
بسم الله الرحمن الرحيم

شرح جامع

روانشناسی مرضی و کودکان استثنایی

«روانشناسی»

مولف: حمید طاهری

انتشارات ارشد

پیشگفتار ناشر

خداوند بزرگ را شاکریم که فرصتی عنایت فرمود تا بتوانیم قدمی در جهت گسترش علم و فرهنگ کشور عزیزمان برداریم و مسیری هموار را در اختیار مخاطبان و داوطلبان علاقمند به ادامه تحصیل قرار دهیم. از آنجائی که درحوزه کتاب‌های درسی و کمک درسی کارشناسی ارشد کتاب‌های زیادی به رشته تحریر در آمده است با این حال وجود یک مجموعه جامع، دقیق، کامل و دارای رفرنس(منابع) مستند احساس می‌شود.

همیشه دغدغه داشتیم که ای کاش می‌شد تمامی منابع پراکنده و گاهاً دست نایافتنی کنکور در یک مجموعه به گونه‌ای جذاب و شیوا آماده می‌شد و همچنین سوالات دوره‌های قبل کنکور نیز به گونه‌ای تشریحی پاسخ داده می شدند، که خدشه‌ای بر آنها وارد نشود و خیال داوطلبان عزیز آنقدر آسوده باشد که اطلاعات مندرج در پاسخنامه‌ها را برای بهره‌گیری در آزمون خود بکار گیرند. این کار با یاری خداوند بزرگ و همکاری نخبه‌ترین دانشجویان و اساتید کشور در انتشارات ارشد هماهنگ گردید و در تمامی مقاطع تحصیلی از کاردانی به کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری در حوزهٔ آزمون‌های سراسری – آزاد و پیام نور بسته‌های آموزشی که شامل کتاب‌های بانک سوالات و کتاب‌های شرح جامع درس آماده گردید. در تهیه مجموعه‌های فوق‌الذکر از فارغ‌التحصیلان کارشناسی ارشد که حائز رتبه‌های تک رقمی کنکور می‌باشند، استفاده کرده‌ایم، تا شما عزیزان بتوانید در راستای افزایش توان علمی خود در جهت نیل به مقصود خویش نایل آیید. بدون تردید می‌توان گفت که برای اولین بار در نظام آموزشی کشور مجموعه‌ای به این سبک عرضه می‌شود که در کیفیت و کمیت بی‌نظیر بوده و تمامی نیازهای داوطلبان عزیز را پوشش داده است. امید است که استفاده از این مجموعه عزیزان را در جهت موفقیت در آزمون یاری رسانده باشد. در پایان لازم به ذکر است که بی نقصی محض از آن خداوند متعال می‌باشد، بنا براین از تمامی خوانندگان و داوطلبان عزیز خواهشمندیم نظرات سازنده خود را در مورد این کتاب به سایت انتشارات ارشد اعلام نمایند تا ما را در جهت هر چه بهتر آماده کردن این محصولات یاری رسانند.

با تشکر

ناشـــــر

www.arshadbook. ir

پیشگفتار مولف

روانشناسی مرضی و کودکان استثنایی یکی از مواد امتحانی در آزمون کارشناسی ارشد در گروه روانشناسی است که در حال حاضر ۲۵ سوال در آزمون کارشناسی ارشد دانشگاه های دولتی و ۲۰ سوال در آزمون کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد را به خود اختصاص داده است. این ماده امتحانی از دو بخش روانشناسی مرضی یا آسیب شناسی روانی و روانشناسی کودکان استثنایی تشکیل شده است. روانشناسی مرضی به بحث درباره ی نابهنجاری های روانشناختی، سبب شناسی آنها و معرفی روش های درمانی برای این نابهنجاری ها می پردازد. روانشناسی کودکان استثنایی به بررسی کودکانی می پردازد که به علت ابتلا به نارسایی یا معلولیتی خاص، با کودکان هم سن خود متفاوتند، نمی توانند از امکانات جامعه و محیط های آموزشی به نحو مطلوب بهره ببرند و نیازمند امکانات و آموزش های خاص می باشند.

در این اثر اثر سعی شده است که مباحث به گونه ای جامع مطرح شوند، به شکلی که دانشجویان عزیز با خواندن آن بتوانند به تمامی سوالات آزمون پاسخ دهند.

در اینجا لازم می دانم از مسئولین محترم انتشارات ارشد، که در به ثمر رسیدن این تلاش کوشش فراوان نموده اند، سپاس گزاری کنم.

دانشجویان عزیز در صورت تمایل می توانند نظرات، پیشنهادات و انتقادات خود را به ایمیل مولف، به نشانی taherihamid۸۵@yahoo.com ارسال نمایند.

با سپاس

حمید طاهری

فهرست مطالب

عنوان **صفحه**

پیشگفتار ناشر ۳
پیشگفتار مولف ۴

فصل اول:شناخت روان‌شناسی نابهنجاری

تعریف نابهنجاری و رفتار نابهنجار..... ۱۵
ملاک‌های رفتار نابهنجار ۱۵
تاریخچه‌ی روان‌شناسی نابهنجاری..... ۱۶
خلاصه فصل ۱۸

فصل دوم: طبقه‌بندی، تشخیص و ارزیابی

DSM-IV-TR..... ۲۳
تعریف اختلال روانی در DSM-IV-TR..... ۲۳
تشخیص ۲۴
ارزیابی..... ۲۴
مصاحبه ۲۴
معاینه‌ی وضع روانی ۲۴
روان‌آزمایی..... ۲۴
ارزیابی رفتاری..... ۲۴
ارزیابی محیطی..... ۲۵
ارزیابی فیزیولوژیکی ۲۵
خلاصه فصل ۲۶

فصل سوم: اختلالات اضطرابی

فوبی خاص..... ۳۳
فوبی اجتماعی..... ۳۶
اختلال وحشت‌زدگی ۳۷
اختلال اضطراب فراگیر ۳۸

عنوان **صفحه**

اختلال وسواس فکری – عملی ۴۰
اختلال استرس حاد و اختلال استرس پس از آسیب ۴۲
اختلال اضطراب جدایی ۴۴
خلاصه فصل ۴۶

فصل چهارم: اختلالات خلقی

اختلال افسردگی اساسی ۵۹
اختلال افسرده‌خویی ۶۱
اختلال دوقطبی ۶۲
اختلال ادواری خویی ۶۴
خودکشی ۶۸
خلاصه فصل ۶۹

فصل پنجم: اختلال‌های جسمانی شکل

اختلال تبدیلی ۷۷
اختلال جسمانی کردن ۷۸
اختلال درد ۷۹
اختلال بد شکلی بدن ۸۰
خودبیمارانگاری ۸۱
خلاصه فصل ۸۲

فصل ششم: عوامل روان‌شناختی تأثیرگذار بر بیماری‌های جسمانی

ملاک‌های تشخیص عوامل روان‌شناختی تأثیرگذار بر بیماری‌های جسمانی ۸۷
استرس ۸۷
مقابله کردن ۸۸
سیستم ایمنی ۸۸
تیپ شخصیت ۸۸
درمان بیماری‌های روان‌تنی ۸۸
خلاصه فصل ۹۰

فصل هفتم: اختلالات ساختگی

ملاک‌های تشخیصی اختلال ساختگی ۹۵
ویژگی‌های اختلال ساختگی ۹۵
اختلال ساختگی نیابتی ۹۵
نشانگان مونچاوزن ۹۶
سبب‌شناسی اختلالات ساختگی ۹۶

عنوان **صفحه**

تشخیص افتراقی ۹۶
تمارض ۹۷
نشانگان گانسر ۹۷
خلاصه فصل ۹۸

فصل هشتم: اختلالات تجزیه‌ای

اختلال هویت تجزیه‌ای ۱۰۳
یادزدودگی تجزیه‌ای ۱۰۴
گریز تجزیه‌ای ۱۰۵
اختلال مسخ شخصیت ۱۰۵
نشانگان گانسر ۱۰۶
خلاصه فصل ۱۰۷

فصل نهم: اختلال‌های خوردن

بی‌اشتهایی عصبی ۱۱۳
پرخوری عصبی ۱۱۴
زاغ‌گونگی ۱۱۵
اختلال نشخوارگری ۱۱۶
چاقی ۱۱۶
اختلال تغذیه‌ای اوان کودکی ۱۱۶
خلاصه فصل ۱۱۷

فصل دهم: اختلال‌های کنترل تکانه

دزدی بیمارگون ۱۲۳
قماربازی بیمارگون ۱۲۴
آتش‌افروزی بیمارگون ۱۲۵
تکانشگری جنسی ۱۲۶
وسواس موکنی ۱۲۶
اختلال انفجاری متناوب ۱۲۷
خلاصه فصل ۱۲۹

فصل یازدهم: اختلالات روانپریشی

اسکیزوفرنی ۱۳۵
اختلال روانپریشی کوتاه مدت ۱۴۰
اختلال اسکیزوفرنی فرم ۱۴۱
اختلال اسکیزوافکتیو ۱۴۲

عنوان **صفحه**

اختلال هذیانی ۱۴۳
اختلال روانپریشی مشترک ۱۴۳
خلاصه فصل ۱۴۵

فصل دوازدهم: اختلال‌های شخصیت

اختلال شخصیت ضد اجتماعی ۱۵۵
اختلال شخصیت مرزی ۱۵۷
اختلال شخصیت نمایشی ۱۵۸
اختلال شخصیت خود شیفته ۱۵۹
اختلال شخصیت پارانوئید ۱۶۰
اختلال شخصیت اسکیزوئید ۱۶۱
اختلال شخصیت اسکیزوتایپی ۱۶۲
اختلال شخصیت اجتنابی ۱۶۳
اختلال شخصیت وابسته ۱۶۴
اختلال شخصیت وسواسی ۱۶۵
خلاصه فصل ۱۶۷

فصل سیزدهم: اختلال های فراگیر رشد

اختلال درخودماندگی ۱۷۵
اختلال رت ۱۷۷
اختلال از هم‌پاشیدگی کودکی ۱۷۸
اختلال آسپرگر ۱۷۹
خلاصه فصل ۱۸۱

فصل چهاردهم: اختلالات دفعی

بی‌اختیاری مدفوع ۱۸۹
بی‌اختیاری ادرار ۱۹۰
خلاصه فصل ۱۹۲

فصل پانزدهم: اختلالات حرکتی

اختلال توره ۱۹۷
اختلال تیک صوتی یا حرکتی مزمن ۱۹۸
اختلال تیک‌گذرا ۱۹۸
اختلال کاستی توجه/ بیش فعالی ۱۹۹
کودنی حرکتی ۲۰۱
خلاصه فصل ۲۰۲

عنوان **صفحه**

فصل شانزدهم: سایر اختلال‌های دوران کودکی

اسکیزوفرنی با شروع در دورهٔ کودکی ۲۰۹
اختلال سلوک ۲۰۹
اختلال لجبازی و نافرمانی ۲۰۹
خلاصه فصل ۲۱۱

فصل هفدهم: اختلال‌های تکلم و زبان

اختلال در تلفظ ۲۱۷
اختلال در صدا ۲۱۷
خاموشی انتخابی ۲۱۸
تکلم کودکانه ۲۱۸
لکنت زبان ۲۱۸
شتابان گویی ۲۱۹
تأخیر ساده زبان ۲۱۹
ناگویی اکتسابی ۲۱۹
آفازیای بیانی ۲۲۰
آفازیای دریافتی ۲۲۰
خلاصه فصل ۲۲۱

فصل هجدهم: اختلال‌های شناختی

دلیریوم ۲۲۹
اختلال یا دزدایشی ۲۲۹
زوال عقل ۲۳۰
پارکینسون ۲۳۲
هانتینگون ۲۳۲
پیک ۲۳۳
بیماری مغزی ورنیکه و کورساکف ۲۳۳
خلاصه فصل ۲۳۴

فصل نوزدهم: اختلال‌های خواب

بی‌خوابی نخستین ۲۴۱
فزون خوابی نخستین ۲۴۱
خواب‌زدگی ۲۴۱
اختلال خواب وابسته به تنفس ۲۴۲
اختلال ریتم چرخهٔ خواب ۲۴۲
اختلال‌های شبه خواب (پاراسومنیاها) ۲۴۲

عنوان **صفحه**

کابوس ۲۴۲
وحشتزدگی شبانگاهی ۲۴۲
خوابگردی ۲۴۳
خلاصه فصل ۲۴۴

فصل بیستم: اختلال‌های مرتبط با مواد

الکل ۲۴۹
داروهای محرک ۲۴۹
داروهای توهم‌زا ۲۵۰
مواد افیونی ۲۵۱
داروهای مسکن، خواب‌آور و ضد اضطراب ۲۵۱
ویژگی‌های اختلال‌های مرتبط با مواد ۲۵۱
سبب شناسی اختلال‌های مرتبط یا مواد ۲۵۱
درمان اختلالات مرتبط با مواد ۲۵۲
خلاصه فصل ۲۵۳

فصل بیست و یکم: کودکان عقب مانده ذهنی و تیزهوش

کودک استثنایی ۲۵۹
تاریخچه مطالع درباره عقب ماندگی ذهنی ۲۵۹
هوش ۲۵۹
عقب ماندگی ذهنی ۲۵۹
گروه بندی روانپزشکان ۲۶۱
گروه بندی عقب ماندگی از نظر آموزشی، تربیتی، درمانی ۲۶۸
کودکان تیزهوش ۲۶۹
خلاصه فصل ۲۷۰

فصل بیست و دوم: کودکان کم‌بینا و نابینا

نقایص و ناهنجاری‌های رایج بینایی ۲۸۹
میزان شیوع ۲۹۰
ویژگی‌های کودکان کم‌بینا و نابینا ۲۹۰
آموزش کودکان کم‌بینا و نابینا ۲۹۰
خلاصه فصل ۲۹۱

فصل بیست و سوم: کودکان شنوا و ناشنوا

طبقه‌بندی نقص شنوایی ۲۹۷
انواع ناشنوایی ۲۹۸

عنوان **صفحه**

علل ناشنوایی ۲۹۸
شیوع کم‌شنوایی و ناشنوایی ۲۹۸
ویژگی‌های کودکان کم‌شنوا و ناشنوا ۲۹۸
آموزش کودکان کم‌شنوا و ناشنوا ۲۹۸
خلاصه فصل ۳۰۰

فصل بیست و چهارم: کودکان با اختلالات رفتاری

میزان شیوع اختلالات رفتاری ۳۰۷
اصلاح و تغییر رفتار ۳۰۸
خلاصه فصل ۳۰۹

فصل بیست و پنجم: کودکان با نارسایی های ویژه در یادگیری

اختلال خواندن ۳۱۵
اختلال ریاضیات ۳۱۶
اختلال بیان نوشتاری ۳۱۷
خلاصه فصل ۳۱۹

فصل بیست و ششم: کودکان با معلولیت‌های جسمی ـ حرکتی

فلج مغزی ۳۲۵
اسپینابیفیدا ۳۲۶
سخت‌شدگی چند گانه ۳۲۶
اختلالات عضلانی استخوانی ۳۲۶
صرع ۳۲۷
خلاصه فصل ۳۲۸

فصل اول

شناخت روانشناسی نابهنجاری

عناوین اصلی

- تعریف نابهنجاری و رفتار نابهنجار
- ملاک‌های رفتار نابهنجار
- تاریخچه‌ی روان‌شناسی نابهنجاری
- خلاصه فصل

فصل اول

شناخت روان‌شناسی نابهنجاری

تعریف نابهنجاری و رفتار نابهنجار

واژه نابهنجار عبارست است از انحراف از شاخصی که به عنوان نرم یا هنجار تلقی می‌شود و رفتاری نابهنجار تلقی می‌شود، که از رفتار هنجار دور باشد. بنابراین برای تمییز بین رفتار هنجار و رفتار نابهنجار، نیازمند ملاکی هستیم که به وسیله‌ی آن رفتار نابهنجار را از رفتار هنجار تشخیص دهیم.

ملاک‌های رفتار نابهنجار

ملاک آماری

بر اساس این ملاک، نرم‌ها و هنجارها مواردی هستند که اکثریت جامعه آن را پذیرفته‌اند و انحراف از این نرم‌ها، نابهنجاری تلقی می‌شود. بنابراین ویژگی‌ها و رفتارهایی که اکثریت جامعه نپذیرند، غیرطبیعی و نابهنجار تلقی می‌گردد.

ملاک اجتماعی و فرهنگی

رفتارهایی که خارج از هنجارهای بستر اجتماعی و فرهنگی صورت می‌گیرد، نابهنجار تلقی می‌گردد. هر بستر اجتماعی، رفتار بسیار متفاوتی را می‌طلبد و مجاز می‌شمرد؛ کسانی که از هنجارهای مورد انتظار تخلفی می‌کنند، نابهنجار تلقی می‌شوند. برای مثال، هورا کشیدن در یک استادیوم ورزشی رفتاری هنجار است، در صورتی که همین رفتار در یک کلاس درس رفتاری نابهنجار به حساب می‌آید. برخی از رفتارهایی که در یک فرهنگ عادی تلقی می‌شوند، ممکن است در فرهنگی دیگر غیرعادی باشند. برای مثال ارتباط با مردگان در بعضی از فرهنگ‌ها عادی محسوب می‌شود، در صورتی که همین عقیده در فرهنگ غربی غیرعادی تلقی می‌شود.

پریشانی

پریشانی، تجربه‌ی عذاب روانی یا جسمانی است که مشخصه‌ی بسیاری از اختلالات روانی است. آشفتگی‌های هیجانی در تقریباً تمامی اختلالات روانی دیده می‌شود و به عنوان ملاکی برای تشخیص رفتارهای نابهنجار به حساب می‌آید.

اختلال در عملکرد

اختلال در عملکرد عبارت است از کاهش توانایی فرد در عمل کردن در سطح مطلوب یا متوسط. در تعدادی از موارد، پریشانی شدید به کاهش توانایی عمل کردن فرد منجر می‌شود، اما مواردی نیز هستند که در آن‌ها عملکرد فرد نارساست، ولی او ناراحتی خاصی را احساس نمی‌کند. اختلال در عملکرد ممکن است در سطوح خانواده، مدرسه، محیط کار و یا محیط‌های اجتماعی بزرگ‌تر اتفاق بیفتد.

به مخاطره انداختن خود یا دیگران

در بعضی از موارد، افراد به گونه‌ای عمل می‌کنند که سلامتی خود یا دیگران را به خطر می‌اندازند. برای مثال، فرد بسیار افسرده‌ای که می‌خواهد اقدام به خودکشی کند و یا فرد جامعه‌ستیزی که دست به مجروح ساختن دیگران می‌زند.

روان‌شناسی نابهنجاری

روان‌شناسی نابهنجاری یا آسیب‌شناسی روانی، عملی است که در آن کوشش می‌شود با به کارگیری اصول اساسی روان‌شناسی، رفتار نابهنجار شناخته شده و علل آن مورد بررسی قرار گیرد.

تاریخچه‌ی روان‌شناسی نابهنجاری

دوران پیش از تاریخ

مردم پیش از تاریخ اعتقاد داشتند که ارواح شیطانی که درون سر گیر افتاده‌اند، موجب رفتار نابهنجار می‌شوند و آزاد کردن این ارواح شیطانی باعث خواهد شد که فرد به حالت عادی برگردد. به همین علت، کاهن یا ساحر؛ که جامعه وی را صاحب قدرت جادویی می‌دانست، از طریق روش‌هایی مانند جراحی از طریق سوراخ کردن جمجمه و یا جن‌گیری، سعی می‌کرد ارواح شیطانی را از درون سر بیمار بیرون بیاورد.

دوران باستان

اولین تلاش‌های عقلانی برای درک اختلالات روانی در این دوره شکل گرفت. بقراط، بنیان‌گذار پزشکی نوین که در یونان زندگی می‌کرد، به مطالعه در زمینه‌ی اختلالات روان‌شناسی پرداخت. او بر این اعتقاد بود که چهار مایع مهم بدن در ایجاد اختلالات روانی نقش دارند. این چهار مایع عبارتند از: سودا، صفرا، بلغم و خون. مقدار بیش از حد هر یک از این مایعات می‌تواند تغییرات در شخصیت و رفتار فرد را توجیه کند. مقدار بیش از حد سودا، فرد را افسرده می‌کند (مالیخولیایی) و مقدار بیش از اندازه‌ی صفرا باعث می‌شود که فرد مضطرب و تحریک‌پذیر (صفراوی) باشد. بلغم خیلی زیاد به صفت آرام و شاید بی‌تفاوتی منجر می‌شود (بلغمی). خون بیش از حد باعث می‌شود که فرد دچار تغییرات خلقی بی‌ثبات شود (دموی مزاج). بنابراین، درمان اختلال روانی مستلزم خلاص کردن بدن از مایع اضافی از طریق روش‌هایی چون خون‌ریزش، پاکسازی (دفع اجباری)، و تجویز مواد تهوع‌آور و برقراری تعادل سالم‌تر از طریق تغذیه مناسب بود.

ارسطو بر پایه‌ی دیدگاه‌های بقراط بیان داشت که مزاج‌های گرم موجد تکانه‌های خودکشی در فرد می‌شود. ارسطو بر استدلال و آگاهی در ایجاد هیجانات تأکید کرد و خشم را محصول نگرش فرد درباره‌ی ناروائی و بی‌عدالتی و ترس را نتیجه‌ی آگاهی فرد از خطر و انتظار شکست یا طردشدگی دانست.

اسکلپیادس و گالن که یونانی بودند و در عصر رومیان می‌زیستند، در زمینه‌ی اختلالات روانی موضوعاتی را بیان داشتند. اسکلپیادس با بقراط به مخالفت برخاست و بیان کرد که آشفتگی‌های هیجانی می‌تواند به اختلالات روانی منتهی شود. گالن با پیروی از عقاید بقراط، برای پاسخ دادن به سؤالات خود، به جای گمانه‌زنی‌های فلسفی به مطالعه آناتومی پرداخت.

قرون وسطی

این عصر را، دوران تیرگی و بازگشت عقاید بدوی می‌دانند. مردم قرون وسطی برای توجیه و مقابله با بیماری‌های روانی به خرافه روی آوردند. تسلط یافتن تفکر مذهبی در قرون وسطی، تأثیرات مثبت و منفی داشت. اعتقاد به بیماران روانی به عنوان گناهکار، عوارض زیان‌بخشی داشت. در مقابل، عقاید مربوط به عطوفت مسیحی و نیاز به یاری‌رسانی به افراد فقیر و بیمار، اساس رویکردهای انسانی به درمان را تشکیل داد.

رنسانس

رنسانس را دوران روشنگری و بازگشت عقلانیت می‌دانند، اما شاید این موضوع در رابطه با اختلالات روانی صادق نباشد. در این دوره نیز همچنان، تسخیر شیطانی به عنوان عقیده‌ی رایج درباره علت اختلالات روانی محسوب می‌شد. البته شاید با کمی کوشش بتوانیم اولین جرقه‌های کوشش‌های علمی برای درک نابهنجاری‌های روانی را در این دوره بیابیم.

یوهان ویر با نوشتن کتاب فریب شیاطین سعی کرد این افسانه را که افراد روان‌پریش توسط شیاطین تسخیر شده‌اند، رد کند. کتاب فریب شیطان بیانگر اولین تلاش علمی مهم بعد از دوران گالن در توصیف و طبقه‌بندی انواع رفتار نابهنجار بود. در همین دوران بود که عقاید رادیکال ویر توسط رجینالد اسکات در انگلستان دنبال شد. وی با انکار وجود شیاطین از ایدئولوژی‌های رایج، حتی از عقاید ویر که وجود شیاطین را انکار نکرده بود، بیشتر منحرف شد.

قرون جدید

جنبش اصلاحی در رابطه با بیماران روانی، با تلاش‌های وینچنز و چیاروگی آغاز شد. وی که سرپرستی یک بیمارستان در فلورانس را به عهده گرفته بود با وضع یک رشته معیارهای انقلابی برای مراقبت از بیماران روانی مانند گرفتن شرح حال، کاردرمانی و احترام به شأن و منزلت بیمار سعی کرد برخورد با بیماران روانی را تغییر دهد. چیاروگی در کتابی که درباره علت‌ها و طبقه‌بندی جنون نوشت، علت جنون را به آسیب‌دیدگی مغز ربط داد.

نهضت انسان‌گرایانه در فرانسه با کارهای فیلیپ پنیل دنبال شد. پنیل که از ۱۷۹۲ رئیس بیمارستان بیشتر در پاریس شد دستور داد تا زنجیر از دست و پای بیماران روانی بردارند و با آنان مانند یک انسان بیمار رفتار کنند.

در انگلستان، روش‌هایی را که ویلیام توک در پناهگار یورک برای مراقبت از بیماران روانی برقرار کرد، به درمان اخلاقی شهرت یافت. وی بر این عقیده بود که بیماران روانی استحقاق این را دارند که با آن‌ها برخوردی انسانی شود، زیرا که از آن‌ها مراقبت شایسته‌ای به عمل آید، می‌توانند رفتارهای آشفته‌ی خود را کنترل کنند.

جنبش اصلاحی به اروپا منحصر نشد و به ایالات متحده نیز کشیده شد. او به خاطر علاقه‌مند کردن افراد به رویکرد علمی به اختلال‌های روانی، عنوان بنیان‌گذار روان‌پزشکی آمریکا را کسب کرد. وی دست به تغییراتی در برخورد با بیماران روانی در بیمارستان پنسیلوانیا نیز زد.

دوران معاصر

امیل کرائپلین معتقد بود که علت اختلالات روانی، کژکاری مغز است. وی به خاطر اقداماتش برای بهبود بخشیدن به روش طبقه‌بندی اختلالات روانی، مشهور است. اصلاح منیک- دپرسیون کرائپلین، پیش درآمد چیزی بود که اکنون اختلال دوقطبی خوانده می‌شود و نیز اصطلاح زوال عقل زودرس او اکنون به اسکیزوفرنی معروف است.

در همین زمان بود که رویکرد روان‌کاوی که ریشه در عقاید مسمر و شارکو داشت در حال شکل‌گیری بود. مسمر اعتقاد داشت که علت آشفتگی‌های روانی مایعی است که وی آن را مغناطیسم حیوانی نام گذاشت. شارکو در پاریس سعی داشت از طریق هیپنوتیزم، اختلالات روانی همچون هیستری را درمان کند. فروید برای آشنایی با روش شارکو در درمان، به پاریس سفر کرد و بعد از بازگشت از آن شهر، کتابی با عنوان مطالعاتی درباره‌ی هیستری را با همکاری ژوزف بروئر منتشر کرد. کم‌کم روان‌کاوی شکل اصلی خود را پیدا کرد و فروید تداعی آزاد را جایگزین هیپنوتیزم کرد.

با گذشت زمان رویکردهای رفتارگرای، انسان‌گرایی و شناختی پا به عرصه آسیب‌شناسی روانی گذاشتند و هر کدام به طرح مباحث خود در این شاخه علمی پرداختند.

خلاصه فصل

در این فصل درباره مفهوم نابهنجاری صحبت به میان آمد و پریشانی، اختلال در عملکرد، مخاطره برای خود و دیگران و رفتاری که از هنجارهای اجتماعی و بستر فرهنگی ای که در آن صورت می گیرد، خارج است، به عنوان ملاک هایی برای تعریف نابهنجاری عنوان شد. در این فصل درباره تاریخچه آسیب شناسی روانی نیز بحث شد و بیان شد که تاریخ شناخت و درمان افراد مبتلا به اختلال های روانی را می توان بر حسب سه موضعی که در طول تاریخ وجود داشته اند، در نظر گرفت: اسرار آمیز، علمی و بشر دوستانه.

🕮 نکات و اصطلاحات مهم

درمانجومدار: رویکردی بر اساس اعتقاد را جزء به اینکه افراد ذاتاً خوب هستند و پتانسیل رشد کردن در درون فرد نهفته است.
دیدگاه شناختی ـ رفتاری: دیدگاهی نظری که فرض می‌کند نابهنجاری به علت فرایندهای فکر ناسازگارانه ایجاد می‌شود که به رفتار کژکار می‌انجامد.
دیدگاه رفتاری: دیدگاهی نظری که به موجب آن، فرض می‌شود تجربیات یادگیری غلط، نابهنجاری را به وجود می‌آورند.
دیدگاه زیستی: دیدگاهی نظری که به موجب آن فرض می‌شود آشفتگی‌هایی در هیجانات، رفتار و فرآیندهای شناختی به علت نابهنجاری‌های در عملکرد بدن هستند. ژنتیک، مغز و دستگاه عصبی، و غذد درون‌ریز عوامل ایجاد کنندهٔ رفتار غیر عادی به حساب می‌آیند.
زیستی ـ روانی ـ اجتماعی: مدلی که طبق آن، تعامل عوامل زیستی، روانی و اجتماعی ـ فرهنگی بر رشد فرد تأثیر می‌گذارد.
دیدگاه خانواده: دیدگاهی نظری که فرض می‌کند نابهنجاری به علت اختلال‌هایی در الگوی تعامل‌ها و روابط درون خانواده ایجاد می‌شود.
خانواده درمانی: درمان روان‌شناختی که در آن، درمانگر با چند تن از اعضای خانواده یا کلیهٔ آنها کار می‌کند.
گروه درمانی: درمانی روان‌شناختی که طی آن، درمانگر بحث در بین تعدادی درمانجو را که با هم دربارهٔ مشکلاتشان صحبت می‌کنند، تسهیل می‌نماید.
مکتب انسان‌گرایی: رویکردی به شخصیت و اختلال روان‌شناختی که اعلام می‌دارد افراد به وسیلهٔ نیاز به شناخت خودشان و دنیا با انگیزه می‌شوند و با ارضا کردن پتانسیل فردی بی‌نظیرشان، از تجربیات خود غنای بیشتری کسب می‌کنند.
مسمریسم: فرایند ایجاد افزایش تلقین‌پذیری از طریق کلمات و اعمال فردی پر جذبه، که از نام مسمر اقتباس شده است.
درمان اخلاقی: فلسفه‌ای که در اواسط قرن ۱۹ رایج بود مبنی بر اینکه افراد می‌توانند با مراقبت مناسب، بر رفتارهای آشفته‌شان، کنترل کسب کنند.
درمان فرد مدار: نظریهٔ انسان‌گرا که بر بی‌نظیری هر فرد، اهمیت اجازه دادن به هر فرد برای رسیدن به حداکثر تحقق بخشیدن به استعدادها و روبه رو شدن فرد با تجربیاتش به صورت صادقانه تأکید می‌کند.
دیدگاه روان‌پویشی: گرایشی نظری در روان‌شناسی که بر عوامل تعیین کنندهٔ ناهشیار رفتار تأکید داد.
روان درمانی: درمان رفتار نابهنجار از طریق فنون روان شناختی.
مدل بیماری‌پذیری‌ـ استرس: طرحی مبنی بر اینکه افراد با آمادگی‌ای به دنیا می‌آیند که اگر با تجربیات زندگی شدیداً استرس‌زا مواجه شوند، آنها را در معرض خط ابتلا به اختلا روانی قرار می‌دهد. این مدل، معروف‌ترین مدل سبب‌شناسی روانی است.
الگوی پزشکی: دیدگاهی مبنی بر اینکه رفتارهای نابهنجار از مشکلات جسمانی ناشی می‌شوند وباید به صورت جسمانی درمان شوند.
روان‌کاوی: نظریه و سیستم درمانی که بر مفاهیم ذهن ناهشیار، تکانه‌های جنسی بازداری شده و استفاده از فن تداعی آزاد و تحلیل رؤیا استوار است. دو مکانیزم اصلی درمان در این رویکرد مقاومت و انتقال است.

تست‌های آخر فصل

۱- دو مکانیزم اصلی روان‌درمانگری در تحلیل روانی کدامند؟ (سراسری ۷۶)

۱) پلایش و بصیرت
۲) تداعی آزاد و تحلیل
۳) خودآگاه و ناخودآگاه
۴) مقاومت و انتقال

۲- در روان درمانگری تحلیل روانی، مقاومت بیمار نشانه چیست؟ (سراسری ۷۷)

۱) عدم ارتباط درمانگر
۲) وجود یک مشکل عمیق پنهانی
۳) عدم تمایل مراجع برای صرف انرژی روانی
۴) اضطراب و آگاهی بیمار نسبت به مشکل خویش

۳- کدام یک از دانشمندان زیر معتقد است که عملکرد خوب ذهن و روان انسان مرتبط با تعادل چهار نوع خلط یا ترشح بدن است؟ (سراسری ۷۸)

۱) افلاطون
۲) بقراط
۳) سقراط
۴) کرپلین

۴- در دیدگاه زیستی، عوامل ایجاد کنندهٔ رفتار غیر عادی کدامند؟ (سراسری ۸۰)

۱) ژنتیک، مغز و دستگاه عصبی، غدد درون‌ریز
۲) مغز، غدد درون‌ریز، عوامل خانوادگی/ اجتماعی
۳) مغز، دستگاه عصبی پیرامونی، دستگاه عصبی
۴) یادگیری، دستگاه عصبی مرکزی، غدد درون‌ریز، عوامل ژنتیک

۵- معروف‌ترین مدل سبب‌شناسی آسیب روانی کدام است؟ (آزاد ۸۶)

۱) مدل بیماری ارثی (دیاتز) ـ فشار روانی (استرس)
۲) مدل محیط خانوادگی پر استرس و تعارض‌های حل نشده مراحل رشد روانی ـ جنسی
۳) مدل ژن غالب، ساختمان مغز، میانجی‌های شیمیایی
۴) مدل التقاطی

۶- کدام دیدگاه اعتبار وقایع درونی را می‌پذیرد و بر حالات و احساسات کنونی فرد تأکید می‌کند؟ (سراسری ۸۸)

۱) انسان‌گرایی
۲) رفتارگرایی
۳) روان‌پویایی
۴) شناختی

پاسخ تست های آخر فصل

۱- گزینه «۴»

۲- گزینه «۲»

۳- گزینه «۲»

۴- گزینه «۱»

۵- گزینه «۱»

۶- گزینه «۴»

فصل دوم

طبقه بندی تشخیص و ارزیابی

عناوین اصلی

- DSM-IV-TR
- تعریف اختلال روانی در DSM-IV-TR
- تشخیص
- ارزیابی
- مصاحبه
- معاینه‌ی وضع روانی
- روان‌آزمایی
- ارزیابی رفتاری
- ارزیابی محیطی
- ارزیابی فیزیولوژیکی
- خلاصه فصل

فصل دوم

طبقه‌بندی، تشخیص و ارزیابی

DSM-IV-TR

متخصصان سلامت روانی برای تشخیص دادن از اصطلاحات و تعریف‌های استانداردی استفاده می‌کنند که در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) وجود دارد. DSM هر از گاهی تجدید نظر می‌شود تا روزآمدترین دانش مربوط به اختلال‌های روانی را منعکس کند. انجمن روان‌پزشکی آمریکا در سال ۲۰۰۰، متن تجدید نظر شده‌ای را به نام DSM-IV-TR منتشر کرد؛ که آخرین تجدید نظر در این راهنمای تشخیصی است.

تعریف اختلال روانی در DSM-IV-TR

مؤلفان DSM اختلال روانی را بدین‌گونه تعریف کرده‌اند: نشانگان یا الگوی رفتاری یا روانی که اهمیت بالینی دارد و در فرد یافت می‌شود و با پریشانی فعلی (مث نشانه‌ای عذاب‌آور) یا معلولیت (یعنی، اختلال در یک یا چند زمینه‌ی مهم عملکرد) یا با افزایش قابل ملاحظه‌ی خطر مرگ، درد، معلولیت، یا از دست دادن آزادی ارتباط دارد. به علاوه این نشانگاه یا الگو نباید صرفاً پاسخی قابل پیش‌بینی و از لحاظ فرهنگی تأیید شده به رویدادی خاص، مثل مرگ فردی عزیز، باشد.

در تعریفی که ذکر آن رفت، چندین مفهوم وجود دارد که باید درباره‌ی آن توضیح بیشتری داده شود. منظور از «نشانگان» یا «سندروم»، مجموعه‌ای از نشانه‌هاست که الگوی قابل تشخیصی را تشکیل می‌دهد و برای این که اختلالی «اهمیت بالینی» داشته باشد باید برای مدتی پیوسته وجود داشته باشد و به قدرت کافی مؤثر باشد که زندگی فرد به نحو چشم‌گیری تحت تأثیر قرار گیرد.

فرض‌های DSM-IV-TR

نظام طبقه‌بندی DSM-IV-TR بر پایه ی مدل پزشکی بنا شده است؛ که بر اساس آن اختلال‌ها به عنوان بیماری انگاشته می‌شوند. بر DSM-IV-TR جهت‌گیری ضد نظری حاکم است و به جای تکیه بر سبب‌شناسی و رویکردهای توجیهی بر پایه‌ی رویکرد توصیفی بنا شده است. مؤلفان DSM-IV-TR، بر اساس مدل پزشکی، رویکرد طبقه‌بندی یا مقوله‌ای را برگزیدند؛ که در آن بیماری‌ها در طبقات مجزا جای می‌گیرند. در DSM پنج محور وجود دارد که درمانجو را بر اساس آن ارزیابی می‌کنند. محور مجموعه اطلاعات مربوط به جنبه‌ای از عملکرد فرد است. محور I؛ اختلال‌های بالینی مانند اسکیزوفرنی و افسردگی را شامل می‌شود. محور II؛ شامل مجموعه اختلال‌هایی است که بیانگر ویژگی‌های با دوام شخصیت یا توانایی‌های فرد هستند. بنابراین محور II اختلال‌های شخصیت و عقب‌ماندگی‌های ذهنی را شامل می‌شود. محور III؛ مخصوص مشخص کردن بیماری‌های جسمانی درمانجو است. محور IV؛ شامل مشکلات روانی، اجتماعی و محیطی می‌شود. به عبارت دیگر در محورIV؛ متخصص بالینی، رویدادها یا فشارهایی را مشخص می‌کند که می‌توانند بر تشخیص، درمان یا پیامدهای اختلال روانی درمانجو تأثیر بگذارند. و محور V نیز به ارزیابی کلی عملکرد درمانجو مربوط می‌شود. بدین گونه که عملکرد فعلی درمانجو هنگام پذیرش یا ترخیص و یا بالاترین سطح عملکرد او در طول سال گذشته - که نمره‌ای بین ۰ تا ۱۰۰ است – ارزیابی می‌شود.