

« جزوه آسیب شناسی روانی »

ویژه کنکور دکتری روانشناسی

(سلامت، بالینی، عمومی)

« فهرست مطالب »

- فصل اول

زمینه تاریخی آسیب شناسی روانی

موضوع آسیب شناسی روانی

منظور از رفتار بهنجار و نابهنجار

- فصل دوم

دیدگاههای مختلف درباره رفتار نابهنجار

دیدگاه زیست شناختی

دیدگاه روان پویایی

اضطراب

دستگاه روانی

رشد روانی جنسی

دیدگاه یادگیری

دیدگاه شناختی - دیدگاه انسانگرایی و احساسات وجودی

دیدگاه اجتماعی

- فصل سوم

اضطراب و مکانیزمهای دفاعی

سرکوبی

برگشت

برون فکنی (فرا فکنی)

واکنش سازی

جدا سازی

درون فکنی

جابجا سازی

دلیل تراشی

انکار

والا گرای (والایش)

جبران

همان سازی

خیالپردازی

عیق سازی هیجانی و توجیه

باطل سازی

اظهار و نشان دادن

- فصل چهارم

طبقه بندی اختلالات روانی

نظامهای طبقه بندی

نظامهای رایج طبقه بندی

- فصل پنجم

اختلالات اضطرابی

اضطراب تعمیم یافته

اضطراب (حملات پانیک)

فوبی (هراس)

وسواس فکری و عملی

علل اختلالات اضطرابی

دیدگاه زیست شناختی

دیدگاه روان پویایی

دیدگاه رفتار گرایی

دیدگاه شناختی

دیدگاه انسانگرایی و اصالت وجودی

دیدگاه اجتماعی

درمان اختلال اضطرابی
دیدگاه زیست شناختی
دیدگاه تحلیل روانی
دیدگاه یادگیری
دیدگاه شناختی
دیدگاه انسانگرایی و اصالت وجودی
اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)

- فصل ششم

اختلالات بدنی شکل و تجزیه ای
اختلالات بدنی شده
اختلالات تبدیلی
درمان اختلالات تبدیلی
خود بیمار انگاری
اختلالات ساختگی و تعارض
اختلالات درد روانزاد
درمان
اختلال بد شکلی بدنی
اختلالات بدنی شکل نامتفاوت
اختلالات افتراقی (تجزیه ای)
اختلالات فراموشی (آمنزی) روانزاد
فیوگ
شخصیتهای چند گانه
تغییر هویت

- فصل هفتم

اختلالات روانی فیزیولوژیایی
بی اشتها بی روانی

فربهی (چاقی)

بی خوابی

دیدگاه‌های مختلف درباره اختلالات روانی فیزیولوژیایی

درمان اختلالات روانی فیزیولوژیایی

- فصل هشتم

اختلالات شخصیت

الف- اختلال شخصیت پارانوئیدی

ب- اختلال شخصیت اسکیزوئیدی

ج- اختلال شخصیت اسکیزوتایپال

الف- اختلال شخصیت مرزی

ب- اختلال شخصیت هیستریانیک

ج- اختلال شخصیت خود شیفتگی

د- اختلال شخصیت ضد اجتماعی

الف- اختلال شخصیت اجتنابی

ب- اختلال شخصیت وابسته

ج- اختلال شخصیت انفعالی پرخاشگری

- فصل نهم

اختلالات خلقی

حمله افسردگی شدید

اختلال دو قطبی

دیس تایمی و سیکلوتایمی

ایجاد اختلالات خلقی

- فصل دهم

نظریه ها، تحقیقها، و درمان افسردگی

نظریه های زیست شناختی

نظریه های روان پویایی

نظریه های شناختی بک

نظریه انسان گرایی - اصالت وجودی

- فصل یازدهم

خودکشی و پیرا خودکشی

علل خودکشی

- فصل دوازدهم

اختلالات اسکیزوفرنی

سایکوزمالی کوتاه مدت

اختلال اسکیزوفرنی شکل

اختلالات طیف یا گستره اسکیزوفرنی

هذیانها

توهمها

معیارهای تشخیص اسکیزوفرنی بر اساس DSM- IV

اسکیزوفرنی کاتاتونایی

اسکیزوفرنی پارانوئید

اختلالات هذیانی

- فصل سیزدهم

علل و درمان اسکیزوفرنی

- فصل چهاردهم

اختلالات مغزی

صرع

زوال عقل انحطاطی

آلزایمر

- فصل پانزدهم

اختلالات کودکی

طبقه بندی اختلالهای کودکان

اختلال بیش فعالی توام با کاستی توجه (ADHD)

درمان

شب ادراری

لکنت زبان

اختلال رشدی فراگیر اوتیسم

- فصل شانزدهم

روانشناسی کودکان استثنایی

مفهوم خاص استثنایی

کودکان عقب مانده ذهنی

طبقه بندی روانشناسان

طبقه بندی متخصصان آموزش و پرورش

علل عقب ماندگی ذهنی

- فصل هفدهم

کودکان کم بینا و نابینا

تعریف و طبقه بندی

علل آسیبهای بینایی

نقایص و ناهنجاریهای رایج بینایی

آموزش خط بریل

- فصل هجدهم

کودکان کم شنوا و ناشنوا

تعاریف ناشنوایی و کم شنوایی

انواع ناشنوایی (درجه بندی ناشنوایی)

علل ناشنوایی

کودکان با اختلالات تکلمی

طبقه بندی اختلالهای تکلمی

- پیوستها:

فهرست منابع

psychoarshad.com

فصل اول

- زمینه تاریخی آسیب شناسی روانی :

نظریه های اولیه درباره اختلالات روانی این بود که شیطان در درون فرد مبتلا جایگزین شده و موجب اختلال رفتار وی گردیده است. بقراط معتقد بود که مغز فرماندهی بدن است و بیماری های روانی مربوط به اختلال در آن است. همچنین بقراط علت اختلالات روانی را عدم تعادل فرآورده های مزاجی (صفر، سودا، خون، و بلغم) می دانست. اولین نهضت انسان گرایانه درباره بیماریهای روانی با کار فیلیپ پنیل در فرانسه آغاز گشت. (۱۸۲۶-۱۷۴۵۹) در ۱۸۵۸ امیل کرپلین نقش مهمی در ایجاد نظریه ی بدنی ایفا نمود. او بر اهمیت آسیب شناختی مغزی در بیماریهای روانی تاکید نمود، هر چند به اقدامات موثر دیگری در این زمینه مبادرت ورزید که مهمترین آنها نظام طبقه بندی وی بود.

موضوع آسیب شناسی روانی

آسیب شناسی روانی، رفتار، احساسها، و هیجانهای افراد را از نظر برخورد با محیط و جامعه مورد بحث قرار می دهد. هم چنین چگونگی احساس متفاوت بودن افراد از نظر جامعه و برخورد با آنان را بررسی می نماید.

- تعریف آسیب شناسی روانی :

آسیب شناسی روانی عملی است که در آن کوشش می شود با به کار گرفتن اصول اساسی روان شناسی، رفتار نابهنجار شناخته شده، علل آن مورد بررسی قرار گیرد. در این تعریف مفاهیمی وجود دارد که لازم است توضیح داده شود و دقیقاً مورد بحث قرار گیرد. منظور از اصول اساسی روان شناسی، قوانینی هستند که در زمینه های مختلف روان شناسی مانند احساس و ادراک، شخصیت، یادگیری، انگیزش و هیجان و از این قبیل به دست آمده اند. مفهوم دیگری که در این تعریف آمده، رفتار نابهنجار است که لازم است دقیقاً بررسی شده معیارهای معینی برای تشخیص رفتار «بهنجار» از «نابهنجار» به دست داده شود.

- منظور از «رفتار نابهنجار» چیست؟

چون کلمه ی نابهنجار اصولاً معنی دور بودن از طبیعی را می دهد. بنابراین، دلالت بر انحراف از بعضی استانداردها دارد. با این وجود ملاکهای برای تشخیص بهنجار از نابهنجار وجود دارد که عبارتند از:

۱- ملاک اجتماعی

بسیاری از دانشمندان اجتماعی، این نظریه را بیان داشته اند که تطبیق رفتار با استانداردهای اجتماع نشانگر بهنجار بودن آن است، و انحراف از این استاندارد ها دلیل نابهنجار بودن آن می باشد. بدین ترتیب تا زمانی که رفتاری مورد قبول جامعه باشد نمی تواند نابهنجار تلقی شود. بر ملاک اجتماعی نیز انتقادهایی می تواند وارد باشد. یکی از این انتقادهای این است که ارزشهای فرهنگی نسبی است یعنی آنچه در یک فرهنگ قابل قبول و پذیرش است؛ ممکن است در فرهنگ دیگر به کلی مردود باشد. انتقاد دیگر اینکه حتی در یک جامعه معین هم ارزشهای فرهنگی همواره ثابت نیست. اما سومین و مهمترین انتقاد اینکه اگر ارزشی در یک جامعه به صورت قانون هم وجود داشته باشد ولی همگان از آن پیروی نکنند، نمی تواند بهنجار محسوب گردد.

۲- ملاک آماری

همان طور که می دانیم نرمها یا استانداردهای اجتماعی، مواردی هستند که اکثریت افراد جامعه آن را پذیرفته اند که این خود در واقع یک ملاک آماری است.

۳- ملاک روانی

منظور از رفتار ناسازگارانه، رفتاری است که با حداقل رشد و کنش مناسب فرد در تضاد است. بنابر این، طبق این ملاک «رفتار نابهنجار» فقط شامل اختلالاتی از قبیل سایکوز، یا نوروز که شرح آنها به تفصیل خواهد آمد نمی شود، بلکه الگوهائی از قبیل میبارگی، مشاغل نادرست، بی حسی عاطفی، ناسازگارهای بیولوژیایی، روانی و اجتماعی را که موجب رساندن به رفاه شخص و اجتماع می گردد، نیز در بر می گیرد.

فصل دوم

- دیدگاههای مختلف درباره رفتار نابهنجار:

۱- دیدگاه زیست شناختی

دیدگاه زیست شناختی بر نقش عوامل بدنی در ایجاد بیماریهای روانی تاکید می کند. در این دیدگاه اهمیت دستگاه عصبی (مغز و سلسله اعصاب)، غدد درون ریز، ژنها و انتقال دهندگان عصبی مورد بحث و بررسی قرار می گیرد. این دیدگاه قدیمی ترین دیدگاه محسوب می شود.

۲- دیدگاه روان پویایی

فروید و تحلیل روانی (روانکاوی): رویکرد تحلیل روانی (روانکاوی) توسط زیگموند فروید پایه گذاری شد و مکتبی بود بر علیه دیدگاه زیست شناختی. در این دیدگاه به جای تاکید بر عوامل بدنی و زیستی شیمیائی، عوامل روانی از قبیل هیجان، اضطراب، ناکامی، تعارض و استرس مورد تاکید واقع می شود. فروید از طریق تحلیل روانی (روانکاوی) به درمان و معالجه بیماری روانی می پرداخت. او پیش فرض جبر روانی را اظهار داشت که بر اساس آن رفتار خواه آشکار مانند خشم و ترس، خواه نا آشکار مانند افکار وسواسی، ریشه در گذشته فرد دارند. به تعبیر دیگر هر رفتاری علتی دارد که ریشه آن انگیزه های ناخود آگاه روانی است و از گذشته فرد سر چشمه می گیرد. ناخود آگاه شامل افکار، احساسات، و خاطراتی است که بدون آگاهی شخص بروی تاثیر می گذراند. این دیدگاه تاثیر عمیقی بر روان شناسی داشته و بر مفاهیم بنیادی مانند اضطراب، دستگاه روانی، مکانیزهای دفاعی، مراحل رشد روانی جنسی و از این قبیل استوار است.

۱- اضطراب

مهمترین عاملی که بر اساس نظریه ی تحلیل روانی علت تمام بیماری های روانی محسوب می شود، اضطراب است. مفهوم اضطراب در مکتب تحلیل روانی نقش برجسته ای دارد. فروید اضطراب را «درد روانی» نامیده است. اضطراب هم علت محسوب می شود هم معلول. فروید

اضطراب را به سه نوع تقسیم کرده است: الف- اضطراب واقعی، هنگامی تجربه می شود که شخص با خطرات یا تهدیدهای بیرونی مواجه باشد. ب- اضطراب نوروتیک، زمانی بروز می کند که «تکانه های نهاد» موجب تهدید فرد در برابر قطع کنترل های «من» و ظهور رفتارهایی که منجر به تنبیه وی خواهند گردید، می شوند. ج- اضطراب اخلاقی، وقتی ظاهر می شود که فرد عملی بر خلاف وجدان اخلاقی یا ارزشهای اخلاقی خویش انجام داده یا حتی در نظر دارد انجام بدهد و به این دلیل احساس گناه بکند. (کلمن، ۷، ۱۹۷۲، ۵۴). منبع اضطراب هر چه باشد تجربه ای بسیار دردناک است و فرد برای آنکه آن را تجربه نکند تقریباً به هر عملی متوسل می شود که یکی از آنها مکانیزمهای دفاعی است که عبارت است از: مانورهای روان شناختی که افراد به منظور احتراز از اضطراب بدان دست می زنند. (آزاد، ۱۳۶۸، ۶۶۲).

۲- دستگاه روانی

ساختمان شخصیت هر فرد دارای سه قسمت است که عبارتند از: نهاد، من، و من برتر. نهاد قسمتی از شخصیت است که سائقهای زیست شناختی فطری را شامل می شود و تابع اصل لذت جوئی است. نهاد همواره به دنبال کسب لذت است و بدون توجه به واقعیت می خواهد به حداکثر لذت برسد. در حالی که من، تابع اصل واقعیت است و کوششهای آن در جهت رسیدن به لذت با توجه به واقعیت است. به عبارت دیگر نهاد خواهان بی چون و چرای لذتهاست و ارضای فوری خواستها را بدون توجه به واقعیت جستجو می کند. (اسدارو، ۱۹۹۰، ۴۳۹).

وقتی که شخص با مسئله ای مواجه می شود، در رابطه با من خویش آن را ادراک می کند، درباره ی آن فکر می کند و نسبت بدان عمل می کند. به عبارت دیگر من هر فرد، داننده، کوشنده، تصمیم گیرنده، مضطرب شونده و انجام دهنده اصلی رفتارهای خود محسوب می شود. اساس عملکردهای من پیش فرضهائی است که فرد درباره ی خود و دنیای خود می سازد. این پیش فرضها بر پایه یادگیری استوار بوده و بر سه نوع اند:

الف- پیش فرض امکانات، یعنی اینکه اشیا و موارد چگونه می توانند باشند، چگونه تغییر می کنند، و چه فرصتهائی برای رشد فردی و اجتماعی شخص وجود دارد.

ب- پیش فرض واقعیت، یعنی نظر شخص نسبت به اشیا به صورتی که واقعاً هستند، نوع شخصیتی که دارد، و ماهیت دنیایی که در آن زندگی می کند.

ج- پیش فرض ارزشها، یعنی نظر شخص نسبت به اینکه اشیا و موارد چگونه باید باشند، از قبیل درست و نادرست، خوب و بد، مطلوب و نامطلوب. این پیش فرضها برای فرد به عنوان چهارچوب، راهنما یا نقشه شناختی محسوب می شوند و به شخص اولاً احساسی از هویت، یعنی اینکه شخص کیست و چه تواناییهایی دارد، می دهند. هم چنین تصویری از من آرمانی، یعنی اینکه فرد چه می تواند باشد و یا باید بشود، به شخص ارائه می دهند. اگر هویت شخص نامعین باشد و یا فاصله بین من آرمانی و من واقعی زیاد باشد شخص دچار تعارض درونی می گردد. ثانیاً الگوهای شخص نسبت به این پیش فرضها روی احساس، تفکر، و عمل شخص به صورت یک خصیصه ثابت اثر می گذارند. ثالثاً نه تنها راهنمای رفتار شخص هستند بلکه به عنوان کنترل داخلی نیز عمل می کنند. مثلاً ممکن است شخص را از دزدی یا رفتارهایی که مورد پسند جامعه نیست، باز دارند. این رفتارهای ارزشی وجدان اخلاقی یا وجدان نامیده می شوند. وقتی که کنترل های داخلی، قادر به اداره رفتار

شخص، طبق تجارب و نرم‌های گروه باشند، شخص، اجتماعی شده است. این پیش فرضها می‌توانند معتبر باشند یا اعتباری نداشته باشند و چون یاد گرفته شده اند دستخوش تغییر و اصلاح واقع شوند.

۳- رشد روانی جنسی

فروید معتقد است که رشد شخصیت بر تغییرات مربوط به توزیع انرژی جنسی، که وی آن را لیبیدو نامیده، استوار است. انرژی جنسی در هر مرحله در ناحیه ای از بدن که فروید آنها را مراکز شهوتزا نامیده است متمرکز می‌شود؛ به نحوی که تحریک این نواحی موجب لذت می‌شود. شکست در پیشرفت آرام و یکنواخت یک مرحله، خواه به دلیل ارضای بیش از حد یا منع و محرومیت از ارضا، موجب تثبیت در آن مرحله می‌شود. این مراحل عبارتند از: مرحله ی دهانی، مقعدی، احلیلی، نهفتگی، و تناسلی. مرحله ی دهانی بین تولد و یک سالگی است که مرکز لذت جوئی دهان خرد سال است، زیرا خرد سال از فعالیت‌هایی مانند گاز گرفتن، مکیدن، وجویدن لذت می‌برد. مهمترین تعارض اجتماعی در این مرحله از شیر گرفتن است. از شیر گرفتن نامناسب کودک ممکن است موجب تثبیت در این مرحله شود. کودکی که رضایت خاطر دهانی بیش از اندازه کسب کند ممکن است واجد شخصیت وابسته ی دهانی گردد که ویژگی آن عبارت است از: فعل پذیری، وابستگی و ساده لوحی. چنین کودکی در زندگی بعدی از خوردن و بلعیدن و مکیدن لذت می‌برد. بر عکس کودکی که در این مرحله، ارضای دهانی خیلی کمی به دست بیاورد ممکن است شخصیت پرخاشگرانه ی دهانی را ظاهر سازد که به صورت بی رحمی، کنایه زدن، و گاز گرفتن جلوه گر شود. مرحله ی مقعدی بین یک تا سه سالگی است. در این مرحله کودک از دفع فضولات لذت می‌برد. تعارض مهم در این مرحله مربوط به تعلیم توالیت است. بر اساس ادعای فروید تعلیم نامناسب توالیت، ممکن است منتهی به تثبیت در مرحله ی مقعدی گردد. تثبیت در مرحله ی مقعدی نیز موجب دو نوع شخصیت می‌گردد که یکی شخصیت نگهدارنده محسوب شده و ویژگی‌هایی از قبیل نظم و پاکیزگی و سواسی را شامل می‌شود و دیگری شخصیت اخراج کننده نامیده شده و شخص بی توجهی، آلودگی و بی نظمی را دوست دارد. بین سنین ۳ تا ۵ سالگی، کودک مرحله ی احلیلی را طی می‌کند که در آن مرکز لذت جوئی آلت تناسلی است. در این مرحله در پسران عقده ادیپ به وجود می‌آید که عبارت است از: تمایل کودک به والد جنس مخالف و ترس از تنبیه توسط والد هم جنس خویش. حل این عقده منجر به همسان سازی با والد هم جنس می‌شود. پسر این تمایل به مادر خویش را به دلیل اضطراب اختگی - یعنی ترس از اینکه پدرش او را از طریق برداشتن آلت تناسلی تنبیه خواهد کرد- از دست خواهد داد. دختر به دلیل غبطه ی آلت تناسلی مردانه به سوی پدر خود جذب می‌شود که این حالت عقده الکترا نامیده شده است. ولی ترس مربوط به از دست دادن عشق مادری موجب می‌شود که دختر خود را با مادر خویش همسان سازد، ولی همچنان در آرزوی جلب توجه پدر به سوی خویش باشد. از طریق جریان همسان سازی پسران و دختران ارزشهای والدین را می‌پذیرند و سوپرایگو (وجدان اخلاقی) رشد می‌یابد. فروید دوره بین پنج سالگی و بلوغ را مرحله ی نهفتگی نامیده است. او باور دارد که در خلال این مرحله کودک رشد روانی جنسی کمی تجربه می‌کند. در عوض در این مرحله مهارت‌های اجتماعی و دوستی کودک توسعه می‌یابد. سرانجام در خلال نوجوانی کودک به مرحله ی تناسلی می‌رسد و از نظر جنسی جذب و جلب افراد دیگر می‌شود. بر اساس نظریه فروید سه مرحله نخست از لحاظ رشد شخصیت بسیار با اهمیت هستند و شخصیت هر فرد در پنج سال اول زندگی تثبیت می‌شود.

۳- دیدگاه یادگیری

این دیدگاه نیز مثل دیدگاه روان پویایی جبری محسوب می شود؛ زیرا برای هر نوع رفتار علتی قائل است؛ اما منبع جبر و علت را از زاویه متفاوتی مورد توجه قرار می دهد. یعنی به جای توجه به وقایع روانی درونی و جستجوی گذشته بیمار برای فهم علت رفتار، مواردی از قبیل منابع تقویت کننده و تغییر آشکار محیط مورد تاکید واقع می شود. تقویت کننده پاداشی است که احتمال ایجاد پاسخی معین یا عدم ظهور آن را در برابر محرکی خاص موجب می شود. اگر پاداش مطلوب باشد موجب آمادگی فرد برای پاسخ دادن صحیح می گردد. به تعبیر دیگر تقویت مثبت احتمال بروز پاسخ صحیح را افزایش می دهد و موجب یک حالت خشنودی و رضایت خاطر در فرد می گردد؛ در حالی که تقویت منفی، موجب دور ساختن محرک تنفرانگیز در صورت ظهور رفتار مطلوب می گردد. مثلاً دادن پول به کودکی که مشق خود را خوب نوشته است یا حتی گفتن کلمه آفرین تقویت مثبت محسوب می شود، ولی قطع سرزنش کودکی که همبازی خود را پس از پرت کردن از زمین بلند می کند، تقویت منفی است. تشویق و تنبیه راه های دیگری برای تغییر رفتار هستند. به هر حال، در این دیدگاه رفتار را خواه بهنجار و خواه نابهنجار، یاد گرفته شده می دانند که می تواند بر اثر شرطی شدن کلاسیک (پاولوفی)، شرطی شدن عاملی که اسکینر واضع آن است و بر اساس آن قبل از آنکه تقویت به عمل آید، موجود زنده باید پاسخ خاصی را ظاهر سازد، مدل سازی که طبق نظر بندورا یادگیری از طریق مدل قرار گرفتن و قرار دادن و مشاهده ی رفتار دیگران بدون آنکه همیشه تقویت و تمرین وجود داشته باشد، ایجاد می گردد (ساراسون، ۱۹۸۹، ۷۵-۷۰).

۴- دیدگاه شناختی

گرچه دیدگاه شناختی مانند دیدگاه روان پویایی به انگیزه های درونی اعتقاد دارد، اما بر خلاف آن دیدگاه، انگیزه ها، احساسات و تعارضها را که به سادگی به آگاهی می آیند مورد تاکید قرار می دهد، نه ناخود آگاهی و پنهان بودن آنها را. به عبارت دیگر جریانهای شناختی و ذهنی که شخص از آنها آگاهی دارد علت رفتار محسوب می شوند نه انگیزه های درونی که شخص از آنها بی اطلاع است. این دیدگاه انسان را به عنوان یک پردازشگر اطلاعات و حل کننده مسائل می نگرد. دلارد و میلر مفاهیم شناختی را برای توصیف رفتار ناسازگار به صورت ارتباط تجارب نامطلوب و افکار نادرست مورد توجه قرار می دهند. آنان رفتار فرد را به عنوان پاسخهای اکتسابی که شخص به آنها بینش و آگاهی دارد، می دانند. بندورا معتقد است که اختلالات روانی در افراد، نتیجه نبود خویشنداری است. بنابراین، باید به آنان کمک شود تا بر رفتار خود کنترل داشته باشند. آلبرت ایس معتقد است که رفتار هر فرد بیشتر بستگی به نظام باوری وی و راههای تعبیر و تفسیر موقعیتهای دارد نه وضعیت عینی آن موقعیت. بنابراین، اختلالات روانی نتیجه باورهای غلط و تعبیر و تفسیر های نادرست از اوضاع و احوال هستند. بدین ترتیب درمانگری منطقی - هیجانی را پیشنهاد می نماید که در آن درمانگر به مراجعان خود کمک می کند تا زندگی خود را مورد بررسی قرار دهند. دوباره نسبت به آن فکر کنند، ارزشهای غیر منطقی خود را مورد سؤال قرار دهند، و افکار، رفتار، و هیجانهای نادرست خود را تغییر دهند. بک معتقد است که شناختهای نادرست علت عمده ای برای بیماری های روانی به ویژه افسردگی است. او باور دارد که هیجانها و رفتار افراد در حد زیاد نتیجه ی نحوه ی نظر و تفکر آنها درباره جهان اطرافشان است.

۵- دیدگاه انسان گرایی و اصالت وجودی

یکی از فرضیه های اصلی دیدگاه انسان گرایی، خود شکوفائی یا کمال خویشتن است که به صورت نیرویی فعال در انسان وجود دارد. وقتی که شخصیت انسان در محیطی مساعد رشد نماید، نیروهای خلاق آزاد می شوند و طبیعت مثبت درونی انسان را آشکار می سازند. بنابراین، اختلال روانی و پریشانی نتیجه ی مسدود شدن راههای رسیدن به تحقق خود و تمایلات معطوف به کمال است. نظریه پردازان اصالت وجود بر اراده و مسئولیت انسان برای تسلط بر نیروهای محیطی تاکید می ورزند و معتقدند که «انسان محصول انتخابهای خویشتن است» وجود انسان و معنی آن به طور کامل در اختیار خودش است و تنها اوست که می تواند درباره نگرشها و رفتارهای خویش تصمیم بگیرد. مازلو درباره سلسله مراتب نیازها صحبت می کند و اظهار می دارد که نیازهای فیزیولوژیائی، اساسی ترین نیازها و نیاز کمال برترین و بالاترین نیاز است. بر اساس این نظریه اختلالات روانی در افراد، بدین دلیل است که آنان از دستیابی به نیازهای اساسی، خواه توسط خودشان و خواه توسط دیگران، محروم شده اند و کوشش آنها برای رسیدن به کمال و تحقق خویشتن به مانع برخورد کرده است. در نتیجه این افراد احساس بی اطمینانی و تهدید می نمایند. بنابراین، کاردرمانگر عبارت است از: تسهیل راههای ارضای نیازهای اساسی مراجعان از طریق احترام و محبت کافی به آنان.

۶- دیدگاه اجتماعی

بر اساس این دیدگاه اختلال روانی دست کم تا حدی ناشی از شکست نظام اجتماعی حمایت کننده فرد است. گر چه علل اختلالات روانی ممکن است زیست شناختی باشند مانند نارسائیهای هورمونی یا انتقال لازم است این نکته تاکید شود که هیچ یک از این دیدگاهها به تنهایی نمی تواند علل اختلالات روانی را تبیین کند، بلکه هر دیدگاه نقطه نظر خاص و جنبه ویژه ای را مورد توجه قرار می دهد. بنابراین، از طریق نظریه تعاملی، یعنی عطف توجه به همه دیدگاهها می توان تمام علل یک اختلال را بررسی کرد.

فصل سوم

اضطراب و مکانیزمهای دفاعی

اضطراب، حالتی بر خلاف ترس که معمولاً پاسخی است به یک تهدید معلوم و شناخته شده، احساسی است نامشخص از تشویش و ناراحتی در پاسخ به خطر ناشناخته. اضطراب، درونی است و شخص را نسبت به تهدیدی نامعلوم و مبهم گوش به زنگ و آگاه می سازد و او را می دارد تا بر علیه آن عملی دفاعی انجام دهد. مکانیزمهای دفاعی، تدابیر ناخودآگاه «من» هستند که فرد برای مقابله با اضطراب و حفظ خویش از خطرات آن به کار می گیرد. این مکانیزمها توسط همه افراد برای از بین بردن تهدیدها و فشارهای روانی به کار گرفته می شوند. افراد مبتلا به اختلالات روانی احتمالاً این مکانیزمها را مصرانه تر، نومیدانه تر، و با کنترل کمتر از افراد بهنجار به کار می برند، و حتی ممکن است دفاعهای متعددی را به طور همزمان به کار گیرند.

انواع مکانیزمهای دفاعی :

۱- سرکوبی، عبارت است از: جلوگیری از ورود افکار، آرزوها، تکانه ها و خاطرات غیر قابل قبول به خود آگاه، هر چند ممکن است در سطح ناخودآگاه در پی ابراز خود باشند. این مکانیزم دفاعی نخستین مکانیزمی است که ایجاد می شود، بیشتر از سایر مکانیزمها به کار می رود، غالباً با دفاعهای دیگر همراه است، و ممکن است به صورت مبدل در خود آگاه ظاهر گردد.

۲- برگشت، عبارت است از: بازگشت به سطح پایینتر رشد. این مکانیزم زمانی مورد استفاده قرار می گیرد که خود نمی تواند در شرایطی که قرار گرفته با محرومیتها و فشارهای روانی مقابله کند. این مکانیزم نوعی تحریف و تغییر رفتار به صورت بچگانه است. مثلاً وقتی که کودکی نمی تواند تولد بچه دیگر را تحمل کند به سنین قبل باز می گردد و از طریق عدم کنترل ادرار و مکیدن شست، می خواهد موقعیت خود را بازیابد.

۳- برون فکنی، این مکانیزم عبارت است از: نسبت دادن افکار، آرزوها، و تکانه های نامطلوب و غیر قابل پذیرش به دیگران. این عمل از طریق انتساب تکانه های بنیادی و تهدید کننده درونی به دیگران، بدون آنکه شخص وجود آن را در خود بپذیرد، جلوه گر می شود. در این مکانیزم شخص برای آنکه از داشتن افکار و افعال نادرست و ناپسند خود احساس شرم نکند و به اصطلاح نزد وجدان خویش شرمناک نباشد احساسات، تمایلات، و اعمال نادرست خود را به دیگران نسبت می دهد و بدین ترتیب، خود را از عذاب وجدان آسوده می سازد. این مکانیزم دو عمل عمده انجام می دهد: الف- شخص دیگران را مسئول کاستیها، اشتباهات، و اعمال بد خویش می داند و آنان را سرزنش می کند، ب- تکانه ها، افکار، و تمایلات غیر قابل قبول خود را به دیگران نسبت می دهد. ضرب المثل «کافر همه را به کیش خود پندارد» در این مورد بسیار صادق است. مثلاً دانش آموزی که در امتحان نمره ی بدی کسب کرده است، برای اینکه نزد وجدان خویش احساس شرم و حقارت نکند، می گوید: سوالات سخت بود، معلم خوب درس نداد، یا معلم با من بد بود. این مکانیزم در واقع «قیاس به نفس» است. مثلاً کسی که نظر سوئی نسبت به دیگران دارد می گوید: آنان نسبت به من کینه و دشمنی دارند. برون فکنی خصیصه عمومی افکار پارانوئیدی است.

۴- واکنش سازی، این مکانیزم عبارت است از: ابراز مبالغه آمیز افکار، آرزوها و تکانه ها بر خلاف جهت اندیشه ها، تمایلات، و انگیزه هائی که در درون فرد هستند، ولی به حدی دردناک اند که نمی توانند به آگاهی بیایند. از این قبیل است هنگامی که فرد، تنفر را با تظاهر شدید به محبت و بی رحمی را با ابزار ترحم زیاد نشان دهد. شخص از این طریق حصارها، و موانعی که سرکوبیهای وی را تقویت می کنند، بر پا داشته، آرزوهای واقعی و احساسات خویش را از هشیاری آگاهانه و ظهور آشکار حفظ می کند. معمولاً دفاع واکنش سازی از طریق ویژگیها و رفتارهای افراطی، غیر منطقی، و شدید که هیچ تناسبی با موقعیت واقعی ندارد، شناخته می شود. مثلاً محبت بیش از حد زن پدر به فرزند خوانده، نگرانی شدید شخص نسبت به سلامت فردی که با او دشمنی نهفته داشته یا حتی آرزوی مرگ وی را دارد، مودب بودن بیش از اندازه ی شخص در برابر رئیس، مافوق، یا کسی که از وی متنفر است.

۵- جدا سازی، این مکانیزم عبارت است از: حذف جنبه های هیجانی از یک اندیشه یا فکر که اساساً با آن همراه است، یا احیا و یادآوری یک خاطره بدون توجه به حالت هیجانی اصلی آن. در این مکانیزم واکنش هیجانی که به صورت طبیعی باید با حوادث رنج آور همراه باشد از طریق تنبیهای مدلل که شخص را از احساس رنج و ناراحتی حادثه جدا می سازد، از بین می رود، مانند مرگ والدین و عدم سوگواری.

۶- درون فکنی، این مکانیزم بر خلاف برون فکنی است و از طریق آن، فرد ویژگیهای

دیگران را به طور رمزی به عنوان خصوصیات شخصی خویش قرار می دهد. این مکانیزم دفاعی نوعی همانند سازی است و به ویژه نزد کودکان متداول است.

۷- جابه جا سازی ، این مکانیزم عبارت است از: تغییر جهت دادن احساسات از یک شخص یا یک شیء به یک شخص یا شیء دیگر که کمتر مخاطره انگیز است. این مکانیزم دفاعی معمولاً به صورت جانشین ساختن فردی ضعیفتر (مانند همسر، فرزند) به عنوان هدف پرخاشگری که شخص نسبت به فرد دیگری (مانند رئیسش) داشته ولی نتوانسته است ابراز نماید، دیده می شود. فوبیها (ترسهای بی دلیل) بیانگر اضطراب درباره خواستههایی از قبیل انگیزه جنسی هستند که به اشیای معمولی و خنثی از قبیل حیوانات جابه جا شده به صورت ترس فوق العاده از این اشیاء جلوه گر می شوند.

۸- دلیل تراشی ، در این مکانیزم، فرد افکار و احساسات خود را به انگیزه های موجه نما و خوش ظاهر نسبت می دهد در حالی که انگیزه های واقعی به دلیل غیر قابل قبول بودنشان ناشناخته باقی می ماند. این مکانیزم یک تدبیر خود فریبانه و خود بزرگ کننده فرد، برای اجتناب از اضطراب، احساس گناه، و شرمساری است. این ضرب المثل معروف که «روباه وقتی دستش به انگور نمی رسد می گوید ترش است»
۹- انکار ، این مکانیزم عبارت است از: رد و عدم پذیرش ناآگاهانه جنبه هائی از واقعیت که نمی توانند آگاهانه مورد قبول واقع شوند. در این مکانیزم شخص از پذیرش رویدادی معین (مثلاً مرگ فرد مورد علاقه)، یا مواجه شدن با موقعیتی غیر قابل تحمل امتناع می ورزد. انکار واقعیت در موارد افراطی ممکن است پیش درآمد ظهور سایکوز باشد.

۱۰- والاگرایی ، این مکانیزم عبارت است از: انداختن تکانه های غیر قابل قبول در مسیرهای قابل قبول اجتماعی. هنگامی که ظهور مستقیم تکانه ای از نظر اجتماعی ممنوع باشد، این مکانیزم راهی است موفقیت آمیز برای دستیابی به ارضای آن تکانه. مثلاً انتخاب حرفه هائی مانند جراحی یا انتقاد گریه های هنری، نشان دهنده راه مقبولی است برای تخلیه تکانه های پرخاشگرانه.

۱۱- جبران ، این مکانیزم عبارت است از: تلاشی که فرد برای جبران کمبودهای خود از طریق پیشرفت در زمینه های دیگر انجام می دهد. این مکانیزم، دفاعی است در برابر احساس حقارت، ناشی از شکستها و نقایص واقعی یا تصویری. این موضوع بسیار معروف است که دموستن که نه تنها بر لکنت زبان خویش فائق آمد و آن را بر طرف ساخت بلکه خطیب مشهوری هم گشت.

این مکانیزم، شخص را به سوی تعالی در جهات دیگر زندگی و اکتساب توانائیهای جدید، برای پوشاندن نارسائیهای خود، بر می انگیزد.

۱۲- همسان سازی ، این مکانیزم عبارت است از: تمایلی ناخود آگاه به جذب و اقتباس ویژگیهای شخصیتی فردی دیگر. به عبارت دیگر، فرد اعمال و رفتارهای خود را بر اساس الگوهای که از دیگران به ویژه خانواده، دریافت می کند، شکل می دهد.

۱۳- خیالپردازی ، بسیاری از اوقات وقتی شخص نمی تواند به آرزوهای هدفهای خود برسد در عالم خیال شاهد مقصود را در آغوش گرفته بر بالهای خیال سوار می شود و آنچه را در واقعیت بدان نرسیده در عالم خیال جستجو می کند. مثلاً برای ثروتمندان یعنی ثروتمند شدن، به دست آوردن شغل و مقام، گرفتن مدرک تحصیلی، ازدواج و بسیاری از تمایلات دیگر شخص به راههای آسان و بی درد سر یعنی خیالبافی متوسل می شود.

۱۴- عایق سازی هیجانی و توجیه: این مکانیزم عبارت است از کم کردن نگرانی و تشویش درونی از طریق کاهش دادن انتظارات و آرزوها، و محدود ساختن عواطف و هیجانات. این مکانیزم فرد را از درگیر شدن با مسائلی که احتمالاً نتیجه مطلوبی به دنبال نخواهد داشت، باز می‌دارد. بدین ترتیب بیشتر در افرادی دیده می‌شود که خود را شکست خورده می‌انگارند و راه هر موفقیتی را از پیش، برای خود بسته می‌پندارند. در واقع این مکانیزم نوعی توسل جستن به فعل پذیری است. مثلاً "در برابر موقعیتهای سخت و طولانی مانند بیکاری یا زندان، شخص زندگی محدود و بدون آرزویی را می‌پذیرد و به اصطلاح به قضا و قدر تن در می‌دهند، یا از فعالیتهای رقابت آمیز اجتناب می‌ورزد.

۱۵- باطل سازی، این مکانیزم عبارت است از: خنثی کردن عمل یا اندیشه‌های نادرست از طریق عذر خواهی یا اقرار به اشتباه و گناه، ابراز پشیمانی، توبه کردن، ریاضت کشیدن، و پذیرش تنبیه، از طریق این مکانیزم شخص خود را از عذاب وجدان و احساس گناه خلاص می‌سازد. در افرادی که اعتماد به نفس کمتری دارند، این دفاع به شیوه ای اغراق آمیز ملاحظه می‌شود. ممکن است در بعضی اوقات احساس گناه به قدری شدید باشد که شخص برای رهائی از آن و احساس رنج شدید و تحقیر و تشویش راهی جز خود کشی نیابد.

۱۶- اظهار و نشان دادن، این مکانیزم عبارت است از: جلب حس ترحم و همدردی دیگران از طریق اظهار و ابراز مشکلات، ناراحتیها، نگرانیها و ریخس خاطرها. در این مکانیزم به جای آنکه شخص ناراحتیها و ناکامیها را در خود نگهدارد، آنها را اظهار می‌نماید تا تنش و فشار ناشی از آنها را کاهش دهد، نیز در این مکانیزم از طریق تشریح شکستها، ناراحتیها، و بیماریها شخص می‌کوشد تا تلاش و تحمل خود را نشان دهد و حمایت دیگران را نسبت به خود جلب نماید. به عبارت دیگر، با توسل به این مکانیزم شخص می‌خواهد که دیگران شکستهای او را درک کنند و بدانند که زندگی چقدر برایش سخت و رنج آور بوده است.

ویژگیهای کلی مکانیزمهای دفاعی

مکانیزمهای دفاعی غالباً در ترکیب با یکدیگر به کار گرفته می‌شوند، هر چند به تنهایی نیز مورد استفاده قرار می‌گیرند. این مکانیزمها برای ملایم کردن شکست، تسکین اضطراب، و محافظت شخص از احساس بی‌کفایتی بی‌ارزشی به کار گرفته می‌شوند. بدین ترتیب، مکانیزمها را می‌توان به عنوان واکنشهای طبیعی به حساب آورد، مگر آن که به صورت افراط یا تفریط در آیند. مثلاً در اسکیزوفرنی مکانیزم بازگشت به قدری افراطی است که شخص کنترل مدفوع خود را از دست می‌دهد و به دوره ای از زندگی باز می‌گردد که قادر به کنترل آن نبوده است، و بر عکس در افسردگی شخص به جای اینکه علت شکستها را به دیگران نسبت دهد، خود را نالایق و ناتوان می‌پندارد و مکانیزم برون فکنی را در حد بسیار کم مورد استفاده قرار میدهد. این مکانیزمها هم دارای کنش مثبت هستند هم منفی. به طور خلاصه باید تاکید شود که مکانیزمهای دفاعی انسان اکتسابی بوده برای سازش با آسیب روانی، اضطراب، و جلوگیری از بی‌ارزش شدن «من» طرح ریزی شده اند، در سطحی تقریباً خود به خود و به صورت عادت عمل می‌کنند، و عموماً شامل خود فریبی و تحریف واقعیت هستند.

فصل چهارم

طبقه بندی اختلالات روانی

نظامهای طبقه بندی

سالهای طولانی، اختلالات روانی، چهار طبقه عمده را در بر می گرفت که عبارت بود از: سندرمهای فخری، سایکوزها، نوروزها، و اختلالات شخصیت.

۱- در سندرمهای فخری اختلالات فکری نتیجه آسیب های مغزی محسوب می گردید. این اختلالات ممکن است بازگشت پذیر باشند (مانند مسمومیت با

فنوباریتال)، یا طولانی مدت و غیر قابل بازگشت: (مانند آسیب رسیدن به بافتهای مغز که گاهی اوقات با پیری در رابطه است).

۲- در سایکوزها که اختلالات متعددی را شامل می شود ادراک خود از واقعیت به گونه ای جدی دچار تحریف گردیده، کنشهای روان شناختی وی به شدت

آشفته می شوند. افراد مبتلا به پسیکوز ممکن است توانایی باقی ماندن در شغل و انجام دادن مسئولیتهای پیچیده خانوادگی و اجتماعی را نداشته باشند.

ویژگی های اساسی در پسیکوزها را می توان شامل شش اختلال دانست که عبارت است از:

الف- هذیان (اختلال در تفکر)

داشتن افکار و اندیشه های نادرستی که به رغم وجود شواهدی حاکی از نادرست بودنشان، فرد آنها را باور داشته و به درست بودن آنها اصرار می ورزد. مثلاً

فکر می کند که پادشاه است در حالی که از فقر و بیچارگی شدید رنج می برد. بی نظمی جریانهای فکری ممکن است به صورت اشتغال در تمرکز، ناتوانی در

همخوانی افکار، احساسی از محصور بودن در افکاری مخصوص و آسیب شدید در حل مسئله و تصمیم گیری ظاهر شود. ممکن است بیمار باور داشته باشد

که دشمنان او امواج الکترونیکی پیچیده ای برای دخالت در جریانهای فکری او به کار گرفته یا داخل مغز او کار گذاشته اند.

انواع هذیان ها

۱- هذیان تعقیب: این باور که بر علیه شخص توطئه چینی شده، درباره ی وی جاسوسی می شود، همواره به دنبالش هستند، و می خواهند به او آزار

برسانند.

۲- هذیان کنترل یا تاثیر: این باور که افراد، نیروها، یا شاید موجودات غیر زمینی افکار، احساسات و اعمال شخص را همواره توسط ابزارهای الکتریکی که

مستقیماً علامتهائی به مغز وی می فرستند، کنترل می کنند.

۳- هذیان اشاره (انتساب به خود): این باور که حوادث یا محرکهای بی ربط نسبت به فرد واقعاً و بویژه به بیمار اشاره دارند. مثلاً بیمار ممکن است فکر کند

که داستان زندگی وی در تلویزیون یا مجلات منعکس گردیده است.

۴- هذیان گناه: این باور که شخص «گناه نا بخشودنی» مرتکب شده است یا صدمه شدیدی به دیگران وارد کرده است. مثلاً بیمار ممکن است ادعا کند

که فرزندان خود را کشته است.

۵- هذیان خود بیمار انگاری: این باور بی اساس که فرد از یک بیماری بدنی پنهان رنج می برد. هذیان خود بیمار انگاری افراد اسکیزوفرنیائی از ترسهای بی پایه ای که در مبتلایان به خود بیمار انگاری ملاحظه می شود متفاوت است، زیرا بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی به بیماریهای مشخصی اشاره نمی کنند، بلکه درد و رنجهای عجیب و غریبی را نام می برند. مثلاً بیمار قبلاً به خود بیمار انگاری از درد کلیه، تومورهای مغزی و از این قبیل شکایت می کند، ولی بیمار اسکیزوفرنیائی ادعا می کند که کلیه های وی در حال خارج شدن از بدنش هستند، یا مغز وی پر از کپک است.

۶- هذیان نیستی: این باور که خود شخص یا دیگران یا کل دنیا از هستی باز ایستاده اند. مثلاً بیمار ممکن است ادعا کند که یک روح باز گشته از یک مرده است.

۷- هذیان بزرگ پنداری: این باور که شخص فردی است بی اندازه مشهور، نیرومند و مهم، مثلاً "نپلئون، حضرت مسیح، و یا یک شخصیت تاریخی است. بسیاری از افراد اسکیزوفرنیائی شکایت می کنند که افکار آنان به نحوی تحریف می شود. این هذیان که به هذیان کنترل مربوط است موارد زیر را در بر می گیرد:

الف- انتشار فکر: این باور که افکار فرد به دنیای خارج منتشر می شود و هر کسی می تواند آنها را بشنود.

ب- کاشت فکر: این باور که دیگران در حال داخل ساختن افکار، به ویژه افکار زشت، به مغز وی هستند.

ج- ربایش افکار: این باور که افراد دیگر در حال بیرون کشیدن افکار از مغز وی هستند.

ب- توهم (اختلال در ادراک)

اختلال دیگری که در سایکوزها بسیار اهمیت دارد توهم یعنی تجارب حسی یا ادراکی است که هیچ منبع خارجی واقعی ندارند، مانند شنیدن صدای شیطان که به فرد دستور کشتن کسی را می دهد.

فرد عادی از طریق جریان پیچیده غربال کردن و از صافی گذراندن اطلاعات حسی قادر به انتخاب، تطبیق و تشخیص انبوه محرکهایی که همواره به وی ارائه می شوند، بوده و بدین وسیله می تواند دنیای خود را به طریقی عادی و معنی دار ادراک نماید. ولی بیمار سایکوتیک بر عکس به طور آشکار قادر به غربال کردن اطلاعات آشفته یا تشخیص اطلاعات مربوط و نامربوط نیست. او در حد زیاد نسبت به تمام محرکهها، خواه از منابع داخلی باشند یا خارجی، حساس است و قادر نیست که ادراکهای خود را به صورت یک الگوی معنی دار، وحدت و انسجام بخشند.

ج- اختلال در هیجان (احساس وحشت)

چون هیجانهای افراد در حد زیاد تحت تاثیر جریانهای شناختی است، بنابراین تعجب آور نیست که بی نظمی در افکار و ادراک با اختلال در پاسخهای عاطفی همراه باشند. فقدان کنترل شخص روی افکار خود، ناتوانی در انتخاب افکار مناسب و انصراف از فکر کردن درباره ی چیزی که فکرش روی آن تثبیت شده است، به نظر می رسد، عامل مهمی در ظهور عاطفه نامناسب باشد که به صورت اضطراب شدید و احساس رعب و وحشت جلوه گر می شود.

د- کناره گیری از واقعیت.

شخص مبتلا به سایکوز تمایل دارد که از واقعیت کناره گرفته به دنیای تخیلی و تجربه خصوصی خویش پناه برد. بدین معنی که بی نظمی در فکر و هیجان فقط محیط اطراف را در بر نمی گیرد، بلکه شامل خود فرد نیز می شود. به عبارتی ساده تر، در سایکوزها خود، به عنوان وحدت دهنده هسته شخصیت از هم گسیخته تجربه شده و به شدت دچار اضمحلال می گردد.

ه- اختلال در تکلم

تکلم افراد سایکوتیک دارای ویژگیهای خاصی است. مثلاً در پاسخ به بعضی سوالات مطالبی بی ربط می گویند. یا در جملات خود جای کلمات را به طرز نامتناسبی عوض می کنند. در موارد پیشرفته تر فهم کلمات آنها بسیار مشکل می شود، زیرا جملات طوری دنبال هم قرار گرفته اند که ظاهراً به هم مربوط اند در حالی که ارتباط آنها بسیار کم است. گاهی اوقات بیمار کلماتی را به کار می برد که در هیچ واژه نامه ای وجود ندارد و بیمار خود آنها را ساخته است که آن را اصطلاحاً واژه سازی می نامند. حتی گاهی اوقات بیمار قادر به تکلم نیست که آن را لالی عاطفی می نامند، و یا با کوشش زیاد چند کلمه ای صحبت می کند. استعدادهای هوشی، حافظه، اطلاعات عمومی و غیره ظاهراً مختل می شوند، اما این اختلالات در واقع ناشی از سایر نشانه های مرضی بیماری است که اگر این نشانه ها بر طرف گردند، این اختلالات نیز از بین می روند. آنچه از نظر بالینی حائز اهمیت است، نبود بصیرت بیمار نسبت به بیماری خویش است که در کلیه مراحل حتی در حالات خفیف سایکوز نیز دیده می شود.

و- رفتار عجیب و غریب

تمام الگوهای مرضی که توصیف شدند اغلب با رفتارهای عجیب و غریب همراه است. مثلاً بیمار ممکن است حرکات، ژستها، عادات، و تظاهرات عجیبی آشکار سازد یا در گوشه ای بدون ابراز حالات عاطفی و هیجانی بنشیند و به نقطه ای خیره شود. هر چند این موضوع باید مورد تاکید قرار گیرد که رفتارهای عجیب و غریب معمولاً حمله ای (دوره ای) هستند. در واقع باید توجه داشت که (۱) تمام نشانه های مرضی در یک فرد خاص به وقوع نمی پیوندد، (۲) این نشانه ها ممکن است در بیماران مختلف به طور آشکار متفاوت باشند، (۳) این نشانه ها ممکن است تحت تاثیر نام گذاریها و تشخیصهائی که در مورد شخص صورت می گیرد واقع شوند، (۴) این نشانه ها ممکن است بر حسب زمان تغییر یابند و به صورت حمله ای، یا دوره های طولانی مدت باشند. بدین ترتیب، بیمار ممکن است در یک روز در حالت خوبی باشد و در روز دیگر توهم و هذیان نشان دهد و یا اینکه بر عکس هذیانها و توهمهای با دوام داشته باشد.

۳- نروزها

ماهیت و هسته اصلی نروزها عبارت است از: ارزشیابی غلط از واقعیت و تمایل به اجتناب کردن از مسائل به جای سازش حاصل کردن با آنها. به عبارت دیگر هسته اصلی نروزها عبارت است از: روش زندگی نابهنجار که به صورت اضطراب و اجتناب ظاهر می شود. تمایل فرد به نگهداری این نوع زندگی به رغم ماهیت خود مغلوبی آن تناقض نرووتیک نامیده شده است. در نروزها فرد در دفاع از خود در مقابل اضطراب ناتوان است و آن را مستقیماً و شدیداً به شکل ترس، فرار، و یا حتی وحشت تجربه می کند. مفهوم نروز با نظریه تحلیل روانی (روانکاوی) فروید پیوند های تاریخی دارد. فروید عقیده داشت که اختلالات نرووتیک نتیجه ی تعارض ها درونی و کوشش های افراطی برای دفاع یا

اجتناب از آنهاست که منتهی به اضطراب شدید در فرد می شود. در سطور بعد مسائل ناشی از ارزیابی غلط از واقعیت، و مفهوم تناقض نوروتیک که ماهیت و هسته اصلی نوروها را تشکیل می دهند، مورد بحث قرار می گیرند.

۴- اختلالات شخصیت

این اختلال الگوی شخصیتی ناسازگار و دائمی را در بر می گیرد. کسانی که به این اختلالات دچارند شیوه های رفتار عادی و نسبتاً انعطاف ناپذیر را در طیف وسیعی از موقعیتهای نشان می دهند.

این الگوهای رفتاری موجب می شوند تا روابط شخص با دنیای خارج آسیب دیده، غالباً مانع کار آمدیهای شغلی، تحصیلی، و اجتماعی وی گردند. اختلالات شخصیت ممکن است بی اعتمادی دائمی نسبت به دیگران، رفتارهای ضد اجتماعی، یا اصرار در اجتناب از تماس و ارتباط با دیگران را در بر گیرد. اختلالات منشی که اغلب به صورت ناتوانی در اجتماع شدن یا کنترل تکانه ها مشخص می شود جزء طبقه ی اختلال شخصیت محسوب می گردد.

نظامهای رایج طبقه بندی

متداولترین نظام طبقه بندی رفتارهای نابهنجار، طبقه بندی DSM (دستورالعمل شخصیتی و آماری اختلالات روانی) است که توسط انجمن روانپزشکی آمریکا صورت گرفته است.

در DSM- IV، اختلال روانی بصورت الگوی رفتاری یا روانی که موجب ناراحتی فرد شده و یا فرد را در یک یا چند زمینه ی مهم عملکرد ناتوان کرده است تعریف شده است. شخص باید قادر به درک این موضوع باشد که یک کژ کاری واقعی وجود دارد و نه صرفاً یک اختلال بین فرد و جامعه. دومی انحراف اجتماعی است و انحراف اجتماعی اختلال روانی نیست. DSM-IV، مانند دو شکل پیشین آن، علاوه بر تعریف اختلال روانی، سعی دارد برای هر اختلال، ملاکهای تشخیصی خاص و عملیاتی فراهم آورد. نظام تشخیصی جدید با اراده تعریفهای دقیقتر، برخی از حدسههای ناشی از تشخیص را بر طرف کرده است. مثلاً در ارتباط با دوره افسردگی اساسی DSM- IV می گوید: «حداقل با پنج نشانه از نشانه های زیر در طول یک دوره ی دو هفته ای باید وجود داشته باشد... حداقل یکی از نشانه ها (۱) خلق افسرده یا (۲) از دست دادن علاقه یا لذت...» و نه نشانه متفاوت را فهرست می کند. تشخیص در DSMIV بر اساس پنج محور اساسی که اطلاعات مفیدی را برای تشخیص کار کردی در اختیار می گذارد، می باشد:

محور I- نشانگان بالینی. اسامی بالینی مشهور و کاملاً سنتی در اینجا گنجدیده شده اند، از جمله اختلالاتی چون انواع اسکیزوفرنیها، افسردگیها، انواع اختلالات اضطرابی و ... همچنین در این محور شرایطی گنجانده شده اند که اختلالهای روانی نیستند ولی با این حال ممکن است به درمان نیاز داشته باشند.

محور II- اختلالهای شخصیت. اختلالهای شخصیت در محور I فهرست شده اند ولی اغلب با اختلالهای محور I همراه هستند. در DSM III (سومین مجموعه تشخیصی و آماری اختلالات روانی) عقب ماندگی ذهنی نیز در این طبقه بودند که در DSM- IV به محور I رفته اند. پس محور I و II تمام شخصیتهای روان شناختی را در بر می گیرند.

محور III- شرایط پزشکی عمومی. کلیه مسائل پزشکی که ممکن است به مسائل روانشناختی مربوط باشند، در این محور فهرست می شوند.

محور IV- مشکلات روانی اجتماعی و محیطی. منابع مشکل در سال گذشته، یا مشکلات پیش بینی شده ای نظیر بازنشستگی، که ممکن است در مشکل فعلی فرد دخالت داشته باشند، در این محور گنجانده شده اند.

محور V- ارزیابی عملکرد کلی. سطح عملکرد انطباقی از اهمیت پیش آگهی قدرتمندی برخوردار است، زیرا وقتی که شدت مشکلات روانی افراد کم می شود، عموماً به بالاترین سطح عملکردشان بر می گردند. ارزیابی طبق محور V سه زمینه را مورد توجه قرار می دهد: روابط اجتماعی با خانواده و دوستان، عملکرد شغلی، و استفاده از اوقات فراغت، و در مقیاسی از ۱ (بسیار پائین) تا ۱۰۰ نشان داده می شود. در اینجا مثالی از تشخیص DSM- IV آورده می شود که از روش محورهای چندگانه استفاده کرده است:

محور I- ۲۹۶/۲۳ افسردگی اساسی، تک قطبی شدید، بدون ویژگیهای روان پریش.

۳۰۵ سوء مصرف الکل.

محور II- ۳۰۱/۶ اختلال شخصیت وابسته (استفاده مکرر از انکار)

محور III- هیچکدام

محور IV- ۷۶۲/۲ مشکل شغلی (تهدید از دست دادن شغل)

محور V- ۶۰ GAF (ارزیابی کلی عملکرد).

دو محور اول، اختلالها را طبقه بندی می کنند، بطوری که محورهای دیگر به برداشت تصویر کاملتری از شخص، غیر از نشانه های واقعی کمک می کنند. مشکلات پزشکی شخص و هر گونه استرس روانی و محیطی مطمئناً بر این شرایط تاثیر خواهند داشت. سطح عملکرد کلی شخص، عاملی است که تعیین می کند چگونه او می تواند سازگاری خوبی با شرایط و استرس موجود در زندگی خود داشته باشد.

فصل پنجم

نابهنجاریها و اختلالات روانی

اختلالات اضطرابی

اضطراب که نوعی احساس ترس و ناراحتی بی دلیل است، نشانه بسیاری از اختلالات روان شناختی محسوب می شود که اغلب به وسیله رفتارهای دفاعی مانند فرار از یک موقعیت ناخوشایند یا انجام یک عمل طبق نظم و آئین معین کاهش می یابد. به هر حال، اضطراب نشانه اصلی و مشترک تمام اختلالاتی است که در این طبقه قرار می گیرند.

اضطراب تعمیم یافته (فراگیر) :

ویژگی عمده ی این اختلال ترس از آینده است. این ترس بی اساس بوده و به موضوع معینی مربوط نمی شود. به طوری که هر آن ممکن است بیمار ترس از موضوعی خاص مانند بیماری فرزند، مرگ همسر، اخراج از کار و از این قبیل را نام ببرد و از رخ نمودن حوادث نامعلومی که اساس و پایه واقعی ندارند در هراس باشد. به همین دلیل است که اضطراب شناور، یعنی اضطرابی که به هیچ موقعیتی بستگی ندارد، نامیده شده است. علاوه بر نامشخص بودن منبع اضطراب در این اختلال، نشانه های مرضی شایع عبارتند از: ناتوانی در تمرکز، ناتوانی در تصمیم گیری، حساسیت زیاد، اختلال در خواب، عرق کردن زیاد، تنش مداوم عضلانی.

اضطراب ربعی (حملات پانیک)

اضطراب ربعی بر خلاف اضطراب تعمیم یافته، شامل حمله های شدید ترس و وحشت است که تمرکز یافته و به موقعیت یا هدف مشخصی محدود شده است. حمله های ربعی به صورت دوره های برگشت پذیر اضطراب شدید است که بیمار تجربه می کند و از چند ثانیه تا چند ساعت به طول می انجامد. نشانه های این اختلال در افراد مختلف، متفاوت است ولی غالباً شامل طپش قلب، تنگی نفس، عرق کردن زیاد، گیجی، سردی و رنگ پریدگی صورت و دستها، احساس درد در سینه، میل شدید به ریز بینی، حساسیت معدی، و احساس پنهان از مرگ قریب الوقوع می شود. این حمله ها ممکن است چند بار در روز، ماهی یکبار، یا خیلی کم رخ بنمایند. فرد مبتلا همواره از ظهور مجدد این حمله ها دچار ترس و نگرانی است. این نشانه های مرضی به صورتی هستند که گوئی شخص دچار حمله قلبی شده، و به همین دلیل غالباً افراد مبتلا به اضطراب ربعی برای معالجات قلبی به پزشک مراجعه می کنند.

«فوبی»

فوبی ترسی است دائمی از بعضی اشیا یا موقعیتهای که هیچ خطر واقعی برای شخص نداشته و بی تناسب با جدی بودن واقعی آنها اغراق آمیز شده است. فوبی انواع متعددی دارد از قبیل ترس از مکانهای سرباز، ترس از مکانهای سر بسته، ترس از بلندی، ترس از طوفان و رعد و برق، ترس از خون، ترس از میکروب و آلودگی، ترس از تنهائی، ترس از تاریکی، ترس از شلوغی، ترس از بیماری، ترس از حیوانات و از این قبیل. اما در DSM III- R سه طبقه ی عمده فوبی ذکر شده که عبارت است از:

- ۱- ترس از مکانهای سرباز (آگورافوبیا) ، مانند ترس از وارد شدن به مکانهای نا آشنا، که از متداولترین آنهاست.
- ۲- ترس اجتماعی ، مانند ترس و ناراحتی از تماس و ارتباط با افراد به ویژه در موقعیتهائی که ممکن است توسط دیگران مورد توجه و ارزیابی قرار گیرند. در نتیجه شخص می کوشد تا از ارتباط و داد و ستدهای اجتماعی بپرهیزد؛ مثلاً ترس از صحبت کردن در جمع، ترس از عمل کردن در برابر دیگران، ترس از استفاده از دستشویی عمومی، ترس از خوردن در حضور دیگران و ترس از تحقیر یا شرمسار شدن.
- ۳- ترس ساده ، مانند انواع گوناگونی از ترسهای غیر منطقی؛ مثل ترس از: تاریکی، بلندی، حیوانات، بیماری، میکروب، و از این قبیل.

«وسواس فکری و عملی»

در وسواس فکری و عملی به نظر می رسد که شخص مجبور است درباره چیزهائی فکر کند که همواره آرزو میکند بتواند راجع به آنها نیندیشد. یا ناچار است اعمالی را انجام دهد که دائماً به خود می گوید: ای کاش می توانستم آنها را انجام ندهم. بدین ترتیب وسواسهای فکری شامل اندیشه ها، تکانه ها، و عقاید ناخواسته و مداومی هستند که شخص قادر به خودداری از آنها نیست، اما وسواسهای عملی، رفتارهای به ظاهر نامعقولی را که به صورتی ثابت و تکراری انجام می شوند، در برمی گیرند. افرادی که اختلال وسواس فکری و عملی دارند از ماهیت اضطراب

آور و ناتوان کننده وسواس های خود آگاهاند ، ولی احساس می کنند که قادر نیستند آنها را متوقف سازند. وسواس فکری و عملی غالباً ارتباط مستقیمی با یکدیگر دارند. مثلاً شخصی که به کثیف بودن دستهای خود یا گناه آلود بودن آنها معتقد است، امکان دارد که دستهای خود را هر چند دقیقه یکبار بشوید. فرد دیگری که افکار وسواسی دارد ممکن است بکوشد تا از طریق تمرکز بر شمردن قدمهایش آنها را از ذهن خویش دور کند.

شایعترین ویژگیهای اختلالات وسواسی را می توان چنین ذکر کرد:

- ۱- افکار و اعمال وسواسی، به گونه ای پایدار، تحمیل شونده، و مصرانه آگاهی فرد مبتلا را فراگرفته اند.
- ۲- افکار و اعمال وسواسی برای فرد مبتلا رنج آور، نامطلوب، غیر قابل کنترل، و ناپذیرفتنی هستند.
- ۳- شخص مبتلا، افکار و اعمال وسواسی را بیهوده و غیر منطقی می داند ولی قادر به متوقف ساختن آنها نیست.
- ۴- فرد مبتلا در خود نیازی برای مقابله با افکار و اعمال وسواسی احساس می کند، اما می ترسد که در صورت ارتکاب این عمل اضطرابش افزایش یابد. در وسواس، ترس فرد مبتلا، نسبت به خود موقعیت نیست، بلکه ترس، معطوف به پیامدهای مرتبط بر آن است، در حالی که در فرد فوبیک، ترس متوجه یک موضوع یا یک موقعیت خاص است. تفاوت دیگر این است که افراد وسواسی توجه بیشتر و ماهرانه تری درباره ی افکاری که ذهن آنان را اشغال کرده است و اعمالی که انجام می دهند، دارند. در حالی که افراد فوبیک کمتر درباره ترس خود می اندیشند. سومین تفاوت این است که به نظر می رسد در وسواس شناختههای فرد بیشتر از فوبی نقش دارند. اعمال وسواسی غالباً به صورت تمیزی و پاکیزگی افراطی، نظم و ترتیب بیش از حد، تردید و دودلی درباره درست انجام دادن کارها، کندی و دقت فوق العاده نسبت به انجام دادن وظایف، و بررسی و بازبینی فوق العاده امور و اوضاع و احوال جلوه گر می شوند. افکار وسواسی ممکن است در اطراف موضوعهای مختلف از قبیل توجه زیاد به عملکرد های بدنی، ارتکاب اعمال غیر اخلاقی، کشتن همسر یا فرزند متمرکز شود. گر چه افکار وسواسی به ندرت به صورت عمل در می آیند، ولی منبع عذاب برای فرد هستند.

علل اختلالات اضطرابی

۱- دیدگاه زیست شناختی

گرچه هیچ علت مشخصی برای اختلالات اضطرابی شناخته نشده است اما به نظر می رسد که علل زیستی در ایجاد آنها نقش داشته باشند. مثلاً آشکار شده است که داروهای آرامبخش در کاهش اضطراب موثرند. محققان در صدد کشف چگونگی تاثیر این داروها در بعضی قسمتهای مغز هستند. موضوع دیگری که به اهمیت عوامل زیستی اشاره دارد، وجود شاهدهی است که نقش وراثت را در اختلالات اضطرابی تأیید می کند. مثلاً هماهنگی بالائی که بین دوقلوهای یک تخمکی از نظر ابتلا به این اختلالات ملاحظه می شود، ممکن است حاکی از یک ترکیب ژنتیکی به عنوان علت این اختلال باشد. همچنین دستگاه عصبی افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی به ویژه نسبت به محرکها حساستر است. این موضوع خود ممکن است ناشی از یک آمادگی ژنتیکی خاص باشد.

۲- دیدگاه روان پویائی

در دیدگاه روان پویائی علت اختلالات اضطرابی به تعارضهای درونی و تکانه های ناخود آگاه نسبت داده می شود. در اضطراب تعمیم یافته و پانیک دفاعهای فرد برای کنترل اضطراب وی کافی نیست. مثلاً خانمی هرگاه از خانه خارج می شد، دچار اضطراب شدید شده احساس می کرد که قلبش به طپش افتاده و مجبور است ضربان آن را بشمارد. تحلیل روانی آشکار ساخت که علت این امر وجود تکانه های جنسی غیر قابل قبول از نظر وی است. این نوع احساس اضطراب، طغیان روانی نامیده شده است. طغیان روانی تحریف بیش از اندازه تکانه ها و انگیزه ها از طریق استفاده از مکانیزمهای دفاعی است که به یکی از شکل‌های اختلالات اضطرابی متجلی می شود. در این دیدگاه، ادراک خویشتن به عنوان فردی درمانده برای سازش با فشارهای محیطی، پیش بینی جدائی و رهاشدگی، محرومیت، و از دست دادن حمایت‌های عاطفی مورد تاکید واقع شده است. در این دیدگاه، فوبی یک معنی رمزی داشته و به عنوان ظهور یک تعارض روان شناختی حل نشده نگریسته می شود. بدین ترتیب، فوبی ممکن است نقش یک واکنش دفاعی داشته باشد که فرد را از موقعیتهائی که در آن احتمال خطرناک شدن سابق های جنسی یا پرخاشگری است، حفظ می نماید. ممکن است مکانیزم جابه جایی نقش داشته باشد، بدین معنی که اضطرابی که از یک موقعیت استرس زا در فرد به وجود می آید به اشیا یا موقعیتهای دیگر منتقل شود. این عقیده در نظریه تحلیل روانی مورد تاکید بسیار واقع شده و پس از آن توسط سایر محققان نیز تایید گردیده است. بدیهی است که این جریان جابه جایی ناآگاهانه صورت می پذیرد. در ظهور وسواس نیز مکانیزم جابه جایی مورد تاکید واقع شده است. فرد مبتلا به وسواس از طریق افکار مصرانه یا انجام دادن کارهای تکرارهای خود را از اضطرابی که افکار تهدید کننده ایجاد می کنند یا خواسته هائی که موجب آن می شوند، محفوظ نگاه می دارد. در واقع افکار وسواسی «سالم» جانشین افکار ناسالم، خطرناک، و ناخوشایند می گردد. در بعضی از موارد مکانیزم دفاعی واکنش سازی نقش مهمی در ظهور افکار و اعمال وسواسی بازی می کند. بدین ترتیب که ممکن است فرد درست بر ضد خواستها و افکار مخاطره آمیز خود فکر یا عمل کند. مثلاً به طور ناخودآگاه کینه و دشمنی درونی خود را به صورت افکار و اعمال محبت آمیز و دوستانه ابراز نماید. جداسازی، یعنی جدا ساختن هیجانها از افکار یا اعمال نیز به عنوان علت وسواس ذکر شده است. مکانیزم دیگری که به عنوان علت وسواس مورد تاکید واقع شده، باطل سازی است که فرد از طریق اعمال آئینی، افکار غیر قابل قبول را «پس می زند». احساس تهدید و عدم امنیت نیز می تواند علت مهمی برای وسواس محسوب می شود. به نظر می رسد که شخص وسواسی، محیط و اطراف خویش را بسیار خطرناک احساس می کند و می کوشد تا از طریق نظم افراطی و اطمینان بخش، خطرات و تهدیدهای محیط را کنترل نماید. به همین دلیل وقتی که یک قسمت جزئی از عملی از نظم خارج می شود، تمام ساختمان دفاعی شخص وسواسی، آسیب دیده، احساس تهدید و تشویش می نماید. کوشش آنان برای حفظ نظم شدید به منظور آن است که دنیا را مطمئن و قابل پیش بینی سازند. تثبیت در مرحله مقعدی از موارد دیگری است که در دیدگاه تحلیل روانی به عنوان علت وسواس مورد تاکید واقع شده است.

۳- دیدگاه رفتارگرایی

درمانگران و نظریه پردازان رفتارگرا، اختلالات اضطرابی را نتیجه یادگیریهای غلط و شرطی شدن می دانند. یک موقعیت استرس زا که به موقعیتهای استرس زای قبلی شبیه است ممکن است موجب برانگیختن اضطراب در فرد بشود. توقعات و مدل‌های نادرست والدین به عنوان علت اضطراب در دیدگاه یادگیری مورد تاکید واقع شده است. والدینی که انتظارات خارق العاده یا بیش از اندازه از کودکان خود دارند، موجب ایجاد اضطراب در آنان می شوند. به همین ترتیب اگر والدین دارای واکنشهای اضطرابی در برابر موقعیتهای بی اهمیت باشند، کودکانشان می آموزند که در برابر مسائل جزئی و بی اهمیت واکنشهای اضطرابی شبیه به واکنشهای والدین خود ظاهر سازند. قصور در آموختن شایستگیهای لازم نیز می تواند علت اضطراب محسوب شود زیرا شخصی که شایستگیهای لازم را آموخته است در سازگاری و حل مسائل زندگی موقعیتهای کمی را تهدید کننده می بیند ولی شخص مبتلا به اضطراب به دلیل نبود

شایستگیهای لازم بسیاری از موارد معمولی زندگی را اضطراب زا و تهدید کننده احساس می کند. در فوبی ممکن است رابطه ای بین حوادث ناخوشایند و موقعیتهای خاص وجود داشته باشد. این حوادث از طریق جریان شرطی شدن کلاسیک یا سایر انواع شرطی شدن می توانند به وجود آیند تقویت نیز می تواند عامل مهمی محسوب شود. بدین صورت که اجتناب فرد از موضوعهای ترس آور موجب تسکین و کاهش اضطراب در وی می شود. وسواس نیز ممکن است از طریق یادگیری به وجود آمده باشد این موضوع به ویژه قابل توجه است که اغلب وسواس در چند فرد از افراد مختلف یک خانواده ملاحظه می شود. گرچه ممکن است عامل وراثت در این جا نقش داشته باشد اما عامل یادگیری به نظر می رسد که نقش بیشتری ایفا می کنند.

۴- دیدگاه شناختی

بر اساس دیدگاه شناختی، اختلالات اضطرابی نتیجه افکار و باورهای نادرست غیر واقعی و غیر منطقی هستند به ویژه باورهای غیر منطقی اغراق آمیز نسبت به مخاطرات محیطی.

دیدگاه شناختی مانند دیدگاه روان پویائی به جریانهای درونی به عنوان علل اختلالات اضطرابی توجه دارد. اما به جای تاکید به تمایلات، نیازها، و انگیزه ها معتقد است که افراد اطلاعات کسب کرده را مورد تعبیر و تفسیر قرار می دهند و از آنها در حل مسائل زندگی استفاده می کنند. این دیدگاه بر خلاف دیدگاه تحلیل روانی، که انگیزه ها، احساسات و تعارضهای پنهان را مورد تاکید قرار می دهد، بر جریان های ذهنی که به سادگی به آگاهی شخص می آیند، تاکید می ورزد. در دیدگاه روان شناختی کوشش می شود که از طریق راهبانی که فرد به اطلاعات موجود توجه می کند آنها را مورد تعبیر و تفسیر قرار می دهد و به کار می بندد، علت اختلالات اضطرابی جستجو گردد. دیدگاه شناختی به طور کلی به افکار و راههای حل مسئله فعلی شخص بیش از تاریخچه فردی توجه دارد. بدین معنی که تاریخچه شناختی فرد، نگرش ها و حال و اکنون به عنوان علل اختلالات اضطرابی مورد توجه واقع می شود.

۵- دیدگاه انسان گرایی و اصالت وجودی

همان طور که قبلاً اشاره شده است ریشه های تاریخی دیدگاه انسان گرایی و اصالت وجودی را باید در سیستم های فلسفی و مذهبی که بر شان، خوب بودن ذاتی و آزادی طبیعت انسان تاکید دارند، جستجو کرد یکی از فرضیه های اصلی نظریه انسان گرایی این است که در هر فرد نیروی فعالی وجود دارد که وی را به طرف تحقق خود، یا کمال خود، یا شکوفائی خود سوق می دهد تا «تمام آنچه می تواند باشد، بشود» وقتی که شخصیت انسان در محیط مساعد شکل بگیرد، فرصت می یابد که نیروهای خلاقه خود را آزاد نماید و طبیعت مثبت درونی انسانی خویش را ظاهر سازد بر عکس محیطی که تمایلات انسان را برای گام برداشتن به سوی تحقق خود، یا شکوفائی خود سد می کند موجب گسترش اضطراب در فرد می شود.

۶- دیدگاه اجتماعی

در دیدگاه اجتماعی حالات روانی و اضطرابی به عنوان یک مسئله بهداشتی یا نقص شخصی نگریسته نمی شود، بلکه نتیجه و محصول، ناتوانی فرد در مقابله موثر با فشار روانی مورد توجه قرار می گیرد. در این دیدگاه رفتار ناسازگار به عنوان یک مشکل که فقط در فرد وجود دارد، تلقی نمی گردد، بلکه دست کم آن را به عنوان شکست دستگاه اجتماعی حمایت کننده وی از قبیل زن یا شوهر، والدین، خواهران و برادران، منسوبان، دوستان، معلمان، و رئیس به حساب می آورند.

تفاوتها و تشابه های اختلالات اضطرابی

تشابه اصلی اختلالات اضطرابی، ترس است که هم در اضطراب، هم در فوبی، و هم در وسواس ملاحظه می شود. به همین دلیل است که این سه اختلال را اختلالات اضطرابی نامیده اند. اما تفاوت عمده بین اضطراب و فوبی آن است که در اضطراب هیچ منبع مشخصی برای ترس وجود ندارد و هر زمان موضوع ترس ممکن است تغییر کند ولی در فوبی ترس روی اشیا یا موارد معینی متمرکز شده است.

درمان اختلالات اضطرابی

۱- دیدگاه زیست شناختی

آرامبخشها در تسکین اضطراب تا حدی موثر بوده، و در کاهش شکایات بدنی و تنظیم خواب نقش موثر و بسزایی دارند. هر چند تاثیر آنها در کاهش شکایات بدنی و تنظیم خواب موقت است. برای درمان فوبی و وسواس نیز داروهای آرامبخش می توانند به طور موقت موثر باشند. تحقیقات نشان داده اند که ایمی پرامین دارویی که برای درمان افسردگی تجویز می شود در جلوگیری از حمله های پانیک نیز موثر است، ولی در درمان اضطراب تعمیم یافته که اغلب حمله های پانیک را موجب می شوند بی اثر است.

۲- دیدگاه تحلیل روانی

در این دیدگاه بیمار به سوی بصیرت (بینش) حاصل کردن از تعارضهای درونی که ریشه این اختلالات محسوب می گردد، راهنمایی می شود. افراد مبتلا به اضطراب به روان درمانگری خوب پاسخ می دهند، یعنی اضطرابشان کم شده تسکین می یابند ولی اضطراب مزمن آنان به ندرت بر طرف می شود و نیاز به روان درمانگری (تحلیل روانی) مجدد خواهند داشت. در فوبی چون این پیش فرض وجود دارد که ترس، ظهور رمزی اضطرابهای ریشه دار است، بنابراین، از طریق تحلیل روانی کوشش می شود تا علت ناخودآگاه ترس شناخته شود. برای درمان وسواس به فرد کمک می شود تا تمایلات «منع شده» خود را بشناسد، آنها را به عنوان تمایلاتی که برای همه افراد معمولی است بداند، و به عنوان جزئی از ساختمان «من» خویش بپذیرد.

۳- دیدگاه یادگیری

روشهای درمانگری بر اساس (یادگیری) شامل درمانگریهای مواجهه سازی (تخیلی و واقعی) و مدل سازی است. حساسیت زدائی منظم یکی از روشهای مواجهه سازی است که از رو به رو ساختن بیمار با محرک ضعیف و خوشایند شروع شده بتدریج به محرکهای قویتر می رسند و این در شرایطی است که بیمار به هنگام ارائه محرک در حالت آرامش قرار می گیرد و محرکهای آرامبخش دیگری مانند صدای موسیقی و نوار ملایم با آن همراه می گردد. این روش مخصوصاً در درمان فوبی بسیار موثر بوده است. روش دیگر غرقه ساز ۶ است که در آن بیمار به سرعت و بی درنگ در معرض محرکهای بسیار شدید و دراز مدت قرار می گیرد. مثلاً از فردی که از مکانهای سرباز می ترسد و در خارج از خانه دچار اضطراب و ترس شدید می شود، خواسته می شود تا با درمانگر خود یا شخص دیگر به محلهای بسیار شلوغ مانند بازار و مراکز خرید برود و چند ساعت در آنجا باشد تا تمایل وی به اجتناب از چنین مکانهایی از میان برود. رو به رو ساختن شخص با موقعیت عینی به جای موقعیت

آزمایشگاهی یا تخیلی اصطلاحاً مواجه سازی واقعی نامیده شده است. در مواجه سازی تاکید بر حذف بعضی پاسخهای هیجانی ناراحت کننده در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی است. روش درمانگری رفتاری دیگر، یعنی مواجهه سازی تخیلی، بر این اساس استوار است که اختلالات اضطرابی نتیجه تجارب دردناک گذشته اند. بنابر این، برای درمان و از بین بردن آنها لازم است که موقعیتهای گذشته بازسازی شوند؛ به صورتی که شخص بتواند بدون احساس اضطراب و ناراحتی آنها را تجربه نماید. برای رسیدن به این مقصود از فرد مبتلا خواسته می شود تا تمام تجاربی را که در یک موقعیت ناراحت کننده داشته است در تخیل خود بیاورد تا تمام احساسات و تغییرات بدنی مانند افزایش ضربان قلب، تشدید تنفس، و تنش عضلانی را که با آن همراه بوده است تجربه نماید و نسبت به آن مقاومت و پایداری کند. این روش درمانگری روشی است که هم در رویکرد روان پویایی و هم در رویکرد رفتارگرایی می تواند مورد استفاده واقع شود.

۴- دیدگاه شناختی

بر اساس دیدگاه شناختی برداشتهای غلط و افکار نادرست که با مسائل و موقعیتهای خاص وجود دارند، منبع اضطراب محسوب می شوند. این افکار به دلیل ارزیابیهای غیر واقعی از موقعیتهای هستند که اغراق آمیز بوده و خطرات آنها بیش از اندازه نگریسته شده است. به عبارت دیگر، هم میزان تهدید و هم میزان آسیب پذیری، هر دو ممکن است اغراق آمیز ارزیابی شوند. لذا آمادگی ذهنی و ارزیابی فرد می توانند به عنوان عوامل آسیب زا که با موقعیتهای خاص در ارتباط متقابل اند نقش داشته باشند. بر اساس نظر دلار و میلر، استفاده از نام گذاری که تدبیری شناختی است و بدان وسیله شخص ممکن است پاسخهای هیجانی خود را طبقه بندی نماید، راهی است برای کنترل واکنشهای فرد در یک موقعیت خاص. این نوع نام گذاری به فرد کمک می کند تا بتواند بر موقعیتی که برایش استرس آور است، غلبه نماید. منظور از نام گذاری آن است که فرد ممکن است موقعیتی را بد، توهین آمیز، و ناراحت کننده بداند و بر آن اساس واکنش هیجان انگیز در وی ظاهر شود؛ یا بر عکس همان موقعیت را عادی، توجیه پذیر، و خشنود کننده تلقی کند و از این طریق واکنشهای اضطراب انگیز خود را کاهش دهد. مثلاً، اگر شخص دوستی را به منزل خود دعوت کند و آن دوست دعوت را نپذیرد، این عدم پذیرش را ممکن است به مواردی از قبیل، عدم محبت و صمیمیت، بد آمدن از وی و از این قبیل نسبت دهد و دچار ناراحتی و اضطراب شدید گردد؛ یا بر عکس به مواردی از قبیل گرفتار مسائل زندگی خود بودن، مناسب نبودن وقت و مانند آن نسبت دهد (نام گذاری کند) و از این طریق حساسیت، ناراحتی، و اضطرابش کاهش یابد. یکی از روشهای مشهور درمانگری شناختی، بازسازی شناختی، بازسازی شناختی است که توسط آلبرت ایلیس ایجاد شده و درمانگری منطقی - هیجانی نامیده شده است. در این روش درمانگر افکار، انتظارات، و باورهای غیر منطقی مراجع را مورد بررسی قرار داده به وی کمک می کند تا در آنها تجدید نظر کند، و به صورتی منطقی تر به آنها بنگرد. مثلاً به افراد مبتلا به اضطراب که توقعات بیش از حدی از خود و دیگران دارند و هنگامی که خواستههای غیر واقعی آنان بر آورده نمی شود به شدت برآشفته می گردند، راههای منطقی تر و واقع گرایانه تری نشان داده می شود. در جلسات درمانگری این موضوع مورد تاکید قرار می گیرد که چیزهای غیر منطقی که افراد به خود می گویند می تواند بر رفتار و هیجانات آنان تاثیر بگذارد. روش دیگر درمانگری شناختی، توقف فکر است. این روش بر اساس این پیش فرض استوار است که یک محرک منصرف کننده تفکر، مانند یک صدای ناخوشایند، می تواند موجب متوقف ساختن افکار وسواسی گردد. مثلاً اگر با صدای بلند کلمه «توقف» گفته شده چند

بار تکرار شود و از خود موافق نیز خواسته شود که آن را تکرار کند می تواند برای از بین بردن افکار وسواسی موثر واقع شود. روش دیگر درمانگری شناختی، مرور شناختی است که در آن از بیمار خواسته می شود تا در ذهن خود راههای سازگارانه ای برای مواجهه با موقعیتهای مشکل آفرین در ذهن خود مرور کند. این روش به ویژه در مواردی که امکان ایجاد آن در کلینیک نیست، مؤثر است. مثلاً زمانی که شخص دچار ترس از محللهای سرباز، جمعیت و ازدحام است از طریق تصور آن در ذهن و بیان و تکرار جملات طرح شده برای اصلاح آن می توان اقدام کرد.

۵- دیدگاه انسان گرایی و اصالت وجودی

بر اساس نظر مازلو، درمانگران باید در اصلاح اضطراب مراجعان، فرصتی برای ارضای نیازهای اساسی آنان فراهم نمایند. این عمل با احترام و محبت کافی نسبت به مراجعان همراه بوده، آنان نیز تشویق می شوند تا نسبت به درمانگر و دیگران احترام و محبت داشته باشند. بدین ترتیب و بر اساس رشد روابط دو جانبه، احترام، محبت، و جریان رشد مثبت، رفتار مراجع تشویق می گردد. راجرز، روان درمانگری را موقعیتی برای مراجعه و کمک به افراد مضطرب و آشفته ای می داند که از خود احترامی پایین برخوردارند، و ادراک تحریف شده ای از خود و دنیای خود دارند. روان درمانگری به آنان کمک می کند تا از نقشهائی که مورد انتظار دیگران است اجتناب ورزیده، بیاموزند که به خود اعتماد داشته باشند و خودهای غلطی را که ساخته اند رها سازند. بر عکس، افراد نوروتیک (اضطرابی) مفاهیم و تجربی از خود دارند که با هم جور نیستند. بنابر این، از پذیرفتن تجرب خود به عنوان موضوعی معتبر می ترسند و در نتیجه: یا آنها را تحریف می کنند، یا از خود فهمی های غلط خویش حمایت می کنند، یا در پی تأیید دیگران بر می آیند. درمانگر می تواند به آنها کمک کند تا این خودهای غلطی را که ساخته اند، از بین ببرند. وظیفه ی درمانگران، نه پند و اندرز دادن است و نه تعبیر و تفسیر. آنان باید مراجعان خود را به عنوان افراد با ارزش بپذیرند و به رغم داشتن مشکلات فردی به عقاید آنان احترام بگذارند. این پذیرش بی قید و شرط موجب می شود که درمانگر احساسات مراجع را خواه مثبت باشد خواه منفی، و خواه موافق نگرشهای خود باشد خواه مخالف، درک کند.

«اختلال استرس پس از سانحه post Traumatic stress Disorder»

آخرین زیر گروه اختلالات اضطرابی، اختلال استرسی پس از سانحه روانی P. T. S. D است. در این اختلال نشانه های مرضی روان شناختی به دنبال یک حادثه ضایعه روانی که معمولاً خارج از تحمل انسان است، رخ می نماید. محرکهائی که موجب این سندرم می شوند در اکثر افراد نشانه های مرضی پریشانی را بر می انگیزانند. ضایعه های روانی که ممکن است موجب ظهور این سندرم شوند عبارتند از: جنگ، سیل، زلزله، حوادث رانندگی، بمباران، وحشت، و یا زندگی در اردوگاههای اسیران جنگی.

فصل ششم

اختلالات بدنی شکل و اختلالات تجزیه ای

هدف این فصل عبارت است از: بررسی اختلالاتی که گرچه به صورت بدنی جلوه گر می شوند ولی عامل اصلی آنها مسائل روانی و هیجانی است. بعضی از این اختلالات بسیار شایع هستند و بعضی شیوع کمتری دارند؛ بنابراین، کوشش خواهد شد نشانه های موضعی، علل و درمان هر یک به تفصیل مورد بحث و بررسی قرار گیرد. اختلالات بدنی شکل، اختلالاتی هستند که دارای نشانه های بدنی مشخصی هستند، ولی هیچ آسیب معینی در آنها ملاحظه نمی شود و به بیماریهای بدنی شباهت بسیار دارند. برای این دسته از اختلالات ۶ نوع اختلال ذکر شده که عبارت است از: ۱- اختلال بدنی شکل ۲- اختلال تبدیلی ۳- خود بیمار انگاری ۴- اختلال درونزاد ۵- اختلال به شکلی بدنی ۶- اختلال بدنی شکل

نامتفاوت

۱- اختلالات بدنی شکل

نشانه های اختلال بدنی شده، عبارت است از: شکایات بدنی متعدد که مزمن یا برگشت پذیر هستند. اغلب این اختلال به نام سندرم بریکه، پزشکی که اولین بار در ۱۹۵۹ آن را به تفصیل مورد بحث قرار داد، نامیده شده است. شکایات افراد مبتلا اغلب اغراق آمیز، مبهم و نمایشی است از مهمترین شکایتها می توان: سردرد، خستگی، طپش قلب، ضعفهای غش آلود، تهوع، استفراغ، دردهای احشائی، ناراحتیهای روده ای، حساسیتهای مشکلات جنسی و قاعدگی را نام برد. این بیماران همواره به پزشک مراجعه می کنند، پزشکان خود را تغییر می دهند، و گاهی خواهان عمل جراحی هستند. آنان معتقدند که واقعاً بیمارند و برای تایید این اعتقاد خود تاریخچه ای طولانی و مفصل درباره بیماری خویش بیان می کنند و داروهای زیاد در اختیار داشته و مصرف می کنند. مبتلایان به اختلالات بدنی شکل معمولاً تاریخچه پزشکی طولانی که دست کم به اوائل بزرگسالی آنان بر می گردد، دارند. این اختلالات اساساً در زنان رخ می نماید. به طوری که می توان گفت که تقریباً ۱ درصد از زنان این حالت را دارند؛ هر چند ممکن است در مردان نیز ملاحظه شود. در افراد طبقه پایین، کم سواد،

تهیدست، و کسانی که در موقعیتهای پایین شغلی قرار دارند، بیشتر دیده می شود. زمینه خانوادگی در ایجاد این اختلال تاثیر دارد؛ به طوری که ۱۰ تا ۲۰ درصد از بستگان درجه یک زنان مبتلا، دارای این اختلال هستند. در بستگان درجه یک مردان مبتلا، اغلب سابقه الکلیسم، سوء استفاده از دارو، و اختلال شخصیت ضد اجتماعی ملاحظه شده است. غیر معمول نیست که چند نفر از افراد یک خانواده مبتلا باشند، زیرا افراد مبتلا تمایل زیاد به تلقین پذیری دارند و شیوع بالای آن در خانواده، ممکن است انعکاس تأثیر یک والد مبتلا (معمولاً مادر) به این اختلال باشد تا تاثیر وراثت.

۲- اختلالاتی تبدیلی

این اختلالات عبارتند از نارسایی یا تغییر در اعمال بدنی ناشی از یک تعارض یا نیاز روانی که آنها را نمی توان به یک اختلال پزشکی یا آسیب شناختی فیزیولوژیائی نسبت داد. افراد مبتلا به اختلال تبدیلی از علل روانی آن ناآگهاند و به همین دلیل نمی توانند به طور ارادی آن را کنترل نمایند. اصطلاح هیستری از واژه یونانی رحم گرفته شده بود، زیرا بقراط و سایر فلاسفه یونان قدیم فکر می کردند که این اختلال خاص زنهاست و به دلیل مسائل جنسی رخ می نماید. در روان شناسی معاصر واکنشهای هیستریائی بر اساس نظر فروید به عنوان تعارضهای جنسی یا سایر مسائل روانی به نشانه های مرضی بدنی تفسیر نمی شوند، بلکه این نشانه های مرضی بدنی یک کنش دفاعی محسوب می شوند که فرد را قادر به فرار یا اجتناب از موقعیت استرس زا می نماید.

این اختلال در بین زنان شایعتر و در حدود دو برابر مردان است.

در توصیف تصویر بالینی واکنشهای تبدیلی می توان سه دسته نشانه مرضی را مورد توجه قرار داد که عبارت است از: الف- نشانه های حسی ب- نشانه های حرکتی ج- نشانه های احشائی

واکنشهای تبدیلی ممکن است هر یک از حواس را در بر گیرد؛ ولی شایعترین انواع آن عبارتند از:

۱- بی حسی، به صورت از دست دادن حساسیت یک حس مانند شنوایی یا بینائی به طور کامل. این اختلالات قبلاً بسیار شایع بودند ولی امروزه کاهش یافته اند. این موضوع ممکن است بدان دلیل باشد که با یک آزمایش ساده پزشکی می توان به بی حسی بودن آنها پی برد. مثلاً آزمایش «بی حسی دستکشی» که ممکن است فرد نتواند تا نقطه ی خاصی از دست خود که شامل کف دست تا مچ می شود چیزی را حس کند، ولی بازو و سایر قسمت های دست حس طبیعی خود را دارا باشند.

۲- کم حسی، از قبیل کدر بینی، ترس از نور، دوتائی دیدن، شب کوری، ترکیبی از نارسائی بینائی، از دست دادن حافظه بینائی، محدود شدن میدان بینائی، خیره شدن چشمها، کوررنگی، و نقص بینائی در روز. بسیاری از محققان این اختلالات را در جنگ جهانی دوم در خلبانان یافتند. افزون بر آن ملاحظه نمودند که نشانه های مرضی هر خلبان به طور خیلی نزدیک، مربوط به وظیفه ای بود که بر عهده داشتند. مثلاً کسانی که وظیفه پرواز در شب داشتند دچار شب کوری و آنهائی که وظیفه شان پرواز در روز بود، دچار مشکل روزکوری بودند.

۳- حساسیت زیاد، از قبیل واکنش و حساسیت فوق العاده نسبت به محرکهای شنوایی (صدا)، بینائی (نور)، و بساوائی چشائی، به نحوی که فرد مبتلا در برابر ارائه میزان کمی از این محرکها احساس ناراحتی و پریشانی شدید می کند.

۴- احساس بی دردی، مانند از دست دادن حساسیت نسبت به درد، به طوری که حتی در مواردی که احساس درد باید خیلی شدید و ناراحت کننده باشد، فرد هیچ دردی احساس نمی کند.

۵- حسهای استثنائی، از قبیل گزگز کردن عضو شبیه به زمانی که اصطلاحاً می گویند آن عضو خواب رفته است.

ب- نشانه های حرکتی

اختلالات حرکتی تبدیلی نیز نشانه های مرضی وسیعی را در بر میگیرد، ولی شایعترین آنها عبارتند از:

۱- فلجهای تبدیلی، که معمولاً یک عضو تنها، از قبیل یک دست یا یک پا فلج می شود. این گونه فلجهای کنشی معمولاً انتخابی هستند. مثلاً در منشی ها بدین صورت است که شخص قادر به تایپ کردن نیست ولی می تواند کارهای دیگری انجام دهد. لرزش یا پرش عضلات مانند تیک، و انقباض عضلات خم کننده انگشت، زانو و آرنج نیز در این نوع اختلال ملاحظه می شود. فلجهایی که منتهی به اختلال در راه رفتن می شوند به نحوی است که زانوی شخص خشک و منقبض می شود و شخص مجبور می شود برای راه رفتن پای خود را به شکل هلالی به عقب پرتاب کند.

یکی از اختلالات خاص راه رفتن، عبارت است از: ناتوانی در ایستادن و راه رفتن، که آن را «آستازیا-آبازیا» نامیده اند و در آن شخص هنگامی که خوابیده یا نشسته است می تواند حرکات پای خود را کنترل کند، ولی به سختی می تواند بایستد و راه رفتن او بسیار نامنظم است و پاهایش در جهات مختلف و از یک سمت به سمت دیگر حرکت می کنند.

ج- نشانه های احشائی

نشانه های احشائی نیز شمار زیادی از اختلالات، از قبیل سردرد، «احساس برآمدگی در گلو»، احساس خفگی، سرفه، تنگی نفس، سرما خوردگی، تهوع، استفراغ را شامل می شود. گاهی اوقات هم به صورت اختلالاتی مانند سکسکه، عطسه، خنده، گریه، و فریادهای مداوم ملاحظه می شوند. نشانه های واکنشی تبدیلی احشائی ممکن است به صورت نشانه های بیماری واقعی در حد غیر قابل باوری بروز نمایند. مثلاً در یک حمله کاذب آپاندیسیت، نه تنها ممکن است که شخص در ناحیه ی پایین شکم و سایر قسمتهای بدن نشانه های نوعی آپاندیسیت حاد را نشان دهد، بلکه حرارت بدن وی نیز ممکن است بالاتر از طبیعی برود.

معیارهای افتراقی اختلالات تبدیلی از اختلالات بدنی شکل

۱- بی تفاوتی: در واکنش تبدیلی ناراحتی و شکایت بیمار صورتی که در بیماران واقعی ملاحظه می شود، از قبیل ترس و اضطرابی که در افراد مبتلا به فلج دست و پا احساس می شود، و یا در کسانی که واقعاً بینائی خود را از دست داده اند وجود دارد، دیده نمی شود.

۲- فقدان نقص و نارسائی آشکار درباره نشانه های مرضی اختلال یا بیماری مخصوص، از قبیل کوچک بودن عضو یا ماهیچه در بیمار مبتلا به فلج، مگر در موارد نادر و طولانی مدت.

۳- ماهیت انتخابی کنشهای اختلال آمیز. مثلاً در کوری، شخص معمولاً به اشخاص یا اشیاء بر نمی خورد، یا شخص قادر است که ماهیچه های فلج شده خود را برای بعضی فعالیتها، به کار اندازد، در حالی که برای انجام دادن بعضی کارهای دیگر نمی تواند، و در واقع یک حالت انتخابی دارد. همچنین انقباضهای ماهیچه ای معمولاً به هنگام خواب از بین می روند.

۴- جالبترین واقعیت این است که نشانه های مرضی اختلالات تبدیلی تحت تاثیر هیپنوتیزم یا داروهای مخدر ممکن است از بین بروند و یا تغییر کنند. به همین ترتیب اگر شخص ناگهان از خواب بیدار شود ممکن است بتواند عضو فلج شده خود را حرکت دهد، یا اگر دچار لالی است، صحبت کند.

تفاوتهای اختلالات بدنی تبدیلی و تمارض

در تمارض شخص آگاهانه مرتکب فریب می شود، و این واقعیت در رفتارش منعکس است، ولی در اختلال تبدیلی معمولاً شخص بی تزویر است. در تمارض شخص مظنون است و حالت دفاعی دارد. بدین معنی که بیمار مبتلا به اختلال تبدیلی کاملاً متوجه نشانه های مرضی خویش بوده یا میل دارد درباره آنها صحبت کند، ولی تمارض کننده از ترس اینکه دروغش آشکار گردد، از بحث درباره ی آنها اجتناب می ورزد. به هر حال، گرچه اختلالات تبدیلی و تمارض الگوهای متمایزی دارند، ولی گاهی اوقات با هم اشتباه می شوند.

شرایط ایجاد اختلالات تبدیلی

الگوهای اختلالات تبدیلی، معمولاً حوادث زنجیره ای خاصی را در بر می گیرند که عبارتند از:

۱- تحت فشار روانی فوق العاده یا مداوم بودن.

۲- تمایل به فرار از چند موقعیت ناخوشایند داشتن.

۳- یک آرزوی زودگذر برای بیمار شدن به منظور اجتناب از موقعیتی خاص داشتن، هر چند این آرزو به دلیل غیر عملی بودن یا بی ارزش بودن منع شده باشد. متأسفانه جریان عصبی بدنی که در بعضی از بیماریها مثلاً مالاریا وجود دارد بخوبی قابل فهم نیست و فرد هیچ رابطه ای بین شرائط استرس زا و نشانه های مرضی نمی بیند. نشانه های مرضی مخصوصی که رخ می نمایند معمولاً بیماریهایی هستند که شخص قبلاً بدان مبتلا بوده، یا از نشانه های مرضی متداول در خانواده اقتباس کرده، یا از تلویزیون مشاهده کرده و یا در مجلات و روزنامه ها خوانده است. گرچه این اختلال ممکن است به صورت یک مشکل عضوی ظاهر شود ولی با نفع ثانوی برای بیمار همراه بوده و به طور رمزی با یک موقعیت استرس زا مربوط است. بنابراین، تعجب آور نیست که کنشهای بدنی بتوانند در حد زیادی برای رسیدن به نیازهای روانی شخص تغییر یابند.

درمان

برای درمان اختلالات تبدیلی باید کوشید تا شرایط پاداش دهنده ای که به نظر می رسد در ایجاد و ایفای این نشانه ها موثر هستند، از بین بروند. روش معمول دیگر، این است که اجازه ندهیم نشانه های مرضی برای بیمار مؤثر واقع شوند، و اقداماتی در جهت تغییر شخصیت و سبک معمولی زندگی وی منظور گردد. روش دیگر استفاده از هیپنوتیزم است که به دلیل تلقین پذیری زیادی که این افراد دارند خیلی خوب هیپنوتیزم می شوند و به راحتی می توان از طریق تلقینهای هیپنوتیزی به درمان آنان اقدام کرد.

۳- خود بیمار انگاری

در این اختلال فرد نگران سلامت خود و ابتلا به اختلالات بدنی فرضی است. ویژگی عمده این افراد شکایات مختلف درباره بیماریهای بدنی است؛ شکایاتی که به الگوی مرضی مشخصی محدود نمی شود. مثلاً ممکن است از نوعی ناراحتی و درد غیر عادی در ناحیه معده، سینه، سر، دستگاه تناسلی، یا سایر قسمت های بدن شکایت کنند. آنان معمولاً از تشریح دقیق نشانه های مرضی خود عاجزند. مثلاً ممکن است درد معده را ذکر کنند ولی با سوالات دقیقتر معلوم می شود که درد واقعی نیست، بلکه یک احساس ناراحتی درونی است یا احساس گرماست. توجه ذهنی آنان همواره در جهت ظهور بیماریهای جدید است. آنها خوانندگان دائمی مجلات و نوشته های پزشکی بوده، مستعد رنج بردن و احساس ناراحتی کردن از هر بیماری جدیدی که درباره آن مطلبی می خوانند یا می شنوند، هستند. این افراد سل، سرطان، تومورها، وسایر بیماریهای خطرناک را به خود نسبت می دهند، به رغم توجه فوق العاده به سلامت خود، و این باور که به طور جدی بیمارند و نمی توانند بهبود یابند، ترس یا اضطرابی که در اکثر افراد مبتلا به بیماری های واقعی وجود دارد.

ملاحظه نمی شود. واقعیت این است که آنان معمولاً در وضع بدنی خوبی به سر می برند. ولی این موضوع باعث نمی شود که این افراد تمارضی کرده باشند، زیرا آنان در این عقیده ی خود که نشانه های مریضیشان مربوط به بیماری واقعی است، صادق اند. در بعضی از موارد یک واکنش خود بیمار انگاری ممکن است بر اساس یک آسیب بدنی واقعی باشد که اغراق آمیز شده و هسته مرکزی زندگی بیمار را تشکیل داده است. خود بیمار انگاران اغلب یک اشتغال ذهنی مرضی درباره ی هضم و دفع دارند.

۴- اختلالات ساختگی و تمارض

در این اختلالات نشانه های مرضی روانی و بدنی به طور ارادی توسط بیمار ایجاد می شود. به عبارت دیگر، حالات و اختلالات بدنی ساختگی، آگاهانه، و خود القائی هستند. آنها ممکن است شامل یک زیر بنای کلی یا حالت اغراق آمیز در وضعیت اختلال آمیز قلبی فرد باشند. در بعضی از موارد ممکن است فرد واقعاً به خود تحریفی گرفتار شده باشد و برای ایجاد جوش و تاول، مواد سوزش آوری را به پوست خود بمالد یا در اغلب موارد ممکن است که شخص نشانه های مرضی را به صورت بیماری واقعی یا بالقوه ظاهر نماید. در اختلال ساختگی، تنها هدف آشکار فرد عبارت است از: میل به وانمودسازی نقش یک بیمار.

شخص غالباً تاریخچه ای مملو از دروغهای غیر قابل کنترل داشته، خواهان مورد توجه واقع شدن توسط متخصصان است، و شرح و بسطهای برجسته ای درباره ی دردهای مبهم خویش ارائه می کند. شیوع اختلالات ساختگی در مردان بیش از زنان است. اختلال ساختگی از تمارض متفاوت است، زیرا افراد مبتلا به اختلال ساختگی به راحتی خواهان توجه دیگران هستند، در حالی که تمارض کنندگان برای رسیدن به هدفهای معین مانند رها شدن از چنگ پلیس، غرامت گرفتن، باز نشسته شدن و از وظیفه ای فرار کردن، خواهان مراقبت پزشکی و بستری شدن در بیمارستان هستند. از سوی دیگر شکایات متعدد و تمایل به بستری شدن در بیمارستان تقریباً الگوی دائمی اختلالات ساختگی است، ولی در تمارض اغلب پس از آنکه فرد به خواسته خود رسید، ناگهان اختلال قطع می شود. نکته ای که ممکن است در تشخیص افتراقی آنها سودمند باشد، این است که یک عمل تمارض گرانه در احوال معین سازشی تلقی می شود (مثلاً زمانی که شخص در دست دشمن

اسیر است به دروغ خود را به بیماری بزند، ولی اختلال ساختگی به صورت دائمی در افرادی که دچار آشفتگیهای دراز مدت و شدید زندگی هستند، ملاحظه می شود. اصطلاح « سندرم من چاسن » برای نوع شدید اختلال ساختگی به کار رفته است که در آن تظاهر زیرکانه و مکرر به بیماری، برای رسیدن به هدف خاص، یعنی جلب توجه پزشکی، وجود دارد. فرد مبتلا به این سندرم ممکن است مسافتهای طولانی را برای بستری شدن در بیمارستانهای مختلف بپیماید و با نقش بازی کردن و اغواگری، هر چند به دروغ، داستانهایی بسازد تا پزشکان و کارکنان بیمارستان را متقاعد سازد که از یک بیماری مزمن رنج می برد. این سندرم از نام من چاسن یک افسر آلمانی قرن نوزدهم اقتباس شده است که برای اختراع دروغهای ماهرانه اش، قهرمان افسانه ای گردید. افراد مبتلا به این سندرم دروغهای باور نکردنی درباره ی بیماریهایشان می گویند. آنان ممکن است از طریق آغشته نمودن نمونه های ادرارشان به خون وانمود کنند که بیمارند یا تب سنج را دستکاری کنند تا نشان بدهند که تبشان بالاست.

۵- اختلال درد روانزاد

نشانه عمده این اختلال درد طولانی و شدیدی است که تبیین پزشکی آن مشکل و یا غیر ممکن است. بیماران مبتلا به این اختلال مجموعه متفاوتی از درد های گوناگون شبیه سردرد، کمر درد و یا سایر اعضای بدن را به صورت مزمن ابراز می نمایند. شیوع این اختلال در زنان دو برابر مردان است و ظهور آن در چهل الی پنجاه سالگی است. بیماران مبتلا به این اختلال معمولاً تاریخچه ای طولانی از دردهای گوناگون، مراقبتهای پزشکی، و جراحی دارند. آنان به پزشکان متعدد مراجعه می کنند. داروهای مختلف را مصرف می کنند. و ممکن است اصرار در انجام عمل جراحی داشته باشند. بعضی از محققان باور دارند که این احساس درد مزمن، نشانه ای از اختلال افسردگی پنهان در افراد مبتلاست. تشخیص افتراقی درونزاد و درد واقعی آسان نیست؛ به ویژه آنکه وجود یکی مانع دیگری نیست. می توان گفت: روانزاد یکنواخت است و نسبت به عوامل هیجانی، شناختی، و موقعیتی، بر خلاف درد واقعی، کمتر حساس است. به عبارت دیگر دردهای واقعی از نظر شدت و ضعف در نوسانند؛ در حالی که دردهای روانزاد حتی با تجویز ضد درد هم به طور موقت تسکین نمی یابند و از توجه شخص خارج نمی شوند. این اختلال از خود بیمارانگاری نیز بدین دلیل می تواند متفاوت باشد که در افراد مبتلا به خود بیمارانگاری نشانه های مرضی گوناگون بوده و با گذشت زمان تغییر حاصل می کنند. برای تشخیص این اختلال از اختلال تبدیلی به این نکته می توان اشاره کرد که اختلالات تبدیلی دوام چندانی ندارند؛ در حالی که اختلال درد روانزاد دائمی و مزمن است. علل این اختلال از دیدگاه های متعدد مورد بررسی واقع شده است. در واقع در دیدگاه روان پویائی علت آن را ناخودآگاه می دانند که ریشه در تجربه های خردسالی فرد دارد و درد راهی است برای جلب محبت، فرار از تنبیه، و جبران گناه که از طریق مکانیزمهای دفاعی جا به جایی و سرکوبی صورت می پذیرد. در دیدگاه یادگیری این باور وجود دارد که دردهای روانزاد در اثر تقویت حاصل شده اند و اگر مورد توجه واقع نشوند، از بین می روند؛ در حالی که اگر مورد توجه و پشتیبانی دیگران قرار گیرند و نفعی به دنبال داشته باشند، و یا شخص را از انجام دادن فعالیتهای نامطلوب معاف سازند، شدت یافته پایدار می ماند.

درمان

درمان بیشتر به بازپروری مبتلایان معطوف می شود. گرچه باید واقعی بودن دردهای آنان تایید شود؛ ولی لازم است که در آغاز علل روانی و هیجانی آنها تشریح گردد. داروهای ضد درد و ضد اضطراب در درمان آنها کمتر نتیجه بخش هستند، ولی ممکن است داروهای ضد افسردگی

در کاهش درد موثرتر باشند. تعلیم آرامش عضلانی و بیوفیدیک تقریباً مؤثر است. گاهی اوقات برنامه های چند وجهی خاصی از قبیل شناخت درمانگری، رفتار درمانگری و خانواده درمانگری ممکن است برای کنترل درد مؤثر واقع شود.

۶- اختلال بد شکلی بدنی

افراد مبتلا به این اختلال باور دارند که بدنشان از نظر شکل و فرم دچار نوعی نقص و بدقوارگی شده است؛ هر چند به صورت عینی نقص و نارسائی قابل توجهی ملاحظه نمی شود. دیدگاه روان پویائی معتقد است که علت این اختلال ناخودآگاه و در دوران کودکی فرد نهفته است. به همین دلیل معمولاً در عضوی متمرکز می شود که با حادثه ای که در دوران خردسالی شخص رخ داده است، ارتباط دارد. این اختلال بیشتر به اعضای ظاهری مانند صورت، بینی، و موها مربوط بوده در موقعیتهای اجتماعی شدت پیدا می کنند. به هر حال، گرچه ظاهر این افراد طبیعی یا دارای نقص جزئی است، ولی نگرانی افراد مبتلا، شدید و بی تناسب با آن نارسائی جزئی است. به رغم رنج شدیدی که این افراد احساس می کنند درمان روانپزشکی آن را نمی پذیرند و اغلب برای اصلاح عیب و نقص جزئی خود به انجام عمل جراحی اصرار می ورزند. بعضی از گزارشها حاکی از آنند که داروهای سه حلقه ای ضد افسردگی ممکن است در درمان این اختلال موثر باشند.

۷- اختلال بدنی شکل نامتفاوت

این اختلال عبارت است از: نشانه های بدنی گوناگون که شش ماه دوام داشته و علت خاص بدنی برای آن آشکار نباشد و نیز در زمره سایر اختلالات روانی قرار نگیرد. نشانه های آن خستگی کلی، بی اشتهائی، ناراحتیهای ادراکی و معدی روده ای است.

۸- «اختلالات افتراقی» عبارتند از:

گسستگی، یا جدا شدن اجزای شخصیت از یکدیگر که به صورت طبیعی وحدت یافته اند. در نتیجه بعضی کنشهای روانی از قبیل شخصیت، هویت، حافظه، کنترل بر رفتار حرکتی از خود آگاه دور می مانند. این اختلالات آمیزی ۱ (فراموشی روانزاد)، فیوگ (فرار روانزاد)، چند شخصیتی و تغییر هویت را شامل می شود.

۹- فراموشی (آمیزی) روانزاد

آمیزی عبارت است از: ناتوانی جزئی یا کلی برای یادآوری یا تشخیص و تعیین تجارب گذشته. این حالت ممکن است در آسیب دیدگی مغزی، ضربه مغزی، و بیماریهای مربوط به دستگاه عصبی رخ بنماید. اما هنگامی که آمیزی مربوط به آسیب دیدگی مغزی است معمولاً فراموشی کامل است. بدین معنی که یا اطلاعات به خزانه حافظه وارد نمی شوند و یا از خزانه حافظه خارج نمی شوند؛ چنان که گوئی حافظه به طور کامل از دست رفته است. ولی در آمیزی روانزاد، معمولاً ناتوانی مربوط به یادآوری خاطرات محدودی می شود. در آمیزی روانزاد موارد فراموش شده، در زیر سطح خودآگاه قرار گرفته به وسیله هیپنوتیزم، تحت تأثیر داروهای مخدر، و یا خود به خود ممکن است ظاهر شوند. این نوع فراموشی، معمولاً واکنشی است نسبت به ضربه های روانی غیر قابل تحمل از قبیل شرایط جنگ و حالات ضربه زنده زندگی. البته علاوه بر آزمونهای پزشکی برای سبب شناسی عضوی این اختلال، راههای متعددی برای تشخیص بین آمیزی بدنزاد و روانزاد وجود دارد که عبارتند از:

آمنزی روانزاد، ناگهانی و به دنبال یک ضایعه روانی شدید، مرگ یکی از والدین ظاهر می شود و خود به خود نیز از بین می رود. ۲- آمنزی روانزاد اغلب حالت انتخابی دارد یعنی فراموشی شامل دوره ای می شود که اکثر افراد خواهان فراموشی آن هستند. ۳- افراد مبتلا اغلب، کمتر از اطرافیان درباره این موضوع ناراحتند و در واقع نوعی بی تفاوتی که در اختلالات تبدیلی ذکر شد در آنان وجود دارد. ۴- این اختلال راهی است برای رهایی از تعارض ۵- چون حوادث فراموش شده در آمنزی روانزاد تا حدی از آگاهی دور مانده اند، غالباً درمان افراد مبتلا از طریق هیپنوتیزم امکان پذیر است. چهار الگوی متفاوت یا چهار نوع آمنزی وجود دارد؛ شامل: ۱- آمنزی موضعی، که در آن تمام حوادث مربوط به یک دوره معین فراموش می شوند. مثلاً کسی که از یک حادثه آتش سوزی جان سالم به در برده ولی تمام اعضای خانواده اش مرده اند، ممکن است خاطرات حادثه آتش سوزی و آنچه یک روز پس از آن رخ داده است را فراموش نماید. ۲- آمنزی انتخابی، در این نوع فراموشی، شخص قسمتی از حوادث را فراموش می کند مثلاً در موردی که ذکر شد ممکن است شخص قسمتی از حوادث را فراموش می کند یعنی ممکن است که شخص آمدن ماشین آتش نشانی، آمبولانس، و انتقال خود به بیمارستان را به یاد بیاورد، ولی صحنه بردن کودکانش به بیمارستان، قبل از آنکه خودش به بیمارستان انتقال یابد، و تعیین هویت اجساد آنان را در روز بعد به یاد نیاورد. ۳- آمنزی تعمیم یافته، که در آن شخص تمام زندگی گذشته خود را فراموش می کند. این نوع در واقع نادر است و در فیلمها و داستانها به چشم می خورد. ۴- آمنزی دوام دار که شخص تمام حوادثی را که از یک دوره معین تا زمان حاضر (حوادث بعد از شروع آمنزی) رخ داده اند فراموش می کند. مثلاً اگر حادثه روز جمعه رخ داده، روز چهارشنبه نمی تواند آنچه را که در روز دوشنبه و پس از آن به وقوع پیوسته است به یاد بیاورد. آمنزی معمولاً در بین قربانیان جنگ و بلاهای طبیعی جلوه گر می شود. جالب است که در این اختلال ممکن است شخص نتواند اسم خود را به یاد بیاورد، یا نتواند بگوید که چند سال دارد و کجا زندگی می کند، با این وجود الگوها و عادات اساسی وی از قبیل توانائی مطالعه، تکلم و از این قبیل دست نخورده باقی می ماند، به نحوی که کمتر کسی می تواند متوجه شود که وی دچار فراموشی است.

« فیوگ »

فیوگ حالتی از آمنزی است که در آن شخص به صورتی عمیقتر از مسائل خود دوری می گزینند. واکنش فیوگ عبارت است از: یک دفاع روانی از طریق فرار واقعی. در این اختلال شخص از خانه خارج شده در کوچه ها، خیابانها، و یا شهرها سرگردان می شود، و پس از روزها، هفته ها، یا بعضی اوقات سالها ناگهان خود را در محلی نا آشنا می یابد که نمی داند کجاست و کی بدانجا آمده است. این دوره با آمنزی کامل همراه است. فعالیتهای فرد در اثنای فیوگ شامل گردش و مسافرت به شهرهای مختلف، انتخاب شغل جدید، و شروع روش تازه در زندگی می شود.

علل مولد

علل آمنزی (فراموشی) شبیه به علل اختلالات تبدیلی است، ولی در این اختلال شخص به جای بیمار شدن برای فرار از بعضی موقعیتهای ناخوشایند، از طریق اجتناب از فکر کردن درباره آن به خواست خود می رسد. در فیوگ نیز شخص برای اجتناب از شرایط فشار آوری که در آن قرار دارد، به طور ناخودآگاه فرار از آن موقعیت و سرگردانی در شهرها را ظاهر می سازد. غالباً این دو اختلال ممکن است خود به خود بهبود یابند، به ویژه در فیوگ که ممکن است موقعیت جدید ناراحت کننده تر و فشار آورتر از موقعیت قبلی باشد.

« شخصیت‌های چندگانه »

در این اختلال بیمار چند دستگاه شخصیتی به صورت کامل نشان می‌دهد که هر دستگاه ویژگی مشخص داشته از لحاظ فکری و هیجانی یک شخصیت نسبتاً ثابت و منحصر به فرد است. فرد مبتلا ممکن است از یک شخصیت به شخصیت دیگر تبدیل شود که زمان هر یک از چند دقیقه تا چند سال به طول بیانجامد، و هر شخصیت به طور آشکار با دیگری تفاوت داشته باشد. وقتی که فرد از یک شخصیت به شخصیت دیگری تغییر می‌کند، نمی‌تواند به یاد بیاورد که در شخصیت قبلی چه گذشته است. معمولاً وقتی که یک شخصیت حاکم است و آگاهانه عمل می‌کند، شخصیت دیگر نیمه خودآگاه است و به طور محرمانه از افکار و رفتار شخصیت خودآگاه و آنچه در دنیای وی می‌گذرد، آگاه است. مثلاً شخص پیامی را می‌نویسد بدون آنکه آگاهی یا کنترل آگاهانه نسبت به آن داشته باشد. معمولاً شخصیت خودآگاه چیزی درباره شخصیت نیمه خودآگاه نمی‌داند.

علل مولد

در واقع همه افراد دارای شخصیت‌های متعدد هستند که در هر یک تمایلات مختلف و پیچیدگی‌های زیادی وجود دارد، و کارهایی صورت می‌پذیرد که تعجب خود و دیگران را بر می‌انگیزد. این موضوع اغلب توسط افراد به صورتهای گوناگون بیان می‌شود. مثلاً «نمی‌دانم چرا این کار را انجام دادم» یا «فکر نمی‌کردم چنین موضوعی در وی ملاحظه شود.» اما در این گونه بیماران قسمت‌های مختلف شخصیت چنان در کشمکش و تعارض با یکدیگرند که هر کدام به صورت یک شخصیت خاص جلوه گر می‌شوند. علت عمده شخصیت‌های چندگانه به نظر می‌رسد، بزرگ جلوه دادن موقعیت‌های تعارض‌انگیز باشد؛ یعنی بین تمایل به سازش و احساس گناه از عدم سازش با موقعیت.

درمان

درمان شخصیت‌های چندگانه مانند اختلالات افتراقی و تبدیلی از طریق هیپنوتیزم امکان پذیر است. البته اغلب هم خود به خود بهبود می‌یابند، زیرا شخصیتی که در آن قرار دارند ممکن است به مراتب برایشان غیر قابل تحمل تر از شخصیت قبلی به نظرشان برسد.

« تغییر هویت »

در این اختلال تغییراتی در ادراک شخص از خویشتن صورت می‌پذیرد و احساس واقعیت‌های زندگی تغییر می‌کند و یا به طور موقت از دست می‌رود. کسی که این حالت را تجدد می‌کند ممکن است چنین بگوید: «من احساس می‌کنم که در حال رویا هستم» یا «احساس می‌کنم که این عمل را به صورت مکانیکی (بدون فکر) انجام می‌دهم». شخص همواره احساس می‌کند که نمی‌تواند افکار و اعمال خود را به طور کامل کنترل کند. ظهور این اختلال معمولاً سریع است و موجب آسیب زدن به شغل یا روابط اجتماعی شخص می‌شود. این حالت بیگانگی از خویشتن ممکن است بتدریج و خود به خود از بین برود.

فصل هفتم

«اختلالات روانی فیزیولوژیایی»

هدف این فصل عبارت است از: آشنائی دانشجویان با اختلالاتی که به صورت بدنی ظاهر می شوند، ولی علت آنها مسائل هیجانی است که بر کارکرد دستگاه عصبی خودکار، غدد درون ریز، و جریان های فیزیولوژیایی بدن تأثیر می گذارند. تفاوت این اختلالات با اختلالات بدنی شکل که در فصل قبل مورد بحث قرار گرفت، آن است که این اختلالات در ارتباط نزدیک با دستگاه سمپاتیک و پاراسمپاتیک بوده و با ضایعات و جراحات بدنی آشکار همراه اند، و حتی ممکن است موجب مرگ شخص بشوند. در این راستا اختلالاتی از قبیل زخم معده، سرطان، آسم، مشکلات قلبی-عروقی، اگزما، و از این قبیل مورد بحث قرار خواهد گرفت و نشانه های مرضی، علل، درمان آنها بررسی خواهد شد. امروزه حالاتی که در آن شکایات بدنی همراه با ضایعات و آسیب های بافتی همراه است ولی علت آن روانی است تحت عنوان اختلالات روانی فیزیولوژیایی یا روانی بدنی نامیده شده اند. چون تغییرات روانی بدنی در ارتباط با دستگاه عصبی خودکار بوده و این دستگاه در تمام نقاط بدن پراکنده است، بنابراین، اختلال روانی فیزیولوژیایی می تواند تمام دستگاه های بدن را فراگیرد اختلالات مهمی که می توان نام برد، عبارتند از: اختلالات معدی-روده ای، قلبی-عروقی، تنفسی، عضلانی، استخوانی، تناسلی، و پوستی.

«بی اشتهائی روانی»

این اختلال عبارت است از: امتناع از خوردن در مدت زمانی طولانی که با کاهش شدید وزن، ناتوانی جنسی، آشفتگی در نگرش شخص نسبت به بدن خویشتن و ترس شدید از چاقی همراه است. در بعضی از افراد میل به غذا و اشتها چنان دچار ضایعه می شود که کمبود و نارسائی غذائی منجر به مرگ آنان می شود. شیوع این بیماری در زنها متداولتر از مردها و در سنین بلوغ و ازدواج بیشتر است. معمولاً یک دختر مبتلا، بین ۱۳ تا ۱۸ سالگی، خوردن را متوقف ساخته شروع به از دست دادن وزن می کند. در نتیجه اطرافیان وی به وحشت افتاده و در خوردن اصرار می ورزند، ولی اصرار آنان به جایی نمی رسد. چرخه ی ماهانه دستخوش توقف شده، فعالیت های بدنی افزایش می یابد، و ضعف و ناتوانی بروی مستولی می شود. وجود اضطراب و رفتارهای وسواسی در بسیاری از افراد مبتلا به بی اشتهائی روانی بسیار متداول است. معمولاً مسئله اصلی در افراد مبتلا، بحران شدید در رشد روان شناختی آنان است. آنها اغلب غذاهای لاغر کننده را در حد بسیار کم انتخاب می کنند، یا غذائی را که انتخاب کرده اند دور می ریزند، یا در مکانهای مختلف پنهان می سازند. در ۱۹۷۳ برویج این نظریه فروید را که اضطراب در افراد مبتلا به بی اشتهائی روانی ناشی از ترس ناخودآگاه آنان از ناباروری دهانی است. مورد بررسی قرار داد. او در آنان شواهد کمی درباره وجود چنین تخیلات و ادراکهای نادرستی یافت. ولی اظهار داشت که آنان در کودکی بیش از آنچه در بین دختران نوجوان معمول است، در معرض سوء تفاهمهایی نسبت به چگونگی به وجود آمدن بچه قرار گرفته اند. در سایر موارد افراد مبتلا به بی اشتهائی روانی، یک مقاومت پرخاشگرانه نسبت به خواستهای والدین داشتند، یا از آن که شبیه به والد همجنس خودشان باشند، امتناع می ورزیدند. یک نگرش بسیار متداول که در بین این افراد مشاهده می شود، تنفر است. غالباً تنفر بر غذا متمرکز شده است، ولی این موضوع معمولاً بیان کننده یک فاجعه رمزی نسبت به برخی از جنبه های زندگی فرد است.

« فریبی »

شواهد بیانگر آنند که افزایش وزن ضرورتاً مربوط به زیاد خوردن نیست. بسیاری از افراد فریبه گرچه در حد متوسطی غذا می خورند، ولی چاق هستند؛ در حالی که بسیاری از افراد لاغر با وجودی که زیاد میخورند، لاغر می مانند. به نظر می رسد که در افراد لاغر متغیر هائی که میزان سوخت و ساز بدن را فعال می سازند، کنترل می شوند. گرچه میزان سوخت و ساز از طریق برنامه های ورزشی و بدنی می تواند تغییر یابد، ولی در حد زیاد توسط معیارهای ژنتیک تعیین می شود. افزون بر آن زیاد شدن وزن در کسی که دچار چاقی است خود موجب نارسائی بیشتر در میزان سوخت و ساز می شود. رژیم غذایی نیز میزان سوخت و ساز را پایین می آورد. به همین دلیل کسی که رژیم گرفته است هم از این لحاظ که نمی تواند کالری لازم را به بدن برساند، ناراحت می شود و هم از این حیث که تأثیری در کاهش وزن ندارد. علاوه بر آن، ظاهراً بعضی افراد از زمان تولد چاقترند. گرچه این افراد ممکن است بکوشند تا دست کم از طریق رژیم غذایی بر خلاف چنین تمایلی گام بر دارند، ولی مانند شنا کردن بر خلاف جریان آب بی اثر می ماند. فریبی تنها ناشی از عوامل فیزیولوژیائی نیست، بلکه نتیجه تأثیر متقابل عوامل روانی و فیزیولوژیائی است. شماری از مطالعات نشانگر آنند که افراد فریبه نسبت به محرکهای غذایی پاسخگوترند. محرکهایی مانند مزه، بو، منظره، و موعد غذا می توانند به عنوان علت این بیش پاسخگوییها محسوب شوند. از طرف دیگر این بیش پاسخ دهی در افرادی که وزن طبیعی ولی رژیم غذایی مزمن دارند نیز وجود دارد.

« بیخوابی »

بیخوابی، یا ناتوانی در خواب رفتن، به عنوان یک نشانه مرضی بسیاری از اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب، توصیف شده است. امروزه مسئله بیخوابی شکایات اصلی بسیاری از افراد و یکی از موارد شدید استمدادهای روانی و بدنی آنان است. سه الگوی وسیع اختلال خواب وجود دارد. بدین ترتیب که بعضی از افراد زمانی بسیار طولانی را صرف می کنند تا به خواب روند، عده ای دیگر به آسانی به خواب می روند ولی در طول شب همواره از خواب بیدار می شوند، برخی دیگر به آسانی به خواب می روند ولی زود بیدار می شوند و دوباره نمی توانند به خواب روند. هر فرد در زمان و موقعیتی خاص نوعی از مشکلات خواب را تجربه کرده است. ولی اصطلاح بیخوابی زمانی باید به کار رود که مشکل خواب پایدار بوده، عملکردهای روزانه فرد را مختل سازد و موجب خستگی، تحریک پذیری، ناتوانی در تمرکز و از این قبیل شود. اختلال خواب غالباً با منبعی که شخص آن را تجربه می کند در رابطه است، و این رابطه به حالتی که اضطراب انتظاری نامیده شده است، منجر می شود (مانند آنچه در بد عملکردیهای جنسی ملاحظه می شود). بدین معنی که از لحظه ای که شخص به رختخواب می رود، یا حتی زمانی که لباس خوابش را می پوشد، نگران است که آیا به خواب خواهد رفت؟ آیا مانند شب گذشته خواهد بود؟ چگونه با سه ساعت خواب می تواند ساعتها کار کند؟ بنابراین، مثال قدیمی دور باطل ادامه می یابد؛ یعنی بیخوابی موجب این افکار و این افکار، موجب بیخوابی می شوند. بیخوابی ممکن است علل زیادی داشته باشد؛ مثلاً عواملی از قبیل داروها، الکل، قهوه، اضطراب، استرس، بیماریهای بدنی، اختلالات روانی، نبودن فعالیت، و عادت کم خوابی را می توان نام برد. شواهد بیانگر آنند که مشکلات روانی در افرادی که کم خوابند، احتمالاً بیشتر از افرادی است

که خواب مناسبی دارند. هر چند با اطمینان نمی توان نتیجه گرفت که بر عکس، مشکلات روانی معلول اختلال خواب است. علاوه بر مسائل روانی، مشاهده شده است که بسیاری از افراد کم خواب، در اثنای خواب دارای میزان بالایی از برانگیختگی ناپهنجار فیزیولوژیایی هستند.

دیدگاههای مختلف درباره ی اختلالات روانی فیزیولوژیایی

دیدگاه زیست شناختی

چنان که قبلاً اشاره شد، اختلالاتی مانند زخم معده، آسم، و فشار خون، تنها ناشی از استرس نیستند، بلکه استرس از طریق بعضی متغیرها بر کارکرد اعضای بدن کسانی که آمادگی این اختلالات را دارند، تأثیر می گذارد. رابطه استرس با شیوع اختلالات بدنی در خانواده ها، واقعیتی است که بحث ژنتیک را درباره آنها معتبر جلوه می دهد. مثلاً معلوم شده است که میزان بروز زخم معده در بین آقایان دو برابر جمعیت معمولی است. گرچه این مسئله خود به خود نمی تواند مبنایی برای این نتیجه گیری باشند که وراثت در افراد، استعداد آنان را برای ظهور زخم معده فراهم می سازد، زیرا این نتیجه که ظهور زخم معده به میزان دو برابر در یک خانواده ممکن است ناشی از یادگیری ناسازگارانه یکسان در کنار آمدن با استرس باشد، ولی شواهد دیگر حاکی از آنند که یادگیری تبیین کننده همه ماجرا نیست. موضوع قابل توجه دیگر رابطه ای است که بین زخم معده و گروه های خونی وجود دارد. بدین معنی که ملاحظه شده است، افراد دارای گروه خونی O به احتمال بیشتری در معرض ابتلا به زخم معده قرار دارند. افزون بر آن در یک آزمایشگاه که ۳۴ جفت دو قلوی دو تخمکی مورد بررسی قرار گرفتند، آشکار شد که میزان تطابق در دو قلوهای یک تخمکی برای ابتلا به زخم معده ۵۰ درصد، در حالی که در دو قلوهای دو تخمکی ۱۴ درصد است. نقش توارث در فشار خون نیز می تواند مهم باشد. همان گونه که قبلاً اشاره شد، افرادی که یکی از والدین آنها مبتلا به فشار خون است واکنشهای قلبی عروقی شدیدتری نسبت به استرس نشان می دهند تا کسانی که در تاریخچه خانوادگیشان ابتلا به این بیماری ملاحظه نمی شود. این موضوع با مطالعه دو قلوها نیز تایید شده است. بدین معنی که واکنشهای اغراق آمیز قلبی عروقی در بین دو قلوهای یک تخمکی بیشتر از دو قلوهای دو تخمکی بوده است. بر اساس نظریه ضعف بدنی - یک مشکل روانی - بدنی در شخصی که از ضعف بدنی رنج می برد، یا از نظر دستگاه بدنی آسیب پذیر است با احتمال بیشتری ظاهر می شود.

دیدگاه روان پویایی

همان طور که می دانیم نظریه های روان پویایی، رفتار را به عنوان نشانه های هیجانات پنهان مورد توجه قرار می دهند. بنابراین، تعجب آور نیست که این مکتب قبل از هر چیز، مسائل روانی را که ممکن است به طور معنی دار در ایجاد بیماریهای بدنی دخالت داشته باشند مورد توجه قرار دهد. در نظریه های روان پویایی نخستین، اختلالات روانی - بدنی به اختلالات رشد روانی جنسی نسبت داده می شوند که در اثر تعارض های پنهان، آشکار می گردد. لیکن دیدگاه های روان پویایی معاصر، تعامل خانوداگی را به عنوان هسته اصلی سبب شناسی رابطه بین استرس و اختلالات روانی - بدنی در نظر می گیرند. در این دیدگاه درمان عبارت است از: بازنمایی تعارض های پنهان، خواه از طریق تحلیل خواب و تداعی آزاد که در تحلیل روانی اولیه مرسوم بود، خواه از طریق درمانگریهای روان پویایی تغییر یافته، با توسل به بحثهای چهره به چهره درباره مسائل و کشف ریشه های آنها در گذشته.

دیدگاه شخصیتی

در این دیدگاه، عوامل شخصیتی در ایجاد اختلالات روانی فیزیولوژیائی مورد توجه قرار گرفته است. از چند دهه پیش نظریه پردازان روان پویائی کوشیدند تا «انتخاب نشانه های مرضی را» نه تنها به تعارض ها بلکه به تیپهای شخصیتی نیز ارتباط دهند؛ رویکردی که برای بسیاری از نظریه پردازان غیر روان پویائی نیز جذاب و خوشایند بود. بدین ترتیب، تحقیق درباره صفات و نگرشهایی که ممکن است افراد را مستعد اختلالات خاصی سازد، ادامه یافت. موضوع کتابی که در سال ۱۹۷۴ توسط فریدمن و روزمن به رشته تحریر درآمد این است که فشار خون و سایر اختلالات قلبی عروقی بیشتر در نوع خاصی از شخصیت که آن را تیپ A می نامیدند به وقوع می پیوندد. همان طور که قبلاً نیز بیان شد آنان به سرعت حرف می زنند، با شتاب راه می روند، با عجله غذا می خورند، و ناشکیبا هستند. به هنگام انتظار برای ورود به آسانسور یا سوار اتوبوس و یا تاکسی شدن، بسیار بی قرارند. منتظر تمام شدن جمله دیگران نمی مانند و جمله های آنان را تمام می کنند. آنان افتخار می کنند که کارها را در مدت زمان کمتر از آنچه دیگران موفق می شوند انجام داده اند، و پیشرفتهای خود را بر اساس معیارهای بالا می سنجند، کوتاه سخن آنکه، آنان خود را تحت فشار دائمی نگه می دارند، فشاری که سرانجام منتهی به آسیب رساندن به دستگاه قلبی عروقی شان می شود.

دیدگاه رفتار گرائی

سالهای متمادی پذیرفته شد که اگر نوعی شرطی سازی در ایجاد اختلالات روانی- بدنی نقش داشته باشد، شرطی سازی عاملی است، زیرا در شرطی سازی عاملی (فعال) لازم است که ارگانیزم بتواند به صورت ارادی پاسخهای خود را تغییر دهد تا به تقویت برسد یا از تنبیه اجتناب ورزد. مثلاً کاملاً باور کردنی به نظر می رسد که آسم به دلیل دستیابی به تقویتهای مرتبط بر آن (توجه ما در مدرسه نرفتن و از این قبیل) ظاهر شود، اما بر اساس گزارشهای تحقیقی جدید بسیاری از افراد توانسته اند پاسخهای خودکار و غیر ارادی خود را زیر کنترل اراده در آورند. مثلاً آزمودنیها توانسته اند ضربان قلب خود را در جهت اجتناب از دریافت شوک تغییر دهند. یافته های مذکور این نتیجه مهم را به دنبال داشت که تنها یادگیری عاملی نمی تواند در ظهور اختلالات بدنی موثر باشد، بلکه کنترل ارادی رفتار های غیر ارادی نیز در ظهور یا فرونشاندن این اختلالات عامل موثری محسوب می شود.

«درمان اختلالات روانی فیزیولوژیائی»

روشهای درمانگری رفتاری به ویژه بیوفیدیک (پسخوراند زیستی) در درمان اختلالات روانی فیزیولوژیائی بسیار موثر بوده است. این روش عبارت است از: کنترل پاسخهای غیرارادی مانند تنفس، نبض، ضربان قلب، و تشدید یا کاهش آنها به صورت ارادی. به تعبیر دیگر، جریان بیوفیدیک عبارت است از: آموزش و تعلیم کنترل ارادی پاسخهای فیزیولوژیائی اندامهائی از قبیل مغز، قلب، عضلات، و غدد. محققان نشان داده اند که انسان قادر است این جریانهای غیر ارادی بدن این امکان به وجود می آید که شخص از تاثیرات استرس بر اعضای بدن خود بکاهد و در نتیجه به درمان اختلالاتی از قبیل میگرن، فشار خون، و زخم معده نایل آید.

فصل هشتم

«اختلالات شخصیت»

هدف این فصل شناخت و بحث و بررسی رفتارهایی است که گرچه اختلال و آسیب عمیق رفتاری محسوب نمی شوند ولی با آنچه در افراد عادی انتظار می رود متفاوت است. شخصیت عبارت است از: سبکهای ویژه ای که هر فرد در فکر کردن و رفتار کردن دارد. به عبارت دیگر نحوه خاص فکر کردن و رفتار کردن هر فرد منعکس کننده شخصیت وی است. شخصیت هنگامی اختلال آمیز است که شخص قادر نباشد رفتار خود را بر اساس تغییرات معنی دار محیطی، تعدیل نماید و خود را با آنها سازگار کند. ناتوانی در انعطاف پذیری و انطباق با موقعیتهای عاملی است که می تواند شخصیت فرد را ناسازگار و دچار اختلال بنماید. اختلال شخصیت عبارت است از: سبکهای رفتاری با دوام، ناسازگار، و انعطاف ناپذیر نسبت به محیط. وقتی که سبکهای رفتاری افراد اختلال آمیز باشند، کنشهای آنان در موقعیتهای مهم زندگی دچار آسیب شده موجب اضطراب، پریشانی و ناخشنودی آنها می شود. اختلالات شخصیت در DSMIV به سه دسته تقسیم شده اند که هر دسته ویژگیهای خاصی داشته و انواع خاصی از اختلالات را در بر می گیرند.

۱- طبقه اول، کسانی که رفتار آنان هیجانی، نمایشی، و جا به جا شونده است. این طبقه سه نوع اختلال شخصیت را شامل می شود که عبارت است از: اختلال شخصیت پارانوییدی، اختلال شخصیت اسکیزوئیدی، و اختلال شخصیت اسکیزوتایپال.

۲- طبقه دوم، افرادی که رفتار آنان هیجانی، نمایشی، و جا به جاشونده است. این طبقه چهار نوع اختلال شخصیت را در بر می گیرد که عبارت است از: اختلال شخصیت خود شیفتگی، اختلال شخصیت هیستریانیک، اختلال شخصیت مرزی، و اختلال شخصیت ضد اجتماعی.

۳- طبقه سوم، افرادی که رفتارشان همراه با ترس و دلواپسی است. این طبقه نیز شامل چهار نوع اختلال شخصیت می شود که عبارت است از: اختلال شخصیت اجتنابی، اختلال شخصیت وابسته، اختلال شخصیت وسواسی، و اختلال شخصیت انفجالی پرخاشگری.

۱- اختلالات مربوط به طبقه اول

الف- اختلال شخصیت پارانوییدی

کسانی که به اختلال شخصیت پارانوییدی دچارند سه نقش عمده را آشکار می سازند که عبارت است از: عدم اعتماد و سوء ظن گسترده و پایدار نسبت به دیگران، حساسیت زیاد نسبت به مسائل جزئی و بی اهمیت، و تمایل به موشکافی کردن محیط و ادراک گزینشی نشانه هایی که آرمانها و نگرشهای تعصب آلود آنان را معتبر می سازند. کسانی که از این اختلال در رنج هستند غالباً مباحثه گر، در حالت تنش، و بد اخلاق بوده، چنین به نظر می رسند که همواره آماده حمله اند. تمایل به مبالغه کردن داشته، دوست دارند که از کاهی کوهی بسازند، و انگیزه های پنهانی معنای خاصی در رفتار بی غرضانه دیگران بیابند. مایل اند که دیگران را برای مشکلاتی که با آن مواجه شده اند سرزنش کنند و قادر به پذیرش هیچ سرزنش و یا مسئولیتی برای شکست های خود قایل نیستند. شواهد جدید بیانگر آن است که افراد مبتلا به اختلال شخصیت پارانوییدی از نظر ساختار ژنتیک شبیه به افراد مبتلا به اسکیزوفرنی هستند. چون این افراد تمایل دارند که گناه و سرزنشهای خود را به عوامل بیرونی نسبت دهند، به ندرت به کلینیکها یا بیمارستانهای روانی مراجعه می کنند. بنابراین ارزیابی شیوع این اختلال مشکل است. با این وجود، به نظر می رسد که این اختلال در مردان بیشتر از زنان است.

ب- اختلال شخصیت اسکیزوئیدی

ویژگی اصلی این اختلال عبارت است از: نقص و نارسایی در توانایی ایجاد روابط اجتماعی، که به صورت نبود تمایل برای درگیریهای اجتماعی خواه تمجید و خواه سرزنش ظاهر می شود. عدم حساسیت نسبت به احساسات دیگران، و فقدان مهارتهای اجتماعی از ویژگیهای دیگر این اختلال است. این افراد اگر دوستان نزدیکی داشته باشند عده شان بسیار کم است. آنان کناره گیر، محتاط، و منزوی هستند و به نظر می رسند که در یک حالت «گیجی» و «فراموشکاری» به سر می برند. خلاصه آنکه آنان بسیار درون گرا بوده تمایل به حالتی دو سویه دارند، یعنی از یک طرف بسیار سهل گیرند و از طرف دیگر بسیار سختگیر. آنان چنین به نظر می رسند که فاقد احساسات گرم یا استعداد برای تظاهرات هیجانی هستند، و بدین ترتیب، افرادی سرد، کناره گیر، یا بی تفاوت ادراک می شوند. گاهی اوقات به ویژه در مشاغلی که مستلزم مقدار زیادی انزوای اجتماعی است، منشه‌های اسکیزوئیدی می توانند سودمند باشد. اما اکثر اوقات کمبود شدید مهارتهای اجتماعی، موفقیت‌های اجتماعی و شغلی آنان را محدود می سازد.

ج- اختلال شخصیت اسکیزوتایپال

این اختلال اساساً از طریق افکار، ادراک، ارتباط، و رفتار بیگانه و دوام دار توصیف می شود. گرچه این حالات و بیگانگیها بدان حد هستند که مورد توجه واقع شوند، ولی تا آن اندازه شدید و جدی نیستند که بتوان تشخیص اسکیزوفرنی بر آنها نهاد. افکار بیگانه و عجیب می تواند فرد را به صورت خرافاتی بودن فوق العاده، یا به صورت شخصی مهم و به ویژه مورد توجه دیگران جلوه گر سازد. احساسی که از نظر روان شناسی اندیشه خود رجوعی نامیده می شود و می تواند به عنوان زمینه ای برای رشد سوءظن و افکار پارانوییدی باشد در آنان ملاحظه می شود. اختلال هویت یا احساس بیگانگی از خود و محیط خود نیز ممکن است در آنان وجود داشته باشد. ارتباطات شخص ممکن است عجیب و غریب باشند، اما کاملاً مشخص و معین نباشند. به تعبیر دیگر، امکان دارد که ارتباطات شخص مبتلا منحرف، مبهم، یا به عکس بسیار استادانه جلوه گر شوند، ولی سست یا نامناسب نباشند. بالاخره، افراد مبتلا به این اختلال امکان دارد دارای احساسات یا تجربه های نامناسبی باشند که در نتیجه آن نتوانند ارتباطهای متقابل چهره به چهره برقرار کنند.

۲- اختلالات مربوط به طبقه ی دوم

الف- اختلال شخصیت مرزی

اختلال شخصیت مرزی، طبقه بسیار گسترده ای را در برمیگیرد که ویژگی اصلی آن بی ثباتی یا ناپایداری در زمینه های مختلف شخصیت، از جمله روابط بین اشخاص، رفتار، خلق، و خودپنداری است. این زمینه ها لزوماً وابسته به هم نیستند، اما در واقع به قدری وسیع اند که افرادی که دارای مسائل کاملاً متفاوتی هستند.

نیز ممکن است در این طبقه تشخیص قرار بگیرند. هر تشخیصی که چنین طیف گسترده ای را شامل شود، به روشنی ممکن است که مخاطرات تشخیصی را به دنبال داشته باشد. به همین دلیل در DSMIV- R وجود دست کم پنج مورد از موارد زیر برای تشخیص این اختلال لازم دانسته شده است:

- ۱- زود انگیختگی یا پیش بینی ناپذیری، از قبیل تکانه جنسی، قمار، سوء استفاده از دارو و الکل، دزدی از فروشگاه ها، پر خوری، و به خود آسیب رسانی بدنی.
- ۲- یک الگوی ناپایدار و شدید در روابط بین اشخاص، که از طریق تغییر نگرش و آرمان گرایی خویش نسبت به دیگران، از طریق بی ارزش سازی یا ملعبه قرار دادن آنان برای رسیدن به مقاصد خویش، مشخص می شود.
- ۳- ناتوانی در کنترل خشم، که به صورت پر خاشگری شدید و ناگهانی ابراز می گردد.
- ۴- مسائل هویتی، که از طریق بی اطمینانی درباره خودپنداره و هویت جنسی خویش، ناتوانی در انتخاب شغل و هدفهای دراز مدت، و ناپایداری در الگوهای دوستی، ارزشها و وفاداریها معین می شود.
- ۵- بی ثباتی عاطفی، که دامنه آن را خلق نابهنجار، تا افسردگی، تحریک پذیری، و اضطراب شدید در نوسان است.
- ۶- کوششهای دیوانه وار برای اجتناب از ترک و رها شدگی، خواه واقعی و خواه خیالی.
- ۷- اعمال خود آسیب گرانه بدنی، شامل وانمود سازی های خودکشی، قطع عضو، حادثه آفرینی، و زد و خوردها.
- ۸- احساس مزمن پوچی و بی حوصلگی که به صورت احساس بی هدفی، خالی و بی ارزش بودن، ظاهر می شود.

ب- اختلال شخصیت هیستریانیک

افراد مبتلا به این اختلال، خواهان جلب توجه دیگران نسبت به خود هستند. خیلی زود توسط رویدادهای بی اهمیت و بی معنی برانگیخته می شوند و تظاهرات هیجان انگیز نشان می دهند. این افراد در اغوا کردن و فریفتن دیگران با تظاهرات و رفتارهای خود بسیار ماهرند. به راحتی می توانند خود را گرم و صمیمی نشان داده به دیگران نزدیک شوند، با این وجود، به نظر آنان سطحی و ابله می رسند. این افراد همواره در جستجوی تحسین دیگران هستند و برای رسیدن به این مقصود غالباً در حال ایفای نقش هستند. آنان دنیا را صحنه و خود را بازیگران آن می دانند. زود ممکن است عاشق شوند، یا ازدواج کنند، ولی زود روابط عشقی و زناشویی خود را به هم می زنند. آمادگی زیادی برای اعتیاد دارند و ممکن است خیلی زود در دام اعتیاد یا رفتارهای خلاف اجتماعی گرفتار شوند. حالات هیجانی آنان بر حسب زمان و مکان و موقعیت خیلی سریع عوض می شود به طوری که وقتی مشغول گریه هستند ممکن است در همان حال خنده را سر دهند. آنان بسیاری از بیانات خود را با نقش بازی کردن توأم می سازند و در ایفای نقش بسیار مهارت دارند.

ج- اختلال شخصیت خود شیفتگی

ویژگی اصلی این اختلال عبارت است از: احساس عجیب و بیگانه وار فرد نسبت به اهمیت خویشتن. این اختلال از واژه ی نارسیوس گرفته شده است که بر اساس یک افسانه یونانی مرد جوانی به همین نام، عاشق عکس خود در آب شد و پنداشت که حوری بهشتی است. بنابراین، کوشید که او را بگیرد، ولی چون موفق نشد، مایوس شده، سر انجام از این غم جان سپرد. در این اختلال، فرد از طریق خیالپردازیهای نامحدود درباره موفقیت، قدرت، و زیبایی دچار خود مجذوبی دائمی است که از طریق رفتارهای نمایشی و بازیگری برای مورد تحسین واقع شدن جلوه گر می شود. انتقادگرایی و بی تفاوتی نسبت به دیگران، و احساس دائمی تهدید نسبت به عزت نفس در این افراد موجب پاسخهای اغراق آمیز

به صورت خشم، شرم، تحقیر، پوچی می شود. اشتغال ذهنی آنان همواره درباره خودبزرگ بینی است و این موضوع روابط بین فردی آنان را به طریقه های مختلف، مختل می سازد. این افراد ممکن است به راحتی نتوانند احساسات دیگران را درک کنند، و یک احساس اغراق آمیز درباره ی «حق بودن» خود داشته باشند، به نحوی که بدون آنکه مسئولیتهای دو جانبه را احساس کنند معتقد باشند که دنیا به آنها بدهکار است. آنان ممکن است رفتاری استثمارگرانه داشته باشند، و در جهت تمایلات خودشان از دیگران بهره برداری کنند. وقتی که با کسی رابطه برقرار می کنند، ممکن است رفتارشان در دو حد افراطی یعنی به عرش رساندن وی از یک سر و بی ارزش ساختن فوق العاده ی وی از سوی دیگر در نوسان باشد. علل بسیاری برای این اختلال ذکر شده است. عده ای معتقدند که این اختلال ممکن است ناشی از تربیت والدین نسبت به فرزندان باشد، زیرا افراد مبتلا به اختلال خود شیفتگی توقع فوق العاده ای از دیگران دارند. نظریه های مربوط به خود معتقدند که این انتظارات ناشی از آن است که روابط همدلی با مراقبت کنندگان رشد نیافته است. این موضوع موجب متلاشی شدن احساس خود می شود و به ویژه شخص را مستعد احساسات خالی بودن، عزت نفس پایین، و رفتارهای جبرانی می سازد.

د - اختلال شخصیت ضد اجتماعی

همانطور که قبلاً ذکر شد کسانی که به اختلالات اضطرابی، بدنی شکل، و سایر اختلالات غیر سایکوتیک مبتلا هستند، گرچه ممکن است موجب ناراحتی خانواده و دوستان بشوند، ولی اساساً خود آنها هستند که از ناراحتیشان رنج می برند. بر عکس در افراد مبتلا به اختلال ضد اجتماعی این رنج و ناراحتی وجود ندارد. نشانه مشخص این اختلال عبارت است از: یک نگرش درنده خوئی نسبت به دیگران، و بی احساسی مزمن و بی تفاوتی نسبت به حقوق آنان که به صورت دروغ، دزدی، کلاهبرداری، و سوء رفتار جلوه گر می شود. ارتباط با شخصیت های ضد اجتماعی ممکن است خطرات آشکاری به همراه داشته باشد، زیرا بسیاری از آنان آشکارا تمایلات محرمانه خود را بروز می دهند. عده ای افراد نسبتاً زیاد است و به همان اندازه که مشکلات روانی برای دیگران می آفرینند، ممکن است که مسائل اساسی اجتماعی و قانونی نیز برای آنان فراهم سازند.

ویژگیهای شخصیت های ضد اجتماعی

الف- بی هدف بودن رفتار ضد اجتماعی برانگیخته شده. ب- فقدان وجدان و احساس مسئولیت نسبت به دیگران. ج- فقر هیجانی

علل رفتار ضد اجتماعی

اختلال شخصیت ضد اجتماعی دیرپا و با دوام است. اگر این اختلال در کودکی یا اوایل نوجوانی ظاهر شود، اختلال سلوکی نامیده شده، و ممکن است تا بزرگسالی ادامه می یابد.

۱- زمینه خانوادگی و اجتماعی

شواهدی در دست است که رفتار ضد اجتماعی با تجارب دوران کودکی افراد مبتلا در رابطه است. شماری از مطالعات، دلالت بر آن دارند که از دست دادن یکی از والدین به دلیل مرگ، طلاق، جدایی، و یا بستری شدن طولانی در بیمارستان، با ظهور رفتار ضد اجتماعی در آینده

همبستگی دارد. افزون بر آن، این مطالعات نشان داده اند که هر قدر رفتار ضد اجتماعی شدیدتر باشد، این احتمال که فرد جدائی و محرومیت از والدین را تجربه کرده باشد، بیشتر است.

۲- نارسائیهای یادگیری

افراد ضد اجتماعی به ویژه در پند آموختن از تجارب تنبیهی دچار نارسایی بوده، در قضاوت و داوری ضعیف هستند، با این وجود، افرادی «فهمیده» و هشیارند. بدین ترتیب اگر آنان از یک ضعف و نارسایی در آموختن رنج می برند، ممکن است مربوط به کمی دقت آنان باشد.

۳- رابطه وراثت و شخصیت ضد اجتماعی

بررسی دو قلوها

بر اساس مجموعه ای از بررسی ها و مطالعات مربوط به میزان جرم و خلافکاری در میان دوقلوهای یک تخمکی و دو تخمکی آشکار شده است که یک رابطه قوی بین مجرمیت و عوامل ژنتیک وجود دارد. در یکی از این بررسیها معلوم شده است که ۶۹ درصد از ۲۱۶ دو قلوهای یک تخمکی مرتکب جرم و جنایت شده اند؛ در حالی که فقط ۳۳ درصد از دوقلوهای دو تخمکی همجنس، جرم و جنایتهای مشابهی را انجام داده بودند.

بررسیهای فرزند خواندگی

تمایل به ارتکاب اعمال جنائی ارثی است. جالب است که بالاترین درصد وقوع جنایت مربوط به کودکانی بود که هم پدران واقعی و هم پدران غیر واقعی آنان سوابق جنایتکاری داشتند. توجیه این موضوع چنین می تواند باشد که این کودکان تمایل به جنایتکاری را از پدران واقعی خود به ارث برده و رفتارهای جنایی را از پدر خواندگان خود آموخته اند.

اضافه بودن کروموزوم Y

این اعتقاد وجود دارد، مردی که دارای کروموزوم اضافی Y است تمایل به رفتارهای جنایی و تجاوزگرانه دارد. در واقع ۱/۵ درصد از جنایتکاران و متخلفان که مورد بررسی واقع شده اند، دارای کروموزوم اضافی Y بوده اند. شواهد دیگر نشانگر آن است که مردان دارای Y اضافی، بیش از محکومان عادی مرتکب جنایت شده اند. علت این امر چنین بیان شده است: افرادی که دارای کروموزوم Y اضافی هستند، نسبت به مردان عادی از هوش کمتری برخوردارند و شاید این افراد به دلیل هوش کمتر به سختی بتوانند در برابر وسوسه های خود مقاومت کنند. احتمال دیگر این است که مردان دارای کروموزوم Y اضافی و هوش کمتر، نه تنها جرم بیشتری مرتکب شده محکومیت بیشتری دارند، بلکه از مواردی هستند که بیشتر از افراد عادی مورد بررسی واقع می شوند.

«اختلال سلوکی»

در DSMIV- R طبقه اختلال سلوکی برای توصیف کودکان و نوجوانانی که مسائل رفتاری آنان بسیار جدی تر از شیظنتها و بد رفتاریهای عادی دوره نوجوانی است، به کار رفته است. همچنین این اصطلاح برای بزرگسالانی که تمام معیارهای اختلال شخصیت ضد اجتماعی در مورد آنان صادق نیست، مورد استفاده واقع شده است. اختلالات سلوکی در محور I که مربوط به تمام اختلالات بالینی است قرار می گیرد نه در محور II که خاص اختلالات شخصیت است. اختلالات سلوکی هنگامی مورد تشخیص واقع می شود که بیمار طی یک دوره شش ماهه یا بیشتر، الگوی مکرری از اعمال مجرمانه را ظاهر نموده، حقوق اساسی دیگران را پایمال ساخته، و هنجارهای اجتماعی و قوانین متناسب با گروه سنی خود را نادیده گرفته باشد. کودکان مبتلا به اختلال سلوکی ممکن است با هنجارهای یک گروه خود را وفق دهند یا فعالیت پرخاشگرانه خود را به تنهایی ظاهر سازند. رفتارهایی که نشانه معمولی اختلال سلوکی هستند عبارتند از: جیب بری، کیف زنی، سرقت مسلحانه، تجاوز به عنف، دزدی، سوء استفاده از دارو، خرابکاری، آتش افروزی، بی رحمی نسبت به حیوانات و آدمیان، فرار از مدرسه، تقلب در امتحان یا معامله، فرار از خانه، و دعوی دائمی. چون اختلال سلوکی دامنه گسترده ای از رفتارهای بسیاری را در بر می گیرد، بنابراین، کسانی که مبتلا به این اختلال مورد تشخیص واقع می شوند، ممکن است رفتاری کاملاً متفاوت از یکدیگر داشته باشند.

۳- اختلالات مربوط به طبقه سوم

افرادی که در این گروه اختلال قرار می گیرند کسانی هستند که رفتارهای آنان با دلواپسی و ترس همواره است. به عبارت دیگر، آنچه این دسته اختلال را از سایر اختلالات شخصیت متمایز می سازد، اضطراب یا ترس است.

الف- اختلال شخصیت اجتنابی (دوری گزین)

هسته اصلی اختلال شخصیت اجتنابی، مردم گریز، تجربه های جدید، و حتی تجربه های قبلی است. این اختلال غالباً ترکیبی است از یک ابراز ترس احمقانه با یک میل شدید برای مورد پذیرش و محبت واقع شدن. افراد مبتلا به این اختلال تمایل زیادی برای روابط اجتماعی یا فعالیت های جدید دارند، اما ممکن است به دلیل ترس از عدم قبول و مورد پذیرش واقع شدن، بی میلی خاصی برای روابط اجتماعی نشان دهند، مگر آن که تضمینی قوی برای پذیرفته شدن بدون انتقاد به دست بیاورند. آنان بسیار خجالتی و کمرو به نظر می رسند. کمترین اشارت حاکی از عدم پذیرش از طرف دیگران و پایینترین احساس بالقوه شکست موجب کناره گیری آنان می شود. آنان ممکن است موارد ساده و به ظاهر بی ضرر را به عنوان تمسخر و استهزا نسبت به خود تعبیر کنند. افراد مبتلا به این اختلال ممکن است از ناتوانی خود در برقراری رابطه صمیمی با دیگران احساس ترس و ناراحتی بکنند. این موضوع، عزت نفس پایین آنان را بیش از پیش کاهش داده، آنها را نسبت به سرزنش و انتقاد و تحقیر از طرف دیگران حساس می کند، و این دوره باطل یعنی ترس از طرد و عدم پذیرش و دوری و کناره گیری از آنان همواره ادامه می یابد. نتیجه آنکه این اختلال روابط اجتماعی فرد را محدود می سازد و ممکن است بر عملکردهای شغلی وی، به ویژه در مواردی که مستلزم داد و ستد اجتماعی با دیگران است، تأثیر بگذارد. گرچه به نظر می رسد که این افراد از نظر روانی با افراد مبتلا به فوبی اجتماعی

شبهات بسیار داشته باشند، ولی افراد مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی به دلیل احساس اضطراب شدید در موقعیتهای اجتماعی، و نارسائی و ناتوانی در مهارتهای اجتماعی، از مبتلایان به فوبی اجتماعی متمایز می شوند.

ب- اختلال شخصیت وابسته

ویژگی اصلی اختلال شخصیت وابسته، درگیری با مسئله پذیرفته شدن از طرف دیگران است. برای رسیدن به این مقصود به دیگران اجازه می دهند تا تصمیمات عمده را برایشان اتخاذ کنند، فعالیت‌های مهم را به آنها دیکته نمایند، مسئولیتهای لازم در موارد با اهمیت زندگی را به عهده بگیرند. افراد مبتلا به این اختلال غالباً تسلیم خواست‌ها، باورها، و تصمیم‌گیریهای همسر، والدین، یا دوستان می شوند. آنان احتیاجات و خواستههای دیگران را بر خواستهها و تمایلات خود ترجیح می دهند، و به دلیل وابستگی شدید به دیگران می ترسند که اگر خواستههای خود را اظهار کنند روابطشان با آنها به مخاطره افتد. این افراد از نظر بدنی، بد رفتاریهای دیگران را تحمل می کنند، زیرا می ترسند که از جانب دیگران مورد طرد و رها شدگی واقع شوند. هنگامی که تنها هستند رنج، مشقت، بیچارگی، و ناراحتی شدیدی احساس می کنند، و در نتیجه در جستجوی یک مصاحب و همنشین به هر قیمتی که باشد بر می آیند. آنان فاقد اعتماد به نفس هستند و اغلب به خودشان عنوان احمق یا بیچاره می دهند. شیوع این اختلال در زنان بیش از مردان است.

ج- اختلال شخصیت وسواسی

اختلال شخصیت وسواسی از طریق یک کوشش فراگیر و گسترده برای کمال طلبی در مقایسه با دیگران مشخص می شود. آنان در انجام دادن کاری هر قدر هم که نتیجه آن عالی باشد، راضی و خشنود نیستند. بنابراین، همواره ناتوانی خود را در رسیدن به استانداردهای قابل دسترسی پیش بینی می کنند. غالباً کارهای مهم را ناتمام رها ساخته، زمان کمی برای کارهایی که مستلزم وقت زیاد است، صرف می کنند. آن گاه از این کار دست کشیده و آن را معوق می گذارند. گرچه ارزش بسیار برای سودمندی کار و روابط بین اشخاص قائل اند، اما در کارها، قوانین، و برنامه ها، درگیر جزئیات می شوند. آنان در تصمیم‌گیریهای خود زحمت و دردسر زیادی احساس می کنند و در نظر دیگران، افرادی رسمی، سختگیر، جدی، وظیفه شناس، و مبادی آداب هستند. این اختلال عموماً در هر دو جنس وجود دارد هر چند تا حدی شیوع آن در مردان بیشتر است.

د- اختلال شخصیت انفعالی - پرخاشگری

مشخصه اصلی اختلال شخصیت انفعالی - پرخاشگری عبارت است از: مقاومتی خاص در برابر اجرای الزامات شغلی و اجتماعی. این مقاومت مستقیماً ابراز نمی گردد، بلکه شخص قبلاً ترجیح می دهد که آن را به صورت انفعالی مانند به تعویق انداختن، وقت تلف کردن، سرسختی و لجاجت به خرج دادن، بی کفایتی و ناشایستگی نشان دادن، ندانم کاری کردن، و فراموش کردن (که از همه شایعتر است) به کار نبرد. کارمندی که از طرف رئیس اداره اش ماموریتی به وی محول می شود که دوست ندارد، بی میلی و نارضایتی یا ناتوانی خود در انجام آن ماموریت را به طور مستقیم اظهار نمی کند، بلکه با گفتن جملاتی مانند «واقعاً در این باره به من تحمیل شده است»، یا «من در این زمینه مهارت کافی ندارم»، یا «این کار در واقع وظیفه شخص دیگری است، نه من» میل باطنی خود را ابراز می نماید. در نتیجه ممکن است ترجیح

دهد که بخشهای ساده ی آن کار را نادرست به کار بندد، یا انجام دادن آن کار را به تأخیر اندازد، یا نحوه اجرای آن را همواره فراموش کند. این کار شکنیهای غیر مستقیم ویژگیهای شخصیت انفعالی، پرخاشگری است، زیرا پوششی هستند عارضی برای پوشاندن دشمنی و خشم فرد.

فصل نهم

«اختلالات خلقی»

ویژگیهای حمله های افسردگی و مانیا

بعضی از افراد نسبت به استرس از طریق بالا رفتن خلق و خو پاسخ می دهند که عبارت است: از فعال و اجتماعی شدن فوق العاده و تب آلود، درگیر شدن به کار زیاد و غیر معمول، احساس برانگیختگی دائمی، بی پروایی، احساس سرخوشی افراطی، و رضایت خاطر کامل از خویش بر عکس بعضی از افراد با خلقی افسرده نسبت به استرس پاسخ می دهند که در آن هیچ چیز حتی آنچه نشانه شایستگی و توانائی آنان است، ارزشمند به نظرشان نمی رسد. به عبارت دیگر، گرچه افسردگی و مانیا به صورت حالات خفیف و موقتی بخشی از زندگی عادی انسان است، ولی در بعضی از افراد این خلق نوسانی چنان شدت و دوام می یابد که موجب به هم خوردن نظم و سازمان زندگی آنان می شود. این اختلالات که از بدو تاریخ پزشکی شناخته شده بودند هم اکنون تحت عناوین اختلالات عاطفی یا اختلالات خلقی نام برده شده اند.

غالباً یکی از نشانه های اختلالات خلقی کیفیت حمله ای بودن آنهاست که در آن یک فرد عادی به طور ناگهانی، در عرض چند هفته، یا در بعضی از افراد طی چند روز، به نهایت ناامیدی یا اوج سرخوشی می رسد. هنگامی که دوره یک حمله خاتمه یافت، این امکان وجود دارد که شخص به حالت عادی یا عملکرد نسبتاً بهنجار خویش باز گردد، هر چند این احتمال وجود دارد که حمله های عمیقتر اختلالات خلقی را داشته باشند.

حمله مانیا

حمله مانیا بیشتر به طور ناگهانی آغاز می شود. این احتمال وجود دارد که حمله ها در عرض چند روز ظاهر شده و از چند روز تا چند ماه به طول بیانجامد و به همان ناگهانی که شروع شده اند، خاتمه یابد. ویژگیهایی برجسته حمله مانیا مطابق DSMIV- R عبارت است از:

- ۱- خلق بالا رفته، انبساط یافته، یا تحریک پذیر

یکی از اصلی ترین ویژگیها، برای تشخیص حمله مانیک، تغییر خلق است. افراد مبتلا، نوعاً احساس عجیبی دارند، دنیا را شگفت انگیز می بینند، و شادی بی حد و حصر نسبت به آنچه انجام می دهند یا در فکر انجام دادن آن هستند، احساس می کنند.

۲- بیش فعالی

خلق انبساط یافته معمولاً با بی قراری و افزایش فعالیتهای بدنی، اجتماعی، شغلی، و غالباً جنسی همراه است.

۳- پرگوئی

افراد مانیک تمایل دارند که همواره با صدای بلند و سریع صحبت کنند. تکلم آنان اغلب آکنده از پراکندگی، مملو از جزئیات بی ربط، و پر از شوخیهایی است که خود به تنهایی آن را خنده دار می دانند.

۴- پرش اندیشه ها

افراد مانیک اغلب افکار زودگذر دارند. به همین دلیل برای آنکه تکلم خود را با افکارشان جور نمایند، سریع صحبت می کنند و به سرعت از یک موضوع به موضوع دیگر می پرند.

۵- عزت نفس غرور آمیز

افراد مانیک تمایل دارند که خود را بی اندازه جذاب، مهم، قدرتمند، قادر به پیشرفت زیاد، و با استعداد در زمینه هایی که واقعاً ممکن است هیچ استعدادی نداشته باشند، بدانند. بنابراین، ممکن است آنان آهنگها را با هم ترکیب نمایند. سلاحهای اتمی را طرح ریزی کنند، و یا به مسئولان یک مملکت تلفن کنند و به آنان توصیه کنند که چگونه کشور را اداره نمایند.

۶- بیخوابی

حمله مانیک معمولاً با کاهش زیاد در نیاز فرد به خواب رفتن، مشخص می شود. افراد مانیک ممکن است که ۲ الی ۳ ساعت در شب بخوابند، با این وجود مقدار انرژییشان دو برابر کسانی باشد که در اطراف آنها هستند.

۷- حواس پرتی

توجه افراد مانیک به آسانی منحرف می شود. هنگامی که کاری انجام می دهند یا درباره موضوعی بحث می کنند به چیزهای دیگری که در اطرافشان است توجه می کنند (مثلاً یک روزنامه، یک لباس، یا یک عابر). توجه آنان به طور ناگهانی از یک موضوع به موضوع دیگری جلب می شود.

۸- رفتار بی ملاحظه و بی پروا

سرخوشی زیاد و تصور خود بزرگ بینی در افراد مانیک اغلب منجر به اعمال پر زرق و برق (نمایشی) و نا بخردانه از قبیل ولخرجی زیاد، رانندگی بی پروا و بدون دقت، بی احتیاطی در هزینه های زندگی، و بی پروائی های جنسی می گردد. آنان معمولاً نسبت به نیازهای دیگران کاملاً بی تفاوت بوده بی تأمل مرتکب اعمالی از قبیل تلفن زدن نیمه شب به دوستان، خرج کردن تمام پس انداز خانواده برای خرید یک ماشین گران قیمت، داد و فریاد در رستوران و اماکن عمومی می شوند.

«حمله افسردگی شدید»

در دوره ی افسردگی شدید، منحنی خلق نسبت به دوره مانیک به سمت پایین افت می کند. گرچه در بعضی از موارد یک ضایعه روان شناختی شدید ممکن است فرد را در خلال یک شب دچار افسردگی سازد، ولی ظهور افسردگی شدید معمولاً تدریجی است و طی دوره ی چند هفته یا

چند ماه به وقوع می پیوندد. دوره حمله افسردگی نوعاً طولانی تر از حمله مانیک است و پس از پایان مانیا بتدریج و به آهستگی ظاهر می شود. ویژگیهای حمله افسردگی شدید بر اساس DSMIV- R عبارت است از:

۱- خلق افسرده

تقریباً همه ی افراد افسرده درجاتی از غمگینی شدید یا ناشادی، که دامنه آن از یک مالیخولیای اندوهگین متوسط تا ناامیدی شدید در نوسان است، گزارش کرده اند. این نوع غمزدگی ممکن است توسط فرد به صورت نومیدی شدید، تنهایی، یا دلگیری ساده توصیف شود. کسانی که افسردگی ملایم یا متوسط دارند ممکن است همواره گریه کنند، ولی افرادی که به افسردگی شدید دچارند، اغلب اظهار می دارند که دوست دارند گریه کنند ولی نمی توانند. افراد مبتلا به افسردگی عمیق، غالباً اوضاع و احوال خود را برگشت ناپذیر پنداشته و معتقدند که نه خود می توانند کمکی به خویش بنمایند و نه دیگران قادرند که آنها را یاری کنند. این نوع طرز تفکر به عنوان سندرم ناامیدی- بی پناهی نام گرفته است.

۲- نبود لذت یا علاقه نسبت به فعالیتهای عادی زندگی

مهمترین ویژگیهای معمولی حمله افسردگی شدید، علاوه بر خلق افسرده، کاهش انگیزه است. وجود یکی از این دو ویژگی، یعنی خلق افسرده، یا فقدان انگیزه، برای تشخیص افسردگی شدید، لازم است. به نظر می رسد که در شخص افسرده کلیه فعالیتهایی که صورت می گیرد از قبیل: کار، مواظبت از فرزندان، صحبت کردن با دوستان و تماشای فیلم بی ارزش بوده، تمایلات جنسی آنان دستخوش کاهش شدید می گردد.

۳- اختلال در اشتها

اکثر افراد افسرده اشتهای کمی داشته و نشان کاهش می یابد. هر چند بعضی از آنان، به ویژه کسانی که قبلاً رژیم غذایی داشته اند، از طریق خوردن زیاد و افزایش وزن خود واکنش نشان می دهند.

۴- آشفتگی خواب

یکی از ویژگیهای مهم افراد افسرده بیخوابی شدید است که خیلی زود بیدار شده قادر به ادامه خواب نیستند. اما ممکن است که بعضی از آنان در آغاز نیز برای خواب رفتن دچار اشکال و ناراحتی باشند؛ یا آنکه، در طول شب مکرراً از خواب بیدار شوند. در بعضی از موارد، ممکن است که خواب هم مانند اشتها افزایش یافته حالت افراطی به خود بگیرد، به نحوی که شخص بیش از پانزده الی شانزده ساعت بخوابد و هنوز احساس کند که خسته است و نیاز به خواب دارد.

۵- کندی یا برانگیختگی روانی - حرکتی

معمولاً افسردگی را می توان سریعاً از طریق رفتارهای حرکتی و بدنی شخص تشخیص داد. در متداولترین الگوی این اختلال که افسردگی کند شده نام گرفته است، به نظر می رسد که بیمار مغلوب خستگی شدید شده، فعالیت دلخواهانه کمی از خود بروز می دهد. بدن آنان جمع و در هم کشیده شده، حرکات آنان آهسته و کند و در کمترین حد است. صحبت‌های آنان آهسته و بی دوام و معمولاً پیش از جواب دادن همواره با توقف است. ممکن است در موارد شدید، این حالت به بهت، گیجی، و بی حرفی مبدل شود. در مواردی نیز امکان دارد که نشانه های مرضی به

صورتی کاملاً متفاوت با آنچه ذکر شده آشکار گردند. این حالت افسردگی برانگیخته شده نام گرفته و نشانه های آن عبارت است از: بی قراری و فعالیت بی وقفه مانند فشار دادن و مالیدن دستها به یکدیگر، راه رفتن بی هدف، پرتنش و ناآرامی، نالیدن و گله کردن دائمی.

۶- نبود انرژی

معمولاً افسردگی با کاهش انگیزه همراه است به نحوی که سطح انرژی به طور برجسته ای کاهش یافته، فرد بدون انجام هیچ کاری، همواره احساس خستگی و فرسودگی می کند.

۷- احساس گناه و بی ارزشی

افراد افسرده نه تنها نسبت به زندگی بلکه نسبت به خودشان نیز بی علاقه اند. اغلب کمبودها و نارسائی هائی در زمینه هوشی، جذابیتهای بدنی، سلامتی و مهارتهای اجتماعی به خود نسبت می دهند. آنان شکایات بسیار درباره از دست دادن عشق و محبت، اشیای مادی، پول و حیثیت دارند که ممکن است ناشی از احساس بی کفایتی و ناشایستگی باشد. احساس بی ارزشی اغلب با احساس گناه عمیق همواره است. فرد افسرده شکست های گذشته و حال خود را بزرگ می نماید و به نظر می رسد که محیط اطراف را برای شاهد ادعای خود غور و بررسی می کند و هر گونه نقص و نارسائی را به خود نسبت می دهد.

۸- مشکلات تفکر

در افراد افسرده جریانهای ذهنی نیز مانند جریانهای بدنی معمولاً کاهش حاصل می کنند. افراد افسرده تمایل به تردید و دودلی دارند، و غالباً مشکلاتی در تفکر، تمرکز، و یادآوری نشان می دهند.

۹- افکار بازگشت پذیر درباره مرگ و خودکشی

بسیاری از افسردگان، افکار عود کننده درباره مرگ و خودکشی دارند. آنان اغلب حالات هیجانی خود را چنین ابراز می دارند که بهتر است بمیرند، و چنان که خواهیم دید بسیاری از افراد افسرده اقدام به خودکشی می کنند.

شیوع افسردگی شدید

افرادی که دستخوش یک یا چند حمله افسردگی عمیق، بدون وجود حمله های مانیا، می شوند، تحت عنوان افسردگی شدید نام برده شده اند. این اختلال عموماً با مسائل عمده بهداشتی همراه است. میزان شیوع این اختلال در ایالات متحد در حدود ۱ تا ۲ درصد در مردان، و ۳ تا ۴/۶ درصد در زنان گزارش شده است. در بین کسانی که در بیمارستانهای روانی بستری می شوند، بیشترین فراوانی مربوط به اسکیزوفرنها و پس از آن، افسردگی است. اما در مراکز بالینی خارج از بیمارستان، بیماران افسرده بیشترین درصد را شامل می شوند؛ به نحوی که تخمین زده شده است $\frac{1}{3}$ کل بیماران روانی را تشکیل دهند. بعضی از افراد، بیشتر از دیگران مستعد ابتلا به افسردگی هستند. شیوع افسردگی شدید در طبقات اجتماعی- اقتصادی پایین به نحوی بی تناسب بیشتر از طبقات اجتماعی- اقتصادی بالاست. همچنین شیوع افسردگی در زنان دو برابر مردان گزارش شده است. زمانی این تصور وجود داشت که آمادگی ابتلا به افسردگی در سنین مختلف، متفاوت است. یعنی افراد در میانسالی و سالخوردگی، بیشتر در معرض خطر ابتلا به این بیماری قرار دارند. اما امروزه بسیاری از متخصصان

بالینی معتقدند که افسردگی در افراد میانسال، نوجوانان، کودکان، و حتی خردسالان به طور یکسان شایع است، هر چند نشانه های مرضی در گروه های مختلف سنی متفاوت است. در خردسالان افسرده بارزترین و آگاه کننده ترین نشانه های مرضی، نخوردن غذا است. در کودکان بزرگتر ممکن است افسردگی در آغاز به صورت بی حسی عاطفی و نبود فعالیت ظاهر گردد، و به طور متناوب به صورت اضطراب جدائی شدید جلوه گر شود که در آن کودک دیوانه وار به والدین می چسبد، از ترک کردن آنان برای مدتی طولانی و رفتن به مدرسه امتناع می ورزد، و در ترس و وحشت از مردن (یا مرگ والدین) به سر می برد. علائم بر جسته افسردگی در نوجوانان ممکن است به صورت احم و ترشوئی، منفی گرائی، گوشه گیری، شکایت از درک که عبارت است از بزرگ نمایی مسائل عادی نوجوانی. در سالخوردگی ممکن است بارزترین علائم افسردگی بی حسی عاطفی و مشکلاتی در تفکر به صورت کاهش حافظه و اختلال خفیف در جهت یابی باشد، خلاصه آنکه، افسردگی نیز مانند هر حالت روان شناختی دیگر، در مراحل مختلف زندگی به صورتهای مختلفی جلوه گر می شود. در حدود ۵۰ درصد از موارد، اولین حمله افسردگی، آخرین مرحله نیز است. در ۵۰ درصد بقیه، ممکن است که افسردگی به دفعات مکرر بازگشت داشته باشد. دوره های عود کننده افسردگی، به طور قابل ملاحظه ای در افراد متفاوت است. در بعضی از آنان حمله های افسردگی به صورت گروهی از نشانه ها ظاهر می شوند، در عده ای دیگر عملکرد عادی برای سالها از دست می رود، در افرادی دیگر این حمله ها بتدریج و با افزایش سن کاهش می یابند، و در کسانی دیگر این حمله ها با افزایش سن فراوانی بیشتری می یابند. در اکثر موارد سازگاری افراد مبتلا به افسردگی عود کننده در فواصل بین حمله ها تقریباً عادی است. به هر حال، در حدود ۱/۵ درصد افرادی که حمله های مکرر دارند، هیچ گاه در بین حمله ها به صورت واقعی بهبود نمی یابند، و به سازگاری دوران پیش مرضی و عملکرد طبیعی قبل از ظهور حمله های این اختلال نمی رسند. تعجب آور نیست که حمله های افسردگی اعتماد به نفس شخص را کاهش دهند، روابط خانوادگی و زناشویی را آشفته سازند، انگیزه کار و پیشرفت را مختل سازند، و انتظارات و علائق فرد را دگرگون کنند، و رسیدن به زندگی سازگارانۀ قبلی را مشکل سازند.

«اختلال دو قطبی ۲»

در حالی که افسردگی شدید به حمله های افسردگی محدود می شود، اختلال دو قطبی، بر اساس نامی که برای آن انتخاب شده، هم شامل حمله های افسردگی است و هم حمله های مانیک (شیدائی). به طور معمول، اختلال دو قطبی در آغاز به صورت حمله مانیک آشکار می شود. حمله های بعدی، ممکن است که به شکل الگوهای گوناگونی رخ بنمایند. امکان دارد که پس از حمله های مانیک، یک دوره طبیعی باشد، به دنبال آن یک حمله افسردگی، سپس یک دوره طبیعی، و به همین ترتیب. یا این احتمال نیز هست که بلافاصله پس از یک حمله مانیک حمله متضادی، همراه با فواصلی از حالات طبیعی که بین دوره های مانیک افسردگی رخ می نمایند، وجود داشته باشد. اضافه شدن حمله های مانیا تنها خصیصه ای نیست که اختلال دو قطبی را از افسردگی شدید متمایز می سازد، بلکه این دو سندرم از بسیاری جهات با یکدیگر تفاوت دارند. نخست آنکه، شیوع اختلال دو قطبی خیلی کمتر از افسردگی شدید است و تخمین زده می شود که ۰/۴ تا ۰/۸ درصد جمعیت بزرگسال را شامل شود. دوم آنکه، این دو اختلال از نظر جمعیت شناسی دو نمودار متفاوت را در بر می گیرند. بدین معنی که اختلال دو قطبی، بر خلاف افسردگی شدید در هر دو جنس به طور یکسان رخ می نماید، و در طبقات اجتماعی پایین شایعتر است، در حالی که افسردگی شدید بیشتر در طبقات اجتماعی بالا شایع است. سوم آنکه، کسانی که ازدواج یا دوستان و روابط صمیمانه ای دارند، کمتر مستعد ابتلا به افسردگی شدید هستند، در صورتی که از نظر ابتلا به اختلال دو قطبی چنین چیزی صادق نیست. چهارم آنکه، افرادی که به افسردگی شدید مبتلا

هستند، تاریخچه ای حاکی از عزت نفس پایین، وابستگی زیاد، و افکار وسواسی داشته اند، در حالی که شخصیت قبل از بیماری افرادی که آمادگی ابتلا به اختلال دو قطبی دارند، نوعاً بهنجارتر بوده است. پنجم آنکه، افسردگی شدید در هر سنی ممکن است ظاهر شود، ولی اختلال دو قطبی معمولاً قبل از ۳۰ سالگی رخ می نماید. ششم اینکه، دوره های این دو اختلال تا حدودی با یکدیگر متفاوت اند، بدین معنی که در اختلال دو قطبی، حمله ها معمولاً کوتاه بوده پیش از حمله های افسردگی شدید تکرار می شوند. بالاخره احتمال بیشتری وجود دارد که اختلال دو قطبی بر خلاف افسردگی شدید ریشه خانوادگی داشته باشد. بر اساس این نشانه ها بسیاری از محققان باور دارند که گر چه این دو اختلال ظاهراً مشابه یکدیگرند، ولی از علل متفاوتی سرچشمه می گیرند. به هنگام بحث درباره علل این اختلالات شواهد ژنتیک برای این نقطه نظرها ارائه خواهد شد.

«دیس تایمی و سیکلوتایمی»

افراد بسیاری هستند که دچار افسردگی مزمن، یا به طور مزمن دوره های افسردگی و بهبودی را می گذرانند، اما حالت های آنان آنقدر ناتوان کننده نیست که تشخیص افسردگی شدید یا اختلال دو قطبی درباره آنان صادق باشد. چنین الگوهای دیس تایمی (افسرده خوئی مزمن) و سیکلوتایمی (افسرده خوئی ادواری) می نامند.

دیس تایمی یا افسرده خوئی مزمن

دیس تایمی افسردگی ملایم و مداوم است که فرد مبتلا نوعاً کج خلق، درونگرا دارای وجدانی قوی، و فاقد نیروی مزاح و شوخی است. علاوه بر آن، آنان غالباً دارای انرژی کم، عزت نفس پایین، و اندیشه های خود کشی هستند. همچنین اختلالاتی در خوردن، خوابیدن، و فکر کردن دارند که در افسردگی شدید هم ملاحظه می شود. ولی این نشانه ها آنقدر شدید یا متعدد نیستند. شیوع این اختلال تقریباً شبیه به افسردگی شدید است و مانند آن اختلال در زنان دو برابر مردان است.

سیکلوتایمی یا افسرده خوئی ادواری

این اختلال نیز مانند دیس تایمی حالتی مزمن دارد، به نحوی که شخص طی سالهای طولانی هیچ گاه بدون مرحله ای از رفتار شیدایی یا افسردگی نیست، مگر موقتاً و برای چند ماه. چون این الگو نیز مانند دیس تایمی مداوم و ملایم است، به صورت سبکی از زندگی شخص در می آید. هنگامی که شخص مبتلا در دوره ی شیدایی است ساعات طولانی بدون خستگی کار می کند- در واقع با نیروی روانی تازه ای که ایجاد و فعال شده است- و این حالت پیش از بازگشت به حالت طبیعی یا افسردگی است. هم دیس تایمی و هم سیکلوتایمی ممکن است در تمام دوران زندگی پایدار باقی بمانند که در این صورت شبیه به اختلالات شخصیت هستند. اما در بعضی از موارد به صورت اختلال خلقی شدید در می آیند، یعنی «سیکلوتایمی» تبدیل به اختلال دو قطبی و «دیس تایمی» تبدیل به افسردگی شدید یا اختلال یک قطبی می شود.

ابعاد اختلالات خلقی

علاوه بر این تفاوت مهم بین اختلال دو قطبی و افسردگی شدید، «ابعاد معین» یا نکات متمایز کننده ای وجود دارد که محققان بالینی آنها را در طبقه بندی اختلالات خلقی مفید یافته اند. دو بعد از این ابعاد را که عبارت است از: سایکوتیک- نوروتیک و درون زادی- واکنشی مورد بحث قرار می دهیم.

سایکوتیک در برابر نوروتیک

اختلالات روانی ممکن است که بر حسب شدت، نوروتیک یا سایکوتیک توصیف شوند، یا بر اساس تفاوت‌هایی از قبیل تماس با واقعیت، ادراک، تعامل شخص با محیط، و افکار منطقی و کار آمد که به طور سنتی (قدیمی) مورد توجه بود، طبقه بندی شوند. بدین ترتیب ممکن است که نوروتیکها به طور جدی احساس ناتوانی کنند، ولی به ندرت از درک واقعیت عاجزند، ولی در سایکوزها از قبیل اسکیزوفرنی، ادراک شخص از واقعیت به شدت آشفته است و توهمها یا ادراکهای حسی نادرست وجود دارد. همچنین شخص از هذیان یا افکار و باورهای غلط در رنج بوده، از دنیا کناره گیری می کند، و به دنیای خصوصی خودش پناه می برد. در بعضی از موارد، احساس افراد سایکوتیک از واقعیت چنان دستخوش آسیب دیدگی می شود که حتی نمی توانند عملکردهای سازشی حاشیه ای خود را حفظ کنند. به همین دلیل آنها را بر خلاف نوروتیکها معمولاً در بیمارستانها بستری می کنند. این تمایز نوروتیک-سایکوتیک، به طور سنتی در مورد افسردگی نیز اغلب به کار رفته است. بدین معنی که در افسردگی سایکوتیک وجود توهمها، هذیانها، یا کناره گیری، رابطه ی بین فرد و محیط را به نحوی موثر قطع کرده، مانع عملکرد سازگانه وی با محیط می شود. اختلال خلقی از نوع نوروتیک ممکن است به طور آشکار زندگی افراد را آشفته سازد، ولی ارتباط با واقعیت دست نخورده باقی خواهد ماند. افراد دچار این اختلال هنوز از آنچه در اطرافشان می گذرد با اطلاع اند و می توانند تا حدودی کارائی خود، خود را حفظ کنند، گفتگوهای نسبتاً منطقی داشته باشند، راه خویش را برای مراجعه به درمانگر بیابند، و از این قبیل. بسیاری از مبتلایان به افسردگی شدید و اختلال دوقطبی با توجه به این تعریف در سطح سایکوتیک قرار می گیرند، و افراد مبتلا به اختلال دیس تایمی یا سیکلوتایمی در سطح غیرسایکوتیک. با توجه به این تفاوت‌های مهم، آیا می توان نتیجه گرفت که اختلالات خلقی سایکوتیک و نوروتیک روی هم رفته دو اختلال متفاوت هستند؟ باور داشت سنتی چنین است که آنها دو اختلال متفاوت اند. مثلاً کراپلین در نظام طبقه بندی خود تمام اختلالات خلقی ناتوان کننده را تحت عنوان «سایکوزماتیک-دپرسیو» آورده بود و آنها را بیماری کاملاً بدنی می دانست که از اختلالات خلقی که بعداً نوروتیک نامیده شدند و شدت آنها کمتر است کاملاً متفاوت اند. بسیاری از نظریه پردازان نیز هنوز بر همین عقیده اند.

افسردگی درون زاد در مقابل افسردگی واکنشی

تمایز واکنشی- درون زادی، بر اساس نشانه هائی صورت می گیرد که به نظر می رسد تفاوت‌های واقعی را در بر می گیرند. از آن جمله است تفاوت‌های موجود در الگوهای خواب و ترشح هورمونهای که مورد تایید واقع شده است. علاوه بر آن، این تفاوتها در پیش بینی پاسخ درمانی نیز سودمند است. بدین معنی که در اختلالاتی که تحت عنوان درون زاد طبقه بندی می شوند احتمال بیشتری وجود دارد که به درمانهای زیست شناختی از قبیل داروها پاسخ بدهند. سر انجام این تفاوتها ممکن است دست کم تا حدی آنچه را که هدف اصلی طبقه بندی قرار گرفته است توصیف کنند. مطالعات اخیر دلالت بر آن دارند که بیماران که قبل از ظهور افسردگی، حوادث استرس زای بیشتری را در زندگی تجربه کرده اند، می توانند تحت عنوان واکنشی قرار گیرند، ولی سایر بیماران افسرده، درون زاد نامیده می شوند. اما تا کنون تحقیقات نشان نداده اند که اصطلاح درون زاد- واکنشی می تواند به طور دقیق مورد استفاده واقع شود. اگر موارد درون زاد بیشتر مربوط به عامل زیستی است، بنابراین، باید انتظار داشته باشیم که در خانواده آنها بیماران افسرده درون زاد بیشتر از بیماران افسرده ی واکنشی باشد، ولی تا کنون این موضوع تایید نشده است.

افسردگی فصلی

تلفن: ۰۲۱ - ۲۲۲۵۳۰۹

بسیاری از افراد، حتی کسانی که کاملاً سالم اند، زمستان را دلتنگ کننده می دانند. وقتی که برای فعالیت در هوای آزاد باید لباس زیاد بپوشید، وقتی که خیابانها و کوچه ها به دلیل برف و یخبندان آلوده و کثیف شده اند و آسمان غالباً ابر آلود است، و هنگامی که زودتر از ساعت ۵ هوا تاریک می شود، تعجب آور نیست که افراد احساس دلتنگی کنند. ولی برای بعضی افراد نه تنها زمستان دلتنگ کننده است، بلکه عمیقاً موجب افسردگی آنان می شود. علت غمگینی فصلی چیست؟ دکتر نورمن رزنتال از طریق سازمان بهداشت جهانی تبیین خاصی را ارائه داده است. بدین ترتیب که در خلال ساعات تاریک غده کاجی (اپی فیز) که دارای ساختار بسیار کوچکی در پائین مغز است، هورمونهای ملاتونین ترشح می کند که با خواب آلودگی و سستی و بیحالی در ارتباط است. (نور مانع ترشح این هورمون می شود). در افراد بهنجار تعادل شیمیائی بدن به دلیل افزایش ملاتونین در زمستان اختلال نمی شود، ولی مبتلایان به افسردگی فصلی تحت تاثیر بیش از اندازه این هورمون قرار می گیرند. اگر نبود نور موجب افسردگی فصلی می شود، به نظر می رسد که درمان این افراد به سادگی عبارت از قرار گرفتن بیشتر در معرض نور باشد. در واقع این موضوع درست است، زیرا کسانی که به افسردگی فصلی مبتلا هستند پس از چند ساعت جلوی نوری که دارای تشعشع خاص و واجد تمام نورهای طبیعی روز است قرار می گیرند. با این فن ساده بعضی از افرادی که مبتلا به افسردگی فصلی بوده اند، توانسته اند انرژی و احساس هیجانی خوب بودن خود را حتی در تاریک ترین روزهای زمستان حفظ کنند.

فصل دهم

نظریه ها، تحقیقها، و درمان افسردگی

«نظریه های زیست شناختی»

علت افسردگی یا در ژنها نهفته است که از طریق وراثت از والدین به فرزندان منتقل می شود، یا نارسائی عمل فیزیولوژی که ممکن است پایه ارثی یا غیر ارثی داشته باشد. یافته های مربوط به همزادان از ۱۹۳۰ به بعد بیانگر آن است که عوامل ارثی موجب بروز نوعی افسردگی می شوند. بسیاری از پژوهندگان، عوامل ارثی، همراه با آنچه در زندگی شخص به وقوع می پیوندد، یعنی ترکیب آمادگیهای ارثی و فشارهای روانی محیطی، را علت احتمالی افسردگی و رفتارهای ناشی از آن می دانند. کسانی که افسردگی دوقطبی دارند، یعنی هم گرفتار افسردگی هستند و هم دچار مانیا، اغلب دست کم دو نسل از بستگان آنها رفتارهای مشابهی داشته اند. هم چنین در خانواده هایی که افسردگی دو قطبی روی می دهد احتمال بروز افسردگی یک قطبی بیش از آن است که بر حسب تصادف رخ داده باشد. نتایج پژوهشها، بیانگر آن است که نور اپی نفرین بر تغییر خلق و خو، احساسات شادی بخش، و احساسات افسردگی موثر است. برای بسیاری از افراد، پائین بودن میزان دفع اپی نفرین در دوره هایی از افسردگی ملاحظه شده است؛ در حالی که بالا بودن سطوح آن خصوصیات دوره مانیا یا هیپومانی را تشکیل می دهد. شواهد موید این موضوع عبارت است از: تغییر میزان اپی نفرین در خون، ادرار، و مایع نخاعی. ارتباط کته کولامین دیگری به نام دوپامین نیز با

افسردگی، شناخته شده است. دوپامین با گروه نورونهای مربوط به هماهنگی، تنظیم غذا و مایعات، اثرات هیپوتالاموس بر غده هیپوفیز، ظهور هیجان مربوط است. سایر پژوهندگان افسردگی را به انتقال دهنده عصبی دیگری یعنی سروتونین مربوط دانسته اند.

اثرات لیتیوم

نشان داده شده است که لیتیوم هم در اختلال دو قطبی هم در بعضی انواع یک قطبی موثر است. چون این موضوع، به خصوص اگر تاریخچه ی زندگی شخص افسرده حاکی از وجود اختلال دو قطبی در خانواده اش باشد، صدق می کند، بعضی پژوهندگان فکر می کنند که بعضی اختلالات دو قطبی ممکن است علل مشابهی با اختلال یک قطبی داشته باشند.

درمان بر اساس نظریه های زیست شناختی

دو گروه داروی عمده که برای درمان افسردگی به کار می رود سه حلقه ای ها و بازدارنده های MAO هستند که هر دو گروه میزان نوراپی نفرین را افزایش می دهند، ولی تاثیرات آنها تا حدودی متفاوت است. بازدارنده های MAO تجزیه نوراپی نفرین را به عقب می اندازند به نحوی که مدتی طولانی تر فعال باقی می ماند. داروهای سه حلقه ای به طریق دیگری موجب افزایش اپی نفرین می شوند. آنها جذب مجدد آن را از طریق نورون انتقال دهنده، کند می سازند و بدین ترتیب، میزان آن در سیناپس بالا می رود.

اختلالات دو قطبی اغلب با لیتیوم معالجه شده اند. عمل لیتیوم ممکن است شامل تغییر تعادل شیمیایی مایعات بدن از طریق جانشین ساختن کلسیم، منیزیم، پتاسیم، یا سدیم گردد؛ یا ممکن است به طریق دیگری موجب رها ساختن یا افزایش جذب نوراپی نفرین شود. جریان عمل آن هر چه باشد، به نظر می رسد که فقط در آرام ساختن رفتار مانیک موثر باشد، بلکه در جلوگیری از مرحله افسردگی دوره دو قطبی نیز تاثیر دارد.

الکتروشوک درمانی

الکتروشوک درمانی عبارت است از: عبور جریان الکتریکی بین ۷۰ تا ۱۳۰ ولت درون سر بیمار. در آغاز یک داروی بیهوشی و یک داروی شل کننده عضلانی به بیمار داده می شود. تجویز داروی شل کننده ی عضلانی به منظور جلوگیری از آسیبهایی است که تشنجهای الکتریکی به بار می آورند. جریان الکتریکی از طریق الکترودها که روی یک سمت یا هر دو سمت سر قرار گرفته است به کار می رود. قرار دادن الکترودها روی یک سمت سر در حال حاضر برتری دارد، زیرا به نظر می رسد که این رویه شانس از دست دادن حافظه را کاهش می دهد. گرچه معلوم نیست چرا الکتروشوک درمانی برای بعضی بیماران افسرده موثر است، ولی این احتمال وجود دارد که فعالیت تشنجی در سطح انتقال دهندهگان عصبی یا در حساسیت الکتریکی نورون تغییراتی پدید می آورد.

«نظریه های روان پویایی»

فروید در مقاله ی اصلی خود درباره افسردگی، ماتمزدگی و مالیخولیایی، را به عنوان واکنشهای طبیعی نسبت به از دست دادن کسی یا چیزی که مورد عشق (محبت) فرد بوده است، توصیف می کند. هر چند، بر خلاف فرد سوگوار، کسی که به مالیخولیا مبتلاست، از نوعی تزلزل مفرط احترام به خود و از احساس حقارت خویشتن به میزان زیاد «رنج می برد». افسردگی اولین اختلالی بود که فروید علت اصلی آن را به جای

تمایلات جنسی، عامل هیجانی ذکر کرده بود. مالیخولیا، نامی که فروید اختیار کرده، عبارت است از: غمزدگی افراطی اغلب بی ارتباط با محیط، و ظاهراً ناموجه. فروید عقیده داشت که فرد مبتلا به افسردگی یک وجدان یا فراخود تنبیه کننده قوی دارد. او بر احساس گناه که وجدان موجب آن می شود، تاکید می ورزد. طبق نظر فروید دلیل اینکه وجدان چنین قوی می شود، مهار کردن احساسات خشم و پرخاشگری است؛ در غیر این صورت، ممکن است به صورت آسیب رساندن به دیگران بروز کند. بر محور تاریخچه روابط بین فرد و شخصی که او در کودکی بیشترین وابستگی را به وی داشته است (معمولاً مادر) دور می زند. بدین ترتیب، یک علت مهم افسردگی عبارت است از: اختلال در روابط اولیه کودکی. ممکن است علت این اختلال فقدان واقعی والدین یا یک ترس یا خیالبافی درباره از دست دادن یکی از آنها باشد. چون اضطراب مربوط به آن از لحاظ کیفی رنج آور است، این فقدان اولیه از آگاهی خارج می شود. با وجود این، اضطراب تاثیر خود را به جای می گذارد و وقوع حادثه ای که به طور سمبلیک (رمزی) دارای اهمیت است، منجر به افسردگی واقعی می شود.

«نظریه شناختی بک درباره افسردگی»

آرون بک معتقد است که افراد افسرده بدین دلیل افسرده اند که در نحوه فکر کردنشان خطا می کنند یا به راه مبالغه می روند. شخص افسرده نظری منفی درباره ی خود، دنیا، و آینده اش دارد. طبق نظر بک این شناختهای منفی و نه سایر چیزهای پیرامون شخص، آینده اش، ممکن است برای یک حمله ی افسردگی حوادث برونی عامل تشدید کننده ای باشند، ولی حتی در آن صورت نیز آنچه شخص درباره آن حادثه فکر می کند و نه آن حادثه به خودی خود، می تواند عامل ایجاد کننده افسردگی باشد. چرا این تغییرات پدید می آید؟ شخص افسرده خود را به عنوان یک «بازنده» یک «نامناسب» می بیند، و همواره تصور می کند که کمترین مقدار چیزی را به دست آورده و شایستگی بهتر از آن را ندارد. عقیده بک این است که احساس بازنده بودن که اغلب نتیجه هدفها و توقعات بلند غیر منطقی است، عامل اصلی محسوب می شود. شخص افسرده ضرر و زیان را یا بد تعبیر می کند یا در آن به مبالغه رو می آورد، یا معانی بیش از حد تعمیم یافته برای آن قائل می شود. شخص مستعد افسردگی نه تنها در تعمیم زیاده روی می کند، بلکه تمایل به بزرگ جلوه دادن گناهان شخصی و کوچک شمردن صفات شخصی دارد. مسئله دیگر بر چسب زدن (نام گذاری کردن) نادرست است. شخص افسرده یک موقعیت را بد می نامد؛ آن گاه فقط به این نام گذاری تحریف یافته پاسخ می دهد نه به موقعیت واقعی آن. بک باور دارد که فرد افسرده هر گونه بدبختی را ناشی از کاستیهای شخصی می داند. آگاهی از این کاستیهای فرضی چنان شدید می شود که هر گونه خودپنداره مثبت از خویشتن را به طور کامل پایمال می سازد. هر موقعیت ابهام آمیزی به عنوان شاهدهی از کاستی تعبیر می شود، حتی اگر آن که تبیینهای موجه تری وجود داشته باشد.

درمانگری شناختی افسردگی

روش درمانگری بک عبارت از پرسشهای طرح ریزی شده هدفدار و دوستانه برای آگاه ساختن شخص افسرده از عدم مطابقت بین افکار وی با واقعیت است. مراجع روز خود را برنامه بندی کرده، آن گاه هر فعالیت را روی مقیاسی از صفر تا پنج، برای انجام دادن یک کار خوب و لذت بخش رتبه بندی می کند. اسناد (نسبت دادن)، نسبتهایی است که شخص به یک رویداد می دهد. نسبت دادن اصطلاحی است که روان شناسان اجتماعی آن را به کار می برند و مربوط است به عللی که شخص برای حوادثی که به وقوع می پیوندد، تعیین می کند. روی آورد شناختی بک متضمن این پیش بینی است که نسبت دادنهای افراد افسرده صورت شخصی دارند، یعنی وقتی که چیز بدی اتفاق بیفتد، آنان خود را سرزنش می کنند و وقتی

که چیز خوبی رخ می دهد، معمولاً آن را به حسن تصادف نسبت می دهند. در حالی که اکثر افراد مسئولیت خیر و نیکی را در زندگی می پذیرند، و هنگامی که امر رفع و رجوع شوند، معمولاً آن را به نامساعد بودن یک موقعیت خاص نسبت می دهند. اندیشه ی دیگری که در «نسبت دادن» نقشی به عهده دارد، درماندگی آموخته شده است. چنین استدلال کرده اند که افراد افسرده در کار تسلط بر محیط، احساس بی پناهی می کنند. آنان تصور می کنند که هر کوششی بکنند، کارهای آنان در چگونگی گردش امور تأثیری نخواهد داشت. ممکن است این افراد به سبب پیشامد موقعیتی معین در گذشته بی پناهی را آموخته باشند. برای اولین بار مارتین سلیگمن^۱ اندیشه بی پناهی را انتشار داد. بر اساس نظریه بی پناهی، دست کم نوعی افسردگی هنگامی حاصل می شود که شخص باور داشته باشد برای وی تسلط بر مسیر رویدادهای مهم زندگی ناممکن است.

درماندگی آموخته شده اولیه

نظریه تجدید نظر شده درماندگی بر اهمیت نسبت دادنهایی که افراد در یک موقعیت به منظور تعیین احتمال گرفتار شدن به افسردگی به کار می برند، تأکید می ورزد. بر اساس نظریه تجدید نظر شده درماندگی، افسردگی به احتمال زیاد هنگامی رخ می نماید که افراد صفتهای منفی را به عنوان مثال تجربه موقعیتهایی که در آن احساس درماندگی کرده اند، به فرد نسبت می دهند. در این احساسهای بی پناهی، سه وجه وجود دارد: اولین وجه، آن است که آیا شخص مسئله را امری درونی تلقی می کند یا امری برونی. احتمال زیادی وجود دارد که اگر شخص موقعیت را به ناتوانی شخصی خود در تسلط بر پدیده های امور نسبت دهد، افسرده شود یا تصویر ذهنی پایینی از خود داشته باشد. چنین کسی خود را به عنوان تنها فردی می بیند که نمی تواند از پس مسائل بر آید. این موضوع کاملاً با این که شخص احساس کند هر کس دیگر نیز در آن موقعیت، حال و روز سختی خواهد داشت، فرق دارد. دومین وجه با پیوستار کلی مخصوص ربط دارد. اگر شخص معتقد باشد که آنچه رخ می نماید، دلیل درماندگی کلی او است، احتمال زیادی وجود دارد که آن شخص به افسردگی دچار شود و این احتمال برای او بیش از شخص دیگری است که خود را فقط در یک موقعیت خاص درمانده می بیند. سومین وجه، مربوط است به اینکه آیا یک موقعیت معین به دیده موقعیتی پایدار (مزمن) نگریسته می شود یا موقعیتی ناپایدار (حاد). کسانی که درماندگی آنها سالها ادامه داشته باشد، به احتمال زیاد بیش از کسانی افسرده خواهند بود که فکر می کنند آن موقعیت زمان کوتاهی دوام خواهد داشت. بک بر خودپنداره منفی شخص افسرده از خودش تأکید می ورزد ولی تأکید سلیگمن بر کنترل ادراک شده است.

«نظریه اصالت وجودی-انسان گرایی درباره افسردگی»

در حالی که نظریه های روان پویائی نقطه تأکیدشان از دست دادن شیء مورد علاقه به عنوان علت اصلی افسردگی است، نظریه های اصالت وجود بر محور از دست دادن عزت نفس دور می زنند. شیء از دست رفته می تواند واقعی باشد یا سمبلیک مانند مقام، اجتماعی، قدرت، یا پول. ولی از دست دادن به نفس، نمی تواند به اندازه تغییر حاصل در خود سنجی فرد بر پایه آن از دست دادن مهم باشد. علت شایع افسردگی در

مردان از دست دادن شغل است. شغل بیانگر ارزش شخص در نظر خودش است. یک علت شایع افسردگی در زنان از دست دادن همسر است. مسئله، تنها از دست دادن شخص مورد علاقه نیست، بلکه منبع اصلی ارزش وی است، زیرا موقعیت اجتماعی سنتی یک زن مبتنی بر نقش شوهر است. علاوه بر آن، با از دست رفتن نان آور خانواده ممکن است امرار معاش زن دچار مخاطره شود. نظریه های انسان گرایی ممکن است بر اختلاف من آرمانی شخص و ادراک وی از حالت واقعی امور تاثیر بگذارد. بر اساس این نظریه، افسردگی احتمالاً زمانی ظاهر می شود که اختلاف بین من واقعی و من آرمانی خیلی زیاد شود، به طوری که برای شخص قابل تحمل نباشد.

فصل یازدهم

خودکشی و پیرا خودکشی

خیلی بالاتر از آمارهای خودکشی، آمارهای پیرا خودکشی است، اصطلاحی که برای تمام اقدامات ناکشونده که در آن شخص ماهرانه به خود آسیب می رساند یا دارویی را بیش از اندازه می خورد، مورد استفاده واقع شده است. کاربرد اصطلاح پیرا خودکشی بر خودکشی ترجیح دارد، زیرا لزوماً دلالت بر یک کوشش آگاهانه برای مردان ندارد. برآورد میزان پیرا خودکشی از ۲ تا ۸ برابر خودکشی واقعی در نوسان است. آنان در واقع خواهان مرگ نیستند، بلکه بدین وسیله می خواهند احساسات خود را بیان داشته رفتار دیگران را نسبت به خود تغییر دهند. به تعبیر دیگر بین خودکشی واقعی و ظاهری تفاوت وجود دارد. در خودکشیهای واقعی افراد جداً خواهان مرگ هستند، ولی کسانی که ظاهراً اقدام به خودکشی می کنند، خواهان آن نیستند که خود را بکشند، بلکه عمل آنان کوششی است برای کنترل و تاثیر گذاشتن بر دیگران. اکثر تحلیل گران روانی افرادی را که مرتکب خودکشی شده اند به عنوان کسانی که بیشترین پرخاشگری را به خود برگزیده اند، مورد توجه قرار داده اند. مفهوم غریزه مرگ یعنی تانانوس که فروید بیان کرده است نیز مورد توجه واقع شده، ولی هرگز نتوانسته است به طور معنی دار تبیین کند که چرا در یک فرد غریزه مرگ بیش از فرد دیگر است. بهتر آن است به جای یک عامل به عوامل مختلف که موجب خودکشی می شوند توجه نمود. خودکشی یک مسأله فزاینده در بین نوجوانان شده است اکثر نوجوانانی که اقدام به خودکشی می کنند دچار انزوای اجتماعی هستند. در یک مطالعه، ۵۰ درصد از کسانی که اقدام به خودکشی کرده خود را به عنوان افرادی که از تنهایی رنج می برند، توصیف کرده اند. از این عده، پسران بیشتر به انزوای اجتماعی گرفتار بودند، در حالی که دو سوم دختران دیگری داشتند. علاوه بر آن اکثر این نوجوانان والدینی داشتند که طلاق گرفته یا از همسر خود جدا شده بودند، و شمار زیادی از آنها والدینشان میگسار بودند. بیست و پنج درصد از این خودکشیهای بالقوه، به هنگام اقدام به خودکشی در خانواده به سر نمی بردند.

علل خودکشی

اندیشه های مربوط به علل خودکشی به دو گروه اصلی تقسیم می شود که عبارتند از عللی که جامعه آنها را به عنوان علت می نگرند و عللی که مربوط به خود فرد است. جهت گیری نظریه های جامعه شناختی معطوف به مقصر شمردن جامعه است. نظریه های روان شناختی، از طرف دیگر، تمایل به تأکید بر نقش فرد در تصمیم برای ارتکاب خودکشی دارند. دیدگاه روان پویائی منبع اکثر نظریه های روان شناختی بر جسته در آثار بالینی مربوط به خودکشی است. نظریه های روان پویایی، خودکشی را به عنوان ظهور فوق العاده دشمنی یا انگیزه های ناگهانی پرخاشگری که شخص نسبت به دیگران احساس کرده و به درون خویش بازگردانده است. بعضی از یافته های تحقیقی که نشان می دهند انگیزه های خصمانه به احتمال کمتری در خودکشی موجود است، این نظریه ها را تأیید نمی کند.

فصل دوازدهم

«اختلالات اسکیزوفرنی»

مفهوم اسکیزوفرنی

اسکیزوفرنی اختلالی است که تمام جنبه های زندگی قربانی را در بر می گیرد. این اختلال، در خلال دوره های حاد، از طریق هذیان، توهم، افکار غیر منطقی، تکلم بی ربط و رفتارهای عجیب و غریب مشخص می شود. افراد مبتلا در بین دوره های حاد ممکن است که از تفکر منطقی عاجز باشند و پاسخهای هیجانی مناسب نسبت به افراد دور و بر خود و حوادثی که در زندگیشان به وقوع می پیوندند، ندهند. ممکن است با یک لحن یکنواخت صحبت کنند و تظاهرات چهره ای کمی نشان بدهند. این اختلال برای اولین بار توسط امیل کراپلین در سال ۱۸۹۳ به عنوان یک سندرم پزشکی توصیف شد. امیل کراپلین یکی از پیشگامان روانپزشکی جدید، این اختلال را «زوال عقل زودرس» نامید. بدین ترتیب «زوال عقل زودرس» طبق نظر کراپلین دلالت بر معیوب شدن تواناییهای ذهنی فرد قبل از بلوغ داشت. بلولر معتقد بود که باید اسکیزوفرنی بر اساس چهار ویژگی اولیه یا نشانه های مرضی که امروزه تحت عنوان چهار A نام برده می شود، مورد تشخیص قرار گیرد. چهار A بدین معنی است که اول هر اختلال با حرف A شروع می شود و عبارت است از: ۱- همخوانیها. همخوانی یا ارتباط میان افکار، آشفته شده است. هم اکنون این نوع آشفته گی، «اختلال در تفکر» نامیده می شود. «سستی همخوانی» به این معناست که اندیشه ها ارتباط کمی با یکدیگر دارند، ولی به نظر می رسد که گوینده از نبود این ارتباط ناآگاه است. به همین دلیل تکلم شخص به طور آشکار آشفته و نامربوط است. ۲- عاطفه. عاطفه یا پاسخهای هیجانی فرد یکنواخت یا نامتناسب می شود. بدین

معنی که ممکن است هیچ پاسخی به حوادث ناراحت کننده ندهد، یا هنگامی که می شنود یکی از اعضای خانواده اش یا یک دوستش مرده است، خنده را سر بدهد.

۳- دوگانگی احساس (دوسو گرایی). افراد اسکیزوفرنیایی، احساسات دوگانه یا متعارض نسبت به دیگران دارند. مثلاً به طور همزمان عشق و نفرت شدید نسبت به یک فرد ابراز می دارند.

۴- در خودماندگی. در خودماندگی به صورت کناره گیری از واقعیت و پناه بردن به یک دنیای تخیلی خصوصی است که با اصول منطقی همراه نیست. در دیدگاه بلولر، توهمها و هذیان ها به عنوان «نشانه های ثانوی»، یعنی نشانه هایی که با نشانه های اولیه همراه اند ولی اختلال محسوب نمی شوند، تحریف شده اند.

شیوع اسکیزوفرنی

شیوع اسکیزوفرنی در جمعیت کلی بزرگسال رویهمرفته ۱/۳ درصد گزارش شده است. این رقم نشانگر آن است که با اطمینان می توان گفت در ایالات متحده بیش از ۲ میلیون نفر، در نقطه ای از زندگی خویش به عنوان فرد مبتلا به اسکیزوفرنی مورد تشخیص واقع شده اند. سایکوزهای کوتاه مدت

در DSMIV «اختلال سایکوتیک کوتاه مدت» در مورد نوعی اختلال سایکوتیک که از یک روز تا یک ماه به طول می انجامد به کار رفته است. تشخیص این اختلال با ظهور یکی از ویژگیهایی مانند، هذیان، توهم، تکلم آشفته، رفتارهای آشفته به صورت بی تحرکی یا بیش فعالی صورت خواهد گرفت. اگر این اختلال در پاسخ به یک فشار روانی شدید مانند از دست دادن شخص مورد علاقه، یا قرار گرفتن در معرض ضایعه های روانی ظاهر شود، متخصصان بالینی آن را به عنوان اختلال پس استرسی یا اختلالی که به دنبال یک حادثه فشارزای معین به وجود آمده است، مورد توجه قرار می دهند. در DSMIV- R اختلال سایکوتیک کوتاه مدت که به دنبال یک حادثه ی فشارزای روانی معین ظاهر شده باشد، «سایکوز واکنشی کوتاه مدت» نامیده شده است. هنگامی یک شخص به عنوان فرد مبتلا به اختلال سایکوتیک زودگذر مورد تشخیص قرار می گیرد که عوامل فشارزا یا حوادث آماده ساز معین وجود نداشته باشد. اگر اختلال در چهارهفته اول بعد از وضع حمل ظاهر شود، «اختلال سایکوتیک زودگذر پس از زایمان» نامیده می شود.

«اختلال اسکیزوفرنی شکل»

اختلال اسکیزوفرنی شکل عبارت است از ظهور رفتارهای نابهنجار شبیه به آنچه در اسکیزوفرنی ملاحظه می شود. که دست کم یک ماه، اما کمتر از شش ماه دوام داشته باشد. بنابراین اختلال به عنوان اسکیزوفرنی مورد تشخیص قرار گیرد. پیامدهای این اختلال در بسیاری از موارد خوب است، ولی اگر در بعضی از موارد بیش از شش ماه دوام یابد، باید به عنوان اسکیزوفرنی طبقه بندی شود. نارسائی های دوام دار در کارکردهای شناختی از قبیل اختلال در تفکر، حافظه و تمرکز در بیماران اسکیزوفرنی شکل ملاحظه می شود که با آنچه در بیماران اسکیزوفرنی مزمن ملاحظه می شود شبیه است.

اختلالات طیف یا گسترده اسکیزوفرنی

بعضی از افراد الگوهای پایداری از افکار یا پاسخهای هیجانی غیر معمول دارند که به نظر می رسد شامل طیف گسترده ای از مشکلات اسکیزوفرنیایی است. ولی نمی توانند با تعریف دقیق اسکیزوفرنی مطابقت داشته باشند. طیف اسکیزوفرنی، گستره ای از اختلالات را که از نظر

شدت با یکدیگر متفاوتند مانند اختلالات خفیف شخصیت (اسکیزوتیپ، پارانوئید و اسکیزوتایپال) تا اسکیزوفرنی را در می گیرد. هم چنین ممکن است که طیف اسکیزوفرنی شامل اختلال اسکیزوافکتیو باشد که عبارت است از رفتارهای سایکوتیک دوام دار و آشفتگیهای خلقی، مانند مانیا یا افسردگی. گاهی اوقات اختلال اسکیزوافکتیو به عنوان یک حالت آمیخته توصیف می شود که به گروهی آمیخته از نشانه های اختلالات سایکوتیک و خلقی دلالت داشته در بعضی از افراد به صورت نوعی اختلال خلقی شدید و در بعضی دیگر به صورت سندرمی است که بین اختلالات خلقی و اسکیزوفرنی جای می گیرد. محققان در بررسیهای تازه تر دریافته اند که پیش آگهی اختلال اسکیزوافکتیو بهتر از اسکیزوفرنی است.

نشانه های اسکیزوفرنی

اسکیزوفرنی یک اختلال نافذ است که تاثیر وسیعی بر جریانهای روانشناختی از قبیل شناخت، عاطفه و رفتار می گذارد. زنان و مردان مبتلا به اسکیزوفرنی از چند جنبه با یکدیگر تفاوت دارند. بدین معنی که در مردان ظهور علائم در اوایل زندگی است، سازگاری پیش از ظهور اختلال ضعیف تر است، آسیب های شناختی بیشتری وجود دارد، نارسائی های رفتاری زیادتری ملاحظه می شود و پاسخ نسبت به درمان شیمیائی کمتر است.

اختلالات فکری و گفتاری

«شاید مهمترین مشکل بیماران اسکیزوفرنیائی استفاده خاص آنها از گفتار است». گفتار مختل بیماران اسکیزوفرنیائی، همراه با تغییرات سریع در موضوع سخن، احتمالاً نشانه ی مراحل فکری آشفته آنان است. یک ویژگی مهم اسکیزوفرنی وجود هذیان است، باورهایی که هیچگونه اساسی در واقعیت ندارد. هذیان ممکن است با انواع حالتیهای روانی (شیدایی، افسردگی، سندرمهای عضوی، استفاده از دوز زیاد دارو و غیره) همراه باشد. اما این حالت در میان بیماران اسکیزوفرنیائی یک امر متداول است. محتوای هذیان های بیماران اسکیزوفرنی با توجه به تصورات انسان، زیاد و متنوع هستند، با این وجود هذیانها دارای الگوهای مشخص و خاصی هستند:

- ۱- هذیان گزند و آسیب: این باور که شخص در معرض تهدید، مداخله یا توطئه قرار دارد. ۲- هذیان کنترل شدگی (هذیان تحت نفوذ قرار گرفتن): این اعتقاد که افراد دیگر، نیروها، شاید از ماورای کرات، افکار، احساسات و اعمال شخص را، اغلب توسط وسائل الکتریکی که به طور مستقیم علامات را درون مغز وی می فرستند، کنترل می کنند.
- ۳- هذیان اشاره: این باور که وقایع یا محرکهای نامربوط به شخص، در واقع به بیمار مربوط می شوند. برای مثال، بیماران ممکن است فکر کنند که زندگی آنها در تلویزیون یا داستانهای خبری به تصویر کشیده شده است.
- ۴- هذیان گناه و تقصیر: این باور که شخص «گناه غیر قابل بخششی» را مرتکب شده یا آسیب بزرگی را بر دیگران وارد آورده است. برای مثال، بیمار ممکن است ادعا کند که کودک خودش را کشته است.
- ۵- هذیان خود بیمار انگاری: اعتقاد نامشخص درباره این که شخص از بیماری بدنی پنهانی رنج می برد. این هذیان بیماران اسکیزوفرنیائی، با ترس پنهان در بیماران مبتلا به خود بیمار انگاری (که در آن بیمار به بیماری های مشخصی مبتلا نشده بلکه به احساسی ناشناخته دچار می

شود) متفاوت است. برای مثال، در حالی که بیماران خود بیمار انگار از بیماری کبد یا تومور مغزی شکایت می کنند، بیماران اسکیزوفرنیائی ادعا می کنند که کبد آنها تکه تکه شده یا اینکه مغز آنها کپک زده است.

۶- هذیان نیستی: این اعتقاد که شخص، یا دیگران، یا کل جهان، دیگر وجود ندارند. برای مثال بیمار ممکن است ادعا کند که او روحی است که از جهان دیگر بازگردانیده شده است.

۷- هذیان بزرگ پنداری: این اعتقاد که شخص یک فرد مشهور، قدرتمند و مهم است. چنین هذیانی ممکن است به صورت یک هویت خیالی پایدار تبلور پیدا کند که در آن شخص ادعا می کند که او یک شخصیت تاریخی مانند ژاندارک، ناپلئون یا عیسی مسیح است. در نهایت بسیاری از بیماری اسکیزوفرنیائی ادعا می کنند که افکار آنها تحریف می شود. چنین افکاری در ارتباط با هذیان کنترل بوده، شامل موارد زیر است: ۱- انتشار فکر: این اعتقاد که افکار شخص به خارج از جهان منتشر می شود، به طوری که همه کس می تواند آنها را بشنود. ۲- تزریق فکر: این اعتقاد که مردمان دیگر افکار خودشان، به خصوص افکار هرزه را، به سر شخص تزریق می کنند. ۳- تخلیه (ربایش) فکر: این اعتقاد که کسان دیگر افکار را از مغز شخص خارج می کنند. همان گونه که قبلاً اشاره شد، این هذیانها ممکن است نشان دهنده ی تلاش بیمار برای توضیح حالت آشفته فکری خودش باشد. برای مثال، بسیاری از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی چیزی را تجربه می کنند که انسداد فکرنامیده می شود. مثلاً در وسط صحبت درباره چیزی، به ناگاه ساکت می شوند، بدون یادآوری چیزی که درباره آن صحبت می کردند. این تجربه، احتمالاً برای یک بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی مانند هر کس دیگر ناراحت کننده است، و یک راه برای توضیح آن این است که کسی فکر او را از سرش می دزدد.

از هم گسستگی تداعیها- همانگونه که قبلاً مشاهده شد، به دلیل کیفیت روانی خاص (یک عدم پیوستگی بین اعتقادات مختلف یا فعالیتهای فکری مختلف)، بلولر گروه اختلالات مورد بحث را اسکیزوفرنی نامید. یکی از روشن ترین حالتیهای آن از هم گسستگی و کیفیت ناپیوسته گفتار بیمار است، زیرا گفتار عادی دارای ترتیب منظمی از خبر است ولی در گفتار یک بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی چنین ترتیبی وجود ندارد و اعتقادات و نظریات از یک مسیر به مسیر دیگر که ارتباطی با یکدیگر ندارد می پزد، و نتیجه این است که شخص به طور مرتب از موضوع دور می شود. هنگامی که بیماری حاد است، گسیختگی کلام ممکن است کاملاً گفتار را نامربوط سازد.

اختلالات تکلمی: مانند هذیانها، مشکلات همخوانی علاوه بر اسکیزوفرنی در دیگر اختلالات و به خصوص در «مانیا» دیده می شود. در واقع یک بررسی اخیر مشخص نمود که میزان انحراف کلام از مسیر اصلی (یا انحراف فکر از مسیر خود به صورت گسسته گویی و غیر منطقی بودن، در «مانیا» یا شیدایی حتی بیش از اسکیزوفرنی است. بر عکس، عدم تکلم یا تکلم همراه با فقر محتوا در اسکیزوفرنیایی ها بیشتر دیده می شود. به عبارت دیگر، در حالی که اختلال فکری علامت اصلی در اسکیزوفرنی به حساب می آید، اما محدود به اسکیزوفرنی نیست. فقر محتوا: نتیجه تداعی های از هم گسسته) این است که تکلم اسکیزوفرنیایی ممکن است دارای قدرت انتقال بسیار کمی باشد گرچه ممکن است به طور مشخص کلمات بسیاری را به کار برد و همگی از نظر گرامری صحیح باشند، با این وجود شخص دارای گفتارهای بسیار ضعیفی است. واژه سازی: همان گونه که قبلاً اشاره کردیم، اغلب محققان گفتار مغشوش اسکیزوفرنیاییها را به عنوان محصول فکر مغشوش آنها به حساب می

آوردند. به هر حال، برخی از نویسندگان ادعا کرده اند که غرابتهای خاص تکلم اسکیزوفرنیایی ممکن است نه از آشفتهگیهای فکری بنیادی بلکه از ناتوانی بازیافت علائم کلامی مناسب ناشی شده باشد. ولی آنها نمی توانند کلمات صحیح را برای اظهارات خودشان بیابند. این فرضیه ممکن است به علت وجود لغات و عبارتهایی در گفتار اسکیزوفرنیایی باشد که حتی در جامعهترین فرهنگ های لغت یافت نمی شوند. این به کارگیری لغات، که واژه سازی نامیده می شود، گاهی با ترکیب بخشهای دو یا چند کلمه به وجود می آیند. نیز واژه سازی ممکن است که مستلزم استفاده از کلمات معمول به سبکی غیر عادی باشد. بیان توأم کلماتی که هیچ گونه رابطه ای با یکدیگر ندارند به استثنای اینکه قافیه یا صدای آنها مشابه است. کلمات متشابه الصوت را می توان به شکل ارتباطی یاد شده در بالا ربط داد. به هر حال در این مورد اساس تداعی به جای معنی، صدا است. از این رو صدای کلام به جای نزدیکتر بودن به ارتباط منطقی اغلب به شعر نامفهوم نزدیکتر است. سالاد کلمات: در برخی از موارد به نظر می رسد که زبان اسکیزوفرنیایی می خواهد یک تجربه در هم شکستگی کامل از جریان همخوانی را نشان دهد، به طوری که پیگیری و ارتباط بین کلمات یا عبارتهای پی در پی برای شنونده غیر ممکن است. این وضعیت فوق العاده، در بیان زیر، که توسط بیماری که در بالا کلمات متشابه الصوت را بیان می کرد ادا شده، مشخص گردیده است: همه چیزی برای یک سینی واقعی بزرگ است و هیچگونه موسیقی دیده نمی شود، هیچ چیزی دیده نمی شود به جز مادرم که تنها در جزیره کاپری که در آن یخ وجود ندارد ایستاده است. در آنجا هیچ نیست مگر تغییر دهنده، تغییر دهنده، تغییر دهنده. در اسامی اول و آخر دیده می شود، خوب این جامه دان من، آقا من برای حفظ انرژی خودم همیشه باید مسافرت کنم». این نوع گفتار که در آن کلمات و عبارات به یک سبک کاملاً ناهماهنگ ترکیب شده اند، سالاد کلمات نامیده می شود. برخلاف واژه سازی، سالاد کلمات هیچگونه کاربرد ارتباطی ندارد. همچنین حتی کلمات بر اساس صدا یا صوت (مانند ادای کلمات متشابه الصوت) ادا نشده اند. بنابراین سالاد کلمات حالت شکاف برداشتن ذهن در اسکیزوفرنی است. هیچ چیز با هیچ چیز دیگر ارتباط ندارد، و تکلم شخص دارای هیچ گونه ارزش ارتباطی نیست.

اختلالات در ادراک

از هم پاشیدگی دقت انتخابی

آگاهی تحت تاثیر شدید نا مشخصی از اطلاعات حسی، که از محیط به اندامهای حسی می رسد قرار می گیرد. اگر تصویرهای ذهنی درونی و ارتباطات آنها، که دیگر با اطلاعات جدید هماهنگ نمی شود، نیز به این تاثیر پذیری غیر اختیاری افزوده گردد، ادراک انحرافی به جریان بدون بررسی ادامه یابد، به تدریج ساختار پایدار واقعیتهای قبلی را از میان می برد. در نتیجه، شخص احتمالاً یک دنیای تغییر یافته می بیند، تداعیهای عجیبی به ذهنش می رسد، سخنان نامأنوسی ادا می کند، احساسات نامناسبی تجربه می کند و به سادگی می توان تصور کرد که، اعتقادات و روشهای رفتاری عجیبی، به عنوان یک وسیله دفاعی در برابر مشکلات حسی، پیدا می کند. به عبارت دیگر، نتیجه چیزی خواهد بود که ما آن را اسکیزوفرنی می نامیم. توهمها: علاوه بر چنین مشکلات ادراکی در اسکیزوفرنی باید به این واقعیت اشاره کرد که بسیاری از آنها چیزهایی را درک می کنند که وجود ندارند. چنین ادراکی، که در نبود هر گونه محرک خارجی مناسب اتفاق می افتد، توهم نامیده می

شود. مشاهدات کلینیکی معمول نشان می دهند که توهمهای شنوایی معمولترین هستند و پس از آن توهمهای دیداری و سپس توهمهای حسی دیگر دیده می شوند.

اختلال در خلق و خو:

در حالی که اسکیزوفرنی یک اختلال فکری به حساب می آید، اغلب شامل اختلال در خلق و خو نیز است. در بیماران اسکیزوفرنیایی معمولاً دو نوع نابهنجاری در خلق دیده می شود. نوع اول کاهش در پاسخ دهی هیجانی است، که با توجه به میزان بی احساسی، عاطفه کند شده یا عاطفه یکنواخت، نامیده می شود. بیماران دچار عاطفه کند شده، هیجان کمی بروز می دهند. اما بیماران با عاطفه یکنواخت هیچ هیجانی نشان نمی دهند. صورت آنها بی حالت، و صدای آنها، بدون توجه بر اینکه چه می گویند یا در اطراف آنها چه اتفاقی می افتد، یکنواخت و بدون تغییر است. نوع دوم، نامتناسب بودن حالت هیجانی است که بسیاری از اسکیزوفرنیها از خود نشان می دهند، به عبارت دیگر، واکنشهای هیجانی آنها نسبت به زمینه های بی واسطه کاملاً نامناسب است. برای مثال، بیمار ممکن است در حال تعریف یک خاطره تلخ کودکی بخندد یا به هنگام گرفتن هدیه با خشم فریاد بزند.

اختلالات رفتار حرکتی

رفتارهای حرکتی تکراری خاص، مانند مالیدن دست به سر، ضربه زدن به لباس و پاره کردن کاغذ غیر عادی هستند. انجام این گونه فعالیتها بدون هدف به طور مکرر و برای ساعتها، رفتار قالبی نامیده شده است. اسکیزوفرنیها گاهی فعالیتهای حرکتی زیاد، حرکت دادن بازوها، مصرف انرژی زیاد، و واژگون سازی اسبابهای خانه از خود نشان می دهند. به هر حال، عکس آن معمولتر است، که در این رابطه می توان به عدم فعالیت زیاد اشاره کرد. در حالت افراطی ممکن است اسکیزوفرنیها گرفتار حالت بهتی کاتاتونیایی شده، برای روزها حرکت نکنند یا حرفی نزنند.

کناره گیری اجتماعی

یک علامت اولیه اسکیزوفرنی کناره گیری (انزوای) اجتماعی است (عدم توجه به دنیای خارج). اینگونه بیماران که گرفتار افکار خودشان هستند، به تدریج از محیط کناره گیری می کنند. بالاتر از آن، آنها رابطه خود با افراد دیگر را قطع می کنند. توجه داشته باشید که به رغم حوزه وسیع رفتاری، عادی و غیر عادی، که به صورت موارد ذکر شده ی قبلی اتفاق می افتد، یک رفتار که نبود آن برجسته و چشمگیر است تعامل بین فردی است. افراد اسکیزوفرنیایی به ندرت وارد صحبت با دیگران می شوند. به ندرت با یکدیگر صحبت می کنند، به استثنای مواردی مانند درخواست سیگار یا فندک. معمولاً طوری عمل می کنند که گویی هیچ کس در اطراف آنها وجود ندارد. انزوای اجتماعی به خصوص در اسکیزوفرنی مزمن دیده می شود.

«معیارهای تشخیص اسکیزوفرنی بر اساس DSMIV»

الف - نشانه های ویژه: دو (یا بیش از دو) علامت از علایم زیر، که هر یک در مدت قابل ملاحظه ای طی یک دوره یک ماهه (یا در صورت درمان موفقیت آمیز، در مدتی کوتاهتر) وجود داشته باشند:

(۱) هذیانها (۲) توهمها (۳) گفتار آشفته (مانند خارج کردن مکرر از خط فکری، یا گسسته گویی)

(۴) رفتار به شدت آشفته یا کاتاتونیایی (۵) نشانه های منفی، یعنی بی تفاوتی عاطفی، فقر گفتار، یا فقدان اراده. (ج) مدت: نشانه های دوام دار اختلال دست کم به مدت ۶ ماه

اسکیزوفرنی یک دوره ی نسبتاً منظم، را طی می کند که شامل سه مرحله است:

۱- مرحله پیش نشانه ای که با انزوای تدریجی اجتماعی و اضمحلال کار کردی فزاینده همراه است.
 ۲- مرحله فعال، که با علائم آشکار سایکوتیک همراه است.
 ۳- مرحله ی باقیمانده، که در آن علائم سایکوتیک فاحش کاهش می یابد، اما عملکرد همچنان آسیب دیده باقی می ماند. گرچه، در برخی از موارد ظهور و بهبود فوق العاده سریع هستند، به طوری که مراحل پیش نشانه ای و باقی مانده بسیار مختصر هستند، متأسفانه، بهبودی کامل به ندرت دیده می شود. اسکیزوفرنی با توجه به ابعاد مختلف به گروههای فرعی طبقه بندی شده اند، هر چند همگی آنها تا حدودی به موازات یکدیگر هستند: بعد فرایندی- واکنشی (ظهور اسکیزوفرنی فرایندی تدریجی است، در حالی که اسکیزوفرنی واکنشی دارای ظهوری سریع بوده و به دنبال یک ضایعه آشکار می شود. بعد سازگاری یا پیش نشانه خوب- بد (که در آن اسکیزوفرنیها بر اساس سازگاری اجتماعی پیش از مرحله فعال طبقه بندی می شوند). بعد مزمن- حاد (در اسکیزوفرنی حاد، اولین حمله اسکیزوفرنی به صورت مرحله ی فعال است). بعد علائم مثبت- منفی علائم مثبت، مانند وجود توهمها، یا علائم منفی مانند فقدان احساس، غالب هستند. بعد پارانویید- غیر پارانویید (که وجود یا فقدان هذیانهای گزند و آسیب و یا خود بزرگ نمایی را منعکس می کند). کلیه این ابعاد علاوه بر همبستگی نسبی با یکدیگر با پیش آگهی برای بهبود در ارتباط هستند. برای مثال، توصیف یک اختلال به عنوان واکنشی، پیش نشانه ای خوب، حاد، علائم مثبت، یا پارانویید نشان دهنده احتمال بیشتر بهبود است. اسکیزوفرنی ها را می توان با توجه به نشانه شناسی نیز به انواع فرعی طبقه بندی کرد، که عبارتند از:

۱- نوع فرعی باقی مانده که شخص مرحله فعال اختلال را پشت سر گذارده است.
 ۲- نوع فرعی نامنظم هبفرنیک که با زبان و تکلم نامربوط، عاطفه آشفته، و کناره گیری از واقعیت مشخص می گردد.
 ۳- نوع فرعی کاتاتونیایی، که با رفتار حرکتی افراطی و تفریطی (یعنی عدم تحرک، یا فعالیت بیش از حد مشخص می شود). ۴- نوع فرعی پارانویید که، با هذیان و یا توهمهای گزند و آسیب و خود بزرگ بینی مشخص می شود. ۵- نوع فرعی نامتمایز، که منحصر به بیمارانی است که در هیچ یک از انواع فرعی دیگر قرار نمی گیرند. هنگامی که علائم اسکیزوفرنی کوتاه مدت است و به خصوص هنگامی که ظهور آنها با یک سری ضایعه روانی آشکار می گردد، به عنوان اسکیزوفرنی طبقه بندی نمی شوند، بلکه به عنوان سایکوز واکنشی کوتاه مدت (با مدت دوام کمتر از یک ماه یا اختلال اسکیزوفرنی شکل (بادوام یک تا شش ماه) شناخته می شوند. بسیاری از محققان احتمال می دهند که عوامل زیست شناختی نقش کمتری در این سایکوزهای کوتاه مدت و واکنشی (نسبت به اسکیزوفرنی فرایندی بلند مدت) داشته باشند.

«اسکیزوفرنی کاتاتونیایی»

اسکیزوفرنی کاتاتونیایی، که زمانی فراوان بود و اکنون به ندرت دیده می شود، به عنوان یک حالت متمایز کننده مشخص و به صورت یک اختلال قابل ملاحظه در رفتار حرکتی است. گاهی این اختلال شکل بهت کاتاتونیایی، یا عدم تحرک کامل به خود می گیرد، که با گنگی و توقف کلام همراه است. بیمار ممکن است برای هفته ها در این حالت باقی بماند. برخی از بیماران کاتاتونیایی در طول دوره بهت خودشان، به شدت نامانوس هستند (پدیده ای که ژست کاتاتونیایی نامیده می شود). همچنین ممکن است آنها دارای انعطاف پذیری مومی باشند، حالتی که در آن اگر اعضای آنها به شکل اعضای یک عروسک توسط یک شخص دیگر در وضعی خاص قرار گیرد، مدتها به همان وضع باقی می ماند. به هر حال، کاتاتونی به کاهش در فعالیت حرکتی محدود نیست. بسیاری از کاتاتونیاییها بین دوره های عدم تحرک و دوره های حرکتی دیوانه وار در نوسان هستند، که ممکن است شامل رفتارهای خشونت بار باشد. به هر شکل، اسکیزوفرنی کاتاتونیایی اغلب نیازمند فوریتهای پزشکی است. به هنگام تحریک، بیمار ممکن است به خود یا دیگران آسیب وارد کند؛ به هنگام بهت، باید از گرسنگی آنان جلوگیری کرد. در حالی که برخی از بیماران دارای انعطاف پذیری مومی هستند، برخی دیگر اعضای شان سخت شده و در مقابل هرگونه تلاش از جانب دیگران برای حرکت دادن اعضای آنها ممکن است مقاومت نمایند. (شکلی که خشکی کاتاتونیایی نامیده می شود). بسیاری از بیماران ممکن است از آنچه در اطرافشان اتفاق افتد آگاه باشند. برای مثال، بسیاری از بیماران چیزی را از خود نشان می دهند که منفی کاری کاتاتونیایی نامیده می شود، یعنی، آنها نه تنها از انجام چیزی که از آنها خواسته می شود امتناع می کنند بلکه دقیقاً عکس آن را انجام می دهند، و این نشاندهنده این است که آنها به خوبی از ماهیت در خواست آگاه هستند.

اسکیزوفرنی پارانویید

این بیماران... غرق در خیالاتی که تقریباً به طور کامل در معرض گزند و آسیب دیگران هستند به سر می برند. همواره تصور می کنند که دیگران در حال نگاه کردن به آنها هستند، علیه آنان دسیسه می کنند، هیچ کس آنان را دوست ندارد، دوستان قدیم درباره آنان حرف می زنند و می خواهند به شهرت آنها آسیب وارد کنند. این هذیان ها قابل تغییر هستند و به زودی به تصورات عجیب تبدیل می شوند. این بیماران ادعا می کنند که تنبیه های شدیدی بر آنان وارد می شود.

ویژگیهای مشخص کننده اسکیزوفرنی پارانویید عبارتند از هذیانها و یا توهمهایی با ماهیت نسبتاً ثابت، که اغلب در ارتباط با موضوعهای گزند و آسیب و خودبزرگ بینی هستند. هذیانها می توانند شامل ترکیبی از شکلهای مبهم تا یک سیستم مشخص و دقیق از دسیسه های تخیلی باشند. در هر حالت، این گونه هذیان ها اغلب توأم با توهم (به خصوص توهمهای شنوایی) هستند که به باورهای هذیانی کمک می کنند. موضوع گزند و آسیب اغلب با موضوع خود بزرگ بینی ترکیب می شود.

«اختلالات هذیانی»

از میان سه طبقه اصلی سایکوز کارکردی بر اساس طبقه بندیهای قدیمی یعنی (اختلالات خلقی، اختلالات اسکیزوفرنیایی، و اختلالات هذیانی) اختلالات هذیانی که گاهی پارانویا خوانده شده، حائز اهمیت است. این طبقه بیش از سایر اختلالات در رمانها، فیلمها و نمایشهای تلویزیونی به تصویر کشیده شده است. این نوع سایکوز بیشتر در ارتباط با خشونت نسبت به دیگران است. نشانه اصلی این بیمار، یک نظام

هذیانی است، چیزی که ما قبلاً تحت عنوان اسکیزوفرنی پارانویید مورد بحث قرار داده ایم. در اختلالات هذیانی، نظام هذیانی، نابهنجاری اساسی شخص است.

بر اساس محتوی هذیانها، D.S.M, IV این اختلال را به ۷ طبقه خاص، طبقه بندی کرده است. نوع کلاسیک (سنتی)، نوع آزار و گزند دیدگیمتضمن این اعتقاد است که شخص مورد تهدید یا بدرفتاری دیگران قرار دارد. نوع خود بزرگ بینی، به ترتیبی که از نام آن پیداست، شخص اعتقاد دارد که دارای قدرت یا پاداش فوق العاده است. نوع حسادت، هذیان شخص این است که شریک جنسی وی بی وفاست. نوع جنون عشقی، قربانی باور دارد که یک شخص دارای موقعیت عالی، رئیس شرکت یا ریاست جمهوری آمریکا عاشق او است. نوع بدنی، شامل اعتقادات غلط شخص از نابهنجاری یا اختلال بدنی فرض خود رنج می برد. نوع مختلط، که یک موضوع هذیان مسلط وجود ندارد، و بالاخره نوع نامشخص که یک عقیده هذیانی غالب که بتوان آن را در نوع خاص جای داد وجود ندارد. (مثلاً هذیانهای انتساب بدون یک جزء برجسته گزند دیدگی یا خودبزرگ بینی).

«علل و درمان اختلالات اسکیزوفرنی»

- ۱- علل اسکیزوفرنی کاملاً شناخته نشده است. تعامل عوامل مختلف تحت تاثیر شرایط خاص، محتمل ترین تبیین به نظر می رسد.
- ۲- تحقیقات زیست شناختی از طریق مطالعات خانوادگی، همشکمان، و فرزند خواندگی، بر تفکیک یک جزء ژنتیک در ظهور اسکیزوفرنی متمرکز گردیده اند.
- ۳- مطالعات مربوط به همشکمان، تطابق بالاتری را در ابتلای همشکمان یک تخمکی به اسکیزوفرنی نسبت به همشکمان دو تخمکی نشان داده است. چون همشکمان یک تخمکی دارای وراثت یکسانی هستند انتظار می رود که میزان ابتلای آنها صد در صد باشد، ولی این واقعیت که معلوم شده است میزان ابتلا تا حدودی کمتر از صد در صد است. بیانگر آن است که احتمالاً عوامل محیطی در تجلی رفتار اسکیزوفرنیایی نقش دارند.
- ۴- مطالعات فرزند خواندگی در این مورد بوده است که اثرات محیطی را از اثرات ارثی جدا سازند. نتایج این گونه مطالعات نمایانگر آن است که عامل ژنتیک در ظهور اسکیزوفرنی مهمتر از محیطی است که کودک در آن پرورش می یابد.
- ۵- نظریه زیست شناختی بر تاثیر گذارها یا علل آسیب پذیری یا امکان ابتلا به اسکیزوفرنی تاکید می ورزد. مطالعات مربوط به آسیب پذیری بیانگر آنند که در کسانی که والدین آنها به دلیل بیماری روانی در بیمارستان بستری بوده اند، به احتمال بیشتری با مسائل و مشکلات پیش از تولد و زمان تولد مواجه بوده اند، الگوهای پاسخ الکتریکی پوستشان با افراد عادی متفاوت است، الگوهای کلام غیر عادی دارند و در مدرسه مسائل بیشتری دارند با احتمال بیشتری دچار اسکیزوفرنی می شوند. عوامل زیستی - شیمیایی که ممکن است با اسکیزوفرنی در ارتباط باشد اضافه بودن دوپامین، کاهش فعالیت MAO و فعالیت اندورفین را شامل می شود. برش نگاریهای PET و CAT می توانند برای کشف الگوهای مغزی نابهنجار به کار روند.
- ۶- از نقطه نظر یادگیری وجه تمایز افراد اسکیزوفرنی ها با افراد دیگر عدم ظهور یا خاموشی پاسخهای مناسب نسبت به محرکهای اجتماعی است. یک شیوه درمانی بر اساس نظریه یادگیری اقتصاد ژتونی است که در آن رفتار مناسب از طریق ژتونهایی که به صورت تقویت کننده در می آیند، پاداش داده می شود. شیوه سودمند دیگر در این نظریه، تعلیم مهارتهای اجتماعی است.

۷- بر اساس نظریه روان پویائی، افکاری که معمولاً ناخودآگاه هستند، در نتیجه ی یک ترس تعمیم یافته از جهان به ذهن آگاه فرد رسوخ می کنند. نظریه ی فروید، که روابط خانوادگی تاثیر عمده ای بر ظهور رفتار ناسازگار دارد، اساس این اندیشه را تشکیل می دهد. تئودور لیدر دو نوع زناشویی که ظهور رفتار اسکیزوفرنیایی را تقویت می کند، توصیف نموده که عبارت است از تفرقه زناشویی که در آن تعارض آشکار وجود دارد و هر یک از والدین سعی می کنند فرزند را متحد خود سازد، و انحراف زناشویی که یکی از والدین به طور آشکار آشفتگی دیگری را به عنوان بهنجار می پذیرد. سایر مطالعات مربوط به روابط عاطفی در خانواده هایی که کودک اسکیزوفرنیایی وجود دارد نشان داده اند که والدین کودکان اسکیزوفرنیایی از والدین بهنجار، انتقاد کننده تر، مداخله کننده تر و گناه آفرین تر هستند. ارتباط ناصحیح در خانواده و بستگان، رویدادهای خانوادگی فشارزای روانی، از قبیل فوت یکی از والدین منجر به ظهور نشانه های بیماری اسکیزوفرنی در کودکان می گردد.

۸- بر اساس نظر روان شناسان شناختی، اسکیزوفرنیایی ها تمایل دارند که جزئیات را بیش از اندازه به ذهن آورده گیج بشوند، یا بر روی جزء کوچکی توجه بیش از حد مبذول داشته و سایر اجزاء را نادیده بگیرند. این الگوی ادراکی آمادگی جزئی نامیده شده و بر خلاف آمادگی کلی است که در غیر اسکیزوفرنیایی ها برای سازماندهی ادراکها وجود دارد. تکلم اختلال آمیز منحصر به اسکیزوفرنی نیست. بدین معنی که گرچه تکلم اسکیزوفرنی ها ناهنجار و غالباً در ارائه اطلاعات لازم ناتوانند، یعنی عبارتهای مبهم به کار برده و اتصال های منطقی جمله ها را حذف می کنند.

۹- R.D لینگ، یک روان تحلیل گر اصالت وجودی، اسکیزوفرنی را تلاشی برای کنار آمدن با موقعیت زندگی ناسالم در خانواده یا جامعه تفسیر می کند. بر اساس این دیدگاه، رفتار بیمار روانی فقط برای کسانی که از محیط ایجاد کننده آن آگاهند، اختلال آمیز جلوه می کند.

۱۰- دیدگاه اجتماعی به تفاوت های اقتصادی- اجتماعی افراد اسکیزوفرنیایی با سایر افراد اشاره می کند. وجود درصد بالاتر افراد اسکیزوفرنیایی در طبقه پایین اجتماعی می تواند نمایانگر مداخله عوامل اجتماع که شخص در معرض آن قرار گرفته است باشد. در این باره دو نظریه وجود دارد: ۱- فرضیه نزول تدریجی که معتقد است این افراد بعد از ابتلا و از دست دادن توانایی اداره خود به سطوح پایین اجتماعی نزول می کنند و ۲- فرضیه علیت اجتماعی که فشارهای وارد بر اعضای سطوح پایین اجتماع را در پیدایش این بیماری دخیل می داند. در آغاز تصور می شد که تراکم جمعیت با ظهور آسیب روانی همراه باشد، ولی مطالعات اخیر نشان داده است که بیشتر افرادی که برای اولین بار در بیمارستانهای روانی بستری می شوند از مناطقی آمده اند که تراکم جمعیت در آنجا پایین بوده و یا تنها زندگی می کنند.

۱۱- شیوه تعاملی، اسکیزوفرنی را به عنوان یک اختلال دائمی تلقی نمی کند، بلکه آنرا نوعی آسیب پذیری پایدار نسبت به یک اختلال می داند. آسیب پذیری شخص نسبت به این اختلال توسط وراثت ژنتیک، مسائل بدنی قبل و بعد از تولد، و تجارب زندگی تعیین می گردد. این دیدگاه بر چگونگی حالت حمله ای اسکیزوفرنی که با میزان فشار روانی در زندگی می آید و می رود تاکید می ورزد.

۱۲- امروزه جهانی ترین درمان برای اسکیزوفرنی استفاده از داروهای ضد سایکوتیک است. این داروها اقامت بیمارستانی را کاهش داده است. در حدود نیمی از بیماران پس از مرخصی از بیمارستان می توانند بدون دارو به سربرند. ولی دیگران باید برای احتراز بازگشت نشانه های بیماری به خوردن دارو ادامه دهند. به نظر می رسد که در بعضی افراد اگر هیچ دارو مصرف نشود بهبودی سریع تر است. درمان زیست

شناختی دیگری که گاهی اوقات برای درمان اسکیزوفرنی مورد استفاده واقع می شود، استفاده از تشنج الکتریکی است.

۱۳- به طور معمول، روان درمانگری در مورد اسکیزوفرنی موثر نبوده است. روان درمانگری می تواند به تغییر نگرش کارکنان نسبت به بیماران منجر گردد، یا برای بیمارانی که آشفتگی شدید دارند تحریکی بیش از حد محسوب شود. بیماران حاد که سطح سازگاری آنان قبل از بیماری خوب بوده است می توانند نسبت به روان درمانگری پاسخ بدهند.

۱۴- دو نوع درمانگری رفتاری برای اسکیزوفرنی مورد استفاده واقع شده است که عبارت است از اقتصاد ژتونی و تعلیم مهارتهای اجتماعی به صورت تعلیم ابراز وجود یا تعلیم کار آمدی شخصی. هیچیک از این دو روش درباره بیماران بستری شده مزمن با موفقیت دوام دار توأم نبوده است، با این وجود در صورت الحاق برنامه های موثر در دوره نقاهت، میزان موفقیت می تواند بالا رود.

۱۵- درمانگری شناختی که شامل مدل سازی و آموزشهای کلامی است در آموزش اسکیزوفرنیایی ها در جهت اصلاح الگوهای تفکر و کسب اطلاعات بیشتر از واکنش های دیگران، موفق بوده است.

فصل چهاردهم

«اختلالات مغزی»

صرع نتیجه ناپایداری الکتریکی زودگذر بعضی از سلولها در مغز است که گاهی یک «طوفان الکتریکی» در مغز بر پا می کند و در بخشی از مغز یا تمام آن پخش می شود. این امر در حمله صرع، به اوج می رسد که می تواند یکی از چندین شکل را به خود بگیرد. بسیاری از مصروعان فقط یک نوع حمله دارند، ولی اقلیت قابل ملاحظه ای دو یا چند نوع را تجربه می کنند. انواع عمده صرع عبارتند از: حمله بزرگ، حمله کوچک و صرع روانی - حرکتی.

حمله های صرع بزرگ و صرع کوچک

شدیدترین اختلال صرعی، حمله صرع بزرگ است که به طور معمولی ۲ تا ۵ دقیقه طول می کشد. این نوع حمله غم انگیز تاثیر دردناکی بر هر فرد ناظر می گذارد. قربانی حمله صرع بزرگ، مجموعه ای از نشانه های بیماری تکان دهنده از خود بروز می دهد. غالباً حمله با یک فریاد شروع می شود و به دنبال آن از دست رفتن هوشیاری، افتادن روی زمین و تشنجات شدید می آید. این تشنجات غیر قابل کنترل، ممکن است آسیبهای جدی به قربانی بزنند. از جمله بزرگترین خطرها، گاز گرفتن شدید زبان یا دهان و صدمه دیدن سر است. پیش از حرکات عضلانی

حمله صرع بزرگ، معمولاً تیرگی شعور یا هاله صرعی روی می دهد که در آن خود هشیاری غبار آلوده را همراه با احساساتی از غیر واقعی بودن و از دست دادن شخصیت (احساس از خود بیگانگی) تجربه می کند. این تیرگی شعور ممکن است فقط چند ثانیه دوام یابد، اما اغلب به روشنی به یاد می آید. به دنبال تیرگی شعور، مرحله کشیدگی (تونیک) حمله شروع می شود، چشمها باز می مانند، مردمک گشاد می شود. بدن در یک وضعیت کشیدگی قرار می گیرد و از بازتاب قرینه ای و نوری در چشم خبری نیست. این مرحله ۱۵ تا ۳۰ ثانیه دوام دارد و سپس مرحله تشنجی (کلونیک) شروع می شود که طی آن بدن بین گرفتگی و وارheidگی (قبض و بسط) قابل ملاحظه ای در نوسان است. شخص ممکن است کنترل ادرار و مدفوع را از دست بدهد. به دنبال بخش تشنجی حمله صرع بزرگ، ممکن است خواب عمیقی که یک یا دو ساعت طول می کشد وجود داشته باشد. وقتی که شخص هشیاریش را باز می یابد، غالباً سرگردان و دچار فراموشی است.

۱- اختلالات مغزی علل گوناگون دارند. بیماری هانتینگتون یک اختلال وراثتی است که از طریق یک ژن غالب انتقال می یابد. به سبب اینکه نشانه های مرضی این بیماری تا اواسط زندگی ظاهر نمی شوند محققان تلاش دارند نشانه هایی برای شناسایی خصوصیات این ژن در سالهای آغازین زندگی پیدا کنند. در این صورت افرادی که ناقل این ژن هستند خواهند توانست در مورد خطر انتقال بیماری از طریق بچه دار شدن تصمیم آگاهانه بگیرند.

۲- به نظر می رسد که بیماری پارکینسون به کمبود انتقال دهنده ی دوپامین مربوط باشد. برعکس سایر زوال عقلهای بحث شده، دارویی به نام L-dopa در کاهش نشانه های مرضی این اختلال موثر است. در حمله ی صرع کوچک که به ویژه در کودکان شایع است، هیچ لرزش و تکانی دیده نمی شود. در عوض، زوال هوشیاری وجود دارد که با یک خیرگی بی هدف و بی پاسخ که حدود نیم دقیقه دوام می یابد، مشخص می شود. فرد معمولاً ناهشیار نمی شود. این حمله ها ممکن است چندین بار در روز رخ بدهند.

صرع روانی - حرکتی

در صرع روانی - حرکتی، نوعی که ۱۵ درصد موارد صرع را شامل می شود و در کودکان نادر است، بیمار کارکرد حرکتی خود را حفظ می کند، ولی توانایی قضاوت درست بر اجرای فعالیتها را از دست می دهد. در طی حمله روانی - حرکتی، فرد در نوعی حالت خلسه فرو می رود که با دوره ای از اغتشاش فکری بازگشت پذیر توأم است. شخص حرکاتی انجام می دهد که ممکن است تکراری و سازمان یافته باشند، ولی در واقع نیمه خود کارند. حمله های روانی - حرکتی ممکن است شبیه به حمله های صرع کوچک باشند. ولی مدتی بیشتر (تا دو دقیقه) طول می کشند، حرکات عضلانی مربوط به جویدن و سخن گفتن را در بر می گیرد و با تیرگی هشیاری بیشتری همراه است. توهمهای بصری اتفاقی و حالت گیجی که از مشخصه صرع روانی - حرکتی است با برخی از نشانه های مرضی سایکوز شباهت دارند. در بعضی موارد، ترس، وحشت، خشم و افسردگی، از حمله تاثیرات جانبی هیجانی در حمله های روانی - حرکتی به شمار می روند. این طغیان هیجانی، ناگهانی، ظاهراً خودکار و بدون قصد قبلی بروز می کند و بعدها به یاد نمی آید. حمله های صرع در مواقعی که افراد با مسائلی درگیر شوند که احساس کنند شایستگی انجام دانش را ندارند، افزایش می یابد و تراکم فشارهای روانی در زندگی روزمره، آسیب پذیری در برابر حمله ها را افزایش می دهد. برخی عوامل دیگر که در صرع مداخله دارند عبارتند از: نقشی که فشارهای روانی کلی زندگی در بروز حمله ها بازی می کنند و تاثیر فشار روانی ناشی از

احتمال همیشگی وقوع حمله، نیاز به ادامه نوعی زندگی نسبتاً محدود و داغ ننگی که در اذهان شاهدان حمله صرعی ممکن است به وجود آید.

درمان صرع

سه روش عمده برای درمان صرع وجود دارد: دارو، جراحی و تدبیر روانشناسی. داروهای مشخصی از قبیل دیلانتین و فنوباریتال می توانند تکرار و شدت حمله ها را کاهش دهند. جنبه های روانشناختی درمان صرع مورد توجه بسیار و گسترده قرار گرفته است. در سالهای اخیر شرطی سازی عاملی و پس خوراند زیستی (بیوفیدبک) برای کاستن از وقوع حمله های صرعی مورد استفاده قرار گرفته اند.

۱- در D. S. M. IV اختلالات مغزی عضوی به عنوان اختلالات شناختی طبقه بندی شده اند، زیرا نارسائیهها و بد کار کرد های مغز بر جریانهای شناختی فرد تاثیر می گذارد. شایعترین آنها عبارتند از روان آشفتگیها، زوال عقلها، و یاد زدودگیها. روان آشفتگیها بر حالت هشیاری و دقت یا توجه فرد اثر می گذارد و معمولاً این وضعیت کوتاه مدت و بازگشت پذیر یا قابل رفع است. روان آشفتگی تقریباً زمانی دست می دهد که مغز موقتاً کمبود اکسیژن دارد و تب هم بالاست. زوال عقل باعث از دست رفتن توانایی ذهنی می شود، معمولاً برگشت ناپذیر، رفع نشدنی و اغلب پیشرونده است.

۲- شایعترین زوال عقلها، زوال عقل انحطاطی اولیه، یک تباهی پیشرونده در بافت مغزی است. بسیاری از افراد مبتلا به این بیماری، تغییرات شخصیتی نشان می دهند. داستان پردازی- پر کردن فواصل حافظه با اطلاعات غیر دقیق- نشانه های عادی این بیماری است. اصطلاح زوال عقل کهولت زمانی به کار می رود که اختلال پس از ۶۵ سالگی رخ بدهد. اگر اختلال قبل از آن سن شکل بگیرد، زوال عقل پیش از کهولت نامیده می شود.

۳- بیماری آلزایمر شایعترین نوع زوال عقل کهولت است. ساختارهای نابهنجار به نام پلاکها و گره ها به هنگامی دیده می شوند که سلولهای عصبی مغز این بیماران زیر میکروسکوب الکترونیکی قرار گیرند. در این اختلال ظاهراً کمبود تولید استیل کولین نیز وجود دارد، بیماری پیک که نشانه های مرضی مشابهی، با آلزایمر دارد، فراوانی اش از بیماری آلزایمر کمتر است و به جز از طریق کالبد شکافی از آلزایمر قابل تمیز نیست. فشار خون بالا می تواند علت عمده زوال عقل انفار کتوسی چند گانه (انسداد عروقی) باشد، اختلالی که از یک رشته سگته های جزئی ناشی می شود.

فصل پانزدهم

اختلالات کودکی

طبقه بندی اختلالهای کودکان

این اختلالها را می توان به چهار دسته تقسیم کرد. اختلالهای رفتار مخرب با نشانه هایی چون بیش فعالی، بی توجهی، پرخاشگری، ویرانگری، و نا فرمانی از اولیای امور مشخص می شوند. اختلالهای هیجانی آنهايي هستند که نشانه های ترس، اضطراب، غم، و دل بستگی ضعیف در آنها

برجسته ترند. اختلالات عادی و خوردن، انواع اختلالهایی را شامل می شوند که ویژگی آنها نشان دادن تکراری رفتارهای ناسازگارند یا بد کارکرد است. نمونه هایی از این گونه رفتارها عبارت اند از شب ادراری، لکنت زبان، تیکهای حرکتی، و خوردن مقدار زیاد غذا و بعد واداشتن خود به استفراغ کردن. اختلالهای مربوط به رشد با کاستی های بارز در رشد قابلیت های عقلانی مهم و مهارت های اجتماعی کودک مشخص می شوند. این طبقه، چندین سطح عقب ماندگی ذهنی و اختلالهای یادگیری نه چندان شدید را شامل می شود (مثل اختلال خواندن مربوط به رشد). این طبقه همچنین اختلال اوتیستیک را شامل می شود که با کاستی های شدید در مهارت های ارتباطی و پاسخ دهی اجتماعی مشخص می شود. توجه کنید که یکی از شدیدترین اختلالهای بزرگسالی می باشد. خیلی بعید است که کودکان علایم اسکیزوفرنی نشان دهند، ولی نوجوانانی که در بزرگسالی به این اختلال مبتلا می شوند گاهی نشانه های اولیه ی آن را نشان می دهند (کناره گیری اجتماعی، رفتار به طور روز افزون نامتعارف، بهداشت ناکافی).

«اختلال بیش فعالی توام با کاستی توجه (ADHD)»

والدین و معلمان معمولاً شکایت می کنند که کودکان بیش فعال و بی قرارند، آرام نمی نشینند و برای مدت طولانی نمی توانند تمرکز کنند. معمولاً منظور آنها این است که کودکان به اندازه بزرگسالان نمی توانند تمرکز کنند، و فراموش می کنند که فراخنای توجه و تمرکز با سن افزایش می یابند. اما کودکانی هستند که هم در خانه (هم در مدرسه بیش فعالی فاحشی نشان می دهند، و این کودکان را به راستی می توان مبتلا به اختلال بیش فعالی توام با کاستی توجه (ADHD) دانست. رفتار آنها با بی توجهی نامناسب، تکانشی بودن، و بیش فعالیتی حرکتی مشخص می شود. در کلاس، کاستی توجه آنها به صورت ناتوانی در ادامه دادن یک تکلیف خاص آشکار می شود. آنها در سازمان دادن و کامل کردن تکلیف مشکل دارند. آنها معمولاً این برداشت را ایجاد می کنند که انگار اصلاً گوش نمی کنند و چیزی را که به آنها گفته شده است را نشنیده اند، و به نظر می رسد که نمی توانند آرام بنشینند. به نظر نمی رسد که این کودکان مشکل خاصی در پردازش اطلاعات داشته باشند (مثل نارسائی های خواندن)، در عوض مشکلات آنها در خود گردانی است. این کودکان در تعامل با همسالان، نگون بخت و آشفته هستند. و معمولاً دیگران آنها را به عنوان مزاحم و آزارنده طرد می کنند. به همین نحو، آنها در خانه نمی توانند از درخواست های والدین پیروی کنند و قادر نیستند فعالیتهای متناسب با سن خود، از جمله بازی را برای مدت طولانی ادامه دهند.

علتهای احتمالی اختلال بیش فعالی توام با کاستی توجه عبارتند از، انتقال ارثی، محیط نامناسب. مشکلات روان پویایی، بعضی از غذاها و مواد شیمیایی مثل سرب و ... می باشند.

«درمان اختلال بیش فعالی - کاستی توجه»

دارو درمانی: کودکان بیش فعال با داروی آرامبخش بدتر می شوند ولی با داروهای محرک رفتار بیش فعال آنها پایین می آید. کودکانی که این دارو را مصرف می کنند در رفتار پر توقع، مخرب، و سرپیچیده کاهش نشان می دهند، به علاوه در پاسخدهی میان فردی و تلاشهای هدف گرا افزایش نشان می دهند. با این حال، ریتالین عوارض جانبی مهمی چون بی خوابی، سردرد، و تهوع دارد. به علاوه، بهبودی در کودکان ADHD با مصرف داروهای محرک کوتاه مدت است، و کودکانی که تحت این دارو درمانیها قرار می گیرند از کودکانی که تحت این درمان قرار نمی گیرند پیش آگهی بهتری ندارند. به علاوه، بین کودکان از نظر پاسخ هایشان به این داروها تفاوتی وجود دارد. برخی کودکان

سریعاً و به مقدار کم دارو پاسخ می دهند، در حالی که کودکان دیگر فقط به مقدار زیاد دارو پاسخ می دهند. رایجترین داروی محرک، آمفتامینی است به نام متیل فیندیت با نام تجاری ریتالین).

مدیریت رفتار

برنامه های شرطی سازی کنشگر در درمان بیش فعالی و کاستی های توجه توام با آن، به ویژه در کوتاه مدت، نسبتاً موثر بوده اند. چند پژوهشگر این شیوه ها را برای خاموش کردن رفتارهای مشکل آفرین کودکان بیش فعال به کار برده اند- برای مثال، منصرف کردن توجه کودک از برخی رفتارها و به طور همزمان، افزایش دادن مقدار زمانی که توجه می کند.

«شب ادراری»

شب ادراری به صورت تخلیه غیر ارادی ادرار حداقل دوبار در ماه در کودکان بین پنج تا شش سال، و یک بار در ماه در کودکان بزرگتر تعریف شده است. اغلب کودکان بین هجده ماهگی تا چهار سالگی کنترل مثانه کسب می کنند.

علت های شب ادراری

شب ادراری نخستین، که علت آن نابهنجاری زیستی است، و شب ادراری ثانوی، که علت های روانی مثل اضطراب دارد، از یکدیگر متمایز شده اند. شواهدی وجود دارد که آمادگی برای شب ادراری، اغلب ارثی است. تقریباً ۷۵ درصد کودکان شب ادرار دارای خویشاوندان درجه اولی هستند که شب ادرار بوده یا هستند، و هماهنگی برای شب ادراری در دو قلوهای یک تخمکی (MZ) بیشتر از دو قلوهای دو تخمکی (DZ) است.

درمان

برخی داروها، مانند داروهای کاهنده ادرار یا ایمی پرامین، شب ادراری را به طور موقت متوقف می کند. درمانهای رفتاری بسیار بیشتر از درمان دارویی در مورد شب ادراری موفق بوده اند. کودک در تخت خودش می خوابد. زیر ملافه ی او لایه مخصوصی قرار دارد که وقتی با ادرار خیس می شود، یک مدار الکتریکی بی ضرر را کامل می کند. کامل شدن این مدار زنگی را به صدا در می آورد و کودک را برای رفتن به توالت بیدار می کند. چندین بررسی نشان داده اند که تقریباً ۷۵ درصد کودکانی که با روش «زنگ و لایه» درمان شده اند، توانسته اند ظرف مدت دو هفته کنترل مثانه به دست می آورند.

«لکنت زبان»

لکنت زبان اختلال آشکار در ریتم گفتار است در حالی که اغلب کودکان دوره های زودگذر مکث کردن روی واژه های بخصوص را طی می کنند، این بی نظمی در افرادی که الکن محسوب می شوند، برجسته تر و طولانی تر است. معمولاً این حروف بی صدای اول در برخی کلمات هستند که مشکل واقعی را ایجاد می کنند. «من-ن-ن-ن... می دانم چه ب-ب-ب-کنم!» معمولاً جمله مساله سازی است که اغلب با چهره سراسیمه و برافروخته همراه است. نزدیک به ۱ درصد کودکان الکن هستند، و ۴ تا ۵ درصد کودکان دیگر به مدت شش ماه دچار لکنت موقتی می شوند. به دلایلی که معلوم نیست، تعداد پسرهای الکن چهار برابر دختران الکن است. علت های لکنت زبان هنوز معلوم نیستند، ولی مانند

اختلالاتی جسمانی دیگر، پیامدهای آن ناگوارند. افراد الکن حوصله کودکان دیگر و معلمان را سر می برند. آنها معمولاً توسط همسالان ریشخند و طرد می شوند. ممکن است معلمان در کلاس از آنها درس نپرسند، در نتیجه علاقه و عملکرد تحصیلی آنها رو به کاهش گذارد.

درمان

روش اول، پسخوراند شنیداری درنگیده نامیده می شود و به این صورت اجرا می شود که شخص با یک ثانیه تاخیر، گفتار خود را از یک گوشی می شنود. وقتی سخنگویان روان، گفتار خود را به این صورت با تاخیر می شنوند، فوق العاده به لکنت می افتند. اما زمانی که افراد الکن پسخوراند شنیداری درنگیده دریافت می کنند، تقریباً روان می شوند. تعقیب سایه به سایه، شکلی از شیوه پسخوراند شنیداری درنگیده است. در این روش، درمان گر از روی یک کتاب می خواند، و فرد الکن کلمات وی را مدت کوتاهی بعد از اینکه بر زبان او جاری شده اند، تکرار می کند. برای این کار لازم است فرد الکن به دقت بر آنچه درمانگر می گوید تمرکز کند، و لکنت زبان خود را در این فرایند نادیده بگیرد. چندین بررسی نشان می دهند که تعقیب سایه به سایه می تواند در بر طرف کردن لکنت زبان سودمند باشد. سومین روش به نام گفتار تنظیم شده می تواند بر منحرف کردن فرد الکن از لکنت زبان خودش تاثیر بگذارد. معلوم شده است که وقتی این شیوه با پاداشهایی برای لکنت نکردن همراه می شود، در کاستن از لکنت زبان نسبتاً موثر است.

«اختلالاتی رشدی فراگیر: اوتیسم، فرو-اشننده دوران کودکی، رت، اسپرگر»

مهم ترین نوع اختلال رشدی فراگیر اوتیسم است. ویژگی اساسی اوتیسم این است که توانایی کودک در پاسخ دهی به دیگران ظرف سی ماه اول زندگی رشد نمی کند. حتی در این سن کم، اختلال فاحش در مهارتهای ارتباطی کاملاً محسوس است، به طوری که این کودکان پاسخهای نامأنوسی به محیطشان می دهند. آنها فاقد علاقه و پاسخدهی به دیگران هستند، و نمی توانند دلبستگی عادی ایجاد کنند. در نوباوگی، این ویژگیها با ناتوانی آنها در بغل کردن، فقدان تماس چشمی، یا بیزاری کامل از تماس بدنی و محبت آشکار می شوند. ممکن است این کودکان اصلاً نتوانند زبان را پرورش دهند، و اگر زبان فراگیری شود، معمولاً به صورت پژواک گویی- گرایش به تکرار کردن فوری آنچه شخص دقیقاً همین حالا شنیده یا مدت کوتاهی بعد از شنیدن آن- یا ضمیر معکوس آشکار می شود- گرایش به استفاده از «من» در حالی که منظور «تو» است و بالعکس. این کودکان به تغییر نیز بسیار ضعیف واکنش می کنند، خواه این تغییر در امور روزمره ی آنها باشد یا در محیطشان.

نشانه های اوتیسم

بنابه اظهار لئوکاثر روان پزشک کودک که برای اولین بار اوتیسم را به عنوان یک نشانگان تشخیص داد، ویژگی اصلی آن عبارت است از «ناتوانی در برقراری رابطه ... به شیوه ی عادی با افراد و موقعیتهای... تنهایی اوتیستیک شدید که هرگاه ممکن باشد هر چیزی که به کودک عرضه می شود آن را نادیده می گیرد، به آن بی توجهی می کند، به آن راه نمی دهد» این تنهایی چشمگیر در زمینه های زبان، رفتار، رشد عقلانی و شناختی، و روابط اجتماعی شکلهای مختلفی می گیرد.

رشد زبان

یکی از ویژگیهای بارز کودکان مبتلا به اوتیسم، ضعف آنها در فهمیدن و به کار بردن زبان است. برای مثال، آنها در تقلیدهای اجتماعی ساده ای چون «بای بای کردن» مهارت کمی نشان می دهند و استفاده آنها از اسباب بازیهای کوچک در بازیهای تخیلی، اگر اصلاً رشد کند، شدیداً محدود است.

اصرار بر یکنواختی

بسیاری از کودکان بهنجار به تغییرات موجود در محیط شان به نحو بدن واکنش نشان می دهند. رشد اجتماعی: یکی دیگر از ویژگیهای برجسته کودک مبتلا به اوتیسم گوشه گیری است، فاصله جسمانی و عاطفی از دیگران که به ویژه برای والدین مشکل ساز بوده و برای دیگران کاملاً محسوس است.

رشد عقلانی

در حالی که کودکان مبتلا به اوتیسم در آزمونهایی که به توانایی کلامی نیاز دارند ضعیف عمل می کنند، آزمونهایی را که حافظه معمولی یا تکالیف فضایی را شامل می شوند بسیار بالاتر از حد متوسط انجام می دهند علاوه بر این، آنها ممکن است در موسیقی یا نقاشی بسیار با استعداد باشند. اما به رغم شواهد جزایر هوش، این کودکان در حوزه شناختی بسیار بد عمل می کنند. فقط حدود ۲۵ تا ۴۰ درصد آنها نمرات هوشبهر بالای ۷۰ دارند، و این نمرات در یک دوره ده ساله کاملاً ثابت می مانند.

شیوع اوتیسم

تقریباً از هر ۱۰۰۰۰ کودک، چهار تن به این اختلال هستند، یعنی تقریباً به اندازه ی وقوع ناشنوایی در کودکان، و دو برابر شیوع نابینایی. در رابطه با تفاوتهای جنسی، پسرها تقریباً سه برابر دخترها به این اختلال مبتلا می شوند.

علتهای اوتیسم

نظریه های روانزاد به نظر برخی از نظریه پردازان روان پریشی و رفتار گرا، والدین کودکان مبتلا به اوتیسم، درون گرا، سرد، روشنفکر، و بسیار دقیق به نظر می رسند. به نظر می رسد که این کودکان تحت شرایط «سردی هیجانی» پرورش یافته باشند. درون گرا بودن والدین در فرزندان آنها انعکاس می یابد؛ سردی والدین در گوشه گیری کودک دیده می شود، در حالی که دقت وسواس گونه والدین در رفتارهای تکراری کودک منعکس می شود.

نظریه های زیستی

چون نظریه های روان زاد به اثبات نرسیده اند و از آنجایی که به نظر می رسد اغلب کودکان مبتلا به اوتیسم به انواع نارسایی های فیزیولوژیکی نیز مبتلا باشند، توجه روز افزونی به علتهای زیستی احتمالی اوتیسم معطوف شده است. تقریباً ۳۰ درصد کودکان مبتلا به اوتیسم با وجود آنکه وقتی کوچکتر بودند شواهد آشکاری از اختلال عصب شناختی نشان نداده اند، هنگام نوجوانی دچار حملات صرع می شوند. از این گذشته، بررسیهای برق نگاری مغز (EEG) یعنی، بررسیهایی که فعالیت برقی مغز را مطالعه می کنند. نشان می دهند که این کودکان امواج مغزی ناهنجارتری از کودکان عادی دارند. بین دستگاه عصبی مرکزی کودکان مبتلا به این اختلال و کودکان عادی انواع تفاوتی ساختاری و کارکردی دیگر یافت شده است. این تفاوت ها بیانگر آن است که اوتیسم علتهای زیستی چندگانه دارد، یا چند خرده تیپ اوتیسم وجود دارد،

که هر یک علت‌های مختلفی دارند. عدم توازن در سطوح انتقال دهنده عصبی می تواند یک علت اوتیسم باشد، اما قطعاً علت‌های دیگری نیز وجود دارند.

درمان اوتیسم

درمان‌های دارویی، از جمله داروهای نورولپتیک و لیتیوم، در مورد کودکان مبتلا به اوتیسم با نتایج متفاوت به کار برده شده اند. در عوض، اقدامات درمانی دیگری نیز عمدتاً از منابع رفتاری صورت گرفته اند که بر نارسائیهای بخصوصی تمرکز می کنند که اوتیسم آنها را به وجود می آورد.

اختلال فروپاشنده دوران کودکی : این اختلال در پسران بیشتر از دختران دیده می شود . تا دو سالگی کودک به صورت طبیعی رشد می کند و بعد از این سن تمام توانایی های بدست آمده در تمام زمینه های زبانی ، حرکتی و اجتماعی و... از دست می دهد .

اختلال رت: فقط در دختران دیده می شود ، رشد تا ۶ ماهگی طبیعی است و سپس رشد سر تقریباً متوقف شده و در زمینه زبان ، حرکت ، مهارت‌های اجتماعی و هوشی دچار مشکل هستند . آنها رفتارهای کلیشه ای در دستها را از خود نشان می دهند و توانایی های زبانی تقریباً ندارند .

آسپرگر : این کودکان نیز در تمام زمینه های زبانی ، هوشی ، حرکتی ، اجتماعی و... دچار مشکل هستند ، اما شدت آن کمتر از سه نوع دیگر است .

فصل شانزدهم

روانشناسی کودکان استثنایی»

مفهوم خاص استثنایی

دانش آموزان استثنایی را می توان چنین تعریف کرد: دانش آموزی که از نظر جسمی یا خصوصیات رفتاری و ذهنی با بیشتر دانش آموزان همکلاس خود تفاوت فاحش دارد و آموزش ویژه برای او مناسبتر از آموزش معمولی است. در این کتاب تقسیم بندی کرک از انواع این دانش

آموزان ارائه می شود. این تقسیم بندی شامل گروه بندی است: ۱- انحرافات هوشی: دانش آموزان تیز هوش و کند ذهن؛ ۲- نقایص حسی: دانش آموزان کم شنوا، ناشنوا و کم بینا، نابینا؛ ۳- دشواریهای ارتباطی: دانش آموزان با مشکلات تکلمی و دانش آموزان با نارساییهای ویژه یادگیری؛ ۴- نابهنجاریهای رفتاری: دانش آموزان با اختلالات رفتاری؛ ۵- دشواریهای حرکتی: دانش آموزان با معلولیت‌های بدنی؛ ۶- سایر موارد استثنایی و بیماریها.

بر آورد درصد شیوع انواع دانش آموزان استثنایی

انواع دانش آموزان استثنایی	درصد
تیزهوشان	۲-۳
عقب ماندگان ذهنی	۱-۳
مشکلات شنوایی	۰/۳-۰/۵
مشکلات بینایی	۰/۱-۰/۲
مشکلات تکلمی	۲/۵-۳
اختلالات یادگیری	۱-۳
اختلالات رفتاری	۱-۲
دشواریهای حرکتی	۰/۳-۰/۵
جمع	۸/۲-۱۶/۲

کودکان عقب مانده ذهنی

رایجترین تعریف در خصوص عقب ماندگی ذهنی، تعریف انجمن آمریکایی بررسی عقب ماندگی ذهنی است که در قالب نظری و عملی داده شده است. تعریف نظری: عقب ماندگی ذهنی، عملکرد پایین تر از متوسط در کلیه امور ذهنی است که همزمان با مشکلات و کاستیها در رفتارهای سازشی آشکار می شود و در دوران رشد جسمی، ذهنی و روانی فرد پدیدار می شود. تعریف عملی: نمره احراز شده بر مبنای آزمونهای هوشی میزان شده باید از ۹۷ تا ۹۸ درصد همسالان پایین تر باشد. داشتن مشکلات در استقلال شخصی و مسئولیت اجتماعی که از سن و گروه فرهنگی او انتظار می رود (آموختن مهارت‌های آموزشی، مشارکت در فعالیت های گروه اجتماعی مناسب). باید در دوران کودکی قابل مشاهده باشد؛ زیرا مشکلات مشابه که در زمان بزرگسالی پدید می آید باید جزء بیماریهای روانی یا آسیب های مغزی تقسیم بندی شود و نه به عنوان عقب ماندگی ذهنی.

الف) طبقه بندی روانشناسان

۱- عقب مانده عمیق (کانا یا کور ذهن). این افراد بیشترین نقص ذهنی را دارند و بهره هوشی آنان بر اساس آزمونهای هوشی معتبر از ۲۵ تجاوز نمی کند. آنان معمولاً صحبت کردن را نمی آموزند و نمی توانند حداقل نیازهای جسمی خود را به طور مستقل بر طرف سازند. عقب

مانده های عمیق علاوه بر نارسایی شدید ذهنی معمولاً مبتلا به ناهنجاریهای حسی و حرکتی، بد شکلیهای صورت و سر و کوتاهی اندام هستند. اغلب اعضای صورت آنان نامتقارن است و جمجمه ای بزرگتر یا کوچکتر از حد معمول دارند. شکل چشمها و گوشها و دندانها عادی نیست و معمولاً قادر به کنترل ادرار و مدفوع نیستند و مبتلا به حملات صرع یا فلج مغزی و مشکلات جسمی دیگر نیز هستند. توانایی قضاوت و استدلال ندارند و دقت و حافظه ی آنان بسیار ضعیف است و در برخی موارد تنها محدود به تشخیص صدا، بو و چهره نزدیکان می شوند. آنان معمولاً در طبقه بندی کودکان چند معلولیتی قرار می گیرند؛ زیرا بیشتر از یک نقص دارند. به آنان عقب مانده های ذهنی «وابسته یا پناهگاهی» نیز گفته می شود.

۲- عقب مانده شدید (کالیو یا سبک مغز یا سفیه): این افراد از نظر میزان بهره هوشی یک انحراف معیار بالاتر از کودکان کانا قرار دارند و بهره ی هوشی آنان ۲۵ تا ۴۰ است و ممکن است نتوانند زبان آموزی را در حد بیان واژه ها، عبارات ساده و درک محدود گفتار دیگران بیاموزند. این گروه را می توان با آموزش مناسب برای رفع برخی از نیازهای شخصی خود (امور خودیاری)، مانند غذا خوردن، لباس پوشیدن و نظافت تربیت کرد و نیز انجام امور بسیار ساده و پرهیز از بعضی خطرات را به آنان یاد داد. باید توجه داشت که آنان در تمام زندگی خود به نظارت و مراقبت نیاز دارند؛ زیرا نمی توانند مشکلات خود را بر طرف کنند. آنان برای یادگیری خواندن، نوشتن و حساب کردن استعداد لازم و تمرکز کافی ندارند و امور و کارهای ساده و معمولی زندگی را با کندی و تاخیر می آموزند. این گروه نیز مانند گروه اول اغلب مشکلات جسمی و اختلالات حسی و حرکتی دارند؛ اما صورت آنان وضع نامتجانس گروه قبل را ندارد. آنان می توانند ادرار و مدفوع خود را کنترل کنند. ۳- عقب مانده های ذهنی متوسط: این افراد از نظر میزان بهره هوشی یک انحراف معیار بالاتر از کودکان کالیو دارند و بهره ی هوشی آنان ۴۰ تا ۵۵ است. با اینکه نارسایی هوشی در این گروه کمتر از دو گروه قبلی است، اما به طور کلی از نظر استعدادهای ذهنی، قدرت استدلال و قضاوت و اعمال پیچیده ذهنی ضعیف می باشند و به راهنمایی و نظارت دیگران محتاج هستند. مشکلات و ناهنجاریهای جسمی و حرکتی این گروه کمتر از دو گروه پیشین است، اما لکنت زبان، تاخیر در تکلم و انجام فعالیتهای حرکتی در بین آنها شایع است. این گروه توجه، دقت، حافظه و تمرکز فکری کمتری نسبت به کودکان عادی دارند. آنان را می توان با روشهای آموزش ویژه تربیت کرد و مهارتهای خود یاری و مراقبت از خود را به آنان آموخت و به برخی از آنان می توان تا چند کلمه خواندن را نیز آموزش داد. اکثر آنان می توانند به صورت کارگر غیر ماهر در کارگاهها یا کارخانجات تحت نظارت به فعالیت شغلی بپردازند، لذا به آنان افراد نیمه وابسته نیز گفته می شود. بر اساس تقسیم بندی پیاژه این گروه در مرحله دوم دوره پیش عملیاتی قرار دارند و در حداکثر تحول از نظر ذهنی مانند کودکان ۶ ساله و پایین تر عمل می کنند.

۴- عقب مانده ذهنی خفیف (کودن یا کند ذهن). این گروه از نظر میزان بهره هوشی یک انحراف معیار بالاتر از کودکان عقب مانده های متوسط قرار دارند و بهره هوشی آنان ۵۰-۵۵ تا ۷۰ است. این گروه نسبت به دیگر گروههای عقب مانده ی ذهنی از دقت، تمرکز، حافظه و استعداد یادگیری بهتری برخوردار است و می توان خواندن، نوشتن و ریاضیات را در سطح ابتدایی و برای رفع نیازهای روزانه زندگی عادی به آنان آموزش داد، معمولاً این کودکان عقب مانده در تمام زمینه های ذهنی، تکلمی و زبانی، حرکتی، اجتماعی، آموزشی و به طور کمی انجام کلیه امور زندگی از کودکان عادی پایین تر عمل می کنند؛ اما گاه استعدادهای ویژه ای در آنان دیده می شود که والدین این استعداد ویژه را به اشتباه دلیل بر هوشمندی کودک خود می دانند؛ برای مثال آنان ممکن است در زمینه نقاشی یا حافظه اعداد استعداد ویژه ای از خود نشان

دهند؛ لذا گاه این افراد را کودکان دانشمند نیز نامیده اند. همان گونه که آمده است این گروه می تواند در شرایط مناسب برخی از کارهای فنی، حرفه ای یا کشاورزی را یاد بگیرند و تا حدی به استقلال شخصی و اقتصادی برسند، اما اگر شرایط محیط آنان نامساعد باشد، بسیار سریع دچار نارساییهای عاطفی، عدم تعادل روانی و انحرافات مانند اعتیاد و فحشا می شوند.

راهنمای آماری و تشخیص بیماریهای روانی (DSMIV، ۱۹۹۴): در این راهنما عقب مانده گیهای ذهنی به صورت زیر طبقه بندی شده است:

۱- با توجه به میزان خطای اندازه گیری آزمونهای هوشی، اعداد ارائه شده برای سنجش بهره هوشی باید با دامنه ۷۵ در نظر گرفته شود
۲- عقب ماندگی ذهنی خفیف (بهره هوشی ۵۰-۵۵ تا ۷۰)، تقریباً معادل عقب مانده ذهنی آموزش پذیر در طبقه بندی متخصصان آموزش و پرورش است.

۳- عقب ماندگی ذهنی متوسط (بهره هوشی ۳۵-۴۰ تا ۵۰-۵۵)، تقریباً معادل عقب مانده ذهنی تربیت پذیر در طبقه بندی متخصصان آموزش و پرورش است.

۴- عقب مانده ذهنی شدید بهره هوشی ۲۰-۲۵ تا ۳۵-۴۰، حدود ۳ تا ۴ درصد عقب ماندگان ذهنی را تشکیل می دهد و تقریباً معادل عقب مانده ذهنی حمایت پذیر در طبقه بندی متخصصان آموزش و پرورش است.

۵- عقب مانده ذهنی عمیق (بهره هوشی زیر ۲۰-۲۵)، حدود ۱ تا ۲ درصد عقب ماندگان ذهنی را تشکیل می دهد و تقریباً معادل عقب مانده ذهنی حمایت پذیر در طبقه بندی متخصصان آموزش و پرورش است.

ج) طبقه بندی متخصصان آموزش و پرورش

عقب ماندگان ذهنی آموزش پذیر

کودک عقب مانده ذهنی آموزش پذیر (عقب مانده ی خفیف) فردی است که به دلیل زیر هنجار رشد ذهنی نمی تواند از برنامه های تحصیلی مدرسه عادی بهره ی کافی ببرد؛ اما با آموزش و پرورش مناسب، در سه زمینه ظرفیت رشد دارد: (۱) آموزش پذیری در سطوح دروس ابتدایی (خواندن، نوشتن و چهار عمل اصلی ریاضیات در سطح مدارس ابتدایی)؛ (۲) آموزش پذیری در سازش اجتماعی به این ترتیب که کودک می تواند به استقلال نسبتاً مناسبی در جامعه برسد؛ (۳) به دست آوردن شغلی که با آن بتواند در بزرگسالی به طور کامل یا نسبی مخارج خود را تامین کرده، از خود نگهداری کند.

عقب ماندگان ذهنی حمایت پذیر

اکثر کودکان عقب مانده ی ذهنی حمایت پذیر (عقب ماندگی شدید و عمیق) معلولیتهای چند گانه دارند؛ برای مثال علاوه بر عقب ماندگی ذهنی، ممکن است فلج مغزی، ناشنوایی یا نابینایی نیز داشته باشد. هدف برنامه های تربیتی برای این نوع کودکان محدود به آموزش آنان برای کسب سازگاری اجتماعی در محیطهای تحت نظارت است.

«علل عقب ماندگی ذهنی»

عوامل پیش از تولد

الف) اختلالات کروموزوم ها و ژنها.

ب) اختلالات محیط رحم مادر.

۲) عوامل لحظه تولد.

۳) عوامل بعد از تولد

الف) مسائل بهداشتی (ب) مسائل سوء تغذیه

ج) سوانح (د) کمبود محرکهای محیطی و امکانات فرهنگی (ه) مسائل عاطفی (و) مسائل اجتماعی

۴) عوامل ناشناخته: هر کدام از این عوامل به تنهایی یا ترکیبی، ممکن است موجب استثنایی شدن فرد شود.

عوامل پیش از تولد

الف) اختلالات کروموزوم ها و ژنها.

اختلالات کروموزومی و ژنی می تواند کودک استثنایی به وجود آورد. این اختلالات گاهی ارثی بوده؛ یعنی در خانواده ی پدر و مادر نیز دیده می شود و گاه بر اثر تصادف و علت ناشناخته ای به وجود می آید. انحراف از تعداد ۴۶ کروموزوم، به گونه ای که در برخی از بیماران مشاهده می گردد، با نام ناهنجاریهای تعدادی شناخته می شود. بعضی از این ناهنجاریها، کروموزومهای غیر جنسی یا اتوزوم را مبتلا می کند و غالباً به صورت یک کروموزوم اضافی در می آید. در این صورت، به جای یک زوج کروموزوم معمولی، سه کروموزوم وجود دارد و این حالت را به عنوان تریزومی (سه تایی) می شناسند. تاکنون سه نوع تریزومی کروموزومهای غیر جنسی شناخته شده است که عبارت است از: ۱- تریزومی کروموزوم شماره ۲۱ (سندرم داون)

۲- تریزومی کروموزوم شماره ۱۷ یا ۱۸ (سندرم ادواردز)، ۳- تریزومی کروموزوم شماره ۱۳ یا ۱۵ (سندرم پاتو). وجود یک کروموزوم اضافی غیر جنسی، علاوه بر مشخصات ظاهری و جسمی عقب ماندگیهای ذهنی را ایجاد می کند. برخی دیگر از ناهنجاریهای کروموزومی، کروموزومهای جنسی و معمولاً کروموزوم جنسی X باشد که این حالت به نام منوزومی (یک تایی) شناخته می شود.

ناهنجاریهای اتوزومی

۱- سندرم داون. از بین اختلالات کروموزومی شناخته شده، تریزومی کروموزوم ۲۱ که بر اثر عدم جدایی کروموزوم طی تقسیم سلولی به وجود می آید، متداولتر است. سندرم داون یا عقب ماندگی مغولی یا منگولیسیم توسط یک پزشک انگلیسی به نام لندن. جی. داون شناسایی شد و به نام او نامگذاری گردید. این دانشمند افراد دارای عقب ماندگی ذهنی ناشی از اختلال کروموزوم ۲۱ را تنها به علت شباهت ظاهری آنان از لحاظ قیافه به مغولها، مانند چشمهای مورب، جمجمه و بینی پهن، «مغولی» نامید. این اختلال و عقب ماندگی ذهنی که توسط یک کروموزوم خلاف قاعده به وجود می آید، در تمام نژادها دیده می شود. این علامات به ترتیب فراوانی و اهمیت به این قرار است: ۱) زبان بزرگ و چاک خورده؛ ۲) دستهای کوتاه و مربع شکل؛ ۳) تاخوردگی لایه کوچکی از پوست در گوشه درونی چشم؛ ۴) خط واحدی در طول کف دست (به جای دو خط افقی یک خط در هر دو دست وجود دارد)؛ ۵) بینی پهن یا سوراخهای بالا کشیده شده؛ ۶) انحنای انگشت کوچک به

طرف داخل دست؛ ۷) یکی شدن نرمة گوش با خود گوش (گوش گرد است)؛ ۸) فاصله عمیق و زیاد بین شست پا و انگشت بعدی آن؛ ۹) جمجمه کوچک و پهن؛ ۱۰) کوچکی انگشت کوچک؛ ۱۱) نرمی و سادگی لبه خارجی گوش؛ ۱۲) مشکلات قلبی مادرزادی؛ ۱۳) انگشت کوچک دست به جای سه قطعه دو قطعه است.

گاه نیز مجموع سن پدر و مادر که بیش از ۸۰ سال باشد در به وجود آوردن نوزادی با سندرم داون دخیل است. این نوع عقب ماندگی ذهنی ممکن است با مشکلات گوناگونی در زمینهای شنوایی، استخوانبندی و قلبی همراه باشد. درصد شیوع سندرم داون $\frac{1}{5000}$ تا $\frac{1}{1000}$ کل جمعیت نوزادان بر آورد شده است. این رقم ۱۰ تا ۲۵ درصد از کل عقب ماندگیهای ذهنی را تشکیل می دهد. تعداد پسران بیشتر از دختران است در این مورد قبل از کشف آنتی بیوتیک، کودکان سندرم داون معمولاً در سنین پایین تر بر اثر عفونتهای ریوی و بیماریهای قلبی فوت می کردند و بندرت ممکن بود کودکی مبتلا به این اختلال ذهنی به سن ده سالگی برسد؛ ولی امروز طول زندگی این کودکان زیاد شده و گاهی مانند افراد معمولی عمر می کنند.

۲- تریزومی کروموزومهای ۱۷ یا ۱۸ یا سندرم ادواردز. نوزادان مبتلا به تریزومی کروموزومهای ۱۷ یا ۱۸ علاوه بر عقب ماندگیهای شدید ذهنی، دچار نقایص قلبی مادرزادی، گوشهای بزرگ و پایین قرار گرفته و خمیدگی انگشتان و دستها هستند. در اغلب موارد در آنان چانه کوچک (میکروگناسی)، نارسایی کلیوی، به هم چسبیدگی انگشتان و ناهنجاریهای دستگاه استخوانبندی مشاهده می شود. فراوانی شیوع این اختلال حدود $\frac{3}{10000}$ است و معمولاً نوزادان مبتلا به این اختلال تا ۲ ماهگی فوت می کنند.

۳- تریزومی کروموزومهای ۱۳ یا ۱۵ یا سندرم پاتو (تریزومی D). مشخصات اصلی این سندرم عبارت است: از عقب ماندگی شدید ذهنی، نقایص قلبی مادرزادی، ناشنوایی، لب شکری (شکاف در لبها)، کام شکری (شکاف سقف دهان)، نقایص چشمی نظیر کوچکی چشم (میکروفتالمی) نبودن چشم (آنوفتالمی) پل بینی پهن، فاصله اندک بین چشم و ابرو، گوشهای پایین و انگشتان اضافی. فراوانی شیوع این بیماری حدود $\frac{2}{10000}$ است و معمولاً بیشتر آنان تا ۳ ماهگی فوت می کنند.

ناهنجاریهای کروموزومهای جنسی

علت ناهنجاریهای کروموزوم های جنسی احتمالاً مانند ناهنجاریهای کروموزوم های غیر جنسی، عدم جدایی کروموزوم ها طی تقسیم سلولی است. عمده ترین ناهنجاریهای کروموزومهای جنسی عبارت است از: سندرم کلاین فلتز XXY، سندرم XO، و سندرم تریپل X.

۱- سندرم کلاین فلتز: این اختلال که اغلب در مردها مشاهده می شود، دارای علایم بالینی، چون آتروفی بیضه ها، مسدود شدن مجاری منی ساز و در نهایت عقیمی است. در عکسهای میکروسکوپی از کروموزومهای جنسی این بیماران جفت XY به صورت XXY مشاهده می شود؛ به سخن دیگر آنان به جای ۴۶ کروموزوم، ۴۷ کروموزوم دارند که کروموزوم اضافی، کروموزوم جنسی X است. در برخی از موارد، بیماران مبتلا به سندرم کلاین فقط ۴۸ کروموزوم دارند که ۴۴ تای آن کروموزومهای عادی یا اوتوزومی و ۴ کروموزوم دیگر آن جنسی است. بنابراین در افراد مبتلا به این سندرم علایم زنانه و مردانه توأم دیده می شود، به طوری که موههای صورت مردان در سن بلوغ رشد چندانی ندارد و صدا و

حرکات آنان زنانه می باشد، دستگاه تناسلی رشد نکرده است و معمولاً سینه ها رشد بیشتر از معمول دارد. تمایلات جنسی به جنس مخالف وجود ندارد یا بسیار اندک است و به جای آن تمایلات همجنس گرایی مشاهده می شود. برخی از آنان دارای مجموعه کوچکتر از طبیعی (میکروسفالی) هستند. میزان شیوع این اختلال در حدود ۱/۵۰۰ جنس مذکر در کل جمعیت عادی است.

۲- سندرم XY . نتایج مطالعه بر مردان ندامتگاهها، اقامتگاههای اجباری و بیمارستانهای روانی نشان می دهد که حدود ۳ درصد عقب ماندگان ذهنی، ترکیب کروموزوم جنسی XY دارند و نیز اندازه قد ۲۰ درصد این گروه از ۱۸۰ سانتیمتر بلندتر است. فراوانی شیوع این اختلال در حدود ۱/۱۰۰۰ نوزادان پسر است. این گروه از نظر ویژگیهای جسمانی و رفتار ظاهری از مردان طبیعی قابل تشخیص نمی باشند؛ اما تمایلات خشونت آمیز و رفتارهای تهاجمی و جنایی در این افراد بیش از مردان طبیعی است؛ به سخن دیگر احتمال زندانی شدن مردان XY به علت رفتارهای خلاف قانون، شش برابر مردان طبیعی است. علت این بیماری عدم تفکیک کروموزوم Y پدر در مراحل تقسیم سلولی است. انواع نادرتر این بیماری به صورت $XXYY$ و $XXYY$ نیز گزارش شده است.

۳- سندرم ترنر. این افراد اغلب قیافه ای زنانه دارند و با نمودار کروموزومی XO مشخص می شوند؛ به سخن دیگر آنان به جای دو کروموزوم جنسی X ، یک کروموزوم جنسی دارند و به همین دلیل تخمدان ندارند. علایم بالینی شایع، گردن پرده دار، تغییر شکل استخوانبندی و عقب ماندگی ذهنی است. سلولهای آنان ۴۵ کروموزوم دارد که ترکیبی از ۴۴ کروموزوم عادی و یک کروموزوم جنسی X است. این سندرم معمولاً بر اثر جدا نشدن کروموزومی در گامت جنس مذکر در تقسیم با کاهش کروموزومی به وجود می آید؛ مانند بیماران مبتلا به سندرم کلاین فلتر این افراد در برخی اقامت موزائیسیم را نشان می دهند. میزان شیوع این اختلال در جنس مونث تقریباً در حدود ۲/۳۰۰۰ زایمانهای دختر است.

۴- سندرم تریپل X . نمودار کروموزومی این گروه بر سندرم ترنر حالت تریزومی یا ۳ کروموزومی جنسی X دارد. در این صورت سلولهای بیمار ۴۷ کروموزوم دارند که ۴۴ عدد آن کروموزوم معمولی و سه تای دیگر آن کروموزوم جنسی X است. این افراد ممکن است ظاهری کودکانه، میزان کم خونی قاعدگی و نیز درجاتی عقب ماندگی ذهنی داشته باشند. در برخی از مواقع آنان را «فوق زن» نامیده اند؛ زیرا این زنان در مقایسه با زنان عادی خصایص زنانگی بیشتری را از خود بروز می دهند. اگر این افراد باردار شوند، می تواند کودکان سالمی را به دنیا بیاورند.

اختلالات ساختمانی کروموزومها

اختلالات کروموزومی می تواند به تعداد کروموزومهای جنسی یا غیر جنسی مربوط باشد؛ اما گاهی ممکن است بر اثر عواملی، مانند برخی از ویروسها، پرتونگاری (در مقابل اشعه قرار گرفتن) یا بعضی از داروها، کروموزومی شکسته شده و اختلال در ساختمان آن به وجود آید. این ناهنجاری به چگونگی اتفاق در ساختمان کروموزوم بستگی دارد. در برخی از موارد قطعه شکسته شده کروموزوم از بین می رود و سلول با کمبود نسبی قطعه ای از کروموزوم روبرو می شود. یکی از انواع متداول و شناخته شده این حالت، سندرم فریاد گربه ۱ است که در نتیجه کمبود نسبی قطعه ای از کروموزومهای ۴ یا ۵ ایجاد می شود. نوزادان با این سندرم به دلیل اختلال در دستگاه صوتی و حنجره گریه ای شبیه به صدای گربه دارند. مشخصات بالینی این کودکان مجموعه کوچک، عقب ماندگی شدید عقلی، چشمان مورب با فاصله زیاد از یکدیگر، نقایص

قلبی مادرزادی، گوشه‌های پایین افتاده، آرواره کوچک و عقب رانده شده. اگر این کودک زنده بماند ممکن است صدای گربه به مرور زمان از بین برود؛ اما عقب ماندگی ذهنی باقی می‌ماند. وجود یک کروموزوم اضافی یا کمبود آن می‌تواند اختلالات و مشکلات هوشی و جسمی متعددی به وجود آورد.

اختلالات متابولیسم

علاوه بر نقایص کروموزومی، گاهی سوخت و ساز بدن ممکن است به طور ارثی یا مادرزادی مشکلاتی برای نوزاد به وجود آورد؛ برای نمونه چند نوع از این گونه بیماریهای ناشی از بی‌نظمی در اختلالات متابولیسم بیان می‌شود.

۱- گالاکتوزمیا. این بیماری ریشه ارثی داشته، علت آن فقدان یا نارسایی آنزیم موجود در کبد و گلبولهای سرخ انسان است. این آنزیم گالاکتوز، یعنی قند موجود در شیر را به گلوکز تبدیل می‌کند و آن را قابل جذب بدن می‌سازد. فقدان نارسایی این آنزیم سبب تجمع گالاکتوز به صورت فسفات در بدن می‌شود. تحقیقات نشان داده که می‌توان از سنین ۵ تا ۶ سالگی به بعد آرام آرام شیر را بدون هیچ‌گونه ضرری به رژیم غذایی کودک اضافه کرد. غذاهای کودک باید از فرآورده‌های فاقد لاکتوز و گالاکتوز تشکیل شود.

۲- فنیل کتونوریا. این اختلال، نقص ژنتیکی دیگری است که بر اثر بی‌نظمی ژنی بوجود می‌آید و حدود ۱ درصد از عقب ماندگیهای ذهنی را تشکیل می‌دهد. بدن کودک در این اختلال آنزیم لازم برای جذب فنیل آلانین (یک نوع اسید آمینه) را ندارد. این اختلال در سوخت و ساز بدن کودک ناشی از عدم جذب پروتئین و اجتماع فنیل آلانین در خون است که ممکن است به همراه خود اختلالات ذهنی به وجود آورد.

۳- تائ-ساکس. این اختلال اولین بار در سال ۱۸۸۱ توسط تائ چشم پزشک انگلیسی پس از آن در سال ۱۸۹۶ به وسیله ساکس به صورت یک اختلال مستقل و فامیلی مورد تحقیق قرار گرفت و بدین ترتیب به نام کاشفان آن «تائ-ساکس» نامیده شد. در این اختلال، سلولهای عصبی مغز کودکان متورم می‌شود. پرتوپلاسم سلولهای مغزی از مواد چربی پر شده، هسته سلولها را به خارج می‌راند و سلولها تحلیل می‌روند.

اختلالات مغزی

۱- آنسفال. علت این ناهنجاری کشنده هنوز بدرستی شناخته نشده است. این اختلال با فراوانی بین ۳/۷ تا ۵ در هزار از شایعترین بیماریهای مغزی مادرزادی است. در بیشتر موارد جنین آنسفالیک هنگام زایمان یامدت کمی پس از آن می‌میرد. یافته‌های آسیب شناسی نشان می‌دهد که جنین فاقد قشر مغز و قسمت اعظم سلسله اعصاب مغزی و یا حداقل نیمکره‌های مغز است.

۲- ئیدرانسفال (هیدرانسفال). این اختلال که با فقدان قشر مغز مشخص می‌شود، علت ناشناخته دارد. در این اختلال مننژ یا پرده‌های مغز دست نخورده است و حجمه و مننژ پراز مایع روشن می‌باشد.

۳- پورانسفال. این اختلال با تشکیل یک یا چند حفره در یکی از نیمکره‌های مغز (مرتبط با یکی از بطنهای طرفی) مشخص می‌شود. حجمه در آن از نظر اندازه و شکل متغیر است. تابلوی بالینی بیمار به مقدار سالم باقی مانده نسج مغز بستگی دارد. کودکانی که در اوایل طفولیت زنده می‌مانند معمولاً زمین گیر هستند و مبتلا به فلج یکطرفه بدن

(همی پلژی) یا فلج دو طرفه اندامهای تحتانی پاراپلژی و یا فلج چهار دست و پا (کوادری پلژی یا تتراپلژی) می باشند.

۴- میکروسفالی. در این اختلال، جمجمه بیمار به علت وقفه یا کمبود رشد سلولهای قشر مغز بویژه در نواحی پیشانی و آهیانه، کوچک بوده و صورت او شبیه پرنده است. بدن او نیز کوچکتر از اندازه طبیعی است (قدی کوتاه دارد) و نسبتاً خوب رشد کرده است؛ بدین ترتیب سر و بدن با یکدیگر تناسب ندارند.

۵- ماکروسفالی. جمجمه در این اختلال بیش از اندازه بزرگ است و این امر ناشی از ازدیاد اولیه سلولهای گلیایی (سلولهای تغذیه کننده) در ماده سفید نیمکره ها می باشد. در این اختلال چین و شکنهای طبیعی در مغز ایجاد نمی شود و رشد بیش از حد ماده سفید باعث فشار به مغز می شود. چون استخوانهای سر تا حدود شش ماهگی جوش نخورده است سر بی قواره بزرگ می شود.

۶- ئیدروسفالی (هیدروسفالی). ویژگی مشترک این اختلال افزایش مایع مغزی- نخاعی یا عدم امکان جریان و جذب آن در بطنهای مغز است. این حالت سبب ازدیاد فشار داخل جمجمه می شود و از رشد مغز جلوگیری می کند. این اختلال ممکن است از دوران جنینی آغاز شود و در ماههای دوم و سوم با رشد سریع دور سر، بزرگی سر گاهی بقدری زیاد می شود که به آن جمجمه گول آسا می گویند که این حالت با عقب ماندگی بسیار عمیق و اختلالات حسی و حرکتی، مانند نابینایی، ناشنوایی و فلجهای مختلف و نیز جملات صرعی پشت سر هم و غیر قابل کنترل همراه است.

۶) اختلالات هورمونی

غده هیپوفیز که به اندازه یک نخود بزرگ است، هورمونهای گوناگونی ترشح می کند که مهمترین آنها GH یا هورمون رشد است. ترشح منظم این هورمون در رشد طولی استخوانها اهمیت بسزایی دارد. هرگاه ترشح این هورمون در سالهای رشد کودک از حد معمول بیشتر باشد، فرد اندام بسیار درشتی می یابد و طول قد او به ۲۴۰ تا ۲۸۰ سانتیمتر می رسد. این پدیده را غول پیکری می گویند. افزایش ترشح این هورمون پس از پایان دوران رشد، سبب درشت و سنگین شدن استخوانهای دست و پا و فک پایین می شود. این حالت را آکرومگالی می خوانند و افراد مبتلا دچار عوارض روانی، مانند خشم، بی میلی جنسی و ضعف حافظه می گردند. کم شدن ترشح این هورمون در دوران قبل از بلوغ سبب توقف رشد طولی استخوانهای کودک می شود. فرد از رشد طبیعی بدن باز می ماند، قد و اندام های مختلف او از حد معمولی کوتاهتر می شود.

۷) ناسازگاریهای خونی

اگر گروه خونی مادر A و جنین B باشد، چون جنین از خون مادر تغذیه می کند، جنین آنتی کور A و مادر نیز آنتی کور B را تولید می کند. در این صورت آنتی کور B در مقابل آنتی ژن A رسوب می دهد و خون مادر موجبات رسوب یا لخته شدن خون جنین را فراهم می سازد و اگر میزان آن زیاد باشد، ممکن است موجبات مرگ مادر و جنین را فراهم سازد.

مانند این اتفاق هنگامی رخ می دهد که خون مادر به گونه ای وارد خون جنین شود، در این حالت نیز چون جنین آنتی کور A دارد، در مقابل خون مادر که آنتی ژن A دارد رسوب می دهد و لخته می گردد و ممکن است موجبات مرگ جنین یا آسیب به وی را فراهم سازد. علاوه بر

عاملهای یاد شده در خون، پروتئینهای دیگری نیز وجود دارد که در شرایط خاص سبب لخته شدن و رسوب کردن گویچه های سرخ می شود. از مهمترین این پروتئینها، آنتی ژنی به نام عامل RH است که RH آن از دو حرف اول اسم نوعی میمون گرفته شده است، این عامل نیز مانند گروههای خونی با وراثت به فرزندان منتقل می شود. خون ۸۵ درصد از سفید پوستان دارای عامل RH است بدین ترتیب آن گروه را با RH+ می نامند. خون ۱۵ درصد باقی مانده این عامل را ندارد و آن گروه را با RH- می نامند. عدم تجانس عامل RH مادر و جنین اهمیت بسیاری دارد، بویژه هنگامی که مادر RH- و جنین RH+ باشد و به طریقی گویچه های سرخ جنینی در خون مادر نفوذ کند. این نفوذ سبب ایجاد واکنش آنتی کور در خون مادر می شود که علیه جنین به طرف وی بر می گردد و سبب شکسته شدن گویچه های سرخ جنین می شود. چگونگی طراحی برنامه های آموزشی مناسب برای کودکان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر.

عمده ترین برنامه های آموزشی برای این گروه دانش آموزان، مدارس یا کلاسهای ویژه و جریان غالب (عادی سازی و یکپارچه سازی) است. تعریف کودکان چند معلولیتی

این کودکان را در یکی از رایجترین تعاریف کودکان چند معلولیتی که از مقبولیت بیشتری برخوردار است، کسانی می دانند که به «سبب شدت اختلالات جسمی، ذهنی، هیجانی یا ترکیبی از آنها به خدمات منظم آموزشی، پرورشی، روانشناختی، مدد کاری اجتماعی و پزشکی نیاز دارند تا در حدود امکانات خویش بتوانند به طور موثر در اجتماع و فعالیتهای مرتبط شرکت کنند و در واقع به حداکثر رشد تواناییهای خود دست یابند. این گونه کودکان ممکن است محرومیتهای شدید کلامی، ادراکی، شناختی و یا برخی از رفتارهای غیر عادی، مانند عدم توجه به محرکهای مشخص، خود برانگیختگی، پرخاشگری های مداوم و طولانی و عدم کنترل کلامی داشته باشند. همچنین برخی از آنان از نظر جسمی بسیار ضعیف و آسیب پذیر هستند».

«کودکان کم بینا و نابینا»

تعریف و طبقه بندی کودکان با مشکلات بینایی

هنوز میزان توانایی بینایی در بسیاری از مواقع، به عنوان شاخصی برای طبقه بندی افراد با اختلال بینایی مورد استفاده قرار می گیرد. برای مثال، انجمن ملی جلوگیری از نابینایی (۱۹۶۶)، فردی را نابینا تلقی می کند که از میزان بینایی ۲۰/۲۰۰ یا کمتر برخوردار است. گستره این افراد شامل کسانی است که تنها نور و روشنایی را تشخیص می دهند تا آنانی که قادر به تشخیص مسیر حرکت خویش می باشند.

۲- گاهی اوقات به جای ۲۰/۲۰۰ از ۱/۱۰ نیز استفاده می کنند، در ضمن میزان دید طبیعی را با ۲۰/۲۰ یا ۱۰/۱۰ نمایش می دهند.

برای آموزش خواندن به این افراد به هیچ وجه نمی توان از حروف چاپی استفاده کرد. از نظر انجمن یاد شده، کم بینا فردی است که میزان بینایی وی از ۲۰/۲۰۰ بیشتر، اما از ۲۰/۷۰ کمتر می باشد. یکی از ساده ترین و بهترین اقدامی که مدارس می توانند در این خصوص انجام دهند، غربال اولیه کودکان در زمینه اختلال بینایی به وسیله نمودار اسنلن می باشد.

علل آسیب های بینایی

علل اصلی و عمده آسیب های بینایی شامل بیماری های عفونی، تصادفات، ضربه ها، مسمومیتها، غده ها، بیماری های عمومی و بیماری های دوران بارداری مادران و عوامل ارثی است. وراثت یکی از علتهای بیماری های چون آب مروارید، تحلیل عصب بینایی، زالی (آلبینیسم ۳) است که تقریباً به طور یکسان در گروه های سنی مختلف مشاهده می شود. عامل وراثت در مقایسه با عوامل دیگر مانند بیماریها و تصادفات در آسیب های بینایی از فراوانی بیشتری برخوردار است. باید توجه داشت که در اثر پیشرفتهای علمی در چشم پزشکی تأثیر این عوامل رو به کاهش می باشد.

«نقایص و ناهنجاری های رایج بینایی»

۱- خطاهای انکساری: خطاهای انکساری خود به سه گونه الف: دوربینی، ب: نزدیک بینی، و ج: آستیگماتیسم تقسیم می شود. الف- دوربینی. دوربینی مشکلی است که در آن شعاع های نور در پشت شبکیه متمرکز می شود و لذا تصویری تار و نامشخص به وجود می آورد. عدسی محدب در جلوی چشم سبب افزایش شکست شعاع های نوری می شود.

و لذا آنها را در نقطه دلخواه متمرکز می کند. ب) نزدیک بینی. نزدیک بینی بر عکس دوربینی مشکلی است که در آن شعاع های نوری در جلوی شبکیه متمرکز می شود و لذا یک عدسی مقعر هنگامی که چشم در حال استراحت است و یا به یک شیئی در فاصله ۲۰ پایی یا بیشتر نگاه می کند، می تواند تصویر را بر شبکیه متمرکز سازد.

ج) آستیگماتیسم. آستیگماتیسم یک خطای انکساری است که به علت بی نظمی در انحنا یا عدسی چشم به وجود می آید و سبب می شود که شعاع های نوری به صورتی نامساوی در طرح های مختلف منعکس شود. از شعاع های عمودی و افقی در دو نقطه متفاوت از شبکیه متمرکز می شود و معمولاً به وسیله عینک های مناسب، قابل اصلاح است.

۲- نقص در عملکرد ماهیچه های چشم: عملکرد نامناسب ماهیچه های چشم سبب مشکلات بینایی چون: الف: لوچی، ب: دوربینی، ج: نیستاگموس می شود.

الف: لوچی. تقاطع چشمها که به علت کمبود هماهنگی ماهیچه های خارجی چشم رخ می دهد به این صورت است که دو چشم همراه و همزمان با یکدیگر بر شی واحدی متمرکز نمی شود و این امر می تواند دائمی یا متناوب باشد.

ب: دوبینی. عملکرد نامناسب یک یا چند ماهیچه ی چشم و تمایل به انحراف از وضعیت طبیعی چشمها، دوبینی را سبب می شود. این امر تبدیل دو تصویری که از دو چشم گرفته می شود به یک تصویر را مشکل می کند.

ج) نیستاگموس. نیستاگموس حرکات سریع و تشنج کره چشم است که سبب آسیب شدید بینایی می شود.

۳- سایر ناهنجاریها: برخی دیگر از ناهنجاریهای بینایی عبارت از: الف: زالی (آلبینسم) ب: آب مروارید، ج) تراخم (د) آب سیاه، هـ: عفونتهای چشمی، و: کمبود یا سوء تغذیه، ز: بیماری قند و ح: بی احتیاطی و بی توجهی است.

الف: زالی (آلبینسم). زالی بیماری وراثتی - مادرزادی است که ویژگی آن فقدان نسبی رنگ دانه های پوست، مو و عنبیه می باشد. این بیماری اغلب با خطاهای انکساری و فقدان میزان بینایی همبستگی دارد. در این بیماری عدسی شفاف یا کریستالی چشم، تیره و تار می شود که نور زیادی به آن برسد و چشم را آزار دهد.

تنها یک در هزار کودکان، دچار معلولیت بینائی هستند.

«آموزش خط بریل»

برای آموزش خواندن و نوشتن به نابینایان از خط بریل که برجسته و قابل لمس است، استفاده می شود. این خط به نام مخترع آن لویی بریل که از کودکی در اثر برخورد وسیله ای نوک تیز به چشمش، بینایی خود را از دست داده است، نام گذاری شده است. این خط از ترکیب مختلف شش نقطه برجسته که در سه ردیف و دو ستون قرار دارد و از بالا به پایین و از چپ به راست، از طریق لمس آنها با انگشت سبابه خوانده می شود، به وجود آمده است. برای نوشتن خط بریل از وسایل ویژه ای استفاده می شود که عمده ترین آنها به قرار زیر است:

۱- ماشین تحریر بریل (پرکنیز). شکل ظاهری این وسیله مانند ماشین تحریر عادی، اما تنها ۶ دگمه یا کلید دارد.

این کلیدها در واقع همان نقاط مربوط به خط بریل را تولید می کنند. بدین ترتیب که با فشار هر دگمه نقطه برجسته ای ثبت می شود.

۲- لوح و قلم ویژه بریل. این ابزار که به برجسته نگار یا لوح و قلم ویژه بریل معروف است، وسیله دیگری برای نوشتن نابینایان به شمار می آید.

«فصل هجدهم»

کودکان کم شنوا و ناشنوا

تعاریف ناشنوایی و کم شنوایی

میزان شنوایی معمولاً به وسیله ی واحد دسی بل اندازه گیری و گزارش می شود. گستره شنوایی انسان عادی بین صفر تا ۱۲۰ دسی بل است و از دست دادن شنوایی تا میزان ۲۵ دسی بل فقدان عمده ای محسوب نمی شود. عمده ترین تعاریف رایج در خصوص ناشنوایی و کم شنوایی عبارت است از: ناشنوا فردی است که با استفاده از وسایل کمکی یا بدون بهره گیری از آنها نمی توانند گفتارهای دیگران را از طریق حس شنوایی، بشنود. به عبارت دیگر، میزان ناتوانی حسی شنوایی این گروه افراد ۷۰ دسی بل یا بیشتر است و لذا از فراگیری زبان پیرامون خود از طریق حس یاد شده، محروم می باشند و به لحاظ مقاصد آموزشی چنین افرادی نمی توانند از برنامه ها و کلاس های مدارس عادی استفاده کنند. کم شنوا شخصی است که با استفاده از وسایل کمکی یا بدون بهره گیری از آنها در شنیدن گفتار عادی دیگران مشکل دارد. به عبارت دیگر، میزان ناتوانی حسی شنوایی این گونه افراد بین ۳۵ تا ۶۹ دسی بل است.

علل ناشنوایی

بیشتر اطلاعات موجود در زمینه علت‌های معلولیت‌های شنوایی، نتیجه تحقیقاتی است که در خصوص ناشنوایان بعمل آمده است که عبارتند از: وراثت، سرخک یا سرخچه دوران حاملگی مادر، پیش رسی نوزاد، مننژیت، ناسازگاری‌های خونی مادر و جنین. در زمینه کم شنوایی علاوه بر عوامل یاد شده عفونت گوش میانی که از بیماری‌های متداول دوره کودکی است، نقش دارد. میزان شیوع کودکان ناشنوا فقط ۱/۱۰۰۰ و میزان شیوع کودکان کم شنوا در حدود ۳ تا ۴ در هزار می باشد.

در مورد آموزش مهارت‌های ارتباطی و زبان به کودکان ناشنوا از گفتار خوانی (لب خوانی) و روش دستی که مشتمل بر الف- زبان اشاره که شامل حرکات رسمی دستها و بازوها برای بیان افکار می باشد و ب- حجمی با انگشتان یا اشارات الفبایی که در آن هر یک از حروف الفبای فارسی با وضعیت خاصی از پنج انگشت یک دست نمایش داده می شود.

روشهای متداول آموزش مهارت‌های ارتباطی به کودکان ناشنوا عبارتند از:

۱. روش شفاهی - شنیداری: که ترکیبی از گفتار خوانی و زبان اشاره می باشد.
۲. روش روچستر. این روش ترکیبی از روش شفاهی - شنیداری بعلاوه هجی کردن با انگشتان می باشد.
۳. روش شنیداری: که در آن تاکید بر رشد توانایی گوش دادن و تربیت حس شنوایی می باشد.
۴. روش ارتباطی کلی یا جامع: اختلالی است از هجی کردن با انگشتان، زبان اشاره، گفتار خوانی تکلم و تقویت شنوایی بطور همزمان می باشد.

«کودکان با اختلالات تکلمی»

معیارها یا شاخصهای عمده برای تشخیص اختلال گفتاری عبارتند از الف- غیر قابل درک بودن گفتار و ب- ناخوشایند بودن گفتار.

اختلال در زبان عبارتست از دریافت، فهم و بیان کلمات گفتاری یا نوشتاری بصورت غیر عادی یا ناهنجار.

طبقه بندی اختلال های تکلمی:

۱. اختلالات زبانی: دو نوع عمده اختلال زبان عبارتند از: آفازیا که بمعنای دشواری در فهم یا بیان نمادهای گفتاری می باشد، و تاخیر در رشد زبان، که اختلال در بکارگیری کلمات و استفاده مناسب از دستور زبان می باشد.
۲. خاموشی انتخابی: سکوت مرضی کودک را می گویند، در حالیکه از لحاظ زبان و تکلم سالم است ولی بطور انتخابی اصلاً صحبت نمی کند و خاموش است، که بخاطر فقدان تعادل عاطفی، محیط فشار زا و استرس زا و ... ایجاد می شود. اینگونه کودکان در عین حال در مواقع ضروری بخوبی صحبت می کنند.
۳. تکلم کودکان: برخی از والدین با توجه بیش از اندازه به کودکانشان و لوس بار آوردن آنها باعث تکلم کودکانه آنها می شوند و همینطور باعث تداوم آن، مثلاً کودک بجای آشپزخانه، آشپزخونه می گوید.
۴. لکنت زبان یا اختلال در روانی گفتار: کودکان عادی معمولاً در سنین ۲ تا ۵ سالگی بمدت کوتاهی دچار لکنت زبان یا مکث یا اختلال در سرعت، وزن و آهنگ کلام می شوند. در این افراد جریان گفتار بوسیله بی نظمیهای آهنگی شدید قطع می گردد. فشار های محیطی، اضطراب و خودپنداری پائین می تواند از عوامل موثر در لکنت زبان بشمار آید. درصد شیوع این اختلال ۰/۷ درصد می باشد.

سه نوع لکنت یا گرفتگی زبان شناسایی شده است:

۱. لکنت زبان کلونیک. که عبارتست از تکرار تشنج آمیز یک واج یا هجا قبل از اینکه کلمه یا جمله ادا شود و یا ادامه یابد. برای مثال: آ آ آ آ.
۲. لکنت زبان تونیک. حالتی است که در آن عضلات گویایی بمدت چند ثانیه تا یک دقیقه از حرکت باز می ماند و این توقف مانع تکلم می شود و یا به اصطلاح زبان بند می آید و هنگامی که انقباض رفع می گردد کلام با سرعت و با شتاب به حالت انفجاری ادا می شود.
۳. مکرر گویی حرف: نوعی تکرار می باشد که حالت کلونیک در آن صدق نمی کند و می توان آنرا مکرر گویی حرف نامید که لفظ تکراری اولیه کودک، هیچ نوع ارتباطی با مفهوم مورد نظر ندارد.

بر اثر برخورد خشن و نادرست با افراد الکن (دارای لکنت زبان) و یا توقع بیش از حد از او، ممکن است دچار ترکیبی از لکنت زبان کلونیک و تونیک شود که آنرا کلونو- تونیک می خوانند.

psychoarshad.com

psychoarshad.com

psychoarshad.com

«فهرست منابع»

۱. آسیب شناسی روانی، آزاد، حسین، جلد ۱ و ۲، انتشارات بعثت.
۲. آسیب شناسی روانی، روزنهان، سلیگمن، ترجمه سید محمدی، یحیی، انتشارات ساوالان.
۳. روانشناسی مرضی تحولی ۱ و ۲- دادستان، بریرخ، انتشارات سمت.
۴. روانشناسی مرضی، ۱ و ۲- ساراسون- ساراسون- ترجمه ی نجاریان و ... ، انتشارات رشد.
۵. روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی- سیف نراقی، نادری، انتشارات ارسباران.
۶. روانشناسی کودکان عقب مانده- سیف نراقی، نادری، انتشارات سمت.