

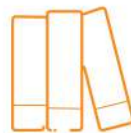
بسم الله الرحمن الرحيم

آسیب شناسی روانی

همراه با ضمیمه معیارهای تشخیصی



از سری کتاب‌های جامع روان‌آموز (درسنامه + تست) شامل تست‌های کنکور سال‌های اخیر



منطبق بر محتوای کلاس‌های جامع روان‌آموز



۸۰ درصد تطابق با کنکور سال گذشته



بروزرسانی دائمی در طول سال تحصیلی ۱۴۰۲

سخن روان‌آموز

علم هم برای خودش سلسله مراتبی دارد، مثلاً اولین سطح علم، چارچوب‌های ثابت‌اند، مثل پل‌ها و ساختمان‌ها که مطالعه آن کار مهندسان عمران است. در سطح دوم به ساعت‌واره‌ها می‌رسیم، مثل ساعت و موتور خودرو، این‌ها بر خلاف سطح قبل حرکت هم می‌کنند، مهندسی مکانیک این موارد را بررسی می‌کند. در سطح سوم، دستگاه‌های برنامه‌پذیرند، مثل ترموستات که علاوه بر آن که حرکت می‌کند، می‌شود به آن برنامه داد، برنامه‌نویسی کامپیوتر و علم مهندسی کنترل در این سطح است. سطح بعدی سلول است، تک یاخته زنده‌ای که مستقلاً می‌تواند، تولید مثل کند و با محیط ارتباط برقرار کند، دنیای خیلی پیچیده‌تر از دنیای مهندسی! رشته‌های زیست‌شناسی و ژنتیک در این سطح از علم فعالیت می‌کنند. سطح بعدی گیاه و اندام‌هاست، مجموعه‌ای از سلول‌ها که با هم تقسیم وظیفه می‌کنند و هرکدام کاری را به عهده می‌گیرند، رشته‌های پزشکی و گیاه‌شناسی در این سطح فعالیت می‌کنند. سطح بعدی حیوانات هستند، از اینجا آگاهی آغاز می‌شود، جاندارانی که آموزش پذیرند و از تجربه‌های قبلی درس می‌گیرند، کسانی که حیوانات را آموزش می‌دهند و روانشناسان رفتارگر در این سطح فعالیت می‌کنند. سطح بعدی فهم و تحلیل هیجانات و رفتار انسان خودآگاه است که به لحاظ پیچیدگی فراتر از تمام علوم پزشکی و مهندسی، در بالاترین سطوح علم قرار می‌گیرد. جایی که شما با شگفتی‌های ذهن انسان روبه‌رو می‌شوید و مسایلی را حل می‌کنید که علوم پزشکی و مهندسی، نه تنها، راه‌حلی نمی‌توانند ارائه دهند، بلکه حتی ایزاری برای پیدا کردن مساله ندارند. اینجا آغاز دنیای روان‌شناسی است. خوشحالیم که در رویای بزرگ اکتشاف این سرزمین شگفت‌انگیز، قدم به قدم همراه شما هستیم!

روایت از زندگی کن!

مقدمه مولف

آسیب‌شناسی روانی از دروس مهم و تخصصی کنکور ارشد و دکتری روانشناسی است و در عین حال برای هر روانشناسی واجب است که با مفاهیم آن کاملاً آشنا باشد. در سال‌های اخیر، کنکور ارشد بیشتر بر مباحث مربوط به کودکان و دکتری، طبق روال قبل بر مباحث بزرگسالان متمرکز بوده است. در ویراست جدید کتاب که در دست شماست، با تکمیل مباحث مربوط به کودکان تلاش کرده‌ایم هر چه بیشتر با تغییرات سال‌های اخیر در کنکور ارشد منطبق شویم. با توجه به حجم مطالب و تعدد منابع، مجموعه حاضر تلاش کرده در عین حفظ انسجام مطلب، خلاصه‌ای کامل اما با حجمی کمتر از کتب اصلی ارائه کند. در صورت داشتن فرصت کافی، کتاب آسیب‌شناسی گنجی را به‌عنوان منبع اصلی یک دور بخوانید و سپس از این مجموعه برای مرور و مطالعه نکات تکمیلی سایر کتب استفاده کنید. در صورتی که فرصت مطالعه منبع اصلی ندارید، با اطمینان به این مجموعه اتکا کنید تا امکان دوره‌های بیشتر داشته باشید. این مجموعه که پوشش کاملی از آخرین ویراست DSM-5-TR و کتاب‌های آسیب‌شناسی همچون گنجی، بارلو، هالچین و وایس دارد، با نکات مهم سایر کتب از جمله خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک و برخی نکات اساسی روانشناسی مرضی تحولی دادستان تکمیل شده و مناسب کنکور هر دو مقطع است. یکی از نکات متمایز ما این است که در طول سال نیز همواره در حال به‌روزرسانی و جمع‌آوری نکات سایر منابع هستیم که در طول مطالعه در اختیاران می‌گذاریم، بنابراین لیست منابع مذکور به این اسامی محدود نخواهد بود! در انتهای هر فصل سوالات کنکورهای ارشد و دکتری سال‌های گذشته همراه با پاسخ تشریحی قرار گرفته که برای آشنایی، تسلط و مرور قابل استفاده هستند. شما می‌توانید برای فهم بهتر مطالب کتاب حاضر، از کلاس آسیب‌شناسی روانی و فلش‌کارت‌های نارنگی نیز استفاده کنید. امیدواریم با انتشار این مجموعه قدمی در رسیدن شما به رتبه و هدف دلخواهتان برداشته باشیم. مثل همیشه و با اشتیاق‌پذیری نظرات ارزشمند شما هستیم.

ستاره های روان آموز

سال	رتبه کشور در آگرایش	نام و نام خانوادگی
۱۴۰۱	+ ۳۹ بالینی - ۱۷ روانسنجی - ۲۳ کودکان - ۳۶ تربیتی	نیما خوش فطرت
۱۳۹۹	+ ۱۷ بالینی	طاحنا سلاجقه
۱۴۰۱	+ ۴۹ عمومی - ۱۸ بالینی	مختاب شرفیه
۱۴۰۰	+ ۱۹ بالینی	فاطمه عموزاده
۱۳۹۹	* ۲۱ بالینی - ۲۹ سلامت - ۱۹ بالینی کودک	آرزو نجبر مقدم
۱۴۰۱	+ ۲۰ روانسنجی	علیرضا باغبان
۱۴۰۰	+ ۲۰ بالینی	محمداکشاوری
۱۴۰۰	+ ۲۷ بالینی - ۲۶ کودکان - ۳۰ روانسنجی	علی جولانی
۱۴۰۱	+ ۲۷ تربیتی	نیکو صدوری
۱۴۰۱	* ۲۷ بالینی - ۲۸ بالینی کودک - ۲۸ سلامت - ۳۱ بهداشت روان	ویدا کوه پیم
۱۴۰۱	+ ۲۸ عمومی - ۲۸ بالینی - ۲۸ روانسنجی - ۳۶ کودکان	ریحانه گل کوند
۱۴۰۰	+ ۲۸ عمومی	عالیه مردادی
۱۴۰۱	+ ۳۱ بالینی	فاطمه رجایی
۱۴۰۱	+ ۳۱ عمومی - ۴۷ بالینی	شیوا عباس زاده
۱۳۹۹	+ ۳۱ بالینی	ملیکا بهرامی
۱۴۰۰	* ۳۲ بهداشت روان - ۳۶ سلامت - ۵۰ بالینی	مهدی میدویان
۱۴۰۱	+ ۴۲ روانسنجی - ۳۵ کودکان	پریسا کیلا
۱۴۰۱	+ ۳۷ عمومی	علی قائم مقام
۱۴۰۰	+ ۳۷ بالینی	سپیده کردان
۱۴۰۰	+ ۳۸ عمومی - ۶۰ بالینی	حسین اصلا
۱۴۰۱	+ ۳۹ عمومی - ۴۳ روانسنجی - ۵۰ کودکان	یاسمن کریمی
۱۴۰۱	+ ۳۹ روانسنجی	زهرا نجیبی
۱۴۰۱	+ ۴۷ عمومی - ۳۹ کودکان	فاطمه بزرگ
۱۴۰۱	+ ۴۰ بالینی	فرزانه عبیدی
۱۴۰۱	+ ۴۲ عمومی - ۴۱ بالینی	فاطمه کرمانی
۱۴۰۰	+ ۴۸ عمومی - ۴۲ بالینی - ۵۰ کودکان	فاطمه خسروانجام
۱۴۰۱	+ ۴۳ عمومی	علی خدیجه
۱۳۹۹	+ ۴۶ بالینی	نگین فراحی
۱۴۰۰	+ ۴۵ عمومی	فاطمه ایمانی
۱۴۰۱	+ ۴۶ بالینی	محمد مهدی آبرزاده
۱۴۰۰	+ ۴۷ بالینی	مریم میراشه
۱۴۰۱	+ ۴۸ تربیتی	زهرا نیایش راد
۱۴۰۰	+ ۴۸ بالینی	کوثر یوسفی

سال	رتبه کشور در آگرایش	نام و نام خانوادگی
۱۴۰۱	+ ۲ عمومی - ۱ بالینی - ۸ روانسنجی - ۵ کودکان - ۲۳ تربیتی	زهرا قاسمی
۱۳۹۹	+ ۱ تربیتی - ۴۷ کودکان	نیما فریدنی
۱۳۹۸	+ ۱ بالینی	فاطمه قدیمی
۱۴۰۱	+ ۶ عمومی - ۲ بالینی - ۲۲ روانسنجی - ۵ کودکان	مهرناز یوسفی
۱۳۹۹	+ ۲ عمومی - ۹ بالینی	محماسمندی
۱۳۹۹	* ۲ بالینی - ۵ بهداشت روان - ۳ سلامت - ۲ بالینی کودک	سارا بابایی
۱۴۰۰	+ ۳ روانسنجی	نجمه نورری
۱۳۹۸	+ ۱۰ عمومی - ۳ بالینی - ۳۹ کودکان	فریبا میری
۱۴۰۱	+ ۸ عمومی - ۶ بالینی - ۱۲ روانسنجی - ۲۳ کودکان - ۳۰ تربیتی	مجتبی حدائق
۱۴۰۰	+ ۸ عمومی - ۱۲ بالینی - ۱۲ روانسنجی - ۴ کودکان	سارا صابری
۱۳۹۹	+ ۴ کودکان - ۱۱ روانسنجی	فاطمه جیبودی
۱۳۹۹	+ ۴ عمومی - ۶ بالینی - ۱۰ روانسنجی - ۱۳ کودکان	امیرحسین ارفع حیمیان
۱۴۰۱	+ ۳۲ عمومی - ۵ بالینی - ۳۸ روانسنجی	فرزانه قیومی
۱۴۰۱	+ ۵ عمومی - ۱۲ بالینی - ۳۶ روانسنجی - ۳۱ کودکان	علی سلیمی
۱۴۰۰	+ ۲۰ عمومی - ۵ بالینی	محمد علی حائری
۱۴۰۰	+ ۵ عمومی - ۱۶ بالینی - ۹ روانسنجی - ۱۱ کودکان - ۲۵ تربیتی	علیرضا محمودی
۱۳۹۹	+ ۵ کودکان - ۳۲ عمومی - ۳۵ بالینی	زهرا آقاجانی
۱۴۰۱	* ۶ بهداشت روان - ۱۰ سلامت - ۱۶ بالینی - ۱۶ بالینی کودک	زهرا قاسمی
۱۴۰۰	+ ۶ عمومی - ۷ بالینی - ۸ روانسنجی - ۱۰ کودکان - ۲۷ تربیتی	انوشا ناصر طاهر
۱۴۰۱	+ ۷ تربیتی	مرضیه زمانی
۱۴۰۱	* ۷ بهداشت روان - ۲۳ سلامت	امیرمهدی امرانی
۱۴۰۱	* ۷ بهداشت روان - ۱۸ سلامت - ۳۶ بالینی - ۳۶ بالینی کودک	علیرضا باغبان
۱۴۰۰	+ ۷ عمومی - ۴۴ بالینی - ۱۵ کودکان - ۲۳ روانسنجی	سارا جلوداری
۱۳۹۹	* ۱۰ بالینی - ۸ بهداشت روان - ۷ سلامت - ۱۰ بالینی کودک	ساینا فتح الله زاده
۱۴۰۱	* ۸ بالینی - ۹ سلامت - ۸ بالینی کودک	ندا اقلی پور
۱۴۰۱	+ ۶ عمومی - ۹ بالینی - ۵۶ روانسنجی - ۳۸ کودکان	زهرا اکبری
۱۴۰۰	+ ۹ عمومی - ۳۶ بالینی - ۲۹ روانسنجی - ۳۰ کودکان	سعید پایدار فرد
۱۳۹۸	+ ۱۱ بالینی	محماسونجانی
۱۴۰۱	+ ۱۲ عمومی - ۲۴ بالینی - ۱۴ روانسنجی - ۲۷ کودکان - ۳۶ تربیتی	پریا الفتی
۱۳۹۹	+ ۱۲ بالینی - ۳۹ عمومی	سپیده سمائی
۱۴۰۰	+ ۱۳ عمومی - ۲۶ بالینی - ۲۱ روانسنجی - ۳۹ کودکان	سینا صبوری
۱۳۹۸	+ ۱۳ بالینی	زینب قاسمی
۱۳۹۹	+ ۲۲ عمومی - ۱۴ بالینی - ۳۱ روانسنجی - ۴۲ کودکان	سارا الله وردی

+ داوطلب وزارت علوم
* داوطلب وزارت بهداشت

برای اطلاع از جدیدترین ستاره های سال ۱۴۰۲ روان آموز، QR code را اسکن کن.
راستی تا به حال از خودت پرسیده ای چرا تو یکی از هزار هزار ستاره ما نباشی!؟



نظرات رتبه برترها

زهرا قاسمی - رتبه ۱ کنکور ۱۴۰۱

اصلا باور نمی‌کردم همونطور که در آزمون جامع روان آموز رتبه تک رقمی شدم در کنکور واقعی هم همینطور بشه. من از کتاب‌ها، کلاس‌ها و اپلیکیشن نارنگی خیلی استفاده کردم و به نظرم واقعا اثرگذار بود.

مجتبی حدائق - رتبه ۴ کنکور ۱۴۰۱

کلاس‌های رشد و بالینی خانم دکتر خجوی خیلی جامع مباحث رو پوشش می‌دادن و من دو هفته آخر برای دوره و مرور بهشون تکیه کردم و برای شخص من خیلی مفید و کاربردی بودن.

زهرا احمدی - رتبه ۹ کنکور ۱۴۰۱

من از کتاب‌ها و کلاس‌های روان آموز استفاده کردم. قطعاً نقش پررنگی در این مسیر داشت و اگر این کتاب‌ها به این خوبی تالیف نمی‌شدند، جمع‌آوری این نکات از کتب مختلف قطعاً کار طاقت فرسا و غیرممکنی بود. آزمون جامع مرحله یک رو هم شرکت کردم و در اون آزمون به نظرم سوال‌های خیلی خوبی طرح شده بود.

سارا صابری - رتبه ۴ کنکور ۱۴۰۰

از همه محصولات روان آموز از جمله کلاس رشد و بالینی و کتابها استفاده کردم. واقعا ممنونم که تو سال کنکور نه مثل موسسه‌های کنکوری، بلکه مثل یه دوست واقعی کنارمون بودن.

محمدعلی حائری - رتبه ۵ کنکور ۱۴۰۰

لازم می‌دونم که یک تشکر ویژه از مجموعه روان آموز داشته باشم که واقعا در موفقیت من موثر بود و به کنکوری‌های آینده هم کتابا و جزوات و مخصوصاً اپ نارنگی روان آموز رو پیشنهاد می‌کنم.

سارا جلوداری - رتبه ۷ کنکور ۱۴۰۰

من خیلی خوشحالم که تو مسیر کنکور روان آموز رو کنارم داشتم؛ چون تیم کاملیه، چه از نظر منابع درسی و کلاس‌های آنلاین و چه از نظر طرح‌های مشاوره، انتخاب مناسبیه.

زهرا آقاجانی - رتبه ۵ کنکور ۱۳۹۹

من از کتاب‌های روان آموز استفاده کردم و واقعا به دور از اغراق می‌گم خیلی فوق‌العاده بود. بین تمامی جزوات و کتاب‌های کمک آموزشی روان آموز بهترینیه. کتاب‌هایی کامل، بدون اضافه‌گویی و واقعا مختصر و مفیده. محتوای غنی کتاب‌های روان آموز علاوه بر اینکه در طول سال مناسب‌ترین منابع جمع‌بندی هم هستن، اگر دوباره به عقب برگردم حتماً از خدمات مشاوره روان آموز هم کمک می‌گیرم.

فریامیری - رتبه ۳ کنکور ۱۳۹۸

من ابتدا قصد داشتم منابع اصلی رو بخونم ولی به علت کمبود وقت از کتاب‌های روان آموز استفاده کردم که خیلی برام مفید بود و خودم فکر نمی‌کردم تکیه کردن به خلاصه‌ها بتونه همچین نتیجه‌ای برام داشته باشه.

سینا محمدباقری - رتبه ۳ کنکور ۱۴۰۰

با توجه به پراکندگی منابع، حجم گسترده و محدودیت زمانی که داشتم، دنبال یک منبع جامع و در عین حال اقتصادی می‌گشتم و در نهایت کتاب روان آموز رو انتخاب کردم و کاملاً راضی بودم.

مرضیه زمانی - رتبه ۷ کنکور ۱۴۰۱

یک بار در آزمون آزمایشی شرکت کردم که در ترتیب پاسخگویی به دروس خیلی کمکم کرد. رتبه‌ام چهار شد، اپ نارنگی رو داشتم، ولی خب دیر باهاش آشنا شدم، از کارگاه رشد خانم خجوی هم استفاده کردم. همچنین ممنونم ازشون که یه سری خدمات آموزشی درسایت روان آموز رو رایگان در اختیار داوطلبین قرار می‌دن.

محمد احمدوند - رتبه ۱۲ کنکور ۱۴۰۱

خوشبختانه پوشش جامع کتاب‌های روان آموز باعث شد که بی‌نیاز از مطالعه منابع اولیه باشم؛ این مسئله به ویژه درباره کتاب آسیب‌شناسی روانی صدق می‌کرد.

فاطمه ایمانی - رتبه ۴۵ کنکور ۱۴۰۰

کلاس‌های بالینی و رشد خانم خجوی عبور از چالش رو برام ممکن کرد. بازخورد خوبی هم از یادگیریم می‌گرفتم. رشد سه برابر درصدهامو نشون میداد. تمام مطالب سخت و مبهمی که برام وجود داشت با توضیحات عمیق خانم دکتر به نقطه قوت تبدیل شدن. موسسه روان آموز با تمام کتاب‌ها و کلاس‌ها و اپلیکیشن‌ها یه مرجع بی‌کم و کاست برای کنکور روانشناسیه.

انوشا ناصرطاهری - رتبه ۶ کنکور ۱۴۰۰

مطالعه برای ارشد روانشناسی رو از سایت روان آموز شروع کردم. فررنس‌های معرفی شده رو پیدا کردم و خوندم. از کتاب‌های روان آموز استفاده کردم و راضی بودم چون پوشش دهی خوبی از نکات اصلی داره.

نیما فریدتی - رتبه ۱ کنکور ۱۳۹۹

من به شخصه چون یک هفته مانده به کنکور مطالعه و مرور منابع رو تمام کرده بودم، از طرفی هم دیدی نسبت به شکل کنکور نداشتم و تا حدی هم استرس داشتم، تصمیم گرفتم آزمون جامع آخر را شرکت کنم که بسیار در جمع‌بندی، مطالعه‌ی نکات مهم و جامانده و البته سنجش از خودم، به من کمک کرد.

فانزه قنیمی - رتبه ۱ کنکور ۱۳۹۸

من از کتاب‌ها و برنامه نارنگی استفاده کردم. روان آموز موسسه واقعا خوبیه و کیفیت کتاب‌ها خوبه.

مهسا هونجانی - رتبه ۱۱ کنکور ۱۳۹۸

من خیلی از کتاب‌های روان آموز و مطالب سایتشون استفاده کردم و بی‌تعارف به نظرم روان آموز یکی از منطقی‌ترین و صحیح‌ترین کتاب‌های روانشناسی رو داره.

درصد تطابق

می‌دانید که با مطالعه دقیق و کامل کتاب‌های جامع روان‌آموز، می‌توانید در هر درس، درصد بالایی در آزمون کسب کنید. برای تایید این سخن، روان‌آموز هر سال با ارائه فایل مستندات دقیق، میزان پوشش دهی کتاب‌ها را محاسبه و منتشر می‌کند. درصد تطابق کتب روان‌آموز با کنکور کارشناسی ارشد روانشناسی سال ۱۴۰۲ نیز به شرح زیر است:

برای مشاهده فایل تحلیل درس به درس کنکور ۱۴۰۲ همراه با فایل مستندات، QR code زیر را اسکن کن!



به نظر شما هواپیما در چند درصد زمان پرواز در مسیر از پیش تعیین شده حرکت می‌کند؟ صفر درصد! سیستم خلبان خودکار در هر ثانیه هزاران بار اختلاف موقعیت فعلی هواپیما را با موقعیتی که باید در آن باشد، محاسبه کرده و دستوره‌های اصلاحی مورد نیاز را صادر می‌کند. رولف دوبلی در کتاب هنر خوب زندگی کردن می‌گوید: اصلاح، یک جزء همیشگی در مسیر زندگی است و رمز بقا و ماندگاری محسوب می‌شود.

ما هم در روان‌آموز هر چند تمام تلاشمان را برای ارائه بی‌عیب و نقص کتاب‌ها و سایر محصولات انجام می‌دهیم اما معتقدیم، اصلاحات و اضافات را نباید دست کم گرفت. هر چند که هر ساله پس از برگزار شدن کنکور اقدام به جمع‌آوری اطلاعات جدید و به‌روز در تمامی درس‌ها مطابق با آخرین تغییرات کتاب‌های مرجع و منبع اصلی و شیوه طراحی تست طراحان کنکور می‌کنیم (کاری که کمتر موسسه‌ای می‌کند)، اما باز هم پس از انتشار کتاب‌ها، این روند را متوقف نمی‌کنیم. مولفین و همکاران تیم روان‌آموز همه روزه در حال مطالعه و تفحص در باب مباحث علمی و مشاوره‌ای کنکور هستند تا چنانچه محتوا و مطالب جدیدی به دستمان رسید، آن‌ها را با شما نیز به اشتراک بگذاریم. هر چند این کار بسیار سخت و زمان‌بر است، اما از آن‌جا که ما خود را در قبال داوطلبین و مخاطبینمان متعهد و مسئول می‌دانیم، این پروسه پیچیده برایمان شیرین و اثربخش است. این QR code ها در واقع نقش تکمیل‌کننده برای هر کتاب ایفا می‌کنند. ما در طول یک سال تحصیلی از طریق این لینک‌ها با تمام افرادی که کتاب‌ها را تهیه کرده‌اند در ارتباط خواهیم بود و در صورت لزوم محتواهای مکمل از جمله مقالات، مطالب علمی جدید و تست‌های مرتبط را جهت استفاده شما در لینک‌های مربوطه بارگذاری خواهیم کرد. لازم به ذکر است استفاده از محتوای مکمل، فقط در همان سال و ویژه داوطلبانیست که کتب چاپ جدید را تهیه کرده‌اند.

اطلاع‌رسانی‌ها در مورد انتشار محتوای جدید نیز از طریق کانال‌های روان‌آموز در شبکه‌های اجتماعی انجام می‌شود.



فصل ۱/ ناپهنجاری و اختلال روانی	۹
فصل ۲/ اختلالات اضطرابی	۳۴
فصل ۳/ اختلال وسواسی- اجباری و اختلالات مرتبط با آن	۶۰
فصل ۴/ اختلالات مرتبط با تروما و استرس	۷۶
فصل ۵/ اختلالات خلقی	۹۲
فصل ۶/ طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک	۱۲۴
فصل ۷/ اختلالات خورد و خوراک	۱۵۱
فصل ۸/ اختلالات شخصیت	۱۶۳
فصل ۹/ اختلال سوماتیک سمپتوم و اختلالات مرتبط با آن	۱۹۴
فصل ۱۰/ اختلالات گسستگی	۲۱۳
فصل ۱۱/ اختلالات خواب و بیداری	۲۲۵
فصل ۱۲/ اختلالات و انحرافات جنسی	۲۴۰
فصل ۱۳/ اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد	۲۵۲
فصل ۱۴/ اختلالات عصبی شناختی	۲۶۳
فصل ۱۵/ اختلالات اخلاص گرانه، سلوک و کنترل تکانه	۲۷۶
فصل ۱۶/ اختلالات روانی در کودک و نوجوانان	۲۹۴
فصل ۱۷/ اختلالات دفعی	۳۱۶
فصل ۱۸/ اختلال طیف اوتیسم	۳۱۸
فصل ۱۹/ اختلال نقص توجه- بیش فعالی	۳۳۳
فصل ۲۰/ اختلال یادگیری اختصاصی	۳۴۷
فصل ۲۱/ اختلالات ارتباطی	۳۵۵
فصل ۲۲/ اختلالات حرکتی	۳۶۱
فصل ۲۳/ معلولیت ذهنی	۳۶۵
فصل ۲۴/ سنجش و تشخیص	۳۷۲
فصل ۲۵/ نظریه‌های روان‌درمانی	۳۸۴
فصل ۲۶/ روش‌های تحقیق در روانشناسی	۳۹۷

فهرست مطالب

● خوشحالیم که روان آموز را انتخاب کرده‌ای و در مسیر تبدیل شدن به یک روانشناس خبره، این فرصت را داریم که کنارت باشیم. تمام تلاش ما این است که همراه بهتری باشیم.



به پایان آمد این دفتر، حکایت ما و شما همچنان باقیست. حالا که به انتهای این فهرست رسیده ای برای بهبود این همراهی، به همکاری ات نیاز داریم. حتی یک ایده که به نظر خودت شاید خیلی کوچک بیاید، ممکن است برای ما حسابی راهگشا باشد. در این لینک یک فرم نظرسنجی هم داریم که به پاس زمانی که برای پاسخگویی اختصاص می‌دهی، جوایز ارزنده‌ای در نظر گرفته‌ایم که پس از برگزاری کنکور به قید قرعه تقدیم خواهد شد.

برای ثبت ایده یا شرکت در نظرسنجی QR code را اسکن کن!

I AM GOING TO BE A PSYCHOLOGIST



داستان یک سفر...

امید داریم لذت گشت و گذار در دنیای این کتاب به جانتان بنشیند. خوشحال می شویم اگر قبل از شروع این کتاب، اهداف و رویاهای خود را در این زمینه بنویسید و عکس این صفحه را برای ما ارسال کنید. این صفحه در مواقع سخت و بحرانی مطالعه برای کنکور، همیشه کنار توست.

فصل ۱

نابهنجاری و اختلال روانی

آسیب‌شناسی روانی اینطور تعریف می‌شود: مطالعه انحراف‌ها از عملکرد بهنجار - مطالعه علمی احساسات، افکار و رفتارهای مشکل‌ساز که به اختلالات روانی مربوط است یا تقریباً همیشه همراه آن‌هاست.

روانشناسی بالینی شاخه‌ای از روانشناسی است که مسئول درک و درمان اختلالات روانی است.

تعریف انجمن روانشناسی آمریکا از روانشناسی بالینی:

روانشناسی بالینی، علم، نظریه و عمل را با هم ادغام می‌کند، تا ناسازگاری و معلولیت و ناراحتی را درک کند، پیش‌بینی کند و از شدت آن بکاهد، و همچنین به سازگاری، تطبیق و رشد شخصی کمک کند، روانشناس بالینی روی جنبه‌های هوشی، هیجانی، زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی، و رفتاری عملکرد انسان در سراسر زندگی، در فرهنگ‌های مختلف و در همه سطوح اجتماعی-اقتصادی تمرکز می‌کند.

تاریخچه اختلالات روانی

علل مختلفی در گذشته برای علت بیماری‌های روانی مطرح بوده است که در زیر به برخی از مهم‌ترین نکات آن‌ها اشاره می‌کنیم.

● جن‌زدگی و جن‌گیری

قدیمی‌ترین رویکرد به شناخت رفتارهای نابهنجار، رویکرد spiritual بود. بر اساس آن فرد دچار اختلال روانی توسط ارواح و اجنه تسخیر شده است. درمان شامل بیرون کردن ارواح و اجنه از بدن از طریق یک سری مراسم عذاب‌آور بود که به آن **دمونولوژی** (Demonology) می‌گویند. **ترفینینگ** (trephining) نوعی درمان برای نابهنجاری بود که در آن برای بیرون رفتن شیاطین، جمجمه فرد را سوراخ می‌کردند.

● بقراط

بقراط، پدر علم پزشکی بود که یک سیستم طبقه‌بندی تشخیصی و یک مدل برای توضیح رفتار نابهنجار ارائه کرد. بعضی سمپتوم‌ها را معرفی کرد. (مثل هالوسینیشن، دیلوژن، ملانکولیا، مانیا) و اصطلاح **هیستریا** (Hysteria) را اختراع کرد.

هیستریا برای کسانی استفاده می‌شد که بدون علت ارگانیک، نابینا یا فلج می‌شدند. او به غلط فکر کرد هیستریا فقط در زنان رخ می‌دهد و علت آن سرگردان شدن رحم در بدن است و چگونگی سمپتوم‌ها وابسته به این است که رحم کجا قرار گرفته باشد. درمان هم ازدواج یا باردار شدن زن بود! جالینوس، نظر بقراط درباره هیستریا را رد کرد. او علت هیستریا را ناراحتی زنان در از دست دادن علاقه به زندگی جنسی و لذت نبردن از آن می‌دانست.

بقراط معتقد بود رفتارهای غیرنرمال به دلیل عدم تعادل چهار خلط بدن انسان ایجاد می‌شود. خون یا دم با شجاعت و امیدواری، صفرای زرد با مانیا، صفرای سیاه با ملانکولیا، و بلغم با آرام و غیرهیجانی بودن، رابطه دارد.

این نظر بقراط با نظر ابن‌سینا شباهت دارد. ابن‌سینا هم معتقد بود افسردگی در نتیجه خلط چهارگانه است و بعضی بیماری‌های فیزیکی نتیجه استرس هیجانی است. او به تاثیر موسیقی بر ناراحتی هیجانی هم تاکید داشت.

بقراط یکی از عناصر روان‌درمانی را جدا شدن از خانواده می‌دانست. بنابراین او اولین کسی است که درمان انسان دوستانه و بستری شدن را ابداع نمود.

هیستریای جمعی

تعداد زیادی از افراد بدون هیچ علت فیزیکی آشکاری، سمپتوم‌های مشابه نشان می‌دهند. می‌تواند صرفاً نشانه سرایت هیجانی باشد. همچنین مردم در حالت هیجانی شدید، تلقین‌پذیر هستند و فکر می‌کنند اگر یک نفر علت یک مشکل را شناسایی کند، آن علت، علت

واکنش‌های هیجانی آن‌ها هم هست. در انگلیسی به این امر روانشناسی جماعت (روانشناسی خلق الله) گفته می‌شود.

● دکارت

فلسفه مدرن با دکارت شروع می‌شود. او معتقد بود باید از طریق استدلال، منطق و اراده جلوی هیجان‌های خود را بگیریم. او شش هیجان اصلی را معرفی کرد: تعجب، محبت، نفرت، هوس، شادی و غم. از نظر او ذهن و بدن جدا هستند که گاهی با هم تعامل می‌کنند و گاهی رقابت. به این **نظریه دوگانه‌نگری (dualism)** می‌گوییم. رویکردهای کل‌گرا (holistic) در تضاد با دوگانه‌نگری هستند و ذهن و بدن را جدا در نظر نمی‌گیرند.

● مسم

از نظر مسم، هیستری به دلیل عوامل روانشناختی رخ می‌دهد. او ایده مغناطیس حیوانی را بسط داد که طبق آن معتقد بود نیروی مغناطیسی را می‌توان برای درمان اختلالات جسمی و روانی استفاده کرد. درمان او به مسمریسم شهرت داشت که امروزه نوعی تلقین درمانی محسوب می‌شود. جیمز پرید این درمان را **هیپنوتیزم** نامید. هیپنوتیزم بعداً مبنای کار شارکو و فروید شد.

● اصلاحات قرن نوزدهم

در این دوره چندین نفر در انسانی کردن درمان و **درمان اخلاقی (moral)** نقش داشتند: فیلیپ پینل پیشگام انسانی کردن درمان در فرانسه، بنجامین راش پدر روان‌پزشکی آمریکا، دوروتی دیکس آغازگر جنبش بهداشت روانی و ویلیام توك. (به نقل از گنجی: Moral در اغلب کتاب‌ها به معنای درمان اخلاقی ترجمه شده است، اما آن را درمان روانی یا همان روان‌درمانی هم می‌توان معنا کرد.)

راش از چند روش متداول آن زمان هم استفاده می‌کرد. (صندلی آرام‌بخش، فروبردن در آب سرد، تهدید به مرگ) او معتقد بود هیجان بیش از حد، علت رفتار خشن بیمار است و ترساندن باعث خنثی شدن این هیجان می‌شود. در این دوره نقش پزشکان پررنگ‌تر شد و علل اختلالات مشخص می‌شد. برای مثال مشخص شد که سیفلیس به مغز آسیب می‌رساند و باعث جنون کلی می‌شود.

قهرمان سنت زیست‌شناختی در آمریکا، شخصی به نام جان گری بود. از نظر او جنون همیشه علت فیزیکی دارد، بنابراین باید با بیمار روانی مثل بیمار جسمی برخورد کرد. تاکید او بر استراحت، رژیم غذایی و هوای مطبوع بود.

یکی دیگر از شخصیت‌های برجسته سنت زیست‌شناختی و از بنیان‌گذاران روان‌پزشکی جدید، **امیل کِرپلین** بود. سهم او بیشتر در زمینه تشخیص و طبقه‌بندی بود. او یک سیستم طبقه‌بندی اختلالات روانی رسمی ارائه کرد و به همین دلیل **پدر DSM** محسوب می‌شود. گال، فرینولوژی یا جمجمه‌شناسی را اختراع کرد. اعتقاد او بر این بود که مغز اندام ذهن است و قوای ذهنی و اخلاقی متفاوتی در مناطق خاصی از قشر مخ قرار دارند. قوی بودن یک قوه ذهنی به اندازه منطقه آن در قشر مخ وابسته است و این قسمت در بیرون از جمجمه برجسته‌تر است! بعدها روانشناسان شناختی (مثل فودور) مطرح کردند که مغز مجموعه‌ای از تعداد زیادی برنامه با وظایف مشخص است که با هم تبادل و همکاری دارند، نه یک مجموعه از چند بخش که هر یک وظیفه خاصی داشته باشد.

● نهادزدایی

با کشف داروهای روان‌پزشکی و بهبود یافتن بیماران، سیاست نهادزدایی یا بیمارستان‌زدایی (deinstitutionalization) پیش گرفته شد. بر طبق آن تعداد زیادی بیمار از بیمارستان‌ها مرخص شدند. امروزه درمان سرپایی روش اصلی درمان است.

روندهای کنونی اختلالات روانی

● مدل پزشکی اختلالات روانی (medical model)

در قرن نوزدهم مشخص شد که بسیاری از رفتارهای روانی علت فیزیکی دارند و به همین دلیل اصطلاح بیماری روانی استفاده شد. نمونه اصلی آن ویروس سفلیس بود که باعث فلج عمومی می‌شد و تغییراتی هم در شخصیت ایجاد می‌کرد.

این امر به ایجاد **فرضیه سوماتوژنتیک** (somatogenic) انجامید. طبق فرضیه سوماتوژنتیک، علل مشکلات روانی در نقص‌های فیزیکی یا بیولوژیک است.

رویکرد پزشکی باعث شد تفکر علمی در زمینه درک اختلالات روانی جایگاه ویژه‌ای پیدا کند. مجموعه‌ای عظیم از دانش علمی درباره اختلالات روانی را روان‌پزشکی می‌نامیم. رویکرد پزشکی چند مشکل دارد:

در بسیاری موارد نمی‌توان بیماری روانی را با علل بیولوژیک توضیح داد. ناهنجاری‌های بیولوژیک الزاماً دلیل اصلی همه بیماری‌های روانی نیستند.

رویکرد پزشکی تلاش می‌کند ویژگی‌های هیجانی و روانی پیچیده بیماری‌های روانی را با دلایل بیولوژیک ساده توضیح دهد. به این امر **تقلیل‌گرایی زیستی** (Biological reductionism) گفته می‌شود.

ممکن است بیماری روانی یک حالت شدیدتر از یک رفتار عادی باشد، نه نشانه یک اختلال یا نقص در اندام‌های بیولوژیک. اینکه فرد مبتلا به اختلال روانی از لحاظ بیولوژیک یا سایکولوژیک ناقص است، باعث ایجاد **استیگما** (stigma) می‌شود. استیگما یعنی داغ و ننگی که حاصل از برچسب بیمار بودن است.

تقلیل‌گرایی در سایر رویکردها

به طور کلی تقلیل‌گرایی، یعنی توضیح یک پدیده از طریق تجزیه به اجزای تشکیل‌دهنده آن؛ و در سایر رویکردها هم دیده می‌شود:

رویکرد سایکودینامیک، رفتار را به مجموعه‌ای از ساختارها و فرایندهای فرضی تقسیم می‌کند.

رویکرد رفتارگرایی، رفتار را به واحدهای محرک-پاسخ تقسیم می‌کند.

رویکرد شناخت‌گرایی، رفتار را به افکار، باورها و نگرش‌ها تقسیم می‌کند.

● مدل روان‌شناختی اختلالات روانی (psychological model)

بعضی رویکردها که از رویکرد پزشکی فاصله می‌گیرند، مشکلات روانی را نتیجه علتی می‌دانند که بیشتر روان‌شناختی (سایکولوژیک) است تا زیستی (بیولوژیک).

این رویکردها علت مشکلات روانی را نوعی واکنش کاملاً عادی و سازگارانه به شرایط دشوار و استرس‌آمیز زندگی می‌دانند که از طریق مکانیسم‌های روانی یا شناختی سالم به وجود آمده، نه فرایندهای ذهنی خراب یا مختل.

تعریف ناهنجاری

چند معیار برای تشخیص ناهنجار بودن یک رفتار وجود دارد:

● انحراف از هنجارهای آماری

در این معیار، اگر نمره فرد پایین‌تر از یک نقطه برش خاص باشد یا از توزیع نرمال فاصله زیادی داشته باشد، ناهنجار محسوب می‌شود (مثل نمرات هوش).

این معیار دو مشکل دارد:

۱. به جای اینکه شخصی که از هنجار آماری انحراف دارد را در یک طبقه تشخیصی قرار دهیم، بهتر است نیازهای خاص او را شناسایی و از استراتژی‌های خاصی برای او استفاده کنیم.

۲. انحراف زیاد از هنجار آماری لزوماً به معنی مشکل روانی نیست، برای مثال فردی با هوش بسیار بالا هم از توزیع نرمال فاصله زیادی دارد.

DSM-5 معیار انحراف از هنجارهای آماری را حذف کرده است. برای مثال در DSM-IV نمره هوشی زیر ۷۰ ناهنجار محسوب می‌شد اما این معیار از تعریف عقب‌ماندگی ذهنی حذف شده است.

● انحراف از هنجارهای اجتماعی

طبق این معیار، رفتاری که از هنجارهای جامعه فرد فاصله داشته باشد، ناهنجار محسوب می‌شود.

این معیار چند مشکل دارد:

۱. فرهنگ‌ها و جوامع مختلف در آنچه هنجار محسوب می‌شود تفاوت زیادی با هم دارند.

۲. عوامل فرهنگی بر شیوه بروز مشکلات روانی، آسیب‌پذیری در مقابل عوامل خطر، نوع سمپتوم‌ها و درمان تاثیر می‌گذارند. DSM-IV برای اولین بار **سندروم‌های محدود به فرهنگ (culture-bound)** را مطرح کرد. یعنی بیماری‌هایی که در آن‌ها رفتار و تجربه‌های بیمار در مقایسه با هنجارهای اجتماعی، فرهنگی و محلی، تغییرات زیادی دارد. این بیماران ظاهراً فقط در بعضی جوامع خاص مشاهده می‌شوند. نویسندگان DSM-5 معتقدند که اختلالات روانی را نباید محدود به فرهنگ دانست، حتی اگر فقط در بعضی جوامع دیده شوند که این موارد هم بسیار محدود است. **اختلالات روانی همه جا یکسان هستند و فقط نحوه بروز و بیان آن‌ها متفاوت است.** DSM-5 مفهوم سندروم محدود به فرهنگ را با مفهوم **فرمول‌بندی فرهنگی (cultural formulation)** عوض کرده است و به سمت مدل «مفاهیم فرهنگی دیسترس» حرکت کرده است.

مفاهیم فرهنگی دیسترس (مفاهیم فرهنگی رنج شخصی) به این موضوع اشاره دارد که گروه‌های فرهنگی مشکلات رفتاری، افکار و هیجانات ناراحت‌کننده را چگونه تجربه می‌کنند، چه برداشتی از آن دارند و چطور آن را به اطلاع بقیه می‌رسانند. DSM-5 از سه اصطلاح در این زمینه استفاده می‌کند:

سندروم‌های فرهنگی (cultural syndroms): مجموعه‌ای از سمپتوم‌ها و علل انتسابی آن‌ها که معمولاً به طور همزمان در بین افراد یک جامعه یا قوم خاص روی می‌دهد و نرمال تلقی می‌شود.

سبک فرهنگی توصیف دیسترس (cultural idiom distress): شیوه خاص مردم متعلق به یک فرهنگ برای توصیف رنج و ناراحتی.

توضیحات فرهنگی (cultural explanations): علت‌هایی که یک فرهنگ خاص ایجاد دیسترس را به آن نسبت می‌دهند.

برای رفع نواقصی که در تعریف ناهنجاری بر اساس معیارهای اجتماعی وجود دارد، ویکفیلد از مفهوم **ناکارایی زیان‌بار** استفاده کرده است. ناکارایی زیان‌بار یعنی ناتوانی مکانیسم ذهنی در انجام دادن یک عمل یا وظیفه طبیعی که صرفاً برای انجام آن کار توسط طبیعت طراحی شده است. این مفهوم در روانشناسی تکاملی ریشه دارد که تحت تاثیر ارزش‌های اجتماعی-فرهنگی است؛ اما ویکفیلد معتقد است یک عنصر مبتنی بر واقعیت و عینیت نیز دارد چون ناتوانی این مکانیسم در انجام وظایف طراحی شده توسط تکامل را می‌توان به صورت عینی سنجید.

● برخی معیارهای دیگر ناهنجاری

○ دیدگاه مرضی یا آسیب‌شناختی

در این رویکرد، وجود علامت یا نشانه دلیل ناهنجاری است و فقدان نشانه دلیل بهنجاری است. اشکال این تعریف این است که ظرفیت بالقوه بازیافتن سلامت را در نظر نمی‌گیرد (چون شخص سالم هم ممکن است در شرایط تنیدگی نشانه داشته باشد اما سلامت خود را بازیابد).

○ دیدگاه آرمانی‌نگر یا تعیین‌الگوی بهنجاری

بهنجاری بر اساس یک الگوی فرضی آرمانی مشخص می‌شود. اگر این آرمان را گروه اجتماعی مشخص کند همان هنجار آماری خواهد بود.

○ سازش با توقعات خود یا دیگران

بهنجاری یک فرایند سازش یا ظرفیت واکنش برای بازیافتن تعادل است. ظرفیت سازش یا سازش‌پذیری با سازش به خودی خود فرق دارد و بهتر از آن است. باز هم تعیین ضوابط برای ظرفیت سازش، نیاز به الگوی آماری دارد.

علل رفتارهای ناهنجار

علل بیولوژیک: به عوامل ارثی و محیطی موثر در عملکرد جسمی اشاره دارد. مثل محرک‌های محیطی مضر، آسیب‌های مغزی، ناهنجاری عدد و غیره.

علل سایکولوژیک: شامل آشفتگی‌ها در افکار و احساسات است. عواملی مثل یادگیری‌های قبلی، الگوهای فکری ناسازگار، مشکلات مقابله با استرس و غیره جزو این علل هستند.

علل فرهنگی اجتماعی: منظور از عوامل اجتماعی، تعاملات با سایر افراد است. منظور از فرهنگ، الگوهای رفتاری و سبک زندگی، تاریخ، ارزش‌ها، نهادها، عادات، مهارت‌ها، تکنولوژی و هنرهای مشترک مردم است.

اصل هم‌غایتی (equifinality): یک رفتار یا اختلال خاص می‌تواند علل متعددی داشته باشد. اصل هم‌غایتی در آسیب‌شناسی روانی رشدی نشان می‌دهد که هر پیامدی مسیریهای متعددی دارد. مسیریهای متفاوت می‌تواند از تعامل عوامل روان‌شناختی و زیست‌شناختی

در مراحل مختلف رشد نشئت بگیرد.

● دیدگاه زیستی روانی اجتماعی (biopsychosocial)

این دیدگاه به تعامل عوامل زیستی، روان شناختی و اجتماعی و نقش آن‌ها در ایجاد سمپتوم‌های اختلالات روانی اشاره دارد. این دیدگاه یک رویکرد رشدی (developmental) دارد. دیدگاه رشدی می‌گوید افراد در طول زمان تغییر کیفی می‌کنند. تعامل عوامل سه‌گانه فوق و الگوهای رفتاری فرد در مراحل مختلف زندگی تغییر می‌کنند. بر اساس این دیدگاه، چک کردن عوامل خطر که فرد را به یک اختلال آسیب‌پذیر می‌کند مهم است. عوامل خطر بسته به مرحله زندگی متفاوت هستند.

معروف‌ترین و غالب‌ترین مدل، در دیدگاه زیستی روانی اجتماعی، مدل استرس-دیاتز (stress-diathesis) است. دیاتز یعنی آمادگی یا استعداد ابتلا به یک بیماری خاص. در صورت همراه شدن این آمادگی با استرس‌های روان شناختی یا اجتماعی، اختلال روانی ایجاد می‌شود. میزان تاثیرگذاری هر یک از این عوامل از اختلالی به اختلال دیگر متفاوت است. مثلاً عوامل بیولوژیک در اسکیزوفرنی، عوامل سایکولوژیک در اختلالات مرتبط با استرس و عوامل اجتماعی و فرهنگی در اختلال استرس پس از تروما نقش غالب را دارند. دو مدل برای ترکیب دیاتز و استرس وجود دارد:

مدل افزایشی: استرس و دیاتز با هم جمع می‌شوند. وقتی یکی بالا و دیگری پایین است باز هم ممکن است فرد مبتلا به اختلال شود اما احتمال آن کمتر است. افرادی که سطح دیاتز در آن‌ها کم است، ممکن است به مقدار انبوهی استرس نیاز داشته باشند تا به اختلال مبتلا شوند. مدل تعاملی: برای این که استرس بتواند تاثیری بگذارد، باید مقداری دیاتز وجود داشته باشد. اگر فرد دیاتز نداشته باشد، هرگز به اختلال مبتلا نخواهد شد. برعکس اگر دیاتز داشته باشد، با افزایش استرس با احتمال بیشتر به اختلال مبتلا می‌شود.

تعریف اختلال روانی

با توجه به دانش محدود ما درباره علت مشکلات روانی نمی‌توانیم علل مشکلات روانی را طبقه‌بندی کنیم. به همین دلیل مشکلات باید به شیوه‌ای توصیف شوند که با علت آن‌ها ارتباط نداشته باشد. پنج معیار برای تعریف اختلال روانی وجود دارد (در DSM-5 فقط دو معیار دوم و سوم یعنی رنج شخصی و نابسامانی عملکرد لازم است).

● معناداری بالینی (clinical significant)

میزان نقص عملکردی رفتار موردنظر، باید به اندازه کافی باشد تا قابل اندازه‌گیری باشد. باید اعتبار تشخیصی داشته باشد، یعنی از روی این تشخیص بتوانیم رفتار آینده یا پاسخ فرد به درمان را پیش‌بینی کنیم. معناداری بالینی برای «تعریف» اختلالات در DSM-5 الزامی نیست اما برای «تشخیص» بسیاری از طبقات تشخیصی الزامی است.

● نقص عملکردی یا نابسامانی (dysfunction)

رفتار موردنظر باید منعکس‌کننده نابسامانی در فرایندهای روان شناختی، زیستی یا رشدی باشد (عملکرد فرد را مختل کند). مترادف با اصطلاح impairment است.

● رنج (distress) یا ناتوانی (disability)

رفتار مورد نظر باعث رنج و ناراحتی شدید خود فرد شود یا باعث شود فرد نتواند در زمینه‌های مختلف عملکرد مناسب داشته باشد. این رنج ذهنی و شخصی (subjective) است پس از نظر دیگران ممکن است بهنجار به نظر برسد.

● انحراف اجتماعی

رفتاری که صرفاً از لحاظ مذهبی، سیاسی یا جنسی منحرف باشد را نباید اختلال روانی دانست، مگر اینکه انعکاس نابسامانی در خود فرد باشد.

● تعارضات (conflicts)

تعارضات بین فرد و جامعه نباید اختلال روانی محسوب شود مگر اینکه انعکاس نابسامانی در خود فرد باشد.

تعریف DSM-5 از اختلال روانی

DSM-5 اختلال روانی را اینطور تعریف می‌کند:

مختل شدن شناخت، کنترل هیجان یا رفتار، که از لحاظ بالینی مهم باشد و نابسامانی یا نقص عملکرد در فرایندهای روان‌شناختی، زیستی و رشدی، که در پشت پرده عملکرد ذهنی قرار دارند را منعکس کند و معمولاً همراه با رنج یا نابسامانی قابل ملاحظه در فعالیت‌های اجتماعی، شغلی یا سایر فعالیت‌های مهم باشد. پاسخ قابل انتظار یا از لحاظ فرهنگ تایید شده به یک عامل استرس‌زا یا یک فقدان، اختلال روانی نیست. رفتارهایی که از لحاظ اجتماعی انحراف‌آمیز تلقی می‌شوند (سیاسی، مذهبی، جنسی) و مناقشات بین فرد و جامعه (مگر اینکه این مناقشات در نتیجه یک نابسامانی در فرد باشد) اختلال روانی نیست.

می‌توان این تعریف را اینطور بیان کرد:

اختلال روانی یک سندروم از لحاظ بالینی مهم است، یعنی یک مجموعه از سمپتوم‌ها (رفتاری یا روانی) که باعث ایجاد نابسامانی یا رنج شخصی در عملکرد اجتماعی، شخصی یا شغلی می‌شود.

تفاوت sign و symptom

نشانه یا sign: یافته‌های عینی (objective) و مشاهدات بالینگر، مثل سراسیمگی.
علامت یا symptom: تجربیات ذهنی (subjective) که بیمار توصیف می‌کند، مثل خلق افسرده.
سندروم یا syndrome: گروهی از علائم و نشانه‌ها

DSM دو گروه ویژگی برای اختلالات روانی مشخص می‌کند:

ویژگی‌های تشخیصی: معیارهایی که در جدول معیارهای هر اختلال وجود دارد. برای ابتلا به آن اختلال همه یا چند مورد از این ویژگی‌ها باید حضور داشته باشد.

ویژگی‌های مرتبط که تاییدکننده تشخیص هستند: این ویژگی‌های فرعی بسیاری مواقع در افراد مبتلا به آن اختلال دیده می‌شوند اما برای تشخیص ضروری نیستند. این ویژگی‌ها می‌توانند صحت تشخیص را تایید کنند.

طبقه‌بندی اختلالات روانی

طبقه‌بندی یعنی نظم بخشیدن به پدیده‌ها با قرار دادن آن‌ها در یک نظام دارای طبقات که عناصر هر طبقه خصوصیات مشترک دارند. به چند دلیل طبقه‌بندی مفید است:

۱. طبقه‌بندی اولین قدم در درک علل و ریشه مشکلات است.

۲. به خدمات بهداشت روانی و حمایت از بیماران نظم می‌دهد، چون روش‌های درمان و حمایت بیماری‌های مختلف متفاوت است.

۳. یک روش عینی در اختیار می‌گذارد تا بفهمیم مداخله یا حمایت موثر بوده است، یعنی درمان در سمپتوم‌های عینی اثری داشته یا نه.

۴. جوامع پیشرفته امروزی طبقه‌بندی در بسیاری از موارد را ایجاب می‌کند (مثل آموزش و پرورش، هزینه‌ها و ...).

تاریخچه سیستم‌های طبقه‌بندی

اولین کسی که یک سیستم طبقه‌بندی کامل برای اختلالات روانی مطرح کرد **امیل کرپلین** بود.

به نظر کرپلین هر یک از بیماری‌ها علتی دارند که آن‌ها را می‌توان طبق مجموعه‌ای از سمپتوم‌ها که سندروم نامیده می‌شوند، تعریف کرد. او معتقد بود، بیماری‌های روانی را می‌توان به همان شیوه بیماری‌های پزشکی تعریف و درمان کرد.

اولین سیستم جامع و کامل برای طبقه‌بندی مشکلات روانی (پس از طبقه‌بندی کرپلین) توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) طراحی شد که بخشی از ICD (فهرست جهانی عوامل مرگ و میر) در نظر گرفته شد.

انجمن روان‌پزشکی آمریکا (APA) اولین **راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)** را منتشر کرد که تا به امروز پنج بار ویرایش شده است. DSM اطلاعات بیشتری از ICD که صرفاً فهرستی از طبقات تشخیصی است، ارائه می‌کند. DSM-5 طوری بازنگری شده است که با ICD هماهنگ است.

● انواع طبقه‌بندی

○ طبقه‌بندی مقوله‌ای

رویکرد طبقه‌بندی مقوله‌ای فرض می‌کند هر اختلالی تفاوت بنیادین با سایر اختلالات دارد و علت زیربنایی مشخصی دارد و بنابراین می‌توان آن را در مقوله مشخصی قرار داد.

طبقه‌بندی مقوله‌ای یا طبقاتی بر اساس **حضور یا عدم حضور یک ویژگی** است.

دو اصل دارد:

۱. یک مقوله بر اساس تعدادی ویژگی مشخص می‌شود که وجود هر یک لازم و مجموع آن‌ها کافی است.

۲. زیرمقوله‌ها باید خصایص مراحل بالاتر را داشته باشند.

استلزام‌های اصل اول:

۱. طبقات باید به خوبی توصیف و متمایز شوند و موارد مرزی نادر یا صفر باشد، مقوله‌سازی باید اعتبار داشته باشد.

۲. اعضای یک مقوله متجانس باشند.

استلزام اصل دوم: همه خصوصیات مقوله اصلی در زیرمقوله‌ها باشد.

مثال این نوع، طبقه‌بندی کرپلین است. طبقه‌بندی بیماری‌های روانی توسط کرپلین بر اساس نشانه‌شناسی، علت‌شناسی، پدیدایی مرضی (سیر بیماری) و شیوه‌های درمانی بود.

DSM-IV یک طبقه‌بندی مقوله‌ای بود اما یک سری محدودیت‌ها در آن رفع شده بود و بنابراین یک نظام مقوله‌ای انعطاف‌پذیر بود:

- هر مقوله کاملاً مستقل از حالت هنجار یا سایر اختلالات نیست.

- همه افراد یک مقوله در همه جوانب شبیه و متجانس نیستند.

- وجود زیرمجموعه‌ای از موارد برای تشخیص‌گذاری کافی است/ لزومی به وجود همه ویژگی‌ها نیست.

○ طبقه‌بندی ابعادی

رویکرد ابعادی فرض می‌کند که برخی ابعاد یا صفت‌های رفتاری مستقل وجود دارند که افراد به درجات مختلف از آن‌ها برخوردار هستند. طبقه‌بندی ابعادی یا پیوستاری بر مبنای **کمیت یا فراوانی ویژگی** است.

برای بسیاری از اختلالات تمایز به درجه ربط دارد، نه نوع. همچنین بسیاری از اختلالات همبودی یا کاموربیدیتی (comorbidity) دارند، یعنی همزمان با هم رخ می‌دهند. بنابراین به نظر می‌رسد بهتر است که اختلالات را به شکل پیوستاری در نظر بگیریم نه طبقاتی. در سیستم ابعادی پرسیده می‌شود: آیا سمپتوم‌های اصلی حضور دارند و اگر حضور دارند شدتشان چقدر است؟

طبقه‌بندی ابعادی بر اساس نظریه‌های متفاوت انجام می‌شود. هدف، توصیف چندبعدی یک فرد بر اساس نظام مرجع نظری است.

یکی از انتقادات به DSM-IV این بود که طبقه‌بندی تفکیکی یا افتراقی اختلالات شفافیت نداشت. طبقه‌بندی ابعادی در مواردی است که بین پدیده‌ها پیوستگی وجود دارد و برای موارد مرزی مفید است؛ چون ویژگی‌های بالینی را که در نوع مقوله‌ای زیرآستانه‌ای و مرزی هستند تشخیص می‌دهد.

مثال‌های طبقه‌بندی ابعادی عبارت‌اند از: مصاحبه نیمه‌ساخته‌یافته PDI-IV (ارزشیابی توسط متخصص) - مقیاس خودسنجی آیزنک

○ طبقه‌بندی ریخت‌شناسی / نمونه اولیه (prototypical)

قرار گرفتن در یک ریخت یا پروتوتایپ مستلزم وجود همه ویژگی‌ها نیست بلکه کافی است، **تعداد کافی از چند رگه یا ویژگی اصلی** وجود داشته باشد.

(مثلاً اگر ۵ سمپتوم از ۹ سمپتوم افسردگی را داشته باشید در این طبقه قرار می‌گیرید. به همین دلیل است که ممکن است دو نفر

افسرده باشند اما فقط در بعضی سمپتوم‌ها با هم مشترک باشند.)

ریخت‌ها به شکل شهودی، مشاهده و تجربه بالینی یا آماری متمایز می‌شوند.

ویژگی‌های لازم و کافی برای یک طبقه نیاز نیست/ موارد مرزی را می‌پذیرد/ طبقه‌ها می‌توانند نامتجانس باشند/ موارد خاص وجود دارد/

لازم نیست زیرمقوله‌ها سلسله‌مراتبی باشند یعنی لازم نیست زیرمقوله‌ها ویژگی‌های مقوله بالاتر را داشته باشند.

دوروش برای قرار دادن فرد در یک ریخت وجود دارد:

الگوی درخت تصمیم: حذف تشخیص‌ها در یک جدول سلسله‌مراتبی و نهایتاً رسیدن به تشخیص مناسب - مثال: پرسش‌نامه PSS
الگوی مقایسه نیمرخ‌ها: مقایسه رگه‌های فرد در ابعاد متفاوت و مقایسه با نیمرخ گروه نمونه - مثال: پرسش‌نامه MMPI

○ طبقه‌بندی غیربیماری‌شناختی

بر اساس یک نظریه، مثال: نظریه‌های آیسنک، بندورا، بنجامین، فنیکل
بر اساس پژوهش‌های علمی: استخراج طبقات از داده‌های پژوهش با استفاده از روش آماری
بر اساس نظام‌های جزئی: نظام طبقه‌بندی متمرکز بر اختلالات خاص

○ طبقه‌بندی اختلالات روانی در DSM-5

DSM-5 اولین قدم برای دور شدن از سیستم طبقه‌ای (مطلق) و نزدیک شدن به سیستم ابعادی (پیوستاری) را برداشته است.
DSM-5 یک رویکرد ابعادی را برای بعضی بیماری‌ها به کار گرفته است (برای اختلالاتی مثل سوء‌مصرف مواد، اوتیسم، اسکیزوفرنی) اما در بعضی از اختلالات هنوز سیستم طبقاتی دارد.

بارلو میگوید DSM-5 بر اساس رویکرد پروتوتیپیکال است، اما همانطور که باچر میگوید DSM-5 بر اساس یک رویکرد طبقاتی است اگرچه بسیاری از اختلالات آن عملاً به شکل پروتوتیپیکال توصیف شده‌اند. یک علت محبوب بودن سیستم طبقاتی که باعث می‌شود هنوز از آن استفاده شود، این است که یک آستانه برای درمان در اختیار می‌گذارد. وقتی یک آستانه داریم پزشک بهتر می‌تواند تصمیم بگیرد که چه زمانی درمان را آغاز کند.

○ نکاتی درباره DSM-5

DSM-5 از مدل پزشکی بیماری (medical) پیروی می‌کند. یعنی DSM یک کتاب توصیفی است که از مطالعات علمی روی بیمارانی با نقاط مشترک (در علائم، نشانه‌ها و سیر بالینی) حاصل شده است.

به جز چند مورد استثناء، DSM هیچ حدسی درباره علل اختلالات نمی‌زند؛ بنابراین گفته می‌شود DSM یک رویکرد غیرنظری (atheoretical) دارد. DSM توصیفی (descriptive) است نه توضیحی (explanatory) چون تلاشی جهت توضیح علت‌ها در یک چارچوب نظری نمی‌کند و صرفاً سمپتوم‌ها را توصیف می‌کند.

(DSM-I) بر اساس نظریه سایکودینامیک قرار داشت برای مثال از اصطلاحاتی مثل نوروز استفاده می‌کرد.

تشخیص‌گذاری (diagnos) باید از لحاظ بالینی مفید باشد، یعنی بتواند به تشخیص، درمان و پیش‌آگهی کمک کند. این امر نشانه ماهیت پراگماتیک (عمل‌گرا) DSM-5 است. این نظام تشخیصی با این هدف طراحی شده که روانشناسان بتوانند اطلاعات خود را با هم تبادل کنند نه اینکه صرفاً یک اختلال را تشخیص‌گذاری کنند.

تشخیص‌گذاری، یک اختلال روانی با نیاز مراجع به درمان معادل نیست. برای اینکه بدانیم نیاز به درمان وجود دارد یا خیر، تصمیمات چندوجهی نیاز است (مثل شدت سمپتوم‌ها، رنج شخصی، ناتوانی). همچنین برعکس، اگر شخصی همه معیارهای یک اختلال را نشان نمی‌دهد، به این معنی نیست که نیاز به درمان ندارد.

عدم درج بعضی اختلالات روانی در DSM به این معنی نیست که آن‌ها وجود ندارند. احتمالاً عارضه‌هایی هست که در انتظار کشف شدن هستند! DSM ممکن است برای همه فرهنگ‌ها قابلیت کاربرد نداشته باشد زیرا از مطالعات روی بیماران چند فرهنگ اقتباس شده است. DSM برای موارد قضایی و قانونی نوشته نشده است، ابتدا به یک اختلال باعث نمی‌شود فرد از مجازات مستثنی شود.

○ انتقادات به DSM-5

به توصیف‌های سطحی به عنوان مبنای طبقه‌بندی اختلالات تاکید دارد و در به تصویر کشیدن سازگاری‌های پیچیده و موقعیت‌های اثرگذار در آسیب‌شناسی روانی کودک نقص دارد.

توجه اندکی به اختلالات نوپایی و کودکی و روابط درونی و همپوشانی برخی از آنها داشته است.

بر عوامل زمینه‌ای و محیطی دخیل در اختلالات کودکی تاکید بسیار کمی کرده است. که نشان می‌دهد اختلالات روانی را بعنوان آسیب‌های روانی مجزا در نظر می‌گیرد نه مشکلاتی در مسیر سازگاری روانی.

تشخیص‌های مقوله‌ای می‌تواند مانعی برای دستیابی به خدمات لازم و کافی برای کودکان با نیازهای ویژه باشد.

نظام‌های طبقه‌بندی چون بر مبنای علایم و نشانه‌های قابل مشاهده هستند نمی‌توانند علت اختلالات را پوشش دهند.

موسسه ملی بهداشت روان (NIMH) در یک ابتکار عمل به معرفی **حوزه پژوهش ملاک‌ها** (RDoC-research domain criteria) به منظور طبقه‌بندی اختلال‌های روانی بر اساس **منشأ زیست‌شناختی** آنها پرداخته است. هدف این برنامه این است که نظام‌های طبقه‌بندی آتی را بر مبنای یافته‌هایی که با دامنه عملکردی اختلالات روانی همخوانی دارند، نه صرفاً با علایم بالینی قابل مشاهده آنها، هدایت کنند. (برای مثال عملکردهایی مثل نظام‌های شناختی و نظام‌های نظارتی برانگیختگی که به ساختارهای کوچکتری شکسته شده‌اند مثل توجه و ریتم شبانه‌روزی).

سیستم چندمحوری در DSM-IV

DSM-IV تشخیص‌ها را در چند محور طبقه‌بندی می‌کرد. محور مجموعه اطلاعات مربوط به جنبه‌ای از عملکرد فرد است. این محورها امکان می‌داد که درمانجو به شکل چندبعدی تشخیص داده شود. این محورها از DSM-5 حذف شده‌اند.

محور اول: سندروم‌ها یعنی مجموعه سمپتوم‌هایی که شکل خاصی از ناپهنجاری را نشان می‌دهد. همه اختلالات روانی به جز اختلالات شخصیت در این محور بودند.

محور دوم: شامل ویژگی‌های بادوام شخصیت یا توانایی‌های فرد - اختلالات شخصیت و عقب‌ماندگی ذهنی در این محور قرار داشتند.

محور سوم: شامل بیماری‌های جسمی که ممکن بود اساس مشکلات روانی باشند یا جنبه مهمی از زندگی فرد را تحت تأثیر قرار داده باشند.

محور چهارم: شامل مشکلات روانی-اجتماعی و محیطی بود که بر تشخیص، درمان یا پیامد اختلال تأثیر می‌گذاشتند.

محور پنجم: شامل ارزیابی کلی عملکرد فرد از طریق مقیاس ارزیابی کلی عملکرد (GAF) بود. این مقیاس سطح کلی سلامت روان را نشان می‌دهد.

DSM-5-TR

اخیراً DSM-5 تجدیدنظر شده توسط انجمن روانپزشکی آمریکا منتشر شده است که به آن به اختصار DSM-5-TR می‌گوییم. اضافه شدن یک اختلال به نام اختلال سوگ طولانی به طبقه اختلالات مرتبط با تروما و استرس، به روز شدن متن توصیفی اختلالات بر اساس تحقیقات مروری جدید، و کدهای سمپتوم‌ها برای گزارش رفتار انتحاری و خودجرحی از جمله تغییرات اولین بازنگری DSM-5 هستند.

لازم به ذکر است معیارهای تشخیصی اختلالات در کتاب حاضر بر اساس DSM-5-TR نوشته شده است و جداول معیارهای تشخیصی آن در یک ضمیمه در اختیاران قرار گرفته است. با توجه به حجم بالای مطالب کتاب و به روزرسانی مکرر مطالب آن، در طول سال از طریق بارکدهایی که در اختیاران قرار می‌گیرد، مطالب جدید و به روز بیشتری را دریافت خواهید کرد.

پایایی و اعتبار تشخیص

یک تشخیص خاص باید **پایایی (reliability)** داشته باشد. یعنی در مورد هر کسی که مجموعه سمپتوم‌های خاصی را نشان می‌دهد کاربرد داشته باشد و وقتی این سمپتوم‌ها برای هر درمانگری ذکر می‌شود، تشخیص یکسانی گذاشته شود.

یک تشخیص باید **اعتبار یا روایی (validity)** داشته باشد، یعنی پدیده بالینی واقعی و مجزایی را نشان بدهد (آن چیزی را نشان بدهد که قرار است نشان دهد).

متخصصان باید میزان خط پایه هر اختلال را در نظر داشته باشند، یعنی فراوانی وقوع اختلال در کل جمعیت. هر چه میزان خط پایه یک اختلال کمتر باشد، تعیین پایایی تشخیص دشوارتر است زیرا موارد کمی برای مقایسه وجود دارد.

توصیف بالینی اختلال

توصیف مشکل فعلی مراجع، اولین گام در توصیف بالینی اوست. توصیف بالینی در واقع ترکیب ویژه رفتارها، افکار و احساسات در یک اختلال خاص است.

در توصیف بالینی یک اختلال به یک سری موارد دیگر نیز اشاره می‌شود:

نرخ شیوع (prevalence): همه موارد (قدیم و جدید) تشخیص داده شده بیماران موجود در یک مقطع زمانی خاص یا در یک دوره معین در یک جمعیت.

نرخ بروز (incidence): تعداد موارد جدید مبتلا در جمعیت در مدت زمان معین.

نرخ شیوع تمام عمری و ۱۲ ماهه رایج‌ترین اختلالات روانی به ترتیب عبارت‌اند از: اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی، اختلالات سوءمصرف مواد. بنابراین اختلالات اضطرابی از سایر اختلالات شایع‌تر هستند. اما طبق گزارش DSM-5 تنها اختلال اضطرابی که ممکن است بالاتر از

اختلال افسردگی عمده باشد، فویبای خاص است. سیر اختلال: الگوی نسبتاً فردی یک اختلال که می‌تواند مزمن (ادامهٔ اختلال برای مدت طولانی یا تمام عمر)، دوره‌ای (بهبودی و عود مجدد) یا محدود (بهبود بدون عود یا خطر اندک عود) باشد. پیش‌آگهی: به سیر پیش‌بینی شدهٔ یک اختلال گفته می‌شود. مثلاً وقتی گفته می‌شود پیش‌آگهی خوب است یعنی فرد احتمالاً بهبود خواهد یافت. در توصیف بالینی به شیوهٔ شروع اختلال هم اشاره می‌شود که می‌تواند حاد یا موزیانه باشد. سن هم بخش مهمی از توصیف بالینی است. تظاهر اختلال روانی در کودکی با بزرگسالی متفاوت است. برای مثال کودکان اضطراب شدید را غالباً یک بیماری جسمی فرض می‌کنند. به مطالعه رفتار نابهنجار در طول عمر، آسیب‌شناسی رشدی عمری گفته می‌شود.

سلامت روانی

سلامت روانی خوب را می‌توان از موارد زیر متوجه شد: درک خوب از واقعیت، خوب شناختن خود و آگاهی داشتن از احساسات درونی، توانایی کنترل رفتار، عزت نفس و ارزشمند دانستن خود، توانایی در ایجاد و حفظ روابط عاطفی با دیگران، نگرش مثبت و با برنامه به زندگی. برای سنجش عملکرد سازگارانه به عنوان مقیاسی برای سلامت روانی، از **مقیاس سنجش کلی عملکرد (GAF)** استفاده می‌شود. مقیاس GAF قبلاً در DSM قرار داشت و برای بررسی کیفیت عملکرد مراجع در محور پنجم استفاده می‌شد اما از DSM-5 حذف شده است. علت حذف GAF ضعف‌هایش در تفکیک بعضی مفاهیم و پایین بودن پایایی ارزیاب‌ها بود. به جای آن از «برنامه ارزیابی ناتوانی WHO» یا به اختصار WHODAS استفاده می‌شود. یکی از ایرادات این مقیاس جدید این است که بیشتر دربارهٔ توانایی‌های فیزیکی اطلاعات می‌دهد تا روانی.

عوامل خطر و عوامل محافظ

عامل خطر عبارت است از: یک ویژگی فردی یا محیطی که قبل از یک اختلال روانی حضور دارد و با آن همبستگی دارد. منظور از همبستگی این است که عامل خطر با افزایش احتمال ابتلا به اختلال رابطه دارد اما الزاماً دلیل وقوع آن نیست. عامل خطر می‌تواند زیستی، روانی، یا اجتماعی باشد. بعضی از آن‌ها ثابت هستند (مثل سابقه خانوادگی یک اختلال) و بعضی پویا هستند و در طول زمان تغییر می‌کنند (مثل حمایت اجتماعی). بعضی هم از لحاظ سنی، جنسیتی یا فرهنگی تغییر می‌کنند. عوامل محافظ عبارت‌اند از عوامل تاثیرگذاری که پاسخ فرد به عوامل استرس‌زای محیطی را تغییر می‌دهند و باعث می‌شوند احتمال این که فرد پیامدهای منفی عوامل استرس‌زا را تجربه کند، کاهش یابد. در واقع عوامل محافظ آن روی سکه عوامل خطر هستند و با خطر کمتر ابتلا به اختلال همراه هستند. (مثلاً حمایت اجتماعی بالاتر) عوامل محافظ معمولاً به افراد کمک می‌کنند در برابر اثرگذاری یک عامل خطر مقاومت کنند، و برای افراد فاقد عامل خطر فایده‌ای ندارند. **تاب‌آوری (resilience)** یکی از عوامل محافظتی است. منظور از تاب‌آوری، مقاومت در مقابل شرایط نامساعد است. این ویژگی باعث می‌شود حتی وقتی فرد در معرض چندین عامل خطر قرار دارد باز هم سالم بماند.

عوامل خطر اختلالات روانی

سن	بیشترین فراوانی اختلالات روانی در گروه سنی ۱۸ تا ۲۹ سال و گروه سنی ۳۰ تا ۳۴ سال دیده می‌شود.
تحصیلات	افرادی که دیپلم نگرفته‌اند بیشتر به اختلالات روانی به خصوص اختلالات اعتیاد به مواد تشخیص داده می‌شوند.
اشتغال	افراد بیکار با احتمال بیشتری به مشکلات روانی مبتلا می‌شوند.
جنسیت	مردان بیشتر از زنان مبتلا به اختلالات اعتیاد به مواد و اختلال شخصیت ضداجتماعی تشخیص داده می‌شوند. زنان به احتمال بیشتری به اختلالات خلقی و اضطرابی مبتلا می‌شوند. احتمال اینکه زنان به‌طور هم‌زمان مبتلا به بیش از یک اختلال تشخیص داده شوند بیشتر است.
وضعیت تاهل	طلاق یا متارکه با مشکلات روانی بیشتر به‌طور کلی و با اختلالات اضطرابی، خلقی، سوء‌مصرف مواد به‌طور اخص همراه هستند.

مفاهیم اساسی در علت‌شناسی

در هر فصل به طور جداگانه با علت‌شناسی اختلالات روانی آشنا خواهیم شد. در اینجا ابتدا نگاهی کلی به برخی مفاهیم در رویکردهای زیستی، روانی و اجتماعی اشاره می‌کنیم و فصل را با توضیحی از نظریه‌های روان‌درمانی اصلی به پایان می‌بریم.

● رویکردهای زیستی

به طور کلی رویکرد زیست‌شناختی عملکرد مغز و نظام عصبی را بعنوان علت‌های زیربنایی اختلالات روانی در نظر می‌گیرد.

○ انعطاف‌پذیری عصبی

نظریه فروید معتقد بود هسته شخصیت فرد در سنین ابتدایی شکل می‌گیرد و تعیین‌کننده ادامه زندگی است. اما برعکس، امروزه اعتقاد بر این است که نظام عصبی برای انطباق با ملزومات تکالیف و چالش‌های تحولی در گستره زندگی به طور دایم خود را بازتعریف می‌کند. بسیاری از ارتباطات عصبی اولیه پایدار و همیشگی نیستند، برخی دیگر از ثبات بیشتری برخوردارند و با استفاده بیشتر تحکیم می‌شوند، در حالی که برخی دیگر پس‌روی داشته یا حتی ناپدید می‌شوند.

انعطاف‌پذیری عصبی (neural plasticity) به این معنی است که تمایز کالبدشناختی مغز، وابسته به عمل است. طبیعت مغز فرایندهای اصلی را فراهم می‌کند در حالی که تربیت و پرورش مغز، تجربه‌های لازم برای گزینش سازگارانه‌ترین شبکه ارتباطی بر مبنای استفاده و عملکرد هر یک از آن ارتباط‌ها را فراهم می‌آورد.

محیط نقش بسیار مهمی را بعنوان نظارت‌کننده بر پروژه پویای سیم‌کشی مغز ایفا می‌کند. تجربه محیطی عامل بسیار مهمی در تمایز یافتگی و تخصیص یافتگی بافت مغز است.

رشد نواحی نخستین مغز در خلال سه سال نخست زندگی رخ می‌دهد که نواحی مسئول توانای‌های حسی و حرکتی اصلی شکل می‌گیرند. مراکز ادراکی در کنار مراکز غریزی مثل دستگاه لیمبیک به شدت از تجربه‌های کودکی تاثیر می‌گیرند و مبنایی برای تحول آتی هستند. قشر پیش‌پیشانی (مسئول برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری) و مخچه (مسئول مهارت‌های حرکتی) تا ۵-۷ سالگی تغییر ساختاری پیدا نمی‌کنند. مهم‌ترین بازساخت مغز در سنین ۹ تا ۱۱ سالگی و در ارتباط با تغییرات بلوغ رخ می‌دهد که دوباره مغز دست به کاهش سیناپسی می‌زند.

○ ژنتیک

برخی تاثیرات ژنتیکی مانند بازداری رفتاری یا کمرویی زودتر نمایان می‌شوند. برخی دیگر مثل سبک شناختی افسرده‌وار دیرتر بروز می‌کنند. به علاوه، بروز تاثیرات ژنتیکی متناسب با محیط قابل تغییر است.

ژن به خودی خود در بروز یک رفتار، هیجان یا اندیشه هیچ تاثیری ندارد، بلکه تمایلات فرد برای پاسخدهی به محیط به صورت‌های خاص را تعیین می‌کنند. به عبارت دیگر، ژن‌ها تعیین‌کننده رفتار نیستند بلکه بر چگونگی پاسخدهی ما به محیط تاثیر می‌گذارند.

روش‌های پژوهش ژنتیک مولکولی به طور مستقیم به ارزیابی ارتباط میان تنوع در زنجیره DNA و تنوع در بروز صفات یا صفات خاص می‌پردازد. این روش‌ها به شناسایی ژن‌های خاص دخیل در اختلالات روانی می‌پردازند.

در پیوند پژوهی دانشمندان افرادی را مطالعه می‌کنند که یک اختلال دارند برای مثال همه دوقطبی هستند و ویژگی‌های مشترک مشابه دارند مثلاً همه رنگ چشم آبی دارند. از آنجا که جای ژن رنگ چشم را می‌دانیم دانشمندان می‌توانند مکان‌های ژنی را به مکان احتمالی ژن دخیل در آن اختلال پیوند دهند.

ژنوتایپ یعنی ترکیب ژنتیکی منحصر به فرد هر شخص. فنوتایپ یعنی خصوصیات قابل مشاهده رفتار فرد. اندوفنوتایپ یعنی مکانیزم‌های ژنتیکی که در مشکلات زیربنایی مسبب اختلالات روانی سهم دارند. محققان امروزه دنبال ژنوتایپ یک اختلال نیستند بلکه به دنبال اندوفنوتایپ آن هستند که مسئول مشکلات آن اختلال است. مثلاً به جای اینکه دنبال ژن اسکیزوفرنی باشند دنبال ژن مسئول مشکلات حافظه کاری در اسکیزوفرنی هستند.

○ **همبستگی ژنتیک و محیط**

محیط و ژن اثرات متقابلی بر هم دارند. مفهوم **همبستگی ژن-محیط** به روابط متقابل ژن و محیط اشاره دارد. استعداد ژنتیکی می‌تواند این احتمال را که شخص رویدادهای محیطی پراسترس را تجربه کند افزایش دهد و محیط می‌تواند ژنها را خاموش یا روشن کند. زیربنای زیست‌شناختی تغییرات ساختار ژن به دنبال عوامل محیطی، ناشی از ساز و کار **اپی‌ژنتیک یا فراوراثت** (epigenetic) است که طی آن، در نتیجه تعدادی از عوامل محیطی (مثل تغذیه و استرس و غیره) فعالیت و عملکرد ژن دستخوش تغییری ماندگار می‌شود. علوم اعصاب تحولی نشان داده است که تغییرات اپی‌ژنتیک می‌تواند نقشی اساسی در تجربه‌های اولیه زندگی ایجاد کند و تاثیرات زیست‌شناختی بلندمدت برجا بگذارد.

ساز و کار اپی‌ژنتیک به این شکل است که ماده سلولی که خارج از ژنوم است روشن یا خاموش می‌شوند (پیراژنوم یعنی اطراف ژنوم). عوامل محیطی مثلاً استرس بر پیراژنوم تاثیر می‌گذارند و به این طریق اثر خود را به نسل بعد منتقل می‌کنند. خود ژنوم تغییر نمی‌کند بنابراین اگر محیط نامطلوب ناپدید شود اثر آن هم محو خواهد شد. بر این اساس به نظر می‌رسد دستکاری‌های محیطی بخصوص در اوایل زندگی خیلی موثرتر از گرایش ژنتیکی است.

تفکیک تاثیرات متقابل طبیعت و تربیت باعث شکل‌گیری ژنتیک رفتاری (genetic behavioral) شده است که به بررسی و مطالعه ارتباطات احتمالی میان آمادگی‌های ژنتیکی و رفتار قابل مشاهده می‌پردازد و تاثیرات ژنتیکی و محیطی را مدنظر قرار می‌دهد. پژوهشگران ژنتیک رفتاری بررسی‌هایشان را معمولاً با مطالعات تطبیقی آغاز می‌کنند. برای مثال: مقایسه اختلالات و ویژگی‌های یک خانواده با کل جامعه، مقایسه دو قلوهای یک تخمکی و دوتخمکی.

○ **ساختار و کنش مغز**

دستگاه لیمبیک (شامل هیپوکامپ، شکنج کمربندی و بادامه) احتمالاً علت برخی انواع آسیب‌های روانی هستند. این ساختارهای مهم تجربه‌های هیجانی و شیوه بروز آنها را تعدیل و تنظیم کرده و نقش مهمی در یادگیری و کنترل تکانه دارند. دستگاه فعال‌ساز شبکه‌ای که در مغز میانی قرار دارد وظیفه پردازش برانگیختگی و تنش را بر عهده دارد. عقده‌های پایه در تنظیم و سازماندهی و فیلتر کردن اطلاعات مرتبط با شناخت، هیجان‌ها، خلق و کنش حرکتی نقش دارند و امروزه نقش آنها در اختلال کاستی توجه-بیش‌فعالی، اختلالاتی که بر رفتار حرکتی اثر می‌گذارند مثل تیکها، رعشه‌ها و اختلال وسواس-بی‌اختیاری آشکار شده است.

نیمکره چپ قشر مخ در فعالیتهای کلامی و شناختی و نیمکره راست در ادراک اجتماعی و خلاقیت نقش دارد. هر دو نیمکره در بروز اختلالات روانی خاص مثل اختلالات ارتباطی و یادگیری نقش متفاوتی دارند. قطعه‌های پیشانی در زیربنای بیشتر توانایی‌های تفکر و استدلال نقش دارند. این توانایی‌ها در روابط اجتماعی و برقراری ارتباط با دنیای پیرامون که بیشترین اهمیت را در روانشناسی مرضی کودک دارند نقش دارند.

○ **دستگاه غدد درون‌ریز**

از جمله غدد درون‌ریز که در سبب‌شناسی اختلالات روانی مدنظر هستند عبارتند از: غدد فوق کلیوی: تولید اپی نفرین که در واکنش به عوامل تنش‌زا نقش دارد. غده تیروئید: تولید تیروکسین که در سوخت و ساز بهینه انرژی و تحول نقش دارد و در برخی اختلالات مثل خوردن نقش دارد. غده هیپوفیز: به تعدیل و تنظیم هورمونهای دیگر می‌پردازد.

به علت ارتباط بین دستگاه درون‌ریز و دستگاه ایمنی، این دستگاه در اختلالات مرتبط با تنیدگی و سلامت نقش دارد. از ارتباطهای مغزی مهم ارتباط هیپوتالاموس با غده هیپوفیز است. هیپوتالاموس با همکاری هیپوفیز و غدد فوق کلیوی، محور HPA را تشکیل می‌دهند که در نتیجه فعال شدن آن هورمون تنیدگی یا کورتیزول ترشح می‌شود. آسیب این محور در نتیجه رویایی با رویدادهای آسیب‌زا می‌تواند باعث میزان ثابتی از ترس و هشیاری شود.

○ **انتقال‌دهنده‌های عصبی**

داروهای روان‌فعال‌ساز از طریق افزایش یا کاهش انتقال‌دهنده‌های عصبی در درمان اختلالات موثر هستند، مثلاً افزایش دوپامین توسط داروهای محرک در درمان نقص توجه-بیش‌فعالی.

از جمله انتقال‌دهنده‌های عصبی که در سبب‌شناسی اختلالات روانی مدنظر هستند عبارتند از:

گابا: کاهش برانگیختگی و تعدیل واکنش‌های هیجانی- در اختلالات اضطرابی نقش دارد

دوپامین: کلید راه انداز برخی مدارهای مغزی است و این امکان را برای سایر انتقال‌دهنده‌ها فراهم می‌کند که رفتار یا هیجان مرتبط با کاوش و برون‌گرایی و لذت‌جویی را تسهیل کند-- در روان‌گسیختگی، اختلالات خلقی و ADHD نقش دارد.

نوراپی‌نفرین: تسهیل یا کنترل واکنش‌های اضطرابی و واکنش به خطر و نقش در تعدیل هیجانی و رفتاری- در برخی اختلالات ویژه بعنوان تعدیل‌کننده گرایش‌های رفتاری نقش دارد.

سروتونین: تاثیر در هماهنگی حرکتی، بازداری تمایل به کاوشگری، تعدیل و تنظیم رفتارهای خوردن و خوابیدن و ابراز خشم- در مشکلات مربوط به تنظیم حالات درونی مثل خوردن و خوابیدن، اختلال وسواس بی‌اختیاری، روان‌گسیختگی و اختلالات خلقی نقش دارد.

● رویکردهای روانشناختی

○ هیجان

بیان هیجانات و عواطف، مولفه‌های مرکزی تجربه روانشناختی انسان هستند که از زمان تولد ویژگی اساسی کنش‌وری نوزاد محسوب می‌شوند.

فرایندهای هیجانی را می‌توان به دو بعد تقسیم کرد:

واکنش‌پذیری هیجانی (emotion reactivity): تفاوت‌های فردی در آستانه و شدت تجربه هیجانی که نشانه‌ای از میزان حساسیت فرد به محیط پیرامون است.

تنظیم هیجان (emotion regulation): افزایش، حفظ یا بازداری برانگیختگی هیجانی که معمولاً برای دستیابی به هدف خاصی انجام می‌شود.

می‌توان بین مشکلات مربوط به تنظیم بهینه و تنظیم نامتناسب هیجانها تفاوت قایل شد. مشکلات تنظیم بهینه شامل ساختارهای کنترل ضعیف یا عدم وجود این ساختارهاست (مثل مشکل در تمرکز). مشکلات مربوط به تنظیم نامناسب به وجود ساختارهای کنترل اما کنش‌وری ناسازگارانه آنها اشاره دارد (مثل اضطراب بی‌دلیل).

سازگارانه‌ترین روش برای کاهش یا تنظیم هیجانها برخورداری از آرامش حاصل از یک مراقب است که به تدریج باعث می‌شود کودک خودتنظیمی هیجان (emotional self regulation) را بیاموزد.

سبک فرزندپروری مقتدرانه با ایجاد محدودیت‌های منطقی متناسب با سطح تحول کودک، باعث ایجاد خویشتن‌داری و تنظیم مناسب هیجانها می‌شود.

برخی گونه‌های نامناسب تنظیم هیجان ممکن است در یک موقعیت سازگار و در موقعیت دیگر ناسازگار باشد. (مثل کرختی هیجانی در کودکانی که مورد سوءاستفاده قرار می‌گیرند که ادامه آن مانع سازگاری خواهد بود)

نحوه تنظیم هیجان هم از آمادگی‌های ذاتی (مزاج یا خلق و خو) و هم از محیط ناشی می‌شود.

سه بعد مزاج اولیه که با خطر تحول ناپهنجار مرتبطند عبارتند از:

خلق مثبت و تقرب‌جویی: کودکان آسان را توصیف می‌کند.

ترسو یا بازداری‌شده: کودکان کم‌جنب و جوش را توصیف می‌کند. (بسیار محتاط، ثبات کم در خودگردانی و سازگاری، منفی‌گرایی و درماندگی) خلق منفی و تحریک‌پذیری: کودکان دشوار را توصیف می‌کند (حالت خلقی منفی، سازگاری پایین، برخی دچار درماندگی و برخی دچار تحریک‌پذیری و پریشانی)

این ابعاد خلقی یا الگوهای خودتنظیمی با فعالیت مشخص مغزی مرتبط هستند که تایید می‌کند مزاج و سنخ‌های شخصیتی در ابتدای تحول شکل می‌گیرند.

مزاج کودک می‌تواند بر تحول خودکنترلی اثر بگذارد. الگوی مزاجی ترسو و محتاط در سنین خردسالی با خودکنترلی بهتر ارتباط دارد به این دلیل که باعث می‌شود تکانش و تشویش کودک کمتر شود. اما باید بین مزاج و خودکنترلی تعادل منطقی برقرار باشد. خودکنترلی بالا برای کودکان پرا انرژی مثبت است اما برای کودکان کمرو و خجالتی مثبت نیست. تعادل میان واکنش‌پذیری هیجانی و خودکنترلی که تحت عنوان خودتنظیمی (self regulation) از آن یاد می‌شود، بهترین فرمول و قاعده برای یک سازگاری سالم و بهنجار است.

○ رفتار و شناخت

تبیین‌های رفتاری و شناختی از رفتار نابهنجار بر اصول یادگیری و شرطی‌سازی تاکید دارند. نظریه‌پردازان شناختی به ارتباط الگوهای تفکر با راهبردهای رفتاری خاص تاکید دارند.

در یک انتهای پیوستار رویکردهای رفتاری و شناختی، **تحلیل رفتاری کاربردی** قرار دارد که به رفتار قابل مشاهده می‌پردازد و فرایندهای شناختی را برای تبیین رفتار ضروری نمی‌داند. در انتهای دیگر، **نظریه یادگیری اجتماعی** قرار دارد که بیشتر بر فرایندهای شناختی و تعبیر و تفسیرهای افراد از رویدادهای دنیای پیرامون مبتنی است.

تبیین‌های رفتاری به جای توجه به صفات پایدار، به مشاهده رفتارها در موقعیت‌های ویژه تاکید دارند. رویکردهای رفتاری به تاریخچه یادگیری ویژه اشاره دارند و روشهای رفتاری روی یک مشکل رفتاری خاص تمرکز می‌کنند.

این رویکردها تاکید دارند که موفقیت در تغییر یک مشکل رفتاری تنها بر آگاهی از علت‌های آن مبتنی نیست بلکه مستلزم تاکید بر نقش علت‌های نهفته یا متغیرهای کنترل است.

تحلیل رفتار کاربردی (ABA): بر مبنای مطالعات اسکینر به بررسی روابط بین رفتار، پیشامدها و پیامدهای آن می‌پردازد که به آن رویکرد کاربردی به رفتار هم گفته می‌شود. تحلیل رفتار کاربردی بر مبنای چهار اصل اولیه یادگیری وسیله‌ای (کنش‌گر) اسکینر مبتنی است: تقویت مثبت و منفی (هر عملی که احتمال بروز رفتار را افزایش دهد)، خاموشی و تنبیه (هر عملی که احتمال بروز رفتار را کاهش دهد). **شرطی‌سازی کلاسیک (پاسخگو):** بر اساس کارهای پاولف در زمینه یادگیری و آزمایش‌های واتسون با آلبرت کوچولو و با توجه به اصل تداعی‌های همزمان، یادگیری رفتارها را تبیین می‌کند.

برای تبیین یادگیری رفتارهای نامطلوب استفاده از تبیین‌های یادگیری دوگانه رایج است یعنی هر دو شرطی‌سازی کلاسیک و کنشگر. تبیین‌های یادگیری اجتماعی به نقش عوامل شناختی میانجی که مستقیم یا غیرمستقیم بر رفتار اثر دارند توجه می‌کند. بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی بندورا رفتارها می‌توانند از طریق یادگیری مشاهده‌ای و به طور غیرمستقیم یاد گرفته شوند. شناخت اجتماعی به چگونگی فکر کردن افراد در مورد خودشان و دیگران مربوط است. فرایندی که به شکل‌گیری بازنمایی ذهنی (mental representation) از خود، روابط و دنیای اجتماعی منجر می‌شود. بازنمایی‌های ذهنی ثابت نیستند و دایما به روز می‌شوند. چگونگی پردازش اطلاعات و معنادگی به دنیای اطراف در افراد متفاوت است و می‌تواند با اعتقادات اشتباه، تحریفات شناختی و سوگیری‌های اسنادی همراه باشد.

● **رویکردهای خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی**

طبق **الگوی بوم‌شناختی** برنر لایه‌های مختلف محیط که فرد در کانون آن قرار دارد با یکدیگر ارتباطات متقابل دارند. تاثیرات محیطی را می‌توان به دو نوع مشترک و غیرمشترک تقسیم کرد. محیط مشترک به عوامل محیطی گفته می‌شود که در خواهران و برادران یک خانواده پیامدهای تحولی یکسانی به دنبال دارد. محیط غیرمشترک به عوامل محیطی اشاره دارد که باعث ایجاد تفاوت‌های رفتاری در بین خواهران و برادران است. عوامل مربوط به محیط غیرمشترک در ایجاد تفاوت‌های بین خواهران و برادران سهم عمده‌ای دارد. نظریه دل‌بستگی، به تاثیرات روابط میان کودک و مراقب می‌پردازد و مفاهیم نظری تکامل زیست‌شناختی با نظام روان‌تحلیل‌گری را ترکیب می‌کند. کودکان برای رفتارهایی که ارتباط میان فردی را بهبود می‌بخشد از نظر فطری برنامه‌ریزی شده‌اند ولی رفتارهای غریزی از پیش تعیین شده و انعطاف‌ناپذیر نیستند بلکه از طریق فرایند یادگیری و دریافت پسخورندهای مناسب به نظامی انعطاف‌پذیر و هدفمند تبدیل می‌شوند. دل‌بستگی از نوعی کنش کاهش تنیدگی برخوردار است و به تنظیم رفتار و هیجان در شرایط تهدید و تنیدگی کمک می‌کند.

نظریه‌پردازان نظام‌های خانواده، معتقدند آگاهی یا پیش‌بینی رفتارهای یکی از اعضای خانواده بدون در نظر گرفتن سایر اعضا بسیار دشوار است. تنیدگی خانواده‌ها را در معرض تغییر، تحول یا بازسازماندهی قرار می‌دهد. پیامد تنیدگی به ماهیت و شدت تنیدگی، سطح عملکرد پیشین خانواده، مهارت‌های کنار آمدن آنها و امکانات آنها بستگی دارد.

● **نقش نهادهای اجتماعی از دیدگاه نظریه‌پردازان**

روسو معتقد بود انسان ذاتاً خوب است اما نهادهای اجتماعی به بهای متمدن شدن انسان، او را فاسد می‌کنند. روسو اصطلاح وحشی‌های بزرگوار یا نجیب را مطرح کرد، یعنی افراد بدوی که هیچ اختلال روانی نداشتند.

راجرز معتقد بود اگر انسان از محدودیت‌های غیرضروری جدا شود، خودبه‌خود به سمت اهداف شرافتمندانه خواهد رفت. عقاید او به روسو شباهت دارد. فروید معتقد بود انسان با غرایز و تکانه به دنیا آمده و برای اینکه متمدن باقی بماند، این غرایز باید کنترل شود. عقاید او شبیه هابز است که برعکس روسو طبیعت انسان را مخرب می‌داند.

رویکردهای نظری اصلی

قبل از شروع صحبت از انواع اختلالات روانی و درمان آنها لازم به طور مختصر در اینجا با انواع رویکردهای درمانی آشنا شوید. در روانشناسی بالینی و همچنین در انتهای این کتاب بیشتر با این رویکردها آشنا خواهید شد.

● رویکرد روان‌پویایی (Psychodynamics)

نظریه روان‌تحلیل‌گری فروید، توضیحی هم برای عملکردهای روانی عادی و هم غیرعادی است. طبق نظر فروید، مکانیزم‌های روانی با واپس‌رانی خاطرات ناراحت‌کننده، از فرد در برابر اضطراب دفاع می‌کنند.

از نظر فروید سه نیروی سایکولوژیک شخصیت انسان را شکل می‌دهند:

Id: نیروهای غریزی که برای ارضا نیازها فشار می‌آورند، پیروی از اصل لذت.

غریزه (یا سابق) یعنی نمود روانشناسی یک نیاز بیولوژیک. در نظریه فروید دو نوع غریزه مرگ و زندگی مطرح می‌شود.

Ego: استفاده از مکانیزم‌های دفاعی برای کنترل امیال غریزی و کاهش اضطراب، پیروی از اصل واقعیت.

Superego: شامل ارزش‌های خانواده و جامعه که در فرد نهادینه شده است، شامل دو بخش وجدان و ایگوی ایده‌آل.

سه بخش شخصیت دایم در تعارض هستند و سلامت روانی وابسته به تعادل آنهاست. مکانیزم‌های دفاعی تلاش می‌کنند این تعارضات و اضطراب حاصل از آنها را کاهش دهند.

شخصیت از سه فرایند تشکیل شده است که عبارتند از **ناهشیاری، نیمه‌هشیاری، هشیاری**. شخصیت شبیه یک کوه یخ است که بیشتر آن در زیر آب یعنی ناهشیاری است. اید کاملاً ناهشیار است، ایگو و سوپرایگو تا اندازه‌ای هشیار هستند.

عامل دیگر در مشکلات روانی، چگونگی عبور از مراحل رشد است. یک انرژی ذاتی انگیزه‌بخش وجود دارد که آن را **لیبیدو** می‌نامیم. لیبیدو در هر یک از دوره‌های رشد روی یک منطقه شهوانی متمرکز می‌شود که مشخصه آن مرحله است. مراحل عبارتند از: دهانی، مقعدی، فالیکی

(آلتی)، نهفتگی، تناسلی. اگر کودک با موفقیت از یک مرحله عبور نکند، در آن مرحله **تثبیت** می‌شود.

در روان‌کاوی سعی می‌شود ریشه مشکلات درمانجو و خاطرات واپس‌رانده شده، کشف شود. آگاهی به این امر، **بینش** نامیده می‌شود که هدف اصلی روان‌کاوی است.

روان‌کاوی اولین نوع گفتاردرمانی محسوب می‌شود و اولین رویکردی بود که تعدادی نگرش برای مشکلات روانی ارائه کرد: ۱. مشکلات روانی ممکن است ریشه در کودکی داشته باشند، نه یک اختلال بیولوژیک. ۲. بیماری روانی ممکن است نشانه مکانیزم‌های دفاعی باشد که تلاشی ناخودآگاه برای سرکوب افکار و خاطرات اضطراب‌آمیز هستند.

تفسیر رویا یکی از تکنیک‌های اصلی روان‌کاوی است. رویا ارضای یک آرزوی سرکوب یا واپس‌رانده شده است که یک محتوای آشکار (آنچه ما می‌بینیم) و یک محتوای پنهان دارد. رویاسازی توسط ایگو کنترل می‌شود و طی آن، آرزوهای پشت پرده به محتوای آشکار تبدیل می‌شوند. رویاسازی شامل سه فرایند جابجایی، تلخیص و بازنمایی ملموس است.

نظریه پردازان بعدی تغییراتی در نظریه فروید دادند. آن‌ها برخلاف فروید که بر سائق‌های جنسی و پرخاشگری تمرکز می‌کرد، نقش بیشتری برای ایگو قائل شدند، روی متغیرهای اجتماعی و فرهنگی بیشتر تاکید کردند و درمان‌های منعطف‌تر و کوتاه‌مدت‌تر را کشف کردند.

همه درمانگران سایکودینامیک در یک سری فرضیه‌های اساسی اشتراک دارند:

- رفتار انسان را، آرزوها و امیال و انگیزه‌ها و تعارض‌های ناخودآگاه تعیین می‌کنند. علل و اهداف رفتار انسان در بسیاری از مواقع آشکار و روشن نیست.
- تجربه‌های کودکی شخصیت بزرگسالی را شکل می‌دهند.
- علت مشکلات روانی معمولاً مقاومت درمانجو در برابر تعارض‌های درونی و تکرار ناخودآگاه آنهاست.

- سنجش، درمان و پژوهش‌های بالینی باید بر جنبه‌هایی از فعالیت درون‌روانی تاکید کنند و آنها را کشف کنند.
 - هدف روان‌درمانی بهبود عملکرد ایگو است تا به فرایند تکرار گذشته بینش پیدا کرده و آن را تغییر دهد.
- روان‌کاوی امروزه روشی قابل قبول برای حل مشکلات روانی نیست. علت اصلی بی‌اعتبار شدن آن این است که مفاهیم آن قابل توصیف و اندازه‌گیری به شکل عینی (objective) نیست.

انواع مکانیسم‌های دفاعی

واپس‌رانی (repression): فرستادن خاطرات آزاردهنده یا امیال خطرناک به ضمیر ناخودآگاه. واپس‌رانی مهم‌ترین مکانیسم دفاعی غیرارادی است و گاهی فراموشی انگیزه‌دار هم نامیده می‌شود.

سرکوب (suppression): فکر نکردن ارادی به موضوعی که ناراحتان می‌کند.

دقت کنید که suppression عمدی و خودآگاه، اما repression ناخودآگاه است (بهتر است واژه انگلیسی را استفاده کنید چون ترجمه در کتب متفاوت و گاهی برعکس است).

بازگشت (regression): برگشتن به یکی از مراحل رشدی قبل که فرد در آن تثبیت شده است.

انکار (denial): قبول نکردن منبع اضطراب.

واکنش وارونه (reaction formation): گفتن حرفی یا انجام عملی که کاملاً برعکس احساسی است که دارید.

فرافکنی (projection): نسبت دادن تمایلات غریزی نامطلوب خود به دیگری.

عقلانی‌سازی (rationalization): یافتن دلیل منطقی برای کار اشتباهی که انجام داده‌ایم.

جابجایی (displacement): تغییر جهت دادن تمایلات غریزی از یک شیء (object) به شیء دیگر.

والایش یا تصعید (sublimation): تبدیل تمایلات غریزی به عاملی مثبت و جامعه‌پسند.

هماندسازی با پرخاشگر (identification with the aggressor): اقتباس ویژگی‌های افرادی که برای ما خطرناک هستند.

نمادسازی (symbolization): معنای خاص دادن به بعضی جنبه‌های عملکرد روانی خود (مثل ترس از یک شیء که نماد چیز خاصی برای فرد است).

برون‌ریزی (acting out): متوسل شدن به عمل به جای فکر کردن درباره احساسات خود برای کنار آمدن با مناقشات هیجانی درونی.

acting in: یک تکنیک درمانی به معنای ابراز احساسات در عمل اما به طرف درون است. یعنی به جای نشان دادن احساسات خود به دیگران، به اعمال خودش نگاه می‌کند تا متوجه معنای آن‌ها شود.

● رویکرد رفتارگرایی

مشکلات روانی واکنش‌های آموخته‌شده در مقابل تجربه‌های محیطی هستند. همانطور که رفتارهای سازگارانه یاد گرفته می‌شوند، رفتارهای نابهنجار هم یاد گرفته می‌شوند.

نظریه‌های یادگیری چارچوب‌های مفهومی هستند که توضیح می‌دهند در طول فرایند یادگیری، اطلاعات چگونه درک، پردازش و حفظ می‌شوند. سه طبقه‌بندی مهم در نظریه‌های یادگیری عبارت‌اند از:

رفتارگرایی: تمرکز روی جنبه‌های مشهود یادگیری

شناخت‌گرایی: توضیح یادگیری بر اساس فرایندهای ذهنی که در مغز انجام می‌گیرد.

سازه‌گرایی: بررسی یادگیری به‌عنوان فرایندی که در آن فرد فعالانه ایده‌ها یا مفاهیم جدید را می‌سازد.

○ رفتارگرایی

دو اصل بنیادی در نظریه یادگیری عبارت‌اند از:

شرطی‌سازی کلاسیک: یادگیری در اثر کشف یک رابطه یا ایجاد یک تداوی بین دو محرک (مثال آزمایش سگ پاولف)

شرطی‌سازی عامل (کنش‌گر): یادگیری یک رفتار به دلیل پاداش یا محرک تقویت‌کننده پس از آن (مثال موش جعبه اسکینر)

شخصیت برابر است با رفتار و رفتار از طریق شرطی‌سازی شکل می‌گیرد. بنابراین با کنترل کردن فرایند تقویت، می‌توان رفتار و در نتیجه شخصیت را کنترل کرد.

رویکرد رفتاردرمانی: تقویت پاسخ‌های مطلوب و از بین بردن رفتارهای نامطلوب بدون توجه به وضعیت روانی فرد. تغییر (اصلاح) رفتار: شامل انجام انواع تکنیک‌ها برای افزایش رفتارهای مثبت مثل تقویت مثبت یا منفی و کاهش رفتارهای منفی مثل خاموشی، تنبیه یا غرقه‌سازی.

برخی روش‌های مبتنی بر شرطی‌سازی کلاسیک عبارت‌اند از: غرقه‌سازی، حساسیت‌زدایی منظم و بی‌زاری درمانی.

برخی روش‌های مبتنی بر شرطی‌سازی عامل عبارت‌اند از: تحلیل رفتار کاربردی و اقتصاد ژتونی.

از شرطی‌سازی کلاسیک برای توضیح اختلالاتی مثل فوبیا، استرس پس از تروما، انحراف جنسی (پارافیلیا) و اعتیاد استفاده می‌شود.

از شرطی‌سازی عامل برای توضیح اینکه چرا یک رفتار آموخته شده و ادامه می‌یابد استفاده می‌شود، مثل رفتارهای غیرعادی اسکیزوفرنی، اعتیاد، تمایلات خودبیمارانگارانه و اختلال سوماتیک سمپتوم.

○ شناخت‌گرایی

پرطرفدارترین رویکرد روان‌شناختی به مشکلات روانی، رویکرد شناختی است.

شناخت، مجموعه‌ای از فرایندهای ذهنی است که به وسیله آن‌ها اطلاعات از محیط گرفته می‌شود، در آن تغییراتی داده می‌شود، معنادار می‌شود، ذخیره می‌شود، بازیابی می‌شود، مورد استفاده قرار می‌گیرد و به اطلاع دیگران می‌رسد. به عبارت دیگر شناخت‌ها همان افکار، باورها و تصاویر ذهنی هستند.

از نظر رویکرد شناختی، علت بروز مشکلات روانی، افکار، تصاویر ذهنی و باورهای غیرمنطقی افراد است.

پیش‌تازان این رویکرد عبارت‌اند از:

آلبرت ایس: مردم مجموعه‌ای از باورهای غلط و غیرمنطقی را می‌سازند و رفتارهای خود را با آن قضاوت می‌کنند.

آرون بک: افراد افسرده درک غیرواقع‌بینانه‌ای از خود، دنیا، و آینده دارند.

در روان‌درمانی شناختی رفتاری (CBT) تلاش می‌شود افکار و باورهای غلط شناسایی و با باورهای صحیح جایگزین شوند.

یکی از ایرادات این روش این است که ممکن است افکار غلط معلول مشکلات روانی باشند، نه علت آن.

● رویکرد انسان‌گرایی (Humanism) و وجودی (Existentialism)

این رویکرد بر توانایی انسان بر شناخت خود، ایجاد احساس معنا در زندگی و حق انتخاب تأکید دارد. اگر این توانایی‌ها رشد یابد، مشکلات روانی حل خواهد شد. هدف هر دو رویکرد، از بین بردن مشکلات روانی از طریق درک زندگی، رشد فردی و شکوفایی استعدادها است.

این رویکردها به سبب‌شناسی و چگونگی به وجود آمدن اختلالات علاقه ندارند و بر تغییر برداشت انسان از رویدادهای بیرونی و درونی تأکید دارند. به همین دلیل به آن‌ها پدیدارشناسی یا فنومنولوژی گفته می‌شود.

(کانت بین noumenon و phenomenon تفاوت قائل است: noumenon اشیاء و رویدادهای واقعی هستند اما phenomenon چیزهایی هستند که در مقابل حواس پنج‌گانه فرد پدیدار می‌شوند، یعنی برداشت شخصی آن فرد هستند.)

○ آبراهام مزلو

مزلو پدر معنوی روانشناسی انسان‌گراست. تحقیقات او به نظریه خودشکوفایی (self-actualization) منجر شد. خودشکوفایی یک انگیزه انسانی فطری برای به فعل درآوردن استعدادها بالقوه است.

مزلو هرمی را معرفی کرد که در کف آن نیازهای پست‌تر و در قله آن نیاز به خودشکوفایی قرار دارد. برای رسیدن به نیازهای سطح بالاتر ابتدا نیازهای سطح پایین‌تر باید برآورده شوند.

نیازها در هرم مزلو از پایین به بالا به ترتیب عبارت‌اند از: نیازهای فیزیولوژیک، نیاز به امنیت و آرامش، نیاز به محبت و عشق، نیاز به عزت و احترام، نیاز به فعالیت ذهنی، نیاز به زیبایی و خودشکوفایی.

از نظر مزلو، علت مشکلات روانی این است که مردم نیازهای خود و دیگران را خوب درک نمی‌کنند. فقط یک درصد مردم خودشکوفاه هستند.

از جمله دلایلی که باعث ارضا نشدن نیازها و نرسیدن به خودشکوفایی می‌شود عبارت‌اند از: پدر و مادرانی که احساس امنیت در کودک ایجاد نکرده‌اند، فقر که از رفع نیازهای فیزیولوژیک جلوگیری کرده است، نقش‌های جنسی تحمیل شده از جامعه که جلوی خودشکوفایی

در بعضی زمینه‌ها را می‌گیرد، تردیدهای فرد درباره توانایی‌هایش (عقدۀ یونس).

○ کارل راجرز

نظریه راجرز نیز نظریه خودشکوفایی است اما تفاوت‌هایی با مزلو دارد:

خودشکوفایی یک فرایند ادامه‌دار است و به همین دلیل از واژه **در حال خودشکوفایی** (self-actualization) استفاده می‌کند. چگونگی تربیت در کودکی مخصوصاً وظیفه مادر در این امر، نقش مهمی در شخصیت بزرگسالی دارد. شخصیت سالم در نتیجه عشق بی‌قید و شرط ایجاد می‌شود.

در نظریه راجرز self یعنی یک ادراک انعطاف‌پذیر و متغیر از هویت شخصی. راجرز معتقد است عزت نفس **فاصله بین خودانگاره و خود ایدئال** است. فاصله زیاد بین این دو باعث ایجاد بیماری روانی می‌شود.

روان‌درمانی راجرز، **درمان مراجع محور** نامیده می‌شود. این رویکرد روی خوب بودن طبیعت انسان تأکید دارد. در این درمان تلاش می‌شود یک فضای مثبت و حمایتگر ایجاد شود، از **همدلی و نگاه مثبت بی‌قید و شرط** استفاده شود تا درمان‌جو به خود و ارزش‌هایش فکر کند.

○ رولومی می

روانشناسی وجودی می بر اساس مفهوم **اصالت** (authenticity) قرار دارد. اصالت یعنی فرد چقدر صداقت دارد و طبق ذات و سرشت واقعی‌اش عمل می‌کند.

روانشناسان وجودی معتقد هستند انسان در این جهان تنها است و ممکن است احساس بی‌معنایی کند. کسی که احساس بی‌معنایی می‌کند و اصیل نیست در خطر اضطراب و مشکلات روانی قرار دارد.

درمان، شامل کمک به مراجع برای پیدا کردن علل اضطراب، مدیریت سالم‌تر اضطراب، دریافت حمایت اجتماعی، در نظر گرفتن ارزش‌های اخلاقی قوی و برخورد صادقانه با دیگران است.

ارزیابی این رویکردهای پدیدارشناختی دشوار است. طرف‌داران رویکردهای وجودی معتقد هستند آزمایش، افراد را فاقد صفات انسانی می‌کند چون با انسان مثل یک ماشین رفتار می‌کند. ارزیابی رویکرد مراجع محور نشان داده که این درمان‌جویان معمولاً نتایج خوبی کسب نمی‌کنند.

● روانشناسی مثبت و پیشگیری

روانشناسی مثبت یعنی مطالعه و تقویت احساسات، صفات شخصیتی و خصوصیات گروهی مثبت.

روانشناسان مثبت می‌گویند بهترین روش کمک به بیماران ارتقای رشد مثبت و بهداشت روانی آن‌ها است. به این ترتیب از اختلالات روانی پیشگیری می‌شود.

درمانگران این رویکرد مهارت‌های مقابله یا کنار آمدن (coping) را آموزش می‌دهند تا افراد در برابر استرس از خود محافظت کنند.

اهداف روانشناسی مثبت به رویکردهای انسان‌گرا شباهت دارد، اما مبنای علمی آن قوی‌تر است چون تحقیقات بیشتری برای آن انجام شده است.

بهداشت روانی یعنی دانش ارتقای بهداشت روانی و اجتناب از بیماری‌های روانی از طریق آموزش، درمان به موقع و استفاده از امکانات موجود. پیشگیری در این زمینه سه نوع است:

پیشگیری اولیه: هدف قرار دادن گروه‌های مختلف و گاهی کل مردم برای کاهش ابتلا به بیماری‌ها.

پیشگیری ثانویه: زمانی که مشکلات روانی در حال ظهور هستند اما هنوز قابل مدیریت هستند و می‌توان قبل از تبدیل شدن به اختلال تمام عیار و مقاوم شدن به درمان آن‌ها را کنترل کرد.

پیشگیری ثالث: شامل کاستن از شدت، مدت و آثار منفی یک اختلال پس از به وجود آمدن آن است، مثل انواع مختلف روش‌های پزشکی و روان‌شناختی.

خلاصه فصل

- آسیب‌شناسی روانی: مطالعه علمی احساسات، افکار و رفتارهای مشکل‌ساز که مربوط به اختلال روانی است.
- بقرات: اختراع اصطلاح هیستریا + دلیل رفتار غیرنرمال = عدم تعادل در ۴ خلط بدن انسان ← شباهت با ابن‌سینا
- دکارت: معرفی ۶ هیجان اصلی (تعجب، محبت، نفرت، هوس، شادی و غم) + نظریه دوگانه‌نگری (جدایی ذهن و بدن)
- مسمر: درمان مسمریسم که امروزه نوعی تلقین درمانی محسوب شده و جیمز برید، آن را هیپنوتیزم نامید.
- امیل کرپلین: پدر DSM، نقش مهمی در تشخیص و طبقه‌بندی داشت.

- گال: اختراع مجسمه شناسی، معتقد بود مغز اندام ذهن است و قوای ذهنی/اخلاقی متفاوت در مناطق خاصی از قشر مخ قرار دارند.
- روانشناسی مثبت بهترین روش کمک را ارتقای رشد مثبت و بهداشت روانی افراد می‌داند. (پیشگیری اولیه/ثانویه/ثالث از مشکل)
- مدل پزشکی اختلالات روانی: علل مشکل روانی را نقص‌های فیزیکی می‌داند. (فرضیه سوماتوژنیک)
- مشکلات: تقلیل‌گرایی زیستی، برجسب زدن به افراد
- مدل روان‌شناختی اختلالات روانی: علل مشکل روانی، بیشتر روان‌شناختی است. (واکنشی عادی و سازگار به شرایط دشوار زندگی)
- روان‌پویایی: معتقد به سه نیروی سایکولوژیک: Id (نیروی غرائز، اصل لذت)، Ego (استفاده از مکانیسم‌های دفاعی، اصل واقعیت) و Superego (شامل ارزش‌ها، دارای دویبخش وجدان و ایگوی ایدئال) و معتقد به سه فرایند شخصیت: هشیار، نیمه‌هشیار، ناهشیار.
- علت مشکلات روانی: چگونگی عبور از مراحل رشد (دهانی، مقعدی، آلتی، نهفتگی، تناسلی) و تثبیت لیبیدو. تاکید بر نقش ناخودآگاه در رفتار و انگیزه‌ها، تجربه‌های کودکی در شخصیت بزرگسالی، مکانیسم‌های روانی و تفسیر رویا.
- رفتارگرایی: مشکلات روانی واکنش‌های آموخته شده در مقابل تجربه‌های محیطی هستند. (نقش مهم یادگیری و دو اصل آن)
- شناخت‌گرایی: پرترفدارترین رویکرد که علت مشکلات روانی را افکار، تصاویر ذهنی و باورهای غیرمنطقی می‌داند.
- انسان‌گرایی و وجودی: رویکرد پدیدارشناسانه که تاکید بر شناخت خود و احساس معنا و حق انتخاب در زندگی دارد.
- دیدگاه زیستی، روانی، اجتماعی: توجه به تعامل عوامل زیستی، روانی و اجتماعی در ایجاد اختلالات روانی، با رویکردی رشدی (تغییر کیفی افراد طی زمان). معروف‌ترین مدل در این دیدگاه، مدل استرس-دیاتز است.
- عوامل خطر: یک ویژگی فردی یا محیطی که قبل از اختلال روانی حاضر بوده و با آن همبسته است، مانند طلاق یا بیکاری / عوامل محافظ: عوامل تاثیرگذاری که پاسخ فرد را به عوامل استرس‌زای محیطی تغییر داده و باعث مقاومت در برابر آن می‌شود.
- DSM: اختلال روانی: مجموعه سمپتوم‌های رفتاری یا روانی که باعث ایجاد نابسامانی یا رنج شخصی در عملکرد فرد می‌شوند.
- DSM-5 از مدل پزشکی بیماری پیروی می‌کند، رویکردی غیرنظری دارد، توصیفی است و ماهیتی عمل‌گرا دارد.
- در توصیف بالینی اختلال به توصیف بالینی، نرخ شیوع (موارد تشخیص داده شده بیماران موجود در زمان و جمعیت خاص)، نرخ بروز (تعداد موارد جدید مبتلا)، سیر اختلال (مزمین، دوره‌ای و محدود) و پیش‌آگهی (سیر پیش‌بینی شده) توجه می‌شود.

سوالات کنکور کارشناسی ارشد

- 1) بر اساس کدام الگو، افراد با زمینه‌ای متولد می‌شوند که آن‌ها را در معرض خطر ابتلا به اختلال روانی قرار می‌دهد؟ (سراسری ۱۳۹۸)
 - 1) بیماری‌پذیری- استرس (۲) زیست‌شناختی (۳) روان‌شناختی (۴) رفتاری
- 2) بر اساس دیدگاه هستی‌گرایی علت رفتار نابهنجار کدام است؟ (سراسری ۱۳۹۶)
 - 1) انتخاب غیرمعقول (۲) باورهای غیرمنطقی
 - 3) ناتوانی در مقابله با فشار روانی (۴) ناهمخوانی خودپنداره با تجارب شخصی
- 3) در کدام طبقه‌بندی فرض بر این است که همه پدیده‌هایی که باید طبقه‌بندی شوند، می‌توانند در طبقه‌هایی کاملاً متمایز قرار گیرند؟ (سراسری ۱۳۹۶)
 - 1) ابعادی (۲) بیماری‌شناختی (۳) ریخت‌شناختی (۴) مقوله‌ای
- 4) بر اساس نظر فروید، کدام قسمت از شخصیت شامل نظام فکر کردن، برنامه‌ریزی، حل مشکلات و تصمیم‌گیری است؟ (سراسری ۱۳۹۵)
 - 1) من (Ego) (۲) فرامن (superego) (۳) ارگ (erg) (۴) برتری طلبی (superiortg)
- 5) کدام مدل تبیین می‌کند که چرا برخی از افراد در مواجهه با فشارهای روانی جزئی، مسائل جدی روانی پیدا می‌کنند و دیگری نیز هستند که حتی با فشار روانی شدیدتر از آن هم مشکلی پیدا نمی‌کنند؟ (سراسری ۱۳۹۴)
 - 1) آسیب‌پذیری روانی در برابر استرس (۲) تقلیل‌گرایی زیستی
 - 3) شناختی (۴) رفتاری

۶) طبق تعریف DSM-5، ویژگی اصلی اختلال روانی کدام است؟ (سراسری ۱۳۹۳)

- ۱) وجود نابسامانی در زندگی روزمره شخصی و اجتماعی
 ۲) رنج بردن از زندگی و داشتن معلولیت در حواس
 ۳) ایجاد اختلال در گفتار و برقراری رابطه با خودی‌ها
 ۴) رنج معلولیت، نابسامانی و نقص در هیجان‌های اجتماعی

۷) منظور از میزان بروز یک بیماری کدام است؟ (سراسری ۱۳۹۱)

- ۱) تعداد موارد بیماری در شش ماه گذشته
 ۲) تعداد موارد بیماری در یک سال گذشته
 ۳) تعداد موارد جدید بیماری در مدتی معین
 ۴) تعداد موارد جدید و قدیم بیماری در مدت معین

۸) در مفهوم مقوله‌ای (طبقه‌بندی)، وقتی یک مقوله یا طبقه تشخیصی بر اساس تعداد ملاک یا ویژگی بالینی توصیف می‌شود، برای احراز تعلق یک اختلال به آن مقوله یا طبقه تشخیصی کدام شرایط باید برقرار باشد؟ (سراسری ۱۳۹۰)

- ۱) وجود مجموعه ملاک‌ها لازم است، اما وجود هر ملاک لازم نیست.
 ۲) وجود هر ملاک لازم و وجود مجموعه ملاک‌ها کافی است.
 ۳) وجود هر ملاک لازم است اما وجود مجموعه ملاک‌ها لازم نیست.
 ۴) وجود هر ملاک برای تشخیص کافی است.

۹) در روانشناسی مرضی الگوی شجره‌تصمیم و الگوی مقایسه نیم‌رخ به کدام نوع طبقه‌بندی مربوط می‌شود؟ (سراسری ۱۳۹۰)

- ۱) آسیب‌شناختی
 ۲) مقوله‌ای
 ۳) ریخت‌شناختی
 ۴) ابعادی

۱۰) اختلال شخصیت وابسته و اختلال جسمانی کردن به ترتیب در کدام محور پنج‌گانه طبقه‌بندی DSM-IV-TR قرار می‌گیرند؟ (سراسری ۱۳۸۸)

- ۱) محور I - محور II
 ۲) محور II - محور III
 ۳) محور I - محور III
 ۴) محور II - محور I

۱۱) مهم‌ترین نقد علمی به DSM-IV-TR کدام است؟ (سراسری ۱۳۸۸)

- ۱) با طبقه‌بندی (ICD) مطابقت ندارد.
 ۲) به تبیین و سبب‌شناسی اختلالات روانی نمی‌پردازد.
 ۳) به توصیف اختلالات روانی نمی‌پردازد.
 ۴) روان‌رنجوری را حذف کرده است.

۱۲) اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی به ترتیب مربوط به کدام محور تشخیصی در DSM - IV - TR هستند؟ (سراسری ۱۳۸۷)

- ۱) محور II و محور III
 ۲) محور III و محور I
 ۳) محور II و محور I
 ۴) محور I و محور II

۱۳) در DSM-IV-TR ملاک طبقه‌بندی اختلالات روانی چیست؟ (سراسری ۱۳۸۵)

- ۱) علل بیماری
 ۲) تفسیر بالینی
 ۳) توصیف بالینی
 ۴) سیر بیماری

۱۴) اختلال خوردن و عقب‌ماندگی ذهنی به ترتیب مربوط به کدام محور تشخیصی در DSM-IV-TR است؟ (سراسری ۱۳۸۵)

- ۱) محور III و محور I
 ۲) محور III و محور II
 ۳) محور I و محور II
 ۴) محور II و محور III

۱۵) مهم‌ترین عامل اختلالات روانی براساس نظریه روان تحلیل‌گری کدام است؟ (سراسری ۱۳۸۵)

- ۱) پدیده اضطراب
 ۲) غریزه مرگ
 ۳) انگیزه جنسی
 ۴) انگیزه پرخاشگری

۱۶) از دیدگاه روانشناسان بالینی علت اساسی اختلالات روانی چیست؟ (سراسری ۱۳۸۴)

- ۱) تمایلات غریزی
 ۲) احتیاجات انسان
 ۳) یادگیری رفتارهای معیوب
 ۴) کشمکش بین انگیزه‌های مختلف انسان

۱۷) بیماری‌های روانی در کدام نوع طبقه‌بندی، در طبقات کاملاً متمایز گنجانده شده‌اند؟ (سراسری ۱۳۸۴)

- ۱) ابعادی
 ۲) مقوله‌ای
 ۳) بیماری‌شناختی
 ۴) ریخت‌شناختی

سوالات کنکور دکتری

۱۸) در کدام دیدگاه، فرد سالم کسی است که می‌تواند بیمار شود اما توانایی به دست آوردن سلامت را داراست؟ (سراسری ۱۴۰۱)

- ۱) مرضی (۲) آماری (۳) ایدئال (۴) پویا مرضی

۱۹) وجه اشتراک سه ملاک قانونی، آماری و انحراف از هنجارهای اجتماعی اتکا به کدام اصل است؟ (سراسری ۱۴۰۱)

- ۱) اکثریت (۲) جامعیت (۳) قابلیت (۴) تناسب

۲۰) در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، مهم‌ترین معیار برای انتخاب ملاک‌های اختلالات مختلف کدام مورد است؟ (سراسری ۱۴۰۱)

- ۱) رابطه با عوامل علی (۲) جهان شمول بودن (۳) فایده بالینی از نظر تشخیصی و درمانی (۴) تعیین فاصله فرد با هنجارهای اجتماعی

۲۱) کدام مورد تفاوت علامت (sign) و نشانه (symptom) را مشخص می‌کند؟ (سراسری ۱۴۰۱)

- ۱) علامت شاخص اختلال و نشانه شاخص بیماری است.
۲) علامت مشاهدات متخصص و نشانه شکایت بیمار است.
۳) علامت شکایت بیمار و نشانه مشاهدات متخصص است.
۴) علامت شاخص بیماری و نشانه شاخص اختلال است.

۲۲) جهت‌گیری کلی پنجمین ویراست طبقه‌بندی اختلالات روانی (DSM-5) به سمت توسعه کدام نوع طبقه‌بندی اختلالات روانی است؟ (سراسری ۱۳۹۹)

- ۱) ابعادی (۲) مقوله‌ای (۳) علت شناختی (۴) ریخت شناسی

۲۳) زنی که شوهرش را از دست داده است و از بیهودگی آداب سوگواری صحبت می‌کند، از کدام مکانیسم دفاعی استفاده می‌کند؟ (سراسری ۱۳۹۹)

- ۱) آرمانی سازی (۲) توجیه عقلی (۳) واکنش متضاد (۴) نارزنده سازی

۲۴) در جنگ جهانی دوم، نازی‌ها اعتقاد داشتند تحریک‌های پرخاشگرانه دیگران منجر به شروع جنگ شده است. این مطلب نمونه کدام مکانیسم دفاعی است؟ (سراسری ۱۳۹۸)

- ۱) انکار (۲) فرافکنی (۳) دلیل تراشی (۴) برون‌ریزی

۲۵) این باور که «اضطراب ناشی از ناآرامی و تنش حاصل از ناهمخوانی خودپنداره شخصی با آنچه فرد دلش می‌خواهد باشد»؛ بر اساس کدام دیدگاه بنا شده است؟ (سراسری ۱۳۹۷)

- ۱) انسان‌گرایی (۲) شناخت‌گرایی (۳) رفتارگرایی (۴) روان‌تحلیل‌گری

۲۶) در کدام نوع طبقه‌بندی، تعلق به یک گروه مستلزم وجود تمام رگه‌های مشخص‌کننده آن نیست، بلکه داشتن چند رگه اصلی برای قرار گرفتن در آن طبقه کفایت می‌کند؟ (سراسری ۱۳۹۷)

- ۱) ابعادی (۲) الگوی شجره تصمیم (۳) مقوله‌ای (۴) ریخت‌شناسی

۲۷) شعر زیر، مبین مفهوم کدام مکانیسم دفاعی است؟ "ظاهر هر کس که سنجیدم به میزان نظر، داشت با باطن همان نسبت که رو با آستر" (سراسری ۱۳۹۷)

- ۱) فرافکنی (۲) واکنش وارونه (۳) همانندسازی (۴) درون فکنی

۲۸) مطابق کدام الگوی زیست‌پزشکی، در تبیین بیماری‌های روانی می‌توان همه پدیده‌های روان‌شناختی را به وسیله پدیده‌های زیستی تبیین کرد؟ (سراسری ۱۳۹۶)

- ۱) یکپارچه‌گرا (۲) کل‌گرا (۳) کانون‌گرا (۴) کاهش‌گرا

۲۹) کدام نوع طبقه‌بندی اختلالات روانی در نشانه‌شناسی، صرفاً به حضور یا عدم حضور عوامل اکتفا نمی‌کند و در پی تعیین درجه آسیب‌دیدگی است؟ (سراسری ۱۳۹۵)

۱) ریخت‌شناسی (۲) غیربیماری‌شناختی (۳) مقوله‌ای (۴) ابعادی

۳۰) کدام مکانیسم‌های دفاعی، تصورات ذهنی را بیشتر از همه تحریف می‌کند؟ (سراسری ۱۳۹۵)

۱) انکار (۲) فرافکنی (۳) دلیل‌تراشی (۴) برون‌ریزی

۳۱) تعیین درجه تأثیر رفتار نشانه‌ای بر کنش «من» براساس کدام دیدگاه بنا نهاده شده است؟ (سراسری ۱۳۹۳)

۱) تحولی (۲) محیطی (۳) اقتصادی (۴) ساختاری

۳۲) هر اقدام در قلمرو آسیب‌شناسی روانی کودک بر اساس کدام ارزشیابی چهارگانه پی‌ریزی می‌شود؟ (سراسری ۱۳۹۲)

۱) تحولی، فرهنگی، آماری، محیطی (۲) نشانه‌ای، ساختاری، تحولی، محیطی

۳) تحولی، عملکردی، ساختاری، آماری (۴) نشانه‌ای، عملکردی، فرهنگی، آماری

۳۳) از دیدگاه فروید وجه افتراق انسان بهنجار و روان‌آزرده کدام است؟ (سراسری ۱۳۹۲)

۱) تعارض ادیپی، مکانیسم‌های دفاعی و ساخت روانی (۲) تعارض ادیپی، شدت کشاننده‌ها و خیالبافی‌ها

۳) شدت کشاننده‌ها، تعارض‌ها و خیالبافی‌ها (۴) شدت کشاننده‌ها، تعارض‌ها و مکانیسم‌های دفاعی

۳۴) کدام عبارت در مورد «علائم» و «نشانه‌های بیماری» صحیح است؟ (سراسری ۱۳۹۱)

۱) علائم تجربیات عینی هستند که بیمار توصیف می‌کند ولی نشانه‌ها به یافته‌های ذهنی و مشاهدات متخصص بالینی اطلاق می‌شود.

۲) نشانه‌ها تجربیات ذهنی هستند که بیمار موصوف می‌کند، ولی علائم به یافته‌های عینی و مشاهدات متخصص بالینی اطلاق می‌شود.

۳) نشانه‌ها و علائم بیماری مفاهیم واحدی هستند و تفکیک آن‌ها کمکی به تشخیص نمی‌کند.

۴) علائم تجربیات ذهنی هستند که بیمار توصیف می‌کند ولی نشانه‌ها به یافته‌های عینی و مشاهدات متخصص بالینی اطلاق می‌شود.

۳۵) کدام عبارت، بیانگر پایایی تشخیص است؟ (سراسری ۱۳۹۱)

۱) هر چه میزان خط پایه یک اختلال پایین‌تر باشد، تعیین کردن پایایی آسان‌تر می‌شود.

۲) تشخیص‌ها باید پدیده‌های بالینی واقعی و مجزایی را نشان دهند.

۳) اتخاذ رویکرد نظری، ثبات تشخیص را افزایش می‌دهد.

۴) یک تشخیص خاص باید در مورد هر کسی که مجموعه نشانه‌های خاصی را نشان می‌دهد، کاربرد داشته باشد.

۳۶) شما به عنوان روان‌شناس، مراجعی را که سطح نشانه‌های آن مشکلات جدی در تفکر یا ارتباط یا اختلال عمده در تعدادی از زمینه‌های

عملکرد همراه با موارد «گفتار غیرمنطقی، ناتوانی در کار کردن، بی‌توجهی به مسئولیت‌ها» باشد در مقیاس ارزیابی کلی عملکرد (GAF) در

کدام دامنه ارزیابی می‌کنید؟ (سراسری ۱۳۹۱)

۱) ۵۱-۶۰ (۲) ۲۱-۳۰ (۳) ۳۱-۴۰ (۴) ۴۱-۵۰

پاسخ تشریحی

۱) گزینه ۱

معروف‌ترین و غالب‌ترین مدل در نظریه‌های زیستی روانی اجتماعی، مدل دیاتز-استرس (stress-diathesis) است. دیاتز یعنی آمادگی یا استعداد ابتلا به یک بیماری خاص. در صورت همراه شدن این آمادگی با استرس‌های روان‌شناختی یا اجتماعی، اختلال روانی ایجاد می‌شود.

۲) گزینه ۲

دیدگاه هستی‌گرایی یا وجودگرایی بر احساس معنا در زندگی، حق انتخاب و مسئولیت ناشی از این انتخاب تاکید می‌کند. بهترین پاسخ گزینه یک است یعنی انتخاب نامعقول می‌تواند باعث رفتار ناپهنجار شود.

۳) گزینه ۴

در طبقه‌بندی مقوله‌ای، قرار گرفتن در یک طبقه یا مقوله بر اساس حضور یا عدم حضور یک ویژگی مشخص می‌شود. طبقات باید به خوبی توصیف و متمایز شوند و موارد مرزی نادر یا هیچ باشد.

۴) گزینه ۱

از نظر فروید سه نیروی سایکولوژیک شخصیت انسان را شکل می‌دهند: id: نیروهای غریزی که برای ارضا نیازها فشار می‌آورند، پیروی از اصل لذت. Ego: استفاده از مکانیزم‌های دفاعی برای کنترل امیال غریزی و کاهش اضطراب، پیروی از اصل واقعیت.

Superego: شامل ارزش‌های خانواده و جامعه که در فرد نهادینه شده است، شامل دو بخش وجدان و ایگوی ایده‌ئال.

۵) گزینه ۱

معروف‌ترین و غالب‌ترین مدل در دیدگاه زیستی روانی اجتماعی، مدل دیاتز-استرس (آسیب‌پذیری-استرس) است. دیاتز یعنی آمادگی یا استعداد ابتلا به یک بیماری خاص. در صورت همراه شدن این آمادگی با استرس‌های روان‌شناختی یا اجتماعی، اختلال روانی ایجاد می‌شود.

۶) گزینه ۴

طبق تعریف DSM، اختلال روانی یک سندرم از لحاظ بالینی مهم است، یعنی یک مجموعه از سمپتوم‌ها (رفتاری یا روانی) که باعث ایجاد نابسامانی یا رنج شخصی در عملکرد اجتماعی، شخصی یا شغلی می‌شود.

۷) گزینه ۳

منظور از میزان بروز، تعداد موارد جدید بیماری در یک مدت معین است. منظور از میزان شیوع، تعداد موارد جدید و قدیم ابتلا به بیماری در یک نقطه زمانی خاص یا مدت معین است.

۸) گزینه ۲

در طبقه‌بندی مقوله‌ای یا طبقه‌ای، دو اصل وجود دارد: یک مقوله بر اساس تعدادی ویژگی مشخص می‌شود که وجود هر یک لازم و مجموع آن‌ها کافی است- زیرمقوله‌ها باید خصایص مراحل بالاتر را داشته باشند.

۹) گزینه ۳

در طبقه‌بندی ریخت‌شناسی دو روش برای قرار دادن فرد در یک ریخت وجود دارد: ۱. الگوی درخت تصمیم: حذف تشخیص‌ها در یک جدول سلسله‌مراتبی و نهایتاً رسیدن به تشخیص مناسب؛ ۲. الگوی مقایسه نیمرخ‌ها: مقایسه رگه‌های فرد در ابعاد متفاوت و مقایسه با نیمرخ گروه نمونه.

۱۰) گزینه ۴

در نسخه‌های قبلی DSM پنج محور وجود داشت. محور یک شامل اختلالات روانی، محور دو شامل اختلالات شخصیت و عقب‌ماندگی ذهنی، محور سه شامل بیماری‌های جسمی، محور چهار شامل عوامل محیطی و اجتماعی و محور پنج شامل ارزیابی کلی عملکرد بود.

۱۱) گزینه ۲

DSM هیچ حدسی درباره علل اختلالات نمی‌زند، بنابراین گفته می‌شود DSM یک رویکرد غیرنظری دارد. DSM توصیفی است نه توضیحی، چون تلاشی جهت توضیح علت‌ها در یک چارچوب نظری نمی‌کند و صرفاً سمپتوم‌ها را توصیف می‌کند.

۱۲) گزینه ۳

در نسخه‌های قبلی DSM پنج محور وجود داشت. محور یک شامل اختلالات روانی، محور دو شامل اختلالات شخصیت و عقب‌ماندگی ذهنی، محور سه شامل بیماری‌های جسمی، محور چهار شامل عوامل محیطی و اجتماعی و محور پنج شامل ارزیابی کلی عملکرد بود.

۱۳) گزینه ۳

DSM توصیفی است نه توضیحی، چون تلاشی جهت توضیح علت‌ها در یک چارچوب نظری نمی‌کند و صرفاً سمپتوم‌ها را توصیف می‌کند.

۱۴) گزینه ۳

در نسخه‌های قبلی DSM پنج محور وجود داشت. محور یک شامل اختلالات روانی، محور دو شامل اختلالات شخصیت و عقب‌ماندگی ذهنی، محور سه شامل بیماری‌های جسمی، محور چهار شامل عوامل محیطی و اجتماعی و محور پنج شامل ارزیابی کلی عملکرد بود.

۱۵) گزینه ۱

سه بخش شخصیت (اید، ایگو، سوپرایگو) دائم در تعارض هستند و سلامت روانی وابسته به تعادل آن‌ها است. تعارضات بین این اجزای شخصیت، باعث ایجاد اضطراب می‌شود و ایگو برای کاهش این اضطراب، از مکانیسم‌های دفاعی استفاده می‌کند. دفاع‌های ناسازگار و نپخته می‌توانند باعث بروز نشانه‌های بیماری شوند.

۱۶) گزینه ۴

هر کدام از گزینه‌ها به علل مطرح شده در نظریات مختلف روانشناسی اشاره دارند، به همین دلیل نمی‌توان به طور کلی گفت از نظر روانشناسان علت اختلال روانی چیست. علل روان‌شناختی به طور کلی شامل آشفتگی‌ها در افکار و احساسات است و عوامل مختلف رفتاری، شناختی و عاطفی در آن‌ها دخیل است. سنجش گزینه ۴ را مشخص کرده است.

۱۷) گزینه ۲

در طبقه‌بندی مقوله‌ای، قرار گرفتن در یک طبقه یا مقوله بر اساس حضور یا عدم حضور یک ویژگی مشخص می‌شود. طبقات باید به خوبی توصیف و متمایز شوند و موارد مرزی نادر یا هیچ باشد.

۱۸) گزینه ۴

در رویکرد مرضی، وجود علامت یا نشانه دلیل ناهنجاری است و فقدان نشانه دلیل بهنجاری است. اما تجربه نشان می‌دهد تعداد افرادی که به خصوص تحت شرایط تنیدگی کاملاً فاقد نشانه باشند بسیار کم است. از این نظر باید ظرفیت بالقوه باز یافتن سلامت را در این تعریف دخیل کرد (یعنی شخص سالم هم می‌تواند در شرایط تنیدگی نشانه داشته باشد اما می‌تواند سلامت خود را بازیابد). منظور از رویکرد پویای مرضی در گزینه ۴ همین نکته است.

۱۹) گزینه ۱

بر اساس ملاک‌های آماری و هنجارهای اجتماعی در صورتی فرد را نابهنجار می‌نامیم که از توزیع بهنجار (منحنی زنگوله‌ای) یا هنجارهای اجتماعی فاصله داشته باشد. بنابراین این ملاک‌ها بر مبنای اکثریت بهنجار و نابهنجار مشخص می‌کنند و اقلیتی که از میانگین جامعه یا هنجارهای اجتماعی فاصله گرفته باشند را نابهنجار می‌نامند.

۲۰) گزینه ۳

DSM غیرنظری و توصیفی است یعنی تلاشی جهت توضیح علت‌ها در یک چارچوب نظری نمی‌کند و صرفاً سمپتوم‌ها را توصیف می‌کند. DSM ماهیت پراگماتیک یا عمل‌گرا دارد به این معنی که تشخیص‌گذاری (diagnos) باید از لحاظ بالینی مفید باشد، یعنی بتواند به تشخیص، درمان و پیش‌آگهی کمک کند.

۲۱) گزینه ۲

sign یعنی یافته‌های عینی (objective) و مشاهدات بالینگر، مثل سراسیمگی. symptom یعنی تجربیات ذهنی (subjective) که بیمار توصیف می‌کند، مثل خلق افسرده. (حتماً انگلیسی آن را بدانید چون نشانه یا علامت در جاهای مختلف برای هر کدام از این اصطلاحات استفاده می‌شود)

۲۲) گزینه ۱

DSM-5 اولین قدم برای دور شدن از سیستم طبقه‌ای (مطلق) و نزدیک شدن به سیستم ابعادی (پیوستاری) را برداشته است. یک رویکرد ابعادی را برای بعضی بیماری‌ها به کار گرفته است (برای اختلالاتی مثل سوءمصرف مواد، اوتیسم، اسکیزوفرنی) اما در بعضی از اختلالات هنوز سیستم طبقاتی دارد.

۲۳) گزینه ۲

در عقلانی‌سازی (rationalization) فرد به جای پرداختن به احساسات، به صحبت و ارایه دلایل منطقی درباره موضوع می‌پردازد. در این مثال، زنی که سوگواری را بیهوده می‌داند، به جای اینکه به احساسات سوگ درباره از دست دادن همسرش توجه کند، در حال ارائه دلایل منطقی برای آن است.

۲۴) گزینه ۲

منظور از فرافکنی (projection) نسبت دادن تمایلات غریزی نامطلوب خود به دیگری است.

۲۵) گزینه ۱

در نظریه راجرز (که مهم‌ترین رویکرد انسان‌گرایی است) self یعنی یک ادراک انعطاف‌پذیر و متغیر از هویت شخصی. راجرز معتقد است عزت‌نفس فاصله بین خودانگاره و خود ایده‌ئال است. فاصله زیاد بین این دو باعث ایجاد بیماری روانی می‌شود.

۲۶) گزینه ۴

در طبقه‌بندی ریخت‌شناسی، قرار گرفتن در یک ریخت یا پروتوتایپ مستلزم وجود همه ویژگی‌ها نیست بلکه کافی است تعداد کافی از چند رگه یا ویژگی اصلی وجود داشته باشد.

۲۷) گزینه ۲

واکنش وارونه (reaction formation) یعنی گفتن حرف یا انجام عملی کاملاً برعکس احساسی است که دارید. می‌توان استنباط کرد که تعریف این دفاع با بیت شعر مورد سوال همخوانی دارد!

۲۸) گزینه ۴

رویکرد پزشکی، تلاش می‌کند ویژگی‌های هیجانی و روانی پیچیده بیماری‌های روانی را با دلایل بیولوژیک ساده توضیح دهد. به این امر تقلیل‌گرایی یا کاهش‌گرایی زیستی گفته می‌شود.

۲۹) گزینه ۴

طبقه‌بندی ابعادی یا پیوستاری بر مبنای کمیت یا فراوانی ویژگی است. در سیستم ابعادی پرسیده می‌شود: آیا سمپتوم‌های اصلی حضور دارند؟ اگر حضور دارند شدتشان چقدر است؟

۳۰) گزینه ۴

سنجش گزینه ۴ یعنی برون‌ریزی را مشخص کرده است، اما به نظر گزینه ۱ یعنی انکار پاسخ مناسب‌تری است. برون‌ریزی (acting out) یعنی متوسل شدن به عمل به جای فکر کردن درباره احساسات خود برای کنار آمدن با مناقشات هیجانی درونی. انکار (denial) یعنی قبول نکردن منبع اضطراب، مثل وقتی انکار می‌کنید که از همسرتان عصبانی هستید. مشخصاً انکار دفاع ناپخته‌ای است که تحریف زیادی را در اعمال ذهنی ایجاد می‌کند.

۳۱) گزینه ۳

فقط نشانه‌شناسی یک رفتار برای تعیین نقش بیماری‌زایی آن کافی نیست و باید ارزشیابی پویایی و اقتصادی هم انجام شود. در دیدگاه پویایی اینکه رفتار نشانه‌ای تا چه حد اضطراب را مهار می‌کند و ادامه حرکت تحولی را ممکن می‌سازد، بهنجار بودن آن را مشخص می‌کند. در دیدگاه اقتصادی درجه تاثیر رفتار نشانه‌ای بر عملکرد من (ایگو) بهنجاری آن را مشخص می‌کند.

۳۲) گزینه ۲

کودک در حال تحول است و متحرک و قابل انعطاف است و بسیاری از مشکلات ایجاد شده تنها ویژگی‌های یک مرحله است. به همین دلیل تعیین بهنجاری و نابهنجاری مشکل‌تر است و باید از چند بعد آن را بررسی کرد. این ابعاد عبارت‌اند از: نشانه‌ای، ساختاری، تحولی، محیطی.

۳۳) گزینه ۴

فروید بین انسان بهنجار و نوروتیک تفاوت قائل نبود. تنها تفاوت آن‌ها را در شدت کشاننده‌ها، تعارض‌ها و دفاع‌ها می‌دانست.

۳۴) گزینه ۴

نشانه یا sign یافته‌های عینی و مشاهدات بالینگر است. علامت یا symptom تجربیات ذهنی است که بیمار توصیف می‌کند. سندرم به گروهی از علائم و نشانه‌ها اشاره دارد. (حتماً انگلیسی آن را بدانید چون نشانه یا علامت در جاهای مختلف برای هر کدام از این اصطلاحات استفاده می‌شود)

۳۵) گزینه ۴

رد گزینه ۱: میزان خط پایه اختلال یعنی فراوانی وقوع اختلال در کل جمعیت. هر چه میزان خط پایه پایین‌تر باشد، تعیین پایایی تشخیص دشوارتر است زیرا موارد کمی برای مقایسه کردن وجود دارد.

رد گزینه ۲: اعتبار یا validity به این امر اشاره دارد که تشخیص‌ها پدیده‌های بالینی واقعی و مجزایی را نشان می‌دهند.

رد گزینه ۳: مولفان DSM رویکرد ضدنظری اتخاذ کرده‌اند. به جای توصیف اختلال بر حسب علت‌های آن بر اساس نظریه‌های مختلف، صرفاً اختلال را توصیف می‌کنند. این امر ثبات تشخیص را بالا می‌برد زیرا همه نظریه‌پردازان درباره آن توصیف توافق دارند.

پذیرش گزینه ۴: پایایی (reliability) به این معنی است که یک تشخیص خاص باید در مورد هر کسی که مجموعه نشانه‌های خاصی را نشان می‌دهد کاربرد داشته باشد.

۳۶) گزینه ۳

نمره ۳۱-۴۰ در مقیاس ارزیابی کلی عملکرد شامل این موارد است: گفتار غیرمنطقی، ناتوانی کار کردن، بی‌توجهی به مسئولیت‌ها، مشکلات جدی در تفکر یا ارتباط یا اختلال عمده در تعدادی زمینه‌های عملکرد توجه به حذف این مقیاس از DSM بعید است که نیازی به حفظ آن در سال‌های اخیر باشد.

منابع

- اریک جی. مش و دیوید ای. ولف (۱۳۹۶)، *روان‌شناسی مرضی کودک*، ویراست ششم، ترجمه شریفی درآمدی و همکاران، تهران: نشر ویرایش.
- بنجامین جیمز سادوک و همکاران (۱۴۰۰)، *خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک: علوم رفتاری/ روان‌پزشکی بالینی*، ویراست یازدهم، ترجمه فرزین رضاعی، تهران: انتشارات ارجمند.
- دادستان، پریخ (۱۳۹۸)، *روانشناسی مرضی تحولی*، تهران: انتشارات سمت.
- دیوید اچ. بارلو و وینسنت مارک دیوراند (۱۴۰۲)، *آسیب‌شناسی روانی*، ترجمه مهرداد فیروزبخت، تهران: انتشارات رسا.
- ریچارد پی هالجین و سوزان کراس ویتبورن (۱۴۰۱)، *آسیب‌شناسی روانی: دیدگاه‌های بالینی درباره اختلال‌های روانی براساس DSM-5 (متن کامل جلد ۱ و ۲)*، ویراست نهم، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران: انتشارات روان.
- رابرت وایس (۱۳۹۹)، *آسیب‌شناسی روانی کودک و نوجوان*، ویراست سوم، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران: نشر ارسباران.
- گنجی، مهدی (۱۴۰۱) *آسیب‌شناسی کودک و نوجوان: براساس DSM-5*، تهران: نشر ساوالان.
- گنجی، مهدی (۱۴۰۱)، *آسیب‌شناسی روانی براساس DSM-5*، تهران: نشر ساوالان.



پل‌های ارتباطی ما با شما جهت برقراری ارتباط، پاسخگویی به سؤالات
ودست‌رسی به آموزش‌ها و مطالب مشاوره‌ای رایگان

