

به نام بی نام او ::

مقدمه

درس "روان‌شناسی مرضی (آسیب‌شناسی روانی) و کودکان استثنایی که شامل دو بخش مجزای "آسیب‌شناسی روانی" و "روان‌شناسی کودکان استثنایی" است، از میان تمام دروس مجموعه روان‌شناسی در کنکور کارشناسی ارشد و دکتری سراسری بیشترین تعداد منابع مرجع را به خود اختصاص داده است. به طوری که در برخی سال‌ها سوالات این درس در کنکور، از بیش از هفت کتاب اصلی انتخاب می‌شود. حضور این درس در بین ۵ درس تخصصی کنکور دکتری روان‌شناسی نیز موید اهمیت فراوان تسلط کافی بر مبحث آن برای روانشناسان و دانشجویان روان‌شناسی است. جزوات سه گانه‌ی کیهان (۲ جلد آسیب‌شناسی روانی و اختلالات کودکی) که با کمترین حجم ممکن همواره پوشش‌دهی مناسبی از سوالات این درس در کنکور ارشد و دکتری روان‌شناسی داشته، حالا برای آزمون‌های ارشد و دکتری ۹۹ با آخرین به روز رسانی‌ها در اختیار داوطلبان گرامی قرار می‌گیرد.

تغییرات آخرین ویرایش

سوالات کنکور ۹۸ با پاسخ تشریحی به این مجموعه اضافه شده است و برخی اصلاحات جزئی نیز مطابق با کنکور ۹۸ در متن صورت گرفته است. یک فصل با عنوان علائم روان‌پریشی به جزوه اضافه شده است. همچنین توضیحات تکمیلی کاپلان – به طور خاص: ویژگی‌های بالینی، تشخیص افتراقی و طبقه بندی‌های جدید نیز در این جزوه آورده شده است.

با اطمینان مطالعه کنید

برای آنکه این مجموعه را با اطمینان مطالعه کنید، به موارد زیر توجه نمایید:

۱. گزارشی که بلافاصله پس از کنکور تهیه شد، نشان داد که مجموعه جزوات کیهان برای درس روان‌شناسی مرضی و کودکان استثنایی، توانسته به تنهایی به ۸۵ و ۸۰ درصد از سوالات مستخرج از منابع در دو کنکور ارشد و دکتری ۹۸ پاسخ دهد. در حالی که درصد رتبه های تک رقی در این درس در هر دو کنکور ارشد و دکتری به طور میانگین چیزی حدود ۶۵ درصد است. گزارش عینی و شفاف این بررسی را در [وبسایت کیهان](#) مطالعه نمایید.
 ۲. این مجموعه را رتبه های برتر روانشناسی دانشگاه های تهران، شهید بهشتی و علامه طباطبائی تهیه و ویرایش کرده اند.
 ۳. این مجموعه، در سالهای گذشته منبع اصلی مطالعاتی رتبه های برتر کنکورهای ارشد و دکتری روانشناسی بوده است. رتبه‌هایی از جمله خانم آطاهریان رتبه ۷، خانم اسفندیاری رتبه ۸، خانم سمانه ابراهیم نژاد رتبه ۷، آقای امیر همایون حلاجیان رتبه ۲ و همچنین آقای فلاح رتبه ۱۷ کنکور دکتری ۹۵. می توانید [مصاحبه](#) این دوستان را در سایت بخوانید.
 ۴. این مجموعه در کنار دیگر مجموعه های کیهان، با دقت بسیار زیادی تهیه شده و متناسب با سوالات کنکور ۹۸ مورد بازبینی قرار گرفته است و برای کنکور ارشد و دکتری ۹۹ کاملاً به روز رسانی شده است.
- در پایان ضمن دعوت از همه شما دوستان به استفاده از روش مطالعه علمی و دقیق و همچنین به کارگیری یک برنامه‌ریزی صحیح و قابل اطمینان برای رسیدن به هدفی شایسته، آمادگی خود را برای شنیدن نظرات و پیشنهادات ارزشمند شما عزیزان برای هرچه بهتر کردن مجموعه‌هایی که متعلق به همه شماست، اعلام می‌کنیم.

با آرزوی توفیق برای همه شما عزیزان

گروه مشاوران کیهان – دپارتمان دکتری

مرکز خدمات روانشناسی و مشاوره کیهان

به ما عطا کن

توانی؛

برای تغییر دادن آنچه که می‌توانیم تغییر دهیم

ظرفیتی؛

برای پذیرفتن آنچه که از کنترل ما خارج است

و

بینشی؛

برای درک تمایز میان این دو

:. آشنایی با مجموعه کیهان :.

درباره خود کیهان

- گروه آموزشی کیهان متشکل از تعدادی از رتبه های برتر روانشناسی و مشاوره ارشد و دکتری دانشگاه های تهران، شهید بهشتی، علامه و ... است که صرفاً در زمینه کنکور ارشد و دکتری مجموعه روانشناسی و مشاوره فعالیت دارد.
- فعالیت های کیهان شامل ارائه خدمات مشاوره و برنامه ریزی، مجموعه جزوات قابل اطمینان، فیلم های آموزشی با اساتید برتر روانشناسی، ارائه خدمات روانشناختی به دانشجویان و برگزاری کلاس های آموزشی با کیفیت است.
- گروه آموزشی کیهان تحت نظارت مستقیم مرکز خدمات روانشناسی و مشاوره کیهان فعالیت می کند.
- کیهان در هیچ کجای کشور شعبه ای ندارد و تمام خدمات و محصولات آن فقط از خود مرکز کیهان به شیوه اینترنتی، تلفنی و حضوری قابل دریافت است.
- به لطف به کارگیری از روش های علمی مشاوره و برنامه ریزی و همچنین جزوات قابل اطمینان، هر ساله تعداد قابل توجهی از رتبه های زیر ۱۰۰ کنکور ارشد روان شناسی از میان کیهانی ها بوده اند. به طور مثال ۳ نفر از ورودی های ۹۴ بالینی دانشگاه تهران به طور کامل کیهانی بوده اند، در سال ۹۷ خانم سمانه ابراهیم نژاد رتبه ۷، آقای امیر همایون حلاجیان رتبه ۲ و در سال ۹۸ خانم فائزه قدمی رتبه ۱ و خانم الهه مولایی رتبه ۶ به طور کامل کیهانی بوده اند.

درباره جلسات مشاوره کیهان

- جلسات به دو شکل رایگان (فقط یک بار در سال) و تخصصی (با یک مشاور به انتخاب فرد) برگزار می شود.
- جلسات به دو شکل تلفنی و حضوری و صرفاً اختصاصی (یک مشاور و یک دانشجو در هر جلسه) برگزار می شود.
- هر دانشجوی کیهانی یک پرونده مربوط به اطلاعات خود نزد مشاور اختصاصی اش دارد.
- در سال ۹۸ بیش از ۴۰۰۰ جلسه مشاوره تخصصی کنکور ارشد و دکتری در گروه آموزشی کیهان برگزار شد.
- از سال ۹۲ تا کنون حدود ۲۰۰۰ جلسه مشاوره تخصصی در گروه آموزشی کیهان برگزار شده است.
- در کیهان، مشاور هر رشته (روانشناسی-مشاوره)، الزاماً رتبه برتر همان رشته است و بر آن آزمون کاملاً مسلط است.
- روش های برنامه ریزی و مشاوره کیهان، از یافته های علمی و تجربی استخراج می شود و سپس در دپارتمان مشاوران تصویب می شود. اینجا از آزمون و خطا خبری نیست.
- کیهان از حضور چندین مشاور تخصصی (رتبه های برتر) بهره می برد که این قدرت انتخاب دانشجو را بالا می برد.
- کیهان برای داوطلبان کنکور ۹۹، دو طرح ویژه متفاوت با شرایط متفاوت ارائه کرده است.
- تمام جلسات مشاوره کیهان تحت نظارت مشاوران ارشد (آقایان فلاح و نیک منش) کیهان برگزار می شود.
- امکان داشتن ماهانه یک جلسه مشاوره (و یا بیشتر، در طرح VIP) در زمینه مدیریت فردی، انگیزه، استرس و ... با مشاوران ارشد کیهان فراهم است.
- هزینه جلسات مشاوره در کیهان مطابق نرخ مصوب عمومی است.

:. کیهان متعلق به شماست، پس برای ارتقاء روز به روز خدمات آن به ما بازخورد دهید :.

مروری کلی بر عوامل موفقیت در کنکور ارشد و دکتری روان‌شناسی

از نگاه رتبه‌های برتر کنکور، مشاوران کیهان

- هدف:** تجربه ما نشان داده داوطلبانی که هدف مشخص و محکمی ندارند، معمولاً در دنبال کردن اهداف خود دچار مشکل شده و گاهی حتی به خط پایان نیز نمی‌رسند. پس پیشنهاد می‌کنیم اول از همه هدف‌تان را روشن کنید. چرا می‌خواهید ارشد روان‌شناسی شرکت کنید؟ چه رتبه ای را در این کنکور دنبال می‌کنید و چرا؟ حتماً می‌دانید که هدف باید SMART باشد. پس برای ۵ سال و یک سال آینده تان هدف‌گذاری SMART کنید. هدف‌گذاری SMART یعنی هدف‌گذاری‌ای که مشخص (Specific)، قابل اندازه‌گیری (Measurable)، قابل دستیابی (Attainable)، واقع بینانه (Realistic) و دارای محدوده زمانی مشخص (Time-bounded) باشد. در این راه یک دفتر برنامه‌ریزی + یک مشاور آگاه و متخصص می‌توانند به شما کمک زیادی در هدف‌گذاری صحیح ارائه دهند.
- برنامه‌ریزی:** برای رسیدن به هدف‌تان برنامه‌ریزی کنید. یک برنامه‌ریزی صحیح نه خیلی سنگین است که زود خسته تان کند، نه خیلی سبک که شما را به هدف‌تان نرساند. بدانید از کجا باید شروع کنید. با کدام کتاب‌ها. کلاً چه منابعی را می‌خواهید مطالعه کنید. آماده خلاصه برداری هستید؟ یا می‌خواهید از خلاصه دیگران استفاده کنید؟ کدام خلاصه بیشتر جواب داده و به نسبت هزینه ای که می‌کنید، منفعت بیشتری را برای شما می‌آورد؟ اینجا از یک کاربلد، کسی که تازه در کنکور رشته شما شرکت کرده (کنکور سراسری ارشد روان‌شناسی بالینی یا عمومی) و رتبه عالی هم کسب کرده (زیر ۵۰)، اطلاعات لازم را بگیرید. ببینید می‌خواهید اول کدام درس‌ها را در چه بازه زمانی جمع کنید و بعد کدام درس‌ها را. کی می‌خواهید تست بزنید. از چه ابزارهای دیگری می‌خواهید استفاده کنید و ... ابتدا مسیر رسیدن به هدف را به اندازه کافی برای خود روشن کنید. طرح‌های مشاوره مختلف کیهان را نیز مد نظرتان داشته باشید.
- آمادگی ذهنی:** حالا که وقت عمل کردن فرا رسیده، ذهنتان را از همه شکست‌ها و تلخی‌های گذشته رها کنید. نگرانی‌ها را دور بریزید و فقط به هدف‌تان و میزان تلاشی که برای عملی کردن برنامه‌تان به نحو احسن، لازم دارید فکر کنید. به این‌که موفقیت در این پروژه (کنکور کارشناسی ارشد یا دکتری) چه تأثیرات مثبتی در زندگی‌تان دارد و سایر نکات مثبت فکر کنید.
- ابزارهای کارآمد:** منظور، داشتن یک سری ابزار برای مقابله با خستگی، ناامیدی، و سایر موانع بیرونی و درونی برای رسیدن به هدف‌تان است. روش مطالعه صحیح را بدانید (در انتهای جزوات هست و در صورت نیاز مشاوران نیز به شما آموزش می‌دهند). با روش‌های مدیریت استرس و تمرکز آشنا باشید. بدانید کی باید مرور کنید تا مطالب از ذهنتان نرود.
- مطالعات منسجم:** رشته ما منابع زیادی دارد. در صورتی که از همین مجموعه جزوات کیهان استفاده می‌کنید، هیچ جای نگرانی نیست. اما باز جهت تأکید عرض می‌کنیم که از مطالعه منابع پراکنده پرهیز کنید. مطالعه منسجم یکی دو منبع خیلی بهتر از مطالعه پراکنده ۶-۷ منبع است. به مسیرتان اعتماد کنید.
- نظارت و ارزیابی:** مدام خودتان، منابع‌تان و دانشی را که اندوخته‌اید، بررسی و ارزیابی کنید. ببینید در جهت درستی حرکت می‌کنید؟ یا نیاز به تغییر روش کار در برخی موارد دارید؟ در صورت نیاز، برای این کار از یک راه‌بلد کمک بگیرید.
- اعتماد به خود و توکل به نیروی برتر:** سخت تلاش کنید و نتیجه را به گرداننده روزگار واگذار کنید. یادتان باشد که این عالم طراحی عادلانه دارد، پس مطمئن باشید زحمت هیچ داوطلب کوشایی بی‌نتیجه نخواهد ماند.

برای شما زیباترین و شایسته‌ترین فرداها را آرزو داریم
گروه مشاوران کیهان

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
فصل اول: معنای نابهنجاری و تعریف اختلال روانی	۲
فصل دوم: الگوهای شناسایی و درمان نابهنجاری	۷
فصل سوم: تحقیق و ارزیابی نابهنجاری	۲۳
فصل چهارم: علائم روانپزشکی و معاینه بالینی بیماران در روانپزشکی	۳۰
فصل پنجم: طبقه بندی و تشخیص	۴۰
فصل ششم: اختلالات عصبی رشدی	۵۷
فصل هفتم: طیف اسکیزوفرنیا و اختلالات روان پریشانه دیگر	۱۰۷
فصل هشتم: اختلال دوقطبی و اختلالات مربوط	۱۳۹
فصل نهم: اختلالات افسردگی	۱۴۸
فصل دهم: اختلالات اضطرابی	۱۷۴
فصل یازدهم: وسواس فکری- عملی و اختلالات مرتبط	۲۰۶
فصل دوازدهم: اختلالات مرتبط با سانحه و عوامل استرس‌زا	۲۱۹
منابع	۲۲۹
منابع بیشتر برای رسیدن به حداکثر تسلط ممکن	۲۳۰
معرفی روش مطالعه کارآمد (پس خبا)	۲۳۱

فصل اول: معنای نابهنجاری و تعریف اختلال روانی

- ✓ تعریف نابهنجاری
- ✓ ویژگی‌های نابهنجاری از دیدگاه سلیگمن
- ✓ شروط تشخیص نابهنجاری
- ✓ ملاک‌های سنجش نابهنجاری
- ✓ تعریف روانشناسی مرضی
- ✓ تعریف، قلمرو و تاریخچه روان‌شناسی مرضی تحولی
- ✓ تعریف اختلال روانی
- ✓ ویژگی‌های اصلی اختلال روانی
- ✓ دیدگاه‌های مختلف به اختلال‌های روانی

تعریف نابهنجاری

نابهنجاری را می‌توان بر اساس ۲ معیار تعریف کرد:

۱. نادر بودن (مثل چپ دست بودن)
۲. انحراف از میانگین (مثل قد خیلی بلند یا خیلی کوتاه)

عناصر یا ویژگی‌های نابهنجاری از دیدگاه سلیگمن

۱. رنج: عنصری است که به ادراک نابهنجاری مربوط است ولی نه ضروری است و نه کافی. اینکه آیا یک رفتار کارکردی و سازگارانه است، یعنی تا چه اندازه‌ای فرد را قادر می‌سازد تا به هدف‌هایش برسد. رنج عنصری است اساسی در تعیین اینکه آیا یک رفتار بهنجار است یا نابهنجار.
 ۲. ناسازگاری: رفتارهایی که قویا مانع بهزیستی فرد و جامعه می‌شود.
 ۳. نامعقولی و غیرقابل درک بودن.
 ۴. پیش‌بینی ناپذیری و فقدان کنترل: ثابت و پایدار بودن رفتار و فرصت پیش‌بینی و کنترل افراد و جریانات، عنصر مهمی در زندگی اجتماعی است.
 ۵. مشهود بودن و نامتعارف بودن.
 ۶. ناراحتی مشاهده‌گر.
 ۷. تخلف از معیارهای اخلاقی و آرمانی.
- منظور از بهزیستی فرد، توانایی کار کردن و توانایی برقرار کردن روابط رضایت‌بخش با دیگران است.
 - رفتار نابهنجار: رفتاری که هم نادر و هم از نظر اجتماعی ناپسند است، نابهنجار انگاشته می‌شود. رفتار نادری که از نظر اجتماعی پسندیده است، استعداد محسوب می‌شود و فقط از نظر آماری نابهنجار به حساب می‌آید، مانند نبوغ که نادر است.

شروط تشخیص نابهنجاری

۱. شرط ضروری: ویژگی که برای تشخیص نابهنجاری لازم است و در همه نابهنجاری‌های دیگر مشترک است.
۲. شرط کافی: عنصر متمایز کننده که فقط موارد نابهنجاری در آن مشترک باشد و موارد بهنجاری در آن اشتراک ندارد.
۳. شباهت خانوادگی: عناصر گوناگون که با توصیف یک رفتار به عنوان نابهنجار در ارتباط است.
- وارد شدن به یک اختلال با تشخیص خاص در DSM به معنی استفاده از **شباهت خانوادگی** بود. اما رویکرد شباهت خانوادگی به نابهنجاری خطرانی نیز داشت که شامل سه مورد زیر است: خطای جامعه؛ اختلاف نظر بین مشاهده‌گران و اختلاف نظر بین عمل‌کننده و مشاهده‌گر.
- **بهنجاری** صرفاً فقدان نابهنجاری است و بهنجار غیر از نابهنجار نبودن معنی دیگری ندارد.
- **عناصر زندگی بهینه**: در شش زمینه می‌توان به وجود بهینگی پی برد: نگرش‌های مثبت نسبت به خود؛ رویش و رشد؛ خودمختاری؛ ادراک دقیق واقعیت؛ شایستگی محیط؛ روابط میان فردی مثبت.

ملاک‌های سنجش نابهنجاری

۱. پریشانی: تجربه عذاب هیجانی یا جسمانی شدید که گاهی آنچنان زیاد می‌شود که فرد به سختی می‌تواند فعالیت کند.
۲. وجود اختلال: کاهش توانایی فرد در سطح مطلوب یا حتی متوسط.
۳. به مخاطره انداختن خود و دیگران: به خطر یا تهدیدی برای سلامتی فرد و اطرافیانش اشاره دارد.
۴. رفتاری که از لحاظ اجتماعی غیر قابل قبول است: رفتارهایی که خارج از بستر اجتماعی و فرهنگی است.

نابهنجاری در طول زمان و مکان

یکی از اولین اختلال‌های روانی که تصور می‌شد علت زیستی داشته باشد هیستری بود. اصطلاح هیستری از واژه یونانی هیستریا (Hysteria) به معنی رحم گرفته شده است؛ به این دلیل که در گذشته تصور می‌شد علت این بیماری سرگردانی رحم است، و معتقد بودند این بیماری فقط در زنان دیده می‌شود. امروزه می‌دانیم که این بیماری مختص زنان نیست و مردان نیز ممکن است به آن مبتلا شوند. با این وجود، آیا ممکن است اندام مشابهی در مردان وجود داشته باشد که وقتی مختل می‌شود بتواند نشانه‌های مشابهی در آن‌ها ایجاد کند؟ **گالان** معتقد بود که چنین است. او مشاهده کرد که هم مردان و هم زنان بعد از دوره‌های پرهیز جنسی از نشانه‌های مشابهی رنج می‌برند. بنابراین او اعتقاد داشت که هیستری مبنای جنسی دارد، برداشتی که امروز وسیعاً پذیرفته شده است.

فرانز آنتوان ماسمر که هم نابغه و هم شاید خواننده می‌شد معتقد بود که بسیاری از بیماری‌ها از صرع گرفته تا هیستری، در اثر ممانعت از جریان نوعی جوهر نادیدنی و نامحسوس به وجود می‌آیند که ابتدا آن را «مایع مغناطیسی جهان» و بعداً **مغناطیسیم حیوانی** نامید. ماسمر از وجود نوعی مایع مغناطیسی فیزیکی خبر داد که در صورت توزیع نابرابر موجب بیماری در بدن می‌شود. و با به کارگیری شیوه‌های خاصی که موجب «بحران‌هایی» در بدن می‌شوند می‌توان سلامتی را بازگرداند.

بعدها ثابت شد که برای وجود این مایع فیزیکی وجود ندارد. ماسمر که کاملاً شکست خورده بود در گمنامی ناپدید شد، اما واقعیت مداوای او باقی ماند. **مغناطیسیم حیوانی** بعدها **ماسمریسم** نامیده شد و بعد هیپنوتیزم نام گرفت.

چهره‌ی برجسته در مطالعه‌ی علمی هیپنوتیزم **ژان مارتین شارکو** بود. شارکو برای اینکه هیستری را از اختلال‌های عصب شناختی دیگر متمایز کند از **هیپنوتیزم** استفاده کرد. برای مثال اگر یک بیمار که به فلج دست مبتلا بود می‌توانست تحت هیپنوتیزم دستش را حرکت دهد، پس او می‌توانست بیماری او را هیستری تشخیص دهد، در غیر این صورت اختلال عصب شناختی بود.

تعریف روانشناسی مرضی

روانشناسی مرضی در سطح بنیادی به منزله شاخه‌ای از روانشناسی است که به بررسی رفتار نابهنجار یا مرضی می‌پردازد. به عبارت دیگر، روانشناسی مرضی را باید علم بررسی‌های روانشناختی بر مبنای مشاهده نابهنجاری‌ها در بیماران روانی و یا افراد سازش نایافته دانست. روانشناسی مرضی به معنای محدودتر و به منزله دانشی که یکی از پایه‌های اصل روانپزشکی و روانشناسی را تشکیل می‌دهد، به توصیف (نشانه‌شناسی)، طبقه‌بندی و علت‌یابی و شناخت مکانیزم تحول اختلالات روانی (پدیدآیی مرضی) می‌پردازد.

تعریف، قلمرو و تاریخچه روان‌شناسی مرضی تحولی

ویژگی اصلی روان‌شناسی مرضی تحولی این است که به بررسی تحول و اختلال‌های آن می‌پردازد و امکانات کودک را در هر مرحله تحول در نظر می‌گیرد و کوشش می‌کند تا با در نظر گرفتن روابط ارگانیزم- محیط، به درک مراحل مختلف زمانی نائل آید. چنین دیدگاهی در روان‌شناسی مرضی کودک، تحت تأثیر روان‌شناسی ژنتیک یا تحولی که روان‌تحلیل‌گری نیز جزئی از آن را تشکیل می‌دهد قرار دارد. «بر خلاف گذشته و تصور دست‌یابی به یک کودک تخیلی یعنی بازسازی‌شده از بزرگسال»

پیشگامان پرورشی: در وهله نخست می‌توان ریشه‌های روان‌شناسی مرضی تحولی را تجربه‌های اولیه پرورشی و تربیتی جستجو کرد.

- **په ریرا**، دیدن و لمس کردن را جانشین سخن کرد و در نتیجه تربیت حسی را به کرسی نشاند.
- **پستالوتزی** در سوئیس، یک مؤسسه تربیتی برای پرورش کودکان فقیر تأسیس کرد و روش شهودی و طبیعی را در مقابل تربیت انتزاعی و جزمی آن زمان قرار داد. و نیز جنبش حمایت کودک را قوام بخشید.
- **ادوارد سگن** در فرانسه، نخستین مدرسه بازپروری را ایجاد کرد و کتابی در مورد درمان روانی عقب‌مانده‌ها منتشر نمود.
- پیشگامان نخستین همکاری‌های پزشکی- پرورشی کسانی بودند که به بازپروری نارسایی‌های حسی و عقب‌ماندگی ذهنی پرداختند:
- **سگن** (پرورشکار) همراه با **اسکیروول** (روان‌پزشک) نخستین گروه پزشکی- پرورشی را تشکیل دادند.
- **اسکیروول** جنون و عقب‌ماندگی را در تضاد با یکدیگر قرار داد (مجنون فردی غنی است که فقیر شده است، اما عقب‌مانده فقیری است که همواره فقیر بوده است).

روان‌تحلیل‌گری به طور غیرمستقیم از همان آغاز، مسئله شکل‌گیری اختلال‌های روانی در سطح کودکی را مطرح کرد و روش **فروید** نیز دوره کودکی را به عنوان گذشته‌ی هر بزرگسال بازسازی نمود.

- **آدلر** که از جریان فرویدی کناره‌گیری کرده بود، با توجه به نظریه‌های بنیادی خود و به خصوص با تکیه بر نقش خانواده و تعامل اعضای آن (مثلاً ترتیب تولد) با روش مستقیم به بررسی اختلال‌های روانی کودکان پرداخت. "تک بررسی‌های" مشهور آدلر و ارائه آنها به دانشجویان پزشکی از حرکت‌های اصیل روانی- پزشکی به یاد ماندنی است. این حرکت در واقع به معنای خط‌گشایش نشانه‌شناسی، علت‌شناسی و پدیدآیی اختلال‌های روانی در سطح کودکی و راهگشای روان‌تحلیل‌گری کودک قلمداد می‌شود.
- به دنبال آدلر، **آنا فروید** با کشف مکانیزم‌های دفاعی و مشکلاتی که «من» با آنها مواجه است، **ملانی کلاین** با دستیابی به ساخت‌های مرضی درون- خانوادگی، ارتباط کودکان با یکدیگر و والدین، **اشپتیز** با مطالعات دقیق درباره روابط موضوعی، **وینی‌کات** با تأکید بر اهمیت مراقبت‌های مادارانه و تأثیر آن در رشد یافتگی کودک، و دیگران با گشایش خط روان‌شناسی من، شرایط عملی برای تفسیر روان‌شناختی اختلال‌های روانی را فراهم آورد.

تعریف اختلال روانی

اختلال روانی نشانگانی است که با اختلال بالینی قابل ملاحظه‌ای در شناخت، تنظیم هیجان یا رفتار فرد مشخص می‌شود؛ که کژکاری در فرآیندهای روان‌شناختی، زیستی یا رشدی زیربنای عملکرد روانی را منعکس می‌کند. اختلالات روانی معمولاً با ناراحتی یا ناتوانی قابل ملاحظه در فعالیت‌های اجتماعی، شغلی یا فعالیت‌های مهم دیگر ارتباط دارد. پاسخ به عامل استرس‌زای رایج یا فقدان، مانند مرگ عزیزان، که مورد انتظار و یا از لحاظ فرهنگی تأیید شده باشد، اختلال روانی نیست. همچنین، رفتارهایی که از لحاظ اجتماعی منحرف هستند (مثل انحرافات سیاسی، مذهبی یا جنسی) و تعارض‌هایی که عمدتاً بین فرد و جامعه روی می‌دهند اختلال روانی نیستند، مگر اینکه این انحراف یا تعارض از کژکاری در فرد (که در فوق شرح داده شده)، ناشی شده باشد.

- تشخیص اختلال روانی باید فایده بالینی داشته باشد: باید به متخصصان بالینی در تعیین کردن پیش‌آگهی، برنامه‌های درمان و نتایج بالقوه درمان برای بیماران کمک کند. با این حال تشخیص اختلال روانی با نیاز به درمان برابر نیست.
- نیاز به درمان تصمیم بالینی پیچیده‌ای است که شدت نشانه، برجستگی نشانه (مثل وجود اندیشه پردازی خودکشی)، ناراحتی بیمار (عذاب روانی) مرتبط با نشانه‌ها، ناتوانی مرتبط با نشانه‌های بیمار در آن موثر است، ممکن است متخصصان بالینی با فردی مواجه شوند که نشانه‌های آنها ملاک‌های کامل را برای یک اختلال روانی برآورده نمی‌کند، ولی نیاز واضحی به درمان یا مراقبت دارد.

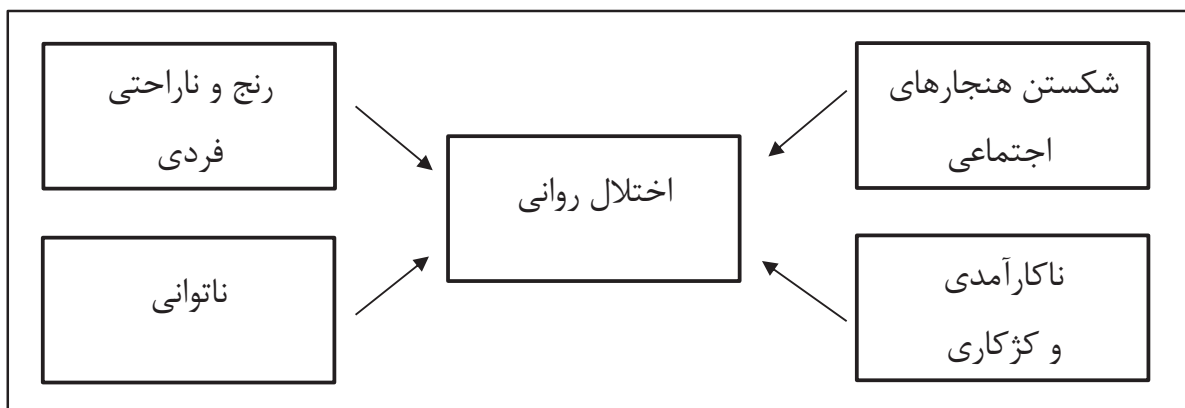
برای تأیید ملاک تشخیص اختلال روانی مجزا، شواهد زیر را در نظر می‌گیرند:

- **تأییدکننده‌های پیش‌اینده:** شاخص‌های ژنتیکی مشابه، صفات خانوادگی، خلق و خو، مواجهه محیطی
 - **تأییدکننده‌های هم‌زمان:** مبانی عصبی مشترک، شاخص‌های زیستی، پردازش هیجانی و شناختی و شباهت نشانه
 - **تأییدکننده‌های پیش‌بین:** روند بالینی مشابه، پاسخ به درمان
- مهم‌ترین معیار برای ملاک‌های اختلال DSM-5 فایده بالینی آنها برای ارزیابی روند بالینی و پاسخ به درمان افرادی است که توسط مجموعه معینی از ملاک‌های تشخیصی دسته‌بندی شده‌اند. برای تعیین کردن آستانه‌های اختلال، از ملاک تشخیص عمومی که نیازمند ناراحتی یا ناتوانی است استفاده شده که معمولاً به صورت «این اختلال موجب ناراحتی یا اختلال قابل‌ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد می‌شود» بیان می‌شود.

ویژگی‌های اصلی اختلال روانی

- ۱- رنج فردی: ناراحتی و رنج فردی که مبتلا به اختلال روانی است. در اختلالات اضطرابی و افسردگی این رنج و ناراحتی کاملاً مشاهده می‌شود، ولی ممکن است در اختلالی چون اختلال شخصیت ضداجتماعی اثری از ناراحتی در فرد نبینیم.
 - ۲- ناتوانی: نقص و ناتوانی در جنبه‌های مهم زندگی مانند کار یا روابط فردی.
 - ۳- شکستن هنجارهای اجتماعی: باید توجه داشت که این ویژگی وابسته به فرهنگ است.
 - ۴- ناکارآمدی و کژکاری: وقتی که مکانیسم‌های درونی فرد نتوانند عملکردهای طبیعی خود را انجام دهند.
- در تعریف DSM از ناکارآمدی به ارتباط بین ناکارآمدی روانی، رفتاری و زیستی توجه شده است. این ناکارآمدی‌ها به هم وابسته هستند.

چهار ویژگی اصلی اختلال روانی



دیدگاه‌های مختلف به اختلال های روانی

توصیف نشانه شناختی یک رفتار به منظور تعیین نقش بیماری‌زا یا سازمان‌دهنده آن کفایت نمی‌کند و یک ارزشیابی پویایی و اقتصادی نیز باید به آن افزوده شود.

دیدگاه پویایی، پدیده‌های روانی را نتیجه تعارض و تألیف نیروهایی می‌داند که فشاری را وارد می‌آورند. بنابراین دیدگاه پویایی تحول به تعیین این امر می‌پردازد که رفتار نشانه‌ای تا چه حد اضطراب را مهار می‌کند و در نتیجه ادامه‌ی حرکت تحولی را میسر می‌سازد. یا بالعکس، در مهار کردن اضطرابی که بدون وقفه نمایان می‌شود، ناتوان است، رفتارهای نشانه‌ای دیگری را برمی‌انگیزد و مانع حرکت تحولی می‌شود.

دیدگاه اقتصادی، مبتنی بر فرضیه‌ای است که بر اساس آن، فرایندهای روانی عبارتند از جریان و تقسیم یک نیروی کمی شدنی «نیروی کشاننده‌ای» که امکان افزایش، کاهش و هم‌ارزی آن وجود دارد. این دیدگاه، سرمایه‌گذاری‌ها را مورد نظر قرار می‌دهد، به تعیین درجه تأثیر رفتار نشانه‌ای بر کنش «من» می‌پردازد و به عبارت دیگر، مشخص می‌کند که آیا بخشی از کنش‌های من تحت تأثیر نشانه‌های مرضی دچار گسستگی شده است. مسلماً فقدان نشانه‌های مرضی، منعکس‌کننده‌ی سلامت روانی است، اما کودکانی نیز هستند که بهنجاری سطحی در آنها چیزی جز هم‌شکلی طلبی سازشی یا اطاعت از فشارها و خواسته‌های اطرافیان نیست. فقدان نشانه‌های مرضی در این کودکان را نمی‌توان دلیلی بر سلامت روانی آنها دانست.

بهنجاری و دیدگاه ساختاری: افزون بر ارزشیابی نشانه‌ای، لازم است که ساخت روانی نیز در نظر گرفته شود. فروید از نخستین کسانی بود که ساخت روانی افراد روان‌گسسته را از ساخت روانی افراد روان‌آزوده متمایز کرد. فروید بین انسان بهنجار و روان‌آزوده تمایزی قائل نمی‌شود و معتقد است تنها تفاوت بین آنها، در شدت کشاننده‌ها، تعارض‌ها و مکانیزم‌های دفاعی است.

کلاین که به بررسی عمیق‌ترین و زودرس‌ترین سازمان‌یافتگی‌های روانی کودک پرداخته، به توصیف مرحله‌ی «روان‌گسسته-پارانویاگونه» در خلال تحول دست یافته است و بر این باور است که در جریان این مرحله، خیالبافی‌ها و مکانیزم‌های دفاعی که علیه اضطراب ناشی از آنها، به کار افتند با آنچه در بیمار روان‌گسسته مشاهده می‌شود، کاملاً مشابه‌اند.

بهنجاری و ناهماهنگی خطوط تحولی: آنا فروید، بررسی «ناموزونی» خطوط تحول را به منزله معیاری برای ارزشیابی آسیب‌دیدگی پیشنهاد می‌کند، وی معتقد است که جنبه مرضی از ناهماهنگی خطوط تحول ناشی می‌شود. البته او متذکر می‌شود که هیچ عنوان نباید وجود ناهماهنگی خطوط تحول را برای توصیف جنبه‌ی مرضی کافی بدانیم.

مفهوم «هذیان القایی»: افراد کودک یا تلقین‌پذیر ممکن است تحت تأثیر هذیان‌گویی بیمار دیگری به منزله‌ی عنصر الفاکتنده به هذیان‌گویی بپردازند.



شما در حال مطالعه بخشی از این محصول به عنوان نمونه هستید.
برای دریافت این مجموعه به صورت اینترنتی و با تخفیف‌های ویژه روی عکس زیر کلیک کنید:



جهت خرید تلفنی نیز عدد ۱ را به سامانه پیامکی ۰۲۱۶۶۴۷۵۶۲۰ ارسال نمایید.

فصل دوازدهم: اختلالات مرتبط با سانحه و عوامل استرس‌زا

- ✓ اختلال دلبستگی واکنشی
- ✓ اختلال مشغولیت اجتماعی مهار گسیخته
- ✓ اختلال استرس پس از سانحه
- ✓ اختلال استرس حاد
- ✓ اختلالات سازگاری
- ✓ سایر اختلالات مرتبط با سانحه و عوامل استرس‌زای معین
- ✓ اختلالات مرتبط با سانحه و عوامل استرس‌زای نامعین

اختلالات مرتبط با سانحه و عوامل استرس‌زا اختلالاتی را شامل می‌شوند که در آنها مواجهه با واقعه آسیب‌زا یا استرس‌زا آشکارا به عنوان ملاک تشخیصی ثبت شده است. اینها عبارتند از اختلال دلبستگی واکنشی، اختلال مشغولیت اجتماعی مهار گسیخته، اختلال استرس پس از آسیب (PTSD)، اختلال استرس حاد، و اختلالات سازگاری. تعیین جای این فصل در مجاورت فصل‌های مربوط به اختلالات اضطرابی، وسواس فکری- عملی و اختلالات مربوط، و اختلالات تجزیه‌ای، بیانگر رابطه نزدیک بین این تشخیص‌ها و اختلالات است.

ناراحتی روان‌شناختی بعد از مواجهه با رویدادی آسیب‌زا یا استرس‌زا کاملاً متغیر است. در برخی موارد، نشانه‌ها در قالب اضطراب یا ترس بهتر می‌توانند درک شوند، اما روشن است خیلی از افرادی که با رویدادی آسیب‌زا یا استرس‌زا مواجه شده‌اند، به جای نشانه‌های مبتنی بر اضطراب یا ترس (برجسته‌ترین ویژگی‌های بالینی) نشانه‌های فقدان احساس لذت و ملالت، نشانه‌های بیرونی کردن خشم و پرخاشگری، یا نشانه‌های تجزیه‌ای نشان می‌دهند. به علت این جلوه‌های متغیر ناراحتی بالینی بعد از مواجهه با رویدادهای فاجعه‌آمیز یا ناگوار، اختلالاتی که در فوق به آنها اشاره شد، تحت طبقه‌بندی مجزایی دسته‌بندی شده‌اند: اختلالات مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زا. علاوه بر این، معمولاً تصویر بالینی ترکیبی از نشانه‌های فوق را شامل می‌شود (همراه با یا بدون نشانه‌های مبتنی بر اضطراب یا ترس). چنین تصویر ناهمگنی مدت زیادی است که در اختلالات سازگاری نیز تأیید شده است.

غفلت اجتماعی (یعنی فقدان مراقبت کافی در طول دوره کودکی) شرط لازم تشخیصی برای اختلال دلبستگی واکنشی و اختلال مشغولیت اجتماعی مهار گسیخته است. گرچه این دو اختلال سبب‌شناسی مشترکی دارند، اما اولی به صورت درونی کردن اختلال همراه با نشانه‌های افسردگی و رفتار کناره‌گیری ابراز می‌شود، درحالی‌که دومی با رفتارهای مهارگسیخته و رفتار بیرونی کردن مشخص می‌شود.

۱- اختلال استرس پس از آسیب PTSD

مشخصه اختلال استرس پس از آسیب و اختلال استرس حاد افزایش استرس و اضطراب به دنبال مواجهه با رویدادی پراسترس است. فرد در قبال این تجربیات به صورت ترس یا درماندگی واکنش نشان می‌دهد، مدام رویداد را تجربه می‌کند و تلاش می‌کند از یادآوری آن اجتناب کند. رویداد مزبور ممکن است در رویاها و افکار بیداری (فلش بک) مجدداً تجربه بشوند. افراد رویداد مربوط به سانحه را در رویاها و افکار روزانه خود مجدداً تجربه می‌کنند و سعی می‌کنند از هر چیزی که سبب یادآوری آن می‌شود پرهیز کنند و در کنار حالت برانگیختگی مفرط نوعی کرختی در پاسخ‌دهی در آنها شکل می‌گیرد. علائمی چون افسردگی، اضطراب و ضعف تمرکز هم در آنها دیده می‌شود.

ملاک‌های تشخیص

- توجه: ملاک‌های زیر در مورد بزرگسالان، نوجوانان و کودکان بالای ۶ سال به کار می‌روند. برای کودکان ۶ ساله و پایین‌تر، به ملاک‌های مشابه زیر مراجعه کنید.

A. مواجهه با مرگ واقعی یا تهدید به مرگ، جراحت جدی، یا خشونت جنسی به صورت یکی (یا تعداد بیشتری) از موارد زیر:

۱. تجربه کردن مستقیم رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا.
 ۲. شاهد بودن رویداد (رویدادهای) به صورتی که برای دیگران رخ داده است.
 ۳. آگاهی از اینکه رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا برای اعضای خانواده نزدیک یا دوستان نزدیک اتفاق افتاده است. در موارد مرگ واقعی یا تهدید به مرگ عضوی از خانواده یا دوست، این رویداد (رویدادهای) باید خشونت‌آمیز یا تصادفی بوده باشد.
 ۴. تجربه کردن مواجهه مکرر یا شدید با جزئیات ناخوشایند رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا (مثلاً، اولین پاسخ‌دهندگان، جنازه‌های انسان را جمع می‌کنند؛ افسران پلیس بارها با جزئیات کودک‌آزاری مواجه می‌شوند).
- **توجه:** ملاک A4 در مورد مواجهه از طریق رسانه‌های الکترونیک، تلویزیون، فیلم‌ها، یا تصاویر کاربرد ندارد، مگر اینکه این مواجهه مرتبط به شغل باشد.
- B. وجود یکی (یا تعداد بیشتری) از نشانه‌های مزاحم زیر در ارتباط با رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا که بعد از وقوع رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا شروع می‌شود:
۱. خاطرات ناراحت‌کننده مکرر، غیرارادی، و مزاحم رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا.
- **توجه:** در کودکان بالای ۶ سال، بازی‌های تکراری ممکن است روی دهد که در آن موضوعات با جنبه‌هایی از رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا ابراز شوند.
۲. رویاهای ناراحت‌کننده مکرر که در آنها محتوا و / یا عاطفه رویا با رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا ارتباط دارد.
- **توجه:** در کودکان ممکن است رویاهای ترسناک بدون محتوای قابل تشخیص وجود داشته باشد.
۳. واکنش‌های تجزیه‌ای (مثل بازگشت‌ها به گذشته) که در آنها فرد به گونه‌ای احساس یا عمل می‌کند که گویی رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا دوباره روی می‌دهند. (چنین واکنش‌هایی ممکن است به صورت یک پیوستار روی دهند، به طوری که جلوه بسیار شدید، ناآگاهی کامل از محیط‌های اطراف باشد).
- **توجه:** در کودکان، بازآفرینی مجدد مرتبط با آسیب ممکن است در بازی روی دهد.
۴. ناراحتی روان‌شناختی شدید یا طولانی هنگام مواجهه با نشانه‌های درونی یا بیرونی که نماد جنبه‌ای از رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا هستند یا به آن شباهت دارند.
 ۵. واکنش‌های فیزیولوژیکی محسوس به نشانه‌های درونی یا بیرونی که نماد جنبه‌ای از رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا هستند یا به آن شباهت دارند.
- C. اجتناب مداوم از محرک‌های مرتبط با رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا که بعد از وقوع رویداد (رویهای) آسیب‌زا شروع می‌شود و با یک یا دو هر دو مورد زیر ثابت می‌شود:
۱. اجتناب یا اقداماتی برای اجتناب کردن از خاطرات، افکار، یا احساسات ناراحت‌کننده در مورد رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا یا خاطرات، افکار یا احساسات ناراحت‌کننده‌ای که ارتباط نزدیکی با این رویداد دارند.
 ۲. اجتناب یا اقداماتی برای اجتناب کردن از یادآورهای بیرونی (افراد، مکان‌ها، گفتگوها، فعالیت‌ها، اشیاء، موقعیت‌ها) که خاطرات، افکار یا احساسات ناراحت‌کننده در مورد رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا را برانگیخته می‌کنند.
- D. تغییرات منفی در شناخت‌ها و خلق مرتبط با رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا که بعد از وقوع رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا شروع یا بدتر می‌شوند، به صورتی که با دو (یا تعداد بیشتری) از موارد زیر ثابت می‌شود:
۱. ناتوانی در به یاد آوردن جنبه مهمی از رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا (معمولاً به علت یادزدودگی تجزیه‌ای و نه عوامل دیگری همچون صدمه سر، الکلی، یا داروها).

۲. عقاید یا انتظارات منفی مداوم و اغراق‌آمیز در مورد خود، دیگران یا دنیا (مثلاً «من بدم»، «به هیچ‌کس نمی‌توان اعتماد کرد»، «دنیا کاملاً خطرناک است»، «کل دستگاه عصبی من برای همیشه نابود شده است»).
۳. شناخت‌های تحریف‌شده مداوم در مورد علت یا پیامدهای رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا که باعث می‌شوند فرد خود یا دیگران را سرزنش کند.
۴. حالت هیجانی منفی مداوم (مثل ترس، وحشت، خشم، گناه یا شرم).
۵. کاهش محسوس علاقه به فعالیت‌های مهم یا شرکت کردن در آنها.
۶. احساس گسستگی از دیگران یا بیگانگی با آنها.
۷. ناتوانی مداوم در تجربه کردن هیجانات مثبت (مثل ناتوانی در تجربه کردن احساسات شادی، خشنودی یا عشق).
- E. تغییرات محسوس در برانگیختگی و واکنش‌پذیری در ارتباط با رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا که بعد از وقوع رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا شروع یا بدتر می‌شوند و با دو (یا تعداد بیشتری) از موارد زیر ثابت می‌شود:
 ۱. رفتار تحریک‌پذیر و طغیان‌های خشم (با اندکی تحریک یا بدون آن) که معمولاً به صورت پرخاشگری کلامی یا جسمانی نسبت به افراد یا اشیاء ابراز می‌شوند.
 ۲. رفتار بی‌پروا یا نابودکننده خود.
 ۳. گوش به زنگی مفرط.
 ۴. پاسخ یکه خوردن اغراق‌آمیز.
 ۵. مشکلاتی در رابطه با تمرکز.
 ۶. اختلال خواب (مثل مشکل به خواب رفتن یا خفته ماندن یا خواب بی‌قرار).
 - F. مدت این اختلال (ملاک‌های C, B, D و E) بیش از یک ماه است.
 - G. این اختلال ناراحتی یا اختلال قابل‌ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد ایجاد می‌کند.
 - H. این اختلال ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل دارو، الکل) یا بیماری جسمانی دیگر نیست.

انواع فرعی

- همراه با نشانه‌های تجزیه‌ای:** نشانه‌های فرد ملاک‌های اختلال استرس پس از آسیب را برآورده می‌کنند و علاوه بر آن، فرد در پاسخ به عامل استرس‌زا، نشانه‌های مداوم یا عودکننده هریک از موارد زیر را تجربه می‌کند:
۱. **مسخ شخصیت:** تجربیات مداوم یا عودکننده احساس جدا بودن از فرآیندهای ذهنی یا بدن خویش و انگار که فرد مشاهده‌گر بیرونی فرآیندهای ذهنی یا بدن خویش است (مثل این احساس که گویی فرد در عالم رویاست؛ احساس واقعی نبودن خود یا بدن یا اینکه زمان به کندی پیش می‌رود).
 ۲. **مسخ واقعیت:** تجربیات مداوم یا عودکننده واقعی نبودن محیط اطراف (مثلاً دنیای پیرامون فرد به صورت غیرواقعی، رویاگونه، دور یا تحریف‌شده تجربه می‌شود).
- **توجه:** برای استفاده از این نوع فرعی، نشانه‌های تجزیه‌ای نباید ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل بیهوشی‌های موقت، رفتار به هنگام مسمومیت با الکل) یا بیماری جسمانی دیگر باشند (مثل حملات صرع پارسیل مرکب).
- همراه با جلوه معوق (شروع با تاخیر):** اگر ملاک‌های تشخیصی کامل تا حداقل ۶ ماه بعد از رویداد برآورده نشده باشند (گرچه شروع و جلوه برخی نشانه‌ها ممکن است فوری باشند).

اختلال استرس پس از آسیب در مورد کودکان ۶ ساله یا پایین‌تر

A. در کودکان ۶ ساله و پایین‌تر، مواجهه با مرگ واقعی یا تهدید به مرگ، جراحت جدی، یا خشونت جنسی به صورت یکی (یا تعداد بیشتری) از موارد زیر:

۱. تجربه کردن مستقیم رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا.
 ۲. شاهد بودن رویداد (رویدادها) به صورتی که برای دیگران، مخصوصاً مراقبت‌کنندگان اصلی رخ داده است.
- توجه: شاهد بودن، رویدادهایی را شامل نمی‌شود که فرد فقط در رسانه‌های الکترونیک، تلویزیون، فیلم‌ها، یا تصاویر آنها را مشاهده کرده است.

۳. آگاهی از اینکه رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا برای والد یا شخص مراقبت‌کننده اتفاق افتاده است.

B. وجود یکی (یا تعداد بیشتری) از نشانه‌های مزاحم زیر در ارتباط با رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا که بعد از وقوع رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا شروع می‌شوند:

۱. خاطرات ناراحت‌کننده عودکننده، غیرارادی و مزاحم رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا.

- توجه: خاطرات خودانگیخته و مزاحم ممکن است لزوماً ناراحت‌کننده به نظر نرسند.

ویژگی‌های بالینی

در این اختلالات، اضطراب به علت بروز یک واقعه استرس‌زای شدید و غیر معمول ایجاد می‌شود. واکنش این افراد در مقابل اتفاقات در مقایسه با دیگر اختلال‌های اضطرابی تا حدی موجه و بهنجار به نظر می‌رسند. این ملاک تشخیصی در DSM-III بعد از بازگشت سربازان از جنگ ویتنام بود که دچار معلولیت روانی شده بودند. سه نشانه‌ی اصلی اختلال PTSD عبارتند از:

۱. شخص خاطره‌ی آسیب را در رؤیاها، بازگشت‌های ناگهانی خاطره و در عالم خیال بارها مجسم می‌کند.
 ۲. شخص نسبت به دنیا بی‌حس می‌شود و از محرک‌هایی که آسیب را به یاد می‌آورند اجتناب می‌کند. بی‌حسی هیجانی: کاهش واکنش نسبت به محیط کنونی که در قربانیان مشاهده می‌شود.
 ۳. شخص نشانه‌های اضطراب و انگیختگی را تجربه می‌کند که قبل از آسیب وجود نداشتند. نشانه‌های اضطراب شامل مشکل خوابیدن، بیش‌هشیاری، مشکل تمرکز، یکه خوردن افراطی، و طغیان خشم هستند. از این گذشته ممکن است فرد از اینکه دیگران زنده نیستند و او زنده است، دچار عذاب گناه می‌شود (احساس گناه ماندگاری).
- برای اینکه تشخیص PTSD درست تلقی شود، نشانه‌ها باید حداقل یک ماه ادامه داشته باشند.

- شکل حاد: اگر طول مدت نشانه‌ها کمتر از ۳ ماه باشد.
- شکل مزمن: اگر طول مدت نشانه‌ها، ۳ ماه یا بیشتر باشد.
- بروز با تأخیر: اگر نشانه‌ها حداقل ۶ ماه پس از وقوع عامل تنیدگی را بروز کنند.

طبق تعریف عامل فشار (استرسور) علت اولیه پیدایش این اختلال است. اما وقتی که واقعه آسیب‌زایی روی می‌دهد همه افراد دچار این اختلال نمی‌شوند. بنابراین نوعی آسیب‌پذیری ذاتی نسبت به PTSD وجود دارد. معنای درون ذهنی عامل فشار اهمیت زیادی دارد. مثلاً ممکن است بازماندگان یک فاجعه دچار احساس گناه شوند که می‌تواند زمینه ساز یا تشدیدکننده PTSD باشد.

احتمال بروز تنیدگی حاد و پس‌ضربه‌ای، به توانایی روان‌شناختی فرد در وهله قبل از وقوع رویداد آسیب‌زا و همچنین به ماهیت ضربه بستگی دارد. بر اساس DSM در صورتی که نشانه‌های اضطرابی در خلال چهار هفته پس از رویداد تنیدگی را آغاز شوند و تا ۲۸ روز پایدار بمانند، می‌توان به تشخیص اختلال تنیدگی حاد مبادرت کرد. اما اگر نشانه‌ها پس از ۲۸ روز تداوم یابند، تشخیص اختلال استرس پس از آسیب عنوان می‌شود. در ملاک‌های DSM در مورد PTSD ذکر شده که علائم تجربه مجدد، اجتناب و افزایش انگیختگی باید حداقل یک

ماه طول کشيده باشد. اگر علائم کمتر از یک ماه طول کشيد تشخيص مناسب اختلال استرس حاد است. بنابرین صرف نظر از تفاوت‌هایی در زمینه بروز و طول مدت، این دو اختلال تقريباً همانند هستند. این اختلال‌ها می‌توانند در هر سنی، حتی در خلال دوران کودکی بروز کنند. در کودکان خردسال، ممکن است در بازی‌هایی که محتوای آنها را موضوع اصلی یا پاره‌ای از جنبه‌های رویداد تشکیل می‌دهند، آشکار شوند. کاگان معتقد است کودکانی که از لحاظ رفتاری دچار بازداری هستند ممکن است پس از حوادث تهدیدکننده مستعد اضطراب یا PSD شوند. بازی سانه شکل خاصی از تجربه مجدد است که در کودکان خردسال مشاهده می‌شود. یعنی: کنش‌نمایی تکراری سانه یا مضامين مرتبط با آن از طریق بازی.

در PTSD و استرس حاد فراموشی تجزیه‌ای مشاهده می‌شود (ناتوانی در به یادآوردن جنبه مهمی از آسیب مذکور)، همچنین کم‌علاقگی چشمگیر در پرداختن به امور مهم، احساس دل‌گسستگی یا غریبگی در میان دیگران. احساس دردناک وقوع مجدد واقعه، الگویی از اجتناب و کرختی هیجانی و برانگیختگی مفرط نسبتاً دائم دیده می‌شود. معنای درون‌ذهنی عامل فشار اهمیت زیادی دارد. مثلاً ممکن است بازندگان یک فاجعه دچار احساس گناه شوند که می‌تواند زمینه‌ساز یا تشدیدکننده PTSD باشد.

نکته: اغلب احساس گناه، طرد شدن و تحقیر دیده می‌شود، حالات تجزیه‌ای و حملات پانیک می‌تواند با شد، خطای ادراکی و توهم، مختل بودن حافظه و توجه، پرخاشگری، خشونت، کنترل اندک بر تکانه، افسردگی و اختلالات مرتبط با مواد هم مشاهده می‌شود. براساس DSM در نشانه‌های پایدار افزایش «برپایی» براساس دو (یا بیشتر) از نکات زیر مشخص می‌شود: ۱- مشکل در به خواب رفتن یا حفظ حالت خواب ۲- تحریک‌پذیری یا حمله‌های خشم ۳- مشکل در تمرکز ۴- فزون‌مراقبتی.

سندرم جنگ خلیج فارس: تحریک‌پذیری، خستگی مزمن، تنگی نفس، درد مفاصل، میگرن، اختلال گوارشی، ریزش مو، فراموشکاری، دشواری تمرکز که در نظامیان آمریکا پس از بازگشت از جنگ خلیج فارس علیه عراق مشاهده شد. PTSD بر اثر استرس روانشناختی ایجاد می‌شود، در حالی که تصور می‌شود سندرم جنگ خلیج فارس ناشی از استرس‌های زیست‌محیطی است. نکته: شدت و مدت PTSD در شرایطی که عوامل استرس‌زا به وسیله انسان ایجاد شده باشد (مثل شکنجه) بیشتر است.

نشانگان آسیب تجاوز جنسی: رویدادی که موجب PTSD می‌شود لزوماً نباید دسته‌جمعی تجربه شده باشد، این رویداد می‌تواند منحصر بفرد باشد. واکنش زن به تجاوز جنسی بسیار شبیه اختلال استرس پس از سانه است، و به همین خاطر آن را نشانگان آسیب تجاوز جنسی نامیده‌اند. وقتی یک زن مورد تجاوز جنسی قرار می‌گیرد اولین واکنش او مرحله‌ی «درهم ریختگی» نامیده می‌شود. بلافاصله بعد از تجاوز جنسی تقريباً تعداد برابری از زنان یکی از این دو سبک هیجانی را نشان می‌دهند: سبک بیانگر: نشان دادن ترس، خشم، اضطراب، گریه و دلهره یا سبک کنترل شده: نشان دادن ظاهر آرام. نشانه‌های اختلال PTSD هم معمولاً وجود دارند. اغلب قربانیان با گذشت زمان مرحله‌ی «درهم ریختگی» را پشت سر می‌گذارند و وارد مرحله‌ی «تجدید سازمان» می‌شوند. در فرآیند درازمدت تجدید سازمان اغلب زنان برای تأمین امنیت اقداماتی را انجام می‌دهند.

همه گیر شناسی

میزان شیوع PTSD در زنان ۱۰ تا ۱۲ درصد و در مردان ۵ تا ۶ درصد است. PTSD در هر سنی ممکن است پیدا شود، اما به دلیل ماهیت موقعیت‌های ایجادکننده آن سن شایع آن بزرگسالی است. به صورت تاریخی، آسیب مذکور در مردان معمولاً وقایع جنگی و در زن‌ها مورد حمله یا تجاوز واقع شدن است.

آسیب‌پذیری

عوامل زمینه ساز مربوط به آسیب‌پذیری ابتلا به PTSD وجود آسیب در کودکی، صفات مربوط به برخی اختلالات شخصیتی، ناکافی بودن نظام حمایتی خانواده و دوستان، جنسیت مونث، آسیب‌پذیری ارثی، استرس زیاد زندگی، سابقه اخیر در مصرف زیاد الکل. افراد خیلی خردسال و خیلی سالخورده در برخورد با وقایع آسیب‌زا بیشتر از میانسالان مشکل پیدا می‌کنند.

یافته‌ها نشان می‌دهد که افرادی که قبل از آسیب از نظر روانی سالم هستند در معرض کمترین خطر PTSD قرار دارند. اما اگر رویداد به قدر کافی فجیع و وحشتناک باشد، سلامتی روانی قبلی شما را مضمون نخواهد داشت. عامل احتمالی دیگری که به آسیب‌پذیری در برابر PTSD کمک می‌کند، آمادگی ارثی است.

علت ابتلای برخی افراد و عدم ابتلای دیگران را متأثر از سه عامل دانسته‌اند: تجربه‌های دوران کودکی، شخصیت، نظام حمایت اجتماعی. تجربه‌های دوران کودکی: کسانی که دوران کودکی خود را در فقر سپری کرده‌اند یا والدین آنها قبل از آنکه به سن ۱۰ سالگی برسد از یکدیگر جدا شده‌اند، در کودکی مورد حمله و تجاوز قرار گرفته‌اند و یا حادثه فاجعه‌آمیزی را تجربه کرده‌اند، آمادگی ابتلای بیشتری دارند. ویژگی‌های شخصیت: مشکلات روان شناختی داشته‌اند، فاقد غنای روابط اجتماعی بوده‌اند، و یا کسانی که خود را فاقد توانایی مهار کردن رویدادهای مشکل زندگی می‌دانند، آمادگی بیشتری برای ابتلا دارند.

نظام حمایت اجتماعی: برخورداری از نظام‌های حمایتی قدرتمند پس از یک رویداد ناگوار می‌تواند مانعی در راه گسترش یک اختلال تنیدگی حاد یا پس‌ضربه‌ای باشد.

ادراک یک موقعیت کنترل‌کننده بیرونی (علت طبیعی) به عوض یک عامل درونی (عامل انسانی): کسانی که نوعی موقعیت کنترل‌کننده بیرونی که نمی‌توانند هیچ نقشی در کنترل آن داشته باشند را در ایجاد موقعیت استرس‌زا موثر می‌دانند به شدت بیشتری تحت تاثیر آن هستند.

سبب شناسی

در مدل روانکاوانه این فرضیه مطرح است که سانحه باعث فعال شدن مجدد تعارض روانی می‌شود که تا پیش از آن آرام بود و نمودی نداشت، اما هنوز حل نشده است. فروید معتقد است در بیمارانی که سابقه آسیب جنسی در کودکی دارند، انشقاق و دوپارگی در خودآگاهی رخ می‌دهد. در این بیماران یک تعارض از پیش موجود ممکن است با بروز رویداد آسیب‌زای تازه‌ای مجدداً به صورت نمادین احیا شود. ایگو خاطراتش را مرور می‌کند و از این طریق می‌کوشد بر اضطراب مزبور فائق آید و از آن بکاهد. احیای آسیب دوران کودکی منجر به واپس‌روی و به کارگیری مکانیزم‌های دفاعی واپس‌زنی، انکار، واکنش وارونه و ابطال می‌شود. مخصوصاً بیمارانی که از آلکسی‌تایمی (ناتوانی در شناسایی یا به زبان آوردن حالت‌های احساسی) رنج می‌برند نمی‌توانند در شرایط استرسی خودشان را آرام کنند.

طبق مدل شناختی PTSD افراد مبتلا نمی‌توانند آسیبی را که عامل بروز اختلال بوده، پردازش یا توجیه کنند. آنها همچنان احساس فشار روانی می‌کنند و می‌کوشند با روش‌های اجتنابی از احساس وقوع مجدد آن جلوگیری کنند. به دلیل این نقص شناختی متناوباً آن را می‌پذیرند و انکار می‌کنند. گویی مغز با این قبول و انکار متناوب می‌کوشد حجم اطلاعاتی تحمیل شده را پردازش کند.

مدل رفتاری PTSD حاکی از آن است که پیدایش اختلال مزبور در دو مرحله صورت می‌گیرد: نخست شرطی‌سازی کلاسیک، آسیب مذکور که سبب ایجاد واکنش هراس‌آور شده با محرکی شرطی (یعنی یادآورهای جسمی و روانی) جفت می‌شود. سپس در مرحله دوم، از طریق یادگیری ابزاری محرک شرطی به صورت مستقل و بدون نیاز به محرک غیرشرطی اولیه، واکنش هراس‌آور تولید می‌کند و در نتیجه بیمار الگوی اجتناب از هر دو محرک شرطی و غیرشرطی را برای خود فراهم می‌کند.

عوامل زیستی: پرفعالیتی دستگاه‌های نورآدرنژیک و محور هیپوتالاموس-هیپوفیز، در این بیماران دیده می‌شود. همچنین، افزایش فعالیت و پاسخ‌دهی دستگاه صبی خودکار، عملکرد دستگاه نورآدرنژیک، و ناپهنجاری دستگاه اوپیوئیدی، در این اختلال موثر شناخته شده‌اند. نالمفن که آنتاگونیست گیرنده اوپیوئیدی است، در کاهش علائم PTSD مهم است. افزایش غلظت کاتکولامین‌ها در دختران مبتلا، و

آبي‌نفرين در سربازان مبتلا به اين اختلال (نمونه ادرار) ديده شده. پايين بودن غلظت کورتيزول، استرس با تغييرات ساختماني در هيپوکامپ ارتباط دارد.

تشخيص افتراقي

افتراق علائم PTSD از اختلال پانیک و اختلال اضطراب فراگير دشوار است، چون هر سه سندرم مزبور با اضطراب و انگيختگی دستگاه خودکار همراه هستند. در اين موارد نکته کليدی در تشخيص PTSD بررسي دقيق سير زماني رابطه علائم يا حادثه آسیب‌زا است. همچنين PTSD با تجربه محدود و اجتناب از تروما همراه است که اين ویژگی‌های در پانیک و GAD ديده نمی‌شود.

ویژگی‌های بالینی

افراد مبتلا به PTSD علائمی در سه حوزه نشان می‌دهند: علائم مزاحم متعاقب سانحه، اجتناب از محرک‌های مرتبط با سانحه و تجربه علائم افزای برانگيختگی خودکار نظير تقويت از جا پریدن. فلش‌بک‌ها (جهش به گذشته) که در آنها فرد طوری رفتار يا احساس می‌کند که انگار سانحه دوباره روی می‌دهد معرف یک علامت کلاسیک مزاحمت است.

فرد برای اینکه ملاک‌های PTSD را احراز کند باید دست کم یک علامت مزاحمت نشان بدهد. علائم اجتناب مرتبط با PTSD عبارتند از تلاش برای اجتناب از افکار يا فعاليت‌های مرتبط با سانحه، بی‌لذتی و کاهش توانایی یادآوری رویدادهای مرتبط با سانحه. کند شدن عاطفه و احساس گسست از خویشتن. علائم افزایش برانگيختگی نیز عبارتند از بی‌خوابی، تحریک‌پذیری، گوش به زنگی و تشديد از جا پریدن.

درمان

مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونين به دليل کارآیی و قابل تحمل بودن و بی‌خطر بودنشان، خط مقدم درمان PTSD هستند. بخشی برخی داروهای سه‌حلقه‌ای هم تأیید شده است. مطالعات نشان می‌دهد که دارو بیشتر در درمان افسردگی، اضطراب و بیش‌برانگيختگی بیمار موثر است، تا درمان اجتناب انکار و کرختی هیجانی او. مصرف داروهای ضدروان‌پریشی بی‌تأثير است و توصیه نمی‌شود.

در درمان PTSD روان‌درمانی پويشی مفيد است. بازسازی واقعه آسیب‌زا، توأم با تخلیه هیجانی و پالایش ممکن است اثربخش باشد. مداخلات روان‌درمانگرانه در مورد PTSD شامل رفتاردرمانی، شناخت‌درمانی و هیپنوتیزم است. بسیاری روان‌درمانی با زمان محدود (time limited) را برای درمان قربانیان آسیب توصیه می‌کنند. در اين درمان معمولاً رویکردی شناختی اتخاذ می‌شود و در عين حمایت و امنیتی هم برای بیمار فراهم می‌شود. در ضمن کوتاه‌مدت بودن آن هم از نکات مثبت اين نوع درمان است.

یکی از فنون درمانی در درمان PTSD حساسیت‌زدایی و بازپردازش حرکت چشم (EMDR) است که طی آن بیمار در حین اینکه تصویری از تجربه آسیب‌زا را در ذهن خود نگاه داشته است. بر روی حرکات جانبی از انگشت بالينگر تمرکز می‌کند. اين باعث بینش‌یابی و رفع علائم می‌شود.

۲- اختلال استرس حاد

ملاک‌های تشخيصی

A. مواجهه با مرگ واقعی يا تهديد به مرگ، صدمه جدی، يا خشونت جنسی به صورت یک (يا تعداد بیشتری) از موارد زیر:

۱. تجربه کردن مستقیم رویداد (رویدادهای آسیب‌زا).

۲. شاهد بودن رویداد (رویدادهایی) که برای دیگران رخ داده است.

۳. آگاهی از اینکه رویداد (رویدادهایی) برای اعضای خانواده نزدیک يا دوست نزدیک روی داده است.

- **توجه:** در موارد مرگ واقعی یا تهدید به مرگ عضوی از خانواده یا یک دوست، این رویداد (رویدادها) باید خشونت‌آمیز یا تصادفی بوده باشند.
۴. تجربه کردن مواجهه مکرر یا شدید با جزئیات ناگوار رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا (مثلاً مسئولین خط اول جمع‌آوری کننده‌ی بقایای اجساد؛ افسران پلیسی که بارها با جزئیات کودک‌آزاری مواجه می‌شوند).
- **توجه:** این در مورد مواجهه از طریق رسانه‌های الکترونیک، تلویزیون، فیلم‌ها، یا تصاویر صدق نمی‌کند، مگر اینکه این مواجهه مرتبط با شغل باشد.
- B. وجود ۹ (یا تعداد بیشتری) از نشانه‌های زیر از هر پنج طبقه مزاحمت، خلق منفی، تجزیه، اجتناب و برانگیختگی که بعد از وقوع رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا شروع یا بدتر شده باشند:

نشانه‌های مزاحمت

۱. یادآوری مکرر، عودکننده، ناراحت کننده و غیرارادی و مزاحم رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا.
- **توجه:** در کودکان، امکان دارد بازی مکرری روی دهد که در آن، موضوعات یا جنبه‌هایی از رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا ابراز شوند.
۲. رویاهای ناراحت کننده مکرر که در آنها محتوا و/ یا عاطفه رویا با این رویداد (رویدادها) ارتباط دارد.
- **توجه:** در کودکان، امکان دارد رویاهای ترسناک بدون محتوای قابل تشخیص وجود داشته باشند.
۳. واکنش‌های تجزیه‌ای (مثل بازگشت به گذشته) که در آنها فرد به گونه‌ای احساس یا عمل می‌کند که گویی رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا دوباره روی می‌دهند. (چنین واکنش‌هایی ممکن است به صورت یک پیوستار روی دهند، به طوری که جلوه بسیار شدید، فقدان کامل آگاهی از محیط‌های اطراف موجود باشد).
- **توجه:** در کودکان، بازآفرینی مجدد ویژه آسیب ممکن است در بازی روی دهد.
۴. ناراحتی روان‌شناختی شدید یا طولانی هنگام مواجهه با نشانه‌های درونی یا بیرونی که نماد جنبه‌ای از رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا هستند یا به آن شباهت دارند.

خلق منفی

۵. ناتوانی مداوم در تجربه کردن هیجانات مثبت (مثل ناتوانی در تجربه کردن احساسات شادی، خشنودی، یا عشق).

نشانه‌های تجزیه‌ای

۶. احساس تغییر یافته واقعیت محیط اطراف فرد یا خودش (مثل در نظر گرفتن خود از دیدگاه دیگران، در حالت گیجی بودن، احساس کندی زمان).
۷. ناتوانی در به یاد آوردن جنبه مهمی از رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا (معمولاً به علت یادزدودگی تجزیه‌ای و نه عوامل دیگری همچون جراحت سر، الکل، یا داروها).

نشانه‌های اجتناب

۸. تلاش‌هایی برای اجتناب کردن از خاطرات، افکار، یا احساسات مربوط به رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا یا خاطرات، افکار، یا احساساتی که ارتباط نزدیکی با این رویداد دارند.
۹. اقداماتی برای اجتناب کردن از یادآورهای بیرونی (افراد، مکان‌ها، گفتگوها، فعالیت‌ها، اشیاء، موقعیت‌ها) که خاطرات، افکار یا احساسات ناراحت کننده در مورد رویداد (رویدادهای) آسیب‌زا را برانگیخته می‌کنند.

نشانه‌های برانگیختگی

۱۰. اختلال خواب (مثل مشکل به خواب رفتن و حفظ تداوم خواب، خواب بیقرار).
۱۱. رفتار تحریک‌پذیر و طغیان‌های خشم (با اندکی تحریک یا بدون آن) که معمولاً به صورت پرخاشگری کلامی یا جسمانی نسبت به افراد یا اشیا ابراز می‌شوند.
۱۲. گوش به زنگی مفرط.
۱۳. مشکلاتی در رابطه با تمرکز.
۱۴. واکنش یکه خوردن اغراق‌آمیز.
- C. مدت این اختلال (نشانه‌ها در ملاک B) ۳ روز تا ۱ ماه پس از مواجهه با آسیب است.
- توجه: نشانه‌ها معمولاً بلافاصله بعد از آسیب شروع می‌شوند، اما ادامه حداقل ۳ روز تا ۱ ماه برای برآورده شدن ملاک‌های اختلال ضرورت دارد.
- D. این اختلال ناراحتی یا اختلال قابل‌ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد ایجاد می‌کند.
- E. این اختلال ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل دارو یا الکل) یا بیماری جسمانی دیگر نیست (مثل صدمه مغزی آسیب‌زای خفیف) و با اختلال روان‌پریشی کوتاه‌مدت بهتر توجیه نمی‌شود.

ویژگی‌های تشخیصی

ویژگی اصلی اختلال استرس حاد، ایجاد نشانه‌های مخصوص است که از ۳ روز تا ۱ ماه بعد از مواجهه با یک یا چند رویداد آسیب‌زا ادامه می‌یابند. رویدادهای آسیب‌زا که به طور مستقیم تجربه می‌شوند شامل موارد زیر هستند، ولی به آنها محدود نمی‌شوند: مواجهه با جنگ به عنوان مبارز یا غیرنظامی، حمله خشونت‌آمیز واقعی به شخص یا تهدید شدن به آن (مثل خشونت جنسی، حمله جسمانی، نبرد فعال، کیف‌زنی، خشونت جسمی و/ یا جنسی کودکی، مورد آدم‌ربایی قرار گرفتن، به گروگان گرفته شدن، حمله تروریستی، شکنجه)، بلایای طبیعی یا ساخت بشر (مثل زلزله، طوفان، سقوط هواپیما)، و تصادف شدید و سوانح شدید (مثل سوانح شدید اتومبیل، صنعتی). در مورد کودکان، رویدادهای آسیب‌زای جنسی ممکن است تجربیات جنسی نامناسب بدون خشونت یا جراحت را دربرداشته باشند.

اختلالات سازگاری :

طبقه تشخیصی اختلالات سازگاری به میزان وسیعی در میان بالینگران کاربرد دارد. مشخصه اختلالات سازگاری (Adjustment) واکنش هیجانی نسبت به یک رویداد استرس‌زا است. این اختلال از محدود عناوین تشخیصی است که در آن یک رویداد پراسترس بیرونی به بروز علائم مرتبط شده است. معمولاً عامل استرس شامل مسائل مالی یا بیماری طبیی یا مشکلات ارتباطی می‌شود. مجموعه علائمی که ایجاد می‌شوند ممکن است شامل عاطفه مضطرب یا افسرده باشند و یا ممکن است اختلال به صورت آشفتگی سلوک بروز کند. طبق تعریف علائم این اختلال باید ظرف مدت ۳ ماه پس از شروع عامل استرس‌زا ایجاد شوند و ظرف ۶ ماه پس از رفع عامل مزبور هم برطرف شوند. انواع اختلالات سازگاری عبارتند از : همراه خلق افسرده، همراه خلق مضطرب، همراه با آشفتگی سلوک و اختلال توام هیجان و سلوک.

سبب شناسی

طبق تعریف اختلال سازگاری بر اثر یک یا چند عامل استرس‌زا ایجاد می‌شود. عواملی مثل طلاق یا مرگ عزیزان و یا از دست دادن شغل از جمله مهمترین این عوامل هستند. عوامل استرس‌زا ممکن است مثل مشکلات شغلی یا زندگی در فقر عودکننده باشند. روابط ناهماهنگ داخل خانواده نیز ممکن است سبب اختلال انطباقی شود که بر کل نظام خانواده تاثیر می‌گذارد.

فهم سه عامل روان‌پویشی برای درک اختلالات سازگاری اهمیت اساسی دارد : ماهیت عامل استرس‌زا، معنی خودآگاه و ناخودآگاه عامل استرس‌زا و آسیب‌پذیری قبلی بیمار. فروید معتقد بود عامل سرشتی در مقابله با استرس نقش پررنگی دارد. تحقیق روانکاوی روی نقش مادر و محیط پرورش شخص در توانایی بعدی واکنش به استرس تاکید کرده است. در این میان بخصوص مفهوم «مادر به حد کافی خوب» دانلد وینیکات حائز اهمیت زیادی است. منظور از مادر به حد کافی خوب مادری است که با نیازهای کودک سازگاری نشان داده و حمایت کافی برای کودک رو به رشد فراهم می‌کند و او را قادر می‌سازد تا محرومیت‌های زندگی را تحمل کند.

انواع اختلالات سازگاری

نوع آشفتگی سلوک : در این نوع تظاهرات عمده مربوط به رفتار است که در آن حقوق دیگران زیر پا گذاشته می‌شود یا موازین و هنجارهای اجتماعی متناسب با سن نادیده گرفته می‌شوند. نمونه‌های رفتار در این طبقه عبارتند از : فرار از مدرسه، ولگردی و نزاع با دیگران.

نوع افسرده : خلق افسرده و گریه و زاری. البته این نوع اختلال باید از افسردگی اساسی متمایز شود چراکه بعد از یک دوره استرس‌زای بیرونی رخ داده است.

نوع مضطرب : علائم اضطراب فراگیر چون طیش قلب و بی‌قراری مزمن در این نوع رخ می‌دهند.

گروه آموزشی کیهان برای کنکور ارشد و دکتری روانشناسی چه خدماتی را ارائه می دهد؟



سلام دوستان ☺

میدونیم یکی از مهمترین و البته گاهاً سردرگم کننده ترین قدم ها برای شروع مطالعات برای شرکت در کنکور کارشناسی ارشد روان شناسی، قدم اوله، یعنی انتخاب درست منابع مطالعاتی! که ممکنه با دیدن فهرست های مختلف و بعضاً متناقض از منابع کنکور ارشد روان شناسی در سایت های مختلف دچار سردرگمی بشید. که این هم طبیعیه.

ما به چند دلیل از شما میخوایم با آسودگی و آرامش منابع پیشنهاد شده ی کیهان رو مطالعه کنید:

- دانشجویان خوب زیادی مثل شما همین منابع مطالعاتی معرفی شده از طرف کیهان رو مطالعه کرده ند و به رتبه های تک رقمی رسیده ند (مصاحبه هاشون رو در سایت بخونید و فیلم هاشون رو ببینید).
- همه مشاوران کیهان در مقطع ارشد و دکتری روان شناسی دانشگاه شهید بهشتی و تهران و علامه تحصیل کرده اند.
- منابع معرفی شده ی کیهان رو یک نفر به شکل انفرادی معرفی نمی کنه (بر خلاف سایت های دیگه) بلکه اینجا یک تیم از رتبه های برتر کنکور امسال هستند که منابع رو بررسی کرده اند.
- به نظر ما منابع باید درست و حسابی باشند و جامع و مانع! نه کتاب اضافی توی لیست باشه و نه کتاب مهمی از قلم بیفته. از این جهت که چند بار بررسی کردیم.
- حتماً حتماً توصیه می کنیم از مشاوره رایگان تلفنی یا حضوری کیهان (هیچ هزینه اضافی برای خط شما نداره) استفاده کنید. کافیه همین الان عدد ۱ رو به شماره ۰۲۱۶۶۴۷۵۶۲۰ اس ام اس کنید تا در اسرع وقت باهاتون تماس بگیریم و یک وقت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه ای کاملاً رایگان مشاوره با یکی از رتبه های تک رقمی کنکور ۹۶ یا ۹۷ براتون بذاریم.
- دوستتون داریم. با آرامش بخونید (:)

فرصت



برای همه!

یک جلسه مشاوره رایگان برای همه داوطلبان کنکور ارشد و دکتری روان شناسی و مشاوره

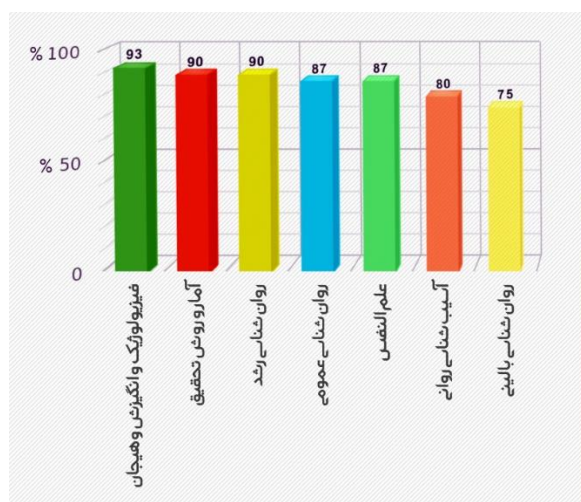
Kayhanravan.ir

کیهان برای هر یک از دروس کنکور چه کتاب‌ها و جزوات و خدماتی ارائه می‌دهد؟

نام درس	منابع	خدمات کیهان
زبان تخصصی ضریب ۲	کتاب متون تخصصی روان-شناسی به زبان انگلیسی (تألیف یحیی سیدمحمدی)	کتاب متون تخصصی روان‌شناسی یحیی سیدمحمدی (جلد ۲) فیلم آموزشی زبان مقدماتی (ویژه افرادی که باید از پایه شروع کنند - تأکید بر فهم متون تخصصی) - با تدریس دکتر صادق فلاح فیلم آموزشی زبان پیشرفته (ویژه افراد با سطح زبان متوسط - تأکید بر موفقیت در تست‌زنی) - با تدریس دکتر صادق فلاح کپسول زبان (ویژه کنکور وزارت علوم) کپسول زبان (ویژه کنکور وزارت بهداشت) کپسول زبان (ویژه رشته مشاوره)
روان‌شناسی رشد ضریب ۲	نظریه‌های رشد و لیام کرین روان‌شناسی رشد لورا برک روان‌شناسی ژنتیک دکتر منصور و دکتر دادستان	جزوه روان‌شناسی رشد کیهان (خلاصه مهم‌ترین نکات منابع - تهیه شده توسط دانشجویان دانشگاه تهران و شهیدبهبشتی) فیلم آموزشی درس روان‌شناسی رشد - با تدریس اساتید گروه کتاب تست طبقه‌بندی شده ویژه درس روان‌شناسی رشد کپسول درس روان‌شناسی رشد (شامل نکات کلیدی و کوتاه)
روان‌شناسی بالینی ضریب ۳	روان‌شناسی بالینی فیرس و ترال روان‌شناسی بالینی دکتر سعید شاملو نظریه‌های روان‌درمانی پروچاسکا و نورکراس نظریه و کاربرست مشاوره و روان‌درمانی جerald کری راهنمای سنجش روانی گراث و مارنات اصول مصاحبه بالینی اتمر و اتمر روان‌شناسی بالینی کرامر	کتاب روان‌شناسی بالینی فیرس و ترال جزوه روان‌شناسی بالینی کیهان (خلاصه مهم‌ترین نکات منابع - تهیه شده توسط دانشجویان دانشگاه تهران و شهیدبهبشتی) فیلم آموزشی درس روان‌شناسی بالینی - با تدریس دکتر نیک‌منش کتاب تست طبقه‌بندی شده ویژه درس روان‌شناسی بالینی کپسول درس روان‌شناسی بالینی (شامل نکات کلیدی و کوتاه)

نام درس	منابع	خدمات کیهان
روان شناسی مرضی و کودکان استثنایی ضریب ۲	<p>مرضی (آسیب شناسی روانی):</p> <ul style="list-style-type: none"> • آسیب شناسی روانی هالجین (یا سلیگمن) • خلاصه روان پزشکی کاپلان و سادوک • روان شناسی مرضی پریرخ دادستان • آسیب شناسی روانی ساراسون <p>استثنایی:</p> <ul style="list-style-type: none"> • کودکان استثنایی بهروز میلانی فر • آموزش کودکان استثنایی سیف نراقی و نادری • روان شناسی و آموزش و پرورش کودکان استثنایی دکتر افروز 	<p>کتاب آسیب شناسی روانی هالجین</p> <p>جزوه آسیب شناسی روانی کیهان (۲ جلد) - (خلاصه مهم ترین نکات منابع - تهیه شده توسط دانشجویان دانشگاه تهران و شهید بهشتی)</p> <p>جزوه کودکان استثنایی (و اختلالات کودکی) کیهان</p> <p>فیلم آموزشی درس آسیب شناسی روانی و کودکان استثنایی - با تدریس دکتر نیک منش</p> <p>کتاب تست طبقه بندی شده ویژه درس آسیب شناسی روانی و کودکان استثنایی</p> <p>کپسول درس آسیب شناسی روانی و کودکان استثنایی (شامل نکات کلیدی و کوتاه)</p>
آمار و روش تحقیق ضریب ۱	<p>روش تحقیق:</p> <ul style="list-style-type: none"> • روش تحقیق در روان شناسی و علوم تربیتی علی دلاور • روش تحقیق در علوم رفتاری حسن زاده <p>آمار:</p> <ul style="list-style-type: none"> • آمار و احتمالات کاربردی در علوم تربیتی و روان شناسی علی دلاور • روش های آماری در علوم رفتاری رمضان حسن زاده 	<p>کتاب آمار دکتر دلاور</p> <p>کتاب روش تحقیق دکتر دلاور</p> <p>جزوه آمار و روش تحقیق کیهان - (خلاصه مهم ترین نکات منابع - تهیه شده توسط دانشجویان دانشگاه تهران و شهید بهشتی)</p> <p>فیلم آموزشی درس آمار - با تدریس دکتر بسطامی</p> <p>فیلم آموزشی درس روش تحقیق - با تدریس دکتر بسطامی</p> <p>کتاب تست طبقه بندی شده ویژه درس آمار و روش تحقیق</p> <p>کپسول درس آمار و روش تحقیق (شامل نکات کلیدی و کوتاه)</p>

نام درس	منابع	خدمات کیهان
علم النفس ضریب ۱	علم النفس از دیدگاه دانشمندان اسلامی احدی و بنی جمالی روان شناسی شخصیت از دیدگاه اسلام علی اصغر احمدی	جزوه علم النفس کیهان - (خلاصه مهم ترین نکات منابع - تهیه شده توسط دانشجویان دانشگاه تهران و شهیدبهبشتی) فیلم آموزشی درس علم النفس - با تدریس خانم احسانی (رتبه ۷ کنکور ارشد) کتاب تست طبقه بندی شده ویژه درس علم النفس کپسول درس علم النفس (شامل نکات کلیدی و کوتاه)
روان شناسی فیزیولوژیک و انگیزش و هیجان ضریب ۱	فیزیولوژیک: • روان شناسی فیزیولوژیک کریم خداپناهی • روان شناسی اعصاب و عدد حائری روحانی انگیزش و هیجان: • روان شناسی انگیزش و هیجان کریم خداپناهی • روان شناسی انگیزش و هیجان جان مارشال ریو	جزوه روان شناسی فیزیولوژیک و انگیزش و هیجان کیهان - (خلاصه مهم ترین نکات منابع - تهیه شده توسط دانشجویان دانشگاه تهران و شهیدبهبشتی) فیلم آموزشی درس روان شناسی فیزیولوژیک (نوروسایکولوژی) - با تدریس آقای فتح الهی (رتبه ۱ کنکور ارشد) فیلم آموزشی درس انگیزش و هیجان - با تدریس آقای فتح- الهی (رتبه ۱ کنکور ارشد) کتاب تست طبقه بندی شده ویژه درس روان شناسی فیزیولوژیک و انگیزش و هیجان کپسول درس روان شناسی فیزیولوژیک و انگیزش و هیجان (شامل نکات کلیدی و کوتاه)



کیفیت سنج

جزوات ویژه کنکور کارشناسی ارشد

**جزوات گروه آموزش کیهان را
با اطمینان بخوانید!**



جزوات ویژه ارشد روانشناسی

www.Kayhanravan.ir

90% 85% 90% 70%



راه‌های ارتباطی با گروه آموزشی کیهان

آدرس مرکز

- تهران - خیابان انقلاب - خیابان ۱۲ فروردین - پایین تر از نظری - کوچه نوروز - پلاک ۴ - واحد ۳

- مرکز خدمات روانشناسی و مشاوره کیهان

- کد پستی: ۱۳۱۴۶۹۳۹۵۴

☎ تلفن

- 02166475618

- 02166475619

- 02166475620

- همیشه سعی کنید با هر سه خط تماس بگیرید .

- ما همیشه در ساعات کاری در کیهان هستیم، اگر پاسخ تلفن تان داده نشد این به معنای این است که

پشت خط هستید .

- در صورت شلوغ بودن خطوط، کافی است یک پیامک (حتی خالی) به سامانه پیامک ما بدهید تا در اولی

فرصت با شما تماس بگیریم .

➔پیامک

• 02166475620

○ این یک سامانه متعلق به کیهان است که پیامک های شما را دریافت می کند .

✉ایمیل

• info@kayhanravan.ir

• kayhanravan@gmail.com

IDتلگرام

• شماره: +۹۱۹۰+۹۵۸۷۰

• آیدی: <https://t.me/kayhanravan>

📠کانال های تلگرام

• کنکور کارشناسی ارشد: https://t.me/kayhanravan_ir

• کنکور دکتری: <https://t.me/kayhanravanPhD>

