

اختلالات روانپزشکی



نکات مهم

- تغذیه
- داروی گیاهی
- سلامت درمانگر

دسته بندی اختلالات روانپزشکی

- افسردگی
- دوقطبی
- اضطرابی
- اختلال وسواسی جبری و اختلالات مرتبط با آن
- اختلالات مرتبط با تروما
- اسکیزوفرنی و اختلالات مرتبط با آن
- اختلالات شبه جسمی
- صرع
- عقب ماندگی ذهنی
- اختلالات کودکان و نوجوانان



Psychoeducation

اختلال افسردگی اساسی

افسردگی

Psychoeducation

- ❖ افسردگی یک اختلال شایع و قابل درمان است.
- افسردگی نشانه‌ی ضعف اراده، تنبلی و تلقین نیست.
- عوامل ارثی و محیطی هر دو در ایجاد آن نقش دارند.
- ❖ توضیح انواع درمان به بیمار
- از زمان مصرف دارو، ۳ تا ۴ هفته طول می‌کشد تا اثرات درمانی ظاهر شود.
- مصرف دارو باید منظم باشد.
- بدن شما به دارو نیاز دارد و این به معنی اعتیاد نیست.
- عوارض دارویی معمولاً پس از مدتی که از درمان گذشت، برطرف خواهند شد.
- مدت درمان را پزشک مشخص می‌کند، اما معمولاً نیاز به ۸ ماه مصرف دارو وجود دارد.
- قبل از قطع دارو با پزشک مشورت شود.
- قطع خودسرانه‌ی دارو منجر به عود علائم و تجربه‌ی عوارض ناخوشایند می‌شود.

افسردگی

Psychoeducation

- ❖ انجام فعالیت هایی که قبلا لذت بخش بوده باید حفظ شود، حتی اگر در حال حاضر لذت بخش نیستند.
- خواب و تغذیه ی منظم (نه بیش از حد) باید حفظ شود.
- فعالیت های اجتماعی، مثل سر زدن به فامیل کمک کننده است.
- انجام فعالیت بدنی مثل ورزش کمک کننده است.
- ❖ همکاری خانواده برای درمان فرد افسرده لازم است و بهتر است ، گاهی همراه بیمار مراجعه کنند.

موارد ارجاع به روانپزشک

موارد ارجاع فوری به روانپزشک

- بیماری که به هر دلیل فکر (ایده) خودکشی دارد، حتا اگر به نظر پزشک واقعی نرسد.
- بیماری که از خوردن آب و غذا امتناع می‌کند.
- وجود اختلال جدی در غذا خوردن، وضعیت طبیی بد، عدم تحرک، عدم صحبت.

موارد ارجاع فوری به بخش روانپزشکی

- بیماری که طرح یا برنامه‌ی جدی برای خودکشی دارد.
- بیماری که احتمال می‌رود به دیگران آسیب برساند.
- بیمار بسیار تحریک‌پذیر، آژितه یا شدیداً بیقرار که کنترل رفتار وی دشوار است.

موارد ارجاع غیرفوری به روانپزشک

- بیمار افسرده‌ای که سابقه‌ای از دوره‌های مانیا یا هیپومانیا داشته باشد.
- بیمار افسرده‌ای که علایم سایکوتیک داشته باشد.
- بیمار افسرده‌ای که پس از پاسخ نسبی به درمان پیشرفت درمانی وی متوقف شده و به افزایش دوز دارو و اقدامات غیردارویی کارشناس پاسخ نداده است.
- بیماری که دچار عوارض دارویی شده و به اقدامات ابتدایی درمانی پزشک پاسخ نداده است.

ارزیابی خطر خودکشی و شیوه برخورد با آن

- شما خانم ۲۵ ساله دیپلمه که ۶ سال قبل ازدواج و حدود ۳ سال قبل بعلت عدم سازگاری با همسر طلاق گرفته اید و فرزند ندارید.
- سابقاً منشی یک شرکت خصوصی بوده اید و بدنبال تعطیلی شرکت فعلاً بیکار می باشید.
- سابقه یک بار بستری قبلی با تشخیص افسردگی حدود ۸ سال قبل به بدنبال خودکشی مادرتان دارید.
- شروع بیماری اخیر از حدود یکماه قبل بدنبال بیکار شدن شما می باشد.
- علائم بصورت خلق افسرده، عدم لذت از زندگی، کم خوابی، سحرخیزی، کم شدن اشتها، بیحالی ، احساس ناامیدی، حواس پرتی، گوشه گیری وقطع رابطه بادوستان بوده است.
- سابقه مصرف مواد (بجز سیگار روزانه ۱۰ نخ) و سابقه بیماری جسمی خاصی ندارید.
- اعتقادات مذهبی مستحکمی ندارید.
- ارتباط با خانواده نامناسب است و پس از طلاق در یک واحد آپارتمانی کوچک با یکی از برادرهای خود که کارگر شرکتی است زندگی می کنید. ارتباط مناسبی با وی ندارید.

ادامه

- سال قبل یک نوبت اقدام به خودکشی با قرص داشته اید.
- در فواصل بیماری بهبودی حاصل و دوره های خلق بالا و یا توهم و هذیان نداشته اید.
- طی یکماه گذشته مجدداً علائم بصورت افسردگی با کیفیت گفته شده فوق همراه با افکار مکرر خودکشی به سراغ شما آمده است و چند بار اقدام به خودکشی با مصرف دارو و بصورت تکانشی داشته اید.
- آخرین بار شب گذشته در اتاق تنها و با فکر مردن، با خوردن ۵۰ عدد قرص ایمی پرامین ۲۵ میلی گرم بوده که بدنبال خواب آلودگی شما برادران متوجه شده و شما را به اورژانس مسمومین انتقال داده است.
- در حال حاضر از زندگی سیر هستید و آرزو می کنید که کاش زنده نبودید و در ذهن خود برای خودکشی بعدی برنامه ریزی می کنید. یاداشتی از خود و وصیت نامه ای بجا نگذاشته اید.
- از نظر سابقه خانوادگی مادر حدود ۸ سال پیش بدلیل خودکشی در زمینه افسردگی فوت کرده است و یکی از برادرها هم افسرده می باشد.
- در حال حاضر تحت درمان ۱۵۰ میلی گرم ایمی پرامین می باشید. درمانهای انجام شده قبلی را بخاطر نمی آورید و تحت درمان نامنظم دارویی بوده اید.
- در حال حاضر خانواده حضور ندارد ولی شماره تلفن آنها را بخاطر دارید که ارائه می نمائید و اگر پیشنهاد بستری داده شد مخالفت نمایید و بگویید قصد خروج از مرکز را دارید.
- اگر سؤال دیگری پرسید پاسخ شما منفی است.

ارزیابی خطر خودکشی و شیوه برخورد با آن

- شما خانم ۲۵ ساله دیپلمه که ۶ سال قبل ازدواج و حدود ۳ سال قبل بعثت عدم سازگاری با همسر **طلاق** گرفته اید و **فرزند ندارید**.
- سابقاً منشی یک شرکت خصوصی بوده اید و بدنبال تعطیلی شرکت فعلاً **بیکار** می باشید.
- سابقه یک بار بستری قبلی با تشخیص افسردگی حدود ۸ سال قبل به بدنبال خودکشی مادرتان دارید.
- شروع بیماری اخیر از حدود یکماه قبل بدنبال بیکار شدن شما می باشد.
- علائم بصورت خلق افسرده، عدم لذت از زندگی، کم خوابی، سحرخیزی، کم شدن اشتها، بیحالی ، احساس ناامیدی، حواس پرتی، گوشه گیری وقطع رابطه بادوستان بوده است.
- سابقه مصرف مواد (بجز سیگار روزانه ۱۰ نخ) و سابقه بیماری جسمی خاصی ندارید.
- **اعتقادات مذهبی** مستحکمی ندارید.
- **ارتباط با خانواده نامناسب** است و پس از طلاق در یک **واحد آپارتمانی کوچک** با یکی از برادرهای خود که کارگر شرکتی است زندگی می کنید. ارتباط مناسبی با وی ندارید.

ادامه

- سال قبل یک نوبت **اقدام به خودکشی** با قرص داشته اید.
- در فواصل بیماری بهبودی حاصل و دوره های خلق بالا و یا توهم و هذیان نداشته اید.
- طی یکماه گذشته مجدداً علائم بصورت افسردگی با کیفیت گفته شده فوق همراه با افکار مکرر خودکشی به سراغ شما آمده است و چند بار اقدام به خودکشی با مصرف دارو و بصورت تکانشی داشته اید.
- آخرین بار شب گذشته در اتاق تنها و با فکر مردن، با خوردن ۵۰ عدد قرص **ایمی پرامین** ۲۵ میلی گرم بوده که بدنبال خواب آلودگی شما برادران متوجه شده و شما را به اورژانس مسمومین انتقال داده است.
- در حال حاضر از زندگی سیر هستید و آرزو می کنید که کاش زنده نبودید و در ذهن خود برای خودکشی بعدی **برنامه ریزی** می کنید. یادداشتی از خود و وصیت نامه ای بجا نگذاشته اید.
- از نظر سابقه خانوادگی مادر حدود ۸ سال پیش بدلیل خودکشی در زمینه افسردگی فوت کرده است و یکی از برادرها هم افسرده می باشد.
- در حال حاضر تحت درمان ۱۵۰ میلی گرم ایمی پرامین می باشید. درمانهای انجام شده قبلی را بخاطر نمی آورید و تحت **درمان نامنظم دارویی** بوده اید.
- در حال حاضر خانواده حضور ندارد ولی شماره تلفن آنها را بخاطر دارید که ارائه می نمائید و اگر پیشنهاد بستری داده شد مخالفت نمایید و بگویید قصد خروج از مرکز را دارید.
- اگر سؤال دیگری پرسید پاسخ شما منفی است.

- 
- 
- ۱ - ایجاد **Rapport** و همدلی و تعامل مناسب
 - ۲ - بررسی شدت افسردگی
 - ۳ - بررسی سابقه دوره های افسردگی یا مانیای قبلی و نوع درمان
 - ۴ - بررسی مصرف مواد مخدر یا محرک یا الکل
 - ۵ - بررسی استرس های مؤثر بر تصمیم به خودکشی (بیکاری و جدایی)
 - ۶ - سابقه قبلی اقدام به خودکشی سابقه خانوادگی خودکشی و اختلالات روانپزشکی در خانواده
 - ۷ - پرسش در مورد آرزوی مرگ، ناامیدی و بی میلی به زندگی
 - ۸ - پرسش درباره فکر جاری خودکشی و طریقه آن و تهیه وصیت نامه
 - ۹ - وضعیت ارتباطات بین فردی فعلی و حمایت اجتماعی
 - ۱۰ - تأکید به بیمار جهت لزوم بستری
 - ۱۱ - تماس با خانواده و دوستان بیمار
 - ۱۲ - ختم مناسب مصاحبه
 - ۱۳ - ارائه راهکارهای مناسب برای نگهداشتن بیمار در مرکز

مدیریت رفتار خودکشی

خطر بالای خودکشی

- فرد را در یک محیط امن و تحت نظارت در مرکز قرار دهید و به هیچ وجه او را تنها نگذارید.
- وسایلی را که می تواند با آن به خود صدمه بزند، از دسترس دور نگه دارید.
- وی را به اورژانس اجتماعی به منظور انجام اقدامات فوری مانند بستری کردن در بیمارستان ارجاع دهید.
- اگر دسترسی به متخصص ندارید، از خانواده، اقوام و دوستان تقاضا کنید تا در مدت زمانی که خطر خودکشی بالاست، او را تحت نظارت داشته باشند.

مدیریت رفتار خودکشی

خطر پایین خودکشی

❖ ارجاع به یک متخصص

❖ حمایت روانی اجتماعی:

حمایت از بیمار از طریق نشان دادن علاقه، فهم و همدلی

بررسی دلایل زنده ماندن

تمرکز روی نقاط قوت و مثبت شخص با یادآوری حل مشکلات قبلی

شناسایی استرس‌های روانی اجتماعی بیمار و کمک به وی برای مقابله‌ی مؤثر با آنها

فعال کردن سیستم حمایت روانی اجتماعی بیمار

آموزش خانواده

❖ پایش و پیگیری:

از طریق تماس تلفنی، حضور در منزل بیمار و یا ترتیب دادن جلسات منظم با بیمار در کاهش خطر خودکشی اهمیت زیادی دارد. این پایش و پیگیری در ابتدا با فواصل اندک (مانند هفته‌ای یک بار در ماه اول) انجام می‌شود و پس از اینکه خطر خودکشی به میزان قابل ملاحظه‌ای کاهش یافت می‌توان آن را در فاصله زمانی بیش‌تری (هر چهار هفته یک بار) انجام داد.

ارجاع فوری به پزشک در صورت نیاز و پیگیری بر اساس نظر پزشک



Psychoeducation

اختلال دوقطبی

رهنمود فعالیت داوطلب

شما با خانمی مواجه می شوید که مبتلا به اختلال دو قطبی است و هفته گذشته بعد از سه هفته بستری به دنبال اولین اپیزود مانیا از بیمارستان ترخیص شده است از شما انتظار میرود ، به ۷ سوال وی در مورد بیماری اش بر مبنای اصول علمی و فرهنگی پاسخ دهید.


راهنمای بیمار نما

شما خانم ۲۳ ساله، متاهل از یک سال قبل وبدون فرزند، دانشجوی مهندسی کامپیوتر و خانه دار هستید که یک هفته قبل به دنبال سه هفته بستری از بیمارستان روانپزشکی ترخیص شده اید. در زمان ترخیص به شما گفته اند که مبتلا به اختلال دوقطبی هستید و باید دارو مصرف کنید.


اگر در مورد علت مراجعه شما پرسیدند بگویید متوجه توضیحاتی که در روز ترخیص در مورد بیماری به شما داده اند نشده اید و از ایشان چند سوال دارید.

در صورتیکه از شما خواستند که اگر سوالی دارید مطرح کنید موارد زیر را عنوان کنید، در هر مورد تنها زمانی که مصاحبه گر از شما پرسید آیا سوال دیگری دارید ، سوال خود را مطرح کنید.

- (۱) در روز ترخیص روی خواب من خیلی تاکید کردند، خواب من باید چگونه باشد؟
- (۲) اگر احساس کردم که حال خوب نیست آیا می توانم تا زمانی که به پزشکم دسترسی پیدا کنم، تغییراتی در نحوه مصرف داروهایم بدهم ؟
- (۳) مادرم برای من دعایی گرفته و گفته شب ها آن را زیر سرم بگذارم، در این مورد چه نظری دارید ؟ (اگر کارشناس در مورد اعتقاد شما به این عمل سوال کرد بگویید که معتقدید که شاید به شما کمک کند.)
- (۴) در روز ترخیص در مورد فکر خودکشی خیلی تاکید کردند، اگر این فکر به سراغم آمد چه کنم ؟
- (۵) اخیرا به دلیل مشکلات تحصیلی، به تغییر رشته فکر می کنم، در این زمینه چه توصیه ای دارید؟
- (۶) آیا در آینده می توانم باردار شوم؟
- (۷) همسرم قصد دارد فردا من را به مشهد ببرد چون معتقد است که در بهبود وضعیت روحی من موثر است ، آیا می توانم به سفر بروم؟



موارد مورد بررسی

۱. identification data به ویژه سطح تحصیلات بیمار
 ۲. اشاره به لزوم وجود نظم در الگوی خواب و بیداری
 ۳. اشاره به پرهیز از تغییر خودسرانه درمیزان مصرف داروها
 ۴. بررسی اعتقاد بیمار به استفاده از دعا و نقش آن در بهبود او و پرهیز از چالش با باورهای او
 ۵. اشاره به لزوم در میان گذاشتن فکر خودکشی با درمانگر در اولین فرصت
 ۶. اشاره به اجتناب از تصمیم گیری در مورد امور مهم زندگی از جمله تغییر رشته تحصیلی
 ۷. اشاره به حق طبیعی او برای داشتن فرزند و لزوم اطلاع به روانپزشک در مورد قصد بارداری
 ۸. اشاره به اجتناب از مسافرت بلافاصله بعد از ترخیص، لزوم همراه داشتن داروها در سفر و مصرف به موقع آنها و اهمیت نظم خواب در سفر
 ۹. داشتن رویکرد مشارکتی و پرهیز از نقش سخنران
 ۱۰. جمع بندی مناسب
- 

اختلال دوقطبی

Psychoeducation

- ❖ افراد مبتلا به اختلال دوقطبی، روحیات متفاوتی را تجربه می کنند. ممکن است زمانی بسیار شاد و پر انرژی (شیدایی /مانیا/هیپومانیا) ، زمانی بسیار غمگین و در زمان دیگر بسیار تحریک پذیر باشند.
- توضیح سیر بیماری و ماهیت عود کننده آن و نقش دارو
- عوامل ارثی و استرس های محیطی در پیدایش این اختلال نقش دارند، اما علت اصلی آن مشخص نیست.
- ❖ سرزنش بیمار، سطح بالای هیجان و خشونت در خانواده شرایط بیمار را بدتر می کند.
- ازدواج هیچ گونه نقش درمانی ندارد.
- ❖ برای جلوگیری از عود، لازم است: استرس کم، خواب منظم، مصرف منظم دارو و نظم در شرایط وجود داشته باشد.
- علائم هشدار یا امضای بیماری: کاهش خواب، ولخرجی، افزایش انرژی، گوشه گیری، بدبینی، پرخاشگری، پر حرفی
- مصرف الکل و سوء مصرف سایر مواد باعث افزایش دفعات عود می شود.



اختلال دوقطبی

Psychoeducation

- ❖ بهبودی پس از مصرف دارو به معنای عدم احتیاج به دارو نیست.
- در مواقع بروز علائم هشدار سریعاً به پزشک جهت تنظیم دارو مراجعه شود.
- توصیه های ضروری در موارد لیتیم
- توصیه های ضروری در مورد والپرات

موارد ارجاع به روانپزشک: همه ی موارد

ارجاع فوری: مشابه افسردگی



Psychoeducation

اختلال هراس



اختلال هراس

Psychoeducation

1. توضیح مدل ترس در اختلال پانیک
2. توضیح علایم حمله ی پانیک و مدت آن (مثال موج)
3. حساسیت بیماران پانیک به علایم جسمی و ارزیابی خطر
4. چرخه ی اجتناب و تشدید شدن حملات
5. اقدامات لازم هنگام حملات
6. اطمینان بخشی به بیمار پس از بررسی های لازم



Psychoeducation

اختلالات اضطرابی

اختلالات اضطرابی

Psychoeducation

1. زمان پاسخ حداکثر اختلالات اضطرابی به درمان ۲-۴ ماه است، اما پس از ۱ ماه علایم تا حدی کاهش می یابد.
2. ممکن است در ابتدای درمان، نیاز به مصرف داروی بنزودیازپین، جهت کاهش علایم و بهبود خواب باشد. اما پس از مدتی قطع می شود. بنابراین مصرف آن ها تحت نظر پزشک، خطر وابستگی ندارد.
3. مصرف الکل، کافئین، سیگار و... علایم را بدتر می کند، حتی اگر در کوتاه مدت باعث کاهش علایم شود.

موارد ارجاع

- جهت رد علل مدیکال به روانپزشک ارجاع شود.
- درمان های غیر دارویی در کنار درمان دارویی بسیار موثر است.



Psychoeducation

اختلال وسواسی جبری

نوع فعالیت مورد انتظار:

شما با یک بیمار دچار اختلال وسواسی جبری (OCD) روبرو می شوید و انتظار می رود طی ۱۰ دقیقه در این زمینه به او آموزش (psychoeducation) مناسب بدهید.

Case

شما خانم ۴۰ ساله ای هستید با تحصیلات دیپلم تجربی، با زمینه مذهبی و شغل خانه داری که مبتلا به اختلال وسواسی جبری هستید (قبلاً پزشک معالجتان به شما گفته است) و تاکنون مطالعه یا آموزشی در مورد این اختلال نداشته اید.

وسواس شما به صورت احساس نجس شدن و شستشوبرای برطرف کردن نجاست است. شما می دانید که این افکار (نجس شدن) بی اساس است ولی نمی توانید آن را از ذهن خود بیرون کنید و شستشو باعث کاهش اضطراب شما می شود ولی مجدداً نگران تکرار این قضیه می شوید.

تقاضای شما این است که بدانید آیا واقعاً وسواس یک بیماری است یا آن طور که شوهرتان می گوید اینها همه تحت اراده و اختیار خودتان است.

همچنین می خواهید بدانید که علت این بیماری چیست و آیا برای آن درمانی وجود دارد یا خیر؟



اختلال وسواسی جبری

Psychoeducation

1. وسواس عبارتست از فکر، احساس، اندیشه یا حسی عودکننده و مزاحم (مثل فکر آلوده یا نجس بودن، یا شک نسبت به بسته بودن در).
2. اجبار رفتاری آگاهانه است برای کاهش احساس ناراحتی ناشی از وسواس، نظیر شستن، واریسی یا اجتناب.
3. بیمار مبتلا به اختلال وسواسی اجباری معمولاً از غیرمنطقی یا زیاده از حد بودن وسواس‌هایش آگاهی دارد.
4. بیمار در طول زمان ممکن است دوره‌هایی از تخفیف و تشدید علائم را تجربه کند.
5. توضیح نیمه ارادی بودن انجام اجبار
6. توضیح درمان دارویی و غیر دارویی (مدل شناختی رفتاری)



Psychoeducation

اختلال پس از سانحه



اختلال پس از سانحه

Psychoeducation

- توضیح تروما یا سانحه (تهدید به مرگ خود یا فرد دیگر)
- علایم اجتنابی
- علایم مزاحم
- درمان شناختی رفتاری
- درمان دارویی
- رفع عامل تروما
- عوامل خطر

موارد ارجاع

مبنای درمان استفاده از دارو یا روان درمانی است. با توجه به در دسترس نبودن روان درمانی به اندازه کافی، در حال حاضر درمان انتخابی اول دارودرمانی است.

Psychoeducation

اسکیزوفرنی و اختلالات مرتبط با آن

Case

موقعیت:

بخش سینا ۲ - شما در اتاق ویزیت هستید و مادر بیمار اسکیزوفرن شما می خواهد پس از ۲۵ روز از اولین نوبت بستری فرزندش با شما ملاقات داشته باشد. بیمار در بهبودی نسبی است و اکنون عاری از علائم حاد است.

نوع فعالیت داوطلب:

در ۱۰ دقیقه شما باید بتوانید ضمن برقراری ارتباط مناسب در مورد بیماری و چگونگی برخورد با آن توضیحات مناسب را ارائه نموده و به ۴ سؤال مراجعه کننده پاسخ دهید.

Case

حسن م. مجرد، بیکار، ۲۳ ساله که با خانواده خویش زندگی می کند. برای اولین بار است که در بخش روانپزشکی بستری می باشد (با تشخیص اسکیزوفرنی **undifferentiated**). به علت بیقراری و هذیان حدود ۲۵ روز قبل توسط نیروی انتظامی و با درخواست مادر بستری گردیده است. اکنون پدر بیمار خواستار ملاقات با پزشک معالج وی است تا از وضع بیماری و سیر درمانی وی آگاه شود.

دادن جواب به سوالات SP :

- (۱) چرا پسر من به این بیماری دچار شده است؟
- (۲) بیمار تا کی باید دارو بخورد؟
- (۳) آیا وی می تواند ازدواج نماید؟
- (۴) آیا کارهای او می تواند غیرقابل پیش بینی و خطرناک باشد؟

اسکیزوفرنی و اختلالات مرتبط با آن

Psychoeducation

- توضیح در مورد علت ایجاد بیماری شامل نقش زمینه‌ای وراثت و نقش آغازکننده و تشدیدکنندگی استرس
- عدم دخالت نیروهای ماورای طبیعی
- قابل کنترل بودن بیماری و نیاز به درمان پی‌گیرانه و جدی: وجود درمان‌های مؤثر و کم‌عارضه‌ای و لزوم ادامه جدی و مداوم درمان‌ها برای تسریع روند بهبودی
- قابل درمان بودن عوارض دارو
- احتمال عود بیماری در صورت قطع دارو بدون دستور پزشک
- نیاز به حمایت و بازتوانی

Psychoeducation

- اجتناب از انتقادهای مکرر از بیمار
- خودداری از مراقبت بیش از حد و انجام تمام کارهای بیمار
- اجتناب از نظارت، سرکشی، کنترل و یا دخالت زیاد در کلیه رفتارها و اعمال بیمار
- اگر می‌خواهند به بیمار آموزشی بدهند به آرامی و روشنی با او صحبت کنند و اگر سؤالی می‌کنند هر بار یک سؤال بپرسند
- از ایجاد سر و صدا و درگیری‌های هیجانی پرهیز کنند.
- بیمار را نادیده نگیرند، حتی زمانی که به نظر می‌رسد بیمار به آنچه که گفته می‌شود، گوش نمی‌دهد.
- به وی نشان دهند که او را دوست دارند.
- سعی نکنند او را متقاعد کنند که باورهایش نادرست است. این کار فقط تنش بیمار را افزایش می‌دهد.
- با تشویق و تقویت، او را به رعایت بهداشت شخصی ترغیب کنند.
- او را برای انجام هر کار مثبت و موفقیتی - هر چند کوچک - تقویت کنند.
- برای بیمار فرصت‌هایی برای مشارکت در فعالیتهای اجتماعی و اقتصادی، مثل داشتن یک شغل حمایت شده ایجاد کنند.
- بر مصرف مرتب و به‌موقع داروها وی نظارت داشته باشند.

Psychoeducation

اختلالات شبه جسمی

Case

بیمار خانم ۳۸ ساله، با شکایات جسمی غیراختصاصی از جمله دردهای پراکنده بدنی، سوءهاضمه و با پرونده قطور پزشکی، بعد از رد علل طبی از پزشک متخصص داخلی، ارجاع شده است.

بیمار ضمن نگرانی از تشخیص بیماری خود و ابراز خشم از پزشکان قبلی به دلیل عدم اهمیت و توجه به مشکلات وی از اینکه به واحد سلامت روان ارجاع شده است، ابراز ناراحتی می کند.

برای بیمار هیچگونه توضیحی قبل از ارجاع به شما داده نشده.

بیمار سابقه مصرف مواد و همبودی روان پزشکی دیگری ندارد. و شما پرونده پزشکی بیمار را مطالعه کرده اید. مشکل طبی خاصی وجود نداشته است.

لطفا ضمن جلب همکاری بیمار، در مورد اختلال سوماتوفورم و دلیل ارجاع و نوع درمان به وی آموزش دهید.

Case:

راهنمای بیمارنما

- بیمارنما از اینکه به واحد سلامت روان ارجاع شده، ابراز ناراحتی میکند و مکرراً در حین مصاحبه تاکید می کند که مشکل روانپزشکی ندارد. وبی جهت به روانپزشک ارجاع شده.
- مرتباً از دردهای پراکنده در بدن و نفخ و دل درد شاکی است. مرتباً در مورد تشخیص و درمانپذیر بودن بیماری ابراز نگرانی می کند. و اصرار به تجویز دارو برای کنترل درد دارد.
- در صورت سوال روانشناس از بیمارنما در مورد مشکلات در روابط با همسر و فرزند از یکسال قبل بدنبال فوت پدرش به دلیل سرطان روده صحبت میکند. ابراز می دارد که همسرش نیز در مورد بیماری وی نگران است و اخیراً بیشتر به وی توجه و کمک می کند.
- وقتی روانشناس در مورد ارتباط علایم جسمانی با بی خوابی و استرس سوال می کند بتدریج به ارتباط این دو اشاره می کند.
- در صورت سوال روانشناس در مورد داروها مشخص می شود که به مصرف مسکن ها برای کنترل درد وابسته است.
- در صورت مطرح کردن نیاز به رواندرمانی در مورد ماهیت و مفید بودن آن سوال می کند.
- بیمار نما در مورد اینکه آیا بیماری اعصاب دارد یا نه هم سوال می کند و اینکه اگر روانشناس اشاره نکرد در مورد درمان مناسب و اینکه آیا نیاز به داروی طبیی یا بررسی تشخیصی دیگر هست بپرسد.

اختلالات شبه جسمی

Psychoeducation

- تولید نشانه‌ها در این اختلالات ارادی نمی‌باشد. بنابراین نباید بیمار را مانند کسی که "ادا درمی‌آورد" نگریت.
- هیچ زمان با جملاتی مثل «اینها تنها در ذهن شما وجود دارد» با بیمار روبرو نشوید. درد یا فلج برای بیمار واقعی است.
- شکایات بیمار راهی برای بیان مشکلات روانی اوست، بنابراین همدلی کردن با بیمار و گوش دادن به این شکایات می‌تواند به بهبودی وی کمک کند.
- از اهمیت اطمینان بخشی غیرقضاوت‌مندانه به بیمار غافل نشوید.
- ویژگی‌ها به تعداد خاصی (یک بار در ماه) محدود شود و با نظم معینی انجام شود.

اختلالات شبه جسمی

Psychoeducation

- در مورد تشخیص، نحوه ارتباط علایم جسمی با مسایل روانشناختی توضیح داده شود.
- بررسی استرسور، روابط بین فردی و نحوه برخورد اطرا فیان با مشکل بیمار با استفاده از استعاره یا رسم شکل و...
- آموزش به بیمار در مورد عدم مراجعه به پزشک دیگر هنگام بروز علایم جدید
- عدم مصرف داروی خودسرانه
- توضیح ضرورت نیاز به رواندرمانی برای بهبود روابط بین فردی و ارتقا عملکرد زندگی و کنترل درد

➤ در مورد اختلال تبدیلی، نشانه‌ها معمولاً در مدتی کوتاه و طی چند ساعت تا چند روز به طور خودبه‌خود از بین می‌رود. با بیمار همدلی کنید و به او اطمینان دهید خطری جدی وی را تهدید نمی‌کند.

Psychoeducation

ناتوانی ذهنی

ناتوانی ذهنی

Psychoeducation

- توانایی‌های کودک محدود است و سرعت یادگیری این کودکان نسبت به کودکان طبیعی کندتر است.
- آموزش می‌تواند به این کودکان کمک کند ولی این آموزش‌ها باید متناسب با سطح هوشی کودک تنظیم شده باشد.
- در موقعیت‌های مختلف این کودکان نیاز به حمایت بیش‌تری دارند.
- بسته به سطح توانایی‌های کودک باید به او مسئولیت‌ها و وظایفی را واگذار کرد و نباید از کلیه امور معاف باشند.
- درمان معجزه‌آسایی برای این اختلال وجود ندارد ولی درمان‌های حمایتی و آموزش می‌تواند تاحدی وضعیت را بهتر کند.

Psychoeducation

اختلال تیک

Case

راهنمای روانشناس

فردی که شما با او مصاحبه می کنید، به علت مشکل پسر 9 ساله اش (سینا) ، با شکایت از تیک های حرکتی که از حدود ۲ سال پیش شروع شده مراجعه کرده است. ایشان ۳۴ سال دارد. تحصیلات فوق دیپلم و تنها یک فرزند دارد. هیچ اختلال روان پزشکی دیگری در کودک یافت نمی شود. اکنون شما لازم است، در مورد نشانه ها، سیر، علت، درمان و نحوه مواجهه با آن اطلاعات لازم را در اختیار والد قرار دهید و در صورت لزوم به پرسش های او پاسخ دهید.

سناریو بیمارنما:

- پسر شما سینا ۹ سال دارد و کلاس سوم دبستان درس می خواند.
- از دو سال قبل متوجه تیک های حرکتی در صورت او بصورت پلک زدن و کچ کردن لب شده اید. با شک به این که مشکل چشم داشته باشد به چشم پزشک مراجعه کردید و دلیلی برای این مشکل پیدا نشد.
- پس از مدتی حرکتی در سر و گردن و شانه او ایجاد شد.
- بخصوص در مواقع امتحان، یا حضور در رقابت های ورزشی و محیط های غریبه. شما توجه کردید که تیک ها خود به خود کم و زیاد می شوند و بیشترین میزان آن اوایل پاییز و فصل امتحانات است.
- به دفعات از او خواسته اید که این حرکات را انجام ندهد گاهی هم برخورد تند داشته اید. اما فقط مدت کوتاهی مؤثر بوده است. بنابراین شما و همسرتان به این نتیجه رسیده اید که او ارادی اینکار را می کند.
- شما نگرانید این حرکات ادامه پیدا کند. می خواهید در خصوص موارد زیر اطلاعات مورد نیاز را بدست آورید. (سؤالات را پس از گذشت ۵ دقیقه و در صورتی که داوطلب چیزی توضیح نداد، بپرسید)
- این حرکات چیست؟
- چرا ایجاد شده است؟
- تا کی ادامه دارد؟
- باید چکار کنند؟

Case Psychoeducation

- تعریف تیک (حرکات یا صداهاى ناگهانی، بی هدف، مکرر و تکرار شونده اند، که در پاسخ به یک تمایل درونی قوی انجام می پذیرند.)
- انواع تیک (تیک ساده حرکات یا اصوات ناگهانی، کوتاه و بی معنی اند ولی تیک های پیچیده می توانند به شکل حرکات منظم و هدفمندتر یا اصوات مشخص (مثل ناسزا گفتن) تظاهر نمایند.
- نیمه ارادی بودن تیک (فرد ممکن است به صورت ارادی بتواند برای مدت کوتاهی مانع انجام آن ها شود)
- علت تیک
- سیر مزمن، خود محدود شونده و نوسانی تیک
- درمان
- لزوم نادیده گرفتن تیک ها
- شناسایی عوامل تشدید کننده تیک ها و کاهش آن ها



Psychoeducation

اختلال بیش فعالی و کم توجهی

Case

شما خانم ۳۰ ساله ، کارمند ، دبیرم
مادر یک دانش آموز ۷ ساله کلاس اول ، اظهار می دارید که به توصیه مشاور مدرسه به
روانپزشک مراجعه کرده اید و ایشان اظهار کردند که فرزندتان مبتلا به بیش فعالی می باشد و
توصیه شده است که می باید دارو دریافت کند و شدیداً نگران افت تحصیلی فرزندتان هستید

سئوالات SP

- ۱ – آیا فرزندم باید دارو بخورد ؟ نمی شود بدون دارو درمان کرد ؟
- ۲ – اگر دارو نخورد چه می شود
- ۳ – عوارض دارو چیست ؟ بچه به این کوچکی داروی اعصاب بخورد اشکالی ندارد ؟
- ۴ – آیا با دارو معتاد نمی شود ؟
- ۵ – تا کی می بایست دارو ادامه پیدا کند ؟

اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی

Psychoeducation

- در مورد لزوم درمان طولانی اختلال و این که تابستان یا تعطیلات اثری بر روند درمان ندارند توضیح دهید.
- اختلال بیش‌فعالی موجب افت عملکرد تحصیلی، اختلال در برقراری روابط مناسب با اطرافیان، دریافت بازخوردهای منفی از محیط و به دنبال آن کاهش اعتماد به نفس و احساس ناکامی و افسردگی می‌شود.
- درمان‌هایی می‌تواند اثر پیشگیرانه داشته باشد.
- در مورد مشکلات رفتاری کودک و این که برخی از این مشکلات به دلیل وجود این اختلال است به والدین آموزش دهید.
- این کودکان به تشویق‌هایی که فوری پس از رفتار مثبت بوده و مکرراً تکرار شوند پاسخ می‌دهند
- این کودکان نسبت به تنبیه بدنی پاسخ مناسبی نداشته و حتی بدرفتاریشان بدتر می‌شود.

مداخله ی غیر دارویی

سه مداخله ی رفتاری مهم:

- فعال سازی رفتاری (فرم فعالیت روزانه)
- تمرین آرام سازی (relaxation technique)
- جدول ستاره

(فرم فعالیت روزانه)

- در صد لذت برای هر فعالیت ثبت شود.
- در صد کیفیت برای هر فعالیت ثبت شود.
- بلافاصله پس از انجام فعالیت، آن را یادداشت کنید.
- این فرم به خودی خود شما را به انجام فعالیت های مطلوب تشویق می کند. (نوعی رقابت با خود)
- پس از یک هفته پر کردن فرم و مراجعه ی مجدد، شروع به افزایش فعالیت های لذت بخش و توجه به روش هایی می کنید که کیفیت و لذت فعالیت ها را افزایش می دهد.

جدول ستاره

- قانون گذاری برای فرزندان باید به صورت جملات مثبت باشد.
- برای تثبیت هر قانون نیاز به حدود ۱ ماه زمان هست.
- تنبیه فیزیکی و کلامی شرایط رفتاری را تشدید می کند.
- ابتدا از تقویت رفتار به وسیله ی پاداش کمک می گیریم.
- در صورت عدم پاسخ به پاداش (به روش جدول ستاره) و یا در صورتی که رفتار خطرناک باشد، از محروم سازی یا سایر روش های تنبیه غیر فیزیکی استفاده می کنیم.
- به ازای هر بار انجام رفتار یک برچسب دریافت می کند.
- به ازای هر ۳ ستاره یک جایزه و در صورت تمایل کودک ستاره ها جمع و با هر ۷-۱۰ ستاره، یک جایزه بزرگتر دریافت می کند.
- جایزه یا برچسب باید بلافاصله بعد از رفتار داده شود.
- برای خانواده باید امکان خرید مکرر جایزه وجود داشته باشد و در سایر موقعیت ها آن جایزه داده نشود.

relaxation technique

- **دست و ساعد غالب:** دستتان را محکم مشت کنید.
- **بازوی غالب:** به کمک عضلات متضاد بازویتان را منقبض کنید. (بازوهایتان را تا آرنج خم کنید و دستتان را به سمت شانه بیاورید).
- **دست و ساعد غیر غالب:** دستتان را محکم مشت کنید.
- **بازوی غیر غالب:** به کمک عضلات متضاد بازویتان را منقبض کنید. (بازوهایتان را تا آرنج خم کنید و دستتان را به سمت شانه بیاورید).
- **پیشانی:** ابروهایتان را بالا کشیده و به پیشانی تان چین و چروک بدهید.
- **چشم ها:** چشمانتان را محکم ببندید.
- **پایین صورت و فک:** دندان ها را گره کنید و گوشه دهانتان را سفت نمایید.
- **شانه ها:** شانه هایتان را به گونه ای بالا ببرید که انگار می خواهید گوش ها را لمس کنند.
- **قفسه سینه:** یک نفس عمیق بکشید و آن را نگه دارید.
- **شکم:** عضلات معده را سفت کنید.
- **پاها (الف):** انگشت های پاهایتان را به سمت پایین بکشید، از بدنتان دور نمایید.
- **پاها (ب):** انگشت های پاها را به سمت بالا بکشید، به سمت بدنتان ببرید، سپس شل کنید.