

به جمع اعضای خانواده بزرگ DLM خوش آمدید.

گاهی تغییری کوچک در روش‌های معمول، نتایج شگفت‌انگیزی به بار می‌آورد.

توجه ۱: هر فلش‌کارت دو رو دارد، یکی روی فلش‌کارت (سوال) و دیگری پشت فلش‌کارت (جواب)؛ در فایل تقدیمی هر روی فلش‌کارت در وسط یک صفحه A5 قرار داده شده است تا به راحتی بتوانید فلش‌کارت‌های واقعی را تجسم کنید.

بنابراین در صورت گرفتن پرینت، دستور پرینت را باید دور و دوری تعریف کنید که اعداد نظیر به نظیر پشت یکدیگر بیفتند.

(۱ پشت ۱، ۲ پشت ۲، ۳ پشت ۳ الی آخر)

توجه ۲: پس از گرفتن پرینت، می‌توانید قسمت‌های سفید کاغذ را جدا کنید تا ساینز واقعی فلش‌کارت‌ها به دست آیند.

توجه ۳: اگر حوصله داند، پرینت و برش فلش‌کارت‌ها را ندارید به دفتر پخش انتشارات واقع در خیابان جمهوری، خیابان گلشن، کوچه آزاد، پلاک ۲ مراجعه فرمایید تا حاضر و آماده و به شکل رایگان به شما تقدیم شود.

می‌توانید از طریق پست (برای شهرستانها) و از طریق پیک بادپا (برای تهران) نیز سмпل رایگان را دریافت فرمایید. بدین منظور با شماره تلفن ۰۲۱-۶۶۹۰۳۵۴۷ تماس حاصل فرمایید.

توجه ۴: دستورالعمل و همچنین جدول زمان‌بندی مطالعه نیز در ادامه همین فایل تقدیم شده است.

ما به موفقیت تک‌تک شما حساسیم.

با احترام

انتشارات تبلور دانش - گروه DLM

لطفاً اشتباه نشود.

سمپل رایگان، اشانتیون نیست. احترام به «حق انتخاب» شماست.

این حق شماست که فارغ از هیاهوهای تبلیغاتی ابتدا با پک ها آشنا شوید و سپس تصمیم گیری کنید.

تقدیم سمپل رایگان احترام به حق انتخاب شماست.

بدیهی است نمونه هایی که در اختیار شما عزیزان قرار گرفته دقیقاً همانی است که در پک کامل وجود دارد.

این وظیفه ماست که برای سرمایه شما حرمت قائل باشیم و مهم تر از هزینه ای که برای تهیه منابع آزمون کارشناسی ارشد می کنید، وقتی است

که در مهم ترین سال ها و لحظه های جوانی برای مطالعه و آمادگی در آزمون کارشناسی ارشد اختصاص می دهید.

نهایت تلاش خود را بخرج داده ایم که پک ها جامع باشند و مطلبی جا نیفتاده باشد و سئوالی خارج از پکها در کنکور مطرح نشود.

این، رویکرد DLM است که یا پکی را ارائه نکنیم یا پک قدرتمند و متفاوتی را ارائه نماییم که شما را از کتاب و کلاس بی نیاز کند.

با امید به اینکه بتوانیم نقشی در موفقیت شما داوطلب گرامی ایفا نماییم.

با احترام

DLMgroup

باسمه تعالی

سخن ناشر:

با سلام و احترام و شادباش

حضور شما را در جمع اعضای خانواده بزرگ DLM گرامی می‌داریم.

لازم است ابتدائاً نکاتی را به عرض برسانیم:

از تیم‌های تالیف خواسته می‌شود برای تلطیف خشکی مطالعه و به خاطر ماندن مطالب، به من کودکی و حافظه تصویری توجه ویژه‌ای نشان دهند و تکنیک‌هایی در این زمینه به ایشان آموزش داده می‌شود.

چگونگی استفاده از این تکنیک‌ها، انتخاب تصاویر و رنگ‌ها و از این قبیل کاملاً به سلیقه، خلاقیت و دیدگاه هر مولف و طبقه فکری – اجتماعی که وی به آن تعلق دارد و با تفویض اختیار کامل از جانب انتشارات به مولف صورت می‌گیرد و تنها ممیزی در این بین، توسط وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی انجام می‌پذیرد. لذا ممکن است از همه تصاویر کارتونی، عبارات خودمانی، جملات الهام‌بخش و شوخی‌هایی که می‌شود لذت ببرید یا ممکن است با برخی از آنها موافق نباشید یا جایگزین بهتری برای آنها سراغ داشته باشید.

به هر حال همه این کارها به این منظور انجام می‌شوند که علاوه بر اینکه با مطالعه پک‌های DLM، ان‌شاء... بهترین نتیجه را کسب خواهید فرمود، از مطالعه خود لذت نیز ببرید.

معتقدیم لازم نیست مطالعه، یک اجبار کسل‌کننده برای قبولی در آزمون باشد، بلکه می‌تواند فعالیتی شیرین، شاد و خوشایند باشد. به همین خاطر تلاش می‌شود مطالب، با زبانی ساده و با مثال‌هایی ملموس بیان شوند و کمترین تلاش ذهنی را از داوطلب، طلب کند. و نیز این همه کتاب را که ضخامت صفحات هریک شاید قبلاً باعث می‌شد اصلاً رغبت نکنیم طرفش برویم، حالا همه یکجا در یک پک در اختیار شما عزیزان قرار داده شده آن هم در قالب فلش‌کارت؛ فلش-کارت‌هایی که می‌توانید هر روز با خود حمل کنید و در اوقات پرت خود در طول روز مطالعه‌شان کنید.

می‌خواهیم این اطمینان خاطر را به شما بدهیم که جهت‌گیری و رویکرد انتشارات تبلوردانش صداقت، تعهد، کیفیت و احترام به وقت مخاطب است. وقتی که برای مطالعه پک‌ها اختصاص می‌دهید.

تمامی سیستم‌های تالیف، خط‌مشی‌ها و فرهنگ‌های سازمانی در این راستا طراحی شده‌اند.

تلاش می‌کنیم یا پکی را ارائه نکنیم یا وقتی برای درسی، پک آن ارائه شد جامع باشد و نیازی به مطالعه کتاب و کلاس نداشته باشید.

با این همه هیچ کاری عاری از اشکال نیست. ضمن اینکه کیفیت یک مقصد نیست بلکه یک مسیر و فرآیند دائمی است. بنابراین همیشه نیازمند نظرات، پیشنهادات، انتقادات و ایده‌های نوی شما عزیزان هستیم. به ما کمک کنید تا بتوانیم هر سال پک‌های کامل‌تر و جذاب‌تری را در اختیار دوستان شما و داوطلبان سال‌های بعد قرار دهیم.

موفق و پیروز و سربلند باشید.

این یک دستور است!

با احترام

انتشارات تبلوردانش – گروه DLM

Email: idea@DLMgroup.ir

تلفن: ۰۲۱۲۲۳۶۰۶۰۶

سامانه پیام کوتاه (SMS):

۳۰۰۰۷۶۵۰۰۰۱۷۷۴

«بسمه تعالی»

انتشارات تبلور دانش – گروه DLM

از صمیم قلب به شما تبریک می‌گوییم که تصمیم گرفته‌اید در آزمون کارشناسی ارشد شرکت کنید. نفس شرکت در آزمون کارشناسی ارشد با توجه به ظرفیت بسیار کم دانشگاه‌ها نسبت به تعداد داوطلبان، فارغ از نتیجه آن تصمیمی با اهمیت و جسورانه تلقی می‌شود و اگر به قبولی بیانجامد که موفقیت بسیار بزرگ و مثال زدنی خواهد بود.

بررسی درصدهای داوطلبان برتر سالهای گذشته در درس «روانشناسی مرضی و کودکان استثنایی» که در آزمون روانشناسی (کد ۱۱۳۳) در هر سه گرایش (بالینی، عمومی و بالینی کودک و نوجوان) ضریب ۲ دارد و نقش بسیار تاثیرگذاری در نتیجه نهایی آزمون کارشناسی ارشد ایفا می‌کند نشان می‌دهد درصدهای بالای ۷۰ در این درس بسیار نادر است. بنابراین اگر داوطلبی بتواند در «روانشناسی مرضی و کودکان استثنایی» درصد بالای ۸۰ کسب کند بخش اعظم رقابتی خود را پشت‌سر گذاشته و این یعنی قبولی تقریباً قطعی در مقطع کارشناسی ارشد.

چیزی که باعث شده هنوز کسی نتواند به کلیه سئوالات «روانشناسی مرضی و کودکان استثنایی» پاسخ صحیح دهد این است که منابع طراحی سئوالات در این درس بیش از ۷۰۰۰ صفحه کتاب می‌باشد که باید با جزئیات به خاطر سپرده شوند که با توجه به فرصت کم و ضرورت مطالعه سایر مواد امتحانی، عملاً غیرممکن می‌نماید.

اگر با داوطلبان سالهای گذشته صحبت کنید یا خود، داوطلب آزمون سراسری سالهای گذشته بوده باشید و علیرغم جدیت در ورود به مقطع کارشناسی ارشد نتیجه مطلوب را کسب نکرده باشید حتماً تصدیق می‌فرمایید که وقت زیادی صرف و روزی چند ساعت منابع مربوط به «روانشناسی مرضی و کودکان استثنایی» را مطالعه کرده‌اید (کلیه منابع اصلی و احتمالی بیش از ۲۱ جلد کتاب داخلی و خارجی است) یا از این موسسه به آن موسسه در رفت و آمد بوده‌اید و تازه با نزدیک شدن به زمان کنکور احساس می‌کنید چیزی به یاد نمی‌آورید و در تستهای سالهای گذشته نمی‌توانید درصدی بیش از ۷۰٪ کسب کنید.

روش DLM بهترین روش مطالعه «روانشناسی مرضی و کودکان استثنایی» است که درصد بالای ۸۰٪ را برای شما تضمین می‌کند. و چه بسا بتوانید به همه سئوالات پاسخ صحیح دهید که اگر کسی حائز درصد ۱۰۰ در این درس شود و در سایر مواد درصد معمولی کسب کند به معنای قبولی قطعی در دانشگاه دولتی خواهد بود.

ما سعی کرده‌ایم تمامی مطالبی را که نیاز دارید برای رسیدن به این مهم بدانید پوشش داده و مجموعه کاملی از کلیه سئوالات کنکورهای سراسری و آزاد ۱۴ سال اخیر همراه با ارجاع پاسخ‌ها به فلش کارتها فراهم آوریم و همان‌طوری که قبلاً ذکر شد درصد حداقل ۸۰٪ را برای شما تضمین کنیم.

همانطور که می‌دانید نسخه جدید DSM در سال ۲۰۱۳ منتشر شد و منابع خارجی به سرعت در صدد به روز کردن کتابهای روانشناسی مرضی و کودکان استثنایی برآمدند. متأسفانه این روند در کشور ما با اندکی تأخیر و به کندی پیش می‌رود. اما یک حاضر بر اساس آخرین تغییرات DSM (DSM-5) طراحی شده است و علاوه بر پوشش تمام منابع اصلی و احتمالی، شما را از رجوع به نسخه جدید DSM بی‌نیاز می‌سازد. در تمام مواردی که تغییر بوجود آمده، هم مطالب قبلی (بر اساس DSM-IV-TR) و هم مطالب جدید (بر اساس DSM-V) قید شده است تا داوطلبان بتوانند نسخه جدید را با نسخه قبلی مقایسه کنند و نیازی به مطالعه منابع قبلی جهت بررسی طبقه بندی ها در نسخه قبلی و مقایسه آن با نسخه جدید وجود نداشته باشد.

همچنین برای تصویر سازی بهتر، در پایان هر اختلال، داستانی در خصوص اختلال ذکر شده به همراه درمان‌های مورد نیاز، قید شده است تا داوطلبان در انتهای هر مبحث به یک جمع بندی کامل برسند و داستان‌گونه بودن مثال مطرح شده در تصویر سازی ذهنی و شکل‌گیری بهتر حافظه به داوطلبان کمک شایانی می‌کند.

استفاده از روش DLM زمانی کمتر از $\frac{1}{4}$ مطالعه عادی را از شما می‌گیرد و می‌توانید از زمان صرفه‌جویی شده برای آمادگی بیشتر در سایر دروس استفاده کنید. هیچ راه دیگری برای رسیدن به درصد بالای ۸۰٪ در «روانشناسی مرضی و کودکان استثنایی» بجز استفاده از روش DLM وجود ندارد.

اساس روش DLM بر آموزش مطالب روانشناسی از طریق فیش‌های آموزشی (فلش‌کارت) بنا شده است. ویژگی خاص مباحث روانشناسی مرضی و کودکان استثنایی به دلیل انبوه اختلالات، دسته‌بندی‌ها و طبقات مختلف، علل و نظریه‌ها و درمان‌های متفاوت و گاه بسیار زیاد که در تمام فصول به چشم می‌خورد ما را بر آن داشت تا کلیه مطالب لازم که در منابع اصلی مطرح شده را به صورت فلش کارت طراحی و تنظیم کنیم و در اختیار کسانی قرار دهیم که در کنکور پیش رو درصد بالای ۸۰ را برای خود در نظر دارند. هر شیوه دیگری برای مطالعه این مطالب با این حجم و این تنوع مبحث، کاری سخت و زمانبر است و به گواهی بسیاری از داوطلبان کنکور که در سالهای گذشته پذیرفته شده بودند (قبل از طراحی و چاپ فلش کارت‌های حاضر) بخش اعظمی از زمان مطالعه را به خود اختصاص می‌دهد. حسن مطالعه فیش بجای مطالعه کتاب و حضور در کلاس درس این است که در مطالعه فیش توجه شما بر روی مطالب کلیدی و کلمات مهم متمرکز می‌شود. در حالیکه در هنگام مطالعه کتاب ممکن است در انبوهی از مطالب، مطلبی از جلوی چشمان شما عبور کند و همان مطلب می‌تواند به عنوان تست کنکور مطرح شود و زدن یا نزدن یک تست در این حجم رقابت نیز می‌تواند در رتبه نهایی شما تأثیر گذار باشد.

در طراحی بسته آموزشی DLM با استفاده از کارشناسان مجرب تکنولوژی‌های آموزشی و اساتید پرسابقه و با تجربه در روانشناسی مرضی و کودکان استثنایی و همچنین استفاده از دانشجویان رتبه تک رقمی سالهای گذشته که خود این مسیر را با موفقیت طی کرده‌اند و مصائب

احتمالی آنرا لمس نموده‌اند تلاش شده است هیچ مطلبی جا نیفتد و مجموعه فلش کارت ها صد درصد مطالبی را که لازم است برای موفقیت در آزمون سراسری بیاموزید در برگیرد. روش منحصر به فرد DLM به شما کمک می‌کند هر روز چند فیش محدود را مطالعه کنید و یاد بگیرید و بدون آنکه احساس خستگی و یکنواختی به شما دست بدهد تا کنکور حداقل ۵ مرتبه آنها را مرور خواهید کرد. (فقط با روزی ۴۰ الی ۴۵ دقیقه مطالعه)؛ درست مانند این است که می‌خواهید یک کوه عظیمی را جابجا کنید. در ابتدا وقتی به عظمت کوه و ناممکن بودن جابجا کردن آن فکر می‌کنید ممکن است در اراده شما خللی ایجاد شود یا حتی به دست کشیدن از این کار فکر کنید. روش DLM به شما پیشنهاد می‌کند مطالب انبوه را که مطالعه آنها با یادگیری جزئیات حداقل نیازمند ۶ ماه مطالعه روزی ۴-۵ ساعت است در قالب مطالعه چند فیش در روز یاد بگیرید که همه مطالب را پوشش می‌دهند و هم نتیجه بهتری برای شما به بار می‌آورند و هم زمان بسیار کمتری از شما می‌گیرند. درست به منزله اینکه آن کوه بزرگ را به قسمت‌های بسیار کوچکی تقسیم کنید و هر روز یکی از آن قسمت‌ها را انتقال دهید؛ در انتها با تعجب می‌بینید همه آن کوه عظیم را جابجا کرده‌اید بدون آنکه نفس نفس بزنید!

مطالعه روزی چند فیش محدود ولی بصورت مستمر نوعی برنامه‌ریزی درونی را به شما القا می‌کند که این نظم در مطالعه، خود تاثیر شگرفی در موفقیت نهایی خواهد داشت.

روش DLM برپایه روش لایت‌ر بنا شده است که یک روش ساده اما بسیار اثربخش و پر کاربرد برای بخاطر سپردن مطالب است.

پیش‌بینی می‌کنیم میانگین درصدها در «روانشناسی مرضی و کودکان استثنایی» که تا حال بین ۶۰-۷۰ درصد در آزمون سراسری سالهای گذشته بوده است برای داوطلبانی که از روش DLM برای مطالعه این درس استفاده می‌کنند ۲۰٪ رشد داشته باشد و این به معنای آن است که درصد ۸۰ که برای «روانشناسی مرضی و کودکان استثنایی» عالی محسوب می‌شود از این پس یک درصد معمولی در نتیجه نهایی به حساب آید. به همین دلیل است که می‌گوییم:

«استفاده از روش DLM تنها راه موفقیت در آزمون کارشناسی ارشد است.»

البته اگر این شعار را به عنوان یک تبلیغ صرف تلقی می‌کنید باید بگوییم اولاً ما به کسب سود فقط برای یک سال یا چند سال فکر نمی‌کنیم و دید بلندمدت داریم و اگر باز هم در کنکور پیش رو مطالب یک همه تست‌های آزمون را پوشش دهد و سوالی خارج از آن نیاید این خود بهترین تبلیغ برای ماست.

ثانیاً اینکه فروش یک یک بیشتر یا کمتر تاثیر چندانی در سودآوری نهایی ما نخواهد داشت ولی آنقدر به کار خود مطمئن هستیم و برای آن دقت و زمان کافی صرف کرده‌ایم که از یک روش بازاریابی پیشرفته به شرح زیر برای توزیع بسته‌های آموزشی DLM استفاده کنیم:

از ما بخواهید ۲۴۳ فلش کارت فصل هفتم مربوط به اختلالات اضطرابی که فصل بسیار مهمی است (از مجموع ۳۸۲۴ فلش کارت) پک «روانشناسی مرضی و کودکان استثنایی» را به همراه دستورالعمل مطالعه به صورت رایگان در اختیار شما قرار دهیم تا با آشنایی کامل بتوانید تشخیص دهید و تصمیم بگیرید که اگر DLM واقعا به شما کمک می کند و واقعا تفاوت ایجاد می کند آنوقت پک کامل را درخواست کنید. (برای داوطلبان تهرانی از طریق پیک بادپا و برای داوطلبان شهرستانی از طریق پست)

این تصمیم را برای آن گرفته ایم که بتوانید بین بسته هایی که صرفا با انگیزه سوددهی تهیه شده اند با بسته آموزشی DLM که با وسواس زیادی تلاش کرده اثربخشی را در موفقیت شما با سودآوری در هم آمیزد، تفکیک قائل شوید. در واقع نمی خواهیم تاثیر منفی ای که ممکن است در سالهای اخیر در ذهن بعضی از داوطلبان از برخی بسته های آموزشی، متاسفانه ایجاد شده است مانع بهره مندی آنها از روش DLM شود. ما نسبت به موفقیت تک تک شما حساسیم.

با امید به اینکه سهمی هرچند کوچک در موفقیت نهائی شما داوطلب گرامی داشته باشیم.

انتشارات تبلوردانش – گروه DLM

لطفا برای کسب اطلاعات بیشتر و سفارش پکیج DLM یا دریافت «سمپل رایگان» با شماره تلفن های زیر تماس حاصل فرمایید:

تلفن گویا (۲۴ ساعته) ۶۶۹۴۸۷۸۱

۶۶۹۰۳۵۴۷

۶۶۹۲۶۲۰۵

۶۶۹۴۹۱۸۷

سفارش از طریق SMS – نام و آدرس خود را ارسال کنید. ما با شما تماس می گیری ۰۹۱۹۳۰۰۸۵۶۳

مدیریت گروه DLM ۲۲۳۶۰۶۰۶

«کارایی و اثربخشی DLM را از کسانی بپرسید که در آزمونهای گذشته نتیجه دلخواه را کسب کرده اند و اگر چنین امکانی ندارید از ما بخواهید ۲۴۳ فلش کارت فصل هفتم پک را به همراه دستورالعمل مطالعه به روش DLM (به شکل رایگان) در اختیار شما قرار دهیم تا خود بتوانید در مورد آن قضاوت کنید.»

تفاوت انسان های موفق با انسان های معمولی گاهی این است که انسان های معمولی از فرصت های به ظاهر کوچک یا ادعاهای به ظاهر کم اهمیت به سادگی عبور می کنند.

توجه ۲: اگر فرصت کافی برای مطالعه ندارید یا شانس قبولی خود را کم می پندارید یا حتی اگر مردد هستید در آزمون کارشناسی ارشد شرکت کنید یا نه، بدانید با DLM فقط با روزی ۳۰ تا ۴۰ دقیقه مطالعه به یک رقیب سرسخت در آزمون کارشناسی ارشد روانشناسی (کد ۱۱۳۳) تبدیل خواهید شد.

منابعی که فلش کارتهای دی.ال.ام پوشش می دهند:

- آسیب شناسی روانی، سلیگمن و روزنهان، ترجمه سید محمدی، جلد ۱،۲
 - آسیب شناسی روانی بر اساس دی اس ام ۵، گنجی، ۱،۲
 - آسیب شناسی روانی، کرینگ، ترجمه شمسی پور
 - آسیب شناسی روانی، هالچین و ویتبورن، ترجمه سید محمدی، ۱،۲
 - خلاصه ی روانپزشکی، کاپلان و سادوک، ترجمه دکتر رفیعی، جلد ۱،۲،۳
 - آسیب شناسی روانی، دکتر حسین آزاد، ۱،۲
 - روانشناسی مرضی تحولی، دکتر دادستان، جلد ۱،۲،۳
 - روانشناسی بالینی، دکتر شاملو
 - روانشناسی بالینی، دکتر پورشریفی
 - روانشناسی بالینی، فیرس و ترال، ترجمه فیروزبخت
 - نظریه های رواندرمانی و مشاوره، جerald کری، ترجمه سید محمدی
 - نظریه های رواندرمانی و مشاوره، دکتر شفیع آبادی
 - نظریه های رواندرمانی و مشاوره، پروچاسکا و نورکراس، ترجمه سید محمدی
 - روانشناسی مرضی، پوران پژوهش
 - روانشناسی مرضی، پارسه
 - روانشناسی کودکان استثنایی، دکتر میلانی فر
 - روانشناسی کودکان استثنایی، دکتر افروز
 - روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، سیف نراقی و نادری
 - روانشناسی کودکان استثنایی، سنجش تکمیلی
 - روانشناسی کودکان استثنایی، پوران پژوهش
 - روانشناسی کودکان استثنایی، پارسه
- و جزوه اساتید دانشگاه تهران

www.DLMgroup.ir

باور کنید که میتوانید ...

اختلالات اضطرابی



دسته بندی بر اساس DSM-V

اختلالات اضطرابی

اختلال اضطراب جدایی
اختلال وحشتزدگی
آگورافوبیا
فوبیاهای خاص
اختلال اضطراب اجتماعی (فوبی اجتماعی)
اختلال اضطراب تعمیم یافته

اختلالات وسواسی - اجباری

اختلال وسواس فکری-عملی
اختلال بادی دیسمورفیک
اختلال احتکار
اختلال کندن مو
اختلال پوست- کندن

ادامه

دسته بندی بر اساس DSM-V

اختلالات مرتبط	اختلال استرس پس از سانحه
با تروما و استرس	اختلال تعامل اجتماعی بی قید و بند
	اختلال استرس حاد
	اختلالات سازگاری

آسیب شناسی روانی. گنجی. جلد ۱. صفحه ۲۶۰.

ترس از این نظر با اضطراب فرق دارد که ویژگی
آن است.

آسیب شناسی روانی ۱ / سلیگمن . صفحه ۳۰۰

نگرانی از یک موضوع خاص و خطرناک

اضطراب جدایی:

آسیب شناسی روانی. گنجی. جلد ۱. صفحه ۲۶۲

اضطراب جدایی یک مرحله رشدی طبیعی است که در نوزادان سالم با دلبستگی از نوع ایمن روی می‌دهد.

معیارهای DSM-V برای اختلال اضطراب جدایی



آسیب شناسی روانی. گنجی. جلد ۱. صفحه ۲۶۲

- ترس یا اضطراب بسیار زیاد و بی تناسب با مرحله رشدی که فرد در آن قرار دارد، به علت جدا شدن از کسانی که به آنها دلبستگی دارد.

(۱) ناراحتی مفرط و پابرجا هنگامی که جدایی از منزل یا اشخاصی که کودک به آنها دلبسته است به وقوع می پیوندد.

(۲) نگرانی مفرط و پابرجا درباره احتمال بروز خطر قریب الوقوع و یا از دست دادن اشخاصی که کودک به طور عمده به آنها دلبسته است.

(۳) نگرانی مفرط و پابرجا درباره وقوع یک رویداد ناگهانی که فرد را از کسانی که به طور عمده به آنها دلبسته است جدا می کند.

(۴) مقاومت پیگیر یا امتناع از رفتن به مدرسه

معیارهای DSM-V برای اختلال اضطراب جدایی

آسیب شناسی روانی. گنجی. جلد ۱. صفحه ۲۶۲

۵) مقاومت یا ترس پا برجا و مفرط از تنها ماندن یا ماندن در منزل بدون افرادی که کودک به آنها دلبسته است.

۶) مقاومت پیگیر و یا امتناع از خوابیدن بدون حضور فردی که کودک به طور عمده به وی دلبسته است یا خوابیدن خارج از منزل

۷) کابوس‌های مکرر مبتنی بر موضوع جدایی

۸) شکایت‌های مکرر از نشانه‌های جسمانی (مثل دل درد)

- ترس، اضطراب، یا اجتناب به طور مکرر و پیوسته وجود دارد، در کودکان و نوجوانان حداقل ۴ هفته، و در بزرگسالان معمولاً ۶ ماه یا بیشتر ادامه می‌یابد.

نکته: شیوع در دو جنس یکسان است.

سراسری ۸۳

نحوه بروز اختلال اضطراب جدایی با سن کودک تغییر می‌کند، نشانه‌های کودکان کم سن مبتلا با نشانه‌های کودکان بزرگتر تفاوت‌های زیر را دارد:

- (۱) نشانه‌های کودکان کم سن بیشتر است، بیشتر نگران صدمه دیدن نزدیکانشان هستند، بیشتر از مدرسه رفتن امتناع می‌کنند، سایه به سایه آنها را تعقیب و کنار والدین می‌خوانند.
- (۲) گوشه گیر، بی تفاوت، غمگین و دچار افت تمرکز حواس، ترک مدرسه به قصد خانه.
- (۳) شکایات جسمانی (دل درد، سر درد و تهوع) امتناع از مدرسه رفتن، پرهیز از بیرون رفتن با همسالان

(۴) در مورد کارها یا عملکرد اجتماعی، درسی و ورزشی خود نگران هستند، آنها معمولاً کمالگرا هستند و به طور کلی نشانه‌های کمتری دارند.

منبع: فلش کارت ۱۱۱۹

گزینه ۱ صحیح است

کودک‌انی که دچار اضطراب جدایی هستند در خارج از منزل یا محل‌های مأنوس احساس راحتی نمی‌کنند، از رفتن به منزل دوستان یا خوابیدن در خارج از منزل و گاهی از رفتن به مدرسه امتناع می‌ورزند. نمی‌توانند تنها در یک اتاق بخوابند، از اشخاص مورد دلبستگی خود جدا نمی‌شوند و حتی در منزل آنها را مثل سایه دنبال می‌کنند.

اختلال وحشت زدگی:

آسیب‌شناسی روانی. گنجی. جلد ۱. ص ۲۶۴

اختلال وحشت‌زدگی یعنی حملات مکرر وحشت
یا اضطراب.

حمله وحشتزدگی از **چهار** عنصر تشکیل می شود:

آسیب شناسی روانی ۱ / سلیگمن . صفحه ۳۵۷

(۱) عنصر هیجانی:

فرد غرق در بیم شدید، وحشت یا دگرسان بینی خود می‌شود.

(۲) عنصر جسمانی:

شامل واکنش اضطرابی از جمله **کمیبود تنفس** است.

(**سرگیجه، تپش قلب، لرزش، سردی، یا درد قفسه سینه**)

(۳) عنصر شناختی:

فرد فکر می‌کند که ممکن است دچار حمله قلبی شده باشد و بمیرد،

یا دیوانه شود و یا کنترل خود را از دست بدهد.

(۴) عنصر رفتاری:

مثل میخکوب شدن، پرخاشگری

آزاد ۸۰

در طول حمله هراس، بیماران اغلب کدام یک از موارد زیر را تجربه می کنند؟

(۱) تنگی نفس

(۲) تپش قلب

(۳) بی قراری

(۴) همه موارد فوق

منبع: فلش کارت شماره ۱۱۲۲

گزینه ۴ صحیح است

حملات هراس یا وحشتزدگی (پانیک) می‌تواند همراه با گذرهراسی یا بدون گذرهراسی باشد. علامت **جسمانی** حملات هراس شامل: تپش قلب، تعریق، لرزش یا تکان، احساس تنگی تنفس، احساس ناراحتی یا درد در قفسه سینه، تهوع یا ناراحتی شکمی، واقعیت زدودگی، سرما، لرزه یا گرگرفتگی، مورمور شدن، احساس سرگیجه، تلو تلو خوردن، منگی یا ضعف می‌باشد.

حملات وحشتزدگی معمولاً به دو صورت رخ می‌دهند:

آسیب شناسی روانی ۱ / سلیگمن . صفحه ۳۵۸

- (۱) غیر منتظره (بدون هشدار)
- (۲) به صورتی که توسط موقعیت راه‌اندازی می‌شود.

دلایل رویکرد زیست پزشکی درباره اختلال
وحشتزدگی:

آسیب شناسی روانی ۱ / سلیگمن . صفحه ۳۵۹

۱) حملات وحشتزدگی را می‌توان در بیمارانی که آنها را به طور مکرر تجربه می‌کنند به صورت شیمیایی در آزمایشگاه ایجاد کرد.

۲) اختلال وحشتزدگی می‌تواند علت ژنتیکی داشته باشد.

۳) شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه بیماران مبتلا به اختلال وحشتزدگی ممکن است ناپهنجاری شیمی اعصاب داشته باشند.

۴) دو نوع دارو وجود دارد که وحشتزدگی را کاهش می‌دهد. (داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای و داروهای ضد اضطراب)

درمانگران شناختی می گویند اختلال وحشتزدگی
از ناشی می شود.

آسیب شناسی روانی ۱ / سلیگمن . صفحه ۳۶۰

سوء تعبیر فاجعه‌آمیز احساس‌های بدنی.

(بیمار مبتلا به اختلال وحشتزدگی، پاسخ‌های
اضطراب معمولی نظیر تپش قلب را به معنی
حمله قلبی قریب الوقوع تعبیر می‌کند)

سراسری ۸۹

اختلال وحشتزدگی کدام است؟

(۱) اضطراب و نگرانی مفرط که با موقعیت‌های خاص ارتباط دارد.

(۲) افکار یا تصاویر تکراری و غیر منطقی که از کنترل خارج است.

(۳) ترس شدید و ناگهانی که معمولاً پس از آسیب بوجود می‌آید.

(۴) ترس شدید و ناگهانی که با موقعیت یا محرک مشخص ارتباط ندارد.

پاسخ: فلش کارت شماره ۱۱۲۶

گزینه ۴ صحیح است

اختلال وحشتزدگی (پانیک) شامل حمله‌های شدید اضطراب با احساس مرگ قریب الوقوع است که مشخصه آن، حملات و دوره‌های مجزای ترس شدید و ناگهانی است که با موقعیت یا محرک مشخص ارتباط ندارد.

آگورافوبیا (ترس از مکان‌های باز)



آسیب شناسی روانی. گنجی. جلد ۱. صفحه ۲۷۴

- ✓ افراد آگورافوبیک همیشه می‌ترسند که
مبادا در جایی گیر بیفتند یا در
مکانی دچار حمله وحشتزدگی بشوند
و کسی نتواند به آنها کمک کند یا
خودشان نتوانند از آن فرار کنند.
- ✓ آنها از ترک کردن خانه خود وحشتزده
می‌شوند و این وحشت به تدریج ادامه
می‌یابد.

معیارهای DSM-V برای آگورافوبیا

آسیب شناسی روانی. گنجی. جلد ۱. صفحه ۲۷۴

- ترس یا اضطراب شدید درباره دو موقعیت از پنج موقعیت زیر:
 - ۱) استفاده از وسائط حمل و نقل عمومی
 - ۲) فضاهای باز
 - ۳) فضاهای سرپسته
 - ۴) ایستادن در صف یا قرار گرفتن در داخل جمعیت
 - ۵) تنها بودن در خارج از خانه
- موقعیت های آگورافوبیک تقریباً همیشه باعث ترس یا اضطراب می شود.
- شدت ترس یا اضطراب فرد با شدت خطری که موقعیت های آگورافوبیک ایجاد می کنند، تناسب ندارد.
- ترس، اضطراب، یا اجتناب، پیوسته و مکرر است، و معمولاً ۶ ماه یا بیشتر طول می کشد.

شیوع آگورافوبیا به گزارش DSM-V:

آسیب شناسی روانی. گنجی. جلد ۱. صفحه ۲۷۷

- هر سال حدود ۱/۷٪ نوجوانان و بزرگسالان امریکایی مبتلا به اگورافوبیا تشخیص داده می شود.
- احتمال ابتلای زنان دو برابر مردان است.
- نرخ وقوع در اواخر نوجوانی و اوایل بزرگسالی به اوج می رسد.
- نرخ شیوع ۱۲ ماهه در افراد بالای ۶۵ سال ۰/۴٪ است.

میزان شیوع فوبی مکان‌های باز نزدیک به
..... است.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن/ سیدمحمدی . صفحه ۳۶۶

۳ درصد

اکثریت عمده مبتلایان به فوبی مکان‌های باز
..... هستند.

آسیب شناسی روانی ۱ / سلیگمن . صفحه ۳۶۶

زنان



مشکلات همراه با فوبی مکان‌های باز شامل ۴
مورد است؟

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی . صفحه ۳۶۷

- ۱) اضطراب
- ۲) افسردگی
- ۳) سوء مصرف مواد
- ۴) وسواس فکری - عملی

دو نوع درمان در مورد فوبی مکان‌های باز کاملاً مؤثر است:

آسیب شناسی روانی ۱، سلیگمن / سیدمحمدی. صفحه ۳۶۸

- رفتار درمانی بویژه غرقه‌سازی
- دارو درمانی شامل ضد اضطراب‌ها و ضد
افسردگی‌ها

شیوه غرقه‌سازی درمان فوبی مکان‌های باز به چه نحوی است؟



آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن/ سیدمحمدی. صفحه ۳۶۸

در شیوه غرقه سازی، بیمار مبتلا به فوبی مکان‌های باز معمولاً با نگرانی زیاد قبول می‌کند که به یک محیط پر جمعیت وارد شود و بدون تلاش برای گریختن، مدتی طولانی در آنجا بماند. این کار را می‌توان ابتدا به صورت تخیلی و بعد در شرایط واقعی انجام داد. وقتی این کار به صورت تخیلی صورت گرفت، بیمار به نوار کاست طولانی و زنده‌ای گوش می‌دهد که سناریویی را شرح می‌دهد که طی آن او یک فضای باز و شلوغ را تجسم می‌کند (مثل مرکز خرید) بعد از مدتی با این تجسم فضا دیگر وحشت نمی‌کند و می‌تواند این فضا را در دنیای واقعی تجربه کند.

بر پایه تحلیل رفتاری فوبی مکان‌های باز، الگوی رفتاری، فراگیری فوبی مکان‌های باز را در افرادی که وضعیت آنها با حمله وحشتزدگی آغاز می‌شود چگونه تحلیل می‌کند:

آسیب شناسی روانی ۱، سلیگمن/سیدمحمدی، صفحه ۳۶۸

محرک شرطی (CS)، فضای باز است (موقعیت محرکی که حمله وحشتزدگی می‌تواند در آن رخ دهد و کمکی وجود نداشته باشد)، **محرک غیر شرطی (US)** اولین حمله وحشتزدگی است، **پاسخ غیر شرطی (UR)** پاسخ وحشتزدگی است، و **پاسخ شرطی (CR)** ترس و اجتناب از فضای باز است.

بر پایه تحلیل رفتاری فوبی مکان‌های باز، درمان
این اختلال به چه صورت است ؟

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن/ سیدمحمدی . صفحه ۳۶۹

یک راه برای درمان فوبی مکان‌های باز این است که احتمال حملات وحشتزدگی توسط داروها برطرف شود، و بعد به بیمار مبتلا نشان داده شود که وحشتزدگی از آن پس رخ نخواهد داد.

ترکیب حذف بوسیله داروها و
حذف توسط غرقه سازی، هم
UR و هم CR را از بین برده و به درمان فوبی
مکان‌های باز می‌انجامد.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. صفحه ۳۶۹

حملات وحشتزدگی

ترس شرطی فضای باز

بر خلاف که ناگهانی و حاد
است، مزمن بوده و می تواند ماه
ها به طور مستمر ادامه داشته باشد.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. صفحه ۳۷۰

حمله وحشتزدگی

اضطراب فراگیر

پاسخ ترس دارای چهار عنصر است:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۰۱

۱) عناصر شناختی

۲) عناصر بدنی

۳) عناصر هیجانی

۴) عناصر رفتاری

عنصر ترس عبارتست از
آسیب‌های قریب الوقوع بخصوص و معمولاً در
آینده نزدیک.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۰۳

شناختی

(برای مثال: مرد درشت هیכלی به طور تهدید
آمیز به شما پرخاش می کند)

..... واکنش‌های بدنی ترس را فرا
می‌خواند.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی، ص ۳۰۳

بازنمایی‌های ذهنی

(بازنمایی ذهنی یعنی آنچه از واقعیت بیرونی در ذهن، شکل می‌گیرد. در واقع آنچه ترس را ایجاد می‌کند برداشت ذهنی ما از عناصر بیرونی است نه صرفاً آنچه دیده‌ایم)

عنصر ترس عبارتست از واکنش
اضطرابی بدن به خطر، به علاوه تغییرات موجود
در ظاهر ما.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی، ص ۳۰۳

بدنی (تنی) Somatic

(برای مثال: هنگامی که می‌ترسیم به طور چشمگیری تغییر می‌کنیم، پوست ما رنگ پریده می‌شود، دانه‌های عرق روی پیشانی ما ظاهر می‌شود، کف دستمان مرطوب می‌شود، لبهایمان می‌لرزد و عضلاتمان تنیده می‌شوند)

عنصر ترس شامل احساس‌های
وحشتزدگی می‌شود.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی، ص ۳۰۳

هیجانی

(برای مثال: تهوع، لرزش، پرخاشگری،
احساس‌های مورمور شدن و ورم معده کاهش
اشتها)

سراسری ۸۸

کاهش پاسخدهی اشتها، افزایش پاسخدهی
آزارنده و پرخاشگری، بیانگر کدام عنصر ترس
است ؟

(۱) بدنی

(۲) رفتاری

(۳) شناختی

(۴) هیجانی

منبع: فلش کارت ۱۱۴۴

گزینه ۴ صحیح است

عنصر هیجانی ترس شامل کاهش اشتها، افزایش پاسخدهی آزارنده و پرخاشگری می‌شود.

ما نسبت به عنصر ترس هشیارتریم.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی، ص ۳۰۳

هیجانی

عنصر ترس شامل پاسخ‌های
جنگ و گریز می‌شود.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی، ص ۳۰۳

رفتاری

دو نوع رفتار ترس وجود دارد:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۰۳

(۱) پاسخ‌های ترسی که به شیوه **کلاسیک شرطی** شده‌اند که واکنش‌ها غیرارادی به ترسیدن هستند.

(۲) برای مثال تجربه درباره واکنش‌هایی مثل عرق کردن و تپش شدید قلب در غیاب موضوع ترسناک زمانی که در محلی قرار گرفته‌ایم که قبلاً ترسیده‌ایم (

(۲) **پاسخ‌های وسیله‌ای** که تلاش‌های ارادی برای انجام دادن کاری در مورد موضوعی هستند که از آن ترسیده‌ایم (برای اینکه ترس را تجربه نکنیم به مکانی که قبلاً ترسیده‌ایم اصلاً نمی‌رویم)

.....مهمترین رفتارهای وسیله‌ای
در پاسخ به ترس هستند.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۰۳

جنگ و گریز

دو نوع پاسخ گریز وجود دارد:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۰۴

✓ پاسخدهی گریز
✓ پاسخدهی اجتناب

در پاسخدهی گریز



آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۰۴

رویداد زیان‌بخش رخ می‌دهد و فرد صحنه را ترک می‌کند.

(برای مثال، کودکی که همکلاسی‌هایش او را کتک زده‌اند، اگر فرصت داشته باشد از کوچه فرار می‌کند.)

در پاسخدهی اجتنابی.....

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سید محمدی. ص ۳۰۴

فرد قبل از اینکه رویداد زیان‌بخش رخ دهد،
موقعیت را ترک می‌کند.

(برای مثال، کوچه علامتی است مبنی بر اینکه
ممکن است بچه‌های قلدر منتظر کودک باشند)

ترس، بهنجار و فوبی، نابهنجار است، هر دوی آنها در یک پیوستار قرار می گیرند، آنها از نظر فرق دارند نه از نظر

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۰۴

مقدار

نوع

اضطراب نیز همان چهار مؤلفه ترس را دارد ولی
در عنصر مقداری متفاوت است.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی، ص ۳۰۴

شناختی

مؤلفه شناختی ترس، انتظار خطری
است، در حالی که مؤلفه شناختی اضطراب، انتظار
خطری..... است.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۰۴

واضح و بخصوص

(سگ ممکن است مرا گاز بگیرد)

مبهم

(اتفاق وحشتناکی ممکن است برای فرزندم
بیفتد)

تعریف فوبی:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۰۸

فوبی واکنش ترس **پایداری** است که شدیداً با واقعیت خطر **بی تناسب** است.

(برای مثال: فرد مبتلا به فوبی گربه، به خاطر ترس شدید از گربه‌ها حتی نمی‌تواند با یک گربه خانگی در یک اتاق باشد)

نشانه‌های فوبی عبارتند از:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی، ص ۳۰۸

۱) ترس پایدار از یک موفقیت بخصوص که با واقعیت خطر بی تناسب است.

۲) اضطراب شدید یا حتی حمله وحشتزدگی که توسط مواجهه واقعی با آن موقعیت ایجاد می شود.

۳) اجتناب از موقعیت فوبیک

۴) پی بردن به این که ترس بیش از اندازه یا نامعقول است.

۵) نشانه‌هایی که به علت اختلال دیگری نیستند.

نظیر اختلال وسواسی فکری - عملی

..... درصد جمعیت به چند نشانه فوبیک
مبتلا هستند.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی، ص ۳۰۸

۶/۲

حدوداً جمعیت دارای فوبی‌های
شدیدانند.

آسیب‌شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۰۹

یک درصد

(فوبی‌های شدید که افراد را در خانه نگه
می‌دارد)

در حرفه بالینی، تقریباً کل بیماران
روان پزشکی، فوبی دارند.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۰۸

۵ درصد

فوبی‌های که بسیار نادرند:
(۳ مورد)

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۰۹

- ترس از گلها

Anthophobia

- ترس از عدد ۱۳

triskaedekphobia

- ترس از برق

Blanchophobia

رایج‌ترین فوبی‌ها و
..... هستند.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۱۰

فوبی‌های اختصاصی

فوبی‌های اجتماعی

چهار طبقه فوبی اختصاصی وجود دارد:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۱۰

- ۱) ترس از حیوانات خاص مثلاً گربه‌ها و حشرات
- ۲) فوبی‌های موجودات بی‌جان از جمله کثیفی یا تاریکی.
- ۳) ترس از بیماری، آسیب یا مرگ
- ۴) فوبی‌های خون

فوبی‌های تقریباً نیمی از کلیه
فوبی‌ها را تشکیل می‌دهند.

آسیب‌شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۱۰

اختصاصی

چند نکته درباره فوبی‌های حیوانی:



آسیب‌شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۱۰

- (۱) عموماً در اوان کودکی شروع می‌شوند.
- (۲) اغلب فوبی‌های حیوانی در بزرگسالی پشت سر گذاشته می‌شوند.
- (۳) فوبی‌های حیوانی بسیار **متمرکز** هستند (فقط از همان یک نوع حیوان می‌ترسد)
- (۴) فوبی‌های حیوانی درمان نشده می‌توانند ده‌ها سال بدون دوره بهبودی ادامه یابند.
- (۵) حدود ۵ درصد از کلیه فوبی‌ها فلج‌کننده و شاید ۱۵ درصد از فوبی‌های سبک‌تر به حیوانات خاص مربوط می‌شوند.
- (۶) اکثر فوبی‌های حیوانی توسط زنان گزارش شده‌اند.

اصلی ترین موارد فوبی های موضوع بی جان:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سید محمدی. ص ۳۱۲

Acrophobia	- ارتفاعات
Claustrophobia	- فضاهای بسته
Brotophobia	- طوفان‌ها
Mysophobia	- کثیفی
Nyctophobia	- تاریکی
	- آب جاری
	- مسافرت
	- پرواز با هواپیما
	- باد

فوبی موضوعات بی جان،..... فوبی حیوانی
هستند.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۱۲

رایج‌تر

شیوع فوبی‌های موضوع بی‌جان در زنان
..... مردان است.

آسیب‌شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۱۲

مساوی

فرد مبتلا به فوبی از داشتن یک
بیماری خاص می ترسد، گرچه نوع بیماری که از
آن ترسیده می شود در طول قرن ها **تغییر یافته**
است.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۱۲

بیماری و آسیب (Nosophobia)

(مثلاً در قرن **نوزدهم**، افراد مبتلا به فوبی
بیماری می ترسیدند سل یا شاید سیفلیس داشته
باشند. **اخیراً** سرطان، بیماری قلبی، سکته و ایدز
افراد را به وحشت می اندازد)

در فوبی بیماری، تفاوت‌های جنسیت

.....

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی، ص ۳۱۳

وجود ندارد

فوبی‌های بیشتر در زنان و
فوبی‌های تقریباً همیشه در
مردان رخ می‌دهند.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی، ص ۳۱۲

سرطان بیماری آمیزشی

غالباً مشکلات روانی دیگر فوبی را
همراهی می کنند.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن/ سیدمحمدی. ص ۳۱۳

بیماری و آسیب

فوبی بیماری و آسیب معمولاً در
ایجاد می‌شود.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن/ سیدمحمدی. ص ۳۱۳

میان‌سال‌ی

فوبی بیماری باخودبیمارانگاری (Hypochondriasis) فرق دارد.
افراد خودبیمارانگار سه ویژگی شاخص دارند:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی، ص ۳۱۳

۱) آنها می‌ترسند بیماری جدی ناشناخته‌ای داشته باشند و شواهد پزشکی منفی آنها را قانع نمی‌کند.

۲) آنها بر خلاف افراد فوبیک که نگران بیماری خاص در یک اندام هستند، معمولاً گوش به زنگ انواع بیماری‌ها در قسمت‌های مختلف بدن هستند.

۳) آنها به بدنشان، به کارکرد فیزیولوژیکی آن و ظاهر آن مشغولند.

فوبی جدیدترین طبقه فوبی‌های
اختصاصی هستند.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۱۳

خون

ویژگی افرادی که مبتلا به فوبی خون هستند:



آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن/ سیدمحمدی. ص ۳۱۴

- این افراد در موقعیت‌هایی که شامل دیدن خون، تزییقات و آسیب‌ها هستند، بسیار مضطرب می‌شوند.
- اغلب به خاطر فوبی خود از تشریفات پزشکی اجتناب می‌ورزند.
- نمی‌توانند دیدن فیلم‌های خونین را تحمل کنند.

تقریباً درصد جمعیت بهنجار حداقل
با درجه متوسط، فوبی خون را نشان
می‌دهند.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۱۴

چهار

فوبی خون در زنان مردان رایج است.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن/ سیدمحمدی. ص ۳۱۴

بیشتر از

ویژگی افراد مبتلا به فوبی اجتماعی:



آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۱۵

✓ این افراد از اینکه دیده شوند می ترسند.

✓ می ترسند به گونه‌ای عمل کنند که تحقیرآمیز یا شرم‌آور باشد و در موقعیتی قرار گیرند که به حمله وحشتزدگی بینجامد.

✓ آنها از صحبت کردن یا خوردن و نوشیدن در حضور دیگران وحشت دارند.

معیارهای DSM-V برای فوبی اجتماعی:



آسپشناسی روانی. گنجی. جلد ۱. ص ۲۹۳

- ترس یا اضطراب شدید نسبت به یک یا چند موقعیت اجتماعی که در آن، فرد در معرض توجه و دقت دیگران قرار می‌گیرد.
- فرد می‌ترسد طوری عمل کند، یا نشانه‌های اضطراب از خود نشان دهد که باعث شود مردم برداشت منفی از او داشته باشند.
- موقعیت اجتماعی تقریباً همیشه باعث ترس یا اضطراب می‌شوند.
- فرد فعالانه تلاش می‌کند تا از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب کند یا مجبور می‌شود با اضطراب شدید تحمل کند.

فوبی‌های اجتماعی به سه طبقه تقسیم می‌شود:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن/ سیدمحمدی. ص ۳۱۵

۱) تیپ عملکردی

۲) تیپ محدود

۳) تیپ فراگیر

در تیپ عملکردی:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۱۵

فرد نمی‌تواند **اعمال خاصی** را در **انظار انجام** دهد. مثل سخنرانی، خواندن، نوشتن
اعمالی که وقتی تنهاست می‌تواند به راحتی آنها را انجام دهد.

در تیپ محدود:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۱۵

اضطراب فقط در موقعیت‌های خاص اجتماعی

رخ می‌دهد.

نظیر قرار ملاقات یا صحبت کردن با رئیس.

در تیپ فراگیر:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۱۵

اغلب موقعیت‌های اجتماعی، اضطراب یا
وحشتزدگی ایجاد می‌کنند.

ماریا یکی از درمانجویان دکتر DLM مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی وضعیت خود را این‌گونه شرح می‌دهد: در همه موقعیت‌های اجتماعی احساس ترس می‌کردم. وقتی قرار بود به کلاس دانشگاه، مهمانی، یا هر جای دیگری بروم، حتی قبل از آنکه از خانه بیرون بیایم مضطرب بودم و با نزدیک شدن به آن محل، اضطرابم بیشتر می‌شد. وقتی به یک اتاق پر از مردم وارد می‌شدم، مثل لبو سرخ می‌شدم، همه به من نگاه می‌کنند. از این‌که یک گوشه تنها بایستم فحالت می‌کشم اما

چاره دیگری نداشتیم، خیلی ناراضگانه و فعالیت آور بود. با بی صبری منتظر می‌ماندم تا کار تمام شود و از آنجا بیرون بروم.

پیشنهاد شما برای درمان ماریا چیست؟؟؟

دکتر DLM، روش‌های درمانی زیر را به کار برد:

مواجهه درمانی: ماریا به رغم استرسی که تجربه می‌کند باید در موقعیت‌های اجتماعی باقی بماند.

آموزش مهارت‌های اجتماعی؛ از جمله یادگیری مشاهده‌ای، تمرین رفتاری، فیدبک اصلاحی و تقویت مثبت.

بازسازی شناختی؛ که برای به چالش کشیدن و جایگزین کردن سوگیری‌های منفی در پردازش اطلاعات، خود-سنجی‌های منفی از عملکرد اجتماعی، و برای کاهش توجه متمرکز بر خود، طراحی شده است.

MAOI ها و SSRI ها نیز برای کاهش اضطراب اجتماعی مفید است و برای ماریا در کنار روان‌رمانی بکار گرفته شد.

تفاوت فرد فوبیک مکان‌های باز با فوبیک
اجتماعی:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی، ص ۳۱۵

فرد فوبیک مکان‌های باز معمولاً می‌ترسد که نتواند از یک ازدحام رهایی یابد یا اینکه اگر او دچار حمله وحشتزدگی شده، هیچ کس به او کمک نخواهد کرد.

فرد فوبیک اجتماعی، از طرف دیگر، از آن می‌ترسد که چند نفر در جمعیت او را نگاه کنند و ببینند کار خجالت‌آوری انجام می‌دهد.

آزاد ۸۸

گذرهراسی و فوبی اجتماعی عبارتند از:

(۱) نام‌های مختلف یکی از انواع اختلال‌های اضطرابی هستند.

(۲) گذرهراسی عبارتست از ابراز وجود در حضور جمع و فوبی اجتماعی ترس از مکان‌های باز و شلوغ است.

(۳) ریشه هر دو در قلب تحریک پذیری است.

(۴) گذرهراسی ناشی از اضطراب جدایی است و فوبی اجتماعی ناشی از سوپرایگوی سختگیر است.

منبع: فلش کارت ۱۱۸۸

گزینه ۱ صحیح است

هر دو جزء اختلال‌های فوبی هستند. گذرهراسی عبارت است از ترس از مکان‌های باز و شلوغ و فوبی اجتماعی ترس از ابراز وجود در جمع است (عکس گزینه ۲).

تقریباً درصد بزرگسالان فوبی‌های اجتماعی دارند. و این فوبی‌ها حدود درصد از کل موارد فوبیک را تشکیل می‌دهند.

آسیب‌شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۱۶

یک

بیشتر

از دیدگاه نظریه پردازان فرهنگی - اجتماعی،
اختلال‌های هراسی و اضطراب تعمیم یافته بیشتر
در کسانی مشاهده می‌شود که

روانشناسی مرضی تحولی / دادستان . جلد ۱ . صفحه ۹۳

با فشارها و موقعیت‌های خطرناک اجتماعی
مواجه هستند.

.....نخستین تبیین‌های روان‌پویشی
درباره هراس و اختلال‌های اضطرابی را ارائه داد.

روانشناسی مرضی تحولی / دادستان . جلد ۱ . صفحه ۹۵

زیگموند فروید

فروید ۳ نوع اضطراب را متمایز کرد:

روانشناسی مرضی تحولی / دادستان . جلد ۱ . صفحه ۹۵

- ۱) اضطراب واقعی
- ۲) اضطراب نوروزی
- ۳) اضطراب اخلاقی

اضطراب واقعی:

روانشناسی مرضی تحولی / دادستان . جلد ۱ . صفحه ۹۵

هنگام مواجهه با خطرات بیرونی بوجود می‌آید و واکنشی فطری، همگانی و بهنجار است.

سراسری ۸۷

بنابر نظر فروید، شخصی که هنگام رد شدن از
خیابان سر می‌خورد، ممکن است به خاطر نزدیک
شدن اتومبیل‌ها به او، دچار کدام نوع اضطراب
شود؟

(۱) اخلاقی

(۲) اعتقادی

(۳) روان‌رنجوری

(۴) واقع بینانه

منبع: فلش کارت ۱۱۹۴

گزینه ۴ صحیح است

اضطراب واقع بینانه حاکی از مشکل و خطر واقعی بیرونی است (مثل خطر رد شدن از یک خیابان شلوغ)

اضطراب نوروزی:

روانشناسی مرضی تحولی / دادستان . جلد ۱ . صفحه ۹۵

وقتی ایجاد می‌شود که والدین یا شرایط پیرامونی به طور مداوم و افراطی، موانعی را در راه بیان کشاننده‌های بُن بوجود می‌آورند.

در اضطراب نوروزی تعارض بین با
..... وجود دارد.

روانشناسی مرضی تحولی / دادستان . جلد ۱ . صفحه ۷۹

نهاد

من

اضطراب اخلاقی:

روانشناسی مرضی تحولی / دادستان ، جلد ۱ ، صفحه ۷۹

ناشی از تنبیه‌ها و تهدیدهایی است که هنگام بیان کساننده‌های بُن اعمال می‌شوند و موجب می‌گردند تا این کساننده‌ها به خودی خود تهدیدآمیز در نظر گرفته شوند و در نتیجه هر بار که فرد چنین کساننده‌هایی را احساس می‌کند، دچار اضطراب می‌شود.

از نظر فروید، در اضطراب اخلاقی بین
..... با تعارض وجود
دارد.

روانشناسی مرضی تحولی / دادستان . جلد ۱ . صفحه ۹۵

نهاد

فرامن

نظریه اضطراب فروید:

روانشناسی مرضی تحولی / دادستان . جلد ۱ . صفحه ۹۶

هنگامی که یک تجسم‌کننده‌ای، خطرناک، تهدید کننده یا گنهکارانه به نظر آید اضطراب را در سطح «من» پدید می‌آورد و آن وقت است که سرکوبگری یا مکانیزم‌های دفاعی دیگر، وارد میدان می‌شوند.

از نظر فروید، هراس است.

جزوه دانشگاه تهران

ترس تغییر یافته اختگی

در تاریخ روانکاوی، یکی از معروفترین موارد «هانس کوپولو» است. او یک کودک ۵ ساله بود که بسیاری از افکار، خیالیاتی‌ها، و ترس‌های خود را به پدرش، که پزشک بود، افشا کرد و پدرش نیز آنها را به زیگموند فروید گزارش داد. هانس به تدریج ترس از اسب را شروع کرده بود. ترس او آنقدر شدید شده بود که دیگر حاضر نمی‌شد از خانه بیرون برود. حادثه‌ای که پیش از ترس روی داده بود، این بود که هانس کوپولو زمین خوردن یک اسب بزرگ و سنگین را دیده بود. فروید این رویداد را به این صورت تعبیر کرد که هانس کوپولو، در آن لحظه، آرزوی خود را برای اینکه پدرش به زمین بفور، تسخیر کرده است. در این صورت، هانس، کوچک، می‌توانست با مادر زیبای خود تنها باشد.

بیش دیکری از ترس، از اندازه بزرگ اسب ناشی می‌شد که هانس، به طور نافذگانه، آن را با قدرت پدرش تداوی می‌کرد. هانس از این می‌ترسید که اسب بزرگی به اتاقش بیاید. او بعد از مدتی، علاوه بر اسب، از کالسکه، ون‌های بزرگ، و از اتوبوس‌ها نیز می‌ترسید. به عقیده فروید، این واقعه نشان می‌داد که ماشین‌های بزرگ چیه مانند ون‌ها و اتوبوس‌ها، نمادی از رحم مادر هانس هستند و زمین‌فروتن اسب، نه تنها نمادی از پدر هانس، بلکه زایمان مادر را نیز تداوی می‌کرد. همه این احساسات و ادراکات پیچیده و سرکوب شده، در قالب فوبیا درآمده بودند.

فروید عقیده دارد که اختلال
ناشی از تضعیف یا از هم پاشیدگی مکانیزم‌های
دفاعی هستند.

روانشناسی مرضی تحولی / دادستان . جلد ۱ . صفحه ۹۶

اضطراب تعمیم یافته

سراسری ۸۵

به نظر فروید اضطراب تعمیم یافته ناشی از کدام
عامل می باشد؟

(۱) اضطراب ناخودآگاه

(۲) از دست دادن موضوع عشق

(۳) فروپاشی مکانیسم های دفاعی

(۴) استفاده فراگیر از مکانیسم های دفاعی

منبع: فلش کارت ۱۲۰۴

گزینه ۳ صحیح است

از نظر فروید، اضطراب تعمیم یافته ناشی از فروپاشی مکانیزم‌های دفاعی است.

۲ عامل باعث تضعیف یا از هم پاشیدگی مکانیزم‌های دفاعی می‌شوند:

روانشناسی مرضی تحولی / دادستان . جلد ۱ . صفحه ۹۶

- تجربه دائم سطوح بالای اضطراب
- فقدان تجربه ناکامی‌ها و منابع اضطرابی

در مورد تجربه دائم سطوح بالای اضطراب باید
گفت:

روانشناسی مرضی تحولی / دادستان . جلد ۱ . صفحه ۹۷

اگر فردی همواره به علت بیان کشاننده‌های بُن به شدت تنبیه شود، پیوسته سطح اضطرابش بسیار بالا خواهد بود و در نتیجه مکانیزم‌های دفاعی وی توانایی مواجهه و مقابله با این اضطراب را نخواهند داشت و شاهد فروپاشی آنها خواهیم بود.

در مورد فقدان تجربه ناکامی‌ها و منابع اضطرابی
باید گفت:

روانشناسی مرضی تحولی / دادستان . جلد ۱ . صفحه ۹۷

حمایت مفرط والدین از فرزندان، موانعی را در راه تجربه ناکامی‌ها و مواجهه با منابع اضطرابی بوجود می‌آورد و فرصت تحول مکانیزم‌های دفاعی واقعی را از آنها سلب می‌کند. و بعدها وقتی این افراد با فشارهای غیر قابل اجتناب زندگی بزرگسالانه مواجه شوند، مکانیزم‌های دفاعی آنها ضعیفتر از آن خواهند بود که امکان مقابله با اضطراب‌های ناشی از این موقعیت‌ها را برایشان فراهم کنند.

در چهارچوب رفتاری‌نگری تجربی، اضطراب چگونه تعریف می‌شود؟

روانشناسی مرضی تحولی / دادستان . جلد ۱ . صفحه ۶۱

اضطراب به منزله یک کشاننده ثانوی است که پاسخ اجتنابی را دربرمی گیرد. مثلاً در حضور یک محرک غیر شرطی (مثل شوک) رفتارهایی از حیوان سرمی زند که در حکم نشانه های محرز اضطراب قلمداد می شوند و دفع ادرار و مدفوع یا حمله به دستگاه های آزمایش و جز آن در شمار آنها قرار می گیرد.

سراسری ۸۴

تبیین زیر در زمینه اضطراب را به کدام دیدگاه
می‌توان نسبت داد؟
« اضطراب به منزله یک کشاننده ثانوی است که
پاسخی اجتنابی را دربرمی‌گیرد»

(۱) دیدگاه شناختی

(۲) دیدگاه رفتاری

(۳) دیدگاه انسان‌گرایی

(۴) دیدگاه روان‌تحلیل‌گری

منبع: فلش کارت ۱۲۰۹

گزینه ۲ صحیح است

رفتارگرایان وجود اضطراب را به نوع پاسخ اجتنابی در برابر محرک اضطراب آمیز که کشاننده ثانوی خوانده شده است، تفسیر می‌کند.

دیدگاه فروید درباره فوبی:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۱۷

۱) فرد فوبیک (چنانچه مرد باشد) **عاشق مادرش** است و می‌خواهد او را اغوا کند.

۲) او با **غبطه از پدرش** نفرت دارد و آرزوی کشتن او را دارد.

۳) فرد فوبیک **می‌ترسد** پدرش در یک اقدام تلافی‌جویانه، او را ختنه کند.

۴) این **تعارض‌ها اضطراب زیادی** را در فرد فوبیک ایجاد می‌کند زیرا این امیال برای ذهن هشیار، غیر قابل قبول هستند به همین دلیل اضطراب به **موضوع بی‌تقصیر** جابه‌جا می‌شود (موضوع فوبیک) که **مظهر تعارض** است و مخزن قابل قبول‌تری برای ترس است.

۵) فوبی زمانی مداوم می‌شود که فرد فوبیک نسبت به ماهیت تعارض بنیادی، **بینش** کسب کند.

دیدگاه رفتاری فوبی‌ها:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۲۰

طبق این دیدگاه، هم ترس و هم فوبی به یک نحو آموخته می‌شوند. طبق این دیدگاه هم ترس و هم فوبی زمانی ایجاد می‌شوند که یک علامت خنثی تصادفاً با یک رویداد بد همایند می‌شود. اگر رویداد بد، ملایم باشد، علامت خنثی اندکی ترس برانگیز می‌شود. اما اگر رویداد بد، بسیار آسیب‌زا باشد، علامت وحشتناک می‌شود و فوبی پرورش می‌یابد.

مثال:

ترس از موشها	گریه کردن	شنیدن صدای
→	و	→
خرگوش‌ها و	یکه خوردن	بسیار بلند
→	→	→
موش		

تحلیل رفتاری پایداری فوبی‌ها:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۲۰

افراد فوبیک به ندرت واقعیت ترس خود را آزمایش می‌کنند. زمانی که موضوع فوبیک حضور دارد، آنها به ندرت به صورت منفعل منتظر می‌نشینند تا در معرض کوشش قرار گیرند، بلکه آنها تا آنجا که ممکن باشد به سرعت می‌گریزند و با ماندن در حضور موضوع فوبیک و پی بردن به اینکه چه اتفاقی خواهد افتاد، واقعیت را آزمایش نخواهند کرد. توانایی اجتناب و گریز از موضوع فوبیک، اجازه نمی‌دهد که ترس خاموش شود.

درمان‌های رفتاری فوبی‌ها:
(۴ مورد)

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۲۵

- حساسیت‌زدایی منظم (اولین درمان)
Systematic Desensitization
- غرقه‌سازی
Flooding
- سرمشق‌گیری
Modeling
- تنش‌کاربردی (فوبی خون)
Applied Tension

مبدع حساسیت‌زدایی منظم است.

آسیب‌شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی، ص ۳۲۵

ژوزف ولی

ویژگی‌های حساسیت‌زدایی منظم:

آسیب‌شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۲۵

- مؤثر و کوتاه است.
- معمولاً حداکثر چندماه طول می کشد.
- ۸۰ تا ۹۰ درصد فوبی های اختصاصی به مقدار زیادی با این درمان بهبود می یابند.

حساسیت‌زدایی منظم، شامل سه مرحله است:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن/ سیدمحمدی. ص ۳۲۵

(۱) آموزش آرمیدگی

(۲) تهیه سلسله مراتب

(۳) شرطی‌سازی تقابلی

Counterconditioning

در آموزش آرمیدگی:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن/ سیدمحمدی. ص ۳۲۵

روشی که طی آن بیمار با چشمان بسته می‌نشیند یا دراز می‌کشد، به طوری که تمام عضلات او کاملاً آرمیده هستند.

این حالت آرمیدگی در مرحله سوم برای خنثی کردن ترس به کار خواهد رفت، زیرا اعتقاد بر این است که افراد نمی‌توانند عمیقاً آرمیده باشند و همزمان در حالت ترس باشند.

در مرحله تهیه سلسه مراتب:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۲۵

بیمار با کمک درمانگر، سلسله مراتبی از موقعیت های ترسناک را تهیه می کند که در آن وحشتناک ترین صحنه ممکن در بالاترین رده و صحنه ای که کمترین مقدار ترس را فراخوانی می کند، در پائین ترین رده قرار می گیرند.

در مرحله‌ی سوم، شرطی سازی تقابلی:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۲۵

مرحله‌ی سوم، ترس از موضوع فوبیک را با شرطی‌سازی تقابلی تدریجی برطرف می‌کند. به این صورت که باعث می‌شود پاسخی که با ترس ناسازگار است، همزمان با CS ترسناک رخ دهد. بیمار وارد آرمیدگی عمیق می‌شود، و به طور همزمان اولین صحنه موجود در سلسله مراتب را که کمترین برانگیختگی را ایجاد می‌کند، تجسم می‌نماید. این کار دو نتیجه دارد. اولاً CS محرک خنثی را با فقدان US آسیب‌زایی که پاسخ قدیمی ترس را خنثی می‌کند در حضور CS رخ می‌دهد این عمل تا زمانی که بیمار بتواند صحنه اول سلسله مراتب را بدون هیچگونه ترس تجسم کند تکرار می‌شود. بعد نوبت به سایر مراحل می‌رسد.

ادامه مرحله‌ی سوم، شرطی‌سازی تقابلی:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۲۶

وقتی بیمار بتواند این کار را بدون هیچگونه ترسی انجام دهد می‌توان آن را با موارد واقعی امتحان کرد.

در صورتی که بیمار بتواند حضور واقعی در وحشتناکترین بخش سلسله مراتب را تحمل کند، درمان موفقیت‌آمیز دانسته می‌شود.

درمان غرقه‌سازی:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۲۶

بیمار فوبیک، معمولاً با تشویش زیاد موافقت می کند که موقعیت فوبیک را تجسم کند یا بدون اینکه بکوشد از آن فرار کند، برای یک دوره طولانی در حضور آن بماند. وقتی که بیمار را وادار به آزمون واقعیت و ماندن در موقعیت فوبیک می کنند، و بدین ترتیب پی می برند که هیچ فاجعه ای اتفاق نمی افتد، معمولاً فوبی خاموش می شود.

درمان سرمشق گیری:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۲۶

بیمار فوبیک فردی را مشاهده می‌کند که فوبیک نیست و رفتاری را انجام می‌دهد که بیمار فوبیک خود قادر به انجام آن نیست.

بیمار فوبیک وقتی می‌بیند که طرف مقابل او صدمه نمی‌بیند، از این موقعیت کمتر دچار ترس می‌شود. در ابتدا ممکن است از بیمار فوبیک خواسته شود تا با صدای بلند آنچه را که می‌بیند شرح دهد، بعد به آن نزدیک شود و بالاخره آن را لمس کند. این شیوه تکرار خواهد شد تا فوبی کاهش یابد.

جدیدترین درمان مؤثر برای فوبی‌ها
..... است که به خصوص درمانی
عالی برای فوبی‌های خون است.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۲۶

تنش کاربردی

واکنش افراد مبتلا به فوبی خون، هنگام مواجه
شدن با محرک فوبیک خون چگونه است؟

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن/ سیدمحمدی. ص ۳۲۶

این افراد در مقایسه با افراد فوبیک دیگری که با محرک فوبیک خود مواجه می‌شوند، واکنش بدنی متضادی دارند. فشار خون و ضربان افراد مبتلا به فوبی خون افت می‌کند و اغلب از حال می‌روند.

در شیوه تنش کاربردی:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۲۹

بیمار عضلات دست‌ها، پاها و سینه خود را منقبض می‌کند تا اینکه صورتش آکنده از گرما شود، بعد تنش خود را رها می‌کند. او بارها این کار را تکرار می‌کند تا اینکه بتواند هنگام مواجه شدن با خون آن را به کار برد.

مایک با مشکل فوبی به رکنر DLM مراجعه کرد. او به معض مواجه شدن با فون، آمپول، زخم، یا پراسی، افساس می‌کرد نزدیک است از حال برود. حتی شنیدن حرف‌های استاد کلاس فیزیولوژی درباره قلب باعث می‌شد عرق سردی بر پیشانی او بنشیند و از حال برود. برای درمان مایک شما چه راه علی را پیشنهاد می‌کنید؟

رکنر DLM به مایک آموزش داد که چگونه اولین علایم کاهش فشار فون را تشخیص دهد و بعد با سفت کردن عضلات بازو، سینه، و پاها با این واکنش در دستگاه عصبی خودمقتار خود مبارزه کند و این کار را آتقدر ادامه دهد، تا افساس کند صورتش گرم شده است. بعد به او یاد داد تا

عضلات خود را شل کند و آنها را به مدت ۱۵ تا ۲۰ ثانیه شل نگه دارد، و بعد دوباره آنها را سفت کند، و این کار را هر روز ۵ بار ادامه دهد (افزایش فشار خون که به دنبال این فرآیند روی می‌دهد، اجازه نمی‌دهد فرد از حال برود، و ترس مورد نظر نیز از بین می‌رود). مایک بعد از یاد گرفتن این فرآیند، توانست به فیلمی از جراحی گلو نگاه کند، خون گرفتن از بیماران را تماشا کند، به حرف‌های یک سخنران درباره بیماری‌های قلبی-عروقی گوش کند، و یک کتاب آناتومی بخواند. همه اینها ممرک‌هایی بودند که قبلاً باعث از حال رفتن او می‌شدند.

..... عنصر قابل اجرا در کلیه درمان‌های
نتیجه بخش برای فوبی‌ها باشد.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی، ص ۳۳۱

خاموشی

دیدگاه رفتاری راجع به فوبی‌ها، در سه مورد
مشکل اساسی دارد:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۳۱

۱) گزینشی بودن فوبی‌ها

۲) نامعقول بودن فوبی‌ها

۳) فوبی‌های غیرآسیب‌زاد

گزینشی بودن فوبی‌ها، بیان می‌دارد که:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۳۱

شرطی سازی فوبیک، بسیار گزینشی است. موضوعات خاصی را انتخاب کرده است که زمانی همه آنها برای انسان خطرناک بوده‌اند، به راحتی نسبت به آسیب شرطی پذیر هستند. ظاهراً انسان‌ها برای ترسیدن از برخی موضوعات آمادگی بیشتری دارند نسبت به موضوعات دیگر.

نامعقول بودن رفتار فوبیک می تواند ناشی از این واقعیت باشد که

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی، ص ۳۳۱

این رفتار یادگیری آمادگی قبلی است نه فاقد
آمادگی قبلی

تحلیل رفتاری فوبی‌های غیر آسیب‌زا، معتقد است که:

آسیب‌شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۳۷

شرطی سازی ترس با آمادگی قبلی می‌تواند بدون تجربه آسیب‌های همایند شده با علامت، واقع شود. صرفاً **تهدید کلامی** به شوک، بعد از علامت‌های **دارای آمادگی قبلی**، شرطی‌سازی ترس نیرومندی را ایجاد می‌کند. اما بعد از علامت‌های بدون آمادگی قبلی، ترس شرطی ایجاد نمی‌شود.

اضطراب تعمیم یافته در کودک:

روانشناسی مرضی تحولی / دادستان ، جلد ۱ ، صفحه ۷۵

اضطراب تعمیم یافته، در کودکان سیزده ساله و بزرگتر دیده می‌شود. این اختلال در فرزندان ارشد خانواده، در خانواده های کم جمعیت، در طبقات اجتماعی - اقتصادی مرفه و در خانواده‌هایی که همواره درباره پیشرفت فرزندان‌شان نگرانند، فراوان‌تر است.

ضوابط تشخیص اختلال اضطراب تعمیم یافته بر
اساس DSMIV :

روانشناسی مرضی تحولی / دادستان . جلد ۱ . صفحه ۸۰

- ۱) وجود اضطراب مفرط و نگرانی در اغلب روزها در ۶ ماه گذشته
- ۲) مشکلات فرد در مهار کردن نگرانی
- ۳) بی‌قراری یا احساس تحریک بیش از حد خستگی‌ناپذیری، مشکلات تمرکز یا وجود خلاء در حافظه، پراگیزی، تنش عضلانی
- ۴) اختلال خواب

سراسری ۸۸

تنش‌های حرکتی، واکنش‌های خودکار به احساس‌های تشویش آمیز و مراقبت افراطی از ویژگی‌های کدام اختلال است؟

(۱) اضطراب تعمیم یافته

(۲) اضطراب جدایی

(۳) هراس اجتماعی

(۴) وسواس فکری - عملی

منبع: فلش کارت ۱۲۳۴

گزینه ۱ صحیح است

اختلال اضطراب فراگیر چهار نشانه دارد: تنش حرکتی، فعالیت بیش از حد دستگاه عصبی خودمختار، ترس از آینده و گوش بزنگی زیاد در این اختلال، اضطراب حداقل شش ماه باقی مانده و به تجارت اخیر زندگی فرد مربوط نیست.

نوع نگرانی‌های کودکان مبتلا به
..... معمولاً فراتر از سطح
تحول آنهاست و به همین دلیل، **فزون‌رشد**
یافته به نظر می‌رسند.

روانشناسی مرضی تحولی / دادستان . جلد ۱ . صفحه ۷۷

اضطراب تعمیم یافته

سراسری ۸۴

نگرانی‌های یک کودک فراتر از تحول اوست و فزون‌رشدیافته به نظر می‌رسد، همچنین کمال‌جویی که با تردیدهای وسواس آمیز نسبت به خود همراه است در او دیده می‌شود. این کودک دچار کدام نوع بیماری است؟

(۱) اضطراب جدایی

(۲) اضطراب زودرس

(۳) اضطراب تعمیم یافته

(۴) اضطراب توأم با وحشتزدگی

منبع: فلش کارت ۱۲۳۶

گزینه ۳ صحیح است

نوع نگرانی‌های کودکان مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته معمولاً فراتر از سطح تحول آنهاست و به همین دلیل، فزون- رشد یافته به نظر می‌رسند. کمالجویی که با تردیدهای وسواس آمیز نسبت به خود همراه است، در آنها دیده می‌شود. در پاره‌ای از کودکان نیز تبعیت‌جویی افراطی به منظور دستیابی به تأیید دیگران مشاهده شده است.

اختلال وسواس فکری - عملی
Obsessive – Compulsive
Disorder (OCD)



یک اختلال اضطرابی مزمن است که با **اشتغال ذهنی مفرط** در مورد نظم و ترتیب و امور جزئی و همچنین **کمال‌طلبی** همراه است، تا حدی که به از دست دادن انعطاف‌پذیری، صراحت و کارایی می‌انجامد.

وسواس های فکری:



آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۸۱

افکار، تصورات یا تکانه‌های تکراری هستند که هشیاری را اشغال می‌کنند، اغلب نفرت‌انگیزند و کنار گذاشتن یا کنترل کردن آنها بسیار دشوار است. این افکار صرفاً نگرانی‌های شدید درباره مشکلات زندگی واقعی نیستند. **فرد مبتلا به وسواس فکری می‌داند که این افکار زاییده فکر او هستند و از خارج به او تحمیل نشده‌اند.** او همچنین **می‌داند که وسواس‌های فکری او افراطی و نامعقول هستند، و می‌کوشد با فکر یا عملی دیگر، آنها را سرکوب یا خنثی کند.**

سراسری ۸۰

از جمله ویژگیهای «فکر وسواسی» کدام است؟

- (۱) احساس اضطراب
- (۲) وقوف به بیهودگی فکر
- (۳) مطابقت فکر با میل بیمار
- (۴) توانایی دفع محتوای هشیاری

منبع: فلش کارت ۱۲۳۹

گزینه ۲ صحیح است

افراد مبتلا به فکر وسواسی، به بیهودگی فکر خود وقوف دارند، اما از کنترل این فکر عاجز هستند، افراد مبتلا اعمال و افکار خود را منطقی (خود همخوان) می‌دانند.

سراسری ۸۵

در کدام اختلال بیمار نسبت به اختلال خود

هشیار است؟

(۱) پارانویا

(۲) اسکیزوفرنی

(۳) هیستری

(۴) وسواسی- اجباری

منبع: فلش کارت ۱۲۳۹

گزینه ۴ صحیح است

مبتلایان به اختلالات پارانوئیا، اسکیزوفرنی و هیستری، هر یک به نوعی تحریف واقعیت دارند و درک مشخص و منطقی از خود ندارند، اما مبتلایان به اختلال اضطرابی وسواسی - اجباری (OCD) نسبت به اختلال خود هشیارند.

وسواس های عملی:



آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن/ سیدمحمدی. ص ۳۸۱

پاسخ‌هایی هستند که به افکار وسواسی داده می‌شوند. این وسواس‌ها شامل: **تشریفات مقررانی** (مثل شستن دست) یا **اعمال ذهنی** (مثل شمردن) هستند که شخص احساس می‌کند مجبور به انجام آنها در پاسخ به وسواس فکری است.

ضوابط تشخیصی اختلال وسواس فکری عملی بر
اساس DSM-IV:

روانشناسی مرضی تحولی / دادستان . جلد ۱ . صفحه ۱۵۶

(۱) اندیشه‌ها، برانگیختگی‌ها یا تصاویر بازگشتی و پابرجا که فرد در پاره‌ای از مواقع در خلال اختلال، به منزله چیزی اجباری و نامناسب، تجربه می‌کند و اضطراب یا درماندگی مشخصی را در وی برمی‌انگیزد.

(۲) اندیشه‌ها، برانگیختگی‌ها یا تصاویر صرفاً ناشی از نگرانی‌های مفرط درباره مسائل واقعی زندگی نیستند.

(۳) فرد به منظور بی اطلاع ماندن یا حذف این اندیشه‌ها برانگیختگی‌ها یا تصاویر و یا خنثی کردن آنها بوسیله اعمال یا افکار دیگر، کوشش‌هایی را به راه اندازد.

(۴) فرد می‌داند که اندیشه‌های وسواسی، برانگیختگی‌ها یا تصاویر، محصول ذهن وی هستند.

ادامه ضوابط تشخیصی اختلال وسواس فکری -
عملی بر اساس DSM-IV :

روانشناسی مرضی تحولی / دادستان . جلد ۱ . صفحه ۱۵۶

۵) رفتارهای تکراری یا اعمال ذهنی که فرد خود را **مجبور** می‌بیند تا در پاسخ به یک وسواس یا بر اساس قواعدی که باید بی‌چون و چرا به کار بسته شوند، به راه اندازد.

۶) رفتارها یا اعمال ذهنی به منظور پیشگیری، کاهش ناراحتی یا ممانعت از پاره‌ای رویدادها و موقعیت‌های سهمناک بروز می‌کنند. گرچه این رفتارها اعمال ذهنی به صورت واقع‌نگر، با آنچه که قصد خنثی کردن و یا پیشگیری از آن را دارند مرتبط نیستند و یا آشکارا افراطی هستند.

سراسری ۸۸

تفاوت اصلی افکار وسواسی و اعمال وسواسی کدام است؟

(۱) افکار وسواسی «رنج‌زا» ولی اعمال وسواسی «آرامش‌بخش» هستند.

(۲) افکار وسواسی «خودهمخوان» و اعمال وسواسی «خود ناهمخوان» هستند.

(۳) افکار وسواسی «آرام‌بخش» ولی اعمال وسواسی «رنج‌زا» هستند.

(۴) افکار وسواسی «ارادی» و اعمال وسواسی «غیر ارادی» هستند.

منبع: فلش‌کارت ۱۳۴۳

۱۳۴۴

گزینه ۱ صحیح است

افکار وسواسی «رنج زا» ولی اعمال وسواسی «آرام بخش» هستند. اما گاهی عمل وسواسی به کم شدن اضطراب منجر نمی گردد. ممکن است پس از انجام عمل وسواسی، اضطراب فرقی نکرده باشد و یا حتی بیشتر شده باشد. وقتی فرد در مقابل انجام وسواس عملی مقاومت کند نیز اضطراب افزایش می یابد.

هدف و سوا س‌های عملی:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سید محمدی. ص ۳۸۲

پیشگیری یا کاهش پریشانی و یا جلوگیری از
رویدادهای هولناک است.

در قرون گذشته در دنیای غرب، وسواس‌های
فکری اغلب و بودند.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۸۲

مذهبی

جنسی

امروزه وسواس‌های مربوط به،
..... و رایج‌ترند.

آسیب‌شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی، ص ۳۸۳

کثیفی و آلودگی
خسونت
نظم و ترتیب

امروزه وسواس‌های مربوط به
احتمالاً رایج‌ترین نوع وسواس فکری هستند.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۸۳

آلودگی

وسواس‌های فکری – عملی در طبقه اضطراب
استنباطی جای می‌گیرند، زیرا:

آسیب‌شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۸۳

این افکار بسیار **ناراحت کننده‌اند**. معمولاً فرد از **پیشانی درونی** قابل ملاحظه‌ای رنج می‌برد. واکنش اضطرابی، اغلب وجود دارد. احساس دلهره و وحشت می‌کند. اگر تشریفات به طور **مکرر و با سرعت کافی** در پاسخ به افکار انجام شوند، می‌تواند اضطراب بعدی را کاهش دهد یا حتی مانع آن شود.

وسواس‌های فکری و افسردگی بالینی، اختلال‌های همایند Comorbid (همراه هم) هستند. در واقع تا درصد بیماران افسرده ممکن است وسواس‌های فکری نیز داشته باشند.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۸۳

۱۰ تا ۳۵ درصد

در طول دوره‌های افسردگی، میزان وقوع
وسواس‌های فکری قبل و بعد از
افسردگی است.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۸۷

سه برابر

شیوع اختلال وسواس فکری - عملی:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۸۷

- ✓ بین ۲ تا ۳ درصد بزرگسالان.
- ✓ زنان آسیب پذیرترند.
- ✓ تا اندازه‌ای ارثی است.

میانگین سن شروع اختلال وسواس فکری -
عملی، حدود است. در مردها مختصری
..... و در زن‌ها کمی است.
میزان شیوع در زنان مردان است.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۸۱

۲۰ سالگی

زودتر (حدود ۱۹ سالگی)

دیرتر (حدود ۲۲ سالگی)

برابر با

آزاد ۸۴

میزان شیوع کدام یک از اختلال‌های زیر در هر

دو جنس برابر است ؟

(۱) افسردگی

(۲) اضطراب فراگیر

(۳) هراس اجتماعی

(۴) وسواس فکری - عملی

منبع: فلش کارت ۱۲۵۴

گزینه ۴ صحیح است

میزان شیوع اختلال وسواس فکری - عملی در
زنان و مردان یکسان است .

اختلال شخصیت وسواس فکری - عملی چگونه اختلالی است؟

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۸۸

شخص دارای شخصیت وسواس فکری - عملی منظم است و زندگی خود را به صورت کاملاً منظم اداره می کند. او همواره وقت شناس است درباره اینکه چگونه لباس بپوشد و چه بگوید، بسیار دقیق است. او به صورت آزارنده توجه دقیقی به جزئیات می کند و به شدت از کثیفی بیزار است. او در فکر عمل سنجیده است، و در مورد خود و دیگران بسیار اخلاقی و متعصب است. او مجذوب مقررات، فهرست ها، نظم و سازمان یا برنامه هاست. کمالگرایی او مانع از کامل شدن یک تکلیف می شود.

تفاوت مشخص وسواس فکری - عملی با فرد
مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی چیست؟

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی، ص ۳۸۹

شخصیت وسواس فکری - عملی، دقت وسواس گونه و عشق به جزئیات را افتخارآمیز و مایه اعتماد به نفس می‌داند. در حالی که برای فرد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی، این ویژگی‌ها مشمئزکننده، ناخواسته و مایه عذاب و **خودناپذیر** هستند.

سه مؤلفه اصلی اختلال‌های وسواس فکری -
عملی:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن/ سیدمحمدی. ص ۳۸۹

۱) نظارت

۲) واریسی

۳) تردید

دیدگاه روانپویشی در مورد اختلال وسواس فکری
— عملی :

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی، ص ۳۹۱

طبق این دیدگاه فکر وسواسی بصورت دفاع در برابر فکر ناخواسته و ناهشیار انگاشته می شود. این فرایند دفاعی شامل جابه جایی Displacement و جانشین سازی Substitution می شود. آنچه اتفاق می افتد این است که: یک فکر خطرناک ناهشیار مثل «مادرم ممکن از تب بمیرد» در مورد خانمی که به وسواس رنگ و گرما مبتلا بود تهدید می کند که می خواهد به هشیاری فرد وارد شود. فرد برای دفاع علیه این اضطراب، آن را به صورت ناهشیار از فکر وحشتناک اصلی به جانشینی که کمتر ناخوشایند است مثل رنگ های داغ و آتشی، جابه جا می کند.

ادامه دیدگاه روانپویشی در مورد اختلال وسواس
فکری - عملی :

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۹۲

این دفاع منطق درونی قدرتمندی دارد، و افکاری که جانشین فکر زیربنایی می‌شوند، دلخواه و اختیاری نیستند. رنگ‌های داغ و آتشی نماد تب هستند که مادر بیمار ممکن است در اثر آن بمیرد.

پیشینه افسردگی، خاک حاصلخیزی برای اختلال
وسواس فکری – عملی است، زیرا:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۹۵

عمل منحرف کردن فکر خود، یک پاسخ شناختی ارادی است، و مانند پاسخ‌های دیگر، توسط افسردگی تضعیف خواهد شد.

از دیدگاه شناختی - رفتاری، تشریفات
وسواسی با تقویت می‌شوند.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۹۵

با تسکین دادن موقتی اضطراب

شواهد دیدگاه زیست پزشکی برای این ادعا که
اختلال وسواس فکری - عملی یک بیماری
مغزی است، چیست؟
(۴ مورد)

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۹۶

- (۱) علایم عصب شناختی
- (۲) نابهنجاری‌های اسکن مغزی
- (۳) محتوای بدوی وسواس‌های فکری و عملی
- (۴) تأثیر دارو

نکته: به دلیل اخلاص در سیستم سروتونرژیک در اختلال وسواس، داروهای مربوطه بر این انتقال دهنده تأثیر می‌گذارند.

علایم عصب شناختی اختلال وسواس فکری -
عملی کدام است؟

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۹۶

✓ اختلال وسواس فکری - عملی درست

بعد از آسیب مغزی ایجاد می‌شود.

✓ بررسی عصب شناختی این بیماران

نابهنجاری‌های متعددی را نشان می

دهند:

- هماهنگی حرکتی ضعیف

- پرش‌های غیرارادی بیشتر

- عملکرد دیداری - حرکتی ضعیف

✓ اختلال وسواس فکری - عملی با

اختلال‌های عصب شناختی دیگری

مثل صرع نیز همانند است.

چند منطقه مغز در بیماران وسواس فکری -
عملی، فعالیت زیادی را نشان می‌دهند.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۹۸

- هسته دمی

Caudatenucleus

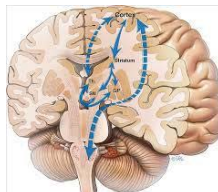
- کرتکس پیش حدقه‌ای

Orbito-frontal cortex

- کرتکس کمربندی

Cingulate cortex

هسته دمی، کرتکس پیش حدقه‌ای و کرتکس
کمربندی با هم مدار مغزی را
تشکیل می‌دهند.



آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۹۸

مدار مغزی، استریاتال – تالامیک

Cortical – Striatal – Thalamic
Circuit

مدار مغزی استریاتال - تالامیک به
..... مربوط می شوند.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۹۸

تصفیه اطلاعات نامربوط

و

پیگیری رفتار

محتوای وسواس‌های فکری و تشریفات وسواس
عملی محدود و گزینشی هستند زیرا:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن/ سیدمحمدی. ص ۳۹۸

در طول تکامل شستن و واریسی کردن بسیار اهمیت داشته است. نظافت و امنیت جسمانی خود و فرزندان از نگرانی‌های اصلی نخستین هستند. شاید مناطق مغزی که نیاکان ما را به نظافت کردن و واریسی کردن وا می‌داشتند، همان مناطقی باشند که در اختلال وسواس فکری - عملی مختل می‌شوند. افکار و تشریفات مکرر در اختلال وسواس فکری - عملی، رده‌های عمیق عادات نخستین باشند که از کنترل خارج می‌شوند.

درمان‌های پیشنهادی برای اختلال‌های وسواس
فکری - عملی کدام‌اند؟

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی، ص ۳۹۹

- ✓ شوک با تشنج برقی
- ✓ داروهای ضدافسردگی
- ✓ روان‌درمانی حمایتی
- ✓ برداشتن بخشی از مغز بوسیله جراحی
(لوبوتومی یا قطعه بری)

سه نوع درمان اصلی برای بیماران مبتلا به
اختلال وسواسی فکری - عملی به کار می‌رود:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی، ص ۳۹۹

۱) درمان روانکاوی

۲) رفتاردرمانی

۳) دارودرمانی

در درمان روانکاوی وسواس‌های فکری نکته اصلی عبارت است از:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۹۹

قادر ساختن بیمار به **تشخیص** دادن تعارض
بنیادی با **خنثی** کردن سرکوب این تعارض
ناهشیار

(مثلاً مادری که افکار نوزاد کشی دارد باید
نسبت به تکانه خود در مورد دور کردن خواهر و
برادرش در دوران کودکی بینش کسب کند و
رابطه بین تعارض با مشکلات شخصی‌اش را درک
کند)

سه شیوه رفتار درمانی، و
..... در درمان اختلال‌های وسواس فکری
— عملی به کار رفته‌اند.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۴۰۰

جلوگیری از پاسخ
غرقه سازی
سرمشق گیری

آزاد ۸۴

بهترین درمان برای وسواس فکری - عملی کدام است؟

(۱) مواجهه و جلوگیری از پاسخ

(۲) حساسیت زدایی منظم

(۳) داروهای ضد اضطراب

(۴) روانکاوی کلاسیک

منبع: فلش کارت ۱۲۷۲

گزینه ۱ صحیح است

مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ برای درمان
وسواس فکری – عملی مناسب است.

شیوه‌های درمانی رفتار درمانی و سواس همگی
بیمار را

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۴۰۰

به تحمل کردن موقعیت‌های آزارنده ترغیب و
متقاعد می‌کنند ولی او را به این کار مجبور
نمی‌کنند.

رفتار درمانی بیمار مبتلا به وسواسی که فکر می‌کند ممکن است آلوده به میکروب‌ها باشد:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی، ص ۴۰۰

در جریان درمان، او ابتدا می‌بیند که درمانگر خودش را به کثیفی آلوده می‌کند (**سرمشق گیری**) بعد او را ترغیب می‌کند که کثیفی و گرد و خاک را از تنش پاک کند (**غرقه سازی**) و بدون اینکه دستهایش را بشوید آن را تحمل کند. (**جلوگیری از پاسخ**) بعد از ده جلسه که بیمار خودش را کثیف کرد و بدون شستن دستهایش صرفاً آنجا نشست. افکار آلودگی کاهش یافته و تشریفات شستن از آن پس در زندگی روزانه او اتفاق نمی‌افتد.

آثار رفتار درمانی اختصاصی هستند، یعنی:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۴۰۱

افکار وسواسی، تشریفات وسواسی و اضطراب همگی کاهش می‌یابند، اما به افسردگی، سازگاری جنسی و توافق خانوادگی کمک چندانی نمی‌شود.

داروهای مورد استفاده برای درمان اختلال
وسواسی فکری - عملی عبارتند از:

روانشناسی مرضی تحولی / دادستان . جلد ۱ . صفحه ۱۷۵

- داروهای ضد اضطرابی بخصوص بنزودیازپینها
- داروهای ضد افسردگی بویژه **کلومیپرامین** و
فلوکستین

سراسری ۷۹

پژوهش‌های نوین، کدامیک از «داروها» را برای درمان اختلال وسواس فکری عملی (OCD) موثرتر می‌دانند؟

(۱) فلوکستین

Fluoxetine

(۲) ایمپرامین

Imipramine

(۳) آمی‌تریپتیلین

Amitriptlin

(۴) تریمیپرامین

Trimipramin

منبع: فلش کارت ۱۲۷۷

گزینه ۱ صحیح است

تمام داروهایی که برای درمان افسردگی بکار می‌روند را در درمان وسواس می‌توان به کار برد. درمان با یکی از مهارکننده‌های باز جذب سروتونین (SSRI) مثل فلوکستین، فلووکسامین، پاروکستین و سرتالین مؤثر است. از میان داروهای سه حلقه‌ای و چهار حلقه‌ای انتخابی ترین دارو از نظر باز جذب سروتونین کلومیپرامین است.

در حال حاضر، را می‌توان به
منزله موثرترین داروی درمان اختلال‌های وسواس
تلقی کرد.

روانشناسی مرضی تحولی / دادستان . جلد ۱ . صفحه ۱۷۶

کلومیپرامین

مونیکا ۲۶ ساله وضعیت خود را برای دکتر DLM اینگونه
تعرف می‌کند:

شستن موهایم همیشه هرور یکساعت طول می‌کشد. موهای
پشت سرم، بغل‌های سرم، جلوی سرم، روی سرم را می
شویم. هر قسمت را دقیقاً ۶۰ بار می‌مالم. امکان ندارد یکبار
۵۹ یا ۶۱ بار شود. برای شستن دست‌هایم از شانه‌هایم
شروع می‌کنم، آنها را آنقدر کیسه می‌کشم که پوستم به
فونریزی می‌افتد، گاهی احساس می‌کنم استخوانم می‌خواهد
بیرون بیزند و ممکن است صابون به آن (استفوان) بفرد.

دکتر DLM برای این بیمار از کلومپیرامین و روشن غرقه
سازی (طوری که بیمار دستها و موهایش را با فوله کثیف پاک

کندر و یا برای چند روز از حمام رفتن خودداری کند) استفاده کرد و پس از گذشت ۳ ماه رفتارهای وسواسی مونیکا از بین رفت اما تا مدت زمان بیشتری باید به دارودرمانی و رواندرمانی ادامه می‌داد.

اختلال بدریختی بدن Body Dysmorphic Disorder

خلاصه روانپزشکی . کاپلان و سادوک / رفیعی . جلد ۲ . صفحه ۲۰۰

بیماران مبتلا به اختلال بد ریختی بدن احساس ذهنی مداومی درباره زشت بودن برخی از جنبه های ظاهر یا چهره خود دارند، علیرغم اینکه ظاهر آنها طبیعی یا تقریباً طبیعی است. اساس این اختلال، باور یا ترس قوی بیمار است از اینکه ظاهر جذابی ندارد و یا حتی نفرت انگیز و مشمئز کننده است.

نظر امیل کراپلین درباره اختلال بد ریختی بدن:

خلاصه روانپزشکی . کاپلان و سادوک / رفیعی . جلد ۲ . صفحه ۲۰۰

بیش از ۱۰۰ سال پیش امیل کراپلین این اختلال را شناسایی و آن را هراس از بدریختی نامید، او اختلال مذکور را یک نورو زوسواسی می دانست.

پیر ژانه اختلال بد ریختی بدن را
نام گذاری کرد.

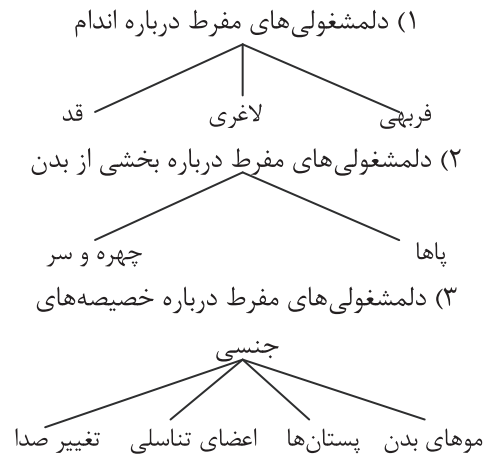
خلاصه روانپزشکی . کاپلان و سادوک / رفیعی . جلد ۲ . صفحه ۲۰۰

وسواس شرم از شکل بدن

دل مشغولی‌های مرتبط با اختلال بدشکلی بدنی:



روانشناسی مرضی تحولی / دادستان . جلد ۱ . صفحه ۲۴۵



همه گیرشناسی اختلال بدریختی بدن

خلاصه روانپزشکی . کاپلان و سادوک / رفیعی . جلد ۲ . صفحه ۲۰۰

- شایع‌ترین سن شروع بین ۱۵ و ۳۰ سالگی است.
- زنان تا حدودی بیش از مردان گرفتار می‌شوند.
- بیشتر بیماران، مجرد هستند.

شایع‌ترین اختلال‌های همایند با اختلال بدریختی بدن:

آسیب‌شناسی روانی، کرینگ و همکاران / ترجمه شمسی پور، صفحه ۲۰۹

اختلال افسردگی اساسی

هراس اجتماعی

اختلال وسواس - جبری

سوء مصرف مواد

اختلال‌های شخصیت

سراسری ۹۰

کدام اختلال معمولاً به طور همزمان با اختلال
بدشکلی بدنی مشاهده می‌شود؟

(۱) اضطراب تعمیم‌یافته

(۲) خودبیمارپنداری

(۳) هراس اجتماعی

(۴) هیستری تبدیل

منبع: فلش کارت ۱۲۸۷

گزینه ۳ صحیح است

بیماران مبتلا به اختلال بد ریختی بدن اشتغال ذهنی تخیلی در ظاهر یا چهره خود دارند و این اشتغال ذهنی سبب ناراحتی بالینی چشمگیر یا تخریب حوزه‌های عملکردی مهم بیمار می‌شود.

نکته: اختلال بد ریختی بدن اغلب با افسردگی و هراس اجتماعی همراه است.

درمان اختلال بد ریختنی بدن:

خلاصه روانپزشکی . کاپلان و سادوک / رفیعی . جلد ۲ . صفحه ۲۰۱

- ✓ داروهای سه حلقه‌ای
- ✓ مهارکننده‌های منوآمین اکسیداز
- ✓ پیموزاید
- ✓ داروهای مختص سروتونین مثل
- کلومیپرامین و فلوکستین

اختلال احتکار



آسیب شناسی روانی، گنجی، جلد ۱، صفحه ۳۳۹

افراد مبتلا به اختلال احتکار، به طور افراطی، اشیاء و اموال را جمع اوری می کنند و نمی توانند یا نمی خواهند انبوهی از اشیاء را که ظاهراً بی فایده یا بی ارزش هستند دور بیندازند. این اختلال باعث می شود که فرد در معرض بیماری های جسمی، پایین آمدن کیفیت عملکرد در جنبه های مهم زندگی، فشار مالی و اقتصادی قرار گیرد، و همچنین، در روابط میان فردی با اعضای خانواده و دوستان تأثیر منفی می گذارد.

شیوع اختلال احتکار به گزارش DSM-V:

آسیب شناسی روانی. گنجی. جلد ۱. صفحه ۳۳۹

- در امریکا و اروپا، ۲٪ تا ۶٪ تخمین زده می‌شود.
- در مردان فروان‌تر از زنان است.
- در بزرگسالان مسن‌تر تقریباً سه برابر بزرگسالان جوان‌تر است.

معیارهای DSM-V، برای اختلال احتکار:



آسیب شناسی روانی. گنجی. جلد ۱. صفحه ۳۴۱

- فرد همیشه و به طور دایم، به دشواری می‌تواند اموال خود را دور بریزد یا از آنها جدا شود، و فرقی نمی‌کند که ارزش واقعی آنها چقدر است.
- علت این است که فرد احساس می‌کند که باید آیتم‌های مورد نظر را برای روز مبدا نگه دارد و می‌خواهد از رنج دیسترس ناشی از دور ریختن آنها اجتناب کند.
- ناتوانی در دور ریختن آیتم‌ها و اشیاء باعث می‌شود به تدریج زیاد شوند و باعث شلوغ شدن و انباشته شدن اتاق‌ها و قسمت‌های مختلف خانه شوند.

درمان اختلال احتکار:

آسیب شناسی روانی. گنجی. جلد ۱. صفحه ۳۴۳

داروهای ضدافسردگی شامل:

- کلومی پرامین
- پاروکستین
- فلووکسامین
- سرتالین
- سیتالوپرام

درمان شناختی رفتاری (CBT)

خصوصیت اصلی وسواس کندن مو:
(TriChotillomania)



خلاصه روانپزشکی . کاپلان و سادوک / رفیعی . جلد ۲ . صفحه ۳۳۴

خصوصیت اصلی وسواس کندن مو، کندن مکرر مو است که سبب از دست دادن محسوس مو می‌شود. سایر نشانه‌های بالینی عبارتند از: احساس تنش فزاینده پیش از کندن مو و احساس لذت، رضایت یا تسکین پس از آن.

شیوع وسواس کندن مو در زنان
مردان است.

خلاصه روانپزشکی . کاپلان و سادوک / رفیعی . جلد ۲ . صفحه ۳۳۴

بیشتر از

نکته: شیوع وسواس کندن مو در کودکان در دو جنس یکسان است.

میزان شیوع مادام‌العمر وسواس‌کنندگی مو بر
اساس DSM-IV-TR است.

خلاصه روانپزشکی . کاپلان و سادوک / رفیعی . جلد ۲ . صفحه ۳۳۴

کمتر از یک درصد

بیماری‌های همراه با وسواس کندن مو:

خلاصه روانپزشکی . کاپلان و سادوک / رفیعی . جلد ۲ . صفحه ۳۳۴

- ✓ اختلالات خلقی (مثل افسردگی عمده)
- ✓ اختلالات اضطرابی (مثل وسواسی - جبری، اضطراب فراگیر، فوبی اجتماعی)
- ✓ اختلالات مصرف مواد
- ✓ اختلالات خوردن
- ✓ اختلالات شخصیت (مثل انواع مرزی و وسواس - جبری)
- ✓ عقب ماندگی ذهنی

سبب شناسی اختلال وسواس کندن مو:

خلاصه روانپزشکی . کاپلان و سادوک / رفیعی . جلد ۲ . صفحه ۳۳۴

هر چند وسواس کردن مو اختلالی «چند بعدی» تلقی می‌شود، در بیش از یک چهارم موارد، شروع آن با موقعیت‌های پر استرس ارتباط دارد. آشفتگی در روابط مادر - کودک، ترس از تنها ماندن و فقدان اخیر ابرّه (Object) به عنوان عوامل اساسی این اختلال ذکر شده‌اند.

سوء مصرف مواد ممکن است پیدایش اختلال را تسهیل کند. پویایی‌های افسردگی اغلب به عنوان عوامل زمینه‌ساز معرفی شده است.

اساس زیست شناختی وسواس کندن مو:

خلاصه روانپزشکی . کاپلان و سادوک / رفیعی . جلد ۲ . صفحه ۳۳۴

وسواس کردن مو به طرز فزاینده‌ای دارای اساس زیست‌شناختی تلقی می‌شود که ممکن است سبب فعالیت حرکتی نامتناسب یا رفتارهای آرایشی افراطی شود. نظریات زیستی به تفاوت‌های متابولیک در دستگاه‌های سروتونین و مواد شبه‌افیونی نیز اشاره کرده‌اند. اعضای خانواده افراد مبتلا به وسواس کردن مو غالباً سابقه تیک، اختلالات کنترل تکانه، و علایم وسواسی جبری دارند و این مسأله احتمال وجود یک استعداد ژنتیکی را در این بیماران تقویت می‌کند.

خصوصیات بالینی وسواس کندن مو:

خلاصه روانپزشکی . کاپلان و سادوک / رفیعی . جلد ۲ . صفحه ۳۳۴

پیش از کندن مو بیمار دچار حس فزاینده‌ای از تنش می‌شود و با کندن مو احساس رضایت یا تسکین به وی دست می‌دهد. در این اختلال همه مناطق بدن ممکن است درگیر شود و کندن موی سر شایع‌تر از همه است. وجه مشخصه این نوع کاهش مو وجود موهای کوتاه و شکسته در کنار موهای طبیعی و بلند در نواحی درگیر است. هیچگونه ناهنجاری پوست بدن یا سر دیده نمی‌شود. کندن مو دردناک نیست. هر چند خارش و سوزش در نواحی مبتلا ممکن است وجود داشته باشد. موخواری یا در دهان گذاشتن مو ممکن است منعاقب کندن مو دیده شود. بیماران اغلب رفتار خود را انکار کرده و سعی می‌کنند طاسی حاصل را پنهان کنند.

سن متوسط شروع وسواس کردن مو
..... است.

خلاصه روانپزشکی . کاپلان و سادوک / رفیعی . جلد ۲ . صفحه ۳۳۵

اوایل نوجوانی و اکثراً قبل از ۱۷ سالگی ولی در
سنین بالاتر نیز ممکن است شروع شود.

شروع زودهنگام و دیرهنگام وسواس کردن مو
چگونه است؟

خلاصه روانپزشکی . کاپلان و سادوک / رفیعی . جلد ۲ . صفحه ۳۳۵

- شروع زود هنگام (قبل از ۶ سالگی) معمولاً با بهبود ساده تر همراه است و به راهکارهای رفتاری، حمایتی و تلقینی پاسخ می‌دهد.
- شروع دیر هنگام (پس از ۱۳ سالگی) با افزایش احتمال مزمن شدن همراه است و نسبت به شکلی از اختلال که زودتر شروع می‌شود، پیش‌آگهی ضعیف‌تری دارد.

درمان وسواس کندن مو:

خلاصه روانپزشکی . کاپلان و سادوک / رفیعی . جلد ۲ . صفحه ۳۳۵

درمان معمولاً با همکاری روانپزشک و متخصص پوست انجام می‌شود.
روش‌های روانی - دارویی برای اختلالات روانی - پوستی:
- استروئیدهای موضعی و هیدروکسی‌زین هیدروکلراید، یک داروی
ضد اضطراب با خواص آنتی هیستامینی.
- داروهای ضدافسردگی
- داروهای سروتونرژیک
- داروهای ضدجنون
درمان‌های رفتاری موفق مثل پسخوراندزیستی، نظارت بر خود،
حساسیت‌زدایی پنهان و معکوس کردن عادت نیز گزارش شده است.

اختلال پوست-کندن (Skin Picking Disorder)



آسیب شناسی روانی. گنجی. جلد ۱. صفحه ۳۴۸

میل و هوس شدید و مکرر برای کندن پوست خود، تا جایی که باعث آسیب رسیدن به پوست و گوشت می‌شود.

نکته: این اختلال برای اولین بار در DSM-V، مطرح شده است.

شیوع اختلال پوست- کندن به گزارش DSM-V:

آسیب شناسی روانی. گنجی. جلد ۱. صفحه ۳۴۸

در بزرگسالان ۱/۴٪ یا اندکی بیشتر است.
و
سه چهارم افراد مبتلا به این اختلال زنان هستند.

معیارهای DSM-V برای اختلال پوست-کندن:

آسیب شناسی روانی. گنجی. جلد ۱. صفحه ۳۴۹

- فرد به طور دایم پوست خود را می کند در حالی که به زخم منجر می شود.
- فرد به طور مکرر و دایم، برای کاهش یا متوقف کردن پوست- کندن تلاش کرده است.

درمان اختلال پوست - کندن:

آسیب شناسی روانی، گنجی، جلد ۱، صفحه ۳۵۰

دارودرمانی

آنتاگونیست‌های اوبیودی
SSRI ها
گلوتامات‌ها

رفتاردرمانی

در بعد از اینکه فرد با رویدادی مواجه می‌شود که او را به مرگ یا آسیب **تهدید** کرده است. دچار **اضطراب و بی‌حسی** می‌شود و بارها آن رویداد را در ذهن خود **مرور** می‌کند.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۰۰

اختلال‌های استرس پس از سانحه

(برای مثال، دانشجویی که در خوابگاه خود مورد تجاوز جنسی قرار گرفته است، امکان دارد بعداً این آسیب را بارها در حافظه و رویاهای خود مرور کند، نسبت به دنیای اطرافش بی‌حس شود. از مردها دوری جوید، و هر وقت که با یک مرد تنهاست دچار اضطراب شدید شود)

در موضوع خاصی فرد را
تهدید نمی‌کند، ولی با این حال او احساس
می‌کند که بسیار مضطرب است.

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن/ سیدمحمدی. ص ۳۰۰

اختلال‌های اضطرابی

عوارض انواع خاصی از آسیب و ضایعات استثنایی به قدری تکان‌دهنده و با دوام هستند که نام و طبقه تشخیصی خاص به آنها اختصاص داده می‌شود به نام

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۳۸

اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)

عوامل ایجادکننده اختلال استرس پس از سانحه:



آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۳۹

✓ بلایایی که به صورت **طبیعی** رخ می دهند.

✓ نشانگان آسیب **تجاوز جنسی**

✓ فجایع **ساخته** انسان

سراسری ۸۴

کدام عامل در شمار عوامل پدیدآورنده

«PTSD» قرار ندارد ؟

(۱) ورشکستگی مالی

(۲) زلزله و سیل

(۳) آتش‌سوزی‌های گسترده

(۴) انفجارات شدید صحنه جنگ

منبع: فلش کارت ۱۳۱۱

گزینه ۱ صحیح است

عوامل آسیب‌زای مسبب در PTSD شامل، تجربه، مشاهده یا مواجهه با آسیب‌دیدگی وخیم، یا تهدید به تمامیت جسمانی خود یا دیگران است. (مثل حضور در جنگ، آتش‌سوزی، تجاوز، شکنجه و ...)

سه نشانه PTSD را توصیف می کند:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۴۰

۱) شخص آسیب را در رویاها، بازگشت‌های ناگهانی خاطره، و در عالم خیال بارها **مجسم می‌کند**.

۲) شخص نسبت به دنیا **بی‌حس** می‌شود، و از محرک‌هایی که آسیب را به یاد می‌آورند اجتناب می‌کند.

۳) شخص نشانه‌های **اضطراب** و **انگیختگی** را تجربه می‌کند که قبل از آسیب وجود نداشتند.

ضوابط تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه
بر اساس DSM-V:

آسیب‌شناسی روانی. گنجی. جلد ۱. ص ۳۵۹

الف) فرد در معرض رویداد ضربه‌آمیزی قرار گرفته که واجد هر دو شرطی است که در پی می‌آیند:

۱) تجربه، مشاهده یا مواجهه با رویداد یا رویدادهایی که خطر واقعی مرگ، تهدید به مرگ یا آسیب دیدگی وخیم یا تهدید نسبت به تمامیت جسمانی خود یا دیگران را دربرداشته باشد.

۲) پاسخ فرد نسبت به رویداد، شامل ترس گسترده، ناامیدی یا وحشت بوده است.

ب) فرد مجدداً و به طور مستمر رویداد آسیب‌زا را بر اساس یک (یا چند) گونه از گونه‌هایی که در پی می‌آیند، تجربه می‌کند.

۱) با پدیدآوری مکرر و آمانه رویداد ناراحت کننده به صورت تصاویر، افکار یا ادراک‌ها.

ادامه ضوابط تشخیصی اختلال استرس پس از
سانحه بر اساس DSM-V:

آسیب‌شناسی روانی. گنجی. جلد ۱. ص ۳۵۹

۲) خواب دیده‌های ناراحت‌کننده مکرر درباره رویداد.

۳) عمل کردن یا احساس کردن به گونه‌ای که انگار رویداد آسیب‌زا تکرار شده است.

۴) درماندگی شدید روانشناختی هنگام مواجهه با نشانه‌های درونی یا بیرونی که به منزله نماد رویداد آسیب‌زا هستند یا به جنبه‌ای از آن، شباهت دارد.

۵) باز فعال شدگی فیزیولوژیکی هنگام مواجهه با نشانه‌های درونی یا بیرونی که به منزله نماد رویداد آسیب‌زا هستند یا به جنبه‌ای از آن، شباهت دارند.

ج) اجتناب مداوم از محرک‌هایی که با رویداد آسیب‌زا مرتبطاند و کاهش پاسخ‌دهی کلی (که قبل از ضربه وجود نداشته) آنچنان که بر اساس سه (یا بیشتر از) نشانه زیر مشخص می‌شود:

ادامه ضوابط تشخیصی اختلال استرس پس از
سانحه بر اساس DSM-V:

آسیب‌شناسی روانی. گنجی. جلد ۱. ص ۳۵۹

- (۱) کوشش‌هایی به منظور اجتناب از افکار، احساسات یا مکالماتی که با آسیب و با ضربه مرتبط‌اند.
- (۲) کوشش‌هایی به منظور اجتناب از فعالیت‌ها، مکان‌ها یا افرادی که موجب به یادآوری ضربه می‌شوند.
- (۳) ناتوانی در به یادآوری جنبه مهمی از ضربه
- (۴) کاهش مشخص رغبت یا مشارکت در فعالیت‌های معنادار.
- (۵) احساس جدایی یا بیگانگی نسبت به دیگران.
- (۶) محدود شدن طیف عواطف.
- (۷) احساس محدود شدن.

ادامه ضوابط تشخیصی اختلال استرس پس از
سانحه بر اساس DSM-V:

آسیب‌شناسی روانی. گنجی. جلد ۱. ص ۳۵۹

د) نشانه‌های پایدار افزایش «برپایی» آنچنان که بر اساس دو () یا

بیشتر از دو) نکات زیر مشخص می‌شود:

۱) مشکل در به خواب رفتن یا حفظ حالت خواب

۲) تحریک پذیری یا حمله‌های خشم

۳) مشکل در تمرکز

۴) واکنش افراطی از جا پریدن

سراسری ۸۷

احساس گناه مرگ از ویژگی‌های کدام اختلال
اضطرابی است؟

(۱) اختلال استرس پس از ضربه

(۲) اختلال وحشتزدگی

(۳) اضطراب تعمیم یافته

(۴) وسواس فکری - عملی

منبع: فلش کارت ۱۳۱۴

گزینه ۱ صحیح است

اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) عبارت است از مجموعه‌ای از علائم نوعی سندرم که در پی مواجهه با حوادث آسیب‌زایی زندگی پیدا می‌شود.

بلافاصله بعد از تجاوز جنسی، تقریباً تعداد برابری در زنان یکی از این دو سبک هیجانی را نشان می‌دهند:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۴۹

- (۱) سبک بیانگر: نشان دادن ترس، خشم، اضطراب، گریه و
- (۲) سبک کنترل شده: نشان دادن ظاهر آرام

برای درمان PTSD دو نوع روان درمانی به کار
برده می شود:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۵۰

(۱) خموشی الگو

(۲) درمان با مواجهه‌سازی ممتد

Prolonged Exposure Therapy

(۳) ایمن‌سازی در مقابل استرس

Stress Inoculation Training

پن بیکر (Pennbaker) در مورد درمان خموشی
الگو معتقد است که:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۵۴

قربانیان یهودکشی و تجاوز جنسی که درباره
آسیب خود حرف نمی‌زنند از آنهایی که آسیب
خود را محرمانه با دیگران در میان
می‌گذارند، بعدها از سلامت جسمانی بدتری رنج
می‌برند.

در درمان با مواجهه‌سازی ممتد:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۵۵

قربانیان در تخیلشان آسیب را مجسم می‌کنند. آنها آسیب را با صدای بلند، به صورت زمان حال برای درمانگر شرح می‌دهند و این کار در چندین جلسه تکرار می‌شود.

درمان ایمن سازی در مقابل استرس چگونه است؟

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۵۵

آرمیدگی عمیق عضلانی، بازداری فکر برای مقابله
با تأملات (اشتغالات ذهنی) و بازسازی شناختی
(تغییر آنچه نظام فکری شخص را تشکیل
می‌دهد)

ویژگی اصلی اختلال دلبستگی واکنشی
(Reactive attachment disorder)

آسیب شناسی روانی. گنجی. جلد ۱. صفحه ۳۷۸

رفتارهای دلبستگی مختل و نامتناسب با مرحله رشدی است که در آن، کودک به ندرت یا به مقدار بسیار اندک به کسی که نسبت به او دلبستگی دارد، مراجعه می‌کند. کودکان مبتلا به اختلال دلبستگی واکنشی، توانایی ایجاد دلبستگی را دارند اما به علت اندک بودن فرصت‌ها در اوایل کودکی، دلبستگی خود را نمی‌توانند با رفتارهای مناسب نشان دهند.

معیارهای DSM-V برای اختلال دلبستگی واکنشی:

آسیب شناسی روانی. گنجی. جلد ۱. صفحه ۳۷۸

- مجموعه‌ای یکنواخت (مکرر در موقعیت‌های مختلف) از رفتارهای مرتبط با توداری، خودداری، انزواطلبی نسبت به مراقبت‌کنندگان بزرگسال، که با هر دو مورد زیر نشان داده می‌شود:
- (۱) کودک، به هنگام ناراحتی و تشویش، به ندرت از دیگران دلگرمی و تسکین می‌خواهد یا این کار را در حداقل‌ترین سطح انجام می‌دهد.
- (۲) هنگامی که کودک ناراحت و مشوش است و دیگران برای آرام کردن او پیشقدم می‌شوند، به ندرت واکنش مثبت نشان می‌دهد یا این کار را در حداقل‌ترین سطح انجام می‌دهد.
- کودک از لحاظ اجتماعی و هیجانی، به طور مداوم ناراحت است و این موضوع را حداقل ۲ مورد از سه مورد زیر نشان می‌دهد:
- (۱) نسبت به دیگران تقریباً هیچ‌گونه واکنش اجتماعی و هیجانی نشان نمی‌دهد.
- (۲) هیجان مثبت در او محدود است.
- (۳) گاهی، زودرنج و زودخشم، یا غمگین می‌شود، یا می‌ترسد.

سن بروز اختلال دلبستگی واکنشی

آسیب شناسی روانی. گنجی. جلد ۱. صفحه ۳۷۸

- این اختلال قبل از ۵ سالگی مشهود است.

- کودک حداقل ۹ ماهه است.

ویژگی اصلی اختلال تعامل اجتماعی بی قید و
بند (disinhibited social engagement disorder)

آسیب شناسی روانی. گنجی. جلد ۱. صفحه ۳۸۰

مجموعه‌ای از رفتارهاست که شامل رفتار نامتناسب با فرهنگ و بیش از حد صمیمانه با افراد نسبتاً غریبه هستند.

این رفتار صمیمانه افراطی مرزهای اجتماعی در فرهنگی را که کودک در آن زندگی می‌کند نقض می‌کند.

سن رشدی کودک باید حداقل ۹ ماه باشد.

معیارهای DSM-V برای اختلال تعامل اجتماعی
بی قید و بند:

آسیب شناسی روانی. گنجی. جلد ۱. صفحه ۳۸۰

- مجموعه‌ای از رفتارها که در آن کودک فعالانه به بزرگسالان ناآشنا نزدیک می‌شود و با آنها تعادل می‌کند.

(۱) کودک از نزدیک شدن به افراد ناآشنا اصلاً خجالت نمی‌کشد یا خجالتش بسیار کم است.

(۲) رفتار کلامی یا فیزیکی بیش از حد خودمانی است.

(۳) وقتی به اکتشاف و رفتارهای ماجراجویانه اقدام می‌کند، اصلاً بر نمی‌گردد و به مراقب بزرگسال خود نگاه نمی‌کند که آیا این کار را تأیید می‌کند یا نه، یا این که به ندرت نگاه تأییدجویانه به او می‌اندازد.

(۴) کودک دوست دارد به همراه بزرگسالان ناآشنا برود و در این کار هیچ تردیدی نشان نمی‌دهد یا مقدار آن بسیار کم است.

روش‌های درمان اختلال تعامل اجتماعی بی قید و بند:

آسیب شناسی روانی. گنجی، جلد ۱. صفحه ۳۸۰

- ✓ حمایت روانی – اجتماعی از خانواده
- ✓ مداخلات رواندرمانی شامل خانواده
- درمانی و درمان انفرادی
- ✓ آموزش فرزندپروری
- ✓ نظارت بر ایمنی و امنیت کودک

اختلال استرس حاد (acute stress disorder)

آسیب شناسی روانی. گنجی. جلد ۱. صفحه ۳۸۵

اختلال استرس حاد در نتیجه یک رویداد تروماتیک به وجود می‌آید که در آن، فرد به عنوان قربانی یا شاهد، ترس، استرس یا درد بسیار شدید، ناراحت کننده یا غیرمنتظره‌ای را تجربه می‌کند، یا اینکه شدیداً مجروح می‌شود، یا از خطر جراحت جدی جان سالم به در می‌برد.

زمان مطرح شده برای تشخیص اختلال استرس
حاد در DSM-V:

آسیب شناسی روانی. گنجی، جلد ۱. صفحه ۳۸۵

۳ روز تا ۱ ماه بعد از وقوع تراوما

تفاوت اختلال استرس حاد با اختلال استرس
پس از سانحه:

آسیب شناسی روانی. گنجی، جلد ۱. صفحه ۳۸۰

در اختلال استرس حاد، نشانه‌ها باید در عرض چهار هفته بعد از رویداد تروماتیک ظهور کنند و کمتر از یکماه طول بکشند و فرد گسستگی را نیز تجربه کند.

در مقابل، اگر نشانه‌های فرد بیش از یکماه تداوم یابند، مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه اعلام خواهد شد.

درمان اختلال استرس حاد:

آسیب شناسی روانی. گنجی. جلد ۱. صفحه ۳۸۰

روان درمانی رفتاری- شناختی بخصوص مواجهه
درمانی و بازسازی شناختی به علاوه ریلکسیشن

اختلالات سازگاری (adjustment disorder)

آسیب شناسی روانی. گنجی. جلد ۱. صفحه ۳۸۹

اختلالات سازگاری زمانی روی می‌دهد که فرد نمی‌تواند با یک یا چند رویداد استرس‌زا (همزمان) سازگار شود. افراد مبتلا به این اختلال ممکن است غمگین و افسرده باشند.

تشخیص افتراقی اختلال سازگاری:

آسیب شناسی روانی. گنجی. جلد ۱. صفحه ۳۸۹

تفاوت اختلال سازگاری با اختلالات اضطرابی در این است که در اختلالات اضطرابی هیچ عامل یا عوامل استرس‌زایی وجود ندارد، و تفاوتش با اختلال استرس پس از سانحه و اختلال استرس حاد این است که عامل یا عوامل استرس‌زا در این دو مورد معمولاً بسیار شدیدتر و قوی‌تر هستند.

شیوع اختلال سازگاری به گزارش DSM-V:

آسیب شناسی روانی. گنجی. جلد ۱. صفحه ۳۹۱

نرخ شیوع این اختلال به شدت تابع جمعیت مورد مطالعه و روش‌های سنجشی مورد استفاده است.

نرخ شیوع آن در بیماران سرپایی که به مراکز خدمات بهداشت روانی مراجعه می‌کنند ۵٪ تا ۲۵٪ است.

سراسری ۷۷

متداولترین نشانه‌های فیزیولوژی در اختلال

اضطرابی تعمیم یافته

(Generalized Anxiety Disorder) کدامند؟

(۱) احساس ضعف عضلانی، سرخ شدن چهره

(۲) تپش قلب، تعریق و سرخ شدن چهره

(۳) درد سینه، ضعف و تیرگی دید

(۴) تیرگی دید، تعریق و تپش قلب

منبع: فلش کارت ۱۲۳۴

گزینه ۲ صحیح است

نشانه‌های اصلی اختلال اضطراب فراگیر یا تعمیم یافته شامل: تعریق، تپش قلب، ناراحتی معدی روده‌ای، احساس سرما، خفگی.

راه‌های کنار آمدن با اضطراب روزمره:

آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۷۵

- آرمیدگی تدریجی

Progressive Relaxation

- مراقبه

Meditation

روش آرمیدگی تدریجی چه فرایندی دارد؟



آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن/ سیدمحمدی. ص ۳۷۵

در این روش، هریک از گروه‌های عضلانی اصلی بدن‌تان را سفت و بعد آن را شل می‌کنید، تا اینکه عضلات شما کاملاً سست شوند. آرمیدگی، نظام پاسخی را درگیر می‌سازد که با انگیزش‌ناشی از اضطراب رقابت می‌کند.

روش مراقبه به چه صورت است؟



آسیب شناسی روانی ۱. سلیگمن / سیدمحمدی. ص ۳۷۵

در یک محیط ساکت، چشمان خود را ببندید و
«مانترا» (هجایی که «ویژگی صوتی آن
شناخته شده است») را در ذهنتان تکرار کنید.

آزاد ۸۸

اختلال‌های اضطرابی مثل سایر اختلال‌های روانپزشکی مؤلفه ژنتیکی دارند اما علیرغم آمادگی ژنتیکی، نوع و زمانبندی حملات نشانگر:

(۱) نقش عوامل نوروترانسمیتر در این اختلال‌ها هستند.

(۲) نقش مناطق مختلف قشر مخ در این اختلال‌ها هستند.

(۳) شدت و وسعت این اختلال‌ها هستند.

(۴) نقش تجارت شخصی در این اختلال‌ها هستند.

گزینه ۴ صحیح است

مؤلفه ژنتیکی نقش مهمی در بروز اختلال‌های اضطرابی دارد اما آنچه باعث می‌شود که این مؤلفه بروز بکند، تجارب شخصی و اتفاقاتی است که فرد در زندگی تجربه می‌کند.

سراسری ۸۲

از نظر هراس، ترس تغییر یافته اختگی است.

(۱) فروید

(۲) کلاین

(۳) آنا فروید

(۴) اشپیتر

منبع: فلش کارت ۱۲۰۱

گزینه ۱ صحیح است.

از نظر فروید هراس، ترس تغییر یافته اختگی است.

سراسری ۸۳

زلزله بم جزو کدام گروه از عوامل آسیب‌زا، که بهداشت روانی را سخت به خطر می‌اندازد:

- (۱) گرفتاری‌های زندگی
- (۲) دگرگونی‌های زندگی
- (۳) افکار منفی و مخرب
- (۴) فقدان حمایت‌های اجتماعی

منبع: فلش کارت ۱۳۱۱

گزینه ۲ صحیح است

حوادثی مانند سیل و زلزله‌های شدید و سایر حوادث و بلایای شدید طبیعی جزء دگرگونی‌های زندگی محسوب می‌شود که ممکن است به PTSD بینجامد.

سراسری ۸۷

تفاوت « هراس اجتماعی » یا « آگورافوبی » این است که اضطرابی که فرد مبتلا به « هراس اجتماعی » تجربه می کند است در حال که « آگورافوبی » است.

(۱) حاصل یادگیری - منطقی

(۲) فراگیر ویژه موقعیت های خاص

(۳) منطقی - حاصل یادگیری

(۴) ویژه موقعیت های خاص - فراگیر

منبع: فلش کارت ۱۱۲۹ و

۱۱۸۰

گزینه ۴ صحیح است

اضطرابی که فرد مبتلا به هراس اجتماعی تجربه می کند ویژه موقعیت های خاص است، در حالی که آگورافوبیا فراگیر است.

سراسری ۸۹

افراد دچار کدام نوع اختلال درباره اینکه چگونه
در دید دیگران جلوه کنند، نگران و دلوایس
هستند؟

(۱) بدنی شکل

(۲) خلقی

(۳) اضطرابی

(۴) روانی فیزیولوژیایی

منبع: فلش کارت ۱۱۷۹

گزینه ۳ صحیح است.

در هراس اجتماعی که یکی از انواع اختلالات اضطرابی است، فرد درباره اینکه چگونه در دید دیگران جلوه می‌کند دلوپس و نگران است.

آزاد ۹۱

از دیدگاه روانکاوی، فوبی عبارتست از:

(۱) رفتار غریزی برای حفظ بقاء

(۲) یادگیری از طریق الگوبرداری

(۳) نوعی واکنش دفاعی در مقابل اضطراب

(۴) تفسیرهای افراطی و اغراقی از واقعیت‌های

بیرون

منبع: فلش کارت ۱۲۰۲

گزینه ۳ صحیح است

در این دیدگاه علت اختلال به تعارض‌های درونی و تکانه‌های ناخودآگاه نسبت داده می‌شود. در این دیدگاه فوبی یک معنی رمزی داشته و به عنوان ظهور یک تعارض روان‌شناختی حل نشده نگریسته می‌شود. بدین ترتیب فوبی ممکن است نقش یک واکنش دفاعی داشته باشد که طی آن فرد از موقعیت‌هایی که در آن احتمال خطرناک شدن سابق‌های جنسی یا پرخاشگری است دوری می‌کند.

آزاد ۹۱

برای همه ما پیش می‌آید که از نصف راه برگردیم تا مطمئن شویم در را قفل کرده ایم، اما فرق ما با افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری این است که این نوع کارها در آنها:

- (۱) بیش از حد تکرار می‌شود و زندگی را مختل می‌کند.
- (۲) به‌طور غیرارادی پیش می‌آید و ناراحتی ایجاد می‌کند.
- (۳) رضایت خاطر فراهم می‌کند، زیرا علائم برایشان خود-همخوان (ego-syntonic) است.
- (۴) اضطراب و احساس گناه و شرمندگی ایجاد می‌کند.

منبع: فلش کارت ۱۲۳۹ و

۱۲۴۲

گزینه ۱ صحیح است.

رفتارهای افراد مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری تحت اراده آنها نیست و انجام مکرر این رفتارها باعث ناراحتی آنها می‌شود. مبتلایان به غیرعادی بودن رفتار خود واقف هستند.

سراسری ۹۱

در اختلال وسواسی- اجباری، بی‌نظمی کدام انتقال‌دهنده عصبی مورد تأیید قرار گرفته است؟

(۱) سروتونین

(۲) دوپامین

(۳) استیل کولین

(۴) نورآدرنالین

منبع: فلش کارت ۱۲۶۳

گزینه ۱ صحیح است.

بی‌نظمی سیستم سروتونین در پیدایش علایم
افکار وسواسی و اعمال این اختلال نقش دارد.

آزاد ۹۲

مهمترین عارضه بنزودیازپین‌ها که در درمان اختلال‌های اضطرابی پرکاربرد هستند عبارتست از:

(۱) اعتیاد و وابستگی

(۲) دیسکینزی دیررس

(۳) عوارض اکستراپیرامیدال

(۴) خشکی دهان و تاری دید

گزینه ۱ صحیح است.

کاربرد بیش از اندازه آرام‌بخش‌ها چندین خطر را دربردارد که مهمترینشان؛ وابستگی به دارو و عدم توجه به علت اصلی اضطراب می‌باشد.

آزاد ۹۲

در درمان فوبی اجتماعی، کدامیک از درمان‌ها

سریع‌تر عمل می‌کند؟

(۱) حساسیت زدایی منظم

(۲) غرقه سازی

(۳) دارویی

(۴) شناختی- رفتاری

منبع: فلش کارت ۱۲۱۴

گزینه ۱ صحیح است.

حساسیت‌زدایی، مهمترین روش رفتاردرمانی
برخاسته از اصل شرطی شدن تقابلی است که
انواع معروف آن حساسیت‌زدایی منظم،
حساسیت‌زدایی واقعی و خودحساسیت‌زدایی
هستند.

آزاد ۹۲

از دیدگاه روانکاوی، فوبی چه کارکردی دارد؟

(۱) تصعید (والایش)

(۲) تغییر مسیر انگیزش جنسی

(۳) رفتار غریزی برای حفظ بقاء

(۴) نوعی دفاع در مقابل اضطراب

منبع: فلش کارت ۱۲۰۳

گزینه ۴ صحیح است.

فروید فرمول‌بندی خاصی را برای نوروز فوبیک معرفی نمود. فروید فرض کرد که عمل عمده اضطراب، هشدار دادن به ایگو در مورد فشار یک سائق ناخودآگاه ممنوع برای ورود به خودآگاه است، تا به این ترتیب ایگو دفاع‌های خود را تقویت و برای مقابله با نیروی غریزی تهدیدکننده بسیج نماید.

سراسری ۹۳

کدام باور غلط در افراد مبتلا به OCD وجود دارد؟

(۱) محتمل بودن رویداد، از مسئولیت انسان به شدت کم می‌کند.

(۲) پیشگیری نکردن از آسیب احتمالی به دیگران جرم نیست.

(۳) فکر کردن درباره یک کار، مثل انجام دادن آن کار است.

(۴) انسان نباید عمدا سعی کند بر افکار خود کنترل داشته باشد.

گزینه ۳ صحیح است

فرد مبتلا به اختلال وسواسی- جبری خیال می کند به صرف اندیشیدن درباره یک رویداد درباره جهان خارج، می تواند بی هیچ نیازی به اعمال واسطه، موجب وقوع آن رویداد گردد. همین احساس است که باعث می شود افکار پرخاشگرا نه فرد مبتلا به اختلال وسواسی- جبری برایش ترساننده است.

آزاد ۸۰

اختلال اضطراب جدایی در یک کودک ۶ ساله،
اغلب با کدامیک از موارد زیر پیوند ندارد؟

- (۱) بی تفاوتی نسبت به والدین
- (۲) آشفتگی خواب (اختلال خواب)
- (۳) ترس‌های بیمارگونه و بی‌پایان
- (۴) واکنش‌های روانی فیزیولوژیک

منبع: فلش کارت ۱۱۱۸

گزینه ۱ صحیح است

خصوصیات همراه اضطراب جدایی عبارتند از:
ترس از تاریکی و نگرانی‌های خیالی و عجیب و
غریب، نشانه‌های گوارشی به صورت تهوع،
استفراغ و دل درد، اشکال خواب، کابوس و
ترس‌های بیمارگونه و هراس اختصاصی.

سراسری ۹۲

در کدام اختلال روانی، فرد نسبت به اختلال خود
از آگاهی برخوردار است؟

(۱) هیستری

(۲) پارانویا

(۳) روان گسیختگی

(۴) وسواس فکری- عملی

منبع: فلش کارت ۱۲۳۹

گزینه ۴ صحیح است.

اختلال وسواس فکری- عملی مرکب از دو بخش است: وسواس که فکر محاصره و بی‌اختیاری که فکر اجبار را القا می‌کند. در این اختلال که جزء طبقه‌ی اختلالات اضطرابی محسوب می‌شود، بیمار نسبت به اختلال خویش هشیار است (بینش دارد) و آن را تحمیل شده و مرضی می‌پندارد؛ یعنی بیمار اختلال خویش را نمی‌پذیرد، بلکه آن را تحمّل می‌کند. البته این ضابطه در مورد کودکان صادق نیست.

پنر پیشنهاد

سینما DLM

فیلم سنمایی متولد چهارم جولای (Born on the Fourth of July) با بازی تام کروز اقتلال استرس پس از سانحه رو نشون می‌ده.



همچنین فیلم هوانورد (Aviator) که پشی از زندگی «هوارد هیوز» کارگردان و تهیه‌کننده و فلپان پرآوازه آمریکایی از اواخر دهه ۱۹۲۰ تا اواسط دهه ۱۹۴۰ است اقتلال وسواسی-اجباری را به تصویر می‌کشد.

وقتی درب بسته آموزشی DLM را باز می‌کنید شاید توقع داشته باشید چیزهای عجیب و غریبی درون آن مشاهده کنید ولی می‌بینید تعدادی فیش آموزشی (فلش‌کارت)، یک جعبه لایتنر و این نامه درون آن قرار دارد. شاید ابتدا یک چیز معمولی به نظر بیاید. اصولاً برای موفقیت همیشه نباید به دنبال روشهای عجیب بود. گاهی با تغییری کوچک در روشهای معمول نتایج شگفت‌انگیزی به دست می‌آیند.

ما معتقدیم بهترین روش مطالعه «روانشناسی مرضی و کودکان استثنایی» DLM است. پیمودن این مسیر با شماسست. ما اعتقاد داریم DLM هم کوتاهترین مسیر است، هم سریعترین مسیر و هم پر ثمرترین مسیر. ما در زمینه سایر رشته‌ها و سایر دروس ادعایی نداریم؛ ولی اگر در مورد «روانشناسی مرضی و کودکان استثنایی» به درصدهای داوطلبان برگزیده سالهای گذشته توجه کنید درصد بالای ۷۰٪ بسیار نادر است ولی با استفاده از روش DLM در مطالعه این درس با صرف زمانی به مراتب کمتر از دیگران حتی می‌توانید به درصد ۱۰۰٪ امید داشته باشید.

«این کار ما نیست، این معجزه روش است.» بسیار مهم است که با انرژی مثبت و انگیزه کافی دقیقاً مطابق با دستورالعمل DLM مطالعه فرمائید:

روش DLM در مطالعه روانشناسی مرضی و کودکان استثنایی:

A. ابتدا بسته را باز کنید و فیش شماره یک را بردارید و ببینید. و بعد سرجای خودش قرار دهید. همان‌طوری که ملاحظه می‌فرمائید صورت سؤالات در یک طرف فیش و پاسخ در طرف دیگر است. این نکته برای تمامی فیش‌ها رعایت شده است و به شما کمک می‌کند تا در جلسه کنکور مستقیماً به سراغ پاسخ صحیح بروید و معمولاً لازم نیست هر ۴ گزینه را بخوانید (غیر از سؤالاتی که مفهومی طرح می‌شوند و پاسخ گزینه‌ها به یکدیگر نزدیک است) ضمناً تفکیک هر دسته فیش از دسته فیش دیگری که باید در روزهای بعدی مطالعه کنید در انتهای دستورالعمل بیان شده است. (جدول زمان‌بندی مطالعه)

B. جعبه مطالعه ۵ قسمتی (جعبه لایتنر) را بیرون آورید و نگاه کنید. همان‌طوری که ملاحظه می‌فرمائید از ۵ خانه تشکیل شده که اندازه آنها با یکدیگر متفاوت است.

نکته: خانه کوچکتر، خانه شروع می‌باشد و فقط برای یک دسته فیش در نظر گرفته شده است. (اگر قبلاً با روش لایتنر آشنایی کافی ندارید ممکن است به خصوص در ۱۰ روز اول لازم باشد مدام به این دستورالعمل مراجعه نمایید تا روش DLM ملکه ذهنتان شود).

- کیفی که به همراه جعبه لایتنر ارائه گردیده برای این است که در جاهایی مانند مترو، اتوبوس و ... و در اوقات پرت خود بتوانید فیش‌ها را با خود به همراه داشته باشید و از وقت خود به نحو احسن استفاده نمائید.

- ضمناً چند کارت عمودی برای جدا کردن دسته‌فیش‌ها از یکدیگر تقدیم شده است.

توضیح: روش لایتتر یک روش پیشرفته و در عین حال ساده آموزشی است که توسط یک روانشناس آمریکایی به همین نام معرفی شده و در ایران به نام جی ۵ (جعبه یادگیری ۵ خانه‌ای) معروف است. چهارچوب روش DLM بر پایه روش لایتتر استوار می‌باشد که بهترین روشی است که تاکنون برای به‌خاطر سپردن مطالب پیشنهاد شده است و در کشورهای توسعه‌یافته و کشورهای در حال توسعه نظیر مالزی و هند بسیار مورد استفاده قرار می‌گیرد.

تفاوت DLM با لایتتر را می‌توان در دو دسته خلاصه کرد:

یکی اینکه در لایتتر هر فیش مجزا از فیش دیگر است. یعنی مثلاً وقتی لغات انگلیسی را مطالعه می‌کنید فیش‌ها از یکدیگر مستقل هستند و یادگیری یا عدم یادگیری یک فیش تاثیری در فیش دیگر ندارد؛ در حالی که در روش DLM به دلیل پیوسته بودن مطالب روانشناسی به یکدیگر و این که مطالب مانند یک زنجیری هستند که آموختن هر حلقه آن پیش‌زمینه و پیش‌نیاز حلقه دیگر است، دسته‌بندی فیش‌ها طوری طراحی شده که در مرورها ابتدا حلقه‌های قبلی زنجیر تداعی می‌شوند و سپس مطالب جدید ارائه گردیده که کمک بزرگی در طبقه‌بندی ذهنی مطالب و یادگیری آنها می‌کند. ضمناً ترتیب فیش‌ها طوری پیش‌بینی شده که تفکیک مطالب مشابه از یکدیگر و آموزش اجزای تشکیل دهنده یک مطلب به صورت ناخودآگاه در ذهن داوطلب صورت می‌پذیرد و شماره‌بندی فیش‌ها اصلاً اتفاقی نیست.

«داوطلبانی که از روش‌های عادی برای مطالعه «روانشناسی مرضی و کودکان استثنایی» استفاده می‌کنند با نزدیک شدن به زمان کنکور تازه احساس می‌کنند این همه وقت صرف کرده‌اند در حالی که بسیاری از مطالب را به خاطر نمی‌آورند.» که این نقیصه با استفاده از تکنیک DLM اصلاً نمود پیدا نمی‌کند.

دیگر ویژگی روش DLM این است که مطالب گسترده و طولانی روانشناسی مرضی و کودکان استثنایی را (که بالغ بر ۷۰۰۰ صفحه کتاب تخصصی می‌باشد) و به خاطر سپردن آنها همچون حمل یک کوه بزرگ به نقطه‌ای دیگر غیرممکن می‌نماید، به فیش‌های کوچکی که درک آنها بسیار آسان است تبدیل کرده و چون هر روز تعداد محدودی از فیش‌ها مورد مطالعه قرار می‌گیرند اصلاً احساس خستگی دست نمی‌دهد. درست مانند این است که کوه عظیمی را که حمل آن به یک نقطه دیگر غیرممکن است به تکه‌های بسیار کوچکی تقسیم کنیم و سپس هر روز قسمتی از تکه‌ها را انتقال دهیم. در آخر با تعجب نگاه می‌کنیم که همه آن کوه عظیم را انتقال داده‌ایم بدون اینکه نفس نفس بزنیم!

و این نظم ذاتی و برنامه‌ریزی درونی که از طریق روش DLM القا می‌شود داوطلب را به سوی یک حرکت آرام و پیوسته سوق می‌دهد و خود نقش مهمی در موفقیت ایفا می‌کند.

۱- روش DLM به این صورت است که:

الف. ابتدا دسته اول فیش‌ها را (از شماره ۱ تا ۴۶) بردارید. برای بار اول با همان ترتیب در نظر گرفته شده (یعنی به ترتیب شماره) شروع به مطالعه آنها فرمائید. علت اینکه می‌گوییم در بار نخست به همان ترتیب پیش‌بینی شده این است که مطالب به نوبت و به ترتیب در ذهن شما طبقه‌بندی شود. طبقه‌بندی ذهنی مطالب کمک بسیار زیادی به یادگیری و درک مطالب می‌کند. از همین ابتدا سعی کنید به سؤالات با دید مفهومی نگاه کنید و آنها را یاد بگیرید نه اینکه فقط حفظ کنید. چرا که با توجه به اینکه منبع واحد و مشخصی برای طرح سؤالات کنکور کارشناسی ارشد در روانشناسی مرضی و کودکان استثنایی وجود ندارد و

منابع گوناگونی ممکن است مورد استفاده قرار بگیرند یاد گرفتن مفهوم مطالب می‌تواند کمک بسیار زیادی به شما نماید.

ب. حال که یکبار فیش‌ها را به ترتیب مطالعه کردید احتمالا برای ۴۶ فیش زمانی بین ۸ الی ۲۳ دقیقه به آن اختصاص داده‌اید. (اگر کمتر از ۸ دقیقه باشد بسیار عالی است و اگر بیشتر از ۲۳ دقیقه باشد هیچ اشکالی ندارد.) در هنگام مطالعه فیش‌ها باید دقت کافی داشته باشید ولی لازم نیست اصلا وسواس به خرج دهید.

نوبت به مطالعه بار دوم می‌رسد. در دومین دور مطالعه سعی کنید نسبت به مرتبه اول، مطالب بیشتری را به خاطر بسپارید.

تا اینجا دو بار صورت سئوالات و پاسخ آنها را مطالعه کرده‌اید. لازم است در مرور سوم صورت سئوالات را بخوانید و جواب را بدون نگاه کردن به آن و از حفظ بیان کنید. در این مرحله ممکن است از ۴۶ فیش مثلا ۳۰ تا آن را بدون نگاه کردن بدانید و ۱۶ تا دیگر را هنوز یاد نگرفته باشید. ۱۶ فیشی را که هنوز یاد نگرفته‌اید از ۳۰ تا دیگر جدا کنید و فقط همان ۱۶ فیش را مطالعه کنید تا جاییکه بدون نگاه کردن به پاسخ آنها بتوانید از حفظ با خواندن روی فیش جواب پشت فیش را به خاطر بیاورید و بهتر است با صدای بلند جواب را برای خود بازگو کنید.

حالا هر ۴۶ فیش مربوط به روز اول را آموخته‌اید. (می‌توانید برای اطمینان یکبار دیگر هر ۴۶ فیش را از خود آزمون بگیرید.) نکته: در هنگام مطالعه فیش‌ها می‌توانید بجای اینکه هر ۴۶ فیش را با هم حفظ کنید آنها را به دسته‌های ۵ تایی تقسیم کنید، هر دسته ۵ تایی را حفظ کنید و بعد بروید سراغ دسته ۵ تایی بعدی.

این کار به این دلیل که باعث می‌شود ۵ شماره فاصله به جای ۴۶ شماره بین فیش‌ها ایجاد شود سرعت مطالعه و به‌خاطر سپردن مطالب را از این هم بیشتر می‌کند.

ت. کار امروز شما برای مطالعه روانشناسی مرضی تمام شده؛ ۴۶ فیش اول را در خانه اول جعبه لایتنر (کوچکترین خانه) قرار دهید و مابقی زمان خود را به دروس دیگر بپردازید.

نکته مهم: در هنگام مطالعه فیش‌ها وسواس به خرج ندهید. اصلا خودتان را برای اینکه ممکن است پاسخ یک فیش را به یاد بیاورید سرزنش نکنید. خیلی راحت و با آرامش آنها را که یاد گرفته‌اید از آنها بی که یاد نگرفته‌اید جدا کنید و آنها را که یاد نگرفته‌اید آنقدر مرور کنید تا یاد بگیرید. هیچ‌وقت عجله نکنید و به خود انرژی منفی ندهید. مطمئن باشید که این روش حداقل زمان را از شما می‌گیرد و بیشترین ثمره و بازدهی را برای شما خواهد داشت. سعی کنید دقیقا مطابق دستورالعمل DLM مطالعه فرمائید. ضمنا در هنگام مطالعه فیش‌ها و هم در مرورها به صورت سئوالات (روی فیش) به اندازه پاسخ سئوالات (پشت فیش) توجه نشان دهید.

۲- امروز **روز دوم** است و باید دومین دسته از فیش‌ها را مطالعه کنید. قبل از شروع به مطالعه دسته دوم، ابتدا دسته اول فیش‌ها را که دیروز مطالعه کرده‌اید و در خانه اول جی ۵ قرار داده‌اید مرور کنید. آنها را که بلد بودید به خانه دوم جعبه انتقال دهید و آنها را که بلد نبودید و به یاد نمی‌آوردید در همان خانه اول بگذارید باقی بمانند. حالا طبق روش ۳ مرحله‌ای مطالعه سریع فیش‌ها که در بند شماره یک توضیح داده شد مطالعه گروه دوم فیش‌ها (فیش‌های جدیدی که امروز باید مطالعه کنید) را شروع کنید و پس از یاد گرفتن آنها به همراه فیش‌هایی که در خانه اول وجود دارد فیش‌های جدید را نیز در خانه اول قرار دهید. مثلا از ۴۶

فیش روز اول ۳۹ تا آن به خانه دوم منتقل شده و ۷ فیش در خانه اول باقی مانده است. حالا با مطالعه ۴۲ فیش روز دوم ۴۹ فیش در خانه اول قرار دارد. (۷+۴۲)

کار دومین روز شما نیز به پایان رسید. تا الآن مطالبی را آموخته‌اید که اگر می‌خواستید از کتاب آنها را مطالعه و گردآوری کنید زمانی بیش از ۳ برابر زمانی را که تا حالا صرف آموختن آنها کرده‌اید از شما می‌گرفت.

۳- امروز **روز سوم** است. روش روز سوم دقیقاً مشابه روز دوم است. یعنی ابتدا باید فیش‌های موجود در خانه اول جعبه را مطالعه کنید. آنهایی را که بلد هستید به خانه دوم منتقل کنید و سپس شروع به مطالعه دسته سوم فیش‌ها (فیش‌های جدید) نمائید. و آنها را به همراه فیش‌هایی که در خانه اول باقی مانده درون خانه اول قرار دهید.

نکته بسیار مهم: باید قبل از انتقال فیش‌های خانه اول به خانه دوم، یک کارت عمودی پشت اولین دسته فیش‌های موجود در خانه دوم قرار دهید. فیش‌هایی که امروز به خانه دوم منتقل شدند نباید با فیش‌هایی که دیروز منتقل شدند مخلوط شوند و باید با یک کارت عمودی از یکدیگر جدا گردند. در واقع پس از پایان روز سوم دو دسته فیش به طور مجزا در خانه دوم جعبه لایتنر و یک دسته فیش در خانه اول وجود دارد. دو دسته فیشی که به طور مجزا در خانه دوم هستند آنکه جلوتر قرار گرفته فیش‌هایی است که در روز اول مطالعه کردید و آنکه عقب‌تر قرار گرفته فیش‌هایی است که در روز دوم مطالعه کردید. و فیش‌هایی که در خانه اول قرار دارند فیش‌هایی هستند که امروز (روز سوم) برای اولین بار مطالعه کرده‌اید به همراه فیش‌هایی از روز اول و دوم که هنگام انتقال به خانه‌های بعدی جعبه پاسخ آنها را فراموش کرده بودید.

۴- امروز **روز چهارم** است. حتماً فکر می‌کنید ابتدا باید فیش‌های موجود در خانه اول را به خانه دوم منتقل کنید. در حالیکه این طور نیست. به نکته بسیار مهم زیر توجه فرمائید:

نکته بسیار مهم: گنجایش خانه دوم فقط برای دو دسته فیش است. (خواه دسته‌های ۵ تایی خواه ۱۰۰ تایی و ...) اکنون گنجایش خانه دوم پر شده است و مجاز نیستیم دسته فیش جدیدی به آن دو اضافه کنیم. از طرفی باید خانه اول را انتقال دهیم تا برای پذیرش فیش‌های جدید (فیش‌هایی که باید در روز چهارم مورد مطالعه قرار بگیرند) خالی شود. پس چه می‌کنیم؟

ابتدا اولین دسته فیش‌های موجود در خانه دوم را (که به وسیله یک کارت عمودی از دسته دوم موجود در خانه دوم جدا شده) از خودمان آزمون می‌گیریم. فیش‌هایی را که بلد بودیم به خانه سوم و فیش‌هایی را که بلد نبودیم حتماً به خانه اول برمی‌گردانیم. سپس فیش‌های موجود در خانه اول را به خانه دوم انتقال می‌دهیم (با حفظ استقلال از فیش‌های موجود در خانه دوم به وسیله یک کارت عمودی) و در نهایت فیش‌های جدید را مطالعه کرده و کنار فیش‌هایی که احتمالاً به خانه اول برگشته‌اند قرار می‌دهیم.

اکنون فیش‌هایی که قبلاً در جعبه دوم قرار داشتند دسته فیش اولی موجود در جعبه دوم و فیش‌هایی که امروز از خانه اول به دوم انتقال دادیم دسته فیش دومی موجود در خانه دوم را تشکیل می‌دهند که به وسیله یک کارت عمودی جدید از هم جدا شده است. و در خانه سوم نیز یک دسته فیش وجود دارد.

نکته: بدیهی است که وقتی می‌گوییم دسته فیشی را به خانه بعدی انتقال می‌دهیم یعنی ابتدا از خودمان فیش‌های مربوط به آن دسته را آزمون می‌گیریم یعنی صورت سؤال (روی فیش) را می‌خوانیم و جواب را از

بر بیان می‌کنیم. فیش‌هایی را که بلد بودیم به خانه بعدی انتقال می‌دهیم و فیش‌هایی را که فراموش کرده-ایم حتی اگر به خانه پنجم جعبه هم رسیده باشند به خانه اول برمی‌گردانیم.

۵- امروز **روز پنجم** است. هیچ فیشی نباید از خانه سوم به خانه چهارم منتقل شود چرا که خانه سوم هنوز پر نشده و در آن فقط یک دسته فیش قرار دارد؛ در حالی که خانه سوم با چهار دسته فیش مجزا پر می‌شود. به طور کلی تا گنجایش خانه‌های جعبه کاملاً پر نشده باشد مجاز نیستیم هیچ دسته فیشی را انتقال دهیم. امروز ابتدا دسته فیش جلویی موجود در خانه دوم را با حفظ مجزا بودن (یعنی بین آنها کارت عمودی قرار می‌دهیم) به خانه سوم انتقال می‌دهیم. سپس از خانه اول دسته فیش‌ها را به خانه دوم منتقل می‌کنیم و در نهایت دسته فیش‌های جدید را مطالعه کرده و در خانه اول قرار می‌دهیم. الان باید در خانه سوم دو دسته فیش مجزا، در خانه دوم دو دسته فیش مجزا و در خانه اول یک دسته فیش وجود داشته باشد که در مجموع می‌شود ۵ دسته فیش چون امروز روز پنجم مطالعه بود.

نکته مهم: گنجایش خانه‌های جعبه لایتنر به صورت زیر است:

(در این مورد هیچ‌گونه تفاوتی بین روش DLM با روش لایتنر وجود ندارد چرا که گنجایش خانه‌ها براساس تحقیقات این روانشناس برجسته معرفی شده و کاملاً منطبق با فرایند طبیعی مغز انسان است.)

خانه اول: فقط یک دسته فیش که حتماً بایستی ظرف مدت ۲۴ ساعت (یا زودتر) به خانه دوم منتقل شود. چرا که فرایند طبیعی مغز انسان به این صورت است که ۷۰ درصد مطالب را بعد از ۲۴ ساعت به فراموشی می‌سپارد و این کاملاً طبیعی است و برای همه انسانها وجود دارد. اگر طی این ۲۴ ساعت یکبار دیگر مطالب مرور شوند یک گام از حافظه کوتاه مدت به حافظه بلندمدت نزدیکتر می‌شوند. و اگر مثلاً چند روز دسته فیش‌های موجود در خانه شماره یک را مطالعه نکنیم زمانی که چند روز قبل برای یاد گرفتن آنها اختصاص داده بودیم تقریباً هدر می‌رود چرا که احتمالاً بیشتر مطالب را فراموش کرده‌ایم و باید از نو مطالعه کنیم.

این حساسیت در مورد خانه‌های شماره ۳ به بعد کمتر می‌شود. چرا که مطالب به حافظه بلندمدت (به واسطه مرور برنامه‌ریزی شده‌ای که مطابق با فرایند طبیعی مغز انسان است) نزدیکتر شده‌اند.

پس سعی کنید دسته فیش‌های موجود در خانه اول را حداکثر فردای مطالعه به خانه دوم انتقال دهید.

خانه دوم: ظرفیت آن دو دسته فیش است. یعنی تا دو دسته فیش مجزا در آن وجود نداشته باشد اجازه نداریم هیچ فیشی را از خانه شماره ۲ به خانه بعدی آن منتقل کنیم.

خانه سوم: ظرفیت آن ۴ دسته فیش مجزا است.

خانه چهارم: ظرفیت آن ۸ دسته فیش مجزا است.

خانه پنجم: ظرفیت آن ۱۵ دسته فیش مجزا است.

نکته: بعد از آنکه فیش‌ها از خانه پنجم خارج شد (یعنی فیش‌هایی که حداقل ۵ بار مرور شده‌اند و پاسخ صحیح آنها را بلد بوده‌اید، یک بار در روز اول از خودمان آزمون گرفته‌ایم، یکبار در روز دوم، یکبار در روز چهارم، یکبار در روز هشتم، یکبار در روز شانزدهم و یکبار هم در روز سی‌ام بعد از اولین مطالعه؛) دیگر می‌توانید مطمئن باشید که مطالب برای همیشه در حافظه شما باقی می‌ماند.

نکته بسیار مهم: در هر بار مرور و آزمون فیش‌ها، فیش‌هایی را که فراموش کرده باشید حتی اگر در خانه پنجم جعبه لایتنر هم باشند باید حتماً به خانه شماره یک برگردد نه خانه قبلی. این مهمترین قاعده جی ۵ است که توسط ادوین گاترین ارائه شده و رعایت آن کاملاً حیاتی است.

۶- **روز ششم** مطابق روز پنجم است. در پایان روز ششم سه دسته فیش مجزا در خانه شماره ۳، دو دسته فیش مجزا در خانه شماره ۲ و یک دسته فیش جدید (که در روز ششم مطالعه کرده‌اید) در خانه اول جعبه قرار دارد.

۷- **روز هفتم** نیز مطابق روز پنجم و ششم انجام می‌شود. در روز هفتم جعبه شماره ۳ که ظرفیت آن چهار دسته فیش بود پر می‌شود.

۸- امروز **روز هشتم** است. ابتدا باید اولین دسته فیش موجود در خانه شماره ۳ را به خانه چهارم انتقال دهید. سپس دسته فیش جلویی موجود در خانه شماره ۲ را پشت سه دسته فیش باقی مانده در خانه شماره ۳ با حفظ مجزا بودن انتقال دهید. در مرحله سوم دسته فیش موجود در خانه شماره یک را که دیروز مطالعه کرده‌اید به خانه دوم انتقال دهید و در نهایت فیش‌های جدید مربوط به روز هشتم را مطالعه کرده و یاد بگیرید و در خانه شروع (خانه شماره یک) قرار دهید.

روزهای ۹-۱۵: مطابق روز هشتم عمل کنید. در روز پانزدهم جعبه شماره ۴ نیز پر می‌شود (با هشت دسته فیش مجزا)

روز ۱۶: لازم است ابتدا اولین دسته فیشی را که به خانه شماره ۴ انتقال پیدا کرده بود (دسته فیش جلویی) را به خانه شماره ۵ منتقل نمایید.

سپس دسته فیش جلویی خانه شماره ۳ را به ۴
پس از آن دسته فیش جلویی خانه شماره ۲ را به ۳
بعد از آن دسته فیش جلویی خانه سپس شماره ۱ را به ۲
و در نهایت فیش‌های جدید مربوط به امروز را مطالعه کرده، یاد بگیرید و در خانه اول قرار دهید.

روز ۳۰-۱۷: مطابق با دستورالعمل روز شانزدهم رفتار کنید.

نکته: در روز سی‌ام اولین دسته فیش از انتهای جعبه خارج می‌شود و این روند که اکنون ملکه ذهن شما شده باید ادامه پیدا کند تا آخرین فیش‌هایی را که برای شما طراحی شده یاد بگیرید و از خانه پنجم خارج شوند.

نکته مهم: دقت کنید وقتی مثلاً می‌گوییم روز هفتم باید فلان کار را انجام دهید منظور در مرحله هفتم است. مثلاً فرض کنید که روز اول شروع شما با متد DLM شنبه باشد. قاعدتاً باید وظایف روز هفتم را ۷ روز بعد یعنی در روز جمعه‌ای که در پی می‌آید انجام دهید. خوب شاید کاری پیش بیاید که نتوانید یک روز اصلاً از جعبه استفاده کنید یا مثلاً تصمیم بگیرید جمعه را استراحت کنید. بدیهی است که در این صورت برای شما روز هفتم دیگر جمعه نیست. یعنی تکالیف مربوط به روز هفتم (مرحله هفتم) را باید در روز شنبه بعد از آن انجام دهید.

البته توصیه می‌کنیم طوری برنامه‌ریزی کنید که بتوانید مرحله به مرحله و به آرامی متد DLM را طی کنید و بدون اینکه اصلاً احساس سختی کنید یا احساس کنید دارید درس می‌خوانید حجم زیادی از مطالب را خودبخود خواهید آموخت و درصد بالای ۸۰٪ را در آزمون سراسری کسب خواهید کرد.

نکته دیگر اینکه می‌توانید هر روز ابتدا دسته فیش‌های جدید را در «شروع مطالعه» فرا بگیرید (که ذهن شما کاملاً آماده و به اصطلاح «Fresh» است) و بعد به مرور فیش‌های روزهای قبل بپردازید. (به جای اینکه ابتدا مرور کنید و در مرحله آخر اقدام به یادگیری فیش‌های جدید نمایید).

در پایان مجدداً به برخی از قوانین بسیار مهمی که باید حتماً حین استفاده از روش DLM رعایت کنید اشاره می‌کنیم:

- ۱- دسته فیش‌های موجود در خانه شماره یک حداکثر باید ظرف مدت ۲۴ ساعت (یا زودتر) به خانه دوم منتقل شود.
- ۲- هرگز خود را برای فیش‌هایی که فراموش کرده‌اید سرزنش نکنید.
- ۳- فیشی که فراموش کرده‌اید در هر مرحله‌ای که باشد باید به خانه شماره یک برگردد. و این نکته بسیار مهمی است.
- ۴- تا ظرفیت خانه‌ای پر نشده باشد مجاز نیستیم هیچ دسته فیشی را از آن به خانه بعدی انتقال دهیم. ظرفیت خانه‌ها به شکل زیر است:

۱	۲	۴	۸	۱۵

- ۵- فقط می‌توانیم در یک روز یک دسته فیش از هر خانه‌ای به خانه بعدی انتقال دهیم. یعنی پس از آنکه خانه‌ای پر شد فردای آن روز فقط جلوترین و اولین دسته فیش را به خانه بعدی انتقال می‌دهیم. روزهای بعدی نوبت دسته‌های بعدی خواهد بود.
- ۶- در طراحی فرایند یادگیری لایتنر نوعی پاداش و تشویق درونی وجود دارد که نشاط‌آور است. وقتی فیشی را که بلد هستید به خانه بعدی انتقال می‌دهید نوعی حس رضایت درون شما به وجود می‌آید که انگیزه و انرژی شما را برای ادامه مسیر دو چندان می‌سازد.

چند نکته در مورد DLM:

الف. ممکن است گاهی با فیش‌هایی مواجه شوید که آنها را قبلاً مطالعه کرده‌اید. نکته بسیار مهم در این مورد این است که جواب آنها را «تشخیص دهید» یعنی شک نکنید. لازم است با همان دقت و حساسیت آنها را مطالعه کرده و برای انتقال به خانه بعدی جعبه جوابهای درست و کامل را برای خود بازگو کنید. این مسئله در مواردی بیشتر اتفاق می‌افتد که یا اهمیت آنها بسیار زیاد است و چندین بار به طرق مختلف در کنکورهای سالهای گذشته سؤال بوده‌اند و یا در کتابهای مختلفی که احتمال طرح سؤالات از آنها وجود دارد تکرار شده‌اند.

ب. برای اینکه نحوه صحیح استفاده از روش DLM برای شما به شکل یک عادت درآید بهتر است بخصوص در روزهای اول از طریق مراجعه مکرر به دستورالعمل کاملاً مطابق آن رفتار کنید.

پ. هر کدام از فیش‌هایی که مطالعه می‌کنید می‌تواند یکی از تست‌های کنکور باشد. گاهی ممکن است به خود بگویید امکان ندارد چنین تست‌هایی مطرح شود چرا که بعضی از آنها نیازمند به خاطر داشتن واو به واو متون کتاب است. ما به شما می‌گوییم درست متوجه شده‌اید. به همین دلیل است که درصدهای افراد برتر کنکورهای سراسری سالهای پیش از یک حدی تجاوز نمی‌کند.

پس تک‌تک فیش‌ها را با دقت و تمرکز و البته بدون وسواس مطالعه کنید. باور داشته باشید که مجموعه فوق با حساسیت بسیار زیاد تهیه شده و حاصل تجربه سالهای گوناگون است.

ت. امسال پیش‌بینی می‌کنیم که میانگین نمره استفاده‌کنندگان از تکنیک DLM در درس «روانشناسی مرضی و کودکان استثنایی» میانگین همه ساله کنکور را ۲۰ درصد افزایش دهد و این یعنی درصد ۹۰٪ در این درس که همیشه عالی تلقی می‌شد از این پس در مقابل درصدهای بالای استفاده‌کنندگان از روش DLM، که احتمالاً تعداد قابل توجهی از آنها درصد بالای ۹۰٪ را کسب خواهند کرد، درصدی معمولی به حساب خواهد آمد. در واقع رقابت اصلی بین دی.ال.امی‌ها شکل خواهد گرفت.

ث. دقت داشته باشید در مواردی پاسخ فیش‌ها را باید دقیقاً مطابق لغاتی که در آنها استفاده شده در عین توجه به مفهوم لغات به خاطر بسپارید.

ج. دقت کنید فیش‌ها را به طور کامل مطالعه نمایید. (چه صورت سؤال و چه پاسخ آن را) این کار باعث می‌شود مطالبی که بعضاً در صورت سؤالات مطرح شده و به صورت جای خالی نمی‌باشند در ذهن ناخودآگاه شما جای بگیرد. این را به این خاطر تاکید کردیم چون بعدها مشاهده خواهید کرد که مثلاً جواب یک کلمه-ای یک فیش را که صورت آن چندین جمله است فوراً به یاد می‌آورید. ولی لازم است آن چندین خط صورت سؤال را نیز در هر بار مرور و گرفتن آزمون از خود مطالعه کنید تا در ذهن ناخودآگاه شما طبقه‌بندی شود.

چ. توصیه ما همان‌طوری که در دستورالعمل تکنیک DLM ذکر شد مطالعه روزی یک دسته فیش جدید (حدوداً ۳۰ تا ۴۰ عدد) - که به صورت تفکیک شده و کاملاً مشخص در انتهای این توضیحات بیان شده‌اند- است. به غیر از کسانی که در ماه‌های نزدیک به کنکور پکیج DLM را تهیه می‌کنند که طبیعتاً باید فیش‌های بیشتری را در روز مطالعه کنند تا وقت کم نیاورند. در هر صورت توصیه ما به همه داوطلبان این است که طوری برنامه‌ریزی کنید که یک ماه مانده به زمان کنکور آخرین فیش‌ها از آخرین خانه جعبه خارج شوند و در یک ماه باقی مانده به زدن تست‌های سالهای گذشته مبادرت ورزید. کاملاً خود را در شرایط کنکور قرار دهید و شروع به زدن تست‌ها کنید. این کار بسیار موثر خواهد بود چرا که اولاً شما را با شرایط کنکوری مطابقت بیشتری می‌دهد و ثانیاً این که وقتی می‌بینید تست‌های سالهای گذشته را بلد هستید و زحمات شما ثمر داده است مستحکم‌تر و قوی‌تر می‌شوید و خود را باور می‌کنید که حتی شاید بتوانید درصد ۱۰۰ را در «روانشناسی مرضی و کودکان استثنایی» به ارمغان آورید.

ح. ما نهایت تلاش خود را به کار گرفته‌ایم تا تک‌تک فیش‌ها استاندارد و مطلوب باشد. ممکن است در بین فیش‌ها با محدود فیش‌هایی مواجه شوید که علی‌رغم چندین بار تکرار و شاید جلو رفتن در جعبه و دوباره برگشتن به خانه اول باز هم در ذهن شما باقی نماند. در این گونه موارد می‌توانید برای خودتان به دلخواه

علائم یا کلماتی به فیش مورد نظر اضافه یا از آن کم کنید تا شما را راهنمایی کند. البته در انجام این کار عجله نکنید و راحت طلب نباشید. سعی کنید جوابها را همان طوری که هستند و بخصوص در مورد جوابهای یک کلمه‌ای با همان واژه‌ها به خاطر بیاورید و همچنین فیش‌های مهمی را که خود تشخیص می‌دهید یا ما آنها را تعیین کرده‌ایم تغییر ندهید.

خ. چیدمان فیش‌ها از شماره ۱ تا ۳۸۲۴ کاری خسته‌کننده، طاقت‌فرسا و وقت‌گیر است. (چیدن فیش‌های هر یک بسته پشت سر هم بالغ بر ۱۰/۵ نفر- ساعت زمان احتیاج دارد). علیرغم همه تلاش و دقتی که همکاران ما در گروه بخرج می‌دهند باز هم ممکن است چند فیش در پکیج شما جا افتاده باشد. اگر احياناً چنین بود لطفاً از طریق منوی «تماس با ما» در وبسایت گروه DLM به آدرس www.DLMgroup.ir شماره فیش‌های ناقصی را برای ما ارسال کنید. ما آنها را برای شما ایمیل خواهیم کرد. ضمناً خواهشمندیم اگر در طول مطالعه به مطلبی برخورد کردید که احساس کردید اهمیت دارد و احياناً در بین فیش‌ها نیست لطفاً آن را به فیش‌های خود اضافه کنید و ما را نیز از طریق تلفن ۰۲۳۶۰۶۰۶ (مدیریت گروه DLM) یا منوی «تماس با ما» در جریان قرار دهید تا برای سالهای آتی با کمک شما بتوانیم پکیج به مراتب کامل‌تر و بی‌نقص‌تری را در اختیار داوطلبان کنکور سراسری کارشناسی ارشد روانشناسی مرضی و کودکان استثنایی قرار دهیم.

د. حتماً **تلفن همراه** خود را به سامانه پیام کوتاه ما به شماره ۰۳۰۰۰۷۶۵۰۰۰۱۷۷۴ پیامک بزنید و در متن پیامک تایپ کنید: **Psychopathology**؛

توجه داشته باشید که کلیه اطلاع‌رسانی‌های ما (به طور مثال در مورد ارائه پک‌های جدید) از طریق SMS انجام خواهد شد؛ پس لطفاً دقت لازم را در اعلام شماره تلفن همراه خود مبذول دارید.

ذ. هر از چند گاهی به این دستورالعمل مراجعه کنید چون ممکن است توجه شما به نکات جدیدی جلب شود که قبلاً به آنها توجه نکرده‌اید.

با امید به موفقیت شما در «روانشناسی مرضی و کودکان استثنایی» و در کسب نتیجه موفقیت‌آمیز در کل کنکور لطفاً ما را از نظرات و پیشنهادات خود آگاه فرمایید.

با تشکر

انتشارات تبلور دانش-گروه DLM

برای شما این فرصت فراهم است که می‌توانید «نمونه رایگان» هریک از دروس را به همراه دستورالعمل مطالعه دریافت فرمایید.

۰۲۱-۲۲۳۶۰۶۰۶

www.DLMgroup.ir

Thank You DLM ...

جدول زمان‌بندی مطالعه و مباحثی که پک «روانشناسی مرضی و کودکان استثنایی» را پوشش می‌دهد. (از شماره ۱- تا شماره ۳۸۲۴)

روز اول	۴۶ - ۱)	تعریف مصاحبه و انواع آزمون
روز دوم	۸۸ - ۴۷	نظام طبقه‌بندی
روز سوم	۱۱۰ - ۸۹	نشانه‌شناسی (علایم، نشانگان)
روز چهارم	۱۳۶ - ۱۱۱	ادامه نشانه‌شناسی
روز پنجم	۱۶۱ - ۱۳۷	ادامه نشانه‌شناسی
روز ششم	۱۷۶ - ۱۶۲	ادامه نشانه‌شناسی
روز هفتم	۲۰۸ - ۱۷۷	رویکرد روان‌پویشی (ساختار شخصیت، انواع اضطراب)
روز هشتم	۲۳۵ - ۲۰۹	رویکرد روان‌پویشی (تئوریه فروید، روش درمانی فروید)
روز نهم	۲۵۹ - ۲۳۶	رویکرد روان‌پویشی (یونگ، آدلر، آنا فروید، ماهر، هارتمن، هورنای، کوهات، کلاین)
روز دهم	۲۸۰ - ۲۶۰	رویکرد رفتارگرایی، رویکرد یادگیری اجتماعی
روز یازدهم	۳۱۵ - ۲۸۱	درمانهای وجودی، انسان‌گرایی، معنادرمانی، گشتالت درمانی، تئوریه اریک پرن، آلبرت ایس، پک،
روز دوازدهم	۳۴۳ - ۳۱۶	اسکیزوفرنی (تاریخچه)
روز سیزدهم	۴۱۲ - ۳۴۴	اسکیزوفرنی (شیوع، علت شناسی)
روز چهاردهم	۴۵۲ - ۴۱۳	اسکیزوفرنی (تئوریه‌ها)
روز پانزدهم	۵۰۶ - ۴۵۳	اسکیزوفرنی (انواع)
روز شانزدهم	۵۵۱ - ۵۰۷	اسکیزوفرنی (پیش‌آگهی و تشخیص، علایم مثبت و منفی)
روز هفدهم	۵۹۲ - ۵۵۲	اسکیزوفرنی (اختلالات فکر، تشخیص افتراقی)
روز هجدهم	۶۷۰ - ۵۹۳	اسکیزوفرنی (درمان)
روز نوزدهم	۷۰۱ - ۶۷۱	اسکیزوفرنی فرم
روز بیستم	۷۲۹ - ۷۰۲	اسکیزوافکتیو
روز بیست و یکم	۷۸۶ - ۷۳۰	اختلال هذیانی
روز بیست و دوم	۸۱۸ - ۷۸۷	اختلال سایکوتیک مشترک و گذرا
روز بیست و سوم	۸۴۳ - ۸۱۹	افسردگی (تعریف، علایم کلی)
روز بیست و چهارم	۸۶۴ - ۸۴۴	انواع افسردگی (دوقطبی، مزمن، مضاعف)
روز بیست و پنجم	۹۰۰ - ۸۶۵	افسردگی عمده (تعریف، شیوع)
روز بیست و ششم	۹۲۹ - ۹۰۱	افسردگی عمده (علت شناسی)
روز بیست و هفتم	۹۶۷ - ۹۳۰	افسردگی عمده (درمان)
روز بیست و هشتم	۱۰۵۴ - ۹۶۸	افسردگی عمده (تئوریه‌ها)
روز بیست و نهم	۱۰۷۵ - ۱۰۵۵	افسردگی دوقطبی
روز سی ام	۱۱۱۲ - ۱۰۷۶	انواع فرعی افسردگی، خودکشی
روز سی و یکم	۱۱۳۹ - ۱۱۱۳	طبقه‌بندی اضطراب، اضطراب جدایی، وحشتزدگی، آگورافوبیا)
روز سی و دوم	۱۱۹۰ - ۱۱۴۰	ترس، فوبی‌ها
روز سی و سوم	۱۲۱۳ - ۱۱۹۱	تئوریه‌های فوبی
روز سی و چهارم	۱۲۳۲ - ۱۲۱۴	درمان‌های فوبی
روز سی و پنجم	۱۲۸۱ - ۱۲۳۳	اضطراب تعمیم‌یافته، اختلال وسواس

اختلال پدريختی بدن، احتکار، وسواس کندن مو، اختلال پوست کندن، اختلال استرس پس از سانحه	۱۳۲۳ - ۱۳۸۲	روز سی و ششم
اختلال دلپستگی و اکنشنی، اختلال سازگاری	۱۳۲۴ - ۱۳۵۵	روز سی و هفتم
اختلالات علایم بدنی	۱۳۷۹ - ۱۳۵۶	روز سی و هشتم
اختلال تبدیلی	۱۳۸۰ - ۱۴۱۳	روز سی و نهم
اختلال ساختگی	۱۴۳۰ - ۱۴۱۴	روز چهل
تمارض، خودپیمارانگاری، اختلال درد	۱۴۷۲ - ۱۴۳۱	روز چهل و یکم
طبقه بندی اختلالات شخصیت	۱۴۷۳ - ۱۵۱۷	روز چهل و دوم
اختلال شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید، اسکیزوتایپال	۱۵۱۸ - ۱۵۵۴	روز چهل و سوم
اختلال شخصیت ضد اجتماعی، مرزی	۱۶۰۰ - ۱۵۵۵	روز چهل و چهارم
اختلال شخصیت نمایشی خودشیفته اجتنابی وابسته	۱۶۴۳ - ۱۶۰۱	روز چهل و پنجم
اختلال شخصیت وسواسی - اجباری پر خاشاک - منفعل	۱۶۹۲ - ۱۶۴۴	روز چهل و ششم
اختلالات کسستگی گریز تجزیه ای	۱۷۴۵ - ۱۶۹۳	روز چهل و هفتم
اختلال هویت تجزیه ای مسخ شخصیت و مسخ واقعیت شستشوی مغزی	۱۸۰۳ - ۱۷۴۶	روز چهل و هشتم
اختلال کنترل تکانه اختلال انفجاری متناوب چنون دزدی	۱۸۴۲ - ۱۸۰۴	روز چهل و نهم
چنون آتش افروزی قمار بازی پیمارگون خرید وسواسی اختلالات انطباق	۱۸۹۰ - ۱۸۴۳	روز پنجاهم
مراحل خواب، نظریه ها	۱۹۲۶ - ۱۸۹۱	روز پنجاه و یکم
اختلالات خواب	۱۹۹۴ - ۱۹۲۷	روز پنجاه و دوم
پی آستهایپی عصبی	۲۰۲۷ - ۱۹۹۵	روز پنجاه و سوم
جوع عصبی	۲۰۶۸ - ۲۰۲۸	روز پنجاه و چهارم
اختلالات دفعی (پی اختیاری مدفوع)	۲۱۰۰ - ۲۰۶۹	روز پنجاه و پنجم
اختلالات دفعی (پی اختیاری ادرار)	۲۱۱۷ - ۲۱۰۱	روز پنجاه و ششم
تمایلات جنسی پهنجار مراحل پاسخ جنسی خودارضایی همجنس گرایی	۲۱۵۴ - ۲۱۱۸	روز پنجاه و هفتم

روز پنجاه و هشتم	۲۲۰۳ - ۲۱۵۵	کژکاری جنسی
روز پنجاه و نهم	۲۲۴۲ - ۲۲۰۴	انحرافات جنسی هویت جنسی
روز شصتم	۲۲۴۳ - ۲۲۹۱	تعریف وابستگی، معیارهای وابستگی تعریف دارو، مسیر کاربردی دارو
روز شصت و یکم	۲۲۹۲ - ۲۳۳۵	الکل
روز شصت و دوم	۲۳۵۷ - ۲۲۳۶	داروهای محرک
روز شصت و سوم	۲۳۸۵ - ۲۳۵۸	داروهای افیونی
روز شصت و چهارم	۲۴۰۹ - ۲۳۸۶	داروهای توهم زا
روز شصت و پنجم	۲۴۳۴ - ۲۴۱۰	نیکوتین
روز شصت و ششم	۲۴۵۹ - ۲۴۳۵	اختلالات شناختی (دلیریوم)
روز شصت و هفتم	۲۴۶۰ - ۲۵۱۴	اختلالات شناختی (دمانس)، هانتینگتون، پارکینسون اختلالات نسیانی، MS
روز شصت و هشتم	۲۵۶۱ - ۲۵۱۵	اختلالات شیرخوارگی و کودکی (چویدن ناخن، مکیدن انگشت، حسادت، اختلالات خواب)
روز شصت و نهم	۲۵۹۵ - ۲۵۶۲	اختلالات شیرخوارگی و کودکی (اختلالات تغذیه، اختلال اضطراب جدایی، اختلال دلپستگی واکنشی، اسکیزوفرنی کودکان)
روز هفتم	۲۶۲۵ - ۲۵۹۶	ADHD
روز هفتاد و یکم	۲۶۶۳ - ۲۶۲۶	اختلالات رفتار تخریبی (نافرمانی - مقابله ای، سلوک)
روز هفتاد و دوم	۲۶۹۲ - ۲۶۶۴	کودکان استثنایی، تاریخچه
روز هفتاد و سوم	۲۷۱۴ - ۲۶۹۳	عقب ماندگی ذهنی (تعریف، علایم مشکوک)
روز هفتاد و چهارم	۲۷۶۹ - ۲۷۱۵	کروه پندی عقب ماندگی ذهنی (کروه پندی روانشناسان، گروه پندی روانپزشکان)
روز هفتاد و پنجم	۲۷۷۰ - ۲۸۰۶	عقب ماندگی ذهنی (عوامل ایجاد کننده)
روز هفتاد و ششم	۲۸۴۷ - ۲۸۰۷	اختلالات همراه با عقب ماندگی ذهنی
روز هفتاد و هفتم	۲۸۴۸ - ۲۹۰۱	اختلالات متابولیکی (سوخت و ساز مواد پروتئینی)
روز هفتاد و هشتم	۲۹۶۶ - ۲۹۰۲	اختلالات متابولیکی (سوخت و ساز مواد قندی و چربی ها)
روز هفتاد و نهم	۳۰۲۶ - ۲۹۶۷	سایر اختلالات سوخت و ساز و اختلالات عدد مترسحه
روز هشتادم	۳۰۷۷ - ۳۰۲۷	اختلالات کروموزوم های معمولی
روز هشتاد و یکم	۳۰۷۸ - ۳۱۱۰	اختلالات کروموزوم های معمولی با ژن غالب
روز هشتاد و دوم	۳۱۵۳ - ۳۱۱۱	اختلالات مربوط به کروموزوم های جنسی
روز هشتاد و سوم	۳۱۹۲ - ۳۱۵۴	ساختمان چشم
روز هشتاد و چهارم	۳۲۵۹ - ۳۱۹۳	نابینایی (تعاریف، عوامل، آموزش، ویژگی ها)
روز هشتاد و پنجم	۳۲۸۰ - ۳۲۶۰	ساختمان گوش، شنوایی طبیعی
روز هشتاد و ششم	۳۳۴۰ - ۳۲۸۱	تعریف ناشنوایی، علل، انواع، آموزش، ویژگی ها
روز هشتاد و هفتم	۳۴۰۸ - ۳۳۴۱	تکلم، گفتار طبیعی، نظریه های زبان، اختلالات تکلمی
روز هشتاد و هشتم	۳۴۵۶ - ۳۴۰۹	لکنت زبان (تعریف، انواع، علل، درمان)
روز هشتاد و نهم	۳۴۹۳ - ۳۴۵۷	نا توانی یادگیری، نارساخوانی (تعریف، علل، درمان)
روز نودم	۳۵۳۰ - ۳۴۹۴	آفازی
روز نود و یکم	۳۵۸۸ - ۳۵۳۱	اختلالات فراگیر رشدی (اوتیسم)
روز نود و دوم	۳۶۳۰ - ۳۵۸۹	اختلالات فراگیر رشدی (رت، فروپاشنده دوران کودکی، آسپرگر)

روز نود و سوم	۳۶۷۱ - ۳۶۳۱	پرتری چانه‌ای، تأخیر حرکتی، ناتوانی‌های حرکتی، فلج مغزی
روز نود و چهارم	۳۶۷۲ - ۳۷۳۸	صرع (تعریف، انواع، علل، درمان) تیک (تعریف، انواع، علل، درمان) شرایط عضلانی اسکلتی
روز نود و پنجم	۳۷۳۹ - ۳۷۷۹	کودکان تیزهوش
روز نود و ششم	۳۷۸۰ - ۳۸۲۴	ضمیمه

- در طول مسیر سعی کردیم چاهایی مغز شما را عادت دهیم تعداد بیشتری فلش کارت را به خاطر بسپارد. این کار گام به گام و با آهنگی ملایم صورت گرفته است. توجه داشته باشید باید آمادگی ذهنی شما به حدی برسد که در ساعات پایانی کنکور همان تمرکز و دقتی را داشته باشید که در آغاز کنکور؛
- پس از آنکه به خانه چهارم و پنجم جعبه لایتنر برسید، ممکن است گاهی تعداد فلش کارت‌های برگشتی شما به خانه اول زیاد شود. به همین خاطر برای بعضی از روزها تعداد فلش کارت‌های کمی (برای مطالعه جدید) در نظر گرفته‌ایم تا فلش کارت‌های قبلی در جعبه چلو روند. توجه داشته باشید باید هر روز وقتی فلش کارت‌های جدید را مطالعه می‌کنید ابتدا از یادگیری کامل آنها اطمینان حاصل کنید و سپس درون خانه اول جعبه قرارشان دهید و نیز زمان‌بندی مرورها را (به خصوص تا خانه سوم) کاملاً رعایت فرمایید؛ بدین ترتیب تعداد برگشتی‌های شما حداقل خواهد شد.

- **سعی کنید مطالب را زمانی به پایان برسانید که فرصت زدن تست‌های سالهای گذشته را داشته باشید. بهتر است ۱ یا ۲ روز کامل قبل از کنکور کاملاً استراحت کنید و دیگر مطلبی نخوانید تا مغز شما فرصت بازسازی و حداکثر تداعی را در جلسه کنکور به دست آورد.**
- **کسانی که بسته آموزشی DLM دیر به دست آنها رسیده و کمتر از ۹۷ روز فرصت مطالعه دارند بهتر است در روزهای اول طبق شماردبندی مذکور مطالعه کنند و وقتی تکنیک DLM برایشان نهادینه شد تعداد بیشتری فیش در روزهای بعدی بخوانند.**
- **مجدداً تأکید می‌کنیم برای هر سال کنکور تست‌های مربوط به سال گذشته از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.**
- **حتماً ۲۰ روز قبل از آزمون به وبسایت گروه DLM به آدرس www.DLMgroup.ir مراجعه فرمایید. (قسمت دانلود نکات تکمیلی) تا اگر احیاناً مطلب جدید یا نکته مهمی به پک اضافه شده بود، آنرا دانلود و مطالعه فرمایید.**

موفق و پیروز باشید

DLMgroup

با DLM حتما موفق می‌شوید