



پیام نوریها
public channel



✓ کانال پیام نوریها در سال 95 با هدف تهیه جزوات و نمونه سوالات افتتاح و از همان ابتدای تاسیس کوشیده است با تکیه بر تلاش بی وقفه ، کارگروهی و فعالیت های بدون چشمداشت کاربران متمایز خود ، قدمی کوچک در راه پیشرفت ارائه خدمات به دانشجویان این مرز و بوم بردارد.

@Payamnoria

telegram.me/Payamnoria

رایگان است و همیشه رایگان میماند



اطلاع از اخبار و دانلود جزوات و نمونه سوالات

[برای ورود به کانال تلگرامی پیام نوریها کلیک کنید](#)

" کانال و خانواده تلگرامی پیام نوریها "

با عضویت در کانال و به آرشیو زیر دسترسی پیدا کنید

✓ تمام نمونه سوالات به روز تا آخرین دوره

✓ جزوات درسی

✓ بیش از ۱۰۰ فلش کارت دروس

✓ اخبار به روز پیام نور

✓ فیلم و فایل آموزشی اختصاصی

✓ انجام انتخاب واحد و حذف و اضافه

✓ پاسخگویی به سوالات دانشجویان

✓ معرفی گروه و انجمن های پیام نوری

✓ طنز و توییت دانشجویی

به یکی از بزرگترین کانال های پیام نوری بپیوندید

[برای ورود به کانال تلگرامی پیام نوریها کلیک کنید](#)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

خلاصه کتاب آسیب‌شناسی روانی ۱

نویسنده:

جرالد دیویسون

مترجم:

دکتر مهدی دهستانی

فصل اول: مقدمه و نگاهی اجمالی به تاریخچه

- آسیب‌شناسی روانی، رشته‌ای است که با ماهیت و شکل‌گیری رفتار، افکار و احساسات نابهنجار سر و کار دارد.
- موضوع مورد مطالعه، رفتار انسانی بوده که پدیده‌ای شخصی و بسیار تاثیرگذار است و باعث می‌شود کار عینیت با مشکل مواجه گردد.
- منظور از داغ، آن دسته از باورها و نگرش‌های ویرانگری است که جامعه، به گروه‌های متفاوت مزند مانند افراد مبتلا به بیماری روانی.

داغ، دارای ویژگی‌های زیر است:

۱. برای گروهی از انسان‌ها، برچسبی استفاده می‌شود که آنها را از دیگران متمایز می‌کند مانند دیوانه.
 ۲. جامعه، این برچسب را با اسناد یا ویژگی‌های انحرافی یا نامطلوب، مرتبط می‌سازد مانند اینکه انسان‌های دیوانه، خطرناکند.
 ۳. به این اشخاص به گونه‌ای نگاه می‌شود که ذاتا با سایر انسان‌ها متفاوت بوده و یک ذهنیت روانی بصورت "ما" در برابر "آنها" بوجود می‌آید مانند اینکه ما مثل آنها دیوانه نیستیم.
 ۴. با این افراد به طرزی ناعادلانه و با تبعیض برخورد می‌شود مانند اینکه نباید در محله ما درمانگاهی برای دیوانه‌ها ساخت.
- کسی که بیماری روانی دارد، همان اندازه خشونت دارد که یک فرد فاقد بیماری روانی، خشونت نشان می‌دهد.
 - اختلال روانی وضعیتی است که کماکان در قرن ۲۱، بیشترین داغ به آن زده می‌شود.
 - به اعتقاد دیوید ساچر، داغ دشوارترین و صعب‌العبورترین مانع بر سر راه پیشرفت دانش اختلال روانی و بهداشت روانی است.

اختلال روانی:

اختلال روانی دارای ویژگی‌های زیر است:

۱. یک اختلال یا بی‌نظمی در فرد بوجود می‌آورد.
۲. این اختلال موجب پریشانی یا ناتوانی شخص می‌شود.
۳. این اختلال، یک واکنش ویژه فرهنگ در برابر یک رویداد (مثل مرگ عزیزان) نیست.
۴. این حالت، نتیجه آغازین یک انحراف اجتماعی یا تعارض با یک جامعه خاص نیست.

الف) پریشانی شخصی:

- ✓ اگر رفتاری باعث ناراحتی و پریشانی فراوانی در فرد شود، آن رفتار را نابهنجار می‌نامیم.
- ✓ کسانی که دچار اختلال‌های اضطرابی و افسردگی هستند، درد و رنج فراوانی تحمل می‌کنند.
- ✓ همه اختلالات لزوما با پریشانی شخصی توأم نیستند مانند فرد جامعه‌ستیز که با دیگران رفتار سبعانه داشته و قانون را بدون احساس گناه و پریشانی، زیر پا می‌گذارد.
- ✓ تمامی رفتارهایی که ایجاد پریشانی می‌کنند، اختلال محسوب نمی‌شوند مانند پریشانی ناشی از گرسنگی در فرد روزه‌دار یا درد زایمان.

ب) ناتوانی:

- ✓ آسیب در برخی حیطه‌های مهم زندگی مثل کار یا روابط شخصی می‌تواند شاخص رفتار نابهنجار باشد.
- ✓ اختلالات ناشی از مواد تا حدودی با توجه به ناتوانی شغلی یا اجتماعی حاصل از آن توصیف می‌شوند.
- ✓ طرد شدن توسط همسالان، مصداقی از ناتوانی بشمار می‌آید.
- ✓ فوبی نیز می‌تواند سبب ایجاد پریشانی و ناتوانی شود.
- ✓ پر اشتهایی روانی شامل با ولع خوردن و بعد استفراغ کردن است تا وزن فرد، ثابت بماند.
- ✓ افراد مبتلا به پر اشتهایی، تقریباً زندگی بی‌دردسری داشته و فقط در خلوت به این رفتارها (استفراغ) می‌پردازند.
- ✓ کور بودن و در عین حال علاقه به رانندگی در مسابقات رالی، در حیطه آسیب‌شناسی روانی قرار نمی‌گیرد.

ج) تخطی از هنجارهای اجتماعی:

- ✓ هنجارهای اجتماعی عبارتند از معیارها (باورها و نگرش‌ها)ی که آدمیان به منظور قضاوت راجع به خوبی و بدی، درستی یا نادرستی، موجه بودن یا ناموجه بودن و مقبولیت و عدم مقبولیت یک رفتار، از آنها استفاده می‌شود.
- ✓ مکالمه بیمار روانی با صداهای خیالی که برخی مبتلایان به اسکیزوفرنی با آن درگیر هستند، رفتارهایی بوده که هنجارهای اجتماعی را نقض می‌کنند.
- ✓ جنایتکاران از هنجارها تخطی می‌کنند اما معمولاً در آسیب‌شناسی روانی بررسی نمی‌شوند.
- ✓ معمولاً افراد بسیار مضطرب، هیچ هنجاری را زیر پا نمی‌گذارند.
- ✓ رفتاری که برای یک گروه به منزله تخطی از هنجارهای اجتماعی است، ممکن است برای گروه دیگر، چنین نباشد.
- ✓ در برخی فرهنگ‌ها، مخالفت مستقیم با دیگران، هنجارشکنی بشمار می‌آید.

د) بدکاری:

- ✓ به اعتقاد ویکفیلد، اختلالات روانی را می‌توان نوعی بدکاری زیان‌بخش تعریف کرد.
- ✓ تعریف فوق از یک قضاوت ارزشی و یک مولفه علمی و عینی تشکیل شده است.
- ✓ قضاوت درباره زیان‌بخشی یک رفتار، به هنجارها و ارزش‌های اجتماعی بستگی دارد.
- ✓ بدکاری زمانی رخ می‌دهد که یک سازوکار درونی نتواند کارکرد طبیعی خود را داشته باشد.
- ✓ یکی از مشکلات تعریف ویکفیلد آنست که سازوکارهای درونی درگیر در اختلالات روانی، عمدتاً ناشناخته هستند.
- ✓ توهم‌ها را می‌توان نوعی نارسایی ذهنی در خاموش کردن صداهای ناخواسته دانست.
- ✓ رفتار زیان‌بخش در اثر بدکاری یک سازوکار درونی ناشناخته بوجود می‌آید.
- ✓ از نظر DSM، بدکاری‌های رفتاری، روانی و زیستی در هم تنیده شده‌اند یعنی مغز بر رفتار تاثیر گذاشته و رفتار، مغز را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد پس بدکاری، موضوعی چند بعدی است.
- تبیین اختلالات روانی شامل سه توجیه فراطبیعی، زیستی و روانشناختی است.

دیوشناسی آغازین:

- ✓ پیش از عصر جستارهای علمی، علل تمامی حوادث تاثیرگذار خوب و بدی که خارج از اختیار انسان بود، فوق طبیعی در نظر گرفته می‌شد.

✓ در این دوران، رفتار درهم ریخته افراد نیز بازتابی از ناخشنودی خدایان از فرد یا تسخیر شدن وی بدست اهریمنان بود.

✓ این اعتقاد که یک موجود یا روح اهریمنی ممکن است درون فرد را اشغال کرده و ذهن و بدن او را به تسخیر درآورد، دیوشناسی نامیده می‌شود.

✓ در اسناد متعلق به چین، مصر، بابل و یونان باستان، نمونه‌هایی از تفکرات دیوشناسی ثبت شده است.

✓ به اعتقاد عبریان، وقتی خداوند بخاطر غضبی دست از حمایت فرد بر می‌داشت، او توسط ارواح پلید، تسخیر می‌شد.

✓ براساس این باور که رفتار نابهنجار ناشی از تسخیر شدگی است، درمان آن نیز غالباً شامل جن‌گیری می‌گردید.

تبیین‌های زیست‌شناختی قدیم:

✓ بقراط را پدر پزشکی جدید می‌دانند.

✓ بقراط در قرن پنجم پیش از میلاد، طب را از مذهب، جادو و خرافه جدا ساخت.

✓ بقراط، مغز را جایگاه هوشیاری، زندگی عقلانی و هیجانات می‌دانست و تصور می‌کرد که رفتار و افکار نابهنجار، بیانگر نوعی آسیب مغزی هستند.

✓ وی را یکی از نخستین پیشگامان این عقیده می‌دانند که نقص در مغز باعث اختلال در فکر و عمل می‌شود.

✓ بقراط، اختلالات مغزی را به ۳ گروه شیدایی (مانی)، مالیخولیا و التهاب (ورم دماغ) یا همان تب مغزی تقسیم کرد.

✓ به اعتقاد وی، عملکرد طبیعی مغز و به تبع آن سلامت ذهن، وابسته به توازن دقیق مزاج‌های چهارگانه یا مایعات بدنی (اخلاط) یعنی خون، صفرای سیاه (سودا)، صفرای زرد و بلغم است.

✓ اگر شخصی تنبل و بیکاره باشد، چنین فرض می‌شود که بلغم بر بدن وی غالب شده است.

✓ غلبه صفرای سیاه، دلیل وجود مالیخولیا و بیش از حد بودن صفرای زرد، علت تحریک‌پذیری و اضطراب بشمار می‌رود.

✓ بیش از حد بودن خون نیز به ایجاد خلق و خوی بی‌ثبات منجر می‌شود.

✓ درمان بقراط برای مالیخولیا عبارتست از آرامش، هوشیاری، دقت در انتخاب غذا و شیرینی و اعتدال در آمیزش جنسی.

✓ بقراط به علل طبیعی معتقد بود و نه دلایل فرا طبیعی.

✓ یادداشت‌های مفصلی از بقراط درباره نشانه‌های اختلالات صرعی، وابستگی به الکل، سکنه مغزی و پارانوای وجود دارد.

✓ دیدگاه طبیعت‌گرایی وی راجع به اختلال تا هفت قرن از سوی یونانی‌ها و بعدها نزد رومیان، مورد استفاده قرار گرفت.

قرون وسطی (تاریکی) و دیوشناسی:

✓ با مرگ جالینوس، آخرین پزشک بزرگ یونانی عهد کلاسیک، دوران تاریکی برای پزشکی اروپای غربی آغاز شد.

✓ در قرون وسطی، اعتقاد به دلایل فرا طبیعی برای بیماری‌های روانی مجدداً ظهور یافت.

۱. تعقیب و آزار جادوگران:

✓ با شروع قرن ۱۳ میلادی، عده‌ای برای تفهیم فجایع از جمله ناآرامی اجتماعی، قحطی و گرسنگی و طاعون، به دیوشناسی که مظهر ارتداد و انکار خداوند بود، رجوع کردند.

- ✓ در سال ۱۴۸۴، پاپ هشتم معروف به پاپ معصوم، دو تن از راهبان را در مقام مفتش به شمال آلمان اعزام کرد. ماحصل این اعزام، تهیه راهنمای روشن و جامعی به نام مالیوس مافیکاروم برای شکار جادوگران شد.
- ✓ در کتاب فوق، از دست دادن ناگهانی استدلال فرد، نشانه‌ای از تسخیر شیطان بوده و شیوه معمول برای بیرون راندن شیطان، سوزاندن وی بود.
- ✓ در اواخر قرون وسطی، بیماران روانی، افرادی ساحر یا جادوگر تلقی می‌شدند.

۲. دادگاه‌های جنون:

- ✓ از قرن ۱۳ به بعد، در نتیجه بزرگتر شدن شهرهای اروپایی، بیمارستان‌ها بتدریج تحت سرپرستی افراد غیر مذهبی قرار گرفت.
- ✓ یکی از اهداف بیمارستان تثلیث مقدس در سالیسبوری انگلستان در میانه قرن ۱۴ این بود که دیوانگان تا زمان اعاده عقل خود باید در محیطی امن و راحت قرار گیرند.
- ✓ نکته حائز اهمیت در انگلستان دوران قرون وسطی این بود که افراد مبتلا به بیماری روانی را موجوداتی تسخیر شده قلمداد نمی‌کردند.
- ✓ در آغاز قرن ۱۳، دادگاه مجانین برای تعیین سلامت روانی اشخاص در انگلستان دایر شد.
- ✓ اختیارات دادگاه مجانین بدست مقام سلطنت و برای حمایت از بیماران روانی بوده و قضاوت درباره جنون یک نفر، تحت فرمان وی بوده که وظیفه‌اش، دفاع از حقوق دیوانگان بود.
- ✓ میزان جهت‌یابی متهم بعلاوه حافظه، هوش، زندگی روزانه و عادات از جمله موضوعاتی بود که در دادگاه مطرح می‌شد.
- ✓ رفتار نامانوس فرد معمولاً ناشی از بیماری یا آسیب جسمی یا ناشی از ضربه عاطفی دانسته می‌شد.
- ✓ اصطلاح lunacy برگرفته از نظریه پزشک سوئیسی به نام پاراسلسوس بوده که رفتارهای غریب را به بی‌نظمی‌های ترتیبی ماه و ستارگان نسبت می‌داد.

گسترش تیمارستان‌ها:

- ✓ تا قرن ۱۵ میلادی، بیمارستان‌های جذامیان بسیار زیاد ولی بیمارستان‌های مربوط به بیماران روانی بسیار اندک بود.
- ✓ پس از خاتمه جنگ‌های صلیبی، بتدریج جذام از اروپا ریشه‌کن شد.
- ✓ در قرن ۱۵ و ۱۶، بستری کردن بیماران روانی شکلی جدی به خود گرفته و جذام‌خانه‌ها جای خود را به تیمارستان دادند که پناهگاه مخصوص بستری کردن و مراقبت از بیماران روانی بود.

۱. بیت لحم و سایر تیمارستان‌های اولیه:

- ✓ صومعه اعظم سنت ماری بیت‌لحم در سال ۱۲۴۳ تاسیس شده و تا سال ۱۴۰۳، ۶ مرد مبتلا به بیماری روانی را سکنی داده بود.
- ✓ در سال ۱۵۴۷، هنری هشتم آن را به شهر لندن ملحق کرده و از آن به بعد، به بیمارستان روانی تبدیل شد.
- ✓ سالیان سال، کلمه بدکم، اصطلاحی برای توصیف مکان‌ها و صحنه‌های داد و بیداد و اغتشاش بود.
- ✓ تا قرن ۱۸ میلادی، بیت‌لحم و با صومعه وست مینستر و برج لندن تبدیل به جاذبه گردشگری شد.

✓ برج مجانین که در سال ۱۷۸۴ در وین ساخته شده، بیماران را در اتاق‌های مدوری نگهداشته تا عابرین بتوانند آنها را تماشا کنند.

✓ بنجامین راش، پدر روانپزشکی آمریکا بوده و در سال ۱۷۶۹ در فیلادلفیا معتقد بود اختلال روانی در اقر ازدیاد خون در مغز ایجاد شده و درمان مقبول، گرفتن مقدار زیادی خون از فرد مجنون است.

✓ به اعتقاد وی، بسیاری از دیوانگان را می‌توان با ترساندن معالجه کرد.

۲. اصلاحات پینل:

✓ فیلیپ پینل را اولین و شاخص‌ترین چهره در درمان انسان‌دوستانه بیماران روانی در تیمارستان می‌دانند.

✓ وی در سال ۱۷۹۳ و در خلال انقلاب کبیر فرانسه، سرپرست بیمارستانی در فرانسه موسوم به لایبستر شد.

✓ پس از تحقیقات تاریخی مشخص شد که رها شدن بیماران از غل و زنجیر توسط یکی از بیماران سابق پینل به نام ژان باپتیست پوسن بعد از رهایی از بیماری صورت گرفته است.

✓ به موازات مساوات‌خواهی اجتماعی فرانسویان، پینل به این نتیجه رسید که بیماران روانی اساساً انسان‌هایی عادی و طبیعی هستند.

۳. درمان اخلاقی:

✓ در سال ۱۸۱۷ در پنسیلوانیای آمریکا، تیمارستان دوستان و پناهگاه هارتفورد در سال ۱۸۲۴ در کانتیکات با هدف ارائه درمان‌های انسان‌دوستانه ساخته شد.

✓ طبق درمان اخلاقی، مراقبین الف) با بیمارها صحبت کرده و برای آنها کتاب می‌خواندند، ب) آنها را به شرکت در فعالیت‌های هدفدار تشویق کرده و ج) با آنها تماس نزدیکی داشتند.

✓ در اواخر قرن نوزدهم، درمان اخلاقی تا حدود زیادی بدلیل مبارزات دوروتی دیکس که برای بهتر شدن شرایط بیماران روانی انجام می‌داد، منسوخ شد.

➤ پیشرفت‌های معاصر در رویکردهای زیستی و روانی به علل و درمان اختلالات روانی تحت تاثیر دانشمندانی است که در اواخر قرن ۱۹ و اوایل قرن ۲۰ میلادی کار می‌کردند.

➤ با مرگ جالینوس و افول تمدن رومی - یونانی، جستجو پیرامون ماهیت بیماری جسمی و روانی، موقتاً دچار وقفه شد.

➤ تا اواخر قرون وسطی، هیچ یافته جدیدی کشف نشد و ظهور واقعیت‌های علمی به برکت پیدایش رویکرد تجربی در پزشکی بود که بر جمع‌آوری اطلاعات از طریق مشاهده مستقیم تاکید می‌ورزید.

رویکردهای زیستی:

پی بردن به خاستگاه‌های زیستی فلج عمومی و سفلیس:

✓ از سال ۱۷۹۸ به بعد، متخصصان می‌دانستند که بیماران روانی نشانگانی دارند شامل تحلیل تدریجی توانایی بدنی و ذهنی آنان است و به چندین مشکل از جمله هذیان بزرگ‌منشی و فلج پیش‌رونده دچار می‌شوند.

✓ در سال ۱۸۲۵، زوال ذهنی و جسمی فوق را یک بیماری واحد بشمار آورده و به آن فلج عمومی گفتند.

✓ در سال ۱۸۵۷ مشخص شد که بیماران مبتلا به فرج، قبلاً سفلیس داشتند.

- ✓ در دهه ۱۸۶۰ و ۱۸۷۰، لویی پاستور، نظریه میکروبی بیماری‌ها را پایه‌گذاری نموده و ادعا داشت که پیدایش بیماری بخاطر عفونت بدن از راه موجودات بسیار ریز است.
- ✓ در سال ۱۹۰۵، میکرو ارگانیزم مخصوصی که منشا سفلیس بود، مشخص شد.

۱. وراثت‌شناسی:

- ✓ فرانسیس گالتون را بنیانگذار تحقیقات ژنتیکی روی دوقلوها قلمداد می‌کنند.
- ✓ وی بدلیل بررسی‌هایی که در اواخر قرن ۱۹ روی دوقلوها در انگلستان داشت، بسیاری از خصیصه‌ها را به وراثت نسبت داد.
- ✓ شهرت وی بدلیل وضع و ابداع اصطلاحات طبیعت (فطرت) و تربیت در مورد تفاوت‌های ژنتیکی طبیعت و محیط است.
- ✓ بررسی‌های اوایل قرن ۲۰ نشان داد که اسکیزوفرنی، اختلال دو قطبی و افسردگی، وراثت‌پذیر هستند.
- ✓ گالتون بدلیل ایجاد جنبش بهسازی نژادی در سال ۱۸۸۳، برای خود اعتباری دست و پا کرد.
- ✓ در نیمه قرن ۲۰، شیوه‌های بهسازی نژادی متوقف شد.

۲. درمان‌های زیستی:

- ✓ در اوایل دهه ۱۹۳۰، ساکل روشی را عرضه کرد که در آن، با تجویز مقدار زیادی انسولین، بیماران به اغما می‌رفتند.
- ✓ در اوایل قرن ۲۰، درمان با تشنج برقی (ECT) توسط ۲ پزشک ایتالیایی به نام‌های چرلتی و بینی ابداع گردید.
- ✓ چرلتی به بیماری صرع علاقه داشته و بدنبال ایجاد حمله‌های صرعی بصورت تجربی بوده و دریافت با بکارگیری تشنج برقی به ۲ طرف سر انسان، می‌تواند حملات صرع را بطور کامل ایجاد کند و در سال ۱۹۳۸ روی یک بیمار اسکیزوفرنی در رم، بکار برد.
- ✓ این روش برای بیماران مبتلا به افسردگی شدید بکار رفته و با اصلاحاتی، یک درمان موثر محسوب می‌شود.
- ✓ در سال ۱۹۳۵، آگاس مونز، روانپزشک پرتغالی، قطعه‌برداری پیش‌پیشانی را که ارتباط رشته‌تارهای عصبی بین قطعه پیشانی با سایر قسمت‌های مغز قطع می‌شود را پیشنهاد کرد.
- ✓ این روش بالاخص برای کسانی بکار می‌رفت که رفتار آنان خشونت‌آمیز بود.

رویکردهای روانشناختی:

- ✓ در اواخر قرن ۱۸، نقطه‌نظراتی ظهور کرد که اختلالات روانی را به کژکاری‌های روانشناختی ربط می‌داد.
- ✓ نظریات فوق ابتدا در فرانسه و اتریش و سپس در آمریکا رواج یافته و منجر به پیدایش مداخلات روان‌درمانی براساس اصول نظریه‌های فرد شد.

۱. مِسْمِر و شارکو:

- ✓ در قرن ۱۸، بسیاری از مردم اروپای غربی، حالات هیستری نشان داده و مبتلا به ناتوانی‌های جنسی نظیر کوری یا فلج بوده که هیچ منشا جسمی نداشت.
- ✓ مِسْمِر در اواخر قرن ۱۸ اعتقاد داشت که اختلالات هیستریایی، ناشی از نحوه توزیع خاص یک مایع مغناطیسی همگانی در بدن است.
- ✓ وی همچنین عقیده داشت می‌توان مایع مغناطیسی فرد دیگری را تحت تاثیر قرار داده و رفتار وی را عوض کرد.

- ✓ مِسْمِر را یکی از اولین دست‌اندرکاران هیپنوتیزم امروزی می‌دانند.
- ✓ شارکو معتقد بود هیستری، نوعی مشکل در دستگاه عصبی بوده و علل زیستی دارد ولی تبیین‌های روانشناختی را هم متقاعدکننده می‌یافت.

بروئر و روش پالایشی:

- ✓ بروئر دریافت مداوا و رهایی از نشانه‌های بیماری زمانی دوام خواهد داشت که بیماران بتوانند در شرایط هیپنوتیزم، حوادث آشکار ساز آن علائم را یادآوری کرده و هیجانات آغازین خود را بیرون بریزند.
- ✓ احیای یک ضایعه عاطفی قبلی و رهاسازی تنش هیجانی ناشی از افکار فراموش شده یک رویداد را پالایش می‌نامند.

فروید و روانکاوی:

- ✓ فروید به این نتیجه رسید بسیاری از رفتارهای انسان، توسط نیروهای اداره می‌شوند که خارج از هوشیاری اوست.
- ✓ فرض اصلی در نظریه فروید (روانکاوی) این است که آسیب روانی، بدلیل تعارضات ناهوشیار فرد است.
- ✓ فروید، ذهن را به ۳ بخش اصلی نهاد، من و منِ برتر تقسیم می‌کند.
- ✓ به اعتقاد وی، نهاد هنگام تولد وجود داشته و قسمتی از ذهن است که مسئولیت به راه انداختن تمامی انرژی‌های لازم برای روان را به‌عهده دارد.
- ✓ نهاد شامل تمایلات اساسی برای غذا، آب، دفع، صمیمیت، محبت و تمایلات جنسی است.
- ✓ فروید، منشا تمام انرژی نهاد را زیستی دانسته و آن را لیبیدو می‌نامند.
- ✓ انرژی نهاد را نمی‌توان در سطح آگاهی شناسایی کرده و تمام در قسمت ناهوشیار و زیر سطح آگاهی قرار دارد.
- ✓ نهاد خواستار لذت فوری و آنی بوده و براساس اصل لذت عمل می‌کند.
- ✓ وقتی نهاد ارضا نمی‌شود، تنش بوجود آمده و نهاد سعی می‌کند این تنش را هر چه زودتر برطرف سازد.
- ✓ به اعتقاد فروید، من (ایگو) از درون نهاد و در خلال ۶ ماه دوم زندگی پدیدار می‌شود.
- ✓ مطالب من (ایگو)، اساساً هوشیار است.
- ✓ نهاد در هنگام بروز یک نیاز می‌تواند به تخیل روی آورد ولی کار ایگو، آن است که طبق واقعیت عمل کند.
- ✓ من، طبق اصل واقعیت عمل کرده و میان خواسته‌های واقعیت و مطالبات نهاد برای ارضای فوری، میانجی‌گری می‌کند.
- ✓ آخرین قسمتی از روان که پدیدار می‌شود، منِ برتر بوده که عملکردی شبیه به وجدان داشته و در طول دوران کودکی رشد می‌یابد.
- ✓ به اعتقاد فروید، منِ برتر از ایگو منشعب شده همانگونه که من، از نهاد سرچشمه می‌گیرد.
- ✓ کودک بمنظور برخورداری از تایید والدین و اجتناب از عدم تایید آنان، ارزش‌های آنان را جذب یا درون‌فکنی می‌کند.
- ✓ به اعتقاد فروید و دخترش آنا، ایگو بدلیل تلاش در حل تعارضات و ارضای خواسته‌های نهاد و منِ برتر، احساس ناراحتی کرده و این احساس را می‌توان از طریق سازوکارهای دفاعی که راهبردی ناهوشیار برای حفاظت از من در برابر اضطراب است، کاهش داد.
- ✓ به روان درمانی مبتنی بر نظریه‌های فروید، روانکاوی یا درمان روانکاوانه می‌گویند.
- ✓ در روانکاوی و درمان‌های روان‌پویشی، هدف درمانگر عبارتست از شناخت تجارب اوایل کودکی، ماهیت روابط اصلی و مهم و الگوی روابط کنونی بیمار.

- ✓ درمانگر به مضامین هیجانی و ارتباطی اصلی که بارها و بارها به سطح هوشیاری می آیند، توجه می کند.
- ✓ فروید برای رفع واپس رانی، فنون متعددی ابداع کرد که معروف ترین آنها، تداعی آزاد است.
- ✓ در تداعی آزاد، بیمار در حالی که پشت وی به روانکاو است، روی تخت دراز کشیده و ترغیب می شود افکارش را رها ساخته و هر آنچه به ذهنش می آید، بدون حذف و بازبینی به زبان آورد.
- ✓ یکی از مولفه های اصلی در درمان روانکاو، تحلیل انتقال است.
- ✓ انتقال، بیانگر پاسخ های بیمار در برابر روانکاو بوده که روابط کنونی بیمار و روانکاو را نشان نمی دهد، در عوض بنظر می رسد که نگرش ها و شیوه های رفتار بیمار با افراد مهم در گذشته را منعکس می سازد.
- ✓ به اعتقاد فروید، روانکاو می تواند با مشاهده و تحلیل دقیق نگرش های انتقالی، درباره خاستگاه های کودکی مربوط به تعارضات واپس رانده بیمار، بینش و آگاهی کسب کند.
- ✓ پس از ظهور مطالب واپس رانده قبلی در خلال درمان، تفسیر که بمعنای نشان دادن رفتارهای خاص به بیمار است، توسط روانکاو انجام می شود.
- ✓ کانون اصلی تفسیر، سازوکارهای دفاعی است.

یونگ و روانشناسی تحلیلی:

- ✓ یونگ در آغاز، وارث مسلم فروید محسوب می شد ولی در سال ۱۹۱۴ از وی جدا شد.
- ✓ یونگ، روانشناسی تحلیلی را پایه نهاد.
- ✓ به اعتقاد یونگ، علاوه بر ناهوشیار شخصی که فروید بر آن تاکید داشت، ناهوشیار جمعی هم که متعلق به ابنای بشر است، وجود دارد.
- ✓ ناهوشیار جمعی در وهله اول شامل چیزی است که یونگ، آن را کهن الگو می نامد یعنی مقولات و طبقاتی که تمامی آدمیان برای فهم و درک دنیا، از آنها استفاده می کنند.
- ✓ به اعتقاد وی، نیازهای معنوی و مذهبی آدمیان به اندازه نیازهای لیبیدویی آنان، اساسی و مهم هستند.
- ✓ مهمترین سنخ های شخصیتی از نظر یونگ عبارتند از گرایش برون گرایی (جهت گیری به دنیای بیرون) و درون گرایی (گرایش بسوی دنیای ذهنی درون).

آدلر و روانشناسی فردی:

- ✓ نظریه آدلر که به روانشناسی فردی معروف است، مدعی است که افراد بطور لاینفکی با اجتماع خود پیوند خورده اند چون به باور وی، کار بخاطر مصالح اجتماعی، به احساس کمال می انجامد.
- ✓ آدلر همانند یونگ بر اهمیت تلاش در راستای نیل به اهداف تاکید می کرد.
- ✓ عنصر اصلی کار آدلر این بود که به بیماران کمک کند افکار و انتظارات اشتباه و غیرمنطقی خود را تغییر دهند.
- ✓ رویکرد فوق، طلایه دار پیشرفت های معاصر در رفتاردرمانی شناختی است.

تأثیرات ماندگار فروید و طرفداران او:

- ✓ نظریه های روانکاو بر مبنای شواهد روایی هستند که در خلال جلسات درمان حاصل شده و از عینیت برخوردار نبوده و لذا علمی محسوب نمی شود.
- ✓ نظریه روابط فردی از یک شالوده محدود پژوهشی برخوردار است.

- ✓ نظریه‌های دلبستگی و مفهوم خویشتن ارتباطی که از نظریه روابط فردی بوجود آمده‌اند، از حمایت تجربی محدود اما خوبی هم در حوزه کودکان و هم در حوزه بزرگسالان برخوردارند.
- ✓ نظریات فروید در ۳ حوزه آسیب‌شناسی روانی هنوز صاحب نفوذ است: الف) تجارب کودکی به شکل‌گیری شخصیت در بزرگسالی کمک می‌کند، ب) عوامل ناهوشیار بر رفتار تاثیر می‌گذارند و ج) علل و اهداف رفتار انسان، همیشه آشکار نیستند.
- ✓ یکی از کانون‌های معاصر در علوم اعصاب‌نگر شناختی و آسیب‌شناسی روانی عبارتست از ناهوشیاری.
- ✓ تمایل به نگاه کردن به گنه پدیده‌ها، مشهورترین میراث فروید است.

ظهور رفتارگرایی:

- ✓ رفتارگرایی بجای هوشیاری یا کارکرد ذهنی، به رفتار قابل مشاهده تاکید می‌ورزید.
- ✓ واتسون به شیوه‌های آزمایشی روانشناسانی که روی حیوانات کار می‌کردند، توجه داشت.

الف) شرطی‌سازی کلاسیک:

- ✓ این روش بصورت تصادفی توسط فیزیولوژیست روسی ایوان پاولف در آغاز قرن بیستم کشف شد.
- ✓ در این آزمایش، پودر گوشت بعلت اینکه قبل از هرگونه یادگیری بطور خودکار، باعث فراخوانی ترشح بزاق می‌شود، محرک غیر شرطی (UCS) و پاسخ ترشح بزاق، پاسخ غیر شرطی (UCR) نامیده می‌شود.
- ✓ هنگامی که قبل از ارائه غذا چندین بار صدای زنگ یعنی محرک خنثی عرضه می‌شود که محرک شرطی (CS) بوده و می‌تواند ترشح بزاق که پاسخ شرطی (CR) است فرا بخواند.
- ✓ هرچه تعداد دفعات ارائه گوشت با صدای بیشتر زنگ باشد، میزان ترشحاتی که توسط زنگ به تنهایی فراخوانده می‌شود، افزایش می‌یابد.
- ✓ اگر بعد از شرطی شدن، پهنگام محرک شرطی، محرک غیر شرطی همراه نشود، پاسخ شرطی بتدریج ناپدید شده که به این پدیده، خاموشی می‌گویند.
- ✓ شرطی‌سازی کلاسیک می‌تواند باعث ترس بیمارگونه نیز بشود.
- ✓ آزمایش واتسون و راینر، ارتباط احتمالی شرطی‌سازی کلاسیک با ظهور اختلالات هیجانی را نشان می‌دهد.

ب) شرطی‌سازی کنشگر:

- ✓ این نوع از یادگیری، از بررسی‌های ادوارد ثرندایک که در دهه ۱۸۹۰ آغاز گردید، منشعب شده است.
- ✓ ثرندایک بجای تداعی بین محرک‌ها (کار پاولف) به تاثیر پیامدها بر رفتار پرداخت.
- ✓ قانون اثر که بوسیله ثرندایک تدوین شد، مطرح می‌کند که: رفتاری که برای جاندار عواقب مطلوبی داشته باشد، تکرار خواهد شد و رفتاری که پیامدهای آزاردهنده و نامطلوب داشته باشد، تکرار نخواهد شد.
- ✓ اسکینر، شرطی‌سازی کنشگر (فعال) را مطرح ساخته و آن را رفتاری اطلاق کرد که بر محیط عمل می‌کند.
- ✓ اسکینر، قانون اثر ثرندایک را به اصل تقویت تغییر نام داد.
- ✓ تقویت مثبت به تحکیم پاسخ بدلیل وجود یک رویداد خوشایند اشاره دارد که تقویت‌کننده مثبت نامیده می‌شود.
- ✓ تقویت منفی سبب تحکیم پاسخ می‌شود اما از طریق حذف یک رویداد آزاردهنده مثل اتمام ضربه برقی.

✓ اصول شرطی سازی عامل می توانند در تداوم رفتار پرخاشگرانه ای نقش داشته باشند که ویژگی اساسی اختلال سلوکی است مانند تسلیم شدن والدین در برابر عصبانیت کودک برای بدست آوردن یک شی یا خواسته ای.

ج) سرمشق گیری:

- ✓ در زندگی واقعی، یادگیری حتی در غیاب تقویت کننده ها نیز صورت می گیرد.
- ✓ فرآیند سرمشق گیری یعنی یاد گرفتن از دیگران بوسیله مشاهده و تقلید.
- ✓ مشاهده اعمال دیگران می تواند سبب کاهش یا افزایش رفتارهای گوناگون نظیر تقسیم وسایل و اموال، ترس یا خشونت شود.
- ✓ فرزندان والدین مبتلا به فوبی یا سوء مصرف مواد ممکن است الگوهای رفتاری مشابهی از طریق مشاهده کسب کنند.

رفتار درمانی:

- ✓ رفتار درمانی در دهه ۱۹۵۰ ظهور کرده و در اوایل از شرطی سازی کلاسیک و کنشگر برای مشکلات بالینی بهره گرفت.
- ✓ گاهی اوقات از اصطلاح اصلاح رفتار برای این روش استفاده می شود.
- ✓ رفتار درمانی، تلاشی است برای تغییر رفتار، افکار و احساسات از طریق بکارگیری روش ها و کشفیاتی که بدست روانشناسان آزمایشی صورت گرفته است.
- ✓ یکی از فنون رفتار درمانی که برای درمان فوبی و اضطراب بکار می رود، حساسیت زدایی منظم بوده که توسط جوزف ولپی در سال ۱۹۵۸ ابداع شد.
- ✓ حساسیت زدایی منظم از دو مولفه الف) آرامیدگی عضلانی عمیق و ب) مواجهه تدریجی با فهرستی از موقعیت های ترس آور تشکیل شده است.
- ✓ با شروع دهه ۱۹۶۰، سرمشق گیری نیز در رفتار درمانی بکار گرفته شد.
- ✓ ترس از مار و ترس از جراحی و دندانپزشکی بوسیله یادگیری مشاهده ای درمان شده است.
- ✓ فنون کنشگر از جمله پاداش نظام دار رفتار مطلوب و خاموش سازی رفتار نامطلوب در درمان بسیاری از مشکلات دوران کودکی، موفقیت آمیز بوده است.
- ✓ تقویت ناپیوسته، رفتار جدید را با دوام تر می سازد.

اهمیت شناخت:

- ✓ در اوایل دهه ۱۹۶۰، بررسی و مطالعه پیرامون شناخت بتدریج برجسته شده و متخصصان دریافتند که شیوه تفکر و ارزیابی آدمیان از یک موقعیت، به طرز شگرفی بر رفتار آنها تاثیر می گذارد.

درمان شناختی:

- ✓ درمان شناختی مبتنی بر این اندیشه است که آدمیان نه تنها رفتار می کنند بلکه تفکر و احساس نیز دارند.
- ✓ تمام رویکردهای شناختی در این مشترک هستند که نحوه تعبیر و تفسیر اشخاص از خودشان و جهان اطراف، باعث و بانی عمده اختلالات روانی است.
- ✓ درمانگر در این روش به درمانجو کمک می کند از افکار غیر انطباقی خودش بیشتر آگاه شود.
- ✓ درمانگران امیدوارند با تغییر شناخت های خویش، احساسات، رفتارها و نشانه های آنها را تغییر دهند.

- ✓ درمان شناختی آرون بک و رفتار درمانی عقلانی – عاطفی آلبرت ایس از جمله روش‌های پیشرو در درمان شناختی محسوب می‌شود.
- ✓ فرض اساسی نظریه ایس این است که واکنش‌های هیجانی و پایدار هر شخص، ناشی از اظهارات درونی‌ای است که فرد برای خویش تکرار می‌کند.
- ✓ هدف درمان عقلانی – عاطفی ایس عبارتست از حذف باورهای خودشکن.
- ✓ توقعاتی که ایس بسمت آنها تغییر جهت داد یعنی الزامات و بایدهایی که آدمیان به خود و دیگران تحمیل می‌کنند.
- ✓ از نظر ایس اینکه افراد توقع دارند از همان آغاز، اوضاع چنین و چنان باشد، توقعی غیر واقع‌بینانه و بی‌ثمر بوده که باعث نوعی پریشانی عاطفی و بدکاری رفتاری می‌شود و نهایتاً وی را به درمان می‌کشاند.

فصل دوم: پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی

پارادایم علوم عصب‌نگر:

- ✓ این پارادایم اعتقاد دارد اختلالات روانی با فرآیندهای ناپه‌ن‌جار در مغز ارتباط دارند. بطور مثال برخی از افسردگی‌ها با مشکلات مربوط به انتقال‌دهنده‌های عصبی در مغز همراه بوده و برخی اختلالات اضطرابی با نقیصه‌ای در دستگاه عصبی خودمختار مرتبط بوده که باعث می‌شود فرد بسرعت دچار برانگیختگی بشود.
- ✓ رد پای زوال عقل را می‌توان در ضایعات ساختاری مغز یافت.
- ✓ ۳ مولفه این پارادایم عبارتند از سلول‌های عصبی و انتقال‌دهنده‌های عصبی، ساختار و کارکرد مغز و دستگاه درون‌ریز عصبی.

۱. سلول‌های عصبی و انتقال‌دهنده‌های عصبی:

- ✓ سلول‌های متعلق به دستگاه عصبی، نورون نامیده شده و دستگاه عصبی از میلیاردها نورون تشکیل شده است.
- ✓ هر نورون، ۴ بخش اصلی داشته که عبارتست از: الف) جسم سلولی، ب) دندریت (زائده‌های کوتاه و ضخیم)، ج) آکسون (طول یکی از آنها بلند و باریک است) و د) تکه پایانی روی بسیاری از شاخک‌های انتهایی آکسونی.
- ✓ زمانی که یک نورون بطور مناسب در جسم سلولی یا از طریق دندریت‌ها تحریک می‌شود، تکانه عصبی بسمت آکسون تا پایانه‌های انتهایی پیش می‌رود.
- ✓ بین پایانه‌های انتهایی آکسون فرستنده و غشای سلولی نورون گیرنده، یک شکاف کوچک به نام سیناپس وجود دارد.
- ✓ برای انتقال پیام بین نورون‌ها، لازم است که تکانه عصبی راهی برای عبور از فضای سیناپسی پیدا کند.
- ✓ هر تکه پایانی در آکسون، حاوی کیسه‌های سیناپسی بوده که مملو از انتقال‌دهنده‌های عصبی هستند.
- ✓ انتقال‌دهنده‌های عصبی، مواد شیمیایی بوده که امکان ارسال علائم را از سیناپس به نورون دیگر فراهم می‌سازد.
- ✓ در غشای سلولی نورون پس سیناپسی، چیزی به نام گیرنده وجود داشته و شکل آن به گونه‌ای است که فقط انتقال‌دهنده خاصی به هر یک از آنها می‌خورد.
- ✓ پیام‌ها گاهی تحریکی بوده که به ایجاد تکانه عصبی در سلول پس سیناپسی منجر شده و گاهی بازدارنده که احتمال اینکه سلول پس سیناپسی یک تکانه عصبی را ایجاد کند، کاهش می‌دهد.
- ✓ آخرین مرحله در انتقال پیام برای سیناپس این است که به وضعیت عادی برگردد. بعضی از انتقال‌دهنده‌ها در سیناپس جا مانده که توسط آنزیم‌ها تجزیه می‌شوند و مقداری هم از طریق فرآیندی به نام جذب مجدد، به سلول پیش سیناپسی باز می‌گردند.
- ✓ اثرات انتقال‌دهنده‌های دوپامین، سروتونین، نوراپی نفرین و گاما - آمینو بوتیریک اسید (گابا) در اختلالات عصبی به چشم می‌خورد.
- ✓ سروتونین و دوپامین می‌توانند در افسردگی، شیدایی و اسکیزوفرنی دخیل باشند.
- ✓ نوراپی نفرین با دستگاه عصبی سمپاتیک در ارتباط بوده و در ایجاد برانگیختگی بالا دخالت دارد پس ممکن است در اختلالات اضطرابی و سایر وضعیت‌های مرتبط با فشار روانی، درگیر باشد.
- ✓ گابا در بسیاری از نواحی مغز، جلوی تکانه عصبی را گرفته و ممکن است در اختلالات اضطرابی نقش داشته باشد.

- ✓ سنتز انتقال دهنده‌های عصبی در نورون، حاصل یک رشته مراحل متابولیکی بوده که با یک اسید آمینه آغاز می‌شود.
- ✓ همه واکنش‌های موجود در مسیر یک انتقال دهنده عصبی واقعی توسط آنزیم صورت می‌گیرد.
- ✓ نارسایی در بازجذب انتقال دهنده‌های عصبی به سلول پیش سیناپسی و ایجاد یک تکانه عصبی جدید که منجر به آزاد شدن همان انتقال دهنده عصبی می‌شود، باعث می‌شود نورون پس سیناپسی به میزان دو برابر، انتقال دهنده عصبی دریافت کرده و احتمال تولید یک تکانه عصبی در آن بیشتر می‌شود.
- ✓ اگر تعداد گیرنده‌های نورون‌های پس سیناپسی زیاد شود یا این گیرنده‌ها به آسانی تحریک شوند، احتمال تحریک شدن نورون پس سیناپسی را بالا می‌برد مانند توهومات و هذیان‌های اسکیزوفرنی که ممکن است ناشی از تعداد مفرط گیرنده‌های دوپامین باشد.
- ✓ اگر گیرنده‌ای بطور مفرط در طول زمان تحریک شود، سلول عصبی مورد نظر، حساسیت آن گیرنده را مجدداً تنظیم می‌کند بنحوی که ایجاد یک تکانه عصبی دشوارتر شود.
- ✓ وقتی سلولی به دفعات بیشتری شلیک می‌کند، این گیرنده پیک‌های ثانوی را رها می‌کند که در تنظیم حساسیت گیرنده‌های پس سیناپسی در برابر دوپامین، نوراپی نفرین یا سروتونین شرکت می‌کنند.
- ✓ پیک‌های ثانوی به نورون کمک می‌کنند تا حساسیت گیرنده‌های خود را در زمان فعالیت مفرط تنظیم کند.
- ✓ اثربخشی داروهای ضد افسردگی تا حدودی بدلیل تاثیر آنها روی پیک‌های ثانوی است.
- ✓ یکی از روش‌های بررسی نحوه کار انتقال دهنده‌های عصبی، مصرف داروهایی است که موجب تحریک گیرنده‌های مربوط به یک انتقال دهنده عصبی خاص می‌شود که به این داروها، آگونیست یا همساز گفته می‌شود.
- ✓ آگونیست سروتونینی دارویی است که گیرنده‌های سروتونینی را وا می‌دارد تا عوارضی تولید کند که در حالت عادی، سروتونین بوجود می‌آورد.
- ✓ آنتاگونیست یا هم‌ستیز، به دارویی گفته می‌شود که گیرنده‌ها را وا می‌دارد تا فعالیت آن انتقال دهنده را کاهش دهد.
- ✓ بسیاری از داروهای اسکیزوفرنی، هم‌ستیز دوپامین بشمار می‌آیند و کارشان، انسداد گیرنده‌های دوپامینی است.
- ✓ آستروسیت‌ها، الیگودندروسیت‌ها و سلول‌های میکروگلیایی از انواع مختلف سلول‌های گلایایی هستند.
- ✓ سلول‌های گلایایی نه تنها با نورون‌ها در تعامل هستند بلکه به کنترل نحوه عمل نورون‌ها کمک می‌کنند.

۲. ساختار و کارکرد مغز انسان:

- ✓ مغز میان روکش محافظتی به نام جمجمه و با لایه‌های ۳ گانه غشای محافظتی که مننژ نام دارد، پوشیده می‌شود.
- ✓ پیوند اصلی میان دو نیمکره مغز توسط یک دسته تار عصبی به نام جسم پینه‌ای است که امکان تبادل پیام دو نیمکره را فراهم می‌سازد.
- ✓ قشر مخ متشکل از نورون‌هایی است که پوشش نازک بیرونی مغز را ساخته و ماده خاکستری مغز نامیده می‌شود.
- ✓ قشر مخ از ۶ لایه نورون‌های تنگ‌بافته به هم تشکیل شده که برآورد می‌شود که شمار آنها، نزدیک ۱۶ میلیارد باشد.
- ✓ قشر مخ فوق‌العاده پر چین و شکنج بوده که به برآمدگی‌های اصطلاحاً شکنج و برای فرو رفتگی‌های ما بین آنها اصطلاح شیار استفاده می‌شود.

- ✓ شیارهای عمیق مغز، نیمکره‌ها را به ۴ ناحیه مجزا به نام قطعه تقسیم می‌کند که عبارتست از الف) قطعه پیشانی (در جلوی شیار مرکزی)، ب) قطعه آهیانه‌ای (در پشت و بالای شیار جانبی)، ج) قطعه گیجگاهی (زیر شیار جانبی) و د) قطعه پس‌سری (پشت قطعه‌های آهیانه‌ای و گیجگاهی).
- ✓ بینایی با قطعه پس‌سری، تفکیک اصوات با قطعه گیجگاهی و استدلال، مسئله‌گشایی، حافظه فعال و تنظیم هیجانی با قطعه پیشانی در ارتباط است.
- ✓ یکی از نواحی مهم قشر مخ، قشر پیش‌پیشانی بوده که در دماغه قشر مخ قرار داشته و به تنظیم بادامه (آمیگدال) کمک می‌کند.
- ✓ ماده خاکستری قشر مخ، به کل درون مغز امتداد نیافته است.
- ✓ قسمت عمده درون مغز از جسم سفید متشکل شده که محصول دسته تارهای بلند میلین‌داری است که اجسام سلولی موجود در قشر مخ را به اجسام سلولی موجود در نخاع شوکی و سایر مراکز پایینی مغز مرتبط می‌سازد.
- ✓ در برخی نواحی به نام هسته، مجموعه عصب‌های مختلف با یکدیگر تلاقی پیدا کرده و پیام‌های متعلق به مراکز مختلف در آنجا باهم یکپارچه می‌شوند.
- ✓ عقده‌های پایه که در قعر هر نیمکره قرار دارند، به تنظیم آغاز و اتمام فعالیت‌های حرکتی و شناختی کمک می‌کنند.
- ✓ در اعماق مغز، حفره‌هایی به نام بطن وجود داشته که با مایع مغزی - نخاعی پر شده و این مایع از طریق این بطن‌ها که با نخاع شوکی ارتباط دارند، در سراسر مغز جریان پیدا می‌کند.
- ✓ تالاموس، ایستگاه تقویتی تمامی گذرگاه‌های حسی به استثنای حس بویایی است.
- ✓ هسته‌هایی که تالاموس را می‌سازند، تقریباً تمامی تکانه‌های دریافتی از نواحی حسی مختلف را قبل از وارد شدن به قشر مخ دریافت کرده و بعد در قشر مخ بصورت احساسات هوشیار تفسیر می‌شود.
- ✓ ساقه مغز متشکل از پل مغزی و پیاز مغز تیره (بصل‌النخاع) بوده و اولین کارکرد آن، مثل یک ایستگاه تقویت عصبی است.
- ✓ پل مغزی حاوی دسته تارهای عصبی است که مخچه را به نخاع شوکی و نواحی حرکتی مخ متصل می‌سازد.
- ✓ پیاز مغز تیره حکم شاهراهی را دارد که دسته تارهای عصبی متعلق به نخاع شوکی از آنجا بسوی نواحی بالاتر مغز کشیده می‌شوند.
- ✓ مخچه، عصب‌های حسی دستگاه دهلیزی گوش و اعصاب متعلق به عضلات، زردپی‌ها و مفاصل را دریافت کرده و وقتی بدن در حال حرکت است، اطلاعات مربوط به این نواحی بمنظور متعادل شدن، اتخاذ وضعیت بدنی مناسب، حفظ تعادل و نرمی حرکات، با یکدیگر ادغام می‌شوند.
- ✓ دستگاه کناری، یک مجموعه درونی‌تر و عمدتاً زیر قشری بوده که اغلب در انواع مختلف آسیب روانی به آن اشاره می‌شود.
- ✓ دستگاه کناری، تجلیات احشایی و جسمی هیجانات (مانند افزایش ضربان قلب و تنفس، لرزش، تعریق و تغییرات موجود در تجلیات چهره‌ای) و ظهور سائق‌های اشتها و سایر سائق‌های نخستین یعنی گرسنگی، تشنگی، جفت‌گیری، تهاجم (ستیز) و گریز را تامین می‌کند.

- ✓ ساخت‌های حائز اهمیت عبارتست از الف) کمر بند قدامی (ناحیه واقع در بالای جسم پینه‌ای)، ب) ناحیه جداری (قبل از تالاموس واقع شده)، ج) هیپوکامپ (اسب دریایی که از ناحیه جداری تا قطعه گیجگاهی امتداد یافته)، د) هیپوتالاموس (تنظیم‌کننده سوخت و ساز، دمای بدن، تنفس، قشار خون، خواب و اشتها) و ه) بادامه (در نوک قطعه گیجگاهی قرار داشته و در محرک‌های هیجانی و خاطرات مربوط به رویدادهای هیجانی با اهمیت است).
- ✓ یکی از ساخت‌های مغز برای پژوهشگران آسیب‌شناسی روانی، بادامه است چون در اختلالات روانی، همیشه پای مشکلات عاطفی به چشم می‌خورد.
- ✓ رشد مغز آدمی، فرآیند پیچیده‌ای دارد که در همان ۳ ماه نخست بارداری، شروع شده و تا اوایل بزرگسالی ادامه می‌یابد.
- ✓ حدود یک سوم ژن‌های ما در مغز تبلور می‌یابند و بسیاری از این ژن‌ها، مسئول شکل‌گیری لایه‌ها و ساخت‌های متفاوت مغز هستند.
- ✓ در برخی از اختلالات نظیر اسکیزوفرنی، سرچشمه مشکل در مراحل تحولی آغازین مغز است.
- ✓ رشد و تحول مغز در سرتاسر دوران کودکی، نوجوانی و حتی بزرگسالی ادامه می‌یابد.
- ✓ آنچه در خلال رشد رخ می‌دهد عبارتست از رشد سلول‌های عصبی و پرورش و گسترش پیوند میان سلول‌ها با نواحی مغز.
- ✓ جسم خاکستری مغز تا اوایل نوجوانی به رشد خود ادامه داده و سلول‌های آن کامل می‌شود.
- ✓ فرآیند هرس کردن به کاهش شمار پیوندهای سیناپسی بعد از دوران نوجوانی و حتی بزرگسالی گفته می‌شود.
- ✓ پیوندهای مغزی در بزرگسالی ممکن است کمتر بشود ولی کارکرد آنها سریع‌تر می‌شود.
- ✓ نواحی که سریع‌ترین رشد را دارند، نواحی‌ای هستند که با فرآیندهای حسی ارتباط دارند مثل مخچه، قطعه پس‌سری.
- ✓ قطعه پیشانی، آخرین ناحیه‌ای است که رشد می‌کند.
- ✓ افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، بطن‌های بزرگ دارند.
- ✓ اندازه هیپوکامپ در میان برخی افراد مبتلا به اختلال فشار روانی پس‌آسیبی، افسردگی و اسکیزوفرنی کاهش می‌یابد و احتمالاً بدلیل اضافه‌کاری دستگاه‌های پاسخ‌دهنده به فشار روانی در آنهاست.
- ✓ در برخی از کودکان مبتلا به درخودماندگی، اندازه مغز بزرگتر از حدی است که در آن مقطع خاص از رشد انتظار می‌رود.

۳. دستگاه درون‌ریز عصبی:

- ✓ محور HPA از لحاظ پاسخ بدن در برابر فشار روانی، نقش محوری دارد.
- ✓ وقتی آدمی با تهدید روبرو می‌شود، هیپوتالاموس عامل محرک قشر غده فوق کلیوی (CRF) را آزاد کرده که این ماده به نوبه خود، پیام‌هایی را به غده هیپوفیز ارسال می‌کند و هیپوفیز نیز هورمون محرک قشر فوق کلیوی را آزاد ساخته که از راه جریان خون به غدد فوق کلیوی می‌رسند.
- ✓ لایه‌های بیرونی غدد فوق کلیوی، قشر فوق کلیوی نام داشته و این ناحیه، تولید هورمونی به نام کورتیزول را افزایش می‌دهد.
- ✓ کورتیزول غالباً به هورمون فشار روانی موسوم است.

- ✓ دستگاه درون ریز عصبی برخلاف دستگاه عصبی خودمختار یک دستگاه سریع‌الاث‌ر نبوده و ۲۰ تا ۴۰ دقیقه طول می‌کشد تا رهاسازی کورتیزول به اوج خود برسد.
- ✓ پس از برطرف شدن فشار روانی یا عامل تهدید، ممکن است یک ساعت طول بکشد تا کورتیزول به خط پایه خود برگردد.
- ✓ بررسی‌های مربوط به فشار روانی و محور HPA به طرزی بی‌همتا باهم هماهنگی دارند.
- ✓ عوامل محیطی می‌توانند افزایش واکنش در برابر محیط را موجب شده و تجارب آغازین می‌توانند بر عوامل زیستی تاثیر بگذارند.
- ✓ فشار روانی مزمن و اثرات آن بر محور HPA با اختلالاتی نظیر اسکیزوفرنی، افسردگی و اختلال فشار روانی پس‌آسیبی ارتباط دارد.
- ✓ بسیاری از رفتارهای ما به دستگاه عصبی خودمختار (ANS) وابسته است که بسیار سریع و عموماً در غیاب آگاهی ما عمل می‌کند و فراسوی مهار ارادی ما قرار دارد که منظور از خودمختار نیز همین است.

رویکردهای علوم عصب‌نگر به درمان:

- ✓ ضد افسردگی‌ها مثل پروپوزاک باعث افزایش انتقال عصبی در نورون‌هایی شده که از سروتونین بعنوان انتقال‌دهنده عصبی استفاده می‌کنند بدین طریق که جلوی جذب مجدد سروتونین را می‌گیرند.
- ✓ بنزودیازپین‌ها مثل زاناکس می‌توانند در کاهش تنش همراه در برخی اختلالات اضطرابی موثر واقع شوند.
- ✓ داروهای ضد روان‌پریشی نظیر اولانزاپین که در درمان اسکیزوفرنی بکار می‌روند موجب کاهش فعالیت نورون‌هایی می‌شوند که از دوپامین استفاده می‌کنند بدین طریق که گیرنده‌های آن را مسدود کرده و همین‌طور بر سروتونین تاثیر می‌گذارند.
- ✓ محرک‌هایی نظیر آدرال غالباً برای درمان کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی توام با کمبود توجه (ADHD) مورد استفاده قرار گرفته که روی چندین انتقال‌دهنده عصبی تاثیر می‌گذارد.

ارزیابی پارادایم عصب‌نگر:

- ✓ کاهش‌گری به دیدگاهی اطلاق می‌شود که ادعا دارد هرآنچه را که بررسی می‌کنیم، می‌توان و باید به عناصر یا مولفه‌های بنیادین آن فروکاست.
- ✓ از لحاظ اختلالات روانی، کاهش‌گری زمانی رخ می‌دهد که یک دانشمند سعی می‌کند پاسخ‌های پیچیده روانی و عاطفی را به سطح زیست‌شناسی کاهش دهد.
- ✓ کاهش‌گری در شکل افراطی خود ادعا دارد که روان‌شناسی و آسیب‌شناسی روانی، چیزی بیش از زیست‌شناسی نیست.
- ✓ عناصر بنیادی نظیر سلول‌های عصبی منفرد در قالب ساخت‌ها یا نظام‌های پیچیده‌تری مثل شبکه‌ها یا مدارهای عصبی سازمان می‌یابند که ویژگی‌های این مدارهای عصبی را نمی‌توان از روی سلول‌های منفرد استنتاج کرد.
- ✓ کل، چیزی بیش از مجموع اجزای آن است.
- ✓ در آسیب‌شناسی روانی مشکلاتی نظیر باورهای هذیانی، نگرش‌های بدکار یا شناخت‌های فاجعه‌ساز را نمی‌توان به لحاظ عصبی - زیستی تبیین کرد.

پارادایم شناختی - رفتاری:

✓ این پارادایم ریشه در اصول یادگیری و علوم شناختی دارد.

۱. تأثیرات ناشی از رفتار درمانی:

- ✓ اگر رفتار مسئله‌دار تقویت شود، احتمالاً ادامه می‌یابد
- ✓ عموماً تصور می‌شود که رفتار مسئله‌دار بوسیله ۴ پیامد جلب توجه، فرار از تکلیف، ایجاد پسخوراند حسی و دسترسی به موقعیت‌های مطلوب، تقویت می‌شود.
- ✓ در کودکانی که جلب توجه باعث رفتار مسئله‌دار می‌شود، درمان می‌تواند بصورت نادیده گرفتن آن رفتار باشد.
- ✓ از روش‌های تغییر رفتار در افراد، می‌توان به محرومیت اشاره کرد که امروزه، یکی از فنون فرزندپروری رایج بوده و برای کودکانی بکار می‌رود که به نوعی، رفتار مشکل‌آفرین نشان می‌دهند.
- ✓ فن دیگر تغییر رفتار، وابسته کردن تقویت‌کننده‌های مقبت به رفتار بود تا فراوانی رفتار مطلوب، افزایش یابد.
- ✓ برای تقویت کودکان گوشه‌گیر، فراگیری زبان در کودکان در خودمانده، ترمیم ناتوانی‌های یادگیری و کمک به فراگیری مهارت‌های ضروری زندگی در کودکان عقب‌مانده، می‌توان از تقویت مثبت استفاده کرد.
- ✓ فنون کنش‌گری نظیر پاداش نظام‌دار رفتار مطلوب و خاموش‌سازی رفتار نامطلوب در درمان بسیاری از مشکلات دوران کودکی، موفقیت ویژه‌ای داشته‌اند.
- ✓ وقتی وابستگی‌ها یک رفتار را شکل دادند، هدف اصلی، حفظ نتایج درمان خواهد بود.
- ✓ تقویت ناپیوسته یعنی پاداش‌دهی به پاسخ در برخی مواقع ظهور پاسخ، رفتار جدید را با دوام‌تر می‌سازد.
- ✓ یکی از نمونه‌های موفق شرطی‌سازی کنشگر عبارتست از درمان مبتنی بر فعال‌سازی رفتاری برای افسردگی.
- ✓ در حساسیت‌زدایی منظم، مولفه‌ای که هنوز مورد استفاده است، مولفه مواجهه بوده و فرض اساسی، آن است که اگر فرد بتواند با شی یا موقعیتی بمدت کافی و بدون بروز صدمه‌ای واقعی روبرو شود، اضطراب کاهش می‌یابد.
- ✓ گاهی برای مواجهه از موقعیت واقعی (ترس از پرواز) و گاهی هم از مواجهه خیالی یا تصویری (ترس از تجاوز، آسیب‌ها یا آلودگی) برای این موضوع استفاده می‌شود.
- ✓ امروزه روش مواجهه برای بسیاری از صورت‌های رفتار درمانی شناختی، مولفه محوری محسوب می‌شود.
- ✓ در صورتی که مواجهه با یک چیز واقعی بصورت عملی باشد، موثرتر از موقعیت‌های تجسمی است.
- ✓ دلیل انتقاد به رفتار درمانی بخاطر نادیده گرفتن دو عامل تفکر و احساس است. یعنی نحوه تفکر و احساس ما درباره امور، بی‌تردید بر رفتارمان تأثیر می‌گذارد.

۲. علوم شناختی:

- ✓ شناخت، تمام فرآیندهای روانی نظیر ادراک، بازشناسی، قضاوت، تصور و استدلال را در بر می‌گیرد.
- ✓ پارادایم شناختی بنحوه سازمان‌دهی تجربیات افراد، معنادهی و پیوند دادن تجارب فعلی با تجارب ذخیره شده در حافظه توجه دارد.
- ✓ روانشناسان شناختی، شخص یادگیرنده را تفسیرکننده فعال موقعیت تلقی کرده و دانش قبلی یادگیرنده را به منزله دریچه ادراک او برای تجربه کنونی می‌دانند.

- ✓ اطلاعات جدید در درون شبکه‌ای سازمان یافته از دانش انباشته شده قبلی یاد گیرنده که طرحواره یا آمایه شناختی نامیده می‌شود، قرار داده و در صورت عدم همخوانی با شبکه، طرحواره برای انطباق با اطلاعات، مجدداً سازمان‌دهی شده یا اطلاعات طوری تعبیر شده که با آن طرحواره مطابقت داشته باشد.
- ✓ بررسی توجه، یکی از مقولات مهم حوزه علوم شناختی است.
- ✓ افراد مبتلا اختلالاتی نظیر اضطرابی، خُلق و اسکیزوفرنی، مشکل توجه دارند.
- ✓ افراد مضطرب، معمولاً توجه خود را روی رویدادها یا موقعیت‌های تهدیدکننده یا اضطراب‌آور در محیط متمرکز می‌کنند.
- ✓ افراد مبتلا به اسکیزوفرنی نمی‌توانند برای مدت طولانی، توجه خود را روی یک موضوع متمرکز سازند.
- ✓ یکی از روش‌های بررسی توجه برای پژوهشگران، عبارتست از تکلیف استروپ.
- ✓ در این تکلیف، پدیده تداخل که با استفاده از طول کشیدن زمان پاسخ‌دهی اندازه‌گیری می‌شود، به این دلیل روی می‌دهد که اسم رنگ، توجه برانگیزتر از رنگ جوهر است.
- ✓ تکلیف استروپ به گونه‌ای تغییر یافته که بجای رنگ، به هیجانات پرداخته و افراد بجای گفتن رنگ جوهر، فهرست واژه‌های هیجانات را نام ببرند.
- ✓ هرچه واژه‌ای توجه برانگیزتر باشد، تداخل بیشتری رخ داده و زمان پاسخ‌دهی بیشتر می‌شود.
- ✓ افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، برای واژه‌های تهدیدآمیز، تداخل بیشتری نشان داده و دلیل بر وجود سو داری در توجه نسبت به اطلاعات تهدیدآمیز است.
- ✓ مفاهیم طرحواره و توجه باهم مرتبط بوده و بیشتر احتمال دارد که به امور تهدیدآمیز یا خطرناک در محیط توجه کند.
- ✓ بهنگام جستجوی علل آسیب‌های روانی و یافتن روش‌های مداخله‌ای جدید، تبیین‌های شناختی، از موارد اصلی بشمار می‌رود.
- ✓ دیدگاه رایج درباره افسردگی، مشکل را در آمایه شناختی خاصی به نام احساس فراگیر نومیدی می‌بیند یعنی این افراد معتقدند به رغم تلاش‌هایشان، هیچ تأثیر مهمی روی محیط اطراف خود ندارند.

۳. نقش ناهوشیاری:

- ✓ حافظه تلویحی به این مفهوم اشاره دارد که آدمی می‌تواند بدون وساطت آگاهی، تحت تأثیر یادگیری‌های قبلی قرار گیرد.
- ✓ پژوهشگران با استفاده از پارادایم مبتنی بر حافظه ضمنی نشان داده‌اند افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی و افسردگی، با این قبیل تکالیف (خاطره بدون آگاهی هوشیار) مشکل دارند.
- ✓ از دید متخصصان عصب‌نگر شناختی، ناهوشیاری، منعکس‌کننده کارایی و خودکاری اعجاب‌آور مغز است یعنی همیشه اطراف ما آنقدر موارد مختلف در جریان بوده که نمی‌توان از همه آنها آگاهی یافت. در نتیجه، مغز ما قابلیت ثبت اطلاعات برای استفاده آتی را پرورش داده است.

۴. درمان شناختی - رفتاری:

- ✓ رفتار درمانی شناختی (CBT) ترکیبی از نظریه و پژوهش‌هایی بوده که در مورد فرآیندهای شناختی صورت گرفته است.

- ✓ رفتار درمانگران شناختی به وقایع درونی یعنی افکار، ادراک، قضاوت‌ها، گفتگو با خود و حتی پیش‌فرض‌های نهان (ناهوشیار) توجه کرده و برای فهم و تغییر رفتار آشفته آشکار و پنهان، به بررسی و دستکاری این فرآیندها می‌پردازند.
- ✓ بازسازی شناختی، یک اصطلاح کلی برای تغییر الگوهای فکری بوده که تصور می‌رود علت هیجان یا رفتار آشفته باشد.
- ✓ درمانگران امیدوارند که آدمی بتواند احساسات، رفتارها و نشانه‌های خویش را از طریق تغییر شناخت‌های خود دگرگون سازد.
- ✓ درمانگران، کار خود را با رهگیری افکار روزانه شروع کرده و می‌خواهند درباره سو داری‌ها و طرحواره‌های شناختی هسته‌ای که باعث این افکار منفی روزانه هستند، بیشتر بدانند.
- ✓ آرون بک، یکی از درمانگران پیشرو در رفتاردرمانی شناختی محسوب می‌شود.
- ✓ درمان بک برای افسردگی براساس این عقیده است که خلق افسرده، ناشی از تحریف شیوه ادراک تجربیات زندگی است یعنی ممکن است فرد صرفاً بر وقایع منفی زندگی تاکید کرده و اتفاقات مثبت زندگی را نادیده بگیرد.
- ✓ توجه، تفسیر و یادآوری اطلاعات منفی و مثبت در اختلال افسردگی، دچار سو داری است. به این پدیده در توجه و حافظه، سو داری در خبرپردازی گفته می‌شود.
- ✓ در درمان بک از طریق تلاش برای متقاعد کردن بیماران به تغییر عقاید خود راجع به خویشتن و نحوه تفسیر رویدادهای زندگی، با این سو داری‌ها مقابله می‌شود.
- ✓ هدف کلی درمان بک، فراهم ساختن تجربیاتی در بیرون و درون جلسه درمان است که موجب تغییر طرحواره‌های منفی آنان شده و آنها را قادر سازد که بجای ناامیدی، امیدوار باشند.
- ✓ نوآوری‌های جدید در CBT عبارتست از رفتار درمانی دیالکتیکی، شناختی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.
- ✓ درمان‌های فوق بواسطه تمرکز بر معنویت، ارزش‌ها، هیجان و پذیرش، با روش متعارف و سنتی CBT فرق دارند.
- ✓ یکی دیگر از مضامین در شناخت درمانی، شامل راهبردهای کاهش اجتناب هیجانی (عاطفی) است.
- ✓ در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، قسمت عمده نیروی ویرانگر هیجانات، منبعث از شیوه پاسخ‌های شناختی و رفتاری ما به هیجان‌هاست و هدف کلی چنین درمان‌هایی (کاهش اجتناب هیجانی) عبارتست از کمک به فرد برای آگاهی بیشتر از هیجانات و در عین حال اجتناب از واکنش‌های فوری و تکانشی در برابر آن هیجان.
- ✓ درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، این اتفاق را با استفاده از مراقبه تسهیل می‌کند.

۵. ارزیابی پارادایم شناختی - رفتاری:

- ✓ تبیین‌های شناختی رفتاری راجع به آسیب‌های روانی، بیشتر حول عوامل کنونی موثر در یک اختلال بوده و کمتر به پیش‌آیندهای تاریخی و دوران کودکی می‌پردازند.
- ✓ وجه شاخص پارادایم شناختی آن است که افکار را عامل سبب‌شناختی می‌داند یعنی افکار، باعث سایر ویژگی‌های اختلال مانند غمگینی می‌شود.

عوامل مشترک در میان پارادایم‌ها:

✓ تقریباً در تمامی اختلالات روانی، می‌توان نوعی آشفتگی هیجانی را پیدا کرد.

۱. هیجانات و آسیب‌های روانی:

- ✓ هیجانات، بر نحوه پاسخ‌دهی ما در برابر مشکلات و چالش‌های محیط‌مان تاثیر می‌گذارد.
- ✓ هیجانات کمک می‌کند تا مستقیماً، افکار و اعمال خود را سازمان داده و رفتار ما را هدایت می‌کنند.
- ✓ در ۸۵٪ آشفتگی‌های روانی، نوعی آشفتگی در پردازش هیجانی مشاهده می‌شود.
- ✓ هیجانات، حالت‌های نسبتاً کوتاه‌مدتی بوده که برای چند ثانیه، دقیقه یا نهایتاً چند ساعت دوام دارند.
- ✓ از واژه عاطفه برای توصیف احساسات هیجانی کم دوام استفاده می‌شود.
- ✓ خلق، نوعی تجربه هیجانی بوده که عمر طولانی‌تری دارد.
- ✓ هیجانات از چند مولفه هماهنگ در فرد تشکیل می‌شود: مولفه‌های نمایشی، تجربه‌ای و فیزیولوژیایی.
- ✓ مولفه نمایشی یا رفتاری هیجانی به تجلیات چهره‌ای هیجانی اطلاق می‌شود.
- ✓ بسیاری از افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، تجلیات چهره‌ای ناچیزی دارند.
- ✓ مولفه تجربی یا احساس ذهنی، به این اشاره دارد که فرد، چگونه احساس خود را در یک دوره زمانی خاص یا در پاسخ به یک رویداد، گزارش می‌کند.
- ✓ مولفه فیزیولوژیایی هیجان شامل تغییرات بدنی می‌شود مانند آنچه در فعالیت دستگاه عصبی خودمختار در هنگام بروز هیجان رخ می‌دهد.
- ✓ افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، هیجانات خویش را براحتی به نمایش نمی‌گذارند ولی احساس درونی هیجان آنها بسیار قوی است.
- ✓ افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی، بدون آنکه خطری واقعی در کار باشد، شدیداً احساس ترس و اضطراب می‌کنند.
- ✓ اشخاص مبتلا به افسردگی ممکن است برای مدت طولانی، دچار غمگینی و سایر احساسات منفی شوند.
- ✓ فرد مبتلا به اختلال شخصیت جامعه‌ستیز، احساس همدلی نمی‌کند.
- ✓ عاطفه آرمانی عبارتست از نوع حالت هیجانی که فرد به لحاظ آرمانی دوست دارد داشته باشد.
- ✓ عواطف آرمانی بسته به عوامل فرهنگی فرق می‌کند.
- ✓ افراد متعلق به فرهنگ‌های غربی مثل آمریکا، حالات آرمانی خود را شادکامی می‌دانند.
- ✓ در فرهنگ‌های آسیای شرقی مانند چین، هیجانات ملایم‌تری نظیر آرامش، صاحب ارزش تلقی می‌شوند.
- ✓ اگر عاطفه آرمانی کسی یک حالت برانگیختگی پایین مثل آرامش باشد، کمتر احتمال دارد که از کوکائین استفاده کند.
- ✓ بسیاری از مردم آمریکا بدلیل مصرف کوکائین و آمفتامین، در جستجوی درمانند یعنی همان داروهایی که محرک بوده و با احساس تهییج و شادی همراهند.
- ✓ بسیاری از افراد در چین، بدلیل مصرف هروئین سراغ درمان می‌روند، همان دارویی که اثرات آرام‌کننده دارد.
- ✓ بررسی هیجانات برای محققان علوم عصب‌نگر که به بررسی نحوه مشارکت مغز در مولفه‌های مختلف هیجانی می‌پردازند، جایگاه برجسته‌ای دارد.
- ✓ وراثت‌شناسان، نحوه شیوع خانوادگی گرایش‌های مختلف به هیجانات مثبت و منفی را بررسی می‌کنند.

- ✓ هیجاناتی نظیر خشم در نظرات فروید، نقش برجسته‌ای دارند.
- ✓ درمان‌های معاصرتر روان‌پویشی نیز بر تغییر هیجانات تاکید دارد.
- ✓ حتی درمان‌های شناختی - رفتاری هم نحوه تاثیرگذاری هیجان بر تفکر و رفتار را مدنظر قرار می‌دهد.

۲. عوامل اجتماعی - فرهنگی و آسیب‌های روانی:

- ✓ در بسیاری از پژوهش‌ها، بنحوه مشارکت عوامل اجتماعی و فرهنگی نظیر جنسیت، نژاد، فرهنگ، قومیت و پایگاه اجتماعی و اقتصادی در اختلالات روانی مختلف پرداخته‌اند.
- ✓ عوامل محیطی، می‌توانند نشانه‌های تشکیل دهنده اختلالات مختلف را راه‌اندازی، تشدید یا حفظ کنند.
- ✓ افسردگی در زنان، تقریباً دو برابر مردان است.
- ✓ اختلال شخصیت جامعه‌ستیز و اختلال مصرف الکل در مردان شایع‌تر است.
- ✓ اختلالات دوران کودکی نظیر بیش‌فعالی همراه با کمبود توجه در پسران، شایع‌تر از دختران است.
- ✓ یکی از عوامل خطر بار و مهم در ظهور اختلال مصرف الکل در مردان، انتقال ارثی پدر به پسر است.
- ✓ معیارهای اجتماعی - فرهنگی مربوط به باریک‌اندازی ممکن است از لحاظ ظهور اختلالات خوردن در زنان، یک عامل خطر بار بشمار می‌آید.
- ✓ فقر، تاثیر بسزایی در اختلالات روانی دارد مثل اختلال شخصیت جامعه‌ستیز، اختلالات اضطرابی و افسردگی.
- ✓ اصطلاح نوکاو یهاک در میان اسکیموها شامل حرف زدن با خود، امتناع از صحبت کردن با دیگران، باورهای هذیانی و رفتار غریب می‌شود. اصطلاح وره در فرهنگ یوروبا به نشانه‌های فوق اشاره دارد.
- ✓ اصطلاح ژاپنی هیکي کوموری به وضعیتی اشاره دارد که در آن، فرد تماماً از دنیای اجتماعی خویش کناره گرفته و از تعامل با دیگران و ترک خانه یا اتاق‌شان اجتناب می‌کنند و گاهی برای خرید غذا، با مردم معاشرت می‌کنند. این حالت بیشتر در میان مردان دیده می‌شود.
- ✓ برخی اختلالات نظیر اسکیزوفرنی اغلب در آمریکایی‌های آفریقایی تبار بیش از سفیدپوستان تشخیص داده می‌شود.
- ✓ سفیدپوستان بیشتر احتمال دارد از چند دارو استفاده کنند مانند نیکوتین، توه‌م‌زها، متامفتامین، دردزدهای تجویزی و بسته به گروه سنی، الکل.
- ✓ احتمال مرگ ناشی از سرطان ریه در سیگاری‌های آفریقایی تبار بیشتر است.
- ✓ آشفتگی‌های مربوط به خوردن و ناخشنودی از بدن در میان زنان سفیدپوست بویژه در دانشگاه، شایع‌تر است.
- ✓ در علوم عصب‌نگر اجتماعی، سعی می‌شود بفهمیم در موقعیت‌های اجتماعی پیچیده، چه چیزی در مغز رخ می‌دهد.
- ✓ بررسی‌های مربوط به تعامل ژن - محیط مشغول کشف روش‌هایی هستند که از طریق آنها، محیط اجتماعی در ترکیب با ژن‌های خاص می‌تواند خطر ابتلا به اختلالات را افزایش دهد.
- ✓ در یک بررسی مشخص شد افراد متعلق به هر کشور، در ژنوم‌های خود تقریباً تعداد یکسانی از تنوعات نادر را دارند اما این تنوعات نادر در کشورهای مختلف به یک گونه نبوده و نشان می‌دهد فرهنگ هم می‌تواند بر ژن‌ها تاثیر بگذارد.
- ✓ سنت‌های نظری شناختی - رفتاری معمولاً بیشتر به فرد توجه دارند تا نحوه تعامل وی با جهان اجتماعی.

۳. عوامل بین فردی و آسیب‌های روانی:

- ✓ روابط خانوادگی و زناشویی، حمایت اجتماعی و میزان تماس‌های اجتماعی اتفاقی در سیر اختلالات نقش دارند.
- ✓ یک روش متعارف برای اندازه‌گیری درجه احساس خصومت عبارتست از واریسی نوع تعاملات مسئله‌گشای اعضای خانواده به منظور دستیابی به ابعاد اصلی روابط خانوادگی.
- ✓ در خانواده درمانی، نوع درمان با نوع اختلال، تنظیم و همخوان می‌شود.
- ✓ در رویکردهای خانواده برای اختلال سلوک، درمانگر ممکن است روی بهبود نظارت و اعمال انضباط توسط والدین متمرکز شود.
- ✓ در نوجوانان مبتلا به سایر مشکلات برونی‌کننده، هدف خانواده درمانی می‌تواند بهبود پیام‌رسانی، تغییر نقش‌ها یا شناسایی گستره‌ای از مشکلات خانوادگی باشد.
- ✓ خانواده درمانی برای اختلالاتی نظیر اسکیزوفرنی و دو قطبی، اغلب شامل آموزش روانی در تکمیل درمان دارویی است.
- ✓ در آموزش روانی، تاکید بر بهبود الف) درک اعضای خانواده راجع به اختلال، ب) کاهش خرده‌گیری‌ها و خصومت‌های آشکار خانوادگی و ج) کمک به یادگیری مهارت‌های مهار نشانه به خانواده است.
- ✓ در افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد، از خانواده درمانی بمنظور کمک به درمانجو برای پذیرش این نکته که به درمان نیاز دارند، استفاده شده است.
- ✓ در بی‌اشتهایی عصبی، برای آنکه به نوجوان کمک شود تا افزایش وزن داشته باشد، از اعضای خانواده استفاده می‌شود.
- ✓ انتقال، یکی از ویژگی‌های محوری در روانکاوی بوده و عبارتست از پاسخ‌های بیمار در برابر روانکاو که ریشه در نگرش‌ها و شیوه‌های رفتار نسبت به اشخاص مهم در زندگی سابق بیمار دارد و نه جنبه‌های واقعی مربوط به ارتباط روانکاو و بیمار.
- ✓ نظریات معاصر روان‌پویشی، بر مبنای مفهوم انتقال شکل گرفته تا بر اهمیت روابط بین شخصی فرد از لحاظ بهزیستی روانی تاکید کنند.
- ✓ نمونه‌ای از نظریات معاصر، نظریه روابط فردی است که بر اهمیت الگوهای دیرپا در روابط نزدیک و صمیمی بخصوص روابط داخل خانواده تاکید دارد یعنی همان الگوهایی که بواسطه آن، فرد می‌اندیشد و احساس می‌کند.
- ✓ منظور از اُبژه در بسیاری از برداشت‌های نظری متعلق به این نظریات، عبارتست از یک شخص دیگر.
- ✓ این نظریه از مفهوم انتقال فراتر رفته و به شیوه‌هایی اشاره می‌کند که بواسطه آنها، فرد در می‌یابد که جایگاه شخصی او در ارتباط با سایر انسان‌ها کجا قرار دارد.
- ✓ نظریه دلبستگی از بطن نظریه روابط فردی بیرون آمده و جان بالبی در سال ۱۹۶۹ آن را مطرح و مری اینزورت برای سنجش سبک‌های دلبستگی در نوباوگان، روش خاصی را پرورش و گسترش دادند.
- ✓ شالوده اصلی نظریه دلبستگی آن است که نوع یا سبک دلبستگی نوباوه به مراقبان، بستری است برای بهداشت یا مشکلات روانی در زندگی آینده وی.

- ✓ کودکانی که نسبت به مراقبان خود دلبستگی ایمن دارد، بیشتر احتمال دارد که در بزرگسالی، بهداشت روانی داشته اما کودکانی که نسبت به مراقبان خود دلبستگی توأم با اضطراب داشته باشد، بیشتر احتمال دارد که دچار مشکلات روانی شود.
- ✓ روانشناسان اجتماعی، نظریه روابط فردی و دلبستگی را با استفاده از مفهوم خویشتن ارتباطی، پیوند داده و این اصطلاح، به مفهوم خویشتن در ارتباط با دیگران اشاره دارد.
- ✓ مفهوم خویشتن ارتباطی، پیکره تنآوری از حمایت‌های تجربی را با خود یدک می‌کشد.
- ✓ درمان بین فردی (IPT) بر اهمیت روابط کنونی در زندگی شخص و نحوه دخالت مشکلات مربوط به این روابط در نشانه‌های روانی تأکید دارد.
- ✓ در این روش، ابتدا بیمار احساسات خویش در خصوص روابط خود را شناسایی و آنها را ابراز کرده و بعد درمانگر به وی کمک می‌کند تا راه‌حلهایی را برای مشکلات بین شخصی ابداع نماید.
- ✓ از IPT برای درمان افسردگی، اختلالات خوردن، اضطرابی و شخصیت استفاده می‌شود.
- ✓ در IPT، ۴ موضوع بین فردی مورد سنجش قرار می‌گیرد: الف) سوگ ناگشوده (سوگواری دیرآیند یا ناقص پس از بروز یک ضایعه یا فقدان)، ب) تغییرات نقش در دوره‌های انتقالی (تغییر نقش فرزند به والد یا کارمند به بازنشسته)، ج) مجادلات نقش (برطرف کردن اختلاف مربوط به انتظارات ارتباطی متفاوت میان زوج‌های رمانتیک) و د) کاستی‌های بین فردی یا اجتماعی (ناتوانی در آغاز گفتگو با یک غریبه یا دشواری در مذاکره با رئیس).

پارادایم یکپارچه‌نگر:

آسیب‌پذیری - فشار روانی:

- ✓ بسیاری از اختلالات ماحصل تعامل عوامل عصبی - زیستی و محیط هستند.
- ✓ این پارادایم، نوعی پارادایم یکپارچه‌نگر بوده که عوامل ارثی، عصبی - زیستی، روانشناختی و محیطی را به هم متصل ساخته و به یک مکتب فکری خاص منحصر نمی‌شود.
- ✓ مفهوم آسیب‌پذیری - فشار روانی نخستین بار در دهه ۷۰ بعنوان شیوه‌ای برای توجیه علل چندگانه اسکیزوفرنی ارائه شده و این پارادایم، مدلی برای تعامل میان یک آمادگی قبلی برای یک بیماری خاص یعنی آسیب‌پذیری و آشفتگی‌های محیطی یا آشفتگی‌های مربوط به پهنه زندگی یعنی فشار روانی است.
- ✓ بیماری‌پذیری به زمینه ارثی نسبت به بیماری اشاره داشته ولی می‌تواند به هر نوع ویژگی یا مجموعه‌ای از ویژگی‌های یک نفر که امکان ابتلا به بیماری را در آن فرد افزایش می‌دهد، بسط پیدا کند.
- ✓ آمادگی ارثی، مولفه مهمی در بسیاری از آسیب‌های روانی است.
- ✓ سایر بیماری‌پذیری‌های زیستی عبارتند از: الف) کمبود اکسیژن بهنگام تولد، تغذیه ناکافی، عفونت ویروسی مادر و سیگار کشیدن در خلال بارداری.
- ✓ در قلمروی روانشناختی، بیماری‌پذیری برای افسردگی می‌تواند ناشی از وجود نوعی آمایه شناختی باشد یعنی همان احساس مزمن ناامیدی که گاهی اوقات در افراد افسرده دیده می‌شود.

- ✓ طبق دیدگاه روان‌پویشی، احساس وابستگی شدید به دیگران شاید بخاطر ناکامی در خلال یکی از مراحل روانی - جنسی را می‌توان بیمارپذیری افسردگی دانست.
- ✓ سایر بیماری‌پذیری‌های روانی عبارتند از هیپنوتیزپذیری برای اختلال هویت گسستی و ترس شدید از چاق شدن که زمینه را برای اختلالات خوردن فراهم می‌کند.
- ✓ بیمارپذیری یک اختلال، خطر ابتلا به آن را در فرد افزایش داده ولی بمعنای ابتلا به آن اختلال نیست.
- ✓ فشار روانی به این اشاره دارد که بیماری‌پذیری چگونه می‌تواند به یک اختلال واقعی تبدیل شود.
- ✓ فشار روانی بمعنای کلی به برخی از محرک‌های محیطی ناخوشایند یا مضر اطلاق شده که موجب آسیب روانی می‌شود.
- ✓ عوامل تنش‌زای روانی شامل رویدادهای آسیب‌زای عمده مانند بیکار شدن، طلاق و مرگ همسر و رویدادهای پیش پا افتاده‌ای می‌شود که برای بسیاری از ما پیش می‌آید مانند گیر کردن در راه‌بندان.
- ✓ نکته مهم در الگوی بیماری‌پذیری - فشار روانی این است که وجود بیماری‌پذیری و فشار روانی، هر دو برای ظهور اختلالات ضروری هستند.
- ✓ ویژگی دیگر پارادایم بیماری‌پذیری - فشار روانی این است که آسیب روانی ندرتاً ناشی از تاثیر یک عامل محض است.
- ✓ بیماری‌پذیری ارثی برای برخی اختلالات ضروری است ولی در کنار سایر عواملی نظیر ویژگی‌های شخصیتی، تجارب کودکی شکل‌دهنده به شخصیت، رشد توانایی‌های رفتاری و راهبردهای کنار آمدن، عوامل تنش‌زا در بزرگسالی و عوامل فرهنگی قرار می‌گیرد.
- ◀ برخی تفاوت‌های بین پارادایم‌ها بیشتر زبان‌شناختی است تا بنیادی.

فصل سوم: تشخیص و سنجش

نظام تشخیصی انجمن روانپزشکی آمریکا (DSM - ۵):

- ✓ انجمن روانپزشکی آمریکا در سال ۱۹۵۲، راهنمای تشخیصی و آماری (DSM) را منتشر کرد.
- ✓ در ویرایش سال ۲۰۰۰ در ورژن ۴، خلاصه‌ای از یافته‌های جدید راجع به نرخ‌های شیوع، سیر و سبب‌شناسی به آن اضافه شده ولی تغییری برای طبقات و ملاک‌های تشخیصی صورت نگرفت.
- ✓ یکی از اولین طبقه‌بندی‌های مشهور در تاریخ روانپزشکی، به سال ۱۸۸۳ و چاپ اول کتاب امیل کراپلین بر می‌گردد.
- ✓ نظام طبقه‌بندی کراپلین به ماهیت زیستی بیماری‌های روانی صحنه می‌گذاشت.
- ✓ وی دو گروه عمده از بیماری‌های روانی شدید را پیشنهاد کرد: الف) زوال عقل زودرس (اصطلاح قدیمی اسکیزوفرنی) و ب) روان‌پریشی شیدا - افسرده (اصطلاح قدیمی اختلال دو قطبی).
- ✓ وی اصل را بر این قرار داده بود که زوال عقل زودرس بدلیل عدم تعادل شیمیایی و روان‌پریشی شیدایی - افسردگی بدلیل بی‌نظمی در سوخت و ساز است.
- ✓ در سال ۱۹۸۳، سازمان بهداشت جهانی، اختلالات روانی را به فهرست بین‌المللی عوامل مرگ و میر (ICD) افزود.
- ✓ دو نوآوری اصلی ایجاد شده در DSM III عبارتست از: الف) وجود ملاک‌های تشخیصی ویژه و تعریف نشانه‌های بالینی و ب) توصیف گسترده ویژگی‌های متعلق به هر توصیف.
- ✓ ورژن‌های ۴ اصلاح شده و ۵، توجه بیشتری به مسائل فرهنگی و ابعاد و محورهای مجزا برای رتبه‌بندی انسان دارد.
- ✓ در ورژن ۴، محور I شامل تمامی طبقات تشخیصی به استثنای اختلال‌های شخصیت و عقب‌ماندگی ذهنی بوده و این دو اختلال، محور II را می‌سازند. محور III، وضعیت‌های پزشکی عمومی را پوشش داده و محور IV، متخصص بالینی، مشکلات روانی - اجتماعی را که در اختلال مشارکت دارند، شناسایی و رمزگذاری می‌کند. در محور V، متخصص بالینی، سطح کارکرد انطباقی کنونی شخص را با استفاده از درجات صفر تا ۱۰۰ در مقیاس سنجش کارکرد کلی (GAF) رتبه‌بندی می‌کند.
- ✓ قواعد رسم‌الخط در ویرایش ۵ اصلاح گردیده است.
- ✓ نظام چند محوری که برای ویراست ۴ اصلاح شده تدوین شده بود، در ویراست ۵ حذف شده و بجای ۳ محور اول در ویراست ۴، متخصصان بالینی باید به تشخیص روانی و پزشکی اشاره کنند.
- ✓ در ویراست ۵، تشخیص‌ها را تماماً براساس نشانه‌ها توصیف می‌کند.
- ✓ به استثنای آزمون‌های IQ برای اختلال رشدی هوشی یا آزمون‌های خواب‌انگاری چند وجهی برای اختلالات خواب، برای اینکه بتوانیم یک تشخیص بگذاریم، هیچ آزمون آزمایشگاهی، شاخص عصبی - زیستی یا شاخص ارثی در اختیار نداریم.
- ✓ در ویراست ۴ اصلاح شده، اختلال وسواس فکری - عملی، نوعی اختلال اضطرابی قلمداد می‌شد اما در ویراست ۵، فصل جدیدی را به اختلال وسواس فکری - عملی و اختلالات مرتبط با آن نظیر اختلال احتکاری و اختلال بد ریختی بدن تخصیص داده‌اند.

- ✓ کودکانی که دچار اضطراب جدایی هستند، ممکن است خطر بیشتری برای ابتلا به اختلالات اضطرابی در بزرگسالی داشته باشند.
- ✓ اختلال بی‌نظمی خلقی ایذایی در ویراست ۵ و بدلیل شمار رو به افزایش کودکان و نوجوانانی گنجانده شده که متخصصان بصورت تغییرات خلقی شدید و تحریک‌پذیری و برخی نشانه‌های شیدایی، شاهد آن هستند.
- ✓ سایر تشخیص‌های جدید عبارتند از اختلال آسیب‌دیدگی زبان، اختلال ملال پیش‌قاعدگی، اختلال نشانه‌های بدنی و اختلال اضطراب از بیماری.
- ✓ تشخیص ویراست ۴ اصلاح شده برای سوء مصرف و وابستگی مواد، جای خود را در ویراست ۵ به اختلال مصرف مواد داده است.
- ✓ تشخیص‌های ویراست ۴ برای اختلال میل جنسی کم‌کار و اختلال برانگیختگی جنسی زنان در ویراست ۵، جای خود را به اختلال در علاقه/برانگیختگی جنسی زنان داده است.
- ✓ در ویراست ۵، قواعد مربوط به دیرش (طول مدت) و شدت (تعداد نشانه‌ها) برای برخی از تشخیص‌ها اضافه شده است.
- ✓ اختلال روانی، پدیده جهان‌شمول است ولی نوع عوامل خطر بار در بیماری روانی، نوع نشانه‌های پدید آمده، میزان تمایل برای جستجوی کمک و درمان‌های قابل دسترس از فرهنگی به فرهنگ دیگر فرق دارد.
- ✓ ویراست ۴ اصلاح شده، به ۳ طریق موجب افزایش حساسیت فرهنگی شد: الف) فراهم ساختن یک چارچوب کلی برای ارزیابی نقش فرهنگ و قومیت، ب) با توصیف عوامل فرهنگی و قومی بری هر اختلال و ج) با فهرست‌بندی نشانگان وابسته به فرهنگ در قسمت پیوست‌ها.
- ✓ در ویراست ۵، نشانگان وابسته به فرهنگ به مفاهیم فرهنگی مربوط به پریشانی، تغییر نام داده‌اند.
- ✓ در ژاپن بیشتر احتمال دارد که کانون اضطراب، متوجه ترس از توهین به دیگران باشد تا آمریکا.
- ✓ در بسیاری از فرهنگ‌ها، توصیف سوگ یا اضطراب بصورت بدنی است مانند قلبم به درد آمده است و ...
- ✓ ویراست ۵ شامل ۹ مفهوم فرهنگی درباره پریشانی است.
- ✓ درات، اصطلاح مورد استفاده در هند برای اشاره به اضطراب شدید از دفع منی.
- ✓ شنجینگ شوای ریو (خستگی عصبی) که تشخیص رایج در چین بوده و نشانگان آن عبارتست از خستگی، سرگیجه، سردرد، درد، تمرکز ضعیف، مشکلات خواب و از دست رفتن حافظه.
- ✓ تای جین کیوفوشو ترسی است که فردی بدلیل تماس نامناسب چشمی، سرخ شدن، کج‌ریختی بدنی تصویری یا بدبویی، دیگران را معذب کند و این اختلال در ژاپن، بسیار رایج است.
- ✓ هنجارهای فرهنگی ژاپنی، توجه دقیق‌تری نسبت به تناسب رفتارهای اجتماعی و سلسله مراتب طلب می‌کنند.
- ✓ آموک، یک دوره گسستی بوده که در طی آن، یک دوره اشتغال فکری شدید و منزوی بوجود آمده و بدنبال آن، طغیان‌های خشن و بعضی دیگرگش پدیدار می‌شود. این دوره بر اثر یک توهین به راه افتاده و در وهله اول در مردان پیدا شده و هذیان‌گزند و آسیب نیز در اکثر موارد وجود دارد.
- ✓ اصطلاح فوق، یک اصطلاح مالزیایی بوده و معنی آن در فرهنگ لغات، معادل شیدایی حاد توام با جنایت است (زنجر پاره کردن).
- ✓ روح زدگی یعنی اشتغال فکری شدید به مرگ و مردگان که در میان برخی قبایل بومی سرخپوستان دیده می‌شود.

- ✓ کورو در آسیای جنوبی و شرقی گزارش شده و یک دوره اضطراب شدید در خصوص احتمال این است که آلت تناسلی مردانه یا نوک سینه به درون بدن بازگشته و احتمالاً باعث مرگ شود.
- ✓ هیکی کوموری بمعنی کناره‌گیری بوده و به نشانگانی اشاره دارد که در ژاپن، تایوان و کره جنوبی مشاهده می‌شود. فردی که در اغلب یک نوجوان یا جوان پسر است، خودش را بمدت ۶ ماه یا بیشتر در اتاق محبوس کرده و با هیچکس در بیرون از اتاق مراوده ندارد.
- ✓ نشانه‌های تای جین کیوفوشو با نشانه‌های فوبی اجتماعی و اختلال بد ریختی بدن که در آمریکا تشخیص‌های رایج‌تری بشمار می‌آید، همپوشی دارند.
- ✓ نشانگانی که ممکن است مایه‌های اضطرابی و پریشانی مشابهی را منعکس سازند، دارای محتوایی هستند که تحت تاثیر شرایط زندگی و ارزش‌ها شکل گرفته است.

فصل چهارم: اختلالات اضطرابی

- ◀ در اختلالات اضطرابی، اضطراب و ترس نقش مهمی ایفا می‌کند.
- ◀ اضطراب بمعنای نگرانی در خصوص یک مشکل یا مسئله مورد انتظار است.
- ◀ ترس عبارتست از واکنش در برابر یک خطر آتی.
- ◀ روانشناسان روی آنی بودن ترس در برابر انتظاری بودن اضطراب تاکید می‌کنند.
- ◀ ترس معمولاً درباره تهدیدی بوده که اینک در حال وقوع است ولی اضطراب معمولاً درباره یک تهدید آتی است.
- ◀ اضطراب و ترس موجب برانگیختگی یا همان فعالیت دستگاه عصبی سمپاتیک می‌شوند.
- ◀ اضطراب معمولاً برانگیختگی حد متوسطی ایجاد کرده در صورتی که ترس، مستلزم برانگیختگی سطح بالاتری است.
- ◀ اضطراب باعث بی‌قراری و تنش فیزیولوژیایی شده و ترس، ممکن است فرد را به تعریق، تنفس شدید و میل اجتناب‌ناپذیر به فرار بیاندازد.
- ◀ ترس از نظر واکنش‌های گریز یا ستیز، از اهمیت بنیادین برخوردار است یعنی ترس، تغییرات سریعی را در دستگاه عصبی سمپاتیک به راه انداخته و بدن را برای گریز یا ستیز مهیا می‌کند.
- ◀ اضطراب به این دلیل ارزش انطباقی دارد که ما را نسبت به تهدیدات آتی، آگاه کرده و برای آن برنامه‌ریزی می‌کنیم یعنی افزایش آمادگی، اجتناب از موقعیت‌های بالقوه خطرناک و فکر کردن به مشکلات بالقوه پیش از وقوع آنها.
- ◀ میزان اندکی از اضطراب موجب بهبود عملکرد در تکالیف آزمایشگاهی می‌شود.
- ◀ اضطراب، نمونه کلاسیکی از یک منحنی U شکل برای عملکرد بوده و نبود اضطراب، مسئله‌ساز است.
- ◀ اختلالات اضطرابی شامل: (الف) اختلال اضطراب اجتماعی، (ب) اختلال وحشت‌زدگی، (ج) آگورا فوبی و (د) اختلال اضطراب فراگیر است.
- ◀ اختلالات وسواس فکری - عملی و اختلالات مرتبط با آسیب، وجوه مشترک زیادی با اختلالات اضطرابی دارند.
- ◀ دسته اختلالات اضطرابی، شایع‌ترین نوع تشخیص‌های روانی بشمار آمده و بطور خاص، فوبی‌ها بسیار شایع هستند.
- ◀ این اختلالات، پرخرج بوده و ۲ برابر حد متوسط، هزینه پزشکی به بار می‌آورند.
- ◀ میزان خطر بیماری‌های قلبی - عروقی بیشتر از دیگران بوده و خطر افکار و اقدام خودکشی در آنها ۲ برابر افراد غیر بیمار است.
- ◀ از لحاظ کار و اشتغال دچار مشکل بوده و مشکلات بین فردی شدیدی دارند و تمامی اختلالات اضطرابی با کاهش اساسی در کیفیت زندگی همراهند.

توصیف‌های بالینی مربوط به اختلالات اضطرابی:

- ✓ همه اختلالات اضطرابی دارای اضطراب مفرط یا مکرر هستند.
- ✓ به استثنای اختلال اضطراب فراگیر، اختلالات اضطرابی شامل احتمال وجود ترس شدید و غیر عادی نیز می‌شوند.
- ✓ برای آنکه تشخیص مبتنی بر DSM-5 برای اختلالات اضطرابی داد، باید: (الف) نشانه‌ها با حوزه‌های مهم کارکرد مداخله کرده یا باعث پریشانی آشکار شوند، (ب) نشانه‌ها نباید در اثر دارو یا یک وضعیت پزشکی ایجاد شوند و (ج) ترس‌ها و اضطراب‌ها باید با نشانه‌های متعلق به یک اختلال اضطرابی دیگر، فرق داشته باشد.

۱. فوبی‌های اختصاصی:

- ✓ فوبی اختصاصی عبارتست از ترس نامناسب در اثر یک چیز یا موقعیت خاص نظیر ترس از پرواز، مار یا بلندی.
- ✓ شخص می‌داند که این ترس، افراطی است.
- ✓ دو مورد از آشناترین فوبی‌ها عبارتند از کلاستروفوبی (ترس از مکان‌های بسته) و آکروفوبی (ترس از بلندی).
- ✓ فهرست DSM، فوبی‌های اختصاصی را برحسب منابع ترس طبقه‌بندی می‌کند.
- ✓ کسی که یک نوع فوبی اختصاصی دارد، بسیار احتمال دارد که نوع دیگری از فوبی‌های اختصاصی را نیز داشته باشد که یعنی میان فوبی‌های اختصاصی، همبندی بالایی وجود دارد.

۲. اختلال اضطراب اجتماعی:

- ✓ نوعی ترس مداوم و شدیدتر از حد معقول نسبت به موقعیت‌های اجتماعی است مبنی بر اینکه امکان دارد فرد از سوی غریبه‌ها مورد بررسی قرار گیرد یا صرفاً بدلیل حضور آنها، این ترس بوجود آید.
- ✓ این اختلال در ویراست ۴ اصلاح شده، بعنوان فوبی اجتماعی معرفی شده بود اما در ویراست ۵ از عنوان اختلال اضطراب اجتماعی استفاده شده زیرا مشکلات ناشی از آن، بمراتب گسترده‌تر هستند و در فعالیت‌های بهنجار، مزاحمت خیلی بیشتری ایجاد می‌کند تا سایر مشکلات ناشی از سایر فوبی‌ها.
- ✓ افراد دچار این اختلال می‌کوشند از موقعیت‌هایی اجتناب ورزند که ممکن است مورد ارزیابی قرار گیرند، علائم اضطراب از خود نشان دهند یا به طریقی خجالت‌آور رفتار کنند.
- ✓ شایع‌ترین ترس‌ها عبارتند از گفتگو در برابر جمع، سخنرانی در نشست‌ها یا کلاس‌های درسی، دیدار با اشخاص جدید و گفتگو با افراد صاحب منصب.
- ✓ این افراد نسبت به افراد کمرو، بیشتر از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب کرده و به لحاظ اجتماعی معذب‌ترند و بمدت طولانی‌تری این علائم را از خود نشان می‌دهند.
- ✓ این افراد می‌ترسند از اینکه صورت‌شان سرخ شده یا بیش از حد عرق کنند.
- ✓ صحبت کردن در ملاعام، خوردن در برابر دیگران، استفاده از دستشویی‌های عمومی یا شرکت در هر فعالیتی که در حضور دیگران صورت پذیرد، موجب اضطراب فراوان آنها می‌شود.
- ✓ بدلیل وجود ترس‌های مفرط، در مشاغلی به کار مشغولند که بمراتب پایین‌تر از سطح استعداد آنهاست کار با درخواست اجتماعی محدود را ترجیح می‌دهند.
- ✓ حداقل یک سوم این افراد، نشانه‌های اختلال شخصیت اجتنابی را بر مبنای ویراست ۴ اصلاح شده دارا هستند.
- ✓ اختلال شخصیت اجتنابی، اختلال شدیدتری بوده که سن آغاز آن، زودتر بوده و نشانه‌های گسترده‌تری دارد.
- ✓ اختلال اضطراب اجتماعی عموماً در نوجوانی آغاز می‌شود ولی برای عده‌ای، نشانه‌ها از کودکی پدیدار می‌شود.
- ✓ تعدادی از این ترس‌ها با میزان همبندی مرضی با سایر اختلالات مثل افسردگی و سوء مصرف الکل، ارتباط داشته و بر فعالیت‌های اجتماعی و شغلی فرد، تأثیرات منفی‌تری می‌گذارد.

۳. اختلال وحشت‌زدگی:

- ✓ ویژگی این اختلال عبارتست از حمله‌های وحشت‌زدگی مکرری که به موقعیت خاصی ارتباط نداشته و توأم با نگرانی از امکان حمله‌های وحشت‌زدگی بعدی است.

✓ نوعی حمله ناگهانی ترس، وحشت و احساس مرگ قریب الوقوع بوده که دست کم با ۴ نشانه دیگر همراه می‌شود: الف) نشانه‌های بدنی (تنگی نفس، تپش قلب، حالت تهوع، دل آشوبه، درد سینه، احساس خفگی، سرگیجه، احساس ضعف، تعریق، مورمور شدن، گر گرفتگی، کرختی یا گزگز و رعشه)، ب) دگرسان‌بینی خود (احساس حضور داشتن در خارج از کالبد)، ج) دگرسان‌بینی محیط (احساس اینکه دنیای خارجی واقعی نیست) و د) ترس از دست دادن مهار و اختیار، دیوانه شدن یا حتی مردن.

✓ حمله وحشت‌زدگی را می‌توان نوعی شلیک اشتباه در دستگاه فرد پنداشت.

✓ طبق ملاک‌های DSM، برای این اختلال فرد باید حملات وحشت‌زدگی باز پیدا و غیرمنتظره داشته باشد.

✓ حمله‌های وحشت‌زدگی که بواسطه موقعیت‌های خاص رخ می‌دهد، معمولاً فوبی محسوب می‌شود.

✓ علاوه بر بروز حمله‌های وحشت‌زدگی غیرمنتظره، شخص باید در خصوص این حملات احساس نگرانی کرده یا رفتارش در اثر این حملات حداقل بمدت یک ماه عوض شود.

✓ برای رسیدن به تشخیص این اختلال، پاسخ به حملات به اندازه خود حملات وحشت‌زدگی اهمیت دارد.

✓ در میان افراد مبتلا به این اختلال، زمان آغاز آن معمولاً در نوجوانی است.

۴. آگورا فوبی:

✓ آگورا واژه یونانی و بمعنای بازار، با اضطراب از موقعیت‌هایی تعریف می‌شود که در صورت بروز نشانه‌های اضطرابی، می‌توانند خجالت‌آور یا گریز ناپذیر باشند.

✓ موقعیت‌های هراس‌آور عبارتند از انبوه جمعیت و مکان‌های شلوغ مثل فروشگاه‌ها و کلیسا و موقعیت‌هایی نظیر قطار، پل یا مسافرت‌های جاده‌ای طولانی که فرار از آن دشوار است.

✓ این افراد معمولاً قادر به ترک خانه نیستند.

✓ در ویراست ۴ اصلاح شده، این اختلال از سنخ فرعی اختلال وحشت‌زدگی رمزگذاری شده است.

✓ این اختلال با اختلال قابل توجه در کارکرد روزمره همراه است.

۵. اختلال اضطراب فراگیر (GAD):

✓ ویژگی اصلی این اختلال عبارتست از احساس نگرانی. این افراد دائماً درباره مسائل جزئی احساس نگرانی می‌کنند.

✓ اصطلاح نگرانی، به یک گرایش شناختی برای نشخوار یک مسئله و ناتوانی در رها کردن آن اشاره دارد.

✓ این احساس نگرانی تداوم دارد زیرا شخص نمی‌تواند برای مشکل خویش، راه حلی بیابد. نگرانی این افراد، به شکل افراطی، مهار ناپذیر و دیرپاست.

✓ اگر شخص مبتلا به هراس از مکان‌های بسته بوده و فقط نگران آن باشد که در این مکان‌ها قرار نگیرد، با ملاک GAD مطابقت ندارد.

✓ کانون نگرانی این افراد عبارتست از نگرانی روابط، سلامت، اوضاع مالی یا گرفتاری‌های روزمره.

✓ سایر نشانه‌های GAD عبارتست از مشکل در تمرکز، خستگی‌پذیری سریع، بی‌قراری، تحریک‌پذیری و تنش عضلانی.

✓ این اختلال در نوجوانی آغاز شده و برای تشخیص آن، فرد باید حداقل ۶ ماه، نشانه‌ها را داشته باشد.

✓ این اختلال در صورت بروز، بصورت مزمن در می‌آید.

همایندی مرضی در اختلالات اضطرابی:

- ✓ بیش از نیمی از افراد مبتلا به یک اختلال اضطرابی، ملاک‌های یک اختلال اضطرابی دیگر را نیز پر می‌کنند و این حالت برای GAD آشکارتر است.
- ✓ خطر تکوین یک اختلال اضطرابی دیگر برای GAD، چهار برابر همین حالت در جمعیت عمومی است یعنی بیش از ۸۰٪ افرادی که طبق ویراست ۴ اصلاح شده مبتلا به GAD هستند، ملاک‌های یک اختلال اضطرابی دیگر را نیز دارند.
- ✓ نشانه‌های زیر آستانه‌ای نشانه‌هایی هستند که با ملاک‌های تشخیصی، بطور کامل مطابقت ندارند.
- ✓ همایندی میان اختلالات اضطرابی به ۲ دلیل رخ می‌دهد: الف) نشانه‌های مورد استفاده برای تشخیص اختلالات اضطرابی با یکدیگر همپوشی دارند (اضطراب اجتماعی و آگورا فوبی هر دو شامل ترس از جماعت هستند) و ب) برخی عوامل سبب‌شناختی نظیر ویژگی‌های عصبی - زیستی یا شخصیتی ممکن است خطر ابتلا به بیش از یک اختلال اضطرابی را افزایش دهد.
- ✓ این اختلالات، همایندی مرضی بالایی با سایر اختلالات داشته و ۷۵٪ افراد مبتلا به یک اختلال اضطرابی، ملاک‌های تشخیصی حداقل یک اختلال روانی دیگر را نیز دارند.
- ✓ حدود ۶۰٪ افرادی که بواسطه اختلالات اضطرابی تحت درمان هستند، با ملاک‌های تشخیصی افسردگی عمده مطابقت دارند.
- ✓ اختلال سوء مصرف مواد و اختلالات شخصیت نیز با اختلالات اضطرابی، همایندی دارند.
- ✓ اختلالات اضطرابی غالباً با اختلالات طبی همایندی دارند.
- ✓ کسانی که سطح بالایی از نشانه‌های فوبی را دارند، احتمال ابتلا به بیماری شریان اکلیلی قلب‌شان ۳ برابر کسانی بود که سطوح پایینی از نشانه‌های فوبی را دارند.

عوامل جنسیتی و اجتماعی - فرهنگی در اختلالات اضطرابی:

۱. جنسیت:

- ✓ زن‌ها حداقل ۲ برابر مردان احتمال دارد که تشخیص یک اختلال اضطرابی را دریافت کرده و آسیب‌پذیر ترند.
- ✓ از عواملی که باعث می‌شود زن‌ها بیشتر دچار اختلال اضطرابی شوند، عبارتست از: الف) زن‌ها نشانه‌های خویش را بیشتر گزارش می‌کنند، ب) تفاوت‌های روانی و ج) عوامل اجتماعی نظیر نقش‌های جنسیتی.
- ✓ مواجهه با ترس، مبنای یکی از موثرترین درمان‌های فعلی است.
- ✓ نداشتن اختیار در محیط، می‌تواند زمینه‌ساز اختلالات اضطرابی باشد.
- ✓ زن‌ها واکنش زیستی بیشتری در برابر فشار روانی نشان می‌دهند تا مردان.

۲. فرهنگ:

- ✓ در ژاپن، نشانگانی به نام تای جین کیوفوشو وجود دارد که به شکل ترس از ناخشنود کردن یا شرمسار ساختن دیگران پدیدار می‌شود. این افراد از تماس چشمی مستقیم، سرخ شدن صورت، بو دادن بدن یا زشتی بدن واهمه دارند.
- ✓ نشانه‌های این اختلال با اختلال اضطراب اجتماعی همپوشی دارد ولی وجه تمایز آن، تاکید بر احساسات دیگران است.

- ✓ کایاک - انگست، اختلالی بوده که به اختلال وحشت زدگی شباهت دارد و در میان افراد قبیله اینویت در گرینلند غربی پدیدار می شود.
- ✓ شکارچیان فُک که تنها به دریا می روند، ممکن است دچار ترس شدید، گمگشتگی و نگرانی از غرق شدن شوند.
- ✓ کورو عبارتست از ترس شدید از اینکه غدد جنسی به داخل بدن کشیده شوند و در آسیای جنوبی و شرقی گزارش می شود.
- ✓ شن کویی عبارتست از اضطراب شدید و نشانه های بدنی شدید که به فقدان منی ناشی از استمنا یا فعالیت جنسی مفرط سبب داده می شود و در چین، هند و سریلانکا گزارش شده است.
- ✓ سوستو یا روح باختگی عبارتست از این تصور که وحشت شدید باعث شده تا روح از بدن جدا شود و در آمریکای لاتین و لاتین تبارهای آمریکا گزارش می شود.
- ✓ فرهنگ بر اینکه آدمی از چه چیزی بترسد، تاثیر می گذارد.
- ✓ در تایوان و ژاپن، میزان شیوع اختلالات اضطرابی ظاهرا اندک است ولی این موضوع می تواند منعکس کننده داغ و انگ نیرومندی باشد که در این فرهنگ ها به افراد دارای مشکلات روانی زده می شود.
- ✓ در میان پناهندگان کامبوجی، نرخ های بسیار بالایی از اختلال وحشت زدگی که غالبا تشخیص سنتی کیول گویو (طوفان زدگی) داده می شود، وجود دارد که شاید بخاطر فشار روانی شدیدی است که در خلال دهه های گذشته داشته اند.
- ✓ در افراد متعلق به آمریکای لاتین و کشورهای آسیایی، بیشتر احتمال دارد که نشانه های شنیدن صدای زنگ در گوش، درد گردن و سردرد را در خلال دوره های حملات وحشت زدگی گزارش کنند.
- ✓ احساس داغ شدن سر و گردن نیز یکی از نشانه های حملات وحشت زدگی بوده که در مردمان متعلق به کشورهای آمریکای لاتین و نیجریه بطور فراوان شایع است که نام این ملاک، گر گرفتگی ناگهانی است.

عوامل خطر بار مشترک در اختلالات اضطرابی:

- ✓ عواملی که خطر ابتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را بالا می برند ممکن است بر خطر ابتلا به اختلال وحشت زدگی هم بیفزایند.
- ✓ شرطی سازی کلاسیک یک پاسخ ترس، شالوده بسیاری از اختلالات اضطرابی است.

۱. شرطی سازی ترس:

- ✓ نظریه رفتاری اختلالات اضطرابی، کانون توجه خود را روی شرطی شدن گذاشته است.
- ✓ الگوی دو عاملی ماورر برای اختلالات اضطرابی که در سال ۱۹۴۷ منتشر شد، هنوز روی این حوزه حاکم است.
- ✓ الگوی ماورر، دو مرحله در تکوین یک اختلال اضطرابی مطرح می سازد: الف) شخصی بواسطه شرطی شدن کلاسیک یاد می گیرد از محرک خنثی (CS) که با یک محرک ناخوشایند (UCS) همراه شده بترسد و ب) شخصی بواسطه شرطی شدن کنشگر بخاطر اجتنای از CS به آرامش می رسد و پاسخ اجتنابی را بخاطر خاصیت تقویت کنندگی اش حفظ می کند.

✓ یکی از اصلاحات روی الگوی ماورر، آن بود که شرطی شدن کلاسیک می‌توان به روش‌های مختلف صورت گیرد که عبارتند از: الف) شرطی شدن می‌تواند بر اثر تجربه مستقیم بوجود آید، ب) ممکن است شرطی شدن از راه مشاهده فرد دیگری که در اثر یک محرک آسیب دیده یا حشت کرده بوجود آید (سرمشق‌گیری) و ج) شرطی شدن می‌تواند در اثر آموزش کلامی اتفاق بیفتد.

✓ در سرمشق‌گیری وقتی اتفاقی برای دیگری رخ می‌دهد، فعالیت بادامه به قسمی افزایش می‌یابد که گویی خود آن فرد در معرض آن اتفاق است.

✓ افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، پاسخ شرطی ترس را سریع‌تر فرا گرفته و وقتی این پاسخ‌ها کسب شدند، دیرتر خاموش می‌شوند.

✓ ترس‌های شرطی در افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی، دیرپاتر است.

✓ اختلالات اضطرابی، آمادگی زیادی برای تولید پاسخ ترس از طریق شرطی شدن کلاسیک دارند و وقتی این پاسخ‌ها را فرا گرفتند، خاموشی ترس‌هایشان به کندی اتفاق می‌افتد.

۲. عوامل ژنتیک: بعضی ژن‌ها زمینه‌ساز اختلالات اضطرابی هستند

✓ وراثت‌پذیری برای فوبی‌های اختصاصی، اختلال اضطراب اجتماعی، GAD و PTSD بین ۲۰ تا ۴۰٪ و وراثت‌پذیری برای اختلال وحشت‌زدگی ۵۰٪ است.

✓ اگر یک عضو خانواده مبتلا به فوبی باشد، نه تنها خطر ابتلا به فوبی بالا می‌رود بلکه احتمال ابتلا به سایر اختلالات اضطرابی نیز بیشتر می‌شود.

۳. عوامل عصبی - زیستی: مدار ترس و فعالیت انتقال‌دهنده‌های عصبی

✓ در مغز، یک مجموعه ساختار به نام مدار ترس وجود داشته که معمولاً به هنگام ترس یا اضطراب فعال می‌شود.

✓ بخشی از مدار ترس که بطور اختصاصی در میان افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی فعال است، بادامه نام دارد.

✓ بادامه، ساختاری کوچک و بادامی شکل در قطعه گیجگاهی بوده که وظیفه‌ش، معنادهی هیجانی به محرک‌هاست.

✓ بادامه از لحاظ شرطی شدن ترس، نقش اصلی را در حیوانات بازی می‌کند.

✓ بادامه به طیف گسترده‌ای از ساخت‌های مغزی درگیر در مدار ترس، علائمی را ارسال می‌کند.

✓ افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، فعالیت بیشتری را در بادامه نشان می‌دهند.

✓ قشر پیش‌پیشانی میانی در تنظیم فعالیت بادامه اهمیت داشته و این ساختار در خاموش ساختن ترس‌ها و همچنین استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی برای مهار هیجانات نقش دارد.

✓ افراد واجد ملاک‌های تشخیصی اختلالات اضطرابی، فعالیت کمتری در قشر پیش‌پیشانی میانی دارند.

✓ کاستی‌های پل ارتباطی قشر پیش‌پیشانی میانه و بادامه ممکن است مانع تنظیم و خاموش‌سازی کارآمد اضطراب شود.

✓ در اختلالات اضطرابی خاص، قسمت‌هایی نظیر لوکوس سرولوس هم نقش دارند.

✓ اختلالات اضطرابی با کارکرد ضعیف دستگاه سروتونین و سطوح بالاتر از حد نوراپی نفرین ارتباط دارند.

✓ گابا در کارکردهای سراسر مغز، نقش بازدارنده داشته و یکی از اثرات آن عبارتست از کاهش اضطراب. پس کارکرد ضعیف گابا نیز می‌تواند در اضطراب نقش داشته باشد.

۴. شخصیت: بازداری رفتاری و روان رنجور خویی

- ✓ بازداری رفتاری نوعی گرایش به هیجانی شدن، بی‌قراری کردن در هنگام مواجهه با اسباب‌بازی‌ها، اشخاص یا سایر محرک‌های جدید و ناآشنا است.
- ✓ این اختلال در کودکان ۴ ماهه نیز گزارش شده و ممکن است ارثی بوده و زمینه اختلالات اضطرابی در آینده باشد.
- ✓ کودکانی که در نوزادی بازداری رفتاری نشان می‌دهند، در دوران ابتدایی نیز احتمال دارد نشانه‌های اختلال اضطرابی را ظاهر سازند.
- ✓ بازداری رفتاری، یک پیش‌بینی کننده بسیار نیرومند برای اختلال اضطراب اجتماعی است.
- ✓ روان‌رنجوری عبارتست از واکنش عاطفی منفی به میزان بالاتر از سطح متوسط در برابر رویدادها.
- ✓ با استفاده از روان‌رنجور خویی می‌توان زمان شروع اختلالات اضطرابی و افسردگی را پیش‌بینی کرد.
- ✓ افراد دارای روان‌رنجور خویی دو برابر کسانی که سطح پایینی از روان‌رنجور خویی دارند، به یک اختلال اضطرابی دچار می‌شوند.

۵. عوامل شناختی:

الف) باورهای منفی دائمی درباره آینده:

- ✓ افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی اغلب گزارش می‌کنند که قرار است اتفاق بدی برای آنها بیفتد.
- ✓ اینکه چطور این افکار منفی ادامه پیدا می‌کند احتمالا بدلیل آن است که آنها به شیوه‌ای اندیشه و رفتار می‌کنند که این باورها را پابرجا نگه می‌دارد یعنی آنها برای مصون ماندن از پیامدهای ترس‌آور، به رفتاری حفاظتی متوسل می‌شوند.
- ✓ رفتارهای حفاظتی به فرد این امکان را می‌دهد که شناخت‌های بسیار منفی خویش را تداوم بخشد.

ب) مهار و اختیار تصویری:

- ✓ کسانی که فکر می‌کنند نسبت به محیط خویش هیچ اختیاری ندارند نسبت به کسانی که چنین باورهایی ندارند، بیشتر در خطر ابتلا به طیف گسترده اختلالات اضطرابی هستند.
- ✓ تجاربی نظیر فرزندپروری سرشار از تنبیه و پر قید و بند، بهره‌کشی و سوء رفتار در کودکی می‌تواند این دیدگاه را که زندگی غیر قابل مهار است، افزایش دهد.
- ✓ اختلالات اضطرابی اغلب بعد از رویدادهای جدی زندگی که احساس مهار بر زندگی شخصی را مورد تهدید قرار می‌دهد، پدیدار می‌شود.
- ✓ بی‌اختیاری‌ها چه قدیمی و چه جدید، می‌توانند معلوم سازند که آیا کسی به یک اختلال اضطرابی دچار می‌شود یا خیر.
- ✓ فقدان مهار نسبت به محیط می‌تواند بر شدت اضطراب بیفزاید.

ج) توجه به تهدید:

- ✓ افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، بیش از سایرین به نشانه‌های منفی محیط خویش توجه دارند.
- ✓ پژوهشگران بمنظور آزمون توجه به محرک‌های تهدیدآمیز، از شاخص‌هایی نظیر تکلیف ردیابی نقطه استفاده می‌کنند.
- ✓ افزایش توجه به محرکات تهدیدآمیز بصورت خودکار و بسیار سریع رخ می‌دهد.

- ✓ اختلالات اضطرابی با توجه گزینشی نسبت به علائم تهدید همراه هستند.
- ✓ شیوه توجه می تواند موجب ظهور حالت اضطرابی شود.

سبب شناسی اختلالات اضطرابی خاص:

۱. سبب شناسی فوبی های اختصاصی:

- ✓ الگوی اصلی فوبی ها، الگوی دو عاملی شرطی شدن رفتاری ماورر است.

الف) عوامل رفتاری: شرطی شدن فوبی های اختصاصی

- ✓ در این الگوی رفتاری، فوبی ها نوعی پاسخ شرطی تلقی شده که بدنبال یک تجربه تهدیدآمیز پدیدار شده و در نتیجه رفتار اجتنابی تداوم می یابند.
- ✓ نظریه رفتاری این سخن را مطرح می سازد که فوبی ها را می توان با استفاده از آسیب مستقیم، سرمشق دهی یا آموزش کلامی شرطی ساخت. عوامل آسیب پذیری تعیین می کنند که آیا از درون یک تجربه شرطی شدن، یک فوبی پدیدار شود یا خیر.
- ✓ صرفا انواع خاصی از محرک ها و تجارب در ظهور فوبی نقش دارند.
- ✓ الگوی دو عاملی ماورر بیان می کند که می توان انسان ها را شرطی ساخت تا از هر نوع محرکی بترسند ولی افراد مبتلا به فوبی معمولا از انواع خاصی از محرک ها می ترسند.
- ✓ ممکن است مدار ترس ما در اثر تکامل، آمادگی یافته باشد که ترس از برخی محرک ها را یاد بگیرد. از این رو به این نوع یادگیری، یادگیری مهیا گفته می شود.
- ✓ در تحقیقی محققان به این نتیجه رسیدند که می توان انسان ها را به گونه ای شرطی کرد که از محرک های بسیار متفاوتی بترسند ولی ترس نسبت به بسیاری از محرک ها سرعت در نتیجه مواجهه بعدی محو می شود در حالی که ترس ناشی از محرک های ذاتا خطرناک، در بسیاری از بررسی ها تداوم می یابد.
- ✓ آمادگی برای یادگیری در مورد ترس، از راه سرمشق گیری بکار می آید.
- ✓ شرطی شدن ترس در برابر محرک های بالقوه خطرناک، آسان تر از محرک های خنثی است.

۲. سبب شناسی اختلال اضطراب اجتماعی:

الف) عوامل رفتاری: شرطی شدن اختلال اضطراب اجتماعی

- ✓ دیدگاه رفتاری در این اختلال همانند فوبی های اختصاصی است تا آنجایی که مبتنی بر الگوی ۲ عاملی ماورر باشد.
- ✓ بواسطه یک تجربه اجتماعی منفی، شخص بطور کلاسیک شرطی شده و از موقعیت های مشابه می ترسد. پس از آن از موقعیت ها اجتناب کرده و این رفتار اجتنابی از طریق شرطی شدن کنشگر باقی می ماند.
- ✓ خاموش ساختن این ترس های شرطی آسان نیست چون شخص تمایل دارد که از موقعیت های اجتماعی بپرهیزد.
- ✓ نمونه های رفتار حفاظتی در اضطراب اجتماعی عبارتست از پرهیز از تماس چشمی، امتناع از گفتگو و دور ماندن از سایرین.
- ✓ دیگران معمولا این رفتارهای اجتنابی را تایید نکرده و مشکلات بیمار تشدید می شود.

ب) عوامل شناختی: توجه مفرط به ارزیابی‌های منفی شخصی

- ✓ توجه نظریه شناختی بر فرآیندهای شناختی مختلفی است که می‌تواند این اختلال را تشدید کند.
- ✓ این افراد، باورهای منفی و غیر واقع‌بینانه‌ای درباره پیامدهای رفتار اجتماعی خویش دارند. همچنین آنها بیشتر به این توجه دارند که موقعیت‌های اجتماعی، چه می‌کنند.
- ✓ یک گفتگوی خوب مستلزم آن است که نگاه‌مان متوجه طرف مقابل باشد و فکر بیش از حد درباره احساسات درونی و ارزیابی‌های دیگران می‌تواند موجب بی‌کفایتی اجتماعی شود.
- ✓ اضطراب حاصل از این شناخت‌ها، جلوی توانایی عملکرد اجتماعی مناسب را گرفته و یک دور معیوب بوجود می‌آورد.
- ✓ افراد مبتلا به این اختلال، در ارزیابی عملکرد اجتماعی خویش بسیار منفی عمل می‌کنند.
- ✓ افراد مبتلا به این اختلال در ارزیابی‌های شخصی خویش خیلی سخت‌گیر هستند.
- ✓ اختلال اضطراب اجتماعی با پدیده توجه به نشانه‌های درونی بجای نشانه‌های بیرونی (اجتماعی)، ارتباط دارد.

۳. سبب‌شناسی اختلال وحشت‌زدگی:

الف) عوامل عصبی - زیستی:

- ✓ حمله وحشت‌زدگی نمایانگر شلیک اشتباه در مدار ترس بوده و در کنار آن، فعالیت دستگاه عصبی سمپاتیک افزایش می‌یابد.
- ✓ لوکوس سرولوس، منبع اصلی نوراپی نفرین در مغز بوده و این انتقال‌دهنده عصبی، در شلیک فعالیت دستگاه عصبی سمپاتیک نقش عمده‌ای بعهده دارد.
- ✓ داروهایی مثل کلونیدین و برخی ضد افسردگی‌ها از فعالیت لوکوس سرولوس کاسته و خطر حملات وحشت‌زدگی را کاهش می‌دهند.

ب) عوامل رفتاری: شرطی شدن کلاسیک

- ✓ این دیدگاه، توجه خود را روی شرطی‌سازی کلاسیک قرار داده است.
- ✓ حملات وحشت‌زدگی غالباً بخاطر احساسات بدنی درونی ناشی از یک برانگیختگی بوجود می‌آیند.
- ✓ نظریه فوق بیان می‌دارد که حملات وحشت‌زدگی همان پاسخ‌های شرطی کلاسیکی هستند که به موقعیت‌های ماشه‌چکان اضطراب و یا به احساسات بدنی درونی ناشی از برانگیختگی داده می‌شوند.
- ✓ به شرطی شدن کلاسیک حملات وحشت‌زدگی در پاسخ به احساسات بدنی، شرطی شدن احشایی گفته می‌شود.

ج) عوامل شناختی:

- ✓ این دیدگاه، توجه خود را به تفاسیر اشتباه و فاجعه‌انگار راجع به تغییرات بدنی معطوف می‌سازند.
- ✓ براساس این الگو، حملات وحشت‌زدگی وقتی پدیدار می‌شود که فرد متوجه برخی احساسات بدنی خود شده و آنها را علامت وقوع یک فاجعه قلمداد می‌کند.
- ✓ تمامی عواملی که بوجود آورنده احساسات فیزیولوژیایی هستند، می‌توانند در افرادی که سابقه حملات وحشت‌زدگی دارند، یک حمله وحشت‌زدگی مصنوعی به راه اندازند مانند انواع داروها.
- ✓ تمرین‌های بدنی، آرمیدگی ساده یا احساسات بدنی ناشی از یک بیماری می‌تواند حملات وحشت‌زدگی ایجاد کند.

- ✓ یک شیوه رایج دیگر برای ایجاد حملات وحشت‌زدگی مصنوعی در آزمایشگاه عبارتست از هوای آمیخته به سطوح بالای دی اکسید کربن که باعث کاهش اکسیژن و تنفس بیشتر و در عده‌ای باعث حمله می‌شود.
- ✓ کسانی که پس از اعمال این ماده‌ها دچار وحشت‌زدگی نمی‌شوند، در میزان وحشتی که در اثر این تغییرات بدنی به آنها دست می‌دهد با افراد دچار حملات وحشت‌زدگی، تفاوت دارند.
- ✓ تفاسیر فاجعه‌بار راجع به احساسات بدنی در راه‌اندازی حملات وحشت‌زدگی اهمیت دارند.
- ✓ گرایش به تفاسیر فاجعه‌آمیز را می‌توان پیش از ظهور اختلال وحشت‌زدگی شناسایی کرد.
- ✓ آزمون شاخص (نمایه) حساسیت به اضطراب، میزان تولید پاسخ ترس در برابر احساسات بدنی را اندازه می‌گیرد.
- ✓ شاخص حساسیت به اضطراب نشان می‌دهد که می‌تواند زمان آغاز حملات وحشت‌زدگی را در بررسی‌های بلندمدت‌تر پیش‌بینی کند.

۴. سبب‌شناسی آگورا فوبی:

- ✓ پدیدآیی و گسترش این اختلال با آسیب‌پذیری ارثی و رویدادهای زندگی ارتباط دارد.

الف) عوامل شناختی: فرضیه ترس از ترس

- ✓ شاخص‌ترین الگوی نظری شناختی در سبب‌شناسی این اختلال، فرضیه ترس از ترس است.
- ✓ براساس نظریه ترس از ترس، این اختلال محصول افکار منفی درباره پیامدهای بروز اضطراب در مجامع عمومی است.

۵. سبب‌شناسی اختلال اضطراب فراگیر (GAD):

- ✓ این اختلال معمولاً با سایر اختلالات اضطرابی و افسردگی، هم‌ایند می‌شود.
- ✓ کاستی‌های موجود در کارکرد دستگاه گابا که برای بسیاری از اختلالات اضطرابی اهمیت دارد، در GAD هم دخیل است.

الف) عوامل شناختی: چرا انسان‌ها نگران می‌شوند؟

- ✓ عوامل شناختی می‌توانند توضیح دهند که چرا عده‌ای، نگران‌تر از بقیه هستند.
- ✓ نشانه اصلی GAD، نگرانی است.
- ✓ نگرانی در حقیقت، نوعی تقویت منفی بوده که حواس بیمار را از تصورات و هیجانات منفی پرت می‌کند.
- ✓ کلید اصلی درک این موضوع، این است که نگرانی متضمن تصورات دیداری نیرومند نبوده و تغییرات فیزیولوژیایی را که معمولاً همراه با هیجانات است، ایجاد نمی‌کند.
- ✓ نگرانی در واقع نشانه‌های روان فیزیولوژیایی برانگیختگی را کاهش می‌دهد.
- ✓ به کمک نگرانی، فرد مبتلا به GAD از هیجانات آزارنده‌ای که نیرومندتر از نگرانی هستند، اجتناب می‌کند ولی بدلیل همین اجتناب، اضطراب زیربنایی مرتبط با این تصورات، خاموش نمی‌شود.
- ✓ افراد مبتلا به GAD، در گذشته آسیب‌های بیشتری مانند مرگ، صدمات و بیماری داشته‌اند.
- ✓ نرخ ظهور GAD در افرادی که در دوران کودکی شکل‌های مختلف بدرفتاری نظیر طرد شدن از سوی مادر، انضباط خشن و بهره‌کشی دوران کودکی را تجربه کرده‌اند، ۴ برابر بیش از دیگران است.
- ✓ شناسایی و برچسب زدن به احساسات شخصی و تنظیم هیجانات منفی برای مبتلایان به GAD سخت است.

- ✓ نگرانی شدید در GAD ممکن است تلاش در جهت اجتناب از هیجانات شدید باشد.
- ✓ در افرادی که پذیرش ابهام (فکر کردن به اینکه ممکن است اتفاق بدی در آینده برایشان رخ دهد) برایشان دشوار است، بیشتر احتمال دارد که احساس نگرانی کرده و دچار GAD شوند.

درمان اختلالات اضطرابی:

- ✓ پزشک‌های خانوادگی در تجویز داروهایی که بطور موفقیت آمیزی اختلالات اضطرابی را درمان می‌کنند، کارایی کمتری نسبت به روانپزشکان دارند چون: الف) مقادیر داروی خیلی کمتر از حد مناسب است یا ب) درمان زودتر از موعد مناسب قطع می‌شود.

۱. وجوه مشترک درمان‌های روانشناختی:

- ✓ مواجهه یعنی فرد باید با چیزی که بشدت از آن بیم دارد، روبرو شود.
- ✓ مواجهه، هسته مرکزی بسیاری از درمان‌های شناختی - رفتاری (CBT) است.
- ✓ اولین روش درمان مواجهه‌ای که بطور گسترده مورد استفاده قرار گرفت، روش حساسیت‌زدایی منظم بود.
- ✓ در حساسیت‌زدایی منظم، ابتدا مهارت‌های آرمیدگی به درمانجو آموخته شده و سپس وی در هنگام مواجهه با لیستی از موقعیت‌های ترس‌آور که به ترتیب از ضعیف‌ترین تا قوی‌ترین آه به کمک درمانگر تهیه شده، از این مهارت‌ها استفاده می‌کند.
- ✓ CBT در مقایسه با سایر انواع درمان‌ها عملکرد خوبی داشته و درمان مواجهه‌ای برای ۷۰ تا ۹۰٪ درمانجویان موثر است.
- ✓ برای جلوگیری از عود اختلال، دو اصل کلیدی اهمیت دارد: الف) مواجهه باید تا حد امکان، ابعاد مختلف موضوع ترس‌آور را شامل شود و ب) مواجهه باید تا حد امکان در موقعیت‌های مختلف و متنوع اجرا شود.
- ✓ دیدگاه رفتاری درباره مواجهه آن است که اثربخشی آن بدلیل خاموش کردن پاسخ ترس است.
- ✓ پدیده خاموش‌سازی مثل پاک‌کن عمل نمی‌کند در عوض به منزله آموختن تداعی‌های جدید برای محرک‌های مربوط به آن موضوع است و این تداعی‌ها، جلوی فعال شدن ترس مزبور را می‌گیرند. بنابراین خاموش‌سازی، نوعی یادگیری است و نه فراموشی.
- ✓ دیدگاه شناختی درباره مواجهه آن است که به فرد کمک می‌کند تا باورهای اشتباه خود را درباره اینکه قادر به کنار آمدن با محرک ترس‌آور نیست، تصحیح کند.
- ✓ رویکردهای شناختی به درمان اختلالات اضطرابی معمولاً توجه خود را روی چالش با این مطالب قرار می‌دهد: الف) باورهای فرد درباره احتمال وقوع نتایج منفی در زمان مواجهه با شی یا موقعیت اضطراب برانگیز و ب) انتظار این نکته که وی قادر به کنار آمدن با موقعیت اضطراب برانگیز نیست.
- ✓ درمان‌های شناختی معمولاً برای آنکه به فرد بیاموزند می‌تواند با موقعیت‌های ترس‌آور کنار بیاید، از مواجهه استفاده می‌کنند.
- ✓ گاهی اوقات برای شبیه‌سازی موقعیت‌های ترس‌آور از واقعیت مجازی استفاده می‌شود.

۲. درمان‌های روانشناختی برای اختلالات اضطرابی ویژه:

الف) درمان روانشناختی فوبی‌ها:

- ✓ درمان‌های مواجهه غالباً شامل مواجهه زنده (حقیقی) با موضوعات ترس‌آور می‌شوند.
- ✓ برای فوبی‌هایی که بصورت ترس از حیوانات، تزیق یا اعمال دندانپزشکی هستند، درمان‌های بسیار مختصری که فقط چند ساعت به طول می‌انجامند، بسیار موثر واقع شده‌اند.
- ✓ در بسیاری از افراد با اینکه حساسیت‌زدایی منظم موثر واقع می‌شود اما مواجهه زنده از آن موثرتر است.

ب) درمان روانشناختی اختلال اضطراب اجتماعی:

- ✓ مواجهه برای این درمان نیز موثر است و قبل از حضور در موقعیت‌های عمومی‌تر، با نقش‌گزاری یا تمرین با درمانگر یا گروه‌های درمانی کوچک آغاز می‌شود.
- ✓ اضطراب معمولاً با استفاده از مواجهه طولانی خاموش می‌شود.
- ✓ آموزش مهارت‌های اجتماعی می‌تواند به افراد مبتلا به این اختلال کمک کند چون درمانگر از سرمشق‌های گسترده برای رفتار موردنظر استفاده می‌کند.
- ✓ رفتارهای حفاظتی نظیر اجتناب از تماس چشمی، مانع خاموش شدن اضطراب اجتماعی می‌شوند.
- ✓ تأثیر درمان مواجهه وقتی افزایش می‌یابد که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی یاد بگیرند دست از رفتارهای حفاظتی بردارند.
- ✓ دیوید کلارک نسخه‌ای از شناخت درمانی برای این اختلال تدوین کرده است که: الف) درمانگر به فرد می‌آموزد توجه خود را به درون خویش معطوف نسازد و ب) درمانگر به وی کمک می‌کند تا با تصاویر بسیار منفی خویش، در مورد اینکه دیگران چه واکنشی در برابر او خواهند داشت، مبارزه کند.
- ✓ شناخت‌درمانی کلارک از فلوکسیتین یا درمان با مواجهه همراه با آرمیدگی موثرتر است.

ج) درمان روانشناختی اختلال وحشت‌زدگی:

- ✓ برای درمان این اختلال، یک درمان روان‌پویشی با ۲۴ جلسه وجود دارد که توجه آن روی شناسایی هیجانات مربوط به حملات وحشت‌زدگی و معنای آن است.
- ✓ درمان روان‌پویشی این اختلال همراه با ضد افسردگی‌ها موجب افت نرخ بازگشت بیماری می‌شود.
- ✓ درمان‌های شناختی رفتاری ویژه این اختلال، متکی به مواجهه هستند.
- ✓ یک رویکرد درمانی شناختی - رفتاری معتبر، درمانی است به نام کنترل درمانی ویژه وحشت‌زدگی (PCT).
- ✓ در PCT گفته می‌شود که این اشخاص گرایش دارند در برابر احساسات بدنی خویش، واکنش افراطی نشان دهند و درمانگر، درمانجو را ترغیب کرده تا عمداً احساسات بدنی وحشت‌زدگی ایجاد کند. بعد از بوجود آمدن علائم، بیمار آنها را در شرایطی امن تجربه کرده و شگردهای مقابله‌ای را که آموخته، بکار می‌برد.
- ✓ ایجاد عمدی این نشانه‌ها توسط درمانجو و کنار آمدن با آنها باعث می‌شود تا این نشانه‌ها بیشتر قابل پیش‌بینی بوده و دیگر ترسناک نباشد.

✓ در نسخه دیگری از درمان شناختی برای این اختلال، درمانگر به فرد کمک می‌کند تا افکاری را که موجب تهدیدآمیز شدن احساسات بدنی می‌شوند، شناسایی کرده و با آنها به مبارزه بپردازد.

(د) درمان روانشناختی آگورا فوبی:

✓ درمان‌های شناختی - رفتاری این اختلال نیز حول محور مواجهه می‌چرخند بویژه مواجهه نظام‌دار با موقعیت‌های ترس‌آور.

✓ درمان‌های مواجهه‌ای این اختلال زمانی موثرند که شخص ثالثی حضور داشته باشد.

✓ دوست یا همراهی که این اختلال را ندارد، تشویق می‌شود تا تلاش بیمار برای پرهیز از ترک خانه را از این به بعد اجابت نکند.

✓ حمایت تجربی برای درمان خودگران وجود دارد که در آن، مبتلایان از یک دفترچه راهنما استفاده کرده تا مواجهه گام به گام خویش را شخصا به مرحله اجرا درآورند.

(ه) درمان روانشناختی اختلال اضطراب فراگیر (GAD):

✓ تمامی درمان‌های این اختلال در برگیرنده چندین مولفه شناختی یا رفتاری هستند.

✓ رایج‌ترین فن رفتاری مورد استفاده عبارتست از آموزش آرمیدگی بمنظور افزایش احساس راحتی.

✓ آموزش آرمیدگی از درمان بی‌رهنمود یا حالت بدون درمان موثرتر است.

✓ در یکی از انواع شناخت درمانی، راهبردهایی وجود دارد که به بیمار کمک می‌کند تا تحمل ابهام را داشته باشد چون این افراد از تردید و دو دلی بیشتر پریشان می‌شوند.

✓ درمان فوق بیش از درمان صرفا مبتنی بر آرمیدگی موثر است.

داروهایی که اضطراب را کاهش می‌دهند:

✓ داروهایی که اضطراب را کم می‌کنند، مسکن‌ها، آرامبخش خفیف یا اضطراب‌زدا نامیده می‌شوند.

✓ پسوند *lytic* از یک واژه یونانی بمعنای شل کننده یا حل کننده گرفته شده است.

✓ برای درمان اختلالات اضطرابی، دو دسته دارو بکار می‌رود: الف) بنزودیازپین‌ها (والیوم و زاناکس) و ب) ضد افسردگی‌ها (شامل ضد افسردگی‌های ۳ حلقه‌ای، بازدارنده‌های انتخابی جذب مجدد سروتونین (SSRIs) و طبقه داروهای جدید تحت عنوان بازدارنده‌های جذب مجدد سروتونین - نوراپی نفرین (SNRIs)).

✓ بنزودیازپین‌ها و ضد افسردگی‌ها در مقایسه با دارونما، تاثیر بیشتری دارند.

✓ داروی بوسپیرون (بوسپار) از سوی وزارت مواد غذایی و دارو، تاییدیه استفاده در اختلال اضطراب فراگیر را دریافت کرده است.

✓ در حالت کلی، ضد افسردگی‌ها به بنزودیازپین‌ها ارجحیت دارند چون بنزودیازپین‌ها اعتیادآور هستند.

✓ تمامی اضطراب‌زداها دارای عوارض جانبی هستند.

✓ بنزودیازپین‌ها می‌توانند عوارض جانبی شناختی و حرکتی قابل توجهی داشته باشند نظیر خطاهای حافظه و مشکل در رانندگی.

✓ ضد افسردگی‌ها معمولاً عوارض جانبی کمتری دارند مانند رعشه تنشی، اضافه وزن، افزایش ضربان قلب و بالا رفتن فشار خون.

✓ SSRI ها در مقایسه با ضد افسردگی‌های ۳ حلقه‌ای، معمولاً عوارض جانبی کمتری دارند.

✓ درمان دارویی خط اول اول برای بسیاری از اختلالات اضطرابی، SSRI ها هستند.

✓ عده‌ای در اثر SSRI ها دچار عوارض جانبی می‌شوند مثل بی‌قراری، بی‌خوابی، سردرد و افت کارکرد جنسی.

✓ داروها فقط در هنگام مصرف، موثر بوده و بعد از قطع، بیماری دچار عود می‌شود.

✓ بدلیل عوارض و عود بیماری پس از قطع دارو و همچنین اثربخشی کلی درمان‌های مبتنی بر مواجهه، درمان‌های روانشناختی معمولاً برای بسیاری از اختلالات اضطرابی، درمان ارجح قلمداد می‌شوند بجز GAD.

ترکیب دارو درمانی با درمان روانشناختی:

✓ افزودن اضطراب‌زداها به درمان مبتنی بر مواجهه باعث می‌شود نتایج طولانی مدت درمان، ضعیف‌تر باشد چون بیمار فرصت نمی‌کند تا با ترس‌هایش روبرو شود.

✓ در درمان اختلال اضطراب اجتماعی، درمان ترکیبی اضطراب‌زداها و مواجهه شناختی - رفتاری، نتایج نیرومندتری نسبت به درمان مجزای اضطراب‌زداها یا مواجهه شناختی - رفتاری بدنبال دارد.

✓ داروی دی-سیکلوسرین (DCS) موجب افزایش یادگیری می‌شود.

✓ این دارو اثرات درمان مواجهه برای اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال وحشت‌زدگی را بالا می‌برد.

✓ این داروی یادگیری‌افزا، اثرات روان‌درمانی مبتنی بر اصول شرطی‌سازی را تقویت می‌کند.

فصل پنجم: اختلال‌های مرتبط با وسواس فکری - عملی و اختلال‌های مرتبط با آسیب

- مشخصه اختلال وسواس فکری - عملی و اختلال‌های مرتبط با آن عبارتست از افکار و رفتارهای تکراری به شدتی که در زندگی روزمره مزاحمت ایجاد می‌کند.
- اختلالات مرتبط با آسیب از جمله اختلال فشار روانی پس آسیبی و اختلال فشار روانی حاد، وضعیت‌هایی هستند که در اثر مواجهه با رویدادهای بسیار آسیب‌زا به راه افتاده‌اند.
- در ویراست ۴ اصلاح شده، اختلال وسواس فکری - عملی و اختلالات مرتبط با آسیب، در فصل اختلالات اضطرابی قرار داشتند.
- افراد مبتلا به اختلالات وسواس فکری - عملی و اختلالات مرتبط با آسیب، احساس اضطراب کرده و به سایر اختلالات اضطرابی نیز دچار هستند.
- این اختلالات با اختلالات اضطرابی همپوشی دارند.

اختلال وسواس فکری - عملی و اختلالات مرتبط با آن:

- ✓ اختلال وسواس فکری - عملی (OCD) یا ام‌الامراض عبارتست از افکار و امیال تکراری (وسواس‌های فکری) به‌علاوه نیاز اجتناب‌ناپذیر برای مبادرت به رفتارها یا اعمال ذهنی تکراری (وسواس ذهنی).
- ✓ اختلال بد ریختی بدن و اختلال احتکاری نیز نشانه‌های مربوط به افکار و رفتارهای تکراری را دارند.
- ✓ افراد مبتلا به اختلال بد ریختی بدن، هر روز ساعت‌ها وقت خود را صرف فکر کردن درباره ظاهر جسمانی خویش کرده و رفتارهایی نظیر وارسی ظاهر خود در برابر آینه را دارند.
- ✓ افراد مبتلا به اختلال احتکاری، زمان زیادی را صرف افکار مکرر درباره دارایی‌های کنونی و احتمالاً آتی خویش کرده و سعی زیادی در جمع‌آوری چیزهای جدید دارند.
- ✓ برای هر ۳ اختلال فوق، این افکار و رفتارهای تکراری، ناراحت‌کننده بوده و فرد نسبت به آنها احساس بی‌اختیار بودن کرده و برای وی، اجتناب‌ناپذیر است.
- ✓ حدود یک سوم افراد مبتلا به اختلال بد ریختی بدن، با ملاک‌های تشخیصی OCD جور در می‌آیند.
- ✓ حدود یک چهارم افراد مبتلا به اختلال احتکاری، ملاک‌های تشخیصی OCD را دارند.

توصیفات بالینی و همه‌گیرشناسی اختلال وسواس فکری - عملی و اختلالات مرتبط:

۱. اختلال وسواس فکری - عملی (OCD):

- ✓ وسواس‌های فکری عبارتند از افکار، تصورات یا تکانه‌های مزاحم و مکرری که در طول زمان تداوم داشته و غیر قابل مهار بوده و از منظر همان فرد، اموری غیر عقلانی تلقی می‌شوند.
- ✓ شایع‌ترین کانون وسواس فکری عبارتست از ترس از آلودگی، تکانه‌های جنسی یا پرخاشگرانه، مشکلات بدنی، مذهب و تقارن یا نظم.
- ✓ افراد مبتلا به وسواس‌های فکری، مستعد تردیدهای مفرط، اهمال کاری و بلاتکلیفی هستند.

- ✓ وسواس‌های عملی، شامل رفتارها یا اعمال ذهنی تکراری و بوضوح افراطی هستند که شخص احساس می‌کند مجبور است برای کاهش اضطراب ناشی از افکار وسواسی یا پیشگیری از یک اتفاق ناگوار، آن را انجام دهد.
- ✓ یکی از مشهورترین نویسندگان قرن ۱۸ به نام ساموئل جانسون، به چندین وسواس عملی مبتلا بوده است.
- ✓ رایج‌ترین وسواس‌های عملی گزارش شده عبارتند از: الف) تمیزکاری و مرتب کردن چیزها، ب) اقدام به کارهای حفاظتی با ماهیت جادویی نظیر شمردن یا لمس قسمتی از بدن و ج) واریسی تکراری کارهای صورت گرفته.
- ✓ افرادی که در اعمالی نظیر قماربازی، غذاخوری و میگساری افراط می‌کنند، دچار وسواس رفتاری نیستند چون آنان اغلب از این امور لذت می‌برند.

- ✓ افراد مبتلا به وسواس، خود اذعان دارند که تشریفات، بعضاً ابلهانه یا مسخره هستند.
- ✓ OCD معمولاً قبل از ۱۰ سالگی یا در اواخر نوجوانی/اوایل بزرگسالی شروع می‌شود.
- ✓ این اختلال در زنان، اندکی شایع‌تر از مردان بوده و نسبت جنسی آن، ۱.۵ به ۱ است.
- ✓ OCD یک اختلال مزمن بوده و فقط حدود ۲۰٪ بهبودی کامل یافته‌اند.
- ✓ بیش از یک چهارم افراد مبتلا به OCD، ملاک‌های مربوط به اختلالات اضطرابی همایند را نیز دارند.
- ✓ حدود دو سوم افراد مبتلا به OCD، ملاک‌های مربوط به افسردگی عمده را پر می‌کنند.
- ✓ مصرف مواد در افراد مبتلا به OCD نیز رایج بوده و یک سوم آنان، برخی نشانه‌های اختلال اعتیاد را نیز دارند.

۲. اختلال بدریختی بدن (BDD):

- ✓ دائماً به یک نقص خیالی یا گزافه‌گویی در ظاهر خویش فکر کرده و خود را نازیبیا یا حتی بد هیبت تلقی می‌کنند.
- ✓ زن‌ها معمولاً به پوست، باسن، سینه و پاهای خویش توجه کرده و مردان به قد، اندازه آلت یا موی بدن.
- ✓ این افراد نظیر مبتلایان به OCD، به سختی می‌توانند جلوی این قبیل افکار خود را بگیرند.
- ✓ شایع‌ترین رفتارهای وسواسی عبارتند از واریسی سر و وضع خویش در برابر آینه، مقایسه ظاهر خویش با ظاهر دیگران، نظرخواهی از دیگران درباره سر و وضع خود یا استفاده از راهبردهایی برای تغییر ظاهر یا استتار نواحی محبوب بدنی.
- ✓ برخی از آنان با دوری از آینه‌ها، و سطوحی که ممکن است ظاهرشان را منعکس کند و یا اجتناب از فضاهای پر نور، می‌کوشند از هرگونه یادآوری کاستی‌های خیالی خود دور بمانند.
- ✓ یک سوم مبتلایان به BDD، در خصوص ظاهر خویش افکار هذیانی دارند.
- ✓ یک چهارم آنان، تحت جراحی پلاستیک قرار می‌گیرند اما تاثیر چندانی بر کاهش نگرانی آنان ندارد.
- ✓ همچنین یک پنجم این افراد به خودکشی فکر می‌کنند.
- ✓ اشتغال فکری به سر و وضع می‌تواند مزاحم بسیاری از جنبه‌های کارکرد شغلی و اجتماعی شود.
- ✓ این افراد اغلب نسبت به ظاهر خود شدیداً احساس شرم، اضطراب و افسردگی می‌کنند.
- ✓ این افراد در پاسخ به این احساسات شدید، ممکن است از تماس با دیگران دوری جسته و خود را در خانه حبس کنند.
- ✓ BDD در زنان، کمی شایع‌تر از مردان است.
- ✓ بطور متعارف، BDD در اواخر نوجوانی آغاز می‌شود ولی در یک دوره ۸ ساله، ۷۵٪ آنها از نشانه‌ها رهایی می‌یابند.
- ✓ عوامل اجتماعی و فرهنگی در تصمیماتی که فرد راجع به میزان جذابیت خویش می‌گیرد، نقش مهمی دارد.
- ✓ نگرانی مربوط به مژگان در ژاپن، شایع‌تر از کشورهای غربی است.

- ✓ ژاپنی‌ها بیشتر نگران آن هستند که بدن‌شان، مایه ناراحتی دیگران شود.
- ✓ تمامی مبتلایان به BDD، ملاک‌های تشخیصی یک اختلال دیگر را نیز دارند (همایندی) که شایع‌ترین آنها عبارتست از: (الف) اختلال افسردگی عمده، (ب) اختلال اضطراب اجتماعی، (ج) اختلال وسواس فکری - عملی، (د) اختلالات مربوط به مصرف مواد و (ه) اختلالات شخصیت.
- ✓ اگر کانون نگرانی‌های مبتلایان به BDD فقط شکل و وزن بدن باشد، متخصصان ممکن است تشخیص اختلالات مربوط به خوردن را بدهند.

۳. اختلال احتکاری:

- ✓ برای بسیاری از افراد، جمع کردن، نوعی سرگرمی دلچسب است.
- ✓ برای مبتلایان به اختلال احتکاری، نیاز به جمع کردن، فقط بخشی از مشکل بوده و مشکل بزرگتر، آن است که آنها از مایملک خود دل نمی‌کنند.
- ✓ حدود دو سوم افراد مبتلا، از وخامت حال خویش غافلند.
- ✓ افراد مبتلا به این اختلال، شدیداً به مایملک خود دلبسته بوده و در برابر کوشش‌هایی که برای دور ریختن آنها صورت می‌گیرد، بشدت مقاومت می‌کنند.
- ✓ یک سوم این افراد که بیشتر شامل زنان می‌شود، به احتکار حیوانات نیز می‌پردازند.
- ✓ افراد مبتلا به احتکار حیوانات، گاهی خودشان را ناجی جانوران می‌انگارند.
- ✓ پیامدهای احتکار می‌تواند وخیم باشد. تلنبار کردن چیزها باعث می‌شود در خانه این افراد جای نفس کشیدن نباشد.
- ✓ مشکلات تنفسی، بهداشت ضعیف و مشکلات مربوط به پخت و پز، همگی می‌تواند در سلامت جسمی ناچیز این افراد نقش داشته باشد.
- ✓ حدود ۷۵٪ این افراد، در زمره خریدکنندگان افراطی قرار می‌گیرند.
- ✓ فقر در میان مبتلایان به این اختلال، پدیده بسیار شایعی است.
- ✓ ۱۰٪ این افراد در برهه‌ای از زندگی خود با تهدید اخراج از محل سکونت خود مواجه شده‌اند.
- ✓ اختلال احتکاری در میان مردان، شایع‌تر از زنان است.
- ✓ رفتار احتکاری معمولاً در دوران کودکی یا اوایل نوجوانی آغاز می‌شود ولی ممکن است بدلیل حضور والدین یا درآمد محدود، تحت کنترل باشد.
- ✓ احتکار حیوانات غالباً تا میانسالی یا سنین بالاتر پدیدار نمی‌شود.
- ✓ در ویراست ۴ اصلاح شده، احتکار یکی از نشانه‌هایی بود که می‌توانست در OCD دیده شود.
- ✓ با اینکه احتکار اغلب با OCD همایندی مرضی دارد، می‌تواند در میان کسانی که نشانه‌های OCD ندارند نیز دیده شود.
- ✓ در میان این مبتلایان، افسردگی، اختلال اضطراب فراگیر (GAD) و هراس اجتماعی شایع است.
- ✓ گاهی احتکار در میان مبتلایان به اسکیزوفرنی یا زوال عقل دیده می‌شود.

سبب‌شناسی اختلال وسواس فکری - عملی و اختلالات مربوطه:

- ✓ دلیل همپوشی سبب‌شناسی می‌تواند در نتیجه عوامل خطر بار ارثی و عصبی - زیستی باشد.
- ✓ افراد مبتلا به BDD و اختلال احتکاری، سابقه خانوادگی OCD دارند.

- ✓ ۳ ناحیه مغزی در افراد مبتلا به OCD، دارای فعالیت غیرعادی هستند: الف) قشر پیشین حدقه‌ای (ناحیه‌ای در قشر پیش‌پیشانی میانی که درست بالای چشم‌ها قرار دارد)، هسته دمی (قسمتی از عقده‌های پایه) و شکنج قدامی.
- ✓ وقتی به افراد مبتلا به OCD، مواردی نشان داده شده که موجب فراخواندن نشانه‌های وسواس می‌شود، فعالیت ۳ ناحیه فوق افزایش می‌یابد.
- ✓ حالت فوق برای مبتلایان به BDD به‌هنگام نشان دادن تصاویر متعلق به چهره خودشان ایجاد می‌شود.
- ✓ BDD با فزون‌کاری قشر حدقه‌ای و هسته دمی ارتباط دارد.

۱. سبب‌شناسی اختلال وسواس فکری – عملی (OCD):

- ✓ سهم وراثت در این اختلال متوسط بوده و بین ۳۰ تا ۵۰٪ است.
- ✓ پژوهش‌های روانشناختی روی این موضوع کار می‌کنند که چرا افکار وسواسی، تداوم می‌یابد.
- ✓ احساس یقین، به احساس ذهنی آگاهی اشاره دارد.
- ✓ در یک نظریه، پیشنهاد شده که مبتلایان به OCD، دچار کاستی در احساس یقین هستند و از آنجا که نمی‌توانند به این حس درونی تکمیل شدن تکلیف دست یابند، در متوقف ساختن افکار و رفتارهای خود به مشکل بر می‌خورند.
- ✓ مدل‌های رفتاری، بر شرطی شدن کنشگر وسواس‌های عملی تاکید دارند یعنی وسواس عملی بدین دلیل تقویت می‌شود که از اضطراب می‌کاهد.
- ✓ بعد از اجرای رفتار وسواسی، میزان اضطراب گزارش شده و حتی برانگیختگی روانی – فیزیولوژیایی، افت می‌کند.
- ✓ یکی از نظریاتی که چرا افراد چندین بار درب یا اجاق گاز را کنترل می‌کنند، این است که آنها به حافظه خود اعتماد ندارند در صورتی که هیچگونه کاستی در حافظه وجود ندارد.
- ✓ در نظریه‌ای دیگر، مبتلایان به OCD تلاش بیشتری برای فرو نشاندن و سرکوبی وسواس‌های فکری خویش دارند و این کار ممکن است عملاً اوضاع را وخیم‌تر سازد.
- ✓ مبتلایان به OCD باور دارند که فکر کردن به یک مورد، احتمال وقوع آن را بالا می‌برد.
- ✓ مبتلایان به OCD، در قبال آنچه رخ می‌دهد، احساس مسئولیت شدیدتری می‌کنند.
- ✓ به دلیل ۲ عامل فوق (احتمال وقوع و مسئولیت‌پذیری شدید)، مبتلایان به OCD اقدام به سرکوبی افکار می‌کنند.
- ✓ تلاش برای فرو نشاندن یک فکر می‌تواند باعث ایجاد اثر تناقضی بصورت اشتغال فکری درباره آن شود.
- ✓ عوارض تلاش برای سرکوب یک فکر می‌تواند تا چندین روز ادامه یابد.
- ✓ افرادی که فکر خاصی را سرکوب می‌کنند، به دفعات بیشتری آن فکر مزاحم به ذهن آنها خطور کرده است.
- ✓ فرونشانی افکار در OCD وجود دارد یعنی مبتلایان به OCD معمولاً دلایل بیشتری را برای احساس اجبار خود در سرکوب افکار ارائه می‌دهند.
- ✓ افرادی که سرکوب فکری بیشتری دارند، افکار وسواسی بیشتری نیز دارند.

۲. سبب‌شناسی اختلال بدریختی بدن (BDD):

- ✓ مشکل این مبتلایان، تحریف خصوصیات جسمانی نیست بلکه آنان روی ویژگی‌هایی که از لحاظ جذابیت حائز اهمیت‌اند، بیشتر کلید می‌کنند مانند تقارن چهره.

✓ مبتلایان به BDD روی جزئیات تاکید بیشتری می کنند تا کل آن و این موضوع، بر نحوه نگاه آنان به خصوصیات چهره و صورت تاثیر می گذارد.

✓ این افراد، اهمیت به مراتب بیشتری برای زیبایی و جذابیت قائل هستند.

✓ بسیاری از مبتلایان به این اختلال باور دارند که ارزش شخصی آنها منحصر در گرو ظاهر آنان است.

✓ تلاش برای دوری از موقعیت هایی که ممکن است ظاهرشان مورد داوری قرار بگیرد، می تواند مانع جنبه های مهمی از زندگی آنان شود.

۳. سبب شناسی اختلال احتکاری:

✓ بسیاری از محققان، در خصوص این اختلال از منظر تحولی نگاه کرده و ریشه آن را در اجداد غارنشین انسان جستجو می کنند.

✓ طبق مدل شناختی - رفتاری، احتکار با توانایی های سازماندهی ضعیف، باورهای غیر عادی درباره مایملک و رفتارهای اجتنابی ارتباط دارد.

✓ بسیاری از مبتلایان به اختلال احتکاری، به لحاظ توجه، مشکل داشته و طبقه بندی کردن اشیاء برای آنان دشوار است.

✓ این افراد در طبقه بندی کردن اشیاء کند بوده و در مقایسه با دیگران، طبقات فراوان تری می سازند و تصمیم گیری نیز برای آنان دشوار است.

✓ علاوه بر مشکلات مربوط به مهارت های سازماندهی، الگوی نظری شناختی روی باورهای غیر عادی تاکید می ورزد که آنان درباره مایملک خود دارند.

✓ محتکران، دلبستگی عاطفی شدیدی به اموال خود نشان داده و این اشیاء را به منزله هویت خویش می پندارند.

✓ محتکران حیوانات، اغلب این حیوانات را یار غار خویش می پندارند.

✓ در مواجهه با اضطراب حاصل از تصمیم گیری برای دور ریختن، اجتناب کردن، رفتار رایجی است که بسیاری از مبتلایان به این اختلال مرتکب آن می شوند.

✓ محتکران احساس می کنند بی عملی، بهتر از تصمیم اشتباه یا از دست دادن یک شیء ارزشمند است.

✓ اجتناب، یک عامل کلیدی در نگه داشتن خرت و پرت هاست.

درمان اختلال وسواس فکری - عملی و اختلالات مرتبط:

✓ این اختلالات همگی به بازدارنده های جذب مجدد سروتونین، جواب می دهند.

✓ رویکرد روانشناختی عمده عبارتست از مواجهه و بازداری از پاسخ.

۱. درمان های دارویی:

✓ ضد افسردگی ها، رایج ترین داروی تجویزی برای وسواس فکری - عملی و اختلالات مرتبط بشمار می رود.

✓ این داروها در ابتدا، برای درمان افسردگی بکار رفت ولی بعد از مدتی مشخص شد که در درمان OCD و BDD نیز موثر است.

✓ رایج ترین داروی ضد افسردگی برای OCD، کلومی پرامین بوده که باعث ۵۰٪ علائم می شود.

✓ بین ۵۰ تا ۷۵٪ مبتلایان به BDD، به داروهای ضد افسردگی جواب می دهند.

✓ بازدارنده‌های انتخابی جذب مجدد سروتونین (SSRI)، طبقه جدیدتری از ضد افسردگی‌ها بوده که عوارض جانبی کمتری دارند.

✓ SSRIها در درمان OCD و BDD موثر هستند.

✓ نشانه‌های احتکار در مقایسه با سایر نشانه‌های OCD، پاسخ کمتری به درمان دارویی می‌دهند.

✓ افراد مبتلا به اختلال احتکاری، به اندازه افراد مبتلا به OCD، به یک SSRI به نام پاروکستین (پاکسیل) پاسخ می‌دهند.

۲. درمان‌های روانشناختی:

✓ گسترده‌ترین درمان روانشناختی که برای اختلال وسواسی - اجباری و اختلالات مرتبط بکار می‌رود، مواجهه و پیشگیری از پاسخ (ERP) است.

✓ درمان شناختی - رفتاری ERP را اولین بار ویکتور مایر در انگلستان بعنوان رویکردی برای OCD معرفی کرد.

✓ مایر با تعدیل درمان مواجهه‌ای، درمان ERP را برای رفع تشریفات وسواسی که بیماران بمنظور کاهش اضطراب انجام می‌دهند، تدوین کرد.

۳. اختلال وسواس فکری - عملی:

✓ مبتلایان به OCD باور دارند که رفتار وسواسی آنها، جلوی وقوع اتفاقات وحشتناک را می‌گیرد.

✓ در مولفه بازداری از پاسخ در ERP، بیمار با موقعیتی مواجه می‌شود که یک عمل وسواسی را فرا خوانده و از اجزای وسواسی امتناع می‌ورزد.

✓ درمان ERP در کاهش وسواس‌های فکری و عملی از اثربخشی بسیار بالایی برخوردار است.

✓ درمان ERP برای درمان OCD موثرتر از کلومی‌پرامین بوده و روی کودکان و نوجوانان به اندازه بزرگسالان موثر است.

✓ درمانگران محیط‌نگری نیز نتایج خوبی با استفاده از ERP کسب کرده‌اند.

✓ در کوتاه‌مدت، خودداری از اجرای تشریفات برای مبتلایان به OCD ناخوشایند است.

✓ مبتلایان به OCD معمولاً از تغییر می‌ترسند.

✓ در رویکردهای شناختی به OCD، باورهای مربوط به آنچه در صورت عدم ارتکاب تشریفات رخ خواهد داد، به چالش کشیده می‌شود.

۴. اختلال بد ریختی بدن:

✓ برای استفاده از BDD، اصول اساسی ERP تعدیل شده و به شخص گفته می‌شود برای مواجهه با ترس‌آورترین فعالیت‌ها، با افرادی رفت و آمد داشته باشد که ممکن است ظاهر وی را مسخره کنند.

✓ برای قسمت پیشگیری از پاسخ، از درمانجو خواسته می‌شود از فعالیت‌هایی که موجب اطمینان خاطر درباره وضع ظاهری آنها می‌شود، دست بردارند.

✓ درمان‌های شناختی - رفتاری (CBT) باعث کاهش قابل ملاحظه‌ای در علائم BDD می‌شود.

✓ درمان‌های حاوی یک مولفه شناختی، نیرومندتر از درمان‌هایی هستند که فقط رفتارها را نشانه می‌روند ولی هر دو درمان، نتایج پایداری را بدست می‌دهند.

۵. اختلال احتکاری:

- ✓ درمان احتکار، مبتنی بر درمان ERP بوده که برای OCD اجرا می‌شود.
- ✓ در قسمت مواجهه، ترس آورترین موقعیت برای افراد مبتلا به اختلال احتکاری، دور ریختن اشیاء است.
- ✓ در قسمت پیشگیری از پاسخ، به تشریفاتی حمله می‌شود که آنان برای کاهش اضطراب خویش بکار می‌گیرند نظیر شمردن و دسته‌بندی کردن اموال.
- ✓ بسیاری از افراد مبتلا به اختلال احتکاری، متوجه نیستند که نشانه‌های آنها چه بار گرانی از مشکلات را با خود به همراه دارد.
- ✓ تا زمانی که شخص به بینش نرسیده باشد، نمی‌توان سراغ نشانه‌های احتکار رفت. بمنظور تسهیل این بینش، از راهبردهای انگیزشی استفاده می‌شود.
- ✓ درمانگر در کنار جلسات اداری، دیدارهای خانگی را هم تدارک می‌بیند.
- ✓ برای افراد مبتلا به اختلال احتکاری، روابط خانوادگی اغلب بشدت آسیب می‌بیند.
- ✓ خانواده‌ها از روش‌های تحمیلی مثل دور ریختن اموال محتکر در زمان غیبت وی استفاده کرده که معمولاً موجب بی‌اعتمادی و درگیری می‌شود.

اختلال فشار روانی پس آسیمی و اختلال فشار روانی حاد:

- ✓ این اختلال‌ها صرفاً زمانی تشخیص‌گذاری می‌شود که شخص دچار یک رویداد آسیب‌زا شده باشد.

۱. توصیفات بالینی و همه‌گیرشناسی اختلال فشار روانی پس آسیمی و اختلال فشار روانی حاد:

- ✓ اختلال فشار روانی پس آسیمی (PTSD)، نوعی پاسخ شدید در برابر فشار روانی شدید است که بصورت افزایش اضطراب، اجتناب از محرک‌های مرتبط با آسیب و نشانه‌های حاکی از افزایش برانگیختگی پدیدار می‌شود.
- ✓ تشخیص اختلال PTSD بهنگام وجود آسیب‌های جدی مطرح می‌شود که در آن با مرگ، صدمه شدید یا خشونت جنسی مواجه شده یا تهدید آن را احساس کرده باشد.
- ✓ سربازان اغلب با این نوع آسیب‌های شدید سر و کار دارند.
- ✓ در زنان، تجاوز، شایع‌ترین نوع آسیب بشمار می‌آید.
- ✓ نشانه‌های PTSD در DSM ۵ در ۴ دسته قرار می‌گیرد: الف) تجربه مجدد و ناخواسته رویداد آسیب‌زا (یادآوری یا دیدن کابوس)، ب) اجتناب از محرک‌های مرتبط با واقعه (تلاش برای دوری از نشانه‌های یادآورنده)، ج) سایر علائم تغییر خلق و شناخت‌ها بعد از آسیب (ناتوانی در بخاطر آوردن جنبه‌های مهمی از واقعه، شناخت‌های منفی دائمی، سرزنش خود یا دیگران بخاطر واقعه، هیجانات منفی فراگیر، بی‌علاقگی یا عدم مشارکت در فعالیت‌های مهم، احساس جدایی از دیگران یا ناتوانی در تجربه هیجانات مثبت) و د) نشانه‌های افزایش برانگیختگی و واکنش‌های رفتاری (رفتار تحریک‌پذیر یا پرخاشگر، رفتار بی‌پروا و بی‌احتیاط یا خود ویرانگر، مشکل در به خواب رفتن یا تداوم خواب، مشکل در تمرکز، گوش به زنگی مفرط و یکه خوردن‌های شدید).
- ✓ افراد مبتلا به PTSD، سطح بالایی از برانگیختگی را نشان می‌دهند.
- ✓ بعد از بوجود آمدن PTSD، نشانه‌ها بطور نسبی مزمّن می‌شوند.

- ✓ افکار خودکشی و جرح خویش بدون قصد خودکشی در این اختلال، شایع است.
- ✓ در ویراست ۴ اصلاح شده برای این اختلال، لازم است که فرد در هنگام واقعه، دچار ترس شدید، درماندگی یا وحشت شده باشد.
- ✓ بسیاری از مبتلایان به PTSD گزارش می‌کنند که در مان آسیب، گویی از خویش جدا شده و هیچ هیجانی نداشتند.
- ✓ ملاک آسیب یا تروما در ویراست ۴، به لحاظ گستردگی بیش از حد، مورد انتقاد قرار گرفته است.
- ✓ مواجهه جانشینی در برابر آسیب که می‌تواند شامل گزارش‌های خبری مربوط به جنگ و تروریسم هم شود، براساس ویراست ۴ اصلاح شده، شکل خاصی از آسیب تلقی می‌شود.
- ✓ در ویراست ۵، تماشای رسانه‌های خبری، آسیب محسوب نمی‌شود.
- ✓ در ویراست ۴ اصلاح شده، توصیفاتی نظیر مشکل در تمرکز، مشکل خواب و بی‌علاقگی به فعالیت‌ها، ملاک اختلال افسردگی عمده نیز بشمار می‌روند.
- ✓ در ویراست ۵، نشانه‌های فوق باید بعد از آسیب شروع شده باشند.
- ✓ در ویراست ۴ اصلاح شده، برای PTSD ۲ دسته نشانه نیاز است: الف) نشانه‌های اجتنابی (مثل اجتناب از موارد یادآورنده آسیب) و ب) نشانه‌های کرختی روانشناختی (افت علاقه به دیگران، احساس بیگانگی به دیگران و ناتوانی در داشتن احساسات مثبت).
- ✓ در ویراست ۵، نشانه‌های اجتنابی برای PTSD ضرورت داشته و نشانه‌های کرختی روانی در زمره علائم دیگری تحت عنوان تغییرات شناخت و خلق دسته‌بندی شده‌اند.
- ✓ اختلال فشار روانی حاد (ASD) زمانی تشخیص‌گذاری می‌شود که حداقل ۳ روز و حداکثر ۱ ماه دوام داشته باشد.
- ✓ نشانه‌های ASD نسبتاً مشابه PTSD است بجز طول مدت که کمتر از آن است.
- ✓ در ویراست ۴ اصلاح شده قید شده که نشانه‌های گسستی باید حضور داشته باشند که در ویراست ۵، حذف شده است.
- ✓ نگرانی‌های تشخیص ASD عبارتست از الف) می‌تواند به واکنش‌های کوتاه‌مدت در برابر آسیب‌های شدید انگ بزند و ب) بسیاری از کسانی که در نهایت ملاک‌های تشخیصی PTSD را می‌گیرند، در خلال ماه اول بعد از آسیب، نشانه‌های ASD را نشان نمی‌دهند.
- ✓ ۹۰٪ زنان بعد از تجاوز، برخی نشانه‌ها را گزارش می‌کنند باضافه اینکه یک سوم افرادی که در معرض تیراندازی‌های توده‌ای یا دسته‌جمعی بی‌هدف بوده‌اند، نشانه‌های ASD را ظاهر می‌سازند.
- ✓ وجود ASD می‌تواند خطر بالاتر ابتلا به PTSD در مدت ۲ سال بعد را پیش‌بینی کند.
- ✓ شایع‌ترین اختلالات همایندی PTSD عبارتست از اختلالات اضطرابی، افسردگی عمده، سوء مصرف مواد و اختلال سلوک.
- ✓ تقریباً همه کسانی که قبل از ۲۶ سالگی دچار PTSD شده‌اند، قبل از ۲۱ سالگی تشخیص یک اختلال روانی دیگر را گرفته بودند.
- ✓ دو سوم کسانی که در ۲۶ سالگی PTSD داشتند، قبل از ۲۱ سالگی دچار یک اختلال اضطرابی دیگر شده‌اند.

- ✓ در میان کسانی که دچار آسیب می‌شوند، زنان دو برابر مردان احتمال دارد که دچار PTSD شوند که با نسبت جنسیتی برای بسیاری از اختلالات اضطرابی همخوانی دارد.
- ✓ فرهنگ به چند طریق می‌تواند بر خطر بروز PTSD تاثیر بگذارد: الف) در معرض خطر قرار گرفتن برخی گروه‌ها نسبت به گروه‌های دیگر و ب) می‌تواند نوع نشانه‌های مشاهده شده در PTSD را تعیین کند.
- ✓ حمله عصبی که ابتدا در پورتوریکو شناسایی شد، شامل نشانه‌های جسمانی و ترس از دیوانه شدن بدنبال بروز یک فشار روانی شدید می‌شود و لذا به PTSD شباهت دارد.

۲. سبب‌شناسی اختلال فشار روانی پس‌آسیبی (PTSD):

- ✓ عوامل خطر بار برای PTSD با عوامل خطر بار متعلق به سایر اختلالات اضطرابی، همپوشی دارند.
- ✓ PTSD با خطر ارثی برای اختلالات اضطرابی، سطح بالای فعالیت در نواحی مربوط به مدار ترس نظیر بادامه، احتمال آسیب در دوران کودکی و تمایل به توجه گزینشی نسبت به نشانه‌های تهدید مرتبط است.
- ✓ روان‌رنجورخویی و عاطفه‌پذیری منفی، پیش‌بینی کننده آغاز PTSD است.
- ✓ PTSD با دو عاملی شرطی شدن نیز مرتبط دانسته شده است که ترس آغازین، در نتیجه نوعی شرطی شدن کلاسیک و حفظ و تداوم رفتار اجتنابی، به کمک شرطی‌سازی کنشگر صورت می‌گیرد.
- ✓ رفتار اجتنابی، مانع می‌شود که بتوان پاسخ ترس را خاموش ساخت.

الف) ماهیت آسیب: شدت و نوع آسیب اهمیت دارد

- ✓ شدت آسیب بر ابتلا یا عدم ابتلای فرد به PTSD تاثیر می‌گذارد.
- ✓ آنهایی که با آسیب شدیدتری روبرو می‌شوند، به احتمال بیشتری PTSD می‌گیرند.
- ✓ علاوه بر شدت، ماهیت آسیب نیز مهم است.
- ✓ آسیب‌های ساخته دست بشر بیشتر احتمال دارد باعث PTSD شوند تا بلایای طبیعی.
- ✓ تجاوز، میادین کارزار، سوء رفتار و بهره‌کشی و حملات منجر به ضرب و شتم در مقایسه با فجایع طبیعی، از خطر بالاتری برخوردارند.

ب) عوامل زیستی - عصبی: هیپوکامپ و هورمون‌ها

- ✓ همچون اختلالات اضطرابی، PTSD با فعالیت بیشتر بادامه و افت فعالیت قشر پیش‌پیشانی میانی ارتباط دارد یعنی همان نواحی که در یادگیری و هاموشی ترس‌ها نقش دارند.
- ✓ PTSD تنها موردی است که با کارکرد هیپوکامپ ارتباط دارد.
- ✓ هیپوکامپ بواسطه نقشی که در حافظه و خاطرات مرتبط با هیجانات ایفا می‌کند مشهور است.
- ✓ در میان مبتلایان به PTSD، هیپوکامپ حجم کمتری دارد تا افرادی که مبتلا نیستند.
- ✓ میان حجم هیپوکامپ در دوقلوهای غیر نظامی و احتمال PTSD در دوقلوی نظامی، رابطه وجود دارد.
- ✓ هرچه حجم هیپوکامپ در دوقلوی غیرنظامی کوچکتر باشد، احتمال آنکه آن دیگری پس از اتمام نظام وظیفه دچار PTSD شود بیشتر خواهد بود.
- ✓ حجم کمتر از حد متوسط هیپوکامپ، مقدم بر آغاز اختلال است.

ج) روش‌های کنار آمدن:

- ✓ وقتی کسی از طریق فکر نکردن راجع به یک آسیب با آن آسیب کنار می‌آید، بیشتر احتمال دارد دچار PTSD شود.
- ✓ منظور از نشانه‌های گسستی، اتفاقاتی نظیر احساس جدا شدن از بدن یا هیجانات خویش یا ناتوانی در بخاطر آوردن واقعه است.
- ✓ کسانی که می‌کوشند خاطرات مربوط به آسیب را سرکوب کنند، بیشتر احتمال دارد که دچار PTSD شوند.
- ✓ کسانی که در سال‌های بعد از آسیب کماکان از گسست استفاده می‌کنند، در خطر بروز PTSD قرار دارند.
- ✓ عوامل حفاظتی نظیر هوش بالا و حمایت اجتماعی نیرومند می‌توانند به فرد کمک کنند تا وی بنحوی انطباقی‌تر با آسیب‌های شدید کنار بیاید.
- ✓ کانون مورد علاقه در یک خط پژوهشی، شامل آن دسته از انسان‌هایی است که گزارش می‌کنند از درون یک تجربه آسیب‌زا، به کمال و بالندگی رسیده‌اند.

۳. درمان اختلال فشار روانی پس آسیمی (PTSD) و اختلال فشار روانی حاد (ASD):

الف) درمان‌های دارویی:

- ✓ بازدارنده‌های انتخابی جذب مجدد سروتونین (SSRI)، حمایت‌های تجربی نیرومندی برای درمان PTSD دارند ولی بسیار اتفاق می‌افتد که در صورت قطع درمان، بیماری عود کند.

ب) درمان روانشناختی اختلال فشار روانی پس آسیمی (PTSD):

- ✓ در درمان اختلالات اضطرابی، خط اول برای درمان، رویکرد شناختی و درمان مواجهه‌ای است.
- ✓ هدف درمان در درمان مواجهه‌ای عبارتست از خاموش ساختن پاسخ ترس.
- ✓ وقتی درمانجو یاد بگیرد که می‌تواند با اضطراب خویش کنار بیاید، پاسخ‌های اجتنابی کاهش خواهند یافت.
- ✓ در PTSD، کانون درمان مواجهه‌ای روی خاطرات و نشانه‌های یادآورنده آسیب آغاز بوده و فرد تشویق می‌شود برای چیره شدن بر واقعه آسیب‌زا و خاموش ساختن اضطراب، با آن روبرو شود.
- ✓ درمان مواجهه‌ای مبتنی بر رویدادهای مرتبط با آسیب، چه بصورت خیالی و چه بصورت زنده و مستقیم، نسبت به دارو درمانی یا روان‌درمانی حمایتی بدون ساخت، کارآمدتر است.
- ✓ درمانگران از فناوری واقعیت مجازی (VR) برای درمان PTSD استفاده می‌کنند.
- ✓ برای آنکه قربانیان تجاوز و بهره‌کشی دوران کودکی با گرایش خویش برای سرزنش کردن خود به چالش پردازند، درمان مبتنی بر پردازش شناختی تهیه و تدارک دیده شده که از حمایت تجربی نیز برخوردار بوده و در کاهش احساس گناه، کمک شایانی می‌کند.

ج) درمان روانی اختلال فشار روانی حاد (ASD):

- ✓ برای رویکردهای شناختی - رفتاری کوتاه‌مدتی که در آن مواجهه گنجانده شده است، می‌توان با درمان ASD، جلوی ایجاد PTSD را گرفت.
- ✓ مداخلات زودهنگام، خطر آن را که ASD به PTSD تبدیل شود، کاهش می‌دهد.
- ✓ درمان مواجهه‌ای به لحاظ پیشگیری از ظهور PTSD اثربخش‌تر از بازسازی شناختی است.