

«به نام خدا»

درس آسیب شناسی روانی کودک و
نوجوان

دانشگاه فرهنگیان

پردیس حضرت زهرا(س) اهواز

تهیه کنندگان:

گروه مهارت آموزان مشاوره

کانال اطلاع رسانی ماده

28

@tadriss99

در این درس به مطالعه علل نشانه ها و درمان اختلالات روانی می پردازیم.

روانشناسی بالینی: روانشناسی بالینی نظر و عمل را ادغام می کند تا ناسازگاری، معلولیت و ناراحتی را درک و پیش بینی کرده و از شدت آن بکاهد، یا آن را درمان کند. و در کل به سازگاری و رشد شخصی کمک کند.

اهداف پیامد های یادگیری در این درس

از یادگیرنده انتظار می رود در پایان این درس بتواند با استفاده از اطلاعات خود فرضیه هایی را در مورد تشخیص اختلالات روانی در محیط مدرسه در نظر گرفته و مراجعه را در صورت نیاز به مراکز تخصصی ارجاع دهد. همچنین انتظار می رود یک مشاور بعد از پایان این درس به عنوان یک فرد یک رویکرد کل نگر در مورد هر یک از آسیب های روانی یافته و با استفاده از تلفیق دیدگاه های مختلف به تصویر دقیق تری از آسیب های روانی دست پیدا کند. و بتواند طرح مقدماتی برای ارائه کمک به شخص مبتلا به آسیب روانی را طرح ریزی نموده و ضمن ارجاع فرد به مراکز تخصصی همکاری لازم را جهت بهبود مراجع انجام دهد. و همچنین بتواند یک طرح پژوهشی را پیشنهاد و اجرا کند.

مروری بر فصول درس آسیب شناسی

فصل دوم: در خصوص طبقه بندی، تشخیص و درمان اختلالات روانی می باشد.

کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM می باشد که مشاور بر طبق آن به تشخیص اختلالات می پردازد. ما به عنوان مشاور نباید دیدگاه بیمارگونه به افراد داشته باشیم بلکه یک نگاه انسان گرایانه و هستی گرایانه داشته باشیم در واقع نباید روی خود اختلال تمرکز کنیم بلکه ما باید فرد را به زندگی عادی بیاوریم و فرد یک زندگی طبیعی و روی روال پیدا کند ولی شناخته نشانه ها مهم است تا بتوانیم طبقه بندی کنیم، تشخیص دهیم و درمان کنیم.

سندروم مجموعه ای از نشانه ها و علائم می باشد بنابراین مشاور باید بتواند هر نشانه رو در گروهی بگنجاند تا در نهایت در تشخیص، درمان و کمک به مراجعه موفق شود.

نکته: لزومی ندارد مشاور از یک درمانگر یا یک نظریه خاص تبعیت کند در واقع ما باید ببینیم کدام نظریه در حال حاضر می تواند به مراجع ما کمک کند و از همان نظریه استفاده کنیم.

ارزیابی، معاینه و آزمون های روانی:

برای اینکه به مشکلات دانش آموز پی ببریم باید یک ارزیابی و معاینه صحیح صورت بگیرد و از آزمونهای روانی استفاده بشود. برای تشخیص نیاز به یک مصاحبه بالینی خوب و منظم داریم که طی این مصاحبه مشاور توجه همه جانبه به مراجع داشته باشد.

ممکن است معلم، دانش آموزی را به ما ارجاع دهد که مشکل پرخاشگری دارد در ابتدا باید آن را از نظر غدد درون ریز بررسی کنیم مثلاً ممکن است دچار مشکل کم خونی یا مشکل کم کاری یا مشکل تیروئید داشته باشد. نکته دیگر این است که جهت معاینه پزشکی از خدمات پیراپزشکی استفاده می‌کنیم، بنابراین در برخی موارد ارجاع دانش آموز به پزشک عمومی، روانپزشک، متخصص مغز و اعصاب کاملاً طبیعی و ضروری می‌باشد، برای مثال: دانش آموزی که از لحاظ املاء مشکل دارد در ابتدا باید آن را از نظر شنوایی، بینایی یا اختلال دیکته نویسی معاینه شود و برای انجام معاینه بینایی و شنوایی نیاز به ارجاع به متخصص مربوطه دارد.

آزمون‌ها:

استفاده از آزمون‌ها در امر تشخیص خیلی مهم می‌باشد مثلاً: دانش آموزی که افت تحصیلی دارد در خط اول بررسی از آزمون‌های هوش استفاده می‌کنند. در واقع در افت تحصیلی آزمون‌های هوش خط اول قرار می‌گیرند. نکته: ما در زمان بررسی باید آسان‌ترین و ارزان‌ترین راه را انتخاب کنیم اما گاهی نیاز می‌باشد از آزمون‌ها استفاده گردد در واقع مشاوران و روانشناسان توصیه می‌کنند که اگر نتوانستیم بر اساس مشاهدات خودمان به تشخیص دقیقی برسیم باید از آزمون‌های لازم استفاده کنیم. در واقع ما باید به یک تشخیص برسیم که افرادی آنها رو به رو هستیم چه نوع تیپ شخصیتی دارند، چه ویژگی‌هایی دارند، بنابراین میتوانیم از آزمون‌ها استفاده کنیم.

آزمون‌ها دو دسته هستند: الف) عینی (ب) فرافکن

آزمونهای عینی: آن دسته از آزمون‌ها هستند که نمره‌گذاری مشخص دارند استفاده از آنها تقریباً برای همه آسان می‌باشد و طریقه نمره گذاری راحتی دارند. مثل آزمون ریون.

آزمونهای فرافکن: استفاده از این آزمون‌ها نیاز به تجربه و تخصص دارد یعنی کسی که از آزمون فرافکن استفاده می‌کند باید دوره‌های خاصی را گذرانده باشد و در این آزمون‌ها تبحر داشته باشد. آزمون‌های فرافکن مثل آزمون رورشاخ یا TAT و

گاهی وقتها مراجع می‌خواهد مشاوره رو دور بزند بنابراین ما می‌توانیم از آزمون‌های فرافکن استفاده کنیم. نکته مهم در استفاده از این است که نیاز به تخصص بالا دارد در غیر این صورت مشکلات مراجع چندین برابر خواهد شد.

درمان اختلال‌های روانی

جهت درمان اختلالات روانی روش های متعددی داریم ولی به طور کلی می توانیم به دو گروه اصلی تقسیم کنیم :

الف- رواندرمانی ب- درمان زیست شناختی

ما از چندین روش جهت روان درمانی استفاده می کنیم:

۱ - روانکاوی، ۲- رفتار درمانی، ۳- شناخت درمانی، ۴- گروه درمانی، ۵- خانواده درمانی، ۶-زوج درمانی، ۷- هیپنوتیزم درمانی

۱) روانکاوی: این رویکرد به مسائل دوران کودکی خصوصاً ۵ سال اول زندگی توجه ویژه دارد. در درمان از روشهای روش تداعی آزاد، هیپنوتیزم و... استفاده می شود تا بتوانیم به مشکلات بنیادی فرد پی ببریم و طرحواره های کودکی وی را بشناسیم طرحواره هایی که در زندگی فرد نقش اساسی داشته و رفتار وی را هدایت ، فکر و روان وی را سازمان داده و روی شناخت وی تاثیر دارند. بنابراین در درمان روانکاوی یا روان تحلیلی باید روی بینش فرد کار کنیم و فقط زمانی که فرد به بینش می رسد و خود را پیدا کند درمان واقعی صورت می گیرد.

✓ از دیگر روش های مورد استفاده در روانکاوی کاتارسیس یا برونریزی روانی می باشد.

✓ درمان روانکاوی یک درمان طولانی مدت می باشد اما در ایران دکتر باقری روش کوتاه مدت آن را ابداع کرده است.

۲) رفتار درمانی: رفتار درمانی یکی از شایع ترین و پرکاربردترین درمان هاست. مشاور در صورتی که با تکنیک های رفتار درمانی آشنا باشد، می تواند در درمان بسیاری از مشکلات اضطرابی و مشکلات رفتاری ... موفق باشد. مجموعه تکنیک هایی رفتار درمانی از جمله: غرقه سازی، اشباع، بیزاری درمانی، شرطی سازی کلاسیک، شرطی سازی کنشگر، تقویت مثبت و منفی، حساسیت زدایی، خاموشی، شکل دهی به فنون تغییر و اصلاح رفتار معرف هستند.

۳) شناخت درمانی: شناخت درمانگران معتقدند که رفتار درمانی پاسخگوی مشکلات روانی نیست و سر و کار آنها با شناخت و فکر می باشد، آنها اعتقاد به فکر و شناخت دارند و معتقدند که فکر فرد باید به شکل صحیح بازسازی شود.

۴) گروه درمانی: در گروه درمانی بیشتر افراد با مشکلات مشابه شرکت دارند. بنابراین گروه درمانی باعث می شود که افراد این حس رو داشته باشند که فقط من تنها نیستم و دیگرانی هستند که مشکل مشابهی دارند.

۵) خانواده درمانی: ما در زمان کار با دانش آموزان باید دیدگاه سیستمی داشته باشیم و به خانواده آنها توجه کنیم، چون بسیاری از مشکلات ریشه در خانواده دارند و خانواده است که فرد را درگیر آسیب می کند و بعدها فرد متقابلاً آسیب رو به خانواده برمی گرداند که این موجب ایجاد آشفتگی و نابسامانی در فرد و خانواده می شود.

۶) زوج درمانی: برای زمانی استفاده می شود که مشکل دانش آموز ناشی از پدر و مادر و رابطه پدر و مادر با وی می باشد.

۷) هیپنوتیزم درمانی: این روش یک روش قدیمی بوده که جدیداً "یک نگاه جدی تری به آن شده است. درمانگری که در زمینه هیپنوتیزم کار می کند باید دوره های تخصصی در این زمینه را گذرانده باشد تا از ورود آسیب به فرد جلوگیری کند و بتواند بعد از هیپنوتیزم فرد را به هوشیاری برگرداند.

ب) درمان زیست شناختی:

دارو درمانی، جراحی مغز و شوک درمانی عمده روشهای درمان زیست شناختی می باشند.

دارو درمانی زمانی بکار می رود که استفاده از خدمات روان درمانی برای ما میسر نباشد یا اختلال بسیار شدید باشد و روان درمانی نتواند آن را مهار کند، در اینصورت می توانیم مراجع را به روانپزشک ارجاع دهیم. فقط نکته مهم این می باشد که ما هیچ وقت اجازه نداریم حتی به مقدار بسیار کم دارو تجویز کنیم به عنوان مثال زمانیکه دانش آموزی اضطراب امتحان خیلی شدید دارد باید به روانپزشک ارجاع داده شود. در صورتی که دارو موثر واقع نشد از شوک درمانی یا در جراحی پزشکی استفاده می شود.

فصل سوم: اختلالات اضطرابی

اختلالات اضطرابی چند دسته هستند: ۱) اختلال وحشت زدگی، ۲) اختلال گذر هراسی، ۳) اختلال هراس یا فوبی خاص، ۴) هراس اجتماعی ۵) وسواس فکری عملی ۶) فشار روانی پس از آسیب ۷) فشار روانی حاد ۸) اختلال اضطراب فراگیر.

اختلال وحشتزدگی: در اختلال وحشت زدگی حالتی برای فرد پیش می آید که فرد احساس خفگی، تنگی نفس، لرزش، تپش قلب، و احساس مرگ قریب الوقوع دارد.

گذر هراسی (آگورا فوبیا): فرد از عبور کردن یا ماندن در محله های شلوغ، خیابان، مترو و... اجتناب می کند. به این دلیل که میترسد اگر علائم وحشت زدگی به سراغش آمد کسی نباشد که به او کمک کند و به کمک دسترسی نداشته باشد.

هراس یا فوبی: ترس شدید و غیرمنطقی از اشیا، موقعیتها یا جانوران. این اختلال در افراد جوان تر و کودکان شدیدتر از بزرگسالان است.

هراس اجتماعی: با علایمی چون کمرویی و ممانعت از حضور در اجتماعات سمینارها و کنفرانس دادن یا روبرو شدن با افراد مشخص می شود.

وسواس فکری - عملی: معمولاً ما از طریق آیت‌های متوجه وجود وسواس در فرد می‌شویم مثلاً: تردیدها، تکرارها ، احساس گناه ، نگرانی و... . متأسفانه وقتی می‌بینیم شخصی وسواس دارد سریع سراغ درمان‌ها و تکنیک‌های رفتاری می‌رویم در صورتی که اول باید دنبال درمان احساس گناه و اضطراب وی باشیم در غیر اینصورت هرکاری که انجام می‌دهیم عملی بیهوده است.

اختلال فشار روانی پس آسیبی PTSD: در این اختلال فرد تجربه یک اتفاق عینی خطرناک رو که سبب تهدید زندگی وی شده یا شاهد اتفاق عینی خطرناک بوده است. ماندگاری این اتفاق در ذهن فرد می‌تواند تا ۲۰ سال هم طول بکشد و ممکن است سبب افسردگی و اضطراب فرد شود. طول مدت بروز این علائم بیش از شش ماه می‌باشد.

- ✓ PTSD در کودکان بیشتر به دلیل تجاوز جنسی می‌باشد.
- ✓ در تجاوز جنسی اگر تجاوزگر از محارم و نزدیکان باشد، شدت آسیب روانی وارده بیشتر خواهد بود.
- ✓ هرچه فاصله عاطفی و نسبتی کمتر باشد شدت آسیب کمتر خواهد بود.
- ✓ هر قدر سن کودک در زمان آسیب کمتر باشد شدت تاثیر آسیب و ایجاد اختلال بیشتر خواهد شد.

فشار روانی حاد: این اختلال گذرا می‌باشد.

اختلال اضطراب فراگیر یا (GAD): نگرانی مشخصه اصلی این اختلال می‌باشد وقتی شخصی می‌گوید توی دلم حالت پروانه است یا می‌گویم کلاً حال خوب نیست نمی‌دانم چه شده اما همیشه نگران هستم. از علایم اختلال اضطراب منتشر می‌باشد. در واقع این اختلال در افراد با تیپ اضطرابی بیشتر اتفاق می‌افتد

- ❖ سبب شناسی و درمان اختلالات اضطرابی برای ما شاغلین مدارس بسیار مهم می‌باشد چون بسیاری از دانش‌آموزان با این مشکل روبرو هستند و ما باید تسلط داشته باشیم.
- ❖ اکثر اختلالات اضطرابی برای اینکه برچسب اختلال بگیرند باید حداقل ۶ ماه ادامه داشته باشند.

فصل چهارم: اختلالات جسمانی

کلیه گروه اختلالات جسمانی شکل منشأ و ریشه روانشناختی و عصبی دارد اما بروز و ظهور درد، مشکل، نابسامانی و معلولیت را در جسم مشاهده می‌شود که وجه مشترک این طبقه است. (در مدارس کمتر مواجه می‌شوید).

در این فصل ما با پنج دسته اختلال روبرو هستیم:

۱) اختلال جسمانی کردن، ۲) اختلال تبدیلی ۳) اختلال درد ۴) خود بیمار انگاری ۵) اختلال بدشکلی بدن

ششمین مبحث ما سبب شناسی و درمان اختلال‌های جسمانی شکل است.

فصل پنجم: اختلال جنسی

اختلالات جنسی به سه قسمت تقسیم می شود:

- (۱) کج کاری های جنسی که شامل تمایلات جنسی و ارضای آنها از طریق مسیر انحرافی می باشد
- (۲) ناهنجاری جنسی: مشکل در ارضای جنسی.
- (۳) اختلال هویت جنسی: در کودکان کمتر دیده می شود و در نوجوانان بیشتر شاهد هستیم.

فصل ششم: اختلال های خلقی:

به طور کلی اختلال خلقی به دو دسته تقسیم می شود: (۱) اختلال افسردگی (۲) اختلال دوقطبی

اختلال افسردگی: شامل چند گروه می شود:

- ۱ - افسردگی عمده: که به صورت خلق افسرده به مدت دو هفته و بسیار شدید.
 - ۲ - افسرده خویی: طبیعت افسرده به مدت دو سال.
 - ۳ - ملال پیش از قاعدگی: مخصوص زنان است.
 - ۴ - افسردگی فصلی
- ✓ در اختلال افسردگی Mood فرد به شدت کاهش پیدا می کند، انگیزه فرد نیز متقابلاً کاهش میابد.

@tadriss99

اختلال دوقطبی: شامل چند گروه می شود:

- ۱ - اختلال دوقطبی نوع یک (I): یک قطب افسردگی و یک قطب مانیا، تقریباً حالات مانیک یک هفته طول می کشد.
- ۲ - دوقطبی نوع دو (II): نوع خفیف تر از نوع اول، در واقع یک قطب افسردگی و یک قطب هایپومانیک.
- ۳ - اختلال ادواری خویی: در این اختلال خلق به طور متناوب و مداوم در حال تغییر از یک حالت به حالت دیگر می باشد ولی در این اختلال جنبه های سایکوز را نداریم.

مثال: وقتی دانش آموزی داریم که تمایلات جنسی متعدد و متنوعی دارد با خانوادش درگیر می شود خانواده اش میگویند که از دست کارهاش در امان نیستیم، خسته شدیم، با جنس مخالف مرتب چت می کند، کارهای ناجور می کند و ... در این صورت ما میتوانیم اختلال دوقطبی داشته باشیم و باید او را به روانپزشک یا مراکز تخصصی ارجاع دهیم.

فصل هفتم: اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روانپزشانه

در گذشته طبقه بندی قدیمی وجود داشت اختلالات رو به سه دسته تقسیم می کرد:

- ۱ - سایکوتیک (سایکوز یا روانپریشی): فرد فاقد بینش و بصیرت می باشد و نسبت به اختلال خود آگاهی ندارد .
- ۲ - نورووتیک (روان رنجور، نوروز): فرد به بیماری خود بینش و بصیرت دارد و میداند که مشکل دارد.
- ۳ - اختلالات شخصیت:

در تقسیم بندی جدید اختلالات سایکوتیک شامل چندین اختلال می باشد از جمله:

- ۱- نوع پارانوئید: اسکیزوفرنی + بدبینی. ۲- نوع آشفته. ۳- نوع کاتاتونیک.
- ۴- نوع نامتمایز. ۵- نوع باقیمانده ای. ۶- اسکیزوفرنی فرم
- ۷- اسکیزوافکتیو: اسکیزوفرنی + اختلال خلقی ۸- اختلال هذیانی
- ۹- اختلال روان پریشی کوتاه مدت: که می تواند بر اثر مصرف مواد یا داروی خاصی باشد. موقت و گذرا می باشد و فقط علائم مثبت رو شاهد هستیم ۱۰- اختلال های روان پریشی دیگر

✓ نکته اسکیزوفرنی در کودکان کم می باشد و اغلب شروع اسکیزوفرنی را در اواخر دوره نوجوانی یا اوایل جوانی شاهد هستیم

✓ اسکیزوفرنی اختلال سختی می باشد که درمان آن بسیار دشوار هست.

✓ جنبه ژنتیکی در این اختلال موثر می باشد بنابراین در مشاوره پیش از ازدواج ما به عنوان یک مشاور باید زوجین را درست ارزیابی کنیم که مبادا طرف دچار اسکیزوفرنی باشد چون عواقب بسیار سنگینی برای زندگی خانوادگی و ازدواج و تولد فرزندان خواهد داشت.

✓ مهمترین فاکتورهای تشخیصی اختلال های سایکوتیک:

- ۱ - توهم: یعنی دیدن، شنیدن یا لمس کردن چیزی که وجود ندارد
 - ۲ - هذیان: باور غیر منطقی که فرد به آن اعتقاد راسخ دارد.
 - ۳ - تخت شدگی عاطفی: در ارتباط با محیط و اطرافیان و اتفاقات.
- ❖ در اختلال های سایکوتیک فرد فاقد بینش می باشد.

فصل هشتم: اختلالات شخصیت

۱۰ نوع اختلال شخصیت داریم، در اختلال شخصیت بنیادها و رگه های شخصیت دچار مشکل شده و به این صورت هست که درمان اختلال شخصیت تا زمان رسیدن فرد بینش باید ادامه داشته باشد و گرنه درمانی صورت نمی گیرد. این درمان زمان بر می باشد. اکثر افرادی که دچار اختلال شخصیت می شوند خودشان برای درمان مراجعه نمی کنند بلکه توسط اعضای خانواده مراجعه می کند، بنابراین یک مشاور باید ابتدا بتواند یک رابطه حسنه و قوی با مراجعه برقرار کند بعد در مان را شروع کند.

تقسیم بندی اختلالات شخصیت :

- ۱ - اختلال شخصیت پارانوئید: که مشخصه اصلی این بدبینی.
- ۲ - اختلال شخصیت اسکیزوئید: که مشخصه اصلی آن گوشه گیری و انزوا می باشد.
- ۳ - اختلال شخصیت اسکیزوتایپال: مشخصه اصلی این خرافاتی بودن شدید است.
- ۴ - اختلال شخصیت ضد اجتماعی مشخصه های اصلی آن انجام کارهای خلاف، قاچاق، کارهای آسیب رسان به جامعه می باشد.
- ۵ - اختلال شخصیت مرزی: مرز بین جنون و روانرنجوری می باشد، با یہ ذره لغزش شبیه به سایکوز می شود. در این اختلال عاطفه، هیجان، روابط، عزت نفس به شدت مختل می شود.
- ۶ - اختلال شخصیت خود شیفته: هم دیگران و هم جامعه و دوستان باید در خدمتش باشد و خود را برتر از بقیه می داند.
- ۷ - اختلال شخصیت اجتنابی: به دلیل ترس از طرد شدن از ایجاد ارتباط اجتناب می کند.
- ۸ - اختلال شخصیت وابسته: ای افراد به دیگران متکی می باشند و برای انجام کارهایش به دلیل اینکه می ترسد اشتباه کند برای انجام هر کار و تصمیم نیاز دارد کسی باشد که به او تکیه کند و از قبول مسئولیت اجتناب می کند.
- ۹ - اختلال شخصیت نمایشی: تمایل به نمایش بیمارگونه خود دارد.
- ۱۰ - اختلال شخصیت وسواسی اجباری: با اختلال وسواسی - جبری فرق دارد. ویژگی اصلی اختلال این نظم و ترتیب زیاد، تمیزی و ترتیب، رفتار خشک و غیر منعطف می باشد.

فصل نهم: اختلال های دوره شیرخوارگی و کودکی و نوجوانی

۱) عقب ماندگی ذهنی (۲) اختلال یادگیری (۳) اختلال مهارت های حرکتی (۴) اختلال ارتباطی (۵) اختلال فراگیر رشد (۶) اختلال های کاستی توجه و رفتار هایی ایدایی (۷) اختلال خوردن (۸) تیک ها (۹) اختلال های دفع (۱۰) اختلال کنترل تکانه (۱۱) سایر اختلال های دوره کودکی (مثل اضطراب جدایی و لالی انتخابی و ...). (۱۲) سایر مشکلات دوران کودکی که ممکن است مورد توجه بالینی باشند (مثل کودک آزاری، غفلت از کودکان و شیوه های فرزند پروری).

فصل دهم: اختلال های عصبی شناختی

- ۱ - دیلیریوم ۲- زوال عقل. ۳- اختلال های یادگیری یا زودگی ۴- اختلال های شناختی
- ❖ فصل دهم نیاز به تمرکز زیادی ندارد زیرا اغلب خاص بزرگسالان می باشد.

فصل یازدهم: اختلال های مرتبط با مواد

- ۱) اختلال مرتبط با الکل
- ۲) اختلال مرتبط با نیکوتین

۳) اختلال های مرتبط با سایر مواد روانگردان: چون نوجوانان بیشتر درگیر این طبقه هستند نیاز به سبب شناسی و درمان دارد که مشاور عمدتاً از درمان های روانشناختی فردی و گروهی استفاده می کند. برای درمان و در صورت نیاز به درمان دارویی به پزشک یا روان پزشک ارجاع می دهیم.

فصل دوازدهم: اختلال خوردن:

(۱) بی اشتهایی عصبی (۲) پرخوری عصبی -سبب شناسی و درمان اختلال خوردن می باشد

سیده فضیله البوشوکه

جلسه دوم

تعریف اختلال روانی

اختلال روانی مجموعه ای از نشانگان می باشد که ویژگی اصلی آن عبارتند از: مختل شدن شناخت (مهمترین مولفه) ، مختل شدن کنترل هیجان یا مختل شدن کنترل رفتار به صورتی که از لحاظ بالینی معنادار باشد و نابسامانی فرایندهای روانشناختی، بیولوژیکی یا رشدی را که در پشت پرده عملکرد ذهنی قرار دارند منعکس کند. و معمولاً با رنج و معلولیت قابل ملاحظه در فعالیتهای اجتماعی شغلی یا سایر فعالیتهای مهم می باشد.

مختل شدن شناخت: اولین و مهمترین آیتم در زمان بروز اختلال که با آن مواجه می شویم مختل شدن شناخت است و افرادی که دچار اختلال می شوند نمی توانند مثل یک فرد عادی فکر کنند.

مختل شدن کنترل هیجان: از یک فردی که دچار اختلال روانشناختی می باشد نباید انتظار داشته باشیم وقتی از کنارش رد بشویم بتواند هیجان خشم اش رو کنترل کند و ممکن است فرد به ما صدمه بزند.

نکته: مختل شدن شناخت، هیجان و رفتار باید از لحاظ بالینی تفاوت معناداری رو برای فرد نسبت به افراد سالم جامعه ایجاد کند. و فرد حداقل دو انحراف معیار از افراد سالم هم سن و سال خودش باید تفاوت داشته باشد.

چند واژه مهم در تعریف اختلال روانی که باید به آنها تمرکز کنیم عبارتند از:

۱ - تفاوت معنا دار (انحراف معنادار از هنجار): یعنی فرد نسبت به هم سن و سالانش دو انحراف تفاوت داشته باشیم.

۲ - ایجاد رنج شخصی و فردی: اما یادمان باشد نمی توانیم تنها بر رنج به عنوان یک آیتم کامل، اکتفا کنیم چرا که در اختلال شخصیت، فرد فاقد رنج می باشد بنابراین رنج می تواند در کنار سایر فاکتورهای دیگر نشان از اختلال باشد. افرادی که دچار اختلال سایکوتیک هستند فاقد بینش می باشند و دچار رنج نمی شوند.

- ۳ - معلولیت: منظور از معلولیت این نیست که فرد قسمتی از بدنش را از دست داده باشد یا از کار افتاده باشد بلکه به این معنا است که فرد نمی تواند به خوبی انجام وظیفه کند و نسبت به افراد سالم در سازگاری با موقعیت ها دچار مشکل می باشد که طبق جدول سازگاری در DSM باید به برای او نمره ای را لحاظ نماییم.
- ❖ نمرات موجود در جدول سازگاری بین صفر تا صد می باشد اکتساب نمره ۵۰ یا تقریباً ۵۰ درصد نمره برای فرد میتوانیم بگوییم که می تواند فقط زندگی کند.
 - ❖ برای اینکه فرد بتواند در سطح نرمال باشد باید نمره بالای ۷۵ باشد.
 - ❖ هر چقدر از ۵۰ کمتر بشویم نشان دهنده این است که زندگی شخص بیشتر مختل شده و اختلال و معلولیت شدید تر می باشد.
 - ❖ در همه اختلال های روانی ذکر شده که ما زمانی مجموع نشانگان را اختلال قلمداد می کنیم که رنج یا معلولیت قابل مشاهده ای در تمام فعالیت های مهم مشخص دیده بشود این فعالیت های مهم می توان روابط اجتماعی، فعالیت های اجتماعی، شغلی و وظایف محوله باشد.
 - ❖ همانطور که قبلاً بیان شد ما باید یک دیدگاه سلامت محور داشته باشیم ولی تو غربالگری به نکات کوچک هم توجه کنیم که بتوانیم فردی را وارد این محور بکنیم و در یک محور بگنجانیم.

رویکردهای مختلف به اختلالات روانی

رویکردهای علمی به دو دسته تقسیم می شوند: (۱) رویکرد پزشکی (۲) رویکرد روانشناختی.

اگر بخواهیم از نظر تاریخی حساب کنیم اولین دیدگاه نسبت به اختلالات روانشناختی یا روانی دیدگاه خرافی بود که فکر می کردند شیطان به درون انسان نفوذ کرده و جسم و روان انسان شیطانی شده و جهت رسیدن فرد به سلامت روانی او را می سوزاندند یا جمجمه اش را سوراخ می کردند یا اینکه آن را به درخت می بستند به صورت بسیار شدید کتک می زدند و اعتقاد داشتند این کارها سبب خروج شیطان از جسم اون می شود کلیه اقداماتی که در این مدت صورت می گرفت کاملاً ضد انسانی بود.

رویکرد پزشکی: این رویکرد با مطالعات بقراط شروع شد. بقراط اعتقاد داشت که انسان چهار طبع در وجود خودش دارد که متناسب با طبع غالب رفتار فرد تغییر می کند. چهار طبعی که بقراط مطرح کرد:

(۱) دموی: افراد خونگرم و اجتماعی، (۲) صفاوی: افراد عصبی و خشک، (۳) سوداوی: افرادی هستند که خلق پایین افسردگی و مالیخولیا دارند. (۴) بلغمی افرادی که سست و شل هستند.

- ❖ رویکرد پزشکی با دیدگاه بقراط و عدم تعادل و توازن در چهار ماده موجود در ارگانسیم مطرح شد بقراط معتقد بود زمانی که تعادل ۴ ماده در مغز به هم می ریزد انسان طبیعت بیمارگون پیدا می کند.
- ❖ خوشبختانه این دیدگاه به را سبب شد که به بیماران روانی با یک دیدگاه خوش بینانه تری رفتار شود و جهت درمان آنها از اقدامات خوبی مثل بستری کردن و دارو درمانی استفاده گردد.

❖ دیدگاه پزشکی سبب شد که جهت درمان اختلالات به دارو درمانی، جراحی مغز و استفاده از شوک درمانی روی بیاروند.

❖ ما به عنوان مشاور نباید دیدگاه پزشکی را نادیده بگیریم همچنین نباید روی این رویکرد تمرکز کنیم بلکه باید به رویکرد روانشناختی که تخصص ماست متمرکز باشیم ولی در صورت نیاز باید بیمارانی را که مسیر درمانی اصلی آنها روانپزشکی باشد به روانپزشک ارجاع دهیم.

رویکرد روانشناختی: این رویکرد بیان کرد که رویکرد پزشکی، زیستی یا فیزیولوژیک در جهت درمان اختلالات اختلالات روانشناختی کفایت نمی کند و بیمار روانی فقط جنبه جسمی ندارد بلکه روان هم درگیر این در اختلال می باشد. مثلاً فردی که در دوران مختلف زندگی مشکلاتی را تجربه کرده باشد، این مشکلات باعث می شود مسائل فیزیولوژیکی یک فرد پررنگ تر و بولد تر باشد. مثال اسکیزوفرنی: علاوه بر اینکه اسکیزوفرنی محصول وراثت و ژنتیک است ولی روش های فرزندپروری و محیط در ایجاد و تداوم این بیماری تاثیرگذار هستند.

❖ در رویکرد روان شناختی دیدگاه ما تک بعدی و تونلی نیست و مشاور باید به همه نشانه ها و علائمی که در ایجاد، تداوم یا تشدید اختلال دخیل باشند توجه نماید.

رویکرد های روان شناختی از بعد تاریخی به ترتیب زیر هستند:

۱) روان تحلیل گری. ۲) رفتاری. ۳) درمان شناختی ۴) درمان انسان گرایانه

روان تحلیلگری (سایکودینامیک): با کارهای فروید شروع گردید و بنیان ایجاد اختلال را در دوره کودکی می داند، دوره کودکی در این دیدگاه از اهمیت ویژه ای برخوردار می باشد یعنی اگر رویکرد روان تحلیلگری را استفاده می کنیم باید به تاریخچه کودکی فرد مراجعه کننده توجه نماییم.

نکته: ما به عنوان مشاور باید دیدگاه تلفیقی داشته باشیم.

در دیدگاه روان تحلیل گری اعتقاد و این می باشد که بسیاری از مشکلات نشأت گرفته از دوران کودکی می باشد مشکلات و جدایی های دوره کودکی آثار جبران ناپذیری بر روی روح و روان فرد خواهد گذاشت.

تقسیم بندی سطوح شخصیت در نظریه فروید:

۱) سطح نا هوشیار: $\frac{9}{10}$ ذهن ما نا هوشیار می باشد، همه رویدادها و خاطرات چه خوب و چه بد، همه آرزوها و امیال سرکوب شده ما در این سطح قرار می گیرند. و تقریباً غیر قابل دسترسی می باشد. این سطح سرشار از عقده ها می باشد بنابراین باید به این سطح توجه ویژه ای داشته باشیم.

۲) سطح نیمه هوشیار: اطلاعات آن با کمی فکر کردن به سطح هوشیاری می آید مثلاً اگر از کسی پرسیم دیروز به کجا رفتی یا دیروز چه کاری انجام دادی.

۳) سطح هوشیار : اطلاعات در سطح آگاهی می باشد که به راحتی در ذهن ما قرار دارد مثل اسم ما.

تقسیم بندی دیگری انجام داده در خصوص ساختار شخصیت فروید اعتقاد داشت که شخصیت از سه قسمت تشکیل شده است: ۱) نهاد یا اید یا بن ۲) من یا ایگو یا خود ۳) سوپر ایگو یا فراخود

نهاد: بن، اید یا نهاد بر اساس اصل لذت عمل می کند و اکثر کارهای شخص رو که مبنای لذت و کسب لذت می باشند.

من: ایگو یا خود با بزرگ شدن کودک در برخورد با محیط از نهاد جدا می شود بر اساس اصل واقعیت عمل می کند یعنی وقتی رفتار فرد با رئیس خود مودبانه و محترمانه باشد اینجا خود یا «من» بر روی رفتار مسلط می باشد. اما هنگامی که فرد دچار اختلال روانی می شود «من» نمی تواند کار خودش رو درست انجام دهد بنابراین به صورت بی محابا رفتار می کند و ممکن است رفتارهای لجام گسیخته از خودش نشون دهد مثلاً فحش دادن، ناسزاگویی و مشکلات کنترل تکانه.

❖ بچه های ADHD یا همان بچه های بیش فعال را جهت مثال می اوریم: «من» در این کودکان بسیار ضعیف می باشد که باعث می شود رفتار تکانه ای انجام دهند که این رفتار ها سبب ایجاد مشکل برای این بچه ها خواهد شد.

❖ وقتی فرد با واقعیت هایی روبرو می شود که باعث درد و رنج «من» می شود «من» از مکانیسم های دفاعی استفاده می کند در واقع همه افراد از این مکانیسم ها استفاده می کنند. اما زمانی بیمارگونه حساب می شود که از یک مکانیسم دفاعی به شدت و به تعداد دفعات متعدد استفاده شود مثلاً مکانیسم سرکوبی و واپسرانی این مکانیزم خیلی وقت ها به ما کمک می کند مخصوصاً زمانی که ما حالمان بد باشد و مجبور باشیم قسمت عاطفی و منفی از این اتفاق را از سطح هوشیاری به ناهوشیار برانیم و گر نه درد و رنج ما را اذیت می کرد. خوب اگر بخواهیم برای هر اتفاقی که ناخوشایند است از مکانیسم واپسرانی یا سرکوبی استفاده کنیم به جای اینکه با مشکل روبرو شویم از مشکلات می گریزیم در صورتیکه باید ما در بعضی مواقع یک رفتار جرات مندانه یا رفتار مقابل های مناسبی را برای آن مشکل در نظر داشته باشیم.

❖ استفاده از مکانیسم ها به اندازه کم و در جای خودشان و متناسب با موقعیت مشکلی را برای ما ایجاد نمی کند، بلکه کمک می کند که سطح اضطراب ما کمتر، «من» ما قوی تر و اینکه ما بتوانیم واقعیت های محیطی را بپذیریم و ساده تر نسبت به آنها نگاه کنیم و با موقعیت سازگارتر شویم. یک نمونه مکانیسم جابجایی: وقتی با کسی مشکل پیدا می کنیم مثلاً از رئیس یا همسر خود عصبانی می شویم به جای صحبت با همسر یا رئیسی که ما را عصبانی کرده ما عصبانیت ما را روی فرد دیگری یا موقعیت دیگر منتقل می کنید مثلاً قاشق رو محکم به بشقاب می کوبید یا اینکه سر فرزندمان داد می زنیم.

❖ در واقع «من» سبب سازگاری فرد با جامعه می شود از مکانیزم های دفاعی استفاده می کند.

سوپرایگو: سومین بخش از ساختار شخصیت است معروف به فرامن است با بزرگ شدن فرد به وجود می آید. دو جنبه از سوپرایگو وجود دارد: (۱) وجدان اخلاقی (۲) کارهای ارزشی .

وجدان اخلاقی: شامل نبایدها ست، یعنی کارهای اشتباهی که فرد نباید انجام دهد یعنی نشان میدهد که ما چه چیزی یا چه کارهایی را نباید انجام دهیم.

کارهای ارزشی یا من آرمانی: باید ها را نشان میدهد کارهایی که درست است و باید ما انجام بدهیم این کارهای درست اغلب توسط افراد مهم و والدین به ما آموزش داده می شود.

❖ فرامن ارزش ها، اخلاقیات یا چیزی که فراتر از من و واقعیت باشد را در بر می گیرد فرامن از طریق همسان سازی یا همانند سازی با والدین و اشخاص مهم زندگی فرد به وجود می آید.

❖ سوپرایگو تعارض هایی را با من و نهاد به وجود می آورد و «من» به عنوان میانجی بین نهاد و سوپر ایگو عمل می کند.

❖ تعادل در بین هر سه ساختار سبب سلامت روانی می باشد که اگر تعادل به وجود نیآوریم دچار اختلال خواهیم شد.

دیدگاه روان پویشی یا روان تحلیلی به تنهایی نتوانست جوابگوی درمان اختلالات باشد و نتوانست در تبیین اختلالات به طور کلی موفق باشد. بنابراین دیدگاه دومی به وجود آمد به نام رویکرد رفتاری.

رویکرد رفتاری: تمرکز این رویکرد به محیط یادگیری و الگوهای رفتاری و تکنیک های یادگیری بوده است که این باعث تفاوت کامل این دیدگاه با روان تحلیل گری شد. در واقع رویکرد رفتاری روی یکسری تکنیک ها تاکید دارد تکنیک هایی که در کاهش اضطراب ها و استرس ها می تواند بسیار کمک کننده باشد. رویکرد رفتاری اعتقاد دارد بسیاری از فوبی ها، اضطراب فراگیر و اضطراب های کلی انسان ها نشات گرفته از شرطی شدن ها می باشد.

شرطی شدن کلاسیک: بر اساس تحقیق پاولف می باشد. منشاء بسیاری از اضطراب ها و احساس های انسان ها می باشد.

شرطی شدن عامل یا کنشگر: شرطی شدن کنشگر بر اثر تقویت رفتار شکل می گیرد یعنی ما پس از انجام یک عمل اگر رفتارمان تقویت شد سبب تکرار این رفتار خواهد شد اگر تنبیه شدیم سبب کاهش رفتار.

یادگیری اجتماعی: یکی از تکنیک های رفتاری می باشد و اعتقاد دارد ما از طریق مشاهده رفتار دیگران یاد می گیریم ما از افرادی که دوستشون داریم تقلید می کنیم و خیلی از رفتارها را از طریق مشاهده و تقلید یاد می گیریم. در واقع در یادگیری اجتماعی باید رفتاری که مشاهده می کنیم انگیزاننده ما باشد و در ما انگیزه کافی جهت تقلید کردن رو ایجاد می کند.

❖ در رویکرد رفتاری تکنیک‌های وجود دارد با نام تکنیک‌های تغییر و اصلاح رفتار که در فصل قبل هم بحث شده این تکنیک‌ها می‌تواند سبب ایجاد ، شکل دهی به یک رفتار ، کاهش یا حذف یک رفتار یا اختلال بشود. انواع این تکنیک ها شامل: خاموشی، تقویت مثبت، تقویت منفی، تنبیه ،شکل دهی و ... می باشد

دیدگاه شناختی: دیدگاه مبتنی بر تفکر و نحوه پردازش که مولفه های مهم این رویکرد دوتا هستند:

(۱) رویداد: اتفاقی که افتاده.

(۲) نحوه پردازش: یعنی برداشت ما از آن رویداد که سبب یکسری واکنش ها و پیامدها می شود که احساسی ، هیجانی و رفتاری خواهند بود. ممکن است یک رویداد واحد برای دو نفر دو تفکر، دو هیجان و دو رفتار متفاوت را فراخواند مثلاً خندیدن یک شخص به صورت ما می تواند دو بازخورد از ما داشته باشد (۱) اینکه ما آن لبخند یا آن خنده را راهی برای ارتباط در نظر بگیریم. (۲) اینکه او را به منزله تمسخر خودمون در نظر بگیریم. در واقع در رویکرد شناختی اعتقاد بر این است که تفسیر ما از این واقعیت است که باعث می شود ما رفتار یا هیجان متفاوتی داشته باشیم.

دو تن از درمانگر های معروف درمان شناختی : (۱) آرون بک (۲) آلبرت ایس

رویکرد انسان گرایی: رویکردی که تاکید ویژه‌ای بر آن در جهت امر مشاوره شده است. و همه مشاورین عمده توجه خودشان را باید معطوف به رویکرد انسان گرایی کنند.

❖ در این دیدگاه اعتقاد هست که افرادی که دچار اختلال رنج روانی یا مشکل شدند در واقع انسان هستند و باید اول مشاور آنها را بشوند و درک کند سپس روی عزت نفس و اعتماد به نفس آنها کار کند و راه را به آنها نشان دهد که آنها انتخاب گر باشند.

❖ این دیدگاه یک رویکرد مثبت و مناسب جهت رشد و حرکت به سمت جلو خواهد بود یعنی فرد در مورد انتخاب هایش از خود سوال می کند، نسبت به خودش به شناخت می رسد و بعد انتخابگر خواهد شد.

❖ در این دیدگاه نقش اساسی با مراجع می باشد و مشاور فقط تسهیلگر ، همراه و کمک کننده خواهد بود.

❖ مشاور از نظر اخلاقی نباید مراجع را به خودش وابسته کند.

❖ هدف نهایی مشاور تبدیل مراجع به یک تصمیم گیرنده فعال می باشد

❖ در واقع مهمترین و نهایی ترین هدف و کار مشاور در دیدگاه انسان گرایانه تبدیل مراجعه به یک تصمیم گیرنده فعال خواهد بود.

ابزارهای تشخیص اختلالات روانشناختی

ابزارهای تشخیص به چهار دسته تقسیم می شوند: (۱) مصاحبه (۲) آزمون روانشناختی (۳) آزمون نورولوژیک (۴) مشاهده .

۱) **مصاحبه** : مصاحبه چندشکل می باشد: الف) ساختار یافته ب) بدون ساختار ج) مدل نیمه ساختاریافته. بهتر است مشاور از مدل نیمه ساختاریافته استفاده کند چرا که مصاحبه های ساختار یافته به گونه ای هستند که باعث می شوند خیلی از اطلاعاتی که مورد نیاز ما می باشد را از دست بدهیم

- ❖ نباید هنگام مصاحبه بالینی سوالات بسیار ریزی بپرسیم زیرا مصاحبه جنبه بازجویی به خود می گیرد.
- ❖ باید سوالات پرسیده شود که کلیدی و مهم هستند و ما را به اطلاعاتی مفید می رساند. پرسیدن سوالات کلیدی باعث میشود که بتوانیم اطلاعات مفیدی را از صحبت های مراجع استخراج کنیم.

اهداف مصاحبه (۱): ایجاد رابطه درمانی (۲) رسیدن به یک تشخیص مناسب.

- ❖ تا نتوانیم با مراجع رابطه خوبی برقرار کنیم از رسیدن به یک تشخیص صحیح ناتوان خواهیم بود. ایجاد رابطه خصوصاً با مراجعین نوجوان بسیار مهمی باشد زیرا آنها احتمالاً به ما یک نگاه اداری دارند و تا زمانی که رابطه درمانی اتفاق نیافتد و مراجع اعتماد نکند نمی توانیم انتظار همکاری را از مراجع داشته باشیم و مشاور نمی تواند یک رابطه یاورانه را به وجود بیاورد.

- ❖ حدود رابطه و رازداری را باید برای مراجع بیان کنیم یعنی دو صورت می تواند رازداری را لغو کند: مشاور الف) فقط زمانی که مراجع قصد آسیب رساندن به خود یا دیگری را داشته باشد. ب) مراجع قضایی جهت تکمیل پرونده قضایی در خواست کرده باشند. در غیر این صورت هر گونه اطلاعاتی را که بخواهیم به والدین یا پزشک دیگه ارائه نماییم فقط و فقط با رضایت خود شخص خواهد بود.

راجرز به عنوان یک مشاور بر روی یک رابطه حسنه و پذیرش غیر مشروط تاکید دارد. رابطه ای که مشاور به مراجع دارد باید به گونه ای باشد نشان دهد که من تو را با تمامی شرایط به عنوان یک فرد منحصر به فرد می پذیرم و تمام تلاشم را برای کمک به شما انجام می دهم.

علل سکوت مراجع: (۱) مراجع خسته است. (۲) مقاومت مراجع. (۳) مراجع قصد خسته کردن مشاور را دارد. (۴) دردناک بودن موضوع مورد بحث.

۲) **آزمون ها روانشناختی:** مشاور اگر جهت اجرای آزمون تسلط کافی ندارد نباید آزمون را انجام دهد و لازم هست جهت انجام این آزمون مراجع را به مراکز مشاوره تخصصی ارجاع دهد. چون هزینه های سنجش و ارزشیابی روانشناختی یک مقدار بالا می باشد مشاور باید سعی کند ابتدا از طریق مصاحبه به مشکل مراجع پی ببرد در غیر اینصورت وی را ارجاع دهد.

۳) **آزمون های نورولوژیکی:** شامل ابزارهای فیزیولوژیک مثل ام آر آی، سونوگرافی، بررسی ترشح غدد بدن، بررسی ترشح آنزیم های بدن و هر ابزاری است که جهت بررسی سلامت جسم و مغز مورد استفاده قرار می گیرد. گاهی

آزمونهای نورولوژیکی مداد-کاغذی هستند مثل آزمون بندر گشتالت که برای اجرای این آزمون نیاز به یک تخصص دارد تا بتوانیم به این آسیب پی ببریم.

۴) **مشاهده:** مشاهده زمانی ارزشمند است که به صورت علمی و منظم صورت بگیرد مثلاً: آزمودنی در مدرسه خشونت دارد مشاهده گر باید بررسی کنید که آیا همه جا اینطور هست یا فقط در موقعیت‌های خاصی آن رفتار را انجام می دهد.

- ❖ مشاهده روانشناس باید یک مشاهده نظام مند و سیستماتیک باشد یعنی در زمان‌های مختلف و در مکان‌های مختلف صورت بگیرد همینطور فرد مشاهده شونده و نباید متوجه شود که مورد مشاهده قرار گرفته است.
- ❖ برای اینکه در مشاهده سوگیری و نظر شخصی مشاهده کننده دخالت نکند و مشاهده صورت گرفته تحت نظر شخصی قرار نگیرد باید از چندین مشاهده گر در موقعیت‌های مختلف استفاده شود و نتایج تمام مشاهدات را روی هم قرار بدیم و بعد از طریق یکسان سازی آنها، برای مشاهده اعتبار ایجاد کنیم.

سیده فضیله البوشوکه

جلسه سوم

اختلال‌های اضطرابی

اختلال وحشتزدگی (پانیک): اولین اختلالی که مدنظرمان هست اختلال وحشت زدگی یا پانیک می باشد: این اختلال در جامعه شیوع بالایی دارد.

A: ترس شدید یا ناراحتی شدید و ناگهانی که در عرض چند دقیقه به اوج خود می رسد و در طی آن ۴ مورد یا بیشتر از نشانه‌های زیر بروز می کند: تپش سریع و نامنظم قلب، احساس سرگیجه، احساس سرد یا گرم شدن بدن، عرق کردن، احساس بی حس شدن بدن، احساس گسست از خود، لرزیدن، احساس خفگی، احساس درد در قفسه سینه، تهوع، احساس از دست دادن کنترل، ترس از مردن یا دیوانه شدن.

B: بعد از حداقل یکی از حملات وحشت زدگی فرد به مدت یک ماه یا بیشتر یکی از موارد زیر یا هر دو را تجربه کرده است:

۱) نگرانی مکرر درباره روی دادن این حملات همراه با پیامدهای آن. مثلاً: حملات شاید نشانه‌های مهمی در ذهن فرد ایجاد نکند، اما پیامدهای آنها وی را نگران می کند و فرد فکر می کند نکند منجر به مرگ، دیوانگی، حمله قلبی و یا از حال رفتن وی شوند.

۲) تغییرات رفتاری ناشی از نگرانی. مثلاً بدون کسی از منزل خارج نمی شود کلاس ورزش رو کنسل می کند، مسافرت رو کنسل می کند، از ترس در فضای شلوغ نمی رود.

- ❖ آیتم مهم در جهت برآورد اختلال پانیک: این مسئله سبب ایجاد معضل اساسی می گردد که این معضل تمامی شرایط اجتماعی و شغلی مراجع را به هم می ریزد.

❖ این نشانه ها نباید به دلیل مصرف مواد یا داروهای پزشکی به وجود آمده باشند. که معمولاً اگر به دلیل مصرف مواد بوده تاثیر آنها کوتاه مدت خواهد بود.

❖ پانیک معمولاً به موقعیت یا زمان خاصی مربوط نمی شود و ناگهانی هست.

❖ نکته: یکی از آیتم بسیار مهم در تشخیص اکثر اختلالات این می باشد که نشانه ها توسط اختلال های دیگری قابل توجیه نباشد. مثلاً ممکن است نشانه های پانیک در کودکی که دچار اضطراب جدایی می باشد بروز کند. در این صورت تشخیص اولیه پانیک نخواهد بود بلکه اختلال اضطراب جدایی می باشد.

درمان اختلال وحشت زدگی: (۱) دارو درمانی (۲) مواجهه درمانی (۳) درمان شناختی رفتاری.

❖ در صورتی که اختلال پانیک بسیار شدید باشد از دارو درمانی استفاده می شود داروهای مورد استفاده داروهای افسردگی و ضد اضطراب می باشند.

❖ درمان دارویی به تنهایی کافی نیست و فرد باید با علایم و ترس خودش مواجه شود

❖ باید به مراجعه یا فرد آموزش دهیم که این علائم می تواند در اثر کاهش رسیدن اکسیژن به مغز می باشد. مثلاً در زمانی که بادکنک باد می کنیم این اتفاق می افتد که اکسیژن کمتری به مغز می رسد بنابراین احساس سرگیجه، تنگی نفس و تپش قلب را به وجود می آورد. بنابراین می توانیم به فرد یاد بدیم که خودش می تواند این علایم را به وجود بیاورد و این علائم رو کنترل کند. وقتی که ما مراجع را متوجه می کنیم که خودش می تواند این نشانه ها را در بدنش به وجود بیاورد سپس به او آموزش می دهیم که می تواند این علایم را از طریق فنون تنفس عمیق (شکمی)، تن آرامی و ریلکسیشن کنترل نماید. یعنی به مراجع یاد می دهیم، زمانی که چنین حالت هایی را تجربه می کند چون مبنای پزشکی ندارند می تواند از این قانون استفاده کند، خودش رو به حالت عادی برگرداند و این حالت ها خطرناک نخواهد بود.

❖ در واقع حمله پانیک به این خاطر صورت می گیرد که نور آدرنالین در بدن بیش از حد ترشح می شود در این زمان ساختار شناخت فرد فعال می گردد یعنی اینکه طرف ابتدا با احساس حالت های بدنی کم به سراغ افکار منفی می رود. و این خود سبب فعال شدن مدار مغزی ترس و ترشح هورمونها می گردد که این هورمونها سبب افزایش نور آدرنالین در بدن می شود. یعنی هم شناخت و هم جسم درگیر می باشد و این روند دو سوی است.

❖ رفتارگراها معتقدند که علت ایجاد وحشت زدگی ترس از ترسیدن می باشد. یعنی طرف با دیدن علائم کم شروع به ترسیدن می کند این شروع به ترسیدن سبب ترشح یکسری هورمونها شده و سبب تجدید علائم می شود که متأسفانه منجر به ایجاد اختلال پانیک می گردد یعنی فرد خودش رو دستی دستی بیمار می کند.

❖ پانیک یک ترس شرطی شده خواهد بود.

❖ تحقیقات ثابت کرده اند که افرادی که دچار پانیک می شوند یک حساسیت مثبت نسبت به اضطراب دارند. این حساسیت به اضطراب در افراد معمولی وجود ندارد و واکنش افراد پانیک شدیدتر از افراد معمولی نسبت به اضطراب می باشد. مثال از علایم پانیک: افراد پانیک شکایتهای متفاوتی دارند: یکی می گوید وقتی اکسیژن به

اندازه کافی به بدن من نرسد احساس خفگی می کند. مثال دیگر این می باشد که مثلا فرد می گوید وقتی قلبم شروع می کند به تند زدن می ترسم . مورد دیگری می گوید: وقتی که نمیتوانم چیزی رو قورت بدم میترسم. افراد ممکن احساس خفگی، احساس تپش قلب، احساس ضعف کنند که برایشان نگران کننده باشد.

❖ درمان دیگر درمان شناختی رفتاری می باشد یعنی اینکه ما باید روی افکار و احساسات و رفتارش کار کنیم.

❖ کاری که در شناخت درمانی صورت می گیرد بازسازی تفکر مراجع کننده خواهد بود یعنی استفاده از فنون CBT .

❖ در صورتیکه علائم مراجع شدید هستند و ما از پس درمان علائم بر نمی آییم باید مراجع را به متخصص بیماری ارجاع دهیم.

❖ ما باید به مراجع این رو آموزش بدیم که این نشانه های جسمی و فیزیکی بیشتر جنبه روانشناختی دارند و به دلیل مشکل روانشناختی یا به دلایل روانشناختی ایجاد شدند یعنی نشانه ها فقط و فقط جنبه روانشناختی دارند و کمک کنیم که تنفسش رو تنظیم کند. تمرینات می تواند از این جهت کمک کننده باشد که ما به عنوان درمانگر در کنارشان هستیم و توانستند در کنار ما علائم را کنترل کنند.

❖ در واقع در اختلال پانیک بعد از اینکه تکنیکهای لازم را به مراجعه آموزش دادیم باید از وی بخواهیم که برای یک مدت فردی را کنار خودش داشته باشد تا بتواند روی آن علائم غلبه کند. مثلا در مکان های شلوغ که احتمال وجود حمله می باشد باید یک نفر کنارش باشد و به وی آموزش دهد زمان وقوع حمله چه کارهایی را انجام دهد تا ان شرطی شدن کم کم از بین برود و بعدها کم کم این فرد حمایت را کم کند.

گذرهراسی یا آگورا فوبیا:

✓ آگورا فوبیا بسیار شبیه به پانیک می باشد در واقع در گذرهراسی باید ترس و اضطراب آنقدر شدید باشد که متناسب با موقعیت و افرادی که هم سن و سالش هستند نباشد.

A: ترس یا اضطراب شدید درباره دو موقعیت یا بیشتر: یعنی حداقل باید فرد در دو موقعیت یا یا بیشتر از خودش ترس یا اضطراب شدید نشان دهد یعنی اگر بچه ای از رفتن فقط به یک خیابان یا یک موقعیت خاص بترسد نمی توان تشخیص گذرهراسی داشت در واقع اختلال گذرهراسی یک موقعیت عمومی را شامل می شود. یعنی فرد از ظاهر شدن یا حضور در یک موقعیت عمومی ترس شدید دارد.

B: فرد از این موقعیت ها می ترسد چون فکر می کند در صورت مواجه با نشانه های وحشت زدگی نمی تواند از اون موقعیت فرار کند.

C: این موقعیت ها تقریبا "همیشه باعث ترس می شود.

D: فرد تمام سعی خود را می کند که از این موقعیت ها اجتناب کند.

E: شدت ترس با شرایط تناسب ندارد.

F: این ترس مداوم بوده و ۶ ماه یا بیشتر طول می کشد.

G: فرد به رنج و نابسامانی شدید در عملکرد اجتماعی شغلی دچار می شود. رنج جنبه شخصی دارد و نابسامانی جنبه اجتماعی و شغلی دارد: یعنی نمی تواند شغلش را به نحو احسن انجام دهد و ایفای وظیفه کند.

H: اگر عارضه پزشکی وجود دارد، اجتناب فرد افراطی است. یعنی اگر یک عارضه پزشکی وجود داشته باشد مثلاً التهاب روده یا این قبیل بیماریها یا دارویی مصرف کرده باشد که سبب ایجاد عارضه پزشکی شده اجتناب فرد آنقدر افراطی می باشد که نتوانیم آن اضطراب را در خصوص حوزه پزشکی تبیین کنیم.

نکته: در این اختلال، مانند بقیه اختلالها مثل فشار روانی پس آسیبی یا وسواس، یک سری علائم در فرد ایجاد می کند که موقت بوده و مربوط به همان دوره خاص می شود در صورتی که در اختلال گذر هراسی، ترس از یک موقعیت طولانی مدت بوده و بیشتر از ۶ ماه طول کشیده باشد.

هراس مشخص یا هراس خاص (فوبی خاص):

هراس یعنی ترس یعنی فوبی.

A: ترس شدید نسبت یک شیء یا یک موقعیت خاص.

B: این شیء یا موقعیت تقریباً همیشه باعث ترس یا اضطراب بلافاصله می شود. ترس یا هراس ایجاد شده بر اساس سن یا موقعیت اجتماعی یا فرهنگ قابل تبیین نباشد و غیرمنطقی به نظر برسد. (ترس هایی که جنبه طبیعی دارند فوبی نیستند مثل ترس از مار که یک ترس طبیعی می باشد). ترس یا اضطراب باید بلافاصله ایجاد شود نه اینکه گاهی وقتها ترس ایجاد شود و گاهی خیر. مثلاً "گاهی والدین میان میگن بچه ی ما میترسد که تنها در اتاق خوابش بخوابد بنابراین یک روانشناس باید دقیق بررسی کند که آیا این هراس یا فوبی تاریکی است یا ترس تنهایی یا ناشی از میزان بالای دلبستگی کودک باشد یا اینکه کودک از نظر عاطفی بخواهد در کنار پدر مادر خودش را تغذیه کندو ...

C: فرد تمام تلاش خود را به کار می برد تا از موقعیت یا شیء ترسناک فرار کند.

D: شدت ترس با موقعیت تناسب ندارد.

E: ترس دائمی هست که حداقل ۶ ماه یا بیشتر طول می کشد.

F: ترس باعث رنج و نابسامانی شدید در عملکرد اجتماعی و شغلی فرد می شود.

G: این اختلال را نمی توان با نشانه های اختلال دیگری توضیح داد.

- ✓ فوبی ها از اصطلاح فوبوس یکی از خدایان زمان رومیان باستان گرفته شده است.
- ✓ این ترس ها می تواند از موقعیت های متفاوتی ایجاد بشود مثلاً " پرنده های کوچک و بزرگ ، آسانسور ، ارتفاع ، آلودگی ، ترس از بیماری و ... همه اینها می توانند سبب ایجاد فوبی شود.
- ✓ وقتی در فرد ترسی از چیزی ایجاد شود سبب می شود که او فقط به خاطر آن ترس و وحشت ایجاد شده از این محرک ها فرار کند و اجتناب کند وقتی که فرار کند یک مقدار از ترسش کاهش پیدا می کند احساس آرامش میکند بنابراین دفعه های بعد سعی می کند جوری رفتار کند که به محرک های ترس آور نزدیک نشود. در واقع رفتار ترس ما از طریق شرطی شدن تقویت و ایجاد شده است.
- ✓ فوبیا در کودکان ۵ درصد و در افراد نوجوان (۱۳ تا ۱۷ سال) ۱۶ درصد می باشد در میانسالی به ۲ تا ۵ درصد می رسد.
- ✓ در واقع در نوجوانی عزت نفس کاهش پیدا می کند و نوجوان قدرت مقابله با شرایط را ندارد.
- ✓ گذر هراسی و هراس های خاص در خانم ها دو برابر آقایان می باشد. خانم ها بیشتر اختلال های خلقی و اضطرابی را تجربه می کنند آقایان اختلال های دیگر
- ✓ نکته: فوبی خون یا تزریق یا جراحی در بین خانم ها و آقایان در میزان شیوع زیاد تفاوتی ندارد.
- ✓ رایج ترین فوبی، فوبی حیوانات است.
- ✓ در ژاپن یک هراسی وجود دارد که فرد می ترسد مبدا طرف مقابل را خجالت زده کرده باشد دقیقاً عکس فوبی اجتماعی در نوجوانان می باشد. در واقع فرهنگ می تواند یک دلیلی در ایجاد انواع متفاوت فوبی ها باشد.
- ✓ سبب شناسی اختلالات و دیدگاه های مختلف متفاوت می باشد مثلاً در دیدگاه روانکاوی مثال هانس کوچولو می باشد که ترس از اسب داشت. ترس واقعی هانس کوچولو از ناپدری بوده به خاطر اینکه در کودکی وی را با کمر بند میزد و بعدها این کودک با دیدن اسب و افسار اسب دچار اضطراب شدید می شده به دلیل اینکه یاد کمر بند ناپدریش می افتاده.
- ✓ برای تشخیص اختلال کودکان از بازی درمانی، نمایش درمانی و ... استفاده می شود.
- ✓ ترس های سرکوب شده سبب ایجاد فوبی می شوند
- ✓ رویکرد دیگری که برای درمان ترس های غیر منطقی و فوبی ها استفاده می شود رویکرد رفتاری می باشد از جمله تکنیک شرطی سازی کلاسیک.
- ✓ هر رویکردی را که برای تبیین این اختلال استفاده می شود باید جهت درمان هم استفاده بشود. قصه آلبرت کوچولو که از یک موش سفید کوچولو ابتدا نمی ترسید بعد از مدتی وقتی موش رو با یک صدای بلند هم آیند کردن یک ترس و فوبی در بچه به وجود آمد که سبب شد کودک از موش ترس داشته باشد.
- ✓ بسیاری از ترس ها و هیجانات در انسان ها و خصوصاً بچه های کوچک جنبه یادگیری دارد.
- ✓ یکی از تکنیک های بسیار مهم جهت درمان هراس خاص تکنیک حساسیت زدایی منظم می باشد.

حساسیت زدایی منظم :

۱ - روش حساسیت‌زدایی منظم ابتدا باید ترس یا هراس بیمار را نسبت به موقعیت یا شیء ترسناک درجه بندی بکنیم یعنی شدت و ضعف و ترس رو پیدا کنیم.

۲ - از جهت مواجهه از ضعیف‌ترین موقعیت ترس شروع می‌کنیم. بعد به سمت شدت‌های بیشتر پیش می‌رویم.

۳ - پس از هربار مواجهه سازی فرد با آن شیء ترسناک باید فرد رو به سمت آرامش سوق دهیم. این آرامش می‌تواند از طریق ریلکسیشن باشد یا از طریق تنفس عمیق یا تصویر سازی ذهنی. این همایندی ترس با آرامش باعث می‌شود مقدار ترس مراجع در مواجهه با یک موقعیت هراس برانگیز کمتر بشود مثلاً شخصی که از سوسک می‌ترسد (۱) آن را با تصاویر سوسک یا اسم سوسک روبرو می‌کنیم (۲) سوسک را در یک محیط بسته مثلاً یک شیشه در بسته نشونش می‌دهیم (۳) یک سوسک مرده رو بهش نشون می‌دهیم (۴) مواجهه را تا زمان رسیدن به مواجهه کامل ادامه می‌دهیم.

۴ - پس از هر بار مواجهه نیاز به استفاده از تکنیک‌های آرام سازی می‌باشد تا هم تنش و هم آرامش در کنار یکدیگر قرار بگیرند و فرد بتواند با ترس‌های خودش روبرو بشود.

۵ - در هر مرحله چندین بار باید تکرار شود تا فرد بتواند دقیقاً با ترسش روبرو بشود و بعد وارد مرحله بعد بشویم.

۶ - برای از بین بردن ترس‌هایی که از طریق یادگیری مشاهده‌ای به وجود آمده باز هم از طریق یادگیری مشاهده‌ای وارد عمل می‌شویم.

✓ نکته: در زمان سرمشق دهی فردی که می‌خواهیم بچه از او تقلید بکند باید از نظر ویژگی‌ها، از نظر قد و قواره و ... تقریباً مشابه با فردی باشد که قرار است از او تقلید کند.

✓ روش‌های دیگری نیز وجود دارد مثلاً مشاهده فیلم: فیلمی که شخص اول همین فوبی را داشته و توانسته باشد با آن کنار بیاید. یا اینکه مطالعه داستان می‌باشد که شخصیت داستان یک ترسی را داشته و توانسته بر آن ترس غلبه کند.

✓ در واقع برای درمان هراس‌ها چند نوع درمان می‌توانیم در نظر بگیریم:

۱ - تداعی یا همانند سازی: یک ترس را با همزمانی و همکانی از بین ببریم که این روش هم سبب ایجاد ترسمی شود و هم درمان.

۲ - تقویت: تقویت می‌تواند جنبه مثبت یا منفی داشته باشد: الف) تقویت مثبت: سبب افزایش رفتار، تنبیه: سبب کاهش رفتار، خاموشی: گاهی وقتاً می‌تونیم هیچ پاسخی ندهیم.

۳ - یادگیری اجتماعی: تکنیک از راه مشاهده است یعنی ما از افرادی که برایمان اهمیت دارند یا دوستشون داریم بیشتر تقلید می‌کنیم.

➤ این سه تکنیک بیان شده می‌تواند برای اصلاح رفتار به صورت توأم با یک دیگر استفاده شود.

- نکته مهمی که بیان می شود این می باشد که زمان استفاده از حساسیت زدایی منظم باید از تکنیک‌های شناختی – رفتاری هم استفاده کنیم یعنی همزمان ما باید با فرد بنشینیم در مورد ترسهایش صحبت کنیم و به وی آموزش دهیم که این ترس‌ها چطور ایجاد شدند و ترس‌ها و باورهای غیرمنطقی را باید به چالش بکشانیم تا بعد ها بتواند با باورهای فوبی ساز در عمل مقابله کنیم.
- فوبی‌ها در طولانی مدت می توانند برای فرد دردسرساز باشند زیرا سبب ترشح آدرنالین و نورآدرنالین در خون شده و سبب می شود فرد به یک شخصیت اضطرابی تبدیل شده و نمی تواند حریف ترس‌ها و اضطراب‌های خودش باشد.

جلسه ۴

مهدی منگشتی

اختلال اضطراب اجتماعی

A- ترس یا اضطراب شدیدی است که نسبت به یک یا چند موقعیت اجتماعی که در آن فرد مورد توجه و دقت دیگران قرار می گیرد یا انجام دادن کاری جلوی دیگران.

نکته: در مورد کودکان اضطراب باید در حضور همسالان نیز روی دهد.

مهم ترین چیز این است که فرد احساس می کند مردم برداشت منفی دارند نسبت به وی و موقعیت اجتماعی تقریباً همیشه باعث اضطراب می شود.

در کودکان، ترس یا اضطراب ممکن است با گریه کردن، قشقرق، بی حرکتی، یا حرف نزدن در موقعیت اجتماعی نشان دهد.

فرد تلاش می کند تا از موقعیت اجتناب کند یا موقعیت را تحمل کند.

ترس و اضطراب با خطری که از موقعیت اجتماعی او را تهدید کند تناسب ندارد. ترس و اضطراب مداوم است و تقریباً مثل بقیه اختلالات اضطرابی ۶ ماه طول می کشد. این اضطراب باعث نابسامانی شدید از لحاظ بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر جنبه های زندگی دچار می شود.

عوامل و علل اضطراب اجتماعی ۳ نوع می باشد:

۱- عوامل ژنتیکی: مطالعات مربوط به دوقلوها عامل ژنتیک را آشکارا یا خفیف نشان می دهد.

مطالعات ژنتیکی عواملی چون سلطه پذیری، اضطراب، اجتناب اجتماعی و بازداری رفتار را شناسایی کرده اند.

۲- عوامل رشدی: احتمال ابتلای کودکان در خود فرو رفته و خجالتی گوشه گیر و ساکت به این اختلال بیشتر است.

شیوه فرزند پروری مستبدانه احتمال ابتلای فرزندان را بیشتر می کند.

۳- عوامل شناختی: سوگیری شناختی منفی و تمرکز بر جنبه های منفی رویدادها و باورهای غلط در مورد توانایی های خود.

نام دیگر اضطراب اجتماعی فوبیا یا ترس اجتماعی است.

درمان اختلالات اضطراب اجتماعی:

۱- دارو درمانی: باید مصرف را محدود کنیم و به دستور متخصص دارو استفاده کنیم تا دچار عوارض احتمالی نشویم.

۲- درمان شناختی رفتاری (CBT):

* **مواجهه درمانی:** یکی از درمان های شناختی رفتاری است باید مواجهه درمانی با توجه به ساختار شناختی مراجع باشد شاید فردی میزان پذیرش اضطراب کمتر شاید پذیرای بیشتر داشته باشد. ریلکس کنیم آرام کنیم بعد در موارد بعدی بتوانیم از مواجهه درمانی استفاده کنیم.

* **آموزش مهارت های اجتماعی:** (یادگیری مشاوره ای، تمرین رفتاری، فیدبک های اصلاحی، و تقویت مثبت.

* **بازسازی شناختی:** که برای چالش کشیدن و جایگزین کردن سوگیری های منفی در پردازش اطلاعات، خودسنجی های منفی از عملکرد و اجتماعی و کاهش توجه تمرکز بر خود طراحی شده است.

اختلال وسواسی فکری عملی (OCD):

حضور وسواس ها، اجبارها یا هر دو:

* **وسواس ها:**

۱- افکار، امیال یا تصاویر ذهنی تکراری ۲ دائمی که فرد در برهه ای ناراحتی آنها را ناخواسته و مزاحم می داند و در اکثر افراد اضطراب شدید ایجاد می کند.

۲- فرد تلاش می کند تا این افکار را نادیده بگیرد یا سرکوب کند یا به وسیله فکر یا عمل دیگری آن را خنثی کند.

* **اجبارها:**

۱- رفتارها یا اعمال ذهنی تکراری.

۲- هدف فرد از این اعمال جلوگیری و کاهش اضطراب یا پیشگیری از رویداد ترسناک است که با این اعمال ارتباط منطقی ندارد.

همراه با بینش خوب ← بینش ضعیف - عدم بینش.

علل اختلال وسواس فکری عملی

* عوامل بیولوژیکی ← مربوط به مغز:

۱- وجود نوعی نقص نوروفیزیولوژیکی در برخی افراد دارای این اختلال.

۲- نقص در حافظه کوتاه مدت، حافظه فضایی، توجه و حافظه دیداری.

۳- ناتوانی در عملکرد مغز به دلیل فشارهای ژنتیکی.

* عوامل روان شناختی:

۱- نقص در حافظه.

۲- عدم دریافت پیام درونی مبنی بر کافی بودن اعمال.

۳- مسئولیت اغراق آمیز.

۴- سرکوب افکار.

۵- خلق منفی باعث تداوم رفتار تکراری می شود.

درمان اختلال وسواس فکری عملی:

* روان درمانی:

۱- در معرض قرار دادن و جلوگیری از واکنش.

۲- درمان شناختی رفتاری.

۳- ارزیابی مسئولیت، اهمیت زیاده از حد افکار - بیش از حد بزرگ دانستن خطر.

* دارو درمانی (داروهای ضد افسردگی):

۱- درصد وسواس جوانی ۱/۱ تا ۱/۸ .

۲- تعداد زنها اندکی بیشتر از مردان است.

۳- پسر بچه ها ممکن است نسبت به دختر بچه ها بیشتر باشد.

جلسه ۵

مهدی منگشتی

اختلال استرس پس آسیبی (PTSD):

A: قرار گرفتن در معرض مرگ یا تهدید شدن به مرگ، جراحت شدید یا تجاوز جنسی به یکی از شیوه های زیر:

۱- فرد رویداد تروماتیک را به طور مستقیم تجربه کند.

۲- شخصاً شاهد رویداد تروماتیک برای دیگران باشد.

۳- فرد به طور مکرر یا شدید در معرض جزئیات ناراحت کننده رویداد تروماتیک قرار می گیرد.

۴- باخبر می شود که رویداد تروماتیک بر سر یکی از نزدیکان آمده است.

B: حضور یک یا چند نشانه از نشانه های زیر در رابطه با نفوذ یا ورود افکار مزاحم و ناخواسته مربوط به رویداد تروماتیک که بعد از اتفاق افتادن آن شروع شده اند:

۱- خاطرات تکراری، غیرارادی، مزاحم از رویداد تروماتیک به طور خود به خود به علت بعضی محرک ها به یاد فرد می آیند.

۲- کابوس های تکراری، و ناراحت کننده که در آنها محتوا با احساسات موجود در رویا با رویداد تروماتیک مرتبط هستند.

۳- واکنش های گسستگی که در آنها فرد طوری احساس یا عمل می کند که انگار رویداد تروماتیک دوباره در حال روی دادن است.

۴- وقتی فرد در معرض محرک های مرتبط با رویداد قرار می گیرد و دچار استرس شدید می شود و نسبت به آنها واکنش فیزیولوژیک نشان می دهد.

C: فرد از محرک هایی که با رویداد تروماتیک تداعی شده اند بطور دائم اجتناب می کند. این موضوع با یک یا دو موضوع زیر نشان می دهد:

۱- اجتناب از خاطرات، افکار و احساسات مرتبط با رویداد.

۲- اجتناب از محرک های بیرونی مرتبط با رویداد.

D: در فعالیت های فکری و خلق فرد تغییرات منفی و مرتبط با رویداد تروماتیک ایجاد می شود که بعد از رویداد شروع می شوند- یا اگر از قبل بوده شدیدتر می شود:

۱- ناتوانی در به یاد آوردن یکی از جنبه های مهم رویداد.

۲- داشتن باورهای اغراق آمیز، منفی و دائمی در مورد خود به دیگران و دنیا.

۳- داشتن باورهای منفی در مورد علت و پیامدهای رویداد.

۴- داشتن هیجان منفی به طور دائمی.

۵- کاهش علاقه به فعالیت های مهم زندگی.

۶- کاهش ارتباط با دیگران.

۷- عدم تجربه، هیجان مثبت.

E: در برانگیختگی و نحوه واکنش فرد تغییراتی به وجود آمده است که با رویداد تروماتیک مرتبط است که با موارد زیر نشان داده می شود:

۱- زودرنج و ناگهان از خشم منفجر می شود.

۲- بی احتیاط است.

۳- دائم گوش به زنگ است.

۴- واکنش های از جاپریدگی افراطی دارد.

۵- نمی تواند به راحتی تمرکز کند.

۶- اختلال خواب دارد.

F: مدت این ناراحتی (معیار های (ABCD) بیشتر از یکماه است.

G: این ناراحتی ها نابسامانی شدیدی در عملکرد اجتماعی، شغلی و جنبه های مهم زندگی به وجود می آورند.

H: علت این اختلال، تغییر فیزیولوژیک ماده یا عارضه پزشکی اس.

علل اختلال استرس پس آسیبی:

۱- آسیب پذیری در برابر موقعیت های تروماتیک به دلیل:

* تمایل به برعهده گرفتن مسئولیت شخصی در رویداد تروماتیک.

* عوامل رشدی مانند جدایی والدین

* سابقه این اختلال در خانواده.

* وجود سطوح بالای اضطراب با اختلالات روانی بیش از رویداد.

* ضریب هوش پایین.

۲- نظریه به باورهای درهم شکسته.

۳- نظریه شرطی سازی کلاسیک.

۴- نظریه پردازش هیجانی.

۵- نظریه شکست روانی.

۶- نظریه کدگذاری دوگانه.

درمان اختلال پس آسیبی (PTSD):

* مواجهه درمانی:

۱- فرقه سازی تجسمی.

۲- حساسیت زدایی با حرکات چشم و پردازش دوباره.

۳- بازسازی شناختی.

* مداخله در بحران:

۱- توضیح هدف از مداخله.

۲- توصیف تجربه ها توسط شرکت کننده ها.

۳- صحبت کردن در مورد احساسات تجربه شده در حین بحران.

۴- تشویق شرکت کننده ها برای نگاه کردن به نشانه ها به عنوان واکنش های عادی به فرد.

۵- صحبت کردن درباره نیازهای درمان جویان در آینده.

جلسه ۶

مهدی منگشتی

اختلالات فشار روانی حاد:

نوعی عارضه روان شناختی است که به رویداد وحشتناک یا تروماتیک به وجود می آید. شروع آن با عملیات دستگاه سمپاتیک و ترشح هورمون آدرنالین و نور آدرنالین همراه است.

مرحله اول: بهت زدگی.

مرحله دوم: دور شدن از موقعیت یا بیش از حد متشنج شدن و مضطرب شدن و مختل شدن قوه قضاوت.

این نشانه ها در عرض چند دقیقه به وجود آمده و در عرض چند ساعت یا چند روز از بین می روند.

۱- ممکن است فرد مدتی به فراموشی جزئی یا کلی دچار شود.

۲- مدت از ۳ روز تا یک ماه پس از وقوع تروما.

اختلال اضطراب فراگیر:

A: اضطراب و نگرانی شدید و مفرط (دلشوره) درباره تعدادی از رویدادها یا فعالیت ها در اکثر روزهای هفته به مدت حداقل ۶ ماه.

B: فرد نمی تواند این نگرانی را کنترل کند.

C: اضطراب و نگرانی با ۳ نشانه یا بیشتر از نشانه های زیر (در مورد کودک یک نشانه کافیت):

۱- به آسانی خسته و کوفته می شود.

۲- نمی تواند تمرکز کند یا ذهنش یک باره خالی می شود.

۳- فرد بی قرار است یا احساس عصبی بودن می کند.

۴- زود رنج است و زود عصبی می شود.

۵- تنش ماهیچه ای دارد.

۶- خوابش مختل می شود.

D: رنج و نابسامانی شدید در عملکرد فرد.

E: ناراحتی مربوط به ماده، دارو یا عارضه پزشکی نیست.

نرخ شیوع ۴٪ تا ۳٪: (۴ دهم درصد تا ۳ درصد)

علل اختلال اضطراب فراگیر (تعمیم یافته):

*** نظریه های بیولوژیک:**

روی خصوصیات روانشناختی و شناختی افرادی که نگرانی بالینی دارند تمرکز دارد.

*** نظریه های سایکولوژیک:**

۱- سوگیری در پردازش اطلاعات.

۲- شناخت ها، باورها، فایده نگران شدن.

۳- صفات شخصیتی افراد نگران.

*** نظریه های اجتماعی و اجتماعی فرهنگی:**

۱- فقر، اسکان نامناسب و تبعیض.

۲- رویدادهای تروماتیک.

۳- طلاق.

درمان اختلال اضطراب فراگیر (تعمیم یافته):

*** دارودرمانی ← داروهای ضد افسردگی و ضد اضطراب.**

*** روان درمان شناختی / رفتاری:**

۱- خودنظارتی. ۲- آرمیدگی. ۳- بازسازی شناختی. ۴- تمرین رفتاری.

اختلال جسمانی شکل:

A: یک یا چند نشانه بدنی که به شدت ناراحت کنند است و یا زندگی روزمره را به شدت مختل می کنند.

B: افکار، احساسات و رفتارهای افراطی درباره این بیماری.

C: هر چند ممکن است هیچ یک از نشانه ها مدام حضور نداشته باشد ولی نگرانی فرد از حضور این نشانه ها دائمی است (معمولاً بیش از ۶ ماه) به همراه درد غالب.

دائمی - خفیف - متوسط - شدید.

اختلال تبدیلی (هیستری):

A: یک یا چند نشانه دارد که بر حرکات فیزیکی ارادی یا عملکرد حسی او تأثیر می گذارند.

B: معاینات پزشکی نشان می دهند که نشانه ها یا بیماری های نورولوژیک یا عارضه های پزشکی شناخته شده مطابقت ندارند.

C: این نشانه ها باعث رنج یا نابسامانی شدید در عملکرد اجتماعی و شغلی فرد می شوند. در این اختلال یک مشکل یا نیاز شدید روانی / اجتماعی به نشانه های فیزیولوژیک تبدیل می شود.

خانم مریم رستم پور

جلسه ۷

بخش ۱: اختلال های خلقی

اختلال افسردگی: در انواع اختلالات افسردگی با ۴ نشانه برخورد میکنیم.

۱: نشانه های هیجانی و انگیزشی: در افسردگی هیجان فرد کاهش پیدا میکند. انگیزه برا عمل و یادگیری به سمت جلو خیلی دچار رکود میشود. شادمانی و هیجان مثبت را تجربه نمیکند.

۲: نشانه های شناختی: افکار و باورهای فرد افسرده ساز میشود. خودش را دوست ندارد. احساس طبقه بندی نمیکند. عزت نفس پایینی دارد. نسبت به آینده ناامید است.

۳: نشانه های رفتاری: کندی یا بیقراری در رفتار فرد مشاهده میشود. اینقدر این کندی ها اونقدر زیاد هستند که تبدیل به تیپ مجسمه میشود. اصطلاحاً به عنوان افسردگی از نوع کاتاتونیک در این زمینه استفاده میشود.

۴: نشانه های فیزیولوژیکی: نشانه هایی هستند که در تمایلات جنسی / اشتها و خوراک / خواب و بقیه موارد زیستی فرد ظاهر میشود و دچار تغییرات میشود که عامل ان اختلال افسردگی میباشد.

اختلال افسردگی عمده

۱//از بین نشانه های زیر پنج نشانه یا بیشتر در طول یک دوره دو هفته ی حضور داشته اند.

۱//۱: خلق افسرده در طی روز

۱/۲: بی علاقه شدن به فعالیتهای روزمره

۱/۳: چاقی و لاغری بدون رژیم بطور چشمگیر: ممکنه ده الی پانزده درصد وزن بدن خود را در طی یکماه از دست بدهد.

۱/۴: مشکلات خواب: کم خوابی/بدخوابی/آشفته‌گی در خواب/خوابهای آشفته و وحشتناک و بد

۱/۵: پرتحرکی یا کم تحرکی روانی-حرکتی: یا بسیار بیقرار میشود یا بسیار بی تحرک.

۱/۶: فقدان انرژی در طی روز: انرژی برای انجام هیچ کاری ندارد

۱/۷: احساس بی ارزشی و احساس گناه

۱/۸: ضعف تصمیم‌گیری و تمرکز حواس

۱/۹: فکر کردن به مرگ و خودکشی

۲/۲: رنج و نابسامانی در عملکرد اجتماعی و شغلی فرد

۳/۳: این نشانه‌ها تاثیر عارضه پزشکی یا دارو نیست.

اختلال افسردگی دائم (افسرده خوبی)

۱: فرد ۲سال یا بیشتر در اکثر ساعات روز خلق افسرده داشته است. این شرط بسیار مهم است. (در کودکان و نوجوانان این موضوع با زودرنجی و تندخویی و حداقل یکسال نشان داده میشود)

۲: همزمان با افسردگی دو مورد یا بیشتر از نشانه‌های افسردگی وجود دارد. چون مدت زمان انقدر زیاد است که برای تشخیص همین دو مورد هم کفایت میکند.

۳: در طول روز هرگز پیش نیامده که فرد بیش از ۲ماه عاری از نشانه‌های ۱ و ۲ باشد. ممکنه یک هفته حالش خوب بوده. ده روز حالش خوب بوده ولی بیشتر از دوماه این اتفاق نیافتاده است. و متاسفانه موج افسردگی دوباره به فرد برمیگردد.

۴: نشانه‌ها باعث رنج و نابسامانی شدیدی در عملکرد فرد شده اند.

۵: علت فیزیولوژیک یا بیماری روانی دیگری نیست.

۶: هرگز دوره هیپومانیک یا اختلال سیکلو تایمیک (سیکلو تیمیک) وجود نداشته است. هیپومانیک فزی هست که فرد احساس نشاط زیادی میکند اما مثل مانیک اونقدر شدید نیست که نیاز به دارو و بستری داشته باشد. در

سیکلوتایمیک دائما خلق فرد عوض میشود ولی سیکلای متفاوتی که دارد و زمانیکه در سیکل افسردگی قرار میگیرد واقعا مگین و افسرده هست و زمانیکه در سیکل مانیک قرار میگیرد بسیار خوشحال و با نشاط است.

اختلال ملال پیش قاعدگی

*این اختلال مجموعهای از نشانه های فیزیکی/روانشناختی و هیجانی است که با چرخه قاعدگی زنان در ارتباط است و قبل از شروع عادت ماهیانه خود را نشان میدهد. این اختلال چون مخصوص خانم ها میباشد و کاملا جنبه هورمونی دارد نمیتواند جز دسته اصلی اختلالات باشد.

*شروع آن باعث کاهش کیفیت عملکرد شغلی و اجتماعی فرد میشود.

*حدود ۳۰ تا ۷۰ درصد خانمها این سندرم را به شکل خفیف و ۲ تا ۱۰ درصد به شکل شدید تجربه میکنند.

*در این اختلال شکایت اصلی باید دربرگیرنده تجربه حداقل ۵ علامت از ۱۱ علامت اصلی باشد

* نشانه ها باید یکی دو هفته قبل از خونریزی شروع شده و با آغاز خونریزی کاهش یافته و در دو هفته بعد از خونریزی نشانه ها دیده نشود.

*نشانه های فیزیولوژیکی/کاهش هماهنگی های حسی و حرکتی و میل به خوردن شیرینی و غذای زیاد. در افسردگی های دیگر میل به خوردن شیرینی و غذای زیاد ممکن است به این شدت نباشد.

*افزایش پرولاکتین/حساسیت نسبت به هورمونهای مردانه/اختلال در تیروئید/کمبود ویتامین ب۶/چاقی/مشکلات خلقی/رژیم غذایی نامناسب/افزایش سن و استرس در شکل گیری این سندرم موثرند.

بخش ۲

اختلال دو قطبی

فرد هم افسردگی را تجربه میکند و هم مانیک را تجربه میکند. دو هیجان کاملا متفاوت. یک مدت خلق پایین را مشاهده میکنیم و یک مدت دیگر بالا بودن و شادمانی و افزایش انرژی را در فرد مشاهده میکنیم.

اختلال دو قطبی نوع یک: شدت مانیک بالا است

۱//معیارهای لازم برای حداقل یک دوره مانیک

(حالت شیدایی بالا) برآورده شده اند

۲//اختلال اسکیزوافکتیو/اسکیزوفرنی/اختلال اسکیزوفرنی فرم/اختلال هذیان. با سایر اختلالات طیف اسکی زوفرنی و سایکوتیک برای روی دادن دوره های هیپومانیک و دوره های افسردگی عمده توضیح بهتری نیستند.

اختلال دو قطبی نوع دو: شدت مانیک بالا نیست

۱//حضور حداقل یک دوره هیپومانیک(شدت کمتری از مانیک) و حضور یک دوره افسردگی

۲//هرز یک دوره مانیک وجود نداشته است

۳//اختلالهای سایکوتیک برای روی دادن دوره هیپومانیک و افسردس عمده توضیح بهتری نیستند.

۴//رنج و نابسامانی در عملکرد اجتماعی/شغلی فرد بوجود می آید.

معیارهای دوره مانیک

۱: حداقل به مدت یک هفته در اکثر ساعات روز فرد اشکارا و به شیوه ای غیرعادی و مستمر روحیه خیلی خوبی دارد.خوش خلق و معاشرتی است یا زود رنج و تحریک پذیر.در طول ناراحتی خلقی و افزایش انرژی یا فعالیت سه نشانه یا بیشتر از موارد زیر وجود دارند:

۱/۱:عزت نفس فرد بیش از حد زیاد شده یا خودبزرگ بینی دارد.

۱/۲:نیاز به خواب و استراحت کاهش یافته است.

۲

۱/۴:فرار افکار(پرش افکار) دارد

@tadriss99

۱/۵:به اسانی حواسش پرت میشود

۱/۶:پرتحرکی روانی-فیزیکی دارد

۱/۷:رفتارهای پرخطر دارد:مثل استفاده از مواد مخدر یا رفتارهای جنسی پرخطر و در صورت اطمینان از این علائم باید برای دارو درمانی و بستری فرد اقدام کرد.چون شدت آن به قدری هست که نیاز به بستری و دارو دارد.

۲:این ناراحتی خلقی به حدی شدید است که در عملکرد اجتماعی و شغلی نابسامانی ایجاد میکند و برخی ویژگی های سایکوتیک نیز فرد باشد که اگر موفق به دارودرمانی و بستری وی نشدیم باید فرد را در بیمارستانهای مخصوص اعصاب و روان نگهداری کرد.

تمایز بین هیپومانیک و مانیک

۱-هیپومانی عملکرد فرد را در زندگی روزمره مختل نمیکند.

۲- مدت هیپومانیک می‌تواند کوتاه تر باشد و ۴روز(البته پشت سرهم) کافی است تا فرد مبتلا به هیپومانیک تشخیص داده شود(در مورد مانیک ۷روز حداقل مدت زمان است اما الزاماً نه پشت سر هم)

۳- بستری کردن افراد هیپومانیک نیاز نیست.

*دوره هیپومانیک ناگهان شروع میشود. در روز اول یا دوم نشانه‌ها به سرعت وخیم تر میشوند اما ممکن است چند هفته تا چند ماه طول بکشد.

اختلال ادواری خویی

*همانطور که اختلال افسردگی دائم یا مزمن ورژن طولانی تر و ملایم تر(مدت طولانی و شدت کمتر) اختلال افسردگی عمده است. اختلال سیکلوتایمیک یا ادواری خویی ورژن طولانی تر و ملایم تر اختلال دو قطبی نوع دوم است. فرد نوسان خلق دارد. گاهی شاد و گاهی ناراحت.

۱. به مدت حداقل دوسال(در کودک و نوجوان حداقل یکسال) فرد دوره‌های متعددی از نشانه‌های هیپومانیک داشته است و همچنین دوره‌های متعددی از نشانه‌های افسردگی داشته است. همه‌ی ما

ادم‌ها ممکن است در شریطی از زندگی حس خوبی نداشته باشیم مثل زمانیکه دچار سوگ میشویم اما اینقدر حالمان بد نمیشود که نابسامانی در عملکرد زندگی و کاری برایمان پیش بیاید و با این اختلال متفاوت است.

۲. در طول این دوره هرگز پیش نیامده است که فرد بیش از دو ماه هیچ نشانه‌ای نداشته باشد

۳. نشانه‌ها را نمیتوان به تاثیر دارو یا عارضه پزشکی یا سایر اختلالات سایکوتیک نسبت داد.

۴. نشانه‌ها رنج و نابسامانی شدیدی در عملکرد اجتماعی و شغلی فرد ایجاد میکند.

بخش ۳: علل اختلال افسردگی و اختلال‌های دو قطبی

<<عوامل نورو بیولوژیک

<<عوامل ژنتیک: اختلال افسردگی خصوصاً دو قطبی بار ژنتیکی آن زیاد است و ما باید در زمان مشاوره و مشاوره‌های ژنتیک حواسمان باشد

<<عوامل نورو شیمیایی: انتقال دهنده‌های عصبی مثل سرتونین/نورادرنالین و دوپامین/کاهش یا افزایش اینها عامل بسیار مهمی در ایجاد این اختلالات میباشد. از کجا معلوم افسردگی این هم‌مونها را کاهش یا افزایش داده باشد؟ این یک رابطه‌ی دوطرفه است که براحتی قابل تشخیص نیست مگر اینکه در بررسی‌های آینده روشی برای تشخیص این موارد پیدا شود.

<<ناهنجاری های مغزی:تغییراتی در مغز افراد افسرده ایجاد شده و بخش هایی از مغز که مسئول ایجاد شادی و نشاط و تعادل رفتاری میباشد در این اختلال دچار مشکل میشود.

<<عوامل مرتبط با رفلکس های نورونی و هورمونی:به فرد افسرده بسیار کند عمل میکند.اهسته حذف میزند یا بد میخوابد و در مانیک برعکس ان عمل میکند.سلولهای عصبی برای انتقال اطلاعات و عمل سیستم های عصبی و نورونی زیادی را درگیر میکند و درمورد این اختلالات دچار بهم ریختگی و نابسامانی میشود.

<<نظریه های روانشناختی

<<نظریه های سایکودینامیک:در این نظریه ها که بخش اصلی روان تحلیل گری است بر این باور هستند که افسردگی نشان دهنده فقدان واز دست دادن چیزهایی میباشد که فرد آنها را از دست داده است مثل زمانیکه فرد در کودکی به مادرش احتیاج پیدا میکرد ولی مادرش توجهی نشان نمیداد و دچار فقدان محبت و توجه شده است و افسردگی جایگزین فقدان فرد میشود که نشان دهد به چیزهایی که خواسته نرسیده است.

<<نظریه های رفتاری نگر:افراد افسرده به حد کفایت در زندگی تقویت نشده اند مثلا رفتارهای فرزندپروری والدین خشک و نامناسب بوده.چیزهایی که برای دیگران لذت بخش بوده برای این فرد لذت بخش نبوده یا اینکه حداقل لذت هایی که فرد در زندگی تجربه کرده با روحیه ی وی همخوانی نداشته.در این نظریه بیشتر به عوامل خارجی میپردازد و خود فرد را زیاد مدنظر قرار نمیدهد.

<<نظریه های شناختی:بر این باور هستند که اگر برای توجیح افسردگی بخواهیم محرکهای بیرونی را فقط مورد توجه قرار دهیم دچار خطا میشویم و باید به باورها و افکار فرد نیز توجه نشان داد .بررسی ها نشان میدهد در افراد افسرده باورهای افسرده ساز وجود دارد.دوتا از روانشناسان به خوبی روی این باورها کار کرده اند که یکی از آنها البرت ایس است که باورهای منطقی هیجانی را مطرح میکند و میگوید ما انسانها ۱۰ باور غیرمنطقی داریم مثل اینکه اگر من موفق نشوم ادم به درد نخوری هستم و اگر همه مرا دوست نداشته باشن من آسیب میبینم.یا آینده من باید خیلی روشن باشدو از دیر روانشناسان در این نظریه که با آقای ایس هم نظر است آقای ارون بک میباشد.در این زمینه کتابی نوشته شده توسط پرلز که عنوان ان از حال بد به حال خوب که دران راجع به اینکه چگونه از حالتی پذیرش اضطراب به حالت آرامش برسیم از حالتی بد به حالتی خوب برسیم.اخیرا هم نظریه ای تحت عنوان واقعیت درمانی بوجود آمده است که نظریه انتخاب است که گلاسر هم همین مطلب را عنوان کرده که ما افسردگی را انتخاب میکنیم و اگر قرار است افسرده نباشیم باید تموم اون باورهایی که ما را پایین میکشاند و خلق ما را افسرده میکند رو کنار بگذاریم و پالایش کنیم .

<<عوامل اجتماعی:زویادهای استرس زا.طرد اجتماعی.تعامل اجتماعی

بخش ۴: درمان‌های افسردگی و اختلال‌های خلقی

درمان‌های بیولوژیک:

- دارو درمانی: زمانی استفاده میشود که فرد توان کافی برای دریافت دارو و تغییرات خلقی را داشته باشد اما اگر این دارو بطور موقت بخاطر شدت خلق پایین و یا شدت خلق بالای فرد نتواند کارساز شود و فرد بخواهد به خودش آسیب برساند و یا اینکه بخاطر عدم پذیرش فرد نتوانیم دارو را به فرد بخورانیم از تحریک مغزی استفاده میشود.

- تحریک مغزی: مثل شوک مغزی معمولاً ۴ تا ۸ و بیشتر ممکن است به نتیجه برساند و نتیجه ای که در شوک درمانی گرفته میشود معمولاً چشم گیر تر و بیشتر از دارودرمانی میباشد خصوصاً تغییر در حجم زیادی از انتقال دهنده های عصبی از جمله سرتونین میباشد.

درمان‌های روانشناختی:

- روان تحلیل گری: ما باید فرد را نسبت به تجربه های منفی و واپس رانده شده که فکر میکند ناهشیارانه باعث رنجش فرد شده و احساس شکست میکند به این بینش برسانیم که چه مسائلی منجر به این خلق افسرده شده و وقتی به این بینش رسید تازه کار ما شروع میشود تا فرد بتواند به توانمندی مناسب برای مقابله با این شرایط و مشکلاتش داشته باشد. در این درمانها ما با انتقال مواجه میشویم. در این حالت درمانجو رواندرمانگر خود را پدر یا مادرش تصور میکند که در کودکی برایش مشکلاتی را ایجاد کرده است و ان را به دیگران از جمله رواندرمانگر انتقال دهد اما درمانگر برایش توضیح میدهد که علت این مشکلات مسائل دیگری است که میتوان با استفاده از راه حل هایی که در این جلسات یادمیگیری با انها مقابله کنی

- آموزش مهارتهای اجتماعی: در این شیوه اینگونه قلمداد میشود که افرادی دچار افسردگی میشوند که احتمالاً یا در ارتباطات اجتماعی دچار مشکل شده اند یا بلد نیستند و یا نمیخواهند بنا به دلایلی در اجتماع حضور یابند و درمانگر ر ابتدا دنبال این است که نیاز فرد برای ارتباط تا چه اندازه است و در مرحله بعد چگونه این آموزشها را به فرد ارائه دهد.

- رفتاردرمانی: در این روش سعی میشود یک زندگی با نشاط و فعالیت های لذت بخش و موقعیتهایی که انگیزه زندگی را به فرد میدهد و برای زنده ماند کمک کننده هست را ایجاد میکنیم و آموزش میدهم.

- شناخت درمانی: در این شیوه تمامی افکار و باورهای فرد که افسرده ساز بودند مثل اینکه من بدبختم/من به جایی نمیرسم را بویژه یک باور بسیار غلط به اسم درماندگی اموخته شده که شایع است را از بین میبریم و فرد را به صحنه زندگی بازمیگردانیم.

-شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی: در سالهای اخیر ایجاد شده است. ما اغلب بدلیل اینکه نمیتوانیم روی داشته هامون تمرکز کنیم حس بدی راجع به نداشته هامون داریم در این شیوه درمانگر به مراجع کمک میکند که شرایطی را که دارد به عینه و در واقعیت تجربه کند مثل نفس کشیدن فرد و یا حتی راه رفتن فرد. تمامی ناراحتی ها و مشکلات خلقی. وقتی فرد در حال تجربه این موارد میباشد به پذیرش برسد مثل زمانیکه دچار سوگ میشویم تنها چیزی که کمک میکند و تسکین دهنده است قبول و پذیرش این سوگ است حتی اگر من نپذیرم اتفاق خوبی نمی افتد و تغییری در این سوگ صورت نمیگیرد پس بهتر است که من بپذیرم و بعد برای این پذیرش تعهدی دارم. اگر بتوانم این تعهداتم را مثل اینکه من باید یک کاری بکنم و یک تغییراتی انجام بدهم در زندگی مثل تغییر باورها یا سبک زندگی یا روابط کاری و اجتماعی. بالاخره باید تغییراتی را به شکل سلسله وار و اولویت بندی شده انجام دهم.

بحثی که اینجا لازم است بصورت متمایز به آن اشاره کرد خانواده درمانی است. شاید جز این درمانهای بالا نباشد اما گاهی وقتا ما روی افراد افسرده خیلی خوب کار میکنیم اما وقتی وارد خانواده میشوند به دلیل اینکه این سیستم معیوب است و روابط خوب و پذیرنده بین والدین و والدین و فرزندان نیست و یا فرزند حضور عینی در خانواده ندارد یا پدر و مادر طوری به دور از فرزندان خود هستند که روابط عاطفی نمیتواند بوجود آید و وقتی این فرد به خانواده برمیگردد تمام تلاشهایی که ما برای بهبود خلق این فرد انجام داده ایم به دلیل اینکه روی خانواده کار نکرده ایم از بین میرود. ما همیشه معتقدیم مشاورین مدرسه باید با خانواده ها در ارتباط باشند تا همپارچگی برای درمان بوجود آید تا درمان موثرتر عمل کند.

گاهی وقتا درباره درمانهای گروهی چیزهایی میشنویم مثل افرادی که اعتیاد دارند و تشکیل گروههای ان ای و گروه درمانی میدهند و خیلی خوب جواب میگیرند. گروه درمانی شرایطی دارد مثل اینکه بین ۶ تا ۸ نفر باشند تا نتیجه بخش باشد. زمان آن حدود یک تا یکساعت و نیم باشد. یک رهبر برای هدایت لازم دارند. افراد باید آزاد باشند بدون فیلتر کردن و برچسب زدن و سرزنش کردن. و باید با یک روحیه باز مورد قبول و پذیرش واقع شوند. راهکارهایی که به نظرشون میرسد را مطرح کنند و این هم داستانی در وجود یک اختلال مشابه و یا اختلالاتی که میتواند دلایل و عوامل مشابهی داشته باشد و درمانهای مشابهی را میطلبد کمک کننده خوبی میتواند باشد بویژه اگر این گروه درمانی در یک محیط سالم و عاطفی و صمیمی به دور از تنش و تنش و ترس از ضبط کردن و انتقال مطالب به جاهای دیگری داشته باشند.

درمورد دانش آموزان و افرادی هم که دچار اختلال افسردگی شده اند خصوصا در این دوره اخیر افسردگی اختلال شایعی شده. افسردگی مثل سرماخوردگی ساده می آید و اگر کمک نکنیم این ویروس مزمن شده و برای مدتهای زیادی وی را درگیر میکند. قاعدتا برای این خلق پایین بچه ها یک افکار نرمی را میطلبد بخصوص در مدرسه ما از نظر محیطی تا زمانیکه محیط مدرسه شاداب نباشد فضای جامعه شاداب نباشد افراد افسرده بسیار مستعد گرفتن مسائل منفی و غم و غصه ها هستن و حداقل کاری که ما میتوانیم انجام دهیم این است که این نوع خلق را تقویت نکنیم و آنها را به سمت و سویی بکشانیم که احساس نشاط و شادمانی بکنند و جنبه های مثبت زندگی را در نظر بگیرند.

بخش اول : اسکیزوفرنیا

A: دویا چند مورد از موارد زیر که هر یک از آنها در طول یک دوره یک ماهه به مدت زیاد و قابل توجهی حضور دارد. حداقل یکی از این موارد باید ۱،۲،۳ باشد .

۱- توهم ۲- هذیان ۳- گفتار نامنظم ۴- رفتار بسیار نامنظم یا کاتاتونیک

۵- نشانه های منفی مثل کاهش ابراز هیجان

B: از زمان شروع این اختلال کیفیت زندگی فرد بسار کمتر شده است .

C: نشانه ها حداقل ۶ ماه ادامه می یابند.

D: علت این ناراحتی دارو یا عارضه پزشکی نیست.

نرخ شیوع : ۳٪ درصد یا ۷٪ درصد

بیماری اسکیزوفرنیا یکی از بیماری های سایکوتیک بسیار مهم واصلیه که تقریبا تمامی شیرازه شخصیت فرد بهم میریزه. همانطور که توی اسلایدر ملاحظه می فرمایید اگر ۲ یا چند مورد از مواردی که خدمتتون مطرح می کنم حضور داشته باشد و فرد یک دوره یک ماهه این ویژگی ها را تجربه بکند ما می تونیم برچسب اسکیزوفرنیا بزنییم. ببینید دوستان مهم اینه که باید حداقل یکی از این موارد در فرد حضور داشته باشد. یا توهم هذیان یا گفتار نامنظم. بنابراین این عامل بسیار مهمه که وقتی ما درایم بررسی می کنیم که از این ۳ تا نشانه هیچکدام حضور نداشته باشه و نشانه های ۴ و ۵ حضور داشته باشه ما به این فرد اسکیزوفرنی نمی پیم. به مقدمه ای را خدمتتات بگم که در سال ۱۹۳۰ در یکی از شهرهای غرب آمریکا ۴ تا دختر دوقلو به دنیا اومدن که هر چهار تاشون زنده موندن و تقریبا از اوایل جوانی به بعد هر ۴ نفر این دختر خانمها به بیماری اسکیزوفرنی مبتلا شدند. اونها از یک تخمک بارو شده بودند. خب طبیعیه که تا اون زمان به دلیل این که احتمال این که اگر یک تخمک بیاد بارور بشه و این که هر چند قل داشته باشه بتوندن مبتلا به اسکیزوفرنی بشن احتمال ۱۰۰٪ درصد به هیچ وجه وجود و حضور نداشته، اما تحقیقات نشون میده که اگر دوقلوها همسان باشند و یکی شون مبتلا به اسکیزوفرن باشه احتمال اینکه اون یکی اسکیزوفرنی بشه ۴۸٪ درصد در حالی که توی این ۴ خواهر احتمال ۱۰۰٪ درصد شده بود. خب بریم سراغ نشانه ها: اولین و مهمترین نشانه توهمه. وقتی ما میخوایم توهم را تعریف بکنیم میگی که ادراکی که با واقعیت منطبق نیست. من صدایی را بشنوم، تصویری راببینم یا حتی چیزی را روی بدنم حس کنم لمسش رو واقعی نیست.

هذیان رو که مطرح میکنیم به عنوان دومین نشانه بارز یکی از نشانه های بسیار مهمه اسکیزوفرنی هذیان است. هذیان یک فکر بیمار گونه است. یعنی فکری است که واقعیت ندارد و معمولا افراد آن را واقعیت می پندارند.

هذیان در افراد اسکیزوفرن میتونه متعدد فراوان باشه مثلا فرد ممکنه احساس کنه که خداست یا نماینده خداست یا یک فرد بسیار قوی و قدرتمند یا باز احساس کنه این وبهش میگن هذیان بزرگ منشی. این نوع هذیان ها براساس محتوایی که دارند یه اسم براشون می گذارند. یا فرد احساس بکنه که در تعقیب دیگران یا دنبالش می کنند و میخوان اذیتش بکنند. هذیان گزند و آسیب داره. ممکنه هذیانش، هذیان کنترل باشه احساس کند که از جانب یک نیروی غیبی کنترل می شه.

کما اینکه ما یه معلم کلاس سوم ابتدایی رو که گزارش دادند آموزش و پرورش به هسته مشاوره که بچه ها را اذیت میکنه، کتک میزنه در حالی که قبلا یک معلم مهربانی بوده ارجاعش دادند به مرکز مشاوره و وقتی افکارش را بررسی کردم گفتم که برای چی بچه ها را اذیت میکنی مگه چکار میکنند چه مشکلی برات ایجاد میکنند گفت بچه ها عادت دارند از پنجره بیرون را نگاه می کنند. وقتی بیرون را نگاه میکنند یک نیروی عظیمی را با خودشون میارند توی کلاس که اون نیروی عظیم اجازه نمیده من کارم انجام بدم. باعث میشه که من نتونم حرف بزنم نتونم درس بدم و نتونم اعمال قدرت بکنم برای همین من دلم نمیخواد این کارو بکنم. وقتی بهشون میگم بچه ها بیرون را نگاه نکنید متقاعد نمیشن تا اینکه تنبه بشن. یا یه مورد دیگه داشت حتی بچه ها وقتی دستشون را می کردند توی کیفشون وسیله ای رو بردارند این اذیت می شد و کتک می زد. سوال کردم خب چه اتفاقی می افتد می گفت از کیفشون یک نیروی جادویی در میارند که این نیروی جادویی میتونه منو کنترل بکنه و جلوی حرف زدم منو بگیره. هذیان اسناد به خود داریم یعنی معمولا چیزایی که اصلا ربطی به اون نداره یکی داره میره یکی داره با خودش حرف میزنه یه کارایی میکنه که این فرد اینها رو به خودش نسبت می ده و گاهی وقت هذیان ها بسیار بد، زننده و آزار دهنده هستنند، برای فرد مثلا هذیان پخش افکار داریم که تصورش براینه که افکار درون ذهن این فرد توسط یک موجود یا ابزار یا وسیله ای دیگری داره پخش میشه. مثلا رادیو یا تلویزیون داره اخبار میگه گزارشی راپخش میکنند و اون تصورش بر اینه که این گزارش و اخبار، افکار درون ذهن اونه که اینها را از ذهنش بیرون کشیدن و پخش کردند.

یا یه هذیان بسیار بد که ما گاهی وقت ها شاهد آن هستیم بعضی از بیماران دارند که اصطلاحا بهش میگن هذیان نیست انگاری. یه فرایند حسی واقعی توی مغز اتفاق می افته و حتی تصاویری که میبینن و صداهایی که میشنوه بسیار واضحند و روشن و خیلی راحت میتونه تشخیص بده که این صدا از چه کسی و از چه نقطه ای آمده. این هذیان نیست انگاری خیلی آزار دهنده است براشون ابتدا به ساکن ایجاد میشه که احساس می کنند که یه قسمتی از بدنشون رو از دست می دند. یه قسمتی از درون بدنشون بیرون کشیده شده یا نابود شده از این هذیان ها که بگذریم یادتون باشه یه نکته خیلی مهم وقتی ما اسکیزوفرن رو به عنوان یکی از بیماری های رایج، شایع و مهم سایکوز میدانیم. اختلاف سایکوز اختلالی هستنند که معمولا فرد آنقدر بیش رونده هست که به مرور زمان متاسفانه اون بینش و بصیرت خودشو از دست میده و متوجه نمیشن که چه چیزی واقعیت داره چه چیزی واقعیت نداره. همانطور که خدمتتان مطرح کردم یه نکته دیگه را بگم در ارتباط با توهم که یه نوع ادراکات غیر واقعی داره و توهم یک ادراکه. شنیدن، دیدن، لمس کردن که جنبه واقعی نداره. توهم تقریبا ۷۰٪ درصد افراد سایکوز یا سایکو تیک یا روان پریش توهم های شنیداری

دارند. دستورات مختلف و متفاوتی بهشون داده میشه تو این زمینه. ممکنه صداهایی را بشنون که این صداها را یا به منابع خارجی نسبت میدن گاهی وقت هم صداها از درون مغزشون هست که باز خیلی آزار دهنده است. یه چیزی توی مغزم می گه این کارو بکن. متاسفانه این حالت جنون و این دستور دادن باعث میشه که کارهای خطرناکی به ویژه از نوع پارانوئید اگر باشند دست به کارهای خطرناکی بزنند. یه عده ای از سایکوزها و اسکیزوفرن ها باور میکنند که این اداراکها و باور ها غیر واقعیه، یه عده دیگه باور هم ندارند. یعنی تصورشون براینه که اون چیزی که دارند میبینند یا چیزی که می شنوند وجود واقعی داره. اونایی که بینش و بصیرت ندارند و این توهم ها را واقعی می پندارند در واقع دوره هایی از نظر شناختی برای اونها ایجاد میشه که اصطلاحا ما میگیم نقص نظارت بر واقعیت در ذهنشون دارند. یعنی واقعیت ها را نمی تونند درک بکنند. از هم متمایز بکنند. چی واقعیت داره و چی واقعیت نداره. حتی آزمایشات هم نشون داده که متاسفانه اینها حتی تصاویر واضح یا صداهای واضحی رو وقتی به اونها نشون میدن و بعد میخوان یاد آوری بکنند متاسفانه میان یه چیزهایی رو اضافه میکنند، کم میکنند یا تصاویری که وجود و حضور نداشته به اون صداها اضافه میکنند به همین دلیل ممکنه که اون چیزی که ما غیر واقعی می پنداریم برای اونها واقعیت محض باشد. بنابراین از درون خیلی اذیت میشن و کارشون آزار دهنده است به ویژه آنهایی که یه مقدار هنوز بینش و بصیرت دارند تحمل این شرایط براشون خیلی دردناک خواهد بود.

جلسه ۸ قسمت دوم

نشانه های اسکیزوفرنی:

۱: توهم

۲: هذیان

۳: گفتار نامنظم خیلی مهم است یکی از آیتم هاش از این شاخه به اون شاخه پریدن است ساعت ها ممکن است فرد صحبت کنه اما چون انسجامی ندارد حرف هایی می زند بسیار گسسته و حتی غیر منطقی و غیر ملموس خواهد بود. سالاد کلمات داریم که از هر کلمه ای یا واژه ایی برای ساختن جملاتشان ممکن است استفاده کنند که ممکن است خیلی غیر مرتبط باشه یا اون دستورالعملی که ما به عنوان دستور مرکب زبان استفاده می کنیم به هیچ وجه استفاده نکنند و از ترکیب پیشوند و یا پسوند غیر معمول برای کلمات استفاده می کنند مثلاً وقتی ما می گیم منظم یا غیر منظم از عادت هایی که از نظم تبعیت می کنه استفاده می کنیم ولی یک اسکیزوفرنی وقتی می خواد استفاده کنه از کلمات پروزن استفاده می کنه که در هیچ فرهنگ لغتی وجود ندارد و برای خودش ابداع کرده

۴: ویژگی چهارم: رفتار بسیار نامنظم یا کاتاتونیک: رفتارهایی غیر منظم و ژست هایی میگیرن که حالت مجسمه داره و هیچ تغییری در فرد شکل نمی گیرد گاهی ممکن است رفتارهای پرتنش داشته باشه و به این ور و اون ور بپره

از ویژگی های توهم هذیان گفتار نامنظم به عنوان آیتم های مثبت یاد می کنیم چرا مثبت ؟ معنی اش این نیست که مطلوب است معنی اش این است که وقتی در رفتار و افکار فرد چنین نشانه هایی ظاهر می شود قاعدتا میزان عملکرد و سازگاری فرد را دچار تنش خواهند کرد.

ولی آیتم ۵ : نشانه های منفی مثل کاهش ابراز هیجان: دقیقا برعکس اون ۳ تا اولی است یعنی چیزی که باید در فرد وجود داشته باشه ولی در فرد اسکیزوفرن اصلا وجود ندارد.

مثلا وقتی ما خوشحال می شیم می خندیم وقتی غم داریم ناراحتیم در مورد فرد اسکیزوفرنی وقتی بهش بگن بابات فوت شده هیچ ناراحتی در چهره اش مشخص نیست یا حتی اگر خبر خوشحال کننده بدن چون لیمبیک مغز دچار مشکل شده است و بین لیمبیک و کرتکس مخ متوجه واقعیت نخواهد شد و این ایتم بسیار ناراحت کننده است. معمولا وقتی مادارویی می دهیم که روی انتقال دهنده عصبی فرد تاثیر مثبت می گذارد اونها را تنظیم می کند و نشاتنه های مثبت کنترل می شوند اما در بعضی مواقع این نشانه های منفی ممکن است کاهش پیدا نکند . یادمون باشه زمان شروع این اختلال باید کیفیت زندگی فرد بسیار کمتر از قبل شده باشه یعنی اینقدر قوی باشه که سازگاری فرد را دچار مشکل کند در غیر اینصورت اگر سازگاری ایجاد نشود نمی توان برچسب اختلال اسکیزوفرنی بزنییم.

نشانه ها حداقل ۶ ماه ادامه دارد و می تواند بیشتر باشد ولی کمتر از ۶ ماه نباشد.

علت این ناراحتی دارو یا عارضه پزشکی نیست علت این اختلال نباید مصرف دارو باشه یعنی در اثر مصرف دارو مواد نباشه یا هر اختلالی دیگری

نرخ شیوع: ۳ درصد تا ۷ درصد: اما در بعضی مناطق می تونه تا ۱/۵ درصد هم افزایش پیدا کنه. در تحقیقی مناطق فقیرنشین می تونه تا ۸ درصد افزایش بده اسکیزوفرنی رابطه قوی با فقر دارد و می تواند این را افزایش دهد.

نکته دیگر این اختلال در خانم ها و آقایون تقریبا یکسان و تفاوت وجود ندارد و قاعدتا کسانی که در زندگی بهداشت رو خانواده در روابط شان یا شرایط زیست اشون رعایت می کنند احتمال ابتلا یا حتی ژن اسکیزوفرنی داشته یاشن رو کاهش می ده خانم ها درسته که شیوع با آقایون برابر است ولی در زن ها معمولا دیرتر شیوع پیدا می کنه و قاعدتا خانم ها کمتر بیشتری می شن و شاید خانواده ضرورتی نمی بینن واسه بستری کردن اونها و این مساله کمک می کنه به اینکه در درمانگاه ها افراد اسکیزوفرن آقایون بیشتر از خانم ها باشه .

یک بحث دیگه : متاسفانه تعدادی از اسکیزوفرن ها موفق میشن خودکشی می کنند و این میزان ۸ برابر افراد عادی است که خودکشی می کنند. و این جای تامل داره...

جلسه ۸ بخش سوم:

بریم سراغ انواع اسکیزوفرنی:

قبل از انواع اسکیزوفرنی بریم سراغ نشانه های مثبت: شامل توهم و هذیان است و مثبت به دلیل اینکه معمولا انحراف یا تحریف در عملکرد عادی را نشان می دهند.

نشانه های منفی: نقص در عملکرد عادی یا عملکرد غیرعادی را نشان می دهند این نشانه ها رفتارها و هیجانات احساسات و فرایندهای فکری هستند که مردم سالم وجود دارد ولی در افراد اسکیزوفرنی وجود ندارد یا به شدت کاهش یافته اند.

نشانه های نامنظم: شامل حرف های پرت و پلا . رفتار عجیب و هیجان های نامناسب دارند حرف می زنند چیز خوشحال کننده میگویند زیر گریه و خودش حق به جانب نشان می ده که انگار اصولی هستند.

انواع اسکیزوفرنی:

نوع پارانوی: هوش آنان اغلب سالم می ماند. ذهن بیمار به یک یا چند هذیان (گزند و بزرگ منشی) مشغول است یا توهم های مکرر دارد.

نوع آشفته: قبل از ۲۵ سالگی آغاز می شود . فعالیت هدفمند ندارند . به ظاهر خود توجه نمی کنند . رفتار اجتماعی بهم ریخته و آشفته ای دارند. خنده بی مورد ، شکلک درآوردن و واکنشهای هیجانی نامناسب و سطوح و رفتار ابلهانه در آنها شایع است.

نوع کاتاتونیا: کارکردهای حرکتی آشنا، بی حرکتی عضلانی، انعطاف مومی شکل، تغییر سریع بین بهت و آشفتگی و گاه فعالیت حرکتی مفرط بی هدف.

نوع متمایز: به وضوح اسکیزوفرن است اما نمی توان جز یکی از انواع ذکر شده دسته بندی کرد.

نوع باقی مانده: بطور مداوم دارای شواهدی از اختلال اسکیزوفرنی هستند اما مجموعه کامل علائم مرحله فعال یا علائم کافی برای انواع اسکیزوفرنی را ندارند. هذیان های بارز، توهم، تفکر بی ربط و رفتار آشفته نشان می دهند.

وقتی که فرد می خواد اسکیزوفرنی بشه از یک سریع مراحل باید عبور کند.

مراحل اسکیزوفرنی:

مرحله مقدماتی: ابتدایی ترین مرحله ای که فرد داره تجربه می کنه مرحله مقدماتی است: اولین نشانه های اسکیزوفرنی در اواخر نوجوانی و اوایل بزرگسالی در فرد بروز می کند شروع نشانه ها در برخی افراد سریع و آشکار است ولی برای اکثر افراد با تضعیف تدریجی عملکرد عادی شروع می شود. تخریب تدریجی ۵ سال طول می کشد و ویژگی آن عقب نشینی تدریجی از زندگی عادی، هیجانات نامناسب و تضعیف عملکرد شخصی و اجتماعی است.

مرحله مقدماتی وقتی می خاد شروع بشه همه متوجه میشن که این خانم یا آقا تغییر قابل مشاهده کرده مثلا ممکناست ساعت ها به یکجا خیره شود مثل کسی که فرد ازدواج می خونه میره تهران با آفاش و چون آفاش شاغله و از طرفی سابقه اسکیزوفرنی در خانواده هم داشته همسرش میاد میگه که این خانم حمان نمیره و وقتی میگم برو میگه نمیرم وقتی با خانم صحبت کردم میگه احساس می کنم دور تا دور حمام اقایون نشستند و نگام می کنند و نشانه ها سریع و مشهود هستند پس فرد آرام آرام عملکردش را تدریجی ازبین ببرد و حدود ۵ سال تخریب میشه.

مرحله فعال: نشانه های واضح روان پریشی به تدریج نشان داده می شوند (توهم و هذیان) وقتی این نشانه ها ایجاد و ظاهر میشوند معمولا ۱ تا ۲ سال طول می کشد تا فرد رسما مبتلا به اسکیزوفرنی تشخیص داده شود

معمولا همه اطرافیان دقیقا متوجه می شوند که فرد نشانه ها توهم هذیان دارد.

مرحله باقیمانده: بهبود نشانه ها معمولاً تدریجی است. در برخی مبتلایان نشانه ها به مدت طولانی ادامه می یابد و در این مرحله نشانه های مثبت متوقف می شوند اما ممکن است فرد نشانه های منفی را نشان می دهند.

بخش چهارم

اولین نوع اسکیزوفرنی، اسکیزوفرنی پارانویایی. البته من خدمتون بگم که توی DSM4 که سومین بازنگرش رو ما قبل از DSM5 داشتیم انواع این اسکیزوفرنی ها را مشخص کرده بود اما توی DSM5 اشاره ای به انواع نکرده و همه رو توی طیف اسکیزوفرنی آورده.

اسکیزوفرنی از نوع پارانویا بارزترین نشانه ای که شما میتونی بهش برچسب بزنی هذیانی است که فرد تجربه میکند یا توهمی است که فرد تجربه میکند. نوع توهمش معمولاً توهمی است که معمولاً جنبه بدبینی و سوء ظن داره یعنی احساسش اینه وادراکش اینه وفکرش اینه که دیگران میخوان بهش آسیب بزنند یا فکر میکنه که این فرد بسیار بزرگیه و میخوان به دلیل بزرگ بودنش آسیب بزنند. هذیان گزند و بزرگ منشی از هذیان های بسیار معروف و مشهور نوع پارانویا است. ویا براساس همین هذیان ممکنه توهمای خیلی مختلفی هم داشته باشه. دائما صدایی رو بشنوه که تهدیدش میکنه یا تصویری را ببینه که میخواد بهش حمله کنه و ممکنه بهش میخواد آسیب بزنه و برای اینکه از خودش دفاع بکنه. ما موردی را داشتیم که مثلا حتی پشه ها را موجودات بسیار خبیث میدونست که اومدن که دنیای این رو سیاه و آلوده بکنند. بنابراین هر جا پشه میدید اینقدر واکنش های منفی تندنشون میداد که همه فکر میکردند که مثلاً یه موجود خیلی عظیم جثه و خیلی قوی وحشتناکی ممکنه ظاهر شده باشه نوع دوم قدیم بهش میگفتن هبه فرنی.

نوع هبه فرنی یا آشفته تقریباً یک نوع بهم ریخته است یعنی فرد رفتارهای اجتماعی واقعا بهم ریخته و آشفته است یعنی معمولاً اینها متاسفانه گوشه خیابون پیاده رو میشینند یا میخوانند ممکنه دور و بر خودشون رو خیلی کثیف و آلوده بکنند. اصلاً از آلودگی نمی ترسند یا درواقع اصلاً دور نمی شدند. ادا های خیلی بدی در می ارنند

شکلکلهایی در می آرند که به آدم عادی به همچنین کاری نمیکنه، خنده هاشون، رفتارهاشون، رفتارها، و خنده های کاملاً در سطح ابتدایی و اصطلاحاً ما رفتار ابلحانه برای آنها به کار میگیریم.

رفتارهای ابلحانه و برخوردشون و بیخود و بی مورد توی افراد هبه فرنی بسیار زیاد و شایع است.

نوع دیگه ای که ما با هم مرور میکنیم نوع کاتاتوتیبایی بود قبلاً این اصطلاح رو صرفاً برای اون نوع از اسکیزوفرنی به کار می بردند که کارهای حرکتی مغزشون دچار مشکل شده بود یعنی پردازش ها حرکتی نه این که مثلاً فرد ملیح حرکتی باشه. یعنی انگار به فرمانی توی مغز اینها به اون ها به کسی به چیزی فرمان می داد که حرکتی رو از خودشون نشون بدن ممکنه این حرکات آشفته زیاده از حد و بسیار غیر ضروری باشه یا یک حالت مومی شکل و انعطاف مومی، که به هر شکلی دلشون بخواد بیارند یعنی نتونه قرص و محکم به ایسته یا بالعکس یک حالت بی حرکتی عضلانی و گاهی وقتاً مثلاً یک حالت بهت زدگی که دقیقاً روی یک نقطه تمرکز میکنند، نگاه می کنه، زوم میکنه، مدت‌های زیادی ممکنه همینطور خیره بشه حتی به چشم یک نفر یا به صورت یک نفر. اگر افراد شناسنشون معمولاً باهاشون درگیر میشن. در حالی که هیچ بینشی روی این رفتار خودشون ندارند. و گاهی وقت ممکنه با کوچکترین صدایی از جا بپرن و یک آشفته‌گی حرکتی نشون بدن. در هر حال این ها پردازشهای حرکتی مغزشون متاسفانه به هیچ عنوان جنبه منطقی ندارد.

نوع دیگه نوع نامتمایز. حالا چرا این اصطلاح نامتمایز رو به کار میگیریم. ببینید ما این افراد رو به دلیل داشتن حداقل اون ۳ نشانه که خدمتتون گفتم یعنی توهم، هذیان و گفتار نامنظم ما میتونیم اسکیزوفرنی بر چسب بزیم اما این قدر واضح و روشن نیست که ما بتونیم توی یکی از این ۳ طبقه قرارش بدیم.

و آخریش هم نوع باقیمانده این دسته یک نشانه ی از اسکیزوفرنی دارند ولی معمولاً مجموعه نشان نگانشون برای هر مرحله ای که ما تعیین کردیم مثل مرحله فعال همش نیست. مثلاً هذیان دارند ولی بارز و روشن نیست. توهم دارند ولی اینقدر پنهان کاری میکنند که مشهود نیست یعنی هر فردی ممکنه متوجه نشد و اعضا درجه یک خانوادشون ممکنه متوجه این قضیه بشن.

تفکر بی ربط دارند رفتار آشفته دارند ولی اینقدر ضعیفه و در حدی است که افراد اگر از بیرون بیان و شاهد باشند این رفتار، گفتار و این ادراک و فکر فرد را مورد بررسی قرار بدن احتمالاً نمی تونن تشخیص بدن که این فرد اسکیزوفرن هستید مثلاً احساس کنند که تازه وارد مرحله مقدماتی شده و به مقداری فاصله گرفته از مرز واقعیت ولی هنوز نمیتونند برچسب جنون یا اسکیزوفرن را برای اون در نظر بگیرند. بریم سراغ یکی دیگه از اختلال های که باز توی طیف اسکیزوفرنی ما میتونیم به اون اشاره بکنیم. اما خب نشانه هاش با اسکیزوفرنی به مقدار متفاوت، زمانش هم متفاوت.

اسم این اختلال اسکیزوفرنی فرم است. یعنی شبیه به اسکیزوفرنی یعنی خود اسکیزوفرنی نیست. یعنی شباهت هایی داره. این شباهت ها از نظر نشانه است. اما تفاوتش یکی اینکه مدتشه، کمتر از ۶ ماه؛ از یک ماه بیشتره و وقتی که این

مدت را در نظر میگیرم در حالی که ما گفتیم ما فردی را برچسب اسکیزوفرن میزنیم که بیش از ۶ ماه بیماریش طول بکشد. بنابراین از نظر مدت این کمتر از اسکیزوفرن است.

یه مشخصه دیگه ای هم ما باید متمایز بکنیم این اختلال را با اختلال اسکیزوفرنی اینه که توی اسکیزوفرنی این شرط وجود داره توی محور B که اگر فرد نشانه های اسکیزوفرن رو نشون میده برای این که برچسب بخوره باید حتما توی عملکرد اجتماعی، شغلی، تحصیلی و سایر موقعیت هایی که فرد توی اون داره خودش رونشون میده یه نقض جدی ایجاد بکنه. در حالی که در اختلال اسکیزوفرنی فرم ما این معیار را نداریم یعنی معیار نقض در عملکرد اجتماعی و شغلی وجود ندارد. می تواند حضور نداشته باشد. تقریبا میزان وقوع اختلال اسکیزوفرنی فرم شبیه به اسکیزوفرنیه. اما یه نکته ای که باز خیلی تاکید میکنم روش، توی کشورهایی که از نظر اقتصادی پیشرفته هستند ما این نوع اختلال را تقریبا ۵/۱ میزان اسکیزوفرنی داریم. یعنی میخوام بگم که اسکیزوفرنی فرم، اختلالی شبیه به اسکیزوفرنی که برای مدت کوتاه تری و با نشانه های ضعیف تری در فرد ایجاد می شه با فقر رابطه سنگین تری داره نسبت به اختلال اسکیزوفرنی والبتنه که معمولا کسی که اختلال اسکیزوفرنی فرم داره وقتی میایم خانواده اش را بررسی میکنیم. حالا ژنوگرامشو می کشیم و نگاه میکنیم ببینیم که اطرافیانش، والدین، اعضای درجه یک خانواده اش و یا عمو، خاله، عمه چه وضعیتی دارند از نظر نشانه بیماری، متوجه میشیم که بله این افراد توی خانواده هایی زندگی میکنند که احتمال حتی داشتن اسکیزوفرنی هم براشون زیاده، متاسفم که بگم در کشورهای جهان سوم، چهارم و پنجم احتمال وقوع این اختلال یعنی اسکیزوفرنی فرم بیشتر میشه و بعد حتی به میزان اسکیزوفرنی افزوده میشه و مثلا اگه ما در نظر بگیریم حداکثر ۵/۱٪ این ممکنه تا ۲٪ درصد، گاهی وقتا توی بعضی مناطق ممکن هست تا ۵/۲٪ درصد هم برسد.

گفتار نامنظم سومین ویژگی افراد اسکیزوفرنی هست که خیلی مهم هست.

جلسه ۸ بخش پنجم

اختلال اسکیزوافکتیو: افکتیو: یعنی عاطفی یعنی اسکیزوفرنی با یک نوع بیماری دیگه.

یک دوره پیوسته و بدون وقفه از بیماری از بیماری که در طول آن یک دوره افسردگی عمده یا یک دوره مانیک وجود دارد و به طور همزمان با معیار A در اسکیزوفرنی روی می دهد. دوره مانیک یعنی انقدر فعال و پر انرژی است هر دو آنها باید با معیار A همراه باشه.

B: در طول عمر این بیماری توهم و هذیان به مدت ۲ هفته یا بیشتر درغیاب یک دوره افسردگی عمده یا یک دوره مانیک وجود دارند. یعنی دیگه بخاطر افسردگی یا مانیک هذیان و توهم آنها نباشد.

انواع فرعی: نوع دوقطبی، نوع افسرده (فرد اصلا تجربه دوره مانیک رو نداره اما در دوقطبی افسردگی و مانیک با هم داره).

شیوع: کمتر از اسکیزوفرنی و حدود ۰/۳ درصد و در زنان بیشتر از مردان است.

اختلال هذیانی: تفکر بیمارگونه دارد. ویژگی اصلی این اختلال عبارت از یک اعتقاد و باور مبهم که با واقعیت تضاد دارد و در عین حال سایر ویژگی های اسکیزوفرنی حضور ندارد. این افراد معمولاً عدم واکنش هیجانی یا کند شدن احساسی یا سایر نشانه های منفی اسکیزوفرنی را ندارند اما ممکن است از نظر اجتماعی منزوی می شوند. این هذیان طولانی مدت هستند و ممکن است چند سال ادامه یابد. سن کسانی که برای اولین بار به کلینک مراجعه می کنند بین ۴۰ تا ۴۹ سال است.

نرخ شیوع: ۰/۲ درصد کم است ولی هر چند کم است وقتی فکر بیمار گونه داره ازار دهنده است.

اختلال روانپریشی کوتاه مدت: کمترین زمان در انواع اختلالات روان پریشی است برخی افراد ناگهان به بعضی نشانه های روان پریشی دچار مشکل می شوند و نوسانات هیجانی و شدید آنها فقط چند روز طول می کشد.

ویژگی اصلی این اختلال شروع ناگهانی یا چند نشانه مثبت است که حداقل یک روز و اما کمتر از یکماه طول می کشد. این افراد خیلی زود به حالت سلامت باز می گردند درواقع میگویند یکشوک عاطفی شده و بر می گرده زود

معمولاً یک رویداد استرس زا باعث آغاز این اختلال می شود و شیوع تقریباً ۹ درصد کسانی که برای اولین بار روانپریشی را تجربه می کنند این اختلال مبتلا می شوند.

شیوع آنها در زنان دو برابر مردان است.

اختلال روان پریشی مشترک: خیلی کم و نادر است فقط شامل کسانی است که فرد مراقب ف همسر فردی است کهبیماری روان پریشی دارد و این نشانه های روانپریشی به شیوه انتقال فرد دوم ایجاد می شود .

فردی که با فرد مبتلا به نشانه های روان پریشی و رابطه میان فردی نزدیکی دارد سرانجام ممکن است آن باورها را باور کند.

این اختلال نسبتاً نادر است و بیشتر در کسانی دیده می شود که منزوی است ارتباط اشون با دیگران بسیار اندک است. معمولاً فرد بیمار گونه را از کسی کهبر او مسلط است کسب می کند.

در بسیاری از موارد وقتی این دو از یکدیگر جدا می شوند فرد دوم بهبود می یابد فرد دوم را ببریم جای دیگه زندگی کنه تا درمان بشه

این اختلا در بطن سایر اختلالات طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان پریشی مطرح شده است.

اختلال های شخصیت: هم صفت شخصیت داریم و هم اختلال شخصیت.

ده نوع اختلال شخصیت و هرکدام یک سری صفات و خصوصیتی دارند که برچسب آن اختلال برای خود ایجاد می کند. مجموعه های از ویژگی مشترک هستند که این ویژگی ها باعث می شوند فرد یک رفتار ثابت و دائم از خود نشان دهد که این رفتار دور از انتظار یک جامعه و فرد است. روش های در بررسی، تحلیل و تفسیر رویدادهای دور و اطراف آن می کند که منطقی نیست و نوساناتی در عواطف و هیجان هستند و غیر قابل پیش بینی است.

و رفتارهای از آن سر میزند که ناگهان وبدون هیچ پیش زمینه ی صورت می گیرد. همه این ها مشروط بر اینکه در عمل کرد شغلی و اجتماعی فرد اختلال ایجاد کند. ما اصطلاح اختلال شخصیت را برای آن در نظر می گیریم.

قطعا در اختلال شخصیت وقتی به زندگی فردها نگاه میکنیم میبینیم نشانه هاش حتی از دوره کودکی در فرد وجود دارد ولی برای برچسب زدن کافی که از نوجوانی و اوایل سنین بزرگسالی این اختلال خود را نشان دهد.

اختلال شخصیت مجموعه با دوام از تجربه های درونی و رفتارهای است که از فرهنگ فرد فاصله گرفته و بیمار غیر منقطع (غیرقابل تغییر است) اسن و معمولا را سنین نوجوانی خودش را نشان می دهد. مهم است درطول زمان ثبات دارد و مقطعی نیست. شاید فرد باورش این هست که آن دائم ترین فرد است و دیگران بیمارانی نشان میدهد به گونه رفتار می کند در فعالیت خود مشکل پیش می آید. و اولین رنج و نا سامانی رو نشان می دهد.

انواع اختلالات شخصیت ک در سه دسته قرار دارد:

اختلال شخصیت پارانوئید: سوء زن، بدبینی واحساس به اطرافیان و عدم اعتماد حتی به عزیز کس خود اعضا درجه یک خانواده خود.

حداقل ۴ مورد از مورد زیر.

تعهد آن ها این است ک از آنها سوءاستفاده می شود بدون اینکه دلایل کافی برای این مسئله داشته باشد. ذهنش دائما مشغول شک و تردید به عزیزان خود است. عدم تمایل به درد ودل کردن با دیگران زیرا میترسد او را لو بدهند و روابطی ازش کشف شود و مسئله برایش پیش بیارد، توطئه را بچینن. حرفایی ک افراد بدون منظوری خاصی یا از روی محبت می زنند برداشت و تهدید آمیز تلقی شود. بزرگ ویژگی که افراد در محیط دوستانه و خانواده آسیب می بینند هر نوع رابطه صمیمانه را رد می کند. معمولا کینه دوز هستند. به دل می گیرند و فراموش نمی کنند. بدنبال تلافی و جبران هستند. معمولا می گردنند که کسی علیه او اقدام کرده یا مدام به وفاداری همسرش یا شریک

احساسی شک میکنند و بدنبال اثبات مدعی خود به فردی، که داری خیانت می کنی. اگر این عوارض بدنبال مصرف مواد خاصی مثل شیشه نباشد.

میزان شیوع ۲/۳ درصد تا ۴/۴ درصد،

بیشتر جنسیت مرد است. و اختلال مردانه است.

اختلال شخصیت اسکیزوئید: در روابط اجتماعی دچار مشکل و از آن فرار می کند. هیجان مناسبی نمی تواند نشان دهد شرایط مناسب و عادی از ابراز احساسات را ندارند.

۴ مورد یا بیشتر

نه خوش است و نه لذت می برد. فردی کار می کند تا جمعی. تجربه جنسی ندارد یا علاقه کمی به آن نشان می دهد. خیلی کم از فعالیتش لذت میبرد، راز به کسی نمی گوید، در مدح و نقد عکس العملی نشان نمی دهد و بی تفاوت است و دارای سردی عاطفی به برخورد عاطفی با دیگران دارد.

جلسه دهم بخش ۲

معلول مصرف دارو یا مواد نباشد. میزان شیوع آن ۳ درصد تا ۵ درصد. کسانی که این شیوع را دارند روابط اجتماعی غنی ندارند در شغل های که روابط یاورانه مثل معلمی، مشاوره، پرستاری.... که روابط بین فردی میطلبد ناموفق هستند و نمی توانند موفقیت اجتماعی کسب کنند.

اختلال شخصیت اسکیزوتایپال: در همه جوانب زندگی نقایصی دارد (فردی ، اجتماعی، رفتاری و...)

۵ مورد از نشانه های زیر.

دائم چیزی را به ذهن می آید که وجود واقعی ندارد، تفکرات خرافاتی یا جادوی دارد، حرف و تفکر بی منطق، تاثیر گذاری از عوامل غیر واقعی بر رفتار، تجربه های توهم و هزیان، جای خنده و گریه جابجا شده، رفتار و ظاهرش غیر عادی که همه اعضا و افراد که به مدت طولانی (۵ تا ۶ ماه) با او در ارتباط باشند متوجه این رفتار و اختلال خواهند شد. محرم اسرار ندارد جز یکی دوفرد از اعضای خانوادشون، از جمع فراری هستند، از مصرف مواد داروی و مصرف مواد و عارضه های پزشکی دیگری نباشد و اختلال دیگری نداشته باشد ک بتواند برچسب بزنیم.

هرسه اختلال دسته اول در توهم و هزیان شبیه هستند .

اختلال ضداجتماعی: عدم احترام به حقوق همه مردم. مسلط، زورگو، قوی، قدرت مند، از درون احساس حقارت میکند ولی از بیرون خود را بسیار قوی و قدرت مند.

ضد اجتماعی ربا مجرم و بزهکار اشتباه نگیریم آن از جرم باخبر هستند پذیرفته است. ولی شخصیت ضد اجتماعی بیمار است.

۳ نشانه یا بیشتر.

فرد قانون و هنجار برای او مهم نیست، برای رسیدن به اهداف خود فریب کارانه عمل می کند، دروغ و کلاه برداری می کند، هر کاری را برای سود جویی ولذت باشد انجام می دهد بدون فکر براساس امیال خود است، بدون برنامه ریزی است، زود تحریک و زود عصبانی می شوند و امکان درگیر شوند و کار به پلیس و نیروی انتظامی برسد، ایمنی خود را رعایت نمی کند، عذاب وجدان ندارد و پشیمان نمی شوند، جرم خود را برعهده نمی گیرد، حداقل فرد باید ۱۸ ساله باشد زیر ۱۸ سال باشد مربوط به اختلالات سلوک است.

جلسه دهم بخش ۳

اختلالات شخصیت مرزی: مرز بین نوروز و سایکوز

بسیار اهمیت دارد در هر زمینه بسیار مهم فرد مشکل بوجود آمده است. در ارتباط آن با غزت نفس، احساسات و هیجانات دچار عدم ثبات شده اند و فرد براساس امیال است تا تفکر.

۵ مورد از نشانگان زیر.

روابط بین فردی مشکل دارد، خودکفا نیست و تلاش این ارتباط حفظ بشد. دوستان برای خود پیدا نمیکنند، تصور و خودپنداره درست از خود ندارد و بی ثبات است، رفتارهای مخاطره آمیز را بدون فکر و برنامه ریزی انجام میدهد، رفتارهای انتحاری و خودزنی و دیگر زنی، همیشه احساس خلع دارند همیشه احساس تنهایی دارند، دیده منفی به بستگان دارند برای کمک به آنها باید هوای دور و اطراف آنها را داشته باشیم یعنی تنش آفرینی نکنیم و سعی کنیم آرامش آن ها را حفظ کنیم.

از مهم ترین خصوصیات آن:

عدم ثبات هیجانی

عدم ثبات هویت و خود پنداره

مشکل و نقص بین روابط فردی.

اختلال شخصیت نمایشی: مثل یک هنر پیشه هستند برای نمایش فرد در می آید، به طور شدید هیجانی هستند، به شدت دنبال جلب توجه و حمایت و نگاه دیگران، نشان دادن نشانه های برای جلب توجه که هم می تواند شخصیت آنها را نمایان کند به شباهت و پایداری شخصیت کمک می کند.

نشانه ها

تعامل با دیگران مخصوصا برای جلب توجه آرایش زیاد لباس آن چنان برای توجه دیگران، شخصیتی ک در هر موقعیت به آن نگاه کرد، هیجانات آنها نوسان دارد، احساساتشان سطحی و گذرا، از فیزیک بدن برای جلب دیگران، نشان دادن هیجانات نامناسب، به تلقین پذیر هستند، ارتباط صمیمانه باعث می شود همه جیک و پوک خانواده رو بگویند.

درصد شیوع ۲ درصد می باشد.

جلسه دهم ۴ تکرار جلسه دهم ۳ است

عادل فرطوسی

جلسه ۱۱

علل اختلال شخصیت:

برای روانشناس و مشاوره مدرسه سخت است که بتواند همه دانش آموزان که دارای مشکل هستند را تشخیص دهد در نتیجه از ارجاع معلم، خانواده، ... استفاده می کند.

رویکرد های بیولوژیک: خلق و خو، همه با یک نوع خلق و خو به دنیا نمی آیند. اگر خلق و خواز کودکی مناسب پرورش یابد بدلیل رگ های شخصیتی شوند که معمولا با ثبات و پایداری هستند. تحقیقات بر ژنتیکی بودن اختلال تاکید دارد.

نقش رویدادهای تروماتیک: هر اتفاق باعث استرس بسیار شدید برای فرد می شود.

بد رفتاری و سوء رفتار یا قفلت از حقوق فرد در دوران کودکی زمانی که نگاه تبیین شده به زندگی خود ندارد ضربه، آسیب و تنش بوجود می آورد.

اگر آسیب ها بیشتر از کسانی که دوستشان داریم باشند چونکه مغز کودک توانایی این را ندارد که تبیین و توجیه کند باعث ایجاد عدم پذیرش و این عدم پذیرش موجب آسیب بیشتر می شود.

گاهی خود در صحنه یا تعریف یا خواندن به صورت تخیلی وهن به گونه در ذهن فرد تصور شود که باعث عامل تروماتیک شود. گاهی دلبستگی ضعیف را شاهد می شویم کودکی بعد از بدنیا آمدن مادر آن را رها می کند.

کودکی که مادر بعد از زیمان دچار افسردگی می شود. این حالت تنظیم هیجانی مغز کودک را دچار مشکل می کند و این عامل باعث ایجاد صفات شخصیت نامناسب ناسازگار است.

جلسه یازدهم بخش ۲

ساختار و عملکردهای مغزی: می تواند عامل اصلی برای رگ های بیمارگونه باشد. تحقیقات نشان می دهد هم افراد اسکیزوتایپال تو هم اسکیزوفرنی دارد و هم شخصیت خرافی. اسکیزوفرنی ها لپ آهیانه نابهنجاری هستند حجم کاهش پیدا کرده، لپ پیشانه آن کم حجم شده. احتمالاً این کاهش باعث می شود که نتواند در ترکیب هیجانتش عواطف وافکار داشته باشد. افراد ضد اجتماعی از قسمتی از مغز به نام بادامه و هیپوکم (دم اسب) جزء دستگاه لیمبیک ما آدم ها است اگر نتوان این دو قسمت که مسئول کنترل و نظارت بر هیجانات که باید یک ارتباطی بین لیمبیک و کورتکس مخ ایجاد کند تا این سلول ها و ارتباط عصبی منجر به کنترل نوسانات هیجانی می شود.

رویکرد روان شناختی: دیدگاه روان پویایی: اسکمار طرحواره و آن چیزی که از ابتدائی تولد کودک با اولین ارتباط بین مادر و فرزند و اتفاقات دوران کودکی به ویژه ۵ سال اول تولد اگر این رابطه به گونه باشد که امنیت احساسی برای فرد بوجود آورد یک رابطه سالم و دل بستگی ایمن شکل می گیرد قطعاً این فرد دنیا را دنیا دوست داشتنی تر قابل اعتماد و خوب می پنداره ولی زمانی که عکس این موارد پیش بیاد ضربه مهلک و دردناک بر فرد می باشد که باعث ایجاد شخصیت پارانوئید و این قدر ضعیف که وابسته است و ضعف هویت دارد. فروید دوران بحران رشد بی نهایت اساسی است.

نظریه شناختی- اجتماعی: نگاه دوسویه است. اعتقاد دارد که افراد که اختلال شخصیت میگیرند از نظر فکری و شناختی به شدت معیوب فکر میکنند. واز سوی دیگر الگوهایی رفتاری خودشان را از محیط دور و اطراف خودشان گرفته اند ممکن محیط همسالان باشد و اگر اشخاص در اطراف دچار مشکل و اختلال باشد به صورت الگو دهی نمایان میشود.

نظریه اجتماعی- فرهنگی: رویکرد اساسی انواع اختلالات در قومیت ها، کشورها و...

فرهنگ های مختلف و حتی اقتصادی و فرهنگی یکسان دارند و مسائل فرهنگی هم بر میزان و شیوع اختلال تأثیر دارند.

یازدهم بخش ۳

درمان

دلیل مطالعه علل رسیدن به درمان است. توانایی خود یا ارجا به متخصص دیگر.

دارو درمانی: راحت ترین و سهل الممکن بودن است ، اما صرفا زمانی استفاده می شود که ۱. از اختلال توهم و هزیان باشد.

۲. به غیر از اختلال شخصیت یک اختلال دیگر هم دارند.

رویکردهای روان پویایی: کسانی که طرحواره های خوب و مناسبی برای زندگی مناسب و ارتباط با دیگران در ذهن ناهشیار آنها جا ندارد.

ارتباط با دیگران در ذهن ناهشیار آنها جا ندارد.

در مرحله اول باید بفهمم که مراجع چرا این مشکلات در زندگی آن هست(بینش)

مرحله دوم فرد باید دیدگاه خود را تغییر دهد.

رویکرد درمانی مبتنی بر نظریه شی: ارتباط های بین فردی به ویژه با عزیزترین کسی که فرد در دوران کودکی دارد(مادر یا جایگزین آن)

همه آدم ها سه لایه دارند که باید فعال باشند: من کودک ، من والد، من بالغ. زمانی که این سه لایه باهم آشتی باشند وبا تواضا آن می توانند یک زندگی نسبتا سالم رل داشته باشند. در غیر این صورت دچار شخصیت ضد اجتماعی، وسواسی.

جلسه یازدهم بخش ۴

رفتار درمانی دیالکتیک: هم رفتارگرایی وهم انسان گرایی وجودی را باهم ادغام و ترکیب کرده . اعتقاد براین افراد اختلال شخصیت به شدت آسیب دیده هستند. اول باید قدرت جذب شخصیت آنها را به وسیله رفتار و روابط بین فردی داشته باشد یعنی روابط ایمنی بخش.

در درمان دیالکتیک فردی برمی گردد به گذشته.

مشاوره های مراجع محوری است. راجرز

۱. یک رابطه حسنه خوب و مناسب.

۲. پذیرش بی قید و شرط

۳. همدلی

هیچ عجله برای درمان شخصیت به ویژه رفته درمانی دیالکتیک نیست.

بعد از رابطه حسنه از تکنیک های رفتارهای به تقویت رفتارهای مثبت و کم کردن رفتار های منفی.

درمان شناختی - رفتاری: شواهد زیادی به صورت عینی برای آن مثال من مسئولیت حق و حقوق دیگران نیستم و متوجه می شویم این رفتار در زندگی شخصی اجتماعی چه ارتباطی داشته است.

تحقیقات نشان داده که درمان شناختی - رفتاری در کنار دارو درمانی مناسب بوده.

۱۴ تا ۱۵ اختلال بر حسب زدن نامناسب امکان ادامه رگ ها اختلال را موجب شود.

با دیدن میزان شیوع می تواند آموزش و پیشگیری های را صورت داد بخصوص در دوران کودکی.

جلسه ۱۲

عادل فرطوسی

اختلالات که معمولا در دوره شیر خواری، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می شوند.

اختلالات خاص دوره کودکی و نوجوانی است. و می تواند تداوم داشته باشد و زمینه برای مشکلات دیگر در بزرگسالی باشد. درمان های به موقع ژن مشترک بین این اختلال این طیف اختلال دیگر را در این طیف یا طیف دیگر باعث شود. تشخیص اختلال را در کودکی مثل بزرگسالی آسان و ساده نیست و بسیار دشوار است. بدلیل اینکه نمی تواند مثل آدم بزرگها از مشکلات و دردها شوت بگند و زبان گویی مناسب ندارند و باید با ابزارهای تشخیص مناسب برای پیدا کردن نشانه در کودکان استفاده کرد. از جمله: نمایش، کتاب، قصه، بازی، نقاشی و یا هر ابزاری دیگر. یک مسئله دیگر اینکه بسیاری از مواقع تجربه که کودک از اختلال خودش دارد اینقدر ناشناخته است برای آن و چون قوه شناختی و فراشناختی آن قدر رشد نکردن که به کمک آن استدلال کنند و برای روان شناس و مشاور بگویند. بدلیل عدم رشد مناسب با زهم مشکل دوم هست و آن در بیان ظهور نشانه ها در ضمن وقتی یک کودک را بررسی کنیم به شدت باید توجه سن آن، مراحل رشد آن ویژگی های رشدی کودک داشته باشیم. خیلی از کودکان قبل از اینکه سن رشد آنها تمام شود و آن نشانه های رشد را به اتمام برسانند ممکن است بر اثر رفتار نامناسب، شیوه فرزند پروری ناموجه والدین ویژگی ها رشدی آنها تبدیل به یک اختلال می شود. اختلالات مخصوص کودکی گاهی جنبه رشدی - شناختی دارند مربوط به سیستم عصبی هستند مخصوصا اعصاب مرکزی مثل عقب ماندگی ذهنی، ناتوانی ذهنی یا معلولیت ذهنی و یا اختلال یادگیری یا اوتیسم.

جلسه دوازدهم بخش ۲

عقب ماندگی ذهنی: کم توانایی ذهنی، معلولیت ذهنی (استثنائی هستند پس به آموزش ویژه نیازمند هستند).

یادگیری: در سه طیف هستند خواندن، ستند خواندن، نوشتن، ریاضی ممکن دانش اختلال مرکب از سه زمینه داشته باشد. تفاوت تشابه و تمایز کم توانایی ذهنی و اختلالات یادگیری توجه کرد تا به تشخیص مناسب و راهکار مناسب برسد.

مهارت های حرکتی: به سه زیر مجموعه اختلال شامل می شود:

حرکتی: (بی مهارتی یا کم مهارتی رشد) نمی توانند بنویسند، راه بروند و.....

کلیدی و رفتاری: حرکت و عضلات که قابل کنترل نیست.

تیک

ارتباطی: زبان کلام و زبان بدن ارتباط

فراگیر رشد: طیف اوتیسم از خفیف تا شدید.

کاستی توجه و رفتار ابتدایی: همه با آن آشنا هستند.(بیش فعالی). نافرمانی مقابله پیش دبستان از حالت نافرمانی طبیعی بیشتر است و در روابط اجتماعی مشکل دارد سلوک، پرخاشگری، زدو خورد..... زمینه را برای بزهکاری و ضد اجتماعی.

خوردن: همه چیز خواری، نشو خواری، کم غذا خوردن یا بد خوردن.

دفع: بی اختیاری.

کنترل تکانه: دوزدی، مو کندن، فرد در خود اللزام میبیند این کارو انجام بدهد تا آرامش برسد ولی احساس گناه بعد از آن باعث اضطراب پیش می آورد که عامل رفتار تکانه است.

سایر اختلالات (اضطراب جدایی، لالی انتخابی.....)

سایر مشکلات که برای کودک پیش می آید: کودک آزاری، اهمال، غفلت، کم توجهی.

جلسه دوازدهم بخش ۳

اختلال کم توانایی ذهنی: کاملاً جنبه مغزی و رشد دارد. قبل از ۱۸ سالگی بروز و ظهور پیدا میکند.

-نقص حداقل در دوزمینه: ذهنی و هوشی بچه که تا ۲ انحراف پایین حد میانگین

-نقص در عملکرد سازگانه.

درجات اختلالات ذهنی:

• خفیف: از زندگی ساده با مشقت بر می آیند.

• متوسط: از زندگی معمولی با مشقت و شرایط خاص بر می آیند.

• شدید: فقط بعضی از مهم زندگی

• عمیق: تا حمایت و مراقبت نشوند مشکل دارند.

آموزش پذیری: قابل درس خواندن با کتاب های خاص. زیر نظر کودکان استثنائی

تربیت پذیری: قابل درس خواندن با کتاب های خاص نیستند. به شدت به مواظبت و مراقبت نیاز دارند.

حمایت پذیر: بسیار سخت و دشوار و طاقت فرسا برای پرستاران و دور اطراف خود فرد. سن کم نهایت تا سن ۳۰ تا ۴۰ سالگی ..

جلسه دوازدهم بخش ۴

علل معلولیت: مشکل ذهنی و عصبی را باید پیدا کرد.

عوامل بیولوژیک:

• عوامل کروموزومی: سندرم دام، اختلال کروموزومی ۱۴ و ۲۱. بچه های سندرم دام یک طبقه عقب ماندگی ذهنی به شدت ژنتیکی است.

• عوامل متابولیک: سوخت و ساز بدن یا با فقدان یک آنزیم یا کارکرد غیر منطقی یا غیر طبیعی دستگاه های گوارشی یا دستگاه گردش خون، می تواند مسئله ایجاد کنند، توجه مهم است به تغذیه آن توجه شود.

• مشکلات جنسی: مادر در دوران بارداری در بسیاری از اتفاقاتی پیش آمده (واکسن نزدن، تغذیه نامناسب، مصرف مواد...).

علل بعد از تولد (اکتسابی): حوادث و آسیب ها، ضربه به سر بچه باعث آسیب به مغز، قرار گرفتن در معرض مواد سمی، عفونت های که پیش می آید (پرده های کودک دچار مشکل می شوند، مایه مغزی نخاعی دچار مشکل می شود)

فقر و محرومیت: ناتوانی و عقب ماندگی خانوادگی و فرهنگی. مراقبت های ویژه بارداری مادر و تغذیه.

بسیاری از مشکلات برای افراد و کودکان پیش می آید از تغذیه نامناسب است.

جلسه دوازدهم بخش ۵

آموزش

مراقب پذیری: آموزش نیاز ندارند و باید مراقبت شوند.

تربیت پذیری: شناسایی استعدادهای از والدین بپرسیم بچه چه کاری می تواند انجام دهد. اختلاف رشد شناختی کودک با کودکان هم سن و سال چقدر است و طبقه بندی کنیم البته با استفاده از آزمون و یک متخصص هوشی با یک بررسی بالینی، هدف برای آموزش باید ریز و پلکانی عمل کنیم .

پیشگیری و درمان معلولیت ذهنی: باید در پیشگیری سرمایه گذاری کرد، بارداری باید با آمادگی کامل و از سه ماه قبل انجام بگیرد.

-مشاوره با مادران الکلی

-مشاوره ژنتیک

-بررسی های بالینی و پیرا پزشکی مادران قبل از بارداری.

-غربالگری در دوران بارداری

-رسیدگی به وضعیت اقتصادی خانواده های فقیر.

-آموزش مهارت های خود یاری ، اجتماعی و شغلی

-اصلاح رفتار: باید کارا های درمان رفتاری انجام دهیم.

- آموزش ویژه : کودکان آموزش پذیر به مدرسه یا کلاس ویژه یا معلم سیار در مدارس عادی به کمک معلم معمولی ، معلم یا کلاس مرجع باشند ، معلم در مدرسه می باید آموزش خاص در کلاس خاص برای بچه ها تدارک می بیند.

جلسه دوازدهم بخش ۶

کارهای حمایت فردی:

-توانایی هوشی .چقدر هوش مند است

-رفتار سازشی .آموزش رفتار مهارت آموزی، خوب فکر و عمل کردن

-مشارکت، تعامل و نقش اجتماعی که بهزیستی ، فرهنگ ودلت انجام میدهد.

-بهداشتی و خدمات بهداشتی

- بافت محیطی زندگی، اگر خوب و فری باشد باعث ایجاد و شرایط خوب و مناسب میباشد.

سوال ۱

چه ضرورتی دارد ما این قدر به سرمایه گذاری روی افراد کم توان ذهنی وقتی می توانیم این پول رو خرج بچه های تیز هوش بکنیم؟

جواب ۱

یه حکم انسان بودن مهم عامل که یک انسان با آن بدنیا میاید. در بدنیا آمدن در مشکل داشتن و پیامدهای منفی هیچ دخالتی نداشته، به حکم انسانی مسئولیت و وظیفه انسانی خودم درهر جایگاه که باشم قطعاً باید خوب آن را درک کنیم. همدردی با آنها داشته باشیم آن را بفهمیم و خود را جا آنها قرار دهیم. ما بعضی وقت ها در زمینه خاص اینقدر ضعیف مستقیم وهم اندازه دوستان هم ردیف خود نیست.

با ملاحظه این تفاوت ها پی میبریم. کودکان نا توان ذهنی یک انسان که تفاوت های در ۱. بارکشی ۲. رفتار سازشی.

سوال ۲

چرا بچه های که حمایتی بهره هوشی که زیر ۲۵ درصد را اذیت می کنیم در زندگی ها، مراقبت میکنیم، طول را زیاد می کنیم. سر ساعت دارو به آنها تغذیه تغذیه میدهیم، مراقبت میکنیم؟

جواب ۲

قطعاً ما با یک انسان سروکار داریم که حق حیات دارد چون حق حیات دارد پس باید کمکش کرد از حیاتش بهتر پیش برد.

کریم عیدالخانانی

جلسه ۱۳

اختلال کم توان ذهنی یا عقب ماندگی ذهنی :

(آموزش پذیر) : در مدارس استثنایی آموزش ویژه میبند.

(تربیت پذیر) : آموزشهای خاصی در مراکز و مؤسسات می بینند

(ایزوله) : در مراکز خاص نگهداری می شوند و به مراقبت جدی نیاز دارند.

نکته: اگر بتوانیم رفتار سازشی فرد دچار اختلال را بالا ببریم می تواند زندگی طبیعی داشته باشد.

بعضی از این اختلالات به مشکلات متابولیکی و ژنتیکی مربوط می‌شود بسیاری از عقب‌ماندگی‌ها ممکن است به نقیصی که برای مغز جنین یا مغز کودک بعد از تولد یا به دلایلی مانند عفونت یا تصادف یا ضربه و یا تغذیه نامناسب ایجاد شود آسیب بسیار جدی به حساب می‌آید و تقریباً شاید حدود ۲ درصد افراد مدرسه را درگیر میکند.

کودکان باید در جمع همسالان قرار بگیرند و نیاز به حمایت شدید خانواده و مدرسه و مربی دارند.

مادر یا پدر کودک دچار اختلال چند احساس منفی دارد:

_احساس پشیمانی به شدت (چرا مراقبت نکردم)

_احساس خصومت و خشونت نسبت به کسانی که ممکن است در این موضوع دخیل باشند

_احساس حسادت نسبت به والدین دیگر

- احساس نگرانی نسبت به آینده فرزند خود

_احساس ترس و اضطراب

*مشاور باید به این احساس‌ها دقت داشته باشد تا بتواند با والدین همدلی کند و آنها را مقصر نداند

اختلالات یادگیری

*اختلال یادگیری یک نوع اختلال رشدی است که در سنین رشد اتفاق می‌افتد.

*طبق DSM4 این اختلال باید حتماً قبل از هفت سالگی اتفاق بیفتد. اما در DSM5 ضرورتی ندارد که قبل از هفت سالگی اتفاق بیفتد و اگر قبل از ۱۲ سالگی اتفاق بیفتد نیز می‌تواند اختلال یادگیری باشد.

نکته: تشخیص به موقع و درست کودکانی که AD یا دارای ناتوانی یادگیری هستند می‌تواند در بازپروری و توانبخشی مهارت‌های شناختی این کودک نقش اساسی داشته باشد.

-تشخیص نادرست و برچسب زدن به کودک باعث کاهش عزت نفس و یا ترک تحصیل کودکان می‌شود.

* به رغم کمک دیگران و مداخلات مختلف فرد در یادگیری مهارت‌های تحصیلی و استفاده از آن‌ها مشکل دارد و این موضوع را حداقل یک نشانه از نشانه‌های زیر که به مدت حداقل ۶ ماه حضور داشته باشند نشان می‌دهد:

۱. کلمات را غلط می‌خواند و یا آهسته و به دشواری می‌خواند

۲. در درک معنی آن چه خوانده است مشکل دارد

۳. در هجی کردن کلمات مشکل دارد

۴. در نوشتن و ابراز عقاید به صورت کتبی مشکل دارد

۵. در تسلط یافتن بر قواعد، اعداد، اطلاعات رقمی یا محاسبه مشکل دارد

۶. در استدلال ریاضی مشکل دارد

* مهارت‌های تحصیلی فرد در یک یا چند درس بسیار کمتر از سن تقویمی او است.

* مشکلات تحصیلی در سال‌های مدرسه شروع می‌شوند.

* معلولیت ذهنی، مشکلات بینایی و شنوایی، اختلالات نورولوژیک، شرایط ناگوار اجتماعی و آموزش ضعیف نمی‌توانند علت مشکلات یادگیری باشند.

۶ نشانه در ۳ مولفه می‌گنجد :

الف) کودک در یادگیری ریاضی، مفهوم عدد، درک مسئله، درک روابط، استنتاج و استدلال مشکل دارد.

ب) در خواندن و هجی کردن حروف مشکل دارد (کلمات را حفظ می‌کند) خزانه لغت آنها ضعیف است. در انشاء نوشتن و ارتباطات اجتماعی مشکل دارد.

ج) بسیاری از این کودکان که اختلال خواندن دارند اختلال نوشتن (دیس گرافیا) نیز پیدا می‌کنند.

نکته: مهارت تحصیلی خواندن و نوشتن تابع هم هستند زیرا پیش نیاز نوشتن، خواندن است.

Ldها ویژگی شخصیت خاصی پیدا می‌کنند.

زیرا متوجه نمی‌شوند چرا ناتوانند. از لحاظ هوشی درک خوبی از موقعیت خود دارند اما وقتی پیشرفتی نمی‌بینند دچار آسیب‌های روحی می‌شوند.

(فشارها و مشاجرات لفظی (توتنبلی و) که بین کودکان و مربی ایجاد می‌شود ممکن است تاثیر خود را به شکل جدی در پایه اول ابتدایی نشان دهد. اما اگر خیلی شدید نباشد بچه بدون هیچ دردسری پایه اول و دوم را به راحتی طی میکند اما با ورود به سوم خصوصاً چهارم و پنجم و نهایتاً ششم ابتدایی مشکلات جدی یادگیری را نشان می‌دهد.)

انواع اختلالات یادگیری

* به همراه نقص در خواندن: صحیح خواندن کلمات _ سرعت یا سیالی خواندن _ درک مطلب _ درکی از جملات

ندارند

*به همراه نقص در نوشتن : صحیح نوشتن کلمات _ گرامر و نقطه گذاری صحیح _ وضوح و سازمان بندی انشاء

نکته : بالای ۷۰ درصد کودکانی که به Ld مبتلا هستند به نوعی از بیش فعالی و کم توجهی رنج می برند.

آیتم های اساسی منجر به این اختلال : بچه به حد کافی یا توجه ندارد یا توجه انتخابی ندارد یا دامنه و فراخنای توجه کودک کوتاه است. مثلاً معلم زمانی که درس را شروع می کند ممکن است توجه کند اما بلافاصله ممکن است این توجه کمتر بشود و حواس بچه پرت می شود و در نتیجه بچه یادگیری خوبی پیدا نمی کند

*به همراه نقص در ریاضی : درک عدد _ به یاد سپردن و یادآوری مواد ریاضی _ استدلال ریاضی صحیح

مثال ممکن است کودک خوب صحبت کند خوب بخواند اما در ریاضی و فهم درک و عدد مشکل دارد.

شدید ترین سطح آن زمانی است که کودک از فهم و درک عدد عاجز است. ممکن است سمبل های ریاضی مانند جمع، ضرب، تقسیم را با هم اشتباه بگیرد. مثلاً $۱۳ = ۵ + ۱۲$ می نویسد

*کودک دارای اختلال یادگیری در استدلال مشکل دارد. مثلاً وقتی به کودک می گوئیم پری پنج سال دارد برادرش سه سال از او بزرگتر است بگو چه جوری مسئله را حل می کنیم بچه جواب تکانه ای خواهد داد یا دچار استیصال می شود و بهتر است با پرسش های جزئی متوجه بشیم که دانش آموز در کجا مشکل دارد!!

نکته : با دانستن علت های اختلال می توانیم احساس گناه والدین یا معلم را کاهش دهیم. و وقتی علتها را بررسی میکنیم همزمان به فکر پیشگیری نیز خواهیم بود.

علت های احتمالی این اختلال:

- عوامل ژنتیکی و وراثت

-عوامل عصبی و شیمیایی : ناشی از صدمه های مغزی

-سم های محیطی: سرب و الکل

-عوامل مربوط به تغذیه : رنگ های مصنوعی و افزودنی ها

-عوامل روانشناختی : تعامل طبیعت - تربیت

-رفتار والدین

*بالای ۶۵ درصد دوقلوهای همسان اختلال یادگیری را در قل دوم نشان می دهند.

سازمان آموزش کودکان استثنائی خدمات ویژه ای را از طریق آموزش افراد و برگزاری دوره ها ، برای این کودکان ایجاد کرده است. که به وسیله مربی اختلال یادگیری به طور ویژه و اختصاصی با آنها کار و مشکلات آنها را مشخص می کنند. و به کمک کار درمانگر ذهنی تغییراتی در میزان و شیوه آموزش آنها انجام می گیرد.

در واقع برای ارجاع این کودکان بهترین گزینه در مقطع ابتدائی معلم می باشد.

معلم می تواند در تایم اضافه بعد از کلاس در صورتی که کودکان خسته نباشند در تایم آرام از طریق بازی، آموزش های منسجم ،روش ساده به دشوار و یا شیوه های خاص اختلال آنها را شناسایی کند. و راه کار های مناسب برای درمان را ارائه دهد.

همچنین معلم می تواند با دعوت از والدین برای حضور در کلاس شیوه ها و راه کارهای آموزشی لازم برای آموزش کودکان را به والدین آموزش دهد.

در جواب سوال فوق وجه تمایز بین کودکان کم توان ذهنی و کودکان دارای اختلال یادگیری در میزان هوش آنها می باشد. بچه های دارای اختلال یادگیری دارای ضریب هوشی متوسط به بالا می باشند و فقط مشکل آنها در یادگیری آنها است . در کودکان کم توان ذهنی میزان هوش آنها دو انحراف معیار زیر متوسط بهره ی هوشی می باشند و دارای مشکلات ذهنی می باشند.

نکته : در کودک کم توان ذهنی رفتار سازشی حتماً مختل است اما در کودکان ناتوان یادگیری رفتار سازشی الزاماً دارای اختلال نیست.

نکته : فرآیند های شناختی می توانند بر پیشرفت یا افت تحصیلی تاثیرگذار باشند.

جایگاه کودک مرزی یا کندآموز در مدارس عادی می باشد اما سرعت و دقت این کودک به اندازه کودکی با بهره هوشی متوسط یا بالا، نیست.

وقتی کودکی کند آموز می شود در تمامی زمینه ها دچار اختلال می شود(یادگیری ضعیف است، نیاز به تکرار زیاد دارد، فراموشکار است،.....)

*بهره هوشی کودک با تست وکسلر سنجیده می شود.

اولین تستی که از کودک مشکوک به کم توان ذهنی می گیرند تست وکسلر است که بهترین و معتبرترین تست هوشی است که هوش عمومی و هوش کلامی و غیرکلامی کودک را محاسبه می کند و پاره تست هایی است که آیتم هایی مانند دقت ،حافظه، سرعت عمل،قدرت استدلال و.... را که مشاور و روانشناس برای سنجش پیشرفت تحصیلی کودک به آنها نیاز دارند را دارا می باشد.

(تحقیقات بر کودکان ۶ تا ۱۰ سال با هوش متوسط نشان داد که ما می‌توانیم با کار کردن بر قوای ذهنی کودکان هرچند با بهره هوشی پایین باشند، نتیجه بهتری به دست بیاوریم).

*وزن مغز بچه تا ۵ سالگی ۷۵٪ آن شکل می‌گیرد و تا ۱۰-۱۱ سالگی نهایتاً ۹۰٪ تا ۹۵٪ رشد مغز اتفاق می‌افتد. و باقی تا سنین بلوغ و رشدی که بچه در پایان ۱۶ سالگی دارد، می‌باشد. از آن به بعد ما فقط شاهد پیچیدگی مغز خواهیم بود.

نکته : وقتی مسئله بیشتری برای ذهن بچه ایجاد می‌کنیم باعث می‌شود غلاف میلین رشد بیشتری کند و ضخامت آن بیشتر و در نتیجه یادگیری سریعتر می‌شود. و این مسئله منجر به افزایش هوش کودک می‌شود.

هوش دو نوع است : (۱) ثابت (هوش ژنتیکی که عدد خاصی می‌باشد)

(۲) متبلور (بر اثر کارکرد های ذهنی قابل رشد است)

کریم عبدالخانی

جلسه ۱۴

اختلال مهارت های حرکتی

اختلال مهارت های حرکتی که ممکن است در دوره کودکی، شیرخوارگی و قبل از بلوغ اتفاق بیفتد.

- کودکان مبتلا به اختلال های حرکتی فعالیت های حرکتی روزمره را نمی‌توانند به آسانی انجام دهند(مثلاً بالا و پایین پریدن، پریدن از یک نقطه به نقطه دیگر، دویدن یا گرفتن توپی که به سویشان پرتاب شده است)
- آنها ممکن است نتوانند ابزارهای مختلف را در دست بگیرند. بندکفش خود را ببندند یا روی کاغذ چیزی بنویسند.
- ممکن است بسیار دیرتر از سایر کودکان فعالیت های مراحل رشدی مختلف را کامل کنند.
- اما مهارت های کلامی آنها بسیار خوب است.

انواع اختلال های حرکتی :

۱- اختلال هماهنگی حرکتی رشد

۲- اختلال حرکتی کلیشه ای

۳- اختلالات تیک

(۱) اختلالات هماهنگی حرکتی رشدی

A. کیفیت یادگیری و اجرای حرکات فیزیکی فرد با توجه به سن تقویمی او برای کسب مهارت های حرکتی و به کار بردن آنها کمتر از سطح انتظار است.

B. نقص های حرکتی در فعالیت های روزمره زندگی فرد (مثلاً رسیدگی به خود) و در عملکرد تحصیلی ، شغلی و تفریحی به شدت و به طور دائم اختلال ایجاد می کند.

C. نشانه ها در اوایل دوره رشدی (خردسالی و اوایل کودکی) آغاز شده اند.

D. معلولیت ذهنی یا نقص بینایی توضیح بهتری برای نقص در مهارت های حرکتی نیستند و این نقصها را نمی توان به یک عارضه نورولوژیک که بر حرکت تأثیر می گذارد نسبت داد. (مثل فلج مغزی ، دیستروفی عضلانی)

۲) اختلال حرکتی کلیشه ای

A. فرد حرکاتی انجام می دهد که به نظر می رسد مجبور است انجام دهد. اما ظاهراً کاربرد خاصی ندارند یا برای هدف خاصی انجام نمی شوند.

B. رفتار حرکتی تکراری در فعالیت اجتماعی ، تحصیلی و سایر فعالیت ها تداخل می کند و ممکن است به خود آسیب رسانی منجر شود. (مثلاً خودزنی می کند یا بارها و بارها پوست خود را می کند)

C. نشانه ها در اوایل دوره رشدی آغاز شده اند.

D. حرکت کلیشه ای فرد را نمی توان به تأثیر فیزیولوژیک یک ماده یا یک عارضه پزشکی نسبت داد. و یک اختلال عصبی-رشدی یا اختلال ذهنی دیگر (اختلال مو کندن، اختلال وسواس-اجباری) توضیح بهتری برای آن نیست.

میزان شیوع : حرکات کلیشه ای پیچیده حدود ۳٪ تا ۴٪.

بین ۴٪ تا ۱۶٪ افراد دارای معلولیت ذهنی به حرکات کلیشه ای و خود-جراحی می پردازند.

در معلولیت ذهنی شدید ۱۰٪ تا ۱۵٪.

۳) اختلال تیک

- اختلال تورت (هم صوتی و هم حرکتی)
- اختلال تیک حرکتی یا صوتی دائم (مزمن)
- اختلال تیک موقت

تیک ها عبارتند از حرکات فیزیکی یا صوتی ناگهانی، سریع، مکرر و بدون ریتم، علت آنها حرکت گروهی از عضلات مجزا و مستقل است.

تیک ها صوتی عبارتند از اصوات غیرارادی که به علت حرکت هوا از بینی، دهان یا گلو بوجود می آیند. مثل فین فین کردن

تیک ها معمولاً با گذشت زمان ضعیف می شوند و دوباره شدت می یابند. فرد به طور موقت می تواند آنها را سرکوب کند. تیک های سرکوب شده ممکن است بعدها در موقعیت های ارتباطی به شکل خشم انفجاری و حملات عصبانیت و عدم کنترل رفتار بروز کنند.

*شروع تیک قبل از ۱۸ سالگی است و حداقل زمان یک سال است

*تیک می تواند ساده یا مرکب باشد.

*پیش زمینه تیک می تواند ژنتیکی-مغزی باشد اما اضطراب یا شیوه های فرزند پروری نامناسب می تواند تقویت کننده و تشدیدکننده باشد.

درمان تیک : دارودرمانی ، کاردرمانی و گاه جراحی .

درمان اگر از سنین پایین شروع شود بسیار مفیدتر است.

*از رفتار درمانی می توان برای کاهش اضطراب فرد دارای تیک استفاده کرد.

*خانواده درمانی نیز می تواند یاری دهنده والدین باشد.

نکته : بازپروری و درمان تیک دشوار تر از سایر اختلالات مهارت های حرکتی می باشد چون که تیک اختلال دشواری است و زمینه های روانشناختی آن قوی است.

اختلالات ارتباطی

عبارتند از مشکلات زبان ، گفتار و ارتباط

- گفتار عبارت است از تولید اصوات به منظور رساندن منظور و شامل تولید صدا،سیالی،صدا و طنین است
- زبان عبارت است از شکل،حالت،عملکرد و استفاده از سیستم قراردادی سمبولها(یعنی زبات شفاهی،زبان اشاره،زبان کتبی و زبان تصاویر) به شیوه ی قانونمند برای برقرارکردن ارتباط
- ارتباط شامل هرگونه رفتار کلامی و غیرکلامی(چه عمدی و چه غیرعمدی) است که بر رفتار،افکار و ایده های یا نگرش های فرد دیگر تأثیر می گذارد.

۱) اختلال زبان

A.کودک در یادگیری و استفاده از زبان در زمینه های مختلف (زبان شفاهی،کتبی،اشاره)مشکلات دائمی دارد و علت آنها نقص در درک یا تولید است که موارد زیر را شامل می شود:

الف) محدود بودن کلمات

ب)ساختار جمله ای محدود

ج) نقص در حرف زدن

B. توانایی های زبانی در یک یا چند زمینه کمتر از انتظار است. و باعث محدودیت عملکرد می شود.

C. نشانه ها در اوایل رشد آغاز شده اند.

D. این مشکلات را نمی توان به نقص شنوایی یا نقص حرکتی یا یک عارضه پزشکی و نورولوژیک و معلولیت ذهنی نسبت داد.

۲) اختلال آواهای گفتاری

A. فرد در تولید آواهای گفتاری مشکلات دائمی دارد. طوری که حرفهایش مفهوم نیستند یا نمی تواند منظور خود را به دیگران برساند

B. مشکلات فرد در تولید اصوات گفتاری یا آواهای کلامی (در شرایط عادی) باعث می شوند نتواند به خوبی تبادل اطلاعات کند و در نتیجه در یک یا چند زمینه اختلال به وجود می آید: تعاملات اجتماعی، پیشرفت تحصیلی یا عملکرد شغلی

C. نشانه ها در اوایل دوره رشدی آغاز شده اند

D. نمی توان این مشکلات را به عارضه های مادرزاد یا اکتسابی (مثلاً فلج مغزی، کام شکافتگی

۲) اختلال سیالی کلامی (لکنت زبان)

A. این افراد در سیالی کلامی عادی و در زمانبندی تلفظ اصوات مشکل دارند. این مشکل با سن و مهارت های زبانی او مطابقت ندارد و به مدت طولانی ادامه می یابد و یک یا چند مورد از موارد زیر در آن مشاهده می شود:

- فرد از فرد و سیلاب ها را تکرار می کند.

- صدای حروف بی صدا و همچنین صدای حروف صدادار را طولانی تلفظ می کند.

- کلمات را شکسته بیان می کند (در وسط کلمه مکث می کند)

- در میان حرف ها مکث هایی دارد که آنها را با صدای دیگر پر می کند.

- برای اجتناب از کلمات مشکل ساز کلمات دیگری به کار می برد.

- کلمات را با فشار فیزیکی زیاد از حد تولید می کند.

- کلمات تک هجایی را تکرار می کند

B. این مشکلات باعث می‌شود فرد از حرف زدن مضطرب شود و یا در یک یا چند زمینه اختلال به وجود می‌آید مثل برقرار کردن ارتباط، تعامل اجتماعی و عملکرد تحصیلی و شغلی

فضای آرام و استفاده از آسب شناس گفتار، کمک‌های روانی و جو عاطفی منجر به تولید سروتونین، دوپامین، نورآدرنالین می‌شود این انتقال دهنده قدرت فراگیری و آرامش را در مغز زیاد می‌کنند و منجر به صحبت کردن آسانتر بچه میشوند.

۱) لکنت اولیه: ابتدا در فرآیند رشد نتوانستند بعضی از کلمات را درست ادا کنند و مکث یا تکرار کرده‌اند و خانواده این ناروانی کلام را لکنت پنداشته و باعث تشدید آن شدند.

۲) لکنت ثانویه: فرآیند رشد را به خوبی طی کرده اما اتفاقی باعث شده لکنت زبان بگیرد مغز مساعد بود که اگر مثلاً بیهوشی در تاریکی کودک ترسیده بعد از آن لکنت گرفته.

اساس کار درمان = گفتار درمانگری

- لکنت اگر در دوره کودکی از بین نرود در نوجوانی، جوانی و بزرگسالی احتمال از بین رفتنش بسیار ضعیف است چون تنش بیشتر می‌شود.
- لکنت می‌تواند آسیب شدید بر عزت نفس وارد کند.
- بعضی از لکنتی‌ها موقتاً بهبود پیدا می‌کنند اما با دیدن صحنه‌ی تنش‌زا ممکن است لکنت آنها برگردد.
- بعضی نیز اگر در دوره کودکی درمان شوند بعدها دچار مشکل نمی‌شوند.

اختلال ارتباط اجتماعی

الف. فرد در استفاده از ارتباط کلامی و غیر کلامی برای تعامل با دیگران مشکلات دائمی دارد و این موضوع را در همه موارد زیر نشان می‌دهند:

۱. فرد در استفاده از ارتباط برای اهداف اجتماعی به شیوه متناسب با موقعیت مشکل دارد.

۲. نمی‌تواند نحوه ارتباط را متناسب با نیازهای شنونده تغییر دهد.

۳. در رعایت قواعد صحبت و داستان‌گویی مشکل دارد.

۴. آن‌چه را به وضوح بیان نشده متوجه نمی‌شود.

ب: این نقصها به ناتوانی در ارتباط موثر، تعامل اجتماعی، پیشرفت تحصیلی یا عملکرد شغلی منجر می‌شوند.

ج: نشانه‌ها اوایل دوره رشدی آغاز شده‌اند.

د: نشانه‌ها را نمی‌توان به عارضه پزشکی یا اختلال دیگری نسبت داد.

نکته : وجه تشابه اختلالات ارتباطی، اختلال در ارتباط است.

اختلال های طیف اوتیسم

در DSM4 قبلاً تحت عنوان اختلال های فراگیر رشد آمده اما اکنون در DSM5 به آن اختلال طیف اوتیسم می گویند.

معنای واژه اوتیسم = در خود فرومانده

*ویژگی اساسی کودکان اوتیسم این است که از دنیای ما فاصله دارند و در موقعیت های اجتماعی به شدت مشکل دارند.

اختلال های فراگیر رشد (اختلال طیف اوتیسم)

الف. فرد به طور دائم و در موقعیت های مختلف در ارتباط اجتماعی مشکل دارد و این موضوع را معیار های زیر نشان می دهند؛

۱. فرد در تعامل اجتماعی-هیجانی نقص دارد.

۲. فرد در رفتار های ارتباط غیر کلامی نقص دارد.

۳. فرد در ایجاد ، حفظ و درک روابط بین فردی نقص دارد.

ب. مجموعه ای از رفتار های تکراری و محدود که حداقل دو مورد از موارد زیر آن را نشان می دهند؛

۱. فرد حرکات فیزیکی کلیشه ای و تکراری دارد.

۲. فرد به شدت پایبند نظم و ترتیب و مخالف تغییر است.

۳. علائق فرد محدود است.

۴. واکنش افراط و تفریط در مقابل محرک های حسی

بچه های آسپرگر طیفی از اوتیسم هستند که مشکل کلامی ندارند ولی در ارتباط غیرکلامی دچار مشکل هستند این بچه ها ممکن است رفتار های تکراری نیز داشته باشند.

علائم : تماس چشمی ندارند - دوس ندارند به آغوش گرفته شوند - به موضوعات خاصی علاقه دارند -

درمان :

کمک کردن به درک بیشتر دنیای پیرامون می تواند قدم اول برای بازپروری این کودکان باشد.

بسیاری از این کودکان کم توان ذهنی نیز هستند و کمک های آموزشی دوجانبه می طلبند.

اختلال های کاستی توجه و رفتار های ایدایی

(۱) بیش فعالی (همراه با کم دقتی یا بدون کم دقتی) (۲) نافرمانی (۳) سلوک

اختلال کمبود توجه همراه با بیش فعالی (ADHD)

A. مجموعه ای فراگیر از رفتار های بی توجهی و یا بیش فعالی-بی فکری که باعث مختل شدن عملکرد اجتماعی، تحصیلی یا شغلی می شوند و ویژگی اصلی آن معیار ۱ و یا ۲ است.

الف. بی توجهی: ۶ نشانه یا بیشتر از نشانه های زیر که مدت حداقل ۶ ماه ادامه داشته اند.

۱. فرد معمولاً به جزئیات توجه نشان نمی دهد.

۲. معمولاً نمی تواند توجه خود را در فعالیت های جدی یا بازی حفظ کند.

۳. وقتی کسی با او حرف میزند به نظر می رسد گوش نمی دهد.

۴. معمولاً نمی تواند گام به گام و طبق دستور العمل پیش برود.

۵. معمولاً نمی تواند کارها و فعالیت های خود را سازماندهی کند.

۶. معمولاً از انجام کارهایی که به تلاش ذهنی نیاز دارند اجتناب می کند.

۷. معمولاً لوازم ضروری برای انجام تکالیف یا کارهای مختلف را گم می کند.

۸. محرک های بی اهمیت حواس او را به آسانی پرت می کنند.

معمولاً کارهای روزمره خود را فراموش می کند.

*حجم مغز ADHD ها ۸ تا ۱۶ درصد کوچکتر از بقیه است. لوب پیشانی و مخچه آنها مشکل دارد.

در DSM4 سن شروع قبل از ۷ سالگی بود اما در DSM5 ملاک تشخیص قبل از ۱۲ سالگی است.

انواع ADHD ها: (بیش فعالی/رفتار های بدون فکر و تکانه ای غالب) - (بی توجهی غالب) - (بیش فعال/رفتارهای تکانه ای + بی توجهی)

نکته: پذیرش برچسب فضول بودن توسط بچه می تواند باعث افزایش رفتارهای نامناسب شود.

بسیاری از بچه ها اگر به موقع دارو دریافت کنند، به موقع رفتار درمانی انجام شود شاید بتوان نتایج بهتری را در درمان بدست آورد.

درمان کودک با روش های تشخیصی (تست نوار مغز و تست توجه و تمرکز) و انتخاب یکی از فنون درمانی زیر :

دارو درمانی - شناخت رفتار درمانی - کاردرمانی ذهنی - گفتار درمانی - نوروفیدبک = خانواده درمانی - مشاوره و روانشناسی

علل ADHD :

-ژنتیک -ناپهنجاری در مغز -عوامل پیش از تولد -مواد سمی محیطی -تعامل والد-فرزند

-نقص در نظریه ذهن (توان کافی برای فهم دنیای ذهنی خود و دیگران را ندارد و در این مورد ممکن است خانواده بگوید بچه لجباز است در صورتی که بچه درکی ندارد)

درمان بیش فعالی/کم توجهی : درمان دارویی - کاردرمانی ذهنی - رفتار درمانی - آموزش کنترل تکانه - آموزش خودمدیریتی - آموزش شیوه های درست فرزندپروری - آموزش ویژه - نوروفیدبک (که بسیار سودمند است)

۲- اختلال سلوک:

مجموعه ای از رفتار های مستمر و مکرر که در آنها حقوق دیگران ، هنجار ها یا قوانین اصلی و متناسب با سن فرد نقض می شوند و این وضعیت را شرایط زیر نشان می دهند؛

-پرخاشگری نسبت به مردم و حیوانات

-تخریب اموال

-شیادی یا دزدی

- نقض جدی قوانین

نکته : اگر اختلال سلوک درمان نشود بویژه نیازمند شدید به خانواده درمانی ، گروه درمانی و تغییرشناخت فرد هستیم. اگر این اتفاق نیفتد در بزرگسالی می تواند منجر به اختلال شخصیت سایکوپات یا ضداجتماعی شود.

علل اختلال سلوک:

-عوامل ژنتیک

-عوامل نورو پسیکولوژیک

-عوامل پیش از تولد

-محیط خانوادگی و روابط والد_فرزند

-تاثیر دوستان و رسانه های عمومی

-عوامل شناختی

- عوامل اجتماعی _ اقتصادی

اختلال نافرمانی مقابله ای

مجموعه ای مستمر و مکرر از عصبانیت ، تحرك پذیری ،جرو بحث،لجبازی،بی اعتنایی یا کینه توزی و تلاش برای ناراحت کردن دیگران که حداقل ۶ماه طول می کشد و معیار های زیر این موضوع را نشان می دهند؛

-عصبانیت/تحرك پذیری

-جروبحث/ چالش برانگیزی

-کینه توزی

نکته : کودکی که اختلال نافرمانی مقابله ای دارد فقط با بزرگتر ها مشکل دارد و به همسالان خود معمولاً مشکلی ندارد. اما در اختلال سلوک اینطور نیست و با همه موجودات حتی غیرزنده نیز مشکل دارد(مثلاً برای اینکه در را بشکنند از هر ابزاری استفاده می کند)

نکته : کودکی که اختلال نافرمانی مقابله ای دارد هدفش اذیت کردن دیگران نیست بلکه از این مکانیزم استفاده می کند تا بتواند از من شخصیت خود در برابر دستورات بزرگترها دفاع کند.

علل بیش فعالی و رفتارهای ایدایی: علل بیولوژیک - علل پسیکولوژیک

درمان بیش فعالی / رفتارهای ایدایی :

(درمان های دارویی-رفتار درمانی- خانواده درمانی- درمانهای شناختی / رفتاری - نمایش درمانی - قصه درمانی - بازی درمانی - نقاشی درمانی - کار درمانی ذهنی)

کریم عیدالخان

جلسه ۱۵

اختلال های خوردن و تغذیه کودکان و شیر خواران:

۱:اختلال هرزه خواری

۲: اختلال نشخوار خواری

۳: اختلال دوره ی شیر خواری یا اوایل کودکی

شیوع هرزه خواری و نشخوار خیلی کم می باشد.

*اختلال دوره شیر خواری و اوایل کودکی:

کودکانی که سخت غذا می خورند، بد غذا می خورند و اشتهای کمی دارند.

علت ها؛

عوامل بیولوژیک؛

بعضی از بدن ها به دلیل مشکلات بیولوژیک یا متابولیک که در بدن وجود دارد که گاهی ممکن است منشأ ارثی داشته باشند، اشتهای خوردن بعضی از مواد غذایی را ندارند. گاهی هم مشکلاتی مانند فقر آهن باعث بی اشتهایی در این کودکان می شود.

عوامل فرهنگی و اجتماعی؛

در بعضی از فرهنگ ها به دلیل اهمیت زیاد به تغذیه کودک ممکن است موجب تشدید اختلال در تغذیه کودک شود.

در کودکان روی هر رفتاری از جمله فشار، استرس، تکرار موجب می شود

در ذهن آنها بی میلی و منع بوجود آید.

تاثیر رسانه ها؛

به دلیل تبلیغ های در مورد تناسب اندام و وجود تعدادی از خوراکی ها که دائماً در رسانه ها تبلیغ می شود باعث پرخوری و بر هم زدن اندام بچه می شود.

دوستان؛

قرار گرفتن در جمع هم سالان می تواند تاثیر مثبت و منفی داشته باشد. قرار گرفتن کودک کم اشتها در جمع همسالان که اشتهای خوبی دارند قرار گیرند و یا کسانی که پر اشتها و پر خور هستند در کنار همسالان کم اشتها قرار گیرند که تاثیر خود را بر جای بگذارد.

عوامل خانوادگی؛

بحث عامل خانواده عامل بسیار مهم است.

بر اساس نظریه مینوچینگ در خانواده های که در آن ها یک سری آیتم های مهم وجود دارد. معمولا این آیتم های عاطفی به نوعی تبدیل به اختلال خوردن می شوند مثلا در خانواده های که انعطاف پذیری تربیتی وجود ندارد و مدیریت در موارد مختلف ندارد.

گاهی کشمکش های مداوم در خانواده ها وجود دارد که اعضای خانواده تلاش برای حل این کشمکش ها ندارند. در بعضی خانواده ها سلسله مراتب به هم ریخته و جایگاه اعضا مشخص نیست که همین باعث می شود که یک جو عاطفی نامناسب در خانواده ایجاد شود، که کمک می کند انواع اختلالات و اختلال خوردن را در کودک ایجاد کند.

عوامل تجربی؛

هر نوع عامل موثری که حادثه قابل توجه برای کودک به طور مثال مرگ مادر، طلاق والدین و...

و اغلب برای بچه های که دچار عوامل عاطفی و جوی هستند این مسئله ممکن است برای آنها ایجاد شود.

بر اساس تحقیقات شدید ترین تاثیرات را عواملی تحت عنوان ترومای جنسی برای کودکان ایجاد میکند که ممکن است دچار مشکل تغذیه شود.

عوامل شخصی؛

عبارت است از تیپ های شخصیتی یا رگه های شخصیتی که معمولا می توانند عاملی برای بازداری برای غذا خوردن و یا پرخوری شود.

مثلا تیپ های کمال گرا و تیپ های سخت گیر در خوردن تمامی غذا ها وسواس به خرج می دهند.

تیپ های نرم و ملایم و عاطفی به دلیل اینکه میخواهند جلب توجه کنند و محبت والدین را به خود جلب کنند، نافرمانی کمتری دارند و همین عادت خوب غذا خوردن باعث می شود مشکلات تغذیه را پشت سر بگذارند.

اغلب بچه در دوره ی شیر خوارگی و در دوره ی کودکی بدون مشکل می باشند ولی ممکن است در تعداد اندکی از آن ها این مشکلات ایجاد شود.

درمان اختلال های تغذیه:

درمان دارویی؛

اغلب کودکانی که مشکلات تغذیه دارند ممکن است کم خونی، مشکلات متابولیسمی، گوارشی، و بیولوژیکی داشته باشند.

گاهاً در صورت بررسی در قسمت هیپوتالاموس ممکن است مشکلاتی در این زمینه وجود داشته باشد. که بعد از بررسی های بالینی و پیراپزشکی مشخص و داروهای لازم تجویز می شوند.

کم اشتها، بداشتهایی و بی اشتها، در کودکان باعث میشود که بدن آنها به اندازه کافی مواد مغذی دریافت نکند و در این صورت کارکرد مغز پایین و موجب بی حوصلگی، کم خلق شدن و عصبانیت بچه ها می شوند.

خانواده درمانی؛

اساس مشکلات تغذیه کودکان به جو، سیستم و شرایط عاطفی حاکم بر خانواده و شیوه ی فرزند پروری بر می گردد.

در این درمان ابتدا علت را شناسایی کنیم و در صدد از بین بردن آن باشیم.

چند نکته مهم

بچه ها اغلب خوارکی های غیر مفید را دوست دارند. والدین میتوانند از این خوراکی ها به عنوان پاداش برای تقویت استفاده کنند.

در کودکانی که مشکلات تغذیه دارند به علت آن که از نظر تغذیه پذیرش خوردن مقدار زیادی غذا را ندارند باید کم کم به آنها غذا داد.

ورزش چه در کودکان کم اشتها و چه در کودکان پرخور می تواند راه مناسبی برای افزایش متابولیسم بدن باشد.

درمان های شناختی رفتاری؛

این روش در اختلال رفتار و اختلال های روانی، عاطفی که بچه را درگیر می کند در صورتی که جنبه رفتاری آن بیشتر باشد، اثر بخشی بالایی دارد.

برای درمان شناختی باید کودکان را مجاب کنیم که به خود کنترلی دست پیدا کنند.

گروه درمانی؛

زمانی که افراد هم سال در یک محیط قرار می گیرند افکار باورها و رفتار های که از جانب خود به عنوان نکته به هم سالان خود می گویند پذیرش آنها برای خودشان بیشتر می شود. بچه ها از طریق همسالان خود به دلیل داشتن تشابه فکری شناختی که دارند خیلی خوب یاد می گیرند و از نظر فرا شناخت و قوای ذهنی خیلی شبیه به هم هستند.

بستری کردن؛

آخرین راه درمان می باشد

زمانی که نتوان کودک را با سایر شیوه ها درمان کرد، به بستری کردن مراجعه میکنیم

اختلال تغذیه به دلیل عوارض نا به سامانی که دارد موجب ایجاد مشکلات جسمی و روحی روانی در بچه می شود.

اختلال های دفع : بی اختیاری ادرار - بی اختیاری مدفوع

بی اختیاری ادرار : در طول روز یا شب یا هر دو لباس های خود ، روی تشک یا روی زمین به طور مکرر و معمولاً غیر ارادی رخ می دهد.

باید حداقل هفته ای دو بار ، حداقل برای ۳ ماه روی دهد و سن تقویمی کودک باید حداقل ۵ سال باشد.

نرخ شیوع : در ۵ ساله ها ۵ تا ۱۰ درصد در ۱۰ ساله ها ۳ تا ۵ درصد

در ۷ساله ها در پسران ۲ برابر دختران.(به علت سیستم فیزیولوژیکی)

انواع : اولیه و ثانویه

نکته : هرچه سن بالاتر رود (حدود ۷سالگی) اختلال کمتر می شود.

*عوامل منفی شب ادراری کودک را تشدید می کند. به همین خاطر در درمان شب ادراری ها از داروهای ضدافسردگی استفاده می شود.

بی اختیاری مدفوع : کودکان ۴ساله و بیشتر که هنوز کنترل صحیح مدفوع را یاد نگرفته اند. شرط آن حداقل ماهی یک بار، به مدت حداقل ۳ ماه است.

میزان شیوع : ۱٪/کودکان ۵ساله مبتلا هستند.

در پسران بیشتر از دختران شایع است

درمان : دارو درمانی - خانواده درمانی - درمان شناختی/رفتاری - بازی درمانی - رفتار درمانی

اختلال اضطراب جدایی

نوعی اختلال روانی است که در آن فرد به علت جداشدن از خانه یا از افرادی که به آنها وابستگی عاطفی دارد، به شدت مضطرب می شود. اضطراب جدایی در زمینه های مختلف زندگی رنج و نابسامانی ایجاد می کند.

*این کودکان سالهای بعد به علت شباهت ژنی به احتمال بیشتری به ADHD، اختلال دوقطبی، اختلال وحشت زدگی و سایر اختلالات مبتلا می‌وند.

معمولاً برای اولین بار در سنین پیش دبستانی آغاز می‌شود. کودک از رفتن به مدرسه یا مهدکودک امتناع می‌کند و مضطرب میشود.

درمان : شناخت درمانی

به کودک کم کم و تدریجی دوری از والدین را آموزش می‌دهیم و مثلاً به او می‌گوییم زمانی که مادر نیست آواز بخواند، تلویزیون تماشا کند و خود را سرگرم کند.

انواع کودک آزاری : ۱- جسمی ۲- جنسی ۳- عاطفی

کودک آزاری جنسی :

هر چقدر سن کودک پایین تر باشد به دلیل اینکه توجیه خوبی برای این مسئله ندارد و اصلاً درکی از مسئله ندارد که چرا این اتفاق افتاده؟ نمی‌تواند در برابر این مسئله از خود دفاع کند و پیامدهای منفی که بر بچه می‌گذارد بسیار شدید می‌باشد.

کودک آزاری عاطفی :

هرگونه سهل انگاری والدین در برابر نیازهای کودک(چه عاطفی چه تحصیلی یا مادی)

شدت پیامدهای کودک آزاری :

« کودکی که به اندازه کافی دریافت از دنیای بیرون ندارد هر چند از لحاظ ژنتیکی سالم باشد، نمی‌تواند برون داد مناسبی داشته باشد»

- مثلاً کودکی که از لحاظ روانی در مسیر رشد نیازهای عاطفی خود را به اندازه کافی دریافت نکرده طبیعی

است که محبت ندیده پس نمی‌تواند در آینده محبت را به دیگران هدیه دهد.

- مثلاً بچه ای که در کودکی دائم تنبیه می‌شده در آینده وقتی بزرگ شد در شیوه تربیتی فرزند خود نیز از

تنبیه استفاده می‌کند.

نکته: در کودک آزاری ها ممکن است کودکان آسیب جدی می‌بینند و در بزرگسالی انواع اختلالات از قبیل اختلال شخصیت، افسردگی، اضطراب را تجربه می‌کنند و بهترین کار شناخت و درمان به موقع کودکان است.

نکته : مطرح کردن مسائل جنسی برای کودکان سن خاص خود را دارد. آموزش باید در حد فهم بچه صورت بگیرد چون اگر غیر از این باشد ممکن است به افسردگی کودک منجر شود.

مهم ترین عامل اختلال تغذیه در کودکان چیست؟

الف: رابطه عاطفی نامناسب مادر و فرزند

ب: شیوه های نادرست تغذیه کودکان

ج: مشکلات خانواده

جواب گزینه ج

زیرا آن دو مورد نیز به نوعی جز مشکلات خانواده محسوب می شوند.

تفاوت مهم اضطراب جدایی و اختلال جدایی چیست؟

الف: میزان و شدت آن ب: سن شروع آن ج: جواب گزینه ب

سن شروع اضطراب جدایی تحولی و رشدی است و از ۱۲ ماهگی تا ۱۸ ماهگی می باشد.

و سن اختلال اضطراب جدایی از ۲ تا ۶ سالگی می باشد.

@tadriss99