

این جزوه کاملاً رایگان می باشد و با هدف مرور جامع و کاربردی مهم ترین اختلالات روانی طراحی شده است؛

اختلالاتی که نه تنها در آزمون صلاحیت حرفه ای روان شناسان ایران مورد توجه قرار می گیرند، بلکه در عمل بالینی روان شناسان، مشاوران و درمانگران نیز جزو موارد پرتکرار و پرکاربرد محسوب می شوند.

در طراحی این جزوه تلاش شده تا محتوای علمی دقیق و مبتنی بر آخرین ویرایش DSM-5-TR ارائه شود و در عین حال ساختار آن به گونه ای باشد که به سادگی برای مرور و یادگیری در کوتاه مدت، یا ارجاع سریع هنگام کار بالینی، مفید واقع شود.

اختلالات ارائه شده در این جزوه شامل دسته های زیر هستند:

◆ اختلالات اضطرابی :

اختلال اضطراب اجتماعی

اختلال وحشت زدگی (پانیک)

فوبیای خاص

اختلال اضطراب فراگیر

اختلال اضطراب جدایی

آگورافوبیا

◆ اختلال وسواسی-اجباری (OCD)

♦ اختلالات مرتبط با تروما و استرس :

اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)

اختلال استرس حاد

اختلال سوگ طولانی مدت

♦ اختلالات افسردگی :

اختلال خلقی نامنظم اخلاص گرانه

اختلال افسردگی اساسی (ماژور)

اختلال افسردگی پایدار (دیس‌تایمیا)

اختلال افسردگی پیش از قاعدگی

♦ اختلالات دوقطبی :

اختلال دوقطبی نوع اول

اختلال دوقطبی نوع دوم

اختلال سیکلوتایمیک

♦ اختلالات سایکوتیک (طیف اسکیزوفرنی) :

اختلال هذیانی

اختلال روان‌پریشی کوتاه مدت

اختلال اسکیزوفرنی فرم

اختلال اسکیزوفرنی

اختلال اسکیزوافکتیو

♦ اختلالات شخصیت :

- خوشه A: شخصیت پارانویید، اسکیزوئید، اسکیزوتایپی
خوشه B: شخصیت ضداجتماعی، مرزی، نمایشی، خودشیفته
خوشه C: شخصیت اجتنابی، وابسته، وسواسی-جبری

هر اختلال در قالبی یکسان و ساختاریافته ارائه شده است که شامل موارد زیر می باشد :

۱. تعریف اختلال

۲. ملاک های تشخیصی DSM-5-TR

۳. سبب شناسی (زیستی، روانی، اجتماعی)

۴. تشخیص افتراقی با سایر اختلالات مشابه

۵. درمان های مبتنی بر شواهد (روان درمانی و دارودرمانی)

۶. مثال های بالینی برای درک عملی اختلال

۷. تست های آموزشی در پایان هر بخش برای مرور و آمادگی آزمون

امید است این جزوه بتواند ابزار مفیدی برای مرور سریع، یادگیری عمیق، و ارتقاء مهارت تشخیص و مداخله درمانی روان شناسان و مشاوران در مسیر حرفه ای باشد.

♦ اختلالات اضطرابی

اختلال اضطراب اجتماعی :

اختلال اضطراب اجتماعی با ترس یا اضطراب شدید و مداوم از موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی مشخص می‌شود که در آن فرد ممکن است مورد ارزیابی دیگران قرار گیرد. این ترس معمولاً از تحقیر شدن، خجالت کشیدن، یا طرد شدن توسط دیگران ناشی می‌شود.

۲. ملاک‌های تشخیصی: (DSM-5-TR)

A. ترس یا اضطراب شدید نسبت به یک یا چند موقعیت اجتماعی که در آن فرد در معرض امکان ارزیابی دیگران است (مانند تعاملات اجتماعی، مشاهده شدن هنگام غذا خوردن یا سخنرانی کردن).

B. فرد می‌ترسد که طوری رفتار کند یا علائمی از اضطراب نشان دهد که مورد قضاوت منفی واقع شود.

C. موقعیت‌های اجتماعی تقریباً همیشه باعث ترس یا اضطراب می‌شوند.

D. فرد از این موقعیت‌ها اجتناب می‌کند یا با اضطراب شدید آن‌ها را تحمل می‌کند.

E. ترس یا اضطراب با شدت، طول مدت (حداقل ۶ ماه) و تداخل در عملکرد، با زمینه فرهنگی و اجتماعی ناسازگار است.

F. این ترس با تأثیرات فیزیولوژیک دارو، یا بیماری روانی دیگر قابل توجیه نیست.

مشخص کنید اگر فقط مربوط به اجرا یا عملکرد باشد.

۳. تشخیص افتراقی :

اختلال اضطراب فراگیر (GAD) نگرانی گسترده و در مورد موضوعات متعدد؛ نه فقط موقعیت‌های اجتماعی.

اختلال هراس (Panic Disorder) حملات هراس ناگهانی و بدون محرک اجتماعی مشخص.

اختلال شخصیت اجتنابی: الگوی پایدارتر و گسترده‌تر اجتناب، از دوران نوجوانی شروع می‌شود.

فوبیای خاص: ترس محدود به موقعیت یا شیء خاص، نه تعاملات اجتماعی.

اسکیزوئید/اسکیزوتایپی: اجتناب از روابط، اما نه به علت اضطراب از ارزیابی.

۴. سبب شناسی :

عوامل زیستی: حساسیت بالای آمیگدال نسبت به تهدید اجتماعی.

عوامل روانی: سبک دلبستگی اجتنابی، باورهای منفی درباره‌ی خود و دیگران.

یادگیری: تجربه‌های شرم‌آور اجتماعی در کودکی، یادگیری مشاهده‌ای اضطراب اجتماعی از والدین.

۵. درمان

۱. درمان شناختی-رفتاری (CBT) – خط اول درمان

CBT برای اضطراب اجتماعی یکی از اثربخش‌ترین درمان‌هاست. محورهای اصلی:

بازسازی شناختی: شناسایی افکار ناکارآمد مانند "من ضایع می‌شم"، "همه منو مسخره می‌کنن"، و جایگزینی با افکار واقع‌بینانه‌تر.

مواجهه تدریجی: از موقعیت‌های با اضطراب کم (مثلاً پرسیدن ساعت در خیابان) تا موقعیت‌های پراضطراب (مثلاً سخنرانی در جمع).

پیشگیری از اجتناب: آموزش فرد برای مواجهه با ترس‌ها به جای فرار از آن‌ها.

تمرین مهارت‌های اجتماعی: ایفای نقش در جلسه برای ارتقاء مهارت در سلام دادن، شروع مکالمه، بیان مخالفت و...

۲. ذهن آگاهی و ACT (Acceptance and Commitment Therapy):

افزایش پذیرش افکار اضطرابی بدون تلاش برای سرکوب آن‌ها.

کمک به تمرکز بر ارزش‌های شخصی (مثل رشد حرفه‌ای، دوستی) به جای اجتناب از ارزیابی شدن.

آموزش تماس با لحظه حال و مشاهده بدون قضاوت.

۳. درمان‌های گروهی:

استفاده از گروه به عنوان فضای امن برای تمرین مهارت‌ها و مواجهه.

دریافت بازخورد سازنده از دیگران برای تصحیح باورهای منفی.

کاهش احساس «تنها بودن در این مشکل».

نکات درمانی مهم:

احتمال عود: در نبود پیگیری درمان یا قطع زودهنگام دارو/روان‌درمانی.

مهم‌ترین عامل موفقیت CBT: مشارکت فعال مراجع در تمرینات بین جلسات.

در موارد خفیف تا متوسط: روان‌درمانی بدون دارو کافی است.

در موارد شدید یا همبود با افسردگی: درمان ترکیبی پیشنهاد می‌شود.

مثال‌های بالینی

مثال ۱:

مرد ۳۵ ساله‌ای به دلیل رد چند پیشنهاد ارتقاء شغلی به روانشناس مراجعه می‌کند. او بیان می‌کند که «ترجیح می‌دهم تو اتاقم تنها باشم تا اینکه جلوی بقیه حرف بزنم». با شروع CBT، تمرین‌های مواجهه تدریجی با ارائه شفاهی در جلسات کوچک آغاز شده و پس از ۳ ماه، برای اولین بار در جلسه تیمی شرکت فعال داشت.

مثال ۲:

دانشجوی ۲۱ ساله، در شروع ترم جدید دچار تهوع، تعریق شدید و تپش قلب هنگام معرفی خود در کلاس می‌شود و پس از آن، از حضور در کلاس امتناع می‌ورزد. روانشناس با ارزیابی دقیق، تشخیص اضطراب اجتماعی می‌دهد و درمان CBT گروهی را آغاز می‌کند. تمرین ایفای نقش معرفی در جلسه، به کاهش تدریجی اضطراب کمک کرد.

مثال ۳:

زن ۲۸ ساله‌ای به دلیل «ترس از رفتن به مهمانی» و «اجتناب از تماس چشمی» با دیگران به کلینیک مراجعه می‌کند. او فکر می‌کند اگر صحبت کند، همه متوجه اضطرابش می‌شوند. پس از آموزش ذهن‌آگاهی، تمرین مشاهده‌ی افکار بدون قضاوت و اجرای تمرینات رفتاری کوچک مثل گفت‌وگوی کوتاه با غریبه‌ها، بهبود قابل‌ملاحظه‌ای در عملکرد اجتماعی خود تجربه کرد.

۱. مراجعی ۲۳ ساله عنوان می‌کند که هنگام سخنرانی در جمع، دچار تعریق شدید، لرزش صدا و تپش قلب می‌شود. او از این موقعیت‌ها اجتناب می‌کند چون نگران است دیگران او را احمق تصور کنند. این مشکل باعث افت عملکرد شغلی او شده است. تشخیص محتمل کدام است؟

(۱) اختلال هراس

(۲) اختلال اضطراب اجتماعی

(۳) اختلال شخصیت اجتنابی

(۴) اختلال اضطراب فراگیر

✓ پاسخ صحیح: ۲) اختلال اضطراب اجتماعی

◆ تحلیل: ترس از ارزیابی منفی در موقعیت اجتماعی، اجتناب از صحبت در جمع، همراه با علائم جسمی - مشخصه‌ی SAD است.

۲. در افتراق بین اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال شخصیت اجتنابی، کدام نکته بالینی کمک کننده‌تر است؟

۱) وجود اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی

۲) ترس از ارزیابی منفی

۳) شدت پایدار و فراگیر علائم از نوجوانی

۴) حملات پانیک ناگهانی در موقعیت‌های خاص

✓ پاسخ صحیح: ۳) شدت پایدار و فراگیر علائم از نوجوانی

◆ تحلیل: اختلال شخصیت اجتنابی الگوی پایدار، سخت‌تر، و فراگیرتر از اجتناب را نسبت به SAD نشان می‌دهد.

۳. اولین خط درمان انتخابی در اختلال اضطراب اجتماعی کدام است؟

۱) داروهای ضدافسردگی سه حلقه‌ای

۲) درمان مواجهه‌ای همراه با بازسازی شناختی

۳) درمان بین فردی فشرده

۴) درمان خانواده‌محور

✓ پاسخ صحیح: ۲) درمان مواجهه‌ای همراه با بازسازی شناختی (CBT)

◆ تحلیل: درمان شناختی-رفتاری با تمرکز بر باورها درباره ارزیابی اجتماعی و مواجهه‌ی تدریجی مؤثرترین درمان روان‌شناختی است.

۴. درمانگر از مراجع با SAD می‌خواهد در جلسات، به‌صورت تدریجی در جمع صحبت کند و افکار منفی‌اش درباره تمسخر را بررسی کند. این روش بر اساس کدام مؤلفه CBT طراحی شده است؟

(۱) تنظیم هیجانی

(۲) مواجهه‌ی درون‌زاد

(۳) بازسازی شناختی و مواجهه‌ی رفتاری

(۴) آموزش مهارت‌های اجتماعی

✓ پاسخ صحیح: ۳) بازسازی شناختی و مواجهه‌ی رفتاری

◆ تحلیل: رویکرد کلاسیک CBT برای SAD شامل شناسایی باورهای ناکارآمد درباره قضاوت شدن و مواجهه تدریجی با موقعیت‌های اجتماعی است.

۵. مراجعی ۲۹ ساله با اضطراب شدید هنگام صرف غذا در رستوران یا صحبت در جلسات کاری مراجعه می‌کند. او اذعان دارد که به‌شدت از خجالت‌زده شدن و نگاه دیگران می‌ترسد. با توجه به درمان‌های فعلی، کدام گزینه درمانی مکمل ممکن است در کنار CBT سودمند باشد؟

(۱) درمان از طریق بازی نقش (Role-play therapy)

(۲) درمان شوک‌درمانی (ECT)

(۳) رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT)

(۴) مواجهه با خاطرات اولیه کودکی

✓ پاسخ صحیح: ۱) درمان از طریق بازی نقش (Role-play therapy)

◆ تحلیل: بازی نقش در جلسات گروهی یا فردی، به عنوان مکمل CBT در درمان اضطراب اجتماعی کاربرد دارد، زیرا مهارت‌های اجتماعی و اطمینان فرد را در موقعیت‌های ترس‌برانگیز تقویت می‌کند.

اختلال هراس (Panic Disorder)

اختلال هراس با تجربه مکرر حملات هراس (panic attacks) غیرمنتظره مشخص می‌شود؛ این حملات شامل اوج‌گیری ناگهانی اضطراب یا ناراحتی شدید هستند که معمولاً در عرض چند دقیقه به اوج می‌رسند و با علائم جسمی و روانی همراه‌اند. پس از این حملات، معمولاً نگرانی دائم درباره وقوع حملات بعدی یا پیامدهای آن وجود دارد.

۲. ملاک‌های تشخیصی (DSM-5-TR):

A. حملات هراس مکرر و غیرمنتظره. حمله هراس شامل ۴ مورد یا بیشتر از علائم زیر است که ناگهانی شروع شده و در عرض چند دقیقه به اوج می‌رسند:

تپش قلب یا افزایش ضربان

تعریق

لرزش

احساس تنگی نفس

احساس خفگی

درد یا ناراحتی قفسه سینه

تهوع یا ناراحتی شکمی

احساس سرگیجه، بی‌ثباتی

لرزش یا گرگرفتگی

احساس کرختی یا گزگز

احساس جدا شدن از خود یا غیرواقعی بودن محیط

ترس از دیوانه شدن

ترس از مردن

B. دست کم یکی از حملات با یک یا هر دوی موارد زیر به مدت حداقل یک ماه همراه باشد:

نگرانی مستمر از حملات بعدی یا پیامدهای آنها

تغییر ناسازگارانه در رفتار (مثلاً اجتناب از فعالیتهای خاص)

C. حملات ناشی از مواد، بیماری پزشکی یا اختلال روانی دیگر نیستند.

۳. تشخیص افتراقی:

اختلال اضطراب فراگیر: نگرانی دائمی، نه حملات ناگهانی.

اختلال اضطراب اجتماعی: حمله هراس فقط در موقعیتهای اجتماعی.

اختلال اضطراب جدایی: حملات در پاسخ به جدایی، معمولاً در کودکان.

فوبیای خاص: حمله فقط در مواجهه با محرک خاص.

اختلال جسمانی یا قلبی (مثل آریتمی): در پانیک، نتایج آزمایش‌ها نرمال‌اند.

مصرف مواد: مثل کافئین زیاد، کوکائین، یا ترک داروها.

۴. سبب‌شناسی:

ژنتیک: افزایش خطر در بستگان درجه اول.

بیولوژیک: حساسیت بالا در سیستم اضطراب مغز (آمیگدال، LC)

شناختی: تفسیر فاجعه‌آمیز از علائم بدنی (مثلاً تپش قلب = حمله قلبی)

یادگیری: تجربه حمله هراس در مکان خاص، موجب اجتناب می‌شود.

عوامل محیطی: استرس شدید، سوابق تروما، فقدان ناگهانی عزیزان.

۵. درمان :

۱. درمان شناختی-رفتاری (CBT) – درمان انتخابی

بازسازی شناختی: تصحیح افکار فاجعه‌ساز مانند "الان می‌میرم"، "کنترل‌مو از دست می‌دم".

درمان درون‌نگر (Interceptive Exposure): مواجهه تدریجی با علائم فیزیولوژیک (مثلاً دویدن برای ایجاد تپش قلب) برای کاهش ترس.

مواجهه با موقعیت‌های اجتنابی: به تدریج وارد مکان‌هایی می‌شود که از آن‌ها اجتناب کرده.

تنفس دیافراگمی و آرام‌سازی: آموزش مهارت‌های مقابله با علائم.

۲. رویکردهای مکمل:

ACT: آموزش پذیرش افکار اضطرابی به جای جنگ با آن‌ها.

ذهن‌آگاهی: افزایش آگاهی نسبت به افکار و بدن بدون قضاوت.

ب) دارودرمانی: ۱. داروهای خط اول:

SSRIها: مانند سرتالین، پاروکستین، فلوکستین

کاهش حملات طی ۴-۶ هفته

شروع با دوز پایین برای جلوگیری از تحریک اولیه اضطراب

نکات بالینی کلیدی:

بسیاری از بیماران بارها به اورژانس مراجعه کرده‌اند بدون تشخیص مشکل جسمی

ترس از ترس، عامل اصلی پایداری اختلال است

آموزش اینکه علائم پانیک، تهدیدکننده‌ی حیات نیستند بسیار مهم است

CBT مؤثرتر از دارو در کاهش عود است

۶. مثال‌های بالینی

مثال ۱:

زن ۳۲ ساله‌ای گزارش می‌دهد که هنگام خرید در فروشگاه دچار تپش قلب، تعریق و احساس خفگی می‌شود و گمان می‌برد حمله قلبی دارد. پس از چند بار مراجعه به اورژانس و نبود مشکل جسمی، به روانشناس ارجاع می‌شود. CBT با تمرکز بر مواجهه درون‌نگر و آموزش بازسازی شناختی آغاز شد.

مثال ۲:

دانشجوی ۲۴ ساله، پس از تجربه‌ی ناگهانی سرگیجه و ترس شدید در کلاس درس، دچار حملات مکرر اضطرابی می‌شود. او از حضور در مکان‌های شلوغ اجتناب می‌کند. روانشناس با آموزش تکنیک تنفس عمیق و اجرای CBT تدریجی، کمک به بازگشت او به کلاس می‌کند.

مثال ۳:

مرد ۴۰ ساله‌ای که شغلش رانندگی است، بعد از حمله پانیک در ترافیک، دیگر به تنهایی رانندگی نمی‌کند. CBT شامل مواجهه تدریجی با رانندگی در مسیرهای ساده آغاز شد. در کنار آن، دارودرمانی با SSRI تجویز شد. طی ۳ ماه، فرد به سطح مناسبی از عملکرد بازگشت.

سوالات تستی:

سؤال ۱: مراجعی ۲۶ ساله می‌گوید در موقعیت‌های عادی مانند تماشای تلویزیون یا نشستن در ماشین، ناگهان احساس تنگی نفس، سرگیجه، و ترس از مردن به او دست می‌دهد. آزمایشات قلبی و ریوی او نرمال گزارش شده‌اند. این وضعیت با چه تشخیصی سازگارتر است؟

(۱) اختلال اضطراب فراگیر

(۲) اختلال اضطراب بیماری

(۳) اختلال هراس

(۴) فوبی خاص

✓ پاسخ صحیح: (۳) اختلال هراس

◆ نکته: حملات ناگهانی بدون محرک مشخص، و ترس از مرگ با معاینه فیزیکی طبیعی، ویژگی کلاسیک Panic Disorder است.

سؤال ۲: مراجع ۳۴ ساله‌ای می‌گوید: «از وقتی در آسانسور حمله‌ی قلبی‌طور گرفتم، دیگه تنها بیرون نمی‌رم. حتی نمی‌تونم سوار تاکسی شم.» در مصاحبه، اجتناب از مکان‌های شلوغ و بسته گزارش می‌شود. تشخیص دقیق‌تر چیست؟

(۱) فوبی اجتماعی

(۲) اختلال هراس همراه با موقعیت‌هراسی (Agoraphobia)

(۳) اختلال اضطراب فراگیر

(۴) اختلال PTSD

✓ پاسخ صحیح: (۲) اختلال هراس همراه با موقعیت‌هراسی

◆ نکته: فرد پس از تجربه حملات پانیک، از مکان‌هایی که فرار از آن‌ها سخت است اجتناب می‌کند؛ نشانه‌ی آگورافوبیا ثانویه به پانیک است.

سوال ۳: مراجع می گوید: «چند بار دچار حالت بدی شدم که احساس کردم مغزم خاموش می شه و قلبم از کار می افته. از اون موقع دیگه از همه چیز می ترسم.» او به شدت از تکرار این تجربه پرهیز می کند و بیشتر وقتش را در خانه می ماند. مناسب ترین رویکرد درمانی چیست؟

(۱) کاوش ریشه های دوران کودکی

(۲) مواجهه تدریجی با موقعیت های اجتنابی

(۳) تحلیل روابط بین فردی فعلی

(۴) گفت وگو درباره هویت و معنا

✓ پاسخ صحیح: (۲) مواجهه تدریجی با موقعیت های اجتنابی

◆ نکته: درمان مبتنی بر CBT، شامل مواجهه ی کنترل شده و تدریجی با موقعیت هایی است که فرد از آن ها پرهیز می کند تا چرخه ی اجتناب شکسته شود.

سؤال ۴: مراجع ۳۰ ساله ای گزارش می دهد که «از احساس بالا رفتن ضربان قلبم وحشت می کنم، چون فکر می کنم سخته می کنم.» کدام تکنیک درمانی در CBT مناسب تر است؟

(۱) بازسازی شناختی درباره نشانه های جسمی

(۲) تمرین های تصویرسازی هدایت شده

(۳) تحلیل خواب ها

(۴) تمرکز بر روابط خانوادگی

✓ پاسخ صحیح: (۱) بازسازی شناختی درباره نشانه های جسمی

◆ نکته: افکار فاجعه انگارانه درباره علائم بدنی (مانند تپش قلب = حمله قلبی) باید با CBT اصلاح و منطقی سازی شوند.

سؤال ۵: مراجعی ۲۳ ساله پس از اولین حمله پانیک در کلاس دانشگاه، شروع به اجتناب از حضور در کلاس‌ها کرده است. از ترس تکرار حمله، دانشگاه را ترک کرده. اگرچه علاقه به درس دارد. کدام مؤلفه درمانی باید در اولویت قرار گیرد؟

(۱) مواجهه رفتاری در محیط دانشگاه

(۲) بررسی علل اضطراب از نظر ناخودآگاه

(۳) تحلیل طرحواره‌های اولیه

(۴) جلب حمایت خانواده

✓ پاسخ صحیح: (۱) مواجهه رفتاری در محیط دانشگاه

◆ نکته: بازگشت تدریجی و هدایت‌شده به محیط اجتنابی، با هدف کاهش اضطراب شرطی‌شده، از عناصر کلیدی درمان پانیک با اجتناب موقعیتی است.

سؤال ۶: مراجع می‌گوید: «هر بار حمله‌ام می‌اد، انگار از بدنم خارج می‌شم. احساس غیرواقعی بودن می‌کنم.» این تجربه در کدام طبقه‌ی علائم پانیک قرار می‌گیرد؟

(۱) شناختی

(۲) جسمی

(۳) تجزیه‌ای

(۴) هذیانی

✓ پاسخ صحیح: (۳) تجزیه‌ای

◆ نکته: احساس دپرسونالیزیشن (غیرواقعی بودن خود) یا دریا لیزیشن (غیرواقعی بودن محیط) در برخی حملات پانیک مشاهده می‌شود و یکی از معیارهای تشخیص است.

اختلال فوبیای خاص (Specific Phobia):

فوبیای خاص، ترس شدید، مداوم، و غیرمنطقی از یک شیء، حیوان، موقعیت یا فعالیت خاص است که باعث اجتناب یا پریشانی شدید می‌شود. این ترس با خطر واقعی آن موقعیت تناسب ندارد و اغلب به اختلال عملکرد منجر می‌شود.

۲. ملاک‌های تشخیصی (DSM-5-TR):

A. ترس یا اضطراب شدید نسبت به یک شیء یا موقعیت خاص (مثل ارتفاع، پرواز، حیوانات، تزریق، خون).

B. محرک فوبیک تقریباً همیشه باعث ترس یا اضطراب فوری می‌شود.

C. فرد به‌طور فعالانه از محرک اجتناب می‌کند یا آن را با اضطراب شدید تحمل می‌کند.

D. ترس یا اجتناب، با خطر واقعی موقعیت تناسب ندارد.

E. این ترس یا اجتناب به‌طور مداوم حداقل ۶ ماه ادامه دارد.

F. باعث ناراحتی بالینی معنی دار یا اختلال در عملکرد شغلی، اجتماعی یا دیگر حوزه‌های مهم زندگی می‌شود.

G. ترس ناشی از اختلال روانی دیگر (مثلاً PTSD، OCD یا اضطراب اجتماعی) نیست.

۳. انواع رایج فوبیا (طبقه‌بندی DSM):

نوع حیوان: مثل سگ، مار، عنکبوت

نوع طبیعی-محیطی: مثل طوفان، ارتفاع، آب

نوع خونی-تزریق-آسیب: دیدن خون، آمپول، بریدگی

نوع موقعیتی: آسانسور، هواپیما، مکان بسته

نوع دیگر: مانند صدای بلند، خفه شدن، دلک‌ها

۴. تشخیص افتراقی:

اختلال پانیک: حملات غیرمرتبط با محرک خاص

اضطراب اجتماعی: ترس از ارزیابی شدن، نه اشیاء خاص

OCD: اجتناب به دلیل وسواس، نه ترس واقعی

PTSD: اجتناب پس از تروما

Agoraphobia: ترس از موقعیت‌های فرارناپذیر یا کمک‌ناپذیر

۵. سبب‌شناسی:

یادگیری کلاسیک: تجربه منفی مستقیم (مثل گاز گرفتن توسط سگ)

یادگیری مشاهده‌ای: دیدن ترس دیگران یا شنیدن درباره خطر

شرطی‌سازی کنش‌گر: اجتناب = کاهش اضطراب = تقویت اجتناب

مستعد بودن زیستی: خلق منفی، اضطراب‌پذیری بالا

عوامل شناختی: ارزیابی اغراق‌آمیز خطر و عدم کنترل

۶. درمان :

درمان خط اول: ۱. درمان مواجهه (Exposure Therapy):

مؤثرترین و استانداردترین درمان

طراحی سلسله مراتبی از موقعیت های فوبیک (آسان تا دشوار)

مواجهه تدریجی زنده (in vivo) یا خیالی (imaginal)

در نوع خون/تزریق، ترکیب مواجهه و تن آرامی عضلانی فعال (Tension Techniques) برای جلوگیری از افت فشار

۲. بازسازی شناختی:

بررسی افکار اغراق آمیز ("اگر آسانسور گیر کند، خفه می شوم")

جایگزینی با افکار واقع بینانه تر ("احتمال خطر بسیار کم است")

کاهش اجتناب از طریق آموزش کارکردهای ترس و اضطراب

۳. CBT تلفیقی:

ترکیب مواجهه، بازسازی شناختی و آموزش مهارت های تنظیم هیجان

۴. بازی درمانی (برای کودکان):

استفاده از نمادها و تکنیک‌های غیرمستقیم برای مواجهه

همراهی والدین و آموزش تدریجی آنان

ب) دارودرمانی:

معمولاً خط اول نیست، ولی در موارد خاص قابل استفاده است.

نکات بالینی کلیدی:

اجتناب، عامل پایداری و مزمن شدن فوبیاست

مواجهه، گرچه اضطراب برانگیز است، ولی موجب خاموشی شرطی می‌شود

در فوبیای تزریق، برخلاف سایر فوبیاهای ممکن است افت فشار و غش رخ دهد

درمان زودهنگام در کودکان از مزمن شدن فوبیا جلوگیری می‌کند

۷. مثال‌های بالینی

مثال ۱:

دخ ۱۰ ساله ای از ورود به اتاق کزپ به دل ترس ۱۱ لپوز آت عذ کند. هر بار با گریه و حمله اضطراری شدید همراه است. با آموزش تکنیک تن آرا فعال و مواجهه تدریجی با تصاویر، وسایل کی شزپ در پهنیت اتاق تزریق، توانسعبت ۱ ج ۶ ز لمسه بدون مشکل واکسن بزند.

مثال ۲:

زن ۳۰ ساله ای از سوار شدن به آسانسور خودداری می کرد و به همین دلیل شغلش را در طبقه دهم یک شرکت از دست داد. با کمک درمانگر، سلسله مراتب مواجهه طراحی شد؛ از ایستادن جلوی آسانسور گرفته تا بالا رفتن یک طبقه، تا استفاده کامل. پس از ۸ هفته، مجدداً در یک شرکت مشغول به کار شد.

مثال ۳:

پسر ۲۳ ساله ای با ترس شدید از پرواز برای یک فرصت شغلی مهم نیاز به سفر هوایی داشت. در جلسات CBT، مواجهه خیالی با پرواز، تماشای فیلم های پرواز و در نهایت تمرین تنفس و تمرکز در شبیه ساز پرواز انجام شد. او توانست با اضطراب کنترل شده، پرواز کاری خود را انجام دهد.

سؤالات تستی:

سؤال ۱ مراجع ۲۱ ساله ای می گوید: «از کودکی از پرواز می ترسم. فقط فکر سوار شدن به هواپیما باعث تپش قلب، تعریق و فرارم می شه.» در مصاحبه مشخص می شود که او به خاطر این ترس، دعوت نامه کاری مهم در خارج از کشور را رد کرده. تشخیص مناسب چیست؟

(۱) اختلال اضطراب اجتماعی

(۲) فوبی خاص - نوع موقعیتی

(۳) اختلال هراس

(۴) آگورافوبیا

✓ پاسخ صحیح: ۲) فوبی خاص - نوع موقعیتی

◆ نکته: ترس مشخص، پایدار و غیرمنطقی از موقعیتی خاص (مثل پرواز) که منجر به اجتناب و اختلال در عملکرد می‌شود، ویژگی فوبی خاص است.

سؤال ۲ مراجعی ۲۶ ساله هنگام دیدن خون، دچار سرگیجه و غش می‌شود. می‌گوید همیشه از آمپول و حتی فکر گرفتن خون وحشت دارد. چه نوع فوبی خاص مطرح است؟

(۱) نوع موقعیتی

(۲) نوع حیوانی

(۳) نوع طبیعی-محیطی

(۴) نوع خون-تزریق-آسیب

✓ پاسخ صحیح: ۴) نوع خون-تزریق-آسیب

◆ نکته: تنها نوع فوبی که با واکنش‌های وازوواگال (مثل غش کردن) همراه است، نوع خون/تزریق/آسیب است و به مواجهه متفاوت نیاز دارد.

سؤال ۳ مراجع می‌گوید: «از وقتی سگ همسایه بهم پارس کرد، حتی با دیدن تصویر سگ در اینترنت هم دچار اضطراب شدید می‌شم.» این ترس در دسته‌بندی کدام نوع فوبی خاص قرار می‌گیرد؟

(۱) موقعیتی

(۲) حیوانی

(۳) خون-آسیب

(۴) اجتماعی

✓ پاسخ صحیح: ۲) حیوانی

◆ نکته: ترس از حیوانات، یکی از شایع‌ترین انواع فوبی خاص است که معمولاً در کودکی شروع می‌شود و به‌صورت پایدار ادامه می‌یابد.

سؤال ۴ مراجع ۲۸ ساله‌ای که به‌شدت از طوفان و رعد و برق می‌ترسد، حتی پیش‌بینی هواشناسی را چک می‌کند و در روزهای ابری خانه را ترک نمی‌کند. مناسب‌ترین مؤلفه درمانی در CBT برای این فرد چیست؟

۱) تمرکز بر حل مسئله بین‌فردی

۲) مواجهه تدریجی و نظام‌مند با عامل فوبیک

۳) تحلیل انگیزه‌های ناخودآگاه ترس

۴) آموزش ذهن‌آگاهی بدون مواجهه

✓ پاسخ صحیح: ۲) مواجهه تدریجی و نظام‌مند با عامل فوبیک

◆ نکته: مواجهه تدریجی سنگ بنای درمان CBT در فوبی خاص است.

سؤال ۵ مراجعی می‌گوید: «هر وقت در فضای بسته مثل آسانسور گیر می‌کنم، دچار تنگی نفس، تعریق و اضطراب شدید می‌شم.» او از استفاده از آسانسور اجتناب می‌کند، حتی در ساختمان‌های بلند. تشخیص دقیق‌تر چیست؟

۱) فوبی خاص - نوع موقعیتی

۲) اختلال هراس

۳) فوبی اجتماعی

۴) اختلال اضطراب فراگیر

✓ پاسخ صحیح: ۱) فوبی خاص - نوع موقعیتی

◆ نکته: ترس مداوم و خاص از فضاهای بسته مانند آسانسور، بدون حملات غیرمنتظره پانیک، در فوبی خاص - موقعیتی طبقه بندی می شود.

سؤال ۶ مراجع نوجوان ۱۶ ساله ای می گوید که به شدت از دیدن حشرات می ترسد. خانواده اش گزارش می دهند که از ورود به حیاط یا باغچه خودداری می کند. کدام مؤلفه ی شناختی در این اختلال بیشتر دیده می شود؟

۱) افکار فاجعه انگارانه درباره آسیب از طرف حشره

۲) نگرانی مفرط درباره آینده تحصیلی

۳) نشخوار ذهنی درباره طرد شدن

۴) خودانتقادی شدید نسبت به عملکرد

✓ پاسخ صحیح: ۱) افکار فاجعه انگارانه درباره آسیب از طرف حشره

◆ نکته: در فوبی خاص، معمولاً باورهای غیرواقعی و بزرگ نمایی درباره خطر محرک فوبیک (مثلاً "حشره منو نیش می زنه و می میرم") دیده می شود.

اختلال اضطراب فراگیر (GAD):

اختلال اضطراب فراگیر با نگرانی مزمن، بیش از حد و کنترل ناپذیر درباره ی حوزه های مختلف زندگی (مانند شغل، سلامت، خانواده، امور مالی) مشخص می شود. این اضطراب معمولاً گسترده، پایدار و بدون محرک مشخص است و با علائم بدنی و اختلال در عملکرد روزمره همراه است.

۲. ملاک های تشخیصی (DSM-5-TR):

A. اضطراب و نگرانی بیش از حد درباره‌ی موضوعات مختلف (در زندگی روزمره)، که در اکثر روزها، به مدت حداقل ۶ ماه وجود دارد و کنترل آن دشوار است.

B. اضطراب و نگرانی با حداقل ۳ مورد (در کودکان: ۱ مورد) از علائم زیر همراه است:

بی‌قراری یا احساس تنش

خستگی‌پذیری سریع

دشواری در تمرکز یا احساس "خالی شدن ذهن"

تحریک‌پذیری

تنش عضلانی

اختلال در خواب (مشکل در شروع/تداوم خواب یا خواب ناآرام)

C. اضطراب موجب ناراحتی قابل‌توجه بالینی یا اختلال در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر حوزه‌های مهم می‌شود.

D. این اختلال ناشی از مواد، بیماری جسمی یا اختلال روانی دیگر نیست.

۳. تشخیص افتراقی:

اختلال پانیک: حملات ناگهانی و شدید، نه نگرانی مزمن

اضطراب اجتماعی: اضطراب محدود به موقعیت‌های اجتماعی

وسواس (OCD): افکار مزاحم تکرارشونده، نه نگرانی واقعی

افسردگی: نگرانی ممکن است وجود داشته باشد، ولی با خلق پایین غالب همراه است

PTSD: اضطراب بعد از تروما

اختلال سازگاری با اضطراب: نگرانی‌ها محدود به رویداد مشخص و کمتر از ۶ ماه

۴. سبب‌شناسی:

ژنتیک: سابقه خانوادگی اضطراب

عوامل روان‌شناختی: باورهای ناکارآمد مثل "اگر نگران نباشم، اتفاق بدی می‌افتد"

مدل رفتاری: اجتناب از تجربه احساسات منفی از طریق نگرانی مزمن

مدل فراشناختی: باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی ("نگرانی منو آماده می‌کنه")

عوامل محیطی: استرس مزمن، والدین کنترل‌گر، ناامنی در دوران کودکی

۵. درمان :

الف) روان‌درمانی

خط اول درمان ۱. درمان شناختی-رفتاری (CBT):

بازسازی شناختی: شناسایی و اصلاح باورهای غیرمنطقی و افکار فاجعه‌ساز

مدیریت نگرانی: آموزش تمایز بین نگرانی‌های واقعی و فرضی

نظم‌دهی به زمان نگرانی (Worry Time): تعیین زمان مشخص برای نگرانی کنترل‌شده

آموزش حل مسئله: جایگزینی نگرانی با اقدام عملی

مواجهه با افکار نگران‌کننده: کاهش اجتناب شناختی

آموزش آرام‌سازی: تن آرامی تدریجی، تنفس دیافراگمی، تمرین ذهن‌آگاهی

۲. درمان پذیرش و تعهد (ACT):

افزایش پذیرش اضطراب به جای کنترل آن

شفاف سازی ارزش ها و تعهد به عمل در جهت آنها، علیرغم اضطراب

۳. درمان مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT):

توجه بدون قضاوت به لحظه اکنون

کاهش اشتغال ذهنی به آینده

ب) دارودرمانی: ۱. خط اول:

SSRIها

نکات بالینی کلیدی:

بیماران معمولاً نگرانی را ویژگی شخصیت خود می دانند، نه مشکل روان شناختی

اغلب شکایات بدنی دارند (سردرد، درد عضلانی، اختلال خواب)

CBT و دارودرمانی در ترکیب، اثربخشی بیشتری دارند

نگرانی نقش اجتنابی دارد؛ درمان باید کمک کند فرد احساسات را تجربه کند، نه فقط سرکوب نماید

۶. مثال های بالینی مثال ۱:

زنی ۳۵ ساله، مادر دو کودک، مدام نگران مریض شدن بچه ها، تصادف همسر، یا بیکاری است. نمی تواند افکار را متوقف کند و همیشه خسته است. در جلسات CBT با تکنیک "زمان نگرانی"، بازسازی افکار و تن آرمی، توانست افکار را مدیریت کرده و سطح عملکرد روزمره اش را بهبود دهد.

مثال ۲:

دانشجوی ۲۷ ساله‌ای به دلیل نگرانی مداوم درباره‌ی آینده شغلی و نمرات درسی، دچار بی‌خوابی و تنش عضلانی شدید شده است. CBT همراه با آموزش حل مسئله و ذهن‌آگاهی باعث شد او بتدریج تمرکزش را بر حال حاضر تقویت کرده و اضطرابش کاهش یابد.

مثال ۳:

مرد ۴۵ ساله‌ای که مدیر یک شرکت است، می‌گوید ذهنش هیچ‌گاه آرام نیست؛ مدام نگران ضرر مالی یا بیماری است. درمانگر با ترکیب ACT و داروی اسیتالوپرام، به او کمک کرد اضطراب را بپذیرد و در عین حال بر اساس ارزش‌هایش عمل کند.

سوالات تستی:

سؤال ۱ مراجع ۳۲ ساله‌ای می‌گوید: «دائماً نگرانم که نکنه شغلم رو از دست بدم، بچه‌هام مریض بشن یا بلایی سرمون بیاد. حتی وقتی همه‌چی خوبه، مغزم آروم نمی‌گیره.» خوابش مختل شده و مدام عضلات گردنش گرفته است. محتمل‌ترین تشخیص چیست؟

(۱) اختلال وسواس فکری-عملی (OCD)

(۲) اختلال اضطراب اجتماعی

(۳) اختلال اضطراب فراگیر (GAD)

(۴) اختلال افسردگی اساسی با اضطراب همزمان

✓ پاسخ صحیح: (۳) اختلال اضطراب فراگیر (GAD)

◆ نکته: نگرانی مفرط، کنترل‌ناپذیر و مزمن درباره حوزه‌های مختلف زندگی، همراه با علائم جسمی (تنش عضلانی، بی‌قراری) از ویژگی‌های GAD است.

سؤال ۲. مراجع ۲۷ ساله‌ای عنوان می‌کند که از ماه‌ها پیش، به طور دائم نگران عملکرد شغلی و روابط خود است. می‌گوید: «هر اشتباهی، حتی کوچک، روزها ذهنم رو درگیر می‌کنه.» شب‌ها سخت به خواب می‌رود و تمرکزش کم شده. کدام راهبرد CBT مؤثرتر است؟

(۱) رویارویی با افکار وسواسی

(۲) ثبت افکار ناکارآمد و چالش شناختی

(۳) مواجهه تدریجی با موقعیت‌های اضطرابی

(۴) رفتاردرمانی متمرکز بر اجتناب اجتماعی

✓ پاسخ صحیح: (۲) ثبت افکار ناکارآمد و چالش شناختی

◆ نکته: در CBT برای GAD، تمرکز بر شناسایی و بازسازی افکار فاجعه‌انگازانه و اغراق‌آمیز درباره آینده کلیدی است.

سؤال ۳. زن ۳۵ ساله‌ای شکایت دارد که ذهنش مدام بین نگرانی برای شغل، فرزندان، روابط، و حتی اتفاقات تصادفی در نوسان است. او می‌گوید: «احساس می‌کنم هر چیزی ممکنه بد تموم بشه.» این الگوی نگرانی فراگیر به کدام ویژگی GAD اشاره دارد؟

(۱) محتوای وسواسی

(۲) تمرکز بر گذشته

(۳) گستردگی نگرانی

(۴) هذیان اضطرابی

✓ پاسخ صحیح: (۳) گستردگی نگرانی

◆ نکته: نگرانی‌های در GAD محدود به یک حوزه خاص نیستند؛ بلکه در زمینه‌های مختلف (سلامت، امور مالی، روابط، آینده) پراکنده‌اند.

سؤال ۴. مراجعی با اضطراب فراگیر از اینکه ممکن است فراموش کند ماشینش را قفل کند، بارها برمی گردد و بررسی می کند. اما خودش می گوید دلیل این کار، «احساس گناه» نیست، بلکه «ترس از اشتباه و فاجعه» است. این رفتارش بیشتر به کدام اختلال شباهت دارد و چگونه افتراق داده می شود؟

(۱) وسواس عملی - تمرکز بر اجبار

(۲) اضطراب اجتماعی - ترس از قضاوت

(۳) افسردگی - ناشی از بی ارزشی

(۴) GAD - نگرانی فراگیر و اجتناب ذهنی

✓ پاسخ صحیح: (۴) GAD - نگرانی فراگیر و اجتناب ذهنی

◆ نکته: در GAD، رفتارهای شبه اجباری ممکن است برای کاهش نگرانی انجام شوند، اما با انگیزه‌هایی متفاوت از OCD (تمرکز بیشتر بر پیامدهای احتمالی، نه رفع وسواس خاص).

سؤال ۵. مراجع ۲۳ ساله‌ای که اخیراً وارد دانشگاه شده، مدام نگران رد شدن در امتحانات، قطع رابطه با دوستان و بیماری اعضای خانواده است. علیرغم عملکرد خوب، افکار منفی‌اش پایان‌ناپذیرند. کدام الگوی شناختی دیده می شود؟

(۱) ذهن خوانی

(۲) تفکر همه یا هیچ

(۳) فاجعه سازی

(۴) قاعده گذاری سخت گیرانه

✓ پاسخ صحیح: (۳) فاجعه سازی

◆ نکته: در GAD، فاجعه سازی یکی از شایع ترین خطاهای شناختی است که به شکل نگرانی بی پایان درباره بدترین سناریوها بروز می کند.

سؤال ۶. مراجع ۳۰ ساله‌ای می‌گوید: «حتی وقتی همه چیز خوب پیش می‌ره، مغزم دنبال یه مشکل می‌گرده. انگار نمی‌تونه آروم بشینه.» وقتی از او خواسته می‌شود ۵ دقیقه سکوت کند، اضطرابش بالا می‌رود. این پاسخ نشان‌دهنده‌ی چیست؟

(۱) اجتناب رفتاری

(۲) تحمل پایین ابهام

(۳) رفتار وسواسی

(۴) افسردگی نهفته

✅ پاسخ صحیح: (۲) تحمل پایین ابهام

◆ نکته: یکی از ویژگی‌های کلیدی در GAD، تحمل پایین ابهام است؛ یعنی فرد نمی‌تواند شرایط نامشخص را تحمل کند و برای آن‌ها دائم سناریوسازی و نگرانی دارد.

اختلال اضطراب جدایی (Separation Anxiety Disorder):

اضطراب جدایی با ترس یا اضطراب شدید و نامتناسب نسبت به جدایی از افراد دلبسته (معمولاً والدین، مراقبان یا اعضای نزدیک خانواده) مشخص می‌شود. این اضطراب می‌تواند در کودکی، نوجوانی یا حتی بزرگسالی رخ دهد، اما شکل شایع آن در دوران کودکی مشاهده می‌شود.

۲. ملاک‌های تشخیصی (DSM-5-TR):

A. ترس یا اضطراب بیش‌ازحد و نامتناسب با سطح رشدی فرد، در مورد جدایی از کسانی که به آنها دلبستگی دارد، با حداقل ۳ مورد از موارد زیر، به مدت حداقل ۴ هفته در کودکان/نوجوانان و ۶ ماه در بزرگسالان:

ناراحتی شدید هنگام پیش‌بینی یا تجربه جدایی

نگرانی مفرط درباره‌ی از دست دادن افراد دلبسته یا آسیب دیدن آنها

نگرانی مفرط درباره‌ی رویدادی که منجر به جدایی شود (مثل گم شدن، دزدیده شدن)

بی‌میلی یا امتناع از بیرون رفتن، مدرسه رفتن، خانه ماندن بدون افراد دلبسته

ترس مفرط از تنها ماندن یا بدون افراد دلبسته بودن

بی‌میلی یا امتناع از خوابیدن در جای جدا از افراد دلبسته

کابوس‌های مکرر با مضمون جدایی

شکایات جسمی مکرر (مثل سردرد، دل‌درد) هنگام جدایی

B. این اضطراب با سطح رشدی فرد متناسب نیست.

C. باعث ناراحتی بالینی یا اختلال عملکرد اجتماعی، تحصیلی یا شغلی می‌شود.

D. با اختلال روانی دیگر (مانند ASD، سایکوز، agoraphobia) بهتر قابل توضیح نیست.

۳. تشخیص افتراقی:

فوبیای اجتماعی: ترس از ارزیابی شدن در جمع، نه جدایی

Agoraphobia: ترس از مکان‌های غیرقابل فرار

GAD: نگرانی گسترده، نه محدود به جدایی

اختلال افسردگی: امتناع از ترک خانه ممکن است با بی‌انگیزگی باشد، نه اضطراب جدایی

اختلال سلوک: غیبت از مدرسه به دلایل رفتاری، نه اضطراب

اختلال دلبستگی واکنشی: ناشی از کمبود مراقبت اولیه

۴. سبب‌شناسی:

عوامل زیستی: خلق اضطرابی، وراثت

دلبستگی ناایمن: به‌ویژه دلبستگی اضطرابی

تجارب جدایی زودهنگام یا از دست دادن واقعی

سبک فرزندپروری محافظت‌گر، اضطراب‌زا یا بیش‌درگیر

یادگیری مشاهده‌ای: الگوبرداری از والد مضطرب

تقویت رفتاری: توجه زیاد به شکایت‌ها یا امتناع کودک

۵. درمان :

بازسازی شناختی: کمک به کودک برای شناسایی افکار اضطرابی ("اگر مامان بره، ممکنه دیگه برنگرده") و جایگزینی افکار ایمن

آموزش مهارت‌های مقابله‌ای: تنفس، خودگویی مثبت، استفاده از برنامه‌ی رفتاری

سیستم پاداش: برای مواجهه موفق با موقعیت‌های جدایی

مواجهه تدریجی: از جدایی‌های کوتاه و کنترل‌شده شروع شده تا موقعیت‌های دشوارتر

درگیر کردن والدین: آموزش به والد برای حمایت بدون تقویت اضطراب، کاهش رفتارهای بیش‌حمایتی

۲. بازی درمانی (در کودکان خردسال):

بیان غیرکلامی اضطراب

پردازش ترس‌ها در فضای امن درمانی

۳. CBT برای بزرگسالان:

تکنیک‌های بازسازی شناختی

مواجهه تدریجی با موقعیت‌های جدایی

درمان باورهای اصلی درباره ناامنی و وابستگی افراطی

ب) دارودرمانی (در صورت شدت بالا یا عدم پاسخ به روان درمانی): در کودکان:

معمولاً محدود به موارد شدید

SSRIها

در بزرگسالان:

SSRIها: خط اول

نکات بالینی کلیدی:

شایع ترین علت امتناع از مدرسه در کودکان

در بزرگسالان، با احساس وابستگی شدید و عدم تحمل تنهایی همراه است.

ترس معمولاً متوجه خطر برای شخص دلبسته است، نه خود فرد.

در خانواده های اضطرابزا و بیش مراقب رشد می کند.

درمان زودهنگام مانع مزمن شدن اختلال می شود.

۶. مثال های بالینی

مثال ۱:

پسر ۸ ساله ای از مدرسه رفتن خودداری می کند و هنگام جدایی از مادر دچار تهوع، گریه و اضطراب شدید می شود. در درمان با CBT کودک و آموزش والدین، با کمک برنامه پاداش، مواجهه تدریجی و اصلاح افکار، طی ۵ هفته توانست بدون گریه وارد کلاس شود.

مثال ۲:

دختر ۱۹ ساله ای با شروع دانشگاه، از خوابگاه امتناع می کرد و تنها با مادرش احساس امنیت داشت. در جلسات CBT، افکار ناکارآمدش درباره ی تنها بودن بررسی شد، و با مواجهه تدریجی با تنهایی و استفاده از مهارت های آرام سازی، توانست در ترم دوم به تنهایی در خوابگاه بماند.

مثال ۳:

مرد ۳۵ ساله‌ای به دلیل اضطراب شدید هنگام سفر کاری از همسر و فرزندانش جدا نمی‌شد. در جلسات درمان شناختی رفتاری، باورهای وابستگی افراطی‌اش شناسایی و اصلاح شدند، و با مواجهه برنامه‌ریزی شده، اضطرابش کاهش یافت و توانست به سفرهای کاری برود.

سوالات تستی:

سؤال ۱. کودک ۹ ساله‌ای از چند ماه پیش هنگام رفتن به مدرسه گریه می‌کند، اصرار دارد والدینش همراه او بیایند، و از جدا شدن شدیداً می‌ترسد. در خانه نیز دائم به والدینش می‌چسبد و از خوابیدن تنها اجتناب می‌کند. محتمل‌ترین تشخیص چیست؟

(۱) اختلال اضطراب اجتماعی

(۲) اختلال اضطراب جدایی

(۳) فوبی خاص (مدرسه‌هراسی)

(۴) اختلال نافرمانی مقابله‌ای

✓ پاسخ صحیح: (۲) اختلال اضطراب جدایی

◆ نکته: ترس افراطی و مداوم از جدا شدن از والدین، همراه با علائم عاطفی و رفتاری شدید، مشخصه‌ی اصلی این اختلال است.

سؤال ۲. مادر کودکی ۸ ساله گزارش می‌دهد: «فرزندم موقع مدرسه رفتن حالت تهوع می‌گیرد و می‌گه ممکنه من تصادف کنم یا بمیرم.» این نگرانی بیش از ۴ ماه طول کشیده است. این نگرانی کدام ویژگی GAD را رد می‌کند و به تشخیص اضطراب جدایی کمک می‌کند؟

(۱) فراگیر بودن نگرانی‌ها

(۲) تمرکز بر مسائل آینده

۳) نگرانی متمرکز بر جدایی

۴) وجود علائم جسمی

✓ پاسخ صحیح: ۳) نگرانی متمرکز بر جدایی

◆ نکته: در اضطراب جدایی، نگرانی عمدتاً درباره‌ی آسیب دیدن یا از دست دادن افراد دلبسته است؛ برخلاف GAD که نگرانی‌های متنوع‌تری دارد.

سؤال ۳. نوجوانی ۱۴ ساله در مراجعه می‌گوید: «نمی‌خوام شب جایی جز خونه بخوابم، چون نگرانم اتفاقی برای مامانم بیفته.» عملکرد تحصیلی‌اش به دلیل غیبت‌های مکرر افت کرده است. برای تشخیص اختلال اضطراب جدایی، کدام معیار DSM باید وجود داشته باشد؟

۱) تظاهرات رفتاری در موقعیت‌های جمعی

۲) حداقل ۳ علامت مرتبط با جدایی

۳) اجتناب از تماس فیزیکی

۴) هذیان یا توهم درباره خطر

✓ پاسخ صحیح: ۲) حداقل ۳ علامت مرتبط با جدایی

◆ نکته: DSM-5 می‌گوید برای تشخیص این اختلال باید حداقل سه علامت روان‌شناختی یا رفتاری مرتبط با جدایی به مدت حداقل ۴ هفته در کودکان یا ۶ ماه در بزرگسالان وجود داشته باشد.

سؤال ۴. کودکی ۱۰ ساله از مدرسه فرار می‌کند و می‌گوید: «فکر می‌کنم مامانم مریض شده یا تصادف کرده.» بررسی نشان می‌دهد این افکار هر روز تکرار می‌شوند و او مدام با مادرش تماس می‌گیرد. این رفتار با کدام ویژگی اختلال اضطراب جدایی تطابق دارد؟

۱) ذهن‌خوانی

۲) اشتغال ذهنی با فقدان

(۳) وسواس فکری درباره آینده

(۴) مقاومت منفعلانه

✓ پاسخ صحیح: (۲) اشتغال ذهنی با فقدان

◆ نکته: نگرانی‌های وسواسی درباره آسیب دیدن یا از دست رفتن افراد دلبسته، از شاخص‌ترین علائم در این اختلال است.

سؤال ۵. دختر بچه‌ای ۷ ساله که سابقاً بدون مشکل به مدرسه می‌رفت، پس از بستری شدن مادرش به شدت وابسته شده و دیگر حاضر به جدا شدن از او نیست. شب‌ها کابوس‌هایی درباره «ترک شدن» دارد. کدام عامل روان‌شناختی در سبب‌شناسی اختلال دخیل است؟

(۱) خودپنداره منفی

(۲) استرس زیستی-خانوادگی

(۳) انتظارات بالا از خود

(۴) رفتارهای وسواسی

✓ پاسخ صحیح: (۲) استرس زیستی-خانوادگی

◆ نکته: رویدادهای استرس‌زا، مانند بیماری والد یا مرگ یکی از نزدیکان، از عوامل مستعدکننده مهم در بروز اضطراب جدایی هستند.

سؤال ۶. پسر ۱۱ ساله‌ای برای درمان اضطراب جدایی مراجعه کرده است. کدام رویکرد روان‌درمانی رفتاری-شناختی در مراحل ابتدایی درمان مؤثرتر است؟

(۱) مواجهه با ترس‌ها به صورت غیردرجی

(۲) افزایش تفکر انتقادی نسبت به والد

۳) طراحی تدریجی برنامه جدایی همراه با تقویت مثبت

۴) اجتناب از مواجهه و تمرکز صرف بر ذهن آگاهی

✓ پاسخ صحیح: ۳) طراحی تدریجی برنامه جدایی همراه با تقویت مثبت

◆ نکته: در CBT برای اضطراب جدایی، مواجهه تدریجی با موقعیت‌های جداسازی والد، همراه با تقویت مثبت، مؤثرترین رویکرد درمانی است.

اختلال آگورافوبیا (Agoraphobia):

آگورافوبیا ترسی شدید و پایدار از حضور در مکان‌ها یا موقعیت‌هایی است که فرار از آن‌ها ممکن است دشوار یا شرم‌آور باشد یا در صورت بروز علائم وحشت، دسترسی به کمک سخت باشد. این ترس معمولاً منجر به اجتناب از موقعیت‌ها یا تنها بیرون رفتن می‌شود و ممکن است به ناتوانی شدید در عملکرد منجر گردد.

۲. ملاک‌های تشخیصی (DSM-5-TR):

A. ترس یا اضطراب شدید درباره‌ی حداقل ۲ مورد از ۵ موقعیت زیر:

استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی (مثل اتوبوس، قطار، هواپیما)

بودن در فضاهای باز (مثل پارک، پل، بازار)

بودن در فضاهای بسته (مثل مغازه، سینما، آسانسور)

ایستادن در صف یا بودن در جمعیت

تنها خارج شدن از خانه

B. فرد از این موقعیت‌ها به دلیل نگرانی از اینکه فرار سخت باشد یا کمک در دسترس نباشد، اجتناب می‌کند.

C. این موقعیت‌ها تقریباً همیشه باعث ترس یا اضطراب می‌شوند.

D. فرد فعالانه از آن‌ها اجتناب می‌کند، یا تنها با همراهی دیگران وارد می‌شود، یا با اضطراب شدید تحمل می‌کند.

E. ترس یا اجتناب نامتناسب با خطر واقعی است.

F. ترس/اجتناب به‌طور معمول ۶ ماه یا بیشتر ادامه دارد.

G. موجب ناراحتی بالینی یا اختلال عملکرد می‌شود.

H. در صورت وجود اختلال طبی دیگر (مثلاً بیماری کرون)، ترس باید آشکارا بیش از حد باشد.

I. این ترس با اختلالات دیگر (مثل فوبیای خاص، اضطراب اجتماعی، وسواس، PTSD یا پانیک) بهتر توضیح داده نمی‌شود.

۳. تشخیص افتراقی:

اختلال پانیک با آگورافوبیا: پانیک همراه با اجتناب از مکان‌ها

فوبیای خاص: ترس محدود به یک شی یا موقعیت خاص

اضطراب اجتماعی: ترس از ارزیابی شدن در موقعیت‌های اجتماعی

PTSD: اجتناب به دنبال تجربه تروما

اختلال اضطراب جدایی: اجتناب به خاطر دور شدن از فرد دلبسته

۴. سبب شناسی:

ژنتیک: سابقه خانوادگی اضطراب یا پانیک

پیش‌زمینه‌ی حملات پانیک: حملات اولیه ممکن است به اجتناب منجر شوند

شرطی‌سازی: ارتباط موقعیت‌ها با علائم اضطراب

باورهای ناکارآمد: مثل «اگه اونجا باشم و حالم بد بشه، کسی کمک نمی‌کنه»

تجارب زندگی: مانند مرگ ناگهانی، تصادف یا بحران در مکان عمومی

رفتارهای اجتنابی تقویت شده توسط تسکین اضطراب

۵. درمان (جزئیات و نکات کلیدی) الف) روان درمانی – درمان انتخابی و خط اول ۱. درمان شناختی- رفتاری (CBT):

بازسازی شناختی: اصلاح افکار تحریف شده درباره‌ی خطر موقعیت‌ها

آموزش کنترل علائم: تنفس آهسته، آرام سازی عضلانی

مواجهه تدریجی: ورود برنامه ریزی شده به موقعیت های ترسناک (مثلاً اول رفتن تا دم در، بعد سوپرمارکت نزدیک، سپس مترو)

حذف رفتارهای ایمنی: مثل نرفتن بدون همراه یا حمل قرص اضطرابی

نظارت بر پیشرفت: ثبت شدت اضطراب، میزان مواجهه

۲. درمان پذیرش و تعهد (ACT):

پذیرش علائم فیزیکی اضطراب

اقدام در جهت ارزش‌ها با وجود ترس

نکات بالینی کلیدی:

بسیاری از بیماران ابتدا به دلیل شکایت‌های جسمی (تنگی نفس، سرگیجه) مراجعه می‌کنند

اجتناب از مکان‌ها تدریجاً گسترش می‌یابد؛ ممکن است فرد خانه‌نشین شود

مواجهه درمانی مؤثرترین جزء درمان است

وابستگی به همراه، رفتار ایمنی رایج است و باید هدف درمان قرار گیرد

آگورافوبیا بدون حملات پانیک نیز ممکن است رخ دهد

۶. مثال‌های بالینی مثال ۱:

زن ۳۰ ساله‌ای که از سوار شدن به مترو و اتوبوس خودداری می‌کند و تنها با همسرش بیرون می‌رود. در CBT، با بازسازی افکار فاجعه‌ساز و مواجهه تدریجی (اول تاکسی، سپس مترو در ساعات خلوت)، توانست مستقل در شهر تردد کند.

مثال ۲: مرد ۴۵ ساله‌ای، مدیر فروش، که به دلیل حمله پانیک هنگام رانندگی، از رفتن به جلسات بیرون شهر اجتناب می‌کرد. در درمان شناختی-رفتاری، تکنیک‌های تنفس، مواجهه با رانندگی تدریجی و حذف رفتارهای ایمنی، موجب بازگشت به فعالیت حرفه‌ای شد.

مثال ۳: دانشجوی ۲۳ ساله‌ای که پس از یک حمله پانیک در مرکز خرید، دیگر تنها بیرون نمی‌رفت. در درمان ACT با پذیرش اضطراب و تمرکز بر ارزش استقلال، توانست با اضطراب حضور در مکان‌های عمومی را تحمل کند و به دانشگاه بازگردد.

سوالات تستی:

سؤال ۱. زن ۳۴ ساله‌ای گزارش می‌دهد که از چند ماه پیش، از خروج از خانه به تنهایی می‌ترسد و اغلب برای خرید یا رفتن به مکان‌های عمومی همراه با یکی از اعضای خانواده می‌رود. این ترس باعث شده فعالیت‌های روزمره‌اش محدود شود. تشخیص محتمل چیست؟

(۱) اختلال اضطراب اجتماعی

(۲) اختلال اضطراب فراگیر

(۳) آگورافوبیا

(۴) فوبیای خاص

✓ پاسخ صحیح: (۳) آگورافوبیا

◆ نکته: ترس یا اجتناب از مکان‌ها یا موقعیت‌هایی که فرار از آن‌ها دشوار است یا در صورت وقوع حمله اضطرابی کمک گرفتن ممکن نباشد، مشخصه آگورافوبیاست.

سؤال ۲. مراجعی ۲۸ ساله می گوید: «از ترس اینکه وسط خیابان حمله اضطرابی پیدا کنم و کسی کمک نکند، ترجیح می دهم خانه را ترک نکنم.» او از موقعیت هایی مانند مترو، پل های عابر پیاده و فروشگاه ها اجتناب می کند. این اجتناب ها به کدام ویژگی آگورافوبیا اشاره دارند؟

(۱) ترس از ارزیابی منفی

(۲) ترس از مکان های باز یا بسته و موقعیت های خاص

(۳) ترس از شرایط اجتماعی

(۴) ترس از موقعیت های خاص مانند حیوانات یا ارتفاع

✓ پاسخ صحیح: (۲) ترس از مکان های باز یا بسته و موقعیت های خاص

◆ نکته: در آگورافوبیا، فرد از موقعیت هایی که ممکن است فرار از آن ها دشوار باشد، اجتناب می کند؛ این شامل مکان های باز، بسته، حمل و نقل عمومی و جمعیت است.

سؤال ۳. آقای ۴۰ ساله پس از یک حمله پانیک شدید، شروع به اجتناب از حضور در مکان های عمومی کرده و برای چند هفته از خانه خارج نشده است. تشخیص دقیق تر چیست؟

(۱) اختلال پانیک بدون آگورافوبیا

(۲) اختلال پانیک با آگورافوبیا

(۳) اختلال اضطراب اجتماعی

(۴) اختلال وسواس فکری-عملی

✓ پاسخ صحیح: (۲) اختلال پانیک با آگورافوبیا

◆ نکته: وقتی حملات پانیک باعث اجتناب از موقعیت‌های خاص می‌شود، تشخیص اختلال پانیک با آگورافوبیا مطرح است.

سؤال ۴. مراجع ۳۲ ساله‌ای به دلیل ترس از اینکه در محل‌های شلوغ دچار حمله اضطرابی شود، از رفتن به سینما، بازار و رستوران اجتناب می‌کند. این رفتار اجتنابی چه تأثیری روی کیفیت زندگی او دارد؟

(۱) بهبود روابط اجتماعی

(۲) افزایش استقلال و خودکنترلی

(۳) کاهش عملکرد اجتماعی و محدود شدن فعالیت‌های روزانه

(۴) تقویت توانایی مواجهه با ترس‌ها

✓ پاسخ صحیح: (۳) کاهش عملکرد اجتماعی و محدود شدن فعالیت‌های روزانه

◆ نکته: اجتناب مکرر از موقعیت‌های مورد ترس، منجر به محدودیت در عملکرد اجتماعی، شغلی و زندگی روزمره می‌شود.

سؤال ۵. زن ۲۹ ساله‌ای می‌گوید: «حتی فکر کردن به رفتن به مراکز خرید و ایستگاه‌های مترو باعث می‌شود قلبم تندتر بزند و دچار استرس شوم.» این واکنش چه نوع پاسخ اضطرابی است؟

(۱) پاسخ وسواسی

(۲) پاسخ فوبیک و هراس‌گونه

(۳) پاسخ افسردگی

(۴) پاسخ اجتنابی آگاهانه

✓ پاسخ صحیح: (۲) پاسخ فوبیک و هراس‌گونه

◆ نکته: آگورافوبیا به عنوان یک فوبیای موقعیتی، شامل ترس و اضطراب شدید و پاسخ هراس گونه نسبت به موقعیت های خاص است.

سؤال ۶. مراجعی که مبتلا به آگورافوبیا است، برای شروع درمان به روان شناس مراجعه می کند. کدام روش روان درمانی به عنوان اولین گام در درمان این اختلال پیشنهاد می شود؟

(۱) مواجهه تدریجی و درمان شناختی-رفتاری (CBT)

(۲) روان درمانی حمایتی صرف

(۳) درمان روان پویشی

(۴) اجتناب از موقعیت های اضطراب آور

✓ پاسخ صحیح: (۱) مواجهه تدریجی و درمان شناختی-رفتاری (CBT)

◆ نکته: مواجهه تدریجی تحت هدایت درمانگر همراه با تکنیک های شناختی-رفتاری، موثرترین درمان برای آگورافوبیاست.

اختلال وسواسی-اجباری (Obsessive-Compulsive Disorder - OCD):

OCD با حضور افکار، تصاویر یا تکانه‌های مزاحم، ناخواسته و تکرارشونده (وسواس‌ها) و/یا اعمال ذهنی یا رفتاری تکراری (اجبارها) مشخص می‌شود که فرد برای کاهش اضطراب یا پیشگیری از یک رویداد ناخوشایند آن‌ها را انجام می‌دهد. این اختلال معمولاً موجب ناراحتی شدید یا اختلال عملکرد می‌شود.

۲. ملاک‌های تشخیصی (DSM-5-TR):

A. وسواس‌ها، اجبارها، یا هر دو:

وسواس‌ها:

۱. افکار، تصاویر یا تکانه‌های تکراری و مزاحم که ناخواسته هستند و اضطراب ایجاد می‌کنند.

۲. فرد تلاش می‌کند آن‌ها را نادیده بگیرد یا با فکر/عمل دیگر خنثی کند.

اجبارها:

۱. رفتارها (مثل شستن دست) یا اعمال ذهنی (مثل شمردن) تکراری که فرد احساس می‌کند باید طبق قواعد خاص انجام دهد.

۲. هدف کاهش اضطراب یا پیشگیری از رخداد ناخوشایند است، اما این اعمال با واقعیت ارتباط منطقی ندارند یا افراطی‌اند.

B. این وسواس‌ها یا اجبارها وقت گیر هستند (بیش از یک ساعت در روز) یا موجب ناراحتی یا اختلال عملکرد می‌شوند.

C. علائم ناشی از مواد یا بیماری جسمی نیستند.

D. با اختلال روانی دیگر بهتر توضیح داده نمی شوند (مثلاً اضطراب در GAD یا افکار بدنی در اختلال بدشکلی بدن).

۳. تشخیص افتراقی:

وسواس فکری عملی اختلال شخصیت (OCPD): بدون اضطراب یا اجبار، شامل کمال گرایی مزمن

فوبیاهای اجتناب مشخص، بدون اجبار

سایکوز: افکار وسواسی در OCD همراه با بصیرت باقی می ماند، اما هذیانها در روان پریشی، محتوایی ثابت و بی بصیرت دارند

اختلال بدشکلی بدن: وسواسها درباره ظاهر بدن هستند

اختلال توره/تیک: حرکات یا صداهای غیرارادی و ناگهانی، نه هدفمند برای کاهش اضطراب

اختلال خوردن: نگرانی درباره وزن/اندام انگیزه‌ی اعمال است، نه وسواس غیرمرتبط

۴. سبب شناسی:

ژنتیک: وراثت بالا - به ویژه در بستگان درجه یک

عوامل نوروبیولوژیک: اختلال در مدارهای اوربیتوفرونتال-گنگلیون بازال

عدم تعادل سروتونین

عوامل روان شناختی: افکار فاجعه ساز، مسئولیت پذیری افراطی، کنترل افکار، خرافه گرایی

یادگیری: شرطی سازی کلاسیک (وسواس) + تقویت منفی (اجبارها اضطراب را کاهش می دهند)

تجارب استرس زا یا ناگهانی: گاهی محرک اولیه اختلال

۵. درمان :

خط اول درمان ۱. درمان شناختی-رفتاری با رویکرد ERP (مواجهه و جلوگیری از پاسخ):

مواجهه تدریجی با محرک وسواس: بدون انجام اجبار

جلوگیری از پاسخ (Response Prevention): مثلاً دست نزدن به صابون پس از تماس با جسم آلوده

بازسازی شناختی: شناسایی باورهای ناکارآمد (مثل: "اگر دستمو نشورم، مادرم مریض می شه")

ساختن سلسله مراتب اضطراب و مواجهه تدریجی

مؤثرترین درمان غیر دارویی، با پشتوانه پژوهشی قوی

۲. درمان متعهدانه‌پذیرا (ACT):

آموزش پذیرش افکار مزاحم

زندگی در راستای ارزش‌ها، نه اجبار برای رهایی از اضطراب

۳. درمان‌های مکمل: مانند آموزش ذهن‌آگاهی (Mindfulness)

نکات بالینی کلیدی:

بصیرت بیمار ممکن است متفاوت باشد (خوب، ضعیف، یا غایب) – در نسخه DSM-5 مشخص می‌شود

علائم ممکن است مزمن، اما نوسان‌دار باشند

اجبارها اضطراب را کاهش می‌دهند (تقویت منفی)

شایع‌ترین تم‌ها: آلودگی، تقارن، آسیب‌رسانی، جنسی، مذهبی

مقاومت در برابر افکار وسواسی از نشانه‌های کلیدی است

ERP مؤثرتر از درمان صرفاً شناختی است

۶. مثال‌های بالینی مثال ۱:

دانشجوی ۲۵ ساله‌ای با وسواس آلودگی، روزانه بیش از ۲ ساعت صرف شستن دست‌ها می‌کرد. در ERP، با تماس با سطح "آلوده" و امتناع از شستشو، طی چند هفته اضطراب کاهش یافت و زمان شستشو به کمتر از ۳۰ دقیقه رسید.

مثال ۲: مرد ۴۰ ساله‌ای با افکار مزاحم مذهبی (مثلاً "اگر نماز اشتباه بخونم، گناه کبیره کردم") دچار اجبار به تکرار طولانی دعا شده بود. در CBT با بازسازی باورهای افراطی و مواجهه با ناقص خواندن نماز، توانست وسواس را کاهش دهد.

مثال ۳: زن ۳۲ ساله‌ای وسواس بررسی داشت و هر شب چندین بار شیر گاز، در و برق را چک می‌کرد. در ERP با جلوگیری از بازبینی و ثبت اضطراب، بعد از ۸ جلسه توانست بدون بررسی شب را سپری کند.

سوالات تستی:

سؤال ۱. زن ۲۵ ساله‌ای مراجعه کرده که مدام نگران است اگر دست‌هایش را به طور کامل نشوید، ممکن است دچار بیماری‌های جدی شود و بنابراین ساعت‌ها دستشویی می‌ماند. این نگرانی و رفتار تکراری، با کدام ویژگی OCD هم‌خوانی دارد؟

(۱) هذیان‌های وابستگی

(۲) وسواس‌های فکری و رفتارهای اجباری

(۳) ترس‌های اجتماعی

(۴) علائم افسردگی

✓ پاسخ صحیح: (۲) وسواس‌های فکری و رفتارهای اجباری

◆ نکته: وسواس‌ها، افکار مزاحم و تکراری هستند که باعث اضطراب می‌شوند و رفتارهای اجباری به منظور کاهش این اضطراب انجام می‌شوند.

سؤال ۲. مرد ۳۵ ساله‌ای اظهار می‌کند که هر بار قبل از خروج از خانه باید چندین بار کلیدهای خود را بررسی کند تا مطمئن شود در را قفل کرده است، در غیر این صورت دچار اضطراب شدید می‌شود. این رفتار در کدام دسته‌بندی علائم قرار می‌گیرد؟

(۱) اجتناب از موقعیت‌های اضطرابی

(۲) رفتارهای اجباری (Compulsions)

(۳) هذیان‌های اضطرابی

(۴) حملات پانیک

✓ پاسخ صحیح: (۲) رفتارهای اجباری (Compulsions)

◆ نکته: رفتارهای تکراری یا ذهنی که فرد احساس می‌کند مجبور به انجام آنها برای کاهش اضطراب است، رفتارهای اجباری نامیده می‌شوند.

سؤال ۳. دختری ۱۹ ساله به روان‌شناس مراجعه می‌کند و می‌گوید: «مدام نگرانم اگر وسایل خانه کج گذاشته شوند، بلا سرمان می‌آید.» او برای مرتب کردن وسایل بارها به صورت مکرر وقت صرف می‌کند. این نگرانی مربوط به کدام بخش OCD است؟

(۱) وسواس‌های فکری مربوط به ترتیب و تقارن

(۲) هذیان‌های کنترل ذهن

(۳) وسواس‌های مربوط به پاکیزگی

(۴) اضطراب اجتماعی

✓ پاسخ صحیح: (۱) وسواس‌های فکری مربوط به ترتیب و تقارن

◆ نکته: وسواس‌های مربوط به ترتیب، تقارن و کامل بودن یکی از رایج‌ترین انواع وسواس‌های فکری است.

سؤال ۴. مرد ۲۸ ساله‌ای به دلیل ترس از آلودگی و ویروس‌ها، چندین بار در روز دستانش را می‌شوید و نمی‌تواند این رفتار را کنترل کند، به حدی که در زندگی روزمره‌اش اختلال ایجاد شده است. این وضعیت به کدام شرط DSM-5 برای OCD مربوط می‌شود؟

(۱) علائم بیش از ۶ ماه باید دوام داشته باشند

(۲) وسواس و اجباری باید به صورت دوره‌ای ظاهر شوند

(۳) رفتارها باید کمتر از یک ماه طول بکشند

(۴) فرد باید هذیان هم داشته باشد

✓ پاسخ صحیح: (۱) علائم بیش از ۶ ماه باید دوام داشته باشند

◆ نکته: برای تشخیص OCD، علائم باید حداقل به مدت ۶ ماه پایدار باشند و باعث ناراحتی یا اختلال قابل توجه شوند.

سؤال ۵. زن ۳۰ ساله‌ای می‌گوید: «اگر لحظه‌ای افکار آزاردهنده درباره آسیب زدن به دیگران را متوقف نکنم، احساس گناه شدیدی می‌کنم و مجبورم رفتارهای خاصی انجام دهم تا آرام شوم.» این الگوی فکری و رفتاری با کدام مفهوم مرتبط است؟

(۱) وسواس‌های عملی (پرخاشگری)

(۲) هذیان‌های آزاردهنده

(۳) اختلال شخصیت مرزی

(۴) اختلال اضطراب اجتماعی

✓ پاسخ صحیح: (۱) وسواس‌های عملی (پرخاشگری)

◆ نکته: وسواس‌های عملی شامل افکار یا تصاویر آزاردهنده و ناخواسته‌اند که باعث اضطراب می‌شوند و فرد برای کاهش آن‌ها رفتارهای اجباری انجام می‌دهد.

سؤال ۶. در مراجع مبتلا به OCD، کدام رویکرد روان‌درمانی بیشترین اثربخشی را دارد؟

(۱) مواجهه با جلوگیری از پاسخ (ERP) در چارچوب درمان شناختی-رفتاری

(۲) روان‌درمانی حمایتی صرف

(۳) درمان تحلیلی روان‌پویشی

(۴) درمان اجتنابی

✓ پاسخ صحیح: (۱) مواجهه با جلوگیری از پاسخ (ERP) در چارچوب درمان شناختی-رفتاری

◆ نکته: مواجهه با جلوگیری از پاسخ موثرترین روش درمان روان‌شناختی برای OCD است.

۲. ملاک‌های تشخیصی (DSM-5-TR):

A. مواجهه با تروما (واقعی یا تهدید به مرگ، آسیب جدی یا خشونت جنسی)، به یکی از چهار روش:

۱. تجربه مستقیم

۲. شاهد بودن

۳. شنیدن درباره‌ی تروما برای نزدیکان

۴. مواجهه مکرر با جزئیات آزاردهنده (مثلاً امدادگران)

B. حضور حداقل یک علامت از تجربه‌ی مجدد (Intrusion):

خاطرات مزاحم، کابوس، فلش‌بک، پریشانی شدید یا واکنش فیزیولوژیک هنگام یادآوری

C. حداقل یک نشانه‌ی اجتنابی:

اجتناب از خاطرات، افکار یا احساسات مربوط به تروما

اجتناب از محرک‌های بیرونی (مکان، افراد، فعالیت‌ها)

D. حداقل دو مورد تغییر منفی شناختی یا خلقی:

فراموشی جنبه‌های تروما

باورهای منفی مداوم (مثلاً: «دنیا جای خطرناکی است»)

سرزنش خود یا دیگران

کاهش علاقه، احساس بیگانگی، ناتوانی در احساسات مثبت

E. حداقل دو مورد برانگیختگی و واکنش‌پذیری:

تحریک پذیری، رفتارهای پرخاشگرانه

رفتارهای خود تخریبی

گوش به زنگی شدید، پاسخ اغراق آمیز به وحشت

مشکلات تمرکز یا خواب

F. مدت بیش از یک ماه

G. موجب ناراحتی یا اختلال عملکرد

H. ناشی از مواد یا بیماری جسمی نیست

۳. تشخیص افتراقی:

اختلال استرس حاد (ASD): علائم کمتر از یک ماه

اختلال افسردگی: فقدان تجربه ی تروما و تجربه مجدد

اختلالات روان پریشی: فلش بک های PTSD با بصیرت اند، نه هذیان

OCD: افکار مزاحم برخاسته از تروما نیستند

اختلال شخصیت مرزی: نوسانات خلقی و واکنش به ترک شدگی، نه تروما

۴. سبب شناسی:

تجربه مستقیم تروما: جنگ، تجاوز، تصادف، بلایای طبیعی

شدت، تکرار و نوع تروما

حمایت اجتماعی پایین پس از تروما

عوامل شناختی: تفسیر منفی تروما، احساس گناه یا شرم

سیستم عصبی: بیش فعالی محور HPA و آمیگدالا

پیش زمینه‌ی اضطراب، افسردگی یا سوء مصرف مواد

جنسیت: شیوع در زنان بیشتر است

۵. درمان :

خط اول ۱. درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما (TF-CBT):

بازسازی شناختی: کار با باورهای منفی درباره‌ی ایمنی، گناه، اعتماد

مواجهه‌ی روایی (Narrative Exposure): بازسازی و سازماندهی خاطرات

مواجهه در تخیل و در زندگی واقعی (Imaginal + In Vivo Exposure): برای کاهش پرهیز

تنظیم هیجان، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای

۲. درمان پردازش شناختی (CPT):

شناسایی و به چالش کشیدن باورهای ناکارآمد مثل "من مقصر بودم"

۳. حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم (EMDR):

تکنیکی مبتنی بر مواجهه با خاطرات همراه با تحریک دوطرفه (حرکات چشم، ضربه ملایم)

به کاهش ناراحتی هیجانی و سازماندهی شناختی خاطره کمک می‌کند

۴. ACT و ذهن‌آگاهی:

کمک به پذیرش علائم و کاهش اجتناب تجربی

نکات بالینی کلیدی:

شروع علائم ممکن است بلافاصله یا تأخیری باشد

اجتناب تجربه‌ی مرکزی اختلال است و درمان را پیچیده می‌کند

بصیرت بیمار به بازتجربه‌ها وجود دارد

PTSD پیچیده (Complex PTSD): در تروماهای مزمن مانند کودک‌آزاری، نیاز به درمان طولانی‌تر دارد

مواجهه‌ی تدریجی با خاطرات و محرک‌های تروما مؤثرترین روش است

۶. مثال‌های بالینی مثال ۱:

پرستار ۳۵ ساله‌ای که پس از حادثه تصادف رانندگی شدید، با هر صدای ترمز شدید دچار فلش‌بک می‌شود. در درمان CBT با مواجهه‌ی خیالی با خاطره و بازسازی شناختی («من نمی‌تونستم جلوی تصادف رو بگیرم»)، علائم بهبود یافت.

مثال ۲:

دختر ۲۲ ساله‌ای پس از تجاوز جنسی، از خروج از خانه خودداری می‌کرد و کابوس‌های شبانه داشت. با EMDR و سپس تقویت مهارت‌های مقابله‌ای، توانست بازگشت به دانشگاه را تجربه کند.

مثال ۳:

سرباز سابق جنگ که با شنیدن صدای ترقه دچار حملات وحشت‌زدگی و فلش‌بک می‌شد. درمان با TF-CBT همراه با آموزش تنفس دیافراگمی، کاهش قابل توجه علائم به دنبال داشت.

سوالات تستی :

سؤال ۱. زن ۳۰ ساله‌ای که به تازگی از تصادف شدید رانندگی نجات یافته، از شب‌ها کابوس‌های مکرر و تصاویر ناگهانی حادثه رنج می‌برد و تلاش می‌کند از همه چیزهایی که یادآور تصادف است اجتناب کند. این نشانه‌ها بیشتر به کدام معیار PTSD اشاره دارند؟

(۱) اجتناب از محرک‌های مرتبط با حادثه

(۲) نشانه‌های هیجان‌زدگی

(۳) اختلال در حافظه

(۴) بی‌تفاوتی هیجانی

✓ پاسخ صحیح: (۱) اجتناب از محرک‌های مرتبط با حادثه

◆ نکته: اجتناب فعال از هر چیزی که یادآور حادثه تلخ است یکی از نشانه‌های مهم PTSD است.

سؤال ۲. مرد ۴۲ ساله‌ای بعد از مشاهده یک حادثه خشونت‌آمیز در محل کار، دچار بی‌خوابی، تحریک‌پذیری و تمرکز ضعیف شده است. این نشانه‌ها کدام بخش از علائم PTSD را نشان می‌دهند؟

(۱) نشانه‌های بازگشت به گذشته

(۲) اختلال در خلق

(۳) نشانه‌های هیجان‌زدگی و برانگیختگی

(۴) اجتناب از محرک‌ها

✓ پاسخ صحیح: (۳) نشانه‌های هیجان‌زدگی و برانگیختگی

◆ نکته: تحریک‌پذیری، بی‌خوابی و تمرکز ضعیف، از نشانه‌های برجسته هیجان‌زدگی و برانگیختگی PTSD هستند.

سؤال ۳. زن ۲۵ ساله‌ای که قربانی تجاوز جنسی شده است، احساس می‌کند احساساتش نسبت به اطرافیان سرد و بی تفاوت شده است و دیگر از فعالیت‌هایی که قبلاً دوست داشت لذت نمی‌برد. این تغییر در کدام حوزه PTSD قرار می‌گیرد؟

(۱) اجتناب از محرک‌ها

(۲) کاهش واکنش هیجانی و ناپیوستگی خلق

(۳) نشانه‌های بازگشت به گذشته

(۴) اختلال خواب

✓ پاسخ صحیح: (۲) کاهش واکنش هیجانی و ناپیوستگی خلق

◆ نکته: بی‌علاقگی و بی‌تفاوتی نسبت به فعالیت‌ها و افراد از علائم اختلال در خلق PTSD است.

سؤال ۴. مراجعی ۳۵ ساله پس از تجربه یک سانحه انفجار، بارها تصویر صحنه را به صورت ناگهانی و غیرارادی در ذهن خود می‌بیند و این تصاویر باعث اضطراب شدیدش می‌شوند. این نشانه تحت کدام طبقه‌بندی قرار می‌گیرد؟

(۱) خاطرات مزاحم

(۲) هذیان‌های اضطرابی

(۳) وسواس‌های عملی

(۴) بی‌خوابی اولیه

✓ پاسخ صحیح: (۱) خاطرات مزاحم

◆ نکته: خاطرات ناخواسته و مزاحم که بارها به ذهن فرد بازمی‌گردد، از مشخصه‌های PTSD است.

سؤال ۵. آقای ۴۰ ساله پس از سانحه رانندگی، دچار ترس شدید از رانندگی شده و از این وضعیت اجتناب می‌کند. این واکنش چگونه در تشخیص PTSD نقش دارد؟

(۱) نشانه‌ای از اجتناب و فرار از محرک‌ها

(۲) نشانگر اختلال هراس ساده

(۳) علامت افسردگی پس از حادثه

(۴) نشان‌دهنده ترس اجتماعی

✓ پاسخ صحیح: (۱) نشانه‌ای از اجتناب و فرار از محرک‌ها

◆ نکته: اجتناب از موقعیت‌هایی که یادآور حادثه هستند، جزو معیارهای تشخیصی PTSD است.

سؤال ۶. کدام یک از موارد زیر به عنوان یک راهکار مؤثر روان‌درمانی برای درمان PTSD شناخته می‌شود؟

(۱) درمان شناختی-رفتاری (CBT) با تمرکز بر مواجهه با خاطرات و محرک‌ها

(۲) روان‌درمانی حمایتی صرف

(۳) اجتناب کامل از محرک‌های اضطرابی

(۴) درمان تحلیلی بدون مواجهه

✓ پاسخ صحیح: (۱) درمان شناختی-رفتاری (CBT) با تمرکز بر مواجهه با خاطرات و محرک‌ها

◆ نکته: CBT با تکنیک مواجهه منظم و هدفمند، درمان مؤثر PTSD محسوب می‌شود.

اختلال استرس حاد (Acute Stress Disorder - ASD)

اختلال استرس حاد واکنشی کوتاه مدت و شدید به یک رویداد آسیب‌زا است که در طی چند روز تا چهار هفته پس از تروما بروز می‌کند. این اختلال شامل نشانه‌هایی مشابه با PTSD است، اما تفاوت اصلی در مدت زمان علائم و گاه شدت ابتدایی واکنش است.

۲. ملاک‌های تشخیصی (DSM-5-TR):

A. فرد در معرض تجربه یا مواجهه مستقیم با یک تروما قرار گرفته است (مانند PTSD):

تجربه مستقیم

مشاهده مستقیم

اطلاع از تروما برای نزدیکان

مواجهه مکرر با جزئیات تروما

B. حضور ۹ یا بیشتر از علائم زیر از هر دسته‌ی پنج‌گانه، که از تروما ناشی شده‌اند و بین ۳ روز تا ۱ ماه پس از تروما شروع شده‌اند:

۱. تجربه مجدد (Intrusion):

خاطرات مزاحم

کابوس

فلاش‌بک

پریشانی شدید هنگام مواجهه با نشانه‌های تروما

۲. خلق منفی:

ناتوانی در تجربه احساسات مثبت (مثل شادی)

نشانه‌های گسستی (Dissociation):

احساس غیرواقعی بودن خود یا محیط (مسخ شخصیت/مسخ واقعیت)
فراموشی جزئیاتی از رویداد

اجتناب:

اجتناب از خاطرات، افکار، احساسات

اجتناب از محرک‌های بیرونی (مکان، افراد، اشیا)

برانگیختگی:

خواب‌آلودگی

تحریک‌پذیری یا خشم

گوش به‌زنگی

دشواری تمرکز

پاسخ وحشت‌زدگی اغراق‌آمیز

C. مدت اختلال: از ۳ روز تا نهایتاً ۱ ماه پس از رویداد

D. باعث ناراحتی بالینی یا اختلال عملکرد شود

E. ناشی از مواد یا بیماری جسمی/روانی دیگر نباشد

۳. تشخیص افتراقی:

PTSD: اگر علائم بیش از ۱ ماه ادامه یابد، تشخیص به PTSD تغییر می کند

اختلال اضطراب یا افسردگی: بدون مواجهه با تروما و اجتناب/فلش بک

اختلال مصرف مواد: توهم یا تحریک ناشی از مصرف

۴. سبب شناسی:

رویداد آسیب زا ناگهانی: تصادف، تجاوز، بلایای طبیعی، حمله

سطح برانگیختگی اولیه بالا

سابقه ی اضطراب یا افسردگی

نداشتن حمایت اجتماعی پس از حادثه

عوامل زیستی: بیش فعالی محور HPA و آمیگدالا

باورها و تفسیرهای منفی درباره ی تروما

پیش بینی ناپذیری و غیرقابل کنترل بودن حادثه

۵. درمان :

۱. درمان شناختی-رفتاری کوتاه مدت متمرکز بر تروما (Brief TF-CBT):

کمک به پردازش شناختی حادثه

آموزش مهارت های تنظیم هیجان

مواجهه ی کنترل شده با افکار و تصاویر تروما

مؤثر در پیشگیری از تبدیل به PTSD

۲. آموزش تن آرامی (Relaxation Training):

تکنیک‌های تنفس عمیق، آرام‌سازی عضلانی، ذهن آگاهی
کمک به کاهش برانگیختگی و خواب بهتر

۳. مداخلات روان‌آموزانه (Psychoeducation):

آگاه‌سازی درباره‌ی واکنش‌های طبیعی پس از تروما
کاهش احساس بی‌کفایتی و شرم

۴. رویکرد حمایتی (Supportive Therapy):

ایجاد حس ایمنی، حمایت هیجانی
شنیدن بدون قضاوت، بازسازی قدرت تصمیم‌گیری

نکات بالینی کلیدی:

شروع علائم باید حداکثر تا ۳ روز بعد از تروما باشد

اگر علائم بیشتر از ۴ هفته بمانند → ارزیابی برای PTSD

احتمال بازسازی خودبه‌خودی علائم در بسیاری از افراد

درمان زودهنگام می‌تواند از تثبیت الگوهای PTSD جلوگیری کند

نشانه‌های گسستی در ASD نسبت به PTSD برجسته‌ترند

ارزیابی خطر خودکشی در موارد حاد ضروری است

۶. مثال‌های بالینی

مثال ۱: راننده تاکسی ۳۰ ساله‌ای که سه روز پس از تصادف، دچار کابوس، گوش‌به‌زنگی شدید، و احساس بی‌حسی هیجانی شده بود. در جلسات کوتاه روان‌درمانی با آموزش آرام‌سازی و مواجهه با خاطرات تصادف، علائم طی ۳ هفته برطرف شد.

مثال ۲: دختر نوجوانی که پس از شاهد بودن مرگ مادر در زلزله، دچار فلش‌بک، بی‌خوابی و اجتناب از صحبت درباره‌ی حادثه شده بود. با دریافت آموزش روان‌آموزی، تنظیم خواب، و حمایت هیجانی خانواده، طی یک ماه به وضعیت پایدار برگشت.

مثال ۳: مردی ۵۰ ساله که پس از سرقت مسلحانه در فروشگاه، دچار حملات وحشت‌زدگی، تحریک‌پذیری و اختلال تمرکز شد. پس از شناسایی باورهای منفی («من باید جلوشو می‌گرفتم») و کار شناختی، توانست به کار بازگردد.

سوالات تستی:

سؤال ۱. مرد ۳۲ ساله‌ای پس از تصادف رانندگی شدید، در هفته اول پس از حادثه دچار اضطراب شدید، احساس بی‌حسی عاطفی و خاطرات مزاحم از حادثه شده است. این مجموعه علائم با کدام تشخیص سازگارتر است؟

(۱) اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)

(۲) اختلال استرس حاد (ASD)

(۳) اختلال اضطراب فراگیر (GAD)

(۴) اختلال هراس

✓ پاسخ صحیح: (۲) اختلال استرس حاد (ASD)

◆ نکته: ASD در عرض یک ماه اول پس از تجربه یک رویداد آسیب‌زا رخ می‌دهد و علائم آن مشابه PTSD است اما مدت زمان کوتاه‌تری دارد.

سؤال ۲. زن ۲۵ ساله‌ای پس از تجربه زلزله، دچار کابوس‌های مکرر، بازگشت تصاویر حادثه و ناتوانی در تمرکز شده است. اما این علائم کمتر از ۴ هفته است که وجود دارند. این وضعیت بیشتر به کدام اختلال اشاره دارد؟

(۱) اختلال استرس حاد (ASD)

(۲) اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)

(۳) اختلال اضطراب فراگیر

(۴) افسردگی حاد

✓ پاسخ صحیح: (۱) اختلال استرس حاد (ASD)

◆ نکته: معیار اصلی ASD بروز علائم استرس پس از رویداد آسیب‌زا در کمتر از یک ماه است.

سؤال ۳. مراجعی گزارش می‌دهد که بعد از درگیری شدید در محل کار، حس می‌کند گاهی زمان برایش کند می‌شود و انگار خودش را از بدنش جدا شده است. این نشانه به کدام دسته از علائم ASD مربوط است؟

(۱) اجتناب از محرک‌ها

(۲) علائم «دِپرسانس» یا جداشدگی (Depersonalization)

(۳) نشانه‌های هیجان‌زدگی

(۴) وسواس‌های عملی

✓ پاسخ صحیح: (۲) علائم «دِپرسانس» یا جداشدگی

◆ نکته: در ASD ممکن است علائمی مانند جداشدگی از واقعیت و احساس غیرواقعی بودن تجربه شود.

سؤال ۴. مردی پس از تجربه یک حادثه آسیب‌زا، می‌گوید که دچار اضطراب و تحریک‌پذیری شدید شده و خوابش مختل شده است. این علائم در کدام طبقه‌بندی اختلال استرس حاد قرار می‌گیرند؟

(۱) علائم بازگشت به گذشته

(۲) نشانه‌های هیجان‌زدگی و برانگیختگی

(۳) نشانه‌های اجتنابی

(۴) اختلالات حافظه

✓ پاسخ صحیح: (۲) نشانه‌های هیجان‌زدگی و برانگیختگی

◆ نکته: بی‌خوابی، تحریک‌پذیری و اضطراب از علائم هیجان‌زدگی در ASD هستند.

سؤال ۵. کدام یک از ویژگی‌های زمانی، از شروط اصلی برای تشخیص اختلال استرس حاد است؟

(۱) علائم باید حداقل ۶ ماه طول بکشند

(۲) علائم باید بین ۳ روز تا ۱ ماه پس از حادثه ظاهر شوند

(۳) علائم باید بیش از ۱ ماه باقی بمانند

(۴) علائم باید فقط ۲ روز ادامه داشته باشند

✓ پاسخ صحیح: (۲) علائم باید بین ۳ روز تا ۱ ماه پس از حادثه ظاهر شوند

◆ نکته: ASD معمولاً ظرف ۳ روز تا ۴ هفته بعد از حادثه بروز می کند و اگر علائم بیشتر از ۱ ماه دوام یابند به PTSD تبدیل می شود.

اختلال سوگ طولانی مدت (Prolonged Grief Disorder – PGD)

سوگ طولانی مدت نوعی واکنش پیچیده و ناتمام به فقدان عزیز است که با اندوه شدید، اشتیاق بیمارگونه برای فرد متوفی، و ناتوانی در بازگشت به زندگی عادی مشخص می شود. برخلاف سوگ طبیعی، در این اختلال علائم پایدار، ناتوان کننده و فراتر از انتظار فرهنگی زمان بر هستند.

۲. ملاک های تشخیصی (DSM-5-TR / ICD-11):

A. فرد داغدار یک فرد نزدیک (مرگ عزیز)، با حداقل ۱۲ ماه از زمان فوت گذشته (۶ ماه برای کودکان)

B. در بیشتر روزها، و برای حداقل یک ماه اخیر، حداقل یکی از موارد زیر:

اشتیاق شدید یا میل بیمارگونه به فرد فوت شده

دغدغه‌ی شدید ذهنی نسبت به متوفی

C. همراه با حداقل سه مورد از موارد زیر (در اکثر روزها و طی یک ماه اخیر):

احساس پوچی یا بی‌معنایی در زندگی

دشواری پذیرش مرگ

اجتناب از یادآورهای

درد عاطفی شدید هنگام یادآوری

احساس تنهایی شدید

سردرگمی نسبت به هویت خود (مثل: «نمی‌دانم بدون او که هستم»)

کاهش اعتماد به دیگران

بی‌میلی به مشارکت در زندگی یا برنامه‌ریزی برای آینده

D. اختلال باید با مناسبات فرهنگی، اجتماعی و مذهبی فرد ناسازگار باشد (سوگ بیش‌ازحد متعارف)

E. باعث ناراحتی بالینی شدید یا افت عملکرد شود

F. علائم با سایر اختلالات روانی (مثل افسردگی، PTSD) بهتر قابل توضیح نباشد

۳. تشخیص افتراقی:

سوگ طبیعی: اندوه کاهش یابنده، پذیرش تدریجی مرگ

افسردگی اساسی: فقدان لذت کلی، خودکم بینی، احساس گناه درباره چیزهای نامرتبط با فوت

PTSD: باز تجربه و اجتناب از حادثه‌ی تروماتیک نه صرفاً شخص

اختلال اضطراب جدایی (بزرگسالان): اضطراب از جدایی احتمالی نه فقدان واقعی

اختلال سازگاری: علائم کمتر مشخص و موقت‌تر

۴. سبب شناسی:

نوع مرگ: ناگهانی، خشونت آمیز یا مرگ کودک

روابط وابسته: دلبستگی ناسالم، وابستگی شدید هیجانی

پیشینه روان پزشکی: افسردگی، اضطراب، PTSD یا شخصیت وابسته

حمایت اجتماعی ضعیف پس از فقدان

باورهای ناکارآمد: احساس گناه در مرگ، بی ارزشی بدون متوفی

عوامل فرهنگی: فشار برای «قوی بودن» یا انکار سوگ در برخی فرهنگ‌ها

۵. درمان :

۱. درمان شناختی-رفتاری برای سوگ پیچیده (CBT for Complicated Grief):

آموزش درباره‌ی روند سوگ و تمایز آن با اختلال

مواجهه با یادآورهای و خاطرات متوفی (برای کاهش اجتناب)

بازسازی باورهای ناکارآمد («من نمی‌تونم بدون او زندگی کنم»)

بازتعریف رابطه با متوفی به شیوه‌ی سالم (حفظ دلبستگی بدون گسست عملکردی)

تقویت هویت مستقل و بازگشت به اهداف زندگی

۲. درمان سوگ پیچیده (Complicated Grief Therapy – CGT):

ترکیبی از CBT، درمان‌های میان‌فردی، و مواجهه‌ی روانی

تمرکز بر بازیابی ارتباط با دیگران، هدف‌گذاری مجدد، و ترمیم آسیب روانی

۳. درمان بین‌فردی (IPT):

بررسی نقش‌های تغییر یافته، فقدان حمایت، و انزوای اجتماعی

مناسب برای افرادی با روابط اجتماعی تضعیف‌شده

۴. ذهن‌آگاهی و ACT:

پذیرش هیجانات بدون اجتناب

زندگی در لحظه و یافتن معنا پس از فقدان

ب) دارودرمانی (در صورت همبود یا شدت علائم):

داروها به تنهایی درمان اصلی نیستند، ولی ممکن است درمان روان درمانی را تسهیل کنند

نکات بالینی کلیدی:

بسیاری از مراجعان سوگ طبیعی دارند؛ تمایز دقیق ضروری است

سوگ طبیعی ممکن است شدید باشد اما عملکرد را کاملاً مختل نمی کند

درمان زودهنگام و فعال به پیشگیری از مزمن شدن کمک می کند

«سوگ طولانی» معمولاً با اجتناب، تعارض های حل نشده و گناه حل نشده همراه است

همدلی و اعتباربخشی هیجانی در جلسات اولیه حیاتی است

شیوع در زنان، افراد مسن، و افرادی با سابقه دل‌بستگی نایمن بالاتر است

۶. مثال‌های بالینی

مثال ۱: زنی ۴۵ ساله که ۱۸ ماه پس از مرگ ناگهانی همسرش هنوز هر روز به آرامگاه می‌رود، خواب‌های مکرر از او می‌بیند، نمی‌تواند وسایل او را دست بزند، و می‌گوید «بی‌او هیچ معنایی ندارم». با CGT و بازسازی معنای زندگی، توانست کار و ارتباطات اجتماعی را از سر گیرد.

مثال ۲: مردی ۲۷ ساله که پس از فوت پدرش در تصادف، دچار بی‌خوابی، کناره‌گیری اجتماعی و احساس گناه شدید شده بود («اگه اون روز ماشین رو من برده بودم...»). درمان با CBT شامل مواجهه با خاطرات و اصلاح باورهای ناکارآمد باعث کاهش علائم شد.

مثال ۳: مادری که یک سال پس از فوت کودک خردسالش، از تعامل با دیگر فرزندان اجتناب می‌کرد و دچار حملات گریه‌ی ناگهانی و انکار مرگ شده بود. با درمان ترکیبی CBT و IPT، توانست بین اندوه و نقش مادری تعادل برقرار کند.

♦ اختلالات افسردگی :

اختلال نامنظمی خلقی اخلال‌گرانه (DMDD)

DMDD یک اختلال خلقی دوران کودکی است که با تحریک‌پذیری مزمن، خشم شدید، و طغیان‌های مکرر رفتاری توأم با بی‌ثباتی هیجانی مشخص می‌شود. این اختلال برای تمایز کودکانی که دچار تحریک‌پذیری شدید مزمن هستند از اختلال دوقطبی طراحی شده است.

۲. ملاک‌های تشخیصی (DSM-5-TR):

A. طغیان‌های شدید رفتاری (کلامی یا رفتاری) که:

به شدت نامتناسب با موقعیت‌اند

با سطح رشد فرد ناسازگارند

به طور متوسط ۳ بار یا بیشتر در هفته رخ می‌دهند

B. خلق مزمن تحریک‌پذیر یا عصبانی در بیشتر اوقات روز، تقریباً هر روز، بین طغیان‌ها

C. ملاک‌های A و B باید برای حداقل ۱۲ ماه مداوم حضور داشته باشند، بدون دوره‌های بدون علامت بیشتر از ۳ ماه

D. علائم باید در حداقل ۲ زمینه (خانه، مدرسه، با همسالان) وجود داشته باشد، و در حداقل یکی از آن‌ها شدید باشد

E. تشخیص فقط برای سنین بین ۶ تا ۱۸ سال مطرح است؛

شروع علائم باید قبل از ۱۰ سالگی باشد

F. سابقه‌ی دوره‌ی مانیا یا هیپومانیا نباید وجود داشته باشد

G. علائم بهتر توسط اختلال دیگری (مثل اوتیسم، اضطراب جدایی، افسردگی اساسی) توضیح داده نشوند

۳. تشخیص افتراقی:

اختلال دوقطبی کودکان: طغیان‌های خلقی در DMDD مزمندان، نه اپیزودیک؛ بدون سرخوشی یا انرژی زیاد

اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD): تحریک‌پذیری مداوم در DMDD شدیدتر و فراگیرتر است

اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجهی (ADHD): طغیان خلقی در ADHD ناشی از تکانشگری است، نه تحریک‌پذیری مزمندان

اختلال اضطرابی یا افسردگی: طغیان‌ها محور اصلی نیستند

اوتیسم: نقص ارتباطی/اجتماعی برجسته‌تر است

اختلال سلوک: رفتارهای نقض حقوق دیگران در آن مشهودتر است

۴. سبب‌شناسی:

ژنتیک: سابقه خانوادگی اختلالات خلقی یا اضطرابی

نقص در تنظیم هیجانی: ناتوانی در کنترل خشم و ناامیدی

عملکرد نامناسب محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA)

الگوهای تربیتی مستبدانه یا ناسازگار

حوادث پرتنش یا طرد در کودکی

الگوهای شناختی ناکارآمد: تفسیر منفی از نیت دیگران

عوامل اجتماعی: طرد توسط همسالان، شکست تحصیلی

۵. درمان :

۱. درمان رفتاری-والدینی (Parent Management Training – PMT):

آموزش به والدین برای پاداش دهی به رفتار مناسب

کاهش تقویت منفی طغیان‌ها

استفاده از دستور واضح، ثبات در واکنش

۲. درمان مهارت‌های اجتماعی و تنظیم هیجان (CBT کودک محور):

آموزش تشخیص هیجان‌ها

تکنیک‌های خودتنظیمی (تنفس عمیق، توقف-فکر)

بازسازی شناختی باورهای تحریف‌شده (مثل "همه با من بد هستند")

تمرین حل مسئله و مهارت‌های ابراز مناسب خشم

۳. درمان خانواده محور :

بهبود الگوهای ارتباطی

کاهش تنش و تضاد خانوادگی

ایجاد برنامه‌های تقویتی سازگار

۴. درمان در محیط مدرسه:

همکاری با معلمان برای تنظیم محیط

فراهم کردن ساختار، تقویت مثبت، و کاهش محرک‌های استرس‌زا

نکات بالینی کلیدی:

DMDD اغلب با ADHD و ODD همبود دارد.

تمایز با دوقطبی بسیار مهم است؛ سرخوشی، افزایش انرژی و ایزود مشخص در دوقطبی دیده می‌شود، اما در DMDD خلق مداوماً تحریک‌پذیر است

اغلب با افت تحصیلی، طرد اجتماعی و مشکلات خانوادگی همراه است

شروع درمان زودهنگام از بروز اختلالات خلقی در نوجوانی جلوگیری می‌کند

ارزیابی چندمنبعی (والدین، معلم، کودک) برای تشخیص دقیق ضروری است

۶. مثال‌های بالینی

مثال ۱: پسر ۹ ساله‌ای که در خانه و مدرسه طغیان‌های مکرر دارد، اغلب فریاد می‌زند، اشیا را پرت می‌کند و خلق تحریک‌پذیر دارد. والدین از خستگی روانی شکایت دارند. با PMT و درمان CBT برای تنظیم هیجانی، طی ۳ ماه طغیان‌ها کاهش یافت.

مثال ۲: دختر ۱۲ ساله‌ای که به دلیل تحریک‌پذیری مداوم و طغیان‌های عاطفی از مدرسه اخراج موقت شده. در جلسات خانوادگی، روابط پرتنش با مادر و احساس بی‌عدالتی آشکار می‌شود. درمان ترکیبی خانواده‌درمانی و داروی SSRI به بهبود قابل توجهی انجامید.

مثال ۳: پسر ۷ ساله‌ای که پس از طلاق والدین، دچار خشم مزمن و طغیان‌های فیزیکی شده بود. در مدرسه منزوی و طرد شده بود. با مداخله‌ی چندجانبه (کار با خانواده، روان‌درمانی فردی، مدرسه) توانست کنترل هیجانی بهتری پیدا کند.

سوالات تستی:

سؤال ۱. کودک ۹ ساله‌ای به طور مکرر و شدید دچار انفجارهای خشم غیرمنطقی و تحریک‌پذیری مزمن شده و این رفتارها حداقل در دو محیط (خانه و مدرسه) مشاهده می‌شود. کدام تشخیص محتمل‌تر است؟

(۱) اختلال دوقطبی نوع ۱

(۲) اختلال افسردگی اساسی

(۳) اختلال نامنظمی خلقی اخلاص گرانه (DMDD)

(۴) اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه

✓ پاسخ صحیح: (۳) اختلال نامنظمی خلقی اخلاص گرانه (DMDD)

◆ نکته: DMDD شامل تحریک‌پذیری مزمن و انفجارهای خشم شدید و مکرر است که در بیش از یک محیط رخ می‌دهد و در کودکان تشخیص داده می‌شود.

سؤال ۲. کودکی ۸ ساله‌ای که در طی یک سال گذشته بارها دچار انفجارهای خشم شده و در بین این انفجارها خلق تحریک‌پذیر و عصبانی دارد، چه ویژگی زمانی باید داشته باشد تا تشخیص DMDD مطرح شود؟

(۱) حداقل ۳ ماه

(۲) حداقل ۶ ماه

(۳) حداقل ۱۲ ماه

(۴) حداقل ۱۸ ماه

✓ پاسخ صحیح: (۳) حداقل ۱۲ ماه

◆ نکته: برای تشخیص DMDD باید خلق تحریک پذیر و انفجارهای خشم حداقل به مدت ۱۲ ماه درگیر باشند.

سؤال ۳. کدام ویژگی تفکیکی اصلی DMDD را از اختلال دوقطبی در کودکان متمایز می کند؟

(۱) وجود دوره های مانیا یا هیپومانیا

(۲) تحریک پذیری مزمن و بدون دوره های خلق بالا

(۳) حضور هذیان ها و توهمات

(۴) دوره های افسردگی شدید

✓ پاسخ صحیح: (۲) تحریک پذیری مزمن و بدون دوره های خلق بالا

◆ نکته: در DMDD برخلاف اختلال دوقطبی، دوره های مانیا یا هیپومانیا وجود ندارد و خلق تحریک پذیر مزمن است.

سؤال ۴. مراجعی ۱۰ ساله که انفجارهای خشم شدید دارد، در محیط مدرسه و خانه عملکرد اجتماعی و تحصیلی اش مختل شده است. این اختلال چه اثری بر عملکرد دارد؟

(۱) اختلال عملکرد قابل توجه در چند حوزه

(۲) اختلال محدود به محیط خانه

(۳) اختلال محدود به مدرسه

۴) بدون اختلال عملکرد

✓ پاسخ صحیح: ۱) اختلال عملکرد قابل توجه در چند حوزه

◆ نکته: برای تشخیص DMDD، اختلال عملکرد قابل توجه در حداقل دو محیط (مانند مدرسه و خانه) ضروری است.

سؤال ۵. کدام یک از موارد زیر در تشخیص DMDD منع اصلی به شمار می‌رود؟

۱) شروع قبل از ۱۰ سالگی

۲) وجود دوره‌های مانیا یا هیپومانیا

۳) تحریک‌پذیری مزمن

۴) انفجارهای خشم شدید

✓ پاسخ صحیح: ۲) وجود دوره‌های مانیا یا هیپومانیا

◆ نکته: اگر دوره‌های مانیا یا هیپومانیا وجود داشته باشد، تشخیص DMDD رد شده و به سمت اختلال دوقطبی می‌رود.

سؤال ۶. کودک ۷ ساله‌ای که در طول روز بارها دچار گریه‌های شدید و خشم انفجاری می‌شود و خلق تحریک‌پذیری دارد، خانواده و مدرسه نیز نگران عملکرد اجتماعی و تحصیلی او هستند. اولین گام مناسب روان‌درمانی چیست؟

۱) آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و مدیریت خشم

۲) تجویز داروی تثبیت‌کننده خلق

۳) درمان شناختی رفتاری با مواجهه مکرر با محرک‌ها

۴) روان درمانی تحلیلی

✓ پاسخ صحیح: ۱) آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و مدیریت خشم

◆ نکته: اولین و مهم‌ترین گام در روان درمانی DMDD، آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و مدیریت خشم است.

اختلال افسردگی ماژور (Major Depressive Disorder - MDD)

افسردگی ماژور یکی از شایع‌ترین اختلالات خلقی است که با دوره‌هایی از خلق افسرده، کاهش علاقه، اختلال در عملکرد، و نشانه‌های جسمی-روانی مشخص می‌شود. این اختلال تأثیر گسترده‌ای بر روابط، عملکرد تحصیلی یا شغلی و کیفیت زندگی فرد دارد.

۲. ملاک‌های تشخیصی (DSM-5-TR):

وجود حداقل ۵ علامت از موارد زیر به مدت حداقل ۲ هفته (و نشان‌دهنده تغییر در عملکرد قبلی) که حداقل یکی از آن‌ها باید خلق افسرده یا کاهش علاقه باشد:

خلق افسرده در بیشتر روزها و بیشتر ساعات

کاهش آشکار علاقه یا لذت نسبت به همه یا بیشتر فعالیت‌ها

کاهش یا افزایش وزن قابل توجه بدون رژیم غذایی / تغییر در اشتها

بی خوابی یا پر خوابی تقریباً هر روز

کندی روانی-حرکتی یا بی قراری

خستگی یا کاهش انرژی

احساس بی ارزشی یا گناه بیش از حد یا نامتناسب

کاهش توان تمرکز یا تصمیم گیری

افکار مرگ، اقدام یا نقشه برای خودکشی

شرط: علائم نباید نتیجه‌ی مصرف ماده یا بیماری طبی عمومی باشند.

۳. تشخیص افتراقی:

سوگ طبیعی: گرچه ممکن است علائم مشابه باشد، اما در سوگ معمولاً احترام به فرد فوت شده و نوسان هیجانی وجود دارد

اختلال دوقطبی نوع ۱ و ۲: در افسردگی دوقطبی، سابقه‌ای از شیدایی یا هیپومانیا دیده می‌شود

اختلال سازگاری با خلق افسرده: علائم خفیف‌ترند و به دنبال یک استرس مشخص بروز می‌کنند

اختلال اضطراب فراگیر: نگرانی مفرط محور اصلی است، نه خلق افسرده

اختلال اسکیزوافکتیو: در آن علائم سایکوتیک بدون خلق نیز دیده می‌شود

افسردگی ناشی از بیماری جسمی یا دارو: باید با شرح حال و آزمایش افتراق داده شود

۴. سبب‌شناسی: زیستی:

کاهش سروتونین، نوراپی‌نفرین، دوپامین در مغز

فعالیت بیش از حد محور HPA (افزایش کورتیزول)

ژنتیک: ریسک بیشتر در بستگان درجه یک

الگوهای خواب مختل

روانی-اجتماعی:

افکار ناکارآمد (سبک تفسیر منفی، خودسرزنش‌گر)

سبک دلبستگی ناایمن در کودکی

رویدادهای استرس‌زا (طلاق، از دست دادن، بیماری)

کاهش حمایت اجتماعی

الگوهای والدگری مستبد یا انتقادی

۵. درمان :

۱. درمان شناختی-رفتاری (CBT):

شناسایی افکار منفی خودکار و اصلاح آنها

بازسازی شناختی باورهای ناکارآمد درباره خود، دنیا و آینده

فعال‌سازی رفتاری: برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های لذت‌بخش و پاداش‌زا

آموزش مهارت حل مسئله

۲. درمان بین‌فردی (IPT):

تمرکز بر بهبود روابط و تعارض‌های بین فردی

بازسازی نقش اجتماعی، پردازش سوگ و تغییرات بزرگ در زندگی

۳. درمان پذیرش و تعهد (ACT):

آموزش پذیرش هیجانات منفی و تعهد به ارزش‌های فردی

افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

۴. ترکیب درمانی: گاهی روان‌درمانی + دارو مؤثرتر است

نکات بالینی کلیدی:

درمان معمولاً به ۴-۶ هفته زمان نیاز دارد تا اثر کامل دارو مشاهده شود

ارزیابی منظم خطر خودکشی بسیار مهم است

بهبود خواب، اشتها و انرژی ممکن است زودتر از بهبود خلق رخ دهد

در افسردگی مقاوم به درمان، ECT یا rTMS گزینه‌های مؤثرند

در نوجوانان، SSRI با پایش دقیق تجویز می‌شود (به دلیل افزایش خطر افکار خودکشی)

۶. مثال‌های بالینی

مثال ۱: زن ۳۵ ساله‌ای با خلق پایین، بی‌خوابی، کاهش علاقه به فعالیت‌ها، احساس گناه شدید و افکار خودکشی مراجعه می‌کند. با CBT و فلوکستین درمان شد. پس از ۸ هفته، بهبودی قابل توجهی حاصل شد.

مثال ۲: مرد ۴۲ ساله‌ای که به دنبال از دست دادن شغل، دچار بی‌انرژی، انزوای اجتماعی، اختلال در تمرکز و کاهش وزن شده بود. در درمان بین‌فردی بر بازسازی نقش شغلی و مدیریت سوگ تمرکز شد. بازگشت به عملکرد طی ۳ ماه حاصل شد.

مثال ۳: دختر نوجوانی با شکایت از تحریک‌پذیری، افت تحصیلی، افکار مرگ و مصرف الکل مراجعه کرد. با درمان ترکیبی (CBT + سرتالین) و جلسات خانوادگی، علائم طی دو ماه بهبود یافت.

سوالات تستی:

سؤال ۱. زن ۳۵ ساله‌ای طی دو هفته گذشته دچار خلق افسرده، کاهش انرژی، کاهش اشتها و بی‌خوابی شده است. عملکرد شغلی او مختل شده و علاقه‌اش به فعالیت‌های لذت‌بخش کاهش یافته است. کدام تشخیص صحیح‌تر است؟

(۱) اختلال افسردگی ماژور (MDD)

(۲) اختلال افسردگی جزئی (Dysthymia)

(۳) اختلال دو قطبی نوع ۲

(۴) اختلال اضطراب فراگیر

✓ پاسخ صحیح: (۱) اختلال افسردگی ماژور (MDD)

◆ نکته: برای تشخیص MDD باید حداقل ۵ علامت از جمله خلق افسرده به مدت حداقل ۲ هفته وجود داشته باشد.

سؤال ۲. مراجعی گزارش می‌دهد که خلق افسرده‌اش همراه با احساس بی‌ارزشی و افکار مرگ‌آور در طی یک ماه اخیر افزایش یافته است. کدام علامت از علائم هشداردهنده خطر خودکشی در MDD است؟

(۱) کاهش اشتها

(۲) کاهش تمرکز

(۳) افکار مکرر مرگ یا خودکشی

(۴) بی‌خوابی

✓ پاسخ صحیح: (۳) افکار مکرر مرگ یا خودکشی

◆ نکته: افکار خودکشی و برنامه‌ریزی برای آن از مهم‌ترین علائم خطرناک MDD است.

سؤال ۳. کدامیک از موارد زیر جزو ملاک‌های اصلی تشخیص اختلال افسردگی ماژور نیست؟

(۱) خلق افسرده یا تحریک‌پذیری

(۲) کاهش علاقه یا لذت

(۳) افزایش انرژی و کاهش نیاز به خواب

(۴) احساس بی‌ارزشی یا گناه

✓ پاسخ صحیح: ۳) افزایش انرژی و کاهش نیاز به خواب

◆ نکته: افزایش انرژی و کاهش نیاز به خواب از علائم مانیا است و در افسردگی دیده نمی شود.

سؤال ۴. مراجعی با سابقه افسردگی مازور به مدت چند ماه گزارش می دهد که علائمش بهتر شده اما همچنان خلق افسرده خفیف دارد. کدام تشخیص محتمل تر است؟

(۱) اختلال افسردگی اساسی در دوره بهبودی

(۲) اختلال افسردگی جزئی (دیس تایمیا)

(۳) اختلال افسردگی مقاوم به درمان

(۴) اختلال دوقطبی

✓ پاسخ صحیح: ۲) اختلال افسردگی جزئی (دیس تایمیا)

◆ نکته: دیس تایمیا خلق افسرده مزمن و خفیف است که ممکن پس از دوره افسردگی مازور ادامه یابد.

سؤال ۵. زن ۴۰ ساله ای که دچار خلق افسرده و کاهش انرژی است، گزارش می دهد که بیشترین علائمش در صبح شدیدتر است و شب ها کمی بهتر می شود. این الگوی خلقی را چگونه می توان توصیف کرد؟

(۱) الگوی افسردگی فصلی

(۲) الگوی خلقی دوقطبی

(۳) افسردگی با الگوی تغییرات روزانه (Diurnal variation)

(۴) افسردگی با علائم روان پریشی

✓ پاسخ صحیح: ۳) افسردگی با الگوی تغییرات روزانه (Diurnal variation)

◆ نکته: در افسردگی بعضی بیماران خلق در صبح‌ها بدتر است و در طول روز بهتر می‌شود.

سؤال ۶. پسری ۱۸ ساله که اخیراً خلق افسرده، بی‌انگیزگی و کاهش تمرکز دارد، از نظر تشخیصی کدام نکته مهم است؟

(۱) آغاز علائم باید حداقل ۶ ماه باشد

(۲) علائم باید حداقل ۲ هفته ادامه داشته باشند

(۳) وجود دوره‌های هیپومانیا برای تشخیص لازم است

(۴) علائم باید ناشی از مصرف مواد باشد

✓ پاسخ صحیح: (۲) علائم باید حداقل ۲ هفته ادامه داشته باشند

◆ نکته: برای تشخیص افسردگی مازور حداقل ۲ هفته وجود علائم ضروری است.

اختلال افسردگی پایدار:

افسردگی پایدار (دیستایمیا) نوعی اختلال خلقی مزمن است که با خلق افسرده خفیف تا متوسط، اما مداوم و طولانی مدت همراه است. این اختلال تأثیر عمیق اما تدریجی بر عملکرد اجتماعی، شغلی و کیفیت زندگی فرد دارد و اغلب با اختلالات دیگر همبود دارد.

۲. ملاک‌های تشخیصی (DSM-5-TR):

A. خلق افسرده در بیشتر روزها، برای حداقل ۲ سال (برای کودکان و نوجوانان: حداقل ۱ سال)، گزارش فرد یا مشاهده دیگران.

B. وجود حداقل ۲ مورد از علائم زیر در طول دوره:

کاهش یا افزایش اشتها

بی‌خوابی یا پرخوابی

کاهش انرژی یا خستگی

کاهش عزت نفس

تمرکز ضعیف یا دشواری در تصمیم‌گیری

احساس ناامیدی

C. طی این دوره، فرد هیچ‌گاه بیش از ۲ ماه بدون علائم نبوده است.

D. ممکن است معیارهای افسردگی مازور نیز در دوره‌هایی از آن برقرار باشند (Double Depression).

E. در طول دو سال نخست، هیچ دوره‌ای از شیدایی، هیپومانیا یا اختلال خلقی مختلط وجود نداشته باشد.

F. علائم با اختلال اسکیزوافکتیو یا اسکیزوفرنیا بهتر توجیه نمی‌شوند.

G. علائم نباید ناشی از مواد یا بیماری طبی باشند.

H. علائم موجب ناراحتی قابل توجه بالینی یا اختلال در عملکرد شوند.

۳. تشخیص افتراقی:

اختلال افسردگی ماژور: در MDD، شدت علائم بیشتر و مدت آن کوتاهتر است؛ دیستایمیا مزمن اما خفیفتر است

اختلال دو قطبی نوع II: وجود هیپومانیا مانع تشخیص دیستایمیا می شود

اختلال شخصیت مرزی: نوسانات خلقی شدیدتر و متغیرتر هستند

اختلال سازگاری مزمن با خلق افسرده: در واکنش به استرس های مزمن ایجاد می شود

افسردگی ناشی از بیماری جسمی یا دارو: نیازمند افتراق با شرح حال و آزمایش

۴. سبب شناسی: زیستی:

کاهش فعالیت سروتونرژیک و دوپامینرژیک

کارکرد نامناسب محور HPA و افزایش کورتیزول مزمن

وراثت: بستگان درجه یک بیشتر در معرض اند

الگوهای خواب مختل و بیداری زودهنگام

روانی-اجتماعی:

سبک شناختی منفی، خودسرزنش گر

الگوی دلبستگی ناایمن و روابط بین فردی ضعیف

استرس های مزمن و احساس بی کفایتی پایدار

الگوهای فرزندپروری فاقد حمایت هیجانی یا انتقادی

۵. درمان:

۱. درمان شناختی-رفتاری (CBT):

شناسایی افکار منفی مزمن و عمیق شده

بازسازی باورهای هسته ای ناکارآمد (مثل "من بی ارزشم")

برنامه ریزی برای فعال سازی رفتاری تدریجی

۲. درمان بین فردی (IPT):

تمرکز بر روابط ناکارآمد و مزمن
کمک به بهبود مهارت‌های اجتماعی
پردازش تجارب طرد یا سوگ‌های حل‌نشده گذشته

۳. طرحواره‌درمانی:

در موارد با همبود اختلالات شخصیت
شناسایی و تغییر طرحواره‌های ناکارآمد اولیه

ب) دارودرمانی:

SSRIها (مثل سرتالین، فلوکستین، اسیتالوپرام): خط اول
درمان دارویی حداقل به مدت ۱۲ ماه برای جلوگیری از عود توصیه می‌شود

نکات بالینی کلیدی:

شروع معمولاً در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی
خلق افسرده مزمن، اغلب توسط خود فرد به عنوان «طبیعی بودن» برداشت می‌شود
اغلب با MDD، اضطراب فراگیر، ADHD یا اختلال شخصیت همبود دارد
درمان موفق نیازمند ترکیب دارو و روان‌درمانی در اغلب موارد است

۶. مثال‌های بالینی

مثال ۱: زن ۲۹ ساله‌ای با سابقه خلق پایین، احساس بی‌ارزشی مزمن، انرژی کم و بی‌انگیزگی مراجعه می‌کند. علائم از نوجوانی شروع شده، اما تاکنون درمانی نگرفته بود. با CBT و سرتالین، پس از ۲ ماه احساس امید و علاقه بیشتری به زندگی پیدا کرد.

مثال ۲: مرد ۳۵ ساله‌ای که همیشه خود را "بی‌احساس" توصیف می‌کرد، در روابط بین‌فردی دچار مشکل بود و دچار احساس مزمن بی‌معنایی شده بود. طرحواره‌درمانی و درمان بین‌فردی به ایجاد ارتباطات معنی‌دار و بهبود عملکرد شغلی‌اش کمک کرد.

مثال ۳: دانشجوی پزشکی با سابقه خلق پایین مزمن و ناتوانی در تصمیم‌گیری، برای افسردگی ماژور مراجعه کرده بود. پس از کنترل اپیزود حاد با فلوکستین، الگوی پایدار خلق افسرده باقی ماند و تشخیص دیستایمیا مطرح شد. ترکیب درمان دارویی با CBT و مشاوره تحصیلی مؤثر واقع شد.

سوالات تستی:

سؤال ۱. زن ۳۲ ساله‌ای گزارش می‌دهد که بیش از دو سال است که خلقش بیشتر اوقات افسرده است و انرژی و انگیزه‌اش کاهش یافته، اما علائمش شدت کمتری نسبت به افسردگی ماژور دارد. کدام تشخیص مناسب‌تر است؟

(۱) اختلال افسردگی ماژور

(۲) اختلال افسردگی پایدار (دیس تایمیا)

(۳) اختلال دوقطبی نوع ۲

(۴) اختلال افسردگی خفیف

✓ پاسخ صحیح: (۲) اختلال افسردگی پایدار (دیس تایمیا)

◆ نکته: دیس تایمیا خلق افسرده مزمن با شدت کمتر از افسردگی ماژور است که حداقل دو سال ادامه دارد.

سؤال ۲. مراجعی با سابقه دیس تایمیا اظهار می کند که چند بار در طول سال دوره های بدتر خلق (افسردگی ماژور) را تجربه کرده است. این وضعیت را چگونه توصیف می کنید؟

(۱) افسردگی مزمن با دوره های حاد

(۲) اختلال دوقطبی نوع ۲

(۳) اختلال افسردگی خفیف

(۴) اختلال افسردگی مقاوم به درمان

✓ پاسخ صحیح: (۱) افسردگی مزمن با دوره های حاد

◆ نکته: افراد مبتلا به دیس تایمیا ممکن است دوره های افسردگی ماژور حاد را نیز تجربه کنند.

سؤال ۳. کدام ویژگی زیر برای تشخیص دیس تایمیا الزامی است؟

(۱) خلق افسرده حداقل به مدت ۲ هفته

(۲) خلق افسرده مزمن حداقل به مدت ۲ سال

(۳) وجود هذیان های افسردگی

۴) دوره‌های هیپومانیا

✓ پاسخ صحیح: ۲) خلق افسرده مزمن حداقل به مدت ۲ سال

◆ نکته: یکی از ملاک‌های اصلی دیس‌تایمیا وجود خلق افسرده حداقل دو سال (برای کودکان یک سال) است.

سؤال ۴. کودک ۱۰ ساله‌ای خلق تحریک‌پذیر و افسرده مزمن دارد. بر اساس معیارهای تشخیصی دیس‌تایمیا، در کودکان چه مدت زمانی برای تشخیص لازم است؟

۱) حداقل ۶ ماه

۲) حداقل ۹ ماه

۳) حداقل ۱ سال

۴) حداقل ۱۸ ماه

✓ پاسخ صحیح: ۳) حداقل ۱ سال

◆ نکته: برای کودکان و نوجوانان، خلق افسرده یا تحریک‌پذیر باید حداقل یک سال ادامه داشته باشد.

سؤال ۵. زن ۲۸ ساله‌ای که برای چند سال خلق افسرده داشته است، می‌گوید که اغلب احساس ناامیدی، خستگی و بی‌انگیزگی دارد، ولی هرگز دچار حملات شدید افسردگی نشده است. تشخیص احتمالی چیست؟

۱) اختلال افسردگی ماژور

۲) اختلال افسردگی پایدار (دیس‌تایمیا)

۳) اختلال افسردگی غیرمعین

۴) اختلال دوقطبی نوع ۱

✓ پاسخ صحیح: ۲) اختلال افسردگی پایدار (دیس تایمیا)

◆ نکته: در دیس تایمیا شدت علائم کمتر اما مزمن است و حملات شدید افسردگی (افسردگی ماژور) ممکن است رخ ندهد.

سؤال ۶. مراجعی که سابقه دیس تایمیا دارد، می خواهد تفاوت اصلی اختلالش را با افسردگی ماژور بداند. مهم ترین تفاوت چیست؟

۱) طول مدت خلق افسرده

۲) شدت علائم خلقی

۳) وجود علائم روان پریشی

۴) وجود افکار خودکشی

✓ پاسخ صحیح: ۲) شدت علائم خلقی

◆ نکته: در دیس تایمیا علائم خلقی معمولاً خفیف تر ولی مزمن تر از افسردگی ماژور است.

اختلال افسردگی پیش از قاعدگی (PMDD)

PMDD یک اختلال خلقی شدید و ناتوان کننده است که در مرحله لوتئال (یک هفته پیش از شروع قاعدگی) رخ می دهد و با شروع قاعدگی کاهش می یابد یا از بین می رود. برخلاف سندرم پیش از قاعدگی

(PMS) که خفیف تر است، PMDD باعث اختلال قابل توجه در عملکرد شغلی، تحصیلی و بین فردی می شود.

۲. ملاک های تشخیصی (DSM-5-TR):

A. در اکثر سیکل های قاعدگی، حداقل پنج علامت در هفته پیش از قاعدگی ظاهر می شود، با شروع قاعدگی کاهش یافته یا ناپدید می شود.

B. حداقل یک مورد از علائم زیر باید وجود داشته باشد:

نوسانات خلقی (افسردگی، ناامیدی، حساسیت به طرد)

تحریک پذیری یا خشم شدید

خلق افسرده، احساس بی ارزشی

اضطراب، تنش یا احساس برانگیختگی

C. به علاوه، حداقل یکی از علائم زیر (برای تکمیل ۵ علامت یا بیشتر):

کاهش علاقه به فعالیت های معمول

دشواری در تمرکز

احساس خستگی یا کاهش انرژی

تغییر در اشتها (پرخوری یا تمایل به غذای خاص)

اختلال در خواب (بی خوابی یا پرخوابی)

احساس از کنترل خارج شدن

علائم فیزیکی (درد پستان، نفخ، سردرد، درد عضلانی)

D. علائم باعث ناراحتی قابل توجه بالینی یا اختلال در عملکرد اجتماعی/شغلی می شود.

E. نباید فقط تشدید یک اختلال دیگر (مثل MDD یا اضطراب) باشد.

F. باید حداقل دو سیکل متوالی با ثبت روزانه علائم برای تأیید تشخیص وجود داشته باشد.

۳. تشخیص افتراقی:

سندرم پیش از قاعدگی (PMS): خفیف تر و بدون اختلال جدی در عملکرد

اختلال افسردگی ماژور: بدون الگوی وابسته به قاعدگی

اختلال دوقطبی: خلق بالا نیز دیده می شود

اختلال اضطراب فراگیر یا اختلال شخصیت مرزی: علائم فراگیر و غیر دوره ای هستند

اختلال جسمانی سازی: علائم فیزیکی غالب اند، بدون الگوی چرخه ای واضح

۴. سبب شناسی: زیستی:

حساسیت مغز به نوسانات هورمون های استروژن و پروژسترون در فاز لوتئال

اختلال در سیستم سروتونرژیک مغز

تغییر در فعالیت GABA و آلواستاز

سابقه خانوادگی PMDD یا اختلال خلقی

روانی-اجتماعی:

استرس‌های مزمن و سبک مقابله‌ای ناکارآمد

تجربه تروماهای قبلی یا سوابق افسردگی

نگرش‌های منفی به قاعدگی و بدن

کاهش حمایت اجتماعی

۵. درمان :

۱. درمان شناختی-رفتاری (CBT):

شناسایی و اصلاح افکار ناکارآمد درباره خلق، بدن و روابط

آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و حل مسئله

نظارت بر علائم روزانه و بازسازی الگوی پاسخ هیجانی به تغییرات فیزیولوژیک

۲. روان‌آموزی (Psychoeducation):

آموزش درباره چرخه قاعدگی، هورمون‌ها و تأثیر آن‌ها بر خلق

کاهش احساس شرم یا برجسب‌گذاری منفی درباره علائم

آموزش سبک زندگی سالم (خواب، ورزش، تغذیه)

نکات بالینی کلیدی:

باید الگوی وابسته به چرخه قاعدگی حتماً در ثبت علائم اثبات شود

خلق افسرده یا اضطراب شدید، ولی به‌صورت دوره‌ای، نشانه‌ی کلیدی تشخیص است

درمان ترکیبی دارویی و روان‌درمانی اغلب مؤثرتر است

در زنان با اختلال خلقی همزمان (MDD یا اضطراب)، توجه به تشدید دوره‌ای علائم مهم است

حمایت روانی، آموزش خانواده و کاهش استیگما مؤثر است

۶. مثال‌های بالینی

مثال ۱: دختر ۲۴ ساله‌ای که هر ماه یک هفته پیش از قاعدگی دچار تحریک‌پذیری شدید، گریه‌های

مکرر، اضطراب و کناره‌گیری از دانشگاه می‌شود. ثبت علائم ماهانه، الگوی PMDD را نشان داد.

درمان با CBT و سرتالین دوره‌ای منجر به بهبود عملکرد تحصیلی شد.

مثال ۲: زن ۳۲ ساله‌ای با علائم جسمی شدید (نفخ، درد پستان، بی‌خوابی) و نوسانات خلقی شدید در هفته پیش از پریود مراجعه کرد. سابقه خانوادگی افسردگی داشت. پس از درمان با OCP و مشاوره روان‌شناسی، علائم کنترل شد و تعادل هیجانی بازگشت.

مثال ۳: مراجع ۲۹ ساله‌ای با تشخیص MDD مزمن، علائم شدیدتر خلقی را فقط قبل از پریود گزارش می‌کرد. با ترکیب CBT و فلوکستین در فاز لوتئال، بهبود چشمگیری در خلق و عملکرد شغلی حاصل شد.

سوالات تستی:

سؤال ۱. زن ۲۷ ساله‌ای گزارش می‌دهد که هر ماه حدود یک هفته قبل از شروع قاعدگی دچار نوسانات خلقی شدید، تحریک‌پذیری و اضطراب می‌شود که با شروع خونریزی قاعدگی کاهش می‌یابد. کدام تشخیص محتمل‌تر است؟

(۱) اختلال افسردگی ماژور

(۲) سندرم پیش از قاعدگی (PMS)

(۳) اختلال افسردگی پیش از قاعدگی (PMDD)

(۴) اختلال اضطراب فراگیر (GAD)

✓ پاسخ صحیح: (۳) اختلال افسردگی پیش از قاعدگی (PMDD)

◆ نکته: PMDD با علائم شدید و تکرار شونده در فاز لوتئال همراه است که با شروع قاعدگی کاهش می‌یابد.

سؤال ۲. مراجعی می گوید که علائم خلقی و جسمانی اش در هفته پیش از پریود بسیار شدید است و باعث اختلال جدی در عملکرد شغلی و روابطش می شود. ثبت روزانه علائم برای چند دوره متوالی باید انجام شود تا تشخیص قطعی داده شود؟

(۱) یک دوره

(۲) دو دوره

(۳) سه دوره

(۴) چهار دوره

✓ پاسخ صحیح: (۲) دو دوره

◆ نکته: برای تشخیص PMDD باید حداقل دو سیکل متوالی با ثبت روزانه علائم اثبات شود.

سؤال ۳. کدام یک از علائم زیر معمولاً در اختلال افسردگی پیش از قاعدگی (PMDD) دیده نمی شود؟

(۱) نوسانات خلقی و تحریک پذیری

(۲) کاهش علاقه به فعالیت های روزمره

(۳) علائم روان پریشی (هذیان و توهم)

(۴) علائم جسمی مانند نفخ و درد پستان

✓ پاسخ صحیح: (۳) علائم روان پریشی (هذیان و توهم)

◆ نکته: علائم روان پریشی معمولاً در PMDD وجود ندارد.

سؤال ۴. کدامیک از موارد زیر در تشخیص افتراقی PMDD اهمیت دارد؟

(۱) اختلال دوقطبی نوع ۱

(۲) اختلال افسردگی ماژور بدون وابستگی به چرخه قاعدگی

(۳) اختلال اضطراب فراگیر

(۴) همه موارد بالا

✓ پاسخ صحیح: (۴) همه موارد بالا

◆ نکته: تشخیص افتراقی با اختلالات خلقی و اضطرابی که الگوی وابسته به چرخه قاعدگی ندارند، مهم است.

سؤال ۵. زن ۳۰ ساله‌ای که علائم PMDD دارد، می‌خواهد بداند علت اصلی ایجاد این اختلال چیست. کدام عامل نقش مهمی دارد؟

(۱) نوسانات هورمونی در فاز لوتئال

(۲) اختلال در عملکرد تیروئید

(۳) کمبود سروتونین

(۴) عدم تعادل دوپامین

✓ پاسخ صحیح: (۱) نوسانات هورمونی در فاز لوتئال

◆ نکته: حساسیت مغز به نوسانات استروژن و پروژسترون در فاز لوتئال مهم‌ترین علت PMDD است.

سؤال ۶. کدام روش روان‌درمانی در بهبود اختلال افسردگی پیش از قاعدگی (PMDD) اثربخش شناخته شده است؟

(۱) درمان شناختی-رفتاری (CBT)

(۲) درمان روان تحلیلی

(۳) درمان گروهی حمایتی

(۴) هیپنوتیزم

✓ پاسخ صحیح: (۱) درمان شناختی-رفتاری (CBT)

◆ نکته: CBT با آموزش تنظیم هیجان و اصلاح افکار ناکارآمد در PMDD مؤثر است.

◆ اختلالات دوقطبی و انواع آن:

اختلال دوقطبی نوع ۱ (Bipolar I Disorder)

اختلال دوقطبی نوع ۱ یک اختلال خلقی شدید و مزمن است که با دست کم یک دوره مانیا (شیدایی) مشخص می شود، که ممکن است با دوره هایی از افسردگی اساسی همراه باشد یا نباشد. ویژگی بارز آن نوسانات خلقی شدید بین خلق بالا (مانیا) و خلق پایین (افسردگی) است که با اختلال در عملکرد فردی، شغلی یا اجتماعی همراه است.

۲. ملاک های تشخیصی A: (DSM-5-TR). وجود حداقل یک دوره مانیا، که مشخصه های زیر را دارد:

دوره ای مشخص از خلق بالا، گسترش یافته یا تحریک پذیر غیرطبیعی و مداوم، به مدت حداقل یک هفته (یا کمتر در صورت نیاز به بستری).

در طول این دوره، حداقل سه مورد (چهار مورد اگر خلق فقط تحریک پذیر باشد) از موارد زیر وجود دارد:

عزت نفس بیش از حد یا بزرگ منشی

کاهش نیاز به خواب

پرحرفی غیرعادی یا فشار برای صحبت کردن

پرش افکار یا احساس ذهن شلوغ

حواس پرتی (تمرکز بر محرک های بیرونی یا بی اهمیت)

افزایش فعالیت هدفمند (اجتماعی، شغلی، جنسی) یا بی قراری روانی حرکتی

درگیر شدن در فعالیت های پرخطر (خرید زیاد، روابط جنسی پرخطر، سرمایه گذاری های نسنجیده)

B. اختلال خلقی باید باعث اختلال قابل توجه در عملکرد، بستری شدن یا وجود ویژگی های سایکوتیک شود. C. علائم نباید ناشی از مصرف مواد یا شرایط پزشکی دیگر باشند.

تشخیص اختلال دوقطبی نوع ۱ فقط با یک دوره مانیا ممکن است، حتی اگر هیچ دوره افسردگی وجود نداشته باشد.

۳. تشخیص افتراقی:

اختلال دوقطبی نوع ۲: شامل هیپومانیا و افسردگی اساسی، بدون مانیا

اختلال افسردگی ماژور (MDD): بدون دوره های مانیا یا هیپومانیا

اختلال اسکیزوافکتیو: علائم روان‌پریشی مستقل از اختلال خلقی

اختلال شخصیت مرزی: نوسانات خلقی و واکنشی و کوتاه‌مدت، نه دوره‌ای

مصرف مواد محرک: ممکن است شبیه مانیا باشد (مهم است تشخیص افتراقی داده شود)

ADHD: پرتحرکی مزمن است، ولی بدون تغییرات اپیزودیک خلق

۴. سبب‌شناسی: زیستی:

ژنتیک قوی: خطر بالا در بستگان درجه اول

اختلال در تنظیم انتقال‌دهنده‌های عصبی (دوپامین، سروتونین، نوراپی‌نفرین)

اختلال در محور HPA و ساختارهای مغزی مانند آمیگدالا و قشر پیش‌پیشانی

اختلال در ریتم‌های شبانه‌روزی و خواب

روانی-اجتماعی:

استرس‌های شدید روانی یا اجتماعی ممکن است نقش آغازگر داشته باشند

سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار یا حمایت اجتماعی ناکافی

سوابق تروما، سوءاستفاده یا از دست دادن در کودکی

۵. درمان:

۱. درمان شناختی-رفتاری (CBT):

شناسایی افکار تحریف‌شده در فازهای افسردگی و مانیا

آموزش پیشگیری از عود و شناسایی زودهنگام علائم هشداردهنده

تنظیم خواب و ساختار روزمره

تقویت مهارت‌های حل مسئله و کنترل تکانش

۲. درمان خانواده‌محور (FFT):

بهبود ارتباطات خانواده، کاهش تعارض

آموزش نقش خانواده در پیشگیری از عود

افزایش پایبندی به درمان دارویی

۳. روان‌آموزی (Psychoeducation):

آموزش درباره ماهیت دو قطبی، نیاز به مصرف بلندمدت دارو

شناسایی علائم عود و اجتناب از ماشه‌ها (مثل بی‌خوابی، استرس، مصرف مواد)

ایجاد سبک زندگی منظم

ب) دارودرمانی:

تثبیت کننده های خلق:

لیتیوم: خط اول درمان؛ نیاز به مانیتور سطح خونی

ضد افسردگی ها:

با احتیاط زیاد و همیشه همراه با تثبیت کننده خلق

به تنهایی ممکن است باعث شیدایی شوند

نکات بالینی کلیدی:

تشخیص سریع مانیا حیاتی است، زیرا ممکن است فرد بین دوره ها عملکرد نرمال داشته باشد

ریسک بالای خودکشی به ویژه در دوره های افسردگی یا پس از مانیا

پایبندی به درمان دارویی یک چالش جدی است؛ آموزش و همراهی خانواده مؤثر است

شناسایی ماشه های محیطی و اختلال در ریتم خواب/بیداری برای پیشگیری از عود اهمیت دارد

استفاده از نمودار خلق روزانه برای پایش دقیق نوسانات خلقی توصیه می شود

۶. مثال های بالینی

مثال ۱: مرد ۲۷ ساله‌ای با سابقه خلق بالا، افزایش فعالیت جنسی، ولخرجی زیاد و بی‌خوابی، به دنبال شکایت خانواده به بیمارستان منتقل شد. در گذشته دوره‌هایی از افسردگی شدید داشته بود. تشخیص اختلال دوقطبی نوع ۱ داده شد. با مصرف لیتیوم و آموزش خانواده، بهبود حاصل شد.

مثال ۲: زن ۳۴ ساله‌ای با رفتارهای پرخطر، احساس توانمندی غیرواقع‌بینانه و توهم شنیداری برای چند روز متوالی، بستری شد. بدون سابقه مصرف مواد. درمان با ترکیب والپروات و اولانزاپین صورت گرفت. در روان‌درمانی، مهارت‌های تنظیم خلق آموخته شد.

مثال ۳: مراجع ۲۲ ساله با سابقه افسردگی مکرر، در پی بی‌خوابی شدید، پرحرفی و فعالیت زیاد، به اورژانس مراجعه کرد. ارزیابی روان‌پزشکی دوره مانیا را تأیید کرد. با تشخیص اختلال دوقطبی نوع ۱، درمان ترکیبی دارویی و CBT آغاز شد.

سوالات تستی:

سؤال ۱. مرد ۲۸ ساله‌ای مراجعه می‌کند که طی چند روز اخیر خلق بسیار بالایی داشته، احساس خستگی نمی‌کند، خوابش بسیار کم شده و شروع به رفتارهای پرخطر مانند هزینه‌های مالی زیاد و رابطه جنسی نامناسب کرده است. تشخیص محتمل چیست؟

(۱) اختلال افسردگی ماژور

(۲) اختلال دوقطبی نوع ۱ - مانیا

(۳) اختلال دوقطبی نوع ۲ - هیپومانیا

(۴) اختلال اضطراب فراگیر

✅ پاسخ صحیح: (۲) اختلال دوقطبی نوع ۱ - مانیا

◆ نکته: دوره مانیا با خلق بالا، فعالیت زیاد، کاهش نیاز به خواب و رفتارهای پرخطر مشخص می‌شود.

سؤال ۲. زنی ۳۵ ساله که سابقه حداقل یک دوره مانیا دارد، اخیراً دچار خلق افسرده شده است. این ویژگی در کدام اختلال دیده می‌شود؟

(۱) اختلال افسردگی ماژور

(۲) اختلال دوقطبی نوع ۲

(۳) اختلال دوقطبی نوع ۱

(۴) اختلال افسردگی پایدار

✓ پاسخ صحیح: (۳) اختلال دوقطبی نوع ۱

◆ نکته: در دوقطبی نوع ۱ حداقل یک دوره مانیا وجود دارد و ممکن است دوره‌های افسردگی نیز اتفاق بیفتد.

سؤال ۳. کدام ویژگی زیر برای تشخیص قطعی اختلال دوقطبی نوع ۱ ضروری است؟

(۱) وجود حداقل یک دوره هیپومانیا

(۲) وجود حداقل یک دوره مانیا با حداقل یک هفته طول کشیدن

(۳) وجود دوره‌های مکرر افسردگی خفیف

(۴) نوسانات خلقی روزانه

✓ پاسخ صحیح: (۲) وجود حداقل یک دوره مانیا با حداقل یک هفته طول کشیدن

◆ نکته: مانیا با دوره خلق بالا، فعالیت زیاد و طول حداقل یک هفته برای تشخیص ضروری است.

سؤال ۴. مرد ۲۹ ساله‌ای طی یک هفته دچار خلق بسیار بالا، خودبزرگ‌بینی، پرحرفی، کاهش نیاز به خواب و رفتارهای پرخطر شده است. خانواده می‌گویند قبلاً چنین حالاتی نداشته است. بهترین توصیف این حالت چیست؟

(۱) حمله پانیک

(۲) دوره مانیا

(۳) اختلال اضطراب اجتماعی

(۴) افسردگی مازور

✓ پاسخ صحیح: (۲) دوره مانیا

◆ نکته: دوره مانیا با خلق بسیار بالا، خودبزرگ بینی، کاهش نیاز به خواب و رفتارهای پرخطر مشخص می شود.

سؤال ۵. کدام مورد زیر از علائم ویژه دوره مانیا در اختلال دوقطبی نوع ۱ است؟

(۱) ناتوانی در تمرکز و اختلال خواب

(۲) خلق افسرده مزمن

(۳) رفتارهای تحریک آمیز و ناپسند اجتماعی

(۴) کاهش اشتها و خستگی مفرط

✓ پاسخ صحیح: (۳) رفتارهای تحریک آمیز و ناپسند اجتماعی

◆ نکته: در مانیا رفتارهای تحریک آمیز، پرخطر و گاهی ناپسند مشاهده می شود.

سؤال ۶. زنی با سابقه اختلال دوقطبی نوع ۱ دوره های افسردگی را گزارش می کند که کمتر از دو هفته طول می کشند و دوره های خلق بالا و تحریک پذیری مکرر نیز دارد. این الگو نشان دهنده چیست؟

(۱) تشخیص دقیق دوقطبی نوع ۲

(۲) دوقطبی نوع ۱ با دوره های کوتاه و نوسانی

(۳) اختلال افسردگی مزمن

(۴) اختلال اضطراب فراگیر

✓ پاسخ صحیح: ۲) دوقطبی نوع ۱ با دوره‌های کوتاه و نوسانی

◆ نکته: در دوقطبی نوع ۱ دوره‌های خلق بالا (مانیا) به همراه دوره‌های افسردگی می‌تواند کوتاه‌تر و نوسانی باشد.

اختلال دوقطبی نوع ۲

اختلال دوقطبی نوع ۲ یک اختلال خلقی مزمن است که با حداقل یک دوره افسردگی اساسی و یک دوره هیپومانیا مشخص می‌شود، بدون اینکه فرد دچار مانیا (شیدایی کامل) شود. گرچه شدت علائم در هیپومانیا کمتر از مانیاست، ولی افسردگی در این اختلال معمولاً شدیدتر و ناتوان‌کننده‌تر است.

۲. ملاک‌های تشخیصی A:(DSM-5-TR). وجود حداقل یک دوره هیپومانیا و حداقل یک دوره افسردگی اساسی.

ویژگی‌های دوره هیپومانیا:

دوره‌ای از خلق بالا، گسترش یافته یا تحریک‌پذیر غیرطبیعی که حداقل ۴ روز متوالی ادامه دارد.

حداقل سه (یا چهار در صورت تحریک‌پذیری خلق) از علائم زیر:

افزایش عزت نفس یا بزرگ‌منشی

کاهش نیاز به خواب

پرحرفی یا فشار برای صحبت

پرش افکار

حواس پرتی

افزایش فعالیت هدفمند یا بی‌قراری روانی حرکتی

درگیر شدن در فعالیت‌های لذت‌بخش ولی پرخطر

هیپومانیا به‌طور معمول منجر به اختلال شدید در عملکرد یا بستری نمی‌شود و فاقد ویژگی‌های سایکوتیک است.

ویژگی‌های دوره افسردگی اساسی:

حداقل دو هفته خلق افسرده یا بی‌علاقگی/لذت، همراه با پنج علامت یا بیشتر از علائم زیر:

خلق افسرده بیشتر روزها

کاهش علاقه یا لذت

کاهش/افزایش وزن یا اشتها

بی‌خوابی یا پرخوابی

خستگی یا کاهش انرژی

احساس بی‌ارزشی یا گناه بی‌مورد

کاهش تمرکز یا تصمیم‌گیری

افکار مرگ یا خودکشی

B. هرگز نباید دوره مانیا وجود داشته باشد. C. اختلال خلقی باعث ناراحتی قابل توجه بالینی یا اختلال در عملکرد می شود.

۳. تشخیص افتراقی:

اختلال دوقطبی نوع ۱: شامل مانیا است، که در نوع ۲ وجود ندارد

اختلال افسردگی ماژور (MDD): فاقد دوره های هیپومانیا

اختلال شخصیت مرزی: نوسانات خلقی سریع و واکنشی، نه اپیزودیک

اختلال سیکلوتایمیک: علائم هیپومانیا و افسردگی، ولی به معیارهای کامل نمی رسند

ADHD: بی ثباتی خلقی مزمن و غیر دوره ای

مصرف مواد یا شرایط پزشکی: می توانند علائم شبه هیپومانیا ایجاد کنند

۴. سبب شناسی: زیستی:

ژنتیک قوی: سابقه خانوادگی اختلالات خلقی یا دوقطبی

اختلال در تنظیم انتقال دهنده های عصبی: دوپامین، نوراپی نفرین، سروتونین

ناهنجاری در عملکرد قشر پیش‌پیشانی و سیستم لیمبیک

نقش نوسانات خواب و ریتم شبانه‌روزی

روانی-اجتماعی:

استرس‌های مزمن یا رویدادهای آسیب‌زا در زندگی

سبک‌های مقابله‌ای ناسالم

نگرش منفی به خود، عزت‌نفس پایین در دوره افسردگی

کمبود حمایت اجتماعی یا تضادهای خانوادگی

۵. درمان :

۱. درمان شناختی-رفتاری (CBT):

شناسایی و اصلاح افکار منفی در دوره افسردگی

مدیریت هیجان‌ها، شناسایی زودهنگام علائم هیپومانیا

پایش خلق و ساختاردهی فعالیت‌های روزانه

۲. درمان بین فردی و ریتم اجتماعی (IPSRT):

تنظیم الگوی خواب و بیداری

کاهش تنش های بین فردی

پیشگیری از عود با حفظ نظم در سبک زندگی

۳. روان آموزی:

آموزش درباره ماهیت دوقطبی نوع ۲

آگاهی از ماشه های هیپومانیا یا افسردگی

افزایش پایبندی به درمان دارویی و نظارت خلق روزانه

نکات بالینی کلیدی:

تشخیص هیپومانیا چالش برانگیز است، زیرا بیماران اغلب آن را مشکل نمی دانند.

دوره های افسردگی معمولاً شدیدتر از اختلال دوقطبی نوع ۱ هستند.

پایبندی به درمان حیاتی است؛ بیماران ممکن است در دوره هیپومانیا درمان را رها کنند.

اختلال اغلب با MDD اشتباه گرفته می شود؛ نیاز به بررسی دقیق تاریخچه خلق وجود دارد.

پایش خلق روزانه و آموزش خانواده برای کاهش عود مؤثر است.

۶. مثال های بالینی

مثال ۱: زن ۲۸ ساله ای با افسردگی شدید و سابقه چند روز خلق بالا، پرانرژی و کم خوابی در گذشته مراجعه کرد. با بررسی دقیق، تشخیص دوقطبی نوع ۲ داده شد. درمان با لاموتریزین و CBT موجب کاهش عود و بهبود عملکرد شد.

مثال ۲: دانشجوی ۲۲ ساله‌ای با علائم افسردگی مکرر و دوره‌هایی از افزایش بهره‌وری، نیاز کم به خواب و خلق بالا ولی بدون اختلال عملکرد. ابتدا MDD تشخیص داده شده بود، اما پس از ارزیابی مجدد، دوقطبی نوع ۲ مشخص شد. با درمان ترکیبی کوئتیاپین و روان‌درمانی، بهبود یافت.

مثال ۳: مراجع ۳۵ ساله با سابقه اختلال خلقی، از علائم شدید افسردگی شکایت داشت. همسرش گزارش داد که او گاهی روزها بسیار پرانرژی، اجتماعی و پرحرف می‌شود. تشخیص دوقطبی نوع ۲ مطرح شد. درمان با تثبیت‌کننده خلق آغاز و روان‌آموزی خانوادگی انجام شد.

سؤالات تستی:

سؤال ۱. زن ۳۲ ساله‌ای گزارش می‌کند دوره‌هایی از خلق بالا، افزایش انرژی و کاهش نیاز به خواب دارد که حداقل ۴ روز طول می‌کشند، اما هیچ‌گاه رفتارهای پرخطر یا روان‌پریشی نداشته است. در گذشته دوره‌های افسردگی شدید نیز داشته است. کدام تشخیص محتمل است؟

(۱) اختلال دوقطبی نوع ۱

(۲) اختلال دوقطبی نوع ۲

(۳) اختلال افسردگی ماژور

(۴) اختلال افسردگی پایدار

✓ پاسخ صحیح: (۲) اختلال دوقطبی نوع ۲

◆ نکته: اختلال دوقطبی نوع ۲ شامل دوره‌های هیپومانیا (خلق بالا کمتر از مانیا و بدون روان‌پریشی) و دوره‌های افسردگی شدید است.

سؤال ۲. مرد ۲۷ ساله‌ای که چندین دوره افسردگی داشته و اخیراً دوره‌ای ۵ روزه از خلق بالا، پرحرفی و کاهش نیاز به خواب را گزارش کرده است. این ویژگی برای کدام اختلال مناسب‌تر است؟

(۱) اختلال دوقطبی نوع ۱

(۲) اختلال دوقطبی نوع ۲

(۳) اختلال افسردگی ماژور

(۴) اختلال اضطراب فراگیر

✓ پاسخ صحیح: (۲) اختلال دوقطبی نوع ۲

◆ نکته: دوره‌های هیپومانیا در اختلال دوقطبی نوع ۲ معمولاً کوتاه‌تر و خفیف‌تر از مانیا هستند.

سؤال ۳. کدام ویژگی از مشخصات بارز هیپومانیا در اختلال دوقطبی نوع ۲ است؟

(۱) خلق بالا بدون روان‌پریشی

(۲) دوره خلق بالا با رفتارهای پرخطر شدید

(۳) دوره مانیا با روان‌پریشی

(۴) دوره افسردگی شدید با افکار خودکشی

✓ پاسخ صحیح: (۱) خلق بالا بدون روان‌پریشی

◆ نکته: هیپومانیا با خلق بالا و فعالیت زیاد است، اما بدون روان‌پریشی و اختلال شدید عملکرد.

سؤال ۴

کدام معیار برای افتراق اختلال دوقطبی نوع ۲ از نوع ۱ اهمیت دارد؟

(۱) وجود حداقل یک دوره مانیا

(۲) وجود دوره‌های خلق پایین

(۳) عدم وجود دوره‌های مانیا و وجود دوره‌های هیپومانیا

(۴) وجود دوره‌های خلق ناپایدار

✓ پاسخ صحیح: (۳) عدم وجود دوره‌های مانیا و وجود دوره‌های هیپومانیا

◆ نکته: در نوع ۲ دوره‌های مانیا دیده نمی‌شود و فقط هیپومانیا همراه با افسردگی شدید است.

سؤال ۵. زن ۳۵ ساله‌ای سابقه دوره‌های خلق بالا و افسردگی دارد ولی هرگز دچار اختلال عملکرد شدید یا بستری در بیمارستان نشده است. احتمالاً تشخیص وی چیست؟

(۱) اختلال دوقطبی نوع ۱

(۲) اختلال دوقطبی نوع ۲

(۳) اختلال افسردگی مزمن

(۴) اختلال اضطراب فراگیر

✓ پاسخ صحیح: (۲) اختلال دوقطبی نوع ۲

◆ نکته: در دوقطبی نوع ۲ شدت اختلال کمتر است و بیمار معمولاً دچار اختلال عملکرد شدید مانیا نمی‌شود.

سؤال ۶. مرد ۳۰ ساله‌ای با سابقه اختلال دوقطبی نوع ۲ می‌گوید دوره‌های خلق بالا در وی کمتر از یک هفته طول می‌کشند و همراه با افزایش انرژی و کاهش نیاز به خواب است. کدام تفسیر صحیح‌تر است؟

(۱) این دوره‌ها هیپومانیا هستند و نشانه اختلال دوقطبی نوع ۲ است

۲) این دوره‌ها دوره‌های مانیا هستند و باید نوع ۱ تشخیص داده شود

۳) این علائم نشانه افسردگی هستند

۴) این دوره‌ها بیانگر اختلال اضطراب فراگیر است

✓ پاسخ صحیح: ۱) این دوره‌ها هیپومانیا هستند و نشانه اختلال دوقطبی نوع ۲ است

◆ نکته: دوره هیپومانیا کوتاه‌تر از مانیا (کمتر از یک هفته) است و ویژگی اختلال دوقطبی نوع ۲ محسوب می‌شود.

اختلال سیکلوتایمیک :

اختلال سیکلوتایمیک یک اختلال خلقی مزمن و نوسانی است که در آن فرد دچار دوره‌های متعدد علائم شبه هیپومانیا و علائم افسردگی خفیف می‌شود، اما هیچ‌کدام از این دوره‌ها معیارهای کامل هیپومانیا یا افسردگی اساسی را برآورده نمی‌کنند. این نوسانات حداقل به مدت ۲ سال (در کودکان و نوجوانان ۱ سال) تداوم دارند.

۲. ملاک‌های تشخیصی A: (DSM-5-TR). برای حداقل ۲ سال (۱ سال در نوجوانان):

دوره‌های متعدد علائم شبه هیپومانیا

دوره‌های متعدد علائم افسردگی که به معیار افسردگی اساسی نمی‌رسند

B. طی این دوره ۲ ساله:

فرد بیش از دو ماه متوالی بدون علائم نبوده است

C. هیچ کدام از دوره‌ها معیار کامل برای هیپومانیا، مانیا یا افسردگی اساسی را ندارند. D. علائم با سایر اختلالات روانی بهتر قابل تبیین نیستند (مثل BPI، BPII، MDD). E. علائم ناشی از مصرف مواد یا بیماری طبی عمومی نیستند. F. باعث ناراحتی بالینی قابل توجه یا اختلال در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر حوزه‌ها می‌شود. ۳. تشخیص افتراقی:

اختلال دوقطبی نوع ۱ یا ۲: دوره‌های خلقی در آن‌ها کامل‌تر، شدیدتر و مشخص‌تر هستند

اختلال شخصیت مرزی: نوسانات خلقی واکنشی و کوتاه‌مدت هستند، نه الگوی پایدار دو ساله

اختلال افسردگی مداوم (دیستایمی): فاقد علائم هیپومانیا

اختلال ADHD یا اختلالات اضطرابی: با نوسانات خلقی ایزودیک فرق دارند

مصرف مواد: باید بررسی شود که عامل علائم خلقی نباشد

۴. سبب شناسی: زیستی:

ژنتیک: سابقه خانوادگی اختلال دوقطبی یا اختلال خلقی

نارسایی در تنظیم خلق و انتقال‌دهنده‌های عصبی (دوپامین، سروتونین، نوراپی نفرین)

اختلال در مدارهای قشری-زیرقشری مسئول تنظیم هیجانات

روانی-اجتماعی:

سبک مقابله‌ای ناکارآمد با استرس

تجارب تنش‌زای مکرر یا آسیب‌های دوران کودکی

الگوهای ناسالم در روابط بین‌فردی

فقدان حمایت اجتماعی پایدار

۵. درمان :

۱. درمان شناختی-رفتاری (CBT):

کمک به شناسایی افکار ناکارآمد در دوره‌های خلقی

آموزش تنظیم هیجان، مهارت حل مسئله و ساختاردهی روزمره

افزایش آگاهی هیجانی و مقابله با نوسانات خلقی

۲. درمان بین‌فردی و ریتم اجتماعی (IPSRT):

تثبیت ریتم‌های خواب-بیداری

آموزش سبک زندگی پایدار برای کاهش نوسانات خلقی

بهبود مهارت‌های بین‌فردی و تنظیم روابط

۳. روان‌آموزی:

آموزش بیمار و خانواده درباره ماهیت مزمن اختلال

شناسایی زودهنگام علائم هشداردهنده

اهمیت پایبندی به درمان و اجتناب از عوامل تحریک کننده

نکات بالینی کلیدی:

شناخت این اختلال دشوار است؛ چون علائم ممکن است خفیف و پراکنده باشند.

ممکن است به اشتباه افسردگی مزمن یا BPII تشخیص داده شود.

پایش بلندمدت خلق (مثلاً در دفترچه روزانه خلق) برای تشخیص حیاتی است.

اختلال مزمن است، ولی شدت کمتر از دوقطبی نوع ۱ و ۲ دارد.

رویکرد درمانی ترکیبی (دارویی و روان درمانی) بهترین پاسخ درمانی را می دهد.

۶. مثال های بالینی

مثال ۱: مرد ۳۰ ساله ای با نوسانات خلقی خفیف در طول دو سال مراجعه کرد؛ گاهی چند روز بسیار پرانرژی، اجتماعی و بی نیاز به خواب بود، و گاهی چند هفته دچار بی انگیزگی، احساس خستگی و خلق پایین می شد. علائم هیچ گاه به سطح هیپومانیا یا افسردگی کامل نرسیده بود. تشخیص سیکلوتایمیک گذاشته شد و درمان با لاموتریزین و CBT آغاز شد.

مثال ۲: زن ۲۵ ساله ای با خلق نوسانی، روابط بی ثبات و تغییرات سریع انرژی و انگیزه مراجعه کرد. در ابتدا اختلال شخصیت مرزی مطرح بود، ولی پیگیری دو ساله و بررسی اپیزودیک بودن خلق، تشخیص سیکلوتایمیک را مطرح کرد. درمان دارویی و آموزش خانوادگی به بهبود انجامید.

مثال ۳: مراجع نوجوانی که برای خلق متغیر و افت کارکرد در مدرسه مراجعه کرده بود. سابقه دو ساله نوسانات خفیف خلقی بدون معیار کامل افسردگی یا هیپومانیا داشت. با تشخیص سیکلوتایمیک، درمان ترکیبی آغاز شد و عملکرد تحصیلی و هیجانی بهبود یافت.

سؤالات تستی:

سؤال ۱. زن ۲۸ ساله‌ای گزارش می‌کند که در طول دو سال گذشته دچار نوسانات خلقی مکرر شده است؛ دوره‌هایی از خلق بالا همراه با افزایش انرژی و پرحرفی دارد که چند روز طول می‌کشند، و دوره‌هایی از خلق پایین و کم‌انرژی نیز دارد، اما شدت این علائم به حد تشخیص مانیا یا افسردگی مازور نمی‌رسد. این الگو بیشترین تطابق را با کدام اختلال دارد؟

(۱) اختلال دوقطبی نوع ۱

(۲) اختلال دوقطبی نوع ۲

(۳) اختلال سیکلوتایمیک

(۴) اختلال افسردگی مازور

✓ پاسخ صحیح: (۳) اختلال سیکلوتایمیک

◆ نکته: سیکلوتایمیک با نوسانات خلقی مزمن که شدید نیستند و کمتر از معیارهای مانیا یا افسردگی مازور هستند مشخص می‌شود.

سؤال ۲. مرد ۳۵ ساله‌ای که سال‌ها سابقه نوسانات خلقی دارد ولی هیچ‌گاه دوره‌ای با معیارهای کامل مانیا یا افسردگی شدید را تجربه نکرده است. در معاینه روانپزشکی، علائم هیپومانیا و افسردگی خفیف دیده می‌شود. بهترین تشخیص چیست؟

(۱) اختلال افسردگی پایدار

(۲) اختلال دوقطبی نوع ۱

(۳) اختلال سیکلوتایمیک

(۴) اختلال اضطراب فراگیر

✓ پاسخ صحیح: (۳) اختلال سیکلوتایمیک

◆ نکته: اختلال سیکلوتایمیک شامل نوسانات خلقی خفیف و مزمن است که معیارهای کامل سایر اختلالات خلقی را ندارد.

سؤال ۳. کدامیک از ویژگی‌های زیر برای افتراق اختلال سیکلوتایمیک از اختلال دوقطبی نوع ۲ اهمیت دارد؟

(۱) وجود دوره‌های خلق بالا با روان‌پریشی

(۲) وجود دوره‌های خلق بالا و پایین شدید

(۳) شدت کمتر نوسانات خلق و عدم حضور دوره‌های مانیا یا افسردگی کامل

(۴) وجود خلق افسرده پایدار بیش از دو سال

✓ پاسخ صحیح: (۳) شدت کمتر نوسانات خلق و عدم حضور دوره‌های مانیا یا افسردگی کامل

◆ نکته: در سیکلوتایمیک شدت علائم کمتر از معیارهای دوقطبی نوع ۲ است.

سؤال ۴. زن ۳۰ ساله‌ای که بیش از دو سال است خلق ناپایدار و متغیری دارد ولی هیچ‌گاه افسردگی شدید یا مانیا را تجربه نکرده است، معمولاً نوسانات خلق وی شامل چه حالاتی است؟

(۱) دوره‌های هیپومانیا و افسردگی خفیف

(۲) دوره‌های مانیا و افسردگی شدید

۳) خلق پایدار و افسرده

۴) نوسانات خلق شدید و روان‌پریشی

✓ پاسخ صحیح: ۱) دوره‌های هیپومانیا و افسردگی خفیف

◆ نکته: سیکلوتایمیک شامل نوسانات خفیف هیپومانیا و افسردگی است.

سؤال ۵. کدام نکته بالینی درباره مدت زمان اختلال سیکلوتایمیک صحیح است؟

۱) علائم باید حداقل یک ماه طول کشیده باشند

۲) علائم باید حداقل دو سال در بزرگسالان ادامه داشته باشند

۳) علائم باید کمتر از یک هفته باشند

۴) اختلال فقط یک بار در زندگی رخ می‌دهد

✓ پاسخ صحیح: ۲) علائم باید حداقل دو سال در بزرگسالان ادامه داشته باشند

◆ نکته: معیار تشخیصی سیکلوتایمیک حداقل دو سال نوسانات مزمن خلقی است.

سؤال ۶. مرد ۲۵ ساله‌ای که به دنبال استرس شغلی خلق ناپایدار و نوسان انرژی دارد، اما علائم او شدت و مدت لازم برای اختلال دوقطبی نوع ۱ یا ۲ را ندارد. کدام تشخیص محتمل‌تر است؟

۱) اختلال دوقطبی نوع ۱

۲) اختلال دوقطبی نوع ۲

۳) اختلال سیکلوتایمیک

۴) اختلال اضطراب فراگیر

✓ پاسخ صحیح: ۳) اختلال سیکلوتایمیک

◆ نکته: سیکلوتایمیک نوسانات خلقی خفیف و مزمن است که کمتر از اختلالات دوقطبی نوع ۱ و ۲ شدت دارد.

◆ اختلالات سایکوتیک (طیف اسکیزوفرنی):

اختلال هذیانی (Delusional Disorder):

اختلال هذیانی نوعی اختلال روان‌پریشانه مزمن است که با وجود حداقل یک هذیان ثابت، غیرعجیب یا عجیب به مدت حداقل یک ماه مشخص می‌شود. برخلاف اسکیزوفرنی، عملکرد کلی فرد ممکن است نسبتاً حفظ‌شده باقی بماند و علائم برجسته‌ای از توهمات، اختلال گفتار یا رفتار آشفته دیده نمی‌شود.

۲. ملاک‌های تشخیصی A: (DSM-5-TR). وجود یک یا چند هذیان برای حداقل یک ماه. B. هرگز معیار A اسکیزوفرنی را برآورده نکرده است.

اگر توهمات وجود داشته باشد، به‌صورت خفیف و مرتبط با محتوای هذیانی‌اند.

C. عملکرد کلی روانی نسبتاً خوب است و عملکرد شغلی/اجتماعی تنها ممکن است در ارتباط با محتوای هذیان مختل شود. D. اگر دوره‌های خلقی وجود داشته باشد، مدت آن‌ها نسبت به

دوره‌های هذیانی کوتاه‌ترند. E. اختلال قابل نسبت دادن به اثر فیزیولوژیک ماده یا بیماری طبی دیگر نیست. ۳. انواع فرعی بر اساس محتوای هذیان:

اروتومانیک: باور نادرست به اینکه شخصی عاشق اوست (معمولاً فردی با موقعیت بالاتر)

خودبزرگ‌بینی: باور به داشتن استعداد، قدرت یا اهمیت خاص

حسادت مرضی (سندروم اتللو): باور نادرست به خیانت شریک زندگی

بدبینانه (پارانوئید): باور به آزار، تهدید، یا توطئه

سوماتیک: باور نادرست به یک مشکل جسمانی (مثلاً انگل در بدن)

مختلط: ترکیب چند نوع فوق بدون غلبه یک نوع خاص

غیرمشخص: سایر موارد نامتناسب با دسته‌بندی‌های بالا

۴. تشخیص افتراقی:

اسکیزوفرنی: شامل توهمات بارز، گفتار آشفته، اختلال عملکردی شدید

اختلال اسکیزوافکتیو یا خلقی با ویژگی‌های روان‌پریشانه: علائم روان‌پریشانه فقط در زمینه اختلال خلقی هستند

اختلال شخصیت پارانویید: با باورهای بدبینانه مزمن، ولی بدون هذیان ثابت

توهم یا هذیان ناشی از مصرف مواد یا بیماری پزشکی: مثل تومور مغزی یا اختلال نورولوژیک

اختلال وسواسی-جبری: اگر باورهای غلط توسط فرد به عنوان غیرواقعی شناخته شوند، جزو هذیان نیستند

۵. سبب‌شناسی: زیستی:

نقش ژنتیکی: سابقه خانوادگی اسکیزوفرنی یا اختلالات سایکوتیک

نقش اختلالات نوروشیمیایی: افزایش فعالیت دوپامین در مناطق مزولیمبیک

ضایعات نورولوژیک یا تغییرات ساختاری مغز (بویژه در لوب پیشانی یا تمپورال)

روانی-اجتماعی:

تجارب تنش‌زای مزمن یا انزوا (مثلاً مهاجرت، بازنشستگی، زوال نقش اجتماعی)

سبک شناختی بدبینانه یا تفکر جزم گرایانه

روابط آشفته و اعتماد پایین به دیگران

گاهی زمینه اختلالات شخصیت به ویژه پارانویید یا اسکیزوتایپال

۶. درمان :

۱. روان درمانی حمایتی:

ایجاد رابطه درمانی غیرمقابله‌ای و همدلانه

اجتناب از چالش مستقیم هذیان (ممکن است مقاومت یا کناره‌گیری ایجاد کند)

کمک به افزایش عملکرد اجتماعی و کاهش انزوای فرد

۲. درمان شناختی-رفتاری (CBT):

بررسی شواهد له و علیه باور هذیانی بدون اجبار به تغییر عقیده

شناسایی تحریف‌های شناختی و افکار غیرمنطقی

آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و بهبود بینش نسبی

۳. روان‌آموزی (Psychoeducation):

آموزش خانواده درباره ماهیت مزمن و دوره‌ای اختلال

تقویت حمایت اجتماعی و کاهش انگ روان‌پریشی

آموزش چگونگی مواجهه با اپیزودهای هذیانی

نکات بالینی کلیدی:

بیش نسبت به هذیان‌ها معمولاً پایین است؛ مواجهه مستقیم مؤثر نیست.
عملکرد فرد ممکن است تا حد زیادی سالم و سازمان‌یافته باشد.
رویکرد تدریجی و طولانی‌مدت در درمان الزامی است.
اختلال ممکن است سال‌ها ادامه یابد با تغییرات جزئی در محتوای هذیان.
پایش خطر خشونت یا تهدید علیه دیگران (در نوع persecutory یا jealous) مهم است.

۷. مثال‌های بالینی

مثال ۱: مرد ۵۰ ساله‌ای با باور راسخ به اینکه همکارش علیه او توطئه‌چینی می‌کند و گوشه‌اش را شنود می‌کند مراجعه کرد. هیچ علامت دیگری از روان‌پریشی نداشت و عملکرد شغلی نسبتاً پایدار بود. تشخیص اختلال هذیانی نوع پارانوئید گذاشته شد. درمان با ریسپریدون و روان‌درمانی حمایتی آغاز شد.

مثال ۲: زن ۴۵ ساله‌ای باور داشت که بازیگری معروف عاشق اوست و به او از طریق حرکات تلویزیونی پیام می‌دهد. با اینکه هرگونه شواهد منطقی را انکار می‌کرد، عملکرد کلی‌اش در زندگی روزمره خوب بود. پس از تشخیص اروتومانیک، درمان دارویی با اولانزاپین و مداخلات شناختی غیرمستقیم آغاز شد.

مثال ۳: مراجع مردی با باور مداوم به وجود انگل در روده‌اش، علی‌رغم بررسی‌های مکرر پزشکی مراجعه کرد. از پزشک به پزشک می‌رفت و حاضر به پذیرش عدم وجود بیماری نبود. پس از ارزیابی

روان‌پزشکی، اختلال هذیانی نوع سوماتیک تشخیص داده شد و درمان با کوئتیاپین و CBT تدریجی شروع شد.

سؤالات تستی:

سؤال ۱. زن ۴۵ ساله‌ای گزارش می‌کند که مطمئن است همسایه‌ها در حال توطئه علیه او هستند و می‌خواهند به او آسیب برسانند. این باورها بسیار قوی و غیرقابل تغییرند، اما هیچ‌گونه توهم حسی ندارد و عملکرد اجتماعی‌اش نسبتاً حفظ شده است. بهترین تشخیص چیست؟

(۱) اسکیزوفرنی

(۲) اختلال هذیانی

(۳) اختلال اسکیزوافکتیو

(۴) اختلال پارانوئید

✓ پاسخ صحیح: (۲) اختلال هذیانی

◆ نکته: اختلال هذیانی با باورهای هذیانی پایدار و بدون توهم حسی یا اختلال عملکرد شدید مشخص می‌شود.

سؤال ۲. مرد ۵۰ ساله‌ای دچار باورهای غلط و غیرمنطقی است که مدت حداقل یک ماه دوام دارند ولی هیچ نشانه روان‌پریشی دیگری ندارد. کدام ویژگی بیشتر با اختلال هذیانی مطابقت دارد؟

(۱) توهم شنوایی همراه

(۲) باورهای هذیانی بدون توهم

(۳) رفتارهای بسیار نامنظم و گیج‌کننده

(۴) افسردگی شدید همزمان

✓ پاسخ صحیح: ۲) باورهای هذیانی بدون توهم

◆ نکته: اختلال هذیانی معمولاً شامل هذیان‌های پایدار بدون توهم واضح است.

سؤال ۳. زن ۳۸ ساله‌ای باور دارد که پزشکان در بیمارستان او را تحت کنترل ذهنی قرار داده‌اند و این باورها موجب نگرانی زیادی برایش شده‌اند. او هیچ نشانه‌ای از اختلال خلقی یا روان‌پریشی دیگر ندارد. کدام تشخیص درست‌تر است؟

۱) اسکیزوفرنی

۲) اختلال هذیانی

۳) اختلال دوقطبی نوع ۱

۴) اختلال اضطراب فراگیر

✓ پاسخ صحیح: ۲) اختلال هذیانی

◆ نکته: باورهای هذیانی پایدار و غیرقابل تغییر در غیاب سایر علائم روان‌پریشی نشانه اختلال هذیانی است.

سؤال ۴. کدام ویژگی برای افتراق اختلال هذیانی از اسکیزوفرنی اهمیت دارد؟

۱) حضور توهم‌های شنیداری

۲) وجود هذیان پایدار بدون اختلال عملکرد شدید

۳) علائم منفی شدید

۴) دوره‌های افسردگی همراه

✓ پاسخ صحیح: ۲) وجود هذیان پایدار بدون اختلال عملکرد شدید

◆ نکته: در اختلال هذیانی، عملکرد اجتماعی معمولاً حفظ شده و توهم و علائم منفی کمتر دیده می شود.

سؤال ۵. مرد ۴۲ ساله ای که باور دارد دولت اطلاعات شخصی اش را کنترل می کند ولی همچنان قادر به کار و زندگی روزمره است. کدام تشخیص مناسب تر است؟

(۱) اختلال اسکیزوافکتیو

(۲) اختلال هذیانی

(۳) اختلال افسردگی ماژور

(۴) اختلال شخصیت پارانوید

✓ پاسخ صحیح: (۲) اختلال هذیانی

◆ نکته: اختلال هذیانی با باورهای هذیانی نسبتاً محدود و بدون اختلال شدید عملکرد مشخص می شود.

سؤال ۶. زن ۳۵ ساله ای با باورهای هذیانی مبنی بر اینکه مدیران محل کارش در حال توطئه علیه او هستند، مراجعه کرده است. او هیچ گونه توهم یا نشانه اختلال روان پریشی دیگر ندارد و رفتارهای روزمره اش تا حد زیادی طبیعی است. بهترین تشخیص چیست؟

(۱) اختلال اسکیزوفرنی

(۲) اختلال هذیانی

(۳) اختلال اضطراب اجتماعی

(۴) اختلال افسردگی ماژور

✓ پاسخ صحیح: (۲) اختلال هذیانی

◆ نکته: در اختلال هذیانی باورهای هذیانی پایدار و جدی بدون سایر علائم اسکیزوفرنیک دیده می‌شود.

اختلال سایکوتیک کوتاه مدت :

اختلال سایکوتیک کوتاه مدت به بروز ناگهانی حداقل یکی از علائم روان‌پریشی (مانند هذیان، توهم، گفتار آشفته یا رفتار بسیار نابسامان) گفته می‌شود که حداقل یک روز و حداکثر تا یک ماه طول می‌کشد و در نهایت با بازگشت کامل به سطح عملکرد قبلی همراه است. این اختلال اغلب به دنبال استرس شدید، آسیب روانی یا زایمان ایجاد می‌شود.

۲. ملاک‌های تشخیصی A: (DSM-5-TR). وجود حداقل یکی از علائم زیر (حداقل یکی از سه مورد اول الزامی است):

۱. هذیان

۲. توهم

۳. گفتار آشفته (مثلاً واژه‌سازی، درهم‌گویی)

رفتار بسیار آشفته یا کاتاتونیک

B. مدت زمان اختلال: حداقل ۱ روز و حداکثر ۱ ماه، با بازگشت کامل به سطح پایه عملکرد. C. اختلال قابل توضیح با اختلال روان‌پریشی دیگر (مانند اسکیزوفرنی، اختلال خلقی با ویژگی روان‌پریشانه)، مصرف مواد یا بیماری طبی عمومی نیست. ۳. انواع بر اساس زمینه بروز:

با عامل استرس‌زای مشخص (واکنش روان‌پریشانه حاد): معمولاً به دنبال وقایع تنش‌زا (مرگ عزیز، طلاق، سانحه)

بدون عامل استرس‌زای مشخص: بدون رویداد استرس‌زای قابل تشخیص

با شروع در دوران پس از زایمان: معمولاً ظرف ۴ هفته پس از زایمان رخ می‌دهد

۴. تشخیص افتراقی:

اسکیزوفرنی: علائم بیش از یک ماه طول می‌کشند و اغلب با اختلال عملکرد شدید همراه‌اند.

اختلال اسکیزوافکتیو یا دوقطبی با سایکوز: ویژگی‌های خلقی در مرکز تصویر بالینی هستند.

سایکوز ناشی از مواد یا بیماری طبی: بررسی سابقه مصرف یا بیماری‌های نورولوژیک ضروری است.

اختلال شخصیت مرزی با ویژگی‌های شبه‌سایکوتیک گذرا: معمولاً در واکنش به استرس شدید و با بینش نسبی

۵. سبب‌شناسی: زیستی:

آسیب‌پذیری ژنتیکی به اختلالات سایکوتیک یا خلقی

اختلال موقت در تنظیم نوروترنسمیترها (خصوصاً دوپامین)

تغییرات حاد نوروفیزیولوژیک در پاسخ به استرس شدید

روانی-اجتماعی:

تجارب استرس‌زای شدید یا شوک روانی
سابقه تروما یا از دست دادن ناگهانی عزیزان
کمبود مهارت‌های مقابله‌ای یا شبکه حمایت اجتماعی ناکافی
در زنان، خطر بالاتر در دوره پس از زایمان

۶. درمان:

۱. رویکرد حمایتی:

ایجاد محیط امن و بدون قضاوت برای بازیابی واقعیت
کاهش استرس، آرام‌سازی، بازسازی پیوندهای اجتماعی
آموزش بیمار و خانواده درباره طبیعت موقت اختلال

۲. CBT (در مراحل بهبودی):

بازسازی شناختی در مورد افکار یا باورهای هذیانی
افزایش بینش نسبت به علائم و بهبود سبک مقابله‌ای

نکات بالینی کلیدی:

شروع ناگهانی، دوره کوتاه و بهبود کامل ویژگی متمایزکننده است

گاهی اولین نشانه اختلال روان‌پریشی مزمن (مثل اسکیزوفرنی) است؛ پیگیری مهم است

مدیریت فوری بحران و نظارت بر ایمنی بیمار (در موارد خطر به خود یا دیگران) ضروری است

بررسی افتراقی دقیق با سایکوز ناشی از ماده یا بیماری طبی الزامی است

در موارد پس از زایمان، نیاز به ارزیابی تخصصی فوری و حمایت چندبعدی وجود دارد

۷. مثال‌های بالینی

مثال ۱: زن ۳۰ ساله‌ای پس از تجربه تصادف شدید، دچار توهم شنوایی و باور به تعقیب شدن توسط نیروهای ناشناخته شد. علائم ظرف چند ساعت شروع شد و ظرف ۱۰ روز با داروی ریسپریدون و حمایت روان‌شناختی کاملاً برطرف شد. تشخیص اختلال سایکوتیک کوتاه‌مدت با عامل استرس‌زا گذاشته شد.

مثال ۲: مرد ۲۷ ساله‌ای بدون سابقه روان‌پزشکی، ناگهان شروع به رفتارهای آشفته و گفتار نامفهوم کرد. هیچ عامل استرس‌زایی در زندگی اخیرش یافت نشد. پس از رد مصرف مواد، تشخیص اختلال سایکوتیک کوتاه‌مدت بدون عامل استرس‌زا داده شد و با درمان کوتاه‌مدت بهبود یافت.

مثال ۳: زن ۳۴ ساله‌ای دو هفته پس از زایمان، شروع به شنیدن صداهایی کرد که او را به آسیب رساندن به نوزادش تشویق می‌کردند. او به شدت مضطرب و گیج بود. با بستری فوری و درمان ترکیبی دارویی و روانی، ظرف ۳ هفته علائم برطرف شد. تشخیص سایکوز پس از زایمان (نوعی از اختلال سایکوتیک کوتاه‌مدت) تأیید شد.

سؤالات تستی:

سؤال ۱. زن ۳۰ ساله‌ای پس از یک حادثه استرس‌زا دچار هذیان‌های تعقیب و توهم شنوایی شد که ۱۰ روز طول کشید و سپس به طور کامل بهبود یافت. بهترین تشخیص چیست؟

(۱) اسکیزوفرنی

(۲) اختلال سایکوتیک کوتاه‌مدت

(۳) اختلال اسکیزوافکتیو

(۴) اختلال هذیانی

✓ پاسخ صحیح: (۲) اختلال سایکوتیک کوتاه‌مدت

◆ نکته: اختلال سایکوتیک کوتاه‌مدت با شروع ناگهانی علائم روان‌پریشی که کمتر از یک ماه طول می‌کشد و سپس بهبود کامل مشخص می‌شود.

سؤال ۲. مرد ۴۵ ساله‌ای بعد از مرگ ناگهانی یک فرد نزدیک، دچار توهم و هذیان شد که طی دو هفته بهبود یافت. تشخیص احتمالی چیست؟

(۱) اختلال سایکوتیک کوتاه‌مدت

(۲) اسکیزوفرنی

(۳) اختلال افسردگی ماژور با ویژگی‌های روان‌پریشی

(۴) اختلال هذیانی

✓ پاسخ صحیح: (۱) اختلال سایکوتیک کوتاه‌مدت

◆ نکته: اختلال سایکوتیک کوتاه‌مدت اغلب پس از یک رویداد استرس‌زا بروز می‌کند و علائم ظرف مدت یک ماه بهبود می‌یابند.

سؤال ۳. کدام ویژگی برای افتراق اختلال سایکوتیک کوتاه‌مدت از اسکیزوفرنی اهمیت دارد؟

(۱) مدت زمان علائم کمتر از یک ماه

(۲) وجود توهم شنوایی

(۳) وجود هذیان تعقیب

(۴) علائم منفی شدید

✓ پاسخ صحیح: (۱) مدت زمان علائم کمتر از یک ماه

◆ نکته: در اختلال سایکوتیک کوتاه مدت، مدت علائم کمتر از یک ماه است، اما در اسکیزوفرنی حداقل ۶ ماه.

سؤال ۴. زن ۲۸ ساله ای بعد از طلاق دچار رفتارهای آشفته و توهم دیداری شده که بعد از سه هفته بهبود یافته است. کدام تشخیص محتمل تر است؟

(۱) اسکیزوفرنی

(۲) اختلال سایکوتیک کوتاه مدت

(۳) اختلال دوقطبی نوع ۱

(۴) اختلال هذیانی

✓ پاسخ صحیح: (۲) اختلال سایکوتیک کوتاه مدت

◆ نکته: شروع ناگهانی پس از استرس و بهبود سریع از ویژگی های اختلال سایکوتیک کوتاه مدت است.

سؤال ۵. کدام یک از موارد زیر احتمال بروز اختلال سایکوتیک کوتاه مدت را افزایش می دهد؟

(۱) استرس شدید روانی

(۲) سابقه اختلال دوقطبی

(۳) مصرف مزمن الکل

(۴) سابقه اختلال شخصیت مرزی

✓ پاسخ صحیح: (۱) استرس شدید روانی

◆ نکته: استرس شدید روانی و حوادث بحرانی، عامل شایع بروز اختلال سایکوتیک کوتاه مدت است.

سؤال ۶. مرد ۳۵ ساله‌ای که طی چند روز دچار هذیان و توهم شده و بعد از ۲۰ روز علائمش کاملاً برطرف شده، بهترین تشخیص چیست؟

(۱) اختلال اسکیزوافکتیو

(۲) اختلال سایکوتیک کوتاه مدت

(۳) اختلال اسکیزوفرنی

(۴) اختلال هذیانی

✓ پاسخ صحیح: (۲) اختلال سایکوتیک کوتاه مدت

◆ نکته: مدت علائم کمتر از یک ماه و بهبود کامل از مشخصات کلیدی اختلال سایکوتیک کوتاه مدت است.

اختلال اسکیزوفرنی فرم:

اختلال اسکیزوفرنی فرم نوعی اختلال روان‌پریشی است که علائمی مشابه اسکیزوفرنی دارد، اما مدت زمان آن کوتاه‌تر است. به طور مشخص، مدت علائم بین ۱ ماه تا کمتر از ۶ ماه بوده و ممکن است بهبودی کامل یا گذار به اختلالات مزمن‌تر (مانند اسکیزوفرنی یا اختلال اسکیزوافکتیو) رخ دهد.

۲. ملاک‌های تشخیصی A: (DSM-5-TR). حداقل دو یا بیش از دو علامت به مدت بخش عمده‌ای از یک دوره یک ماهه (یا کمتر در صورت درمان موفق)، حداقل یکی از آن‌ها باید ۱ تا ۳ باشد:

۱. هذیان

۲. توهم

۳. گفتار آشفته (مثلاً پرش از موضوعی به موضوع دیگر، درهم‌گویی)

رفتار آشفته شدید یا کاتاتونیک

کاهش چشمگیر در هیجان‌دهی، گفتار یا انگیزش (علائم منفی)

B. مدت زمان یک دوره اپیزود باید حداقل ۱ ماه اما کمتر از ۶ ماه باشد. اگر تشخیص هنوز در حال بررسی است، عنوان "موقت" به آن اضافه می‌شود. C. حذف اختلال اسکیزوافکتیو، دوقطبی یا افسردگی مازور با ویژگی‌های روان‌پریشانه همزمان. D. علائم ناشی از اثرات فیزیولوژیک مواد یا بیماری پزشکی عمومی نباشد. ۳. تشخیص افتراقی:

اسکیزوفرنی: در صورت تداوم علائم برای ۶ ماه یا بیشتر

اختلال سایکوتیک کوتاه مدت: علائم کمتر از یک ماه و بازگشت کامل عملکرد پایه

اختلال دوقطبی با ویژگی های روان پریشانه: علائم روان پریشانه منحصرأ در طی اپیزودهای خلقی

اختلال اسکیزوافکتیو: اختلالات خلقی بارز همراه با علائم سایکوز در خارج از دوره خلقی

سایکوز ناشی از ماده یا بیماری طبی: باید افتراق داده شود، خصوصاً در بیماران بستری

۴. سبب شناسی: زیستی:

ژنتیک: احتمال بیشتر در بستگان درجه اول افراد با اسکیزوفرنی یا اختلالات خلقی

اختلال در انتقال دوپامین، گلوتامات و GABA

ساختارهای مغزی غیرطبیعی (مانند کاهش حجم قشر خاکستری و اتساع بطن ها)

نارسایی رشد عصبی در دوران جنینی

روانی-اجتماعی:

استرس های روانی-اجتماعی شدید، محرومیت یا تجربه های تروما

سبک فرزندپروری پرتنش و خانواده‌های با هیجان بیانی بالا

فقدان حمایت اجتماعی و مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف

۵. درمان:

داروهای آنتی‌سایکوتیک نسل دوم (خط اول): مثل ریسپریدون، الانزاپین، آریپیپرازول، کوئتیاپین

در دوز مناسب و با پایش عوارض جانبی

آنتی‌سایکوتیک‌های نسل اول: مانند هالوپریدول در صورت عدم پاسخ به داروهای آتیپیک

گاهی داروهای کمکی: مثل بنزودیازپین برای بی‌قراری، یا داروی ضدافسردگی در صورت علائم همراه

ب) روان‌درمانی: ۱. درمان شناختی-رفتاری (CBTp):

کمک به درک و بازسازی باورهای هذیانی

افزایش بینش و کاهش پریشانی ناشی از توهم‌ها

آموزش مهارت‌های مقابله با استرس و پیشگیری از عود

۲. آموزش خانواده (Family Psychoeducation):

کاهش هیجان بیانی در خانواده

افزایش حمایت اجتماعی، پذیرش و آگاهی از نشانه‌های هشداردهنده

بهبود پیروی دارویی و عملکرد کلی بیمار

۳. توانبخشی روانی اجتماعی:

بازتوانی عملکرد اجتماعی، شغلی و تحصیلی

آموزش مهارت‌های اجتماعی و روزمره

مداخلات ساختاریافته در جامعه یا تیم‌های درمان در منزل (Assertive Community Treatment)

نکات بالینی کلیدی:

مدت علائم بین ۱ تا ۶ ماه ملاک کلیدی افتراق با اسکیزوفرنی و سایکوز کوتاه‌مدت است

در برخی موارد ممکن است به اسکیزوفرنی کامل یا اسکیزوافکتیو تبدیل شود

پیش آگهی بهتر از اسکیزوفرنی در صورتی که:

شروع ناگهانی

علائم پیش مرضی کم

عملکرد اجتماعی-شغلی خوب پیش از شروع

پاسخ سریع به درمان

۶. مثال‌های بالینی

مثال ۱: مرد ۲۳ ساله‌ای با هذیان تعقیب، توهم دیداری و گفتار نامنسجم به اورژانس ارجاع شد. علائم به‌طور حاد شروع شده و پس از یک ماه درمان با آنتی‌سایکوتیک‌ها رو به بهبود رفت. عملکرد تحصیلی و اجتماعی او پیش از شروع علائم مناسب بود. پس از سه ماه، علائم برطرف شد و تشخیص اختلال اسکیزوفرنی فرم داده شد.

مثال ۲: زن ۲۹ ساله‌ای پس از قطع ناگهانی رابطه عاطفی، دچار باورهای شدید خودبزرگ‌بینانه و رفتارهای آشفته شد. هیچ سابقه خانوادگی روان‌پریشی نداشت. درمان با کوئتیاپین و روان‌درمانی حمایتی آغاز شد. پس از ۴ ماه، عملکرد پایه بازگشت و دارو به تدریج قطع شد. تشخیص نهایی: اسکیزوفرنی فرم با پیش‌آگهی خوب.

مثال ۳: مراجع ۳۵ ساله‌ای با علائم آشفته رفتاری، گفتار گسسته و توهم‌های شنیداری مراجعه کرد. علائم بیش از ۵ ماه ادامه یافت. پیگیری بعدی نشان داد که علائم همچنان ادامه دارند و به تدریج مزمن شده‌اند؛ لذا تشخیص به اسکیزوفرنی تغییر یافت.

سؤالات تستی:

سؤال ۱۰ زن ۲۷ ساله‌ای پس از دست دادن شغلش به صورت ناگهانی دچار هذیان‌های تعقیب و توهم شنیداری شده است که به مدت ۱۲ روز ادامه داشته‌اند و سپس بهبود یافته‌اند. کدام تشخیص محتمل‌تر است؟

(۱) اختلال اسکیزوفرنی

(۲) اختلال سایکوتیک کوتاه‌مدت

(۳) اختلال دوقطبی نوع ۱ با ویژگی‌های روان‌پریشی

(۴) اختلال هذیانی

✅ پاسخ صحیح: (۲) اختلال سایکوتیک کوتاه‌مدت

◆ نکته: اختلال سایکوتیک کوتاه‌مدت معمولاً در پاسخ به استرس شدید ایجاد می‌شود و علائم کمتر از یک ماه طول می‌کشد.

سؤال ۲. مرد ۳۵ ساله‌ای که چند روز پس از تصادف رانندگی دچار رفتارهای آشفته، توهم دیداری و هذیان شده است. این وضعیت تا ۲۰ روز ادامه داشته و پس از آن کاملاً بهبود یافته است. بهترین تشخیص چیست؟

(۱) اسکیزوفرنی

(۲) اختلال سایکوتیک کوتاه‌مدت

(۳) اختلال استرس پس از سانحه

(۴) اختلال هذیانی

✓ پاسخ صحیح: ۲) اختلال سایکوتیک کوتاه مدت

◆ نکته: شروع ناگهانی پس از رویداد استرس‌زا و بهبود کامل ظرف یک ماه نشان‌دهنده اختلال سایکوتیک کوتاه مدت است.

سؤال ۳. کدام یک از موارد زیر از معیارهای اصلی اختلال سایکوتیک کوتاه مدت است؟

(۱) وجود توهم‌های پایدار بیش از ۶ ماه

(۲) شروع ناگهانی علائم روان‌پریشی پس از استرس شدید

(۳) علائم منفی برجسته و مزمن

(۴) عدم بازگشت به عملکرد عادی پس از حمله روان‌پریشی

✓ پاسخ صحیح: ۲) شروع ناگهانی علائم روان‌پریشی پس از استرس شدید

◆ نکته: اختلال سایکوتیک کوتاه مدت معمولاً با شروع سریع و مرتبط با استرس شدید همراه است.

سؤال ۴. مرد ۴۰ ساله‌ای که طی ۱۵ روز دچار توهم شنوایی و هذیان‌های تعقیب شد و بعد از درمان روان‌شناختی به طور کامل بهبود یافت، تشخیص اولیه او چیست؟

(۱) اختلال اسکیزوفرنی

(۲) اختلال سایکوتیک کوتاه مدت

(۳) اختلال دوقطبی نوع ۱

(۴) اختلال هذیانی

✓ پاسخ صحیح: ۲) اختلال سایکوتیک کوتاه مدت

◆ نکته: بهبود کامل طی کمتر از یک ماه از ویژگی‌های مهم این اختلال است.

سؤال ۵. کدام عامل بیشترین نقش را در بروز اختلال سایکوتیک کوتاه مدت دارد؟

(۱) ژنتیک

(۲) مصرف مواد مخدر مزمن

(۳) استرس روانی شدید و ناگهانی

(۴) بیماری جسمی مزمن

✓ پاسخ صحیح: (۳) استرس روانی شدید و ناگهانی

◆ نکته: حوادث استرس‌زا یکی از مهم‌ترین محرک‌های بروز این اختلال هستند.

سؤال ۶. زن ۳۲ ساله‌ای پس از یک جدایی عاطفی شدید دچار هذیان‌هایی شد که طی ۲ هفته به طور کامل فروکش کردند. کدام تشخیص صحیح‌تر است؟

(۱) اختلال افسردگی با ویژگی‌های روان‌پریشی

(۲) اختلال سایکوتیک کوتاه مدت

(۳) اختلال اسکیزوفرنی

(۴) اختلال اضطراب فراگیر

✓ پاسخ صحیح: (۲) اختلال سایکوتیک کوتاه مدت

◆ نکته: دوره کوتاه علائم روان‌پریشی پس از استرس شدید مشخصه این اختلال است.

اختلال اسکیزوفرنی فرم

اختلال اسکیزوفرنی فرم نوعی اختلال روان‌پریشی است که علائمی مشابه اسکیزوفرنی دارد، اما مدت زمان آن کوتاه‌تر است. به طور مشخص، مدت علائم بین ۱ ماه تا کمتر از ۶ ماه بوده و ممکن است بهبودی کامل یا گذار به اختلالات مزمن‌تر (مانند اسکیزوفرنی یا اختلال اسکیزوافکتیو) رخ دهد.

۲. ملاک‌های تشخیصی A:(DSM-5-TR). حداقل دو یا بیش از دو علامت به مدت بخش عمده‌ای از یک دوره یک ماهه (یا کمتر در صورت درمان موفق)، حداقل یکی از آن‌ها باید ۱ تا ۳ باشد:

۱. هذیان

۲. توهم

۳. گفتار آشفته (مثلاً پرش از موضوعی به موضوع دیگر، درهم‌گویی)

رفتار آشفته شدید یا کاتاتونیک

کاهش چشمگیر در هیجان‌دهی، گفتار یا انگیزش (علائم منفی)

B. مدت زمان یک دوره اپیزود باید حداقل ۱ ماه اما کمتر از ۶ ماه باشد. اگر تشخیص هنوز در حال بررسی است، عنوان "موقت" به آن اضافه می‌شود. C. حذف اختلال اسکیزوافکتیو، دوقطبی یا افسردگی مازور با ویژگی‌های روان‌پریشانه همزمان. D. علائم ناشی از اثرات فیزیولوژیک مواد یا بیماری طبی عمومی نباشد.

۳. تشخیص افتراقی:

اسکیزوفرنی: در صورت تداوم علائم برای ۶ ماه یا بیشتر

اختلال سایکوتیک کوتاه مدت: علائم کمتر از یک ماه و بازگشت کامل عملکرد پایه

اختلال دوقطبی با ویژگی های روان پریشانه: علائم روان پریشانه منحصرأ در طی اپیزودهای خلقی

اختلال اسکیزوافکتیو: اختلالات خلقی بارز همراه با علائم سایکوز در خارج از دوره خلقی

سایکوز ناشی از ماده یا بیماری طبی: باید افتراق داده شود، خصوصاً در بیماران بستری

۴. سبب شناسی: زیستی:

ژنتیک: احتمال بیشتر در بستگان درجه اول افراد با اسکیزوفرنی یا اختلالات خلقی

اختلال در انتقال دوپامین، گلوتامات و GABA

ساختارهای مغزی غیرطبیعی (مانند کاهش حجم قشر خاکستری و اتساع بطن ها)

نارسایی رشد عصبی در دوران جنینی

روانی-اجتماعی:

استرس‌های روانی-اجتماعی شدید، محرومیت یا تجربه‌های تروما

سبک فرزندپروری پرتنش و خانواده‌های با هیجان بیانی بالا

فقدان حمایت اجتماعی و مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف

۵. درمان (الف) دارودرمانی:

داروهای آنتی‌سایکوتیک نسل دوم (خط اول): مثل ریسپریدون، الانزاپین، آریپیپرازول، کوئتیاپین

در دوز مناسب و با پایش عوارض جانبی

آنتی‌سایکوتیک‌های نسل اول: مانند هالوپریدول در صورت عدم پاسخ به داروهای آتیپیک

گاهی داروهای کمکی: مثل بنزودیازپین برای بی‌قراری، یا داروی ضد افسردگی در صورت علائم همراه

ب) روان‌درمانی: ۱. درمان شناختی-رفتاری (CBTp):

کمک به درک و بازسازی باورهای هذیانی

افزایش بینش و کاهش پریشانی ناشی از توهم‌ها

آموزش مهارت‌های مقابله با استرس و پیشگیری از عود

۲. آموزش خانواده (Family Psychoeducation):

کاهش هیجان بیانی در خانواده

افزایش حمایت اجتماعی، پذیرش و آگاهی از نشانه‌های هشداردهنده

بهبود پیروی دارویی و عملکرد کلی بیمار

۳. توانبخشی روانی اجتماعی:

بازتوانی عملکرد اجتماعی، شغلی و تحصیلی

آموزش مهارت‌های اجتماعی و روزمره

مداخلات ساختاریافته در جامعه یا تیم‌های درمان در منزل (Assertive Community Treatment)

نکات بالینی کلیدی:

مدت علائم بین ۱ تا ۶ ماه ملاک کلیدی افتراق با اسکیزوفرنی و سایکوز کوتاه مدت است.

در برخی موارد ممکن است به اسکیزوفرنی کامل یا اسکیزوافکتیو تبدیل شود.

پیش آگهی بهتر از اسکیزوفرنی در صورتی که:

شروع ناگهانی

علائم پیش مرضی کم

عملکرد اجتماعی-شغلی خوب پیش از شروع

پاسخ سریع به درمان

۶. مثال های بالینی

مثال ۱: مرد ۲۳ ساله ای با هذیان تعقیب، توهم دیداری و گفتار نامنسجم به اورژانس ارجاع شد. علائم به طور حاد شروع شده و پس از یک ماه درمان با آنتی سایکوتیک ها رو به بهبود رفت. عملکرد تحصیلی و اجتماعی او پیش از شروع علائم مناسب بود. پس از سه ماه، علائم برطرف شد و تشخیص اختلال اسکیزوفرنی فرم داده شد.

مثال ۲: زن ۲۹ ساله ای پس از قطع ناگهانی رابطه عاطفی، دچار باورهای شدید خودبزرگ بینانه و رفتارهای آشفته شد. هیچ سابقه خانوادگی روان پریشی نداشت. درمان با کوئتیاپین و روان درمانی حمایتی آغاز شد. پس از ۴ ماه، عملکرد پایه بازگشت و دارو به تدریج قطع شد. تشخیص نهایی: اسکیزوفرنی فرم با پیش آگهی خوب.

مثال ۳: مراجع ۳۵ ساله‌ای با علائم آشفته رفتاری، گفتار گسسته و توهم‌های شنیداری مراجعه کرد. علائم بیش از ۵ ماه ادامه یافت. پیگیری بعدی نشان داد که علائم همچنان ادامه دارند و به تدریج مزمن شده‌اند؛ لذا تشخیص به اسکیزوفرنی تغییر یافت.

سؤالات تستی:

سؤال ۱. زن ۲۴ ساله‌ای دچار هذیان‌های تعقیب و توهم شنوایی شده است که این علائم ۳ هفته ادامه داشته‌اند و عملکرد اجتماعی و شغلی او مختل شده است. کدام تشخیص محتمل‌تر است؟

(۱) اختلال اسکیزوفرنی فرم

(۲) اسکیزوفرنی

(۳) اختلال سایکوتیک کوتاه‌مدت

(۴) اختلال دوقطبی نوع ۱ با ویژگی‌های روان‌پریشی

✓ پاسخ صحیح: (۱) اختلال اسکیزوفرنی فرم

◆ نکته: اختلال اسکیزوفرنی فرم با علائم روان‌پریشی بین ۱ تا ۶ ماه و اختلال عملکرد مشخص تعریف می‌شود.

سؤال ۲. مرد ۳۰ ساله‌ای که دچار توهم و هذیان شده و این وضعیت ۵ هفته ادامه یافته، اما هنوز بهبود نیافته است. بهترین تشخیص چیست؟

(۱) اختلال سایکوتیک کوتاه‌مدت

(۲) اختلال اسکیزوفرنی فرم

(۳) اسکیزوفرنی

(۴) اختلال هذیانی

✓ پاسخ صحیح: ۲) اختلال اسکیزوفرنی فرم

◆ نکته: مدت علائم بین ۱ تا ۶ ماه در اسکیزوفرنی فرم است، اما در اختلال سایکوتیک کوتاه مدت کمتر از ۱ ماه.

سؤال ۳. کدام ویژگی کلیدی، اختلال اسکیزوفرنی فرم را از اختلال اسکیزوفرنی متمایز می کند؟

(۱) وجود علائم منفی شدید

(۲) مدت زمان علائم کمتر از ۶ ماه

(۳) وجود هذیان های تعقیب

(۴) شروع تدریجی علائم

✓ پاسخ صحیح: ۲) مدت زمان علائم کمتر از ۶ ماه

◆ نکته: در اسکیزوفرنی فرم، علائم کمتر از ۶ ماه و در اسکیزوفرنی ۶ ماه یا بیشتر طول می کشد.

سؤال ۴. زن ۲۷ ساله ای که طی ۴ هفته دچار هذیان و توهم شده و در عملکرد شغلی و اجتماعی خود دچار مشکل است، بهترین تشخیص چیست؟

(۱) اختلال اسکیزوفرنی فرم

(۲) اسکیزوفرنی

(۳) اختلال دوقطبی نوع ۱

(۴) اختلال اضطراب

✓ پاسخ صحیح: ۱) اختلال اسکیزوفرنی فرم

◆ نکته: دوره ۱ تا ۶ ماه علائم روان پریشی همراه با اختلال عملکرد، شاخص اختلال اسکیزوفرنی فرم است.

سؤال ۵. کدام یک از عوامل زیر بیشتر با بروز اختلال اسکیزوفرنی فرم مرتبط است؟

(۱) استرس روانی شدید

(۲) سابقه مصرف مزمن مواد مخدر

(۳) ژنتیک قوی اسکیزوفرنی

(۴) مشکلات روانی کودکی

✓ پاسخ صحیح: (۱) استرس روانی شدید

◆ نکته: استرس شدید روانی می تواند محرک شروع اختلال اسکیزوفرنی فرم باشد، به ویژه در افراد مستعد.

سؤال ۶. مرد ۳۲ ساله ای پس از ۲ ماه هنوز دچار هذیان و توهم است و عملکرد شغلی وی به شدت مختل شده است. کدام تشخیص صحیح تر است؟

(۱) اختلال اسکیزوفرنی فرم

(۲) اسکیزوفرنی

(۳) اختلال سایکوتیک کوتاه مدت

(۴) اختلال افسردگی با ویژگی های روان پریشی

✓ پاسخ صحیح: (۲) اسکیزوفرنی

◆ نکته: وقتی علائم بیش از ۶ ماه طول بکشد، تشخیص اسکیزوفرنی مطرح می شود.

اختلال اسکیزوفرنی:

اسکیزوفرنی یک اختلال روان‌پریشی مزمن و شدید است که با اختلال در تفکر، ادراک، هیجان، گفتار، و رفتار مشخص می‌شود. این اختلال معمولاً در اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع می‌شود و منجر به کاهش بارز در عملکرد اجتماعی، شغلی یا تحصیلی می‌گردد.

۲. ملاک‌های تشخیصی A: (DSM-5-TR). وجود حداقل دو یا بیشتر از علائم زیر برای بخش عمده‌ای از زمان در طول یک دوره یک‌ماهه (حداقل یکی از آن‌ها باید ۱ تا ۳ باشد):

۱. هذیان

۲. توهم

۳. گفتار آشفته

رفتار بسیار آشفته یا کاتاتونیک

علائم منفی (مثلاً کاهش ابراز هیجان، فقر گفتار یا بی‌ارادگی)

B. اختلال در عملکرد (اجتماعی، شغلی یا شخصی) از زمان شروع بیماری. C. علائم پایدار حداقل به مدت ۶ ماه (شامل حداقل ۱ ماه علائم فعال). D. حذف سایر اختلالات روان‌پریشی (اسکیزوافکتیو، دوقطبی، افسردگی شدید با ویژگی‌های سایکوتیک). E. علائم نباید ناشی از مصرف مواد یا بیماری طبی باشند. F. در صورت وجود سابقه اختلال طیف اوتیسم یا اختلال ارتباطی کودکی، تشخیص اسکیزوفرنی تنها در صورتی داده می‌شود که هذیان یا توهم برجسته وجود داشته باشد. ۳. تشخیص افتراقی:

اختلال اسکیزوافکتیو: علائم خلقی غالب و سایکوز در غیاب دوره خلقی نیز وجود دارد

اختلال دوقطبی با ویژگی سایکوتیک: سایکوز فقط در خلال اپیزود خلقی

اسکیزوفرنی فرم: مدت کمتر از ۶ ماه

اختلال هذیانی: هذیان‌های بدون اختلال بارز در عملکرد یا سایر علائم

سایکوز ناشی از ماده/بیماری طبی: حتماً باید بررسی ورد شود

۴. سبب شناسی: زیستی:

ژنتیک: وراثت نقش قوی دارد؛ خطر در خویشاوندان درجه اول بیشتر است

دیسریگولاسیون دوپامین (افزایش در مسیر مزولیمبیک، کاهش در مزوکورتیکال)

اختلال در نوروترانسمیترهای دیگر (گلوتامات، GABA)

اختلالات ساختاری مغز: کاهش حجم قشر خاکستری، اتساع بطن‌ها

عوامل پره‌ناتال: عفونت‌های دوران بارداری، هیپوکسی، استرس مادر

روانی-اجتماعی:

استرس مزمن یا تروما

خانواده با هیجان بیانی بالا (EE)

محرومیت اجتماعی و فقر

استفاده زودهنگام و مزمن از مواد روان گردان (مانند کانابیس)

۵. درمان (جزئیات و نکات کلیدی) الف) دارودرمانی:

آنتی سایکوتیک های نسل دوم (آتیپیک): مثل ریسپریدون، الانزاپین، آریپرازول، کلوزاپین

کلوزاپین در موارد مقاوم به درمان استفاده می شود

آنتی سایکوتیک های نسل اول: هالوپریدول، فلوپنازین - با عوارض خارج هرمی بیشتر

تزریقی طولانی اثر (Depot): برای بیمارانی با عدم همکاری دارویی

داروهای کمکی: در صورت اضطراب، بی خوابی، یا علائم خلقی همراه

ب) روان درمانی: ۱. درمان شناختی-رفتاری برای سایکوز (CBTp):

اصلاح باورهای هذیانی و ارزیابی واقع گرایانه تر توهم ها

افزایش بینش نسبت به بیماری

کاهش پریشانی روانی و بهبود عملکرد

۲. روان آموزی (Psychoeducation):

برای بیماران و خانواده ها: آموزش درباره ماهیت بیماری، داروها، نشانه های عود

افزایش همکاری درمانی و کاهش عود

۳. درمان خانواده:

کاهش هیجان بیانی، بهبود مهارت های حل تعارض و حمایت هیجانی

کاهش نرخ بستری مجدد

۴. توانبخشی روانی اجتماعی:

آموزش مهارت‌های زندگی روزمره، اجتماعی و شغلی

بازتوانی شناختی و برنامه‌های حمایت از اشتغال

نکات بالینی کلیدی:

دوره مزمن و ناتوان‌کننده دارد، ولی با درمان مناسب می‌توان علائم را کنترل کرد

همکاری دارویی و پیگیری منظم برای پیشگیری از عود حیاتی است

نشانه‌های منفی معمولاً مقاوم‌تر به درمان و عامل اصلی اختلال عملکرد هستند

کلوزاپین تنها داروی مؤثر در موارد مقاوم به درمان است، اما نیاز به پایش منظم شمارش گلبول‌های سفید دارد

شروع زودهنگام و عملکرد ضعیف پيش از بیماری، پیش‌آگهی را بدتر می‌کند

۶. مثال‌های بالینی

مثال ۱: مرد ۲۱ ساله‌ای با سابقه تحصیلی خوب، به تدریج دچار گوشه‌گیری، اعتقادات عجیب، و توهم شنیداری شد. پس از دو ماه علائم شدیدتر شد و عملکرد شغلی‌اش افت کرد. پس از گذشت ۸ ماه و عدم بهبود علائم، تشخیص اسکیزوفرنی داده شد و درمان با ریسپریدون آغاز شد.

مثال ۲: زن ۳۵ ساله‌ای با سابقه چندین بستری به علت هذیان کنترل ذهن و توهم دیداری، با مصرف نامنظم دارو مواجه بود. درمان با کلوزاپین و جلسات منظم CBTp آغاز شد. پس از شش ماه، عود کنترل شد و عملکرد اجتماعی نسبتاً بهبود یافت.

مثال ۳: مراجع ۲۸ ساله‌ای با توهم‌های شنیداری فرمان‌دهنده، فقر گفتار، بی‌انگیزگی و رفتار عجیب مراجعه کرد. عملکردش به شدت افت کرده بود. با تشخیص اسکیزوفرنی، درمان ترکیبی دارویی، توانبخشی شناختی، و آموزش خانواده آغاز شد. پس از یک سال، علائم مثبت کنترل شد ولی علائم منفی پابرجا ماندند.

سؤالات تستی:

سؤال ۱ مرد ۲۸ ساله‌ای که طی ۸ ماه دچار هذیان‌های تعقیب، توهم شنوایی و رفتار آشفته شده است و روابط اجتماعی و کاری او شدیداً مختل شده است. بهترین تشخیص چیست؟

(۱) اختلال اسکیزوفرنی فرم

(۲) اختلال سایکوتیک کوتاه‌مدت

(۳) اختلال اسکیزوفرنی

(۴) اختلال دوقطبی با ویژگی‌های روان‌پریشی

✓ پاسخ صحیح: (۳) اختلال اسکیزوفرنی

◆ نکته: مدت زمان علائم حداقل ۶ ماه همراه با اختلال عملکرد مشخص، معیار اصلی اسکیزوفرنی است.

سؤال ۲. زن ۳۵ ساله‌ای با توهم شنیداری، هذیان‌های بزرگ‌منشی و انزوای اجتماعی مراجعه کرده است. این وضعیت بیش از ۷ ماه ادامه داشته است. کدام تشخیص دقیق‌تر است؟

(۱) اختلال اسکیزوفرنی

(۲) اختلال اسکیزوفرنی فرم

(۳) اختلال سایکوتیک کوتاه‌مدت

(۴) اختلال افسردگی با ویژگی‌های روان‌پریشی

✓ پاسخ صحیح: (۱) اختلال اسکیزوفرنی

◆ نکته: استمرار علائم روان‌پریشی بیش از ۶ ماه برای تشخیص اسکیزوفرنی ضروری است.

سؤال ۳. کدام یک از علائم زیر از علائم منفی اسکیزوفرنی محسوب می‌شود؟

(۱) هذیان تعقیب

(۲) توهم شنوایی

(۳) کاهش بیان عاطفی

(۴) رفتار آشفته

✓ پاسخ صحیح: (۳) کاهش بیان عاطفی

◆ نکته: علائم منفی شامل کاهش بیان هیجانی، کناره‌گیری اجتماعی و کم‌حرفی هستند.

سؤال ۴. مرد ۲۵ ساله‌ای که ۱۰ ماه است دچار هذیان‌های تعقیب و توهم شده، اکنون دچار کاهش انگیزه، انزوا و کاهش بیان هیجانی است. بهترین تشخیص چیست؟

(۱) اختلال سایکوتیک کوتاه‌مدت

(۲) اختلال اسکیزوفرنی

(۳) اختلال اسکیزوفرنی فرم

(۴) اختلال دوقطبی

✓ پاسخ صحیح: (۲) اختلال اسکیزوفرنی

◆ نکته: علائم منفی غالب در اختلال اسکیزوفرنی و طول دوره طولانی‌تر از ۶ ماه، معیار اصلی است.

سؤال ۵. زن ۳۰ ساله‌ای پس از ۴ ماه بروز علائم روان‌پریشی هنوز دچار هذیان و توهم است، ولی عملکرد روزمره او به تدریج بهبود یافته است. تشخیص احتمالی چیست؟

(۱) اختلال اسکیزوفرنی فرم

(۲) اختلال اسکیزوفرنی

(۳) اختلال سایکوتیک کوتاه‌مدت

(۴) اختلال هذیانی

✓ پاسخ صحیح: (۱) اختلال اسکیزوفرنی فرم

◆ نکته: اختلال اسکیزوفرنی فرم زمانی مطرح می‌شود که علائم بین ۱ تا ۶ ماه و بهبود نسبی یا کامل وجود داشته باشد.

سؤال ۶. کدام یک از موارد زیر نشانه مشخصی از شروع اختلال اسکیزوفرنی است؟

(۱) شروع ناگهانی توهم و هذیان پس از یک رویداد استرسزا

(۲) دوره طولانی کاهش عملکرد اجتماعی و شغلی همراه با علائم روان‌پریشی

(۳) فقط هذیان‌های کوتاه‌مدت بدون اختلال عملکرد

(۴) علائم خلقی همراه با روان‌پریشی

✓ پاسخ صحیح: (۲) دوره طولانی کاهش عملکرد اجتماعی و شغلی همراه با علائم روان‌پریشی

◆ نکته: شروع تدریجی با کاهش عملکرد مشخص و استمرار علائم روان‌پریشی، شاخص اسکیزوفرنی است.

اختلال اسکیزوافکتیو:

اختلال اسکیزوافکتیو یک وضعیت روان‌پریشی است که ویژگی‌های اسکیزوفرنی (هذیان، توهم و غیره) را با علائم اختلال خلقی (افسردگی یا مانیا) ترکیب می‌کند. برخلاف اختلال دوقطبی یا افسردگی با ویژگی‌های سایکوتیک، در اسکیزوافکتیو سایکوز برای مدتی بدون علائم خلقی نیز باقی می‌ماند.

۲. ملاک‌های تشخیصی A: (DSM-5-TR). دوره‌ای پیوسته از بیماری با یک اپیزود خلقی عمده (افسردگی یا مانیا) هم‌زمان با معیار A برای اسکیزوفرنی (یعنی حداقل دو مورد از: هذیان، توهم، گفتار آشفته، رفتار آشفته، علائم منفی).

نکته: اگر دوره خلقی افسردگی باشد، باید شامل خلق افسرده بارز باشد، نه صرفاً بی‌لذتی.

B. وجود حداقل دو هفته هذیان یا توهم بدون علائم خلقی برجسته در طول بیماری. C. علائم اپیزود خلقی برای بخش عمده‌ای از مدت زمان اختلال در طول بیماری حاضرند. D. اختلال ناشی از مصرف مواد یا بیماری طبی عمومی نباشد. ۳. تشخیص افتراقی:

اسکیزوفرنی: اپیزودهای خلقی گذرا هستند یا غیرواضح؛ علائم خلقی به اندازه‌ی علائم سایکوتیک نیستند

اختلال دوقطبی/افسردگی با ویژگی‌های سایکوتیک: علائم سایکوتیک فقط در طول اپیزود خلقی دیده می‌شوند

اختلال شخصیت مرزی: علائم روان‌پریشی گذرا هستند و با استرس تحریک می‌شوند

اختلال سایکوتیک ناشی از ماده/بیماری طبی: وابسته به مصرف یا شرایط جسمی خاص است

۴. سبب‌شناسی: زیستی:

ژنتیک: خطر بالا در بستگان درجه اول مبتلا به اسکیزوفرنی یا اختلالات خلقی

اختلال در عملکرد نوروترانسمیترها: به‌ویژه دوپامین، سروتونین، گلوتامات

ناهنجاری‌های ساختاری مغز: مشابه با اسکیزوفرنی (اتساع بطن‌ها، کاهش ماده خاکستری)

روانی-اجتماعی:

استرس‌های اولیه زندگی، تروما یا تجربه سوءاستفاده

خانواده با هیجان بیانی بالا

استفاده از مواد روان گردان (ماری جوانا، آمفتامین‌ها)

۵. درمان (جزئیات و نکات کلیدی) الف) دارودرمانی:

آنتی سایکوتیک‌ها: داروی اصلی برای کنترل علائم روان پریشی

آتیپیک‌ها مانند ریسپریدون، اولانزاپین، آریپیپرازول

داروهای تثبیت کننده خلق: مثل لیتیم، سدیم والپروات در نوع دوقطبی

ضد افسردگی‌ها: مثل سرتالین یا ونلافاکسین در نوع افسرده

داروی ترکیبی تایید شده (مانند پالپریدون ER) نیز استفاده می‌شود

پایش عوارض جانبی و تداخلات دارویی بسیار مهم است

ب) روان درمانی: ۱. درمان شناختی-رفتاری (CBT):

اصلاح تفکرات هذیانی و ارزیابی واقع گرایانه ادراکات

مدیریت خلق و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای

پیشگیری از عود و افزایش بینش نسبت به بیماری

۲. روان‌آموزی (Psychoeducation):

آگاهی بخشی به بیمار و خانواده درباره ماهیت دوگانه بیماری

تأکید بر اهمیت مصرف منظم دارو و پیگیری درمانی

۳. درمان خانواده‌محور:

کاهش تعارض، افزایش حمایت هیجانی

پیشگیری از عود از طریق کاهش هیجان بیانی (Expressed Emotion)

۴. توانبخشی روانی-اجتماعی:

ارتقای مهارت‌های اجتماعی، شغلی و عملکرد روزمره

آموزش مهارت‌های زندگی مستقل و بازگشت به جامعه

نکات بالینی کلیدی:

وجود علائم خلقی و سایکوتیک به صورت هم‌زمان و مجزا ویژگی کلیدی تشخیص است

علائم سایکوتیک باید حداقل دو هفته بدون علائم خلقی ادامه داشته باشند

درمان معمولاً به ترکیب دارویی چندگانه نیاز دارد (آنتی‌سایکوتیک + تثبیت‌کننده یا ضدافسردگی)

پیش‌آگهی بهتر از اسکیزوفرنی و ضعیف‌تر از اختلالات خلقی تنها

بیش بیمار ممکن است متغیر باشد و آموزش خانواده کمک بزرگی در پیشگیری از عود است

۶. مثال‌های بالینی

مثال ۱: مرد ۳۰ ساله‌ای با دوره‌های خلق بالا (افکار بزرگ‌منشی، پرحرفی) و هم‌زمان توهم شنیداری (صداهایی که به او دستور می‌دادند) بستری شد. حتی پس از فروکش خلق بالا، همچنان توهم ادامه داشت. تشخیص اسکیزوافکتیو نوع دوقطبی داده شد و درمان با آریپیپرازول و لیتیم آغاز شد.

مثال ۲: زن ۲۸ ساله‌ای با خلق بسیار افسرده، کناره‌گیری اجتماعی، توهم دیداری و هذیان گناه شدید مراجعه کرد. علائم سایکوتیک بعد از بهبود خلق همچنان برای سه هفته ادامه یافت. با تشخیص اسکیزوافکتیو نوع افسرده، درمان با فلوکستین و ریسپریدون آغاز شد.

مثال ۳: مراجع ۳۵ ساله‌ای سابقه ۵ ساله نوسانات خلقی همراه با گاه‌به‌گاه هذیان گزند داشت. در یک ارزیابی جامع، دوره‌ای از توهم بدون خلق برجسته مشخص شد. تشخیص اسکیزوافکتیو تثبیت شد و درمان ترکیبی با داروهای تثبیت‌کننده و آنتی‌سایکوتیک همراه با CBT اجرا گردید.

سؤالات تستی:

سؤال ۱. زن ۲۹ ساله‌ای با هذیان و توهم همراه با دوره‌های افسردگی عمیق و هیجان بالا مراجعه کرده است. علائم روان‌پریشی حداقل ۲ هفته بدون علائم خلقی واضح ادامه داشته است. تشخیص صحیح چیست؟

(۱) اختلال اسکیزوفرنی

(۲) اختلال اسکیزوافکتیو

(۳) اختلال دوقطبی نوع ۱

(۴) اختلال افسردگی با ویژگی‌های روان‌پریشی

✓ پاسخ صحیح: (۲) اختلال اسکیزوافکتیو

◆ نکته: در اسکیزوافکتیو، علائم روان‌پریشی همراه با علائم خلقی همزمان وجود دارد و حداقل ۲ هفته روان‌پریشی بدون علائم خلقی دیده می‌شود.

سؤال ۲. مرد ۳۲ ساله‌ای که دچار هذیان، توهم و افسردگی شدید شده و علائم خلقی و روان‌پریشی همزمان دارد. کدام ویژگی برای افتراق اختلال اسکیزوافکتیو از اختلال خلقی با ویژگی‌های روان‌پریشی کلیدی است؟

(۱) وجود حداقل ۲ هفته روان‌پریشی بدون علائم خلقی

(۲) مدت زمان افسردگی بیشتر از ۶ ماه

(۳) توهم شنوایی بدون هذیان

(۴) فقدان اختلال عملکرد

✓ پاسخ صحیح: (۱) وجود حداقل ۲ هفته روان‌پریشی بدون علائم خلقی

◆ نکته: ویژگی متمایزکننده اسکیزوافکتیو، روان‌پریشی حداقل ۲ هفته بدون علائم خلقی است.

سؤال ۳. زن ۲۷ ساله‌ای که طی ۳ ماه دچار نوسانات خلقی شدید همراه با توهم و هذیان شده است. علائم روان‌پریشی و خلقی همزمان بروز کرده‌اند. بهترین تشخیص چیست؟

(۱) اختلال اسکیزوفرنی

(۲) اختلال اسکیزوافکتیو

(۳) اختلال دوقطبی نوع ۲

(۴) اختلال خلقی مازور

✓ پاسخ صحیح: (۲) اختلال اسکیزوافکتیو

◆ نکته: همزمانی علائم خلقی و روان‌پریشی با حداقل ۲ هفته روان‌پریشی مستقل، نشانه اسکیزوافکتیو است.

سؤال ۴. کدام مورد از علائم زیر بیشتر در اختلال اسکیزوافکتیو دیده می‌شود؟

(۱) هذیان و توهم بدون نوسانات خلقی

(۲) نوسانات خلقی همراه با علائم روان‌پریشی

(۳) فقط علائم خلقی بدون روان‌پریشی

(۴) رفتار آشفته بدون هذیان

✓ پاسخ صحیح: (۲) نوسانات خلقی همراه با علائم روان‌پریشی

◆ نکته: وجود همزمان علائم خلقی و روان‌پریشی، مشخصه اختلال اسکیزوافکتیو است.

سؤال ۵. مرد ۳۰ ساله‌ای که طی چند ماه دچار افسردگی و توهم شده و توهمات او حداقل ۳ هفته بدون علائم خلقی ادامه داشته‌اند. تشخیص محتمل چیست؟

(۱) اختلال افسردگی با ویژگی‌های روان‌پریشی

(۲) اختلال اسکیزوافکتیو

(۳) اختلال اسکیزوفرنی فرم

(۴) اختلال دوقطبی

✓ پاسخ صحیح: (۲) اختلال اسکیزوافکتیو

◆ نکته: استمرار روان‌پریشی بدون علائم خلقی حداقل ۲ هفته همراه با علائم خلقی قبل یا بعد، تشخیص اسکیزوافکتیو است.

سؤال ۶. کدام مورد از موارد زیر به تشخیص اختلال اسکیزوافکتیو کمک می کند؟

(۱) شروع ناگهانی هذیانها در حضور استرس شدید

(۲) علائم روانپریشی تنها در فاز افسردگی یا شیدایی

(۳) روانپریشی مستقل از تغییرات خلقی حداقل ۲ هفته

(۴) علائم خلقی و روانپریشی به صورت دوره ای و جداگانه

✓ پاسخ صحیح: (۳) روانپریشی مستقل از تغییرات خلقی حداقل ۲ هفته

◆ نکته: این ویژگی معیار اصلی افتراق اسکیزوافکتیو از سایر اختلالات است.

◆ اختلالات شخصیت :

اختلالات شخصیت خوشه A (Cluster A Personality Disorders)

ویژگی کلی: الگوهای رفتاری عجیب، غریب یا غیرعادی

اختلالات شامل: پارانویید، اسکیزوئید، اسکیزوتایپال

۱. تعریف کلی:

اختلالات شخصیت خوشه A با تفکر غیرمعمول، روابط اجتماعی ضعیف، و رفتارهای غیرعادی یا عجیب مشخص می شوند. این افراد معمولاً از دیگران فاصله می گیرند و ممکن است سرد، گوشه گیر یا مشکوک به نظر برسند. خطر پیشرفت به اختلالات سایکوتیک (به ویژه اسکیزوفرنی) در این گروه بیشتر است.

۱) اختلال شخصیت پارانویید (Paranoid Personality Disorder) :

بی‌اعتمادی فراگیر و سوءظن نسبت به دیگران، به‌طوری‌که انگیزه‌های آن‌ها بدخواهانه تعبیر می‌شود.

ملاک‌های DSM-5-TR (حداقل ۴ مورد):

سوءظن بی‌اساس به اینکه دیگران قصد آسیب یا فریب دارند

نگرانی دائم از وفاداری یا قابل اعتماد بودن اطرافیان

بی‌میلی به اعتماد به دیگران به دلیل ترس از سوءاستفاده

تعبیر بدخواهانه از گفته‌های بی‌ضرر

کینه‌توزی مداوم

درک حمله به شخصیت خود و واکنش سریع به خشم

سوءظن مکرر نسبت به خیانت همسر یا شریک عاطفی

تشخیص افتراقی:

اسکیزوفرنی پارانویید: فقدان هذیان و توهم در اختلال شخصیت پارانویید

اختلال شخصیت اسکیزوتایپال: عجایب ادراکی بارزتر

اختلال دلبستگی واکنشی یا PTSD

۲) اختلال شخصیت اسکیزوئید (Schizoid Personality Disorder) :

الگوی فراگیر کناره گیری از روابط اجتماعی و محدود بودن ابراز هیجان در موقعیت های بین فردی.

ملاک های DSM-5-TR (حداقل ۴ مورد):

تمایلی به روابط صمیمی (شامل خانواده) ندارد

تقریباً همیشه فعالیت های انفرادی را ترجیح می دهد

علاقه اندک به تجربه جنسی با دیگران

لذت کمی از فعالیت های مختلف می برد

دوستان نزدیک ندارد یا فقط یک نفر

بی تفاوت نسبت به تمجید یا انتقاد

سردی هیجانی و جدایی طلبی هیجانی

تشخیص افتراقی:

اسکیزوفرنی: بدون هذیان یا توهم

افسردگی شدید: اما اسکیزوئیدها ناراحتی بارز نشان نمی دهند

اوتیسم سطح بالا: شروع زودتر، اختلال در رشد زبان

۳) اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (Schizotypal Personality Disorder) :

الگوی فراگیر ناراحتی حاد در روابط نزدیک، اختلالات شناختی/ادراکی و رفتارهای عجیب و غیرمعمول.

ملاک های DSM-5-TR (حداقل ۵ مورد):

افکار ارجاعی (اما نه هذیان گونه)

باورهای عجیب یا تفکر جادویی (تله پاتی، شانس فوق العاده)

تجارب ادراکی عجیب (توهمات بدنی یا شبه توهم)

تفکر و گفتار غیرعادی (مبهم، استعاره، کلیشه ای)

سوءظن یا افکار پارانویید

عاطفه محدود یا نامناسب

ظاهر یا رفتار عجیب و غریب

فقدان دوستان صمیمی (جز خویشاوندان درجه یک)

اضطراب شدید اجتماعی که با آشنایی کاهش نمی یابد (ناشی از افکار پارانویید)

تشخیص افتراقی:

اسکیزوفرنی: افراد اسکیزوتایپال ممکن است به طور کامل روان پریش نشوند

اختلال شخصیت مرزی یا اجتنابی: اضطراب اجتماعی ولی بدون عجایب شناختی

OCD با افکار جادویی: در اسکیزوتایپال باورها همخوان با خود هستند

۴. سبب شناسی خوشه A: زیستی:

سابقه خانوادگی اسکیزوفرنی (به ویژه در اسکیزوتایپال)

ناهنجاری های عصبی در پردازش اجتماعی و شناختی

اختلال در عملکرد سروتونین و دوپامین

روانی-اجتماعی:

تجارب دوران کودکی: طرد، بی توجهی یا سوءاستفاده

سبک دلبستگی ناایمن و منزوی

کاهش فرصت های تعامل اجتماعی اولیه

۵. درمان :

CBT: برای افزایش آگاهی نسبت به باورهای غیرمنطقی و بهبود تعاملات اجتماعی

درمان بین فردی (IPT): در بهبود مهارت‌های رابطه‌ای

درمان حمایتی بلندمدت: برای اختلال اسکیزوئید یا پارانوئید

اتحاد درمانی دشوار است؛ ایجاد اعتماد زمان‌بر است

۶. نکات بالینی کلیدی:

ایجاد اعتماد درمانی بسیار چالش‌برانگیز است

افراد اغلب با فشار خانواده یا محیط وارد درمان می‌شوند

تمایل به انزوای اجتماعی بالا است؛ درمان گروهی ممکن است تحمل‌ناپذیر باشد

در اختلال اسکیزوتایپال، نشانه‌های سایکوتیک زیرآستانه‌ای وجود دارد

تمایز دقیق از اسکیزوفرنی بسیار حیاتی است

۷. مثال‌های بالینی:

مثال ۱ (پارانویید):

مرد ۳۵ ساله‌ای که به دلیل سوءظن به خیانت همسر، ترک کار و روابط قطع شده با خانواده مراجعه کرده است. در مصاحبه، دیگران را فریبکار و خطرناک می‌داند. درمان حمایتی و CBT برای بررسی باورهای سوءظن آمیز مؤثر بود.

مثال ۲ (اسکیزوئید):

زن ۲۸ ساله‌ای که هیچ دوستی ندارد، از تعاملات اجتماعی پرهیز می‌کند، به تنهایی کتاب می‌خواند و هیچ لذتی از تعامل انسانی نمی‌برد. درمان حمایتی و آموزش مهارت‌های اجتماعی نتایج محدودی نشان داد.

مثال ۳ (اسکیزوتایپال):

مرد ۲۲ ساله‌ای با اعتقاد به ارتباط ذهنی با دیگران و احساس حضور موجودات غیبی، همراه با اضطراب اجتماعی شدید. با درمان ترکیبی CBT و آنتی‌سایکوتیک خفیف، کاهش افکار جادویی حاصل شد.

سوالات تستی اختلال شخصیت پارانویید:

سؤال ۱. مرد ۳۵ ساله‌ای گزارش می‌دهد که همیشه فکر می‌کند دیگران قصد دارند به او آسیب بزنند یا پشت سرش حرف بزنند. به سختی به حرف‌های دیگران اعتماد می‌کند و اغلب سوءظن به وفاداری دوستان خود دارد. بهترین تشخیص چیست؟

(۱) اختلال شخصیت پارانویید

(۲) اختلال اضطراب فراگیر

(۳) اختلال اسکیزوتایپال شخصیت

(۴) اختلال افسردگی مزمن

✓ پاسخ صحیح: ۱) اختلال شخصیت پارانویید

◆ نکته: شک مداوم و سوءظن به دیگران بدون دلیل کافی، مشخصه این اختلال است.

سؤال ۲. زن ۴۰ ساله‌ای که شکایتی درباره خیانت همسرش ندارد، اما مدام فکر می‌کند که همکارانش قصد دارند به او آسیب برسانند یا شایعه‌پراکنی کنند و به همین دلیل در محل کار ارتباطات محدودی دارد. این رفتار بیانگر چه اختلالی است؟

۱) اختلال شخصیت اسکیزوئید

۲) اختلال شخصیت پارانویید

۳) اختلال شخصیت وابسته

۴) اختلال اضطراب اجتماعی

✓ پاسخ صحیح: ۲) اختلال شخصیت پارانویید

◆ نکته: بی‌اعتمادی و سوءظن به نیت دیگران، حتی بدون شواهد، در این اختلال شایع است.

سؤال ۳. مرد ۲۸ ساله‌ای که به دلیل سوءظن مفرط به دیگران و سختگیری در روابط دوستانه، دچار مشکلات اجتماعی شده است. کدام ویژگی بالینی در اختلال شخصیت پارانویید برجسته‌تر است؟

۱) فقدان تمایل به ارتباط اجتماعی

۲) سوءظن بدون دلیل موجه

۳) رفتار نمایشی و جلب توجه

۴) بی‌ثباتی هیجانی

✓ پاسخ صحیح: ۲) سوءظن بدون دلیل موجه

◆ نکته: شک و سوءظن غیرمنطقی نسبت به دیگران کلید تشخیص است.

سؤال ۴. زن ۳۳ ساله‌ای که به دلیل ترس از خیانت دیگران، بسیار محافظه کار و محتاط است و اغلب فکر می‌کند دیگران قصد آسیب رساندن به او را دارند. این نگرش چه تأثیری بر عملکرد او دارد؟

(۱) بهبود روابط بین فردی

(۲) اختلال در تعاملات اجتماعی

(۳) افزایش رضایت شغلی

(۴) افزایش اعتماد به نفس

✓ پاسخ صحیح: ۲) اختلال در تعاملات اجتماعی

◆ نکته: سوءظن مزمن منجر به مشکلات بین فردی و انزوای اجتماعی می‌شود.

سؤال ۵. کدام مورد بیشتر در اختلال شخصیت پارانویید مشاهده می‌شود؟

(۱) هذیان‌های شدید

(۲) سوءظن مزمن و مکرر نسبت به وفاداری دیگران

(۳) خجالت شدید در موقعیت‌های اجتماعی

(۴) خلق افسرده مزمن

✓ پاسخ صحیح: ۲) سوءظن مزمن و مکرر نسبت به وفاداری دیگران

◆ نکته: این ویژگی اصلی و بارز این اختلال است.

سؤال ۶. مرد ۴۵ ساله‌ای که به دلیل بدبینی شدید و شک مداوم نسبت به همکاران، در محیط کار دچار مشکلاتی شده است. کدام مداخله روان‌شناختی بیشترین تأثیر را می‌تواند داشته باشد؟

(۱) درمان شناختی-رفتاری با تمرکز بر اصلاح افکار مخرب

(۲) روان‌درمانی حمایتی برای کاهش خلق افسرده

(۳) آموزش مهارت‌های ارتباطی در گروه درمانی

(۴) هیپنوتراپی

✓ پاسخ صحیح: (۱) درمان شناختی-رفتاری با تمرکز بر اصلاح افکار مخرب

◆ نکته: CBT می‌تواند به کاهش سوءظن و بهبود اعتماد به دیگران کمک کند.

سؤالات تستی اختلال شخصیت اسکیزوئید:

سؤال ۱. مرد ۳۰ ساله‌ای که بیشتر اوقات ترجیح می‌دهد تنها باشد و از روابط اجتماعی اجتناب می‌کند. او علاقه‌ای به دوستان یا روابط عاشقانه ندارد و در بیان احساسات خود بسیار محدود است. بهترین تشخیص چیست؟

(۱) اختلال شخصیت اسکیزوئید

(۲) اختلال شخصیت پارانویید

(۳) اختلال افسردگی ماژور

(۴) اختلال اضطراب اجتماعی

✓ پاسخ صحیح: (۱) اختلال شخصیت اسکیزوئید

◆ نکته: دوری از روابط اجتماعی و بی‌علاقگی به تعاملات بین‌فردی مشخصه اصلی این اختلال است.

سؤال ۲. زن ۲۵ ساله‌ای که در محل کار ترجیح می‌دهد کمتر با همکارانش صحبت کند و اغلب تنهایی فعالیت می‌کند. او اظهار می‌کند که اصلاً دچار تنهایی نمی‌شود و از بودن با دیگران خسته می‌شود. کدام ویژگی بالینی بیشتر به این اختلال مربوط است؟

(۱) نیاز شدید به تایید دیگران

(۲) فقدان علاقه به روابط اجتماعی

(۳) رفتار نمایشی و خودشیفتگی

(۴) اضطراب در موقعیت‌های اجتماعی

✓ پاسخ صحیح: (۲) فقدان علاقه به روابط اجتماعی

◆ نکته: افراد با اختلال اسکیزوئید معمولاً از روابط اجتماعی اجتناب می‌کنند و به تنهایی رضایت دارند.

سؤال ۳. مرد ۴۰ ساله‌ای که برخلاف انتظارات خانواده، هیچ تمایلی به تشکیل خانواده یا شرکت در فعالیت‌های اجتماعی ندارد و احساسات خود را به ندرت بروز می‌دهد. کدام رفتار زیر در اختلال شخصیت اسکیزوئید شایع‌تر است؟

(۱) ابراز احساسات شدید و غیرمنتظره

(۲) سردی عاطفی و بی‌تفاوتی نسبت به تحسین یا انتقاد

(۳) رفتار پرخاشگرانه در روابط

(۴) وابستگی مفرط به دیگران

✓ پاسخ صحیح: (۲) سردی عاطفی و بی‌تفاوتی نسبت به تحسین یا انتقاد

◆ نکته: بی‌تفاوتی نسبت به بازخوردهای اجتماعی از ویژگی‌های کلیدی این اختلال است.

سؤال ۴. زن ۳۵ ساله‌ای که به دلیل عدم تمایل به روابط اجتماعی و بی تفاوتی هیجانی، دچار مشکلات شغلی شده است. کدام تشخیص محتمل تر است؟

(۱) اختلال شخصیت اسکیزوئید

(۲) اختلال دوقطبی

(۳) اختلال شخصیت وابسته

(۴) اختلال اضطراب فراگیر

✓ پاسخ صحیح: (۱) اختلال شخصیت اسکیزوئید

◆ نکته: اجتناب از روابط و بی تفاوتی هیجانی، این اختلال را مطرح می کند.

سؤال ۵. مرد ۲۸ ساله‌ای که به ندرت احساساتش را بیان می کند و ترجیح می دهد اکثر زمان خود را به تنهایی بگذراند. خانواده اش نگران هستند که او به دلیل انزوا ممکن است افسرده شود. چگونه می توان تفاوت اختلال شخصیت اسکیزوئید را با افسردگی تشخیص داد؟

(۱) در اختلال اسکیزوئید بی علاقه‌گی به روابط اجتماعی و عدم نیاز به همراهی است

(۲) افسردگی با خلق افسرده و ناامیدی همراه است

(۳) هر دو مورد ۱ و ۲ صحیح هستند

(۴) هیچ تفاوتی وجود ندارد

✓ پاسخ صحیح: (۳) هر دو مورد ۱ و ۲ صحیح هستند

◆ نکته: اختلال شخصیت اسکیزوئید با بی علاقه‌گی مداوم به روابط و بی نیازی به همراهی مشخص می شود، در حالی که افسردگی همراه با خلق افسرده و علائم ناامیدی است.

سؤال ۶. کدام درمان روان‌درمانی بیشتر برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوئید مفید است؟

(۱) درمان شناختی-رفتاری با تمرکز بر بهبود مهارت‌های اجتماعی

(۲) روان‌درمانی حمایتی برای کاهش انزوا و بهبود کیفیت زندگی

(۳) درمان خانوادگی برای کاهش تعارضات

(۴) درمان روان‌پویشی برای کشف تعارضات ناخودآگاه

✓ پاسخ صحیح: (۲) روان‌درمانی حمایتی برای کاهش انزوا و بهبود کیفیت زندگی

◆ نکته: حمایت روانی و تشویق به شرکت تدریجی در تعاملات اجتماعی معمولاً مفید است.

سؤالات تستی اختلال شخصیت اسکیزوتایپال :

سؤال ۱. مرد ۳۲ ساله‌ای که رفتارهای عجیب و غریب دارد، اغلب صحبت‌های مبهم و نامفهوم می‌کند و معتقد است برخی افراد قصد دارند او را کنترل ذهنی کنند. کدام تشخیص محتمل‌تر است؟

(۱) اختلال شخصیت اسکیزوتایپال

(۲) اختلال شخصیت پارانویید

(۳) اسکیزوفرنی

(۴) اختلال وسواسی-اجباری

✓ پاسخ صحیح: (۱) اختلال شخصیت اسکیزوتایپال

◆ نکته: افکار عجیب، باورهای غیرعادی و رفتارهای نامعمول مشخصه بارز این اختلال هستند.

سؤال ۲. زن ۲۵ ساله‌ای که از روابط اجتماعی اجتناب می‌کند، اما برخلاف سایر اختلالات شخصیت خوشه A، باورهای عجیب و تفکرات غیرمعمول درباره جهان دارد و گاهی تجربه‌های ادراکی غیرعادی گزارش می‌کند. بهترین تشخیص چیست؟

(۱) اختلال شخصیت اسکیزوتایپال

(۲) اختلال شخصیت اسکیزوئید

(۳) اختلال اضطراب اجتماعی

(۴) اختلال شخصیت نمایشی

✓ پاسخ صحیح: (۱) اختلال شخصیت اسکیزوتایپال

◆ نکته: وجود باورهای غیرعادی و تجارب ادراکی غیرمعمول این اختلال را از اسکیزوئید متمایز می‌کند.

سؤال ۳. مرد ۴۰ ساله‌ای که اغلب به دیگران بدگمان است، رفتار و گفتارش عجیب به نظر می‌رسد و لباس‌های غیرمعمول می‌پوشد. در محیط اجتماعی منزوی است و روابط نزدیکی ندارد. کدام مورد از ویژگی‌های زیر با اختلال شخصیت اسکیزوتایپال سازگار است؟

(۱) بدگمانی و شکایات پی‌درپی

(۲) ایده‌های بدعت‌آمیز و تفکر جادویی

(۳) خلق افسرده

(۴) رفتار نمایشی و جلب توجه

✓ پاسخ صحیح: (۲) ایده‌های بدعت‌آمیز و تفکر جادویی

◆ نکته: تفکر جادویی و باور به چیزهای غیرمعمول، از ویژگی‌های مهم این اختلال است.

سؤال ۴. زن ۲۸ ساله‌ای با خلق خنثی، اجتناب از روابط اجتماعی و نگرانی درباره اینکه دیگران درباره‌اش قضاوت منفی کنند مراجعه کرده است. او اظهار می‌کند گاهی صدایی را می‌شنود که دیگران نمی‌شنوند اما از گفتن این موضوع نگران است. تشخیص احتمالی چیست؟

(۱) اختلال شخصیت اسکیزوتایپال

(۲) اختلال شخصیت اسکیزوئید

(۳) اختلال روان‌پریشی کوتاه‌مدت

(۴) اختلال هذیانی

✓ پاسخ صحیح: (۱) اختلال شخصیت اسکیزوتایپال

◆ نکته: وجود تجارب ادراکی غیرمعمول مثل شنیدن صداهای غیرواقعی در این اختلال شایع است.

سؤال ۵. مرد ۳۵ ساله‌ای که به دلیل رفتارهای عجیب و اضطراب در تعاملات اجتماعی شغلی، عملکرد پایینی دارد. او اغلب صحبت‌هایش نامفهوم و گنگ است و لباس‌های نامتعارف می‌پوشد. کدام درمان روان‌درمانی بیشتر به او کمک می‌کند؟

(۱) درمان شناختی-رفتاری با تمرکز بر تفکر واقع‌گرایانه

(۲) روان‌درمانی حمایتی برای افزایش مهارت‌های اجتماعی

(۳) درمان دارویی ضد روان‌پریشی

(۴) درمان تحلیلی عمیق

✓ پاسخ صحیح: (۲) روان‌درمانی حمایتی برای افزایش مهارت‌های اجتماعی

◆ نکته: تمرکز بر حمایت و مهارت‌آموزی برای کاهش انزوا و رفتارهای عجیب مفید است.

سؤال ۶. کدام ویژگی زیر به طور مشخص اختلال شخصیت اسکیزوتایپال را از سایر اختلالات شخصیت خوشه A متمایز می کند؟

- (۱) بی علاقی به روابط اجتماعی
- (۲) رفتارهای عجیب و افکار جادویی
- (۳) سردی عاطفی و انزوای اجتماعی
- (۴) بدگمانی مفرط و شکاکیت

✓ پاسخ صحیح: (۲) رفتارهای عجیب و افکار جادویی

◆ نکته: تفکر جادویی و باورهای غیرمعمول از مشخصه های بارز این اختلال است.

اختلالات شخصیت خوشه B (Cluster B Personality Disorders)

ویژگی کلی: هیجانی، نمایشی، تکانشی، بی ثبات در روابط و خودانگاره
اختلالات شامل: ضداجتماعی، مرزی، نمایشی، خودشیفته

(۱) اختلال شخصیت ضداجتماعی (Antisocial Personality Disorder):

الگوی پایدار بی توجهی و نقض حقوق دیگران، که از سن ۱۵ سالگی آغاز شده و تا بزرگسالی ادامه دارد.

ملاک های DSM-5-TR (حداقل ۳ مورد):

ناتوانی در تطابق با هنجارهای اجتماعی (رفتارهای مجرمانه مکرر)

فریبکاری (دروغ، جعل، استفاده از نام مستعار)

تکانشگری و ناتوانی در برنامه‌ریزی آینده

تحریک‌پذیری و پرخاشگری (درگیری‌های فیزیکی مکرر)

بی‌توجهی به ایمنی خود یا دیگران

بی‌مسئولیتی مستمر (شکست در حفظ شغل یا پرداخت بدهی‌ها)

فقدان پشیمانی (بی‌احساسی نسبت به آسیب دیگران)

شرایط اضافی:

حداقل ۱۸ سال سن

شواهد اختلال سلوک (CD) پیش از ۱۵ سالگی

رفتار ضداجتماعی توضیح داده نشود توسط اسکیزوفرنی یا اختلال دوقطبی

تشخیص افتراقی:

اختلال سلوک (در نوجوانان)

اختلال شخصیت مرزی (رفتارهای تکانشی ولی با عاطفه ناپایدار)

مصرف مواد

۲) اختلال شخصیت مرزی (Borderline Personality Disorder):

الگوی فراگیر بی ثباتی در روابط بین فردی، خودانگاره، هیجانات و تکانشگری شدید.

ملاک‌های DSM-5-TR (حداقل ۵ مورد):

تلاش‌های شدید برای اجتناب از ترک شدن واقعی یا خیالی

الگوی روابط ناپایدار و شدید (دوگانه‌سازی: ایده‌آل‌سازی و بی‌ارزش‌سازی)

اختلال در خودانگاره (نوسانات شدید هویتی)

تکانشگری در حد آسیب‌رسانی (هزینه، غذا، رابطه جنسی، رانندگی)

رفتار، تهدید یا اقدام به خودکشی یا خودآزاری مکرر

ناپایداری هیجانی بارز (نوسانات خلقی شدید و سریع)

احساس مزمن پوچی

خشم نامتناسب و دشواری در کنترل آن

افکار پارانوئید گذرا یا علائم تجزیه‌ای در شرایط استرس

تشخیص افتراقی:

اختلال دوقطبی نوع II (نوسانات خلق ولی دوره‌ای)

PTSD (اختلالات هیجانی ولی با زمینه‌ی تروما)

اختلال شخصیت وابسته یا نمایشی

(۳) اختلال شخصیت نمایشی (Histrionic Personality Disorder) :

الگوی فراگیر رفتار هیجانی اغراق شده و جلب توجه دائم در زمینه‌های بین فردی.

ملاک‌های DSM-5-TR (حداقل ۵ مورد):

احساس ناراحتی در موقعیت‌هایی که مرکز توجه نیست

تعاملات اغواگرانه یا تحریک آمیز نامناسب

بیان هیجانات سطحی و ناپایدار

استفاده از ظاهر برای جلب توجه

سبک گفتار مبهم و فاقد جزئیات

نمایشی بودن، اغراق در ابراز هیجان

تأثیرپذیری زیاد از دیگران

تلقی روابط صمیمانه‌تر از آنچه هستند

تشخیص افتراقی:

اختلال شخصیت مرزی: شدت خودآسیب رسانی کمتر است

اختلال شخصیت خودشیفته: جلب توجه با اعتماد به نفس بیشتر

اختلال دو قطبی: فاز مانیک یا هیپومانیک موقتی است

(۴) اختلال شخصیت خودشیفته (Narcissistic Personality Disorder):

الگوی فراگیر بزرگ‌پنداری، نیاز به تحسین، و فقدان همدلی.

ملاک‌های DSM-5-TR (حداقل ۵ مورد):

احساس خودبزرگ‌بینی (مبالغه در استعداد و موفقیت‌ها)

اشتغال ذهنی با تخیلات قدرت، درخشش، زیبایی یا عشق ایده‌آل

باور به استثنائی بودن و فقط درک شدن توسط افراد خاص

نیاز به تحسین مفرط

احساس استحقاق (توقع غیرمنطقی برای برخورد ویژه)

استثمار دیگران برای رسیدن به اهداف

فقدان همدلی (بی توجهی به نیازها و احساسات دیگران)

حسادت به دیگران یا باور به حسادت دیگران

رفتارهای متکبرانه یا تحقیرآمیز

تشخیص افتراقی:

اختلال شخصیت ضد اجتماعی (رفتار خلاف اخلاق بیشتر)

اختلال دوقطبی: بزرگ منشی موقتی در فاز مانیک

اختلال شخصیت مرزی: هیجانات ناپایدار، نه خودبزرگ بینی

۵. سبب شناسی خوشه B: زیستی:

اختلالات در کارکرد قشر پیش پیشانی و آمیگدالا

کمبود سروتونین در ASPD و BPD

ژنتیک (خانواده با اختلالات خلقی، کنترل تکانه یا سوء مصرف)

روانی-اجتماعی:

تروما، بی توجهی هیجانی یا سوء استفاده در کودکی

الگوهای دلبستگی ناایمن یا سردی والدینی

مدل های والدینی تکانشی یا نمایشی

۶. درمان (مداخلات اصلی):

الف) روان درمانی:

اختلال مرزی:

DBT (رفتار درمانی دیالکتیکی): خط اول درمان

طرحواره درمانی

اختلال ضد اجتماعی:

سخت‌ترین پاسخ درمانی؛ تمرکز بر افزایش همدلی و مسئولیت‌پذیری

نمایشی و خودشیفته:

CBT و درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت

کار بر روی تنظیم هیجانات، خودآگاهی و اصلاح اسنادهای شناختی

ب) دارودرمانی:

SSRI: در نوسانات خلقی یا افسردگی همراه

آنتی‌سایکوتیک‌ها: در پرخاشگری یا تفکر پارانویید

ضدتشنج‌ها (مثل والپروات یا لاموتریژین): برای بی‌ثباتی خلق

۷. نکات بالینی کلیدی:

اتحاد درمانی دشوار ولی حیاتی است

در BPD، خودآسیبی و اقدام به خودکشی شایع‌اند

ASPD ممکن است دروغ بگوید، دستکاری کند یا درمان را ترک کند.

خودشیفته‌ها ممکن است به دلیل جراحت خودشیفتگی مراجعه کنند

نمایشی‌ها در درمان ممکن است بیش‌ابرازگر و وابسته شوند

۸. مثال‌های بالینی:

مثال ۱ (ضداجتماعی): مرد ۳۰ ساله‌ای با سابقه زندان، بی‌ثباتی شغلی، و دروغ‌گویی مزمن که فاقد احساس پشیمانی نسبت به آسیب به دیگران است. در جلسات درمانی، تلاش برای فریب درمانگر دیده می‌شود.

مثال ۲ (مرزی): زن ۲۵ ساله‌ای که روابط عاطفی شدید و بی‌ثبات دارد، رفتار خودزنی دارد و از ترک‌شدن وحشت دارد. با DBT و تثبیت دارویی، کنترل هیجانی بهبود یافت.

مثال ۳ (نمایشی): زن ۳۲ ساله‌ای با لباس‌های جلب توجه، احساسات شدید ولی سطحی، و سبک گفتار مبهم. شکایت اصلی از "نادیده‌گرفته‌شدن" در محل کار. CBT در افزایش آگاهی هیجانی مؤثر بود.

مثال ۴ (خودشیفته): مرد ۴۰ ساله‌ای که با شکایت از بی‌عدالتی همکاران و عدم قدردانی از استعدادش مراجعه کرده است. در مصاحبه، فقدان همدلی و انتظار برخورد ویژه بارز است.

سؤالات تستی اختلال شخصیت مرزی :

سؤال ۱. زن ۲۶ ساله‌ای که روابط بین فردی بسیار ناپایدار دارد؛ گاهی افراد را ایده آل می‌کند و چند روز بعد از آن‌ها به شدت ناامید و عصبانی می‌شود. همچنین ترس شدید از رها شدن را گزارش می‌کند. بهترین تشخیص چیست؟

- (۱) اختلال شخصیت مرزی
- (۲) اختلال شخصیت نمایشی
- (۳) اختلال شخصیت اجتنابی
- (۴) اختلال شخصیت پارانویید

✓ پاسخ صحیح: (۱) اختلال شخصیت مرزی

◆ نکته: ناپایداری روابط بین فردی و ترس شدید از رها شدن از نشانه‌های کلیدی این اختلال است.

سؤال ۲. مرد ۳۰ ساله‌ای که دچار تغییرات سریع خلق (از خشم شدید به افسردگی) و رفتارهای تکانشی مثل سوء مصرف مواد و رانندگی خطرناک شده است. همچنین اقدام به خودزنی یا تهدید به خودکشی دارد. تشخیص محتمل چیست؟

- (۱) اختلال شخصیت مرزی
- (۲) اختلال دوقطبی نوع ۲
- (۳) اختلال وسواسی-اجباری
- (۴) اختلال افسردگی اساسی

✓ پاسخ صحیح: (۱) اختلال شخصیت مرزی

◆ نکته: رفتارهای تکانشی و خودزنی همراه با نوسانات خلقی سریع مشخصه مهم این اختلال هستند.

سؤال ۳. زن ۲۴ ساله‌ای که بیان می‌کند احساس پوچی مداوم دارد و هویت ضعیفی دارد. گاهی دچار پارانوئیا و تفکرات غیرمنطقی در شرایط استرس‌زا می‌شود. کدام ویژگی از اختلال شخصیت مرزی است؟

(۱) احساس پوچی و هویت ضعیف

(۲) رفتار نمایشی و نیازمند توجه

(۳) بی‌علاقگی اجتماعی

(۴) حساسیت بیش از حد به تحقیر

✓ پاسخ صحیح: (۱) احساس پوچی و هویت ضعیف

◆ نکته: اختلال هویت و احساس خلأ از علائم مرکزی اختلال شخصیت مرزی است.

سؤال ۴. مرد ۲۸ ساله‌ای که در روابط عاطفی خود ترس از رها شدن دارد و برای جلوگیری از جدایی، رفتارهای افراطی انجام می‌دهد. او در گذشته چند بار اقدام به خودزنی داشته است. بهترین مداخله روان‌درمانی چیست؟

(۱) درمان دیالکتیکی رفتاری (DBT)

(۲) درمان شناختی-رفتاری (CBT)

(۳) درمان روانکاوی

(۴) درمان حمایتی کوتاه‌مدت

✓ پاسخ صحیح: (۱) درمان دیالکتیکی رفتاری (DBT)

◆ نکته: DBT تخصصی‌ترین درمان برای کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان و تنظیم هیجان در اختلال شخصیت مرزی است.

سؤال ۵. زن ۳۵ ساله‌ای با سابقه اختلال شخصیت مرزی، به طور مکرر از افرادی که به او نزدیک می‌شوند سوءظن دارد و گاهی افکار پارانوییدی کوتاه‌مدت تجربه می‌کند. این نشانه در کدام بخش از الگوی بیماری قرار دارد؟

(۱) پارانویا و تفکرات پراکندگی در موقعیت‌های استرس‌زا

(۲) تفکرات بدبینانه مزمن

(۳) هذیان‌های ثابت و پایدار

(۴) علائم اسکیزوفرنیک

✓ پاسخ صحیح: (۱) پارانویا و تفکرات پراکندگی در موقعیت‌های استرس‌زا

◆ نکته: این نوع تجارب پارانوییدی گذرا در موقعیت‌های پراسترس در اختلال شخصیت مرزی شایع است.

سؤال ۶. کدام یک از ویژگی‌های زیر بیشتر نشان‌دهنده تفاوت اختلال شخصیت مرزی با سایر اختلالات شخصیت است؟

(۱) ترس شدید از رها شدن

(۲) بی‌تفاوتی نسبت به روابط بین فردی

(۳) خلق پایدار و منظم

(۴) بی‌علاقگی اجتماعی

✓ پاسخ صحیح: (۱) ترس شدید از رها شدن

◆ نکته: ترس از رها شدن، ناپایداری عاطفی و رفتارهای تکانشی از مشخصه‌های بارز اختلال شخصیت مرزی است.

سؤالات تستی اختلال شخصیت نمایشی :

سؤال ۱. زن ۲۷ ساله‌ای که همواره در جمع‌ها تلاش می‌کند مرکز توجه باشد، لباس‌های جذاب و اغراق‌آمیز می‌پوشد و رفتارهای نمایشی و اغراق‌شده دارد. اغلب احساس می‌کند بدون تحسین دیگران بی‌ارزش است. کدام تشخیص محتمل است؟

(۱) اختلال شخصیت نمایشی

(۲) اختلال شخصیت مرزی

(۳) اختلال شخصیت خودشیفته

(۴) اختلال شخصیت اسکیزوتایپال

✓ پاسخ صحیح: (۱) اختلال شخصیت نمایشی

◆ نکته: نیاز شدید به توجه و رفتارهای نمایشی، شاخص اصلی این اختلال است.

سؤال ۲. مرد ۳۲ ساله‌ای که در روابط بین‌فردی خود اغلب احساس سطحی بودن دارد و از بیان احساسات خود به شکلی اغراق‌آمیز و تئاتری استفاده می‌کند. در عین حال تحمل انتقاد را ندارد. تشخیص احتمالی چیست؟

(۱) اختلال شخصیت نمایشی

(۲) اختلال شخصیت اجتنابی

(۳) اختلال شخصیت پارانویید

(۴) اختلال افسردگی اساسی

✓ پاسخ صحیح: (۱) اختلال شخصیت نمایشی

◆ نکته: بیان اغراق‌آمیز احساسات و حساسیت به انتقاد از نشانه‌های مهم است.

سؤال ۳. زن ۲۴ ساله‌ای که اغلب برای جذب توجه، رفتارهای تحریک‌آمیز و اغواگرانه نشان می‌دهد و احساساتش سریع تغییر می‌کنند. رفتار وی را چگونه می‌توان توصیف کرد؟

(۱) رفتار نمایشی و هیجانی

(۲) رفتار بی‌تفاوت و کناره‌گیر

(۳) رفتار محتاطانه و محافظه‌کار

(۴) رفتار خونسرد و بی‌احساس

✓ پاسخ صحیح: (۱) رفتار نمایشی و هیجانی

◆ نکته: اختلال شخصیت نمایشی با هیجانات شدید و رفتار اغواگرانه همراه است.

سؤال ۴. مردی که تمایل دارد در هر جمعی با شوخی‌های اغراق‌آمیز و داستان‌گویی جذاب، توجه دیگران را به خود جلب کند، اما هنگام مواجهه با مشکلات واقعی، رفتار او سطحی و ناپایدار می‌شود. بهترین روش روان‌درمانی برای این فرد کدام است؟

(۱) درمان شناختی-رفتاری (CBT)

(۲) درمان دیالکتیکی رفتاری (DBT)

(۳) درمان روانکاوای حمایتی

(۴) درمان دارویی

✓ پاسخ صحیح: (۱) درمان شناختی-رفتاری (CBT)

◆ نکته: CBT به اصلاح الگوهای فکری و رفتاری نمایشی کمک می‌کند.

سؤال ۵. زن ۲۹ ساله‌ای که در محیط کار بسیار به دیده شدن اهمیت می‌دهد و اغلب از تعریف و تمجید همکاران برای حفظ روحیه خود استفاده می‌کند، اما توانایی حفظ روابط بلندمدت ضعیفی دارد. این ویژگی با کدام اختلال شخصیت سازگار است؟

(۱) اختلال شخصیت نمایشی

(۲) اختلال شخصیت وسواسی-اجباری

(۳) اختلال شخصیت مرزی

(۴) اختلال شخصیت پارانوئید

✓ پاسخ صحیح: (۱) اختلال شخصیت نمایشی

◆ نکته: نیاز به تأیید و ضعف در حفظ روابط پایدار مشخصه این اختلال است.

سؤال ۶. کدام یک از ویژگی‌های زیر معمولاً در اختلال شخصیت نمایشی دیده نمی‌شود؟

(۱) رفتار اغواگرانه و نمایش احساسات

(۲) وابستگی شدید به تأیید دیگران

(۳) خلق پایدار و کنترل شده

(۴) سطحی بودن روابط بین فردی

✓ پاسخ صحیح: (۳) خلق پایدار و کنترل شده

◆ نکته: در این اختلال، خلق هیجانی و ناپایدار است و کنترل‌پذیری پایین دارد.

سؤالات تستی اختلال شخصیت خودشیفته :

سؤال ۱. مرد ۳۵ ساله‌ای که باور دارد همیشه باید مورد تحسین قرار گیرد و اغلب احساس می‌کند شایسته موفقیت‌های بزرگ است، در عین حال نسبت به نیازها و احساسات دیگران بی‌توجه است. کدام تشخیص محتمل‌تر است؟

(۱) اختلال شخصیت خودشیفته

(۲) اختلال شخصیت نمایشی

(۳) اختلال شخصیت اسکیزوتایپال

(۴) اختلال افسردگی اساسی

✓ پاسخ صحیح: (۱) اختلال شخصیت خودشیفته

◆ نکته: باور به برتری و نیاز شدید به تحسین از نشانه‌های اصلی است.

سؤال ۲. زن ۲۸ ساله‌ای که اغلب روابط بین‌فردی خود را بر اساس بهره‌برداری از دیگران برای رسیدن به اهدافش تنظیم می‌کند و نسبت به انتقاد بسیار حساس است. این ویژگی‌ها بیشتر با کدام اختلال شخصیت سازگار است؟

(۱) اختلال شخصیت خودشیفته

(۲) اختلال شخصیت مرزی

(۳) اختلال شخصیت پارانوئید

(۴) اختلال شخصیت نمایشی

✓ پاسخ صحیح: (۱) اختلال شخصیت خودشیفته

◆ نکته: بهره‌برداری از دیگران و حساسیت به انتقاد از ویژگی‌های بارز این اختلال است.

سؤال ۳. مرد ۴۰ ساله‌ای که هنگام مواجهه با شکست یا انتقاد دچار خشم شدید و احساس تحقیر می‌شود و رفتار تدافعی نشان می‌دهد. این پاسخ هیجانی بیشتر به کدام اختلال اشاره دارد؟

(۱) اختلال شخصیت خودشیفته

(۲) اختلال شخصیت وسواسی-اجباری

(۳) اختلال اضطراب اجتماعی

(۴) اختلال دوقطبی

✓ پاسخ صحیح: (۱) اختلال شخصیت خودشیفته

◆ نکته: واکنش شدید به انتقاد و دفاع از خود یکی از شاخصه‌های مهم این اختلال است.

سؤال ۴. زن ۳۲ ساله‌ای که تصور می‌کند تنها افراد خاص و برجسته شایسته ارتباط با او هستند و دیگران را کم‌ارزش می‌داند، همچنین تمایل دارد توجه همه را به خود جلب کند. بهترین گزینه درمانی برای وی چیست؟

(۱) درمان روان‌درمانی حمایتی

(۲) درمان شناختی-رفتاری (CBT)

(۳) دارودرمانی ضدافسردگی

(۴) روانکاو

✓ پاسخ صحیح: (۲) درمان شناختی-رفتاری (CBT)

◆ نکته: CBT به اصلاح باورهای ناکارآمد مربوط به خودبزرگ‌بینی و تعاملات اجتماعی کمک می‌کند.

سؤال ۵. مرد ۳۸ ساله‌ای که در محل کار همیشه انتظار دارد به عنوان رهبر شناخته شود و از همکاران خود انتظار تحسین و تمجید دارد، اما در مواجهه با همکاران انتقادی واکنش تهاجمی نشان می‌دهد. این رفتار با کدام اختلال شخصیت سازگار است؟

(۱) اختلال شخصیت خودشیفته

(۲) اختلال شخصیت مرزی

(۳) اختلال شخصیت وابسته

(۴) اختلال شخصیت اجتنابی

✓ پاسخ صحیح: (۱) اختلال شخصیت خودشیفته

◆ نکته: انتظار تحسین و واکنش تهاجمی به انتقاد شاخص این اختلال است.

سؤال ۶. کدام یک از ویژگی‌های زیر در اختلال شخصیت خودشیفته کمتر دیده می‌شود؟

(۱) خودبزرگ‌بینی و احساس برتری

(۲) همدلی پایین نسبت به دیگران

(۳) نیاز شدید به تایید و تحسین

(۴) تمایل به انزوای اجتماعی و دوری از تعاملات

✓ پاسخ صحیح: (۴) تمایل به انزوای اجتماعی و دوری از تعاملات

◆ نکته: افراد خودشیفته معمولاً به دنبال جذب توجه و تعامل هستند، نه انزوا.

اختلالات شخصیت خوشه C (Cluster C Personality Disorders)

ویژگی کلی: الگوی پایدار اضطراب، ترس، اجتناب، اطاعت پذیری و کنترل گری افراطی
اختلالات شامل: اجتنابی، وابسته، وسواسی-جبری

۱) اختلال شخصیت اجتنابی (Avoidant Personality Disorder):

الگوی فراگیر مهار اجتماعی، احساس بی کفایتی و حساسیت شدید به ارزیابی منفی که از اوایل بزرگسالی آغاز می شود.

ملاک های DSM-5-TR (حداقل ۴ مورد):

اجتناب از فعالیت های شغلی که مستلزم تماس بین فردی است، به دلیل ترس از انتقاد

تمایل به برقراری روابط فقط در صورت اطمینان از پذیرش

بازداری در روابط صمیمی به دلیل ترس از خجالت یا تمسخر

اشتغال ذهنی با انتقاد یا طرد

احساس بی کفایتی در موقعیت های اجتماعی

خودانگاره‌ی حقیر یا ناتوان

بی میلی به مشارکت در فعالیت‌های جدید به دلیل ترس از شرمندگی

تشخیص افتراقی:

اختلال اضطراب اجتماعی: نشانه‌ها وابسته به موقعیت‌اند، نه الگوی پایدار

اختلال وابسته: تمایل به رابطه، ولی به قیمت از دست دادن استقلال

اسکیزوئید: اجتناب از روابط نه از ترس، بلکه به دلیل بی‌علاقگی

۲) اختلال شخصیت وابسته (Dependent Personality Disorder):

الگوی فراگیر نیاز افراطی به مراقبت شدن، که منجر به رفتارهای اطاعت‌آمیز و چسبنده و ترس از جدایی می‌شود.

ملاک‌های DSM-5-TR (حداقل ۵ مورد):

دشواری در تصمیم‌گیری روزمره بدون مشورت زیاد

نیاز به واگذاری مسئولیت‌های مهم زندگی به دیگران

دشواری در ابراز مخالفت از ترس از دست دادن حمایت

دشواری در شروع پروژه‌ها به دلیل اعتماد به نفس پایین

انجام افراطی امور ناخوشایند برای به دست آوردن حمایت

احساس ناراحتی یا ناتوانی در تنهایی

فوراً به دنبال رابطه‌ی جایگزین بعد از پایان رابطه

اشتغال ذهنی با ترس از تنها ماندن یا مراقبت نشدن

تشخیص افتراقی:

اجتنابی: تمایل به رابطه دارد ولی از ارزیابی منفی می‌ترسد

مرزی: ترس از ترک شدن وجود دارد ولی با نوسانات شدید هیجانی

اختلال شخصیت وسواسی: نیاز به کنترل به جای اطاعت

۳) اختلال شخصیت وسواسی-جبری (Obsessive-Compulsive Personality Disorder – OCPD):

الگوی پایدار اشتغال ذهنی با نظم، کمال گرایی، کنترل ذهنی و بین فردی به قیمت از دست رفتن انعطاف پذیری و کارایی.

ملاک‌های DSM-5-TR (حداقل ۴ مورد):

اشتغال ذهنی با جزئیات، قوانین، فهرست‌ها، برنامه‌ها

کمال گرایی افراطی که موجب تأخیر در اتمام کار می‌شود

افراط در اشتغال شغلی به قیمت کنار گذاشتن تفریح و روابط

افراط در وجدان کاری و اخلاقی گرایی

ناتوانی در دور ریختن اشیاء بی‌ارزش

بی میلی به واگذاری کار مگر با روش خودش انجام شود

خساست شدید نسبت به خود و دیگران

سخت گیری و انعطاف ناپذیری افراطی

تشخیص افتراقی:

OCD (اختلال وسواس فکری-عملی): وجود افکار مزاحم و رفتارهای تکراری؛ OCPD egosyntonic است.

اختلال شخصیت وابسته: اطاعت پذیری بیشتر، نه کنترل گری

اختلال شخصیت اجتنابی: کمال گرایی کمتر و اضطراب اجتماعی بیشتر

۴. سبب شناسی خوشه C: زیستی:

استعداد ژنتیک برای اختلالات اضطرابی

حساسیت زیاد آمیگدالا به تهدید

سیستم بازدارنده رفتاری فعال تر

روانی-اجتماعی:

سبک دلبستگی اجتنابی یا وابسته

والدین کنترل گر، انتقادگر یا مراقب بیش از حد

پیام‌های درونی شده مانند: "اشتباه نکن"، "بدون دیگران نمی‌تونی"

۵. درمان :

CBT (رفتاردرمانی شناختی):

شناسایی و اصلاح باورهای ناکارآمد (مثلاً: "من باید بی‌نقص باشم")

آموزش جرأت‌مندی و کاهش اجتناب

تمرکز بر خودکارآمدی و استقلال در وابسته‌ها

طرحواره‌درمانی:

بررسی سبک‌های ناکارآمد شخصیتی از دوران کودکی

بسیار مؤثر برای شخصیت اجتنابی و وابسته

ACT و Mindfulness:

افزایش انعطاف روان‌شناختی در وسواسی‌ها

ب) دارودرمانی:

SSRI ها (مثل سرتالین، فلووکسامین): کاهش اضطراب همراه

بنزودیازپین‌ها: استفاده محدود و موقت در موارد شدید

داروهای ضدوسواس در OCPD همراه با ویژگی‌های وسواس شدید

۶. نکات بالینی مهم:

افراد خوشه C اغلب در درمان انگیزه‌مندترند

در اجتنابی، ایجاد اتحاد درمانی تدریجی اما حیاتی است

در وابسته‌ها، مراقب وابستگی بیش از حد به درمانگر باشید

در OCPD، درمانگر ممکن است با مقاومت نسبت به تغییر مواجه شود

درمان طولانی‌مدت و بر رشد شخصیت متمرکز باشد، نه فقط کاهش نشانه‌ها

۷. مثال‌های بالینی:

مثال ۱ (اجتنابی): زن ۲۸ ساله‌ای که از شرکت در موقعیت‌های اجتماعی، حتی جلسات کاری، اجتناب می‌کند. اعتماد به نفس پایین و ترس از خجالت دائمی. درمان CBT و طرحواره‌درمانی منجر به بهبود عملکرد اجتماعی شد.

مثال ۲ (وابسته): مرد ۳۵ ساله‌ای که نمی‌تواند تصمیمات ساده را بدون تأیید همسرش بگیرد. ترس عمیق از تنها ماندن دارد. با تقویت مهارت‌های تصمیم‌گیری و افزایش خودکارآمدی، استقلال نسبی حاصل شد.

مثال ۳ (OCPD): زن ۴۲ ساله‌ای که به دلیل پافشاری بر کمال و نظم، کارهایش را به موقع تحویل نمی‌دهد. روابط خانوادگی‌اش تحت تأثیر کمال‌گرایی سخت‌گیرانه قرار گرفته. درمان CBT و بازسازی باورهای غیرمنعطف مؤثر بود.

سؤالات تستی اختلال شخصیت اجتنابی :

سؤال ۱. زن ۲۹ ساله‌ای که از ترس رد شدن یا تحقیر شدن، از شرکت در جمع‌های اجتماعی و تعاملات بین‌فردی پرهیز می‌کند و اظهار می‌دارد «اگر کسی مرا قبول نکند، خیلی ناراحت می‌شوم». کدام تشخیص محتمل‌تر است؟

(۱) اختلال شخصیت اجتنابی

(۲) اختلال اضطراب اجتماعی

(۳) اختلال شخصیت وابسته

(۴) اختلال افسردگی اساسی

✓ پاسخ صحیح: ۱) اختلال شخصیت اجتنابی

◆ نکته: ترس شدید از طرد و پرهیز از روابط اجتماعی مشخصه اصلی این اختلال است.

سؤال ۲. مرد ۳۵ ساله‌ای که احساس بی‌کفایتی دارد، نسبت به خود ارزش پایینی قائل است و به دلیل ترس از طرد شدن حتی در محل کار خود از بیان نظراتش خودداری می‌کند. بهترین گزینه درمانی کدام است؟

۱) درمان شناختی-رفتاری (CBT)

۲) درمان روان‌پویشی

۳) دارودرمانی ضدافسردگی

۴) گروه درمانی حمایتی

✓ پاسخ صحیح: ۱) درمان شناختی-رفتاری (CBT)

◆ نکته: CBT به تغییر باورهای منفی درباره خود و مهارت‌های اجتماعی کمک می‌کند.

سؤال ۳. زن ۲۷ ساله‌ای که ترجیح می‌دهد تنها بماند زیرا «اگر به کسی نزدیک شوم، ممکن است او مرا رد کند یا تحقیر کند». این باور و رفتار به کدام اختلال شخصیت نزدیک‌تر است؟

۱) اختلال شخصیت اجتنابی

۲) اختلال شخصیت اسکیزوتایپال

۳) اختلال شخصیت وابسته

۴) اختلال شخصیت مرزی

✓ پاسخ صحیح: ۱) اختلال شخصیت اجتنابی

◆ نکته: اجتناب به دلیل ترس از طرد و تحقیر، کلید تشخیص است.

سؤال ۴. مرد ۳۰ ساله‌ای که دچار اضطراب شدید در موقعیت‌های اجتماعی است، از انتقاد بسیار می‌ترسد و به همین دلیل در جمع‌ها شرکت نمی‌کند، اما تمایل به ارتباط با دیگران دارد. کدام مداخله روان‌درمانی بیشترین کمک را می‌کند؟

(۱) درمان شناختی-رفتاری (CBT) با تمرین مواجهه تدریجی

(۲) روان‌درمانی حمایتی

(۳) دارودرمانی ضد اضطراب

(۴) روان‌کاوی

✓ پاسخ صحیح: (۱) درمان شناختی-رفتاری (CBT) با تمرین مواجهه تدریجی

◆ نکته: مواجهه تدریجی به کاهش اضطراب و افزایش اعتماد به نفس کمک می‌کند.

سؤال ۵. زن ۳۳ ساله‌ای که همیشه نگران است دیگران درباره او بد فکر کنند، از ایجاد رابطه عاطفی می‌ترسد و روابط صمیمی کمی دارد. این ویژگی‌ها بیشتر با کدام اختلال شخصیت همخوانی دارد؟

(۱) اختلال شخصیت اجتنابی

(۲) اختلال شخصیت وابسته

(۳) اختلال شخصیت مرزی

(۴) اختلال شخصیت خودشیفته

✓ پاسخ صحیح: (۱) اختلال شخصیت اجتنابی

◆ نکته: ترس از قضاوت منفی و اجتناب از روابط صمیمی در این اختلال دیده می‌شود.

سؤال ۶. کدامیک از ویژگی‌های زیر کمتر در اختلال شخصیت اجتنابی دیده می‌شود؟

(۱) ترس از طرد شدن و تحقیر

(۲) تمایل به تنهایی و انزوا به دلیل اضطراب اجتماعی

(۳) رفتارهای نمایشی و جلب توجه

(۴) کمبود اعتماد به نفس و خودانتقادی شدید

✓ پاسخ صحیح: (۳) رفتارهای نمایشی و جلب توجه

◆ نکته: رفتارهای نمایشی بیشتر در اختلال شخصیت نمایشی دیده می‌شود، نه اجتنابی.

سوالات تستی اختلال شخصیت وابسته :

سؤال ۱. زن ۳۱ ساله‌ای که در تصمیم‌گیری‌های روزمره خود دچار مشکل است و دائماً از دیگران می‌خواهد برایش تصمیم بگیرند، حتی در مسائل ساده. کدام تشخیص محتمل‌تر است؟

(۱) اختلال شخصیت وابسته

(۲) اختلال شخصیت اجتنابی

(۳) اختلال اضطراب فراگیر

(۴) اختلال شخصیت مرزی

✓ پاسخ صحیح: (۱) اختلال شخصیت وابسته

◆ نکته: وابستگی شدید به دیگران و ناتوانی در تصمیم‌گیری مستقل، ویژگی اصلی این اختلال است.

سؤال ۲. مرد ۲۸ ساله‌ای که به دلیل ترس از تنهایی، روابط عاطفی ناسالم و وابسته برقرار می‌کند و به سختی می‌تواند بدون حمایت دیگران کارهایش را انجام دهد. بهترین مداخله روان‌درمانی چیست؟

(۱) درمان شناختی-رفتاری (CBT)

(۲) روان‌درمانی حمایتی

(۳) دارودرمانی ضد اضطراب

(۴) روان‌کاوی

✓ پاسخ صحیح: (۱) درمان شناختی-رفتاری (CBT)

◆ نکته: CBT به افزایش مهارت‌های خودکارآمدی و استقلال کمک می‌کند.

سؤال ۳. زن ۳۵ ساله‌ای که هنگام مواجهه با مشکلات به سرعت به دنبال کمک و حمایت دیگران می‌گردد و از مواجهه با مسئولیت‌ها می‌ترسد. این ویژگی‌ها بیشتر با کدام اختلال شخصیت هماهنگ است؟

(۱) اختلال شخصیت وابسته

(۲) اختلال شخصیت اجتنابی

(۳) اختلال شخصیت پارانویید

(۴) اختلال شخصیت مرزی

✓ پاسخ صحیح: (۱) اختلال شخصیت وابسته

◆ نکته: جستجوی مکرر حمایت و اجتناب از مسئولیت، مشخصه این اختلال است.

سؤال ۴ مرد ۳۲ ساله‌ای که به سختی می‌تواند نظر مخالف خود را بیان کند و معمولاً در روابط خود بیش از حد تسلیم می‌شود تا حمایت و پذیرش دیگران را حفظ کند. کدام ویژگی به این اختلال شخصیت مربوط است؟

(۱) ترس از ترک شدن و وابستگی افراطی

(۲) ترس از انتقاد و اجتناب از تعاملات اجتماعی

(۳) تمایل به کنترل دیگران

(۴) رفتارهای نمایشی برای جلب توجه

✓ پاسخ صحیح: (۱) ترس از ترک شدن و وابستگی افراطی

◆ نکته: ترس از طرد و وابستگی زیاد به دیگران از ویژگی‌های اصلی اختلال شخصیت وابسته است.

سؤال ۵ زن ۲۷ ساله‌ای که برای انجام کارهای روزمره خود به دیگران نیازمند است و در غیاب حمایت‌کننده احساس ناامنی و اضطراب می‌کند. این الگو رفتاری به کدام اختلال شخصیت اشاره دارد؟

(۱) اختلال شخصیت وابسته

(۲) اختلال شخصیت اجتنابی

(۳) اختلال اضطراب فراگیر

(۴) اختلال شخصیت مرزی

✓ پاسخ صحیح: (۱) اختلال شخصیت وابسته

◆ نکته: وابستگی شدید به دیگران و ناتوانی در مدیریت موقعیت‌های زندگی از مشخصات این اختلال است.

سؤال ۶. کدامیک از موارد زیر کمتر با اختلال شخصیت وابسته همراه است؟

- (۱) نیاز مفرط به حمایت دیگران
- (۲) ناتوانی در تصمیم گیری مستقل
- (۳) رفتارهای پرخاشگرانه و کنترل گرانه
- (۴) ترس از ترک شدن و رهاشدگی

✓ پاسخ صحیح: (۳) رفتارهای پرخاشگرانه و کنترل گرانه

◆ نکته: این ویژگی ها بیشتر در اختلال شخصیت نمایشی یا مرزی دیده می شود، نه وابسته.

سؤالات تستی اختلال شخصیت وسواسی-جبری :

سؤال ۱. مرد ۴۰ ساله ای که در محل کارش بسیار وسواس دارد، مرتب همه چیز را دوباره چک می کند و نمی تواند وظایفش را به دیگران بسپارد، چون معتقد است فقط خودش می تواند به درستی انجام دهد. کدام اختلال شخصیت محتمل تر است؟

- (۱) اختلال شخصیت وسواسی-جبری
- (۲) اختلال شخصیت پارانوئید
- (۳) اختلال شخصیت اجتنابی
- (۴) اختلال شخصیت وابسته

✓ پاسخ صحیح: (۱) اختلال شخصیت وسواسی-جبری

◆ نکته: کنترل افراطی، سختگیری بیش از حد و نیاز به کامل بودن، ویژگی اصلی این اختلال است.

سؤال ۲. زن ۳۵ ساله‌ای که به دلیل وسواس بیش از حد در نظم و قوانین، در روابط اجتماعی‌اش دچار مشکل شده و اغلب دیگران را ناراحت می‌کند. بهترین مداخله درمانی کدام است؟

(۱) درمان شناختی-رفتاری (CBT)

(۲) روان‌درمانی حمایتی

(۳) درمان دارویی ضدافسردگی

(۴) روانکاوی

✓ پاسخ صحیح: (۱) درمان شناختی-رفتاری (CBT)

◆ نکته: CBT کمک می‌کند تا بیمار انعطاف‌پذیری رفتاری و فکری بیشتری پیدا کند.

سؤال ۳. مردی که در انجام کارهای روزمره خود بسیار دقیق و کمال‌گراست، به حدی که زمان زیادی صرف جزئیات می‌کند و از خطا کردن می‌ترسد. کدام اختلال شخصیت با این شرح هماهنگ‌تر است؟

(۱) اختلال شخصیت وسواسی-جبری

(۲) اختلال شخصیت نمایشی

(۳) اختلال شخصیت وابسته

(۴) اختلال شخصیت مرزی

✓ پاسخ صحیح: (۱) اختلال شخصیت وسواسی-جبری

◆ نکته: کمال‌گرایی افراطی و وسواس در جزئیات، مشخصه اصلی این اختلال است.

سؤال ۴. زن ۴۲ ساله‌ای که به سختی می‌تواند تصمیمات خود را بگیرد چون دائماً نگران اشتباه کردن است و به این دلیل اغلب کارها را عقب می‌اندازد. این ویژگی بیشتر به کدام اختلال شخصیت مربوط است؟

(۱) اختلال شخصیت وسواسی-جبری

(۲) اختلال شخصیت وابسته

(۳) اختلال شخصیت پارانویید

(۴) اختلال شخصیت اسکیزوتایپال

✓ پاسخ صحیح: (۱) اختلال شخصیت وسواسی-جبری

◆ نکته: تردید و تعلل در تصمیم‌گیری به دلیل کمال‌طلبی و ترس از اشتباه، از ویژگی‌های این اختلال است.

سؤال ۵. مرد ۳۸ ساله‌ای که در محل کار و خانه بسیار قانون‌مند و مقرراتی است و دیگران او را خشک و غیرقابل انعطاف می‌دانند. کدام ویژگی رفتاری او به اختلال شخصیت وسواسی-جبری اشاره دارد؟

(۱) سخت‌گیری بیش از حد و کنترل‌گری

(۲) بی‌توجهی به جزئیات

(۳) رفتارهای نمایشی برای جلب توجه

(۴) وابستگی شدید به دیگران

✓ پاسخ صحیح: (۱) سخت‌گیری بیش از حد و کنترل‌گری

◆ نکته: این رفتارها از مشخصات بارز وسواسی-جبری است.

سؤال ۶. کدام مورد کمتر با اختلال شخصیت وسواسی-جبری مرتبط است؟

(۱) نیاز به نظم و ترتیب زیاد

(۲) تمایل به کنترل دیگران در تمام امور

(۳) افکار هذیانی و توهمی

(۴) کمال گرایی مغل عملکرد

✓ پاسخ صحیح: (۳) افکار هذیانی و توهمی

◆ نکته: این علائم بیشتر مربوط به اختلالات روان‌پریشی هستند و در وسواسی-جبری دیده نمی‌شوند.