

آیا می‌دانستید با عضویت در سایت جزوه بان می‌توانید به صورت رایگان جزوات و نمونه

سوالات دانشگاهی را دانلود کنید؟؟

فقط کافیست روی لینک زیر ضربه بزنید



[ورود به سایت جزوه بان](#)

Jozveban.ir

telegram.me/jozveban

sapp.ir/sopnuu

جزوات و نمونه سوالات پیام نور



@sopnuu

jozveban.ir

PNUEB كتابخانه الكترونيكى

WWW.PNUEB.COM

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ



کتابخانه الکترونیکی **PNUEB**

WWW.PNUEB.COM

آسیب شناسی روانی (1)

نوشته‌ی : دیویسون، نیل و کرینگ

مترجم: دکتر مهدی دهستانی

تهیه و تنظیم اسلاید: غلامحسین جوانمرد

مرکز بناب



هدف کتاب:

آشنایی دانشجویان با اختلالات روانی، رویکردهای مربوط به اختلالات روانی و مقدماتی از درمان اختلالات روانی.



فصل اول:

ملاحظات تاریخی و علمی

● تعریف آسیب شناسی روانی:

رشته‌ای که به مطالعه ماهیت و شکل‌گیری رفتار، افکار، و احساسات نا
بهنجار می‌پردازد.



فصل اول:

ملاحظات تاریخی و علمی

چالش‌های پیش‌روی این رشته عبارتند از:

1. تحمل ابهام
2. حفظ عینیت
3. تعریف رفتار ناهنجار



فصل اول:

ملاحظات تاریخی و علمی

تحمل ابهام:

یعنی توان مواجهه با اطلاعات ضد و نقیض



فصل اول:

ملاحظات تاریخی و علمی

حفظ عینیت:

چون رفتار انسان پدیده‌ای است شخصی و بسیار تاثیر گذار که باعث می‌گردد از عینیت موضوع مورد بررسی دور شویم. ولی نباید به هر حال عینیت را با مشکل مواجه سازیم.



فصل اول:

ملاحظات تاریخی و علمی

تعریف رفتار ناهنجار:

بهترین تعریف رفتار ناهنجار بایستی شامل ویژگی های زیر باشد:



فصل اول:

ملاحظات تاریخی و علمی

1. ندرت وقوع آماری:

یعنی رفتار باید در درصد خیلی کمی از جمعیت شایع باشد. مثلاً عقب ماندگی ذهنی در صورتی که هوش بهر فرد در انتهای چپ منحنی زنگوله‌ای شکل یا منحنی طبیعی قرار گرفته باشد.



فصل اول:

ملاحظات تاریخی و علمی

2. تخدی از هنجارها:

رفتاری نا بهنجار تلقی می‌شود که از هنجارهای اجتماعی تخدی کند یا باعث تهدید و تشویش کسانی می‌شود که شاهد آن رفتار هستند.



فصل اول:

ملاحظات تاریخی و علمی

3. پریشانی شخصی:

این نیز یکی از ویژگی‌های برخی از ناهنجاری‌های روانی است که به معنی احساس درد و رنج شخصی می‌باشد.



فصل اول:

ملاحظات تاریخی و علمی

4. ناتوانی یا بدکاری:

یعنی اینکه آیا فرد در برخی از حیطه های زندگی نظیر کار یا روابط شخصی به سبب نابهنجاری دچار آسیب شده است یا نه؟ این نیز می تواند یکی از مولفه های دیگری از رفتار نابهنجار باشد.



فصل اول:

ملاحظات تاریخی و علمی

5. پیش بینی ناپذیری:

به معنی پاسخ های غیر منتظره به عوامل تنش زای محیطی است.



فصل اول:

ملاحظات تاریخی و علمی

● تاریخچه‌ی آسیب‌شناسی روانی:

تاریخچه‌ی آسیب‌شناسی روانی را می‌توان در طول تاریخ به شرح زیر طبقه‌بندی کرد:



فصل اول:

ملاحظات تاریخی و علمی

1. دیو شناسی قدیم:

این اعتقاد که موجودی اهریمنی ممکن است که در درون فرد به ستیز برخیزد و ذهن و بدن او را به تسخیر آورد دیو شناسی نامیده می شود. بر اساس این باور رفتار نابهنجار ناشی از تسخیر شدگی است، و درمان آن جن گیری و بیرون راندن ارواح شیطانی به مدد سرودهای مذهبی یا شکنجه می باشد.



فصل اول:

ملاحظات تاریخی و علمی

2. بدن زادانگاری:

از قرن پنجم پیش از میلاد با بقراط شروع شد در این دیدگاه اعتقاد بر آن است که يك نقص موجود در بدن است که باعث اختلال در فکر و عمل می شود.



فصل اول:

ملاحظات تاریخی و علمی

3. قرون وسطی و دیو شناسی:

در قرون وسطی صومعه‌های مسیحی در مقام شفا دهنده و صاحب‌نظر اختلال‌های روانی جایگزین پزشکان شدند و بدن‌بال آن دو حرکت به وجود آمد:

الف: تعقیب و آزار جادوگران

ب: تلقی بیماران روانی به عنوان ساحر یا جادوگر.



فصل اول:

ملاحظات تاریخی و علمی

4. گسترش تیمارستان‌ها:

در قرون پانزده و شانزده بستری کردن بیماران روانی جدی‌تر شد.
مکان‌های بستری بیماران روانی تیمارستان نام گرفت.



فصل اول:

ملاحظات تاریخی و علمی

اصلاحات فیلیپ پینل:

پینل اولین و شاخص ترین چهره در درمان انسان دوستانه‌ی بیماران روانی در تیمارستان‌ها قلمداد می‌شود.



فصل اول:

ملاحظات تاریخی و علمی

پژوهش‌های تاریخی نشان می‌دهد که یکی از بیماران سابق به نام ژان غل و زنجیر را از پای بیماران باز کرد.

پینل بیماران روانی را انسان‌هایی عادی و طبیعی می‌دانست که باید با درک و دل‌سوزی سراغشان رفت.



فصل اول:

ملاحظات تاریخی و علمی

درمان اخلاقی:

به دنبال کارهای پینل در فرانسه و تیوک در انگلستان درمان بیماران در بیمارستان‌ها در شرایط بهتری به نام *درمان اخلاقی* معروف شد. بر طبق این درمان بیماران با مراقبین خود تماس نزدیک و بهتری داشتند.



فصل اول:

ملاحظات تاریخی و علمی

5. آغاز تفکر معاصر:

الف. نظام اولیه طبقه بندی:

کریپلین پی برد که در اختلالات روانی گروهی معین از نشانه‌ها که آنرا نشانگان می‌نامد با هم ظاهر می‌شوند و احتمالاً زیر بنای یکسانی برای آنها وجود دارد.



فصل اول:

ملاحظات تاریخی و علمی

کریپلین دو گروه عمده‌ی بیماری‌های روانی شدید را پیشنهاد کرد:

1. زوال عقلی پیش‌رس (اصطلاح اولیه‌ی اسکیزوفرنی).

2. روان‌پریشی شیدایی – افسردگی.



فصل اول:

ملاحظات تاریخی و علمی

ب. پدیدآیی روانی:

این دیدگاه معروف به روان زادی است که معتقد بود اختلالات روانی ناشی از کژکاری روانی است و در قرن هیجدهم و نوزدهم در فرانسه و اتریش رواج داشت.



فصل اول:

ملاحظات تاریخی و علمی

ج. مسموم و شارکو:

مسموم اعتقاد داشت اختلالات هیستریایی ناشی از توزیع خاص یک مایع مغناطیسی عمومی در بدن است و هر کس می‌تواند مایع مغناطیسی فرد دیگری را تحت تاثیر قرار داده و رفتار وی را عوض کند.



فصل اول:

ملاحظات تاریخی و علمی

مسموم را یکی از اولین دست‌اندرکاران هیپنوتیز امروزی می‌دانند. مسمومیزه کردن معادل قدیمی همان هیپنوتیز کردن است.

شارکو یکی از عصب‌شناسان بزرگ پاریس نیز حالات هیستریایی شامل بی‌حسی، فلجی، کوری، کری، حمله‌های تشنجی و نقصان حافظه را مورد تحقیق و بررسی قرار داده است و اوایل دیدگاه بدنی‌زاد داشت ولی بعداً به تفسیرهای غیر فیزیولوژی‌یابی این پدیده‌های بسیار پیچیده علاقه‌مند شد.



فصل اول:

ملاحظات تاریخی و علمی

د. بروئر:

بروئر روش پالایشی را در درمان بیماران هیستریایی به کار گرفت. او بیمار را به روش های مختلف به خصوص در حالت هیپنوتیزم و امی داشت تا با هیجانان فراوان در مورد برخی از حوادث بسیار تلخ گذشته خویش صحبت کند.



فصل اول:

ملاحظات تاریخی و علمی

تعریف پالایش:

احیای یک ضایعه‌ی عاطفی قبلی و رهاسازی تنش هیجانی ناشی از افکار فراموش شده‌ی مربوط به رویداد مذکور را پالایش می‌نامند.



فصل اول:

ملاحظات تاریخی و علمی

ذهنیت در علم: نقش پارادایم‌ها:

حفظ عینیت در علم يك هدف است ولي علم يك تلاش كاملا عيني نيست.
عوامل ذهني و همينطور محدوديت دید ما نسبت به دنياي اطراف در
تلاش علمي تاثير دارد.



فصل اول:

ملاحظات تاریخی و علمی

از دیدگاه کوهن مرکز ثقل تمامی اصول علمی در مفهوم پارادایم قرار دارد.

پارادایم یک چهارچوب یا رویکرد مفهومی است که دانشمندان درون آن کار می‌کنند.

طبق نظر کوهن پارادایم عبارت است از مجموعه‌ای فرصیاتی بنیادی که با تعیین انواع مفاهیم و روش‌های مجاز برای جمع‌آوری و تفسیر داده‌ها، خطوط جستار علمی را روشن می‌سازد.



فصل اول:

ملاحظات تاریخی و علمی

مثال‌هایی از پارادایم‌های روان‌شناسی ناپهنجاری:

1. پارادایم رفتارگرایی

2. پارادایم روان‌تحلیل‌گری



فصل دوم:

پارادایم های کنونی در آسیب شناسی روانی و درمان



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

پارادایم:

مجموعه‌ای از فرض‌های اساسی و دیدگاهی کلی است که تعیین می‌کند مفهوم‌سازی و بررسی یک موضوع، جمع‌آوری و تفسیر داده‌های زیربُط و حتی نحوه‌ی اندیشیدن در مورد یک موضوع خاص به چه صورت باشد.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

پارادایم‌های موجود در روان‌شناسی ناهنجاری:

1. زیستی
2. روان‌کاوی
3. انسان‌گرایی و وجودی
4. یادگیری
5. شناختی



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

● پارادایم زیستی:

ادامه‌ی دیدگاه بدن‌زاد است.

اختلالات روانی ناشی از فرآیندهای زیستی غیرعادی هستند.

نام دیگر این پارادایم الگوی پزشکی و الگوی بیماری‌نگر است.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

- رویکردهای معاصر به پارادایم زیستی:

اختلال در برخی از فرآیندهای زیستی باعث آسیب روانی می‌شوند.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

وراثت شناسی رفتاری:

زیگوت یا تخمک‌بارور شده حاوی خصوصیات انسان است.

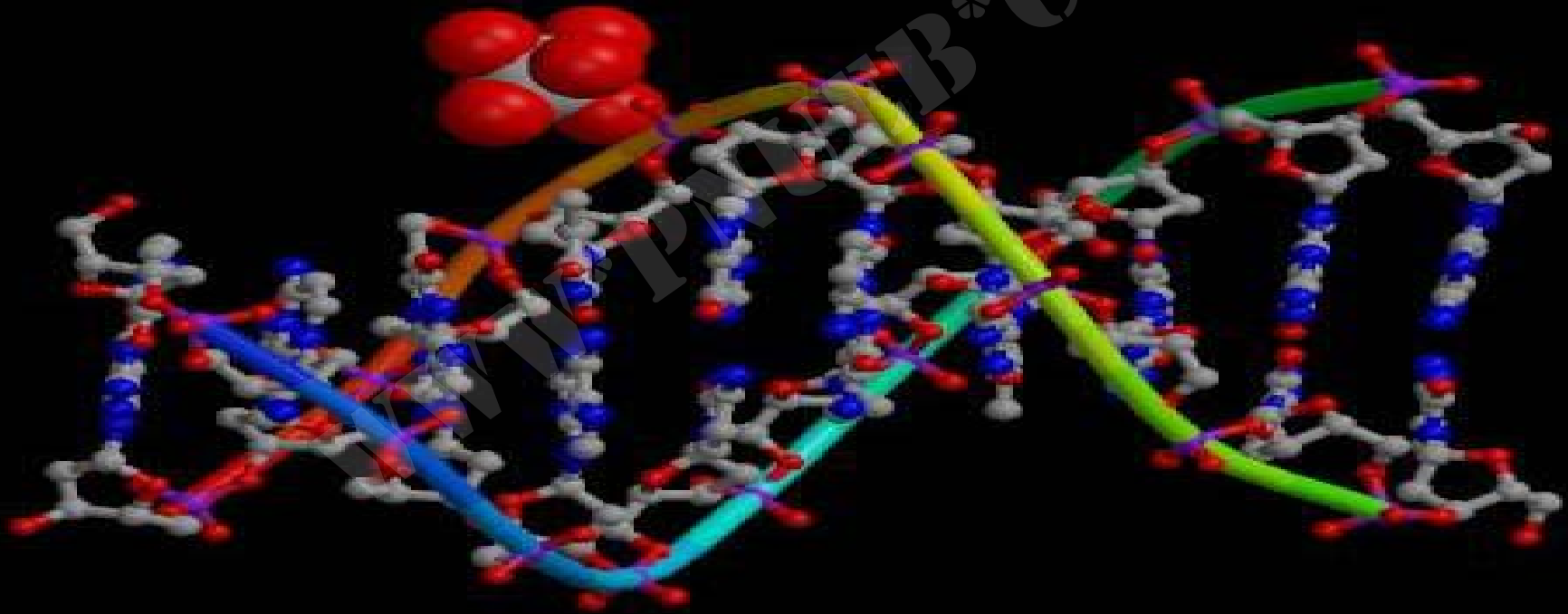
این خصوصیات در 46 کروموزوم قرار دارند.

هر کروموزوم حاوی هزاران ژن است که حامل اطلاعات وراثتی (DNA) رسیده از والدین به فرزند می‌باشند.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان



Payam Noor University Ebook

PNUeb

...کتابخانه الکترونیکی پیام نور...



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

وراثت‌شناسی رفتاری عبارت است از مطالعه‌ی تفاوت‌های فردی در رفتار که می‌توان آن را تا حدی به ساخت ژنتیکی اسناد داد.

ساخت ژنتیکی کلی فرد از جمله ژن‌های موروثی او را سنخ ارثی و مجموعه‌ی ویژگی‌های رفتاری فرد را سنخ پدیداری می‌نامند.

آمادگی ابتلا به بیماری را بیماری پذیري ارثی گویند که می‌تواند موروثی باشد.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

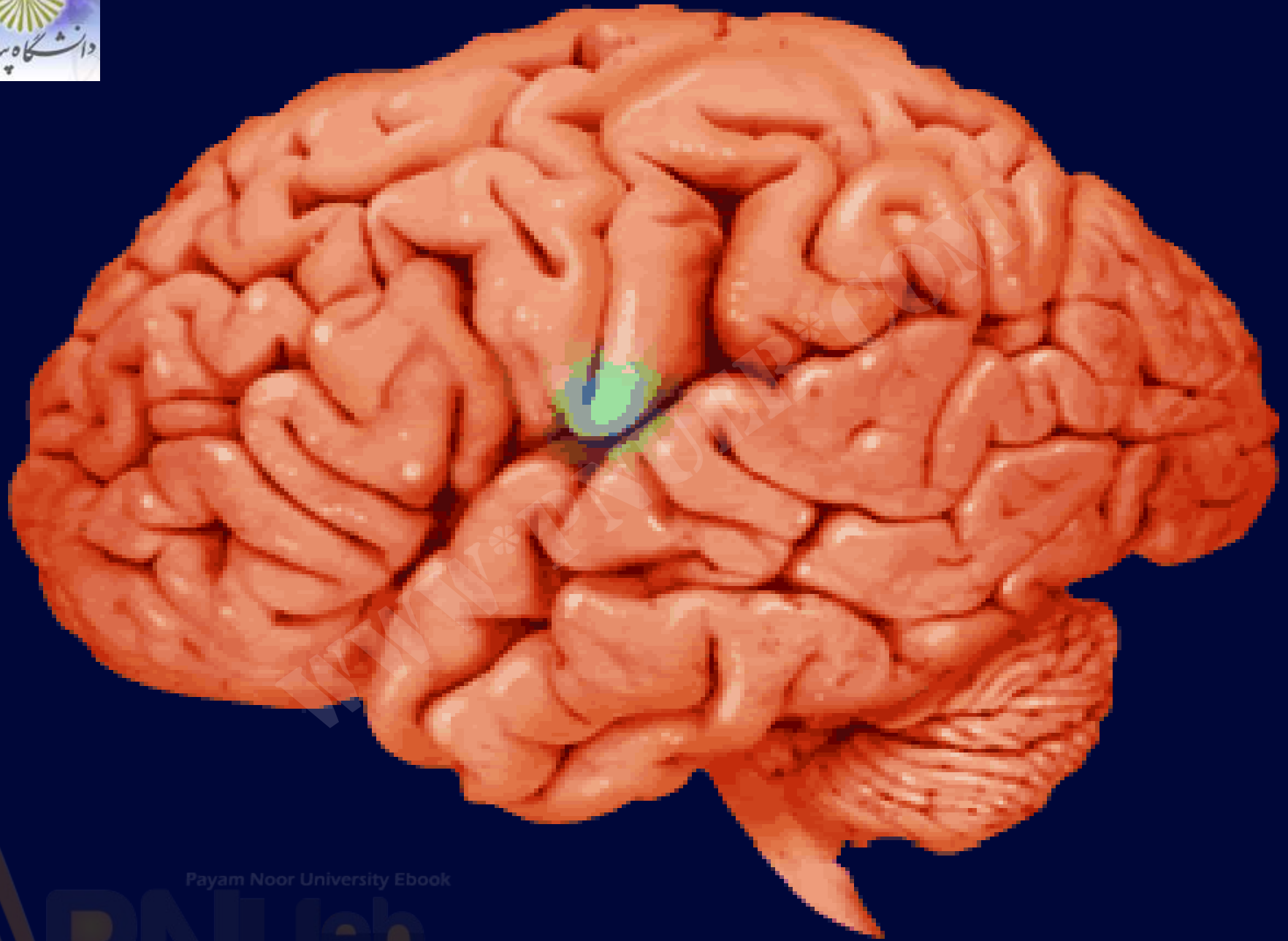
روش‌های مطالعه‌ی وراثت‌شناسی رفتاری برای مشخص شدن اینکه آیا آسیب روانی به ارث می‌رسد یا نه، چهار نوع می‌باشند:

1. مقایسه‌ی اعضای یک خانواده

2. مقایسه دوقلوها

3. بررسی فرزند خوانده‌ها

4. تحلیل پیوند



Payam Noor University Ebook

PNUEb

...کتابخانه الکترونیک پیام نور...



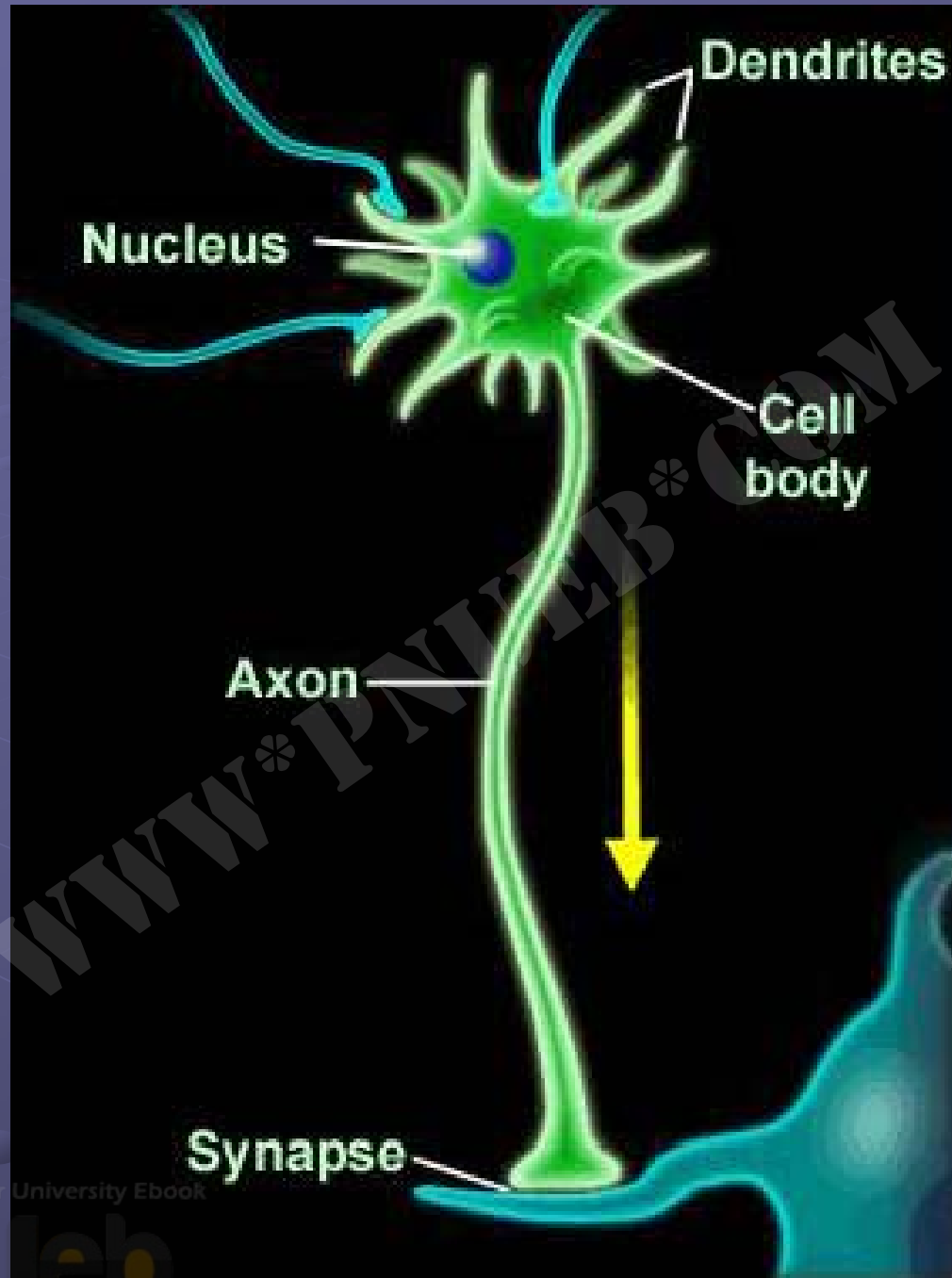
فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

زیست شیمی دستگاه عصبی

نرون دارای چهار جزء اصلی است:

1. جسم یاخته‌ای
2. شاخک‌های کوتاه و قطور به نام دندریت
3. یک یا چند آکسون بلند و نازک
4. تکه‌های پایانی در روی شاخه‌های انتهایی آکسون





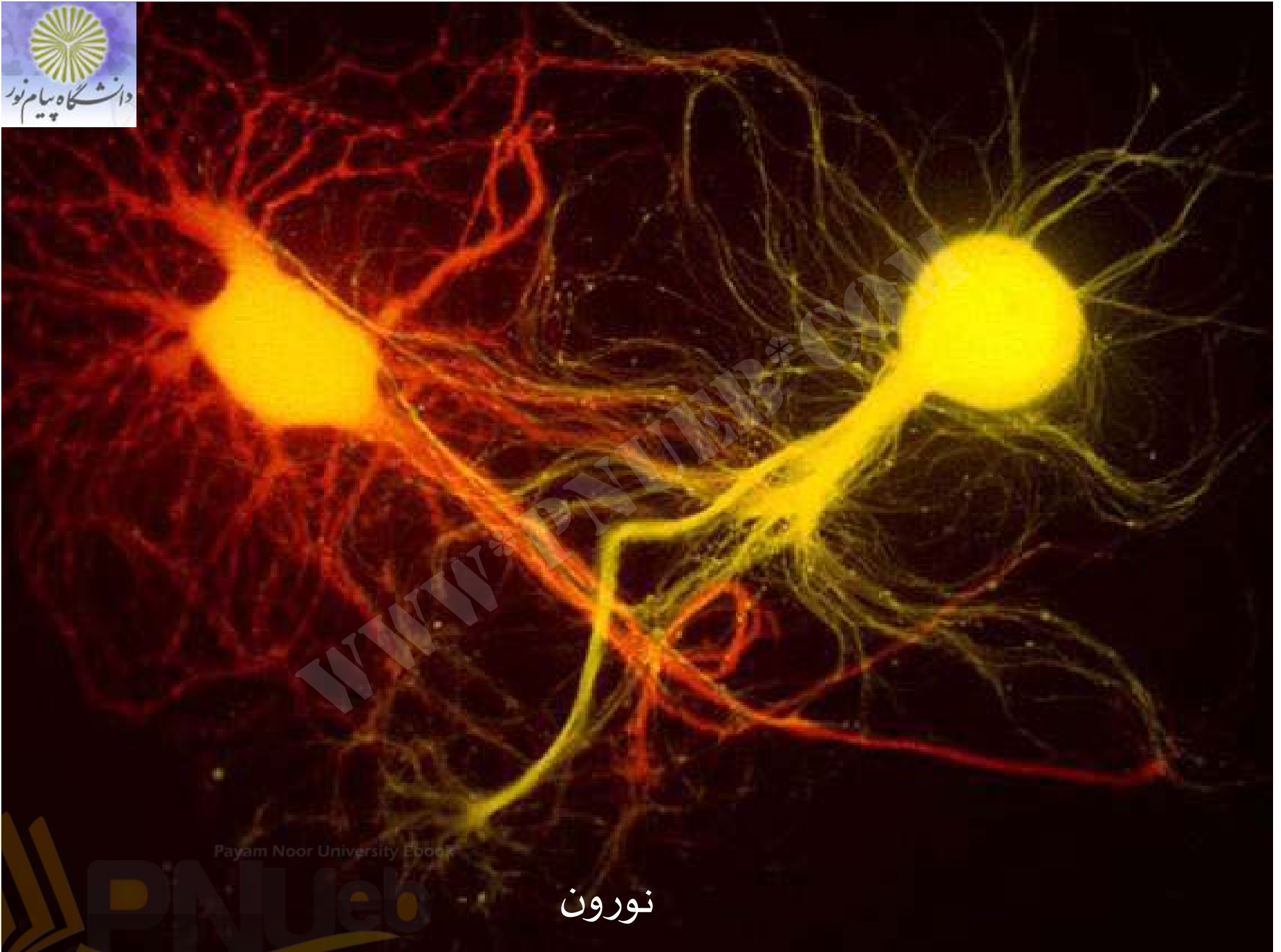
فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

دستگاه عصبی از میلیاردها نورون تشکیل یافته است.

Payam Noor University Ebook

PNUEB



Payam Noor University Ebook

نورون



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

تکانه‌ی عصبی:

نوعی تغییر در پتانسیل برقی یاخته است که در امتداد آکسون تا تکه‌های پایانی به راه می‌افتد.

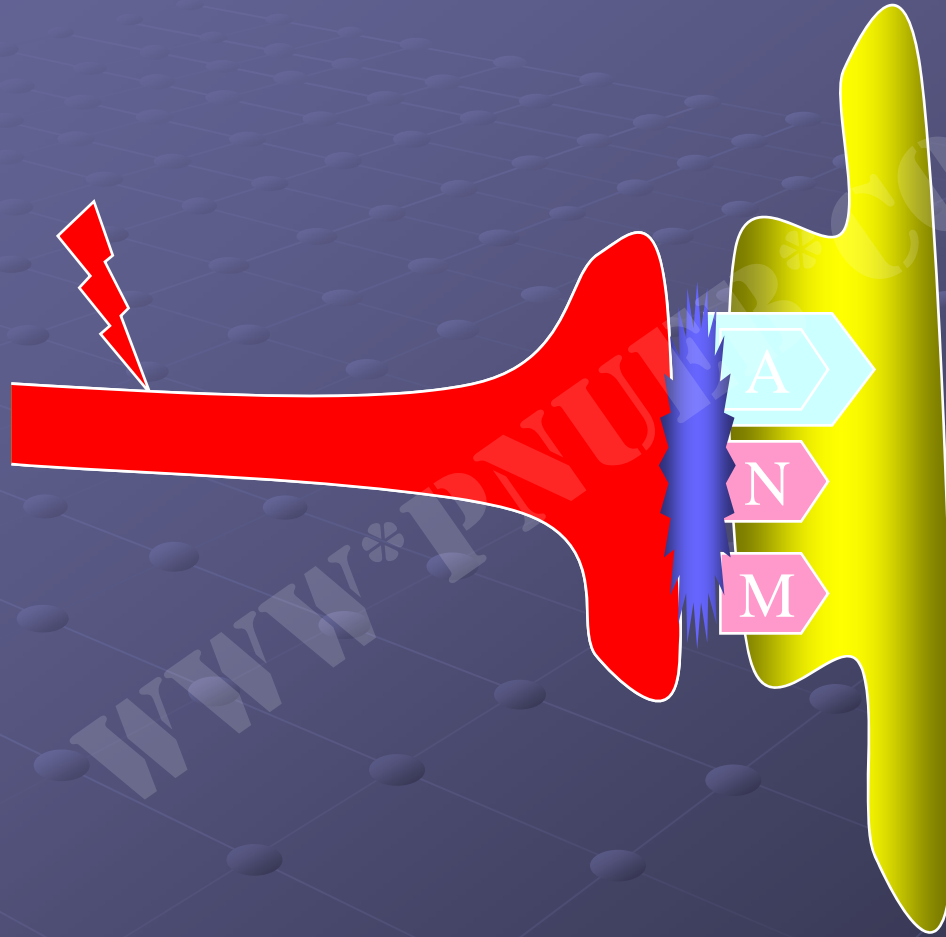


فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

سیناپس:

شکاف یا فاصله ای کوچک بین تکره‌های پایانی آکسون فرستنده و غشای یاخته‌ای نورون دریافت کننده را سیناپس گویند.





فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

انتقال دهنده‌های عصبی

مواد شیمیایی که عبور تکانه‌ی عصبی از سیناپس را میسر می‌سازند.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

مکان‌های گیرنده:

پروتئین‌هایی که بر روی غشای یاخته‌ای پس سیناپسی قرار گرفته‌اند و شکلشان به گونه‌ای است که انتقال دهنده‌های عصبی خاصی می‌تواند با آنها جفت شوند.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

سرنوشت انتقال دهنده رها شده:

1. تجزیه به وسیله‌ی آنزیم‌های موجود در سیناپس

2. برگشت به داخل یاخته‌ی پیش سیناپسی که به این فرآیند جذب مجدد گویند.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

انتقال دهنده‌های عصبی اصلی مطرح در آسیب‌شناسی روانی:

1. نوراپی نفرین یکی از انتقال دهنده‌های دستگاه سمپاتیک است که در ایجاد حالات برانگیختگی بالا خالت دارد و بنابراین شاید در اختلالات اضطرابی نیز دخیل باشد.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

2. سروتونین و دوپامین هر دو انتقال دهنده‌ی عصبی مغزی هستند.
سروتونین در افسردگی و دوپامین در اسکیزوفرنی می‌تواند نقش داشته باشد.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

3. اسید گاما آمینو بوتیریک (GABA)، بعضی از تکانه‌های عصبی را باز می‌دارد و ممکن است در ایجاد اختلالات اضطرابی نقش داشته باشد.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

نظریه‌هایی که انتقال دهنده‌های عصبی را با آسیب روانی مرتبط می‌کنند این سخن را پیش کشیده‌اند که یک اختلال خاص در اثر مقادیر بسیار زیاد یا بسیار اندک یک انتقال دهنده‌ی خاص به وجود می‌آید (برای مثال، شیدایی در اثر نوراپینفرین بسیار زیاد است و اختلالات اضطرابی در اثر مقدار بسیار کم گابا ایجاد می‌گردد).



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

- رویکرد زیستی به درمان:

یکی از تلویحات مهم پارادایم‌زیستی این است که پیشگیری یا درمان اختلالات روانی باید از طریق دگرگون ساختن کارکردهای بدنی محقق شود.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

می‌توان در باره ماهیت یک مشکل روانی طرفدار
نظریه‌ی زیستی بود و در عین حال مداخلات
روانشناختی را توصیه کرد.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

- ارزیابی پارادایم زیستی:

در طول دو دهه‌ی گذشته محققان زیستی به پیشرفت‌های زیادی در زمینه‌ی تدوین روابط مغز و رفتار نایل گشته‌اند.

موضع‌گرایش‌گرایی به وسیله‌ی پژوهشگران رویکرد زیستی در پیش گرفته شده است.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

تعریف کاهش‌گرایی:

به دیدگاهی اطلاق می‌شود که طبق آن موضوعات بررسی را می‌توان و باید تا سرحد بنیادی‌ترین عناصر یا مولفه‌هایش فروکاست.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

در محافل فلسفی کاهش‌گرایی به شدت مورد انتقاد قرار گرفته است. در خصوص کاهش‌گرایی باید محتاط باشیم. چرا که کل بزرگتر از مجموع اجزای تشکیل‌دهنده آن است. در سطح عصبی نرون‌های منفرد به صورت نظام‌ها یا ساختارهایی پیچیده‌تری مثل گذرگاه یا مدارهای عصبی سازمان‌می‌یابند و خاصیتی غیر از خاصیت هر یک از نورون‌های ساده کسب می‌کنند.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

پس برخی از پدیده‌ها فقط در سطح معینی از تحلیل جلوه گر می‌شوند و پژوهشگرانی که فقط بر سطح مولکولی تکیه دارند قادر به تجزیه و تحلیل پدیده‌های مذکور نخواهند بود.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

● پارادایم روان‌کاوی

فرض اصلی پارادایم روان‌کاوی یا روان‌پویشی (ابتکار زیگموند فروید):

آسیب روانی به دلیل تعارضات ناهشیار فرد به وجود می‌آید.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

- نظریه‌ی روان‌کاوی کلاسیک:

منظور از نظریه‌ی روان‌کاوی کلاسیک دیدگاه‌های فروید است. نظریه‌های او شامل:

1. ساختار ذهن

2. رشد

3. پویه‌های شخصیت



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

1. ساختار ذهن:

الف. نهاد

ب. من

ج. من برتر



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

الف. نهاد:

- از هنگام تولد وجود دارد.
- مسئول به راه انداختن تمامی انرژی‌های لازم برای روان.
- شامل تمایلات اساسی برای غذا، آب، دفع، صمیمیت، محبت و تمایلات جنسی است.
- انرژی نهاد لبیدو نام دارد.
- تماما در قسمت ناهشیار و زیر سطح آگاهی قرار دارد.
- بر اساس اصل لذت رفتار می‌کند.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

یکی دیگر از شیوه‌های کسب لذت فرآیند تفکر اولیه است.

تعریف فرآیند تفکر اولیه:

یعنی خلق تصویرهای ذهنی و اساساً خیالی از چیزهای مورد دلخواه.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

2. من:

- عمدتاً هشیار است.
- درشش ماه دوم زندگی از نهاد به وجود می‌آید.
- بر اساس اصل واقعیت عمل می‌کند.
- از فرآیند تفکر ثانویه استفاده می‌کند.
- انرژی‌اش را از نهاد می‌گیرد.
- بین امیال نهاد و خواسته‌های واقعیت میانجی‌گری می‌کند.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

3. من برتر:

- عملکردش مشابه وجدان است.
- به نظر فروید از ایگو منشعب می‌شود.
- درون فکني ارزش‌هاي والدين.
- جنبه اخلاقي شخصیت است.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

تعریف پویه‌های روانی:

تعامل پیچیده‌ای که از سه قسمت روان (نهاد، من، من برتر) که هر سه در پی کسب اهدافی هستند پویه‌های روانی شخصیت می‌گویند.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

مراحل رشد روانی - جنسی:

چهار مرحله روانی - جنسی عبارتند از:

1. مرحله دهانی

2. مرحله مقعدی

3. مرحله ادراری

4. مرحله نهفتگی

5. مرحله تناسلی



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

1. مرحله‌ی دهانی:

- اولین مرحله‌ی رشد روانی - جنسی است.
- از تولد تا هیجده ماهگی را شامل می‌شود.
- لب‌ها، دهان و زبان اعضای درگیر در این مرحله می‌باشند.
- تغذیه، مکیدن و گازگرفتن ارضاء کننده‌ی تمایلات نهاد نوباوه است.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

2. مرحله‌ی مقعدي:

- دفع و نگه‌داری مدفوع منبع اصلی لذت لیبیدویی کودک است.

- از 18 ماهگی تا 3 سالگی را شامل می‌شود.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

3. مرحله‌ی احلیلی:

- بین 3 سالگی تا 5 یا 6 سالگی تداوم دارد.

- حداکثر ارضای نهاد از راه تحریک تناسلی کسب می‌شود.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

4. نهفتگی:

- بین سنین 6 تا 12 سالگی تداوم دارد.

- تکانه‌های نهاد نقش عمده‌ای در برانگیختگی رفتار ایفا نمی‌کند.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

5. تناسلی:

- مرحله‌ی پایانی و بزرگسالی است.

- در طی این دوره تمایل به جنس مخالف غالب می‌شود.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

عقده‌ی ادیپ در مردان و عقده‌ی الکترا در زنان:

در حدود چهار سالگی در خلال مرحله‌ی احلیلی رخ می‌دهد و شاید مهم‌ترین بحران رشد است که به معنی میل شدید کودک به والد جنس مخالف است و در همان حال رقیب پنداشتن والد هم‌جنس خویش می‌باشد.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

اضطراب روان‌رنجور:

نوعی احساس ترس که غیر واقعی است و به هیچ نوع تهدید واقعی مربوط نمی‌شود.

وقتی شخصیت رشد کاملی نداشته باشد فرد احتمالاً به خاطر تثبیت در یکی از مراحل ممکن است دچار اضطراب روان‌رنجور شود.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

اضطراب روان‌رنجور:

نوعی احساس ترس که غیر واقعی است و به هیچ نوع تهدید واقعی مربوط نمی‌شود.

وقتی شخصیت رشد کاملی نداشته باشد فرد احتمالاً به خاطر تثبیت در یکی از مراحل ممکن است دچار اضطراب روان‌رنجور شود.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

اضطراب عینی یا اضطراب واقعی:

وقتی زندگی فرد به مخاطره می‌افتد، وی دچار اضطراب عینی یا اضطراب واقعی می‌شود.

اضطراب واقعی به خاطر واکنش ایگو در برابر خطر نهفته در جهان برونی است.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

فروید بعد ها، اضطراب روان‌رنجور را ناشی از عدم ابراز تکانه‌های ناهشیار ندانست، بلکه آن را به خاطر ترس از پیامدهای فاجعه آمیز دانست، این ترس احتمالاً زمانی پدیدار می‌شود که تکانه‌های قبلا تنبیه شده‌ی نهاد در شرف ظهور باشند.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

این ناآگاهی از تعارضات است که هسته‌ی اضطراب روان‌رنجور را تشکیل می‌دهد، نه صرفاً بی‌میلی، عدم اشتیاق، یا ناتوانی در تخفیف تقاضاهای نهاد.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

اضطراب عینی را می‌توان با با رفع خطر یا اجتناب از آن در دنیای واقعی یا مقابله با آن به صورت عقلانی، می‌توان حل کرد و اضطراب روان‌رنجور را می‌توان با استفاده از یک مکانیسم دفاعی و تحریف ناهشیار واقعیت تحریف کرد.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

مکانیسم‌های دفاعی کنار آمدن با اضطراب:

مکانیسم دفاعی راهبردی است ناهشیار برای حفاظت من در برابر اضطراب.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

برخی از انواع مکانیسم‌های روانی:

1. واپس‌رانی
2. انکار
3. فرافکنی
4. جابجایی
5. واکنش وارونه
6. واپس‌روی



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

ادامه‌ی انواع مکانیسم‌های روانی...

7. دلیل تراشی

8. والایش



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

ارتباط مفاهیم روان‌کاوی با آسیب‌روانی:

صورت‌های مختلف آسیب‌روانی ناشی از وجود سایق‌های نیرومند یا غرایز نهاد هستند که زمینه را برای ظهور تعارضات ناهشیار مرتبط با یک مرحله‌ی روانی - جنسی خاص مهیا می‌سازند.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

- چشم‌اندازهای روان‌پویشی نو فرویدی:

اهمیت نظریه‌ی فروید در تاثیری که در روان‌شناسان هم عصر خود گذاشت متبلور است. گرچه برخی از آنان نظریه‌هایی مخالف با او داشتند ولی در هر حال نظریه‌ی فروید اثر خود را بر آنان گذاشته بود
از جمله:

یونگ و آدلر



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

نظریه یونگ:

نظریه یونگ به نام روان‌شناسی تحلیلی معروف شد که ترکیبی از روان‌شناسی فروید و روان‌شناسی انسان‌گرا بود.

به نظر یونگ علاوه بر ضمیر ناهشیار فردی، یک ناهشیاری جمعی نیز وجود داشت که حاوی اطلاعاتی از تاریخچه‌ی اجتماعی نوع بشر است.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

برخی از مشخصه‌های نظریه‌ی یونگ:

- به نیروهای مثبت و خلاق نیز معتقد بود.
- در همه‌ی انسان‌ها صفات مردانه و زنانه وجود دارد.
- انسان‌ها نیازهای معنوی و مذهبی نیز دارند.
- به سنخ‌های شخصیتی گوناگون از جمله برون‌گرای و درون‌گرای معتقد بود.
- رفتار کنونی فرد را علاوه بر گذشته تحت تاثیر آینده نیز می‌دانست.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

نظریه‌ی آدلر:

آدلر به جهت تمرکز بر پدیدارشناسی فرد به روان‌شناس فردی معروف شد.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

برخی از مشخصه‌های نظریه‌ی آدلر:

- اعتقاد به احساس حقارت
- توجه به اجتماع
- اعتقاد به تلاش انسان در راستای میل به اهداف
- نظریه‌ی آدلر طلایه دار شکل‌گیری درمان انسان‌گرا و رفتار درمانی شناختی است.
- برای بهبود جامعه بر گسترش مراکز راهنمایی کودک و آموزش والدین تأکید کرد.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

- درمان روان‌کاوی:

1. درمان روان‌کاوی نوعی درمان بینشی به شمار می‌آید.
2. روان‌کاوی کلاسیک ریشه در دومین نظریه‌ی اضطراب روان‌رنجوری فروید دارد

“ اضطراب روان‌رنجور واکنش من در برابر تکانه‌های واپس‌راننده و قبل‌آتنبیه شده‌ی نهاد است که می‌کوشند خود را متجلی سازند.”



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

3. معروف‌ترین فنون روان‌کاوی:

الف: تداعی آزاد.

ب: تفسیر.

ج: تحلیل رویا.

د: تحلیل انتقال.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

تعریف انتقال:

نگرش‌ها و شیوه‌های رفتار بیمار با افراد مهم در گذشته در روابط بیمار با روان‌گاو تکرار می‌گردد.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

تعریف انتقال متقابل:

اشاره به احساسات روان‌گاو نسبت به بیمار دارد. روان‌گاوان باید از احساسات خودشان آگاه باشند تا بتوانند بیمار را به وضوح و بدون تحریف درک کنند.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

تغییرات حاصله در درمان روان‌کاوی:

- تحلیل ایگو: تاکید زیاد بر توانایی شخص در کنترل محیط، انتخاب زمان و روش ارضای سایق‌های غریزه. چهره‌های اصلی این جنبش هورنای، آنافرود، اریکسون، راپاپورت و هارتمن می‌باشند.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

2. درمان روان‌پویشی کوتاه مدت:

این جلسات حداکثر تا بیست و پنج جلسه طول می‌کشید. این نوع درمان به جهت الزامات خاصی که در زندگی کنونی حاصل شده است به وجود آمد. اولین پیشگامان در روان‌درمانی کوتاه مدت چند روان‌گاو به نام‌های فرنچی و فرنچ بودند.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

3. درمان روان‌پویشی بین فردی:

این نوع درمان بر تعامل بیمار و محیط اجتماعی او تأکید می‌ورزد پیش‌گام این رویکرد روان‌پزشک آمریکایی، سالیوان بود. او روان‌کاو را مشاهده‌گری فعال می‌نامید.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

- ارزیابی پارادایم روان‌کاوی:

هیچ پژوهش‌گر رفتار انسان به اندازه فروید مورد تحسین و انتقاد قرار نگرفته است.

فروید تاثیر زیادی در دیدگاه‌های مختلف روان‌کاوی داشت.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

نفوذ فروید در چهار فرض همگانی بسیار مشهود است:

1. تجارب کودکی به شکل‌گیری شخصیت در بزرگسالی کمک می‌کند.
2. عوامل ناهشیار بر رفتار تاثیر دارد.
3. افراد برای مهار اضطراب یا فشار روانی از مکانیسم‌های دفاعی بهره می‌جویند.
4. علل و اهداف رفتار انسان همیشه آشکار نیستند.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

پارادایم‌های انسان‌گرا و وجودی:

1. همچون درمان‌های روان‌کاوی بینش‌گرا هستند.
2. به این پارادایم‌ها تجربه‌نگر یا پدیدارشناختی نیز می‌گویند.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

- درمان مراجع محور کارل راجرز:
- معروف ترین درمان انسان‌گرا است که به درمان مراجع محور معروف است.
- و فرض‌های آن در مورد ماهیت انسان به شرح زیر است:
- آدمی را می‌توان از طریق دنیای پدیدار شناسی او شناخت.
- انسان‌های سالم از رفتار خویش آگاهند.
- افراد سالم ذاتاً خوب و کارآمد هستند.
- افراد سالم مصمم بوده و به سوی هدفی در حرکتند (خودگردانی).
- درمانگر نباید رویدادها را برای فرد تغییر دهد (گرایش فطری به خود شکوفایی).



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

مداخلات درمانی راجرز:

- وظیفه‌ی درمان‌گر فراهم ساختن شرایط است.
- تاکید بر مسئولیت خود مراجع.
- نظر مثبت بی‌قید شرط درمان‌گر به مراجع.
- همدلی که به دو نوع می‌باشد:
 1. همدلی مقدماتی
 2. همدلی پیشرفته



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

- درمان وجودی:

انسان گرایی و وجود گرایی شباهت‌های زیادی با هم دارند ولی انسان‌گراها متخصصان آمریکایی مثل راجرز و وجود‌گرایان متخصصانی عمدتاً اروپایی هستند.

وجودگرایی مبعث از آثار فیلسوفان نظیر سارتر، کرکگارد و هایدگر است.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

اهداف درمان وجودی:

- ترغیب بیمار برای مواجهه با اضطراب ناشی از انتخاب‌هایش.

- داشتن رفتاری متفاوت.

- داشتن ارتباط گشوده، صادقانه، خودانگیخته و توأم با عشق با دیگران



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

- گشتالت درمانی:

گشتالت درمانی نوع درمانی است که به وسیله‌ی پرلز بنیان گذاری شد و عناصر انسان‌گرا و وجودی را یک جا شامل می‌شود.

- در این نوع درمان‌گری بر جنبه‌های خلاق و گویای انسان تاکید می‌شود.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

- هدف اصلی گشتالت‌درمانی کمک کردن به بیماران است تا نیازها، امیال، و ترس‌های خویش را درک کرده و آنها را بپذیرند و روز به روز بیشتر متوجه این نکته باشند که چطور شخصاً مانع دستیابی به اهداف شخصی و ارضای نیازهایشان هستند.
- درمان‌گر گشتالت‌درمانی، بر آنچه مراجع در این جا و اینک در اتاق مشاوره انجام می‌دهد تاکید دارد.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

فنون گشتالت درمانی:

1. زبان من
2. صندلی خالی
3. فرافکنی احساسات
4. توجه به علایم غیر کلامی
5. استفاده از استعاره



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

ارزیابی پارادایم‌های انسان‌گرا و وجودی:

گشتالت درمانی مبلغ این بیان است که ما اسیر گذشته نیستیم و تغییر امکان پذیر است. اما اگر کسی نداند که چطور باید رفتاری متفاوتی داشته باشد، خسارات زیادی ممکن است به بار آید.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

راجرز این اعتبار را دارد که آغازگر حوزه پژوهش راجع به روان‌درمانی است.

راجرز طلایه دار استفاده از ضبط صدا در جلسات درمان بود تا بدین طریق بتوان طرز رفتار درمانگران را با نتایج درمان پیوند داد.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

● پارادایم‌های یادگیری:

روان‌شناسان متعلق به پارادایم یادگیری (یا رفتاری) رفتار ناهنجار را پاسخی می‌دانند که همچون سایر پاسخ‌های اکتسابی یاد گرفته شده‌اند.

- رفتارگرایی را می‌توان رویکردی تعریف کرد که به جای هشیاری به بررسی رفتار قابل مشاهده می‌پردازد.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

- شرطی‌سازی کلاسیک
- به صورت کاملاً تصادفی به وسیله پاولف در آغاز قرن بیستم کشف شد.
- شرطی‌سازی کلاسیک به معنی جانشینی یک محرک خنثی به جای محرکی که ایجاد پاسخ می‌کرد.
- محرک خنثی را محرک شرطی و پاسخ به آن را پاسخ شرطی می‌گویند.
- محرک اولیه را محرک غیرشرطی و پاسخ طبیعی به آن را پاسخ غیر شرطی می‌گویند.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

- شرطی‌سازی کنشگر (عامل):
- از بررسی‌های تراندایک آغاز می‌شود.
- اصل بسیار مهم قانون اثر توسط او تدوین شد.
- شرطی‌کنشگر که بر یادگیری از نتایج رفتار تأکید دارد در ابتدا به یادگیری وسیله‌ای ملقب بود.
- شرطی‌سازی کنشگر به رفتاری اطلاق می‌شود که بر محیط عمل می‌کند.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

محرک افتراقی: به رویدادی بیرونی اشاره دارد که پیشاپیش به جاندار خبر می‌دهد اگر رفتار معینی از او سر بزند پیامد خاصی از راه خواهد رسید.

تقویت مثبت: به تحکیم پاسخ به دلیل وجود یک رویداد خوش‌آیند اشاره دارد.

تقویت منفی: به تحکیم پاسخ از طریق حذف یک رویداد آزار دهنده گفته می‌شود.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

شکل دهی: به پاداش دادن به مجموعه‌ای از پاسخ‌ها گفته می‌شود که مشابه به پاسخ مطلوب (تقریب‌های متوالی از رفتار) هستند.

سر مشق‌دهی: به فرآیندی گفته می‌شود که از طریق مشاهده رفتار دیگران یادگیری صورت می‌گیرد و نیازی به تقویت خود یادگیرنده وجود ندارد.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

- پارادایم‌های یادگیری مبتنی بر متغیرهای میانجی:

این نوع پارادایم‌های یادگیری نقش متغیرهای میانجی در یادگیری و رفتار را برجسته می‌سازند.

عقیده دارند که محرک‌های محیطی مستقیماً باعث واکنش آشکار نمی‌شوند بلکه این کار از طریق فرآیند مداخله‌ای یا یک میانجی مانند ترس یا تفکر تحقق می‌پذیرد.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

شرطي سازي اجتنابي و نظريه‌ي دو عاملي (نظريه‌ي ماورر):

دو نوع يادگيري صورت مي‌گيرد:

1. از طريق شرطي سازي کلاسيک، مثلاً ترس از محرك شرطي (CS) آموخته مي‌شود.

2. از طريق شرطي سازي عاملي دوري گزیدن از محرك شرطي (CS) يادگرفته مي‌شود تا پاسخ ميانه‌جي (ترس) کاهش يابد. اين نظريه به نام نظريه‌ي دو عاملي معروف گرديد.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

- رفتار درمانی:

در دهه‌ی 1950 برای درمان آسیب روانی ظهور کرد.

گاهی به آن اصطلاح اصلاح رفتار نیز گفته می‌شود.

در اوایل به کاربرد روش‌های شرطی‌سازی کلاسیک و عاملی برای مشکلات بالینی گفته می‌شد.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

امروزه رفتار درمانی بیشتر با جایگاه معرفت‌شناسی‌اش توصیف می‌شود تا دل‌بستگی به مجموعه‌ی خاصی از مفاهیم.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

شرطی سازی تقابلی و مواجهه:

شرطی سازی تقابلی عبارت است از بازآموزی يك رفتار به کمک فراخوانی يك پاسخ جدید در برابر محرک خاص.

اصل شرطی سازی تقابلی پشتوانه‌ی یکی از فنون مهم رفتار درمانی به نام حساسیت زدایی منظم است که به وسیله‌ی ولپی ابداع شد.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

ولپی بر این فرض بود که شرطی سازی تقابلی زیر بنای کارآمدی حساسیت زدایی است:

حالت یا پاسخی که متضاد با اضطراب است به تدریج جایگزین ترس می‌گردد.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

شرطي سازي بيزاري:

در شرطي سازي بيزاري محرکي که براي بيمار جذاب است با يك رویداد نامطلوب همراه مي‌شود به اين اميد که ويژگي‌هاي منفي آن محرک ناخوشايند به محرک خوشايند سرايت کند (مثلاً براي ترک اعتياد).



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

در شرطی‌سازی کنشگر درمان معمولاً شامل تغییر پیامدهای رفتار مشکل‌زا است. مثلاً اگر معلوم شود که مشکل ناشی از تلاش کودک برای جلب توجه است درمان ممکن است به شکل نادیده گرفتن آن رفتار باشد یا اینکه او را به مکانی ناخوشایند که هیچ‌گونه تقویت‌کننده مثبت در آن یافت نشود منتقل کرد که به این کار محرومیت می‌گوییم.

برای افزایش فراوانی رفتار مطلوب تثویت‌کننده‌های مثبت را به رفتار وابسته‌ی سازد مثلاً کودک گوشه‌گیر و منزوی را می‌توان به خاطر بازی با هم‌سالانش تقویت کرد.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

اقتصاد پته‌ای:

یکی از اولین موارد کاربرد روش عاملی اقتصاد پته‌ای است که در آن برای رفتار مطلوب پته‌هایی (ژتون‌هایی) داده می‌شود که بعدها می‌توان آن را با فعالیت‌ها و اجناس دلخواه مبادله کرد.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

سرمشق دهی:

از این روش در رفتار درمانی استفاده می‌شود از طریق نمایش زنده یا مصور برخورد مردم با مارها به مبتلایان فوبی مارهای سمی کمک کردند که ترسشان از بین برود.

به همین سیاق برخی از درمان‌گران رفتاری در اتاق مشاوره از نقش‌گزاری استفاده می‌کنند در این روش آن دسته از الگوهای رفتاری که اثر بخشی آنها بیش از رفتارهایی است که بیماران دارند به آنها نشان داده می‌شود و بعد از آنها خواسته می‌شود این رفتار را تمرین کنند.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

- ارزیابی پارادایم‌های یادگیری:

دیدگاه یادگیری اهمیت عوامل زیستی را ناچیز می‌شمارد و در عوض به تبیین فرآیندهای یادگیری که ممکن است منجر به رفتار ناسازگارانه شود می‌پردازد. پارادایم یادگیری در رفتار ناهنجار عمدتاً در همان موضعی قرار دارد که پارادایم زیستی است.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

تبیینی که پارادایم‌های یادگیری برای رفتار ناپهنجار ارائه می‌دهند منجر به ابداع درمان‌های متعددی شده است لیکن این حقیقت که درمان مبتنی ر اصول یادگیری در تغییر رفتار موثر است حاکی از این نیست که رفتار مذبور به طریق مشابهی آموخته شده است.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

● پارادایم شناختی:

تعریف شناخت:

به تمامی فرآیندهای روانی مثل ادراک، بازشناسی، قضاوت و استدلال گفته می‌شود.

پارادایم شناختی:

به نحوه‌ی سازماندهی تجربیات افراد، معنادهی و پیوند دادن تجارب فعلی با تجارب ذخیره شده در حافظه توجه دارد.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

مبانی نظریه‌ی شناختی:

- روان‌شناسان شناختی یادگیری را بسیار پیچیده‌تر از شکل‌گیری منفعلانه‌ی تداعی‌های محرک – پاسخ می‌دانند.

- شخص یادگیرنده را تفسیرکننده‌ی فعال موقعیت تلقی می‌کنند.

- به طرحواره یا آمایه‌ی شناختی که به معنی شبکه‌ای سازمان یافته از دانش انباشته شده قبلی است باور دارند.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

- رفتار درمانی شناختی:

رفتار درمان‌گران شناختی به وقایع درونی - افکار، ادراکات، قضاوت‌ها، گفتگو با خود، و حتی پیش‌فرض‌های نهاد (ناهشیار) - توجه می‌کنند و برای فهم و تغییر رفتار آشفتگی آشکار و پنهان به بررسی و دستکاری این فرآیندها می‌پردازند.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

بازسازی شناختی:

یک اصطلاح کلی است برای تغییر الگوهای فکری است که تصور می‌رود علت هیجان یا رفتار آشفته باشد.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

شناخت درمانی بِک:

در این نوع شناخت درمانی گفته می‌شود که خلق افسرده ناشی از تحریف در شیوهی ادراک تجربیات زندگی است.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

روان‌درمانی عقلانی - عاطفی ایس:

در این روان‌درمانی اعتقاد بر این است که واکنش‌های هیجانی پایه دار هر کس ناشی از اظهارات درونی است که فرد برای خویش تکرار میکند و این گفتگوی درونی گاهی بیان‌گر فرض‌ها ناگفته - باورهای غیر عقلانی - درمورد چیزهایی است که فرد آن‌ها را برای زندگی معنا دار ضروری می‌داند.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

ارزیابی پارادایم شناختی:

- مفاهیمی که این پارادایم بر آن استوار است تا اندازه‌ای بی‌ثبات هستند و همیشه تعریف دقیقی از آنها به عمل نمی‌آید.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

- پیادمد‌های اتخاذ یک پارادایم:

روان‌شناسان بر سر بهترین پارادایم توافق نظر ندارند.

رفتار نابهنجار متنوع تر از آن است که بتوان صرفاً از طریق یکی از پارادایم‌های فعلی همه‌ی آن‌ها را تبیین و به خوبی درمان کرد.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

بیماری پذیری - فشار روانی:

یک پارادایم یکپارچه کلی‌ترین پارادایم، پارادایم بیماری پذیری - فشار روانی خوانده می‌شود.

این پارادایم عوامل زیستی، روان‌شناختی و محیطی را به هم ارتباط می‌دهد.



فصل دوم:

پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی و درمان

در این پارایم وجود بیماری پذیری و فشار روانی هر دو برای ظهور اختلالات ضروری هستند:

بیماری پذیری به يك اختلال خطر ابتلا به آن را، نه حتمی، بلکه افزایش می‌دهد.

فشار روانی به معنای کلی به برخی از محرک‌های محیطی ناخوشایند یا مضر اطلاق می‌شود که موجب آسیب روانی می‌گردند.



فصل سوم:

طبقه بندی و تشخیص



فصل سوم:

طبقه بندی و تشخیص

تاریخچه:

تلاش‌های آغازین برای طبقه بندی:

- سال 1882 کمیته‌ی آماری انجمن سلطنتی پزشکی – روان‌شناسی انگلستان.
- سال 1889 کنگره‌ی علوم روانی در پاریس.
- سال 1886 انجمن سرپرستان موسسات آمریکایی ویژه دیوانگان.



فصل سوم:

طبقه بندی و تشخیص

- نظام‌های WHO و DSM :

در سال 1938 سازمان بهداشت جهانی (WHO) اختلالات روانی را به فهرست بین المللی عوامل مرگ و میر (ICD) افزود.

در سال 1952 انجمن روان‌پزشکی آمریکا راهنمای آماری و تشخیصی (DSM) خاص خود را منتشر کرد.



فصل سوم:

طبقه بندی و تشخیص

از آن هنگام تا به امروز این دو نظام تشخیصی مورد تجدید نظر چند باره قرار گرفته و فرم جدید آن‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند.

در سال 1994 چهارمین فرم تجدید نظر شده‌ی DSM تحت عنوان **DSM-IV** منتشر گردید.

در سال 2000 انجمن روان‌پزشکی آمریکا در صدد تکمیل نسخه‌ی تجدید نظر شده‌ی **DSM-IV-TR** برآمد.



فصل سوم:

طبقه بندی و تشخیص

DSM-IV-TR

- این نظام تشخیصی شامل 5 محور به شرح زیر است:
 - محور اول: تمام طبقات تشخیصی به جز اختلالات شخصیت و عقب ماندگی ذهنی.
 - محور دوم: اختلالات شخصیت و عقب ماندگی ذهنی.
 - محور سوم: مشکلات پزشکی عمومی.
 - محور چهارم: مشکلات روانی - اجتماعی و محیطی.
 - محور پنجم: سطح کارکرد کنونی.



فصل سوم:

طبقه بندی و تشخیص

در محور چهار مشکلات روانی - اجتماعی و محیطی که شخص داشته و می‌توانند بر مشکلات کنونی او دخیل باشند کد گذاری می‌شوند این موارد عبارتند از:

مشکلات شغلی، اقتصادی، مسایل بین فردی با خانواده، و مشکلات متعلق به سایر حوزه‌های زندگی که ممکن است بر کارکرد روانی فرد اثر بگذارد.



فصل سوم:

طبقه بندی و تشخیص

در محور پنجم درمان گر سطح کارکرد انطباقی کنونی فرد را ثبت می کند که می تواند از صفر (وضعیت خطرناک) تا صد (وضعیت عالی) درجه بندی شود. که به این نوع درجه بندی مقیاس سنجش کلی کارکردها می گویند.



فصل سوم:

طبقه بندی و تشخیص

- مقوله‌های تشخیصی عمده در محور اول و دوم:

● اختلال‌های دوران طفولیت، کودکی، یا نوجوانی:

- اختلال اضطراب جدایی
- اختلال سلوک
- اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی
- عقب ماندگی ذهنی
- اختلالات فراگیر رشد
- اختلالات یادگیری



فصل سوم:

طبقه بندی و تشخیص

● اختلالات مرتبط با مواد:

- الکل
- تریاک
- کوکائین
- آمفتامین
- و غیره



فصل سوم:

طبقه بندی و تشخیص

● اسکیزوفرنی:

● اختلالات خلقی

- اختلال افسردگی عمده

- شیدایی (مانیا)

- اختلال دو قطبی



فصل سوم:

طبقه بندی و تشخیص

● اختلالات اضطرابی:

- فوبی
- وحشت زدگی
- اختلال اضطرابی فراگیر
- اختلال وسواس فکری – عملی
- اختلال فشار روانی پس آسیبی
- اختلال فشار روانی حاد



فصل سوم:

طبقه بندی و تشخیص

● اختلالات جسمانی شکل:

- اختلال جسمانی کردن
- اختلالات تبدیلی
- اختلال درد
- خود بیمار انگاری
- اختلال بد ریختی بدن

فصل سوم:

طبقه بندی و تشخیص

● اختلالات گسستی:

- اختلال یادزدودگی (فراموشی) گسستی (آمنزی)
- گریز گسستی (فیوگ)
- اختلال هویت گسستی
- اختلال دگر سان بینی خود (مسخ شخصیت)



فصل سوم:

طبقه بندی و تشخیص

● اختلالات جنسی و هویت جنسی:

- زیاده دوستی‌ها (پارافیلی‌ها)

- بدکاری جنسی

- اختلال هویت جنسی



فصل سوم:

طبقه بندی و تشخیص

● اختلالات خواب:

- خواب پریشی

- بد خوابی



فصل سوم:

طبقه بندی و تشخیص

● اختلالات خوردن:

- بی‌اشتهایی عصبی

- پراشتهایی عصبی

● اختلالات ساختگی

● اختلال سازگاری



فصل سوم:

طبقه بندی و تشخیص

● اختلالات مهار تکانه:

- اختلال انفجاری متناوب

- جنون دزدی

- جنون آتش افروزی

- قمار بیمارگون

- وسواس کندن مو



فصل سوم:

طبقه بندی و تشخیص

● اختلال‌های شخصیت:

- شخصیت اسکیزوئید
- شخصیت خود شیفته
- شخصیت ضد اجتماعی
- شخصیت وسواسی
- شخصیت منفعل - پرخاشگر
- شخصیت مرزی
- شخصیت اسکیزوتایپال
- شخصیت وابسته
- شخصیت اجتنابی



فصل سوم:

طبقه بندی و تشخیص

سایر وضعیت‌هایی که ممکن است کانون توجه بالینی قرار گیرد:

- عوامل روان‌شناختی در بیماری جسمی

- مشکلات تحصیلی

- رفتار ضد اجتماعی

- تمارض

- مشکل ارتباطی

- مشکل شغلی

- آزارگری

- داغدیدگی

- و غیره



فصل سوم:

طبقه بندی و تشخیص

اختلالات شناختی:

- دلیریوم (روان آشفتگی)
- دمانس (زوال عقل)
- نشانگان یادزدودگی (آمنزی)



فصل سوم:

طبقه بندی و تشخیص

مباحث مربوط به طبقه بندی رفتار ناهنجار

- انتقادهای کلی به طبقه بندی:

1. طبقه بندی باعث از دست رفتن اطلاعات مربوط به آن شخص می شود.
2. طبقه بندی ممکن است اثرات منفی بر شخص داشته باشد.



فصل سوم:

طبقه بندی و تشخیص

- ارزش طبقه بندی و تشخیص:

رفتارهای نا بهنجار از همدیگر متفاوت هستند. پس تشکیل طبقه بندی می تواند موجب افزایش دانش ما شود.



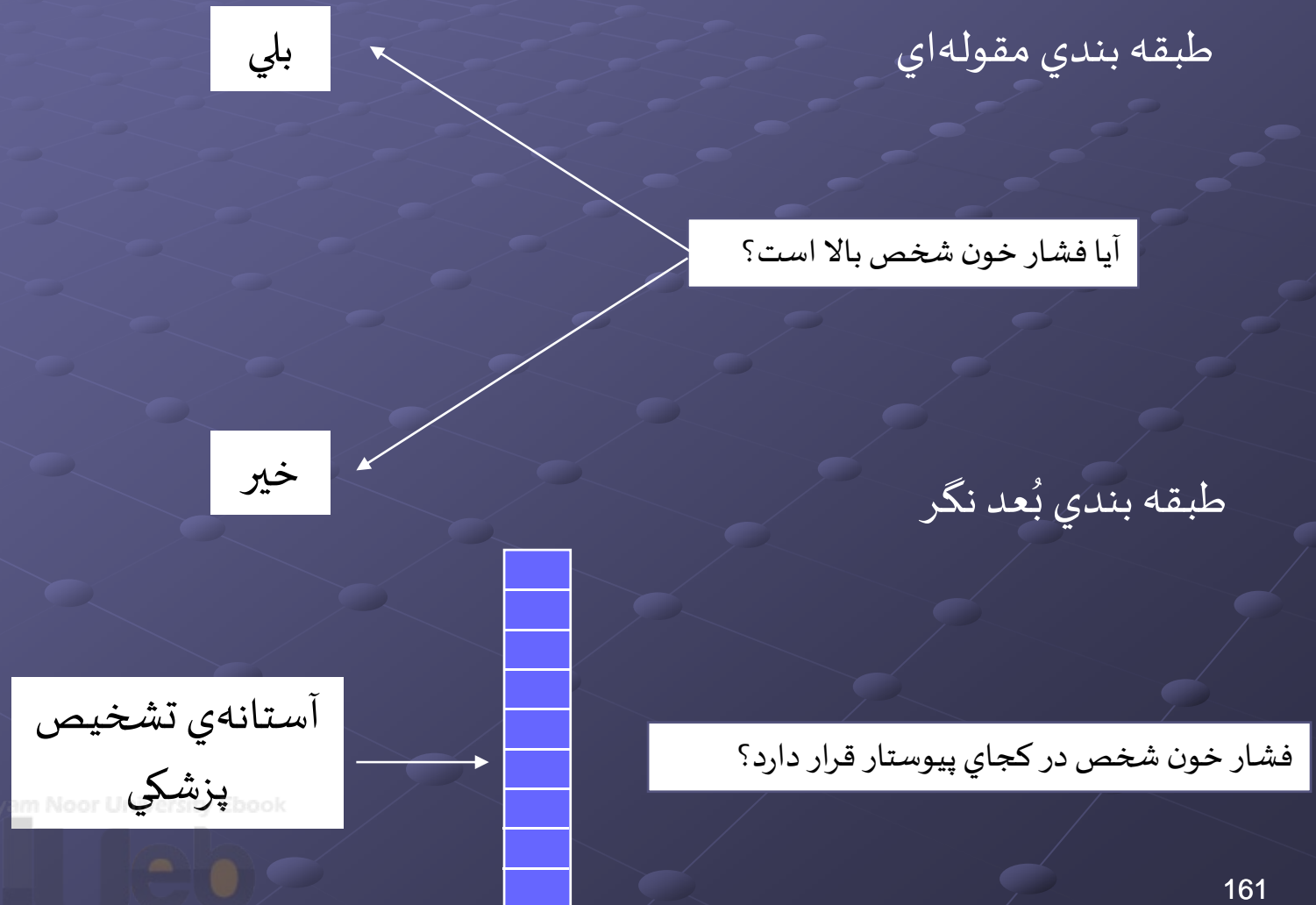
فصل سوم:

طبقه بندی و تشخیص

- انتقادهای خاص از تشخیص:

DSM يك طبقه بندی مقوله‌اي (رویکرد آري يا نه) در مقابل
رویکرد بُعدنگر می‌باشد.

طبقه بندی و تشخیص





فصل سوم:

طبقه بندی و تشخیص

- پایایی:

میزان تولید مشاهدات علمی یکسان در هر بار استفاده از یک نظام تشخیصی، یا آزمون، یا ابزار دیگر بیانگر پایایی آن نظام، آزمون، یا ابزار است.

- پایایی بین ارزیابها:

به توافق نظر دو داور درباره‌ی یک رویداد گفته می‌شود.



فصل سوم:

طبقه بندی و تشخیص

اعتبار سازه:

اعتبار انواع متعددی دارد ولی نوع اعتبار سازه در تشخیص بسیار مهم است.

به تشخیص‌های DSM سازه گفته می‌شود زیرا آن‌ها پدیده‌هایی استنباطی هستند نه اثبات شده.



فصل سوم:

طبقه بندی و تشخیص

DSM و پیشرفت‌های اصلی در آن:

1. ویژگی و نشانه‌های هر یک از طبقات تشخیصی متعلق به محورهای اول و دوم نسبت به آنچه در DSM-II بود مفصل‌تر شده است.
2. الان به این نکته توجه بیشتری می‌شود که نشانه‌های یک اختلال خاص تا چه اندازه می‌تواند بسته به فرهنگ باشد.
3. ملاک‌های تشخیصی خاص دقیق‌تر بیان شده‌اند.

طبقه بندی و تشخیص

- مشکلات مربوط به تشخیص‌های **DSM**:

1. بحث ناپیوستگی در مقابل پیوستگی.
2. احتمالاً در کاربرد روزانه پایایی محورهای اول و دوم بالا نباشد.
3. زیر سؤال بودن ایده‌آلی قواعد مربوط به اخذ تصمیم‌های تشخیصی.
4. افزایش پایایی همیشه منجر به اعتبار بیشتر نمی‌شود.
5. هنوز عوامل ذهنی در **DSM - IV - TR** نقش مهمی ایفا می‌کنند.
6. تمام تغییرات موجود در طبقه بندی **DSM** مثبت نیستند.



فصل چهارم:

روش‌های سنجش بالینی

Payam Noor University Ebook

PNUEB



فصل چهارم:

روش‌های سنجش بالینی

تمام روش‌های بالینی نوعی شیوهی رسمی برای پی بردن به مشکلات، دلایل احتمالی آنها و برداشتنگام‌های لازم برای پیشرفت و بهبودی بیمار هستند.



فصل چهارم:

روش های سنجش بالینی

- پایایی:

انواع پایایی به شرح زیر هستند:

1. پایایی بین ارزیاب.
2. پایایی بازآزمایی.
3. پایایی فرم موازی.
4. پایایی مربوط به همسانی درونی.



فصل چهارم:

روش های سنجش بالینی

- اعتبار:

به معنی این است که آیا آزمون هدف مورد نظرش را تامین می کند یا نه. انواع آن به شرح زیر است:

1. اعتبار محتوا

2. اعتبار ملاکی

3. اعتبار همزمان

4. اعتبار پیش بین

5. اعتبار سازه



فصل چهارم:

روش‌های سنجش بالینی

● سنجش روانی:

فنون سنجش روانی به منظور تعیین عوامل شناختی، هیجانی، شخصیتی، و رفتاری در آسیب روانی تهیه شده‌اند.

آن‌ها می‌توانند به شرح زیر باشند:



فصل چهارم:

روش‌های سنجش بالینی

* مصاحبه‌های بالینی:

- ویژگی‌های مصاحبه‌های بالینی:

1. مصاحبه‌گر به نحوه پاسخ یا عدم پاسخ مراجع توجه می‌کند.

2. مصاحبه‌ی ساخت‌دار مصاحبه‌ای است که پرسش‌های آن از پیش تعیین شده است.



فصل چهارم:

روش های سنجش بالینی

پارادایمی که مصاحبه گر براساس آن عمل می کند نوع اطلاعات مورد کنکاش، نحوه بدست آوردن آن، و چگونگی تفسیر آن را تحت تاثیر قرار می دهد.



فصل چهارم:

روش‌های سنجش بالینی

* آزمون‌های روانی:

- پرسش‌نامه‌های شخصیتی

مثل MMPI-2

- آزمون‌های فرافکن شخصیت

مثل آزمون لکه‌های جوهر رورشاخ، آزمون اندریافت موضوع.



فصل چهارم:

روش های سنجش بالینی

- آزمون های هوش:

مثل وکسلر

* سنجش رفتاری و شناختی:

به سنجش 4 مجموعه ای متغیر (SORC) می پردازد:

1. S معرف محرک ها
2. O معرف عوامل ارگانیسمی
3. R معرف پاسخ های آشکار
4. C معرف متغیرهای پس آیند.



فصل چهارم:

روش های سنجش بالینی

- انواع سنجش رفتاری و شناختی:

- مشاهده مستقیم رفتاری

- خویشتن نگری (سنجش بوم شناختی فوری)

- مصاحبه ها و پرسشنامه های خودسنجی



فصل چهارم:

روش‌های سنجش بالینی

- رویکردهای خاص به سنجش شناختی:

1. مقیاس نگرش بدکار
2. پرسشنامه سوداری‌ای شناختی
3. تولید افکار در موقعیت‌های شبیه‌سازی شده
4. فهرست بندی افکار



فصل چهارم:

روش های سنجش بالینی

* سنجش زیستی:

- مغزنگاری

مثل PET، fMRI، MRI، CT scan

- سنجش عصبی

- سنجش عصب - روان شناسی

1. آزمون عملکرد بساوشی - زمان

2. آزمون عملکرد بساوشی - حافظه

3. آزمون ادراک اصوات گفتار



فصل چهارم:

روش های سنجش بالینی

- سنجش روان - فیزیولوژیایی:

1. نگاره‌ی برقی قلب

2. پاسخ برقی پوست

3. برق نگاری مغز



فصل چهارم:

روش‌های سنجش بالینی

● گوناگونی فرهنگی و سنجش بالینی:

- سوداری فرهنگی در کار سنجش
- راهبردهای اجتناب از سوداری فرهنگی در کار سنجش



فصل چهارم:

روش‌های سنجش بالینی

همسانی و تغییرپذیری رفتار

- نظریه پردازان صفت معتقدند که هر کس را می‌توان بر حسب داشتن میزان معینی از صفات و ویژگی‌ها توصیف کرد.

- والتر میشل: به استثنای هوش‌بهر، صفات شخصی تعیین‌کننده‌های مهمی برای رفتار نیستند.



فصل پنجم:

اختلالات اضطرابی

Payam Noor University Ebook

PNUEB



فصل پنجم:

اختلالات های اضطرابی

شاید هیچ موضوعی به اندازه‌ی اضطراب گریبان بسیاری از ما را نگرفته و چنین احساس ناخوشایندی ترس و تشویشی به دنبال نداشته باشد.

اختلالات اضطرابی قبلاً نوعی روان‌رنجوری (نوروز) محسوب می‌شد این اختلالات به واسطه‌ی کار بالینی فروید با بیمارانش مفهوم پردازی شده‌اند.



فصل پنجم:

اختلالات های اضطرابی

با آغاز کار DSM-III و DSM-IV طبقات قدیمی نوروها در قالب چندین طبقه تشخیصی متمایز مانند اختلالات اضطرابی، اختلالات جسمانی شکل و گسستی توزیع شدند.

اختلالات اضطرابی هنگامی تشخیص داده می شوند که تجربه ذهنی احساس اضطراب به وضوح وجود داشته باشد.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

در DSM-IV-TR 6 طبقه عمده برای اختلالات اضطرابی مطرح شده است:

1. فوبی (هراس)
2. اختلال وحشت زدگی
3. اختلال اضطراب فراگیر
4. اختلال وسواس فکری – عملی
5. اختلال فشار روانی پس آسیبی
6. اختلال فشار روانی حاد.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

- همایندی مرضی:

به موقعیتی گفته می‌شود که فرد علاوه بر داشتن یک اختلال اضطرابی به اختلالات دیگری نیز مبتلا باشد.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

فوبی‌ها:

ترس و اجتناب از اشیاء یا موقعیت‌هایی که خطر واقعی را به دنبال ندارد.

- ملاک‌های تشخیصی:

1. ترس غیر منطقی و پایدار از اشیاء یا موقعیت‌ها.
2. اضطراب شدید در مواجهه با محرک ترس آور.
3. تشخیص نامعقول بودن این ترس به وسیله‌ی شخص.
4. پاسخ اجتناب و یا تحمل با اضطراب و رنج شدید.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

- انواع فوبی‌ها:

الف. فوبی‌های خاص مثل حیوانات، خون، موقعیت‌ها و غیره.

ب. فوبی اجتماعی به معنی ترس غیر منطقی و پایدار که معمولاً به خاطر دیگران به وجود می‌آید.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

- سبب شناسی فوبی‌ها:

الف. نظریه‌ی روان‌پویشی

- فروید اولین کسی بود که تلاش کرد رفتار فوبیایی را تبیین کند.
- از این دیدگاه اضطراب فوبیایی از تکانه‌های هراس آور نهاد به شیء یا موقعیتی که ارتباط نمادین و سمبلیک با آن دارد جابجا می‌شود.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

ب. نظریه‌های رفتاری:

1. شرطی شدن اجتنابی:

فرمول این نوع شرطی شدن بر اساس نظریه‌ی دو عاملی ماورر ارائه شده که در آن فرد از طریق شرطی سازی کلاسیک یاد می‌گیرد از محرك خنثی در صورت همایندی با رویداد تهدیدکننده یا دردناک بترسد. و در سطح دوم به وسیله‌ی شرطی سازی کنش‌گر یاد می‌گیرد که یا فرار یا اجتناب از محرك خنثی ترس شرطی شده را کاهش دهد.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

2. سرمشق دهی:

در این دیدگاه ترس با تقلید واکنش‌های دیگران آموخته می‌شود. به یادگیری ترس از طریق مشاهده رفتار دیگران یادگیری **جانمایی** می‌گویند.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

مسائل مهم در فوبی‌ها:

1. آمادگی برای یادگیری
2. ضرورت وجود نوعی بیماری پذیری
3. کاستی مهارت‌های اجتماعی در فوبی‌های اجتماعی



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

- نظریه‌های شناختی

این دیدگاه‌ها بر فرآیندهای فکری انسان‌ها توجه دارند. به عنوان مثال افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی نسبت به کسانی که چنین اضطرابی ندارند، بیشتر به ارزیابی دیگران اهمیت می‌دهند، به تصویری که از خود ارائه می‌دهند حساس هستند و حتی عملکردهای درستشان را نیز بیشتر منفی تلقی می‌کنند.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

- عوامل زمینه ساز زیستی:

الف. دستگاه عصبی خودمختار

ب. عوامل ارثی



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

- درمان‌های فوبی:

1. رویکردهای روان‌کاوی

2. رویکردهای رفتارگرایی

3. رویکردهای زیستی



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

1. رویکردهای روانکاوی:

- در روان‌کاوی برای فوبی‌ها سعی می‌شود از تعارضات واپس‌رانده‌ای که فرض می‌شود زیربنای ترس و اجتناب شدید در این اختلالات هستند پرده بردارند.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

2. رویکردهای رفتاری:

- حساسیت زدایی منظم اولین درمان رفتاری عمده است که به طور گسترده در درمان فوبی‌ها به کار رفت.
- سرمشق دهی فن دیگری است که بیمار را در موقعیت ترس‌آور قرار می‌دهد.
- غرقه سازی يك فن درمانی است که در آن منبع هراس با حداکثر شدت ارائه می‌گردد.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

- نفع ثانوی:

روان‌کاوان معتقد هستند فرد مبتلا به فوبی غالباً در وضعیتی است که سایر افراد به جبران ناتوانی‌های او می‌پردازند و از این رو به نحوی فرد را به خاطر داشتن فوبی تقویت می‌کنند.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

3. رویکردهای شناختی:

- این رویکردها معتقدند که فرد، فوبی خود را امری افراطی یا نامعقول می‌پندارد.
- در تمامی درمان‌های رفتاری و شناختی مخصوص فوبی‌ها مضمون واحدی تکرار می‌شود: لزوم مراجعه بیمار با آنچه بیش از اندازه ترسناک یا فراتر از توان او تلقی می‌شود.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

4. رویکردهای زیستی:

- به داروهایی که اضطراب را کاهش می‌دهند مسکن، آرامبخش، یا ضد اضطراب می‌گویند.
- اولین داروهای مورد استفاده برای درمان اختلالات اضطرابی باربیتورات‌ها بودند. اما به خاطر اعتیاد آور بودن و خطر مرگ برای مصرف زیاد کنار گذاشته شدند.
- بعد داروهای به نام پروپاندیول‌ها (مانند میل‌تاون) و بنزودیازپین‌ها (مانند والیوم و زاناکس) جایگزین آن شدند.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

- در سال‌های اخیر داروهایی که برای درمان افسردگی تهیه شده‌اند در درمان بسیار از بیماری‌های اضطرابی از جمله فوبی‌ها رواج یافته‌اند مثل منوآمین‌اکسیداز (MAO) برای درمان فوبی اجتماعی، و بازدارنده‌های جذب مجدد انتخابی سروتونین (SSRI) مانند فلوگزتین (پروزاک).



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

● اختلال وحشتزدگی:

در اختلال وحشتزدگی فرد به ناگهان و بی‌دلیل دچار یک مجموعه نشانه‌ی آزار دهنده می‌شود: تنگی نفس، تپش قلب، حالت تهوع، درد سینه، احساس خفگی، سرگیجه، تعریق، رعشه، بیم شدید، وحشت و احساس مرگ قریب الوقوع.

دگرسان بینی خود و دگرسان بینی محیط بعلاوه‌ی ترس از بی‌اختیاری، دیوانه شدن، یا حتی مردن می‌تواند وجود داشته باشد.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

- ملاک‌های تشخیصی **DSM-IV-TR** برای اختلال وحشتزدگی:

1. حملات وحشتزدگی مکرر، ناگهانی و غیر منتظره.

2. حداقل این نگرانی به مدت یک ماه از وقوع حملات بیشتر یا نگرانی از وقوع این حمله در آینده یا پیامدهای آن یا تغییرات رفتاری ناشی از این حملات وجود داشته باشد.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

اختلال وحشت‌زدگی به صورت همراه یا بدون آگورافوبی تشخیص داده می‌شود.

- آگورافوبی عبارت است از ترس از مکان‌های عمومی که در آن فرد می‌ترسد در صورت درماندگی در این موقعیت‌ها نتواند فرار کند یا کسی به یاری وی نشتابد.
- شیوع آن در طول زندگی دو درصد برای مردان و بیش از پنج درصد برای زنان است.
- بیش از هشتاد درصد مبتلایان به سایر اختلال‌های اضطرابی دچار وحشت‌زدگی نیز هستند.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

- سبب‌شناسی اختلال وحشتزدگی:

نظریات زیست‌شناختی:

- فعالیت نورآدرنرژیک:

به خاطر فعالیت‌ها افراطی دستگاه نورآدرنرژیک به ویژه در هسته‌ی لوکوس سرولئوس و یا اشکال در نرون‌های GABA است.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

- نظریه‌های روان‌شناختی:

1. فرضیه‌ی ترس از ترس:
در مورد آگروفوبیا در حقیقت ترس وقوع حمله‌ی وحشتزدگی در ملع عام به ایجاد علایم منجر می‌شود.
2. نظریه‌ی تفسیر بیمار از فاجعه‌آمیز بودن علایم آغازین حمله است.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

- درمان‌های مخصوص اختلال وحشت زدگی و آگروفوبیا:

1. درمان‌های زیستی شامل ضد افسردگی‌ها و اضطراب‌زداها.
2. درمان‌های روانشناختی شامل مواجهه‌سازی، درمان‌های خانواده‌مدار و درمان کنترل وحشت‌زدگی (PCT).



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

- درمان کنترل وحشتزدگی (PCT):

مراحل:

1. آموزش آرمیدگی
2. تلفیقی از مداخلات رفتاری – شناختی بک و ایس
3. مواجهه با نشانه‌های درونی که ماشه چکان وحشتزدگی هستند.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

- اختلال اضطراب فراگیر:

شخص مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (GAD) همواره در رابطه با موضوعات جزئی شدیداً مضطرب می‌شود.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

- ملاک‌های تشخیصی **DSM-IV-TR** برای اختلال اضطراب فراگیر:

1. نگرانی و اضطراب مفرط
2. احساس اینکه تسلط و مهار این نگرانی دشوار است.
3. اضطراب و نگرانی حداقل سه تا از علایم زیر باشد:
بی‌قراری، به راحتی خسته شدن، مشکل در تمرکز، تحریک پذیری، تنش عضلانی، دشواری در بخواب رفتن.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

- سبب‌شناسی اختلال اضطراب فراگیر:

1. دیدگاه روان‌کاوی: تعارض ناهشیار من با تکانه‌های نهاد.

2. دیدگاه‌های رفتاری - شناختی: در اثر فرآیندهای شناختی تحریف شده یا مخدوش به وجود می‌آید.

3. دیدگاه زیست‌شناختی: تاکید بر مولفه‌ی ارثی، بازداری دستگاه GABA.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

- درمان اختلال اضطراب فراگیر:

1. رویکردهای روان‌کاوی:

تاکید بر مواجهه با منابع واقعی تعارض (تعارضات واپس‌رانده شده).

2. رویکردهای رفتاری:

آموزش آرمیدگی عمیق



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

3. رویکردهای شناختی:

آموزش مهارت‌های لازم برای کسب احساس توان‌مندی از جمله جرات آموزی از طریق کلامی، سرمشق دهی و شکل دهی کنش‌گر.

4. رویکردهای زیستی:

داروهای اضطراب‌زدا به ویژه بنزودیازپین‌ها، مثل والیوم و زاناکس، و همین‌طور بُسپرون، و نیز داروهای ضد افسردگی مثل توفرانیل.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

● اختلال وسواس فکر – عملی :

يك اختلال اضطرابي است که در آن ذهن فرد از افکار مهار نشدنی و پایدار لبریز شده و فرد را مجبور به تکرار مجدد اعمال مشخصی می‌کند که سبب درمان‌دگی و اختلال در کارکرد روزانه‌اش می‌شود.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

- وسواس‌های فکری:

به افکار، تکانه‌ها و تصورات مزاحم و تکراری گفته می‌شود که ناخواسته به ذهن می‌آید و در نظر فرد اموری غیر عقلانی و مهار نشدنی جلوه می‌کنند.

- وسواس‌های علمی:

به رفتارها یا اعمال ذهنی تکراری که بیمار برای کاهش پریشانی ناشی از افکار وسوسه آمیز و یا جلوگیری از رویدادی هولناک آن را انجام می‌دهد.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

- ملاک‌های تشخیصی **DSM-IV-TR** برای اختلال وسواس فکری

– عملی:

1. افکار، تکانه‌ها، یا تصورات عود کننده مزاحم و مداومی که منجر

به اضطراب می‌شود.

2. رفتارها تکراری و اعمال ذهنی که فرد به قصد رهایی از ناراحتی و

پریشانی مجبور به انجام آنها می‌شود (شستن دست، ترتیب و

دسته بندی اشیاء، شمارش کلمات و اعداد خاص).



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

- سبب‌شناسی اختلال وسواس فکر – عکلی:

1. نظریه‌ی روان‌کاوی: تثبیت شخص در مرحله‌ی مقعدی.

آدلر: اختلال وسواس فکری – عملی ناشی از احساس بی‌کفایتی است.

2. نظریه‌های رفتاری و شناختی: آن‌ها رفتارهای آموخته شده‌ای هستند که از طریق کاهش ترس تقویت شده‌اند.

3. عوامل زیست‌شناختی: التهاب مغزی، جراحات سر و غدد مغزی، قطعه پیشانی و عقده‌های پایه (مجموعه‌ای از هسته‌های مغزی شامل هسته‌ی دمی، پوتامن، گلوبوس پالیدوس) و سوتونین.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

- درمان اختلال وسواس فکری - عملی:

1. درمان روان‌کاوی: رفع واپس‌رانی و مواجهه‌سازی بیمار با آنچه از آن می‌ترسد.

2. مواجهه و بازداری از تشریفات: رویکرد رفتار است که در آن دو شیوه‌ی مواجهه و پیش‌گیری از پاسخ با هم ادغام می‌شوند.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

3. رفتار درمانی عقلی - عاطفی: به بیمار کمک می‌شود تا این عقیده را که اوضاع باید به میل آنها باشد، یا هر کاری که می‌کند باید کامل و بی‌عیب باشد کنار بگذارد.

4. درمان زیست‌شناختی: داروهای نظیر SSRI مانند فلوکستین و برخی از سه حلقه‌ای‌ها.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

● اختلال فشار روانی پس آسیبی (PTSD):

بیانگر پاسخ شدید در برابر یک عامل تنش زای شدید است که به صورت اضطراب بالا، اجتناب از محرک‌های مرتبط با آسیب روانی، و کرختی در پاسخ‌های هیجانی و عاطفی ظاهر می‌شود.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

- ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR برای PTSD:

1. ایجاد ترس شدید هنگام مواجهه با رویداد آسیب‌زا.
2. تکرار مرتب رویداد ناراحت‌کننده در ذهن.
3. اجتناب از محرک‌های مربوط به رویداد و کمرختی در پاسخ دهی به آنها.
4. نشانه‌های برانگیختگی بالا نظیر پاسخ شدید یکه‌خوردن.
5. طول مدت نشانه‌ها بیشتر از یک ماه باشد.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

- سبب شناسی اختلال فشار روانی پس‌آسیبی:

1. عوامل خطر ساز: وجود تهدیدی برای زندگی، مونث بودن، جدایی زود هنگام از والدین، سابقه خانوادگی یک اختلال روانی، وجود یک اختلال قبلی مثل افسردگی.

2. نظریه‌های روان‌شناختی: نظریه‌ی پردازان یادگیری PTSD را در اثر شرطی شدن ترس به روش کلاسیک می‌دانند و اجتناب را نوعی شرطی شدن کنشگر که مجموعاً مصداقی از نظریه‌ی دو عاملی اجتناب آموزی ماورر است.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

3. نظریه‌ی روان‌کاوی:

تکرار خاطرات رویداد آسیب‌زا در ذهن فرد.

4. نظریه‌های زیستی:

نوعی بیمار پذیری تلقی شده است همچنین آسیب ممکن است دستگاه نورآدرنرژیک را فعال سازد و در نتیجه سطح نوراپینفرین نسبت به حالت عادی افزایش یابد.

اختلال‌های اضطرابی

- درمان اختلال فشار روانی پس آسیبی:

1. آگاه سازی از فشار روانی در لحظات بحرانی (CISD).
2. رویکردهای متعلق به دوران‌های جنگ: در جنگ جهانی دوم سربازان غالباً با ترکیب‌های تخدیر کننده درمان می‌شدند، روشی که شبیه تخلیه‌ی هیجانی بروئر بود و سدیم پنتوتال به فرد تزریق می‌شد....
3. رویکردهای شناختی و رفتاری: اصل بنیادی رفتار درمانی عبارت است مواجهه با چیزی که بیمار شدیداً دوست دارد از آن احتراز کند. یک درمان دیگر حساسیت زدایی و بازپردازش حرکات چشم نامیده می‌شود.



فصل پنجم:

اختلال‌های اضطرابی

4. رویکردهای روان‌کاوی: تاکید به مواجهه با رویدادهایی است که منجر به PTSD شده‌اند.

5. رویکردهای زیستی: داروهای ضد افسردگی و آرامبخش‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند.

شیوه‌ی درمان هر چه باشد متخصصان PTSD قبول دارند که حمایت اجتماعی امری ضروری است.



فصل ششم:

اختلال‌های جسمانی شکل و گستی

Payam Noor University Ebook

PNUEB

225



فصل ششم:

اختلالات‌های جسمانی شکل و گسستی

در نسخه‌های اولیه‌ی DSM اختلالات جسمانی شکل و گسستی با اختلالات اضطرابی ارتباط داشتند زیرا زیر بنای اصلی هر سه دسته اختلال اضطراب دانسته می‌شد و تحت عنوان روان‌رنجوری‌ها گنجانیده شده بودند. چون از DSM – III به بعد طبقه بندی بر اساس رفتارهای قابل مشاهده صورت می‌گرفت نه بر اساس سبب شناسی فرضی آن.

در اختلالات اضطرابی علایم اضطرابی مشخص است. ولی چنین چیزی ضرورتاً در اختلالات جسمانی شکل و اختلالات گسستی مشاهده نمی‌شود.



فصل ششم:

اختلالات های جسمانی شکل و گسستی

اختلالات جسمانی شکل

1. اختلال درد
2. اختلال بد ریختی بدن
3. خود بیمار انگاری
4. اختلال تبدیلی
5. اختلال جسمانی کردن



فصل ششم:

اختلال‌های جسمانی شکل و گسستی

● اختلال درد:

فرد به دردی دچار می‌شود که موجب پریشانی و اختلال شدید در عملکرد او می‌گردد. عوامل روان‌شناختی نقش مهمی در شروع، تداوم، و شدت درد ایفا می‌کند.



فصل ششم:

اختلال‌های جسمانی شکل و گسستی

● اختلال بد ریختی بدن:

فرد با يك نقص اغراق‌آمیز یا تخیلی در ظاهر خویش (معمولاً در صورت) اشتغال ذهنی دارد.



فصل ششم:

اختلال‌های جسمانی شکل و گسستی

● خود بیمار انگاری:

يك اختلال جسمانی شکل است که در آن فرد دچار ترس‌های واهی از ابتلا به بیماری‌های جدی می‌شوند و به رغم شواهد پزشکی مغایر با آن، باز هم ادامه می‌یابد. اصطلاح هیستری در گذشته برای این اختلال به کار برده می‌شود.



اختلال تبدیلی

- ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR برای اختلال تبدیلی:

1. وجود یک یا چند نشانه که عملکرد حسی یا حرکتی را تحت تاثیر قرار می‌دهد و حاکی از یک عارضه‌ی عصبی یا طبی است.
2. نشانه‌های متعاقب تعرض یا فشار روانی آشکار می‌شوند.
3. نشانه‌ها به طور عمدی ایجاد نمی‌شوند و با یک عارضه‌ی پزشکی قابل توجیه نیستند.



● اختلال جسمانی کردن:

قبلاً نشانگان بریکه نامیده می‌شود اساس این اختلال عبارت است از شکایت‌های جسمی متعدد و مکرر که فرد به خاطر آن‌ها در صدد بررسی پزشکی برمی‌آید اما هیچ دلیل آشکاری دال بر علل جسمانی ندارد.



- ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR برای اختلال جسمانی کردن:

1. سابقه‌ی شکایت‌های جسمی متعدد که تا چندین سال دوام یافته است.
2. چهار نشانه‌ی درد در نقاط مختلف بدن، دو نشانه‌ی معدي – روده‌ای، يك نشانه‌ی جنسي (بی‌تفاوتی جنسي) و يك نشانه‌ی شبه عصب شناختی (نشانه‌های تبدیلی، اشکال در بلع یا احساس لقمه در گلو، فلج یا ضعف موضعی).



اختلال‌های جسمانی شکل و گسستی

- سبب‌شناسی اختلالات جسمانی شکل:

1. اختلال جسمانی کردن: این بیماران نسبت به احساس جسمی خویش حساسیت بیشتری دارند و آن‌ها را فاجعه‌آمیز تعبیر و تفسیر می‌کنند.

2. نظریه روان‌کاوی در مورد اختلال تبدیلی: فروید معتقد بود حل نشدن عقده الکترا در زنان ریشه‌یاب اختلال تبدیلی است. و نفع ثانوی یا تقویت حاصل از نشانه‌های جسمانی نیز می‌تواند تداوم بخش آن باشد.



اختلال‌های جسمانی شکل و گسستی

3. نظریه‌ی رفتاری اختلال تبدیلی: اولمن و کراسنر معتقدند که اختلال تبدیلی مثل همان تمارض است که فرد برای رسیدن به یک هدف نشانه‌ای را تولید می‌کند.

4. عوامل اجتماعی و فرهنگی موثر در اختلال تبدیلی: کاهش چشمگیر میزان بروز اختلال تبدیلی در طول قرن اخیر نشان دهنده‌ی نقش احتمالی عوامل اجتماعی و فرهنگی است.

- عوامل زیستی موثر در اختلالات تبدیلی: احتمال عوامل ارثی، احتمال میان ساختار مغزی، مطرح شده است.



اختلال‌های جسمانی شکل و گسستی

- درمان اختلالات جسمانی شکل:

1. شفای کلامی عبارت است از این فرض که واپس رانی کلی باعث می‌گردد تا انرژی روانی به بیحسی‌ها یا فلج‌های گیج‌کننده تبدیل شود و تخلیه‌ی هیجانی در هنگام صحبت موجب بهبود علایم می‌شود.
2. درمان‌های ویژه‌ی اختلال جسمانی کردن متخصصان شناختی و رفتاری ر این باورند که اضطراب بالایی که در اختلال جسمانی کردن دیده می‌شود با موقعیت‌های خاصی پیوند دارد.



اختلال‌های جسمانی شکل و گسستی

3. درمان‌های ویژه خود بیمار انگاری: درمان‌های رفتاری – شناختی می‌توانند در بازسازی افکار بدبینانه مفید باشند.
4. درمان‌های ویژه‌ی درد: درمان‌های موثر معمولاً شامل موارد زیر هستند:
 - الف. اعتبار بخشیدن به اینکه درد مذکور واقعی است.
 - ب. آموزش آرمیدگی.
 - ج. پاداش به شخص به خاطر رفتار به شیوه‌های مغایر با درد.



فصل ششم:

اختلال‌های جسمانی شکل و گسستی

اختلالات گسستی (تجزیه‌ای)

تغییر در هویت، حافظه، یا هشیاری فرد ویژگی‌های
مشترک اختلالات گسستی هستند.



فصل ششم:

اختلال‌های جسمانی شکل و گسستی

انواع:

1. یادزدودگی گسستی
2. گریز گسستی
3. اختلال دگرسان بینی خود
4. اختلال هویت گسستی



فصل ششم:

اختلال‌های جسمانی شکل و گسستی

● یادزدودگی گسستی:

فرد مبتلا به این اختلال معمولاً پس از دوره‌ای پر تنش قادر به یادآوری اطلاعات مهم شخصی نیست.

● گریز گسستی:

در این اختلال فرد نه تنها به فراموشی کامل دچار می‌شود بلکه به یک‌باره خانه و کار را ترک می‌گوید و هویت جدیدی را اختیار می‌کند.



فصل ششم:

اختلال‌های جسمانی شکل و گسستی

● اختلال دگرسان بینی خود:

در این اختلال ادراک یا تجربه شخص از خودش به گونه‌ای نگران کننده و اذیت کننده تغییر می‌یابد.

اختلال هویت گسسته:

در این اختلال شخص حداقل دو حالت ایگویی مجزا یا دو شخصیت فردی دارد که دسته کم دو تا از این شخصیت‌ها یا هویت‌ها کراراً کنترل رفتار شخص را در اختیار می‌گیرد و شخص در یادآوری اطلاعات شخصی از خود ناتوانی نشان می‌دهد.



فصل ششم:

اختلال‌های جسمانی شکل و گسستی

- سبب‌شناسی اختلالات گسستی:

رفتارگراها معتقدند عموماً گسست نوعی پاسخ اجتنابی است که شخص را از رویدادهای تنش‌زا و خاطرات مربوط به این رویدادها در امان نگه می‌دارد.

روان‌کاوان معتقدند که خاطرات آسیب‌زا به خاطر ماهیت آزارنده فراموش یا گسسته می‌شوند.



فصل ششم:

اختلال‌های جسمانی شکل و گسستی

- سبب‌شناسی اختلال هویت گسستی:

1. به خاطر آزار شدید جسمی یا جنسی در دوران کودکی شکل می‌گیرد.
2. نوعی ایفای نقش اجتماعی آموخته شده است.



فصل ششم:

اختلال‌های جسمانی شکل و گسستی

- درمان اختلالات گسستی:

دست‌اندرکاران بالینی از هیپنوتیزم برای درمان بیماران مبتلا به اختلالات گسستی استفاده می‌کنند.

شخص هیپنوتیزم شده و ترغیب می‌شود که ذهن خود را به رویدادهای دوران کودکی برگرداند. این فن واپس‌روی سنی خوانده می‌شود.



فصل هفتم:

اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی



اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

● اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی:

ویژگی اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی نظیر تنگی نفس، فشارخون، سردرد و التهاب معده عبارت است از نشانه‌های جسمی حقیقی که در نتیجه‌ی عوامل هیجانی ایجاد شده است یا ممکن است در اثر آن‌ها وخیم‌تر شود. قبلاً به آن‌ها اختلال‌های روان‌تنی می‌گفتند در DSM-IV-TR از آن‌ها تحت عنوان عوامل روان‌شناختی موثر بر وضعیت پزشکی یاد می‌شود.



اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

- ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR برای عوامل روان‌شناختی موثر بر وضعیت پزشکی:

1. وجود بیماری طبی.
2. عوامل روان‌شناختی که بر سیر بیماری تاثیر می‌گذارند و مانع از درمان و افزایش خطرات تندرستی می‌شوند.



فصل هفتم:

اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

● فشار روانی و تندرستی:

- نشانگان انطباق عمومی (GAS) برای توصیف پاسخ زیستی بدن در برابر فشار جسمی دائمی و پیوسته توسط هانس سلیه ارائه گردید. این الگو شامل سه مرحله است:

1. مرحله‌ی واکنش هشدار
2. مرحله‌ی مقاومت
3. مرحله‌ی فرسودگی



فصل هفتم:

اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

- کنار آمدن با فشار روانی:

لازاروس و همکارانش دو بعد گسترده از کنار آمدن را شناسایی کردند:

1. کنار آمدن با روش مسئله مدار

2. کنار آمدن با استفاده از روش هیجانی



فصل هفتم:

اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

- کوشش برای اندازه‌گیری فشار روانی:

1. مقیاس رتبه‌ای سازگاری مجدد اجتماعی (SRRS)

2. سنجش تجارب روزمره (ADE)



فصل هفتم:

اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

- حمایت اجتماعی عامل تعدیل‌کننده در پیوند فشار روانی و بیماری است.

- حمایت اجتماعی انواع متفاوتی دارد:

1. حمایت اجتماعی ساختاری

2. حمایت اجتماعی کارکردی



اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

● نظریه‌های مربوط به ارتباط فشار روانی و بیماری:

1. نظریه‌های زیستی شامل نظریه‌ی ضعف جسمانی، نظریه‌ی واکنش اختصاصی، تولید طولانی مدت هورمون‌های مربوط به فشار روانی، فشار روانی و دستگاه ایمنی ترشحی، سیتوکین‌ها.



فصل هفتم:

اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

2. نظریه‌های روان‌شناختی:

- نظریه‌های روان‌کاوی
- عوامل شناختی و رفتاری



فصل هفتم:

اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

● اختلال‌های قلبی - عروقی:

اختلال‌های قلبی - عروقی بیماری‌هایی هستند که دستگاه قلبی و گردش خون را درگیر می‌سازند. بیماری‌های قلبی - عروقی عبارتند از:

1. فشار خون اساسی
2. بیماری شریان اکلیلی قلب



فصل هفتم:

اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

- فشار خون اساسی:

- پرتنشی، که عموماً آن را فشار خون بالا می‌نامند.
- این بیماری باعث تصلب شرایین (مسدود شدن رگ‌ها)، حملات قلبی و سکته‌ی قلبی می‌شود.
- این بیماری می‌تواند از راه نارسایی‌های کلیوی فرد را از بین ببرد.
- اگر افراد فشار خون خود را وارسی نکنند، ممکن است سالیان دراز بدون آگاهی از اینکه فشار خون بالا دارند به سر ببرند، به همین خاطر این بیماری به قاتل خاموش شهرت دارد.



فصل هفتم:

اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

- فشارروانی و افزایش فشار خون:

معلوم شده است که مصاحبه‌های تنش‌زا، فجایع طبیعی و فشار روانی شغلی همگی باعث افزایش کوتاه مدت فشار خون می‌گردند.

- عوامل زمینه ساز:

مطالعات حیوانی چندین بیماری‌پذیری نیرومند را شناسایی کرده است:

1. رشد در انزوا
2. سطح بالای رفتار هیجانی
3. حساسیت نسبت به نمک



فصل هفتم:

اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

- علاوه بر این در انسان‌ها عوامل زمینه‌ساز می‌تواند شامل:

1. خشم و

2. میزان واکنش قلبی - عروقی

باشد.



فصل هفتم:

اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

بیماری شریان اکلیلی قلب:

به دو شکل وجود دارد:

1. اختناق صدري (آنژینا پکتوریس).
2. آنفارکتوس عضلات قلب (سکته‌ی قلبی).



اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

- اختناق صدري:

نشانه‌های آن عبارت است از دردهای ادواری سینه که معمولاً در پشت جناق سینه قرار دارد و به سوی پشت و گاهی اوقات شانه و بازوی چپ کشده می‌شود علت اساسی این درها انتقال ناکافی اکسیژن به قلب و به نوبه‌ی خود ناشی از تصلب عروق اکلیلی است یعنی:

1. تنگ شدن یا بسته شدن این شریان‌ها در نتیجه‌ی رسوب کلسترول.

2. انقباض رگ‌های خونی.



فصل هفتم:

اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

- انفارکتوس عضلات قلبی (CHD):

بیماری شدیدتری است و در حال حاضر علت اصلی مرگ و میر در آمریکا به شمار می‌آید.

به واسطه‌ی نارسایی در رسیدن اکسیژن به قلب اتفاق می‌افتد.
حمله‌ی قلبی معمولاً موجب سدمات پایدار در قلب می‌گردد.



فصل هفتم:

اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

- فشار روانی و آنفارکتوس قلبی:

فشارهای بدنی و همین‌طور دوره‌های خشم می‌توانند موجب این بیماری شوند. علاوه بر این‌ها تعارض زناشویی، نگرانی‌های مالی، خستگی یا فشار شغلی، و الگوی رفتاری سنخ الف فرد را مستعد این بیماری می‌کنند.



فصل هفتم:

اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

- تنگی نفس:

حدود صد میلیون نفر در سرتاسر جهان مبتلا به تنگی نفس است. این بیناری رو به افزایش بوده است. ویژگی‌های آن عبارتند از:

1. مجاری هوا در ریه‌ها که بسیار حساس هستند باریک می‌شوند و باعث می‌شوند تنفس به ویژه در بازدم به کاری شدیداً پرهزمت و توأم با خس‌وخس تبدیل شود.



فصل هفتم:

اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

- سبب شناسی:

WWW*PNUER*COM



فصل هفتم:

اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

- سبب‌شناسی:

عوامل روان‌شناختی

در افراد مبتلا به تنگی نفس سطح تجربه و ابراز هیجانات منفی بالاتر بوده است. واکنش‌های چهره‌ای آنها در برابر محرک‌های تنش‌زای آزمایشگاهی شدیدتر است، و آنها در خلال مصاحبه افرادی پرخاشجوتر، درمانده‌تر و همچنین ناسازگارتر درجه‌بندی می‌شوند.



فصل هفتم:

اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

- نقش خانواده:

یک منبع فشار روانی که در تنگی نفس دیده می‌شود تعامل والد – فرزند.

- عوامل زمینه ساز فیزیولوژیک:

عفونت تنفسی، حساسیت مفرط، انتقال ارثی، حساسیت دستگاه سمپاتیک از جمله احتمالات در این زمینه هستند.



فصل هفتم:

اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

ایدز: 

در اثر ویروس کاستی ایمنی شناختی انسان این بیماری به وجود می‌آید. از آغاز این بیماری بیست و یک میلیون نفر در سراسر جهان مرده‌اند. هم اکنون چهل میلیون نفر مبتلا ویروس HIV هستند.



اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

ایدز يك بیماری است که در آن دستگاه ایمنی بدن شدیداً به وسیله یویروس HIV درهم می‌ریزد و فرد را در معرض بالای ابتلای به بیماری‌های مرگ‌بار نظیر سارکومای کاپوزی و گستره‌ای از عفونت‌های قارچی، ویروسی، و باکتریایی قرار می‌دهد.



اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

- شیوه‌ی گسترش و پخش بیماری:

HIV صرفاً در خون، مَنی، و ترشحات محبلی وجود دارد و صرفاً هنگامی می‌تواند منتقل شود که مایعات آلوده به درون جریان خون راه یابند.



فصل هفتم:

اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

- جنسیت و تندرستی:

مردان در هر سنی که باشند از بدو تولد تا 85 سالگی و بالاتر بیش از زن‌ها می‌میرند.

از لحاظ زیستی شاید زن‌ها سازوکارهایی دارند که از آنان در برابر بیماری‌های مرگ بار محافظت می‌کنند.



فصل هفتم:

اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

- جایگاه اقتصادی و اجتماعی، قومیت و تندرستی:

جایگاه اقتصادی و اجتماعی پایین با نرخ بالاتر مشکلات تندرستی و مرگ و میر ناشی از عوامل مختلف ارتباط دارد.



اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

- درمان اختلال‌های روان فیزیولوژیایی:

چون اختلال‌های روان فیزیولوژیایی بد کاری‌های جسمی حقیقی به شمار می‌آیند رابطه‌ی روان‌درمانگر با پزشک ضروری می‌باشد.

درمان‌گران اتفاق نظر دارند که کاهش اضطراب، افسردگی و خشم بهترین راه برای کاهش اختلالات روان فیزیولوژیایی است.

درمان‌گران روان‌کاو از فنون نظیر تداعی آزاد و تحلیل رؤیا استفاده می‌کنند.



فصل هفتم:

اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

درمانگران رفتاری و شناختی از گستره‌ی روش‌های متداول خود برای کاهش اضطراب و خشم استفاده می‌کنند مانند:

1. حساسیت زدایی منظم
2. مواجهه سازی زنده
3. درمان عقلي - عاطفي
4. جرات آموزي



اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

تمرین و ورزش منظم راه دیگری برای کاهش فشار خون و کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی است.



اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

- پس‌خوراند زیستی:

پس‌خوراند زیستی روشی است که در آن انسان‌ها می‌توانند روی رفتارهایی کنترل داشته باشند که معمولاً غیر ارادی تلقی می‌شوند، مثل ضربان قلب و دمای بدن.

در پس‌خوراند زیستی به کمک یک دستگاه حساس به شخص اطلاعات دقیق و مناسبی ارائه می‌شود، این اطلاعات راجع به فعالیت عضلات، امواج مغزی، دمای پوست، ضربان قلب، فشار خون، و سایر کارکردهای بدنی هستند.



اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

- کاهش احساس خشم و خصومت، افسردگی، و انزوای اجتماعی از مؤلفه‌های مهم طب رفتاری در مورد پرتنشی و بیماری قلب است.
- اداره و مهار فشار روانی مجموعه‌ای از فنون درمانی است که برای کمک به کسانی که به ندرت برچسب بیماری می‌گیرند، به کار می‌رود تا بتوانند یبا چالش‌های زندگی که برای همه‌ی ما وجود دارد کنار بیایند.



اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

- کاهش برانگیختگی:

در این روش شخص آموزش آرمیدگی عضلانی می‌بیند و گاهی اوقات این امر به کمک دستگاه پس‌خوراند زیستی صورت می‌گیرد.

- بازسازی شناختی:

تغییر نظام‌های عقیدتی اشخاص و بهبود صراحت تفسیرهای شناختی آنان از تجارب.



اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

- آموزش مهارت‌های رفتاری:

به مجموعه‌ی برنامه‌های آموزشی و تمرین مهارت‌های ضروری و نیز موضوعات کلی نظیر مدیریت زمان و اولویت بندی‌های کارآمد گفته می‌شود.

- رویکردهای مبتنی بر تغییر محیط:

برخلاف سایر راهبردهای فردی، این رویکردها روی تغییر محیط مثلاً محیط‌های کاری تاکید دارند.



اختلال‌های روانی فیزیولوژیایی و روان‌شناسی تندرستی

- مهار و اداره‌ی درد:

1. حواس‌پرتهی از محرک‌های دردآور موجب تخفیف احساس درد می‌شود.
2. تجویز و استفاده از داروها توسط خود فرد به درزدایی تحت اختیار بیمار (PCA) معروف است. این روش در مواجهه با درد حاد توصیه شده است.
3. رویکرد بازسازی شناختی که در آن آموزش آرمیدگی و تشویق بیمار برای اشاره به درد خود با اصطلاحات دیگری تاکید می‌گردد برای دردهای مزمن توصیه شده است.



با آرزوی توفیق الهی

Payam Noor University Ebook

PNUEB



اطلاع از اخبار و دانلود جزوات و نمونه سوالات

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

" کانال و خانواده تلگرامی پیام نوریها "

با عضویت در کانال و به آرشیو زیر دسترسی پیدا کنید

✓ تمام نمونه سوالات به روز تا آخرین دوره

✓ جزوات درسی

✓ بیش از ۱۰۰ فلش کارت دروس

✓ اخبار به روز پیام نور

✓ فیلم و فایل آموزشی اختصاصی

✓ انجام انتخاب واحد و حذف و اضافه

✓ پاسخگویی به سوالات دانشجویان

✓ معرفی گروه و انجمن های پیام نوری

✓ طنز و توییت دانشجویی

به یکی از بزرگترین کانال های پیام نوری بپیوندید

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



پیام نوریها

public channel



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

@Payamnorria

telegram.me/Payamnorria

رایگان است و همیشه رایگان میماند