

آسیب‌شناسی روانی (روانشناسی مرضی)

(بر مبنای DSM5)

سری کتاب‌های کمک آموزشی کارشناسی ارشد و
دکتری

مجموعه روانشناسی

مؤلف:

دکتر علیرضا محمدی

سخن ناشر

«ن والقلم و ما یسطرون»

کلمه نزد خدا بود و خدا آن را با قلم بر ما نازل کرد.

به پاس تشکر از چنین موهبت الهی، مؤسسه ماهان درصدد برآمده است تا در راستای انتقال دانش و مفاهیم با کمک اساتید مجرب و مجموعه کتب آموزشی خود برای شما داوطلبان ادامه تحصیل در مقطع کارشناسی ارشد، گام مؤثری بردارد. امید است تلاش‌های خدمتگزاران شما در این مؤسسه پایه‌گذار گام‌های بلند فردای شما باشد. مجموعه کتاب‌های کمک آموزشی ماهان به‌منظور استفاده داوطلبان کنکور کارشناسی ارشد سراسری و آزاد تألیف شده‌اند. در این کتاب‌ها سعی کرده‌ایم با بهره‌گیری از تجربه اساتید بزرگ و کتب معتبر داوطلبان را از مطالعه کتاب‌های متعدد در هر درس بی‌نیاز کنیم.

دیگر تألیفات ماهان برای سایر دانشجویان به‌صورت ذیل است.

● مجموعه کتاب‌های ۸ آزمون: شامل ۵ مرحله کنکور کارشناسی ارشد ۵ سال اخیر به همراه ۳ مرحله آزمون تألیفی ماهان همراه با پاسخ تشریحی می‌باشد که برای آشنایی با نمونه سوالات کنکور طراحی شده است. این مجموعه کتاب‌ها با توجه به تحلیل ۳ ساله اخیر کنکور و بودجه‌بندی مباحث در هریک از دروس، اطلاعات مناسبی جهت برنامه‌ریزی درسی در اختیار دانشجو قرار می‌دهد.

بدین‌وسیله از مجموعه اساتید، مولفان و همکاران محترم خانواده بزرگ ماهان که در تولید و به‌روزرسانی تألیفات ماهان نقش مؤثری داشته‌اند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌نماییم.

دانشجویان عزیز و اساتید محترم می‌توانند هرگونه انتقاد و پیشنهاد درخصوص تألیفات ماهان را از طریق سایت ماهان به آدرس mahan.ac.ir با ما در میان بگذارند.

مؤسسه آموزش عالی آزاد ماهان

سخن مولف

کتاب حاضر با هدف کمک به علاقه‌مندان رشته روان‌شناسی در تمامی گرایش‌ها و مقاطع کارشناسی و کارشناسی ارشد تهیه شده است. یکی از جنبه‌های تقریباً منحصر به فرد این کتاب در مقایسه با سایر کتاب‌های موجود در این زمینه، اشاره مطالب به صورت همه جانبه ضمن خلاصه بودن است.

همچنین این کتاب دارای چندین ویژگی است:

۱. مطالب این کتاب به گونه‌ای گردآوری شده است که نه تنها برای داوطلبان کنکور بلکه برای تمام افرادی که در مقاطع متفاوت رشته روان‌شناسی مشغول به تحصیل هستند مناسب است.
 ۲. دانشجو و یا داوطلبان کنکور، پس از مطالعه این کتاب در نهایت می‌توانند این اطمینان خاطر را داشته باشند که به تمامی مطالب مرتبط با درس آسیب‌شناسی اشراف دارند.
 ۳. در این کتاب سعی شده است که ملاک‌های تشخیصی هر اختلال را هم به صورت جدول و هم به صورت توضیح آورده شود تا دانشجو یا داوطلبان به هر گونه‌ای که یادگیری برایشان مناسب است، مطالب را مطالعه نمایند.
 ۴. به تفاوت‌های مهم هر اختلال در DSM5 با DSM4 پرداخته شده است.
 ۵. تشخیص‌های افتراقی هر اختلال ذکر شده است.
- در این کتاب سعی بر این بوده است که مطالب به گونه‌ای جمع‌آوری شود که به داوطلبان و دانشجویان کمک شود تا مطالب را با انسجام بیشتری مطالعه نمایند.

دکتر علی‌رضا محمدی

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۷	فصل اول : تاریخچه آسیب‌شناسی روانی
۲۵	فصل دوم : طبقه‌بندی، تشخیص و درمان
۵۴	فصل سوم : روش‌های تحقیق در روان‌شناسی
۶۳	فصل چهارم : سنجش و ارزیابی بالینی
۸۲	فصل پنجم : علائم و نشانه‌ها در روان‌پزشکی
۱۰۲	فصل ششم : دیدگاه‌های نظری درباره اختلالات روانی و روش‌های درمانی آنها
۱۷۸	فصل هفتم: علوم روانی - اجتماعی - فرهنگی در شناخت رفتار آدمی
۲۰۴	فصل هشتم: بهنجاری و سلامت روان
۲۳۲	فصل نهم: اختلالات عصبی - رشدی
۳۰۵	فصل دهم: طیف اسکیزوفرنی و اختلالات روان‌پریشی دیگر
۳۲۷	فصل یازدهم: دوقطبی و اختلالات مرتبط
۳۴۲	فصل دوازدهم: اختلالات افسردگی
۳۵۷	فصل سیزدهم: اختلالات اضطرابی
۳۷۹	فصل چهاردهم: وسواس فکری عملی و اختلالات مرتبط
۳۹۸	فصل پانزدهم: اختلالات مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زا
۴۱۹	فصل شانزدهم: اختلالات تجزیه‌ای / گسستگی
۴۳۳	فصل هفدهم: اختلالات نشانه جسمانی و اختلالات مرتبط
۴۴۶	فصل هجدهم: اختلالات تغذیه و خوردن
۴۶۷	فصل نوزدهم: اختلالات دفعی
۴۷۲	فصل بیستم: اختلالات خواب و بیداری
۴۹۵	فصل بیست و یکم: اختلالات عصبی - شناختی
۵۱۰	فصل بیست و دوم: کژکاری‌های جنسی (اختلالات عملکرد جنسی)
۵۲۴	فصل بیست و سوم: نارضایتی (ملال) جنسیتی
۵۲۸	فصل بیست و چهارم: اختلالات ناهنجاری جنسی (پارافیلیک)
۵۴۱	فصل بیست و پنجم: اختلالات اخلاک‌گر، کنترل تکانه و سلوک
۵۵۲	فصل بیست و ششم: اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد
۵۷۳	فصل بیست و هفتم: اختلالات شخصیت
۶۲۰	فصل بیست و هشتم: بزرگسالی
۶۴۶	منابع

فصل اول

تاریخچه آسیب‌شناسی روانی

فصل ۱: تاریخچه آسیب‌شناسی روانی



تعریف

تعریف روان‌شناسی مرضی^۱ (آسیب‌شناسی روانی یا روان‌شناسی نابهنجاری)

روان‌شناسی مرضی، به منزله شاخه‌ای از روان‌شناسی است که به بررسی رفتار نابهنجار یا مرضی می‌پردازد، به بیان دیگر آسیب‌شناسی روانی را باید علم بررسی‌های روان‌شناختی بر مبنای مشاهده نابهنجاری‌ها در بیماران روانی یا افراد سازش‌نایافته دانست. هدف آسیب‌شناسی روانی، مطالعه سبب‌شناسی، بررسی روند شکل‌گیری و توصیف علائم و نشانه‌های اختلال‌های روانی و شرح و توصیف اختلال‌های ذهنی و رفتاری است که دلالت بر وجود نوعی ناسازگاری و نابهنجاری دارند. متخصصان بالینی و پژوهشگران باید علاوه بر دلسوزی، ویژگی‌های دیگر و مهارت‌های نیز داشته باشند. آنها اگر بخواهند از اختلالات روانی آگاه شوند، باید یاد بگیرند سؤال‌هایی را بپرسند که آنها را قادر می‌سازند به بیماران و خانواده‌هایی که اختلالات روانی دارند کمک کنند. این سؤال‌ها کانون رویکرد مبتنی بر پژوهش هستند که به تحقیق علمی و مشاهده دقیق برای آگاهی یافتن از آسیب‌شناسی روانی توجه دارند. برای مثال وقتی یک متخصص بالینی برای اولین بار درمانجو یا بیماری را می‌بیند، برای اینکه از مسائل یا مشکلات مربوط به آن فرد آگاه شود سؤال‌های زیادی می‌پرسد. از جمله سوالاتی درباره انباشت خانوادگی^۲ به این معنا که آیا افراد دیگری نیز در خانواده مشکل مشابه مراجع را دارند، را می‌پرسد.

مفهوم بهنجاری و نابهنجاری

بهنجاری و نابهنجاری مفهومی نسبی است و به آسانی از هم قابل تمیز نیستند.

نابهنجاری را می‌توان براساس نادر بودن (مانند چپ دست بودن) یا انحراف از میانگین (نظیر قد خیلی کوتاه) نیز تعریف کرد. نابهنجاری یک اصطلاح کلی است و فقط درصد نشان دادن اشکال داشتن رفتار فرد از نظر روانی است. هر چند در مورد اینکه چه حالت‌هایی اختلال محسوب می‌شوند و چه حالت‌هایی اختلال محسوب نمی‌شوند، اتفاق نظر عمومی وجود دارد اما مسئله اصلی این است که یک رفتار واحدی وجود ندارد که کسی را نابهنجار کند، بلکه چند عنصر واضح یا شاخص‌های نابهنجاری وجود دارد.

ملاک‌های نابهنجاری عبارتند از:

- ۱- **رنج و پریشانی**^۳: تجربه عذاب هیجانی یا جسمانی، در زندگی امری متداول است. گاهی عذاب آنچنان زیاد می‌شود که فرد به سختی می‌تواند فعالیت کند اما رنج نه شرط ضروری نابهنجاری است و نه شرط کافی، زیرا رنج در جریان طبیعی امری عادی است. لازم به ذکر است که ناتوانی و رنج شخصی الزاماً در حیطه نابهنجاری‌ها قرار نمی‌گیرد.
- ۲- **ناسازگاری**^۴: رفتارهایی که قویاً مانع از بهزیستی فرد یا جامعه می‌شوند، ناسازگارانه هستند و در ارزیابی نابهنجاری جزو عوامل تأثیرگذار محسوب می‌شوند. منظور از بهزیستی فرد، توانایی برقرار کردن روابط رضایت‌بخش با دیگران است.
- ۳- **نامعقولی و غیرقابل درک بودن**: اشاره به غیرمنطقی بودن رفتار فرد است. برای مثال اختلال فکر که نشانه‌ی اصلی اسکیزوفرنی می‌باشد شامل افکاری است که آشکارا نامعقول و نامأنوس هستند.
- ۴- **پیش‌بینی ناپذیری و فقدان کنترل**: پیش‌بینی‌پذیری به معنای ثبات رفتار است. ما انتظار داریم رفتار افراد ثابت و پایدار باشد و از فرصتی به فرصت دیگر قابل پیش‌بینی باشند. نیاز ما به کنترل کردن محیط و حفظ آزادی مستلزم آن است که افراد دیگر برای ما پیش‌بینی‌پذیر باشند، باین‌حال تمام موارد فقدان کنترل نابهنجار نیستند.
- ۵- **مشهود و نامتعارف بودن**: اشاره به نادر بودن و ناخوشایند بودن یک عمل دارد زیرا رفتارهایی که نادر و ناخوشایند هستند به احتمال زیاد کاملاً مشهود به‌نظر می‌رسند. بنابراین رفتاری که هم نادر و هم از نظر اجتماعی ناپسند است، نابهنجار انگاشته می‌شود از سوی دیگر رفتار نادری که از نظر اجتماعی پسندیده است استعداد محسوب می‌شود.
- ۶- **ناراحتی مشاهده‌گر**: گاهی انجام برخی رفتارها برای فرد احساس راحتی ایجاد می‌کند اما تعارض‌های روانی که آنها ایجاد می‌کنند برای دیگران دردناک است که نوعی نابهنجاری محسوب می‌شود.
- ۷- **تخلف از معیارهای اخلاقی و آرمانی**: اشاره به رفتاری که از لحاظ اجتماعی و فرهنگی غیرقابل قبول است.

1- Abnormal psychology
2- Family aggregation
3- Suffering
4- Distress
5- Maladaptiveness

تعریف بهنجاری و نابهنجاری از دیدگاه‌های دیگر

۱- دیدگاه مرضی یا آسیب‌شناختی

از نظر آسیب‌شناسی، رفتار نابهنجار نتیجه‌ی حالتی مرضی و یا اختلالی است که براساس نشانه‌های بالینی قابل تشخیص باشد. نخست آنکه وجود علامت‌ها یا نشانه‌های مرضی، دلیلی بر نابهنجاری است. ثانیاً فقدان نشانه‌های مرضی دلیلی بر بهنجاری است. البته مسأله بهنجاری یا مسأله مرضی در کودک بسیار پیچیده است، چون کودک، موجودی در حال تحول است.

۲- دیدگاه آماری

در این دیدگاه به اتکای بررسی ریاضی و استفاده از ترسیم منحنی نرمال یا زنگوله‌ای می‌توان حد بهنجاری یا نابهنجاری را مشخص کرد. مرتبه‌ی بهنجاری برحسب مؤلفان دو سوم تا سه چهارم حد میانی منحنی اکثر گروه‌های مورد مطالعه را دربرمی‌گیرد و افرادی که در خارج از این چهارچوب قرار دارند نابهنجار یا برتر قلمداد می‌شوند.

۳- دیدگاه فرهنگی

طبق این دیدگاه، رفتار و یا بازخوردهای یک فرد برحسب محیط اجتماعی که در آن زندگی می‌کند، بهنجار یا نابهنجارند.

۴- دیدگاه آرمانی‌نگر یا تعیین‌الگوی بهنجاری

طبق این دیدگاه، بهنجاری به‌عنوان یک حالت کمال از راه توسل به یک الگوی فرضی که افراد خواهان رسیدن به آن هستند، تعریف می‌شود. آرمانی که شاید خواسته‌ی سیاستمداران، رهبران یا والدین باشد.

۵- بهنجاری به منزله‌ی سازش با توقعات خود و جهان بیرون

می‌توان بهنجاری را به منزله‌ی یک فرایند سازش با ظرفیت واکنش برای بازیافتن تعادل از دست رفته‌ی پیشین تلقی کرد.

چه عواملی موجب رفتار نابهنجار می‌شود؟

گرچه شناختن علت‌های رفتار نابهنجار هدف مطلوبی است، اما دست یافتن به آن فوق‌العاده دشوار است، زیرا رفتار انسان بسیار پیچیده است. حتی ساده‌ترین رفتار انسان، مانند صحبت کردن یا نوشتن یک کلمه، حاصل هزاران رویداد قبلی است - ارتباط‌های بین آنها که همیشه روشن نیست. خیلی از پژوهشگران اکنون ترجیح می‌دهند به جای علت‌ها از عوامل مخاطره‌آمیز صحبت کنند.

علت‌های ضروری، کافی و کمک‌کننده

صرف نظر از دیدگاه نظری فرد برای مشخص کردن نقشی که یک عامل در سبب‌شناسی^۱ یا الگوی علیتی رفتار نابهنجار ایفا می‌کند، از چند اصطلاح می‌توان استفاده کرد. علت ضروری (مثلاً علت X) شرایطی است که باید وجود داشته باشد تا یک اختلال (مثلاً Y) روی دهد. برای مثال داءالرقص هانتینگتون^۲ اختلال مغزی تباهشی نادر دستگاه عصبی مرکزی - که فقط در صورتی می‌تواند ایجاد شود که فرد ژن لازم را داشته باشد.

علت کافی یک اختلال (مثل علت X) شرایطی است که وقوع اختلال (مثل اختلال Y) را تضمین می‌کند. برای مثال، یک نظریه جاری فرض می‌کند که ناامیدی (X) علت کافی افسردگی (Y) است. با این حال، علت کافی ممکن است علت ضروری نباشد. برای مثال در مورد افسردگی، أبرامسون^۳ و همکاران (۱۹۸۹) تأیید می‌کنند که ناامیدی علت ضروری افسردگی نیست؛ افسردگی علت‌های دیگر نیز دارد.

سرانجام اینکه، چیزی که ما اغلب در پژوهش آسیب‌شناسی روانی بررسی می‌کنیم علت‌های کمک‌کننده هستند. علت کمک‌کننده (مانند علت X) علتی است که احتمال ایجاد یک اختلال (مثل اختلال Y) را افزایش می‌دهد، اما برای وقوع آن اختلال نه ضروری و نه کافی است. یا به صورت کلی‌تر، اگر X روی دهد، در این صورت احتمال وقوع Y افزایش می‌یابد.

علاوه بر متمایز کردن علت‌های لازم، کافی، و کمک‌کننده رفتار نابهنجار، باید مقطع زمانی را نیز که علت‌های مختلف در آن عمل می‌کنند، در نظر داشته باشیم. برخی از عوامل علیتی که در اوایل زندگی اتفاق می‌افتند ممکن است تأثیرات خود را تا چند سال بعد نشان ندهند؛ اینها عوامل علیتی دور^۴ هستند که ممکن است به زمینه‌ی دچار شدن به اختلال کمک کنند. در مقابل، عوامل علیتی دیگر، مدت کوتاهی قبل از وقوع نشانه‌های اختلال عمل می‌کنند؛ اینها عوامل علیتی نزدیک^۵ هستند. گاهی یک عامل علیتی نزدیک ممکن است شروع

1- etiology

2- Huntington's chorea

3- Abramson

4- distal causal factors

5- proximal causal factors

یک اختلال را راه‌اندازی کند. علت کمک کننده، تقویت‌کننده شرایطی است که رفتار ناسازگارانه‌ای را که قبلاً روی داده است، نگه می‌دارد.

بازخورد و دوجتهی بودن در رفتار نابهنجار

به طور سنتی در علوم، تکلیف تعیین کردن روابط علت و معلولی روی مجزا کردن شرایط X (علت) که بتوان ثابت کرد به شرایط Y (معلول) منجر می‌شود، تمرکز یافته است. در مواردی که بیش از یک عامل علیتی درگیر باشد، که اغلب چنین است، از اصطلاح الگوی علیتی استفاده می‌شود. در این مورد، شرایط A، B، C و غیره به شرایط Y منجر می‌شود. در هر صورت، این مفهوم علت، از یک مدل خطی ساده پیروی می‌کند که در آن، متغیر خاصی یا مجموعه‌ای از متغیرها، بلافاصله یا بعداً به نتیجه‌ای منجر می‌شود. اما در علوم رفتاری، نه تنها معمولاً به چندین علت تأثیرگذار بر هم می‌پردازیم، بلکه اغلب در متمایز کردن اینکه چه چیزی علت و چه چیزی معلول است نیز مشکل داریم، زیرا معلول‌ها می‌توانند به صورت بازخورد عمل کنند که به نوبه خود بر علت‌ها تأثیر می‌گذارند. به عبارت دیگر، تأثیرات بازخورد و وجود تأثیرات متقابل یا دوجتهی، باید به حساب آورده شوند.

دیدگاه‌های علیتی رفتار نابهنجار

رفتار نابهنجار را می‌توان از نظر دیدگاه‌های متعدد در نظر گرفت که عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی - فرهنگی را شامل می‌شوند.

علت‌های زیستی

زمینه زیستی، تأثیرات ژنتیکی و محیطی بر عملکرد جسمانی را شامل می‌شوند. افراد مبتلا به اختلالات روانی ممکن است زمینه دچار شدن به اختلالات رفتاری را به ارث برده باشند، عوامل ارثی که کارکرد دستگاه عصبی را تغییر می‌دهند، مورد توجه خاص قرار دارند. تغییرات فیزیولوژیکی نیز وجود دارند که بر رفتار تأثیر می‌گذارند مثل صدمه مغزی یا مواجهه با محرک‌های محیطی زیان‌آور. مواد سمی یا آلرژی‌زا در محیط نیز می‌توانند باعث شوند که فرد دچار تغییرات هیجانی و رفتاری شود.

دیدگاه زیستی سنتی بر اختلالات روانی به عنوان بیماری تمرکز می‌کند که تعدادی از نشانه‌های اصلی آنها شناختی، هیجانی، یا رفتاری هستند. بنابراین، اختلالات روانی به صورت اختلالات سیستم عصبی مرکزی، سیستم عصبی خودمختار، و / یا سیستم درون‌ریز در نظر گرفته شده‌اند که به ارث برده شده یا برخی فرایندهای بیمارگون آنها را ایجاد کرده‌اند. در اینجا روی چهار طبقه از عوامل زیستی تمرکز خواهیم کرد که به نظر می‌رسد با ایجاد رفتار ناسازگارانه ارتباط زیادی دارند: (۱) نابهنجاری‌های انتقال‌دهنده عصبی و هورمونی در مغز یا قسمت‌های دیگر سیستم عصبی مرکزی، (۲) آسیب‌پذیری‌های ژنتیکی، (۳) خلق و خو، و (۴) کژکاری مغز و انعطاف‌پذیری عصبی.

ناابهنجاری‌های انتقال‌دهنده‌های عصبی و هورمون‌ها. برای اینکه مغز درست کار کند، نورون‌ها یا سلول‌های عصبی باید بتوانند به نحو مؤثری با یکدیگر ارتباط برقرار نمایند. این ارتباط از طریق انتقال تکانه‌های عصبی که ماهیت برقی دارند، انجام می‌گیرد. تکانه‌های عصبی از جسم سلول یا دندریت‌های یک نورون (سلول عصبی) به سمت پایین به طرف آکسون می‌روند. انتقال بین نورونی توسط انتقال‌دهنده‌های عصبی^۱ انجام می‌شود. انتقال‌دهنده‌های عصبی می‌توانند نورون پس‌سیناپسی را برای شروع تکانه یا جلوگیری از انتقال تکانه، تحریک کنند. گاهی انتقال‌دهنده‌های عصبی توسط آنزیمی مانند مونوآمین اکسیداز^۲ به سرعت نابود می‌شوند و گاهی توسط مکانیزم بازجذب، به کیسه‌های ذخیره در انتهای آکسون بر می‌گردند. بازجذب، فرایند جذب مجدد است که انتقال‌دهنده‌های عصبی توسط آن بازجذب شده یا به طور مؤثری جذب پایانه آکسون می‌شوند. آنزیم مونوآمین اکسیداز در پایانه پیش‌سیناپسی هم وجود دارد و در آنجا نیز می‌تواند انتقال‌دهنده عصبی اضافی را نابود کند. انواع مختلف انتقال‌دهنده عصبی وجود دارد؛ برخی احتمال شلیک نورون پس‌سیناپسی (تولید تکانه) را افزایش می‌دهند، و برخی دیگر از تکانه جلوگیری می‌کنند. اینکه آیا پیام عصبی به طرز موفقیت‌آمیزی به نورون پس‌سیناپسی منتقل شود، تا اندازه‌ای به تراکم انتقال‌دهنده‌های عصبی خاص در سیناپس بستگی دارد.

عدم تعادل سیستم‌های انتقال‌دهنده عصبی. این عقیده که عدم تعادل انتقال‌دهنده‌های عصبی در مغز می‌تواند به رفتار نابهنجار منجر شوند، این روزها یکی از اصول اساسی دیدگاه زیستی است، علاوه بر این، گاهی استرس روان‌شناختی می‌تواند موجب عدم تعادل‌های انتقال‌دهنده عصبی شود. این عدم تعادل‌ها می‌توانند به صورت‌های مختلف ایجاد شوند.

تصور می‌شود اختلالات مختلف، از الگوهای متفاوت عدم تعادل‌های انتقال‌دهنده عصبی در مناطق مختلف مغز ناشی می‌شوند. در ضمن عقیده بر این است که داروهای متفاوتی که برای درمان اختلالات مختلف مصرف می‌شوند، با اصلاح کردن این عدم تعادل‌ها تأثیر می‌گذارند. برای مثال پروزاک^۳، نوعی داروی ضد افسردگی که وسیعاً تجویز می‌شود، بازجذب انتقال‌دهنده عصبی سروتونین^۱ را کند کرده و بدین وسیله مدت زمان باقی ماندن سروتونین در سیناپس را طولانی می‌کند.

1- neurotransmitters
2- monoamine oxidase
3- Prozac

گرچه بیش از صد انتقال‌دهندهٔ عصبی تا به امروز کشف شده‌اند، پنج نوع انتقال‌دهندهٔ عصبی مختلف در رابطه با آسیب‌شناسی روانی وسیعاً مورد بررسی قرار گرفته‌اند: (۱) نوراپی نفرین^۱، (۲) دوپامین^۲، (۳) سروتونین^۳، (۴) گلوتامیت^۴، و (۵) اسید گاما آمینوبوتیریک^۵ (معروف به «GABA»). سه تای اول به طبقهٔ انتقال‌دهنده‌های عصبی به نام مونوآمین‌ها^۶ تعلق دارند زیرا هر یک از اسید آمینهٔ واحدی ساخته می‌شود (مونوآمین یعنی «یک آمین»). معلوم شده است که نوراپی نفرین در واکنش‌های اضطراری بدن ما زمانی که با موقعیت بسیار استرس‌زا یا خطرناک روبرو می‌شویم، همین‌طور در توجه، تشخیص موقعیت، و انگیزه‌های اساسی، نقش مهمی ایفا می‌کند. برخی از وظایف دوپامین، لذت و پردازش شناختی است و در اسکیزوفرنی و اختلال‌های اعتیادی درگیر است. معلوم شده است که سروتونین بر نحوه‌ای که فکر می‌کنیم و اطلاعات دریافتی از محیط خود را پردازش می‌کنیم، و همچنین بر رفتارها و خلق‌ها، تأثیر مهمی دارد. بنابراین، شگفت‌آور نیست که سروتونین در اختلالات هیجانی مانند اضطراب و افسردگی و همین‌طور در خودکشی، نقش مهمی را ایفا می‌کند.

عدم تعادل‌های هورمونی. برخی انواع آسیب روانی با عدم تعادل‌های هورمونی نیز ارتباط دارند. هورمون‌ها پیک‌های شیمیایی هستند که مجموعه‌ای از غدد درون‌ریز در بدن ما آنها را آزاد می‌کنند. هر یک از غدد درون‌ریز، مجموعه هورمون‌های خود را تولید و مستقیماً به داخل جریان خون ما آزاد می‌کند. این هورمون‌ها سپس حرکت می‌کنند و به‌طور مستقیم بر سلول‌های هدف در قسمت‌های مختلف مغز و بدن ما تأثیر می‌گذارند و رویدادهای گوناگون، نظیر واکنش‌های جنگ یا گریز، پاسخ‌های جنسی، رشد جسمانی، و چند جلوهٔ جسمانی دیگر حالت‌های روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. سیستم عصبی مرکزی ما با تأثیرات هیپوتالاموس بر غدهٔ هیپوفیز^۶ که غدهٔ رهبر بدن است، و هورمون‌های گوناگونی را تولید می‌کند که غدد درون‌ریز دیگر را تنظیم یا کنترل می‌کنند، با سیستم درون‌ریز ارتباط دارد (از طریقی که به سیستم عصبی - درون‌ریز معروف است).

یک مجموعه تعامل‌های بسیار مهم در محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال روی می‌دهد. فعال شدن این محور شامل موارد زیر می‌شود:

۱. پیام‌ها به شکل هورمون آزادکنندهٔ کورتیکوتروفین (CRH)^۷ از هیپوتالاموس به سمت هیپوفیز حرکت می‌کنند.
۲. هیپوفیز در پاسخ به CRH، هورمون آدرنوکورتیکوتروفیک (ACTH)^۸ را آزاد می‌کند که قشر غدهٔ فوق‌کلوی را (که بالای کلیه قرار دارد) تحریک می‌کند تا اپی نفرین (آدرنالین) و هورمون استرس کورتیزول^۹ را تولید کند. کورتیزول بدن را برای پرداختن به استرس بسیج می‌کند.
۳. کورتیزول به نوبهٔ خود به هیپوتالاموس و هیپوفیز بازخورد می‌دهد تا آزاد کردن CRH و ACTH خود را کاهش دهند که این به نوبهٔ خود آزاد شدن آدرنالین و کورتیزول را کاهش می‌دهد. این سیستم بازخورد منفی خیلی شبیه ترموستات که دما را تنظیم می‌کند، عمل می‌نماید.

بدکارکردن این سیستم بازخورد منفی، در شکل‌های مختلف آسیب روانی مانند افسردگی و اختلال استرس پس از آسیب دخالت دارد. **آسیب‌پذیری‌های ژنتیکی.** پژوهش در زمینهٔ وراثت‌شناسی مربوط به رشد نشان داده است که نابهنجاری‌هایی در ساختار یا تعداد کروموزوم‌ها یا نقایص یا اختلالات عمده ارتباط دارند. برای مثال، نشانگان دان^{۱۰} نوعی ناتوانی عقلانی است که به موجب آن، در کروموزوم ۲۱ به جای دو کروموزوم، سه کروموزوم وجود دارد. در این مورد کروموزوم اضافی علت اصلی اختلال است. صفات شخصیت و اختلالات روانی صرفاً تحت تأثیر نابهنجاری‌های کروموزومی قرار نمی‌گیرند، بلکه نابهنجاری‌هایی در برخی ژن‌های روی کروموزوم‌ها، یا تغییراتی که به طور طبیعی در ژن‌ها روی می‌دهند و به چندریختی معروف هستند، بر آنها تأثیر می‌گذارند. با اینکه اغلب شنیده‌اید که می‌گویند «ژن» اختلال خاصی کشف شده است، اما آسیب‌پذیری‌ها نسبت به اختلالات روانی تقریباً همیشه چندژنی هستند، یعنی تحت تأثیر چندین ژن یا چندریختی‌های متعدد ژن‌ها قرار دارند، به طوری که هر ژن واحدی فقط تأثیرات بسیار جزئی دارد.

ژن‌ها عملاً می‌توانند در پاسخ به تأثیرات محیط مانند استرس، «روشن» یا فعال، و «خاموش»، یا نفعال شوند. رابطهٔ تیپ‌های ارثی با تیپ‌های پدیداری کل استعداد ژنتیکی فرد، تیپ ارثی^{۱۱} او نامیده می‌شود، و به جز در مورد دوقلوهای یک تخمکی، هیچ دو انسانی زندگی را با استعداد یکسان شروع نمی‌کنند. خصوصیات ساختاری و کارکردی مشاهده شده که از تعامل تیپ ارثی و محیط حاصل می‌شوند، تیپ پدیداری^{۱۲} فرد نامیده می‌شود.

همبستگی‌های تیپ ارثی - محیط. پژوهشگران سه شیوهٔ مهمی را که تیپ ارثی فرد ممکن است محیط او را شکل دهد، معلوم کرده‌اند.

- 1- serotonin
- 2- norepinephrine
- 3- dopamine
- 4- gamma aminobutyric acid
- 5- monamines
- 6- pituitary gland
- 7- corticotrophin – releasing hormone
- 8- adrenocorticotrophic
- 9- cortisol
- 10- Down syndrome
- 11- genotype
- 12- phenotype



۱. تیپ ارثی کودک می‌تواند از چیزی که تأثیر منفعل بر محیط نامیده شده است برخوردار باشد که از شباهت ژنتیکی والدین و فرزندان حاصل می‌شود. برای مثال، والدین بسیار باهوش ممکن است محیط بسیار تحریک‌کننده‌ای را برای فرزند خود تأمین کنند، بنابراین، محیطی را به وجود آورند که به صورت مثبت با استعداد ژنتیکی کودک برای هوش بالا تعامل خواهد کرد. برعکس، والدینی که رفتار ضد اجتماعی دارند، محیط مخاطره آمیزی را به وجود می‌آورند که با کژکاری خانوادگی مشخص می‌شود، و بدین وسیله احتمال برخی اختلالات روانی را در فرزندان خود افزایش می‌دهند.
۲. تیپ ارثی کودک ممکن است انواع خاصی از واکنش‌ها را از محیط اجتماعی و مادی فراخوانی کند - که تأثیر فراخوان نامیده می‌شود. برای مثال، بچه‌های فعال و شاد در مقایسه با بچه‌های منفعل و بی‌اعتنا، پاسخ‌های مثبت‌تری را از دیگران فراخوانی می‌کنند. همچنین، کودکانی که استعداد موسیقی دارند ممکن است در مدرسه برگزیده شوند و فرصت‌های خاصی به آنها داده شود.
۳. تیپ ارثی کودک ممکن است نقش فعال‌تری در شکل دادن محیط داشته باشد - که به آن تأثیر فعال گفته می‌شود. در این مورد، کودک ممکن است به دنبال محیطی باشد یا آن را بسازد که دلخواه و متناسب باشد - پدیده‌ای که «موقعیت مناسب‌سازی» نامیده می‌شود. برای مثال، کودکان برون‌گرا ممکن است به دنبال همراهی با دیگران باشند و بدین وسیله گرایش‌های خود به اجتماعی بودن را تقویت کنند.

تعامل‌های تیپ ارثی - محیط. در مورد نوع همبستگی‌های تیپ ارثی - محیط که شرح داده شد، ما شاهد تأثیراتی هستیم که ژن‌ها بر مواجهه کودک با محیط دارند. اما علاوه بر آن، نکته جالب این است که افراد دارای تیپ‌های ارثی متفاوت ممکن است نسبت به محیط خود به صورت متفاوتی حساس باشند؛ این به تعامل تیپ ارثی - محیط معروف است. اختلالی که به ناتوانی عقلانی ناشی از PKU معروف است، نمونه مهمی را در اختیار می‌گذارد. کودکانی که در برابر PKU آسیب‌پذیری ژنتیکی دارند، در مقایسه با کودکان بهنجار، به تعدادی از غذاهای رایج دارای فنیل آلانین^۱ واکنش بسیار متفاوتی نشان می‌دهند، زیرا نمی‌توانند فنیل آلانین (نوعی اسید آمینه) را بسوزانند و هنگامی که فرآورده‌های سوخت و سازی آن متراکم می‌شوند، به مغز آسیب می‌رسانند (پلامین و همکاران، ۲۰۰۸، ۲۰۱۳؛ راتر، ۲۰۰۶). خوشبختانه، اگر رژیم غذایی کودک خردسال تغییر کند، به‌طوری که غذاهای دارای فنیل آلانین حذف شوند، می‌توان از این نشانگان ناتوانی عقلانی پیشگیری کرد.

نمونه دیگر در افرادی یافت می‌شود که در معرض خطر ژنتیکی برای افسردگی قرار دارند. این افراد نشان داده‌اند که وقتی با رویدادهای زندگی استرس‌زا مواجه می‌شوند، بیشتر از کسانی که عوامل خطر ژنتیکی ندارند و با رویدادهای زندگی مشابهی روبرو می‌شوند، با افسرده شدن پاسخ می‌دهند. به بیان دقیق‌تر، افرادی که یک نوع از این ژن را داشتند (دو آلل کوتاه) در مقایسه با افرادی که نوع دیگر این ژن را داشتند (دو آلل بلند)، و چهار عامل استرس‌زای عمده یا بیشتر را نیز تجربه کرده بودند، دو برابر بیشتر احتمال داشت که به افسردگی اساسی مبتلا شوند.

روش‌هایی برای بررسی تأثیرات ژنتیکی گرچه در مشخص کردن استعداد ژنتیکی معیوب پیشرفت‌هایی صورت گرفته است، اما هنوز نمی‌توانیم نقایص خاص برای اختلالات روانی را روی خود ژن‌ها، مجزا کنیم. بنابراین، بیشتر اطلاعاتی که درباره نقش عوامل ژنتیکی در اختلالات روانی داریم، بر مبنای بررسی ژن‌ها استوار نیستند، بلکه بر اساس بررسی افرادی که با یکدیگر ارتباط دارند استوارند. در وراثت‌شناسی رفتار از سه روش عمده استفاده شده است. وراثت‌شناسی رفتار رشته‌ای است که روی بررسی توارث‌پذیری اختلالات روانی (و جنبه‌های دیگر عملکرد روان‌شناختی) تمرکز دارد. این سه روش عبارتند از: (۱) روش سابقه خانوادگی (یا شجره‌نامه)، (۲) روش دوقلویی، و (۳) روش فرزندخواندگی. اخیراً دو روش دیگر، تحلیل پیوندی و تحقیقات ارتباطی نیز ابداع شده‌اند. روش سابقه خانوادگی (یا شجره‌نامه) ایجاب می‌کند که پژوهشگر نمونه‌های خویشاوندان هر مورد شاخص^۲ (ناقل صفت یا اختلال مورد نظر) را مشاهده کند تا ببیند آیا میزان بروز به نسبت به درجه رابطه ارثی، افزایش یافته است یا نه.

روش دوقلویی دومین روشی است که برای بررسی تأثیرات ژنتیکی بر رفتار ناهنجار مورد استفاده قرار می‌گیرد. دوقلوهای همانند (یک تخمکی) استعداد ژنتیکی مشترک دارند، زیرا از یک تخمک بارور به وجود می‌آیند. بنابراین، اگر یک اختلال یا صفت معینی کاملاً توارث‌پذیر باشد، می‌توان انتظار داشت که میزان تطابق^۳ صد در صد باشد. میزان تطابق درصدی است که دوقلوها در یک اختلال یا صفت سهیم هستند.

سومین روشی که برای بررسی تأثیرات ژنتیکی استفاده شده است روش فرزندخواندگی است. این روش از این واقعیت بهره‌مند می‌شود که فرزندخواندگی موقعیتی را به وجود می‌آورد که در آن، افرادی که محیط خانوادگی مشترک ندارند، با وجود این از لحاظ ژنتیکی مرتبط هستند.

1- phenylalanine
2- proband or index case
3- concordance rate

جداکردن تأثیرات ژنتیکی و محیطی. چون هر یک از سه نوع تحقیقات توارث‌پذیری تا اندازه‌ای وراثت را از محیط جدا می‌کنند، امکان آزمایش کردن تأثیر عوامل محیطی و حتی تأثیرات متفاوت محیط «مشترک» و «غیرمشترک» را نیز فراهم می‌آورند. تأثیرات محیطی مشترک آنهایی هستند که کودکان یک خانواده را بیشتر به هم شبیه می‌کنند، خواه این تأثیر درون خانواده روی دهد (مثل اختلاف خانوادگی و فقر) یا در محیط (مثل دو مدرسه با کیفیت بالا که هر یک از دوقلوها به آن می‌روند). تأثیرات محیطی غیرمشترک آنهایی هستند که کودکان در یک خانواده تفاوت دارند. از جمله این تأثیرات، تجربیات منحصر به فرد در مدرسه و ویژگی‌های بی‌همتای تربیت در خانه است، مانند اینکه والدین از لحاظ کیفی با یک کودک به صورت متفاوت با کودک دیگر رفتار می‌کنند.

تحلیل پیوندی و تحقیقات ارتباطی. اخیراً برای بررسی تأثیرات ژنتیکی بر اختلالات روانی، از روش‌های ژنتیکی مولکولی استفاده می‌شود که تحلیل پیوندی^۱ و تحقیقات ارتباطی^۲ از آن جمله هستند. روش‌هایی که قبلاً شرح دادیم سعی دارند از میزان تأثیرات ژنتیکی برای اختلالات مختلف، برآوردهای کمی به دست آورند، در حالی که تحلیل پیوندی و تحقیقات ارتباطی سعی دارند محل واقعی ژن‌های مسئول برای اختلالات روانی را مشخص کنند.

خُلق و خو. خلق و خو^۳ به واکنش‌پذیری و شیوه‌های مشخص خودتنظیمی^۴ کودک اشاره دارد. وقتی می‌گوییم بچه‌ها از نظر خلق و خو تفاوت دارند، منظورمان این است که آنها در پاسخ‌های هیجانی و برانگیختگی مخصوص خودشان به محرک‌های گوناگون و از نظر گرایش به نزدیک شدن، دور شدن، یا توجه کردن به موقعیت‌های مختلف، تفاوت‌هایی را نشان می‌دهند.

تصور می‌شود که خلق و خو اولیه مبنایی است که شخصیت ما از آن شکل می‌گیرد. از همان ابتدا، تقریباً در ۲ تا ۳ ماهگی، تقریباً پنج بُعد خلق و خو را می‌توان مشخص کرد: ترسو بودن، تحریک‌پذیری و ناکامی، عاطفه مثبت، سطح فعالیت، و پایداری توجه، هر چند که برخی از اینها بعد از دیگران نمایان می‌شوند. به نظر می‌رسد که این خصوصیات با سه بُعد مهم شخصیت بزرگسال ارتباط دارند: (۱) روان‌رنجورخویی یا تهییج‌پذیری منفی، (۲) برون‌گرایی یا تهییج‌پذیری مثبت، و (۳) تکلف^۵. ابعاد ترسو بودن و تحریک‌پذیری کودک، که تفاوت‌های جنسیتی کمی را نشان می‌دهند، با بُعد روان‌رنجورخویی بزرگسال مطابقت دارند.

آمادگی برای تجربه کردن عاطفه منفی. به نظر می‌رسد که ابعاد عاطفه مثبت کودک و احتمالاً سطح فعالیت با بُعد برون‌گرایی بزرگسال و بُعد پایداری توجه کودک با بُعد تکلف یا کنترل بزرگسال ارتباط داشته باشند. حداقل چند جنبه از خلق و خو از اواخر سال اول زندگی تا حداقل اواسط کودکی، تا اندازه‌ای با ثبات هستند، هر چند خلق و خو می‌تواند تغییر نیز بکند.

شگفت‌آور نیست که خلق و خو می‌تواند بعدها در زندگی، زمینه را برای انواع مختلف آسیب روانی نیز آماده کند. برای مثال، کودکی که در تعدادی از موقعیت‌های تازه یا ناآشنا، ترسو و گوش‌به‌زنگ هستند، توسط کاگان^۶، فاکس^۷، و همکارانشان بازداری‌شده رفتاری نامیده شده‌اند. این صفت، مؤلفه توارث‌پذیر مهمی دارد و در صورتی که با ثبات باشد، عامل خطری برای شکل‌گیری اختلالات اضطرابی در کودکی و احتمالاً در بزرگسالی است. برعکس کودکان ۲ ساله‌ای که بازداری‌شده هستند، از هر چیزی کمتر می‌ترسند و ممکن است در یادگیری معیارهای اخلاقی از والدین یا جامعه برای رفتارشان مشکل داشته باشند و معلوم شده است که آنها در ۱۳ سالگی رفتار پرخاشگرانه و بزهدار بیشتر نشان می‌دهند. اگر این عناصر تشکیل‌دهنده شخصیت با سطح بالای خصومت ترکیب شوند، زمینه می‌تواند برای شکل‌گیری اختلال سلوک و اختلال شخصیت ضداجتماعی نیز آماده شود.

کزکاری مغز و انعطاف‌پذیری عصبی. روش‌های پیشرفت جدید تصویربرداری عصبی برای بررسی عملکرد و ساختار مغز و انواع روش‌های دیگر نشان داده‌اند که برنامه‌های ژنتیکی رشد مغز آن‌گونه که یک زمانی تصور می‌شد، خشک و قطعی نیستند. بلکه، انعطاف‌پذیری عصبی قابل ملاحظه‌ای وجود دارد - یعنی، انعطاف‌پذیری مغز در ایجاد تغییرات در ساختار و / یا عملکرد، در پاسخ به تجربیات پیش و پس از تولد، استرس، رژیم غذایی، بیماری، داروها، سوءتغذیه و غیره. مدارهای عصبی موجود می‌توانند تغییر کنند یا مدارهای عصبی جدید می‌توانند ایجاد شوند. این تأثیرات بسته به شرایط، می‌توانند برای انسان مفید یا مضر باشند.

یک نمونه از تأثیرات مثبت تجربیات پیش از تولد از آزمایشی حاصل می‌شود که در آن موش‌های حامله‌ای که در محیط‌های غنی قرار داده شده بودند، بچه‌هایی داشتند که به صدمه مغزی که در اوایل رشد روی داده بودند کمتر پاسخ دادند. یک نمونه از تأثیرات منفی تجربیات پیش از تولد، از تجربه دیگری حاصل می‌شود که در آن میمون‌های حامله‌ای که در معرض صداهای بلند غیرقابل پیش‌بینی قرار گرفته بودند، بچه‌هایی داشتند که عصبی بودند و نابهنجاری‌های عصبی - شیمیایی نشان دادند. تعدادی از رویدادهای محیطی بعد از تولد نیز بر رشد مغز کودک تأثیر می‌گذارند. برای مثال، تشکیل اتصالات عصبی (یا سیناپس‌ها) بعد از تولد، به طور چشمگیری تحت

- 1- linkage analysis
- 2- association studies
- 3- temperament
- 4- self - regulation
- 5- constraint
- 6- Kagan
- 7- Fox

تأثیر تجربه ارگانیزم خردسال قرار دارد. موش‌هایی که در محیط‌های غنی بزرگ می‌شوند (در مقایسه با انزوا) رشد سلولی قوی‌تر و ضخیم‌تر در قسمت‌های خاصی از کورتکس دارند (همچنین سیناپس‌های بیشتر در هر نورون) آسیب‌شناسان روانی رشد به رویکرد سیستم‌های رشدی توجه زیادی کرده‌اند. این رویکرد تأیید می‌کند که نه تنها فعالیت ژنتیکی بر فعالیت عصبی تأثیر دارد، که به نوبه خود بر رفتار تأثیر دارد، که به نوبه خود بر محیط تأثیر می‌گذارد، بلکه این تأثیرات دوجتهی نیز هستند.

تأثیر دیدگاه زیستی

کشفیات زیستی به نحوه‌ای که درباره رفتار انسان فکر می‌کنیم تأثیر عمیقی داشته‌اند. از دهه ۱۹۵۰ به بعد شاهد تحولات جدیدی در مصرف داروها بوده‌ایم که می‌توانند به‌طور چشمگیری شدت و دوره برخی اختلالات روانی را تغییر دهند، مخصوصاً اختلالات شدیدتری مانند اسکیزوفرنی و بیماری منیک دپرسیو (اختلال دوقطبی). با این حال، به‌طوری که گورنشتاین^۱ (۱۹۹۲) و دیگران دو دهه قبل اظهار داشتند، در نحوه‌ای که بسیاری از افراد، معنی پیشرفت‌های زیستی اخیر را تعبیر می‌کنند، خطاهایی وجود دارد.

گورنشتاین (۱۹۹۲) همچنین خاطرنشان کرد که فعالیت‌های سیستم اعصاب مرکزی همیشه میانجی تأثیرات رویدادهای روان‌شناختی می‌شوند، زیرا تمام رفتارها، عقاید، هیجانات، و شناخت‌های ما در نهایت به مجموعه‌ای از رویدادهای زیستی در مغز قابل کاهش هستند. پس در واقع، اگر ما کژکاری‌هایی در سیستم عصبی بیابیم، این کژکاری می‌تواند از علت‌های روان‌شناختی و از علت‌های زیستی ناشی شده باشد.

علت‌های روان‌شناختی

علت‌های روان‌شناختی رفتار نابهنجار، اختلالات در افکار و احساسات را شامل می‌شوند. به‌علاوه عواملی مانند تجربه‌های یادگیری گذشته، الگوهای فکر ناسازگارانه و مشکلات مقابله کردن با استرس نیز برای توجیه رفتار نابهنجار مورد توجه هستند.

علت‌های اجتماعی - فرهنگی

عوامل اجتماعی - فرهنگی تأثیرات گسترده وسیعی از دوستان نزدیک و خانواده تا نهاده‌ها و خط‌مشی‌های کشور یا دنیا را شامل می‌شوند. تبعیض، خواه براساس طبقه اجتماعی، درآمد، نژاد، قومیت باشد یا جنسیت، می‌تواند بر ایجاد رفتار نابهنجار تأثیر بگذارد. برای افرادی که مبتلا به اختلال روانی تشخیص داده شده‌اند، داغ^۲ یا برچسب اجتماعی «بیماران روانی» می‌تواند بر نشانه‌های آنها تأثیر بیشتری بگذارد. داغ برچسبی است که باعث می‌شود ما افراد خاصی را متفاوت و معیوب در نظر بگیریم و آنها را از جریان غالب جامعه مجزا بدانیم.

جدول ۱-۱. علت‌های رفتار نابهنجار

وراثت ژنتیکی تغییرات فیزیولوژیکی مواجهه با مواد سمی	زیستی
تجربیات یادگیری گذشته الگوهای فکر ناسازگارانه مشکلات مقابله کردن با استرس	روانشناختی
خط‌مشی اجتماعی تبعیض داغ	اجتماعی - فرهنگی

عوامل مخاطره‌آمیز برای رفتار نابهنجار

عوامل علیتی در دیدگاه زیستی

مدل بیماری‌پذیری ارثی - استرس. زمینه مبتلا شدن به یک اختلال، بیماری‌پذیری ارثی^۳ نامیده می‌شود. این می‌تواند از عوامل علیتی زیستی، روان‌شناختی، یا اجتماعی - فرهنگی ناشی شود. استرس، پاسخ یا تجربه فرد به ضروریاتی که آنها را فراتر از امکانات شخصی

1- Gorenstein
2- estigma
3- diathesis

خود می‌داند. معمولاً زمانی روی می‌دهد که فرد رویدادهای مزمن یا زودگذری را تجربه کند که ناخوشایند باشند و به انطباق‌های رفتاری، فیزیولوژیکی، و شناختی منجر شوند. اشاره به این نکته اهمیت دارد که عوامل کمک‌کننده به ایجاد بیماری‌پذیری ارثی خودشان گاهی عوامل استرس‌زای نیرومندی هستند.

پژوهشگران چند شیوه متفاوت را که بیماری‌پذیری ارثی و استرس ترکیب می‌شوند تا اختلالی را ایجاد کنند، پیشنهاد کرده‌اند. بر طبق آنچه مدل افزایشی^۱ نامیده می‌شود، افرادی که سطح بالای بیماری‌پذیری ارثی دارند، قبل از اینکه اختلالی ایجاد شود، ممکن است فقط به مقدار کمی استرس نیاز داشته باشند، اما کسانی که سطح بسیار پایین بیماری‌پذیری ارثی دارند، برای اینکه اختلالی ایجاد شود، ممکن است به مقدار زیادی استرس نیاز داشته باشند. به عبارت دیگر، بیماری‌پذیری ارثی و استرس با هم جمع می‌شوند و وقتی یکی بالاست دیگری می‌تواند پایین باشد و بالعکس. بر طبق آنچه مدل تعاملی^۲ نامیده می‌شود، قبل از اینکه استرس تأثیر داشته باشد، مقداری بیماری‌پذیری ارثی باید وجود داشته باشد، بنابراین، بر طبق مدل تعاملی، کسی که بیماری‌پذیری ارثی ندارد، صرف نظر از اینکه چه مقدار استرس را تجربه کند، هرگز دچار اختلال نخواهد شد، در حالی که کسی که بیماری‌پذیری ارثی دارد، با افزایش سطح استرس، به احتمال زیاد دچار اختلال خواهد شد.

عوامل حفاظتی^۳. از اواخر دهه ۱۹۸۰، توجه روی مفهوم عوامل حفاظتی متمرکز شده است، که عوامل تأثیرگذاری هستند که پاسخ فرد را به عوامل استرس‌زای محیطی تغییر داده و احتمال اینکه فرد دچار پیامدهای ناگوار این عوامل شود را کاهش می‌دهند. یک عامل حفاظتی مهم در کودکی، داشتن محیط خانوادگی است که در آن، حداقل یکی از والدین، صمیمی و حمایت‌کننده باشد و امکان پرورش رابطه دلبستگی خوب بین کودک و والد را فراهم کند.

عوامل حفاظتی لزوماً تجربیات مثبتی نیستند. در واقع، گاهی قرار گرفتن در معرض تجربه‌های استرس‌زا که به طرز موفقیت‌آمیزی حل و فصل می‌شوند، می‌تواند به احساس اعتماد به نفس کمک کرده و به این طریق به عنوان عامل حفاظتی عمل کند؛ عوامل استرس‌زا به صورت تناقض‌آمیزی به مقابله کردن کمک می‌کنند. عوامل استرس‌زای بیشتر از عوامل استرس‌زای ملایم یا شدید این تأثیر «ایمن‌سازی» را ایجاد می‌کنند. عوامل محافظتی اغلب اما نه همیشه، به انعطاف‌پذیری منجر می‌شوند - توانایی سازگار شدن موفقیت‌آمیز با حتی شرایط بسیار دشوار.

عوامل علیتی در دیدگاه‌های روان‌شناختی

تعداد تعبیرهای روان‌شناختی رفتار نابهنجار بیشتر از تعبیرهای زیستی است که خود بیانگر دامنه گسترده‌تر عقاید در این باره است که چگونه بهتر می‌توان انسان‌ها را به جای صرفاً ارگانیزم‌های زیستی، به صورت افرادی درک کرد که دارای انگیزه، میل، ادراک، فکر، و غیره هستند.

◀ دیدگاه‌های روان‌شناختی سعی دارند انسان‌ها را نه فقط به عنوان ارگانیزم‌های زیستی، بلکه همچنین به عنوان افرادی که انگیزه، میل، و ادراک دارند بشناسند.

◀ سه دیدگاه روان‌شناختی عمده درباره ماهیت و رفتار انسان وجود دارد:

۱. روان‌پوشی

۲. رفتاری

۳. شناختی - رفتاری

◀ دو دیدگاه دیگر را نیز شامل می‌شود:

۱. دیدگاه انسان‌گرا

۲. دیدگاه وجودی

ما زندگی را با چند الگوی فطری و توانایی زیاد برای یادگیری از تجربه آغاز می‌کنیم. آنچه ما از تجربه‌های خود یاد می‌گیریم، به ما کمک می‌کند تا با تدبیر با چالش‌ها روبرو شویم و ممکن است در صورت روبرو شدن با عوامل استرس‌زای آینده، به انعطاف‌پذیری منجر شود. متأسفانه، برخی از تجربه‌های ما ممکن است در دوران بعدی زندگی چندان مفید نباشند و شاید عمیقاً تحت تأثیر عواملی در اوایل کودکی قرار داشته باشیم که کنترلی بر آنها نداریم.

در این قسمت، انواع عنوان روان‌شناختی را بررسی خواهیم کرد که افراد را نسبت به اختلال آسیب‌پذیر یا اختلال آنها را تشدید می‌کنند. عوامل روان‌شناختی، آن دسته از تأثیرات مربوط به رشد هستند - اغلب، رویدادهای منفی غیرقابل پیش‌بینی و غیرقابل کنترل - که ممکن است فرد را از لحاظ روان‌شناختی تضعیف کنند و توانایی او را در مقابله کردن با وقایع کاهش دهند. (با این حال، لازم به یادآوری است



که همیشه در نهایت، تغییراتی که در سیستم عصبی ما صورت می‌گیرند، میانجی عوامل علیتی روان‌شناختی می‌شوند). ما روی چهار طبقه از عوامل علیتی روان‌شناختی تمرکز خواهیم کرد که هر یک می‌تواند تأثیر زیان‌آوری بر رشد اجتماعی - هیجانی کودک داشته باشد: (۱) محرومیت یا ضربه اولیه، (۲) شیوه‌های فرزندپروری نامناسب، (۳) اختلاف زناشویی و طلاق، و (۴) روابط ناسازگارانه با همسالان. این عوامل معمولاً تنها عمل نمی‌کنند، بلکه با یکدیگر، با عوامل روان‌شناختی دیگر، همین‌طور با عوامل ژنتیکی و خلق‌وخوی خاص و با موقعیت‌ها یا محیط‌های اجتماعی - فرهنگی خاص تعامل می‌کنند. به عبارت دیگر، با اینکه عوامل روان‌شناختی اغلب مستقل از عوامل ژنتیکی، خلق‌وخوی، و اجتماعی - فرهنگی بررسی می‌شوند، اما هدف نهایی باید آگاهی جامع زیستی - روانی - اجتماعی باشد. اکنون به چهار طبقه مختلف عوامل روان‌شناختی می‌پردازیم.

۱. محرومیت یا ضربه اولیه

کودکانی که از امکاناتی که معمولاً والدین یا جانشین‌های والدین آنها را تأمین می‌کنند، برخوردار نیستند ممکن است به آثار سوء روان‌شناختی عمیق و گاهی برگشت‌ناپذیر مبتلا شوند. آنها به منابعی از غذا و سرپناه گرفته تا محبت و توجه نیاز دارند، محرومیت از این منابع می‌تواند به چند طریق روی دهد. شدیدترین جلوه‌های محرومیت معمولاً در کودکان رها شده و یتیم دیده می‌شوند که ممکن است نهادینه شده یا به صورت پیاپی در پرورشگاه‌های نامناسب قرار داده شده باشند. با این حال، این محرومیت می‌تواند در خانواده‌های کامل نیز روی دهد که والدین به دلایلی (مثلاً به خاطر اختلال روانی) قادر یا مایل نیستند توجه و تربیت صمیمانه و انسانی تأمین کنند.

نهادینه کردن. در برخی موارد، کودکان در یک نهاد بزرگ می‌شوند، جایی که در مقایسه با خانه معمولی، محبت و تماس بدنی کمتر، تحریک عقلانی، هیجانی، و اجتماعی کمتری وجود دارد و ترغیب و کمک در زمینه یادگیری مثبت وجود ندارد.

غفلت و بدرفتاری در خانه. اغلب کودکانی که در معرض محرومیت والدین قرار گرفته‌اند، از آنها جدا نشده، بلکه از بدرفتاری در خانه رنج برده‌اند. والدین به شیوه‌های مختلف از فرزند خود غفلت می‌کنند: به وسیله غفلت جسمانی، دریغ کردن عشق و محبت، بی‌علاقگی به فعالیت‌ها و موفقیت‌های کودک، یا صرف نکردن وقت با کودک با نظارت نداشتن بر فعالیت‌های او. موارد بدرفتاری والدین شامل برخورد بی‌رحمانه، به شکل بدرفتاری عاطفی، جسمانی، و / یا جنسی را شامل می‌شوند. غفلت و بدرفتاری والدین می‌توانند ناقص یا کامل، منفعل یا فعال، و تا اندازه بی‌رحمانه یا خیلی بی‌رحمانه باشند.

جدایی. بولبی (۱۹۶۰، ۱۹۷۳) تأثیرات آسیب‌زا را در مورد کودکان ۲ تا ۵ ساله‌ای که از والدین خود در مدت بستری شدن طولانی جدا شده بودند، خلاصه کرد. اول اینکه، تأثیرات جدایی کوتاه مدت یا حاد می‌تواند نامیدی زیادی در مدت جدایی، و کناره‌گیری از والدین بعد از به هم پیوستن را در برداشته باشد؛ بولبی این را پاسخ طبیعی به جدایی طولانی، حتی در کودکان دلبسته ایمن می‌دانست. با این حال، او همچنین به شواهدی دست یافت مبنی بر اینکه کودکانی که دستخوش تعدادی از این نوع جدایی می‌شوند، ممکن است دلبستگی نایمن را پرورش دهند.

۲. شیوه‌های فرزندپروری نامناسب

حتی در صورت فقدان محرومیت، غفلت، یا ضربه شدید، انواع انحراف‌ها در فرزندپروری می‌توانند بر توانایی بعدی کودکان در مقابله کردن با چالش‌های زندگی تأثیرات عمیقی داشته باشند و از این رو، می‌توانند موجب آسیب‌پذیری آنها نسبت به انواع اختلالات روانی شوند. بنابراین، با اینکه توجیهات دیدگاه‌های روان‌شناختی درباره علت‌های آسیب روانی بسیار تفاوت دارند، اما همگی روی گرایش‌های رفتاری تأکید می‌کنند که کودک در جریان تعامل اجتماعی اولیه با دیگران - عمدتاً والدین یا جانشین‌های والدین - اکتساب می‌کند. باید به خاطر بسپارید که رابطه والد - فرزند همیشه دوجتهی است: مانند هر رابطه مستمری، رفتار یکی بر رفتار دیگری تأثیر می‌گذارد. دوست داشتن برخی کودکان راحت‌تر از کودکان دیگر است؛ برخی والدین نسبت به نیازهای کودک، حساس‌تر از والدین دیگر هستند.

آسیب روانی والدین. به طور کلی معلوم شده والدینی که به انواع آسیب روانی مبتلا هستند (از جمله اسکیزوفرنی، افسردگی، اختلال شخصیت ضداجتماعی، و مشکلات مصرف الکل) دارای فرزندانانی هستند که بیشتر در معرض خطر دامنه وسیعی از مشکلات رشد قرار دارند.

فرزندپروری: صمیمیت و کنترل. تفاوت‌هایی در شیوه‌های فرزندپروری نیز تأثیر مهمی بر رشد کودک دارند و خطر آسیب روانی را افزایش می‌دهند.

شیوه فرزندپروری، نگرش و ارزش‌هایی را منعکس می‌کند که در دامنه وسیعی از موقعیت‌ها نسبت به کودک ابراز می‌شود (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۹). چهار نوع شیوه فرزندپروری مشخص شده‌اند که به نظر می‌رسد با پیامدهای رشد متفاوت برای کودکان ارتباط دارند: (۱) مقتدرانه، (۲) مستبدانه، (۳) آسان‌پیر / اغماض، و (۴) مسامحه کار / بی‌اعتنا. این شیوه‌ها از نظر میزان صمیمیت والدین (مقدار حمایت، ترغیب، و محبت در برابر شرم، تردید، طرد و خصومت) و میزان کنترل والدین (میزان انضباط و نظارت کردن در برابر رها کردن

کودک عمدتاً بدون نظارت) تفاوت دارند. کنترل والدین، کنترل رفتاری (پاداش ها و تنبیه ها) و کنترل روان‌شناختی (تأیید کردن در برابر عدم تأیید، یا القای احساس گناه) را شامل می‌شود.

مقتدرانه	مستبدانه	آسان گیر / اغماض	مسامحه کار / بی‌اعتنا
والدین از نظر صمیمیت بالا، و از نظر کنترل متوسط هستند، خیلی مراقب هستند تا محدودیت های روشنی را در ارتباط با انواع خاص رفتارها تعیین کنند. پژوهش نشان می‌دهد: کودکان گرایش دارند به اینکه مهربان باشند و برای پرداختن به دیگران و محیط خود، توانایی های کلی را پرورش می‌دهند	والدین از نظر صمیمیت پایین، و از نظر کنترل بالا و اغلب سرد و پرتوقع هستند. پژوهش نشان می‌دهد: کودکان گرایش دارند به اینکه ناسازگار، تحریک پذیر، و دمدمی باشند. وقتی که این کودکان را تا نوجوانی پیگیری کردند، پیامدهای منفی تری داشتند، و پسرها از نظر اجتماعی و شناختی عملکرد خیلی نامناسبی داشتند	والدین از نظر صمیمت بالا، و از نظر کنترل و انضباط پایین هستند. پژوهش نشان می‌دهد: کودکان گرایش دارند به اینکه تکانشی و پرخاشگر باشند. کودکانی که بیش از حد نازپرورده هستند از لحاظ خصوصیات لوس، خودخواه، ناشکیبا، بی‌ملاحظه، و پرتوقع هستند.	والدین از نظر صمیمیت پایین، و از نظر کنترل نیز پایین هستند. پژوهش نشان می‌دهد: کودکان گرایش دارند به اینکه دمدمی و عزت نفس پایین داشته باشند و بعدها مشکلات سلوک دارند. آنها در مورد رابطه با همسالان و عملکرد تحصیلی نیز مشکلاتی دارند.

۳. اختلاف زناشویی و طلاق

الگوهای والد - فرزند آشفته، مانند طرد والدین، به ندرت به شکل شدید یافت می‌شوند، مگر اینکه کل موقعیت خانوادگی نیز نابهنجار باشد. بنابراین، ساختار خانواده آشفته، عامل خطر عمده‌ای است که آسیب‌پذیری فرد را در برابر عوامل استرس‌زای خاص، افزایش می‌دهد.

اختلاف زناشویی. اختلاف زناشویی به هر دلیل، چنانچه بادوام باشد، احتمالاً ناکام‌کننده و زیان‌آور است و به‌طور کلی تأثیرات مخربی بر بزرگسالان و فرزندان آنها دارد. موارد شدید اختلاف زناشویی ممکن است کودکان را در معرض یک یا چند عامل استرس‌زا قرار دهند که قبلاً مورد بحث قرار دادیم: بدرفتاری با کودک و غفلت از او، عوارض زندگی کردن با والدی که اختلال روانی جدی دارد، فرزندپروری مستبدانه یا مسامحه کار / بی‌اعتنا، و بدرفتاری با همسر. اما حتی موارد نه چندان شدید اختلاف زناشویی نیز بر بسیاری از کودکان تأثیر منفی دارند.

خانواده‌های طلاق گرفته. تا اندازه‌ای در نتیجه پذیرش فرهنگی فزاینده طلاق، طبق آمار مرکز ملی بهداشت، اکنون تقریباً سالی یک میلیون طلاق در ایالات متحده روی می‌دهد (نقل شده در مجموعه آمار طلاق، ۲۰۰۵).

تأثیر طلاق بر والدین. زندگی‌های زناشویی ناخوشایند دشوار هستند، اما خاتمه یافتن رابطه زناشویی می‌تواند هم از لحاظ روانی و هم جسمانی، برای بزرگسالان بسیار استرس‌زا باشد. تعداد افراد طلاق گرفته و جدا شده در بین بیماران روان‌پزشکی زیاد است. اما جهت رابطه علیتی همیشه روشن نیست.

تأثیر طلاق بر کودکان. طلاق می‌تواند بر کودکان نیز تأثیر مخربی داشته باشد. احساس ناامنی و طرد ممکن است در اثر وفاداری‌های متضاد و گاهی ناز و نوازشی که کودکان هنگام اقامت با یکی از والدین دریافت می‌کنند، تشدید شود. تعجب‌آور نیست که برخی کودکان پاسخ‌های ناسازگارانه جدی را پرورش می‌دهند. بزهکاری و دامنه وسیعی از مشکلات روان‌شناختی، مانند اضطراب و افسردگی در کودکان و نوجوانان خانواده‌های طلاق گرفته خیلی شایع‌تر از خانواده‌های کامل است. با این حال، خیلی از کودکان با طلاق والدین خود خوب سازگار می‌شوند. تأثیر طلاق بر کودکان اغلب از تأثیر ماندن در خانه‌ای که اختلاف زناشویی و نفاق در آن وجود دارد، مطلوب‌تر است.

۴. روابط ناسازگارانه با همسالان

روابط مهم با همسالان معمولاً در سال‌های پیش‌دبستانی آغاز می‌شود. کودکان در این مرحله به سختی به نکات ظریف روابط انسان یا تدبیر، تسلط دارند. همدلی - درک کردن وضعیت، دیدگاه و احساسات دیگری - فقط به صورت ابتدایی رشد کرده است. ما می‌توانیم این را در کودکی ببینیم که وقتی همبازی مطلوب‌تری از راه می‌رسد، از همبازی فعلی خود روی برگردانده و او را رد می‌کند. ارضای فوری

کودک، هدف اصلی هر تعاملی است و او تشخیص نمی‌دهد که همکاری و مشارکت می‌تواند منافع خیلی بیشتری به بار آورند. به نظر می‌رسد که اقلیت قابل ملاحظه‌ای از کودکان، برای سختی‌ها و رقابت سال‌های دبستانی آمادگی چندانی ندارند که علت آن معمولاً عوامل مربوط به خلق و خوی کودک با موقعیت خانوادگی کژکار است.

منابع محبوبیت در برابر طرد. چه چیزی تعیین می‌کند کدام کودکان محبوب و کدامیک طرد خواهند شد؟ به نظر می‌رسد که دو نوع کودکان محبوب وجود دارد نوع دوست و ضداجتماعی. کودکان محبوب نوع دوست با همسالان خود به صورت دوستانه و جسورانه، اما یاری‌گرانه، ارتباط برقرار می‌کنند. آنها در مقایسه با همسالان نه‌چندان محبوب خود، دانش‌آموزان خوبی هستند. کودکان محبوب ضد اجتماعی - معمولاً پسرها - «پسرهای سخت‌جان» هستند که ممکن است مهارت ورزشی داشته باشند، ولی عملکرد تحصیلی آنها خوب نیست. آنها بسیار پرخاشگر هستند و از صاحبان قدرت سرپیچی می‌کنند. توجه زیادی به مشخص کردن این موضوع شده است که چرا برخی کودکان مرتباً توسط همسالان خود طرد می‌شوند و این طرد چه پیامدهایی دارد. همچنین به نظر می‌رسد که کودکان طرد شده دو تیپ هستند آنهایی که خیلی پرخاشگر و آنهایی که بسیار منزوی هستند. کودکان طرد شده پرخاشگر، وقتی با همسالان خود تعامل می‌کنند، توقع زیاد دارند یا از روش پرخاشگرانه استفاده می‌کنند. آنها اغلب خیلی راحت حمله می‌کنند و نیت خصمانه را به سر به سرگذاشتن همسالان خود نسبت می‌دهند، بنابراین، رویارویی‌ها را به سطح ناخواسته‌ای می‌کشانند.

دسته دوم کودکانی که ممکن است قربانیان مزمن طرد شوند پرخاشگر نیستند، بلکه، بسیار کمرو و کاملاً تسلیم همسالان خود هستند که علت آن اغلب اضطراب اجتماعی و ترس از تمسخر شدن یا مورد حمله قرارگرفتن است. این نوع انزوا احتمالاً پیامدهای جدی دارد، زیرا کودک را از فرصت‌های یادگیری مقررات رفتار و تبادل اجتماعی محروم می‌کند، مقرراتی که با افزایش سن، پیشرفته‌تر و ظریف‌تر می‌شوند. شکست اجتماعی مکرر یا قربانی قلدری شدن، نتیجه معمول آن است که تأثیر مخربی بر اعتماد به نفس و حرمت نفس دارد و گاهی به تنهایی، افسردگی، و اضطراب، مخصوصاً در سال‌های تحصیلی ابتدایی منجر می‌شود.

روان‌شناسی نابهنجاری در طول تاریخ

سه موضوع برجسته در توجیه اختلال‌های روانی، در طول تاریخ تکرار شده‌اند: توجیه مرموز، توجیه علمی و توجیه انسانی. توجیهات مرموز اختلال‌های روانی، رفتار نابهنجار را نتیجه‌ی تسخیر ارواح اهریمنی می‌داند. توجیه علمی به دنبال علت‌های طبیعی است. مثل عدم توازن زیستی، فرایندهای یادگیری معیوب، یا عوامل استرس‌زای هیجانی، توجیهات انسانی، اختلال‌های روانی را حاصل ظلم و ستم، پذیرفته نشدن، یا شرایط زندگی ناگوار می‌داند.

دوران پیش از تاریخ: رفتار نابهنجار به عنوان تسخیر شیطانی

مردم پیش از تاریخ تصور می‌کردند ارواح شیطانی که درون سر گیر افتاده‌اند، موجب رفتار نابهنجار می‌شوند و آزاد کردن آن ارواح شیطانی باعث خواهد شد که فرد به حالت عادی برگردد. آنها از سوراخ کردن جمجمه استفاده می‌کردند تا ارواح شیطانی را آزاد کنند. جالب اینکه روش سوراخ کردن جمجمه (ترفین) از دوران باستان تا قرن هجدهم، به دلایل متعدد جادویی تا پزشکی، در سرتاسر جهان اجرا می‌شد. روش دیگری که در دوران باستان به کار می‌رفت، بیرون راندن ارواح شیطانی از طریق مناسک جن‌گیری^۱ بود. امروزه این علم **دمنولوژی**^۲ (شیطان‌شناسی - جن‌شناسی) نامیده می‌شود. همچنین **ترفینینگ**^۳: نوعی روان‌درمانی برای نابهنجاری که از عصر حجر تا قرون وسطی ادامه داشت و عبارت بود از سوراخ کردن جمجمه کسانی که رفتار نابهنجار نشان می‌دادند. هدف این بود که ارواح خبیثه مفری برای بیرون رفتن، داشته باشند.

یونان و روم باستان: پیدایی مدل علمی

با اینکه نظریه‌های فیلسوفان قدیم یونان اکنون عجیب به نظر می‌رسند، ولی آنها شالوده‌ی رویکرد علمی به اختلال‌های روانی را تشکیل دادند. بقراط که بانی پزشکی نوین شناخته می‌شود، علاوه بر بیماری‌های جسمانی، به مشکلات روانی پرداخت. او معتقد بود که چهار مایع مهم بدن بر سلامت جسمانی و روانی تأثیر دارند؛ سودا، صفرا، بلغم، و خون. مقدار بیش از حد هر یک از این مایعات می‌تواند تغییرات در شخصیت و رفتار فرد را توجیه کند. برای مثال مقدار بیش از حد سودا، فرد را افسرده می‌کند (مالیخولیایی) و مقدار بیش از اندازه‌ی صفرا باعث می‌شود که فرد مضطرب و تحریک‌پذیر (صفراوی) باشد. بلغم خیلی زیاد به صفت آرام و شاید بی‌تفاوتی منجر می‌شود (بلغمی). خون بیش از حد باعث می‌شود که فرد دچار تغییرات خلقی بی‌ثبات شود (دموی مزاج)، بنابراین درمان اختلال روانی مستلزم خلاص کردن بدن از مایع اضافی از طریق روش‌هایی چون خون‌ریزش، پاک‌سازی (دفع اجباری) و تجویز مواد تهوع‌آور و برقراری تعادل سالم‌تر از طریق تغذیه مناسب بود.

1- exorcism
2- demonology
3- trephining

اسکلیپادس دانشمند هم‌عصر بقراط با این نظریه که عدم تعادل مواد بدن موجب اختلال‌های روانی می‌شود، به مخالفت برخاست. دانشمندی بنام گالن نیز به جای توسل به گمانه‌زنی‌های فلسفی، برای پیدا کردن جواب به سؤالات مربوط به فعالیت‌های بدن و ذهن انسان، آناتومی را بررسی کرد. متأسفانه با اینکه گالن پیشرفت‌های مهمی را در پزشکی به بار آورد، اصولاً روی عقاید بقراط در مورد اینکه نابهنجاری حاصل عدم تعادل مواد بدن است، تأکید کرد. نوشته‌های **بقراط و گالن**، اساس مدل علمی رفتار نابهنجار را تشکیل دادند.

قرون وسطی و رنسانس: بازپیدایی توجیهات روحانی

در قرون وسطی که دوران تیرگی نیز می‌نامند، هیچ پیشرفت علمی یا پزشکی روی نداد. در قرون وسطی، عقاید بدوی درباره‌ی تسخیر روح، از نو پدیدار شدند. در قرن ۱۵ این عقیده شایع شد که افرادی که علائم تسخیر شیطانی نشان می‌دهند روان‌پریش هستند. پزشکی به نام **یوهان ویر**^۱ کتاب مهمی با عنوان فریب‌شیاطین نوشت که در آن سعی کرد این افسانه را که افراد روان‌پریش توسط شیطان تسخیر شده‌اند، رسوا کند. با اینکه ویر عقیده‌ی تسخیر شیطانی را کنار نگذاشت، کتاب وی بیانگر اولین پیشرفت علمی مهم بعد از دوران گالن در توصیف و طبقه‌بندی انواع رفتار نابهنجار بود. رویکرد ویر، اساس آنچه را که بعدها تجدید برخورد انسانی با افراد روان‌پریش شد، تشکیل داد.

اروپا و ایالات متحده در قرن ۱۷: جنبش اصلاحی

قرن ۱۷ دوران اصلاح سیاسی و اجتماعی در سرتاسر اروپا بود و رهبر این جنبش اصلاحی، **وینچنزو چیاروگی**^۲ بود. چیاروگی علت اختلالات را آسیب‌دیدگی مغز دانست. اولین نهضت انسان‌گرایانه درباره‌ی بیماری‌های روانی با کار **فیلیپ پینل** در فرانسه آغاز شد. او تحت تأثیر شاگردش پوسین فرایند اصلاحات را آغاز کرد. البته بعداً کارهای وی را پوسین ادامه داد و بیماران را از غل و زنجیرشان آزاد کرد که اشتباهاً این اقدامات را به پینل نسبت دادند. **ویلیام توك** نوعی مؤسسه براساس اصول مذهبی و بشردوستانه تأسیس کرد. روش های درمانی **توك درمان اخلاقی**^۳ نام گرفت.

روش بشردوستانه، براساس فلسفه استحقاق بیماران روانی به استفاده از برخورد انسانی استوار بود. بنیان‌گذار روان‌پزشکی امریکا **بنجامین راش** نام دارد. راش همچنین از خون‌گیری، حجامت و پاکسازی در درمان اختلالات روانی حمایت می‌کرد. یکی از روش‌های غیرعادی راش استفاده از صندلی آرام‌بخش بود که بیمار را به آن می‌بستند و از این طریق قصد داشتند جریان خون تحریک‌کننده به مغز را کاهش دهند. همچنین چاه‌درمانی و غوطه‌ور ساختن در آب سرد، از روش‌های راش محسوب می‌شد. همین اقدامات راش باعث شد، **دوروتی دیکس** به فکر اصلاحات باشد. اولین مواجهه او با سیستم زندان بود که تعداد زیادی بیمار روان‌پریش در آن محبوس بودند. او معتقد بود مراقبت مناسب برای این بیماران کاربست درمان اخلاقی است. با اینکه درمان اخلاقی به شکست انجامید، اهداف بشر دوستانه‌ای که دیکس دنبال می‌کرد، تأثیری ماندنی بر سیستم بهداشت روانی داشتند.

قرن ۱۸ تا ۱۹: پیدایی مدل‌های دیگر برای رفتار نابهنجار

گریزینگر^۴، روان‌پزشک آلمانی، به جای تسخیر روح به نقش مغز در نابهنجاری تأکید کرد. **امیل کرپلین**^۵ به خاطر اقداماتش برای بهبود بخشیدن به طبقه‌بندی اختلالات روانی مشهور است. اصطلاح **منیک - دپرشن**^۶ پیش‌درآمدی که اکنون اختلال دوقطبی خوانده می‌شود، توسط وی استفاده شد.

اصطلاح **تباهی زودرس**^۷ (زوال عقل زودرس) که اکنون به اسکیزوفرنی معروف است، توسط **کراپلین** مطرح شد. کراپلین علت اختلال روانی را کژکاری مغز می‌دانست.

آنتونی مسمر^۸ معتقد بود بیماری‌ها، از صرع تا هیستری، در اثر ممانعت از جریان نوعی جوهر نادیدنی و نامحسوس به وجود می‌آیند که او ابتدا آن را مایع مغناطیس جهانی و بعداً آن را «مغناطیس حیوانی» نامید.

در واقع مسمر، علت رفتار نابهنجار را ناشی از فعالیت‌های فرایندهای روانی ناهشیار می‌نامید. مسمر به‌خاطر مداخله‌های نمایشی‌اش که فنون هیپنوتیزم را دربرداشتند، بدنام شد.

1- Johann weyer
2- Vincenzo chiaragi
3- Moral Treatment
4- Greisinger
5- Emil kraepelin
6- Manic-depression
7- dementia praecox
8- Antoni Mesmer

کتاب معروف مسمر تأثیرات سیارات نام دارد. مسمریسم فرایندی است که بعدها هیپنوتیزم نامیده شد. اصطلاح مسمر شده به افزایش تلقین‌پذیری که کلمات و اعمال فرد آن را ایجاد می‌کند، اشاره دارد.

اگوست لیبو به جای دارو از القای خواب هیپنوتیک استفاده کرد و به دلیل درمان‌های ابتکاری مشهور است.

شارکو چهره برجسته در مطالعه علمی هیپنوتیزم بود. وی هیپنوتیزم را به فروید و بسیاری عصب‌شناسان و روان‌پزشکان دیگر آموزش داد. شارکو هیپنوتیزم‌پذیری را در واقع نشانه اختلال عصبی می‌دانست و معتقد بود با هیپنوتیزم فقط کسانی قابل درمان هستند که دچار این اختلال باشند. هیپنوتیزم، درمان خوبی برای هیستری است (اختلالی که به موجب آن، مشکلات روانی به شکل جسمانی ابراز می‌شوند).

مدل پزشکی اختلالات روانی^۱ (مدل مدیکال)

افراد به تدریج متوجه شدند که بیماری‌های روانی ممکن است علت‌های فیزیولوژیک داشته باشند. این کشف منجر به تدوین فرضیه **سوماتوژنیک**^۲ شد. طبق فرضیه سوماتوژنیک، علل مشکلات روانی را می‌توان در نقص‌های فیزیکی یا زیستی (مشکلات بدنی یا جسمی) پیدا کرد.

رویکرد پزشکی سعی می‌کند ویژگی‌های هیجانی و روانی پیچیده‌ی بیماری‌های روانی را با دلایل بیولوژیک ساده توضیح دهد، اما تجربه‌های شخصی افراد از اختلالات روانی یا عوامل شناختی پیچیده و درگیر در بسیاری از مشکلات روانی را نمی‌توان به توضیحات بیولوژیک و ساده تقلیل داد. این امر که تقلیل‌گرایی بیولوژیک نامیده می‌شود، نمی‌تواند رنج بیماران را به آسانی توضیح دهد و در چند کلمه خلاصه کند.

تقلیل‌گرایی^۳ یعنی توضیح یک پدیده از طریق تجزیه آن به اجزای تشکیل‌دهنده که کل این فرایند، تحلیل نامیده می‌شود. تقلیل‌گرایان معتقدند که سیستم‌های پیچیده‌را می‌توان به صورت جمع اجزای تشکیل‌دهنده آنها در نظر گرفت. (تقسیم - کردن یک پدیده به عناصر اولیه آن).

در رویکرد بیولوژیک به اختلالات روانی، تقلیل‌گرایی، رفتار را به عناصر بیولوژیک اولیه تقسیم می‌کند. در رویکرد سایکودینامیک، تقلیل‌گرایی، رفتار را به مجموعه‌ای از ساختارها و فرایندهای فرضی تقسیم می‌کند. در رویکرد رفتارگرایی، تقلیل‌گرایی رفتار را به واحدهای محرک - پاسخ تقسیم می‌کند و در رویکرد شناخت‌گرایی، تقلیل‌گرایی، رفتار را به افکار، باورها و نگرش‌ها تقسیم می‌کند.

مدل روان‌شناختی اختلالات روانی^۴

ماهیت مدل پزشکی ایجاد می‌کند اختلالات روانی را نوعی «بیماری» در نظر بگیریم. به این ترتیب، رویکردهای پسیکولوژیک، مشکلات روانی را واکنش‌های عادی می‌دانند که از طریق مکانیسم‌های روانی یا شناختی سالم به وجود می‌آیند نه اینکه نتیجه فرایندهای ذهنی خراب یا مختل شده باشند.

تعریف اختلال روانی طبق DSM5

اختلال روانی^۵ سندرمی است که ویژگی‌های آن عبارتند از: مختل شدن شناخت، کنترل هیجان یا رفتار به صورتی که از لحاظ بالینی معنادار^۶ باشد و نابسامانی یا **نقص عملکردی**^۷ در فرایندهای روان‌شناختی، زیستی یا رشدی را منعکس می‌کند. اختلالات روانی معمولاً با رنج^۸ یا معلولیت^۹ قابل ملاحظه‌ای در فعالیت‌های اجتماعی، شغلی یا سایر فعالیت‌های مهم همراه است.

شکل‌گیری سنت پژوهش روان‌شناختی (روان‌شناسی آزمایشی)

سرچشمه بخش عمده‌ای از تفکر علمی در روان‌شناختی امروزی، در تلاش‌های جدی اولیه برای بررسی فرایندهای روان‌شناختی به صورت عینی، به گونه‌ای که ویلهلم وونت^{۱۰} (۱۸۳۲ - ۱۹۲۰) و ویلیام جیمز^{۱۱} (۱۸۴۲ - ۱۹۱۰) آن را نشان دادند، قرار دارد. آزمایشگاه‌های اولیه روان‌شناختی در سال ۱۸۷۹، ویلهلم وونت اولین آزمایشگاه روان‌شناسی را در دانشگاه لایپزیگ دایر کرد. در حالی که وونت و همکاران او مشغول بررسی عوامل روان‌شناختی در حافظه و احساس بودند، چند روش و راهبرد آزمایشی اساسی را ابداع کرد.

- 1- the medical model of psychopathology
- 2- Somatogenic hypothesis
- 3- reductionism
- 4- The psychological model of psychopathology
- 5- Mental disorder
- 6- Significant
- 7- Dysfunction
- 8- Distress
- 9- Disability
- 10- Wilhelm Wundt
- 11- William James

در سال ۱۸۹۶، یکی دیگر از دانشجویان وونت به نام لایتنر ویتمر^۱ (۱۹۵۶ - ۱۸۶۷)، پژوهش را با کاربرد ترکیب نمود و اولین کلینیک روان‌شناختی آمریکا را در دانشگاه پنسیلوانیا دایر کرد. کلینیک ویتمر از لحاظ پژوهش و درمان، روی مشکلات کودکان عقب مانده ذهنی تمرکز داشت. ویتمر که بانی روان‌شناسی بالینی آمریکا محسوب می‌شود. در ترغیب دیگران به درگیر شدن در این حرفه جدید تأثیرگذار بود. طولی نکشید که کلینیک‌های دیگری نیز دایر شدند. یک کلینیک که اهمیت زیادی داشت، مؤسسه نوجوانان جامعه‌ستیز شیکاگو بود (بعدها مؤسسه پژوهش نوجوان نامیده شد) که در سال ۱۹۰۹ توسط ویلیام هیلی^۲ (۱۹۶۳ - ۱۸۶۹) تأسیس شد. هیلی اولین کسی بود که بزهدکاری نوجوانان را نشانه شهرنشینی، نه حاصل مشکلات روان‌شناختی درونی در نظر گرفت. او با این دیدگاه، از جمله اولین کسانی بود که زمینه جدید علیت را تشخیص داد - عوامل محیطی یا اجتماعی - فرهنگی. در اولین دهه قرن بیستم، آزمایشگاه‌ها و کلینیک‌های روان‌شناختی شروع به رشد کردند و مقدار زیادی پژوهش انجام شد.

دیدگاه رفتاری

با اینکه روان‌کاوی در پایان قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم بر بررسی رفتار نابهنجار حاکم بود، مکتب دیگری به نام رفتارگرایی^۳ از روان‌شناسی آزمایشی پدیدار شد تا با برتری آن مبارزه کند. روان‌شناسان رفتاری معتقد بودند که بررسی تجربه ذهنی - از طریق روش‌های تداعی آزاد و تحلیل رؤیا - داده‌های علمی قابل قبول تأمین نمی‌کند، زیرا این‌گونه مشاهدات پذیرای تأیید پژوهشگران دیگر نیستند. از نظر آنها، فقط بررسی رفتاری که به طور مستقیم قابل مشاهده باشد - و محرک‌ها و شرایط تقویت‌کننده‌ای که آن را «کنترل» می‌کنند - می‌تواند مبنای تدوین اصول علمی رفتار انسان باشد. دیدگاه رفتاری پیرامون یک موضع اصلی سازمان یافته است: نقش یادگیری در رفتار انسان.

شرطی‌سازی کلاسیک. منشاء دیدگاه رفتاری درباره رفتار نابهنجار و درمان آن، با تحقیق آزمایشی درباره نوعی یادگیری که به شرطی‌سازی کلاسیک معروف است ارتباط دارد - نوعی یادگیری که طی آن محرک خنثی بارها با محرک غیرشرطی که به‌طور طبیعی یک رفتار غیرشرطی را فراخوانی می‌کند، همانند می‌شود. بعد از همپاندی‌های مکرر، این محرک خنثی به محرک شرطی تبدیل می‌شود که یک پاسخ شرطی را فراخوانی می‌کند. این تحقیق با کشف بازتاب شرطی توسط فیزیولوژیست روسی ایوان پاولف^۴ (۱۹۳۶ - ۱۸۴۹) آغاز شد. کشفیات پاولف در شرطی‌سازی کلاسیک، روان‌شناس جوان آمریکایی، جان بی. واتسون^۵ (۱۹۵۸ - ۱۸۷۸) را که به دنبال روش‌های عینی برای بررسی رفتار انسان بود، تحریک کرد. واتسون تمرکز روان‌شناسی را به جای ساختارهای ذهن‌گرای نظری، به بررسی رفتار آشکار تغییر داد، رویکردی که آن را رفتارگرایی نامید.

شرطی‌سازی کنشگر. در حالی که پاولف و واتسون مشغول بررسی شرایط محرک پیش‌آیند و ارتباط آنها با پاسخ‌های رفتاری بودند، ای. ال. ثرن‌دایک^۶ (۱۹۴۹ - ۱۸۷۴) و بعداً بی. اف. اسکینر^۷ (۱۹۹۰ - ۱۹۰۴) نوع متفاوتی از شرطی‌سازی را بررسی کردند، نوعی که در آن، پیامدهای رفتار بر رفتار تأثیر می‌گذارند. رفتاری که بر محیط عمل می‌کند (تأثیر می‌گذارد) می‌تواند وسیله‌ای برای تولید نتایج خاص باشد و این نتایج به نوبه خود، احتمال اینکه آن رفتار در موقعیت‌های مشابه تکرار شود را تعیین می‌کنند. این نوع یادگیری «شرطی‌سازی وسیله‌ای» نامیده شد و بعداً اسکینر نام آن را به شرطی‌سازی کنشگر تغییر داد. این روزها هر دو اصطلاح هنوز به کار می‌روند. از نظر اسکینر، وقتی چیزی فعالیت خاص ارگانیزم را تقویت کند، رفتار «شکل می‌گیرد» - که «شکل دادن رفتار حیوان را تقریباً مثل مجسمه‌سازی که یک تکه گل را شکل می‌دهد» امکان‌پذیر می‌سازد.

جدول ۱-۲. شخصیت‌های مهم در تاریخ اولیه آسیب‌شناسی روانی

دنیای باستان

بقراط (۳۷۷ - ۴۶ ق.م): پزشک یونانی که معتقد بود بیماری روانی حاصل علت‌های طبیعی و آسیب مغزی است نه دیوشناسی.

افلاطون (۳۴۷ - ۴۲۹ ق.م): فیلسوف یونانی که معتقد بود با بیمارار روانی باید به صورت انسانی برخورد شود و نباید آنها مسئول اعمال‌شان شناخته شوند.

ارسطو (۳۲۲ - ۳۸۴ ق.م): فیلسوف یونانی و شاگرد افلاطون که به این نظریه بقراط اعتقاد داشت که عوامل گوناگون یا مزاج‌ها، درون بدن، وقتی که تعادل آنها بر هم می‌خورد، مسبب اختلالات روانی هستند. ارسطو قبول نداشت که عوامل روان‌شناختی

- 1- Lightner Witmer
- 2- William Healy
- 3- behaviorism
- 4- Ivan Pavlov
- 5- John B. Watson
- 6- E. L. Thorndike
- 7- B. F. Skinner

علت‌های اختلالات روانی هستند.

جالینوس (۲۰۰ - ۱۳۰ بعد از میلاد): پزشک یونانی که به آگاهی ما از سیستم عصبی کمک زیادی کرد. جالینوس علت اختلالات روانی را به طبقات جسمانی و روانی تقسیم کرد.

قرون وسطا

ابوعلی سینا (۱۰۳۷ - ۹۸۰): پزشک ایرانی، در زمانی که رویکردهای غربی به بیماری روانی، غیرانسانی بودند، از اصول درمانی انسانی برای بیماران روانی پشتیبانی کرد.

قرون شانزدهم تا هجدهم

پاراسلسوس (۱۵۴۱ - ۱۴۹۰): پزشک سوئیسی که دیوشناسی را به عنوان علت رفتار نابهنجار رد کرد. پاراسلسوس به علت‌های روانی بیماری روانی اعتقاد داشت.

جان وپر (۱۵۸۸ - ۱۵۱۵): پزشک آلمانی که با دیوشناسی مخالف بود و توسط هم‌تایان و کلیسا به خاطر عقاید مترقی خود طرد شد.

رابرت بورتون (۱۶۴۰ - ۱۵۷۶): دانشمند آکسفورد که رساله کلاسیک و با نفوذی را به نام آناتومی مالیخولیا در سال ۱۶۲۱ درباره افسردگی نوشت.

ویلیام توک (۱۸۲۲ - ۱۷۳۲): کواکر انگلیسی که پناهگاه یورک را دایر کرد، جایی که بیماران روانی در محیطی انسانی زندگی می‌کردند.

فیلیپ پینل (۱۸۲۶ - ۱۷۴۵): پزشک فرانسوی که پیشگام استفاده از مدیریت اخلاقی در بیمارستان‌های لایستر و سالپتریر در فرانسه بود، جایی که با بیماران روانی به شیوه انسانی رفتار می‌کردند.

بنجامین راش (۱۸۱۳ - ۱۷۴۵): پزشک آمریکایی که بانی روان‌پزشکی آمریکا بود و بر اساس روش‌های بشر دوستانه پینل، از مدیریت اخلاقی برای درمان بیماران روانی استفاده کرد.

قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم

دوروتی دیکس (۱۸۷۷ - ۱۸۰۲): معلم آمریکایی که جنبش بهداشت روانی را در ایالات متحده پایه‌ریزی کرد که روی سلامت جسمانی بیماران روانی در بیمارستان‌ها تمرکز داشت.

فرانز آنتون مسمر (۱۸۱۵ - ۱۷۳۴): پزشک اتریشی که تحقیقات اولیه را درباره هیپنوتیزم به عنوان درمان پزشکی اجرا کرد.

امیل کرپلین (۱۹۲۶ - ۱۸۵۶): روان‌پزشک آلمانی که اولین سیستم تشخیصی را به وجود آورد.

زیگموند فروید (۱۹۳۹ - ۱۸۵۶): بانی مکتب درمان روان‌شناختی که به «روان‌کاوی» معروف است.

ویلهلم وونت (۱۹۲۰ - ۱۸۳۲): دانشمند آلمانی که اولین آزمایشگاه روان‌شناسی تجربی را در سال ۱۸۷۹ تأسیس کرد و بعداً بر بررسی تجربی رفتار نابهنجار تأثیر گذاشت.

مک کین کتل (۱۹۴۴ - ۱۸۶۰): روان‌شناس آمریکایی که روش‌های وونت را به کار برد و تفاوت‌های فردی در پردازش ذهنی را بررسی کرد.

لایتنر ویتمر (۱۹۵۶ - ۱۸۶۷): روان‌شناس آمریکایی که اولین کلینیک روان‌شناختی را در ایالات متحده دایر کرد که روی مشکلات کودکان عقب مانده ذهنی تمرکز داشت. او نشریه *psychological clinic* را نیز برقرار کرد.
ایوان پاولف (۱۹۳۶ - ۱۸۴۹): فیزیولوژیست روسی که تحقیقات کلاسیک در روان‌شناسی یادگیری را اشاعه داد.

جان بی. واتسون (۱۹۵۸ - ۱۸۷۸): روان‌شناس آمریکایی که پژوهش مقدماتی درباره اصول یادگیری را اجرا کرد و به پدر رفتارگرایی مشهور شد.

بی. اف. اسکینر (۱۹۹۰ - ۱۹۰۴): نظریه‌پرداز یادگیری آمریکایی که مکتب یادگیری معروف به شرطی‌سازی کنشگر را به وجود آورد.

نکات مهم DSM5 در ارتباط با اختلالات روانی

- ✓ در DSM5 یک هشدار مهم در ارتباط با تعریف اختلال روانی وجود دارد: **تشخیص**^۱ یک اختلال، باید از لحاظ بالینی مفید باشد. هدف DSM5 این نیست که هر طور شده و صرفاً برای تشخیص دادن اختلالات روانی، عمل تشخیص انجام شود. ملزم ساختن فایده‌ی بالینی نشان‌دهنده‌ی ماهیت (عمل‌گرایی) DSM5 است.
- ✓ اختلالات روانی توصیف‌کننده‌ی **فرآیندها**^۲ هستند نه مردم.
- ✓ DSM5 از مدل پزشکی بیماری پیروی می‌کند. این بدان منظور نیست که DSM5 تجویز دارو می‌کند بلکه منظورمان این است که DSM5 یک کتاب توصیفی است که تا اندازه‌ی زیادی از مطالعات علمی درباره گروه‌هایی از بیماران که ظاهراً نقاط مشترک زیادی دارند (از جمله نشانه‌ها، علائم، خط سیر یا روند بیماری) اقتباس شده است.
- ✓ DSM5 (به جز چند مورد استثنا) درباره **علل**^۳ اکثر اختلالات هیچ‌گونه حدسی نمی‌زند. بنابراین DSM5 یک رویکرد **توصیفی**^۴ است نه توضیحی.
- ✓ در DSM5 برخی از اختلالات قید نشده‌اند، این امر به این معنا نیست که این اختلالات وجود ندارند بلکه علت این کاهش این بوده است که تعداد زیادی از اختلالات زیر چتر یک اختلال گرد آمده‌اند. بنابراین DSM5 از رویکرد **طیفی**^۵ (پیوستاری - ابعادی) استفاده می‌کند مثلاً اختلالات طیف اسکیزوفرنی، طیف اوتیسم.
- ✓ DSM5 برای موارد قضایی و قانونی نوشته نشده است.
- ✓ DSM5 ممکن است به‌طور یکنواخت برای همه فرهنگ‌ها قابل به‌کارگیری نباشد.
- ✓ DSM5 **مقیاس سنجش کلی عملکرد**^۶ (GAF) که کیفیت عملکرد مراجعان را روی پیوستار ۱۰۰ درجه‌ای مشخص می‌کند، حذف شده است. یکی از دلایل حذف مقیاس GAF مشکلات میان‌پایایی ارزیاب‌ها و ترکیب برخی مفاهیم بوده است.

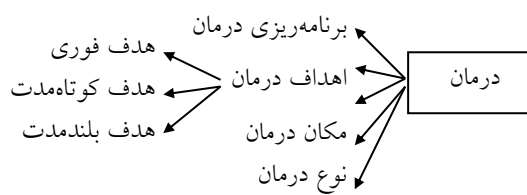
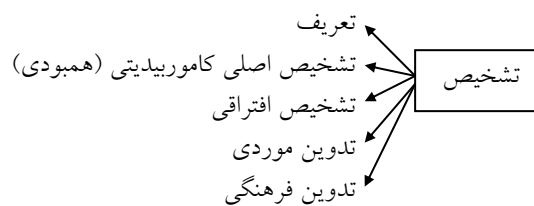
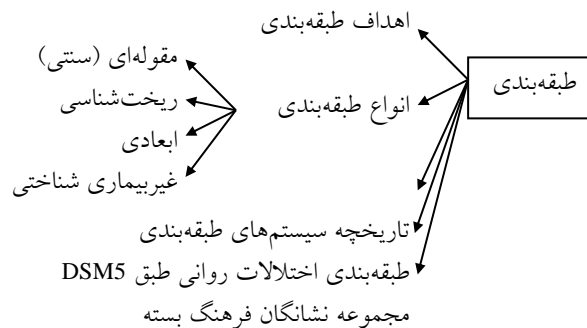
1- Diagnosis
2- Processes
3- Causes
4- Descriptive
5- Spectrum
6- Global Assessment of Functioning (GAF)

فصل دوم

طبقه‌بندی، تشخیص و درمان



فصل ۲: طبقه‌بندی، تشخیص و درمان



طبقه‌بندی

هنگامی که از طبقه‌بندی در روانشناسی مرضی سخن به میان می‌آید، دو مسأله مورد نظر است:

۱- نظم بخشیدن به پدیده‌های متعدد روان‌شناختی یا نظام‌دار کردن آنها.

۲- رجوع پدیده‌ها یا افراد به طبقات منظم یا تشخیص اختلال‌ها.

اهداف طبقه‌بندی

۱- افتراق اختلالات روان‌پزشکی از همدیگر به طوری که درمانگر بتواند مؤثرترین درمان را ارائه نماید.

۲- فراهم آوردن زبان مشترک بین متخصصان

۳- جستجوی علل بسیاری از اختلالات روانی که هنوز ناشناخته باقی مانده‌اند.

دو نظام طبقه‌بندی مهم روان‌پزشکی

۱- راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ (DSM)

۲- طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها^۲ (ICD)

◀ طبقه‌بندی رسمی نابهنجاری انسان با کارهای فلیپ پینل آغاز شد.

◀ اولین نظام جامع طبقه‌بندی‌های اختلال‌های روانی توسط امین کراپلین انجام شد.

انواع طبقه‌بندی

طبقه‌بندی مقوله‌ای (ستی): در این نوع طبقه‌بندی فرض بر این است که همه پدیده‌هایی که باید طبقه‌بندی شوند، می‌توانند در طبقه‌هایی

کاملاً متمایز قرار گیرند و بین آنها مرزهای مشخصی وجود دارد. دو اصل الزامی در این طبقه‌بندی عبارتند از:

۱- یک مقوله یا طبقه براساس تعدادی خصیصه توصیف می‌شود که وجود هر کدام از آنها لازم و مجموع آنها کافی است.

۲- زیرمقوله‌ها باید دارای کلیه خصیصه‌های مراحل بالاتر باشند.

◀ DSMIV یک طبقه‌بندی مقوله‌ای می‌باشد.

طبقه‌بندی ریخت‌شناختی

براساس «ریخت‌ها» یا شکل‌بندی رگه‌ها صورت می‌گیرد. در این نظام تعلق فرد به یک ریخت مستلزم وجود همه رگه‌های مشخص‌کننده

آن نیست، بلکه کافی است که فرد دارای چند رگه اصلی باشد. برای تشخیص تعیین تعلق فرد به یک ریخت، می‌توان از دو راهبرد یا دو

الگو استفاده کرد.

شجره‌تصمیم / مقایسه نیم‌رخ‌ها

۱- شجره تصمیم: حذف تدریجی تعدادی از امکانات تشخیص می‌پردازند تا سرانجام به بهترین تشخیص دست یابند.

۲- الگوی مقایسه نیم‌رخ‌ها: در اینجا مجموعه رگه‌هایی که یک فرد را متمایز می‌کند با نیم‌رخ‌های گروه نمونه مقایسه می‌شود و فرد را

در گروهی طبقه‌بندی می‌کند که نیم‌رخ وی بیشترین شباهت را با گروه نشان می‌دهد. از معایب روی‌آورد مقایسه نیم‌رخ‌ها، وجود موارد

مختلطی است که وضعیت آنها روشن نیست.

◀ آزمون MMPI یک نوع طبقه‌بندی ریخت‌شناسی محسوب می‌شود.

طبقه‌بندی ابعادی

در نظام ابعادی طبقه‌بندی بر مبنای کمیت یا فراوانی رگه‌های خاص صورت می‌گیرد. یعنی کمیت یا فراوانی رگه‌ها بیش از حضور یا عدم

حضور یک رگه اهمیت دارد.

هدف طبقه‌بندی ابعادی، توصیف چند بعدی یک حالت روانی یا یک فرد براساس یک نظام مرجع نظری، عملیاتی شده است.

◀ مصاحبه نیمه‌ساختار PDI^۳ و مقیاس آیزنک جزء طبقه‌بندی‌های ابعادی هستند.

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM)

2- International classification of Diseases (ICD)

3- personality disorder interview

طبقه‌بندی غیربیماری‌شناختی

در این روش از ضوابط بیماری‌شناختی روان‌پزشکی استفاده نمی‌شود، بلکه به طبقه‌بندی مجموعه اختلالات روانی طبق ضوابطی که براساس یک نظریه تعیین شده، مبادرت می‌گردد. (به‌عنوان مثال می‌توان براساس یک نظریه مانند نظریه پیازه طبقه‌بندی انجام شود).
مشکل اصلی چنین طبقه‌بندی‌هایی در این است که ارزش علمی و فایده بالینی آنها یکسان نیستند، برحسب مسائل مختلف تغییر می‌کنند و مورد پذیرش همه متخصصان بالینی نیز قرار نمی‌گیرد.

تاریخچه سیستم‌های طبقه‌بندی

اولین ویراست DSM در سال ۱۹۵۲ توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا منتشر شد که به‌عنوان اولین راهنمای رسمی روان‌پزشکی برای توصیف اختلالات روانی شناخته شد و بنابراین گام مهمی در جهت جست‌وجوی ملاک‌های تشخیصی استاندارد بود. یکی از نقطه‌ضعف‌های این DSM، پایایی ضعیف و ملاک‌های مبهم آن بود. نقطه ضعف دیگر DSM-I استوار بودن بر فرضیه‌های نظری بود که مشکلات یا واکنش‌های هیجانی را عامل ایجاد اختلال می‌دانست.

ویراست دوم DSM در سال ۱۹۶۸ منتشر شد. DSM-II بیانگر جنبشی بود که اغلب اختلالات روانی را واکنش هیجانی نمی‌دانست. ملاک‌های DSM-II براساس مفاهیم روان‌کاوی استوار بود. البته این ملاک‌ها به قدری متزلزل بودند که متخصصان بالینی با گرایش نظری خاصی، می‌توانستند تشخیص درمانجو را به جای وضعیت واقعی او با نظریه بالینی خودشان همراه کنند.

ویراست سوم DSM در سال ۱۹۸۰ منتشر شد. این مدل نسبت به مدل‌های قبلی ملاک‌های ارزیابی و تعریفی دقیقی برای هر اختلال فراهم آورد. در واقع ویراست سوم DSM متخصصان بالینی را قادر ساختند تا در تشخیص دادن کمی‌تر و عینی‌تر باشند. البته این ویراست نیز به نوبه خود مشکلاتی داشت از جمله این‌که در برخی موارد، ملاک‌ها را به‌خوبی مشخص نمی‌کرد.

ویراست چهارم DSM-III-R در سال ۱۹۸۷ منتشر شد. هدف از انتشار این ویراست این بود که تا معرفی DSM-IV در سال ۱۹۹۴، به‌عنوان راهنمای موقت، وظیفه خود را انجام دهد.

متن تجدیدنظر شده DSM-IV-TR در سال ۲۰۰۰ توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا منتشر شد. در DSM-IV از ۵ محور مجزا استفاده می‌شد. این کتاب راهنما، محور را به‌صورت طبقه‌اطلاعات در رابطه با یک بعد از عملکرد فرد تعریف کرده بود.

سیستم چندمحوری DSM-IV-TR به متخصصان امکان می‌داد که در مانجویان را به‌صورت چندبعدی توصیف کنند. آخرین ویراست کتاب راهنمای تشخیصی اختلالات روانی، DSM5 است که در سال ۲۰۱۳ به چاپ رسید که به ۲۲ فصل تقسیم شده و شامل مجموعه‌هایی از اختلالات مرتبط می‌باشد.

این فصل‌ها طوری سازمان یافته‌اند که اختلالات مرتبط، به یکدیگر نزدیک‌تر به‌نظر برسند و بیماری‌های روان‌شناختی و زیستی اغلب با یکدیگر ارتباط دارند. DSM5 برای دور شدن از سیستم طبقه‌ای و نزدیک شدن به سیستم طیفی^۱ (ابعادی) نخستین قدم را برداشته است. یکی از انتقادات عمده که به نسخه‌های قبلی DSM وارد می‌شد این بود که در آنها طبقه‌بندی تفکیکی (افتراقی) اختلال‌ها شفافیت نداشت که در DSM5 این اشکال برطرف شده است.

سیستم طبقه‌بندی در DSM5، رویکرد طیفی (ابعادی - پیوستاری) است.

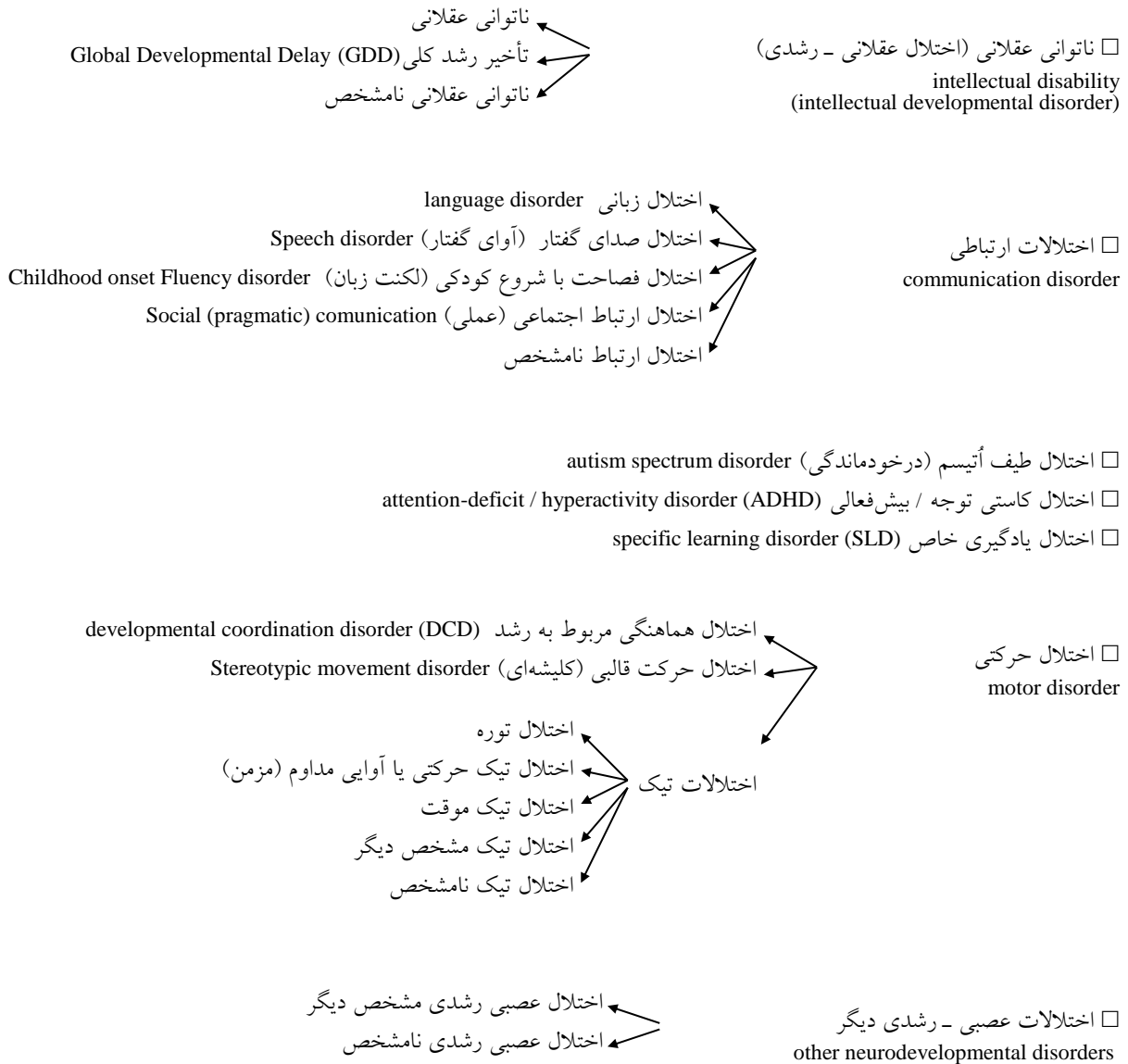
DSM5 رویکرد توصیفی دارد.

یکی از ایرادهایی که به DSM5 گرفته می‌شود این است که هنوز برای بسیاری از اختلالات از سیستم طبقاتی (مطلق) استفاده می‌کند.

طبقه‌بندی اختلال‌های روانی طبق DSM5



اختلالات عصبی - رشدی
neurodevelopment disorder



اختلالات طیف اسکیزوفرنی و اختلالات روان‌پریشی دیگر
schizophrenia spectrum and other psychotic disorders

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| schizotypal disorder | <input type="checkbox"/> اختلال اسکیزوتایپال |
| delusional disorder | <input type="checkbox"/> اختلال هذیانی |
| brief psychotic disorder | <input type="checkbox"/> اختلال روان‌پریشی کوتاه‌مدت |
| schizophreniform disorder | <input type="checkbox"/> اختلال اسکیزوفرنی فرم |
| schizophrenia | <input type="checkbox"/> اسکیزوفرنی |
| schizoaffective disorder | <input type="checkbox"/> اختلال اسکیزوافکتیو |
| substance/medication-induced psychotic disorder | <input type="checkbox"/> اختلال روان‌پریشی ناشی از مواد / دارو |
| psychotic disorder due to another medical condition | <input type="checkbox"/> اختلال روان‌پریشی ناشی از بیماری جسمانی دیگر |
| catatonia associated with another mental disorder (catatonia specifier) | <input type="checkbox"/> کاتاتونی مرتبط با اختلال روانی دیگر (شاخص کاتاتونی) |
| catatonic disorder due to another medical condition | <input type="checkbox"/> اختلال کاتاتونیک ناشی از بیماری طبی دیگر |
| unspecified catatonia | <input type="checkbox"/> اختلال کاتاتونی نامشخص |
| other specified schizophrenia spectrum and other psychotic disorder | <input type="checkbox"/> طیف اسکیزوفرنی مشخص دیگر و اختلال روان‌پریشی دیگر |
| unspecified schizophrenia spectrum and other psychotic disorder | <input type="checkbox"/> طیف اسکیزوفرنی و اختلال روان‌پریشی نامشخص دیگر |