

نکات فصل اول: مقدمه

۷ تعریف اختلال روانی

اختلال روانی ^۱سندرمی است که باعث ^۲مختل شدن ^۳شناخت، هیجان یا رفتار می شود و منجر به رنج، نابسامانی و معلولیت می گردد. (۱)

فرق رفتار نابهنجار با اختلال روانی: ^۱برای تشخیص اختلال روانی، عملکردهای فرد در ^۲حالت عادی باید ^۳مختل باشد.

اختلال روانی رفتار نابهنجاری است که ^۱تداوم دارد و عملکرد فرد را مختل می نماید. هیچ حالت گذرای اختلال روانی تلقی نمی گردد. به عنوان نمونه اگر فردی یک شب خوابش نبرد ما نمی گوییم که مبتلا به اختلال بی خوابی است ولی اگر این مشکل در به خواب رفتن یا بیدار شدن های مکرر هفته ای حداقل ۳ بار و به صورت مداوم به مدت ۳ ماه ادامه یابد گفته می شود که فرد مبتلا به اختلال بی خوابی است.

مثال دیگر: اگر کودکی بالای ۵ سال دارد و یکبار جای خواب یا لباس خود را خیس کند گفته نمی شود که اختلال بی اختیاری دارد ولی اگر کودکی بالای ۵ سال حداقل هفته ای ۲ بار جای خواب یا لباس خود را خیس کند و این ماجرا بیش از ۳ ماه ادامه یابد. این کودک بالای ۵ سال مبتلا به اختلال بی اختیاری ادرار تشخیص گذاری می گردد.

ملاک های نابهنجاری رفتار یا اختلال روانی:

ملاک هایی که معیار نابهنجاری یا اختلال روانی در نظر گرفته می شوند باید ملاک هایی باشند که در اکثر اختلالات روانی صادق هستند به عنوان نمونه نمی توان معیار نقص هوشی را ملاک اختلال روانی در نظر گرفت، زیرا در چند اختلال محدود مثل عقب ماندگی ذهنی (ناتوانی عقلانی یا

اختلال عقلانی رشدی) مشکل نقص هوشی وجود دارد و در صدها اختلال روانی نقص هوشی وجود ندارد.

ملاک‌های نابهنجاری رفتار یا اختلال روانی باید ملاک‌هایی باشند که در اکثر اختلالات روانی صادق هستند. این ملاک‌ها عبارت‌اند از: ملاک‌های نابهنجاری رفتار اختلال روانی به شرح زیر

۱- انحراف از هنجار آماری:

بر اساس این معیار افرادی که دو سر نمودار توزیع نرمال قرار دارند و از متوسط انحراف زیادی دارند نابهنجار تلقی می‌گردند.

مثلاً اگر خلق فرد به شدت پایین باشد و فرد دچار افسردگی باشد می‌گویند اختلال روانی دارد و اگر خلق وی به شدت بالا باشد و در دوره مانیا باشد نیز دارای اختلال روانی است. یعنی خلق باید در حالت متوسط باشد. اگر توزیع نرمال باشد

به عنوان یک نمونه دیگر در تعریف کودکان استثنایی از تعریف آماری استفاده شده است و گفته شده که کودکانی که از متوسط انحراف زیادی دارند و برای اینکه رفتارشان سازگارانه یا انطباقی گردد. نیازمند آموزش ویژه هستند کودکان استثنایی تلقی می‌گردند با این تعریف هم کودکان دارای ناتوانی عقلانی که ضریب هوشی زیر ۷۰ دارند و هم تیزهوشان که ضریب هوشی بالای ۱۳۰ دارند استثنایی تلقی می‌گردند.

باید توجه داشت که در تعریف کودکان استثنایی حتماً باید ذکر گردد که برای سازگار شدن رفتارشان نیازمند آموزش ویژه هستند تا کودکی به صرف انحراف زیاد از متوسط استثنایی تلقی نگردد. مثل یک کودک مو قرمز!

۲- انحراف از هنجار اجتماعی و فرهنگی به واسطه ارزش‌های فرهنگی رفتار

بر اساس این معیار افرادی که به گونه‌ای رفتار می‌نمایند که رفتار آن‌ها در این جامعه و این فرهنگ خارج از عرف به نظر می‌رسد، نابهنجار یا دارای اختلال روانی در نظر گرفته می‌شوند.

ایراد معیار انحراف از هنجار اجتماعی و فرهنگی این است که هنجارهای اجتماعی و فرهنگی در جوامع مختلف یکسان نیستند. لذا رفتاری که در یک جامعه نابهنجار تلقی می‌گردد. می‌تواند در یک جامعه و فرهنگ دیگر کاملاً طبیعی و هنجار به نظر برسد و بالعکس.

مثلاً در جوامع آسیایی اصطلاح چشم‌زخم رایج است. اما در یک جامعه غربی، این اصطلاح ملاک یک رفتار نابهنجار به نام تفکر جادویی است.

تفکر جادویی: شخص باور دارد که به صرف اندیشیدن به یک موضوع، آن موضوع اتفاق می‌افتد. هرگاه با هم مساوات است به اراد ملاک

تفکر جادویی می‌تواند ما را به همه کار توانی برساند. زیرا ما را به این باور می‌رساند که ما قادریم تنها با تفکر به هر اقدامی دست بزنیم. تفکر جادویی بسیار آزارنده نیز هست. مثلاً افرادی که وسواس فکری - عملی دارند دائماً دچار افکار تکراری و ناخوشایند می‌شوند که افراد عادی می‌توانند از کنار این افکار ناخوشایند بگذرند اما افراد وسواسی نمی‌توانند و این افکار کل هوشیاری این افراد را اشغال می‌کند. ۱

یعنی وقتی شخص وسواسی دچار فکر وسواسی می‌شود، اصلاً قادر به انجام کار دیگری نیست. چیزی که افراد وسواسی را آزار می‌دهد، تفکر جادویی است بدین معنی که این افراد تمام مدت دارای افکار ناخوشایند هستند و باور ایشان بر این است که چون به این موضوع فکر کرده‌اند، حتماً آن اتفاق بد خواهد افتاد. ۲

در کشورهایی که مهاجرپذیرند (مانند کشور آمریکا)، روان‌شناس باید اطلاعاتی از فرهنگ کشورهای مختلف داشته باشد تا بیهوده به افراد بر حسب اختلال نزنند.

سؤال: انحراف از کدام هنجار مصداق اختلال روانی یا ناهنجاری - رفتاری تلقی نمی‌گردد؟ از روی این سؤال

انحراف از هنجار جنسی

چون تفاوت‌های فردی در زمینه هنجارهای جنسی زیاد است انحراف از هنجارهای جنسی معیار اختلال روانی تلقی نمی‌گردد. این به این معنی نیست که ما در دسته اختلالات روانی اختلال جنسی نداریم بلکه به این معنی است که اختلالات جنسی به دلیل انحراف از هنجار جنسی اختلال تلقی نشده‌اند، بلکه به دلایل دیگری آنها اختلال در نظر گرفته شده‌اند. کلاً در اختلالات جنسی ۳

دسته وجود دارد:

دسته A: کژکاری جنسی (فرد دارای مشکلاتی از عملکرد جنسی طبیعی است ولی دارای رفتار ناهنجار جنسی که به خود یا دیگران آسیب برساند نیست) عملکرد جنسی طبیعی دارای چهار مرحله اصلی است. ۱- برانگیختگی اولیه یا میل جنسی ۲- برانگیختگی ثانویه (کفه یا یلاتو) ۳- ارگاسم ۴- پس از ارگاسم (فرونشانی).

اگر فرد در یکی از این چهار مرحله دارای مشکلی باشد که عملکرد جنسی فرد را مختل نماید، دارای کژکاری یا اختلال جنسی است به عنوان نمونه بی میلی جنسی، زودانزالی، دیرانزالی، عدم نعوظ و ...

دسته B: پارافیلیا (اختلال ناهنجاری‌های جنسی): در پارافیلیا فرد دارای رفتار ناهنجار جنسی است که می‌تواند به خود یا دیگران آسیب بزند به عنوان نمونه یجه‌یازی، عورت‌نمایی، سادیسم جنسی، ملازوخیسم جنسی و ...

اصلی ترین عامل خطر (ریسک فاکتور) برای ابتلا به پارافیلیا (اختلال ناپهنجاری جنسی) مرد بودن است. در مردان (راسل) پارافیلیا فاکتور است (نورس) پس به احتمال زیاد...

نکته

فرق عامل خطر با عامل آسیب پذیری

عامل خطر عاملی است که به تنهایی قادر به ایجاد پیامد منفی است. وقتی گفته می شود مرد بودن عامل خطر برای پارافیلیا است به این معنی است که مرد بودن به تنهایی می تواند منجر به اختلال ناپهنجاری جنسی شود. راسل در مورد نورس در مورد پارافیلیا مطرح کرد

عامل آسیب پذیری عاملی است که نمی تواند به تنهایی پیامد منفی را ایجاد کند ولی در حضور یک عامل منفی دیگر می تواند پیامد منفی را ایجاد نماید. مثال: «داشتن مادر به اندازه کافی خوب» قدرت کنار آمدن با رویدادهای ناخوشایند را افزایش می دهد. «داشتن مادر به اندازه کافی خوب» مفهومی است که توسط وینی کات مطرح شده است و به مادری گفته می شود که نیازهای مادی و عاطفی کودک را به اندازه کافی برآورده می کند. حال اگر کودکی «مادر به اندازه کافی خوب» نداشته باشد و قدرت مقابله وی با رویدادهای - آسیب زا کم است اگر یک رویداد ناخوشایند را در آینده تجربه نماید مانند اخراج از کار، ورشکستگی، طلاق، رد شدن در یک امتحان مهم یا مرگ یکی از عزیزان به احتمال زیاد نمی تواند با این رویداد کنار بیاید و دچار اختلال سازگاری یا انطباقی می گردد. پس باید گفت نداشتن «مادر به اندازه کافی خوب» عامل آسیب پذیری برای اختلال سازگاری یا انطباقی است زیرا به تنهایی منجر به این اختلال نمی گردد. بلکه در کنار یک عامل منفی دیگر نظیر طلاق، اخراج از کار و ... می تواند اختلال سازگاری را ایجاد نماید.

✓ دسته C دیسفوریای جنسیتی (لال جنسیتی): لال جنسیتی قبلاً اختلال هویت جنسی نامیده می شد. در اختلال هویت جنس یا لال جنسیتی فرد با جنسیت زیستی خود کنار نمی آید و از رفتارهای کلیشه ای جنسی خود بیزار است و شیفته رفتارهای کلیشه ای جنسی مقابل است و با این رفتارها همانندسازی می نماید. اختلال هویت جنسی عملکرد فرد را مختل کرده و مشکلات زیادی ایجاد می نماید.

جمع بندی: اختلالات جنسی به دلیل انحراف از هنجار جنسی اختلال تلقی نشده اند بلکه به دلیل مختل بودن عملکرد جنسی، آسیب رسان بودن رفتارهای ناپهنجار جنسی یا به دلیل مشکلاتی که کنار نیامدن با جنسیت زیستی ایجاد می کند اختلال در نظر گرفته شده اند. در همین راستا در آخرین نسخه DSM یعنی DSM-5 بین رفتار ناپهنجار جنسی و اختلال ناپهنجاری جنسی تفکیک قائل شده اند. اختلال ناپهنجاری جنسی رفتار ناپهنجار جنسی است که آسیب رسان است و صرف داشتن رفتار ناپهنجار جنسی اختلال در نظر گرفته نمی شود.

ادامه بحث معیارهای نابهنجاری رفتار یا اختلال روانی

۳- پیش‌بینی‌ناپذیری: اینها در مورد رفتار فرد یا دیگران هیچ پیش‌بینی نمی‌تواند کرد.

وقتی فرد از هنجار آماری یا اجتماعی و فرهنگی انحراف دارد رفتارش برای دیگران قابل پیش‌بینی نیست.

۴- خطرناک بودن رفتار برای خود یا دیگران: در صورتی که فرد یا دیگران به خود یا دیگران آسیب برسانند.

اگر رفتار فرد به خود یا دیگران آسیب برساند که اوج آسیب می‌تواند خودکشی یا دگرکشی در نظر گرفته شود، این رفتار نابهنجار است. به‌عنوان نمونه اگر افسردگی شانس خودکشی را بالا ببرد همین معیار باعث می‌شود افسردگی اختلال روانی تلقی گردد.

۵- رنج (distress)

یکی از ملاک‌های اصلی اختلال روانی رنج است. خود فردی که دارای اختلال روانی است اکثراً رنج شدیدی را متحمل می‌شود به‌عنوان نمونه کسی که افسرده یا مضطرب است خود رنج می‌برد. ولی معیار رنج ایرادی دارد و آن اینکه نه هر رنجی لزوماً نشانه آسیب روانی است نه لزوماً در تمام اختلالات روانی رنج وجود دارد. الزاماً رنج نیست.

به‌عنوان نمونه کسی که عزیزی را از دست داده رنج می‌برد، ولی دارای اختلال روانی نیست و از طرف دیگر کسی که در دوره مانیا قرار دارد و دارای اختلال افسردگی دوقطبی است خود رنج نمی‌برد.

می‌توان گفت رنجی که متناسب با شرایط موجود نباشد، معیار اختلال روانی است. به‌عنوان نمونه فردی که عزیزی را از دست داده رنجش متناسب با شرایط موجود است ولی فردی که اختلال اضطرابی دارد حتی اگر در امنیت کامل باشد باز هم مضطرب و نگران است و این رنج متناسب با شرایط موجود نیست.

۶- نابسامانی (dysfunction) و معلولیت (disability)

نابسامانی (ناکارآمدی، بدکاری، اختلال در عملکرد): فردی که دارای اختلال روانی است به دلیل مشکلاتی روانی، بیولوژیک یا رشدی که برایش ایجاد می‌شود از پس وظایف و نقش‌هایی که بر عهده‌اش است برنمی‌آید. به‌عنوان نمونه فردی که اختلال مصرف مواد دارد نمی‌تواند از پس وظیفه پدری، همسری یا وظایف شغلی خود برآید. که این عدم توانایی می‌تواند ریشه روانی، بیولوژیک یا رشدی داشته باشد.

معلولیت: فردی که دچار نابسامانی است در حیطه‌های مهم زندگی خود مثل حیطه خانه، حیطه شغلی و ... به مشکل برمی‌خورد این دچار مشکل شدن در حیطه‌های مهم زندگی معلولیت

نامیده می‌شود. باید توجه داشت که معلولیت به معنی نقص هوشی، حرکتی یا ادراکی نیست. چون در صدها اختلال روانی هیچ نقص هوشی، حرکتی یا ادراکی وجود ندارد.

سؤال: در DSM-5 معیارهای اصلی اختلال روانی چیست؟

در DSM-5 که آخرین نسخه DSM است که در سال ۲۰۱۳ منتشر شده است. انحراف از هنجار آماری و انحراف از هنجار اجتماعی و فرهنگی معیار اختلال روانی نیست و به صرف متفاوت بودن فرد نمی‌توان وی را دارای اختلال روانی تلقی کرد. معیارهای اصلی اختلال - روانی در DSM عبارت‌اند از:

- ۱- رنج - در DSM در عبارت مشخص‌نام برای اختلال در دست ۲
- ۲- نابسامانی در معلولیت

اگر فرد یک مجموعه از علائم را داشته باشد می‌توان گفت که این فرد دارای یک «سندرم» است. حال اگر این سندرم منجر به رنج، نابسامانی و معلولیت گردد این سندرم اختلال روانی تلقی می‌گردد. به همین دلیل در DSM-5 اختلال روانی به صورت سندرمی تعریف می‌گردد که باعث مختل شدن شناخت، هیجان یا رفتار می‌شود و منجر به رنج، نابسامانی و معلولیت می‌گردد.

توضیح مختصر در مورد DSM: DSM کتابچه راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی است که توسط «انجمن روان‌پزشکان آمریکا» تدوین شده است. در DSM علاوه بر اینکه اختلالات روانی طبقه‌بندی شده‌اند و اختلالات روانی که علائم مشابه داشته‌اند، در یک طبقه قرار گرفته‌اند، ملاک‌های تشخیصی اختلالات مختلف نیز ذکر شده است یعنی بیان شده که چه نوع علائمی، با چه تعداد، با چه شدت و یا چه مدتی می‌بایست حضور داشته باشند تا بتوان گفت این فرد دارای اختلال روانی X است.

ارزیابی روانی یا سنجش روانی

سنجش یا ارزیابی مجموعه‌ای از روش‌های علمی برای اندازه‌گیری و ارزیابی رفتارها و فرایندهای ذهنی فرد است.

ارزیابی روانی (سنجش روانی): فرایندی است که می‌تواند به تشخیص اختلال روانی یا «فرمول‌بندی موردی» ختم شود. در روش تشخیص‌گذاری فرد ارزیابی روانی شده و از DSM یا ICD استفاده می‌شود و نهایتاً برچسب اختلال روانی به فرد زده می‌شود و درمانگر مدعی است که می‌خواهد این اختلال روانی را درمان نماید. DSM کتابچه راهنمای تشخیص اختلالات روانی است که توسط انجمن روان‌پزشکان آمریکا تدوین شده است و ICD کتابچه راهنمای تشخیص اختلالات روانی است که توسط سازمان بهداشت جهانی تدوین شده است. در DSM و ICD علاوه بر اینکه اختلالات روانی طبقه‌بندی شده‌اند و اختلالات روانی که علائم مشابه دارند در یک طبقه یا فصل

قرار گرفته‌اند، ملاک‌های تشخیص اختلالات روانی مختلف نیز از نظر نوع علائم، تعداد علائم، مدت علائم و شدت علائم ذکر شده است. قبل از اینکه طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی نظیر DSM و ICD شکل بگیرند طبقه‌بندی اختلالات روانی به صورت فردی بود یکی از اولین طبقه‌بندی‌های علمی اختلالات روانی توسط «امیل کراپلین» انجام شد. ولی این طبقه‌بندی فردی اختلالات روانی یک مشکل جدی داشت و آن اینکه این طبقه‌بندی‌ها جهان‌شمول نبودند یعنی وقتی کراپلین بیان می‌داشت این فرد اختلال «دمانشیا پری کاکس» دارد، دیگران نمی‌دانستند این اختلال چه علائمی دارد. در چه سنی شروع می‌شود. سیر بیماری و پیش‌آگهی آن چگونه است و

ولی وقتی تشخیص (دیاگنوز) بر اساس طبقه‌بندی‌های بین‌المللی صورت می‌گیرد و به‌عنوان نمونه گفته می‌شود این فرد اسکیزوفرنی پارانوئید دارد همین اسم مقدار زیادی اطلاعات در مورد اختلال به یک متخصص می‌دهد. و دیگر لازم نیست نوع علائم، مدت، شدت، سیر اختلال، پیش‌آگهی، علت یا درمان به فرد متخصص توضیح داده شود.

فواید تشخیص (دیاگنوز) بر اساس ملاک‌های بین‌المللی مثال DSM و ICD:

- ۱- مهم‌ترین فایده تشخیص این است که یک راه کوتاه‌تر ارتباط این متخصصان است. ✓
- ۲- ممکن است چیزی در مورد علت اختلال بیان کند مثلاً وقتی گفته می‌شود فرد اسکیزوفرنی پارانوئید دارد مشخص می‌گردد که از نظر زیستی عامل این اختلال افزایش دوپامین در مغز است. ✓
- ۳- ممکن است چیزی در مورد درمان بیان کند به‌عنوان نمونه اگر علت اسکیزوفرنی پارانوئید افزایش دوپامین است داروی آنتاگونیست دوپامین است. آنتاگونیست دارویی است که اثر یک ناقل عصبی را تضعیف می‌نماید.

۴- هزینه‌های تقریبی درمان را برای بیمه‌گر یا شخص سوم مشخص می‌کند.

در DSM و ICD در کنار هر اختلال روانی قابل تشخیص‌گذاری یک کد وجود دارد و در کشورهایی که بیمه از اختلالات روانی حمایت می‌نماید برای هر کد یک کف و یک سقف هزینه در نظر گرفته شده است مسلماً هزینه اختلالی مثل افسردگی اساسی که می‌تواند دوره‌ای باشد یا اختلالی مثل عقب‌ماندگی (ناتوانی عقلانی - اختلال عقلانی رشدی) که معمولاً از بدو تولد شروع می‌شود و تا آخر عمر ادامه می‌یابد یکی نیست.

با وجود فوایدی که برای روش تشخیص‌گذاری ذکر شد برخی از روان‌شناسان و روان‌پزشکان ترجیح می‌دهند که از فرمول‌بندی موردی به جای رویکرد تشخیص (دیاگنوستیک) استفاده نمایند. به بیان دیگر فرمول‌بندی موردی می‌تواند جایگزین تشخیص گردد.

سؤال: فرمول‌بندی موردی می‌تواند جایگزین چه واژه‌ای باشد؟ تشخیص

ارزیابی روانی می‌تواند منجر به تشخیص یا فرمول‌بندی موردی گردد. در روش تشخیص‌گذاری فرد ارزیابی روانی می‌شود از DSM یا ICD استفاده می‌شود به فرد برچسب اختلال روانی زده می‌شود و درمانگر مدعی درمان اختلال است. در فرمول‌بندی موردی فرد ارزیابی روانی می‌شود ولی از DSM یا ICD استفاده نمی‌شود و در پایان به جای تشخیص‌گذاری به فرد گفته می‌شود که مشکلات تو ناشی از این موضوع است و ما با یک برنامه اصلاحی می‌خواهیم این مشکلات را برطرف کنیم. در این حالت فرد به جای اینکه احساس کند در حال درمان است احساس می‌نماید که در حال آموزش است. به‌عنوان نمونه به جای تشخیص اختلال روانی در فرد به فرد گفته می‌شود که مشکلات شما ناشی از کم بودن مهارت‌های بین فردی است و ما با یک برنامه می‌خواهیم مهارت‌های سن فردی شما را افزایش دهیم.

سؤال: چرا با وجود فواید روش تشخیص‌گذاری که ذکر شد برخی از روان‌شناسان و روان‌پزشکان ترجیح می‌دهند از فرمول‌بندی موردی استفاده نمایند؟

(۱) دلیل اول این است که برخی از روان‌شناسان به کارآمدی DSM یا ICD باور ندارند. یعنی

بیان می‌دارند که در DSM یا ICD برخی موارد جزئی اختلال روانی تلقی شده و دارای کد است که می‌توان آنها را تشخیص‌گذاری کرد و برخی از مشکلات روانی جدی از قلم افتاده است. شاهد این ادعا افرادی هستند مشکلات جدی دارند ولی هیچ اختلال روانی جدی هم که توجیه‌کننده این مشکلات جدی باشد قابل تشخیص‌گذاری نیست.

۲ دلیل راجع
فرمول‌بندی
موردی

(۲) دلیل اصلی استفاده از فرمول‌بندی موردی پدیده‌ای به نام «استیگما» است. استیگما به

معنی لکه ننگ یا انگ است. هنوز در اکثر جوامع روانی یک فحش تلقی می‌گردد و این استیگما گاه به قدری پررنگ است که به برخی از افراد حتی نمی‌توان برچسب مرسوم‌ترین اختلالات روانی نظیر افسردگی را زد، و در پاسخ به این مورد که به نظر می‌رسد افسرده شده‌اید ممکن است این پاسخ شنیده شود که دیوانه خودتی!

چون در فرمول‌بندی موردی برچسب اختلال روانی به فرد زده نمی‌شود و درمانگر مدعی درمان نیست و فرد این احساس را دارد که در حال آموزش است. لذا در فرمول‌بندی موردی استیگما کم‌رنگ می‌شود. استیگما مرسوم‌ترین موردی است که در فرمول‌بندی موردی اختلال را در

استیگما پدیده‌ای مهم است و یکی از وظایف روان‌شناسان در جامعه کم‌رنگ کردن تدریجی این استیگما است. زیرا تا زمانی که این استیگما پررنگ است، افراد برای درمان اختلال روانی خود مراجعه نمی‌نمایند و اگر توسط اطرافیان خود آورده شوند تن به درمان نمی‌دهند. همین استیگما باعث می‌شود که فرد نسبت به اختلال روانی خود «بینشی» پیدا نکند بینش بیان‌گر میزان وقوف و آگاهی فرد به اختلال روانی فرد است. اگر فرد بینشی کامل داشته باشد به این معنی است که به

داشتن اختلال روانی خود واقف است و علل واقعی آن را نیز می‌پذیرد/ بینش نسبی بیانگر این موضوع است که فرد تا حدودی به اختلال روانی خود واقف است هرچند از ابعاد کامل آن آگاه نیست و مهم‌تر اینکه علل واقعی اختلال خود را نمی‌پذیرد و در مورد علل آن فرافکنی می‌نماید. یعنی قبول دارد که رفتارش طبیعی نبوده ولی به‌عنوان نمونه بیان می‌دارد که اطرافیان مقصر هستند و به فرد به قدری فشار آورده‌اند که این رفتار نابهنجار بروز نموده است. اگر فرد فاقد بینش باشد اصلاً از اختلال خود آگاه نیست.

مثلاً افراد مبتلا به اختلالات شخصیت بر این باور هستند که بهترین روش فکر کردن و عمل کردن همانی است که خودشان دارند، (اصطلاحاً گفته می‌شود اختلالات شخصیت همسان با الگو هستند). این فقدان بینش باعث می‌شود اکثراً افراد مبتلا به اختلال شخصیت تن به درمان ندهند و برای درمان مراجعه ننمایند. علل: همساز (درمان‌ناپذیر) / فقدان بینش است

استیگما به واسطه اینکه باعث می‌شود فرد نسبت به اختلالات روانی خود بینش نیابد روی پیش‌آگهی (پراگنوز) اختلال روانی اثر می‌گذارد.

پیش‌آگهی یا پراگنوز/ بیانگر پیش‌بینی ما از روند بهبودی اختلال روانی یا روند بهبودی فرد است. وقتی گفته می‌شود که پیش‌آگهی این فرد یا این اختلال روانی خوب است به این معنی است که این فرد در آینده نزدیک بهبود نسبتاً مناسبی را تجربه خواهد کرد و بالعکس وقتی گفته می‌شود پیش‌آگهی این اختلال یا فرد بد است به این معنی است که در آینده نزدیک روند بهبودی مناسبی وجود نخواهد داشت و حتی ممکن است اختلال روانی تشدید نیز گردد. با توجه به اینکه در اکثر اختلالات روانی تشخیص و درمان به‌موقع باعث بهبود پیش‌آگهی (پراگنوز) اختلال روانی می‌شود. می‌توان بیان داشت که داشتن بینش کامل در تعیین پیش‌آگهی اختلالات روانی مؤثر است. در تئوری اصطلاح مورد (۱) (زبول در (۲) (۳) (۴) (۵) (۶) (۷) (۸) (۹) (۱۰) (۱۱) (۱۲) (۱۳) (۱۴) (۱۵) (۱۶) (۱۷) (۱۸) (۱۹) (۲۰) (۲۱) (۲۲) (۲۳) (۲۴) (۲۵) (۲۶) (۲۷) (۲۸) (۲۹) (۳۰) (۳۱) (۳۲) (۳۳) (۳۴) (۳۵) (۳۶) (۳۷) (۳۸) (۳۹) (۴۰) (۴۱) (۴۲) (۴۳) (۴۴) (۴۵) (۴۶) (۴۷) (۴۸) (۴۹) (۵۰) (۵۱) (۵۲) (۵۳) (۵۴) (۵۵) (۵۶) (۵۷) (۵۸) (۵۹) (۶۰) (۶۱) (۶۲) (۶۳) (۶۴) (۶۵) (۶۶) (۶۷) (۶۸) (۶۹) (۷۰) (۷۱) (۷۲) (۷۳) (۷۴) (۷۵) (۷۶) (۷۷) (۷۸) (۷۹) (۸۰) (۸۱) (۸۲) (۸۳) (۸۴) (۸۵) (۸۶) (۸۷) (۸۸) (۸۹) (۹۰) (۹۱) (۹۲) (۹۳) (۹۴) (۹۵) (۹۶) (۹۷) (۹۸) (۹۹) (۱۰۰) (۱۰۱) (۱۰۲) (۱۰۳) (۱۰۴) (۱۰۵) (۱۰۶) (۱۰۷) (۱۰۸) (۱۰۹) (۱۱۰) (۱۱۱) (۱۱۲) (۱۱۳) (۱۱۴) (۱۱۵) (۱۱۶) (۱۱۷) (۱۱۸) (۱۱۹) (۱۲۰) (۱۲۱) (۱۲۲) (۱۲۳) (۱۲۴) (۱۲۵) (۱۲۶) (۱۲۷) (۱۲۸) (۱۲۹) (۱۳۰) (۱۳۱) (۱۳۲) (۱۳۳) (۱۳۴) (۱۳۵) (۱۳۶) (۱۳۷) (۱۳۸) (۱۳۹) (۱۴۰) (۱۴۱) (۱۴۲) (۱۴۳) (۱۴۴) (۱۴۵) (۱۴۶) (۱۴۷) (۱۴۸) (۱۴۹) (۱۵۰) (۱۵۱) (۱۵۲) (۱۵۳) (۱۵۴) (۱۵۵) (۱۵۶) (۱۵۷) (۱۵۸) (۱۵۹) (۱۶۰) (۱۶۱) (۱۶۲) (۱۶۳) (۱۶۴) (۱۶۵) (۱۶۶) (۱۶۷) (۱۶۸) (۱۶۹) (۱۷۰) (۱۷۱) (۱۷۲) (۱۷۳) (۱۷۴) (۱۷۵) (۱۷۶) (۱۷۷) (۱۷۸) (۱۷۹) (۱۸۰) (۱۸۱) (۱۸۲) (۱۸۳) (۱۸۴) (۱۸۵) (۱۸۶) (۱۸۷) (۱۸۸) (۱۸۹) (۱۹۰) (۱۹۱) (۱۹۲) (۱۹۳) (۱۹۴) (۱۹۵) (۱۹۶) (۱۹۷) (۱۹۸) (۱۹۹) (۲۰۰) (۲۰۱) (۲۰۲) (۲۰۳) (۲۰۴) (۲۰۵) (۲۰۶) (۲۰۷) (۲۰۸) (۲۰۹) (۲۱۰) (۲۱۱) (۲۱۲) (۲۱۳) (۲۱۴) (۲۱۵) (۲۱۶) (۲۱۷) (۲۱۸) (۲۱۹) (۲۲۰) (۲۲۱) (۲۲۲) (۲۲۳) (۲۲۴) (۲۲۵) (۲۲۶) (۲۲۷) (۲۲۸) (۲۲۹) (۲۳۰) (۲۳۱) (۲۳۲) (۲۳۳) (۲۳۴) (۲۳۵) (۲۳۶) (۲۳۷) (۲۳۸) (۲۳۹) (۲۴۰) (۲۴۱) (۲۴۲) (۲۴۳) (۲۴۴) (۲۴۵) (۲۴۶) (۲۴۷) (۲۴۸) (۲۴۹) (۲۵۰) (۲۵۱) (۲۵۲) (۲۵۳) (۲۵۴) (۲۵۵) (۲۵۶) (۲۵۷) (۲۵۸) (۲۵۹) (۲۶۰) (۲۶۱) (۲۶۲) (۲۶۳) (۲۶۴) (۲۶۵) (۲۶۶) (۲۶۷) (۲۶۸) (۲۶۹) (۲۷۰) (۲۷۱) (۲۷۲) (۲۷۳) (۲۷۴) (۲۷۵) (۲۷۶) (۲۷۷) (۲۷۸) (۲۷۹) (۲۸۰) (۲۸۱) (۲۸۲) (۲۸۳) (۲۸۴) (۲۸۵) (۲۸۶) (۲۸۷) (۲۸۸) (۲۸۹) (۲۹۰) (۲۹۱) (۲۹۲) (۲۹۳) (۲۹۴) (۲۹۵) (۲۹۶) (۲۹۷) (۲۹۸) (۲۹۹) (۳۰۰) (۳۰۱) (۳۰۲) (۳۰۳) (۳۰۴) (۳۰۵) (۳۰۶) (۳۰۷) (۳۰۸) (۳۰۹) (۳۱۰) (۳۱۱) (۳۱۲) (۳۱۳) (۳۱۴) (۳۱۵) (۳۱۶) (۳۱۷) (۳۱۸) (۳۱۹) (۳۲۰) (۳۲۱) (۳۲۲) (۳۲۳) (۳۲۴) (۳۲۵) (۳۲۶) (۳۲۷) (۳۲۸) (۳۲۹) (۳۳۰) (۳۳۱) (۳۳۲) (۳۳۳) (۳۳۴) (۳۳۵) (۳۳۶) (۳۳۷) (۳۳۸) (۳۳۹) (۳۴۰) (۳۴۱) (۳۴۲) (۳۴۳) (۳۴۴) (۳۴۵) (۳۴۶) (۳۴۷) (۳۴۸) (۳۴۹) (۳۵۰) (۳۵۱) (۳۵۲) (۳۵۳) (۳۵۴) (۳۵۵) (۳۵۶) (۳۵۷) (۳۵۸) (۳۵۹) (۳۶۰) (۳۶۱) (۳۶۲) (۳۶۳) (۳۶۴) (۳۶۵) (۳۶۶) (۳۶۷) (۳۶۸) (۳۶۹) (۳۷۰) (۳۷۱) (۳۷۲) (۳۷۳) (۳۷۴) (۳۷۵) (۳۷۶) (۳۷۷) (۳۷۸) (۳۷۹) (۳۸۰) (۳۸۱) (۳۸۲) (۳۸۳) (۳۸۴) (۳۸۵) (۳۸۶) (۳۸۷) (۳۸۸) (۳۸۹) (۳۹۰) (۳۹۱) (۳۹۲) (۳۹۳) (۳۹۴) (۳۹۵) (۳۹۶) (۳۹۷) (۳۹۸) (۳۹۹) (۴۰۰) (۴۰۱) (۴۰۲) (۴۰۳) (۴۰۴) (۴۰۵) (۴۰۶) (۴۰۷) (۴۰۸) (۴۰۹) (۴۱۰) (۴۱۱) (۴۱۲) (۴۱۳) (۴۱۴) (۴۱۵) (۴۱۶) (۴۱۷) (۴۱۸) (۴۱۹) (۴۲۰) (۴۲۱) (۴۲۲) (۴۲۳) (۴۲۴) (۴۲۵) (۴۲۶) (۴۲۷) (۴۲۸) (۴۲۹) (۴۳۰) (۴۳۱) (۴۳۲) (۴۳۳) (۴۳۴) (۴۳۵) (۴۳۶) (۴۳۷) (۴۳۸) (۴۳۹) (۴۴۰) (۴۴۱) (۴۴۲) (۴۴۳) (۴۴۴) (۴۴۵) (۴۴۶) (۴۴۷) (۴۴۸) (۴۴۹) (۴۵۰) (۴۵۱) (۴۵۲) (۴۵۳) (۴۵۴) (۴۵۵) (۴۵۶) (۴۵۷) (۴۵۸) (۴۵۹) (۴۶۰) (۴۶۱) (۴۶۲) (۴۶۳) (۴۶۴) (۴۶۵) (۴۶۶) (۴۶۷) (۴۶۸) (۴۶۹) (۴۷۰) (۴۷۱) (۴۷۲) (۴۷۳) (۴۷۴) (۴۷۵) (۴۷۶) (۴۷۷) (۴۷۸) (۴۷۹) (۴۸۰) (۴۸۱) (۴۸۲) (۴۸۳) (۴۸۴) (۴۸۵) (۴۸۶) (۴۸۷) (۴۸۸) (۴۸۹) (۴۹۰) (۴۹۱) (۴۹۲) (۴۹۳) (۴۹۴) (۴۹۵) (۴۹۶) (۴۹۷) (۴۹۸) (۴۹۹) (۵۰۰) (۵۰۱) (۵۰۲) (۵۰۳) (۵۰۴) (۵۰۵) (۵۰۶) (۵۰۷) (۵۰۸) (۵۰۹) (۵۱۰) (۵۱۱) (۵۱۲) (۵۱۳) (۵۱۴) (۵۱۵) (۵۱۶) (۵۱۷) (۵۱۸) (۵۱۹) (۵۲۰) (۵۲۱) (۵۲۲) (۵۲۳) (۵۲۴) (۵۲۵) (۵۲۶) (۵۲۷) (۵۲۸) (۵۲۹) (۵۳۰) (۵۳۱) (۵۳۲) (۵۳۳) (۵۳۴) (۵۳۵) (۵۳۶) (۵۳۷) (۵۳۸) (۵۳۹) (۵۴۰) (۵۴۱) (۵۴۲) (۵۴۳) (۵۴۴) (۵۴۵) (۵۴۶) (۵۴۷) (۵۴۸) (۵۴۹) (۵۵۰) (۵۵۱) (۵۵۲) (۵۵۳) (۵۵۴) (۵۵۵) (۵۵۶) (۵۵۷) (۵۵۸) (۵۵۹) (۵۶۰) (۵۶۱) (۵۶۲) (۵۶۳) (۵۶۴) (۵۶۵) (۵۶۶) (۵۶۷) (۵۶۸) (۵۶۹) (۵۷۰) (۵۷۱) (۵۷۲) (۵۷۳) (۵۷۴) (۵۷۵) (۵۷۶) (۵۷۷) (۵۷۸) (۵۷۹) (۵۸۰) (۵۸۱) (۵۸۲) (۵۸۳) (۵۸۴) (۵۸۵) (۵۸۶) (۵۸۷) (۵۸۸) (۵۸۹) (۵۹۰) (۵۹۱) (۵۹۲) (۵۹۳) (۵۹۴) (۵۹۵) (۵۹۶) (۵۹۷) (۵۹۸) (۵۹۹) (۶۰۰) (۶۰۱) (۶۰۲) (۶۰۳) (۶۰۴) (۶۰۵) (۶۰۶) (۶۰۷) (۶۰۸) (۶۰۹) (۶۱۰) (۶۱۱) (۶۱۲) (۶۱۳) (۶۱۴) (۶۱۵) (۶۱۶) (۶۱۷) (۶۱۸) (۶۱۹) (۶۲۰) (۶۲۱) (۶۲۲) (۶۲۳) (۶۲۴) (۶۲۵) (۶۲۶) (۶۲۷) (۶۲۸) (۶۲۹) (۶۳۰) (۶۳۱) (۶۳۲) (۶۳۳) (۶۳۴) (۶۳۵) (۶۳۶) (۶۳۷) (۶۳۸) (۶۳۹) (۶۴۰) (۶۴۱) (۶۴۲) (۶۴۳) (۶۴۴) (۶۴۵) (۶۴۶) (۶۴۷) (۶۴۸) (۶۴۹) (۶۵۰) (۶۵۱) (۶۵۲) (۶۵۳) (۶۵۴) (۶۵۵) (۶۵۶) (۶۵۷) (۶۵۸) (۶۵۹) (۶۶۰) (۶۶۱) (۶۶۲) (۶۶۳) (۶۶۴) (۶۶۵) (۶۶۶) (۶۶۷) (۶۶۸) (۶۶۹) (۶۷۰) (۶۷۱) (۶۷۲) (۶۷۳) (۶۷۴) (۶۷۵) (۶۷۶) (۶۷۷) (۶۷۸) (۶۷۹) (۶۸۰) (۶۸۱) (۶۸۲) (۶۸۳) (۶۸۴) (۶۸۵) (۶۸۶) (۶۸۷) (۶۸۸) (۶۸۹) (۶۹۰) (۶۹۱) (۶۹۲) (۶۹۳) (۶۹۴) (۶۹۵) (۶۹۶) (۶۹۷) (۶۹۸) (۶۹۹) (۷۰۰) (۷۰۱) (۷۰۲) (۷۰۳) (۷۰۴) (۷۰۵) (۷۰۶) (۷۰۷) (۷۰۸) (۷۰۹) (۷۱۰) (۷۱۱) (۷۱۲) (۷۱۳) (۷۱۴) (۷۱۵) (۷۱۶) (۷۱۷) (۷۱۸) (۷۱۹) (۷۲۰) (۷۲۱) (۷۲۲) (۷۲۳) (۷۲۴) (۷۲۵) (۷۲۶) (۷۲۷) (۷۲۸) (۷۲۹) (۷۳۰) (۷۳۱) (۷۳۲) (۷۳۳) (۷۳۴) (۷۳۵) (۷۳۶) (۷۳۷) (۷۳۸) (۷۳۹) (۷۴۰) (۷۴۱) (۷۴۲) (۷۴۳) (۷۴۴) (۷۴۵) (۷۴۶) (۷۴۷) (۷۴۸) (۷۴۹) (۷۵۰) (۷۵۱) (۷۵۲) (۷۵۳) (۷۵۴) (۷۵۵) (۷۵۶) (۷۵۷) (۷۵۸) (۷۵۹) (۷۶۰) (۷۶۱) (۷۶۲) (۷۶۳) (۷۶۴) (۷۶۵) (۷۶۶) (۷۶۷) (۷۶۸) (۷۶۹) (۷۷۰) (۷۷۱) (۷۷۲) (۷۷۳) (۷۷۴) (۷۷۵) (۷۷۶) (۷۷۷) (۷۷۸) (۷۷۹) (۷۸۰) (۷۸۱) (۷۸۲) (۷۸۳) (۷۸۴) (۷۸۵) (۷۸۶) (۷۸۷) (۷۸۸) (۷۸۹) (۷۹۰) (۷۹۱) (۷۹۲) (۷۹۳) (۷۹۴) (۷۹۵) (۷۹۶) (۷۹۷) (۷۹۸) (۷۹۹) (۸۰۰) (۸۰۱) (۸۰۲) (۸۰۳) (۸۰۴) (۸۰۵) (۸۰۶) (۸۰۷) (۸۰۸) (۸۰۹) (۸۱۰) (۸۱۱) (۸۱۲) (۸۱۳) (۸۱۴) (۸۱۵) (۸۱۶) (۸۱۷) (۸۱۸) (۸۱۹) (۸۲۰) (۸۲۱) (۸۲۲) (۸۲۳) (۸۲۴) (۸۲۵) (۸۲۶) (۸۲۷) (۸۲۸) (۸۲۹) (۸۳۰) (۸۳۱) (۸۳۲) (۸۳۳) (۸۳۴) (۸۳۵) (۸۳۶) (۸۳۷) (۸۳۸) (۸۳۹) (۸۴۰) (۸۴۱) (۸۴۲) (۸۴۳) (۸۴۴) (۸۴۵) (۸۴۶) (۸۴۷) (۸۴۸) (۸۴۹) (۸۵۰) (۸۵۱) (۸۵۲) (۸۵۳) (۸۵۴) (۸۵۵) (۸۵۶) (۸۵۷) (۸۵۸) (۸۵۹) (۸۶۰) (۸۶۱) (۸۶۲) (۸۶۳) (۸۶۴) (۸۶۵) (۸۶۶) (۸۶۷) (۸۶۸) (۸۶۹) (۸۷۰) (۸۷۱) (۸۷۲) (۸۷۳) (۸۷۴) (۸۷۵) (۸۷۶) (۸۷۷) (۸۷۸) (۸۷۹) (۸۸۰) (۸۸۱) (۸۸۲) (۸۸۳) (۸۸۴) (۸۸۵) (۸۸۶) (۸۸۷) (۸۸۸) (۸۸۹) (۸۹۰) (۸۹۱) (۸۹۲) (۸۹۳) (۸۹۴) (۸۹۵) (۸۹۶) (۸۹۷) (۸۹۸) (۸۹۹) (۹۰۰) (۹۰۱) (۹۰۲) (۹۰۳) (۹۰۴) (۹۰۵) (۹۰۶) (۹۰۷) (۹۰۸) (۹۰۹) (۹۱۰) (۹۱۱) (۹۱۲) (۹۱۳) (۹۱۴) (۹۱۵) (۹۱۶) (۹۱۷) (۹۱۸) (۹۱۹) (۹۲۰) (۹۲۱) (۹۲۲) (۹۲۳) (۹۲۴) (۹۲۵) (۹۲۶) (۹۲۷) (۹۲۸) (۹۲۹) (۹۳۰) (۹۳۱) (۹۳۲) (۹۳۳) (۹۳۴) (۹۳۵) (۹۳۶) (۹۳۷) (۹۳۸) (۹۳۹) (۹۴۰) (۹۴۱) (۹۴۲) (۹۴۳) (۹۴۴) (۹۴۵) (۹۴۶) (۹۴۷) (۹۴۸) (۹۴۹) (۹۵۰) (۹۵۱) (۹۵۲) (۹۵۳) (۹۵۴) (۹۵۵) (۹۵۶) (۹۵۷) (۹۵۸) (۹۵۹) (۹۶۰) (۹۶۱) (۹۶۲) (۹۶۳) (۹۶۴) (۹۶۵) (۹۶۶) (۹۶۷) (۹۶۸) (۹۶۹) (۹۷۰) (۹۷۱) (۹۷۲) (۹۷۳) (۹۷۴) (۹۷۵) (۹۷۶) (۹۷۷) (۹۷۸) (۹۷۹) (۹۸۰) (۹۸۱) (۹۸۲) (۹۸۳) (۹۸۴) (۹۸۵) (۹۸۶) (۹۸۷) (۹۸۸) (۹۸۹) (۹۹۰) (۹۹۱) (۹۹۲) (۹۹۳) (۹۹۴) (۹۹۵) (۹۹۶) (۹۹۷) (۹۹۸) (۹۹۹) (۱۰۰۰)

تفاوت مطالعه موردی و تشخیص

در روش تشخیص‌گذاری، روان‌شناس یا روان‌پزشک از ملاک‌های بین‌المللی تشخیص اختلالات روانی نظیر DSM و ICD استفاده می‌کند. ولی در فرمول‌بندی موردی از ملاک‌های بین‌المللی تشخیص اختلالات روانی استفاده نمی‌شود.

در فرمول‌بندی موردی، ارزیابی روانی انجام می‌شود ولی به فرد برچسب بیماری زده نمی‌شود و به جای گفتن اینکه شخص دارای این اختلال روانی است و بایستی تحت این درمان قرار گیرد، گفته می‌شود، ما بررسی انجام داده‌ایم، مشکلات اصلی شما ناشی از این موضوع (مثلاً نداشتن مهارت‌های بین فردی) است و ما یک برنامه اصلاحی مخصوص شما تدوین کرده‌ایم تا طی چند جلسه، مهارت‌های بین فردی شما را بالا ببریم. ۵۴

ابزارهای مورد استفاده برای ارزیابی روانی یا سنجش روانی عبارت‌اند از:

(۱) مصاحبه

(۲) آزمون‌های روانی

(۳) آزمون‌های نورولوژیک یا نوروسایکولوژیک

روش‌های تصویربرداری

(۴) آزمون‌های بیولوژیک: }
آزمون‌های سایکوفیزیولوژیک (ثبت‌های الکتریکی)

(۵) مشاهده

۱- مصاحبه

مصاحبه معمولاً اولین ابزار ارزیابی که هنگام مواجهه درمان‌جو با درمانگر به کار گرفته می‌شود. هدف اصلی مصاحبه این است که فرد خود واقعی را در آن بیشتر بروز بدهد. لذا مصاحبه موفق مصاحبه‌ای است که فرد اطلاعات بیشتری در مورد اختلال روانی خود بروز دهد تا از این اطلاعات برای تشخیص‌گذاری یا فرمول‌بندی موردی بتوان استفاده نمود. مصاحبه می‌تواند ساخت‌دار یا بدون ساخت باشد. در مصاحبه ساخت‌دار سؤالات مصاحبه به ترتیب سؤالات و نحوه پرسیدن از قبل تعیین شده است. ولی در مورد مصاحبه بدون ساخت درمانگر برحسب مکتب غالبی که به آن اعتقاد دارد و نوع مشکل یا اختلال فرد سؤالاتی را از فرد می‌پرسد. هم مکتب درمانگر و هم نوع اختلال مهم است. به عنوان نمونه اگر درمانگر دارای دیدگاه روان‌تحلیل‌گری باشد چون معتقد است که ریشه مشکل در تعارضات بنیادی است که در گذشته فرد رخ داده هنگام مصاحبه به مانند یک باستان‌شناس عمل می‌نماید و دنبال تعارضات بنیادی است که در گذشته فرد رخ داده و واپس‌رانی شده و به صورت اختلالات روانی مختلف بروز کرده است. درحالی‌که درمانگر اگر دیدگاه شناختی یا رفتاری داشته باشد سؤالات مصاحبه به گونه‌ای پرسیده می‌شوند که رفتارهای ناسازگارانه فعلی یا افکار نامناسب فعلی فرد آشکار گردد.

مصاحبه ساخت‌دار یک برتری نسبت به مصاحبه بدون ساخت دارد و آن اینکه پایایی مرحله کسب اطلاعات در مصاحبه ساخت‌دار بالاتر است زیرا سؤالات از قبل مشخص است، لذا اگر مصاحبه توسط افراد مختلف روی یک فرد انجام گیرد اطلاعاتی که به دست می‌آید تقریباً یکسان است، ولی در مصاحبه بدون ساخت چون سؤالات از قبل تعیین شده نیست، با عوض شدن مصاحبه‌کننده به‌ویژه اگر مکتب افراد مصاحبه‌کننده متفاوت باشد، اطلاعاتی که به دست می‌آید کاملاً می‌تواند متفاوت باشد.

در مصاحبه ساخت‌دار گاهی پاسخ فرد به یک سؤال تعیین می‌کند که سؤال بعدی چه باشد به عنوان نمونه مصاحبه سؤالی دارد با این محتوا که آیا تاکنون توهم را تجربه کرده‌اید؟ مسلماً اگر پاسخ این فرد به این سؤال بله یا خیر باشد سؤال بعدی بایستی متفاوت پرسیده شود و به عنوان نمونه اگر فرد به این سؤال پاسخ خیر داده پرسیدن سؤالی نظیر اینکه در چه زمان‌هایی توهم را تجربه می‌نماید درست نیست. این سؤال برای کسی است که به سؤال آیا توهم را تجربه کرده‌اید پاسخ بله داده است. سؤالات مصاحبه می‌توان باز پاسخ یا بسته پاسخ باشد. سؤال باز پاسخ سؤالی است که پاسخ آن را نمی‌توان با بله و خیر یا پاسخ خیلی کوتاه داد و سؤال بسته پاسخ سؤالی است که می‌توان به آن با بله و خیر یا پاسخ کوتاه پاسخ داد.

۲- آزمون‌های روانی: رایج‌ترین استانداردها در آزمون‌های روانی

آزمون‌های روانی رایج‌ترین ابزار برای سنجش روانی هستند و بسیار استانداردتر از مصاحبه‌های بالینی هستند. آزمون‌های روانی روش‌هایی استاندارد برای جمع‌آوری اطلاعات در مورد افراد هستند که معمولاً به صورت پرسشنامه در اختیار روان‌شناسان قرار می‌گیرد. نمره‌گذاری بسیاری از آزمون‌ها با مقیاس لیکرت انجام می‌گیرد. در مقیاس لیکرت، درمان‌جو نشان می‌دهد که تا چه حد با هر یک از جملات موافق است.

مهم‌ترین آزمون‌های روانی عبارت‌اند از:

اگر مصاحبه مرسوم‌ترین ابزار ارزیابی روانی است، آزمون‌های روانی استانداردترین ابزارهای ارزیابی روانی هستند. خرید و فروش آزمون‌های روانی آزاد نیست و ابزار فقط می‌بایست در اختیار روان‌شناسان و روان‌پزشکان باشد چراکه دسترسی آزاد به آزمون‌ها باعث از بین رفتن کارایی آزمون‌ها می‌گردد. تصور کنید اگر عموم مردم به آزمون‌های هوش دسترسی داشته باشند، می‌توانند پاسخ سؤالات را به خاطر سپرده و نمره خیلی بالایی در آزمون هوش مورد نظر به دست آورند، درحالی که واقعیت چیزی دیگری است.

مهم‌ترین آزمون‌های روانی عبارت‌اند از:

- ۱- آزمون‌های شخصیت نظیر MMPI (پرسشنامه چندجانبه شخصیت مینه‌سوتا) و NEO
- ۲- آزمون‌های هوش نظیر استنفورد-بینه، وکسلر، ریون، اواکی کوهز ویژه نابینایان، لایتر ویژه ناشنوایان
- ۳- آزمون‌های فرافکن نظیر لکه‌های جوهر رورشاخ، اندریافت موضوع و تست تکمیل جملات

۴- آزمون‌های روانی اختصاصی که برای سنجش یک پارامتر خاص هستند نظیر پرسشنامه اضطراب حالت- صفت (STAI) برای سنجش اضطراب، پرسشنامه وسواس فکری و عملی بک که برای وسواس فکری- عملی مورد استفاده قرار می‌گیرد و ...

همه ابزارهای سنجش از جمله آزمون‌های روانی می‌بایست سه ویژگی اصلی زیر را داشته باشند

۱- پایایی (reliability)، ۲- روایی یا اعتبار (validity)، ۳- استانداردسازی

منظور از پایایی این است که اگر افراد مختلف این ابزار سنجش را روی یک فرد به کار ببرند، نتایج به دست آمده باید یکسان باشد (پایایی میان ارزیاب‌ها) یا اینکه اگر این ابزار سنجش در زمان‌های مختلف روی یک فرد انجام گیرد نتیجه یکسانی به دست آید (پایایی آزمون- بازآزمون) ابزاری که پایایی ندارد اصلاً ابزار سنجش نیست لذا اصلاً دیگر بحث روایی ابزار مطرح نمی‌شود. به بیان دیگر پایایی شرط لازم برای روایی یا اعتبار است ولی شرط کافی نیست. آزمونی که روایی دارد حتماً پایایی دارد ولی آزمونی که پایایی دارد لزوماً روایی ندارد منظور از روایی یا اعتبار این است که آیا آزمون همان چیزی را که مدعی است می‌سنجد را می‌تواند بسنجد یا نه مثلاً اگر یک آزمون اضطراب روایی داشته باشد به این معنی است که این آزمون واقعاً می‌تواند اضطراب را بسنجد. *یا مثلاً اگر یک آزمون هوش را*

منظور از استاندارد کردن (به فرم درآوردن یا هنجار کردن) این است که بعد از ترجمه یک ابزار سنجش نظیر یک آزمون آن آزمون می‌بایست بومی‌سازی گردد. مثلاً ممکن است آزمون هوش در کشوری طراحی شده باشد که یک میوه به قدری فراوان است که انتظار می‌رود حتی کودک نیز این میوه را بشناسد و نام ببرد اگر این آزمون می‌خواهد در کشوری به کار رود که آن میوه وجود ندارد می‌بایست به جای آن میوه، میوه دیگری قرار گیرد که در آن کشور جدید به همان اندازه زیاد باشد.

نیم رخ دور
آزمون شخصیت MMPI
نیم رخ دور

رایج‌ترین پرسشنامه‌ای است که نیم‌رخ از شخصیت و مشکلات روانی آزمودنی ارائه می‌دهد. آزمون شخصیت MMPI دارای ده پارامتر بالینی و چهار پارامتر اعتباریابی (روایی سنجی) است. آزمون MMPI بعد از ابداع به روزرسانی شد و آزمون MMPI-2 که دارای ۵۶۷ سؤال بود ایجاد شد. ولی به دلیل تعداد زیاد سؤالات در MMPI-2 در سال ۲۰۰۳ نسخه جدید و بازبینی شده آزمون MMPI به نام MMPI-2-RF ایجاد شد که فقط ۳۳۸ سؤال داشت.

ده پارامتر بالینی آزمون MMPI عبارت‌اند از:

۱. Hs خودبیمارانگاری -	۶. Pa پارانویا
۲. D افسردگی	۷. Pt ضعف روانی
۳. Hy هیستری	۸. Sc اسکیزوفرنی
۴. Pd انحراف اجتماعی (ضدا اجتماعی بودن یا سایکوپاتی)	۹. Ma مانیا
۵. MF زنانگی و مردانگی	۱۰. Si درون گرایی اجتماعی

در هر کدام از این پارامترهای بالینی اگر نمره فرد بالای ۷۰ باشد، آن پارامتر بالینی در حد اختلال روانی است به عنوان نمونه اگر در پارامتر ضدا اجتماعی نمره فرد بالای ۷۰ باشد فرد دارای اختلال شخصیت ضدا اجتماعی است اگر نمره فرد بالا باشد ولی زیر ۷۰ باشد گفته می‌شود که فرد دارای رگه ضدا اجتماعی است ولی این رگه یا ویژگی هنوز به حد اختلال نرسیده است.

علاوه بر ۱۰ ویژگی بالینی که در MMPI وجود دارد، آزمون شخصیت MMPI دارای ۴ پارامتر اعتباریابی دارد. این چهار پارامتر K، L، F و علامت سؤال (?) هستند. این چهار پارامتر اعتباریابی نشان می‌دهند که نتیجه‌ای که از آزمون MMPI به دست آمده تا چه حد معتبر و قابل استناد است. K به کرم؟ یعنی از نظر؟ یعنی در حالت تدافعی در

K نشان دهنده تدافعی عمل کردن فرد است منظور از تدافعی بودن این است که فرد به گونه‌ای به سؤالات آزمون پاسخ داده که برخی از ویژگی‌های وی مخفی بماند.

L شاخص دروغ گویی یا وانمود خوب بودن است، بالا بودن نمره L نشان می‌دهد که فرد به گونه‌ای به سؤالات جواب داده است که یک چهره آرمانی و فرا انسانی از خود تصویر کرده است به گونه‌ای که در دنیای واقع هیچ انسانی نمی‌تواند این گونه عمل نماید. L به شاخص دروغ گو

F می‌تواند بیانگر بی دقتی و حواس پرتی یا تمارض فرد باشد، یا فرد دقت لازم را در پاسخ به سؤالات را نداشته است به گونه‌ای که پاسخی که به سؤالات موازی آزمون داده با هم همخوان نیست یا اینکه فرد اقصدا تمارض داشته و از عدم به سؤالات به گونه‌ای جواب داده که نشان دهد حالش به قدری بد است که حتی قادر نیست سؤالات را بخواند و منظور سؤال را متوجه شود. علامت؟ نیز به معنی این است که فرد به تعداد زیادی از سؤالات پاسخ نداده و در مقابل انجام آزمون مقاومت می‌نماید. علامت سؤال؟ به معنی دروغ گو یا تمارض است یا عدم درک

اگر نمره فرد در هر کدام از پارامترهای اعتباریابی یعنی K، L، F و علامت سؤال (?) بالا باشد به معنی این است که خروجی آزمون معتبر و قابل استناد نیست.

وقتی که ۱۰ پارامتر بالینی و ۴ پارامتر ارزشیابی (اعتباری) در آزمون MMPI وجود دارد، بدین معنی است که می‌توان برای این آزمون نیم رخ نیز رسم کرد. رسم نیم رخ بدین شکل است که

محوری را با اعداد از صفر تا ۱۰۰ رسم کرده و برای هر پارامتر نمره مورد نظر را نقطه‌گذاری می‌کنیم. سپس با وصل کردن نقطه‌ها به یکدیگر نیم‌رخ روایی فرد را خواهیم داشت. لازم به ذکر است که برای هر آزمونی که خرده‌آزمون داشته باشد، می‌توان نیم‌رخ رسم کرد.

علاوه بر آزمون شخصیت MMPI که معروف‌ترین آزمون شخصیت است، می‌توان از پرسشنامه شخصیت (NEO) نام برد. پرسشنامه شخصیت NEO معروف به NEO-PI-R توسط کوستا و مک‌کری (۱۹۹۲) ساخته شد. این پرسشنامه ۲۴۰ سؤال دارد و شخصیت را بر طبق پنج بعد یا مجموعه صفات ارزیابی می‌کند. مقیاس‌های آن عبارت‌اند از: روان‌رنجورخویی (N)، برون‌گرایی (E)، گشودگی به تجربه (O)، خوشایندی (A) و وظیفه‌شناسی (C).

آزمون‌های هوشی

آزمون‌های هوش با وجود فوایدی که دارند، دارای محدودیت‌هایی نیز هستند. اولین محدودیت آزمون‌های هوش این است که هوش یک سازه فرضی است و هوش به صورت عینی وجود ندارد. دومین ایراد آزمون‌های هوش این است که در ضریب‌های هوشی پایین و در طبقات اجتماعی و اقتصادی پایین دارای سوگیری است. سومین ایراد آزمون‌های هوش این است که ایستا هستند یعنی هوش فعلی را ثبت می‌نمایند و نمی‌توانند توانایی افراد در گذشته یا توانایی اکتساب مطالب در آینده را بسنجند. یکی از اولین آزمون هوش استاندارد توسط بینه طراحی شد. از بینه خواسته شود که آزمونی طراحی کند که بتواند دانش آموزانی که در مدرسه پیشرفت تحصیلی مناسب یا نامناسب خواهند داشت را پیش‌بینی کند. تا ظرفیت محدود مدارس به کسانی تعلق گیرد که واقعاً می‌توانند از این موقعیت تحصیلی بهره‌مند شوند. **ترمن فرمول IQ را ابداع کرد.** ترمن که یک آمریکایی بود تست هوش بینه را برای جامعه آمریکا استاندارد نمود به این ترتیب

تست هوش استنفورد-بینه شکل گرفت. ترمن همچنین فرمول ضریب هوش (IQ) را ابداع نمود.

$$\text{ضریب هوش} = \frac{\text{سن عقلی}}{\text{سن تقویمی}} \times 100$$

مشکل تست هوش بینه و به تبع آن تست هوش استنفورد-بینه این است که یک تست هوش به معنی واقع کلمه نیست و در واقع یک تست پیشرفت تحصیلی است. لذا نمی‌تواند کودکان تیزهوشی که در مدرسه پیشرفت-تحصیلی مناسبی نخواهند داشت را شناسایی کند. گویی تست هوش استنفورد-بینه فقط جنبه‌هایی از هوش را می‌سنجد که برای پیشرفت تحصیل ضرورت دارند و نسبت به جنبه‌های دیگر هوش بی‌تفاوت است.

✓ تست هوش وکسلر این مشکل را ندارد چون جنبه‌های مختلف هوش کلامی و غیرکلامی را می‌سنجد. باید توجه داشت که هوش یک پارامتر عینی و مادی نیست و یک سازه فرضی است. سازه

تست هوش و کسلر شامل ۳ فرم برای ارزیابی هوشی ۳ گروه سنی است که عبارتند از:

۱- مقیاس هوش بزرگسالان و کسلر - ویراست سوم (WAIS-III) ۱۹۹۷

۲- مقیاس هوش و کسلر برای کودکان - ویراست سوم (WISC-III) ۱۹۷۴

۳- مقیاس هوش و کسلر برای کودکان پیش از دبستان (WPPSI-R) ۱۹۷۳

آخرین نسخه تست هوش و کسلر بزرگسالان (WAIS) ویراست چهارم آن است که در سال ۲۰۰۸ استاندارد شده است. و کسلر روش هوش بهر انحرافی را مطرح کرد. هوش بهر انحرافی به این صورت محاسبه می شود که نمره فرد را تبدیل به نمره ای می کند که نشان می دهد آن نمره در مقایسه با نمرات افراد دیگر مشابه چقدر بالا یا پایین است. در سیستم و کسلر میانگین هوش بهر ۱۰۰ و انحراف معیار ۱۵ است. آزمون و کسلر به دو مقیاس کلی تقسیم می شود: کلامی و عملی

- مقیاس کلامی شامل ۶ خرده آزمون است: اطلاعات، درک و فهم، محاسبه، شباهت ها، گنجینه لغات و فراخنای ارقام. اصطلاح هوش کلامی در سیرت درم بیان می دهد (هوش بهر انحرافی و انحراف معیار ۱۵)
- مقیاس عملی شامل ۶ خرده آزمون است: تکمیل تصاویر، تنظیم تصاویر، الحاق قطعات، طراحی با مکعب ها، رمز گردانی و مازها.

آزمون های فرافکن (projective tests) بهر سیرت درم بیان می دهد (هوش بهر انحرافی و انحراف معیار ۱۵)

مهم ترین آزمون های فرافکن، آزمون لکه های جوهر رورشاخ، اندریافت موضوع و تست تکمیل جملات هستند. آزمون های فرافکن ریشه در مکتب روان تحلیل گری (سایکو دینامیک) دارند، بسیاری از متخصصان روان تحلیل گری معتقدند که زیر سطح آگاهی هشیار موضوعات ناهشیار قرار دارند. آزمون های فرافکن به منظور دستیابی به این موضوعات ناهشیار ساخته شده اند. آزمون فرافکن فنی است که به موجب آن، به آزمودنی ماده یا تکلیف مبهمی را ارائه می دهند و از او می خواهند با دادن معنی به آن، پاسخ دهد. اعتقاد بر این است که آزمودنی معانی ناهشیار را به ماده آزمون «فرافکنی می کند». فرض بر این است که پاسخ دهنده، خصوصیات را از شخصیت خود برملا می کند که از طریق فنون عینی یا آشکار نمی توان آنها را به دقت گزارش کرد. لذا آزمون های فرافکن نظیر لکه های جوهر رورشاخ- اندریافت موضوع و تست تکمیل جملات به ظاهر مبهم به نظر می رسند. آزمون های فرافکن بر اساس این فرض بنیان گذاری شده اند که افراد وقتی در مورد خودشان حرف می زنند فوق العاده تدافعی عمل می نمایند تا قضاوت منفی دیگران را باعث نشوند. ولی وقتی در مورد یک چیز دیگر نظیر تصاویر TAT یا لکه های جوهر حرف می زنند به تصور اینکه در مورد یک موضوع دیگر حرف می زنند دیگر تداخل عمل نمی نماید.

مشهورترین آزمون فرافکن، آزمون رورشاخ (Rorschach) است. این آزمون شامل ۱۰ کارت است که لکه‌های جوهر را نشان می‌دهد. نیمی از این کارت‌ها رنگی و نیم دیگر سیاه و سفید هستند. از آزمودنی خواسته می‌شود به هر لکه جوهر نگاه کند و بگوید این لکه شبیه چیست.

آزمون اندریافت موضوع (T. A. T) نیز یکی از مرسوم‌ترین آزمون‌های فرافکن است که توسط مورگان و موری به منظور آشکار ساختن نیازها طراحی شده‌اند. محرک‌های آزمون اندریافت موضوع (T. A. T) به جای لکه‌های جوهر، نقاشی‌های مرکب و عکس‌های سیاه و سفیدی هستند که افرادی را در موقعیت‌های مبهم نشان می‌دهند. پاسخ‌دهنده باید درباره آنچه در هر تصویر روی می‌دهد داستانی را نقل کند. آزمون TAT در آزمون‌های فرافکن به کار می‌رود

با وجود اینکه در سال‌های اخیر تلاش زیادی شده است آزمون‌های فرافکن استاندارد شوند و نحوه انجام و نمره‌گذاری آزمون‌ها استاندارد شده است ولی آزمون‌ها یک مشکل جدی دارند و آن مشکل این است که مرحله تقسیم اطلاعات در آزمون‌های فرافکن کماکان پایین است.

۴- آزمون‌های نورولوژیک یا آزمون‌های نوروسایکولوژیک

فرض آزمون‌های نورولوژیک این است که هر قسمت از مغز یک کار خاص را انجام می‌دهد. برحسب تکلیفی که افراد عادی که مغزشان سالم است به راحتی از پس آن برمی‌آیند ولی این فرد از پس آن بر نمی‌آید. می‌توان فهمید که کدام قسمت مغز آسیب‌دیده بدون اینکه تصویربرداری یا الکتروانسفالوگرافی (EEG) انجام گیرد (برای مثال قضاوت، تصمیم‌گیری و حل مسئله مربوط به لوب پیشانی می‌شوند و زمانی که فرد در انجام تکالیفی که قضاوت را می‌سنجد خیلی ضعیف‌تر از افراد عادی عمل کند، حتماً مشکلی در لوب پیشانی وی وجود دارد و) یا اگر تجسم فضایی مربوط به آهیانه راست است، اگر فرد در تجسم فضایی مشکل داشته باشد، حتماً مشکلی در آهیانه راست وجود دارد. این تکالیف به قدری ساده هستند که افراد عادی به راحتی از عهده انجام آنها برمی‌آیند. در این آزمون‌ها بدون انجام تصویربرداری از مغز، می‌توان تخمین زد که کدام قسمت مغز فرد دارای مشکل است. از آزمون نورولوژیک علاوه بر این که می‌توان تخمین زد که کدام قسمت مغز فرد دارای مشکل است، با وجود پیشرفت روش‌های تصویربرداری و الکتروانسفالوگرافی چه لزومی دارد که امروز از آزمون‌های نورولوژیک (نوروسایکولوژیک) استفاده گردد؟ روش‌های تصویربرداری فقط می‌توانند به ما نشان دهند که کدام قسمت مغز آسیب دیده است ولی به ما نمی‌گویند که فرد از انجام چه تکلیفی عاجز است. به عنوان نمونه ناحیه پیش‌پیشانی که قسمت جلوی لوب پیشانی است در اعمال زیر نقش دارد:

- ۱- توجه و تمرکز
- ۲- تعیین هدف و برنامه‌ریزی
- ۳- حل مسئله
- ۴- کنترل تکانه
- ۵- اراده و انگیزه
- ۶- بروز هیجان
- ۷- شخصیت
- ۸- تصمیم‌گیری
- ۹- قضاوت
- ۱۰- انعطاف‌پذیری
- ۱۱- تکلم و ...

تصویربرداری فقط می‌تواند بیان کند که ناحیه پیش‌پیشانی آسیب دیده ولی این آزمون‌های نورولوژیک هستند که علاوه بر محل آسیب نوع تکلیفی که فرد از انجام آن فرد عاجز است را تعیین می‌نماید.

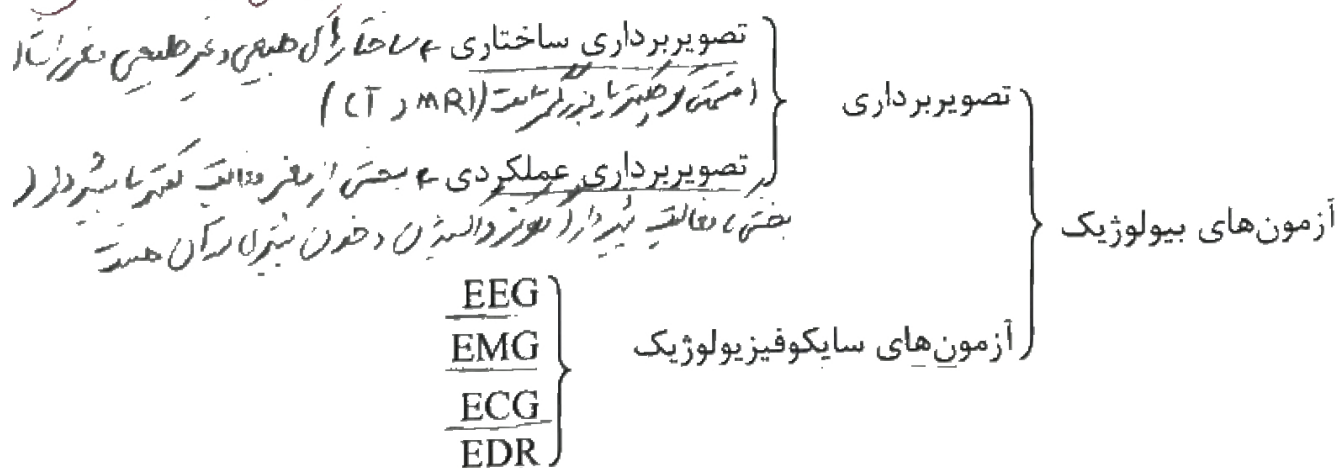
مهم‌ترین آزمون‌های نورولوژیک عبارت‌اند از

(۱) آزمون کارت‌های ویسکانسین که تست انعطاف‌پذیری است که مربوط به لوب پیشانی است. بنابراین با آزمون کارت‌های ویسکانسین می‌توان از سلامت یا عدم سلامت لوب پیشانی اطلاع یافت.

(۲) آزمون دیداری حرکتی بندر - گشتالت و آزمون مکعب‌های کپس هر دو آزمون بندر گشتالت و مکعب‌های کپس تست تجسم فضایی است که مربوط به لوب آهیانه به‌ویژه آهیانه راست است. در آزمون بندر گشتالت از فرد خواسته می‌شود که یک سری تصاویر ساده را کپی کند. در آزمون مکعب‌های کپس نیز از فرد خواسته می‌شود تا مکعب‌ها را کنار هم بچیند و الگوی روی کارت را بازسازی کند.

(۳) آزمون‌های جامع نورولوژیک نظیر آزمون هالستید - ریتان و آزمون لوریا - نبراسکا: آزمون هالستید ریتان و لوریا - نبراسکا آزمون‌ها جامع هستند چون دارای تکالیف مختلف هستند که (سلامت بخش‌های مختلف) را می‌سنجند. آزمون هالستید ریتان حدود ۶ ساعت طول می‌کشد در حالی که آزمون لوریا - نبراسکا با وجود اینکه کارایی آزمون هالستید - ریتان را دارد حدود ۲ ساعت طول می‌کشد و لذا هزینه کمتری دارد و بر آزمون هالستید - ریتان از این نظر ارجح است.

(۴) آزمون‌های بیولوژیک: آزمون‌های بیولوژیک شامل تصویربرداری و آزمون‌های سایکوفیزیولوژیک هستند. آزمون‌های سایکوفیزیولوژیک همان ثبت‌های الکتریکی از بخش‌های مختلف بدن نظیر مغز، ماهیچه، قلب و پوست هستند. شامل تصویربرداری و ثبت‌های الکتریکی بخش‌های مختلف بدن.



تصویربرداری از مغز به‌عنوان یک نوع آزمون بیولوژیک:

دو نوع تصویربرداری ساختاری و عملکردی وجود دارد، تصویربرداری ساختاری، ساختمان مغز را نشان می‌دهد چه ساختارهای طبیعی و چه ساختارهای غیرطبیعی در برخی از اختلالات روانی

نظیر اسکیزوفرنی مشکل ساختاری در مغز وجود دارد. بطن‌های جانبی به‌ویژه بطن چپ بزرگ شده‌اند و به همان نسبت فضایی برای رشد لوب پیشانی محدود شده است. دو نوع تصویربرداری وجود دارد که عبارت‌اند از توموگرافی کامپیوتری (scan. CT) و تصویربرداری رزونانسی مغناطیسی (MRI).

در توموگرافی کامپیوتری از اشعه X برای تصویربرداری استفاده است که می‌تواند جهش را باشد ولی در MRI از امواج رادیویی و مغناطیسی استفاده می‌شوند که کاملاً ایمن هستند. تصویربرداری کارکردی یا عملکردی: گاهی مشکل موجود در مغز ساختاری نیست لذا تصویربرداری ساختاری کمکی به ما نمی‌کند. در برخی از اختلالات مشکل عملکردی است یعنی بخش‌هایی از مغز فعالیت کمتر یا بیشتر از حد طبیعی دارند. به‌عنوان نمونه در بیش‌فعالی عدم توجه (ADHD) مراکز توجه فعالیت کمتر از حد طبیعی دارند و در اختلال وسواسی-اجباری (OCD) که یک نوع توجه افراطی است مراکز توجه فعالیت بیش‌از حد معمول دارند. که این کاهش فعالیت در ADHD در لوب پیشانی که مربوط به توجه است و این افزایش فعالیت در لوب پیشانی به‌ویژه پیشانی راست در OCD توسط تصویربرداری عملکردی قابل ثبت است.

تصویربرداری عملکردی نشان می‌دهد که در این لحظه فعالیت کدام قسمت مغز کم است و فعالیت کدام قسمت زیاد است. بخش‌هایی از مغز که فعالیت بیشتری دارند، میزان مصرف گلوکز و اکسیژن بیشتری دارند و جریان خون بیشتری دریافت می‌نمایند. تصویربرداری‌های عملکردی شامل تصویربرداری نشر پوزیترون (PET)، MRI، عملکردی (fMRI) و اندازه‌گیری جریان خون موضعی مغز (rCBF) می‌شوند. در PET از گلوکز نشان‌دار استفاده می‌شود و سوخت‌وساز مغز اندازه‌گیری می‌شود. و در fMRI معیار فعالیت سرعت مصرف اکسیژن است. و در rCBF معیار فعالیت میزان جریان خون نواحی مختلف مغز است.

آزمون‌های سایکوفیزیولوژیک به‌عنوان یک نوع آزمون بیولوژیک:

در آزمون‌های سایکوفیزیولوژیک از بخش‌های مختلف بدن ثبت الکتریکی به عمل می‌آید. مهم‌ترین آزمون‌های سایکوفیزیولوژیک عبارت‌اند از:

۱) الکتروانسفالوگرافی (EEG): برآیند بار الکتریکی سلول‌های قشر مخ به‌ویژه سلول‌های هرمی قشر مخ ثبت می‌گردد.

۲) الکترومیوگرافی (EMG): برآیند بار الکتریکی ماهیچه‌های اسکلتی ثبت می‌شود.

۳) الکتروکاردیوگرافی (ECG): برآیند بار الکتریکی قلب ثبت می‌گردد.

۴) پاسخ گالوانیکی پوست یا پاسخ الکترودرمال (EDR): برآیند بار الکتریکی پوست ثبت می‌گردد که برای (روغ‌سنجی) از آن استفاده می‌شود.

آزمون‌هایی که برای ارزیابی روانی استفاده می‌شوند.

انواع آزمون‌ها	نمونه‌های مهم
آزمون‌های روانی	آزمون‌های هوش: <u>WAIS</u> آزمون‌های شخصیت مثل <u>MMPI</u> - <u>NEO</u> آزمون‌های فرافکن مثل <u>رورشاخ</u>، <u>اندريافت موضوع TAT</u>، <u>تست تکميل جملات</u> آزمون‌های روانی اختصاصی برای سنجش افسردگی، اضطراب، وسواس و ...
آزمون‌های نورولوژیک	آزمون بندر - گشتالت آزمون کارت‌های ویسکانسین آزمون لوریا - لیراسکا آزمون هالستید - ریتم
آزمون‌های بیولوژیک	تصویربرداری ساختاری مثل <u>MRI</u> و <u>CT scan</u> تصویربرداری عملکردی مثل <u>fCBF</u>، <u>fMRI</u>، <u>PET</u> آزمون‌های سایکوفیزیولوژیک الکتروانسفالوگرافی (EEG) از مغز الکترومیوگرافی (EMG) از ماهیچه الکتروکاردیوگرافی (ECG) از قلب پاسخ گالوانیکی پوست (EDR)

→ ۵- مشاهده: از روش مشاهده نیز می‌توان برای ارزیابی روانی استفاده نمود که رفتارگرها بسیار از این روش بهره می‌برند. روش‌های مختلف مشاهده عبارت‌اند از: (۱) مشاهده مستقیم، (۲) مشاهده غیرمستقیم، (۳) مشاهده مشارکتی.

(الف) مشاهده طبیعی: مشاهده طبیعی مشاهده‌ای است که به صورت آشکار و در محیط زندگی طبیعی فرد انجام می‌گیرد. به عنوان نمونه روان‌شناسی که می‌خواهد رفتار کودکی را ثبت کند وارد محیط زندگی کودک می‌شود و آشکارا رفتار کودک را ثبت می‌نماید.

(ب) مشاهده آنالوگ: در مشاهده آنالوگ رفتار در محیط آزمایشگاهی و کنترل شده و به طور مخفیانه ثبت می‌شود. به عنوان نمونه در یک کلینیک یک اتاق بازی برای کودک طراحی می‌گردد و کودک وارد این اتاق شده و رفتار وی از پشت شیشه یک‌طرفه یا توسط دوربین ثبت می‌گردد.

یکی از اعمالی که در ارزیابی روانی بایستی در مورد کودکان کوچک‌تر انجام شود تعیین سبک دلبستگی کودک است. باید مشخص گردد که این نوع دلبستگی ایمن است یا نایمن. چرا که کودکانی که دلبستگی ایمن دارند، شانس کمتری برای ابتلا به اختلالات روانی دارند. برای تعیین ثبت دلبستگی کودکان از این روش استفاده می‌شود. برای تعیین سبک دلبستگی کودکان در یک محیط ناآشنا کودک از مادر یا مراقب اصلی خود جدا می‌گردد و واکنش کودک هنگام جدایی و

برگشت مادر یا مراقب اصلی مورد بررسی قرار می گیرد مهم ترین پارامتر واکنش کودک هنگام برگشت مادر یا مراقب اصلی است. اگر هنگام برگشت مادر یا مراقب اصلی کودک خوشحال شود و با اغوش باز وی را بپذیرد دارای دلبستگی ایمن است ولی اگر بی تفاوت باشد پرخاشگری کند و ... دارای سبک ناایمن است. باید توجه داشت که حتی کودکان دارای دلبستگی ایمن ممکن است هنگام جدایی از مادر یا مراقب اصلی ناراحت شوند ولی مهم این است که هنگام برگشت آنها خوشحال شود. رسانه های ارتباطی و تلفنی (درمان و مشاوره)

پ) خود مشاهده گری: با توجه به زمان بودن روش مشاهده، این روش مستلزم صرف هزینه های زیاد است. لذا گاهی اصول کلی ثبت رفتار توسط روان شناس به فرد آموخته می شود، تا خود فرد رفتار را ثبت نماید به عبارت دیگر از روش خود مشاهده گری استفاده می شود بدین صورت که روان شناس، اصول اولیه ثبت رفتار را به فرد آموزش داده و شخص رفتارهای خود را ثبت می کند، در خود مشاهده گری به فرد آموزش داده می شود که ثبت کند، رفتار خاص در چه موقعیتی و با چه شدتی رخ داده و چه پیامدی برای فرد داشته است. سپس رفتارهای ثبت شده توسط فرد توسط روان شناس بررسی و تجزیه و تحلیل می گردد. یکی از کاربردهای روش مشاهده به ویژه خود مشاهده گری تحلیل کارکردی رفتار است. در تحلیل کارکردی رفتار فرض بر این است که بعضی از عادات های نامناسب به این دلیل در ما شکل گرفته اند که این رفتارها در ما پیامد خوشایند داشته اند پس به شکل ناخود آگاه آن رفتار ناخوشایند در ما تقویت شده است و تکرار آن زیاد شده است. در تحلیل کارکردی رفتار، موقعیت و پیامد رفتار را می سنجند و پیامد خوب را با یک پیامد بد تعویض کرده تا این پیامد در فرد تضعیف شود تا از بین برود. مثل رفتار گریه و زاری کودک برای به دست آوردن چیزی.

ت) سنجش لحظه اکولوژیک: سنجش لحظه اکولوژیک یک نوع خود مشاهده گری است که در آن از تلفن هوشمند یا تبلت استفاده می شود/ انگار به جای اینکه ثبت رفتار با کاغذ و قلم صورت گیرد، داخل یک برنامه در تلفن همراه یا تبلت انجام می گیرد. در این حالت درمانگر در همان لحظه ای که رفتار ثبت می گردد از وضعیت باخبر می شود و این برنامه می تواند روند تغییرات شدت رفتار مورد نظر را نشان دهد.

سؤال: آیا اینترنت درمانی می تواند جایگزین جلسات حضوری درمان گردد؟ خیر

امروزه مفهومی به نام روان درمانی اینترنتی (ET) در مقابل روان درمانی حضوری مطرح شده است، باید توجه داشت که روان درمانی اینترنتی نمی تواند جایگزین روان درمانی حضوری شود، ولی می تواند به عنوان مکمل جلسات چهره به چهره هفتگی مورد استفاده قرار گیرد. در مورد روان درمانی های از راه دور روان درمانی اینترنتی بهتر از روان درمانی تلفنی است و شاید روان درمانی

تلفنی بهتر از عدم درمان به طور کلی باشد بنابراین می توان گفت که اینترنت تراپی می تواند برای تقویت جلسات درمان حضوری مورد استفاده قرار گیرد ولی نمی تواند جایگزین جلسات درمان حضوری گردد.

خلاصه روش های ارزیابی

(۱) مصاحبه

- ساختار یافته (میانبر)
- بدون ساختار

آزمون شخصیت MMPI

آزمون های هوش

(۲) آزمون های روانی:

آزمون های روان اختصاصی

آزمون های فرافکن

تست ویسکانسین (تست انعطاف پذیری پیشانی)

بندر گشتالت

مکعب های کپس

(۳) آزمون های نورولوژیک

یا آزمون های نوروسایکولوژیک

آزمون های جامع نورولوژیک

ساختاری و عملکردی

PET

FMIR

rCBF

EEG (مغز)

BMG (ماهیچه)

ECG (قلب)

EDR (پوست)

تصویربرداری

آزمون های سایکوفیزیولوژیک:

(۴) آزمون های بیولوژیک

EEG مشاهده طبیعی

مشاهده آنالوگ (مورد مورد بررسی)

خود مشاهده گری (مورد مورد بررسی)

سنجش کفه اکولوژیک (مورد مورد بررسی)

انواع مشاهده

مقایسه ارزیابی روانی با ارزیابی وضعیت روانی

در ارزیابی روانی علاوه بر وضعیت موجود و فعلی اطلاعاتی در مورد مشخصات فرد، سابقه اختلالات روانی، سابقه بیماری‌های قلبی، سابقه تحصیلی، الگوی زندگی، الگوی خواب اخذ می‌گردد. به عبارت ساده‌تر ارزیابی روانی هم شرایط فعلی هم سابقه و مشخصات فرد مهم است اما در ارزیابی وضعیت روانی فقط وضعیت فعلی و موجود فرد مورد بررسی قرار می‌گیرد و کاری با مشخصات یا سوابق فرد نداریم انگار می‌خواهیم بدانیم این فرد الان در چه وضعیتی است. باید توجه داشت که در حالی که شرح حال و سابقه فرد ثابت باقی می‌ماند ولی وضعیت روانی فرد ممکن است روز به روز یا ساعت به ساعت تغییر یابد. در معاینه وضعیت روانی دنبال این هستیم که مشکلات فعلی فرد را در حیطه‌های رفتار، شناخت و هیجان را شناسایی کنیم به این منظور به عوامل نظیر ظاهر فرد، هیجان فرد، خلق فرد، عاطفه فرد، تکلم فرد، اختلالات ادراکی، محتوی ذکر فرم فکر (شکل فکر)، جریان فکر و عوامل شناختی نظیر جهت‌یابی (موقعیت‌یابی) حافظه، توجه و تمرکز، توانایی خواندن و نوشتن، تفکر انتزاعی، سطح معلومات و هوش و همچنین قدرت فرد در کنترل تکانه‌ها و قضاوت بینش فرد مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

مواردی که در ارزیابی وضعیت روانی باید مورد توجه قرار گیرد

۱- ظاهر فرد:

علاوه بر مشخصات ظاهری و فیزیکی فرد نظیر قد و وزن که می‌تواند روی خودانگاره فرد اثر گذارد. عواملی نظیر بهداشت فردی، لباس‌ها از نظر نوع و تمیزی و مرتب بودن مورد بررسی قرار می‌گیرد. آشفتگی شدید ظاهری، عدم مراعات بهداشت - فردی می‌تواند نشان دهد که فرد وضعیت روانی مطلوبی ندارد.

۲- هیجانات فرد (مورد مورد بررسی) - (مورد مورد بررسی)

از روی حالت چهره، حرکات بدن و لحن صدا می‌توان به هیجان فرد پی برد یکی از مهم‌ترین هیجاناتی که در جلسه تشخیص یا درمانی مورد توجه قرار گیرد اضطراب است. هیجان دارای یک جنبه بیرونی به نام عاطفه و یک جنبه درونی که حس می‌شود ولی قابل مشاهده نیست یعنی عاطفه (بیرونی) و حس (درونی) عاطفه (بیرونی) و حس (درونی) عاطفه (بیرونی) و حس (درونی) عاطفه (بیرونی) و حس (درونی)

(احساس است. عاطفه جنبه بیرونی هیجان است که بروز می‌آید در حیطه عاطفه مشکلاتی نظیر عاطفه سطحی و عاطفه نامناسب قابل ذکر هستند.

عاطفه سطحی بیانگر این مفهوم است که فرد واکنش هیجانی خود را بروز نمی‌دهد و با وجود رویدادهای مهم هیچ تغییر در حالت چهره، حرکات بدن یا لحن صدا ایجاد نمی‌گردد. یکی از برجسته‌ترین علائم افراد با اسکیزوفرنی منفی عاطفه سطحی است.

عاطفه نامناسب بیانگر این است که هیجانی که فرد بروز می‌دهد مناسب موقعیت نیست مثلاً فرد در مراسم تدفین به شدت می‌خندد. همچنین عاطفه نامناسب بیانگر این مفهوم است که هیجانی که بروز داده می‌شود همانی نیست که فرد حس می‌کند. یعنی همین فردی که در مراسم تدفین می‌خندد ممکن است از افرادی که در حال گریه کردن هستند غمگین‌تر باشد. عاطفه نامناسب نیز یکی از علائم برجسته اسکیزوفرنی می‌تواند باشد. عاطفه نامناسب از علائم اسکیزوفرنی است
خلق = دوام کمتر / علت نامشخص / خلق درونی / رفتار درونی

۳- خلق هیجان = در کمتر علت و در بیشتر رفتار اثر دارد
(خلق) از دیدگاه بالینی شکل تثبیت شده هیجان است. یعنی اگر فرد به هیجانات منفی میدان دهد بعد از مدتی به خلق وی تبدیل می‌شوند. هیجان با خلق ۳ تفاوت کلیدی دارد: ۱- هیجان ناشی از رویدادهای مهم زندگی است ولی علت خلق مبهم است. ۲- هیجان روی رفتار ولی خلق روی افکار و شناخت فرد اثر می‌گذارد. ۳- دوام خلق از هیجان بیشتر است.

وقتی هیجانات منفی تثبیت می‌شوند و به خلق تبدیل می‌شوند. بدون اینکه رویداد ناخوشایندی رخ دهد فرد دارای خلق ناخوشایند می‌گردد. (چون خلق علت مبهم دارد و به مانند هیجان ناشی از رویدادهای مهم زندگی نیست). خلق با مناسبت / خلق نامانوس / هیپومانیا / خلق نامانوس
اگر خلق به شدت بالا و پایین باشد و خلق تجربه شده متناسب با شرایط زندگی فرد نباشد اختلال خلقی به وجود می‌آید. پایین آمدن شدید خلق منجر به افسردگی اساسی می‌گردد و بالا بودن شدید خلق، مانیا (شیدایی) را ایجاد می‌کند. کسی که یک دوره مانیا یا هیپومانیا را تجربه کند مبتلا به افسردگی دوقطبی تشخیص‌گذاری می‌گردد. هیپومانیا حالت خفیف‌تر مانیا است که علائم آن کاملاً مشابه مانیا است فقط شدت علائم خفیف‌تر است به گونه‌ای که فرد نیازمند بستری شدن نیست.

دوره مانیا یا بدون دوره افسردگی اساسی = افسردگی دوقطبی I ۱۰٪

دوره هیپومانیا با دوره افسردگی اساسی = افسردگی دوقطبی II ۱۰٪

۴- فعالیت رفتاری و روانی حرکتی

مواردی مانند بیش‌فعالی، کم‌جنبی، حرکات قالبی، پژواک کرداری، بی‌ارادگی، منفی‌کاری، بهت یا پراکنجی (کاتاتونیک، کاتالپسی، کاتاکسی) مشکلات حرکتی نظیر فلج، اسپاسم، لرزش، حرکات چرخشی در کمره و ... می‌تواند مورد بررسی قرار گیرد.

علاوه بر این که تفکر می‌تواند روی تکلم فرد اثر بگذارد و نمود مشکلات موجود در فرم (شکل) جریان فکر در گفتار فرد است ولی مشکلاتی نظیر لکنت زبان، آفازی (ناگویی) که انواع مختلفی نظیر آفازی حسی، حرکتی، اسمی دارد مربوط به حیطه تکلم هستند.

۶- اختلالات فکر شامل اختلالات محتوی فکر، شکل فکر و جریان فکر

اختلالات مربوط به محتوی فکر بیانگر وجود یک فکر (باور یا عقیده) نادرست و مشکل‌ساز هستند. تفکر جادویی و هذیان مهم‌ترین اختلالات محتوی فکر هستند. تفکر جادویی حالتی است که فرد بر این باور است که صرف اندیشیدن به یک موضوع باعث رخ دادن آن موضوع می‌شود بدون اینکه فرد عملاً اقدامی انجام داده باشد. از نظر فردی که تفکر جادویی دارد فکر کردن مثل عمل کردن است. تفکر جادویی منجر به حالت همه کار توانی می‌گردد. هذیان (دیلوژن) اعتقاد باطلی است که فرد بر آن پافشاری می‌کند و هر چه قدر سند و مدرک به فرد نشان داده شود که اعتقاد فرد باطل است، فرد از اعتقاد باطل خود دست برنمی‌دارد. زیرا از نظر فردی که دارای هذیان است یک اتحاد خیالی بین مردم علیه وی شکل گرفته تا وی را فریب دهند و این فرد فریب نمی‌خورد! هذیان باورهای غلط و نادرست است که در ذهن فرد وجود دارد.

هذیان می‌تواند سایکوتیک (غریب) یا غیر سایکوتیک (غیر غریب) باشد. هذیان سایکوتیک یک اعتقاد باطل محال است، به عنوان نمونه اکثر هذیان‌های جسمانی از نوع سایکوتیک هستند. به عنوان نمونه وقتی فرد بیان می‌دارد که دکتر مغز وی را باکسی دیگر عوض کرده است، این هذیان سایکوتیک است. هذیان - غیر سایکوتیک با وجود اینکه یک اعتقاد باطل است ولی محال نیست. مثلاً اگر فردی طی هذیان گزند و آسیب بر این باور باشد که همسایگان یا همکاران قصد جان وی را کرده‌اند. هذیان غیر سایکوتیک است.

هذیان غیر سایکوتیک می‌تواند به عنوان مثال اعتقاد به این باشد که اگر فرد را بکشند، او دوباره زنده می‌شود. اختلالات فرم (شکل) و جریان فکر:

نمود بیرونی اختلال فرم و جریان فکر در گفتار فرد آشکار می‌شود. در اکثر اختلالات جریان فکر کلمه فکر وجود دارد و اگر کلمه فکر وجود نداشته باشد جریان گفتار توسط یک موضوع غیرطبیعی پیش می‌رود. مهم‌ترین اختلالات فرم و جریان فکر عبارت‌اند از:

۱. واژه‌سازی (neologism): بیمار واژه‌های جدیدی می‌سازد و برای این کار اغلب از ترکیبات

سیلاب‌های کلمات دیگر استفاده می‌کند.

۲. سالاد کلمات: ترکیب نامربوط کلمات و عبارات.

۳. حاشیه‌پردازی (circumstantiality):

۴. تفکر مماسی (tangentiality): ناتوانی برای ایجاد تداعی‌های هدف‌دار در تفکر، بیمار در

صحبت‌هایش از نقطه مبدأ به نقطه مقصد نمی‌رسد.

۵. بی‌ربط‌گویی (incoherence): تفکری که معمولاً قابل فهم نیست | جریان همزمان افکار مختلف با کلمات بدون ارتباط دستوری یا منطقی که منجر به آشفتگی تکلم می‌شود
۶. درجا ماندگی (perseveration): تداوم پاسخ به محرک قبلی حتی در مقابل محرک‌های تازه
۷. مکرر گویی مرضی (verbigeration): تکرار بی‌معنی کلمات یا عبارات خاص
۸. پژواک کلام (echolalia): تکرار یا تولوژیک کلمات یا عبارات شخصی دیگر
۹. شل شدن تداعی‌ها: جریانی از افکار که در آن عقاید به طریقی کاملاً نامربوط از موضوعی به موضوع دیگر منحرف می‌شود

۱۰. خروج از خط (derailment): انحراف تدریجی یا ناگهانی رشته افکار بدون انسداد

۱۱. پرش افکار (C) از موضوعی به موضوعی دیگر

۱۲. تداعی صوتی (D) (clang association) صداها با هم آمیخته می‌شوند (مثلاً: سبزه سبزه سبزه سبزه)

۱۳. انسداد فکر (E) (blocking) توقف لحظه‌ای یا موقت تمام فکر

اختلالات اختصاصی در جریان تفکر

(۱) پرش افکار: ایراد سریع و مداوم کلمات یا بازی با کلمات که همراه یا انحراف مکرر از موضوعی به موضوع دیگر است. پرش افکار به‌ویژه در مانیا دیده می‌شود و فرد دائماً از یک موضوع به یک موضوع دیگر می‌رود به گونه‌ای که دنبال کردن گفتار و افکار فرد برای دیگران ممکن نباشد.

(۲) انسداد فکر: قطع ناگهانی رشته افکار قبل از اینکه فکر یا عقیده‌ای به نقطه پایان برسد. همه

افراد در وسط گفتار مکث‌هایی کوتاه انجام می‌دهند تا روی برخی کلمات تأکید نمایند، در انسداد فکر فرد در وسط گفتار متوقف می‌شود به گونه‌ای که انگار حرفش تمام شده است. توقف لحظه‌ای یا موقت

۳- انتشار فکر: فرد بر این باور است که دیگران می‌توانند افکار وی را ببینند

۴- کنترل فکر: انگار افکار و به تبع آن گفتار فرد توسط عواملی در بیرون از وی کنترل می‌شود

۵- تداعی صوتی: تداعی کلماتی که آهنگ یکسان اما معانی متفاوت دارند کلمات رابطه‌ای منطقی با هم ندارند در گفتار افراد عادی باید تداعی معنایی وجود داشته باشد، منظور از تداعی معنایی این است که افراد عادی کلمات را برحسب معنی و مفهوم آنها انتخاب کرده و کنار هم می‌چینند تا جمله معنی‌دار به وجود آید. در تداعی صوتی کلمات بر اساس ریتم، آهنگ، وزن و قافیه خود انتخاب می‌شوند و کنار هم قرار می‌گیرند و جریان گفتار توسط ریتم، آهنگ، وزن و قافیه کلمات تعیین می‌گردد. یعنی فرد ریتمیک، آهنگین، موزون حرف می‌زند ولی این حرف‌های موزون و ریتمیک و هم قافیه معنی و مفهومی را منتقل نمی‌نماید. (همراه آهنگ در آهنگ)

۶- حاشیه پردازی: تفکر غیرمستقیم یا تأخیر در ادای مطلب، اما شخص بالاخره از مبدأ به مقصد مطلوب می‌رسد، از مشخصات آن پرداختن مفرط به جزئیات و اشارات پراکنده است. انگار

جریان گفتار توسط کلماتی که در جمله قبلی وجود دارد به حاشیه می‌رود. و فرد موضوع اصلی را بعد از کلی حاشیه‌پردازی بیان می‌نماید.

(۷) در جاماندگی: تداوم پاسخ به محرک قبلی حتی در مقابل محرک‌های تازه.

اختلالات اختصاصی فرم فکر

در اختلالات فرم فکر جنبه گفتاری پررنگ‌تر است. اگر در اکثر اختلالات جریان فکر کلمه «فکر» وجود دارد. در اکثر اختلالات فرم فکر کلمه «گویی» وجود دارد نظیر مکرر گویی، پژواک گویی، موازی گویی و بی‌ربط گویی برخی از اختلالات فرم فکر نیز مستقیماً کلمه «گویی» را ندارند ولی مفهوم مربوط به حیطه گفتن است مثل سالاد لغات یا واژه‌تراشی.

در مکرر گویی فرد گفته خود را بارها تکرار می‌کند، به عبارت دیگر تکرار بی‌معنی کلمات یا عبارات خاص وجود دارد. در پژواک گویی فرد گفته دیگران را بارها تکرار می‌کند. در موازی گویی یا تفکر مماسی ناتوانی برای ایجاد تداعی‌های هدف‌دار در تفکر وجود دارد به گونه‌ای که بیمار در صحبت‌هایش از نقطه مبدأ به نقطه مقصد نمی‌رسد به عبارت ساده‌تر چند موضوع را فرد به طور موازی در گفتار خود پیش می‌برد ولی هیچ کدام را به سرانجام نمی‌رساند. در واژه‌تراشی بیمار واژه‌های جدیدی می‌سازد و برای این کار اغلب از ترکیبات سیلاب‌های کلمات دیگر استفاده می‌کند. این کلمات ابداعی مختص خود بیمار است و در این زبان یا زبان‌های مرسوم معنی ندارد. در سالاد لغات فرد با وجود اینکه کلمات را درست تلفظ می‌کند ولی این کلمات انگار شانس کنار هم قرار می‌گیرند و هیچ معنی و مفهومی را منتقل نمی‌نمایند. به عبارت دیگر سالاد لغات ترکیب نامربوط کلمات و عبارات است. در گفتار فرد مبتلا به سالاد لغات یا کلمات فاقد نه تداعی معنایی و تداعی صوتی است. بی‌ربط گویی بیانگر تفکری که معمولاً قابل فهم نیست؛ جریان همزمان افکار مختلف با کلمات بدون ارتباط دستوری یا منطقی که منجر به آشفتگی تکلم می‌شود. شل شدن تداعی‌ها بیانگر جریان افکار که در آن عقاید به طریقی کاملاً نامربوط از موضوعی به موضوع دیگر منحرف می‌شود. خروج از خط انحراف تدریجی یا ناگهانی رشته افکار بدون انسداد است.

۷- اختلالات حواس و ادراک

در حیطه حواس و ادراک می‌توان از خطای ادراک (ایلوژی) و توهم (هالوسینیشن) نام برد. در خطای ادراک محرک حسی وجود دارد ولی فرد در ادراک این محرک دچار خطا می‌شود و مثلاً چیزی را بزرگ‌تر یا کوچک‌تر می‌بیند یا دورتر یا نزدیک‌تر می‌بیند و یا صدایی را بلندتر یا ضعیف‌تر می‌شود.

در حالت توهم فرد در غیاب یک محرک حسی آن به صورت کاملاً واقعی ادراک می‌نماید. توهم در حیطه‌های حواسی می‌تواند رخ دهد و فرد می‌تواند توهم شنیداری، بینایی، بویایی، چشایی یا

لامسه را تجربه نماید. در اختلالات سایکوتیک نظیر اسکیزوفرنی شایع ترین توهم (توهم شنیداری) است. اختلال در مصرف مواد شایع ترین توهم، توهم دیداری است.

ماده کوکائین که می تواند در عرض چند ثانیه منجر به سایکول یا توهم و هذیان گردد می تواند منجر به توهم لامسه ای گردد که اصطلاحاً «فورمیکشن» نامیده می شود. در حالت فورمیکشن فرد احساس می کند حشراتی در زیر یا روی پوست وی می خزند و حتی می تواند منجر به کندن پوست گردد.

علت توهم در اسکیزوفرنی
(بر اساس یک فرضیه علت توهم عدم فیلتراسیون یا دروازه بانی اطلاعات در تالاموس است. تالاموس دروازه قشر مخ است و اطلاعاتی غیر مهم در تالاموس به قدری ضعیف می شوند که به قشر مخ یعنی سطح هوشیار راه نیابند. اگر فیلتراسیون یا دروازه بانی در تالاموس خوب انجام نشود. اطلاعات حسی مهم و غیر مهم مربوط و نامربوط همگی به قشر مخ می روند و فرد دچار حالت توهم می شود.)

باید توجه داشت که توهم خود می تواند منجر به هذیان شود. وقتی فرد شروع به تفسیر این توهمات می نماید. هذیان ها شکل می گیرند. به عنوان مثال وقتی فرد دائماً صدایی را می شنود که با وی حرف می زند ممکن است این باور هذیانی را پرورش دهد که انتخاب شده است و این مسیح است که با وی سخن می گوید!

سؤال کنکور: سوء تفسیر ادراک و تجربیات چه نامیده می شود؟ هذیان

۸) اختلالات حیطه شناخت -

حافظه، دقت، توجه و تمرکز، جهت یابی یا موقعیت یابی، بینش و قضاوت اصلی ترین مؤلفه های شناختی هستند. از دیدگاه بالینی حافظه دارای انواع زیر است.

فوری: مربوط به چند ثانیه قبل است. درمانگر اسم خود را می گوید و بلافاصله اسم خود را از درمان جو می پرسد. ✓
حافظه ✓
اخیر: حافظه مربوط به چند دقیقه تا چند ساعت قبل است. ✓
گذشته نزدیک: حافظه مربوط به چند روز قبل است. ✓
دور: حافظه مربوط به ماه ها و مهر و موم های قبل است. ✓

مهم ترین اختلالاتی که در حیطه حافظه رخ می دهند، عبارت اند از

۱) فراموشی (amnesia): ناتوانی نسبی یا کامل در به خاطر آوردن تجربه های گذشته که ممکن است علت عضوی یا هیجانی داشته باشد.

الف) فراموشی پیش گستر (anterograde): آمتری برای رویدادهایی که پس از یک مقطع زمانی ظاهر می شود.

ب) فراموشی پس گستر (retrograde): آزمیزی برای رویدادهایی که قبل از یک مقطع زمانی ظاهر می شود.

۲) تحریف حافظه: اشتباه حافظه با دگرگونی در یادآوری.

الف) افسانه سازی: بر کردن ناخودآگاه فواصل حافظه با تجارب غیرواقعی و خیالی که بیمار آنها را باور می کند اما واقعیت ندارد.

ب) آشنابیناری / آشنابینی (de ja vu): خطای حسی در شناخت بصری که در آن موقعیت تازه اشتباهاً تکرار تجربه ای قبلی تلقی می شود.

ث) ناآشنا پنداری (Jamais vu): احساس اشتباهی ناآشنایی با موقعیتی که شخص آن را تجربه کرده است.

دقت: برای سنجش دقت یک کلمه یا حرف مشخص را تعیین می نماید و از فرد می خواهند که تعداد آن کلمه یا حرف مشخص را در یک صفحه نوشته که به وی داده می شود بشمارد و از روی درستی پاسخ وی به دقت وی پی می برند.

توجه و تمرکز: تست توجه و تمرکز همان تست حافظه کاری یا فعال است. برای سنجش توجه و تمرکز به فرد عددی نظیر ۱۰۰ داده می شود و از فرد خواسته می شود که هفت تا هفت تا کم کند و به سمت پایین بیاید.

✓ جهت یابی یا موقعیت یابی دارای سه مؤلفه زمان، مکان و شخص است. هنگامی که فرد دچار خطای موقعیت یابی می گردد، ابتدا وقوف به زمان را از دست می دهد و یا بدتر شدن حالش به ترتیب وقوف به مکان و شخص از بین می روند وقتی فرد وقوف به شخص را از دست می دهد، خود را در آینه نمی شناسد یا قادر به شناسایی نزدیکان خود نیست. علت اینکه چرا اول وقوف به زمان از دست می رود بعد مکان این است که وقوف به زمان دشوارتر است. ما تاکنون ممکن است شک کرده باشیم که شبیه است یا یکشنبه ولی شک نکرده ایم که تهران هستیم یا مشهد!

بالعکس هنگامی که خطای موقعیت یابی در حال اصلاح است، ابتدا وقوف به شخص سپس وقوف به مکان و در نهایت وقوف به زمان به دست می آید.

پس زمان، مکان، شخص در زمان، مکان، شخص (عکس) در صورت بدتر شدن مکان و شخص

پس مکان، زمان، شخص در زمان، مکان، شخص (عکس) در صورت بدتر شدن مکان و شخص

بینش: بینش بیانگر میزان وقوف فرد به اختلال روانی خود است و اگر فرد به اختلال خود واقف است عامل بعدی این است که علل واقعی اختلال روانی خود را می پذیرد یا اینکه در مورد علل اختلال روانی خود فرافکنی می نماید. بینش کامل چون منجر به تشخیص و درمان به موقع می گردد، در پیش آگهی تأثیرگذار است.

قضاوت: برای سنجش قضاوت از فرد خواسته می شود که تصور کند که در یک موقعیت قرار دارد و از وی پرسیده می شود که در این موقعیت چه کاری انجام می دهد. از روی میزان منطقی بودن پاسخ ها به قدرت قضاوت وی پی می برند. به عنوان نمونه از وی پرسیده می شود که اگر در سینما نشسته است بوی دود به مشامش برسد چه کار کند؟ یا اینکه اگر یک نامه پیدا کند که نشانی روی آن درج شده است چه کار کند؟

می توان مقداری سؤال را تغییر تیتراژ داد. مثلاً به جای اینکه پرسیده شود اگر بوی دود در سینما به مشامت برسد چه کاری انجام می دهد؟

گفته می شود یک فرد در سینما بوی دود به مشامش رسید و این کار را کرد به نظر شما کارش منطقی بوده است، شما به جای وی بودید چه کاری انجام می دادید

۹- کنترل تکانه: کنترل تکانه هم از طریق سؤال و جواب است. مثلاً: اگر شما در یک موقعیت قرار

در بررسی وضعیت روانی می توان میزان کنترل فرد روی تکانه های جنسی، پرخاشگری یا انواع دیگر بررسی کرد. چون تکانش عمل کردن به معنی عمل کردن بدون فکر کردن به تبعات و پیامدهای کار است، هرچه کنترل روی تکانه کمتر باشد، خطر فرد برای خودش و دیگران بیشتر است.

۱۰- قابلیت اعتماد (پایایی)

معاینه وضعیت روانی، با نتیجه گیری و برداشت معاینه کننده از میزان قابل اعتماد بودن گزارش های بیمار خاتمه می یابد.

روش های تحقیق در روان شناسی بالینی

در روان شناسی بالینی می توان از روش های مختلف مطالعه نظیر مطالعات طولی، مقطعی، همبستگی، اپیدمیولوژیک و مطالعات آزمایشی استفاده کرد. در تحقیقات مقطعی، داده ها از یک نمونه معرف جامعه در یک برهه از زمان جمع آوری می شوند اما در مقابل در تحقیقات طولی جمع آوری داده ها در چند برهه از زمان انجام می شود. مطالعات طولی در علوم رفتاری دارای سابقه ای طولانی است. به ویژه در روان شناسی از این روش برای پیگیری رشد و تحولات کودکان و یا در سبب شناسی اختلالات روانی استفاده می شود. مطالعات طولی واپس گرایانه روش قدرتمندی در ارزیابی آثار رویدادها بر آسیب های روانی است.

در مطالعات همبستگی هدف محققان این است که معلوم شود که آیا دو یا چند متغیر رابطه وجود دارد. در مطالعات همبستگی، درباره علت رابطه بین دو متغیر اطلاعات زیادی ارائه نمی شود. به بیان دیگر همبستگی بالا لزوماً به رابطه علی و معلولی بین این دو عامل نیست.

مطالعه فراوانی و توزیع اختلالات در درون یک جمعیت مشخص در طول یک دوره زمانی مشخص اپیدمیولوژی نامیده می‌شود. مطالعات اپیدمیولوژیک می‌توانند سرنخ‌هایی درباره علل اختلالات روانی در اختیار محققان قرار دهند.

در مطالعات آزمایشی محقق متغیر مستقل را دستکاری می‌کند و تأثیر آن را بر متغیر وابسته مورد بررسی قرار می‌دهد. مطالعات آزمایشی یکی از قوی‌ترین ابزارها برای کشف روابط علت و معلولی بین متغیرها است. در مطالعات آزمایشی کنترل حرف اول را می‌زند. پژوهشگران در مطالعات آزمایشی تلاش می‌کنند که متغیر مستقل و متغیر مزاحم یا مداخله‌گر را کنترل نمایند تا تأثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته مشخص گردد. در مطالعات آزمایشی آزمایشگر کار خود را با فرضیه آزمایشی شروع می‌نماید. فرضیه یک گزاره حدسی است که معمولاً رابطه بین دو متغیر را توصیف می‌کند. نظریه گروهی از اصول و فرضیه‌ها است که همراه با هم یکی از جنبه‌های مورد تحقیق را توضیح می‌دهند. بنابراین نظریه باید قدرت تولید انواع پیش‌بینی‌ها را داشته باشد. در روان‌شناسی بالینی، نظریه زمانی علمی خواهد بود که فرضیه‌های قابل‌تکذیب ارائه دهد و ارزش توضیحی داشته باشد. وقتی که روان‌شناس تحقیق می‌کند و یک روان‌شناس دیگر آن تحقیق را دوباره انجام می‌دهد و می‌بیند به همان نتایج دست یافته است، گفته می‌شود که تحقیق او «قابلیت بازتولید» دارد. وقتی که روان‌شناس تحقیق می‌کند و بعد از مدتی، خودش آن تحقیق را دوباره انجام می‌دهد و می‌بیند به همان نتایج دست یافته است، گفته می‌شود که تحقیق او «قابلیت تکرار» دارد. وقتی می‌خواهیم بدانیم آیا توضیح علمی طوری ارائه شده است که به‌آسانی بتوان ادعاها، فرضیه‌ها و پیش‌بینی‌های آن را امتحان، و آنها را تأیید یا تکذیب کرد، به بررسی «قابلیت امتحان» می‌پردازیم.

یکی از روش‌هایی که در مطالعات آزمایشی مورد استفاده قرار می‌گیرد، مطالعه تک - موردی است. در آزمایش «تک - موردی» از یک فرد هم به‌عنوان گروه آزمایشی و هم به‌عنوان گروه کنترل استفاده می‌شود. آزمایش تک - موردی با مطالعه موردی تفاوت دارد. در مطالعه یا آزمایش تک - موردی آزمودنی با خودش مقایسه می‌شود، به عبارت دیگر خود آزمودنی گروه کنترل خودش است. دلیل اصلی استفاده از مطالعه تک - موردی این است که این تحقیق نسبت به تفاوت‌های فردی حساس است. در مطالعه تک - موردی سه مرحله وجود دارد:

(۱) مرحله خط پایه که در این مرحله رفتار آزمودنی قبل از ارائه روان‌درمانی یا دستکاری متغیر مستقل اندازه‌گیری می‌شود.

(۲) مرحله مداخله، که در آن، رفتار آزمودنی بعد از ارائه روان‌درمانی یا دستکاری متغیر مستقل اندازه‌گیری می‌شود.

۳) مرحله توقف مداخله که در آن مداخله متوقف یا متغیر مستقل برداشته می شود و رفتار آزمودنی اندازه گیری می شود.

یکی دیگر از روش های مطالعه فراتحلیل است. روش «فراتحلیل» از ترکیب نتایج تعدادی از مطالعات انجام شده درباره یک موضوع خاص به دست می آید. فراتحلیل باعث می شود که سوگیری محققان مختلف با تجمیع نتایج افراد مختلف درباره یک موضوع تا حدود زیادی تعدیل گردد.
✓ سوگیری یکی از عواملی است که می تواند منجر به بی اعتباری نتایج یک پژوهش گردد.
سوگیری انواع مختلفی دارد یکی از مهم ترین انواع سوگیری «سوگیری تأییدی» است. وقتی درمانگران اطلاعاتی را که پیش فرض ها یا قالب های ذهنی اولیه آنها را تأیید نمی کند، نادیده می گیرند و اطلاعات مبهم را تأییدی بر پیش فرض های خود می دانند، حالتی پیش می آید که سوگیری تأییدی نامیده می شود. به عبارت دیگر سوگیری تأییدی باعث نادیده گرفتن اطلاعاتی که فرضیه را تأیید نمی کند نادیده شدن اطلاعاتی که قالب را حمایت نمی کنند و به حساب آوردن اطلاعات مبهم در جهت تأیید فرضیه می شود.
طرح پژوهش در اساس متوسط اصل بر عین ادعای نه

روش های طبقه بندی:

با توجه به اینکه DSM و ICD کتابچه های راهنمای تشخیص اختلالات روانی هستند که در آنها اختلالات روانی که علائم مشابه دارند در یک فصل یا طبقه قرار گرفته اند ما وارد بحث طبقه بندی می شویم. تا بیان کنیم که DSM و ICD بر اساس چه نوع روش طبقه بندی شکل گرفته اند. سه نوع اصلی طبقه بندی عبارتند از: ۱- طبقه بندی مقوله ای یا سنتی ۲- طبقه بندی ابعادی ۳- طبقه بندی ریخت شناسی

← ۱- طبقه بندی مقوله ای یا سنتی: *در بعضی موارد نام علائم شدت یا تعداد آن را بیان می دهد*

در طبقه بندی مقوله ای یا سنتی برای اینکه یک عضو در یک طبقه قرار گیرد باید تمام ویژگی های آن طبقه را داشته باشد. به بیان دیگر داشتن تک تک ویژگی ها لازم و داشتن تمام آنها کافی است تا یک عضو در یک طبقه قرار گیرم. در طبقه بندی مقوله ای یا سنتی افراد به طبقات کاملاً مجزا تقسیم می شوند.

DSM و ICD بر اساس روش مقوله ای یا سنتی شکل گرفته اند. برای اینکه به یک نفر را بتوان برچسب افسردگی اساسی را زد وی باید تمام ملاک های نوع علائم تعداد علائم، مدت علائم و شدت علائم را برآورده نماید به عنوان نمونه اگر برای افسردگی اساسی وجود حداقل پنج علامت به مدت حداقل دو هفته لازم است و شدت علائم باید به حدی باشد که عملکرد فرد مختل شود. باید تمام این ملاک ها برآورده شوند تا بتوان فرد را در طبقه افسردگی اساسی قرار داد و حتی اگر یکی از این ملاک های نوع علائم، تعداد علائم، مدت علائم و شدت علائم برآورده نشوند فرد را نمی توان در

طبقه افسردگی اساسی قرار داد. در طبقه بندی مقوله ای یا سنتی افراد به طبقات مجزا تقسیم می شوند. یعنی اینکه این فرد یا افسرده اساسی است نیست و حالت دیگری وجود ندارد.

۲- طبقه بندی ابعادی: (نظریه ای است که در آن افراد را بر اساس شدت و کمیت علائم و نشانه ها در یک طیف از ویژگی های روانی قرار می دهد) (نظریه ای است که در آن افراد را بر اساس شدت و کمیت علائم و نشانه ها در یک طیف از ویژگی های روانی قرار می دهد)

طبقه بندی ابعادی یک طبقه بندی کمی است که در طبقه بندی ابعادی مسئله این نیست که فرد این ویژگی یا صفت را دارد یا ندارد این مسئله در طبقه بندی مقوله ای یا سنتی مطرح نیست.

در طبقه بندی ابعادی مسئله این است که فرد چه مقدار از ویژگی مورد نظر را دارد. در

طبقه بندی ابعادی افراد روی یک طیف یا پیوستار هستند و به طبقات مجزا تقسیم نمی شوند.

واقعیت این است که طبقه بندی ابعادی به واقعیت موجود در جامعه نزدیک تر است. افراد جامعه به

دو طبقه افسرده و غیر افسرده تقسیم نمی شوند بلکه افراد جامعه در جات مختلفی از افسردگی را

دارند، و از نظر این ویژگی روی یک طیف را پیوستار قرار گرفته اند.

سؤال: چرا با وجود اینکه ابعادی به واقعیت نزدیک تر از مقوله ای یا سنتی است از روش ابعادی برای

تدوین DSM استفاده نشده است؟ چون کار کردن با روش ابعادی دشوارتر از روش مقوله ای است.

وقتی با روش مقوله ای کار می کنیم همین که تعیین کنیم این فرد افسرده است یا نیست کار تمام

می شود، ولی در روش ابعادی وقتی مشخص می شود که فرد دارای افسردگی است که از لحاظ

بالینی حائز اهمیت است، تازه کار شروع می شود و باید تعیین گردد که این افسردگی ضعیف است،

متوسط یا شدید. DSM 5 (نسخه جدید DSM) به عنوان راهنما برای تعیین شدت افسردگی در

در نسخه های جدید DSM به ویژه DSM-5 ابعادی به مقوله ای اضافه شده است. اضافه شده نه

اینکه جایگزین گردد و روش ابعادی به عنوان مکمل روش مقوله ای عمل می نماید. به عنوان نمونه

ابتدا به روش مقوله ای برچسب اختلال به فرد زده می شود و سپس به روش ابعادی شدت اختلال

تعیین می گردد. اضافه شدن ابعادی به مقوله ای باعث می گردد که DSM کاربردی تر گردد و

تشخیص گذاری با وضوح بیشتری انجام گیرد، زیرا خدماتی که به عنوان مثال افسرده اساسی شدید

نیاز دارد با افسرده اساسی ضعیف لزوماً یکسان نیست.

۳- طبقه بندی ریخت شناسی:

طبقه بندی ریخت شناسی از زیست شناسی وارد روان شناسی شده است. در طبقه بندی

ریخت شناسی برای اینکه یک عضو در یک طبقه قرار گیرد لازم نیست که تمام ویژگی های آن

طبقه را داشته باشد بلکه کافی است یک یا چند ویژگی اصلی (رگه اصلی) را فرد داشته باشد.

بنابراین افرادی که در طبقه بندی ریخت شناسی در یک طبقه قرار می گیرند عین هم نیستند بلکه

فقط یک یا چند رگه اصلی مشترک دارند. چون این طبقه بندی از زیست شناسی وارد روان شناسی

شده است یک مثال زیستی زده می شود. در زیست شناسی جانوران به مهره دار و مهره دار و

مهره تقسیم می‌شوند. در طبقه مهره‌داران، ماهی خزنده، پرنده و ... قرار دارد یک پرنده عین یک ماهی نیست ولی هر دوی آنها یک رگه مشترک به نام داشتن ستون مهره‌ها را دارا است. در زیست‌شناسی برای طبقه‌بندی موجودات از روش ریخت‌شناسی استفاده شد به این منظور ابتدا اصلی‌ترین رگه انتخاب می‌شود و به تدریج سراغ رگه‌های مشترک کوچک و کوچک‌تر روند تا طبقه‌بندی کامل گردد.

گفته شد که DSM و ICD بر اساس روش مقوله‌ای شکل گرفته‌اند. به تدریج ابعادی به‌ویژه در نسخه ۵- DSM به آن اضافه شده است. حال سؤال این است کاربرد طبقه‌بندی ریخت‌شناسی چیست؟

طبقه‌بندی ریخت-شناسی دو کاربرد اصلی دارد:

۱- مقایسه نیم‌رخ‌ها ✓

۲- شجره تشخیصی یا تصمیم‌گیری

مقایسه نیم‌رخ‌ها ۱۰٪ از نمرات آزمون در هر فرد از آن رگه‌ها که با هم در نیم‌رخ‌ها اشتراک دارند

در آزمون‌هایی که دارای خرده‌آزمون هستند نظیر MMPI و تست هوش و کسلر فرد یک نمره به دست نمی‌آورد. بلکه در هر خرده‌آزمون یک نمره به دست می‌آید که اگر این نمرات روی نمودار رسم شوند و به هم وصل گردند یک نمودار یا نیم‌رخ برای فرد رسم می‌شود. به عنوان نمونه آزمون MMPI ده پارامتر بالینی و ۴ پارامتر اعتباریابی دارد و لذا ۱۴ نمره برای فرد به دست می‌آید که با وصل کردن این نمرات روی نمودار به هم نیم‌رخ را فرد به دست می‌آید.

بعد از اینکه نیم‌رخ روانی فرد در آزمون MMPI به دست می‌آید، نیم‌رخ فرد با نیم‌رخ‌های استاندارد که در پایگاه داده‌ها وجود دارد مقایسه می‌گردد.

این نیم‌رخ‌های استاندارد به این صورت به دست آمده که آزمون MMPI به تعدادی آدم پارانویید، افسرده، ضداجتماعی و ... داده شده تا رگه مشترک بین تمام پارانوییدها، افسرده‌ها و ضداجتماعی‌ها شناسایی شود. حال اگر فردی یک یا چند رگه‌ای که همه ضداجتماعی‌ها دارند، داشته باشد ضداجتماعی است.

بررسی‌ها نشان می‌دهد که با مقایسه نیم‌رخ فرد در بخش غیرکلامی تست هوش و کسلر می‌توان کودکان مبتلا به طیف اوتیسم را از کودکان عادی جدا نمود.

اکثر کودکان طیف اوتیسم دارای ناتوانی عقلانی هستند ولی ناتوانی عقلانی در طیف اوتیسم با کودکان دارای ناتوانی عقلانی (اختلال عقلانی رشدی) متفاوت است. مشکل هوشی کودکان طیف اوتیسم بیشتر مربوط به جنبه‌ها کلامی هوش است و از برخی از جنبه‌های هوش غیرکلامی نظیر شناسایی الگوهای تصویری و طبقه‌بندی کودکان طیف اوتیسم حتی بهتر از کودکان عادی عمل می‌نماید. حال اگر یک کودک عملکرد خارق‌العاده‌ای در همان پارامترهایی از هوش غیرکلامی

داشته باشد، که کودکان طیف اوتیسم در آنها عملکرد خارق العاده دارند، می توان گفت که قبلاً به طیف اوتیسم است.

شجره تشخیصی یا تصمیم گیری:

شجره تشخیصی نیز بر اساس طبقه بندی ریخت شناسی شکل گرفته است.

شجره تشخیصی در تشخیص افتراقی اختلالات روانی کاربرد دارد. بحث تشخیص افتراقی زمانی مطرح می شود که چند اختلال روانی علائمی مشابه هم دارند به گونه ای که ممکن است با هم اشتباه گرفته شود. در این حالت شجره تشخیص به کمک تشخیص افتراقی می آید و بیان می دارد که به چه علامت ها و نشانه هایی توجه شود تا این چند اختلال روانی با هم اشتباه گرفته نشوند.

یک مثال واقعی:

فرض کنید که فردی علامتی نظیر پر خاشگری مکرر را دارد. این علامت می تواند ناشی از اختلالات مختلفی نظیر اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اختلال انفجاری متناوب، اختلال نامنظمی خلقی اخلاک گرانه، اضطراب جدایی، اختلال طیف اوتیسم باشد. در تشخیص افتراقی این بحث مطرح می شود که به چه علائمی توجه کنیم که این اختلالات با هم اشتباه گرفته نشوند.

اگر پر خاشگری جزئی از سرشت یا شخصیت فرد باشد که شاخص آن، این است که بعد از پر خاشگری به حساب اختلال شخصیت ضد اجتماعی گذاشته می شود.

اگر پر خاشگری جزئی از سرشت یا شخصیت فرد نباشد که شاخص آن این است که فرد بعد از پر خاشگری پشیمان می شود و معذرت می خواهد ولی با وجود معذرت خواهی قادر به کنترل تکانه خشم خود نیست و این پر خاشگری های دوره ای به طور مکرر تکرار می شوند بر حسب یک اختلال تکانه ای به نام اختلال انفجاری متناوب به فرد زده می شود.

اگر پر خاشگری در یک کودک یا نوجوان در پاسخ به ناکامی رخ دهد به فرد بر حسب یک اختلال افسردگی به نام نامنظمی خلقی اخلاک گرانه زده می شود. نامنظمی خلقی اخلاک گرانه یک نوع افسردگی است که به صورت پر خاشگری بروز می نماید. بنابراین تعجبی ندارد که این پر خاشگری ها در پاسخ به ناکامی که می تواند علائم افسردگی را تشدید نماید بروز کنند.

اگر پر خاشگری فقط در موقعیت جدایی رخ دهد به حساب اختلال اضطراب جدایی گذاشته می شود. این فرد برای اینکه جدایی رخ ندهد یا برای اینکه جدایی رخ داده زودتر خاتمه یابد متوسل به پر خاشگری شده است.

اگر پر خاشگری در پاسخ به تغییر رخ دهد، می تواند نشانه اختلال طیف اوتیسم در نظر گرفته شود. در طیف اوتیسم دو علامت اصلی وجود دارد.

۱- مشکل در تعاملات و ارتباطات اجتماعی

۲- علائق گرایشان و رفتارهای تکراری

کودکان مبتلا به طیف اوتیسم کوچکترین تغییر در محیط زندگی خود و روتین زندگی خود را با پرخاشگری شدید و حرکات قالبی که همراه با آسیب زدن به خودشان همراه است پاسخ می‌دهند. حتی برای این که اعتراض خود به تغییر را نشان دهند از یک حرکت قالبی که یک حرکت تکراری است، استفاده می‌نمایند. بنابراین اگر پرخاشگری‌ها فقط در پاسخ به تغییر رخ دهند به حساب اختلال طیف اوتیسم گذاشته می‌شوند.

توضیح چند اصطلاح مهم:

شیوع: بیانگر درصد افرادی است که در یک دوره زمانی خاص دارای یک اختلال روانی خاص هستند. وقتی از میزان شیوع یک اختلال حرف زده می‌شود تمام مواردی که در یک دوره

خاص اختلال داشته‌اند لحاظ می‌شوند چه موارد جدید چه موارد قدیمی. (بروز: بیانگر درصد افرادی است که در یک دوره زمانی خاص جدیداً به یک اختلال مبتلا

شده‌اند. بنابراین وقتی از بروز حرف زده می‌شود فقط موارد جدید اختلال لحاظ می‌شوند و افرادی که از قبل به این اختلال مبتلا بوده‌اند به حساب نمی‌آیند. (نشانه): ساین یا نشانه‌ها عینی هستند و قابل مشاهده و یا ثبت و اندازه‌گیری هستند.

مثلاً وقتی گفته می‌شود زخم عفونت کرده ورم کرده، سرخ شده از ساین‌ها (نشانه‌ها) حرف زده می‌شوند. چون موارد ذکر شده عینی و ابجکتیو هستند. (نشانه): ساین یا نشانه‌ها عینی هستند و قابل مشاهده و یا ثبت و اندازه‌گیری هستند.

سمپتوم (علائم): علائم ذهنی هستند (سبجکتیو)، علائم چیزهایی هستند که بسیار بیان‌گر

توصیف می‌نماید ولی قابل مشاهده و ثبت و اندازه‌گیری نیستند، مثلاً وقتی فرد بیان می‌دارد که درد دارد یا رنج می‌برد درد و رنج عینی و قابل مشاهده نیستند، و سمپتوم (علائم) تلقی می‌گردند.

گاهی در اختلالات روانی تشخیص ساین از سمپتوم آشنا نیست ولی DSM-5 دقت زیادی کرده که از ساین و سمپتوم درست استفاده کند. یعنی زمانی که مورد مذکور عینی است از ساین و اگر

ذهنی است و توصیفات بیمار هستند از واژه سمپتوم بهره می‌برد. (نشانه): ساین یا نشانه‌ها عینی هستند و قابل مشاهده و یا ثبت و اندازه‌گیری هستند.

اسپسیفایر و ساب تایپ: گونه‌ای از هر یک

اسپسیفایر و ساب تایپ حالت‌های مختلف یک اختلال روانی هستند که باعث می‌شوند که

تشخیص‌گذاری با دقت بیشتری انجام گیرد. وقتی گفته می‌شود که اسپسیفایر و ساب تایپ

حالت‌های مختلف یک اختلال هستند به این معنی است که اسپسیفایرها و ساب تایپ‌ها دارای کد

مجزا نیستند و به صورت مستقل قابل تشخیص‌گذاری نیستند. یعنی اسپسیفایرهای مختلف

افسردگی اساسی همگی کد افسردگی اساسی را دریافت می‌دارند و به صورت مستقل قابل

تشخیص‌گذاری نیستند.

اسپسیفایر و ساب تایپ حالت‌های مختلف یک اختلال روانی هستند که باعث می‌شوند که

تشخیص‌گذاری با دقت بیشتری انجام گیرد. وقتی گفته می‌شود که اسپسیفایر و ساب تایپ

حالت‌های مختلف یک اختلال هستند به این معنی است که اسپسیفایرها و ساب تایپ‌ها دارای کد

مجزا نیستند و به صورت مستقل قابل تشخیص‌گذاری نیستند. یعنی اسپسیفایرهای مختلف

افسردگی اساسی همگی کد افسردگی اساسی را دریافت می‌دارند و به صورت مستقل قابل

تشخیص‌گذاری نیستند.

اسپسیفایر و ساب تایپ حالت‌های مختلف یک اختلال روانی هستند که باعث می‌شوند که

تشخیص‌گذاری با دقت بیشتری انجام گیرد. وقتی گفته می‌شود که اسپسیفایر و ساب تایپ

فرق اسپسیفایر با ساب تایپ:

اسپسیفایرها حالت‌های مختلف یک اختلال روانی هستند که این حالت‌های مختلف نقطه مقابل هم نیستند. یک اختلال روانی می‌تواند به طور همزمان در چند اسپسیفایر قرار گیرد. یکسری از این اسپسیفایرها برحسب برجسته‌ترین علامت و پیش‌آگهی (پراگنوز) تعریف شده‌اند، برخی دیگر برحسب شدت اختلال برخی دیگر برحسب مدت اختلال و برخی برحسب مدت بهبودی از اختلال تعریف شده‌اند.

به عنوان مثال در افسردگی اساسی بعد از اینکه فرد ملاک‌های افسردگی اساسی را برآورده نمود و به فرد برحسب افسردگی اساسی زده شد. اسپسیفایرها مشخص می‌گردد مثلاً می‌پرسد مشخص کنید نوع افسردگی اساسی را:

۱- مالیخولیایی

۲- نامتعرف (آتپیک) اسپسیفایر به صورت مجزا مفهوم ندارد، مدت

۳- با علائم کاتاتونیک و علائم آن نقطه مقابل هم نیستند

دقت تمام موارد ذکر نشده است و فقط برای اینکه مفهوم اسپسیفایر مشخص گردد، چند مورد ذکر شده است.

برگردد

این اسپسیفایرها برحسب برجسته‌ترین علامت و پراگنوز تعریف شده‌اند، مثلاً در افسردگی مالیخولیایی اصلی‌ترین علامت بی‌لذتی است و در افسردگی آتپیک علائم نباتی معکوس وجود دارد و اشتها، خواب و وزن بالا رفته است و در افسردگی کاتاتونیک برجسته‌ترین علائم، علائم روانی-حرکتی هستند. علاوه بر این اسپسیفایرهای ذکر شده یکسری اسپسیفایر برحسب شدت تعریف شده است و می‌پرسد مشخص کنید.

افسردگی اساسی خفیف، متوسط یا شدید است.

برخی از اختلالات دارای اسپسیفایر مدت اختلال یعنی حاد و مزمن هستند.

برخی از اختلالات دارای شاخص بهبودی بود و اسپسیفایرهای در حال بهبود کامل و در حال بهبود سنی برای آنها تعیین شده است.

باید توجه داشت که یک اختلال را می‌توان به طور همزمان در چند اسپسیفایر قرار داد. مثلاً می‌توان گفت اختلال افسردگی اساسی مالیخولیای شدید.

مالیخولیای یک اسپسیفایر و شدید یک اسپسیفایر است.

این اسپسیفایرها به صورت مجزا قابل تشخیص گذاری نیستند. به عنوان مثال شدید به تنهایی مفهومی ندارد. این افسردگی اساسی شدید است که مفهوم می‌یابد. اسپسیفایرها چون اطلاعات بیشتری در مورد یک اختلال روانی به ما می‌دهند. باعث می‌شوند که تشخیص گذاری با دقت بیشتری انجام شود.

ساب تایپ‌ها نیز مانند اسپسیفایرها حالت‌های مختلف یک اختلال هستند ولی این حالت‌های مختلف نقطه مقابل هم هستند و لذا اختلال در بیش از یک ساب تایپ قرار نمی‌گیرد، چون ساب تایپ‌ها نقطه مقابل همدیگر هستند.

تاریخچه DSM

DSM توسط انجمن روان‌پزشکان آمریکا تدوین شده است. در DSM علاوه بر اینکه اختلالات روانی طبقه‌بندی شده‌اند، ملاک‌های تشخیصی هر اختلال روانی نیز ذکر شده است. تاریخچه مختصر آنها به صورت زیر است. تا امروز چندین نسخه از DSM منتشر شده است که تاریخچه مختصر آن به صورت زیر است. DSM-I که در سال ۱۹۵۲ و DSM-II که در سال ۱۹۶۸ منتشر شدند، دو ایراد اساسی داشتند. DSM از آنجا که تصدیق بر علل روان‌پزشکی را در بر داشت، مورد انتقاد قرار گرفت.

- ۱- به شدت استنباطی بودند، در حالی که DSM باید توصیفی باشد
- ۲- به شدت تحت تأثیر مکتب روان‌تحلیل‌گری بودند، در حالی که DSM نباید وابسته به مکتب خارجی باشد.

منظور از استنباطی بودن DSM این بود که علائم بیماری، شدت و مدت علائم به خوبی توصیف نشده بود. به عنوان نمونه بیان شده بود که اگر فردی یک دوره علائم زیر را داشته باشد اختلال X را دارد ولی مدت دوره بیان نشده بود. و افراد مختلفی که از DSM استفاده می‌کردند، استنباط متفاوتی از دوره می‌کردند (یک هفته، یک ماه، سه ماه، شش ماه، یا یک سال) در نتیجه با وجود اینکه از نسخه واحدی از DSM استفاده می‌کردند ولی به تشخیص واحدی نمی‌رسیدند، به بیان دیگر استنباطی بودن DSM باعث می‌شد که پایایی تشخیص در نسخه اول و دوم DSM به شدت پایین باشد. (استدلال دوم) DSM از آنجا که برای تشخیص آن مدت مشخص نشده است.

ایراد دوم این بود که نسخه اول و دوم DSM به شدت تحت تأثیر روان‌تحلیل‌گری بود و پر بود از اصطلاحات روان‌تحلیل‌گری در حالی که DSM نباید تحت تأثیر هیچ مکتبی باشد تا روان‌شناسان و روان‌پزشکان مختلف با دیدگاه زیستی، رفتاری، شناختی، انسان‌گرای وجودی... از این راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی استفاده نمایند.

✓ از DSM-III به بعد تلاش شد DSM توصیفی‌تر گردد و به تدریج اصطلاحات روان‌تحلیل‌گری از DSM حذف گردید. معنی این جمله این است که توصیفی‌ترین نسخه DSM نسخه آخر DSM یعنی DSM-5 است که در سال ۲۰۱۳ منتشر شده است.

در تدوین DSM-III-R ابتدا قرار بود تغییرات خیلی جزئی ایجاد گردد ولی عملاً تغییرات زیادی به وجود آمد. حدود ۸۰٪ بیماری‌ها طبقه‌بندی‌شان تغییر کرد و محورهای DSM تغییر کرد.

هدف از تدوین DSM-IV این بود که تا آنجا که ممکن بود اصطلاحات DSM با ICD منطبق گردد.

انجمن روان‌شناسان آمریکا قراردادی با سازمان بهداشت جهانی منعقد کرده بود و متعهد شده بود که تا آنجا که ممکن است DSM با ICD منطبق گردد. علت این بود که از روان‌شناس روان‌پزشکی از کشوری که برای تشخیص اختلالات روانی از DSM استفاده می‌نماید به کشوری که ICD استفاده می‌گردد مهاجرت نماید (و یا بالعکس) به راحتی بتواند با سیستم تشخیصی جدید خود را سازگار نماید.

DSM-IV-TR در سال ۲۰۰۰ میلادی منتشر شد و تا آن روز توصیفی‌ترین نسخه DSM بود ویژگی برجسته DSM-IV-TR علاوه بر توصیفی بودن آن این بود که تکلیف اکثر اختلالات روانی که در نسخه‌های قبلی بلا تکلیف رها شده بودند، مشخص شد. لذا تعداد اختلالات روانی که در DSM-IV-TR وجود داشت به نسخه قبلی رشد زیادی کرده بود و دقیقاً به همین دلیل هم است که تعداد اختلالات روانی جدیدی که در DSM-۵ معرفی شده بسیار اندک است. برخی اعتقاد دارند که DSM-IV-TR و به تبع آن DSM-5 سخت‌گیرانه عمل نمود و بعضی از چیزهایی که می‌شد اختلال روانی در نظر گرفته نشود اختلال روانی تلقی شده است و واقعیت این است که اکثر افراد بر اساس DSM-IV-TR و به تبع آن DSM-۵ یک یا چند اختلال روانی دارند به عنوان نمونه فردی که سیگاری است، اختلال روانی به نام وابستگی به نیکوتین دارد و فردی که از حیوانی نظیر سوسک می‌ترسد یک فوبی خاص به نام فوبی حیوانات دارد.

نقطه قوت DSM-IV-TR توصیفی بودن شدید آن و نقطه ضعف آن این است که به سبب شناسی توجه نکرده است. در DSM-IV-TR اختلالات روانی که علائم توصیفی مشابه دارند در یک طبقه (فصل) قرار گرفته‌اند نه اختلالات روانی که علل مشابه دارند. در DSM-5 تا حدودی تلاش شده که به مبحث سبب‌شناسی توجه گردد یعنی تا آنجا که توجه به سبب‌شناسی به توصیفی بودن DSM ضربه نزده سعی شده به مبحث سبب‌شناسی توجه شده است.

به عنوان نمونه در DSM-IV-TR در فصل اختلالات اضطرابی اختلالات فوبی خاص، فوبی اجتماعی، آگورافوبیا، پانیک، اضطراب فراگیر، وسواس فکری عملی، اختلال استرس پس از سانحه و اختلال استرس حاد در یک طبقه بودند. در حالی که ما علت فوبی را به یاد نمی‌آوریم ولی عامل ایجادکننده اختلال استرس پس از سانحه و اختلال استرس حاد (تروما) یعنی رویداد آسیب‌زادی است که در خواب و بیداری فرد را رها نمی‌کند وسواس نیز نوعی توجه افراطی نسبت به افکار وسواسی است لذا در DSM-5 با توجه به این موضوع فصل اختلالات اضطرابی به سه طبقه (فصل) اختلالات اضطرابی، اختلالات وسواسی و اختلالات ناشی تروما تبدیل شده است.

DSM-5 بدون شک توصیفی‌ترین و ابعادی‌ترین نسخه DSM است. DSM-5 نسبت به نسخه

قبلی بیشتر به سبب‌شناسی توجه کرده و ایراد وارد به DSM-IV-TR که به سبب‌شناسی توجه ندارد را تا حدودی برطرف کرده است.

در مورد ابعادی‌تر شدن DSM-5 باید ذکر کرد که چارچوب اصلی DSM-5 مثل قبل مقوله‌ای یا سنتی است و ابعادی جایگزین روش مقوله‌ای یا سنتی نمی‌گردد بلکه روش ابعادی دارد به مقوله‌ای اضافه می‌گردد به عنوان مکمل یا ضمیمه عمل می‌نماید. اضافه کردن روش ابعادی به مقوله هرچند باعث می‌شود کار کردن با DSM مقداری دشوارتر گردد ولی فواید زیادی دارد که عبارت‌اند از

۱- DSM کاربردی‌تر می‌گردد ✓

۲- جاهایی که امکان وجود دارد که اختلال به صورت طیف درآید نظیر طیف اوتیسم و طیف اسکیزوفرنی اختلالات NOS یعنی نامعین حذف می‌گردند. ✓

به عنوان نمونه وقتی اختلالی به نام طیف اوتیسم به سه درجه سطح یک، دو و سه تقسیم می‌گردد که ۳ بیانگر حالت شدید که نیازمند خدمات بیشتری است و سطح ۱ که بیانگر ضعیف‌ترین حالت بیماری است که خدمات کمتر و متفاوتی نیاز دارد تقسیم می‌گردد می‌توان برای هر سطح بیماری خدمات خاصی را تعریف کرد. *معلوم می‌ماند*

در مورد حذف اختلالات NOS در اختلالاتی که به صورت طیف درآمده‌اند می‌شود طیف اوتیسم را مثال زد. در DSM-IV-TR اختلالاتی به نام اختلالات فراگیر رشد (نافذ رشد) وجود داشت که در این طبقه چهار اختلال اصلی به نام‌های ۱- اسپرگر ۲- اوتیسم ۳- رت ۴- فروپاشنده کودکی و یک اختلال NOS به نام اختلال فراگیر رشد NOS وجود داشت. کسانی که اختلال فراگیر رشد داشتند ولی نمی‌شد آنها را در هیچ کدام از طبقات اسپرگر، اوتیسم، رت و فروپاشنده کودکی قرار داد در طبقه اختلال فراگیر رشد نامعین قرار داده می‌شدند.

در DSM-5 دیگر رت اختلال روانی تلقی نمی‌گردد و ثابت شده است رت یک بیماری صلبی *محدود* است. بقیه اختلالات فراگیر رشد یعنی اسپرگر، اوتیسم، فروپاشنده کودکی و اختلال فراگیر رشد نامعین باهم انجام شده‌اند و اختلال واحد به نام اختلال طیف اوتیسم را ایجاد نموده‌اند. که این اختلال طیف اوتیسم سه سطح مختلف دارد.

DSM-5	DSM-IV-TR
اختلال طیف اوتیسم	اختلال اسپرگر ✓
	اختلال اوتیسم ✓
	اختلال رت ✓ <i>حذف شد</i>
	اختلال فروپاشنده کودکی ✓
	اختلال فراگیر رشد نامعین ✓
	اختلالات فراگیر رشد

رت به عنوان یک بیماری طبی در ۵-DSM از اختلالات روانی حذف شده و بقیه اختلالات فراگیر رشد با هم ادغام شده و اختلال واحدی به نام اختلال طیف اوتیسم را ایجاد نموده‌اند. اختلال طیف اوتیسم با استفاده از سیستم ابعادی به سه سطح یک، دو و سه تقسیم شده است. که سطح یک خفیف‌ترین حالت طیف اوتیسم است که نیاز به کمترین حمایت را دارد و سطح سه شدیدترین حالت ممکن است که نیازمند بیشترین حمایت است. به طور کلی در اختلالاتی که به روش ابعادی سطح‌بندی شده‌اند، هر چه مقدار عددی افزوده می‌شود، شدت اختلال نیز افزایش می‌یابد.

یکی دیگر از ویژگی‌های ۵-DSM این است که در ۵-DSM از واژه NOS یعنی نامعین استفاده نمی‌گردد و به جای آن از واژه مشخص دیگر و نامشخص استفاده می‌شود. زمانی از واژه مشخص دیگر و یا نامشخص استفاده می‌گردد که فرد علائمی مشابه یک اختلال روانی را دارد که به طور قابل ملاحظه‌ای عملکرد فرد را مختل کرده است ولی ملاک‌های آن اختلال را به طور کامل برآورده نمی‌کند. به عنوان مثال حالتی را در نظر بگیرید که فرد علائم افسردگی را دارد و شاخص‌های افسردگی اساسی را به طور کامل برآورده می‌کند. در این حالت به فرد برچسب اختلال افسردگی اساسی زده می‌شود. اما اگر فرد علائم افسردگی اساسی را دارد ولی ملاک‌های افسردگی اساسی را به طور کامل برآورده نمی‌کند باید به فرد یکی از دو تشخیص اختلال افسردگی اساسی مشخص دیگر یا اختلال افسردگی اساسی نامشخص استفاده می‌شود. این تشخیص‌ها نشان می‌دهند که فردی علائم افسردگی اساسی را دارد ولی ملاک‌ها را از نظر تعداد، شدت یا مدت به طور کامل برآورده نمی‌کند. سؤال بعدی این است چه موقع باید از واژه مشخص دیگر استفاده گردد. اگر از واژه نامشخص استفاده گردد بعد از آن علت برآورده نشدن ملاک‌ها نباید ذکر گردد ولی اگر از واژه مشخص دیگر استفاده گردد بلافاصله بعد از عبارت مشخص دیگر می‌بایست علت برآورده شدن ملاک به صورت کامل بیان شود. مثلاً به صورت زیر:

افسردگی اساسی مشخص دیگر به دلیل ناکافی بودن مدت علائم

افسردگی اساسی مشخص دیگر به دلیل ناکافی بودن تعداد و شدت علائم

* یکی دیگر از تغییرات خیلی مهم در ۵-DSM حذف محورهای DSM است. DSM-IV-

TR پنج محور داشت. در محور یک کل اختلالات روانی به غیر از اختلالات شخصیتی و نقب‌ماندگی ذکر می‌شد. در محور دو عقب‌ماندگی و اختلالات شخصیت ذکر می‌شد. به این ترتیب بر اختلال روانی که فرد داشت در محور یک یا دو ذکر می‌شد و برای بقیه محورها اختلال روانی قی نمی‌ماند. در محور سه بیماری‌های طبی ذکر می‌شد. در محور چهار رویدادهای مهم زندگی ذکر می‌شد و در محور پنج ارزیابی عملکرد کلی یعنی GAF ذکر می‌گردید.

در DSM-5 لازم نیست گزارش اختلالات روانی و بیماری‌های طبی به صورت فوق انجام شود. در ابتدا هر اختلال روانی یا صلبی که فرد دارد ذکر می‌گردد و اگر رویداد مهمی وجود دارد ذکر می‌شود ولی نام آن محور چهار نیست اگر GAF نیز ثبت شده، بیان می‌گردد ولی نام آن محور پنج نیست چون محور یک، دو و سه و چهار در کار نیست علت این که دیگر لازم نیست گزارش تشخیص با الگوی خشک گذشته انجام گیرد این است که گزارش برای فرد متخصص نوشته می‌شود که خود فرق اختلال روانی و طبی را می‌داند و تفکیک این دو لازم نیست. همچنین در DSM-IV-TR بیان می‌شد که برای اینکه مطمئن شویم که حتماً اختلالات شخصیت و عقب‌ماندگی مد نظر قرار گیرند از بقیه اختلالات روانی جدا شده‌اند. در حالی که تشخیص عقب‌ماندگی و اختلال شخصیت نسبت به اختلالات دیگر راحت‌تر است و این مسئله که ممکن است از قلم بیفتد بعید به نظر می‌رسد. به خصوص اختلالات شخصیت که همسان با خود هستند و چیزی که از نظر دیگران مشکل فرد است از نظر خود فرد نقطه قوت فرد است، لذا فرد سعی در مخفی کردن علائم خود ندارد. بنابراین به نظر تدوین‌کنندگان DSM-5 ضرورتی برای پیروی از الگوی گزارش پنج محوری وجود ندارد.

باید توجه داشت که DSM-5 حتی نسبت به DSM-IV-TR توصیفی‌تر است. در DSM-5 حتی اگر واژه مقداری گنگ بوده سعی شده با واژه‌های گویاتر عوض گردد. همچنین در مورد توصیفی‌تر بودن DSM-5 می‌توان فصل اختلالات دوران کودکی را در DSM-IV-TR مثال زد. در DSM-IV-TR طبقه (فصل) بزرگی در DSM وجود داشت به نام اختلالات دوران کودکی که هر اختلال روانی که برای اولین بار در دوران کودکی بروز می‌کرد چه در بزرگسالی فروکش می‌کرد چه فروکش نمی‌کرد. در فصل اختلالات دوران کودکی قرار داشت. این با توصیفی بودن DSM در تضاد بود چون یک جنبه از توصیفی بودن DSM درست است که این است که علائم تعداد علائم، شدت علائم و مدت علائم به روشنی توصیف گردد ولی جنبه توصیفی بودن این است که اختلالات روانی که علائم توصیفی مشابه دارند در یک طبقه قرار گیرند. فصل اختلالاتی که برای اولین بار در دوران کودکی بروز می‌نمایند به نوعی توصیفی بودن DSM-IV-TR را به چالش می‌کشد زیرا در این فصل تمام اختلالاتی که در دوران کودکی شروع می‌شد هر چند که علائم توصیفی متفاوت داشتند، در یک گروه قرار گرفته بودند. در حالی که یک جنبه از توصیفی بودن این است که اختلالات روانی که علائم مشابه دارند در یک گروه قرار گیرند. در DSM-5 فصلی به نام اختلالات دوران کودکی وجود ندارد و اختلالاتی که در فصل اختلالات دوران کودکی قرار داشته‌اند اگر فصل مشابهی در DSM وجود دارد به فصول مشابه انتقال یافته‌اند و اگر وجود نداشت فصول جدید ایجاد شده‌اند، تا توصیفی بودن DSM افزایش یابد. مهم‌ترین تغییرات رخ داده در طبقه اختلالات کودکی در زیر خلاصه شده‌اند.

• در DSM-5 فصل جدیدی شکل گرفته است به نام اختلالات عصبی-رشدی که هم اختلال روانی که ناشی از این ماجرا است که یک ویژگی کودک متناسب با مرحله رشدی (سن) کودک رشد نکرده و در بین گروه قرار می‌گیرند. در عقب‌ماندگی ذهنی که در DSM-5 ناتوانی عقلانی (اختلال عقلانی-رشدی) نامیده می‌شود. توانایی عقلانی فرد متناسب با مرحله رشدی وی رشد نمی‌کند. در اختلال یادگیری که اختلال یادگیری خاص در DSM-5 نامیده می‌شود توانایی یادگیری یک درس خاص متناسب با مرحله رشدی فرد رشد نمی‌کند. در اختلالات فراگیر رشد که در DSM-5 اختلال طیف اوتیسم نامیده می‌شود. بسیاری از ویژگی‌های کودک از جمله مهارت‌های اجتماعی، تمایلات و گرایش‌های فرد متناسب با مرحله رشدی رشد نمی‌کنند و حتی ممکن است که مهارت‌های زبانی و هوش فرد نیز متناسب با مرحله رشدی فرد رشد نمایند. در اختلالات ارتباطی که مربوط به حیطه زبان است توانایی زبان چه در حیطه دریافت یا حیطه بیان متناسب با مرحله رشدی فرد رشد نمی‌نماید. در اختلالات حرکتی که شامل حرکات تکراری تیک و حرکات قالبی است مهارت‌های حرکتی متناسب با مرحله رشدی فرد رشد نمی‌کنند در بچه‌های کوچک حرکات تکراری در مرحله حسی-حرکتی پیاژه زیاد است ولی قاعداً با افزایش سن کودک به تدریج باید از این حرکات تکراری کاسته شود. در اختلال بیش‌فعالی عدم توجه (ADHD) سه شکایت اصلی می‌تواند بیش‌فعالی، تکانشگری و عدم توجه (کمبود توجه) وجود دارد. کودکان نسبت به بزرگسالان فعالیت بیشتری دارند، تکانشی‌تر است و از دامنه توجه محدودتری برخوردارند، ولی با افزایش سن انتظار می‌رود که به تدریج از فعالیت فرد کاسته شود، به کنترل تکانه افزوده شود و توجه افزایش یابد ولی کودکان مبتلا به ADHD گویی متناسب با مرحله رشدی خود رشد نکرده‌اند و با وجود بزرگ‌تر شدن کم‌کم بیش‌فعالی - تکانشگری و عدم توجه با آنها است.

سؤال: چرا اختلالات دفع به فصل اختلالات عصبی-رشدی منتقل نشده‌اند و فصل مجزایی به نام اختلالات دفع را در DSM-5 ایجاد کرده‌اند.

• اگر تمام بی‌اختیاری ادرار و مدفوع‌ها منشأ زیستی و رشدی داشتند بدون شک اختلالات دفع در فصل عصبی-رشدی‌ها جا می‌گرفت ولی اکثر کسانی که بی‌اختیاری ادرار دارند بی‌اختیاری آنها ثانویه است و به دلایل کاملاً روان‌شناختی ایجاد شده است یعنی این بچه از نظر زیستی و رشدی توانایی کنترل ادرار را دارد و در مرحله‌ای از زندگی خود کنترل ادرار را به دست گرفته بوده است ولی به دلیل یک تنش روان‌شناختی نظیر تولد بچه جدید، تنش خانوادگی، مرگ یکی از عزیزان و جنگ این مهارت را مجدداً از دست داده است. بنابراین وقتی اختلال دفع ثانویه است علت کاملاً روان‌شناختی است و منشأ رشدی ندارد. و لذا در DSM-5 فصل مجزایی برای اختلالات دفع ایجاد شده است.

- اختلالات خوردن در دوران کودکی یعنی هرزه‌خواری، نشخوارگری و تغذیه ناکافی شیرخواری اوایل کودکی چون مربوط به حیطه خوردن هستند به فصل اختلالات خوردن منتقل شده و با بی‌اشتهایی عصبی و پراشتهایی در یک طبقه قرار گرفته‌اند.
- اضطراب جدایی و لالی انتخابی که علائم اضطرابی دارند به فصل اختلالات اضطرابی منتقل شده‌اند.
- دلبستگی واکنشی شیرخواری اوایل کودکی که ناشی از نداشتن مراقب دائمی یا عدم شایستگی مراقب دائمی است با توجه به اینکه نداشتن مراقب دائمی برای کودک یک تروما (رویداد آسیب‌زا) است به فصل اختلالات ناشی از تروما منتقل شده‌اند و با اختلال استرسی پس از سانحه (PTSD) و اختلال استرسی حاد در یک طبقه قرار گرفته‌اند.
- اختلال رفتار ایدایی که شامل نافرمانی مقابله‌جویانه، سلوک است و ریشه در عدم کنترل تکانه دارد و به فصل اختلالات اخلاک‌گرانه، کنترل تکانه و سلوک منتقل شده است. سلوک نافرمانی مقابله‌جویانه با ضداجتماعی، جنون دزدی و جنون آتش‌افروزی که همگی اختلال برون‌ریز هستند و ریشه در کنترل تکانه دارند در یک گروه قرار گرفته‌اند.

اندیسی هم عدم کنترل تکانه

تغییرات رخ داده در فصل اختلالات کودکی در جدول زیر خلاصه شده است.

DSM-5		DSM-IV-TR	
اختلالات عصبی رشدی	اختلال ناتوانی عقلانی یا اختلال عقلانی رشدی (نام جدید)		اختلال عقب ماندگی
	اختلال طیف اوتیسم	اختلال اسپرگر	اختلالات فراگیر رشد
		اختلال اوتیسم	
		اختلال رت	
		اختلال فروپاشیده کودکی	
		اختلال فراگیر رشد نامعین	
	اختلال یادگیری خاص	اختلال دیس لکسیا (خوانش پیری)	اختلالات یادگیری
		اختلال دیس گرافیا (نوشتار پیری)	
		اختلال دیس کالکولیا (محاسبه پیری)	
	اختلال بیش فعالی / عدم توجه		اختلال بیش فعالی - عدم توجه
اختلالات ارتباطی	اختلال زبان دربارتی	اختلالات ارتباطی	
	اختلال زبان بیانی		
	اختلال زبان آوایی		
	لکنت زبان		
	اختلال ارتباط عملی (اختلال جدید)		
اختلالات حرکتی	اختلال تیک (توره، مزمن، گذرا)	اختلالات حرکتی	
	اختلال حرکت قالمی		
	اختلال هماهنگی رشدی		
اختلالات اضطرابی	اختلال اضطراب جدایی		اختلال لالی انتخابی
	اختلال لالی انتخابی		
اختلالات ناشی از تروما	اختلال دلبستگی واکنشی شیرخواری اوایل کودکی (نیب محدود و نیب گسیخته)		اختلال دلبستگی واکنشی
	اختلال تعامل بی فیدوشرط		
اختلالات دفع	اختلال بی اختیاری ادرار		اختلال بی اختیاری ادرار
	اختلال بی اختیاری مدفوع		اختلال بی اختیاری مدفوع
اختلالات خوردن و تغذیه	اختلال هرزه خواری	اختلال هرزه خواری	اختلالات خوردن در کودکی
	اختلال نشخوار گری	اختلال نشخوار گری	
	اختلال اجتناب محدودیت غذا	اختلال تغذیه ناکافی شیرخواری اوایل کودکی	
اختلالات کنترلی، تکانه و سلوک	اختلال نافرمانی مقابله جویانه	اختلال نافرمانی مقابله جویانه	رفتارهای ابتدایی
	اختلال سلوک	اختلال سلوک	

خلاصه تغییرات که در چارچوب DSM-5 رخ داده است

- DSM-5 ابعادی ترین نسخه DSM است طبقه‌بندی ابعادی در حال اضافه شدن به مقوله‌ای است و جایگزین آن نشده است.

- DSM-5 توصیفی ترین نسخه DSM است البته تا آنجایی که به توصیفی بودن DSM آسیب وارد نمی‌شد به مبحث سبب‌شناسی نیز توجه شده است

- با اضافه شدن طبقه‌بندی ابعادی به مقوله‌ای DSM (کاربردی تر شده) و در طبقاتی که به صورت طیف درآمده‌اند مثل طیف اوتیسم و طیف اسکیزوفرنی طبقه‌بندی سنتی موجود و اختلالات NOS که ناشی از طبقه‌بندی مقوله‌ای صرف است حذف شده‌اند.

- حتی در طبقاتی که به صورت طیف درنیامده‌اند و به تبع اختلالات NOS (نامعین) حذف نشده‌اند دیگر از واژه NOS استفاده نمی‌شود و به جای آن از واژه‌های مشخص دیگر و نامشخص استفاده می‌گردد.

- (محورها (پنج محور DSM-IV-TR) در DSM-5 حذف شده‌اند و دیگر DSM-5 چند محوری نیست.

- DSM از ابتدا حالت چند محوری داشت که در DSM-5 محورها را حذف شده است.

محورهای DSM-IV-TR (در حال استفاده در محورها) (در حال استفاده در محورها) (در حال استفاده در محورها)

DSM-IV-TR پنج محور داشت که همچنان که ذکر شد در DSM-5 این محورها حذف

شده‌اند. در اینجا به معرفی محورها موجود در DSM-IV-TR می‌پردازیم. محور یک کل

اختلالات روانی به غیر از اختلالات شخصیتی و عقب‌ماندگی ذکر در برمی‌گرفت. در محور دو

عقب‌ماندگی و اختلالات شخصیت ذکر می‌شد، همچنین اگر فرد از مکانیسم‌های دفاعی استفاده

بیمارگونه نماید، در محور دو ذکر می‌گردد، علت این است که استفاده بیمارگونه از مکانیسم‌های

دفاعی کلید شناسایی اختلالات شخصیت است به عنوان نمونه اگر فردی به صورت بیمارگونه از

مکانیسم دفاعی فرافکنی استفاده نماید و خصلت‌های بد خود را به دیگران نسبت دهد احتمالاً

اختلال شخصیت پارانوئید دارد. به این ترتیب هر اختلال روانی که فرد داشت در محور یک یا دو

ذکر می‌شد و برای بقیه محورها اختلال روانی باقی نمی‌ماند. (در محور سه بیماری‌های طبی ذکر

می‌شد. در محور چهار رویدادهای خوشایند و ناخوشایند زندگی فرد که اهمیت دارند ذکر می‌گردید

و در محور پنج ارزیابی عملکرد کلی یعنی GAF ذکر می‌گردید.

سؤال: چند اختلال می‌تواند در محور یک تشخیص‌گذاری کرد؟ محدودیتی وجود ندارد، هر تعداد

اختلال روانی که در فرد وجود دارد و درمانگر قصد درمان آنها را دارد می‌تواند، در محور یک

تشخیص‌گذاری گردد. البته باید توجه داشت که روان‌شناسان مجاز به تشخیص‌گذاری در بیرون از

محل کار خود نیستند و در محل کار نیز مجاز به تشخیص‌گذاری برای فردی که درمان‌جوی فرد

دیگر است نیست، همچنین اگر درمانگری به هر دلیل امکان درمان اختلالی را ندارد، نباید آن

اختلال را تشخیص گذاری انجام دهد. به عبارت دیگر تشخیص گذاری به قصد درمان انجام می گیرد نه به قصد برچسب زدن به دیگران |

سؤال: چند اختلال شخصیت در محور دو می توان ثبت کرد؟

محدودیتی از نظر تعداد اختلالات شخصیتی که می توان در محور دو ثبت کرد وجود ندارد ولی توصیه بالینی این است که فقط یک اختلال شخصیت یعنی اصلی ترین اختلال شخصیت که بیشترین مشکلات را برای فرد ایجاد کرده است ذکر گردد. مشکلی که فصل اختلالات شخصیت در DSM دارند این است که بین علائم تشخیصی اختلالات شخصیت مختلف همپوشانی وجود دارد یعنی برخی از علائم در چند اختلال شخصیت مشترک هستند، این تشابه بین علائم تشخیصی اختلالات شخصیت مختلف باعث می شود که فردی که یک اختلال شخصیت دارد بتواند شاخص های لازم برای چند اختلال شخصیت دیگر را نیز برآورده نماید. در اینجا برای از بین بردن این ضعف DSM در فصل اختلالات شخصیت به قضاوت بالینی روان شناسی اهمیت داده شده و از روان شناس خواسته شده که بر اساس قضاوت بالینی خود بررسی نماید که اکثر مشکلاتی که برای فرد به وجود آمده در اثر کدام اختلال شخصیت بوده است و همان را ذکر نماید. در DSM-5 با درک مشکل فصل اختلالات شخصیت یک مدل جدید برای اختلالات شخصیت بر اساس سیستم طبقه بندی ابعادی طراحی شده است. این سیستم جدید بسیار از نسخه مشکل دار فعلی متفاوت است، لذا برای اینکه پیوستگی DSM مختل نگردد و متخصصان فرصت یادگیری این سیستم جایگزین را داشته باشد. در بدنه اصلی DSM-5 که بخش اصلی است، همان نسخه قدیمی ارائه شده و مدل جایگزین در فصل سوم که پیوست است، ارائه شده است.

سؤال: همچنان که ذکر شد محور سه در DSM-IV-TR مربوط به بیماری های طبی است، اگر فرد بیماری طبی جدی دارد مثل سرطان دیابت، بیماری های قلبی عروقی، تنفسی..... در محور سه ذکر می گردد حال سؤال این است که چه لزومی دارد که وقتی داریم اختلالات روانی را تشخیص گذاری می کنیم محوری را برای اختلالات طبی اختصاص می دهیم؟

برخی از اختلالات روانی علائمی مشابه یک اختلال طبی دارند و ممکن است که با آن اشتباه گرفته شوند و برای اینکه شما بتوانید آن اختلال روانی را تشخیص گذاری نمایید باید مطمئن شوید که فرد اختلال طبی مشابه را ندارد در این مورد چند مثال ذکر می گردد.

مثال ۱: اگر فردی به شدت پر خوری می نماید قبل از اینکه شما بخواهید اختلالاتی نظیر پراشتهایی یا پراشتهایی عصبی را تشخیص گذاری نمایید باید مطمئن شوید که فرد تومور مغزی که منجر به پر خوری وی شده را ندارد یا پرکاری تیروئید که می تواند باعث پر خوری گردد ولی وزن فرد افزایش نمی یابد را ندارد.

مثال ۲: فرض کنید به فرد می خواهید برچسب پانیک (حمله وحشت زدگی) که یک اختلال اضطرابی است را بزنید. در این اختلال فرد به طور ناگهانی و غیر قابل پیش بینی دچار حمله می شود. در طی حمله فرد احساس تنگی نفس خفگی و مرگ می نماید. ضربان قلب و فشار خون و

تعداد تنفس وی به شدت افزایش می‌یابد و در عرض ۱۰ دقیقه به اوج خود می‌رسد و سپس علائم فروکش می‌نماید. در طی حمله فرد از شدت ترس ممکن است بالا بیاورد، عضلاتش شل شود و بیفتد یا اینکه کل بدن وی سوزن سوزن شود (مثل حالتی که خواب رفتن دست‌وپا دارند). در بیماری پانیک خطر جدی فرد را تهدید نمی‌کند و اگر فرد به این باور برسد که واقعاً خطری وی را تهدید نمی‌کند از تعداد حملات پانیک و شدت حملات وی کاسته می‌شود. این افراد درواقع مرکز تنفسی دارند که فوق‌العاده به کاهش اکسیژن و افزایش دی‌اکسیدکربن حساس است و کوچک‌ترین کاهشی در اکسیژن یا کوچک‌ترین افزایشی در مقدار دی‌اکسید کربن را وضعیت اورژانسی تلقی کرده و به شدت واکنش می‌دهد و آذیر خطر را با آخرین قدرت می‌کشد و همین امر باعث ترس شدید فرد می‌شود درحالی‌که افراد عادی این حالت را کاملاً عادی تلقی می‌نمایند. حال اگر شما به فردی می‌خواهید برچسب پانیک را بزنید باید مطمئن شوید که این فرد بیماری قلبی عروقی یا تنفسی جدی ندارد و این‌گونه نشود که ما به فرد بگوییم خطری وی را تهدید نمی‌کند و کافی است نترسد و فرد بر اثر بیماری قلبی عروقی یا تنفسی واقعی دچار مشکل گردد.

دلیل دومی که می‌بایست فرد از نظر طبی بررسی گردد این است که بیماری‌های طبی و اختلالات روانی اثر متقابل بر همدیگر دارند و می‌توانند همدیگر را تشدید نمایند. به‌عنوان نمونه کسانی را بیماری‌های روانی-تنی نظیر بیماری‌های قلبی-عروقی دارند اختلالات اضطرابی به‌عنوان عامل تشدیدکننده بیماری‌های روان-تنی در این افراد باید جدی گرفته شود و با اینکه بالعکس بیماری‌های مزمنی نظیر دیابت یا دردهای مزمن فرد را مستعد اختلالات خلقی نظیر افسردگی می‌نمایند.

سؤال: ذکر رویدادهای مهم زندگی در محور چهار DSM-IV-TR از چه نظر اهمیت دارد؟ از روی این رویدادها می‌توان علت برخی از اختلالاتی را که در محور یک یا دو ذکر شده را فهمید. به‌عنوان نمونه اگر بعد از بازنشستگی علائم افسردگی فرد تشدید گردد، همین یافته می‌تواند علاوه بر درک علت راهنمای درمانی نیز باشد.

سؤال: چه لزومی دارد که در محور چهار DSM-IV-TR علاوه بر رویدادهای ناخوشایند اجتماعی و محیطی رویدادهای خوشایند نیز ذکر کردند؟ بعضی از اوقات تنشی که رویدادهای خوشایند ایجاد می‌نماید کمتر از رویدادهای ناخوشایند نیست به‌عنوان نمونه ازدواج، تولید بچه اول و مدیر شدن می‌توانند به شدت برای فرد تنش‌زا باشند.

محور پنج در DSM-IV-TR ارزیابی عملکرد کلی فرد (GAF) است. برای ارزیابی عملکرد کلی فرد یک نمره‌ای بین صفر الی ۱۰۰ به فرد تعلق می‌گیرد. نمره صفر بیانگر این است که ارزیابی عملکرد کلی انجام نشد ۱۰۰ بیانگر بهترین عملکرد و ۱۰ بیانگر بدترین عملکرد ممکن است. نمره‌ها بر اساس جدول زیر به صورت ۱۰ تایی داده می‌شود مثلاً ۹۰ الی ۱۰۰ یا ۸۰ الی ۹۰ یا ۷۰ الی ۸۰. همچنان در جدول نیز که دیده می‌شود ۹۰ الی ۱۰۰ بیانگر عملکرد عالی و ایدئال است. نمره ۶۰ الی ۷۰ بیانگر علائم خفیف ۵۰ الی ۶۰ بیانگر علائم متوسط است. اگر نمره زیر ۵۰ باشد فرد

علائم جدی دارد اگر نمره فرد ۲۰ الی ۳۰ باشد دچار توهم هذیان است و افکار خودکشی دارد نمره پایین تر از ۲۰ بیانگر تلاش عملی فرد برای خودکشی یا آسیب جدی به دیگران زدن است. نمره GAF فعلی فرد می تواند شدت مشکلات فعلی فرد را نشان دهد. همچنین با مقایسه GAF فعلی با GAF های قبلی و بعدی می توان به اطلاعات مهم و کارآمدی پی برد. مثلاً اگر GAF قبل و بعد از درمان را باهم مقایسه کنیم می توان به کارآمدی درمان پی برد. اگر GAF پایین فرد بعد از درمان به شدت بالا رود نشان دهنده کارآمدی درمان است همچنین با مقایسه GAF فعلی با GAF های قبلی می توان به شروع ناگهانی یا تدریجی بیماری پی برد نحوه شروع بیماری از این نظر اهمیت دارد که در اکثر اختلالات روانی شروع ناگهانی نشان دهنده پیش آگهی خوب در حالی که شروع تدریجی و خزنده نشان دهنده پیش آگهی بد است. منظور از پیش آگهی پیش بینی ما در مورد روند بهبودی بیماری است. پیش آگهی خوب نشان دهنده بهبودی خوب در آینده نزدیک است.

محور پنج: مقیاس ارزیابی کلی عملکرد

ارزیابی	سطح نشانه ها	موارد
۹۱-۱۰۰	عملکرد عالی، نشانه ها وجود ندارند.	
۸۱-۹۰	نشانه ها وجود ندارند یا نشانه های ناچیزی وجود دارند؛ به طور کلی، عملکرد در تمام زمینه ها خوب است؛ بیشتر از مشکلات روزمره نیست.	مشکل تمرکز بعد از یک روز هیجان انگیز، مشکل خوابیدن بعد از دعوا یا همسر
۷۱-۸۰	نشانه های جزئی زودگذر که پاسخ های معقول به موقعیت های استرس زا هستند؛ بیشتر از اختلال جزئی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا تحصیلی نیست	مشکل تمرکز بعد از یک روز هیجان انگیز، مشکل خوابیدن بعد از دعوا یا همسر
۶۱-۷۰	نشانه های خفیف، یا مشکلاتی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا تحصیلی	بی خوابی خفیف؛ افسردگی خفیف
۵۱-۶۰	نشانه های متوسط یا مشکلات متوسط در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا تحصیلی	حملات وحشت زدگی گاه و بیگاه اختلاف با هم اتاقی ها
۴۱-۵۰	نشانه های جدی یا هرگونه اختلال جدی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا تحصیلی	افکار خودکشی گرا؛ ناتوانی در حفظ کردن شغل
۳۱-۴۰	مشکلات جدی در تفکر یا ارتباط یا اختلال عمده در تعدادی از زمینه های عملکرد	گفتار غیرمنطقی؛ ناتوانی در کار کردن، بی توجهی به مسئولیت ها
۲۱-۳۰	رفتار تحت تأثیر نشانه های روان پریشی قرار دارد یا ارتباط یا قضاوت شدیداً تضعیف شده اند و یا تقریباً در کلیه زمینه ها ناتوانی وجود دارد.	فرد هذیانی و توهمی است؛ آشفته است؛ در فکر خودکشی است؛ هر روز تمام وقت را در تخت به سر می برد.
۱۱-۲۰	نشانه های خطرناک یا اختلال شدید در ارتباط	تلاش های خودکشی بدون انتظار روشن مرگ؛ خاموش و بدون تکلم
۱-۱۰	خطر مداوم برای خود یا دیگران یا ناتوانی مداوم در حفظ کردن بهداشت	خشونت مکرر؛ اقدام جدی برای خودکشی همراه با انتظار روشن مرگ

سؤال: آیا تمام علائم و نشانه‌های یک اختلال در DSM ذکر می‌گردد؟ باید توجه داشت که در DSM تمام علائم یک بیماری به‌عنوان علائم تشخیصی ذکر نمی‌گردد و تنها علائمی ذکر می‌گردد که ارزش تشخیص دارند. علائمی ارزش تشخیص دارند که ویژگی‌های زیر را داشته باشند.

(۱) اختصاصی باشند و این علائم بین اختلالات مختلف مشترک نباشند. اگر علائمی که بین اختلالات زیادی مشترک است به‌عنوان علائم تشخیصی ذکر گردند باعث می‌شود که ما در تشخیص‌گذاری دچار اشتباه شویم. به‌عنوان مثال در بیماران اسکیزوفرنی خواب به شدت آشفته است ولی در DSM در بین علائم تشخیصی اسکیزوفرنی خبری از علامت بی‌خوابی نیست چون اگر علامتی مثل بی‌خوابی که می‌تواند در اثر اختلالات خواب، اضطرابی، افسردگی و ... به وجود می‌آید، به‌عنوان علامت تشخیصی اسکیزوفرنی ذکر گردد، باعث می‌شود خیلی افرادی که بیماری اسکیزوفرنی را ندارند به‌اشتباه بیمار اسکیزوفرنی تلقی گردند.

(۲) علائمی که به‌سادگی قابل شناسایی نیستند و بی‌برگشتی به آنها می‌تواند چالش‌برانگیز باشد نباید به‌عنوان علامت تشخیصی ذکر گردد. به‌عنوان نمونه سن شروع بیماری‌های فراگیر رشد در DSM-IV-TR یکی از ملاک‌های تشخیصی بود. آسپرگر و اوتیسم از بدو تولد شروع می‌شوند. هرچند ممکن است تا ۳ سالگی تشخیص داده نشوند. رت در شش‌ماهگی شروع می‌شود و فروپاشنده کودکی از ۳ سالگی شروع می‌شود. ولی وقتی فرد ۱۵ مهروموم‌های که اختلال فراگیر رشد دارد روبه‌روی ماست تشخیص اینکه اختلال فراگیر رشد وی در چه سنی شروع شده است ممکن نیست.

دیدگاه مکاتب مختلف در مورد اختلالات روانی

در درس آسیب‌شناسی روانی دیدگاه مکاتب در مورد علت ایجاد اختلالات روانی و درمان اختلالات روانی مورد بررسی قرار می‌گیرد. باید توجه داشت که اگر یک مکتب در آسیب‌شناسی اختلال روانی به بیراه رود، روش‌های درمانش نیز بر همین اساس به بیراه خواهند رفت. شاهد این ادعا مکتب منسوخ‌شده دمونولوژی است. در این بخش کتاب ابتدا سیر تاریخی مکاتب به‌طور گذرا بررسی می‌شود و سپس در بخش بعدی کتاب مکاتب زیستی، رفتاری و شناختی به‌طور کامل‌تر

مورد بحث قرار می‌گیرد. مکتب دمونولوژی علت اختلالات روانی تسخیر فرد توسط شیاطین، اجنه یا ارواح خبیث، در نظر گرفته شده بود و بر همین اساس برای درمان اختلال روانی، فرد دارای اختلال روانی را مورد آزار جسمی شدید قرار می‌دادند و به‌عنوان نمونه در سیاه‌چال می‌انداختند یا کنار کوره روشن می‌بستند تا روح خبیث، جن یا شیطان فرار را بر قرار ترجیح دهد و جسم فرد را رها نماید تا فرد بهبود یابد. وقتی بعد از آزار جسمی فراوان فرد بهبود نمی‌یافت فرض می‌کردند که روح خبیث یا

شیطان می خواسته فرار نماید و راهی برای فرار نداشته، لذا جمجمه فرد را سوراخ می کردند تا راه فراری برای روح خبیث یا شیطان ایجاد نمایند. به سوراخ کردن جمجمه اصطلاحاً ترفینینگ گفته می شد، و به ابزاری که برای سوراخ کردن استفاده می شد اصطلاحاً ترفین گفته می شد.

بعد از مکتب دمونولوژی که یک مکتب منسوخ است، از دیدگاه تاریخی اولین مکتبی که شکل گرفت مکتب زیستی بود، که معتقد بود که اختلالات روانی مبنای زیستی دارند و اختلالات روانی را بیماری در نظر می گیرد. ایراد مکتب زیستی این است که فرد نسبت به آینده درمان خود ناامید می شود، زیرا وقتی اختلال روانی ریشه جسمی دارد یعنی اینکه فردی که اختلال روانی دارد یک فرد طبیعی نیست و داری یک مشکل زیست استم و در بهترین حالت شاید در حضور دارو ممکن است عملکرد نسبتاً طبیعی داشته باشد. بعد از ناامیدی روان شناسان از مکتب زیستی مکاتب روان شناختی پا به عرصه تبیین اختلالات روانی گذاشتند. برتری مکاتب روان شناختی نسبت به مکتب زیستی این است که در مکاتب روان شناختی فردی که دارای اختلال روانی است، یک فرد طبیعی تلقی می گردد، حتی فرآیندهایی که منجر به شکل گیری اختلالات روانی می شوند، نیز فرآیندهای طبیعی هستند، لذا در مکاتب روان شناختی فرد نسبت به آینده خود امیدوار می شود. اولین مکتب روان شناختی که شروع به تبیین اختلالات روانی نمود، مکتب روان تحلیل گری بود، از دیدگاه مکتب روان تحلیل گری ریشه اختلالات روانی تعارضات ناخود آگاهی بود که واپس رانی (سرکوب) شده بودند و سپس این تعارضات خود را به صورت اختلالات روانی مختلف بروز می دادند و مکتب روان تحلیل گری بر این باور بود که برطرف کردن علائم و نشانه های اختلال روانی فقط بخش کوچکی از فرآیند درمان است و درمان قطعی زمانی حاصل می شود که تعارض ناخود آگاهی که مشکل ساز شده است شناسایی گردد و به سطح هوشیار فراخوانده شده و حل گردد تا نیازی به سرکوبی نداشته باشد. نقطه ضعف اصلی مکتب روان تحلیل گری این بود که مفاهیم روان تحلیل گری مفاهیم ذهنی و سایجکتیو بودند و لذا به درد مطالعاتی تجربی، کمی، عینی و آزمایشگاهی نمی خورد. مکتب زیستی با انگشت گذاشتن روی نقطه ضعف مکتب روان تحلیل گری پا به عرصه تبیین اختلالات روانی گذاشت. مکتب رفتارگرایی فقط رفتار یعنی چیزی که عینی و قابل مشاهده است را به رسمیت می شناسد و اعتبار وقایع پنهان مثل افکار و عقاید فرد را به رسمیت نمی شناسد. از دیدگاه مکتب رفتاری کسی که دارای اختلال روانی است، دارای رفتارهای ناسازگارانه یا غیر انطباقی است و هدف درمان این است که رفتارهای سازگارانه و انطباقی جایگزین رفتارهای ناسازگارانه گردد. مکتب رفتاری روی نقش محیط تاکید دارد و بر این باور است که حتی برای تغییر رفتار فرد نیز باید، محیط را ابتدا تغییر داد، به عنوان نمونه در یک محیط چون یک رفتار ناسازگارانه پیامد خوشایند داشته است تقویت شده است و وظیفه درمانگر رفتاری این است که با تغییر محیط اعلامی نماید که این رفتار ناسازگارانه به جای پیامد خوشایند، پیامد ناخوشایند داشته

باشد تا رفتار ناسازگارانه تضعیف گردد و به جای آن رفتارهای خوشایند بلافاصله پاداش داده می‌شوند تا تقویت گردند. نقطه ضعف مکتب رفتاری این بود که فقط رفتار را به رسمیت می‌شناخت و اعتبار وقایع پنهان مثل افکار و عقاید فرد را به رسمیت نمی‌شناخت. مکتب شناختی با تأکید روی نقطه ضعف مکتب رفتاری پا به عرصه تبیین اختلالات روانی گذاشت. بر اساس دیدگاه مکتب شناختی رفتارهای ما ریشه در افکار و عقاید ما دارد و تا عنصر شناختی یعنی افکار، عقاید و باورهای فرد اصلاح نگردد رفتار وی اصلاح نخواهد شد. مکتب شناختی برخلاف مکتب رفتاری که روی نقش محیط تأکید می‌کرد روی نقش عنصر شناختی یعنی افکار و عقاید و باورهای فرد تأکید می‌نماید و بیان می‌دارد که محیط به طور کامل قابل کنترل نیست و ناخواسته اتفاقات ناخوشایند برای همه در زندگی رخ می‌دهد و آن چیزی که راهگشا است، افکار و عقاید مناسبی هستند که حتی در هنگام تجربه این رویدادهای ناخوشایند محیطی می‌توانند باعث شوند که فرد پیامدهای بد را تجربه کند و پیامدهای خوب بروز نمایند. با وجود تفاوت‌های ذکر شده برای مکتب شناختی و رفتاری این دو مکتب از دو نظر مشابه هم هستند. شبهت اول این است که در هر دو مکتب رفتاری و شناختی اختلالات روانی ناشی از یادگیری‌های نامناسب است زیرا این رفتارهای ناسازگارانه و عقاید نامناسب در اثر یادگیری‌های نامناسب ایجاد شده‌اند و این یادگیری‌های نامناسب می‌بایست با یادگیری‌های مناسب جایگزین گردند. شبهت دوم مکتب شناختی و رفتاری این است که علت اختلالات روانی را در زمان حال جستجو می‌کنند. مکتب رفتاری دنبال رفتارهای ناسازگارانه در زمان حال است و مکتب شناختی دنبال عقاید مشکل‌ساز در زمان حال است. در حالی که مکتب روان تحلیل‌گری علت اختلال روانی را در گذشته فرد جستجو می‌نماید.

در مکتب فنومولوژی (پدیدارشناسی)، اصالت به برداشت فرد از واقعیت داده می‌شود و نه خود واقعیت چون این برداشت ما از واقعیت است که روی افکار و رفتار ما تأثیرگذار است. دو مکتب هستی‌گرایی (وجودی) و انسان‌گرایی زیرمجموعه مکتب پدیدارشناسی هستند. در مکتب هستی‌گرایی فرض بر این است که فرد با انتخاب‌های زندگی خود را شکل می‌دهد و اگر فرد انتخاب‌های نامناسب داشته باشد، رفتار نابهنجار یا اختلال روانی در وی شکل خواهد گرفت، هدف درمان این است که فرد دیدگاه خود را نسبت به موضوعات می‌بایست تغییر دهد و برای زندگی خود معنا و هدفی بیابد و مسلماً این هدف می‌بایست بیرون از فرد باشد تا بتواند به زندگی فرد معنا ببخشد و وی را از پوچی رها نماید. این معنای بزرگ می‌تواند حتی رنج‌های فرد را برایش قابل تحمل و فرد را اضطراب و پوچی رها نماید. در مکتب انسان‌نگری فرد با هر مشکل یا اختلال روانی به درمانگر مراجع نماید، بدون اینکه علت ایجاد اختلال روانی باشد، سعی می‌نماید با یک توجه بی‌قید و شرط عزت نفس فرد را بالا ببرد و فرد را در مسیر رشد و خود شکوفایی قرار دهد. از دیدگاه راجرز که مکتب انسان‌نگری دارد، مکانیسم‌های دفاعی نه تنها کمک‌کننده نیستند بلکه

خود عامل ایجاد اختلال روانی هستند. زیرا فرد انرژی‌ای را که می‌بایست صرف رشد و خودشکوفایی خود نماید، صرف بروز مکانیسم‌های دفاعی می‌نماید و نقاب به چهره می‌زند و لذا رشد و خودشکوفایی باز می‌ماند. در مکتب انسان‌نگری قرار است که دیدگاه فرد در مورد خودش تغییر می‌یابد و از این نقطه نامطلوب که به علایق، استعدادها، گرایش‌ها و نیازهای خود احترام نمی‌گذارد و دست به دامن مکانیسم‌های دفاعی می‌شود و نقاب به چهره می‌زند، تا شاید محیط را بپذیرد و به این نقطه مطلوب برسد که به علایق، استعدادها، گرایش‌ها و نیازهای خود احترام بگذارد و انرژی خود را صرف رشد و خودشکوفایی نماید. لازمه اینکه فرد به این حالت مطلوب برسد این است که از پذیرش بی‌قید و شرط برخوردار باشد و به بیان دیگر به محیط توجه مثبت نامشروط داشته باشد.

مقایسه درمان‌ها در مکاتب مختلف

کسانی که مشکلات روانی دارند معمولاً اول به پزشک عمومی مراجعه می‌کنند و بعد مشخص شدن اینکه شکایت‌ها و علائم آنها ناشی از بیماری طبی نیست به روان‌شناس ارجاع داده می‌شوند. برای درمان اختلالات روانی می‌توان از درمان‌های زیستی نظیر دارودرمانی یا درمان‌های روان‌شناختی بهره برد. اینکه روان‌شناس بالینی کدام نوع روش درمان را برای یک مشکل روانی خاص به کار می‌برند، به رویکرد نظری درمانگر و نوع مشکل روانی فرد مورد نظر بستگی دارد. درمانی‌های دارویی دارای اثر پالیاتیو هستند، یعنی از شدت سمیتوم‌ها می‌کاهند و رنج یا استرس را تسکین می‌دهند اما درباره مشکلات، اطلاعات زیادی به درمان‌جو نمی‌دهند. در پزشکی درمان پالیاتیو به درمانی گفته می‌شود که از درد بیمار می‌کاهد، بدون اینکه علت آن را از بین ببرد. روان‌درمانی‌های سایکودینامیک تلاش می‌کنند تا بینش درمان‌جو از مشکلاتش را تقویت کنند. بعضی روان‌درمانی‌ها نظیر رفتاردرمانی با وجود اینکه به طور مؤثر قادر به تغییر رفتار فرد هستند اما به درمان‌جویان کمک نمی‌کنند تا درباره علت‌های مشکلات خود آگاهی و بینش (اینسایت) به دست آورند. به عقیده گشتالت‌گرایان، سلامت روان به دنبال قبول مسئولیت کامل احساسات و اعمال خود حاصل می‌شود. گشتالت ناکامل به معنی کارهای نیمه‌تمام مثل عزای مداوم به علت مرگ یک نفر است. پرلز معتقد بود که زندگی پر از رویدادها یا کارهای پایان نیافته یا گشتالت‌های ناکامل است که اگر افراد برای این گشتالت‌های ناکامل راه‌حلی پیدا نکنند، سلامت روان آنها به خطر خواهد افتاد. در روان‌درمانی (عقلانی - هیجانی) فرض بر این است که تغییر دادن هیجان‌های درمان‌جو به درمان مشکلات روانی او منجر خواهد شد. در فرض رفتاردرمانی عقلانی - هیجانی (REBT) مردم از زندگی خود ایده‌ها و تفاسیری دارند (یا به قول جرج کلی، از دنیا سازهایی می‌سازند)، که می‌تواند عامل تعیین‌کننده احساسات آنها باشد. باید توجه داشت که

رفتار درمانی عقلانی - هیجانی که توسط آلبرت ایس مطرح شد یکی از اولین شناخت درمانی ها بود. در روان درمانی مراجع - محور همدمی دارای دو عنصر توانایی تجربه کردن احساسات درمان جو و نگاه مثبت بی قید و شرط است.

باید توجه داشت که گاهی درمان زیستی یا روان درمانی می تواند، عوارض جانبی نیز ایجاد نماید. اختلالات «یاتروژنیک» اختلالاتی هستند که توسط درمانگر در درمان جو به وجود می آید. مشکلات «یاتروژنیک» عوارض ناخواسته و غیر عمد درمان زیستی یا روان درمانی هستند که روان درمانگر باعث به وجود آمدن آنها می شود. در زبان یونانی «یاتروس» به معنی پزشک و «ژنیک» به معنی ساختن و زایش است.

معمولاً اولین سؤال در مورد روان درمانی این است که آیا مؤثر واقع می شود رابج ترین روش برای پاسخ دادن به این پرسش، استفاده از کوشش کنترل شده راندومی یا RCT است. در کوشش کنترل شده راندومی (RCT)، تفاوت بین درمان جویان به صورت آماری مورد بررسی قرار می گیرد. به طور کلی، روان شناسان بالینی معتقدند که در مؤثر واقع شدن روان درمانی نوع درمان جو مهم تر از نوع اختلال است. در روان شناسی بالینی، مهارت های کلان درمانگر شامل انتقال اطلاعات، ایجاد رابطه و خود - نظارتی هستند. مهارت های کلان برای روان درمانی الزامی هستند و فرقی نمی کند که رویکرد نظری درمانگر کدام است. باید به این نکته توجه کرد که مهم تر از نوع درمان ارائه شده این موضوع است که چه نوع درمانگری مشغول درمان است. منظور از چه نوع درمانگری، مهارت درمانگر است و مطالعات نشان می دهد که خصوصیات دموگرافیک روان درمانگر نظیر سن، جنسیت، قومیت و مقام اجتماعی در موفقیت آمیز بودن روان درمانی نقشی ندارد.

بعد از مرور کلی دیدگاه مکاتب مختلف در مورد اختلالات روانی در بخش زیر چهار دیدگاه زیستی، روان سایکودینامیک (روان تحلیل گری)، رفتاری و شناختی با جزییات بیشتری مورد بحث قرار می گیرند. همچنان که بیان شد از دید مکتب زیستی اختلالات روانی سوماتوژنیک هستند، یعنی علت بدنی دارند. در مکتب روان تحلیل گری روی تعارضات ناخود آگاه در گذشته به ویژه کودکی فرد تأکید می شود و در مکتب شناختی و رفتاری علت اختلالات روانی یادگیری های نامناسب در نظر گرفته می شود.

نکات کلیدی

- در قرون وسطی، مردم بیشتر بر اساس مدل دمونولوژی اختلالات روانی را تبیین و توجیه می کردند. بر اساس مدل دمونولوژی علت اختلالات روانی تسخیر فرد توسط ارواح، اجنه و شیاطین بود. بر همین اساس فرد مورد آزار و اذیت قرار می گرفت تا کالبد جای نامناسبی برای ارواح، اجنه یا شیاطین تسخیر کننده گردد، تا فرار را بر قرار ترجیح دهند. اگر آزار جسمی برای

درمان افراد تسخیر شده مؤثر واقع نمی‌شود، از درمان ترفینینگ استفاده می‌شود. ترفینینگ به معنی سوراخ کردن جمجمه است، این کار احتمالاً به این منظور انجام می‌شد که مغزی برای ارواح، اجنه یا شیاطین ایجاد گردد. ابزار مورد استفاده در ترفینینگ اصطلاحاً ترفین نامیده

می‌شده است. مکتب وجودی (هستی‌گرایی) روی آزادی انتخاب و اینکه هر کسی با انتخاب‌های خود زندگی خود را می‌سازد تأکید شده است چون در مکتب وجودی بر روی انتخاب‌های آزادانه تأکید می‌شود، فرد مسئول انتخاب نیز است در مکتب وجودی انتخاب‌های اشتباه می‌تواند منجر به شکل‌گیری رفتار نابهنجار و اختلال روانی گردد. اسان گراس هم در مکتب انسان‌گرایی از همدلی و نگاه مثبت پی‌قیدو شرط برای درمان اختلالات روانی استفاده می‌شود. در مکتب انسان‌گرایی کاری با علت ایجاد اختلال روانی ندارند هر کسی با هر اختلال روانی مراجعه نماید با همدلی و توجه مثبت نامشروط سعی می‌شود که عزت نفس بالا رود تا فرد از آن چیزی که هست شرمگین نباشد و نیازمند بهره گرفتن از مکانیسم‌های دفاعی و نقاب زدن به چهره نگردد.

• دیدگاه مکتب زیستی در مورد اختلالات روانی

بر اساس این الگو اختلال‌های روانی سوماتوژنیک هستند و دارای منشأ زیستی یا بدنی هستند از دیدگاه زیستی اختلال روانی می‌تواند ناشی از چهار علت زیر باشد.

۱. عامل وراثت: فرد از ژن‌هایی برخوردار است که وی را مستعد ابتلا به این بیماری نموده است.
۲. زیست‌شیمی معیوب: یعنی یا یک ناقل عصبی یا یک هورمون عصبی در مغز فرد کم یا زیاد شده است مثل زیاد شدن دوپامین و در نتیجه ابتلا به پارکینسون.
۳. آسیب ساختاری به مغز: یا مغز به طور کامل شکل نگرفته است و یا بعد از شکل گرفتن در اثر آسیب، ضربه، عفونت و یا ماده سمی دچار آسیب ساختاری شده است که معمولاً در این گونه موارد نمی‌توان کاری انجام داد.

۴. عفونت‌ها: که امروزه زیاد مصداق ندارد ولی در گذشته به این علت که آنتی‌بیوتیک‌ها وجود نداشتند، بعضی از عفونت‌ها آن قدر طولانی می‌شدند تا رفتار فرد جنون‌آمیز می‌شد. باید توجه داشت که برخی از عفونت‌های میکروبی اثرات رفتاری دارند، به عنوان نمونه در سفلیس درمان نشده، میکروب می‌تواند خود را به مغز رسانده و تبدیل به نوروسیفلیس گردد، که منجر به رفتار جنون‌آمیز و فلج می‌گردد. در مورد معیوب بودن زیست‌شیمی مغز می‌توان به عوامل عصبی (ناقل‌های عصبی) و هورمونی اشاره کرد. ناقل‌های عصبی در انتقال پیام عصبی در محل اتصال سلول‌های عصبی به یکدیگر (سیناپس‌ها عصبی) نقش دارند و هورمون‌ها از غدد درون‌ریز

بدن ترشح شده و بر روی عملکرد اندام‌های بدن از جمله مغز تأثیر می‌گذارند. از جمله اختلالات عصبی که ناشی از معیوب بودن زیست‌شیمی مغز هستند می‌توان به موارد زیر اشاره کرد.

✓ - کاهش استیل کولین در مغز باعث بیماری آلزایمر که معروف‌ترین بیماری زوال عقل است، می‌گردد.

✓ - کاهش سروتونین باعث اختلالاتی نظیر افسردگی و وسواس فکری - عملی می‌گردد. البته کاهش نوراپی‌نفرین و دوپامین نیز در پدیدآوری افسردگی به مقدار کمتر دخیل است.

- افزایش نوراپی‌نفرین در مغز در مانیا (سرخوشی یا شیدایی) دخیل است.

✓ - افزایش دوپامین باعث سایکوز (توهم و هذیان) در بیماران اسکیزوفرنی می‌شود.

✓ - کاهش دوپامین در جسم سیاه که بخشی از عقده قاعده‌ای مغز است، باعث بیماری پارکینسون می‌شود.

✓ - کاهش گابا در هسته دمدار و پوتامین که بخشی از عقده‌های قاعده‌ای هستند، باعث بیماری

کره هانتینگتون می‌شود.

✓ - کاهش هورمون‌های تیروئیدی در مرحله جنینی و دو ساله اول زندگی باعث بیماری کرتینیسم می‌گردد.

آسیب به بخش‌های مختلف مغز که در اثر عوامل مختلف نظیر ضربه، سکته مغزی، حوادث حین زایمان و ... ایجاد شده است، می‌تواند باعث اختلالات مختلفی گردد. به عنوان نمونه آسیب به

✓ [جسم سیاه پارکینسون و آسیب به هسته دمدار و پوتامین کره هانتینگتون ایجاد می‌نماید.]

تأثیر زن‌ها در برخی از اختلالات روانی به خوبی اثبات شده است. برخی بیماری‌ها نظیر هانتینگتون، فنیل کتونوری، گلاکتوزومیا کاملاً ژنتیکی هستند و ناشی از زن‌های معیوب هستند.

برخی دیگر از بیماری‌های ژنتیکی ناشی از اختلالات کروموزومی هستند و به دلیل کم‌وزیاد شدن تعداد کروموزوم‌ها ایجاد می‌گردند. هر سلول انسان در حالت طبیعی دارای ۴۶ کروموزوم (۲۳ جفت کروموزوم) است. یک جفت از این کروموزوم‌ها جنسی هستند (کروموزوم‌های X و Y) که مستقیماً در تعیین جنسیت فرد نقش دارند. افراد دارای کروموزوم‌های XX ماده و افراد دارای کروموزوم‌های XY نر می‌شوند. بیست و دو جفت باقیمانده کروموزوم‌های غیرجنسی (اتوزومی یا معمولی) هستند.

از جمله اختلالات ژنتیکی که کروموزومی هستند، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد.

✓ - سندرم کلاین فیلتر (XXY): این افراد مردانی هستند که یک کروموزوم X اضافه دارند.

- سندرم ترنر (XO): این افراد زنانه هستند که به جای دو کروموزوم X فقط یک کروموزوم X دارند.

- سندرم دان: افرادی که به جای دو کروموزوم شماره ۲۱ سه تا از این کروموزوم را دارند.

(تریزومی ۲۱).

- سندرم صدای گربه: افرادی که قطعه‌ای از کروموزوم شماره پنج خود را از دست داده‌اند.

البته باید توجه داشت که اکثر اختلالات روانی فقط علت ژنتیکی ندارند. در واقع در اکثر موارد شرایط به این گونه است که فرد یک یا چندین ژن معیوب دارد که او را مستعد ابتلا به اختلال روانی خاصی می‌نماید. به بیان دیگر این فرد به دلیل داشتن این ژن‌های معیوب آمادگی ارثی برای ابتلا به بیماری خاصی را دارد. حال اگر این فرد تحت تنش و استرس شدید و طولانی قرار گیرد این ژن‌های معیوب فعال شده و باعث بروز بیماری می‌شوند و در غیر این صورت با وجود اینکه فرد ژن‌های زمینه‌ساز بیماری را دارد، بیمار نمی‌گردد. این مدل که مقبول‌ترین مدل در مورد اکثر بیماری‌های روانی است، مدل آسیب‌پذیری ارثی - استرس است. این مدل بر روی تأثیر عوامل زیستی، محیطی و روان‌شناختی در بروز اختلالات روانی تأکید دارد. نقطه مقابل این نظریه دیدگاه به (کاهش گری زیستی) معرف است. در دیدگاه کاهش گری اعتقاد بر این است که تمامی پدیده‌های روان‌شناختی و اختلالات روانی فقط علت زیستی دارند. پدیده‌های روان‌شناختی توسط عوامل زیستی قابل تبیین و توجیه هستند. (کاهش گری دیدگاه مولار) با دیدگاه کاهش گری کاملاً مخالفاند و اعتقاد دارند که لااقل چندین پدیده روان‌شناختی وجود دارند که علل آنها فقط زیستی نیست. به‌طور کلی تجربیاتی که نشان‌دهنده تأثیرگذاری محیط در ایجاد یک بیماری است دیدگاه کاهش گری را به چالش می‌کشند.

برای اینکه به میزان تأثیر عوامل ژنتیکی و محیطی در بروز یک اختلال پی ببرند. به مطالعه روی دوقلوهای تک تخمی (همسان)، دوقلوهای دو تخمی (ناهمسان)، والدین زیستی و والدین غیر زیستی (فرزندخوانده‌ها) می‌پردازند. هرچقدر شباهت بین دوقلوهای همسان با یکدیگر و بین فرزندان و والدین زیستی بیشتر باشد نشان‌دهنده تأثیرگذاری بیشتر عوامل ژنتیکی است و هرچه شباهت بین فرزندخوانده‌ها با والدین غیر زیستی بیشتر باشد نشان‌دهنده اهمیت بیشتر محیط است.

آ دارودرمانی، شوک الکتریکی به مغز (ECT)، جراحی روانی، نوردرمانی، محرومیت از خواب REM، و تحریک مغناطیسی فراجمجمه‌ای از مهم‌ترین درمان‌های زیستی هستند.

نکات کلیدی

- الگوی بیماری‌پذیری ارثی - استرس، الگویی است که فرض می‌کند زمانی یک نفر به اختلال مبتلا می‌شود که هم آسیب‌پذیری سرشتی داشته باشد (بیماری‌پذیری ارثی) و هم دچار آشفتگی روانی (استرس) شده باشد. بر این اساس ممکن است در مقابل یک فشار واحد، بعضی افراد خاص که زمینه آسیب‌پذیری قبلی دارند به اختلال دچار شوند و بعضی نه.

- اگر بیماری سیفلیس به خوبی درمان نشود، بیماری پیشرفت می نماید و منجر به فلج عمومی و جنون سیفلیسی می گردد. از این تجربه و تجربیات مشابه دیگر افراد معتقد به دیدگاه زیستی استفاده می کردند تا بیان کنند که اختلالات روانی مبنای بدنی دارند و سوماتوزنیک هستند.
- سوماتوزنیک به معنی «بدن زاد» است و به این معنی است که اختلالات روانی مبنای بدنی دارند.
- نظریه یا فرضیه سوماتوزنیک عقیده دارد که علت اختلالات روانی نقص های بیولوژیک (نقص های زیستی) است.

سوماتوزنیک (بدن زاد)

نقاط ضعف دیدگاه زیستی

- ناامیدی نسبت به آینده درمان اختلال روانی

چون در مکتب زیستی اختلالات روانی سوماتوزنیک در نظر گرفته می شوند، فرد نسبت به آینده درمان ناامید می شود. وقتی به اختلال روانی با عینک مکتب زیستی نگاه کنیم علت اختلال زن معیوب، کم یا زیاد شدن ناقل ها در مغز و یا مشکل ساختاری در مغز است و به این معنی است که فرد طبیعی نیست و در بهترین حالت ممکن است در حضور دارو عملکرد طبیعی داشته باشد ولی با قطع دارو علائم برمی گردد به عنوان نمونه اگر شخص افسرده است، از دیدگاه مکتب زیستی به خاطر کمبود سروتونین در مغز است. در نتیجه فرد بیمار فکر می کند که مشکلی در مغز وی وجود دارد و وی یک انسان کاملاً طبیعی نیست و برای اینکه مانند بقیه باشد بایستی دائماً دارو را مصرف کند و نسبت به آینده نگران می شود.

✓ مزیت مکاتب روان شناختی نسبت به مکتب زیستی این است که از دیدگاه مکاتب روان شناختی، کسی که مبتلا به اختلالات روانی است، با انسان عادی تفاوت ندارد و حتی فرایندهایی که باعث به وجود آمدن اختلال روانی می شوند، فرایندهای غیرطبیعی نیستند. وقتی که شخص احساس کند که فردی عادی است و عامل ایجاد اختلال نیز یک فرایند طبیعی است، نسبت به آینده درمان امیدوار می شود. این موضوع با مثالی از مکتب رفتاری توضیح داده می شود.

با شرطی شدن کلاسیک و عامل می توان تعداد زیادی رفتارهای خوب را در کودک تقویت کرد. اما همین شرطی شدن کلاسیک و عامل می تواند باعث شکل گیری عادات های بد در کودک نیز گردد. تصور کنید که کودک خواسته نامعقولی دارد و با توسل به گریه و زاری یا دادوبیداد کردن بالاخره به خواسته خود می رسد. در این کودک گریه و زاری یا دادوبیداد کردن چون پیامد خوشایند داشته است تقویت می گردد و یک رفتار ناسازگارانه شکل می گیرد. باید توجه داشت این کودک طبیعی بود و فرآیندی که منجر به شکل گیری این رفتار ناسازگارانه شد نیز فرایند یادگیری از نوع شرطی شدن عامل است.

از دیدگاه فروید نیز که دیدگاه روان تحلیل گری دارد کسانی که اختلال روانی دارند با افراد طبیعی تفاوت اساسی ندارند از دیدگاه فروید تمامی افراد دچار تعارض هستند، فقط کسانی که اختلال روانی دارند، تعارضاتشان مقداری شدیدتر است.

• توجه: مدل پزشکی یا زیستی اختلالات روانی، اختلال روانی را یک بیماری تلقی می نماید که مبنای زیستی و بدنی دارد و همین موضوع باعث می شود که فرد نسبت به آینده درمان خیلی ناامید گردد، زیرا فرد به این باور می رسد که ناقل عصبی در مغز وی کم یا زیاد است و یا اینکه مشکل ساختاری یا عملکردی در مغز وی وجود دارد که وی مبتلا به اختلال روانی شده است و به عبارت دیگر فرد بر این باور می رسد که یک فرد طبیعی نیست و با دیگران فرق اساسی زیستی دارد. در حالی که در مکاتب روان شناختی اختلال روانی بیماری تلقی نمی گردد در مکاتب روان شناختی فردی که دارای اختلال روانی است، یک فرد عادی است که در اثر فرآیندهای عادی مبتلا به اختلال روانی شده است. به عنوان نمونه شرطی شدن عامل همان گونه که می تواند منجر به شکل گیری رفتارهای سازگارانه و عادت های مناسب گردد، می تواند منجر به شکل گیری عادت های نامناسب و رفتارهای ناسازگارانه گردد.

• کاهش گرای (تقلیل گرایی) مرسوم زیست (رسی)

در دیدگاه کاهش گرای یک سیستم فقط مجموعه اجزاء در نظر گرفته می شود، در حالی که سیستم توانایی هایی دارد که هیچ کدام از اجزاء به تنهایی ندارند. تقلیل گرایی در یک مکتب به معنی تعصب زیاد نسبت به آن مکتب است. تقلیل گرایی در هر مکتبی می تواند، رخ دهد ولی تقلیل گرایی در هیچ مکتبی به اندازه مکتب زیستی مرسوم نیست. در تقلیل گرایی زیستی فقط علل زیستی را در ایجاد اختلال روانی به رسمیت می شناسند و فقط از درمان های زیستی استفاده می گردد. به عنوان مثال از دیدگاه مکتب زیستی علت افسردگی کاهش سروتونین در مغز یا کاهش فعالیت پیشانی چپ در نظر گرفته می شود و از داروهایی استفاده می شود که سروتونین را در مغز بالا ببرند و یا با تکنیک هایی مثل تحریک مغناطیسی فراجمحه ای (TMS) سعی می شود لوب فرونتال (پیشانی) چپ فعال تر گردد. اگر فرد تقلیل گرایی زیست انجام دهد، علل سایکودینامیک، رفتاری و شناختی را در بروز افسردگی را به رسمیت نمی شناسد و معتقد است تمامی این علل ریشه زیستی دارند.

حال سؤال این است که اگر تقلیل گرایی زیستی در فاز سبب شناسی و درمان اشتباه است، پس مدل جایگزین چیست.

در فاز سبب شناسی بهترین نظریه دیاتز-استرس (آسیب پذیری ارثی - تنش) است. این نظریه معتقد است که فرد بیمار دارای ژن هایی است که وی را مستعد ابتلا به یک یا چند بیماری روانی می کنند. حال اگر این فرد در یک محیط آرام و کم تنش زندگی کند، اصلاً این ژن های

معیوب فعال نمی‌شوند و اختلال روانی بروز نمی‌نمایند. ولی اگر محیط زندگی فرد پرتنش باشد این ژن‌های معیوب فعال می‌شوند و بیماری بروز می‌نماید. نظریه دیاتز - استرس بیان می‌دارد که آسیب‌پذیری ارثی و تنش هر دو شرط لازم برای بروز اختلال روانی هستند ولی هیچ‌کدام به تنهایی کافی نیستند، فرضیه دیاتز - استرس به خوبی تبیین می‌کند که چرا برخی از افراد با وجود فشارهای روانی شدید دچار اختلال روانی نمی‌شوند و چرا برخی دیگر با فشارهای روانی خیلی جزئی‌تر دچار اختلالات روانی خیلی شدید می‌شوند. علت این است که وقتی فرد ژن مستعد کننده اختلال را ندارد حتی شدیدترین تنش‌ها نیز منجر به بروز اختلال روانی نمی‌شوند.

همان گونه که تقلیل‌گرایی در سبب‌شناسی اشتباه است، تقلیل‌گرایی در فاز درمان نیز اشتباه است. اگر درمانگر زیستی دیدگاه تقلیل‌گرایی داشته باشد، فقط از درمان‌های زیستی بهره می‌برد. در فاز درمان نقطه مقابل (تقلیل‌گرایی) دیدگاه التقاطی است. یعنی درمانگر به همه مکاتب اشراف نسبی و کلی دارد و برحسب نوع اختلال می‌تواند از درمان‌های یک مکتب خاص یا ترکیبی از درمان‌های ارائه شده در مکاتب مختلف بهره‌برد و روی روش‌های درمان یک مکتب خاص تعصب ندارد.

باید توجه داشت که درمانگر چه دیدگاه زیستی داشته باشد چه نداشته باشد، بهترین درمان برای اختلالات روانی شدیدی مثل اسکیزوفرنی و دوقطبی دارودرمان است و درمان‌های روان‌شناختی نقش کمکی در کنار درمان اصلی که زیستی دارند. چه درمانگر دیدگاه رفتاری داشته باشد چه نداشته باشد، بهترین درمان برای فوبی‌ها و وسواس فکری - عملی مربوط به مکتب رفتاری بوده و نوعی مواجهه درمانی است، که در مورد وسواس فکری - عملی این درمان مواجهه و اجتناب از پاسخ نامیده می‌شود. همچنین بهترین درمان برای موکنی، پوست‌کنی، عادت‌ها، حرکات قالبی و تیک‌ها وارونگی عادت است که مربوط به مکتب رفتاری است. در مورد بی‌اختیاری رفتاری و مدفوع نیز بهترین درمان‌های مربوط به مکتب رفتاری است که بر اساس شرطی شدن کلاسیک و عامل شکل گرفته‌اند.

در مورد افسردگی بهترین درمان روان‌شناختی مربوط به مکتب شناختی است و در مورد اختلالات خوردن مثل بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی بهترین درمان‌ها درمان‌های شناختی - رفتاری (CBT) هستند.

بنابراین درمانگری که دیدگاه التقاطی دارد، عصبی روی یک مکتب خاص ندارد و در مورد اسکیزوفرنی و دوقطبی از درمان زیستی‌رئال در مورد فوبی، وسواس فکری - عملی، عادت‌ها و ... از درمان رفتاری بهره می‌برد و گاهی از ترکیبی از درمان‌ها بهره می‌برد مثلاً در مورد افسردگی به‌طور همزمان از درمان دارویی و شناختی استفاده می‌نماید.

• توجه: تقلیل گرایی (کاهش گرایی) مشکلی است که بیش از همه دامن گیر مکتب زیستی شده است. تقلیل گرایی زیستی سعی می نماید که ویژگی های هیجانی و روانی پیچیده افراد را فقط با دلایل زیستی ساده توضیح دهد و تجربیات شخصی و عوامل روان شناختی پیچیده را نادیده می گیرد. اصطلاح تقلیل گرایی به این معنی است که می توان سیستم های پیچیده را جمع اجزای تشکیل دهنده آنها محسوب کرد، که این دیدگاه صحیح نیست.

الگوی روان پویشی - فروید

بنیان گذار مکتب روان پویشی فروید است. در این مکتب بر روی تأثیر عوامل ناهوشیار و تعارض های درون فردی بر رفتار و اختلالات روانی تأکید می شود.

رشد روانی - جنسی (رشد شخصیت)

فروید معتقد بود که هر فرد در طی مراحل رشد طبیعی خود چندین مرحله مختلف را طی می نماید، از نظر فروید محل اخذ لذت در هر مرحله ناحیه خاصی از بدن است که بر اساس همین نواحی شهوت زا (لذت زا) فروید مراحل رشد روانی - جنسی را به ترتیب مقابل ذکر می کند: مرحله دهانی^۱، مرحله مقعدی^۲، مرحله آلتی^۳، مرحله نهفتگی^۴، مرحله تناسلی^۵.

مراحل رشد روانی - جنسی از نظر فروید (به نقل از کتاب سیلیگمن)

مرحله	سن (سال)	نواحی شهوت زا	حل تعارض
دهانی	۰-۲	دهان و زبان	اعتماد ✓ گوار
مقعدی	۲-۴	مقعد	خودمختاری ✓ صلب
آلتی	۴-۶	اندام تناسلی	هماندسازی با والد همجنس ✓ سرکشی
نهفتگی	۶-۱۲	غیر جنسی	تسلط اجتماعی و مهارت های شناختی
تناسلی	۱۲ به بعد	روابط دگرجنس خواهی	عشق و شایستگی در کار سر

مرحله دهانی: مرحله دهانی ریشه در فعالیت زیستی نوزاد دارد. کودکانی که این مرحله را ارضاکننده یافته و در این مرحله تثبیت می شوند، دارای صفات منش دهانی می شوند، به صورت بچه گانه عمل می نمایند و در تمامی عمر خود مانند کودکان مستعد گرفتن هستند تا بخشیدن بالعکس کسانی که در این مرحله دچار تعارض می شوند، نمی توانند در تمامی عمر خود به ویژه برای

ارضای نیازهای خود به کسی اعتماد نمایند.

✓ **مرحله مقعدی:** در این مرحله کودک کنترل بر مدفوع خود را به دست می‌آورد. کودک در این مرحله می‌آموزد که به جای اینکه آزادانه در هر زمان و مکان به مانند مرحله پیشین عمل دفع را انجام دهد، این کار را در مکان خاصی انجام دهد. تثبیت در این مرحله صفات منش مقعدی یعنی منظم بودن، خست و لجاجت را ایجاد می‌کند که در تمامی عمر فرد ادامه می‌یابد، به عنوان نمونه فروید معتقد بود افراد وسواسی در مرحله مقعدی تثبیت شده‌اند. اگر فرد در این مرحله دچار تعارض گردد و این تعارض حل نشده باقی بماند و بعدها فرد دارای صفات منش نامرتب بودن، شلختگی و سرکشی می‌شود.

✓ **مرحله آلتی:** در مرحله دهانی لبیدو به فرآیند زیستی تغذیه و در مرحله مقعدی به فرآیند زیستی اجابت مزاج وابسته است. اما لذت در مرحله آلتی خودانگیخته و ناشی از کنجکاوی کودک است. فروید بیان می‌دارد که در این مرحله تمایل ناهوشیاری در کودک برای دور شدن از والد همجنس و تصاحب والد غیرهمجنس وجود دارد. فروید با الهام از افسانه‌های یونانی این تمایل به تصاحب والد غیرهمجنس را در پسران عقده ادیپ و در دختران عقده الکترای نامید. فروید معتقد بود اضطراب اختگی در پسران در مرحله فالیک باعث همانندسازی کودک با والد همسان خود می‌شود و به این ترتیب فرامن شروع به شکل‌گیری می‌نماید و کودک نظام ارزشی والد همسان را که زنای با محارم را محکوم می‌نماید، درونی‌سازی می‌کند و به این ترتیب تعارض حل می‌شود و فرد به سلامت این مرحله را پشت سر می‌گذارد.

✓ **مرحله نهفتگی:** تعارض ادیپی از نظر فروید فرساینده است لذا کودک بعد از پشت سر گذاشتن این مرحله وارد مرحله نهفتگی می‌شود که کودک ماهیتی غیرجنسی دارد و توجه کودک معطوف به دست آوردن مهارت اجتماعی و شناختی است.

✓ **مرحله تناسلی:** تکانه‌های جنسی در این مرحله مجدداً بیدار می‌شوند ولی برخلاف مرحله فالیک که تکانه‌های جنسی خودشیفته‌وار و معطوف به ارضای خویشین بودند، در مرحله تناسلی تکانه‌های جنسی پخته‌تر و اجتماعی‌تر می‌شوند. این تکانه‌ها معطوف به بیرون بوده و باعث دگرجنس‌خواهی می‌شوند و بدین ترتیب عشق و نوع دوستی امکان‌پذیر و لذت‌بخش می‌گردد. علاوه بر این، این بخش از انرژی فرد در این مرحله معطوف به کسب شایستگی و کارایی در محیط کار می‌گردد.

اضطراب: از نظر فروید تعارض بین فرآیندهای گوناگون شخصیت باعث نوعی عذاب روانی در فرد می‌شود، که فروید آن را اضطراب می‌نامد. از نظر فروید پدیده اضطراب عامل اصلی اختلالات

روانی است و فرد با استفاده از مکانیسم‌های دفاعی مختلف سعی می‌نماید، اضطراب را به حداقل رسانده و از آسیب‌های روانی در امان بماند. از نظر فروید سه نوع اضطراب در فرد به وجود می‌آید که عبارت‌اند از: اضطراب واقع‌بینانه^۱، اضطراب روان‌رنجور^۲ و وجدان یا اضطراب اخلاقی^۳.

اضطراب واقع‌بینانه: اضطراب واقع‌بینانه ناشی از رویدادهای زیان‌بخش محیطی هستند و این نوع اضطراب تقریباً معادل ترس است. به عنوان نمونه کسی که در خیابان زمین می‌خورد و نزدیک است که ماشین با او برخورد کند دچار اضطراب واقع‌بینانه می‌شود.

اضطراب روان‌رنجور: اضطراب روان‌رنجور ناشی از تسلیم شدن فرد در برابر تکانه‌های جنسی و پرخاشگری خود است. به عنوان نمونه میل ناهوشیار به شکست دادن افرادی که نقش مهمی در سرنوشت فرد دارند نظیر والدین یا معلم می‌تواند اضطراب روان‌رنجور ایجاد نماید.

اضطراب اخلاقی: اضطراب اخلاقی زمانی شکل می‌گیرد که فرد آرمان‌های اخلاقی فرامن را زیر پا می‌گذارد. افسانه ادیب نمونه کلاسیک اضطراب اخلاقی است. ادیب با پی بردن به این موضوع که ندانسته پدر خود را کشته و با مادر خودش ازدواج کرده است، دچار احساس گناه شدیدی شد و خود را کور کرد.

نکته

طبق نظریه روان‌تحلیل‌گری و روابط آبزه اضطراب غریبی در هشتمین ماه زندگی کودک بروز می‌کند. کودک هفت و هشت ماهه از چهره‌های غریبه دوری جسته و با حضور افراد غریبه مضطرب می‌شود.

مکانیسم‌های دفاعی: از نظر فروید افراد برای رهایی از اضطراب که ریشه بسیاری از اختلالات روانی است از مکانیسم‌های دفاعی بهره می‌گیرند. این مکانیسم‌های دفاعی باعث می‌شوند افکار، غرایز و امیال غیرقابل قبول دور از سطح هوشیاری باقی بمانند. به نظر فروید همه از مکانیسم‌های دفاعی برای مصونیت از اضطراب استفاده می‌نمایند و فروپاشی این مکانیسم‌های دفاعی باعث بروز اختلال اضطراب فراگیر می‌گردد، چون فرد در این حالت با واقعیت به شکل عریان خود روبرو می‌شود که تحمل آن را ندارد. فروید مکانیسم‌های دفاعی را کمک‌کننده می‌داند و معتقد است زمانی که این مکانیسم‌های دفاعی به صورت افراطی و انعطاف‌ناپذیر استفاده شوند، منجر به بروز اختلالات روانی می‌شوند. مهم‌ترین مکانیسم‌های دفاعی در جدول زیر خلاصه شده است.

اضطراب واقع‌بینانه به سرانجام زیان‌بخش منجر است و معادل ترس است (اصطلاحاً)

جدول ۱-۲. مهم ترین مکانیسم های دفاعی از نظر فروید

مکانیسم دفاعی	توصیف مکانیسم دفاعی	نمونه ای از مکانیسم دفاعی
دفاع های بالغ یا پخته (دفاع های بسیار سازگارانه)		
شوخی Humor	تأکید کردن بر جنبه خنده دار یک تعارض یا موقعیت استرس زا. شوخی به فرد امکان می دهد که یک وضعیت وحشتناک را تحمل کند و حتی روی آن متمرکز شود. (در کتاب <i>مکانیسم های دفاعی</i>)	دختری که مقابل چشم گروهی از پسران روی یخ سر خورده و زمین خورده است. این تجربه تحقیرآمیز را با خوشرویی برای دوستان خود تعریف کرده و دوباره به نمایش می گذارد.
ابراز وجود Self-assertion	ابراز مستقیم احساسات و افکار هنگام برخورد با موقعیت های دشوار <i>این کار را من می توانم انجام دهم</i>	پسری که بابت شرکت نکردن پدر خود در مراسم فارغ تحصیلی خود ناراحت است. به پدر خود می گوید که بابت این موضوع از دست پدرش ناراحت و عصبانی است.
منع (سرکوب هوشیار) Suppression	تصمیم آگاهانه یا نیمه آگاهانه برای به تعویق انداختن توجه به یک تکانه و تعارض های خود آگاه. به عبارت دیگر به تعویق انداختن آگاهانه افکار ناراحت کننده <i>من به این فکر نمی کنم</i>	فرد تصمیم می گیرد تا زمانی که در حال درس خواندن است از تفکر در مورد مشکلات مالی یا خانوادگی خود خودداری نماید.
نوع دوستی Altruism	شخص به نحو سازنده ای به دیگران خدمت می کند و این خدمت با ارضای نیازهای خود او همراه است. نوع دوستی از تسلیم نوع دوستانه که در آن فرد با چشم پوشی از نیازهای خود، نیازهای دیگران را برآورده می کند، متفاوت است. <i>من به دیگران کمک می کنم</i>	فردی که به دیگران کمک می کند تا کار مناسبی به دست بیاورند. این کمک کردن بابت ترس فرد از اینکه آن فرد مورد نظر تنهایش بگذارد نیست.
ریاضت کشی Asceticism	حذف آثار لذت بخش تجارب ریاضت کشی معطوف به تمام لذات بنیادی است که آگاهانه درک می شوند و ارضاء از طریق چشم پوشی حاصل می شود. <i>من به ریاضت می کشم</i>	فردی که دچار اختلال بی اشتها بی عصبی است به واسطه اجتناب از خوردن غذا و یا تخلیه غذا بعد از خوردن آن نوعی ریاضت کشی را تجربه می کند.
والایش یا تصعید Sublimation	تکانه های جنسی و پرخاشگری به جای اینکه در قالب اعمالی بروز نمایند که مورد پسند جامعه نیست در قالب اعمال بروز می نمایند که جامعه آن را تحسین می نماید <i>من به ورزش می پردازم</i>	کشاننده پرخاشگری در قالب خلق آثار هنری بروز می یابد و تکانه پرخاشگری در قالب جراحی توسط یک پزشک یا دفاع از حقوق مظلومان

فرد با دیدن اینکه پدرش بیماری ناعلاجی گرفته است و پیش بینی مرگ او در آینده ای نه چندان دور از نظر ذهنی برای پذیرش این واقعیت تلخ آماده می شود و رنج کمتری را متحمل می شود.

پیش بینی واقع بینانه حوادث آتی که به فرد امکان تحمل راحت تر نتایج شوم و ناگوار حوادث ناخوشایند را می دهد.

دفاع های خودشیفته وار (برخی آنها را جزء دفاع های ناپخته دسته بندی می کنند)

انکار
Denial

من این کار نمی کنم

فردی بعد از مطلع شدن از بیماری سرطان خود از پذیرش آن امتناع می نماید فردی که مرگ فرزندش را قبول نمی کند و بعد از مرگ او دست به وسایل اتاقش نمی زند، گوی که او بر خواهد گشت.

حل و فصل تعارض هیجانی یا استرس با امتناع از پذیرفتن جنبه دردناک واقعیت یا تجربه ای که برای دیگران آشکار است. انکار کلاً باعث محو واقعیت بیرونی می شود.

فراافکنی
Projection

من این کار را می کنم

فردی که دائماً در حال پائیدن دیگران است و می خواهد سر از کار هم در آورد، بیان می دارد که هم می خواهند سر از کار آدم در بیاورند.

نسبت دادن صفات و ویژگی های منفی خود به دیگران برای مصون ماندن از اعتراف به ویژگی های شخصی زننده

فراافکنی هذیانی
Delusional projection

فردی که از همه متنفر است، بیان می دارد که همه همسایگانش از وی متنفر هستند و می خواهند او را بکشند.

نسبت دادن هذیانی صفات ناخوشایند به دیگران

تحریف
Distortion

من این کار را می کنم

فردی وقتی که نمرات کمی در امتحانات دانشگاه می آورد، این تفکر روان پریشانه را پرورش می دهد که استادان عمداً به وی نمره کم می دهند تا دانشگاه را از شر افراد غیربومی خلاص نمایند.

حل و فصل تعارض هیجانی یا استرس با تحریف واقعیت بیرونی. به بیان دیگر واقعیت بیرونی به گونه ای تحریف می شود که با نیازهای درونی (از جمله باورهای خودبزرگ بینانه غیرواقعی، توهمات و هذیان های خود کام بخش) متناسب گردد. که اگر این تحریف جنبه روان پریشانه داشته باشد تحریف روان پریشانه گفته می شود.

دفاع های ناپخته

کنش نمایی یا برون ریزی
Acting out

فرد به جای اینکه به همسرش بگوید که از مقاومت وی در برابر آمیزش جنسی ناخشنود است، برای تخلیه تکانشی میل جنسی خود با یکی از همکاران خود رابطه جنسی برقرار کرد.

حل و فصل تعارض هیجانی یا استرس با اقدامات به جای افکار. به بیان دیگر ابراز مستقیم تکانه با آرزو ناخود آگاه از طریق عمل کنش نمایی، مستلزم تسلیم مزمن در برابر تکانه ها است.

انسداد Blocking	مهار موقتی یا زودگذر (تفکر) انسداد به واپس زنی (سرکوب) شبیه است، با این تفاوت که در حالت انسداد مهار تکانه، عاطفه یا تفکر با بروز تنش همراه است	مهار موقتی یا زودگذر (تفکر) انسداد به واپس زنی (سرکوب) شبیه است، با این تفاوت که در حالت انسداد مهار تکانه، عاطفه یا تفکر با بروز تنش همراه است
خودبیمارانگاری Hypochondriasis مهری	بزرگ کردن و تأکید مفرط روی بیماری به منظور گریز و پسرفت. در خودبیمارانگاری شخص از مسئولیت طفره می‌رود، احساس گناه را از خود دور می‌کند و از تکانه‌های غریزی اجتناب می‌کند.	فردی بعد از داغ‌دیدگی، احساس درد جسمی در بعضی از اعضای بدن خود می‌نماید و به بهانه آن از انجام مسئولیت‌های خود شانه خالی می‌نماید.
درون فکنی Introjections	درونی‌سازی یک ابژه از دست‌رفته. درون فکنی باعث از بین رفتن تمایز بین سوژه و ابژه می‌شود.	درون فکنی و همانندسازی ابژه از دست‌رفته از نظر فروید زیر بنای اختلال افسردگی است.
رفتار پرخاشگری انفعالی Passive aggressive	ابراز پرخاشگری نسبت به دیگران به‌طور غیرمستقیم از طریق اعمال انفعالی، مازوخیسم و مقابله با نفس.	تظاهرات رفتار پرخاشگری انفعالی عبارت‌اند از شکست، طفره رفتن و بیماری که بر دیگران تأثیر بیشتری می‌گذارد تا خود شخص.
واپس‌روی یا پسرفت Regression	حل و فصل تعارض هیجانی با تحول به رفتارهای بچه‌گانه یا به عبارت بهتر رفتارهایی که مخصوص دوره تحولی پیشین است.	یک آدم بزرگ به مانند یک کودک برای پس گرفتن پول خود از یک فرد دیگر متوسل به گریه کردن می‌شود و یا نوجوانی که در هنگام استرس شست خود را می‌مکد. رفتارهای واپس‌روی در برخی از اختلالات روانی مانند زوال عقل و اسکیزوفرنی هبفرنیک نیز دیده می‌شود.
تخیل اسکیزوئید Schizoid fantasy	شخص برای حل تعارض و کسب رضایت به طور افراطی به عقب‌نشینی اوتیستیک پناه می‌برد و از صمیمیت بین فردی اجتناب می‌کند.	بیمارانی که دارای اختلال شخصیت اسکیزوئید هستند یک دنیای خیالی برای خود می‌سازند و هر روز ساعت‌ها در به تخیلات خود پناه می‌برند.
جسمانی‌سازی Somatization	تبدیل تنش‌های روانی به نشانه‌های بدنی و تمایل به ابراز واکنش از طریق تظاهرات جسمانی به جای روانی	فرد وقتی قرار است کار مهمی را شروع کند احساس خستگی و ضعف کرده و احساس می‌نماید بخش‌هایی از بدنش مانند سر و معده و پشتش درد می‌کند.

دفاع‌های نوروتیک (روان‌نژادانه)	سعی مفرط برای مهار یا کنترل رویدادها یا اشیاء برای به حداقل رساندن اضطراب و حل تعارض	فردی که مورد انتقاد رئیس خود قرار گرفته است بدون دلیل مناسب سر کارمندان یا همسر خود فریاد می‌زند.
کنترل کردن Controlling جابه‌جایی Displacement پول در راه رفتن با هم	جابه‌جا کردن احساس‌ها و تکانه‌های نامقبول از هدف اصلی این احساس‌ها به کسی یا چیزی که کمتر تهدیدکننده است.	فردی که مادرش را به خانه سالمندان سپرده جهت رهایی از تعارض هیجانی رخ داده خود را بیش از حد درگیر جزئیات منطقی موضوع می‌نماید و مثلاً به طور مفصل به جمع‌آوری ضعف‌های سیستم نگهداری از سالمندان می‌پردازد.
عقلانی‌سازی یا توجیه عقلی Intellectualization سعی در فهمش برای هر چیزی زور دلیل عقل من مبارک	استفاده مفرط از فرآیندهای عقلی و ذهنی برای اجتناب از ابراز عاطفه یا تجربه آن. عقلانی‌سازی رابطه نزدیکی با دلیل تراشی دارد.	فردی که می‌بیند که قادر به دستیابی به هدف دلخواه خود نیست بیان می‌دارد که هیچ‌گاه واقعاً قصد دستیابی به این هدف را نداشته است. یا فردی که عمداً به یک مهمانی دیر رفته است بیان می‌دارد که کار مهمی برایش پیش آمده و زودتر از این نمی‌توانسته بیاید.
دلیل تراشی Rationalization	شخص برای توجیه کردن رفتارها، نگرش‌ها و باورهایی که نامقبول تلقی می‌شوند به ارائه توضیحات و دلایل منطقی‌تر و عامه‌پسندانه‌تر متوسل می‌شود. دلیل تراشی می‌تواند جنبه خودپسنداری برای فرد داشته باشد. دلیل تراشی نقشی مهمی در خودبیمارانگاری دارد. گویی در این حالت فرد بیماری یک دلیل موجه برای فرار از مسئولیت‌ها می‌داند.	افرادى که تحقیر و قساوت زیادى را در طی جنگ تجربه کرده‌اند یا کسانی که مورد تجاوز جنسی قرار گرفته‌اند، ممکن است از جداسازی استفاده نمایند و جزئیات تجربیات خود را که باعث سرازیر شدن اشک در چشم شنونده می‌شود به صورت سرد و بی‌روح بیان کنند.
جداسازی Isolation حذف آن در حس از هم نعم و نفی موضوعی هر دو	جدا کردن جنبه عاطفی موضوع که برای فرد آزاردهنده بوده و منبع استرس است از موضوع.	فردی که شاهد فجایع بی‌شمار هنگام جنگ بوده به مدت چند هفته دچار
تجزیه Dissociation	تغییر موقت اما جدی احساس خود به منظور جلوگیری از ناراحتی هیجانی	جنگ بوده به مدت چند هفته دچار

فراموشی تجربه‌ای، واکنش گریز یا فرار تجربه‌ای، اختلالات تبدیلی (در گذشته هیستریکی خوانده می‌شدند) و اختلال هویت تجربه‌ای (شخصیت چندگانه) نمونه‌های از واکنش‌های تجربه‌ای بیمارگونه است.	کوری تبدیلی می‌شود. کسی که فشار خارج از توان خود را متحمل شده است. تمامی اطلاعات شخصی و خاطرات خود را فراموش می‌کند (فراموش تجربه‌ای).
واکنش وارونه Reaction formation	تکانه‌های نامقبول به تکانه‌های متضاد آن تبدیل می‌شوند. واکنش وارونه در قوی تقابلی دیده می‌شود و مشخصه وسواس است.
شکافتگی یا دونیم سازی Splitting در سیر روانی درد - درد - پناه	تقسیم کردن حالات عاطفی متضاد و ناتوانی در ادغام کردن ویژگی‌های مثبت و منفی خود و دیگران و رسیدن به یک دیدگاه منسجم
خوارشماری Devaluation	حل و فصل تعارض هیجانی یا استرس با نسبت دادن ویژگی‌های منفی به خود یا دیگران
آرمانی سازی Idealization	حل و فصل تعارض هیجانی یا استرس با نسبت دادن خصوصیات مثبت اغراق آمیز به دیگران
همه توانی یا قدرت مطلق Omnipotence	پاسخ دادن به استرس به وسیله اجرای نقش برتر نسبت به دیگران
سرکوبی یا واپس زنی Repression	رانندگی ناخودآگاهانه امیال، افکار و تجربیات از سطح هوشیاری، اگر این کار هوشیارانه انجام شود به جای (سرکوبی) از واژه منع استفاده می‌شود. سرکوبی ناقص در ایجاد اختلال هویت تجربه‌ای (اختلال چند شخصیتی) نقش
	فرد بعد از تصادف چیزی در مورد جزئیات این حادثه و خشتناک به خاطر نمی‌آورد. باید توجه داشت، این فقط خاطرات ناخوشایند نیستند که سرکوب می‌شوند. یک فرد به شدت افسرده شاید خاطرات مربوط به موفقیت‌های بزرگش را سرکوب نماید.

اریک اریکسون نیز برخلاف فروید که بر رشد روانی - جنسی تأکید داشت بر رشد روانی - اجتماعی تأکید می‌نماید. اریکسون برخلاف فروید که معتقد بود رشد شخصیت هر فرد در دوران کودکی او انجام می‌گیرد، اعتقاد داشت رشد شخصیت در تمام طول عمر فرد ادامه می‌یابد و در طی مراحل رشد فرد هشت بحران اساسی را باید پشت سر بگذارد. هر بحران دوره حساسی است که طی آن فرد تحت تأثیر دو نیروی متضاد قرار می‌گیرد. یکی از این نیروها فرد را به سمت عملکرد سالم و دیگری او را به سمت عملکرد ناسالم هدایت می‌نماید. اگر فرد در هر مرحله بتواند بحران مورد نظر را حل کند توانمندی جدیدی در وی ایجاد می‌شود. عدم حل یکی از این بحران‌ها فرد را در مراحل بعدی نیز آسیب‌پذیرتر می‌نماید. مراحل رشد روانی اجتماعی از دیدگاه اریکسون در جدول زیر خلاصه شده است.

جدول ۲-۲. مراحل رشد روانی - اجتماعی از نظر اریک اریکسون

مرحله	دوره رشدی	بحران ویژه این دوره رشدی
اول	نوباوگی ←	اعتماد اساسی در برابر بی‌اعتمادی
دوم	نویایی ←	خودمختاری در برابر شرم و تردید
سوم	پیش‌دبستانی ←	ابتکار در برابر گناه
چهارم	دبستانی ←	سخت‌کوشی در برابر حقارت
پنجم	بلوغ و نوجوانی ←	کسب هویت در برابر سردرگمی هویت
ششم	اوایل بزرگسالی (جوانی)	صمیمیت در برابر انزوا
هفتم	میانسالی	زاینده‌گی در برابر رکود
هشتم	اواخر بزرگسالی (پیری)	انسجام خود در برابر ناامیدی

نظریه روابط شیء (ابژه)

یکی از ویژگی‌های اصلی مکتب روان‌کاوی پیا سایکودینامیک انتقال است. انتقال به معنی واکنش نشان دادن درمان‌جو به درمانگر به جای واکنش نشان دادن به فرد یا افراد مهم زندگی خود است. بعضی از نظریه‌پردازان سایکودینامیک با بسط مفهوم انتقال و اهمیت دادن به روابط میان فردی درمان‌جو در سلامت روانی فرد، نظریه روابط شیئی را ارائه نموده‌اند. نظریه روابط شیء بر اهمیت روابط میان فردی طولانی مدت در روابط نزدیک، مخصوصاً در داخل خانواده تأکید دارد. نظریه روابط شیء از مفهوم انتقال فراتر می‌رود و بر این واقعیت تأکید دارد که فرد، در رابطه با دیگران در چه موضع و مقامی قرار دارد و خودش در این باره چه فکر می‌کند و چه باوری دارد. نظریه روابط شیء (ابژه) شکل تغییر یافته نظریه فروید است. نظریه‌پردازان روابط شیء (ابژه)

برخلاف اعتقاد فروید که میل غریزی به تخلیه تکانه‌های جنسی و پرخاشگری را اساس شکل‌گیری شخصیت می‌دانست، معتقدند که روابط بین فردی اساس شکل‌گیری شخصیت است. این نظریه پردازان شامل وینی کات، ملانی کلاین و هاینز کوهات هستند. آنها معتقدند که ذهن ناهوشیار محتوی تصورات والدین و روابط کودک با والدین است و این تصورات درونی شده زیربنای شخصیت هر فرد هستند. این دیدگاه به تبعیت از اصطلاح ابژه فروید روابط ابژه یا شیء نامیده شد. منظور از ابژه هر چیز یا فردی است که هدف امیال غریزی فرد باشد.

یکی از فرض‌های اساسی ملانی کلاین این است که کودک از بدو تولد دارای زندگی خیالی فعالی است و این خیال‌ها بازنمایی روانی غرایز ناخودآگاه است. ملانی کلاین معتقد است که کودک برای اینکه خود را از واقعیت‌های ناخوشایند رها سازد به خیال‌پردازی و رؤیایپردازی روی می‌آورد. هارگارت ماهر نظریه روابط شیء را با مشاهدات منظم نوباوگان و کودکان ادغام کردند و یک جدول زمانی برای پیدایی مراحل رشد پیشنهاد نمودند. طبق نظر ماهر اختلالات روانی ناشی از مشکلاتی است که در طی این مراحل رشد به وجود می‌آید. مراحل رشد از دیدگاه ماهر در جدول زیر خلاصه شده است.

اضطراب‌های دوران کودکی
جدول ۲-۳. مراحل رشد از دیدگاه ماهر

مرحله	نام دوره	سن
۱	اوتیسم طبیعی: در خودماندگی طبیعی، حالت خواب، نیمه‌بیدار	تولد تا ۱ ماهگی
۲	همزیستی: آگاهی ضعیف از مراقب، ولی کودک به گونه‌ای عمل می‌نماید که گویی او و مراقبش به هم متصل و غیرقابل افتراق هستند. لیکن اجتماعی که این مرحله آشکار می‌گردد	۱ تا ۵ ماهگی
۳	زیر مرحله اول تمایز: تمایز جسمی و روان‌شناختی از مادر، توجه از خود به جهان بیرون. کودک وارد مقایسه می‌شود بین چیزهایی که مادر هستند و چیزهایی که مادر نیستند. ویژگی برجسته این مرحله شروع اضطراب غریبی است که در ۸ ماهگی شایع‌تر است.	۵ تا ۱۰ ماهگی
	زیر مرحله دوم تجربه: افزایش جستجوی جهان بیرون، چون کودک می‌آیند شروع به تجربه دنیای بیرون می‌نماید، ویژگی برجسته این مرحله اضطراب جدایی است.	۱۰ تا ۱۸ ماهگی
	زیر مرحله سوم آشنایی: نیاز با استقلال به جای نیاز به توجه وجود دارد و کودک دچار نوعی تعارض دوسمورد دوری یا نزدیکی به مادر می‌شود.	۱۸ تا ۲۴ ماهگی
	زیر مرحله چهارم بقای شیء: با تسلط کودک بر زبان و وقوف وی به زمان و درونی‌سازی تصویر مادر کودک جدایی مادر را راحت‌تر تحمل می‌نماید و از میزان قشقراق راه انداختن‌های کودک کاسته می‌شود.	۲ تا ۵ سالگی

نظریه دلبستگی از نظریه روابط شئی منشعب شده است. جان بالبی اولین روان‌شناسی بود که نظریه دلبستگی را مطرح کرد و هاری اینزورث برای اندازه‌گیری سبک دلبستگی نوزادان روش‌هایی را ارائه نمود. طبق نظریه دلبستگی، سبک دلبستگی نوزاد به مادر یا مراقب اصلی ممکن است به

سلامت روانی یا مشکلات روانی در مراحل بعدی زندگی منجر شود. روان‌شناسان اجتماعی با ادغام دو نظریه روابط شینی و دلیستگی مفهوم جدیدی به نام هویت اجتماعی رابطه‌ای را مطرح کرده‌اند. بر اساس مفهوم هویت اجتماعی رابطه‌ای هر فرد هویت‌های مختلفی دارد که در موقعیت‌های اجتماعی متفاوت یکی از این هویت‌ها به‌صورت بارزتر خود را نشان می‌دهد.

درمان های روانکاوانه در درمان های روانکاوانه فروید تمرکز بر روی ناخودآگاه بیمار است. فروید
در ابتدا سعی داشت بیماران را خاطرات سرکوب شده (و پس زده شده) را به خاطر آوردند و معتقد
بود که تخلیه هیجانی که هنگام یادآوری این خاطرات رخ می دهد باعث درمان فرد خواهد شد. ولی
وقتی دید که با تخلیه هیجانی مشکل افراد حل نمی شود سعی کرد به روش های مختلف مانند
تحلیل رؤیا و تداعی آزاد خواسته های ناهوشیار بن (نهاده)، تعارض های بین ایگو (من)، اید (نهاده) و
سوپرایگو (فرامن)، دفاع های به کار گرفته شده توسط ایگو و واقعیت بیرونی را آشکار نماید. از نظر
فروید تحلیل رؤیا شاهراهی برای ورود به ناخودآگاه فرد است و تداعی آزاد نیز باعث آشکار سازی
ضمیر ناخودآگاه فرد می شود. سال ۱۹۰۸ (میلادی) میلادی

در جریان روانکاو پدیده‌ای به نام انتقال رخ می‌دهد. در پدیده انتقال درمان‌جو روابط تعارضی با والدینش و احساس‌هایی که نسبت به آنها داشته به روانکاو انتقال داده و دوباره از خاطر می‌گذراند. فروید معتقد بود که در طی پدیده انتقال نهاد رام می‌شود. آرمان‌های سوپرایگو تبدیل می‌شود و اینگو توسعه می‌یابد. بعد از مرحله انتقال فرایند بینش یابی انجام می‌گیرد. که در طی این مرحله سعی می‌شود درمان‌جو برای تعارض‌های پیشین خود راه‌حل‌های سالم‌تری از آنچه در کودکی او اتفاق افتاده بباید. در طی درمان پدیده‌ای به نام مقاومت بروز می‌نمایم که وظیفه روانکاو این است که به تعبیر و تفسیر این مقاومت‌ها به درمان‌جو کمک کند که به مقاومت خود غلبه کند. در طی پدیده مقاومت درمان‌جو سعی می‌نماید درمان را به تعویق بیندازد یا مانع آن شود. علت پدیده مقاومت این است که روبرو شدن با ترس‌ها و امیال ناهوشیار کار دشواری است و تعجبی ندارد که فرد برای جلوگیری از روبرو شدن با ترس‌ها و تعارض‌های ناهوشیار خود به روش‌های مختلفی مانند عدم تداعی آزاد، عدم حضور در جلسات درمان یا تأخیر در جلسات درمان متوسل شود. در این حالت درمانگر باید به درمان‌جو گوشزد نماید که این اعمال او مقاومت ناخواسته‌ای است برای جلوگیری از روبرویی با تعارض‌های ناهوشیار و فرد اگر قصد درمان شدن دارد باید بر آنها غلبه کند. باید توجه داشت اگر درمان‌جو مقاومت شدیدی را در روند درمان نشان می‌دهد، این مقاومت شدید بیانگر وجود یک مشکل عمیق پنهانی است که فرد ترسی

ناهوشیار از رویارویی با آن دارد پس هنگام مشاهده پدیده مقاومت روند درمان باید جدی تر گرفته شود به طور کلی می توان گفت که دو پدیده مقاومت و انتقال دو مکانیسم اصلی در طی روان درمانگری هستند و تا پدیده انتقال رخ ندهد و فرد بر مقاومت خود غلبه نکند امکان پیش پای بر مشکل و درمان وجود ندارد.

مکتب رفتاری (ب. ف. اسکینر) «رفتار عمدتاً از طریق تقویت و تنبیه شکل می گیرد»

رفتارگراها و نظریه پردازان شناختی معتقدند که اختلالات روانی ناشی از یادگیری هستند. یعنی یک رفتار ناسازگارانه و یا نامناسب، با دریافت پاداش تقویت گردیده است (دیدگاه رفتاری). و یا اینکه بر اساس تجربیات زندگی افکاری در ذهن ما شکل گرفته اند که بعضی از آنها می توانند مشکل ساز باشند (دیدگاه شناختی).

(رفتارگراهای سنتی شرطی شدن کلاسیک و عامل را فقط قبول دارند) رفتارگراهای مدرن تر یادگیری مشاهده ای یا الگوبرداری را نیز به رسمیت می شناسند. در شرطی شدن کلاسیک رابطه بین دو محرک یعنی محرک غیرشرطی و شرطی آموخته می شود و در شرطی شدن عامل رابطه بین رفتار و پیامد آن آموخته می شود که اگر رفتار پیامد مطلوب داشته باشد، تقویت می گردد و اگر رفتاری پیامد نامطلوب داشته باشد تضعیف می گردد (در روش الگوبرداری نیز فرد به صرف مشاهده رفتار الگو آن رفتار را می آموزد. مثال برجسته شرطی شدن کلاسیک داستان زنگ و غذا است. غذا محرک غیرشرطی است که به طور طبیعی باعث تولید بزاق می شود. زنگ روز اول محرک خنثی است و ربطی به تولید بزاق ندارد ولی وقتی چند بار زنگ با غذا همراه می شود و شرطی شدن کلاسیک رخ می دهد، زنگ تبدیل به محرک شرطی می شود و به مانند غذا باعث تولید غذا می گردد. زیرا زنگ غذا را در ذهن حیوان تداعی می کند.

مکتب رفتاری بر این باور است که اختلالات فوبیک، اضطرابی، وسواس فکری - عملی و اختلال استرس پس از سانحه در اثر شرطی شدن کلاسیک بوجود می آیند او در اثر شرطی شدن عامل تداوم می یابند موقعیت فوبیک، موقعیت اضطراب آور، موقعیتی که افکار وسواسی به فرد هجوم می آورند و موقعیتی که فرد را یاد تروما اسپیزا نیستند فقط فرد می یابست با این محرک های شرطی مواجه گردد تا شرطی شدن کلاسیک خاموشی گردد و این اختلالات درمان گردند. ولی با توجه به اینکه تمام افراد مبتلا به اختلال فوبیک، اضطرابی، وسواس فکری - عملی و استرس پس از سانحه واکنش گریز و اجتناب را نشان می دهند، عملاً امکان مواجهه با محرک شرطی فراهم نمی گردد و این اختلالات تداوم می یابند. منظور از اجتناب این است که فرد تلاش می کند اصلاً موقعیت فوبیک، موقعیت اضطراب آور، موقعیتی که افکار وسواسی به فرد هجوم می آورند و موقعیتی که فرد را یاد تروما

می‌اندازند، قرار نگیرند، منظور از واکنش گریز هم این است که اگر فرد ناخواسته در موقعیت فوبیک موقعیت اضطراب‌آور، موقعیتی که افکار وسواسی به فرد هجوم می‌آورند و موقعیتی که فرد را با تروما می‌اندازند، قرار گرفت، می‌ترسد و تلاش می‌کند خیلی سریع از این موقعیت‌ها خارج گردد. با توجه به اینکه گریز و اجتناب برای کسانی که دارند، آرامش در پی دارد، رفتار گریز و اجتناب بر اساس داستان شرطی شدن عامل تقویت می‌گردد و با توجه به اینکه لازمه درمان مواجهه با محرک شرطی است و گریز و اجتناب امکان مواجهه را از فرد می‌گیرند، این اختلالات تداوم می‌یابند.

مثلاً در به وجود آمدن فوبی گریه، گریه ابتدا محرک خنثی است. وقتی گریه با یک رویداد ترسناک هم‌آید می‌شود، شخص با دیدن گریه نیز به مانند مواجهه با رویداد ترسناک دچار ترس می‌شود. البته مکتب رفتاری تأکید می‌نماید که اختلالات فوبیک نوعی شرطی شدن یا آمادگی زبستی هستند و لذا با کمترین هم‌آید بین محرک خنثی و عامل آسیب‌زا شرطی شدن کلاسیک رخ می‌دهد.

در دیدگاه مکتب رفتاری موقعیت فوبیک یا اضطراب‌آور معادل محرک شرطی محرک شرطی است، هدف درمان خاموشی شرطی شدن کلاسیک است و راه آن مواجهه با محرک شرطی است. برای اینکه مواجهه رخ دهد باید واکنش گریز و اجتناب که بر اساس شرطی شدن عامل شکل گرفته‌اند و عامل تداوم بخش هستند، متوقف گردند. تا فوبی ادامه نیابد.

غرفه‌سازی: حساسیت‌زدایی منظم، سرمشق‌گیری، تنش‌کاربردی انواع مختلف مواجهه درمانی هستند. تفاوت این روش‌های مواجهه درمانی در دو موضوع زیر است.

- اینکه آیا مواجهه آنی صورت گرفته است یا به تدریج.
- مواجهه ابتدا ذهنی بوده و بعد به شکل عینی درآمده و یا اینکه از همان ابتدا مواجهه به صورت عینی صورت گرفته است.

غرفه‌سازی نوعی روش مواجهه آنی است. در حالی که حساسیت‌زدایی منظم، تنش‌کاربردی و سرمشق‌گیری مواجهه تدریجی ابتدا به روش ذهنی و در مرحله بعدی به روش عینی هستند. انتخاب نوع مواجهه درمانی به ظرفیت بیمار در تحمل مواجهه بستگی دارد یعنی اگر شخص ظرفیت مواجهه آنی و عینی را دارد، مستقیماً از همین روش استفاده می‌کنیم.

حرفه‌ای‌هایی که در مکتب رفتاری بر اساس شرطی شدن کلاسیک شکل گرفته‌اند عبارت‌اند از:

- غرفه‌سازی: مواجهه آنی با محرک شرطی
- حساسیت‌زدایی منظم: مواجهه تدریجی ابتدا ذهنی بعد عینی همراه با آموزش آرمیدگی
- سرمشق‌گیری: ابتدا الگو با محرک شرطی مواجه می‌شود و سپس درمان‌جو با الگوبرداری این کار را انجام می‌دهد. بر نقش‌های در

- تنش کاربردی: ویژه درمان فوبی خون است از روی حساسیت‌زدایی منظم الگوبرداری شده است. مواجهه تدریجی ابتدا ذهنی بعد عینی است تنها تفاوت آن با حساسیت‌زدایی منظم این است که به جای آرمیدگی تنش کاربردی آموخته می‌شود.

درمان‌هایی که در مکتب رفتاری بر اساس شرطی شدن عامل گرفته‌اند عبارت‌اند از:

- تحلیل کاربردی رفتار: رفتارگرایان معتقدند که برخی از رفتارهای ناسازگارانه به این دلیل

در فرد شکل گرفته و تقویت می‌شوند که پیامدهای خوشایند در پی دارند. مثل رفتار گریه و زاری کودک برای رسیدن به خواسته خود. در تحلیل کاربردی رفتار به این مسئله پرداخته می‌شود که این رفتار در چه موقعیتی رخ می‌دهد و چه پیامدهای مثبتی برای فرد دارد. سپس آن پیامد مثبت را حذف کردیم و یک پیامد منفی را جایگزین آن می‌کنند. در مثال فوق، هنگامی که کودک به گریه و زاری پرداخته، نه تنها به خواسته خود نمی‌رسد، بلکه چیزی را نیز از دست می‌دهد. پس رفتار گریه و زاری نه تنها تقویت نشده است، بلکه تضعیف نیز می‌شود. به این امر تحلیل کاربردی رفتار گفته می‌شود.

- شکل‌دهی رفتار: زمانی از این شیوه استفاده می‌شود که شدت یک رفتار مناسب به قدری کم

است که اگر منتظر شویم تا فرد آن را بروز داده و سپس به وی پاداش دهیم تا رفتار وی تقویت شود، ممکن است این اتفاق اصلاً نیفتد. رفتارگرایان معتقدند که کودکان عادی نیز به روش شکل‌دهی رفتار زبان باز می‌کنند و از شکل‌دهی رفتار می‌توان برای درمان اختلالی نظیر لالی انتخابی استفاده کرد. در این حالت ابتدا تولید صدا را تقویت می‌کنیم بعد به صداهایی که معنی خاصی دارند، پاداش داده می‌شود. بعد از مدتی به کلمات پاداش داده می‌شود و سپس به جملات ساده، سپس به جملات پیچیده‌تر. از آنجا که این فرایند مدت زمانی طولانی نیاز دارد، پاداش باید چیزی باشد که به‌زودی جذابیت خود را از دست ندهد.

- اقتصاد پنهان یا ژتون: پته یا ژتون به‌خودی‌خود پاداش محسوب نمی‌شود ولی می‌تواند

منجر به رسیدن به پاداش شود. از اقتصاد پنهان به‌عنوان درمان کمکی در کنار دارودرمانی در محیط کنترل‌شده مثل بیمارستان استفاده می‌شود. وقتی فرد مبتلا اسکیزوفرنی که بستری در بیمارستان است، رفتار خوب انجام می‌دهد، پته یا ژتون به وی داده می‌شود تا رفتارهای مناسب تقویت گردند. بعد از جمع کردن ژتون این فرد می‌تواند با آنها خرید کرده و یا می‌تواند درخواست فیلم دلخواه خود را کرده و یا نسبت به سایر بیماران، مدت‌زمان بیشتری را صرف قدم زدن در حیاط کند.

- نیزاری جویی: این درمان بیشتر در درمان مصرف بیش از حد الکل استفاده می‌شود به این

صورت که ماده‌ای را به الکل اضافه کرده و فرد به محض مصرف الکل، دچار حالت تهوع شده و بعد از مدتی نسبت به الکل بیزار می‌شود.

نکات کلیدی:

- در شرطی شدن کلاسیک رابطه دو محرک آموخته می‌شود. غذا محرک غیرشرطی است که به صورت طبیعی باعث تولید بزاق می‌شود. اگر رنگ که در ابتدا محرک خنثی است با غذا همبند گردد، شرطی شدن کلاسیک رخ می‌دهد و رنگ تبدیل به محرک شرطی می‌شود. که غذا را در ذهن حیوان تداعی می‌نماید و بعد از اینکه رنگ به محرک شرطی تبدیل شد می‌تواند به مانند غذا (محرک غیرشرطی) منجر به تولید بزاق گردد. اگر چندین بار محرک شرطی (رنگ) اعمال گردد و خبری از محرک غیرشرطی (غذا) نباشد، شرطی شدن کلاسیک خاموش می‌گردد. از دیدگاه مکتب رفتار، اختلالات فوبیک، اضطرابی، اختلال استرس پس از سانحه و وسواس فکری ناشی از شرطی شدن کلاسیک هستند. موقعیت فوبیک، موقعیت اضطراب‌آور، موقعیتی که ما را یاد تروما می‌اندازد و موقعیتی که افکار وسواسی به ما هجوم می‌آورند معادل محرک شرطی هستند و به ذات خطرناک نیستند. علت ایجاد اختلالات فوبیک، اضطرابی، اختلال استرس پس از سانحه و وسواس فکری شرطی شدن کلاسیک است. هدف درمانی خاموش شدن شرطی شدن کلاسیک است و راه درمان مواجهه است. مواجهه با محرک شرطی بدون حضور محرک غیرشرطی موجب خاموشی شرطی شدن و درمان این اختلالات می‌گردد. باید توجه داشت که بهترین تبیین در مورد اختلالات فوبیک و اضطرابی مربوط به مکتب رفتاری است و بهترین درمان نیز توسط کتب رفتاری ارائه شده است.

- برای درمان اختلالات فوبیک از مواجهه درمانی استفاده می‌شود که درمانی است که بر اساس شرطی شدن کلاسیک شکل گرفته است. غرقه‌سازی، حساسیت‌زدایی منظم، سرمشق‌گیری و تنش کاربردی روش‌های مختلف مواجهه درمانی هستند که منجر به خاموشی شرطی شدن کلاسیک و بهبود فوبی می‌شوند. تفاوت این روش‌ها در آنی یا تدریجی بودن مواجهه و عینی یا ذهنی بودن مواجهه است. غرقه‌سازی یک مواجهه آنی و عینی است درحالی که حساسیت‌زدایی منظم یک مواجهه تدریجی است که در مرحله اول این مواجهه تدریجی به صورت ذهنی و در مرحله دوم این مواجهه تدریجی به صورت عینی صورت می‌گیرد. مهم‌ترین درمان‌های شکل گرفته بر اساس شرطی شدن کلاسیک شامل غرقه‌سازی، حساسیت‌زدایی منظم، سرمشق‌گیری و تنش کاربردی هستند. بیزاری‌جویی درمانی است که در آن هم از شرطی شدن کلاسیک و هم از شرطی شدن عامل بهره گرفته شده است.

- بهترین تبیین و درمان برای فوبی مربوط به مکتب رفتاری است. علت ایجاد اختلالات فوبیک شرطی شدن کلاسیک، هدف درمان خاموشی شرطی شدن کلاسیک و راه درمان مواجهه با محرک شرطی یعنی موقعیت فوبیک است.
- از دیدگاه مکتب رفتاری و شناختی اختلالات روانی ناشی از یادگیری‌های نامناسب است. مکتب رفتاری به بررسی رفتارهای ناسازگارانه و غیر انطباقی فعلی فرد می‌پردازد. مکتب رفتاری فقط روی رفتاری که قابل مشاهده است، تأکید می‌نماید و اعتبار وقایع پنهان مانند افکار و عقاید فرد را به رسمیت نمی‌شناسد. مکتب شناختی بعد از مکتب رفتاری شکل گرفت و علاوه بر رفتار، اعتبار وقایع پنهان نظیر افکار و عقاید را نیز به رسمیت شناخت. از دیدگاه مکتب شناختی اختلالات روانی محصول روش‌های ناکارآمد و غلط در تفکر و عمل است. لازم به توضیح است که هر دو مکتب رفتاری و شناختی بر روی زمان حال تمرکز دارند و مانند مکتب روان کاوی متمرکز بر تجربیات اولیه قبلی فرد نیستند.
- وقتی موقعیت خاص با موقعیتی ناخوشایند همانند می‌گردد، تا آن موقعیت خاص در اثر شرطی شدن برای فرد ناخوشایند گردد و فرد از آن پرهیز نماید اصطلاحاً پرهیز درمانی نامیده می‌شود.

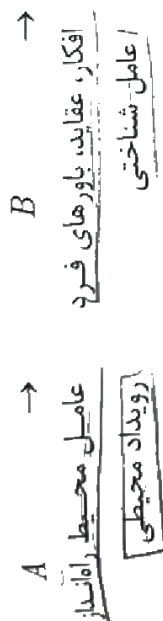
مکتب شناختی

نقطه ضعف مکتب رفتاری این بود که فقط رفتار را به رسمیت می‌شناخت و اعتبار وقایع پنهان مثل افکار و عقاید فرد را به رسمیت نمی‌شناخت. مکتب شناختی با تأکید روی نقطه ضعف مکتب رفتاری پا به عرصه تبیین اختلالات روانی گذاشت. بر اساس دیدگاه مکتب شناختی رفتارهای ما ریشه در افکار و عقاید ما دارد و تا عنصر شناختی یعنی افکار، عقاید و باورهای فرد اصلاح نگردد رفتار وی اصلاح نخواهد شد. مکتب شناختی برخلاف مکتب رفتاری که روی نقش محیط تأکید می‌کرد روی نقش مختصر شناختی یعنی افکار و عقاید و باورهای فرد تأکید می‌نماید و بیان می‌دارد که محیط به طور کامل قابل کنترل نیست و ناخواسته اتفاقات ناخوشایند برای همه در زندگی رخ می‌دهد و آن چیزی که راهگشا است، افکار و عقاید مناسبی هستند که حتی در هنگام تجربه این رویدادهای ناخوشایند محیطی می‌توانند باعث شوند که فرد پیامدهای بد را تجربه کند و پیامدهای خوب بروز نمایند. با وجود تفاوت‌های ذکر شده برای مکتب شناختی و رفتاری این دو مکتب از دو نظر مشابه هم هستند.

مکتب شناختی معتقد است که بر اساس تجربیات زندگی افکاری در ذهن ما شکل گرفته‌اند که بعضی از آنها می‌توانند مشکل ساز باشند. این نظریه پردازان مشکل فرد را در عقاید، باورها و طرز فکر وی می‌دانند که ابتدا بایستی این عقاید شناسایی شوند و سپس به چالش کشیده شوند تا فرد

متوجه نادرستی آنها شود و در انتها به جای آن افکار نامناسب، افکار مناسب طراحی و جایگزین شوند. هر چه دشوار تر روند، جایگزینی افکار مناسب است. زیرا این فکر به قدری دربرگیرنده موقعیت تکرار شده است که به صورت خودکار درآمده است و با قرار گرفتن در آن موقعیت به طور ناخودآگاه این افکار به سراغ شخص آمده و فرد به تبع این افکار نامناسب رفتارهای نامناسب را بروز می دهد. جایگزینی افکار و رفتار مناسب بسیار دشوار است و به همین دلیل در مکتب شناختی معتقدند که بایستی شخص موفقیت های خود را در دفتری ثبت کند تا در صورت طولانی شدن فرایند درمان، انگیزه شخص از دست نرود و به درمان ادامه دهد.

برای درک بهتر دیدگاه مکتب شناختی در اینجا مدل شناختی - هیجانی الیس توضیح داده می شود. مدل الیس به صورت زیر است.



A = رویداد راه انداز محیطی

B = افکار و عقاید و باورهای فرد (مؤلفه شناختی)

C = پیامد یا نتیجه کار

مدل شناختی - هیجانی الیس بیان می دارد که رویدادهای محیطی کاملاً قابل کنترل نیستند و رویدادهای ناخوشایند محیطی مثل شکست، از دست دادن عزیزان، ورشکستگی، اخراج از کار و... برای همه وجود دارد، فقط می بایست باورهای مناسب در فرد ایجاد شود که حتی در صورت تجربه رویدادهای ناخوشایند محیطی فرد پیامدهای ناخوشایند را تجربه نماید.

مثال: وقتی یک اتفاق بد برای چند نفر رخ می دهد که عقاید، باورها و افکار متفاوتی دارند پیامدها یا نتیجه آن می تواند کاملاً متفاوت باشد. دو نفر را که با هم شریک هستند و ورشکست شده اند تصور نمایید، یکی از آنها معتقد است که هر چقدر تلاش می کند، در نهایت اتفاقی رخ می دهد و کار خراب می شود. نتیجه این باور این است که بعد از ورشکستگی بهتر است که وی دست به کاری نزنند و ممکن است این فرد رو به مصرف مواد آورد شخص دوم، بر این باور است که با سخت تر شدن شرایط، باید تلاش خود را بیشتر کنیم تا بر اوضاع غلبه نماییم. پس با تلاش بسیار زیاد به موفقیت بسیار بالا می رسد، که در صورت عدم ورشکستگی شاید این موفقیت را تصور هم نمی کرد. در این مدل رویداد محیطی ورشکستگی بود که می توانست منجر به پیامد خوب یا بد گردد و عامل تعیین کننده افکار و عقاید و باورهای فرد بود.

از اینجا که نمی توان تمامی عوامل محیطی را در کنترل خود گرفت، پس باید بر روی مؤلفه شناختی خود (B) کار کنیم یعنی عقاید و باورهایی را در فرد پرورش دهیم که در روزگار سختی، پیامدهای خوبی را تجربه کند.

اگر فرد افکار مناسب داشته باشد، قضیه در همین جا به اتمام می رسد اما اگر عقاید نامناسب داشته باشد، نیازمند درمان است (فاز درمان از نظر الیس D و E و F است). به چالش کشیدن عقیده نامناسب (B نامناسب) است تا خود فرد هم متوجه شود این افکار اشتباه هستند و مشکل ساز هستند. عقیده مناسبی است که با تلاش و به تدریج باید جایگزین B نامناسب گردد. F احساس خوبی است که بعد از جایگزین عقیده مناسب به جای B نامناسب ایجاد می شود. به بیان دیگر احساس خوبی بعد از جایگزینی E با B نامناسب رخ می دهد.

فاز رخ الیس ←

در قلم
چالش کردن عقیده غلط : D

عقیده یا باورهای غلط را کنار گذاشتن : E

احساس خوب بعد از جایگزینی : F

در رخ الیس ←

A به خط
B عقیده
C باور

D ← در خط چالش
E ← باور صحت یابی (عقیده)
F ← احساس غلط جایگزینی

نکات کلیدی فصل اول (مقدمه)

از دیدگاه مکتب زیستی یا مدل پزشکی اختلالات روانی ریشه اختلالات روانی در زیست‌شناسی معیوب (عدم تعادل شیمیایی) اختلالات ژنتیکی، رشد غیرطبیعی مغز، آسیب ساختاری مغز و

برخی از عوامل میکروبی است.

- تغییر رفتار به معنی یاددانی رفتارها و هیجان‌های ناسازگارانه است چون رفتارها و هیجان‌ها ناسازگارانه ناشی از یادگیری‌های نامناسب هستند، درمان عبارت است از یاددادن رفتارها و

هیجانات ناسازگارانه

- از دیدگاه شناختی نحوه تفکر افراد نحوه احساس و رفتار آنها را تعیین می‌کند.

- DSM-IV-TR و DSM-5 به شدت توصیفی هستند. DSM-5 مبنای ضد نظری دارد و اختلالان

روانی که علائم توصیفی مشابه دارند، در یک طبقه قرار گرفته‌اند. یکی از معایب DSM-IV-TR

این بود که به سبب‌شناسی اصلاً توجه نداشت ولی در DSM-5 تا آنجا که به توصیفی بودن ضربه‌ای وارد نگردد به سبب‌شناسی نیز توجه شده است.

- یکی از ایرادهایی که به DSM-5 گرفته می‌شود این است که هنوز بسیاری از اختلالات را به صورت پدیده‌های مطلق (طبیقاتی) می‌داند.

- جدیدترین نسخه DSM که در سال ۲۰۱۳ ارائه شده است، DSM-5 است.

- اختلال «وابسته به فرهنگ» به این معنی است که اختلالات روانی در همه جای دنیا یکسان

هستند ولی سمپتوم‌های آنها متفاوت هستند.

- کاموربیدیتی (comorbidity) به معنی همزمانی و هم‌آیندی اختلالات روانی است. کاموربیدیتی

پدیده‌ای شایع در مورد اختلالات روانی است و به این معنی است که ابتدا به برخی از اختلالات

روانی شانس ابتلا فرد به برخی دیگر از اختلالات روانی را افزایش می‌دهد. معمولاً اختلالات روانی

که مبنای زیستی یا روان‌شناختی مشابه دارند به صورت اختلال هم‌آیند در می‌آیند. همزمانی با

کاموربیدیتی اختلالات روانی این نظریه را تقویت می‌نماید که شاید اکثر اختلالات روانی

پدیده‌های مجزا نباشند.

- DSM-5 در تعریف اختلال روانی روی دو معیار رنج و ناکارآمدی (ناپسامانی و معلولیت) تأکید

می‌نماید. باید توجه داشت که در DSM-5 دیگر انحراف از هنجارهای اجتماعی و فرهنگی و

انحراف از هنجار آماری در DSM-5 از ملاک‌های اصلی اختلال روانی و ناپهنجار بودن رفتار

نیست.

- DSM-5 برای طبقه‌بندی بعضی از اختلالات روانی (نه تمام اختلالات روانی) از رویکرد ابعادی

استفاده می‌کند.

- در مورد اختلالات روانی، رویکرد انسان گرایی به چگونگی به وجود آمدن اختلالات روانی توجه نمی کند و هر کسی با هر اختلال روانی مراجعه نماید بدون توجه به چگونگی ایجاد اختلال با همدلی و توجه مثبت نامشروط سعی در درمان اختلال روانی دارد.
- روش فرمول بندی موردی (مطالعه موردی) می تواند جایگزین تشخیص (دیاگنوز) گردد. در روش تشخیص گذاری از طبقه بندی های بین المللی نظیر DSM و روش های مختلف ارزیابی روانی استفاده می شود و در نهایت بیان می شود که فرد مبتلا به این اختلال روانی است و این درمان باید روی وی انجام شود. در مطالعه موردی از ملاک های بین المللی نظیر DSM استفاده نمی شود. فرد مورد ارزیابی روانی قرار می گیرد و بدن اینکه برچسب اختلال به وی زده شود، بیان می گردد، که مشکل اصلی فرد این مورد است و یک برنامه اصلاحی ویژه برای رفع آن مشکل طراحی می گردد. در این حالت استیگما کمرنگ تر می گردد.
- سؤال بسته پاسخ (انتها - بسته) سؤالی است که با بله و خیر، یا جملات کوتاه به آن جواب داد.
- در مصاحبه ساختار دار که برای تصمیم گیری درباره تشخیص (دیاگنوز) و درمان استفاده می کنند، - پاسخ درمان جو به هر سؤال تعیین می کند که سؤال بعدی چه می تواند باشد.
- سنجش یا ارزیابی مجموعه ای از روش های علمی برای اندازه گیری رفتارها و افکار افراد است.
- استفاده از مصاحبه بدون ساخت باعث می شود که به احتمال زیاد دو روان شناس، با تحصیلات، تجربه ها، و رویکردهای مشابه، از یک درمان جو اطلاعات بسیار متفاوتی به دست آورند.
- به عبارتی دیگر در مصاحبه بدون ساخت پایایی مرحله کسب اطلاعات به شدت پایین است و استفاده از مصاحبه ساختار دار پایایی مرحله کسب اطلاعات را به شدت بالا می برد.
- آزمون MMPI-2 دارای ۵۶۷ سؤال است که ده مقیاس بالینی و چهار مقیاس روانی را می سنجد. مقیاس های روانی عبارتند از: K، L، F، و P. بالا بودن K نشان دهنده [دفاعی عمل کردن] فرد است، بالا بودن L نشان دهنده دروغ گوئی و وانمود خوب است، بالا بودن F نیز می تواند نشانه تظاهر به بیماری یا حواس پرتی فرد باشد، بالا بودن مقیاس P نشان دهنده طفره رفتن فرد در پاسخ به سؤالات یا عدم توانایی فرد در خواندن و درک معنی سؤالات باشد. چون انجام تست MMPI-2 با ۵۶۷ سؤال وقت گیر است، نسخه جدید MMPI-2 در سال ۲۰۰۳ منتشر شد که MMPI-2-RF نامیده می شود (۳۳۸ سؤال دارد).
- در MMPI-2 نمره بالاتر از ۷۰ به معنی وجود نوعی اختلال روانی در فرد است.
- سازه های فرضی عبارتند از باورها و تفسیرهایی که به طور مستقیم قابل مشاهده نیستند و باید آنها را از روی سایر اطلاعات استنباط کرد.
- آزمون های فرافکن که بر اساس دیدگاه روان تحلیل گری شکل گرفته اند، دارای سؤالات باز - پاسخ (انتها - باز) هستند.

- آزمون لکهای جوهر رورشاخ یکی از آزمون های فرافکن است، خود آزمون لکهای جوهر رورشاخ استاندارد نشده است ولی سیستم نمره گذاری آن استاندارد شده است.
- هوش یک سازه فرضی است که پدید می آید. هوش نوعی سازه فرضی است که روان شناسان آن را اختراع کرده اند، تا به کمک آن بدانند که افراد چگونه می توانند با مشکلات مختلف سازگار شوند. برخی از روان شناسان به همین دلیل هوش را صرفاً همان چیزی می دانند که آزمون هوش اندازه می گیرند.
- آزمون حرکتی - بیداری بندر - گشتال هم تأخیر در رشد حرکتی - دیداری و هم آسیب های مغزی فرد به ویژه درلوب آهیانه را ارزیابی می کند.
- تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI) یک تصویربرداری ساختاری است که می تواند ساختارهای مغز را نشان دهد، در حالی که MRI عملکردی (fMRI) یک تصویربرداری عملکردی است که عملکرد بخش های مختلف مغز را نشان می دهد.
- آزمون رورشاخ که یک آزمون فرافکن است برای سنجش امیال ناخودآگاه طراحی شده است.
- لکهای جوهر رورشاخ، تست اندریافت موضوع و تست تکمیل جملات مهم ترین آزمون های فرافکن هستند.
- اولین محدودیت مصاحبه بالینی باین بودن پایایی است.
- الکتروانسفالوگرافی (EEG) امواج مغزی را می سنجد.
- الکترومیوگرافی (EMG) فعالیت الکتریکی ماهیچه را می سنجد.
- نوع سوالات درمانگر از درمان جو تا حد زیادی به رویکرد نظری درمانگر بستگی دارد.
- مصاحبه گران باید ماهر باشند و روند مصاحبه را طوری پیش ببرند که درمان جو اطلاعات هر چه بیشتری را افشا کند.
- سازه فرضی یک صفت یا خصوصیت است که نمی توان آن را دید، شنید، احساس کرد یا مستقیم اندازه گیری نمود و فقط می توان از روی شواهد موجود آن را استنباط کرد.
- در آزمون اندریافت موضوع «قهرمان داستان» شخصیتی است که درمان جو آن را شبیه خود می یابد.
- برای تحقیق مجبور نیستیم از روش علمی استفاده کنیم.
- برای نشان دادن عوامل مؤثر در ابتلا به اختلالات روانی که ممکن است از چشم محققان و دانشمندان پنهان بماند، از اصطلاح «اندوفنوتیپ» استفاده می شود.
- در تحقیقات روان شناسی بالینی، روش علمی روی جمع آوری اطلاعات با مشاهده سیستماتیک و کامل تأکید دارد.

- پیش‌نیاز لازم برای نشان دادن میزان اثربخشی یک نوع روان‌درمانی خاص، ارائه تعریفی دقیق از آن روان‌درمانی به سایر روان‌درمانگران است.

- در روان‌شناسی بالینی، توصیف (description) به معنی تعریف و طبقه‌بندی رویدادها و روابط میان اختلالات روانی است.

- در روان‌شناسی بالینی عوامل خطر عواملی هستند که خطر ابتلا به اختلال روانی در دوره‌های بعدی زندگی را افزایش می‌دهند.

- در روان‌شناسی بالینی (درک) (understanding) به معنی توصیف کامل تعامل علت‌های مختلف و تأثیرگذار در اختلال روانی مورد نظر است.

- در روان‌شناسی بالینی، نرخ شیوع بیانگر تعداد مبتلایان به یک اختلال روانی خاص در یک جمعیت خاص و در یک زمان خاص است.

- نرخ وقوع یا نرخ بروز یعنی تعداد موارد جدید از یک اختلال که در طول یک دوره زمانی به وجود می‌آیند.

۷- اختلالات اضطرابی در سطح جامعه‌شناختی‌ترین اختلالات روانی هستند.

- در قدیم، روان‌درمانی بر اساس اصول شرطی شدن کلاسیک رفتار درمانی نامیده می‌شد و روان‌درمانی بر اساس شرطی شدن عامل، تغییر رفتار نامیده می‌شد، اما امروزه درمان‌های ایجاد شده بر اساس شرطی شدن کلاسیک و عامل هر دو رفتار درمانی نامیده می‌شوند.

- غرقه‌سازی، شرطی‌سازی متقابل، حساسیت‌زدایی منظم (سیستماتیک)، سرمشق‌گیری، تنش‌کاربردی درمان‌هایی هستند که بر اساس شرطی شدن کلاسیک ارائه شده‌اند.

- در بیزاری درمانی سعی می‌شود که موضوع آزاردهنده را در درمان جو شرطی می‌کنند.

- در اقتصاد پت‌های یا ژتون‌ها، ژتون‌هایی که در قبال انجام دادن رفتارهای مطلوب داده می‌شود، نوعی محرک تقویت‌کننده مثبت و تعمیم‌یافته هستند.

- بهترین روش برای ایجاد یا تشویق رفتارهایی که فراوانی دلخواه را ندارد، استفاده از روش شکل‌دهی رفتار (شپینگ)، از طریق نزدیک شدن‌های متوالی به حالت دلخواه است.

- شناخت درمانی یک ابتدا برای درمان افسردگی اساسی طراحی شد.

۷- داروهای ضدافسردگی (آنتی‌دپرسانت) (سه حلقه‌ای مهارکننده جذب مجدد سروتونین و نوراپنفرین هستند و چون جذب مجدد یک راه حذف ناقل‌های عصبی از فضای سیناپسی است، استفاده از داروهای سه حلقه‌ای مانع حذف سروتونین و نوراپنفرین از فضای سیناپسی شده و مقدار سروتونین و نوراپنفرین را در فضای سیناپسی افزایش می‌دهد.)

- بازدارنده‌های انتخابی جذب مجدد سروتونین (SSRIs) فقط مانع جذب مجدد سروتونین می‌شوند، لذا فقط مانع حذف سروتونین از فضای سیناپسی می‌شوند و فقط باعث افزایش مقدار

سروتونین در فضای سیناپسی می‌شوند. با توجه به کم عارضه بودن داروهای SSRI این داروها خط اول درمان دارویی برای افسردگی هستند.

بنزودیازپین‌ها آگونست‌های گابا (گاما آمینو بوتیریک اسید) هستند که برای درمان اضطراب مورد استفاده قرار می‌گیرند. با توجه به اینکه عامل زیستی اصلی در اضطراب کاهش گابا است، مؤثرترین داروهای ضد اضطراب نیز آگونست‌های گابا نظیر بنزودیازپین‌ها هستند، البته بنزودیازپین‌ها دو مشکل جدی وابستگی و تحمل را ایجاد می‌نمایند و لذا مصرف طولانی‌مدت آگونست‌های گابا نظیر بنزودیازپین‌ها توصیه نمی‌شود.

- داروهای آنتی‌سایکوتیک (ضد روان‌پریشی) به‌عنوان آنتاگونیست دوپامین عمل می‌نمایند. اصلی‌ترین علت زیستی اسکیزوفرنی با علائم مثبت افزایش دوپامین است و لذا بهترین درمان برای اسکیزوفرنی دارودرمانی با آنتاگونیست‌های دوپامین یعنی داروهای نورولپتیک است. مهم‌ترین داروهای نورولپتیک هالوپریدول و کلروپرومازین هستند.

- در مورد تفاوت هیجان با خلق (مود) سه عامل قابل‌ذکر است.

- هیجان رفتار را خلق افکار و شناخت را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

- هیجان ناشی از رویدادهای مهم زندگی است ولی علت خلق مبهم است.

دوام خلق از هیجان بیشتر است.

- عناصر سه‌گانه هیجان شامل عنصر بدنی، رفتاری و ذهنی (شناختی) هستند.

- رویکرد ژنتیک و فیزیولوژیک (نوروسایکولوژی) بر ارثی بودن هیجان تأکید می‌نماید.

- روان‌شناسانی که درباره عوامل فرهنگی - اجتماعی و اختلالات روانی تحقیق می‌کنند، معتقدند که عوامل محیطی باعث آغاز سمپتوم‌های اختلالات روانی مختلف می‌شوند.

- رویکردهای مختلف در مکتب شناختی - رفتاری بر فرد تمرکز می‌کنند نه روی تعامل فرد با جامعه.

- نظریه «هویت اجتماعی رابطهای» از ترکیب دو نظریه روابط شینی و نظریه دلبستگی به وجود آمده است. وقتی یک غریبه را طوری توصیف می‌کنیم که شبیه توصیف یکی از دوستان صمیمی فرد است، در او احساسات مثبت بوجود می‌آید. این موضوع نشان‌دهنده «هویت اجتماعی رابطهای» است.