

فصل دوم

رشد و تکامل روانی - جنسی

اگر چه الگوی رشد برای همه ی کودکان یکسان است و یک الگوی عمومی برای تمام آنها می تواند مطرح باشد هر کودکی برای خود الگوی ویژه ای نیز دارد که با روش و سرعت خاص خویش رشد می کند.

● کودک با علایم اشکالات شدید در روابط اجتماعی، فعالیت ها و علایق الگوی تکراری، نقائص ارتباط کلامی، جزء کدام دسته از اختلالات طبقه بندی می شود؟

(کنکور ارشد مامایی - ۹۴)

الف) یادگیری (ب) ارتباط (ج) نافر رشد (د) مهارت های حرکتی
جواب: گزینه ج

نظریه رشد و تکامل روانی جنسی فروید

زیگموند فروید در نظریه خود انرژی عمومی جنسی را لیبیدو و هر بخش از بدن که این انرژی در آن متمرکز می شود را منطقه شهوت زا نامید. هر چند تقریباً هر بخش از بدن می تواند یک منطقه شهوت زا باشد اما در دوران کودکی سه بخش دهان، مقعد و ناحیه تناسلی از این نظر بسیار مهم و تاثیرگذار می باشند. نخستین علایق کودک در دهان او متمرکز می شوند (مرحله دهانی) متعاقب آن مقعد (مرحله مقعدی) و سپس ناحیه تناسلی (مرحله آلتی) محل تمرکز علایق جنسی می گردد. فروید می اندیشید که این توالی مرحله ای تحت فرمان یک فرآیند رسیدگی و بلوغ رشدی یعنی عوامل سرشتی زیست شناختی قرار دارد. برای آشنایی بیشتر با نظریه فروید مراحل آن را به تفکیک مورد بررسی قرار می دهیم.

۱. مرحله دهانی

فروید معتقد است که اگر کودک شیرخوار می توانست افکار خود را بیان کند بی شک اعتراف می کرد که مکیدن پستان مادر مهم ترین چیز در زندگی است. کودک شیرخوار زمانی که گرسنه نیست هم انگشت شست خود و هم اشیاء دیگر را میمکد. مرحله دهانی تقریباً دو سال اول زندگی کودک را در برمی گیرد. دهان و لب منبع لذت شهوانی است. تثبیت در مرحله دهانی سبب ایجاد شخصیتی تحت عنوان شخصیت دهانی خواهد شد. شخصیت های دهانی ویژگی هایی مانند عادت به پرخوری، سیگار کشیدن، الکلیسم، پرحرفی، فحاشی و متلک گویی را بیشتر بروز می دهند.

۲. مرحله مقعدی

فروید معتقد است در حدود ۱/۵ تا ۳ سالگی ناحیه مقعدی کانون علایق جنسی کودک می شود. در این سنین کودک بر عضلات اسفنکتر خود کنترل پیدا می کند و برای اولین بار متوجه می شود که می تواند بر یکی از رویدادهای عالم هستی (دفع مدفوع خود) تاثیر گذار باشد. تثبیت در این مرحله سبب می شود که فرد در آینده خصوصیات شخصیت مقعدی داشته باشد که عبارتند از: وسواس، خست، نظم و ترتیب زیاد، سوء ظن و لجبازی.

۳. مرحله فالیک یا آلتی

در حدود سنین ۳ تا ۶ سالگی آلت تناسلی ناحیه حساس و مورد علاقه کودک می شود. در این سن کودکان از تفاوت های بین زن و مرد آگاهند و دربارۀ تفاوت موجود کنجکاو می شوند. در این مرحله خود تحریکی و عقده ادیپ بوجود می آید. بدین ترتیب که پسر نسبت به مادرش گرایش عشقی، جنسی پیدا نموده و از پدرش که او را رقیب عشقی خود

می داند، متنفر می شود. در دختران تمایلات عشقی، جنسی نسبت به پدر ایجاد شده و در ارتباط با مادر خود احساس رقابت و کینه می کنند.

۴. مرحله نهفتگی یا کمون

این مرحله ۶ تا ۱۲ سالگی را در بر می گیرد. در این مرحله خیالبافی های جنسی کودکان در حال کمون است و به شدت واپس زده شده و در ضمیر ناخودآگاه جای می گیرد. کودک در این مرحله نسبتاً آرام است و می تواند نیروهای بالقوه خود را به سوی موضوعات غیر جنسی مانند ورزش، فعالیت های اجتماعی، ارتباط با دوستان هم جنس، سرگرمی ها و فعالیت های ذهنی هدایت نماید. کودک سعی می کند خود را هم رنگ جماعت کند. از همسالان خود گفتار و لباس را تقلید می کند. در این مرحله اگر از همسالان پذیرفته نشود، معمولاً گوشه گیر و درون گرا می آید.

۵. مرحله بلوغ (تناسلی)

ثبات مرحله کمون به هر حال ادامه نمی یابد. به هنگام بلوغ، انرژی جنسی به جوشش درمی آید و دفاع های مستقر دوره کمون را تهدید به فروپاشی می کند. دوره تناسلی طولانی ترین و آخرین دوره رشد روانی، جنسی فروید است. که معمولاً با بلوغ جنسی شروع می شود و تا پیری ادامه پیدا می کند. در این دوره نوجوان به جنس مخالف تمایل پیدا می کند.

بلوغ و نوجوانی

وجه مشخصه نوجوانی تغییرات عمیق رشد جسمی، روان شناختی و اجتماعی است. نوجوان در دوران بلوغ علاوه بر تغییرات جسمی، دستخوش یک سری تغییرات و علایم روانی می شود که شناخت این علایم به والدین و مربیان برای درک بهتر نوجوان برخوردار صحیح و منطقی با وی و رفتار مناسب با شرایط روانی و رفتاری آنان کمک زیادی می کند.

مراحل دوران نوجوانی :

● اوایل نوجوانی (۱۱ تا ۱۴ سالگی)

● اواسط نوجوانی (۱۴ تا ۱۷ سالگی)

● اواخر نوجوانی (۱۷ تا ۲۰ سالگی)

بلوغ یک فرآیند تغییر فیزیکی است که مشخصه آن رشد صفات جنسی ثانوی بوده و با نوجوانی که عمدتاً یک فرآیند تغییر روان شناختی محسوب می شود فرق دارد.

روان شناسان تبدیل یک شخصیت وابسته به فردی مستقل و کسب هویت را از مقاصد دوره بلوغ می دانند از همین روست که بحران هویت نیز معمولاً در اواخر نوجوانی ظهور می یابد.

هر اندازه دانش و آگاهی والدین که مهمترین منابع اطلاعاتی و کمک به نوجوانان هستند در زمینه بلوغ و دوران نوجوانی بیشتر باشد از نگرانی و مشکلات نوجوانان در این دوره بحرانی کاسته می شود.

والدین مطمئن ترین افراد در زندگی نوجوان هستند. آنها می توانند با ایجاد رابطه مطلوب با او و نادیده گرفتن بسیاری از اختلالات خلقی، رفتاری و عاطفی و نظارت مداوم توأم با همدلی در پیشگیری از بسیاری از مشکلات و بزهکاری نقشی موثر ایفا کنند.

● در تعیین قواعد محکم و مشارکت فرزند در تصمیم گیری به کدام نوع سبک فرزندپروری مربوط است ؟

(کنکور ارشد مشاوره در مامایی - ۹۳)

الف) آمرانه ب) مقتدرانه ج) آسان گیر د) سهل انگارانه

جواب : گزینه ب

● کودکی که از مادرش دور می شود و برای اطمینان به سوی او باز می گردد، مطابق نظریه ماهر در چه مرحله ای از (جدایی - تفرد) قرار دارد ؟

(کنکور ارشد مشاوره در مامایی - ۹۳)

الف) تمایز (ب) تجربه (ج) بقای شی (د) آشتی

جواب : گزینه د

● سن بروز اضطراب جدایی در کودکان چند ماهگی است ؟

(کنکور ارشد مشاوره در مامایی - ۹۴)

الف) ۶ تا ۹ (ب) ۱۰ تا ۱۸ (ج) ۱۹ تا ۲۳ (د) ۲۴ تا ۳۶

جواب : گزینه د

سؤالات فصل دوم

۱. طبق نظریه رشد و تکامل روانی جنسی فروید، دو سال اول زندگی کودک معادل کدام یک از مراحل زیر است؟

الف) فالیک (ب) نهفتگی (ج) دهانی (د) مقعدی

جواب : گزینه ج

۲. ویژگی هایی مانند عادت به پرخوری، کشیدن سیگار، پرخرفی و فحاشی نشانه های تثبیت در کدام یک از مراحل رشد روانی جنسی است؟

الف) کمون (ب) آلتی (ج) فالیک (د) دهانی

جواب : گزینه د

۳. فروید معتقد است در حدود ۱/۵ تا ۳ سالگی ناحیه.....کانون علائق جنسی کودک می شود.

الف) مقعدی (ب) آلتی (ج) فالیک (د) دهانی

جواب : گزینه الف

۴. کدام یک از خصوصیات زیر نشانه تثبیت شخصیت در مرحله مقعدی نمی باشد؟

الف) لجبازی (ب) پرخوری (ج) وسواس (د) نظم و ترتیب زیاد

جواب : گزینه ب

۵. در حدود سنین..... سالگی آلت تناسلی ناحیه حساس و مورد علاقه کودک می شود.

الف) ۱/۵-۳ سالگی (ب) ۲-۴ سالگی (ج) ۳-۶ سالگی (د) ۳/۵-۷ سالگی

جواب : گزینه ج

۶. در کدام یک از مراحل رشد و تکامل روانی جنسی کودک از تفاوت بین زن و مرد آگاه می شود؟

الف) فالیک (ب) نهفتگی (ج) کمون (د) مقعدی

جواب : گزینه الف

۷. عقده ادیپ از نشانه های کدام یک از مراحل تکامل روانی جنسی است ؟

الف) مرحله اورال (ب) مرحله آنال (ج) مرحله فالیک (د) مرحله کمون

جواب : گزینه ج

۸. کدام یک از موارد زیر از نشانه های مرحله نهفتگی تکامل روانی جنسی فروید نمی باشد؟
 الف) این مرحله ۱۲-۶ سالگی را شامل می شود. (ب) نیروی بالقوه به سوی موضوعات غیرجنسی است.
 ج) خیال بافی های جنسی واپس زده می شوند. (د) کودک در این مرحله مدام درجنب و جوش است.

جواب : گزینه د

۹.....طولانی ترین و آخرین دوره رشد روانی، جنسی فروید است.

- الف) دوره نهفتگی (ب) دوره تناسلی (ج) دوره کمون (د) دوره آلتی

جواب : گزینه ب

۱۰. بحران هویت معمولاً در کدام یک از مراحل دوره ی نوجوانی ظهور می یابد؟

- الف) اوایل دوره ۱۴-۱۱ (سالگی) (ب) اواسط دوره ۱۷-۱۴ سالگی
 ج) اواسط دوره ۱۶-۱۳ سالگی (د) اواخر دوره ۲۰-۱۷ سالگی

جواب : گزینه د

۱۱. یکی از بزرگ ترین مشخصه های عاطفی نوجوانی.....می باشد.

- الف) خیره سری (ب) تنبلی و سستی (ج) بی ثباتی عاطفی (د) شرم و حیاء

جواب : گزینه ج

۱۲. وضعیت و سلامت روانی در کدام دوره اثرات زیادی بر الگوهای سازگاری رفتاری در بزرگسالی خواهد داشت؟

- الف) دوره کودکی (ب) دوره نهفتگی (ج) دوره نوجوانی (د) دوره کمون

جواب : گزینه ج

۱۳. روان شناسان کسب هویت را از مقاصد کدام دوره می دانند؟

- الف) اواسط بزرگسالی (ب) اوایل بزرگسالی (ج) کودکی (د) نوجوانی

جواب : گزینه د

۱۴. مرحله ای از مراحل تکامل روانی جنسی است که در آن پسر نسبت به مادرش گرایش عشقی جنسی پیدا نموده

و از پدرش که او را رقیب عشقی خود می داند، متنفر می شود؟

- الف) مرحله مقعدی (ب) مرحله نهفتگی (ج) مرحله دهانی (د) مرحله فالیک

جواب : گزینه د

۱۵. در کدام مرحله از مراحل تکامل روانی جنسی فروید، خیال بافی های جنسی کودکان در حال کمون باقی میمانند؟

- الف) مرحله نهفتگی (ب) مرحله مقعدی (ج) مرحله تناسلی (د) مرحله دهانی

جواب : گزینه الف

۱۶. تغییرات عمیق رشد جسمی، روان شناختی و اجتماعی، وجه مشخصه کدام دوره از زندگی است ؟

- الف) کودکی (ب) نوجوانی (ج) بزرگسالی (د) میانسالی

جواب : گزینه ب

۱۷. روان شناسان تمام موارد زیر را از مقاصد دوره بلوغ می دانند بجز؟

- الف) کسب هویت (ب) تبدیل شخصیت وابسته به فردی مستقل

- ج) کاهش بی ثباتی عاطفی (د) کنجکاوی درباره جنس مخالف

جواب: گزینه د

۱۸. وسواس، خست، نظم و ترتیب زیاد، سوء ظن و لجبازی از خصوصیات تثبیت در کدام مرحله می باشد؟
الف) مرحله فالیک (ب) مرحله آلتی (ج) مرحله مقعدی (د) مرحله دهانی
جواب: گزینه ج

۱۹. گزینه نادرست در رابطه با قاعدگی کدام است؟

الف) قاعدگی به معنای سازگاری فیزیولوژیک است.

ب) قاعدگی نماد بلوغ جنسی و رشد طبیعی است.

ج) تاثیرات جانبی قاعدگی از فردی به فرد دیگر فرق می کند.

د) والدین می توانند کاری کنند که شروع قاعدگی خوشایند باشد.

جواب: گزینه الف

۲۰. کدام گزینه از ویژگی های روانی و رفتاری بلوغ در دختران نمی باشد؟

الف) تعدادی از دختران رشد جنسی را که مهم ترین تغییر این دوره است خوشایند می دانند.

ب) میل به گوشه گیری، بی ثباتی، بی قراری، نوسان خلق و خواز ویژگی های روانی این دوره است

ج) کنجکاو روی به افزایش درباره جنس مخالف، در رویاهای عاشقانه فرو رفتن در این دوره زیاد است.

د) تنها مسائل مهم در این دوره تصمیمات مهم زندگی مانند ادامه تحصیل و انتخاب همسر آینده می باشد.

جواب: گزینه د

فصل سوم

علائم و نشانه ها در روان پزشکی

تظاهرات بالینی تمام بیماریها، چه بیماریهای روانی و چه داخلی، حاصل واکنش پیچیده عوامل بیولوژیک، اجتماعی، فرهنگی و روانی است و باید اذغان داشت که در بیماریهای روانی جنبه زیستی، روانی و اجتماعی تظاهرات بالینی آشکارتر است. هر چند که ممکن است نقش این عوامل از فردی به فرد دیگر و از زمانی به زمان دیگر کاملاً متفاوت باشد.

آشنایی ما با علائم و نشانه های رفتاری اختلالات روانی گامی اساسی در توانمند ساختن وی در شناخت و توصیف دقیق پدیده های روان پزشکی است. ضمن تعریف سه واژه مهم در بحث نشانه شناسی با بعضی از این نشانه ها آشنا می شویم: **علامت**: عارضه فیزیکی آشکاری که همراه یک بیماری دیده می شود. (یافته های عینی مشاهده گر مانند بیش (Sign) فعالی و پرخاشگری)

نشانه: تجربیات ذهنی که فقط خود بیمار از آن آگاه است. مانند توهم شنوایی یا خلق افسرده (Symptom)

*** نکته**: بیشتر علائم در روان پزشکی نشانه ها هستند و اساس تشخیص در روان پزشکی نیز نشانه ها می باشند که باید در شرح حال آنها را مشخص نمود.

سندرم: مجموعه ای از نشانه ها که علت واحد و ماهیت کلینیکی مشخصی را داشته باشند.

(Syndrome)

نشانه ها:

ادراک: درک عبارت است از آگاهی یافتن به کیفیت، کمیت و اختلافها و شباهتهای اجزاء محیط به وسیله اعضا حسی درک تحت تاثیر سلامت دستگاه ادراکی و جنبه های روانی فرد قرار می گیرد و ممکن است دچار اختلال گردد.

توهم: را درک بدون محرک خارجی توصیف نموده اند. **Hallucination**

انواع توهم:

توهم شنوایی: به صورت درک صداهای مختلف تجربه می گردد. شنیدن صدای وز وز، صداهای نامشخص، صداهای موزیکال و نجوهای مختلف میتوانند نمونه هایی از توهم شنوایی باشند. توهمات شنوایی آمرانه خطرناک ترین توهمات هستند که در آن بیمار صدایی را می شنود که او را به انجام عملی امر می کند.

***نکته:** **سندرم ونگوک:** گاهی بیمار تحت تاثیر توهمات آمرانه اقدام به قطع عضو می نماید این پدیده را سندرم ونگوک می نامند.

***نکته:** توهمات آمرانه یکی از فوریت های روان پزشکی محسوب می شوند.

توهم بینایی: توهم بینایی بیشتر در جریان اختلالات عضوی قابل برگشت مغزی و در ضمن بیماری های عفونی و سایکوزهای سمی مشاهده می گردد. توهم بینایی می تواند دیدن جرقه های نورانی، پرندگان، انسان های مختلف تا دیدن یک کامل مانند میدان جنگ را شامل گردد.

***نکته:** **توهم لی لی پوشن (ریز بینی):** در مواردی مانند قطع مصرف الکل، بیماری های عفونی، حالات سمی و تومورهای لوب تمپورال ممکن است دیده شود.

توهم چشایی: گاهی بیمار به علت وجود افکار هذیانی، طعم های ناجوری در دهان احساس می کند. این نوع توهم نادر بوده و در مواردی با توهم بویایی همراه است.

توهم بویایی: اغلب به صورت استشمام بوهی ناخوشایند و بندرت خوشایند درک می شود.

توهم لامسه: درک یک چیز گرم یا سرد، خزیدن حشرات روی بدن، قلقلک، نیش و خارش در روی پوست می توانند نمونه هایی از توهم لامسه باشند

Delusion هذیان: اعتقاد و باور نادرستی است که با منطق و استدلال تصحیح نمی شود.

Stupor بهت کاتاتونیک: بیمار در حالت بهت نسبت به محیط آگاهی ندارد و در برابر تحریکات محیطی واکنش نشان نمی دهد (کندی بارز فعالیت حرکتی).

Dellrium دلیریوم: واکنش همراه با بی قراری، پریشانی، سردرگمی و فقدان جهت یابی همراه با ترس و توهم.

Confusion اغتشاش شعور (سرگشتگی): آشفتگی هوشیاری که در آن واکنش به محرک های محیطی مناسب نیست و با اختلال در جهت یابی همراه است.

Emotion هیجان: حالت پیچیده احساسی که با تغییرات روانی، جسمی و رفتاری مشخص می گردد.

Affect عاطفه: جنبه بیرونی و عینی احساسات که توسط خود شخص تجربه و در چهره اش منعکس می گردد و

برای دیگران قابل مشاهده و ارزیابی است و می تواند به شکل های مختلفی گزارش گردد.

Mood خلق: جنبه درونی و مستمر احساسات که ذهنی بوده و فقط توسط خود فرد می تواند گزارش گردد.

انواع خلق شامل: ملامت بار، طبیعی، منبسط، تحریک پذیر بالا، شنگولی، سرمستی، افسردگی، فقدان احساس لذت، داغدیدگی

Anxiety اضطراب: احساس دلواپسی، به علت انتظار خطر که ممکن است درونی یا بیرونی باشد.

Fear ترس : اضطراب ناشی از خطری واقعی که هوشیارانه شناسایی شده است.
تنش : افزایش فعالیت روانی حرکتی که نامطبوع است.

Tension Panic هول : حمله اضطرابی حاد شدید و دوره ای همراه با احساس شدید ترس همراه با علائم جسمی مانند تهوع، استفراغ، تعریق شدید، طپش قلب، تنگی نفس

Apathy بی احساسی : حالت هیجانی کند همراه با بی تفاوتی

Ambivalence دوگانگی احساس : وجود دو احساس متضاد در یک شخص به طور همزمان (عشق و تنفر)
Melancholia مالیخولیا : حالت افسردگی شدید

Tic تیک : انقباض مکرر، غیر ارادی، ناگهانی و غیر قابل پیش بینی عضلات اردای که می تواند صوتی، حرکتی یا توام باشد.

Obsession وسواس فکری : افکاری تکراری، مزاحم، وقت گیر و ناراحت کننده که غیر قابل مقاومت بوده و با اضطراب همراه است.

Compulsion وسواس عملی : میل غیر قابل کنترل برای انجام عملی که اگر در مقابل آن مقاومت ایجاد شود ایجاد اضطراب می نماید.

Aggression پرخاشگری : عملی هدفدار و متکی به زور که ممکن است لفظی یا فیزیکی باشد.

Convulsion تشنج : انقباض یا اسپاسم خشن و غیرارادی عضلات که می تواند به شکل کلونیک (عضلات به طور متناوب منقبض و منبسط می شوند) یا تونیک (انقباض عضلانی مداوم) باشد.

Seizure صرع : شروع ناگهانی یا حمله ای تشنج، کاهش هوشیاری و اختلالات روانی یا حسی

Phobia ترس مرضی : ترس بیمار گونه مقاوم، مداوم، غیر منطقی و اغراق آمیز از محرک یا موقعیتی خاص که منجر به میل شدید اجتناب از محرک ترسناک می شود.

Amnesia فراموشی : ناتوانی نسبی یا کامل برای به خاطر آوردن تجربه های گذشته که ممکن است علت عضوی یا هیجانی داشته باشد.

Thinking تفکر : یک جریان هدفدار از نمادها، عقاید و تداعی ها است که از یک مسئله شروع شده و به یک نتیجه واقع گرایانه و منطقی ختم می گردد.

Concrete thinking تفکر عینی : تفکر تابع لفظ، کاربرد محدود استعاره بدون درک تفاوت های ظریف معانی، تفکر یک بعدی. (فقط یک روی سکه را دیدن)

Abstract Thinking تفکر انتزاعی : توانایی شناخت تفاوت های ظریف معنی، تفکر چند بعدی همراه با توانایی استفاده مناسب از استعاره و فرضیات. (دیدن هر دو روی سکه)

سئوالات فصل سوم

۱. بیماری که با شنیدن خبر مرگ پدرش می خندد، دچار کدام یک از علائم زیر است ؟
الف) عاطفه بی ثبات ب) مسخ واقعیت

- (ج) هذیان ناهماهنگ با خلق
جواب: گزینه د
۲. دانش آموزی فکر می کند در صورتی که در جلسه امتحان لباس آبی بپوشد، در آن امتحان قبول خواهد شد. او دچار چه علامتی است؟
(الف) مسخ واقعیت
(ج) تفکر سحرآمیز
جواب: گزینه ج
- (ب) افسانه سازی
(د) عمل جبری
۳. مهمترین علامت مشخصه ی دلیریوم کدام است؟
(الف) اختلال در ادراک
(ج) اختلال در عاطفه
جواب: گزینه د
- (ب) اختلال در حافظه
(د) اختلال در هوشیاری
۴. کدام یک از موارد زیر هذیان پارانوئیدی محسوب می شود؟
(الف) هذیان بزرگ منشی
(ج) هذیان گزند و آسیب
جواب: گزینه د
- (ب) هذیان کنترل
(د) کلیه موارد فوق
۵. کودکی که هنوز قادر نیست شباهت بین مار و گاو و گنجشک را مشخص کند، دارای کدام نوع تفکر است؟
(الف) تفکر عینی
(ج) تفکر غیرمنطقی
جواب: گزینه الف
- (ب) تفکر اوتیستیک
(د) تفکر انتزاعی
۶. بیماری که شب گذشته همسایه اش را به شکل شیطان دیده، دچار کدام یک از علایم زیر شده است؟
(الف) توهم پیش خواب
(ج) هذیان گزند و آسیب
جواب: گزینه د
- (ب) خطای حسی
(د) توهم دیداری
۷. کدام یک از موارد زیر نمونه ای از هذیان به حساب نمی آید؟
(الف) عقیده به پوسیدگی مغز خود
(ب) عقیده به این که فکرش را دیگران می خوانند.
(ج) عقیده به این که ماری در شکمش لانه کرده است.
(د) عقیده به نحسی عدد سیزده.
جواب: گزینه د
۸. وسواس های فکری دارای کدام یک از ویژگی های زیراند؟
(الف) ناخواسته اند ولی خوشایندند.
(ج) خواسته و ناخواشایندند.
جواب: گزینه ج
- (ب) تحت کنترل فرد ولی ناخوشایندند.
(د) تحت کنترل فرد و خوشایندند.
۹. کدام یک از موارد زیر در زمره ی (علایم بالینی) بیماری روانی به حساب می آید؟
(الف) بیماری که خلق خود را افسرده اظهار می دارد.

(ب) بیماری که خنده های بی ربط دارد.

(ج) بیماری که کندی روانی - حرکتی دارد.

(د) بیماری که پرخاشگری می کند.

جواب : گزینه الف

۱۰. کدام یک از موارد زیر در زمره (نشانه های) بیماری روانی محسوب می شود ؟

(الف) بیماری که کندی روانی - حرکتی دارد.

(ب) بیماری که دارای افکار خودکشی است.

(ج) بیماری که اظهار می دارد از کره مریخ با او تماس می گیرند.

(د) بیماری که خود را فاقد انرژی احساس می کند.

جواب : گزینه الف

۱۱. تفاوت صرع کانونی ساده با صرع کانونی مرکب در چیست ؟

(الف) عدم تغییر با تغییر هوشیاری

(ب) عدم وجود یا وجود علایم روانی

(ج) تفاوت در طول مدت حمله

(د) عدم وجود حرکات تونیک - کلونیک

جواب : گزینه الف

۱۲. شایع ترین نوع توهم در اختلالات روان پزشکی کدام است ؟

(الف) بویایی (ب) بینایی (ج) شنوایی (د) لامسه

جواب : گزینه ج

۱۳. وقوع کدام یک از توهمات زیر شک به وجود اختلالات عضوی را کمتر به وجود می آورد؟

(الف) بویایی (ب) بینایی (ج) شنوایی (د) چشایی

جواب : گزینه ج

۱۴. بیماری درختان خیابان را به صورت افراد مهاجم می بیند. او دچار کدام یک از علایم زیر است؟

(الف) خطای درکی (ب) توهم بینایی

(ج) هذیان گزند و آسیب (د) توهم زدگی

جواب : گزینه الف

۱۵. اضطراب شدید همراه با بی قراری حرکتی و حساسیت و زودرنجی و تحریک پذیری با کدام یک از مفاهیم زیر

توصیف می شود ؟

(الف) خلق منبسط (ب) آژیتاسیون (ج) ترس (د) عدم کنترل تکانه

جواب : گزینه ب

۱۶. بیماری مکررا و به مدت چند دقیقه در جلوی چشم خود صحنه آتش سوزی را می بیند که وجود واقعی ندارد. او

از این امر متعجب شده و برای درک علت به پزشک مراجعه می نماید. این بیمار.....

(الف) دچار توهم و هذیان است. (ب) هذیان دارد ولی توهم ندارد.

(ج) هذیان و توهم ندارد. (د) توهم دارد ولی هذیان ندارد.

جواب : گزینه د

۱۷. کدام یک از مطالب زیر در مورد توهم غلط است؟

- الف) توهمات همیشه با خلق بیمار متناسب و هماهنگ اند.
ب) در توهم لی لی پوتی، هر چیزی به اندازه ی کوچکتر از طبیعی دیده می شود.
ج) توهمات بینایی و بویایی و چشایی در اختلالات عضوی شایع ترند.
د) توهمات پیش خوابی و پس خوابی، عموماً بیمار گونه تلقی نمی شوند.
جواب: گزینه الف

۱۸. وجود کدام یک از حالات خلقی زیر نشان گر افسردگی شدیدتری است؟

- الف) سوگ (ب) خلق بی ثبات (ج) خلق ملالت بار (د) مالیخولیا
جواب: گزینه د

۱۹. بیماری که معتقد است در رادیو و تلویزیون در مورد او صحبت می کنند دچار کدام علامت است؟

- الف) هذیان گزند و آسیب (ب) هذیان کنترل
ج) هذیان انتساب (د) هذیان غریب
جواب: گزینه ج

۲۰. کدام یک از موارد زیر نشانگر تظاهرات هیجانی بیمار است؟

- الف) توصیف خود بیمار از حالات هیجانی درونی اش.
ب) هیجان منتقل شده از طریق حالت چهره، اندام و آهنگ صدای او.
ج) وجود اضطراب و تنش در او.
د) همه موارد فوق.
جواب: گزینه د

فصل چهارم

سبب شناسی و اساس علمی روان پزشکی

سبب شناسی بیماری های روانی به مطالعه منظم دلایل شروع، ادامه و تشدید بیماری های مختلف روانی اطلاق می گردد.

پیشگیری و درمان بیماریهای روانی مستلزم شناخت علل آن است اما اثبات علل و سبب شناسی در بیماری های روانی به قدری مشکل است که گاهی به نظر غیر ممکن می رسد.

مشکلات موجود در سبب شناسی بیماریهای روانی

- بیماران روانی مبتلا به یک نوع ممکن است علایم مختلفی را از خود نشان دهند که شباهتی باهم ندارند.
- یک بیماری روانی در زمان های مختلف ممکن است دارای علایم و رفتارهای متفاوت باشد.
- رفتار بیمار روانی با دیدگاههای مختلف ممکن است به شکل های متفاوتی تعبیر و تفسیر گردد.
- فاصله زمانی علت تا بروز آثار آن زیاد است.
- یک علت واحد ممکن است بیماری های مختلفی را ایجاد کند.
- ممکن است بیماری از علل متعددی ناشی شده باشد.

توجیه و درک Explaining and Understsnding

دو راه برای تلاش در جهت پی بردن به علل مشکلات بیمار وجود دارد که هر دو مفید هستند، ولی افتراق دادن آنها از هم نیز حائز اهمیت می باشد. نخستین رویکرد، رویکردی کمی و بر اساس یافته های پژوهشی است. به عنوان مثال، رفتار خشونت آمیز یک بیمار را می توان این گونه توجیه کرد که در نتیجه آسیبی است که به دنبال حادثه رانندگی در جاده به قشر فرونتال وی وارد شده است. در این موارد، نتایج مطالعات علمی بر روی رفتار بیمارانی که نواحی مختلفی از مغز آنها آسیب دیده است، به کار گرفته شده اند. طبق قرارداد، چنین مواردی را **توجیه یا تشریح رفتار بیمار** به حساب می آورند.

رویکرد دوم، رویکردی کیفی و بر پایه ی درک همدلانه ی رفتار انسان می باشد. زمانی از این رویکرد استفاده میشود که معتقد باشیم مثلا خشونت بیمار به علت توهینی است که یکی از همسایگان به همسر وی کرده است. ارتباط میان این دو مسئله (خشونت بیمار و توهینی که به همسر وی شده است)، ارتباطی قابل قبول است و حتی با وجود این که هیچ مطالعه کمی ارتباط آماری میان خشونت و چنین توهینی را بررسی نکرده است، می توان آن را پذیرفت. طبق قرارداد، به این گونه موارد **درک یا فهم** علت رفتار بیمار اطلاق می شود.

***نکته:** در تمامی شاخه های طب، پزشکان نیاز دارند که مشکلات بیماران خود را **توجیه و درک** کنند.

***نکته:** در روان پزشکی **درک** مشکلات بیمار اغلب اهمیت ویژه ای در ارزیابی سبب شناختی آن ها دارد.

علل دور دست (در گذشته فرد) و علل چندگانه Remote causes and Multiple causes

در روان پزشکی، برخی وقایع دوران کودکی با اختلال روان پزشکی فرد در دوران بلوغ ارتباط پیدا می کنند. مثلا، افرادی که به اسکیزوفرنی مبتلا می شوند، احتمالا بیش تر از افراد گروه کنترل در معرض عوارض حاملگی و زایمان بوده اند. یک علت می تواند سبب به وجود آمدن چندین اثر و نتیجه شود. به عنوان مثال، فقدان عاطفه و محبت والدین در کودکی می تواند فرد را مستعد خودکشی، رفتار ضد اجتماعی و اختلالات افسردگی کند. از سوی دیگر، یک اثر واحد می تواند چندین علت داشته باشد که این علت ها ممکن است به صورت جدا از هم عمل به وجود بیاید، در حالی که یک اختلال افسردگی ممکن است به علت آثار ترکیبی عوامل ژنتیکی و وقایع پر استرس اخیر ایجاد شده باشد.

طبقه بندی علت های بیماری های روانی

بیماری های روانی بر اساس نحوه تاثیر عوامل و نیز بر اساس نوع عوامل طبقه بندی می شوند.

عوامل تسریع کننده	عوامل تثبیت کننده	عوامل مساعد کننده
<ul style="list-style-type: none"> بیماری های جسمی، داروها عوامل روانشناختی استرس زا 	<ul style="list-style-type: none"> ویژگی های خود اختلال شرایط اجتماعی 	<ul style="list-style-type: none"> عوامل ژنتیکی محیط داخل رحمی صدمات وارده هنگام تولد عوامل اجتماعی و روان شناختی در هنگام تکامل

الف (طبقه بندی بر اساس نحوه تاثیر عوامل

۱. عوامل مساعد کننده :

عوامل مستعدکننده یا زمینه ساز موقعیت هایی هستند که شخص را آماده پذیرش تاثیر عوامل دیگر میکنند که شامل:

عوامل بیولوژیک :

میتوان از ژنتیک، محیط داخل رحمی، وضعیت تغذیه ای، حساسیت های بیولوژیک، بهداشت عمومی و تماس با مواد سمی را نام برد.

عوامل روانی :

می توان هوش، مهارت های کلامی، شخصیت، تجربیات گذشته، خودپنداری، انگیزش، دفاع های روانی، نوع کنترل و فضای روانی خانواده را از این گروه نام برد.

عوامل اجتماعی :

سن، جنس، شغل، مهاجرت، عدم تحمل دیگران، کاهش درآمد، آموزش، وضعیت اجتماعی، سابقه فرهنگی از این دسته اند.

۲. عوامل تسریع کننده

عوامل تسریع کننده یا تجلی ساز (آشکار کننده) رویدادهای هستند که به فاصله اندک از بیماری اتفاق افتاده و به نظر می رسد که موجب بروز آن گردیده اند.

علل تسریع کننده جسمی :

عفونت، تب، خستگی مفرط، بیماری های عضوی و مواد مسموم کننده از انواع این علل می باشند.

علل تسریع کننده اجتماعی :

از دست دادن شغل، درگیری با قانون، مشکلات شدید مالی، مهاجرت، جنگ

علل تسریع کننده روانی :

عوامل تسریع کننده روانی که موجب اختلالات روانی هستند از نظر بسیاری از محققین مخرب ترین علل بیماری های روانی می باشند. عوامل تسریع کننده روانی به آسانی قابل تشخیص و درک نیستند.

۳. عوامل تثبیت کننده

این عوامل موجب دوام اختلال پس از بروز آن می گردد. برای مثال در افراد معتاد به مواد مخدر عوامل دوام دهنده میتوانند شامل ناراحتی های جسمی و مشکلات اجتماعی معتاد مانند عدم اشتغال به کار مناسب، برچسب سابقه اعتیاد خوردن، مشکل ازدواج و سایر مشکلات فرهنگی باشند.

ب) طبقه بندی بر اساس نوع عوامل

در هنگام بحث درباره ی سبب شناسی، از واژه الگو اغلب به معنای راهی برای منظم کردن اطلاعات استفاده می شود. الگو نیز همانند تئوری تلاش می کند برخی پدیده ها را توجیه کند و ارتباط میان آنها را نشان دهد. در مقابل تفاوتی که الگو با تئوری دارد این است که چنین اعمالی را آن چنان وسیع و فراگیر انجام می دهد که هیچ مورد نقضی یافت نشود.

۱. الگوی زیستی بیماری های روانی

که خود شامل موارد زیر است:

- سن
- جنس
- وراثت
- صدمه به مغز
- وضعیت جسمی بدن
- عوامل بیوشیمیایی

۲. الگوی اجتماعی بیماری های روانی

که خود شامل موارد زیر است :

- فرهنگ
- شغل
- درآمد
- آموزش
- نظام ارزشی
- طبقه اجتماعی

۳. الگوی های تقلیل گرا یا ساده گرا

تلاش می کنند تا با برگشتن به مراحل مقدماتی تر و ساده تر پیشین، علت مشکل بیمار را مشخص کنند. این نوع الگوهای الگوهای شناخته شده ای در علوم هستند و مثالی که در روان پزشکی می توان برای آنها مطرح کرد، این است که فرض کنیم اسکیزوفرنیا به علت اختلال واسطه های عصبی در برخی نواحی مغز به وجود می آید.

۴. الگوی غیر تقلیل گرا یا غیر ساده گرا

به گونه ای وسیع تر می کوشند تا علت مشکل بیمار را پیدا کنند. این نوع الگوها، الگوهای شناخته شده ای در علوم اجتماعی هستند و مثالی که در روان پزشکی برای آنها می توان زد، این است که فرض کنیم منشاء روان نژندی بیمار در خانواده وی است و نشانه های او تنها یک جنبه از زندگی خانوادگی مختل می باشند.

۵. الگوی طبی

رویکرد پژوهشی است که در آن اختلالات روان پزشکی به شیوه ای بررسی می شوند که در طب عمومی مفید شناخته شده است (مانند شناسایی نشانه ها و سندرم هایی که در یک بیمار به دفعات ظهور می کنند و ارتباط دادن آنها به یافته های آسیب شناختی).

***نکته:** چنین الگویی بویژه در زمان بررسی اختلالات روان پزشکی ارگانیک و همچنین مطالعه بر روی اسکیزوفرنی و اختلالات عاطفی شدید مفید است. ولی در مطالعه اختلالات شخصیت کمتر مفید خواهد بود.

۵. الگوی رفتاری

رویکردی پژوهشی است که در آن اختلالات روان پزشکی با توجه به عواملی شرح داده می شوند که رفتار طبیعی را تعیین می کنند (مانند سائق ها و عوامل تقویت کننده، نگرش ها و باورها و اثرات جامعه). الگوهای رفتاری می توانند ساده گرا (به صورت شرح دادن مشکل بیمار بر اساس شرطی سازی) یا غیر ساده گرا (به صورت شرح دادن مشکل بیمار بر اساس اثرات جامعه) باشند.

***نکته:** چنین الگویی بیشترین استفاده را در بررسی اختلالات شخصیت دارد.

رویکردهای روش شناختی Methodological approaches

موارد زیر انواعی از رویکردهایی است که در بررسی علل اختلالات روان پزشکی به کار می رود.

● اپیدمیولوژی

عبارت است از بررسی و مطالعه بر روی توزیع مکانی و زمانی بیماری ها در یک جمعیت و همچنین عوامل موثر بر این توزیع. در روان پزشکی، از اپیدمیولوژی برای به دست آمدن اطلاعاتی درباره ی شیوع (که برای طرح ریزی خدمات مفید است) و همچنین یافتن علت مشکل بیمار استفاده می شود.

● ژنتیک

مطالعات ژنتیکی در روان پزشکی به سه علت انجام می شوند:

۱. کمک نسبی که شناختن عوامل ژنتیکی و محیطی به مشخص کردن علت مشکل بیمار می کند.

۲. اختلالات ارثی که اساس ژنتیکی دارند.

۳. مکانیسم های بیوشیمیایی دخیل در بیماری های ارثی.

از سه روش برای مطالعه ی مشکلات ژنتیکی استفاده می شود، روش های اپیدمیولوژیکی در مطالعه ی جمعیت ها و

خانواده ها می توانند تاثیر عوامل ژنتیکی بر سبب شناسی را ارزیابی کنند و تا حدودی شیوه به ارث رسیدن (مانند غال یا مغلوب) را مشخص سازند.

● مطالعات بیوشیمیایی

انجام مطالعات بیوشیمیایی در روان پزشکی به سه دلیل مشکل است.

۱. مغز زنده برای انجام این گونه مطالعات به طور مستقیم در دسترس نیست و بافت پس از مرگ نیز مناسب نمی باشد (چون اکثر اختلالات روان پزشکی منجر به مرگ بیمار نمی شوند).
۲. مطالعاتی که بر روی حیوانات انجام می شوند، کاربرد محدودی دارند، زیرا اختلالات روانی به آن صورتی که در انسانها دیده می شود، در حیوانات وجود ندارد (با وجود این، مطالعات انجام شده بر روی حیوانات برای بررسی اثرات داروها بر مغز می باشند).
۳. مشکل است که بتوانیم ثابت کنیم ناهنجاری های بیوشیمیایی یافت شده در بیمار هستند که سبب ابتلای وی به اختلال کنونی شده اند و این ناهنجاری های ثانویه به دلیل تغییراتی در رژیم غذایی بیمار یا عملکردهای ناشی از اختلال روانی وی و یا اثر داروهای به کار رفته جهت درمان او به وجود نیامده اند.

● فارماکولوژی

اگر دارویی یک اختلال را بهبود بخشیده و مکانیسم اثر آن نیز شناخته شده باشد، ممکن است بتوان به ناهنجاری بیوشیمیایی زمینه ای را پی برد. البته در هنگام بیان چنین استنتاجی حتما باید جانب احتیاط را رعایت کرد، زیرا داروهایی که بر یک اختلال موثرند، همیشه مستقیما بر روی ناهنجاری بیوشیمیایی زمینه ای اثر نمیکنند. به عنوان مثال، داروهای آنتی کولینرژیک در بیماری پارکینسون کارایی مناسبی دارند، ولی نشانه های این اختلال ناشی از نقص در انتقال عصبی دوپامینرژیک است و نتیجه ی انتقال عصبی کولینرژیک بیش از حد.

● بررسی عملکرد غدد درون ریز (اندوکرینولوژی)

در روان پزشکی، آزمون های بررسی عملکرد غدد درون ریز به دلیل اهداف ذیل انجام می شوند :

۱. تعیین چگونگی تغییر فعالیت هورمونی در اختلالات روان پزشکی.
 ۲. استفاده از تغییرات عملکرد غدد درون ریز جهت بررسی غیرمستقیم سایر فرآیندها.
- علت چنین کاربردی این است که بسیاری از عملکردهای غدد درون ریز به وسیله ی واسطه های عصبی کنترل میشوند و این واسطه ها می توانند در به وجود آوردن اختلال بیمار نقش داشته باشند. بنابراین، اگر ناهنجاری در عملکرد غدد درون ریز ناشی از عملکرد مختل یک واسطه ی عصبی بخصوص در یک سیستم مغزی باشد، امکان دارد که همین واسطه ی عصبی در یک سیستم دیگر مغز نیز به گونه ای ناهنجار عمل کند و این ناهنجاری سبب به وجود آمدن اختلال در بیمار شود. به عنوان مثال، در افسردگی، ناهنجاری درون ریز دال بر کاهش عملکرد TH-^o وجود دارد و این گونه مطرح شده است که علت چنین اختلالی، کاهش TH-^o در نواحی وسیع تری از مغز است.

● آسیب شناسی عصبی (نوروپاتولوژی)

بیش از یک قرن است که پس از مرگ بیماران، مغز آن ها مورد بررسی آسیب شناسی عصبی قرار می گیرد. این مطالعات اطلاعات مفیدی درباره ی دمانس و سایر اختلالات ارگانیک در اختیار قرار می دهند. با پیشرفت هایی که در روش های تصویر برداری از مغز به وجود آمده اند، می توان ساختار و عملکرد مغز بیمار را در هنگام حیات بررسی کرد.

• الکتروفیزیولوژی

یافته های الکتروفیزیولوژیک که با کار گذاشتن الکترودهایی بر روی سطح جمجمه (همانند الکتروانسفالوگرافی) به دست می آیند، اطلاعات دقیقی درباره ی ماهیت و محل فعالیت ناهنجار مغز فراهم نمی کنند و تنها اندکی به درک اختلالات روان پزشکی کمک می کنند.

مکانیسم های کنار آمدن Coping mechanisms

شیوه هایی هستند که مردم با استفاده از آن ها تلاش می کنند با وقایع استرس زا کنار بیایند. این عبارت هم می تواند مفهوم گسترده ای داشته باشد و هم می تواند محدود باشد. مفهوم گسترده آن شامل تمام راه های پاسخ دادن به وقایع استرس زا می باشد که ممکن است این پاسخ دادن، واکنش استرسی را کاهش دهد یا اینکه آن را کاهش ندهد. مفهوم محدود آن به پاسخ هایی اطلاق می شود که واکنش استرسی را کاهش میدهند. برای پرهیز از هر گونه آشفتگی بهتر است از واژه های ناسازگارانه یا غیرموثر برای پاسخ هایی استفاده کنیم که نمی توانند واکنش استرسی را کاهش دهند. مکانیسم های کنار آمدن دارای دو جزء هستند: (۱) فرآیندهای درونی (۲) رفتار قابل مشاهده.

روان انسان مانند رودخانه ای است که از انشعابات کوچکی تشکیل یافته است. این انشعابات همان اعضای مختلف سازنده وجود و روان انسان هستند. که مرتب تحت تاثیر عوامل فیزیکی، شیمیایی، فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی و... می باشند که در زمان های مختلف و مکان های متفاوت در سازمان جسم و روان ما تاثیر می گذارند. همان طور که انشعابات کوچک ولی گل آلود نمیتوانند رودخانه عظیمی را گل آلود سازد استرس ها، ناملايمات و تضادهای کوچک چون وزش باد در روان تاثیر کرده، ولی قادر نخواهد بود آن را متشنج و بیمار سازد. به عبارت دیگر روان سالم ناکامی ها و فشارهای کوچک را تحمل کرده و آرامش قبلی را پس از رفع فشارها باز می یابد. ولی اگر استرس هایی که بر وجود آدمی اثر می کنند شدت یابند و یا مرتباً تکرار شوند، مثل بادی که اگر همیشه وزش شدید داشته باشد درخت را خم کرده و شاخه های آن را خواهد شکست وجود انسان نیز تحت تاثیر عوامل مهاجم تعادل خود را از دست خواهد داد که همان بروز بیماری است.

از همین جا نتیجه می گیریم که یک عامل مانند مرگ عزیزان، طلاق و یا شکست در زندگی نمی تواند به تنهایی عامل ایجاد بیماری روانی شود. بلکه ممکن است یکی از عوامل ایجاد کننده به شمار آید پس بیماری های روانی عوامل چند جانبه دارند و چند علتی بودن در اکثر بیماریهای روانی یک قانون کلی است.

سؤالات فصل چهارم

۱. کدام یک از جملات زیر در رابطه با بیماری های روانی صحیح نیست ؟
 - الف) پیشگیری و درمان بیماریهای روانی مستلزم شناخت علل آن است.
 - ب) پیشگیری نیازمند شناخت علل و درمان بیماری روانی مستلزم تجربه است.
 - ج) علل و سبب شناسی در بیماری های روانی بسیار مشکل است.

د) پیگیری و درمان بیماریهای روانی گاهی به نظر غیر ممکن می رسد.

جواب: گزینه ب

۲. کدام گزینه مشکلات موجود در سبب شناسی بیماری های روانی را به درستی بیان نمی کند؟

الف) یک علت واحد در بیماری های روانی سبب ایجاد یک بیماری خاص روانی می شود.

ب) بیماران روانی مبتلا به یک نوع بیماری ممکن است علایم مختلفی را نشان دهند.

ج) یک بیمار روانی در زمان های مختلف ممکن است دارای علایم و رفتارهای متفاوت باشد.

د) فاصله زمانی علت ایجاد تا بروز آثار یک بیماری روانی ممکن است زیاد باشد.

جواب: گزینه الف

۳. کدام یک از موارد زیر از عوامل مستعدکننده ایجاد بیماری های روانی نمی باشد؟

الف) عوامل تسریع کننده (ب) عوامل بیولوژیک (ج) عوامل روانی (د) عوامل اجتماعی

جواب: گزینه الف

۴. کدام یک از موارد زیر در طبقه بندی موارد الگوی زیستی بیماریهای روانی صحیح است؟

الف) وراثت- سن - جنس - عوامل بیوشیمیایی

ب) فرهنگ - وراثت- سن - صدمه به مغز

ج) فرهنگ- شغل- درآمد - وراثت

د) وراثت - سن - شغل - فرهنگ

جواب: گزینه الف

۵. کدام گزینه طبقه بندی موارد الگوی اجتماعی بیماری های روانی صحیح است؟

الف) وراثت - سن - جنس - عوامل بیوشیمیایی

ب) فرهنگ- شغل- درآمد-آموزش

ج) فرهنگ-جنس-درآمد-عوامل بیوشیمیایی

د) وراثت-شغل-فرهنگ-آموزش

جواب: گزینه ب

۶. در بین عوامل بیوشیمیایی اختلال در کدام نوروترانسمیتر نقش مهمتری در شروع بیماری های روانی بازی میکند؟

الف) تاراکسین (ب) سروتونین (ج) ادینوکروم (د) دوپامین

جواب: گزینه د

۷. کدام مورد در تاثیر جنس در ایجاد بیماریهای روانی صحیح تر است؟

الف) جنس به تنهایی فرد را مستعد ابتلا به بیماری های روانی نکرده ولی از آن محفوظ می دارد.

ب) جنس به تنهایی فرد را مستعد ابتلا به بیماری های روانی نکرده و از آن محفوظ نمی دارد.

ج) جنس به تنهایی فرد را مستعد ابتلا به بیماری های روانی کرده ولی از آن محفوظ می دارد.

د) جنس به تنهایی فرد را مستعد ابتلا به بیماری های روانی کرده ولی از آن محفوظ نمی دارد.

جواب: گزینه ب

۸. اختلالات شخصیت پارانوئید، پارانویا، اختلالات اضطرابی و افسردگی به ترتیب در کدام جنسیت بیشتر هستند؟

الف) زن - زن - مرد - مرد (ب) مرد - زن - مرد - زن

ج) زن - مرد - زن - مرد (د) مرد - مرد - زن - زن

جواب : گزینه د

۹. کدام یک از مشاغل زیر جزء شغل های مستعد اختلالات روانی نمی باشد؟

- الف) مامورین آتش نشانی
ب) پرستاران
ج) جراحان
د) کارکنان اتاق عمل

جواب : گزینه ب

۱۰. طبق تحقیقات انجام شده اوج بیماری های روانی در کدام سنین است ؟

- الف) ۲۴-۴۴ سالگی
ب) ۳۴-۴۴ سالگی
ج) ۲۴-۱۴ سالگی
د) ۱۴-۴۴ سالگی

جواب : گزینه الف

۱۱. به مطالعات کمی و کیفی که برای پی بردن به علل مشکلات بیماری روانی بیمار می پردازد به ترتیب و می گویند.

- الف) درک - توجیه
ب) توجیه - تشریح
ج) توجیه - درک
د) درک - فهم

جواب : گزینه د

۱۲. رویکردی کیفی که معتقد است خشونت بیمار به علت توهینی است که یکی از همسایگان به همسر وی کرده است.

- الف) درک
ب) توجیه
ج) تشریح
د) علل چندگانه

جواب : گزینه الف

۱۳. عوامل ژنتیکی، محیط داخل رحمی، آسیب های وارده هنگام تولد، جزء کدام دسته از علل مشکلات روانی هستند ؟

- الف) عوامل تسریع کننده
ب) عوامل مستعد کننده
ج) عوامل تثبیت کننده
د) عوامل چندگانه

جواب : گزینه ب

۱۴. عوامل وقایعی هستند که به فاصله کمی از قبل از شروع از اختلال روانی بیمار اتفاق می افتند و سبب به وجود آمدن آن اختلال می شوند.

- الف) عوامل مستعد کننده
ب) عوامل تسریع کننده
ج) عوامل چندگانه
د) عوامل تثبیت کننده

جواب : گزینه ب

۱۵. عوامل، عواملی هستند که سبب طولانی شدن یک اختلال بعد از به وجود آمدن آن می شوند.

- الف) عوامل مستعد کننده
ب) عوامل تسریع کننده
ج) عوامل چندگانه
د) عوامل تثبیت کننده

جواب : گزینه د

۱۶. به بررسی، مطالعه و عوامل موثر بر توزیع مکانی و زمانی بیماری ها چه می گویند ؟

- الف) مطالعه مقطعی
ب) مطالعه هم گروهی
ج) اپیدمیولوژی
د) مطالعه مورد شاهدی

جواب : گزینه ج

۱۷. کدام الگو در سبب شناسی بیماریهای روانی تلاش می کند تا با برگشتن به مراحل مقدماتی تر و ساده تر پیشین،

علت مشکل بیمار را مشخص کند؟

الف) الگوی رفتاری

ب) الگوی ساده گرا

ج) الگوی غیر ساده گرا

د) الگوی طبی

جواب: گزینه ب

۱۸. مراقبت‌ها، دلسوزی‌ها و نگرانی‌های بیش از حد بستگان، جزء کدام دسته از علل مشکلات روانی می‌باشند؟

الف) عوامل تثبیت کننده

ب) عوامل مستعد کننده

ج) عوامل تسریع کننده

د) عوامل چندگانه

جواب: گزینه الف

۱۹. کدام یک از الگوهای سبب شناسی به طور وسیع تر به علل و ریشه‌های مشکل بیمار می‌پردازد؟

الف) الگوی غیر ساده گرا

ب) الگوی ساده گرا

ج) الگوی طبی

د) الگوی رفتاری

جواب: گزینه الف

۲۰. کدام الگوی سبب شناسی می‌تواند در مطالعه بر روی اسکیزوفرنیا و اختلالات عاطفی شدید مفید باشد؟

الف) الگوی رفتاری

ب) الگوی طبی

ج) الگوی ساده گرا

د) الگوی غیر ساده گرا

جواب: گزینه ب

فصل پنجم

رابطه پزشک بیمار و مصاحبه بالینی

مهمترین مشخصات رابطه موفق پزشک و بیمار

۱. همدل بودن پزشک و کنترل بیشتر مصاحبه توسط بیمار

۲. ابراز هیجان توسط پزشک و بیمار

۳. ارائه اطلاعات توسط پزشک در پاسخ به سئوالات بیمار

سبک ایجاد ارتباط: ۱. تکنیک‌های کمک به ارتباط با بیمار:

● استفاده از زبان مثبت مانند تأیید و خوش خلقی

● ایجاد احساس مشارکت مانند قدردانی از درک بیمار و تفسیر کلمات او

● پرسیدن سئوالات تکراری با عباراتی متفاوت

● ارائه پاسخ کامل به سئوالات بیمار

۲. عوامل موثر بر پذیرش بیمار:

● ساده بودن رژیم دارویی

● نحوه ارائه اطلاعات: - با برقراری تماس چشمی با بیمار

– استفاده از ایما و اشاره Body Language

نکات مهم در ایجاد ارتباط بین پزشک و بیمار

- خودداری از زمان بندی در مطب
- مشارکت بیمار در روند تصمیم گیری
- ارائه اطلاعات کافی به بیمار
- صحبت کردن با بیمار به صورت گفتگو و نه سخنرانی
- تنظیم رابطه متقابل با بیمار با توجه به شرایط وی
- تغییر تعادل قدرت از پزشک به بیمار

خصوصیاتی که برای پزشک توصیه نمی شود

- مواجهه گر
- مباحثه گر
- قضاوت کننده
- مغرور و یکدنده

مهارت های اصلی برای ارتباط با بیمار

- همدلی
- توانایی گوش دادن دقیق
- دانش تخصصی
- توانایی برقراری رابطه

اجزای اصلی در رابطه پزشک و بیمار

۱. گوش دادن فعال : یعنی علاوه بر گوش دادن به احساسات ناگفته موجود

در فضای گفتگو نیز توجه شود.

۲. محتوای تعامل : آن چیزی است پزشک و بیمار واقعا می گویند. در واقع خود

واقعی فرد است. آنچه فرد در مورد خودش باور دارد و می خواهد دیگران در موردش باور داشته باشند.

۳. فرآیند : آن چیزی که منظور پزشک و بیمار است.

***نکته:** پزشک باید هم محتوای تعامل و هم فرآیند را در نظر بگیرد زیرا در ارتباط بین دو نفر همزمان و در سطح متعددی در جریان است.

۴. تفاهم (Rapport) : بر وجود درک و اعتماد بین پزشک و بیمار دلالت دارد.

● فردی سعی می کند برای کسب تائید و برقراری روابط خوب با دیگران از قوانین پیروی کند. در کدام سطح از رشد اخلاقی کلبرگ قرار دارد ؟

(کنکور ارشد مشاوره در مامایی - ۹۳)

الف) پیش قراردادی ب) قراردادی ج) اخلاقی د) فرااخلاقی

جواب : گزینه ب

***نکته:** شش راهبرد برای شکل گیری تفاهم به نقل از آتمر:

- تامین احساس راحتی بیمار و مصاحبه
- یافتن ناراحت بیمار و ابراز همدردی
- ارزیابی بینش بیمار و متحد شدن با او
- نشان دادن مهارت و کاردانی
- برقراری اقتدار به عنوان درمانگر و پزشک
- ایجاد تعادل بین یک شنونده دلسوز و متخصص صاحب اقتدار

۵. همدلی: (Empathy) شیوه ای برای تقویت تفاهم است. همدلی را نمیتوان به وجود آورد اما می توان از طریق آموزش، مشاهده و تامل در خود آن را تعمیق و متمرکز کرد. در همدلی نشانه های غیر کلامی مانند وضعیت قرارگیری بدن و تظاهر چهره بسیار مورد توجه قرار گرفته ومهم است.

۶. انتقال : (Transference) انتقال یک سری انتظارات، باورها و پاسخ های هیجانی که بیمار را وارد رابطه با پزشک می کند. انتقال با تجارب مستمر بیمار یا مظاهر مهم قدرت در طول زندگی مربوط است.

نکته مهم: داوطلبین محترم توجه فرمایید که با تهیه این جزوات دیگر نیاز به خرید هیچ گونه کتاب مرجع دیگری نخواهید داشت. برای اطلاع از نحوه دریافت جزوات کامل با شماره های زیر تماس حاصل فرمایید.

۰۲۱/۶۶۹۰۲۰۶۱-۶۶۹۰۲۰۳۸-۰۹۳۷۲۲۲۳۷۵۶

۰۱۳/۳۳۳۳۸۰۰۲ (رشت)

۰۱۳/۴۲۳۴۲۵۴۳ (لاهیجان)

خرید اینترنتی:

Shop.nokhbegaan.ir