

به نام خدا

جلسه آموزش مجازی دانشجویان دکترای روان شناسی

درس آسیب شناسی روانی

مبحث اول روز سه شنبه ۲ اردیبهشت ۱۳۹۹

دکتر اصغر آقایی

اختلالات مرتبط با تروما و استرس بر اساس

A large, bold, black-outlined rectangular box containing the text "DSM-5" in a bold, black, sans-serif font.

اختلالات ناشی از استرس و تروما در DSM-IV در طبقه اختلالات اضطرابی قرار داشتند اما در DSM-5 طبقات تشخیصی مجزا و مستقلی را تشکیل می دهند و به نام اختلالات مرتبط با تروما و استرس شناخته می شوند.

انواع اختلالات مرتبط با تروما و استرس:

اختلال استرس پس آسیمی (پس از سانحه)

اختلال دلبستگی واکنشی

اختلال تعامل اجتماعی بی قید و بند

اختلال استرس حاد

اختلالات سازگاری

اختلال استرس پس - آسیبی یا پس از سانحه (PTSD)

Post-Traumatic Stress Disorder

اولین بار در DSM-III مطرح شد.

برای اعلام رسمی ابتلای فرد به آن، باید یک رویداد وحشتناک و تروماتیک، که آغازگر نشانه هاست شناسایی شود.

PTSD مجموعه ای از نشانه های مستمر و مکرر است که پس از تجربه یا مشاهده یک رویداد تروماتیک روی می دهند.

رویداد تروماتیک یا تروما بر اساس DSM-5 عبارت است از: مرگ، جراحت جدی، تجاوز جنسی، یا تهدید جدی به تجربه کردن این رویدادها.

مشاهده صحنه های فاجعه آمیز و مرگبار مثل مشاهد تصاویر از تلویزیون جزء رویدادهای تروماتیک محسوب نمی شود.

سمپتوم های PTSD

(۱) برانگیختگی زیاد :

که با مواردی نظیر واکنش از جا پریدن، مشکلات خواب، کاهش هوشیاری، گوش به زنگی مفرط و مشکل در تمرکز حواس همراه است.

(۲) اجتناب و بی احساسی:

(۳) تجربه مجدد:

برخی مشکلات و سمپتوم های عبارتند از: افسردگی، احساس گناه، شرم، خشم، مشکلات زناشویی، بیماری های فیزیکی، اختلال جنسی، سوء مصرف مواد، افکار خودکشی و خشونت.

معیارهای DSM-۵ برای اختلال PTSD (بزرگسالان، نوجوانان و کودکان بزرگتر از ۶ سال)

A. قرار گرفتن در معرض مرگ یا تهدید شدن به مرگ، جراحت شدید یا تجاوز جنسی به یکی از شیوه های زیر:

۱. فرد رویداد تروماتیک را بطور مستقیم تجربه می کند.
۲. شخصا شاهد وقوع رویداد تروماتیک برای دیگران باشد.
۳. باخبر می شود که رویداد تروماتیک بر سر یکی از اعضا خانواده یا یکی از دوستان نزدیک آمده است.
۴. فرد به طور مکرر یا به طرز بسیار شدیدی در معرض جزئیات ناراحت کننده رویدادهای تروماتیک قرار می گیرد.

B. حضور یک یا چند سمپتوم از سمپتوم های زیر در رابطه با نفوذ یا ورود افکار مزاحم و ناخواسته مربوط به رویداد تروماتیک، که بعد از اتفاق افتادن آن شروع شده اند.

۱. خاطرات تکراری، غیر ارادی و مزاحم از رویداد تروماتیک به طور خودبخود یا به علت بعضی محرک ها به یاد فرد می آیند.
۲. کابوس های تکراری و ناراحت کننده که در آنها، محتوا یا احساسات موجود در رویا با رویداد تروماتیک مرتبط هستند.
۳. واکنش های گسستگی (مثل فلش بک) که در آنها فرد طوری احساس یا عمل می کند که انگار رویداد تروماتیک دوباره در حال روی دادن است.
۴. وقتی فرد در معرض محرک های درونی یا بیرونی قرار می گیرد به دیسترس پسیکولوژیک شدید یا طولانی مدت دچار می شود.
۵. فرد به محرک های که او را یاد رویداد تروماتیک می اندازد واکنش های فیزیولوژیک شدید نشان می دهد.

C: فرد از محرک هایی که با رویداد تروماتیک تداعی شده اند به طور دائم اجتناب می کند و این اجتناب کردن ها بعد از اتفاق افتادن رویداد تروماتیک شروع شده اند. این موضوع را یک یا هر دو مورد زیر نشان می دهند:

۱. فرد از خاطرات، افکار یا احساساتی که به طور مستقیم یا غیر مستقیم با رویداد تروماتیک مرتبط هستند اجتناب می کند یا تلاش می کند اجتناب کند (اجتناب از محرک های درونی).

۲. فرد از بعضی محرک های یادآور بیرونی که باعث می شوند خاطرات، افکار یا احساسات ناراحت کننده درباره رویداد تروماتیک یا در ارتباط نزدیک با آنها، زنده شوند اجتناب می کند یا تلاش می کند اجتناب کند.

D: در شناخت ها (فعالیت های فکری و ذهنی) و در مود یا خلق فرد تغییراتی منفی و مرتبط با رویداد تروماتیک ایجاد می شود، که بعد از وقوع رویداد تروماتیک شروع می شوند یا اگر از قبل شروع شده اند، شدیدتر و بدتر می شوند. این موضوع را دو یا چند مورد از موارد زیر نشان می دهند:

۱. ناتوانی در به یاد آوردن یکی از جنبه های مهم رویداد تروماتیک.

۲. فرد در مورد خودش، دیگران یا دنیا باورها یا انتظارات منفی، دائمی و اغراق آمیز دارد.

۳. فرد افکار منفی دائمی درباره علت یا پیامدهای رویداد تروماتیک دارد که باعث می شوند فرد خودش یا دیگران را مقصر بداند.

۴. فرد به طور دائم در حالت هیجانی منفی قرار دارد.

۵. از علاقه فرد به فعالیت های مهم زندگی یا میزان مشارکت وی در آنها به شدت کاسته شده است.

۶. احساس می کند نمی خواهد با دیگران مرادده داشته باشد یا با آنها غریبه شده است.

۷. فرد به طور دائم نمی تواند تجربه ای مثبت را تجربه کند.

E: در برانگیختگی و نحوه واکنش فرد تغییراتی به وجود آمده است که با رویداد تروماتیک مرتبط هستند. این تغییرات بعد از وقوع رویداد تروماتیک شروع یا بدتر شده اند. این موضوع را دو یا چند مورد از موارد زیر نشان می دهند:

۱. زودرنج است و ناگهان از خشم منفجر می شود (با کوچکترین تحریک یا بدون هیچگونه تحریک)، و این زود رنجی یا انفجار خشم معمولا به صورت پرخاشگری کلامی یا فیزیکی نسبت به دیگران یا به اشیا نشان داده می شود.
۲. بی احتیاط است، کارهای خطرناک می کند یا رفتارهای خود – تخریبی نشان میدهد.
۳. دایم گوش به زنگ است و بیش از حد به اطراف خود توجه می کند.
۴. واکنش های از جا پریدگی فرد بیش از حد زیاد و افراطی هستند.
۵. نمی تواند به آسانی تمرکز حواس داشته باشد.
۶. اختلال خواب دارد.

F: مدت این ناراحتی ها (معیارهای B, C, D, E) بیشتر از یک ماه است.
G: این ناراحتی ها باعث می شوند دیسترس یا نابسامانی شدیدی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر جنبه های مهم زندگی به وجود آید.
H: علت این اختلال تاثیر فیزیولوژیک و مستقیم یک ماده (مثلا دارو، مواد یا الکل) یا یک عارضه پزشکی دیگر نیست.

اسپسیفایر (مشخص کننده):

به همراه سمپتوم های گسستگی:

سمپتوم های فرد معیارهای لازم برای اختلال PTSD را دارند، و علاوه بر آن، در واکنش به استرس زها، فرد سمپتوم های دائمی یا مکرر یکی از این دو مورد را نشان می دهد:

۱. دیپرسونالیزیشن: فرد احساس می کند که از خودش جدا شده است ، و انگار فردی است که از بیرون به بدن خود یا به فرآیندهای ذهنی و افکار خود نگاه می کند.

۲. دیریالیزیشن: فرد احساس می کند که محیط اطراف و اشیای دور و بر او غیر واقعی هستند.

به همراه ظهور دیر هنگام:

وقتی که معیارهای کامل تا حداقل ۶ ماه بعد از رویداد مورد نظر وجود ندارند (هر چند شروع و ظهور بعضی سمپتوم ها ممکن است بلافاصله باشد).

اختلال استرسی پس آسیبی در کودکان ۶ ساله و کوچکتر

A: در کودکان ۶ ساله یا کمتر، قرار گرفتن در معرض یک یا چند رویداد زیر: مرگ یا تهدید به مرگ، جراحت جدی و واقعی یا خیالی، یا تجاوز جنسی واقعی یا تهدید به آن، به یک یا چند روش زیر:

۱. کودک رویداد تروماتیک را به طور مستقیم تجربه می کند.

۲. شخصا شاهد وقوع رویداد تروماتیک برای دیگران است. (مخصوصا برای والدین یا سایر مراقبت کنندگان اصلی)

۳. کودک می شنود که برای یکی از والدین یا یکی از کسانی که از او مراقبت می کنند رویداد تروماتیک پیش آمده است.

B: حضور یک یا چند سمپتوم مزاحم و ناخواسته مرتبط با رویداد تروماتیک، که بعد از وقوع رویداد تروماتیک پیش آمده است.

۱. خاطرات تکراری، غیر ارادی و مزاحم از رویداد تروماتیک خود به خود یا به علت بعضی محرک ها به یاد می آیند.

۲. کودک به طور مکرر خواب های بد می بیند که محتوا و یا عواطف درون آن با رویداد تروماتیک مرتبط هستند.

۳. واکنش های گسسته (مثل فلش بک) که در آنها کودک طوری احساس و عمل می کند که انگار رویداد تروماتیک دوباره در حال روی دادن است. اینگونه رویدادهای مرتبط با تروما ممکن است خودش را در بازیهای کودکان نشان دهد.

۴. وقتی کودک در معرض محرک های درونی یا بیرونی (که بطور غیر مستقیم یا مستقیم به یکی از جنبه های رویداد تروماتیک هستند) قرار می گیرد، به استرس روانی شدید یا طولانی مدت دچار می شود.

۵. کودک به محرک هایی که او را به یاد رویداد تروماتیک می اندازد واکنش های فیزیولوژیک شدید نشان می دهد.

C: یک یا چند مورد از سمپتوم های زیر، که نشان دهنده یکی از این دو مورد هستند، باید حضور داشته باشند:

الف) اجتناب دائمی از محرک های مرتبط با رویداد تروماتیک:

۱. اجتناب یا تلاش برای اجتناب از فعالیت ها، مکان ها یا یادآورنده های فیزیکی که باعث به یاد آوردن رویداد تروماتیک می شوند.

۲. اجتناب یا تلاش برای اجتناب از مردم، صحبت ها یا موقعیت های میان فردی که باعث به یاد آوردن رویداد تروماتیک می شوند.

ب) تغییرات منفی در افکار (شناخت ها) و خلق مرتبط با رویداد تروماتیک:

۳. افزایش چشمگیر فراوانی حالات هیجانی منفی

۴. کودک به فعالیتهای مهم زندگی خود به شدت بی علاقه شده است یا زیاد در آنها شرکت نمی کند، از جمله بازی با خود یا با سایر کودکان.

۵. از دیگران دوری می جوید و گوشه گیر شده است.

۶. در اکثر مواقع، هیجان های مثبت خود را ابراز نمی کند.

توجه: سمپتوم های ۱ یا ۲ باید بعد از رویداد تروماتیک شروع شوند یا بعد از رویداد تروماتیک بدتر شوند.

D: در برانگیختگی و نحوه واکنش کودک تغییراتی به وجود آمده است که با رویداد تروماتیک مرتبط هستند. این تغییرات بعد از وقوع رویداد تروماتیک شروع یا بدتر شده اند. این موضوع را دو یا چند مورد از موارد زیر نشان می دهند:

۱. کودک زودرنج است و ناگهان از خشم منفجر می شود (با کوچکترین تحریک یا بدون هیچگونه تحریک)، و این زود رنجی یا انفجار خشم معمولا به صورت پر خاشگری کلامی یا فیزیکی نسبت به دیگران یا به اشیا نشان داده می شود.

۲. دایم گوش به زنگ است و بیش از حد به اطراف خود توجه می کند.

۳. واکنش های از جا پریدگی کودک بیش از حد زیاد و افراطی هستند.

۴. نمی تواند به آسانی تمرکز حواس داشته باشد.

۵. اختلال خواب دارد.

E: مدت این ناراحتی بیش از ۱ ماه است.

F: ناراحتی باعث می شود در روابط کودک با والدین، خواهران و برادران، کودکان همسن و سال یا سایر مراقبت کنندگان دیسترس یا نابسامانی شدید به وجود آید یا رفتارهای کودک در مهد کودک و کودکستان باعث بروز مشکلاتی شود.

G: ناراحتی کودک را نمی توان به اثرات فیزیولوژیک یک ماده (مثلا داروی تجویزی یا الکل) یا به یک عارضه پزشکی دیگر نسبت داد.

انواع فرعی PTSD در کودکان ۶ ساله و کوچکتر

به همراه سمپتوم های گسستگی:

سمپتوم های فرد معیارهای لازم برای اختلال PTSD را دارند، و علاوه بر آن، در واکنش به استرس زها، فرد سمپتوم های دائمی یا مکرر یکی از این دو مورد را نشان می دهد:

۱. دیرسونالیزیشن: فرد احساس می کند که از خودش جدا شده است، و انگار فردی است که از بیرون به بدن خود یا به فرآیندهای ذهنی و افکار خود نگاه می کند.

۲. دیریالیزیشن: فرد احساس می کند که محیط اطراف و اشیای دور و بر او غیر واقعی هستند.

به همراه ظهور دیر هنگام:

وقتی که معیارهای کامل تا حداقل ۶ ماه بعد از رویداد مورد نظر وجود ندارند (هر چند شروع و ظهور بعضی سمپتوم ها ممکن است بلافاصله باشد).

عوامل آسیب پذیری:

بعضی از عواملی که جزء ویژگی های شخصیتی افراد آماده ابتلا به PTSD، عبارتند از:

۱) تمایل به بر عهده گرفتن مسئولیت شخصی در رویداد تروماتیک و بدبختی کسانی که در آن حضور داشته اند.

۲) عوامل رشدی، مانند جدائی والدین یا زندگی خانوادگی بی ثبات در اوایل کودکی

۳) سابقه PTSD در خانواده

۴) وجود سطوح بالای اضطراب یا اختلالات روانی پیش از رویداد تروماتیک

سبب شناسی PTSD:

❖ نظریه باورهای در هم شکسته

❖ نظریه شرطی سازی

❖ نظریه پردازش هیجانی

❖ نظریه شکست روانی

❖ نظریه کدگذاری دو گانه

نظریه باورهای در هم شکسته:

اکثر مردم جهان بینی مثبت دارند، یعنی دنیا را مکانی خوب و امن می دانند و خود را نیز افرادی ارزشمند به حساب می آورند. حال وقتی یک رویداد تروماتیک روی می دهد، این رویداد باورهای بنیادین فرد را به چالش می کشند، او را در یک حالت (تخیل و عدم واقعیت) قرار می دهند و در انطباق او با آسیب روانی در بلند مدت تاثیر منفی می گذارند، زیرا فرد مجبور می شود در باورهای خود نسبت به دنیا تغییر دهد و آنها را از مثبت به منفی تبدیل کند.

نظریه شرطی سازی:

در زمان وقوع رویداد تروماتیک، این تروما (محرک غیر شرطی) با محرک های موقعیتی (محیطی) تداعی می شوند. محرک های موقعیتی نیز با مکان و زمان تروما (محرک شرطی) پیوند می خورد. در آینده، وقتی فرد با همان محرک های موقعیتی روبرو می شود، در او همان برانگیختگی و ترسی ایجاد می شود که در طول رویداد تروماتیک آنها را تجربه کرده است .

این نظریه می گوید که این گونه ترس ها خاموش نمی شوند زیرا بدلیل اجتناب و دوری (فیزیکی و فکری) از این گونه محرک ها ترس کاهش می یابد و این کاهش ترس، رفتارهای اجتنابی را تقویت می کند و باعث تداوم سمپتوم های PTSD می شود.

نظریه پردازش هیجانی:

بعضی روان شناسان معتقدند که ماهیت افراطی و قوی رویداد تروماتیک در PTSD، تصویری از واقعه وحشتناک در حافظه فرد ایجاد می کند که شدیداً با سایر جزئیات محیطی مربوط به آن تداعی می شود. اجتناب از هر محیطی که شبکه ترس را فعال می کند باعث می شود که فرصت

چندانی پیش نیاید تا فرد مبتلا به PTSD تداعی های بین ترس و محرک های عادی و روزمره زندگی را تضعیف کند.

این نظریه به منظور توضیح PTSD تلاش کرده است نشان دهد که واکنش های ترس چگونه آموخته، ذخیره و آغاز می شوند و رویدادهای تروماتیک چگونه باورهای افراد در مورد خود و دنیا را تغییر می دهند.

نظریه شکست روانی:

به عقیده بعضی روان شناسان، یک عامل روانی خاص وجود دارد که در آسیب پذیری فرد در مقابل PTSD نقش مهمی ایفا می کند. این آسیب پذیری، چارچوب ذهنی و خاصی به نام شکست روانی به وجود می آورد که در آن، افراد خود را به چشم یک قربانی می بینند. آنها اطلاعات مربوط به تروما را بطور منفی پردازش می کنند و احساس می کنند کاری از دستشان بر نمی آید. رویکرد منفی در مورد رویداد تروماتیک و عواقب آن، صرفاً رنج فرد را افزایش می دهد، در شیوه یادآوری تروما تاثیر می گذارد و باعث ظهور استراتژی های رفتاری و شناختی غلط و ناسازگارانه می شود که باعث تداوم PTSD می شوند.

نظریه کد گذاری دوگانه:

این نظریه معتقد است که PTSD نوعی اختلال هیبرید (hybrid) است که در آن، دو سیستم مستقل در حافظه نقش دارند:

۱. سیستم حافظه قابل دسترس کلامی: (VAM)

خاطرات مربوط به تروما را، که در زمان وقوع آن به طور ناخودآگاه پردازش می شوند، کدگذاری و ثبت می کند، خاطراتی که فرد می تواند آنها را به صورت شفاهی و کتبی بیان کند. ماهیتی روایتی دارند و به آسانی بازیابی می شوند.

۲. حافظه قابل دسترس موقعیتی: (SAM)

اطلاعاتی را در مورد تروما کدگذاری و ثبت می کند که بیش از حد کوتاه بوده و به همین دلیل فرد نتوانسته است آنها را متوجه شود یا آگاهانه آنها را کدگذاری و ثبت کند. یادآوری خاطرات SAM در اثر تجربه محرک های مشابه در محیط آغاز می شود.

خاطرات SAM چون بسیار دقیق و انباشته از هیجان هستند و الزاما با دانش اتوبیوگرافیک ادغام نشده اند، بازیابی آنها می تواند این احساس را به فرد بدهد که در حال تجربه کردن مجدد آن رویداد است.

در بعضی تجربه های دیگر، فرد بدون آنکه بخواهد تروما را به یاد می آورد و در عین حال آگاه است و می داند واقعه ای را به یاد می آورد که در گذشته روی داده است. این تجربه ها احتمالا از آن دسته از خاطرات SAM ریشه می گیرند که تا حدی با دانش اتوبیوگرافیک ادغام شده اند.

* حافظه اتوبیوگرافیک: توانایی به یاد آوردن دانش (اطلاعات) خود از گذشته و ایجاد خاطراتی دقیق و مشخص از یک رویداد.

اهداف درمان اختلال استرس - پس آسیبی

درمان PTSD دو هدف عمده دارد:

پس از تجربه یک رویداد تروماتیک تلاش شود تا از ایجاد PTSD در فرد پیشگیری به عمل آید. در صورت ایجاد PTSD سمپتوم های آن درمان شوند.

انواع روش های درمانی اختلال استرس - پس آسیبی

دی بریفینگ پسیکولوژیک (debriefing)

مواجهه درمانی (exposure therapy)

دی بریفینگ پسیکولوژیک:

در ۲۰ سال گذشته این باور رواج داشته است که دی بریفینگ یا گزارش سریع قربانیان آسیب، در ۲۴ تا ۷۲ ساعت بعد از رویداد تروماتیک می تواند از ایجاد PTSD جلوگیری کند.

رایج ترین تکنیک مورد استفاده مداخله بحران یا مدیریت استرس حوادث حاد (CSIM) است.

هدف از مداخله بحران:

اطمینان دادن به قربانیان که آنها انسان هایی معمولی و عادی هستند که رویدادی غیرعادی را تجربه کرده اند.

ترغیب کردن قربانیان تا آنچه را که بر سرشان آمده است بر زبان بیاورند، احساسات خود را درباره رویداد ابراز دارند و استراتژی های حمایتی و مقابله ای را از نظر بگذرانند.

مواجهه درمانی:

موثرترین نوع درمان برای PTSD می باشد که در آن، درمانجویان، به همراه درمانگر با رویداد ها و محرک های مربوط به تروما و سمپتوم های آن روبرو می شوند و آنها را تجربه می کنند.

منطق مواجهه درمانی:

کمک می کند تا تداعی های بین محرک های تروماتیک و واکنش های ترس خاموش شود.

به افراد کمک می کند تا باورهای غلط و ناشی از تروما را که باعث تداوم سمپتوم ها می شوند بی اعتبار کنند.

انواع مواجهه درمانی:

غرقه سازی تجسمی (imaginal flooding)

حساسیت زدائی با حرکات چشم و پردازش دوباره EMDR

باز سازی شناختی

غرقه سازی تجسمی:

در این روش از درمانجویان خواسته می شود که صحنه های ترسناک و مرتبط با تروما را برای مدتهای طولانی تجسم کنند، بعد از این مراحل و به عنوان مکمل معمولا مواجهه زنده انجام می شود که در آن درمانجو به تدریج با محرک های تروماتیک واقعی مواجه می شود.

EMDR

در این نوع درمانی از درمانجویان خواسته می شود که توجه خود را بر روی یک تصویر ذهنی یا یک خاطره مربوط به رویداد تروماتیک متمرکز کنند و همزمان انگشت درمانگر را جلو چشم آنها جلو عقب می رود با نگاه تعقیب کنند. این کار آنقدر ادامه می یابد تا درمانجویان اعلام کنند که از اضطراب آنها نسبت به آن تصویر ذهنی یا خاطره بسیار کاسته شده است. آنگاه درمانگر از درمانجویان می خواهد تا خاطره را به صورت مثبت بازسازی کنند.

بازسازی شناختی:

این نوع درمان اکثرا به درمانجویان کمک می کنند که دو کار را انجام دهند:

ارزیابی و جایگزینی افکار مزاحم و منفی

ارزیابی و تغییر باورهای غلط درباره دنیا، خود و آینده خود که در اثر تروما به وجود آمده اند.

اختلال دلبستگی واکنشی:

reactive attachment disorder

دلبستگی عبارت است از فرآیند یادگیری محبت ورزیدن و اعتماد کردن.

کودکانی که نسبت به مراقبان اصلی خود دلبستگی عادی به وجود نمی آورند، ممکن است به اختلال دلبستگی واکنشی مبتلا شوند.

ویژگی اصلی اختلال دلبستگی واکنشی، 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 می کند.

این اختلال با دو ویژگی همراه است:

۱. خود کودک برای آرام شدن از سوی بزرگترها پیش قدم نمی شود.
۲. به تلاش بزرگترها برای آرام کردن او واکنش مناسب نشان نمی دهد.

معیارهای ۵ - DSM برای اختلال دلبستگی واکنشی:

A: مجموعه ای یکنواخت (مکرر در موقعیت های مختلف) از رفتارهای مرتبط با توداری، خودداری، انزوای نسبت به مراقبت کنندگان بزرگسال، که با هر دو مورد زیر نشان داده می شود.

۱. کودک به هنگام ناراحتی و تشویش، به ندرت از دیگران دلگرمی و تسکین می خواهد یا این کار را در حداقل ترین سطح انجام می دهد.
۲. هنگامی که کودک ناراحت و مشوش است و دیگران برای آرام کردن او پیشقدم می شوند، به ندرت واکنش مثبت نشان می دهد یا این کار را حداقل ترین سطح ممکن نشان می دهد.
- B. کودک از لحاظ اجتماعی و هیجانی، به طور مداوم ناراحت است و این موضوع را ۲ مورد از ۳ مورد زیر نشان می دهد:

۱. نسبت به دیگران تقریباً هیچگونه واکنش اجتماعی و هیجانی نشان نمی دهد (حداقل واکنش)
۲. هیجان مثبت در او محدود است. (سرحالی، خوش اخلاقی، خنده روئی)
۳. هنگامی که کودک با مراقبان بزرگسال خود به طور عادی، ساده و بدون حضور هر گونه تهدید در حال تعامل است، هر چند وقت یک بار و بدون هیچ دلیل خاصی زود رنج، زود خشم و غمگین می شود یا می ترسد.

C. مراقبت ناسالم یا پاتوژنیک (بیماری زا) که حداقل یکی از موارد زیر آن را نشان می دهد:

۱. مراقبان به طور مداوم و مکرر نیاز های کودک به دلگرمی، تسکین، تحریک و محبت را نادیده می گیرند (غفلت، غفلت اجتماعی)

۲. مراقبان اصلی به طور دائم عوض می شوند و این موضوع مانع از ایجاد دلبستگی های ثابت و استوار می شود.

۳. کودک در محیطهای غیر عادی بزرگ می شود و در نتیجه فرصتی به دست نمی آورد تا به مراقبی که خودش انتخاب می کند دلبسته شود.

D: این احتمال وجود دارد که مراقبت پاتوژنیک مندرج در معیار C مسئول رفتار مختل در معیار A باشد.

E: سمپتوم های کودک با معیارهای اختلال طیف اوتیسم مطابقت ندارد.

F: این اختلال قبل از ۵ سالگی مشهود است.

G: کودک حداقل ۹ ماهه است (سن رشدی کودک حداقل ۹ ماه است).

اختلال تعامل اجتماعی بی قید و بند:

disinhibited social engagement disorder

ویژگی اصلی این اختلال مجموعه ای 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 می کند نقص می کند. قبل از آنکه کودک از لحاظ رشدی قادر به ایجاد دلبستگی شود نباید او را مبتلا به این اختلال اعلام کرد.

معیارهای ۵ - DSM برای اختلال تعامل اجتماعی بی قید و بند:

A: مجموعه ای از رفتارها که در آن کودک فعالانه به بزرگسالان ناآشنا نزدیک می شود و با آنها تعامل می کند. این موضوع را حداقل ۲ مورد از چهار مورد زیر نشان می دهند:

۱. کودک از نزدیک شدن و تعامل با بزرگسالان ناآشنا اصلا خجالت نمی کشد یا خجالتش بسیار اندک است.

۲. رفتار کلامی یا فیزیکی کودک بیش از حد خودمانی است. (که با مرزهای تعیین شده از سوی فرهنگ یا جامعه کودک و با مرزهای اجتماعی مناسب با سن مغایرت دارد).

۳. وقتی به اکتشاف و رفتارهای ماجراجویانه اقدام می کند اصلا بر نمی گردد و به مراقب بزرگسال خود نگاه نمی کند که آیا این کار را تأیید می کند یا نه ، یا این که به ندرت نگاه تأییدجویانه به او می اندازد.

۴. کودک دوست دارد به همراه بزرگسال ناآشنا برود و در این کار هیچ تعلل و تردیدی نشان نمی دهد یا مقدار آن بسیار اندک است.

B: رفتار مندرج در معیار A به رفتار بی فکر و بی پروا (ایمپالسیو) در ADHD محدود نیست اما رفتار بی قید و بند از لحاظ اجتماعی (رفتار راحت با دیگران) را شامل می شود.

C: کودک مراقبانی داشته است که او را تقریباً به طور کامل مورد غفلت قرار داده اند و این موضوع را حداقل یکی از موارد زیر نشان می دهد:

۱. مراقبان کودک به طور دائم و مکرر نیازهای هیجانی کودک به تسکین، تحریک و محبت را نادیده می گیرند (غفلت یا محرومیت اجتماعی).

۲. مراقبان اصلی به طور مکرر عوض می شوند و این موضوع مانع از ایجاد دلبستگی های ثابت و استوار می شود.

۳. کودک در محیط های غیر عادی بزرگ می شود و در نتیجه فرصتی به دست نمی آورد تا به مراقبی که خودش انتخاب می کند دلبسته شود.

D: این احتمال وجود دارد که مراقبت پاتوژنیک مندرج در معیار C مسئول رفتار مختل در معیار A باشد.

E: کودک حداقل ۹ ماهه است (سن رشدی کودک حداقل ۹ ماه است).

سبب شناسی اختلال دلبستگی واکنشی و اختلال تعامل اجتماعی بی قید و بند:

۱. نقص های ژنتیک

۲. گذشته مسئله دار از لحاظ مراقبت و رسیدگی بزرگترها به کودکان و روابط اجتماعی کودک

۳. انواع مختلف خلق و خو یا واکنش فطری به محیط

روش های درمان:

روان شناسان ابتدا ایمنی و امنیت کودک در محیط زندگی را برآورد می کنند و طبق آن اولین قدم برای مداخله بالینی را بر می دارند.

بعضی از تکنیک های مداخله عبارتند از:

۱. حمایت سایکو سوشال (روانی – اجتماعی) از خانواده:

ممکن است به خانواده کمک مادی شود، در کارهای خانه به آنها کمک شود، خانه هائی با کرایه پائین به آنها داده شود، و مددکاران اجتماعی وارد عمل شوند.

۲. مداخلات سایکوتراپیک:

روان درمانی والدین به علت اختلالات روانی آنها، خانواده درمانی، روان درمانی انفرادی

۳. آموزش فرزند پروری:

یاد دادن مهارت های فرزند پروری به والدین و آگاه ساختن آنها از مقتضیات سنی و مراحل رشد کودکان.

۴. نظارت بر ایمنی و امنیت کودک در محیط خانوادگی

اختلال استرس حاد: (acute stress disorder)

واکنش استرسی حاد را اولین بار والتر کانون در دهه ۱۹۲۰ مطرح کرد.

اختلال استرس حاد در نتیجه یک رویداد تروماتیک به وجود می آید که در آن فرد به عنوان قربانی یا شاهد، ترس یا درد بسیار شدید را تجربه می کند. به هنگام وقوع ترامی یکی از اولین مراحل مرحله گنج شدگی یا بهت زدگی است و مرحله بعدی یکی از این دو حالت است:

فرد کلا از محیط و واقعه ای که در شرف روی دادن است یا لحظه ای پیش پایان یافته دور می شود.

بیش از حد متشنج می شود و فعالیت های زیاده از حدی را نشان می دهد.

در اختلال استرس حاد سمپتوم ها باید در عرض چهار هفته بعد از رویداد تروماتیک ظهور کنند و کمتر از یک ماه طول بکشند و فرد گسستگی را نیز تجربه کند. در مقابل اگر سمپتوم های فرد بیش از یک ماه تداوم یابند، مبتلا به اختلال استرس پس آسیمی اعلام خواهد شد.

معیارهای DSM-۵ برای اختلال استرس حاد:

A: فرد به یک یا چند شیوه زیر در معرض مرگ، جراحت جدی یا تجاوز جنسی قرار می گیرد یا واقعا قربانی آن می شود:

فرد رویداد تروماتیک را بطور مستقیم تجربه می کند.

شخصا شاهد وقوع رویداد تروماتیک برای دیگران باشد.

باخبر می شود که رویداد تروماتیک بر سر یکی از اعضا نزدیک خانواده یا یکی از دوستان نزدیک آمده است. رویدادها باید عمدی یا تصادفی باشد.

فرد به طور مکرر یا به طرز بسیار شدیدی در معرض جزئیات ناراحت کننده رویدادهای تروماتیک قرار می گیرد.

B : حضور ۹ سمپتوم یا بیشتر از سمپتوم های زیر در یکی از طبقات مزاحمت، گسستگی، اجتناب و برانگیختگی، که بعد از وقوع رویداد تروماتیک شروع می شوند یا اگر قبلاً شروع شده اند شدت می یابند و بدتر می شوند:

سمپتوم های مزاحمت:

فرد به طور خودبه خود یا با دیدن یا شنیدن محرک های مختلف، به یاد خاطراتی از رویداد تروماتیک می افتد که غیرارادی، ناخواسته، مزاحم و ناراحت کننده هستند.

فرد به طور مکرر خواب های می بیند که محتوا و یا احساسات درون آنها با رویداد تروماتیک مرتبط هستند.

فرد واکنش گسستگی از خود نشان می دهد که طی آنها، طوری احساس یا عمل می کند که انگار رویداد تروماتیک دوباره در حال وقوع است.

فرد در مقابل محرک های بیرونی که سمبل یکی از جنبه های رویداد تروماتیک یا شبیه به آن هستند به دیسترس شدید دچار می شود یا واکنش های فیزیولوژیک شدید نشان می دهد.

خلق منفی:

۵. ناتوانی دائمی در تجربه کردن هیجان های مثبت.

سمپتوم های گسستگی:

۶. فرد محیط اطراف یا خودش را به شیوه ای غیرواقعی احساس می کند.

۷. نمی تواند یک یا چند جنبه مهم رویداد تروماتیک را به یاد بیاورد.

سمپتوم های اجتناب:

۸. فرد تلاش می کند تا از خاطرات، افکار یا احساساتی که درباره رویدادهای تروماتیک هستند یا ارتباط نزدیکی با آنها دارند اجتناب کند. (اجتناب از محرک های درونی)

۹. تلاش می کند تا از محرک های یادآورنده بیرونی که خاطرات، افکار یا احساسات ناراحت کننده درباره رویداد تروماتیک را فعال می کنند یا ارتباط نزدیکی با آنها دارند اجتناب کند.

سمپتوم های برانگیختگی:

۱۰. اختلال خواب

۱۱. فرد زودرنج و زود خشم است یا رفتارهای پرخاشگرانه نشان می دهد.

۱۲. گوش به زنگ است و حواسش به شدت به اطراف است.

۱۳. تمرکز حواس و دقت و توجه کامل برایش مشکل است.

۱۴. به کوچکترین محرک از جا می پرد و این واکنش از جا پریدگی با شدت محرک مورد نظر تناسب ندارد.

C: مدت ناراحتی (سمپتوم های معیار B) ۳ روز تا ۱ ماه بعد از قرار گرفتن در معرض تروما.

D: ناراحتی فرد باعث ایجاد دیسترس یا نابسامانی شدید در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر جنبه های مهم زندگی می شود.

E: این ناراحتی به علت تاثیر فیزیولوژیک و مستقیم یک ماده، همچنین به علت یک عارضه پزشکی دیگر به وجود نمی آید و سمپتوم ها نمی توانند سمپتوم های متعلق به اختلال پسیکوتیک کوتاه مدت باشند.

اختلالات سازگاری: (Adjustment disorders)

اختلالات سازگاری زمانی روی می دهند که فرد نمی تواند با یک رویداد تروماتیک یا استرس زا مثل اخراج شدن از کار یا چند رویداد استرس زای همزمان سازگار شود. بعضی از ویژگی های معمولی و رایج اختلالات سازگاری عبارتند از: سمپتوم های افسردگی خفیف، اضطراب و استرس تروماتیک یا ترکیبی از این سه.

تفاوت این اختلالات با اختلالات اضطرابی این است که در اختلال اضطرابی، هیچ عامل یا عوامل استرس زای وجود ندارد و تفاوتش با اختلال استرس پس آسیمی و اختلال استرس حاد در این است که عامل یا عوامل استرس زا در این دو مورد معمولاً بسیار شدیدتر و قویتر هستند.

معیارهای ۵ - DSM برای اختلالات سازگاری:

A. در واکنش به یک یا چند عامل استرس زا و قابل شناسائی و در عرض ۳ ماه بعد از شروع عامل یا عوامل، سمپتوم های هیجانی و رفتاری در فرد به وجود می آیند.

B: این سمپتوم ها یا رفتارها از لحاظ بالینی معنادار هستند و این موضوع را یک یا هر دو مورد زیر نشان می دهند:

۱. فرد دیسترس شدیدی را تجربه می کند که با شدت عوامل استرس زا تناسب ندارد.

۲. در عملکرد اجتماعی، شغلی و سایر جنبه های زندگی فرد نابسامانی و اختلال شدیدی به وجود می آید.

C: این ناراحتی مرتبط با استرس، معیارهای یک اختلال روانی دیگر را ندارد و صرفاً وخیم تر شدن یک اختلال روانی از پیش موجود نیست.

D: سمپتوم های نشان دهنده عزا و ماتم عادی نیستند.

E: بعد از آنکه عامل استرس زا یا پیامدهای آن پایان می یابند، سمپتوم ها حداکثر ۶ ماه دیگر ادامه می یابند.

ساب تایپ ها (انواع فرعی):

به همراه خلق افسرده: مود منفی، چشمان پر اشک، احساس نومییدی کاملا مشخص و مشهود هستند.

به همراه اضطراب: عصبی بودن، نگرانی، زودرنجی، اعصاب خردی یا اضطراب جدائی کاملا مشخص و قابل مشاهده هستند.

به همراه مخلوطی از اضطراب و خلق افسرده: ترکیبی از افسردگی و اضطراب کاملا مشخص و قابل مشاهده هستند.

به همراه مشکلات سلوک: مشکلات در سلوک کاملا مشخص و قابل مشاهده است.

به همراه مخلوطی از مشکلات هیجانی و رفتاری: هم سمپتوم های هیجانی و هم اختلال رفتار ، کاملا مشخص و قابل توجه هستند.

نا مشخص: این نوع فرعی برای واکنش ناسازگارانه ای در نظر گرفته شده است که به عنوان یکی از انواع فرعی و مشخص اختلال سازگاری قابل طبقه بندی نیستند.