نمونه جزوه جمع بندی روانشناسی مرضی و کودکان استثنایی

استاد مقدم

گروه آموزشی مقدم

www.ravangam.com

گروه آموزشی مقدم
۰۲۱-۸۸۶۴۷۸۸۷
www.ravangam.com

اختلالات اضطرابی

DSM – IV اختلال وسواسی ـ اجباری و اختلال استرس پس آسیبی را در طبقۀ دیاگنوستیک یا تشخیصی «اختلالات اضطرابی» قرار داده بود، اما DSM – 5 برای هریک از این دو نوع اختلال طبقۀ دیاگنوستیک جداگانه‌ای تدارک دیده است، اختلالات وسواسی ـ اجباری و اختلالات مربوط به آن و اختلالات مرتبط با تروما و استرس.

- **اختلالات اضطرابی:** اختلال اضطراب جدایی، اختلال وحشت‌زدگی، آگورافوبیا (بازار هراسی)، فوبیاهای خاص، اختلال اضطراب اجتماعی (فوبی اجتماعی)، اختلال اضطراب تعمیم یافته، اختلال اضطراب ناشی از ماده / دارو، و اسپیسیفایر حملۀ وحشت‌زدگی
- **اختلالات وسواسی ـ اجباری و اختلالات مرتبط با آن‌ها:** اختلال وسواسی ـ اجباری، اختلال بادی دیسمورفیک، اختلال احتکار، اختلال مو ـ کندن، اختلال پوست ـ کندن.
- **اختلالات مرتبط با تروما و استرس:** اختلال استرس پس آسیبی، اختلال دلبستگی واکنشی، اختلال تعامل اجتماعی بی‌قید و بند، اختلال استرس حاد و اختلالات سازگاری

نکته: هاوارد لیدل اضطراب را سایه هوش نامید. اضطراب یک حالت خلقی آینده گراست.

نکته: رایج ترین تشخیص اضافی در کنار همه اختلالات اضطرابی، MDD است.

اختلالات اضطرابی	**سبب شناسی**	
	رویکرد روان پویشی	فروید اضطراب را هشداری حاکی از وجود خطری در ناخودآگاه می دانست. خطری درونی که در خلال تحول فرد تغییر می کند و به ترتیب عبارتند از : ✓ خطر از دست دادن موضوع عشق ✓ خطر از دست دادن عشق موضوع ✓ خطر اختگی ✓ خطرهای ناشی از فرامن. آمیگدال: دستگاه حافظه ناخودآگاه هدف درمان روان پویشی: نه حذف کامل اضطراب، که افزایش تحمل فرد در برابر آن است
	رویکرد رفتاری	اضطراب پاسخی شرطی به یک محرک معین است در مدل یادگیری اجتماعی: تقلید
	رویکرد شناختی	باورهای نامناسب که موجب احساس خطر قریب الوقوع می شود.
	رویکرد وجودی	اضطراب واکنشی به خلا در معنای زندگی و بی هدفی است

گروه آموزشی مقدم

	رویکرد زیستی	▪ نوروترنسمیترها: نوراپی نفرین، سروتونین و گاماآمینوبوتیریک اسید (GABA)، ▪ افزایش تون سمپاتیک، ▪ افزایش کورتیزول، گالانین، نوروپپتید **Y**، ▪ نابهنجاری‌هایی در قشر پیشانی، نواحی پس سری و گیجگاهی، ▪ مسیر دیواره‌ای هیپوکامپی (septohippocampal) نقش غالب در عملکرد فیزیولوژیک حالات اضطرابی دارد، ▪ قشر تمپورال به عنوان یک محل پاتوفیزیولوژیک برای اضطراب مطرح بوده است

اضطراب جدایی

معیارهای DSM – 5 برای اختلال اضطراب جدایی

A: ترس یا اضطراب بسیار زیاد و بی‌تناسب با مرحلهٔ رشدی که فرد در آن قرار دارد، به علت جدا شدن از کسانی که به آن‌ها دلبستگی دارد. این ترس یا اضطراب افراطی حداقل با ۳ مورد از هشت مورد زیر مشخص می‌شود.

۱. هنگامی که فرد از خانه یا افراد مهمی که به آن‌ها دلبستگی دارد جدا می‌شود یا احساس می‌کند که به زودی جدا خواهد شد، به طور مکرر دچار استرس شدید می‌شود.

۲. به طور دایم و به شدت نگران است که مبادا یکی از افراد مهمی را که به آن‌ها دلبستگی دارد از دست بدهد یا بلایی سر او بیاید، مثلاً، بیمار، مجروح، قربانی بلایای طبیعی شود یا بمیرد.

۳. به طور دایم و به شدت نگران رویدادهایی است که می‌توانند به جداشدن او از یکی از افراد مهمی که به آن‌ها دلبسته است منجر شوند (مثلاً، گم شدن، آدم‌ربایی،تصادف یا مرگ).

۴. هرگز دوست ندارد یا اصلاً حاضر نمی‌شود از خانه بیرون برود، از خانه دور شود، به مدرسه، محل کار، یا هر جای دیگری برود، زیرا از جداشدن می‌ترسد.

۵. به طور دایم و به شدت می‌ترسد یا میل ندارد در خانه یا جاهای دیگر تنها یا بدون یکی از افراد مهمی که به او دلبسته است بماند.

۶. به طور دایم تمایل ندارد یا می‌ترسد در جای دیگری به جز خانهٔ خودشان بخوابد یا اصلاً دوست ندارد بدون حضور یکی از افراد مهمی که به او دلبستگی دارد بخوابد.

۷. به طور مکرر کابوس‌هایی می‌بینند که موضوع آن‌ها جدایی است.

۸. هنگامی که از خانه یا افراد مهمی که به آن‌ها دلبستگی دارد جدا می‌شود یا احساس می‌کند که به زودی جدا خواهد شد، به طور مکرر سمپتوم‌های فیزیکی تجربه می‌کند (مثلاً، سردرد، معده درد، تهوع، یا استفراغ)

B: ترس، ا ضطراب، یا اجتناب به طور مکرر و پیو سته وجود دارد، **در کودکان و نوجوانان حداقل ۴ هفته، و در بزرگسالان معمولاً ۶ ماه یا بیش‌تر** ادامه می‌یابد.

C: این اختلال باعث می شود در عملکرد اجتماعی، تح صیلی، شغلی و سایر زمینه‌های مهم زندگی ا سترس یا نا‌بسامانی عملکردی شدید و از لحاظ بالینی معناداری به وجود آید.

D: برای این اختلال نمی‌توان علت‌های مناسب‌تری پیدا کرد، مثلاً، امتناع از ترک خانه به علت مقاومت مفرط به تغییر در اختلال طیف اوتیسم، هذیان‌ها یا توهم‌های مرتبط با جدایی در اختلالات پســـیکوتیک، امتناع از بیرون رفتن از خانه بدون یک همراه مورد اعتماد در آگورافوبیا؛ یا نگرانی دربارهٔ داشتن یک بیماری در اختلال اضطراب بیماری.

انواع اختلال	سبب شناسی		تغییرات DSM-۵	تشخیص افتراقی	رویکردهای درمانی	
اختلال اضطراب جدایی	رویکرد روان پویشی	آنا فروید: تثبیت در مرحله همزیستی	※یکی از معیارهای DSM – IV شروع این اختلال تا قبل از ۱۸ سالگی بود اما در DSM – 5 این معیار حذف شده است. ※اختلال اضطراب جدایی برای اولین بار در DSM-III-R مطرح شده بود، مهم‌ترین تفاوت بین DSM-III-R وDSM-۵ این است که تداوم نشانگان در DSM-۵ برای حداقل چهار هفته برای تشخیص اختلال لازم دانسته شده است، در حالی‌که در DSM-III و DSM-III-R، دو هفته را برای این مدت کافی دانسته‌اند. متن تجدید نظر شده DSM-IV-TR اختلال اضطراب جدایی را جزء اختلالات دوره‌ی شیرخوارگی کودکی و نوجوانی آورده است.	اضطراب فراگیر: اضطراب روی موضوع جدایی متمرکز نیست	رویکرد رفتاری	حساسیت‌زدایی سیستماتیک، یادگیری مشاهده‌ای و شرطی‌سازی عامل (پاداش دادن، تقویت مثبت، تقویت منفی، یا غرقه‌سازی)
	رویکرد رفتاری	فقدان والدین، مسافرت		وحشتزدگی: قبل از ۱۸ سال شایع نیست، ترس از حمله وحشتزدگی نه جدایی	رویکرد شناختی	CBT
					رویکرد زیستی	SSRI ها

گروه آموزشی مقدم

فوبیای اختصاصی(هراس)

معیارهای DSM – 5 برای فوبیاهای خاص

A: ترس یا اضطراب شدید نسبت به یک شیء یا یک موقعیت خاص (مثلاً، پرواز با هواپیما، ارتفاع، حیوانات، آمپول، مشاهدۀ خون).

کودکان ممکن است این ترس یا اضطراب را با گریه، قشقرق، بی‌حرکت ماندن، یا چسبیدن به بزرگترها نشان دهند.

B: شیء یا موقعیت فوبیک تقریباً همیشه باعث ترس یا اضطرابِ بلافاصله می‌شود.

C: فرد تمام تلاش خود را به کار می‌برد تا از شیء یا موقعیت فوبیک اجتناب کند یا این شیء یا موقعیت فوبیک را با ترس یا اضطراب بسیار زیاد تحمل می کند.

D: شدت ترس یا اضطراب با شدت خطری که از طرف اشیا یا موقعیت‌های خاص او را تهدید می‌کند، تناسب ندارد. توجه داشته باشید که "تناسب نداشتن" به شرایط اجتماعی ـ فرهنگی اشاره دارد.

E: ترس، اضطراب، یا اجتناب، دایمی و تکراری است، و **معمولاً ۶ ماه یا بیشتر** طول می‌کشد.

F: ترس، اضطراب، یا اجتناب باعث می‌شود فرد به رنج یا نابسامانی شدید در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر جنبه‌های مهم زندگی دچار شود.

G: این اختلال را نمی‌توان با سمپتوم‌های یک اختلال روانی دیگر توضیح داد، از جمله، ترس، اضطراب، و اجتناب از موقعیت‌های مرتبط با سمپتوم‌های پنیک ـ مانند یا سایر سمپتوم‌های ناتوان‌کننده (مثلاً، در آگورافوبیا)؛ اشیاء یا موقعیت‌های مرتبط با وسواس‌ها (مثلاً، در اختلال وسواسی ـ اجباری)؛ یادآورهای رویدادهای تروماتیک (مثلاً ، در اختلال PTSD)؛ جدایی از خانه یا از افراد دلبسته (مثلاً، در اختلال اضطراب جدایی)؛ یا موقعیت‌های اجتماعی، در اختلال اضطراب اجتماعی)

نکته: هراس (فوبیا)شایع ترین اختلال روانی منفرد است.

نکته: فوبی مار، شایع ترین فوبیاست، فوبی بلندی و ارتفاع در دو جنس شیوع یکسانی دارد.

انواع اختلال		سبب شناسی
فوبیاهای خاص چهار طبقه فوبی اختصاصی وجود دارد: ۱ـ ترس از حیوانات خاص ۲ـ فوبی‌های موضوعات بی‌جان ۳ـ ترس از بیماری، آسیب، یا مرگ ۴ـ فوبی‌های خون	**رویکرد روان پویشی**	تعبیر فروید از فوبی شامل چندین مرحله است: ۱ـ فرد فوبیک (چنانچه مرد باشد)، عاشق مادرش است و می‌خواهد او را اغوا کند. ۲ـ او با غبطه از پدرش نفرت دارد، و آرزوی کشتن او را دارد (این دو مرحله، عقده ادیپ را تشکیل می‌دهند) ۳ـ فرد فوبیک می‌ترسد پدرش در یک اقدام تلافی جویانه، او را اخته کند. ۴ ـ این تعارض، اضطراب زیادی را در فرد فوبیک ایجاد می کند؛ زیرا این امیال برای ذهن هوشیار غیر قابل قبول هستند، به همین خاطر اضطراب به موضوع بی‌تقصیری جابجا می شود (موضوع فوبیک)، که مظهر تعارض است و مخزن قابل قبول‌تری برای ترس است. ۵ـ فوبی زمانی مداوا می‌شود که فرد فوبیک نسبت به ماهیت تعارض بنیادی، بینش کسب کند. • فروید هراس را **هیستری اضطرابی** نامید که ریشه در اضطراب اختگی دارد. • اتوفنیکل مفهوم نگرش پادهراسانه را مطرح کرد: با استفاده از مکانیسم دفاعی همانندسازی با پرخاشگر، فرد به جای آنکه قربانی منفعل وقایع خارجی باشد، موقعیت را وارونه می کند و به مقابله با آن چیزی که از آن می ترسد، می پردازد.
	رویکرد رفتاری	✓ شرطی شدن کلاسیک ✓ مشاهده و تقلید ✓ یادگیری اجتنابی فوبی صرفاً نمونه‌ای از ترس کلاسیک است که با یک محرک غیرشرطی بسیار آسیب‌زا، شرطی می‌شود.

		تحلیل رفتاری می‌تواند پایداری فوبی‌ها را توجیه کند: توانایی اجتناب کردن و گریختن از موضوع فوبیک، اجازه نمی‌دهد که ترس از موضوع فوبیک خاموش شود.
	رویکرد زیستی	هراس اختصاصی در برخی خانواده ها بیشتر دیده می شود، به ویژه هراس نوع خون، جراحت و آمپول
	نظریهٔ تکامل	✓ نظریهٔ سلیگمن: نظریهٔ آمادگی بیولوژیک: ، همهٔ ما یک آمادگی درونی داریم (ذاتاً استعداد داریم) که ترس را یاد بگیریم (مثل ترس از محرک‌هایی مثل مار، عنکبوت، ارتفاع و آب‌های عمیق) ✓ یادگیری ترس بدون تداعی

شیوع	سن شروع	تغییرات DSM-۵	تشخیص افتراقی	مکانیزم های دفاعی	رویکردهای درمانی		درمان انتخابی
نسبت زنان مبتلا به مردان مبتلا، تقریباً 2 به 1 است.	**شروع در دوران کودکی:** هراس از حیوانات، هراس از محیط طبیعی، هراس از خون و جراحت **شروع در دوران بزرگسالی:** هراس وضعیتی	- مدت زمان استمرار معیارها تغییر یافته است (از "استمرار حداقل به مدت شش ماه" به "حضور ترس، اضطراب یا اجتناب به طور معمول به مدت ۶ ماه یا بیشتر"). - انواع فوبی های خاص اکنون اسپسیفایر محسوب می شود.	مصرف مواد	جا به جایی واپس زنی نمادسازی	رویکرد روان پویشی	روان درمانی مبتنی بر بینش	**رفتاردرمانی:** شناخته شده ترین و موثرترین درمان **حساسیت‌زدایی منظم:** اولین درمان **تنش کاربردی:** جدیدترین درمان برای فوبی خون
			توده های دستگاه عصبی مرکزی بیماری های عروقی مغز		رویکرد رفتاری	- حساسیت‌زدایی منظم - غرقه‌سازی و مواجهه - سرمشق‌گیری - تنش کاربردی	
			وسواس فکری عملی		رویکرد شناختی	بازسازی شناختی	
			اسکیزوفرنی: فقدان بصیرت				
			وحشتزدگی		رویکرد زیستی	بازدارنده‌های MAO بنزودیازپین ها	
			بازارهراسی				
			شخصیت دوری گزین شخصیت پارانویید و...		سایر موارد		

نکته: فوبی شایع ترین اختلال روانی در زنان و دومین اختلال شایع، پس از اختلالات مرتبط با مواد، در مردان است.

اختلال وحشتزدگی(هول- پنیک)

معیارهای DSM – 5 برای اختلال وحشت‌زدگی

A: حملات وحشت‌زدگی مکرر و غیرمنتظره. حملهٔ وحشت‌زدگی عبارت است از ترس شدید (Intense Fear) یا ناراحتی شدید (Intense Discomfort) و ناگهانی، که در عرض چند دقیقه به اوج خود می‌رسد و در طی آن، چهار مورد (یا بیش‌تر) از سمپتوم‌های زیر روی می‌دهند.

نکته: افزایش ناگهانی می‌تواند از یک حالت یا وضعیت آرام، یا از یک حالت اضطراب، شروع شود.

۱. تپش سریع و نامنظم قلب، تپش سریع قلب با صدای بلند، یا افزایش سرعت تپش قلب.
۲. عرق کردن.
۳. لرزیدن.
۴. احساس تنگی نفس یا خفگی.
۵. احساس گیرکردن چیزی در گلو.
۶. درد یا ناراحتی در قفسهٔ سینه.
۷. تهوع یا درد در ناحیهٔ شکم.
۸. احساس سرگیجه، عدم تعادل، در شرف غش کردن بودن، یا غش کردن.
۹. احساس سرد یا گرم شدن بدن.
۱۰. پارستسیاس (paresthesias) (احساس بی‌حس شدن یا سوزن سوزن شدن بدن).
۱۱. دیریالیزیشن[۱] (احساس عدم واقعیت) یا دیپرسونالیزیشن (گسسته[۲] شدن از خود).
۱۲. ترس از دست دادن کنترل یا «دیوانه شدن».
۱۳. ترس از مردن.

B: بعد از حداقل یکی از حملات وحشت‌زدگی، فرد به **مدت ۱ ماه (یا بیش‌تر)** یکی از موارد زیر با هر دو را تجربه کرده است.

۱. نگرانی مکرر و مداوم دربارهٔ دوباره روی دادن حملات وحشت‌زدگی و پیامدهای آن‌ها (مثلاً از دست دادن کنترل، دچار حملهٔ قلبی شدن، «دیوانه شدن»).

۲. تغییرات ناسازگارانه و چشمگیر یا معنادار در رفتار که با این حملات مرتبط هستند (مثلاً، فرد رفتارهایی در پیش می‌گیرد تا از حملات وحشت‌زدگی اجتناب کند. برای مثال، از ورزش کردن یا از قرار گرفتن در موقعیت‌های ناآشنا حذر می‌کند.)

C: این اختلال را نمی‌توان به تأثیر مستقیم یک ماده (مثلاً، مواد مخدر، یا داروهای تجویزی) یا یک عارضهٔ پزشکی دیگر (مثلاً، هایپرتیروئیسم، اختلالات قلبی ـ ریوی) نسبت داد.

D: برای این اختلال نمی‌توان علت‌های مناسب‌تری پیدا کرد (مثلاً، حملات وحشت‌زدگی فقط در واکنش به موارد زیر روی نمی‌دهند: بعضی موقعیت‌های اجتماعی که فرد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از آن‌ها می‌ترسد، اشیای فوبی‌زایی که فرد را محدود و ناراحت می‌کنند یا موقعیت‌های در فوبیاهای خاص، وسواس‌ها در اختلال وسواسی ـ اجباری، محرک‌هایی که رویدادهای تروماتیک در اختلال PTSD را به یاد فرد می‌اندازند، یا جدایی از افرادی که فرد به آن‌ها دلبستگی دارد در اختلال اضطراب جدایی).

نکته: حمله وحشت‌زدگی از چهار عنصر ترس تشکیل می‌شود که عناصر هیجانی و جسمانی آن برجسته‌ترند.

نکته: غیر قابل پیش بینی بودن زمان بروز اختلال به منزله ویژگی اصلی آن محسوب می گردد.

نکته: اختلال وحشتزدگی معمولا با یک حالت افسردگی همراه است.

---

[۱] . Derealization
[۲] . Depersonalization

نکته: اقدام به خودکشی در وحشتزدگی و PTSD بیشتر از سایر اختلالات اضطرابی است.

انواع اختلال		سبب شناسی
اختلال وحشتزدگی: برگرفته از مفهوم **سندرم قلب تحریک پذیر** داکوستا فروید: **روان نژندی اضطرابی**	**رویکرد روان پویشی**	فروید: روان آزردگی اضطراب دیدگاه های جدید: تعارض بین میل به آزادی و استقلال از یک سو و میل به اجتناب از اضطراب ناشی از قطع وابستگی در فرد از سوی دیگر(مرتبط با مساله جدایی- تفرد)
	رویکرد رفتاری	ویژگی اصلی اختلال وحشتزدگی، **«ترس از ترسیدن»:** ، این پدیده نوعی شرطی‌سازی کلاسیک به حساب می‌آید که در آن، یک محرک درونی و حسی (مثل سرگیجه) به یک محرک شرطی درونی تبدیل می‌شود و حملهٔ وحشتزدگی (محرک غیرشرطی) را پیش‌بینی می‌کند.
	رویکرد شناختی	**سوء تعبیر فاجعه‌آمیز** احساس‌های بدنی **حساسیت به اضطراب:** بعضی افراد یک سری باورهای غلط دارند و فکر می‌کنند که حس‌های بدنی می‌توانند نشان دهند که به زودی رویدادهای خطرناک و مضری را تجربه خواهند کرد. . رایس و همکارانش برای اندازه‌گیری این سازه (باور، برداشت، تفسیر شخصی) آزمون ASI [۳] را طراحی کردند.
	رویکرد زیستی	**هایپرونتیلیشن** عبارت است از نوعی تنفس زیاده از حد و بیش‌تر از آنچه بدن نیاز دارد. این نوع تنفس عمیق‌تر و سریع‌تر از تنفس عادی است. هایپرونتیلیشن باعث می‌شود که غلظت دی اکسید کربن خون کم‌تر از میزان عادی شود و درنتیجه، PH خون بالا رود. افزایش PH باعث می‌شود که به سلول‌های بدن اکسیژن به اندازهٔ کافی نرسد. این کار باعث می‌شود که در عملکرد دستگاه قلبی و عروقی تغییراتی به وجود آید تا کمبود اکسیژن جبران شود و این تغییرات نیز می‌توانند علایم حملات وحشتزدگی را تولید کنند، علایمی که تحت عنوان اضطراب شناخته می‌شوند. **نابهنجاری شیمی اعصاب** **علت ژنتیکی:** احتمال ابتلا بستگان درجه اول ۴ تا ۸ برابر بیشتر **کژتنظیمی دستگاه عصبی محیطی و مرکزی** **نوروترنسمیترهای دخیل:** نوراپی نفرین(به ویژه فعالیت نابهنجار آن در لوکوس سرولئوس به منزله عامل اصلی اختلال وحشتزدگی)، سروتونین و گابا **آسیب در لب گیجگاهی راست:** به ویژه هیپوکامپ و آمیگدال **دستگاه لیمبیک:** ایجاد اضطراب ناشی از انتظار **قشرجلو پیشانی:** ایجاد اجتناب هراسی
	سایر موارد	جدایی از مادر در اوایل کودکی تنها عامل اجتماعی موثر: طلاق یا جدایی اندکی پیش از شروع اختلال سابقه سو رفتار جسمی و جنسی در دوران کودکی

[۳]. Anxiety Sensitivity Index (ASI)

گروه آموزشی مقدم

شیوع و سن شروع	تغییرات DSM-۵	تشخیص افتراقی	مکانیزم های دفاعی	رویکردهای درمانی	
زنها ۲ تا ۳ برابر بیشتر از مردها مبتلا می شوند **میانگین سنی تظاهر:** ۲۵ سالگی	وحشتزدگی و آگورافوبیا از هم جدا شده اند.	▪ بیماری های طبی ▪ اضطراب فراگیر ▪ جمعیت هراسی ▪ هراس اختصاصی	جا به جایی و بدنی سازی	رویکرد روان پویشی	در نظر گرفتن مولفه خیالپردازی اضطراب
				رویکرد رفتاری - شناختی	**-آموزش آرمیدگی** **-شرطی سازی تقابلی** **-درمان کنترل وحشت زدگی(PCT) :** (بازسازی شناختی, آگاه شدن از علائم بدنی مرتبط با حملات وحشتزدگی و بازآموزی تنفسی) **-مواجهه ی واقعی**
				رویکرد زیستی	**خط اول درمان:** SSRI ها **سریع ترین اثر ضد پانیک:** بنزودیازپین ها **دو دارو مصوب درمان پانیک:** پاروکستین و آلپرازولام

گروه آموزشی مقدم

فوبی مکان‌های باز (آگورافوبیا یا بازار هراسی- وسعت هراسی)

معیارهای DSM – 5 برای آگورافوبیا

A:ترس یا اضطراب دربارهٔ دو موقعیت (یا بیش‌تر) از پنج موقعیت زیر:

۱. استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی (مثلاً، اتومبیل، اتوبوس، قطار، کشتی، یا هواپیما).

۲. فضاهای باز (مثلاً پارکینگ‌های عمومی، مراکز خرید سرباز، یا پل عابر پیاده یا ماشین‌رو).

۳. فضاهای سربسته (فروشگاه، تئاتر، یا سینما).

۴. ایستادن در صف یا قرارگرفتن در داخل جمعیت.

۵. تنها بودن در خارج از خانه.

B: فرد از این موقعیت‌ها می‌ترسد زیرا فکر می‌کند که در صورت مواجه شدن با سمپتوم‌هایی شبیه سمپتوم‌های حملهٔ وحشت‌زدگی یا سایر سمپتوم‌هایی که او را از پا می‌اندازند، به آسانی نمی‌تواند فرار کند یا رسیدن نیروهای کمکی دشوار خواهد بود (مثلاً، سالمندان ممکن است از زمین خوردن بترسند، یا بعضی افراد از این که ناگهان نتوانند ادرار یا مدفوع خود را کنترل کنند می‌ترسند).

C: موقعیت‌های آگورافوبیک تقریباً همیشه باعث ترس یا اضطراب می‌شوند.

D: فرد تمام سعی خود را می‌کند تا از موقعیت‌های آگورافوبیک اجتناب کند، همیشه می‌خواهد یک نفر همراهش برود، یا اگر در این موقعیت‌ها قرار گیرد دایم در حال ترس یا اضطراب شدید قرار دارد.

E: شدت ترس یا اضطراب فرد با شدت خطری که موقعیت‌های آگورافوبیک ایجاد می‌کنند، تناسب ندارد. توجه داشته باشید که «تناسب نداشتن» به شرایط حاکم، محیط و زمینهٔ فرهنگی ـ اجتماعی اشاره دارد.

F: ترس، اضطراب، یا اجتناب، پیوسته و مکرر است و **معمولاً ۶ ماه یا بیش‌تر** طول می‌کشد.

G: ترس، اضطراب، یا اجتناب باعث می‌شود فرد به رنج یا نابسامانی شدید در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا سایر جنبه‌های مهم زندگی دچار شود.

H: اگر یک عارضهٔ پزشکی حضور دارد (مثلاً، بیماری التهاب روده، یا پارکینسون)، ترس، اضطراب، یا اجتناب فرد به وضوح افراطی است.

D: برای این اختلال نمی‌توان علت‌های مناسب‌تری پیدا کرد (مثلاً، حملات وحشت‌زدگی صرفاً در واکنش به موارد زیر روی نمی‌دهند: اشیا یا موقعیت‌های استرس‌زا در فوبیاهای خاص یا اسپسیفایرهای موقعیتی، موقعیت‌های اجتماعی در اختلال اضطراب اجتماعی یا اختلال بادی دیسمورفیک، اشیای فوبی زایی که فرد را محدود و ناراحت می‌کنند یا موقعیت‌هایی در فوبیاهای خاص، وسواس‌ها در اختلال وسواسی ـ اجباری، محرک‌هایی که رویدادهای تروماتیک در اختلال PTSD را به یاد فرد می‌اندازند، یا جدایی از افرادی که فرد به آن‌ها دلبستگی دارد در اختلال اضطراب جدایی).

نکته: نخستین قدم در برخورد با آگورافوبیا، رد اختلال افسردگی است. ضمناً از آنجا که مهمترین فاکتور ابقاء کنندهٔ این بیماری اجتناب (avoidance)می‌باشد پس به همین دلیل باید بیماران را با موقعیتی که از آن اجتناب می‌کنند، رویارو کرد.

نکته: بازار هراسی، ناتوان کننده ترین هراس است.

شیوع و سن شروع	تغییرات DSM-5	تشخیص افتراقی	مکانیزم های دفاعی	رویکردهای درمانی	
در زنان دو برابر مردان مشاهده می‌شود و شروع آن در ابتدا یا اوایل دههٔ بیست زندگی است.	وحشتزدگی و آگورافوبیا از هم جدا شده اند.	بیماری های طبی افسردگی اساسی اسکیزوفرنیا اختلال شخصیت پارانویید اختلال شخصیت دوری گزین اختلال شخصیت وابسته	واپس‌زنی، جابه‌جایی، اجتناب و نمادسازی.	رویکرد روان پویشی	روان درمانی حمایتی روان درمانی بینش مدار
				رویکرد رفتاری و شناختی	**–تقویت مثبت و منفی** **–آموزش آرمیدگی** **–حساسیت زدایی منظم** **–درمان کنترل وحشت زدگی(PCT) :** (بازسازی شناختی, آگاه شدن از علائم بدنی مرتبط با حملات وحشتزدگی و بازآموزی تنفسی) – غرقه سازی تصوری –مواجهه ی تدریجی و جلوگیری از پاسخ – توقف فکر – خود پایشی
				رویکرد زیستی	**خط اول درمان:** SSRI ها **سریع ترین اثر ضد پانیک:** بنزودیازپین ها **دو دارو مصوب درمان پانیک:** پاروکستین و آلپرازولام
				درمان مجازی	شرطی زدایی اضطراب

گروه آموزشی مقدم
۰۲۱-۸۸۶۴۷۸۸۷
www.ravangam.com

اختلال اضطراب اجتماعی(جمعیت هراسی)

معیارهای DSM – 5 برای اختلال اضطراب اجتماعی

A: ترس یا اضطراب شدید نسبت به یک یا چند موقعیت اجتماعی که در آن، فرد در معرض توجه و دقت دیگران قرار می‌گیرد. بعضی نمونه‌ها عبارتند از: تعاملات اجتماعی (مثلاً، حرف زدن با دیگران، ملاقات یا آشنا شدن با دیگران)، تحت نظارت دیگران قرار داشتن (مثلاً، به هنگام خوردن یا نوشیدن)، یا انجام دادن کاری در جلوی دیگران (مثلاً، سخنرانی کردن)

درمورد کودکان، اضطراب باید در حضور دوستان همسن و سال نیز روی دهد نه فقط در طول تعامل با بزرگسالان.

B: فرد می‌ترسد که طوری عمل کند، یا سمپتوم‌های اضطراب از خود نشان دهد که باعث شود مردم برداشت منفی از او داشته باشند (مثلاً، مسخره شود، خجالت زده شود، یا تحویل گرفته نشود) یا باعث توهین به دیگران یا ناراحت شدن آن‌ها شود.

C: موقعیت (یا موقعیت‌های) اجتماعی تقریباً همیشه باعث ترس یا اضطراب می‌شوند.

توجه: در کودکان، ترس یا اضطراب ممکن است با گریه کردن، قشقرق راه انداختن، بی‌حرکت ماندن، کز کردن، یا حرف نزدن در موقعیت‌های اجتماعی نشان داده شود.

D: فرد فعالانه تلاش می‌کند تا از موقعیت (یا موقعیت‌های) اجتماعی اجتناب کند یا مجبور می‌شود آن‌ها را با ترس و اضطراب بسیار زیاد تحمل کند.

E: ترس یا اضطراب او با خطری که از طرف موقعیت اجتماعی موردنظر او را تهدید می‌کند، تناسب ندارد. توجه داشته باشید که «تناسب نداشتن» به متن و زمینهٔ فرهنگی ـ اجتماعی اشاره دارد.

F: ترس، اضطراب، یا اجتناب موردنظر، پیوسته و مکرر است و **معمولاً ۶ ماه یا بیش‌تر** طول می‌کشد.

G: ترس، اضطراب یا اجتناب باعث می‌شود فرد به دسترس یا نابسامانی شدید و از لحاظ بالینی معنادار در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر جنبه‌های مهم زندگی دچار شود.

H: ناراحتی فرد را نمی‌توان به آثار مستقیم یک ماده (مثلاً، یک نوع مادهٔ مخدر، یک نوع داروی تجویزی)، یا یک عارضهٔ پزشکی دیگر نسبت داد.

I: یک اختلال ذهنی دیگر نمی‌تواند علت مناسب‌تری برای این ناراحتی باشد. مثل اختلال وحشت‌زدگی، اختلال بادی دیسمورفیک، یا اختلال طیف اوتیسم.

J: اگر یک عارضهٔ پزشکی دیگر وجود دارد (مثلاً، بیماری پارکینسون، چاقی، زشت شدن صورت یا بدن به خاطر سوختگی یا زخم)، ترس، اضطراب، یا اجتناب مورد نظر ربطی به این موضوع ندارد یا مفرط است.

نکته: نرخ شیوع در همهٔ گروه‌های سنی با افزایش سنی کاهش می‌یابد و در نوجوانان و جوانان تفاوت جنسیتی در نرخ شیوع بیش‌تر مشاهده می‌شود.

نکته: اختلال اضطراب اجتماعی به دو دلیل متفاوت از فوبیاهای ساده است: اولاً: اختلال اضطراب اجتماعی بسیار شایع است و با **اختلال اضطراب تعمیم‌یافته** (GAD)، که آن نیز **شایع‌ترین اختلال اضطرابی** است، مقایسه می شود. طبق نظریه‌های اختلال اضطراب اجتماعی، عواملی صرفاً منحصر به اختلال اضطراب اجتماعی وجود دارند که باعث ایجاد این اختلال می‌شوند.

نکته: معمولترین اختلال شایع در میان بیماران اضطراب اجتماعی افسردگی است. پس از افسردگی حملات اضطرابی(panic attacks)، اضطراب فراگیر(generalized anxiety disorder)، اختلال استرس پس از سانحه(post-traumatic stress disorder)، وابستگی به مواد و خودکشی شایع ترین اختلالات موجود در بیماران اضطراب اجتماعی می‌باشد.

نکته: اضطراب اجتماعی بعد از فوبی خاص، شایع ترین اختلال اضطرابی است.

نکته: تایجین کیوفوشو شبیه سندرم ارجاع بویایی در امریکاست. در مردها بیشتر از زنها دیده می شود.

نکته: اضطراب سخنرانی شایع ترین اضطراب اجتماعی است.

انواع اختلال		سبب شناسی
اضطراب اجتماعی	**رویکرد روان پویشی**	براساس یکی از نظریه های روان پویشی (آرییتی، ۱۹۷۹) این تکانه های نهاد نیست که واپس رانده می شود بلکه واپس رانی برای مشکلات بین فردی خاص در دوران کودکی صورت می گیرد. اشخاص مبتلا به فوبی در ابتدای زندگی خود برای محفوظ ماندن از خطر، به افراد دور بر خود اعتماد می کنند، ولی بعدها با ترس در می یابند که این اشخاص بالغ- معمولاً قابل اعتماد نیستند، آنها نمی توانند با این بی اعتمادی یا ترس فراگیر از دیگران زندگی کنند. برای اینکه مجدداً به افراد اعتماد پیدا کنند، به طور ناهشیار ترس از دیگران را به ترس از اشیا و موقعیت های کلی منتقل می کنند. زمانی که فرد در بزرگسالی در معرض فضار روانی قرار گیردف فوبی پدیدار می شود. مانند بسیاری از نظریه پردازیهای روانپویشی، شواهد حمایت کننده از این دیدگاهها صرفاً محدود به نتیجه گیریهایی است که از گزارشهای موردی بالینی به دست آمده اند.
	رویکرد رفتاری	نظریه های رفتاری، براین تاکید دارند که فوبیها از راه یادگیری کسب می شوند. در این میان ممکن است چندین نوع یادگیری دخیل باشد. شرطی شدن اجتنابی. مهمترین تبیین رفتاری فوبی آن است که این واکنش ها، پاسخهای اجتنابی آموخته شده هستند.
	رویکرد شناختی	در پردازش و تفسیر اطلاعات نوعی سوگیری دارند که باعث می‌شود دربارۀ رویدادهای اجتماعی پیش‌بینی‌های بسیار منفی داشته باشند. توجه متمرکز بر خود دارند.
	عوامل رشدی	داشتن والدین مبتلا به اختلال وحشتزدگی توجه کمتر والدین، طرد فرزندان، والدین سلطه گر یا بیش حمایتگر
	رویکرد زیستی	▪ عوامل ژنتیک علت حدود ۱۳ درصد انواع ترس‌های اجتماعی است. ▪ کژکاری دوپامینرژیک(کاهش تراکم کانونی بازجذب دوپامین در جسم مخطط) و افزایش نورآدرنالین ، تاثیرگذاری خوب بنزودیازپینها از جمله کلونازپام(clonazepam) در اضطراب اجتماعی نشان دهنده دخالت ناقل عصبی گابا(GABA) یا گلوتامات(glutamate) در اضطراب اجتماعی است. ▪ مطالعات بسیاری تاثیر اکسیتوسین(oxytocin)، واسوپرسین(vasopressin)، سی آر اف(CRF) و کورتیزول(cortisol) را در اضطراب اجتماعی و اعتماد به نفس گزارش کرده‌اند. ▪ آمیگدالا(amygdala) بخشی از سیستم لیمبیک(limbic system) است که در ادراک ترس و یادگیری احساسی(emotional learning) نقش دارد. مطالعات بسیاری حساسیت و عملکرد بیش از اندازه آمیگدالا را در پاسخ به تهدیدهای اجتماعی(مواجهه با چهره‌های خشمگین خصومت آمیز یا در زمان انتظار کشیدن برای سخنرانی) در مبتلایان به اضطراب اجتماعی نشان داده‌است.

گروه آموزشی مقدم

	عوامل محیطی	یک تجربه ناموفق اجتماعی می‌تواند شروعی برای اضطراب اجتماعی باشددر حدود نصف مبتلایان وقوع یک ضربه روانی یا یک واقعه اجتماعی تحقیرآمیز با شروع یا بدتر شدن اضطراب اجتماعی مرتبط است. همچنین اضطراب اجتماعی می‌تواند اثرات بلند مدت طرد شدن، نادیده گرفته شدن، آزار جسمی یا جنسی در دوره کودکی باشد.

شیوع و سن شروع	تغییرات DSM-۵	تشخیص افتراقی	مکانیزم های دفاعی	رویکردهای درمانی	
در مطالعات همه گیرشناختی زنان بیشتر از مردان مبتلا می شوند اما در نمونه های بالینی عکس این موضوع دیده می شود. اوج شروع اختلال در نوجوانی	-قبلا فوبی اجتماعی نامیده می شد. -اینکه فرد باید قبول داشته باشد ترس او افراطی است، حذف شده است. -اسپسیافایر تعمیم یافته جای خود را به فقط اجرا داده است.	مهمترین تشخیص افتراقی با ترس مرضی از فضاهای بسته (آگورافوبیا)است: ترس مرضی از فضاهای بسته بیشتر از مکانی که قابل فرار کردن نیست می ترسد و وجود مردم اطمینان بخش است و به رفع آن حتی کمک می کند.	فرافکنی، آرمانی سازی، جسمی سازی و پرخاشگری منفعلانه و استفاده کمتر آنها از مکانیزم دفاعی فرونشانی	رویکرد رفتاری و رویکرد شناختی	آموزش مهارتهای اجتماعی ، روشهای رفتاری-شناختی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد-acceptance) commitment therapy)یا ACT، درمان مواجهه ای (exposure therapy)
		یک تشخیص افتراقی دیگر موقعیت هائی است که با انزوای اجتماعی همراه هستند مثل اختلال افسردگی اساسی و مراحل اولیه جنون(سایکوز)، در این دو منزوی شدن علت دارد ولی در هراس اجتماعی، اضطراب و ترس باعث منزوی شدن می‌گردد و دوما در هراس اجتماعی علائم محدود به ترس از موقعیت است ولی در آن دو علائم همراه دیگری نیز وجود دارند.		رویکرد زیستی	MAOI ها SSRI ها بنزودیازپین ونلافاکسین بوسپیرون

گروه آموزشی مقدم
۰۲۱-۸۸۶۴۷۸۸۷
www.ravangam.com

اختلال اضطراب فراگیر (منتشر، مواج، تعمیم یافته GAD)

معیارهای DSM – 5 برای آگورافوبیا اختلال اضطراب فراگیر

A: اضطراب و نگرانی شدید و مفرط (دل شوره) دربارهٔ تعدادی از رویدادها یا فعالیت‌ها (مثلاً، عملکرد شغلی یا تح صیلی) در اکثر روزهای هفته و به مدت حداقل ۶ ماه.

B: فرد نمی‌تواند این نگرانی را کنترل کند.

C: ا ضطراب و نگرانی با ۳ سمپتوم (یا بیش‌تر) از ۶ سمپتوم زیر همراه ا ست (با حداقل چند سمپتوم که در اکثر روزها **در ۶ ماه گذ شته** ح ضور داشته‌اند)

توجه: در مورد کودکان فقط به یک آیتم (سمپتوم) نیاز است.

۱. فرد بی‌قرار است، یا احساس عصبی بودن دارد، یا به خاطر نگرانی بی‌دلیل، بداخلاق است.

۲. به آسانی خسته و کوفته می‌شود.

۳. نمی‌تواند حواس خود را متمرکز کند یا ذهنش یک دفعه خالی می‌شود.

۴. زودرنج است و زود عصبانی می‌شود.

۵. تنش ماهیچه‌ای دارد.

۶. خوابش مختل شده است (نمی‌تواند بخوابد، یا از خواب می‌پرد، یا خواب ناآرام دارد که خستگیش را برطرف نمی‌کند.

D: اضطراب، نگرانی، یا سمپتوم‌های فیزیکی باعث می‌شوند فرد به رنج یا نابسامانی شدید (بالینی) در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر جنبه‌های مهم زندگی دچار شود.

E: ناراحتی فرد را نمی‌توان به آثار مســـتقیم یک ماده (مثلاً، یک نوع مادهٔ مخدر، یک نوع داروی تجویزی)، یا یک عارضـــهٔ پزشـــکی دیگر (مثلاً، هایپرتیروئیسم) نسبت داد.

F: یک اختلال روانی دیگر نمی‌تواند دلیل موجه‌تری برای این ناراحتی با شد (مثلاً، ا ضطراب دربارهٔ حملات وح شت‌زدگی در اختلال وح شت‌زدگی، ارزیابی منفی دیگران در اختلال اضطراب اجتماعی، وسواس کثیف‌شدن یا سایر وسواس‌ها در اختلال وسواسی ـ اجباری، جدایی از افراد مهمی که فرد به آن‌ها دلبستگی دارد در اختلال ا ضطراب جدایی، رویدادهایی که فرد را به یاد رویدادهای تروماتیک می‌اندازند در PSTD ، چاق شدن در آنورکسیا نوروزا، دردها و ناراحتی‌های فیزیکی در اختلال سوماتیک، نقص‌های که فرد فکر می‌کند در ظاهرش دارد در اختلال بادی دیسمورفیک، یا ابتلا به یک بیماری جدی در اختلال اضطراب یک بیمار، یا محتوای باورهای توهمی در اسکیزوفرنی یا اختلال هذیانی).

نکته: اضطراب فراگیر شایع ترین اختلالی است که همراه با یک اختلال روانی دیگر یافت می شود.

نکته: نگرانی وجه تمایز GAD از سایر اختلالات اضطرابی است.

انواع اختلال	سبب شناسی	
اضطراب فراگیر	رویکرد روان پویشی	اضطراب علامتی است از تعارض های حل نشده ناخودآگاه. فروید اضطراب فراگیر را ناشی از تضعیف یا از هم پاشیدگی مکانیزم های دفاعی می داند.
	رویکرد رفتاری	نظریه های رفتاری، براین تاکید دارند که فوبیها از راه یادگیری کسب می شوند. در این میان ممکن است چندین نوع یادگیری دخیل باشد. شرطی شدن اجتنابی. مهمترین تبیین رفتاری فوبی آن است که این واکنش ها، پاسخهای اجتنابی آموخته شده هستند.
	رویکرد شناختی	**سوگیری در پردازش اطلاعات:** بیش از حد گوش به زنگ تهدیدات **شناخت‌ها، باورها و فایدهٔ نگران شدن:** نگران شدن در عمل تقویت (reinforce) می‌شود، زیرا حواس فرد را پرت می‌کند و اجازه نمی‌دهد که سایر هیجان‌های منفی تجربه شوند.

	رویکرد زیستی	▪ نوروترنسمیترها: گابا و سروتونین ▪ لب پس سری: بیشترین تراکم گیرنده های بنزودیازپینی مغز ▪ اختلال در کرتکس پریفرانتال "Prefrontal Cortex" می‌تواند واکنش آمیگدالا به محرک‌ها یا موقعیت‌های تهدیدکننده را تحت تأثیر قرار دهد.
	عوامل اجتماعی	شرایط پراسترس، مثل فقر، اسکان نامناسب، پیش‌داوری و تبعیض تنبیه شدن بسیار توسط والدین و یا والدین بیش حمایتگر

شیوع و سن شروع	تغییرات DSM-۵	تشخیص افتراقی	مکانیزم های دفاعی	رویکردهای درمانی	
در مطالعات همه گیرشناختی زنان ۲ برابر بیشتر از مردان مبتلا می شوند اما در نمونه های بالینی نسبت ۱ به ۱ است.	تعداد علایم فیزیکی مرتبط از شش مورد به دو مورد کاهش یافته است.	**اختلالات طبی:** اختلالات عصبی، اختلا غدد درون ریز، متابولیک و مرتبط با داروها	فرافکنی، آرمانی سازی، جسمی سازی و استفاده کمتر آنها از مکانیزم های دفاعی طنز و فرونشانی	رویکرد رفتاری و رویکرد شناختی	۱) خود ـ نظارتی؛ ۲) آموزش ریلکسیشن یا آرمیدگی؛ ۳) بازسازی شناختی؛ و ۴) تمرین رفتاری.
شروع در اواخر نوجوانی و اوایل بزرگسالی		**اختلالات روانپزشکی:** وحشتزدگی، هراس، وسواس فکری – عملی، اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی اساسی		رویکرد زیستی	**اولین دارو و دارو انتخابی:** بنزودیازپین **سایر داروها:** بوسپیرون ونلافاکسین TCA ها SSRI ها
				رویکرد روان پویشی	▪ درمان حمایتی ▪ درمان مبتنی بر بینش

گروه آموزشی مقدم
۰۲۱-۸۸۶۴۷۸۸۷
www.ravangam.com

(SM یا Selective mutism) سلکتیومیوتیسم (لالی یا گنگی انتخابی)

معیارهای DSM – 5 برای سلکتیومیوتیسم

A: فرد در همهٔ موقعیت‌های اجتماعی خاصی که در آن‌ها از او انتظار می‌رود حرف بزند (مثلاً در مدرسه) ساکت می‌ماند اما در سایر مواقع حرف می‌زند.

B: این موضوع در موفقیت و پیشرفت تحصیلی یا شغلی یا در ارتباط اجتماعی اختلال به وجود می‌آورد.

C: این مشکل حداقل ۱ ماه ادامه می‌یابد (و به اولین ماه مدرسه محدود نمی‌شود)

D: در مدرسه، این حرف نزدن را نمی‌توان به آشنا نبودن، یا راحت نبودن، با زبانی که در محیط مدرسه صحبت می‌شود نسبت داد.

E: این مشکل را نمی‌توان با یک اختلال ارتباطی (مثلاً، اختلال سیالی کلامی با شروع در کودکی (لکنت) بهتر توضیح داد یا این مشکل صرفاً در طول اختلال طیف اوتیسم، اسکیزوفرنی، یا یک اختلال پسیکوتیک دیگر روی نمی‌دهد.

نکته: این اختلال برای اولین بار تحت عنوان آفازی اختیاری نامیده شد.

نکته: معمولا علت این اختلال روانشناختی، حفاظت بیش از حد مادر تسهیل کننده است.

گنگی ضربه ای: گاهی انگار آن را به عنوان نوعی رابطه آزار گرانه با بزرگترها وبرای تنبیه آن ها انتخاب می کند.

شیوع	سن شروع	تغییرات DSM-۵	تشخیص افتراقی	رویکردهای درمانی	
اختلالی نسبتاً نادر بیش‌تر در کودکان تا در نوجوان و بزرگسالان در دختران شایعتر از پسران است	شروع اختلال معمولاً قبل از ۵ سالگی ممکن است تا ورود کودک به مدرسه مورد توجه بالینی قرار نگیرد.	قبلا جزو اختلالات دوران کودکی و نوجوانی طبقه بندی می شد.	عقب ماندگی اختلالات فراگیر رشد، اختلال زبان بیانی، کودکان کم رو	رویکرد رفتاری	شیپینگ[۴] (شکل‌دهی)
				رویکرد زیستی	داروهای ضد افسردگی مثل SSRI ها

[۴] . Shaping

طرح های تضمینی قبولی روزانه سراسری

اعتماد به ۲۳ سال تجربه آموزشی

حضوری

نیمه حضوری

مکاتبه ای

کتاب های جامع با بالاترین پوشش دهی سوال های کنکور

کتاب های ۱۰۰۰ نکته ۱۰۰۰ تست

مشاوره و برنامه ریزی انفرادی

آزمون های آزمایشی و خودسنجی

جزوات جمع بندی

کلاس های شرح درس

کلاس های جمع بندی و نکته و تست

جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد خدمات ما با شماره ۰۹۳۰۲۹۷۳۷۰۹ تماس بگیرید و یا در شبکه های اجتماعی به آیدی@ravangaam پیام دهید

گروه آموزشی مقدم

۰۲۱-۸۸۶۴۷۸۸۷

www.ravangam.com

گروه آموزشی مقدم