحبه را گزارش می دهد، واقعاً یک خورده، زیرا ماهیت رضایت آگاهانه را درک نکرده بود.

به عنوان نمونه ای دیگر، ممنوعیت روابط دوگانه را در اصول اخلاقی در نظر بگیرید. روان شناسانی که درمان ارایه می دهند نباید اطلاعاتی را تأمین کنند که وکیل بتواند در مورد قضایی از آن استفاده کند. موردی که نپ و وندکریک نقل کردند به روان شناسی مربوط می شد

که فرزندان یک زوج جدا شده را درمان کرده بود. این فرزندان گفته بودند که ترجیح می‌دهند با مادرشان زندگی کنند. مادر بعداً از این روان‌شناس درخواست کرد نامه‌ای به وکیل او بنویسد. وکیل به نوبه خود از روان‌شناس درخواست کرد، «نظر خود را در مورد اینکه بچه‌ها کجا باید زندگی کنند، با من در میان بگذارید» (ص ۲۵۰).

سؤال: شما قاضی باشید: همان‌گونه که در اینجا می‌توانید ببینید، اصول اخلاقی APA به روشنی راهکار در هر مورد را بیان می‌کند، سؤالی که در اینجا از شما داریم این نیست که قضاوت کنید کدام راهکار مناسب است، زیرا این راهکار به روشنی در اصول اخلاقی APA بیان شده است. در عوض، پیچیدگی‌هایی را در نظر بگیرید که روان‌شناسان هنگام تعامل کردن در نظام حقوقی با آن مواجه هستند. این مثال‌ها فقط تعداد معدودی از سناریوهای خیلی زیادی هستند که می‌توانند پیش بیایند، و روان‌شناسان را در وضعیتی قرار دهند که ایجاب می‌کند با اصولی که حرفه آنها را هدایت می‌کنند، کاملاً آشنا باشند.

کند که نسبت به نوع جراحی که ممکن بود او متحمل شده باشد، حساس باشند، بدین معنی که امکان داشت بن صدمه مغزی دیده باشد که به تغییراتی در توانایی متمرکز کردن توجه دیداری او انجام دادن سریع تکلیف سرعت روانی - حرکتی منجر شده باشد. متأسفانه، چون دکتر واشنگتن بن را دو هفته بعد از جراحی مغزی احتمالی دید، نمی‌توانست مقیاس اغمای گلاسگو (GCS)^۱ را اجرا کند، آزمون رایجی که متخصصان بالینی در موارد صدمه مغزی آسیب‌زای احتمالی استفاده می‌کنند. از جمله ارزیابی‌هایی که در GCS وجود دارند، توانایی فرد در شنیدن و اطاعت کردن از دستورات، باز کردن چشم‌ها، و صحبت کردن به صورت منجم است.

۳-۹ تصویربرداری عصبی

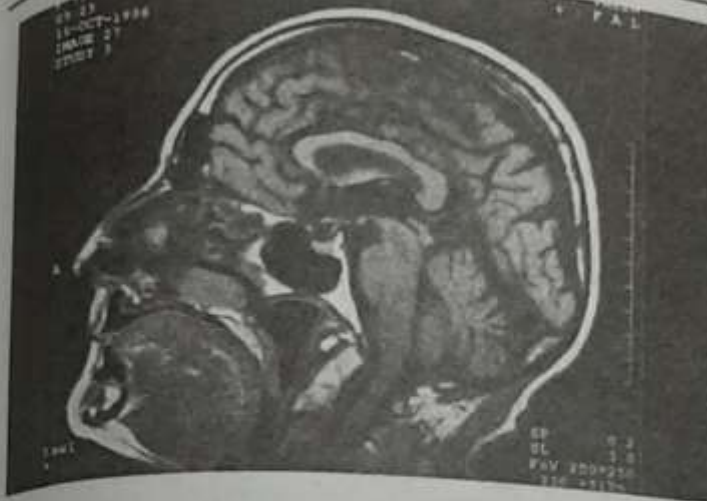
تصویربرداری عصبی^۲ تصویری از ساختارها یا سطح فعالیت مغز در اختیار می‌گذارد و بنابراین، ابزار مفیدی برای «نگاه کردن» به مغز است. چند نوع روش تصویربرداری عصبی وجود دارد که از نظر نوع نتایجی که ارائه می‌دهند تفاوت دارند.

برق‌نگاری مغز (EEG)^۳ فعالیت برقی در مغز را اندازه‌گیری می‌کند. فعالیت EEG نشان می‌دهد که فرد تا چه اندازه‌ای هوشیار، در حالت استراحت، خواب، یا خواب دیدن است. الگوهای EEG همچنین الگوهای خاص امواج مغزی را هنگامی که فرد تکالیف ذهنی خاصی

1. Glasgow Coma Scale

2. Neuroimaging

3. electroencephalogram



◀ CAT اسکن مغز بیمار به
نوروسایکولوژیست‌ها
کمک می‌کند تا
ناهنجاری‌های ساختاری
مغز را که ممکن است
موجب کژکاری شناختی
شده باشند، پیدا کنند.

را انجام می‌دهد، منعکس می‌کنند. متخصصان بالینی از EEG استفاده می‌کنند تا درمانجویان را از لحاظ بیماری‌هایی مانند صرع، اختلالات خواب، و تومورهای مغزی ارزیابی کنند.

توموگرافی محوری کامپیوتری ^۱ CAT scan^۱ or نوعی روش تصویربرداری است که متخصصان بالینی و پژوهشگران از آن برای تأمین کردن تصویری از برش مقطعی مغز از هر زاویه یا سطح، استفاده می‌کنند. CT اسکن‌ها تصویری از مناطق پر از مایع مغز، بطن‌ها، فرام می‌آورند. این روش برای مواقعی مفید است که متخصصان بالینی به دنبال صدمه ساختاری به مغز باشند. تصویربرداری با تشدید مغناطیسی (MRI) به جای پرتوهای X از امواج رادیویی برای ساختن تصویری از مغز زنده بر مبنای محتویات آب بافت‌های مختلف، استفاده می‌کند. فرد داخل دستگاهی قرار داده می‌شود که حاوی الکترومغناطیس قوی است. این باعث می‌شود که هسته‌های موجود در اتم‌های هیدروژن، انرژی الکترومغناطیس را انتقال دهند، و فعالیت از هزاران زاویه به کامپیوتر ارسال می‌شود، که تصویری با وضوح بالا از ناحیه اسکن شده تولید می‌کند. تصویر به دست آمده از MRI مناطق ماده سفید (رشته‌های عصبی) را از ماده خاکستری (سلول‌های عصبی) متمایز می‌کند و برای تشخیص دادن بیماری‌هایی که بر رشته‌های عصبی که ماده سفید را تشکیل می‌دهند تأثیر می‌گذارند، مفید است. با این حال، MRI مانند CT اسکن، تصاویر را کد تولید می‌کند و بنابراین، نمی‌تواند فعالیت مغز را بازبینی کند. اسکن توموگرافی با انتشار پوزیترون (PET)^۲ که نام دیگر آن توموگرافی کامپیوتری انتشار تک‌فوتون (SPECT)^۳

1. computed axial tomography
2. positron emission tomography scan

است، تصاویری از فعالیت مغز تأمین می‌کند. متخصصان مقادیر بسیار کمی ترکیبات مارک‌دار رادیواکتیو به داخل رگ فرد تزریق می‌کنند. این ترکیبات از طریق خون به سمت مغز می‌روند و CT تشخیص دهند. این تصاویر، که تراکم ترکیب مارک‌دار را نشان می‌دهند، می‌توانند خیلی شبیه پرتوهای X در خون، سوخت و ساز اکسیژن یا گلوکز، و غلظت‌های مواد شیمیایی مغز را نشان دهند. رنگ‌های روشن در انتهای قرمز این طیف بیانگر سطوح بالاتر فعالیت، و رنگ‌ها در انتهای آبی - سبز - بنفش در انتهای طیف، بیانگر سطوح پایین‌تر فعالیت مغز هستند. طیف‌نمایی تشدید مغناطیسی پروتون (MRS)^۴ روش اسکن کردن دیگری است که فعالیت متابولیک نورون‌ها را اندازه‌گیری می‌کند و بنابراین، ممکن است مناطقی از صدمه مغزی را نشان دهد (گاوبند و همکاران، ۲۰۱۰).

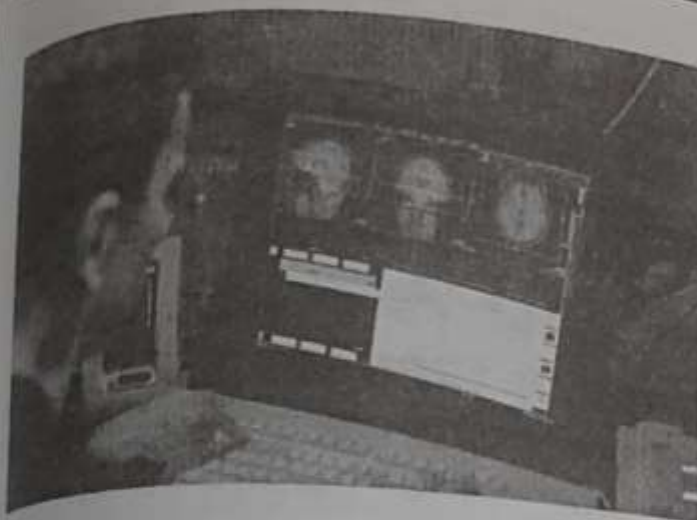
تصویربرداری با تشدید مغناطیسی کارکردی (fMRI)^۵ تصویری را فراهم می‌آورد که نشان می‌دهد چگونه افراد در زمان واقعی به محرک‌ها واکنش نشان می‌دهند و آرایه دادن محرک به فرد در حالی که آزماینده پاسخ فرد را زیر نظر گرفته است، امکان‌پذیر می‌سازد. پژوهشگران برای آگاهی یافتن از مناطق مغزی که در پردازش اطلاعات مشارکت دارند، به‌طور فزاینده‌ای از fMRI استفاده می‌کنند. یک امتیاز مهم fMRI این است که مانند اسکن‌های PET یا SPECT به تزریق مواد رادیواکتیو نیاز ندارد. با این حال، چون fMRI برای تشخیص دادن فعالیت مغز از مغناطیس استفاده می‌کند، افرادی که اعضای مصنوعی دارند که از فلزاتی نظیر تیتانیوم ساخته شده‌اند، نمی‌توانند از این روش آزمودن بهره‌مند شوند.

اسکن‌های مغزی می‌توانند شواهدی از مناطق خاص آسیب تولید کنند، اما آنها لزوماً با فقدان عملکرد رفتاری خاص مطابقت ندارند (مایرز و رولینگ، ۲۰۰۹). دکتر واشنگتن برای ارزیابی بن از طریق آزمودن نوروسایکولوژیکی، تصمیم گرفت CT اسکن را اجرا کند، زیرا این علامتی از صدمه قطعه پیشانی نشان داده بود (تغییرات شخصیت، مقداری در جا ماندگی در WCST و خطاهای حاشیه‌ای در TMT). با این حال، متفی کردن صدمه قطعه آهیانه‌ای ضروری بود، که می‌توانست در این الگوی عملکرد به علاوه کاستی‌های توجه دیداری دخالت

3. single photon emission computed tomography

4. Proton magnetic resonance spectroscopy

5. functional magnetic resonance imaging



◀ برای بازیابی تغییرات در فعالیت مغز از fMRI استفاده می‌شود.

داشته باشد. CT اسکن نشان داد که بن در نتیجه تصادف، متحمل صدمه مغزی آسیب‌زا، احتمالاً به شکل خونریزی مغزی شده بود.

داستان‌های واقعی

لودویگ ون بتهوون: اختلال دوقطبی

«گاهی به نقطه خاتمه دادن به زندگی‌ام می‌رسیدم - فقط هنر دست و بال مرا بسته بود. او! به نظر می‌رسید که گویی تا وقتی تمام چیزهایی را که در درونم احساس می‌کردم تولید نکرده باشم، نمی‌توانم این دنیا را ترک کنم...» (۱۸۰۲).

آهنگساز آلمانی، لودویگ ون بتهوون^۱ یکی از درخشان‌ترین آهنگسازان همه دوران است موسیقی او به‌طور باور نکردنی دامنه وسیعی از هیجاناتی را که او در طول عمر خود تجربه کرده بود می‌رساند - مسلماً دامنه بزرگتری از آنچه اغلب افراد تجربه می‌کنند، به‌طوری که دانشمندان باور دارند که از اختلال دوقطبی رنج می‌برد. کتاب *دروازه‌ای به تبوغ* داستان‌هایی را از زندگی بتهوون بر مبنای نامه‌هایی از این آهنگساز و گزارش‌های دوستان او نقل می‌کند که آشوب هیجانی و زندگی اغلب بی‌ثبات او را به یاد می‌آورند. به‌طوری که یکی از دوستان در این کتاب اظهار می‌دارد، «به نظر بعید می‌رسد که کسی بتواند بدون چنین تجربیات هیجانی فوق‌العاده، به کارهایی با دامنه هیجانی و شدن قابل مقایسه با بتهوون دست یابد».

بتهوون توسط پدری که اغلب او را کتک می‌زد و چنانچه شایع است او را در زیرزمین خانه حبس می‌کرد و مادری که بتهوون او را دوست داشت، ولی کم و بیش در مدتی که او بزرگ می‌شد غایب بود پرورش یافت. زمانی که بتهوون ۱۷ ساله بود مادرش مریض شد و فوت کرد، و سه پسر جوان و شوهری که سوءمصرف الکل را شروع کرده بود، تنها گذاشت. چون پدر قادر نبود از فرزندان خود

1. Ludwig van Beethoven



◀ اعتقاد بر این بود که بتهوون به اختلال دوقطبی مبتلا بود.

مراقبت کند، مراقبت کردن از دو برادر کوچکتر تا زمانی که بزرگ شدند، بر عهده بتهوون گذاشته شد. بتهوون در این مقطع از زندگی، اولین تصنیف پیانو خود را ساخت. او در ۲۲ سالگی خانواده خود را ترک کرد تا زیر نظر آهنگساز نامدار، فرانز ژوزف هایدن^۱ در وین، اتریش مطالعه کند که باقی عمر خود را نیز در آنجا گذراند. با اینکه اغلب آهنگسازان آن زمان به صورت کارمزدی برای کلیسا کار می‌کردند، بتهوون آهنگساز آزاد و مستقلی بود و به سرعت موفق شد. این موفقیت از او در برابر جامعه‌ای که بدون تردید به صورت بسیار منفی به او نگاه می‌کرد محافظت کرد. کسانی که به بتهوون نزدیک بودند، او را از لحاظ هیجانی به صورت مرد بی‌ثباتی می‌دانستند که مستعد دوره‌های تحریک‌پذیری

شدید و پارانویا به علاوه دوره‌های طولانی افسردگی بود. خلق آتشی مزاج او اغلب به‌دعواهایی با صاحب‌خانه‌ها و خدمتکاران منجر می‌شد و او اغلب در نتیجه آن مجبور می‌شد محل اقامت خود را تغییر دهد. خلق و خوی او، روابط شخصی وی را به مقدار زیاد تحت تأثیر قرار می‌داد و اغلب دوستان خود را طرد و تکفیر می‌کرد و بعداً از آنها طلب بخشش می‌نمود که آنها به علت طبع خویش، غیر از دوره‌های سراسیمگی و مالیخولیای وی، او را می‌بخشیدند.

با اینکه بتهوون از ضعف شنوایی رنج می‌برد و سرانجام در ۱۰ سال آخر عمر خود کاملاً ناشنوا شد، اما با وجود عذابی که ناشنوایی او ایجاد کرده بود، به آهنگسازی و اجرای موسیقی تا پایان عمر خود ادامه داد. مانند شماری از افراد خلاق مبتلا به اختلال دوقطبی، مانی بتهوون ثابت کرد که نیروی خلاق عظیمی در زندگی او بوده است. در مقابل، دوره‌های افسردگی او معمولاً بی‌ثمر بودند، به‌طوری

1. Franz Joseph Haydn

که تا زمان سپری شدن این خلق، در حالت تنهایی، سست و بی‌حال می‌شد. او اغلب از لحاظ جسمانی بیمار بود و در زمستان با آسم دست و پنجه نرم می‌کرد که بدون تردید در افسردگی مداوم و مصرف زیاد الکل او دخالت داشت. الکلیسم او به نوبه خود به چند مشکل جسمانی بیشتر منجر شده بود متأسفانه، سوء مصرف مواد مانند الکلیسم، اغلب مشکل ثانوی افرادی است که به اختلال دوقطبی مبتلا هستند که سعی می‌کنند نوسانات خلقی ناراحت‌کننده خود را با آن کنترل کنند.

دوره‌های مانی بتهوون نه تنها دوره‌های افزایش خلاقیت را امکان‌پذیر می‌ساختند، بلکه به او امکان می‌دادند تا به طور موقتی بر هرگونه بیماری جسمانی که به آنها مبتلا بود غلبه کند، حتی در سال‌های اواخر عمرش که به مشکلات جسمانی دردناکی دچار بود.

بتهوون هرگز ازدواج نکرد و هیچ فرزندی از خودش نداشت، هرچند که او به آدم رمانتیک که فعالیت‌های عشقی زیادی داشت، معروف بود. وقتی برادر کوچکترش فوت کرد، او پسر ۹ ساله‌ی کارل، را پذیرفت، اقدامی که طولی نکشید تا به مصیبت تبدیل شد. بتهوون به مادر کارل بسیار بی‌اعتماد بود (مشکوک بودن او به افراد در زندگی‌اش غیرعادی نبود) و برای سرپرستی از برادرزاده‌اش، او را به دادگاه کشاند. این مشاجره بر سر سرپرستی، مدتی طول کشید، و زمانی که بتهوون سرپرستی کارل را به دست آورد، معروف بود که همواره بر سر او داد می‌زد و در زندگی وی دخالت می‌کند. این وضعیت به قدری برای کارل دشوار شد که دست به خودکشی زد و بعداً تصمیم گرفت به ارتش ملحق شود، ظاهراً برای اینکه زندگی باثبات‌تری از آنچه با عموی خود داشت، داشته باشد. تصور این موضوع دشوار نیست که برای بتهوون، نگهداری از کودک خردسال کار دشواری بود، چون اغلب نمی‌توانست حتی از خودش خوب مراقبت کند. دوستان او در کتاب *دروازه‌ای به نبوغ* در مورد فقدان بهداشت و مراقبت شخصی در اواخر عمر بتهوون گزارش‌هایی را نقل کرده‌اند. او اغلب به قدری ژولیده به نظر می‌رسید که یک بار در حالی که در محله‌ای واقع در وین قدم می‌زد، اشتباهاً به جای سارق دستگیر و زندانی شد و زمانی مرخص شد که یکی از دوستان توانست هویت او را شناسایی کند. افسران بر اساس ظاهر وی، پاور نکردند که او بتهوون است.

کسانی که به بتهوون نزدیک بودند، سرانجام تغییرات غیرعادی، گاهی سریع در خلق و رفتارهای تکانشی او را تحمل کردند. علاوه بر این، جامعه وین، رفتار عجیب و غریب او را به خاطر موفقیت و خدمات موسیقی او پذیرفت. خلاقیت و عشق نامحدود او به موسیقی، از تجربیات هیجانی وی بهره‌مند شدند و به او کمک کردند در طول دوره‌های مشکل‌آفرین زندگی‌اش، زنده بماند. یکی از دوستان او نوشت: «شاید بتهوون به عنوان خالق، به این دلیل زنده ماند که آدم شجاعی بود یا به این علت که عشق او به موسیقی باعث شد به زندگی ادامه دهد». وقتی بیماری‌های او به قدری شدید می‌شدند که تحمل کردن آنها دشوار می‌شد، افسردگی اغلب در پی آن بود، و این چرخه مداوم، بیانگر تقلایی است که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی تجربه می‌کنند. در نهایت، عشق بتهوون به موسیقی برای نجات دادن او از سیروز کبد که در اثر مصرف بیش از حد الکل ایجاد شده بود، کفایت نمی‌کرد و او در سال ۱۸۲۷ در سن

۵۷ سالگی درگذشت. گرچه ما او را به خاطر موسیقی‌اش به یاد می‌آوریم، اما می‌توانیم تفریقاتی بین بیماری وی را در آثار او بشنویم. به طوری که یکی از دوستان اشاره کرد «زندگی پنهانی به قدری در با توجه به فراگیر بودن بدبختی و فلاکت او، آثار وی بسیار معجزه آسا هستند».

۳-۱- یکپارچه کردن

به طوری که در مورد بن نشان دادیم، متخصصان بالینی وقتی سعی می‌کنند با توجه به شواهدی که از طریق فرایند ارزیابی به دست آورده‌اند تشخیص بدهند، با تکلیف دشواری روبرو هستند. آنها باید هر درمانجو را به صورت فردی ارزیابی کرده و معلوم کنند کدام ترکیب آزمون‌ها برای مشخص کردن دقیق ماهیت و علت نشانه‌های رفتاری او از همه مناسب‌تر است. علاوه بر این، متخصصان بالینی که ارزیابی‌ها را اجرا می‌کنند، می‌کوشند از مهارت‌های سازگاری درمانجو آگاه شوند، تا بتوانند براساس توانایی‌های موجود او توصیه‌هایی را ارائه دهند و برای به حداکثر رساندن عملکرد وی در زندگی روزمره، درمانی را ترتیب دهند.

برگشت به مورد: بن رابشم

با توجه به علت‌های احتمالی نشانه‌های بن، دکتر واشنگتن توصیه کرد که او برای تقویت مهارت‌های موجودش، به توانبخشی نیاز دارد تا بتواند به شغل قبلی خود برگردد. اگر بن همچنان کمبودهایی را در سرعت پردازش دیداری و فضایی نشان دهد، مهارت‌هایی که برای شغل کنونی او بسیار ضروری هستند، تحت درمان حمایتی و احتمالاً مشاوره شغلی نیز قرار خواهد گرفت.

گزارش‌های دکتر توبین: قدری اطمینان‌بخش است که صدمه بن، هرچند در حال حاضر در توانایی او برای رقتن به سر کار اختلال ایجاد کرده است، اما به احتمال زیاد خود به خود برطرف خواهد شد. ارزیابی نوروپسیکولوژیکی قطعاً برای این مورد ضروری بود؛ متأسفانه، با افزایش صدمات مغزی آسیب‌زا در سال‌های اخیر، این نوع ارزیابی به طور فزاینده‌ای ضروری است. صدمه بن در محل کار روی داد، اما خیلی از جوانان دیگر، صدماتی را در زمینه‌های فعالیت متنوعی نظیر چوگان بازی، فوتبال، یا درگیری در جنگ متحمل می‌شوند. با ابداع تصویربرداری عصبی و آزمودن کامپیوتری پیشرفته‌تر، در آینده برای ارزیابی افرادی مانند بن، و درمانجویانی که اختلالات آنها عمدتاً ماهیت روان‌شناختی دارند، بهتر آماده خواهیم شد.

فصل چهارم

دیدگاه های نظری

۴-۱ دیدگاه‌های نظری در آسیب‌شناسی روانی

دیدگاه‌های نظری اساسی، گرایش‌هایی به شناختن علت‌های رفتار انسان و درمان ناپهنجاری پژوهش و کار بالینی در آسیب‌شناسی روانی را هدایت می‌کنند. در این فصل، دیدگاه‌های نظری عمده را بررسی خواهیم کرد که اساس این کتاب را تشکیل می‌دهند. شما در مورد هر دیدگاه و اینکه چگونه در رابطه با اختلالات خاص هر فصل به کار برده می‌شود، مطالب مشروح‌تری را مطالعه خواهید کرد. برای اینکه به شما کمک کنیم این دیدگاه‌ها را بهتر درک کنید، از مورد میرا به عنوان نمونه استفاده خواهیم کرد تا نشان دهیم چگونه متخصصان بالینی که در چارچوب هر دیدگاه کار می‌کنند، به درمان او می‌پردازند. گرچه برنامه میرا، درمان در چارچوب دیدگاه شناختی-رفتاری را می‌طلبد، اما مورد او جنبه‌های متعددی دارد که هر نظریه عمده به آن می‌پردازد. این جنبه‌ها بحث درباره آنها را موجه می‌سازند.

۴-۲ دیدگاه زیستی

روان‌شناسانی که در چارچوب دیدگاه زیستی^۱ کار می‌کنند، معتقدند که ناپهنجاری‌ها در عملکرد بدن، مسبب نشانه‌های اختلالات روانی هستند. به بیان دقیق‌تر، آنها معتقدند که ما می‌توانیم علت‌های نشانه‌های روانی را عمدتاً در اختلالات دستگاه عصبی یا دستگاه‌های دیگری که بر دستگاه عصبی تأثیر دارند، ردیابی کنیم.

نظریه‌ها

انتقال اطلاعات در سراسر دستگاه عصبی در سیناپس‌ها، یا نقاط ارتباط بین نورون‌ها، صورت می‌گیرد. علائم الکتریکی حاوی اطلاعات، به صورت شیمیایی، در سیناپس از یک نورون به نورون بعدی منتقل می‌شوند. نورون‌ها از طریق این انتقال، گذرگاه‌های پیچیده‌ای را تشکیل می‌دهند که اطلاعات در طول آنها از یک بخش دستگاه عصبی به بخش دیگر آن می‌روند. انتقال‌دهنده‌های عصبی^۲ پیک‌های شیمیایی هستند که در طول سیناپس حرکت می‌کنند و به انتقال‌دهنده عصبی اصلی را در اختلالات روانی نشان می‌دهد.

جدول ۴-۱ انتقال‌دهنده‌های عصبی برگزیده که در اختلالات روانی درگیر هستند

انتقال‌دهنده عصبی	اختلالات مربوط
نوراپی نفرین	اختلالات افسردگی اختلالات اضطرابی (اختلال وحشتزدگی)
سروتونین	اختلالات افسردگی اختلالات اضطرابی اسکیزوفرنی بی‌اشتهایی عصبی اختلالات مصرف مواد
اسید گاما - آمینوبوتیریک (GABA)	اختلالات اضطرابی اختلالات مصرف مواد
دوپامین	اختلال عصبی - شناختی ناشی از بیماری پارکینسون اسکیزوفرنی اختلالات خوردن اختلالات مصرف مواد
استیل‌کولین	اختلال عصبی - شناختی ناشی از بیماری آلزایمر
مواد شبه‌افیونی	اختلالات مصرف مواد

غیر از اختلالات در انتقال‌دهنده‌های عصبی، ناهنجاری‌ها در ساختارهای مغز نیز به خودی خود می‌توانند موجب نشانه‌های روانی شوند. گرچه ربط دادن ساختارهای مغز که خیلی بزرگ یا خیلی کوچک هستند به اختلالات رفتاری، همیشه امکان‌پذیر نیست، اما پژوهشگران معتقدند که برخی از اختلالات در رفتار، با ساختارهای مغز که به‌طور ناهنجاری رشد کرده یا کار می‌کنند، ارتباط دارند. چون نمی‌توانیم ساختارهای مغز را به‌طور مستقیم مشاهده کنیم، پژوهشگران روش‌های پیشرفته اسکن مغزی را ابداع کرده‌اند که به آنها امکان می‌دهند تا بررسی کنند چگونه مغز فرد سازمان یافته و از آن مهم‌تر، چگونه در حالی که اطلاعات را پردازش می‌کند، عمل می‌نماید.

علت‌های کژکاری دستگاه عصبی از ناهنجاری‌های ژنتیکی تا صدمه مغزی گسترش دارند. ناهنجاری‌های ژنتیکی می‌توانند از طریق وراثت ترکیبات خاصی از ژن‌ها، کپی کردن معیوب هنگامی که سلول‌ها تکثیر می‌شوند، یا جهش‌هایی که فرد در طول عمر خود کسب می‌کند، رخ

دهند. سلول‌ها از توانایی مرمت کردن تعدادی از این جهش‌ها برخوردارند. اما اگر این مکانیزم‌های مرمت درست کار نکنند، جهش می‌تواند به نسخه‌های آینده سلول تغییرات منتقل شود.

ژن‌ها حاوی دستورالعمل‌هایی برای تشکیل دادن پروتئین‌ها هستند، که به نوبه خود تعیین می‌کنند چگونه سلول عمل کند. در مورد نورون‌ها، ژن‌ها ساختن انتقال‌دهنده‌های عصبی، به علاوه روشی را که انتقال‌دهنده‌های عصبی در سیناپس رفتار می‌کنند، کنترل می‌نمایند. ژن‌ها همچنین تا اندازه‌ای تعیین می‌کنند که چگونه ساختارهای مغز در طول عمر رشد کنند. هر عاملی که بتواند کد ژنتیکی را تغییر دهد، می‌تواند نحوه‌ای که این ساختارها عمل می‌کنند را نیز تغییر دهد.

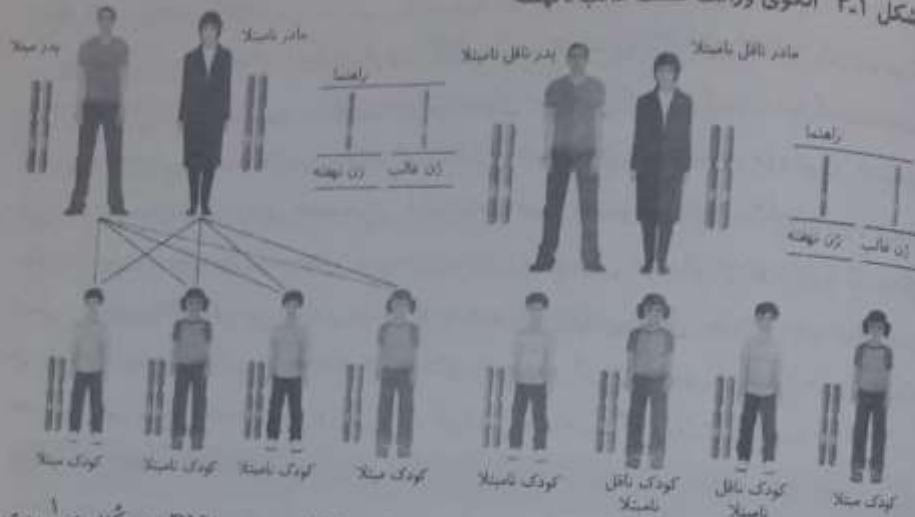
اختلالات ارثی زمانی رخ می‌دهند که ژن‌های هر والد به صورتی ترکیب شده باشند که به عملکرد عادی سلول لطمه بزنند. تیپ ارثی^۱ شما ساخت ژنتیکی شماست که حاوی شکل هر ژنی به نام آلل^۲ است که به ارث می‌برید. اجازه دهید بگوییم آلل A موجب تشکیل پروتئینی می‌شود که به شکل‌گیری نورون به صورت نابهنجار می‌انجامد. آلل B باعث می‌شود که این نورون کاملاً سالم باشد. اگر شما دو ژن حاوی آلل B را به ارث برده باشید، در این صورت احتمال ندارد که به آن بیماری مبتلا شوید. از سوی دیگر، اگر دو ژن حاوی آلل A را به ارث برده باشید، تقریباً به طور قطعی به آن بیماری دچار خواهید شد. اگر شما یک آلل A و یک آلل B را به ارث برده باشید، این وضعیت پیچیده‌تر می‌شود. اینکه آیا شما به آن بیماری دچار شوید یا نشوید، بستگی دارد به اینکه آیا آلل A «غالب» است، بدین معنی که دستورالعمل‌های آن برای رمزگردانی پروتئین مضر تقریباً به طور قطعی بر دستورالعمل‌های آلل B غالب هستند. اگر آلل A «نهفته» باشد، در این صورت این به تنهایی نمی‌تواند باعث شود که پروتئین مضر تشکیل شود. با این حال، چون شما ترکیب AB هستید، ناقل اید، زیرا بچه‌ای با ناقل AB دیگر تولید می‌کنید، آن بچه می‌تواند دو آلل AA دریافت کند، و بنابراین به آن اختلال مبتلا شود (شکل ۳-۱).

مدل وراثت ژن غالب - نهفته به ندرت می‌تواند وراثت ژنتیکی اختلالات روانی را توجیه کند. در برخی موارد، اختلالات ارثی فقط از طریق ارتباط‌های مادر روی می‌دهند، بدین معنی

1. genotype

2. allele

شکل ۴-۱ الگوی وراثت صفت غالب - نهفته



که آنها فقط از طریق مادر منتقل می‌شوند. این اختلالات با نقایص در DNA میتوکندری^۱ روی می‌دهند، که DNA ای است که تشکیل پروتئین را در میتوکندری سلول (ساختارهای تولیدکننده انرژی) کنترل می‌کند. تعدادی از اختلالات روانی، مدل چندژنی^۲ را منعکس می‌کنند که تأثیر مشترک ترکیبات ژن متعدد را شامل می‌شود.

آنچه موضوع را پیچیده‌تر می‌کند این است که نه تنها ژن‌های متعددی وجود دارند که در ایجاد اختلالات روانی درگیر هستند، بلکه محیط در کمک کردن به شیوه‌ای که رفتار ما وراثت ژنتیکی ما را منعکس می‌کند، نقش مهمی را ایفا می‌نماید. تیپ پدیداری^۳ شما ویژگی‌های قابل مشاهده و قابل اندازه‌گیری است که از ترکیب تأثیرات محیطی و ژنتیکی ناشی می‌شود. برخی تیپ‌های پدیداری به تیپ ارثی شان نسبتاً نزدیک هستند. برای مثال، رنگ چشم شما، تأثیرات محیطی را منعکس نمی‌کند. با این حال، اندام‌های پیچیده‌ای مانند مغز، اغلب اختلال زیادی را بین تیپ ارثی و تیپ پدیداری نشان می‌دهند، زیرا محیطی که افراد با آن مواجه شده‌اند قویاً بر رشد مغز در طول عمر تأثیر می‌گذارد. از این گذشته، ژن‌های متعددی وجود دارند که در ساختن ساختارهای مغز مشارکت دارند و با گذشت زمان، بر تغییر آنها تأثیر می‌گذارند. تحقیق اپیژنتیک^۴ سعی دارد روش‌هایی که محیط بر ژن‌ها تأثیر می‌گذارد تا تیپ‌های پدیداری را

1. mitochondrial
4. epigenetics

2. polygenic

3. phenotype

ایجاد کند، مشخص نماید.

پژوهشگران پیشگام در اسکیزوفرنی (گاتسمن و شیلدز، ۱۹۷۲؛ ۱۹۷۳) که پیچیدگی ساختارها و کارکردهای مغز را منعکس می‌کنند، برای مشخص کردن ترکیب مشارکت‌کننده‌های ژنتیکی و محیطی در رفتارهای پیچیده، از اصطلاح «تیپ‌های پدیداری درونی»^۱ استفاده می‌کنند. تیپ پدیداری درونی خصوصیتی است که به صورت بیرونی قابل مشاهده نیست. برای مثال، در مورد اسکیزوفرنی، چندین تیپ‌های پدیداری درونی احتمالی وجود دارد که ممکن است زیربنای نشانه‌های این بیماری باشد که به صورت بیرونی قابل مشاهده نیستند. اینها عبارتند از ناهنجاری‌هایی در حافظه، فرایندهای حسی، و انواع خاصی از سلول‌های دستگاه عصبی. فرض بر این است که این ویژگی‌های غیرقابل مشاهده، که وراثت و محیط بر آنها تأثیر می‌گذارند، مسئول جلوه‌های رفتاری این بیماری هستند. مفهوم تیپ‌های پدیداری درونی احتمالاً چند دهه از زمان خودش جلوتر بود، زیرا در دهه ۱۹۷۰، پژوهشگران از لحاظ آنچه می‌توانستند بر حسب وراثت و مغز مطالعه کنند، محدودیت داشتند. با ابداع روش‌های پیشرفته آزمایش DNA و تصویربرداری از مغز، این مفهوم، حیات مجدد یافته است (گاتسمن و گولدا، ۲۰۰۳).

روابط بین تأثیرات ژنتیکی و محیطی در دو طبقه قرار می‌گیرند: همبستگی‌های ژن-محیط و تعامل‌ها بین ژن‌ها و محیط (لو و الی، ۲۰۱۰). همبستگی‌های ژن-محیط زمانی وجود دارد که افراد دارای زمینه ژنتیکی خاص به صورت نابرابر در محیط‌های خاصی بخش شده باشند (اسکارو و مک‌کارتی، ۱۹۸۳). این همبستگی‌ها می‌توانند به سه شیوه رخ دهند. شیوه اول از طریق مواجهه منفعل است. کودکان دارای زمینه‌های ژنتیکی خاص می‌توانند در معرض محیط‌هایی قرار بگیرند که والدین آنها بر مبنای زمینه‌های ژنتیکی شان ایجاد می‌کنند. برای مثال، کودک والدینی که از لحاظ ورزشی سرآمد هستند و در ورزش‌ها شرکت می‌کنند، ژن‌هایی را به ارث می‌برد که توانایی ورزشی را به او می‌دهند. چون این والدین خودشان در فعالیت‌های ورزشی مشارکت دارند، محیطی را ایجاد کرده‌اند که رشد ورزشی کودک را تقویت می‌کند. این دومین تعامل ژن-محیط را فراخوانی می‌کند و می‌تواند زمانی روی دهد که والدین با فرزندان که دارای زمینه‌های ژنتیکی خاصی هستند به شیوه بخصوصی رفتار کنند، زیرا توانایی‌های آنها

1. endophenotypes

پاسخ‌های خاصی را شکوفا می‌کنند. مربی مدرسه ممکن است این کودک را که از لحاظ ورزشی سرآمد است برای تیم‌های ورزشی نفرگیری کند که باعث می‌شود او از لحاظ ورزشی حتی با استعدادتر شود. ما سومین همبستگی زن - محیط را «انتخاب جایگاه»^۱ می‌خوانیم. امکان دارد این کودک که از لحاظ ورزشی سرآمد است، منتظر نفرگیری نماند، بلکه در عوض به دنبال فرصت‌هایی برای ورزش کردن باشد و در این جریان حتی با استعدادتر شود. در رابطه با ایجاد اختلالات روانی، هریک از این سه موقعیت می‌تواند روی دهد، و خطر اینکه فرزندان والدین دارای زمینه‌های ژنتیکی، به علت تأثیر بیشتر محیط، به احتمال بیشتری دچار اختلال شوند را افزایش دهد.

مورد کوتاه

رویکردهای زیستی به درمان میرا

متخصص بالینی که در چارچوب دیدگاه زیستی کار می‌کند، افسردگی میرا را با داروهای افسردگی و به احتمال زیاد ابتدا با SSR1 ها درمان خواهد کرد. چون این داروها چند هفته طول می‌کشد تا اثر کنند، متخصص بالینی در طول این مدت میرا را دقیقاً زیر نظر می‌گیرد تا اطمینان یابد که او باثبات می‌ماند. متخصص بالینی در طول این مدت، حداقل هفته‌ای یک بار میرا را ملاقات می‌کند تا بر پیشرفت او نظارت کند. از هرگونه عوارض جانبی که تجربه می‌کند آگاه شود، و بعد از چهار تا شش هفته، در صورت لزوم داروهای او را تنظیم کند. میرا مورد مناسبی برای مداخله‌های اساسی‌تر نیست، زیرا گرچه او افکار خودکشی دارد، اما برای خودکشی برنامه ندارد و به نظر نمی‌رسد که در معرض خطر جدی باشد. متخصص بالینی ممکن است همچنین به میرا توصیه کند روال ورزش قبلی خود را از سر گیرد تا به افزایش دادن تأثیرات درمانی داروهای او کمک کند.

تعامل زن - محیط زمانی روی می‌دهد که یک عامل بر جلوه عامل دیگر تأثیر بگذارد. برای مثال، پژوهشگران در مورد افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی معلوم کرده‌اند که افراد دارای خطر ژنتیکی زیاد در صورتی که تحت استرس زیاد قرار داشته باشند، بیشتر از افرادی که خطر ژنتیکی کم دارند، احتمال دارد که نشانه‌های افسردگی را آشکار سازند. بنابراین، استرس

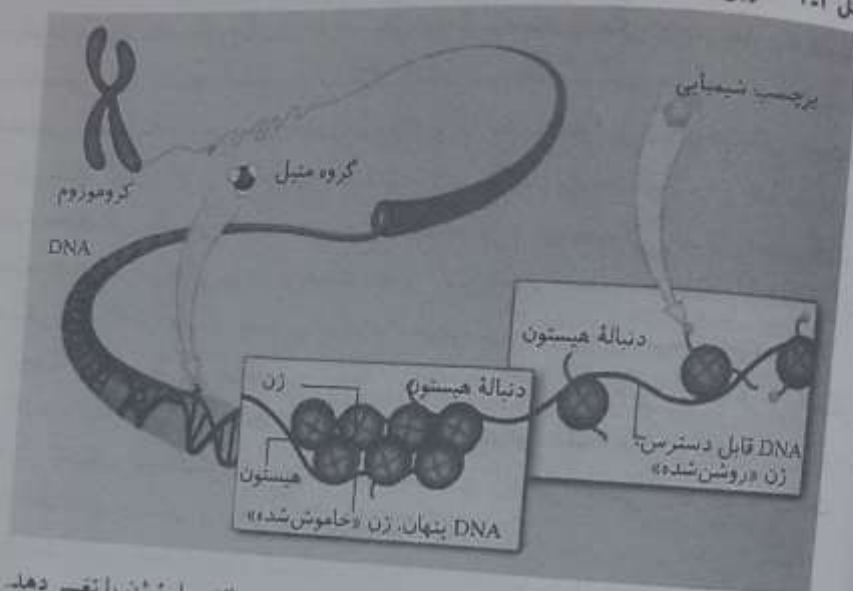
1. niche picking

یکسانی بر افراد دارای زمینه‌های ژنتیکی مختلف، تأثیرات متفاوتی دارد. برعکس، خطر ژنتیکی افرادی که در معرض سطح بالاتر استرس قرار دارند از خطر ژنتیکی افرادی که در محیط‌های کم استرس زندگی می‌کنند، بیشتر می‌شود. به عبارت دیگر، امکان دارد فردی آسیب یا آسیب‌پذیری ژنتیکی نهفته‌ای داشته باشد که فقط وقتی او تحت استرس محیطی قرار گیرد باشد، خود را آشکار می‌سازد. پژوهشگران در این تحقیقات، خطر ژنتیکی را برحسب اینکه فرد، خویشاوند نزدیک مبتلا به نشانه‌های اختلال دارد یا ندارد تعریف کرده‌اند. وجود خطر ژنتیکی پیش‌بینی نکرد که آیا فرد دچار اختلال افسردگی اساسی می‌شود یا نه، مگر اینکه او در معرض محیط پراسترس قرار داشت (لو و الی، ۲۰۱۰).

پژوهشگرانی که آسیب روانی را مطالعه می‌کنند، مدت طولانی است که از همکاری مشترک زن‌ها و محیط در ایجاد اختلالات روانی آگاه شده‌اند. مدل بیماری‌پذیری ارثی-استرس^۱ اعلام می‌دارد که افراد در اثر رویدادهای شکل‌دهنده مثل آسیب، بیماری‌ها، عوارض زایمان یا محیط‌های خانوادگی خشن، با بیماری‌پذیری ارثی (زمینه ژنتیکی) متولد می‌شوند یا آسیب‌پذیری را در اوایل زندگی اکتساب می‌کنند (زوبین و اسپرینگ، ۱۹۷۷). این آسیب‌پذیری بعداً، وقتی افراد بزرگتر می‌شوند، آنها را در معرض خطر ابتلا به اختلال روانی قرار می‌دهد (جانسون، کوهن، کاسن، اسمایلس، و بروک، ۲۰۰۱).

با پیشرفت‌هایی که در علم ژنتیک صورت گرفته، پژوهشگران اکنون خیلی بهتر می‌توانند روش‌های دقیقی که زن‌ها و عوامل محیطی بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند، آگاه شوند. معمولاً افراد دو نسخه از یک ژن را دریافت می‌کنند، یکی از هر والد، و هر دو نسخه به‌طور فعال رشد فرد را شکل می‌دهند. با این حال، برخی از ژن‌ها از طریق فرایندی به نام تکوین^۲ تنظیم می‌شوند. بدین معنی که محیط باعث می‌شود که آنها «خاموش» یا «روشن» شوند. اگر ژن فعال باقی‌مانده حذف شود یا شدیداً جهش یابد، در این صورت فرد می‌تواند به بیماری مبتلا شود. وقتی یک گروه شیمیایی به نام متیل، خودش را به ژن متصل می‌کند، فرایند متیلاسیون DNA^۳ می‌تواند ژن را خاموش کند (شکل ۲-۴).

شکل ۴.۲ تکوین



مراقبت مادر از طریق فرایند تکوینی متیلاسیون DNA می تواند جلوه ژن را تغییر دهد. یک تحقیق نشان داد که مواجهه مادر با مواد سمی محیطی در طول حاملگی، موجب متیلاسیون DNA در بچه متولد نشده او شد (فورنس، دکر، و رابرنس، ۲۰۱۱). تحقیقات روی حیوانات آزمایشگاهی نیز نشان دادند که استرس می تواند به شیوه خاصی بر DNA تأثیر بگذارد که رشد مغز را تغییر دهد (میچاسیوک، ایلنیتسکی، کووالچاک، کولب، و گیب، ۲۰۱۱). پژوهشگران معتقدند داروهای خاصی که مادر در طول حاملگی مصرف می کند، از جمله نیکوتین، الکل، و کوکائین، موجب متیلاسیون DNA می شود.

پژوهشگران برای آگاهی یافتن از مشارکت وراثت در اختلالات روانی، از سه روش استفاده می کنند: تحقیقات وراثت خانوادگی، تحقیقات ارتباط DNA و ژنومیک^۱ همراه با تکنولوژی اسکن. پژوهشگران در تحقیقات وراثت خانوادگی، میزان اختلال را در خویشاوندانی که درجات مختلف ارتباط ژنتیکی دارند مقایسه می کنند. این تحقیقات، میزان اختلال را در جفت های متفاوت افرادی که ارتباط ژنتیکی دارند بررسی می کنند. بالاترین میزان ارتباط ژنتیکی بین دوقلوهای یک تخمکی است که در ۱۰۰ درصد تیپ ارثی خود سهم هستند.

1. genomics

دوقلوهای دوتخمکی به‌طور متوسط، در ۵۰ درصد زئوم‌های خود سهم‌اند، اما هر دو نوع دوقلوها محیط خانوادگی یکسان دارند. بنابراین، گرچه مقایسه‌های دوقلوهای یک‌تخمکی و دوتخمکی مفید هستند، اما به پژوهشگران امکان نمی‌دهند تا تأثیر محیط را متغی سازند. همچنین، تحقیقات والدین و فرزندان به وسیله این واقعیت باطل می‌شوند که والدین محیطی را که فرزندان آنها در آن بزرگ می‌شوند، به وجود می‌آورند. پژوهشگران برای جدا کردن تأثیر بالقوه محیط در تحقیقاتی که دوقلوهای یک‌تخمکی و دوتخمکی را مقایسه می‌کنند، به تحقیقات فرزند خواندگی روی آورده‌اند که در آنها، خانواده‌های مختلف دوقلوهای یک‌تخمکی را بزرگ کرده‌اند، و بنابراین، دوقلوها محیط‌های متفاوتی را تجربه کرده‌اند.

تحقیقات خانوادگی و دوقلویی به مدت چندین دهه تنها روش‌هایی بودند که پژوهشگران در اختیار داشتند تا میزان تأثیرات ژنتیکی بر اختلالات روانی را اندازه‌گیری کنند. اما با پیشرفت آزمایش ژنتیکی، پژوهشگران توانسته‌اند مشارکت‌های ژنتیکی خاصی را در انواع صفات، از جمله اختلالات جسمانی و روانی بررسی کنند.

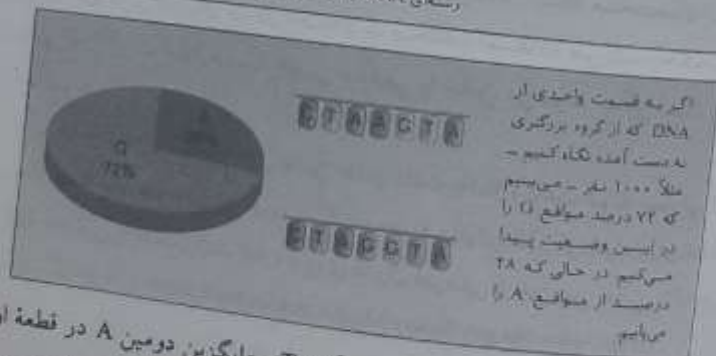
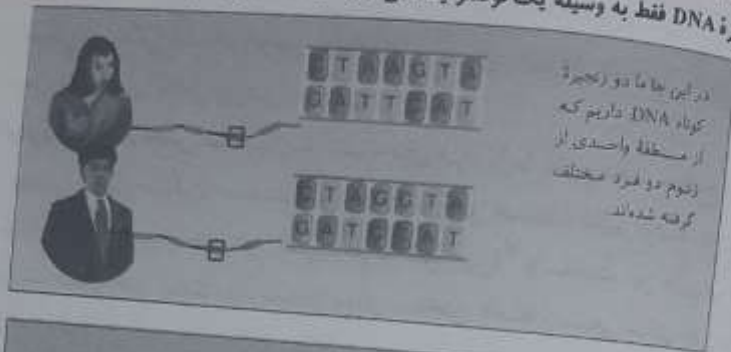
پژوهشگران در تحقیق پیوند گسترده - ژنوم^۱ خانواده‌های افراد دارای صفات روان‌شناختی یا اختلالات خاص را بررسی می‌کنند. اصل نهفته در تحقیق پیوند این است که ویژگی‌های نزدیک به یکدیگر در ژن خاص، به احتمال زیاد باهم به ارث برده شده‌اند. پژوهشگران با در اختیار داشتن روش‌های آزمایش ژنتیکی اصلاح‌شده، اکنون می‌توانند این تکلیف را با دقت خیلی بیشتر از گذشته انجام دهند.

گرچه تحقیقات پیوند مفید هستند، اما محدودیت‌هایی دارند، عمدتاً به این علت که به بررسی تعداد زیادی اعضای خانواده نیاز دارند و ممکن است فقط یافته‌های محدودی را تولید کنند. پژوهشگران در تحقیقات ارتباط وسیع - ژنوم^۲ کل ژنوم افرادی را که به هم ارتباط ندارند اسکن می‌کنند تا تغییرات ژنتیکی مرتبط با بیماری خاصی را پیدا کنند. آنها در جستجوی چندریختی نوکلئوتید تکمی (SNP)^۳ هستند، که تغییر ژنتیکی جزئی است که می‌تواند در زنجیره DNA فرد روی دهد. چهار حرف نوکلئوتید - آدنین، گوانین، تیمین، و سیتوزین (A, G, T, C) - که ژنتیکی را مشخص می‌کنند. تغییر SNP زمانی روی می‌دهد که نوکلئوتید تکمی، مانند A جایگزین یکی از سه تای دیگر شود. برای مثال، SNP تغییر قطعه DNA

1. genome-wide linkage study

2. genome-wide association studies

شکل ۴-۳ تشخیص SNP این شکل نشان می‌دهد که چگونه تغییر SNP روی می‌دهد، مثل زمانی که دو زنجیره DNA فقط به وسیله یک نوکلئوتید تکی ("A" vs. "G") فرق می‌کنند.



AAGGTTA به ATGGTTA است که در آن، "A" جایگزین دومین A در قطعه اول می‌شود (شکل ۴-۳). با روش‌های آزمایش ژنتیکی پیشرفته که اکنون راحت‌تر در دسترس قرار دارند، پژوهشگران ابزارهای قوی‌تری برای یافتن SNP هایی دارند که در صفات خاص (یا بیماری‌های) تعداد زیادی از افراد روی می‌دهند. گرچه خیلی از SNP ها تغییرات جسمانی در افراد ایجاد نمی‌کنند، اما پژوهشگران باور دارند که امکان دارد SNP های دیگر، افراد را برای بیماری مستعد کنند و حتی بر پاسخ آنها به رژیم‌های دارویی تأثیر بگذارند.

1. genome-wide linkage
2. genome-wide association
3. single nucleotide

درمان

در حال حاضر، درمان مبتنی بر عوامل زیستی نمی‌تواند به علت اختلال بر حسب اصلاح کردن مشکلات ژنتیکی رسیدگی کند. در عوض، درمان‌های زیستی، داروها، جراحی، یا انواع دیگر درمان مستقیم روی مغز را شامل می‌شوند.

داروهای روان‌درمان‌بخش قصد دارند نشانه‌های فرد را با تغییر دادن سطوح انتقال دهنده‌های عصبی که پژوهشگران معتقدند در اختلال درگیر هستند، تغییر دهند. در سال ۱۹۵۰، شیمیدان فرانسوی، پل چارپنتیر^۱ کلروپرومازین (تورازین)^۲ را ساخت. این دارو در دهه ۱۹۶۰ مقبولیت گسترده‌ای یافت، و زمینه را برای ساختن دامنه وسیعی برای داروهای روان‌درمانی آماده کرد.

در حال حاضر، طبقات عمده داروهای روان‌درمان‌بخش، داروهای ضد روان‌پریشی، داروهای ضد افسردگی، تثبیت‌کننده‌های خلق، داروهای ضد تشنج، داروهای ضد اضطراب، و داروهای محرک را شامل می‌شوند (جدول ۲-۴). همان‌گونه که در این جدول می‌بینید، که شرکت‌های دارویی برای درمان کردن یک اختلال ساخته‌اند، مانند داروهای ضد افسردگی، اختلالات دیگر، مانند اختلالات اضطرابی را نیز درمان می‌کنند. اینکه متخصصان بالینی از داروهای واحدی برای درمان کردن اختلالات مختلف استفاده می‌کنند، حکایت دارد تا بهنجاری‌هایی که تأثیرات انتقال‌دهنده عصبی مشابهی را شامل می‌شوند ممکن است مشابه این اختلالات شوند.

هریک از این داروها می‌توانند عوارض جانبی جدی داشته باشند و باعث شوند بیمارانی که این واکنش‌های به اصطلاح ناگوار دارو را تجربه می‌کنند، مصرف آنها را قطع کرده و داروی متفاوتی احتمالاً از طبقه مختلفی را امتحان کنند. اداره داروی فدرال فهرستی از عوارض جانبی را که همراه به روز می‌شود، نگه می‌دارد (<http://www.fda.gov/Safety/MedWatch/default.htm>).

درمان‌های زیستی طبقه دوم مداخله‌ها را نیز شامل می‌شود. جراحی روانی^۳، یا جراحی عصبی روان‌پزشکی^۴ درمانی است که به موجب آن جراح اعصاب روی مناطقی از مغز که به احتمال زیاد مسئول نشانه‌های فرد هستند، کار می‌کند. اولین استفاده مدرن از جراحی روانی

1. Paul Charpentier
2. psychosurgery

2. Chlorpromazine (Thorazine)
4. psychiatric neurosurgery

جدول ۴.۲ داروهای روان‌درمان‌بخش عمده

طبقه	برای درمان ... مصرف می‌شود
داروهای ضد روان‌پریشی داروهای ضد روان‌پریشی متعارف داروهای ضد روان‌پریشی نامتعارف (ونسل دوم) نیز نامیده می‌شوند	طیف اسکیزوفرنی و اختلالات روان‌پریشی دیگر
بازدارنده‌های بازجذب گزینشی سروتونین (SSRI) بازدارنده‌های بازجذب سروتونین و نوراپینفرین (SNRI) داروهای ضد افسردگی نامتعارف داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای بازدارنده‌های مونوآمین اکسیداز (MAOI) تثبیت‌کننده‌های خلق	اختلال افسردگی اساسی
داروهای ضد تشنج داروهای ضد روان‌پریشی نامتعارف داروهای ضد اضطراب	اختلال دوقطبی
بنزودیازپین‌ها داروهای ضد افسردگی نامتعارف بازدارنده‌های مونوآمین اکسیداز بازدارنده‌های بازجذب گزینشی سروتونین بازدارنده‌های بازجذب سروتونین و نوراپینفرین داروهای سه حلقه‌ای داروهای محرک	اختلالات اضطرابی

قطعه‌تری پیش‌پیشانی بود که جراح اعصاب پرتغالی آگاس مونیز^۱ آن را در سال ۱۹۳۵ ابداع کرد. مونیز با قطع کردن قطعه‌های پیش‌پیشانی از باقی مغز، دریافت که توانسته است نشانه‌های بیمار را کاهش دهد. متأسفانه، این عمل تغییرات شدید در شخصیت بیمار، از جمله از دست دادن انگیزش را نیز موجب شد. حوزه پزشکی در آن زمان این شیوه را پیروزی عمده‌ای دانست که منجر به این شد که مونیز در سال ۱۹۴۹ به دریافت جایزه نوبل مفتخر شود. در دهه ۱۹۶۰، روش داروهای روان‌درمان‌بخش در دسترس قرار گرفتند. روان‌پزشکان گزینه‌ای برای قطعه‌تری

۱. Egas Moniz

۱. Paul Charpentier
1. psychosurgery

پیش‌بینانی داشتند که به آنها امکان می‌داد نشانه‌های بیمار را بدون توسل به این روش افراطی کاهش دهند.

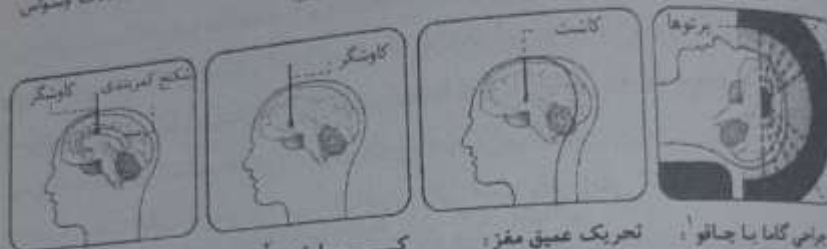
جراحی روانی مدرن بر مداخله‌های مشخص متکی است که برای کاهش دادن نشانه‌ها بر بیمارانی که ثابت شده به درمان نه چندان اساسی پاسخ نمی‌دهند طراحی شده‌اند (شکل ۴-۴). هریک از این انواع جراحی عصبی ناحیه خاصی از مغز را هدف قرار می‌دهد؛ پژوهشگران معتقدند به عنوان علت نشانه‌ها درگیر است. جراحان اعصاب با میزان رفت بیشتری که پیشرفت‌ها در فنون جراحی را منعکس می‌کند، می‌توانند ضایعه‌ای را در ناحیه خاصی از مغز ایجاد کنند تا موجب تسکین نشانه شود. در مورد افراد مبتلا به وسواس فکری-عملی یا اختلال افسردگی اساسی شدید، این ضایعات، قشر مخ، جسم مخطط، و تالاموس را هدف قرار می‌دهند. تحریک عمیق مغز (DBS)^۱ که تعدیل عصبی^۲ نیز نامیده می‌شود، نوع دیگری از جراحی اعصاب روان‌پزشکی است که به موجب آن، الکترودهایی که به صورت دائمی کاشته شده‌اند، در صورت نیاز، پاسخ‌هایی را در مدارهای خاص مغز راه‌اندازی می‌کنند (شاه، پسیریدوس، بالتاج، مالون، و اورردون، ۲۰۰۸).

در درمان با تشنج الکتریکی (ECT)^۳ الکترودهای متصل شده روی سر، شوک الکتریکی وارد می‌کنند که موجب تشنجات می‌شوند. یوگو سرلتی^۴ عصب‌شناس ایتالیایی که جویای درمانی برای صرع بود، این روش را در سال ۱۹۳۷ ابداع کرد. ECT در دهه ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ بسیار متداول شد، اما به‌طوری که فیلم دیوانه‌ای از قفس پرید نشان می‌دهد، کارکنان در بیمارستان‌های روان‌پزشکی به عنوان راهی برای مقید کردن بیماران خشن، از آن سوءاستفاده نیز کردند. با اینکه ECT عمدتاً در اواسط دهه ۱۹۷۰ چندان به کار برده نمی‌شد، اما روان‌پزشکان برای درمان کردن دامنه محدودی از اختلالات، استفاده از آن را ادامه دادند. مرور جامعی بر تحقیقات کنترل شده در استفاده از ECT برای درمان اختلال افسردگی اساسی، نشان داد که ECT در کوتاه‌مدت، در ایجاد بهبود سریع نشانه‌ها، از داروها مؤثرتر بود. با این حال، پیامدهای بلندمدت ECT از جمله اختلال حافظه وجود دارد (گروه مرور ECT، UK، ۲۰۰۳).

شکل ۴.۴ انواع جراحی روانی برای درمان کردن اختلال وسواس فکری - عملی شدید که خارج از دامنه درمان متعارف هستند.

جراحی روانی روان پزشکی

تعدادی از مراکز پزشکی به عنوان چاره آخر جراحی‌های مغز آزمایش متعددی را برای اختلالات وسواس فکری - عملی شدید انجام داده‌اند که خارج از دامنه درمان متعارف هستند.



کلیف گاما
کلیف گاما نوعی جراحی است که در آن یک دسته از پرتوهای گاما با دقت بسیار بالا به یک نقطه خاص در مغز هدایت می‌شود تا آن را تخریب کند. این روش برای درمان اختلالات وسواس فکری - عملی شدید که خارج از دامنه درمان متعارف هستند استفاده می‌شود.

کلیف
کلیف نوعی جراحی است که در آن یک دسته از پرتوهای گاما با دقت بسیار بالا به یک نقطه خاص در مغز هدایت می‌شود تا آن را تخریب کند. این روش برای درمان اختلالات وسواس فکری - عملی شدید که خارج از دامنه درمان متعارف هستند استفاده می‌شود.

تحریک عمیق مغز
تحریک عمیق مغز نوعی جراحی است که در آن یک دسته از پرتوهای گاما با دقت بسیار بالا به یک نقطه خاص در مغز هدایت می‌شود تا آن را تخریب کند. این روش برای درمان اختلالات وسواس فکری - عملی شدید که خارج از دامنه درمان متعارف هستند استفاده می‌شود.

جراحی گاما یا جاقو
جراحی گاما یا جاقو نوعی جراحی است که در آن یک دسته از پرتوهای گاما با دقت بسیار بالا به یک نقطه خاص در مغز هدایت می‌شود تا آن را تخریب کند. این روش برای درمان اختلالات وسواس فکری - عملی شدید که خارج از دامنه درمان متعارف هستند استفاده می‌شود.

۴.۲ نظریه صفت

نظریه صفت مربوط به عملکرد بهنجار شخصیت به اختلالات ربط پیدا می‌کند، رویکرد نظریه صفت اعلام می‌دارد که ناهنجاری زمانی روی می‌دهد که فرد صفات شخصیت بهنجارانه داشته باشد. در فصل ۳، به‌طور مختصر اشاره کردیم که تعدادی از روش‌های درمانی بر اندازه‌گیری این ویژگی‌های شخصیت تمرکز دارند که ما آن را به صورت آمادگی‌های صفت شخصیت، این مؤلفه‌های عملکرد روان‌شناختی، ویژگی‌های یادوامی هستند که بالقوه به افراد امکان می‌دهد تا بر اساس این ویژگی‌ها رفتار خود را تنظیم کنند.

این ویژگی‌ها به ارث برده می‌شوند.

1. Gamma knife surgery

3. cingulotomy

1. deep brain s
4. Ugo Cerletto

کلمه «شخصیت» در زندگی روزمره خیلی مناسب است. وقتی به این موضوع فکر می‌کنید، چگونه شخصیت کسی را که می‌شناسید توصیف کنید، احتمالاً به فهرستی از ویژگی‌ها می‌رسید که به نظر می‌رسد با رفتار قابل مشاهده آن فرد مناسب هستند. این ویژگی‌ها معمولاً شکل صفت‌هایی نظیر «دوستانه»، یا «آرام»، یا شاید «مضطرب» و «خجالتی» به خود می‌گیرند. نظریه‌های صفت شخصیت اظهار می‌دارند که صفت‌هایی از این دست، ماهیت ساخت روان‌شناختی فرد را می‌رسانند. این واقعیت که افراد از این صفت‌ها در زندگی روزمره برای توصیف کردن خودشان و دیگران استفاده می‌کنند با اصول اساسی نظریه صفت همخوانی دارد - یعنی، شخصیت با مجموعه‌ای از ویژگی‌های پایدار برابر است.

نظریه صفت غالب در حوزه آسیب‌شناسی روانی مدل پنج‌عاملی^۱ است که (Big Five) نیز نامیده می‌شود (شکل ۴.۵) (مک‌کری و کاستا، ۱۹۸۷). بر طبق این نظریه، هر یک از پنج صفت یا آمادگی اصلی شش جنبه دارد، که جمعاً به ۳۰ مؤلفه شخصیت منجر می‌شود. مدل پنج‌عاملی صفات شخصیت روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، تجربه‌پذیری (گشودگی به تجربه)، خوشایندی، و وظیفه‌شناسی را شامل می‌شود. توصیف کردن کامل فرد بر اساس این پنج عامل، نمرات یا ارزیابی‌هایی را در هر جنبه فراهم می‌آورد.

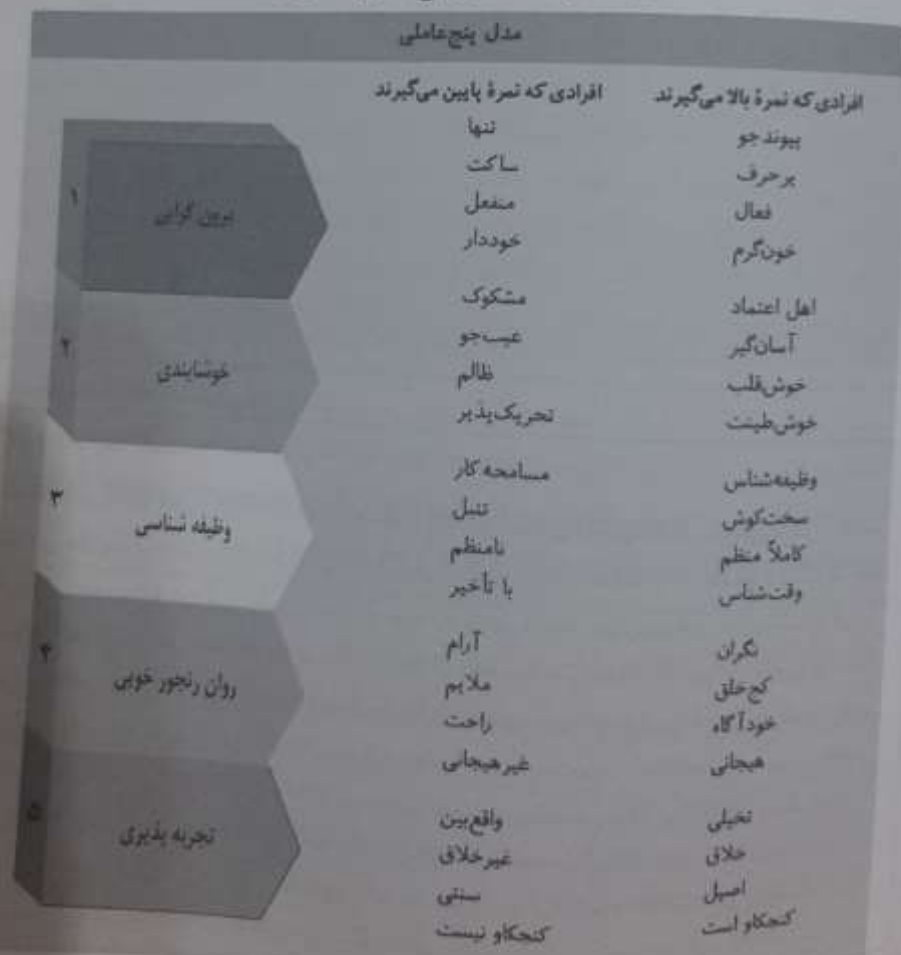
بر طبق نظریه صفت، اینکه افراد در کجای این ۳۰ عامل قرار بگیرند، قویاً بر شکل‌دهی زندگی آنها تأثیر می‌گذارد. افرادی که از لحاظ صفاتی که سلامت روانی کمتر را در انتهای هر پیوستار توصیف می‌کنند، ممکن است به احتمال بیشتری وقایع زندگی منفی را تجربه کنند، زیرا شخصیت آنها، آنها را نسبت به استرس‌های زندگی آسیب‌پذیرتر می‌کند. افرادی که در صفات شخصیتی که بیانگر مخاطره‌جویی بالا هستند (هیجان‌خواهی) به احتمال بیشتری صدمه می‌بینند، زیرا شخصیت آنها، آنها را به موقعیت‌هایی می‌کشاند که می‌تواند آنها را به دردسر بیندازد. بر طبق مدل پنج‌عاملی، گرچه شرایط می‌توانند شخصیت را تغییر دهند، ولی احتمال اینکه شخصیت شرایط را شکل دهد بیشتر است.

با این حال، بر طبق پژوهشی که از طرح‌های تحلیل داده‌های بسیار پیشرفته برای پیگیری افراد با گذشت زمان استفاده کرده است، افراد می‌توانند حتی صفات شخصیت اساسی خود را تغییر دهند. اغلب این پژوهش‌ها بر مبنای نمونه‌هایی استوار هستند که در دامنه بهنجار عملکرد

نمره می‌گیرند. برای مثال، وقتی افراد مسن‌تر می‌شوند، کمتر احتمال دارد که به صورت تکانشی عمل کنند (تراچیانو، مک‌کری، برانت و کاستا، ۲۰۰۵).

ارزش آگاهی یافتن از نظریه صفت شخصیت در این است که دیدگاهی را برای بررسی اختلالات شخصیت در اختیار می‌گذارد. پژوهش مبتنی بر مدل پنج‌عاملی، مبنایی شده است برای اقدامات کنونی جهت تدوین مجدد اختلالات شخصیت در DSM-5. گرچه مدل پنج‌عاملی لزوماً چارچوبی را برای روان‌درمانی تأمین نمی‌کند، ولی ثابت شده است که به عنوان مبنایی برای ارزیابی شخصیت در زمینه شناختن الگوهای رفتار مخصوص فرد، با ارزش است (راستپائسن، روسی، اسکات، و د فرویت، ۲۰۱۱).

◀ شکل ۴.۵ مدل پنج‌عاملی شخصیت



مورد کوتاه

رویکردهای نظریه صفت به درمان میرا

چون نظریه صفت درمان را شامل نمی‌شود، روش‌های روشنی وجود ندارند که متخصص بالینی بتواند به کمک آنها این دیدگاه را در مورد افسردگی میرا اجرا کند. اما همان‌گونه که دکتر توبین در گزارش موردی اشاره کرد، تشخیص محور II میرا به تعمیق انداخته شد. ارزیابی صفات شخصیت میرا می‌توانست به تعیین این موضوع کمک کند که آیا او واقعاً چنین تشخیص را دریافت خواهد کرد یا نه. حتی اگر او اختلال شخصیت نداشته باشد، این اسکان وجود دارد که نیمرخ صفت شخصیت میرا با درمان ارتباط داشته باشد. برای مثال، به نظر نمی‌رسد که او زیاد درون‌گرا باشد، زیرا غالباً با دوستان خود تعامل می‌کند. به نظر می‌رسد که نشانه‌های افسردگی او صفات شخصیتی را که روان‌رنجورخویی بالا را شامل می‌شوند، پوشانده باشند. به نظر می‌رسد که او از فعالیت‌هایی که خلاقیت و کاوش دنیای بیرون را شامل می‌شوند لذت می‌برد. که این بیانگر شخصیت هنجاری در تجربه‌پذیری یا کشودگی به تجربه است. او قبل از دوره افسردگی‌اش، حداقل در حد متوسط، وظیفه شناس بود، که سابقه کار موفق او بیانگر آن است. و شواهدی وجود ندارد که حکایت داشته باشد او از نظر خوشایندی خیلی پایین است. متخصص بالینی میرا به احتمال زیاد ترتیب ارزیابی را خواهد داد که مقیاس شخصیت مبتنی بر صفت را در بر خواهد داشت تا این فرضیه‌ها تأیید شوند و معلوم شود که آیا او اختلال شخصیت همزمان دارد یا نه.

آنچه در DSM-5 تازگی دارد

رویکردهای نظری

نسخه‌های DSM قبل از DSM-III تقریباً به طور کامل بر مبنای قضاوت‌های بالینی استوار بودند که در چارچوب مدل روان‌پویشی نابهنجاری قرار داشتند. DSM از اصطلاحاتی مانند «روان‌رنجوری» و «روان‌پریشی» استفاده می‌کرد که در دنیای روان‌پویشی برای معیار کردن طبقات اختلال، معنی داشتند. برای مثال، اختلالات اضطرابی در طبقه روان‌رنجوری قرار می‌گرفتند، زیرا نشانه‌های اصلی آنها ترس‌ها و نگرانی‌های نامعقول را شامل می‌شدند. مدل روان‌پویشی، اسکیزوفرنی را اختلال روان‌پریشی می‌دانست، زیرا نشانه‌های اصلی آن فقدان تماس با واقعیت و تحریف‌های شناختی دیگر را شامل می‌شدند. مؤلفان DSM-III روش خود را در راستای دو مسیر عمده تغییر دادند. اول اینکه، آنها تصمیم گرفتند غیرنظری باشند - بدین معنی که هیچ نظریه زیربنایی، روان‌پویشی یا نظریه دیگر وجود نداشت. دوم اینکه، آنها تصمیم گرفتند ملاک‌های تشخیصی به گونه‌ای باشند که انواع متخصصان بهداشت روانی

بتوا

داد

استف

4-III

آنها

پژوه

5

می‌دار

اختلا

جای

دارند،

اساس

تغییر

تغییرات

داشت،

بودند

می‌شدند

اینکه

حوزه‌رو

بالینی

اکنون

تش

آنها

قرار

هدف

DSM

۴-۴

دیدگاه

روان‌پو

رویکردهای

رو

تأکید

می‌کند.

بتوانند با اطمینان آنها را ارزیابی کنند. بنابراین، نیروی اجرایی DSM-III تحقیقاتی را سفارش داد که در آنها پژوهشگران می‌توانستند پایایی ملاک‌های تشخیصی را ارزیابی کنند. به جای استفاده از واژگان مبهم (مانند روان‌رنجوری) که می‌توانست پذیرای تعبیرهای گوناگون باشد، DSM-III ملاک‌هایی را تعیین کرد که از نظر جزئیات دقیق بودند. DSM-IV و تجدید نظر بعدی آنها DSM-IV-TR این سنت مشخص کردن ملاک‌های تشخیصی بر مبنای اصطلاحات مبتنی بر پژوهش و عینی را حفظ کرد.

DSM-5 این سنت تجربی را ادامه می‌دهد و غیرنظری باقی می‌ماند. اکنون منتقدان اظهار می‌دارند که مؤلفان باید در عوض، سیستمی را به وجود می‌آورند که زیربنای تعدادی از اختلالات را که (تا به امروز) معلوم شده‌اند، مشخص می‌کرد (هایمن، ۲۰۱۱). آنها معتقدند که به جای نگهداشتن سیستم طبقه‌ای مجزای DSM های قبلی، اختلالاتی که ویژگی‌های مشترک دارند، خواه از لحاظ نشانه‌ها، عوامل خطر، یا نابهنجاری‌های عصبی مشترک، DSM-5 باید بر اساس طبقه‌ها یا سیستم‌های دسته‌بندی بزرگتر آرایه می‌شد. گرچه نیروی اجرایی DSM-5 این تغییر دادن اساسی را در نظر داشت، اما سرانجام تصمیم گرفت طبقات قبلی را، البته با مقداری تغییرات، حفظ کند. پیشروی از طبقات به سمت ابعاد، نه تنها به بازسازی گسترده نیاز خواهد داشت، بلکه همچنین به نگهداشتن متخصصان بالینی که بر طبق DSM های قبلی آموزش دیده بودند نیاز داشت. این تغییرات، مدل پزشکی را نیز تقویت کردند، زیرا آنها به سیستمی منجر می‌شدند که به تشخیص بیماری‌های جسمانی بیشتر از بیماری‌های روانی شباهت داشت. اینکه آیا DSM های آینده از سیستم موجود فاصله خواهند گرفت یا نه عمدتاً به تحولات در حوزه روان‌درمانی بستگی دارد. بخش سوم DSM-5 حاوی سیستم تعدی است که متخصصان بالینی می‌توانند از آن برای تکمیل تشخیص‌های رسمی اختلالات شخصیت استفاده کنند. اکنون تشخیص‌ها در گروه‌ها یا فصل‌های مطابق با شباهت‌ها یا علت‌های زیربنایی فرض شده آنها قرار دارند. در نهایت، مؤلفان در مورد زمینه‌های تجربی، تصمیماتی خواهند گرفت، که هدف DSM را برای نگهداشتن مبنای نظری آن حفظ خواهد کرد.

۴-۴ دیدگاه روان‌پویشی

دیدگاه روان‌پویشی^۱ بر عوامل تعیین‌کننده ناهشیار رفتار تأکید دارد. روان‌پویشی بیشتر از تمام رویکردهای روان‌شناختی بر نقش فرایندهای زیر سطح آگاهی به عنوان تأثیرات بر نابهنجاری تأکید می‌کند.

1. psychodynamic perspective

نظریه فروید

زیگموند فروید که در اواخر قرن ۱۸۰۰ به علت نشانه‌های غیرعادی در بیماران خود علاقه‌مند شده بود، شروع به کاوش این عقیده کرد که انسان می‌تواند علت‌ها و نشانه‌های اختلالات روانی را به صورت علمی مطالعه کرده و توجیه کند. فروید قبل از مرگش به سال ۱۹۳۹، مدلی از علت و درمان اختلال روانی را ارائه داد که اصل بنیادی آن این بود که اغلب نشانه‌ها ریشه‌های عمیق در گذشته فرد دارند.

به عقیده فروید (۱۹۲۳)، ذهن سه ساختار دارد: نهاد، خود، و فراخود. نهاد ساختار شخصیت نهفته در ناهشیار، حاوی غرایزی است که به سمت ارضا کردن سابق‌های زنی بنیادی، از جمله ارضای نیازهای جنسی و پرخاشگری گرایش دارد. نهاد از اصل لذت پیروی می‌کند، نیروی برانگیزنده‌ای که جویای ارضای فوری و کامل نیازها و امیال جنسی است. به عقیده فروید، فقط زمانی می‌توانیم لذت ببریم که تنش سابق برآورده نشده کاهش یابد. روشی که نهاد سعی می‌کند به لذت برسد لزوماً از طریق ارضای واقعی نیاز با پاداش‌های ملموس نیست. بلکه، نهاد برای رسیدن به هدف‌های خود از ارضای میل یا کامروایی استفاده می‌کند. نهاد از طریق ارضای میل، تصور هر چیزی که نیازهای لحظه‌ای را ارضا خواهد کرد نما می‌کند. ما غرایز ابتدایی نهاد را لیبیدو می‌خوانیم.

مرکز آگاهی هشیار در شخصیت، خود (ego) است که توانایی شناختی قضاوت، حافظه ادراک، و تصمیم‌گیری را به فرد می‌دهد. فروید (۱۹۱۱)، خود (ego) را به صورتی که تحت تأثیر اصل واقعیت قرار دارد توصیف کرد، بدین معنی که خود برای رسیدن به هدف‌هایش از خردمندی استفاده می‌کند. برخلاف تفکر بر طبق فرایند نخستین غیرمنطقی نهاد، که تفکر بر طبق فرایند ثانوی نامیده می‌شود، رویکرد تحلیلی و منطقی به حل مسئله، عملکرد خود را مشخص می‌کند. بخش سوم معادله در نظریه روان‌پویشی، فراخود، جایگاه اخلاقیات شخصیت است. فراخود، وجدان (درک درست و غلط) و خود آرماتی، یا آمال و آرزوها را شامل می‌شود. بر طبق نظر فروید (۱۹۲۳)، نهاد در شخصیت فرد سالم، از طریق توانایی خود (ego) در مشخص کردن مسیر در دنیای بیرون، با توجه به محدودیت‌هایی که فراخود برای آن تعیین می‌کند، به امیال غریزی‌اش دست می‌یابد. بنابراین، پویش‌های روانی، یا اثر متقابل بین ساختارهای ذهن، مبنایی است برای عملکرد روانی بهنجار و نابهنجار. فروید معتقد بود که افراد نیاز دارند از خود در برابر آگاهی از امیال ناهشیار خویش محافظت

کنند.
فروید
این امیال
صورتی
مشکل
موض
داشت که
که کودکی
روی ناس



• ریگوند فروید معتقد بود که رؤیاهای افراد اطلاعات مهمی را درباره آرزوها و امیال درونی آنها در بر دارد که می‌توان از طریق تحلیل رؤیا از آنها آگاه شد.

کند. آنها با استفاده از مکانیزم‌های دفاعی این کار را انجام می‌دهند (جدول ۳-۴). به عقیده فروید، هر کسی بر طبق معمول از مکانیزم‌های دفاعی استفاده می‌کند تا از تشخیص دادن وجود این امیال جلوگیری کند. گرچه هر کسی تا اندازه‌ای از مکانیزم‌های دفاعی استفاده می‌کند، اما در صورتی که فرد نتواند به‌طور کامل با ماهیت واقعی ناهشیار خود کنار بیاید، این مکانیزم‌ها مشکل‌ساز خواهند شد.

موضوع رشد، قطعه مهمی از نظریه فروید را تشکیل می‌دهد. او در سال ۱۹۰۵، اظهار داشت که یک توالی عادی رشد از طریق **مراحل روانی - جنسی** وجود دارد. فروید مدعی بود که کودکان مطابق با رشد لیبیدو خود، این مراحل را پشت سر می‌گذارند. لیبیدو در هر مرحله، روی ناحیه‌ای از بدن که از لحاظ جنسی تحریک‌پذیر است، تثبیت می‌شود. به عقیده فروید،

جدول ۴-۳ طبقات و نمونه‌های مکانیزم‌های دفاعی

مکانیزم دفاعی	تعریف
جابجایی	جابجا کردن احساسات یا تکانه‌های غیرقابل قبول از هدف این احساسات به کسی که کمتر تهدیدکننده باشد یا به یک شیء
توجیه عقلی	متوسل شدن به تفکر بسیار انتزاعی به جای تمرکز کردن بر جنبه‌های ناراحت‌کننده پاسخ به مسایلی که موجب تعارض یا استرس می‌شوند
واکنش وارونه	تبدیل کردن احساس یا میل غیرقابل قبول به مخالف آن برای اینکه قابل قبول شود
سرکوبی	بیرون کردن ناهشیار امیال، افکار، یا تجربیات ناراحت‌کننده از آگاهی
انکار	رسیدگی کردن به تعارض هیجانی یا استرس به وسیله امتناع از تأیید کردن جنبه عذاب‌آور واقعیت یا تجربه که برای دیگران آشکار خواهد بود
فراقتنی	نسبت دادن صفات یا احساسات شخصی نامطلوب به فردی دیگر برای محافظت کردن از خود در برابر تأیید کردن صفات شخصی ناخوشایند
والایش	انتقال دادن تکانه یا میل ناخوشایند به فعالیت یا تمایلی که از لحاظ اجتماعی مناسب است
واپس‌روی	رسیدگی کردن به تکانه یا میل ناخوشایند به وسیله برگشت کردن به رفتارهای بیگانه

امکان دارد فرد به رفتاری واپس‌روی کند که مناسب مرحله قبلی بوده یا در آن مرحله گیر کرده یا تثبیت شود. برای مثال، شخصیت معروف به «نگهدارنده مقعده» بیش از اندازه خشک و انعطاف ناپذیر، کنترل شده، و کمال‌گراست. فروید باور داشت که شخصیت بزرگسال، بی‌انگیزه‌ای است که فرد مراحل روانی - جنسی را در اوایل زندگی حل می‌کند، هرچند که حداقل تا میانسالی، ممکن است بازنگری‌هایی روی دهند. فروید همچنین باور داشت که احساسات کودک نسبت به والد جنس مخالف، زمینه را برای سازگاری روانی بعدی آماده می‌کند. پیامد آنچه او «عقد ادیپ» نامید، تعیین می‌کند که آیا فرد خود سالمی داشته باشد یا اینکه زندگی را بگذراند که اضطراب و احساسات متعارض سرکوب شده، آن را خراب کنند.

دیدگاه‌های روان‌پویشی پسا فرویدی‌ها

فروید نظریه خود را در زمینه کاریست بالینی خود به وجود آورد، اما او متخصصان اعصاب و روان‌پزشکان را نیز ترغیب کرد تا برای ساختن نظریه جدید ناهنجاری، با هم کار کنند. آنها ظرف مدت چندین سال، ساعات زیادی را صرف مقایسه کردن پادداشت‌ها درباره موارد بالینی

مورد کوتاه

رویکردهای روان‌پویشی به درمان میرا

متخصص بالینی که از دیدگاه روان‌پویشی با میرا کار می‌کند، فرض خواهد کرد که مشکلات او از تعارض‌های اوایل زندگی ناشی می‌شوند. برای مثال، متخصص بالینی رنجشی را که او نسبت به والدین خود به خاطر طرفداری از خواهرش احساس می‌کند و احساس گناه احتمالی او در مورد قطع کردن رابطه خود را با خانواده به هنگامی که زندگی مستقل خود را تشکیل داد، بررسی خواهد کرد. متخصص بالینی در جریان درمان، مشاهده خواهد کرد که آیا میرا احساسات متعارضی را که نسبت به والدین خود دارد به روانی که با متخصص بالینی برقرار کرده است، انتقال خواهد داد. موضوع رابطه تعارضی اصلی (O.R.T.) با توجه به نقش احتمالی این روابط مشکل‌ساز در راه‌اندازی اختلال افسردگی او، مناسب به نظر خواهد رسید. نشانه‌های افسردگی میرا رویکرد کوتاه‌مدتی را موجه خواهد ساخت که بر دوره کنونی او تمرکز کند، با این گزینه که اگر افسردگی او عود کرد، در آینده در صدد درمان بر خواهد آمد.

خودشان کردند و کوشیدند به درک مشترکی از علت ناپهنجاری برسند. گرچه وقتی که آنها بحث‌های خود را آغاز کردند، در چند دیدگاه واحد مهیم بودند، اما شماری از آنها نظریه روان‌پویشی خودشان را به وجود آوردند و اکنون مکاتب فکری خودشان را دارند.

برجسته‌ترین انحراف از مکتب فکری فروید زمانی روی داد که روان‌پزشکی سوئیسی کارل یونگ^۱ (۱۸۷۵-۱۹۶۱) تغییراتی را در ناهشیار ایجاد کرد. به عقیده یونگ (۱۹۶۱)، ناهشیار در سطح بسیار عمیق آن، پیرامون یک رشته تصاویر ذهنی که در کل تجربه انسان مشترک هستند و آنها را **کهن‌الگوها**^۲ نامید، شکل گرفته است. یونگ معتقد بود که افراد در زندگی روزمره خود از مبنای این کهن‌الگوها به رویدادها پاسخ می‌دهند. زیرا آنها بخشی از ساخت زنتیکی ما هستند. برای مثال، یونگ اظهار داشت که شخصیت‌های کهن الگویی (مانند بت‌ن و سوپرمن امروزی) به دلیل اینکه کهن الگوی «فهرمان» را برانگیخته می‌کنند، محبوبیت دارند. از این گذشته، یونگ (۱۹۱۶) معتقد بود که ناپهنجاری از عدم تعادل درون ذهن ناشی می‌شود، مخصوصاً هنگامی که افراد نتوانند به نیازهای ناهشیار خود، توجه مناسب کنند.

1. Carl Jung

2. archetypes

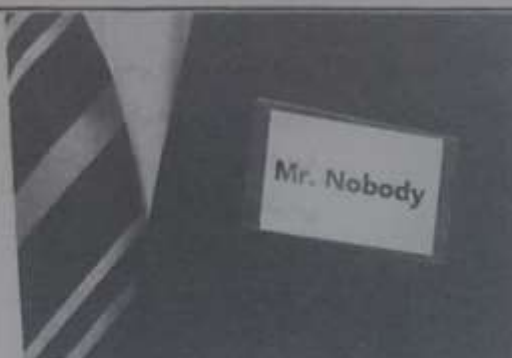
از نظر آلفرد آدلر^۱ (۱۸۷۰-۱۹۳۷) و کارن هورنای^۲ (۱۸۸۵-۱۹۵۲)، خود مهم‌ترین جنبه شخصیت است. گرچه نظریه‌های آنها بیانگر خدمات مجزایی بودند، ولی هر یک نوع خاصی از درمان را به همراه دارد و هر دو بر نقش خودپنداره سالم در عملکرد روانی بهنجار خیلی تأکید داشتند. آدلر در مورد پیامدهای منفی «عقده حقارت» صحبت کرد، و هورنای اظهار داشت که ناخشنودی از سعی در زندگی کردن مطابق با خود کاذب ناشی می‌شود. آدلر و هورنای همچنین بر مسایل اجتماعی و روابط میان‌فردی در شکل‌گیری شخصیت تأکید کردند. آنها روابط نزدیک با خانواده و دوستان و علاقه به زندگی اجتماعی را به خودی خود ارضاکننده دانستند، نه به این علت که میل جنسی یا پرخاشگری در این جریان به‌طور غیرمستقیم ارضا می‌شود (آن‌گونه که فروید ممکن بود بگوید).

شاید تنها نظریه‌پرداز روان‌پویشی که به کل زندگی، نه فقط بر کودکی، توجه کرد، اریکسون^۳ (۱۹۰۲-۱۹۹۴) بود. اریکسون مانند آدلر و هورنای به خود (ego) یا آنچه هویت خود نامید، توجه بیشتری کرد. به همین دلیل، ما به نظریه‌های آدلر، هورنای، و اریکسون با عنوان گروه روان‌شناسی خود^۴ اشاره می‌کنیم. در واقع، ما اریکسون را با «بحران هویت» تداخل می‌کنیم، تکلیفی که او باور داشت برای رشد در نوجوانی اهمیت زیادی دارد. اریکسون معتقد بود که خود در طول عمر دستخوش یک رشته دگرگونی‌ها می‌شود که در آنها، نیرومندی یا توانایی تازه‌ای می‌تواند رشد کند. او همچنین معتقد بود که هر مرحله بر مبنای مرحله قبل از آن استوار است، و به نوبه خود، بر تمام مراحل بعدی تأثیر می‌گذارد. با این حال، اریکسون اظهار داشت که هر مرحله می‌تواند در هر سنی کانون اصلی باشد - مسایل هویت می‌توانند در هر مقطعی در بزرگسالی، حتی بعد از اینکه هویت فرد نسبتاً تعیین شده است، دوباره آشکار شوند. برای مثال، خانم میان‌سالی که از کار خود معطل شده، ممکن است بار دیگر هویت شغلی خود را مورد سؤال قرار دهد و بخواهد جایگاه تازه‌ای را در محیط کار برای خودش دست و پا کند. گروه دیگری از نظریه‌پردازان که گرایش روان‌پویشی داشتند بر آنچه روابط شیء^۵ نامیده شد تمرکز کردند. یعنی، روابطی که افراد در زندگی خود با دیگران («اشیاء») دارند به بیان دقیق‌تر، نظریه‌پردازان روابط شیء معتقد بودند که رابطه فرد با مراقبت‌کننده (معمولاً مادر)

۱. Alfred Adler
۴. ego psychology

۲. Karen Horney

۳. Erik Erikson



کارن هورنای معتقد بود که خود جنیه اصلی عملکرد انسان است.
بر طبق نظریه آلفرد آدلر، این فرد ممکن است به علت احساس حرمت نفس پایین و حقارت، خود را به صورت منفی به دیگران نشان دهد.

الگوی برای تمام روابط نزدیک بزرگسال می‌شود. این نظریه‌پردازان، جان بولبی^۱ (۱۹۰۷-۱۹۹۰)، ملانی کلین^۲ (۱۸۸۲-۱۹۶۰)، دی. دبلیو وینیکات^۳ (۱۸۹۶-۱۹۷۱)، هینز کوهاوت^۴ (۱۹۱۳-۱۹۸۱)، و مارگارت ماهلر^۵ (۱۸۹۷-۱۹۹۵) را شامل می‌شدند. نظریه‌پردازان روابط شیء همچون روان‌شناسان خود هریک الگوی خاص درمان دارند که با نظریه‌های آنها ارتباط دارد. با این حال، همگی اتفاق نظر دارند که ناپه‌نجاری در روابط اوایل کودکی ریشه دارد. کار نظریه‌پردازان روابط شیء به شکل‌گیری آنچه اکنون چارچوب آگاهی از شخصیت بزرگسال را تشکیل می‌دهد، مخصوصاً به صورتی که در مورد روابط رمانتیک به کار می‌رود، انجامید. روان‌شناس کانادایی ماری سالتر اینسورث^۶ (۱۹۱۳-۱۹۹۹) و همکاران او (۱۹۷۸) تفاوت سبک دلبستگی، یا شیوه ارتباط برقرار کردن یا مراقبت‌کننده را در کودکان بررسی کردند. او «موقعیت غریب»، موقعیتی تجربی را ترتیب داد که در آن، پژوهشگران کودکان را جدا می‌کردند و بعد آنها را دوباره به مادرشان می‌رساندند.

گرچه مفهوم سبک دلبستگی به عنوان نظریه رشد کودک ساخته شد، اما پژوهشگران بعدی این مفهوم را در مورد روابط رمانتیک بزرگسال به کار بردند. اغلب کودکان سبک دلبستگی ایمن را پرورش می‌دهند، و بعدها در زندگی با همسر رمانتیک خود بدون اضطراب بیش از حد در مورد اینکه آیا او به آنها اهمیت می‌دهد یا نه، ارتباط برقرار می‌کنند. اما آنهایی که در کودکی دلبسته ناپه‌ن بوده‌اند، ممکن است در بزرگسالی الگوی دلبستگی مضطرب نشان دهند که به موجب آن احساس می‌کنند نمی‌توانند به محبت و حمایت همسر خود متکی باشند.

2. Melanie Klein
5. Margaret Mahler

3. D. W. Winnicott
6. Mary Salter Ainsworth

1. John Bowlby
4. Heinz Kohut



◀ نظریه بردازان دلبستگی معتقدند که کودک پیوند عاطفی خود را از مراقبت کننده اصلی به یک شیء نظیر خرس عروسکی، و سرانجام از این شیء به افراد خارج از خانواده منتقل می کند.

بزرگسالانی که دلبسته ناایمن هستند، ممکن است سبک دلبستگی بی اعتنا یا دوری جو نشان دهند که به موجب آن از طرد شدن توسط دیگران می ترسند و بنابراین، با دور ماندن، از خودشان محافظت می کنند.

سبک دلبستگی فرد

ممکن است بر شیوه ای که او به روان درمانی پاسخ می دهد نیز تأثیر بگذارد. پژوهشگران در تحقیق جداگانه که تقریباً ۱۵۰۰ درمانجو را در بر داشت، معلوم کردند که دلبستگی ایمن به صورت مثبت با نتیجه درمان ارتباط دارد. این پژوهشگران معتقدند که افراد دارای سبک دلبستگی ایمن، بهتر می توانند با درمانگر خود رابطه درمانی مؤثر برقرار کنند که به نوبه خود نتیجه مثبت درمان را پیش بینی می کند (لوی، الیسون، اسکات، و برنکر، ۲۰۱۱).

درمان

هدف اصلی درمان روان کاوی مستقیم به صورتی که فروید آن را ابداع کرده، آوردن مواد سرکوب شده ناخشیار به آگاهی هشیار بود. او برای انجام دادن این کار، روش درمانی تداعی آزاد^۱ را به وجود آورد که به موجب آن، درمانجو هرچه را که به ذهنش می رسد دقیقاً بیان می کند. فروید معتقد بود که درمانجویان باید نسبت به تعارض های ناخشیار خود پیش گام

^۱ free association

کند و به تدریج آنها را به آگاهی هشیار بیاورند.

درمان روان‌پویشی کتونی به درمانجویان کمک می‌کند جنبه‌هایی از خود را که «ناهشیار» هستند، و از این نظر آنها را تشخیص نمی‌دهند، کاوش کنند. درمانگران بخصوص روی این موضوع تمرکز می‌کنند که چگونه درمانجویان این جنبه‌های خود را در رابطه خویش با درمانگر آشکار می‌سازند و بر آنها تأثیر می‌گذارند. عناصر اصلی درمان روان‌پویشی، کاوش کردن تجربیات هیجانی درمانجو، استفاده از مکانیزم‌های دفاعی، روابط نزدیک با دیگران، تجربیات گذشته، و کاوش کردن زندگی خیالی در رؤیاها، رؤیا‌های بیداری، و خیالپردازی‌هاست (شلدر، ۲۰۱۰).

برخلاف نمایش قالبی که ممکن است در فیلم‌ها یا در تلویزیون ببینید، متخصصان بالینی درمان روان‌پویشی را روی تخت، به مدت چندین سال، یا با درمانگر خموش و ساکت اجرا نمی‌کنند. با این حال، با توجه به غیرعملی بودن ادامه دادن چنین درمان طولانی‌مدت و عمیق، روان‌درمانگران شکل‌های کوتاه‌تر درمان روان‌پویشی را ابداع کرده‌اند. روان‌درمانگرانی که از این روش‌ها استفاده می‌کنند، به جای اینکه سعی کنند کل ساختار روانی درمانجو را اصلاح کنند، بر نشانه‌های خاص یا مجموعه‌ای از نشانه‌ها که درمانجو برای آنها کمک می‌خواهد، تمرکز می‌کنند. تعداد جلسات می‌تواند متغیر باشد، اما به ندرت از ۲۵ جلسه بیشتر می‌شود. برخلاف درمان روان‌پویشی سنتی، درمانگر در حفظ کردن تمرکز درمان بر مشکل موجود درمانجو یا مسائلی که ارتباط نزدیکی با آن مشکل دارند، رویکرد نسبتاً فعال اختیار می‌کند (لویس، دنراشتین، و گیز، ۲۰۰۸).

در یک نوع از درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت، متخصص بالینی (موضوع رابطه تعارضی اصلی) (CCRT)^۱ درمانجو را مشخص می‌کند، متخصص بالینی امیال درمانجو، پاسخ‌های مورد انتظار از دیگران، و پاسخ‌های درمانجو به پاسخ‌های دیگران یا به میل را ارزیابی می‌کند. درمانجویان موارد خاصی را در روابط خود با دیگران شرح می‌دهند که به متخصص بالینی امکان می‌دهد تا ارزیابی CCRT را انجام دهد. متخصص بالینی بعداً به شیوه حمایتی با درمانجویان کار می‌کند تا به آنها کمک کند این الگوها را تشخیص داده و سرانجام نسبت به آنها بیش‌تر کسب کنند (جری، ۲۰۱۰).

۴-۵ دیدگاه رفتاری

بر طبق دیدگاه رفتاری^۱، فرد رفتار ناسازگارانه را از طریق یادگیری کسب می‌کند.



درمانگران رفتاری اغلب از سلسله‌مراتب ترس استفاده می‌کنند تا فرد را به تدریج با موقعیت‌هایی که خیلی از آنها می‌ترسد، مانند گرفتار شدن در اتاق پسر از دود بدون راه گریز، مواجه سازند.

نظریه‌ها

شرطی‌سازی کلاسیک^۲

یادگیری پاسخ‌های هیجانی و خودکار را توجیه می‌کند. برای مثال، اگر در یک اتاق پر از دود گرفتار شده باشید که نمی‌توانید فوراً از آن بگریزید، امکان دارد در حالی که منتظر نجات هستید، هر بار که صدای بلند آژیر آتش نشانی را می‌شنوید، بترسید. بیشتر شرطی‌سازی‌های

کلاسیک که درمانگران رفتاری بر آنها تمرکز می‌کنند، این نوع شرطی‌سازی بی‌زاری را شامل می‌شود که به موجب آن، فرد پاسخ ناسازگارانه‌ای را با محرکی تداعی می‌کند که به تنهایی نمی‌تواند موجب آسیب شود.

در مقابل، در شرطی‌سازی کنشگر^۳ فرد پاسخ سازگارانه را به وسیلهٔ همانند کردن رفتار با پیامدهای آن فراگیری می‌کند. پیامدهای رفتار، تقویت آن هستند - وضعیتی که باعث می‌شود فرد به احتمال بیشتری آن رفتار را در آینده تکرار کند. تقویت می‌تواند شکل‌های متعددی به

1. behavioral perspective

2. classical conditioning

3. operant conditioning

خود بگیرد. برای مثال، دوستان شما، از طریق تقویت مثبت، ممکن است هر وقت که عقاید هولناکی را بیان می‌کنید، بخندند، و باعث شوند که این عقاید را در آینده به احتمال بیشتری بیان کنید. امکان دارد همچنین از طریق تقویت منفی یاد بگیرید قرص خواب بدون نسخه مصرف کنید و این در صورتی است که این قرص به برطرف کردن بی‌خوابی شما کمک کند. تقویت منفی و مثبت، فراوانی رفتارهایی را که قبل از آنها واقع می‌شوند، افزایش می‌دهند. در این مثال‌ها، رفتارهایی که افزایش می‌یابند، بیان کردن عقاید هولناک و مصرف کردن قرص خواب هستند.

بر طبق دیدگاه رفتاری، لزوماً نباید تقویت را به‌طور مستقیم تجربه کنید تا رفتار شما را تغییر دهد. روان‌شناسانی که دربارهٔ *نظریه یادگیری اجتماعی* تحقیق می‌کنند، معتقدند که افراد می‌توانند با نگاه کردن به دیگران یاد بگیرند. شما از طریق *تقویت جانشینی*^۱ به احتمال بیشتری این رفتارهای مشاهده شده را انجام می‌دهید. شما همچنین می‌توانید با نگاه کردن به نتایج اعمال خودتان یا اعمال دیگران که با آنها همانندسازی کرده‌اید، عقایدی را در مورد توانایی‌های خودتان، یا *احساس کارایی*^۲ پرورش دهید. برای مثال، امکان دارد از خود بپرسید آیا توانایی قلبه کردن بر ترس از سخنرانی در حضور مردم را دارید، اما اگر ببینید که یک همکلاسی به طرز موفقیت‌آمیزی در کلاس کنفرانس می‌دهد، این احساس کارایی را در شما ایجاد خواهد کرد و وقتی نوبت کنفرانس دادن شما فرا می‌رسد، آن را به خوبی انجام خواهید داد.

شما قاضی باشید

کار بست منطقی بر شواهد

همان‌گونه که در فصل ۲ بحث کردیم، APA اصول مبتنی بر شواهد را اختیار کرد که رهنمودهایی را برای متخصصان بالینی تأمین می‌کند تا در درمان روانی خود از آنها پیروی کنند. شما در این فصل در مورد دامنه وسیعی از مدل‌های نظری که در دسترس متخصصان بالینی قرار دارند، از جراحی روانی گرفته تا خانواده‌درمانی، آگاه شده‌اید. یا توجه به اینکه توضیح شده روان‌شناسان باید درمانی را تأمین کنند که با اختلال روانی در سنجش گسترده مناسب باشد. پس اطمینان حاصل شده که هر متخصص بالینی توانایی آن را دارد که درمانی را در چارچوب هر یک از این مدل‌های نظری تأمین کند. اما آیا این فرض معقولی است؟ آیا می‌توانیم انتظار داشته باشیم که یک متخصص بالینی از هر دیدگاه نظری کاملاً مطلع باشد که بتواند مؤثرترین مداخله‌ها را برای درمانجویان فراهم کند؟

2. self-efficacy

reinforcement

با توجه به اینکه پژوهش‌ها در روان‌شناسی بالینی و حوزه‌های مربوط به سرعت در حال افزایش هستند، چگونه هر متخصص بالینی می‌تواند خود را به تحولات اخیر برساند تا بتواند جدیدترین روش‌ها را برای هر درمانجو تأمین کند؟ بر طبق رهنمودهای اخلاقی APA متخصصان بالینی باید در چارچوب زمینه مهارت خود کار کنند، و اگر باید فعالیت خود را به خارج از این زمینه گسترش دهند، لازم است که مشورت بخواهند. از این گذشته، هر ایالت در ایالات متحده، مقررات سختی در مورد پروانه کار برای روان‌شناسان دارد تا اطمینان حاصل شود که آنها در ادامه دادن آموزش شرکت می‌کنند. در نتیجه، اقدامات ایمنی متعددی وجود دارند که از درمانجویان در برابر دریافت کردن روش‌های مداخله منسوخ شده یا نامناسب محافظت می‌کنند.

شما قاضی باشید: به عنوان مصروف‌کننده روان‌شناسی، آیا احساس می‌کنید برای درمانجویان بالقوه مهم‌تر این است که به متخصص بالینی مراجعه کنند که بر اساس شهرت تجویز گذشته، یا توصیه‌های دیگران به او اعتماد دارند، یا در عوض باید متخصصی را پیدا کنند که از لحاظ دیدگاه نظری، با معیارهای مبتنی بر شواهد خیلی مطابقت دارد؟ آیا یک «متخصص عمومی» مورد احترام می‌تواند مراقبتی را تأمین کند که به اندازه مراقبت تخصصی که آموزش محدودتری دیده است کیفیت بالا داشته باشد؟ در نهایت، معیارهایی که بر هر حرفه (مشاوره، روان‌پزشکی، روان‌شناسی، مددکاری اجتماعی) حاکم هستند، از درمانجویان در برابر مراقبت نامناسب محافظت می‌کنند. با این حال، به نفع مصروف‌کنندگان است که هم‌سو با تحولات جدید بمانند تا بتوانند در حد امکان، مناسب‌ترین انتخاب را انجام دهند.

مورد کوتاه

رویکردهای رفتاری به درمان میرا

متخصص بالینی که گرایش رفتاری دارد، با پیروی کردن از این فرض رفتاری که درمانجویانی که دستخوش دوره‌های افسردگی اساسی شده‌اند، پاسخ‌های ناسازگارانه را پرورش داده‌اند، به میرا فرصت خواهد داد تا رفتارهای جدید و سازگارانه را یاد بگیرند. بعداً خواهید آموخت که رویکردهای رفتاری به اختلال افسردگی اساسی، افزایش دادن فراوانی رویدادهای تقویت‌کننده مثبت را برای درمانجویان شامل می‌شوند. میرا از تعامل‌های خود با دوستان، شرکت کردن در ورزش، و فعالیت‌های لذت بخش دیگر یادداشت بر می‌دارد و بعداً آن را به درمانگر خود نشان خواهد داد. میرا و متخصص بالینی او یک رشته پاداش‌ها را که میرا خوشایند می‌داند، تعیین خواهند کرد که بعد از انجام دادن فعالیت‌های فوق روی خواهند داد. متخصص بالینی برای اینکه مداخله مؤثر واقع شود، باید اطمینان حاصل کند که میرا می‌تواند به‌طور واقع بینانه‌ای به هدف‌های خویش برسد تا همچنان در رسیدن به آنها احساس موفقیت کند.

درمان

درمانگران رفتاری، اقدامات درمانی خود را بر این موضوع متمرکز می‌کنند که به درمانجویان خود کمک کنند تا رفتارهای ناسازگارانه را یادگیری زدایی کرده و رفتارهای سالم و سازگارانه را جایگزین آنها کنند. درمانجویان در **شرطی سازی تقابلی**^۱ یاد می‌گیرند پاسخ تازه‌ای را با محرکی همبند کنند که قبلاً موجب پاسخ ناسازگارانه می‌شد. این پاسخ تازه، در واقع، با پاسخ قدیمی (نامطلوب) ناسازگار است. برای مثال، شما نمی‌توانید از لحاظ جسمانی مضطرب و در عین حال آرامیده باشید. درمانجویان از طریق شرطی سازی تقابلی، به صورتی که ژوزف ولپی^۲ پزشک (۱۹۱۵-۱۹۹۷) آن را ابداع کرد، پاسخ آرمیدگی را با محرکی تداعی کنند که قبلاً موجب احساس اضطراب در آنها می‌شد. متخصصان بالینی به درمانجویان یاد می‌دهند از طریق یک رشته مراحل پیش‌رونده، آرامیده شوند؛ برای مثال، ابتدا عضلات سرو گردن، بعد شانه‌ها، دست‌ها، و الی آخر را شل کنند.

شرطی سازی تقابلی با استفاده از روش **حساسیت زدایی منظم**^۳، اغلب به صورت مراحل تدریجی روی می‌دهد. درمانگر به جای اینکه درمانجو را یک دفعه با محرکی که از آن می‌ترسد مواجه سازد، پاسخ ناسازگارانه را به کوچکترین مراحل آن تقسیم می‌کند. درمانجو، سلسله مراتب یا فهرستی از تصاویر ذهنی که با محرک ترسناک تداعی شده‌اند، برای درمانگر تأمین می‌کند. متخصص بالینی با موقعیتی در سلسله مراتب شروع می‌کند که کمتر از همه ترسناک است، و از درمانجو می‌خواهد این تصویر ذهنی را در عین حال که آرامیده است، تجسم کند. بعد از اینکه درمانجو بین این تصویر ذهنی و آرمیدگی ارتباط برقرار کرد، متخصص بالینی به سطح بعدی در سلسله مراتب پیش‌روی می‌کند. سرانجام، درمانجو می‌تواند با موقعیتی که از آن می‌ترسد مواجه شود و در عین حال کاملاً احساس آرمیدگی کند. در این مرحله، اگر درمانجو با مشکلی مواجه شود، متخصص بالینی در سلسله مراتب پس‌روی می‌کند تا به او کمک کنند دوباره یاد بگیرد آرمیدگی را با تصویر ذهنی یک سطح پایین‌تر تداعی کند. شکل ۶-۴ نمونه‌ای از سلسله مراتب ترس را نشان می‌دهد که متخصص بالینی ممکن است از آن برای حساسیت زدا کردن منظم فردی استفاده کند که از عکبوت‌ها می‌ترسد.

مدیریت وابستگی^۴ بر مبنای اصول شرطی سازی کلاسیک، نوعی رفتار درمانی است که در

2. Joseph Wolpe

3. systematic desensitization

1. counterconditioning

4. contingency management



◀ روان‌شناس، بیماران را با موقعیتی مواجه می‌سازد که معمولاً موجب واکنش فوبیک در آنها می‌شود. روان‌شناسان با اجرا کردن تمرین‌های تنفس که تنش فیزیولوژیکی را کاهش می‌دهند و رسیدگی کردن به رفتار خودکار که وقتی بیماران در موقعیت ترسناک خود قرار دارند ایجاد می‌شوند، به آنها کمک می‌کنند تا بر روی خود چیره شوند.

آن، متخصصان بالینی تقویت مثبت را جهت انجام دادن رفتارهای مطلوب، برای درمانجویان تأمین می‌کنند. درمانجو یاد می‌گیرد برای برقرار کردن وابستگی یا ارتباط، پیامد رفتار را با خود رفتار مرتبط کند. متخصص بالینی برای تهیه کردن فهرستی از تقویت‌های مثبت که درمانجو فقط می‌تواند بعد از انجام دادن رفتار مطلوب آنها را به دست آورد، با درمانجو کار می‌کند. برای مثال، اگر درمانجو سعی داشته باشد سیگار را ترک کند، متخصص بالینی برنامه‌ای را توصیه می‌کند که به موجب آن، درمانجو می‌تواند بعد از سیگار نکشیدن برای مدت زمان خاص، تقویت تعیین شده را دریافت کند (مثل اجازه انجام دادن بازی‌های ویدیویی). درمانجو به تدریج این مدت زمان را طولانی‌تر می‌کند تا اینکه بتواند سیگار کشیدن را کاملاً متوقف کند. نوعی از مدیریت وابستگی که بیمارستان‌ها از آن استفاده می‌کنند، اقتصاد ژتونی^۱ است که به موجب

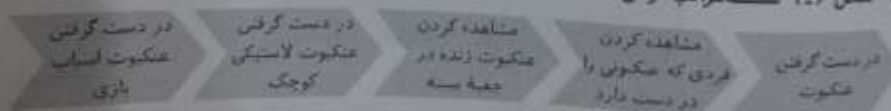
1. token economy

آن، افراد بستری که فعالیت‌های مطلوبی را انجام می‌دهند، ژتون‌هایی می‌گیرند که بعداً می‌توانند آنها را با چیزهای مادی مبادله کنند.

درمان‌های رفتاری می‌توانند اصل تقویت جانشینی را نیز در بر داشته باشند که به موجب آن، متخصصان بالینی الگوهایی از افراد را نشان می‌دهند که برای انجام دادن رفتارهای مطلوب پاداش می‌گیرند (بندورا، ۱۹۷۱). برای مثال، متخصص بالینی ممکن است به درمانجویی که از سگ‌ها می‌ترسد، فیلمی از کسی را نشان دهد که از بازی کردن با سگ‌ها لذت می‌برد. تقویت جانشینی در این موقعیت، لذت بازی کردن با سگ است. درمانگر ممکن است از سرمشق‌گیری شرکت‌کننده^۱ نیز استفاده کند، نوعی درمان که در آن، درمانگر ابتدا رفتار مطلوب را به درمانجو نشان می‌دهد و بعد او را در تغییر رفتار هدایت می‌کند.

متخصصان بالینی که در چارچوب دیدگاه رفتاری کار می‌کنند اغلب به درمانجویان خود تکالیف خانگی می‌دهند. متخصص بالینی ممکن است از درمانجو بخواهد حساب رفتارهایی را که سعی دارد تغییر دهد، همراه با موقعیت‌هایی که این رفتارها در آنها روی می‌دهند، نگه دارد. تکلیف خانگی ممکن است تکالیف خاصی را نیز در بر داشته باشد که متخصص بالینی از درمانجو می‌خواهد آنها را با دستورالعمل‌های خاصی انجام دهد تا نتیجه انجام دادن این تکالیف را مشاهده کند.

۴-۶. سلسله‌مراتب ترس در حساسیت‌زدایی منظم



۴-۶ دیدگاه شناختی

دیدگاه شناختی^۲ بر شیوه‌ای که افکار افراد بر هیجانات آنها تأثیر می‌گذارد تمرکز می‌کند.

نظریه‌ها

بر طبق دیدگاه شناختی، اختلالات روانی حاصل افکار آشفته است. روان‌شناسان شناختی معتقدند که با تغییر دادن افکار افراد، می‌توانند به درمانجویان کمک کنند هیجانات

2. cognitive perspective

1. participant modeling

سازگارانۀ تری را نیز پرورش دهند (شکل ۷-۴ را ببینید).

بر طبق دیدگاه شناختی، افکار خودکار خیلی مشکل ساز هستند - افکاری که به قدری عمیق تحکیم شده‌اند که فرد حتی نمی‌داند که آنها به احساسات ناخشنودی و دل‌سردی منجر می‌شوند. افکار خودکار حاصل نگرش‌های کژکار هستند. نگرش‌های کژکار عقاید مغفول‌مورد خود هستند که عمیقاً تحکیم شده و بیان کردن آنها دشوار است. قریب‌اندهای مغفول معیوب به این مشکل کمک می‌کنند. گرچه هر کسی هر از گاهی نتیجه‌گیری‌های مغفول نادرست می‌کند، اما افرادی که مستعد اختلالات روانی خاصی هستند، در مورد خودشان نتیجه‌گیری‌هایی می‌کنند که برای احساس بهزیستی آنها زیان‌آورند.

در مدلی که آلبرت الیس^۱ ابداع کرد، زنجیره رویدادهای "A-B-C" وجود دارد که شناخت‌های معیوب به هیجانات کژکار منجر می‌شود (الیس، ۲۰۰۵). A به «تجربه فعال‌کننده» B به عقاید، و C به پیامدها اشاره دارد. در افرادی که به اختلالات روانی مبتلا هستند، این عقاید شکل نظر نامعقول نسبت به خود و دنیا، به خود می‌گیرد که غیرواقعی، افراطی، و غیرمنطقی هستند. این عقاید نامعقول باعث می‌شوند که افراد با چسبیدن به «بایدها» آشفتگی‌های هیجانی غیرضروری ایجاد کرده و بعد بی‌جهت به خودشان فشار وارد کنند. بعد آنها به صورت غیرضروری برای خود دلسوزی می‌کنند و قبول نمی‌کنند که به کمک نیاز دارند (شکل ۷-۴ را ببینید).

درمان

اگر همان‌گونه که دیدگاه شناختی اعلام می‌دارد، افکار کژکار موجب هیجانات کژکار شوند، این صورت تغییر دادن افکار فرد باید ناراحتی که ایجاد می‌کنند برطرف کند. متخصصان بالینی در بازسازی شناختی^۲ سعی می‌کنند با زیر سؤال بردن و به چالش طلبیدن نگرش‌های کژکار عقاید نامعقول درمانجو، افکار او را تغییر دهند. متخصص بالینی همچنین پیشنهادهایی می‌کند که درمانجو می‌تواند خارج از جلسه درمان، آنها را در رفتار خود آزمایش کند. برای مثال، امکان دارد متخصص بالینی به درمانجویی که از سگ‌ها می‌ترسد، تکلیف دیدن پنج دقیقه‌ای سگ همسایه و در عین حال تمرین کردن آرمیدگی را بدهد.

^۱ Albert Ellis

در تغییر د
خانگی
می‌برند
آنها از مو
تشخیص
سازند، ام

شکل ۴-۷ رابطه بین نگرش کژکار، تجربه، افکار خودکار و هیجان منفی



در درمان شناختی-رفتاری (CBT)^۱ به طوری که از نام آن بر می‌آید، متخصصان بالینی بر تغییر دادن افکار ناسازگار و رفتارهای ناسازگار تمرکز می‌کنند. آنها فتون رفتاری نظیر تکلیف خانگی و تقویت را با روش‌های شناختی که آگاهی درمانجویان را از افکار کژکارشان به‌بالا می‌برند، ترکیب می‌کنند. درمانجویان یاد می‌گیرند تشخیص دهند که چه موقعی ارزیابی‌های آنها از موقعیت‌ها به‌طور نامعقولی به هیجانات کژکار آنها کمک می‌کنند. آنها بعداً می‌توانند تشخیص دادن موقعیت‌ها، رفتار، یا افرادی را که به آنها کمک می‌کنند تا این هیجانات را بی‌اثر سازند، امتحان کنند.

1. cognitive-behavioral therapy

نظریه پردازان و درمانگران شناختی به اصلاح کردن روش‌هایی ادامه داده‌اند که شیوه مشکل‌آفرینی را که افراد مشکلات روانی خود را در نظر می‌گیرند، هدف قرار می‌دهند. درمان پذیرش و تعهد (ACT)^۱ به درمانجویان کمک می‌کند که وقتی خود را به تکالیفی متعهد می‌سازند که هدف از آنها دستیابی به تغییر رفتاری است که به بهبود کیفیت زندگی منجر خواهد شد، دامنه کامل تجربیات ذهنی خود، از جمله افکار و احساسات ناراحت‌کننده را بپذیرند (فورمن، هربرت، مویترا، یثومانز و جلدز، ۲۰۰۷). مفهوم اساسی در ACT این است که درمانجویان به جای مبارزه کردن با نشانه‌های ناراحت‌کننده، باید تأیید کنند که در برخی موقعیت‌ها، هیجانات ناخوشایند خاصی را احساس خواهند کرد. افراد با پذیرفتن این‌گونه موقعیت‌ها، به جای اجتناب کردن از آنها، می‌توانند بیش کسب کرده و در این جریان، احساس کنند که نشانه‌های خود را بیشتر تحت کنترل دارند.

مورد کوتاه

رویکرد شناختی به درمان میرا

متخصص بالینی که در چارچوب رویکرد شناختی کار می‌کند به میرا کمک می‌کند افکار سازگارانه‌تری را پرورش دهد. از نقطه نظری کاملاً شناختی، متخصص بالینی روی عقاید میرا در مورد اینکه خانواده و دوستان خود را ناراحت کرده است تمرکز خواهد کرد. متخصص بالینی میرا را ترغیب خواهد کرد با نتیجه‌گیری خود مبارزه کند و همراه با وی، به مبنای فرض او در مورد احساسات خانواده‌اش نسبت به وی توجه می‌کند.

متخصص بالینی که رویکرد شناختی را با رویکرد رفتاری ترکیب می‌کند، همچنین از میرا درخواست خواهد کرد رفتارهای خود را، از جمله مشارکت در فعالیت‌هایی که خوشایند هستند، یادداشت کند. با این حال، متخصص بالینی که در چارچوب دیدگاه شناختی-رفتاری کار می‌کند، برخلاف رفتارگرایی محض، از میرا درخواست خواهد کرد تا حساب افکار مزاحم خود را نگه دارد. مخصوصاً افکاری که هیجانات منفی او را تشدید می‌کنند.

۴-۷ دیدگاه انسان‌گرا

روان‌شناسانی که طرفدار دیدگاه انسان‌گرا^۱ هستند معتقدند، افراد برای خود شکوفایی و معنی در زندگی برانگیخته می‌شوند. «انسان» در مکتب انسان‌گرایی به تمرکز بر ویژگی‌هایی که هر فرد را بی‌نظیر می‌کند، اشاره دارد. برخلاف دیدگاه رفتاری که اصولی را از پژوهش حیوانی به رفتار انسان‌ها منتقل می‌کند، دیدگاه انسان‌گرا اختصاصاً بر ارزش‌ها، عقاید، و توانایی فکر کردن به تجربیات خودمان که ما انسان‌ها را از گونه‌های دیگر متمایز می‌کند، تمرکز می‌نماید.



این روزها شماری از روان‌شناسان بساور دارند که تجربیات اوایل کودکی با مراقبت‌کنندگان اصلی، بر اینکه چگونه فرد در طول عمر در روابط میان‌فردی رفتار کند، تأثیر می‌گذارند.

نظریه‌ها

نظریه‌پردازان و متخصصان بالینی انسان‌گرا، عقاید خود را به صورت انحراف کامل از تمرکز سنتی روان‌شناسی در نظر داشتند که نقش اراده آزاد را در تجربه انسان به حداقل رسانده بود. این نظریه‌پردازان همچنین رفتار انسان را به صورت خیلی مثبت‌تر در نظر داشتند و احتمالات روانی را نتیجه توان رشد منفی‌شده می‌دانستند.

روان‌شناسی وجودی بر کار نظریه‌پردازان انسان‌گرا تأثیر نیرومندی داشت، موضع نظری که بر اهمیت درک کردن کامل هر لحظه به صورتی که روی می‌دهد، تأکید می‌کند (من، ۱۹۸۳). بر

طبق روان‌شناسی وجودی، افرادی که در جریان دنیای پیرامون خود قرار دارند و هر لحظه زندگی را تا حد امکان به صورت کامل تجربه می‌کنند، از لحاظ روانی سالم‌تر از همه هستند. اختلالات روانی زمانی ایجاد می‌شوند که افراد نتوانند زندگی را در زمان حال تجربه کنند. فرد به علت نقایص اساسی در زیست‌شناسی یا افکار خود دچار اختلالات روانی نمی‌شود بلکه جامعه مدرن قید و بندهایی را بر توانایی ابراز کردن خود درونی آنها تحمیل می‌کند (برونگر، ۱۹۶۳؛ لینگ، ۱۹۵۹).

در اواسط قرن بیستم، روان‌شناسانی که از رویکردهای نظری عمده به شناختن رفتار انسان اختلال روانی ناامید شده بودند، به این باور رسیدند که روان‌شناسی تعاس خود را با شناختن انسانی رفتار انسان از دست داده است. این انسان‌گرایان برای تشکیل دادن «فیروبی سوم» در روان‌شناسی به هم پیوستند، با این قصد که روان‌کاوی و رفتارگرایی را به چالش بکشند. دوتی از برجسته‌ترین نظریه‌پردازان در چارچوب این سنت، کارل راجرز^۱ و آبراهام مزلو^۲ بودند. نظریه فردمدار^۳ کارل راجرز (۱۹۰۲-۱۹۸۷) بر بی‌نظیر بودن هر فرد، اهمیت امکان دادن به هر فرد برای اینکه حداکثر استعداد خود را تحقق بخشد، و نیاز فرد به روپرو شدن صادقانه با واقعیت تجربیاتش در دنیا، تمرکز می‌کند. راجرز هنگام به کار بردن نظریه فردمدار در زمینه درمان، از اصطلاح درمان‌جومدار^۴ استفاده کرد تا عقیده خود را در مورد اینکه انسان‌ها ذاتاً خوب هستند و توان بهبود بخشیدن به خود، درون هر فرد و نه در درمانگر یا قانون درمانی قرار دارد، منعکس نماید.

راجرز معتقد بود که خودپنداره فرد سازگار باید با تجربیات او همخوان باشد. در این حالت همخوانی، فرد کارکرد کامل دارد - بدین معنی که می‌تواند از منابع روان‌شناختی خود حداکثر استفاده را بکند. برعکس، اختلال روانی حاصل جلوگیری از توان فرد برای زندگی کردن با قابلیت کامل است که به حالتی از ناهمخوانی یا ناهماهنگی بین خودپنداره و واقعیت منجر می‌شود. با این حال، همخوانی یک حالت را کد نیست. کارکرد کامل داشتن به معنی آن است که فرد همواره در حال رشد کردن است.

به عقیده راجرز، منشأ اختلالات روانی در اوایل زندگی است، هنگامی که والدین فرد

1. Carl Rogers
4. client-centered

2. Abraham Maslow

3. person-centered theory

در حمله از او عیب جویی می‌کردند و پر توقع بودند. افراد در چنین موقعیتی، در مورد مرتکب شدن به اشتباهاتی که آنها را در معرض عدم تأیید بیشتر قرار خواهد داد، دستخوش اضطراب مزمن می‌شوند. راجرز برای اشاره کردن به توقعاتی که والدین از فرزندان خود دارند از اصطلاح «شرایط ارزش» استفاده کرد. آنها احساس می‌کنند برای اینکه عزیز باشند باید این ملاک‌ها را برآورده کنند. در نتیجه، آنها به جای اینکه احساس کنند دیگران برای خود واقعی آنها ارزش قایل هستند، همواره می‌کوشند انتظارات دیگران را برآورده سازند.

مدل انسان‌گرایی آبراهام مزلو (۱۹۶۲) بر مفهوم خودشکوفایی متمرکز است، حداکثر تحقق بخشیدن توان فرد برای رشد روان‌شناختی. به عقیده مزلو، افراد خودشکوفای درک درستی از خود دارند و می‌توانند منابع غنی لذت و تحریک را در فعالیت‌های روزمره خود بیابند. آنها قادر به داشتن تجربیات اوج هستند که به موجب آن احساس خشنودی درونی فوق‌العاده‌ای را احساس می‌کنند، انگار که آنها کاملاً با خود و دنیای خویش کاملاً هماهنگ هستند. اما این افراد صرفاً جویای لذت حسی یا معنوی نیستند. آنها فلسفه زندگی نیز دارند که بر مبنای ارزش‌های شردوستانه و تساوی‌طلبی استوار است.

مزلو سلسله‌مراتب نیازها را توصیف کرد، که اعلام می‌دارد افراد زمانی بهتر می‌توانند خودشکوفایی را تجربه کنند که نیازهای بنیادی جسمانی و روانی خود را برآورده کرده باشند. ما نیازهایی را که در سلسله‌مراتب پایین‌تر هستند نیازهای کمبود می‌خوانیم، زیرا آنها حالتی را توصیف می‌کنند که به موجب آن فرد به دست آوردن چیزی را جستجو می‌کند که فاقد آن است. کسی که دلمشغول برآورده کردن نیازهای کمبود است نمی‌تواند به خودشکوفایی برسد. برای مثال، افرادی که صرفاً برای پول در آوردن برانگیخته می‌شوند (نیاز مرتبه پایین‌تر) قادر نخواهند بود در سلسله‌مراتب بالا بروند مگر اینکه انگیزه‌های مادی خود را کنار بگذارند. خودشکوفایی به خودی خود یک حالت نهایی نیست، بلکه فرایندی است که به موجب آن فرد جویای خودپیاگیری درست است.

درمان

نظریه فردمدار که سرشار از تلویحاتی برای درمان است، اکنون مبنایی را برای خیلی از درمان‌ها و مشاوره امروزی تشکیل می‌دهد. مدل درمان درمانجو مدار، رهنمودهای خاصی را برای درمانگران ارائه می‌دهد تا برای اطمینان یافتن از اینکه درمانجویان بتوانند به تحقق بخشیدن کامل خود دست یابند، از آنها پیروی کنند. به عقیده راجرز، متخصصان بالینی به جای تمرکز



◀ افراد خودشکوکا می‌توانند با کمک کردن به دیگران احساس خشنودی کنند، زیرا آنها نیازهای خودشان را برآورده کرده‌اند.

کردن بر عقاید پیش‌پنداشته خود در مورد اینکه چه چیزی برای درمانجو بهتر است، باید به نیازهای او تمرکز کنند. در واقع، راجرز برای اینکه تأکید بر توانمندی‌های ذاتی افرادی که جویای درمان هستند را منعکس کند، به جای اصطلاح بیماری‌گرایی «بیمار»، استفاده از اصطلاح دانشگاهی «درمانجو» را آغاز کرد.

راجرز معتقد بود که وظیفه متخصص بالینی این است که به درمانجویان کمک کند به خود ذاتی خود پی ببرند و در این جریان، به آنها کمک کند به خودشناسی بیشتری دست یابند. راجرز برای بی‌اثر کردن مشکلاتی که شرایط ارزش در کودکی موجب آنها شده‌اند، توصیه کرد که درمانگران با توجه مثبت نامشروط با درمانجویان رفتار کنند. این روش، پذیرش کامل آنچه درمانجو می‌گوید، انجام می‌دهد و احساس می‌کند را شامل می‌شود. وقتی درمانجویان احساس بهتری در مورد خودشان داشته باشند، بهتر می‌توانند اضطرابی را که در اثر تأیید نکرده شدن ضعف‌های خودشان روی می‌دهد تحمل کنند، زیرا دیگر احساس نمی‌کنند مجبورند خود را به

ا
ن
خ
بی

کرد
درمان
برسند

شدن
مطلوب
تجربیات
سخنرانی

مصاحبه

وسيله‌ای به
مصححه آن
را فراخوانی
مکاتری می
درمانجو تأکید

صورت کامل در نظر بگیرند. متخصص بالینی سعی می‌کند تا حد امکان همدل باشد و می‌کوشد وضعیت درمانجو را به صورتی که به نظر درمانجو می‌رسد درک کند.

درمانگران انسان‌گرا و تجربی امروزی تأکید می‌کنند که درمانگران در صورتی می‌توانند خیلی مؤثر باشند که بتوانند دنیا را از دید درمانجویان در نظر بگیرند. درمانگرانی که در جابجوب مدل درمانجو مدار کار می‌کنند، در زمینه فنون انعکاس دادن و روشن کردن، آموزش دیده‌اند. درمانگر هنگام انعکاس دادن، آنچه را که درمانجو بیان می‌کند، شاید قدری با بیان کردن آن به طریقی دیگر، به او منعکس می‌کند. این روش به درمانجویان امکان می‌دهد تا احساس کنند متخصص بالینی از روی همدلی گوش می‌کند و آنها را مورد قضاوت قرار نمی‌دهد. آنها به تدریج احساس می‌کنند به طور فزاینده‌ای می‌توانند خود واقعی، خود درونی خویش را آشکار سازند، زیرا می‌دانند که متخصص بالینی آنها را رد نمی‌کند یا برچسب آدم بی‌کفایت به آنها نمی‌زند.

راجرز همچنین پیشنهاد کرد که متخصصان بالینی باید الگویی از اصالت و تمایل به اقصا کردن ضعف‌ها و محدودیت‌های شخصی خودشان را تأمین کنند. با انجام دادن این کار، درمانجویان می‌فهمند که مجبور نیستند ظاهراً کاذب به خود بگیرند و سعی کنند چیزی به نظر برسند که واقعاً نیستند. در حالت ایده‌آل، درمانجو متوجه خواهد شد که صادق بودن در مواجهه شدن با تجربیات خویش، قابل قبول و سالم است، حتی اگر این تجربیات اشارات نه چندان مطلوب داشته باشند. برای مثال، متخصص بالینی طرفدار راجرز ممکن است تصدیق کند که تجربیات مشابه با تجربیاتی که درمانجو شرح داده، مانند احساس اضطراب کردن در مورد سخنرانی جلوی یک گروه، داشته است.

مصاحبه انگیزشی^۱ روش درمانجو مدار دیگری است که از درک توأم با همدلی به عنوان وسیله‌ای برای کمک کردن به تغییر رفتاری درمانجویان استفاده می‌کند (میلر و رز، ۲۰۰۹). در مصاحبه انگیزشی، متخصص بالینی با پرسیدن سؤال‌هایی که استدلال‌های درمانجو برای تغییر را فراخوانی می‌کنند، با درمانجو برای تقویت کردن انگیزش وی جهت ایجاد تغییرات، همکاری می‌کند. مصاحبه انگیزشی مانند رویکرد درمانجو مدار، بر استقلال و خودمختاری درمانجو تأکید می‌کند.

مورد کوتاه

رویکردهای انسان‌گرا به درمان میرا

در درمان انسان‌گرا، متخصص بالینی به وسیله تمرکز کردن بر احساس پایین حرمت شخصی میرا با او برخورد خواهد کرد. متخصص بالینی کاوش خواهد کرد که وقتی والدین میرا او را با خواهرش مقایسه می‌کنند، چگونه او تحت تأثیر مقایسه‌های منفی آنها قرار داشته است. این واقعیت که آنها از پذیرفتن میرا در خانواده خودداری می‌کردند مگر اینکه او از مقررات آنها پیروی می‌کرد، باعث شد که میرا احساس کند افراد نمی‌توانند به او به صورتی که خودش احساس می‌کند، توجه کنند. متخصص بالینی برای برقرار کردن اتحاد درمانی محکم با میرا به وسیله گوش دادن توأم با همدلی به شرح احساسات وی، با او کار می‌کند. متخصص بالینی هماهنگ با تأکید کارل راجرز بر آگاه شدن بیشتر از احساسات فرد، میرا را ترغیب خواهد کرد به اینکه احساسات خود را در رابطه با طرد شدن توسط خانواده‌اش و غمگینی وی در نتیجه قطع ارتباط او با آنها، به صورت کامل‌تر تجربه کند. متخصص بالینی در این بین به میرا کمک خواهد کرد احساسات خود را بدون عیب جویی از خود، تشخیص داده و بپذیرد.

۴-۸ دیدگاه اجتماعی - فرهنگی

نظریه‌پردازان در چارچوب دیدگاه اجتماعی - فرهنگی^۱ بر شیوه‌ای که افراد، نهادهای اجتماعی، و نیروهای اجتماعی بر افراد پیرامون آنها تأثیر می‌گذارند، تأکید می‌کنند. دیدگاه اجتماعی - فرهنگی به خارج از فرد دسترسی پیدا می‌کند و عواملی را شامل می‌شود که ممکن است به ایجاد اختلالات روانی آنها کمک کرده باشند.

نظریه‌ها

طرفداران دیدگاه خانواده، معتقدند که نابهنجاری در اثر آشفتگی‌هایی در الگوی تعامل‌ها و روابط موجود در خانواده ایجاد می‌شود. این الگوهای روابط آشفته ممکن است «بیمار معلوم»^۲ را ایجاد کنند؛ یعنی، فرد تحت درمان که مشکلاتش فشارهای درون خانواده را منعکس می‌کند. پژوهشگران در چارچوب اجتماعی - فرهنگی، بر تبعیض اجتماعی به عنوان علت مشکلات روانی نیز تأکید می‌کنند. برای مثال، تبعیض بر اساس جنسیت، نژاد، جهت‌گیری جنسی، مذهب، طبقه اجتماعی، و سن می‌تواند به اختلالات در حیطه سلامت جسمانی و

1. sociocultural perspective

2. identified patient

روانی کمک کند. پژوهشگران در دهه ۱۹۵۰ دریافته‌اند که اختلالات روانی در بین افرادی که از لایه‌های اجتماعی - اقتصادی پایین‌تر هستند، بیشتر تشخیص داده می‌شوند (هالیگ‌شید و رولچ، ۱۹۵۸). این رابطه ممکن است بیانگر این واقعیت باشد که افراد طبقه اجتماعی پایین مشقت‌های اقتصادی را تجربه می‌کنند و به آموزش، مراقبت بهداشتی، و شغل با کیفیت خوب دسترسی محدود دارند. تبعیض اجتماعی با عضویت در گروه‌های اقلیت قومی و نژادی وخیم‌تر انسان با ظلم و ستم روبرو می‌شوند، احتمالاً دستخوش آشوب درونی، ناکامی، و استرس می‌شوند که به ایجاد نشانه‌های روانی می‌انجامد.

اختلالات روانی همچنین می‌توانند در نتیجه رویدادهای تاریخی مخرب، مانند خشونت انقلاب سیاسی، آشوب بلایای طبیعی، یا فقط در اثر رکود در سرتاسر کشور، پدیدار شوند. روان‌شناسان آمریکا از زمان جنگ جهانی اول، تحقیقات در مقیاس بزرگ را انجام داده‌اند که نشان می‌دهند چگونه جنگ بر عملکرد روانی تأثیر منفی می‌گذارد. افرادی که در اثر حملات تروریستی، مواجهه با جنگ، آزار و اذیت، یا زندانی شدن دچار آسیب شده‌اند، در معرض خطر ابتلا به اختلالات اضطرابی جدی قرار دارند. همچنین، آتش‌سوزی‌ها و بلایای طبیعی، مانند زلزله‌ها، طوفان‌ها، گردبادها، مشکلاتی بیش از تنهایی مادی بر جای می‌گذارند.

درمان

متخصصان بالینی چگونه با افرادی که متحمل اختلالاتی شده‌اند که عوامل اجتماعی - فرهنگی آنها را ایجاد یا تشدید کرده‌اند، برخورد می‌نمایند؟ بدیهی است که تغییر دادن دنیا امکان‌پذیر نیست. اما متخصصان بالینی می‌توانند در کمک کردن به افرادی که با مشکلاتی دست به گریبان هستند که درون سیستم خانواده، محیط نزدیک، یا جامعه گسترده ایجاد شده‌اند، نقش مهمی را ایفا کنند.

در خانواده‌درمانی، متخصص بالینی تمام اعضای خانواده را ترغیب می‌کند روش‌های جدید ارتباط برقرار کردن با یکدیگر یا فکر کردن به مشکلات‌شان را امتحان کنند. خانواده‌درمانگر، که گاهی با درمانگر همکار کار می‌کند، با هر تعداد از اعضای خانواده که امکان‌پذیر باشد، به‌طور همزمان ملاقات می‌کند. خانواده‌درمانگران و زوج‌درمانگران به جای تمرکز کردن بر مشکلات با نگرانی‌های فرد، بر شیوه‌ای که الگوی ارتباط کژکار، مشکل یا نشانه خاصی را نگه می‌دارد تمرکز می‌کنند. آنها از دیدگاه چرخه عمر نیز استفاده می‌کنند که به موجب آن، مسایل مربوط به

حرمت شخصی
لذت‌های او را با
داشته است این
از مقررات آنها
دستی که خویش
می‌محکم یا سیراب
متخصص بالینی
ترغیب خواهد کرد
کفایتی وی در سینه
این بین به میراث
پذیرد.

های که افراد، نهادهای
تأکید می‌کنند، بیگانه
شامل می‌شود که سبک

هایی در الگوی تعامل
ممکن است بیمار سبک
ن خانواده را منعکس می‌کند
اجتماعی به عنوان
جنسیت، نژاد، جهش
در حیطه سلامت جسمانی
perspective



◀ بر طبق نظریه‌های سیستم‌های خانواده، کزکاری درون پویای خانواده ممکن است علت اصلی تراجعی روانی فرد باشد.

رشد رانه تنها در مورد هر فرد، بلکه در مورد کل خانواده یا زوج در نظر می‌گیرند. از این گذشته، خانواده درمانگر و زوج درمانگران تداوم روابط در بین اعضای خانواده را به صورت بالقوه، شفاف‌بخش‌تر از رابطه بین متخصصان بالینی و درمانجویان می‌دانند.

فنون خاصی که متخصصان بالینی در خانواده‌درمانی به کار می‌برند عمدتاً به آموزش و رویکرد نظری آنها بستگی دارد. خانواده‌درمانگر بین نسلی ممکن است ترسیم شجره‌نامه را توصیه کند که نموداری از کل خویشاوندان در گذشته اخیر است، تا بدین وسیله از تاریخچه روابط خانوادگی آگاه شود و از این آگاهی برای ایجاد تغییر استفاده کند. خانواده‌درمانگر ساختاری ممکن است توصیه کند که تعدادی از اعضای خانواده مخالفت‌های خود را نمایش دهند، انگار که آنها شخصیت‌هایی در یک نمایش در مورد خانواده هستند. خانواده‌درمانگران راهبردی ممکن است برای پیدا کردن راه حل‌هایی برای مسائلی که موجب مشکل شده‌اند، با اعضای خانواده کار کنند. خانواده‌درمانگر تجربی ممکن است برای ایجاد پیش در مورد روابط اعضای خانواده با یکدیگر، با آنها کار کند.

در گروه‌درمانی، افرادی که تجربیات مشترک دارند، ماجراهای خود را با یکدیگر در میان می‌گذارند و درمانگر نقش تسهیل‌کننده را ایفا می‌کند. به عقیده ابروین یالوم^۱ (۱۹۹۵)، بانی

مورد کوتاه

رویکرد اجتماعی - فرهنگی به درمان میرا

متخصص بالینی که در چارچوب دیدگاه اجتماعی - فرهنگی کار می‌کند، مسایل خانوادگی خاص میرا را در زمینه پیشینه فرهنگی او ادغام می‌کند. نشانه‌های میرا نه تنها از ساختار نگرش خانواده او نسبت به کار و تصمیمات رابطه وی پدیدار شده‌اند، بلکه زمینه فرهنگی او را نیز منعکس می‌کنند، که بر تعهدات خانوادگی تأکید زیاد دارد. میرا با انتخاب کردن مسیری که با سیر خواهرش تفاوت دارد، شاید در واقع، یا به تصور خودش، از انتظارات خانواده خویش تقلب کرده است. متخصص بالینی ممکن است توصیه کند که در صورت امکان میرا همراه با خانواده‌اش در جلسه درمان حضور یابد تا نسبت به این مسایل فرهنگی و ارتباطی بینش کسب شود.

گروه درمانی، گروه درمانی تأثیر مثبت دارد، زیرا به درمانجویان امکان می‌دهد بفهمند که مشکلات آنها منحصر به فرد نیستند و از این طریق تسکین می‌یابند و امیدوار می‌شوند. آنها در گروه می‌توانند اطلاعات با ارزشی کسب کنند و از دیگران که مشکلات مشابهی دارند، توصیه دریافت کنند. علاوه بر این، افراد در جریان توصیه دادن به دیگران، در می‌یابند که خودشان منتفع می‌برند.

متخصص بالینی از محیط درمانی با ایجاد کردن جامعه درمانی، در موقعیت‌های درمانی مانند بیمارستان‌ها استفاده می‌کند تا عملکرد مثبت را در درمانجویان ترغیب کند. اعضای جامعه در فعالیت‌های گروهی، از درمان شغلی گرفته تا کلاس‌های آموزشی، شرکت می‌کنند. همکاری، خواه درمانگر باشد یا پرستار، با کارمند غیر تخصصی، در مأموریت کلی تأمین کردن محیطی که از تغییر مثبت حمایت کند و رفتارهای اجتماعی مناسب را تقویت کند، نقشی را بر عهده می‌گیرد. عقیده‌ای که در پس محیط درمانی قرار دارد این است که فشار پیروی کردن از مهارهای اجتماعی متعارف رفتار، رفتار سازگارانه‌تر را در درمانجویان تقویت می‌کند.

گروه متخصصان بالینی نمی‌توانند تبعیض اجتماعی را بر طرف کنند، ولی می‌توانند رویکرد چندقدرتی به درمان داشته باشند که بر آگاهی، دانش، و مهارت‌های زمینه اجتماعی - فرهنگی درمانجو متکی است. برای مثال، درمانگران باید نسبت به شیوه‌ای که زمینه فرهنگی درمانجو بر تجربیات زندگی بخصوص و تأثیرات خانواده او اثر متقابل می‌گذارد، حساس باشند. احساس تهدید نسبت به آگاهی یافتن از گروه فرهنگی، قومی، و نژادی درمانجو و اینکه چگونه این عوامل

فلسفی روانی



ت اصلی تاریخی

می‌رند. از این گذشته به صورت بالقوه

عمدتاً به آموزش

به ترسیم شجره‌نامه

این وسیله از تاریخیت

کند. خانواده درمانگر

لفت‌های خود را نمایش

هستند. خانواده درمانگر

موجب مشکل شده‌است

ایجاد بینش در مورد روابط

خود را با یکدیگر در

ایروین یالوم

در ارزیابی، تشخیص، و درمان نقش بازی می‌کنند، بیانگر دانش است. مهارت‌های چندفرهنگی، تسلط بر فنون درمانی ویژه فرهنگ را شامل می‌شوند که نسبت به ویژگی‌های منحصر به فرد درمانجو حساس هستند.

داستان‌های واقعی

سیلویا پلات: اختلال افسردگی اساسی

سیلویا پلات آشاع آمریکایی در ۲۰ سالگی، تسلیم یک عمر نبرد خود با افسردگی شد. سیلویا در شب ۱۱ نوامبر ۱۹۶۳، در حالی که دو فرزند کوچک او خواب بودند، با دقت حوله‌هایی را زیر شکاف درهای اتاق خواب فرزندانش و آشپزخانه قرار داد، گاز اجاق را باز کرد و سر خود را داخل آن گذاشت. او در اتاق فرزندانش مقداری شیر و نان قرار داد و پنجره را در شب سرد لندن باز گذاشت تا صبحانه آنها هنگام صبح تازه باشد. چند روز قبل، او یک دوره مصرف داروهای ضد افسردگی را شروع کرده بود و متخصصان معتقد بودند که خودکشی او در زمان خطرناک دوره درمان یا این داروها اتفاق افتاد. زمانی که فرد - که هنوز افسرده است - به‌طور همزمان فعال‌تر می‌شود، که به خطر بیشتر اقدامات خودکشی می‌انجامد.

کتاب شهرت تلخ: زندگی سیلویا پلات، که آن استیونسون^۲ آن را نوشته است، کل زندگی و نگارش‌های نویسنده‌ای که به طرز وحشتناک شکسته شد را از طریق نامه‌های شخصی سیلویا و مصاحبه با افرادی که در زندگی او بودند، شرح می‌دهد. سیلویا در حومه شهر بوستون، ماساچوست به دنیا آمد و بزرگ شد و در هفت سالگی نویسنده‌ای را آغاز کرد. تجربیات زندگی او تا روزهای آخر عمر وی، الهام‌بخش او بودند. سیلویا در طول دوران کودکی و نوجوانی تعداد چشمگیری شعر و داستان‌های کوتاه نوشت که رؤیای نویسنده حرفه‌ای شدن او را تحقق بخشید. شاید با نفوذترین و الهام‌بخش‌ترین پدرش مدت کوتاهی بعد از هجدهمین زاد روز وی بود. این واقعه محرکی بود برای عمیق‌ترین ترس‌ها و امیال وی، و فقدان پدرش موضوع همیشگی در آثار او بود. این فقدان بعد از ترک دیگران در زندگی او، مخصوصاً همسران رمانتیک، وی را نسبت به افسردگی حساس کرد.

سیلویا در شهر نیوانگکند ولزلی، ایالت ماساچوست بزرگ شد و با بورس تحصیلی وارد کالج اسمیت در نورث‌امپتون، ماساچوست شد. گرچه انتقال به کالج در آغاز برای سیلویا دشوار بود، اما هوش و سخت‌کوشی او به وی کمک کردند تا نمرات عالی بگیرد و شهرت برجسته‌ای در کالج اسمیت کسب کند. وقتی سیلویا به اوایل بزرگسالی رسید، مدتی بوسن بیشتر و رنج کشیدن از دوره‌های افسردگی را تجربه کرد. او در ۱۹ سالگی با خوردن قرص‌های خواب مادرش دست به خودکشی زد و در گوشه‌ای از خانه پنهان شد. دو روز بعد یک نفر او را در حالت نیمه هشیار و گیج پیدا کرد. سیلویا

1. Sylvia Plath

2. Anne Stevenson



بعد از این اقدام، به مدت چهار ماه در بیمارستان روان پزشکی مجاور بستری شد و در آنجا تحت درمان با تشنج الکتریکی (ECT) و درمان انسولین قرار گرفت. این نقطه عطفی در زندگی و نگارش او بود. ما می‌توانیم ماهیت درون‌نگر او را در دفتر خاطرات وی مشاهده کنیم که صادقانه آن را در طول عمر خود حفظ کرد. دفتر خاطرات او منبع مهمی برای خودبیانگری اوست که در آن هر فکر و احساسی را وارد کرد. او مخصوصاً در مواقع ناراحتی از این وسیله خودبیانگری استفاده می‌کرد و نظر

صمیمانه‌ای را در مورد تیره‌ترین لحظات خود با خوانندگان در میان می‌گذارد.

سیلویا بعد از مرخص شدن از بیمارستان به کالج اسمیت برگشت و در سال ۱۹۵۴ با عنوان دانشجوی ممتاز فارغ التحصیل شد. او تصمیم گرفت مطالعات بعد از دوره کارشناسی خود را در کمبریج، انگلستان ادامه دهد. در حالی که سیلویا در کمبریج تحصیل می‌کرد، و از لحاظ حرفه‌ای جای افتاده بود، تمایلات رمانتیک او به شاعری به نام تد هاجز^۱ معطوف شد که او را بسیار تحسین می‌کرد. آنها بعد از اینکه در یک مهمانی با هم آشنا شدند، فوراً مجذوب یکدیگر شده و در یک مراسم پنهانی در انگلستان ازدواج کردند. در آن زمان سیلویا بورس تحصیلی داشت و می‌توانست اگر اخبار ازدواج او برملا شود، آن را از دست بدهد. سرانجام پیوند این زوج علنی شد و چند ماه اول زندگی زنانشویی خود را در اسپانیا گذراندند در حالی که تد در آنجا تدریس می‌کرد. استیونسون در کتاب شهرت تلخ شرح می‌دهد که بعد از اینکه دوره خوشی ازدواج به اتمام رسید، تغییرات خلقی سیلویا بسیار برجسته شدند. این زوج بعداً به ایالت زادگاه سیلویا، ماساچوست نقل مکان کردند و سیلویا در کالج اسمیت، درس‌های زبان انگلیسی تدریس می‌کرد. همچنان زندگی اولیه او در مورد اعتبار تدریس در چنین مؤسسه‌ای به سرعت از بین رفت و اضطراب در مورد مقدار کاری که باید انجام دهد و مخصوصاً اینکه هیچ وقتی برای کار کردن روی نگارش خود باقی نگذاشته بود جایگزین آن شد.

سیلویا و تد بعد از یک سال تدریس، به بوستون نقل مکان کردند و در آنجا به جامعه شاعران و

۱ Ted Hughes

نویسندگان پیوستند. در این زمان، تد مناسب قابل ملاحظه‌ای برای نگارش خود به دست آورده بود. این زوج عمدتاً با پولی که از جوایز به دست آمده از نگارش تد حاصل شده بود زندگی می‌کردند. این به سیلويا امکان داد تا اکثر وقت خود را صرف نگارش کند. زمانی که سیلويا حامله بود، او و تد به انگلستان نقل مکان کردند و در آپارتمانی واقع در لندن و بعداً قبل از تولد دومین فرزندشان در خانه‌ای واقع در حومه شهر اقامت گزیدند.

گرچه بنا بر تمام گزارش‌ها تد شوهر و پدر وفاداری بود، اما سیلويا از بی‌وفایی او می‌ترسید. اغلب همسر خود را به روابط خارج از زناشویی متهم می‌کرد. یک بار تد به خاطر مصاحبه‌ای که با یک شبکه رادیویی داشت، دیر به خانه آمد. او با نابود کردن بخش بزرگی از مطالبی که نوشته بود همراه با تعدادی از کتاب‌هایش واکنش نشان داد. سرانجام این دو جدا شدند (هرچند هرگز طلاق نگرفتند) و بعد از اینکه تد از خانه‌ای که با هم شریک بودند بیرون رفت، سیلويا با دو فرزند خود به آپارتمانی در لندن نقل مکان کرد. او در اینجا انرژی خلاق را تجربه کرد که باعث شد تعدادی از مشهورترین اشعار خود را تولید کند.

گرچه سیلويا موجی از خلاقیت را تجربه می‌کرد، اما دچار افسردگی عمیق شده بود. او به دین روان‌پزشکی رفت که متوجه شد اختلال وی شده بود. سیلويا که قادر نبود از خود و فرزندانش مراقبت کند، در مدتی که سعی داشت بهبود یابد، نزد دوستان خود اقامت کرد و خیلی می‌ترسید که دوباره در بیمارستان روان‌پزشکی تحت درمان با ECT قرار گیرد. یک روز سیلويا به‌طور قطعی به این نتیجه رسید که آمادگی دارد تا با فرزندانش به آپارتمان خود برگردد. دوستان او که از تصمیم ناگهانی او مبهور شده بودند، بیهوده سعی کردند تا او را قانع کنند تحت مراقبت آنها بماند. همان شب او به خانه رفت و دور از چشمان مراقبت دوستان، به زندگی کوتاه خود خاتمه داد. در سال‌های پس از مرگ سیلويا، منتقدان، وی را یکی از با استعدادترین و با نفوذترین شاعران قرن بیستم دانستند. تد هاجز که تصمیم گرفت دو فرزند خود را با همسر دوم خود بزرگ کند، کتاب مجموعه اشعار، مجموعه کامل اشعار سیلويا را گردآوری کرد که او بین سالهای نوجوانی و آخر عمر خود نوشته بود. این کتاب در سال ۱۹۸۲ برنده جایزه پولیتزر شد.

۴-۹ دیدگاه‌های زیستی - روانی - اجتماعی در مورد نظریه‌ها و درمان‌ها: رویکرد یکپارچه‌نگر

اکنون که در مورد دیدگاه‌های عمده رفتار ناهنجار مطالعه کرده‌اید، احتمالاً ارزشی در هریک از آنها می‌بینید. برخی جنبه‌های نظریه‌های مختلف ممکن است خیلی مفید و جذاب به نظر برسند. در واقع، شاید به سختی توانسته باشید تصمیم بگیرید کدام رویکرد «بهترین» است. با این حال، همان‌گونه که بارها گفتیم، اغلب متخصصان بالینی، به جای اینکه به‌طور محدود از یک

مدل طرفداری کنند، جنبه‌هایی را از مدل‌های مختلف انتخاب می‌کنند. در واقع، در چند دهه اخیر، تغییر چشمگیری در فاصله‌گیری از رویکردهای بالینی محدود که در مدل نظری واحدی ریشه دارند، وجود داشته است. اغلب متخصصان بالینی از رویکردهایی استفاده می‌کنند که یکپارچه‌نگر یا التقاطی هستند. درمانگر، نیازهای درمانجو را از دیدگاه‌های متعدد در نظر می‌گیرد و برنامه درمانی را تدارک می‌بیند که به این مسایل خاص پاسخ بدهد.

برگشت به مورد: میراکریشان

بعد از ارزیابی روان‌شناختی جامع‌تری که برنامه درمان کریشان بر آن دلالت داشت، متخصص بالینی نتیجه گرفت که او از رویکرد شناختی-رفتاری به روان‌درمانی همراه با دارو فایده زیادی خواهد برد. او از این دو توصیه پیروی کرد و به روان‌پزشکی مراجعه کرد که SSRI برای او تجویز نمود. او در اولین ماه دوره دارویی خود هفته‌ای یک بار و بعد ماهی یک بار برای معاینه روان‌پزشک را ملاقات کرد. میرا همچنین ملاقات با درمانگر را برای جلسات روان‌درمانی هفتگی آغاز کرد. شروع کار با درمانگری که از دیدگاه شناختی-رفتاری استفاده می‌کرد، بر راهبردهایی مانند فعال‌سازی رفتاری تمرکز داشت که به او کمک می‌کرد تا با نشانه‌های افسردگی که در عملکرد وی اختلال ایجاد کرده بودند، مقابله کند. بعد از اینکه افسردگی او کاهش یافت، درمان بر الگوهای فکر ناسازگارانه میرا در رابطه با روابط میان فردی او متمرکز شد. میرا دریافت که معیارهای دست نیافتنی برای خودش تعیین کرده بود که تصور می‌کرد دوستان و خانواده‌اش آنها را مطالبه می‌کنند. او با توجه کردن دقیق‌تر به روابط خوب دریافت که این انتظارات را بر خودش تحمیل کرده است و دوستان و خانواده‌اش او را همان‌گونه که بود قبول داشتند.

گزارش‌های دکتر توپین با توجه به پاسخ‌های میرا به درمان، به نظر می‌رسد که افسردگی وی حاصل آسیب‌پذیری زیستی و فرایند فکر ناسازگارانه باشد که وقتی او به بزرگسالی رسید، شروع به ظاهر شدن کردند. بنابراین، مهم است که میرا مصرف داروی ضد افسردگی خود را ادامه دهد تا از وقوع دوره‌های افسردگی آینده پیشگیری کند. درمانگر او ممکن است توصیه کند که او به درمان ادامه دهد، زیرا مدتی طول می‌کشد تا الگوهای فکر فرد سازگارانه‌تر شوند. گرچه او بعد از فقط دو ماه احساس می‌کند که بهتر شده است، اما با توجه به اینکه الگوهای فکر او ظاهراً در نقش عمده‌ای از زندگی او وجود داشته‌اند، مهم است که درمان را ادامه دهد تا تضمین شود روش مناسب‌تری را برای مقابله کردن با محیط خود و با استرس اختیار خواهد کرد. احساس تعهد نیرومند میرا به بهبود یافتن، به او کمک کرد تا تحت درمانی قرار بگیرد که به آن نیاز داشت، و در نتیجه، پیش‌آگهی او کاملاً مثبت است.

فصل پنجم

اختلالات عصبی _

رشدی

دارند، اختلال در عملکرد شخصی، اجتماعی، تحصیلی، یا شغلی را شامل می‌شوند. برخی اختلالات شاخص‌هایی دارند که برای مثال، اشاره دارند به اینکه اختلال با نابهنجاری ژنتیکی یا عوامل محیطی که در طول دوره پیش از تولد بر فرد تأثیر می‌گذارند، ارتباط دارد.

به خاطر داشتن این نکته اهمیت دارد که بنابر تعریف، اختلالات عصبی-رشدی ممکن است تغییرات مهمی را با گذشت زمان نشان دهند. وقتی افراد از کودکی به نوجوانی و بزرگسالی می‌رسند، ممکن است دستخوش تغییرات رشتی شوند که شیوه آشکار شدن اختلال آنها در رفتارهای خاص را تغییر دهد. خوشبختانه، متخصصان بالینی با مداخله‌های مناسب می‌توانند به کودکان کمک کنند تا مدیریت نشانه‌های خود را یاد بگیرند یا کلاً بر این نشانه‌ها غلبه کنند.

۵-۱ ناتوانی عقلانی (اختلال عقلانی رشدی)

متخصصان بالینی در صورتی افراد را مبتلا به ناتوانی عقلانی^۱ تشخیص می‌دهند که کمبودهای عقلانی و انطباقی داشته باشند که برای اولین بار وقتی بچه بودند آشکار شده‌اند. طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD)^۲ از اصطلاح «اختلال عقلانی رشدی»^۳ استفاده می‌کند، بنابراین DSM-5 این اصطلاح را بعد از اصطلاح «ناتوانی عقلانی» داخل پراکنش قرار می‌دهد. DSM-IV-TR برای این گروه از اختلالات، از اصطلاح «عقب ماندگی ذهنی»^۴ استفاده می‌کرد. با این حال، مؤلفان DSM-5 همگام با توصیه‌های انجمن ناتوانی‌های عقلانی و رشدی آمریکا (AAIDD)^۵ از جمله گروه‌های دیگر، واژه «ناتوانی عقلانی» (اختلال عقلانی رشدی) را اختیار کردند. ما به منظور اجمال، به این اختلال با عنوان ناتوانی عقلانی اشاره خواهیم کرد، هرچند که این اختلال از لحاظ فنی باید «اختلال عقلانی رشدی» را نیز در بر داشته باشد.

برای اینکه تشخیص ناتوانی عقلانی در مورد فرد داده شود، باید شرایطی را برآورده کند که در سه مجموعه ملاک‌ها قرار گیرند. اولین مجموعه ملاک‌ها، کمبودهایی را در توانایی عقلانی عمومی شامل می‌شوند که آزمون هوش ممکن است آنها را اندازه‌گیری کند. این ملاک‌ها عبارتند از: استدلال، حل مسئله، قضاوت، توانایی درس گرفتن از تجربه، و یادگیری در زمینه تحصیلی. متخصص بالینی برای تعیین کردن این موضوع، باید از آزمون‌هایی استفاده کند که فردی، استاندارد، و از لحاظ روان‌سنجی دقیق باشند. این آزمون‌ها باید از لحاظ فرهنگی نیز

1. intellectual disability
2. International Classification of Diseases
3. intellectual developmental disorder
4. mental retardation
5. American Association of Intellectual and Developmental Disabilities

مناسب باشند؛ یعنی، افرادی که برای مثال به عنوان زبان اول، انگلیسی صحبت نمی‌کنند، و ممکن است در آزمون هوشی که به زبان انگلیسی است نمره مناسبی نگیرند، باید با آزمونی که از لحاظ زبان مناسب باشد مورد ارزیابی قرار گیرند. آزمون، غیر از مناسب بودن از لحاظ زبان، باید تفاوت‌های فرهنگی در شیوه‌ای که افراد ارتباط برقرار می‌کنند، حرکت و رفتار می‌کنند، در نظر داشته باشد. این ملاحظات آخر با ملاحظات AAIDD هماهنگ هستند. نکته برش برای برآورده کردن این ملاک، هوش اندازه‌گیری شده تقریباً ۷۰ یا پایین‌تر است.

دومین مجموعه ملاک‌ها برای تشخیص ناتوانی عقلانی، اختلالات در عملکرد انطباقی، نسبت به سن و گروه فرهنگی فرد، در انواع فعالیت‌های زندگی روزمره مانند ارتباط، مشارکت اجتماعی، و زندگی مستقل را شامل می‌شوند. برای مثال، برخی از این مشکلات انطباقی، شکلاتی در زمینه استفاده از پول، بیان کردن زمان، و ارتباط برقرار کردن با دیگران در موقعیت‌های اجتماعی را در بر می‌گیرند. متخصصان بالینی با استفاده از آزمون‌هایی که استاندارد، فردی، و از لحاظ روان‌سنجی دقیق و از لحاظ فرهنگی مناسب هستند باید تفاوت‌ها را کنند که آیا رفتار انطباقی فرد معیوب است یا نه.

ملاک سوم، به سن شروع مربوط می‌شود. به بیان دقیق‌تر، این اختلال باید قبل از ۱۸ سالگی شروع شود.

بعد از اینکه متخصص بالینی تعیین می‌کند که تشخیص ناتوانی عقلانی مناسب است، مرحله بعدی ارزیابی میزان شدت است. سطوح شدت، خفیف، متوسط، شدید، و عمیق هستند. در طبقه‌بندی‌های قبلی، این سطوح بر مبنای نمرات آزمون هوش استوار بودند. در DSM-5 سطوح شدت بر این مبنای استوار هستند که فرد تا چه اندازه‌ای می‌تواند در زمینه‌های مفهومی، اجتماعی، و عملی سازگار یا منطبق شود (جدول ۵-۱ را ببینید). از این گذشته، بیان DSM-5 از بیان DSM-IV-TR مشخص‌تر است. به علاوه، DSM-5 ملزم می‌دارد که متخصصان بالینی از آزمون‌هایی استفاده کنند که حساسیت فرهنگی را منعکس می‌کنند. DSM-5 زمینه‌های رفتار انطباقی را بر مبنای زمینه‌هایی استوار می‌کند که بهتر تعیین می‌کنند که آیا فرد در زندگی روزمره معیوب است یا نه، و این زمینه‌ها کامل‌تر شرح داده شده‌اند. پژوهشگران معتقدند که ترکیب وضوح بهتر در ملاک‌های رفتار انطباقی و منظور کردن آزمون‌هایی که از لحاظ فرهنگی حساس هستند، به مبنای دقیق‌تری برای تشخیص، و در نهایت، به درمان بهتر افراد مبتلا به اختلالات عقلانی رشدی منجر خواهد شد.

برآوردها نشان می‌دهند که تقریباً ۱ درصد جمعیت دنیا ناتوانی عقلانی دارند، اما شیوع در

شد. برخی
ناتوانی یا

شدی ممکن
و بزرگسالی
اختلال آنها در
سبب می‌تواند
ها غلبه کنند.

شد که کمبودهای
ده‌اند. طبقه‌بندی
می‌کند، بنابراین
نقش قرار می‌دهد
استفاده می‌کند
نی و رشدی آمریکا
نی رشدی را اختیار
و اهمیت کرد، هرچه که
باشد.

ایطی را برآورده کنند که
ی را در توانایی عقلانی
وی کنند. این ملاک‌ها
جریه، و یادگیری در زمینه
یون‌هایی استفاده کنند
باید از لحاظ فرهنگی نیز

1. Intellectual disability
2. Intellectual developmental
3. American Association of

جدول ۵.۱: مقیاس تشخیصی رفتار انطباقی

DSM-5 برای ناتوانی عقلانی، چهار سطح شدت را در هریک از این سه زمینه مشخص می‌کند.

مفهومی

خفیف: مشکلاتی در زمینه یادگیری مهارت‌های تحصیلی، عملکرد اجرایی محدود (در بزرگسالان) و حرکات معیوب.

متوسط: عقب‌ماندگی‌های 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 مهارت‌های 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 نظیر در این سطح وجود دارند، که استفاده از اشیاء را به شیوه مفید برای فرد غیرممکن می‌سازند.

اجتماعی

خفیف: ناپختگی در تعامل‌های اجتماعی، مشکلاتی در تنظیم کردن هیجان و رفتار کردن به صورت متناسب با سن؛ ساده‌لوحی.

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. مراقبت‌کنندگان باید در تصمیم‌گیری 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؛ یا این حال، توانایی روابط میان فردی رضایت‌بخش را نیز دارد.

عمیق: درک بسیار محدود گفتار و حرکات ایما و اشاره در ارتباط اجتماعی؛ می‌تواند اعیال و هیجانات را به شیوه غیرکلامی ابراز کند؛ روابط رضایت‌بخشی 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 مهارت‌های مفهومی نیاز ندارند.

متوسط: می‌تواند به دامنه‌ای از نیازهای شخصی رسیدگی کند، هرچند که در ابتدا آموزش قابل ملاحظه ضرورت دارد. استخدام در مشاغلی که به مهارت‌های مفهومی محدود نیاز دارند امکان‌پذیر است به کمک و سرپرستی نیاز دارد. اقلیت کوچکی به رفتار ناسازگارانه می‌پردازند.

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 خویشتن بپردازند.

عمیق: برای تمام جنبه‌های فعالیت روزمره به دیگران وابسته است؛ ممکن است بتواند به برخی کارها در خانه یا محل کار کمک کند. می‌تواند از انواع سرگرمی‌ها لذت ببرد، ولی اختلالات جسمانی و حسی اجازه مشارکت فعال را نمی‌دهند. اقلیت قابل ملاحظه‌ای به رفتار ناسازگارانه می‌پردازند.

کشورهای کم درآمد (۱/۶۴ درصد) بالاتر از کشورهای است که با عنوان درآمد متوسط (۱/۵۹ درصد) یا درآمد زیاد (۱/۵۴ درصد) طبقه‌بندی شده‌اند. بالاترین میزان شیوع در مناطق فقیر نشین شهری یا محیط‌های روستایی - شهری مختلط یافت می‌شود. تحقیقات در مورد کودکان و نوجوانان نیز از میزان شیوع بالاتر از تحقیقات در مورد بزرگسالان خبر می‌دهند. هزینه‌های اقتصادی مرتبط با مراقبت از این افراد می‌تواند بسیار سنگین باشد، به طوری که برآوردهای طول عمر فقط در ایالات متحده بالغ بر ۵۱/۲ میلیارد دلار هستند. از جمله اقداماتی که برای تعدیل کردن این هزینه صورت گرفته‌اند، بهبود بخشیدن به سلامت مادر و کودک و مداخله‌هایی هستند که هدف آنها آموزش دادن مهارت‌های انطباقی به کودکان مبتلا به این اختلالات است تا بتوانند در سطوح کارکردی بالاتر زندگی کنند (مالیک، ماسکارنهاس، ماترس، دوا، و ساکس، ۲۰۱۱).

مورد کوتاه

ثانوی عقلتی

ژانیتا دختر ۵ ساله مبتلا به نشانگان دان است. مادر او وقتی با شوهرش تصمیم گرفتند تشکیل خانواده دهند، ۴۶ ساله بود. دکترها به خاطر سن مادر ژانیتا توصیه کردند که برای هرگونه نابهنجاری در ساخت کروموزومی جنین در حال رشد، آزمایش پیش از تولد انجام دهد، والدین ژانیتا وقتی از نتایج آزمایش با خبر شدند، بیکه خوردند. وقتی ژانیتا به دنیا آمد، والدین او برای آنچه از لحاظ ظاهر، رفتار، و مشکلات جسمانی احتمالی کودک انتظار می‌رفت، آمادگی داشتند. خوشبختانه، ژانیتا به توجه پزشکی خاص نیاز نداشت. در همان اوایل زندگی ژانیتا، والدین او با یک متخصص پرورشی مشورت کردند، و او برنامه غنی‌سازی را پیشنهاد کرد که برای به حداکثر رساندن عملکرد شناختی تدارک دیده شده بود. ژانیتا از ۶ ماهگی هر روز صبح در برنامه‌ای حضور می‌یافت که در آن، کارکنان تلاش‌های زیادی برای کمک کردن رشد حرکتی و عقلانی او به خرج می‌دادند. اکنون که ژانیتا به سن مدرسه رفتن رسیده است، در مدرسه دولتی محلی، وارد کودکانستان خواهد شد. و معلمان در آنجا سعی خواهند کرد او را به روند کلی آموزش برسانند. خوشبختانه، ژانیتا در ناحیه تحصیلی زندگی می‌کند که مدیران آن اهمیت تأمین کردن منابع برای شاگردانی مانند ژانیتا را تشخیص می‌دهند، به طوری که آنها بتوانند در حد امکان فرصت یادگیری و رشد طبیعی داشته باشند.

علت‌های ناتوانی عقلانی

نابهنجاری‌های ژنتیکی علت مهم ناتوانی عقلانی هستند. سه مورد از مهم‌ترین علت‌های ژنتیکی، نشانگان دان^۱، فیل‌کتونوری^۲، و نشانگان X شکسته^۳ هستند. به نظر می‌رسد که این ژنتیک^۴ نیز نقش مهمی را در افزایش خطر مبتلا شدن فرد به ناتوانی عقلانی ایفا می‌کند. سبک زندگی، رژیم غذایی، شرایط زندگی، و سن می‌توانند از طریق جهش‌ها، حذف‌ها، یا تغییر مواضع ژن‌ها روی کروموزوم‌ها، بر جلوه ژن تأثیر بگذارند (فرانکلین و مانسوی، ۲۰۱۱). اغلب افراد مبتلا به نشانگان دان، نسخه اضافی کروموزوم ۲۱ را به ارث برده‌اند و بنابراین، به جای ۴۶ کروموزوم معمول، ۴۷ کروموزوم دارند. در این نوع از نشانگان دان که س کروموزومی ۲۱ نامیده می‌شود، کروموزوم اضافی در رشد طبیعی بدن و مغز اختلال ایجاد می‌کند. نشانه‌های نشانگان دان از خفیف تا شدید گسترش دارند و از فردی به فرد دیگر فرق می‌کنند. نشانگان دان شایع‌ترین علت نقایص تولد در انسان‌هاست و تقریباً همیشه با ناتوانی عقلانی و دامنه‌ای از علائم جسمانی ارتباط دارد.

تشخیص دادن صورت فرد مبتلا به نشانگان دان نسبتاً راحت است و سر کوچکتر از معمول که به صورت غیرعادی شکل گرفته است را شامل می‌شود. برخی از ویژگی‌های مخصوص نشانگان دان عبارتند از: بینی پهن، گوش‌های کوچک، دهان کوچک، چشمان متمایل به بالا، پوست اضافی در پشت گردن، و نقطه‌های سفید روی قسمت رنگی چشم. افراد مبتلا به نشانگان دان که تأخیرهایی را در رشد جسمانی نشان می‌دهند، هرگز به قد کامل بزرگسال نمی‌رسند. آنها همچنین مستعد مبتلا شدن به انواع بیماری‌های جسمانی هستند که از جمله آنها می‌توان به این موارد اشاره کرد: نقایص قلبی، آب مروارید چشم، مشکلات شنوایی، مشکلات کتل، استفراغ اولیه و زیاد، پیوست مزمن، وقفه تنفسی در خواب، کم‌کاری تیروئید، و دندان‌هایی که دیرتر از موقع معمول و در مکان‌هایی در می‌آیند که می‌توانند به مشکلاتی در جویدن منجر شوند. افراد مبتلا به نشانگان دان علاوه بر نمرات هوشیهر پایین، به احتمال بیشتری رفتار تکانشی، فضاوت ضعیف، فواختای توجه کوتاه، و گرایش به ناکام و عصبانی شدن به خاطر محدودیت‌های خود نشان می‌دهند. آنها خیلی بیشتر از افراد دیگر احتمال دارد که به

1. Down syndrome

2. Phenylketonuria

3. Fragile X syndrome

۴. علتی که سعی دارد روش‌هایی را که محیط برای تولید کردن تپ‌های پدیداری بر ژن‌ها تأثیر می‌گذارد، مشخص کند. م.



◀ کودکان مبتلا به نشانگان دان، مستحمل ساهنجاری ژنتیکی می‌شوند که شدیداً بر رشد عقلانی آنها تأثیر می‌گذارد.

بیماری آلزایمر، و در سن خیلی پایین‌تر از آنچه انتظار می‌رود، مبتلا شوند (سبب مدهلت، ۲۰۱۱). سطوح بالای عوامل استرس‌زای زندگی باعث می‌شود که آنها به صورت بالقوه در برابر ابتلا به اختلالات سردگی، آسیب‌پذیر باشند (راکسر، دوسن، بایتلار، و جازیک، ۲۰۱۱).

کودک‌انی که با فنیل‌کتونوری (PKU) متولد می‌شوند، فاقد آنزیمی به نام فنیل‌آلانیل هیدروکساز هستند که

فنیل‌آلانیل، اسید آمینه‌ای که در غذاهای حاوی پروتئین یافت می‌شود را تجزیه می‌کند. وقتی فنیل‌آلانیل در بدن متراکم می‌شود، به دستگاه عصبی مرکزی صدمه می‌زند. PKU درمان‌نشده، به تأخیرهای رشد، اندازه سر کوچکتر از طبیعی، بیش‌فعالی، حرکات پرشی دست و پا، حملات صرغی، کپیرهای پوستی، و رعشه منجر می‌شود. خوشبختانه، انجام دادن آزمایش خون ساده برای تمام بچه‌ها، مدت کوتاهی بعد از تولد، می‌تواند PKU را تشخیص دهد. کودکانی که این معایب را به ارث برده‌اند، مخصوصاً در اوایل زندگی، باید بعداً از رژیم غذایی که فنیل‌آلانیل کم دارد پیروی کنند. با این حال، این‌گونه رژیم غذایی به معنی آن است که فرد باید از شیر،

1. phenylalanine hydroxase

م‌ترین علت‌های
نظر می‌رسد که
لالی ایفا می‌کند
ها، حذف‌ها، یا
مانسوی، (۲۰۱۱)
برده‌اند و بنابراین
نشانگان دان که به
مغز اختلال ایجاد
دی به فرد دیگر فرق
ریباً همیشه با ناتوانی

سر کوچکتر از معمول
ویژگی‌های مخصوص
چشم‌ان متماثل به بالا
چشم. افراد مبتلا به
به قد کامل بزرگسال
نی هستند که از جمله آنها
مشکلات شنوایی، مشکلات
ب، کم‌کاری تیروئید در
می‌توانند به مشکلاتی در
موشهر پایین، به احتمال
ایش به ناکام و عصبانی شدن
افراد دیگر احتمال دارد که به

1. Down syndrome
بر زنها تأثیر می‌گذارد

نخام مرغ، و غذاهای رایج دیگر، به علاوه شیرین کننده مصنوعی اسپارتمین^۱ اجتناب کنند. کودکان ممکن است از رژیم غذایی سرشار از روغن ماهی، آهن، و کارنیتین^۲ نیز تبعیت کنند. افرادی که از این رژیم غذایی پیروی نمی کنند ممکن است به اختلال کاستی توجه / بیش فعالی دچار شوند (پاپ مدهلت، ۲۰۱۱). آنها همچنین ممکن است نابهنجاری هایی را در استفاده از زبانه تکالیف کلامی نشان دهند، حتی اگر در اوایل زندگی تحت درمان قرار گرفته باشند (بترجی گرانج، استینزو وایت، ۲۰۱۱).

در کودکانی که با بیماری تای - ساکس^۳ متولد شده اند، نقایص در عملکرد عضلاتی ناشی از فقدان هگزوسامینیداز A^۴ روی می دهند، آنزیمی که به تجزیه ماده شیمیایی در بافت عصب به نام گانگلیوساید^۵ کمک می کند. بدون این آنزیم، سطوح گانگلیوساید، مخصوصاً در نورون های درون مغز، انباشته می شوند. این بیماری در اثر ژن معیوبی روی کروموزوم ۱۵ روی می دهد برای اینکه این بیماری ایجاد شود، هر دو والد کودک باید این نقص ژنتیکی را داشته باشند. اگر فقط یکی از والدین این نقص را داشته باشد، کودک ناقل می شود و می تواند این بیماری را در صورتی که همسر دیگر نیز این ژن معیوب را داشته باشد، به فرزند خود منتقل کند. این بیماری در بین یهودیان اشکنازی^۶ که از تبار اروپای شرقی هستند، شایع تر است.

نشانه های بیماری تای - ساکس علاوه بر تأخیرهای رشد، ناشنوایی، نابینایی، فقدان تونوس عضلاتی و مهارت های حرکتی، زوال عقل، بازتاب های تأخیری، بی حالی، فلج، حملات صرعی، و رشد کند را شامل می شوند. گرچه بیماری تای - ساکس می تواند بعدها در زندگی روی دهد، اما اغلب افراد به نوعی از آن مبتلا هستند که ظرف ۳ تا ۱۰ ماه اول پس از تولد آشکار می شود. این بیماری به سرعت پیشرفت می کند، و اغلب کودکان مبتلا به آن پس از ۴ یا ۵ سالگی زنده نمی مانند. با این حال، والدین می توانند قبل از اینکه بچه به دنیا بیاید تحت آزمایش ژنتیکی قرار بگیرند.

رایج ترین نوع ناتوانی عضلاتی در مردان، نشانگان X شکننده است، نوعی اختلال ژنتیکی که در اثر تغییر در ژنی به نام FMRI ایجاد می شود. بخش کوچکی از کد ژن در ناحیه «شکننده» کروموزوم X تکرار می شود و هرچه تعداد تکرارها بیشتر باشد، این نقص بیشتر است. چون

1. aspartame

4. hexosaminidase A

2. carnitine

5. ganglioside

3. Tay-sachs

6. Ashkenazi Jews



◀ این دو پسر بچه به نشانگان X شکننده مبتلا هستند، اختلال ژنتیکی نادری که موجب نابهنجاری‌های جسمانی ظریف، و در برخی موارد، مشکلات رفتاری می‌شود.

مردان فقط یک کروموزوم X دارند، این نقص ژنتیکی آنها را بیشتر از زنان مبتلا می‌کند. کودکان مبتلا به نشانگان X شکننده ممکن است طبیعی به نظر برسند، اما آنها چند نابهنجاری جسمانی نشان می‌دهند که دور سر بزرگتر، نابهنجاری‌های ظریف در ظاهر صورت، مانند پیشانی بزرگ و صورت دراز، پاهای صاف، اندازه بزرگ بدن، و بیضه‌های بزرگ بعد از اینکه آنها به بلوغ می‌رسند، از آن جمله هستند. مشکلات رفتاری که آنها نشان می‌دهند عبارتند از: تأخیرهایی در معیارهایی مانند سینه‌خیز رفتن یا راه رفتن، رفتار بیش فعال یا تکانشی، کف زدن یا گاز گرفتن، تأخیر گفتار و زبان، و گرایش به اجتناب از تماس چشمی. دختران مبتلا به این اختلال ممکن است نشانه‌هایی غیر از یائسگی زودرس یا مشکل بچه دار شدن نشان ندهند (پاپ‌مدهلت، ۲۰۱۱). متخصصان بالینی، نشانگان X شکننده را با بیش‌فعالی و توجه ضعیف به علاوه اختلالات عصبی - رشدی دیگر، از جمله اختلال طیف اوتیسم نیز مرتبط می‌دانند. زمینه‌یابی از ۱۰۰۰ خانواده که حداقل یک بچه مبتلا به نشانگان X شکننده داشتند معلوم کرد



◀ نشانگان الکل جنینی باعث می‌شود که کودکان با ناتوانی‌های رشدی و عقلانی شدید متولد شوند.

که بیش از نیمی از آنها فشار مالی قابل ملاحظه‌ای را در نتیجه این اختلال متحمل شدند، و تقریباً ۶۰ درصد مجبور بودند ساعات کاری خود را به‌طور قابل ملاحظه‌ای تغییر دهند (اویانگ، گروسه، راسپا، و بیلی، ۲۰۱۰). مخاطرات محیطی در طول رشد پیش از تولد، دومین طبقه علت‌های ناتوانی عقلانی هستند. این مخاطرات که «تراتوژن‌ها»^۱ نامیده می‌شوند، عبارتند از: داروها یا مواد شیمیایی سمی، سوء تغذیه مادر، و عفونت‌ها در مادر در طول مراحل حساس رشد جنینی. مادرانی که در طول

سه‌ماهه اول حاملگی دچار سرخچه می‌شوند، احتمالاً بچه مبتلا به ناتوانی عقلانی به دنیا می‌آورند. عفونت‌ها، محرومیت از اکسیژن به هنگام تولد («کمبود اکسیژن»)^۲، تولد زودرس، و جراحی مغزی به هنگام زایمان نیز می‌توانند به صدمه مغزی و نقایص عقلانی مرتبط منجر شوند. ما می‌توانیم تولد زودرس را نیز با ناتوانی عقلانی مرتبط بدانیم. بیماری‌ها، صدمات مغزی ناشی از تصادفات یا بدرفتاری با کودک، و قرار گرفتن در معرض مواد سمی مانند سرب یا مونوکسید کربن نیز می‌توانند باعث شوند که کودکان بزرگتر متحمل فقدان توانایی عقلانی شوند.

1. teratogens

2. anoxia

آنچه در DSM-5 تازگی دارد

اختلالات عصبی - رشدی

وقتی DSM-5 به مرحله نهایی رسید، تغییرات متعددی در سازمان اختلالات کودکی روی دادند. شاید مهم‌ترین آنها تغییر نام گروه بزرگی از اختلالات به اصطلاح «عصبی - شناختی» بود. منتقدان DSM-5 معتقدند که این اصطلاح با نسبت دادن تعدادی از اختلالات به علت‌های زیستی که در گذشته متخصصان بالینی آنها را به صورت منعکس کننده عوامل متعدد در نظر می‌گرفتند، یک مدل نظری را مسلم فرض می‌کند. به بیان دقیق‌تر، قرار دادن ADHD در این طبقه دلالت دارد بر اینکه درمان مناسب، به نوبه خود، بر تغییر دادن زیست‌شناسی فرد از طریق دارو تمرکز خواهد کرد.

طبقه کلی‌تر «اختلال یادگیری خاص» جایگزین چیزی شد که اختلالات مجزایی مانند اختلال مهارت‌های ریاضی بودند. اصطلاح پذیرفته شده «ساتوانی عقلانی» جایگزین اصطلاح «عقب‌ماندگی ذهنی» شد. «اختلال طیف اوتیسم» جایگزین اختلال اوتیستیک شد. و اصطلاح «اختلال آسپرگر» کلاً حذف شد. افرادی که مورد تشخیص اختلال آسپرگر قرار می‌گیرند اکنون در طیف اوتیسم منظور می‌شوند.

جایگاهی‌های عمده دیگری در پیشروی به DSM-5 وجود داشتند. اختلال اضطراب جدایی در اختلالاتی منظور شده بود که در کودکی آغاز می‌شدند و اکنون در طبقه اختلالات اضطرابی قرار گرفته است. اختلالات لجبازی و نافرمانی و سلوک به «اختلالات اخلاک، کنترل تکانه و سلوک» انتقال یافته‌اند. طبقه‌ای که در فصل مربوطه به آن خواهیم پرداخت، اختلال هرزه خواری، نشخوار، و اختلال تغذیه طفولیت و اوایل کودکی به طبقه «اختلالات خوردن و تغذیه» منتقل شده‌اند.

مؤلفان DSM-5 با منتقل کردن تعدادی از این اختلالات کودکی به طبقات جدید، تداوم رفتار از طفولیت تا بزرگسالی را تأیید می‌کنند، موضعی که با اصول رشد در گستره عمر هماهنگ است. با این حال، امکان دارد کودکان به احتمال بیشتر از آنچه در DSM-IV-TR مصداق داشت، مورد تشخیص‌هایی قرار بگیرند که متخصصان بالینی قبلاً آنها را فقط برای بزرگسالان مناسب می‌دانستند.

مصرف الکل توسط مادر در طول حاملگی می‌تواند باعث شود که بچه پیش از تولد به نشانگان الکل جنینی (FAS)^۱ مبتلا شود، مجموعه ناهنجاری‌هایی در ظاهر صورت، الگوهای

۱. fetal alcohol syndrome

۱. teratogens

رشد کندتر از متوسط، و از همه مهم‌تر، ریش دستگاه عصبی که به نقایص عقلانی منجر می‌شود. مصرف الکل توسط مادر در طول تمام مراحل حاملگی می‌تواند به کودک در حال رشد آسیب برساند. حرفة پزشکی، میزان مصرف الکل زیان‌آور بیشتر از ۸۰ گرم در روز (در حدود ۳ اونس) را در نظر می‌گیرد. هر چه زن حامله مقدار بیشتری الکل مصرف کند، این تأثیرات بر کودک بیشتر است.

متخصصان بالینی در صورتی افراد را مبتلا به نشانگان الکل جنینی تشخیص می‌دهند که ملاک‌های ذکر شده در جدول ۵-۲ را برآورده کنند. عقیده نهفته در پس این رهنمودها این است که متخصصان بالینی با داشتن مقیاس‌های ارزیابی عینی و کمی، قادر خواهند بود تشخیص‌های دقیق‌تری بدهند و به درمان و پژوهش کمک کنند (برتراند و همکاران، ۲۰۰۴).

به نظر می‌رسد که نقایص شناختی کودکان مبتلا به نشانگان الکل جنینی در زمینه عملکرد اجرایی خیلی برجسته باشد که باعث می‌شود آنها در پردازش و ادغام کردن اطلاعات با مشکل زیاد مواجه شوند. آنها انجام دادن تکالیفی را که نیازمند تنظیم کردن توجه و انجام دادن دستکاری‌های ذهنی هستند، مشکل می‌دانند (کودیتوواکو، ۲۰۰۹). گرچه مواجهه با الکل کل مغز را تحت تأثیر قرار می‌دهد، اما کودکان مبتلا به نشانگان الکل جنینی کاهش حجم مغز و نقایص جسم پینه‌ای، بافتی که دو نیمکره مغز را متصل می‌کند نیز دارند (لیل، روسوت و سول، ۲۰۱۱).

همه گیرشناسان، شیوع نشانگان الکل جنینی را تقریباً ۵/۵٪ تا ۲/۰٪ در هر ۱۰۰۰ کودک متولد شده در سال برآورد می‌کنند (مراکز مخصوص کنترل و پیشگیری بیماری، ۲۰۱۱). اگر از این برآوردها استفاده کنیم، معنی آن این است که در بین تقریباً ۴ میلیون کودک متولد شده در سال در ایالات متحده، بین ۱۰۰۰ تا ۶۰۰۰ کودک نشانگان الکل جنینی دارند. با این حال، میزان نشانگان الکل جنینی بین خرده‌گروه‌های خاص جمعیت خیلی تفاوت دارد. گروه‌هایی که از نظر اقتصادی وضع نامساعدی دارند، سرخپوستان آمریکا، و اقلیت‌های دیگر، میزان بالاتر به اندازه سه تا پنج کودک مبتلا از هر ۱۰۰۰ تولد دارند. کودکان مبتلا به نشانگان الکل جنینی در معرض خطر انواع پیامدهای منفی قرار دارند که استخراج شدن از مدرسه، دچار دردسر شدن یا قانون، تشخیص‌های دیگر مشکلات روانی و سلامتی، مبتلا شدن به اختلالات مصرف مواد، پرداختن به رفتار جنسی نامناسب، ناتوانی در زندگی کردن به صورت مستقل، و مشکل شاغل ماندن از آن جمله هستند (برتراند و همکاران، ۲۰۰۴).

جدول ۲. ملاک‌های تشخیصی برای نشانگان الکل جنینی (FAS)

ملاک‌ها	رشته عملکرد	ظاهر صورت
برآمدگی بین بینی و لب، لبه باریک دور لب و جدایی کوچک بین پلک‌های بالا و پایین (بر اساس هنجارهای نژادی)		
قد، وزن یا هر دو زیر حدکده دهم هستند (از سن جنس و نژاد با قومیت تنظیم شده است)		مشکلات رشد
دور سر کوچکتر و ناهنجاری‌های مغز که در تصویربرداری قابل دیدن هستند	ناهنجاری‌های کلی دستگاه عصبی	
مشکلات عصب شناختی که ناشی از جراحت یا تب نیستند		
عملکرد در مقیاس‌های کارکردی به‌طور قابل ملاحظه‌ای پایین‌تر از حد انتظار برای سن، تحصیلات، یا شرایط فرد است		
مواجهه بیش از تولد با الکل تأیید شده اگر این اطلاعات در دسترس نباشد، کودکانی که هر سه ملاک فوق را برآورده می‌کنند برای آزمایش بیشتر ارجاع داده خواهند شد	مواجهه مادر با الکل	

درمان ناتوانی عقلانی

افراد مبتلا به ناتوانی عقلانی می‌توانند از مداخله به موقع که هدف آن تأمین کردن آموزش در زمینه هماهنگی حرکتی، استفاده از زبان، و مهارت‌های اجتماعی برای آنهاست، بهره‌مند شوند. مربیان می‌توانند یکپارچه‌سازی^۱ را که آنها را در کلاس‌های مدرسه معمولی ادغام می‌کند، با آموزش ویژه ترکیب کنند که کمک متناسب با نیازهای خاص آنها را تأمین می‌نماید. چون خیلی از افراد مبتلا به ناتوانی عقلانی درک محدودی از موقعیت‌های اجتماعی و نحوه انجام دادن فعالیت‌های زندگی روزمره خود دارند، ممکن است به درمان برای این مشکلات مرتبط نیاز داشته باشند. بنابراین، درمان برای این افراد اغلب شکل مداخله‌های رفتاری یا اجتماعی به خود می‌گیرد که به آنها آموزش می‌دهد از عهده ضروریات زندگی روزمره برآیند. این مراقبت هماهنگ را شامل می‌شود که درمان رفتاری، امداد رسانی، و ارزیابی چند رشته‌ای، به علاوه درمان هرگونه اختلال مربوط که ممکن است فرد را تحت تأثیر قرار داده باشد، از جمله افسردگی، اختلال اضطرابی، اختلال دوقطبی، یا اختلال طیف اوتیسم را دربر

۱. mainstreaming

می‌گیرد (ریچینگز، کوک، و روی، ۲۰۱۱).

در صورت امکان، پیشگیری برای کاهش دادن خطر ناتوانی‌های عقلایی ارزشمند است. در مورد نشانگان الکل جنینی، آموزش و مشاوره ارزش بالقوه‌ای دارند. متأسفانه، شواهد بسیار محدود وجود دارند که نشان دهند چنین برنامه‌هایی واقعاً مصرف الکل را در زنان حامله کاهش می‌دهند، یا از آن مهم‌تر، تأثیرات مفید بر کودکان دارند (استاد و همکاران، ۲۰۰۹). دکترها می‌توانند برای تشخیص دادن وجود یا خطر نشانگان دان، نای - ساکس، PKU، و نشانگان X شکننده از آزمایش ژنتیکی استفاده کنند. بخصوص در مورد PKU، کودکان بلافاصله بعد از اینکه آزمایش نشان دهد که آنها این بیماری را به ارث برده‌اند، باید از رژیم‌های غذایی که محدودیت فنیل‌آلانین دارند، پیروی کنند.

کودکاتی که با نشانگان الکل جنینی به دنیا می‌آیند می‌توانند از چند عامل حفاظتی که تأثیر اختلال آنها را بر سازگاری و رشد بعدی آنها کاهش می‌دهد، بهره‌مند شوند. تشخیص به موقع می‌تواند به مربیان کمک کند کودکان را در کلاس‌های مناسب قرار دهند و خدمات اجتماعی دریافت دارند که می‌تواند به آنها و خانواده آنها کمک کنند. مشارکت در آموزش ویژه که اختصاصاً بر نیازها و شیوه‌های یادگیری آنها تمرکز دارد می‌تواند خیلی مفید باشد. آنها هرچه بیشتر از خانواده با محبت و با ثبات کمک دریافت کنند، به احتمال بیشتری می‌توانند از مشکلات جانبی نظیر رفتار تبهکارانه، بیکاری، و اختلالات در آموزش اجتناب ورزند. سرانجام اینکه، آنها می‌توانند برای پیشگیری از ابراز کردن خشم یا ناکامی خود از شیوه‌های یادگیری بهره‌مند شوند تا درگیر خشونت جوانی نشوند (مراکز مخصوص کنترل و پیشگیری بیماری، ۲۰۱۱).

آموزش دوست‌یابی یکی از مداخله‌های رفتاری است که می‌تواند به کودکان مبتلا به نشانگان الکل جنینی کمک کند یاد بگیرند چگونه با کودکان دیگر به‌طور مناسب تعامل کنند تا اینکه بتوانند روابط دوستی برقرار کرده و آن را حفظ کنند. این نوع آموزش، ترکیبی از مهارت‌های اجتماعی مانند نحوه بازی کردن با کودکان دیگر، ترتیب دادن بازی در خانه، و حل کردن یا اجتناب ورزیدن از تعارض‌ها را شامل می‌شود (اوکانور و همکاران، ۲۰۰۶). مداخله‌های شناختی که بر تقابض کارکرد اجرایی خاص برای کودکان مبتلا به نشانگان الکل جنینی تمرکز دارند، می‌توانند عملکرد تحصیلی آنها را بهبود بخشند. این روش‌ها، استفاده از مثال‌های عینی، تکرار کردن اطلاعات، و تقسیم کردن مسئله به اجزا را شامل می‌شوند.

اکتودینواکتو (۲۰۱۱). والدین نیز باید یاد بگیرند چگونه رفتارهای فرزندان خود را مدیریت کنند، که در نهایت، ناراحتی آنها را کاهش می‌دهد و بنابراین، به محیط خانه کمتر استرس‌زا منحصر می‌شود.

۵.۲ اختلال طیف اوتیسم

اختلالی که ما با عنوان «اوتیسم» با آن آشنا هستیم، در DSM-5، اختلال طیف اوتیسم^۱ نامیده شده است. این اختلال دامنه‌ای از اختلالات جدی را در شیوه‌ای که افراد با دیگران تعامل و ارتباط برقرار می‌کنند، به علاوه رفتارهایی که الگوهای تمایلات و فعالیت فرد را شامل می‌شوند، در بر می‌گیرد. مجموعه ملاک‌های تشخیصی مرتبط با این اختلال می‌تواند در طول عمر فرد ادامه یابند، اما بسته به شدت آن، فرد می‌تواند برای اینکه به نحو رضایت‌بخشی عمل کند، کمک دریافت نماید.

تشخیص اختلال طیف اوتیسم در DSM-5 جایگزین طبقه اختلال اوتیستیک در DSM-IV-TR شده است. دلیل اصلی برای تغییر دادن این اصطلاح، متمایز کردن مطمئن‌تر و معتبرترین کودکانی که «رشد عادی» نشان می‌دهند و آنهایی که دامنه‌ای از نقایص را در رفتارهای ارتباطی و اجتماعی آشکار می‌سازند بوده است. اصطلاح اختلال طیف اوتیسم بیانگر اتفاق آراء بین دانشمندان است که DSM-5 را نوشته‌اند مبنی بر اینکه چهار اختلالی که قبلاً مجزا در نظر گرفته می‌شدند، در واقع اختلال واحدی با سطوح شدت متفاوت هستند. این چهار اختلال عبارتند از اختلال اوتیستیک، اختلال آسپرگر، اختلال از هم پاشیدگی کودکی، و اختلال رشد فراگیر که به گونه دیگری مشخص نشده است.

متخصصان بالینی برای تشخیص دادن اختلال طیف اوتیسم، کودکان را در دو زمینه اصلی ارزیابی می‌کنند. زمینه اول، اختلالات اجتماعی و ارتباط را شامل می‌شود. زمینه دوم، دامنه محدود تمایلات و عملکرد رفتارها و فعالیت‌های تکراری را در بر می‌گیرد. متخصصان بالینی در هر زمینه، یکی از سطوح شدت را مشخص می‌کنند: به کمک نیاز دارد، به کمک قابل ملاحظه نیاز دارد، و به کمک خیلی زیاد نیاز دارد.

کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم ممکن است در زمینه ارتباط، تأخیرهای رشدی را در استفاده از زبان نشان دهند، اما این جنبه خاص تشخیص، منحصر به اختلال طیف اوتیسم

1. autism spectrum disorder

نیست. اختلال طیف اوتیسم رایج‌تر، نقایصی را در جنبه‌های اجتماعی ارتباط را شامل می‌شود. افراد مبتلا به این اختلال ممکن است از تماس چشمی خودداری کنند، و جلوه‌های صورت، حرکات ایما و اشاره، و حتی وضع اندامی آنها ممکن است از نظر دیگران عجیب و غریب یا غیرعادی به نظر برسند. برای مثال، درک کردن زبان بدن دیگران برای آنها دشوار است، و زبان بدن خود، آنها ممکن است از نظر دیگران عجیب و غریب به نظر برسد.

ملاک‌های DSM-5 برای اختلال طیف اوتیسم^۱

۸. 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:

۱. کمبودهایی در رابطه متقابل اجتماعی - هیجانی که برای مثال از نزدیکی اجتماعی ناپهنجار و ناتوانی در گفتگوی متقابل عادی؛ تا کاهش تقسیم کردن تمایلات، هیجانات، یا عاطفه؛ تا ناتوانی در شروع کردن تعامل‌های اجتماعی یا پاسخ دادن به آنها، گسترش دارند.
 ۲. 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 ناپهنجاری‌هایی در تماس چشمی و زبان بدن یا کمبودهایی در درک کردن حرکات ایما و اشاره و به کار بردن آنها؛ تا فقدان کامل جلوه‌های صورت و ارتباط غیرکلامی، گسترش دارند.
 ۳. کمبودهایی در برقرار کردن، حفظ کردن، و درک کردن روابط، که برای مثال از مشکلات تنظیم کردن رفتار برای مناسب بودن یا موقعیت‌های اجتماعی مختلف؛ تا مشکلاتی در تقسیم کردن بازی خیالی یا دوست‌یابی؛ 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:
 ۱. جنبش‌های حرکتی، استفاده از اشیاء، یا گفتار قالبی یا تکراری (مثل حرکات قالبی ساده، به صاف کردن اسباب بازی‌ها، پژواک‌گویی، عبارت‌های شخصی [نامتعارف]).
 ۲. اصرار بر یکخواهی، چسبیدن انعطاف‌ناپذیر 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).
 ۳. تمایلات بسیار محدود و ثابت که از نظر شدت یا تمرکز ناپهنجار هستند (مثل دلبستگی عمیق یا دلبستگی به اشیای غیرعادی، تمایلات بیش از حد محدود یا پایدار).
 ۴. واکنش‌پذیری زیاد یا کم به درون داد حسی یا تمایل غیرعادی به جنبه‌های حسی محیط (مثل بی‌تفاوتی آشکار به درد/دما، پاسخ نامطلوب به صداها یا بافت‌های خاص، بوییدن یا لمس کردن بیش از حد اشیاء).
۱. معلوم نیست به چه دلیلی، نویسندگان، ملاک‌های اختلال طیف اوتیسم را منظور نکرده‌اند، بنابراین ملاک‌ها از DSM-5 به اینجا منتقل شده‌اند. م.

شیفتگی دیداری به نورها یا حرکت).

۸. نشانه‌ها باید در اوایل دوره رشد وجود داشته باشند (اما ممکن است تا وقتی ضروریات اجتماعی از توانایی‌های محدود فراتر نباشند، به‌طور کامل آشکار نشوند، یا امکان دارد راهبردهای آموخته شده در سنین بالاتر، آنها را پوشانده باشند).

۹. نشانه‌ها، اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد کنونی اجتماعی، شغلی، یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد ایجاد می‌کنند.

۱۰. 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 پایین‌تر از سطح مورد انتظار برای رشد کلی باشد.

الگوهای روابط دوستی کودکان مبتلا به طیف اوتیسم با الگوهای کودکانی که به این اختلال مبتلا نیستند تفاوت دارد، زیرا به نظر نمی‌رسد که آنها از بازی کردن با دیگران، در میان گذاشتن تحریات، یا پرداختن به تعامل‌های داد و ستد اجتماعی لذت ببرند. در موارد شدید، امکان دارد که آنها کاملاً از تعامل‌های اجتماعی اجتناب ورزند، یا حداقل سعی نکنند تعامل با دیگران را شروع کنند. بازی تخیلی، مؤلفه ضروری برای رشد عادی، این کودکان را با چالش‌های زیادی مواجه می‌سازد. امکان دارد که آنها قادر نباشند به نوعی از الگوهای بازی خیالی که تعامل‌های اجتماعی معمول کودکان خردسال را مشخص می‌کنند، بپردازند.

غیر از ارتباط و الگوهای اجتماعی معیوب افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، اختلالاتی نیز در رفتار آنها وجود دارد. امکان دارد که آنها به رفتارهای محدود یا تکراری، مانند ضربه زدن با انگشتان یا دستان، یا حتی پیچ و خم دادن بدنشان، بپردازند. رفتارهای تکراری می‌توانند شکل نشانه پُرواگویی^۱ را نیز به خود بگیرند که تکرار کردن بارها و بارها صداهای یکسان است. تکرار کردن روال‌های یکسان بدون هرگونه تغییرات، می‌تواند جلوه دیگر اختلال آنها باشد. اگر کسی سعی کند ترتیب کاری را که آنها انجام می‌دهند، مثل خوردن، تغییر دهد، شدیداً ناراحت می‌شوند.

افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم همچنین ممکن است تمایلات بسیار محدود و خیلی متمرکز را غیر از بازی‌ها و سرگرمی‌های عادی افراد دیگر، پرورش دهند. امکان دارد که آنها در زمینه بسیار مشخصی ماهر شوند که تمرکز توجه آنها را شامل می‌شود.



◀ در کودکانی که مبتلا به اختلال طیف اوتیسم تشخیص داده شده‌اند، دامنه وسیعی از جلوه‌ها، نشانه‌ها و سطوح کزکاری وجود دارد.

هر یک از این نشانه‌ها به تنهایی، چالشی را برای خانواده افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم ایجاد می‌کند، اما آنچه خیلی ناراحت‌کننده است، اختلالاتی است که این افراد در حساب خود به محرک‌های موجود در محیط‌شان نشان می‌دهند. ممکن است به نظر برسد که آنها نسبت به درد، گرما، یا سرما، تأثیرناپذیر یا بی‌اعتنا هستند، بدین معنی که می‌توانند به راحتی خود را در معرض خطر صدمه جدی قرار دهند. از سوی دیگر، ناپهنجاری‌های حسی آنها ممکن است شکل حساسیت مفرط به صدا، نور، یا بو به خود بگیرد.

ویژگی‌های غیرعادی اختلال طیف اوتیسم هنگامی که کودک به سال‌های نوپایی و مدرسه رفتن می‌رسد، برجسته‌تر می‌شوند، و این اختلال در طول عمر فرد ادامه می‌یابد و یکی از چالش‌ها که از لحاظ نشانه‌ها و شدت تفاوت دارند، به خود می‌گیرد. با این حال، زمینه خاصی تحت تأثیر قرار می‌گیرد و شدت نشانه‌ها، از کودکی تا نوجوانی، و بعداً دوباره از نوجوانی تا بزرگسالی، تفاوت دارند. در تحقیق مقطعی بزرگی که این سه گروه سنی مقایسه شدند، معلوم شد که توانایی تعامل کردن با دیگران در نوجوانان کمتر از بزرگسالان معیوب بود و بزرگسالان



دانشمندان اوتیسمیک اغلب در یک مهارت خاص، مانند شناختن کل یک آهنگ یا بیان از حافظه خود، بعد از فقط یک بار شنیدن آن، برتری دارند.

در زمینه رفتارهای تکراری و محدود کمتر معیوب بودند (سلتزر و همکاران، ۲۰۰۳).

مراکز مخصوص کنترل و پیشگیری بیماری در یک تحقیق چند منطقه‌ای در ۱۴ ایالت با استفاده از سوابق به دست آمده از محیط‌های تحصیلی و سلامت، از میزان شیوع ۰/۶۶

درصد یا یک کودک از تقریباً ۱۵۰ کودک خبر داد که افزایش زیادی نسبت به میزان‌های گزارش شده قبلی است (مراکز مخصوص کنترل و پیشگیری بیماری، ۲۰۰۷). انتشار این گزارش مقدار زیادی از توجه رسانه‌های گروهی را به آنچه پژوهشگران بحران سلامت عمومی دانستند، به خود جلب کرد. پژوهشگران به خاطر این گزارش، سعی کرده‌اند از دلایل افزایش ظاهری در شیوع آگاه شوند. چند احتمال وجود دارد، یکی این است که در شیوه‌ای که متخصصان بالینی ملاک‌های تشخیصی را تعبیر می‌کنند، تغییرات وجود داشته است. احتمال دیگر به همپوشی بین ناتوانی عقلانی و اختلال طیف اوتیسم مربوط می‌شود. قبلاً مراکز مخصوص کنترل و پیشگیری بیماری برآورد کرده بودند که ۷۵ درصد افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم ناتوانی عقلانی نیز داشته‌اند؛ اما در تحقیق مراکز مخصوص کنترل و پیشگیری بیماری، این درصد از ۳۳ تا ۶۴ درصد گسترش داشت. این تغییر بیانگر این واقعیت است که متخصصان بالینی، کودکان مبتلا به مجموعه خاصی از اختلالات ارتباط کزکار را تحت سیستم‌های طبقه‌بندی کنونی به صورت متفاوت با چند دهه گذشته ارزیابی می‌کنند. دلیل احتمالی دیگر برای افزایش در شیوع برآورد شده این است که گرچه پژوهشگران برای مشخص کردن افراد مبتلا به اختلال طیف

اوتیسم، ملاک‌های DSM را به کار بردند، اما به جای ارزیابی‌هایی که شخصاً انجام داده باشند از ارزیابی‌های سوابق موردی استفاده کردند. امکان دارد که افراد، سوابق موردی را به صورت متفاوت یا ارزیابی‌های رو در رو تعبیر کنند.

نوع غیرعادی این اختلال، به نام نشانگان دانشمند اوتیستیک^۱ در افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم روی می‌دهد که از مهارت فوق‌العاده، مانند توانایی انجام دادن عملیات عددی فوق‌العاده پیچیده برخوردارند - برای مثال، نامیدن درست روزی از هفته که هزاران سال بعد، تاریخی در آن روز قرار می‌گیرد. نشانگان دانشمند اوتیستیک معمولاً در سنین اولیه آشکار می‌شود، زمانی که کودک خردسال مبتلا به اختلال طیف اوتیسم به نظر می‌رسد که از مهارت موسیقی، استعداد هنری، یا توانایی حل کردن معماهای بسیار دشوار برخوردار است. این شاید ناشی از گرایش آنها به تمرکز کردن عمیق روی ویژگی‌های مادی اشیاء به جای تلویحات این ویژگی‌ها باشد: دیدن درختان، اما نه جنگل. با این حال، به نظر می‌رسد که حافظه زمینه‌های خارج از زمینه مهارت خود آنها از زمینه افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم که این مهارت‌های حافظه استثنایی را ندارند، بهتر نباشد (نیومن و همکاران، ۲۰۱۰).

نظریه‌ها و درمان اختلال طیف اوتیسم

شواهدی که به الگوهای خانوادگی وراثت اشاره دارند، نظریه‌ای که اعلام می‌دارد اختلال طیف اوتیسم علت ژنتی دارد، تأیید می‌کنند. پژوهشگران بر اساس این تحقیقات برآورد می‌کنند که توارث‌پذیری این اختلال تقریباً ۹۰ درصد است، به‌طوری که گمان می‌رود نابهنجاری‌های ژنتیکی روی کروموزوم‌های ۲، ۷ و ۱۵ وجود داشته باشند. در مورد نقایص خاص در ساختار مغز، شواهد روشنی وجود ندارد، اما پژوهشگران روی مخچه، قشر پیشانی، هیپوکامپ و یادانه تمرکز کرده‌اند. علاوه بر این، به نظر می‌رسد که افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم نقایصی در مناطق ارتباطی قشر مخ دارند (میشیو و ویلیامز، ۲۰۰۷). شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه اندازه کلی مغز در برخی افراد افزایش یافته است (ساتاگلو و ساتانیس، ۲۰۰۵). نابهنجاری‌هایی در مدار عصبی افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم وجود دارند، که به صورت مشکل خاص آنها در پردازش کردن محرک‌های چهره، انعکاس می‌یابند (بشی، ماکس،

۱. autistic savant syndrome



◀ کودکانی که مبتلا به اختلال طیف اوتیسم تشخیص داده شده‌اند، با مداخله درمانی به موقع می‌توانند بهبود نشانه قابل ملاحظه‌ای را تجربه کنند.

ویتنیر، روزبه و تیلور، ۲۰۱۱؛ دالتون و همکاران، ۲۰۰۵). این تغییرات مغزی ممکن است این واقعیت را توجیه کنند که افراد مبتلا به این اختلال کمتر احتمال دارد هنگام ارتباط برقرار کردن با افراد به چشمان آنها خیره شوند و هنگام پردازش کردن اطلاعات از جلوه‌های صورت دیگران، کمتر می‌توانند از علایم هیجانی استفاده کنند (بالیس و تیپر، ۲۰۰۵؛ دوسون و همکاران، ۲۰۰۴).

با توجه به شواهد نیرومندی که از ناهنجاری‌های عصبی - زیستی در افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم حمایت می‌کنند، دیدگاه رفتاری، مناسب‌ترین درمان است. متخصصان بالینی که کودکان مبتلا به این اختلال را از دیدگاه رفتاری درمان می‌کنند، روش‌های خود را بر مبنای برنامه‌های مداخله به موقع که توسط روان‌شناس UCLA [دانشگاه کالیفرنیا، لس‌آنجلس] ایوار لویاس^۱ در اواخر دهه ۱۹۸۰ ابداع شد، استوار می‌کنند (لویاس، ۱۹۸۷). در گزارش اصلی

1. Ivar Lovaas

مربوط به 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 کنترل 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 (۹) از ۱۹ 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 کردند. در مقابل، فقط یک کودک در درمان نه چندان فشرده، این بهبودهای 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 والدین، آن را اجرا کردند. جنبه‌های رفتاری این مداخله، از توجه نکردن به رفتارهای پرخاشگرانه و خودتحریکی کودکان با استفاده از محروم کردن به هنگامی که آنها اختلالگر بودند، و توجه کردن مثبت به کودکان فقط زمانی که به رفتار مناسب اجتماعی می‌پرداختند، با استفاده از شکل دهی برای افزایش دادن رفتارهای آماج، تشکیل شده بود. به عنوان آخرین چاره، در صورتی که کودکان به رفتارهای نامطلوب می‌پرداختند، یک «نه» بلند گفته می‌شد یا ضربه‌ای به ران آنها زده می‌شد.

در سال اول، این درمان بر کاهش دادن رفتارهای خودتحریکی و پرخاشگرانه، شکل دادن کودکان برای اطاعت کردن از درخواست‌های کلامی ساده، استفاده از یادگیری تقلید، شروع کردن بازی یا اسباب بازی‌ها، 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 یاد گرفتند چگونه به طور مناسب ابراز هیجان کنند، تکالیف درسی به آنها داده شد تا برای مدرسه آماده کنند، و از یادگیری مشاهده‌ای استفاده شد که در آنها یاد گرفتند با مشاهده کودکان دیگر یاد بگیرند. متخصصان بالینی سعی کردند این کودکان را به جای کلاس‌های آموزش ویژه، در کلاس‌های یکپارچه سازی قرار دهند تا دیگران برچسب «اوتیستیک» یا «بچه دشوار» به آنها نزنند. کودکانی که بهبود نیافتند، شش سال دیگر تحت آموزش قرار گرفتند. کودکان دیگر ارتباط

مورد را با نیم تحقیق برای مشاوره گاه و بیگاه حفظ کردند. در سال‌های بعد از تحقیق لوواس، چند پژوهشگر سعی کردند یافته‌های او را تکرار کنند. در سال‌های ۱ و ۲ (۲۰۱۰) پس از بررسی ۱۲ مورد از بهترین تحقیقات کنترل‌شده، نتیجه درگیریانی^۱ و رید^۲ (۲۰۱۰) پس از بررسی ۱۲ مورد از بهترین تحقیقات کنترل‌شده، نتیجه گرفتند که شواهد زیادی از به کارگیری پروژه‌های مداخله درمانی به موقع حمایت می‌کنند. این برنامه برای بهبود بخشیدن به توانایی‌های عقلانی، زبانی، ارتباطی و اجتماعی بسیار مؤثر هستند. شواهد اثربخشی این برنامه را نیز تأیید می‌کنند. هرچه این برنامه فشرده‌تر و طولانی‌تر باشد، تأثیر طولانی‌تری بر کودکان دارد. با این حال، برنامه‌های فشرده ۲۵ ساعت در هفته، به جای ۴۰ ساعت در هفته برنامه لوواس، برای تأمین کردن اثر مفید، کفایت می‌کنند. علاوه بر این، همان‌گونه که انتظار می‌رود، کودکانی که کوچکتر هستند و آنهایی که در آغاز، عملکرد بالاتری دارند، از طریق درمان بیشتر بهبود می‌یابند. برنامه‌ها در صورتی که والدین را درگیر کند نیز موفقیت‌آمیزتر هستند.

کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در صورتی که برای رفتارهای مناسب تقویت دریافت کنند، مانند درخواست کمک یا بازخورد، کاهش رفتارهای اختلال‌گر و خودتحریکی نشان خواهند داد. چنین تقویتی می‌تواند باعث شود که آنها به احتمال کمتری به رفتارهای صدمه زدن به خود یا پرخاشگرانه بپردازند. در این نوع درمان، متخصصان بالینی تمرکز روی تغییر دادن رفتارهای اساسی، به جای تمرکز بر تغییر دادن اختلالات رفتاری مجزا، با هدف بهبود بخشیدن به رفتارهای دیگر را مفیدتر می‌دانند. درمانگر همچنین ممکن است به کودک کمک کند مهارت‌های یادگیری تازه‌ای را بیاموزد که مقداری تجربیات موفق در حل کردن مسئله به او خواهد داد. 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 مشکل‌ساز، مانند تکان خوردن و سرکوبش بپردازد. متخصصان بالینی بر نیاز به برانگیخته کردن کودک برای ارتباط برقرار کردن مؤثرتر نیز تمرکز می‌کنند. کودک پس از آن برای پاسخ دادن به محرک‌های اجتماعی و محیطی که برای درمان اهمیت دارد، بیشتر برانگیخته خواهد شد (کوگل و مک‌نرنی، ۲۰۰۱). با گذشت زمان، کودکان برای تنظیم و شروع کردن رفتارها به طور مستقل، بیشتر برانگیخته

خواهند شد. حتی تغییرات ساده می‌تواند این تأثیر را داشته باشد، نظیر ترغیب کردن کودک به برگزیدن لوازم التحریر، اسباب بازی‌ها و فعالیت‌ها برای مداخله، به جای اینکه متخصص بالینی آنها را انتخاب کند.

راهبردهای رفتاری دیگر، روش‌های خویشنداری، مانند زیر نظر گرفتن خود، آموزش آرمیدگی، و شرطی‌سازی ناآشکار را شامل می‌شوند.

واقعیت مهمی که باید در نظر داشت این است که، برای اینکه این برنامه‌های رفتاری مؤثر واقع شوند، متخصصان بالینی باید آنها را به صورت عمیق و فشرده برای مدت زمان طولانی اجرا کرده و در اوایل زندگی کودک آنها را شروع کنند. تحقیق طولی که توسط پژوهشگران UCLA اجرا شد و کودکان ۲ تا ۶ ساله را پیگیری کرد، نشان می‌دهد کودکانی که در زمینه‌های ارتباط و بازی مهارت‌های بهتری داشتند، از مهارت‌های زبان و اجتماعی بهتری در سال‌های پیش از نوجوانی برخوردار بودند (سیگمن و راسکین، ۱۹۹۹).

رویکرد دیگر به مداخله، ترغیب کردن همسالان به جای بزرگسالان به تعامل با کودک است. این وضعیت به نوع طبیعی‌تر محیط اجتماعی نزدیک است که در آن، کودکان معمولاً نقش قدرتمندی را در تغییر دادن رفتار همسالان دارند. برخلاف مداخله‌هایی که در آنها بزرگسالان تقویت را تأمین می‌کنند، مداخله‌های میانجی‌شده با همسالان، این امتیاز را دارد که به کودکان امکان می‌دهد تا فعالیت‌های عادی خود را بدون مزاحمت بزرگسال انجام دهند. مؤثرترین این مداخله‌ها، پسران کوچکی را شامل می‌شود که برادران بزرگتر آنها مداخله را تأمین می‌کنند، از سرمشق‌گیری همسال استفاده می‌کنند، و همکاری بین اعضای خانواده و با کارکنان مدرسه را در بر می‌گیرد (زانگ و ویلر، ۲۰۱۱).

نشانه‌گان رت

در نشانه‌گان رت^۱ کودک در اوایل زندگی (تا ۲ ماهگی) به‌طور عادی رشد می‌کند و بعد اختلالات عصبی و شناختی از جمله شتاب منفی رشد سر و برخی از نشانه‌های اختلال طیف اوتیسم را نشان می‌دهد. گرچه نشانه‌گان رت تشخیص جداگانه‌ای در DSM-5 نیست، اما بعد از معرفی آن در DSM-IV-TR موضوع تمرکز بالینی و پژوهش بوده است. این نشانه‌گان تقریباً به‌طور انحصاری در دخترها روی می‌دهد.



◀ نشانه‌های نشانگان رت بعد از تقریباً ۵ ماهگی شروع به ظاهر شدن می‌کنند.

پژوهشگران در سال ۱۹۹۹ ژن نشانگان رت را شناسایی کردند. جهش‌هایی در این ژن که MECP2 نامیده می‌شود، به نابهنجاری‌هایی در تولید پروتئین خاصی می‌انجامد که برای عملکرد طبیعی نورون‌ها اهمیت دارد. پژوهشگران هنوز نمی‌دانند که چگونه این جهش‌ها با نشانه‌های کودک ارتباط دارند. با این حال، نشانه‌های نویدبخشی وجود دارد مبنی بر اینکه افراد مبتلا به این اختلال ممکن است مدت کوتاهی بعد از تولد، از قرار گرفتن تحت درمان بهره‌مند شوند که به رشد سالم مغز کمک می‌کند (ماتسونیشی، یاماشیتا، تاکاهاشی، و ناگامیتسو، ۲۰۱۱). متخصصان بالینی که قبل از حذف این تشخیص از DSM-5، کودکانی را مبتلا به نشانگان رت تشخیص می‌دادند، اکنون از تشخیص طیف اوتیسم استفاده می‌کنند. با این حال، آنها با مشخص کردن اینکه کودکان اختلال ژنتیکی یا پزشکی شناخته شده‌ای دارند، می‌توانند اشاره کنند که نشانه‌ها با نشانگان رت ارتباط دارند.

به نظر می‌رسد که برخی از کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در دو سال اول به‌طور عادی رشد می‌کنند، اما در مقطعی قبل از ۱۰ سالگی، از دست دادن زبان و مهارت‌های حرکتی به علاوه کارکردهای انعطافی دیگر، از جمله کنترل دفع و ادرار را شروع می‌کنند. این اختلال نادر

قبلاً اختلال از هم پاشیدگی کودکی^۱ نامیده می شد، اما این تشخیص از DSM-5 حذف شد و اکنون در اختلال طیف اوتیسم وارد شده است.

اختلال طیف اوتیسم پرکارکرد که قبلاً اختلال اسپرگر نامیده می شد

بعد از اینکه اختلال اسپرگر^۲ مجزا از اختلال طیف اوتیسم در نظر گرفته شد، از تشخیص آن برای مشخص کردن افراد مبتلا به نشانه‌هایی استفاده شد که به لحاظ ماهیت شدت کمتری داشتند. DSM-IV-TR بر مبنای اینکه آیا کودک تأخیرهایی در زبان و رشد عقلانی نشان می دهد یا نه، اختلالات اوتیستیک و اسپرگر را متمایز کرد. در DSM-5 تشخیص اختلال اسپرگر حذف شد، و افراد مبتلا به این نشانه با اختلال طیف اوتیسم تشخیص داده می شوند.

افرادی که در گذشته مورد تشخیص اختلال اسپرگر قرار می گرفتند، در مقایسه با افراد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، اختلالات نه چندان شدید و متمرکزتر داشتند. افراد مبتلا به اختلال اسپرگر ممکن است تا سن پیش دبستانی نشانه‌ها را آشکار نسازند. در این سن، که اغلب کودکان مهارت‌های اجتماعی و تعاملی را پرورش می دهند، این کودکان در تشخیص دادن علائم اجتماعی دیگران، رعایت کردن نوبت مشکل دارند و قادر نیستند نکات ظریف زبان را تعبیر کنند. امکان دارد آنها از تماس چشمی اجتناب کنند یا به دیگران خیره شوند. جلوه‌های صورت یا وضع اندامی آنها ممکن است غیرعادی به نظر برسد. این افراد پرکارکرد مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، گرایش دارند به اینکه دلمشغول مجموعه محدودی از تمایلات شوند. امکان دارد آنها به طور مشروحاتی در مورد این تمایلات صحبت کنند بدون اینکه تشخیص دهند چنین گفتگوهای یک طرفه‌ای از لحاظ اجتماعی نامناسب هستند. با این حال، آنها بیشتر از کودکان کم کارکرد در انتهای طیف اوتیسم، احتمال دارد که برای دوست‌یابی تلاش کنند.

اصطلاح اختلال اسپرگر از نام هانس اسپرگر^۳ پزشک اهل وین اقتباس شده است که در طول جنگ جهانی دوم، گروهی از پسرها را توصیف کرد که از زبان و مهارت‌های شناختی نسبتاً خوب برخوردار بودند، ولی مشکلات اجتماعی محسوسی داشتند، زیرا مانند «پروفسورهای کوچولوی» متکبر عمل می کردند و از لحاظ جسمانی دست و پا چلفتی بودند.

در یک مورد توصیف شده در نوشته‌ها، پسر ۱۱ ساله‌ای به نام رابرت، توانایی‌های کلامی

2. Asperger's disorder

1. childhood disintegrative disorder
3. Hans Asperger

پس ۱۷ ساله، اما مهارت‌های اجتماعی کودک ۳ ساله را داشت. گرچه رابرت دانش قابل ملاحظه‌ای در مورد ستارگان، سیارات، و زمان داشت، اما تشخیص عقلانی انحصاری او به این موضوعات، از فراگیری انواع دیگر دانش جلوگیری کرده بود. همسالان به علت تماس‌های یک‌طرفه و ساده‌لوحانه او، وی را طرد کردند. مورد رابرت، ماهیت پیچیده اختلال طیف اوتیسم را برای افرادی که در انتهای پرکارکرد پیوستار قرار دارند، مشخص می‌کند. در سال‌های اولیه زندگی، والدین به احتمال زیاد فرزند خود را به جای اینکه مبتلا به اختلال جدی باشد، به صورت خیلی سرآمد می‌دانستند. وقتی این کودکان رشد می‌کنند، مشکلات آنها برجسته‌تر می‌شوند. والدین و مربیان که مسئولیت کودکانی را برعهده دارند که در اوایل زندگی نشانه‌هایی را آشکار می‌سازند، می‌توانند به آنها کمک کنند تا مهارت‌های میان فردی انطباقی خود را به حداکثر برسانند.

افرادی که در انتهای طیف اوتیسم قرار دارند، با گذشت زمان و با کمک والدین و مربیان، می‌توانند راهبردهای مقابله کردن انطباقی را پرورش دهند و حتی در رشته انتخاب شده خود، مخصوصاً در زمینه‌هایی مانند تکنولوژی و مهندسی، خیلی موفق شوند. علاوه بر این، بزرگسالان سرانجام می‌توانند نسبت به نقاط قوت و ضعف خود بینش کسب کنند، و قادرند مهارت‌های اجتماعی، از جمله نحوه تشخیص دادن علائم اجتماعی دیگران را دقیق‌تر یاد بگیرند.

داستان‌های واقعی

دانیل تامبت: اختلال طیف اوتیسم

من در ۳۱ ژانویه ۱۹۷۹ متولد شدم - روز چهارشنبه. می‌دانم که آن روز چهارشنبه بود، زیرا آن تاریخ در ذهن من آبی است و چهارشنبه‌ها همیشه آبی هستند، مانند عدد ۹ یا صدای بلند بحث کردن^۱. رشد دانیل تا مدت‌ها مسیر عادی خیلی از کودکان را طی کرد، اما چند جنبه از کودکی او با دیگران تفاوت دارند. وقتی دانیل زندگینامه خود با عنوان تولد در روز آبی را نوشت، که جزئیات تجربیات او را به‌طور واضح شرح می‌دهد که با رشد هر کودک دیگر و آنهایی که خیلی نادرتر هستند تفاوت دارد، ۲۸ ساله بود.

دانیل از زوجی متولد شد که در فقر و فلاکت زندگی می‌کردند و بعد از او صاحب هشت فرزند دیگر شدند. دانیل در کودکی غیر از مواقع خوردن و خوابیدن، به‌طور تسلی ناپذیری گریه می‌کرد. دکترها معتقد بودند که این صرفاً یک مورد قولنج است و گریه کردن مرحله‌ای است که به سرعت پشت سر

1. Daniel Tammet

گذاشته خواهد شد. دانیل در این کتاب، این دوره از زندگی خود را منعکس می‌کند. «پدر و مادرم به من می‌گفتند که آدم تنهایی هستم، با بچه‌های دیگر قاطعی نمی‌شوم، و سرپرستان مرا به صورت آدمی که در دنیای خودش فرو رفته است، توصیف می‌کردند. تضاد بین سال‌های نخستین من و آن دوره باید برای پدر و مادرم واضح بوده باشند، زیرا از بچه‌ای که جیغ می‌کشید، گریه می‌کرد، و سرکوبش داشت به کودک نوپای ساکت، در خود فرو رفته، و کناره گیر تبدیل شده بودم. آنها اکنون می‌دانند که این تغییر آن‌گونه که در آن زمان تصور می‌کردند، لزوماً علامت بهبود نبود. من تقریباً خیلی خوب شدم - خیلی ساکت و خیلی بی‌دردمر».

وقتی دانیل بچه بود، دنیای علمی در مورد اختلالات رشد اطلاعات کمی داشت، و والدین او نمی‌توانستند درک کنند که پسر آنها چه چیزی را تجربه می‌کرد. او می‌نویسد: «من فکر می‌کنم پدر و مادرم باید از داغ احتمالی داشتن فرزند مبتلا به مشکلات رشد نیز ترسیده باشند». و شرح می‌دهد که آنها چگونه نهایت تلاش خود را به خرج دادند تا دوران کودکی عادی برای او تأمین کنند. وقتی دوستان و همسایگان از والدین او پرس و جو می‌کردند، آنها می‌گفتند که دانیل فقط حساس یا خجالتی است. دانیل در چهار سالگی، دچار حملات صرعی شد و دکترها در نهایت او را مبتلا به صرع قطعه گیجگاهی تشخیص دادند. این اختلال مشکلات زیادی را در خوابیدن او ایجاد کرد، او به مدت تقریباً ۳ سال دارو مصرف کرد تا اینکه حملات صرعی فروکش کردند. دکترهای او اکنون معتقدند که این حملات صرعی به نشانگان دانشمند انجامیدند، اختلال نادری که دانیل به آن مبتلاست. دانیل شرح می‌دهد که جابجایی حسی^۱ او (اختلالی یا مبنای عصب‌شناختی که در آن، تحریک گذرگاه حسی یا شناختی، به تجربیات خودکار و غیرارادی در گذرگاه حسی یا شناختی بعدی منجر می‌شود) در مواقعی که کسی اعداد یا کلماتی را به او ارایه می‌دهد، موجب مبهم شدن حواس و هیجانات او می‌شود. او می‌نویسد، «برای مثال، کلمه نردبان، آبی و درخشان است، در حالی که کلمه حلقه، نرم و سفید است». دانیل نیز مانند اغلب کسانی که به نشانگان دانشمند مبتلا هستند، تشخیص اختلال طیف اوتیسم دارد، او در سرتاسر این کتاب، تجربیات متعددی را در طول دوران کودکی خود شرح می‌دهد که با این تشخیص هماهنگ هستند. او به یاد می‌آورد که در کودکی، از روال‌های عادی در مدرسه احساس می‌نویسد، «من تقریباً نیاز و سواسی به نظم و روال عادی دارم، که تقریباً بر هر جنبه از زندگی‌ام تأثیر می‌گذارد». در مدرسه، خیلی از همکلاسی‌های او، وی را به خاطر ویژگی‌های فردی غیرعادی‌اش، مانند تکان دادن دست‌ها به صورت کنترل ناپذیر، مسخره می‌کردند، وقتی او خیلی احساس اضطراب سمت خانه می‌دوید. دانیل با نگاه به گذشته، از خود می‌پرسد «بچه‌های دیگر چه فکری درباره من می‌کردند؟ نمی‌دانم، زیرا هیچ خاطره‌ای از آنها ندارم. آنها برای من زمینه تجربیات بینایی و لامسه‌ای بودند».

دانیل در ارتباط برقرار کردن با کودکان دیگر در مدرسه اوقات دشواری داشت. و شرح می‌دهد که بیشتر دوران کودکی را در حالت انزوا گذرانده است. در حالی که یاد گرفته بود خود را با ترتیب دادن بازی‌ها آرام کند. به اعداد فکر کند، یا با خشک مغزی تمام چیزهای کوچک مانند دانه‌های بلوط یا سکه‌ها را گردآوری کند. گرچه والدین دانیل سخت تلاش می‌کردند تا او را به معاشرت در خارج از خانه یا همشیرها و کودکان دیگر ترغیب کنند. اما برای او آرامش پیدا کردن دور از خانه دشوار بود. او با کودکانی که دیگران آنها را در کلاس غریبه می‌دانستند دوست می‌شد. اما در مجموع ترجیح می‌داد در خودش فرو برود. وقتی دانیل به دبیرستان انتقال یافت، ارتباط برقرار کردن با دیگران همچنان برای او دشوار بود و علاقه تقریباً و سواسی خود را به مطالعات خویش، مخصوصاً در زمینه تاریخ، حفظ کرد. او در زمینه‌های دیگر، مخصوصاً درس‌هایی که به تعامل با دیگران نیاز داشتند نیز تقلای می‌کرد.

هنگامی که بدن دانیل با بزرگسالی تنظیم می‌شد. به یاد می‌آورد که هجوم هورمون‌ها و علاقه به روابط را احساس می‌کرد. هرچند که مهارت‌های اجتماعی او روابط با همسالان را ناشیانه می‌کرد و اذیت دادن این روابط برای او دشوار بود. به‌طوری که او به یاد می‌آورد، «من هیچانات را نمی‌شناختم! آنها چیزهایی بودند که صرفاً برای من اتفاق می‌افتادند، و اغلب معلوم نبود از کجا پدیدار می‌شوند. تنها چیزی که می‌دانستم این بود که می‌خواستم با کسی صمیمی باشم. و صمیمیت را به عنوان حالت عدداً هیچانی درک نمی‌کردم. من در زمین بازی به سمت دانش‌آموزان می‌رفتم و خیلی نزدیک آنها می‌ایستادم تا بتوانم گرمای بدن آنها را روی پوست خودم احساس کنم. هنوز هیچ درکی از فضای شخصی نداشت، از اینکه کاری که انجام می‌دادم باعث می‌شد افراد پیرامون من احساس ناراحتی کنند».

دانیل بعد از تمام کردن دبیرستان، تصمیم گرفت به کالج نرود و در عوض، کاری برای خدمات داوطلبانه خارج از کشور بگیرد. کار خیری که بر رشد بین‌المللی تمرکز داشت. او به عنوان بخشی از این کار، یک سال در لیتوانی زندگی کرد و از نظر او این تجربه بخش مهمی از رشد بزرگسالی وی بود. او در مورد چیزهایی که در مدت اقامت خود در لیتوانی آموخت می‌نویسد، «از یک نظر من مقدار زیادی خودم را شناختم. من توانستم بیشتر از قبل بفهمم چگونه "تفاوت‌های" من بر زندگی روزمره‌ام، مخصوصاً بر تعامل‌هایم با دیگران، تأثیر می‌گذارند. سرانجام به این درک رسیده بودم که دوستی یک فرایند تدریجی و تدریجی است که نباید در آن عجله کرد، بلکه باید اجازه داد که با گذشت زمان روند خود را طی کند. من دوستی را به صورت پروانه‌ای که در عین حال زیبا و شکننده است به تصویر کشیدم که هرگونه تلاش برای قاپیدن آن، فقط آن را نابود خواهد کرد. به یاد می‌آورم که در گذشته در مدرسه چگونه روابط دوستی بالقوه را از دست داده و به خاطر نداشتن علاقه اجتماعی، تلاش زیادی کرده و برداشت اشتباه کرده بودم».

دانیل در مورد تقلای خود برای یافتن کار بعد از برگشتن به وطن خود، انگلستان، می‌نویسد که این تقلای تنها ناشی از مشکلات او در موقعیت‌های اجتماعی، بلکه همچنین در مصاحبه‌های شغلی بود که نیاز داشتند در مورد موقعیت‌های انتزاعی، نظری فکر کند. به‌طوری که دانیل توضیح می‌دهد، او به

«پدر و مادرم به من به صورت آدمی که من و آن دوره باید دو سرکوبش داشت و من می‌دانم که این خیلی خوب شدم».

داشت. و والدین او فکر می‌کنم پدر و مادر من می‌دهد که کنند. وقتی دوستان یا خجالتی است.

لا به صرع قطعاً او به مدت تقریباً ۴ معتقدند که این است. دانیل شرح می‌دهد که گدازگاه حسی یا منجر می‌شود (در جانان او می‌شود).

نرم و سفید است. تلال طیف اوتیسم ج می‌دهد که با این مدرسه احساس می‌شد. دانیل از زندگی ام تأثیر یز عادی‌اش، مانند صاس اضطراب در آمده است. به گری در برابر من بینایی و لامپ‌ها



❖ دانیل نامت در کتاب تولد در روز آبی تجربیات کودکی خود را در مورد اختلال طیف اوتیسم و نشانگان دانشمند، در زمانی که دانشمندان در مورد هر دو اختلال اطلاعات کمی داشتند، شرح می‌دهد.

راحتی با موقعیت‌های تازه سازگار نمی‌شود. سرانجام، دانیل برنامه آنلاین را شروع کرد که زبان‌های مختلف را تدریس می‌کند و در طول این چند سال موفق شده است.

در حدود زمانی که دانیل از لیتوانی به انگلستان برگشت، مردی به نام نیل را ملاقات کرد که دوست صمیمی او شد. دانیل از طریق این رابطه یاد گرفته است با دیگران گشوده‌تر باشد و نیل به او کمک کرده است تا کنار آمدن با اوتیسم را یاد بگیرد. نشانگان دانشمند دانیل، توانایی دیدن حروف و اعداد به صورت رنگ‌ها و بافت‌ها را به وی بخشیده که به دستاوردهای چشمگیری انجامیده است. دانیل یاد گرفته است که حداقل به ده زبان، از جمله ایسلندی صحبت کند که آن را ظرف فقط ۳ روز به عنوان بخشی از نمایش مستند که در آن شرکت داشت، یاد گرفت. دانیل در سال ۲۰۰۵، رکورد بریتانیا و اروپا را برای از حفظ خواندن ۲۲۵۱۳ عدد پی را ظرف فقط ۵ ساعت ثبت کرد. گرچه دانیل به خاطر توانایی‌های فوق‌العاده خود توجه قابل ملاحظه رسانه‌های گروهی را جلب کرده، اما از زندگی آرامی برخوردار است که عمدتاً آن را در خانه می‌گذراند، جایی که از روال عادی روزمره خود لذت می‌برد. او از طریق رفتن به کلیسا نیز و کسب می‌کند و مخصوصاً از جنبه تشریفاتی آن لذت می‌برد. او هر از گاهی برای انجمن ملی اوتیستیک و انجمن ملی صرع مصاحبه می‌کند و می‌نویسد که امیدوار است بتواند کمک کردن به شناختن و پذیرفتن اختلالات رشدی را ادامه دهد.

۵.۳ اختلالات یادگیری و ارتباط

اختلال یادگیری خاص

کودکانی که اختلال یادگیری خاص^۱ دارند، تأخیر یا نقص در توانایی فراگیری مهارت تحصیلی اساسی را تجربه می‌کنند. این مشکلات زمانی آشکار می‌شوند که پیشرفت و مهارت‌های آنها بر اساس سن، آموزش، و مقیاس هوش، به طور قابل ملاحظه‌ای پایین‌تر از سطح عملکرد باشند. متخصصان بالینی در چارچوب این طبقه کلی، همچنین مشخص می‌کنند که این اختلال کدام زمینه تحصیلی را شامل می‌شود و میزان شدت (خفیف، متوسط، یا شدید) چقدر است. در ایالات متحده، پژوهشگران برآورد می‌کنند که تقریباً ۵/۳ درصد پسرها و ۳/۸ درصد دخترهای ۵ تا ۱۷ ساله به اختلال یادگیری تشخیص داده شده مبتلا هستند (مراکز مخصوص کنترل و پیشگیری بیماری، ۲۰۰۵). با این حال، شیوع در طول عمر بسیار بالاتر است، به طوری که ۵/۴ درصد در کل جمعیت برآورد می‌شود. عواملی که به نظر می‌رسد خطر مبتلا شدن کودک به اختلال یادگیری را افزایش می‌دهند به خانواده‌هایی مربوط می‌شوند که تحصیلات پایین و میزان فقر بالا دارند. بزرگ شدن در خانواده‌ای که هر دو والد ناتنی هستند، به فرزندپذیرفته شدن، و وجود فرد سیگاری در خانه نیز خطر را افزایش می‌دهد. عوامل خطر دیگر خانوادگی عبارتند از داشتن والدینی که مشکل بیشتری در تربیت فرزندان دارند، ناتوانی در درمیان گذاشتن عقاید با دیگران، و بحث نکردن آزادانه در مورد اختلاف نظرها در خانه (آلتراک و ساروتا، ۲۰۰۷).

فرد مبتلا به اختلال یادگیری خاص همراه با اختلال در ریاضیات، با تکالیف و مفاهیم ریاضی مشکل دارد. ممکن است او نتواند اصطلاحات، نمادها، یا مفاهیم ریاضی را درک کند. افراد مبتلا به اختلال یادگیری خاص همراه با اختلال در ریاضیات ممکن است محاسبه پیرامونی^۲ داشته باشند، که به الگوی مشکلات در درک عدد، توانایی در یادگیری واقعیت‌های علم حساب، و انجام دادن محاسبات درست اشاره دارد. کودک دبستانی مبتلا به این اختلال ممکن است در انجام دادن تکالیف خانگی مشکل داشته باشد. فرد بزرگسال مبتلا به این اختلال به علت مشکل انجام دادن محاسبات ریاضی ساده، ممکن است نتواند دفترچه بانکی خود را تراز کند.

1. specific learning disorder 2. dyscalculia

ملاک‌های DSM-5 برای اختلال یادگیری خاص^۱

A. مشکلات یادگیری و استفاده از مهارت‌های تحصیلی، به صورتی که با وجود حداقل یکی از نشانه‌های زیر مشخص می‌شوند که با وجود نداشتن مداخله‌هایی که این مشکلات را هدف قرار می‌دهند، حداقل به مدت ۶ ماه ادامه داشته‌اند:

۱. خواندن بی‌دقت یا آهسته و پرحجت کلمه (مثل خواندن کلمات تکی با صدای بلند به صورت نادرست یا آهسته و با تردید، غالباً کلمات را حدس می‌زنند، مشکل فهمیدن کلمات دارد).
۲. مشکل درک کردن معنی آنچه خوانده شده است (مثلاً ممکن است متن را درست بخوانند، ولی نتوانی روابط، نتیجه‌گیری‌ها، یا معانی عمیق‌تر آنچه خوانده شده است را درک نکنند).
۳. مشکلاتی در رابطه با هجی کردن (مثلاً ممکن است حروف صدادار یا بی‌صدا را اضافه، حذف، یا جایگزین کنند).
۴. مشکلاتی در رابطه با بیان نوشتاری (مثلاً خطاهای متعدد دستوری یا نقطه گذاری در جملات می‌کنند، از سازمان‌دهی پاراگراف نامناسب استفاده می‌کنند، بیان نوشتاری عقاید، واضح نیست).
۵. مشکلات تسلط یافتن بر معنی عدد، واقعیت‌های عدد، یا محاسبه (مثلاً از اعداد، بزرگی و روابط آنها درک نامناسبی دارد؛ به جای اینکه واقعیت ریاضی را مانند همسالانش یادآوری کند، برای جمع کردن اعداد تک رقمی با انگشتان خود می‌شمرد؛ در وسط محاسبه حساب گم می‌شود و ممکن است روش‌ها را تغییر وضع دهد).
۶. مشکلاتی در رابطه با استدلال ریاضی (مثلاً در به کار بردن مفاهیم، واقعیت‌ها، یا روش‌های ریاضی برای حل کردن مسایل کمتی مشکل شدیدی دارد).

B. مهارت‌های تحصیلی که تحت تأثیر قرار گرفته‌اند 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، طوری که آزمون‌های پیشرفت استاندارد شده که به صورت فردی اجرا شده‌اند و ارزیابی بالینی جامع، آن را تأیید می‌کنند. در مورد افراد ۱۷ ساله و بزرگتر، سابقه مستند مشکلات یادگیری مختل‌کننده می‌تواند جایگزین ارزیابی استاندارد شده باشد.

C. مشکلات یادگیری در طول سال‌های دبستانی شروع می‌شوند، ولی تا زمانی که ضروریات برای این مهارت‌های تحصیلی که تحت تأثیر قرار گرفته‌اند، بیش از توانایی‌های محدود فرد نباشند، ممکن است به‌طور کامل آشکار نشوند (برای مثال، در آزمون‌های زمان‌بندی 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 یا شنوایی اصلاح نشده، اختلالات روانی یا عصبی دیگر، ناملازمات روانی - اجتماعی، فقدان مهارت در زبان آموزش تحصیلی، یا آموزش تحصیلی نامناسب، بهتر توجیه نمی‌شوند.

توجه: چهار ملاک تشخیصی باید براساس ترکیب بالینی سابقه فرد (رشدی، پزشکی، خانوادگی، تحصیلی)، گزارش‌های مدرسه، و ارزیابی روانی - تحصیلی برآورده شوند.

۱. نویسندگان، ملاک‌های اختلال طیف اوتیسم را منظور نکرده‌اند، بنابراین، این ملاک‌ها از DSM-5 به اینجا منتقل شده است. م.

مبتلا بودن به اختلال یادگیری خاص همراه با اختلال در ریاضیات، عواقب بلندمدت جدی دارد. در یک تحقیق طولی با مقیاس بزرگ روی بیش از ۱۷۰۰۰ نفر که از تولد تا بزرگسالی پیگیری شدند، افرادی که مهارت‌های ریاضی آنها ضعیف‌تر بود، میزان شغل تمام‌وقت کمتری داشتند و مشاغل آنها کارهای دستی کم دستمزد بودند. افراد مبتلا به این اختلال، بدون مداخله، در معرض عواقب بلندمدت جدی قرار دارند که می‌توانند بر کیفیت زندگی آنها تأثیر بگذارند. در اختلال یادگیری خاص همراه با اختلال در بیان نوشتاری، فرد در هجی کردن و استفاده مناسب از دستور زبان مشکل دارد، با خطاهای نقطه‌گذاری دارد و به سختی می‌تواند پاراگراف‌ها را تنظیم کند. این چالش‌ها برای کودکان، باعث می‌شوند که آنها در تعدادی از درس‌های خود مشکلات جدی داشته باشند. در بزرگسالان، اختلال بیان نوشتاری می‌تواند مشکلات میان فردی و عملی زیادی ایجاد کند. فرصت‌های شغلی کمتری برای آنها فراهم خواهد بود، مخصوصاً اگر نشانه‌ها، آنها را در سطح شدید عملکرد قرار دهند.

افراد مبتلا به اختلال یادگیری خاص همراه با اختلال در خواندن (که عموماً خوانش‌پریشی^۱ نامیده می‌شود)، هنگام خواندن، کلمات را حذف، تحریف، یا جایگزین می‌کنند. در نتیجه، آنها به صورت کند و مکث دار می‌خوانند. این اختلال می‌تواند باعث شود که کودکان نتوانند در انواع درس‌ها، پیشرفت کافی نشان دهند. افراد مبتلا به خوانش‌پریشی، همچون اختلال بیان نوشتاری، در نوع شغلی که ممکن است برای آن واجد شرایط باشند، با محدودیت‌هایی مواجه هستند. تحقیقات همه‌گیرشناسی میزان شیوع ۵ تا ۱۰ درصد را در جمعیت نشان می‌دهند (پاب‌مدهلت، ۲۰۱۱).

نوجوانی اوج زمانی است که در طول آن، افراد مبتلا به اختلالات یادگیری نسبت به مشکلات رفتاری و هیجانی خیلی آسیب‌پذیر هستند و در معرض خطر اخراج شدن از مدرسه قبل از به اتمام رساندن دبیرستان، قرار دارند. حتی خارج از موقعیت مدرسه، خیلی از افراد مبتلا به اختلالات یادگیری، عزت نفس پایین و احساس بی‌کفایتی و شرمندگی دارند. مشکلات همراه که افراد مبتلا به اختلالات یادگیری تجربه می‌کنند می‌توانند آنها را در معرض خطر سوءمصرف مواد، از جمله توتون، متامفتامین، مواد استنشاقی، کوکائین، اکستازی و حبش قرار دهند. این افراد به احتمال بیشتری دچار مشکلات خواب نیز می‌شوند (فکیر و وایلد، ۲۰۱۱).

به نظر می‌رسد که ویژگی‌های اصلی این اختلالات، به جای مشکلاتی در زمینه اجرای حرکتی، کنترل حرکتی در نیمکره‌های مغز، یا هرگونه اختلال دیداری یا ادراک دیداری، نقایصی را در طرح‌ریزی یا برنامه‌ریزی رفتار شامل می‌شوند (وایسور - دورت و همکاران، ۲۰۱۱). کارورزان معتقدند که بهترین روش برای مشخص کردن کودکان مبتلا به اختلالات یادگیری استفاده از روش «پاسخ به مداخله» است که طی آن، مجموعه‌ای از روش‌های مبتنی بر شواهد که یک رشته مراحل را طی می‌کنند، اجرا می‌شوند. آنها ابتدا از ملاک‌های سرند کردن برای مشخص کردن کودکان در معرض خطر استفاده می‌کنند. بعد، کودکانی که با عنوان در معرض خطر مشخص شده‌اند، تحت مداخله کاملاً جا افتاده برای مدت زمان خاص قرار می‌گیرند. آن دست از کودکانی که از این مداخله بهره‌مند نمی‌شوند، تحت مداخله فشرده‌تر قرار می‌گیرند. در این مرحله، کودکانی که از این درمان بهره‌مند نمی‌شوند، کودکانی خواهند بود که کارورزان آنها را با عنوان مبتلا به اختلالات یادگیری طبقه‌بندی می‌کنند. در این مرحله، برای کمک به تشخیص، با به کارگیری اطلاعات به دست آمده از منابع متعدد، از جمله آزمون‌های استاندارد شده، کودک مورد ارزیابی جامع قرار خواهد گرفت (باتر و شامیر، ۲۰۱۱). برای رسیدگی به کمبودهای کودکان مبتلا به اختلال یادگیری خاص همراه با اختلال در ریاضیات، برنامه‌های درمان معدودی که به صورت تجربی تأیید شده باشند وجود دارد، اما پژوهشگران در حال ابداع کردن روش‌هایی برای رسیدگی به این اختلال هستند. نویدبخش‌ترین روش، آن است که کودکان، در معرض خطر در کلاس آموزش ریاضی عمومی و مداخله‌های گروه کوچک شرکت می‌کنند. آنهایی که بهبود نمی‌یابند، بعداً تحت مداخله‌های فشرده‌تر تک به تک قرار می‌گیرند (گیری، ۲۰۱۱). مدرسه معمولاً مکان اصلی درمان برای اختلالات یادگیری خاص است. یک تیم چند رشته‌ای که از انواع متخصصان، مانند روان‌شناس آموزشی، معلم آموزش استثنایی، معلم کلاسی، درمانگر زبان گفتاری، و احتمالاً متخصص اعصاب تشکیل می‌شود، برنامه درمان را تدارک می‌بیند. معمولاً کودکان مبتلا به این اختلالات به ساختار بیشتر، بگیرد، نیاز دارند. برای مثال، معلم می‌تواند مفاهیم ریاضی را با استفاده از توضیح کلامی همراه با دستکاری اشیاء تدریس کند. شاید مهم‌تر از همه، تکیه کردن بر توانمندی‌های کودک باشد، تا او بتواند احساس موفقیت و اعتماد به نفس بیشتر کند.

اختلالات ارتباطی^۱

اختلالات ارتباطی^۲ آنهایی هستند که با اختلال در زبان، گفتار، و ارتباط مشخص می‌شوند. کودکان مبتلا به اختلال زبان^۳ توانایی بیان کردن خودشان به شیوه متناسب با سن و سطح رشد را ندارند. آنها از واژگان محدود و غلط استفاده می‌کنند و در قالب جملات کوتاه همراه با ساختارهای دستوری ساده شده، حذف کردن کلمات یا عبارات‌های مهم، صحبت می‌کنند. امکان دارد که 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 ممکن است نشانه‌های مشابهی از بیماری جسمانی یا آسیب سر ناشی شوند.

مشکلات بیانی برخی افراد، به جای ناتوانی آنها در درک زبان یا بیان کردن آن، با مشکلات خاص گفتار مشخص می‌شوند. فرد مبتلا به اختلال صدای گفتار^۴ صداها را جایگزین، حذف، یا آنها را به صورت نادرست بیان می‌کند. برای مثال، ممکن است کودکی برای حرف k از صدای t استفاده کند و به جای «kiss» بگوید «tiss». افراد اغلب تلفظ‌های غلط کودکان را با مزه می‌دانند؛ اما این الگوهای گفتار کودکی، وقتی کودک بزرگتر می‌شود و توسط بچه‌های دیگر در مدرسه مورد تمسخر قرار می‌گیرد، موجب مشکلات تحصیلی می‌شوند.

کودکانی که دچار اختلال فصاحت با شروع کودکی (لکنت زبان)^۵ می‌شوند، نمی‌توانند گفتار فصیح تولید کنند. امکان دارد که آنها بیان کلامی، مانند تکرار صدا یا طولانی کردن، کلمات بریده بریده، جایگزین‌های کلمه برای اجتناب کردن از کلمات مشکل‌ساز، و کلماتی داشته باشند که با تنش زیاد بیان می‌شوند. گرچه معلوم کردن علت و معلول دشوار است، اما تیمی از پژوهشگران استرالیایی نشان دادند که بین شدت لکنت زبان و دستاورد تحصیلی همبستگی منفی نیرومندی وجود دارد. احتمال دارد که این رابطه، حداقل تا اندازه‌ای، پیامدهای بلندمدتی

۱. نویسندگان، ملاک‌های DSM-5 را برای این اختلالات منظور نکرده‌اند. نظر به اینکه این اختلالات به چند دسته تقسیم می‌شوند و هر یک ملاک‌های تشخیصی خاص خود را دارد، توصیه می‌شود برای آگاهی از آنها به

DSM-5 مراجعه کنید.

2. communication disorders 3. language disorder
5. childhood-onset fluency disorder (stuttering)

4. speech sound disorder

را منعکس کند که کودکانی با آنها مواجه می‌شوند که مشکلات گفتارشان تجربیات منفی را در سال‌های تحصیلی اولیه ایجاد می‌کنند (اوبرین، جونز، پکمن، منزیس، و اونسلو، ۲۰۱۱). کودکان مبتلا به اختلال ارتباط اجتماعی (عملی)^۱ در زمینه استفاده اجتماعی از ارتباط کلامی و غیرکلامی مشکل دارند. آنها در تنظیم کردن رفتارشان با موقعیت اجتماعی مشکل دارند، نظیر اینکه نمی‌دانند چگونه به مردم خوشامد بگویند یا نحوه‌ای که مورد خوشامدگویی قرار می‌گیرند را تعبیر کنند. از این گذشته، 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 کردن از آیین معمولی رعایت کردن نوبت هنگام سخن گفتن، مشکل دارند. سرانجام اینکه، آنها در درک کردن معانی نا آشکار یا مبهم، مانند آنهایی که در شوخی و استعاره‌ها به کار می‌روند، مشکل دارند. این کاستی‌ها نه تنها می‌توانند برقراری ارتباط مؤثر را برای فرد مشکل سازند، بلکه همچنین عمل کردن در شغل و مشارکت کردن در تعامل‌های اجتماعی عادی را با مشکل مواجه می‌سازند.

۵-۴ اختلال کاستی توجه / بیش‌فعالی (ADHD)

یکی از اختلالات روانی که عموماً تشخیص داده می‌شود، اختلال کاستی توجه / بیش‌فعالی (ADHD)^۲ است، نوعی اختلال عصبی - رشدی که الگوی یادوام بی‌توجهی و / یا بیش‌فعالی را شامل می‌شود. ملاک‌های تشخیصی و نام این اختلال ظرف چند دهه گذشته، به‌طور قابل ملاحظه‌ای تغییر کرده‌اند. آنچه به پیچیدگی در شناختن ADHD می‌افزاید، مجادله‌هایی هستند که بر سر شیوع، علت‌ها، روند، و درمان آن صورت گرفته‌اند.

به احتمال زیاد شما اصطلاح "ADHD" را به مفهوم رایج آن شنیده‌اید. همان‌گونه که در مورد اختلال طیف اوتیسم صدق می‌کند، اکنون ADHD معنی گسترده‌ای دارد که خیلی از افراد برای توصیف کردن کودک یا بزرگسالی استفاده می‌کنند که نشانه‌های او به راحتی در انواع موقعیت‌های اجتماعی و تحصیلی آشکار هستند. والدین، معلمان، و دوستان که توسط رسانه‌های گروهی که ADHD را در کودکان و بزرگسالان پوشش می‌دهند حساس شده‌اند، ممکن است کودکانی را که کلاس یا محیط خانه را مختل می‌کنند، به صورت افرادی که به این

1. social (pragmatic) communication disorder
2. attention deficit hyperactivity disorder

اختلال مبتلا هستند یا در معرض خطر آن قرار دارند، در نظر بگیرند، زیرا آنها علایم بیش‌ازکفایتی و حواسپرتی نشان می‌دهند. اما این سؤال که چه رفتارهایی اختلال قابل تشخیص را تشکیل می‌دهند، کاملاً روشن نیست.

ویژگی‌های ADHD

افرادی که ملاک‌های تشخیصی DSM-5 را برای ADHD برآورده می‌کنند، تا حد شدیدی، الگوهای رفتاری دارند که در آنها، بی‌توجهی و بیش‌فعال / تکانشی هستند. همان‌گونه که در جدول ۵.۳ مشاهده می‌کنید، دو مؤلفه این اختلال، برحسب مجموعه‌ای از ملاک‌های رفتاری مشخص تعریف شده‌اند. در صورتی که کودکان مبتلا به ADHD هر دو مجموعه ملاک‌ها را حداقل برای مدت ۶ ماه برآورده کرده باشند، متخصصان بالینی می‌توانند آنها را مبتلا به «نوع مختلط» نیز تشخیص دهند. اگر آنها ملاک‌های بی‌توجهی، اما نه بیش‌فعالی - تکانشگری را ظرف ۶ ماه گذشته برآورده کرده باشند، متخصصان بالینی می‌توانند آنها را مبتلا به ADHD «عمدتاً بی‌توجه» نیز تشخیص دهند. از سوی دیگر، اگر آنها مجموعه ملاک‌های دوم را برآورده کرده باشند، اما ظرف ۶ ماه گذشته بی‌توجهی نشان نداده باشند، متخصصان بالینی می‌توانند آنها را به صورت «عمدتاً بیش‌فعال - تکانشگر» تشخیص دهند.

پژوهشگران، میانگین شیوع ADHD را در سرتاسر دنیا ۵/۲۹ درصد برآورد می‌کنند، اما دامنه میزان شیوع ADHD بسته به کشور و منطقه دنیا خیلی تفاوت دارد (شکل ۵.۱) (پولانسکی، د لیم، هورتا، بیدرمن و راد، ۲۰۰۷). این تغییرپذیری در میزان شیوع ناشی از تفاوت‌های واقعی در شیوع نیست، بلکه به تفاوت‌های روش کار در تحقیقات همه‌گیرشناسی مربوط می‌شود. با این حال، ما می‌توانیم از این ناهمخوانی در میزان شیوع، نتیجه بگیریم که تعریف‌های ADHD هنوز خیلی زیاد به روشن کردن و استاندارد کردن نیاز دارند.

این تغییرات گسترده در میزان شیوع به ما نشان می‌دهند که پژوهشگران و متخصصان بالینی هنوز به نظر هماهنگ در مورد نشانه‌های اصلی ADHD نرسیده‌اند. آیا وجود بی‌توجهی و بیش‌فعالی - تکانشگری هر دو ضروری هستند یا باید فقط یک مجموعه از نشانه‌ها را به عنوان مبنای کافی برای مقرر کردن تشخیص برای کودک خاص در نظر بگیریم؟ این موضوع تحت مجادله خیلی زیاد قرار دارد که ملاک‌های DSM-5 نشان داده شده در جدول ۵.۳ بیانگر آن هستند.

وقتی می‌خواهیم تصویر بالینی ADHD را با استفاده از ملاک‌های تشخیصی کنونی درک

آسیب‌شناسی رفتاری

جریانات منفی را در

سلوک (۲۰۱۱).

شعاعی از ارتباط

جستجوی مشکل

د خوشامدگویی

بازهای نشونده

تند آنها هنگام

مشکل دارند

در شوخی و

ارتباط مؤثر را

در تعامل‌های

بیش‌فعالی

ش‌فعالی را

م‌طور قابل

ایی هستند

نه که در

ن از افراد

در انواع

توسط

ده‌اند،

به این

۱. سو

۲. ات

جدول ۵.۳ ملاک‌های DSM-5 برای ADHD

برای اینکه فردی مورد تشخیص ADHD قرار گیرد، باید شش یا تعداد بیشتری از نشانه‌های زیر را در هر یک از طیف‌های بی‌توجهی و بیش‌فعالی نشان دهد. این رفتارها باید حداقل به مدت ۶ ماه تا درجه‌ای وجود داشته باشند که ناسازگارانه و با سطح رشد فرد ناهماهنگ باشند.

علاوه بر این، چند نشانه بی‌توجهی یا بیش‌فعالی - تکانشگری باید قبل از ۱۲ سالگی وجود داشته باشند. نشانه‌ها باید اختلال در دو یا تعداد بیشتری از موقعیت‌ها ایجاد کنند (مانند مدرسه و خانواده)، باید شواهد روشنی از اختلال قابل ملاحظه در عملکرد روزانه وجود داشته باشد، و نشانه‌ها نباید با اختلال دیگری بهتر توجیه شوند یا در دوره اختلال دیگری روی دهند.

بی‌توجهی (۶ یا تعداد بیشتری از ملاک‌های زیر):

- (a) اغلب نمی‌تواند به جزئیات توجه دقیق کند یا در تکالیف تحصیلی، کار، یا فعالیت‌های دیگر اشتباهات بی‌دقت می‌کند.
- (b) اغلب در حفظ کردن توجه در تکالیف یا فعالیت‌های یاری مشکل دارد.
- (c) اغلب وقتی مستقیماً یا او صحبت می‌شود به نظر نمی‌رسد که گوش می‌کند.
- (d) اغلب از دستورالعمل‌ها 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 دستورالعمل‌ها).
- (e) اغلب در سازمان دادن به تکالیف و فعالیت‌ها مشکل دارد.
- (f) اغلب از انجام دادن تکالیفی که به تلاش ذهنی مستمر نیاز دارند (مثل تکلیف درسی یا تکلیف خانگی) اجتناب می‌کند. آن را دوست ندارد. یا اکراه دارد.
- (g) اغلب لوازم ضروری برای تکالیف یا فعالیت‌ها را گم می‌کند (مثل اسباب بازی‌ها، تکالیف مدرسه، مداد، کتاب یا لوازم التحریر).
- (h) اغلب به راحتی به وسیله محرک‌های نامربوط دچار حواس‌پرتی می‌شود.
- (i) اغلب در فعالیت‌های روزمره فراموشکار است.

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

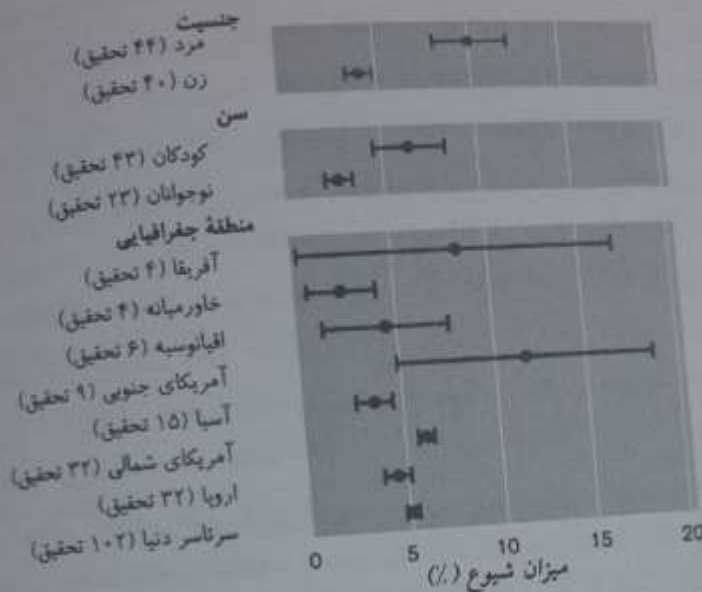
- (a) اغلب دست‌ها و پاها بی‌قرارند و در صندلی خود وول می‌خورد.
- (b) اغلب در کلاس یا موقعیت‌های دیگری که حالت نشسته انتظار می‌رود، صندلی خود را ترک می‌کند.
- (c) اغلب در موقعیت‌های نامناسب، می‌دود یا از چیزها بالا می‌رود. (توجه: در نوجوانان یا بزرگسالان، ممکن است به احساس بی‌قراری محدود باشد).
- (d) اغلب نمی‌تواند 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 وامی‌دارد».
- (f) اغلب قبل از اینکه سؤالی کامل شده باشد پاسخ را از دهان می‌پرانند (مثلاً جملات افراد را کامل می‌کند).
- (g) اغلب منتظر نوبت نمی‌ماند (مثل زمانی که در صف منتظر است).
- (h) اغلب مزاحم دیگران می‌شود (برای مثال، وسط گفتگوها، بازی‌ها، یا فعالیت‌ها می‌پرد).
- (i) اغلب مزاحم دیگران می‌شود (برای مثال، وسط گفتگوها، بازی‌ها، یا فعالیت‌ها می‌پرد).

کتب، مانده می‌شودم کودکانی که این اختلال را تجربه می‌کنند، با چالش‌های متعددی روبرو هستند. در طول سال‌های تحصیلی، کودکان مبتلا به ADHD ممکن است نمرات کمتری مشکلات انضباطی مکرر، و فرارگری در کلاس‌های آموزش ویژه داشته باشند (ویلنز، فراوان، و بیدرمن، ۲۰۰۳). وقتی آنها به اوایل بزرگسالی می‌رسند، به احتمال بیشتری دچار اختلالات مصرف مواد می‌شوند (ویلنز و همکاران، ۲۰۱۱). گرچه یک زمانی پژوهشگران و متخصصان بالینی تصور می‌کردند که نشانه‌های ADHD در نوجوانی کاهش می‌یابد، اما اکنون می‌دانند که افراد مبتلا به ADHD همچنان در نوجوانی و بزرگسالی این نشانه‌ها را تجربه می‌کنند. تصویر نشانه از کودکی تا نوجوانی تغییر می‌کند، به طوری که بیش‌فعالی که در طول سال‌های پیش‌دستانی و اوایل کودکی خیلی آشکار است، در نوجوانی کاهش می‌یابد، اما مشکلات نوجوانی باقی می‌مانند، و مشکلات آشکار در کارکردهای اجرایی برجسته می‌شوند. کارکردهای اجرایی تکالیفی نظیر به‌خوداندیشی، خوب‌شنوداری، برنامه‌ریزی، دو‌اندیشی، به تأخیر انداختن اوضاع، تنظیم عاطفه، و مقاومت در برابر حواس‌پرتی را شامل می‌شوند (اوسرستین، ۲۰۰۵). بزرگسالان مبتلا به ADHD به احتمال بیشتری کاستی‌هایی در حافظه کوتاه‌مدت، توجه مستمر، فصاحت کلامی، و سرعت پردازش دارند، مشکلاتی که باعث می‌شوند آنها از بزرگسالان بدون ADHD پیشرفت تحصیلی کمتری داشته باشند (بیدرمن و همکاران، ۲۰۰۶).

نوجوانان مبتلا به ADHD می‌توانند دامنه گسترده‌ای از مشکلات رفتاری، تحصیلی، و میان فردی داشته باشند که مشکلاتی را برای آنها و روابط آنها با خانواده، دوستان، و مربیان ایجاد می‌کنند. آنها گرایش دارند خیلی ناپخته باشند، احتمالاً با والدین خود دچار تعارض می‌شوند، مهارت‌های اجتماعی بسیار ضعیفی دارند، و به فعالیت‌های مخاطره‌آمیز بیشتر نظیر سوءمصرف مواد، آمیزش جنسی محافظت نشده، و رانندگی بی‌باک می‌پردازند (رستیک، ۲۰۰۵).

تشخیص ADHD در دختران نوجوان خیلی پیچیده است؛ در نتیجه، مربیان و متخصصان بالینی اغلب از آن غافل می‌شوند، زیرا نشانه‌های آنها کمتر از نشانه‌های پسران آشکار هستند. نشانه‌ها در دخترها فراموشکاری، بی‌نظمی، عزت نفس پایین، و تضعیف روحیه را شامل می‌شوند. آنها برخلاف پسران، نشانه‌های خود را درونی می‌کنند و مضطرب، افسرده، و گوشه‌گیر می‌شوند. از سوی دیگر، برخی دختران نوجوان تصویر نشانه‌ای را آشکار می‌سازند

شکل ۵-۱ شیوع ADHD در سراسر دنیا



که در آن، پرحرف یا از لحاظ هیجانی بیش از حد واکنش پذیر می شوند (کوئین، ۲۰۰۵). خصوصیتی که ممکن است ما به عنوان دمدمی مزاجی معمول نوجوان، اشتباه بگیریم. دختران نوجوان مبتلا به ADHD اغلب دستخوش تشدید نشانه‌ها می شوند که علت آن تغییرات هورمونی هنگام بلوغ است، و ممکن است به شیوه متفاوت با همتهای پسر، برون ریزی کنند و خود را در معرض خطر حاملگی های برنامه ریزی نشده و ناخواسته قرار دهند (رستیکه، ۲۰۰۵). آنها همچنان نشانه های مداوم را تجربه می کنند و ممکن است تا اوایل بزرگسالی معیوب بمانند (میک و همکاران، ۲۰۱۱).

ADHD در بزرگسالان

متخصصان بالینی و پژوهشگران که یک زمانی ADHD را به صورت اختلالی در نظر می گرفتند که محدود به کودکی است، اکنون آن را اختلالی می دانند که توان ادامه یافتن تا بزرگسالی را دارد. ADHD به احتمال زیاد برای اولین بار در افراد بزرگسال آشکار نمی شود، بلکه متخصصان بالینی فقط می توانند تا آن زمان آن را به طور مناسب تشخیص دهند. ما می توانیم فرض کنیم که متخصصان بالینی موارد ADHD بزرگسال را نادیده می گیرند یا اشتباه تشخیص



کودکان و نوجوانان مبتلا به ADHD به علت نشانه‌هایی نظیر بی‌توجهی و بی‌قراری شدید، مشکلات قابل ملاحظه‌ای را در زمینه انجام دادن تکالیف درسی تجربه می‌کنند. شماری از پژوهشگران معتقدند که این تشخیص تحت تأثیر عوامل محیطی و اجتماعی - فرهنگی قرار دارد.

می‌دهند، مخصوصاً در افرادی که هنگام کودکی، نشانه‌های بی‌توجهی اما نه اختلالگر داشتند. شاید در حدود ۴ درصد

بزرگسالان آمریکایی ملاک‌های تشخیصی برای این اختلال را برآورده سازند، به‌طوری که تعداد مردان و زنانی که به این اختلال مبتلا هستند، برابر است (کسلر و همکاران، ۲۰۰۶). نشانه‌های ADHD در بزرگسالان در مقایسه با کودکان به شکل‌های متفاوتی پدیدار می‌شوند. بزرگسالان مبتلا به ADHD کمتر احتمال دارد که بیش‌فعالی و تکانشگری نشان دهند، و به احتمال بیشتر همچنان نشانه‌های بی‌توجهی را خواهند داشت. نشانه‌های آنها با تصویر هماهنگ با کاستی‌ها در عملکرد اجرایی مطابقت دارند، بدین معنی که آنها در سازمان دادن تکالیف مشکل دارند و از روی بی‌دقتی اشتباهاتی می‌کنند. در حالی که کودکان ممکن است شواهد بیشتری از بی‌قراری و تکانشگری نشان دهند، ADHD بزرگسال، مشکلاتی را در متمرکز کردن توجه شامل می‌شود (کسلر و همکاران، ۲۰۱۰).

بنابراین، بزرگسالان مبتلا به ADHD در زندگی روزمره خود، به سختی می‌توانند برنامه‌ریزی کنند، در مدیریت کردن زمان و پول بی‌نظم هستند، و کامل کردن تکالیف تحصیلی یا به سامان رساندن تکالیف شغلی را دشوار می‌دانند. مردان، بخصوص در طول بزرگسالی، بیشتر در معرض خطر تصادفات اتومبیل قرار دارند و جریمه‌های رانندگی دریافت می‌کنند (کاکس، ۲۰۱۱). درصد کمی از بزرگسالان مبتلا به ADHD می‌توانند انرژی اضافی و بی‌قراری خود را به فعالیت‌های خلاق هدایت کنند، هرچند که ناتوانی آنها در حفظ کردن توجه و تعهد نسبت به

یک پروژه ممکن است احتمال موفق شدن آنها را برای مدت طولانی محدود کند. زنان مبتلا به ADHD کمتر احتمال دارد رفتارهای مخاطره آمیزی را که در مردان دیده می شود، نشان دهند. در عوض، آنها به احتمال بیشتری ملالت، مشکلات سازمان دهی، تکانشگری، و بی توجهی را تجربه می کنند، ویژگی هایی که اگر در فرزندپروری اختلال ایجاد کنند، مایه نگرانی زیاد است (کوئین، ۲۰۰۵).

بزرگسالان مبتلا به ADHD معمولاً مشکلات جدی در روابط دارند، خواه این روابط با همسر باشد یا با همکار، فردی آشنا، یا حتی غریبه. چون آنها همیشه جویای تحریک هستند، ممکن است با تحریک کردن تعارض در تعامل های خود با دیگران به وسیله شروع کردن جرو بحث ها، امتناع از خاتمه دادن به جرو بحث ها، یا اصرار بر اینکه آنها باید حرف آخر را بزنند، این کار را انجام دهند. آنها گوش دادن به دیگران را مشکل می دانند، ممکن است فقط قسمت هایی از یک گفتگو را بشنوند، مستعد قطع کردن گفتگو هستند، و در حالی که دیگران سعی دارند صحبت کنند، صحبت می کنند. آنها خیلی حساس یا کوک هستند، که در گرایش آنها به حساسیت زیاد و واکنش پذیری مغرط آشکار است، و در مواقع طغیان های خشم و دمدمی بودن شدید ابراز می شود. همسران آنها از تکانشگری، تصمیم گیری نامناسب، و مدیریت بی منطق آنها در زمینه مالی، عصبانی می شوند. به خاطر نشانه های بی نظمی، قراموشکاری، دیر کردن مزمن، گم کردن کلیدها و اقلام مهم دیگر، و عدم قابلیت اطمینان کلی آنها، تعارض ها و جرو بحث هایی ایجاد می شوند (رایبیز، ۲۰۰۵).

اگر بزرگسالان مبتلا به ADHD کمبودهایی را در انواع تکالیف عملکرد اجرایی نشان دهند که انجام دادن فعالیت های زندگی روزمره را شامل می شوند، بیشتر در معرض خطر پرداختن به رفتار منحرف یا ضد اجتماعی نیز قرار دارند (بارکلی و مورفی، ۲۰۱۱). ADHD بزرگسال بیش از یک ساختار نظری است و اختلال بسیار ناتوان کننده ای است که می تواند اجازه ندهد افراد به هدف های زندگی خود برسند.

نظریه ها و درمان ADHD

تعیین زیستی ADHD کاملاً به اثبات رسیده است، به طوری که تحقیقات خانوادگی، دوقلوئی، فرزندخواندگی، و وراثت مولکولی^۱ بر آن دلالت دارند. پژوهشگران توارث پذیری ADHD را

1. molecular genetic

باز ۷۶ درصد برآورده کرده‌اند (فراوان و همکاران، ۲۰۰۵) و از جمله بالاترین میزان‌ها در تمام اختلالات روانی است. بررسی افراد مبتلا به ADHD شواهدی را برای درگیر بودن چند ژن مربوط به دوپامین پیدا کرده است که حکایت دارند نقایصی در الگوهای پاداش ممکن است در نشانه‌های این اختلال مشارکت داشته باشند (ولکو و همکاران، ۲۰۰۹).

بزرده‌شگران همچنین ناهنجاری‌های ساختاری در مغز افراد مبتلا به ADHD پیدا کرده‌اند و معتقدند که شبکه مرتبط با هم مناطق مغز در اختلال کارکردهای توجهی - اجرایی این افراد درگیر است (ویلنز و همکاران، ۲۰۰۴). برای مثال، MRI های کودکان مبتلا به ADHD در یک تحقیق جدید نشان داد که به طور متوسط، آنها ۹ درصد حجم کمتر در قشر مخ و اختلالاتی در مدارهایی دارند که در تنظیم کردن حرکتی درگیر هستند (کوی و همکاران، ۲۰۱۱).

گرچه بزرده‌شگران ناهنجاری‌های کارکردی و ساختاری در مغز افراد مبتلا به ADHD پیدا کرده‌اند، اما اغلب توافق دارند که آسیب‌پذیری ژنتیکی با مواجهه محیطی تعامل می‌کند. این عوامل استرس‌زا عبارتند از عوارض زایمان، صدمه مغزی اکتسابی، مواجهه با مواد سمی، بیماری‌های عفونی، و حتی استرس زناشویی والدین (مارتل و همکاران، ۲۰۱۱). بزرده‌شگران همچنین حدس می‌زنند که ممکن است بسته به همزمانی با اختلالات دیگر، مانند اختلالات خلقی یا اضطرابی، ناتوانی‌های یادگیری، اختلال سلوک یا لجبازی و نافرمانی، انواع فرعی ADHD وجود داشته باشد (آدلر، بارکلی، ویلنز و گینزبرگ، ۲۰۰۶). هر یک از این انواع فرعی ممکن است الگوی متفاوت وراثت خانوادگی، عوامل خطر، نوروبیولوژی، و پاسخ به داروها داشته باشد (بیدرمن، میک، فراوان، و باریک، ۲۰۰۱).

نظریه ADHD بارکلی^۱ (۱۹۹۷) با متصل کردن ناهنجاری‌های زیستی و مشکلات رفتاری در ADHD اعلام می‌دارد که اختلال اصلی، ناتوانی در جلوگیری کردن از پاسخ‌ها به علت ناهنجاری‌هایی در قشر پیش‌پیشانی و اتصالات آن با قسمت‌های دیگر مغز است. اختلال در جلوگیری از پاسخ، خود را در چهار زمینه عملکرد آشکار می‌سازد: (۱) حافظه کوتاه‌مدت، (۲) درونی کردن گفتار معطوف به خود، (۳) تنظیم کردن عاطفه، انگیزش، و سطح برانگیختگی، و (۴) بازسازی - توانایی تقسیم کردن رفتارهای مشاهده شده به قسمت‌های تشکیل‌دهنده که می‌توانند به صورت رفتارهای جدیدی که به سمت هدف هدایت شده‌اند، دوباره ترکیب شوند.

علاوه بر این، به عقیده بارکلی، کودکان مبتلا به ADHD نمی‌توانند آینده‌نگری و خودپنداره را در طول زمان پرورش دهند.

در نظر بگیرید که چگونه هریک از این اختلالات در رفتار کودک آشکار می‌شوند. مشکلات در زمینه حافظه کوتاه‌مدت باعث می‌شود که کودک در نگه داشتن حساب زمان یا یادآوری چیزهایی نظیر مواعیدها و تعهدها مشکل داشته باشد. درونی کردن معیوب گفتار معطوف به خود به معنی آن است که این کودکان نمی‌توانند افکارشان را نزد خودشان نگه دارند یا به سؤال کردن از خود یا هدایت کردن خود به صورت خصوصی و پنهان بپردازند. خودگردانی معیوب خلق و انگیزش آنها باعث می‌شود که تمام هیجانات خود را بدون سانسور بروز دهند، در حالی که قادر نیستند انگیزش خود را تنظیم کنند. توانایی معیوب این کودکان در یازسازی کردن باعث می‌شود که آنها کمتر بتوانند مسایل را حل کنند، زیرا قادر نیستند رفتارها را تجزیه و تحلیل کرده و رفتارهای جدید را ترکیب کنند.

نظریه بارکلی همچنان مورد تأیید خیلی‌ها قرار دارد. او اخیراً مقیاسی را برای ارزیابی عملکرد اجرایی در بزرگسالان ساخته است که مدیریت شخصی را در رابطه با زمان، نظم بخشیدن و حل مسئله، انضباط شخصی، انگیزش شخصی، و برانگیختگی / تمرکز شخصی ارزیابی می‌کند. بزرگسالان مبتلا به ADHD اختلالاتی را در این ارزیابی‌ها نشان دادند. از این گذشته، ارزیابی‌های عملکرد اجرایی آنها با مقیاس‌های رفتار منحرف در زندگی روزمره از جمله اعمال ضداجتماعی، تبهکاری‌های گوناگون، و تخلفات رانندگی که فرد هنگام رانندگی مرتکب شده، ارتباط داشتند (بارکلی و مورفی، ۲۰۱۱). مواد نمونه از مقیاس عملکرد اجرایی در جدول ۵-۴ نشان داده شده است.

علاوه بر عوامل زیستی و روان‌شناختی، تأثیرات اجتماعی - فرهنگی در تشدید تصویر نشانه ADHD نقش دارند. خیلی از کودکان مبتلا به ADHD در محیط خانوادگی آشفته و بی‌نظم بزرگ شده‌اند و تجربیات شکست در مدرسه داشته‌اند. با این حال، رفتار اخلاک‌گر کودک ممکن است به مشکلات خانوادگی و تحصیلی کمک بیشتری کرده باشد. بزرگ کردن کودک مبتلا به ADHD سخت‌تر از بزرگ کردن کودک بدون ADHD است و این فشار روی خانواده می‌تواند به آشفته‌گی‌های خانوادگی منجر شود. همچنین، تجربیات شکست کودک در مدرسه ممکن است به جای علت، پیامد اختلالات بی‌توجهی باشند.

جدول ۵.۴ مواد نمونه از مقیاس ارزیابی عملکرد اجرایی ADHD بزرگسال

۴ ماده بر طبق مقیاس ۰-۴ لیکرت ارزیابی می‌شود (۱ = به ندرت یا هیچ وقت؛ ۲ = گاهی اوقات؛ ۳ = اغلب؛ ۴ = دفعات زیاد).

مقیاس	مواد نمونه
مدیریت کردن زمان	تعطیل ورزیدن یا به تعویق انداختن تا دقیقه آخر دیر رسیدن به محل کار یا دیر کردن برای قرار ملاقات‌های برنامه‌ریزی شده
نظم بخشیدن و حل مسئله	وقتی می‌خواهم چیزی را برای دیگران توضیح دهم، اغلب دنبال کلمات می‌گردم نمی‌توانم مانند دیگران به وقایع غیرمنتظره به‌طور مؤثری پاسخ بدهم
انضباط شخصی	اظهارات تکانشی به دیگران بر زبان می‌آورد مشکل پیروی کردن از مقررات در یک موقعیت
الگیری شخصی	در محل کارم وقفه‌های کوتاه ایجاد می‌کنم و کل کارهایی که قرار است انجام دهم، انجام نمی‌دهم دیگران به من می‌گویند تنبل یا بی‌انگیزه هستم
برانگیختگی/ تمرکز شخصی	وقتی باید روی چیزی تمرکز کنم، به راحتی حواسم با افکار نامربوط پرت می‌شود در موقعیت‌های کسالت‌آور به سختی می‌توانم هوشیار یا بیدار بمانم

زمانی که افراد مبتلا به ADHD به بزرگسالی می‌رسند، به قدری ناکامی‌های متعدد در زندگی، مخصوصاً در روابط، تجربه کرده‌اند که رفتار حلقه‌ی معیوب کژکاری می‌شوند. خود ماهیت اختلال آنها باعث می‌شود که در ارتباط برقرار کردن با دیگران مشکل داشته باشند، حتی با کسانی که خیلی صمیمی هستند. همسران عصبانی می‌شوند و ممکن است رابطه را رها کنند و باعث شوند که فرد مبتلا به ADHD افسرده‌تر شود و به سمت رفتارهای انرژی دادن به خود که در نهایت ثابت می‌شود مخرب هستند، تمایل پیدا کنند.

افراد مبتلا به ADHD برای کنترل کردن نشانه‌های خود اغلب دارو دریافت می‌کنند. گرچه بیش از ده نام تجاری وجود دارد که نسخه‌ها تحت آنها نوشته می‌شوند، اما اغلب داروها بر مبنای متیل‌فنیدیت (ریتالین)^۱ استوارند. ظرف چند دهه گذشته، شرکت‌های دارویی در ساختن داروهای مؤثر برای ADHD پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای کرده‌اند، به‌طوری که داروهایی که به

1. methylphenidate (Ritalin)

تجویز داروهای روان پزشکی برای کودکان

پژوهش در مورد آزمودنی‌های انسان از هر سنی ایجاب می‌کند که پژوهشگران از رهنمودهای اخلاقی APA قاطعانه پیروی کنند اما در مورد کودکان، با توجه به اینکه آنها «جمعیت‌های آسیب‌پذیر» هستند، قضیه کاملاً فرق می‌کند. این بدان معنی است که آنها ممکن است بیشتر در معرض خطر بدرفتاری و بهره‌کشی قرار داشته باشند. در نتیجه، پژوهشگران چند زده است که از اجرا کردن تحقیقات برای آزمایش کردن اثربخشی داروهای روان‌گردان روی کودکان خودداری می‌کنند تا مبادا در طول آزمایش‌های تحقیقاتی، آنها را در معرض آسیب غیرضروری قرار دهند. روان‌پزشکان بدون اطلاعات قطعی در مورد اثربخشی، ایمنی و تأثیر دارویی که توصیه‌های درمان را بر مبنای آنها استوار کنند، بیماران کودک را با استفاده از داروهای به اصطلاح "off-label" درمان می‌کنند که تأیید وزارت غذا و داروی ایالات متحده (FDA) را دریافت نکرده‌اند.

تجویز کردن این داروهای off-label برای اختلالات در ایالات متحده شایع است. اما این تجویزها به علت مشکلات اجرا کردن تحقیقات روی کودکان، اغلب این جمعیت را هدف قرار داده‌اند. FDA از توانایی تنظیم کردن شیوه‌ای که پزشکان دارو را تجویز می‌کنند برخوردار نیست. بنابراین، آنها باید خودشان تصمیم بگیرند که آیا داروی off-label را برای کودک تجویز کنند یا نه. پزشکان به خاطر تحقیقات محدود در مورد ایمنی و اثربخشی داروها، باید بر تجربه خودشان متکی باشند (اسپتی و آرتولد، ۲۰۰۷).

بنابراین، کودکان ممکن است بیشتر از جمعیت‌های دیگری که اطلاعات گسترده در مورد آنها وجود دارد در معرض خطر عوارض جانبی قرار داشته باشند. این وضعیت در سال ۲۰۰۳، به شیوه غم‌انگیزی مورد توجه قرار گرفت، و این زمانی بود که FDA گزارش‌هایی را دریافت کرد که نشان دادند بین مصرف SSRI در نوجوانان و خطر بیشتر صدمه زدن به خود و افکار خودکشی ارتباط وجود دارد. در سال ۲۰۰۷، این داروها هشدارهای «جعبه سیاه» از FDA دریافت کردند که نه تنها برای کودکان و نوجوانان، بلکه برای جوانان نیز کاربرد داشتند. چون FDA داده‌های مبسوطی در مورد مصرف این داروها برای جوانان در اختیار نداشت، از اطلاعاتی که در چنته داشت برای این حکم استفاده کرد. اکنون در مورد این داروها اطلاعات زیادی وجود دارد که حکایت دارند داروهای ضد افسردگی ممکن است در واقع، خطر خودکشی را در این جمعیت کاهش دهد، خطری که با ادامه یافتن درمان، همواره کاهش می‌یابد (دادلی، گلدنی، و هادزی - پالوویچ، ۲۰۱۰).

سؤال: شما قاضی باشید: آیا پژوهشگران باید در مورد داروی روان‌گردان تحقیقات بیشتری روی کودکان اجرا کنند؟ آیا خطر عوارض جانبی که ممکن است در طول این تحقیقات روی دهند، آنها را موجه می‌سازند؟ از این گذشته، اگر پژوهشگران کشف کنند که دارویی عوارض جانبی زیان‌آور دارد، متخصصان بهداشت که این دارو را تجویز می‌کنند چگونه باید این عوارض را در برابر منافع احتمالی سبک سنگین کنند؟

نازگی تولید شده‌اند، تأثیر بادوام‌تری دارند. اولین طبقه داروهای محرک که متیل‌فنیلیدیت را شامل می‌شود، برای مدت کوتاه (۳ تا ۵ ساعت) مؤثر بود و در طول روز به مقادیر مصرف متعدد و زمان‌بندی شده نیاز داشت. فرمول‌بندی‌های داروها با اثربخشی بلندمدت به یکی از دو طریق تأثیر می‌گذارند: سیستم‌های تحویل پشت بار شده^۱ و سیستم‌های تحویل دانه‌بندی شده^۲. کونسرتا^۳ محصول پشت بار شده است؛ ۲۲ درصد از مقدار خوراک بلافاصله آزاد می‌شود و ۷۸ درصد از مقدار خوراک تقریباً ۴ ساعت بعد از مصرف ارایه می‌شود. آدرال^۴ XR محصول تحویل دانه‌بندی شده^۵ است و از مصرف دو مقدار خوراک برابر توسط بیمار در زمان مناسب تقلید می‌کند. مدت تأثیر، ۷ تا ۹ ساعت در بزرگسالان است. یک امتیاز داروهای که تأثیر طولانی دارند این است که کمتر احتمال دارد سوء مصرف شوند (ماتو، یابکاک و برامس، ۲۰۱۱).

گاهی به عنوان جایگزینی برای متیل‌فنیلیدیت، داروهای ضد افسردگی برای افراد مبتلا به ADHD تجویز می‌شود. این داروها عبارتند از بوپروپیون (ولبترین SR)^۵، پمولین (سیلرت)^۶، آتوموکستین (استراترا)^۷، و ایمپرامین^۸. متخصصان بالینی برای درمان ADHD خفیف تا متوسط از این داروها استفاده می‌کنند، به طوری که تأثیرات آنها ظرف ۲ تا ۳ روز آشکار می‌شوند. متخصصان بالینی برای نشانه‌های افراد مبتلا به ADHD خفیف و نشانه‌های همزمان، مانند اضطراب و افسردگی؛ برای افراد مبتلا به اختلالات جسمانی که نباید داروی محرک مصرف کنند؛ برای افراد مبتلا به اختلال تیک یا اختلال توره (که بعداً در این فصل مورد بحث قرار گرفته‌اند)؛ و برای افراد دارای سوابق سوء مصرف دارو، معمولاً از این گروه داروها استفاده می‌کنند (دادسون، ۲۰۰۵).

والدین به طور قابل درکی در مورد عوارض جانبی که در اثر مصرف داروی محرک روی می‌دهند، نگران هستند. برای مثال، برخی کودکان که دارو مصرف می‌کنند مشکل خوابیدن و کم اشتها می‌دارند. عوارض جانبی جدی‌تر، ایجاد انقباض‌های ناگهانی بدن و پرگویی‌های غیرقابل کنترل، به علاوه توقف موقتی رشد را شامل می‌شوند. منتقدان اظهار می‌دارند که

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| 1. back-loaded delivery systems | 3. Concerta |
| 2. beaded 50-50 delivery systems | 5. bupropion (Wellbutrine SR) |
| 4. Adderall | 7. atomoxetine (Strattera) |
| 6. pemoline (Cylert) | 8. imipramine |

متخصصان بالینی این‌گونه داروها را بیش از حد تجویز می‌کنند و این داروها را به عنوان مداخله اصلی، و اغلب تنها مداخله، برای رسیدگی کردن به افراد، مخصوصاً کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری، استفاده می‌کنند. از این گذشته، بر اساس مدل‌های حیوانی، مصرف بلندمدت داروهای محرک مانند ریتالین ممکن است پیامدهای عصبی-رفتاری پایدار ایجاد کند که عملاً نشانه‌های ADHD را تشدید می‌کنند (مارکو و همکاران، ۲۰۱۱). از سوی دیگر، داروهای محرک می‌توانند به عنوان بخشی از مداخله یکپارچه، نقش مهمی را ایفا کنند (برگین و بارکلی، ۲۰۰۵). در حیطه غیردارویی، چند مداخله در کاهش دادن نشانه‌های ADHD و کمک کردن به افراد مبتلا به این اختلال که به صورت میان فردی بهتر عمل کنند و احساس بهتری در مورد خودشان داشته باشند، مؤثر هستند. مورفی^۱ (۲۰۰۵) چند رویکرد به درمان روانی-اجتماعی را نام می‌برد. گرچه او بر درمان نوجوانان و بزرگسالان مبتلا به ADHD تمرکز می‌کند، اما ما می‌توانیم برخی از این راهبردها را در خانواده‌های کودکان مبتلا به ADHD به کار ببریم. این هشت راهبرد به قرار زیر هستند:

۱. آموزش روانی نقطه شروع است، زیرا هر چه افراد مبتلا به ADHD در مورد اختلال خود و نحوه‌ای که بر آنها تأثیر می‌گذارد بیشتر بدانند، بهتر می‌توانند تأثیر این اختلال را بر عملکرد روزمره خود درک کنند و راهبردهای مقابله کردن را پرورش دهند. در صورتی که فرد این اختلال را به صورت قابل درمان برداشت کند و انتظار داشته باشد که وقتی ایجاد تغییرات را شروع کند، زندگی بهتر خواهد شد، آموزش روانی امید و خوشبینی القا می‌کند.
۲. درمان‌های روان‌شناختی مانند درمان فردی، زمینه‌ای فراهم خواهند کرد که در آنها، متخصصان بالینی همراه با درمانجویان می‌توانند هدف‌های درمان را تعیین کنند، تعارض‌ها را حل کنند، مشکلات را برطرف کنند، انتقال‌های زندگی را مدیریت کنند، و مشکلات همزمان مانند افسردگی و اضطراب را درمان کنند. روش‌های خاص، مانند راهبردهای شناختی-رفتاری می‌توانند به درمانجویان کمک کنند رفتار و الگوهای فکر ناسازگارانه را که در عملکرد روزانه اختلال ایجاد می‌کنند، تغییر دهند. الگوهای فکر ناسازگارانه در نتیجه پیام‌های منفی مکرر از جانب معلمان، والدین، و همسالان معمولاً تحکیم می‌شوند.
۳. آموزش جبرانی رفتاری و مدیریت شخصی، با وارد کردن ساختار بیشتر و نظم در زندگی

فرد، فرصتی را برای پرورش دادن مهارت‌ها تأمین می‌کند. راهبردهای ساده می‌توانند تکالیف و مسئولیت‌های روزمره را قابل کنترل‌تر سازند. این راهبردها، تهیه کردن فهرست انجام کار، استفاده از دفترچه برای قرار ملاقات‌ها، نگهداشتن یادداشت‌ها در مکان‌های مناسب، و داشتن چندین دسته کلید را شامل می‌شوند.

۴. درمان‌های روان‌شناختی دیگر، مانند مشاوره زناشویی، خانواده‌درمانی، مشاوره شغلی، گروه‌درمانی، و برنامه‌ریزی کالج نیز فرصت‌هایی را برای ارزیابی شیوه‌های مختلفی که نشانه‌های ADHD بر تصمیمات زندگی و افرادی که فرد با آنها تعامل می‌کند، تأثیر می‌گذارند، فراهم می‌آورند.

۵. مربیگری، مداخله‌ای که اخیراً ابداع شده، مشورت کردن با متخصصی را شامل می‌شود که می‌تواند به فرد مبتلا به ADHD کمک کند بر اجرای عملی هدف‌ها تمرکز نماید. به عبارت دیگر، مربی به فرد کمک می‌کند از طریق روش‌های عملی، رفتاری، و نتیجه‌گرا، راه‌هایی را برای تحقق بخشیدن به کارها پیدا کند.

۶. تکنولوژی (مثل برنامه‌های کامپیوتری یا دستیارهای رقمی شخصی [PDAs]^۱) می‌تواند به افراد مبتلا به ADHD کمک کند به ابزارها و وسایلی دست یابند که به آنها کمک کنند به صورت مؤثرتری ارتباط برقرار نمایند، بنویسند، هجی کنند، منظم بمانند، اطلاعات را به یاد آورند، طبق برنامه عمل نمایند، و حساب زمان را نگه دارند.

۷. همسازی‌های مدرسه و محیط کار می‌توانند بارآوری را تسهیل کرده و حواسپرتی را به حداقل برسانند. دانش آموزان یا کارمندان مبتلا به ADHD در محیط‌های ساکت و بدون حواسپرتی معمولاً بهتر کار می‌کنند.

۸. طرفداری، مخصوصاً به شکل طرفداری از خویشان، در موفق شدن خیلی اهمیت دارد. گرچه برای اغلب افراد فاش کردن جنبه‌های ناتوان‌کننده ADHD برای دیگران دشوار است، اما ممکن است آنها دریابند که توضیح دادن اختلال‌شان برای دیگران، وضعیت را برای هر کسی که درگیر است، بهبود می‌بخشد.

درمانگری که با کودک کار می‌کند می‌تواند برای ترغیب کودک به تنظیم کردن رفتارهایی مانند تمرکز روی تکلیف، به تعویق انداختن ارضا، حفظ کردن انگیزش شخصی، و زیر نظر گرفتن پیشرفت به سمت هدف‌ها، از تقویت کردن خود استفاده کند. عقیده‌ای که در رویکردهای رفتاری

1. Personal digital assistants

نهفته است. این است که اعضای خانواده باید یاد بگیرند از روش‌های رفتاری استفاده کنند و خود را در یاری رساندن به کودک برای کاهش دادن رفتارهای اخلالگر درگیر کنند. هماهنگ کردن این اقدامات با مداخله توسط معلمان، به کودک کمک خواهد کرد تا خویشتنداری بیشتری کسب کند.

۵-۵ اختلالات حرکتی

اختلال هماهنگی مربوط به رشد

نوع اصلی اختلال حرکتی، اختلال هماهنگی مربوط به رشد^۱ است. کودکان مبتلا به این اختلال مشکل زیادی در توانایی هماهنگ کردن حرکات دست و پای خود دارند. این اختلال که در درصد کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، می‌تواند باعث شود که آنها در پیشرفت تحصیلی و توانایی انجام دادن تکالیف عادی زندگی روزمره با مشکلاتی روبرو شوند (ناس و زس، ۲۰۰۸). انواع فرعی اختلال هماهنگی مربوط به رشد وجود دارد که یک نوع فرعی هماهنگی دست - چشم و دیگری مشکلات دینداری - فضایی را شامل می‌شود (وایور - دورت و همکاران، ۲۰۱۱).

ملاک‌های DSM-5 برای اختلال هماهنگی مربوط به رشد^۲

- A. فراگیری و اجرای مهارت‌های حرکتی هماهنگ با توجه به سن زمانی فرد و فرصت برای یادگیری و استفاده از مهارت، به‌طور قابل ملاحظه‌ای پایین‌تر از حد مورد انتظار است. مشکلات به صورت بی‌مهارتی یا بی‌دست و بایی (مثل انداختن چیزها یا برخورد کردن با اشیاء) و همین‌طور کندی و بی‌دقتی 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 به‌طور 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 نشانه‌ها در دوره رشد اولیه است.
- D. کمبودهای مهارت‌های حرکتی یا ناتوانی عقلانی (اختلال عقلانی رشدی) یا اختلال بینایی بهتر توجه نمی‌شوند و ناشی از بیماری عصبی که بر حرکت تأثیر می‌گذارد نیستند (مثل فلج مغزی، نقص تغذیه عضلات، اختلال نباهشی).

کودکان مبتلا به اختلال هماهنگی مربوط به رشد در اطفالیت و اوایل کودکی مشکل به غیر رفتن، راه رفتن، و نشستن دارند. وقتی آنها رشد می‌کنند، عملکردشان در تکالیف دیگر مرتبط با سن نیز زیر متوسط است. امکان دارد که 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 شوند. از این گذشته، فقدان هماهنگی آنها ممکن است باعث شود که کمتر قادر باشند در ورزش‌ها و برنامه‌های ورزشی شرکت کنند، که به چاق شدن منجر می‌شود. به نظر می‌رسد که کودکان مبتلا به اختلال حرکتی با توجه به پیچیدگی نشانه‌های آنها، از رویکرد یکپارچه‌ای که نیازهای کودکان و خانواده آنها را در مراحل اولیه که نشانه‌ها برای اولین بار ظاهر می‌شوند تشخیص می‌دهد، بهره‌مند می‌شوند. رویکرد یکپارچه به ارزیابی می‌تواند به این صورت اجرا شود که خانواده‌ها، و متخصصان دیدگاه خود را در مورد نشانه‌های کودک در میان بگذارند و تدوین هدف‌های درمان را آغاز کنند. بعداً، متخصصان، والدین، و کودکان برنامه می‌ریزند که چگونه مداخله پیش خواهد رفت و از امکانات جامعه بهره‌برداری خواهند کرد. در اینجا دوباره، همه آنها باید در تعیین کردن هدف‌ها برای کودک همکاری کنند. آنها باید مداخله‌های برنامه‌ریزی شده خود را بر مبنای درمان‌های مبتنی بر شواهد استوار کنند. سرانجام اینکه، تیم مداخله باید راهبردهایی را برنامه‌ریزی کند که همچنان به کودکان و خانواده‌های آنها هنگام انتقال به مدیریت شخصی در خانه، مدرسه، و جوامع کمک کنند (فورسیت، ماسیور، هودن، اوون، و شفارد، ۲۰۰۸).

اختلالات تیک

تیک^۱ جنبش حرکتی یا آواگری ناگهانی، سریع، عودکننده و غیرارادی است. چند نوع اختلال تیک وجود دارد که جنبش‌های بدن یا آواگری‌ها را شامل می‌شوند. نمونه‌هایی از تیک‌های حرکتی، چشمک زدن، انقباض‌های عضلانی صورت، و بالا انداختن شانه هستند. تیک‌های آوایی، سرفه کردن، خرخر کردن، و بددهنی هستند. اختلال توره^۲ که شاید معروف‌ترین اختلال تیک باشد، تقریباً ۱ درصد کودکان را مبتلا می‌کند. افراد مبتلا به این اختلال ترکیبی از حرکت مزمن و تیک‌های آوایی را تجربه می‌کنند.

1. tic

2. Tourette's disorder



این کودک به اختلال هماهنگی مربوط به رشد مبتلاست که یادگیری به ترتیب چیدن اشیاء را با سرعتی که از لحاظ رشد هنجاری است، برای او دشوار کرده است.

اکثر افراد مبتلا به اختلال توره مرد هستند. اختلال آنها به تدریج، اغلب با یک تیک تنها، مثل چشمک زدن شروع می‌شود که به صورت رفتارهای پیچیده‌تر در می‌آید. افراد مبتلا به اختلال توره معمولاً حرکات غیرقابل کنترل سر و گاهی قسمت‌هایی از بالا تنه دارند. در برخی موارد، فرد حرکات بدن پیچیده‌ای انجام می‌دهد که لمس کردن، قوز کردن، چرخیدن، یا ردیابی کردن گام‌ها را شامل می‌شود. آنها در عین حال، آواگری‌هایی را ادا می‌کنند که از نظر دیگران خیلی عجیب و غریب به نظر می‌رسند؛ برای مثال، امکان دارد فردی رفتار تیک پیچیده‌ای داشته باشد که در آن، سر خود را دور گردنش بچرخاند در حالی که صداهای فین فین و عو عو کردن از خود درآورد. فقط در درصد کوچکی از موارد، افراد مبتلا به اختلال توره حرف‌های زشت ادا می‌کنند. این یک اختلال گذرا نیست، بلکه می‌تواند دایمی بوده و از کودکی با توجوانی شروع شده باشد.

افراد مبتلا به این اختلال، نشانه‌های روانی دیگر نیز دارند، که رایج‌ترین آنها نشانه‌های وسواس فکری - عملی، مشکلات گفتار، و مشکلات توجه است. متخصصان باور دارند که

مبتلا به اختلال توره
تیک‌های حرکتی
تورم به طور
ممکن است
تیک ادامه یابد
تورم قبل از
این اختلال ناشی
ماندگونی، البته
تورم‌ها هرگز به
نقص تبدیل اگر
تورم همراه با تیک
تورم همراه با تیک
اختلال تیک موقتی
تورم‌های حرکتی
تورم به مدت
تورم قبل از
این اختلال ناشی
ماندگونی، البته
تورم‌ها هرگز برای
تورم در مکانیزم
تورم که با اختلال
مشکلات یادگیری
مشکلات یادگیری

ملاک‌های DSM-5 برای اختلال تیک^۱

اختلال توره

- A. تیک‌های حرکتی متعدد و یک یا چند تیک آوایی برخی اوقات در طول بیماری وجود دارند، هر چند که نه لزوماً به‌طور 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 یافته‌اند.
- 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 یا آوایی مداوم (مزمن)

- A. تیک‌های حرکتی یا آوایی تکی یا متعدد در طول بیماری وجود دارند، اما نه هردو تیک حرکتی و آوایی با هم.
- B. تیک‌ها ممکن است از نظر فراوانی افزایش و کاهش داشته باشند، ولی به مدت بیش از ۱ سال از شروع اولین تیک ادامه داشته‌اند.
- 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. ملاک‌ها هرگز برای اختلال توره برآورده نشده‌اند.

شخص کنید اگر:

فقط همراه با تیک‌های حرکتی

فقط همراه با تیک‌های آوایی

اختلال تیک موقتی

- A. تیک‌های حرکتی و/ یا آوایی تکی یا متعدد.
- B. تیک‌ها به مدت حداقل ۱ سال از شروع اولین تیک وجود داشته‌اند.
- 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. ملاک‌ها هرگز برای اختلال توره یا اختلال تیک حرکتی یا آوایی مداوم (مزمن) برآورده نشده‌اند.

تقابلی در مکانیزم‌های بازداشتی مغز در قشر پیش‌پیشانی در اختلال توره درگیر هستند، ویژگی‌ای که با اختلال وسواس فکری - عملی و ADHD مشترک است (آلیان، پرز، بوهرن).

۱. نویسندگان، ملاک‌های تشخیصی اختلال تیک را منظور نکرده‌اند، بنابراین، ملاک‌های تشخیصی از DSM-5 به اینجا منتقل شده‌اند. م.

دینانو، و کمل، ۲۰۱۱). زمانی که ساختارهای مغزی بازدارنده تیک‌ها رشد می‌کنند، این اختلال ممکن است در بزرگسالی خود به خود برطرف شود. کودکان مبتلا به اختلال توره می‌توانند از مداخله‌های آموزشی که عزت نفس کودک را تقویت می‌کنند و مشاوره حمایتی فراهم می‌آورند بهره‌مند شوند. با این حال، اگر تیک‌ها عذاب‌آور باشند و به فرد صدمه وارد کنند (مانند خراشیدن)، و موجب ناتوانی قابل ملاحظه شوند، متخصصان بالینی باید به صورت منظم‌تر مداخله کنند. این افراد می‌توانند از نوعی درمان شناختی-رفتاری که از وارونه کردن پاسخ استفاده می‌کند، بهره‌مند شوند. در این روش، درمانگر به درمانجویان نظارت کردن بر تیک‌ها و احساساتی که قبل از آنها واقع می‌شوند و پاسخ دادن به آنها با رفتار ارادی که از لحاظ جسمانی با تیک‌ها ناسازگار است، آموزش می‌دهد. با این حال، امکان دارد فرد به درمان شناختی-رفتاری که می‌تواند وقت‌گیر و اثبات‌نشده باشد، دسترسی نداشته باشد. بنابراین، متخصص بالینی ممکن است درمانجو را تحت درمان دارویی قرار دهد که می‌تواند SSRI ها، داروهای ضد روان‌پریشی نامتعارف، و در موارد شدید، تحریک عمیق مغز را در برگیرند. با این حال، هریک از این روش‌ها مخاطراتی به همراه دارند. تنها داروها برای اختلال توره که وزارت غذا و دارو تأیید کرده است، داروهای ضد روان‌پریشی کلامیک هالوپریدول^۱ و پیموزاید^۲ هستند که گیرنده‌های دوپامین D2 را مسدود می‌کنند (کورلان، ۲۰۱۰).

اختلال حرکت قالبی

کودکان مبتلا به اختلال حرکت قالبی^۳ رفتارهای تکراری، ظاهراً برانگیخته شده، مانند دست تکان دادن، تکان دادن بدن، سرکوبش، گازگرفتن خود، و ضربه زدن به بدن خودشان را انجام می‌دهند. این رفتارها می‌توانند در عملکرد عادی آنها اختلال ایجاد کنند و موجب صدمه جسمانی شوند. بالغ بر ۶۰ درصد کودکان ۲ تا ۵ ساله به این رفتارهای تکراری می‌پردازند. بنابراین، آنها خیلی رایج هستند، اما فقط زمانی مورد تشخیص قرار می‌گیرند که اختلال قابل ملاحظه‌ای ایجاد کنند. خرده گروهی از کودکان به احتمال زیاد به اختلالات حرکت قالبی دچار

می‌شوند، که از جمله آنها کودکانی هستند که نابینا بوده و آنهایی که تأخیرهای رشد دارند. چون رفتارهای تکراری ممکن است خیلی شایع بوده و هدف رشدی داشته باشند، ممکن است کودک به مداخله نیاز نداشته باشد. برای کودکانی که واقعاً معیوب هستند، یا به خاطر رفتارشان در معرض خطر صدمه جدی قرار دارند، به نظر می‌رسد که تغییر رفتار مؤثرترین روش برای کمک کردن به آنها باشد تا انجام دادن چنین رفتاری را متوقف کنند. با این حال، اگر این رفتار به صدمه جسمانی منجر نشود، کودکان می‌توانند از یادگیری متوقف کردن چنین رفتاری به صورت علنی (مثلاً در کلاس) بهره‌مند شوند، حتی اگر در خلوت به انجام دادن این رفتار ادامه دهند (فریمن، سلطانی فر، و یاتر، ۲۰۱۰).

ملاک‌های تشخیصی DSM-5 برای اختلال حرکت قالبی^۱

- A. رفتار حرکتی تکراری، ظاهراً برنامه‌ریخته شده، و به ظاهر بی‌هدف (مثل تکان دادن سر یا دست، تکان دادن بدن، سرگوش، گازگرفتن 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 وسواس فکری، اختلال وسواس فکری - عملی) بهتر توجیه نمی‌شود.

۶۵ اختلالات عصبی - رشدی: دیدگاه زیستی - روانی - اجتماعی

اختلالاتی که در این فصل به آنها پرداختیم، به درجات مختلف، دامنه‌ای از اختلالات را شامل می‌شوند که ترکیب تأثیرات زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی - فرهنگی را منعکس می‌کنند. تأثیرات ژنتیکی بر تعدادی از این اختلالات، آشکار هستند، اما با این حال، تعامل با زمینه اجتماعی نقش مهمی را ایفا می‌کند. به علاوه، چون این اختلالات در اوایل زندگی شروع می‌شوند، امکان دارد که تأثیرات روانی عمیق بر زندگی فرد داشته باشند. با توجه به اهمیت تجربیات اولیه به عنوان مشارکت‌کنندگان در پیامدهای روان‌شناختی، عوامل خانوادگی نیز نقش مهمی را ایفا می‌کنند.

۱. نویسندگان ملاک‌های تشخیصی اختلال حرکت قالبی را منظور نکرده‌اند، بنابراین ملاک‌های تشخیصی از DSM-5 به این شکل شده‌اند: م.

دوست به همان صورتی که این اختلالات تأثیرات متعدد را منعکس می‌کنند، درمان‌ها نیز چنین هستند. متخصصان بالینی هنگام ارزیابی دادن مداخله‌ها برای کودکان، به‌طور موجهی در مورد مصرف داروها نگران هستند، به نظر می‌رسد که درمان بر طبق دیدگاه رفتاری چند امتیاز داشته باشد، زیرا نشانه‌های آنها ممکن است خیلی پذیرای درمان‌هایی باشند که بر اصول تقویت تمرکز می‌کنند.

رشد علاقه زیاد به اختلالاتی که کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهند در چند دهه گذشته، به معنی آن است که در مورد علت‌ها و مداخله‌ها، اطلاعات خیلی بیشتری حتی از چند سال گذشته وجود دارد. گرچه مداخله‌ها می‌توانند برای افراد در هر سنی مؤثر باشند، اما در صورتی که هدف قرار دادن هرچه زودتر کودکان ممکن باشد، می‌تواند به افراد کمک کند به پیامدهای مطلوبی برسند که در چند دهه بعد، زندگی آنها را تحت تأثیر قرار دهند.

برگشت به مورد: جیسون نیومن

جیسون مصرف داروی محرک را شروع کرده بود و پدر و مادر و خانم بران استین متوجه بهبودی در توانایی توجه کردن و آرام نشستن او برای مدت زمان طولانی‌تر شدند. گرچه جیسون همچنان احساس بی‌قراری می‌کرد، اما کار رفتاری وی با درمانگر در کلینیک به او کمک کرد رفتار اخلاک‌گش در مدرسه کاهش یابد. درمانگر برای به وجود آوردن یک سیستم پاداش و تنبیه برای رفتار جیسون، با پم و جان نیز کار کرد. پم و جان هر دو قهقهه‌ها به علت نظر متفاوتی که در مورد چگونگی رفتار کردن با جیسون دارند، پیام‌های تقویت متضادی می‌فرستادند. برای اینکه آنها در مورد نحوه تنبیه کردن و پاداش دادن به جیسون هم عقیده باشند، یک سیستم تقویت را به وجود آوردند و آن را با جیسون در میان گذاشتند تا او بهتر بداند که چه چیزی بدر رفتاری محسوب می‌شود. جیسون بعد از چند ماه مصرف دارو و درمان و بهبود توانایی والدین در انضباط کردن او، وقتی در مدرسه بود کمتر بیش فعال بود و نمرات او بهتر شدند. جیسون با همکلاسی‌های خود بهتر کنار می‌آمد و به تیم بسکتبال پیوست که به او امکان داد دوست پیدا کرده و انرژی خود را به صورت مناسب هدایت کند.

گزارش‌های دکتر توبین: متمایز کردن بیش‌فعالی عادی در کودکان خردسال از نوع شدیدتر که بر ADHD دلالت دارد، دشوار است. دکتر بران استین هنگام تشخیص دادن جیسون، بر مبنای توصیف رفتار او ظرف چند سال توسط پم، این نکته را با دقت در نظر داشت. معلوم بود که مشکلات رفتاری جیسون توانایی او را در هدایت کردن دوران کودکی عادی و درس خواندن شدیداً مختل کرده بودند. مخصوصاً جیسون در مقایسه با برادرش نیکولاس، با نشانه‌هایی

خلا

•

می

می

• ناتوانی

می

دان،

ساکس

• مخاطرات

هستند

و عقوبت

مدت ح

• افراد مبتلا

همانگی

• مؤلفان 5-1

رایج کودکی

رفتار اجتماع

دهند. قالبیت

مجزا در نظر

مانند انتر

فصل ششم

اختلالات اضطرابی ،

وسواس فکری _

عملی ، و مرتبط با

آسیب

ویژگی توصیف‌کننده اختلالات اضطرابی^۱ تجربه مزمن و شدید احساس اضطراب است. افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی تجربه می‌کنند، باعث می‌شود که آنها مشکل عملکرد زیادی می‌شوند، که پاسخ هیجانی به تهدید واقعی یا قریب‌الوقوع است. افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی غیر از داشتن احساس‌های ناخوشایند در ارتباط با اضطراب، برای اجتناب از امکان دارد آنها در انجام دادن مشاغل خود، لذت بردن از فعالیت‌های اوقات فراغت، یا شرکت کردن در فعالیت‌های اجتماعی با دوستان و خانواده خود مشکل داشته باشند.

اختلالات اضطراب به استثنای اختلالات مصرف مواد، شایع‌ترین اختلال روانی هستند. آنها شیوع طول عمر ۲۸/۸ درصد و شیوع ۱۲ ماهه ۱۸/۱ درصد دارند. از کل موارد شیوع ۱۲ ماهه، تقریباً ۲۳ درصد با عنوان شدید طبقه‌بندی شده‌اند. درصد افرادی که از شیوع تمام اختلالات اضطرابی در طول عمر خبر می‌دهند، بین ۳۰ تا ۴۴ سالگی به اوج می‌رسد و در افراد ۶۰ ساله و بالاتر به ۱۵/۳ درصد تنزل می‌یابد (کسلر، چنیو، دلمر، مریکانگاس، و والترز، ۲۰۰۵) (شکل ۶-۱).

اختلال اضطراب جدایی

کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی^۲ در مورد جدایی از خانه یا مراقبت‌کنندگان، اضطراب شدید و نامناسب دارند. کودکان مراحل رشدی را پشت سر می‌گذارند که خیلی از آنها در این مراحل، هنگام جدا شدن از مراقبت‌کنندگان خود مضطرب و سراسیمه می‌شوند. اما در اختلال اضطراب جدایی، این هیجانات به مدت طولانی‌تر از آنچه متناسب با سن باشد، ادامه می‌یابند. نشانه‌های اختلال اضطراب جدایی کلاً بر ناراحتی هیجانی که موقعیت‌هایی را شامل می‌شود که در آنها از مراقبت‌کنندگان خود جدا می‌شوند، استوارند. حتی تصور جدایی موجب اضطراب شدید می‌شود. کودکان مبتلا به این اختلال در موقعیت‌هایی که از شخصیت‌های دلبسته خود جدا خواهند شد، اجتناب می‌کنند. آنها قبل از موقعیت‌های روزمره، مانند زمانی که

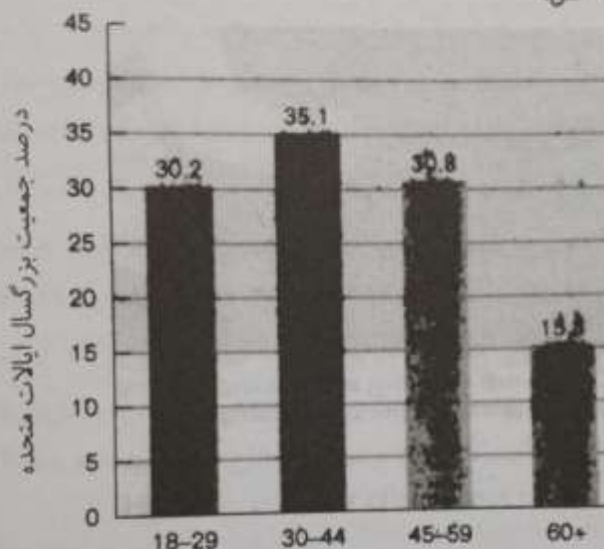
1. anxiety disorders

2. separation anxiety

شکل ۶-۱ آمار جمعیت‌شناسی شیوع اختلالات اضطرابی در طول عمر

آمار جمعیت‌شناسی (برای شیوع در طول عمر)

- جنسیت: زنان ۶۰ درصد بیشتر از مردان احتمال دارد که در طول عمر خود به اختلال اضطرابی دچار شوند.
- نژاد: سیاه‌پوستان غیراسپانیایی ۲۰ درصد کمتر، و اسپانیایی‌ها ۳۰ درصد کمتر از سفیدپوستان غیراسپانیایی احتمال دارد که در طول عمر خود به اختلال اضطرابی دچار شوند.
- سن:



مراقبت‌کننده آنها برای رفتن به محل کار خانه را ترک می‌کند، یا حتی قبل از به خواب رفتن هنگام شب، بی‌جهت ناراحت می‌شوند. امکان دارد آنها اصرار ورزند که والد کنار آنها بماند تا به خواب روند یا تمنا کنند در تخت والدین بخوابند، که علت آن کابوس‌هایی است که جدایی را شامل می‌شوند. ممکن است برخی از این کودکان از خوابیدن هنگام شب در خانه دوست یا رفتن به اردو یا مدرسه، امتناع کنند. وقتی آنها جدا می‌شوند، می‌ترسند اتفاق وحشتناکی برای والدین آنها یا خودشان روی دهد. افکار ترسناک آنها می‌تواند شدید باشند، مثلاً تصور کنند اگر جدا شوند، مورد آدم‌ربایی قرار خواهند گرفت. آنها برای اجتناب از جدایی، از نشانه‌های جسمانی مانند دل درد شکایت می‌کنند که مراقبت‌کننده را ملزم می‌دارد کنار آنها بماند. وقتی آنها با شخصیت دلبسته نیستند، هراسناک، تیره بخت، دلنگ، غمگین، و از لحاظ اجتماعی کناره‌گیر می‌شوند. آنها همچنین پرتوقع، مزاحم، و نیازمند توجه مداوم هستند. گاهی آنها به قدری به والد می‌چسبند که اجازه نمی‌دهند او از جلوی چشم آنها دور شود.

۸. ترس یا اضطراب نامتناسب با رشد و بیش از اندازه درباره جدایی از کسانی که فرد به آنها دلبسته است، به صورتی که توسط حداقل سه مورد زیر مشخص می‌شود:
 ۱. ناراحتی بیش از حد مکرر هنگام پیش‌بینی یا تجربه کردن جدایی از خانه یا از اشخاص دلبسته اصلی.
 ۲. نگرانی مداوم و بیش از حد در مورد دادن اشخاص دلبسته اصلی یا درباره وارد شدن صدمه احتمالی به آنها، مانند بیماری، جراحت، یلایا، یا مرگ.
 ۳. نگرانی مداوم و بیش از حد در مورد واقعه ناگوار (مثل گم شدن، مورد آدم‌ربایی قرار گرفتن، تصادف کردن، مریض شدن) که موجب جدایی از شخص دلبسته اصلی شود.
 ۴. انکار 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.
 ۵. ترس یا بی‌میلی مداوم و بیش از حد در مورد تنها یا بدون اشخاص دلبسته اصلی بودن در خانه یا محیط‌های دیگر.
 ۶. بی‌میلی یا امتناع مداوم در خوابیدن دور از خانه یا به خواب رفتن بدون نزدیک بودن به شخص دلبسته اصلی.
 ۷. کابوس‌های مکرر که موضوعات جدایی را در بر دارند.
 ۸. شکایت‌های مکرر نشانه‌های جسمانی (مثل سردرد، دل درد، تهوع، استفراغ) وقتی جدایی از اشخاص دلبسته اصلی روی می‌دهد یا انتظار می‌رود.
- B. این ترس، اضطراب، یا اجتناب مداوم است، حداقل ۴ هفته در کودکان و نوجوانان و معمولاً ۶ ماه یا بیشتر در بزرگسالان ادامه می‌یابد.
- C. این اختلال، ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، تحصیلی، شغلی، یا زمینه‌های 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 روان‌پریشی؛ امتناع از بیرون رفتن بدون همراه قابل اعتماد در آگورافوبی؛ نگرانی‌ها درباره بیماری یا صدمه دیگر که برای افراد مهم دیگر روی دهند در اختلال اضطراب فراگیر؛ یا نگرانی‌ها درباره مبتلا بودن به یک بیماری در اختلال اضطراب بیماری.

متخصصان همه گیرشناسی برآورد می‌کنند که ۴/۱ درصد کودکان اختلال اضطراب جدایی قابل تشخیص دارند و این اختلال در تقریباً یک سوم آنها تا بزرگسالی ادامه می‌یابد (شیر، جین، روسو، والترز، و کسلر، ۲۰۰۶). افراد مبتلا به اختلال اضطراب جدایی همچنین بعدها بیشتر در

(روسیو، والترز، و کسلر، ۲۰۰۶). افراد مبتلا به اختلال اضطراب جدایی همچنین بعدها بیشتر در

معرض خطر مبتلا شدن به اختلالات اضطرابی و خلقی دیگر، مانند اختلال وحشتزدگی قرار دارند (بیدرمن و همکاران، ۲۰۰۵).

به نظر می‌رسد که نشانه‌های اختلال اضطراب جدایی بسته به سن فرد تفاوت دارند. کودکان در دافنه سنی ۵ تا ۸ سال علایم بیشتری از کودکان ۹ تا ۱۲ سال نشان می‌دهند. کودکان خردسال می‌گویند کابوس‌های بیشتر و ناراحتی بیش از حد در اثر جدایی دارند. نوجوانان به احتمال بیشتری از نشانه‌های جسمانی خبر می‌دهند که اجازه رفتن به مدرسه را نمی‌دهند. برخی تحقیقات تفاوت‌های جنسی را بیان می‌دارند، به طوری که دخترها از فراوانی بیشتر نشانه‌های اضطراب جدایی خبر می‌دهند، در حالی که تحقیقات دیگر الگوی برابر نشانه‌های اضطراب جدایی را نشان می‌دهند. والدین نشانه‌های کودک را به صورت متفاوت با خود او گزارش می‌دهند. متخصصان بالینی به احتمال زیاد زمانی کودکان را مبتلا به این اختلال تشخیص می‌دهند که والدین نشانه‌های آنها را گزارش دهند. با این حال، والدین و کودکان دیدگاه‌های متفاوتی را در مورد نشانه‌ها در اختیار می‌گذارند. والدین به احتمال بیشتری می‌گویند که کودک نشانه‌های اختلال را آشکار می‌سازد، بدین معنی که کودک به احتمال بیشتری مورد تشخیص قرار می‌گیرد. کودکان به احتمال زیاد ناراحتی درونی را که احساس می‌کنند، گزارش می‌دهند. این تفاوت‌ها در دیدگاه، به معنی آن است که متخصصان بالینی هنگام ارزیابی وجود این اختلال در کودک، باید هر دو دیدگاه کودکان و مراقبت‌کنندگان را در نظر بگیرند (آلن، لاولی، هرن، روحه، و اشنایدر، ۲۰۱۰).

نظریه‌ها و درمان اختلال اضطراب جدایی مدل زیستی-روانی-اجتماعی برای شناختن اختلال اضطراب جدایی خیلی مناسب به نظر می‌رسد. ظاهراً مؤلفه رفتاری نیرومندی وجود دارد که بررسی‌های انجام شده روی اطلاعاتی که از دوقلوها به دست آمده، آن را نشان می‌دهند (الی، ریچدیک، پرین، اوکانور و بولتون، ۲۰۰۸). با این حال، عوامل محیطی مهمی به ایجاد این اختلال کمک می‌کنند.

کودکان همچنین امکان دارد در پاسخ به فجایع طبیعی یا فجایی که انسان موجب آنها می‌شود دچار اضطراب جدایی شوند. بعد از حملات تروریستی ۱۱ سپتامبر، برآورد شده که تقریباً ۱۳ درصد کودکان دبستانی نیویورک سیتی تشخیص احتمالی اختلال اضطراب جدایی دارند (هوون و همکاران، ۲۰۰۵). احتمال دارد تفاوت‌های خلق و خو که در زیست‌شناسی



کودکان مبتلا به
اختلال اضطراب
جدایی وقتی از
مراقبت کنندگان
اصلی خود جدا
هستند، احساس
ساراحتی شدید
می کنند.

ریشه دارند، باعث شوند که برخی کودکان در این نوع موقعیت‌ها واکنش‌پذیری بیشتری نشان دهند. از دیدگاه روان‌پویشی و سیستم‌های خانواده، اختلالات اضطرابی کودکی حاصل یاد گرفتن شیوه غلبه کردن بر تکالیف عادی رشد در جدا شدن از والدین هستند.

اکثر کودکانی که مبتلا به اختلال اضطراب جدایی تشخیص داده شده‌اند ظرف مدت کوتاه ۱۸ ماه، کاملاً بدون نشانه هستند (فولی، پیکلس، میس، سیلبرگ و ایوس، ۲۰۰۴). با این حال، تکلیف اصلی متخصصان بالینی در مورد آنهایی که به درمان نیاز دارند، این است که به کودک کمک کنند بر موقعیت‌های اضطراب‌آور، کنترل کسب کنند. فنون رفتاری که متخصصان بالینی برای درمان کردن ترس‌ها و اضطراب‌ها در کودکان به کار می‌برند، حساسیت‌زدایی منظم، مواجهه طولانی، و سرمشق‌گیری را شامل می‌شوند. مدیریت وابستگی و مدیریت شخصی نیز در آموزش دادن به کودکان برای واکنش نشان دادن مثبت‌تر و شایسته‌تر به موقعیت ترس برانگیز نیز مفید هستند. متخصصان بالینی می‌توانند فنون رفتاری را به صورت تکی یا ترکیبی اجرا کنند. برای مثال، کودکی مبتلا به اختلال اضطراب جدایی می‌تواند روش‌های آرمیدگی را همراه با راهبردهای شناختی برای فکر کردن مثبت‌تر به جدایی یاد بگیرد (جوربرگز و لدلی، ۲۰۰۵).

به نظر می‌رسد که درمان شناختی-رفتاری (CBT) نویدبخش‌ترین درمان برای کودکان مبتلا

به این اختلال است. پژوهشگرانی که در مورد اثربخشی این روش تحقیق کرده‌اند، نوعی درمان شناختی-رفتاری را به وجود آورده‌اند که متخصصان بالینی می‌توانند آن را به صورت فشرده و کوتاه‌مدت اجرا کنند، به طوری که کودکان مجبور نباشند خود را به چند هفته یا چند ماه برای درمان موظف سازند. در یک نوع از درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت، دختران مبتلا به اختلال اضطراب جدایی در یک اردوی یک هفته‌ای شرکت کردند و تحت درمان شناختی-رفتاری فشرده در موقعیت گروهی قرار گرفتند (سانتوچی، ارنریش، تروسپر، بنت و پینکاس، ۲۰۰۹).

لالی انتخابی

امتناع از صحبت کردن در موقعیت‌های خاص، ویژگی اصلی لالی انتخابی^۱ 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. برآوردهای شیوع این اختلال ۲/۵ تا ۲ درصد است و بین ۳ تا ۶ سالگی شروع می‌شود و فراوانی آن در پسرها و دخترها برابر است (کرنی و وچیو، ۲۰۰۷). با توجه به اینکه کودکان معمولاً لالی انتخابی را در مدرسه و نه در خانه نشان می‌دهند، اضطراب می‌تواند علت آن باشد (شریور، سگول و گورتمارکر، ۲۰۱۱).

روش‌های رفتاری با استفاده از شکل‌دهی و مواجهه برای درمان کردن کودکان مبتلا به لالی انتخابی خیلی مناسب به نظر می‌رسند. متخصص بالینی سلسله‌مراتبی از پاسخ‌های مطلوب تهیه می‌کند و با تقویت کردن کودک برای هرگونه سخن گفتن شروع می‌نماید، و بعد کلمات و جملات بیشتری را مطالبه می‌کند، و از خانه به کلینیک و سرانجام به مدرسه پیش روی می‌کند. در روش رفتاری دیگری از مدیریت وابستگی استفاده می‌شود که به موجب آن کودکان در صورت انجام دادن رفتار مطلوب سخن گفتن، پاداش‌های مطلوبی را دریافت می‌کنند. مدیریت وابستگی برای استفاده در خانه توسط والدین خیلی مناسب به نظر می‌رسد. از این دو روش، وابستگی در خانه، ضمیمه مهمی است (وچیو و کرنی، ۲۰۰۹).

۸. ناتوانی مداوم صحبت کردن در موقعیت‌های اجتماعی که انتظار صحبت کردن در آنها می‌رود (مثلاً در مدرسه، با وجود صحبت کردن در موقعیت‌های دیگر).
۹. این اختلال، پیشرفت تحصیلی یا شغلی یا ارتباط اجتماعی را مختل می‌کند.
۱۰. ناتوانی صحبت کردن ناشی از آگاه نبودن از زبان گفتاری لازم در موقعیت اجتماعی یا احساس راجنی نکردن از آن نیست.
۱۱. این اختلال با اختلال ارتباط (مثل اختلال فصاحت یا شروع کودکی) بهتر توجیه نمی‌شود و منحصرآ در طول دوره اختلال طیف اوتیسم، اسکیزوفرنی، یا اختلال روان‌پریشی دیگر روی نمی‌دهد.

لای‌های خاص



فوبی^۲ ترس غیرمنطقی در ارتباط با شیء یا موقعیت خاصی است. خیلی نرادر از چیزهای رایجی مانند عکبوت‌ها یا ارتفاعات می‌ترسند. اما در فوبی خاص^۳ ترس یا اضطراب، محسوس و شدید است. افراد مبتلا به فوبی خاص برای اجتناب کردن از شیء یا موقعیتی که هدف ترس آنهاست،

◀ یک فوبی رایج، ترس بیش از اندازه از عکبوت‌ها است. زحمت زیادی به خود می‌دهند. اگر آنها نتوانند اجتناب کنند، آن موقعیت را با اضطراب و ناراحتی زیاد تحمل می‌کنند. فوبی خاص، همچون تمام اختلالات اضطرابی، ناراحتی قابل ملاحظه‌ای را شامل می‌شود. به علاوه، این اختلال زودگذر نیست، بلکه باید حداقل به مدت شش ماه ادامه داشته باشد تا تشخیص را موجه سازد.

تقریباً هر چیز یا موقعیتی می‌تواند هدف فوبی را تشکیل دهد. افراد می‌توانند برای هر چیزی، از رانندگی گرفته تا آمپول‌ها، فوبی داشته باشند. چهار طبقه فوبی‌های خاص عبارتند از حیوانات، محیط طبیعی (توفان‌ها، ارتفاعات، آتش)، خون - جراحی - تزریق (دیدن خون،

۱. نویسندگان، ملاک‌های لالی انتخابی را منظور نکرده‌اند. بنابراین، ملاک‌ها از DSM-5 به اینجا منتقل شده‌اند. م.

2. phobia

3. specific phobia

ملاک‌های تشخیصی DSM-5 برای فوبی خاص^۱

- 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 یا اضطراب ممکن است با گریه، قشقرق‌ها، میخکوب شدن، یا جسییدن ابراز شود.
- B. موضوع یا موقعیت فوبیک تقریباً همیشه ترس یا اضطراب فوری را تحریک می‌کند.
- C. از موضوع یا موقعیت فوبیک به‌طور 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 می‌یابد.
- F. این ترس، اضطراب، یا اجتناب ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد ایجاد می‌کند.
- G. این اختلال با نشانه‌های اختلال روانی دیگر، از جمله ترس، اضطراب، و اجتناب از موقعیت‌های مرتبط با نشانه‌های شبه‌وحشتزدگی یا نشانه‌های ناتوان‌کننده دیگر (مثلاً در آگورافوبی)، موضوعات یا موقعیت‌های مرتبط با وسواس فکری (مثلاً در اختلال وسواس فکری - عملی)، یادآورهای وقایع آسیب‌زا (مثلاً در اختلال استرس پس از آسیب)، جدایی از خانه یا اشخاص دلبسته (مثلاً در اختلال اضطراب جدایی)، یا موقعیت‌های اجتماعی (مثلاً در اختلال اضطراب اجتماعی)، بهتر توجیه نمی‌شود.

داشتن عمل جراحی عمیق، و پرداختن به فعالیت‌هایی در موقعیت‌های خاص (رانندگی، پرواز، بودن در مکان بسته)، پنجمین طبقه فوبی‌های خاص انواع گوناگون محرک‌ها یا موقعیت‌ها نظیر ترس کودک از دلقک‌ها یا ترس بزرگسال از مبتلا شدن به بیماری خاص را شامل می‌شود.

در مجموع، شیوع فوبی خاص در طول عمر ۱۲/۵ درصد است (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵). بالاترین میزان شیوع فوبی‌های خاص در طول عمر، ترس از موقعیت‌های طبیعی، مخصوصاً ارتفاعات را شامل می‌شود که بین ۳/۱ تا ۵/۳ درصد برآورد شده است. میزان شیوع فوبی حیوان ۳/۳ تا ۷ درصد است، اینکه اینها دو نوع از شایع‌ترین فوبی‌های خاص هستند به این واقعیت اشاره دارد که در بین افراد مبتلا به هر نوع فوبی خاص، ۵۰ درصد ترس از حیوانات یا ترس از ارتفاعات دارند (لی بیو و همکاران، ۲۰۱۰).

نظریه‌ها و درمان فوبی‌های خاص

به‌طوری که شاهد بودید، انواع مختلف فوبی‌های خاص

۱. نویسندگان، ملاک‌های تشخیصی فوبی خاص را منظور نکرده‌اند، بنابراین، این ملاک‌ها از DSM-5 به اینجا منتقل شده است. م.

وجود دارد که از متداول تا مبهم گسترش دارند. با این حال، این واقعیت که آنها با هم دسته‌بندی شده‌اند حکایت دارد که موضوع یا عنصر مشترکی زیربنای علت و احتمالاً درمان آنها را تشکیل می‌دهد. همان‌گونه که در مورد اختلال وحشتزدگی صدق می‌کند، توجیهات اصلی برای فوبی‌های خاص بر دیدگاه‌های زیستی و روان‌شناختی متکی هستند. با این حال، وجود فوبی خاص در فرد، همانند اختلال وحشتزدگی، می‌تواند بر کسانی که به آن فرد نزدیک هستند تأثیر قابل ملاحظه‌ای بگذارد. در نتیجه، گاهی درمان، همسران و اعضای خانواده را در بر می‌گیرد. پژوهشگران در چارچوب دیدگاه زیستی، معتقدند که اضطراب مرتبط با فوبی‌های خاص ممکن است با نابهنجاری‌هایی در قشر جزیره‌ای قدامی^۱ ارتباط داشته باشد (روسو و همکاران، ۲۰۱۰). این منطقه از مغز بین قطعه‌های گیجگاهی و پیشانی مرتبط با هیجان و خودآگاهی قرار دارد. جالب اینکه، به نظر می‌رسد فوبی‌های خاص مختلف، الگوهای برانگیختگی مغزی متفاوتی را نشان می‌دهند (لوکن و همکاران، ۲۰۱۱).

درمان فوبی‌های خاص از دیدگاه زیستی، بر مدیریت نشانه تمرکز دارد. همچون اختلال وحشتزدگی، متخصصان بالینی داروهای ضد اضطراب نظیر بنزودیازپین‌ها^۲ را تجویز خواهند کرد. اما برخلاف اختلال وحشتزدگی، فوبی‌های خاص از نظر ماهیت محدودتر هستند و از موقعیت‌ها عموماً راحت‌تر 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 شرطی‌سازی تأکید دارد که در صورتی روی می‌دهد که فرد یاد گرفته باشد احساس‌های جسمانی ناخوشایند را با نوع خاصی از محرک یا موقعیت تداعی کرده باشد. رفتارگرایان فرض می‌کنند که ممکن است داشتن چنین واکنش‌هایی ارزش انطباقی داشته باشد، زیرا این موقعیت‌ها، مانند روبرو شدن با مار خطرناک، واقعاً همان‌هایی هستند که باید از آنها اجتناب کرد با این حال، ماهیت ناسازگارانه (غیرانطباقی) این نشانه‌ها در صورتی شکل می‌گیرد که افراد این واکنش را به تمام محرک‌ها در آن طبقه، از جمله محرک‌های بی‌ضرر، تعمیم دهند. فوبی‌های خاص ممکن است جنبه‌های رشدی نیز داشته باشند. کودکان خردسال از چیزها یا موقعیت‌هایی که بتوانند ببینند می‌ترسند؛ وقتی آنها بزرگتر می‌شوند، این

چیزها انتزاعی‌تر می‌شوند (مثل «لؤلؤ» (دیویس و اولندیک، ۲۰۱۱). در انتهای دیگر طیف سنی، بزرگسالان مبتلا به فوبی‌های خاص ممکن است نشانه‌ها را گزارش ندهند، بلکه در عوض اضطراب خود را اشتباهاً به بیماری جسمانی نسبت دهند (کوئلو و همکاران، ۲۰۱۰). بر طبق دیدگاه شناختی-رفتاری، افراد مبتلا به فوبی‌های خاص «سیستم‌های هشدار» بیش از حد واکنش‌پذیر به خطر دارند، و چون محرک‌ها را سوءتعبیر می‌کنند، چیزها را به صورت خطرناک درک می‌کنند. برای مثال، درک اشتباه چیز یا موقعیتی به صورت کنترل ناپذیر، پیش‌بینی ناپذیر، خطرناک، یا منجرکننده، با احساس‌های آسیب‌پذیری همبستگی دارد. این انتساب‌ها ممکن است فوبی رایج عنکبوت‌ها را توجیه کنند، حشره‌ای که افراد برداشت‌های اشتباه و نگرانی‌های زیادی درباره آن دارند. در مقابل، در فوبی خون-تزریق-جراحی، ترس و نفرت از آلودگی نقش اصلی را دارند (دی‌یانگ و پیترز، ۲۰۰۷). افراد مبتلا به فوبی‌ها همچنین گرایش دارند بعد از مواجهه با محرکی که از آن می‌ترسند، احتمال پیامد خطرناک را بیش از حد برآورد کنند (دی‌یانگ و مرکل باخ، ۲۰۰۰).

مورد کوتاه

فوبی خاص، محیط طبیعی

هربرت، وکیل ۳۲ ساله‌ای است که برای ترس غیرمنطقی از توفان‌های تندری جویای درمان است. او از ۲ سالگی این فوبی را داشته و در طول زندگی خود راهبردهای مختلفی را برای مقابله با آن پرورش داده است. هر وقت که امکان داشته باشد، او زمانی که توفان، پیش‌بینی شده باشد، از بیرون رفتن خودداری می‌کند. او نه تنها در ساختمان می‌ماند، بلکه با اتاق بدون پنجره که هیچ وسیله برقی در آن نباشد می‌رود. وقتی مسئولیت کاری هربرت بیشتر شد، دریافت که دیگر نمی‌تواند به علت ترس خود که می‌داند نامعقول است، وقت را از دست بدهد.

حساسیت‌زدایی منظم، روش رفتاری مؤثری برای درمان کردن فوبی خاص است؛ در این روش درمانجو یاد می‌گیرد از طریق یک رشته مراحل تدریجی، آرمیدگی را جایگزین ترس کند. این عقیده که درمانجویان یاد می‌گیرند پاسخ انطباقی (آرمیدگی) را جایگزین پاسخ غیرانطباقی (ترس یا اضطراب) کنند، مبنایی را برای چهار نوع درمان رفتاری تشکیل می‌دهد که درمان مواجهه‌سازی را شامل می‌شود (جدول ۶-۱ را ببینید).

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

در روش رفتاری غرقه سازی^۱ درمانجو به جای اینکه به تدریج با موقعیتی که از آن می ترسد با موقعیتی که از آن می ترسد را شامل می شود. غرقه سازی واقعی^۲ مواجه کردن درمانجو با موقعیتی که ایجاد ترس می کند ببرد، مانند بالای یک ساختمان بلند برای درمانجویی که از ارتفاعات می ترسد. نوعی از غرقه سازی، غرقه سازی تجسمی^۳ است که در آن، متخصص بالینی درمانجو را به صورت مجازی با موقعیتی که از آن می ترسد مواجه می سازد. گرچه تحقیقات کنترل شده بیشتری ضرورت دارد، اما چند پژوهشگر یافته های نویدبخشی را در مورد توانایی درمان مواجهه سازی واقعیت مجازی برای کاهش دادن نشانه ها گزارش می دهند (پارسونز و ریزو، ۲۰۰۸).

غرقه سازی واقعی احتمالاً از همه درمان هایی که شرح داده شدند استرس بیشتری ایجاد می کند و بنابراین، میزان انصراف بالایی دارد (جوی، فیرو لیپسیتز، ۲۰۰۷). روش جایگزین، غرقه سازی واقعی تدریجی است که مواجهه تدریجی با محرک هایی که به طور فزاینده ای اضطراب آور می شوند را شامل می شود. در روش مواجهه تدریجی^۴ درمانجویان ابتدا با موقعیت هایی مواجه می شوند که اضطراب کمی را ایجاد می کنند و بعد به تدریج به سمت موقعیت هایی پیش می روند که موجب اضطراب بیشتر می شوند. درمانگر اغلب سعی می کند ترغیب کننده باشد و پاسخ غیراضطرابی مطلوب را الگو قرار دهد. درمانگر هنگام درمان کردن فردی به نام تن که از مکان بسته می ترسد، می تواند با او به اتاق های کوچکتر و کوچکتر برود. وقتی تن می بیند که درمانگر هیچ علائمی از ترس نشان نمی دهد، از پاسخ او الگو می گیرد. درمانگر همچنین می تواند تن را تحسین کند و به این طریق پاسخ تازه ای را که یاد گرفته است تقویت نماید. همان گونه که در جدول ۱-۶ نشان داده شده است، درمان های رفتاری بسته به ماهیت مواجهه درمانجو با محرک فوبیک (واقعی یا خیالی) و میزان شدتی که با آن روبرو

1. flooding

2. in vivo flooding

3. imaginal flooding

4. graduated exposure

می‌شود (مواجهه ناگهانی کامل یا مواجهه به صورت مراحل تدریجی) تفاوت دارند. تقویت مثبت در تمام فنون رفتاری وجود دارد. درمانگر هم راهنما و هم منبع حمایت و تحسین برای موقعیت‌های درمانجو می‌شود. امکان دارد درمانگر وارد کردن برخی فنون از دیدگاه شناختی به درمان رفتاری را نیز مفید بداند، زیرا افکار ناسازگار اغلب بخشی از مشکلات درمانجو هستند. درمان شناختی - رفتاری به درمانجو کمک می‌کند روش‌های سازگارانه‌تر فکر کردن به موقعیت‌ها و چیزهایی را که قبلاً تهدیدکننده بودند، یاد بگیرد.

بازسازی شناختی با به چالش طلبیدن عقاید نامعقول درمانجو در مورد محرکی که از آن می‌ترسد، می‌تواند به او کمک کند این موقعیت ترسناک را به صورت منطقی‌تر در نظر بگیرد. برای مثال، امکان دارد درمانگر به ویکتور، که فوبی آسانسور دارد، نشان دهد پیامدهای فاجعه‌آمیزی که او معتقد است از سوار شدن در آسانسور ایجاد خواهند شد نامعقول و اغراق‌آمیز هستند. ویکتور 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.

در روش توقف فکر^۱ فرد یاد می‌گیرد افکار اضطراب‌آور را متوقف کند. از درمانجو در درمان انتظار می‌رود که هر وقت فکر اضطراب‌آور وجود داشت، درمانگر را با خبر کند؛ در این لحظه، درمانگر فریاد می‌زند «توقف کن!». درمانجو خارج از محیط درمان، هر بار که فکر اضطراب‌آور به ذهنش می‌رسد، به صورت ذهنی فریاد مشابهی می‌زند.

اختلال اضطراب اجتماعی

ویژگی اختلال اضطراب اجتماعی^۲ ترس یا اضطراب چشمگیر از موقعیت‌های اجتماعی است که امکان دارد فرد در آنها مورد بررسی دقیق دیگران قرار بگیرد. برخی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی فقط هنگامی که در موقعیت عملکردی قرار دارند نشانه‌های خود را تجربه می‌کنند. اما این اختلال ممکن است در افراد دیگری که در موقعیت‌های اجتماعی معمولی هستند نیز روی دهد. اصولاً، اضطرابی که فرد تجربه می‌کند، بر میل به اجتناب کردن از تحقیر یا شرمندگی تمرکز دارد. حتی عمل ساده‌ای مانند نوشیدن می‌تواند نشانه‌های ترس یا اضطراب را برانگیخته کند. DSM-5 این اختلال را در قالب اصطلاح تشخیصی تازه‌ای معرفی کرده است، اما فوبی اجتماعی را داخل پرانتز قید می‌کند تا آن را به تشخیص قبلی در DSM-IV-TR ربط دهد.

ملاک های DSM-5 برای اختلال اضطراب اجتماعی^۱

- A. ترس یا 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 تعامل های اجتماعی (مثل گفتگو داشتن، ملاقات کردن با افراد ناآشنا)، مورد مشاهده قرار گرفتن (مثل خوردن یا نوشیدن) و عمل کردن جلوی دیگران (مثل ابراز سخنرانی).
- توجه: در کودکان، اضطراب باید در موقعیت های همسالان و نه فقط هنگام تعامل با دیگران روی دهد.
- B. فرد می ترسد که طوری عمل کند یا نشانه های اضطراب بروز دهد که به صورت منفی ارزیابی شوند (یعنی بحالت آور یا تحقیرآمیز باشند؛ به طرد یا دلخوری دیگران منجر شوند).
- C. موقعیت های اجتماعی تقریباً همیشه ترس یا اضطراب را برانگیخته می کنند.
- 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 موقعیت های اجتماعی اجتناب می شود یا این موقعیت ها با ترس یا اضطراب شدید تحمل می شوند.
- E. ترس یا اضطراب با تهدید واقعی که توسط موقعیت اجتماعی ایجاد می شود 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 می کند.
- 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 توجیه نمی شود.
- J. اگر بیماری جسمانی دیگری (مثل بیماری پارکینسون، جاقی، بدشکلی ناشی از سوختگی ها یا جراحی) وجود داشته باشد، ترس، اضطراب، یا اجتناب، آشکارا نامربوط یا بیش از حد است.
- شخص کند اگر:
- لفظ عملکردی، اگر ترس به صحبت کردن یا عمل کردن در انظار محدود شده باشد.

نظریه‌ها و درمان اختلال اضطراب اجتماعی همچون اختلالات اضطرابی دیگری که قبلاً مورد بحث قرار دادیم، رویکردهای زیستی به اختلال اضطراب اجتماعی بر ناهنجاری‌هایی در مکانیزم‌های مغز که در ترس و اضطراب دخالت دارند، تمرکز می‌کنند. علاوه بر آن، تحقیقات در مورد مشارکت‌های ژنتیکی در اختلال اضطراب اجتماعی، حکایت دارند که این اختلال ممکن است تا اندازه‌ای مبنای ژنتیکی داشته باشد. پژوهشگران بین اختلال اضطراب اجتماعی و صفات کمروبی و روان‌رنجورخویی، که ممکن است تا اندازه‌ای ارثی باشند، ارتباط برقرار کرده‌اند (استین و ویتلینگام، ۲۰۰۷).

طبقات داروهایی که معلوم شده برای اختلال اضطراب اجتماعی بسیار مؤثر هستند SSRI ها و SNRI ها هستند. داروهای دیگری که برای درمان این اختلال مورد استفاده قرار می‌گیرند و ممکن است مؤثر باشند، مشکلات زیادی دارند. بنزودیازپین‌ها توان قابل ملاحظه‌ای برای سوءمصرف دارند؛ از این گذشته، ممکن است در درمانی که روش‌های روان‌شناختی مانند مواجهه با موقعیت ترسناک را شامل می‌شوند، اختلال ایجاد کنند. MAOI ها نیز که می‌توانند به نحو مؤثری نشانه‌های اضطراب اجتماعی را کنترل کنند، عوارض جانبی بالقوه خطرناکی دارند (جورستاد - استین و همبرگ، ۲۰۰۹).

مورد کوتاه

اختلال اضطراب اجتماعی، نوع فقط عملکردی

تد دانشجوی ۱۹ ساله‌ای است که می‌گوید از فکر صحبت کردن در کلاس وحشت دارد. اضطراب او درباره این موضوع به قدری شدید است که در کلاس‌های بسیار بزرگی ثبت نام کرده که بتواند در انتهای کلاس بنشیند و خود را در صندلی خم کند تا در حد امکان دیده نشود. برخی مواقع، یکی از استادان او به‌طور تصادفی دانشجویانی را برای پاسخ دادن به برخی سؤال‌ها صدا می‌کند. وقتی این اتفاق می‌افتد، تد عرق می‌کند و می‌لرزد. گاهی او با عجله از کلاس خارج می‌شود و به مدت چند ساعت به خوابگاه می‌رود تا خود را آرام کند.

غیر از مشارکت‌های ژنتیکی که ممکن است باعث شوند برخی کودکان به احتمال بیشتری دچار اختلال اضطرابی شوند، تغییراتی در کودکی و نوجوانی وجود دارند که می‌توانند خطر مبتلا شدن فرد به این اختلال را افزایش دهند. به‌خصوص، توانایی فکر کردن به اینکه چگونه



اختلال اضطراب اجتماعی با جلوگیری از پرداختن فرد به فعالیت‌های اجتماعی که می‌تواند از آنها لذت ببرد، موجب ناراحتی می‌شود.

ممکن است دیگران شما را در نظر بگیرند، توانایی‌ای که در نوجوانی ظاهر می‌شود، ممکن است با آسیب‌پذیری فیزیولوژیکی تعامل کند و به ظاهر شدن نشانه‌ها بینجامد (رابرسون-نی و براون، ۲۰۱۱).

دیدگاه شناختی-رفتاری، افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را به این صورت در نظر می‌گیرد که قادر نیستند

در مورد شیوه‌ای که دیگران آنها را برداشت می‌کنند، نظر واقع بینانه‌ای داشته باشند. همچون انواع دیگر درمان شناختی-رفتاری، متخصص بالینی سعی می‌کند افکار درمانجو را همراه با مواجهه واقعی یا خیالی، تغییر دهد. به نظر می‌رسد که تقریباً هر نوع درمان شناختی-رفتاری، از جمله درمان گروهی یا فردی، بسیار مؤثر باشد. برای درمانجویانی که به روان‌درمانی یا دارو جواب نمی‌دهند، علایم نویدبخشی در مورد منافع روش‌های دیگر، از جمله مصاحبه انگیزشی، درمان پذیرش و تعهد، و آگاهی کامل / مراقبه وجود دارد. اما درمان اختلال اضطراب اجتماعی می‌تواند بسیار دشوار باشد، زیرا درمانجویان گرایش دارند خود را از لحاظ اجتماعی منزوی کنند و بنابراین، برای مواجهه دادن خودشان با موقعیت‌های چالش‌انگیز در زندگی روزمره، فرصت‌های کمتری دارند. برخلاف افراد مبتلا به انواع دیگر اختلالات اضطرابی،

مهارت‌های 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. اما از زاویه مثبت، درمان شناختی-رفتاری روشن مؤثری است که می‌توان آن را در انواع موقعیت‌های درمان از کار بست خصوصاً گرفته تا مراکز بهداشت روانی جامعه و مشاوره اجرا کرد (جورستاد-استین و همبرگ، ۲۰۰۹).

اختلال وحشتزدگی و آگورافوبی

در DSM-IV-TR آگورافوبی^۱ تشخیص مجزا از اختلال وحشتزدگی محسوب نشده بود. DSM-5 همگام با پژوهش‌ها و با ICD، اکنون این دو اختلال را جدا می‌کند، هرچند که اگر فرد ملاک‌های هر دو اختلال را برآورده کند، هر دو تشخیص می‌توانند داده شوند. ما آنها را در یک بخش ارایه می‌دهیم، زیرا اکثر پژوهش‌ها در مورد نظریه‌ها و درمان، بر مبنای طبقه‌بندی تشخیصی DSM-IV-TR انجام شده‌اند.

اختلال وحشتزدگی افراد مبتلا به اختلال وحشتزدگی^۲ دوره‌های ناراحتی جسمانی شدید معروف به حملات وحشتزدگی^۳ را تجربه می‌کنند. فرد در مدت حملات وحشتزدگی احساس می‌کند دامنه‌ای از احساس‌های جسمانی بسیار ناخوشایند، او را از پای درآورده است. این احساس‌ها می‌توانند ناراحتی تنفسی (کمبود نفس، نفس نفس زدن، احساس خفگی)، اختلالات خودمختار (عرق کردن، ناراحتی معده، لرزیدن، تپش قلب)، و ناهنجاری‌های حسی (سرگیجه، کرختی، یا احساس مور مور) را در بر داشته باشند. افراد همچنین در مدت حمله وحشتزدگی ممکن است احساس کنند «دیوانه شده‌اند» یا کنترل خود را از دست داده‌اند. نشانه‌های حمله وحشتزدگی که عموماً گزارش می‌شوند، تپش قلب، و سرگیجه هستند (کراسک و همکاران، ۲۰۱۰).

دچار شدن به حمله وحشتزدگی گاه و بیگاه برای اینکه متخصص بالینی این تشخیص را برای درمانجو مقرر کند، کفایت نمی‌کند. حملات وحشتزدگی باید بیش از یک بار روی دهند، از این گذشته، متخصص بالینی باید شواهدی داشته باشد مبنی بر اینکه درمانجو حداقل برای مدت یک ماه، از حمله دیگری بترسد. این امکان نیز وجود دارد که متخصص بالینی بعد از اینکه ثابت

3. panic attacks

2. panic disorder

1. agoraphobia

شده باشد درمانجو برای اجتناب از حمله دیگر به رفتارهای ناسازگارانه می‌پردازد، مانند دور
ماندن عمدی از موقعیت‌هایی که ممکن است در آنها حمله وحشتزدگی دیگری روی دهد. این
تشخیص را بدهد. ترس از داشتن حمله دیگر یا اجتناب عمدی از موقعیت‌هایی که ممکن است
باعث شوند درمانجو دستخوش حمله وحشتزدگی شود، اختلال وحشتزدگی را از اختلالات
روانی دیگر که ممکن است حملات وحشتزدگی را شامل شوند، متمایز می‌کند. DSM-5
می‌کند، مانند تپش قلب، عرق کردن، لرزیدن، درد قفسه سینه، تهوع، احساس سرما، ترس از
«دیوانه شدن» و ترس از مردن، اشاره دارند.

ملاک‌های DSM-5 برای اختلال وحشتزدگی^۱

۸. حملات وحشتزدگی غیرمنتظره عودکننده. 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 نشانه‌های زیر روی
می‌دهند:

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

۱. تپش‌های قلب، کوبش قلب، یا شتاب سرعت قلب.
 ۲. عرق کردن.
 ۳. لرزیدن یا تکان خوردن.
 ۴. احساس کمبود نفس یا خفه شدن.
 ۵. احساسات خفگی.
 ۶. درد یا ناراحتی قفسه سینه.
 ۷. تهوع یا ناراحتی شکمی.
 ۸. احساس گیجی، بی‌ثباتی، منگی، یا ضعف.
 ۹. احساس سرما یا گرما.
 ۱۰. اختلالات یسواشی (احساسات کرختی یا مور مور).
 ۱۱. مسخ واقعیت (احساس عدم واقعیت) یا مسخ شخصیت (جدا بودن از خویش).
 ۱۲. احساس از دست دادن کنترل یا «دیوانه شدن».
 ۱۳. ترس از مردن.
- توجه: نشانه‌های خاص فرهنگ (مثل زنگ زدن گوش، سفتی گردن، سردرد، جیغ کشیدن یا گریه کردن غیرقابل
کنترل) ممکن است دیده شوند. چنین نشانه‌هایی نباید به عنوان یکی از چهار نشانه لازم به حساب آیند.

۱. ملاک‌های اختلال وحشتزدگی از DSM-5 به اینجا منتقل شده‌اند. م.

- B. حداقل یکی از حملات به مدت ۱ ماه (یا بیشتر) یک یا هر دو مورد زیر را در پی داشته است:
۱. نگرانی مداوم در مورد حملات وحشتزدگی دیگر یا پیامدهای آنها (مثل از دست دادن کنترل، دچار حمله قلبی شدن، «دیوانه شدن»).
 ۲. 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 موقعیت‌های ناآشنا).
- C. این اختلال ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل سوءمصرف مواد مخدر، دارو) یا بیماری جسمانی دیگر (مثل پرکاری تیروئید، اختلالات قلبی - ریوی) نیست.
- D. این اختلال با اختلال روانی دیگر بهتر توجیه نمی‌شود (مثلاً حملات وحشتزدگی فقط در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی ترسناک، نظیر آنچه در اختلال اضطراب اجتماعی مشاهده می‌شود؛ در پاسخ به موضوعات یا موقعیت‌های فوبیک محدود، نظیر آنچه در فوبی خاص دیده می‌شود؛ در پاسخ به وسوس‌های فکری، نظیر آنچه در اختلال وسوس فکری - عملی مشاهده می‌شود؛ در پاسخ به یادآورهای وقایع آسیب‌زا، نظیر آنچه در اختلال استرس پس از آسیب دیده می‌شود؛ یا در پاسخ به جدایی از اشخاص دلبسته، نظیر آنچه در اختلال اضطراب جدایی مشاهده می‌شود؛ روی نمی‌دهند).

آگورافوبی در آگورافوبی فرد ترس یا اضطراب شدیدی را احساس می‌کند که مواجهه واقعی یا پیش‌بینی 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 راه‌اندازی می‌کند. افراد مبتلا به آگورافوبی از این موقعیت‌ها به خودی خود نمی‌ترسند، بلکه از آن می‌ترسند که ممکن است در صورتی که دچار نشانه‌های شبه وحشتزدگی یا نشانه‌های خجالت‌آور یا ناتوان‌کننده دیگر شوند، نتوانند کمک بگیرند یا فرار کنند. ترس یا اضطراب آنها با خطر واقعی در چنین موقعیت‌هایی بی‌تناسب است. اگر فرد وادار شود چنین موقعیتی را تحمل کند، به شدت می‌ترسد و مضطرب می‌شود یا به وجود یک همراه نیاز دارد. این نشانه‌ها، همچون اختلالات روانی دیگر، باید در طول زمان ادامه داشته باشند (در این مورد، حداقل شش ماه)، موجب ناراحتی قابل ملاحظه شوند، و ناشی از اختلال روانی یا جسمانی دیگر نباشند.

برآورد شده است که حملات وحشتزدگی در ۲۰ درصد از نمونه‌های بزرگسال روی می‌دهند؛ شیوع اختلال وحشتزدگی در طول عمر خیلی پایین‌تر، بین ۳ تا ۵ درصد است. در تحقیقات، موقعیت‌ها، و ملاک‌های تشخیصی مختلف، تقریباً ۲۵ درصد افرادی که اختلال وحشتزدگی همراه با نشانگان آگورافوبی دارند، ملاک‌های تشخیصی برای آگورافوبی به تنهایی را برآورده می‌کنند (ویتجن، گلاستر، بیسندو - بام، فلاوا و کراسک، ۲۰۱۰).

۱. ترس یا اضطراب محسوس در مورد دو (یا تعداد بیشتری) از پنج موقعیت زیر:
 - الف. استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی (مثل اتوبوس، قطارها، کشتی‌ها، هواپیماها).
 - ب. بودن در مکان‌های باز (مثل پارکینگ‌های بی‌سقف، بازارها، پل‌ها).
 - ج. بودن در مکان‌های بسته (مثل فروشگاه‌ها، تئاترها، سینماها).
 - د. ایستادن در صف یا بودن در جمعیت.
 - ه. تنها بیرون از خانه بودن.
 ۲. فرد به علت اینکه فکر می‌کند در صورت وقوع نشانه‌های شبه وحشتزدگی یا نشانه‌های ناتوان‌کننده یا بحالت‌آور دیگر (مثل ترس از زمین خوردن در سالخوردگان، ترس از بی‌اختیاری ادرار یا مدفوع، گریختن ممکن است دشوار باشد یا امکان کمک ممکن است وجود نداشته باشد، از این موقعیت‌ها می‌ترسد یا اجتناب می‌کند.
 ۳. موقعیت‌های آگورافوبیک تقریباً همیشه ترس یا اضطراب را تحریک می‌کنند.
 ۴. از موقعیت‌های آگورافوبیک به‌طور فعال اجتناب می‌شود، این موقعیت‌ها به حضور یک همراه نیاز دارند، یا با ترس یا اضطراب شدید تحمل می‌شوند.
 ۵. ترس یا اضطراب، با خطر واقعی که توسط موقعیت‌های آگورافوبیک ایجاد می‌شوند و با موقعیت اجتماعی - فرهنگی، متناسب نیست.
 ۶. ترس، اضطراب، یا اجتناب، مداوم است، معمولاً به مدت ۶ ماه یا بیشتر ادامه می‌یابد.
 ۷. ترس، اضطراب، یا اجتناب، ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد ایجاد می‌کند.
 ۸. اگر بیماری جسمانی دیگر (مثل بیماری روده ملتهب، بیماری پارکینسون) وجود داشته باشد، ترس، اضطراب، یا اجتناب، آشکارا بیش از حد است.
 ۹. ترس، اضطراب، یا اجتناب، یا نشانه‌های اختلال روانی دیگر بهتر توجیه نمی‌شود - برای مثال، نشانه‌ها به فوبی خاص، از نوع موقعیتی، محدود نمی‌شوند؛ فقط موقعیت‌های اجتماعی (همچون در اختلال اضطراب اجتماعی)، نقایص یا عیب‌هایی در ظاهر جسمانی (همچون در اختلال بدشکلی بدن)، یادآورهای وقایع آسیب‌زا (همچون در اختلال استرس پس از آسیب)، یا ترس از جدایی (همچون در اختلال اضطراب جدایی) را شامل نمی‌شوند.
- نوجه: آگورافوبی صرف‌نظر از وجود اختلال وحشتزدگی تشخیص داده می‌شود. اگر جلوه‌ی نشانه‌ی فرد ملاک‌های اختلال وحشتزدگی و آگورافوبی را برآورده کند، هر دو تشخیص باید داده شوند.

نظریه‌ها و درمان اختلال وحشتزدگی و آگورافوبی پژوهشگرانی که در مورد مشارکت‌های

زیستی در اختلال وحشتزدگی تحقیق می‌کنند، بر نورایی نقرین، انتقال‌دهنده عصبی که در آماده کردن بدن برای واکنش نشان دادن به موقعیت‌های استرس‌زا درگیر است، تمرکز کرده‌اند. سطوح بالاتر نورایی نقرین می‌تواند باعث شوند که فرد به احتمال بیشتری دستخوش ترس، اضطراب، و وحشتزدگی شود. انتقال‌دهنده عصبی سروتونین نیز به علت نقشی که در اضطراب دارد، ممکن است در افزایش دادن احتمال دچار شدن فرد به اختلال وحشتزدگی دخالت داشته باشد (کالک، نات و لینگفورد - هاجز، ۲۰۱۱). از این گذشته، بر طبق نظریه حساسیت نسبت به اضطراب، افرادی که دچار حمله وحشتزدگی می‌شوند، نسبت به وجود دی اکسید کربن در خون، حساسیت بیشتری دارند. بنابراین، آنها به علت اینکه احساس می‌کنند خفه می‌شوند، بیشتر احتمال دارد که دچار وحشتزدگی شوند (پرزبیتز و همکاران، ۲۰۰۹).

مؤثرترین داروهای ضد اضطراب برای حمله وحشتزدگی و آگورافوبی، بنزودیازپین‌ها هستند که موجودی GABA انتقال‌دهنده عصبی بازداشتی را افزایش می‌دهند. اما چون این داروها می‌توانند باعث شوند که درمانجویان به آنها وابسته شده یا آنها را سوء مصرف کنند، متخصصان بالینی ممکن است ترجیح دهند بازدارنده‌های بازجذب گزینشی سروتونین یا نورایی نقرین (SSRIs or SNRIs) را تجویز کنند (پولاک و سیمون، ۲۰۰۹).

از دیدگاه شرطی‌سازی کلاسیک، حمله وحشتزدگی از واکنش‌های ترس شرطی ناشی می‌شود که به موجب آن، افراد احساسات جسمانی ناخوشایند را با خاطره حمله وحشتزدگی اخیر تداعی می‌کنند، که باعث می‌شود حتی قبل از اینکه تغییرات زیستی قابل ملاحظه روی داده باشند، حمله وحشتزدگی تمام‌عیار ایجاد شود. مدل شناختی - رفتاری اختلالات اضطرابی بر مبنای این عقیده، اعلام می‌دارد که افراد مبتلا به اختلال وحشتزدگی، دستخوش چرخه معیوب می‌شوند که با احساسات جسمانی ناخوشایند حمله وحشتزدگی شروع می‌شود. این احساسات به نوبه خود باعث می‌شوند که فرد احساس کند حمله وحشتزدگی غیرقابل پیش‌بینی و غیرقابل کنترل است و قادر نیست از وقوع حمله وحشتزدگی جلوگیری کند (وایت، پراون، سومرز و بارلو، ۲۰۰۶).

آموزش آرمیدگی یکی از روش‌های رفتاری است که به درمانجویان کمک می‌کند تا واکنش‌های جسمانی درگیر در حملات وحشتزدگی را کنترل کنند. بعد از آموزش، درمانجو باید بتواند هنگام روبرو شدن با موقعیتی که از آن می‌ترسد، کل بدن را شل کند. نفس نفس زدن،



در درمان آرمیدگی، بیماران روش‌های مختلفی را یاد می‌گیرند که بر تنفس و آرمیدگی تمرکز دارند تا از این راه بتوانند بر نشانه‌های فیزیولوژیکی اضطراب غلبه کنند.

نشانه رایج در حملات وحشتزدگی، گاهی با نوعی شرطی‌سازی تقابلی درمان می‌شود. در این روش، درمانجو عمداً نفس نفس می‌زند و بعد تنفس آهسته را آغاز می‌کند، پاسخی که با نفس نفس زدن ناسازگار است. درمانجو بعد از این آموزش، می‌تواند هنگام علائم اولیه نفس نفس زدن، تنفس آهسته را شروع کند. بنابراین، درمانجو یاد می‌گیرد که اعمال کنترل ارادی بر نفس نفس زدن امکان‌پذیر است. در روش معروف به درمان کنترل وحشتزدگی (PCT)^۱ درمانجو بازآموزی تنفس، آموزش روانی، و بازسازی شناختی را ترکیب می‌کند تا به افراد کمک شود علائم جسمانی مرتبط با حملات وحشتزدگی را تشخیص داده و در نهایت آنها را کنترل کنند (هافمن، ریف و اسپیگل، ۲۰۱۰).

مورد کوتاه

اختلال وحشتزدگی و آگورافوبی

فریدا پستیچی سابق ۲۸ ساله است که به علت حملات وحشتزدگی عودکننده که باعث شده‌اند از رانندگی بترسد، جویای درمان است. او از فکر اینکه در محل کار دچار حمله شود به قدری می‌ترسد که درخواست مرخصی استعلاجی کرده است. گرچه او در آغاز هنگامی که مادرش او را همراهی می‌نمود خانه را ترک می‌کرد، اما اکنون تحت هیچ شرایطی قادر نیست بیرون برود و خانواده او نگران است که کاملاً آدم منزوی شود.

داستان‌های واقعی پائولا دین: اختلال وحشتزدگی و آگورافوبی

«این چه بیماری بود که من داشتم؟ چه اتفاقی برای من افتاده بود؟ وحشت من هیچ اسمی نداشت - حداقل من اسم آن را نشنیده بودم، من با آن تنها بودم، بنابراین، از بیرون رفتن وحشت داشتم، همیشه این طوری نبود».

اگر پائولا دین^۱ بر اختلال وحشتزدگی همراه با آگورافوبی ناتوان‌کننده خود غلبه نمی‌کرد، هرگز به شهرت نمی‌رسید. با اینکه پائولا اکنون نویسنده مشهور آمریکایی چندین کتاب آشپزی پرفروش، مالک چندین رستوران موفق است و برنامه تلویزیونی مخصوص خودش را دارد، در آغاز گرفتار اضطراب بی‌امان بود و بیشتر اوقات قادر نبود خانه خود را ترک کند.

پائولا در سال ۱۹۴۷ در شهر آلبانی، ایالت جورجیا به دنیا آمد و به یاد می‌آورد که دوران کودکی بسیار شاد همراه با والدین و پدر بزرگ - مادر بزرگ و برادر یا محبت، داشته است. او در کتاب خود با عنوان *It Ain't All About the Cooking* شرح می‌دهد که نوجوانی معمولی با دوستان خوب داشته است. او برای اولین بار در جوانی پی برد که به غذا و آشپزی علاقه زیادی دارد.

پائولا در ۱۸ سالگی با اولین همسر خود، جیمی، ازدواج کرد که در سرتاسر زندگی زنانشویی شان با الکلیسم درگیر بود. اما مدت کوتاهی بعد از اینکه آنها ازدواج کردند، زندگی پائولا هنگامی که پدرش در ۴۰ سالگی در اثر عوارض ناشی از جراحی قلب درگذشت، برای همیشه تغییر کرد.

پائولا در کتاب خود می‌نویسد «این دقیقاً همان زمانی بود که حملات وحشتزدگی من شروع شدند». چهار سال بعد از اینکه پدر او فوت کرد، مادرش دریافت که سرطان استخوان دارد. بعد از اینکه قطع پا نتوانست گسترش سرطان را متوقف کند، مادر او درگذشت. با اینکه پائولا از اضطراب شدید و حملات وحشتزدگی مکرر رنج می‌برد، به یاد می‌آورد که بعد از مرگ مادرش، سلامت روانی او بدتر شد.

گرچه معلوم بود که پائولا از فقدان پدر و مادر خود غمگین است، اما «سیاهی» که او به آن اشاره می‌کند، به مدت طولانی‌تر از آنچه معمولاً از دوره داغدیدگی انتظار می‌رود ادامه یافته و بیانگر آن بود که او با بیماری روانی بسیار جدی دست به گریبان است. او در کتاب خود نشانه‌هایی را شرح می‌دهد که مخصوص افرادی است که به آگورافوبی مبتلا هستند.

پائولا دو پسر داشت و در طول حاملگی‌ها و در حالی که فرزندان خود را بزرگ می‌کرد، همچنان از وحشتزدگی رنج می‌برد. او اغلب قادر نبود بدون دشواری زیاد، خانه را ترک کند. او که با رابطه مشکل‌آفرین خود با همسرش به علاوه کشمکش‌های مالی دست به گریبان بود، این دوره از زندگی خود را تیره‌ترین دوره در عمر خود به یاد می‌آورد. هرچند که تصمیم گرفته بود رنج کشیدن خود را



پانولا دین هنگام مقابله کردن
با اختلال اضطرابی خود، با آشپزی
احساس آرامش می‌کرد.

از خانواده‌اش پنهان نگه دارد.
هنگامی که سرانجام جرأت پیدا
کرد تا برای بیماری خود
درخواست کمک‌کند، قادر نبود از
عهده ویزیت روان پزشک برآید، در
نتیجه از کشیش کلیسا که مدرک
روان‌شناسی داشت درخواست
کمک کرد. وقتی او دریافت که این
کشیش از وی حمایت نمی‌کند و
مایل نیست به او کمک کند و در
عوض وی را ترغیب می‌کند که به
شوهر الکی خود کمک کند، مأیوس
شد. او که ناکام و غرق در اضطراب
بود، در آشپزخانه خود تسلی و
آرامش پیدا کرد و به مهارت خود
در پختن غذای خوشمزه و سنتی
جنوبی اتکا کرد.

خانواده پانولا به ساوانا نقل مکان کرد و پانولا با کمک برخی همسایگان توانست بیماری خود را
فاش سازد و جرأت یافت تا زندگی خود را متحول کند. او سرانجام از طریق یک نمایش تلویزیونی از نام
بیماری خود آگاه شد و دریافت که در تقلای خود تنها نیست. او بلافاصله متوجه شد که تمام
نشانه‌هایی که در تلویزیون شرح داده شده بودند، در او وجود دارند. از آن لحظه به بعد او برای
دوره‌های زمانی طولانی‌تری خانه را ترک کرد و سرانجام شغلی را در یک بانک به دست آورد. بعد از
اینکه او هنگام کار کردن در بانک با سارق مواجه شد که لوله تفنگ را به سمت او نشانه رفته بود، از
پیشروی خود عقب نشینی کرد و بار دیگر احساس کرد در برابر آگورافوبی خود بی‌دفاع شده است.
کمک و حمایت دوست صمیمی او به وی کمک کرد تا بار دیگر از بیماری خود بهبود یابد.
سرانجام پانولا از شوهر خود طلاق گرفت و پیشرفت خود به سمت شهرت را آغاز کرد. او در سال

۲۰۰۲ دوباره از دهه برگرد.

اختلال اضطراب فراگیر

برخلاف انواع اختلالات اضطرابی که به نازگی از آنها آگاه شدید، اختلال اضطراب فراگیر^۱ تمرکز خاصی ندارد. افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بیشتر مواقع احساس می‌کنند مضطرب هستند، هرچند که لزوماً نتوانند بگویند چرا. علاوه بر اضطراب، افراد مبتلا به این اختلال خیلی زیاد نگران هستند، و با دلوایی انتظار دارند بدترین اتفاقات برای آنها روی دهند. نشانه‌های آنها دامنه‌ای از تجربیات جسمانی و روانی، از جمله بی‌قراری کلی، اختلالات خواب، احساس به راحتی خسته شدن، تحریک‌پذیری، تنش عضلانی، و مشکل تمرکز کردن تا حدی که ذهن آنها بی‌محتوا می‌شود را در بر می‌گیرد. موقعیت خاصی وجود ندارد که آنها بتوانند آن را به عنوان علت اضطراب خود مشخص کنند، کنترل کردن نگرانی برای آنها بسیار دشوار است.

میزان شیوع اختلال اضطراب فراگیر در طول عمر ۵/۷ درصد است. گزارش شده که میزان شیوع این اختلال در طول ۱۲ ماه، ۳/۱ درصد است، که ۳۲ درصد با عنوان شدید طبقه‌بندی شده است (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵).

نظریه‌ها و درمان اختلال اضطراب فراگیر پژوهشگران معتقدند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به علت اختلالاتی در سیستم‌های GABA، سروتونرژیک، و نورآدرنرژیک نشانه‌های خود را تجربه می‌کنند (نات و مالیزیا، ۲۰۰۱). یافته‌های همپوشی در آسیب‌پذیری ژنتیکی با صفت شخصیت روان‌رنجورخویی (فصل ۳) این عقیده را تأیید می‌کند که اختلال اضطراب فراگیر مؤلفه‌زیستی دارد. به عبارت دیگر، افرادی که مستعد مبتلا شدن به این اختلال هستند، سبک شخصیت روان‌رنجور را به ارث برده‌اند (هتما، پریسکات و کندلر، ۲۰۰۴).

نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر شاید از نقطه نظر روان‌شناختی به عنوان پیامد تحریف‌های شناختی، بهتر درک شوند (آیکینز و کراسک، ۲۰۰۱). افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به راحتی از دردهای پیش‌پا افتاده و اختلالات جزئی در زندگی ناراحت و نگران می‌شوند. اگر اشکالی در وجود روزمره آنها ایجاد شود، مانند خرابی اتومبیل، جروبحث با یک همکار، یا مشکل تعمیر خانه، میزان این مشکل را بزرگ می‌کنند و بی‌جهت در مورد پیامد آنها نگران می‌شوند. توجه آنها از خود مشکل به نگرانی‌های آنها جابجا می‌شود، و میزان

ملاک‌های DSM-5 برای اختلال اضطراب فراگیر^۱

۱. اضطراب و نگرانی بیش از حد (انتظار بیش‌ازحد) که در بیشتر روزها حداقل به مدت ۶ ماه در مورد چند واقعه یا فعالیت روی می‌دهند (مانند عملکرد شغلی یا تحصیلی).
۲. فرد کنترل کردن این نگرانی را دشوار می‌داند.
۳. اضطراب و نگرانی با سه (یا تعداد بیشتری) از شش نشانه زیر ارتباط دارند (به‌طوری که حداقل برخی نشانه‌ها در بیشتر روزها ظرف ۶ ماه گذشته وجود داشته‌اند):
 - الف. تپش قلب، تپش در گلو، تنگی نفس، لرزش یا احساس عصبی یا کفری بودن.
 - ب. به راحتی خسته شدن.
 - ج. مشکل تمرکز کردن یا نهی بودن ذهن.
 - د. تحریک‌پذیری.
 - ه. تنش عضلانی.
۴. اختلال خواب (مشکل به خواب رفتن یا خفته ماندن، یا خواب بی‌قرار، نامطلوب).
۵. اضطراب نگرانی، یا نشانه‌های جسمانی، ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد ایجاد می‌کنند.
۶. این اختلال ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل سوءمصرف مواد مخدر، دارو) یا بیماری جسمانی دیگر (مثل پرکاری تیروئید) نیست.
۷. این اختلال با اختلال روانی دیگر بهتر توجیه نمی‌شود (مثل اضطراب یا نگرانی در مورد داشتن حملات وحشت‌زدگی در اختلال وحشت‌زدگی، ارزیابی منفی در اختلال اضطراب اجتماعی [فوبی اجتماعی]، آلودگی یا وسواس‌های دیگر در اختلال وسواس فکری - عملی، جدایی از اشخاص دلبسته در اختلال اضطراب جدایی، یادآورهای وقایع آسیب‌زا در اختلال استرس پس از آسیب، افزایش وزن در بی‌اشتهایی عصبی، شکایت‌های جسمانی در اختلال نشانه جسمانی، تصور نقص‌هایی در ظاهر در اختلال بدشکلی بدن، مبتلا بودن به بیماری جدی در اختلال اضطراب بیماری، یا محتوای عقاید هذیانی در اسکیزوفرنی یا اختلال هذیانی).

نگرانی آنها را افزایش می‌دهد. در نتیجه، افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در تکالیف روزمره خود کمتر کارآمد هستند به‌طوری که آنها عملاً مسایل بیشتری دارند که درباره آنها نگران شوند. آنچه این مشکل را بدتر می‌کند فقدان اطمینان آنها به توانایی شان در کنترل کردن یا اداره کردن احساسات و واکنش‌های مضطرب آنهاست.

درمان شناختی - رفتاری بر این فرض استوار است که تحریف‌های شناختی به اضطراب فراگیر کمک می‌کنند (بروکووک و راسیو، ۲۰۰۱). در این نوع درمان، درمانجویان یاد می‌گیرند

^۱ این ملاک‌ها از DSM-5 به اینجا منتقل شده‌اند. م.

چگونه افکار اضطراب‌آور را تشخیص دهند، گزینه‌های معقول‌تری را برای نگرانی جستجو کنند، و برای آزمایش کردن این گزینه‌ها، دست به کار شوند. متخصصان بالینی که از این روش استفاده می‌کنند، می‌کشند چرخه افکار منفی و نگرانی‌ها را قطع کنند. بعد از اینکه این چرخه قطع شد، فرد می‌تواند بر رفتار نگران‌کننده احساس کنترل را پرورش دهد و در مدیریت کردن و کاهش دادن افکار اضطراب‌آور، کارآمدتر شود. درمانجویان در دراز مدت از روان‌درمانی بیشتر از مداخله‌های دارویی بهره‌مند خواهند شد (فالتی و دیویس، ۲۰۰۱).

مورد کوتاه

اختلال اضطراب فراگیر

جینا مادر ۳۲ ساله بدون همسر است که دو فرزند دارد و برای احساس اضطراب با دوام خود جویای کمک حرفه‌ای است. با وجود این واقعیت که زندگی او از لحاظ مالی و مسایل میان فردی نسبتاً باثبات است، اما او اغلب اوقات نگران است که دچار مشکلات مالی خواهد شد، فرزندانش مریض خواهند شد، و وضعیت سیاسی در کشور، زندگی را برای او و فرزندانش دشوارتر خواهد کرد. گرچه او سعی می‌کند این نگرانی‌ها را از سر بیرون کند، ولی کنترل کردن نگرانی‌هایش برای او تقریباً غیرممکن است. او اغلب اوقات احساس ناراحتی و تنش می‌کند، و گاهی تنش او به قدری شدید می‌شود که شروع به لرزیدن و عرق کردن می‌کند. خوابیدن هنگام شب برای او دشوار است. او در طول روز بی‌قرار، برانگیخته، و عصبی است. او با چند متخصص پزشکی مشورت کرده و هیچ یک از آنها نتوانسته‌اند مشکل جسمانی او را تشخیص دهند.

۲-۶ وسواس فکری - عملی و اختلالات مربوط

وسواس فکری^۱ فکر، میل شدید، یا تصور عودکننده و مداومی است که فرد آن را به صورت مزاحم یا ناخواسته تجربه می‌کند. افراد سعی می‌کنند این وسواس فکری را نادیده بگیرند یا متوقف کنند، یا می‌کشند آن را با پرداختن به فکر یا عملی دیگر بی‌اثر کنند. فکر یا عملی که فرد از آن استفاده می‌کند تا وسواس فکری را بی‌اثر سازد، وسواس عملی^۲ نامیده می‌شود. رفتار یا عمل ذهنی مکرری که بر طبق مقررات خشک انجام می‌گیرد به طوری که فرد احساس

می‌کند مجبور به انجام دادن آن است. با این حال، وسواس‌های عملی لزومی ندارد که با وسواس‌های فکری همایند باشند.

در اختلال معروف به **اختلال وسواس فکری - عملی (OCD)**^۱ افراد وسواس‌های فکری یا وسواس‌های عملی را با چنان شدتی تجربه می‌کنند که انجام دادن فعالیت‌های روزانه برای آنها مشکل می‌شود. آنها به عنوان بخشی از این اختلال، ممکن است ناراحتی بنا اختلال قابل ملاحظه‌ای را در عملکرد شغلی یا اجتماعی خود تجربه کنند. افراد خیلی بیشتر از آنهایی که مبتلا به این اختلال تشخیص داده شده‌اند برای نشانه‌های شبه OCD کمک می‌خواهند (لکمن و همکاران، ۲۰۱۰).

رایج‌ترین وسواس‌های عملی، تکرار رفتار خاصی مانند شستن و نظافت کردن، شمردن، منظم چیدن اشیاء، و ارسی کردن، یا درخواست اطمینان‌آفرینی را شامل می‌شوند. وسواس‌های عملی ممکن است شکل تشریفات ذهنی نیز به خود بگیرند، نظیر شمردن تا عددی خاص هر بار که فکر ناخواسته‌ای مزاحم می‌شود. برخی افراد مبتلا به OCD دستخوش تیک، الگوی نشانه‌های حرکتی نابهنجار، مانند کشش‌های عضلانی، آواگری‌ها، و شکلک‌های صورت غیرقابل کنترل می‌شوند.

مورد کوتاه

اختلال وسواس فکری - عملی با بینش ضعیف

مارک دانش آموز دبیرستانی ۱۶ ساله توسط معلم خود برای درمان ارجاع داده شد که از نگرانی نامعقول مارک در مورد خطر پریز برق در جلوی کلاس ناراحت شده بود. مارک هر روز به این معلم تمنا می‌کرد که سیم پریز برق را قطع کند تا از برق گرفتگی تصادفی کسی که از کنار آن رد می‌شود جلوگیری شود. معلم به مارک گفت که نگرانی او بی‌اساس است، اما او همچنان به قدری ناراحت ماند که وقتی وارد کلاس یا از آن خارج می‌شد احساس ناراحتی می‌کرد و با چراغ قوه به داخل پریز برق نگاه می‌کرد تا مطمئن شود سیم شل شده‌ای وجود نداشته باشد. او در طول مدت کلاس به جز پریز برق نمی‌توانست به چیز دیگری فکر کند.

در مجموع، به نظر می‌رسد که نشانه‌های OCD چهار بُعد عمده دارند: وسواس‌های فکری

مرتبط با وسواس‌های عملی واریسی کردن، نیاز به داشتن تقارن و منظم چیدن اشیاء، وسواس‌های فکری در مورد تمیزی همراه با وسواس‌های عملی شستشو، و رفتارهای مرتبط با ذخیره کردن (مانایکس - کولز، روساریو - کامپوز و لکمن، ۲۰۰۵). جدول ۲-۶ موادی را از فهرست نشانه و وسواس فکری - علمی ییل - براون نشان می‌دهد. این ابزار عموماً برای ارزیابی افراد مبتلا به OCD مورد استفاده قرار می‌گیرد.

آنچه در DSM-5 تازگی دارد

تعریف و طبقه‌بندی اختلالات اضطرابی

DSM-5 تغییرات عمده‌ای را در تعریف و طبقه‌بندی اختلالات اضطرابی ایجاد کرده است. OCD همراه با اختلال بدشکلی بدن، اختلال ذخیره کردن، اختلال موکنی، و اختلال پوست‌کنی طبقه‌بندی شده است. اختلالات استرس حاد و پس از آسیب به طبقه خودش با عنوان «اختلالات مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زا» منتقل شده است. آگورافوبی اختلال مجزایی شده که در ICD-10 نیز چنین است. علاوه براین، اختلال اضطراب اجتماعی در DSM-IV-TR فوبی اجتماعی نامیده می‌شد. این تغییر بیانگر این واقعیت است که اختلال اضطراب اجتماعی از این نظر که بیانگر ترس از دیگران باشد، «فوبی» نیست، هرچند که فوبی اجتماعی هنوز داخل پراکنتر قید می‌شود. سرانجام اینکه، چند اختلال که قبلاً در گروه اختلالاتی بودند که در کودکی ایجاد می‌شدند به دسته‌بندی اختلال اضطرابی منتقل شده‌اند.

ملاک‌های DSM-5 برای اختلال وسواس فکری - عملی^۱

۸. وجود وسواس‌های فکری، وسواس‌های عملی، یا هر دو وسواس‌های فکری به وسیله (۱) و (۲) تعریف شده‌اند:
 ۱. افکار، امیال، یا تصورات عودکننده 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.
 ۲. فرد سعی می‌کند این افکار، امیال، یا تصورات را نادیده بگیرد یا متوقف کند، یا آنها را با افکار یا اعمال دیگری بی‌اثر کند (یعنی، یا انجام دادن وسواس عملی).
- وسواس‌های عملی به وسیله (۱) و (۲) تعریف شده‌اند:
 ۱. رفتارهای تکراری (مثل دست شستن، منظم کردن، واریسی کردن) یا اعمال ذهنی (مثل دعا کردن، شمردن، تکرار کردن بی‌صدای کلمات) که فرد احساس می‌کند در پاسخ به وسواس فکری یا بر طبق
۱. این ملاک‌ها از DSM-5 به اینجا منتقل شده‌اند. م.

- مقرراتی که باید یا قاطعیت اجرا شوند، وادار به انجام دادن آنهاست.
۲. هدف این رفتارها یا اعمال ذهنی، پیشگیری یا کاهش دادن اضطراب یا ناراحتی، یا جلوگیری از رویداد یا موقعیت ترسناک است؛ یا این حال، این رفتارها یا اعمال ذهنی با آنچه قرار است بی‌اثر یا پیشگیری شود ارتباط واقع بینانه‌ای ندارند یا آشکارا افراطی هستند.
- توجه: کودکان خردسال ممکن است نتوانند هدفهای این رفتارها یا اعمال ذهنی را بیان کنند.
- B. وسواس‌های فکری و وسواس‌های عملی وقت‌گیرند (مثلاً هر روز بیش از ۱ ساعت طول می‌کشند) یا ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه‌های دیگر عملکرد ایجاد می‌کنند.
- C. نشانه‌های وسواس فکری - عملی ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل سوءمصرف مواد مخدر، دارو) یا بیماری جسمانی دیگر نیستند.
- D. این اختلال با نشانه‌های اختلال روانی دیگر بهتر توجیه نمی‌شود (مثل نگرانی‌های بیش از حد، همچون در اختلال اضطراب فراگیر؛ اشتغال ذهنی به ظاهر، همچون در اختلال پدشکلی بدن؛ مشکل دور انداختن یا دل کندن از اموال، همچون در اختلال ذخیره کردن؛ موکنی، همچون در وسواس موکنی؛ پوست‌کنی، همچون در اختلال پوست‌کنی؛ حرکات قالبی، همچون در اختلال حرکت قالبی؛ رفتار خوردن تشریفاتی، همچون در اختلالات خوردن؛ اشتغال ذهنی به مواد یا قماربازی، همچون در اختلالات مرتبط با مواد و اعتیاد آور؛ اشتغال ذهنی به داشتن بیماری، همچون در اختلال اضطرابی بیماری؛ امیال یا خیالپردازی‌های جنسی، همچون در اختلالات ناهنجاری جنسی؛ تکانه‌ها، همچون در اختلالات اخلاک‌گر، کنترل تکانه، و سلوک؛ نشخوارهای احساس گناه، همچون در اختلال افسردگی اساسی؛ تحمیل فکر یا دلمشغولی‌های ذهنی هذیانی، همچون در طیف اسکیزوفرنی و اختلالات روان‌پریشی دیگر؛ یا الگوهای رفتار مکرر، همچون در اختلال طیف اوتیسم).

۴. جدول ۶-۲ مواد نمونه از فهرست نشانه اختلال وسواس فکری - عملی ییل - براون

مقیاس	مواد نمونه
وسواس‌های فکری پرخاشگرانه	ترس از اینکه ممکن است به خود صدمه بزند ترس از بر زبان آوردن حرف‌های رکیک ترس از اینکه فرد مسبب بروز اتفاق وحشتناکی باشد (مثل آتش‌سوزی، سرقت)
وسواس‌های فکری آلودگی	نگرانی‌ها یا انزجار از فضولات یا ترشحات بدن (مثل ادرار، مدفوع، بزاق) ناراحتی از مواد یا پس‌مانده‌های چسبناک
وسواس‌های فکری جنسی	افکار، تصورات ذهنی، یا تکانه‌های جنسی ممنوع یا منحرف رفتار جنسی نسبت به دیگران (پرخاشگرانه)
وسواس‌های فکری ذخیره کردن/پس‌انداز کردن	تمایز از سرگرمی‌ها یا علاقه به اشیای مادی یا اشیایی که ارزش احساسی دارند

در رابطه با توهین به مقدسات و کفرگویی نگرانی بیش از اندازه در مورد درست / غلط، اصول اخلاقی	ادامه جدول ۲-۶ وسواس‌های فکری مذهبی
همراه با تفکر سحرآمیز (مثل نگرانی در مورد اینکه اگر چیزها در مکان مناسبی قرار نگرفته باشند، فردی دچار سانحه خواهد شد)	وسواس فکری در ارتباط با تقارن یا دقیق بودن
ترس از بیان کردن برخی حرف‌ها اعداد خوش شانس / بد شانس رنگ‌هایی یا اهمیت خاص ترس‌های خرافی	وسواس‌های فکری گوناگون
در ارتباط با بیماری نگرانی بیش از اندازه در مورد اندام یا جنبه‌ای از ظاهر بدن (مثل قوی بدشکلی)	وسواس‌های فکری جسمانی
دست شستن بیش از اندازه یا تشریفاتی دوش گرفتن، حمام کردن، مسواک زدن، آرایش کردن، یا تواله رفتن بیش از اندازه	وسواس‌های عملی تمیزی / شستشو
وارسی کردن فقل‌ها، اجاق گاز، وسایل برقی و غیره وارسی کردن اینکه اتفاق وحشتناکی رخ ندهد که به فرد صدمه برساند وارسی کردن اینکه در انجام دادن یک کار اشتباهی صورت نگرفته باشد	وسواس‌های عملی وارسی کردن
بازخوانی یا بازنویسی نیاز به تکرار کردن فعالیت‌های عادی (مثل بالا / پایین شدن از صندلی)	تشریفات تکراری
(وارسی کردن برای وجود)	وسواسی‌های عملی شمردن
(وارسی کردن برای وجود)	وسواس‌های عملی نظم دادن / چیدن
تمایز از سرگرمی‌ها و علاقه به اشیای مادی یا اشیایی که ارزش احساسی دارند (مثل با دقت خواندن اقلام پستی ناخواسته، گشتن داخل سطل آشغال)	وسواس‌های عملی ذخیره کردن / جمع کردن
تهیه فهرست بیش از اندازه نیاز به گفتن، پرسیدن، یا اعتراف کردن نیاز به لمس کردن، ضربه زدن یا انگشتان، یا مالیدن تشریفاتی که چشمک زدن یا زل زدن را شامل می‌شوند	وسواس‌های عملی گوناگون

نظریه‌ها و درمان اختلال وسواس فکری - عملی مبنای زیستی OCD ممکن است نابهنجاری‌هایی در عقده‌های پایه^۱ مناطق زیرقشری مغز باشند که در کنترل جنبش‌های حرکتی درگیر هستند. ناتوانی قشر پیش‌پیشانی در جلوگیری از افکار، تصورات ذهنی، یا امیال شدید در نشانه‌ها دخالت دارد. یافته‌های به دست آمده از اسکن‌های مغزی که سطح بیشتر فعالیت را در مراکز کنترل حرکتی عقده‌های پایه و قطعه‌های پیشانی مغز نشان می‌دهند، این توجیه را تأیید می‌کنند (کوچی و همکاران، ۲۰۱۲).

درمان با کلومی‌پرامین^۲ یا داروهای بازدارنده بازجذب سروتونین، مانند فلوکستین (پروزای)^۳ یا سرتالین (زولوفت)^۴، مؤثرترین درمان زیستی موجود برای اختلال وسواس فکری - عملی است (کلنر، ۲۰۱۰). در موارد شدیدی که هیچ درمان دیگری موجب تسکین نشانه نمی‌شود، افراد مبتلا به OCD ممکن است با جراحی اعصاب روان‌پزشکی درمان شوند. برای مثال، تحریک عمیق مغز در نواحی مغزی که در کنترل حرکتی درگیر هستند می‌تواند با کاهش دادن فعالیت قشر پیش‌پیشانی به تسکین نشانه‌ها کمک کند، که این به نوبه خود ممکن است به کاهش فراوانی افکار وسواس فکری - عملی کمک نماید (لی جون و همکاران، ۲۰۱۰). دیدگاه شناختی - رفتاری در مورد شناختن OCD اعلام می‌دارد که الگوهای فکر ناسازگارانه به شکل‌گیری و نگهداری نشانه‌های OCD کمک می‌کنند. افراد مبتلا به OCD ممکن است آمادگی داشته باشند که به رویدادهای اضطراب‌آور در محیط‌شان واکنش بیش از حد نشان دهند. این‌گونه آمادگی ممکن است OCD را در طیف به اصطلاح اختلالات درونی کردن قرار دهد که اختلالات اضطرابی و خلقی دیگر را که الگوی مشابه واکنش‌پذیری یکه خوردن را شامل می‌شوند، در برگیرد. این تجربیات برای افراد مبتلا به OCD به صورت تصورات ذهنی ناراحت‌کننده در می‌آیند که بعداً با انجام دادن تشریفات وسواسی سعی می‌کنند آنها را متوقف یا بی‌اثر کنند. آنچه نشانه‌های افراد مبتلا به OCD را بدتر می‌کند اعتقاد به خطر و معنی افکار آنها، یا «فراشناخت‌های» آنهاست که باعث می‌شود احساس کنند که باید هر فکر خود را زیر نظر بگیرند (سولم، هالاند، وگل، هانسن، و ولز، ۲۰۰۹).

مداخله‌های روان‌شناختی، مکملی مهم یا جایگزینی برای درمان دارویی نشانه‌های OCD

1. basal ganglia

2. clomipramine

3. fluoxetine (Prozac)

4. sertraline (Zoloft)



◀ برخی افراد مبتلا به وسواس فکری - عملی همواره در مورد میکروب و کثیفی و احساس مقاومت ناپذیر تمایل به تمیز کردن و عمل کردن طبق اصول بهداشتی نگران هستند.

تأمین می‌کنند. برای مثال، متخصصان بالینی می‌توانند از

توقف فکر استفاده کنند که وقتی درمانجویان با موقعیت‌هایی مواجه می‌شوند که تشریفات وسواس عملی یا وسواس‌های فکری را تحریک می‌کنند، تفکر وسواسی خود را کاهش دهند (یا کر، ۲۰۰۹). متخصص بالینی ممکن است مواجه‌سازی همراه با جلوگیری از پاسخ را که به موجب آن، از درمانجو می‌خواهند انجام دادن رفتارهای وسواسی را متوقف کنند، با اشباع‌درمانی^۱ ترکیب کنند، که به موجب آن، درمانجویان به قدر کافی با افکار وسواسی مواجه می‌شوند تا معنی خود را از دست بدهند (خدارحیمی، ۲۰۰۹).

اختلال بدشکلی بدن

افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن (BDD)^۲ 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 جثه 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 افراطی خود را آرایش کنند، یا همواره در مورد اینکه چگونه به نظر می‌رسند از دیگران اطمینان آفرینی بخواهند. در واقع، تقریباً همه آنها حداقل یک رفتار وسواسی دارند (فیلیپس و همکاران، ۲۰۱۰). آنها صرفاً 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.

1. satiation therapy

2. body dysmorphic disorder

جراحی اعصاب روان پزشکی

همان‌گونه که در فصل ۴ بحث کردیم، از جراحی اعصاب روان پزشکی به‌طور فزاینده‌ای استفاده شده تا ابزاری برای کنترل کردن نشانه‌های اختلال وسواس فکری - عملی در اختیار متخصصان بالینی قرار گیرد. مداخله جراحی تا چه اندازه‌ای برای کنترل کردن وجود نشانه‌های روانی قابل توجیه است؟ به علاوه، این جراحی برگشت‌پذیر نیست. مجادله در مورد جراحی روانی به اواسط قرن نوزدهم بر می‌گردد، زمانی که والتر فریمن پزشک به سرتاسر کشور سفر کرد و تقریباً ۱۸۰۰۰ قطعه بزری انجام داد که در آنها قطعه‌های پیشانی را از بانی مغز قطع کرد تا رفتارهای غیرقابل کنترل بیماران روانی را کنترل کند. نظر بر این بود که با قطع کردن قطعه‌های پیشانی از سیستم لیمبیک، بیماران از آن پس توسط تکانه‌های خود کنترل نخواهند شد.

همانند اوایل قرن بیستم، که متخصصان بالینی برای مدیریت کردن نشانه‌های غیرقابل کنترل بیماران روانی از قطعه‌بزری استفاده می‌کردند، احتمال دارد که نسل‌های آینده، سینگلوتومی^۱ و مداخله‌های مشابه را به صورت روش بیش از حد تنبیهی و حتی وحشیانه در نظر بگیرند. از سوی دیگر، آیا در رابطه با نشانه‌هایی که خیلی شدید و ناتوان‌کننده هستند، روشی وجود دارد که بتواند آنها را کنترل کند؟

ژیلت (۲۰۱۱) این مسایل را در رابطه با استفاده از جراحی‌های روانی مطرح کرد. روان‌پزشکان با تغییر دادن مغز فرد از طریق این‌گونه روش‌های رادیکال، با سیستم پیچیده تعامل‌هایی بازی می‌کنند که شخصیت فرد را تشکیل می‌دهند. صرفاً به دلیل اینکه این روش‌ها «مؤثر واقع می‌شوند» و به خاطر اینکه در حال حاضر روش‌های دیگری در دسترس نیستند، این آیا ایجاد تغییرات دایمی در مغز فرد را توجیه می‌کند؟ قربانیان قطعه‌بزری‌های انجام شده توسط فریمن از این نظر «بهبود یافتند» که رفتارشان مطیع‌تر شد، اما آنها برای همیشه تغییر کردند.

سوال: شما قاضی باشید: آیا تغییر دادن فرد با استفاده از روش‌های دایمی که مبتنی اثر بخشی آنها را نمی‌توان به صورت علمی ثابت کرد، مناسب است؟ به صورتی که ژیلت نتیجه می‌گیرد، «مغز را بسوزانید، داغ کنید، سیخ بزنید، شوک بدهید، قطع کنید، تحریک کنید یا به صورت دیگر تکان دهید (اما به هم نزنید) و به این صورت بر روان تأثیر خواهید گذاشت» (ص ۴۳).

۱. Cingulotomy: یک نوع جراحی است که به موجب آن، از الکترودهایی برای تخریب موارد معدودی برای درمان برخی



◀ افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن اغلب احساس می‌کنند ظاهر آنها خیلی بیشتر از آنچه به نظر دیگران می‌رسد، معیوب است.

گرچه بالغ بر ۲۹ درصد دانشجویان به تصویر بدن خود اشتغال ذهنی دارند، اما فقط ۱۴ درصد که اشتغال ذهنی دارند ملاک‌های اختلال بدشکلی بدن را برآورده می‌کنند. در مجموع، در هر مقطعی از زمان، ۲/۵ درصد زنان و ۲/۲ درصد مردان ملاک‌های اختلال بدشکلی بدن را برآورده می‌کنند، هرچند که مردان ممکن است در مورد نشانه‌های خود بیشتر از زنان ناراحت باشند. نواحی بسیار رایج که آنها را نگران می‌کنند، پوست، مو، و بینی هستند. با این حال، مردان به احتمال بیشتری در مورد هیکل و نازک شدن مو نگران هستند. زنان در مورد وزن و کفل‌های خود بیشتر نگرانی دارند. اختلال بدشکلی بدن اغلب با اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال وسواس فکری-عملی، و اختلالات خوردن همراه است. بالغ بر یک سوم ممکن است هذیانی باشند، نظیر اینکه متقاعد شده باشند که دیگران در مورد نقص خیالی در ظاهر آنها صحبت می‌کنند یا به آن می‌خندند. افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن میزان خودکشی به انجام رسیده‌ای دارند که ۴۵ برابر بیشتر از کل جمعیت در ایالات متحده است (فیلیپس، منارد، فی، و پاگانو، ۲۰۰۵). جدول ۳-۶ مواد ارزیابی نمونه از نسخه اختلال بدشکلی بدن مقیاس اختلال وسواس فکری-عملی بیل-براون، همراه با دامنه‌ای از نشانه‌های مرتبط با این اختلال را نشان می‌دهد.

اختلال بدشکلی بدن جنبه‌های میان فرهنگی نیز دارد. در ژاپن، اعتقاد به اینکه ظاهر جسمانی بدن از نظر دیگران زشت است، shubo-kyufo نوع فرعی taijin kyofusho یا «ترس از روابط میان فردی» نامیده می‌شود. نشانگان koro or suoyang («کوچک شدن آلت مردی» در

چنین ترس از جمع شدن اندام تناسلی به داخل بدن را شامل می‌شود. افرادی که به koro مبتلا هستند، نشانه‌های دیگر اختلال بدشکلی بدن را نیز تجربه می‌کنند (فنگ و هافمن، ۲۰۱۰).

۴. اشتغال ذهنی به یک یا چند نقص یا عیب خیالی در ظاهر بدن که از نظر دیگران قابل مشاهده نیستند یا جزء به نظر می‌رسند.

جدول ۳.۶ مواد نمونه مقیاس وسواس فکری - عملی ییل - براون نسخه اختلال بدشکلی بدن

مقیاس وسواس فکری - عملی ییل - براون از ملاک‌های زیر برای معلوم کردن شدت نشانه‌های درمانجو در رابطه با نقص یا تقایص خیالی بدن استفاده می‌کند:

۱. مدت زمان اشتغال ذهنی به افکار مربوط به نقص بدن
۲. اختلال ناشی از افکار مربوط به نقص بدن
۳. ناراحتی مرتبط با افکار مربوط به نقص بدن
۴. مقاومت در برابر افکار مربوط به نقص بدن
۵. میزان کنترل بر افکار مربوط به نقص بدن
۶. مدت زمانی که صرف فعالیت‌های مرتبط با نقص بدن می‌شود. مانند واریسی کردن در آینه، آرایش کردن، ورزش مفرط، استتار، کندن پوست، جویدن از دیگران در مورد نقص
۷. اختلال ناشی از فعالیت‌های مربوط به نقص بدن
۸. ناراحتی مرتبط با فعالیت‌های مربوط به نقص بدن
۹. مقاومت در برابر وسواس‌های عملی
۱۰. میزان کنترل بر رفتار وسواسی
۱۱. بیش‌نسبت به ماهیت نگرانی مفرط در مورد نقص
۱۲. اجتناب از فعالیت‌ها به علت نگرانی در مورد نقص

از دیدگاه زیستی - روانی - اجتماعی، ما افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن را به صورتی که آمادگی زیستی دارند در نظر می‌گیریم، اما آنچه در شکل‌گیری این اختلال اهمیت دارد، تجربیاتی است که آنها در نوجوانی داشته‌اند، مانند مسخره شدن به خاطر ظاهرشان یا حساس شدن به شیوه دیگر، مخصوصاً نسبت به طرد. وقتی آنها به این باور می‌رسند که ظاهر بدنشان معیوب یا از آرمانی که آرزو دارند منحرف شده است، به این عقیده اشتغال ذهنی پیدا می‌کنند. به عبارت دیگر، فرایندهای شناختی زیربنای اختلال بدشکلی بدن، توجه متمرکز بر خود افراطی در مورد تصویر منفی از بدن است. تشریفات واریسی کردن که این افراد انجام می‌دهند، که موقتاً اضطراب آنها را کاهش می‌دهد، اشتغال‌های ذهنی آنان را تقویت می‌کنند. همچنین، آنها یاد می‌گیرند از بودن با دیگران خودداری کنند، که این نیز وظیفه تقویت را برعهده دارد (ویل، ۲۰۱۰).

متخصصان بالینی که درمانجویان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن را از دیدگاه شناختی - رفتاری درمان می‌کنند، به آنها کمک می‌نمایند تا بفهمند ظاهر فقط یک جنبه از هویت آنهاست، و در عین حال، فرض‌های آنها را که ظاهرشان معیوب است، به چالش می‌طلبند. امکان دارد

متخصصان بالینی پیشگیری از پاسخ و مواجهه را نیز به کار برند. ما می‌توانیم به‌طور همزمان از بازسازی شناختی نیز استفاده کنیم. درمانجویان خود را در آینه نگاه می‌کنند و در عین حال افکار خود را در مورد آنچه می‌بینند تغییر می‌دهند. افزون بر این، درمان میان‌فردی می‌تواند به افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن کمک کند. راهبردهای بهتری را برای رسیدگی کردن به ناراحتی که در روابط خود با دیگران احساس می‌کنند پرورش دهند، و علاوه بر آن، به عزت‌نفس و خلق افسرده خود رسیدگی کنند (جورنسون و همکاران، ۲۰۱۰).

مورد کوتاه

اختلال بدشکلی بدن با بینش ضعیف

لیدیا خانم ۴۳ ساله‌ای است که جراح محلی او را به کلینیک بهداشت روانی ارجاع داد. لیدیا ظرف ۸ ساله گذشته در سرتاسر کشور به جراحان پلاستیک مراجعه کرده تا یکی را پیدا کند که برای کاهش دادن اندازه دستان او که آنها را «خیلی بزرگ» تصور می‌کند، عمل جراحی انجام دهد. او تا وقتی که این جراحی انجام نشده باشد، خاتمه خود را بدون پوشیدن دستکش ترک نمی‌کند. جراح پلاستیک با اعضای خانواده لیدیا هم عقیده است که ادراک لیدیا از دستان خود تحریف شده است و جراحی پلاستیک، نامناسب و غیرممکن است.

اختلال ذخیره کردن

در سواس عملی معروف به اختلال ذخیره کردن^۱ افراد مشکلات مداومی در دور انداختن اموال خود و دل‌کندن از آنها دارند، حتی اگر ارزش چندانی نداشته باشند. این مشکلات هر نوع دور انداختن، از جمله ریختن چیزها در سطل زباله را شامل می‌شوند. آنها باور دارند که این اقدام فایده دارند، ارزش زیبایی شناختی یا احساسی دارند، اما در واقع این اقدام اغلب از روزنامه‌های قدیمی، کیسه‌ها، یا پس‌مانده‌های غذا تشکیل می‌شوند.

وقتی این افراد به فکر دور ریختن چیزها می‌افتند، ناراحت می‌شوند. با این حال، در واقع، خانه آنها می‌تواند به علت انباشته شدن چیزها ظرف چندین سال، غیرقابل زیست شود. اتاق‌ها در فضای زندگی آنها پر از مخلوط چیزهایی است که در واقع ارزش دارند و چیزهایی که معمولاً

1. hoarding disorder

دور ریخته می‌شوند. مثل مجله‌های قدیمی. برخلاف کلدیسوترهای معمولی که اقلام خود را به صورت منظم ترتیب می‌دهند، افراد مبتلا به اختلال ذخیره کردن، اقلام را بدون هرگونه نظم و ترتیب انباشته می‌کنند.

افراد بزرگسال بیشتر از جوانان احتمال دارد که به اختلال ذخیره کردن دچار شوند. چون این اختلال به خودی خود در DSM-5 قابل تشخیص می‌شود، تنها میزان شیوع موجود، برآوردهایی است که مؤلفان نقل کرده‌اند که از ۲ تا ۶ درصد بزرگسالان است. درصد قابل ملاحظه‌ای از بزرگسالان مبتلا به اختلال ذخیره کردن، نشانه‌های افسردگی همزمان نیز دارند (هال، فراست و استکتی، ۲۰۱۳).

درمان اختلال ذخیره کردن که از رویکرد زیستی - روانی - اجتماعی پیروی کند، بیشترین اثربخشی را دارد (تالین، ۲۰۱۱). درمان‌های زیستی به‌طور سنتی SSRI ها را شامل می‌شوند، اما پژوهشگران معتقدند که این اختلال ممکن است مؤلفه عصبی - شناختی نیز داشته باشد که درمان از طریق رسیدگی به عملکرد شناختی را موجه می‌سازد. در این رابطه، درمان شناختی - رفتاری نه تنها می‌تواند به تغییرات در رفتار ذخیره کردن رسیدگی کند، بلکه به درمانجویان مبتلا به این اختلال کمک می‌کند تا عملکرد توجه خود را نیز بهبود بخشند. با دوستان، اعضای خانواده، و مقامات محلی نیز می‌توان در مورد کمک کردن به نظافت فضای زندگی فرد مشورت کرد.

ملاک‌های DSM-5 برای اختلال ذخیره کردن^۱

- A. مشکل مداوم در دور انداختن اموال یا دل‌کندن از آنها. صرف‌نظر 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 به‌طور قابل ملاحظه‌ای موجب صرف‌نظر کردن از مصرف آنها می‌شود. اگر مکان‌های زندگی به هم ریخته نباشد، فقط به علت مداخله افراد ثالث است (مثل اعضای خانواده، نظافتچی‌ها، صاحبان قدرت).
- D. ذخیره کردن موجب ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه‌های 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 پرادر - ویلی^۲ نیست).

۱. این ملاک‌های تشخیصی از DSM-5 به اینجا منتقل شده‌اند. م.

ذخیره کردن با نشانه‌های اختلال روانی دیگر (مثل اختلال وسواس فکری - عملی، کاهش انرژی در اختلال شناختی عمده، تمایلات محدود در اختلال طیف اوتیسم) بهتر توجیه نمی‌شود.

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

مهره یا بیش 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 یا بیش 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 یا فقدان بیش / 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^۱ برای افرادی مقرر می‌شود که موی خود را در پاسخ به احساس تشنگی یا میل شدید فزاینده می‌کنند. آنها بعد از کندن موی خود احساس آرامش، لذت، یا ارضا می‌کنند. افراد مبتلا به اختلال موکنی از رفتار غیرقابل کنترل خود ناراحت هستند و ممکن است زمینه‌های اجتماعی، شغلی، و زمینه‌های 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 تکه‌های طاسی و از دست دادن ابروها، مژه‌ها، موی زیر بغل، و موی شرمگاهی منجر شده باشد. وقتی افراد بزرگتر می‌شوند، تعداد مناطق بدن را که از آنها مو کنده‌اند، افزایش می‌دهند.

افراد مبتلا به این اختلال در زمینه‌های مختلف زندگی، از صمیمیت جنسی گرفته تا تعالیم اجتماعی، معاینات پزشکی، و آرایشگری، اختلال قابل ملاحظه‌ای را تجربه می‌کنند. امکان دارد که آنها همچنین به دامنه‌ای از نشانه‌های جسمانی از جمله شکل‌گیری گوی‌های مو (توده متراکم مو در معده^۲) مبتلا شوند که در دستگاه معده - روده‌ای آنها قرار می‌گیرند و موجب دل درد، تهوع و استفراغ، ضعف، و کاهش وزن می‌شوند. آنها همچنین

1. trichotillomania (hair...)



◀ این مرد، مانند خیلی‌ها که به اختلال موکنی مبتلا هستند، در نتیجه میل شدید مکرر و غیرقابل کنترل به کندن مو، فقدان مو چشمگیر دارد.

می‌توانند دچار عفونت‌های پوستی، درد یا خونریزی کاسه سر، و نشانگان تونل کارپال^۱ شوند. از لحاظ روان‌شناختی، امکان دارد که آنها از عزت نفس پایین، خجالت و شرمندگی، خلق افسرده، تحریک‌پذیری، و جر و بحث رنج ببرند. اختلال آنها در اوایل عمر آشکار می‌شود و تا اواسط و اواخر بزرگسالی ادامه می‌یابد (دوک، کیلی، گفکن و استورچ، ۲۰۱۰).

اختلال موکنی قابل تشخیص نسبتاً نادر است، به‌طوری که میزان شیوع آن در کل جمعیت ۶/۰ درصد برآورد شده است. اما چون افراد مبتلا به اختلال موکنی کاری را که انجام می‌دهند پنهان می‌کنند و زمانی که تنها هستند به موکنی می‌پردازند، این اختلال ممکن است گزارش داده نشود (دوک، بودزین، تاواریس، گفکن و استورچ، ۲۰۰۹).

۱. carpal tunnel syndrome اختلال التهابی که علت آن فشار بر اعصاب در ناحیه مچ دست است. دیگری است که موجب می‌شوند بافت‌های مچ دست متورم شوند.

ملاک‌های DSM-5 برای اختلال موکنی^۱

- A. موکنی مکرر که به بی‌مویی 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 زمینه‌های مهم دیگر عملکرد می‌شود.
- D. موکنی یا بی‌مویی ناشی از بیماری جسمانی دیگر نیست (مثل بیماری پوستی).
- E. موکنی با نشانه‌های اختلال روانی دیگر (مثل اقداماتی برای بهیود بخشیدن به نقص یا عیب خیالی در ظاهر، در اختلال بدشکلی بدن) بهتر توجیه نمی‌شود.

اختلال موکنی در DSM-IV-TR در طبقه اختلالات کنترل تکانه منظور شده بود، اما در DSM-5 به طبقه‌ای انتقال یافته که وسواس فکری-عملی و اختلالات مربوط را شامل می‌شود. امکان دارد دو نوع موکنی وجود داشته باشد. در نوع «متمرکز»، که یک چهارم موارد را تشکیل می‌دهد، افراد می‌دانند که میل شدیدی به کندن مو دارند و ممکن است برای اجتناب از انجام این کار، رفتارها یا تشریفات وسواسی را پرورش دهند. در موکنی «خودکار»، فرد هنگام پرداختن به این رفتار، مشغول کار دیگر یا غرق در فکر است. افرادی که در طبقه خودکار موکنی قرار می‌گیرند، دستخوش استرس و اضطراب محسوسی می‌شوند. در افراد نوع متمرکز، افسردگی و ناتوانی نیز احتمالاً همراه با استرس و اضطراب روی می‌دهند (دوک و همکاران، ۲۰۱۰).

به نظر می‌رسد که توارث‌پذیری نقش مهمی در اختلال موکنی دارد، به‌طوری‌که میزان آن ۸۰ درصد برآورد شده است (نوواک، کتن، استوارت و پائولز، ۲۰۰۹). نابهنجاری‌هایی در ژن روی کروموزوم ۱ معروف به SLTRK1 ممکن است در این اختلال نقش داشته باشند؛ این ژن با اختلال توره نیز ارتباط دارد (آپلسون و همکاران، ۲۰۰۵). پژوهشگران نابهنجاری‌هایی را در SAPAP3 ژنی که با گلوتامیت^۲ ارتباط دارد، نیز پیدا کرده‌اند که به نوبه خود در اختلال وسواس فکری-عملی دخالت دارد (زاچنر و همکاران، ۲۰۰۹). تصور می‌شود که انتقال‌دهنده‌های عصبی سروتونین، دوپامین، و گلوتامیت به نوبه خود در شکل‌گیری اختلال موکنی نقش دارند (دوک و همکاران، ۲۰۰۹). تحقیقات تصویربرداری از مغز در مورد افراد مبتلا به اختلال موکنی

حکایت دارند که امکان دارد آنها در گذرگاه‌های عصبی مغز که در ایجاد و متوقف کردن عادت‌های حرکتی مشارکت دارند، ناپهنجاری‌هایی نیز داشته باشند؛ به نظر می‌رسد که این گذرگاه‌ها در تنظیم کردن عاطفه نیز درگیر باشند (چمبرلین و همکاران، ۲۰۱۰).

مطابق با این ناپهنجاری‌ها در عملکرد انتقال‌دهنده عصبی و مغز، مدل تنظیم اختلال موکنی حکایت دارد که افراد مبتلا به این اختلال، وقتی کم تحریک شده باشند، جویای حالت مطلوب برانگیختگی هیجانی هستند که تحریک بیشتر برای آنها تأمین می‌کند، 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. پژوهشگران که با استفاده از پرسشنامه نشانه‌های اختلال موکنی (جدول ۴-۶) زمینه‌یابی آنلاین انجام داده‌اند، معلوم کرده‌اند افرادی که به موکنی می‌پردازند، از آنهایی که این کار را انجام نمی‌دهند، مشکل بیشتری در کنترل کردن هیجانات خود دارند. بین آنهایی که به موکنی می‌پردازند، خرده گروه‌هایی وجود داشتند. این خرده گروه‌ها از لحاظ اینکه آیا به احتمال بیشتری کسالت در برابر اضطراب یا تنش را تجربه می‌کردند و از نظر شدت کلی هیجاناتی که احساس می‌کردند، که آنها را به موکنی وادار می‌کرد، تفاوت داشتند. پژوهشگران اظهار داشتند که به نظر می‌رسید این خرده گروه‌ها در پرسشنامه، با انواع فرعی خودکار در برابر متمرکز این اختلال مطابقت داشتند (شاسترمن، فلد، بیر و کتن، ۲۰۰۹).

مورد کوتاه

اختلال موکنی

ژانت ۱۵ ساله در بخش عمده‌ای از دوران کودکی و نوجوانی خود در حالت انزوا زندگی کرده و هیچ دوست صمیمی نداشته است. گرچه او هرگز با کسی در مورد ناخشنودی خود صحبت نمی‌کرد، اما اغلب احساس می‌کرد خیلی افسرده و ناامید است. ژانت در کودکی وقتی روی تخت دراز می‌کشید، مخفیانه موی خود را می‌کند. به مرور زمان، این رفتار به نقطه‌ای رسید که او دسته دسته موی کاسه سر خود را می‌کند. او معمولاً موی خود را می‌کند، آن را معاینه می‌کرد، گاز می‌گرفت، و دور می‌انداخت یا می‌بلعید. چون موی او ضخیم و مجعد بود، در آغاز معلمان ژانت متوجه شد که او موی خود را در کلاس می‌کند و وقتی با دقت بیشتری نگاه کرد، تکه‌های طاسی را روی سر ژانت دید. او ژانت را به روان‌شناس مدرسه ارجاع داد، که مادر وی را فراخواند و کمک حرفه‌ای را توصیه نمود.

جدول ۶-۴ پرسشنامه نشانه‌های اختلال موکنی

۲۹۱

۱. آیا در حال حاضر موی خود را می‌کنید؟
۲. در هر مرحله‌ای از زندگی خود، از جمله اکنون، دوره‌های موکنی غیرقابل کنترل داشته‌اید؟
۳. آیا (اکنون یا در گذشته) میل شدیدی به کندن موی خود داشته‌اید؟
۴. آیا (اکنون یا در گذشته) سعی کرده‌اید در برابر کندن موی خود مقاومت کنید؟
۵. آیا (اکنون یا در گذشته) وقتی موی خود را می‌کنید، احساس آرامش می‌کنید؟
۶. آیا (اکنون یا در گذشته) دوست دارید میل شدید به کندن مو در شما از بین برود؟
۷. آیا توسط متخصصان، مبتلا به اختلال موکنی تشخیص داده شده‌اید؟
۸. آیا اکنون، یا در گذشته، از کندن موی خود احساس شرمندگی یا ناراحتی کرده‌اید؟

درمان‌های دارویی گوناگون برای اختلال موکنی، داروهای ضد افسردگی، داروهای ضد روان‌پریشی نامتعارف، لیتیوم^۱، و نالترکسون^۲ را شامل می‌شوند. از بین اینها، به نظر می‌رسد که نالترکسون نتایج بسیار نویدبخشی دارد. با این حال، نتایج تحقیقات کنترل شده، قطعی نیستند و به نظر نمی‌رسد که مصرف این داروها را وقتی به ضرر عوارض جانبی آنها تمام شود، که می‌توانند چاقی، دیابت، مسمومیت عصبی، دلیریوم، بیماری مغزی، رعشه، و پرکاری تیروئید را شامل شوند، توجیه کند (دوک و همکاران، ۲۰۱۰).

درمان رفتاری آموزش وارونه‌سازی عادت (HRT)^۳ مؤثرترین رویکرد به درمان اختلال موکنی محسوب شده است. این روش نه تنها از عوارض جانبی دارو پیشگیری می‌کند، بلکه در کاهش دادن نشانه‌های موکنی بسیار موفقیت‌آمیز است (دوک و همکاران، ۲۰۱۰). با این حال، برای افرادی که در برابر درمان مقاوم هستند، ترکیب دارو و HRT ممکن است ضروری باشد (فرانکلین، زاگرب و بناویدز، ۲۰۱۱).

در HRT فرد پاسخ جدیدی مثل گره کردن مشت را یاد می‌گیرد که با عادت موکنی رقابت می‌کند. ویژگی اصلی این است که این پاسخ جدید با عادت ناخوشایند، ناسازگار است. وقتی HRT چند دهه قبل برای اولین بار ابداع شد، فقط برای یک جلسه آرایه می‌شد. از آن زمان به بعد، متخصصان بالینی طول درمان را بیشتر کرده‌اند و چند مؤلفه شناختی، از جمله نظارت کردن بر خود و بازسازی شناختی را به آن افزوده‌اند. برای مثال، درمانجویان یاد می‌گیرند با تعریف‌های شناختی خویش مانند عقاید کمال‌گرایانه خود مبارزه کنند. معلوم شده است که

ترکیب کردن درمان پذیرش و تعهد با HRT نیز موجب تسکین نشانه‌های موکنی می‌شود. درمان شناختی-رفتاری می‌تواند در درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال موکنی مفید باشد. در یک تحقیق، ۷۷ درصد از افرادی که تحت درمان قرار گرفتند، بعد از شش ماه، بدون نشانه مانده بودند (تولین، فرانکلین، دیفنباخ، آندرسون و مونیر، ۲۰۰۷).

اختلال پوست‌کنی

افراد مبتلا به اختلال پوست‌کنی^۱ (تشخیص تازه در DSM-5) به‌طور مکرر پوست خود را می‌کنند. پوست‌کنی می‌تواند از پوست سالم، پوستی که بی‌نظمی‌های خفیف دارد (مثل خال‌ها)، جوش‌ها، پینه‌ها، یا زخم‌ها صورت گیرد. افراد مبتلا به این اختلال با ناخن یا با ابزارهایی نظیر موچین، پوست این نواحی از بدن را می‌کنند. این افراد وقت قابل ملاحظه‌ای، شاید چند ساعت در روز را صرف پوست‌کنی می‌کنند. وقتی آنها مشغول کردن پوست خود نیستند، به‌کندن آن فکر می‌کنند و می‌کوشند در برابر میل شدید خود به انجام این کار مقاومت کنند. این افراد با استفاده از پوشاک یا نوار زخم‌بندی ممکن است سعی کنند شواهد پوست‌کنی خود را مخفی کنند و از این رفتار خود خجالت می‌کشند و احساس شرمندگی می‌کنند.

چون این تشخیص جدید است، داده‌های همه‌گیرشناختی محدود هستند، اما DSM-5 میزان شیوع حداقل ۱/۴ درصد را در بزرگسالان برآورد می‌کند که سه چهارم آنها زن هستند. پژوهشگران معتقدند که اختلال پوست‌کنی به عنوان تشخیص مجزا از اختلال موکنی، معتبر است (لاچنر، گرائت، اولوو، و استین، ۲۰۱۲). با این حال، این دو اختلال از نظر علت‌ها و روش‌های درمان مؤثر، ویژگی‌های مشترکی دارند (اسنوراسون، بلوو و وودز، ۲۰۱۲).

ملاک‌های DSM-5 برای اختلال پوست‌کنی^۲

- A. پوست‌کنی عودکننده که به ضایعات پوستی منجر می‌شود.
- B. اقدامات مکرر برای کاهش دادن یا متوقف کردن پوست‌کنی.
- C. پوست‌کنی، ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد ایجاد می‌کند.

L. excoriation (skin-picking) disorder

۲. این ملاک‌ها از DSM-5 به اینجا منتقل شده‌اند. م.

۱. پوست‌کنی ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل کوکائین) یا بیماری جسمانی دیگر (مثل جرب یا گال) نیست.
۲. پوست‌کنی با نشانه‌های اختلال روانی دیگر بهتر توجیه نمی‌شود (مثل هذیان‌ها یا توهمات لامسه‌ای در اختلال روان‌پریشی، اقداماتی برای بهبود بخشیدن به نقص یا عیب خیالی در ظاهر در اختلال بدشکلی بدن، رفتارهای قلابی در اختلال حرکت قلابی، یا قصد صدمه زدن به خود در جرح خویشن غیرخودکنشی‌گرا).

۶-۳ اختلالات مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زا

افرادی که با آسیب یا عامل استرس‌زا مواجه می‌شوند ممکن است به یکی از مجموعه اختلالات دچار شوند. این اختلالات، به عنوان ملاک تشخیصی، واقع‌ای را شامل می‌شوند که موجب وقوع نشانه‌ها می‌شود. DSM-5 اختلالاتی را در این گروه منظور می‌کند که ابتدا در طبقه اختلالات اضطرابی آسیب‌زا و مرتبط با عامل استرس‌زا همراه با اختلالات در کودکی که می‌توانند تا مواجهه با استرس یا آسیب ردیابی شوند، قرار داشتند.

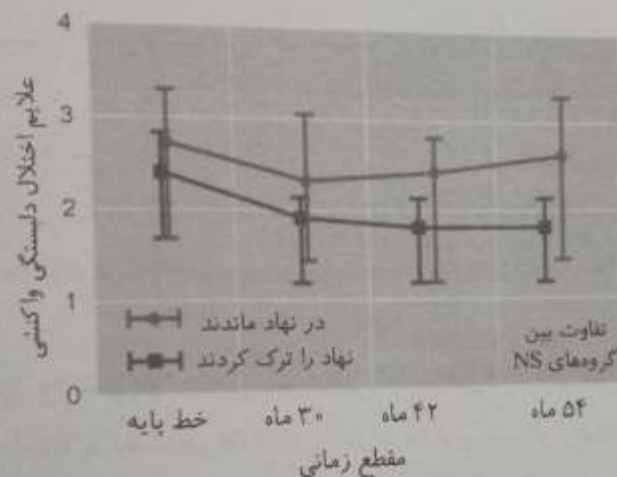
اختلال دلبستگی واکنشی و اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده

کودکان مبتلا به **اختلال دلبستگی واکنشی**^۱ در شیوه ارتباط برقرار کردن با دیگران، اختلالات شدید دارند. این کودکان از لحاظ هیجانی گوشه‌گیر و بازداری شده هستند و عاطفه مثبت کم و ناتوانی در کنترل کردن هیجانات نشان می‌دهند. وقتی آنها ناراحت هستند، تسلی نمی‌خواهند. تشخیص **اختلال آمیختگی اجتماعی بازداری نشده**^۲ در مورد کودکانی به کار می‌رود که با افراد نسبتاً غریبه، به رفتاری می‌پردازند که از لحاظ فرهنگی نامناسب و بیش از حد خودمانی است. علت اینکه این اختلالات در بین اختلالات مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زا قرار گرفته‌اند این است که در کودکانی یافت شده‌اند که غفلت اجتماعی، تغییرات مکرر مراقبت‌کنندگان اصلی، یا بزرگ شدن در نهادهایی که نسبت کودک به مراقبت‌کننده بالاست، تجربه کرده‌اند. در نتیجه، این کودکان از لحاظ توانایی تعامل کردن با کودکان دیگر و بزرگسالان، معیوب هستند. پژوهشگرانی که در مورد کودکان اهل رومانی که قبلاً نهادینه شده بودند تحقیق طولی انجام دادند، معلوم کردند که در نتیجه مراقبت نامناسب، در اوایل طفولیت، به صورت کودکان

1. reactive attachment disorder
2. disinhibited social eno...

بازداری شده پرورش یافتند. اختلالات آنها حتی زمانی که کیفیت مراقبت از آنها بهتر شد، بهبود نیافتند (شکل ۶-۲). کودکان مبتلا به اختلال دلبستگی واکنشی نیز تحت مراقبت نامناسب قرار داشته‌اند و وقتی بزرگتر می‌شوند به احتمال زیاد سبک دلبستگی ناایمن خواهند داشت (گلیسون و همکاران، ۲۰۱۱).

◀ شکل ۶-۲. علائم اختلال دلبستگی واکنشی بازداری نشده در طول مقاطع زمانی به وسیله قرارگیری در ۵۴ ماه



ملاک‌های DSM-5 برای اختلال دلبستگی واکنشی^۱

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

۱. کودک وقتی ناراحت است به ندرت یا خیلی کم تسلی می‌جوید.
 ۲. 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:
۱. پاسخ‌دهی اجتماعی و هیجانی خیلی کم به دیگران.
 ۲. عاطفه مثبت محدود.
 ۳. دوره‌های تحریک‌پذیری، غمگینی، یا بی‌مناکی توجیه‌نشده که حتی در مدت تعامل‌هایی که تهدیدآمیز نیستند یا مراقبت‌کنندگان بزرگسال، آشکارند.

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

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

۱. این ملاک‌ها از DSM-5 به اینجا منتقل شده‌اند. م.

۲. تغییرات مکرر مراقبت‌کنندگان اصلی که فرصت تشکیل دادن دلبستگی‌های پائین‌تر را محدود می‌کنند (مثل تغییرات مکرر در مراقبت توسط والدین رضاعی).
۳. بزرگ شدن در محیط‌های غیرعادی که فرصت برقرار کردن دلبستگی‌های انتخابی را شدیداً محدود می‌کنند (مثل مؤسساتی که نسبت بالای کودک - به - مراقبت‌کننده دارند).
- 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 ملاک‌ها برای اختلال طیف اوتیسم برآورده نمی‌شوند.
- F. این اختلال قبل از ۵ سالگی آشکار است.
- G. کودک سن رشدی حداقل ۹ ساله دارد.

ملاک‌های DSM-5 برای اختلال آمیختگی اجتماعی بازدارنده^۱

- A. الگوی رفتاری که به موجب آن کودک به‌طور فعال به بزرگسالان ناآشنا نزدیک می‌شود و با آنها تعامل می‌کند و حداقل دو مورد زیر را آشکار می‌سازد:
 ۱. کاهش یا فقدان خودداری در نزدیک شدن به بزرگسالان ناآشنا و تعامل کردن با آنها.
 ۲. رفتار کلامی یا جسمانی بیش از حد خودمانی (که با محدودیت‌هایی که از لحاظ فرهنگی تأیید شده و متناسب با سن باشد، هماهنگ نیست).
 ۳. کاهش یا فقدان سر زدن مجدد به مراقبت‌کننده بزرگسال بعد از دور شدن، حتی در محیط‌های ناآشنا.
 ۴. تمایل به فرار کردن یا بزرگسالی ناآشنا با کمترین یا هیچ تردید.
- B. رفتارها در ملاک A به تکانشگری محدود نمی‌شوند (همچون در اختلال کاستی توجه / بیش‌فعالی) بلکه رفتار بازدارنده اجتماعی را شامل می‌شوند.
- C. کودک الگوی مراقبت نا کافی مفرط را تجربه کرده که با حداقل یکی از موارد زیر ثابت می‌شود:
 ۱. غفلت یا محرومیت اجتماعی به شکل برآورده نشدن مداوم نیازهای هیجانی اساسی برای تسلی، تحریک و محبت توسط بزرگسالان مراقبت‌کننده.
 ۲. تغییرات مکرر مراقبت‌کنندگان اصلی که فرصت تشکیل دادن دلبستگی‌های پائین‌تر را محدود می‌کنند (مثل تغییرات مکرر در مراقبت توسط والدین رضاعی).
 ۳. بزرگ شدن در محیط‌های غیرعادی که فرصت برقرار کردن دلبستگی‌های انتخابی را شدیداً محدود می‌کنند (مثل مؤسساتی که نسبت بالای کودک - به - مراقبت‌کننده دارند).
- 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 و اختلال استرس پس از آسیب

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^۱ قرار می‌گیرند. مواجه شدن با مرگ دیگران، خواه واقعی یا تهدید به آن، نیز می‌تواند به شکل‌گیری این اختلال منجر شود. پاسخ‌دهندگان اول به صحنه یک تصادف یا افسران پلیس که به‌طور منظم با جزئیات موارد بدرقاری با کودک مواجه می‌شوند نیز این اختلال را تجربه می‌کنند.

نشانه‌های اختلال استرس حاد در چهار طبقه قرار می‌گیرند: مزاحمت یادآورهای ناراحت‌کننده واقعی، نشانه‌های تجزیه‌ای مانند احساس کمرختی یا بهت یا جدایی از دیگران، اجتناب از موقعیت‌هایی که ممکن است یادآورهای واقعی باشند، و بیش‌انگیختگی از جمله اختلالات خواب یا تحریک‌پذیری. نشانه‌ها ممکن است به مدت چند روز تا چند ماه پس از واقعه آسیب‌زا ادامه یابند.

ملاک‌های DSM-5 برای اختلال استرس حاد^۲

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

۱. تجربه کردن مستقیم رویداد (رویدادهای آسیب‌زا).
 ۲. شاهد بودن رویداد (رویدادهایی) که برای دیگران رخ داده است.
 ۳. 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 یا یک دوست، این رویداد (رویدادها) باید خشونت‌آمیز یا تصادفی بوده باشند.
 ۴. تجربه کردن مواجهه مکرر با جزئیات ناگوار رویداد (رویدادهای آسیب‌زا) مثلاً پاسخ‌دهندگان اول به جمع کردن جنازه‌های انسان، افسران پلیس که بارها با جزئیات کودک آزاری مواجه می‌شوند. اینکه این مواجهه مرتبط با کار باشد.
- B. وجود نه (یا تعداد بیشتری) از نشانه‌های زیر از هر پنج طبقه مزاحمت، خلق منفی، تجزیه، اجتناب، و برانگیختگی که بعد از وقوع رویداد (رویدادهای آسیب‌زا) شروع یا بدتر شده باشند:

۱. acute stress disorder

۲. این ملاک‌ها از DSM-5 به اینجا منتقل شده‌اند. م

نشانه‌های مزاحمت

۱. خاطرات ناراحت‌کننده عودکننده، غیرارادی، و مزاحم رویداد (رویدادهای آسیب‌زا توجه: در کودکان امکان دارد بازی مکرری روی دهد که در آن، موضوعات یا جنبه‌هایی از رویداد (رویدادهای آسیب‌زا) ابراز شوند.
۲. رویاهای ناراحت‌کننده مکرر که در آنها محتوا و/یا عاطفه رویا با این رویداد (رویدادهای) ارتباط دارد توجه: در کودکان، امکان دارد رویاهای ترسناک بدون محتوای قابل تشخیص وجود داشته باشند.
۳. واکنش‌های تجزیه‌ای (مثل بازگشت‌ها به گذشته) که در آنها فرد به گونه‌ای احساس یا عمل می‌کند که پیوستار روی دهند، به‌طوری که جلوه بسیار شدید، فقدان کامل آگاهی از محیط‌های اطراف موجود باشد. توجه: در کودکان، بازآفرینی مجدد ویژه آسیب ممکن است در بازی روی دهد.
۴. ناراحتی روان‌شناختی شدید یا طولانی هنگام مواجهه با نشانه‌های درونی یا بیرونی که نماد جنبه‌ای از رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا هستند یا به آن شباهت دارند.

خلق منفی

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

نشانه‌های تجزیه‌ای

۱. احساس تغییر یافته واقعیت محیط اطراف فرد یا خودش (مثل در نظر گرفتن خود از دیدگاه دیگران، در حالت گیجی بودن، احساس کندی زمان).
۲. ناتوانی در به یاد آوردن جنبه مهمی از رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا (معمولاً به علت یادزدودگی تجزیه‌ای و نه عوامل دیگری همچون جراحت سر، الکلی، یا داروها).

نشانه‌های اجتناب

۳. تلاش‌هایی برای اجتناب کردن از خاطرات، افکار، یا احساسات مربوط به رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا یا خاطرات، افکار، یا احساساتی که ارتباط نزدیکی با این رویداد دارند.
۴. اقداماتی برای اجتناب کردن از یادآورهای بیرونی (افراد، مکان‌ها، گفتگوها، فعالیت‌ها، اشیاء، موقعیت‌ها) که خاطرات، افکار، یا احساسات ناراحت‌کننده در مورد رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا را برانگیخته می‌کند.

نشانه‌های برانگیختگی

۵. اختلال خواب (مثل مشکل به خواب رفتن و خفته ماندن، خواب بیقرار).
۶. رفتار تحریک‌پذیر و طغیان‌های خشم (با اندکی تحریک یا بدون آن) که معمولاً به صورت برخواستگی کلامی یا جسمانی نسبت به افراد یا اشیاء ابراز می‌شوند.
۷. گوش به زنگی مفرط.
۸. مشکلاتی در رابطه با تمرکز.
۹. پاسخ بکه خوردن اغراق‌آمیز.

- C. مدت این اختلال (نشانه‌ها در ملاک B) ۳ روز تا ۱ ماه پس از مواجهه با آسیب است. توجه: نشانه‌ها معمولاً بلافاصله بعد از آسیب شروع می‌شوند، اما مداوم 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 زمینه‌های مهم دیگر عملکرد ایجاد می‌کند.
- E. این اختلال ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل دارو یا الکل) یا بیماری جسمانی دیگر (مثل صدمه مغزی آسیب‌زای خفیف) نیست، و یا اختلال روان‌پریشی کوتاه‌مدت بهتر توجیه نمی‌شود.

وقایعی که می‌توانند موجب اختلال استرس حاد شوند ممکن است به اختلال بادوام‌تری به نام اختلال استرس پس از آسیب (PTSD)^۱ منجر شوند. از لحاظ فنی، در صورتی که فرد نشانه‌های اختلال استرس حاد را به مدت بیشتر از یک ماه تجربه کند، متخصص بالینی تشخیص PTSD را مقرر می‌کند. مزاحمت‌ها، تجزیه، و اجتناب به عنوان طبقات مهم نشانه‌ها برای PTSD باقی می‌مانند. علاوه بر این، PTSD تغییرات منفی در شناخت از جمله از دست دادن خاطره رویداد، سرزنش کردن شدید خود، فاصله‌گیری از دیگران، و ناتوانی در تجربه کردن هیجانات مثبت را نیز شامل می‌شود.

در دهه ۱۹۸۰، هنگامی که تشخیص PTSD به DSM افزوده شد، رسانه‌های گروهی توجه را به عوارض بعدی نبرد که کهنه‌سربازان جنگ ویتنام تجربه می‌کردند، جلب کردند. در مورد جنگ ویتنام خیلی تبلیغ شد، اما قطعاً تنها جنگی نبود که موجب ضایعات روان‌شناختی می‌شد. گزارش‌های کژکاری روان‌شناختی بعد از مواجه شدن با نبرد، پس از جنگ داخلی پدیدار شدند و بعد از دو جنگ جهانی قرن بیستم مورد توجه زیاد قرار گرفتند و روان‌رنجوری جنگ^۲، روان‌رنجوری آسیب‌زا^۳، استرس جنگ، و خستگی جنگ نامیده شدند. افرادی که از اردوگاه‌های کار اجباری جان به در برده بودند نیز از پیامدهای روان‌شناختی طولانی‌مدت، از جمله «نشانگان بازمانده» افسردگی مزمن، اضطراب، و مشکلات روابط میان فردی رنج می‌بردند.

شیوع PTSD در طول عمر ۶/۸ درصد و شیوع سالانه ۳/۵ درصد است. از بین کسانی که در سال معینی دچار PTSD می‌شوند، ۳۷ درصد نشانه‌های شدید را تجربه می‌کنند (کسلر و

2. shell shock

1. post-traumatic stress disorder

3. traumatic neurosis

اختلال استرس حاد

برندان کارمند ۲۹ ساله‌ای است که تا دو هفته قبل از اینکه از یک آتش سوزی مهیب جان به در ببرد که آپارتمان او و چند ساختمان در محله وی را نابود کرد، از لحاظ روان شناختی سالم بود. برندان از زمان پس از این آتش سوزی از تصویر ذهنی بیدار شدن و دیدن اتاقش که پر از بود شده است، عذاب می‌کشید. گرچه او در بخش اورژانس تحت درمان قرار گرفت و بعد چند ساعت مرخص شد، اما احساس گیجی، بی‌تفاوتی هیجانی نسبت به نگرانی‌های دوستان و خانواده، و گرختگی و بهت‌زدگی می‌کرد. او به مدت چند هفته این نشانه‌ها را تجربه کرد و بعد به تدریج بهبود یافت.

همکاران، (۲۰۰۵). از بین سربازانی که از افغانستان بر می‌گردند، ۶/۲ درصد ملاک‌های تشخیصی PTSD را برآورده می‌کنند، در حالی که این میزان در سربازانی که از عراق بر می‌گردند، بیش از دو برابر، ۱۲/۹ درصد است (هاج و همکاران، ۲۰۰۴). با ادامه یافتن جنگ در این دو منطقه، تعداد سربازانی که دچار مشکلات روانی، مخصوصاً PTSD می‌شوند، رو به افزایش است. برآورد شده است که تقریباً ۱۷ درصد کهنه‌سربازان جنگ عراق ملاک‌های این اختلال را برآورده می‌کنند. نشانه‌های PTSD و اختلالات مربوط، مانند افسردگی، می‌توانند به مدت چند سال ادامه یابند.

ملاک‌های DSM-5 برای اختلال استرس پس از آسیب^۱

توجه: ملاک‌های زیر در مورد بزرگسالان، نوجوانان، و کودکان بالای ۶ سال به کار می‌روند. برای کودکان ۶ ساله و پایین‌تر، به ملاک‌های مشابه زیر مراجعه کنید.

۱. مواجهه با مرگ واقعی یا تهدید به مرگ، جراحت جدی، یا خشونت جنسی به صورت یکی (یا تعداد بیشتری) از موارد زیر:

۱. تجربه کردن مستقیم رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا.
۲. شاهد بودن رویداد (رویدادها) به صورتی که برای دیگران رخ داده است.
۳. آگاهی از اینکه رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا برای اعضای خانواده نزدیک یا دوستان نزدیک اتفاق افتاده است. در موارد مرگ واقعی یا تهدید به مرگ عضوی از خانواده یا دوست، این رویداد (رویدادها) باید

خسوفت‌آمیز یا تصادفی بوده باشد.

۴. تجربه کردن مواجهه مکرر یا شدید با جزئیات ناخوشایند رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا (مثلاً پاسخ‌دهندگان اول به جمع کردن جنازه‌های انسان؛ افسران پلیس که بارها یا جزئیات کودک آزاری مواجه می‌شوند).

توجه: ملاک ۸۴ در مورد مواجهه از طریق رسانه‌های الکترونیک، تلویزیون، فیلم‌ها، یا تصاویر کاربرد ندارد، مگر اینکه این مواجهه مرتبط با کار باشد.

B. وجود یکی (یا تعداد بیشتری) از نشانه‌های مزاحم زیر در ارتباط با رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا که بعد از وقوع رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا شروع می‌شود:

۱. خاطرات ناراحت‌کننده مکرر، غیرارادی، و مزاحم رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا.

توجه: در کودکان بالای ۶ سال، بازی مکرری ممکن است روی دهد که در آن موضوعات یا جنبه‌هایی از رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا ابراز شوند.

۲. رؤیاهای ناراحت‌کننده مکرر که در آنها محتوا و/یا عاطفه رؤیا با رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا ارتباط دارد.

توجه: در کودکان، ممکن است رؤیاهای ترسناک بدون محتوای قابل تشخیص وجود داشته باشند.

۳. واکنش‌های تجربه‌ای (مثل بازگشت‌ها به گذشته^۱) که در آنها فرد به گونه‌ای احساس یا عمل می‌کند که گویی رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا دوباره روی می‌دهند. (چنین واکنش‌هایی ممکن است به صورت یک بی‌وسنار روی دهند، به‌طوری که جلوه بسیار شدید، نا آگاهی کامل از محیط‌های اطراف باشد).

توجه: در کودکان، بازآفرینی مجدد مرتبط با آسیب ممکن است در بازی روی دهد.

۴. ناراحتی روان‌شناختی شدید یا طولانی هنگام مواجهه با نشانه‌های درونی یا بیرونی که نماد جنبه‌ای از رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا هستند یا به آن شباهت دارند.

۵. واکنش‌های فیزیولوژیکی محسوس به نشانه‌های درونی یا بیرونی که نماد جنبه‌ای از رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا هستند یا به آن شباهت دارند.

C. اجتناب مداوم از محرک‌های مرتبط با رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا که بعد از وقوع رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا شروع می‌شود، و یا یک یا هر دو مورد زیر ثابت می‌شود:

۱. اجتناب یا اقداماتی برای اجتناب کردن از خاطرات، افکار، یا احساسات ناراحت‌کننده در مورد رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا یا خاطرات، افکار یا احساسات ناراحت‌کننده‌ای که ارتباط نزدیک با این رویداد دارند.

۲. اجتناب یا اقداماتی برای اجتناب کردن از یادآورهای بیرونی (افراد، مکان‌ها، گفتگوها، فعالیت‌ها، اشیاء موقعیت‌ها) که خاطرات، افکار، یا احساسات ناراحت‌کننده در مورد رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا را برانگیخته می‌کنند.

D. تغییرات منفی در شناخت‌ها و خلق مرتبط با رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا که بعد از وقوع رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا شروع یا بدتر می‌شوند، به‌صورتی که یا دو (یا تعداد بیشتری) از موارد زیر ثابت می‌شود:

۱. ناتوانی در به یاد آوردن جنبه مهمی از رویداد (رویدادهای) آسیبزا (معمولاً به علت یادزدودگی تجزیه‌ای و نه عوامل دیگری همچون صدمه سر، الککل، یا داروها).
۲. عقاید یا انتظارات منفی مداوم و اغراق‌آمیز در مورد خود، دیگران یا دنیا (مثلاً «من بدم»، «به هیچ کس نمی‌توان اعتماد کرد»، «دنیا کاملاً خطرناک است»، «کل دستگاه عصبی من برای همیشه نابود شده است»).
۳. شناخت‌های تحریف‌شده مداوم در مورد علت یا پیامدهای رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا که باعث می‌شوند فرد خود یا دیگران را سرزنش کند.
۴. حالت هیجانی منفی مداوم (مثل ترس، وحشت، خشم، گناه، یا شرم).
۵. کاهش محسوس علاقه به فعالیت‌های مهم یا شرکت کردن در آنها.
۶. احساس گسستگی از دیگران یا بیگانگی با آنها.
۷. ناتوانی مداوم در تجربه کردن هیجانات مثبت (مثل ناتوانی در تجربه کردن احساسات شادی، خشنودی یا عشقی).

E. تغییرات محسوس در برانگیختگی و واکنش‌پذیری در ارتباط با رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا که بعد از وقوع رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا شروع یا بدتر می‌شوند و یا دو (یا تعداد بیشتری) از موارد زیر ثابت می‌شود:

۱. رفتار تحریک‌پذیر و طغیان‌های خشم (یا اندکی تحریک یا بدون آن) که معمولاً به صورت پرخاشگری کلامی یا جسمانی نسبت به افراد یا اشیاء ابراز می‌شوند.

۲. رفتاری بی‌پروا یا آسیب رساندن به خود.

۳. گوش‌به‌زنگی مفرط.

۴. پاسخ یکه خوردن اغراق‌آمیز.

۵. مشکلاتی در رابطه با تمرکز.

۶. اختلال خواب (مثل مشکل به خواب رفتن یا خفته ماندن یا خواب بی‌قرار).

F. مدت این اختلال (ملاک‌های B، C، D و E) بیش از ۱ ماه است.

G. این اختلال ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد ایجاد می‌کند.

H. این اختلال ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل دارو، الککل) یا بیماری جسمانی دیگر نیست.

شخص کنید آیا:

همراه با نشانه‌های تجزیه‌ای؛ نشانه‌های فرد ملاک‌های اختلال استرس پس از آسیب را برآورده می‌کنند و علاوه بر آن، فرد در پاسخ به عامل استرس‌زا، نشانه‌های مداوم یا عودکننده هر یک از موارد زیر را تجربه می‌کند:

۱. مسخ شخصیت: تجربیات مداوم یا عودکننده احساس جدا بودن از فرایندهای ذهنی یا بدن خویش و انگار که فرد مشاهده‌گر بیرونی فرایندهای ذهنی یا بدن خویش است (مثل این احساس که گویی فرد در عالم رؤیاست؛ احساس واقعی نبودن خود یا بدن یا اینکه زمان به کندی پیش می‌رود).
 ۲. مسخ واقعیت: تجربیات مداوم یا عودکننده واقعی نبودن محیط اطراف (مثلاً دنیای پیرامون فرد به صورت غیر واقعی، رؤیامانند، دور، یا تحریف‌شده تجربه می‌شود).
- توجه: برای استفاده از این نوع فرعی، نشانه‌های تجزیه‌ای نباید ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل

بیهوشی‌های موقت، رفتار به هنگام مسمومیت با اتکل) یا بیماری جسمانی دیگر (مثل حملات صرعی ناحیه‌ای مرکب) باشند.

مشخص کنید اگر:

همراه با جلوه معوق؛ اگر ملاک‌های تشخیصی کامل تا حداقل ۶ ماه بعد از رویداد برآورده نشده باشند (گرچه شروع و جلوه برخی نشانه‌ها ممکن است فوری باشند).

اختلال استرس پس از آسیب در مورد کودکان ۶ ساله و پایین‌تر

۸. در کودکان ۶ ساله و پایین‌تر، مواجهه یا مرگ واقعی یا تهدید به مرگ، جراحت جدی، یا خشونت جنسی به صورت یکی (یا تعداد بیشتری) از موارد زیر:

۱. تجربه کردن مستقیم رویداد (رویدادهای آسیب‌زا).
۲. شاهد بودن رویداد (رویدادها) به صورتی که برای دیگران، مخصوصاً مراقبت‌کنندگان اصلی رخ داده است.

توجه: شاهد بودن، رویدادهایی را شامل نمی‌شود که فرد فقط در رسانه‌های الکترونیک، تلویزیون، فیلم‌ها، یا تصاویر آنها را مشاهده کرده است.

۳. آگاهی از اینکه رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا برای والد یا شخص مراقبت‌کننده اتفاق افتاده است.

B. وجود یکی (یا تعداد بیشتری) از نشانه‌های مزاحم زیر در ارتباط با رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا که بعد از وقوع رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا شروع می‌شوند:

۱. خاطرات ناراحت‌کننده عودکننده، غیرارادی، و مزاحم رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا.
- توجه: خاطرات خودانگیخته و مزاحم ممکن است لزوماً ناراحت‌کننده به نظر نرسند و ممکن است به صورت بازآفرینی تجربه، در بازی ابراز شوند.
۲. رویاهای ناراحت‌کننده مکرر که در آنها، محتوا و/یا عاطفه رؤیا به رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا ارتباط دارد.

توجه: شاید معلوم کردن اینکه محتوای ترسناک یا رویداد آسیب‌زا ارتباط دارد امکان‌پذیر نباشد.

۳. واکنش‌های تجزیه‌ای (مثل بازگشت‌ها به گذشته) که در آنها کودک طوری احساس یا عمل می‌کند که انگار رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا دوباره اتفاق می‌افتد. (چنین واکنش‌هایی ممکن است به صورت یک بیوستار روی دهند، به طوری که جلوه بسیار شدید، ناآگاهی کامل از محیط‌های اطراف باشد). این‌گونه بازآفرینی مرتبط با آسیب ممکن است در بازی روی دهد.

۴. ناراحتی روان‌شناختی شدید یا طولانی هنگام مواجهه با نشانه‌های درونی یا بیرونی که نماد جنبه‌ای از رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا هستند یا به آن شباهت دارند.

۵. واکنش‌های فیزیولوژیکی محسوس به یادآورهای رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا.

C. یکی (یا تعداد بیشتری) از نشانه‌های زیر که بیانگر اجتناب مداوم از محرک‌های مرتبط با رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا است یا تغییرات منفی در شناخت‌ها و خلق مرتبط با رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا باید وجود داشته باشند، و بعد از این رویداد (رویدادها) شروع شده یا بعد از این رویداد (رویدادها) بدتر شده باشند:

اجتناب مداوم از محرک‌ها

۱. اجتناب یا اقداماتی برای اجتناب از فعالیت‌ها، مکان‌ها، یا یادآورهای مادی که خاطرات رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا را برانگیخته می‌کنند.

(رویدادهای) آسیب‌زا را برانگیخته می‌کنند.

تغییرات منفی در شناخت‌ها

۳. افزایش قابل ملاحظه قراوانی حالت‌های هیجانی منفی (مثل ترس، گناه، غم، شرم، سردرگمی).
 ۴. کاهش علاقه محسوس به فعالیت‌های مهم، از جمله محدودیت بازی یا مشارکت در آنها.
 ۵. رفتار کناره‌گیری اجتماعی.
 ۶. کاهش مداوم ابراز هیجانات مثبت.
- II. تغییراتی در برانگیختگی و واکنش‌پذیری در ارتباط با رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا که بعد از وقوع رویداد می‌شود:
۱. رفتار تحریک‌پذیر یا طغیان‌های خشم (با اندکی تحریک یا بدون آن) که معمولاً به صورت پرخاشگری کلامی یا جسمانی نسبت به دیگران یا اشیاء ابراز می‌شود (از جمله قشقرق‌های شدید).
 ۲. گوش به زنگی مفرط.
 ۳. پاسخ یکه خوردن اغراق‌آمیز.
 ۴. مشکلاتی در رابطه با تمرکز.
 ۵. اختلال خواب (مثل مشکل به خواب رفتن و خفته ماندن یا خواب بی‌قرار).
 ۶. مدت این اختلال بیش از ۱ ماه است.
 ۷. این اختلال ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در روابط با والدین، خواهر-برادرها، همسالان، یا مراقبت‌کنندگان دیگر یا رفتار تحصیلی، ایجاد می‌کند.
 ۸. این اختلال ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل دارو یا الکل) یا بیماری جسمانی دیگر نیست.
- شخص کنید آیا:
- همراه با نشانه‌های تجزیه‌ای؛ نشانه‌های فرد ملاک‌های اختلال استرس پس از آسیب را برآورده می‌کند و فرد نشانه‌های مداوم یا عودکننده هریک از موارد زیر را تجربه می‌کند:
۱. مسخ شخصیت؛ تجربیات مداوم یا عودکننده احساس جدا بودن از فرایندهای ذهنی یا بدن خویش و انگار که فرد مشاهده‌گر بیرونی فرایندهای ذهنی یا بدن خویش است (مثل این احساس که گویی فرد در عالم رؤیاست؛ احساس واقعی نبودن خود یا بدن یا اینکه زمان به کندی پیش می‌رود).
 ۲. مسخ واقعیت؛ تجربیات مداوم یا عودکننده واقعی نبودن محیط اطراف (مثلاً دنیای پیرامون فرد به صورت غیر واقعی، رؤیامانند، دور، یا تحریف شده تجربه می‌شود).
- توجه: برای استفاده از این نوع فرعی، نشانه‌های تجزیه‌ای نباید ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل بیهوشی‌های موقت) یا بیماری جسمانی دیگر (مثل حملات صرعی ناحیه‌ای مرکب) باشند.
- شخص کنید اگر:
- همراه با جلوه معوق؛ اگر ملاک‌های تشخیصی کامل تا حداقل ۶ ماه بعد از رویداد برآورده نشده باشند (گرچه شروع و جلوه برخی نشانه‌ها ممکن است فوری باشند).

نظریه‌ها و درمان اختلال استرس پس از آسیب تجربه آسیب‌زا واقعه‌ای بیرونی است که بر فرد تأثیر می‌گذارد و بنابراین، «علیت» زیستی ندارد. با این حال، پژوهشگران اعلام می‌دارند که تجربیات آسیب‌زانا اندازه‌ای به این دلیل تأثیر دارند که به تغییراتی در مغز منجر می‌شوند که آن را نسبت به خطر احتمالی در آینده خیلی حساس می‌کنند. افراد مبتلا به PTSD تغییراتی را در هیپوکامپ تجربه می‌کنند، ساختاری که مسئول تحکیم بخشیدن به حافظه است. در نتیجه، آنها قادر نیستند موقعیت‌های نسبتاً زیان‌آور (مانند آتش‌بازی) را از موقعیت‌هایی که در آنها آسیب واقعی رخ داده (جنگ) متمایز کنند. آنها همچنان به تجربه کردن مجدد واقعه با برانگیختگی زیاد و اجتناب بیشتر از آسیب ادامه می‌دهند (هایس و همکاران، ۲۰۱۱).

داروهای ضد افسردگی SSRI تنها داروهای تأیید شده توسط FDA برای افراد مبتلا به PTSD هستند. با این حال، میزان پاسخ بیماران مبتلا به PTSD به این داروها به ندرت بیشتر از ۶۰ درصد است، و کمتر از ۲۰ تا ۳۰ درصد به بهبود کامل نشانه‌های خود دست می‌یابند. پژوهش، مصرف بنزودیازپین‌ها در درمان PTSD را تأیید نمی‌کند، هرچند که این داروها ممکن است بی‌خوابی یا اضطراب را برطرف کنند (برگر و همکاران، ۲۰۰۹). گرچه پژوهشگران معتقد بودند که داروی ضد روان‌پریشی رisperidon ممکن است برای افراد مبتلا به PTSD مفید باشد، اما یافته‌های به دست آمده از تحقیق انجام شده در مقیاس بزرگ روی تقریباً ۳۰۰ کهنه‌سرباز، از مصرف آن برای کاهش دادن نشانه‌ها حمایت تجربی نکرده است (کریستال و همکاران، ۲۰۱۱).

از دیدگاه روان‌شناختی، افراد مبتلا به PTSD به علت آسیبی که تجربه کرده‌اند، سبک پردازش اطلاعات سودار دارند، که باعث می‌شود توجه آنها به سمت علایم بالقوه تهدیدکننده گرایش یابد. بنابراین، آنها به احتمال بیشتری احساس می‌کنند مورد تهدید قرار دارند و بیشتر (هاپرت، فوا، مک‌نالی و کاهیل، ۲۰۰۹). شخصیت و سبک کنار آمدن نیز پاسخ‌ها به آسیب را پیش‌بینی می‌کنند. معلوم شده افرادی که به احتمال بیشتری بعد از مواجهه با آسیب دچار PTSD می‌شوند، سطح بالای روان‌رنجورخویی، منفی‌گرایی، حالت عاطفی منفی، نشانه‌های روان‌شناختی قبلی، و سابقه بهره‌کشی کودکی دارند (باشناگل، گادماندوتیر، هاوک، و گابیل، ۲۰۰۹؛ انگل‌هاردون دن هوت، ۲۰۰۷؛ رادمارکر، ون زویدن، ورتمن و گیوز، ۲۰۱۱).

به نظر می‌رسد که بار بار از این نظر مستثنی است؛ به نظر نمی‌رسد که او در



◀ کهنه‌سربازانی که به PTSD مبتلا هستند برای مواجه کردن خودشان با تصویرسازی ذهنی اضطراب‌آور به عنوان بخشی از درمان در بیمارستان کهنه‌سربازان، از تکنولوژی واقعیت مجازی استفاده می‌کنند.

روان‌رنجورخوویی و منفی‌گرایی بالا باشد، و قربانی بهره‌کشی کودکی هم نبود. به نظر می‌رسید که مواجهه طولانی او با جنگ شدید، همراه با از دست دادن پا، شکل‌گیری اختلال وی را توجیه می‌کند.

به‌طور کلی، درمان شناختی - رفتاری همراه با نوعی مواجهه‌سازی (واقعی یا جسمی) با آموزش آرمیدگی و بازسازی شناختی، مؤثرترین درمان روان‌شناختی برای PTSD محسوب شده است. با این حال، متخصصان بالینی مایل نیستند از این روش‌ها در درمان استفاده کنند. از این گذشته، به علت میزان بالای انصراف و عدم پاسخ‌دهی هنگام استفاده از این روش‌ها، پژوهشگران در مورد کارایی روش‌های دیگر از جمله درمان میان فردی، تکرار مانترا^۱، و درمان پذیرش و تعهد تحقیق می‌کنند (بومبی و لانگ، ۲۰۱۱).

متخصص بالینی در روش حساسیت‌زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR)، از درمان‌جو می‌خواهد به خاطره آسیب‌زا فکر کند و در عین حال بر حرکت سریع انگشت او برای ۱۰ تا ۱۲ حرکت چشم تمرکز نماید. گرچه EMDR به میزان فزاینده‌ای مورد استفاده قرار

می‌گیرد، اما فاقد اثربخشی مرتبط با برخی انواع درمان مواجهه‌سازی است (کمیت درمان اختلال استرس پس از آسیب، ۲۰۰۸).
 نظر دیگری درباره PTSD از روان‌شناسی مثبت‌نگر حاصل شده که اعلام می‌دارد افراد می‌توانند از طریق تجربه آسیب‌زا رشد کنند. بر طبق این رویکرد، آسیب به صورت بالقوه به درمان‌جویان امکان می‌دهد تا تعبیرهای مثبتی از تجربیات خود بیابند (هلیگسون، رینولدز و تامپ، ۲۰۰۶). صفت شخصی خوشبینی و کثودگی به تجربیات جدید ممکن است خیلی مفید باشند (زولتر، راب، کارل، و مرکر، ۲۰۰۸).

۶-۴ اختلالات اضطرابی، وسواس فکری - عملی، و مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زا: دیدگاه زیستی - روانی - اجتماعی

اختلالانی که در این فصل مورد بحث قرار دادیم، طیف گسترده‌ای از مشکلات را در بر می‌گیرند که از پاسخ‌های خاص، و ظاهراً شخصی و نامتعارف تا احساسات وحشت‌پراکنده و نامتایزگسترش دارند. بین این اختلالات از نظر نشانه‌ها و علت‌ها تفاوت‌هایی وجود دارند، اما به نظر می‌رسد که شباهت‌های مهمی نیز وجود داشته باشند، زیرا همه آنها مناطقی از مغز را شامل می‌شوند که در پاسخ دادن به موقعیت‌های ترسناک یا تهدیدکننده درگیر هستند. شاید آنچه تعیین می‌کند که یک نفر برای مبتلا شدن به اختلال اضطرابی آمادگی دارد، ترکیب منحصر به فرد هم‌آمیزی ژنتیک، عملکرد مغز، تجربیات زندگی، و زمینه اجتماعی باشد. به نظر می‌رسد که این اختلالات روش درمان مشابهی نیز دارند، به‌طوری که روش‌های شناختی-رفتاری شاید بیشترین اثربخشی را داشته باشند.

برگشت به مورد: باربارا وایلد

درمانگر باربارا تصمیم گرفت از مداخله‌های دارویی استفاده نکند و به جای آن درمان شناختی-رفتاری را شروع کند. ابتدا، باربارا یاد گرفت با این افکار که او هنوز بیشتر مواقع در خطر است مبارزه کند. بعداً، از طریق روش‌های مواجهه تجسمی به صحبت کردن در مورد تجربیات خود در عراق عادت کرد بدون اینکه ترس یا اضطراب در او ایجاد کند. او یاد گرفت خاطرات خود را از جنگ، با آرمیدگی همراه کند.

علاوه بر درمان فردی، درمانگر باربارا به او توصیه کرد در گروه درمانی شرکت کند.

باربارا در این جلسات، به مدت ۹۰ دقیقه در هفته برای ۱۰ هفته با ۷ کهنه‌سرباز جنگ عراق ملاقات کرد. او قادر بود در مورد خاطرات آسیب‌زای خود صحبت کند و از کهنه‌سربازان دیگر هنگام صحبت کردن درباره تجربیاتشان نیز حمایت کند. او به وسیله تعامل کردن با نسبت به افراد دیگر در زندگی وی کاهش داد.

نشانه‌های PTSD باربارا ظرف مدت یک ماه پس از شروع درمان، تا اندازه‌ای تسکین یافتند. هرچند که او همچنان کابوس‌های گاه و بیگاه داشت. او با استفاده از مهارت‌های مقابله کردن که در درمان یاد گرفت، توانست از فلاش‌بک‌ها بهبود یابد و بار دیگر مشارکت در زندگی را آغاز کند. او بعد از دریافت پای مصنوعی از لحاظ جسمانی کاملاً بهبود یافت. کیرخشی هیجانی، تحریک‌پذیری، و نشانه‌های اضطراب او ظرف دو ماه کاملاً فروکش کردند. باربارا اغلب به درمانگر خود می‌گفت که احساس می‌کند دوباره «خودش» است. او چند ماه بعد، شغل نیمه‌وقتی در یک فروشگاه لوازم برقی به دست آورد و در برنامه نیمه‌وقت MBA در یک کالج ثبت‌نام کرد. او به آپارتمان خودش که چند شهر دورتر از خانه والدینش بود نقل مکان کرد و دوباره ارتباط خود را با دوستان قدیمی‌اش برقرار نمود. باربارا همچنان هر هفته برای درمان فردی به مرکز درمانی کهنه‌سربازان مراجعه می‌کند.

گزارش‌های دکتر توپین: از همان ابتدا معلوم بود که باربارا به نشانه‌های کلاسیک PTSD مبتلاست. خوشبختانه، او توانست از اسکاناتی که برای وی مهیا بودند استفاده کند و رنج بردن خود را تسکین دهد. مداخله درمانی به موقع برای افراد مبتلا به PTSD جهت پیشگیری از طولانی شدن نشانه‌ها در طول عمر، حیاتی است و باربارا توانست در نتیجه رسیدگی کردن به موقع به PTSD خود، زندگی عادی را از سر گیرد. در زمان‌های گذشته، منابع لازم برای خیلی از کهنه‌سربازان جنگ (مانند ویتنام) که به وطن بر می‌گشتند، فراهم نبودند. این کهنه‌سربازان اکنون جمعیت بزرگی از نظام امور مربوط به کهنه‌سربازان را تشکیل می‌دهند، هرچند که میزان PTSD همچنان در سربازانی که در جنگ‌های عراق و افغانستان درگیر هستند، رو به افزایش است. مداخله به موقع برای افراد مبتلا به PTSD اهمیت دارد تا از طولانی شدن نشانه‌ها در طول عمر پیشگیری شود.

خلاصه

- اختلالات اضطرابی با تجربه برانگیختگی فیزیولوژیکی، دلشوره، احساس وحشت، گوش به زنگی، اجتناب، و گاهی ترس یا فوبی خاص مشخص می‌شوند.
- اختلال اضطراب جدایی اختلال کودکی است که با اضطراب شدید و نامناسب در مورد جدا شدن از خانه یا مراقبت‌کنندگان مشخص می‌شود. خیلی از نوجوانان مرحله رشدی را

فصل هفتم

اختلالات تجزیه ای و

نشانه جسمانی

متخصص بالینی بعد از ارزیابی، با دکتر استوارت در مورد ژر مشورت کرد. ژر به صورت مکتوب رضایت داده بود که دکتر استوارت اطلاعات مربوط به وی را در اختیار متخصص بالینی قرار دهد. دکتر استوارت به متخصص بالینی گفت که معتقد بود نشانه‌های جسمانی ژر بر شروع دیر هنگام عدم تحمل لاکتوز دلالت دارد، اما او پذیرفتن این تشخیص را رد کرده بود. امکان دارد نشانه‌های او در نتیجه امتناع وی از اینکه تحت درمان مناسب‌تر قرار گیرد، بدتر شده باشند. دکتر استوارت همچنین اظهار داشت که به نظر می‌رسید ژر پس از مرگ عمویش به صورت بسیار متفاوتی رفتار می‌کند.

سابقه مربوط: ژر قبلاً در اواخر ۲۰ تا ۳۰ سالگی برای افسردگی به روان‌پزشک مراجعه کرده بود. این افسردگی بعد از اینکه ژر از کالج فارغ التحصیل شد، شروع شد و تا زمانی که او دچار دوره بسیار شدیدی شد که به فکر خودکشی افتاده بود، شدت متفاوتی داشت. او یک دوره داروهای ضد افسردگی مصرف کرده بود که مؤثر واقع شده بودند. هنگام ارزیابی، ژر هیچ داروی روان‌پزشکی مصرف نمی‌کرد تقریباً به مدت پنج سال این نوع داروها را مصرف نکرده بود، زیرا احساسی کرده بود که دوره قبلی مصرف دارو به قدر کافی مؤثر بوده است که باید آن را قطع می‌کرد.

تدوین موردی: ژر ملاک‌های اختلال نشانه جسمانی متوسط تا شدید را با درد غالب، برآورده می‌کند. این تشخیص بر مبنای افزایش اضطراب او که بیش از اندازه بود، در پاسخ به نشانه‌های جسمانی وی، استوار بود، در حدی که زندگی او به‌طور قابل ملاحظه‌ای مختل شده بود (یعنی، از دست دادن کار و رابطه رمانتیک). نگرانی‌های او در مورد نشانه‌هایش هم مداوم و هم بی‌تناسب با شدت واقعی نشانه‌های جسمانی او هستند، و امتناع او از پذیرفتن تشخیص عدم تحمل لاکتوز، ملاک‌های نشانه‌های این اختلال را برآورده می‌کند. اضطراب او در مورد نشانه‌هایش شدید و مداوم است (بیش از شش ماه ادامه یافته است)، و او وقت و انرژی خیلی زیادی را صرف نشانه‌های جسمانی خود کرده است. شروع نشانه‌های ژر احتمالاً از ناراحتی او در اثر مرگ عمویش سرچشمه می‌گیرد که طبق گزارش وی، از پردازش کردن واکنش خود اجتناب کرده بود.

برنامه درمان: متخصص بالینی بعد از ارزیابی و مشورت با دکتر استوارت، ژر را به درمانگری ارجاع داد که متخصص درمان شناختی-رفتاری برای اختلالات جسمانی بود. درمانگر ژر در این رویکرد مبتنی بر شواهد، باید با بازسازی شناختی و راهبردهای رفتاری، روی ارزیابی نگرانی‌های شدید او در مورد بیماری جسمانی تمرکز کرده و برای اینکه نشانه‌های جسمانی او بهبود یابد، وی را ترغیب کند به توصیه‌های دکتر استوارت عمل نماید.

سارا توبین، PhD

۷-۱ اختلالات تجزیه‌ای

به نظر می‌رسد که ذهن انسان قادر به تجزیه کردن، یا جدا کردن کارکردهای ذهنی است. شما می‌توانید در حال دودیدن، به‌طور عمیق به یک مسئله فکر کنید، شاید حتی ندانید که چند کیلومتر را بدون آگاهی از محیط اطراف‌تان دوده‌اید. در اختلالات تجزیه‌ای^۱ این جدایی کارکردهای ذهنی با درجه شدیدتری روی می‌دهد. اختلالات تجزیه‌ای، در مورد شیوه‌ای که خودپنداره افراد به مرور زمان شکل می‌گیرد، و حافظه و درک واقعیت می‌توانند تجزیه شوند، سؤال‌های جالبی را پیش می‌کشند. در مقابل، اختلالات نشانه جسمانی^۲ که بعداً در این فصل

1. dissociative disorders

2. somatic symptom disorders

مورد بحث قرار می‌گیرند، سؤال‌هایی را درباره رابطه ذهن - بدن مطرح می‌سازند.

انواع اصلی اختلالات تجزیه‌ای

ما عموماً این عقیده را بدیهی می‌دانیم که هر فردی یک شخصیت و خودپنداره دارد. با این حال، به نظر می‌رسد که در اختلال هویت تجزیه‌ای (DID)^۱ فرد بیش از یک شخصیت را با خودپنداره مربوط به خودش پرورش داده است. به نظر می‌رسد که هر شخصیت مجزا، شیوه درک کردن، ارتباط برقرار کردن، و فکر کردن مخصوص خودش را دارد. بنا بر تعریف، افراد مبتلا به اختلال هویت تجزیه‌ای، حداقل دو هویت مجزا دارند و وقتی در یک هویت هستند، نمی‌دانند که در هویت دیگر نیز به سر می‌برند. در نتیجه، تجربیات آنها فاقد تداوم است. آنها در مورد خود و زندگی خویش، شکاف‌های بزرگی در خاطرات مهم دارند. امکان دارد که آنها وقایع عادی روزمره را فراموش کنند، اما تجربیاتی که ماهیت آسیب‌زا داشته‌اند، مانند قربانی شدن یا مورد بهره‌کشی قرار گرفتن را نیز فراموش می‌کنند.

ملاک‌های DSM-5 برای اختلال هویت تجزیه‌ای^۲

- A. اختلال هویت که با دو یا تعداد بیشتری از حالت‌های 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^۳ همراه با تغییرات مربوط در عاطفه، رفتار، هشیاری، حافظه، ادراک، شناخت، و/یا عملکرد حسی - حرکتی را شامل می‌شود. این علائم و نشانه‌ها ممکن است توسط دیگران مشاهده یا توسط فرد گزارش شوند.
- B. شکاف‌های عودکننده در یادآوری وقایع روزمره، اطلاعات شخصی مهم، و/یا رویدادهای آسیب‌زا که با فراموشی عادی ناهماهنگ هستند.
- C. نشانه‌ها ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد ایجاد می‌کنند.
- D. این اختلال بخش طبیعی روال معمول فرهنگی یا مذهبی که وسیعاً پذیرفته شده باشد، نیست. توجه: در کودکان، نشانه‌ها با همبازی‌های خیالی یا بازی خیالی دیگر بهتر توجیه نمی‌شوند.
- E. نشانه‌ها ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل بیهوشی‌های موقت یا رفتار آشفته هنگام مسمومیت با الکل) یا بیماری جسمانی دیگر (مثل حملات صرعی ناحیه‌ای مرکب) نیستند.

1. dissociative identity disorder

۲. این ملاک‌ها از DSM-5 به اینجا منتقل شده‌اند. م.

3. sense of agency

افراد مبتلا به یادزدودگی تجزیه‌ای^۱ قادر نیستند اطلاعات مربوط به یک رویداد یا مجموعه رویدادها در زندگی خود را به یاد بیاورند. اما یادزدودگی آنها ناشی از فراموشکاری معمولی نیست. آنچه را که آنها فراموش می‌کنند، واقعه خاصی از زندگی آنهاست، که به احتمال زیاد واقعه‌ای آسیب‌زا یا استرس‌زا است. یادزدودگی آنها ممکن است حالت گریز داشته باشد، که به موجب آن بدون آگاه بودن از هویت خود، مسافرت می‌کنند یا سرگردان می‌شوند.

ملاک‌های DSM-5 برای یادزدودگی تجزیه‌ای^۲

- A. ناتوانی در یادآوری اطلاعات زندگی‌نامه شخصی مهم، معمولاً از نوع آسیب‌زا یا استرس‌زا، که با فراموشی معمولی ناهم‌هنگ است.
- توجه: یادزدودگی تجزیه‌ای اغلب از یادزدودگی موضعی یا انتخابی در مورد رویداد یا رویدادهای خاص، یا یادزدودگی فراگیر در مورد هویت و تاریخچه زندگی تشکیل می‌شود.
- B. نشانه‌ها ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد ایجاد می‌کنند.
- C. این اختلال ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل الکل یا سوءمصرف مواد مخدر، دارو) یا بیماری عصبی یا جسمانی دیگر (مثل حملات صرعی ناحیه‌ای مرکب، یادزدودگی کلی موقتی، پیامدهای آسیب سر بسته/ صدمه مغزی آسیب‌زا، یا بیماری عصبی دیگر) نیست.
- D. این اختلال با اختلال هویت تجزیه‌ای، اختلال استرس پس از آسیب، اختلال استرس حاد، اختلال نشانه جسمانی، یا اختلال عصبی - شناختی عمده یا خفیف بهتر توجیه نمی‌شود.

درک معمول شما از اینکه کیستید، آگاهی شما را از اینکه در بدن خودتان زندگی می‌کنید شامل می‌شود. **مسخ شخصیت**^۳ اختلالی است که به موجب آن، افراد احساس می‌کنند از بدن خودشان جدا شده‌اند. امکان دارد که آنها تجربیات غیرواقعی بودن، مشاهده گر بیرونی بودن، یا کرختی هیجانی یا جسمانی داشته باشند. **مسخ واقعیت**^۴ اختلالی است که به موجب آن، افراد احساس می‌کنند محیط اطرافشان غیرواقعی است یا از جدا آن هستند. **اختلال مسخ شخصیت/ مسخ واقعیت**، حالتی است که به موجب آن، افراد یک یا هر دو تجربه مسخ شخصیت و مسخ واقعیت را دارند.

1. dissociative amnesia

۲. این ملاک‌ها از DSM-5 به اینجا منتقل شده‌اند. م.

3. depersonalization

4. derealization

ملاک‌های DSM-5 برای اختلال مسخ شخصیت / مسخ واقعیت^۱

- A. وجود تجربیات مداوم یا عودکننده مسخ شخصیت، مسخ واقعیت یا هر دو.
۱. مسخ شخصیت: تجربیات غیرواقعی بودن، جدا بودن، یا مشاهده گز بیرونی بودن در رابطه با افکار، احساسات، حس‌ها، بدن، یا اعمال (مثل تغییرات ادراکی، درک زمان تحریف شده، خود غیرواقعی یا فقدان خود، بی‌حسی هیجانی و/یا جسمانی).
 ۲. مسخ واقعیت: تجربیات غیرواقعی یا جدا بودن در رابطه با محیط اطراف (مثلاً افراد یا اشیاء به صورت غیرواقعی، رؤیا مانند، تیره و تاریک، بی‌جان، یا از لحاظ دیداری تحریف شده تجربه می‌شوند).
- B. در طول تجربیات مسخ شخصیت یا مسخ واقعیت، واقعیت‌آزمایی سالم می‌ماند.
- C. این نشانه‌ها ناراحتی یا اختلال بالینی قابل ملاحظه در عملکرد اجتماعی، شغلی و (مینه‌های 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 تجزیه‌ای دیگر بهتر توجیه نمی‌شود.

مورد کوتاه

اختلال هویت تجزیه‌ای

میرا خانم جوان مجرد و کارمند یک کتاب فروشی بزرگ است. او تنها زندگی می‌کند، به جز دیدن خویشاوندان با کسی معاشرت ندارد، به شیوه محافظه کارانه لباس می‌پوشد، که همکاران او به عنوان خشکه مقدس آن را مسخره می‌کنند. او در اوایل نوجوانی درگیر یک رابطه صمیمانه با مرد میانسال شد که از او سوء استفاده می‌کرد. گرچه دیگران این رابطه مشکل ساز را به میرا یادآوری کردند، اما او ادعا می‌کند که خاطره‌ای از آن فرد ندارد و حتی گاهی از خود می‌پرسد چرا دیگران این داستان را از خود در آورده‌اند تا او را آزار دهند. میرا در ۲۵ سالگی می‌گوید که خود را از لحاظ جنسی برای ازدواج محفوظ نگه داشته است، ولی به نظر می‌رسد که کاملاً به دنبال کردن هرگونه روابط نزدیک با مردان بی‌علاقه است. تا اینجا، این شرح، میرا را به صورتی که همکاران و خانواده از او می‌دانند، توصیف می‌کند. اما شخصیت‌های دیگر درون بدن میرا به سر می‌برند و اسامی دیگری دارند و به شیوه‌ای رفتار می‌کنند که کاملاً با شخصیت «میرا» ناهمخوان است. «ریتا» در هوس‌های جنسی او خود نما، معاشرتی، و بازداری نشده است. او به روابط عشقی متعدد با انواع شخصیت‌های ناخوشایند که در کلوب‌ها و دیسکوها

۱. این ملاک‌ها از DSM-5 به اینجا منتقل شده‌اند. م.

تور کرده پرداخته است. «ریتا» از «میرا» آگاه است و او را خیلی حقیر می‌داند. شخصیت سوم «جو» گاهی از آپارتمان میرا خارج می‌شود. «جو» که لباس مردانه بر تن دارد، به مرکز شهر می‌ورد تا مقداری خرید کند. از نظر «جو»، «ریتا» چیزی جز یک زن هرزه نیست که «یک روزی با دردسر زیادی» مواجه خواهد شد. شخصیت‌های میرا از جزئیات زندگی او بی‌خبر هستند.

نظریه‌ها و درمان اختلالات تجزیه‌ای

وقایع استرس‌زا می‌توانند باعث شوند که افراد گسیخته شدن تجربیات هشیار، خودپنداره، یا احساس تداوم در طول زمان را تجربه کنند. افراد در رشد بهنجار، ادراک‌ها و خاطراتی را که از خود و تجربیات خویش دارند یکپارچه می‌کنند. در اختلال تجزیه‌ای، فرد سعی می‌کند از وقایع آگاهی هشیار که موجب عذاب روانی می‌شوند، جدا شود یا آنها را از سر دور کند.



◀ افراد مبتلا به اختلال هویت تجزیه‌ای یاد گرفته‌اند با ایجاد کردن شخصیت‌های «دیگر» که وقتی آنها دچار استرس می‌شوند به صورت ناهشیار تفکر و رفتار آنها را کنترل می‌کنند، با شرایط زندگی بسیار استرس‌زا مقابله کنند.

با این حال، متخصصان بالینی هنگام تشخیص و درمان افراد مبتلا به نشانه‌های تجزیه‌ای با تکلیف دشواری مواجه هستند. آنها ابتدا باید معلوم کنند که آیا این اختلال، واقعی است یا جعلی (عمدی است یا غیرعمدی). افراد ممکن است عمداً اختلال تجزیه‌ای را وانمود کنند تا توجه جلب کرده یا از تنبیه اجتناب ورزند. امکان دارد که آنها ناآگاهانه یکی از این اختلالات را

پرورش دهند، زیرا برای داشتن نوعی از تشخیص که فیلم‌هایی را درباره آنها دیده‌اند، (مثل Boyfoll یا The Three Faces of Eve) جویای توجه هستند.

مورد کوتاه

یادزدودگی تجزیه‌ای همراه با گریز تجزیه‌ای

نورما، در حالت گیجی، اشک‌ریزان وارد مرکز بحران سلامت روان شد. «من نمی‌دانم کجا زندگی می‌کنم و کیستم! لطفاً یک نفر به من کمک کند» تیم بحران به او کمک کرد تا جیب خود را بگردد، اما چیزی به جز عکسی از یک دختر بچه مو بور پیدا نکرد. نورما، خسته به نظر می‌رسید و وقتی او را روی تخت خواباندند، فوراً به خواب رفت. تیم بحران به پلیس تلفن زد تا دریابد آیا گزارشی از یک فرد گم شده وجود دارد. به طوری که بعداً معلوم شد، دختر بچه در عکس، دختر نورما بود. اتومبیلی در محوطه پارکینگ یک مرکز خرید با این دختر بچه برخورد کرده بود. گرچه این بچه بدجوری صدمه دیده و پای او شکسته بود، اما در بخش کودکان بیمارستان در حالت آرامش قرار گرفته بود. اما مادرش ناپدید شده بود. از قرار معلوم، نورما به مدت چند ساعت سرگردان بود و کیف و اوراق هویت خود را نزد مددکار اجتماعی در بخش اورژانس جا گذاشته بود. وقتی نورما از خواب بیدار شد، توانست هویت خود و شرایط تصادف را به یاد بیاورد، اما از آنچه اتفاق افتاده بود هیچ چیزی را به یاد نمی‌آورد.

در موارد واقعی اختلال تجزیه‌ای که به نظر نمی‌رسد نشانه‌ها وانمود شده باشند، اتفاق نظر کتونی این است که این افراد در معرض آسیب هیجانی یا جسمانی قرار گرفته‌اند. یک تحقیق روان‌پزشکی بزرگ ثابت کرد که افراد مبتلا به نشانه‌های تجزیه‌ای میزان شیوع بالای بدرفتاری جسمانی و جنسی در کودکی داشته‌اند (فوت، مولین، کاپلان، لگات، و لپشیدز، ۲۰۰۶). با این حال، خیلی از افراد بدون اختلال تجزیه‌ای می‌توانند به وقایع آسیب‌زای اوایل زندگی خود فکر کنند (کیلستروم، ۲۰۰۵). در همین راستا، تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی می‌توانند به انواع دیگر اختلالات منجر شوند؛ بنابراین، چرا برخی افراد که با آسیب مواجه شده‌اند دچار اختلال تجزیه‌ای می‌شوند در حالی که دیگران دچار آن نمی‌شوند؟

به فرض اینکه افراد مبتلا به اختلالات تجزیه‌ای با نشانه‌های تجزیه‌ای به آسیب واکنش نشان می‌دهند، هدف درمان، عمدتاً یکپارچه کردن قسمت‌های مجزا در هشپاری فرد از خود،

حافظه، و زمان می‌شود. امکان دارد متخصصان بالینی از هیپنوتراپی استفاده کنند تا درمانجویان تجربیات آسیب‌زایی را که به نظر می‌رسد موجب تجزیه شده‌اند، به یاد آورند. درمانجویان به تدریج از طریق تلقین‌های پس‌هیپنوتیزم ممکن است بتوانند آن تجربیات را به آگاهی‌های هشیار خود برگردانند. از سوی دیگر، متخصصان بالینی برای اینکه به درمانجویان کمک کنند خودپنداره یکپارچه‌ای را پرورش دهند، می‌توانند از فنون شناختی-رفتاری استفاده کنند. درمانجویانی که تجربیات آسیب‌زا را تجزیه می‌کنند ممکن است بتوانند از زیر سؤال بردن فرض‌های اساسی خود در مورد خودشان که به نشانه‌های آنها کمک می‌کنند، بهره‌مند شوند. برای مثال، امکان دارد آنها باور داشته باشند که خودشان مسئول سوءاستفاده هستند، یا اشتباه است که به سوءاستفاده‌کنندگان از خودشان خشم نشان دهند، یا اینکه نمی‌توانند از عهده‌ی خاطرات عذاب‌آور برآیند.

درمان اختلالات تجزیه‌ای اغلب نه تنها این اختلالات، بلکه همچنین اختلالات مرتبط مانند خلقی، اضطرابی و استرس پس از آسیب را شامل می‌شود.

مورد کوتاه

اختلال مسخ شخصیت / مسخ واقعیت

رابرت با حالت سراسیمگی شدید و تقریباً وحشت زده، وارد دفتر روان‌پزشک شد. او ماهیت وحشتناک «حملات عصبی» خود را که چند سال قبل شروع شده بودند توصیف کرد، اما اکنون به درجات فاجعه‌آمیز رسیده بودند. رابرت در طول این «حملات» احساس می‌کند انگار در هوا معلق است. بالای بدنش قرار دارد، و هر کاری که انجام می‌دهد را می‌بیند، اما کاملاً از اعمال خود جدا و منفصل است. او می‌گوید احساس می‌کند که گویی بدنش یک دستگاه است که توسط نیروهای بیرونی کنترل می‌شود: «به دست‌ها و پاهایم نگاه می‌کنم و از خودم می‌پرسم چه چیزی آنها را تکان می‌دهد». با این حال، افکار رابرت هذیانی نیستند. او می‌داند که ادراک‌های تغییر یافته او عادی نیستند. تنها تسکینی که از نشانه‌های خود می‌یابد، زمانی است که خود را به چیز سنگینی می‌کوبد تا سرانجام احساس درد به هشیاری او رسوخ کند. ترس او از صدمه زدن جدی به خودش، به نگرانی اصلی وی که ذهن خود را از دست بدهد، اضافه شده است.

جدول ۷-۱ موادی از SCID-D-R

۳۲۱

مقیاس	مواد
یادزدودگی	آیا تا کنون احساس کرده‌اید که انکار شکاف‌های بزرگی در حافظه شما وجود دارند؟
مسخ شخصیت	آیا تا کنون احساس کرده‌اید که خود را از بیرون بدتان نگاه می‌کنید، انکار که خود را از فاصله دور می‌نگرید (یا فیلمی از خودتان را می‌بینید)؟ آیا تا کنون احساس کرده‌اید که انکار بخشی از بدن شما یا کل وجود شما برای شما بیگانه است؟ آیا تا کنون احساس کرده‌اید که انکار دو آدم متفاوت هستید، یکی مشغول فعالیت‌های زندگی است و دیگری در حالت سکوت تماشا می‌کند؟
مسخ واقعیت	آیا تا کنون احساس کرده‌اید که انکار محیط آشنا یا افرادی که می‌شناسید، ناآشنا یا غیرواقعی به نظر می‌رسند؟ آیا تا به حال در این مورد سردرگم شده‌اید که چه چیزی در محیط شما واقعی و چه چیزی غیرواقعی است؟ آیا تا کنون احساس کرده‌اید که انکار محیط شما یا افراد دیگر در حال محو شدن هستند؟
سردرگمی هویت	آیا تا کنون احساس کرده‌اید که انکار کشمکش درون شما جریان دارد؟ آیا تا کنون در این مورد که کیستید احساس سردرگمی کرده‌اید؟
تغییر هویت	آیا تا کنون به صورتی رفتار کرده‌اید که انکار آدم کاملاً متفاوتی بودید؟ آیا تا کنون کسی به شما گفته است که مثل آدم دیگری به نظر می‌رسید؟ آیا تا کنون چیزهایی را در اموال خود (مثلاً کفش‌ها) پیدا کرده‌اید که به شما تعلق دارند، ولی نمی‌توانستید به خاطر بیاورید چگونه آنها را به دست آورده‌اید؟

۷-۲ نشانه جسمانی و اختلالات مربوط

در مجموعه اختلالاتی که در آنها نشانه‌های جسمانی^۱ برجسته هستند، افراد دستخوش نشانه‌هایی می‌شوند که مشکلات جسمانی و / یا نگرانی‌هایی در مورد نشانه‌های جسمانی را شامل می‌شوند. اختلالات نشانه جسمانی از نظر ماهیت، روان‌شناختی هستند، زیرا گرچه افراد مبتلا به این اختلالات ممکن است بیماری جسمانی تشخیص داده شده یا نداشته باشند، اما آنها برای نشانه‌های جسمانی و رفتارها، افکار، یا احساسات ناراحت‌کننده مرتبط، جویای درمان هستند. گرچه اختلالات نشانه جسمانی نسبتاً نادر هستند، ولی اختلالات نشانه جسمانی

1. somatic symptoms

ممکن است بالغ بر ۲۳ درصد افراد مبتلا به نشانه‌های توجیه نشده از لحاظ پزشکی را تشکیل دهند که جویای مراقبت پزشکی هستند و اختلال نشانه جسمانی دارند (استین‌پرچر، کوریر، فیسر و هیلر، ۲۰۱۱). برای مثال، افزون بر نیمی از بیمارانی که برای نپش‌های قلب یا درد قفسه سینه به متخصصان قلب ارجاع داده شده‌اند، پس از معاینه جسمانی، معلوم شده که بیماری قلبی ندارند (جانسبو و همکاران، ۲۰۰۹).

اختلالات در این طبقه جالب هستند، مخصوصاً زمانی که ما را به فکر کردن درباره تعامل پیچیده بین ذهن و بدن وا می‌دارند. آنها همچنین باعث می‌شوند که بفهمیم ممکن است همیشه از نقش بیماری‌های جسمانی در ایجاد نشانه‌های روان‌شناختی کاملاً آگاه نباشیم.

اختلال نشانه جسمانی

افراد مبتلا به اختلال نشانه جسمانی^۱ نشانه‌های جسمانی دارند که ممکن است با بیماری پزشکی قابل توجیه باشد یا نباشد؛ آنها افکار، احساسات، رفتارهای ناسازگارانه نیز دارند. این نشانه‌ها، زندگی روزمره آنها را مختل می‌کنند. افراد مبتلا به این اختلال تا حد نامناسبی به جدی بودن نشانه‌های خود فکر می‌کنند، در مورد آنها احساس اضطراب شدید می‌کنند، و وقت و انرژی زیادی را صرف این نشانه‌ها یا نگرانی در مورد سلامتی خود می‌کنند.

اختلال نشانه جسمانی نسبتاً نادر است، ولی در بین بیمارانی که جویای درمان برای درد مزمن هستند، بالاتر از حد انتظار وجود دارد (رم، تانگن، مو، و اریکسون، ۲۰۱۱). در تعداد کمی از موارد، فرد واقعاً به بیماری جسمانی قابل تشخیصی مبتلاست، اما شکایت‌های او خیلی بیشتر از آن هستند که معمولاً با این بیماری ارتباط دارد و میزان اختلال فرد نیز خیلی شدید است. گرچه ممکن است به نظر برسد که افراد مبتلا به این اختلال عمدتاً نشانه‌ها را از خود در می‌آورند، اما در واقع، آنها به صورت هشیار با شیوه‌ای که این مشکلات روان‌شناختی را به صورت جسمانی ابراز می‌کنند، هماهنگ نیستند.

درمانجویان همچنین ممکن است به قدری درد بکشند که زندگی آنها صرف دنبال کردن تسکین شود. امکان دارد بیماری جسمانی قابل تشخیصی وجود داشته باشد، اما از نظر متخصص بالینی، مقدار و ماهیت درد با این اختلال قابل توجیه نیست. درمانجویان مبتلا به



◀ افراد مبتلا به اختلال نشانه جسمانی از بیماری‌های جسمانی غیر از آنهایی که توسط بیماری پزشکی توجیه شده‌اند، رنج می‌برند.

اختلال درد نیز وجود دارند که بیماری جسمانی قابل تشخیصی برای آنها وجود ندارد. افرادی که نشانه اصلی آنها درد کشیدن است، در نتیجه نشانه‌های خود، اقدامات زیادی برای تسکین انجام می‌دهند، وقت و پول قابل ملاحظه‌ای را صرف دنبال کردن مداوا می‌کنند، ولی نمی‌توانند مداوایی بیابند، زیرا هیچ علت جسمانی آشکاری وجود ندارد.

مورد کوتاه

اختلال نشانه جسمانی، با درد غالب

هلن، خانم ۲۹ ساله، جویای درمان است، زیرا پزشک او گفته است کاری که او بتواند برای وی انجام دهد از دستش بر نمی‌آید. وقتی از هلن در مورد مشکلات جسمانی او جویا شدند، چند شکایت را نقل کرد که دوره‌های مکرر ناتوانی در به یاد آوردن اتفاقی که برای او روی داده و در مواقع دیگر، تار شدن دید او در حدی که نمی‌توانست کلمات را روی صفحه چاپی بخواند، از آن جمله بودند. هلن از آشپزی و خانه داری لذت می‌برد، ولی به راحتی خسته می‌شود و بدون دلیل آشکاری دچار تنگی نفس می‌شود. او اغلب نمی‌تواند غذاهایی را که می‌پزد بخورد، زیرا دچار تهوع می‌شود و آمادگی دارد که با حتی مقدار کمی غذا استفراغ کند. به گفته شوهر هلن، او تمام

علاقه خود به صمیمیت جنسی را از دست داده و آنها فقط هر چند ماه یک بار آمیزش جنسی دارند که آن هم به اصرار او است. هلن از دردهای شدید هنگام دوره‌های قاعدگی شکایت دارد. در مواقع دیگر می‌گوید احساس می‌کند «درون او آتش گرفته است». هلن به علت دردهای دیگر در کمر، پاها، و قفسه سینه، می‌خواهد بیشتر وقت روز در بستر بماند. هلن در خانه قدیمی بزرگی زندگی می‌کند و به ندرت از آن خارج می‌شود، زیرا «باید وقتی پاهایم درد می‌گیرند بتوانم دراز بکشم».

ملاک‌های DSM-5 برای اختلال نشانه جسمانی^۱

- A. یک یا تعداد بیشتری نشانه جسمانی که ناراحت‌کننده هستند یا به اختلال قابل ملاحظه در زندگی روزمره منجر می‌شوند.
- B. افکار، احساسات، یا رفتارهای مفرط مرتبط با نشانه‌های جسمانی یا نگرانی‌هایی در ارتباط با سلامتی که حداقل با یکی از موارد زیر آشکار می‌شوند:
۱. افکار بی‌تناسب و مداوم درباره جدی بودن نشانه‌های خویش.
 ۲. سطح بالای اضطراب مداوم درباره سلامتی یا نشانه‌ها.
 ۳. وقت و انرژی بیش از حدی صرف این نشانه‌ها یا نگرانی‌ها درباره سلامتی می‌شود.
- C. گرچه هر یک از نشانه‌های 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 (قبلاً اختلال درد نامیده می‌شد): این شاخص برای افرادی است که نشانه‌های جسمانی آنها عمدتاً درد را شامل می‌شوند.
- مشخص کنید اگر:
- مداوم: روند مداوم با نشانه‌های شدید، اختلال محسوس، و مدت طولانی (بیش از ۶ ماه) مشخص می‌شود.
- شدت کنونی را مشخص کنید:
- خفیف: فقط یکی از نشانه‌ها که در ملاک B مشخص شده‌اند برآورده شده است.
- متوسط: دو نشانه با تعداد بیشتر که در ملاک B مشخص شده، برآورده شده‌اند.
- شدید: دو یا تعداد بیشتری از نشانه‌ها که در ملاک B مشخص شده، برآورده شده‌اند، علاوه بر این، شکایت‌های جسمانی متعدد وجود دارند (یا یک نشانه جسمانی خیلی شدید).

اختلال اضطراب بیماری

افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری^۲ می‌ترسند یا اشتباهاً تصور می‌کنند که واکنش‌های

۱. این ملاک‌ها از DSM-5 به اینجا منتقل شده‌اند. م.

2. illness anxiety disorder

طبیعی بدن بیانگر نشانه‌های بیماری جدی است. آنها به راحتی در مورد سلامت خود مضطرب می‌شوند و در صدد آزمایش‌ها و شیوه‌های پزشکی غیرضروری بر می‌آیند تا بیماری‌های اغراق‌آمیز یا خیالی خود را متغی یا درمان کنند. نگرانی آنها در مورد خود این نشانه‌ها نیست، بیماری علاوه بر تجربه کردن اضطراب در مورد بیماری خود، دلمشغول عقاید اشتباه خویش در رابطه با جدی بودن نشانه‌های شان هستند.

ملاک‌های DSM-5 برای اختلال اضطراب بیماری^۱

- A. اشتغال ذهنی به داشتن بیماری جدی یا مبتلا شدن به آن.
 - B. نشانه‌های 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 می‌افتد.
 - D. فرد رفتارهای مرتبط با سلامتی افراطی انجام می‌دهد (مثلاً بارها بدن خود را برای یافتن علایم بیماری واری می‌کند) 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 توجیه نمی‌شود.
- مشخص کنید آیا:
- از نوع مراقبت‌خواهی: از مراقبت پزشکی، از جمله مراجعه به پزشک یا آزمایش دادن یا شیوه‌های پزشکی زیاد استفاده می‌شود.
- از نوع مراقبت پرهیزی: به ندرت از مراقبت پزشکی استفاده می‌شود.

اختلال تبدیلی (اختلال نشانه کارکردی عصبی)

ویژگی اصلی اختلال تبدیلی (اختلال نشانه کارکردی عصبی)^۲ این است که فرد دستخوش

۱. این ملاک‌ها از DSM-5 به اینجا منتقل شده‌اند. م.
2. conversion disorder (functional neurological symptom disorder)

تغییرات کارکرد جسمانی می‌شود که ناشی از بیماری جسمانی اساسی نیستند. شکل‌هایی که اختلال تبدیلی می‌تواند به خود بگیرد از نابهنجاری‌های حرکتی، مانند مشکل راه رفتن یا فلج، تا نابهنجاری‌های حسی نظیر ناتوانی در شنیدن یا دیدن گسترش دارند.

درمانجویان مبتلا به اختلال تبدیلی دامنه وسیعی از بیماری‌های جسمانی را نشان می‌دهند که «حملات صرعی کاذب» (نه حمله صرعی واقعی، بلکه به ظاهر چنین حمله‌ای)، اختلالات حرکت، فلج، ضعف، اختلالات گفتار، نابینایی و اختلالات حسی دیگر، و اختلال شناختی از آن جمله هستند. نشانه‌ها می‌توانند به قدری شدید باشند که درمانجویان قادر به کار کردن نباشند. بیش از نیمی زمین‌گیر می‌شوند یا به وسایل کمکی نیاز دارند. گرچه متخصصان بالینی باید قبل از مقرر کردن تشخیص اختلال تبدیلی، تشخیص‌های جسمانی را متفی سازند، اما تقریباً همه درمانجویان مبتلا به این نشانه‌ها، بیماری جسمانی ندارند (روزنباش و مازورک، ۲۰۱۱).

اختلال تبدیلی پدیده نادری است و ۱ تا ۳ درصد افرادی را که متخصصان بالینی برای مراقبت بهداشت روانی ارجاع می‌دهند، مبتلا می‌کند. این اختلال، که اغلب در خانواده‌ها جریان دارد، عموماً بین ۱۰ تا ۳۵ سالگی ظاهر می‌شود و در زنان و افرادی که تحصیلات کمتر دارند، بیشتر مشاهده شده است. احتمالاً نیمی از افراد مبتلا به اختلال تبدیلی به اختلال تجزیه‌ای نیز مبتلا هستند (سار، آکیوز، کاندای، کیزیلتان، و دوگان، ۲۰۰۴). در واقع، ICD-10 اختلالات تبدیلی را با عنوان نوعی از اختلال تجزیه‌ای طبقه‌بندی می‌کند.

متخصصان بالینی هنگام تشخیص دادن اختلال تبدیلی با چالش قابل ملاحظه‌ای مواجه می‌شوند. آنها باید اطمینان یابند فردی که نشانه‌های شبه‌تبدیلی را آشکار می‌سازد واقعاً به نقص عصبی اساسی مبتلا نیست. آنچه این مشکل را بدتر می‌کند این احتمال است که عوامل روان‌شناختی، نظیر استرس، به تغییر عملکرد مغزی تبدیل شوند که به نوبه خود، بر توانایی حرکت دادن قسمتی از بدن که مبتلا شده است تأثیر بگذارد (الن استین، کرائیک، و هالت، ۲۰۱۱). با توجه به مشکلاتی که در تشخیص وجود دارند، DSM-5 بر اهمیت معاینه عصب‌شناختی کامل علاوه بر پیگیری کردن این موضوع تأکید می‌کند که آیا نشانه‌ها بیانگر بیماری جسمانی اساسی هستند یا نه.

مورد کوتاه

۳۲۷

اختلال تبدیلی، همراه با ضایعه حسی

تیفانی، کارمند بانک ۳۳ ساله، فکر می‌کرد که قبلاً استرس بیشتر از آنچه یک نفر بتواند تحمل کند داشته است. او همیشه خود را به صورت فردی تصور می‌کرده که اتفاقات عجیب و غریب زیر گرفت که کنار جاده راه می‌رفت و صدمه تقریباً مهلکی به او وارد کرد. چند ماه بعد، او گرفتار یک دعوای قانونی طولانی شد که وی را از کارش منحرف کرد و موجب استرس هیجانی فوق‌العاده‌ای شد. او یک روز صبح دوشنبه از خواب بیدار شد و دید اطراف اتاق خواب تلوتلو می‌خورد و نمی‌تواند غیر از سایه‌های اشیاء در اتاق، چیز دیگری را ببیند. او ابتدا تصور کرد که صرغاً با دشواری از خواب بیدار شده است. اما بعد از مدتی، فهمید که بینایی خود را از دست داده است. او قبل از مشورت کردن با پزشک، دو روز صبر کرد. وقتی او به قرار ملاقات پزشکی خود رفت، در مورد آنچه به نظر می‌رسید بیماری جسمانی جدی باشد، عدم نگرانی عجیبی داشت.

ملاک‌های DSM-5 برای اختلال تبدیلی (اختلال نشانه کارکردی عصبی)^۱

- A. یک یا تعداد بیشتری از نشانه حرکت ارادی یا کارکرد حسی تغییر یافته.
- B. یافته‌های 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 زمینه‌های مهم دیگر عملکرد ایجاد می‌کند یا ارزیابی جسمانی را موجه می‌سازد.

اختلالات مرتبط با اختلالات نشانه جسمانی

نمراض^۲ عبارت است از وانمود کردن عمدی نشانه‌های بیماری جسمانی یا اختلال روانی با انگیزه دریافت کردن منافع معلولیت یا بیمه. نمراض که در DSM-IV-TR یک تشخیص بود، در DSM-5 تشخیص نیست. پژوهشگران معتقدند که استنباط کردن قصد و نیت درمانجو نباید

۱. این ملاک‌ها از DSM-5 به اینجا منتقل شده‌اند. م.

2. malingering

بخشی از فرایند تشخیصی باشد (بری و نلسون، ۲۰۱۰).
 در اختلال ساختگی تحمیل‌شده بر خود^۱ افراد الگویی از نشانه‌های جعل‌شده را آشکار می‌سازند که جسمانی، روانی، یا ترکیبی از هر دو هستند. فرد این نشانه‌ها را نه برای به دست آوردن نفع مالی، بلکه به منظور اختیار کردن نقش بیمار جعل می‌کند. در موارد شدید که به صورت غیررسمی با عنوان نشانگان مونچاوزن^۲ معروف است، کل وجود فرد صرف دنبال کردن مراقبت پزشکی می‌شود که در این مورد، اختلال ساختگی تحمیل‌شده بر خود نامیده می‌شود. امکان دارد که فرد در موارد اختلال ساختگی تحمیل‌شده بر دیگری (یا نشانگان مونچاوزن به وسیله نمایندگی)، بیماری فرد دیگری را وانمود کند.
 متخصصان بالینی فرض می‌کنند درمانجویان برای به دست آوردن منافع مستقیم، مانند مرخصی استعلاجی یا دریافت حقوق، پرداخت‌های بیمه، یا پاداش مادی دیگر تمارض می‌کنند. برخی از این موقعیت‌ها، آنچه را که ما نفع اولیه می‌خوانیم شامل می‌شوند؛ یعنی، منافع مستقیم بازی کردن نقش بیمار. مشکلی که متخصصان بالینی در موارد تمارض با آن روبرو هستند، سعی در درمان کردن نشانه‌ها نیست، بلکه تشخیص دادن علت‌های واقعی است.
 اختلال ساختگی، چالش بالینی متفاوتی را نشان می‌دهد. درمانجویان عمدتاً نشانه‌ها را وانمود یا اغراق می‌کنند، ولی سعی ندارند به نفع اولیه دست یابند. امکان دارد آنها به وسیله نفع ثانوی برانگیخته شده باشند، که همدردی و توجهی است که وقتی بیمار هستند از دیگران دریافت می‌کنند. بنابراین، برخلاف افراد مبتلا به اختلال تبدیلی، افراد مبتلا به اختلال ساختگی به صورت آگاهانه نشانه‌های خود را تولید می‌کنند، ولی انگیزه آنها به جای بیرونی، به صورت درونی برانگیخته می‌شود. آنها «می‌دانند» که نشانه‌های خود را تولید می‌کنند، ولی نمی‌دانند چرا. از سوی دیگر، افراد مبتلا به اختلال تبدیلی، معتقدند که بیمار هستند و واقعاً نقش بیمار را به خود می‌گیرند. افرادی که تمارض می‌کنند می‌دانند بیمار نیستند، و بنابراین، هرگونه پاداشی که در اثر بیماری دریافت می‌کنند به صورت غیرقانونی به دست می‌آید (کانان و وسلی، ۲۰۱۰).

ملاک‌های DSM-5 برای اختلال ساختگی^۱

اختلال ساختگی تحمیل شده بر خود

۳۳۹

- A. جعل علایم یا نشانه‌های جسمانی یا روان‌شناختی، 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 روان‌پریشی دیگر بهتر توجیه نمی‌شود.
- دوره‌های 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 علایم یا نشانه‌های جسمانی یا روان‌شناختی، 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 روان‌پریشی دیگر بهتر توجیه نمی‌شود.
- توجه: مقصر، نه قربانی، مورد این تشخیص قرار می‌گیرد.
- شخص کنید:
- دوره تکی
- دوره مکرر (دو یا تعداد بیشتری رویداد جعل بیماری و/ یا ایجاد جراحت)

مورد کوتاه

اختلال اضطراب بیماری، نوع مراقبت خواهی

بت خانم ۴۸ ساله و مادر دو فرزند است که هر دوی آنها به تازگی خانه را ترک کرده‌اند. ظرف سال گذشته، دوره‌های قاعدگی او سنگین‌تر و نامنظم‌تر شده‌اند. او که جویای توجیه بود، چند روز را صرف خواندن هر چیزی که می‌توانست پیدا کند در مورد سرطان رحم کرد. گرچه کتاب‌های پزشکی اختلال قاعدگی را به عنوان ویژگی رایج یائسگی مشخص کرده بودند، ولی یک مقاله روزنامه، به احتمال سرطان رحم اشاره کرده بود. او فوراً از یک متخصص زنان وقت

۱. این ملاک‌ها از DSM-5 به اینجا منتقل شده‌اند. م.

گرفت که او را معاینه کرد و به این نتیجه رسید که نشانه‌های او تقریباً به‌طور قطع ناشی از یائسگی هستند. بت که متقاعد شده بود پزشک او سعی داشت او را از دانستن «واقعیت ترسناک» محفوظ نگه دارد. به چند متخصص زنان دیگر مراجعه کرد و به دنبال کسی بود که به‌طور مناسبی آنچه را که او اطمینان داشت بیماری مهلکی است، تشخیص دهد. او تصمیم گرفت به دو دلیل شغل خود را در یک فروشگاه بزرگ رها کند. اول اینکه، او نگران بود ساعات طولانی ایستادن پشت صندوق، بیماری جسمانی وی را بدتر خواهد کرد. دوم اینکه، او احساس می‌کرد نمی‌تواند درگیر شغلی باشد که در قرار ملاقات‌های پزشکی او اختلال ایجاد می‌کند.

نظریه‌ها و درمان نشانه جسمانی و اختلالات مربوط

نشانه جسمانی و اختلالات مرتبط ریشه‌های تاریخی دارند که به زمان فروید و روان‌کاوان قدیمی بر می‌گردند که شماری از آنها سعی داشتند موارد غیرعادی را شرح دهند که فرض می‌کردند نشانه‌های بیمارانشان تعارض‌های زیربنایی را منعکس می‌کنند. آنها در آن زمان، به اختلال تبدیلی با عنوان «هیستری» اشاره می‌کردند (به معنی «رحم سرگردان»). آنها نتوانستند مبنای فیزیولوژیکی برای این نشانه‌ها پیدا کنند که بعد از اینکه فرد از طریق هیپنوتیزم یا روان‌کاوی تحت درمان قرار می‌گرفت، ناپدید می‌شدند و این خود تقویت‌کننده این عقیده بود که نشانه‌ها به صورت روان‌شناختی ایجاد شده‌اند. برداشت‌های کنونی از این اختلالات، بر نشانه‌های اضطراب که می‌توانیم به آنها ربط دهیم و تحریف‌های شناختی در افکار درمانجویان درباره خود و نشانه‌های آنها، تمرکز دارند.

گرچه نشانه‌های اختلال تبدیلی صرفاً به صورت جسمانی ایجاد نمی‌شوند، اما تقریباً همیشه، نوعی آسیب، جسمانی یا روانی، موجب آنها می‌شود. علت هرچه باشد، ما به احتمال زیاد می‌توانیم آنها را از دیدگاه روان‌پویشی یا شناختی - رفتاری درک کنیم. متخصصان بالینی که در چارچوب دیدگاه روان‌پویشی کار می‌کنند، به تبعیت از تدوین کلی هیستری توسط فروید، سعی می‌کنند تعارض‌های زیربنایی را که با نشانه‌های فرد ارتباط دارند، مشخص کرده و آنها را به آگاهی هشیار بیاورند. درمانجو از طریق این فرایند، بینش و خودآگاهی کسب می‌کند و می‌تواند هیجان خود را به جای اینکه از طریق جلوه جسمانی آشکار سازد، به‌طور مستقیم ابراز کند.

درمانگران شناختی - رفتاری سعی می‌کنند به درمانجویان خود کمک کنند افکار خود را که با نشانه‌های جسمانی آنها ارتباط دارند تشخیص داده و تغییر دهند. مدل اصلی بر این فرض



◀ هیپنوتراپی می‌تواند به افراد کمک کند خاطراتی را شرح دهند که یادآوری آنها به صورت هشیار بسیار ناراحت‌کننده است.

استوار است که افراد احساسات جسمانی معمولی خود را فاجعه‌آمیز می‌کنند. وقتی افراد مبتلا به این اختلال، اهمیت نشانه‌های خود را اغراق می‌کنند، نسبت به علایم درونی بدن حس‌تر می‌شوند، که این به نوبه خود باعث می‌شود که نتیجه بگیرند واقعاً بیمار هستند (ویتهافت و هیلر، ۲۰۱۰). متخصصان بالینی هنگام اجرا کردن درمان شناختی - رفتاری برای درمانجویان مبتلا به نشانه جسمانی و اختلالات مرتبط، به آنها کمک می‌کنند

واکنش‌های بدن خود را به صورت واقع‌بینانه‌تری ارزیابی کنند. برای مثال، در یک تحقیق، درمانجویانی که بیماری قلبی نداشتند، ولی از تپش‌های قلب و درد قفسه سینه شاکی بودند، روی تردمیل ورزش کردند و در عین حال یاد گرفتند افزایش ضربان قلب خود را به عنوان علامت بیماری تعبیر نکنند، بلکه به عنوان واکنش طبیعی به ورزش تعبیر کنند (جانسو، دامن، مورکن، موم، و مارتینس، ۲۰۱۱).

هیپنوتراپی و مراقبه دو رویکرد دیگر هستند که متخصصان بالینی در درمان اختلال تبدیلی به کار می‌برند. درمانگر در هیپنوتراپی، از درمانجوی هیپنوتیزم شده می‌خواهد برای مثال، دست فلج شده خود را حرکت دهد. بعداً درمانگر تلقین پس هیپنوتیزمی می‌کند تا درمانجو را قادر سازد این حرکت را بعد از اینکه درمانگر او را از هیپنوتیزم خارج می‌کند، حفظ نماید. SSRIs داروهایی هستند که متخصصان بالینی به احتمال زیاد در درمان اختلال تبدیلی مورد استفاده قرار می‌دهند، ولی در مورد اثربخشی آن تقریباً هیچ تحقیق کنترل‌شده‌ای وجود ندارد (روزنباش و مازورک، ۲۰۱۱).



◀ محیط‌های پزشکی می‌توانند متبع اضطراب قابل ملاحظه برای برخی افراد باشند.

نویدبخش‌ترین روش برای درمان کردن افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری، درمان شناختی - رفتاری را شامل می‌شود. متخصصان بالینی این روش را بر مبنای این فرض استوار می‌کنند که زیربنای این اختلال، سطح بسیار بالای اضطراب سلامتی است، که ما آن را به صورت نگرانی در مورد نشانه‌ها و بیماری جسمانی تعریف می‌کنیم. در این نوع درمان، به افراد آموزش داده می‌شود عقاید ناسازگارانه خود را در مورد نشانه‌های جسمانی شان بازسازی کنند و واکنش‌های بدن خود را به صورت واقع بینانه‌تری تعبیر کنند. در این روش، آموزش آگاهی کامل با درمان شناختی - رفتاری ترکیب می‌شود. متخصصان بالینی در این روش، درمانجویان را ترغیب می‌کنند از نشانه‌های خود شناخت بیشتری کسب کنند. برای مثال، درمانجویانی که معتقدند سرطان دارند، می‌توانند یاد بگیرند مشکل خود را نه به صورت این واقعیت که سرطان دارند، بلکه به این صورت که می‌ترسند سرطان داشته باشند تعبیر کنند (سورنسن، بیکرت - اسمیت، واتار، بومن و سالکوسکیس، ۲۰۱۱).

تعارض کردن و اختلال ساختگی تفاوت‌های مهمی با هم دارند. همان‌گونه که قبلاً اشاره کردیم، امکان دارد درمانجویی به علت هریک از مشوق‌های بیرونی، از جمله میل به نرفتن به سرکار یا مدرسه، گریختن از پیگرد جنایی، به دست آوردن داروها، گرفتن غرامت، اجتناب از

خدمت نظام، یا فرار کردن از موقعیت غیرقابل تحمل، برای تمارش کردن برانگیخته شده باشد. افراد مبتلا به اختلال ساختگی نمی‌دانند چرا نشانه‌های خود را دارند، یا اینکه می‌دانند که این نشانه را از خود در آورده‌اند. در هر صورت، درمان ارجح این است که متخصص بالینی درمانجو را به‌طور مستقیم مواجهه دهد (مک‌درموت، لیمون، فلدمن و اسکات، ۲۰۰۹).

آنچه در DSM-5 تازگی دارد

نشانه جسمانی و اختلالات مربوط

DSM-5 چند تغییر مهم را در کل طبقه‌ای که اکنون اختلالات نشانه جسمانی می‌خوانیم ایجاد کرده است. مؤلفان DSM-5 تشخیص می‌دهند که واژگان فنی برای آنچه در DSM-IV-TR اختلالات جسمانی شکل نامیده می‌شدند، به صورت بالقوه، گسیج‌کننده بود. آنها همچنین تشخیص می‌دهند که اختلالات نشانه جسمانی، عوامل روان‌شناختی که بر بیماری‌های جسمانی دیگر تأثیر می‌گذارند، و اختلالات ساختگی، همگی وجود نشانه‌های جسمانی و/یا نگرانی در مورد بیماری جسمانی را شامل می‌شوند. علاوه بر این، آنها تشخیص می‌دهند که ذهن و بدن تعامل می‌کنند، به‌طوری که متخصصان بالینی نمی‌توانند نشانه‌های جسمانی را از مبنای روان‌شناختی آنها مجزا کنند، یا برعکس. به عقیده مؤلفان DSM-5 آنچه سیستم قبلی را پیچیده‌تر می‌کرد این واقعیت است که هرگز به‌طور کامل امکان‌پذیر نیست که تعیین شود نشانه روان‌شناختی مبنای جسمانی ندارد.

اصطلاح «اختلال اضطراب بیماری» جایگزین «خودبیمارانگاری» شد. متخصصان بالینی برای افرادی که هیچ نشانه جسمانی ندارند، ولی خیلی مضطرب هستند، این تشخیص را خواهند داد، و مشخص می‌کنند که آیا مراقبت خواهی را شامل می‌شود یا نه. اکنون اختلال تبدیلی، اختلال کارکردی عصبی را داخل پرانتز به دنبال این تشخیص دارد. قبل از اینکه متخصصان تعیین کنند که نشانه‌های افراد مبنای عصب‌شناختی ندارند، آنها باید مورد معاینه عصب‌شناختی کامل قرار گرفته باشند. مؤلفان DSM-5 غیر از بهبود بخشیدن به واژگان فنی، امیدوارند که اصلاحات آنها به گردآوری داده‌های بهتر در مورد این گروه از اختلالات منجر خواهد شد.

۷-۳ عوامل روان‌شناختی که بر بیماری‌های جسمانی دیگر تأثیر می‌گذارند

تا اینجا ما به اختلالاتی پرداختیم که در آنها، افراد نشانه‌های جسمانی را تجربه می‌کنند که علت فیزیولوژیکی ندارند. طبقه تشخیصی به نام عوامل روان‌شناختی که بر بیماری‌های جسمانی

دیگر تأثیر می‌گذارند^۱، اختلالاتی را شامل می‌شوند که در آنها، یک یا چند حالت روان‌شناختی، بر بیماری جسمانی درمانجو تأثیر ناگوار می‌گذارد. اینها می‌توانند افسردگی، استرس، انکار تشخیص، یا انجام دادن رفتارهای مرتبط با سلامتی نامناسب یا حتی خطرناک را در بر داشته باشند. مادر جدول ۷-۲ چند نمونه از بیماری‌های جسمانی را که ممکن است تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی قرار داشته باشند، منظور کرده‌ایم. مشخص کردن تعامل عوامل روان‌شناختی با بیماری‌های جسمانی، متخصصان سلامت را از نحوه‌ای که این دو تعامل می‌کنند، آگاه‌تر خواهد کرد. احتمالاً، بعد از اینکه متخصص بالینی اینها را مشخص می‌کند، می‌تواند به این مایل رسیدگی کرده و به بهبود بیماری جسمانی درمانجو کمک کند.

مورد کوتاه

عوامل روان‌شناختی که بر بیماری‌های جسمانی دیگر تأثیر می‌گذارند

برندا مدیر ۴۱ ساله یک فروشگاه زنجیره‌ای است که اجناس ارزان قیمت می‌فروشد. او با وجود موفقیت، با افسردگی تهییجی دست به گریبان است که باعث می‌شود بیشتر اوقات احساس ناشکیبایی و تحریک‌پذیری کند. او می‌داند که مشکلات هیجانی او با مسایل مربوط به والدینش ارتباط دارند، و از این واقعیت آزرده است که به‌طور مزمن از تنش درونی رنج می‌کشد که همیشه بخشی از شخصیت او بوده است. او که فرزند آخر در خانواده چهار فرزندی است، احساس می‌کند که در طول دوران کودکی مجبور بوده «دو برابر» همسیرهای خود برای جلب توجه و محبت والدینش تلاش کند. اکنون در بزرگسالی، گرفتار انگیزه موفقیت شده است که او را از لحاظ جسمانی بیمار می‌کند. او اغلب روزها سردردها و دل‌بردهای شدید دارد، اما مایل نیست کمک پزشکی بخواهد، زیرا نمی‌خواهد از وقت محل کارش مایه بگذارد.

جدول ۷-۲ عوامل روان‌شناختی که بر بیماری‌های جسمانی دیگر تأثیر می‌گذارند

بیماری جسمانی	عامل روان‌شناختی احتمالی
فشار خون	استرس شغلی مزمن خطر فشار خون را افزایش می‌دهد.
آسم	اضطراب، نشانه‌های تنفسی فرد را تشدید می‌کند.
سرطان	انکار کردن نیاز به مداخله‌های جراحی.

۱. psychological factors affecting other medical conditions

تمایل نداشتن به تغییر دادن سبک زندگی برای کنترل کردن سطح گلوکز یا کاهش دادن مصرف آن.	مردود مزمن ناشی از تنش
ادامه یافتن استرس‌های مرتبط با خانواده که در بدتر شدن نشانه‌ها دخالت دارند.	بیماری قلبی - عروقی
امتناع از مراجعه کردن به متخصص قلب برای ارزیابی با وجود ناراحتی در قفسه سینه.	

ملاک‌های DSM-5 برای عوامل روان‌شناختی که بر بیماری‌های جسمانی دیگر تأثیر می‌گذارند^۱

- A. نشانه یا بیماری جسمانی (غیر از اختلال روانی) وجود دارد.
 - B. عوامل روان‌شناختی یا رفتاری به صورت نامطلوبی به یکی از شیوه‌های زیر بر بیماری جسمانی تأثیر می‌گذارند:
 ۱. این عوامل بر روند بیماری جسمانی تأثیر گذاشته‌اند به صورتی که با ارتباط زمانی نزدیک بین عوامل روان‌شناختی و شکل‌گیری یا تشدید بیماری جسمانی یا تأخیر در بهبود از آن معلوم می‌شود.
 ۲. این عوامل در درمان بیماری جسمانی اختلال ایجاد می‌کنند (مثل پیروی ضعیف).
 ۳. این عوامل مخاطرات ریشه‌دار اضافی را برای سلامت فرد تشکیل می‌دهند.
 ۴. این عوامل بر پاتوفیزیولوژی زیربنایی تأثیر می‌گذارند و نشانه‌ها را تسریع یا تشدید کرده یا توجه پزشکی را ایجاد می‌کنند.
 - C. عوامل روان‌شناختی و رفتاری در ملاک B با اختلال روانی دیگر بهتر توجیه نمی‌شوند (مثل اختلال وحشتزدگی، اختلال افسردگی اساسی، اختلال استرس پس از آسیب).
- شدت کنونی را مشخص کنید:
- خفیف: خطر جسمانی را افزایش می‌دهد (مثل پیروی بی‌ثبات از درمان ضد فشار خون).
- متوسط: بیماری جسمانی اساسی را بدتر می‌کند (مثلاً اضطراب آسم را بدتر می‌کند).
- شدید: به بستری شدن یا مراجعه به بخش اورژانس منجر می‌شود.
- خیلی شدید: به خطر شدید و مهلک منجر می‌شود (مثل نادیده گرفتن نشانه‌های حمله قلبی).

مفاهیم مرتبط برای آگاهی یافتن از عوامل روان‌شناختی که بر بیماری‌های جسمانی دیگر تأثیر می‌گذارند

اختلالات روانی، استرس، حالت‌های هیجانی، صفات شخصیت، و مهارت‌های مقابله کردن

۱. این ملاک‌ها از DSM-5 به اینجا منتقل شده‌اند. م.

نامناسب، فقط تعدادی از عوامل روان‌شناختی هستند که می‌توانند بر بیماری‌های جسمانی فرد تأثیر بگذارند. این طبقه از اختلالات به تعامل‌های پیچیده‌ای که بیماری‌های روان‌شناختی و جسمانی می‌توانند بر یکدیگر تأثیر بگذارند، اشاره دارند.

استرس و مقابله کردن

در حیطه روان‌شناسی، اصطلاح استرس به واکنش هیجانی ناخوشایندی اشاره دارد که هر وقت فرد رویدادی را تهدیدکننده درک کند، به آن دچار می‌شود. این واکنش هیجانی ممکن است افزایش برانگیختگی فیزیولوژیکی را در بر داشته باشد که واکنش پذیری بیشتر دستگاه عصبی سمپاتیک را منعکس می‌کند. رویداد زندگی استرس‌زا عامل استرس‌زایی است که زندگی فرد را مختل می‌کند. تلاش‌های فرد برای کاهش دادن استرس، مقابله کردن نامیده می‌شود. زمانی که مقابله کردن ناموفق است، و استرس فروکش نمی‌کند، فرد برای مشکلات جسمانی یا روان‌شناختی که در نتیجه برانگیختگی فیزیولوژیکی مداوم ناشی از استرس مزمن ایجاد می‌شود، در صدد توجه بالینی بر می‌آید.

چه نوع رویدادهایی به عنوان عوامل استرس‌زا واجد شرایط هستند؟ رایج‌ترین شیوه برای توصیف کردن عوامل استرس‌زا، از طریق مقیاس‌های ارزیابی رویداد زندگی استرس‌زا است که برای کمی کردن میزان مواجهه فرد با تجربیاتی که می‌توانند سلامت او را تهدید کنند، ساخته شده‌اند. یکی از معروف‌ترین مقیاس‌های ارزیابی، مقیاس ارزیابی سازگاری مجدد اجتماعی است (هولمز و راهه، ۱۹۶۷) که استرس زندگی را برحسب واحدهای تغییر زندگی ارزیابی می‌کند. پژوهشگران در ساختن شاخص واحدهای تغییر زندگی، محاسبه کرده‌اند که تا چه اندازه‌ای هر نوع رویداد با بیماری جسمانی ارتباط دارد. منطق نهفته در پس این مقیاس این است که هرچه یک رویداد باعث شود که بیشتر مجبور باشید شرایط زندگی خود را تنظیم کنید، برای سلامت شما زیان‌آورتر است.

مقیاس‌های وقایع زندگی این امتیاز را دارند که پر کردن آنها نسبتاً راحت است و مجموعه‌ای از ملاک‌های عینی را ارائه می‌دهند که به ما امکان می‌دهد تا افراد را از نظر یک رشته ارزش‌ها مقایسه کنیم. با این حال، کمی کردن استرس همیشه راحت نیست. شما و دوستان ممکن است رویداد بالقوه استرس‌زایی مانند دیر کردن برای کلاس را تجربه کنید. با این حال، امکان دارد شما از این موقعیت خیلی بیشتر از دوستان مضطرب باشید. روز شما خیلی کمتر از روز دوستان خوشایند است و اگر بارها دیر کنید، ممکن است در معرض خطر بیماری مرتبط به

مدل‌های استرس شناختی بر نحوه‌ای که شما رویدادها را تعبیر می‌کنید بیشتر تأکید می‌کنند. بر طبق این مدل‌ها، ارزیابی رویداد به عنوان استرس را تعیین می‌کند که آیا تأثیر منفی بر حالت هیجانی شما داشته باشد یا نه. افراد نه تنها از نظر اینکه چگونه رویدادها را تجربه می‌کنند تفاوت دارند، بلکه شرایط پیرامون آن رویداد نیز بر آنها تأثیر می‌گذارد. اگر استاد دوست شما حضور و غیاب نکند، اما استاد شما این کار را انجام دهد، برای اینکه چرا شما بیشتر از دوستان در مورد دیر کردن احساس استرس می‌کنید، دلیلی وجود دارد.

به‌طوری که این مثال نشان می‌دهد، استرس در ذهن نظاره‌گر است. حتی یک رویداد نسبتاً جزئی، اگر آن را به صورت منفی تعبیر کنید می‌تواند باعث شود که احساس استرس کنید. مدل استرس شناختی فرض می‌کند که این رویدادهای «کوچک» می‌توانند تأثیر بزرگ داشته باشند، مخصوصاً زمانی که در مدت کوتاهی ایجاد شده باشند. رویدادهایی که رفتاری نامیده می‌شوند، وقتی به قدر کافی زیاد باشند، و آنها را به صورت منفی تعبیر کنید، می‌توانند تأثیرات مهمی بر سلامتی داشته باشند. اگر فقط برای کلاس دیر نکرده باشید، بلکه با دوست خود جرو بحث کرده، به پای خود آسیب رسانده، قهوه خود را ریخته باشید، و اتوبوس برای رفتن به خانه را نیز از دست داده باشید، رویدادهای بالقوه استرس‌زای متعددی در یک بعد از ظهر خواهید داشت که همچون فردی خواهید بود که رویداد زندگی «بزرگتری» مانند بیرون رفتن برای اولین قرار ملاقات دارد.

از جنبه مثبت، شما می‌توانید رفتاری‌های خود را با آنچه پژوهشگران بهبود روحیه می‌خوانند متعادل کنید، که رویدادهایی هستند که در مقیاس کوچک، احساس بهزیستی شما را تقویت می‌کنند.

وقتی زندگی بهبود روحیه کمی برای شما به بار می‌آورد، شگفت‌آور است، اما وقتی به بار نمی‌آورد، نیاز دارید راه‌هایی برای کاهش دادن استرس از طریق مقابله کردن، برای آن پیدا کنید تا بتوانید سلامت روانی خود را حفظ نمایید. دو روش اساسی مقابله کردن، مقابله کردن مشکل‌مدار و مقابله کردن هیجان‌مدار است (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴). در شیوه مقابله کردن مشکل‌مدار، شما سعی می‌کنید استرس را با تغییر دادن هر چیزی که موقعیت را استرس‌زا می‌کند، کاهش دهید. در مقابل، در شیوه مقابله کردن هیجان‌مدار، موقعیت را تغییر نمی‌دهید، بلکه در عوض نحوه‌ای که در مورد آن احساس می‌کنید را تغییر می‌دهید.

از این دو شیوه مقابله کردن کدام یک بهتر است؟ پاسخ این است که بستگی دارد. افراد با

برخی موقعیت‌ها از طریق مقابله کردن مشکل‌مدار به‌طور مؤثرتری مقابله می‌کنند. در موقعیت‌های قابل تغییر، شما به احتمال زیاد بهتر است از مقابله کردن مشکل‌مدار استفاده کنید. اگر به خاطر اینکه نمرات شما افت کرده‌اند تحت استرس باشید، عاقلانه‌تر این است که سعی کنید با مطالعه بیشتر، این وضعیت را تغییر دهید. اگر به علت اینکه موبایل خود را گم کرده‌اید و قطعاً نمی‌توانید آن را پیدا کنید، تحت استرس باشید، بهتر است که از مقابله کردن هیجان‌مدار استفاده کنید، نظیر اینکه به خودتان بگویید در هر صورت به مدل جدیدتر نیاز داشتید. وقتی افراد بزرگتر می‌شوند، می‌توانند از راهبردهایی استفاده کنند که به‌طور مؤثرتری استرس آنها را کاهش دهند. راهبردهای مقابله کردن می‌توانند نقش مهمی را در اینکه آیا افراد دچار مشکلات سلامتی شوند، ایفا کنند. فردی که می‌تواند استرس را به نحو مؤثری مدیریت کند، پیامدهای استرس کمتری را تجربه می‌کند. به علاوه، همان‌گونه که از تجربه شخصی خود یاد گرفته‌اید، موقعیت‌هایی که میزان بالای استرس در فرد ایجاد می‌کنند، همیشه پیامدهای منفی ندارند.

ایراز هیجان

مقابله کردن با استرس می‌تواند به شما کمک کند هیجان اضطراب را تنظیم کنید و بنابراین، استرس را کاهش دهید. اما واقعی وجود دارند که ابراز کردن هیجانات می‌توانند سلامت جسمانی و روانی شما را بهبود بخشند. مواجه شدن فعال با هیجاناتی که از رویداد ناراحت‌کننده، یا آسیب‌زا ناشی می‌شوند، می‌تواند منافع سلامتی بلندمدت داشته باشد (پنیکر، ۱۹۹۷). در فرانچل ۱۴۶ تحقیق، معلوم شد که افشا کردن در افرادی که نگرانی‌های زیادی داشتند، تأثیر مثبت زیادی داشت (فراناریول، ۲۰۰۶). اخیراً پژوهشگران معلوم کرده‌اند که نوشتن در سایت‌های رسانه اجتماعی، از جمله بلاگینگ^۱ تأثیرات مثبتی برای سلامت روانی دارد (کو، ۲۰۰۹).

سبک شخصیت

یکی از زمینه‌هایی که تحقیقات زیادی در مورد آن اجرا شده است، ارتباط بین شخصیت و سلامتی است که الگوی رفتار تیپ A را شامل می‌شود. این الگوی رفتار، رقابت جویی، ناشکیبایی، بدبینی، مشکوک و متخاصم بودن نسبت به دیگران، و به راحتی تحریک شدن را

1. blogging

شامل می‌شود (جدول ۷-۳ را ببینید). سطح بالا و مداوم برانگیختگی هیجانی، فشار خون آنها را بالا می‌برد و دستگاه عصبی سمپاتیک آنها را خیلی فعال می‌کند و آنها را در معرض خطر بیشتر حملات قلبی و سکته قرار می‌دهد. الگوی رفتار افراد دارای تیپ A نه تنها بدن آنها را تحت استرس قرار می‌دهد، بلکه سبک زندگی رقابت جوی آنها، رفتارهای پر مخاطره مانند سیگار کشیدن، نوشیدن الکل زیاد، و ورزش نکردن را شامل می‌شود (مینوس و همکاران، ۲۰۱۰).

نیرومندی را تجربه می‌کنند، ولی احساسات خود را مخفی نگه می‌دارند. این افراد به داشتن تیپ شخصیت D معروف هستند. شخصیت‌های تیپ D هیجاناتی مانند اضطراب، تحریک‌پذیری، و خلق افسرده را تجربه می‌کنند. علت اینکه این افراد در معرض خطر بیشتر برای بیماری قلبی قرار دارند این است که گرایش دارند هیجانات منفی را تجربه کنند 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 مرگ در اثر بیماری قلبی قرار دارند، کیفیت زندگی پایین‌تری نیز دارند و از درمان‌های پزشکی، کمتر بهره‌مند می‌شوند. روان‌شناسان تصور می‌کنند که ارتباط بین شخصیت و بیماری قلبی در این افراد، تا اندازه‌ای به علت پاسخ ایمنی معیوب به استرس است (دونولت و پدرسن، ۲۰۱۱).

جدول ۷-۳ آیا شما تیپ A هستید؟

زمینه‌بایی فعالیت جنکنیز، درجه‌ای را که فرد دارای شخصیت و الگوی رفتار مستعد بیماری قلبی است، ارزیابی می‌کند. افرادی که نمرات بالا می‌گیرند و تیپ A نامیده می‌شوند، رقابت جو، ناشکیبا، بی‌قرار، پرخاشگر هستند و تحت فشار زمان و مسئولیت‌ها قرار دارند. در مواد زیر، ببینید کدام پاسخ‌ها بیانگر این ویژگی‌ها هستند:

آیا برای اختصاص دادن زمانی جهت رفتن به آرایشگاه و اصلاح مو مشکل دارید؟

آیا همسر یا دوست شما تا به حال به شما گفته‌اند که خیلی تند غذا می‌خورید؟

برای سرعت بخشیدن به کارها، در واقع چقدر سعی کرده‌اید «حرف در دهان طرف مقابل بگذارید»؟

آیا کسانی را که خوب می‌شناسید قبول دارند که به راحتی از کوره در می‌روید؟

با اینکه وقت زیادی داشتید چقدر سعی کرده‌اید با عجله خود را به مکان‌هایی برسانید؟

آیا تا به حال در محل کار، به‌طور همزمان دو کار داشته‌اید که به سرعت از یکی به سراغ دیگری رفته و سعی کرده باشید آنها را پیش ببرید؟

۷-۴ اختلالات تجزیه‌ای و نشانه جسمانی: دیدگاه زیستی - روانی - اجتماعی

اختلالاتی که در این فصل مورد بحث قرار دادیم، با اینکه خیلی مجزا و متمایز هستند، ولی چند ویژگی مشترک دارند که تعامل پیچیده بین ذهن و بدن، سؤالاتی در مورد ماهیت خود، و تمایز بین نشانه‌های روانی «واقعی» و «ساختگی» را شامل می‌شوند. ما همچنین نقش استرس را در اختلالات روانی و در رابطه با بیماری‌های جسمانی و نشانه‌های جسمانی بررسی کردیم. عوامل زیستی قطعاً در آسیب‌پذیرتر کردن برخی افراد نسبت به اختلالات روانی و مخصوصاً در این اختلالات، نقش دارد. امکان دارد فردی بیماری جسمانی معلوم یا تشخیص داده نشده‌ای داشته باشد که عوامل استرس‌زای خاصی بر آن تأثیر می‌گذارند که بعداً نشانه‌های مخصوص نشانه جسمانی و اختلال مربوط را راه‌اندازی می‌کنند. با این حال، نقش زیست‌شناسی هرچه باشد، توجهات شناختی - رفتاری رویکردهای مفیدی برای درمان تأمین می‌کنند.

به احتمال زیاد، ارتباط‌های ذهن - بدن که در این اختلالات وجود دارند، با تکامل DSM-5 مورد بررسی دقیق‌تری قرار خواهند گرفت. ارتباط‌های قدیمی بین این اختلالات به اصطلاح «روان‌رنجور»، که به نظر می‌رسید شماری از بیماران فروید را مبتلا می‌کردند، از بین خواهند رفت.

برگشت به مورد: رُز هارستون

رُز در ۱۶ جلسه تحت درمان فردی هفتگی با تمرکز بر فنون CBT مانند آموزش روانی، روش‌های نظارت بر خود، بازسازی شناختی، مواجهه و پیشگیری از پاسخ، و تمرین‌های بازآموزی ادراکی قرار گرفت. این تمرین‌ها به رُز آموزش دادند به صورت کل نگرانه و عینی‌تری به بدن خود توجه کند و تمرکز خود را از معده‌اش دور کند. در طول هر جلسه، رُز و درمانگر او در مورد آنچه در هفته گذشته اتفاق افتاده بود صحبت کردند. با استفاده از این رویکرد بسیار ساختار به درمان رُز، او بعد از چند هفته درمان، احساس کرد نشانه‌هایش تسکین یافته‌اند. رُز عدم تحمل لاکتوز خود را از طریق ترکیب کنترل رژیم غذایی و داروی بدون نسخه، درمان کرد. در پایان ۱۶ جلسه، درد رُز از بین رفت و او با دوست خود آشنی کرد. افسردگی رُز نیز کاهش یافت و او و متخصص بالینی، هم عقیده بودند که نیازی ندارد داروی ضد افسردگی را ادامه دهد. او ماهی یک بار برای معاینه به متخصص بالینی خود مراجعه کرد.