DSM-5

آسیب شناسی روانی (۲)

- شامل نکات آخرین ویراست منابع اصلی آسیب شناسی روانی بر اساس DSM-5
- سوالات طبقه بندی شده آزمون دکترای سراسری با پاسخ تشریحی
- سوالات طبقه بندی شده آزمون ارشد سراسری با پاسخ تشریحی

دکتر زینب خجوی، مصطفی عبدولی

این فایل به عنوان نمونه و بخشی از کتاب آسیب شناسی روانی جلد دوم روان آموز روی سایت قرار گرفته است، برای خرید کتاب می توانید به سایت RavanAmooz.ir مراجعه فرمایید.

مجموعه آسیب شناسی روانی (۲)

نشر روان آموز

شامل سوالات طبقه بندی شده کنکور ارشد و دکتری سراسری سال های ۸۵ تا ۹۵

همراه با پاسخ تشریحی

و

مثال های داخل فصل

گردآوری:

دکتر زینب خجوی

مصطفی عبدولی

مقدمه

درس آسیب شناسی روانی از دروس مهم و تخصصی کنکور کارشناسی ارشد و دکتری روانشناسی است و در عین حال برای هر روانشناسی واجب است که با مفاهیم آن کاملا آشنا باشد. مجموعه حاضر تلاش کرده است نکات این درس را در عین اینکه انسجام کامل را حفظ کرده باشد، از یکدیگر جدا کرده و خلاصه ای کامل اما با حجمی کمتر از کتب اصلی جهت دوران جمع بندی ارایه کند. همچنین از آنجا که انسجام مطالب حفظ شده است و صرفا نکاتی جهت مرور ارایه نشده است، برای کسانی که فرصت مطالعه منبع اصلی ندارند، نیز مناسب است. در صورت داشتن فرصت کافی، کتاب آسیب شناسی نوشته آقای گنجی بعنوان منبع اصلی یک دور خوانده شده و سپس از این مجموعه برای مرور و مطالعه نکات تکمیلی سایر کتب استفاده می شود. مجموعه تمام نکات کتاب مذکور را پوشش داده و با نکات برجسته و مهم خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک و همچنین آسیب شناسی روانی هالجین و برخی از مباحث مهم کتاب روانشناسی مرضی تحولی دکتر دادستان تکمیل شده است. لازم به ذکر است که برای نوشتن این مجموعه از آخرین ویراست های این کتب بر اساس DSM-V استفاده شده است. در انتهای هر فصل سوالات کنکورهای ارشد و دکتری سال های گذشته همراه با پاسخ تشریحی قرار گرفته است. این مجموعه توسط زینب خَجَوی (رتبه ۶ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی و رتبه ۲دکتری روانشناسی) و مصطفی عبدولی (رتبه ۱۲ ارشد روانشناسی بالینی و ۳ ارشد روانشناسی عمومی) تهیه شده است. نشر روان آموز امیدوار است با انتشار این مجموعه قدمی در رسیدن شما به رتبه و هدف دلخواهتان برداشته باشد. هیچ مجموعه‌ای بی‌نیاز از نظرات خوانندگان آن نیست، از این جهت مثل همیشه و با اشتیاق پذیرای نظرات ارزشمند شما هستیم.

دکتر زینب خجوی، مدیر موسسه روان آموز

ravanamooz@yahoo.com

www.ravanamooz.ir

این اثر مشمول قانون حمایت مولفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است. هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مولف نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت

فهرست مطالب

فصل اول

اختلال سوماتیک سمپتوم و اختلالات مرتبط با آن ۹

فصل دوم

اختلالات گسستگی ۱۱

فصل سوم

اختلالات خواب و بیداری ۴۱

فصل چهارم

اختلالات اخلال گرانه، کنترل تکانه و سلوک ۶۱

فصل پنجم

اختلالات روانی کودکان ۸۴

فصل ششم

اختلالات عصبی رشدی ۱۰۴

فصل هفتم

اختلالات و انحرافات جنسی ۱۱۷

فصل هشتم

اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد ۱۵۱

فصل نهم

اختلالات عصبی شناختی ۱۷۱

فصل دهم

سنجش و طبقه بندی اختلالات روانی ۱۹۱

فصل یازدهم

نظریه های روان درمانی ۲۱۱

فصل دوازدهم

روش های تحقیق در روانشناسی بالینی ۲۲۸

فصل اول

اختلال سوماتیک سمپتوم و اختلالات مرتبط با آن

❑ اختلال سوماتیک سمپتوم و اختلالات مرتبط با آن در DSM-V

اختلالات این طبقه در DSM-V عبارتند از:

- اختلال سوماتیک سمپتوم
- اختلال اضطراب بیماری
- اختلال تبدیلی
- اختلال ساختگی

مهم ترین تغییرات در DSM-V

- اختلالات سوماتوفرم (جسمانی شکل) به اختلالات سوماتیک سمپتوم تغییر نام داده است.
- اختلال سوماتیزیشن (جسمانی سازی)، هیپوکندریا (خودبیمارپنداری) و اختلال درد حذف شده اند
- اختلال سوماتیزیشن و اختلال درد ترکیب شده اند و اختلال سوماتیک سمپتوم را تشکیل داده اند.
- اختلال اضطراب بیماری به DSM-V اضافه شده است.
- بیشتر مبتلایان به هیپوکندریا، طبق DSM-V تشخیص اختلال سوماتیک سمپتوم می گیرند. درصد اندکی از آنها، تشخیص اختلال اضطراب بیماری می گیرند.
- اختلال بادی دیسمورفیک که قبلا در این طبقه قرار داشت، در طبقه اختلالات وسواسی-اجباری قرار گرفته است.
- اختلال ساختگی که قبلا در یک فصل مجزا قرار داشت، در طبقه اختلالات سوماتیک سمپتوم قرار گرفته است.

علت تغییر نام اختلالات سوماتوفرم به سوماتیک سمپتوم:

در DSM-IV سمپتوم ها باید از لحاظ پزشکی بدون توجیه یا غیرقابل توضیح می بودند، یعنی اگر می توانستیم سمپتوم ها را به یک اختلال پزشکی ربط دهیم تشخیص اختلال سوماتیک سمپتوم منتفی می شد.

DSM-V روی این موضوع تمرکز می‌کند که افکار، احساسات، و اعمال فرد در رابطه با سمپتوم های سوماتیک چقدر بی تناسب یا افراطی است، حال ممکن است این سمپتوم ها به علت یک عارضه پزشکی باشند یا نباشند.

وجه اشتراک اختلالات سوماتیک سمپتوم در DSM-V حضور سمپتوم های فیزیکی و/یا نگرانی شدید در مورد بیماری‌ها یا سمپتوم های جسمی است.

این تغییر معیار، دوگانه نگری ذهن-بدن را که در ویراست قبلی وجود داشت، از میان بر می دارد. همچنین

تشخیص با دقت بیشتری انجام می شود، زیرا تاکید می کند که فردی با بیماری جسمی هم می تواند به بیماری روانی دچار شود.

❑ اختلال سوماتیک سمپتوم

- **تشخیص**

مشخصه اصلی: یک یا چند سمپتوم سوماتیک همراه با افکار، احساسات و رفتارهای افراطی در رابطه با سمپتوم ها یا نگرانی های مرتبط با سلامت

مدت زمان: ممکن است سمپتوم ها دایمی نباشد اما نگرانی فرد دایمی و معمولا بیشتر از ۶ ماه است

پدیده مهاجرت سمپتوم ها: فردی که قبلا به یک سمپتوم خاص مشغله فکری داشت، روی یک سمپتوم جدید تمرکز می کند.

بیمار در همه موارد افراطی بودن نگرانی هایش را تشخیص نمی دهد و ممکن است بینش ضعیفی داشته باشد. معتقد است که یک بیماری جدی دارد و به قبول خلاف این امر قانع نمی شود اما این باور به اندازه یک باور هذیانی قوی نیست.

- **سیر، شیوع و اختلالات همراه**

اختلال سوماتیک سمپتوم در زنان بیشتر گزارش می شود و بنابراین نرخ شیوع زنان ممکن است بیشتر باشد

کاپلان: شیوع در مردان و زنان مساوی است، در هر سنی می تواند شروع شود اما اغلب درافراد بین ۲۰-۳۰ ساله دیده می شود، اجتماعی، سطح تحصیلات و تاهل تاثیری در تشخیص ندارد.

گاهی شکل دیگری از سایر اختلالات روانی است و بیش از همه با اختلالات افسردگی و اضطراب رابطه دارد.

سیر بیماری معمولا دوره ای است و ممکن است بین دوره تشدید علایم با عوامل استرس زا رابطه وجود داشته باشد.

ویژگی های مرتبط با پیش آگهی خوب: وضع اقتصادی اجتماعی خوب، وجود افسردگی یا اضطراب حساس به درمان، شروع ناگهانی علایم، فقدان اختلال شخصیت، فقدان بیماری طبی غیرروانی همراه.

اسپیسیفایرها:

- دایمی: سمپتوم های شدید، نابسامانی شدید و مدت طولانی بیشتر از ۶ ماه
- همراه با درد غالب

- **اسپیسیفایر درد غالب**

فردی که طبق DSM-V تشخیص اختلال درد می گرفت، اکنون تشخیص اختلال سوماتیک سمپتوم همراه با درد غالب (SSD-pain) می گیرد.

اسپیسیفایر درد غالب زمانی گذاشته می شود که ۱) درد اساس فیزیولوژیک ندارد، یا ۲) بسیار شدیدتر از دردی است که از یک عارضه پزشکی انتظار می رود، یا ۳) بعد از برطرف شدن آسیب مدتها ادامه می یابد.

انواع فرعی درد غالب: ۱) صرفا همراه با عوامل پسیکولوژیک است بدون حضور یک بیماری جسمی یا عمومی ۲) دردی که با یک علت جسمی و عمومی شروع شده است

ویژگی ها:

- درد ذهنی (subjective) است،
- اندازه گیری و یافتن مکان آن دشوار است،
- معمولا مزمن و اغلب شدید است،
- با پرت کردن حواس به سایر جاها کاهش نمی یابد،
- به داروهای ضد درد جواب نمی دهد یا پاسخ ضعیف می دهد،
- بیشتر با اصطلاحات هیجانی منفی توضیح داده می شود نه با اصطلاحات حسی،
- به عوامل هیجانی، شناختی، توجه و موقعیت مقاوم است و کم و زیاد نمی شود.

معمولا در ۳۰-۵۰ سالگی شروع می شود، اغلب بعد از یک سانحه یا بیماری است، در زنان بیشتر تشخیص داده می شود.

سومصرف مواد برای تسکین درد، افسردگی و تهدید یا اقدام به خودکشی همراه آن دیده می شود. درد مزمن بیشتر با افسردگی و درد حاد بیشتر با اضطراب رابطه دارد.

برخی معتقدند درد همیشه شکلی از اختلال افسردگی است. بارزترین علایم افسردگی در این بیماران شامل فقدان انرژی، عدم احساس لذت، کاهش میل جنسی، بی خوابی، تحریک پذیری است. تغییرات ۲۴ ساعته، کاهش وزن و کندی روانی حرکتی کمتر شایع است.

سروتونین ناقل عصبی اصلی در راه های مهاری نزولی است و اندورفین ها در تعدیل درد در دستگاه عصبی مرکزی نقش دارند. کمبود اینها با تشدید درون داد محرکهای حسی ارتباط دارد.

نابهنجاری ساختاری یا شیمیایی لیمبیک (که در هیجانات درگیر است) و حسی که آنها را مستعد ادراک درد می کند، ممکن است در اختلال درد سهیم باشد.

بسیاری از این بیماران دچار آلکسی تایمیا هستند، یعنی نمی توانند هیجان هایی که احساس می کنند را بیان کنند. سوگیری تفسیری دارند و حس های بدنی مبهم را نشانه ای از درد تفسیر می کنند. این موضوع در موازات با این واقعیت است که بسیاری از آنها اضطراب و افسردگی دارند که باعث فاجعه آمیز کردن سمپتوم ها و تجربه شدیدتر درد می شود.

نام های دیگر اختلال سوماتیک سمپتوم در تاریخ

هیستریا: حرکت رحم و سرگردان شدن آن در بدن باعث ایجاد سمپتوم های جسمی می شود. تصور می شد که این اختلال فقط در زنان دیده می شود.

سندرم بریکه: بریکه اولین بار این اختلال را با ارایه سمپتوم های کلاسیک آن توصیف کرد. علاوه بر سمپتوم های شبه نورولوژیک (مثل نابینایی و آفونیا یعنی ناتوانی در تولید گفتار)، سمپتوم های هیجانی و هالوسینیشن ها هم در این تعریف گنجانده شده بود.

اختلال سوماتیزیشن: این اصطلاح در DSM-III مطرح شد، از تعداد سمپتوم ها در سندرم بریکه کاست و سمپتوم های روانی و هیجانی را حذف کرد.

در ویراست های بعدی DSM از تعداد سمپتوم ها باز هم کاسته شد. اکنون برای تشخیص اختلال سوماتیک سمپتوم، فقط یک سمپتوم کافی است.

❑ اختلال اضطراب بیماری

- **تشخیص**

مشخصه اصلی: ترس مکرر و دایمی از مبتلا بودن یا مبتلا شدن به یک بیماری خطرناک

معیار مدت: اشتغال ذهنی حداقل ۶ ماه

سه خصوصیت اصلی اختلال اضطراب بیماری: ۱) اشتغال ذهنی درباره بدن و اعمال بدن ۲) فوبیای بیماری ۳) اعتقاد راسخ به وجود بیماری (نه در حد هذیان)

اکثر افرادی که قبلا تشخیص هیپوکندریا می‌گرفتند، اکنون تشخیص اختلال سوماتیک سمپتوم می‌گیرند و در تعداد کمی از موارد تشخیص اختلال اضطراب بیماری می‌یرند. دو حالت وجود دارد:

- سمپتوم‌های جسمی شدید است اما اضطراب نسبتا کمتر است که در این حالت تشخیص اختلال سوماتیک سمپتوم می‌گیرد.
- سمپتوم‌های جسمی وجود ندارد یا خفیف است اما اضطراب فرد درباره بیمار بودن بالاست که در این حالت تشخیص اختلال اضطراب بیماری می‌گیرد.

در این اختلال تاکید بر ترس از ابتلا به بیماری است و شکایت از علایم کمتر است، در حالی که در اختلال سوماتیک سمپتوم تاکید بر نگرانی از علایم متعدد است. در واقع جوهره این اختلال حضور سمپتوم ها نیست بلکه حضور اضطراب و

مشغله ذهنی مرتبط با سلامت است. خود سمپتوم‌ها نیستند که مستقیما ناراحتی فکری ایجاد می‌کنند، بلکه تصور اینکه ممکن است نشانه یک بیماری باشند فرد را عذاب می‌دهد.

اختلال سوماتیک سمپتوم معمولا پیش از ۳۰ سالگی شروع می‌شود اما سن شروع اختلال اضطراب بیماری کمتر مشخص است.

این افراد سمپتوم های خود را فاجعه‌آمیز تلقی می‌کنند. توانایی بیشتری در کشف حس‌های بدنی ندارند، بلکه نوعی سبک گزارشی مبتنی بر منفی بافی دارند یعنی حس های بدنی را صرفا منفی تر تفسیر می کنند.

در این بیماری ترس از پیر شدن و مرگ نیز وجود دارد و در نتیجه افراد مبتلا رژیم‌های سخت می‌گیرند و از طب جایگزین استفاده می‌کنند.

دو نوع فرعی اختلال اضطراب بیماری در DSM-V:

- **نوع تیمارجو**: استفاده فراوان از دارو و خدمات درمانی
- **نوع تیمارگریز**: به ندرت دنبال درمان و دارو می رود زیرا بررسی های پزشکی اضطرابش را بالا می برد.

- **سیر، شیوع و اختلالات همراه**

نرخ شیوع در مردان و زنان یکسان است. نرخ شیوع در بیمارانی که دردهای مزمن دارند ممکن است بیشتر باشد.

در همه سنین می‌تواند شروع شود ولی شروع در اوایل بزرگسالی بیشتر است. در سالمندان بیشتر تشخیص داده می شود.

سیر آن دوره ای است و در فواصل آن دوره های آرامش دیده می شود.

موارد مرتبط با پیش آگهی خوب: سطح اقتصادی اجتماعی بالا، اضطراب یا افسردگی پاسخده به درمان، شروع ناگهانی علایم، فقدان اختلال شخصیت، فقدان بیماری طبی

با اختلالات زیادی کاموربید است از جمله اختلالات خلقی و وسواسی اجباری.

عوامل خطر: بدرفتاری در کودکی، مادر بیش از حد دلسوز و محافظ، داشتن یک عضو درجه اول خانواده که از بیماری جسمی واقعی رنج برده یا می‌برد.

❑ اختلال تبدیلی (اختلال سمپتوم نورولوژیک عملکردی)

- **تشخیص**

مشخصه اصلی: یک یا چند سمپتوم که بر حرکات فیزیکی ارادی یا عملکرد حسی فرد تاثیر می گذارد و با عارضه های پزشکی مطابقت ندارد.

سمپتوم های حرکتی معمول عبارتند از: فلج، عدم تعادل، ضعف عملکرد حرکتی، آتونیا (از دست دادن قدرت ماهیچه)، راه رفتن نااستوار، قرار گرفتن دست و/یا پا در ژست های غیرعادی، دشواری بلعیدن غذا، آفونیا (خفگی صدا)، ناتوانی نگه داشتن ادرار.

سمپتوم های حسی معمول عبارتند از: نابینایی، ناشنوایی، از دست دادن حس لامسه، دوبینی، هالوسینیشن. درد در بعضی گزارش می شود اما جزو سمپتوم های معمول نیست.

شایع ترین علایم تبدیلی فلج، کوری و میوتیسم هستند.

هالوسینیشن ها در اختلال تبدیلی را هالوسینیشن کاذب می نامند و چند تفاوت با سایکوز دارد: فرد می داند که آنها واقعی نیستند، معمولا دو یا چند حس را درگیر می کنند در حالی که سایکوز فقط یک حس را درگیر می کند، محتوای ساده لوحانه و رویابافانه دارند، فرد با شور و هیجان آن را تعریف می کند، از لحاظ روانشناختی معمولا معنادار هستند.

گلوبوس فارینجس: نوعی اختلال تبدیلی است که فرد احساس می کند غده ای بزرگ در گلویش است.

ناایستی-بدگامی (آستازیا-آبازیا): نوعی اختلال راه رفتن در اختلال تبدیلی که شامل تلوتلو خوردن، حرکات پرتابی خشن و نامنظم تنه و حرکات موجی دستهاست. به ندرت روی زمین می افتند و اگر بیافتند هم معمولا آسیب نمی بینند.

حملات صرع کاذب: حملاتی که شبیه صرع هستند اما برخلاف صرع، فعالیت الکتریکی مغز مختل نمی شود. (یک سوم آنها اختلال صرع هم دارند)

سمپتوم‌ها اغلب شبیه آنچه در سمپتوم های نورولوژیک شناخته شده انتظار می رود، نیستند. برای مثال:

- پدیده بی حسی دستکشی: بی حسی از مچ دست شروع می شود و به تمام انگشتان و دست می رسد. در حالی که در عارضه نورولوژیک بی حسی به همه انگشتان نمی رسد.
- پدیده بی حسی جورابی: بی حسی به مناطقی که با جوراب پوشانده می شود می رسد اما در عارضه نورولوژیک این نواحی بی حس نمی شود.
- بی‌حسی نیمی از بدن که دقیقا از خط وسط بدن آغاز می‌شود و این شکل بی حسی با بیماری های عصبی مطابقت ندارد

بی تفاوتی زیبا (لابل اندیفرانس): فرد مبتلا به اختلال تبدیلی در برابر این سمپتوم ها معمولا (نه همیشه) فیلسوف مآب می شود و ساعت ها راجع به سمپتوم هایش صحبت می کند. در حالی که فردی که یک توانایی را از دست می دهد باید هراسان و وحشت زده شود.

از دیدگاه روان پویشی، بی تفاوتی به این دلیل است که فرد آسوده خاطر شده چون سمپتوم ها امکان اینکه تعارضات

فرد خارج از سطح هوشیاری بمانند را فراهم کرده است. فروید معتقد بود اضطراب فرد به سمپتوم های فیزیکی تبدیل شده است.

بریکه و شارکو به تاثیر وراثت بر علایم و ارتباط مشترک با حادثه آسیب رسان توجه داشتند و از این طریق به پیدایش مفهوم اختلال تبدیلی کمک کردند. اصطلاح تبدیل را فروید معرفی کرد که به معنای تبدیل تعارضات ناخودآگاه به علایم جسمی بود.

برخی افرادی که تشخیص اختلال تبدیلی می گیرند، بعدها تشخیص یک نقص نورولوژیک می گیرند. بنابراین باید اطمینان حاصل کرد که سمپتوم حاصل یک مشکل نورولوژیک نبوده باشد. اگر علایم با القا، هیپنوتیزم، آموباربیتال یا لورازپام از بین برود احتمالا نتیجه اختلال تبدیلی بوده است. همچنین چون استرس شدید می تواند به تغییر عملکرد مغزی منجر شود، بررسی وجود نقص عصبی ضروری است.

اسپیسیفایرها:

- نوع سمپتوم: ضعف یا فلج – حرکات غیرعادی- سمپتوم های قورت دادن- سمپتوم گفتار- حملات صرعی- بی حسی یا کاهش حس- سمپتوم های حسی خاص- مختلط
- اپیزود حاد (کمتر از ۶ ماه) یا دایمی (بیشتر از ۶ ماه)
- به همراه استرس روانشناختی یا بدون آن

- **سیر و شیوع و اختلالات همراه**

اغلب پس از رویدادهای تروماتیک یا عوامل استرس زا، به طور ناگهانی، شروع می شود و در ۹۵ درصد موارد حاد خود به خود بهبود می یابد.

شدت سمپتوم ها با شدت عامل استرس زا رابطه مستقیم دارد. یکی از عوامل آسیب پذیری، سابقه تروما و بدرفتاری در کودکی است.

عوامل مرتبط با پیش آگهی خوب: شروع ناگهانی، عامل استرس زای مشخص، فاصله کوتاه بین شروع علایم و آغاز درمان، هوش بالاتر از متوسط

فلج، آفونی، کوری با پیش آگهی خوب، ترمور (لرزش) و تشنج با پیش آگهی بد همراه است.

معمولا در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی (بین ۱۰ تا ۳۵ سالگی) شروع می شود. وقتی علایم در سالمندی و میانسالی شروع می شود احتمال وجود یک اختلال طبی یا عصبی مخفی زیاد است. علایم تبدیلی در کودکان معمولا محدود به مشکلات راه رفتن یا تشنج است.

نرخ شیوع در زنان بسیار بیشتر است. در زنان علایم در سمت چپ بدن شایعتر از سمت راست است. زنان مبتلا ممکن است در آینده به اختلال سوماتیک سمپتوم دچار شوند.

در مردان بین اختلال تبدیلی و اختلال شخصیت ضداجتماعی رابطه وجود دارد. مردان مبتلا اغلب حوادث شغلی یا نظامی را تجربه کرده اند.

این اختلال معمولا در افراد تلقین پذیر که خیلی زود هیپنوتیزم می شوند، دیده می شود.

هر چه استاندارد اقتصادی و تحصیلی جامعه پایین تر باشد، شیوع بیشتر است. هر چه این استانداردها بالاتر باشد سمپتوم ها بیشتر به یک اختلال پزشکی شناخته شده شباهت خواهد داشت.

کاپلان: اختلالات افسردگی، اضطرابی، و اختلالات جسمانی سازی همراهی قابل توجهی با اختلال تبدیلی دارند. اختلالات شخصیت به کرات دیده می شوند مخصوصا پرخاشگر- انفعالی، وابسته، ضداجتماعی، نمایشی. اختلالات اسکیزوفرنی هم گزارش شده اما شایع نیست. اختلالات طبی به ویژه اختلالات عصبی شیوع قابل ملاحظه‌ای دارد.

گنجی: اکثر این افراد (۸۹ درصد) حداقل یک اختلال روانی دیگر هم دارند. اختلالات اضطرابی، افسردگی، وسواسی اجباری، اختلالات گسستگی (در نیمی از آنها)، اعتیاد به مواد، اختلالات شخصیت به ویژه شخصیت مرزی

❑ اختلال ساختگی

- **تشخیص**

مشخصه اصلی: به دروغ خود یا دیگری را مبتلا به سمپتوم های فیزیکی یا پسیکولوژیک نشان می دهد یا عمدا خود یا دیگری را به جراحت و بیماری دچار می کند.

انگیزه فرد در اختلال ساختگی، ایفای نقش بیمار برای کسب توجه است. در واقع، دروغ گویی در این اختلال با اهداف روانشناختی رخ می دهد، نه کسب اهداف بیرونی. گاهی روشی برای مقابله با استرس است.

دو نوع اختلال ساختگی در DSM-V:

۱) اختلال ساختگی تحمیل شده به خود (سندرم مانچهاوزن)

۲) اختلال ساختگی تحمیل شده به دیگران (سندرم مانچهاوزن نیابتی): ایجاد بیماری یا آسیب در دیگران و کسب ستایش و توجه از طریق مراقبت از او

اختلال ساختگی تحمیل شده به دیگران اغلب از سمت مادران به کودکان وارد می شود و نوعی کودک آزاری و جرم محسوب می‌شود. گاهی در خانه سالمندان هم توسط پرستاران و مسئولان رخ می دهد.

پدیده disorder du jour: وقتی بیمار سمپتوم های بیماری جدیدی را به وجود می آورد که هنوز تحقیقات زیادی درباره آن بیماری صورت نگرفته است.

اختلال ساختگی با علایم جسمانی شناخته شده ترین نوع سندرم مونچهاوزن است. نام های دیگر سندرم بیمار حرفه ای، اعتیاد به بیمارستان، اعتیاد به جراحی است.

علایم روانی ساختگی شبیه پدیده تمارض کاذب است که برای ارضای نیاز به حفظ تمامیت خودانگاره است که با قبول مشکل روانی ورای کنترل آگاهانه شخص دچار آسیب خواهد شد. فریب کاری وسیله موقت برای تقویت ایگوست.

علایم ساختگی روانی غالبا اینها هستند: افسردگی، توهم، علایم تجزیه ای، علایم تبدیلی، رفتارهای عجیب و غریب.

بیماران روانپریش که دچار اختلال ساختگی با علایم روانی هستند، معمولا به طور همزمان به اختلال شخصیت مرزی مبتلا هستند. روانپریشی تقلیدی حاکی از پیش آگهی نامطلوب است.

داغدیدگی ساختگی با این ویژگی ها همراه است: مرگ خونین و خشونت بار، مرگ در شرایط مهیج و نمایش گونه، کودک یا نوجوان بودن فرد از دست رفته

خصوصیات رایج این بیماران: هوش بالا، فقدان اختلال تفکر صوری، اختلال حس هویت، سردرگمی درباره هویت جنسی، ضعف سازگاری جنسی، ضعف تحمل ناکامی، نیازهای وابستگی قوی، خودشیفتگی، بالا بودن همه مقیاس های MMPI که نشانه جعل ناخوشی است.

به گفته هالجین، درمان ارجح برای اختلال ساختگی و تمارض این است که متخصص درمانجو را به طور مستقیم مواجهه دهد.

تشخیص افتراقی های مهم:

تفاوت اختلال ساختگی با تمارض:

- ✓ در تمارض فرد برای به دست آوردن یک منفعت بیرونی (مثل فرار از سربازی)، سمپتوم را در خود ایجاد می کند. در اختلال ساختگی، ایجاد سمپتوم در صورت عدم پاداش بیرونی هم رخ می دهد چرا که هدف فرد صرفا فرار از یک موقعیت ناخوشایند نیست.
- ✓ فرد متمارض می داند که سمپتومی وجود ندارد یا آن را بزرگتر نشان می دهد اما افراد مبتلا به اختلالات سوماتیک سمپتوم از این موضوع خبر ندارند.
- ✓ فرد متمارض در مصاحبه حالت دفاعی می گیرد اما افراد مبتلا به اختلالات سوماتیک سمپتوم، بی تفاوتی عجیبی نشان می دهند.

اختلال ساختگی جایی بین تمارض و اختلال تبدیلی قرار دارد. سمپتوم های این اختلال تحت کنترل ارادی هستند (مثل تمارض) اما علت واضحی برای ایجاد ارادی سمپتوم ها وجود ندارد مگر ایفای نقش مریض و دریافت توجه.

تشخیص از چند اختلال شخصیت:

بیمار دچار اختلال ساختگی اغلب مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی تشخیص داده می شود. ولی فرد ضداجتماعی معمولا داوطلب روش های تشخیص تهاجمی نمی شود و سبک زندگی اش مملو از بستری های طولانی و مکرر نیست.

بعضی از آنها مبتلا به اختلال شخصیت نمایشی تشخیص داده می شوند، اما همه بیماران مبتلا به اختلال ساختگی میل به حالات نمایشی ندارند و بسیاری از آنها گوشه گیر و بی تفاوت هستند.

سبک زندگی آشفته، سابقه ارتباطات بین فردی گسیخته، بحران هویت، سومصرف مواد، اعمال خودآزارانه و بازی دادن دیگران منجر به تشخیص اختلال شخصیت مرزی می شود.

- **سیر و شیوع**

بیشتر بیماران مبتلا به سندرم مانچهاوزن مرد، میانسال، بیکار، مجرد و فاقد دلبستگی های اجتماعی و خانوادگی هستند.

مبتلایان به اختلال ساختگی با علایم جسمانی عمدتا زن هستند، سن ۲۰-۴۰ سال دارد و سابقه اشتغال یا آموزش رشته های بهداشتی دارند.

شیوع بیمارانی که علایم و نشانه های روانشناختی را تقلید می کنند، بسیار کمتر از تقلید علایم و نشانه های جسمانی است.

پیش آگهی اکثرا بد است. عوامل مرتبط با پیش آگهی خوب عبارتند از: وجود شخصیت افسرده- آزارخواه، عملکرد در سطح بینابینی نه روانپریشی مستمر، وجود حداقلِ صفات شخصیت ضداجتماعی

❑ علت شناسی اختلالات سوماتیک سمپتوم

- **نظریه های سایکودینامیک**

تئوری اصلی نظریه سایکودینامیک درباره اختلالات سوماتیک سمپتوم، روی خروج از بحران (حل تعارض) تاکید دارد.

خاطرات عذاب آور (بدرفتاری های واقعی کودکی یا خیالبافی های دوران ادیپی) واپس رانی شده اند و به صورت سمپتوم های جسمی تجلی می یابند. سمپتوم های جسمی به رهایی از این خاطرات و کاهش اضطراب کمک می کند و به همین دلیل است که می بینیم فرد به جای نگران شدن، بی تفاوتی نشان می دهد.

همچنین، افراد مبتلا به اختلالات سوماتیک سمپتوم، از طریق مکانیزم دفاعی بازگشت، به وضعیت کودک مریض برمی گردند و ناآگاهانه در صدد جلب توجه و رهایی از مسئولیت ها هستند. بنابراین در اختلالات سوماتیک سمپتوم دو مکانیزم فعالیت دارند:

- فایده اولیه (مزایای درونی): سمپتوم های هیستریک باعث می شود فرد تعارضات ناخودآگاه را خارج از هشیاری نگه دارد. فایده اولیه یک پدیده درون روانی است.
- فایده ثانویه (مزایای بیرونی): سمپتوم های هیستریک باعث می شود که فرد از فعالیت های ناخوشایند اجتناب کند یا توجه دیگران را جلب کند. فایده ثانویه یک پدیده میان فردی و اجتماعی است.

سایر موارد ذکر شده در رویکرد روانپویشی:

- امیال پرخاشگرانه و خصمانه به دیگران از طریق واپس زنی و جابجایی به شکایات جسمی تبدیل می شوند. خشم ریشه در ناکامی ها، طرد و فقدان ها دارد. وقتی بیمار در صدد جلب توجه و کمک دیگران بر می آید اما کمک آنها را به علت بی اثر بودن رد می کند، در واقع در حال ابراز خشم است.
- انرژی جنسی واپس رانده شده و معمولا به سمت درون تغییر جهت می دهد و به سمپتوم های فیزیکی تبدیل می شود.
- علایم جسمانی دفاعی در برابر احساس گناه، شرارت درونی، عزت نفس پایین و علامت توجه مفرط به خود است. درد وسیله ای برای جبران و کفاره دادن است (ابطال).

دیدگاه روانپویشی در توضیح اختلال تبدیلی می گوید تعارض ناخودآگاه واپس رانی شده و اضطراب به علامت جسمانی تبدیل شده است. علایم امکان ابراز نسبی میل ناخودآگاه را ایجاد می کند یعنی علامت اختلال تبدیلی ارتباط نمادین با تعارض ناخودآگاه بیمار دارد (مثلا واژینیسموس محافظت در برابر آرزوهای جنسی است)

نظریه سایکودینامیک از این نظر که اختلال سوماتیک سمپتوم اغلب بعد از استرس و بدرفتاری رخ می دهد منطقی است اما اختلال اضطراب بیماری و اقلیتی از مبتلایان به اختلال تبدیلی که بی تفاوتی زیبا ندارند، را نمی تواند توضیح دهد.

- **هشیاری و رفتار**

فرد مبتلا به اختلال تبدیلی به شیوه غیرارادی سمپتوم های فیزیکی نشان می دهد یعنی آگاهی از این رفتار ندارد. این افراد نمی توانند بعضی اطلاعات حسی را تجربه کنند. اما مطالعات نشان می دهد که اطلاعات حسی ورودی در سطوحی از پردازش تجربه می شوند گرچه فرد آگاهی هشیارانه به آن ندارد.

اولین توضیح در این زمینه را پیر ژانه ارایه داد که مفهوم محدودسازی توجه را به کار برد. محدودسازی توجه تعداد کانال های حسی را محدود می کند و باعث می شود کنترل ارادی روی کانال های حذف شده از بین برود، هرچند اطلاعات وارد شده از این کانال ها در خارج از آگاهی هشیارانه مورد پردازش قرار می گیرد.

اوکلی می گوید احتمالا مکانیزم مشابهی برای اختلال تبدیلی و هیپنوتیزم وجود دارد. سمپتوم های اختلال تبدیلی با حالات فیزیکی ایجاد شده در هیپنوتیزم شباهت دارد و هر دو تا اندازه ای غیرارادی هستند. همه حرکات فیزیکی و اطلاعات حسی از مراحل گزینش و پردازش ناخودآگاه عبور می کنند اما به دلایلی برای پردازش خودآگاه انتخاب

نمی‌شوند. در هیپنوتیزم یک فرد خارجی از این مرحله پردازش خودآگاه جلوگیری میکند و در اختلال تبدیلی یک فرایند داخلی این کار را انجام می دهد.

- **استرس های زندگی، کودک آزاری و اضطراب**

تروما و کودک آزاری یا دوره های استرس و اضطراب عامل خطر ایجاد اختلالات سوماتیک سمپتوم هستند. اما:

- این تجربه ها شرط لازم برای ایجاد اختلال نیستند زیرا بسیاری از این بیماران چنین تجاربی نداشته اند.
- استرس این بیماران الزاما بیشتر از سایر بیماری ها نیست و سطح استرس به تنهایی پیش بینی کننده ایجاد این اختلالات نیست.
- تروماها و رویدادهای منفی در همه انواع اختلالات روانی دیده می شوند و مختص این اختلالات نیست.

- **رویکردهای رفتارگرا**

از نظر رویکرد رفتارگرا، سمپتوم های فیزیکی یاد گرفته می شوند زیرا برای فرد پاداش به همراه می آورند (مثل رهایی از یک رابطه میان فردی دشوار و جلب توجه)

ایده پاداش در رویکرد رفتارگرایی، با ایده نفع ثانویه در رویکرد سایکودینامیک شباهت دارد. تفاوت اینجاست که روان کاوان می گویند در مرحله اول تعارضات ناهشیار باعث ایجاد اختلال شده اند (نفع اولیه) و در مرحله دوم پاداش ها حضور می یابند (نفع ثانویه). اما رفتارگرایان می گویند پاداش ها علت اولیه ایجاد اختلال هستند.

هر چه آشنایی فرد با یک بیماری بیشتر باشد، سمپتوم های فیزیکی را با سهولت بیشتری ایجاد می کند. شواهد هم نشان می دهد که سمپتوم های این بیماران بعد از ابتلای خودشان یا بستگانشان به یک بیماری مشابه شروع می شود.

این یادگیری از سه طریق می تواند رخ دهد: الگو قرار دادن اعضای خانواده که به یک بیماری فیزیکی مبتلا بوده اند، تقویت شدن ابراز سمپتوم های بیماری فیزیکی توسط والدین، گرفتن نقش مریض که مزایای اجتماعی با خود دارد

- **رویکردهای شناخت گرا**

از نظر رویکرد شناخت گرا، اختلالات سوماتیک سمپتوم نوعی انتقال اطلاعات یا ابراز احساسات است.

این دیدگاه شبیه رویکرد سایکودینامیک معتقد است احساسات به سمپتوم های فیزیکی تبدیل می شوند اما هدف از این تبدیل دفاع در برابر اضطراب نیست بلکه نوعی اطلاع رسانی احساسات شدید و مفرط خود به دیگران است.

برخی کاندیدای خوب اختلالات سوماتیک سمپتوم هستند: افرادی که توانایی تشخیص و ابراز هیجان های خود را ندارند - کسانی که از طریق تجربه یک بیماری فیزیکی واقعی زبان سمپتوم های فیزیکی را یاد گرفته اند - کودکان از این جهت که کمتر قادر به بیان کلامی هیجانات هستند.

همچنین، افراد مبتلا به این اختلال دچار چند سوگیری شناختی هستند: سوگیری تفسیری دارند یعنی حس های

بدنی مبهم را خطرناک و نشانه یک بیماری جدی تفسیر می کنند - سوگیری استدلالی دارند یعنی اطلاعات موافق باورهایشان را می پذیرند و اطلاعات ناموافق را نادیده می گیرند.

سوگیری استدلالی می تواند دکتر شاپینگ را توضیح دهد. دکتر شاپینگ یعنی رفتن از این دکتر به آن دکتر برای اینکه حرفشان را درباره اینکه مریض هستند تایید کند.

براون چگونگی ایجاد سوگیری های شناختی را توضیح می دهد. او معتقد است برخی تجربه ها باعث بازنمودهای سرکش می شوند، یعنی تصاویر ذهنی از خودشان به جا می گذارند که بعدا در شرایطی خاص بی موقع وارد آگاهی می شوند. این تجربه ها عبارتند از: سابقه بیماری فیزیکی، حالات هیجانی با جلوه های فیزیکی شدید که ممکن است به علت تروما یا بدرفتاری کودکی ایجاد شده باشد، مشاهده بیماری فیزیکی دیگران. این بازنمودها و تصاویر ذهنی الگوهای نامناسب و غلطی ارایه می کنند که اطلاعات بر اساس آنها انتخاب و تفسیر می شود.

دیدگاه شناختی درباره درد غالب: افراد مبتلا به درد غالب از خود درد می ترسند نه از بیماری یا جراحتی که ممکن است علت درد باشد. این افراد احساس درد را فاجعه آمیز تلقی می کنند، به درد توجه دارند و گوش به زنگ حس های درد هستند، نمی توانند حواسشان را از آن پرت کنند و ترس غیرمنطقی از حرکات فیزیکی دارند.

- **رویکردهای اجتماعی فرهنگی**

عوامل اجتماعی فرهنگی هم در شیوع هم در ماهیت سمپتوم های اختلالات سوماتیک سمپتوم اثر می گذارند.

بیمار بودن نوعی نقش اجتماعی به وجود می آورد که تحت عنوان نقش مریض شناخته می شود. نقش مریض در اکثر جوامع به معنای این است که بیمار از نقش های عادی اجتماعی مستثنی می شود، مسئول بیماری خود نیست و مقصر شناخته نمی شود.

احتمال اینکه فرد نقش بیمار به خود بگیرد تا با استرس و تعارض ها مقابله کند، به نگرش های فرهنگی بستگی دارد. در بعضی فرهنگ ها و جوامعی با استانداردهای اقتصادی اجتماعی پایین، که نشان دادن رنج روانی صرفا با ابراز درد فیزیکی مقبول است، شیوع اختلالات سوماتیک سمپتوم بالاتر است.

سمپتوم های اختلال تبدیلی ممکن است مسری باشد و فقط در یک گروه اجتماعی بر تعداد زیادی افراد اثر بگذارد. هیستری مسری در گروه هایی که اعضایشان رابطه نزدیکی دارند بعد از یک دوره استرس حاد دیده می شود.

- **عوامل بیولوژیک**

شاید بین رفتار ضداجتماعی و اختلالات سوماتیک سمپتوم یک رابطه بیولوژیک یا ژنتیک وجود داشته باشد. در پدران واقعی زنان مبتلا به اختلالات سوماتیک سمپتوم، میزان الکلیسم یا جنایات شنیع بیشتر است.

مطالعه امواج مغزی در اختلال تبدیلی نشان داده که اطلاعات حسی به مناطق اختصاص یافته مغز آنها می رسد اما در

ذهن هوشیار ثبت نمی شود. در فلج تبدیلی، مناطقی از مغز (مثل کورتکس اوربیتوفرونتال و آنتریورسینگولیت) فعال می‌شوند و از حرکت جلوگیری می کند (جلوی فعالیت کورتکس اولیه حرکتی را می گیرد). این الگوی فعالیت در فلج ناشی از هیپنوتیزم هم دیده می شود.

اختلال ارتباط بین دو نیمکره در سبب شناسی اختلال تبدیلی مطرح است. در این اختلال متابولیسم نیمکره غالب کاهش و متابولیسم نیمکره مغلوب افزایش می یابد. علایم ممکن است در اثر انگیختگی بیش از حد قشری باشد که در آن حلقه های پسخوراند منفی بین قشر مخ و تشکیلات شبکه ای ساقه مغز قطع شده است. افزایش این انگیختگی مانع آگاهی بیمار از احساس های جسمی می شود که این امر نقایص حسی آنها را توجیه می کند.

اثر دارونما (پلاسیبو): دارونما موادی هستند که ارزش دارویی ندارند و سابقا اعتقاد بر این بود که این مواد به شیوه پسیکولوژیک، یعنی قدرت تلقین، بر بدن تاثیر می گذارند. امروزه یافته ها نشان می دهد باور یا انتظار بهبود می تواند تاثیر بیولوژیک هم داشته باشد و مواد شیمیایی را در بدن فعال کند. وقتی بدن خودش این مواد شفابخش را تولید می‌کند، پدیده شفای خودبه خودی ظاهر می شود. وقتی دارونما داروخانه درونی بدن را فعال می کند، پس تروما و اضطراب‌های مرتبط با آن هم به شیوه منفی می توانند بر بدن اثر بگذارند.

- **علت شناسی اختلال ساختگی**

سواستفاده، محرومیت، والدین طرد کننده و عدم روابط صمیمی در کودکی در بیماران دچار اختلال ساختگی دیده می‌شود. تقلید بیماری می تواند بازآفرینی پیوند مطلوب و مثبت والد-فرزند باشد. این بیماری نوعی تکرار تعارض اساسی نیاز به محبت است در حالی که شخص منتظر برآورده شدن آن نیست و کادر درمان را هم طرد کننده می بیند.

بیمارانی که به دنبال اعمال تشخیصی دردناک هستند ممکن است شخصیت آزارخواه داشته باشند و درد مجازاتی برای گناهان تخیلی یا واقعی شان باشد.

ممکن است با احیای تجارب دردناک سعی در تسلط بر بستری شدن های مکرر گذشته و آسیب و بیماری شدید خود داشته باشند. ممکن است با همانندسازی با عزیزی از دست رفته که بیماری روانی خاصی داشته، سعی در پیوند مجدد با او داشته باشند.

بسیاری از آنها هویت روشنی ندارند و خودانگاره ضعیفی دارند که از ویژگی های شخصیت مرزی است. برخی شخصیت انگاری (as if personality) دارند، یعنی هویت اطرافیان خود را برگزیده اند

مکانیزم های دفاعی: واپس زنی (repression)، همانندسازی با پرخاشگر، بازگشت یا واپس روی، نمادسازی

❑ درمان اختلالات سوماتیک سمپتوم

به چند دلیل درمان این اختلالات مشکل است: چون سمپتوم ها فیزیکی است مدت زیادی درمان دارویی دریافت

کرده‌اند و در این مدت اختلال ریشه دوانده و مقاوم شده است، بیمار مشکل خود را انکار می کند، بیماری با سایر اختلالات به ویژه اضطراب و افسردگی کاموربید است.

این بیماران به شرطی درمان روانپزشکی را می پذیرند که در بخش غیرروان پزشکی و با تمرکز بر کاهش استرس و آموزش مدارا با بیماری مزمن به عمل آید.

- **درمان سایکودینامیک**

این درمان افکار و خاطرات واپس زده شده را به سطح هوشیاری می آورد تا برخورد اثربخشی با آنها صورت گیرد.

- **رفتاردرمانی**

دو عنصر رفتاری در اختلالات سوماتیک سمپتوم نقش دارد که باید از بین برود یا تغییر کند:

۱) توجه افراد خانواده و متخصصان به بیمار که باعث تقویت رفتارهای بیمارگون می شود

راه حل: باید توجه به رفتارهای بیمارگون فرد و هر گونه پاداش دادن به آن کاهش یابد

۲) چک کردن مکرر وضعیت جسمانی و جستجوی علایم فیزیکی و جستجوی اطمینان خاطر و قوت قلب گرفتن از درمانگر و خانواده

راه حل: باید تلاش شود میزان رهایی از اضطراب که به دنبال جستجوی اطمینان خاطر ایجاد می شود، به حداقل برسد. با آموزش مهارت های مقابله ای فرد یاد بگیرد چطور با اضطراب مقابله کند و مهارت های زندگی را بیاموزد. مدیریت استرس رفتاری شامل تکنیک های رفتاری مثل آموزش ریلکسیشن برای کاهش اضطراب است.

- **روان درمانی شناختی رفتاری**

درمان شناختی رفتاری برای تغییر باورها و الگوهای فکری غلط مناسب است. مواردی که در این اختلال هدف قرار می‌گیرد عبارتند از: ۱) سوگیری تفسیری ۲) سوگیری استدلالی ۳) الگوهای فکری منفی که باعث فاجعه آمیز کردن سمپتوم ها می شود ۴) باورهای غلط درباره اختلال که باعث تداوم سمپتوم ها می شود.

CBT برای اختلال اضطراب بیماری بسیار موثر است و به گفته هالجین موثرترین درمان برای این اختلال است. در CBT فرض بر این است که زیربنای این اختلال، اضطراب سلامت است زیرا این افراد هرگونه سمپتوم جسمی یا مشکل سلامت را تهدیدکننده یا خطرناک تفسیر می کنند.

CBT برای درد غالب نیز روش درمانی مهمی محسوب می شود. CBT برای درد غالب عبارت است از: ۱) آگاه کردن درمانجو از عواملی که بر تجربه درد اثر می گذارند ۲) روش های شناختی و رفتاری برای افزایش فعالیت فیزیکی و واکنش های سازگارانه در برابر درد ۳) آموزش مهارت های تعدیل احساس درد (مثل ریلکسیشن) و حس های بدنی مربوط (مثل به چالش کشیدن باورهای غلط درباره حس های بدنی)

- **درمان های دارویی**

اضطراب و افسردگی در تداوم اختلالات سوماتیک سمپتوم نقش دارند، بنابراین درمان با ضدافسردگی ها مثل SSRI و سه حلقه ای ها، از شدت سمپتوم ها می کاهد.

- **درمان اختلال ساختگی**

درمان روانی خاصی در رفع اختلال ساختگی موثر نبوده است بنابراین بهتر است درمان روی اداره بیمار متمرکز شود نه معالجه کامل.

سه هدف عمده درمان عبارتند از: کاهش خطر مرگ و میر و عوارض- پرداختن به نیازهای هیجانی زمینه ای یا تشخیص اختلال روانپزشکی زمینه ای- توجه به مسایل قانونی و اخلاقی

شاید مهم ترین عامل منفرد در اداره موفقیت آمیز بیمار تشخیص اولیه اختلال از سوی پزشک باشد که مانع از انجام اعمال تشخیصی دردناک و خطرناک متعدد می شود.

❑ عوامل روانشناختی تاثیرگذار بر عارضه های پزشکی

این طبقه برای مواردی به کار می رود که در آنها اثر یک عامل روانشناختی در یک عارضه پزشکی آشکار است.

عوامل روانشناختی می توانند در چند حالت بر عارضه پزشکی اثر بگذارند: در ایجاد آن سهم داشته باشند، آن را وخیم‌تر کنند، بهبود آن را به تاخیر بیاندازند، ....

ویراست های قبلی DSM بیماری هایی را که در اثر تعامل عوامل روانی-زیستی-اجتماعی ایجاد می شدند، اختلالات سایکوفیزیولوژیک یا اختلالات سایکوسوماتیک (روانی-جسمی) می نامیدند.

قبلا تصور می شد فقط تعداد محدودی از بیماری ها پسیکوفیزیولوژیک هستند. رایج ترین آنها عبارت بودند از: آسم، زخم معده، اینسومنیا (بی خوابی)، سردردهای مزمن، فشار خون بالا، بیماری قلبی کرونری، سندرم قلب شکسته (یک عارضه قلبی که در نتیجه بالا رفتن سطح آدرنالین به دنبال استرس ناگهانی ایجاد می شود). اختلالات گوارشی از لحاظ درخواست مشاوره روانپزشکی در بین بیماری های طبی رتبه اول را دارند.

تحقیقات جدید نشان می دهد سایر بیماریها نیز می توانند توسط تعامل عوامل زیستی، روانی، اجتماعی ایجاد شوند. تعامل این عوامل امروزه یک قاعده است نه یک استثنا و در اکثر بیماریهای جسمی مخصوصا بیماری های مرتبط با سیستم ایمنی دیده می شود.

سایکونوروایمونولوژی: این حوزه علمی رابطه بین استرس روانی اجتماعی، دستگاه ایمنی بدن و مغز را بررسی می کند. استرس می تواند عملکرد دستگاه ایمنی را تضعیف کند و آسیب پذیری به عفونت ها را افزایش دهد. چندین

عامل دیگر مثل فعالیت بیوشیمیایی، تغییرات رفتاری، سبک شخصیت و درجه حمایت اجتماعی در تضعیف سیستم ایمنی نقش دارند.

❑ عوامل موثر در تضعیف سیستم ایمنی

فعالیت بیوشیمیایی:

استرس با افزایش فعالیت سمپاتیک، نوراپی نفرین و کورتیکواستروئیدها (که مهم ترین آن کورتیزول است) باعث تضعیف عملکرد سیستم ایمنی می شود. نوراپی نفرین و کورتیکواستروئیدها فعالیت لنفوسیت ها را بازداری می کنند. کورتیکواستروئیدها همچنین باعث افزایش تولید سیتوکین ها می شوند که باعث التهاب مزمن در بدن می شود

تغییرات رفتاری:

استرس با ایجاد تغییرات رفتاری به طور غیرمستقیم بر سیستم ایمنی اثر می گذارد مثل کاهش فعالیت جسمانی، سیگار کشیدن، تغییر عادات غذایی، ...

سبک شخصیتی:

مقابله سازنده، تاب آوری یا مقاومت، معنویت و خوش بینی جزو صفات شخصیتی هستند که با پاسخ بهتر به چالش‌ها و سیستم ایمنی کارآمدتر رابطه دارند.

تیپ شخصیتی D با تجربه افسردگی، اضطراب، و تحریک پذیری و عدم ابراز احساسات مشخص می شود. این افراد در معرض بیماری قلبی هستند، کیفیت زندگی پایینی دارند و کمتر از خدمات پزشکی استفاده می کنند. ارتباط بین شخصیت D و بیماری قلبی تا حدی به علت پاسخ ایمنی معیوب به استرس در آنهاست.

تیپ شخصیتی A با رقابت جویی، ناشکیبایی، بدبینی، مشکوک بودن، متخاصم بودن و به راحتی تحریک شدن مشخص می شود. سطح بالای برانگیختگی در آنها باعث فعال شدن سمپاتیک و افزایش فشار خون و بیماری قلبی و سکته می شود. سبک زندگی رقابت جوی آنها شامل رفتارهایی مثل سیگار کشیدن می شود.

حمایت اجتماعی:

حمایت اجتماعی می تواند از فرد در برابر استرس، عملکرد ضعیف دستگاه ایمنی و بیماری متعاقب آن محافظت کند.

تعریف استرس و روش های مقابله

استرس واکنش هیجانی ناخوشایندی است که وقتی فرد رویدادی را تهدید کننده ادراک کند به آن دچار می شود.

مقابله کردن یا coping روشی است که فرد برای کاهش استرس استفاده می کند.

رایج ترین شیوه توصیف عوامل استرس زا، مقیاس های ارزیابی رویدادهای زندگی استرس زاست. معروف ترین مقیاس، مقیاس ارزیابی سازگاری مجدد اجتماعی هولمز و راهه است که استرس را بر حسب واحدهای تغییر زندگی ارزیابی می کند. منطق آن این است که هر چه یک رویداد مثبت یا منفی باعث شود مجبور شوید بیشتر شرایط زندگی خود را تغییر دهید و تنظیم کنید بیشتر استرس زا خواهد بود. امتیاز این مقیاس ها این است که راحت و عینی هستند (به هر رویداد یک نمره ای تعلق می گیرد). مشکل این مقیاس ها این است که یک رویداد برای همه معنای یکسانی ندارد.

مدل های استرس شناختی بر شیوه ای که شما رویداد را تعبیر می کنید تاکید دارد. یک رویداد جزئی میتواند از نظر شما استرس زا تعبیر شود. رویدادهایی که گرفتاری نامیده می شوند وقتی به قدر کافی وجود داشته باشند و شما آنها را منفی تعبیر کنید بر سلامتی تاثیر می گذارند. از جنبه مثبت هم رویدادهای کوچکی وجود دارند که می توانند بهزیستی شما را افزایش دهند که به آنها بهبود روحیه گفته می شود.

دو روش اصلی مقابله کردن شامل روش های هیجان مدار و مشکل مدار هستند. در مقابله مشکل مدار سعی می کنید استرس را با تغییر موقعیت کاهش دهید. در مقابله هیجان مدار سعی می کنید به جای تغییر موقعیت، نحوه ای که در مورد آن احساس می کنید را تغییر دهید. اینکه چه روش مقابله ای بهتر است بستگی به موقعیت دارد. اگر موقعیت قابل تغییر باشد روش مشکل مدار و اگر غیرقابل تغییر باشد روش هیجان مدار بهتر است.

نقش استرس در بیماری ها:

والتر کنون: اولین مطالعه جامع را در زمینه رابطه استرس و بیماری ها انجام داد. در مواجهه با استرس فعالیت دستگاه خودمختار افزایش یافته و پاسخ جنگ یا گریز دیده می شود. ادامه فعالیت این دستگاه باعث بروز بیماری ها می شود.

سلیه: استرس واکنش غیراختصاصی بدن به هر خواسته و نیازی است که به وسیله شرایط خوشایند یا ناخوشایند ایجاد شده باشد. او استرس ناخوشایند را دیسترس نامید. سندرم سازگاری عمومی را مطرح کرد که شامل سه مرحله هشدار، مقاومت، و فرسودگی در مواجهه با استرس است. در مرحله فرسودگی که سازگاری از دست رفته باشد، فرد در معرض بیماری‌ها خواهد بود.

ولف: فیزیولوژی دستگاه گوارش با حالات هیجانی رابطه دارد. خصومت با پرکاری و اندوه و غصه با کم کاری دستگاه گوارش همراه است. او این واکنش ها را غیراختصاصی می دانست و معتقد بود واکنش بیمار را وضعیت عمومی زندگی و برداشت کلی او از رویداد استرس زا تعیین می کند.

هولمز و راهه: هر رویداد در مقیاس انطباق مجدد اجتماعی با واحدهای استرس متفاوتی مشخص می شود (مرگ

همسر بالاترین است و ۱۰۰ واحد استرس دارد). تجمع بیش از ۲۰۰ واحد تغییر زندگی در یک سال، بروز اختلالات روانی تنی را افزایش می دهد.

فعالیت محور HPA در نتیجه استرس: در پاسخ به استرس CRF (عامل آزادکننده کورتیکوتروپین) از هیپوتالاموس آزاده شده، بر هیپوفیز قدامی اثر کرده و باعث آزادسازی ACTH (هورمون آدرنوکورتیکوتروپ) می شود. ACTH با تحریک قشر فوق کلیه باعث آزادسازی گلوکوکورتیکوئیدها می شود. گلوکوکورتیکوئیدها با افزایش مصرف انرژی، افزایش فعالیت قلبی عروقی و مهار تولید مثل و عملکرد دستگاه ایمنی همراه هستند.

(مواد دیگر مثل کاته کولامین ها، وازوپرسین و اکسی توسین هم ترشح گلوکوکورتیکوئیدها را تحریک می کنند. الگوهای متفاوتی از آزادسازی محرک های ترشحی در پاسخ به استرس زاهای متفاوت وجود دارد)

پاسخ نورترانسیمتری به استرس: استرس با افزایش کاته کولامین ها از دستگاه خودمختار، سروتونین و دوپامین همراه است.

استرس های اختصاصی:

برخی (مانند الکساندر) معتقدند بعضی شخصیت ها یا تعارض های خاص با بیماری های روان تنی خاصی ارتباط دارند. فریدمن و روزنمن شخصیت های تیپ A و B را مشخص کردند. شخصیت تیپ A با سختکوشی، رقابت و پرخاشگری مشخص می شد که مستعد ابتلا به بیماری کرونری بود. خصومت جزء اصلی شخصیت تیپ A است. شخصیت B خونسرد، آرام، و غیرمستعد به بیماری کرونری بود.

امروزه نظریه استرس روانی اختصاصی قابل اعتماد نیست و نظریه استرس غیراختصاصی مورد قبول اکثریت است: استرس مزمن دارای اثرات فیزیولوژیکی است که در ترکیب با آسیب پذیری ژنتیکی برخی افراد خاص را مستعد اختلالات روانی می کند. اینکه چه عضوی بیمار شود بستگی به آسیب پذیری ژنتیکی یا اکتسابی دارد.

طبق نظریه روان کاوی، عوامل ناخودآگاه هستند که تعیین می کنند کدام عضو مبتلا شوند. به این مفهوم پذیرش پیکری گفته می شود.

یکی از عوامل غیراختصاصی، مفهوم آلکسی تایمی (ناگویی هیجانی) است. در این حالت فرد نمی تواند احساسات خود را ابراز کند و از آنها آگاهی ندارد. در نتیجه، حالات تنش به شکل بیماری جسمی بروز می کنند.

طب روان تنی:

طب روان تنی مبتنی بر دو فرض است: وحدت ذهن و بدن- توجه به عوامل روانشناختی در بررسی تمام بیماری ها

مفاهیم طب روان تنی در ظهور طب مکمل و جایگزین (CAM) و رشته طب کل نگر (holistic) نقش داشته است. طب مکمل بر وارسی عوامل روانشناختی موثر در سلامت و طب کل نگر بر دیدن بیمار بعنوان یک کلیت واحد نه فقط بیماری او، تاکید دارند.

رویکرد طب رفتاری: یک حوزه درمانی است که رویکردهای روانشناسی و پزشکی را ترکیب می کند تا مشکلات پزشکی را درمان یا پیشگیری کند.

رایج ترین مداخلات روانشناسی که برای مشکلات پزشکی به کار می رود عبارتند از:

ریکلسیشن: برای درمان فشار خون، سردرد و انواع دردها، بی خوابی، آسم، دیابت، بیماری های عروقی و اثرات ناخوشایند درمان ها بخصوص در سرطان استفاده می شود.

بیوفیدبک: یک دستگاه درباره فعالیت بدنی غیرارادی به فرد فیدبک می دهد. این اطلاعات به بیمار کمک می کند فعالیت های جسمی خود را کنترل کند. بیوفیدبک در درمان اختلالات اضطرابی و بیماری های جسمانی مثل تنش های عضلانی، سردردها، مشکلات عضلانی ناشی از سکته و سوانح، آریتمی قلبی، آسم، فشار خون، لکنت زبان و درد استفاده می شود.

مدیتیشن: فرد تمرکز خود را به سمت درون هدایت می کند، حالت هشیاری اندکی تغییر می کند و به طور موقت استرسورها فراموش می شوند. در رایج ترین مدیتیشن فرد در یک حالت راحت قرار گرفته و یک مانترا را تکرار می کند (یک صوت، تصویر ذهنی یا فکر). مانترا به تمرکز حواس و منحرف شدن ذهن از افکار و نگرانی های بیرونی کمک می کند. مدیتیشن برای درمان فشار خون، مشکلات قلبی، آسم، اختلالات پوستی، دیابت، بی خوابی، بیماری های ویروسی و کنترل درد استفاده شده است.

در نوعی از مدیتیشن به اسم ماییندفولنس یا بهشیاری، فرد به احساسات، افکار و حس های بدنی توجه می کند و از دید شخص ثالث به آن نگاه می کند (یعنی با گسستگی و عینیت) و سعی می کند قضاوت نکند.

هیپنوتیزم: هیپنوتیزم برای کنترل درد، بیماری های پوستی، آسم، بی خوابی، فشار خون، زگیل و انواع بیماری های ویروسی و باکتریایی استفاده شده است.

مداخلات شناختی: این مداخلات به یادگیری نگرش ها یا پاسخ های شناختی جدید می پردازد. در آموزش خودراهبردی یا آموزش مایه کوبی استرس، به بیمار کمک می شود افکار ناخوشایند را که به شکل حرفهای منفی به خود رخ می زند شناسایی کند و حرف های مثبت مقابله ای را جایگزین آن کند.

گروه های حمایتی و ابراز هیجان: گروه های حمایتی و روان درمانی هایی که به فرد یاد می دهد از هیجان هایش آگاه شده و آنها را ابراز کند.

سوالات کنکور ارشد و دکتری سراسری

کارشناسی ارشد

۱- در نشانگان مونچهاوزن یا اختلال ساختگی، هدف فرد کدام است؟ (سراسری ۹۵)

۱) کسب توجه پزشکی ۲) جلب توجه اطرافیان
۳) هدف آشکاری ندارد ۴) نفع ثانوی در محیط کار

۲- سوءتعبیر علایم جسمانی از ویژگی های کدام اختلال است؟ (سراسری ۹۴)

۱) بدنی سازی ۲) بدشکلی بدن ۳) تبدیلی ۴)خودبیمارپنداری

۳- بر اساس نظریه ی روان تحلیل گری، کدام علامت با تعارض ناخودآگاه بیمار، رابطه ای نمادین دارد؟ (سراسری ۹۳)

۱) بی تفاوتی عاطفی ۲) انسداد کلامی ۳) نفع اولیه ۴) تبدیلی

۴- تشخیص افتراقی اختلال ساختگی و اختلال شخصیت ضد اجتماعی بر اساس کدام ویژگی صورت می گیرد؟ (سراسری ۹۳)

۱) فقدان روابط نزدیک در اختلال ساختگی
۲) منشی خصمانه در اختلال شخصیت ضد اجتماعی
۳) تمایل به اعمال تشخیص تهاجمی در اختلالی ساختگی
۴) تمایلی به دروغگویی بیمارگونه در اختلال شخصیت ضد اجتماعی

۵- در تشخیص کدام اختلال به دست آوردن درک صحیحی از اختلال کودک، فقط با در نظر گرفتن چارچوب «سابقه خانوادگی» امکان پذیر است یا به عبارت دیگر رفتار والدین در شکل گیری اختلال نقش زیادی دارند؟ (سراسری ۹۰)

۱) خود بیمار پنداری ۲) اضطراب فراگیر ۳) وسواس – اجباری ۴) هراس

۶- اختلال درد روانی در زمره‌ی کدام دسته از اختلالات آمده است؟ (سراسری ۸۹)

۱) خلقی ۲) بدنی شکل ۳) اضطرابی ۴) روانی فیزیولوژیایی

۷- تشخیص افتراقی «اختلال تبدیلی» با «درد روان زاد» کدام است؟ (سراسری ۸۷)

۱) اختلال درد روان زاد زیر مجموعه‌ی اختلالات تجزیه‌ای و اختلال تبدیلی زیر مجموعه‌ی اختلالات بدنی شکل است.
۲) اختلال تبدیلی جزء اختلالات اضطرابی است ولی اختلال درد روان زاد جزء اختلالات تجزیه‌ای است.
۳) اختلال تبدیلی دوام کمتر دارد در حالی که اختلال درد روان زاد مزمن است.
۴) اختلال درد روان زاد دوام کمتری دارد در حالی که اختلال تبدیلی مزمن است.

۸- افراد مبتلا به کدام اختلال بر اساس سوءتعبیرشان از نشانه‌های بدنی به ترس از مبتلا شدن به بیماری جدی اشتغال دارند؟ (سراسری ۸۷)

۱) خود بیمار پنداری ۲) بدشکلی بدن ۳) اختلال تبدیلی ۴) اختلال جسمانی کردن

۹- حالاتی که در آن شکایات بدنی همراه با ضایعات و آسیب‌های بافتی است ولی علت آن روان شناختی می‌باشد، نوعی اختلال..... است (سراسری ۸۵)

۱) تجزیه‌ای ۲) روان- تنی ۳) بدشکلی بدنی ۴) درد روانزاد

۱۰- اختلال جسمانی شکل یعنی : (سراسری ۸۳)

۱) احساس بیماری جسمی بدون علت زیستی ۲) اضطراب، وسواس فکری-عملی
۳) تغییرات ناگهانی و موقتی در خلق و خوی ۴) وابستگی به الکل، سیگار یا مواد دیگر

۱۱- در اختلال ساختگی، هدف بیمار از تزریق بزاق به داخل پوستش، برای ایجاد آبسه چیست؟ (سراسری ۸۳)

۱) بستری شدن در بیمارستان ۲) اجتناب از مسئولیت شغلی
۳) بدست آوردن منافع مالی ۴) اجتناب از مسئولیت قانونی

دکتری

۱۲- خودبیمار پنداری (هیپوکندریا) در DSM-5، جزو کدام اختلال قرار گرفته است؟ (سراسری ۹۵)

۱) شبه جسمی ۲) علائم بدنی ۳) تبدیلی ۴) اضطراب بیماری

۱۳- اشتغال ذهنی به ترس از ابتلا یا اعتقاد به ابتلا به یک بیماری جدی که اساس آن تفسیر نادرست نشانه‌های بدنی توسط شخص میباشد، نشانگر کدام اختلال است؟ (سراسری ۹۴)

۱) بدشکلی بدن ۲) اختلال جسمانی شکل
۳) خودبیمار انگاری ۴) اختلال جسمانی کردن

۱۴- در اختلال نشانگان جسمانی با مشخصه درد غالب، فرد می‌گوید که درد شدیدی احساس میکند، اما این درد کدام ویژگی را دارد؟ (سراسری ۹۴)

۱) ظاهرا اساس فیزیولوژیک یا نورولوژیک ندارد.
۲) پس از رفع آسیب فیزیکی خیلی دوام پیدا نمی‌کند.
۳) عملا شدیدتر از دردی نیست که از عارضه جسمی انتظار میرود.
۴) برخلاف اختلال تبدیلی، افراد از عوارض فیزیکی شکایت نمی‌کنند.

۱۵- کدام دسته از اختلالات در DSM-5 حذف شده‌اند؟ (سراسری ۹۴)

۱) اسکیزوئید، اسکیزوتایپال و پارانویا
۲) اسکیزوئید، وسواس، نشانگان جسمانی
۳) جسمانی کردن، هیپوکندریا و اختلال درد
۴) افسردگی عمده، خورد و خوراک و هرزه خواری

۱۶- نشانه‌های بدنی یا روانی در اختلال ساختگی با کدام هدف ایجاد یا وانمود می‌شوند؟ (سراسری ۹۱)

۱) به دست آوردن منافع اقتصادی
۲) تداوم ایفای نقش بیمار
۳) فرار از مسئولیت
۴) ارضای نیازهای درون روانی به صورت نیابتی

پاسخ تشریحی سوالات فصل اول

۱- گزینه ۱

انگیزه فرد در اختلال ساختگی، ایفای نقش بیمار برای کسب توجه است. در واقع، دروغ گویی در این اختلال با اهداف روانشناختی رخ می دهد. (گزینه ۲ هم می تواند جواب صحیح باشد اما هم بر طبق کلید سنجش، هم بر این اساس که این بیماران اغلب به بیمارستان ها مراجعه کرده و به دنبال کسب توجه مراقبان بهداشتی هستند، گزینه یک جواب بهتری است)

۲- گزینه ۴

اختلال خودبیمارانگاری در DSM-IV اینطور تعریف می شد: اشتغال ذهنی بیمار با ترس از بیمار شدن یا اعتقاد وی به ابتلا به یک بیماری جدی. این اعتقاد یا ترس زمانی ایجاد می شود که بیمار نشانه ها یا کارکردهای بدنی را اشتباه تفسیر کند.

۳- گزینه ۴

طبق رویکرد روانپویشی، در اختلال تبدیلی تعارض ناخودآگاه واپس رانی شده و اضطراب به علامت جسمانی تبدیل شده است. علایم امکان ابراز نسبی میل ناخودآگاه را ایجاد می کند یعنی علامت اختلال تبدیلی ارتباط نمادین با تعارض ناخودآگاه بیمار دارد

۴- گزینه ۳

بیمار دچار اختلال ساختگی اغلب مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی تشخیص داده می شود. ولی فرد ضداجتماعی معمولا داوطلب روش های تشخیص تهاجمی نمی شود و سبک زندگی اش مملو از بستری های طولانی و مکرر نیست.

۵- گزینه ۱

خودبیمارپنداری اغلب بر اساس همانندسازی با والدین یا سایر اعضای خانواده که بیمار هستند، و همچنین به کار بستن شیوه های جسمانی سازی که والدین در برابر استرس ها استفاده می کنند، شکل می گیرد. بنابراین خودبیمارپنداری اختلالی است که با در نظر گرفتن تاریخچه خانوادگی قابل درک است

۶- گزینه ۲

اختلال درد در DSM-IV جزو اختلالات سوماتوفرم (بدنی شکل) قرار داشت. این دسته اختلالات در DSM-V اختلالات سوماتیک سمپتوم نامیده می شوند و اختلال درد نیز حذف شده و بعنوان یک اسپیسیفایر برای اختلال سوماتیک سمپتوم درآمده است.

۷- گزینه ۳

اختلال درد اختلالی مزمن است اما اختلال تبدیلی یک اختلال حاد است که ناگهان به وجود آمده و اغلب خودبه خود از بین می رود.

۸- گزینه ۱

اختلال خودبیمارانگاری در DSM-IV اینطور تعریف می شد: اشتغال ذهنی بیمار با ترس از بیمار شدن یا اعتقاد وی به ابتلا به یک بیماری جدی. این اعتقاد یا ترس زمانی ایجاد می شود که بیمار نشانه ها یا کارکردهای بدنی را اشتباه تفسیر کند.

۹- گزینه ۲

از آنجا که اشاره شده یک عارضه زیستی وجود دارد اما علل روانشناختی در آن موثر است، پاسخ صحیح یک اختلال روانی- تنی است. ویراست های قبلی DSM بیماری هایی را که در اثر تعامل عوامل روانی-زیستی-اجتماعی ایجاد می شدند، اختلالات سایکوفیزیولوژیک یا اختلالات سایکوسوماتیک (روانی- تنی) می نامیدند.

۱۰- گزینه ۱

مشخصه اختلال سوماتیک سمپتوم که قبلا اختلال سوماتوفرم یا جسمانی شکل نامیده می شد، وجود یک یا چند سمپتوم سوماتیک همراه با افکار، احساسات و رفتارهای افراطی در رابطه با سمپتوم ها یا نگرانی های مرتبط با سلامت است. در DSM-IV سمپتوم ها باید از لحاظ پزشکی بدون توجیه یا غیرقابل توضیح می بودند که در گزینه یک به آن اشاره شده است.

۱۱- گزینه ۱

انگیزه فرد در اختلال ساختگی، ایفای نقش بیمار برای کسب توجه است. در واقع، دروغ گویی در این اختلال با اهداف روانشناختی رخ می دهد، نه کسب اهداف بیرونی. گزینه های ۲، ۳ و ۴ هر سه به یک منفعت بیرونی اشاره دارند. بهترین پاسخ گزینه یک است یعنی بیمار برای بستری شدن در بیمارستان و ایفای نقش بیمار، نشانه ای را در خود ایجاد میکند.

۱۲- گزینه ۲

اکثر کسانی که قبلا تشخیص خودبیمارپنداری می گرفتند، طبق DSM-V تشخیص اختلال سوماتیک سمپتوم (علایم بدنی) می گیرند و تعداد کمی تشخیص اختلال اضطراب بیماری می گیرند.

۱۳- گزینه ۳

اختلال خودبیمارانگاری در DSM-IV اینطور تعریف می شد: اشتغال ذهنی بیمار با ترس از بیمار شدن یا اعتقاد وی به ابتلا به یک بیماری جدی. این اعتقاد یا ترس زمانی ایجاد می شود که بیمار نشانه ها یا کارکردهای بدنی را اشتباه تفسیر کند.

۱۴- گزینه ۱

اسپیسیفایر درد غالب زمانی گذاشته می شود که ۱) درد اساس فیزیولوژیک ندارد، یا ۲) بسیار شدیدتر از دردی است که از یک عارضه پزشکی انتظار می رود، یا ۳) بعد از برطرف شدن آسیب مدتها ادامه می یابد.

۱۵- گزینه ۳

اختلال سوماتیزیشن (جسمانی سازی)، هیپوکندریا (خودبیمارپنداری) و اختلال درد حذف شده اند. اختلال سوماتیزیشن و اختلال درد ترکیب شده اند و اختلال سوماتیک سمپتوم را تشکیل داده اند. بیشتر مبتلایان به هیپوکندریا، تشخیص اختلال سوماتیک سمپتوم می گیرند و درصد اندکی از آنها، تشخیص اختلال اضطراب بیماری می گیرند.

۱۶- گزینه ۲

انگیزه فرد در اختلال ساختگی، ایفای نقش بیمار برای کسب توجه است. (گزینه ۴ یعنی ارضای نیازهای درونی از طریق نیابتی هم می تواند جواب صحیحی برای انگیزه فرد در اختلال ساختگی نیابتی باشد اما در صورت سوال صرفا به اختلال ساختگی اشاره شده است نه نوع نیابتی، بنابراین بهترین جواب، گزینه ۲ است)

تصور کنید، از امروز که مطالعهٔ درس آسیب شناسی روانی را شروع می‌کنید تا روز آزمون، هر روز یک متخصص یادگیری و حافظه، همهٔ نکات مهمی را که خوانده‌اید، از شما بپرسد و بر اساس این که چه قدر به پاسخ مسلط هستید، فاصله پرسیدن مجدد سوالات را با توجه به منحنی‌های علمی حافظه و یادگیری، به نحوی تنظیم کند که با کم ترین تکرار ممکن، مطالب وارد حافظه بلند مدت شما شود.

برنامه نارنگی (اندروید و iOS) که تمامی نکات مهم این کتاب را به صورت سوال و جواب در بردارد، دقیقا این کار را برای شما انجام می‌دهد. طراحی این برنامه حاصل سال‌ها مطالعهٔ نحوهٔ درس خواندن رتبه‌های برتر است. کافی است برنامه را از سایت روان آموز و یا با اسکن بارکد، دریافت نمایید، تا مرور روزانهٔ درس‌ها تبدیل به کاری شیرین و راحت شود!

برای دریافت برنامه نارنگی
این بارکد را اسکن نمایید

روان آموز
رویایتان را زندگی کنید
RavanAmooz.ir
۰۲۱-۲۵۹۱۷۷۴۴

قیمت: ۴۰۰۰۰ تومان