

آسیب شناسی روانی

همراه با ضمیمه معیارهای تشخیصی

از سری کتابهای جامع روان آموز (درس نامه + تست)  ۸۵ درصد تطابق با کنکور سال گذشته 

منطبق بر محتوای کلاس های جامع روان آموز 

شامل تست های کنکور سال های اخیر 

سه مرحله آزمون جامع کشوری رایگان 

بروزرسانی دائمی در طول سال تحصیلی ۱۴۰۳ 

مقدمه مؤلف

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 کتاب حاضر تلاش کرده‌ایم با نگاهی مفصل‌تر به مباحث مربوط به اختلالات کودکان، 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 چندین کتاب مهم ارائه کند. می‌توانید با اطمینان به این مجموعه اتکا کنید تا امکان دوره‌های بیشتر را در عین پوشش چند منبع داشته باشید. این کتاب که با استفاده از آخرین ویراست کتاب‌های آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5-TR نوشته شده است، پوشش کاملی از کتاب‌های آسیب‌شناسی روانی هالچین (دو جلد)، بارلو و گنجی (دو جلد) و خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک (در فصول مربوط اختلالات روانی) دارد و در برخی مباحث به کتاب روانشناسی مرضی تحولی دادستان نیز نگاهی داشته است. همچنین، مطالب مهمی از آسیب‌شناسی روانی کودک بر اساس کتاب آسیب‌شناسی روانی کودک و نوجوان مش و همکاران را اضافه کرده است. جمع‌بندی مطالب چنین کتب سنگینی کاری بسیار دشوار است و فقط انگیزه همراهی با شما آن را امکان‌پذیر و لذت‌بخش می‌کند. 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 نیز استفاده کنید. امیدواریم با انتشار این مجموعه قدمی در رسیدن شما به رتبه و هدف دلخواهتان برداشته باشیم. مثل همیشه و با اشتیاق پذیرای نظرات ارزشمند شما هستیم.

زینب خجوی، بهار و تابستان ۱۴۰۳

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 که بر خلاف سطح قبل، حرکت هم می‌کنند. مهندسی مکانیک این موارد را بررسی می‌کند. در سطح سوم، دستگاه‌های برنامه‌پذیر قرار می‌گیرند؛ مثل ترموستات که علاوه بر حرکت کردن، می‌شود به آن برنامه داد. برنامه‌نویسی کامپیوتر و علم مهندسی کنترل، در این سطح است. سطح بعدی سلول است؛ تک‌یاخته زنده‌ای که مستقلاً می‌تواند تولید مثل کند و با محیط ارتباط برقرار کند. دنیایی 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 باهم تقسیم وظیفه می‌کنند و هرکدام کاری را به عهده می‌گیرند. رشته‌های پزشکی و گیاه‌شناسی در این سطح مشغولند. سطح بعدی حیوانات هستند و از اینجا آگاهی آغاز می‌شود؛ جاندارانی که آموزش‌پذیرند و از تجربه‌های قبلی خود درس می‌گیرند. روانشناسان رفتارگرا و کسانی که حیوانات را آموزش می‌دهند، 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 است و در بالاترین سطوح علم قرار می‌گیرد. جایی که شما با شگفتی‌های ذهن انسان روبه‌رو می‌شوید و مسائلی را حل می‌کنید که علوم پزشکی و مهندسی، نه تنها نمی‌توانند راه‌حلی برایشان ارائه دهند، بلکه حتی ابزاری برای پیدا کردن مسئله 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!

مشاوره بروکا

در کنار منبعی قابل اطمینان برای دریافت پاسخ‌های فوری، اهمیت برخورداری از راهنمایی‌های عمیق یک مشاور دلسوز، چیزی نیست که بشود آن را نادیده گرفت. همراهی که برای هر روز از مسیر پیش‌رویتان نقشه‌ای تسهیل‌کننده ترسیم کند و از پستی و بلندی‌های مسیر، به سان فرصتی برای تقویت مهارت‌های شما بهره‌گیرد. روان‌آموز برای ایجاد پلی بین داوطلبان کنکور کارشناسی‌ارشد روانشناسی با مشاوران تحصیلی متخصص در حوزه تحصیلات تکمیلی، پلتفرم بروکا را ایجاد کرده است. با استفاده از این سرویس، شما و هر داوطلب دیگری پس از مشاهده رزومه تحصیلی مشاورین بروکا، به سادگی قادرید مشاور مورد نظر خود را انتخاب کرده و به کمک او به تمام سؤالات و دغدغه‌هایی که در مسیر کنکور با آن‌ها مواجه شده‌اید، بپردازید. طرح مشاوره بروکا با ایجاد یک چرخه توانمندسازی و تبدیل داوطلب کنکور به مشاور کنکور، یکی از بزرگترین دست‌آوردهای ما در مجموعه روان‌آموز است. از آنجایی که اغلب مشاورین بروکا از رتبه‌برترهای کنکورهای سال‌های گذشته بوده‌اند، با تمام مسائل موجود در مسیر کنکور ارشد و دکتری آشنایی داشته و در نتیجه داوطلبین، پاسخ تمامی سؤالات خود اعم از انتخاب گرایش مورد علاقه، انتخاب مهم‌ترین منابع، روش مطالعه مخصوص هر درس، تکنیک‌های تست‌زنی، ظرفیت‌های پذیرش و ... را از مشاور خود دریافت می‌کنند و با قدم‌های محکم‌تر و مطمئن‌تری مسیر موفقیت خود را پی‌ریزی کرده و مشابه سالیان گذشته حامل برترین رتبه‌های کنکور خواهند بود.

شاید برای شما هم اتفاق افتاده باشد که وقتی برای اولین بار در مسیر جدیدی قدم گذاشته‌اید، ابهام زیاد و ترس از اشتباه کردن، موجب افول از سرعت و کیفیت مطلوبتان شده باشد یا با انتخاب‌های ناآگاهانه یا به بیراهه گذاشته باشید. اصلاً یک وقت‌هایی کار به جایی می‌کشد که باید یک نفر باشد تا کاملاً مستدل و حساب‌شده بتواند پاسخ سؤالات دور و دیرتان را به درستی و از سر حوصله بدهد. در همین راستا بود که SOS، یکی از پروژه‌های تخصصی روان‌آموز، طراحی و راه‌اندازی شد. اکنون ۳ سال از اولین اجرای آزمایشی آن می‌گذرد و جز محبوب‌ترین و راهگشاترین خدمات ما در بین مخاطبینمان شناخته می‌شود. وجه برتری طرح SOS نسبت به هر مشاوره دیگری، دسترسی پذیری آبی و لحظه‌ای آن است. شما داوطلبین در هر زمان و هر شرایطی که نیاز به راهنمایی حرفه‌ای در حیطه‌های متنوع کنکور داشته باشید، در کوتاه‌ترین بازه زمانی ممکن، می‌توانید از طریق تماس تلفنی یا پُرکردن فرم مشخصات در سایت روان‌آموز، به مشاورین طرح SOS متصل شوید. این مشاورین با تجارب ارزشمند و آموزش‌های آکادمیک در حیطه کنکور روانشناسی در مقاطع مختلف، آماده ارائه اطلاعات کامل در حوزه‌های متنوعی از جمله انتخاب منابع، روش‌های برنامه‌ریزی، زمان‌بندی و شیوه ثبت‌نام کنکور و ... هستند. شگفتی این طرح در این است که به صورت کاملاً رایگان در حال اجراست. همچنین در پایان هر جلسه ۱۵ دقیقه‌ای، با اعلام میزان رضایت خود از مکالمه، می‌توانید ما را در بهبود روند پاسخ‌دهی، یاری کنید.



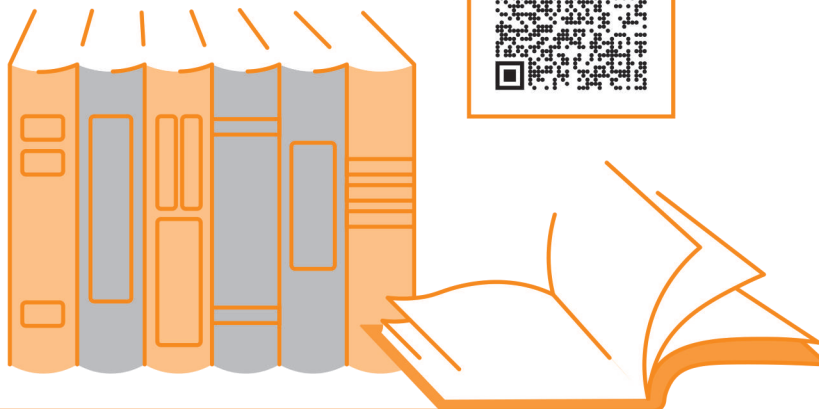
کتاب‌های جامع

در مسیر ارتقای دانش آکادمیک، هیچ چیز به اندازه مطالعه مستقیم کتاب‌های مرجع، مؤثر نیست؛ با این حال در سال کنکور اوضاع کمی متفاوت است. شما یا هر داوطلب کنکوری برای مدیریت بهینه زمان و انرژی محدود خود و کسب نتایج مقبول، نیاز به عوامل تسریع‌کننده و تسهیل‌گر دارید. یک نمونه بارز از این عوامل، کتاب‌های جامع کمک‌آموزشی است که با توجه به نیازهای محتوایی شما برای یادگیری عمیق و پاسخ‌دهی به تست‌های کنکور و بر اساس اصلی‌ترین و مهم‌ترین منابع دست‌اول نگاشته شده‌اند. تحلیل کامل سؤالات سال‌های گذشته و کاوش خط فکری طراحان تست‌های کنکور، پایه و اساس اصلی گزینش و تألیف محتوای آن‌هاست. این منابع، دست برنده‌ای هستند که اگر دقیق و کامل به آن‌ها بپردازید، چه داوطلب کنکور ارشد با کارشناسی مرتبط باشید و چه رشته کارشناسی خود را تغییر داده باشید، می‌توانند نسبت به سطح فعلیتان، دانش شما را چندین پله افزایش دهند. همچنین ساختار یکپارچه و قاعده‌مندی آن‌ها در شیوه ارائه محتوا از جمله مجهز بودن به نمودارهای شماتیک ابتدای هر فصل، درس‌نامه‌های مفصل، خلاصه‌های پایان فصل مناسب، پاسخ‌های تشریحی طبقه‌بندی شده، متن روان و پوشش‌دهی بالای سؤالات کنکور اشاره کرد. ما در روان‌آموز به سبب اعتقادمان به اصلاح مداوم و به مدد تیم گسترده تولید، هر سال دست به ویرایش‌های صوری و محتوایی بنیادین در محصولات چاپی و الکترونیکیمان می‌زنیم تا بتوانیم پیوسته و بلاوقفه استانداردهای منطقی و منحصر به فردی را در حیطه تخصصمان ارائه دهیم.



کتاب‌های مرجع

روی صحبت ما با شماست؛ شمایی که به نحوی یا به دلیلی این کتاب را در دست دارید. اگر داوطلب کنکور هستید، اگر دانشجوی روانشناسی یا سایر رشته‌های مرتبطید، اگر در این حیطه از تخصص خوبی برخوردارید و یا صرفاً از طرفداران و علاقمندان این علم عمیق هستید، گشت و گذار در میان کتاب‌های مرجع، برایتان خالی از لطف نخواهد بود. این گلزار، معطر به عطر صفحات طیف گسترده‌ای از کتاب‌هایی است که روان‌آموز با هدف ارتقا سطح کیفی دانش شما و تکمیل سبد خریدتان تدارک دیده است. مجموعه‌ای که بدون تردید کتاب‌های نام‌آشنایی مثل هیلگارد و فیرس تا کتاب‌های گمنام‌تری که چه بسا به راحتی قابل دسترسی نیستند را در بر گرفته است. وجود بیش از دو هزار عنوان کتاب مرجع، در کنار کتاب‌های جامع و تألیفی، آن هم با تخفیفاتی بیش از سقف معمول بازار، فروشگاه روان‌آموز را به مرجعی ایده‌آل و قابل اطمینان بدل کرده است؛ به نحوی که به راحتی و بدون نیاز به مراجعه به سایت‌ها و فروشگاه‌های مختلف، در کمترین زمان ممکن می‌توانید پاسخ همه نیازهای خود را در روان‌آموز بیابید. علاوه بر تنوع فوق‌العاده، موجودی مثبت تمام کتاب‌های مرجع در انبار روان‌آموز، بسته‌بندی منحصر به فرد همراه با هدایای کوچک غافل‌گیرکننده، تخفیفات ویژه، ارسال رایگان سفارش‌های بیش از یک میلیون تومان در سریع‌ترین زمان ممکن و برخورداری از خدمات تیم پشتیبانی نیز از دیگر مزایای تهیه کتاب‌های مرجع از فروشگاه روان‌آموز است.



درصد تطابق

می‌دانید که با مطالعه دقیق و کامل کتاب‌های جامع روان‌آموز، می‌توانید در هر درس، درصد بالایی در آزمون کسب کنید. برای تأیید این سخن، روان‌آموز هر سال با ارائه فایل مستندات دقیق، میزان پوشش‌دهی کتاب‌ها را محاسبه و منتشر می‌کند. درصد تطابق کتب روان‌آموز با کنکور کارشناسی ارشد روانشناسی سال ۱۴۰۳ نیز به شرح زیر است:



برای دانلود فایل مستندات، QRcode مقابل را اسکن کنید.

به نظر شما هواپیما چند درصد زمان پرواز را 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 دستورهای 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 تمام کتاب‌ها انجام می‌دهیم اما معتقدیم، اصلاحات و اضافات را نباید دست‌کم گرفت. علاوه بر اینکه هر ساله پس از برگزار شدن کنکور، اقدام به جمع‌آوری اطلاعات به‌روز در تمامی درس‌ها مطابق با آخرین تغییرات کتاب‌های مرجع و منبع اصلی و شیوه طراحی تست طراحان کنکور می‌کنیم؛ کاری که کمتر مؤسسه‌ای می‌کند، اما باز هم پس از انتشار، این روند را متوقف نمی‌کنیم. مؤلفین و همکاران روان‌آموز همه‌روزه 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. از آن‌جا که ما خود را در قبال داوطلبین و مخاطبینمان متعهد و مسئول می‌دانیم، این پروسه پیچیده و سخت برایمان شیرین و اثربخش است. ما در طول یک سال تحصیلی از این طریق 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 در لینک‌های مربوطه بارگذاری خواهیم کرد. لازم به ذکر است استفاده از محتوای مکمل، فقط در همان سال و ویژه داوطلبانی است که کتب چاپ جدید را تهیه کرده‌اند. اطلاع‌رسانی‌ها در مورد انتشار محتوای جدید از طریق کانال‌های روان‌آموز در شبکه‌های اجتماعی انجام خواهد شد.

%۸۵



%۸۵



%۸۵



%۱۰۰



%۸۰



%۹۵



%۹۳,۳



%۹۳,۳

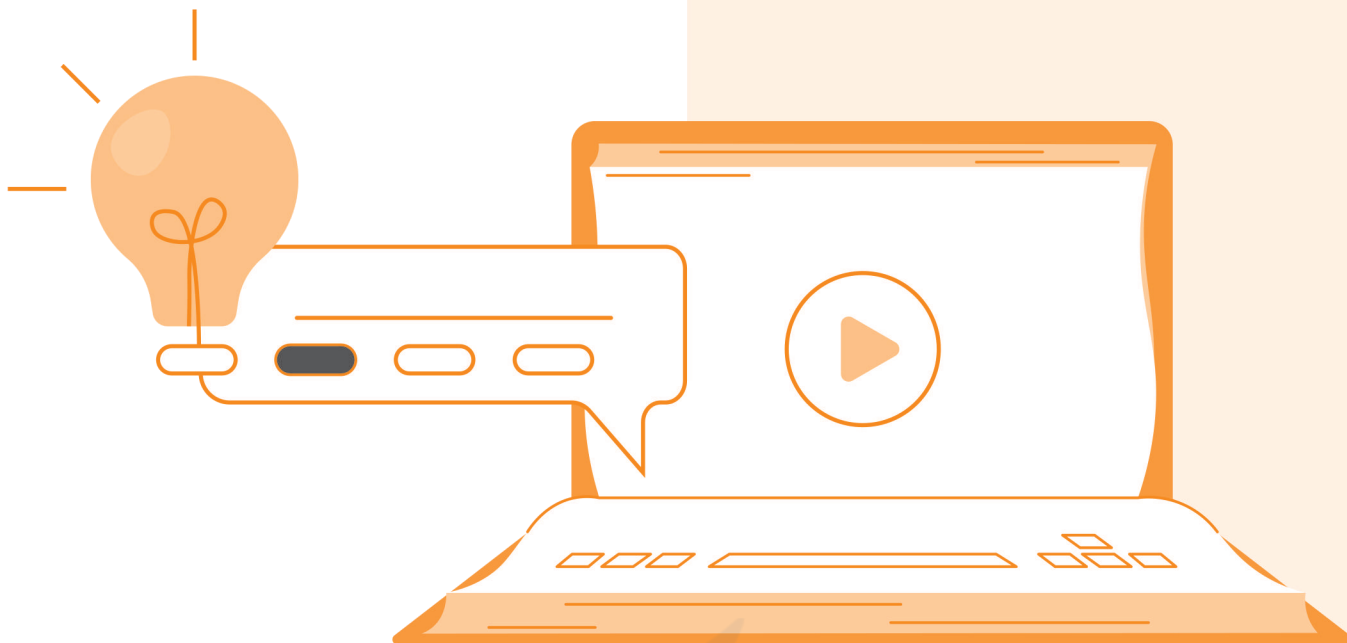


%۹۹,۲



%۸۵





کلاس‌های نکته و تست

ماه‌های آخر، غالباً مهم‌ترین و سرنوشت‌سازترین بازه برای شماست؛ بازه‌ای که نیازمند انتخاب‌ها و تصمیمات صحیح و هوشمندانه است. کلاس‌های نکته و تست این امکان را برایتان فراهم می‌کند تا با سبک و سیاق سؤالات کنکور خو گرفته و با خط مشی طراحان آشنا شوید. در مقابل کلاس‌های جامع که بیشتر متمرکز بر تدریس کامل نکات مهم منابع اصلی هستند و در کنار آن به تست‌ها هم می‌پردازند، کلاس‌های نکته و تست ماهیتشان حل سؤالات کنکور ده پانزده سال اخیر و مرور نکات مهم مطرح‌شده در این تست‌ها است. وجه تمایز مثبت این کلاس‌ها با مطالعه صرف تست‌های کنکور، رفع اشکال با همراهی مدرسان موفق است که به طور کامل به عناوین درسی مربوطه و سؤالات کنکور مسلط بوده و غالباً خود یکی از رتبه‌برترهای سال‌های گذشته بوده‌اند. همچنین این کلاس‌ها مملو از نکات کلیدی و سؤال خیزی است که در حین پاسخ‌گویی به تست‌ها، بازگو می‌شوند و به این ترتیب، این جلسات نه چندان طولانی، بستری مناسب و اثربخش برای جمع‌بندی، مرور و تثبیت مطالب نیز محسوب می‌گردند.

کلاس‌های جامع

یادگیری به طرق مختلفی اتفاق می‌افتد. بعضی اوقات خواندن یک کتاب و گاهی هم دیدن یک کلاس می‌تواند اثرات ژرفی بر ذهن شما بگذارد و تحقق اهدافتان را ملموس‌تر کند. با مشاهده کلاس‌های جامع روان‌آموز، گوش دادن فعال را خواهید آموخت و با همراهی مدرسینی کاربرد با قدرت بیان و سطح سواد بالا، فهم پیچیده‌ترین مطالب برایتان شیرین خواهد شد. کلاس‌های مجازی جامع که در بستر اینترنت و به صورت آنلاین و ضبط شده در استودیو ارائه شده‌است، به مدت یک‌سال قابلیت مشاهده و تکرار نامحدود دارد و با صرفه‌جویی در وقت شما، انتخاب ارزشمندی در دوران کنکور محسوب می‌شوند. در انتهای هر جلسه از این کلاس‌ها، آزمونک‌هایی برگزار می‌شود که هم به تثبیت مطالب کمک کرده و هم ارزیابی مناسبی از میزان فهم و یادگیری‌تان ارائه می‌نماید. پیش از این گفتیم که به روز بودن، از افتخارات روان‌آموز است؛ در همین راستا به‌روزرسانی‌ها و اصلاحاتی که همه ساله در خصوص کلاس‌های جامع ترتیب داده می‌شوند، برای داوطلبانی که قبلاً اقدام به تهیه کلاس‌ها نموده‌اند نیز اعمال می‌گردد.



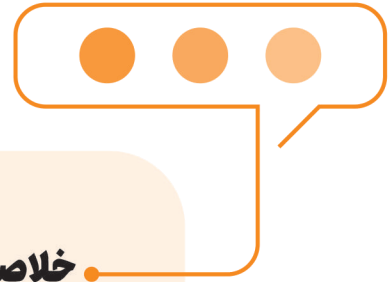
فلش کارت‌های نارنگی

دقیقه‌ها، ارزشمندترین دارایی ما هستند و استفادهٔ بهینه از آن‌ها، رمز موفق شدن در هرکاری است اما همهٔ شما زمان‌های بلااستفاده‌ای دارید که درمسیرهای رفت و آمد، فواصل بین ساعات مطالعاتی، انتظار برای شروع کلاس‌ها و یا حتی در پایان شب و پیش از خواب از دست می‌روند. اینجاست که فلش‌کارت‌های نارنگی در هیبت قهرمان‌هایی کوچک ولی کار راه‌انداز، پا به عرصهٔ میدان گذاشته و شما را از حمل کتاب‌های سنگین و قطور، نجات می‌دهند! فلش‌کارت‌های سؤال و پاسخ کوتاه نارنگی، همیشه همراه شما هستند، فرصت‌هایتان را به بهترین شکل احیا کرده و کمک می‌کنند تا مطالبی را که قبلاً مطالعه کرده‌اید، مرور و ارزیابی کنید. این کارت‌ها برای ایجاد آمادگی در آزمون‌های مختلف سراسری و کلاسی از جمله کنکور و امتحانات دانشگاهی، بسیار مفیدند و مهم‌ترین نکات کتاب‌های مرجع را به صورت دسته‌بندی‌شده، در عناوین درسی مختلف پوشش داده‌اند. اگر از رتبه‌برترها و نارنگی‌خورده‌های قدیمی‌تر روان‌آموز بپرسید، حتماً به شما خواهند گفت که در روزهای سخت و پرچالش پیش از کنکور، لذت خوردن یک پَر نارنگی آب‌دار، خوشمزه و سرشار از ویتامین، با هیچ چیز دیگری قابل قیاس نیست!

کارگاه‌های آموزشی

هر فصل از داستان زندگی، چالش‌های مخصوص به خودش را دارد. حتی اگر شما پیروز میدان قبلی بوده باشید، برای مبارزه در نبرد امروز، باید دوباره تحت تمرینات حرفه‌ای و درست قرار بگیرید تا ورزیده و آماده شوید. این نزدیک‌ترین و ساده‌ترین استعاره برای موفقیت در کنکور است. خیلی از دوستان شما در سالیان گذشته توانسته‌اند با روش‌های منحصر به فرد خود، موفق به کسب درصد‌های بالا و لمس رویاهای تحصیلی و شغلی‌شان شوند؛ شما هم می‌توانید با پیدا کردن مسیر درست، این جاده را با کمترین خطرات پشت سر بگذارید. اما مسیر درست کدام است؟ روان‌آموز که هدفش همراهی همه‌جانبهٔ داوطلبین کنکور و علاقه‌مندان به روانشناسی بوده و هست، برای این مرحله هم تدبیری اندیشیده است. ما سعی کرده‌ایم بستری فراهم کنیم تا در طی سال، با برگزاری کارگاه‌های آموزشی متعدد، با موضوعات مختلف و اساتید متخصص، بتوانیم در ایجاد نگرشی واقع‌بینانه و شناختی درست در هر یک از شما نقشی مثبت ایفا کنیم. درون‌مایهٔ کارگاه‌های آموزشی، غالباً مبتنی بر مباحث مشاوره‌ای از جمله ارائهٔ اطلاعات جامع دربارهٔ کنکور، بررسی و معرفی رشته‌ها و گرایش‌های مختلف، انتخاب بهترین منابع، چگونگی برنامه‌ریزی و مطالعه متناسب با سبک‌های یادگیری، مدیریت فردی و ... است. دغدغه‌هایی که هر یک از شما در برهه‌های زمانی گوناگون با آن‌ها مواجه هستید، در کارگاه‌های آموزشی روان‌آموز، مورد کالبدشکافی قرار گرفته و سعی می‌شود تا درست‌ترین روش مدیریت این موارد آموزش داده شود. برای اطلاع از زمان برگزاری و شرکت در کارگاه‌های روان‌آموز، حتماً سایت و شبکه‌های اجتماعی ما را دنبال کنید.





خلاصه‌های الکترونیک

روان‌آموز برای شمایی که تمایل به آشنایی و مطالعه کتاب‌های مرجع روانشناسی به زبان اصلی دارید اما زمان یا دانش کافی برای مطالعه آن‌ها را ندارید، اقدام به تهیه فایل‌های خلاصه الکترونیک با نام «منشورهای روان‌آموز»، نموده است. کتاب‌های سنگینی که غالباً بیش از هزار صفحه حجم داشته و مطالعه آن‌ها در عمل، بالاخص در کشاکش کنکور، اگر غیرممکن نباشد، بسیار دشوار است. تیم ترجمه روان‌آموز، متشکل از مترجمین حرفه‌ای در کنار متخصصین علم روانشناسی، به تدوین و تهیه این فایل‌ها مشغولند. فایل‌های الکترونیک روان‌آموز، در کامل‌ترین و در عین حال خلاصه‌ترین شکل و با بیانی رسا و روان، نگاشته شده‌اند و می‌توانند جایگزین مناسب کتاب‌های مرجع برای داوطلبینی باشند که فرصت مطالعه همه منابع را ندارند. علاوه بر این طی چندین سال اخیر، شاهد این بوده‌ایم که بسیاری از اساتید از سراسر کشور، این خلاصه‌ها را به عنوان منبعی برای واحد درسی دانشگاهی نیز معرفی کرده و بازخوردهای بسیار مثبتی داشته‌اند. منشورهای الکترونیک روان‌آموز در عناوین مهم و پرشماری از جمله نظریه‌های شخصیت، روانشناسی رشد، آسیب‌شناسی روانی، روانشناسی بالینی و ... تألیف شده‌اند. بدین ترتیب شما با صرف کم‌ترین میزان وقت و هزینه، نکات اساسی کتاب‌های مرجع زبان اصلی را تا حد تسلط می‌آموزید. راستی اگر هنوز برای تهیه منشورها مردد هستید باید بگوییم که علاوه بر نمونه‌های کوتاهی که از تمام منشورها روی سایتمان موجود است، تا این لحظه دو منشور ارزشمند و پرمخاطب «خلاصه روانشناسی رشد و تحول انسان پاپالیا» و «خلاصه روانشناسی مرضی تحولی دادستان» هم به صورت کاملاً رایگان، برای استفاده شما عزیزان، در سایت روان‌آموز قرار گرفته است.



آزمون‌های جامع آزمایشی

اگر همراه چندین و چند ساله ما باشید حتماً به خاطر دارید که همیشه بزرگ‌ترین موفقیت‌هایمان را از صمیم قلب با شما شریک شده‌ایم تا طعم شیرین شادی‌ها چند برابر شود. داستان کمپین تستیک هم از همین جا آغاز شد. وقتی شما، که مرهون محبت‌های مدامتان هستیم، از اثرات مثبت بی‌اندازه‌ای گفتید که شرکت در آزمون‌های آزمایشی جامع روان‌آموز بر مسیر قبولیتان در کنکور گذاشته بود. این آزمون‌ها پس از تحلیل‌های عمیق، با ارائه تست‌های شبیه‌ساز کاملاً استاندارد و همسو با نگرش طراحان کنکور، فرصت خوبی را فراهم کرد تا داوطلبین سال‌های گذشته، نقاط ضعف و قوت خود را شناسایی کرده و عملکرد خود را محک بزنند. همان‌طور که گفتیم، امسال برای اولین بار با هدف دسترسی‌پذیری طیف گسترده‌ای از داوطلبین کنکور از سراسر کشور به این خدمت ویژه و کسب نتایج دلخواه، شرکت در سه مرحله آزمون آزمایشی جامع برای تمام مخاطبین کتب روان‌آموز رایگان شد. با فراهم کردن این بستر و عملیاتی شدن این کمپین مبتنی بر تست‌زنی صحیح برای آمادگی در کنکور ۱۴۰۴، آزمون‌های آزمایشی با جامعه آماری بی‌سابقه‌ای خواهیم داشت که نتایج آن تا حدود بسیار زیادی به واقعیت نزدیک بوده و پیش‌بینی نسبتاً دقیقی از وضعیت هر داوطلب در بین سایرین به دست می‌دهد. این سوپرایز ویژه، هدیه‌ای است از جانب روان‌آموز تا به سان همیشه که همراهی مشتاقانه‌اش را ثابت کرده، باز هم به شما یادآور شود که در این مسیر چیزهای بسیار مهم‌تری از مسائل مادی وجود دارد که تا بتوانیم و دستمان برسد در سبب اخلاص تقدیمتان خواهیم کرد. به یاد داشته باشید که آزمون‌های آزمایشی، معیاری برای کیفیت مطالعه در سال کنکور هستند. با شرکت در آزمون‌های آزمایشی روان‌آموز، تجربه فضای جلسه کنکور را خواهید داشت و زمان‌بندی صحیح را نیز می‌آموزید. این آزمون‌ها به صورت مجازی و آنلاین برگزار می‌شوند و یکی از برجسته‌ترین مزیت‌هایشان، دفترچه‌های پاسخ تشریحی است که پس از هر آزمون در اختیار شرکت‌کنندگان قرار می‌گیرد. گنج‌نامه‌ای که تمام نکات مهم و کلیدی مباحث کنکوری را در بر گرفته و در جمع‌بندی و مرورهای آخر بسیار ثمربخش است. برای فعال کردن کوپن شرکت در آزمونتان، کافی است پس از ورود به لینک زیر، کد یکبار مصرف درج شده در اولین صفحه کتاب را وارد کرده و فرم اطلاعات فردی را تکمیل کنید؛ سپس منتظر اطلاع‌رسانی‌های بعدی ما در بازه زمانی یک هفته پیش از هر آزمون باشید.

کمپین مسئولیت اجتماع



تستیک

استیکرهای اختصاصی

در سال کنکور که همه شما نه تنها تحت فشار مطالعاتی زیاد هستید، بلکه فشار روانی سنگینی را هم متحمل می‌شوید و بازه‌ای بسیار حساس و سرنوشت ساز را پیش رو دارید، آنچه از اهمیت حیاتی برخوردار است، حفظ روحیه از طریق تقویت انگیزه است. روان‌آموز با طراحی استیکرهای اختصاصی با محوریت روانشناسی، در شمایلی جذاب و فانتزی و با کیفیت متریال بالا در تلاش برای رفع این نیاز برآمده است. این استیکرها در طرح‌ها و رنگ‌های متنوعی عرضه شده‌اند و به راحتی قابل نصب در صفحات کتاب، پشت گوشی، میز مطالعه و ... هستند. پوسته چرمی، خاصیت ضد آب و ضد خش، دوام بالا و جذابیت بصری این رده از محصولات، محرک خوبی برای انگیزه و تلاشتان خواهد بود. علاوه بر این استیکرهای روان‌آموز می‌توانند انتخاب بسیار خوب و خوشحال‌کننده‌ای برای هدیه دادن به دوستان روانشناسان نیز باشند.



پوسترهای آموزشی

برداشتن گام‌های نو و گشودن مسیرهای بن‌بست، از چالش‌های موردعلاقه تیم روان‌آموز بوده و هست. ما همواره و پیوسته با اشتیاقی وصف ناشدنی در پی درنوردیدن قله‌های مرتفع پیش‌روییم و در این راه از هیچ تلاشی فروگذار نخواهیم کرد. پوسترهای آموزشی نیز، نمونه‌ای موفق از ابتکاری مدرن برای شما مخاطب سخت‌پسند امروزی است که علاوه بر کاربردهای فزاینده در یادگیری و بازآآوری دانش عمیق روانشناسی، از منظر زیبایی‌شناسانه نیز تجلیگر خلاقیت و ذوق مصرف‌کنندگان است. به جرأت می‌توان گفت این اولین باری است که در سطح کنکور کارشناسی ارشد و دکتری روانشناسی چنین ایده‌ای اجرایی می‌شود. در برشمردن ویژگی‌های برجسته این محصولات می‌توان به تسهیل مرور و تکرار مداوم، تثبیت فرآیند یادگیری، جمع‌بندی دقیق و جزبه‌جز، حداکثر استفاده از حافظه تصویری، دسته‌بندی‌های ساده و قابل فهم، متمرکز بر نکات مهم کنکوری و قیمت به‌صرفه و کیفیت مناسبشان اشاره کرد. خالی از لطف نیست اگر دیوار اتاق هر روانشناسی خواننده‌ای مزین به این مفاهیم کلیدی و پرتکرار باشد.



برای مشاهده و سفارش این محصولات، QR code مقابل را اسکن کنید.



ستاره‌های روان آموز

نام خانوادگی	رتبه کشوری در گرایش	سال	نام خانوادگی	رتبه کشوری در گرایش	سال
زهرقاسمی	۲ عمومی - ۱ بالینی - ۸ روانسنجی - ۵ کودکان - ۲۳ تربیتی	۱۴۰۱	نازنین سلیمی	۲ عمومی - ۴۸ بالینی - ۳۲ کودکان	۱۴۰۲
نیمافریدنی	۴۷ کودکان - ۱ تربیتی	۱۳۹۹	علیرضا باغبان	۲ روانسنجی	۱۴۰۱
فائزه قدمی	۱ بالینی	۱۳۹۸	مهسا کشاورز	۲ بالینی	۱۴۰۰
مرضیه رحیمی	۱۸ روانسنجی - ۱ کودکان - ۲۱ تربیتی	۱۴۰۲	حانیه قمری	۲۸ عمومی - ۲۰ کودکان	۱۴۰۲
معصومه حسینی عبد	۲۵ کودکان - ۲ تربیتی	۱۴۰۲	حانیه پورقوام	۲۶ عمومی - ۲۲ بالینی	۱۴۰۲
مهرنازیوسفی	۶ عمومی - ۲ بالینی - ۲۲ روانسنجی - ۱۵ کودکان	۱۴۰۱	سپهر سلیمیان	۲۳ عمومی - ۴۶ بالینی - ۳۷ روانسنجی	۱۴۰۲
مهسا محمدی	۲ عمومی - ۹ بالینی	۱۳۹۹	کیمیا ابراهیمی	۲۴ عمومی	۱۴۰۲
نجمه نوری	۳ روانسنجی	۱۴۰۰	ریحانه قائم مقامی	۲۵ بالینی	۱۴۰۲
فریبا میری	۱۰ عمومی - ۳ بالینی - ۳۹ کودکان	۱۳۹۸	علی جولایی	۲۷ بالینی - ۳۰ روانسنجی - ۲۶ کودکان	۱۴۰۰
مجتبی حدائق	۸ عمومی - ۴ بالینی - ۱۲ روانسنجی - ۲۳ کودکان - ۳۰ تربیتی	۱۴۰۱	نیکو صبور	۲۷ تربیتی	۱۴۰۱
سارا صابری	۸ عمومی - ۱۲ بالینی - ۱۲ روانسنجی - ۴ کودکان	۱۴۰۰	ویدا اکوه پیمان	۳۱ بالینی - ۳۱ بهداشت روان - ۲۸ سلامت - ۲۸ بالینی کودک	۱۴۰۱
فاطمه بهبودی	۴ کودکان - ۱۱ روانسنجی	۱۳۹۹	ریحانه گل گوند	۲۸ عمومی - ۲۸ بالینی - ۴۸ روانسنجی - ۳۴ کودکان	۱۴۰۱
امیرحسین رفیع رحیمیان	۴ عمومی - ۶ بالینی - ۱۰ روانسنجی - ۱۳ کودکان	۱۳۹۹	عالیه مرادی	۲۸ عمومی	۱۴۰۰
فاطمه شاکری	۱۲ بالینی - ۵ بهداشت روان - ۹ سلامت - ۱۸ بالینی کودک	۱۴۰۲	زهرآقویومی محمدی	۲۹ تربیتی	۱۴۰۲
فرزانه قیومی	۳۲ عمومی - ۵ بالینی - ۳۸ روانسنجی	۱۴۰۱	فاطمه رجایی	۳۱ بالینی	۱۴۰۱
علی سلیمی	۵ عمومی - ۱۲ بالینی - ۳۴ روانسنجی - ۳۱ کودکان	۱۴۰۱	شیوا عباس زاده	۳۱ عمومی - ۴۷ بالینی	۱۴۰۱
محمد علی حائری	۲ عمومی - ۵ بالینی	۱۴۰۰	ملیکابهرامی	۳۱ بالینی	۱۳۹۹
علیرضا محمودی	۵ عمومی - ۱۶ بالینی - ۹ روانسنجی - ۱۱ کودکان - ۲۵ تربیتی	۱۴۰۰	مریم علوی	۳۲ عمومی	۱۴۰۲
زهرآقاچانی	۳۲ عمومی - ۳۵ بالینی - ۵ کودکان	۱۳۹۹	مهدی میریوریان	۳۲ بهداشت روان - ۳۶ سلامت - ۵۰ بالینی	۱۴۰۰
نیما ربیعی	۶ عمومی	۱۴۰۲	فاطمه شاکری	۳۳ عمومی	۱۴۰۲
زهرقاسمی	۱۶ بالینی - ۶ بهداشت روان - ۱۰ سلامت - ۱۶ بالینی کودک	۱۴۰۱	زهرآ سید میری	۳۴ عمومی - ۳۷ بالینی	۱۴۰۲
انوشا ناصر طاهری	۶ عمومی - ۷ بالینی - ۸ روانسنجی - ۱۰ کودکان - ۲۷ تربیتی	۱۴۰۰	فاطمه مشکوری	۳۴ تربیتی	۱۴۰۲
علیرضا زارع	۷ عمومی - ۱۱ بالینی - ۱۷ روانسنجی - ۲۳ کودکان	۱۴۰۲	نگار موسیوند	۴۳ عمومی - ۴۶ بالینی - ۳۴ روانسنجی	۱۴۰۲
مرضیه زمانی	۷ تربیتی	۱۴۰۱	پریسا کایاد	۴۲ روانسنجی - ۳۵ کودکان	۱۴۰۱
امیرمهدی امرائی	۷ بهداشت روان - ۲۳ سلامت	۱۴۰۱	علی قائم مقامی	۳۷ عمومی	۱۴۰۱
علیرضا باغبان	۳۴ بالینی - ۷ بهداشت روان - ۱۸ سلامت - ۳۴ بالینی کودک	۱۴۰۱	سپیده کاردان	۳۷ بالینی	۱۴۰۰
سارا جلوداری	۷ عمومی - ۴۴ بالینی - ۲۳ روانسنجی - ۱۵ کودکان	۱۴۰۰	مهدی شایسته پور	۳۸ روانسنجی - ۵۰ کودکان	۱۴۰۲
زینب صالح زاده	۸ عمومی - ۸ بالینی - ۱۵ روانسنجی - ۱۴ کودکان	۱۴۰۲	حسین اعلا	۳۸ عمومی - ۴۰ بالینی	۱۴۰۰
ساینا فتح الله زاده	۱۰ بالینی - ۸ بهداشت روان - ۷ سلامت - ۱۰ بالینی کودک	۱۳۹۹	ریحانه نصرتی	۳۹ عمومی	۱۴۰۲
امیرحسین حیدری	۱۱ عمومی - ۲۶ بالینی - ۹ روانسنجی - ۲۹ کودکان - ۴۴ تربیتی	۱۴۰۲	فاطمه کشاورز	۳۹ بالینی	۱۴۰۲
ندا قلی پور	۸ بالینی - ۹ سلامت - ۸ بالینی کودک	۱۴۰۱	یاسمن کریمی	۳۹ عمومی - ۴۳ روانسنجی - ۵۰ کودکان	۱۴۰۱
زهره احمدی	۴ عمومی - ۹ بالینی - ۵۴ روانسنجی - ۳۸ کودکان	۱۴۰۱	زهرنجیبی	۳۹ روانسنجی	۱۴۰۱
سعید پایدار فرد	۹ عمومی - ۳۶ بالینی - ۲۹ روانسنجی - ۳۰ کودکان	۱۴۰۰	فاطمه برزی	۴۷ عمومی - ۳۹ کودکان	۱۴۰۱
فاطمه جمالی	۳۵ عمومی - ۱۰ بالینی	۱۴۰۲	فرزانه عیدی	۴۰ بالینی	۱۴۰۱
مهسا هونجانی	۱۱ بالینی	۱۳۹۸	فاطمه جعفری رایینی	۴۱ بالینی	۱۴۰۲
گلناز حسن زاده	۱۲ تربیتی	۱۴۰۲	فاطمه کرمانی	۴۲ عمومی - ۴۱ بالینی	۱۴۰۱
پریالفتی	۱۲ عمومی - ۲۴ بالینی - ۱۴ روانسنجی - ۲۷ کودکان - ۳۴ تربیتی	۱۴۰۱	فاطمه خسروانجام	۴۸ عمومی - ۴۲ بالینی - ۵۰ کودکان	۱۴۰۰
سپیده سمائی	۳۹ عمومی - ۱۲ بالینی	۱۳۹۹	علی خدایانه	۴۳ عمومی	۱۴۰۱
سینا صبور	۱۳ عمومی - ۲۶ بالینی - ۲۱ روانسنجی - ۳۹ کودکان	۱۴۰۰	نرگس فراهی	۴۴ بالینی	۱۳۹۹
زینب قاسمی	۱۳ بالینی	۱۳۹۸	شقایق احمدی	۴۴ کودکان - ۴۶ تربیتی	۱۴۰۲
محمد رضا عمومی	۱۴ عمومی - ۲۴ بالینی - ۱۴ روانسنجی - ۳۷ کودکان	۱۴۰۲	فاطمه ایمانی	۴۵ عمومی	۱۴۰۰
سارا الله وردی	۲۲ عمومی - ۱۴ بالینی - ۳۱ روانسنجی - ۴۲ کودکان	۱۳۹۹	محمد مهدی اکبرزاده	۴۶ بالینی	۱۴۰۱
فاطمه شاه حیدری پور	۴۱ عمومی - ۱۷ بالینی - ۲۷ روانسنجی - ۴۹ کودکان	۱۴۰۲	یاسمن امیری	۴۷ روانسنجی	۱۴۰۲
فاطمه اسماعیلی	۱۷ تربیتی	۱۴۰۲	وحید جاهدی	۴۷ کودکان	۱۴۰۲
نیما خوش فطرت	۳۹ بالینی - ۱۷ روانسنجی - ۲۳ کودکان - ۳۶ تربیتی	۱۴۰۱	مریم میراشه	۴۷ بالینی	۱۴۰۰
طاها سلاجقه	۱۷ بالینی	۱۳۹۹	زهرآکارگر	۴۸ تربیتی	۱۴۰۲
مهتاب شرفیه	۴۹ عمومی - ۱۸ بالینی	۱۴۰۱	زهرآ نیایش راد	۴۸ تربیتی	۱۴۰۱
نیکناز اتحاد	۳۷ عمومی - ۱۸ کودکان	۱۴۰۲	کوثر یوسفی	۴۸ بالینی	۱۴۰۰
هدی ملاحسینی	۱۸ تربیتی	۱۴۰۲			
مجتبی احمدیان	۲۷ عمومی - ۱۹ بالینی - ۲۳ روانسنجی - ۴۶ کودکان	۱۴۰۲			
زینب جعفری	۳۰ عمومی - ۱۹ روانسنجی - ۴۸ کودکان	۱۴۰۲			
فاطمه عموزاده	۱۹ بالینی	۱۴۰۰			
آرزو رنجبر مقدم	۲۱ بالینی - ۲۹ سلامت - ۱۹ بالینی کودک	۱۳۹۹			



برای اطلاع از ستاره‌های سال ۱۴۰۳ روان آموز، QR code مقابل را اسکن کنید. راستی تا به حال از خودتان پرسیده‌اید چرا شما یکی از هزار هزار ستاره ما نباشید؟!

داوطلب وزارت علوم * داوطلب وزارت بهداشت

دوازده

نظرات رتبه برترها

● مرضیه رحیمی - رتبه ۱ کنکور ۱۴۰۲

با روان‌آموز از طریق خواهرم آشنا شدم که قبل از من کنکور کارشناسی ارشد داده بود. من، هم از کتاب‌ها و هم فلش‌کارت‌های نارنگی استفاده کردم و خیلی بهم کمک کردن. برای جمع‌بندی هم کلاس روانشناسی عمومی روان‌آموز برای مرور مطالب، خیلی مفید بود و همشون رو به بچه‌ها پیشنهاد می‌کنم.

● علیرضا زارع - رتبه ۷ کنکور ۱۴۰۲

دوستی که منابع رو بهم معرفی کرد، از روان‌آموز به عنوان منبع معتبر و قابل اطمینانی یاد کرد. من هم از کتاب رشد روان‌آموز، کلاس مجازی انگیزش و هیجان و همین‌طور تست‌های تألیفی آسیب و بالینی استفاده کردم که خیلی خوب بود و بهم کمک کرد.

● زهرا قاسمی - رتبه ۱ کنکور ۱۴۰۱

اصلاً باور نمی‌کردم همونطور که در آزمون جامع روان‌آموز رتبه تک‌رقمی شدم، در کنکور واقعی هم همینطور بشه. من از کتاب‌ها، کلاس‌ها و فلش‌کارت‌های نارنگی خیلی استفاده کردم و به نظرم واقعاً 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.

● زهره احمدی - رتبه ۹ کنکور ۱۴۰۱

من از کتاب‌ها و کلاس‌های روان‌آموز استفاده کردم. قطعاً نقش پررنگی در این مسیر داشت و اگر این کتاب‌ها به این خوبی تألیف نمی‌شدند، جمع‌آوری این نکات از کتب مختلف قطعاً کار طاقت‌فرسا و غیرممکنی بود. آزمون جامع مرحله یک رو هم شرکت کردم و در اون آزمون به نظرم سؤال‌های خیلی خوبی طرح شده بود.

● سارا صابری - رتبه ۴ کنکور ۱۴۰۰

از همه محصولات روان‌آموز از جمله کلاس رشد و بالینی و کتاب‌ها استفاده کردم. واقعاً ممنونم که در سال کنکور نه مثل مؤسسه‌های کنکوری، بلکه مثل یک دوست واقعی کنارمون بودن.

● محمدعلی حائری - رتبه ۵ کنکور ۱۴۰۰

لازم می‌دونم که یک تشکر ویژه از مجموعه روان‌آموز داشته باشم که واقعاً در موفقیت من مؤثر بود و به کنکوری‌های آینده هم کتاب‌ها و جزوات و مخصوصاً فلش‌کارت‌های نارنگی روان‌آموز رو پیشنهاد می‌کنم.

● سارا جلوداری - رتبه ۷ کنکور ۱۴۰۰

من خیلی خوشحالم که در مسیر کنکور روان‌آموز 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 روان‌آموز استفاده کردم و واقعاً به دور از اغراق می‌گم خیلی فوق‌العاده بود. بین تمامی جزوات و کتاب‌های کمک آموزشی روان‌آموز بهترین. کتاب‌هایی کامل، بدون اضافه‌گویی و واقعاً مختصر و مفیده. محتوای غنی کتاب‌های روان‌آموز علاوه بر اینکه در طول سال مناسب، بهترین منابع جمع‌بندی هم هستن. اگر دوباره به عقب برگردم حتماً از خدمات مشاوره روان‌آموز هم کمک می‌گیرم.

● فریبا میری - رتبه ۳ کنکور ۱۳۹۸

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

● معصومه حسینی عبد - رتبه ۲ کنکور ۱۴۰۲

آزمون‌های آزمایشی روان‌آموز، زمینه خوبی برای رقابت و سنجش آموخته‌هام فراهم کرد و فهمیدم برای بهبود رتبه‌ام باید کدوم منابع رو مطالعه کنم. پکیج ۱۰ سال کنکور روان‌آموز هم فرصت خوبی برای جمع‌بندی در روزهای پایانی بود.

● زینب صالح‌زاده - رتبه ۸ کنکور ۱۴۰۲

هیچ دانشجوی روان‌شناسی نیست که روان‌آموز رو نشناسه. من هم از ابتدا می‌دونستم که روان‌آموز، بهترین کتاب‌ها رو در حوزه کنکور داره و اغلبشون رو داشتم و برام خیلی مفید بود. حتی در کنکور بهداشت هم خیلی کمکم کرد و اونجا هم رتبه ۷ بالینی شدم. روان‌آموز برایم یک راهنما و منبع مطمئن بود و از پیجش حال خوب می‌گرفتم.

● محمد احمدوند - رتبه ۱۲ کنکور ۱۴۰۱

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

● 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. فلش‌کارت‌های نارنگی رو داشتم. ولی خب دیر باهاش آشنا شدم. از کارگاه رشد خانم خجوی هم استفاده کردم. همچنین ممنونم از شون که به سری خدمات آموزشی در سایت روان‌آموز رو رایگان در اختیار داوطلبین قرار می‌دن.

● 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 روان‌آموز رو انتخاب کردم و کاملاً راضی بودم.

● فاطمه ایمانی - رتبه ۴۵ کنکور ۱۴۰۰

کلاس‌های بالینی و رشد خانم خجوی عبور از چالش رو برام ممکن کرد. بازخورد خوبی هم از یادگیری می‌گرفتم. رشد سه برابر درصدهام رو نشون می‌داد. تمام مطالب سخت و مبهمی که برام وجود داشت با توضیحات عمیق خانم دکتر به نقطه قوت تبدیل شدن. مؤسسه روان‌آموز با تمام کتاب‌ها و کلاس‌ها و فلش‌کارت‌ها یک مرجع بی‌کم و کاست برای کنکور روانشناسیه.

● انوشا ناصرطاهری - رتبه ۶ کنکور ۱۴۰۰

مطالعه برای ارشد روانشناسی رو از سایت روان‌آموز شروع کردم. رفرنس‌های معرفی شده رو پیدا کردم و خوندم. از کتاب‌های روان‌آموز استفاده کردم و راضی بودم چون پوشش‌دهی خوبی از نکات اصلی داره.

● نیما فریدنی - رتبه ۱ کنکور ۱۳۹۹

من به شخصه چون یک هفته مانده به کنکور مطالعه و مرور منابع را 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، مطالعه نکات مهم و جامانده و البته سنجش از خودم، به من کمک کرد.

● فائزه قدمی - رتبه ۱ کنکور ۱۳۹۸

من از کتاب‌ها و فلش‌کارت‌های نارنگی استفاده کردم. روان‌آموز مؤسسه واقعاً خوبیه و کیفیت کتاب‌ها خوب است.

● مهسا هونجانی - رتبه ۱۱ کنکور ۱۳۹۸

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

منابع

بارلو، دیوید اچ و دیوراند، وینسنت مارک (۱۴۰۲). *آسیب شناسی روانی*. ترجمه: مهرداد فیروزبخت. تهران: انتشارات رسا.

دادستان، پریخ (۱۳۹۸). *روانشناسی مرضی تحولی*. تهران: انتشارات سمت.

سادوک، بنجامین جیمز و همکاران (۱۴۰۰). *خلاصه روان پزشکی کاپلان و سادوک: علوم رفتاری / روان پزشکی بالینی*، ویراست یازدهم. ترجمه: فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند.

گنجی، مهدی (۱۴۰۱). *آسیب شناسی روانی براساس DSM-5*. تهران: نشر ساوالان.

گنجی، مهدی (۱۴۰۱). *آسیب شناسی کودک و نوجوان: براساس DSM-5*. تهران: نشر ساوالان.

گنجی، مهدی (۱۴۰۱). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی براساس DSM-5-TR*. تهران: نشر ساوالان.

مش، اریک جی و ولف، دیوید ای (۱۳۹۶). *روان شناسی مرضی کودک*، ویراست ششم. ترجمه: شریفی درآمدی و همکاران. تهران: نشر ویرایش.

هالچین، ریچارد پی و ویتبورن، سوزان کراس (۱۴۰۱). *آسیب شناسی روانی: دیدگاه‌های بالینی درباره اختلال‌های روانی براساس DSM-5* (متن کامل جلد ۱ و ۲)، ویراست نهم. ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: انتشارات روان.



۰۲۱۹۱۰۷۷۰۸۰



info@ravanamooz.ir



۱۰۷۷۰۸۰

ارتباط با ما



ravanamooz_team



ravanamooz



ravanamooz.ir



ravanamooz



ravanamooz



company/ravanamooz



فصل ۱/ تعریف و تشخیص نابهنجاری	۱۷
فصل ۲/ دیدگاه‌های نظری در تبیین نابهنجاری	۳۴
فصل ۳/ سنجش و ارزیابی نابهنجاری	۴۴
فصل ۴/ درمان نابهنجاری	۵۲
فصل ۵/ روش‌های تحقیق	۶۱
فصل ۶/ اختلالات اضطرابی	۶۵
فصل ۷/ اختلال وسواسی-اجباری و اختلالات مرتبط با آن	۸۸
فصل ۸/ اختلالات مرتبط با تروما و استرس	۱۰۱
فصل ۹/ اختلالات خلقی	۱۱۶
فصل ۱۰/ اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک	۱۴۶
فصل ۱۱/ اختلالات خورد و خوراک	۱۶۹
فصل ۱۲/ اختلالات شخصیت	۱۸۰
فصل ۱۳/ اختلال نشانه جسمانی و اختلالات مرتبط با آن	۲۰۶
فصل ۱۴/ اختلالات گسستگی	۲۲۳
فصل ۱۵/ اختلالات خواب و بیداری	۲۳۴
فصل ۱۶/ اختلالات و انحرافات جنسی	۲۴۷
فصل ۱۷/ اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد	۲۵۷
فصل ۱۸/ اختلالات عصبی‌شناختی	۲۶۷
فصل ۱۹/ اختلالات اخلاص‌گرانه، سلوک و کنترل تکانه	۲۷۸
فصل ۲۰/ اختلالات روانی در کودکان و نوجوانان	۲۹۳
فصل ۲۱/ اختلالات دفعی	۳۱۱
فصل ۲۲/ اختلال طیف اوتیسم	۳۱۴
فصل ۲۳/ اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی	۳۲۸
فصل ۲۴/ اختلال یادگیری اختصاصی	۳۴۰
فصل ۲۵/ اختلالات ارتباطی	۳۴۷
فصل ۲۶/ اختلالات حرکتی	۳۵۳
فصل ۲۷/ معلولیت ذهنی	۳۵۷
سؤالات کنکور ۱۴۰۳	۳۶۲

فهرست مطالب

خوشحالیم که روان‌آموز را انتخاب کرده‌اید و در مسیر تبدیل شدن به یک روانشناس خبره، فرصت در کنارتان بودن را داریم. تمام تلاش ما این است که همراه بهتری باشیم.

حالا که به انتهای این فهرست رسیده‌اید برای بهبود این همراهی، به همکاریتان نیاز داریم. حتی یک ایده که به نظر خودتان شاید خیلی کوچک بیاید، ممکن است برای ما حسابی راهگشا باشد. در این لینک می‌توانید ایده‌هایتان را با ما به اشتراک بگذارید. یک فرم نظرسنجی هم خواهید دید که پاسخ‌گویی به آن، با جوایز ارزنده‌ای همراه است که پس از کنکور به قید قرعه تقدیم خواهد شد. برای ثبت ایده یا شرکت در نظرسنجی QR code را اسکن کنید.



داستان یک سفر

امید داریم لذت گشت و گذار در دنیای این کتاب به جانتان بنشیند. خوشحال می‌شویم اگر قبل از شروع کتاب، اهداف و رویاهای خود را در این زمینه بنویسید و عکس این صفحه را برای شرکت در کمپین داستان یک سفر و دریافت جوایز ارزنده، برای ما ارسال کنید.





روایتان را زندگی کنید

مفاهیم تاریخی رفتار نابهنجار

آسیب‌شناسی روانی، مطالعه انحراف‌ها از عملکرد بهنجار است. در تعریفی دیگر، آسیب‌شناسی روانی عبارت است از مطالعه علمی احساسات، افکار و رفتارهای مشکل‌ساز که به اختلالات روانی مربوط است یا تقریباً همیشه همراه آن‌هاست. انسان همواره به دنبال تبیین و کنترل رفتار نابهنجار بوده است. این تبیین‌ها از نظریه‌های معروف زمانه نشئت می‌گیرند، که در ادامه به آنها اشاره می‌کنیم.

● سنت فراطبیعی

طبق مدل فراطبیعی که در قرون وسطی رواج داشت، عوامل و نیروهایی بیرون از بدن و محیط، بر رفتار، فکر و هیجان تأثیر می‌گذارند (مثل خدا، شیاطین، ارواح، میدان‌های مغناطیسی، ماه و ستاره‌ها). علاوه بر این، در گذشته غالباً به ذهن (mind)، روح (soul) یا روان (psyche) می‌گفتند و آن را از بدن جدا می‌دانستند. تقسیم ذهن و بدن به فلسفه دکارت برمی‌گردد که به **نظریه دوگانه‌نگری (dualism)** معروف است.

یکی از علت‌های رایج در مدل فراطبیعی در گذشته، تسخیر شدن فرد توسط ارواح خبیث بود. درمان، شامل رها کردن فرد از ارواح از طریق برخی مناسک دینی بود که به آن **جن‌گیری (Demonology)** می‌گویند. روش دیگر، **سوراخ کردن جمجمه (trephining)** برای بیرون رفتن ارواح خبیث بود. یک دیدگاه روشن‌فکرانه هم وجود داشت، که جنون را پدیده‌ای طبیعی و معلول استرس ذهنی یا هیجانی و علاج‌پذیر می‌دانست. آنها افسردگی ذهنی و اضطراب را یک بیماری می‌دانستند، هر چند نشانه‌هایی مثل ناامیدی و بی‌حالی را، مشابه کلیساهای قرون وسطی، حاصل گناه بی‌رمقی و تنبلی می‌دیدند.

یک پدیده جالب، سرایت رفتار عجیب و غریب در بین افراد است. در قرون وسطی، این پدیده را حاصل تسخیر شدن توسط شیاطین می‌دانستند. امروزه به این پدیده، **هیستری جمعی** گفته می‌شود و علت آن را سرایت هیجانی می‌دانند. اگر یک نفر، برای مشکلی علتی پیدا کند، دیگران هم مشکلمان را به همان علت نسبت می‌دهند. به این پاسخ مشترک، **روانشناسی خلق‌الله** گفته می‌شود. سنت فراطبیعی هنوز هم در آسیب‌شناسی روانی وجود دارد، که عمدتاً در گروه‌های مذهبی و قبایل بدوی رواج دارد.

● سنت زیست‌شناختی

بقراط را پدر پزشکی نوین غربی می‌دانند. او توصیه کرد اختلال روانی را همچون دیگر بیماری‌ها درمان کنیم. او معتقد بود اختلال روانی حاصل آسیب‌های مغزی یا وراثت است. بقراط مغز را جایگاه خرد، هشیاری، هوش و هیجان می‌دانست. او همچنین به نقش عوامل روان‌شناختی و میان‌فردی (مثل استرس خانوادگی) اشاره کرد.

جالینوس عقاید بقراط را قبول داشت. یکی از نافذترین میراث‌های بقراطی-جالینوسی، **نظریه اخلاط** بود. بقراط فرض کرد که کارکرد مغز بهنجار به چهار مایع بدنی یا طبع ربط دارد: خون، صفرای سیاه، صفرای زرد، خلط (بلغم). بیماری حاصل کم یا زیاد شدن این اخلاط است. برای مثال، صفرای سیاه باعث ملانکولی (افسردگی) است. نظریه اخلاط را می‌توانیم اولین نظریه ارتباط اختلالات روانی با عدم تعادل شیمیایی بدانیم. بقراط همچنین کلمه **هیستریا (hysteria)** را مطرح کرد. هیستریا، که امروزه به آن اختلال نشانه جسمی می‌گوییم، شامل نشانه‌های بدنی بدون وجود یک مشکل پزشکی است. از آنجا که این اختلالات عمدتاً در زنان رخ می‌دهد، به اشتباه فرض می‌کردند که مخصوص زنان است. علت آن را سرگردانی رحم در بدن می‌دانستند و نشانه‌ها بر حسب مکان رحم مشخص می‌شد.

از دیگر عوامل موثر در سنت زیست‌شناختی، کشف ماهیت و علت سیفلیس بود. سیفلیس یک بیماری مقاربتی با نشانه‌های رفتاری و شناختی (نشانه‌های روان‌پریشی) است که حاصل ورود میکروباکتری به مغز است. سیفلیس را با «فلج عمومی» مرتبط می‌دانستند، چون نشانه‌ها و سیر یکسانی داشتند و به مرگ منتهی می‌شد. پس از کشف شیوه درمان سیفلیس (توسط پنی‌سیلین)، برای اولین بار یک درمان برای نشانه‌های رفتاری و شناختی جنون پیدا شد. پس از آن، این تصور ایجاد شد که شاید برای اختلالات روانی نیز بتوانیم علل و درمان مشابه پیدا کنیم. قهرمان سنت زیست‌شناختی در آمریکا، یک روان‌پزشک به نام جان گری بود. از نظر گری، جنون همیشه یک علت فیزیکی دارد، و باید با بیمار روانی مثل بیمار جسمی برخورد کرد. اقدامات گری باعث بهبود و انسانی‌تر شدن شرایط بیمارستان‌ها شد. بعد از مدتی، گری و پیروانش از علاقه‌مندی خود به درمان بیماری روانی کم کردند، چون آن را حاصل آسیب مغزی کشف نشده و علاج‌ناپذیر می‌دانستند.

در این دوره، علاقه به تشخیص افزایش یافت. **امیل کرپلین**، شخصیت برجسته در این دوره بود که از بنیان‌گذاران روانپزشکی جدید محسوب می‌شود. سهم ماندگار او در **تشخیص و طبقه‌بندی اختلالات روانی** بود. او خوشه‌های مختلفی از اختلالات را بر حسب علت‌های متفاوت آنها از هم متمایز کرد.

موارد دیگر در رشد و تحول رویکرد زیست‌شناختی عبارت‌اند از: کشف مداخلات فیزیکی خاصی مثل تشنج الکترونیکی و جراحی مغزی، کشف داروهای ضدروان‌پریشی (نورولپتیک‌ها) و بنزودیازپین‌ها (آرام‌بخش‌ها).

● سنت روان‌شناختی

افلاطون و ارسطو از پیشگامان سنت روان‌شناختی هستند. از نظر افلاطون، دو علت رفتار غیرانطباقی، عوامل اجتماعی-فرهنگی و یادگیری محیطی است. بهترین درمان، تعلیم و تربیت دوباره فرد از طریق بحث عقلانی است تا عقل دوباره مسلط شود. این طرز فکر، **پیش‌درآمد درمان روانی-اجتماعی** بود. ارسطو نیز بر تأثیر محیط اجتماعی و یادگیری‌های اولیه بر آسیب‌های روانی بعدی تأکید کرد.

یک رویکرد روانی-اجتماعی قوی برای اختلالات روانی، **درمان اخلاقی (moral)** بود. منظور از کلمه اخلاقی، پرداختن به عوامل هیجانی یا روان‌شناختی است، نه رعایت ضوابط و اصول اخلاقی. اصول آن هم عبارت بود از درمان بیماران بستری‌شده در شرایطی که تعامل اجتماعی عادی را تقویت می‌کند. این رویکرد، باعث ایجاد جو انسانی و اجتماعی در بیمارستان‌ها شد.

درمان اخلاقی از اقدامات پینل شروع شد. توک، راش (بنیان‌گذار روانپزشکی آمریکا) و دیکس نیز از افراد برجسته در این رویکرد بودند. اقدامات دیکس سرآغاز **جنبش بهداشت روانی** بود. بر اساس این جنبش، سعی می‌شد به همه افرادی که محتاج مراقبت بودند، از جمله بی‌خانمان‌ها، خدمات ارائه شود. نتیجه آن، افزایش قابل توجه بیماران روانی بود. این امر یکی از علل افول درمان اخلاقی بود، چون بیمارستان‌ها نیروی کافی برای خدمات‌رسانی نداشتند. در این دوره، بر کوچک کردن بیمارستان‌ها و برگشت بیماران به اجتماع تأکید شد، که به **بیمارستان‌زدایی (deinstitutionalization)** معروف است.

ظهور رویکرد روان‌کاوی توسط فروید و رویکرد رفتارگرایی توسط افرادی مثل واتسون، پاولف و اسکینر، باعث افزایش توجه مجدد به سنت روان‌شناختی شد.

رویکرد فروید در کارهای مسمر ریشه دارد. مسمر به بیمارانش تلقین می‌کرد که مشکل آنها معلول انسداد مایعی نامعلوم در ارگانیزم زنده به نام «مغناطیس حیوانی» است. او با فنونی عجیب مثل ضربه زدن به قسمت‌های مسدودشده در بدن، به بیماران القا می‌کرد که معالجه شده‌اند. مسمر را **پدر هیپنوتیزم** می‌دانند. شارکو به فن هیپنوتیزم مشروعیت بخشید. فروید (که شاگرد شارکو بود) و بروئر از هیپنوتیزم استفاده کردند، که باعث کشف مفهوم «ناهنشیری» و روش «تخلیه هیجانی» توسط آنها شد.

در نهایت، پس از سالها، مشخص شد که آسیب‌شناسی روانی را چندین عامل تعیین می‌کند. برجسته‌ترین طرفدار این رویکرد، آدولف مایر است، که بر سهم برابر عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی تأکید داشت.

تعریف نابهنجاری و اختلال روانی

● معیارهای رفتار نابهنجار

اختلال روانی یا رفتار نابهنجار، نوعی ناکارایی درون فرد است که با ناراحتی و اختلال در کارکرد و پاسخی همراه است که معمول یا از لحاظ فرهنگی موردانتظار نیست. این تعریف بر سه معیار برای نابهنجاری اشاره دارد: ناکارایی روانی، ناراحتی شخصی یا اختلال، پاسخ نامعمول یا از لحاظ فرهنگی غیرمنتظره.

۱) ناکارایی روانی: منظور از ناکارایی روانی، فروپاشی کارکرد شناختی، هیجانی و رفتاری است. تشخیص حد فاصل ناکارایی بهنجار و نابهنجار سخت است و در یک طیف قرار می‌گیرد. به همین دلیل، ناکارایی صرف برای تشخیص اختلال روانی کافی نیست.

۲) ناراحتی شخصی یا اختلال: ملاک ناراحتی شخصی به این اشاره دارد که شخص به شدت از مشکل خود ناراحت باشد. این ملاک به تنهایی نمی‌تواند رفتار نابهنجار را تعریف کند. ناراحت بودن می‌تواند بهنجار باشد (مثل سوگ) و در برخی اختلالات هم رنج و ناراحتی وجود ندارد (مثل شیدایی). ملاک اختلال به ایجاد اختلال در کارکردهای فرد مثل کارکرد اجتماعی اشاره دارد. اما این نیز مفهوم کاملی نیست، چون در برخی موارد اختلال شدیدی دیده نمی‌شود (مثل هراس).

۳) نامعمول یا از لحاظ فرهنگی غیرمنتظره: یک نگاه به رفتار نابهنجار، به انحراف از میانگین توزیع بهنجار اشاره دارد. این ملاک به تنهایی کافی نیست، چون انحراف از میانگین لزوماً با اختلال همراه نیست.

نگاه دیگر به تخطی از هنجارهای اجتماعی تأکید دارد. این ملاک نیز نمی‌تواند کافی باشد، چون لزوماً به معنای اختلال نیست، و همچنین هنجارهای اجتماعی در فرهنگ‌های مختلف تفاوت دارند.

برای رفع نواقصی که در تعریف نابهنجاری بر اساس معیارهای اجتماعی وجود دارد، ویکفیلد از مفهوم **ناکارایی زیان‌بار (harmful dysfunction)** استفاده کرده است. ناکارایی زیان‌بار یعنی ناتوانی 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 تأثیر ارزش‌های اجتماعی-فرهنگی است؛ اما ویکفیلد معتقد است یک عنصر مبتنی بر واقعیت و عینیت نیز دارد، چون این ناتوانی را می‌توان به صورت عینی سنجید.

مفهوم دیگری که برای تعریف نابهنجاری ارائه شده است، بر «**خارج از کنترل بودن رفتار**» اشاره دارد.

● **تعریف اختلال روانی در DSM**

پذیرفته شده‌ترین تعریف برای اختلال روانی، تعریف «راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی» (DSM) است. بخش‌های مهم این تعریف را از هم جدا کرده‌ایم:

- ۱) اختلال روانی یک سندروم است که
 - ۲) شامل اختلال در شناخت، تنظیم هیجان یا رفتار است،
 - ۳) که از لحاظ بالینی معنادار است،
 - ۴) و نقص عملکرد (dysfunction) در فرایندهای روان‌شناختی، زیستی و رشدی زیربنای عملکرد ذهنی را منعکس می‌کند.
 - ۵) معمولاً همراه با رنج شخصی (distress) یا ناتوانی (disability) معنادار در فعالیت‌های مهم اجتماعی، شغلی یا دیگر فعالیت‌های مهم است.
 - ۶) پاسخ قابل‌انتظار یا از لحاظ فرهنگی تأیید شده به یک فقدان یا استرسور رایج، اختلال روانی نیست.
 - ۷) رفتارهای انحرافی از لحاظ اجتماعی (مثل سیاسی، مذهبی، جنسی) و تعارض‌های بین فرد و جامعه، اختلال روانی نیست، مگر اینکه این تعارضات یا انحراف‌ها در نتیجه نقص عملکرد در فرد باشد.
- عبارت **سندرم (syndrome)** در تعریف اختلال روانی، اشاره دارد به گروهی از علائم و نشانه‌ها.
- نشانه (sign)** عبارت است از یافته‌های عینی (objective) و مشاهدات بالینگر، مثل سراسیمگی.
- علامت (symptom)** عبارت است از تجربیات ذهنی (subjective) که بیمار توصیف می‌کند، مثل خلق افسرده.

● **ملاک‌های نابهنجاری به نقل از دکتر دادستان**

در کتاب روانشناسی مرضی تحولی دکتر دادستان، نابهنجاری بر اساس چند رویکرد به شکل زیر تعریف شده است:

رویکرد مرضی یا آسیب‌شناختی: وجود علامت یا نشانه بالینی

رویکرد آماری: انحراف از منحنی بهنجار آماری

رویکرد فرهنگی: انحراف از هنجارهای فرهنگی و اجتماعی

رویکرد آرمانی‌نگر یا تعیین‌الگوی بهنجاری: انحراف از یک الگوی فرضی آرمانی

رویکرد سازش‌یافتگی: عدم ظرفیت سازش با توقعات خود و جهان بیرونی (بر اساس مفهوم تعادل جویی پیاژه)

در رویکرد مرضی، وجود علامت یا نشانه دلیل نابهنجاری است و فقدان نشانه دلیل بهنجاری است. اما تجربه نشان می‌دهد تعداد افرادی که به خصوص تحت شرایط استرس 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 استرس نشانه داشته باشد، اما می‌تواند سلامت خود را بازیابد).

● **تعریف نابهنجاری در کودک (به نقل از دادستان)**

چون کودک در حال تحول، متحرک و قابل‌انعطاف است و بسیاری از مشکلات ایجاد شده تنها ویژگی‌های یک مرحله است، تعیین بهنجاری و نابهنجاری مشکل‌تر است. از نظر دکتر دادستان نابهنجاری در کودک را باید از چند بعد بررسی کرد:

● **رفتار نشانه‌ای (نشانه مرضی)**

آیا بر اساس یک رفتار یا نشانه آشکار کودک می‌توان گفت بیمار است؟

نمی‌توان بهنجار و نابهنجار را بر اساس تظاهرات رفتار مقابل هم قرار داد. بلکه فردی با توانایی کنار آمدن با مشکلات، سازش با خود و دیگران، فلج نشدن در برابر تعارضات، و طرد نشدن توسط جامعه، فردی بهنجار است.

همچنین، در اغلب کودکان فقدان نشانه دلیل سلامت روان است؛ اما در برخی بهنجاری سطحی نوعی هم شکل‌طلبی سازشی یا اطاعت از فشار اطرافیان است. پس فقط نشانه‌شناسی یک رفتار برای تعیین نقش بیماری‌زایی آن کافی نیست و باید ارزشیابی پویایی و اقتصادی هم انجام شود.

الف) دیدگاه پویایی و تحولی: اینکه رفتار نشانه‌ای تا چه حد اضطراب را مهار می‌کند و ادامه حرکت تحولی را ممکن می‌سازد، بهنجار بودن آن را مشخص می‌کند.

ب) دیدگاه اقتصادی: درجه تأثیر رفتار نشانه‌ای بر عملکرد من (ایگو) بهنجاری آن را مشخص می‌کند.

● **دیدگاه ساختاری**

آیا افرادی که دچار بیماری هستند ساخت روانی متفاوتی از افراد سالم دارند؟

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

فروید ساخت روانی افراد روان‌پریش و نوروتیک را نیز بر اساس تأثیر روش روان‌تحلیل‌گری در آن‌ها متمایز کرد (اگر روش روان‌تحلیل‌گری تأثیرگذار باشد نوروتیک است).

کلا این هم معتقد بود تمایز کیفی بین فرد بهنجار و مرضی وجود ندارد و تنها یک تفاوت کمی است، یعنی از نظر شدت با هم فرق دارند.

دیدگاه تحولی

الف) مفهوم رشدنیافتگی: محققان رشد داخلی، فرایند محض عصبی فیزیولوژیک را اساسی می‌دانند و یک سری جداول برای بررسی رشدنیافتگی تعیین کرده‌اند. مثلاً دوپره رشدنیافتگی در زمینه روانی-حرکتی را بررسی کرده است. رشدنیافتگی در زمینه عاطفی هم شامل انواع رفتارها مثل مهار هیجان‌ها، وابستگی عاطفی، تلقین‌پذیری، نیاز به ایمنی، سازمان‌یافتگی هیستریکی و غیره است.

رشدنیافتگی به طور ضمنی به الگوی آماری و آرمانی اشاره دارد و برای رفتارهایی استفاده می‌شود که در مرز بهنجار و مرضی قرار دارند.

ب) مفهوم ناهماهنگی خطوط تحول: بر اساس نظر آنافرودید بررسی ناهماهنگی خطوط تحول معیاری برای ارزیابی آسیب است، گرچه برای توصیف جنبه مرضی کافی نیست (با مفهوم خطوط تحول آنافرودید در روانشناسی رشد آشنا می‌شوید).

دیدگاه محیطی

بر اساس نظر وینیکات، هر گونه ارزشیابی و درمان نیاز به بررسی تعامل مادر و کودک دارد. برخی رفتارها فقط اعتراض‌های سالم به محیط بیمار است.

طبقه‌بندی اختلالات روانی

● فواید طبقه‌بندی

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 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 سمپتوم‌ها اثری داشته یا نه.

۴) جوامع پیشرفته امروزی طبقه‌بندی در بسیاری از موارد را ایجاد می‌کند (مثل هزینه‌ها و بیمه).

● 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 و آن‌ها را می‌توان طبق مجموعه‌ای از سمپتوم‌ها (سندروم) تعریف کرد.

اولین سیستم جامع و کامل برای طبقه‌بندی مشکلات روانی، توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) طراحی شد که بخشی از «**فهرست جهانی عوامل مرگ‌ومیر**» یا ICD در نظر گرفته شد.

انجمن روان‌پزشکی آمریکا (APA) «**راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی**» یا 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.

● انواع طبقه‌بندی

- طبقه‌بندی مقوله‌ای

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 این است که: ۱) طبقات باید به خوبی توصیف و متمایز شوند و موارد مرزی کم یا هیچ باشد. مقوله‌سازی باید اعتبار داشته باشد. ۲) اعضای یک مقوله متجانس باشند.

استلزام اصل دوم این است که 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.

ویراست چهارم DSM (DSM-IV) طبقه‌بندی مقوله‌ای بود، اما یک سری محدودیت‌ها در آن رفع شده بود:

۱) هر مقوله کاملاً مستقل از حالت هنجار یا سایر اختلالات نیست. ۲) همه افراد یک مقوله در همه جوانب شبیه و متجانس نیستند. ۳) وجود زیرمجموعه‌ای از موارد برای تشخیص‌گذاری کافی است و لزومی به وجود همه ویژگی‌ها نیست.

بنابراین DSM-IV یک نظام مقوله‌ای انعطاف‌پذیر بود.

- طبقه‌بندی ابعادی

طبقه‌بندی ابعادی یا پیوستاری بر مبنای کمیّت یا فراوانی ویژگی است. 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. مثال‌های این نوع طبقه‌بندی عبارت‌اند از مصاحبه نیمه‌ساخته‌یافته PDI-IV (ارزشیابی توسط متخصص) و مقیاس خودسنجی آیزنک. یکی از انتقادات به DSM-IV این بود که طبقه‌بندی تفکیکی یا افتراقی اختلالات شفافیت نداشت. طبقه‌بندی ابعادی در مواردی که بین پدیده‌ها پیوستگی هست و برای موارد مرزی مفید است؛ چون ویژگی‌های بالینی را که در نوع مقوله‌ای زیرآستانه‌ای و مرزی هستند تشخیص می‌دهد.

- طبقه‌بندی ریخت‌شناسی یا نمونه‌ای (prototypical)

قرار گرفتن در یک ریخت یا پروتوتایپ مستلزم وجود همه ویژگی‌ها نیست، بلکه باید تعداد کافی از چند ویژگی اصلی وجود داشته باشد (مثلاً اگر پنج 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). ویژگی‌های این روش عبارتند از: 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. ریخت‌ها به شکل شهودی، مشاهده و تجربه بالینی یا آماری متمایز می‌شوند. دو روش برای قرار دادن فرد در یک ریخت وجود دارد: الگوی درخت تصمیم؛ شامل حذف تشخیص‌ها در یک جدول سلسله‌مراتبی و نهایتاً رسیدن به تشخیص مناسب است. مثال آن پرسش‌نامه PSS (برنامه وضعیت روانپزشکی) است. الگوی مقایسه نیمرخ‌ها: شامل مقایسه ویژگی‌های فرد در ابعاد متفاوت و مقایسه با نیمرخ گروه نمونه است. مثال آن پرسش‌نامه MMPI است.

- طبقه‌بندی غیربیماری شناختی

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

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)

● ویژگی‌های DSM

DSM از مدل پزشکی (medical) پیروی می‌کند، یعنی یک کتاب توصیفی است که از مطالعات علمی روی بیماران با نقاط مشترک در علائم، نشانه‌ها و سیر بالینی حاصل شده است. به جز چند مورد استثناء (مثل اختلالات عصبی‌شناختی)، DSM هیچ حدسی درباره علل اختلالات نمی‌زند؛ بنابراین گفته می‌شود DSM یک رویکرد غیرنظری دارد. به عبارت دیگر، DSM توصیفی (descriptive) است نه توضیحی (explanatory)، چون تلاشی جهت توضیح علت‌ها در یک چارچوب نظری نمی‌کند و صرفاً سمپتوم‌ها را توصیف می‌کند (ویراست اول آن بر اساس نظریه روان‌پویشی قرار داشت، برای مثال از اصطلاحاتی مثل نوروز استفاده می‌کرد). تشخیص‌گذاری طبق DSM از لحاظ بالینی مفید است، یعنی می‌تواند به تشخیص، درمان و پیش‌آگهی کمک کند. این امر نشانه ماهیت عمل‌گرای این نظام تشخیصی است. DSM با این هدف طراحی شده است که روانشناسان بتوانند اطلاعات خود را با هم تبادل کنند، نه اینکه صرفاً یک اختلال را تشخیص‌گذاری کنند.

● تغییرات ویراست پنجم DSM

برخی اختلالات از ویراست پنجم حذف و برخی اختلالات اضافه شده است. همچنین تغییراتی در معیارهای اختلالات داده شده است. در این کتاب، در فصل مربوط به هر اختلال با تغییرات آنها در ویراست پنجم آشنا خواهید شد. ویراست چهارم، سیستم چندمحوری داشت، یعنی تشخیص‌ها را در چند محور طبقه‌بندی می‌کرد. محور شامل مجموعه اطلاعات مربوط به جنبه‌ای از عملکرد فرد است. این محورها امکان می‌داد که فرد به شکل چندبعدی تشخیص داده شود. این محورها از ویراست پنجم حذف شده‌اند. ویراست پنجم، اولین قدم را برای دور شدن از سیستم طبقه‌ای مطلق و نزدیک شدن به سیستم ابعادی (پیوستاری) برداشته است، چون یک رویکرد ابعادی را برای بعضی بیماری‌ها (سوءمصرف مواد، اوتیسم، اسکیزوفرنی) به کار گرفته است، اما در بعضی از اختلالات هنوز

سیستم طبقاتی دارد.

اخیراً «**ویراست پنجم تجدیدنظرشده**» منتشر شده است که به اختصار DSM-5-TR گفته می‌شود. از تغییرات مهم آن اضافه شدن یک اختلال به نام «اختلال سوگ طولانی» به طبقه اختلالات مرتبط با تروما و استرس است. لازم به ذکر است که معیارهای تشخیصی اختلالات در کتاب حاضر بر اساس DSM-5-TR نوشته شده است. جداول معیارهای تشخیصی اختلالات در ضمیمه الکترونیکی کتاب در اختیاران قرار گرفته است. معیارها و نکات مهم آنها در متن کتاب آورده شده است، اما برای مطالعه دقیق‌تر معیارهای هر اختلال می‌توانید از این ضمیمه نیز استفاده کنید.)

سیستم چندمحوری در DSM-IV

محور اول: همه اختلالات روانی به جز اختلالات شخصیت در این محور بودند.
 محور دوم: اختلالات شخصیت و عقب‌ماندگی ذهنی در این محور قرار داشتند.
 محور سوم: شامل بیماری‌های جسمی بود که می‌توانند اساس اختلال روانی باشند یا جنبه مهمی از زندگی را تحت تأثیر قرار داده باشند.
 محور چهارم: شامل مشکلات روانی-اجتماعی و محیطی بود که بر تشخیص، درمان یا پیامد اختلال تأثیر می‌گذارند. (این اطلاعات در ICD به صورت کدهای Z مشخص می‌شوند).
 محور پنجم: شامل ارزیابی کلی عملکرد فرد از طریق مقیاس ارزیابی کلی عملکرد (GAF) بود.

● هشدارها و انتقادات

چند هشدار هنگام استفاده از DSM را باید به خاطر داشت که در ادامه به آنها اشاره می‌کنیم. 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-5 شامل یک بخش به نام **بخش سوم (بخش III)** است، که مقیاس‌های ارزیابی و تشخیص‌هایی را شامل می‌شود که به قدر کافی ثابت شده محسوب نشده‌اند که بخشی از سیستم اصلی باشند. امکان دارد پس از تأیید شدن توسط داده‌های بالینی و تحقیقاتی، به ویراست بعدی اضافه شوند.

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.

DSM ممکن است برای همه فرهنگ‌ها قابلیت کاربرد نداشته باشد، زیرا از مطالعات روی بیماران چند فرهنگ خاص اقتباس شده است. DSM برای موارد قضایی و قانونی نوشته نشده است و گاه تعاریف آن با تعاریف سیستم‌های قضایی در تعارض است. بنابراین، ابتلا به یک اختلال باعث نمی‌شود فرد از مجازات مستثنی شود.

چند انتقاد به DSM در آسیب‌شناسی روانی کودک و نوجوان مطرح است که در ادامه به آنها اشاره می‌کنیم. DSM به توصیف‌های سطحی به عنوان مبنای طبقه‌بندی اختلالات تأکید 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 تأکید 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. در نهایت، یک انتقاد این است که چون نظام‌های طبقه‌بندی مثل DSM بر مبنای علائم و نشانه‌های قابل مشاهده هستند، نمی‌توانند علت اختلالات را پوشش دهند.

موسسه ملی بهداشت روان (NIMH) در یک ابتکار عمل به معرفی **ملاک‌های حوزه پژوهش یا 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 علائم 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).

فرایند تشخیص

● تشخیص اصلی

اولین قدم برای درمان اختلال روانی، تشخیص آن است. فرایند تشخیص با استفاده از نظام‌های طبقه‌بندی همچون DSM صورت می‌گیرد. فرایند تشخیص از تمام اطلاعات مربوط برای رسیدن به **تشخیص اصلی** (principal diagnosis) استفاده می‌کند، یعنی اختلال باید خیلی دقیق با دلیل اصلی که بخاطر آن فرد جویای کمک حرفه‌ای است، هماهنگ باشد. ممکن است بیش از یک تشخیص اصلی وجود داشته باشد، که در این موارد از اصطلاح **همزمانی** (comorbidity) استفاده می‌شود. شایع‌ترین همزمانی، سوءمصرف مواد مخدر و/یا الکل با اختلالات روان‌پریشی است. گام مهم دیگر در فرایند تشخیص، منتفی کردن سایر تشخیص‌های جایگزین است، که به آن **تشخیص افتراقی** (differential diagnosis) می‌گوییم. این فرایند برای حذف کردن این احتمال که درمانجو اختلال متفاوت و شاید اضافی را تجربه می‌کند، اهمیت دارد. (برای مثال حمله وحشت‌زدگی می‌تواند حاکی از وجود اختلال وحشت‌زدگی یا اختلال اضطراب اجتماعی باشد). تشخیص باید دو ویژگی داشته باشد: پایایی (reliability): تشخیص‌ها باید به طور هماهنگ در مورد افرادی که مجموعه نشانه‌های خاصی دارند به کار رود. وقتی این نشانه‌ها برای هر درمانگری ذکر می‌شود، باید تشخیص یکسانی گذاشته شود. اعتبار (validity): تشخیص‌ها باید بیانگر پدیده‌های بالینی واقعی و مشخص باشند. متخصصان باید میزان خط پایه را برای هر اختلال 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.

انواع فرعی و اسپیسیفایر

در فرایند تشخیص طبق DSM-5 می‌توانیم برای برخی اختلالات، انواع فرعی و اسپیسیفایر را مشخص کنیم. نوع فرعی (subtype): برای مشخص کردن دو یا چند قطب متضاد و مجزا طراحی شده‌اند که هیچ وجه مشترکی با هم ندارند. در ترکیب با هم کل یک اختلال روانی را پوشش می‌دهند. کسی نمی‌تواند دو نوع فرعی را همزمان با هم داشته باشد (مثلاً اختلال سلوک سه نوع فرعی دارد). اسپیسیفایر یا مشخصه (specifier): برای مشخص کردن موارد مجزا طراحی نشده‌اند. ممکن است با هم وجه اشتراک داشته باشند اما در ترکیب با هم کل یک اختلال را پوشش نمی‌دهند. بیمار ممکن است چند اسپیسیفایر را با هم داشته باشد (برای مثال فرد افسرده با اسپیسیفایر ویژگی‌های روان‌پریشی و پیرازایمانی). اسپیسیفایر تشخیص را دقیق‌تر می‌کند، خرده‌گروه‌های یک‌دستی از افرادی ارائه می‌کند که برخی ویژگی‌های مشترک را دارند، اطلاعاتی را منتقل می‌کند که به مدیریت و درمان بیماری کمک می‌کند.

● توصیف بالینی

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. سیر اختلال: الگوی نسبتاً فردی یک اختلال که می‌تواند مزمن (ادامه 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 شده یک اختلال گفته می‌شود. مثلاً وقتی گفته می‌شود پیش‌آگهی خوب است، یعنی فرد احتمالاً بهبود خواهد یافت.

در توصیف بالینی یک اختلال، به نسبت جنسی (درصد زنان و مردان مبتلا)، سن شروع و شیوه شروع (حاد یا تدریجی) هم اشاره می‌شود. سن بیمار بخش مهمی از توصیف بالینی است. تظاهر اختلال روانی در کودکی با بزرگسالی متفاوت است. برای مثال کودکان اضطراب شدید و وحشت‌زدگی را غالباً یک بیماری جسمی فرض می‌کنند. به مطالعه رفتار نابهنجار در طول عمر، **آسیب‌شناسی رشدی** عمری گفته می‌شود.

● تدوین موردی

بعد از اینکه تشخیص رسمی گذاشته شد، چالش به هم وصل کردن تصویر نحوه‌ای که اختلال شکل گرفته است، شروع می‌شود. متخصص بالینی برای کسب آگاهی کامل از اختلال مراجع، تدوین موردی را تنظیم می‌کند. **تدوین موردی یا فرمول‌بندی موردی** (case formulation) عبارت است از تحلیل سابقه رشدی مراجع و عواملی که ممکن است بر وضع روانی فعلی او تأثیر گذاشته باشند. این اطلاعات توصیفی برای برنامه‌ریزی درمان متناسب با نشانه‌ها، تجربیات منحصربه‌فرد گذشته، و توان آینده

برای رشد در هر مراجع مناسب است.

● تدوین فرهنگی

هنگام تشخیص باید زمینه فرهنگی مراجع را نیز در نظر بگیریم. **تدوین فرهنگی یا فرمول‌بندی فرهنگی** (cultural formulation) عبارت است از ارزیابی میزان همانندسازی مراجع با فرهنگ اصلی، عقاید فرهنگ درباره اختلال روانی، شیوه‌های که فرهنگ وقایع خاصی را تعبیر می‌کند، و حمایت‌های فرهنگی موجود برای مراجع. هنجارها و عقاید فرهنگی تأثیر نیرومندتری بر مراجعانی دارند که قویاً با فرهنگ اصلی خود همانندسازی کرده‌اند. آشنایی مراجع با زبان خاص و ترجیح استفاده از آن، از شاخص‌های واضح همانندسازی فرهنگی است. فرهنگ بر علت‌ها و جلوه نشانه‌های این مراجعان اثر می‌گذارد.

مفاهیم فرهنگی رنج شخصی

DSM-IV برای اولین بار **سندروم‌های وابسته 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 وابسته 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 وابسته به فرهنگ را با مفهوم **فرمول‌بندی فرهنگی** عوض کرده است و به سمت مدل «مفاهیم فرهنگی رنج شخصی» حرکت کرده است. 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:

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

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

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

علت‌شناسی رفتار نابهنجار

علت‌شناسی (aetiology) به مطالعه علل اختلال اشاره دارد که می‌توانند ابعاد زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی داشته باشند. درمان‌ها می‌توانند درباره ماهیت و علل اختلال سرخ‌هایی ارائه کنند. برای مثال، اگر دارویی که دوپامین را کاهش می‌دهد، باعث بهبود اسکیزوفرنی می‌شود، پس علت اسکیزوفرنی می‌تواند افزایش دوپامین باشد. البته، معلول لزوماً علت را نشان نمی‌دهد.

● انواع علل رفتار نابهنجار

علت‌های زیستی: تأثیرات ژنتیکی و محیطی موثر بر عملکرد جسمانی را شامل می‌شود، مثل محرک‌های محیطی مضر، آسیب‌های مغزی، نابهنجاری غدد و غیره.

علت‌های روان‌شناختی: اختلالات در افکار و احساسات را شامل می‌شود. انواع عوامل برای توجیه رفتار نابهنجار وجود دارد مثل تجربیات یادگیری گذشته، الگوهای فکری ناسازگار، و مشکلات مقابله با استرس.

علت‌های فرهنگی-اجتماعی: تأثیرات مختلف اجتماعی را شامل می‌شود، مثل دوستان، خانواده، نهادها و خطی‌مشی‌های کشور. از جمله این موارد، داغ یا ننگ (stigma) است، یعنی برچسب اجتماعی «بیمار روانی بودن» که می‌تواند بر نشانه‌ها تأثیر بیشتری بگذارد.

توضیح یک پدیده از طریق تجزیه آن به اجزای تشکیل‌دهنده را **تقلیل‌گرایی** (reductionism) می‌گویند. در نظر گرفتن صرف یکی از رویکردهای فوق برای توضیح رفتار پیچیده انسان، تقلیل‌گرایی است.

● دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی (biopsychosocial)

این دیدگاه به **تعامل عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی** در ایجاد نشانه‌های اختلالات روانی اشاره دارد. میزان تأثیرگذاری هر یک از این عوامل از اختلالی به اختلال دیگر متفاوت است. مثلاً عوامل زیستی در اسکیزوفرنی، عوامل روان‌شناختی در واکنش‌های استرس، و عوامل اجتماعی و فرهنگی در اختلال استرس پس از تروما نقش غالب را دارند.

این دیدگاه یک **رویکرد رشدی** (developmental) دارد. دیدگاه رشدی می‌گوید افراد در طول زمان تغییر کیفی می‌کنند، چون تعامل عوامل سه‌گانه فوق، الگوهای رفتاری فرد را در مراحل مختلف زندگی تغییر می‌دهند. بنابراین، بررسی عوامل خطر اولیه که فرد را به یک اختلال آسیب‌پذیر می‌کنند، مهم است. عوامل خطر مطابق با جایگاه فرد در طول عمر، تغییر می‌کنند.

اصطلاحی مرتبط با این امر در آسیب‌شناسی روانی رشدی، **اصل هم‌غایتی یا هم‌سرانجامی** (equifinality) است. اصل هم‌سرانجامی می‌گوید هر

پیامدی مسیره‌های متعددی دارد. مسیره‌های متفاوت می‌تواند از تعامل عوامل روان‌شناختی و زیست‌شناختی در مراحل مختلف رشد نشئت بگیرد.

● مدل آمادگی-استرس (stress-diathesis)

معروف‌ترین و غالب‌ترین مدل در دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی، **مدل آمادگی-استرس** است. دیاتریز یا آمادگی به استعداد ابتلا به یک بیماری خاص اشاره دارد. ممکن است فرد با بیماری‌پذیری ارثی متولد شده باشد یا آسیب‌پذیری را در اوایل زندگی اکتساب کند. در صورت همراه شدن این آمادگی با استرس‌های روان‌شناختی یا اجتماعی، اختلال روانی ایجاد می‌شود. دو مدل برای ترکیب آمادگی و استرس وجود دارد: مدل افزایشی: استرس و آمادگی 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 آمادگی در آن‌ها کم است، ممکن است به مقدار انبوهی استرس نیاز داشته باشند تا به اختلال مبتلا شوند.

مدل تعاملی: برای این‌که استرس بتواند تأثیری بگذارد، باید مقداری آمادگی وجود داشته باشد. اگر فرد آمادگی نداشته باشد، هرگز به اختلال مبتلا نخواهد شد. برعکس، اگر آمادگی داشته باشد، با افزایش استرس با احتمال بیشتر به اختلال مبتلا می‌شود.

● عوامل خطر و عوامل محافظ

عامل خطر (risk factor) عبارت است از یک ویژگی فردی یا محیطی که قبل از یک اختلال روانی حضور دارد و می‌تواند آسیب‌پذیری به اختلال را تشدید کند. عامل خطر با اختلال روانی همبستگی دارد، یعنی 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 جنسیت و 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 خطر را می‌توان به دو دسته تقسیم کرد:

عوامل مستعدکننده (Predisposing): عوامل پیشاینده یا از پیش موجود که ممکن است فرد را در مقابل یک پدیده آسیب‌پذیر کند (مثل سابقه خانوادگی بیماری یا عوامل ژنتیکی)

عوامل تسریع‌کننده (precipitating): هر رویداد یا تجربه‌ای که با فاصله اندکی قبل از ابتلا به اختلال روانی رخ داده است (مثل یک استرس شدید دقیقاً قبل از شروع اختلال).

یک اصطلاح مرتبط دیگر، **عوامل تداوم‌بخش (Perpetuating)** است: عواملی که بعد از آغاز اختلال باعث ادامه یافتن آن می‌شوند (مثل سوگیری‌های منفی در افسردگی، عدم پایبندی به دارو، انزوای اجتماعی و غیره) در مقابل، **عامل محافظ (protective factor)** قرار دارد. عوامل محافظ عبارت‌اند از عواملی که پاسخ فرد به عامل استرس‌زا را تغییر می‌دهند و می‌توانند آسیب‌پذیری به اختلال را به مقدار زیاد کاهش دهند، مثل مراقبت بهداشتی مناسب، مراقبت‌کنندگان با محبت و موفقیت‌های اولیه زندگی.

تاب‌آوری یا مقاومت (resilience) یکی از عوامل محافظ مهم در برابر اختلال روانی 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 و پیشرفت کند.

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. زنان به احتمال بیشتری اختلالات همزمان را تجربه می‌کنند.
وضعیت تأهل	طلاق یا متارکه با مشکلات روانی بیشتر به‌طور کلی و با اختلالات اضطرابی، خلقی، سوءمصرف مواد به‌طور اخص، همراه هستند.
نژاد و قومیت	بعضی اختلالات در بعضی نژادها یا قومیت‌ها با فراوانی بیشتری تشخیص داده می‌شوند.

سلامت روانی

تا اینجا درباره اختلالات روانی صحبت کردیم. اما در نظر گرفتن معیارهای سلامت روان خوب نیز می‌تواند مفید واقع شد. سلامت روانی خوب را می‌توان از موارد زیر متوجه شد: درک واقعیت، شناخت خود و آگاهی از احساسات درونی، توانایی کنترل رفتار، عزت‌نفس و ارزشمند دانستن

خود، توانایی ایجاد و حفظ روابط عاطفی با دیگران، نگرش مثبت و بابرنامه 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 آن، ضعف در تفکیک بعضی مفاهیم و پایین بودن پایایی ارزیاب‌ها بود. به جای آن از «**برنامه ارزیابی ناتوانی WHO**» یا به اختصار WHODAS برای سنجش میزان ناتوانی مراجع استفاده می‌شود. یکی از ایرادات این مقیاس جدید این است که بیشتر درباره توانایی‌های فیزیکی اطلاعات می‌دهد تا روانی.

خلاصه فصل

اختلال روانی یا رفتار نابهنجار، نوعی ناکارایی درون فرد است که با ناراحتی و اختلال در کارکرد و پاسخی همراه است که معمولاً یا از لحاظ فرهنگی موردانتظار نیست.

این تعریف بر سه معیار برای نابهنجاری اشاره دارد: ناکارایی روانی، ناراحتی شخصی یا اختلال، پاسخ نامعمول یا از لحاظ فرهنگی غیرمنتظره.

عبارت سندرم (syndrome) در تعریف اختلال روانی، اشاره دارد به گروهی از علائم و نشانه‌ها.

نشانه (sign) عبارت است از یافته‌های عینی (objective) و مشاهدات بالینگر، مثل سراسیمگی.

علامت (symptom) عبارت است از تجربیات ذهنی (subjective) که بیمار توصیف می‌کند، مثل خلق افسرده.

اولین کسی که یک سیستم طبقه‌بندی کامل برای اختلالات روانی مطرح کرد امیل کرپلین بود. به نظر کرپلین هر یک از بیماری‌ها علتی دارند و آن‌ها را می‌توان طبق مجموعه‌ای از سمپتوم‌ها (سندروم) تعریف کرد.

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.

سیستم چندمحوری در DSM-IV

محور اول: همه اختلالات روانی به جز اختلالات شخصیت در این محور بودند.

محور دوم: اختلالات شخصیت و عقب‌ماندگی ذهنی در این محور قرار داشتند.

محور سوم: شامل بیماری‌های جسمی بود که می‌توانند اساس اختلال روانی باشند یا جنبه مهمی از زندگی را تحت‌تأثیر قرار داده باشند.

محور چهارم: شامل مشکلات روانی-اجتماعی و محیطی بود که بر تشخیص، درمان یا پیامد اختلال تأثیر می‌گذارند. (این اطلاعات در ICD به صورت کدهای Z مشخص می‌شوند).

محور پنجم: شامل ارزیابی کلی عملکرد فرد از طریق مقیاس ارزیابی کلی عملکرد (GAF) بود.

اولین قدم برای درمان اختلال روانی، تشخیص آن است. فرایند تشخیص با استفاده از نظام‌های طبقه‌بندی همچون DSM صورت می‌گیرد.

علت‌شناسی (aetiology) به مطالعه علل اختلال اشاره دارد که می‌توانند ابعاد زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی داشته باشند.

اصل هم‌سرانجامی می‌گوید هر پیامدی مسیرهای متعددی دارد. مسیرهای متفاوت می‌تواند از تعامل عوامل روان‌شناختی و زیست‌شناختی در مراحل مختلف رشد نشئت بگیرد.

معروف‌ترین و غالب‌ترین مدل در دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی، مدل آمادگی-استرس است. دیاتزیز یا آمادگی به استعداد ابتلا به یک بیماری خاص اشاره دارد. ممکن است فرد با بیماری‌پذیری ارثی متولد شده باشد یا آسیب‌پذیری را در اوایل زندگی اکتساب کند. در صورت همراه شدن این آمادگی با استرس‌های روان‌شناختی یا اجتماعی، اختلال روانی ایجاد می‌شود.

عامل خطر (risk factor) عبارت است از یک ویژگی فردی یا محیطی که قبل از یک اختلال روانی حضور دارد و می‌تواند آسیب‌پذیری به اختلال را تشدید کند.

عامل محافظ (protective factor) قرار دارد. عوامل محافظ عبارت‌اند از عواملی که پاسخ فرد به عامل استرس‌زا را تغییر می‌دهند و می‌توانند آسیب‌پذیری به اختلال را به مقدار زیاد کاهش دهند.

سوالات کنکور کارشناسی ارشد

- ۱) بیماری‌های روانی در کدام نوع طبقه‌بندی، در طبقات کاملاً متمایز گنجانده شده‌اند؟ (ارشد ۱۳۸۴)
- ۱) ابعادی (۲) مقوله‌ای (۳) بیماری‌شناختی (۴) ریخت‌شناختی
- ۲) از دیدگاه روانشناسان بالینی علت اساسی اختلالات روانی چیست؟ (ارشد ۱۳۸۴)
- ۱) تمایلات غریزی (۲) احتیاجات انسان (۳) یادگیری رفتارهای معیوب (۴) کشمکش بین انگیزه‌های مختلف انسان
- ۳) اختلال خوردن و عقب ماندگی ذهنی به ترتیب مربوط به کدام محور تشخیصی در DSM-IV-TR است؟ (ارشد 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
- ۴) در DSM-IV-TR ملاک طبقه‌بندی اختلالات روانی چیست؟ (ارشد ۱۳۸۵)
- ۱) علل بیماری (۲) تفسیر بالینی (۳) توصیف بالینی (۴) سیر بیماری
- ۵) اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی به ترتیب مربوط به کدام محور تشخیصی در DSM-IV-TR هستند؟ (ارشد 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
- ۶) مهم‌ترین نقد علمی به DSM-IV-TR کدام است؟ (ارشد 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.
- ۷) اختلال شخصیت وابسته و اختلال جسمانی کردن به ترتیب در کدام محور پنج‌گانه طبقه‌بندی DSM-IV-TR قرار می‌گیرند؟ (ارشد ۱۳۸۸)
- ۱) محور I- محور II (۲) محور II- محور III (۳) محور I- محور III (۴) محور II- محور I
- ۸) در روانشناسی مرضی، الگوی شجره‌تصمیم و الگوی مقایسه نیم‌رخ به کدام نوع طبقه‌بندی مربوط می‌شود؟ (ارشد ۱۳۹۰)
- ۱) آسیب‌شناختی (۲) مقوله‌ای (۳) ریخت‌شناختی (۴) ابعادی
- ۹) 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؟ (ارشد 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.
- ۱۰) منظور از میزان بروز یک بیماری کدام است؟ (ارشد 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
- ۱۱) طبق تعریف DSM-5، ویژگی اصلی اختلال روانی کدام است؟ (ارشد 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
- ۱۲) کدام مدل تبیین می‌کند که چرا برخی از افراد در مواجهه با فشارهای روانی جزئی، مسائل جدی روانی پیدا می‌کنند و دیگرانی نیز هستند که حتی با فشار روانی شدیدتر از آن هم مشکلی پیدا نمی‌کنند؟ (ارشد ۱۳۹۴)
- ۱) آسیب‌پذیری روانی در برابر استرس (۲) تقلیل‌گرایی زیستی (۳) شناختی (۴) رفتاری

۱۳) در کدام طبقه‌بندی فرض بر این است که همه پدیده‌هایی که باید طبقه‌بندی شوند، می‌توانند در طبقه‌هایی کاملاً متمایز قرار گیرند؟ (ارشد ۱۳۹۶)

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

۱۴) بر اساس کدام الگو، افراد با زمینه‌ای متولد می‌شوند که آن‌ها را در معرض خطر ابتلا به اختلال روانی قرار می‌دهد؟ (ارشد ۱۳۹۸)

۱) بیماری‌پذیری-استرس (۲) زیست‌شناختی (۳) روان‌شناختی (۴) رفتاری

سوالات کنکور دکتری

۱۵) 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؟ (دکتری ۱۳۹۱)

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

۱۶) کدام عبارت، بیانگر پایایی تشخیص است؟ (دکتری 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.

۱۷) کدام عبارت در مورد «علائم» و «نشانه‌های بیماری» صحیح است؟ (دکتری 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 توصیف 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.

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

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

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

۱۹) از دیدگاه فروید وجه افتراق انسان بهنجار و روان‌آزرده کدام است؟ (دکتری 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

۲۰) تعیین درجه تأثیر رفتار نشانه‌ای بر کنش «من» بر اساس کدام دیدگاه بنا نهاده شده است؟ (دکتری ۱۳۹۳)

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

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

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

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

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

۲۳) 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؟ (دکتری ۱۳۹۷)

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

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

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

۲۵) کدام مورد تفاوت علامت (sign) و نشانه (symptom) را مشخص می‌کند؟ (دکتری 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.

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

۱) رابطه با عوامل علی (۲) جهان‌شمول بودن

۳) فایده بالینی از نظر تشخیصی و درمانی (۴) تعیین فاصله فرد با هنجارهای اجتماعی

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

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

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

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

۲۹) کدام مورد بیانگر مهم‌ترین تغییر DSM-5 نسبت به ویرایش قبلی است؟ (دکتری ۱۴۰۲)

۱) حذف ارزیابی چندمحوری (۲) حذف انواع فرعی اسکیزوفرنی

۳) ترکیب اختلال میل و برانگیختگی جنسی (۴) اضافه شدن اختلال اضطراب جدایی به اختلال‌های اضطرابی

۳۰) در تمایز بین سلامت و بیماری، آنچه یک فرد سالم را از یک فرد بیمار متمایز می‌کند، کدام مورد است؟ (دکتری ۱۴۰۲)

۱) شدت و درجه (۲) ماهیت (۳) کیفیت (۴) علت

۳۱) رد کردن تشخیص‌های جایگزین بیانگر چه مفهومی در آسیب‌شناسی روانی است؟ (دکتری ۱۴۰۲)

۱) تشخیص اولیه (۲) تشخیص اصلی (۳) همبودی (۴) تشخیص افتراقی

۳۲) چشم‌انداز آینده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی بر کدام اساس استوار است؟ (دکتری ۱۴۰۲)

۱) علائم و نشانه‌ها (۲) سیر (روند) و علائم (۳) شیوه پدیدآیی و علائم (۴) علت‌های زیربنایی و نشانه‌ها

۳۳) در تبیین سبب‌شناسی رفتار نابهنجار وقتی تجربیات یادگیری گذشته مطرح می‌شود با کدام عامل سروکار داریم؟ (دکتری ۱۴۰۲)

۱) زیستی (۲) روان‌شناختی (۳) اجتماعی-فرهنگی (۴) زیستی-روانی-اجتماعی

۳۴) جلوه عینی یک حالت بیمارگون در آسیب‌شناسی روانی چه نام دارد؟ (دکتری ۱۴۰۲)

۱) اختلال (Disorder) (۲) علامت (Sign) (۳) نشانه (Symptom) (۴) نشانگان (Syndrome)

۳۵) عواملی مثل ژنتیک که فرد را برای ابتلا به یک بیماری روانی خاص آماده‌تر نگه می‌دارند، چه نام دارند؟ (دکتری ۱۴۰۲)

۱) مستعدکننده (Predisposing) (۲) زمین‌ساز (Precipitating) (۳) تداوم‌بخش (Perpetuating) (۴) پیش‌بینی‌کننده (Predictive)

۳۶) کدام مورد مبنای طبقه‌بندی اختلال‌های روانی در الگوی طبقه‌بندی ملاک حوزه پژوهش (Research Domain Criteria) است؟ (دکتری ۱۴۰۲)

۱) تحلیلی (۲) بوم‌شناختی (۳) روان‌شناختی (۴) زیست‌شناختی

۳۷) در تعریف DSM-5 از اختلال روانی کدام معیار پذیرفته شده است؟ (دکتری ۱۴۰۲)

۱) واکنش رایج در برابر استرس (۲) ناتوانی در انجام فعالیت‌های مهم زندگی

۳) تعارض‌هایی که بین فرد و جامعه رخ می‌دهد. (۴) رفتارهایی که از لحاظ اجتماعی منحرف هستند.

۳۸) تحلیل رشد درمان‌جو و عواملی که ممکن است بر وضع کنونی او تأثیر گذاشته باشد، بیانگر چه مفهومی است؟ (دکتری ۱۴۰۲)

۱) زمینه‌یابی (۲) تدوین موردی (۳) سبب‌شناسی (۴) بیماری‌پذیری-استرس

۱) 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.

۲) گزینه ۴

هر کدام از گزینه‌ها به علل مطرح در نظریات مختلف اشاره دارند، به همین دلیل نمی‌توان به طور کلی گفت از نظر روانشناسان علت اختلال روانی چیست. علل روان‌شناختی به طور کلی شامل اختلالات در افکار و احساسات است و عوامل مختلف رفتاری، شناختی و عاطفی در آن‌ها دخیل است. سنجش گزینه ۴ را مشخص کرده است. احتمالاً طراح خطی از یک کتاب قدیمی را مدنظر دارد.

۳) 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.

۴) گزینه ۳

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

۵) 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.

۶) 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.

۷) 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.

۸) 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.

۹) 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.

۱۰) 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.

۱۱) گزینه ۴

طبق تعریف DSM، اختلال روانی یک سندروم است که شامل اختلال در شناخت، تنظیم هیجان یا رفتار است، که از لحاظ بالینی معنادار است، و نقص عملکرد (نابسامانی) در فرایندهای روان‌شناختی، زیستی و رشدی زیربنای عملکرد ذهنی را منعکس می‌کند. معمولاً همراه با رنج یا ناتوانی (معلولیت) معنادار در فعالیت‌های مهم اجتماعی، شغلی یا دیگر فعالیت‌های مهم است.

۱۲) گزینه ۱

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

۱۳) 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.

۱۴) گزینه ۱

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

پاسخ تشریحی کنکور دکتری

۱۵) 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 (با توجه به حذف این مقیاس از DSM-5 بعید است که نیازی به حفظ آن در سال‌های اخیر باشد).

۱۶) 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 می‌کند. 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.

۱۷) گزینه ۴

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

۱۸) 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.

۱۹) گزینه ۴

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

۲۰) 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 تأثیر رفتار نشانه‌ای بر عملکرد من (ایگو) بهنجاری آن را مشخص می‌کند.

۲۱) گزینه ۴

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

۲۲) گزینه ۴

علت‌های زیستی که رویکرد زیستی-پزشکی به آن اعتقاد دارد، تأثیرات ژنتیکی و محیطی موثر بر عملکرد جسمانی را شامل می‌شود. توضیح یک پدیده از طریق تجزیه آن به اجزای تشکیل‌دهنده را تقلیل‌گرایی یا کاهش‌گرایی می‌گویند. در نظر گرفتن صرف رویکرد زیستی برای توضیح رفتار پیچیده انسان، نوعی از تقلیل‌گرایی است.

۲۳) 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.

۲۴) گزینه ۱

DSM-5 اولین قدم برای دور شدن از سیستم طبقه‌ای مطلق و نزدیک شدن به سیستم ابعادی (پیوستاری) را برداشته است، چون 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.

۲۵) گزینه ۲

sign یعنی یافته‌های عینی (objective) و مشاهدات بالینگر، مثل سراسیمگی. symptom یعنی تجربیات ذهنی (subjective) که بیمار توصیف می‌کند، مثل خلق افسرده.

۲۶) 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 باید از لحاظ بالینی مفید باشد، یعنی بتواند به تشخیص، درمان و پیش‌آگهی کمک کند.

۲۷) گزینه ۱

بر اساس ملاک‌های آماری و هنجارهای اجتماعی در صورتی فرد را نابهنجار می‌نامیم که از میانگین توزیع بهنجاری یا هنجارهای اجتماعی فاصله داشته باشد. بنابراین این ملاک‌ها بر مبنای اکثریت، بهنجار و نابهنجار را مشخص می‌کنند و اقلیتی که از میانگین جامعه یا

این است که نظام‌های طبقه‌بندی‌آتی را بر مبنای یافته‌هایی که با دامنه عملکردی اختلالات روانی همخوانی دارند، نه صرفاً با علائم بالینی قابل مشاهده آن‌ها، هدایت کنند. بر این اساس شاید چشم‌انداز بعدی در کنار توصیف نشانه‌ها به علت‌شناسی نیز بپردازد.

گزینه ۲ (۳۳)

علت‌های روان‌شناختی، اختلالات در افکار و احساسات را شامل می‌شود. انواع عوامل برای توجیه رفتار نابهنجار وجود دارد مثل تجربیات یادگیری گذشته، الگوهای فکری ناسازگار، و مشکلات مقابله با استرس.

گزینه ۲ (۳۴)

sign یافته‌های عینی و مشاهدات بالینگر است. symptom تجربیات ذهنی است که بیمار توصیف می‌کند.

گزینه ۱ (۳۵)

عوامل خطر به دو دسته تقسیم می‌شوند: عوامل مستعدکننده (Predisposing) یعنی عوامل پیش‌اینده یا از پیش موجود که ممکن است فرد را در مقابل یک پدیده آسیب‌پذیر کند (مثل عوامل ژنتیکی). عوامل تسریع‌کننده (precipitating) یعنی هر رویداد یا تجربه‌ای که با فاصله اندکی قبل از ابتلا به اختلال روانی رخ داده است. یک اصطلاح مرتبط دیگر، عوامل تداوم‌بخش (Perpetuating) است. (به دلیل ترجمه‌های مختلف حتماً انگیزی آنها را بدانید.)

گزینه ۴ (۳۶)

موسسه ملی بهداشت روان (NIMH) در یک ابتکار عمل به معرفی «ملاک حوزه پژوهش» به منظور طبقه‌بندی اختلال‌های روانی بر اساس منشأ زیست‌شناختی آن‌ها پرداخته است.

گزینه ۲ (۳۷)

طبق تعریف DSM اختلال روانی یک سندروم است که شامل اختلال در شناخت، تنظیم هیجان یا رفتار است، که از لحاظ بالینی معنادار است، و نقص عملکرد در فرایندهای روان‌شناختی، زیستی و رشدی زیربنای عملکرد ذهنی را منعکس می‌کند. معمولاً همراه با رنج شخصی یا ناتوانی معنادار در فعالیت‌های مهم اجتماعی، شغلی یا دیگر فعالیت‌های مهم است. پاسخ قابل‌انتظار یا از لحاظ فرهنگی تأییدشده به یک فقدان یا استرسور رایج، اختلال روانی نیست. رفتارهای انحرافی‌آمیز از لحاظ اجتماعی (مثل سیاسی، مذهبی، جنسی) و تعارض‌های بین فرد و جامعه، اختلال روانی نیست، مگر اینکه این تعارضات یا انحراف‌ها در نتیجه نقص عملکرد در فرد باشد.

گزینه ۲ (۳۸)

تدوین موردی یا فرمول‌بندی موردی عبارت است از تحلیل سابقه رشدی مراجع و عواملی که ممکن است بر وضع روانی فعلی او تأثیر گذاشته باشند.

هنجارهای اجتماعی فاصله گرفته باشند، را نابهنجار می‌نامند.

گزینه ۴ (۲۸)

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

گزینه ۱ (۲۹)

DSM-IV سیستم چندمحوری داشت و تشخیص‌ها را در پنج 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. همانطور که در فصول مربوط به اختلالات اسکیزوفرنی، جنسی و اضطرابی می‌خوانید سایر تغییرات ذکر شده در گزینه‌ها هم اتفاق افتاده است، اما تغییر اساسی که بر شیوه تشخیص‌گذاری در همه اختلالات تأثیرگذار است، گزینه اول است.

گزینه ۱ (۳۰)

طبقه‌بندی ابعادی یا پیوستاری بر مبنای کمیت یا فراوانی ویژگی است. در سیستم ابعادی پرسیده می‌شود آیا سمپتوم‌های اصلی حضور دارند و اگر حضور دارند شدتشان چقدر است. تفاوت بهنجار و نابهنجار به این شکل بر این تأکید دارد که فرد سالم و بیمار از نظر نوع مشکلات و تعارض‌هایی که با آن روبه‌رو هستند متفاوت نیستند، بلکه شدت آن اهمیت دارد. برای بسیاری از اختلالات نیز تمایز به درجه ربط دارد، نه نوع.

گزینه ۴ (۳۱)

فرایند تشخیص از تمام اطلاعات مربوط برای رسیدن به تشخیص اصلی استفاده می‌کند، یعنی اختلال باید خیلی دقیق با دلیل اصلی که بخاطر آن فرد جویای کمک حرفه‌ای است، هماهنگ باشد. یک گام مهم در فرایند تشخیص، منتفی کردن سایر تشخیص‌های جایگزین است، که به آن تشخیص افتراقی می‌گوییم. بنابراین، پاسخ صحیح گزینه ۴ است. سنجش گزینه ۲ را مشخص کرده است، که اشتباه است. (متن فوق خط مستقیم کتاب هالجین است، گرچه مطلب ساده‌ای است و نیازی به ثابت کردن اشتباه سنجش نداریم!)

گزینه ۴ (۳۲)

نظام‌های طبقه‌بندی مثل DSM چون بر مبنای علائم و نشانه‌های قابل‌مشاهده هستند، نمی‌توانند علت اختلالات را پوشش دهند. موسسه ملی بهداشت روان (NIMH) در یک ابتکار عمل به معرفی «ملاک حوزه پژوهش» به منظور طبقه‌بندی اختلال‌های روانی بر اساس منشأ زیست‌شناختی آن‌ها پرداخته است. هدف این برنامه