



**مجموعه آسیب شناسی روانی (جلد اول)**

**نشر روان آموز**

**گردآوری:**

**زینب خجوی**

**مصطفی عبدولی**

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

درس آسیب شناسی روانی از دروس مهم و تخصصی کنکور کارشناسی ارشد و دکتری روانشناسی است و در عین حال برای هر روانشناسی واجب است که با مفاهیم آن کاملاً آشنا باشد. مجموعه حاضر تلاش کرده است نکات این درس را در عین اینکه انجسام کامل را حفظ کرده باشد، از یکدیگر جدا کرده و خلاصه ای کامل اما با حجمی کمتر از کتب اصلی جهت دوران جمع بندی ارائه کند. همچنین از آنجا که انجسام مطالب حفظ شده است و صرفاً نکاتی جهت مرور ارائه نشده است، برای کسانی که فرصت مطالعه منبع اصلی ندارند، نیز مناسب است. در صورت داشتن فرصت کافی، کتاب آسیب شناسی نوشته آقای گنجی بعنوان منبع اصلی یک دور خوانده شده و سپس از این مجموعه برای مرور و مطالعه نکات تکمیلی سایر کتب استفاده می شود. مجموعه تمام نکات کتاب مذکور را پوشش داده و با نکات برجسته و مهم خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک و همچنین آسیب شناسی روانی هالچین و برخی از مباحث مهم کتاب روانشناسی مرضی تحولی دکتر دادستان تکمیل شده است. لازم به ذکر است که برای نوشتن این مجموعه از آخرین ویراست های این کتب بر اساس DSM-V استفاده شده است. در انتهای هر فصل سوالات کنکورهای ارشد و دکتری سال های گذشته همراه با پاسخ تشریحی قرار گرفته است. این مجموعه توسط زینب خجوی (رتبه ۶ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی و رتبه ۲ دکتری روانشناسی) و مصطفی عبدولی (رتبه ۱۲ ارشد روانشناسی بالینی و ۳ ارشد روانشناسی عمومی) تهیه شده است. نشر روان آموز امیدوار است با انتشار این مجموعه قدمی در رسیدن شما به رتبه و هدف دلخواهتان برداشته باشد. هیچ مجموعه ای بی نیاز از نظرات خوانندگان آن نیست از این جهت مثل همیشه و با اشتیاق پذیرای نظرات ارزشمند شما هستیم.

زینب خجوی، مدیر موسسه روان آموز

ravanamooz@yahoo.com

[www.ravanamooz.ir](http://www.ravanamooz.ir)

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۹۶۵۶۴-۳-۱

این اثر مشمول قانون حمایت مولفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است. هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مولف نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت

## فهرست

- فصل ۱- اختلالات روانی: تعریف و تاریخچه..... ۵
- فصل ۲- اختلالات اضطرابی..... ۳۲
- فصل ۳- اختلال وسواسی اجباری و اختلالات مرتبط با آن..... ۵۶
- فصل ۴- اختلال مرتبط با استرس و تروما..... ۷۳
- فصل ۵- اختلالات خلقی..... ۸۹
- فصل ۶- طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوسوماتیک..... ۱۲۳
- فصل ۷- اختلالات خورد و خوراک..... ۱۵۳
- فصل ۸- اختلالات شخصیت..... ۱۶۹

## فصل اول - اختلالات روانی: تعریف و تاریخچه

آسیب شناسی روانی: مطالعه انحراف ها از عملکرد بهنجار / مطالعه علمی احساسات، افکار و رفتارهای مشکل ساز که به اختلالات روانی مربوط است یا تقریباً همیشه همراه آنهاست.

روانشناسی بالینی: شاخه ای از روانشناسی که مسئول درک و درمان اختلالات روانی است

تعریف انجمن روانشناسی آمریکا از روانشناسی بالینی:

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

### □ تاریخچه اختلالات روانی

علل مختلفی در گذشته برای علت بیماری های روانی مطرح بوده است که در زیر صرفاً به برخی از مهم ترین نکات آنها اشاره می کنیم.

#### جن زدگی و جن گیری:

قدیمی ترین رویکرد به شناختن رفتارهای نابهنجار، رویکرد **spiritual** بود. بر اساس آن فرد دچار اختلال روانی توسط ارواح و اجنه تسخیر شده است.

درمان شامل بیرون کردن ارواح و اجنه از بدن از طریق یک سری مراسم عذاب آور بود که به آن **دمونولوژی** می گویند.

**ترفینینگ** نوعی درمان برای نابهنجاری بود که در آن برای بیرون رفتن شیاطین، جمجمه فرد را سوراخ می کردند.

#### بقراط:

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

هیستریا برای کسانی استفاده می شد که بدون علت ارگانیک، نابینا یا فلج می شدند. او به غلط فکر کرد هیستریا فقط در زنان رخ می دهد و علتش سرگردان شدن رحم در بدن است و سمپتوم وابسته به این است که رحم کجا قرار گرفته است. درمان هم ازدواج یا باردار شدن زن بود!

(جالینوس، نظر بقراط درباره هیستریا را رد کرد. او علت هیستریا را ناراحتی زنان از دست دادن علاقه به زندگی جنسی و لذت نبردن از آن می دانست)

معتقد بود رفتارهای آنرمال به دلیل عدم تعادل چهار خلط بدن انسان ایجاد می شود. خون یا دم با شجاعت و امیدواری، صفرای زرد با مانیای، صفرای سیاه با ملانکولیا، و بلغم با آرام و غیرهیجانی بودن، رابطه دارد.

( این نظر بقراط با نظر ابن سینا شباهت دارد. او هم معتقد بود افسردگی در نتیجه اخلاط چهارگانه است و بعضی بیماری های فیزیکی نتیجه استرس هیجانی است. او به تاثیر موسیقی بر ناراحتی هیجانی هم تاکید داشت)

یکی از عناصر روان درمانی را جدا شدن از خانواده می دانست. بنابراین اولین کسی است که درمان انسان دوستانه و بستری شدن را پایه گذاشت.

### هیستریای جمعی:

تعداد زیادی افراد بدون هیچ علت فیزیکی آشکاری، سمپتوم های مشابه نشان می دهند. می تواند صرفاً نشانه سرایت هیجانی باشد. همچنین مردم در حالت هیجانی شدید، تلقین پذیر هستند و فکر می کنند اگر یک نفر علت یک مشکل را شناسایی کند، آن علت، علت واکنش های هیجانی آنها هم هست. در انگلیسی به این امر روانشناسی جماعت گفته می شود.

### دکارت:

فلسفه مدرن با دکارت شروع می شود. او معتقد بود باید از طریق استدلال، منطق و اراده جلوی هیجان های خود را بگیریم.

او شش هیجان اصلی را معرفی کرد: تعجب، محبت، نفرت، هوس، شادی و غم.

از نظر او ذهن و بدن جدا هستند که گاهی با هم تعامل می کنند و گاهی رقابت. به این نظریه **دوگانه نگری (dualism)** می گوئیم.

رویکردهای کل گرا (holistic) در تضاد با دوگانه نگری هستند که ذهن و بدن را جدا در نظر نمی گیرند.

### مسمر:

از نظر مسمر، هیستری به دلیل عوامل روانشناختی رخ می دهند.

او ایده مغناطیس حیوانی را بسط داد که طبق آن معتقد بود نیروی مغناطیسی را می توان برای درمان اختلالات جسمی و روانی استفاده کرد.

درمان او به مسمریسم شهرت داشت که امروزه نوعی تلقین درمانی محسوب می شود. جیمز برید این درمان را هیپنوتیزم نامید. هیپنوتیزم بعداً مبنای کار شارکو و فروید شد.

### اصلاحات قرن نوزدهم:

در این دوره چندین نفر در انسانی کردن درمان و درمان moral نقش داشتند: فیلیپ پینل پیشگام انسانی کردن درمان در فرانسه، بنجامین راش پدر روانپزشکی آمریکا، ویلیام توك.

(Moral در اغلب کتاب ها به معنای درمان اخلاقی ترجمه شده است، اما با توجه به توضیحات آقای گنجی آن را درمان روانی یا همان روان درمانی هم می توان معنا کرد)

راش از چند روش متداول آن زمان هم استفاده می کرد (مثل صندلی آرام بخش، فرورودن در آب سرد، تهدید به مرگ، ...). او معتقد بود هیجان بیش از حد علت رفتار خشن بیمار است و ترساندن باعث خنثی شدن این هیجان می شود.

نقش پزشکان محکم تر شد و علل اختلالات مشخص می شد. برای مثال مشخص شد که سیفلیس به مغز آسیب می رساند و باعث جنون کلی می شود.

امیل کرپلین یک سیستم طبقه بندی اختلالات روانی رسمی ارائه کرد و به همین دلیل پدر DSM محسوب می شود.

گال فرنولوژی (جمجمه شناسی) را اختراع کرد. آنها معتقد بودند مغز اندام ذهن است و قوای ذهنی و اخلاقی متفاوت در مناطق خاصی از قشر مخ قرار دارند. از نظر آنها قوی بودن یک قوه ذهنی به اندازه منطقه آن در قشر مخ وابسته است و این قسمت در بیرون از جمجمه برجسته تر است!

بعدها روانشناسان شناختی (مثل فودور) مطرح کردند که مغز مجموعه ای از تعداد زیادی برنامه (modul) با وظایف مشخص است که با هم تبادل و همکاری دارند، نه یک مجموعه از چند بخش که هر یک وظیفه خاصی داشته باشد.

### نهادزدایی:

با کشف داروهای روانپزشکی و بهبود یافتن بیماران، سیاست نهاد زدایی (deinstitutionalization) پیش گرفته شد که بر طبق آن تعداد زیادی بیمار از بیمارستان ها مرخص شدند. امروزه درمان سرپایی روش اصلی درمان است.

## □ روندهای کنونی اختلالات روانی

### روانشناسی مثبت و پیشگیری:

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

روانشناسان مثبت می گویند بهترین روش کمک به بیماران ارتقای رشد مثبت و بهداشت روانی آنهاست. به این ترتیب از اختلالات روانی پیشگیری می شود.

درمانگران این رویکرد مهارت های مقابله یا کنار آمدن (coping) را آموزش می دهند تا افراد در برابر استرس از خود محافظت کنند.

اهداف روانشناسی مثبت به رویکردهای انسان گرا شباهت دارد اما مبنای علمی روانشناسی مثبت قوی تر است چون تحقیقات بیشتری برای آن انجام شده است.

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

- **پیشگیری اولیه:** هدف قرار دادن گروه های مختلف و گاهی کل مردم برای کاهش ابتلا به بیماری ها
- **پیشگیری ثانویه:** زمانی که مشکلات روانی در حال ظهور هستند اما هنوز قابل مدیریت هستند و می توان قبل از تبدیل شدن به اختلال تمام عیار و مقاوم شدن به درمان آنها را کنترل کرد

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

### مدل پزشکی اختلالات روانی (medical model):

در قرن نوزدهم مشخص شد که بسیاری از رفتارهای روانی علت فیزیکی دارند و به همین دلیل اصطلاح بیماری روانی استفاده شد. نمونه اصلی آن ویروس سفلیس بود که باعث فلج عمومی می شد و تغییراتی در شخصیت هم ایجاد می کرد. این امر به ایجاد فرضیه سوماتوژنتیک انجامید.

طبق فرضیه سوماتوژنتیک، علل مشکلات روانی در نقص های فیزیکی یا بیولوژیک است.

رویکرد پزشکی باعث شد تفکر علمی در زمینه درک اختلالات روانی جایگاه ویژه ای پیدا کند. مجموعه عظیم دانش علمی درباره اختلالات روانی را روان پزشکی می نامیم.

رویکرد پزشکی چند مشکل دارد:

- در بسیاری موارد نمی توان بیماری روانی را با علل بیولوژیک توضیح داد. ناپهنجاری های بیولوژیک الزاما دلیل اصلی همه بیماری های روانی نیستند.

- تلاش می کند ویژگی های هیجانی و روانی پیچیده بیماری های روانی را با دلایل بیولوژیک ساده توضیح دهد. به این امر **تقلیل گرایی زیستی (biological reductionism)** گفته می شود.

- ممکن است بیماری روانی یک حالت شدیدتر از یک رفتار عادی باشد، نه نشانه یک اختلال یا نقص در اندام های بیولوژیک.

- اینکه فرد مبتلا به اختلال روانی از لحاظ بیولوژیک یا پسیکولوژیک ناقص است، باعث ایجاد استیگما می شود (استیگما یعنی داغ و ننگی که حاصل از برچسب بیمار بودن است)

#### **تقلیل گرایی در سایر رویکردها:**

به طور کلی تقلیل گرایی یعنی توضیح یک پدیده از طریق تجزیه به اجزای تشکیل دهنده آن. و در سایر رویکردها هم دیده می شود:

رویکرد سایکودینامیک، رفتار را به مجموعه ای از ساختارها و فرایندهای فرضی تقسیم می کند.

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

رویکرد شناخت گرایی، رفتار را به افکار، باورها و نگرش ها تقسیم می کند.

### مدل روانشناختی اختلالات روانی (psychological model):

بعضی رویکردها که از رویکرد پزشکی فاصله می گیرند، مشکلات روانی را نتیجه علتی می دانند که بیشتر پسیکولوژیک است تا بیولوژیک.

این رویکردها علت مشکلات روانی را نوعی واکنش کاملاً عادی و سازگارانه به شرایط دشوار و استرس آمیز زندگی می دانند که از طریق مکانیزم های روانی یا شناختی سالم به وجود آمده نه فرایندهای ذهنی خراب یا مختل.

( برای مثال رویکرد روان کاوی مشکلات روانی را نتیجه فرایندهای روانی کاملاً عادی می داند که تلاش می کنند با مشکلات به مقابله برخیزند)

رویکردهای مختلفی در این دسته وجود دارند که در جلد دوم (در فصل انواع روان درمانی)، مفصل به آنها خواهیم پرداخت، اما برای شروع مطالعه اختلالات روانی لازم است کلیتی از هر رویکرد را بدانیم.

### رویکرد روانپویایی (سایکودینامیک) :

نظریه روان تحلیل گری فروید، توضیحی هم برای عملکرد های روانی عادی و هم غیر عادی است. طبق نظر فروید، مکانیزم های روانی با واپس رانی خاطرات ناراحت کننده، از فرد در برابر اضطراب دفاع می کنند. از نظر فروید سه نیروی پسیکولوژیک شخصیت انسان را شکل می دهند:

### id: نیروهای غریزی که برای ارضا فشار می آورند، پیروی از اصل لذت

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

### Ego: استفاده از مکانیزم های دفاعی برای کنترل امیال غریزی و کاهش اضطراب، پیروی از اصل واقعیت

### Superego: ارزش های خانواده و جامعه که در فرد نهادینه شده است، شامل دو بخش وجدان و ایگوی ایده آل.

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

شخصیت از سه فرایند تشکیل شده است که عبارتند از ناهشیاری، نیمه هشیاری، هشیاری. شخصیت شبیه یک کوه یخ است که بیشتر آن (ناهشیاری) در زیر آب است. اید کاملاً ناهشیار است، ایگو و سوپرایگو تا اندازه ای هشیار هستند.

عامل دیگر در مشکلات روانی، چگونگی عبور از مراحل رشد است. یک انرژی ذاتی انگیزه بخش وجود دارد که آن را **لیبیدو** می نامیم. لیبیدو در هر یک از دوره های رشد روی یک منطقه اروتیک متمرکز می شود که مشخصه آن مرحله است. مراحل عبارتند از: دهانی، مقعدی، فالیکی (آلتی)، نهفتگی، تناسلی. اگر کودک با موفقیت از یک مرحله عبور نکند، در آن مرحله تثبیت می شود.

در روان کاوی سعی می شود ریشه مشکلات درمانجو و خاطرات واپس رانده شده، کشف شود. آگاهی به این امر، بینش نامیده می شود که هدف اصلی روان کاوی است.

روان کاوی اولین نوع گفتار درمانی محسوب می شود و اولین رویکردی بود که تعدادی نگرش برای مشکلات روانی ارائه کرد:

- مشکلات روانی ممکن است ریشه در کودکی داشته باشند، نه یک اختلال بیولوژیک
- بیماری روانی ممکن است نشانه مکانیزم های دفاعی باشند که تلاشی ناخودآگاه برای سرکوب افکار و خاطرات اضطراب آمیز هستند.

تفسیر رویا یکی از تکنیک های اصلی روان کاوی است. رویا ارضای یک آرزوی سرکوب یا واپس رانده شده است که یک محتوای آشکار (آنچه ما می بینیم) و یک محتوای پنهان دارد. رویاسازی توسط ایگو کنترل می شود و طی آن، آرزوهای پشت پرده به محتوای آشکار تبدیل می شوند. رویاسازی شامل سه فرایند جابجایی، تلخیص و بازنمایی ملموس است.

نظریه پردازان بعدی تغییراتی در نظریه فروید دادند. آنها نقش بیشتری برای ایگو قایل شدند، به جای سایق های جنسی و پرخاشگری، روی متغیرهای اجتماعی و فرهنگی بیشتر تاکید کردند، درمان های منعطف تر و کوتاه مدت تر را کشف کردند.

همه درمانگران پسیکودینامیک در یک سری فرضیه های اساسی اشتراک دارند:

- رفتار انسان را آرزوها و امیال و انگیزه ها و تعارض های ناخودآگاه تعیین می کنند. علل و اهداف رفتار انسان در بسیاری از مواقع آشکار و روشن نیست.
  - تجربه های کودکی شخصیت بزرگسالی را شکل می دهند.
  - علت مشکلات روانی معمولا مقاومت در برابر تعارض های درونی و تکرار ناخودآگاه آنهاست.
  - سنجش، درمان و پژوهش بالینی باید بر جنبه هایی از فعالیت درون روانی تاکید کنند و آنها را کشف کنند.
  - هدف روان درمانی بهبود عملکرد ایگو است تا به فرایند تکرار گذشته بینش پیدا کرده و آن را تغییر دهند.
- روان کاوی امروزه روش مقبول برای مشکلات روانی نیست. علت اصلی بی اعتبار شدن آن این است که مفاهیم آن قابل توصیف و اندازه گیری به شکل عینی (objective) نیست.

### انواع مکانیزم های دفاعی

**واپس رانی (repression):** فرستادن خاطرات آزاردهنده یا امیال خطرناک به ضمیر ناخودآگاه. واپس رانی مهم ترین مکانیزم دفاعی است و گاهی فراموشی انگیزه دار هم نامیده می شود.

**سرکوب (suppression):** فکر نکردن به موضوعی که ناراحتان می کند.

**دقت کنید که سرکوب عمدی و خودآگاه، اما واپس رانی ناخودآگاه است (بهتر است واژه انگلیسی را استفاده کنید چون ترجمه در سایر کتب متفاوت و گاهی برعکس است)**

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

**انکار (denial):** قبول نکردن منبع اضطراب

**واکنش وارونه (reaction formation):** حرف یا کاری که کاملاً برعکس احساسی است که دارید.

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

**دلیل تراشی یا توجه عقلانی (rationalization):** یافتن دلیل منطقی برای کار اشتباهی که انجام داده ایم

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

**والایش یا تصعید (sublimation):** تبدیل تمایلات غریزی به عاملی مثبت و جامعه پسند

**هماندسازی با پرخاشگر (identification with the aggressor):** اقتباس ویژگی های افرادی که برایمان خطرناک هستند

**نمادسازی (symbolization):** معنای خاص دادن به بعضی جنبه های عملکرد روانی خود (مثل ترس از یک شی که نماد چیز خاصی برای فرد است)

**برون ریزی (acting out):** متوسل شدن به عمل به جای فکر کردن درباره احساسات خود به هنگام کنار آمدن با مناقشات هیجانی درونی

(دقت کنید که acting in یک تکنیک درمانی به معنای ابراز احساسات در عمل اما به طرف درون است. یعنی به جای نشان دادن احساسات خود به دیگران، به اعمال خودش نگاه می کند تا متوجه معنای آنها شود)

### رویکرد رفتارگرایی:

مشکلات روانی واکنش های آموخته شده در مقابل تجربه های محیطی هستند. همانطور که رفتار های سازگاران یاد گرفته می شوند رفتار های نابهنجار هم یاد گرفته می شوند.

نظریه های یادگیری چارچوب های مفهومی هستند که توضیح می دهند در طول فرایند یادگیری، اطلاعات چگونه جذب، پردازش و حفظ می شوند. سه طبقه بندی مهم در نظریه های یادگیری عبارتند از:

- رفتارگرایی: تمرکز روی جنبه های مشهود یادگیری
- شناخت گرایی: توضیح یادگیری بر اساس فرایندهای ذهنی
- سازه گرایی: بررسی یادگیری بعنوان فرایندی که در آن فرد فعالانه ایده ها یا مفاهیم جدید را می سازد.

### رفتارگرایی:

دو اصل بنیادی در نظریه یادگیری:

- **شرطی سازی کلاسیک:** یادگیری در اثر کشف یک رابطه یا ایجاد یک تداعی بین دو محرک (مثال آزمایش سگ پاولف)
- **شرطی سازی عامل (کنش گر):** یادگیری یک رفتار به دلیل پاداش یا محرک تقویت کننده پس از آن (مثال موش جعبه اسکینر)

شخصیت برابر است با رفتار و رفتار از طریق شرطی سازی شکل می گیرد. بنابراین با کنترل کردن فرایند تقویت می توان رفتار و در نتیجه شخصیت را کنترل کرد.

رویکرد رفتار درمانی: تقویت پاسخ های مطلوب و از بین بردن رفتار های نامطلوب بدون توجه به وضعیت روانی فرد

تغییر (اصلاح) رفتار: انواع تکنیک ها برای افزایش رفتارهای مثبت مثل تقویت مثبت یا منفی و کاهش رفتارهای منفی مثل خاموشی، تنبیه یا غرقه سازی

برخی روش های مبتنی بر شرطی سازی کلاسیک: غرقه سازی، حساسیت زدایی منظم، بیزاری درمانی<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> در این فصل کلیات را می خوانید. بعد با همه اینها بهتر و دقیق تر آشنا خواهید شد

برخی روش های مبتنی بر شرطی سازی عامل: تحلیل رفتار کاربردی، اقتصاد ژتونی

از شرطی سازی کلاسیک برای توضیح اختلالاتی مثل فوبیا، استرس پس از تروما، انحراف جنسی (پارافیلیا)، و اعتیاد استفاده می شود. از شرطی سازی عامل برای توضیح اینکه چرا یک رفتار آموخته شده و ادامه می یابد استفاده می شود، مثل رفتارهای غیرعادی اسکیزوفرنی، اعتیاد، تمایلات خودبیمارانگارانه، اختلال سوماتیک سمپتوم.

### شناخت گرایي:

**پرطرفدارترین رویکرد پسیکولوژیک به مشکلات روانی، رویکرد شناختی است.**

شناخت: مجموعه از فرایندهای ذهنی که به وسیله آن ها اطلاعات از محیط گرفته می شود، در آن تغییراتی داده می شود، معنادار می شود، ذخیره می شود، بازیابی می شود، مورد استفاده قرار می گیرد و به اطلاع دیگران میرسد. به عبارت دیگر شناخت ها همان افکار، باورها و تصاویر ذهنی هستند.

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

پیشتران این رویکرد:

- آلبرت ایس : مردم مجموعه ای از باورهای غلط و غیرمنطقی را می سازند و رفتارهای خود را با آن قضاوت می کنند
- آرون بک : افراد افسرده درک غیر واقع بینانه ای از خود، دنیا، و آینده دارند.

در روان درمانی شناختی رفتاری (CBT) تلاش می شود این افکار و باورهای غلط شناسایی و با باورهای صحیح جایگزین شوند.

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

### **رویکرد انسان گرایی و اگزیستانسیالیسم (وجودی):**

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

این رویکردها به علت ها و چگونگی به وجود آمدن اختلالات علاقه ندارد و روی تغییر برداشت انسان از رویدادهای بیرونی و درونی تاکید دارد. به همین دلیل به آنها فنومنولوژیک (پدیدارشناسی) گفته می شود.

(کانت بین نومنون و فنومون تفاوت قایل است: نومنون (noumenon) اشیا و رویدادهای واقعی هستند اما فنومنون (phenomenon) چیزهایی هستند که در مقابل حواس پنجگانه فرد پدیدار می شوند یعنی برداشت شخصی آن فرد هستند)

آبراهام مزلو:

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

مزلو هرمی را معرفی می کند که در کف آن نیازهای پست تر و در قله آن نیاز به خودشکوفایی قرار دارد. برای رسیدن به نیازهای سطح بالاتر ابتدا نیازهای یک سطح باید برآورده شود.

این نیازها به ترتیب عبارتند از: نیازهای فیزیولوژیک، نیاز به امنیت و آرامش، نیاز به محبت و عشق، نیاز به عزت و احترام، نیاز به فعالیت ذهنی، نیاز به زیبایی، خودشکوفایی.

از نظر مزلو، علت مشکلات روانی این است که مردم نیازهای خود و دیگران را خوب درک نمی کنند. او متوجه شد فقط یک درصد مردم خودشکوفا هستند.

از جمله دلایلی که باعث ارضا نشدن نیازها و عدم رسیدن به خودشکوفایی می شود عبارتند از: پدر و مادری که احساس امنیت در کودک ایجاد نکرده اند، فقر که از رفع نیازهای فیزیولوژیک جلوگیری کرده است، نقش های جنسی تحمیل شده از جامعه که جلوی خودشکوفایی در بعضی زمینه ها را می گیرد، تردیدهای فرد درباره توانایی هایش (عقده یونس).

کارل راجرز:

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

- خودشکوفایی یک فرایند ادامه دار است و به همین دلیل از واژه **در حال خودشکوفایی (self-actualizing)** استفاده می کند.
- تربیت کودکی مخصوصا مادر نقش مهمی در شخصیت بزرگسالی دارد. شخصیت سالم در نتیجه عشق بی قید و شرط ایجاد می شود.

در نظریه راجرز **self** یعنی یک ادراک انعطاف پذیر و متغیر از هویت شخصی. راجرز معتقد است عزت نفس فاصله بین خودانگاره و خود ایده آل است. فاصله زیاد بین این دو باعث ایجاد بیماری روانی می شود.

روان درمانی راجرز، **درمان مراجع محور** نامیده می شود. این رویکرد روی خوب بودن طبیعت انسان تاکید دارد. در این درمان تلاش می شود یک فضای مثبت و حمایتگر ایجاد شود، از **همدلی و نگاه مثبت بی قید و شرط** استفاده شود تا درمانجو به خود و ارزش هایش فکر کند.

رولومی می:

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

روانشناسان وجودی معتقدند انسان در این جهان تنهاست و ممکن است احساس بی معنایی کند. کسی که احساس بی معنایی می کند و اصیل نیست در خطر اضطراب و مشکلات روانی است.

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

ارزیابی این رویکردهای پدیدرشناختی دشوار است. ارزیابی رویکرد مراجع محور نشان داده که این درمانجویان معمولا نتایج بهتری کسب نمی کنند. طرفداران رویکردهای وجودی هم معتقدند آزمایش افراد را فاقد صفات انسانی می کند چون با انسان مثل یک ماشین رفتار می کند.

## □ تعریف نابهنجاری

چند معیار برای تشخیص نابهنجاری بودن یک رفتار وجود دارد:

### - انحراف از هنجارهای آماری:

در این معیار اگر نمره فرد پایین تر از یک نقطه برش خاص باشد یا از توزیع نرمال فاصله زیادی داشته باشد، نابهنجاری محسوب می شود (مثل نمرات هوش).

این معیار دو مشکل دارد:

به جای اینکه شخصی که از هنجار آماری انحراف دارد، در یک طبقه تشخیصی قرار دهیم، بهتر است نیازهای خاص او را شناسایی و استراتژی های خاصی برای پیش گیرییم.

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

### - DSM-V معیار انحراف از هنجارهای آماری را حذف کرده است. برای مثال در DSM-IV نمره هوشی زیر ۷۰ نابهنجاری محسوب می

شد اما این معیار از تعریف عقب ماندگی ذهنی حذف شده است.

### - انحراف از هنجارهای اجتماعی:

طبق این معیار رفتاری که از هنجارهای جامعه فرد فاصله داشته باشد، نابهنجاری محسوب می شود.

این معیار چند مشکل دارد:

فرهنگ ها و جوامع مختلف در آنچه هنجار محسوب می شود تفاوت زیادی با هم دارند

عوامل فرهنگی بر شیوه بروز مشکلات روانی، آسیب پذیری در مقابل عوامل خطر، نوع سمپتوم ها، و درمان تاثیر می گذارند.

### - DSM-IV برای اولین بار سندرم های محدود به فرهنگ (culture-bound) را مطرح کرد. یعنی بیماری هایی که در آنها رفتار و تجارب

بیمار در مقایسه با هنجارهای اجتماعی فرهنگی محلی، تغییرات زیادی کرده است. این بیماریها ظاهراً فقط در بعضی جوامع خاص مشاهده می شوند.

نویسندگان DSM-V معتقدند که اختلالات روانی را نباید محدود به فرهنگ دانست حتی اگر فقط در بعضی جوامع دیده شوند که این موارد

هم بسیار محدود است. اختلالات روانی همه جا یکسان هستند و فقط نحوه بروز و بیان آنها متفاوت است.

### - DSM-V مفهوم سندرم محدود به فرهنگ را با مفهوم فرمول بندی فرهنگی (cultural formulation) عوض کرده است و به

سمت مدل "مفاهیم فرهنگی دیسترس" حرکت کرده است

مفاهیم فرهنگی دیسترس (مفاهیم فرهنگی رنج شخصی) به این موضوع اشاره دارد که گروه های فرهنگی مشکلات رفتاری، افکار و هیجانات

ناراحت کننده را چگونه تجربه می کنند، چه برداشتی از آن دارند و چطور آن را به اطلاع بقیه می رسانند. DSM-V از سه اصطلاح در این

زمینه استفاده می کند:

- سندرم های فرهنگی (cultural syndroms): مجموعه ای از سمپتوم ها و علل انتسابی آنها که معمولاً به طور همزمان در بین

افراد یک جامعه یا قوم خاص روی می دهد و نرمال تلقی می شود.

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

ناراحتی خود

- توضیحات فرهنگی (cultural explanations): علت هایی که یک فرهنگ خاص ایجاد دیسترس را به آن نسبت می دهند

برخی معیارهای دیگر نابهنجاری (به نقل از دادستان):

- دیدگاه مرضی یا آسیب شناختی:

در این رویکرد، وجود علامت یا نشانه دلیل ناهنجاری است و فقدان نشانه دلیل بیهنجاری است. اشکال این تعریف این است که ظرفیت بالقوه بازیافتن سلامت را در نظر نمی گیرد.

- دیدگاه آرمانی نگر یا تعیین الگوی بیهنجاری:

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

- سازش با توقعات خود یا دیگران:

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

### مساله بیهنجاری در کودک (به نقل از کتاب دادستان)

چون کودک در حال تحول است و متحرک و قابل انعطاف است و بسیاری از مشکلات ایجاد شده تنها ویژگی های یک مرحله است، تعیین بیهنجاری و نابهنجاری (مرضی) مشکل تر است. بنابراین باید از چند بعد آن را بررسی کرد:

#### ۱- رفتار نشانه ای (نشانه مرضی):

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

نمی توان بیهنجار و نابهنجار را بر اساس تظاهرات رفتار مقابل هم قرار داد. بلکه فردی با توانایی کنار آمدن با مشکلات، سازش با خود و دیگران، فلج نشدن در برابر تعارضات، و طرد نشدن توسط جامعه، فردی بیهنجار است. همچنین، در اغلب کودکان فقدان نشانه دلیل سلامت روان است اما در برخی بیهنجاری سطحی نوعی هم شکل طلبی سازشی یا اطاعت از فشار اطرافیان است.

پس فقط نشانه شناسی یک رفتار برای تعیین نقش بیماری زایی آن کافی نیست و باید ارزشیابی پویایی و اقتصادی هم انجام شود:

**دیدگاه پویایی و تحولی:** اینکه رفتار نشانه ای تا چه حد اضطراب را مهار می کند و ادامه حرکت تحولی را ممکن می سازد، بیهنجار بودن آن را مشخص می کند.

**دیدگاه اقتصادی:** درجه تاثیر رفتار نشانه ای بر عملکرد من (ایگو) بیهنجاری آن را مشخص می کند.

#### ۲- دیدگاه ساختاری:

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

فروید بین انسان بیهنجار و نوروتیک تفاوت قایل نبود. تنها تفاوت آنها را در شدت کشاننده ها، تعارض ها و دفاع ها می دانست.

فروید ساخت روانی افراد روان پریش و نوروتیک را نیز بر اساس تاثیر روش روان تحلیل گری در آنها متمایز کرد (اگر روش روان تحلیل گری تاثیر گذر باشد نوروتیک است).

کلاین هم معتقد بود تمایز کیفی بین فرد بهنجار و مرضی وجود ندارد و تنها یک تفاوت کمی است یعنی از نظر شدت با هم فرق دارند (در روانشناسی رشد خواهید دید که خیال پردازی ها و مکانیزم ها در مرحله روان گسسته پارانوییاگونه کلاین که یک مرحله طبیعی رشد است، مشابه بیماران روانپریش است)

### ۳- دیدگاه تحولی:

#### مفهوم رشد نیافتگی:

محققان رشد داخلی فرایند محض عصبی فیزیولوژیک را اساسی می دانند و یک سری جداول برای بررسی رشدنیافتگی تعیین کرده اند مثلا دوبره رشدنیافتگی در زمینه روانی حرکتی را بررسی کرده است. رشدنیافتگی در زمینه عاطفی هم شامل انواع رفتارها مثل مهار هیجان ها، وابستگی عاطفی، تلقین پذیری، نیاز به ایمنی، سازمان یافتگی هیستریکی و غیره است.

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

#### مفهوم ناهماهنگی خطوط تحول:

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

### ۴- دیدگاه محیطی:

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

## □ علل رفتارهای نابهنجار

**علل بیولوژیک:** به عوامل ارثی و محیطی موثر در عملکرد جسمی اشاره دارد. مثل محرک های محیطی مضر، آسیب های مغزی، نابهنجاری غدد و غیره.

**علل پسیکولوژیک:** شامل آشفتگی ها در افکار و احساسات است. عواملی مثل یادگیری های قبلی، الگوهای فکری ناسازگار، مشکلات مقابله با استرس و غیره جزو این علل هستند.

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

### نقش نهادهای اجتماعی از دیدگاه نظریه پردازان

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

راجرز معتقد بود اگر انسان از محدودیت های غیرضروری جدا شود، خود به خود به سمت اهداف شرافتمندانه خواهد رفت. عقاید او به

روسو شباهت دارد.

فروید معتقد بود انسان با غرایز و تکانه به دنیا آمده و برای اینکه تمدن باقی بماند، این غرایز باید کنترل شود. عقاید او شبیه هابز است که برعکس روسو طبیعت انسان را مخرب می دانست.

### دیدگاه زیستی روانی اجتماعی (biopsychosocial):

این دیدگاه به تعامل عوامل بیولوژیک، پسیکولوژیک و سوسیولوژیک و نقش آنها در ایجاد سمپتوم های اختلالات روانی اشاره دارد.

این دیدگاه یک رویکرد رشدی (developmental) دارد. دیدگاه رشدی می گوید افراد در طول زمان تغییر کیفی می کنند. تعامل عوامل سه گانه فوق و الگوهای رفتاری فرد در مراحل مختلف زندگی تغییر می کنند.

بر اساس این دیدگاه، چک کردن عوامل خطر که فرد را به یک اختلال آسیب پذیر می کنند مهم است. عوامل خطر بسته به مرحله زندگی متفاوت هستند.

معروف ترین و غالب ترین مدل در نظریه های زیستی، روانی اجتماعی، مدل دیاتز - استرس (stress-diathesis) است. دیاتز یعنی آمادگی یا استعداد ابتلا به یک بیماری خاص. در صورت همراه شدن این آمادگی با استرس های روانشناختی یا اجتماعی، اختلال روانی ایجاد می شود.

میزان تاثیرگذاری هر یک از این عوامل از اختلالی به اختلال دیگر متفاوت است. مثلاً عوامل بیولوژیک در اسکیزوفرنی، عوامل پسیکولوژیک در اختلالات مرتبط با استرس، و عوامل اجتماعی فرهنگی در PTSD نقش غالب را دارند.

دو مدل برای ترکیب دیاتز و استرس وجود دارد:

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

### □ عوامل خطر و عوامل محافظ

عامل خطر عبارت است از یک ویژگی فردی یا محیطی که قبل از یک اختلال روانی حضور دارد و با آن همبستگی دارد منظور از همبستگی این است که عامل خطر با افزایش احتمال ابتلا به اختلال رابطه دارد اما الزاماً دلیل وقوع آن نیست.

عامل خطر می تواند زیستی، روانی، یا اجتماعی باشد. بعضی از آنها ثابت هستند (مثل سابقه خانوادگی یک اختلال) و بعضی پویا هستند و در طول زمان تغییر می کنند (مثل حمایت اجتماعی). بعضی هم از لحاظ سنی، جنسیتی یا فرهنگی تغییر می کنند.

عوامل محافظ عبارتند از عوامل تاثیرگذاری که پاسخ فرد به عوامل استرس زای محیطی را تغییر می دهند و باعث می شوند احتمال اینکه فرد پیامدهای منفی عوامل استرس زا را تجربه کند، کاهش یابد. در واقع عوامل محافظ آن روی سکه عوامل خطر هستند و با ریسک کمتر ابتلا به اختلال همراه هستند (مثلا حمایت اجتماعی بالاتر)

عوامل محافظ معمولاً به افراد کمک می کنند در برابر اثرگذاری یک عامل خطر مقاومت کنند، و برای افراد فاقد عامل خطر هیچ فایده ای ندارند.

تاب آوری (resilience) یکی از عوامل محافظتی است. منظور از تاب آوری، مقاومت در مقابل شرایط نامساعد است. این ویژگی باعث می شود حتی وقتی فرد در معرض چندین عامل خطر قرار دارد باز هم سالم بماند.

عوامل خطر اختلالات روانی	
سن	بیشترین فراوانی اختلالات روانی در گروه سنی ۱۸ تا ۲۹ سال و گروه سنی ۳۰ تا ۳۴ سال دیده می شود.
تحصیلات	افرادی که دیپلم نگرفته اند بیشتر به اختلالات روانی بخصوص اختلالات اعتیاد به مواد تشخیص داده می شوند.
اشتغال	افراد بیکار با احتمال بیشتری به مشکلات روانی مبتلا می شوند
جنسیت	مردان بیشتر از زنان به اختلالات اعتیاد به مواد و اختلال شخصیت ضداجتماعی تشخیص داده می شوند زنان به احتمال بیشتری به اختلالات خلقی و اضطرابی مبتلا می شوند. احتمال اینکه زنان به طور همزمان مبتلا به بیش از یک اختلال تشخیص داده شوند بیشتر است.
وضعیت تاهل	طلاق یا متارکه با مشکلات روانی بیشتر به طور کلی و با اختلالات اضطرابی، خلقی، سومصرف مواد به طور اخص همراه هستند.
نژاد و قومیت	بعضی اختلالات در بعضی نژادها یا قومیتها با فراوانی بیشتری تشخیص داده می شود

## تعریف اختلال روانی

با توجه به دانش محدود ما درباره علت مشکلات روانی نمی توانیم علت های مشکلات روانی را طبقه بندی کنیم. به همین دلیل مشکلات باید به شیوه ای توصیف شوند که با علت آنها ارتباط نداشته باشد.

۵ معیار برای تعریف اختلال روانی وجود دارد ( در DSM-V فقط دو معیار دوم و سوم یعنی رنج شخصی و نابسامانی عملکرد لازم است)

### (۱) معناداری بالینی (clinical significant):

- یعنی میزان نقص عملکردی رفتار مورد نظر به اندازه کافی است تا قابل اندازه گیری باشد.
- همچنین باید اعتبار تشخیصی داشته باشد، یعنی از روی این تشخیص بتوانیم رفتار آینده یا پاسخ فرد به درمان را پیش بینی کنیم.

- معناداری بالینی برای "تعریف" هیچ یک از اختلالات در DSM-V الزامی نیست اما برای "تشخیص" بسیاری از طبقات تشخیصی الزامی است.

#### (۲) نقص عملکردی یا نابسامانی (dysfunction):

- رفتار موردنظر باید منعکس کننده نابسامانی در فرایندهای پسیکولوژیک، بیولوژیک یا رشدی باشد (عملکرد فرد را مختل کند)
- مترادف با اصطلاح impairment است

#### (۳) رنج (distress) یا ناتوانی (disability):

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

#### (۴) انحراف اجتماعی

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

#### (۵) تعارضات (conflicts):

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

#### □ تعریف DSM-V از اختلال روانی:

DSM-V اختلال روانی را اینطور تعریف می کند:

- مختل شدن شناخت، کنترل هیجان یا رفتار،
- که از لحاظ بالینی مهم باشد و
- نابسامانی یا نقص عملکرد در فرایندهای پسیکولوژیک، بیولوژیک، رشدی را، که در پشت پرده عملکرد ذهنی قرار دارند، منعکس کند و
- معمولاً همراه با رنج یا نابسامانی قابل ملاحظه در فعالیت های اجتماعی، شغلی، یا سایر فعالیت های مهم باشد.
- پاسخ قابل انتظار یا از لحاظ فرهنگ تایید شده به یک عامل استرس زا یا یک فقدان، اختلال روانی نباشد،
- رفتارهایی که از لحاظ اجتماعی انحراف آمیز تلقی می شوند (سیاسی، مذهبی، جنسی) و مناقشات بین فرد و جامعه (مگر اینکه این مناقشات در نتیجه یک نابسامانی در فرد باشد) اختلال روانی نیست.

می توان این تعریف را اینطور بیان کرد: اختلال روانی یک سندرم از لحاظ بالینی مهم است، یعنی یک مجموعه از سمپتوم ها (رفتاری یا روانی) که باعث ایجاد نابسامانی یا رنج شخصی در عملکرد اجتماعی، شخصی یا شغلی می شود.

### تفاوت sign و symptom

نشانه یا sign: یافته های عینی (objective) و مشاهدات بالینگر، مثل سراسیمگی

علامت یا symptom: تجربیات ذهنی (subjective) که بیمار توصیف می کند، مثل خلق افسرده

سندرم (syndrome): گروهی از علایم و نشانه ها

DSM دو گروه ویژگی برای اختلالات روانی مشخص می کند:

ویژگی های تشخیصی: معیارهایی که در جدول معیارهای هر اختلال مشاهده می کنید. برای ابتلا به آن اختلال همه یا چند مورد این ویژگی ها باید حضور داشته باشد.

ویژگی های مرتبط که تاییدکننده تشخیص هستند: این ویژگی های فرعی بسیاری مواقع در افراد مبتلا به آن اختلال دیده می شوند اما برای تشخیص ضروری نیستند. این ویژگی ها می توانند صحت تشخیص را تایید کنند.

### □ طبقه بندی اختلالات روانی

طبقه بندی: نظم بخشیدن به پدیده ها با قرار دادن آنها در یک نظام دارای طبقات که عناصر هر طبقه خصوصیات مشترک دارند به چند دلیل طبقه بندی مفید است:

- طبقه بندی اولین قدم در درک علل و ریشه مشکلات است
- به خدمات بهداشت روانی و حمایت از بیماران نظم می دهد چون روش های درمان و حمایت بیماری های مختلف متفاوت است.
- یک روش عینی در اختیار می گذارد تا بفهمیم که مداخله یا حمایت موثر بوده است، یعنی درمان در سمپتوم های عینی اثری گذاشته یا نه؟
- در جوامع پیشرفته امروزی طبقه بندی در بسیاری از موارد را ایجاد می کند (مثل آموزش و پرورش، هزینه ها، ...)

تاریخچه سیستم های طبقه بندی:

اولین کسی که یک سیستم طبقه بندی کامل برای اختلالات روانی مطرح کرد امیل کرپلین بود.

به نظر کرپلین هر یک از بیماری ها علتی دارند که آنها را می توان طبق مجموعه ای از سمپتوم ها که سندرم نامیده می شوند، تعریف کرد. او معتقد بود بیماری های روانی را می توان به همان شیوه بیماری های پزشکی تعریف و درمان کرد.

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

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

## انواع طبقه بندی:

### ۱- طبقه بندی مقوله ای:

طبقه بندی مقوله ای یا طبقاتی بر اساس حضور یا عدم حضور یک ویژگی است.

دو اصل:

۱- یک مقوله بر اساس تعدادی ویژگی مشخص می شود که وجود هر یک لازم و مجموع آنها کافی است

۲- زیرمقوله ها باید خصایص مراحل بالاتر را داشته باشند.

استلزام های اصل اول:

- طبقات باید به خوبی توصیف و متمایز شوند و موارد مرزی کم یا هیچ باشد، مقوله سازی باید اعتبار داشته باشد

- اعضای یک مقوله متجانس باشند

استلزام اصل دوم: همه خصوصیات مقوله اصلی در زیرمقوله ها باشد

مثال این نوع، طبقه بندی کرپلین است. طبقه بندی بیماری های روانی توسط کرپلین بر اساس نشانه شناسی، علت شناسی، پدیدایی مرضی (سیر بیماری) و شیوه های درمانی بود.

DSM-IV طبقه بندی مقوله ای بود اما یک سری محدودیت ها در آن رفع شده بود:

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

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

- وجود زیرمجموعه ای از موارد برای تشخیص گذاری کافی است/ لزومی به وجود همه ویژگی ها نیست.

بنابراین DSM-IV یک نظام مقوله ای انعطاف پذیر بود.

### ۲- طبقه بندی ابعادی:

طبقه بندی ابعادی یا پیوستاری بر مبنای کمیت یا فراوانی ویژگی است.

تحقیقات نشان می دهد برای بسیاری از اختلالات تمایز به درجه ربط دارد، نه نوع. همچنین بسیاری از اختلالات کاموربیدیتی (comorbidity) دارند، یعنی همزمان با هم رخ می دهند. بنابراین به نظر می رسد بهتر است که اختلالات را به شکل پیوستاری در نظر بگیریم نه طبقاتی. در سیستم ابعادی پرسیده می شود: آیا سمپتوم های اصلی حضور دارند؟ اگر حضور دارند شدتشان چقدر است؟

طبقه بندی ابعادی بر اساس نظریه های متفاوت انجام می شود. هدف توصیف چندبعدی یک فرد بر اساس نظام مرجع نظری است.

یکی از انتقادات به DSM-IV این بود که طبقه بندی تفکیکی یا افتراقی اختلالات شفافیت نداشت. طبقه بندی ابعادی در این موارد که بین پدیده ها پیوستگی هست و موارد مرزی مفید است چون ویژگی های بالینی که در نوع مقوله ای زیرآستانه ای و مرزی هستند تشخیص می دهد.

مثال های این نوع طبقه بندی:

- مصاحبه نیمه ساخته یافته PDI-IV (ارزشیابی توسط متخصص)

- مقایس خودسنجی آیزنک

### ۳- طبقه بندی ریخت شناسی یا پروتوتیپیکال (prototypical):

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

(مثلا اگر ۵ سمپتوم از ۹ سمپتوم افسردگی را داشته باشید در این طبقه قرار می گیرید. به همین دلیل است که ممکن است دو نفر افسرده باشند اما فقط در بعضی سمپتوم ها با هم مشترک باشند).

ریخت ها به شکل شهودی، مشاهده و تجربه بالینی یا آماری متمایز می شوند

دو روش برای قرار دادن فرد در یک ریخت:

- الگوی درخت تصمیم: حذف تشخیص ها در یک جدول سلسله مراتبی و نهایتا رسیدن به تشخیص مناسب - مثال: پرسشنامه PSS

- الگوی مقایسه نیمرخها: مقایسه رگه های فرد در ابعاد متفاوت و مقایسه با نیمرخ گروه نمونه- مثال: پرسشنامه MMPI

ویژگی های لازم و کافی برای یک طبقه نیاز نیست/ موارد مرزی را می پذیرد/ طبقه ها می توانند نامتجانس باشند/ موارد خاص وجود دارد/ لازم نیست زیرمقوله ها سلسله مراتبی باشند یعنی لازم نیست زیرمقوله ها ویژگی های مقوله بالاتر را داشته باشند

### ۴- طبقه بندی غیربیماری شناختی:

- بر اساس یک نظریه، مثال: نظریه های آیسنک، بندورا، بنجامین، فنیکل

- بر اساس پژوهش های علمی: استخراج طبقات از داده های پژوهش با استفاده از روش آماری

- بر اساس نظام های جزئی: نظام طبقه بندی متمرکز بر اختلالات خاص

## طبقه بندی اختلالات روانی در DSM-V:

DSM-V اولین قدم برای دور شدن از سیستم طبقه ای (مطلق) و نزدیک شدن به سیستم ابعادی (پیوستاری) را برداشته است.

DSM یک رویکرد ابعادی را برای بعضی بیماری ها به کار گرفته است (برای اختلالاتی مثل سومصرف مواد، اوتیسم، اسکیزوفرنی) اما در بعضی از اختلالات هنوز سیستم طبقاتی دارد.

بارلو می گوید DSM-V بر اساس رویکرد پروتوتیپیکال است اما همانطور که باچر می گوید DSM-V بر اساس یک رویکرد طبقاتی است اما بسیاری از اختلالات آن عملاً به شکل پروتوتیپیکال توصیف شده اند.

یک علت محبوب بودن سیستم طبقاتی که باعث می شود هنوز از آن استفاده شود، این است که یک آستانه برای درمان در اختیار می گذارد. وقتی یک آستانه داریم پزشک بهتر می تواند تصمیم بگیرد که چه زمانی درمان را آغاز کند.

چند نکته مهم درباره DSM-V:

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

- به جز چند مورد استثنا، DSM هیچ حدسی درباره علل اختلالات نمی زند؛ بنابراین گفته می شود DSM یک رویکرد غیرنظری (atheoretical) دارد. DSM توصیفی (descriptive) است نه توضیحی (explanatory) چون تلاشی جهت توضیح علت ها در یک چارچوب نظری نمی کند و صرفاً سمپتوم ها را توصیف می کند.  
(DSM-I) بر اساس نظریه سایکودینامیک قرار داشت برای مثال از اصطلاحاتی مثل نوروز استفاده می کرد)

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

- دیاگنوز شدن یک اختلال روانی با نیاز مراجع به درمان معادل نیست. برای اینکه بدانیم نیاز به درمان وجود دارد، تصمیمات چندوجهی نیاز است (مثل شدت سمپتوم ها، رنج شخصی، ناتوانی). همچنین برعکس، اگر شخصی همه معیارهای یک اختلال را نشان نمی دهد، به این معنی نیست که نیاز به درمان ندارد.

- عدم درج بعضی اختلالات روانی در DSM به این معنی نیست که آنها وجود ندارند. احتمالاً عارضه هایی هست که در انتظار کشف شدن هستند!

- DSM ممکن است برای همه فرهنگ ها قابلیت کاربرد نداشته باشد زیرا از مطالعات روی بیماران چند فرهنگ اقتباس شده است

- DSM برای موارد قضایی و قانونی نوشته نشده است. ابتلا به یک اختلال باعث نمی شود فرد از مجازات مستثنی شود.

## پایایی و اعتبار تشخیص

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

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

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

## سیستم چندمحوری در DSM-IV

DSM-IV تشخیص‌ها را در چند محور طبقه‌بندی می‌کند. محور مجموعه اطلاعات مربوط به جنبه‌ای از عملکرد فرد است. این محورها اجازه می‌داد که درمانجو به شکل چندبعدی تشخیص داده شود. دقت کنید که این محورها از DSM-V حذف شده‌اند.

محور اول: سندروم‌ها یعنی مجموعه سمپتوم‌هایی که شکل خاصی از ناهنجاری را نشان می‌دهد (همه اختلالات روانی که بعداً خواهید خواند به جز اختلالات شخصیت در این محور بودند)

محور دوم: شامل ویژگی‌های بادوام شخصیت یا توانایی‌های فرد - اختلالات شخصیت و عقب ماندگی ذهنی در این محور قرار می‌گرفتند.

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

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

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

## □ سلامت روانی

سلامت روانی خوب را می‌توان از موارد زیر متوجه شد:

- درک خوب از واقعیت
- خوب شناختن خود و آگاهی داشتن از احساسات درونی
- توانایی کنترل رفتار

- عزت نفس و ارزشمند دانستن خود
- توانایی در ایجاد و حفظ روابط عاطفی با دیگران
- نگرش مثبت و با برنامه به زندگی

برای سنجش عملکرد سازگارانه بعنوان مقیاسی برای سلامت روانی، از مقیاس سنجش کلی عملکرد (GAF) استفاده می شود.

مقیاس GAF قبلا در DSM قرار داشت و برای بررسی کیفیت عملکرد مراجع در محور پنجم استفاده می شد اما از DSM-V حذف شده است.

علت حذف GAF ضعف هایش در تفکیک بعضی مفاهیم و پایین بودن پایایی ارزیاب ها بود. به جای آن از WHODAS استفاده می شود. یکی از ایرادات این مقیاس جدید این است که بیشتر درباره توانایی های فیزیکی اطلاعات می دهد تا روانی.

## □ شیوع اختلالات روانی

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

**نرخ بروز:** تعداد موارد جدید مبتلا در جمعیت در مدت زمان معین

نرخ شیوع تمام عمری و ۱۲ ماهه رایج ترین اختلالات روانی به ترتیب عبارتند از: اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی، اختلالات سومصرف مواد. بنابراین اختلالات اضطرابی از سایر اختلالات شایع تر هستند.

اما طبق گزارش DSM-V تنها اختلال اضطرابی که ممکن است بالاتر از اختلال افسردگی عمده باشد، فوبیای خاص است.

## سوالات کنکور سراسری

### کارشناسی ارشد

۱- بر اساس دیدگاه هستی‌گرایی علت رفتار نابهنجار کدام است؟ (سراسری ۹۶)

(۱) انتخاب غیرمعقول (۲) باورهای غیرمنطقی

(۳) ناتوانی در مقابله با فشار روانی (۴) ناهمخوانی خودپنداره با تجارب شخصی

۲- در کدام طبقه بندی فرض بر این است که همه پدیده‌هایی که باید طبقه بندی شوند، می‌توانند در طبقه‌هایی کاملاً متمایز قرار گیرند؟ (سراسری ۹۶)

(۱) ابعادی (۲) بیماری شناختی (۳) ریخت شناختی (۴) مقوله‌ای

۳- کدام مدل تبیین می‌کند که چرا برخی از افراد در مواجهه با فشارهای روانی جزئی، مسایل جدی روانی پیدا می‌کنند و دیگرانی نیز هستند که حتی با فشار روانی شدیدتر از آن هم مشکلی پیدا نمی‌کنند؟ (سراسری ۹۴)

(۱) آسیب‌پذیری روانی در برابر استرس (۲) تقلیل‌گرایی زیستی

(۳) شناختی (۴) رفتاری

۴- طبق تعریف DSM-۵، ویژگی اصلی اختلال روانی کدام است؟ (سراسری ۹۳)

(۱) وجود نابسامانی در زندگی روزمره‌ی شخصی و اجتماعی

(۲) رنج بردن از زندگی و داشتن معلولیت در حواس

(۳) ایجاد اختلال در گفتار و برقراری رابطه با خودی‌ها

(۴) رنج معلولیت، نابسامانی و نقص در هیجانهای اجتماعی

۵- منظور از میزان بروز یک بیماری کدام است؟ (سراسری ۹۱)

(۱) تعداد موارد بیماری در شش ماه گذشته

(۲) تعداد موارد بیماری در یک سال گذشته

(۳) تعداد موارد جدید بیماری در مدتی معین

(۴) تعداد موارد جدید و قدیم بیماری در مدت معین

۶- در مفهوم مقوله‌ای (طبقه بندی)، وقتی یک مقوله یا طبقه تشخیصی بر اساس تعداد ملاک یا ویژگی بالینی توصیف می‌شود، برای احراز تعلق یک اختلال به آن مقوله یا طبقه تشخیصی کدام شرایط باید برقرار باشد؟ (سراسری ۹۰)

(۱) وجود مجموعه ملاکها لازم است، اما وجود هر ملاک لازم نیست.

(۲) وجود هر ملاک لازم و وجود مجموعه ملاکها کافی است.

(۳) وجود هر ملاک لازم است اما وجود مجموعه ملاکها لازم نیست

(۴) وجود هر ملاک برای تشخیص کافی است

۷- در روان شناسی مرضی الگوی شجره تصمیم و الگوی مقایسه نیم رخ به کدام نوع طبقه بندی مربوط می شود؟ (سراسری ۹۰)

(۱) آسیب شناختی (۲) مقوله ای (۳) ریخت شناختی (۴) ابعادی

۸- «اختلال شخصیت وابسته» و «اختلال جسمانی کردن» به ترتیب در کدام محور پنجگانه ی طبقه بندی DSM-IV-TR قرار می گیرند؟ (سراسری ۸۸)

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

۹- مهم ترین نقد علمی به DSM-IV-TR کدام است؟ (سراسری ۸۸)

(۱) با طبقه بندی (ICD) مطابقت ندارد (۲) به تبیین و سبب شناسی اختلالات روانی نمی پردازد.

(۳) به توصیف اختلالات روانی نمی پردازد. (۴) روان رنجوری را حذف کرده است.

۱۰- اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اختلال کاستی توجه / بیش فعالی به ترتیب مربوط به کدام محور تشخیصی در DSM - IV - TR می باشند؟ (سراسری ۸۷)

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

۱۱- در DSM-IV-TR، ملاک طبقه بندی اختلالات روانی چیست؟ (سراسری ۸۵)

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

## دکتری

۱۲- کدام نوع طبقه بندی اختلالات روانی در نشانه شناسی، صرفاً به حضور یا عدم حضور عوامل اکتفا نمی کند و در پی تعیین درجه آسیب دیدگی است؟ (سراسری ۹۵)

(۱) ریخت شناسی (۲) غیربیماری شناختی (۳) مقوله ای (۴) ابعادی

۱۳- تعیین درجه تاثیر رفتار نشانه ای بر کنش «من» براساس کدام دیدگاه بنا نهاده شده است؟ (سراسری ۹۳)

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

۱۴- هر اقدام در قلمرو آسیب شناسی روانی کودک بر اساس کدام ارزشیابی چهارگانه پی ریزی می شود؟ (سراسری ۹۲)

(۱) تحولی، فرهنگی، آماری، محیطی

(۲) نشانه ای، ساختاری، تحولی، محیطی

(۳) تحولی، عملکردی، ساختاری، آماری

(۴) نشانه ای، عملکردی، فرهنگی، آماری

۱۵- از دیدگاه فروید وجه افتراق انسان بهنجار و روان آزرده کدام است؟ (سراسری ۹۲)

(۱) تعارض ادیپی، مکانیزم های دفاعی و ساخت روانی

(۲) تعارض ادیپی، شدت کشاننده ها و خیالبافی ها

(۳) شدت کشاننده ها، تعارض ها و خیالبافی ها

(۴) شدت کشاننده ها، تعارض ها و مکانیزم های دفاعی

۱۶- کدام عبارت در مورد «علایم» و «نشانه های بیماری» صحیح است؟ (سراسری ۹۱)

(۱) علایم تجربیات عینی هستند که بیمار توصیف می کند ولی نشانه ها به یافته های ذهنی و مشاهدات متخصص بالینی اطلاق می شود.

- ۲) نشانه‌ها تجربیات ذهنی هستند که بیمار موصوف می‌کند، ولی علائم به یافته‌های عینی و مشاهدات متخصص بالینی اطلاق می‌شود.
- ۳) نشانه‌ها و علائم بیماری مفاهیم واحدی هستند و تفکیک آنها کمکی به تشخیص نمی‌کند.
- ۴) علائم تجربیات ذهنی هستند که بیمار توصیف می‌کند ولی نشانه‌ها به یافته‌های عینی و مشاهدات متخصص بالینی اطلاق می‌شود.

۱۷- کدام عبارت، بیانگر پایایی تشخیص است؟ (سراسری ۹۱)

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

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

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

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

۱۸- شما به عنوان روان‌شناس، مراجعی را که سطح نشانه‌های آن مشکلات جدی در تفکر یا ارتباط یا اختلال عمده در تعدادی از زمینه‌های عملکرد همراه با مراد «گفتار غیرمنطقی، ناتوانی در کار کردن، بی‌توجهی به مسئولیت‌ها» باشد در مقیاس ارزیابی کلی عملکرد (GAF) در کدام دامنه ارزیابی می‌کنید؟ (سراسری ۹۱)

۴) ۴۱-۵۰

۳) ۳۱-۴۰

۲) ۲۱-۳۰

۱) ۵۱-۶۰

## پاسخ تشریحی سوالات فصل اول

۱- گزینه ۱

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

۲- گزینه ۴

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

۳- گزینه ۱

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

۴- گزینه ۴

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

۵- گزینه ۳

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

۶- گزینه ۲

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

۷- گزینه ۳

الگوی درخت تصمیم یک روش در طبقه بندی ریخت‌شناسی است که شامل حذف تشخیص‌ها در یک جدول سلسله‌مراتبی و نهایتاً رسیدن به تشخیص مناسب است.

۸- گزینه ۴

در نسخه‌های قبلی DSM ۵ محور وجود داشت. محور یک شامل اختلالات روانی، محور دو شامل اختلالات شخصیت و عقب ماندگی ذهنی، محور سه شامل عوامل محیطی و اجتماعی و محور پنج شامل ارزیابی کلی عملکرد بود.

۹- گزینه ۲

DSM هیچ حدسی درباره علل اختلالات نمی زند، بنابراین گفته می شود DSM یک رویکرد غیرنظری دارد. DSM توصیفی است نه توضیحی، چون تلاشی جهت توضیح علت ها در یک چارچوب نظری نمی کند و صرفاً سمپتوم ها را توصیف می کند.

۱۰- گزینه ۳

در سوال ۶ توضیح داده شد.

۱۱- گزینه ۳

در سوال ۷ توضیح داده شد.

۱۲- گزینه ۴

طبقه بندی ابعادی یا پیوستاری بر مبنای کمیت یا فراوانی ویژگی است. در سیستم ابعادی پرسیده می شود: آیا سمپتوم های اصلی حضور دارند؟ اگر حضور دارند شدتشان چقدر است؟

۱۳- گزینه ۳

فقط نشانه شناسی یک رفتار برای تعیین نقش بیماری زایی آن کافی نیست و باید ارزشیابی پویایی و اقتصادی هم انجام شود. در دیدگاه پویایی اینکه رفتار نشانه ای تا چه حد اضطراب را مهار می کند و ادامه حرکت تحولی را ممکن می سازد، بهنجار بودن آن را مشخص می کند. در دیدگاه اقتصادی درجه تاثیر رفتار نشانه ای بر عملکرد من (ایگو) بهنجاری آن را مشخص می کند.

۱۴- گزینه ۲

چون کودک در حال تحول است و متحرک و قابل انعطاف است و بسیاری از مشکلات ایجاد شده تنها ویژگی های یک مرحله است، تعیین بهنجاری و نابهنجاری (مرضی) مشکل تر است. بنابراین باید از چند بعد آن را بررسی کرد. این ابعاد عبارتند از: نشانه ای، ساختاری، تحولی، محیطی.

۱۵- گزینه ۴

فروید بین انسان بهنجار و نوروتیک تفاوت قایل نبود. تنها تفاوت آنها را در شدت کشاننده ها، تعارض ها و دفاع ها می دانست.

۱۶- گزینه ۴

نشانه یا sign یافته های عینی و مشاهدات بالینگر است. علامت یا symptom تجربیات ذهنی است که بیمار توصیف می کند. سندرم به گروهی از علائم و نشانه ها اشاره دارد.

۱۷- گزینه ۴

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

رد گزینه ۲: اعتبار یا validity به این امر اشاره دارد که تشخیص ها پدیده های بالینی واقعی و مجزایی را نشان می دهند.