به نام خدا

خلاصه کتاب آسیب شناسی روانی جلد 1ویراست شانزدهم

نویسندگان :جیمز باچر – جیل هول ی- سوزان مینکا

مترجم :یحیی سید محمدی

ناشر : ارسباران

استاد :جناب آقای دکتر احمد علی پور/ درس مباحث آسیب شناسی 1 ( اصلی تخصصی )

دانشجو : زهرا عبداللهی

رشته روانشناسی عمومی

دانشگاه پیام نور ، مرکز بین الملل کیش

فصل اول :

منظور ما از نابهنجاری چیست؟

تعریف اختلال روانی

چرابه طبقه بندی اختلالات روانی نیاز داریم ؟

طبقه بندی چه نقاط ضعفی دارد ؟

چگونه می توانیم نگرش های تبعیض آمیز نسبت به بیماری روانی را کاهش دهیم؟

چگونه فرهنگ بر آنچه نابهنجار محسوب می شود تایر می گذارد ؟

اختلالات ویژه فرهنگ

اختلال روانی چقدر شایع است ؟

میزان شیوع و بروز

برآورد های شیوع بری اختلالات روانی

درمان

متخصصصان بهداشت روانی

روش های پژوهش در آسیب شناسی روانی

مورد پژوهی ها

اطلاعات خود سنجی

روش مشاهده ای

ساختن و آزمودن فرضیه ها

نمونه گیری و تعمیم

اعتبار بیرونی و درونی

گروه های ملاک و مقایسه

بررسی دنیا به صورتی که هست: طرح های پژوهشی همبستگی

اندازه گیری همبستگی

معناداری آماری

اندازه اثر

فرا تحلیل

همبستگی و علیت

راهبرد های گذشته نگر در برابر آینده نگر

دستکاری متغیرها : روش آزمایشی در آسیب شناسی روانی

بررسی تاثیر درمان

طرح های آزمایشی تک موردی

پژوهش حیوانی

فصل چهارم ( ارزیابی و تشخیص)

عناصر اصلی درارزیابی

رابطه بین ارزیابی و تشخیص

به دست آوردن سابقه اجتماعی یا رفتاری

عوامل شخصیت

موقعیت اجتماعی

تاثیر گرایش حرفه ای

پایایی ، اعتبار و استاندارد کردن

اعتماد و تفاهم بین متخصص بالینی و درمانجو

معاینه جسمانی عمومی

معاینه عصب شناختی

معاینه نوروپسیکولوژیکی

ارزیابی روانی –اجتماعی

مصاحبه های ارزیابی

مصاحبه ها ی ساخت دار و بی ساخت

مصاحبه های ارزیابی بی ساخت

مشاهده بالینی رفتار

مقیاس های درجه بندی

مقیاس درجه بندی کوتاه پزشکی

آزمون های روانشناختی

فراخنای ارقام

آزمون شخصیت فرافکن

آزمون رورشاخ

آزمون اندریافت موضوع

آزمون های شخصیت عینی

MMRIاعتبار و مقیاس بالینی

مزایا و معایب آزمون شخصیت عینی

ادغام داده ها ی ارزیابی

مسایل اخلاقی در ارزیابی

طبقه بندی تشخیصی رسمی اختلالات روانی

تفاوات های جنسیتی در تشخیص

DSM-5ارزیابی زمینه ای در

مشکل برچسب زدن

سودمندی محدود تشخیص

مصاحبه ها ی تشخیصی بی ساخت

مصاحبه ها ی تشخیصی ساخت دار

فصل ششم (وحشتزدگی ،اضطراب ،وسواس ها ،و اختلالت آن ها )

الگوهای پاسخ ترس و اضطراب

ترس

اضطراب

مروری بر اختلالات اضطرابی و ویژگی های مشترک آن ها

فوبی های خاص

شیوع،سن شروع و تفاوت های جنسیتی

عوامل علیتی روانشناختی

دیدگاه روانکاوی

فوبی ها به عنوان رفتار آموخته شده

تفاوت های فردی در یادگیری

آمادگی تکاملی برای یادگیری برخی ترس ها و فوبی ها

عوامل علیتی زیستی

درمان ها

فوبی های اجتماعی

شیوع، سن شروع و تفاوت های جنسیتی

عوامل علیتی روانشناختی

فوبی های اجتماعی به عنوان رفتار آموخته شده

ترس ها و فوبی های اجتماعی در بستر تکاملی

ادراک کنترل ناپیری و پیش بینی ناپذیری

سو گیری های شناختی

عوامل علیتی زیستی

عوامل ژنتیکی

درمان ها

درمان های شناختی و رفتاری

داروها

اختلال وحشت زدگی

آگورافوبی

شیوع، سن شروع و تفاوت های جنسیتی

همزمانی با اختلالات دیگر

زمان اولین حمله وحشت زدگی

عوامل علیتی زیستی

عوامل ژنتیکی

وحشتزدگی و مغز

نابهنجاری های زیست – شیمیایی

عوامل علیتی روان شناختی

نظریه جامع اختلال و حشتزدگی

نظریه شناختی وحشتزدگی

توجیهات یادگیری و شناختی نتایج به دست آمده از تحقیقات

حساسیت نسبت به اضطراب و درک کنترل

رفتارهای ایمن و تداوم وحشتزدگی

سوگیری های شناختی و نگهداری وحشتزدگی

درمان ها

داروها

درمان های رفتاری و شناختی-رفتاری

اختلال اضطراب فراگیر

مزان شیوع و سن شروع

همزمانی اختلالات دیگر

عوامل علیتی روان شناختی

دیدگاه روان کاوی

ادراک پیش بینی نا پذیری و کنترل ناپذیری

احساس تسلط : احتمال ایمن سازی علیه اضطراب

نقش اصلی نگرانی و وظایف مثبت آن

پیامد های منفی نگرانی

سوگیری های شناختی اطلاعاتی تهدید کننده

عوامل زیستی

عوامل ژنتیکی

نابهنجاری های انتقال دهنده عصبی و نورو هورمونی

تفاوت های عبی زیستی بین اضطراب و وحشتزدگی

درمان

دارو ها

درمان شناختی –رفتاری

وسواس فکری-عملی و اختلالات مربوط

اختلال وساس فکری-عملی

میزان شیوع،سن شروع و تفاوت های جنسیتی

همزمانی با اختلالت دیگر

عوامل علیتی زیستی

به عنوان رفار آموخته شده OCD

و آمادگیOCD

عوامل علیتی شناختی

تاثیر تلاش کردن برای متوقف ساختن افکار وسواسی

ارزیابی مسئولیت افکار مزاحم

سوگیری ها و تحریف های شناختی

عوامل زیستی

عوامل ژنتیکی

و مغزOCD

نابهنجاری های انتقال دهنده عصبی

درمان ها

درمان های رفتاری و شناختی-رفتاری

داروها

اختلال بدشکلی بدن

میزان شیوع،سن شروع و تفاوت های جنسیتی

رابطه اختلال وسواس فکری- عملی و اختلالات خوردن

عوامل علیتی،رویکرد زیستی –روانی-اجتماعی-به اختلال بد شکلی

درمان اختلال بد شکلی

اختلال ذخیره کردن

ذخیره کردن وسواسی

اختلال موکنی

دیدگاه های فرهنگی

تفاوت های فرهنگی در منابع نگرانی

فصل هفتم ( اختلالات نشانه جسمانی و تجزیه ه ای )

نشانه های جسمانی و اختلالات مربوط

اختلالات نشانه جسمانی

خود بیمار انگاری

عوامل علیتی

درمان خود بیمار انگاری

اختلال جسمانی کردن

اطلاعات جمعیت شناختی، همزمانی اختلالات و روند بیماری

عوامل علیتی در اختلال جسمانی کردن

اختلال درد

درمان اختلال درد

اختلال اضطراب بیماری

اختلال تبدیلی

شرایط تسریع کننده گریز، و منافع ثانوی

کاهش شیوع و ویژگی های جمعیت شناختی

دامنه نشانه های اختلال تبدیلی

نشانه ها یا نقایص حرکتی

حملات صرعی

مسایل مهم در تشخی اختلال تبدیلی

درمان اختلال تبدیلی

متمایز کردن اختلالت جسمانی کردن ،درد و تبدیلی از تمارض و اختلال ساختگی

اختلالات تجزیه ای

اختلال مسخ شخصیت/مسخ واقعیت

یادزدودگی تجزیه ای و گریز تجزیه ای

اختلال هویت تجزیه ای

میزان شیوع- چرا اختلال هویت تجزیه ای افزایش یافته است؟

تحقیقات آزمایشی اختلال هویت تجزیه ای

عوامل علیتی و مجادله ها در مورد اختلال هویت تجزیه ای

اگر اختلال هویت تجزیه ای وانمود نمی شود. چگونه ایجاد می شود: نظریه پس از آسیب یا نظریه اجتماعی – شناختی ؟

عوامل علیتی اجتماعی – فرهنگی د راختلالات تجزیه ای

درمان نتایج در اختلالات تجزیه ای

فصل اول

**آسیب شناسی روانی**:

به شناختن ماهیت ،علت ها، ئ درمان اختلالات روانی مربوط می شود . آسیب شناسی را می توان خیلی نزدیک و دم دست پیدا کرد . ممکن است در مورد افرادی که مشکلاتی دارند از خود سوالاتی بپرسیم . مثلا جرا فرد صداهایی را می شنود ؟ سوال کردن جنبه مهمی از روان شناس بودن است . وقتی یک درمانجوبرای اولین بار با بیماری مواجه می شود برای این که از مسایل و مشکلات او آگاه شود از او سوالات فراوانی می پرسد .

**-منظور از ناهنجاری چیست ؟**

در این مورد اتفاق نظری وجود ندارد و تعریف هایی که انجام شده است مبهم هستند .تعریف اختلال روان یخیلی دشوار است زیرا یک رفتار واحدی وجود ندارد که کسی را نابهنجار کند و چند عنصر واضح یا شاخص های نابهنجاری وجود دارد .هیچ شاخص تنهایی به خودی خود نابهنجاری را تعریف نمی کند .

اگر فرد در زمینه ای زیر مشکل داشته باشدبه اتمال بیشتری به نوعی اختلال روانی مبتلا است .

1**-رنج بردن** : اگر افراد از لحاط زوانی رنج ببرند گرایش بیشتر به سمت داشتن اختلال است . رنج بردن در بسیاری از موارد عنصری باری اختلال و نابهنجاری است اما شرط کافی یا روری نیست . مثال بیمار مانیک ممکن است رنج نبرد . یا رنج بردن به خاطر امتحان مربوط به داشتن اختلال نمی شود .

2**-ناسازگاری** : رفتار ناسازگار اغلب شاخص نابهنجاری است . اما همه ی اختلال ها رفتار ناسازگارانه را شامل نمی شود . مثل فرد قاتلی که در ازای گرفتن پول ،کسی را می کشد یا یک آدم کلاهبردار . برای آن ها این رفتار ناسازگارانه نیست زیرا آن ها از این طریق زندگی خود را می گذرانند .اما ما آن ها را نابهنجار می دانیم زیرا رفتار آن ها با جامعه سازگار نیست .

**3-انحراف آماری**: کلمه نابهنجار یعنی به دور از هنجار . اما اگر رفتاری را که از لحاظ آماری نادر است را نابهنجار بدانیم ، مشکل تعریف کردن نابهنجاری حل نمی شود . نبوغ از لحاظ آماری نادر است اما به هیچ وجه افرادی که چنین استعدادی دارند را نابهنجار به حساب نمی آوریم .همچنین به دلیل این که چیزی از لحاظ آماری شایع است ، آن را بهنجار نمی کند . مثل سرماخوردگی که بسیار شایع است اما یک بیمار ی محسوب می شود .

**4-تخلف از معیار های جامعه** : در صورتی که افراد از مقررات قرار دادی و اخلاقی گروه فرهنگی خود پیروی نکنند ، رفتار آن ها را نابهنجار می دانیم . البته این به مقدار زیاد به شدت تخلف و اینکه دیگران تا چه اندازه آن را تخلف می دانند ، بستگی دارد . مثال :پارک کردن بهصورت غیر قانونی در جایی . این پیروی نکردن از مقررات به قدری عادی شده است که آن را نابهنجار نمی دانیم . اما وقتی مادری فرزند خود راغرق کند فورا آن را نابهنجار می دانیم .

5**-ناراحتی اجتماعی:** زمانی که فردی از مقررات اجتماعی تخلف می کند ، افراد پیرامون او ممکن است احساس ناراحتی بکنند و رفتار او را احتمالا نمونهای از رفتار نابهنجار بدانند . مثل فردی که فقط او را 4 دقیقه است که دیده اید و او در مورد اقدام خود کشی خود با شما صحبت می کند .

6- **غیر منطقی و غیرقابل پیش بینی بودن**: ما انتظار داریم افراد به شیوه های خاصی رفتار کنند .و اگر چنین نکنند رفتار او را نابهنجار می دانیم . مال اگر فردی که در کنار شما نشسته است بدون هیچ دلیل آشکاری ناگهان جیغ بکشد .این رفتار غیر قابل پیش بینی است و برای ما هیچ معنایی ندارد .

7-**خطرناک بودن** : فردی که برای خودش یا دیگران خطرناک باشد باید از لحاظ روانشناختی نابهنجار باشد اما اگر تنها بر خطرناک بودن به عنوان تنها ویژگی خطرناک بودن اتکا کنیم دچار مشکلاتی خواهیم شد. به طور مثال: آیا یک سرباز در جنگ یک فرد نابهنجار است؟ یا کسی که سقوط آزاد انجام می دهد یا ورزش های خطرناک انجام می دهد چه طور؟ صرفا به دلیل اینکه ما برای خودمان یا دیگران خطرناک هستیم به معنی این نیست که از لحاظ روانی بیماریم. پژوهش ها نشان می دهد که خطرناک بودن در افراد نابهنجار بیشتر یک استثنا هست تا یک قاعده .

**و** **تعریف اختلال روانی : DSM-5**

اختلال روانی به صورت نشانگانی که در فرد وجود دارد و اختلال بالینی قابل ملاحظه ای را در DSM\_5در

رفتار ،تنظیم هیجان ،یا عملکرد شناختی ایجاد می کند ، تعریف شده است .این اختلالات به صورتی برداشت شده اند که کژکاری در فرایند های زیستی ، روانشناختی، یا رشدی را که برای عملکرد روانی ضروری هستند منعکس می کنند . همچنین اختلال های روانی معمولا با ناراحتی یا ناتوانی قابل ملاحظه ای در زمینه های مهم عملکرد ، مانند فعالیت های اجتماعی ، شغلی، یا زمینه ها ی دیگر ارتباط دارند .

**چرا به طبقه بندی اختلالات روانی نیاز داریم ؟**

زیرا اغلب علوم بر طبقه بندی متکی هستند و ما را قادر می سازند تا به اطلاعات به شیوه سودمندی نظم بدهیم .همچنین به ما امکان می دهند تا اختلالات متفاوتی را که طبقه بندی می کنیم مطالعه کنیم و بنابر این، نه تنها درباره علت ها ی آن ها بلکه در مورد اینکه چگونه می توان آن ها را بهتر درمان کرد، آگاه تر شویم.همچنین طبقه بندی اختلالات روانی اشارات سیاسی و اجتماعی دارد .

**طبقه بندی چه نقاط ضعفی دارد ؟**

طبقه بندی بنا بر ماهیت آن ، اطلاعات را به صورت کوتاه شده تامین می کند . و هر گونه شکل کوتاه شده ای به از دست رفتن اطلاعات منجر می شود. و مجموعه ای از جزئیات شخصی را در مورد فردی که اختلال دارد از دست می دهیم .

مورد بعدی داغ ننگ است. که در ارتباط با داشتن تشخیص روانپزشکی وجود دارد . حتی این روز ها افرادی که به راحتی فاش می کنند که به بیماری جسمی نظیر دیابت مبتلا هستند به سختی می توانند هر گونه اختلال روانی را تایید کنند .کلماتی مثل خل، دیوانه و.. که به افراد دارای اختلال نسبت داده می شود باعث صدمه زدن به این افراد می شود . حدود 96 درصد از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی گزارش داده اند که داغ ننگ یکی از قسمت های عادی زندگی آنان است .

مشکل کلیشه سازی هم با داغ ننگ در ارتباط است . کلیشه ها عقاید خودکار درباره دیگران هستند که بر مبنای اطلاعات جزیی استوار هستد .مثلا افرادی که عینک می زنند باهوش هستند .

داغ ننگ می تواند با مشکل برچسب زدن تداوم پیدا کند .

نظام های طبقه بندی افراد را طبقه بندی نمی کنند ، بلکه اختلالاتی که افراد دارند را طبقه بندی می کنند .

**چگونه می توانیم نگرش های تبعیض آمیز نسبت به بیماری روانی را کاهش دهیم؟**

طبق تحقیقات مشخص شده است صرفا به دلیل این که افراد آگاه می شوند که بیماری روانی در اثر مشکلات مغزی ایجاد می شود ، بدان معنی نیست که آن ها نسبت به افراد مبتلا به بیماری روانی تبعیض کمتر نشان می دهند .گراوس و همکارانش از دانشجویانی که در درس روانشناسی ثبت نام کرده بودند خواستند که تعامل با شخصی را تجسم کنند که تصویرش را دیده اند . در مواردی که فردی که نشان داده شده بود مشخص شده بود که بیماری روانی دارد در مقایسه با فردی که مشخص شده بود دچار بیماری روانی نیست، افراد دچار تنش عضلانی بیشتری شده بودند و تغییرات ضربان قلب نیز حاکی از آن است که آن ها تعامل های تجسمی با بیماران را به صورت ناخوشایندتر از تعامل با افراد غیر بیمار تجربه می کنند.

این یافته ها حاکی از آن است که ممکن است افراد به این دلیل از افراد مبتلا به بیماری روانی اجتناب می کنند که بر انگیختگی روانی – فیزیولوژیکی که این رویارویی ها ایجاد می کنند ، به صورت ناخوشایند تجربه می شوند .

**چگونه فرهنگ بر آنچه نابهنجار محسوب می شود تاثیر می گذارد؟**

در هر فرهنگ معینی عقاید و رفتار های مشترکی وجود دارد که وسیعا پذیرفته شده هستند .و امکان دارد یک یا چند شیوه معروف و متعارف را تشکیل بدهند . مثلاخیلی از افراد در کشور های مسیحی معتقد هستند که عدد 13 نحس است . برخی هتل ها و آپارتمان ها طبقه 13 ندارند و یا در بیمارستان ها تخت شماره 13 وجود ندارد. اما ژاپنی ها در مورد عدد 13 نگران نیستند و سعی می کنند از عدد 4 اجتناب کنند .

**اختلالات ویژه فرهنگ**

برخی از انواع اسیب های روانی فقط در برخی فرهنگ ها یافت می شوند و با مسایل فرهنگ ارتباط بسته ای است . این نشانگان که اختلال اضطرابی است، در ژاپن خیلی شایع است tajin kyoFhishoدارند یکی آنها

این نشانگان ترس چشمگیر از این که بدن ، یا قسمت هایی از بدن فرد، یا کارکرد های بدن،ممکن است دیگران را ناراحت و شرمنده کند یا باعث شود آن ها احساس ناراحتی کنند . افراد مبتلا به این اختلال اغلب می ترسند دیگران را با نگاه ، جلوه صورت ، یا بوی بدن خود خجالت زده یا ناراحت کنند .

یا نشانگانی که در افراد جزیره کارائیب دیده می شود . این نشانگان به نظر نمی رسد با هیچ تشخیصی از

dsm مطابقت داشته باشد . این نشانگان اغلب توسط واقعه استرس زا مانند طلاق یا داغدیدگی راه اندازی می شود . گریه ، لرزیدن، جیغ کشیدن غیر قابل کنترل ، و احساس عمومی کلی کنترل را شامل می شود

گاهی ممکن است فرد به صورت جسمانی یا کلامی پرخاشگر شود . فرد ممکن است فورا شیوه عادی زندگی را از سر بگیرد و واقعه را به یاد نیاورد .

**اختلالات روانی چقدر شایع هستند ؟**

این سوال به دو دلیل مهم است . 1- این گونه اطلاعات هنگام برنامه ریزی و برفرار کردن خدمات بهداشت روانی ضروری هستند . و برنامه ریزان بهداشت روانی نیاز دارند که دقیقا از ماهیت و میزان مشکلات روانی در ناحیه ، ایالت ؛ یا کشور های معینی دقیقا اگاه شوند . 2- براورد های فراوانی اختلالات روانی در گروه ها ی مختلف افراد می توانند سرنخ های با ارزشی را به علت های این اختلالات برای ما تامین کنند .

**میزان شیوع**

همه گیر شناسی برسی توزیع بیماری ها ،اختلالات ، یا رفتارهای مرتبط با سلامتی درجمعیت معینی است .

مولفه اصلی تحقیق همه گیر شناسی معلوم کردن فراوانی اختلالات روانی است .

اصطلاح **شیوع** به تعداد موارد جاری در جمعیت در طول هر دوره زمانی معین اشاره دارد .که به صورت درصد بیان می شوند .

**شیوع نقطه ای** به درصد برآورد شده واقعی وجاری موارد اختلال در جمعیت معین درهر لحظه از زمان اشاره دارد .

**شیوع در طول عمر** کل طول عمر را در بر می گیرد و افرادی که اکنون بیمار هستند و آن هایی که مبتلا بوده ولی بهبود یافته اند را در بر می گیرد .

**میزان بروز** به تعداد مواردجدیدی اشاره دارد که در دوره زمانی معین یافت می شود .

**برآورد های شیوع برای اختلالات روانی :**

شایع ترین طبقه اختلالات روانی ، اختلالات اضطرابی است . شایع ترین اختلالات فردی اختلال افسردگی اساسی ، سوء مصرف الکل، و فوبی های خا هستند ( مثل ترس از حشرات و حیوانات کوچک – پرواز کردن ، ارتفاعات)

**همزمانی اختلالات** اصطلاحی است که برای وجود دو یا تعداد بیشتری اختلال در فرد واحد مورد استفاده قرار می گیرد . همزمانی اختلال در افرادی که به انواع شدید اختلالات روانی مبتلا هستند خیلی بالاست .

در تحقیق ملی همزمانی اختلالات ، نیمی از افراد مبتلا به اختلالی که در مقیاس شدت، جدی ارزیابی شده اند ، دو یا تعداد بیشتری اختلال اضافی داشتند .

**درمان**

درمان شامل انواع داروها و روش های مختلفروان درمانی است . همه افراد دچار اختلال تحت درمان قرار نمی گیرند . گاهی افراد رنج کشیدن خود را انکار می کنند یا آن را جزیی می شمارند . و گاهی به مدت طولانی بر می کنند .همچنین وقتی در صدد درمان بر می آیند توسط پزشک خانوادگی خود درمان می شوند . انواع درمان های سرپایی و مراقبت بستری برای افراد وجود دارد . بیماران سرپایی مستلزم مراجعه به یک متخصص بهداشت روان هستند و مجبور نیستند در طول شب در بیمارستان بمانند . در مواردی که افراد به درمان عمیق تر نیاز دارند درمان بستری انجام می شود .و معمولا در واحد ها ی روان پزشکی بیمارستان ها ی عمومی یا بیمارستان ها ی روان پزشکی خصوصی پذیرش می شوند .

**متخصصان بهداشت روانی**

متخصصان بهداشت روانی برای تامین مراقبت ضروری به صورت یک تیم کار می کنند .روانشناشان بالینی – مدد کار اجتماعی – پرستار و روان پزشک هر کدام به بیمار کمک می کنند . بیماران سرپایی هم تیمی از متخصصان در کنار خود دارند اما تعداد آن ها کمتر است . و گاهی بیمار کل درمان را از یک روانپزشک دریافت می کند که هم به او دارو می دهد و هم کار روان درمانی را انجام می دهد

**روش های پژوهش در آسیب شناسی روانی** :

پژوهش به ما امکان می دهد از سبب شناسی اختلالات آگاه شویم پژوهش آسیب شناسی می تواند در کلینیک ها ، بیمارستان ها ، مدارس ، زندان ها ،و طی موقعیت ها ی بسیار بی ساخت مانند مشاهدات طبیعی افراد بی خانمان در خیابان صورت بگیرد . کازدین می گوید : (روش شناسی صرفا تلفیق کاربست و روش ها نیست ، بلکه رویکردی است به حل مسئله ، تفکر و کسب دانش )

**مورد پژوهی ها**

مقدار زیادی از دانش اولیه از مورد پژوهی ها به دست آمده است که در آن ها افراد خاصی به طور مشروح توصیف شده بودند . وقتی متخصصان ماهر از روش مورد پژوهی استفاده می کنند ، خیلی می توانیم استفاده کنیم .

معایب : اطلاعاتی که در آن ها ارایه می شود در معرض سو گیری قرار دارند . زیرا نویسنده مورد پژوهی تصمیم می گیرد چه اطلاعاتی را وارد و چه اطلاعاتی را حذف کند . مسئله دیگر این است که مطالب موجود در مورد پژوهی اغلب فقط به فردی که توصیف شده است ربط دارد و تعمیم پذیری کمی دارد یعنی برای نتیجه گیری در موارد دیگر نمی توان از آن استفاده کرد .

مزایا: مورد پژوهی روشی عالی است برای توضیح دادن مطالب بالینی .مورد پژوهی می تواند منبع با ارزش عقاید تازه و محرکی برای تحقیق باشند . و امکان دارد در مورد اختلالات بالینی غیر عادی که نادر هستند و نمی توان آن ها را به شیوه منظم تری بررسی کرد ، بینش تامین کرد .

**اطلاعات خود سنجی**

روشی برای بررسی دقیق تر رفتار است.

راه های گرد آوری اطلاعات خود سنجی : مصاحبه – پرسشنامه – گزارش دادن تجربیات ذهنی

مصاحبه : پژوهشگر سوالاتی را می پرسد و آنچه را که فرد می گوید یادداشت می کند.

پرسشنامه : پر کردن پرسشنامه توسط افراد

گزارش دادن تجربیات ذهنی : این روش نقطه ضعف هایی دارد از جمله این که ممکن است افراد گزارشگر های خیلی خوب حالت ها و یا تجربیات ذهنی خود نباشند .

**روش مشاهده ای**

گرد اوری اطلاعات به شیوه ای که از افراد پرسش مستقیم انجام نمی شود را روش مشاهده ای می گویند .

نحوه چگونگی انجام روش مشاهده بستگی به این دارد که بخواهیم چه چیزی را بدانیم .

روش هایی برای مطالعه رفتار ها و خلق ها وجود دارد : تصویر برداری از مغز مانند: تصویر برداری تشدید مغناطیسی کارکردی ( برای بررسی فعالیت مغز – بررسی جریان خون به بخش های مختلف مغز در طول تکلیف – شناخت این که کدام نواحی بر تخیل تایر می گذارند )

روش تحریک مغناطیسی جمجمه : ( تحریک بافت زیربنایی مغز – خارج کردن ناحیه خاصی از مغز به مدت چند ثانیه و ارزیابی پیامد های رفتاری )

مشاهده کردن رفتار به بررسی دقیق رفتار و حرکات افراد خاص اشاره دارد.

**ساختن و آزمودن فرضیه ها :**

فرضیه تلاشی است برای توضیح دادن ، پیش بینی کردن یا کاوش کردن چیزی .انچه که فرضیه های علمی را از گمانه زنی ها جدا می کند این است که دانشمندان سعی می کنند فرضیه ها را آزمایش کنند . گزارش های نظیر مورد پژوهی ها ، یافته های پژوهشی غیر عادی یا غیر منتظره برا ی ساخت فرضیه ها منابع مناسبی هستند . البته مورد پژوهی ها برای آزمودن فرضیه ها چندان مناسب نیستند.

فرضیه ها حیاتی هستند زیرا اغلب روش های درمانی را که برای درمان مشکل بالینی خاصی به کار برده می شوند ، تعیین می کنند . اعتقاد ما نسبت به این که چه چیزی موجب مشکلاتی در درمانجو شده است ، به طور طبیعی نوع مداخله ای که هنگام درمان به کار می بریم را شکل خواهد داد .

**نمونه گیری و تعمیم**

اگر ما بخواهیم افراد مبتلا به وحشت زدگی را بررسی کنیم ، اولین گام تعیین کردن ملاک هایی نظیر ملاک کنونی برا ی مشخص کردن افراد مبتلا به این اختلال است .DSMهای تامین شده در

سپس باید افرادی را پیدا کنیم که با ملاک های ما متناسب باشند. بررسی تمام افرادی که ملاک های ما را دارند کاری غیر مکن است بنابر این نمونه ای از افراد بیانگر را انتخاب می کنیم . که به این کار نمونه گیری می گویند .در نمونه گیری ما سعی می کنیم افرادی را انتخاب کنیم که بیانگر گروه بسیار بزرگتر مورد نظر ما است.

چون همیشه پیدا کردن شرکت کنندگان برای پژوهشگران کار آسانی نیست ، گاهی پژوهشگران از نمونه های در دسترس در تحقیقات خود استفاده می کنند . یعنی گروه هایی رابررسی می کنند که به راحتی در دسترس قرار دارند .

**اعتبار بیرونی و درونی:**

اعتبار بیرونی : اندازه ای که ما میتوانیم یافته های خود را به فراتر از خود تحقیق تعمیم دهیم اعتبار بیرونی نام دارد.

اعتبار درونی : بیانگر این است که چقدر می توانیم از نتایج تحقیق مطمئن باشیم . اعتبار درونی اندازه ای است که یک تحقیق از لحاظ روش شناختی دقیق ، عاری از متغیر های آمیخته یا منابع دیگر خطاست و می تواند برای نتیجه گیری های معتبر مورد استفاده قرار بگیرد .

**گروه های ملاک و مقایسه :**

گروه مقایسه : پژوهشگران برای آزمودن فرضیه های خود از گروه مقایسه استفاده می کنند که شامل افرادی است که اختلال تحت بررسی را نشان نمی دهند ، ولی از لحاظ تمامی جنبه ها ی مهم دیگر با گروه ملاک یعنی افراد دارای اختلال برابر هستند . منظور از برابر این است که این دو گروه از نظر سن ، تعداد مردان و زنان در هر گروه ،سطح تحصیلات و انواع متغیر های جمعیتی مشابه هستند .

گروه ملاک : یعنی افراد دارای اختلال مورد نظر

**بررسی دنیا به صورتی که هست؛ طرح ها ی همبستگی :**

هدف اصلی پژوهشگران در آسیب شناسی روانی : آگاه شدن از علت های اختلالات متفاوت است .

پژوهش همبستگی : پژوهش همبستگی هیچ گونه دستکاری متغیرها را شامل نمی شود . بلکه پژوهشگر گروه های موارد نظر خاصی را انتخاب می کند . بعدا این گروه ها را از نظر معیار های مختلف مقایسه می کند

**اندازه همبستگی :**

همبستگی مثبت : معیار ها با هم در یک جهت به شیوه مشابه تغییر می کنند .

همبستگی منفی: (همبستگی معکوس)

همبستگی از 0 تا 1 گسترش دارد . عدد نزدیکتر به 1 بیانگر ارتباط نیرومند بین دو متغیر است .

علامت + یا – جهت ارتباط را نشان می دهد .

**معنا داری آماری:**

معنا داری آماری علاوه بر بزرگی یا اندازه همبستگی بین دو متغیر ، تحت تاثیر حجم نمونه نیز قرار دارد

**اندازه اثر :**

اندازهاثرارتباط بین دو متغیر را مستقل از حجم نمونه منعکس می کند . اندازه اثر صفر به معنی آن است که بین دو متغیر ارتباط وجود ندارد .

**فرا تحلیل** :

نوعی روش آماری است که اندازه اثر به دست آمده از تمام تحقیقات را محاسبه و بعد ترکیب می کند .فرا تحلیل در مقایسه با مرور نوشته ها ی تحقیقاتی روش بهتری برای خلاصه کردن یافته های پژوهشی تامین می کند زیرا از اندازه ها ی اثر استفاده می کند .

**همبستگی ها و علیت:**

همبستگی به معنی علیت نیست . وقتی دو متغیر صرفا با هم همبستگی دارند در مورد این گه چرا همبستگی دارند چیزی نمی گوید .بسیاری از پژوهش ها در آسیب شناسی روانی نشان می دهند که دو یا تعداد بیشتری از چیزها به طور منظم با هم اتفاق می افتد . مثل فقر ورشد عقلانی کم ، افسردگی و عوامل استرس زای قبلی. این موارد به هیچ وجه تایید نمی کندکه یک عامل علت دیگری است . با این که تحیقات همبستگی ممکن است نتوانند به روابط علیتی اشاره کنند اما می توانند منبع نیرومند و غنی استنباط و نتیجه گیری باشند . ان ها اغلب به فرضیه ها ی علیتی اشاره دارند .

**راهبرد ها ی گذشته نگر در برابر آینده نگر:**

پژوهش گذشته نگر : در این پژوهش سعی خواهیم کرد در مورد اینکه چگونه بیماران در اوایل زندگی خودرفتار می کردند اطلاعاتی را به دست آوریم با این هدف که عواملی را مشخص کنیم که ممکن است با اشکالاتی که بعدا پیش آمدند ارتباط داشته باشند .

منبع اطلاعات ما یادآوری های بیمار ، یادآوری های اعضای خانواده ، مطالب به دست آمده از دفتر خاطرات است . که در بررسی خاطرات ممکن است خاطرات ناقص باشند .

همچنین در بازسازی گشته افراد دارای اختلال مشکلات خاصی وجود دارد . از جمله این که فردی که الان دچار اختلال است ممکن است منبع دقیق یا عینی اطلاعات نباشد .

پژوهش آینده نگر : این پژوهش پیش نگری را شامل می شود . در این روش سعی می شود افرادی که بیشتر از متوسط احتمال داردکه به اختلال روانی مبتلا شوند ، شناسایی شده و قبل از اینکه هر گونه اختلالی شکل بگیرد ، توجه پژوهشی روی آن متمرکز شود .

طرح طولی : تحقیقی که افراد با گذشت زمان پیگیری می کنند و می کوشند عواملی را مشخص کنند که قبل از اختلال واقع شده اند .

**دستکاری متغیر ها : روش آزمایشی در آسیب شناسی**

پژوهش آزمایشی : برای نتیجه گیری از علیت و حل کردن مسائل جهت داری ، از رویکرد پژوهش آزمایشی استفاده می شود .

متغیر مستقل : به عاملی که دستکاری می شود با عنوان متغیر مستقل اشاره می شود

اگر وقتی که عامل دستکاری شده تغییر یافته باشد و مشاهده شده باشد که نتیجه مورد نظر که متغیر وابسته نامیده می شود ، تغییر کرده است، در این صورت آن متغیر مستقل را می توان به عنوان علت نتیجه در نظر گرفت .

**بررسی تاثیر درمان**

استفاده از روش آزمایشی در زمینه پژوهش درمان ، ضروری و حتمی است . در پژوهش درمان ، اهمیت دارد که دو گروه ( درمان شده و درمان نشده ) تا حد امکان ، به جز وجود یا عدم وجود درمان ارایه شده برابر باشند . برای این کار معمولا بیماران به طور تادفی در گروه درمان یا گروه بدون درمان قرار می گیرند .

گمارش تصادفی : هر شرکت کننده در تحقیق ، برای قرار گرفتن در دو گروه درمان یا بدون درمان فرصت برابر دارد .

**طرح های آزمایشی تک موردی :**

در این طرح ها افراد واحدی در طول زمان بررسی می شوند رفتار یا عملکرد در یک زمانی ،می تواند با رفتار با رفتار یا عملکرد در زمانی دیگر ، بعد از این که مداخله یا درمان خاصی ارایه شده باشد ، مقایسه شود .یکی از

است.ABAB اساسی ترین طرح های آزمایشی در پژوهش تک موردی طرح

اول ، شرایط خط پایه است . که در این مرحله صرفا اطلاعاتی در مورد آزمودنی به دست می آوریم .Aمرحله

دوم ، درمان خود را ارایه می دهیم . Bدر مرحله

دوم به این دلیل پی می بریم که آیا واقعا این درمان بوده که تاثیر گذاشته است ،Aدر مرحله

درمان را حذف می کنیم تا ببینیم چه اتفاقی می افتد .

بار دیگر دست یافتنی است ، درمان خود راBدرنهایت برای این که معلوم شود رفتار مشاهده شده در مرحله

اول دیدیم بار دیگر آشکار می شود .B دوباره اجرا می کنیم تا ببینیم آیا تغییرات رفتاری که در مرحله

**پژوهش حیوانی:**

می توان پژوهش هایی را با استفاده از حیوان انجام داد که برای انسان امکان پذیر نیست . البته با این فرض اساسی که یافته های به دست آمده از پژوهش های حیوانی را می توان به انسان تعمیم داد.

این ازمایش ها تحقیقات قیاشی نامیده می شوند و در آن ها موضوع واقعی مورد نظر را بررسی نمی کنیم ، بلکه نزدیک به آن را بررسی می کنیم . تحقیقات قیاسی را می توانند انسان ها نیز شامل شوند . مثال : زمانی که می خواهیم افسردگی را با بررسی آزمودنی های بهنجار مطالعه کنیم که آن ها را به صورت خفیف یا زود گذر، غمگین کرده ایم .

فصل چهارم

**ارزیابی و تشخیص بالینی**

ارزیابی روانشناختی یکی از قدیمی ترین شاخه های روانشناسی امروزی است . ارزیابی روانشناختی به روشی اشاره دارد که متخصص بالینی به وسیله آن, با استفاده از آزمون های روانشناختی, مشاهده و مصاحبه ها خلاصه ای از نشانه ها و مشکلات درمانجو را تهیه می‌کند. تشخیص بالینی فرآیندی است که متخصص بالینی از طریق آن با پیروی از سیستم مشخص شده ای مانندDSM\_5یا ICD\_10 به طبقه بندی خلاصه شده و از نشانه‌های بیماری دست می یابد ارزیابی فرآیند جاری است و امکان دارد در مقاطع مختلف در طول درمان نه فقط در ابتدای آن اهمیت داشته باشد. در ارزیابی بالینی اولیه تلاش می‌شود تا ابعاد اصلی مشکل درمانجو مشخص شود و روند احتمالی تحت شرایط مختلف پیش بینی شود. وظیفه مهم ارزیابی پیش از درمان تعیین کردن خط پایه برای کارکردهای روان شناختی گوناگون است تا تاثیر درمان را بتوان ارزیابی کرد

**عناصر اصلی در ارزیابی**

**رابطه بین ارزیابی و تشخیص**

داشتن طبقه بندی اهمیت دارد از لحاظ بالینی آگاهی از نوع اختلال فرد می‌تواند به برنامه‌ریزی و مدیریت درمان مناسب کمک کند و از لحاظ اجرایی آگاهی از دامنه مشکلات تشخیصی که در بین جمعیت بیمار یا درمانجو وجود دارد تسهیلاتی درمانی باید وجود داشته باشد ضروری است.

به دست آوردن سابقه اجتماعی یا رفتاری

چیزی بیشتر از برچسب تشخیصی را شامل می‌شود ارزیابی باید توصیف رفتار شخص را در بر داشته باشد. اگر متخصص بالینی بخواهد از اختلال خاصی که فرد را به کلینیک و بیمارستان کشانده است آگاهی پیدا کند افراط کاری‌ها، کمبودها و مناسب بودن ،ابعاد مهمی هستند که باید به آنها توجه کند.

**عوامل شخصیت**

ارزیابی باید شرحی از هر گونه ویژگی های شخصیت بلندمدت مربوط را در بر داشته باشد

**موقعیت اجتماعی**

ارزیابی موقعیت اجتماعی که فرد در آن عمل می کند اهمیت دارد.

باید قیدهای اطلاعات گوناگون و اغلب متضاد درباره صفات شخصیت الگوهای رفتار و درخواست های محیطی فرد در تصویر منسجم و معنی‌داری ادغام شود .که به آن تدوین پویشی می گویند. زیرا نه تنها موقعیت جاری را توصیف می‌کند، فرضیه‌های را درباره اینکه چه چیزی فرد را وادار می‌کند تا به شیوه ای ناسازگار رفتار کند در بر می گیرد. تصمیم گیری درباره درمان به صورت مشترک با رضایت و تایید فرد گرفته می شود در موارد اختلال شدید تصمیم گیری بدون مشارکت بیمار یا در موارد نادر حتی بدون مشورت با اعضای خانواده مسئول صورت می گیرد. ارزیابی ممکن است استفاده هماهنگ از روشهای ارزیابی جسمانی روانشناختی و محیطی را در بر داشته باشد.

**تاثیر گرایش حرفه‌ای**

چکونه انجام دادن ارزیابی توسط متخصصان بالینی به گرایش های درمانی اصلی آنها بستگی دارد. مثلاً متخصص بالینی که گرایش زیستی دارد احتمالاً روی روشهای ارزیابی زیستی تمرکز می کند متخصص بالینی که گرایش روانکاوی یا روان پویشی دارد برای مشخص کردن تعارض های درون روانی ممکن است روش‌های ارزیابی بی ساخت مانند لکه های جوهر رورشاخ یا آزمون اندریافت موضوع را انتخاب کند. متخصص بالینی که گرایش رفتاری دارد برای تعیین روابط کارکردی به رویدادهای محیطی و تقویت ها و رفتار نابهنجار از روش‌هایی مثل مشاهده رفتاری استفاده می کند همچنین رفتارگرای که گرایش شناختی دارد روی افکار کژکار تمرکز می کند.

**پایایی ,اعتبار و استاندارد کردن**

پایایی اصطلاحی است که می گوید تا چه اندازه یک مقیاس ارزیابی هر بار که برای ارزیابی چیز واحدی مورد استفاده قرار می گیرد نتایج یکسان را تولید می کند.

پایایی مقیاسی است که نشان می دهد تا چه اندازه یک وسیله اندازه گیری می تواند تعیین کند که رفتار فرد با طبقه تشخیصی معینی مطابقت دارد

**اعتبار**

آزمونهای روانشناختی باید اعتبار داشته باشند اعتبار درجه اصلی یک وسیله اندازه گیری آنچه را که قرار است اندازه‌گیری کند، واقعا اندازه گیری کند.

**استاندارد کردن**

به وسیله آن آزمون روانشناختی به شیوه استاندارد اجرا ،نمره گذاری و تعبیر میشود آزمون های استاندارد شده واقع‌بینانه و منصفانه محسوب می‌شوند خیلی از آزمونهای روانشناختی استاندارد شده‌اند که به مصرف‌کننده امکان بدهند نمره فرد خاصی را با جمعیت مرجع مقایسه کند.

**اعتماد و تفاهم بین متخصص بالینی و درمان جو**

برای اینکه ارزیابی روانشناختی خوب پیش برود فردی که مورد ارزیابی قرار گرفته است باید در حضور متخصص بالینی احساس آرامش کند یعنی درمانجو باید احساس کند که آزمون شدن به متخصص بالینی کمک خواهد کرد تا مشکلات او را درک کند و باید بفهمد که چگونه از آزمون ها استفاده می شود .متخصص بالینی باید توضیح دهد که در مورد ارزیابی چه اتفاقی خواهد افتاد و اطلاعات چگونه گردآوری می شوند درمانجو باید اطمینان حاصل کنند که احساس ها , عقاید ,نگرش ها و سابقه شخصی که از آنها آشکار می شود به طور مناسبی مورد استفاده قرار می گیرد. این اطلاعات کاملاً محرمانه نگه داشته خواهد شد و فقط در دسترس درمانگران یا دیگران که درگیر این مورد هستند خواهند بود. نتایج آزمون فقط در صورتی در اختیار شخص سوم قرار می‌گیرد که درمانجو اجازه نامه آن را امضا کند. فرایند بازخورد آزمون به خودی خود می تواند مداخله بالینی قدرتمندی داشته باشد

**ارزیابی ارگانیزم جسمانی**

در مورد برخی از مشکلات روانشناختی برای منتفی کردن احتمال اینکه نابهنجاری های جسمانی ممکن است موجب مشکل شده باشد یا به آن مشکل کمک کرده باشد ارزیابی پزشکی ضرورت می یابد هدف ارزیابی پزشکی انسجام ساختاری و کارکردی مغز به عنوان سیستم جسمانی که اهمیت رفتاری دارد ,است.

**معاینه جسمانی عمومی**

زمانی که نشانه های جسمانی بخشی از تصویر بالینی موجود باشد ارجاع برای ارزیابی جسمانی توصیه می شود این بخش از روش ارزیابی برای اختلالاتی است که مشکلات جسمانی را در بر دارد مانند اختلال روانی که مبنای جسمانی دارد اعتیاد و مجموعه نشانگان عضوی مغزی. انواع بیماری های عضوی مثل بی نظمی های هورمونی می توانند نشانه های رفتاری ایجاد کنند که از نشانه های اختلالات روانی تقلید میکنند. متخصصان بالینی قبل از اینکه مداخله‌های روانی\_ اجتماعی را شروع کنند به رفع ابهام جسمانی تاکید می‌کنند.

**معاینه عصب شناختی**

علاوه بر معاینه جسمانی عمومی معاینه عصب شناختی اختصاصی نیز می تواند اجرا شود این معاینه شامل برق نگاری مغز برای ارزیابی الگوهای امواج مغزی در حالت های خواب و بیداری است.EEG با قرار دادن الکترودهای روی جمجمه و تقویت کردن تکانه‌های امواج مغزی ریز در مناطق مختلف مغز به دست می آید. اختلاف زیاد با الگوی طبیعی می‌تواند بیانگر نابهنجاری های در عملکرد مغز باشد که شاید تومورمغزی یا جراحت دیگری، آنها را ایجاد کرده باشد در صورتی کهEEG بی نظمی در فعالیت برقی مغز را نشان دهد برای دستیابی به تشخیص دقیق تر مشکل می توان از روشهای تخصصی دیگر نیز استفاده کرد.

**اسکن های کاربردی مغز**

**لایه نگاری محوری کامپیوتریCAT**

از طریق استفاده از پرتوهایX تصاویری از قسمتهای مغز را که ممکن است بیمار باشد آشکار می کند. با اطلاعات دقیق درباره مکان‌یابی و میزان نابهنجاری ها در ویژگی های ساختاری مغز روسیه عصب شناختی کمک کرده است.

**تصویر برداری طنین مغناطیسیMRI**

این روش جایگزین اسکن هایCAT شده است. تصاویر درونی مغز با استفاده ازMRI واضح تر هست . MRI ارزیابی دقیق اختلافات در میدان های مغناطیسی را شامل می شود مقدار متفاوت محتویات آب اندام‌های مختلف آنها را ایجاد می‌کند.MRI تجسم تمام نابهنجاری های بسیار ریز در ساختار مغز را امکان پذیر می کند.

**اسکن هایPET تصویربرداری متابولیک**

اسکنPET ارزیابی نحوه ای که یک اندام عمل می کند را فراهم می آورد . ردیابی ترکیبات طبیعی مانند گلوکز هنگامی که توسط مغز یا اندامهای دیگر سوزانده می شوند ،تصویر های متابولیک در اختیار می گذارد همچنین با شکار ساختن مناطقی که فعالیت متابولیک مختلف دارند فرد متخصص را قادر می‌کند که آسیب مغزی را با صراحت بیشتری تشخیص دهد.

**معایب**: اسکن هایPET به علت تصاویر کم کیفیتی که در اختیار می‌گذارند و هزینه آنها تاکنون ارزش محدودی داشتند چون به وسیله بسیار گرانی در مجاورت خود نیاز دارند تا از اتم های رادیواکتیو کم دوام را که برای این روش در بردارند تولید کنند.

ام ار ای کارکردی تغییرات در اکسیژن دار شدن موضعی مناطق خاصی از بافت مغز را که به نوبه خود به فعالیت نورونی در این مناطق خاص وابسته هستند ارزیابی می کند. فعالیت های مانند احساسات تصاویر ذهنی و افکار را می توان از نظر اصول نقشه برداری کرد و مناطق خاصی از مغز را آشکار کرد همچنین در تشخیص دادن همبسته های عصبی برای تفکر عیب جویی از خود موثر است و توان زیادی برای کمک کردن به روش درمان در مراقبت بهداشت روانی دارد این روش توان بالا بردن آگاهی ما را از شکل گیری اول یک اختلال روانی دارد.

محدودیت های روانشناختی که بر نتایج ام‌آر‌آی کارکردی تاثیر می گذارند: نسبت به خطاهای ابزار یا مشاهدات بی دقت در اثر حرکت جزئی فردی که مورد ارزیابی قرار می گیرد حساس هستند . تعبیر کردن نتایج ام‌آر‌آی کارکردی دشوار است .نتایج ,اطلاعات خیلی مشخصی درباره فرآیندهای مورد بررسی در اختیار نمی گذارند.

**معاینه نوروپسیکولوژیکی**

ارزیابی نوروپسیکولوژیکی استفاده از انواع وسایل آزمودن را برای ارزیابی عملکرد شناختی ادراکی و حرکتی فرد به عنوان سرمایه های بهتر کردن میزان و محل صدمه مغزی شامل می‌شود .مجموعه آزمونهایی را درمورد فرد بیمار انجام میدهند. عملکرد فرد در تکالیف استاندارد شده مخصوصاً تکالیف ادراکی حرکتی می تواند سرنخ های ارزشمندی را درباره اختلال شناختی و اخلاقی بعد از صدمه مغزی در اختیار ما بگذارند .بسیاری از نوروپسیکولوژیست ها با توجه به سابقه بیمار و اطلاعات موجود مجموعه ای از آزمون های بسیار اختصاصی را اجرا می کنند. آزمون هایی که به صورت منظم و جامع اجرا می شود. استفاده از مجموعه ثابتی از آزمون ها محاسن پژوهشی و بالینی زیادی دارد. یکی از این روش های استاندارد مجموعه آزمون نوروپیسکولوژیکی هالستید\_ریتان است و می تواند شاخص اختلال را محاسبه کند .

**آزمون مقوله‌ای**: توانایی آزمودنی را در یادگیری و یادآوری مواد ارزیابی می‌کند و می‌تواند سرنخ‌های را به قضاوت و تکانشگری او تامین کند

**آزمون عملکرد لامسه ای**: سرعت حرکتی پاسخ به چیزی ناآشنا و توانایی یادگیری و استفاده از نشانه های لامسه ای و جنبشی آزمودنی را ارزیابی می کند . سطح این آزمون صفحه ای است که فضاهایی برای ۱۰ بلوک با شکلهای مختلف دارد و فرد آزمودنی باید با چشم بندی که دارد بلوک ها را در فضای درست صفحه قرار بدهد سپس از او خواسته می شود که با کمک حافظه حسی خود این بلوک ها و صفحه را ترسیم کند

**آزمون ریتم** : توجه و حفظ کردن تمرکز از طریق تکلیف ادراک شنیداری را ارزیابی می‌کند که اسید و ضرب موزون تشکیل شده است که از طریق ضبط صوت ارائه می‌شود و از فرد آزمودنی درخواست می‌شود که بگوید آیا این جفت ها همانند هستند یا نه.

**تکلیف نوسان انگشت** : سرعتی که فرد می‌تواند اهرمی را با انگشت اشاره فشار بدهند ارزیابی می شود برای هر دست چند کوشش ارائه می شود.

**ارزیابی روانی\_ اجتماعی**

این ارزیابی سعی دارد تصویر واقع‌بینی از فرد در تعامل با محیط اجتماعی خود ارائه دهد این تصمیم اطلاعاتی مربوط به ساخت شخصیت و سطح عملکرد فعلی فرد و همچنین اطلاعاتی درباره عوامل استرس زا و منابع و امکانات در موقعیت زندگی او را شامل می شود ارزیابی روانی اجتماعی به چند روش انجام می شود.

**مصاحبه های ارزیابی**: مصاحبه های ارزیابی معمولا عنصر اصلی فرآیند ارزیابی به حساب می آیند. معمولاً تعامل رو و در رو را بر دارد که طی آن یک متخصص بالینی اطلاعاتی را درباره جنبه‌های گوناگون موقعیت رفتار و شخصیت بیمار به دست می آورد. مصاحبه ممکن است از سوال های ساده تا قالب بندی مشهور تر و گسترده تر تفاوت داشته باشد . تهم چنین می تواند نسبتاً باز باشد به طوری که مصاحبه گر بر اساس پاسخ های داده شده به سوال های قبلی لحظه به لحظه در باره سوال بعدی خود تصمیم می گیرد. ممکن است کنترل شده و ساخت دار باشد . طوری که یک رشته سوال های خاص تحت پوشش قرار گرفته اند .در این مورد دوم مصاحبه گر ممکن است از بین تعدادی طرح‌های مصاحبه بسیار ساخت دار و استاندارد شده که پایایی آنها در پژوهش های قبلی ثابت شده است استفاده می کند

**مصاحبه های ساخت دار و بی ساخت**

**مصاحبه های ساخت دار** : این مصاحبه ها نتایج بسیار مطمئن تری از مصاحبه های انعطاف پذیر و بی ساخت دارند . مصاحبه های ساختار از رشته سوالات از پیش تعیین شده در سرتاسر مصاحبه پیروی می کنند .اجرای مصاحبه‌های ساختار معمولا بیشتر از مصاحبه های بی ساخت طول می‌کشد و امکان دارد سوالات ظاهراً حاشیه ای را در بر داشته باشد. همچنین بیماران به خاطر سوالات بیش از حد مشروح در زمینه هایی که ربطی به آنها ندارد احساس ناکامی می‌کنند.

**مصاحبه های ارزیابی بی ساخت:**

مصاحبه ها معمولاً ذهنی هستند.و درمانگر به صورت ذهنی تصمیم می‌گیرد بر اساس پاسخ درمانجو به سوالات قبلی چه چیزی را بپرسد. کمی کردن پاسخ هایی که در مصاحبه های بی ساخت وجود دارد بسیار دشوار است و نمی توان آنها را با پاسخ درمانجویان در مصاحبه‌های دیگر مقایسه کرد. در نتیجه استفاده از مصاحبه های بی ساخت در پژوهش بهداشت روانی محدود است . درمان جویان مصاحبه های بی ساخت را نسبت به نیازها و مشکلات خود حساس‌تر از مصاحبه های ساختار می‌دانند همچنین سوالات پیگیری که در مصاحبه مطرح می‌شود می‌تواند اطلاعات با ارزشی را تامین می کند که در مصاحبه ساخت دار وجود ندارد

با استفاده از مقیاس های درجه بندی که به کمی کردن داده های مصاحبه کمک می‌کند پایه مصاحبه ارزیابی ممکن است افزایش پیدا کند.

**مشاهده بالینی رفتار**

مشاهده مستقیم یکی از ابزارهای ارزیابی سنتی و خیلی مفید است که متخصص بالینی در اختیار دارد هدف اصلی از مشاهده مستقیم کسب کردن آگاهی بیشتر از عملکرد روانشناختی فرد از طریق توصیف عینی ظاهر و رفتار او در موقعیت های مختلف می باشد. متخصصان برای انجام دادن مشاهده به جای موقعیت طبیعی رفتاری، از موقعیت‌های کنترل شده تر استفاده می کنند. این موقعیت های مشابه برای کسب کردن اطلاعات درباره راهبردهای انطباقی فرد ترتیب می یابد.

متخصصان می توانند با دادن دستورالعمل های به بیماران برای زیر نظر گرفتن خود، از کمک آنها استفاده کنند مشاهده کردن خود و گزارش دادن رفتار ،افکار و احساسات به صورتی که در مقطع های طبیعی مختلف روی می‌دهند می‌تواند کمک با ارزشی برای مشخص کردن انواع موقعیت‌هایی باشد که رفتار ناسازگارانه در آنها به وجود می آید این روش فایده درمانی دارد.

**مقیاس های درجه بندی**

مقیاس های درجه بندی در مشاهده بالینی مانند مصاحبه ها به سازمان دادن اطلاعات و تقویت کردن پایایی و امنیت کمک می کند مفیدترین مقیاس های درجه بندی مقیاس‌هایی هستند که ارزیابی کننده را قادر می سازند نه تنها وجود یا عدم وجود صفت یا رفتار بلکه برجستگی یا میزان آن را مشخص کند.

**مقیاس درجه بندی کوتاه روانپزشکی(BPRS)**

قالب بندی ساخت دار و کمی پذیری را برای درجه بندی نشانه های بالینی مثل نگرانی جسمانی, انزوای عاطفی, احساس‌های گناه, مظنون بودن ,خصومت ,الگوهای فکری غیر عادی تامین می‌کند. این ابزار ۲۴ مقیاس دارد که متخصص بالینی آنها را نمره گذاری می کند. الگوهای برجسته رفتاری که در این مقیاس وجود دارد متخصص بالینی را قادر می سازد تا نشانه های بیماران خود را با رفتار بیماران روانپزشکی دیگر مقایسه استاندارد شده کند.

**آزمون های روانشناختی**

آزمون های روانشناختی وسایل غیر مستقیم تری برای ارزیابی ویژگی‌های روانشناختی هستند .ان ها به صورت علمی ساخته شده اند و روش‌های تکالیف استاندارد شده برای به دست آوردن نمونه های رفتار هستند این آزمون ها دارای الگوی مقابله کردن, الگوهای انگیزه ,خصوصیات شخصیت, رفتارهای نقش, ارزشها ,سطوح افسردگی یا اضطراب و عملکرد عقلانی هستند. آزمونهای روانشناختی از مصاحبه‌ها یا برخی روش‌های مشاهده دقیق تر و مطمئن تر هستند این آزمون ها ابزارهای خیلی عالی نیستند چون ارزش آنها اغلب به کفایت متخصص بالینی که آنها را تعریف می کند بستگی دارد.

**دو طبقه کلی آزمون های روانشناختی**: آزمون های هوش و آزمون های شخصیت(فرافکن و عینی)

**آزمون های هوش:** مقیاس هوش وکسلر برای کودکان

مقیاس هوش استنفورد\_ بینه برای ارزیابی توانایی های عقلانی کودکان در محیط های بالینی.

پر مصرف ترین آزمون برای ارزیابی هوش بزرگسالان مقیاس هوش بزرگسالان وکسلر است.

**واژگان( کلامی)**: این آزمون از فهرست کلمات برای تعریف کردن تشکیل شده است .به صورت شفاهی به فرد ارائه می‌شود. این آزمون برای ارزیابی دانش واژگان طراحی شده است که ثابت شده است ارتباط زیادی با هوش عمومی دارد.

**فراخنای ارقام( عملکردی)**: در این آزمون زنجیره‌ای از اعداد به صورت شفاهی اجرا می‌شود و از فرد خواسته می‌شود که این ارقام را به ترتیبی که ایجاد شده است تکرار کند .تکلیف دوم در این آزمون یادآوری اعداد و نگه داشتن آنها در حافظه و معکوس کردن توالی ترتیب است .یعنی از فرد می‌خواهند که آنها را معکوس بگوید.

**آزمونهای شخصیت فرافکن** : آزمونهای شخصیت فرافکن بی ساخت هستند. زیرا به جای سوال های کلامی صریح به محرک های گوناگون مانند لکه های جوهر یا تصاویر مبهم تکیه دارند. افراد از طریق برداشت هایی که از این مواد مبهم دارند مقدار زیادی از اشتغال های ذهنی ,تعارض‌ها ,انگیزه‌ها, روشهای مقابله کردن و خصوصیات دیگر شخصیت خود را آشکار می‌کنند.

**آزمون رورشاخ**: توسط روانپزشک سوئیسی هرمن رورشاخ ساخته شده است . در این آزمون از ۱۰ تصویر لکه جوهر استفاده می‌شود که آزمودنی پس از اینکه دستورالعملی به او داده می شود به صورت متوالی به آنها پاسخ می دهد

**معایب این آزمون**: استفاده از آزمون رورشاخ در ارزیابی بالینی دشوار است و به آموزش قابل ملاحظه ای نیاز دارد. همچنین نتیجه رورشاخ به خاطر ماهیت ذهنی تعبیرهای آزمون می تواند غیر قابل اطمینان باشد.

**مزایای این آزمون**: اگر این آزمون یک تعبیر کننده ماهر داشته باشد می‌تواند با آشکار کردن مسائل روان پویشی خاص مانند تاثیر انگیزش های ناهوشیار بر برداشت های جاری از دیگران کمک کند.

**آزمون دریافت موضوع** :

این آزمون را مرگان و هنری موری معرفی کردند این آزمون در کاربست بالینی و پژوهش شخصیت استفاده می شود در این آزمون یکسری تصاویر وجود دارد که برخی بسیار بیانگر و برخی کاملاً مبهم هستند و از فرد خواسته می شود که درباره آنها داستان‌هایی را بسازد محتوای تصاویر که بیشتر آنها افرادی را در موقعیت های مختلف نشان می دهد از نظر اعمال و انگیزه‌ها مبهم هستند در نتیجه فرد آزمودنی تعارض ها و نگرانی های خود را به آنها فرافکنی می کند.

**معایب این آزمون:** کیفیت محرک های این آزمون قدیمی هستند

آزمودنی اغلب داستان های خود را با این جمله که این چیزی است که اخیراً در یک فیلم قدیمی دیده‌ام آغاز میکند.

اجرا و تعبیر این آزمون به مقدار زیادی وقت نیاز دارد

تعبیر پاسخ های این آزمون عموماً ذهنی است که پایایی و اعتبار این آزمون را محدود می کند.

**آزمون تکمیل جمله:** این آزمون یک روش فرافکن است و برای کودکان ,نوجوانان و بزرگسالان ساخته شده است . این آزمون ها از شروع جملات تشکیل می‌شوند و از فرد درخواست می‌شود که آنها را کامل کند.

آزمون تکمیل جمله تا اندازه‌ای ساخت دار تر از رورشاخ و اغلب آزمون‌های فرافکن دیگر هست.

**مزایای روش های فرافکن:** داشتن ماهیت بی ساخت و تمرکز بر جنبه های منحصر به فرد شخصیت که البته نقطه ضعف این روش هم محسوب می شود زیرا تعبیر ها را ذهنی و نامطمئن کرده و تایید آنها را دشوار می کند.

**آزمونهای شخصیت عینی:**  آزمون های عینی ساخت دار هستند یعنی از پرسشنامه ها و پرسشنامه های خودسنجی یا مقیاس های درجه بندی استفاده می کنند .در نتیجه آن ها قالب بندی بسیار کنترل شده تری از ابزارهای فرافکن دارند و از این رو بیشتر پذیرای کمی کردن عینی هستند.

یکی از پرسشنامه های ساخت دار پرسشنامه شخصیت چند وجهی مینه سوتا (MMPI)است. و توسط استارک هاتاوی و ‏جی سی مک کینلی معرفی شده است. این آزمون پرمصرف ترین آزمون شخصیت برای ارزیابی بالینی و قانونی است. همچنین وسیله ارزیابی است که معمولا در برنامه های روانشناسی بالینی دوره های عالی آموزش داده میشود .

**مزایا و معایب آزمون های شخصیتی عینی**: پرسشنامه های خودسنجی چند امتیاز نسبت به انواع دیگر آزمون های شخصیت دارد .آن ها مقرون به صرفه ، مطمئن و عینی هستند. آنها را می توان با کامپیوتر نمره گذاری و تعبیر کرد این آزمون ها را برای توصیف دقیق پیچیدگی انسان ها و مشکلات آنها بسیار ماشینی می دانند این آزمون ها نیاز دارند که آزمودنی بتواند بخواند و درک کند و به مواد کلامی پاسخ بدهد .بیمارانی که بی سواد هستند نمی‌تواند آنها را انجام دهد. همکاری در پرسشنامه های خودسنجی ضروری است امکان دارد که فرد برای ایجاد کردن برداشتی خاص پاسخ های خود را تحریف کند. پرسشنامه های شخصیت عینی به خاطر قالب بندی های نمره گذاری و ترکیب اعتباریابی آزمون خود را کاملاً به دست تعبیر ماشینی می‌سپارند.

**ارزیابی گزارش کامپیوتریMMPI2 آندری**:

حاوی اطلاعات فنی آزمون است که به ارزیابی روانشناس در تعبیر نتایج این آزمون کمک می کند گزارش کامپیوتری آندری اطلاعات مشروحی درباره فراوانی نسبی و الگوی آزمون در محیط های بالینی مربوط و در جمعیت هنجاری یا استاندارد شده است.

**ادغام داده های ارزیابی**

متخصصان با ادغام کردن تمام اطلاعاتی که به دست می آورند می توانند ببینند که آیا یافته ها مکمل یکدیگر هستند و تصویر بالینی قطعی را تشکیل می‌دهند یا آیا شکافها و اختلافاتی وجود دارد که به بررسی بیشتر نیاز دارد. در طول دوره درمان داده های ارزیابی تازه‌ای که گردآوری می‌شود بازخوردی را درباره اثربخشی آن تأمین می‌کند .

**مسائل اخلاقی در ارزیابی**

1-**سوگیری فرهنگی بالقوه ابزار یا متخصص بالینی**

ممکن است برخی از آزمونهای روانشناختی اطلاعات معتبری را از بیماری که عضو گروه اقلیت هست فراخوانی نکند. یک متخصص بالینی که پیشینه اجتماعی و فرهنگی خاصی دارد ممکن است در ارزیابی بی‌طرفانه رفتار فردی که پیشینه دیگری دارد مشکل داشته باشد.

**2- گرایش نظری متخصص بالینی** : ارزیابی تحت تاثیر فرض ها، برداشت ها و گرایش نظریه متخصص بالینی قرار دارد متخصصی که گرایش روانکاوی دارد رفتارها را منعکس کننده انگیزه های زیربنایی در نظر می‌گیرد متخصص بالینی رفتاری احتمالاً این رفتارها را با توجه به موقعیت های محرک فوری یا قبلی در نظر می گیرد.

**3- تاکید کم بر موقعیت بیرونی**: بسیاری از متخصصان بالینی روی صفات شخصیت به عنوان علت مشکل بیمار تاکید بیش از حد می‌کنند. بدون اینکه به نقش عوامل دیگر مانند عوامل استرس زا و شرایط دیگر در مقطع زندگی بیماران توجه داشته باشد . توجه زیاد روی شخصیت بیمار توجه از عوامل محیطی بالقوه مهم را منحرف کند.

4**-اعتباریابی ناکافی**: بعضی از روش های ارزیابی به قدر کافی اعتباریابی نشده اند . مثلاً برخلاف تعدادی از مقیاس های شخصیت ،روش‌هایی که برای مشاهده رفتاری و خودسنجی رفتاری و فرافکن مورد استفاده قرار می گیرد مورد اعتباریابی روانسنجی قرار نگرفته اند.

**5-داده‌های نادرست یا ارزیابی عجولانه**: این احتمال وجود دارد که بعضی از داده های ارزیابی نادرست باشند یا روانپزشک ممکن است تصمیم بگیرد داده‌های آزمون را به نفع اطلاعات دیگر نادیده بگیرد. داده های نادرست یا نتیجه‌گیری‌های عجولانه نه تنها ممکن است به درک اشتباه از مشکل بیمار منجر شود ، امکان دارد جلوی تلاش برای کسب اطلاعات بیشتر را بگیرد که احتمالاً عواقبی برای بیمار خواهد داشت.

**طبقه بندی رفتار نابهنجار**

طبقه بندی ،تلاش برای مشخص کردن انواع فرعی رفتار ناسازگارانه را شامل می شود مثل تعریف کردن رفتار نابهنجار .طبقه بندی اولین گام به سوی برقراری کردن نظم درباره ماهیت, علت ها, و درمان چنین رفتاری است. طبقه‌بندی, برقراری ارتباط در مورد مجموعه های خاصی از رفتار نابهنجار را به صورتی که درباره آنها توافق شده امکان پذیر می سازد.

**طبقه بندی تشخیصی رسمی اختلالات روانی:**

**دو سیستم طبقه بندی روانپزشکی رایج**

**1-سیستم طبقه بندی بین المللی بیماری ها**

**2-راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی**

هر دو سیستم از چند نظر مانند استفاده از نشانه ها به عنوان تمرکز طبقه بندی و تقسیم کردن مشکلات در قالب وجوه مختلف مشابه هستند. تفاوتهای خاص در نحوه ای که نشانه ها در این دو سیستم دسته بندی می شوند ،گاهی به طبقه‌بندی متفاوتی درDSM در مقایسه باICD\_10 منجر می شود.

ملاک هایی که طبقات تایید شده اختلالات را توصیف می‌کند.عمدتا از علایم و نشانه ها تشکیل می شود نشانه‌ها به توصیف ذهنی بیمار شکایت‌هایی که در مورد اشکالی که وجود دارد مطرح می‌کند ,اشاره دارد.

علائم مشاهدات عینی هستند که متخصص بالینی به طور مستقیم یا غیر مستقیم انجام می دهد.

**تفاوت های جنسیتی در تشخیص**: میزان شیوع برخی اختلالات مثل شخصیت ضد اجتماعی در مردان بالاتر از زنان است. اختلالاتی مانند بی اشتهایی عصبی در زنان بیشتر یافت ‌میشود. مردان و زنانی که مبتلا به اختلال واحدی تشخیص داده می‌شوند مثل اختلال سلوک، الگوهای نشانه متفاوتی را آشکار می‌کنند مردان بیشتر دعوا و پرخاشگری دارند و زنان گرایش بیشتری به دروغگویی، مدرسه گریزی و گریختن از خانه دارند.

**ارزیابی زمینه فرهنگی درDSM\_5**

زمینه قومی و فرهنگی سطح درک زبان انگلیسی و خوگیری درمان جویان با ایالات متحده می تواند بر ارزیابی نادرست نشانه های اختلالات روانی منجر شود. افرادی که در محیط زندگی خود فرهنگ پذیر نشده‌اند در آزمون ها و مصاحبه ها بیشتر از آنچه که واقعاً هستند از نظر روانی آشفته به نظر می رسند. متخصصان بالینی باید زمینه فرهنگی درمانجو مثل ارزش ها و نگرش هایی را که ممکن است آنها به مصاحبه بیاورند به دقت ارزیابی کنند تا تاثیر منفی بر فرآیند تصمیم گیری را کاهش بدهند

درDSM\_5 مصاحبه ساختاری تامین شده است که مشکلات تمرکز می کند مصاحبه تدوین فرهنگی ۱۶ سوال دارد که متخصص بالینی می تواند در طول ارزیابی سلامت روانی برای تاثیر بالقوه فرهنگ درمانجو بر مراقبت بهداشت روانی از آن استفاده کند.

**مشکل برچسب زدن**:

برچسب تشخیصی نه فرد را توصیف می کند و نه وضعیت بیمار گون زیر بینایی که فرد مبتلا به آن است . تشخیص روانپزشکی قدری بیشتر از برچسبی است که به طبقه تعیین شده رفتاری که از نظر اجتماعی تعیین می شود زده می شود. زمانی که برچسبی زده می‌شود ممکن است جلوی بررسی بیشتر را بگیرد.

پذیرفتن برچسب به عنوان توصیف دقیق و کامل فرد به جای رفتار جاری خیلی راحت تر هست. وقتی که برچسب افسرده به فردی زده شد دیگران به احتمال زیاد فرض هایی را درباره او تشکیل می دهند که ممکن است این فرض ها درست باشد یا نباشد. برچسب تشخیصی می‌تواند بررسی بی طرفانه رفتار فرد را دشوار کند. زمانی که به فردی برچسب زده می‌شود ممکن است هویت دوباره تعیین شده ای را بپذیرد و انتظارات آن نقش را ایفا کند این هویت فراگیری می تواند به چند دلیل زیان آور باشد.اشارات تحقیر آمیز و بدنام کننده تعدادی از برچسب های روانپزشکی می توانند افراد را به صورت شهروندان درجه دوم با محدودیت های شدیدتری که اغلب این محدودیت ها دائمی تصور می شوند، نشان دهد . و تاثیرات مخربی بر روحیه و عزت نفس و روابط افراد با دیگران دارد .متخصصان سلامت روانی باید در فرایند تشخیص و استفاده از برچسب ها احتیاط لازم را به خرج دهند.

**سودمندی محدود تشخیص:**

دستیابی به تشخیص حداقل به شکل برداشت تشخیصی قبل از آغاز خدمات بالینی ضرورت دارد. به دست آوردن اطلاعات بیشتر که برای ارزیابی بالینی مناسب ،ضروری است شاید بسیار دشوار باشد .عمدتاً در روانپزشکی این فرایند با استفاده از مصاحبه انجام می‌شود یعنی آزماینده بیمار را درگیر گفتگویی می‌کند که اطلاعات ضروری جهت قرار دادن بیمار در یک یا تعداد بیشتری از طبقات تشخیصیDSM ترتیب یافته است.

**مصاحبه های تشخیصی بی ساخت**: مصاحبه های تشخیصی دونوع هستند. بی ساخت و ساخت دار

در مصاحبه بی ساخت آزماینده در رابطه با محتوا یا بررسی‌های که آغاز کرده است از هیچ برنامه از پیش موجود پیروی نمی کند. مصاحبه های بی ساخت تا اندازه ای بی قید هستند. درمانگر سوال ‌هایی را که برای او پیش می آید بر اساس پاسخ‌هایی که به سوالهای قبلی داده شده است می پرسد. بسیاری از درمانگران این روش بدون محدودیت را ترجیح می دهند چون آنها را قادر می کند که سرنخ‌های نامتعارف و فردی را دنبال کنند.

**مصاحبه های تشخیصی ساخت دار**: درمانجو را به شیوه بسیار کنترل شده بررسی می کنند متخصص بالینی از مصاحبه ساخت دار برای پی بردن به این موضوع استفاده می‌کند که آیا نشانه ها و علائم فرد با ملاک های تشخیصی متناسب هستند یا نه. استفاده از ملاک های دقیق تر و مصاحبه تشخیصی بسیار ساخت دار ،تشخیص را بهبود بخشیده است مصاحبه ساخت دار فقط به صورت پراکنده و گاه و بی گاه در کار بالینی استفاده می شود.

**فصل ششم**

اضطراب احساس کلی دلشوره در مورد خطر احتمالی آینده و ترس واکنش هشداری است که در پاسخ به خطر فوری روی می دهد .

اختلالات اضطرابی شایع ترین طبقه اختلالات در زنان و دومین اختلالات بسیار شایع در مردان هستند اختلالات اضطرابی مشکلات مراقبت شخصی ،اقتصادی و سلامتی بزرگی را برای افراد مبتلا به وجود می‌آورند اختلالات اضطرابی با شیوع بیشتر تعدادی از بیماری های جسمانی مثل آسم, درد مزمن,فشار خون, التهاب مفاصل,بیماری قلبی عروقی و نشانگان روده تحریک پذیر ارتباط دارد.

**الگوهای پاسخ ترس و اضطراب**

در صورتی که منبع خطر آشکار باشد هیجان تجربه شده ترس نامیده می شود اما در اضطراب نمی توانیم به وضوح مشخص کنیم که خطر چیست.

**ترس**

هیجانی بنیادی است که فعال سازی پاسخ جنگ و گریز سیستم عصبی سمپاتیک را شامل می شود. واکنشی فوری به هرگونه تهدید قریب الوقوع است. مثل شکارگر خطرناک یا کسی که تفنگ پری را نشانه رفته است وقتی پاسخ ترس درغیاب هرگونه خطر بیرونی آشکار روی دهد می‌گوییم که فرد حمله وحشت زدگی خود انگیخته یا بدون محرک دارد.

ترس و وحشت زدگی سه عنصر دارد

1-عناصر شناختی

2-عناصر فیزیولوژیکی

3-عناصر رفتاری

**اضطراب**

آمیزه پیچیده‌ای از هیجان های ناخوشایند و شناخت هایی است که بیشتر به آینده گرایش دارد و پراکنده تر از ترس است. سطح شناختی ذهنی, خلق منفی, نگرانی در مورد تهدید یا خطر احتمالی در آینده اشتغال ذهنی و احساس ناتوانی در پیش بینی کردن تهدید آینده یا کنترل کردن آن را در صورتی که روی دهد در بر دارد. اضطراب در سطح فیزیولوژیکی اغلب نوعی حالت تنش و برانگیختگی مفرط مزمن ایجاد می‌کند. اضطراب در سطح رفتاری ممکن است گرایش نیرومندی اجتناب از موقعیت‌هایی را به وجود بیاورد که فرد با خطر روبرو می شود ارزش انطباقی اضطراب در این است که به ما کمک می کند برای تهدید احتمالی برنامه ریزی کنیم و آماده شویم اضطراب در رجات خفیف تا متوسط به یادگیری و عملکرد کمک می کند.

**مروری بر اختلالات اضطرابی و ویژگی های مشترک آن ها:**

واضح ترین جلوه همه اختلالات اضطرابی ترس یا اضطراب غیر واقع بینانه و نامقول و بسیار ناتوان کننده است. افراد مبتلا به این اختلالات گوناگون از نظر غلبه ی نسبی نشانه های ترس و وحشت زدگی در برابر اضطرابی که تجربه می کنند و از نظر انواع موضوعات یا موقعیت هایی که بیش از همه دلواپس آنها هستند تفاوت دارند

افراد مبتلا به فوبی خاص در مورد احتمال روبرو شدن با یک موقعیت فوبیک خود چندین نشانه اضطراب را آشکار می کنند مثلا امکان دارد وقتی که با یک موقعیت روبرو می شوند پاسخ ترس و وحشت زدگی را تجربه کنند

افراد مبتلا به اختلال وحشت زدگی حملات وحشت زدگی مکرر و اضطراب شدید دارند که بر احتمال دچار شدن به یکی دیگر از این حملات تمرکز دارند.

افراد مبتلا به آگورافوبی برای دوری از انواع موقعیت هایی که از آنها می‌ترسند مثل خیابان ها، پل ها و مکان های عمومی شلوغ دردسر زیادی دارند.

افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دستخوش احساس کلی اضطراب و نگرانی پراکنده در این مورد هستند که ممکن است اتفاقات بالقوه ناگواری روی دهد. خیلی از افراد مبتلا به یک اختلال اضطرابی حداقل یک اختلال اضطرابی دیگر و یا افسردگی را به طور همزمان یا در مقطع متفاوتی از زندگی خود تجربه می کنند.

افرادی که احساس می‌کنند بر محیط و هیجانات خود کنترل ندارند در برابر مبتلا شدن به اختلالات اضطرابی آسیب پذیرتر هستند محیط اجتماعی و فرهنگی که افراد در آن بزرگ شدند و بر انواع چیزها و تجربه هایی که از آن می ترسند یا مضطرب می شوند تاثیر زیادی دارد

**فوبی های خاص**

زمانی فردی مبتلا به فوبی خاص تشخیص داده می شود که ترس مستمری داشته باشد که بیش از اندازه یا نا معقول باشد و موضوع یا موقعیتی خاص آن را ایجاد کند .وقتی افرادی که به فوبی های خاص دچار هستند با محرک فوبیک مواجه می شوند . اغلب پاسخ ترس فوری نشان می دهند که معمولا شبیه حمله وحشت زدگی است آنها بیشتر اوقات حتی از بازنمایی های بی ضرر آن درعکس ها یا تصاویر تلویزیون اجتناب می کنند. اجتناب ویژگی اصلی فوبی هاست و دو دلیل دارد پاسخ فوبی به خودی خود بسیار ناخوشایند است و فرد فوبیک از احتمال وقوع اتفاقی وحشتناک ارزیابی غیرمنطقی دارد.

یکی از ویژگی‌های خاص فوبی خون -تزریق و جراحت است.

**شیوع ,سن شروع و تفاوت های جنسیتی**

فوبی های خاص خیلی شایع هستند. در بین افراد مبتلا به فوبی خاص بیش از ۷۵ درصد حداقل یک ترس خاص دیگر دارند که بیش از حد است. فوبی ها همیشه در زنان بسیار شایع تر از مردان هستند متوسط سن شروع انواع مختلف فوبی های خاص بسیار تفاوت دارد.

**عوامل علیتی روانشناختی**

**دیدگاه روانکاوی**

بر طبق این دیدگاه فوبی ها بیانگر دفاع علیه اضطرابی هستند که از تکانه های سرکوب شده نهاد ناشی می شود. چون آگاه شدن از این تکانه سرکوب‌شده نهاد بسیار خطرناک است.

**فوبی ها به عنوان رفتار آموخته شده**

طبق اعتقاد نظریه‌پردازان, اصول شرطی سازی کلاسیک فراگیری ترس‌های غیر منطقی و فوبی ها را توجیه می کند.

محرک هایی با رویدادهای آسیب زا یا دردناک همایند می شوند. پاسخ ترس به راحتی می تواند به این محرک ها که قبلاً خنثی بودند شرطی شود. و بعد از این که ترس های فوبیک فراگیری شدند به موقعیت های مشابه دیگر تعمیم یابند.

**شرطی سازی جانشینی**

شرطی سازی آسیب زایی مستقیم که در آن فرد تجربه ترسناکی در حضور موضوع یا موقعیت خنثایی داشته است,تنها راهی نیست که افراد ترس‌های فوبیک غیر منطقی را یاد می‌گیرند تماشا کردن یک فرد فوبی که نسبت به موضوع فوبیک خود به صورت ترسناک رفتار می‌کند می‌تواند برای یک فرد مشاهده گر ناراحت‌کننده باشد و باعث شود که ترس از یک فرد و فرد دیگر از طریق شرطی سازی کلاسیک جانشینی منتقل شود.

**تفاوتهای فردی در یادگیری**

تفاوت های موجود در تجربه های زندگی افراد بر اینکه آیا ترس های شرطی یا فوبی ها واقعاً ایجاد شوند تاثیر می گذارد برخی از تجربه های زندگی ممکن است عوامل خطر باشند و برخی از افراد را نسبت به فوبی ها آسیب پذیرتر از دیگران کنند. رویداد هایی که در طول تجربه شرطی سازی و قبل از آن رخ می‌دهند در تعیین میزان ترسی که شرطی می‌شود اهمیت دارد. تجربه هایی که فرد بعد از تجربه شرطی شدن دارد می‌تواند بر نیرومندی و نگهداری ترس شرطی تاثیر بگذارد.

**اثر تورم**: اثر تورم حکایت دارد فردی که ترس خفیف از رانندگی را بعد از تصادف جزئی کسب کرده است اگر بعداً مورد تهاجم جسمی قرار بگیرد با اینکه در این تهاجم اتومبیلی وجود نداشته است ممکن است دچار فوبی تمام عیار شود.

**آمادگی تکاملی برای یادگیری برخی ترسها و فوبی ها**:

افراد به احتمال خیلی بیشتری فوبی مار, آب, ارتفاعات و عنکبوت دارند تا موتور سیکلت و تفنگ.علت آن این است که تاریخ تکاملی ما برای اینکه از کدام محرک ها به احتمال زیاد بترسیم تاثیر گذاشته است به نظر می‌رسد که پریمات ها و انسان ها از نظر تکاملی آماده شده اند تا موضوعات خاصی مثل مارها عنکبوتها آب و مکان‌های بسته را به سرعت با رویدادهای ترسناک ناخوشایند تداعی کنند. این آمادگی برای یادگیری به این علت روی می‌دهد که در دوره تکامل پریماتها و انسانهایی که ترس از موضوعات یا موقعیت های خاصی را که برای نیاکان اولیه ما تهدید واقعی ایجاد می‌کردند به سرعت کسب کردند

**عوامل علیتی زیستی:**

متغیر های ژنتیکی و خلق و خوی بر سرعت و نیرومندی شرطی سازی ترس تاثیر می‌گذارند یعنی افراد وابسته به خلق و خوی شخصیتشان کمابیش احتمال دارد که ترس ها و فوبی ها را کسب کنند. مثلا افرادی که ناقل یکی از دو نوع آلل روی ژن انتقال دهنده سروتونین هستند در مقایسه با افرادی که آلل s را منتقل نمی‌کنند, شرطی شدن ترس بیشتری نشان می‌دهند آن هایی که یکی از دو نوع ژن مختلف را دارند شرطی شدن بیشتر را نشان ندادند و مقاومت بیشتری در برابر خاموشی داشتند.

چند تحقیق وراثت رفتاری از مشارکت جزئی وراثت در شکل‌گیری و فوبی های خاص حکایت می کند. مثلاً دوقلوهای یک تخمکی بیشتر از دوقلوهای دو تخمکی در فوبی های حیوان و فوبی های موقعیتی مشترک هستند.

**درمان ها :**

درمان مواجهه سازی بهترین درمان برای فوبی های خاص است شامل مواجهه کنترل شده با محرک ها یا موقعیت هایی که ترس فوبیک را فراخوانی می کنند است.

در این روش درمانجویان به تدریج در موقعیت‌های قرار داده می‌شوند که آنها را بسیار ترسناک می‌دانند درمانجویان در جریان درمان ترغیب می‌شوند که به تنهایی یا با کمک درمانگر یا یک دوست خود را برای دوره‌های به قدر کافی طولانی با موقعیت های ترسناک خویش مواجه سازند تا این که ترس آنها شروع به فروکش کند.

یکی از مدل ها در این روش سرمشق گیری شرکت کننده است که در این مورد درمانگر به آرامی روشهای تعامل با محرک یا موقعیت فوبیک را الگو قرار می دهد در این روش ها درمانجویان می فهمند که موقعیت ها آنقدر که تصور می‌کردند ترسناک نیست و اضطراب آنها با این که ناخوشایند است زیان آور نیست و به تدریج از بین خواهد رفت.

درمان مواجهه سازی برای فوبی هایی مثل فوبی حیوانات کوچک، فوبی پرواز، فوبی مکان‌های بسته و فوبی خون\_ تزریق\_ جراحت, بسیار موثر است.

از روش‌های درمان استفاده از محیط های واقعیت مجازی است که در آن برخی از درمانگران برای شبیه سازی انواع خاصی از موقعیت های فوبیک مثل ارتفاعات و هواپیماها مکان‌هایی را برای اجرای درمان مواجه سازی شبیه سازی می کنند.

استفاده از روش‌های شناختی به طور کلی فایده ی زیادی برای درمان فوبی آن دارد. درمان های دارویی به تنهایی بی تاثیر هستند. دارویی به نام دی\_ سیکلو سرین به خاموشی ترس شرطی در حیوانات کمک می کند.

**فوبی های اجتماعی:**

فوبی اجتماعی با ترس های ناتوان کننده از یک یا تعداد بیشتری موقعیت اجتماعی خاص مثل سخنرانی برای عموم یا خوردن یا نوشتن در حضور مردم مشخص می شود . در این موقعیت ها فرد می ترسد که مورد بررسی دقیق و ارزیابی بالقوه منفی دیگران قرار بگیرد و ممکن است به صورت خجالت‌آور یا تحقیر آمیز رفتار کند. شایع ترین نوع فوبی اجتماعی ترس شدید از سخنرانی برای عموم است.

**شیوع, سن شروع و تفاوت های جنسیتی**

تشخیص فوبی اجتماعی بسیار شایع است این اختلال در زنان شایع تر از مردان است. فوبی اجتماعی معمولا در دوره نوجوانی یا اوایل بزرگسالی آغاز می شود. حدود دو سوم افراد مبتلا به فوبی اجتماعی یک یا چند اختلال اضطرابی دیگر در مقطعی از زندگی خود را دارا هستند و حدود ۵۰ درصد به طور همزمان از اختلال افسردگی رنج می برند. یک سوم این افراد برای کاهش دادن اضطراب خود الکل را سوء مصرف می‌کنند تا به آنها کمک کند با موقعیت هایی که از آنها می‌ترسند روبرو شوند. این اختلال به طور چشمگیری بادوام است.

**عوامل علیتی روانشناختی**

**فوبی های اجتماعی به عنوان رفتار آموخته شده**:

فوبی های اجتماعی مثل فوبی های خاص از موارد ساده شرطی سازی کلاسیک مستقیم یا جانشینی سرچشمه می گیرند. مثل تجربه کردن, شاهد بودن شکست اجتماعی یا تحقیر یا هدف خشم و انتقاد قرار گرفتن و یا شاهد آن بودن.

افراد دارای فوبی اجتماعی فراگیر ممکن است به احتمال زیاد والدینی داشته‌اند که از لحاظ هیجانی سرد و از لحاظ اجتماعی منزوی و دوری جو بوده اند. افراد مبتلا به فوبی اجتماعی گزارش دادند که شروع فوبی اجتماعی آنها در زمانی واقع شده بود که با همسالان خود مشکلاتی از قبیل دمساز نبودن داشتند.

**ترسها و فوبی های اجتماعی در بستر تکاملی:**

ترس از حیوان احتمالاً برای فعال کردن پاسخ جنگ یا گریز به شکارگران بالقوه تکامل یافته است ترس ها و فوبی های اجتماعی به عنوان پیامد جانبی سلسله مراتب های سلطه که ترتیبات اجتماعی رایج در بین حیواناتی مانند پریمات ها هستند تکامل یافته اند. سلسله مراتب های سلطه از طریق رویارویی‌های پرخاشگر بین اعضای گروه اجتماعی برقرار می‌شود و فرد شکست خورده معمولا ترس و رفتار سلطه پذیر نشان می دهد..

**کنترل ناپذیری و پیش بینی ناپذیری:**

قرار گرفتن در معرض رویدادهای استرس زای کنترل ناپذیر و پیش بینی ناپذیر ممکن است در شکل‌گیری فوبی اجتماعی نقش مهمی داشته باشد. کنترل ناپذیری و پیش بینی ناپذیری به رفتار سلطه پذیر و کمر منجر می‌شود که مخصوص افرادی از نظر اجتماعی مضطربی و فوبیک هستند احتمال این رفتار در صورتی خیلی زیاد است که ادراک کنترل ناپذیری از شکست اجتماعی واقعی ناشی شده باشد که در حیوانات به افزایش و رفتار سلطه پذیر و ترس منجر می شود.

**سوگیری های شناختی:** عوامل شناختی در شروع و نگهداری و فوق اجتماعی نقش دارند بک و امری معتقد هستند که افراد مبتلا به فوبی اجتماعی انتظار دارند که دیگران آنها را طرد یا به صورت منفی ارزیابی خواهند کرد.

این طرحواره های خطر برای افرادی که از لحاظ اجتماعی مضطرب هستند باعث می شود که انتظار داشته باشند به صورت ناپسند و ناشیانه رفتار کنند که به طرد و از دست دادن مقام منجر خواهد شد.

توجه درونی افراد مبتلا به فوبی اجتماعی و رفتار نسبتاً ناشیانه آنها ممکن است باعث شود که دیگران به صورت نه چندان دوستانه به آنها واکنش نشان دهند و انتظارات آنها را تایید کنند.

سوگیری شناختی بعدی که در فوبی اجتماعی دیده می شود گرایش به تعبیر کردن اطلاعات اجتماعی مبهم به صورت منفی و بی خطر است. افرادی که از نظر اجتماعی مضطرب هستند ادراک های سوداری دارند که آنها به خاطر می سپارند

**عوامل علیتی زیستی:**

**عوامل ژنتیکی و خلق و خویی**

کمرویی یا بازداری رفتاری ویژگی مشترک روان رنجورخویی و درونگرایی است. کودکانی که از نظر رفتاری کمرو هستند محرکهای ناآشنا به راحتی آنها را ناراحت می کند و خجالتی و دوری جو هستند. در دوران کودکی به احتمال بسیاری ترسو می‌شوند و در دوره نوجوانی در معرض خطر پرورش دادن فوبی اجتماعی قرار می گیرند از بین این کودکان کسانی که از نظر بازداری رفتاری بالا ارزیابی شده اند در مقایسه با کودکانی که از نظر بازداری رفتاری پایین ارزیابی شده اند، سه برابر بیشتر احتمال داشته است که مبتلا به فوبی اجتماعی تشخیص داده شوند. همچنین چند تحقیق که روی دوقلوها اجرا شده بود نشان داد که مشارکت ژنتیکی کمی در فوبی اجتماعی وجود دارد مقدار بیشتر اختلاف در اینکه چه کسی به فوبیای اجتماعی دچار شود ناشی از عوامل محیطی غیر مشترک است که با نقش نیرومند یادگیری هماهنگ است.

**درمان ها:**

**درمان های شناختی و رفتاری**

برای فوبی اجتماعی درمان های رفتاری و شناختی\_ رفتاری موثر هستند. در درمان های رفتاری به طور کلی مواجهه ای طولانی و تدریجی با موقعیت‌های اجتماعی را که موجب ترس میشود در بر دارند.

در بازسازی شناختی درمانگر سعی می‌کند که به درمان جویانی که مبتلا به فوبی اجتماعی هستند کمک کند تا افکار خودکار منفی خود را تشخیص بدهند. سپس به درمانجویان کمک می‌کند تا این افکار و عقاید درونی را از طریق تحلیل مجدد منطقی تغییر بدهند .تمرین هایی برای درمان جویان تعیین می‌شود که در آنها تمرکز توجه خود را دستکاری می کنند تا تاثیرات ناگوار تمرکز بر خود درونی را به خودشان ثابت کنند. درمان جویان ممکن است بازخورد نوار ویدئویی بگیرند که به آنها کمک می‌کند خود انگاره‌های تحریف شده خویش را تغییر بدهند.

**داروها**

موثر ترین و پر مصرف ترین داروها چند طبقه از داروهای ضد افسردگی هستند. در چند تحقیق جدیدتر درمان شناختی -رفتاری ،بهبودی خیلی بیشتری از دارو به بار می آورد .داروها باید برای مدت طولانی مصرف شوند تا تضمین شود که برگشت روی نخواهد داد. بنابر این امتیاز درمان های رفتاری و شناختی\_ رفتاری بر داروها این است که آنها به تدریج بهبود طولانی‌تری را به بار می‌آورند به طوری که میزان برگشت خیلی کم است .چنانچه دی\_ سیکلوسرین به درمان مواجهه سازی اضافه شود منافع درمان سریع تر صورت می گیرد.

**اختلال وحشت زدگی:**

اختلال وحشت زدگی با وقوع حملات وحشت زدگی غیرمنتظره که ناگهانی هستند روی می دهد . بر طبق ملاک های DSM\_5برای اختلال وحشت زدگی فرد باید دچار حملات غیرمنتظره مکرر شده باشد و باید همواره در مورد داشتن حمله دیگر یا پیامدهای داشتن حمله حداقل به مدت یک ماه نگران باشد.

سه نشانه اختلال وحشت زدگی که شناختی هستند. ۱\_ مسخ شخصیت / مسخ واقعیت. ۲\_ ترس از مردن . ۳\_ ترس از دیوانه شدن یا از دست دادن کنترل. حملات وحشت زدگی نسبتاً کوتاه ولی شدید هستند. طوری که نشانه ها به صورت ناگهانی ایجاد می‌شوند و معمولاً شدت آنها ظرف ۱۰ دقیقه به اوج می رسد حملات معمولاً بین ۲۰ تا ۳۰ دقیقه فروکش می کنند.

**آگورافوبی:**

در آگورافوبی رایج ترین موقعیت هایی که فرد از آنها می‌ترسد و دوری میکند خیابان ها و مکان های پر جمعیت مثل بازار های خرید و فروشگاه هستند .آگورافوبی گاهی به صورت ترکیبی از حملات وحشت زدگی در یک یا چند مورد از این موقعیت ها پرورش می یابد. این افراد نگران هستند امکان دارد دچار حمله وحشت زدگی شوند یا بیمار شوند. آنها از فعالیت هایی که موجب برانگیختگی می شود مثل ورزش کردن تماشای فیلم های ترسناک نوشیدن قهوه پرداختن به فعالیت جنسی خودداری می‌کنند.

آگورافوبی گرفتاری رایج اختلال وحشت زدگی است

**شیوع, سن شروع و تفاوت های جنسیتی:**

افراد زیادی به آگورافوبی و اختلال وحشت زدگی مبتلا هستند اختلال وحشت زدگی همراه با آگورافوبی یا بدون آن در اواخر سالهای نوجوانی شروع می شود ولی میانگین سن شروع ۲۳ تا ۳۴ سالگی است بعد از این که اختلال وحشتزدگی ایجاد می‌شود روند مزمن و ناتوان کننده دارد.

رایج ترین توجیه برای تفاوت جنسیتی در آگورافوبی توجیه اجتماعی\_ فرهنگی است.

مردانی که دچار حمله وحشت زدگی می شوند به‌خاطر انتظارات اجتماعی و رویکرد جسورانه تر آنها به زندگی بیشتر مستعد مقاومت کردن در برابر آن هستند اما زنانی که دچار وحشت زدگی می شوند و از موقعیت هایی که از آنها می ترسند و نیاز به فرد قابل اعتمادی که آنها را هنگام وارد شدن به موقعیت هایی که می ترسند همراهی کنند پذیرفتنی تر است.

**همزمانی با اختلالات دیگر:**

حدود ۸۳ درصد افراد مبتلا به اختلال وحشتزدگی حداقل یک اختلال همزمان دارند این اختلالات عبارت هستند از اختلال اضطراب فراگیر ,فوبی اجتماعی ,فوبی خاص,PTSD, افسردگی و اختلال مصرف مواد.

**زمان اولین حمله وحشت زدگی:**

اولین حمله معمولاً بعد از احساس پریشانی یا شرایط زندگی بسیار استرس زا مثل از دست دادن فردی عزیز یا از دست دادن رابطه مهم، از دست دادن شغل یا قربانی تبهکاری شدن روی می دهد.

اما همه افرادی که بعد از رویدادی استرس زا حمله وحشت زدگی دارند به اختلال وحشتزدگی تمام‌عیار دچار نمی شوند افرادی که به اختلالات اضطرابی دیگر یا افسردگی اساسی مبتلا هستند ، اغلب دچار حملات وحشت زدگی گاه و بیگاه می شوند.

**عوامل علیتی زیستی**:

در تحقیق دوقلوها ۳۳ تا ۴۳ درصد اختلاف در آمادگی برای اختلال وحشت زدگی ناشی از عوامل ژنتیکی است. آسیب پذیری ژنتیکی حداقل تا اندازه‌ای به وسیله صفت شخصیت مهمی به نام روان رنجورخویی, آشکار می‌شود. توارث پذیری حداقل تا اندازه ای مخصوص اختلال وحشت زدگی است

**وحشت زدگی و مغز:**

در حملات وحشت زدگی دخالت لوکوس سرولئوس در ساقه مغز و انتقال دهنده عصبی خاصی به نام نوراپی نفرین درگیر است همچنین معلوم شده است که افزایش فعالیت بادامه نقش مهم‌تری از فعالیت لوکوس سرولئوس در حملات وحشت زدگی ایفا می کند. جمعی از چند هسته در جلوی هیپوکامپ واقع در سیستم لیمبیک مغز است که در هیجان ترس دخالت مهمی دارد. چند پژوهش حکایت می کنند که بادام با اتصالاتی که با مناطق پایین‌تر مغز و مناطق بالاتر مغز مثل قشر پیشانی دارد منطقه اصلی درگیر در شبکه ترس است.

**نابهنجاری های زیست\_ شیمیایی**

کلین معتقد بودند که حملات وحشت زدگی با کنش های هشدار ناشی از کژ کاری های زیست شیمیایی هستند. چند تحقیق ظرف ۴۰ سال گذشته نشان داده است که افراد مبتلا به اختلال وحشتزدگی وقتی در معرض شیوه‌های چالش زیستی مختلف قرار می‌گیرند خیلی بیشتر از افراد بهنجار یا کسانی که به اختلالات روانپزشکی دیگری مبتلا هستند احتمال دارد دچار حملات وحشت زدگی شوند. این به اصطلاح شیوه های تحریک کننده وحشتزدگی دامنه گسترده‌ای دارند و برخی از آنها با فرایندهای عصبی\_ زیستی بسیار متفاوت و حتی نامتداخل ارتباط دارند. بنابراین احتمالاً مکانیزم عصبی زیستی واحدی نمی تواند درگیر باشد در حال حاضر دو سیستم انتقال دهنده عصبی اصلی در حملات وحشتزدگی خیلی درگیر هستند :۱\_سیستم‌های نورآدرنرژیک۲\_ و سروتونرژیک

فعالیت نورادرنرژیک در مناطق خاصی از مغز می توانند نشانه های قلبی عروقی مرتبط با اختلال وحشت زدگی را تحریک کند افزایش فعالیت سیستم سروتونرژیک نیز فعالیت سیستم نورادرنرژیک را کاهش می دهد.

**عوامل علیتی روانشناختی**

**نظریه یادگیری جامعه اختلال وحشت زدگی**

بر طبق این نظریه حملات وحشتزدگی اولیه با علائم درونی که در آغاز خنثی بودند و بیرونی از طریق فرایند شرطی سازی درون تنی یا شرطی سازی برون تنی تداعی می شوند .یکی از تاثیرات اصلی این شرطی سازی این است که اضطراب به این محرک های شرطی، شرطی می شود و هر چه حمله وحشت زدگی شدید تر باشد شرطی‌سازی قوی‌تری روی خواهد داد .پس شرطی شدن اضطراب به علائم درونی یا بیرونی مرتبط با وحشت زدگی زمینه را برای شکل گیری دو مولفه از سه مولفه اختلال وحشت زدگی آماده می کند. اضطراب انتظاری و گاهی ترس های آگورافوبیک.

**نظریه شناختی وحشتزدگی**

نظریه شناختی اولیه وحشت زدگی پیشنهاد می کند که درمانجویان وحشت زده نسبت به احساس های بدنی و خود بسیار حساس هستند و خیلی مستعد تعبیر کردن شوم این احساس ها هستند .کلارک این را گرایش به فاجعه‌آمیز کردن معنی احساس های بدنی آنها نامید. افکار ترسناک ممکن است نشانه های جسمانی بیشتر اضطراب را ایجاد کنند که افکار فاجعه آمیز را تقویت کرده و به چرخه معیوب منجر شوند که به حمله وحشتزدگی ختم می شود این افکار اغلب خارج از حیطه آگاهی قرار دارند این افکار خودکار به گونه ای که بک آنها را می نامد در واقع راه اندازهای وحشت زدگی هستند.

**توجیهات یادگیری و شناختی نتایج به دست آمده است تحقیقات تحریک وحشت زدگی**

افراد مبتلا به اختلال وحشتزدگی سطح برانگیختگی بالاتر از دیگران دارند و با این علائم هشدار دهنده اولیه خیلی آشنا هستند بنابراین بر طبق نظریه شناختی افراد مبتلا به حملات وحشتزدگی اغلب این نشانه ها را به عنوان شروع حمله وحشت زدگی یا حمله قلبی سوء تعبیر می کنند. که به نوبه خود موجب چرخه معیوب می شود. این در افراد گواه که گرایش به فاجعه آمیز کردن ندارند ,اتفاق نمی‌افتد. از طرف دیگر بر طبق نظریه یادگیری اختلال وحشت زدگی این علایم فقط برای افراد مبتلا به اختلال وحشتزدگی وظیفه محرک های شرطی درون تنی را برعهده دارند که می‌توانند به علت تداعی های قبلی با وحشت زدگی, اضطراب و وحشت زدگی را راه اندازی کند.

**حساسیت نسبت به اضطراب و درک کنترل**

افرادی که حساسیت سطح بالایی نسبت به اضطراب دارند بیشتر مستعد دچار شدن به حملات وحشت زدگی و شاید اختلال وحشت زدگی هستند.ساسیت نسبت به اضطراب نوعی عقیده صفت مانند است مبنی بر اینکه برخی نشانه های جسمانی ممکن است عواقب زیان آوری داشته باشند. لی و زینبرگ نتایجی را گزارش داده اند که نشان می دهد حساسیت زیاد نسبت به اضطراب علاوه بر حملات وحشتزدگی شروع اختلالات اضطرابی دیگر را نیز پیش‌بینی می‌کند. بنابراین سوالاتی را در مورد اختصاصی بودن نقش آن در وحشت زدگی در برابر اختلالات اضطرابی دیگر پیش کشیدند.

**رفتار های ایمن و تداوم وحشت زدگی**

امکان دارد برخی افراد مبتلا به اختلال وحشت زدگی به مدت ۲۰ سال هفته ای سه یا چهار حمله وحشت زدگی داشته باشند. هر بار آنها باور دارند که دچار حمله قلبی می شوند و با این حال این اتفاق نمی‌افتد. بعد از تجربه کردن صدها یا هزاران حمله وحشت زدگی بدون دچار شدن به حمله قلبی ،انسان از دیدگاه شناختی فکر می‌کند که این فکر فاجعه‌آمیز که بارها ثابت شده اشتباه است بالاخره از بین خواهد رفت. اما شواهد حکایت می کنند که این عدم تایید روی نمی‌دهد چون افراد مبتلا به اختلال وحشت زدگی معمولاً قبل از حمله یا در طول آن به رفتارهای ایمنی می‌پردازد مثل نفس کشیدن آهسته یا حمل کردن جعبه داروی ضد اضطراب .آنها روی ندادن حملات قلبی را اشتباهاً به انجام دادن رفتاری ایمن نسبت می دهند

**سوگیری های شناختی و نگهداری وحشتزدگی**

افراد مبتلا به اختلال وحشت زدگی در نحوه ای که اطلاعات تهدیدکننده را پردازش می‌کنند سودار هستند . این افراد نه تنها احساس های بدنی مبهم را به صورت تهدید کننده تعبیر می‌کنند, موقعیت های مبهم دیگر را نیز تهدید کننده تر از افراد گواه برداشت می کنند.

**درمان ها**

داروها

برای افراد مبتلا به اختلال وحشتزدگی داروهای ضد اضطراب و ملایم از طبقه بنزودیازپین مانند آلپرازولام یا کلونازپام تجویز می شود. نشانه های اغلب افرادی که این داروها را مصرف می‌کنند تا اندازه‌ای تسکین می یابند و خیلی از آنها به نحوه ثمربخش تری عمل می‌کند این داروها خیلی سریع اثر می کند و در موقعیت های حاد و شتاب‌زدگی یا اضطراب شدید مفید هستند.. از عوارض جانبی ناخوشایند این داروها خواب‌آلودگی است این داروها به صورت بالقوه اعتیادآور هستند و افراد با مصرف متوسط تا زیاد آن دچار وابستگی فیزیولوژیکی به دارو می شوند ترک کردن این داروها بسیار دشوار است و در درصد بالایی از موارد موجب برگشت می شود

گروه دیگری از داروهای مفید داروهای ضد افسردگی هستند مثل سروتونین و نوراپی نفرین.

این داروها در مقایسه با داروهای ضد اضطراب مزایا و معایبی دارند داروهای ضد اضطراب وابستگی ایجاد نمی کنند. این داروها تقریباً ۴ هفته طول می‌کشد تا موثر واقع شوند. در موقعیت های حادی که فرد حمله وحشتزدگی دارد مفید نیستند. عوارض جانبی مشکل‌آفرین این داروها باعث می‌شود که تعداد زیادی از افراد از مصرف این داروها امتناع کرده و مصرف آنها را قطع کنند وقتی مصرف این داروها قطع می‌شود میزان برگشت بالاست

**درمان های رفتاری و شناختی \_رفتاری**

درمان های رفتاری اصلی برای افراد آگورافوبی شبیه فوبی های خاص و اجتماعی انجام میشود. افراد به تدریج با موقعیت هایی که از آنها می ترسند روبرو می کنند تا یاد بگیرند چیزی برای ترسیدن وجود ندارد یکی از نقاط ضعف این درمانهای اصلی این بود که حملات وحشت زدگی را به طور اختصاصی هدف قرار نمی‌دادند.

یکی از روش‌های جدید نوعی از مواجهه سازی به نام مواجهه درون تنی را در بر دارد که به معنی مواجهه عمدی با احساس های درونی ترسناک است. در این روش از افراد درخواست می شود تمرین های مختلفی که احساس های درونی و متفاوت را ایجاد می کند انجام دهند و به این احساس ها بچسبند تا اینکه فروکش کنند.

روش دومی که ابداع شد فنون بازسازی شناختی است یک نوع درمان شناختی رفتاری یکپارچه نگر برای اختلال وحشت زدگی -درمان کنترل وحشت زدگی –اجتناب آگورافوبیک و حملات وحشت زدگی را هدف قرار می‌دهد. این درمان چند جنبه دارد.

اول اینکه به درمانجویان در مورد ماهیت اضطراب و وحشت زدگی و اینکه چگونه قابلیت تجربه کردن هر دوی آن ها انطباقی است آموزش داده می شود

دوم درمان آموزش کنترل تنفس و افراد مبتلا به اختلال وحشت زدگی را شامل می شود

سوم اینکه به درمانجویان درباره خطاهای منطقی که افراد مبتلا به اختلالات وحشتزدگی مرتکب می شوند آموزش داده می شود تا یاد بگیرند افکار خودکار خویش را تحلیل مجدد منطقی کنند.

**اختلال اضطراب فراگیر**

زمانی که در برخی افراد اضطراب و نگرانی در مورد جنبه‌های مختلف زندگی مزمن و شدید و نامعقول شود این افراد ممکن است دچار اختلال اضطراب فراگیر تشخیص داده شوند .نگرانی باید در بیشتر روزها حداقل به مدت ۶ ماه روی دهد و باید به صورتی که کنترل آن دشوار است ،تجربه شود. این نگرانی باید درباره چند رویداد یا فعالیت های متفاوت باشد و محتوای آن می‌تواند منحصراً با نگرانی مرتبط با اختلال همزمان دیگر داشته باشد تصویر کلی افرادی که اختلال اضطراب فراگیر دارند این است که همواره در حالت خلقی آینده گرای دلشوره اضطرابی، تنش مزمن، نگرانی و ناراحتی پراکنده که نمی‌توانند آن را کنترل کنند به سر می برند .

رایج ترین زمینه نگرانی افراد دارای اختلال اضطرابی خانواده ،کار، امور مالی و بیماری شخصی است.

**میزان شیوع و سن شروع :** اختلال اضطراب فراگیر نسبتاً شایع است اختلال مزمن نیز هست نیمی از کسانی که بهبود یافته بودند برگشت داشتند اگر این اختلال ناپدید شود اختلال نشانه جسمانی جایگزین آن می‌شود و با نشانه های جسمانی و نگرانی های سلامتی مشخص می شود. این اختلال در زنان تقریبا ۲ برابر مردان شایع است. شروع این اختلال دشوار است زیرا ۶۰ تا ۸۰ درصد افراد مبتلا به این اختلال به خاطر می آورند که تقریباً همیشه در طول عمر خود مستر بودند البته اختلال اضطراب فراگیر اغلب در بزرگسالان مسن‌تر که اختلال اضطرابی در آنها بسیار شایعتر است روی می دهد.

**همزمانی با اختلالات دیگر**

اختلال اضطراب فراگیر با اختلال خلقی, مانند اختلال وحشتزدگی, فوبی اجتماعی ,فوبی خاص و افسردگی اساسی روی می دهد.

**عوامل علیتی روانشناختی**

دیدگاه روانکاوی اضطراب فراگیر از تعارض ناهوشیار بین خود و تکانه های نهاد ناشی می شود که به طور مناسبی به آنها پرداخت نشده است. فروید معتقد بود تکانه های جنسی و پرخاشگری که جلوی ابراز آنها گرفته شده است یا به خاطر ابراز شدن تنبیه شده‌اند به اضطراب شناور یا فراگیر منجر می شود.

**ادراک پیش بینی ناپذیری و کنترل ناپذیری**

رویدادهای ناخوشایند کنترل ناپذیر و پیش بینی ناپذیر استرس‌ زا هستند. پژوهشگران فرض می کنند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ممکن است رویدادهای مهم در زندگی خود را به صورت پیش بینی ناپذیر یا کنترل ناپذیر تجربه کرده باشند. مثلاً شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و تاریخچه آسیب در کودکی داشتند.

این افراد از اینکه نمی توانند آینده را پیش بینی کنند خیلی ناراحت هستند.

**احساس تسلط ;احتمال ایمن سازی علیه اضطراب**

کنترل فرد بر جنبه های مهم زندگی اش یک متغیر مهم است که بر واکنش ها به موقعیت های اضطراب آور تاثیر دارد. به طور مثال پاسخ دهی والدین به نیازهای فرزندانشان مستقیماً بر پرورش دادن احساس تسلط بر فرزندان آنها تاثیر می گذارد. والدین کودکان مضطرب اغلب شیوه فرزندپروری مزاحم و بیش از اندازه کنترل‌کننده را دارند که به رفتارهای مضطرب کودکان آنها کمک می‌کند و به این صورت باعث می شوند آنها دنیا را به صورت مکان ناامنی برداشت کنند که در آن به محافظت نیاز داشته و خودشان کنترل کمی دارند.

**نقش اصلی نگرانی و وظایف مثبت آن**

طبق نظر بورکووک فوایدی که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر عموماً فکر می کنند که از نگرانی حاصل می شوند عبارتند از:

اجتناب خرافی از فاجعه: یعنی فرد فکر می‌کند که نگرانی ،احتمال اینکه رویداد ترسناک اتفاق بیفتد را کاهش میدهد

اجتناب از موضوعات هیجانی عمیق تر: نگرانی درباره چیزهایی که در مورد آنها نگران هستند راهی برای منحرف کردن خودم از نگران شدن درباره مسائل هیجانی تر است

مقابله کردن و آمادگی: نگرانی در مورد رویداد ناگوار پیش بینی شده به من کمک می‌کند تا برای وقوع آن آماده باشم.

**پیامدهای منفی نگرانی**:

نگرانی حالت لذت‌بخشی نیست و پیامدهای فاجعه آمیزی که فرد نگران پیش‌بینی می‌کند باعث احساس خطر و اضطراب بیشتر می شود.

افرادی که درباره چیزی نگران هستند از افرادی که نگران نیستند افکار مزاحم و منفی بیشتری دارند.

سعی در کنترل افکار و نگرانی به افزایش تجربه افکار مزاحم و افزایش ادراک ناتوان بودن در کنترل آنها منجر می شود

**سوگیری های شناختی اطلاعات تهدید کننده**:

افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و افکار ترسناک مکرر دارند .و همچنین اطلاعات تهدید کننده را به‌صورت سودار پردازش می‌کند به این علت که طرح واره های خطر برجسته‌ای دارند.

افرادی که مضطرب هستند بیشتر از افرادی که مضطرب نیستند احتمال دارد که فکر کنند رویدادهای بدی در آینده اتفاق می افتد. گرایش تعبیر کردن منفی اطلاعات مبهم ،اضطراب را در چند موقعیت از جمله تماشای ویدیوی استرس زا، افزایش می دهد.

**عوامل علیتی زیستی**

**عوامل ژنتیکی**

احتمال توارث پذیری نسبتاً کمی برای اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد

اضطراب فراگیر و اختلال افسردگی اساسی زمینه ژنتیکی زیربنای مشترک دارند.

تحقیق درباره دوقلوها با استفاده از ملاک های تشخیصیDSM-IV-TR برآورد می کند که ۱۵ تا ۲۰ درصد اختلاف در آمادگی برای اختلال اضطراب فراگیر ناشی از عوامل ژنتیکی است.

**نابهنجاری های انتقال دهنده عصبی و نورو هورمونی**

**کمبود کارکردی در گابا**

افراد بسیار مضطرب ،نوعی کمبود کارکردی در گابا دارند که معمولاً در نحوه ای که مغز ما جلوی اضطراب را در موقعیت های استرس زا می گیرد نقش مهمی ایفا می کند.

داروهای بنزودیازپین با افزایش فعالیت گابا در برخی مناطق مغز و با توقف کردن هورمون استرس کورتیزول اضطراب را کاهش می دهند.

همچنین سرتونین در تنظیم اضطراب فراگیر دخالت دارد.

**سیستم هورمون آزاد کننده کورتیکوتروپین و اضطراب:**

درمان نقش مهمی در اضطراب فراگیر دارد. هورمون توسط استرس یا ادراک تهدید فعال می‌شود آزاد شدنACTH را از غده هیپوفیز تحریک می کند و باعث آزاد شدن هورمون استرس کورتیزول می شود که به بدن کمک می‌کند تا از عهده استرس براید.

**تفاوت های عصبی\_زیستی بین اضطراب و وحشت زدگی:**

ترس و وحشت زدگی، فعالسازی پاسخ جنگ و گریز را شامل می‌شود و مناطق مغزی و انتقال دهنده های عصبی درگیر در این پاسخ های هیجانی بادام و انتقال دهنده های عصبی نوراپی نفرین و سروتونین هستند.

اضطراب فراگیر حالت هیجانی پراکنده تری است که برانگیختگی و آمادگی برای تهدید قریب الوقوع را شامل می شود.

**درمان**

**داروها**

برای اختلال اضطراب فراگیر داروهای از طبقه بنزودیازپین مانند زاناکس یا کلونوپین برای کاهش تنش و کاهش نشانه‌های تنی و آرمیدگی استفاده می‌شود. تاثیر این داروها زیاد نیست و وابستگی فیزیولوژیکی و روانشناختی هم ایجاد می‌کنند و ترک آنها دشوار است.

داروی باسپیرون داروی موثری است که آرامبخش نیست و وابستگی فیزیولوژیکی ندارد اما بین ۲ تا ۴ هفته طول میکشد تا نتایج آن معلوم شود.

**درمان شناختی رفتاری**

این درمان ترکیبی از روش های رفتاری مثل آموزش آرمیدگی عضلانی و روش‌های بازسازی شناختی با هدف کاهش دادن شناخت های تحریف شده و سوگیری های پردازش اطلاعات مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر و کاهش دادن فاجعه آمیز کردن رویدادهای جزئی شامل می شود

**وسواس فکری\_ عملی و اختلالات مربوط**

**اختلال وسواس فکری \_عملی**

این اختلال با وقوع افکار وسواسی ناخواسته و مزاحم و تصویر ذهنی ناراحت کننده تعریف شده است. وسواس های فکری افکار، تصاویر ذهنی یا تکانه های مزاحم مستمر و مکرر را در بر دارند که به صورت ناراحت کننده و نامناسب و کنترل ناپذیر تجربه می شوند.

وسواس های عملی رفتار‌های مکرر آشکاری که به صورت تشریفات طولانی انجام می شوند، هستند. فرد مبتلا احساس می کند که در واکنش به وسواس فکری مجبور به انجام دادن این رفتار تشریفاتی وسواسی است رفتارهای وسواسی با هدف جلوگیری از ناراحتی یا کاهش دادن آن یا پیشگیری از رویداد یا موقعیتی وحشتناک انجام میشوند .

۵ نوع اصلی تشریفات وسواسی وجود دارد تمیزکاری ، وارسی کردن مکرر, تکرار کردن , مرتب کردن یا چیدن و شمردن.

**میزان شیوع, سن شروع و تفاوت های جنسیتی:**

اختلال وسواس فکری عملی خیلی شایع‌تر از زمانی است که تصور می‌شد بیش از ۹۰ درصد افراد مبتلا هر دو وسواس فکری و عملی را دارند. افراد طلاق گرفته و بیکار مبتلا به وسواس فکری -عملی برجسته هستند.

این اختلال عموماً در اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع می شود و از آن پس بسیار شایع است

در دوره کودکی یا نوجوانی در پسرها شایع‌تر از دخترها است و اغلب با شدت بیشتر و توارث پذیری بیشتر .

**همزمانی با اختلالات دیگر:**

اختلال وسواس فکری عملی با اختلالات خلقی و اضطرابی دیگر روی می دهد. افسردگی خیلی شایع است ۲۵ تا ۵۰ درصد افراد مبتلا به وسواس فکری عملی در مقطعی از عمر خود دچار افسردگی اساسی می شوند.

این اختلال با فوبی اجتماعی ,اختلال وحشت زدگی, اختلال اضطراب فراگیر و ptsd همراه است.

**عوامل علیتی روانشناختی:**

**‏ocd به عنوان رفتار آموخته شده:**

طبق نظریه یادگیری اجتنابی دو فرایندی (او.اچ.ماورر)، محرک‌های خنثی از طریق شرطی سازی کلاسیک با افکار یا تجربه‌های ترسناک تداعی می شود و اضطراب را فراخوانی می کند. مثلاً لمس کردن دستگیره ی در با فکر ترسناک آلودگی تداعی می شود در نتیجه امکان دارد فرد به این نتیجه برسد که اضطراب ناشی از دست دادن یا لمس کردن دستگیری در را با شستن دست می توان کاهش داد. این صورت پاسخ شستن تقویت می شود این پاسخ‌های اجتنابی بعد از این که آموخته شدند شدیداً در برابر خاموشی مقاوم می شوند.

راچمن و هاجسون تایید کردند که مواجه کردن این افراد با موقعیت وسواسی فکری که باعث ناراحتی آنها می شود مثل دستگیره در ،به تدریج از بین می رود بر این اساس این مدل پیش‌بینی می‌کند مواجهه با اشیا یا موقعیت هایی که فرد در آنها می‌ترسد در صورتی مفید است که از انجام دادن تشریفات جلوگیری شود . و فرد بفهمد که اضطراب بدون انجام دادن تشریفات به طور طبیعی فروکش می کند.

‏**ocd و آمادگی:** وسواس های انسان در مورد کثیفی و آلودگی و موقعیت‌های بالقوه خطرناک دیگر ریشه تکاملی عمیق دارند و ممکن است برای نیاکان اولیه ما انطباقی بوده باشند.

**عوامل علیتی شناختی**

تاثیر تلاش کردن برای متوقف ساختن افکار وسواسی

**سوگیری ها و تحریف های شناختی**:

عوامل شناختی در اختلال وسواس فکری\_ عملی درگیر هستند. افراد مبتلا به ocd در جلوگیری از درون دادن نامربوط منفی یا اطلاعات منحرف کننده مشکل دارند در نتیجه ممکن است که تلاش کنند افکار منفی تحریک شده توسط این اطلاعات را متوقف سازند این افراد به توانایی حافظه خود اطمینان کمی دارند. عامل دیگر این است که آنها در توانایی جلوگیری از پاسخ‌های حرکتی و اطلاعات نامربوط مشکل دارند.

**عوامل علیتی زیستی**

**عوامل ژنتیکی**

تحقیقات دوقلویی نشان می‌دهند که میزان تطابق در دوقلوهای یک تخمکی بیشتر از دوقلوهای دو تخمکی است. علاوه بر تحقیقات دوقلویی اغلب تحقیقات خانوادگی نشان می‌دهد که ۳ تا ۱۲ بار میزان بالاتر ocdرا در خویشاوندان درجه اول درمانجویان مبتلا به ocd یافته اند.

قانع ترین شواهد برای دخالت ژنتیکی در برخی انواعocd در مورد نوعی از آن است که اغلب در کودکی آغاز می شود و با تیک های حرکتی مزمن مشخص می شود. که با نشانگان توره ارتباط دارد.

**ocdو مغز**

این نابهنجاری ها در ساختارهای قشری و برخی از ساختارهای زیر قشری به نام عقده های پایه روی می دهد. عقده های پایه در بادامه به سیستم لیمبیک متصل هستند که رفتارهای هیجانی را کنترل می کند افراد مبتلا به ocd سطح بسیار بالای فعالیت در هسته دمی زیر قشری دارند که بخشی از عقده های پایه است. وقتی نشانه ها توسط محرک هایی که افکار وسواسی را فعال می‌کنند تحریک می‌شوند فعالیت در برخی از این مناطق افزایش بیشتری می یابد. فعال سازی مفرط قشر پیشین حدقه ای همراه با تعامل کژکار بین قشر پیشین حدقه ای , جسم مخطط یا هسته دمی و تالاموس ممکن است مولفه اصلی کژکاری مغز در ocd باشد.

**نابهنجاری های انتقال دهنده عصبی:**

دارویی به نام آنافرانیل(کلومی پرامیل ) در درمان ocd موثر واقع می شود. کلومی پرامین تاثیر بیشتری بر انتقال دهنده عصبی سرتونین دارد که قویا در ocd درگیر است.

ماهیت دقیق کژکاری در سیستم‌های سرتونرژیک در ocd معلوم نیست. افزایش فعالیت سرتونین و حساسیت بیشتر برخی ساختارهای مغز نسبت به سر تونین در نشانه‌های ocd دخالت دارد در واقع داروهایی که سیستم های سرتونرژیک را تحریک می کند به بدتر شدن نشانه ها منجر می‌شود. مصرف بلند مدت کلومی پرامین یا فلوکستین موجب تنظیم پایین برخی گیرنده های سرتونین می شود که نتیجه آن کاهش موجودی سرتونین است. هرچند که این داروها در کوتاه مدت باعث افزایش سطح سروتونین می شوند اما در بلند مدت تأثیرات متفاوتی دارند سیستم های انتقال دهنده عصبی دیگری نیز درگیر هستند که نقش آنها هنوز به طور کامل معلوم نشده است.

**درمان ها**

**درمان های رفتاری و شناختی \_رفتاری**

موثرترین روش برای درمان اختلالات وسواس فکری و عملی درمان رفتاری ترکیبی مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ است. در این روش از درمانجویان خواسته می‌شود که سلسله مراتبی از محرک‌های ناراحت‌کننده تشکیل بدهند و آنها را برطبق توانایی شان در فراخوانی اضطراب، ناراحتی یا نفرت رتبه‌بندی کنند سپس از آنها خواسته می شود که خود را بارها با محرک‌های که وسواس فکری آنها را تحریک می‌کند مواجه کنند.

از آنها درخواست می‌شود که بعد از هر مواجه به تشریفاتی که معمولاً انجام می‌دهند نپردازند تا اضطراب یا ناراحتی که توسط وسواس فکری آنها برانگیخته می شود کاهش پیدا کند. مواجه سازی ها در طول جلسات درمان تکالیف خانگی هم تعیین می شود.

**داروها**

انتقال دهنده عصبی سروتونین را تحت تاثیر قرار می‌دهند داروهای اصلی هستند که تاثیرات خوبی در درمان این افراد دارد. داروی کلومیپرامین و فلوکستین سروتونین را تغییر می‌دهند شدت نشانه‌های این اختلال را کاهش می دهند. مقادیر کم برخی داروهای ضد افسردگی ممکن است بهبود قابل ملاحظه‌ای بیشتری ایجاد کند.

ضعف درمان دارویی برای این افراد: وقتی دارو قطع می‌شود میزان برگشت معمولاً بسیار بالاست

**اختلال بدشکلی بدن**

افراد مبتلا به این اختلال دل مشغول نقایص تصوری یا خیالی در ظاهر خود هستند تا حدی که اعتقاد دارند زشت هستند.این دلمشغولی به قدری شدید است که باعث ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی یا شغلی می‌شود. اغلب افراد مبتلا به این اختلال رفتارهای وارسی کردن وسواسی دارند . نشانه شایع بعدی اجتناب از فعالیت‌های عادی به علت ترس از اینکه دیگران نقص خیالی آنها را ببینند و دفع شوند است . در موارد شدید ممکن است آنها خود را منزوی کنند و در خانه حبس شوند و هرگز برای کار بیرون نرود افرادی که اختلال بدشکلی بدن دارند روی هر قسمتی از بدن خود تمرکز می کنند. این افراد مکرراً دنبال اطمینان خاطر از طرف دوستان و خانواده در مورد نقایص خود هستند اما این اطمینان همیشه تسکین موقتی دارد.

**میزان شیوع , سن شروع و تفاوت های جنسیتی**

به علت مخفی نگه داشتن این اختلال صحبت کردن در باره شیوع این اختلال دشوار است

میزان شیوع این اختلال در مردان و زنان برابر است. قسمت های اصلی بدن که مورد توجه قرار دارد در مردان و زنان متفاوت است .سن شروع این اختلال معمولاً در نوجوانی است . زمانی که خیلی از افراد دلمشغول ظاهر خود هستند. افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن معمولاً تشخیص افسردگی هم دارند .همچنین با فوبی اجتماعی و اختلال وسواس فکری عملی نیز همزمانی دارد.

**رابطه با اختلال وسواس فکری عملی و اختلال خوردن**.

افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن مثل افراد مبتلا به ocd وسواس‌های فکری برجسته دارند و به انواع رفتارهای تشریفاتی مثل اطمینان خواهی وارسی کردن در آیینه و مقایسه کردن خودشان با دیگران و استتار می پردازند. همچنین سروتونین و ساختارهای مغزی واحدی در این دو اختلال درگیر هستند. بهترین شباهت بین این اختلال با اختلال خوردن تحریف تصویر بدن در هر دو نوع اختلال است که نگرانی و دل مشغولی شدید در مورد ظاهر جسمانی، نارضایتی از بدن و تصویر تحریف شده از برخی از ویژگی های بدن ملاک های اصلی برای هر یک هستند.

**عوامل علیتی ,رویکرد زیستی \_روانی \_اجتماعی به اختلال بدشکلی بدن.**

در رویکرد زیستی فرضیه های معقولی برای اختلال بدشکلی بدن وجود دارد اول اینکه یک تحقیق دوقلویی جدید معلوم کرد که نگرانی بیش از اندازه در مورد نقص خیالی یا جزئی در ظاهر جسمانی صفت نسبتاً ارثی است. دوم اینکه به نظر می‌رسد اختلال بدشکلی بدن حداقل این روزها در بستر اجتماعی فرهنگی روی می دهد که برای جذابیت و زیبایی ارزش زیادی قائل .احتمالی دیگر این است که آنها بعداً به خاطر ظاهر خود مورد انتقاد و تمسخر قرار گرفتند که موجب شرطی شدن بیزاری شرم یا نگرانی آنها از قسمت هایی از بدن شان شده است. افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن در مقایسه با افراد گواه در تکالیفی که عملکرد اجرایی را اندازه‌گیری می‌کنند نقایص عملکردی نشان می دهند

**درمان اختلال بدشکلی بدن**

طبق شواهد داروهای ضد افسردگی از طبقه SSRI اغلب در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن بهبودی متوسط به بار می آورد. درمان هایی که برای اختلال بد شکلی بدن موثر هستند با درمان‌هایی که در اختلال وسواس فکری \_عملی مورد استفاده قرار می گیرند، ارتباط نزدیکی دارد. به نظر می‌رسد که برای موثر بودن درمان نسبت به ocdبه مقادیر بیشتری از این داروها نیاز است.

**اختلال ذخیره کردن**

ذخیره کردن وسواسی به عنوان یک نشانه بین ۱۰ تا ۴۰ درصد از افرادی که مبتلا به ocdهستند روی می دهد. این افراد اموالی را که به نظر می‌رسد بی‌فایده هستند یا ارزش بسیار کمی دارند جمع می‌کنند و نمی‌توانند آنها را دور بریزند تا اندازه‌ای به این علت که به اموال خود بستگی عاطفی پرورش می‌دهند همچنین فضای زندگی آنها بسیار به هم ریخته و نامنظم است تا حدی که در فعالیت‌های عادی مثل تمیزکاری، آشپزی و راه رفتن در خانه اختلال ایجاد می شود در موارد شدید این بیماری افراد توسط اموال ذخیره شده در خانه دفن می شوند این افراد در معرض خطر زیاد برای آتش‌سوزی، زمین خوردن، بهداشت نامناسب و مشکلات سلامتی جدی هستند داروهایی که برای درمان ocd مصرف می شود در درمان افراد مبتلا به نشانه‌های ذخیره‌کردن وسواسی تاثیر ندارد.

کاردرمانی با استفاده از مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ هم کمتر از osd موثر واقع می شود. درمان های فشرده و طولانی نویدبخش وجود دارد مثل دیدار از خانه ها که موثر تر به نظر می رسند.

**اختلال موکنی**

نشانه اصلی این اختلال میل شدید به کندن مو از هر جای بدن است که باعث بی مویی قابل توجه می شود معمولاً احساس فزاینده تنش قبل از موکنی واقع می‌شود و وقتی مو کنده می‌شود لذت خشنودی یا تسکین را در پی دارد از نظر مکانی معمولاً زمانی روی می دهد که فرد تنها است و فرد معمولاً ریشه مو را وارسی می کند گاهی تار مو را بین دندانهای خود می کشد یا آن را می خورد. شروع آن می‌تواند در کودکی و بعدها باشد به طوری که شروع بعد از بلوغ با روند شدیدتر ارتباط دارد.

**دیدگاههای فرهنگی**

در میزان شیوع و نوع ابراز اختلالات مختلف تفاوت‌هایی در فرهنگ های متفاوت وجود دارد . مثلاً میزان شیوع در طول عمر برای چند اختلال اضطرابی در گروه‌های نژادی و قومی مختلف مثل سفید پوستان غیر اسپانیایی آمریکایی های آفریقایی تبار و آمریکایی های اسپانیایی تبار فرق می کند .طبق تحقیقات به عمل آمده توسط زمینه یابی ملی همزمانی اختلالات خطر فوبی اجتماعی ،اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وحشت زدگی در طول عمر در دو گروه اقلیت قدری پایین تر از سفیدپوستان غیر اسپانیایی است. اختلالات اضطرابی شایع ترین طبقه اختلال گزارش شده در تمام کشورها به جزئی کشور به نام اکراین بود.

**تفاوت های فرهنگی در منابع نگرانی**

در فرهنگ یوربا کشور نیجریه , منابع نگرانی با جامعه غربی تفاوت دارد. رویاها منبع اصلی اضطراب هستند چون تصور می شود که به افزون شدن فرد اشاره می کند شکایت‌های جسمی شایع از دیدگاه غربی غیرعادی هستند مثلاً من احساس می کنم چیزی مثل آب در مغزم است .اهالی نیجریه مبتلا به این نشانگان اغلب ترس های پارانوئید در حمله بدخواهان توسط جادوگری دارند. در هندوستان نیز نگرانی های زیادی درباره تسخیر شدن توسط ارواح و بی‌کفایتی جنسی وجود دارد.

فصل هفتم

**اختلالات نشانه جسمانی و تجزیه ای**

**نشانه جسمانی و اختلالات مربوط:**

اختلالات نشانه جسمانی بین آسیب شناسی روانی و پزشکی قرار دارد .مجموعه ای از اختلالات هستند که نشانه های جسمانی همراه با افکار، احساسات ،و رفتارهای نابهنجار را در پاسخ بهاین نشانه ها شامل می شود که به موجب آن افراد از نشانه‌های بدنی که از وجود مشکلات جسمانی خبر می‌دهد شکایت می‌کنند. اما هیچ توجیه پزشکی آشکاری وجود ندارد که بتواند به نحو رضایت‌بخشی نشانه‌هایی مثل فلج یا درد را توضیح بدهد.

در اختلال ساختگی فرد عمدا نشانه های روانشناختی یا جسمانی یا هر دو را ایجاد می کند. و هدف فرد به دست آوردن و نگه داشتن منافع از جمله توجه و نگرانی خانواده و پرسنل پزشکی است. که ایفای نقش بیمار ممکن است آن را تامین کند. در اختلال ساختگی پاداش های مادی بیرونی وجود ندارد و از این نظر با تمارض فرق دارد. در تمارض فرد عمداً نشانه های جسمانی را تولید می‌کند و مشوق های بیرونی مانند اجتناب از کار یا خدمت نظام وظیفه یا گریختن از پیگرد جنایی او را برانگیخته می کنند.

**اختلالات نشانه جسمانی**

تشخیص شامل چند اختلال میشود اختلالات قدیمی خود بیمار انگاری، اختلالات جسمانی کردن و اختلال درد. در هر مورد افراد باید نشانه های جسمانی مزمن را تجربه کنند که برای آنها ناراحت کننده است و باید افکار احساسات و یا رفتارهای کژ کار را نیز تجربه کنند.

برای اختلالات نشانه جسمانی تمرکز بر وجود سه ویژگی است

1- افکار نامناسب و مداوم در مورد جدی بودن نشانه های فرد.

2-سطح بالای اضطراب در مورد سلامت یا نشانه ها

3- وقت و انرژی زیاد که صرف این نشانه ها یا نگرانی ها در مورد سلامتی می شود این نشانه ها حداقل به مدت ۶ ماه باید ادامه داشته باشد.

بیمارانی که اختلال نشانه جسمانی دارند در کلینیک های پزشکی دیده می شوند آنها بیشتر زن ,غیر سفیدپوست و کمتر از افراد مبتلا به نشانه هایی که مبنای جسمانی واضح دارند تحصیل کرده هستند. طبق پژوهش ها افراد مبتلا به اختلالات نشانه جسمانی نوعی سبک شناختی دارند که باعث می‌شود نسبت به احساسات جسمانی خود خیلی حساس باشند آنها این احساسات را به صورت شدید بسیار ناخوشایند و ناراحت کننده تجربه می کنند. همچنین در مورد نشانه‌های خود به صورت فاجعه آمیز فکر کرده و شدت اختلال خود را بیش از حد برآورد می‌کنند.

**خود بیمار انگاری**

اختلالی که در آن فرد دلمشغول ترس از مبتلا شدن به بیماری جدی یا این فکر است که این بیماری را دارد در حالی که اینطور نیست. ویژگی رایج ترین افراد این است که نتیجه معاینه پزشکی نمی تواند فرد را مطمئن کند. در نتیجه وقتی هیچ مشکل جسمانی پیدا نمی شود ناامید می شوند این اختلال حداقل باید ۶ ماه ادامه داشته باشد. این افراد در برابر این عقیده که مشکل آنها روان‌شناختی است و ممکن است توسط روانشناس یا روانپزشک بهتر درمان شود مقاومت می کند این اختلال در مردان و زنان به طور برابر روی می دهد و می تواند تقریباً در هر سنی شروع شود اوایل بزرگسالی شایع ترین سن شروع این اختلال است افراد مبتلا به خودبیمارانگاری اغلب به اختلالات خلقی, اختلالات وحشتزدگی یا انواع دیگر اختلالات نشانه جسمانی نیز مبتلا می شوند.

**ویژگی های اصلی**

اشتغال ذهنی زیاد به کارکردهای بدن و احساسات جسمانی مبهم. تشخیص هایی که آنها برای خودشان می دهند عبارتند از سرطان ,عفونت نامتعارف, ایدز و چند بیماری دیگر.

معمولاً در وضعیت جسمانی خوبی هستند اما اعتقاد دارند نشانه هایی را که تشخیص میدهند بیانگر بیماری واقعی است

**عوامل علیتی**

طبق دیدگاه شناختی\_ رفتاری بیمار انگاری اختلال شناخت و ادراک است برداشت های اشتباه در مورد احساس های جسمانی ویژگی اصلی این نشانگان است. در دیدگاه شناختی -رفتاری ،این برداشت های اشتباه ،نقش علیتی نیز ایفا می‌کنند و اعتقاد بر این است که تجربه‌های گذشته فرد در رابطه با بیماری به شکل گیری فرض‌های کژ کار درباره نشانه ها و بیماری ها منجر می‌شود که فرد را برای مبتلا شدن به خودبیمارانگاری آماده می‌کند.

**درمان خود بیمار انگاری**

درمان شناختی رفتاری درمان موثری برای این اختلال است. این رویکرد به ارزیابی عقاید بیمار در مورد بیماری و تغییر دادن برداشت های اشتباه از احساس‌های جسمانی تمرکز دارد. روش رفتاری بیماران را ترغیب می‌کنند تا عمداً روی قسمت هایی از بدن خود تمرکز کنند و نشانه‌های بی ضرر را به خود تقسیم کنند تا یاد بگیرند که درک گزینشی احساس‌های جسمانی نقش مهمی را در نشانه‌های آنها ایفا می‌کند. گاهی این افراد را ترغیب می‌کنند که با وارسی کردن بدن خود بر طبق معمول به روش جلوگیری از پاسخ به پردازند.

**اختلال جسمانی کردن**

اختلال باید قبل از ۳۰ سالگی شروع شده باشد به مدت چند سال هم ادامه یافته باشد و با یافته های بیماری صدمات جسمانی مستقل به طور مناسبی توجیه نشده باشد. این اختلال اغلب در بین بیماران محیط‌های مراقبت پزشکی دیده می‌شود .وجود این بیماران برای سیستم های مراقبت از سلامتی پر هزینه است چون اغلب بستری ها و جراحی های مکرر غیر ضروری دارند. برای اینکه فردی واجد شرایط تشخیص اختلال جسمانی کردن باشد باید از بین ۳۳ نشانه مشخص شده حداقل 8 نشانه را تجربه کرده باشد.

**اطلاعات جمعیت شناختی, همزمانی اختلالات و روند بیماری**

اختلال جسمانی کردن معمولاً در نوجوانی آغاز می‌شود و در زنان سه برابر بیشتر از مردان شایع است این اختلال در افرادی که کمتر تحصیل کرده اند و طبقه پایین تر اجتماعی اقتصادی دارند بیشتر روی می دهد اختلال جسمانی کردن با چند اختلال دیگر مثل افسردگی اساسی ,اختلال وحشت زدگی ، اختلالات فوبیک و اختلال اضطراب فراگیر روی می دهد.

عوامل علیتی در اختلال جسمانی کردن بر طبق شواهد اختلال جسمانی کردن در خانواده‌ها جریان داشته و با این اختلال شخصیت ضد اجتماعی در مردان بر تلاش جسمانی کردن در زنان ارتباط خانوادگی وجود دارد. نشانه های جسمانی و نشانه های ضد اجتماعی در زنان با هم روی می دهد. افراد مبتلا به اختلال جسمانی کردن به صورت گزینشی به احساس های بدن توجه می کنند و احساس های جسمانی را به صورت نشانه های جسمانی برداشت می کند.

**درمان اختلال جسمانی کردن**

یکی از درمان های نسبتاً موثر مشخص‌کردن پزشکی است که مراقبت از بیمار را با دیدن منظم او و معایناتی ادغام کند که بر شکایت های تازه تمرکز داشته باشد اما این پزشک باید از آزمایش های تشخیصی غیرضروری خودداری کند و از داروها یا درمانهای دیگر کمترین استفاده را بکند.

اگر مدیریت پزشکی با درمان شناختی -رفتاری ترکیب شود, که بر ترغیب رفتار مناسب مثل مقابله کردن و سازگاری شخصی بهتر متمرکز باشد و رفتارهای نامناسب مثل رفتار بیماری و اشتغال ذهنی به نشانه های جسمانی را منع کند بیشتر موثر واقع می شود.

**اختلال درد**

اختلال درد با درد مداوم و شدید و در یک یا تعداد بیشتری از نواحی بدن مشخص می‌شود که به صورت عمدی ایجاد یا وانمود نشده است. اختلال درد ممکن است حاد باشد یعنی مدت کمتر از شش ماه یا مزمن باشد یعنی به مدت بیشتر از ۶ ماه.

افرادی که به اختلال درد مبتلا هستند کاملاً درد را واقعی احساس می‌کنند و می‌تواند به اندازه دردی که علت های دیگر دارد ناراحت کننده باشد. میزان شیوع این اختلال معلوم نیست. در زنان شایع تر از مردان است و با اختلالات اضطرابی و خلقی همزمان است. افرادی که به این اختلال مبتلا هستند نمی توانند کار کنند یا فعالیت روزمره عادی داشته باشند. دچار انزوای اجتماعی می‌شوند که به افسردگی و به از دست دادن نیرو و استقامت جسمانی منجر می شود .

**درمان اختلالات درد**

برنامه های درمان عموماً آموزش آرمیدگی ,حمایت و تایید واقعی بودن درد, برنامه ریزی فعالیت روزمره ,بازسازی شناختی و تقویت رفتارهای بدون درد را در بر دارد. که تحت این درمان قرار می گیرند کاهش قابل ملاحظه‌ای در ناراحتی خود نشان می‌دهند اما تغییرات در شدت درد آنها کمتر می شود .داروهای ضد افسردگی و برخی SSRIها شدت درد را مستقل از تاثیر این داروها برخلق کاهش می دهند.

**اختلال اضطراب بیماری**: در این اختلال افراد در مورد مبتلا بودن به بیماری جدی یا دچار شدند آن اصطراب زیاد دارند این اضطراب ناراحت کننده و مخرب است ولی نشانه های جسمانی خفیفی دارد.

**اختلال تبدیلی (اختلال نشانه کارکردی عصبی):** این اختلال نشانه های و کاستی هایی که بر رفتار حسی و حرکتی تاثیر می‌گذارند, و حکایت دارد که فرد بیماری جسمانی یا عصبی دارد. اما پس از معاینه جسمانی معلوم می‌شود که الگوی نشانه‌های و کاستی‌ها نمی‌تواند با هرگونه بیماری جسمانی شناخته‌شده‌ای توجیه شود. فرد این نشانه‌ها را عمداً تولید و وانمود نمی کند بلکه عوامل روانشناختی نقش مهمی را ایفا می‌کنند .

فروید برای این اختلالات از اصطلاح هیستری تبدیلی استفاده کرد چون اعتقاد داشت که نشانه ها جلوه ای از انرژی جنسی سرکوب شده هستند. یعنی تعارض ناهوشیاری که فرد درباره امیال جنسی سرکوب شده خود احساس می کند.

**شرایط تسریع کننده گریز و منافع ثانوی:** معمولاً نشانه‌های این اختلال وظیفه بهانه‌تراشی جسمانی پذیرفتنی را بر عهده دارند که فرد را قادر می‌کند تا از موقعیت استرس های غیر قابل تحملی فرار کند بدون اینکه مجبور باشد مسئولیت انجام این کار را برعهده بگیرد. بنابراین نفع نخستین برای نشانه های تبدیلی گریختن یا اجتناب مداوم از موقعیت استرس است. چون این کلاً ناهوشیار است یعنی فرد بین نشانه ها و مقررات استرس زا ارتباطی نمی‌بیند . نشانه‌ها فقط در صورتی از بین می روند که موقعیت استرس زا حل شده باشد.

اصطلاح نفع ثانویی به مزایای اشاره می کند که نشانه ها غیر از نفع نخستین بی‌اثر کردن تعارض درون روانی به بار می آورد.

هر چه تاثیر منفی و وقایع زندگی قبلی بیشتر باشد شدت نشانه های اختلال تبدیلی بیشتر است.

**کاهش شیوع و ویژگی های جمعیت شناختی:**

اختلال تبدیلی در جنگ جهانی اول شایع ترین اختلال بوده است. اختلال تبدیلی معمولا تحت شرایط بسیار استرس‌زای جنگ روی می‌داد و مردانی را شامل می‌شد که معمولا استوار و باثبات محسوب می شدند. نشانه های تبدیلی، سرباز را قادر می کرد که از موقعیت نبرد اضطراب آور دوری کند. بدون اینکه برچسب ترسو به او زده شود یا بدون این که دادگاهی شود.به احتمال زیاد این اختلال در افراد روستایی دارای جایگاه اجتماعی و اقتصادی پایین رخ می‌دهد که از نظر پزشکی بی تجربه و ساده و هستند. این اختلال در زنان دو تا سه برابر بیشتر از مردان اتفاق می‌افتد و در هر سنی ایجاد می‌شود. اما معمولاً بین اوایل نوجوانی و اوایل بزرگسالی روی می دهد. معمولا شروع سریع بعد از عامل استرس زای مهم دارد و اگر عامل استرس‌زا برطرف شود ظرف مدت دو هفته بهبود می یابد.

**دامنه نشانه های اختلال تبدیلی**

دامنه نشانه های اختلال تبدیلی متنوع است اندیشیدن در قالب چهار طبقه از نشانه ها هنگام توصیف تصویر بالینی مفید است.

۱- حسی

۲- حرکتی

۳-حملات صرع

۴- جلوه مختلط سه طبقه اول

نشانه های حسی: این اختلالات می تواند تقریباً هر حسی را در بر بگیرد و معمولاً به این علت اختلال تبدیلی تشخیص داده می شود که نشانه ها در نواحی ابتلا با نحوه ا‌ی که گذرگاه‌های حسی عمل می‌کنند هماهنگ نیست .نقایص حسی اغلب سهم بینایی شنوایی یا در حساسیت نسبت به احساس روی می دهد. در مورد بی حسی فرد احساس خود را در قسمتی از بدن از دست میدهد که یکی از رایج‌ترین آنها بی حسی دست است . در مورد نابینایی تبدیلی فرد می گوید نمی تواند ببیند و با این حال می‌تواند در یک اتاق گردش کند بدون اینکه با چیزی برخورد کند و در رابطه با ناشنوایی فرد میگوید قادر به شنیدن نیست و با این حال با شنیدن نام خود به طور مناسب به سمت صدا برمیگردد

**نشانه های حرکتی**: واکنش های تبدیلی حرکتی دامنه وسیع نشانه‌ها را دارا هستند. مثلاً فلج تبدیلی معمولاً به یک دست یا پا محدود می‌شود و برای وظایف خاصی گزینشی است. مثلاً فرد ممکن است نتواند بنویسد ,ولی قادر است از همان عضلات برای خاراندن استفاده کند .شایع ترین اختلال تبدیلی مرتبط با گویایی, لالی حنجره ای است که در آن فرد فقط می‌تواند به‌طور نجوا کردن صحبت کند, اما می تواند به صورت عادی سرفه کند . از دیگر نشانه های حرکتی شایع, گلو گرفتگی یا گلوله هیستریایی,مشکل بلعیدن یا احساس قلنبگی در گلو است.

**حملات صرعی**: حملات صرعی تبدیلی, حملات صرع کاذب را در بر دارند که از چند نظر شبیه به حملات صرعی هستند و از طریق تکنولوژی مدرن پزشکی, خوب متمایز می شوند. بیماران مبتلا به صرع کاذب هیچ نابهنجاری EEG را نشان نمی دهند. و بعد از این حملات، گیجی و از دست دادن حافظه ندارند. آنها اغلب دست و پا زدن و به خود پیچیدن بیش از حد نشان می دهند که در صرع واقعی دیده نمیشود همچنین بر خلاف بیماران مبتلا به صرع واقعی به ندرت در زمین خوردن ها به خود صدمه می زنند یا کنترل خود را بر مثانه یا ادرار از دست می‌دهند.

**مسائل مهم در تشخیص اختلال تبدیلی**: فردی که مشکوک به داشتن نشانه های تبدیلی است باید تحت معاینه جسمانی و عصب‌شناختی کامل قرار بگیرد. برای متمایز کردن اختلالات تبدیلی از اختلالات عصب شناختی چند ملاک مورد استفاده قرار می گیرد

۱- مطابقت نداشتن آشکار کژکاری با نشانه های بیماری خاص و اختلال مشابه آن

۲- ماهیت گزینشی این کژکاری

۳ -تحت هیپنوتیزم یا خواب شیمیایی

**درمان اختلال تبدیلی**

مشخص شده است که برخی از بیماران بستری و مبتلا به نشانه‌های تبدیلی حرکتی با روش رفتاری به طرز موفقیت‌آمیزی درمان شده‌اند. در این روش ورزش های خاصی تجویز می شود تا حرکت یا راه رفتن را افزایش دهد و سپس وقتی بیماران حرکاتی را نشان می دهند تقویت هایی به آنها ارائه می‌شود. همچنین هرگونه تقویت برای رفتار های حرکتی نابهنجار حذف می شود. در برخی از تحقیقات از هیپنوتیزم همراه با درمان های حل مسئله استفاده شده است.

**متمایز کردن اختلالات جسمانی کردن درد و تبدیلی از تمارض و اختلال ساختگی:**

تمارض در صورتی تشخیص داده می‌شود که فرد عمدا نشانه های جسمانی را به وجود آورد یا آنها را خیلی اغراق کند و مشوق های بیرونی مثل اجتناب از کار یا به دست آوردن غرامت مالی وی را برانگیخته کرده باشد.

اختلال ساختگی در صورتی تشخیص داده می‌شود که فرد عمدا نشانه های روانی یا جسمانی را ایجاد کند و هدف به دست آوردن منافع شخصی باشد از جمله توجه و نگرانی خانواده و پرسنل پزشکی.

افرادی که تمارض می کنند و آنهایی که اختلال ساختگی دارند آگاهانه با وانمود کردن نشانه‌های بیماری و معلولیت مرتکب کلاهبرداری می شوند .افراد مبتلا به اختلال تبدیلی به صورت آگاهانه نشانه های خود را ایجاد نمی کنند، بلکه خود را به صورت قربانی نشانه‌های خویش احساس می کنند و مایل هستند که در مورد آنها با جزئیات مشقت بار صحبت کنند. نفع ثانوی که آنها تجربه می کنند پیامدهای جانبی خود نشانه های تبدیلی است و برای ایجاد نشانه ها برانگیخته نمی شود.

افرادی که نشانه ها را وانمود می‌کنند وقتی درباره نشانه‌های آنها جویا می شوند طفره می روند و حالت تدافعی می‌گیرند و مشکوک هستند. آنها از معاینه کردن اکراه دارند و درباره نشانه‌های خود به راحتی صحبت نمی کنند و می ترسند که وانمود کردن آنها برملا شود.

**اختلالات تجزیه ای**: این اختلالات گروهی از اختلالاتی هستند که آشفتگی هایی را در عملکرد منسجم هشیاری, حافظه ,هویت و ادراک شخص شامل می‌شوند. اصطلاح تجزیه به توانایی ذهن انسان در پرداختن به فعالیت ذهنی پیچیده در کانال های مجزا یا مستقل از آگاهی هشیار اشاره دارد. نشانه های تجزیه خفیف زمانی اتفاق می افتد که خیال پردازی میکنیم یا رشته وقایعی را که در اطراف ما می‌گذرد از دست میدهیم. از زندگی روانی انسانها فرآیندهای ناهوشیار خودکار را شامل می شود که با توجه به کنترل داشتن عمدی به مقدار زیاد خود انگیخته هستند افراد بهنجار معمولاً شواهد غیرمستقیم از یادآوری چیزهایی را نشان می‌دهند که به‌صورت هوشیار نمی‌تواند آنها را به یاد بیاورند. و به علایم یا صداها طوری پاسخ می‌دهند که انگار آنها را درک کردند این در حالی است که نمی توانند بگویند آنها را دیده اند یا شنیده اند. اما در اختلالات تجزیه ای این کیفیت منسجم و هماهنگ شناخت انسان ،به مقدار زیاد کمتر نا هماهنگ و منسجم می شود. زمانی که این اتفاق می‌افتد فرد مبتلا ممکن است نتواند به اطلاعاتی دست یابد که معمولاً دردسترس هوشیاری او قرار دارند به نظر می‌رسد که توانایی معمولاً مفید حفظ کردن فعالیت ذهنی جاری در خارج از آگاهی بر هم خورده است که گاهی به قصد اداره کردن تهدید روانشناختی شدید صورت می گیرد. چند نوع تجزیه بیمارگون وجود دارد.

**اختلال مسخ شخصیت /مسخ واقعیت**

**یادزدودگی تجزیه ای**

**گریز تجزیه ای**

**اختلال هویت تجزیه ای**

**اختلال مسخ شخصیت/ مسخ واقعیت:** در مسخ واقعیت درک واقعیت فرد از دنیای بیرون و در مسخ شخصیت درک فرد از خود و واقعیت خودش به طور موقتی از دست می‌رود. در صورتی که دوره های مسخ شخصیت و مسخ واقعیت مداوم و مکرر شوند و در عملکرد عادی اختلال ایجاد کنند امکان دارد که تشخیص اختلال مسخ شخصیت/ مسخ واقعیت داده شود.

در این اختلال افراد تجربه های مکرر احساس جدا بودن از بدن و فرآیندهای ذهنی خودشان را دارند.

نشانه های گاه و بی گاه مسخ شخصیت مسخ واقعیت در انواع اختلالات دیگر شاید مثل اسکیزوفرنی اختلال شخصیت مرزی اختلال وحشتزدگی اختلال استرس حاد و ptsd. برای این اختلال تاکنون درمان‌های موثری وجود نداشته است خواه از طریق دارو یا روان درمانی

**یادزدودگی تجزیه ای و گریز تجزیه ای**:

**یادزدودگی پس گستر**

ناتوانی جزئیات کامل در یادآوری و تشخیص دادن اطلاعات قبلاً فراگیری شده یا تجربه های گذشته است.

**یادزدودگی پیش گستر**: ناتوانی جزئیات کامل در نگه داشتن اطلاعات جدید است.

یادزدودگی ممکن است از جراحت مغزی آسیب زا یا بیماری‌های دستگاه عصبی مرکزی ناشی شود. اگر یادزدودگی در اثر آسیب مغزی ایجاد شود ,ناتوانی در نگهداری اطلاعات و تجربه های جدید را شامل می شود.

یادزدودگی تجزیه ای به ناتوانی در یادآوری اطلاعات شخصی که قبلاً اندوخته شده محدود می شود. و این ناتوانی را نمی‌توان با فراموشی عادی توجیه کرد. در این اختلال اطلاعات شخصی ظاهراً فراموش شده در زیر سطح هشیاری وجود دارند و در مصاحبه‌هایی که تحت شرایط هیپنوتیزم یا خواب شیمیایی انجام می گیرد و در مواردی که یادزدودگی خود به خود از بین می رود ظاهر می شوند.

معمولاً دوره‌های یاد زدودگی بین چند روز تا چند سال ادامه پیدا می‌کند. در واکنش های یادگیری تجزیه این افراد نمی‌توانند جنبه‌های خاصی از تاریخچه زندگی خود و اطلاعات مهم مربوط به هویت خود را به یاد آورند.

در گریز تجزیه ای فرد از مشکلات زندگی عملی بیشتر عقب‌نشینی می‌کند تنها جنبه هایی از گذشته خود را به یاد نمی آورد بلکه از محیط اطراف خانه دور می شود که با سردرگمی درباره هویت شخصی و حتی با پذیرفتن هویت تازه همراه است. این افراد در مدت گریز نمی‌دانند که حافظه مراحل قبلی زندگی خود را از دست داده اند و حافظه آنها درمورد آنچه در طول حالت گریز اتفاق می‌افتد سالم است آنها در حالت گریز کاملاً طبیعی است و بعید است دیگر آن را مشکوک کند که اشکالی وجود دارد.

**کاستی های حافظه و عقلانی در یاد زدودگی و گریز تجزیه ای**: کاستی اصلی که افراد آشکار می‌کنند حافظه رویدادی یا زندگینامه‌ای لطمه دیده آنهاست. طبق اطلاعات تصویربرداری از مغز افرادی که دچار یادزدودگی تجزیه ای شده‌اند تغییرات قابل ملاحظه ای در مغز این بیماران وجود داشت که عمدتاً بر از دست دادن خفیف کارکرد در نیمکره قدامی راست متمرکز بود.

**اختلال هویت تجزیه ای:** این اختلال نوعی اختلال تجزیه ای چشمگیر است که بیمار دو یا تعداد بیشتری هویت مجزا را آشکار می کند , به طریقی که برای کنترل رفتار جانشین یکدیگر می شوند.

به نظر می‌رسد هر هویت سابقه شخصی, خود انگاره و نام متفاوتی دارد .هویتی که غالب آن درگیر می‌شود و اسم واقعی فرد را روی خود می گذارد ,هویت مجری است. هویت های فرعی ممکن است از نظر جنسیت ,سن, دست برتری, دست خط, جهت گیری جنسی ,نوع عینک, عاطفه غالب, زبان خارجی و دانش عمومی بسیار متفاوت باشند.

در اختلال هویت تجزیه ای جنبه‌های حافظه هویت و هوشیاری که معمولاً منسجم هستند دیگر انسجام ندارند . نشانه های اختلال هویت تجزیه ای افسردگی, اندیشه پردازی و اقدامات مکرر خودکشی ,رفتار عجیب و غریب, سردرد توهمات, نشانه‌های پس از آسیب و نشانه‌های دیگر یادگیری و گریز است . این اختلال در کودکی شروع می شود تقریباً زنان سه تا سه برابر بیشتر از مردان مبتلا به این اختلال می شوند.

تعداد هویت های فرعی در این اختلال بسیار متفاوت است تاثیر عوامل اجتماعی است.

**میزان شیوع\_ چرا اختلال هویت تجزیه ای افزایش یافته است?**

با اینکه تشخیص های صورت گرفته در محیط های بالینی در سال‌های اخیر افزایش یافته است ،برآوردهای شیوع در کل جمعیت, بسیار تفاوت دارد و با توجه به اینکه تشخیص دادن مطمئن این اختلال کار دشواری است احتمال دارد که این برآوردها درست نباشد. عوامل متعددی در افزایش میزان شیوع گزارش شده است. بعد از کتاب سیبل آگاهی مردم از اختلال بالا رفت و بر تعداد موارد افزوده شد. دلیل بعدی این است که افرادی که قبلا به طور نامناسبی مبتلا به اسکیزوفرنی تشخیص داده شده بودند اکنون می‌توانستند مورد تشخیص مناسب در اختلال شخصیت چندگانه قرار بگیرند.

همچنین مقداری از این افزایش به صورت مصنوعی است و به این علت اتفاق افتاده است که برخی درمانگران که به دنبال شواهدی از اختلال هویت تجزیه ای در وضعیت بیماران هستند , ممکن است وجود هویت های فرعی را تلقین کرده باشند.

**تحقیقات آزمایشی اختلال هویت تجزیه ای:**

تحقیقات کمی روی بیماران مبتلا به اختلال هویت تجزیه ای صورت گرفته است .تمرکز اصلی این تحقیقات مشخص کردن ماهیت یادزدودگی بوده است که بین هویت های مختلف وجود دارد. در اختلال هویت تجزیه ای حداقل چند هویت وجود دارد که به نظر می‌رسد کاملاً از وجود و تجربه‌های برخی هویت های فرعی آگاه نیستند این ویژگی اختلال هویت تجزیه ای توسط تحقیقاتی تایید شده است که نشان می‌دهد وقتی از یک هویت خواسته می‌شود فهرستی از کلمات جفتی را یاد بگیرد و بعدا از هویت فرعی با استفاده از کلمه اول به عنوان نشانه است ، درخواست می‌شود کلمه دوم در هر جفت را یادآوری کند به نظر می‌رسد آنچه که یاد گرفته شده است, از هویت یک به هویت دو انتقال پیدا نمی‌کند.

در چند تحقیق آزمایشی تفاوت فعالیت مغزی افراد مبتلا به اختلال هویت تجزیه ای را در وضعیت هویت‌های مختلف آزمایش کردند. پوتنام طی آزمایشی دریافت که وقتی بیماران مبتلا به اختلال هویت تجزیه ای در حالت های مختلف شخصیت قرار داشتند امواج مغزی آنها واقعا متفاوت بود و این تفاوت ها بیشتر از تفاوت‌هایی بودند که در آزمودنی های وانمود کننده مشاهده شد.

عوامل علیتی و مجادله ها در مورد اختلال هویت تجزیه ای: حداقل ۴ مجادله جدی مرتبط با اختلال هویت تجزیه و نحوه ای که ایجاد می شوند وجود دارد.

1- آیا اختلال هویت تجزیه ای اختلالی واقعی است یا وانمود می شود و حتی اگر واقعی باشد می‌توان آن را با وانمود کرد.

2- چگونه اختلال هویت تجزیه ای ایجاد می شود?

3- کسانی که معتقدند که اختلال هویت تجزیه ای توسط آسیب کودکی ایجاد می شود شواهدی را نقل می‌کنند مبنی بر اینکه اکثر قریب به اتفاق افرادی که مبتلا به این اختلال تشخیص داده شده اند از خاطرات بهره کشی کودکی خبر می دهند.

4- اگر برای اغلب افراد مبتلا به اختلال هویت تجزیه ای بهره‌کشی اتفاق افتاده باشد ,آیا این بهره‌کشی نقش علیتی دارد یا علت اصلی چیز دیگری است که با بهره‌کشی ارتباط داشته است?

**آیا اختلال هویت تجزیه ای واقعی است یا وانمود می شود?**

دانستن این موضوع در موقعیت هایی اهمیت پیدا می کند ، مثلاً زمانی که متهمان و وکلای آنها با استفاده از آن سعی می‌کنند از تنبیه شدن برای جرایم فرار کند( شخصیت دیگر من آن را انجام داد)

**اگر اختلال هویت تجزیه ای وانمود نمی شود چگونه ایجاد می شود نظریه پس از آسیب یا نظریه اجتماعی شناختی?**

در نوشته های امروزی نظریه عمده درباره نحوه ای که اختلال هویت تجزیه ایجاد می شود نظریه پس از آسیب است. بیماران مبتلا به اختلال هویت تجزیه ای از خاطرات بهره کشی کودکی شدید و مهیب خبر می دهند. طبق این دیدگاه این اختلال از تلاش کودک برای مقابله با احساسات کوبنده، ناامیدی و عجز هنگام روبرو شدن با بهره‌کشی آسیب زای مکرر آغاز می شود. کسانی که به این موضوع در ایجاد اختلال هویت تجزیه ای اعتقاد دارند این اختلال را به صورت نوع پیچیده و مزمن اختلال استرس پس از آسیب در نظر می گیرند که قرار گرفتن در معرض نوعی رویداد بسیار آسیب زا مثل بهره کشی آن را ایجاد می‌کند.

طبق نظریه شناختی- اجتماعی اختلال هویت تجزیه ای زمانی ایجاد می‌شود که فرد بسیار تلقین پذیری یاد می‌گیرد نقش‌های هویت چندگانه را اختیار و اجرا کند.

**آیا خاطرات زنده شده بهره‌کشی در اختلال هویت تجزیه ای واقعی هستند یا کاذب?**

یک راه برای اثبات این موضوع که خاطرات زنده شده خاصی واقعی هستند این است که آزمون فیزیولوژیکی مطمئنی ساخته شود که بتواند آنها را از هم متمایز کند.

روش نسبتاً ساده‌تری این است که تایید مستقلی مثلاً از طریق پزشک، بیمارستان یا سوابق پلیس داشته باشیم که نشان دهد بهره‌کشی واقعاً روی داده است.

**اگر بهره کشی روی داده باشد آیا نقش علیتی در اختلال هویت تجزیه ای دارد?**

پاسخ به این سوال مشکلات زیادی دارد مثلاً بهره‌کشی از کودک معمولا در محیط های خانوادگی روی می‌دهد که فلاکت ها و آسیب های دیگر هم دارد یک یا چند مورد از این منابع فلاکت می‌توانند نقش علیتی داشته باشد. مشکل دیگر در مشخص کردن نقش بهره‌کشی این است افرادی که بهره‌کشی کودکی را تجربه کردند و به نشانه های اختلال هویت تجزیه ای مبتلا هستند بیشتر از افراد مبتلا به این نشانه ها که بهره‌کشی را تجربه نکردند احتمال دارد جویای درمان باشند .

و سرانجام اینکه بهره‌کشی کودکی که عده ای آن را مدعی شدند به انواع مختلف آسیب روانی از جمله افسردگی, PTSD,اختلالات خوردن, اختلالات نشانه جسمانی و اختلال شخصیت مرزی منجر می شود.

**عوامل علیتی اجتماعی \_فرهنگی در اختلالات تجزیه ای:**

شیوع این اختلال تحت تاثیر اندازه ای که این گونه پدیده ها توسط موقعیت فرهنگی به عنوان اختلالات روانی موجه پذیرفته می شوند, قرار دارد. این اختلال در تمام گروه‌های نژادی ,طبقات اجتماعی \_اقتصادی و فرهنگ هایی که مورد بررسی قرار گرفته است, مشخص شده است. در اختلالات تجزیه ای تفاوت‌های میان فرهنگی نیز وجود دارد همچون AMOK که نوعی اختلال خشم محسوب می‌شود و زمانی روی می دهد که رویدادی ترجیحی به رفتار خشونت آمیز پرخاشگرانه آدمکشی منجر شود که به سمت افراد دیگر یا اشیا هدایت شده باشد این اختلال در مردان روی می‌دهد و اغلب تحقیر و توهین موجب آن می شود.

**درمان و نتایج در اختلالات تجزیه ای:**

درباره اینکه چگونه می توان این اختلال را به طرز موفقیت‌آمیزی درمان کرد اطلاعات بسیار کمی وجود دارد به طور کلی تصور می شود که اختلال مسخ شخصیت/ مسخ واقعیت در برابر درمان مقاوم است ,اما درمان ممکن است برای آسیب روانی مرتبط ,مثل اختلالات اضطرابی و افسردگی مفید باشد. برخی اعتقاد دارند که هیپنوتیزم از جمله آموزش دادن روش های خود هیپنوتیزم می تواند مفید باشد. همچنین چند نوع داروی ضد افسردگی, ضد اضطراب و ضد روانپریشی امتحان شده‌اند و گاهی تاثیر متوسط دارند. در مورد بیماران مبتلا به اختلال هویت تجزیه ای رایج ترین روش های درمانی بر فرض نظریه پس از آسیب استوار هستند. اغلب درمانگران هویت های فرعی را که قبلاً مجزا بودند در شخصیت مجری انتخاب می کنند و در صورتی که ادغام موفقیت آمیز باشد بیمار شخصیت یکپارچه ای را تشکیل می‌دهد. هیپنوتیزم به علاوه داروهایی مثل بنزودیازپین ها, باربیتورات ها, سدیم پنتوباربیتال و سدیم آموباربیتال کمک به یادآوری خاطرات سرکوب شده و تجزیه شده مورد استفاده قرار می گیرد.