.: به نام بی نام او :.

مقدمه

درس "روان‌شناسی مرضی (آسیب‌شناسی رو انی) و کودکان استثنایی که شامل دو بخش مجزای "آسیب‌شناسی رو انی" و "روان‌شناسی کودکان استثنایی" است، از میان تمام دروس مجموعه روان‌شناسی در کنکور کارشناسی ارشد 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 رو انشناسان و دانشجویان روان‌شناسی است. جزوات سه گانه‌ی کیهان (آسیب‌شناسی رو انی؛ کودکان استثنایی و DSM5) 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 با آخرین به روزرسانی‌ها در اختیار داوطلبان گرامی قرار می‌گیرد.

تغییرات آخرین ویرایش

سوالات کنکور اخیر با پاسخ تشریحی به این مجموعه اضافه شده است و برخی اصلاحات جزئی نیز مطابق با آخرین کنکور در متن صورت گرفته 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 استثنائی، توانسته به تنهایی به ۸۵ و ۸۰ **درصد** از سوالات مستخرج از منابع در دو کنکور ارشد و دکتری را پاسخ دهد. در حالی که درصد رتبه های تک رقمی 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، شهیدبهشتی و علامه طباطبایی 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.خانم زهرا دایی رتبه ۶, خانم زینب نکومنشی نژاد رتبه ۱۵ ,خانم نرگس السادات سلیلی رتبه ۱۶. 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 اخیر مورد بازبینی قرار گرفته است و برای کنکور ارشد و دکتری 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

مرکز خدمات رو انشناسی 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 کـــیهـــان :.

درباره کیهان

- گروه آموزشی کیهان متشکل از تعدادی از رتبه های برتر روانشناسی و مشاوره ارشد و دکتری دانشگاه‌های تهران، شهیدبهشتی، علامه و ... است که صرفاً در زمینه کنکور ارشد و دکتری مجموعه روانشناسی و مشاوره فعالیت دارد.
- فعالیت های کیهان شـامل ارائه خدمات مشــاوره و برنامه‌ریزی، مجموعه جزوات قابل اطمینان، فیلم های آموزشـی با اســاتید برتر روانشناسی، ارائه خدمات روانشناختی به دانشجویان و برگزاری کلاس‌های آموزشی با کیفیت است.
- گروه آموزشی کیهان تحت نظارت مستقیم مرکز خدمات روانشناسی و مشاوره کیهان فعالیت می‌کند.
- کیهان در هیچ کجای کشــور شــعبه ای ندارد و تمام خدمات و محصــولات آن فقط از خود مرکز کیهان به شــیوه اینترنتی، تلفنی و حضوری قابل دریافت است.
- به لطف به کارگیری از روش‌های علمی مشاوره و برنامه ریزی و همچنین جزوات قابل اطمینان، هر ساله تعداد قابل توجهی از رتبه‌های زیر ۱۰۰ کنکور ارشد روان‌شناسی از میان کیهانی‌ها بوده اند. به طور مثال ۳ نفر از ورودی‌های ۹۴ بالینی دانشگاه تهران به طور کامل کیهانی بوده اند، درسال 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 ,در ســال۹۹ خانم زهرا دایی رتبه ۶,درســال ۱۴۰۰ خانم شــقایق ربیع حاذق رتبه ۳,خانم نرگس الســادات سلیلی رتبه ۱۶,خانم زینب نکومنشی نژاد رتبه ۱۵ به طور کامل کیهانی بوده‌اند.

درباره جلسات مشاوره کیهان

- جلسات به دو شکل رایگان (فقط یک بار در سال) و تخصصی (با یک مشاور به انتخاب فرد) برگزار می‌شود.
- جلسات به دو شکل تلفنی و حضوری و صرفاً اختصاصی (یک مشاور و یک دانشجو در هر جلسه) برگزار می‌شود.
- هر دانشجوی کیهانی یک پرونده مربوط به اطلاعات خود نزد مشاور اختصاصی اش دارد.
- در کیهان، مشاور هر رشته (روانشناسی-مشاوره)، الزاماً رتبه برتر همان رشته است و بر آن آزمون کاملاً مسلط است.
- روش‌های برنامه ریزی و مشاوره کیهان، از یافته‌های علمی و تجربی استخراج می‌شود و سپس در دپارتمان مشاوران تصویب می‌شود. اینجا از آزمون و خطا خبری نیست.
- کیهان از حضور چندین مشاور تخصصی (رتبه‌های برتر) بهره می‌برد که این قدرت انتخاب دانشجو را بالا می‌برد.
- کیهان برای داوطلبان کنکور پیش رو، دو طرح ویژه متفاوت با شرایط متفاوت ارائه کرده است.
- تمام جلسات مشاوره کیهان تحت نظارت سوپروایزرها (آقایان فلاح و نیک منش) کیهان برگزار می‌شود.
- هزینه جلسات مشاوره در کیهان مطابق نرخ مصوب عمومی است.

مروری کلی بر عــوامــل موفقیت در کنکور ارشد و دکتری روان‌شناسی
از نگاه رتبه‌های بــرتــر کنکور، مشاوران کــیــهــان

۱. 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 می کنید 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.

۲. برنامه‌ریزی: برای رسیدن به هدف‌تان برنامه ریزی کنید. یک برنامه ریزی 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 کتاب ها. 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. طرح های مشاوره مختلف کیهان را نیز مد نظرتان داشته باشید.

۳. 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 تاثیرات مثبتی در زندگی‌تان دارد و سایر نکات مثبت فکر کنید.

۴. **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.

۵. مطالعات منسجم: رشته ما منابع زیادی دارد. در صورتی که از همین مجموعه جزوات کیهان استفاده می‌کنید، هیچ جای نگرانی نیست. اما باز جهت تاکید عرض می‌کنیم که از مطالعه منابع پراکنده پرهیز کنید. مطالعه منسجم یکی دو منبع خیلی بهتر از مطالعه پراکنده ۷-۶ منبع است. به مسیرتان اعتماد کنید.

۶. 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.

برای شما زیباترین و شایسته‌ترین فرداها را آرزو داریم

گروه مشاوران کیهان

فهرست

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 ۲۲

فصل چهارم: طبقه‌بندی و تشخیص ۲۹

فصل پنجم: اختلالات عصبی رشدی ۴۰

فصل ششم: طیف اسکیزوفرنیا و اختلالات روان‌پریشانه دیگر ۸۸

فصل هفتم: اختلال دو قطبی و اختلالات مربوط ۱۱۳

فصل هشتم: اختلالات افسردگی ۱۲۲

فصل نهم: اختلالات اضطرابی ۱۴۳

فصل دهم: وسواس فکری- عملی و اختلالات مرتبط ۱۷۰

فصل یازدهم: اختلالات مرتبط با سانحه و عوامل استرس‌زا ۱۸۲

سوالات روانشناسی مرضی و کودکان استثنایی ۱۴۰۱ .... ۱۹۰

پاسخنامه روانشناسی مرضی و کودکان استثنایی ۱۴۰۱ .... ۱۹۲

منابع ۱۹۶

منابع بیشتر برای رسیدن به حداکثر تسلط ممکن ۱۹۷

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 روان شناسی 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 پیش بینی و کنترل افراد و جریانات، عنصر مهمی‌در 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 رضایت بخش 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 خطراتی 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 میان‌فردی 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 (**Hysterya**) 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؟

گالن 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 مسمر که هم نابغه و هم شیاد خوانده 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 **مغناطیسم حیوانی** نامید. مسمر از وجود نوعی مایع مغناطیسی فیزیکی خبر داد که در صورت توزیع نابرابر موجب بیماری در بدن می‌شود. و با به‌کارگیری شیوه‌های خاصی که موجب «بحرانهایی» در بدن می‌شوند می‌توان سلامتی را بازگرداند.

بعدها ثابت شد که برای وجود این مایع دلیل فیزیکی وجود ندارد. مسمر که کاملاً شکست خورده بود در گمنامی‌ناپدید شد، اما واقعیت مداواهای او باقی ماند. **مغناطیسم حیوانی** بعدها **مسمریسم** نامیده شد و بعد هیپنوتیزم نام گرفت.

چهره‌ی برجسته در مطالعه‌ی علمی‌هیپنوتیزم **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

روانشـناسـی مرضـی در سـطح بنیادی به منزله شـاخه ای از روانشـناسـی اسـت که به بررسـی رفتار نابهنجار یا مرضـی 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 (نشانه شناسی)، طبقه بندی و علت یابی و شناخت مکانیزم تحول اختلالات روانی (پدیدآیی مرضی) می‌پردازد.

تعریف، قلمرو و تاریخچه روان شناسی مرضی تحولی

ویژگی اصلی روان شناسی مرضی تحولی این است که به بررسی تحول و اختلال‌های آن می‌پردازد و امکانات کودک را در هر مرحله تحول در نظر می‌گیرد و کوشـــش می‌کند تا با در نظر گرفتن روابط ارگانیزم- محیط، به درک مراحل مختلف زمانی نائل آید. چنین دیدگاهی در روان شـــناســـی مرضی کودک، تحت تأثیر روان شناسی 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.
- **پستا لوتزی** در سوئیس، یک مؤسسه تربیتی برای پرورش کودکان فقیر تأسیس کرد و روش شهودی و طبیعی را در مقابل تربیت انتزاعی و جزمی‌آن زمان قرار داد. و نیز جنبش حمایت کودک را قوام بخشید.
- **ادوارد سُگن** در فرانسه، نخستین مدرسه بازپروری را ایجاد کرد و کتابی در مورد درمان روانی عقب مانده‌ها منتشر نمود.
- پیشگامان نخستین همکاری‌های پزشکی- پرورشی کسانی بودند که به بازپروری نارسایی‌های حسی و عقب‌ماندگی ذهنی پرداختند:
- **سگن** (پرورشکار) همراه با **اسکیرول** (روان‌پزشک) نخستین گروه پزشکی- پرورشی را تشکیل دادند.
- اسکیرول جنون و عقب‌ماندگی را در تضاد با یکدیگر قرار داد(مجنون فردی غنی است که فقیر شده است، اما عقب مانده فقیری است که همواره فقیر بوده است).
- **روان تحلیل‌گری** 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 خصـوص با تکیه بر نقش خانواده و تعامل اعضـای آن (مثلاً ترتیب تولد) با روش مسـتقیم به بررسـی اختلال‌های روانی کودکان پرداخت. "تک بررسـی‌های" مشـهور آدلر و ارائه آن‌ها به دانشـجویان پزشکی از حرکت‌های اصیل روانی- پزشکی به یاد ماندنی است. این حرکت در واقع به معنای خط گشایش نشانه‌شناسی، علت شناسی و پدیدآیی اختلال‌های روانی در سطح کودکی و راهگشای روان تحلیل‌گری کودک قلمداد می‌شود.
- به دنبال آدلر، **آنا فروید** با کشـف مکانیزم‌های دفاعی و مشـکلاتی که «من» با آن‌ها مواجه اسـت، **ملانی کلاین** با دسـتیابی به سـاخت‌های مرضـی درون- خانوادگی، ارتباط کودکان با یکدیگر و والدین، **اشـپتیز** با مطالعات دقیق درباره روابط موضـوعی، **وینی‌کات** با تأکید بر اهمیت مراقبت‌های مادارانه و تأثیر آن در رشـد یافتگی کودک، و دیگران با گشـایش خط روان شـناسـی من، شـرایط عملی برای تفسـیر روان‌شـناختی 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 پیشایند:** 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 عمومی‌که نیازمند ناراحتی یا ناتوانی است استفاده شده که معمولاً به صورت «این اختلال موجب ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه 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 کاملا مشاهده می‌شود، ولی ممکن است در اختلالی چون اختلال شخصیت ضداجتماعی اثری از ناراحتی در فرد نبینیم.

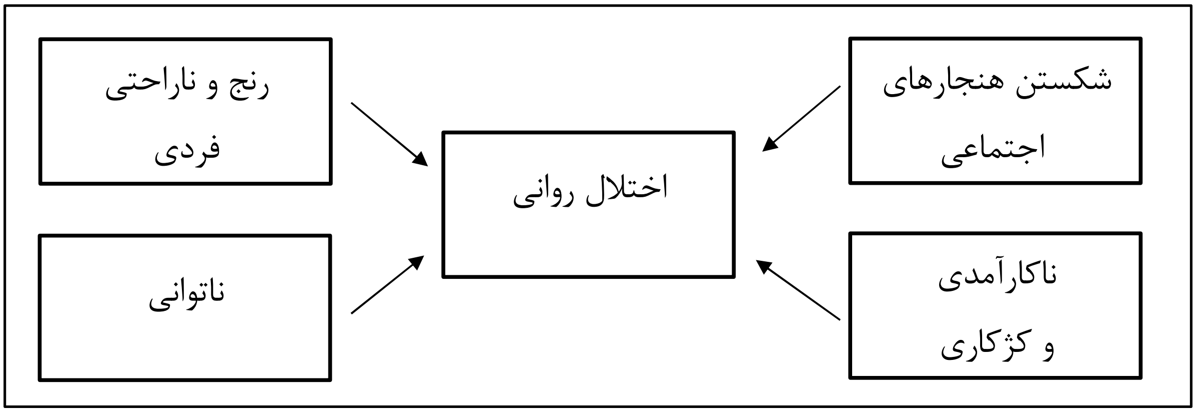
۲) ناتوانی: نقص و ناتوانی در جنبه‌های مهم زندگی مانند کار یا روابط فردی.

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 اختلال‌های روانی

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

دیدگاه پویشی، پدیده‌های روانی را نتیجه تعارض و تألیف نیروهایی می‌داند که فشاری را وارد می‌آورند. بنابراین دیدگاه پویشی 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 مهارکردن 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 کمی‌شدنی «نیروی کشاننده‌ای» که امکان افزایش، کاهش و هم‌ارزی آن وجود دارد. این دیدگاه، سرمایه‌گذاری‌ها را مورد نظرقرار 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 هم‌شکلی‌طلبی 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 روان‌آزرده متمایز کرد. فروید بین انسان بهنجار و روان‌آزرده 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 «روان گسسته- 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 به هیچ عنوان نباید وجود ناهماهنگی خطوط تحول را برای توصیف جنبه‌ی مرضی کافی بدانیم.

مفهوم «هذیان القایی»: افراد کودن یا تلقین پذیر ممکن است تحت تأثیر هذیان‌گویی بیمار دیگری به منزله ی عنصر القاکننده به هذیان‌گویی بپردازند.

فصل دوم: الگوهای شناسایی و درمان نابهنجاری

- ✓ **الگوی زیست-پزشکی**
- ✓ **رویکردهای روان‌پویشی و وجودی**
- ✓ **الگوهای یادگیری: رویکردهای شناختی و رفتاری**

در حال حاضر سه الگوی اصلی نابهنجاری برای شناسایی و درمان نابهنجاری وجود دارد:

- الگوی زیست‌پزشکی (**biomedical**) که معتقد است نابهنجاری بیماری بدن است.
- الگوی روان‌پویشی که معتقد است نابهنجاری توسط تعارض‌های درون شخصیت ما برانگیخته می‌شود.
- الگوی یادگیری که رویکردی رفتاری و شناختی را شامل می‌شود به شرطی‌سازی و فکر هشیار آشفته اشاره دارد.

I. الگوی زیست‌پزشکی Biomedical

اصول الگوی زیست‌پزشکی

کسانی که از الگوی زیست‌پزشکی طرفداری می‌کنند، نشانه‌های گوناگون ولی همایند را با هم در یک نشانگان (**syndrome**) منسجم گروه‌بندی می‌کنند. سپس سبب‌شناسی (**etiology**) یا علت آن نشانگان را با بررسی چهار علت احتمالی جستجو می‌کنند: ۱. میکروب‌ها، ۲. ژن‌ها، ۳. زیست شیمی‌فرد بیمار، و ۴. کالبدشکافی اعصاب.

میکروب‌ها: بدترین دیوانگی همه‌گیر که در تاریخ ثبت شده، اختلال فلج عمومی‌است. این اختلال با ضعف دست‌ها و پاها شروع می‌شود و به نشانه‌های نامتعارف بودن و بعد هذیان‌های عظمت می‌انجامد؛ این اختلال در نهایت به فلج کلی، منگی و مرگ منجر می‌شود. این اختلال توسط بیماری عفونت سفلیس ایجاد می‌شد که نشان داد یک بیماری روانی می‌تواند صرفاً ناشی از یک بیماری جسمانی باشد. فلج عمومی‌که ویژگی آن حماقت و هذیان‌های عظمت دانسته می‌شد اکنون ریشه‌کن شده است.

ژنتیک: دومین سبب‌شناسی زیست‌پزشکی ژنتیک است که می‌تواند پژوهشگران را وادارد تا اختلال روانشناختی را بیماری جسمی بدانند. برخی از جنبه‌های شخصیت که به جرم کمک می‌کنند ــ برای مثال فقدان وجدان، لحظه‌ای فکر کردن یا پرخاشگری ــ می‌تواند ارثی باشد. مفهوم ژن‌های بزهکار معنای چندانی ندارد، اما مفهوم موروثی بودن گرایش‌های بزهکار معنای علمی‌معقولی دارد.

زیست شیمی: یک فرضیه در مورد اسکیزوفرنی این است که این بیماری در اثر زیست‌شیمی نامتوازن ایجاد می‌شود. «فرضیه‌ی دوپامین» می‌گوید: رفتار اسکیزوفرنیک توسط مقدار بسیار زیاد دوپامین در مغز ایجاد می‌شود. مهم‌ترین شواهد از این واقعیت به دست می‌آید که داروهایی که معمولاً نشانه‌های اسکیزوفرنی را برطرف می‌کنند مقدار مصرفی دوپامین در مغز را نیز کاهش می‌دهند. به این عمل «انسداد دوپامین» گفته می‌شود و این داروها با چسبیدن به سلول‌های عصبی موجود در مغز که دوپامین دریافت می‌کنند، دوپامین را مسدود نموده و بدین ترتیب از رسیدن طبیعی آن به گیرنده‌ها جلوگیری می‌کنند. پژوهشگران نتیجه گرفته‌اند که چون این داروها دوپامین را کاهش می‌دهند، پس افزایش دوپامین موجب اسکیزوفرنی می‌شود.

از دید مکتب زیست‌پزشکی شواهدی نشان می‌دهند تغییر در زیست‌شیمی‌مغز، نشانه‌های یک اختلال را تغییر می‌دهد، در واقع می‌گویند که آن اختلال یک نوع بیماری است. این مکمل شواهدی است که نشان می‌دهد، اختلال توسط یک میکروب ایجاد می‌شود و یا توسط عوامل ژنتیکی منتقل می‌شود.

کالبدشناسی اعصاب: مغز به صورت یک سلسله مراتب از پایین به بالا سازمان یافته است، به طوری که سطوح عالی‌تر عموماً کارکردهای انتزاعی، شناختی و ارادی را کنترل می‌کنند. در این سلسله مراتب سطوح پایین‌تر مغز (مغز پسین و میان‌مغز) کارکردهای غیرارادی را کنترل می‌کنند و سطوح بالا (پیش‌مغز) کارکردهای ارادی را کنترل می‌کنند. بصل‌النخاع کارکردهایی چون ضربان قلب، گردش خون و تنفس را کنترل می‌کند. مخچه تعادل بدن و هماهنگی عضلانی را کنترل می‌کند. هیپوتالاموس در رفتار مربوط به نوشیدن، خوردن، کنترل دما و فعالیت جنسی درگیر است. تالاموس از حواس، درونداد می‌گیرد و آن را به قشر مخ می‌فرستد، که این به نوبه‌ی خود برای تفکر، حافظه، برنامه‌ریزی و عمل ارادی حیاتی است. ابتدا سطوح بالاتر مختل می‌شوند و به دنبال آن کژکاری دستگاه‌های پایین‌تر رخ می‌دهد. این کژکاری می‌تواند اختلال‌های جسمانی و روانی را توجیه کند.

به عنوان مثالی: مدار موجود در مغز که هسته‌ی دمی راست را دربرمی‌گیرد، در تصفیه کردن و فرونشاندن درونداده‌ای نگرانی ناشی از مناطق دیگر مغز دخالت دارد. زمانی که هسته‌ی دمی راست معیوب می‌شود، به طور شایسته جلوی نگرانی را نمی‌گیرد و اجازه می‌دهد نگرانی به قسمت‌های دیگر مغز سرایت کند و احتمالاً موجب **OCD** شود.

– در روانپزشکی **انقلاب اول** با برداشتن زنجیرها از پای دیوانگان توسط فیلیپ پینل آغاز شد، **انقلاب دوم** با نظریه‌های فروید شروع شد و **انقلاب سوم** هم با ساختن داروها (ابتدا داروهای ضدروان‌پریشی) صورت گرفت.

داروهای ضد روانپریشی

داروهای ضدروان‌پریشی آثار جانبی تولید می‌کنند که محسوس ترین آن‌ها عبارت‌اند از: ضربان قلب نامنظم، فشار خون پایین، بی قراری غیرقابل کنترل، بی‌حرکتی که صورت بیمار را از توانایی لبخند زدن محروم می‌کند، رعشه و لخ لخ راه رفتن. اما بدتر از همه‌ی این‌ها «دیسکینزی دیررس (پریشانی حرکتی دیررس)» است و علت آن این است که داروها چیزی را که در کنترل حرکتی مغز است (که هنوز معلوم نیست که چیست) نابود می‌کنند. یک چهارم تا یک سوم بیمارانی که داروهای ضدروان پریشی مصرف می‌کنند دچار دیسکینزی دیررس می‌شوند.

داروهای ضد افسردگی

جدیدترین داروی ضد افسردگی، **پروزاک**، تقریباً به همان لندازه داروهای قدیمی‌اثر می‌کند، ولی در ابتدا آثار جانبی ملایم‌تری دارد. **لیتیوم کربنات** باعث تسکین قوی افراد مانیک می‌شود و لیتیوم در فرونشاندن دوره‌های مانیک مؤثرتر از دوره‌های افسردگی در بیماری مانیک ـ دپرسیون است. مشکل اصلی این دارو این است که بسیاری از افراد مانیک از مصرف آن خودداری می‌کنند، زیرا آن‌ها احساس مانیک بودن را دوست دارند.

داروهای ضداضطراب

در اواسط دهه‌ی ۱۹۵۰ میل‌تاون برای اولین بار به طور موفق برای بیماران مضطرب به کار برده شد، سپس لیبریوم جایگزین میل‌تاون شد و در نهایت والیوم (دیازپام) که پنج برابر قوی‌تر است جای لیبریوم را گرفت.

داروهای ضداضطراب به اندازه‌ی داروهای ضدروان‌پریشی و ضد افسردگی، آثار جانبی خیلی نیرومندی ندارند. آن‌ها حتی با مقدار مصرف زیاد، احتمالاً مهلک نیستند. اما برخلاف داروهای ضدروان‌پریشی و ضد افسردگی، هر چه شما داروهای ضداضطراب را به مدت طولانی‌تر مصرف کنید کمتر مؤثر واقع می‌شوند و احتمالاً اعتیادآورند. علاوه بر این این داروها بر دو اختلال اضطراب اساسی تأثیر دارند: اختلال وحشت زدگی **(panic)** و اختلال اضطراب فراگیر.

درمان‌های دارویی بیماری‌های مختلف

- افسردگی = بازدارنده‌های MAO (مونوآمین اکسیداز)، ترکیبات سه‌حلقه‌ای، بازدارنده‌های جذب مجدد سروتونین (مثل پروزاک).
- مانیک ـ دپرسیون = لیتیوم
- اضطراب روزمره = داروهای ضد اضطراب (مثل میل‌تاون، لیبریوم و والیوم (دیازپام)
- فوبی‌های خاص = داروهای ضداضطراب
- فوبی اجتماعی= بازدارنده‌های MAO
- وحشت‌زدگی = داروهای ضداضطراب (مثل اکزاناس)
- فوبی مکان‌های باز = ترکیبات سه‌حلقه‌ای و بازدارنده‌های MAO

کاهش‌گری (reductionism)

طرفدار تمام‌عیار الگوی زیست‌پزشکی یک کاهش‌گر است. کاهش‌گر معتقد است که تمام پدیده‌های روانشناختی را می‌توان به پدیده‌های زیستی کاهش داد و بوسیله‌ی آن‌ها تبیین کرد.

ضدکاهشگر اعتقاد دارد که حداقل چندین پدیده‌ی روانشناختی وجود دارند که نمی‌توانند به پدیده‌های زیستی کاهش یابند. ضدکاهشگر برای اینکه نشان دهد یک پدیده‌ی زیستی می‌تواند بوسیله‌ی یک حالت روانی نه جسمانی ایجاد شود به عنوان نمونه به «کوتولگی محرومیت» اشاره می‌کند. این کودک می‌تواند فاقد برونداد هورمون‌های رشد باشد و نشان دهد که دچار کژکاری غده‌ی هیپوفیز است. این بیانگر آن است که یک حالت روانی زیربنایی در هورمون رشد تغییرات زیستی ایجاد می‌کند.

در نهایت می‌توان نتیجه گرفت که نیروهای زیستی، شناختی و روان‌شناختی برای ایجاد بیماری با یکدیگر تعامل می‌کنند.

II. رویکردهای روان‌پویشی و وجودی

روانکاوان اصطلاح روانی- جنسی را در مورد مراحل رشد انسان بکار بردند، به منظور تاکید بر ارتباط بین ذهن و لذت و اثر آن بر رشد و شخصیت فرد. تمایلات جنسی در کاربرد فرویدی، به آمیزش جنسی یا حتی به خیالپردازی‌ها و رفتارهایی که پیش از آن واقع می‌شوند محدود نمی‌شوند؛ بلکه انرژی جنسی نوع بااهمیتی از انرژی روانی لذت‌بخش است. مدت‌ها قبل از اینکه تمایلات جنسی شکل بزرگسال خود را بگیرد انرژی جنسی به صورت لیبیدو وجود دارد. در اوایل زندگی در طول مرحله‌ی دهانی، این لذت‌ها به ارضای نیازهای زیستی مربوط می‌شوند. بعدها لیبیدو به نیازهای اجتماعی و روانشناختی وابسته می‌شود.

مراحل رشد روانی- جنسی فروید و نتیجه‌ی حل تعارض:

- مرحله دهانی (۲-۰سالگی) ⟵ اعتماد
- مرحله مقعدی (۴-۲سالگی) ⟵ خودمختاری
- مرحله آلتی (۶-۳سالگی) ⟵ همانند سازی با والد همجنس
- نهفتگی (۱۲-۶سالگی) ⟵ تسلط اجتماعی و مهارت‌های شخصی
- تناسلی (...-۱۳سالگی)⟵ عشق و شایستگی در کار

از موارد بالا، ۲ مرحله دهانی و آلتی را بیشتر باز می‌کنیم.

مرحله‌ی دهانی

آنهایی که این مرحله را بسیار ارضاکننده می‌بینند و از این رو در آن تثبیت می‌شوند، **صفات منش دهانی** را پرورش می‌دهند که عبارتند از: ویژگی‌های بادوام واکنش کردن به شیوه‌های وابسته‌ی بچگانه. آن‌ها مانند بچه‌ها به جای دادن مستعد گرفتن هستند. از طرف دیگر آنهایی که در مرحله‌ی دهانی دچار تعارض شدید می‌شوند ممکن است در تمام عمر نتوانند به ویژه برای برآوردن نیازهایشان به دیگران اعتماد کنند.

مرحله‌ی آلتی

این مرحله با مراحل قبل از خود در یک جنبه‌ی مهم فرق دارند. در مرحله‌ی دهانی، لیبیدو به افزایش زیستی یعنی تغذیه وابسته است. در مرحله‌ی مقعدی، بار دیگر لیبیدو به فرآیندهای زیستی، یعنی اجابت مزاج و ادرار وابسته است. اما لذات آلتی خودانگیخته بوده و از کنجکاوی ناشی می‌شوند، ابتدا درباره بدن خود فرد و به تدریج درباره‌ی بدن افراد دیگر.

پسرها در طول کاوش‌های بچگانه‌شان، دیر یا زود درمی‌یابند که زن‌ها آلت مردی ندارند. آن‌ها به تصور اینکه زن‌ها نیز مانند آن‌ها یک زمانی آلت مردی داشته‌اند، نتیجه می‌گیرند که آلت مردی آن‌ها نیز باید قطع شود. ترس از اینکه آن‌ها اگر در اینگونه امیال (امیال جنسی به والد جنس مخالف) اصرار ورزند پدرشان آن‌ها را نیز اخته می‌کند برای فرونشاندن قابل ملاحظه‌ی این امیال کافی است. بدین ترتیب، اضطراب اختگی، میل زنا با محارم را در پسرها خاتمه می‌دهد.

این موضوع در مورد دخترها پیچیده‌تر است، و در نظریه‌ی روانکاوی کمتر به خوبی حل و فصل شده است. دخترچه نیز فقدان آلت مردی را به عنوان یک کمبود می‌بیند و ممکن است از مادرش به خاطر اینکه او را ناقص و حقیرتر به وجود آورده عصبانی باشد. او دچار رشک آلت مردی خواهد شد، که نتیجه‌ی آن تمایل بیشتر به پدرش است. او حتی آرزو می‌کند که از پدرش بچه‌دار شود و از این راه به صورت نمادی آلت مردی کسب کند. فقط قدرت بیشتر مادر به علاوه‌ی مقاومت پدر در برابر این فکر جلوی این تکانه را می‌گیرد. این عوامل در پایان دادن به تعارض ادیپی در دخترها کمتر از خاتمه دادن به اضطراب اختگی در پسرها مؤثر واقع می‌شوند.

نتیجه‌ی این تعارض شدید صرفاً کناره‌گیری نیست، بلکه **همانندسازی با والد همجنس** است. همانندسازی تعارض ادیپی را حل می‌کند، زیرا کودکان همان ارزش‌هایی که زنا با محارم را منع می‌کنند درونی می‌سازند. در سن ۶ یا ۷ سالگی زمانی که تعارض ادیپی پایان یافته است، تمایلات جنسی سرکوب می‌شوند، یعنی از هشیاری رانده می‌شوند. این کاهش میل جنسی، شروع دوره‌ی نهفتگی را نشان می‌دهد.

تناسلی بودن کامل شامل توانایی‌های **عشق ورزیدن** و **کار کردن** است، دو قابلیتی که فروید تصور می‌کرد اهمیت بسیار زیادی برای بالیدگی دارند. روانکاوان برای نشان دادن انتقال انرژی‌های لیبیدویی از کامروایی‌های نسبتاً خودشیفته‌وار به سمت کامروایی‌هایی نظیر عشق و کار که دیگران را خشنود می‌کنند و بسیار اجتماعی هستند، اصطلاح **والایش** را به کار می‌برند. سایق‌های زیستی، خام، فوری و مصر هستند. آن‌ها امیالی را بوجود می‌آورند که برای ارضای فوری داد و فریاد می‌کنند، تنش‌هایی که به دنبال کاهش فوری هستند.

موفقیت «من» در اینکه تکانه‌ها را قادر می‌سازد به صورت منطقی و بی‌خطر ارضا شوند به توانایی آن در استفاده از فرآیندهای فکر، نظیر استدلال، یادآوری، ارزیابی و برنامه‌ریزی بستگی دارد. فرآیندهایی که شخصیت و رشد بهنجار را تنظیم می‌کنند همان فرآیندهایی هستند که شخصیت نابهنجار را تنظیم می‌کنند؛ آنچه شخصیت بهنجار را از نابهنجار متمایز می‌کند، شیوه‌ی توزیع انرژی روانی بین سه مؤلفه‌ی شخصیت است. در شخصیت نابهنجار، انرژی روانی به طور نامناسب توزیع می‌شود، به طوری که یا نهاد یا فرامن بسیار قدرتمند است و فرآیندهای من قادر به کنترل کردن میل یا وجدان نیستند.

دو گروه از خاطره‌ها ناهشیار می‌شوند:

۱. آنهایی که فراموش می‌شوند و ۲. آنهایی که به خاطر تعارض، سرکوب شده یا فعالانه از هشیاری رانده شده‌اند.

رویدادهای فراموش‌شده‌ی معمولی تأثیری بر شخصیت اعمال نمی‌کنند. اما رویدادهای سرکوب‌شده با قدرت تمام زنده می‌مانند، زیرا آن‌ها در معرض کنترل منطقی قرار ندارند، آن‌ها هویت‌های پر قدرت خود را در خیالپردازی‌ها، رویاهای عادی، در لغزش‌های زبانی و فراموشی بر انگیخته شده تحت شرایط هیپنوتیزم و انواع حالت‌های نابهنجار روانی آشکار می‌سازند. نیروهای ناهشیار نیروهای غالب در شخصیت هستند.

تعارض بین فرآیندهای گوناگون شخصیت موجب نوعی عذاب روانی می‌شود که فروید آن را اضطراب نامید. او سه نوع اضطراب را مشخص کرده که هر یک از منبع متفاوت ایجاد می‌شوند:

- **اضطراب واقع بینانه:** برای خود زیان بخش است و معمولاً منظور از ترس همین نوع اضطراب است.
- **اضطراب روان رنجور:** از این احتمال ناشی می‌شود که شخص تسلیم تکانه‌هایش شود، به ویژه تکانه‌های ناهشیار جنسی و پرخاشگرانه و یا میل ناهشیار به شکست دادن کسی که سرنوشت مهمی را کنترل می‌کند مثل پدر.
- **اضطراب اخلاقی یا وجدان:** زمانی ایجاد می‌شود که شخص پیش بینی می‌کند رفتارهای او معیارهای شخص وی را نقض خواهد کرد.

افسانه‌ی ادیپ نمونه‌ی کلاسیک اضطراب اخلاقی است.

نظریه روانکاوی اولیه دو ضعف عمده داشت: اولاً این نظریه غیرقابل اثبات بود. به نظر نمی‌رسد راهی برای آزمایش علمی مفاهیم آن وجود داشته باشد. ثانیاً تقریباً کل نظریه‌ی روانکاوی از مشاهده‌ی دقیق مراجعان فردی به دست آمده است که برای درمان مراجعه کرده بودند. (کارل یونگ و آلفرد آدلر دو تن از نوفرویدی‌ها هستند.)

فروید با متفکران دیگر چه تفاوتی داشت؟

۱) اولاً برخی از نظریه‌پردازان در رابطه با خواستگاه‌های انگیزش با فروید فرق داشتند. آن‌ها باور داشتند که فروید درباره‌ی آنچه ناهشیار است دیدگاه بسیار محدودی داشته است. برای مثال یونگ معتقد بود که ناهشیار جمعی نیز وجود دارد.

۲) تأکید فروید بر امیال زیستی ــــ تکانه‌های نهاد ــــ به عنوان عامل تعیین‌کننده‌ی رفتار دومین اختلاف نظر مهم بویژه با آدلر است. از نظر فروید، فعالیت انسان در خدمت نیازهای بنیادی جنسی و پرخاشگری است که از نهاد ناشی می‌شوند و من میانجی آن‌هاست. اما به عقیده‌ی آلفرد آدلر خود در خدمت هدف معنادارتری است. خود ما را قادر می‌سازد تا سبک زندگی‌مان را برآورده کنیم.

۳) تفاوت قابل ملاحظه‌ی سوم، رشد جنسی در برابر رشد روانی – اجتماعی است. برای مثال کارن هورنای اضطراب بنیادی را به صورت یک تجربه‌ی اجتماعی می‌دانست نه یک تجربه‌ی صرفاً زیستی. از نظر او، این اضطراب بنیادی از «احساسی که کودک از منزوی و درمانده بودن در یک دنیای بالقوه خصمانه دارد» تشکیل می‌شود. سه راهبرد حرکت بر علیه، حرکت به سوی و حرکت به دور از مردم – پاسخ‌های اجتماعی به اضطراب اساساً اجتماعی هستند. به همین نحو هری استوک سالیوان معتقد بود که مفهوم شخصیت نمی‌تواند از بافت اجتماعی که در آن دیده می‌شود و عمل می‌کند مجزا باشد.

برخلاف فروید که معتقد بود پایه‌های شخصیت اساساً در کودکی ریخته می‌شوند، اریکسون باور داشت که شخصیت انسان در سراسر زندگی، از نوباوگی تا بزرگسالی و پیری همچنان رشد و تغییر می‌کند. از این گذشته هشت مرحله‌ای که اریکسون ارائه داد بر جنبه‌های اجتماعی رشد تأکید دارند. اریک فروم هم شخصیت را اصولاً اجتماعی می‌دانست.

نظریه روان‌پویشی نوین به **اینتروکوسم** می‌پردازد، یعنی فضای روانشناختی ذهنی پهناور در درون هر یک از ما که مخزن تجربه‌ی شخصی است. خود با تمام مفاهیم آن برای تدوین‌های نظریه‌ی اینتروکوسم بسیار اهمیت دارد. سه جنبه‌ی خود که به صورت متوالی پدیدار می‌شوند و اهمیت ویژه‌ای برای نظریه‌ی روان‌پویشی دارند عبارتند از: خود هسته‌ای، خود ذهنی و خود کلامی.

- **خود هسته‌ای:** اولین خود بین ماه‌های دوم و ششم زندگی کودک نمایان می‌شود، زمانی که وی درمی‌یابد که او و مراقبانش از نظر جسمانی مجزا هستند. خود هسته‌ای چهار ویژگی بسیار مهم دارد. اول حس نفوذ را شامل می‌شود، ما خالق و کنترل‌کننده‌ی اعمال خود هستیم و به همین نسبت کنترل‌کننده‌ی اعمال دیگران نیستیم. دوم، حس وحدت شخصی، اینکه شخص یک واحد جسمانی است، این احساس که هیجانهایی که شخص تجربه می‌کند جزیی از او هستند. سوم این احساس که هیجانهایی که شخص تجربه می‌کند جزئی از او هستند و چهارم اینکه خود هسته‌ای به حس تاریخچه‌ی شخصی کمک می‌کند، یعنی ادراک تداوم ما در زمان.

- **خود ذهنی**: حدود ۷ تا ۹ ماهگی حس دوم نمایان می‌شود. این خود ذهنی است و به پرورش ذهنیت متقلبل کمک می‌کند – یعنی احساس اینکه ما تصمیمات و احساس‌های یکدیگر را می‌فهمیم و در مورد چیزها و رویدادها، تجربیات مشابهی داریم. وقتی اختلالاتی در خود ذهنی وجود دارد، حس قطع تماس با خود و دیگران نیز می‌تواند پرورش یابد.
- **خود کلامی**: حدود ۱۵ تا ۱۸ ماهگی کودکان سومین حس خود را پرورش می‌دهند: خود به عنوان مخزن دانش و تجربه. خود کلامی‌از راه به کارگیری نمادها و زبان پرورش می‌یابد. مشکل احتمالی در خود کلامی این است که ممکن است موجب پرورش خود کاذب شود (واقعیت را تحریف کند).

افراد با اهمیتی که برای انسجام شخصیت حمایت فراهم می‌آورند **خوداشیاء** نامیده می‌شوند. افراد و اشیایی که هر یک از ما برای اینکه کارکرد شخصیت‌ها را در سطح بهینه نگه داریم به آن‌ها محتاجیم. مفهوم **خوداشیاء** بر اهمیت محیط برای کارکرد بهینه‌ی شخصیت تأکید دارد.

دو نوع ارزش خود وجود دارد: ارزش‌هایی که از تجربه‌ی خود ذهنی تشکیل شده‌اند، و ارزش‌هایی که شاید از طریق خود کلامی، درون‌فکنی یا از دیگران بدست آمده است. ارزش‌هایی که از تجربه ناشی می‌شوند عمدتاً به رشد شخصی و آگاهی شخصی کمک می‌کنند. از طرف دیگر ارزش‌هایی که درون‌فکنی شده‌اند می‌توانند منبع سردرگمی‌باشند، زیرا نیازمندند که شخص برای پیروی کردن از خواسته‌های دیگران، احساس‌های خودش را نادیده بگیرد.

مکانیزم‌های دفاعی

نظریه‌پردازان روان‌پویشی نوین مکانیزم‌های دفاعی را بسیار شبیه فروید توضیح می‌دهند. اما نظریه‌پردازان نوین از این نظر که این راهبردها را مطابق با سطح پختگی آن‌ها در یک سلسله مراتب سازماندهی می‌کنند، از نظریه‌ی فروید منحرف می‌شوند.

ما روش‌هایی را که ذهن به وسیله آن‌ها رویدادهای روانی دردناک را تغییر می‌دهد، **راهبردهای کنار آمدن** یا **مکانیزم‌های دفاعی** می‌خوانیم.

ترتیب سلسله مراتبی دفاع‌ها توسط جرج وایلانت تدوین شده‌اند:

- **سرکوبی (Repression)**: اساسی‌ترین و متداول‌ترین روش‌ها برای تغییر دادن واقعیت‌های روانی، سرکوبی است. سرکوبی دفاعی است که فرد بوسیله‌ی آن افکار ناخواسته، امیال منع‌شده را به صورت ناهشیار از ذهن می‌راند. دو فرآیند که سرکوبی را تسهیل می‌کنند: **بازداری ذهنی** و **رویگردانی توجه**. سرکوبی می‌تواند تقریباً کامل یا ناقص باشد (مانند سرکوب کردن بخش‌هایی از یک خاطره که آن‌ها یادآوری نمی‌شوند.). شواهد نشان می‌دهند که این تعارض‌ها و خاطرات سرکوب‌شده به صورت ناقص هستند که نقش مهمی در رفتار نابهنجار دارند.
- **فرافکنی (Projection)**: دو نوع فرافکنی وجود دارد.
- فرافکنی همگون‌ساز ← این نوع فرافکنی نسبت دادن چیزی به دیگری است درحالیکه ما کاملاً از احساس خود باخبریم. مثلاً «احساسات مرا جریحه‌دار می‌کند» یا «من نگران آن امتحان هستم».
- نوع دیگری از فرافکنی که رایج‌تر است به نام فرافکنی انکار ← نسبت دادن احساس‌ها و تجربیاتی به دیگران که ما شخصاً داشتن آن‌ها را انکار می‌کنیم و معمولاً آن‌ها را سرکوب می‌نماییم.
- **واکنش وارونه**: در واقع مورد خاصی از جانشین‌سازی احساس گسترده‌تر است. واکنش وارونه می‌تواند به ویژه در «مانیا» اهمیت بیشتری داشته باشد. واکنش وارونه در فوبی تقابلی نیز دیده می‌شود، به طوری که افراد دقیقاً آن فعالیتی را دنبال می‌کنند که از آن می‌ترسند.
- **همانندسازی**: ضد فرافکنی است. همانندسازی به ویژه راهبرد مفیدی برای کنار آمدن با استرس است.

- **انکار (Denial)**: در حالی که ســرکوبی واقعیت‌های درونی را از میان برمی‌دارد، انکار واقعیت‌های بیرونی ناراحت‌کننده را برطرف می‌کند.
- **جداسـازی (Isolation)**: در حالی که در سـرکوبی و انکار مؤلفه‌های عاطفی و اطلاعاتی هر دو حذف می‌شـوند، در جداسـازی فقط مؤلفه‌های عاطفی (که منابع اسـترس هسـتند) سـرکوب می‌شـوند، حال آنکه اطلاعات حفظ می‌شـوند. فرد ممکن اسـت تجربه‌ی خود را دقیقاً و به طور مبسوط شرح دهد اما نتواند احساس‌های شدید همراه آن را به یاد آورد.
- **توجیه عقلی (Intellectualization)**: عبارت اسـت از سـرکوب کردن مؤلفه‌ی هیجانی تجربه و از نو بنیان کردن آن به صـورت یک تحلیل عقلانی انتزاعی. گاهی چون نمی‌توانیم با یک احسـاس بسـیار شـدید برخورد کنیم به بررسـی همه‌جانبه‌ی آن می‌پردازیم و همه چیز غیر از احساس را مورد بررسی قرار می‌دهیم.
- **دلیل‌تراشـــی (Rationalization)**: افراد هنگام یادآوری تجربه‌ها و توجیه کردن آن‌ها عموماً نه تنها واقعیت‌های تجربه بلکه انگیزه‌ها را نیز تصـحیح می‌کنند. دلیل‌تراشـی فرآیند نسـبت دادن انگیزه‌های جامعه‌پسـند به رفتار اسـت که یک بررسـی بی‌طرفانه آن را اثبات نخواهد کرد. فرآیند دلیل‌تراشی به خوبی در آزمایش‌های تلقین پس‌هیپنوتیزمی‌نشان داده شده است. دلیل‌تراشی نقش مهمی را در خودبیمارپنداری بازی می‌کند، که عبارت است از عقیده‌ی راسخ به اینکه شخص بیمار است یا قرار است بیمار شود در حالی که شواهد پزشکی برای آن وجود ندارد. «من نمی‌توانم این کار را انجام دهم، نه به این خاطر که از شکست می‌ترسم، بلکه به خاطر اینکه احساس می‌کنم حالم خوب نیست.»
- به اعتقاد فروید، عشق شکل بسیار قدرتمند والایش است. با این حال عشق ورزیدن به طور همزمان انسان را در برابر طرد شدن یا مرگ عزیزان آسیب‌پذیر می‌سازد. از دید فروید والایش به همان اندازه که سازنده است شکننده نیز هست.
- نظریه‌پردازان روان‌پویشـی معتقدند که برخی از دفاع‌ها ابتدایی و ناپخته‌اند زیرا واقعیت را به طرز فاحشـی تحریف می‌کنند. مکانیزم‌های دیگر کمتر به واقعیت آسیب می‌رسانند از این رو پخته‌ترند:
- **راهبردهای سـطح اول** کمترین پختگی را دارند و شـامل راهبردهایی می‌شـوند که در آن‌ها واقعیت یا کاملاً جعل می‌شـود یا به طور کامل کنار زده می‌شود. انکار و فرافکنی هذیانی از جمله‌ی این راهبردها هستند.
- **راهبردهای سـطح دوم** تا اندازه‌ای پخته‌تر هسـتند. آن‌ها فرافکنی و راهبردهایی را شـامل می‌شـوند که به خودبیمارانگاری و رفتار منفعل – پرخاشـگر می‌انجامند. آن‌ها همچنین برون‌ریزی، که ابراز مسـتقیم تکانه‌های ناهشـیار اسـت و تجزیه که تغییر موقتی اما جدی احساس خود یا منش فرد به منظور اجتناب از ناراحتی هیجانی است را شامل می‌شوند.
- **سطح سوم** مکانیزم‌های توجیه عقلی، جداسازی، سرکوبی و جابجایی را شامل می‌شود.
- پخته‌ترین راهبردها، در **ســطح چهارم** قرار دارند که همه‌ی ما در جهت آن‌ها تلاش می‌کنیم. این راهبردها شـــامل برخورد کردن با اضطراب از طریق والایش و همراه با آن، مکانیزم‌های نوعدوستی، شوخ‌طبعی، منع ناهشیار و تأخیر در تکانه هستند.

نظریه‌های وجودی

نظریه‌پردازان وجودی به سه موضـوع پی برده‌اند که اهمیت زیادی دارند: ترس از مردن، مسـئولیت شـخصـی، اراده. وجودی‌ها می‌گویند ترس اصلی انسان و ترسی که اغلب آسیب‌شناسی روانی از آن بوجود می‌آید، ترس از مردن است.

چگونه انسان با ترس از مرگ برخورد می‌کند؟ به طور کلی دو راهبرد وجود دارد: اعتقاد به اینکه شخص استثنایی است و هم‌جوشی.

- باید توجه داشت که در نهایت، اعتقاد ناهشیار شخص به استثنایی بودن می‌تواند منجر به اختلال‌های روانی شود.

- در مورد هم‌جوشی: این افراد با پیوستن به دیگران و خود را نامتمایز دانستن از آن‌ها امیدوارند که سرنوشتشان با آن‌ها گره بخورد. با این حال هم‌جوشی مسبب بسیاری از ناخشنودی‌هاست (فدای جمع شدن از ترس تنهایی). در حالی که همرنگی با عقاید و رفتارهای دیگران تنها مقدار کمی خشنودی برای او به ارمغان خواهد آورد. او با قربانی کردن اصالت و درستی خودش، تاوان ایمنی جزئی در برابر ترس از مرگ را پرداخته است.

فرض مسئولیت شخصی، برای تفکر وجودی اهمیت ویژه‌ای دارد. ما در قبال شیوه‌ای که دنیا را ادراک می‌کنیم و روشی که به این ادراک‌ها واکنش می‌کنیم، مسئولیم.

توانایی اراده کردن مانند آزادی و مسئولیت، ویژگی مهمی‌در دیدگاه‌های وجودی است. اراده به مفهوم روانشناختی آن به دو صورت به کار برده می‌شود: اول اراده به صورت قدرت اراده: اراده‌ی به هم فشردن دندان‌ها، به هم فشردن آرواره‌ها؛ این اراده‌ی ترغیبی است و می‌تواند در مواقعی سودمند باشد، مثل زمانی که خود را به کار کردن وا می‌داریم. نوع دوم و مهم‌تر اراده به هدف‌های آینده مربوط است و به این نوع اراده، اراده‌ی هدف‌گرا می‌گویند. همانطوری که حافظه ابزار گذشته است، اراده‌ی هدف‌گرا ابزار آینده نامیده شده است. این نوع اراده کاملاً با اراده‌ی ترغیبی فرق دارد، زیرا از امید، انتظار و شایستگی بوجود می‌آید. برای روانشناسان وجودی، اراده‌ی هدف‌گرا اهمیت بیشتری از واداشتن خود به انجام کاری است (اراده‌ی ترغیبی).

در نظریه‌ی روان‌پویشی کاهش نشانه تنها بخشی از درمان است و اغلب کوچکترین بخش آن. درمان روان‌پویشی نه تنها به دنبال کاستن از نشانه‌هاست، بلکه می‌خواهد شخصیت را تغییر دهد ـ نگرش‌ها، ادراک‌ها و رفتارهایی که تجربه‌ی اولیه آن‌ها را بد شکل داده است.

درمان مراجع‌مدار بر پایه‌ی دو اصل (فرض) بنیادی قرار دارد: اول، درمان زمانی خوب پیش می‌رود که مراجع توجه مثبت نامشروط درمانگر را تجربه کند. دوم بر تلاش درمانگر برای دستیابی به همدلی با مراجع استوار است، به طوری که دنیا را طوری ببیند که او می‌بیند.

شاید مهم‌ترین دیدگاه فروید این باشد که فرآیندهای روانی زیربنای رفتار بهنجار و نابهنجار اساساً یکی هستند. نه تعارض، نه اضطراب، نه دفاع و نه فرآیندهای ناهشیار تنها ویژگی افراد نابهنجار نیستند، بلکه پیامد تعارض و ماهیت دفاع تعیین خواهد کرد که آیا رفتار بهنجار است یا نابهنجار.

ضعف‌های نظریه‌های روان‌پویشی: ۱. اثبات یا رد کردن این نظریه بسیار دشوار است ۲. وقتی که نظریه‌های روان‌پویشی را مورد بررسی قرار می‌دهند، اغلب مورد حمایت قرار نمی‌گیرند ۳. این نظریه‌ها به دلیل تأکید بر نقش فرد از موقعیت غافل می‌شوند. تعارض ادیپ، همگانی بودن اضطراب اختگی، این نظر که زن‌ها به خاطر نداشتن آلت مردی خود را حقیرتر از مردان احساس می‌کنند، این عقیده که تعارض‌های حل نشده در طول مرحله‌ی دهانی رشد، مسبب وابستگی بزرگسالی است، نتوانسته‌اند در انواع مطالعات حمایت کسب کنند.

III. الگوهای یادگیری: رویکردهای شناختی و رفتاری

دیوید هیوم بانفوذترین تجربی‌نگر اظهار داشت پیوندهایی که ما بین اندیشه‌ها برقرار می‌کنیم به دو اصل ساده کاهش می‌یابند: شباهت و مجاورت. برای هیوم، علت و معلول به مجاورت کاهش می‌یابد: وقتی **A**، **B** را به دنبال دارد، معتقدیم که **A** علت **B** است.

فرض‌های اساسی رفتارگرایی

- اولین فرض رفتارگرایی، **محیط‌گرایی** است که می‌گوید: همه‌ی ارگانیسم‌ها توسط محیط شکل می‌گیرند.
- فرض دوم رفتارگرایی، **آزمایشگری** است که می‌گوید: با روش آزمایشی می‌توانیم تعیین کنیم چه چیزی باعث می‌شود افراد فراموش کنند، مضطرب شوند، مبارزه کنند، و بعد می‌توانیم این قوانین عمومی را در موردهای فردی به کار بندیم. این روش با روش بالینی که بر الگوی روان‌پویشی حاکم است مغایرت دارد. در الگوی بالینی، ابتدا باید مورد فردی شناخته شود، و بعد قوانین عمومی نتیجه‌گیری شود درحالیکه برای محیط‌گرا این حالت برعکس است.
- سومین فرض رفتارگرایی **خوشبینی نسبت به تغییر** است، وقتی محیط تغیر کند فرد نیز تغییر خواهد کرد.

• فرض چهارم، **ضد ذهن‌گرایی** است، که می‌گوید: رویدادهای ذهنی، احساس‌ها و افکار موضوعات معتبری برای تحقیق علمی‌نیستند.

در شرطی سازی پاولفی دو فرآیند اساسی وجود دارد: فراگیری و خاموشی (معمولاً فراگیری به ۳ تا ۱۵ همایندی نیاز دارد).

تعمیم محرک ← گرایش وقوع یک پاسخ به محرک‌های مشابه با محرکی که به آن شرطی شده است. هر چه محرک جدید شباهت کمتری با محرک اصلی داشته باشد **CR** ضعیف‌تر خواهد بود.

اعتقاد بر این است که فوبی‌ها حاصل شرطی‌سازی پاولفی (کلاسیک) هستند. بنابر دیدگاه رفتاری، نشانه‌ی اختلال، خود اختلال است. مثلاً ترس فوبیک از گربه‌ها اختلال است. هیچ حالت آسیب‌شناختی نهفته‌ای که نشانه‌ها را تولید کند وجود ندارد. خوشبینی درمانی دیدگاه رفتاری مستقیماً از نگرش آن نسبت به علت اختلال ناشی می‌شود (اختلال همان نشانه است).

دو نوع درمان پاولفی (شرطی‌سازی کلاسیک) که مستلزم خاموشی هستند: غرقه‌سازی یا مواجهه‌سازی و حساسیت‌زدایی منظم (که توسط جوزف ولپی، روانپزشک اهل افریقای جنوبی ابداع شد.)

اسکینر فردی بود که مفاهیم اساسی شرطی‌سازی کنشگر را تدوین کرد. سه مفهوم اساسی او عبارتند از: تقویت‌کننده (مثبت و منفی)، کنشگر، محرک تمییزی.

• **تقویت‌کننده‌ی مثبت:** رویدادی است که احتمال وقوع پاسخی را که قبل از آن واقع می‌شود افزایش می‌دهد. در واقع تقویت‌کننده‌ی مثبت به رفتار پاداش می‌دهد؛ **تقویت‌کننده‌ی منفی** رویدادی است که حذف آن، احتمال وقوع دوباره‌ی پاسخی را که قبل از آن واقع می‌شود افزایش می‌دهد؛ از طرف دیگر تنبیه‌کننده‌ها، رویدادهایی هستند که حضورشان احتمال وقوع دوباره‌ی پاسخی را که قبل از آن واقع شده است کاهش می‌دهند.

• **کنشگر:** پاسخی است که تقویت مثبت احتمال وقوع آن را افزایش می‌دهد و تقویت منفی احتمال وقوع آن را کاهش می‌دهد. اگر مادری فرزندش را هر بار که بگوید «بابا» با بغل کردن تقویت کند احتمال اینکه او دوباره این کلمه را بگوید افزایش می‌یابد. در این مورد کنشگر، گفتن «بابا» است.

• **محرک تمییزی:** اگر این مادر فقط زمانی فرزندش را برای گفتن بابا بغل کند که پدر او در دیدرس باشد، و وقتی پدر در دیدرس نیست او را برای گفتن بابا بغل نکند به کودک یاد می‌دهد که به محرک تمییزی پاسخ دهد. در این مورد پدر وقتی که در دیدرس است، محرک تمییزی است، علامتی که می‌گوید تقویت زمانی داده می‌شود که کنشگر صادر شود.

برنامه‌های تقویت

تقویت پیوسته: در ساده‌ترین نوع وابستگی، هر بار که آزمودنی پاسخ مطلوب را بدهد، تقویت‌کننده ارائه می‌شود. به این تقویت پیوسته **(CRF)** گفته می‌شود. مثلاً هر بار که موش اهرم را فشار می‌دهد، تکه‌ی غذا به او داده می‌شود.

تقویت متناوب: در روش دیگر آزمایشگر وابستگی‌ها را طوری ترتیب می‌دهد که تقویت فقط به تعدادی از پاسخ‌هایی که آزمودنی می‌دهد ارائه می‌شود. به این برنامه تقویت سهمی‌یا متناوب می‌گویند. مثلاً موش فقط زمانی که ۵۰ بار اهرم را فشار دهد تقویت می‌شود.

تقویت مثبت گزینشی: درمانگر رفتار هدف یا رفتار سازگارانه‌ای را که می‌خواهد احتمال وقوع آن را افزایش دهد، انتخاب می‌کند. بوسیله‌ی ارائه‌ی منظم تقویت مثبتی که به وقوع رفتار هدف وابسته شده است، این رفتار از وقوع بیشتری برخوردار می‌شود.

نکته: برنامه‌های تقویت سهمی یادگیری اولیه را کندتر می‌کنند، اما این برنامه‌ها دو ویژگی دیگر نیز دارند که برای مهندسی رفتار انسان با اهمیت است: اولاً با پاداش خیلی کم، مقدار زیادی کار می‌توان تولید کرد. ویژگی دوم به خاموشی مربوط می‌شود و اثر خاموشی تقویت سهمی‌نام دارد. بعد از اینکه آزمودنی برای پاسخ به صورت سهمی‌تقویت شده و خموشی شروع شده باشد (که عبارت است از حذف کامل تقویت)، قبل از اینکه آزمودنی

پاسخدهی را قطع کند، تعداد زیادی پاسخ صادر خواهند شد. رفتار ناسازگارانه انسان در محیط طبیعی اغلب مانند رفتار کنشگری که در آزمایشگاه به صورت سهمی‌تقویت شده است, شدیدا در برابر خاموشی مقاوم است.

یکی از راه‌های بسیار مؤثر برای نجات دادن زندگی زنانی که مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی هستند، تقویت کردن گزینشی آن‌ها برای خوردن با استفاده از تقویت‌کننده‌ای است که از خوردن بسیار مطلوب‌تر است.

تنبیه گزینشی: در حال حاضر وسیعاً برای کاستن از رفتار جرح خویشتن کودکان درخودمانده (اوتیسم) به کار برده می‌شود.

موقعیت‌های متعددی وجود دارند که در آن‌ها هر دو نوع یادگیری کلاسیک و کنشگر به طور همزمان واقع می‌شود. بارزترین آن‌ها یادگیری اجتناب کردن از رویدادهای آزاردهنده است. در یک موقعیت اجتنابی دو رابطه باید آموخته شود: ۱. چه چیزی رویداد آزاردهنده را پیش‌بینی می‌کند؟ ۲. چگونه باید از آن گریخت؟

دیدگاه رفتاری به اختلالات وسواس فکری - عملی، مفهوم یادگیری اجتنابی را شامل می‌شود. این دیدگاه معتقد است که وارسی‌کننده‌ی مبتلا به **OCD** باور دارد که با انجام رفتار وسواسی (وارسی کردن اجاق گاز صدها بار در روز)، می‌تواند جلوی وقوع یک فاجعه را برای خانواده‌اش بگیرد. در این مورد وقوع و ادامه‌ی وسواس را می‌توان با یادگیری اجتنابی توجیه کرد.

رفتارگرایان فرآیندهای شناختی را نادیده می‌گیرند و آن‌ها را پدیده‌های همایند می‌خوانند. **پدیده‌ی همایند**، فرآیندی است که در عین حال که علّی نیست، فرآیند زیربنایی را که علّی است، منعکس می‌کند. رفتارگرایی که قبول دارد فرآیندهای ذهنی وجود دارند آن‌ها را به کیلومتر شمار اتومبیل تشبیه می‌کند (سرعت را نشان می‌دهد اما خود تأثیری بر سرعت ندارد).

برای مقاصد درمان فرآیندهای شناختی را می‌توان به فرآیندهای کوتاه‌مدت و درازمدت تقسیم کرد:

- فرآیندهای کوتاه‌مدت هشیار هستند. ما از آن‌ها آگاهیم یا با قدری تمرین می‌توانیم آگاه شویم. این فرآیندها انتظارها، ارزیابی‌ها و انتساب‌ها را شامل می‌شوند.
- فرآیندهای شناختی درازمدت به طور کلی در دسترس هشیاری قرار ندارند. آن‌ها سازه‌ها یا آمادگی‌های فرضی هستند که فوراً به صورتی که بر فرآیندهای کوتاه‌مدت حاکم هستند نشان می‌دهند. یکی از فرآیندهای درازمدت اعتقادات را دربرمی‌گیرد.

آلبرت بندورا در مطالعه‌ی اساسی خود، **مفهوم انتظار** را بررسی کرد و از این راه به ایجاد مکتب شناختی درمان کمک کرد. بندورا در مطالعه‌ی اولیه‌ی خود نشان داد که افراد نه تنها از راه تقویت مستقیم بلکه همچنین به وسیله‌ی مشاهده افرادی که تقویت می‌شوند یاد می‌گیرند. او نتیجه گرفت که اصول رفتار تقویت، نابسنده هستند و اینگونه «یادگیری جانشینی» باید یادگیری انتظارها را شامل شود. **انتظارها** شناخت‌هایی هستند که آشکارا رویدادهای آینده را پیش‌بینی می‌کنند.

از نظر بندورا شخصی که تحت درمان قرار دارد، دارای دو انتظار است: **انتظار پیامد** برآورد شخص از این موضوع است که یک رفتار معین، به پیامد مطلوبی خواه انجامید و **انتظار کارایی**، این اعتقاد است که او می‌تولند به طرز موفقیت‌آمیزی رفتاری انجام دهد که آن پیامد مطلوب را تولید کند.

افراد مبتلا به اضطراب آزمون اغلب ارزیابی‌های خودشکن می‌کنند. مثلاً «آن دانشجو را ببین، او فوراً سالن را ترک کرد. او بسیار باهوش‌تر از من است، چون من خیلی کند هستم، پس حتماً رد خواهم شد.»

از نظر درمانگران شناختی, افکار خودکار ارزیابی، اغلب قبل از هیجان واقع شده و علت آن هستند. وقتی افراد افسرده هستند، افکار خودکار منفی بسیار بیشتری دارند. افراد اسکیزوفرنیک، سوء استفاده‌کنندگان از مواد و افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی نشان نمی‌دهند که افکار منفی مکرر نسبت به خودشان دارند مگر اینکه آن‌ها افسرده نیز باشند.

- نوع دیگری از رویدادهای ذهنی کوتاه‌مدت که درمانگران شناختی سعی دارند آن را تغییر دهند، انتساب است. **انتساب**، نظر فرد در این باره است که چرا یک رویداد برای او اتفاق افتاده است. انتساب انواع مختلف دارد:
  - **انتساب بیرونی یا درونی**← امتحان غیرمنصفانه بود (بیرونی)، من کودن هستم (درونی)