

| | |
|--|----|
| رفتار نابهنجار در بافت تاریخی..... | ۱ |
| رویکرد یکپارچه به آسیب‌شناسی روانی..... | ۲ |
| سنجش بالینی و تشخیص..... | ۳ |
| روش‌های تحقیق..... | ۴ |
| اختلالات اضطرابی، اختلالات مرتبط با ضربه و استرس، و اختلالات وسواس فکری-اجبار عملی و اختلالات مربوطه..... | ۵ |
| نشانه‌ی بدنی و اختلالات مربوطه و اختلالات کُستی..... | ۶ |
| اختلالات خلقی و خودکشی..... | ۷ |
| اختلالات خوردن و خواب-بیداری..... | ۸ |
| اختلالات فیزیکی و روان‌شناسی سلامت..... | ۹ |
| ناکارایی‌های جنسی، اختلالات پارافیلیایی، و ملال جنسیتی..... | ۱۰ |
| اختلالات مرتبط با مواد، اختلالات اعتیادی و اختلالات کنترل تکانه..... | ۱۱ |
| اختلالات شخصیت..... | ۱۲ |
| اختلالات طیف اسکیزوفرنی و دیگر اختلالات روان‌پزشخانه..... | ۱۳ |
| اختلالات عصبی‌رشدی..... | ۱۴ |
| اختلالات عصبی‌شناختی..... | ۱۵ |
| خدمات سلامت روان: مشکلات قانونی و اخلاقی..... | ۱۶ |



۱ رفتار نابهنجار در بافت تاریخی

- ۱۶ رشد و تحول درمان‌های زیست‌شناختی
- ۱۷ پیامدهای سنت زیست‌شناختی
- ۱۸ **سنت روانشناختی**
- ۱۸ درمان اخلاقی
- ۱۹ اصلاح تیمارستان و افول درمان اخلاقی
- ۱۹ نظریه‌ی روانکاوانه
- ۲۷ نظریه‌ی انسان‌گرایانه
- ۲۸ مدل رفتاری
- ۳۲ **عصر حاضر: روش علمی و رویکرد یکپارچه**
- ۳۳ **خلاصه‌ی فصل**
- ۳۴ اصطلاحات کلیدی
- ۳۵ پاسخ‌های صحیح بازبینی مفاهیم
- ۳۵ منابع رسانه‌ای
- ۲ **فهم آسیب‌شناسی روانی**
- ۳ اختلال روانی چیست؟
- ۶ علم آسیب‌شناسی روانی
- ۹ مفاهیم تاریخی رفتار نابهنجار
- ۱۰ **سنت فوق طبیعی**
- ۱۰ شیاطین و ساحران
- ۱۰ استرس و ملانکولی
- ۱۲ درمان‌های تسخیرشدگی
- ۱۳ هیستری جمعی
- ۱۳ هیستری جمعی جدید
- ۱۳ ماه و ستاره‌ها
- ۱۳ اظهارنظرها
- ۱۴ **سنت زیست‌شناختی**
- ۱۴ بقراط و جالینوس
- ۱۵ قرن نوزدهم



۲ رویکرد یکپارچه به آسیب‌شناسی روانی

- ۵۲ **علم عصب‌نگر و سهم آن در آسیب‌شناسی روانی**
- ۵۲ دستگاه عصبی مرکزی
- ۵۵ ساختار مغز
- ۵۸ دستگاه عصبی پیرامونی
- ۶۰ انتقال‌دهنده‌های عصبی
- ۶۵ تلویحات برای آسیب‌شناسی روانی
- ۶۷ عوامل روانی اجتماعی مؤثر بر ساختار و کارکرد مغز
- تعامل عوامل روانی اجتماعی و نظام‌های انتقال‌دهنده‌ی عصبی
- ۶۹
- ۴۰ **مدل یک‌بعدی در مقابل مدل چندبعدی**
- ۴۰ علت هراس جودی چه بود؟
- ۴۳ نتیجه و اظهارنظر
- ۴۳ **عوامل ژنتیکی سهمیم در آسیب‌شناسی روانی**
- ۴۴ طبیعت ژن‌ها
- ۴۵ تحولات جدید در مطالعه‌ی ژن‌ها و رفتار
- ۴۷ تعامل ژن‌ها با محیط
- ۵۰ پیراژنتیک و توارث غیرژنومی

| | | |
|----|--|--|
| ۸۱ | عوامل فرهنگی، اجتماعی و میان‌فردی..... | تأثیرات روانی اجتماعی بر رشد و تحول ساختار و |
| ۸۱ | وودو، چشم شور و دیگر ترس‌ها..... | کارکرد مغز..... |
| ۸۲ | جنسیت..... | اظهار نظر..... |
| ۸۳ | تأثیرات اجتماعی بر سلامت و رفتار..... | |
| ۸۶ | بروز جهانی اختلالات روانی..... | |
| ۸۶ | رشد در طول عمر..... | |
| ۸۸ | نتیجه‌گیری..... | |
| ۸۹ | خلاصه‌ی فصل..... | |
| ۹۰ | اصطلاحات کلیدی..... | |
| ۹۱ | پاسخ‌های صحیح بازبینی مفاهیم..... | |
| ۹۱ | منابع رسانه‌ای..... | |
| ۷۰ | | علم رفتاری و شناختی..... |
| ۷۱ | | شرطی‌سازی و فرایندهای شناختی..... |
| ۷۲ | | درمان‌دگی آموخته‌شده..... |
| ۷۲ | | یادگیری اجتماعی..... |
| ۷۳ | | یادگیری آماده‌شده..... |
| ۷۳ | | علم شناختی و ناهشیاری..... |
| ۷۴ | | |
| ۷۵ | | |
| ۷۶ | هیجان‌ات..... | |
| ۷۷ | فیزیولوژی و هدف ترس..... | |
| ۷۷ | پدیده‌های هیجانی..... | |
| ۷۷ | مؤلفه‌های هیجان..... | |
| ۷۸ | عصبانیت و قلب شما..... | |
| ۷۹ | | |
| ۷۹ | | هیجان‌ات و آسیب‌شناسی روانی..... |
| ۸۰ | | |



سنجش بالینی و تشخیص ۹۳

۳

| | | | |
|-----|---|-----|---|
| ۱۲۱ | آمارای اختلالات روانی (DSM-III-R)..... | ۹۴ | سنجش اختلالات روانی..... |
| | ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آمارای اختلالات روانی | ۹۶ | مفاهیم کلیدی در سنجش..... |
| | (DSM-IV) و بازنگری متن ویراست چهارم راهنمای | ۹۷ | مصاحبه‌ی بالینی..... |
| ۱۲۲ | تشخیصی و آمارای اختلالات روانی..... | ۱۰۰ | معاینه‌ی بدنی..... |
| | ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آمارای اختلالات روانی | ۱۰۳ | سنجش رفتاری..... |
| ۱۲۲ | (DSM-5)..... | ۱۰۵ | روان‌آزمایی..... |
| ۱۲۷ | خلق یک تشخیص..... | ۱۱۲ | آزمون‌گیری روانی‌عصبی..... |
| | فراسوی ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آمارای | ۱۱۲ | تصویربرداری عصبی: تصاویر مغز..... |
| ۱۳۰ | اختلالات روانی (DSM-5): ابعاد و طیف‌ها..... | ۱۱۴ | سنجش روانی فیزیولوژیایی..... |
| ۱۳۲ | خلاصه‌ی فصل..... | ۱۱۶ | تشخیص اختلالات روانی..... |
| ۱۳۲ | اصطلاحات کلیدی..... | ۱۱۷ | مسائل طبقه‌بندی..... |
| ۱۳۳ | پاسخ‌های صحیح بازبینی مفاهیم..... | ۱۲۰ | تشخیص قبل از ۱۹۸۰..... |
| ۱۳۳ | منابع رسانه‌ای..... | | ویراست سوم راهنمای تشخیصی و آمارای اختلالات روانی |
| | | | (DSM-III) و بازنگری ویراست سوم راهنمای تشخیصی و |



روش‌های تحقیق ۱۳۵

۴

| | | | |
|-----|--|-----|---|
| ۱۵۱ | علم ژنتیک و رفتار در طول زمان و در میان فرهنگ‌ها | ۱۳۶ | بررسی رفتار نابهنجار |
| ۱۵۱ | مطالعه‌ی ژنتیک | ۱۳۶ | مفاهیم مهم |
| ۱۵۴ | مطالعه‌ی رفتار در طول زمان | ۱۳۷ | مؤلفه‌های اصلی مطالعه‌ی تحقیقاتی |
| ۱۵۷ | مطالعه‌ی رفتار در میان فرهنگ‌ها | ۱۳۹ | معناداری آماری در برابر معناداری بالینی |
| ۱۵۸ | قدرت یک برنامه‌ی تحقیقاتی | ۱۴۰ | مراجعه «متوسط» |
| ۱۶۰ | تکرار | ۱۴۱ | انواع روش‌های تحقیق |
| ۱۶۰ | اخلاق تحقیق | ۱۴۱ | مطالعه‌ی مورد‌های فردی |
| ۱۶۲ | خلاصه‌ی فصل | ۱۴۲ | همبستگی پژوهی |
| ۱۶۲ | اصطلاحات کلیدی | ۱۴۴ | آزمایش پژوهی |
| ۱۶۳ | پاسخ‌های صحیح بازبینی مفاهیم | ۱۴۷ | طرح‌های آزمایشی تک‌موردی |
| ۱۶۳ | منابع رسانه‌ای | | |



اختلالات اضطرابی، اختلالات مرتبط با ضربه و استرس، اختلالات وسواس فکری-اجبار عملی و اختلالات مربوطه ۱۶۵

۵

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| ۱۸۹ | علل | ۱۶۶ | پیچیدگی اختلالات اضطرابی |
| ۱۹۱ | درمان | ۱۶۶ | اضطراب، ترس و وحشتزدگی: برخی تعاریف |
| ۱۹۴ | هراس خاص | ۱۶۸ | علل اضطراب و اختلالات مربوطه |
| ۱۹۵ | توصیف بالینی | ۱۷۳ | همزمانی اضطراب و اختلالات مربوطه |
| ۱۹۷ | آمارها | ۱۷۴ | همزمانی با اختلالات فیزیکی |
| ۱۹۹ | علل | ۱۷۴ | خودکشی |
| ۲۰۲ | درمان | ۱۷۵ | اختلالات اضطرابی |
| ۲۰۳ | اختلال اضطراب اجتماعی (هراس اجتماعی) | ۱۷۵ | اختلال اضطراب تعمیم‌یافته |
| ۲۰۴ | توصیف بالینی | ۱۷۶ | توصیف بالینی |
| ۲۰۵ | آمارها | ۱۷۷ | آمارها |
| ۲۰۵ | علل | ۱۷۹ | علل |
| ۲۰۷ | درمان | ۱۸۰ | درمان |
| ۲۱۱ | اختلالات مرتبط با ضربه و عامل استرس‌زا | ۱۸۳ | اختلال وحشتزدگی و بازهراسی [یا هراس از مکان‌های باز] |
| ۲۱۱ | اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) | ۱۸۴ | توصیف بالینی |
| ۲۱۱ | توصیف بالینی | ۱۸۵ | آمارها |

| | |
|--|-----|
| جراحی پلاستیک و دیگر درمان‌های پزشکی | ۲۱۴ |
| آمارها | ۲۱۴ |
| علل | ۲۱۷ |
| درمان | ۲۲۰ |
| دبگر اختلالات وسواس فکری - اجبار عملی و اختلالات مربوطه | |
| مربوطه | ۲۳۵ |
| اختلال اختکار | ۲۳۵ |
| جنون موکنی (اختلال موکنی) و پوست‌کنی (اختلال پوست‌کنی) | ۲۳۷ |
| خلاصه‌ی فصل | ۲۴۰ |
| اصطلاحات کلیدی | ۲۴۲ |
| پاسخ‌های صحیح بازیابی مفاهیم | ۲۴۲ |
| منابع رسانه‌ای | ۲۴۲ |
| وسواس فکری - اجبار عملی و اختلالات مربوطه | ۲۲۳ |
| اختلال وسواس فکری - اجبار عملی | ۲۲۳ |
| توصیف بالینی | ۲۲۳ |
| آمارها | ۲۲۶ |
| علل | ۲۲۷ |
| درمان | ۲۲۸ |
| اختلال بدشکلی بدن | ۲۲۹ |



نشانه‌ی بدنی و اختلالات مربوطه و اختلالات گسستی ۲۴۷

| | |
|--|-----|
| اختلال مسخ شخصیت - مسخ واقعیت | ۲۶۹ |
| نشانه‌ی بدنی و اختلالات مربوطه | ۲۴۹ |
| اختلال نشانه‌ی بدنی | ۲۴۹ |
| اختلال اضطراب بیماری | ۲۵۱ |
| توصیف بالینی | ۲۵۱ |
| آمارها | ۲۵۳ |
| علل | ۲۵۴ |
| درمان | ۲۵۸ |
| عوامل روانی مؤثر بر بیماری پزشکی | ۲۶۰ |
| اختلال تبدیلی (اختلال نشانه‌ی عصب‌شناختی کارکردی) | ۲۶۰ |
| توصیف بالینی | ۲۶۰ |
| اختلالات بسیار مرتبط | ۲۶۱ |
| فرایندهای ذهنی ناهشیارانه | ۲۶۳ |
| آمارها | ۲۶۵ |
| علل | ۲۶۵ |
| درمان | ۲۶۷ |
| اختلالات گسستی | ۲۶۷ |
| اختلال هویت گسستی | ۲۷۴ |
| توصیف بالینی | ۲۷۴ |
| خصوصیات | ۲۷۵ |
| آیا اختلال هویت گسستی می‌تواند جعلی باشد؟ | ۲۷۵ |
| آمارها | ۲۷۸ |
| علل | ۲۷۹ |
| تلقین‌پذیری | ۲۸۰ |
| عوامل زیست‌شناختی | ۲۸۱ |
| خاطرات واقعی و کاذب | ۲۸۲ |
| درمان | ۲۸۴ |
| خلاصه‌ی فصل | ۲۸۷ |
| اصطلاحات کلیدی | ۲۸۷ |
| پاسخ‌های صحیح بازیابی مفاهیم | ۲۸۸ |
| منابع رسانه‌ای | ۲۸۸ |



اختلالات خلقی و خودکشی ۲۹۳



- فهم و تعریف اختلالات خلقی.** ۲۹۴
- مروری بر افسردگی و شیدایی. ۲۹۵
- ساختار اختلالات خلقی. ۲۹۷
- اختلالات افسردگی. ۲۹۸
- ملاک‌های تعریفی اضافی برای اختلالات افسردگی. ۳۰۰
- دیگر اختلالات افسردگی. ۳۱۰
- اختلالات دوقطبی. ۳۱۳
- ملاک‌های تعریفی اضافی برای اختلالات دوقطبی. ۳۱۵
- شیوع اختلالات خلقی.** ۳۱۸
- شیوع در کودکی، نوجوانی و بزرگسالی. ۳۱۹
- عوامل رشدی مؤثر بر اختلالات خلقی در طول عمر. ۳۱۹
- میان فرهنگ‌ها. ۳۲۲
- میان خلاق‌ها. ۳۲۲
- علل اختلالات خلقی.** ۳۲۳
- ابعاد زیست‌شناختی. ۳۲۴
- مطالعات بیشتر درباره‌ی ساختار و کارکرد مغز. ۳۲۹
- ابعاد روانشناختی. ۳۳۰
- ابعاد اجتماعی و فرهنگی. ۳۳۵
- نظریه‌ی یکپارچه. ۳۳۸
- درمان اختلالات خلقی.** ۳۴۱
- داروها. ۳۴۱
- درمان با تشنج برقی و تحریک مغناطیسی. ۳۴۶
- میان‌جمعه‌ای. ۳۴۶
- درمان‌های روانشناختی افسردگی. ۳۴۷
- درمان‌های مرکب افسردگی. ۳۵۱
- پیشگیری از عود افسردگی. ۳۵۲
- درمان‌های روانشناختی اختلال دوقطبی. ۳۵۳
- خودکشی.** ۳۵۶
- آمارها. ۳۵۶
- علل. ۳۵۸
- تصورات قبلی. ۳۵۸
- عوامل خطر. ۳۵۸
- آیا خودکشی مُمسری است؟. ۳۶۱
- درمان. ۳۶۱
- خلاصه‌ی فصل.** ۳۶۵
- اصطلاحات کلیدی.** ۳۶۶
- پاسخ‌های صحیح بازیابی مفاهیم.** ۳۶۶
- منابع رسانه‌ای.** ۳۶۶



اختلالات خوردن و خواب - بیداری ۳۷۱



- انواع اصلی اختلالات خوردن.** ۳۷۲
- پرخوری عصبی. ۳۷۵
- کم‌خوری عصبی. ۳۷۸
- اختلال هلف‌هلف خوردن. ۳۸۱
- آمارها. ۳۸۲
- علل اختلالات خوردن.** ۳۸۷
- ابعاد اجتماعی. ۳۸۷
- ابعاد زیست‌شناختی. ۳۹۲
- ابعاد روانشناختی. ۳۹۳
- مدل یکپارچه. ۳۹۵
- درمان اختلالات خوردن.** ۳۹۵
- درمان‌های دارویی. ۳۹۵
- درمان‌های روانشناختی. ۳۹۷
- پیشگیری از اختلالات خوردن. ۴۰۲
- چاقی.** ۴۰۳
- آمارها. ۴۰۳
- الگوهای مختل خوردن در موارد چاقی. ۴۰۵
- علل. ۴۰۶
- درمان. ۴۰۷

| | |
|---|--|
| درمان‌های محیطی ۴۲۹ | اختلالات خواب - بیداری: بد خوابی‌های اصلی ۴۱۲ |
| درمان‌های روانشناختی ۴۲۹ | مرور اختلالات خواب - بیداری ۴۱۲ |
| پیشگیری از اختلالات خواب ۴۳۰ | اختلال بیخوابی ۴۱۵ |
| نابهنجاری‌های خواب و درمان آنها ۴۳۱ | اختلالات خواب آلودگی ۴۲۰ |
| | حمله‌ی خواب ۴۲۱ |
| خلاصه‌ی فصل ۴۳۶ | اختلالات خواب تنفسی ۴۲۳ |
| | اختلال خواب ریتم سیرکادین ۴۲۵ |
| اصطلاحات کلیدی ۴۳۷ | |
| پاسخ‌های صحیح بازبینی مفاهیم ۴۳۷ | درمان اختلالات خواب ۴۲۶ |
| منابع رسانه‌ای ۴۳۷ | درمان‌های پزشکی ۴۲۶ |



اختلالات فیزیکی و روان‌شناسی سلامت ۴۴۱

| | |
|--|---|
| سندرم خستگی مزمن ۴۷۳ | عوامل روانشناختی و اجتماعی مؤثر بر سلامت ۴۴۲ |
| درمان روانی اجتماعی اختلالات فیزیکی ۴۷۶ | سلامت و رفتار مرتبط با سلامت ۴۴۳ |
| بازخورد زیستی ۴۷۷ | ماهیت استرس ۴۴۵ |
| آرمیدگی و مراقبه ۴۷۸ | فیزیولوژی استرس ۴۴۵ |
| برنامه‌ی جامع کاهش استرس و درد ۴۷۹ | عوامل سهیم در پاسخ استرس ۴۴۶ |
| داروها و برنامه‌های کاهش استرس ۴۸۰ | استرس، اضطراب، افسردگی و تهییج ۴۴۷ |
| انکار به عنوان راهی برای کنار آمدن ۴۸۱ | استرس و پاسخ دستگاه ایمنی ۴۴۹ |
| اصلاح رفتارها برای ارتقای سلامت ۴۸۲ | |
| | اثرات روانی اجتماعی بر اختلالات فیزیکی ۴۵۳ |
| خلاصه‌ی فصل ۴۸۸ | ایدز ۴۵۳ |
| | سرطان ۴۵۷ |
| اصطلاحات کلیدی ۴۸۹ | مشکلات قلبی عروقی ۴۵۹ |
| پاسخ‌های صحیح بازبینی مفاهیم ۴۸۹ | فشار خون بالا ۴۶۰ |
| منابع رسانه‌ای ۴۸۹ | بیماری قلبی کرونری ۴۶۴ |
| | درد مزمن ۴۶۸ |



ناکارایی‌های جنسی، اختلالات پارافیلیایی، و ملال جنسیتی ۴۹۳

| | |
|------------------------------------|---|
| اختلالات برانگیختگی جنسی ۵۰۵ | میل جنسی بهنجار چیست؟ ۴۹۴ |
| اختلالات ارگاسم ۵۰۷ | تفاوت‌های جنسیتی ۴۹۶ |
| اختلال درد جنسی ۵۱۰ | تفاوت‌های فرهنگی ۴۹۹ |
| | تحول گرایش جنسی ۵۰۰ |
| سنجش رفتار جنسی ۵۱۱ | |
| مصاحبه‌ها ۵۱۱ | مرور ناکارایی‌های جنسی ۵۰۲ |
| معاینه‌ی پزشکی ۵۱۲ | اختلالات میل جنسی ۵۰۴ |

| | | | |
|-----|-----------------------------------|-----|--------------------------------------|
| ۵۳۴ | سنجش و درمان اختلالات پارافیلیایی | ۵۱۲ | سنجش روانی فیزیولوژیایی |
| ۵۳۴ | درمان روانشناختی | ۵۱۳ | علل و درمان ناکارایی جنسی |
| ۵۳۷ | درمان‌های دارویی | ۵۱۳ | علل ناکارایی جنسی |
| ۵۳۷ | خلاصه | ۵۱۹ | درمان ناکارایی جنسی |
| ۵۳۸ | ملال جنسیتی | ۵۲۳ | خلاصه |
| ۵۳۹ | تعریف ملال جنسیتی | ۵۲۴ | اختلالات پارافیلیایی: توصیفات بالینی |
| ۵۴۱ | علل | ۵۲۵ | اختلال یادگارپرستی |
| ۵۴۳ | درمان | ۵۲۵ | اختلالات چشم‌جرانی و عورت‌نمایی |
| ۵۴۷ | خلاصه‌ی فصل | ۵۲۷ | اختلال مبدل‌پوشی |
| ۵۴۸ | اصطلاحات کلیدی | ۵۲۸ | اختلالات سادیسم جنسی و مازوخیسم جنسی |
| ۵۴۸ | پاسخ‌های صحیح بازبینی مفاهیم | ۵۳۰ | اختلال بچه‌بازی و زنا |
| ۵۴۹ | منابع رسانه‌ای | ۵۳۲ | اختلالات پارافیلیایی در زنان |
| | | ۵۳۲ | علل اختلالات پارافیلیایی |



اختلالات مرتبط با مواد، اختلالات اعتیادی و اختلالات کنترل تکانه ۵۵۳

| | | | |
|-----|------------------------------|---|---|
| ۵۸۸ | ابعاد روانشناختی | دیدگاه‌ها در مورد اختلالات مرتبط با مواد و اختلالات اعتیادی | |
| ۵۹۰ | ابعاد شناختی | ۵۵۴ | سطوح درگیری |
| ۵۹۰ | ابعاد اجتماعی | ۵۵۶ | معضلات تشخیصی |
| ۵۹۱ | ابعاد فرهنگی | ۵۵۸ | کُندکننده‌ها |
| ۵۹۲ | مدل یکپارچه | ۵۶۰ | اختلالات مرتبط با الکل |
| ۵۹۵ | درمان اختلالات مرتبط با مواد | ۵۶۰ | اختلالات مرتبط با آرام‌بخش‌ها، خواب‌آورها و ضداضطراب‌ها |
| ۵۹۶ | درمان‌های زیست‌شناختی | ۵۶۶ | محرک‌ها |
| ۵۹۸ | درمان‌های روانی اجتماعی | ۵۶۹ | اختلالات مرتبط با محرک‌ها |
| ۶۰۱ | پیشگیری | ۵۷۴ | اختلالات مرتبط با تنباکو |
| ۶۰۴ | اختلال قمار | ۵۷۶ | اختلالات مرتبط با کافتین |
| ۶۰۵ | اختلالات کنترل تکانه | ۵۷۷ | اختلالات مرتبط با افیون |
| ۶۰۵ | اختلال انفجاری متناوب | ۵۷۸ | اختلالات مرتبط با حشیش |
| ۶۰۶ | جنون دزدی | ۵۸۰ | اختلالات مرتبط با توهم‌زاها |
| ۶۰۶ | جنون آتش‌افروزی | ۵۸۳ | سایر داروهای مورد سوءمصرف |
| ۶۰۹ | خلاصه‌ی فصل | ۵۸۵ | علل اختلالات مرتبط با مواد |
| ۶۱۰ | اصطلاحات کلیدی | ۵۸۵ | ابعاد زیست‌شناختی |
| ۶۱۰ | پاسخ‌های صحیح بازبینی مفاهیم | | |
| ۶۱۱ | منابع رسانه‌ای | | |



اختلالات شخصیت ۶۱۵

۱۲

- ۶۴۳ اختلال شخصیت مرزی.
- ۶۴۸ اختلال شخصیت نمایشی
- ۶۵۰ اختلال شخصیت خودشیفته
- ۶۵۲ **اختلالات شخصی خوشه‌ی C**
- ۶۵۳ اختلال شخصیت اجتنابی.
- ۶۵۴ اختلال شخصیت وابسته
- ۶۵۵ اختلال شخصیت وسواسی - اجباری
- ۶۵۹ **خلاصه‌ی فصل**
- ۶۶۰ **اصطلاحات کلیدی**
- ۶۶۰ **پاسخ‌های صحیح بازبینی مفاهیم**
- ۶۶۰ **منابع رسانه‌ای**
- ۶۱۶ **مرور اختلالات شخصیت**
- ۶۱۶ جنبه‌های اختلالات شخصیت
- ۶۱۷ مدل‌های مقوله‌ای و ابعادی
- ۶۱۸ خوشه‌های اختلال شخصیت
- ۶۱۹ آمارها و رشد و تحول
- ۶۲۱ تفاوت‌های جنسیتی
- ۶۲۲ همزمانی اختلالات
- ۶۲۴ اختلالات شخصیت تحت مطالعه
- ۶۲۵ **اختلالات شخصیت خوشه‌ی A**
- ۶۲۵ اختلال شخصیت پارانویید
- ۶۲۷ اختلال شخصیت اسکیزوئید
- ۶۲۹ اختلال شخصیت اسکیزوتایپال
- ۶۳۲ **اختلالات شخصیت خوشه‌ی B**
- ۶۳۲ اختلال شخصیت ضداجتماعی



اختلالات طیف اسکیزوفرنی و دیگر اختلالات روانپریشانه ۶۶۵

۱۳

- ۶۸۵ عوامل ژنتیکی
- ۶۸۹ عوامل عصبی زیست‌شناختی
- ۶۹۴ عوامل روانشناختی و اجتماعی
- ۶۹۷ **درمان اسکیزوفرنی**
- ۶۹۷ مداخلات زیست‌شناختی
- ۷۰۰ مداخلات روانی اجتماعی
- ۷۰۵ درمان در میان فرهنگ‌ها
- ۷۰۶ پیشگیری
- ۷۰۸ **خلاصه‌ی فصل**
- ۷۰۹ **اصطلاحات کلیدی**
- ۷۰۹ **پاسخ‌های صحیح بازبینی مفاهیم**
- ۷۰۹ **منابع رسانه‌ای**
- ۶۶۶ **دیدگاه‌ها در مورد اسکیزوفرنی**
- ۶۶۶ شخصیت‌های اولیه در تشخیص اسکیزوفرنی
- ۶۶۸ شناسایی نشانه‌ها
- ۶۷۰ **توصیف بالینی، نشانه‌ها و انواع**
- ۶۷۱ نشانه‌های مثبت
- ۶۷۴ نشانه‌های منفی
- ۶۷۶ نشانه‌های به‌هم‌ریخته
- ۶۷۷ انواع تاریخی اسکیزوفرنی
- ۶۷۸ دیگر اختلالات روانپریشانه
- ۶۸۳ **شیوع و علل اسکیزوفرنی**
- ۶۸۳ آمارها
- ۶۸۳ رشد
- ۶۸۴ عوامل فرهنگی



اختلالات عصبی‌رشدی ۷۱۳

۱۴

- ۷۴۱ ناتوانی عقلانی (اختلال رشدی عقلانی).
- ۷۴۵ علل
- ۷۵۰ **پیشگیری از اختلالات عصبی‌رشدی**
- ۷۵۳ **خلاصه‌ی فصل**
- ۷۵۴ اصطلاحات کلیدی
- ۷۵۴ پاسخ‌های صحیح بازیابی مفاهیم
- ۷۵۴ منابع رسانه‌ای
- ۷۱۴ **مرور اختلالات عصبی‌رشدی**
- ۷۱۵ بهنجار چیست؟ نابهنجار چیست؟
- ۷۱۶ **اختلال کمی توجه/بیش‌فعالی**
- ۷۲۶ **اختلال یادگیری خاص**
- ۷۳۲ **اختلال طیف اُتیسسم**
- ۷۳۸ درمان اختلال طیف اُتیسسم.



اختلالات عصبی‌شناختی ۷۵۹

۱۵

- دیگر بیماری‌های پزشکی که موجب اختلال عصبی‌شناختی می‌شوند ۷۷۳
- اختلال عصبی‌شناختی ناشی از مواد/داروی تجویزی .. ۷۷۹
- علل اختلال عصبی‌شناختی ۷۸۰
- درمان ۷۸۴
- پیشگیری ۷۸۸
- ۷۹۱ **خلاصه‌ی فصل**
- ۷۹۱ اصطلاحات کلیدی
- ۷۹۲ پاسخ‌های صحیح بازیابی مفاهیم
- ۷۹۲ منابع رسانه‌ای
- ۷۶۰ **دیدگاه‌ها در مورد اختلالات عصبی‌شناختی**
- ۷۶۱ **دلیریوم**
- توصیف بالینی و آمارها ۷۶۱
- درمان ۷۶۳
- پیشگیری ۷۶۳
- ۷۶۴ **اختلالات عصبی‌شناختی شدید و خفیف**
- توصیف بالینی و آمارها ۷۶۵
- اختلال عصبی‌شناختی معلول بیماری آلزهایمر ۷۶۸
- اختلال عصبی‌شناختی عروقی ۷۷۲

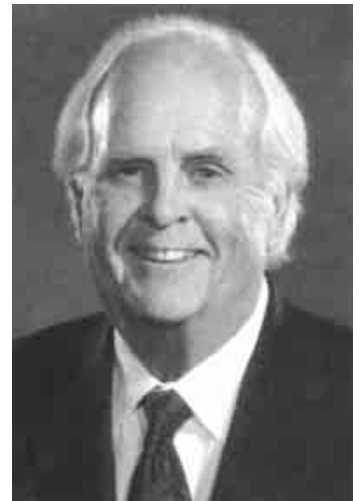


خدمات سلامت روان : مشکلات قانونی و اخلاقی ۷۹۷

۱۶

- ۸۰۶ **بستری کردن کیفی**
- دفاعیه‌ی جنون ۸۰۶
- واکنش‌ها به دفاعیه‌ی جنون ۸۰۷
- قوانین درمانی ۸۱۰
- صلاحیت حضور در دادگاه ۸۱۱
- وظیفه‌ی هشدار دادن ۸۱۱
- متخصصان سلامت روان به عنوان شاهد متخصص ۸۱۲
- ۷۹۸ **دیدگاه‌ها در مورد قانون سلامت روان**
- ۷۹۹ **بستری کردن مدنی**
- ملاک‌های بستری کردن مدنی ۷۹۹
- خطرناک بودن ۸۰۱
- تغییر رویه‌های مؤثر بر بستری کردن مدنی ۸۰۲
- مرور بستری کردن مدنی ۸۰۵

| | | | |
|-----|------------------------------|-----|--|
| ۸۱۸ | نتیجه‌گیری‌ها | ۸۱۳ | حقوق بیماران و دستورالعمل‌های درمان بالینی |
| ۸۱۹ | خلاصه‌ی فصل | ۸۱۳ | حق درمان |
| ۸۲۰ | اصطلاحات کلیدی | ۸۱۴ | حق امتناع از درمان |
| ۸۲۰ | پاسخ‌های صحیح بازبینی مفاهیم | ۸۱۴ | حقوق شرکت‌کنندگان در تحقیق |
| ۸۲۰ | منابع رسانه‌ای | ۸۱۵ | درمان شواهدبنیان و دستورالعمل‌های درمان بالینی |



دیوید اچ. بارلو پیشگام و

رهبر بین‌المللی روان‌شناسی بالینی محسوب می‌شود. دکتر بارلو که هم‌اکنون استاد ممتاز روان‌شناسی و روان‌پزشکی دانشگاه بوستون است، بنیان‌گذار و مدیر ممتاز مرکز اضطراب و اختلالات مربوطه است که یکی از بزرگترین درمانگاه‌های پژوهشی از نوع خودش است. دکتر بارلو از سال ۱۹۹۶ تا سال

۲۰۰۴، برنامه‌های روان‌شناسی بالینی دانشگاه بوستون را مدیریت می‌کرد. او از سال ۱۹۷۹ تا ۱۹۹۶، استاد برجسته‌ی دانشگاه آلبانی - استیت نیویورک بود. او از سال ۱۹۷۵ تا سال ۱۹۷۹، استاد روانپزشکی و روان‌شناسی دانشگاه براون بود که در آنجا برنامه‌ی انترنی روان‌شناسی را بنیان گذاشت. بارلو از سال ۱۹۶۹ تا ۱۹۷۵ هم استاد روانپزشکی دانشگاه مرکز پزشکی میسیسیپی بود و در آنجا برنامه‌ی رزیدنتی روان‌شناسی را دایر کرد. دکتر بارلو مدرک کارشناسی خود را از دانشگاه نوتردام، مدرک کارشناسی ارشدش را از بوستون کالج و مدرک دکتری خود را از دانشگاه ورمونت گرفت.

دکتر بارلو به عنوان عضو هر انجمن روان‌شناسی مهمی، به افتخار ممتاز بودنش در تحصیل و دانش، جوایز فراوانی گرفته است که از جمله‌ی آنها می‌توانیم به این جوایز اشاره کنیم: جایزه‌ی لیاقت انستیتو ملی سلامت روان برای مساعده‌های بلندمدتش به پژوهش بالینی؛ جایزه‌ی دانشمند برجسته‌ی انجمن روان‌شناسی آمریکا بابت کاربردهای روان‌شناسی؛ و جایزه‌ی جیمز مکین‌کتل انجمن علم روانشناختی برای افرادی که عمرشان را صرف دستاوردهای عقلانی معنادار در پژوهش روانشناختی کاربردی صرف کرده‌اند. دیگر جوایزی که دکتر بارلو دریافت کرده است عبارتند از: جایزه‌ی دانشمند برجسته‌ی جامعه‌ی روان‌شناسی انجمن روان‌شناسی آمریکا و دیپلم افتخار بخش روان‌شناسی بالینی زنان انجمن روان‌شناسی آمریکا بابت «تعهد برجسته به پیشرفت زنان در روان‌شناسی». دکتر بارلو دکترای افتخاری علم را از دانشگاه ورمونت،

دکترای افتخاری نامه‌های انسانی کالج ویلیام جیمز و جایزه‌ی سی. چارلز برلینگیم انستیتو زندگی در هارتفورد کنکنتیکت را «بابت رهبری برجسته در پژوهش، تعلیم و تربیت و مراقبت بالینی» دریافت کرده است. دکتر بارلو در سال ۲۰۱۴، جایزه‌ی استاد ریاستی انجمن روان‌شناسی آمریکا را «بابت وقف عمر و شوق پیشبرد روان‌شناسی از طریق علم، تعلیم و تربیت، آموزش و عمل» دریافت کرد.

بارلو همچنین جوایز مساعده‌ی شغلی / عمری را از انجمن‌های روان‌شناسی ماساچوست، کنکنتیکت و کالیفرنیا و دانشگاه مرکز پزشکی میسیسیپی و انجمن درمان‌های شناختی و رفتاری دریافت کرد. او در سال ۲۰۰۰، استاد مهمان افتخاری بیمارستان عمومی ارتش آزادی مردم چین و دانشکده پزشکی تحصیلات تکمیلی پکن چین و در سال ۲۰۱۵ نامش به عنوان رییس افتخاری انجمن روان‌شناسی کانادا ثبت شد. علاوه بر این، Grand Rounds سالانه‌ی روان‌شناسی بالینی دانشگاه براون به افتخار او نام‌گذاری شد. دکتر بارلو در سال تحصیلی ۱۹۹۷ تا ۱۹۹۸، عضو فریتزر دلچ مرکز مطالعه‌ی پیشرفته علوم رفتاری پالوآلتوی کالیفرنیا بود. پژوهش او در چهل سال گذشته پیوسته توسط انستیتو ملی سلامت روان تأمین مالی شده است.

دکتر بارلو ویراستار مجلاتی از قبیل: *Clinical Psychology* و *Science and Practice* و مجله‌ی *Behavior Therapy* بوده است، در هیئت سردبیری بیش از ۲۰ مجله‌ی مختلف کار کرده است و هم‌اکنون سر ویراستار مجموعه‌های "Treatments that Work" انتشارات آکسفورد است. بارلو بیش از ۶۰۰ مقاله‌ی پژوهشی منتشر و بیش از ۷۵ کتاب و راهنمای بالینی را نوشته یا ویراستاری کرده است که از جمله‌ی آنها می‌توان به کتاب‌های اضطراب و اختلالات (ویراست دوم) (انتشارات گیلفورد)، دستنامه‌ی بالینی اختلالات روانی: راهنمای درمان گام به گام (ویراست پنجم) (انتشارات گیلفورد)، طرح‌های آزمایشی تک‌آزمودنی: راهبردهای مطالعه‌ی تغییر رفتار (ویراست دوم) (انتشارات Allyn and Bacon) (همراه با متیو نوک و مایکل هرسن)؛ دانشمند-درمانگر: پژوهش و پاسخگری در عصر مدیریت مراقبت‌شده (ویراست دوم) (انتشارات Allyn and Bacon) (همراه با استیو هیز و روزماری نلسون-گری)؛ تسلط بر اضطراب و وحشتزدگی‌تان (انتشارات دانشگاه آکسفورد) (همراه با میشل کراساک) و از همه جدیدتر، پروتکل واحد برای درمان

روانپزشکی امریکا در زمینه‌ی راهنماهای مداخله‌ی روانشناختی است که الگوی تهیه‌ی راهنماهای بالینی را پدید آورد. برنامه‌ی پژوهشی فعلی دکتر بارلو بر طبیعت و درمان اضطراب و اختلالات هیجانی مربوطه متمرکز است.

بارلو اوقات فراغتش را صرف گلف، اسکی و عزلت‌گزینی در خانه‌اش واقع در نانتاکت آیلند می‌کند که در آنجا عاشقانه می‌نویسد، روی ساحل قدم می‌زند و با دوستان جزیره‌ای خویش دیدار می‌کند.

امریکا بخاطر کارهایش در زمینه‌ی اختلال طیف ایتسم دریافت کرد. دکتر دیورند در سال ۲۰۰۹ به عنوان رییس شعبه‌ی ۳۳ (ناتوانایی‌های عقلانی و رشدی/ اختلالات طیف ایتسم) برگزیده شد. دکتر دیورند هم‌اکنون عضو شورای حرفه‌ای جامعه‌ی ایتسم امریکا است و عضو هیئت مدیره‌ی انجمن بین‌المللی حمایت رفتاری مثبت بود. دکتر دیورند سردبیر همکار *Journal of Positive Behavior Interventions* بود و در چند هیئت سردبیری کار می‌کند و بیش از ۱۲۵ نوشته در زمینه‌ی ارتباط کارکردی، برنامه‌ریزی آموزشی و رفتاردرمانی دارد. کتاب‌های دکتر دیورند عبارتند از: مشکلات رفتاری شدید: رویکرد ارتباط‌آموزی کارکردی؛ بهتر بخواب! راهمای بهبود خواب کودکان دارای نیازهای خاص؛ کمک به والدین دارای فرزند چالش‌انگیز: مداخله‌ی خانوادگی مثبت؛ کتاب پدر و مادری کردن خوشبینانه: امید و کمک به شما و کودک چالش‌انگیزتان که چند جایزه‌ی ملی برده است؛ و جدیدترین کتاب با عنوان اختلال طیف ایتسم: راهنمای بالینی پزشکان عمومی.

دکتر دیورند درمان بی‌همتایی برای مشکلات رفتاری شدید ابداع کرده است که هم‌اکنون در ایالت‌های امریکا واجب‌الاجرا است و در سراسر دنیا مورد استفاده قرار می‌گیرد. همچنین ابزار سنجشی تهیه کرده است که مصرف بین‌المللی دارد و به بیش از ۱۵ زبان ترجمه شده است. اخیراً هم رویکردی ابتکاری طراحی کرده است که در کار با کودک چالش‌انگیز به خانواده‌ها کمک می‌کند (و پدر و مادری کردن خوشبینانه نام دارد). این رویکرد در یک کارآزمایی بالینی ۵ ساله اعتباریابی شد. گروه‌های تعلیم و تربیت در چند ایالت و وزارتخانه‌های دادگستری و آموزش و پرورش امریکا هم با دکتر دیورند مشورت می‌کنند. برنامه‌ی پژوهشی فعلی او، مطالعه‌ی مدل‌های پیشگیری و درمان‌های مشکلات جدی، از قبیل رفتار جرح خود، است.

دکتر دیورند در اوقات فراغتش به دوهای طولانی می‌پردازد و سه دوی ماراتون را به پایان رسانده است.

میان‌تشخیصی اختلالات هیجانی با تیم واحد اشاره کرد. این کتاب‌ها و راهنماها به بیش از ۲۰ زبان، از جمله عربی، چینی و روسی، ترجمه شده‌اند.

دکتر بارلو یکی از سه روان‌شناس گروه کاری مسئول مرور بیش از ۱۰۰۰ متخصص سلامت روان شرکت‌کننده در ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (*DSM-IV*) بود و همکاری خود به عنوان مشاور نیروی کار و ویراست پنجم این راهنما (*DSM-5*) را ادامه داد. همچنین صاحب کرسی در نیروی کار انجمن

وی. مارک دیورند در

سطح دنیا به عنوان یکی از صاحب‌نظران اختلال طیف ایتسم شناخته می‌شود. دیورند استاد روان‌شناسی دانشگاه فلوریدا - سنت. پترزبورگ است که در آنجا سرپرست بنیان‌گذار هنرها و علوم و نایب‌رییس امور تحصیلی بود. دکتر دیورند عضو انجمن روان‌شناسی امریکا است. او از زمان شروع کارش برای مطالعه‌ی



طبیعت، سنجش و درمان مشکلات رفتاری کودکان دچار ناتوانایی، بیش از ۴ میلیون دلار کمک‌هزینه‌ی دولتی دریافت کرده است. دکتر دیورند قبل از مهاجرت به فلوریدا، انواع مسندهای ریاستی را در دانشگاه آلبانی داشته است، از جمله مسند دستیار مدیر آموزش بالینی برنامه‌ی دکتری روان‌شناسی بین سالهای ۱۹۸۷ تا ۱۹۹۰، ریاست گروه روان‌شناسی بین سالهای ۱۹۹۵ تا ۱۹۹۸ و سرپرست موقت هنرها و علوم بین سالهای ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۲. دکتر دیورند مرکز ایتسم و ناتوانایی‌های مربوطه را در دانشگاه آلبانی - با عنوان SUNY - تأسیس کرد. او مدرک کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری خود - همگی در روان‌شناسی - را در دانشگاه New York-Stony Brook گرفت.

دکتر دیورند در سال ۱۹۹۱ جایزه‌ی این دانشگاه را بخاطر ممتاز بودن در تدریس دریافت کرد و جایزه‌ی ریاست بابت ممتاز بودن در پژوهش و تحصیل خلاقانه‌ی سال ۲۰۰۷ دانشگاه ساوت فلوریدا - سنت. پترزبورگ را گرفت. نام او به عنوان عضو مجموعه سخنرانی‌های پرینستون سال ۲۰۱۴ برده شد و در سال ۲۰۱۵، جایزه‌ی جیکوبسن برای تفکر انتقادی را از انجمن روان‌شناسی

اثر بخشی روان‌درمانی و پیش‌بینی برونداد درمان با استفاده از روش‌های علم عصب‌نگر بوده است.

هافمن جوایز معتبر زیادی، از جمله جایزه‌ی آرون تی. بک برای مساعدت معنادار و ماندگار در حوزه‌ی شناخت‌درمانی آکادمی شناخت‌درمانی را برده است. او عضو انجمن روان‌شناسی و انجمن علم روان‌شناختی است و رییس چند جامعه‌ی حرفه‌ای ملی و بین‌المللی، از جمله انجمن درمان‌های رفتاری و شناختی و انجمن بین‌المللی روان‌درمانی شناختی بوده است. هافمن مشاور فرایند تهیه‌ی ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (*DSM-5*) و عضو کارگروه فرعی اختلال اضطرابی ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (*DSM-5*) بود. او به عنوان بخشی از این مسئولیت، در بحث‌های مربوط به بازنگری در ملاک‌های اختلالات اضطرابی این راهنما، به‌خصوص اختلال اضطراب اجتماعی، و بازاریابی شرکت می‌کرد. دکتر هافمن پژوهشگر بسیار مورد استناد تامپسون رویترز است.

هافمن سردبیر مجله‌ی *Cognitive Therapy and Research* و همچنین دستیار سردبیر جدید مجله‌ی *Clinical Psychological Science* است. دکتر هافمن بیش از ۳۰۰ مقاله‌ی مرور شده توسط همکاران و ۱۵ کتاب، از جمله کتاب مقدمه‌ای بر درمان شناختی-رفتاری نوین* (انتشارات وایلی-بلکول) و هیجان در درمان (گیلفورد پرس) منتشر کرده است.

دکتر هافمن در اوقات فراغتش با پسرانس بازی می‌کند. او دوست دارد با سفر کردن، خودش را در فرهنگ‌های جدید غرق کند، دوستان جدیدی پیدا کند و با دوستان قدیمی خود ارتباط دوباره برقرار کند. گاهی اوقات هم که وقت اجازه می‌دهد، فلوتش را بیرون می‌آورد.

استفن جی. هافمن،

متخصص بین‌المللی روان‌درمانی اختلالات هیجانی است. هافمن استاد روان‌شناسی دانشگاه بوستون است و اداره‌ی آزمایشگاه تحقیقات روان‌درمانی و هیجان را بر عهده دارد. هافمن در شهر کوچکی نزدیک اشتوتگارت آلمان متولد شد و به همین دلیل هم لهجه‌ی غلیظ آلمانی دارد. او روان‌شناسی



را در دانشگاه ماربورگ آلمان خوانده است و در همانجا مدارک کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری خود را دریافت کرد. دوره‌ی کوتاه بورس رساله‌ی دکتری او در دانشگاه استنفورد به یک شغل پژوهشی بلندمدت در ایالات متحده آمریکا مبدل شد. هافمن بالاخره در سال ۱۹۹۴ به ایالات متحده آمریکا نقل مکان کرد و به تیم دکتر بارلو در دانشگاه Albany-State نیویورک پیوست و از سال ۱۹۹۶ به بعد در بوستون زندگی کرده است.

دکتر هافمن یک برنامه‌ی پژوهشی فعال در زمینه‌ی مطالعه‌ی جنبه‌های مختلف اختلالات هیجانی با تأکید بر اختلالات اضطرابی، درمان شناختی رفتاری و علم عصب‌نگر راه‌اندازی کرده است. اخیراً هم به رویکردهای وقوف‌گرا، مثل یوگا و مراقبه‌ها، به عنوان راهبردهای درمانی اختلالات هیجانی علاقه‌مند شده است. در ضمن، یکی از رهبران روش‌های پژوهش تبدیلی برای ارتقای

* این کتاب با ترجمه‌ی مهرداد فیروزبخت در انتشارات روان‌شناسی و هنر منتشر شده است (مترجم).

علم همواره در حال تحول است و ابداعات و ابتکارات گهگاه، طرز فکر ما را عوض می‌کند. برای مثال، زیست‌شناسان تکامل‌گرایی که تا مدتها فکر می‌کردند تکامل، فرایندی تدریجی است، ناگهان به شواهدی دست یافتند که نشان می‌دادند تکامل به صورت نامنظم و جسته و گریخته اتفاق می‌افتد، و در پاسخ به رویدادهای محیطی فاجعه‌باری مثل اصابت شهاب سنگ‌ها شروع می‌شود. زمین‌شناسی نیز به همین سیاق با کشف تکتونیک صفحه‌ای [یا جابجایی صفحات زمین] دچار انقلاب شد.

علم آسیب‌شناسی روانی هم تا این اواخر علم دسته‌بندی شده‌ای بود و آسیب‌شناسان روانی، تأثیرات عوامل روانشناختی، زیست‌شناختی و اجتماعی را به طور مجزا بررسی می‌کردند. این رویکرد هنوز در رسانه‌های عمومی بازتاب دارد که برای مثال خبر می‌دهند فلان زن تازه کشف شده، فلان کارکرد زیست‌شناختی (یا بی‌تعادلی شیمیایی) را ایجاد می‌کند و یا فلان تجارب اوایل کودکی، «علت» این یا آن اختلال روانی است. این طرز فکر را هنوز در مبحث علیّت و درمان در برخی از کتاب‌های درسی روان‌شناسی می‌بینیم. در این کتاب‌ها، برای مثال می‌خوانیم که: «نگاه روانکاوانه به این اختلال ... است» یا «نگاه‌های زیست‌شناختی ... هستند» و غالباً در فصول مجزا توضیح داده می‌شود که «رویکردهای درمانی روانکاوانه ... هستند»، «رویکردهای درمانی شناختی‌رفتاری ... هستند» و «رویکردهای درمانی زیست‌شناختی ... هستند».

در اولین ویراست این کتاب سعی کردیم نگاه متفاوتی داشته باشیم. در آن زمان فکر می‌کردیم این رشته به آنجا رسیده که رویکرد یکپارچه را دنبال کند که در آن، تعاملات ظریف و پیچیده‌ی عوامل زیست‌شناختی، روانشناختی و اجتماعی تا حد امکان، روشن و قانع‌کننده باشد. پیشرفت‌های عظیم و انفجاری اخیر دانش، تأیید می‌کند که این رویکرد می‌تواند تنها راه ممکن برای فهم آسیب‌شناسی روانی باشد. فقط به عنوان دو مثال، فصل دوم، مطالعه‌ای را شرح می‌دهد که نشان می‌دهد رویدادهای پراسترس زندگی می‌توانند به افسردگی منتهی شوند ولی همه این پاسخ [یعنی افسردگی] را نشان نمی‌دهند. بلکه استرس بیشتر در افرادی ایجاد افسردگی می‌کند که ناقل ژن خاصی هستند که بر سروتونین سیناپس‌های مغزی تأثیر می‌گذارد. به همین سیاق، در فصل نهم توضیح می‌دهیم که رنج طرد شدن اجتماعی، چطور همان

مکانیسم‌های عصبی را در مغز فعال می‌کند که درد و رنج فیزیکی فعال می‌کند. در ضمن، کل مبحث علم ژنتیک، بازنویسی شده تا تأکید جدید، بر تعامل ژن-محیط و طرز فکر جدید متخصصان ژنتیک رفتاری مورد توجه قرار گیرد که هدف طبقه‌بندی اختلالات روانی بر اساس مبانی سفت و سخت ژنتیکی اصولاً غلط است و نقص بنیادی دارد. در همین فصل، در رشته‌ی در حال ظهور پیراژنتیک هم توصیف و مطالعات جدیدی شرح داده می‌شود که نشان می‌دهند گویا محیط‌های افراطی می‌توانند تأثیر عوامل ژنتیکی را تحت‌الشعاع قرار دهند. در این فصل، مطالعاتی را هم که مکانیسم‌های پیراژنتیک، یا تأثیرگذاری رویدادهای محیطی بر بروز ژن را نشان می‌دهند، شرح خواهیم داد.

این نتایج، رویکرد یکپارچه‌ی این کتاب را تأیید می‌کنند: با عوامل ژنتیکی، یا محیطی، صرف نمی‌توانیم اختلالات روانی را توضیح دهیم، بلکه با تعامل آنها می‌توانیم آن را توضیح دهیم. حالا می‌دانیم که عوامل روانشناختی و اجتماعی، بر کارکرد انتقال‌دهنده‌ی عصبی و حتی بر بروز ژن، تأثیر مستقیم می‌گذارند. به همین سیاق نمی‌توانیم بدون در نظر گرفتن سهم عوامل زیست‌شناختی و اجتماعی در بروز روانشناختی و آسیب روانی، فرایندهای رفتاری و شناختی و هیجانی را مورد مطالعه قرار دهیم. ما بجای دسته‌بندی آسیب‌شناسی روانی، رویکرد در دسترس‌تری را بکار می‌گیریم که وضعیت فعلی علم بالینی را با دقت منعکس می‌کند.

شما به عنوان همکار ما می‌دانید که ما برخی از اختلالات را بهتر از برخی دیگر می‌فهمیم. اما امیدواریم در امر مهیج فهماندن این نکته که هم‌اکنون چه چیزهایی در مورد علل و درمان آسیب‌شناسی روانی می‌دانیم و چقدر با فهم این تعاملات پیچیده فاصله داریم، با ما شریک شوید.

رویکرد یکپارچه

همان‌طور که گفتیم، ویراست اول کتاب آسیب‌شناسی ما، پیشگام نسل جدیدی از کتاب‌های درسی آسیب‌شناسی روانی بود که دیدگاه یکپارچه و چندبُعدی را دنبال می‌کردند. (ما رویکردهای یک‌بُعدی، مثل رویکرد زیست‌شناختی، روانی‌اجتماعی و فوق‌طبیعی را به عنوان دیدگاه‌های تاریخی در خصوص رشته‌ی خودمان تصدیق می‌کنیم). در این کتاب، شواهد فعلی زیادی را که از تأثیر متقابل

همچون اکثر همکاران، این رویکرد را چیزی بیش از آگاهی ساده از این موضوع می‌دانیم که یافته‌های علمی چه کاربردی در آسیب‌شناسی روانی دارند. ما نشان می‌دهیم که روان‌شناس بالینی، چطور با مشاهدات زیرکانه و منظم، تحلیل کارکردی موردپژوهی‌های فردی، و مشاهده‌ی منظم موردها در محیط‌های بالینی، در دانش بالینی کلی ایفای نقش می‌کند. برای مثال، توضیح خواهیم داد که اطلاعات نظریه‌پردازان قدیمی روانکاوی در مورد پدیده‌های گسستی چطور هنوز در این روزگار مورد استفاده قرار می‌گیرد. همچنین آن دسته از روش‌های رسمی دانشمندانمانگر را توصیف می‌کنیم که نشان می‌دهند طرح‌های تحقیقاتی انتزاعی چطور در برنامه‌های تحقیقاتی اجرا می‌شوند.

موردهای بالینی واقعی

این کتاب را با تاریخچه‌های بالینی حقیقی غنی کرده‌ایم تا یافته‌های علمی در مورد علل و درمان آسیب‌شناسی روانی را به نمایش گذاریم. ما دو نفر سالها است دو درمانگاه فعال داریم. بنابراین ۹۵ درصد از موردهای این کتاب را از پرونده‌های این دو درمانگاه بیرون کشیده‌ایم و این پرونده‌ها، چهارچوب یافته‌هایی هستند که توصیف خواهیم کرد. اکثر فصل‌ها، با شرح مورد شروع می‌شوند و در اکثر آنها، آخرین نظریه‌ها و تحقیقات در مورد این موردهای انسانی به بحث گذاشته می‌شوند.

شرح اختلالات

اختلالات اصلی را در یازده فصل و با تمرکز بر سه مقوله‌ی کلی توضیح خواهیم داد: توصیف بالینی، عوامل علی، و درمان و نتایج. در این کتاب به موردپژوهی‌ها و ملاک‌های ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی خیلی توجه خواهیم کرد و داده‌های آماری، مثل میزان شیوع و بروز، نسبت جنسی، سن شروع و سیر، یا الگوی معمول اختلال را لحاظ می‌کنیم. از آنجا که یکی از ما (دیوید اچ بارلو) مشاور رسمی گروه ضربت ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) بوده است، می‌توانیم دلیل تغییرات و خود تغییرات را توضیح دهیم. در این کتاب خواهیم گفت که ابعاد زیست‌شناختی، روانشناختی و اجتماعی چطور در تعامل با هم، باعث اختلالی خاص می‌شوند. سرانجام این که با قرار دادن درمان و نتایج، در بافت یک اختلال خاص، حسی واقعی از درمان بالینی را به خواننده منتقل می‌کنیم.

درمان

یکی از بهترین نوآوری‌های هفت ویراست قبلی این کتاب، راهبردمان در به بحث گذاشتن درمان هر اختلال در فصل مربوط به آن اختلال،

زیست‌شناسی و رفتار و عوامل روانشناختی و اجتماعی بر زیست‌شناسی خیر می‌دهند، لحاظ می‌کنیم. مثال‌های ما نظر دانشجو را جلب می‌کنند؛ برای مثال، بحث سهم و نقش عوامل ژنتیکی در طلاق، تأثیر تجارب اجتماعی و رفتاری اولیه بر کارکرد و ساختار متعاقب مغز، اطلاعات جدید در مورد رابطه‌ی شبکه‌های اجتماعی با سرماخوردگی، و داده‌های جدید در مورد درمان روانی اجتماعی سرطان را توضیح خواهیم داد. به این نکته اشاره می‌کنیم که در بحث پدیده‌ی حافظه‌ی ضمنی و بینایی‌کوری که توازی‌هایی در تجارب گسستی دارند، علم روان‌شناسی، وجود ناهشیاری را ثابت می‌کند (هرچند این ناهشیاری، زیاد شبیه آن دیگ جوشان تعارضات مورد نظر فروید نیست). در این کتاب، شواهد جدیدی ارائه می‌دهیم که تأثیر درمان‌های روانشناختی بر جریان انتقال‌دهنده‌ی عصبی و کارکرد مغز را تأیید می‌کنند. ما سهم پربار و بسزای حوزه‌ی غالباً نادیده گرفته‌شده‌ی نظریه‌ی هیجان در آسیب‌شناسی روانی (برای مثال، تأثیر عصبانیت بر بیماری عروق قلبی) را تصدیق می‌کنیم. همچنین با پیوند زدن یافته‌های حاصل از مطالعات مربوط به هیجان به اکتشافات رفتاری، زیست‌شناختی، شناختی و اجتماعی، فرسینه‌ای یکپارچه از آسیب‌شناسی روانی می‌بافیم.

عوامل رشدی عمری

هیچ نگاه جدیدی به آسیب‌شناسی روانی نمی‌تواند اهمیت عوامل رشدی در تظاهر و درمان آسیب‌شناسی روانی را نادیده بگیرد. در این کتاب، مطالعاتی را توضیح می‌دهیم که راه را برای نگاه رشدی به تأثیر محیط بر بروز ژن هموار می‌کنند. بر همین اساس، اگرچه فصل اختلالات عصبی‌رشدی (فصل چهاردهم) داریم ولی از نقش مهم رشد و تحول در کل کتاب غافل نمی‌شویم؛ برای مثال، اضطراب دوران کودکی و پیری را در فصل اختلالات اضطرابی، اختلالات مرتبط با ضربه و عامل استرس‌زا و اختلالات وسواس فکری-اجبار عملی و اختلالات مربوطه (فصل پنجم) توضیح خواهیم داد. این نظام سازماندهی که با ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) سازواری زیادی دارد، به دانشجو کمک می‌کند هر اختلال را از دوران کودکی تا بزرگسالی و پیری بخواند. در قسمت‌های مجزایی در هر فصل، یافته‌های رشدی را ارائه می‌دهیم و در مواقع مقتضی، توضیح خواهیم داد که عوامل رشدی چطور بر علیت و درمان تأثیر می‌گذارند.

رویکرد دانشمند - درمانگر

در این کتاب قدری هم شرح خواهیم داد که چرا رویکرد دانشمند-درمانگر به آسیب‌شناسی روانی، رویکردی عملی و آرمانی است.

صدها منبع ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۶ (و برخی منابع «زیر چاپ») برای اولین بار در این ویراست مورد استناد قرار گرفته‌اند و برخی از اطلاعات این منابع، انسان را متحیر می‌کند. در این ویراست برخی مطالب غیرضروری حذف شده‌اند، برخی عناوین جدید اضافه شده‌اند و همان‌طور که جداول مربوط به اختلالات در هر فصل نشان می‌دهد، ملاک‌های ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) در کل کتاب گنجانده شده است.

در اختلالات اضطرابی، اختلالات مرتبط با ضربه و عامل استرس‌زا، اختلالات وسواس فکری-اجبار عملی و اختلالات مربوطه (فصل پنجم)، اختلالات خلقی و خودکشی (فصل هفتم)، اختلالات خوردن و خواب-بیداری (فصل هشتم)، اختلالات فیزیکی و روان‌شناسی سلامت (فصل نهم)، اختلالات مرتبط با مواد، اعتیادی و کنترل تکانه‌ای (فصل یازدهم)، اختلالات طیف اسکیزوفرنی و دیگر اختلالات روانپریشی (فصل سیزدهم) و اختلالات عصبی‌رشدی (فصل چهاردهم) تجدید نظر سنگینی شده تا تحقیقات جدید را منعکس کنند، ولی همه‌ی فصل‌ها به شکل بامعنایی به‌روز و جدید شده‌اند.

در فصل اول، با عنوان رفتار نابهنجار در بافت تاریخی، اصطلاحات به‌روز شده‌اند تا عناوین جدید مندرج در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی منعکس شود. توصیفات جدیدی هم از تحقیقات درباره‌ی مکانیسم‌های دفاعی ارائه و توصیفات مربوط به سیر تحول رویکرد روانپوشی و روانکاوی، دقیق‌تر، کامل‌تر و عمیق‌تر شده‌اند.

فصل دوم با عنوان رویکرد یکپارچه به آسیب‌شناسی روانی شامل بحث به‌روز شده‌ای در مورد تحولات در مطالعه‌ی ژن‌ها و رفتار، با تمرکز بر تعامل ژن-محیط، است؛ داده‌های جدید، مدل همبستگی ژن-محیط را نشان می‌دهند؛ اطلاعات به‌روز شده درباره‌ی حوزه‌ی به سرعت در حال تحول علم ژنتیک اضافه شده است؛ مطالعات جدیدی اضافه شده که تأثیر روانی اجتماعی بر ساختار و کارکرد مغز به‌طور اعم، و نظام‌های انتقال‌دهنده‌ی عصبی به‌طور اخص را نشان می‌دهند؛ مطالعات جدیدی که تأثیر عوامل روانی اجتماعی بر تحول ساختار و کارکرد مغز را نشان می‌دهند؛ قسمت‌های به‌روز شده، تجدیدنظر شده و جدید شده در مورد علوم رفتاری و شناختی که مطالعات جدید درباره‌ی تأثیر روان‌شناسی مثبت‌نگر بر سلامت فیزیکی و طول عمر را نشان می‌دهند؛ مطالعات جدیدی که از تأثیر شدید هیجانان، به‌ویژه عصبانیت، بر سلامت قلبی عروقی حمایت می‌کنند؛ مطالعات جدیدی که تأثیر جنسیت بر ظهور و درمان آسیب‌شناسی روانی را نشان می‌دهند؛ مطالعات جدید مستحکمی که تأثیرات اجتماعی قوی بر سلامت و رفتار را تأیید می‌کنند؛ و مطالعات جدیدی که پدیده‌ی گیج‌کننده‌ی

بجای نوشتن یک فصل مجزا برای درمان بوده است؛ رویکردی که تحولات در روش‌های درمان روانی اجتماعی و داروشناختی اختلالات از آن حمایت می‌کند. در این ویراست هم این یکپارچگی را رعایت کرده و بهبود بخشیده‌ایم و روش‌های درمانی را در اصطلاحات کلیدی و فرهنگ توصیفی آورده‌ایم.

مسائل حقوقی و اخلاقی

در فصل آخر هم رویکردها و مضامین مورد بحث در کل کتاب را یکپارچه می‌کنیم. موردپژوهی‌هایی را می‌آوریم که در آنها شخص به‌طور مستقیم درگیر مسائل حقوقی و اخلاقی و خدمات سلامت روان شده است. همچنین برای دیدگاه‌های فعلی، بافتی تاریخی فراهم می‌آوریم تا دانشجویان، تأثیر عوامل اجتماعی و فرهنگی بر مسائل حقوقی و اخلاقی را بفهمند.

گوناه‌گونی

فرهنگ و جنسیت، دو جزء جدایی‌ناپذیر مطالعه‌ی آسیب‌شناسی روانی هستند. در این کتاب طرز فکر جاری در مورد جنبه‌های مختص به فرهنگ، و جنبه‌های جهانی اختلالات، و تأثیرات شدید و گاهی اوقات گیج‌کننده‌ی نقش‌های جنسیتی را توضیح خواهیم داد. برای مثال، اطلاعات جاری در مورد موضوعاتی مثل بی‌تعدالی جنسیتی در افسردگی، تفاوت در ابراز اختلالات وحشتزدگی در فرهنگ‌های مختلف آسیایی، تفاوت‌های قومی در اختلالات خوردن، درمان اسکیزوفرنی در فرهنگ‌های مختلف، و تفاوت‌های تشخیصی در زمینه‌ی اختلال کمی توجه/بیش‌فعالی (ADHD) در پسرها و دخترها را به بحث می‌گذاریم. بدیهی است همین‌طور که روی این موضوعات تحقیقات استاندارد صورت می‌گیرد، عمق و دقت رشته‌ی ما نیز افزوده می‌شود. برای مثال، چرا برخی از اختلالات، زنان را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهند و برخی دیگر مردان را؟ و چرا این توزیع گاهی اوقات از فرهنگی به فرهنگ دیگر تغییر می‌کند؟ در جواب این سؤالات، علم را چراغ راه خود قرار می‌دهیم که تأکید می‌کند جنسیت و فرهنگ، تنها یکی از ابعاد آسیب‌شناسی روانی هستند.

تازه‌های این ویراست

به‌روز شدن کامل

سرعت رشته‌ی مهیج آسیب‌شناسی روانی زیاد است و مفتخریم ادعا کنیم که کتاب ما، جدیدترین تحولات این رشته را منعکس می‌کند. بنابراین، بار دیگر تکرار می‌کنیم که تمامی فصول این کتاب بازنگری شده تا آخرین تحقیقات را در مورد اختلالات روانی منعکس کند.

«جابجایی» را که به شیوع بیشتر اسکیزوفرنی در میان ساکنان نواحی شهری منتهی می‌شود، تصدیق می‌کند.

در فصل سوم با عنوان سنجش بالینی و تشخیص، همسو با ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) و تغییرات این حوزه، بجای اصطلاح «عقب ماندگی ذهنی» از اصطلاح «ناتوانایی عقلی» استفاده کرده‌ایم (این بحث جدید را هم داریم که چطور اطلاعات دریافتی از شخصیت‌سنج چندوجهی مینسوتای-۲، به‌رغم آگاهی‌بخش بودن، الزاماً به تغییر نحوه‌ی درمان مراجعان و بهبود نتایج درمان منجر نمی‌شود) (لیما^۱ و دیگران، ۲۰۰۵)؛ در این فصل همچنین سازمان و ساختار ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) و تفاوت‌های اصلی آن با ویراست چهارم این راهنما (DSM-IV) را توصیف می‌کنیم؛ روش‌های هماهنگ کردن تهیه‌ی ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) با ویراست یازدهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-11) را نیز توضیح می‌دهیم؛ و بالاخره مسیرهای تحقیقاتی احتمالی برای تهیه‌ی ویراست ششم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-6) را بیان می‌کنیم.

در فصل چهارم، یعنی فصل روش‌های تحقیق، مثال جدیدی می‌خوانید که دانشمندان رفتاری چطور فرضیه‌های تحقیقاتی را تدوین می‌کنند، و بحث عبرت‌انگیز جدیدی را در خصوص قتل عام دانشگاه ویرجینیا تک در قسمت روش مورد پژوهی و مثال جدیدی در مورد طرح‌های طولی خواهید خواند که نشان می‌دهد [تنبیه از طریق] زدن به پشت کودک، چطور مشکلات رفتاری بعدی کودکان را پیش‌بینی می‌کند (گرشوف، لانسفورد، سکستون، دیویس - کین و سامروف^۲، ۲۰۱۲).

ما فصل پنجم را که حالا «اختلالات اضطرابی، اختلالات مرتبط با ضربه و عامل استرس‌زا، اختلالات وسواس فکری و اجبار عملی و اختلالات مربوطه» نام دارد، بر اساس سه گروه اصلی اختلالات، دوباره سازماندهی کرده‌ایم که عبارتند از: اختلالات اضطرابی، اختلالات مرتبط با ضربه و عامل استرس‌زا، و اختلالات وسواس فکری - اجبار عملی و اختلالات مربوطه. دو اختلال جدید در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) (با عنوان اختلال اضطراب جدایی و خموشی انتخابی) هم در این فصل معرفی می‌شوند، و بخش اختلالات مرتبط با ضربه و عامل استرس‌زا، فقط شامل اختلال استرس پس از ضربه و اختلال استرس حاد نمی‌شود، بلکه اختلال سازگاری و اختلالات دلبستگی را هم در بر می‌گیرد. این گروه جدید آخر، یعنی اختلالات وسواس فکری - اجبار عملی و اختلالات مربوطه، نه تنها اختلال وسواس فکری - اجبار عملی، بلکه اختلال بدشکلی بدن، اختلال احتکار و

بالاخره جنون موکنی (یا اختلال موکنی) و پوست‌کنی (اختلال پوست‌کنی) را هم شامل می‌شود. برخی از تجدیدنظرهای فصل پنجم عبارتند از:

- اطلاعات به‌روزشده درباره‌ی علم عصب‌نگر (neuroscience) و مبانی ژنتیکی ترس و اضطراب؛
- اطلاعات به‌روزشده درباره‌ی رابطه‌ی اضطراب و اختلالات مربوطه، با خودکشی؛
- اطلاعات به‌روزشده درباره‌ی تأثیر شخصیت و فرهنگ بر بروز اضطراب؛
- بحث به‌روزشده‌ی اختلال اضطراب تعمیم‌یافته به‌خصوص درباره‌ی رویکردهای جدیدتر درمانی؛
- اطلاعات به‌روزشده در مورد توصیف، سبب‌شناسی و درمان هراس خاص و اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال استرس پس از ضربه.

گروه‌بندی اختلالات فصل ششم که اکنون عنوان اختلالات نشانه‌ی بدنی و اختلالات مربوطه و اختلالات گسستی به آن داده‌اند، در مورد اختلال نشانه‌ی بدنی، اختلال اضطراب بیماری (که قبلاً به آن خودبیمارانگاری گفته می‌شد) و عوامل روانشناختی مؤثر بر بیماری پزشکی، یک تغییر فراگیر و مهم را منعکس می‌کند. این فصل، فرق این اختلالات همپوشان را هم مورد بحث قرار می‌دهد و خلاصه‌ای از علل و رویکردهای درمانی این مشکلات ارائه می‌دهد. در ضمن، فصل ششم هم‌اکنون بحث به‌روزی درباره‌ی خاطره‌ی غلط مرتبط با ضربه در مبتلایان به اختلال هویت گسستی دارد.

فصل هفتم با عنوان اختلالات خلقی و خودکشی، بحث به‌روزی در زمینه‌ی آسیب‌شناسی روانی و درمان اختلالات خلقی ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، از جمله این موارد دارد: اختلال افسردگی مستمر، اختلال عاطفی فصلی، اختلال بدتنظیمی خلقی مُخِل، اختلال دوقطبی و خودکشی. این فصل به بحث در خصوص داده‌های جدید درباره‌ی عوامل خطر ژنتیکی و محیطی و عوامل محافظ، مثلاً خوشبینی، می‌پردازد. همچنین در رابطه با درمان‌های داروشناختی و روانشناختی به‌روز شده است.

فصل هشتم با عنوان اختلالات خوردن و خواب - بیداری، به‌طور کامل بازنویسی و به‌روزشده و حاوی اطلاعات جدیدی در مورد میزان مرگ و میر و خودکشی در کم‌خوری عصبی است؛ همچنین حاوی اطلاعات همه‌گیری‌شناسی جدید راجع به شیوع

1. Lima

2. Gershoff, Lansford, Sexton, Davis—Kean and Sameroff

ابراز شده را نشان می‌دهد. اینها جدای از تجدیدنظرهای مهم دیگری است که در این فصل صورت گرفته است - از جمله ارائه‌ی داده‌های جدید درباره‌ی تغییرات رشدی رفتار جنسی از زمان اولین مقاربت تا شیوه و دفعات رفتار جنسی در پیری؛ گزارش‌های جدیدی که تفاوت نگرش‌ها و انجام فعالیت جنسی را در میان فرهنگ‌ها، حتی در امریکای شمالی، مقایسه می‌کنند؛ اطلاعات به‌روزشده درباره‌ی سیر تحول و شکل‌گیری گرایش جنسی؛ و توصیف کاملاً به‌روزشده‌ی ملال جنسی با تأکید بر مفهوم‌بندی‌های در حال ظهور پیوستاری راجع به بروز جنسیت.

فصل دهم همچنین شامل اطلاعات به‌روزشده درباره‌ی عوامل سهیم در ملال جنسیتی و آخرین توصیه‌ها در زمینه‌ی گزینه‌های درمانی، گزینه‌های درمانی پیشنهادی (یا عدم درمان) در مورد ناهم‌رنگی جنسیتی در کودکان، توصیف کامل اختلالات رشد جنسی (که به آن دوجنسی بودن می‌گفتند) و توصیف کاملاً تغییر یافته‌ی اختلالات پارافیلیایی است تا نظام طبقه‌بندی به‌روزشده را با بحث در مورد تغییر جنجال‌برانگیز نام این اختلالات از پارافیلیا به اختلالات پارافیلیایی منعکس کند.

فصل سراسر تجدیدنظر شده‌ی یازدهم با عنوان اختلالات مرتبط با مواد، اعتیادی و اختلالات کنترل تکانه، بحث جدیدی را پیش می‌کشد که روند ترکیب نوشیدنی‌های انرژی‌زای کافئینی با الکل می‌تواند احتمال سوء مصرف الکل را بالا ببرد؛ همچنین تحقیقات جدیدی درباره‌ی ۳، ۴ - متیلن دیوکسی متامفتمین (MDMA) (یا همان «اکستسی») ارائه می‌شود که به مشکلات ماندگار حافظه منجر می‌شود (واگنر، بکر، کاستر، گوزولیس - میفرانک و دومان^۱، ۲۰۱۳)؛ و تحقیقات درباره‌ی عواملی که مصرف زود هنگام الکل را پیش‌بینی می‌کنند از جمله شروع مشروب‌خوری توسط بهترین دوستان شخص، قرار داشتن خانواده در معرض خطر وابستگی به الکل و وجود مشکلات رفتاری در کودکان (کوپرمن^۲ و دیگران، ۲۰۱۳).

فصل دوازدهم با عنوان اختلالات شخصیت، قسمت کاملاً جدیدی درباره‌ی تفاوت‌های جنسیتی دارد که تحلیل‌های جدیدتر و پیچیده‌تری از داده‌های مربوط به شیوع می‌دهد. قسمت جدیدی هم درباره‌ی ارتکاب جرم و اختلال شخصیت ضداجتماعی دارد که مورد تجدید نظر قرار گرفته تا تغییرات ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) را بهتر منعکس کند.

فصل سیزدهم با عنوان اختلالات طیف اسکیزوفرنی و دیگر اختلالات روانپریشی، بحث جدیدی درباره‌ی اختلال طیف

اختلالات خوردن در نوجوانان و اطلاعات جدید در مورد افزایش جهانی اختلالات خوردن و چاقی است؛ اطلاعات به‌روز درباره‌ی همزمانی اختلالات دیگر در بین مردان، تفاوت‌های نژادی و قومی درباره‌ی تصویر ایده‌آل بودن بدن لاغر که با اختلالات خوردن متداعی است، سهم چشمگیر بدتنظیمی هیجانی در سبب‌شناسی و حفظ کم‌خوری عصبی، نقش گروهک‌های دوستان در سبب‌شناسی اختلالات خوردن، مادران مبتلا به اختلالات خوردن که مصرف غذای فرزند خود را محدود می‌کنند، سهم والدین و عوامل خانوادگی در سبب‌شناسی اختلالات خوردن، عوامل زیست‌شناختی و ژنتیکی دخیل در علل اختلالات خوردن، شامل نقش هورمون‌های تخمدان، درمان میان‌تشخیصی کاربردپذیر برای همه‌ی اختلالات خوردن، نتایج کارآزمایی چندملیتی مقایسه‌ی درمان شناختی- رفتاری با روانکاوی در درمان پرخوری عصبی، تأثیرات ترکیب پروزاک با درمان شناختی رفتاری، در درمان اختلالات خوردن، تفاوت‌های نژادی و قومی در کسانی که اختلال هلف‌هلف‌خوری دارند و دنبال درمان می‌گردند، و پدیده‌ی سندرم شب‌خوری و نقش آن در ایجاد چاقی و تحولات سیاست جدید سلامت عمومی در خصوص همه‌گیری چاقی.

پوشش اختلالات خواب - بیداری در فصل هشتم نیز با اطلاعات جدید درباره‌ی خواب زنان همراه شده است - از جمله اطلاعات جدید درباره‌ی عوامل خطر و محافظ، بخش به‌روزشده‌ی حمله‌ی خواب که تحقیقات جدید درباره‌ی علل این اختلال را توضیح می‌دهد و تحقیقات جدید درباره‌ی ماهیت و درمان کابوس‌ها.

در فصل نهم با عنوان اختلالات فیزیکی و روان‌شناسی سلامت، داده‌ها در مورد علل اصلی مرگ در ایالات متحده‌ی امریکا به‌روز شده‌اند؛ مروری داریم بر عمیق‌تر شدن دانش مان درباره‌ی تأثیر عوامل روانی اجتماعی بر ساختارها و کارکرد مغز؛ داده‌های جدید درباره‌ی حمایت از اثربخشی مدیریت استرس در مریضی قلبی عروقی؛ مرور به‌روزشده‌ی تحولات و پیشرفت‌ها در زمینه‌ی علل و درمان درد مزمن؛ اطلاعات به‌روزشده درباره‌ی حذف برخی ویروس‌ها (XMRV و PMLV) به عنوان علت احتمالی سندرم خستگی مزمن؛ و مرور به‌روزشده‌ی روش‌های روان‌شناختی و رفتاری پیشگیری از مصدومیت‌ها.

در فصل دهم با عنوان ناکارایی‌های جنسی، اختلالات پارافیلیایی و ملال جنسیتی، سازماندهی ناکارایی‌های جنسی، اختلالات پارافیلیایی و ملال جنسیتی تغییر کرده تا این حقیقت منعکس شود که اختلالات پارافیلیایی و ملال جنسیتی، مجزا در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) دو فصل هستند و البته اختلال ملال جنسیتی، یک اختلال جنسی نیست، بلکه اختلالی است که ناهمخوانی بین جنس مادرزادی و جنسیت

1. Wagner, Becker, Koester, Gouzoulis-Mayfrank and Daumann

2. Kuperman

درمان سرپایی است تا از بستری شدن افراد در بیمارستان‌های سلامت روان اجتناب شود (نانلی، نانلی، گوتله، دنتینگه و مکفاندل، ۲۰۱۳)؛ بحث جدیدی هم درباره‌ی یک فراتحلیل مهم می‌شود که نشان می‌دهد ابزارهای خطرسنجی کنونی، بهترین ابزارها برای شناسایی کسانی هستند که چندان در معرض خطر خشونت‌ورزی نیستند ولی در کشف کسانی که در آینده خشن خواهند شد، تاحدودی موفق‌اند (فازل، سینگ، دال و گران، ۲۰۱۲)؛ قسمت به‌روزشده‌ای هم در مورد احکام حقوقی درباره‌ی دارودرمانی اجباری در این فصل وجود دارد.

ویژگی‌های اضافی

علاوه بر تغییرات پیش‌گفته، این کتاب ویژگی‌های ممتاز زیر را هم دارد:

- نتایج یادگیری دانشجویان در شروع هر فصل، برای سنجش دقیق و برنامه‌ریزی سؤالات در طول فصل، به مدرس کمک می‌کند. این نتایج بر اساس اهداف انجمن روان‌شناسی آمریکا برنامه‌ریزی شده و با امکانات متعلق به مدرسان و برنامه‌ی آزمون‌گیری تلفیق شده‌اند.
- در هر فصل، قسمت جدیدی با عنوان اختلاف نظرهای راهنمای تشخیصی و آماری وجود دارد که برخی از تصمیمات بحث‌برانگیز و حساس در جریان تهیه‌ی ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) را توضیح می‌دهند. نمونه‌های آن هم عبارتند از: خلق اختلالات جدید و گاهی اوقات جنجالی که برای اولین بار در این راهنما (DSM-5) مطرح شده‌اند؛ مثل اختلال ملالی پیش از قاعدگی، اختلال هُلُف‌هُلُف‌خوری و اختلال به‌هم‌ریختگی خُلُقی مُخل. نمونه‌ی دیگر، حذف ملاک‌های مختص به «سوگ» در تشخیص اختلال افسردگی ماژور [یا شدید] است، طوری که می‌توانیم در مورد شخص، تشخیص افسردگی ماژور بدهیم، حتی اگر ماشه‌چکان، مرگ یک عزیز باشد. سرانجام آن که تغییر نام «پارافیلیا» به «اختلالات پارافیلیایی» تسلیحاً به این معنا است که برانگیختگی‌های جنسی پارافیلیایی، فی‌نفسه اختلال نیستند مگر آن که خلل یا صدمه‌ای به دیگران وارد کنند.

اسکیزوفرنی و حذف تیپ‌های فرعی اسکیزوفرنی از ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) دارد؛ تحقیقات جدیدی هم درباره‌ی درک واج‌شناسی زیرزنجیری هیجانی و نقش آن در توهمات شنیداری دارد (آلبا- فرارا، فرینهو، وایس، میچل و هاوسمن^۱، ۲۰۱۲)؛ در این فصل بحث در مورد یک اختلال روانپزشکی پیشنهادی جدید در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) هم که برای مطالعه‌ی بیشتر مطرح شده- با عنوان سندرم روانپزشکی ضعیف‌شده- وجود دارد؛ و بحث جدیدی در مورد استفاده از تحریک مغناطیسی میان‌جمجمه‌ای.

در فصل چهاردهم، بجای «اختلالات رشدی نافذ»، «اختلالات عصبی‌رشدی» توضیح داده می‌شود که با تغییرات اصلی ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) سازوار است. علاوه بر این، فصل چهاردهم هم‌اکنون تحقیق جدیدی را در خود جای داده است که نشان می‌دهد تعامل ژن- محیط می‌تواند در کودکان مبتلا به اختلال کمی توجه/بیش‌فعالی، مشکلات رفتاری ایجاد کند (تاپر، کوپر، جفریز و استرگیاکولی^۲، ۲۰۱۲؛ تاپر و دیگران، ۲۰۰۵)؛ تحقیق جدیدی درباره‌ی اختلال کمی توجه- بیش‌فعالی (و دیگر اختلالات) هم وجود دارد که نشان می‌دهد در بسیاری از موردها، جهش‌هایی اتفاق می‌افتد که یا باعث ایجاد یک رونوشت اضافی از ژن روی کروموزوم می‌شوند یا موجب حذف ژن‌ها (که به آن واریانت‌های تعدد رونوشت می‌گویند) (الیسا^۳ و دیگران، ۲۰۰۹؛ لسخ^۴ و دیگران، ۲۰۱۰)؛ و یافته‌های تحقیقاتی جدیدی که نشان می‌دهند در کودکان مبتلا به ناتوانایی عقلی که قبلاً علتی برای آن پیدا نمی‌شد، انواعی از جهش‌های ژنتیکی از جمله اختلالات جدید (جهش‌های ژنتیکی اسپرم یا تخمک یا جهش‌های ژنتیکی پس از لقاح) رخ می‌دهد (راوخ^۵ و دیگران، ۲۰۱۲).

فصل پانزدهم که هم‌اکنون فصل اختلالات عصبی‌شناختی است، تحقیقاتی را توضیح می‌دهد که فعالیت مغزی (fMRI) افراد را در دوره‌های فعال دلیریوم و بعد از آن می‌سنجد؛ داده‌های حاصل از مطالعه‌ی پیری اینشتین در خصوص شیوع اختلال جدیدی در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) با عنوان اختلال عصبی‌شناختی خفیف (کتر و دیگران، ۲۰۱۲) را در این فصل می‌خوانید؛ و بحثی جدید درباره‌ی اختلالات عصبی‌شناختی جدید (مثل اختلال عصبی‌شناختی معلول اجسام لوی یا بیماری پریون).

و فصل شانزدهم با عنوان خدمات سلامت روانی: مسائل حقوقی و اخلاقی، بحث کوتاه اما جدیدی درباره‌ی روند اخیر برای تأمین درمان فوری و ضروری افراد به دستور دادگاه جهت کمک به

1. Alba, Ferrara, Fernyhough, Weis, Mitchell and Hausmann
 2. Thapar, Cooper, Jefferies and Stergiakouli
 3. Elia
 4. Lesch
 5. Rauch
 6. Nunley, Nunley, Gutleh, Dentingeh and McFahland
 7. Fazel, Singh, Doll and Grann

می‌رسد پیشگیری از اختلالات روانی می‌تواند مهم‌ترین کار ما باشد. اگرچه از قدیم پیشگیری، هدف بسیاری بوده ولی اکنون در قله‌ی عصر جدید تحقیقات پیشگیری بسر می‌بریم. دانشمندان در سراسر جهان مشغول ابداع روش‌ها و فنونی هستند که سرانجام کمک خواهند کرد اثر ناراحتی هیجانی طاقت‌فرسای اختلالات موجود در این کتاب را رفع کنیم. بنابراین، اقدامات پیشگیرانه‌ی پیش‌تاز-مثل پیشگیری از اختلال خوردن، خودکشی و مشکلات بهداشتی از جمله اچ‌آی‌وی و مصدومیت‌ها- را در فصل‌های مناسب با این بحث مورد تأکید قرار می‌دهیم تا این پیشرفت‌های مهم را ارج بنهیم و این رشته را به ادامه دادن این کار مهم وادار کنیم.

ویژگی‌های حفظ‌شده

خلاصه‌های دیداری

در پایان هر فصل، یک مرور دیداری دو صفحه‌ای رنگی خواهیم داشت که علل، سیر تحول، نشانه‌ها و درمان اختلالات را به‌طور فشرده نام می‌برد. در این نمودارها، بلافاصله به رویکرد یکپارچه‌ی ما که تعامل عوامل زیست‌شناختی، روانشناختی و اجتماعی در سبب‌شناسی و درمان اختلالات را نشان می‌دهد، پی می‌برید. دانشجویان از این خلاصه‌ها به عنوان ابزار کمک‌درسی استفاده می‌کنند.

تعلیم

هر فصل حاوی قسمت‌هایی با عنوان بازبینی مفاهیم است که کمک می‌کند دانشجو در فواصل منظم، میزان درک و فهم خود از بحث را واریسی کند. جواب‌ها در انتهای هر فصل، همراه با خلاصه‌ای مفصل‌تر آمده است. اصطلاحات کلیدی هم به ترتیبی که در کتاب آمده‌اند، فهرست شده‌اند و به این ترتیب، رؤس مطالب قابل مطالعه را در اختیار دانشجو می‌گذارند.

MindTap برای کتاب آسیب‌شناسی روانی بارلو، دیورند و هافمن

MindTap یک تجربه‌ی تدریسی شخصی به همراه تکالیف مرتبط است که دانشجو را به سوی تحلیل، کاربرد و بهبود تفکر هدایت می‌کند و اجازه می‌دهد مهارت‌ها و برون‌دادها را به راحتی اندازه بگیرد.

- هدایت دانشجویان: مسیر یادگیری بی‌همتای خواندنی‌های مرتبط، رسانه‌ها، و فعالیت‌هایی که طبقه‌بندی یادگیری دانشجویان را از دانش بنیادی و درک مطلب بنیادی به سوی تحلیل و کاربرد ارتقا می‌دهد.

ویراست چهارم، بازنگری متن ویراست چهارم و ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی

درباره‌ی ملاحظات سیاسی و علمی در تهیه‌ی ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) خیلی حرف زده شده است و ما نیز طبیعتاً نظر خود را داریم. (دیوید اچ بارلو تجربه‌ی جالب حضور در گروه ضربت ویراست چهارم این راهنما و [عضویت به عنوان] مشاور گروه ضربت ویراست پنجم را داشته است.) روان‌شناسان غالباً نگران «مسائل قلمرویی» در آن چیزی هستند که خوب یا بد، استاندارد طبقه‌بندی در رشته‌ی ما است و برای نگرانی خود هم دلایل خوبی دارند: در ویراست‌های قبلی راهنمای تشخیصی و آماری، یافته‌های علمی گاهی اوقات جای خود را به نظرات شخصی می‌دادند. اما در ویراست چهارم (DSM-IV)، و ویراست پنجم (DSM-5)، در حالی که در گروه ضربت، مباحثات بی‌پایانی رخ داده، اکثر سوگیری‌های حرفه‌کنار گذاشته شد. این فرایند باعث شد اطلاعات جدید کافی برای یک سال مجله‌های آسیب‌شناسی روانی تأمین شود تا مرورهای یکپارچه‌نگر کنند، پایگاه‌های اطلاعاتی موجود را دوباره تحلیل کنند و داده‌های جدیدی از کارآزمایی‌های بالینی بدست آورند. از دیدگاه تحقیقاتی، این فرایند هم مهیج بود و هم طاقت‌فرسا. این کتاب، اختلاف‌نظرهایی است که این اصطلاحات و نام‌گذاری‌ها و به‌روزرسانی‌های اخیر را ممکن کرده‌اند. برای مثال، ما علاوه بر اختلاف‌نظرهای پیش‌گفته، داده‌ها و بحث اختلال ملالی پیش از قاعدگی را که در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) مطرح شده و اختلال افسردگی اضطراب مرکب را که حائز ملاک‌های نهایی نشد، خلاصه و به‌روز می‌کنیم. بنابراین، دانشجویان با فرایند تشخیص‌سازی و ترکیب داده‌ها و استنباط‌ها که جزیی از آن است، آشنا می‌شوند.

همچنین بحث داغ همیشگی درباره‌ی رویکرد مقوله‌ای و ابعادی به طبقه‌بندی را مطرح می‌کنیم. در این کتاب، برخی از مصالحه‌های گروه ضربت برای تطابق داده‌ها را توضیح خواهیم داد؛ برای مثال این که چرا در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی از رویکرد ابعادی به اختلالات شخصیت استفاده نشد و چرا این پیشنهاد در دقیقه‌ی آخر رد شد و در قسمت ۳، ذیل عنوان «اختلالاتی که باید بیشتر مطالعه شوند» قرار گرفت، هرچند تقریباً همه موافق بودند که این اختلالات را باید ابعادی دید نه مقوله‌ای.

پیشگیری

وقتی آینده‌ی رشته‌ی آسیب‌شناسی روانی را در نظر می‌گیریم، به نظر

Acknowledgments

Finally, this book in all of its editions would not have begun and certainly would not have been finished without the inspiration and coordination of our senior editors at Cengage, Tim Matray, and Carly Mcjunkin, who always keep their eyes on the ball. A special note of thanks to senior content developer Tangelique Williams- Grayer and her eye for detail and organization. The book is much better for your efforts. We hope to work with you on many subsequent editions. We appreciate the expertise of marketing managers James Findlay and Jennifer Levanduski. Kimiya Flojjet and Katie Chen were hardworking, enthusiastic, and organized from beginning to end.

In the production process, many individuals worked as hard as we did to complete this project. In Boston, Hannah Boettcher, Clair Cassiello-Robbins and Amantia Ametaj assisted enormously in integrating a vast amount of new information into each chapter. Their ability to find missing references and track down information was remarkable, and Hannah and Jade Wu also took the lead in putting together a remarkably useful supplement detailing all of the changes in diagnostic criteria from DSM-IV to DSM-5 in an easy-to-read, side-by-side format. It is an understatement to say we couldn't have done it without you. In St. Petersburg, Ashley Smith's, professionalism and attention to detail helped smooth this process immensely. At Cengage, Vernon Boes guided the design down to the last detail. Michelle Clark and Ruth Sakata-Corley coordinated all of the production details with grace under pressure. We thank Priya Subbrayal for her commitment to finding the best photos possible.

Numerous colleagues and students provided superb feedback on the previous editions, and to them we express our deepest gratitude. Although not all comments were favorable, all were important. Readers who take the time to communicate their thoughts offer the greatest reward to writers and scholars.

Finally, you share with us the task of communicating knowledge and discoveries in the exciting field of psychopathology, a challenge that none of us takes lightly. In the spirit of collegiality, we would greatly appreciate your comments on the content and style of this book and recommendations for improving it further.

- تدریس شخصی: با مسیر یادگیری که از اهداف کلیدی دانشجوی ساخته شده است، جزیی از شما می‌شود. آنچه دانشجویان می‌بینند و زمان دیدن آن را کنترل می‌کنید. از آن به عنوان مشابه یا دقیقاً همتای تدریس‌تان استفاده می‌کنید - یعنی محتوا و منظورتان را پنهان، بازآرایی، اضافه و خلق می‌کنید.
- با تحلیل‌ها و گزارش‌هایی که تصویری از پیشرفت کلاس، زمان در جریان دوره درسی، درگیری، و نرخ‌های تکمیل ارائه می‌دهند، مدرسان را مقتدر و دانشجویان را با انگیزه می‌کند. MindTap برای کتاب آسیب‌شناسی روانی بارلو، دیورند و هافمن علاوه بر مزایای این Platform، شامل این موارد هم می‌شود:
- نیمرخ‌هایی در زمینه‌ی آسیب‌شناسی روانی که محصولی جدید و مهیج است و مصرف‌کننده را از طریق نشانه‌ها، علل و درمان افراد مبتلا به اختلالات روانی هدایت می‌کند.
- ویدیوها، سنسجش و فعالیت‌های *Continuum Video Project*.
- Concept Clip Videos که به طور تصویری، اختلالات خاص و آسیب‌شناسی روانی را به شکلی درگیرکننده و تکان‌دهنده شرح و بسط می‌دهند.
- موردپژوهی‌ها به دانشجویان کمک می‌کنند اختلالات روانی را انسانی کنند و محتوا را به دنیای واقعی ربط دهند.
- Aplia quizzes به فهم دانشجو کمک می‌کنند.
- Master Training به یاری Cerego برای طرح‌های یادگیری شخصی دانشجویان کمک می‌کنند موضوعات و بحث‌های کلیدی را بفهمند و حفظ کنند.

ابزارهای کمکی برای تدریس و یادگیری

دانشجویان در نیمرخ‌های آسیب‌شناسی روانی، برای فهم بهتر سبب‌شناسی، نشانه‌ها و درمان، زندگی مبتلایان به اختلالات روانی را کندوکاو می‌کنند. هر یک از این ده بخش بر یک نوع اختلال متمرکزند. دانشجویان با شش نفر - که شخصیت‌های تاریخی و فرهنگی مشهور هستند - آشنا می‌شوند و سپس آن فرد را با اختلالی جور می‌کنند که نشانه‌ها و علل را بهتر از همه توضیح می‌دهد. تجربه‌های شخصی واقعی در جمعیت بزرگ نیز به تصویر کشیده می‌شود و با پانویس‌های ویدیویی، او را در حال بحث راجع به تجربه‌ی آسیب‌شناسی روانی نشان می‌دهند. دیگر ابزارهای کمکی برای تدریس این کتاب هم موارد زیر هستند: Instructor Resource Center، Continuum Video Project، Titles of Interest، Instructor's Manual، Cognero، PowerPoint.

Robin Campbell, *Brevard Community College*
Shelley Carson, *Harvard University*
Richard Cavasina, *California University of Pennsylvania*
Antonio Cepeda-Benito, *Texas A&M University*
Kristin Christodulu, *State University of New York-Albany*
Bryan Cochran, *University of Montana*
Julie Cohen, *University of Arizona*
Dean Cruess, *University of Connecticut*
Sarah D'Elia, *George Mason University*
Robert Doan, *University of Central Oklahoma*
Juris Draguns, *Pennsylvania State University*
Melanie Duckworth, *University of Nevada-Reno*
Mitchell Earleywine, *State University of New York-Albany*
Chris Eckhardt, *Purdue University*
Elizabeth Epstein, *Rutgers University*
Donald Evans, *University of Otago*
Ronald G. Evans, *Washburn University*
Janice Farley, *Brooklyn College, CUNY*
Anthony Fazio, *University of Wisconsin-Milwaukee*
Diane Finley, *Prince Georges Community College*
Allen Frances, *Duke University*
Louis Franzini, *San Diego State University*
Maximillian Fuhrmann, *California State University-Northridge*
Aubyn Fulton, *Pacific Union College*
Noni Gaylord-Harden, *Loyola University-Chicago*
Trevor Gilbert, *Athabasca University*
David Gleaves, *University of Canterbury*
Frank Goodkin, *Castleton State College*
Irving Gottesman, *University of Minnesota*
Laurence Grimm, *University of Illinois-Chicago*
Mark Grudberg, *Purdue University*
Marjorie Hardy, *Eckerd College*
Keith Harris, *Canyon College*
Christian Hart, *Texas Women's University*
William Hathaway, *Regent University*
Brian Hayden, *Brown University*
Stephen Hinshaw, *University of California, Berkeley*
Alexandra Hye-Young Park, *Humboldt State University*
William Iacono, *University of Minnesota*
Heidi Inderbitzen-Nolan, *University of Nebraska-Lincoln*
Thomas Jackson, *University of Arkansas*
Kristine Jacquin, *Mississippi State University*
James Jordan, *Lorain County Community College*
Boaz Kahana, *Cleveland State University*
Arthur Kaye, *Virginia Commonwealth University*
Christopher Kearney, *University of Nevada - Las Vegas*

مرورکنندگان

نگارش این کتاب، کاری بس مهیج و طاقت‌فرسا بود و ممکن نمی‌شد اگر از کمک‌های ارزشمند همکارانی برخوردار نبودیم که فصل‌های این کتاب را یک یا چند بار خواندند، اظهارنظرهای انتقادی فوق‌العاده‌ای کردند، اشکالات آن را رفع کردند، اطلاعات مرتبط با این فصول را گوشزد کردند و گاه با بینش‌های خود، ما را در جهت رسیدن به مدل موفقیت‌آمیز یکپارچه در مورد هر اختلال یاری رساندند. در اینجا لازم می‌دانیم از افراد زیر به عنوان مرورکنندگان ویراست هشتم این کتاب، تشکر و قدردانی کنیم:

Kanika Bell, *Clark Atlanta University*
Jamie S Bodenlos, *Hobart and William Smith Colleges*
Lawrence Burns, *Grand Valley State University*
Don Evans, *Simpson College Susan Frankel, Lamar Community College*
Tammy Hanna, *Albertus Magnus College*
Sarah Heavin, *University of Puget Sound*
Stephen T. Higgins, *University of Vermont*
Fiyyaz Karim, *University of Minnesota*
Maureen C. Kenny, *Florida International University*
Lissa Lim, *California State University-San Marcos*
Barbara S. McCrady, *University of New Mexico*
Winfried Rief, *University of Marburg-Germany*
Robert Rotunda, *University of West Florida*
Kyle Stephenson, *Willamette University*
Lynda Szymanski, *St. Catherine University*

همچنین از مرورکنندگان ویراست‌های قبلی این کتاب نیز تشکر و قدردانی می‌کنیم:

Amanda Sesko, *University of Alaska-Southeast*
Dale Alden, *Lipscomb University*
Kerm Almos, *Capital University*
Frank Andrasik, *University of Memphis*
Robin Apple, *Stanford University Medical Center*
Barbara Beaver, *University of Wisconsin*
James Becker, *University of Pittsburgh*
Evelyn Behar, *University of Illinois-Chicago*
Dorothy Bianco, *Rhode Island College*
Sarah Bisconer, *College of William & Mary*
Susan Blumenson, *City University of New York, John Jay College of Criminal Justice*
Robert Bornstein, *Adelphi University*
James Calhoun, *University of Georgia*
Montie Campbell, *Oklahoma Baptist University*

- Ernest Keen, *Bucknell University*
 Elizabeth Klonoff, *San Diego State University*
 Ann Kring, *University of California-Berkeley*
 Marvin Kumler, *Bowling Green State University*
 Thomas Kwapil, *University of North Carolina-Greensboro*
 George Ladd, *Rhode Island College*
 Michael Lambert, *Brigham Young University*
 Travis Langley, *Henderson State University*
 Christine Larson, *University of Wisconsin-Milwaukee*
 Elizabeth Lavertu, *Burlington County College*
 Cynthia Ann Lease, *VA Medical Center, Salem, VA*
 Richard Leavy, *Ohio Wesleyan University*
 Karen Ledbetter, *Portland State University*
 Scott Lilienfeld, *Emory University*
 Kristi Lockhart, *Yale University*
 Michael Lyons, *Boston University*
 Jerald Marshall, *Valencia Community College*
 Janet Matthews, *Loyola University-New Orleans*
 Dean McKay, *Fordham University*
 Mary McNaughton-Cassill, *University of Texas at San Antonio*
 Suzanne Meeks, *University of Louisville*
 Michelle Merwin, *University of Tennessee-Martin*
 Thomas Miller, *Murray State University*
 Scott Monroe, *University of Notre Dame*
 Greg Neimeyer, *University of Florida*
 Sumie Okazaki, *New York University*
 John Otey, *South Arkansas University*
 Christopher Patrick, *University of Minnesota*
 P.B. Poorman, *University of Wisconsin-Whitewater*
 Katherine Presnell, *Southern Methodist University*
 Lynn Rehm, *University of Houston*
 Kim Renk, *University of Central Florida*
 Alan Roberts, *Indiana University-Bloomington*
 Melanie Rodriguez, *Utah State University*
 Carol Rothman, *City University of New York, Herbert H. Lehman College*
 Steve Schuetz, *University of Central Oklahoma*
 Stefan Schulenberg, *University of Mississippi*
 Paula K. Shear, *University of Cincinnati*
 Steve Saiz, *State University of New York-Plattsburgh*
 Jerome Small, *Youngstown State University*
 Ari Solomon, *Williams College*
 Michael Southam-Gerow, *Virginia Commonwealth University*
 John Spores, *Purdue University-North Central*
 Brian Stagner, *Texas A&M University*
 Irene Staik, *University of Montevallo*
 Rebecca Stanard, *State University of West Georgia*
 Chris Tate, *Middle Tennessee State University*
 Lisa Terre, *University of Missouri-Kansas City*
 Gerald Tolchin, *Southern Connecticut State University*
 Michael Vasey, *Ohio State University*
 Larry Ventis, *College of William & Mary*
 Richard Viken, *Indiana University*
 Lisa Vogelsang, *University of Minnesota-Duluth*
 Philip Watkins, *Eastern Washington University*
 Kim Weikel, *Shippensburg University of Pennsylvania*
 Amy Wenzel, *University of Pennsylvania*
 W. Beryl West, *Middle Tennessee State University*
 Michael Wierzbicki, *Marquette University*
 Richard Williams, *State University of New York-College at Potsdam*
 John Wincze, *Brown University*
 Bradley Woldt, *South Dakota State University*
 Nancy Worsham, *Gonzaga University*
 Ellen Zaleski, *Fordham University*
 Raymond Zurawski, *St. Norbert College*

رئوس مطالب فصل

فهم آسیب‌شناسی روانی
اختلال روانی چیست؟
علم آسیب‌شناسی روانی
مفاهیم تاریخی رفتار نابهنجار

سنت فوق طبیعی

شیاطین و ساحران
استرس و ملانکولی
درمان‌های تسخیر‌شدگی
هیستری جمعی
هیستری جمعی جدید
ماه و ستاره‌ها
اظهارنظرها

سنت زیست‌شناختی

بقراط و جالینوس
قرن نوزدهم
رشد و تحول درمان‌های زیست‌شناختی
پیامدهای سنت زیست‌شناختی

سنت روان‌شناختی

درمان اخلاقی
اصلاح تیمارستان و افول درمان اخلاقی
نظریه‌ی روانکاوانه
نظریه‌ی انسان‌گرایانه
مدل رفتاری

عصر حاضر : روش علمی و رویکرد یکپارچه



نتایج یادگیری دانشجوی*

- توصیف مفاهیم کلیدی، اصول و مضامین فراگیر در روان‌شناسی
- توضیح دادن این که چرا روان‌شناسی، علمی است که اهداف اولیه‌اش توصیف، فهم، پیش‌بینی و کنترل رفتار و فرایندهای ذهنی است.
- استفاده از اصطلاحات، مفاهیم و نظریه‌های روان‌شناسی برای تبیین رفتار و فرایندهای ذهنی
- خلاصه‌بندی جنبه‌های مهم تاریخ روان‌شناسی، شامل شخصیت‌های اصلی، دغدغه‌های اصلی، روش‌های مورد استفاده و اختلافات نظری
- شناسایی خصوصیات کلیدی حیطه‌های محتوایی عمده در روان‌شناسی (مثل شناخت و یادگیری و حیطه‌های رشدی، زیست‌شناختی، و اجتماعی فرهنگی)
- استفاده از استدلال علمی برای تفسیر رفتار
- در نظر گرفتن سطوح مناسب پیچیدگی (مثل سطح سلولی، فردی، گروهی/سیستمی، جامعه/فرهنگ) در تبیین رفتار

* قسمت‌های این فصل که نتایج یادگیری پیشنهادی انجمن روان‌شناسی آمریکا (۲۰۱۳) را در راهنماهایش برای دانشجویان مقطع کارشناسی رشته‌ی روان‌شناسی پوشش می‌دهند. پوشش این نتایج در فصل، مطابق هدف انجمن روان‌شناسی آمریکا و نتایج یادگیری پیشنهادی این انجمن است.

فهم آسیب‌شناسی روانی

امروز احتمالاً از خواب بیدار شده‌اید، صبحانه خورده‌اید، به کلاس درس رفته‌اید، درس خوانده‌اید و در پایان روز خواهید خوابید. احتمالاً به این راحتی فکر هم نمی‌کنید که بسیاری از آدم‌هایی که سلامت بدنی دارند نمی‌توانند برخی از این اعمال یا تمام این اعمال را انجام دهند. وجه اشتراک این آدم‌ها، **اختلال روانی** است؛ یعنی ناکارایی روانشناختی درون فرد که با ناراحتی یا اختلال در کارکرد و پاسخی همراه است که معمول یا از فرهنگی، مورد انتظار نیست. قبل از آن که ببینیم اختلال روانی چیست، نگاهی به وضعیت یک نفر بیندازیم.

جودی ... دختری که با دیدن خون غش می‌کرد

جودی شانزده ساله را بعد از زیاد شدن دوره‌های غش کردنش به درمانگاه اختلالات اضطرابی ما ارجاع دادند. حدوداً دو سال قبل، معلم در اولین کلاس زیست‌شناسی جودی، فیلم قورباغه‌ای را نشان می‌دهد که اندام‌هایش را قطع می‌کنند تا قسمت‌های مختلف بدنش را نمایش دهند.

این یک فیلم بسیار گویا و زنده با تصاویری از خون، بافت‌ها و عضلات بود. جودی در اواسط پخش فیلم احساس

کرد قدری منگ و سرش سبک شده است و به دنبال آن، کلاس را ترک می‌کند. اما این تصاویر از ذهنش بیرون نمی‌رفتند. تصاویر آزارش می‌دادند و گاهی اوقات یک‌کم دل‌آشوبه در او ایجاد می‌کردند. از آن پس، دیگر در وضعیت‌هایی که ممکن بود خون و جراحی ببیند، قرار نمی‌گرفت. جودی مجلاتی را که تصاویر خون‌آلود داشت، نگاه نمی‌کرد. حتی دیدن گوشت لُخم و چسب زخم هم برای جودی سخت شده بود چون آن تصاویر ترسناک را به ذهن او متبادر می‌کردند. تا کار به جایی می‌رسد که دوستان و پدر و مادرش هر حرفی می‌زدند که تصویر خون و جراحی را در ذهن جودی فعال می‌کرد، جودی منگ می‌شد و احساس می‌کرد سرش سبک شده است. کار به جایی می‌رسد که اگر یکی از دوستانش فریاد می‌کشید «صدایت را ببر!»، جودی غش می‌کرد.

جودی از ۶ ماه قبل از مراجعه به درمانگاه، عملاً وقتی به ناچار با یک چیز خونی مواجه می‌شد، غش می‌کرد. پزشک خانوادگی آنها و پزشکان دیگر، مشکل پزشکی خاصی در او ندیدند. وقتی جودی را به درمانگاه ما ارجاع دادند، هفته‌ای ۵ تا ۱۰ بار، غالباً در کلاس، غش می‌کرد. بدیهی است این وضع برای جودی مشکل‌ساز بود و کلاس را مختل می‌کرد؛ هر بار که جودی غش می‌کرد، هم‌کلاسی‌هایش دور او جمع می‌شدند، سعی می‌کردند به او کمک کنند و کلاس به هم می‌ریخت.

ناکارایی روانی

منظور از ناکارایی روانی، فروریزی کارکرد شناختی، هیجانی و رفتاری است. برای مثال، رفتن سر قرار، خیلی خوشایند است. اما اگر شب‌ها دچار ترس شدید می‌شوید و می‌خواهید هرطور شده به خانه برگردید، حتی وقتی چیزی برای ترسیدن وجود ندارد، و اگر این ترس شدید در هر قرار گریبان شما را می‌گیرد، آنگاه هیجانات شما درست کار نمی‌کنند. اما اگر همه‌ی دوستان‌تان اتفاق نظر داشته باشند که شخصی که با او قرار دارید، غیرقابل پیش‌بینی و خطرناک است، آنگاه ترس و پرهیزتان از حضور در محل قرار، ناکارایی محسوب نمی‌شود.

ناکارایی در مورد جودی مشهود بود: جودی با رؤیت خون غش می‌کرد. اما بسیاری از مردم، نسخه‌ی خفیفی از این واکنش جودی (یعنی دل‌آشوبه بعد از رؤیت خون) را البته نه در حد ملاک‌های این اختلال، تجربه می‌کنند. به همین دلیل، تشخیص حد فاصل ناکارایی بهنجار و نابهنجار سخت است. در نتیجه، چنین مشکلاتی را پیوستار و بُعد در نظر می‌گیرند نه مقولاتی که یا وجود دارند یا وجود ندارند (مکنالی^۱، ۲۰۱۱؛ استین، فیلیپس، بولتون، فولفورد، سدلر و کندلر^۲، ۲۰۱۰؛ ویدیگر و کرگو^۳، ۲۰۱۳). به همین دلیل هم ناکارایی صرف برای [تشخیص] اختلال روانی کافی نیست.

ناراحتی شخصی یا اخلاص

این که رفتاری که ناراحتی ایجاد کند اختلال می‌باشد، مؤلفه‌ای مهم و بدیهی به نظر می‌رسد: این ملاک، اگر شخص مورد نظر به شدت ناراحت باشد، ملاک رضایت‌بخشی است. ما بی‌تردید می‌توانیم بگوییم که جودی ناراحت بود و حتی از هراس خود رنج می‌برد. اما یادمان باشد این ملاک به‌تنهایی نمی‌تواند رفتار نابهنجار مشکل‌دار را تعریف کند. ناراحت بودن می‌تواند کاملاً بهنجار باشد. مثل وقتی یکی از نزدیکان‌تان می‌میرد. شرایط انسان طوری است که ناراحتی و رنج، جزئی از زندگی او است. تغییر این وضع هم غیرممکن است. وانگهی در برخی اختلالات، رنج و ناراحتی وجود ندارد. شخصی را در نظر بگیرید که در دوره‌ی شیدایی [یا mania]، به شدت سرخوش است و تکانشی عمل می‌کند. همان‌طور که در فصل هفت خواهید دید، یکی از مشکلات مهم در این اختلال آن است که برخی چنان از شیدایی لذت می‌برند که نمی‌خواهند درمان شوند یا برای مدتی طولانی تحت درمان باشند. بنابراین نمی‌توانیم اختلال روانی را صرفاً بر مبنای ناراحتی تعریف کنیم، هرچند مفهوم ناراحتی می‌تواند از مؤلفه‌های یک تعریف خوب باشد.

چون هیچکس نمی‌توانست بفهمد مشکل جودی چیست، مدیر مدرسه بالاخره نتیجه گرفت که جودی فریبکار است و با آن که دانش‌آموز ممتازی بود، او را از مدرسه بیرون انداخت. جودی دچار چیزی بود که ما به آن خون - تزریق - جراحت هراسی می‌گوییم. از آنجا که واکنش جودی شدید بود، بنابراین حائز ملاک‌های هراس محسوب می‌شد که یک اختلال روانی است و مشخصه‌اش ترس شدید و مستمر از یک شیء یا وضعیت خاص است. اما بسیاری از مردم موقع تزریق یا دیدن یک مجروح، صرف‌نظر از آن که خونی دیده شود یا نه، واکنشی شبیه جودی بروز می‌دهند ولی نه به آن شدت. این هراس برای کسانی که به شدت جودی واکنش نشان می‌دهند می‌تواند فلج‌کننده باشد. این افراد از برخی مشاغل، مثل طبابت یا پرستاری، پرهیز می‌کنند و اگر از آمپول و تزریق بترسند، از آمپول زدن پرهیز خواهند کرد که این می‌تواند سلامت‌شان را به خطر اندازد.

اختلال روانی چیست؟

با در نظر داشتن مشکلات زندگی جودی، بیابید نگاه دقیق‌تری به تعریف اختلال روانی یا رفتار نابهنجار مشکل‌ساز، بیندازیم: اختلال روانی، نوعی ناکارایی در درون فرد است که با ناراحتی و اخلاص در کارکرد و پاسخی همراه است که معمول یا از لحاظ فرهنگی مورد انتظار نیست (به نمودار ۱-۱ مراجعه کنید). این سه ملاک، در ظاهر بدیهی و عادی به نظر می‌رسند ولی به راحتی محرز نمی‌شوند و باید روی معنای آنها قدری تأمل کرد. شما خواهید دید که هیچ ملاکی به‌تنهایی نمی‌تواند نابهنجاری را به‌طور کامل تعریف کند.



● نمودار ۱-۱. ملاک‌های تعریف اختلال روانی.

1. McNally
2. Stein, Phillips, Bolton, Fulford, Sadler and Kendler
3. Widiger and Crego

نابهنجارتر است. وقتی می‌گویید فلانی به طرز نابهنجاری کوتاه‌قد یا بلندقد است، منظورتان این است که قدش خیلی از میانگین انحراف دارد ولی تعریف اختلال این نیست. رفتار خیلی از آدم‌ها از میانگین فاصله‌ی زیادی دارد ولی معدودی دچار اختلال هستند. این آدم‌ها را ممکن است با استعداد یا عجیب بدانیم. بسیاری از هنرمندان، ستارگان سینما و ورزشکاران جزء این گروه هستند. برای مثال، این بهنجار نیست که لباس‌تان کاملاً از گوشت باشد ولی وقتی لیدی گاگا آن را به عنوان لباس در مراسم اعطای جوایز پوشید، شهرتش بیشتر شد. جی. دی. سلینجر^۱ رمان‌نویس فقید و خالق *The Catcher in the Rye*، به شهر کوچکی در نیوهمپشایر پناه برد و چند سال با هیچ غریبه‌ای دیدار نکرد، ولی همچنان به نوشتن ادامه داد. برخی از خوانندگان مرد موسیقی پاپ، روی صحنه آرایش غلیظ می‌کنند. آنها پول خوبی در می‌آورند و از شغل‌شان لذت می‌برند. در اکثر موارد، هرچه از نظر جامعه مولدتر باشید، جامعه رفتارهای عجیب و غریب‌تان را بیشتر تحمل خواهد کرد. بنابراین «انحراف از میانگین» به تنهایی نمی‌تواند رفتار نابهنجار را تعریف کند.

نگاه دیگر آن است که وقتی رفتار، نابهنجار محسوب می‌شود که از هنجارهای اجتماعی تخطی کند، حتی اگر عده‌ای با دیدگاه شما هم‌درد و همراه باشند. این تعریف، برای در نظر گرفتن تفاوت‌های فرهنگی مهم در اختلالات روانی مهم است. برای مثال، در اکثر فرهنگ‌های غربی، ورود به حالت خلسه و اعتقاد به تسخیرشدگی، اختلال روانی محسوب می‌شود، در حالی که این رفتار در بسیاری از جوامع دیگر، رفتار مقبول و قابل انتظاری است (به فصل ششم مراجعه کنید). در این کتاب بارها به دیدگاه مهم فرهنگی اشاره خواهیم کرد). نمونه‌ی آگاهی‌بخش این نگاه را رابرت ساپولسکی^۲ (۲۰۰۲) مطرح می‌کند که دانشمند عصب‌نگر برجسته‌ای است و روی مردم ماسایی در شرق آفریقا مطالعاتی انجام داده است. یک روز رودا دوست ماسایی ساپولسکی از او می‌خواهد وسایلش را هرچه سریع‌تر به روستا بیاورد، چون در آنجا زنی پرخاشگرانه رفتار می‌کرد و صداهایی می‌شنید. آن زن یک بز را با دستانش کشته بود. ساپولسکی و چند نفر از ماسایی‌ها او را آرام می‌کنند و به یک مرکز بهداشتی محلی انتقال می‌دهند. ساپولسکی که می‌دانست این، فرصت مغتنمی برای آشنایی بیشتر با نگاه ماسایی‌ها به اختلالات روانی است، چنین توضیح می‌دهد:

من با بی‌صبری پرسیدم «رودا به نظر تو این زن چه مشکلی دارد؟»

رودا طوری به من نگاه کرد که گویی دیوانه شده‌ام.



▲ ناراحتی و رنج جزء طبیعی زندگی است و نمی‌تواند به تنهایی ملاک اختلال روانی باشد.

مفهوم اختلال هم مفید است ولی مفهومی کاملاً رضایت‌بخش نیست. برای مثال، بسیاری از آدم‌ها خودشان را کم‌رو یا تنبل می‌دانند. اما به معنای آن نیست که نابهنجارند. اما اگر به قدری کم‌رو باشید که نتوانید با کسی قرار بگذارید یا حتی با مردم تعامل کنید، و با آن که مایلید با دیگران دوست شوید، هرطور شده از تعامل با دیگران اجتناب کنید، آنگاه کارکرد اجتماعی شما دچار اختلال است. هراس جودی آشکارا او را مختل کرده بود ولی بسیاری از آدم‌هایی که واکنش‌هایی شبیه واکنش‌های جودی، ولی نه به آن شدت، دارند مختل نمی‌شوند. این تفاوت دوباره این نکته‌ی مهم را نشان می‌دهد که اکثر اختلالات روانی صرفاً بروز بسیار شدید هیجانات، رفتارها و فرایندهای شناختی بهنجارند.

نامعمول یا از لحاظ فرهنگی غیرمنتظره

سرانجام این که ملاک نامعمول یا از لحاظ فرهنگی غیرمنتظره هم ملاک مهمی است ولی به تنهایی برای تعیین اختلال کافی نیست. گاهی اوقات چیزی نابهنجار است چون خیلی کم اتفاق می‌افتد؛ یعنی از میانگین انحراف دارد. هرچه این انحراف بیشتر باشد، آن چیز

اما از معیار اجتماعی بهنجاری، سوءاستفاده‌هایی شده است. برای مثال، ارجاع مخالفان سیاسی به بیمارستان‌های روانی به خاطر اعتراض به سیاست‌های دولت را که در عراق قبل از سقوط صدام حسین رایج بود، در نظر بگیرید. اگرچه رفتار مخالفان علناً مغایر هنجارهای اجتماعی بود ولی نمی‌تواند بهانه‌ای برای بستری کردن باشد.

جروم ویکفیلد^۱ (۲۰۰۹، ۱۹۹۹) در تحلیل متفکرانه‌ی این قضیه، از تعریف کوتاه ناکارایی زیانبار استفاده می‌کند. مفهوم مفید مرتبط دیگر، خارج از کنترل بودن رفتار برای فرد است (یعنی خود شخص نمی‌خواهد آن را انجام دهد) (ویدیکر و کرگو، ۲۰۱۳؛ ویدیکر و سانکیس^۲، ۲۰۰۰). همان‌طور که در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۱۳) آمده، در تشخیص‌گذاری‌های فعلی، خیلی از صورت‌های مختلف این رویکردها استفاده می‌شود؛ راهنمایی که فهرست ملاک‌های فعلی اختلالات روانی در خود جای داده است (استین^۳ و دیگران، ۲۰۱۰). این رویکردها، هدایتگر طرز فکر ما در این کتاب هستند.

تعریف پذیرفته‌شده

در نهایت باید بگوییم که تعریف اختلال روانی سخت است (لیلینفلد و مارینو^۴، ۱۹۹۹، ۱۹۹۵) و بحث و اختلاف نظر در این مورد همچنان ادامه دارد (بلشفیلد، کیلی، فلانگن و میلز، ۲۰۱۴؛ مکنالی، ۲۰۱۱؛ استاین و دیگران، ۲۰۱۰؛ اسپیتزر، ۱۹۹۹؛ ویکفیلد، ۲۰۰۹، ۲۰۰۳؛ زاخار و کندلر، ۲۰۱۴). پذیرفته‌شده‌ترین تعریف که در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) مورد استفاده قرار گرفته، ناکارایی‌های رفتاری، روانشناختی و زیست‌شناختی را که در بافت فرهنگی شان غیرمنتظره‌اند و با ناراحتی و اخلال در کارکرد یا افزایش احتمال رنج، مرگ، درد یا اخلال همراه‌اند، توصیف می‌کند. این تعریف می‌تواند در فرهنگ‌ها و خرده‌فرهنگ‌های مختلف مفید باشد، به شرط آن‌که به معنای کارا و ناکارا (یا خارج از کنترل) در هر جامعه دقت شود. اما تصمیم‌گیری در مورد این که چه چیزی معرف ناکارایی است، هرگز آسان نیست و برخی از محققان به طرز قانع‌کننده‌ای گفته‌اند حرفه‌های بهداشتی هرگز نمی‌توانند تعریف رضایت‌بخشی از مرضی یا اختلال بدهند (برای مثال به لیلینفلد و مارینو، ۱۹۹۹، ۱۹۹۵؛ مکنالی، ۲۰۱۱؛ استین و دیگران، ۲۰۱۰؛ زاخار و کندلر، ۲۰۱۴، مراجعه کنید). بهترین کاری که می‌توانیم



▲ رفتارهای افراطی را که اگر از دیگران سر بزند تحملش نمی‌کنیم، ولی از هنرمندانی مثل لیدی گاگا می‌پذیریم.

رودا گفت «او دیوانه است».

«اما چرا چنین حرفی می‌زنی؟»

جواب داد «او دیوانه است. نمی‌بینی چطور رفتار می‌کند؟»

«چطور نتیجه‌گرفتی که دیوانه است؟ مگر چه کار کرد؟»

جواب داد «آن بز را کشت».

من با یک نوع دل‌گسستگی و سردی مردم‌شناختی گفتم

«اما ماسایی‌ها همیشه بز می‌کشند».

رودا نگاهی عاقل‌اندر سفیه به من انداخت و گفت «فقط

مردها بز می‌کشند».

«حُب دیگه چطور فهمیدی دیوانه است؟»

رودا جواب داد «او صدا می‌شنود».

دوباره گفتم «اما ماسایی‌ها گاهی اوقات صدا می‌شنوند».

(ماسایی‌ها در مراسم قبل از گاوچرانی‌های طولانی، رقص

خلسه می‌کنند و می‌گویند صداهایی می‌شنوند.) و رودا در

یک جمله، نیمی از آن چیزی را که یک نفر باید دربارهی

روانپزشکی میان‌فرهنگی بداند، گفت.

«اما بی‌موقع صدا می‌شنود.» (ص ۱۳۸)

1. Jerome Wakefield

2. Sankis

3. Stein

4. Lilienfeld and Marino

اختلالات روانی و تشخیص، سنجش و درمان این اختلالات آماده می‌کند. اگرچه بین روان‌شناسی بالینی و روان‌شناسی مشاوره همپوشانی زیادی هست ولی روان‌شناسان مشاور معمولاً سازگاری و مشکلات شغلی افراد نسبتاً سالم را مطالعه و درمان می‌کنند و روان‌شناسان بالینی معمولاً روی اختلالات روانی شدیدتر تمرکز می‌کنند. همچنین برنامه‌های آموزشی در دانشکده‌های حرفه‌ای روان‌شناسی که غالباً مدرک دکترای روان‌شناسی (Psy.D.) می‌دهند، روی آموزش بالینی متمرکزند و یا بر آموزش تحقیق تأکید ندارند، یا آن را حذف می‌کنند. در مقابل، برنامه‌های دکترای فلسفه (یا Ph.D.) دانشگاه‌ها، تلفیقی از آموزش بالینی و آموزش تحقیق هستند. روان‌شناسانی مثل روان‌شناسان آزمایشی و روان‌شناسان اجتماعی هم که آموزش‌های تخصصی دیگری دیده‌اند، تعیین‌کننده‌های بنیادی رفتار را بررسی می‌کنند ولی به سنجش و درمان اختلالات روانی کاری ندارند.

روانپزشکان ابتدا در یک دانشکده‌ی پزشکی مدرک پزشکی (M.D.) گرفته و سپس با گذراندن یک دوره‌ی رزیدنتی ۳ تا ۴ ساله، تخصص روانپزشکی می‌گیرند. روانپزشکان هم درباره‌ی ماهیت و علل اختلالات روانی، آن هم غالباً از منظر زیست‌شناختی، تحقیق می‌کنند، تشخیص می‌گذارند و درمان می‌کنند. بسیاری از روانپزشکان بر تجویز دارو و دیگر درمان‌های زیست‌شناختی تأکید دارند، هرچند اکثرشان از درمان‌های روانی اجتماعی هم استفاده می‌کنند.

مددکاران اجتماعی روانپزشکی معمولاً مدرک کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی می‌گیرند و همزمان درباره‌ی وضعیت اجتماعی و خانوادگی افراد مبتلا به اختلال روانی، اطلاعات جمع می‌کنند.



▲ برخی از رفتارهای دینی ممکن است از نظر ما عجیب باشند ولی از لحاظ فرهنگی یا فردی عادی هستند.

بکنیم این است که ببینیم وقتی اکثر، یا همه‌ی نشانه‌هایی که متخصصان آن را جزئی از اختلال مورد نظر- برای مثال جزئی از افسردگی ماژور یا اسکیزوفرنی- می‌دانند وجود دارد، آن مریضی یا اختلال ظاهری، چقدر با نیمرخ «معمول» آن اختلال جور است. به این نیمرخ معمول، نمونه‌ی اولیه می‌گوییم و همان‌طور که در فصل سوم خواهیم گفت، ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) سلف آن، ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) در این کتاب، همگی نمونه‌ی اولیه‌اند؛ یعنی بیمار ممکن است برخی از ویژگی‌ها یا نشانه‌های اختلال (حداقل تعداد) را داشته باشد و هنوز به خاطر نزدیکی مجموعه نشانه‌هایش با نمونه‌ی اولیه، واجد ملاک‌های آن اختلال باشد. اما یکی از تفاوت‌های ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) و ویراست پنجم آن (DSM-5)، افزوده شدن تخمین ابعادی شدت برخی اختلالات خاص در ویراست پنجم (DSM-5) است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ رگیر^۱ و دیگران، ۲۰۰۹؛ هلزر^۲ و دیگران، ۲۰۰۸). برای مثال در مورد اختلالات اضطرابی، به شدت و فراوانی اضطراب در یک اختلال خاص، مثل اختلال وحشتزدگی، عددی بین ۱ تا ۴ می‌دهند که در آن عدد ۱، معرف نشانه‌های خفیف یا گهگاه است و عدد ۴، معرف نشانه‌های مستمر و شدید (بیسدو-بام^۳ و دیگران، ۲۰۱۲؛ لوبو^۴، بوگلز، مولر و کراسک، ۲۰۱۵؛ لوبو و دیگران، ۲۰۱۲). در فصل سوم در زمینه‌ی تشخیص اختلالات روانی، این مفاهیم را کامل‌تر شرح خواهیم داد.

به عنوان چالش آخر، مسئله‌ی تعریف اختلال روانی را یک گام جلوتر ببرید و این را در نظر بگیرید که: اگر همکلاسی‌ها و معلمان جودی هیچ توجهی به از حال رفتن او نمی‌کردند، آیا ممکن بود جودی به سرعت هشیاری خود را بازیابد؟ وانگهی اگر جودی همچنان نمرات خوب می‌گرفت چطور؟ آیا غش کردن به صرف فکر کردن به خون، یک اختلال است؟ آیا اخلاص محسوب می‌شود؟ آیا ناکارایی است؟ آیا ناراحت‌کننده است؟ شما چه فکر می‌کنید؟

علم آسیب‌شناسی روانی

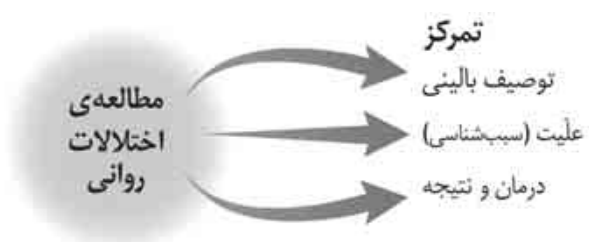
آسیب‌شناسی روانی مطالعه‌ی علمی اختلالات روانی است. متخصصان این رشته، روان‌شناسان بالینی و مشاور، روانپزشکان، مددکاران اجتماعی روانپزشکی و روانپرستاران، و ازدواج‌درمانگرها و خانواده‌درمانگرها و مشاوران سلامت روان هستند. روان‌شناسان بالینی و روان‌شناسان مشاور مدرک Ph.D.، دکترای فلسفه، (یا گاهی اوقات Ed.D.، یعنی دکترای تعلیم و تربیت، و یا مدرک Psy.D.، یعنی دکترای روان‌شناسی) می‌گیرند و تحصیلات تکمیلی تقریباً ۵ ساله‌ای را می‌گذرانند که آنها را برای تحقیق درباره‌ی علل و درمان

1. Regier

2. Helzer

3. Beesdo-Baum

4. LeBeau



● **نمودار ۳-۱.** سه مقوله‌ی اصلی در مطالعه و بحث اختلالات روانی

درمان آنها را می‌پردازند پاسخگو هستند. بنابراین باید به وضوح نشان دهند که درمان‌شان مؤثر است. سوم آن که دانشمند-درمانگران گاهی اوقات در درمانگاه‌ها و بیمارستان‌ها تحقیقاتی انجام می‌دهند که اطلاعات جدیدی درباره‌ی اختلالات یا درمان آنها می‌دهند بنابراین از موجهایی که در این رشته به راه می‌افتد و به ضرر بیماران و خانواده‌ی آنها تمام می‌شود، مصون می‌مانند. برای مثال، اگر داده‌های علمی، مؤثر بودن «معالجات معجزه‌آسای» جدید برای اختلالات روانی را که هرچند سال یکبار در رسانه‌های عمومی تبلیغ می‌شوند تأیید نکنند، دانشمند-درمانگران به این معالجات متوسل نمی‌شوند. چنین داده‌هایی نیز از تحقیقاتی اخذ می‌شود که سه ویژگی بنیادی دارند: توصیف اختلالات روانی، تعیین علل اختلالات روانی و درمان آنها (به نمودار ۳-۱ مراجعه کنید). این سه مقوله یک ساختار سازمانی را تشکیل می‌دهند که در این کتاب بارها تکرار خواهد شد و به‌طور رسمی در مبحث اختلالات روانی که از فصل پنجم شروع می‌شود، مشهود است. حال با مرور کلی این سه مقوله، درک روشن‌تری از تلاش ما برای فهماندن نابهنجاری پیدا خواهید کرد.

توصیف بالینی

در بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها غالباً می‌گوییم مشکل یا مجموعه مشکلات «ظاهری» بیمار، فلان است یا بحث مشکل فعلی را پیش می‌کشیم. مشکلات فعلی، در واقع میان‌بری سنتی هستند که نشان می‌دهند چرا شخص به درمانگاه مراجعه کرده است. توصیف مشکل فعلی جودی، اولین گام در توصیف بالینی او است. توصیف بالینی در واقع ترکیب ویژه‌ی رفتارها، افکار و احساساتی است که یک اختلال خاص را می‌سازند. کلمه‌ی بالینی، هم به نوع مشکلات یا اختلالاتی که در درمانگاه یا بیمارستان به آن برمی‌خوریم، هم به فعالیت‌های مرتبط با سنجش و درمان اشاره دارد. در این کتاب درسی، گزیده‌هایی از موردهای فردی را خواهید خواند که اکثرشان از پرونده‌های درمانگاه خودمان گرفته شده‌اند.

مددکاران اجتماعی همچنین اختلالات را درمان می‌کنند و معمولاً روی مشکلات خانوادگی همراه این اختلالات متمرکز می‌شوند. روانپرستاران مدارک پیشرفته‌ای مثل مدرک کارشناسی ارشد و حتی دکترای فلسفه (Ph.D.) می‌گیرند و در مراقبت از بیماران مبتلا به اختلالات روانی و درمان آنها، به‌ویژه در بیمارستان، و به عنوان یکی از اعضای تیم درمان، تخصص می‌گیرند.

سرانجام، ازدواج‌درمانگرها و خانواده‌درمانگرها و مشاوران سلامت روان را داریم که بعد از گذراندن یک تا دو سال، مدرک کارشناسی ارشد می‌گیرند و در بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها، زیر نظر درمانگری که در سطح دکتر است، خدمات بالینی می‌دهند.

دانشمند - درمانگر

مهم‌ترین تحول در تاریخ اخیر روان‌شناسی، استفاده از روش‌های علمی برای شناخت بیشتر ماهیت اختلالات روانی و علل و درمان آنها است. بسیاری از متخصصان سلامت روان، به کار بالینی رویکردی علمی دارند و بنابراین به آنها **دانشمند - درمانگر** می‌گویند (بارلو، هیز و نلسون^۱، ۱۹۸۴؛ هیز، بارلو و نلسون-گری^۲، ۱۹۹۹). متخصصان سلامت روان به یک یا چند مورد از این سه دلیل ممکن است دانشمند-درمانگر باشند (به نمودار ۲-۱ مراجعه کنید).

نخست آن که در جریان آخرین تحولات علمی رشته‌ی خود قرار دارند و بنابراین از اکثر روش‌های تشخیصی و درمانی فعلی استفاده می‌کنند. آنها در این تعبیر، علم آسیب‌شناسی را برای کمک به بیماران استفاده می‌کنند. دوم آن که دانشمند-درمانگران، روش‌های سنجش یا درمانی خود را ارزیابی می‌کنند تا ببینند آیا مؤثرند یا نه. آنها نه تنها به بیماران بلکه به مؤسسات دولتی و شرکت‌های بیمه نیز که حق



● **نمودار ۲-۱.** کار به عنوان دانشمند - درمانگر

1. Barlow, Hayes and Nelson 2. Nelson-Gray

وحشتزدگی فرق دارد، غالباً روی کودکان تشخیص غلط گذاشته می‌شود و بابت اختلالات پزشکی تحت درمان قرار می‌گیرند. روان‌شناسی رشدی، مطالعه‌ی تحولات رفتاری در گذر عمر است و مطالعه‌ی تحولات رفتار نابهنجار، آسیب‌شناسی رشدی. وقتی روان‌شناسی رشدی را در نظر می‌گیرید، احتمالاً محققانی را تصور می‌کنید که در حال مطالعه‌ی رفتار کودکان هستند. اما ما در طول عمر تغییر می‌کنیم و محققان، رشد و تحول نوجوانان، بزرگسالان و سالمندان را هم مطالعه می‌کنند. به مطالعه‌ی رفتار نابهنجار در طول عمر، آسیب‌شناسی رشدی عمری می‌گویند. این رشته اگرچه نسبتاً جدید، ولی به سرعت در حال توسعه است.

علیت، درمان و نتایج سبب‌شناسی

سبب‌شناسی، یا مطالعه‌ی ریشه‌ها، دنبال این است که چرا یک اختلال شروع می‌شود (یعنی علت اختلال چیست) و ابعاد زیست‌شناختی، روانشناختی و اجتماعی دارد. از آنجا که سبب‌شناسی اختلالات روانی در این رشته مهم است، یک فصل کامل (فصل دوم) را به آن اختصاص داده‌ایم. درمان نیز در مطالعه‌ی اختلالات روانی مهم است. اگر دارو یا



▲ تجربه‌ی وحشتزدگی و اضطراب در کودکان، با تجربه‌ی وحشتزدگی و اضطراب در بزرگسالان فرق دارد، به همین دلیل گاهی اوقات با نشانه‌های بیماری بدنی اشتباه گرفته می‌شود.

بدیهی است یکی از کارکردهای مهم توصیف بالینی، مشخص کردن فرق اختلال از رفتار نابهنجار یا دیگر اختلالات است. داده‌های آماری نیز ممکن است مطرح شوند.

برای مثال چند نفر از کل جمعیت، اختلال مورد نظر را دارند؟ رقمی که در جواب به این سؤال بیان می‌شود، شیوع اختلال نام دارد. آمارهایی هم که تعداد موردهای جدید در مدتی معین، برای مثال در یک سال، را نشان می‌دهند، بروز اختلال را نشان می‌دهد. آمارهای دیگر، شامل نسبت جنسی - یعنی درصد مردان و زنان مبتلا به اختلال - و سن شروع اختلال است که معمولاً در اختلالات مختلف، فرق دارد. اکثر اختلالات، علاوه بر تفاوت در نشانه‌ها، سن شروع و نسبت جنسی و شیوع، از یک الگوی نسبتاً فردی به نام سیر هم پیروی می‌کنند. برای نمونه، برخی از اختلالات، مثل اسکیزوفرنی (به فصل سیزدهم مراجعه کنید)، سیر مزمن دارند یعنی برای مدتی طولانی و گاهی اوقات برای یک عمر ادامه می‌یابند. برخی اختلالات دیگر، مثل اختلالات خلقی (به فصل هفتم مراجعه کنید) هم سیر دوره‌ای دارند؛ یعنی فرد چند ماه خوب می‌شود و بعد اختلالش دوباره عود می‌کند. این الگو گاهی اوقات در تمام زندگی او تکرار می‌شود. برخی اختلالات هم سیر محدود دارند، یعنی ظرف مدت نسبتاً کوتاهی، با اندک خطر عود یا بدون خطر عود، بدون درمان بهبود می‌یابند.

تفاوت در شروع هم رابطه‌ی نزدیکی با تفاوت در سیر اختلال دارد. برخی اختلالات، شروع حاد دارند؛ یعنی ناگهان شروع می‌شوند. برخی هم شروع تدریجی دارند که به آن شروع موذیانه می‌گویند. شروع معمول یک اختلال را باید بدانیم تا بتوانیم بفهمیم باید منتظر چه چیزی باشیم و بهترین شیوه‌ی برخورد با آن چیست. این یکی از بخش‌های مهم توصیف بالینی است. برای مثال، اگر شخصی از اختلالی خفیف با شروع حاد رنج ببرد که می‌دانیم سیر محدود دارد، به او توصیه می‌کنیم زحمت درمان‌های گران و پرهزینه را به جان نخرد چون مشکلش، مثل یک سرماخوردگی، به زودی رفع خواهد شد. اما اگر اختلال طول بکشد (یعنی مزمن شود)، شخص باید تحت درمان قرار گیرد و گام‌های مناسب دیگری بردارد. به سیر پیش‌بینی شده‌ی یک اختلال، پیش‌آگهی می‌گویند. بنابراین وقتی می‌گوییم «پیش‌آگهی خوب است» یعنی فرد احتمالاً بهبود خواهد یافت. یا وقتی می‌گوییم «پیش‌آگهی محتاطانه است»، یعنی نتیجه‌ی احتمالی، خوب به نظر نمی‌رسد.

سن بیمار هم می‌تواند یکی از بخش‌های مهم توصیف بالینی باشد. تظاهر اختلال روانی در دوران کودکی با تظاهر همان اختلال در بزرگسالی یا پیری می‌تواند فرق داشته باشد. کودکان اضطراب شدید و وحشتزدگی را غالباً بیماری جسمی فرض می‌کنند چون نمی‌توانند بفهمند که از لحاظ بدنی مشکلی ندارند. از آنجا که افکار و احساسات کودکان با افکار و احساسات بزرگسالان مبتلا به اضطراب و

یک از این فصول، بر پایه‌ی مثلث آشنای توصیف، علت و درمان است. سرانجام در فصل شانزدهم به مسائل حقوقی، حرفه‌ای و اخلاقی امروزی مرتبط با اختلالات روانی و درمان آنها می‌پردازیم. حال با در نظر داشتن این مرور، اجازه دهید به گذشته بپردازیم.

مفاهیم تاریخی رفتار نابهنجار

انسان هزاران سال است که دنبال تبیین و کنترل رفتار مشکل‌دار بوده است. اما تلاش او همواره از نظریه‌ها یا مدل‌های رفتاری معروف زمانه‌اش نشئت گرفته است. هدف این مدل‌ها توضیح دادن این است که چرا فرد «این‌گونه عمل می‌کند». سابقه‌ی سه مدل اصلی راهنمای ما، به مبادی تمدن برمی‌گردد.

انسان‌ها همیشه فرض کرده‌اند که عواملی بیرون از بدن و محیط، بر رفتار، فکر و هیجانات تأثیر می‌گذارند. این عوامل - که خدایان، شیاطین، ارواح و پدیده‌های دیگری مثل میدان‌های مغناطیسی یا ستاره‌ها بوده‌اند - نیروهایی هستند که در مدل فراطبیعی جا می‌گیرند. علاوه بر این، از عصر یونان باستان، غالباً به mind [ذهن]، soul [روح] یا psyche [روان] می‌گفتند و آن را از بدن جدا می‌دانستند. اگرچه خیلی‌ها فکر می‌کردند ذهن می‌تواند بر بدن و متقابلاً، بدن بر ذهن، تأثیر بگذارد، ولی اکثر فلاسفه، علل رفتار نابهنجار را یا در ذهن می‌جستند یا در بدن. این تقسیم ذهن و بدن، راه را برای شکل‌گیری دو سنت فکری درباره‌ی رفتار نابهنجار هموار کرد که در مدل زیست‌شناختی و مدل روانشناختی خلاصه می‌شوند. اگرچه این سه مدل - یعنی مدل فراطبیعی، زیست‌شناختی و روانشناختی - خیلی قدیمی هستند ولی هنوز استفاده می‌شوند.

درمان روانی اجتماعی جدیدی در درمان یک اختلال موفق باشد، در مورد ماهیت آن اختلال و علل آن سرنخ‌هایی به ما می‌دهد. برای مثال، اگر دارویی که تأثیر خاصی در دستگاه عصبی می‌گذارد فلان اختلال روانی را تسکین دهد، می‌فهمیم که چیزی در آن بخش از دستگاه عصبی، علت آن اختلال است و یا به حفظ آن کمک می‌کند. همچنین اگر یک درمان روانشناختی که برای کمک به مراجعان جهت بازیابی حس کنترل بر زندگی طراحی شده، در درمان فلان اختلال مؤثر واقع شود، آنگاه می‌توانیم بگوییم حس کنترل می‌تواند مؤلفه‌ی روانشناختی مهمی در آن اختلال باشد.

همان‌طور که در فصل بعد خواهیم دید، آسیب‌شناسی روانی، مبحث آسانی نیست چون معلول لزوماً علت را نشان نمی‌دهد. به عنوان یک مثال معمولی، ممکن است برای تسکین سردرد تنشی خود در ایام امتحانات، اسپرین مصرف کنید. اگر حال تان بهتر شود، معنایش این نیست که سردردتان معلول کمبود اسپرین بوده است. با این حال، بسیاری از مردم دنبال درمان اختلالات روانی هستند و درمان می‌تواند سرنخ جالبی در مورد ماهیت اختلالات بدهد.

در گذشته، کتاب‌های درسی تأکیدی کلی بر رویکردهای درمانی می‌کردند و زیاد به اختلال تحت درمان توجه نمی‌کردند. برای مثال، متخصص سلامت روان ممکن است یک رویکرد نظری خاص، مثل روانکاوی یا رفتاردرمانی (که هر دو در این فصل توضیح داده می‌شوند)، را دقیقاً یاد گرفته باشد و سپس از این رویکرد، در مورد هر اختلالی استفاده کند. اما این اواخر با پیشرفت علم، درمان‌های مؤثر مخصوصی ابداع شده است که همیشه به‌طور کامل به این یا آن رویکرد نظری تعلق خاطر ندارند، بلکه محصول فهم عمیق‌تر اختلال تحت بررسی هستند. به همین دلیل در این کتاب، فصل مجزایی نداریم که انواع رویکردهای درمانی، از قبیل رویکرد روانپوشی، شناختی رفتاری یا انسان‌گرا را توضیح دهد. بلکه همسو با دیدگاه چندبُعدی یکپارچه‌ی ما، آخرین و مؤثرترین درمان‌های دارویی و روانی اجتماعی (یعنی درمان‌های غیرپزشکی متمرکز بر عوامل روانی، اجتماعی و فرهنگی) در فصل مربوط به هر اختلال توضیح داده خواهد شد.

حال تلاش‌های اولیه برای توصیف و درمان رفتار نابهنجار و فهم علل آن را بررسی می‌کنیم تا در مورد رویکردهای فعلی دید بهتری پیدا کنیم. در فصل دوم، نگاه‌های مهیج معاصر در مورد علیت و درمان را بررسی خواهیم کرد. در فصل سوم، تلاش‌های به‌عمل آمده برای توصیف یا طبقه‌بندی رفتار نابهنجار را توضیح خواهیم داد. در فصل چهارم، روش‌های تحقیق را مرور خواهیم کرد که تلاش‌های نظام‌مند برای کشف حقایق زیرین توصیف، علت و درمان هستند و امکان می‌دهند مثل یک دانشمند - درمانگر عمل کنیم. در فصل پنجم تا پانزدهم هم اختلالات را بررسی خواهیم کرد؛ سازمان بحث‌ها در هر

بازبینی مفاهیم ۱-۱

بخش اول

در قسمت خالی هر یک از دو ماجرای زیر، یک یا همه‌ی حروف داخل پرانتز را که معیارهای تعریف نابهنجاری هستند، بنویسید: (الف) نقض هنجار اجتماعی، (ب) اختلال در کارکرد، (ج) ناکارایی، و (د) ناراحتی.

- میگوئل مدتی است احساس غم و تنهایی می‌کند. اگرچه هنوز کارش را به خوبی انجام می‌دهد و از عهده‌ی مسئولیت‌هایش بر می‌آید، ولی معمولاً دمغ و پکر است و نگران این است که چه اتفاقی خواهد افتاد. کدام یک از معیارهای تعریف نابهنجاری در مورد وضعیت میگوئل صادق است؟ _____

شیاطین و ساحران

یک جریان فکری بسیار قوی وجود دارد که علل و درمان اختلالات روانی را در حیطه‌ی نیروهای فوق طبیعی قرار می‌داد. در ربع آخر قرن چهاردهم، اربابان دین و مردم عامی، از این‌گونه خرافات مشهور طرفداری می‌کردند و جامعه به طور کلی وجود و قدرت شیاطین و ساحران را باور داشت. کلیسای کاتولیک، دو گروه شده بود و مرکز دومی با یک پاپ در جنوب فرانسه ظاهر شد که رقیب رُم بود. کلیسای رُم هم در واکنش به این تفرقه، به نبرد با شری برخاست که معتقد بود عامل این بدعت است.

مردم به تدریج برای حل مشکلات‌شان به سحر و جادو پناه بردند. در این زمانه‌ی پرآشوب، مردم رفتار عجیب و غریب مبتلایان به اختلالات روانی را کار شر و ساحران می‌دانستند. آنها معتقد بودند مسئول بدبیری‌های مردم، افرادی هستند که ارواح خبیثه آنها را تسخیر کرده‌اند، و به همین دلیل با آنها رفتار بد و تندی می‌کردند. درمان هم شامل جن‌گیری بود که در آن برای رهایی قربانی از چنگال ارواح خبیثه، انواع مناسک دینی اجرا می‌شد. رویکردهای دیگر عبارت بودند از تراشیدن یک صلیب روی موی سر قربانیان و بستن تسخیرشدگان به یک دیوار در نزدیکی کلیسا تا صدای آیین عشاء ربانی را بشنوند.

اعتقاد به این که سحر و ساحران، علل جنون و دیگر امور شر هستند تا قرن پانزدهم ادامه یافت. تا آن زمان، همچنان رفتار غیرقابل توضیح را به شر نسبت می‌دادند و حتی پس از تأسیس ایالات متحده‌ی آمریکا، تا اواخر قرن هفدهم در شهر سیلیم (Salem) ماساچوست، دادگاه‌های سحر و جادو برگزار می‌شد که به اعدام ۲۰ زن منجر شدند.

استرس و ملانکولی

دیدگاهی به همان اندازه قوی که حتی امروزه هم طرفدارانی دارد، دیدگاه روشن‌بینانه‌ای است که جنون را پدیده‌ای طبیعی و معلول استرس ذهنی یا هیجانی و علاج‌پذیر می‌داند (الکساندر و سلزنیک^۳، ۱۹۶۶؛ ماهر و ماهر^۴، ۱۹۸۵a). آنها افسردگی ذهنی و اضطراب را یک بیماری می‌دانستند (کمپ^۵، ۱۹۹۰؛ شوئنمن^۶، ۱۹۷۷)، هرچند نشانه‌هایی مثل ناامیدی و بی‌حالی را اغلب همانند کلیسا، گناه بی‌رمقی و تنبلی می‌دیدند (تاچمن، ۱۹۷۸). درمان‌های رایج هم استراحت، خواب و محیط سالم و شاد بود. سایر درمان‌ها هم استحمام، مالیدن پماد و اعمال دیگری از این قبیل بود. در واقع در

۲. جین مدیر اجرایی ۳۵ ساله، از سه هفته قبل به این طرف، دیگر حمام نرفته است، از آپارتمان‌ش خارج نشده و یکسره گفتگوهای تلویزیونی را تماشا می‌کند. خطر اخراج شدن هم نتوانسته جین را به واقعیت برگرداند و همچنان روز خود را خیره به تلویزیون می‌گذراند. کدامیک از معیارهای تعریف نابهنجاری در مورد جین صادق است؟ _____

بخش دوم

کلمات زیر را که در توصیف بالینی کاربرد دارند با مثال‌ها جور کنید: (الف) مشکل فعلی، (ب) شیوع، (ج) بروز، (د) پیش‌آگهی، (ه) سیر و (و) سبب‌شناسی.

۳. ماریان به زودی بدون هیچ مداخله‌ای بهبود خواهد یافت. جان بدون درمان، به زودی تحلیل خواهد رفت و تباه خواهد شد. _____

۴. در ماه گذشته سه مورد جدید پرخوری عصبی در این استان گزارش شده، در حالی که در استان مجاور فقط یک مورد گزارش شده است. _____

۵. الیزابت به خاطر تشدید احساس گناه و اضطرابش به مرکز سلامت روان دانشگاه مراجعه کرد. _____

۶. عوامل زیست‌شناختی، روانشناختی و اجتماعی در انواع اختلالات نقش دارند. _____

۷. الگویی که اختلال دنبال می‌کند می‌تواند مزمن، محدود یا دوره‌ای باشد. _____

۸. چند نفر در کل جمعیت دچار اختلال وسواس فکری - اجبار عملی هستند؟ _____

سنت فوق طبیعی

در بخش اعظم تاریخ ثبت‌شده‌ی بشر، رفتار انحرافی [یا نابهنجار] را بازتاب نبرد خیر و شر فرض کرده‌اند. مردم رفتار غیرقابل توضیح، نامعقول و رنج و آشوب را مظهر شر در نظر می‌گرفتند. در امپراتوری بزرگ پارس بین سال‌های ۹۰۰ تا ۶۰۰ قبل از میلاد، همه‌ی اختلالات فیزیکی و روانی را کار شر می‌دانستند (میلون^۱، ۲۰۰۴). باربارا تاچمن^۲ در کتاب تاریخ دور (۱۹۷۸)، نیمه‌ی دوم قرن چهاردهم را دوران بس دشواری برای بشریت می‌داند. او امواج عقاید متعارض در مورد خاستگاه‌ها و درمان جنون در این برهه‌ی پر از یأس و تلاطم را به طرز ماهرانه‌ای به تصویر می‌کشد.

1. Millon

2. Barbara Tuchman

3. Alexander and Selesnick

4. Maher and Maher

5. Kemp

6. Schoenman

چارلز ششم... شاه دیوانه

در تابستان سال ۱۳۹۲ میلادی، چارلز ششم پادشاه فرانسه به شدت زیر فشار بود که بخشی از آن به کلیسای کاتولیک برمی‌گشت. همین‌طور که چارلز ششم با سپاهیان به طرف استان بریتانی حرکت می‌کرد، آجودانش نیزه‌اش را با صدای بلند پرتاب می‌کند. شاه که فکر کرده بود به او حمله شده، به طرف سپاهیان برمی‌گردد و چند نفر از شوالیه‌های پشت سرش را می‌کشد. سپاه فوراً به پاریس برمی‌گردد. قائم‌مقامان و مشاوران به این نتیجه می‌رسند که شاه دیوانه شده است.

حالی شاه در سالهای بعد چنان وخیم می‌شود که در گوشه‌ی قصر پنهان می‌شود و ادعا می‌کند از شیسه ساخته شده است و در راهروهای قصر، مثل یک گرگ پرسه می‌زد و زوزه می‌کشید. گاهی اوقات هم یادش نمی‌آمد کیست و چیست. هر وقت ردای سلطنتی خود را می‌دید، می‌ترسید و عصبانی می‌شد و اگر نزدیکش بود سعی می‌کرد پاره‌اش کند. مردم پاریس از دیوانگی آشکار رهبرشان به ستوه آمده بودند. برخی آن را غضب الهی می‌دانستند چون شاه نتوانسته بود به تفرقه‌ی حاکم بر کلیسای کاتولیک پایان دهد و برخی دیگر، آن را هشدار خدا بابت جنگ. عده‌ای هم آن را عذاب الهی بابت مالیات‌های سنگین می‌دانستند (نتیجه‌ای که برخی از مردم امروزی هم ممکن است بگیرند). اما اکثر مردم فکر می‌کردند جنون شاه به خاطر سحر و جادو است؛ باوری که خشک شدن دریاچه‌ها و رودخانه و مردن گاوها از تشنگی، آن را تقویت کرد. بازرگانان ادعا می‌کردند در آن بیست سال، بیشترین ضررها را داده‌اند.

طبیعی است که شاه را تحت بهترین مراقبت‌های آن زمان قرار دادند. مشهورترین شفادهنده‌ی آن سرزمین، طبیب ۹۲ ساله‌ای بود که برنامه‌ی درمانی او عبارت بود از انتقال شاه به یکی از اقامتگاه‌هایش که پاک‌ترین هوای کشور را داشت. پزشک برای شاه استراحت، آرمیدگی و تفریح و سرگرمی تجویز کرد. شاه بعد از مدتی ظاهراً بهبود یافت. طبیب توصیه کرد به شاه مسئولیت‌های سنگین کشوری ندهند. ادعایش هم این بود که هرچه کمتر نگران و تحریک شود، ذهنش بیشتر تقویت خواهد شد و بهبود خواهد یافت.

متأسفانه طبیب می‌میرد و جنون چارلز ششم با شدت بیشتری عود می‌کند. اما این بار در معرض نظرات ضد و نقیض علیت فوق طبیعی قرار می‌گیرد. «یک شیاد چشم‌شور ژولیده و



▲ در قرون وسطی تصور می‌شد ارواح خبیثه، مبتلایان به اختلالات روانی را تسخیر کرده‌اند و طی یک رشته مناسک، عمل جن‌گیری روی آنها اجرا می‌شد.

قرن چهاردهم و پانزدهم، دیوانگان همراه با کسانی که بدشکلی‌ها یا ناتوانی‌های فیزیکی داشتند، خانه به خانه در روستاهای قرون وسطایی دست به دست می‌شدند تا به نوبت از آنها مراقبت شود. حالا فهمیده‌ایم که این عمل قرون وسطایی که همانا نگهداری از مبتلایان به اختلالات روانی توسط اجتماع بود، عمل سودمندی است (به فصل سیزدهم مراجعه کنید). (بعداً در بحث مدل‌های زیست‌شناختی و روانشناختی در همین فصل، به این بحث برخواهیم گشت.)

نیکولاس اورم^۱، اسقف و فیلسوف، و یکی از مشاوران ارشد شاه فرانسه در قرن چهاردهم، نیز اظهار داشت که بیماری ملانکولی (افسردگی) منبع برخی رفتارهای عجیب و غریب است نه شیاطین. اورم به این اشاره کرد که بخش زیادی از شواهد موجود در مورد وجود سحر و ساحری، به‌خصوص در میان دیوانگان، تحت فشار شکنجه در قالب اقرار به دست آمده است.

بازبینی مفاهیم ۲-۲

جملات زیر در مورد سهم عوامل ژنتیکی در آسیب‌شناسی روانی، درست (د) هستند یا غلط (غ).

۱. _____ بیست جفت کروموزوم اول، رشد و تحول بدن و مغز را برنامه‌ریزی می‌کنند.
۲. _____ هیچ ژنی به تنهایی نمی‌تواند علت اختلالات روانی عمده باشد.
۳. _____ طبق مدل بیماری‌پذیری - استرس، آدم‌ها آسیب‌پذیری در برابر بروز برخی صفات یا رفتارها را که ممکن است تحت برخی استرس‌ها فعال شود، به ارث می‌برند.
۴. _____ این نظر که استعداد ژنتیکی افراد می‌تواند احتمال استقبال آنها از رویدادهای پراسترس زندگی را بیشتر کند و بنابراین، ماشه‌ی آسیب‌پذیری چکانده شود، با مدل بیماری‌پذیری - استرس جور است.
۵. _____ رویدادهای محیطی به تنهایی در شکل‌گیری و تحول رفتار و شخصیت نقش دارند.

علم عصب‌نگر و سهم آن در آسیب‌شناسی روانی

دانستن طرز کار دستگاه عصبی و به‌خصوص مغز، محور اصلی فهم رفتار، هیجانات و کارکردهای شناختی است. این موضوع، کانون علم عصب‌نگر است. برای فهمیدن جدیدترین تحقیقات در این رشته، ابتدا باید طرز کار مغز و دستگاه عصبی را مرور کنیم. دستگاه عصبی انسان شامل دستگاه عصبی مرکزی که از مغز و نخاع تشکیل می‌شود و دستگاه عصبی پیرامونی است که از دستگاه عصبی تنی و دستگاه عصبی خودمختار تشکیل می‌شود (به نمودار ۵-۲ مراجعه کنید).

دستگاه عصبی مرکزی

دستگاه عصبی مرکزی، همه‌ی اطلاعات دریافتی از اندام‌های حسی را پردازش می‌کند و در صورت لزوم واکنش نشان می‌دهد. دستگاه عصبی مرکزی چیزهای مربوط، مثل فلان طعم یا صدای جدید را از چیزهای نامربوط، مثل یک منظره یا تصویری آشنا و یا صدای

به معنای روی یا اطراف است) و استرس، تغذیه و دیگر عوامل می‌توانند بر این پیراژنوم تأثیر بگذارند که بلافاصله به نسل بعد و شاید چند نسل بعد منتقل می‌شود (آرای، لی، هارتلی و فایگ^۱، ۲۰۰۹؛ میل^۲، ۲۰۱۱). خود ژنوم تغییر نمی‌کند، بنابراین اگر محیط پراسترس یا نامطلوب ناپدید شود، این ژنوم هم در نهایت محو خواهد شد. این مفهوم‌بندی‌های جدید در مورد نقش عوامل ژنتیکی به عنوان عامل محدودکننده‌ی تأثیرات محیطی، در مورد پیشگیری از صفات شخصیتی یا مزاج‌های نامطلوب و حتی اختلالات روانی تلویحاتی دارد. یعنی به نظر می‌رسد دستکاری‌های محیطی، به‌ویژه در اوایل زندگی، خیلی مؤثرتر از گرایش ژنتیکی به واکنش‌های رفتاری و هیجانی ناخوشایند هستند. اگرچه تحقیقات جاری می‌گویند که عوامل محیطی، مثل گروه همسالان و مدرسه، بر این بروز ژنتیکی تأثیر می‌گذارند، اما شواهد بسیار محکمی در مورد تأثیر پدر و مادری کردن اولیه و دیگر تجارب اولیه وجود دارد (کامرون و دیگران، ۲۰۰۵؛ میل، ۲۰۱۱؛ اولت - مورین و دیگران، ۲۰۰۸).

پیچیدگی تعامل عوامل ژنتیکی و محیطی هیچ‌جا مشهودتر از مورد مشهور چانگ و انگ، دوقلوهای همسان به‌هم‌چسبیده‌ی پدر و مادر تایلندی (که در آن زمان به کشور سیام معروف بود) در سال ۱۸۱۰ نیست. آنها که هنرمندان موفقی بودند و به گوشه و کنار دنیا سفر کرده و نمایش اجرا می‌کردند، منشاء اصطلاح «دوقلوهای سیامی» بودند. نکته‌ی مهم این است که این دوقلوی همسان، ژن‌های مشابه و محیط زندگی تقریباً مشابهی داشتند. بنابراین، بی‌شک انتظار داریم در ویژگی‌های شخصیتی، مزاج و اختلالات روانی مثل هم باشند. اما هر کس که این دوقلوها را می‌شناخت می‌گفت شخصیت متفاوتی دارند. چانگ کج‌خُلق و افسرده‌خو بود و سرانجام به افراط در مشروب‌خوری پناه برد. اما انگ شادتر، آرام‌تر و متفکر بود (مور، ۲۰۰۱).

خلاصه این که تعامل پیچیده‌ی ژن‌ها و محیط، نقش مهمی در اختلالات روانی بازی می‌کند (کندلر و دیگران، ۲۰۱۱؛ راتر، ۲۰۱۰، ۲۰۰۵؛ تورکهایمر، ۱۹۹۸). استعداد ژنتیکی در رفتار، هیجانات و فرایندهای شناختی نقش دارد، و همان‌طور که مطالعه‌ی نیوزیلند (کسپی و دیگران، ۲۰۰۳) و تکرارهای بعدی آن نشان می‌دهد، تأثیر عوامل محیطی، مثل تربیت، بر رفتار بعدی را محدود می‌کند. رویدادهای محیطی هم متقابلاً با تعیین فعال شدن یا فعال نشدن برخی ژن‌ها، بر ساختار ژنتیکی تأثیر می‌گذارند (کندلر، ۲۰۱۱؛ لندیس و اینسل، ۲۰۰۸). وانگهی، عوامل محیطی قوی، به تنهایی می‌توانند برای غلبه بر بیماری‌پذیری ژنتیکی کافی باشند. بنابراین، طبیعت (ژن‌ها) و تربیت (وقایع محیطی) نه به تنهایی، بلکه در جریان تعاملی پیچیده، بر تحول رفتار و شخصیت تأثیر می‌گذارند.

1. Arai, Li, Hartley and Feig

2. Mill

پیچیده‌تر از قوی‌ترین رایانه‌ای که تاکنون ساخته شده است (یا در آینده ساخته خواهد شد). کاخ سفید در سال ۲۰۱۳، طرح BRAIN (برگرفته از سرواژه‌های Brain Research through Advancing Innovative Neurotechnologies) را اعلان کرد. هدف این طرح بسیار جاه‌طلبانه ایجاد انقلاب در فهم ما از مغز انسان است که تمامی جنبه‌های وجودمان را سازماندهی می‌کند.

کوچک‌ترین واحدهای سازنده مغز، نورون‌ها هستند که شبکه‌ی بسیار پیچیده‌ای از جریان اطلاعات را شکل می‌دهند. درون هر نورون، اطلاعات از طریق تکانه‌های الکتریکی، به نام پتانسیل‌های عمل، در طول اکسون انتقال می‌یابند. انتهای اکسون هم تکمه‌های انتهایی نامیده می‌شود. نورون‌ها عملاً به هم متصل نیستند بلکه فضاهای کوچکی بین آنها وجود دارد که در آن فضاها، تکانه از یک نورون به نورون دیگر منتقل می‌شود. به این فضای میان اکسون یک نورون و دندریت نورون دیگر، شکاف سیناپسی می‌گویند. آسیب‌شناسان روانی به اتفاقاتی که در این فضا می‌افتد، خیلی علاقه دارند. به مواد بیوشیمیایی که از اکسون یک نورون آزاد می‌شوند تا تکانه را به گیرنده‌های دندریت نورون دیگر منتقل می‌کنند، انتقال‌دهنده‌های عصبی می‌گویند (به نمودار ۶-۲ و ۱۲-۲ مراجعه کنید). در بحث سهم عوامل ژنتیکی در افسردگی در مطالعه‌ی نیوزیلند (کسپی و دیگران، ۲۰۰۳) به این انتقال‌دهنده‌ها به‌طور کوتاه اشاره کردیم. در همین چند دهه‌ی گذشته بود که به پیچیدگی این انتقال‌دهنده‌ها پی بردیم. حالا دانشمندان با استفاده از تجهیزات و فنون بسیار حساس و دقیق، انواع انتقال‌دهنده‌های شیمیایی را شناسایی کرده‌اند.

علاوه بر نورون‌ها، نوع دیگری از سلول‌ها، به نام سلول‌های گلیا (یا گلیال)، هم در دستگاه عصبی وجود دارد. اگرچه نسبت این سلول‌ها به نورون‌ها، ده به یک است، ولی تا سال‌ها در مورد آنها تحقیق چندانی نمی‌شد چون دانشمندان معتقد بودند سلول‌های منفعلی هستند که صرفاً نورون‌ها را به هم وصل و آنها را عایق‌بندی می‌کنند (کووب^۱، ۲۰۰۹). اما این اواخر کشف کردند که سلول‌های گلیا عملاً نقش فعالی در فعالیت عصبی بازی می‌کنند (اروگلو و بارس^۲، ۲۰۱۰). اکنون می‌دانیم که انواع سلول‌های گلیا با کارکردهای مختلف وجود دارد و برخی از آنها درگیر تنظیم فعالیت انتقال‌دهنده‌های عصبی هستند (آلن^۳ و بارس، ۲۰۰۹؛ پری و آراکو^۴، ۲۰۰۷). یکی از حوزه‌های تحقیقاتی جدید و مهم، فهم نقش سلول‌های گلیا در فرایند انتقال عصبی است. اما تا امروز، پیشرفته‌ترین تحقیقات علم عصب‌نگر در آسیب‌شناسی روانی روی نورون‌ها متمرکز بوده است.

تیک‌تیک ساعت، جدا می‌کند؛ همچنین مخازن حافظه را واریسی می‌کند تا ببیند چرا آن اطلاعات، مربوط است؛ و واکنش درست را به اجرا می‌گذارد، حال می‌خواهد جواب یک سؤال باشد یا اجرای سونات موتزارت. این یک کار بسیار پیچیده است. نخاع، بخشی از دستگاه عصبی مرکزی است ولی کارکرد اصلی و اولیه‌ی آن، تسهیل ارسال پیام به مغز و دریافت پیام از مغز است که یکی دیگر از مؤلفه‌های اصلی دستگاه عصبی مرکزی و پیچیده‌ترین اندام بدن است. مغز به‌طور متوسط از ۱۴۰ میلیارد سلول عصبی به نام نورون استفاده و هر فکر و کنشی را کنترل می‌کند. نورون‌ها اطلاعات را به سراسر دستگاه عصبی منتقل می‌کنند.

نخست، باید بفهمیم نورون چیست و چگونه کار می‌کند. یک نورون عادی، دارای یک جسم سلولی مرکزی با دو نوع انشعاب است. یک انشعاب، دندریت نام دارد. دندریت‌ها گیرنده‌های زیادی دارند که پیام‌ها را به شکل تکانه‌های شیمیایی از دیگر سلول‌های عصبی دریافت کرده و به تکانه‌های الکتریکی تبدیل می‌کنند. انشعاب دیگر، اکسون است که این تکانه‌ها را به نورون‌های دیگر منتقل می‌کند. هر سلول عصبی با نورون‌های دیگر چند اتصال دارد. به این اتصالات سیناپس می‌گویند. مغز میلیاردها و طبق برخی تخمین‌ها بیش از ۱۰۰ میلیارد سلول عصبی دارد و تریلیاردها سیناپس دارد. بنابراین می‌بینید که این دستگاه چقدر پیچیده است،

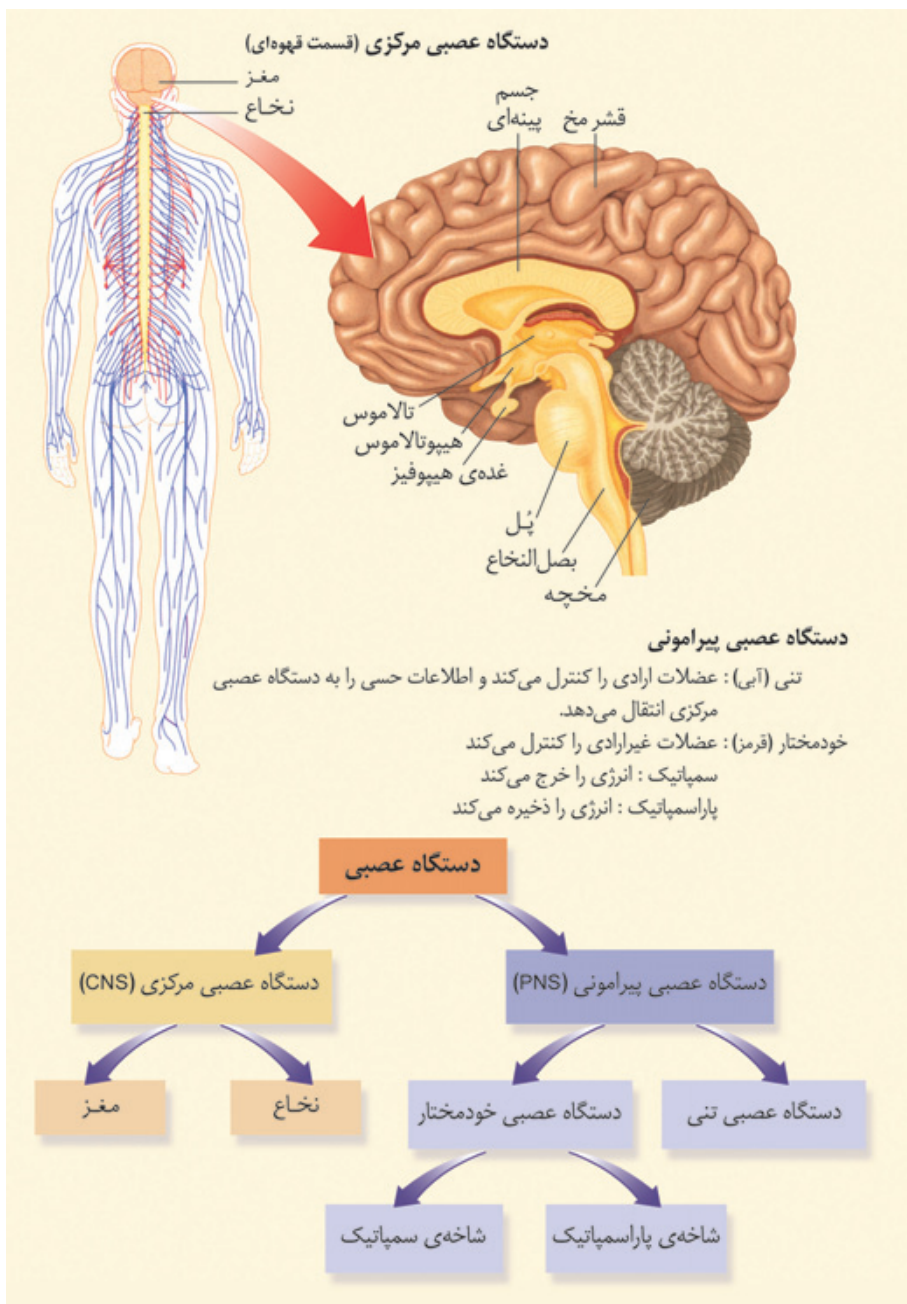


▲ دستگاه عصبی مرکزی، اطلاعات را غربال می‌کند تا ببیند کدام به وضعیت جاری ربطی ندارد. ما به حرکات و تغییرات، بیش از جنبه‌های یکنواخت و ثابت، توجه می‌کنیم.

1. Koob
3. Allen

2. Eroglu and Barres
4. Perea and Araque

● نمودار ۵-۲. شاخه‌های دستگاه عصبی.

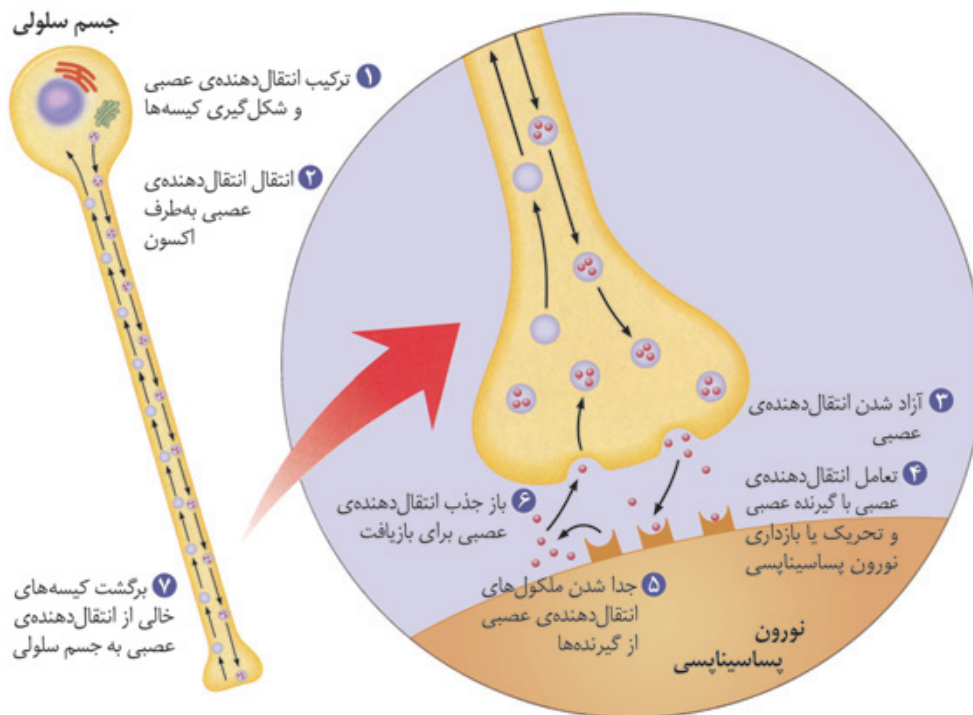


از اختلالات روانی رابطه دارد. برای مثال، ابتدا تصور می‌شد کاهش میزان گابا با اضطراب مفرط رابطه دارد (کاستا^۱، ۱۹۸۵). تحقیقات اولیه (اسنایدر^۲، ۱۹۸۱، ۱۹۷۶) هم افزایش فعالیت دوپامینی را به اسکیزوفرنی ربط می‌دادند. سایر تحقیقات اولیه هم بین افسردگی و میزان بالای نوراپینفرین (شیلنکراوت^۳، ۱۹۶۵) و احتمالاً میزان کم سروتونین (سیور، دیویس و گورمن^۴، ۱۹۹۱) همبستگی‌هایی پیدا کردند. اما تحقیقات جدیدتری که در این فصل به آنها اشاره خواهیم

انتقال‌دهنده‌های اصلی مرتبط با آسیب‌شناسی روانی عبارتند از: نوراپینفرین (که به آن نورآدرنالین هم می‌گویند)، سروتونین، دوپامین، گاما-آمینوبوتیریک اسید (یا GABA [گابا]) و گلوتامات. در این کتاب بارها به این اسامی برخورد خواهید کرد. برخی از انتقال‌دهنده‌های عصبی، **تحریکی** هستند چون احتمال شلیک نورون رابط را بالا می‌برند و برخی **بازداشتی** هستند چون احتمال شلیک نورون رابط را کم می‌کنند. برخی نورون‌ها هم می‌توانند درون‌داد را از دو انتقال‌دهنده عصبی تحریکی و بازداشتی دریافت کنند.

افزایش یا کاهش برخی از این انتقال‌دهنده‌های عصبی، با برخی

1. Costa
 2. Snyder
 3. Schildkraut
 4. Siever, Davis and Gorman

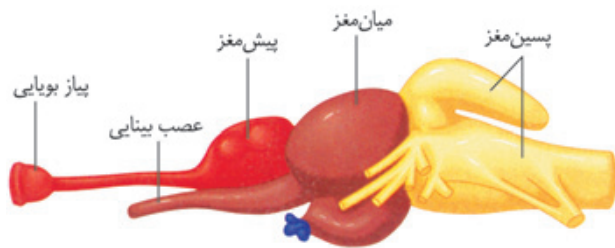


● نمودار ۶-۲. انتقال اطلاعات از یک نورون به نورون دیگر. (اقتباس از کتاب روان‌شناسی نوشته‌ی بروس گولدستین (۱۹۹۴)).

در ساقه‌ی مغز، میان‌مغز هم وجود دارد که حرکت را با درون‌داد حسی هماهنگ می‌کند و حاوی بخش‌های دستگاه فعال‌ساز شبکه‌ای است که در فرایندهای برانگیختگی و تنش، مثل بیداری یا خواب، نقش دارد.

در رأس ساقه‌ی مغز، تالاموس و هیپوتالاموس قرار دارد که به طور کلی با تنظیم رفتار و هیجان سروکار دارند. این ساختارها عمده‌تاً حکم رابط پیش‌مغز و نواحی پایین‌تر ساقه‌ی مغز را دارند. برخی از متخصصان آناتومی حتی تالاموس و هیپوتالاموس را بخش‌هایی از پیش‌مغز می‌دانند.

در قاعده‌ی پیش‌مغز، درست بالای تالاموس و هیپوتالاموس، دستگاه لیمبیک قرار دارد. لیمبیک به معنای کناری است. دلیل استفاده



● نمودار ۷-۲. الف. سه‌شاخه‌ی مغز.

کرد، نشان می‌دهند این تفسیرهای اولیه، ساده‌انگارانه بوده‌اند. به‌خاطر اهمیت موضوع انتقال‌دهنده‌های عصبی، کمی بعد دوباره به آنها برمی‌گردیم.

ساختار مغز

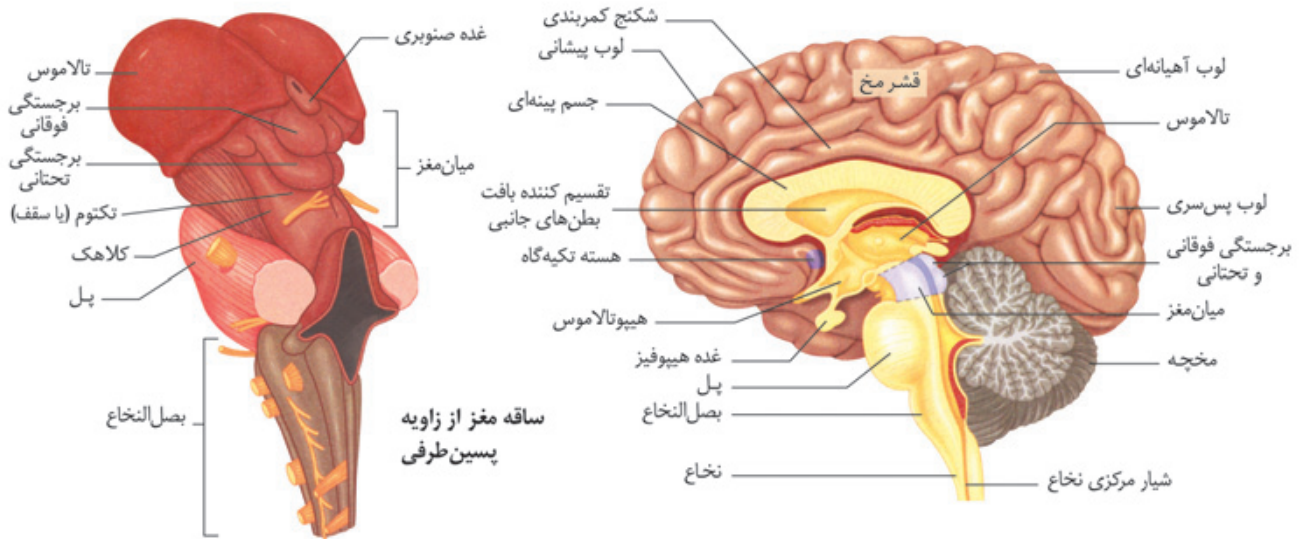
مرور کوتاهی بر مغز مفید است، چون به بسیاری از ساختارهایی که در اینجا توضیح می‌دهیم بعداً در قالب اختلالات اشاره خواهیم کرد. یکی از راه‌های نگریستن به مغز (به نمودار ۷-۲ مراجعه کنید) تقسیم آن به دو بخش است - ساقه‌ی مغز و پیش‌مغز. ساقه‌ی مغز، بخش پایین‌تر و باستانی‌تر مغز است. این ساختار که در اکثر حیوانات یافت می‌شود، به اکثر کارکردهای خودکار اساسی، مثل تنفس، خواب و حرکت هماهنگ، رسیدگی می‌کند. پیش‌مغز از ساقه‌های مغز، پیش‌رفته‌تر بوده و بعداً شکل گرفته است.

پایین‌ترین بخش ساقه‌ی مغز، به نام پسین‌مغز، حاوی بصل‌النخاع، پل و مخچه است. پسین‌مغز، تنظیم بسیاری از فعالیت‌های خودکار، مثل تنفس، عمل تلمبه‌ی قلب (ضربان قلب) و هضم را برعهده دارد. مخچه، هماهنگی حرکتی را کنترل می‌کند و تحقیقات نشان می‌دهد بین نابهنجاری‌های مخچه و اختلال روانی اُتیسم رابطه هست، هر چند ارتباط آن با هماهنگی حرکتی روشن نیست (کورچسن^۱، ۱۹۹۷؛ لی^۲ و دیگران، ۲۰۰۲؛ فاطمی^۳ و دیگران، ۲۰۱۲؛ به فصل چهاردهم مراجعه کنید).

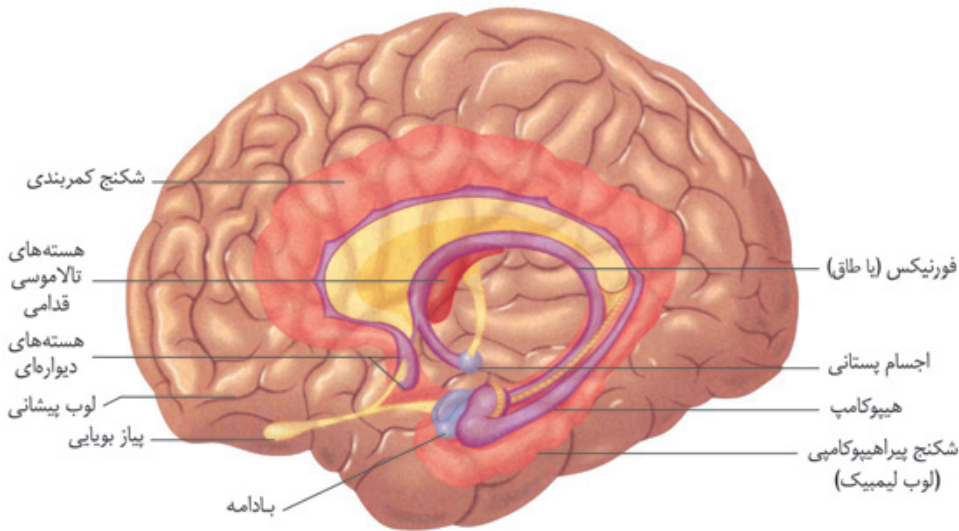
1. Courchesne

2. Lee

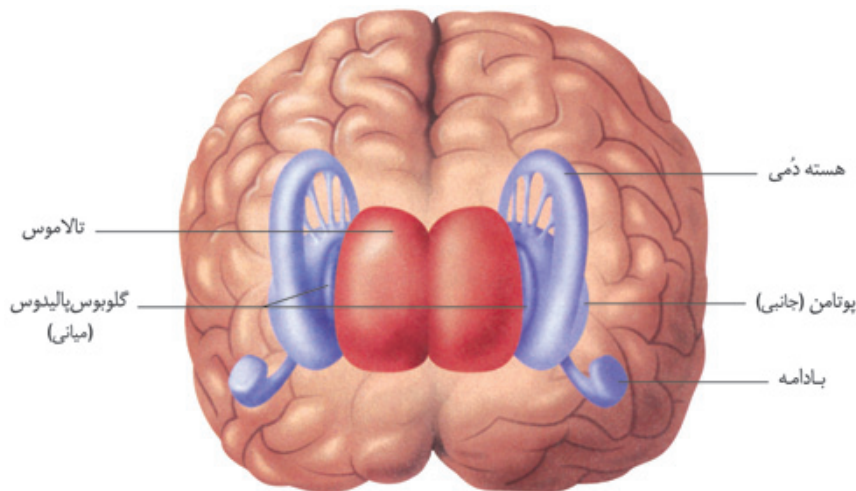
3. Fatemi



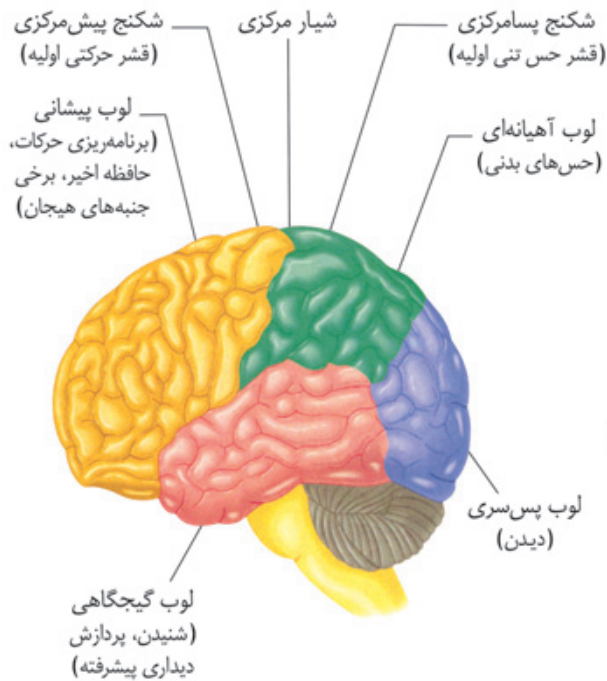
● نمودار ۷-۲. ب. ساختارهای اصلی مغز.



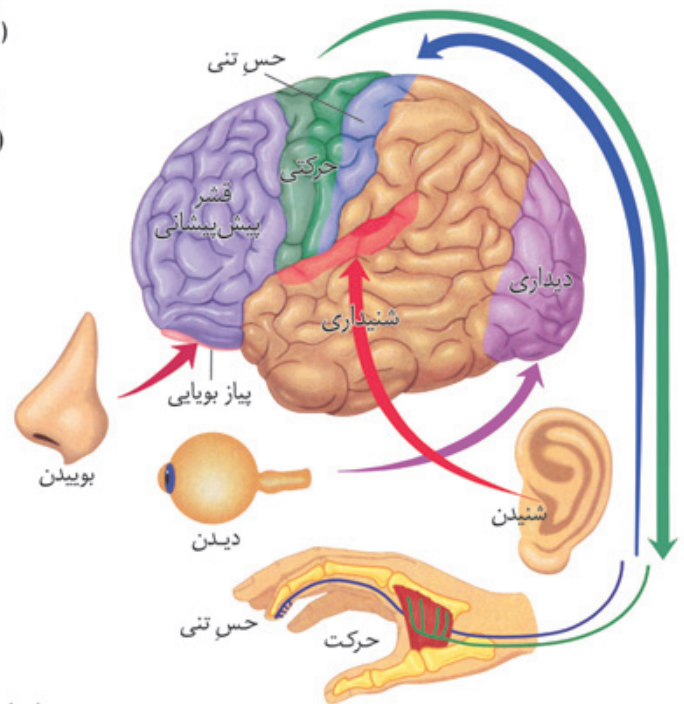
● نمودار ۷-۲. ج. دستگاه لیمبیک.



● نمودار ۷-۲. د. عقده‌های پایه.



(الف)



(ب)

● نمودار ۸-۲. برخی از تقسیمات اصلی قشر مخ و چند کارکرد اصلی آن.

تخصص‌های متفاوتی دارند. نیمکره‌ی چپ، ظاهراً مسئول اصلی فرایندهای کلامی و دیگر فرایندهای شناختی است. نیمکره‌ی راست هم ظاهراً در ادراک دنیای اطراف و خلق تصورات، بهتر عمل می‌کند. این دو نیمکره احتمالاً در اختلالات روانی نیز نقش متفاوتی را بازی می‌کنند. هر نیمکره از چهار ناحیه یا چهار لوب تشکیل شده است: گیجگاهی، آهیانه‌ای، پس‌سری و پیشانی (به نمودار ۸-۲ مراجعه کنید). هر یک از این لوب‌ها با فرایندهای متفاوتی ارتباط دارند. در سه ناحیه‌ی اول، لوب گیجگاهی، با بازشناسی مناظر و صداها و اندوزش حافظه‌ی بلندمدت سر و کار دارد؛ لوب آهیانه‌ای هم با بازشناسی حس‌های مختلف لامسه و زیر نظر گرفتن موضع بدن سر و کار دارد؛ لوب پس‌سری هم با یکپارچه کردن و معنی کردن دروندادهای دیداری. این سه لوب که در سمت عقب (خلفی) مغز قرار دارند، با هم علائم بنیادی، لمسی، شنیداری و دیگر علائم دریافتی از حواس را پردازش می‌کنند.

اما لوب پیشانی از لحاظ آسیب‌شناسی روانی، بیش از لوب‌های دیگر جالب است. به قسمت جلویی (یا قدامی) لوب پیشانی، قشر پیش‌پیشانی می‌گویند که مسئول کارکردهای شناختی عالی‌تر، مثل تفکر و استدلال، برنامه‌ریزی برای آینده و حافظه‌ی بلندمدت است. این ناحیه‌ی مغز، همه‌ی اطلاعات دریافتی از دیگر بخش‌های مغز را ترکیب می‌کند و در مورد نحوه‌ی پاسخدهی تصمیم می‌گیرد. همین قشر پیش‌پیشانی است که امکان می‌دهد با دنیای اطراف مان و

از لفظ لیمبیک آن است که اطراف لبه‌ی مرکز مغز قرار دارد. دستگاه لیمبیک که نقش عمده‌ای در آسیب‌شناسی روانی دارد، ساختارهایی مثل هیپوکامپ (اسب دریایی)، شکنج کمربندی (کمربند)، دیواره (تیغه) و بادامه (بادام) را در بر می‌گیرد که نام‌گذاری همه‌ی آنها به خاطر شکل‌شان است. دستگاه لیمبیک به تنظیم تجارب و ابراز هیجان و تا حدودی به توان یادگیری و کنترل تکانه‌ها کمک می‌کند. همچنین با سائق‌های بنیادی سکس، پرخاشگری، گرسنگی و تشنگی درگیر است.

عقدده‌های پایه در قاعده‌ی پیش‌مغز نیز شامل هسته‌ی دُمی می‌باشند. از آنجا که صدمه دیدن این ساختارها موجب تغییر حالت بدن یا پرش و لرزش می‌شود، آنها را مسئول کنترل فعالیت حرکتی می‌دانند. بعداً در همین فصل، برخی یافته‌های جالب در مورد رابطه‌ی این ناحیه با اختلال وسواس فکری-اجبار عملی را مرور می‌کنیم.

بزرگترین بخش پیش‌مغز، قشر مخ است که بیش از ۸۰ درصد همه‌ی نورون‌های دستگاه عصبی مرکزی را دارد. این بخش از مغز، ویژگی‌های انسانی متمایزی را تأمین می‌کند و امکان آینده‌نگری و برنامه‌ریزی، استدلال و خلق کردن را می‌دهد. قشر مخ به دو نیمکره تقسیم می‌شود. اگرچه این دو نیمکره از لحاظ ساختاری مثل هم هستند و نسبتاً مستقل عمل می‌کنند (هر دو می‌توانند ادراک کنند، بیندیشند و به یاد آورند) ولی تحقیقات اخیر نشان می‌دهد هر یک،