

آسیب‌شناسی روانی

علم و درمان اختلال‌های روان‌شناختی

جلد اول

ویراست سیزدهم

فهرست اجمالی

«جلد اول»

مقدمه

سخن مترجم

درباره نویسندگان

پیشگفتار

بخش اول- مقدمه و مسائل بنیادی

فصل ۱- مقدمه و مرور تاریخی

فصل ۲- پارادایم‌های کنونی در آسیب‌شناسی روانی

فصل ۳- تشخیص و ارزیابی

فصل ۴- شیوه‌های پژوهش در آسیب‌شناسی روانی

بخش دوم- بیماری‌های روان‌شناسی

فصل ۵- اختلال‌های خلق

فصل ۶- اختلال‌های اضطرابی

فصل ۷- اختلال‌های وسواس فکری - عملی و مرتبط و اختلال‌های مرتبط با تروما

فصل ۸- اختلال‌های گسستی و اختلال‌های نشانه تنی- مرتبط

فصل ۹- اسکیزوفرنیا

واژه‌نامه جلد اول

نمایه

«جلد دوم»

پیشگفتار

فصل ۱۰- اختلال‌های مصرف مواد

فصل ۱۱- اختلال‌های خوردن

فصل ۱۲- اختلال‌های جنسی و هویت جنسی

فصل ۱۳- اختلال‌های کودکی

فصل ۱۴- مرحله پایانی زندگی و اختلال‌های عصبی شناختی

فصل ۱۵- اختلال‌های شخصیت

بخش سوم- اختلال‌های رشدی در گستره عمر

فصل ۱۶- مسایل قانونی و اخلاقی

منابع

واژه‌نامه

نمایه

۷۷..... ژنتیک رفتاری

۷۸..... ژنتیک مولکولی

۸۰..... تعاملات ژن - محیط

۸۲..... ارزیابی پارادایم ژنتیک

۸۴..... پارادایم عصب‌شناسی

۸۵..... نورون‌ها و ناقل‌های عصبی

۸۷..... ساختار و کارکرد مغز انسان

۸۹..... دستگاه عصبی - درون‌ریز

۹۰..... دستگاه ایمنی

۹۳..... رویکردهای علوم اعصاب به درمان

۹۴..... ارزیابی پارادایم علوم اعصاب

۹۵..... پارادایم شناختی رفتاری

۹۵..... تأثیرات رفتاردرمانی

۹۷..... علوم شناختی

۹۸..... نقش ناهشیار

۹۹..... رفتاردرمانی شناختی

۱۰۱..... ارزیابی پارادایم شناختی رفتاری

عواملی که پارادایم‌ها را به هم نزدیک

۱۰۱..... می‌کنند

۱۰۲..... هیجان و آسیب‌شناسی روانی

۱۰۳..... عوامل اجتماعی - فرهنگی و آسیب‌شناسی روانی

۱۰۵..... عوامل بین شخصی و آسیب‌شناسی روانی

۱۱۲..... بیماری‌پذیری - استرس؛ یک پارادایم تلفیقی

۳

۱۱۶..... تشخیص و ارزیابی

۱۱۷..... پایه‌های تشخیص و ارزیابی

۱۱۷..... پایایی

۱۱۸..... اعتبار

۱۵..... مقدمه

۱۷..... سخن مترجم

۱۹..... درباره نویسندگان

۲۳..... پیشگفتار

بخش اول - مقدمه و مسائل بنیادی

۱

۳۵..... مقدمه و مرور تاریخی

۴۱..... تعریف اختلال روان‌شناختی

۴۱..... رنجوری شخصی

۴۲..... ناتوانی

۴۳..... نقض هنجارهای اجتماعی

۴۳..... کژکاری

۴۵..... تاریخچه آسیب‌شناسی روانی

۴۵..... دیوشناسی باستانی

۴۶..... تبیین‌های زیست‌شناختی آغازین

۴۷..... دوران تاریک سده‌های میانه و دیوشناسی

۴۸..... پیدایش تیمارستان‌ها

۵۳..... شکل‌گیری تفکر معاصر

۵۳..... دیدگاه‌های زیست‌شناختی

۵۵..... دیدگاه‌های روان‌شناختی

۶۸..... آیا از تاریخ درس گرفته‌ایم؟

۷۰..... حرفه‌های حوزه سلامت روان

۲

پارادایم‌های کنونی در

۷۴..... آسیب‌شناسی روانی

۷۵..... پارادایم ژنتیک

بخش دوم - بیماری‌های روان‌شناسی

۵

اختلال‌های خلق ۲۰۱

توصیف بالینی و همه‌گیری‌شناسی اختلال‌های

خلق ۲۰۲

اختلال‌های افسردگی ۲۰۲

اختلال‌های دوقطبی ۲۰۸

انواع فرعی اختلال‌های افسردگی و اختلال‌های دوقطبی ۲۱۳

علت‌شناسی اختلال‌های خلق ۲۱۵

عوامل ژنتیک ۲۱۵

کارکرد مغز: نواحی درگیر در هیجان ۲۱۸

دستگاه عصبی درون‌ریز: بی‌نظمی کورتیزول ۲۱۹

عوامل اجتماعی در افسردگی: سختی‌های کودکی، رویدادهای

زندگی، و مشکلات بین شخصی ۲۲۱

عوامل روان‌شناختی در افسردگی ۲۲۳

عوامل اجتماعی و روان‌شناختی در اختلال دوقطبی ۲۲۷

درمان اختلال‌های خلق ۲۳۰

درمان روان‌شناختی افسردگی ۲۳۰

درمان روان‌شناختی اختلال دوقطبی ۲۳۴

درمان زیستی اختلال‌های خلقی ۲۳۴

خودکشی ۲۴۱

همه‌گیری‌شناسی خودکشی و اقدام به خودکشی ۲۴۱

عوامل خطرناک خودکشی ۲۴۳

پیشگیری از خودکشی ۲۴۶

۶

اختلال‌های اضطرابی ۲۵۱

توصیف‌های بالینی اختلال‌های اضطرابی ۲۵۴

هراس‌های خاص ۲۵۴

اختلال اضطراب اجتماعی ۲۵۴

اختلال وحشت‌زدگی ۲۵۶

گذرهراسی ۲۵۸

اختلال اضطراب فراگیر ۲۵۹

طبقه‌بندی و تشخیص ۱۲۰

نظام تشخیصی انجمن روان‌پزشکی آمریکا: DSM-5 ۱۲۳

تغییرات در DSM-5 ۱۲۴

انتقادهای ویژه از DSM ۱۳۱

انتقادهای عمومی از تشخیص اختلال‌های روان‌شناختی ۱۳۴

ارزیابی روان‌شناختی ۱۳۶

مصاحبه‌های بالینی ۱۳۶

ارزیابی استرس ۱۳۹

آزمون‌های شخصیت ۱۴۱

آزمون‌های هوش ۱۴۷

ارزیابی رفتاری و شناختی ۱۴۹

ارزیابی عصبی - زیستی ۱۵۲

تصویرنگاری مغز: «دیلن» مغز ۱۵۲

ارزیابی ناقل عصبی ۱۵۵

ارزیابی عصبی - روان‌شناختی ۱۵۶

ارزیابی روانی - فیزیولوژیک ۱۵۸

هشدار درباره‌ی ارزیابی عصبی - زیستی ۱۵۹

تنوع فرهنگی و قومی و ارزیابی ۱۶۱

سوگیری فرهنگی در ارزیابی ۱۶۱

راهبردهایی برای دوری از سوگیری فرهنگی در ارزیابی ۱۶۲

۴

شیوه‌های پژوهش در

آسیب‌شناسی روانی ۱۶۶

علم و روش‌های علمی ۱۶۶

رویکردهای پژوهش در زمینه‌ی آسیب‌شناسی

روانی ۱۶۷

موردپژوهی ۱۶۸

روش همبستگی ۱۶۹

آزمایش ۱۸۰

تلفیق یافته‌های چند مطالعه ۱۹۴

۲۹۴	و اختلال‌های مرتبط.....
	عَلت‌شناسی اختلال‌های وسواس فکری - عملی و
۲۹۶	اختلال‌های مرتبط.....
	درمان اختلال‌های وسواس فکری- عملی و اختلال‌های
۲۹۹	مرتبط.....

اختلال استرس پس از تروما و اختلال استرس

۳۰۴	حاد.....
	توصیف بالینی و همه‌گیری‌شناسی اختلال استرس پس از
۳۰۴	تروما و اختلال استرس حاد.....
۳۰۸	عَلت‌شناسی اختلال استرس پس از تروما.....
۳۱۲	درمان اختلال استرس پس از تروما و اختلال استرس حاد.....

۸

اختلال‌های گسستی و اختلال‌های

۳۱۷	نشانهٔ تنی- مرتبط.....
۳۱۸	اختلال‌های گسستی (تجزیه‌ای).....
۳۲۰	اختلال دگرسان‌بینی خود/ دگرسان‌بینی واقعیت.....
۳۲۱	یادزدودگی گسستی.....
۳۲۵	اختلال هویت گسستی.....
۳۳۰	درمان DID.....

اختلال‌های نشانهٔ تنی و اختلال‌های

۳۳۲	مرتبط با آن.....
۳۳۳	توصیف بالینی اختلال نشانهٔ تنی.....
۳۳۵	توصیف بالینی اختلال اضطراب ناخوشی.....
۳۳۵	توصیف بالینی اختلال تبدیلی.....
۳۳۷	عَلت‌شناسی اختلال‌های نشانهٔ تنی - مرتبط.....
۳۴۴	درمان اختلال‌های نشانهٔ تنی و مرتبط.....

۹

۳۴۹	اسکیزوفرنیا.....
۳۵۱	توصیف‌های بالینی اسکیزوفرنیا.....
۳۵۱	علائم مثبت.....
۳۵۳	علائم منفی.....
۳۵۷	علائم اَشفته.....
۳۶۰	اسکیزوفرنیا و DSM-5.....

همبودی در اختلال‌های اضطرابی..... ۲۶۰

جنسیت و عوامل فرهنگی در اختلال‌های

۲۶۱	اضطرابی.....
۲۶۱	جنسیت.....
۲۶۱	فرهنگ.....

عوامل خطر ساز مشترک در میان اختلال‌های

۲۶۳	اضطرابی.....
۲۶۴	شرطی‌سازی ترس.....
۲۶۵	عوامل ژنتیکی.....
	عوامل عصبی زیست‌شناختی: مدار ترس و فعالیت ناقل‌های
۲۶۵	عصبی.....
۲۶۷	شخصیت: بازداری رفتاری و نوززگرایبی.....
۲۶۷	عوامل شناختی.....

عَلت‌شناسی اختلال‌های اضطرابی خاص..... ۲۶۹

۲۶۹	عَلت‌شناسی هراس‌های خاص.....
۲۷۱	عَلت‌شناسی اختلال اضطراب اجتماعی.....
۲۷۳	عَلت‌شناسی اختلال وحشت‌زدگی.....
۲۷۳	عوامل رفتاری: شرطی‌سازی کلاسیک.....
۲۷۶	عَلت‌شناسی گذرهراسی.....
۲۷۶	عَلت‌شناسی اختلال اضطراب فراگیر.....

درمان‌های اختلال‌های اضطرابی..... ۲۷۸

۲۷۸	جنبه‌های مشترک درمان‌های روان‌شناختی.....
۲۸۰	درمان‌های روان‌شناختی اختلال‌های اضطرابی خاص.....
۲۸۳	داروهایی که اضطراب را کاهش می‌دهند.....
	دارودرمانی برای بهبود یادگیری در طول درمان
۲۸۴	روان‌شناختی.....

۷

اختلال‌های وسواس فکری - عملی و

مرتبط و اختلال‌های مرتبط با تروما..... ۲۸۷

اختلال‌های وسواس فکری - عملی و مرتبط..... ۲۸۸

	توصیف‌های بالینی و همه‌گیری‌شناسی اختلال‌های وسواس
	فکری - عملی و مرتبط.....
۲۸۹	شیوع و همبودی اختلال‌های وسواس فکری- عملی

۳۷۵ عوامل روان‌شناختی

۳۷۸ عوامل رشدی

۳۸۱ درمان اسکیزوفرنیا

۳۸۱ درمان‌های دارویی

۳۸۶ درمان‌های روان‌شناختی

۳۹۵ واژه‌نامه

۴۲۳ نمایه

۳۶۲ علّت‌شناسی اسکیزوفرنیا

۳۶۲ عوامل ژنتیکی

۳۶۷ نقش ناقل‌های عصبی

۳۷۰ ساختار و کارکرد مغز

۳۷۳ اتصال‌پذیری در مغز

۳۷۳ عوامل محیطی مؤثر بر رشد مغز

WileyPLUS Learning Space

An easy way to help your students **learn, collaborate,** and **grow.**



Personalized Experience

Students create their own study guide while they interact with course content and work on learning activities.



Flexible Course Design

Educators can quickly organize learning activities, manage student collaboration, and customize their course—giving them full control over content as well as the amount of interactivity among students.



Clear Path to Action

With visual reports, it's easy for both students and educators to gauge problem areas and act on what's most important.

Instructor Benefits

Assign activities and add your own materials
Guide students through what's important in the interactive e-textbook by easily assigning specific content
Set up and monitor collaborative learning groups
Assess learner engagement
Gain immediate insights to help inform teaching

Student Benefits

- Instantly know what you need to work on
- Create a personal study plan
- Assess progress along the way
- Participate in class discussions
- Remember what you have learned because you have made deeper connections to the content

are dedicated to supporting you from idea to outcome.

WILEY

ارائه کرده است. علاوه بر آن، عوامل خطر ساز مشترک برای هر یک از اختلال‌ها نیز به صورت عناوین فرعی آن فصل توضیح داده شده است. هر کدام از اختلال‌ها از منظر رویکردهای مختلف به بحث گذاشته شده و در پایان این بخش روش‌های درمانی رایج و مؤثر هر اختلال به صورت جدول و تشریحی ارائه شده است. لازم به ذکر است که در پایان هر بحث اختصاصی، خلاصه آن نیز جهت مرور سریع برای خواننده فراهم آمده است.

در فصل آخر، موضوعات قانونی و اخلاقی در خصوص مسائل و مشکلات بسیار، از تشخیص تا درمان و حفظ حرمت و انسانیت و آزادی هر فردی که دارای اختلال است، به بحث گذاشته شده است.

در کل، مطالعه این کتاب ارزشمند را برای جویندگان دانش و مهارت بالینی به خصوص در قلمرو آسیب‌شناسی روانی از صمیم قلب توصیه می‌نمایم و مطمئن هستم که بعد از پایان مطالعه، آن چیزی را که به دنبال آن بودید با رضایت خاطر به دست خواهید آورد.

دکتر محمود دزکام

دانشیار روان‌شناسی بالینی

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

آسیب‌شناسی روانی موضوع مهمی در حوزه فعالیت روان‌شناسان بالینی و روان‌پزشکان است که هدف آن مطالعه سبب‌شناسی، بررسی روند شکل‌گیری، و توصیف علایم و نشانه‌های اختلال‌های روانی و شرح و توصیف اختلال‌های ذهنی و رفتاری است، که به طور تلویحی-تصریحی دلالت بر وجود نوعی نابهنجاری و ناسازگاری دارند. این شاخه از علم روان‌شناسی بالینی و روان‌پزشکی با تأکید بر ماهیت نشانه‌ها، علایم و طبقه‌بندی اختلال‌های روانی، دستیاران روان‌پزشکی و دانشجویان روان‌شناسی بالینی را برای تشخیص و تبیین اختلال‌های روانی یاری می‌دهد.

سازمان‌بندی موضوعی کتاب به گونه‌ای تنظیم شده است که در حد ممکن فراگیرندگان را با مصرف زمان کمتر با ماهیت آسیب‌شناسی روانی و بعد مفهومی و بالینی آن آشنا کند.

پس از معرفی هر مبحث و آشنا شدن با معیارهای تشخیصی و موارد بالینی، عواملی را که مطابق یافته‌های جدید در شکل‌گیری هر اختلال دخالت داشته‌اند به صورت جداگانه در حجم قابل قبول

دشوارتر خواهد بود. با وجود دشواری کار، در برگردان کتابی که در اختیار شماست، تلاش کردیم هم امانت‌دار باشیم، هم متنی روان و به‌آسانی قابل فهم برای شما خواننده گرامی فراهم کنیم، و هم تا آنجا که می‌توانستیم، از توانمندی‌های زبان فارسی بهره ببریم و پاسدار واژگان و دستور نگارش این زبان پُربار باشیم. ولی گاهی وام گرفتن واژه یا اصطلاح زبان مبدأ را گزینه بهتری یافتیم؛ زیرا نخست اینکه، گاهی در زبان مقصد، واژه یا اصطلاحی که بتواند معنی و مفهوم واژه یا اصطلاح زبان مبدأ را به‌طور کامل پوشش دهد، وجود ندارد و به همین دلیل، بهره‌گیری از جایگزینی با معنی دور از معنی اصلی یا حتی نزدیک به آن، ممکن است باعث کج فهمی شود. دوم اینکه، شاید وام گرفتن از واژگان زبان بیگانه، در مواردی بهتر از این باشد که خوانندگان در رویارویی با جایگزین‌های گوناگونی که مترجمان مختلف برمی‌گزینند، گیج و سردرگم شوند. سوم اینکه، وام گرفتن از زبان بیگانه، اگر درست و سنجیده انجام شود، می‌تواند به افزایش غنا و پویایی زبان فارسی کمک کند.

با همه تلاشی که کردیم، می‌دانیم که کارمان بی‌نقص نیست؛ بنابراین از شما خواننده گرامی خواهشمندیم که کاستی‌هایمان را با ایمیل به ما گوشزد کنید؛ پیشاپیش از انرژی و زمانی که برای کمک به ما صرف می‌کنید، سپاسگزاریم.

حمید شمسی‌پور

(hshamsipour@gmail.com)

تابستان ۱۳۹۶

امروزه زبان انگلیسی، به دلایلی که در این سخن مجال پرداختن به آن نیست، مهم‌ترین زبان علمی جهان است. برخی کشورهای انگلیسی زبان در زمینه پژوهش و انتشار یافته‌های علمی پیشتاز هستند؛ انتشار کتاب‌های دانشگاهی متکی بر جدیدترین یافته‌های پژوهشی، سابقه‌ای دیرین در این کشورها دارد. ارزش نهادن به کار دانشمندان نویسنده، سرمایه‌گذاری کلان و بهره‌گیری از فناوری‌های نوین در حوزه نشر، کیفیت کتاب‌های درسی دانشگاهی منتشر شده در این کشورها را در قیاس با کشورهای دیگر، بسیار بالاتر برده است. به همین دلیل، در شرایط کنونی، برگردان این دسته از کتاب‌ها ضروری و ارزشمند است. حتی در کشورهای پیشگام از لحاظ علم و فناوری، مانند ژاپن و آلمان، نیز در کنار پژوهش و تولید علم، برای ترجمه سریع و باکیفیت کتاب‌های درسی دانشگاهی از زبان علمی دنیا، بسیار تلاش می‌شود تا به‌ویژه دانشجویان بتوانند دانش علمی روز دنیا را به زبان کشور خودشان فراگیرند.

اما برگرداندن نوشتار علمی از زبانی به زبان دیگر، کاری است دشوار که نیازمند تسلط هم به زبان‌های مبدأ و مقصد و هم به آن شاخه علمی است؛ حال اگر مترجمان دغدغه امانت‌داری، یعنی برگردان درست و بی‌کم و کاست، دغدغه روان و آسان فهم بودن، و دغدغه پاسداشت زبان مقصد را نیز داشته باشند، کار بسیار

درباره نویسندگان



آن ام. کرینگ استاد روان‌شناسی دانشگاه کالیفرنیا در برکلی است، جایی که در آن ریاست دپارتمان را در ژوئیه ۲۰۱۵ به عهده خواهد گرفت. او درجه کارشناسی‌اش را از دانشگاه ایالتی بال و درجه کارشناسی ارشد و دکترای تخصصی‌اش را از دانشگاه ایالتی نیویورک در استونی بروک دریافت کرد. دوره انترنی‌اش در روان‌شناسی بالینی در بیمارستان یلویو و مرکز روان‌پزشکی قانونی کیربای، در نیویورک سپری شد. از ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۸ در دانشگاه وندربیلت تدریس می‌کرد. در سال ۱۹۹۹ به دانشکده روان‌شناسی در یوسی برکلی پیوست و دو نیم‌سال در جایگاه سرپرست برنامه علم بالینی و کلینیک روان‌شناسی خدمت کرد. در سال ۲۰۰۸ جایزه تدریس درخشان را از یوسی برکلی دریافت کرد. وی عضو شورای ویراستاری *بولتن اسکیزوفرنیا، مجله روان‌شناسی بالینی، و علم روان‌شناختی در پابلیک اینترنست، و ویراستار پیوسته سابق مجله روان‌شناسی بالینی، شناخت و هیجان، و روان‌شناسی کاربردی و پیشگیرانه* است. وی برای ریاست جامعه پژوهش در آسیب‌شناسی روانی برگزیده شد، و عضو شورای اجرایی جامعه علم عواطف است.

او جوایز گوناگونی برده است، از جمله جایزه محقق جوان از پیمان ملی پژوهش درباره اسکیزوفرنیا و افسردگی در سال ۱۹۹۷ و جایزه صندوق یادبود ژوزف زوبین در تأیید پژوهش او درباره اسکیزوفرنیا در سال ۲۰۰۶. در سال ۲۰۰۵ عضو انجمن علم روان‌شناختی شد. پژوهش‌های وی با کمک مالی برنامه



شری ال. جانسون استاد روان‌شناسی در دانشگاه کالیفرنیا در برکلی است، جایی که در آن برنامه کال مانیا^۱ (Calm) را مدیریت می‌کند، و استاد مهمان در دانشگاه لانکاستر انگلستان است. او درجه کارشناسی‌اش را از کالج سالم و درجه دکترای تخصصی‌اش را از دانشگاه پیتمبورگ دریافت کرد. دوره انترنی و فلوشیپ فوق دکترایش را در دانشگاه براون به پایان رساند، و از ۱۹۹۳ تا ۱۹۹۵ استادیار بالینی در دانشگاه براون بود. از ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۸ در گروه روان‌شناسی دانشگاه میامی تدریس می‌کرد، جایی که در آن سه بار با جایزه برتری در تدریس تحصیلات تکمیلی از

1. Cal Mania

این فرایندها بهره می‌گیرد. کارهای وی را پیمان ملی پژوهش درباره اسکیزوفرنیا و افسردگی، انستیتوی ملی سرطان، بنیاد ملی علم، و انستیتوی ملی سلامت روانی پشتیبانی مالی کرده‌اند. او بیش از ۱۷۵ مقاله و فصل منتشر کرده است، و یافته‌هایش در مجلات پیشگامی مانند مجله روان‌شناسی ناپهنجاری، بولتن روان‌شناختی، و مجله آمریکایی روان‌پزشکی منتشر شده است. او ویراستار مشترک چندین کتاب بوده است، از جمله درمان روان‌شناختی اختلال دوقطبی (نشر گیلفورد)، اختلال دوقطبی برای اشخاص تازه تشخیص داده شده (نشر نیو هاربینگر، و هیجان و آسیب‌شناسی روانی (انجمن روان‌شناسی آمریکا).

او قدردانی شد. در سال ۱۹۹۳ جایزه محقق جوان را از پیمان ملی پژوهش درباره اسکیزوفرنیا و افسردگی دریافت کرد. او ویراستار مشاور علم روان‌شناسی بالینی و مجله روان‌شناسی بالینی است. او ویراستار پیوسته روان‌شناسی کاربردی و پیشگیرانه و شناخت و هیجان بود، و در شورای ویراستاری شش مجله، شامل بولتن روان‌شناختی، خدمت کرده است. او در جایگاه دبیر جامعه پژوهش درباره آسیب‌شناسی روانی خدمت کرده و عضو آکادمی پژوهش پزشکی رفتاری و انجمن علم روان‌شناختی است.

کارهای او در ۲۵ سال گذشته بر شناخت عواملی متمرکز بوده است که روند شیدایی و افسردگی را پیش‌بینی می‌کنند. وی از پارادایم‌های اجتماعی، روان‌شناختی، و عصب‌زیستی برای شناخت

اندکی درباره تاریخچه نویسنده ...

شد. آن کرینگ در سال ۲۰۰۱ به این گروه پیوست، و در سال ۲۰۰۴ از شری جانسون خواست که به آنها بپیوندد، یعنی زمانی که کرینگ و جانسون همه مسئولیت‌های نویسنده‌ی را برعهده گرفتند. میراث دیویسون و نیل در این ویراست و همه ویراست‌ها باقی مانده است، و ما همیشه موهون این دو نویسنده پیشگامی هستیم که بسیاری از ویراست‌های این کتاب درسی را پدید آوردند و نوشتند. نزدیک پایان کارمان روی ویراست دوازدهم خبردار شدیم که جان نیل پس از یک بیماری طولانی درگذشته است. خیلی‌ها جای خالی او را به‌شدت احساس می‌کنند.

آن کرینگ و شری جانسون در ۱۰ سال گذشته تنها نویسندگان این کتاب بوده‌اند. ولی تاریخچه این کتاب به ۴۰ سال پیش بازمی‌گردد. در آن زمان، جرالد دیویسون و جان نیل برای به اشتراک گذاشتن تجربیاتشان در زمینه تدریس درس روان‌شناسی ناپهنجاری مقطع کارشناسی در دانشگاه ایالتی نیویورک در استونی بروک نشست برگزار کردند. دستاورد آن گفت و شنود، طرح کلی یک کتاب درسی بود که آنها تصمیم گرفتند برای نوشتن آن همکاری کنند، کتابی که با کتاب‌های موجود در آن زمان فرق داشت. ویراست نخست این کتاب، با نویسنده‌ی مشترک دیویسون و نیل در سال ۱۹۷۴ منتشر



جرالد سی. دیویسون استاد روان‌شناسی در دانشگاه کالیفرنیا جنوبی است. او پیش‌تر استاد و رئیس گروه روان‌شناسی در USC بود و در جایگاه مدیر آموزش بالینی هم خدمت کرد. او در چند سال گذشته رئیس مؤسسه آموزش عالی پیری‌شناسی یو اس سی داویس بود. وی درجه کارشناسی روابط اجتماعی را از هاروارد و درجه دکترای تخصصی روان‌شناسی را از استنفورد گرفت. او عضو انجمن روان‌شناسی آمریکا، عضو مؤسس انجمن علم روان‌شناختی، و عضو بنیان‌گذار و برجسته آکادمی درمان شناختی است. جایزه اعضای پیوسته USC برای

اجتماعی به عنوان ادبیات کلاسیک استنادی شناخته شده است. پژوهش‌های وی بر تحلیل‌های آزمایشی و فلسفی آسیب‌شناسی روانی، ارزیابی، تغییر درمانی، و روابط بین شناخت و مشکلات گوناگون رفتاری و هیجانی از طریق اندیشه‌های روشن او دربارهٔ پارادایم موقعیت‌های شبیه‌سازی شده تأکید داشته است.



برتری در تدریس، جایزهٔ آموزگار ممتاز، و جایزهٔ پیشرفت همیشگی انجمن درمان‌های رفتاری و شناختی از افتخارات دیگر اوست. کتابش به نام *رفتار درمانی بالینی*، که در سال ۱۹۷۶ به همراه ماروین گلدفرید نوشت و در سال ۱۹۹۴ به شکل گسترش یافته دوباره منتشر شد، در میان بیش از ۱۵۰ اثر منتشر شدهٔ اوست. این کتاب یکی از دو اثری است که از طرف شاخص استنادی علوم

جان ام. نیل استاد روان‌شناسی در دانشگاه ایالتی نیویورک در استونی بروک بود که در سال ۲۰۰۰ بازنشسته شد. درجه کارشناسی‌اش را از دانشگاه تورنتو و کارشناسی ارشد و دکترای تخصص‌اش را از دانشگاه وندر بیلت دریافت کرد. او جوایز بی‌شماری گرفت، از جمله جایزهٔ دورهٔ آغازین انجمن روان‌شناسی آمریکا (۱۹۷۴)، جایزه دانشمند برجسته از مجمع علم روان‌شناسی بالینی انجمن روان‌شناسی آمریکا (۱۹۹۱)، و جایزه عضویت پایدار از جامعهٔ پژوهش در زمینهٔ آسیب‌شناسی روانی (۲۰۱۱). او در کنار مقاله‌های بی‌شمارش در مجله‌های حرفه‌ای، کتاب‌هایی دربارهٔ اثرات خشونت پخش شده از تلویزیون بر کودکان، روش‌شناسی پژوهش، اسکیزوفرنیا، مورد پژوهی‌های روان‌شناسی نابهنجاری، و عوامل مؤثر روان‌شناختی بر سلامت، منتشر کرد. اسکیزوفرنیا محور اصلی پژوهش‌های او بود، و دربارهٔ اثر استرس بر سلامت هم پژوهش‌هایی داشته است.

دوباره قلمروهای جستجوی علمی کمک می‌کند و چشم‌انداز فهم کنونی ما را از اختلال‌های روان‌شناختی دگرگون می‌کند، همان‌طور که حرکت نورها در شکل نما چگونگی دیدن رنگ‌ها را دگرگون می‌کند. کتاب ما پیش از هر چیز بر پایه آخرین یافته‌ها درباره اختلال‌های روان‌شناختی استوار است. با پیدایش کشف‌ها و درمان‌های نو، درک ما در جهت مفهوم‌سازی بهتر اختلال‌های روان‌شناختی تغییر می‌یابد.

اهداف کتاب

ما در هر ویراست جدید جنبه‌های اصلی کتاب را روزآمد می‌کنیم، تغییر می‌دهیم، و کارآمدتر می‌کنیم تا هم ویژگی‌های علمی و هم ویژگی‌های آموزشی کتاب را بهبود بخشیم. ما همچنین، بسیار تلاش می‌کنیم تا مفاهیم پیچیده را با نثری دقیق، روشن، و امروزی بیان کنیم. حوزه‌های آسیب‌شناسی روانی و مداخله به طور فزاینده‌ای چندبعدی و فنی شده‌اند. بنابراین، یک کتاب درسی خوب روان‌شناسی ناپهنجاری باید توجه دقیق و متمرکز دانشجویان را جلب کند طوری که آنها بتوانند درکی عمیق و انتقادی از مسائل و یافته‌ها به دست آورند. بعضی از مهیج‌ترین پیشرفت‌ها در پژوهش‌های آسیب‌شناسی روانی و درمان که ما در این کتاب معرفی می‌کنیم، در حوزه‌های پیچیده‌ای مانند ژنتیک مولکولی، علوم اعصاب، و علوم شناختی به دست آمده است. به جای این‌که این مسائل پیچیده را بیش از حد ساده کنیم، چند ویژگی آموزشی جدید اضافه کرده‌ایم تا درک این مطالب بسیار مهم را بهبود بخشیم.

هدف ما از نوشتن این کتاب درسی، هم معرفی تازه‌ترین نظریه‌ها و پژوهش‌های حوزه آسیب‌شناسی روانی و مداخله و هم انتقال بخشی از شور و هیجان فکری است؛ هیجانی که با پژوهش برای یافتن پاسخ بعضی از گیج‌کننده‌ترین پرسش‌های پیش‌روی بشر مرتبط است. سعی ما بر آن است که دانشجویان را ترغیب کنیم تا همراه ما در فرایند اکتشاف مشارکت کنند، فرایندی که در آن شواهد موجود درباره ریشه‌های آسیب‌شناسی روانی و کارآمدی مداخله‌های خاص را بررسی می‌کنیم.

در این ویراست، هم‌چنین بر روش‌هایی تأکید می‌کنیم که

از چاپ نخستین ویراست این کتاب، نزدیک ۴۰ سال گذشته است. از آغاز، تمرکز کتاب بر متوازن کردن و در آمیختن پژوهش و کاربرد بالینی؛ به کارگیری پارادایم‌ها به‌عنوان مبنای سازمان‌دهی؛ و تلاش برای دگربر کردن خواننده در حل مسأله‌ای که متخصصان بالینی و دانشمندان به آن می‌پردازند، بوده است. این ویژگی‌ها، پایه و اساس ویراست‌های بعدی کتاب هم بوده‌اند، و ما از استقبال خوبی که از آن شده است، و شاید مهم‌تر از آن، تأییدی که کتاب در تمام این سال‌ها روی زندگی جمع بسیار زیادی از دانشجویان روان‌شناسی ناپهنجاری داشته است، هم شگفت‌زده و هم خوشحالیم.

در روزآمدسازی ویراست سیزدهم بر اساس DSM-5، باز هم بر پوشش پژوهشی جدید و جامع که مشخصه این کتاب بوده است و نیز بر گسترش ویژگی‌های آموزشی تأکید می‌کنیم. ما موردهای بالینی، نمودارها، جدول‌ها، و نوشته‌های توضیحی بیشتری اضافه کرده‌ایم تا مطالب دیگری را برای مخاطبان گسترده قابل فهم کنیم. اکنون بیش از هر زمان دیگر بر رویکرد تلفیقی تأکید می‌کنیم، یعنی نشان دادن این‌که چگونه می‌توان روان‌شناسی ناپهنجاری را با در نظر گرفتن دیدگاه‌های متعدد به بهترین شکل درک کرده، و این‌که این دیدگاه‌های متفاوت چگونه می‌توانند روشن‌ترین تبیین را، هم درباره علل این اختلال‌ها و هم درباره بهترین درمان‌های ممکن، در اختیار ما بگذارند.

تصویر روی جلد، شکل نمای (شهر فرنگ) نورها است که انتخاب شده است تا نشان‌دهنده عوامل بی‌شماری باشد که در اختلال‌های روان‌شناختی نقش دارند. این تصویر شماری از اصول کلیدی را درباره کتاب ما نشان می‌دهد. همان‌طور که لوله شکل نما مجموعه گسترده و متنوعی از الگوهای رنگی را ارائه می‌دهد، بسیاری از افراد نیز به‌طور متفاوت از اختلال‌های روان‌شناختی تأثیر می‌پذیرند. انسان‌ها را تعامل عصب زیست‌شناسی و محیط‌شان شکل می‌دهد، چیزی که مطالعه آسیب‌شناسی روانی به کلی در مورد آن است: پارادایم‌های متفاوت (ژنتیک، عصب‌پژوهی، شناختی- رفتاری) گرد هم می‌آیند تا شکل‌گیری و خط سیر اختلال‌های روان‌شناختی مختلف را شکل دهند. علم نیز به همین شیوه کار می‌کند. کشف‌های نو به شکل‌دهی

همه پارادایم‌ها مهم‌اند، تأکید می‌کنیم، مانند هیجان، جنسیت، فرهنگ، نژاد یا قومیت، وضع اجتماعی- اقتصادی و روابط بین فردی. به‌کارگیری بیش از یک پارادایم در مطالعه اختلال‌های روان‌شناختی، مسأله‌ای مرتبط است. ما به جای قرار دادن زوری کل یک حوزه در، برای نمونه، پارادایم شناختی- رفتاری، بر اساس اطلاعات موجود استدلال می‌کنیم که مسائل مختلف آسیب‌شناسی روانی در چارچوب‌های متفاوت قابل بررسی و تحلیل است. برای مثال، عوامل ژنتیکی در اختلال دوقطبی و اختلال کاستی توجه / بیش‌فعالی اهمیت دارد، اما ژن‌ها کارشان را از طریق محیط انجام می‌دهند. در اختلال‌هایی مانند افسردگی، عوامل شناختی- رفتاری بسیار مهم‌اند، اما ناقل‌های عصبی هم تأثیرگذارند. در مورد اختلال‌های دیگر- برای مثال، اختلال‌های گسستی- در نظر گرفتن عوامل شناختی دخیل در هشیاری نیز اهمیت دارد. علاوه بر این، اهمیت رویکرد بیماری‌پذیری- استرس به طور فزاینده روشن شده است. اطلاعات در حال ظهور نشان می‌دهد که نزدیک به همه اختلال‌های روان‌شناختی، از تعامل‌های ظریف بین زمینه ژنتیکی یا روان‌شناختی و رویدادهای استرس‌زای زندگی، به‌وجود می‌آیند. بحث ژنتیک و آسیب‌شناسی روانی را در سراسر کتاب ادامه داده‌ایم و وسعت بخشیده‌ایم.

پی در پی تأکید می‌کنیم که آسیب‌شناسی روانی به بهترین نحو با در نظر گرفتن چگونگی تأثیرگذاری ژن‌ها از طریق محیط، درک می‌شود. بنابراین، به جای پرسیدن این‌که در اختلالی خاص، ژن‌ها نقش مهم‌تری دارند یا محیط، تأکید می‌کنیم که هر دو عامل اهمیت دارند. اکتشاف‌های جدید هیجان‌انگیز، روشن کرده‌اند که طبیعت و تربیت با همدیگر مؤثر واقع می‌شوند، نه در تقابل با یکدیگر. یک رفتار خاص ممکن است بدون وجود ژن‌ها امکان‌پذیر نباشد. اما ژن‌ها، بدون محیط، نمی‌توانند خودشان را متجلی کنند و بنابراین در شکل‌گیری رفتار نقش داشته باشند. ژن‌ها در واکنش به انواع مختلف محیط به طور چشمگیر انعطاف‌پذیرند. در نتیجه، بشر در سازگاری با محیط‌های مختلف کاملاً انعطاف‌پذیر است. در این ویراست، چندین مثال برای برجسته کردن اینکه عوامل خطر ساز ژنتیکی، اجتماعی و شناختی چگونه با هم عمل می‌کنند، اضافه کرده‌ایم.

در این ویراست هم مطالب چشمگیری در خصوص نقش فرهنگ و قومیت در مطالعه آسیب‌شناسی روانی و مداخله گنجانده‌ایم. در فصل ۲، قسمت جداگانه‌ای آورده‌ایم که بر اهمیت فرهنگ و قومیت در تمام پارادایم‌ها تأکید می‌کند. در فصل‌های دیگر هم به نقش مهم فرهنگ و قومیت اشاره می‌کنیم. برای

با آنها می‌توانیم انگی را که متأسفانه هنوز با اشکال مختلف بیماری روانی همراه است، از بین ببریم. با وجود حضور همیشگی آسیب‌شناسی روانی، انگ مرتبط با آن می‌تواند عده‌ای را از جستجوی درمان و قانون‌گذاران ما را از تأمین بودجه کافی برای درمان و پژوهش باز دارد، و برخی اصطلاحات (مانند «دیوانه»، «خل» و «روانی») را به‌عنوان زبان عامیانه رایج و پذیرفته شده، حفظ کند. بنابراین، یکی دیگر از اهداف ما برای این کتاب، مبارزه با این انگ و ارائه دیدگاهی مثبت و امیدبخش درباره علل و درمان‌های ناخوشی روانی است.

تغییر دیگر این ویراست، بازتر کردن عنوان کتاب است. اصطلاحات قدیمی مانند روان‌شناسی ناپهنجاری از جهات مختلف منعکس‌کننده رد پای گذشته است، هر چند بسیاری از دروسی که علت‌شناسی و درمان اختلال‌های روان‌شناختی را پوشش می‌دهند، این عنوان را حفظ کرده‌اند. امیدواری ما این است که اصطلاح *روان‌شناسی ناپهنجاری* به‌زودی جایگزین شود. زیرا این اصطلاح ناخواسته به تداوم این انگ منجر می‌شود که اشخاص دچار اختلال‌های روان‌شناختی از بسیاری جهات "ناپهنجار" هستند. بحث ما این است که اشخاص مبتلا به اختلال‌های روان‌شناختی در درجه نخست انسان هستند و اصطلاح ناپهنجار می‌تواند بیش از اندازه فراخ شود و به‌اشتباه به زبان اشخاص دچار اختلال‌های روان‌شناختی تعبیر شود.

سازمان ویراست سیزدهم

در فصل‌های یک تا چهار، حوزه روان‌شناسی ناپهنجاری را در زمینه تاریخی آن قرار می‌دهیم، مفهوم پارادایم‌ها را در علم معرفی می‌کنیم، پارادایم‌های اصلی در آسیب‌شناسی روانی را توضیح می‌دهیم، ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5) را توصیف می‌کنیم، اعتبار و پایایی آن را به طور انتقادی بررسی می‌کنیم، شرح مختصری از رویکردهای اصلی و روش‌های سنجش بالینی در اختیار می‌گذاریم، و سپس شیوه‌های پژوهشی اصلی در این رشته را توضیح می‌دهیم. این فصل‌ها شالوده‌ای هستند که می‌توان فصل‌های بعدی را بر اساس آنها تفسیر و درک کرد. همانند ویراست دوازدهم، اختلال‌های خاص و درمان آنها را در فصل‌های ۵ تا ۱۵ بررسی می‌کنیم.

اهمیت دیدگاه‌ها، یا به گفته کوهن (۱۹۷۰ / ۱۹۶۲)، پارادایم‌های اصلی، موضوعی تکراری در این کتاب است. ما در سراسر کتاب، سه پارادایم اصلی را بررسی می‌کنیم: ژنتیک، علوم اعصاب، و شناختی رفتاری. هم‌چنین بر اهمیت عواملی که در

اختلال‌ها را پوشش می‌دهد.

پوشش جدید و گسترده

ما از ویژگی‌های جدید این ویراست، به راستی هیجان‌زده و خوشحالیم. برخی از مطالب جدید اصلی در این ویراست عبارت‌اند از:

فصل ۱: مقدمه و مرور تاریخی

مطالب جدید در مورد آنگ، شامل آخرین اخبار درباره قوانین فعلی و گروه‌های حمایتی/ پشتیبانی و تلاش‌های انجام شده برای کاهش آنگ.

برخی از بخش‌های تاریخ ساده‌تر و کارآمدتر شده است. بخش جدیدی درباره این که از تاریخ چه درسی می‌توانیم بگیریم. مطالب جدید درباره حرفه‌های سلامت روان.

فصل ۲: پارادایم‌های رایج در آسیب‌شناسی روانی

مطالب جدید در مورد عوامل فرهنگی که پارادایم‌ها را به هم نزدیک می‌کنند.

مطالب جدید درباره ژنتیک مولکولی شامل SNP ها، CNV ها و مطالعات ارتباط در سراسر ژنوم. پوشش به‌روزرشده آخرین یافته‌های علم عصب‌شناسی. پوشش به‌روزرشده کمک‌های علوم شناختی به پارادایم شناختی رفتاری.

مطالب به‌روزرشده در بحث ویژه مربوط به جنسیت و سلامت و عوامل اجتماعی اقتصادی و سلامت.

فصل ۳: تشخیص و ارزیابی

اطلاعات جدید درباره DSM-5، شامل پایایی کارآزمایی‌های میدانی، اطلاعات بیشتر درباره سنجش فرهنگی، و مطالب جدید درباره سنجش علائم.

اطلاعات جدید درباره ملاک‌های قلمروی پژوهش (RDOC).

ارائه مورد‌های بالینی برای تشخیص‌های DSM-5.

اطلاعات تشخیصی قدیمی‌تر به کادر بحث ویژه، که تاریخچه تشخیص‌گذاری را پوشش می‌دهد، منتقل شد.

اطلاعات به‌روزرشده در زمینه سوگیری فرهنگی در سنجش.

اطلاعات به‌روزرشده در زمینه مقیاس‌های اندازه‌گیری.

اطلاعات به‌روزرشده در زمینه کمتر گزارش کردن رفتارهای آنگ‌دار.

مثال، در فصل تشخیص و ارزیابی (۳)، در خصوص سوگیری فرهنگی در ارزیابی و راه‌های دور نگه داشتن خود از این گزینش‌گری در ادراک بحث کرده‌ایم. ما پوشش فرهنگ و قومیت را در اختلال‌های مصرف مواد به روز رسانی کرده‌ایم (فصل ۱۰).

موارد جدید در این ویراست

ویراست سیزدهم دگرگونی‌ها و افزوده‌های جدید و هیجان‌انگیزی دارد. ما مطالب جدید قابل توجهی در مورد تأثیر DSM-5 در هر فصل اضافه کرده‌ایم و بازم فصل‌ها را طوری سازمان داده‌ایم که منعکس‌کننده سازمان‌دهی DSM-5 باشد. حالا که DSM-5 در حال استفاده است، بیشتر مطالب مبتنی بر DSM-IV-TR حذف شده است. افزون بر این، ما به روزآمدسازی و نوآوری ادامه می‌دهیم. با عرض معذرت، نظریه‌هایی را که مؤثر واقع نمی‌شوند یا پشتوانه تجربی ندارند، دیگر پوشش نمی‌دهیم. با شکوفا شدن پژوهش روی هر اختلال، سراغ برجسته کردن شورانگیزترین و پذیرفته شده‌ترین نظریه‌ها، پژوهش‌ها، و درمان‌ها رفته‌ایم. این ویراست، همچون همیشه، صدها منبع روزآمد را در بر می‌گیرد. در سراسر کتاب، نوشته را کارآمدتر کرده‌ایم تا شفافیت ارائه درس را بیشتر کنیم و مسائل کلیدی این رشته را برجسته کنیم. شکل‌های بسیار بیشتری در متن گنجانده‌ایم تا عوامل ژنتیکی و شبکه‌های عصبی دخیل در اختلال‌های گوناگون را به‌دقت روشن کنیم. سرانجام، تصاویر جدیدی اضافه کرده‌ایم تا رویدادهای کنونی و اخبار مربوط به سلامت روان را منعکس کنیم.

ما بر اساس پسخورندهای دانشجویان و اساتید، به افزودن ویژگی‌های آموزشی بیشتر ادامه داده‌ایم. افزون بر کادرهای جدید مورد بالینی، تعدادی کادر جدید بحث ویژه هم اضافه کرده‌ایم تا نشان دهیم که اختلال‌های گوناگون در بافت زندگی اشخاص واقعی چگونه به نظر می‌رسند. افزون بر این، پرسش‌هایی جدید خودآزمایی را اضافه کرده‌ایم تا دانشجویان بتوانند به سرعت ببینند که آیا در حال یادگیری و یکپارچه‌سازی مطالب هستند یا خیر. از آنجا که شواهد، نشان دهنده اهمیت تفکر مولد در یادگیری است، بسیاری از پرسش‌های جدید از نوع «بازپاسخ» هستند. برای فراهم کردن نمونه‌های واقعی بیشتر و معرفی کاربردهای آسیب‌شناسی روانی برای دانشجویان، عکس‌های جدید بسیاری وجود دارد، شامل نمونه‌هایی از برخی از افراد بسیار موفق و شناخته‌شده که در سالیان گذشته برای بحث در مورد اختلال‌های روان‌شناختی خودشان پا پیش گذاشته‌اند. چکیده پایان فصل باز هم در همه فصل‌ها همسان است و توصیف‌ها، علل، و درمان‌های

فصل ۴: شیوه‌های پژوهش

مطالب جدید در زمینه مطالعات ارتباط در سراسر ژنوم (GWAS).
مطالب جدید درباره اثربخشی روان‌درمانی‌های قابل قبول از لحاظ فرهنگی

فصل ۵: اختلال‌های خلق

اضافه شدن یک مدل عامل دوگانه برای اختلال عاطفی فصلی.
توصیف شیوع بالای افسردگی در فرزندان مادران مبتلا به افسردگی.

اضافه شدن یک مطالعه مبتنی بر جمعیت عمومی که از ارتباط بین خلاقیت و اختلال دوقطبی حمایت می‌کند.

اضافه شدن یک توصیف بالینی غنی‌تر درباره شیدایی.
یافته‌های به‌روز در زمینه سازوکارهایی که چندریختی ناقل سروتونین ممکن است از طریق آنها با عوامل خطر ساز محیطی تعامل کند تا بر عوامل خطر ساز عصب‌زیستی و شناختی افسردگی اثر بگذارد.

بحث جدید درباره اهمیت سختی‌های دوران کودکی در افسردگی.
مطالب جدید در زمینه نقش استرس‌های میان‌فردی در افسردگی، و بحث در مورد اینکه آیا نشانه‌های افسردگی مرتبط با داغیدگی باید از سایر اشکال افسردگی متمایز گردد.
مطالعات جدید روی شواهد آینده‌نگر برای مدل‌های شناختی افسردگی.

نظریه و داده‌های جدید در زمینه سازوکارهای به‌وجود آورنده نشخوار ذهنی در افسردگی.

بحث ویژه جدید در مورد اینکه چگونه پژوهش روی سیتوکین‌ها، عوامل خطر ساز زیستی و اجتماعی افسردگی را به هم پیوند می‌زند.

آخرین گزارش‌ها درباره تعداد افرادی که داروهای ضدافسردگی را امتحان کرده‌اند.

داده‌های جدید درباره درمان مبتنی بر بهوشیاری برای افسردگی.
یافته‌های جدید در زمینه تحریک عمیق مغز.

داده‌های جدید در حیطه تحریک مغناطیسی فراجمجمه‌ای، که در حال حاضر از FDA برای افسردگی مقاوم به درمان مجوز دارد.

مطالب جدید در زمینه رویکردهای سلامت عمومی به پیش‌گیری از خودکشی.

فصل ۶: اختلال‌های اضطرابی

داده‌های جدید درباره شیوع و نتایج عملکردی اختلال‌های اضطرابی.

بهبود توصیف بالینی اختلال اضطراب فراگیر.

شواهد جدید درباره یک چندریختی ژنتیکی خاص که به همه اختلال‌های اضطرابی مربوط است (ژن PPARC1A) و یک چندریختی که به اختلال وحشت‌زدگی مربوط است (ژن نوروپتید SNPSR)

بحث بهتر در زمینه ماهیت آسیب‌دیدگی توجه در اختلال اضطراب.

مدارک جدید که نشان می‌دهد آموزش توجه می‌تواند منجر به کاهش پاسخ کورتیزول به استرس‌های روزمره شود.

خلاصه یافته‌ها در زمینه بهوشیاری و درمان‌های مبتنی بر پذیرش.

فصل ۷: اختلال‌های مرتبط با وسواس فکری - عملی و مرتبط با تروما

جزئیات بیشتر تر و مورد بالینی جدید برای پُربارتر کردن فهم ما از تصویر بالینی وسواس‌های فکری و عملی
داده‌های جدید درباره نرخ بالای گریز از کار مرتبط با اختلال بدریخت‌انگاری بدن.

بخش جدیدی که همه‌گیری شناسی اختلال وسواس فکری - عملی (OCD) و اختلال‌های مرتبط را به‌عنوان یک کل، مرور می‌کند، با توجه به اینکه شباهت‌های در خور توجهی بین این سه اختلال وجود دارد.

داده‌های جدید درباره وراثت‌پذیری اختلال‌های وسواس فکری - عملی و اختلال‌های مرتبط.

مطالعات جدیدی که نشان می‌دهد اختلال اندوزش مانند OCD و اختلال بدریخت‌انگاری بدن، با فعال‌سازی عصبی در نواحی مشابه مرتبط است.

مدل رفتاری جدید برای OCD، که بر سخت بودن کنار گذاشتن رفتاری که در گذشته تهدیدی را به‌طور مؤثر برطرف کرده است، تأکید می‌کند.

جزئیات بیشتر در مورد فرآیند اجرای مواجهه و پیش‌گیری از تشریفات در افراد مبتلا به OCD، با تأکید کم‌تر بر تاریخچه پدیدآیی این رویکرد.

بخش جدیدی در زمینه تحریک عمیق مغز در OCD.

اطلاعات جدید در زمینه تعریف اختلال استرس پس از ترمای (PTSD) پیچیده و دلایل اینکه چرا این اختلال به‌عنوان

مطالب جدید درباره فرهنگ و هیجان ابراز شده. یافته‌های جدید درباره خطر بالینی بالای اسکیزوفرنیا. مطالب جدید درباره مصرف حشیش به‌عنوان عاملی خطرناک برای اسکیزوفرنیا. مطالب به‌روزشده درباره داروهای ضدسایکوتک نسل یکم و دوم. مطالب به‌روزشده درباره درمان‌های روانی- اجتماعی اسکیزوفرنیا. کادر بحث ویژه جدید درباره تشخیص اشتباه اسکیزوفرنیا.

فصل ۱۰: اختلال‌های مصرف مواد

مطالعات جدید درباره شاخص‌های DSM-5 برای شدت اختلال‌های مصرف الکل و دارو. آمارهای جدید درباره مصرف همه داروها. مطالعات جدید درباره سیگارهای الکترونیکی. مطالعات جدید درباره ماری‌جوانا. مطالعات جدید درباره عصب‌شناسی اعتیاد. مطالعات جدید در مورد دخانیات و محرک‌ها، شامل کوکابین. درمان پژوهی‌های جدید درباره مصرف سیگار، الکل، و کوکابین. قسمت جدید درباره پاداش‌های درنگیده در مقابل پاداش‌های فوری در عصب زیست‌شناسی اعتیاد.

فصل ۱۱: اختلال‌های خوردن

قسمت گسترش یافته درباره اختلال پرخوری، هم‌راستا با گنجاندن آن در DSM-5، شامل پیامدهای جسمی و پیش‌آگهی. اطلاعات جدید درباره درمان شناختی رفتاری بی‌اشتهایی اطلاعات جدید درباره درجه‌بندی شدت همه اختلال‌های خوردن در DSM-5. مطالب جدید درباره پیش‌گیری از اختلال‌های خوردن.

فصل ۱۲: اختلال‌های جنسی

توصیف گنج‌نگار دقیق‌تر آلت تناسلی. مطالعات موردی جدید درباره اختلال ارگاسم و اختلال نظریاتی جنسی. داده‌های جدید درباره شیوع مصرف غیرمجاز تستسترون، و اثرات جانبی جنسی استفاده از آن. اشاره به اینکه در بیش از ۲۰ کارآزمایی، درمان شناختی- رفتاری (CBT) برای اختلال‌های کژکاری جنسی بررسی شده است. آمارهای به‌روزشده درباره نرخ موفقیت روش درمانی خودارضایی هدایت شده برای اختلال‌های ارگاسم.

یک خرده نوع در DSM-5 قرار نگرفته است. مورد بالینی جدید برای PTSD که بر دانشجویی که مورد تجاوز قرار گرفت، تمرکز دارد. بحث اصلاح شده درباره هیپوکامپ، که نه تنها به سازمان‌دهی خاطرات کمک می‌کند بلکه آنها را در بافتار نیز قرار می‌دهد، و اینکه این موضوع چگونه ممکن است به PTSD منجر شود. پوشش مشخص‌کننده PTSD برای دگرسان‌بینی خود یا دگرسان‌بینی واقعیت.

فصل ۸: اختلال‌های گسستگی و اختلال‌های مرتبط با نشانه تنی

توضیحات بیش‌تر درباره اشکال متفاوت گسستگی. جزئیات بیش‌تر درباره مشکلات موجود در برآورد شیوع اختلال‌های گسستگی بازسازمان‌دهی برای پوشش دادن مباحثات در مورد حافظه به‌عنوان بخشی از بحث در زمینه یادزدگی گسستگی موردپژوهی جدید برای یادزدگی گسستگی، خرده نوع گریز. آخرین یافته‌ها در مورد شیوع بالای نشانه‌های دگرسان‌بینی خود و دگرسان‌بینی واقعیت در میان دانشجویان، و معمول‌ترین تجارب گسستگی انتقادات جدید در خصوص مورد بالینی سایبیل شواهد جدید در زمینه هزینه‌های پزشکی درمان اختلال‌های نشانه تنی. جزئیات بیش‌تر در مورد چگونگی ارتباط اختلال‌های نشانه تنی با اختلال‌هایی با علت‌شناسی مناقشه‌برانگیز نظریه به‌روزشده درباره اینکه آیا شیوع اختلال تبدیلی به راستی در گذر زمان تغییر کرده است. بحث درباره نوروفیدبک برای کنترل درد نمونه‌ای جدید از هیستری جمعی که یک جنبه اجتماعی مهم اختلال تبدیلی را نشان می‌دهد. توضیحات بهتر درباره فنون شناختی برای اختلال‌های نشانه تنی. داده‌های جدید نتیجه درمان درباره اختلال‌های نشانه تنی.

فصل ۹: اسکیزوفرنیا

پژوهش جدید در حوزه ژنتیک مطالب جدید درباره اسکیزوفرنیا و مغز. قسمت جدید درباره اتصال‌پذیری مغزی.

اطلاعات جدید درباره اختلال طیف درخودماندگی.

فصل ۱۴: مرحله پایانی زندگی و اختلال‌های عصبی-شناختی.

قسمت جدید درباره نتایج منفی درونی‌سازی کلیشه‌های منفی در مورد پیری.

داده‌های جدید درباره ژن‌های خاص و عملکرد ایمنی در بیماری آلزایمر.

اطلاعات جدید درباره شیوع زوال عقل پیشانی-گیجگاهی (FTD).
اطلاعات به‌روزرشده در مورد کارآزمایی‌های پیش‌گیری.
اطلاعات جدید درباره برنامه‌های آموزشی حافظه برای بیماران مبتلا به زوال عقل.

فصل ۱۵: اختلال‌های شخصیت

تأکید بر تأثیر فراگیر شخصیت در طیف وسیعی از نتایج.
داده‌های اضافه شده درباره مصاحبه‌های بالینی ساختارنیافته،
با اشاره به پایایی ضعیف بین ارزیابان در کارآزمایی‌های میدانی DSM-5 و ضعف اعتبار در مقایسه با مصاحبه‌های ساختاریافته.

بحث درباره یافته‌های چندین مطالعه که نشان می‌دهند،
اختلال‌های شخصیت در دوره نوجوانی شایع‌تر است، شیوع
آن در خلال زندگی کاهش می‌یابد، و این که بسیاری از افراد
از اختلال‌های شخصیت بهبود می‌یابند.

توصیف بالینی غنی‌تر در سرتاسر فصل، و نمونه‌های جدیدی
از شرح مورد بالینی برای روشن‌سازی اختلال شخصیت
پارانویید، اختلال شخصیت ضداجتماعی، و اختلال شخصیت
وسواس فکری-عملی. باز سازمان‌دهی برای بحث در مورد
شواهدی که نشان می‌دهد وراثت، سبک‌های فرزندپروری
و بهره‌کشی از کودکان به‌عنوان عوامل خطر ساز شایع در
همه اختلال‌های شخصیت اهمیت دارند. علت‌شناسی
اختلال‌های شخصیت خاص، تنها بر اختلال‌هایی متمرکز
شد که پژوهش‌های بیشتری درباره آنها در دسترس است.

بحث ویژه جدید در مورد تصاویر رسانه‌ای از سایکوپاتی.
بحث ویژه جدید در مورد اینکه آیا خودشیفتگی در گذر زمان در
بین دانشجویان در حال افزایش است یا خیر.

اطلاعات جدید به‌دست آمده از مطالعات روی دوقلوهای ناهمسان
درباره وزن نسبی خطر خانوادگی و بهره‌کشی در احتمال ابتلا
به اختلال شخصیت مرزی.

جزئیات بیشتر درباره مداخلات شناختی برای کزکاری‌های جنسی.
اطلاعات جدید درباره درصد افرادی که به شیوه‌های آزارگری-
آزارخواهی جنسی دست زده‌اند.

جزئیات بیشتر درباره ملاک‌های تشخیصی DSM-5 برای
بچه‌بازی.

داده‌های جدید درباره مشکلات عصبی-شناختی و هوش‌بهر
پایین‌تر در میان مردانی که تشخیص بچه‌بازی می‌گیرند.
مطالب به‌روزرشده درباره علت‌شناسی بچه‌بازی و زورگویی جنسی،
با توجه به این ایده که ممکن است مسیرهای چندگانه‌ای به
هر دو مشکل وجود داشته باشد.
شواهد پژوهشی برای نقش تکانش‌گری در انحراف‌های جنسی
اضافه شد.

توصیف روش درمانی اشیاع برای انحراف‌های جنسی.
اطلاعات جدید در مورد آزادی‌های مدنی و تشخیص‌های
انحراف‌های جنسی.

فصل ۱۳: اختلال‌های دوره کودکی

مطالب به‌روزرشده درباره اختلال کاستی توجه / بیش‌فعالی
(ADHD).

مطالب جدید درباره نرخی شیوع، عوامل خطر ساز، و درمان
ADHD در دوره کودکی و گسترش اطلاعات درباره ADHD
در دوره بزرگسالی.

اطلاعات جدید درباره عوامل ژنتیک و اختلال سلوک.
اطلاعات جدید درباره پیش‌گیری از اختلال سلوک.
مطالب جدید درباره اختلال انفجار متناوب.

مطالب جدید درباره اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر.
اطلاعات جدید درباره ژنتیک، علوم اعصاب، و پیش‌گیری از
اختلال سلوک.

اطلاعات جدید درباره درمان اضطراب در کودکی.
اطلاعات جدید درباره علت‌شناسی افسردگی در کودکی.
مطالب به‌روزرشده درباره نارساخوانی.
مورد بالینی جدید در مورد نارساخوانی.

مطالب جدید درباره داروهای محرک در کودکی.
به‌روزرسانی داده‌ها در زمینه شیوع همه اختلال‌ها.
مطالب به‌روزرشده درباره عوامل ژنتیکی در اختلال طیف
درخودماندگی.

مطالب به‌روزرشده در کادر بحث ویژه که مباحثه‌های این حوزه را
پوشش می‌دهد.

مطالب را درون‌سازی کنند. این چکیده‌ها به دانشجویان کمک خواهد کرد تا ارتباط ذهنی خود را با مسائل چندوجهی و پیچیده‌ای که مطالعه آسیب‌شناسی روانی آکنده از آنها است، حفظ کنند.

چکیده‌های پایان فصل. چکیده‌های پایان هر فصل به شکل فهرست‌وار بازنویسی شده است. در فصل‌های ۵ تا ۱۵، این چکیده‌ها را بر اساس توصیف‌های بالینی، علت‌شناسی، و درمان سازمان می‌دهیم - بخش‌های اصلی هر فصل اختلال‌ها را پوشش می‌دهد. به عقیده ما این قالب، مرور و به خاطر سپاری مطالب را برای خوانندگان آسان‌تر خواهد کرد. در حقیقت، حتی توصیه می‌کنیم که دانشجو این قسمت را قبل از شروع خود فصل مطالعه کند تا از آنچه پیش رو دارد، برداشت درستی به دست آورد. سپس، بازخوانی چکیده بعد از خواندن خود فصل، فهم دانشجو را بهتر خواهد کرد و درکی فوری از آنچه فقط با یک‌بار خواندن فصل آموخته شده است، فراهم خواهد کرد.

پرسش‌های خودآزمایی. در هر فصل، بین ۳ تا ۶ کادر مهیا کرده‌ایم که پرسش‌هایی درباره مطالب پوشش داده شده می‌پرسند. این پرسش‌ها طرح می‌شود تا دانشجو را در ارزیابی درک خود و یادسپاری مطالب یاری کند، و نیز نمونه‌هایی از انواع پرسش‌ها را که اغلب در امتحانات درسی مطرح می‌شود، در اختیارشان بگذارد. پاسخ پرسش‌های این کادرها، در پایان هر فصل، درست پیش از فهرست واژه‌های کلیدی، داده شده است. ما معتقدیم که وقتی دانشجویان از آغاز تا پایان فصل پیش می‌روند، این پرسش‌ها کمک‌کار مفیدی برای آنها خواهد بود.

واژه‌نامه. وقتی اصطلاحی مهم معرفی می‌شود، با رنگ تیره‌تر مشخص و بلافاصله تعریف می‌شود یا مورد بحث قرار می‌گیرد. بیشتر این اصطلاح‌ها را دوباره در پایان کتاب می‌آوریم، که در این صورت، این طور برجسته نخواهند شد. همه این اصطلاح‌ها یک‌بار دیگر در پایان هر فصل فهرست می‌شود و تعاریف آنها در انتهای کتاب در قسمت واژه‌نامه می‌آید.

جدول DSM-5. صفحه‌های پایانی کتاب شامل خلاصه‌ای است از نظام نام‌گذاری روان‌پزشکی ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، که به اختصار DSM-5 گفته می‌شود. این قسمت، یک راهنمای مناسب در خصوص جایگاه اختلال‌های خاص در نظام رده‌بندی یا طبقه‌بندی

داده‌هایی درباره ارتباط سبک‌های فرزندپروری با اختلال شخصیت خودشیفته و وابسته.

بحث بیش‌تر درباره معانی ضمنی اختلال شخصیت وابسته برای نتایج.

بحث ساده‌تر و روان‌تر درباره عوامل خطر ساز اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلال شخصیت مرزی، و روان‌درمانی اختلال شخصیت مرزی.

فصل ۱۶: مسائل قانونی و اخلاقی

بازسازمان‌دهی برای افزایش قابلیت فهم. مطالب جدید درباره ناتوانی عقلی و مجازات اعدام. کادر مورد بالینی جدید. اطلاعات جدید درباره ایالت‌های خاص و دفاع جنون.

طرح‌های ویژه برای خواننده دانشجو

ویژگی‌های گوناگون این کتاب طراحی شده است تا تسلط بر مطالب و لذت بردن از آنها را برای دانشجویان آسان‌تر کند.

کادرهای مورد بالینی. در سراسر کتاب تعدادی مورد بالینی جدید اضافه کرده‌ایم و بر اساس DSM-5 به‌روزرسانی کرده‌ایم تا زمینه‌ای بالینی برای آن دسته از نظریه‌ها و پژوهش‌ها فراهم کنیم که بخش عمده‌ای از توجه ما را در فصل‌ها به خود جلب می‌کنند، و نیز به روشن کردن معنای کارهای تجربی آسیب‌شناسان روانی و متخصصان بالینی در زندگی واقعی کمک کنیم.

کادرهای بحث ویژه. در سراسر کتاب، تعداد زیادی بحث عمیق درباره موضوعات انتخابی را در کادرهای بحث ویژه قرار داده‌ایم. این طرح به ما امکان می‌دهد که خواننده را طوری درگیر موضوعات تخصصی کنیم که از روانی متن عادی نگاهد. گاهی کادرها، موضوعی از داخل متن را شرح و بسط می‌دهند؛ گاهی به مسأله‌ای مستقل اما مرتبط، که اغلب بحث‌انگیز هم هست، می‌پردازند. در این ویراست، چند کادر جدید افزوده‌ایم و چند کادر قدیمی‌تر را جایگزین کرده‌ایم. کادرهای اضافه شده، نمونه‌های واقعی از زندگی اشخاص دچار اختلال‌های گوناگون را بازنمایی می‌کنند.

چکیده‌های کوتاه. در تمام فصل‌ها چکیده‌های کوتاه را اضافه کرده‌ایم تا به دانشجویان امکان دهیم که مکث کنند و

- **پیمانه یادگیری انطباقی** ORION که زمان یادگیری را بیشینه می‌کند.
- **ویدیوهای مورد پژوهی**، دیدگاهی فراگیر دربارهٔ ۱۶ اختلال روان‌شناختی به نمایش می‌گذارند. این ویدیوها بر اساس DSM-5 به روز شده است. ناتان فرایدکن، سازنده فیلم‌های مستند با همکاری آن کرینگ و شری جانسون این ویدیوها را ساخته است. هر ویدیوی موردپژوهی ۷ تا ۱۰ دقیقه است و اشخاص دچار اختلال‌های روان‌شناختی و خانواده‌های آنان را در بافتار زندگی‌شان به تصویر می‌کشد و علایم را از دید خود آنها توصیف می‌کند. افزون بر این، هر ویدیو اطلاعات کوتاه دربارهٔ گزینه‌های درمانی در دسترس و تفسیر یک متخصص سلامت روان را فراهم می‌کند.
- **ویدیوهای روان‌شناسی وایلی** مجموعه‌ای شامل بیش از ۵۰ فیلم کوتاه را ارائه می‌کند که مفاهیم روان‌شناسی بالینی را در رویدادهای روز به کار می‌برند.
- **آزمون‌های تمرینی**. این آزمون‌ها راهی در اختیار دانشجویان می‌گذارد تا پیش از امتحانات، خودشان را از لحاظ تسلط بر مطالب درسی بیازمایند. هر آزمون تمرینی، شامل «جای خالی را پر کنید»، کاربرد، و پرسش‌های چندگزینه‌ای است که پسخوراند فوری فراهم می‌کنند. هر پرسش با یک هدف یادگیری در کتاب مرتبط است تا دانشجویان را در تسلط بر مفهوم یاری کند.
- **فلش کارت‌ها**. این کارت‌های تعاملی به دانشجویان امکان می‌دهد که دانش خود را دربارهٔ اصطلاحات و واژه‌نامه به‌آسانی بررسی کنند.
- **منابع اینترنتی**. پیوندهای اینترنتی نوشته شده در حاشیهٔ صفحات کتاب، منابع الکترونیکی روان‌شناسی را در بافتار درس روان‌شناسی تحولی‌تان قرار می‌دهد.

آموزگاران از فضای یادگیری وایلی پلاس چه چیزی دریافت می‌کنند؟

- مطالب تدریس و سنجش‌های آماده‌ای که به آموزگاران کمک می‌کند از وقت‌شان استفادهٔ بهینه کنند:
- گنجینه‌ای از بُرش‌های ویدیویی کوتاه با کاربری عالی در کلاس درس.
- راهنمای آموزگار که رابرت اگبرت از دانشگاه والوالا آماده کرده است، برای کمک به آموزگاران برای بیشینه

«رسمی»، در اختیار خواننده می‌گذارد. ما استفادهٔ قابل ملاحظه‌ای از DSM-5 می‌کنیم، اما به‌صورت گزینشی و گاهی انتقادی. گاهی احساس می‌کنیم که بررسی نظریه‌ها و پژوهش‌های مربوط به مسأله‌ای خاص با شیوه‌ای متفاوت از مفهوم‌سازی DSM، مؤثرتر است.

محیط تدریس و یادگیری

فضای یادگیری وایلی پلاس (Wiley Plus)

فضای یادگیری وایلی پلاس چیست؟ جایی است که در آن دانشجویان می‌توانند یاد بگیرند، همکاری کنند، و رشد کنند. دانشجویان از راه تجربهٔ شخصی، راهنمای مطالعهٔ خود را پدید می‌آورند، در حالی که با محتوای درس تعامل می‌کنند و روی فعالیت‌های یادگیری کار می‌کنند.

فضای یادگیری وایلی پلاس کارآمدی یادگیری انطباقی را با یک کتاب درسی الکترونیکی پویا برای درس‌تان ترکیب می‌کند - ابزارهایی به شما می‌دهد تا فعالیت‌های یادگیری را به‌سرعت سازمان‌دهی کنید، مشارکت دانشجویان را مدیریت کنید، و درس‌تان را طوری سفارشی کنید که هم بر محتوا و هم بر اندازه تعامل بین دانشجویان کنترل کامل داشته باشید.

آموزگاران می‌توانند:

- فعالیت‌ها را تعیین کنند و مطالب خودشان را بیافزایند.
- با تعیین آسان محتوای مشخص، دانشجویان را به‌سوی مطالب مهم در این کتاب درسی الکترونیکی هدایت کنند.
- گروه‌های یادگیری مشارکتی را تشکیل دهند و بر آن نظارت کنند.
- به‌درگیر شدن دانشجویان در مطالب کمک کنند.
- از مجموعه‌ای پیچیده از ابزارهای گزارش‌نویسی و تشخیص‌گذاری که بینش بیشتری دربارهٔ فعالیت کلاسی فراهم می‌کنند، سود ببرند.

در www.wileyPluslearningspace.com بیشتر بیاموزید. اگر پرسشی دارید، با نمایندهٔ وایلی خودتان تماس بگیرید.

دانشجویان از فضای یادگیری وایلی پلاس چه چیزی دریافت می‌کنند؟

- **نسخهٔ دیجیتال** کتاب درسی کامل با رسانه‌ها و آزمون‌های همراه آن.

kring سر بزنیید یا با نمایندۀ اوایی در شهر یا کشور خودتان تماس بگیرید تا نمایش زندۀ اوایی پلاس را برای شما ترتیب دهند.

سپاسگزاری

ما از کمک‌های کارکنان و همکاران‌مان سپاسگزاریم، زیرا با یاری آنها بود که این ویراست توانست کتابی باشد که در اختیار شماست. به طور خاص، از کار جوردن تارپ بی‌اندازه قدردانی می‌کنیم؛ کسی که برای ایجاد، مدیریت، و ویراست بخش منابع کتاب که همیشه در حال گسترش است، کارهای بسیار زیادی انجام داد. شری، از مرکز مطالعات پیشرفته در علوم رفتاری در دانشگاه استنفورد، به‌خاطر جای دنج و آرامی که در اختیار گذاشت، و از تریسلا سوتو و آماندا توماس، به‌خاطر کمک خستگی‌ناپذیرشان در جستجوی ادبیات پژوهش، از عمق وجود خود سپاسگزار است. شری، از پُل بلانس نیز به‌خاطر پیشنهادهای بی‌شمارش دربارهٔ چگونگی جان دادن به مطالب، از کیت هارکنس به‌خاطر اندیشه‌هایش دربارهٔ یافته‌های جدید هیجان‌انگیز، و از اندرو پکهام به‌خاطر راه‌حل‌های بی‌نقص او برای ساده‌سازی مطالب پیچیده، سپاسگزار است. ما از مهارت‌ها و از خودگذشتگی کارکنان اوایی نیز سود برده‌ایم. در این ویراست باید از اشخاص زیادی سپاسگزاری کنیم. به‌ویژه از مدیر اجرایی، کریس جانسون؛ مدیر فروش ارشد، مارگارت بارت؛ سردبیر ارشد تولید، ساندریا ریگیبای؛ و ویراستار ارشد عکس، بیلی رای سپاسگزاریم. ما از کمک بی‌دریغ و پشتیبانی به‌هنگام کریستن موچی، دستیار سردبیر نیز متشکریم.

دانشجویان و همکاران دانشگاه هراگاهی نظرات‌شان را دربارهٔ کتاب برای ما نوشته‌اند؛ ما همیشه از ارتباط‌ها استقبال می‌کنیم. خوانندگان می‌توانند به نشانی sljohnson@berkeley.edu و akring@berkeley.edu برای ما رایانامه بفرستند.

در پایان و مهم‌تر از همه از مهم‌ترین اشخاص زندگی‌مان به خاطر پشتیبانی و دلگرمی همیشگی‌شان در طی مسیر، صمیمانه قدردانی می‌کنیم. سپاس عمیق ما به آنجلاهاوک (AMK) و دانیل رُز (SLJ) تعلق می‌گیرد، کسانی که این کتاب با عشق و قدردانی به آنها تقدیم می‌شود.

سپتامبر ۲۰۱۴

آن ام. کورینگ، برکلی، کالیفرنیا

شری ال. جانسون، برکلی، کالیفرنیا

کردن یادگیری دانشجویان طراحی شده است. این راهنما پیشنهادها را تدریس برای هر فصل را ارائه می‌کند، از جمله پیش درآمد سخنرانی، شرح و بسط سخنرانی، بحث‌ها و فعالیت‌های کلاسی، تکلیف بیرون از کلاس، منابع اینترنتی و چاپی، و مانند آن.

- هر فصل یک **ارائه سخنرانی به کمک پاورپوینت** را در برمی‌گیرد که استفانی سیتینیک از دانشگاه پیتسبورگ، با ترکیبی از مفاهیم کلیدی، شکل‌ها و جدول‌ها، و مثال‌هایی از کتاب درسی، آماده کرده است.
- **ارائه‌های پاورپوینتی پربار شده چندرسانه‌ای**، شامل پیوندهای منابع چندرسانه‌ای است که می‌توانید به آسانی مطابق با نیازهایتان تغییر دهید.
- **بانک آزمون**، که ریکا هاول از کالج جامعه فنی فورسیت آن را آماده کرده است، در قالب نرم‌افزار Word یا از طریق Respondus یا Diploma در دسترس است. پرسش‌ها در دسترس آموزگاران است تا نسخه‌های گوناگونی از یک آزمون را با برهم زدن ترتیب همه پرسش‌هایی که در نسخه Word بانک آزمون پیدا می‌شود، به‌وجود بیاورند و چاپ کنند. بانک آزمون بیش از ۱۰۰ پرسش چندگزینه‌ای، درست – نادرست، وارد کردن متن، و انشایی برای هر فصل دارد. هر پرسش به یک نتیجه خاص در یادگیری دانشجویان مرتبط شده است، و پاسخ‌های درست به‌همراه ارجاع به منبع آن در متن فراهم شده است.
- **کتاب کلاس: اوایی پلاس** دسترسی فوری به گزارش‌ها دربارهٔ روند عملکرد کلاسی، بهره‌گیری دانشجو از مطالب درسی، پیشرفت در راستای اهداف یادگیری، و اطلاعات کمکی را فراهم می‌کند.

برای یادگیری بیشتر

برای بازبینی نمونه‌هایی از برنامه پُرا تدریس و یادگیری روان‌شناسی نابهنجاری: علم و درمان اختلال‌های روان‌شناختی، به سایت www.wiley.com/college/sc/

بخش اول

مقدمه و مسائل بنیادی

مقدمه و مرور تاریخی

اهداف یادگیری

۱. بتوانید معنای انگ را در ارتباط با اشخاص دچار اختلال‌های روان‌شناختی شرح دهید.
۲. بتوانید تعاریف مختلف اختلال روان‌شناختی را توصیف و مقایسه کنید.
۳. بتوانید توضیح دهید که چگونه علل و درمان‌های اختلال‌های روان‌شناختی در طول تاریخ تغییر کرده است.
۴. بتوانید آن دسته از نیروهای تاریخی را که به شکل‌گیری دیدگاه کنونی ما درباره اختلال‌های روان‌شناختی کمک کرده‌اند، توصیف کنید. از جمله دیدگاه‌های زیست‌شناختی، روان‌تحلیل‌گری، رفتاری، و شناختی.
۵. بتوانید حرفه‌های مختلف سلامت روان، شامل آموزش مورد نیاز و مهارت به‌دست آمده را شرح دهید.

مورد بالینی: جک

جک از جمع‌های خانوادگی وحشت داشت. خانه پدر و مادرش مملو از برادران او و خانواده‌هایشان می‌شد، و تمام بچه‌های کوچک با سروصدای زیاد این طرف و آن طرف می‌دویدند. پدر و مادرش مصرانه از او می‌خواستند که «اجتماعی» باشد، حتی اگر او ترجیح می‌داد تنها باشد. او می‌دانست که بچه‌ها به او «عمو جک دیوانه» می‌گویند. حتی فهمیده بود برادر کوچک‌ترش کوین، وقتی چند روز پیش برای دیدن مادرشان آمده بود، او را جک دیوانه نامیده است. مادر، کوین را سرزنش و به او یادآوری کرد که جک با داروی جدیدش عملکرد بسیار خوبی داشته است. مادرش گفته بود «اسکیزوفرنیا یک بیماری است». بیش از ۲ سال بود که جک به خاطر دوره حاد اسکیزوفرنیا در بیمارستان بستری نشده بود. اگرچه هنوز صداهایی می‌شنید، یاد گرفته بود که پیش مادرش درباره آنها حرف نزند زیرا آن وقت مادرش او را در مورد خوردن داروهایش دعوا می‌کرد یا انواع سؤال‌ها را درباره این که آیا لازم است به بیمارستان برگردد یا نه، می‌پرسید. جک امیدوار بود که به زودی بتواند از خانه پدر و مادرش به آپارتمان خودش نقل مکان کند. مالک آخرین آپارتمانی که جک می‌خواست آن را اجاره کند، وقتی فهمید که او بیماری روانی دارد، درخواستش را رد کرد. پدر و مادرش هر دو باید اجاره‌نامه را امضا می‌کردند و ناخواسته گفتند جک با بیماری‌اش بسیار خوب کنار می‌آید. صاحب‌خانه درباره بیماری پرسید، و وقتی آنها اسم اسکیزوفرنیا را بردند، او به طور محسوس آشفته و نگران شد. صاحب‌خانه همان شب تلفن کرد و گفت آپارتمان اجاره رفته است. وقتی پدر جک اصرار کرد، صاحب‌خانه اذعان کرد که «دنبال دردرس نمی‌گردد» و نگران است که افرادی مثل جک خشونت‌آمیز باشند.

مورد بالینی: فلیشیا

او از دیدار با روان‌شناس لذت می‌برد زیرا کمکش می‌کرد تا یاد بگیرد که چطور با آزار و اذیت بچه‌های دیگر برخورد کند و چگونه بهتر توجه کند. دارو خیلی کمکش کرد- او می‌توانست بهتر تمرکز کند و دیگر به اندازه قبل جواب سؤال‌ها را نمی‌پراند. فلیشیا، اکنون در دبیرستان بسیار خوشحال‌تر است. او جمع مهربانی از دوستان صمیمی دارد و نمره‌هایش بهتر از هر زمان دیگری است. هر چند هنوز گاهی وقت‌ها تمرکز کردن برایش دشوار است، روش‌هایی یاد گرفته است تا به وسیله آنها با حواس‌پرتی‌اش کنار بیاید. او مشتاقانه منتظر مدرسه عالی است، و امیدوار است که بتواند وارد مدرسه ایالتی طراز اول شود. مشاور راهنمایی تحصیلی، دلگرمش کرده است و عقیده دارد که نمره‌ها و فعالیت‌های فوق برنامه‌اش در تنظیم تقاضانامه قوی، مؤثر خواهد بود.

همه ما سعی می‌کنیم دیگران را درک کنیم. تعیین این‌که چرا شخصی دیگر، کار خاصی انجام می‌دهد یا احساس به خصوصی دارد، آسان نیست. در حقیقت، همیشه احساس‌ها و رفتارهای خودمان را هم درک نمی‌کنیم. پی بردن به این‌که چرا مردم به شیوه‌های بهنجار و قابل پیش‌بینی رفتار می‌کنند، به حد کافی دشوار است؛ درک رفتارهای نابهنجار، مانند رفتار جک و فلیشیا می‌تواند حتی دشوارتر باشد.

فلیشیا دلش نمی‌خواست به سال‌های آغازین تحصیلش فکر کند. دبستان، دوران چندان خوشی نبود. نمی‌توانست ساکت و آرام بنشیند یا به خوبی از دستورالعمل‌ها پیروی کند. اغلب، وقتی که نوبت سخن گفتن او نبود، جواب سؤال‌ها را می‌پراند، و به نظر می‌رسید که هرگز نمی‌تواند نوشته‌های کلاسی را بدون اشتباهات فراوان به پایان برساند. حتی اگر این مسأله خیلی ناراحت‌کننده نبود، دختران دیگر اغلب به او می‌خندیدند و توهین می‌کردند. او هنوز زمانی را که سعی کرد در خلال زنگ تفریح به گروهی از دختران ملحق شود، به یاد دارد. آنها مدام فرار می‌کردند، با هم درگوشی حرف می‌زدند، و می‌خندیدند. وقتی فلیشیا پرسید چه چیزی این‌قدر خنده‌دار است، یکی از دختران خندید و گفت، «تو بیش‌فعالی، دخترا! توی کلاس خیلی وول می‌خوری، حتمی کک به تنبانت افتاده!».

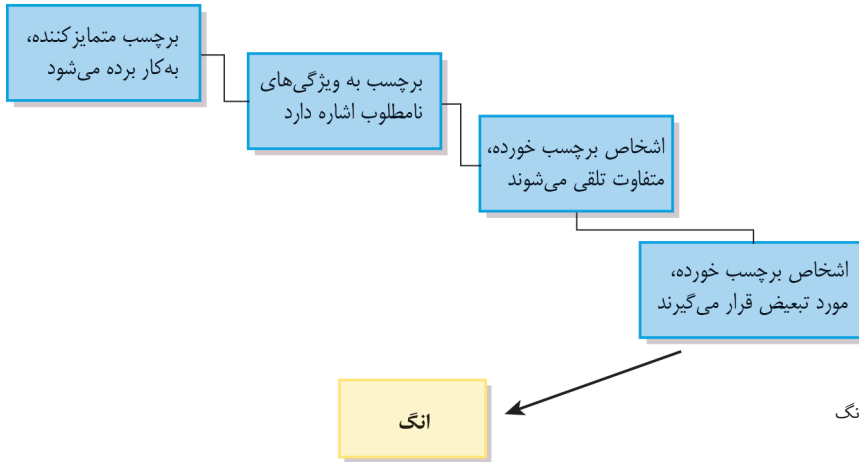
وقتی فلیشیا کلاس چهارم را شروع کرد، پدر و مادرش او را پیش روان‌شناس بردند. او تعدادی آزمون انجام داد و به انواع سؤال‌ها جواب داد. روان‌شناس در پایان این جلسات آزمون‌گری، فلیشیا را دچار اختلال کاستی توجه / بیش‌فعالی (ADHD) تشخیص داد. فلیشیا به روان‌شناس دیگری مراجعه کرد، و متخصص روان‌پزشکی اطفال داروی ریتالین برای او تجویز کرد.

همه ما تلاش می‌کنیم دیگران را درک کنیم. تعیین اینکه چرا شخصی دیگر چیزی را انجام می‌دهد یا احساس می‌کند، دشوار است. در واقع، ما همیشه احساسات و رفتارهای خودمان را هم درک نمی‌کنیم. فهمیدن اینکه چرا اشخاص به گونه‌های نابهنجار یا قابل انتظار رفتار می‌کنند، به اندازه کافی دشوار است؛ درک رفتار به‌ظاهر نابهنجار، مانند رفتار جک و فلیشیا، حتی می‌تواند دشوارتر باشد.

در این کتاب، توصیف، علل، و درمان‌های شماری از اختلال‌های روان‌شناختی گوناگون را بررسی خواهیم کرد. هم‌چنین چالش‌های بی‌شماری را که متخصصان در این حوزه با آنها روبه‌رو هستند، شرح خواهیم داد. وقتی که به مطالعه **آسیب‌شناسی روانی** روی می‌آورید، یعنی رشته‌ای که به ماهیت، شکل‌گیری، و درمان اختلال‌های روان‌شناختی می‌پردازد، به خاطر داشته باشید که این رشته پیوسته در حال تحول و افزودن یافته‌های جدید است. در ادامه خواهید دید که گیرایی و اهمیت رشته، همیشه رو به افزایش است.

یک چالش که در مطالعه روان‌شناسی نابهنجاری با آن روبه‌رو هستیم، حفظ عینیت یا بی‌طرفی خودمان است. موضوع مورد مطالعه ما، یعنی رفتار انسان، موضوعی شخصی و به شدت اثرگذار است و حفظ عینیت را دشوار می‌سازد. همه‌گیری و تأثیرات بالقوه مختل‌کننده آسیب روانی، در زندگی خودمان مداخله می‌کند. کیست که افکار یا احساس‌های نامعقول را تجربه نکرده باشد؟ بیشتر ما کسی را، از دوستان یا بستگان مان، می‌شناسیم که رفتارشان ناراحت‌کننده و فهم آن دشوار است، و می‌دانیم که تلاش برای درک و یاری‌رسانی به شخصی که از مشکلات روان‌شناختی رنج می‌برد، تا چه حد می‌تواند ناامیدکننده و ترسناک باشد. می‌توانید ببینید که این تأثیر شخصی

چهار ویژگی انگ



شکل ۱-۱. چهار ویژگی انگ

موضوع مورد مطالعه ما، واداران می‌کند که آگاهانه و قاطعانه برای حفظ عینیت و بی‌طرفی خودمان تلاش کنیم. روی دیگر این سکه، آن است که نزدیکی ما به موضوع مورد مطالعه، به جذابیت و فریبندگی ذاتی آن می‌افزاید؛ دروس روان‌شناسی بالینی یا روان‌شناسی ناپهنجاری در دوره کارشناسی، در زمره پرتعدادترین دروس، نه فقط در گروه‌های روان‌شناسی، بلکه در تمام برنامه‌های آموزشی دانشگاهی است. احساس آشنایی با موضوع مورد مطالعه، ما را به سمت مطالعه آسیب‌شناسی روانی جلب می‌کند، اما این احساس یک عیب آشکار هم دارد: تصورات پیش‌انگاشته خودمان درباره چیسستی موضوع مورد نظر را، وارد مطالعه می‌کنیم. هر یک از ما روش‌های خاصی برای تفکر و بحث درباره اختلال‌های روان‌شناختی فرا گرفته‌ایم، واژه‌ها و مفهومی‌های خاصی که به هر دلیلی درست به نظر می‌رسند. وقتی که این کتاب را می‌خوانید و سعی دارید اختلال‌های روان‌شناختی مورد بحث در آن را درک کنید، اجازه دهید از شما بخواهیم که برای تفکر و بحث، روش‌هایی متفاوت از آنچه را که به آنها عادت دارید، انتخاب کنید. شاید چالش‌سازتر از همه این باشد که نه تنها باید تصورات پیش‌انگاشته خودمان درباره اختلال‌های روان‌شناختی را بشناسیم، بلکه باید با آنها مبارزه کنیم و برای تغییر دادن انگ که اغلب با این بیماری‌ها تداومی می‌کنیم، تلاش کنیم. انگ به باورها و نگرش‌های مخرب اشاره دارد که یک جامعه به آن اعتقاد دارد و به گروه‌هایی از مردم نسبت داده می‌شود که به نحوی متفاوت تلقی می‌شوند، مانند اشخاص دچار اختلال‌های روان‌شناختی. به بیان دقیق‌تر، انگ چهار ویژگی دارد (نگاه کنید به شکل ۱-۱):

۱. برجسبی که در مورد گروهی از مردم به کار می‌رود تا آنها را از دیگران متمایز کند (برای مثال، «دیوانه»).
۲. جامعه برجسب‌ها را به ویژگی‌های غیرعادی یا نامطلوب پیوند می‌زند (برای مثال، دیوانه‌ها خطرناکند).
۳. اشخاصی که برجسب خورده‌اند، به طور اساسی متفاوت از دیگران تلقی می‌شوند، که به ذهنیت «ما» در مقابل «آن‌ها» دامن می‌زند (برای مثال، ما مثل آن دیوانه‌ها نیستیم).
۴. اشخاصی که برجسب خورده‌اند، به طور غیرمنصفانه مورد تبعیض قرار می‌گیرند (برای مثال، کلینیک اشخاص دیوانه نباید در همسایگی ما ساخته شود).

مورد جک نشان می‌دهد که انگ چگونه می‌تواند به تبعیض بیانجامد. جک به دلیل اسکیزوفرنیا از یک آپارتمان محروم شد. به عقیده صاحب‌خانه، اسکیزوفرنیای جک به معنای آن بود که وی خشونت‌آمیز خواهد شد. اما این عقیده بیشتر مبتنی بر افسانه است تا واقعیت. احتمال این که یک شخص دچار اختلال روان‌شناختی، خشونت‌آمیز

شود، ناگزیر، بیشتر از احتمال خشونت‌آمیز شدن یک شخص بدون اختلال نیست (استیدمن، مولوی، موناها، و همکاران، ۱۹۹۸؛ سوانسون، هولزر، گانجر، و جونو ۱۹۹۰). هر چند، در صورتی که اشخاص مبتلا به اختلال‌های روان‌شناختی درمان دریافت نکنند، ممکن است خشن شوند (تورای، ۲۰۱۴).

همان‌طور که خواهیم دید، درمان اشخاص دچار اختلال‌های روان‌شناختی در سراسر تاریخ مکتوب، به‌طورکلی خوب نبوده است، و این موضوع در انگ‌دار کردن آنها نقش داشته است، به گونه‌ای که جامعه به طور معمول آنها را خشن جلوه داده و از آنها دوری کرده است. در گذشته، درمان‌های دردناک و عذاب‌آور، برای عموم مردم علاج‌های معجزه‌آسا توصیف می‌شد، و حتی امروزه، اصطلاحاتی مثل «دیوانه»، «خل»، «عقب‌مانده» و «روانی» به راحتی به کار می‌رود، بدون ملاحظه اشخاصی که به راستی از اختلال‌های روان‌شناختی رنج می‌برند و این اهانت‌ها و احساس‌ها و رفتارهای بسیار رنج‌آوری که آنها از آن یاد می‌کنند، واقعیت زندگی روزمره آن‌هاست. مورد‌های جک و فلیشیا نشان می‌دهد که استفاده رنج‌آور از چنین اسم‌های نستجیده و بی‌معنایی تا چه حد می‌تواند آزاردهنده باشد.

با وجود افزایش دانش مردم درباره علل اختلال‌های روان‌شناختی، این اختلال‌ها یکی از بدنام‌ترین امراض در قرن بیست و یکم باقی مانده است (هین‌شاو، ۲۰۰۷). در سال ۱۹۹۹، دیوید ساچر، رئیس کل بهداری ایالات متحده، در گزارش ابتکاری‌اش درباره بیماری روانی نوشت که انگ «بزرگ‌ترین مانع در مقابل پیشرفت‌های آتی در حوزه بیماری روانی و سلامت روانی» است (وزارت سلامت و خدمات انسانی آمریکا، ۱۹۹۹). متأسفانه، بیش از ۱۵ سال بعد، این گفته هنوز درست است.

امیدواریم که در سراسر این کتاب، با نشان دادن آخرین یافته‌ها درباره ماهیت، علل و درمان‌های این بیماری‌ها، و با از میان بردن افسانه‌ها و سایر پندارهای نادرست، با این انگ مبارزه کنیم. به‌عنوان بخشی از این تلاش، سعی خواهیم کرد که با گنجاندن توصیف‌های افراد واقعی دچار اختلال‌های روان‌شناختی در فصل‌های بعد، شأن و حیثیتی انسانی به این اختلال‌ها ببخشیم. سایر راه‌های مبارزه با انگ در بحث ویژه ۱-۱ ارائه شده است.

اما شما باید در این مبارزه کمک کنید، چرا که فقط کسب دانش پایان عمر انگ را تضمین نمی‌کند (پن، چمبرلین، و میوزر، ۲۰۰۳). همان‌طور که در فصل ۲ خواهیم دید، در ۲۰ سال گذشته درباره عوامل مؤثر عصبی - زیستی بر اختلال‌های روان‌شناختی، مانند ناقل‌های عصبی و عوامل ژنتیک، بسیار آموخته‌ایم. بسیاری از کارداران و طرفداران حوزه سلامت روان امیدوار بودند که هر چه مردم درباره علل عصبی - زیستی اختلال‌های روان‌شناختی بیشتر بیاموزند، این اختلال‌ها کمتر انگ‌دار خواهد شد. اما نتایج یک مطالعه جدید نشان می‌دهد که این ممکن است درست نباشد (پسکوسولیدو، مارتین، لانگ و همکاران، ۲۰۱۰). دانش مردم افزایش یافته است ولی متأسفانه انگ کاهش نیافته است. در این مطالعه، پژوهش‌گران نگرش‌ها و دانش مردم درباره اختلال‌های روان‌شناختی را در دو نقطه زمانی بررسی کردند: ۱۹۹۶ و ۲۰۰۶. در مقایسه با ۱۹۹۶، بیشتر احتمال داشت که مردم در ۲۰۰۶ معتقد باشند که اختلال‌های روان‌شناختی همچون اسکیزوفرنیا، افسردگی، و اعتیاد به الکل علت عصبی - زیستی دارند، ولی انگ مربوط به این اختلال‌ها کاهش نیافت. در واقع، در برخی موارد افزایش یافت. برای نمونه، مردم در ۲۰۰۶ کمتر احتمال داشت مایل باشند شخصی دچار اسکیزوفرنیا همسایه‌شان باشد تا در ۱۹۹۶. آشکار است که برای کاهش انگ باید کار شود.

تلاش‌های تازه برای کاهش انگ، در بهره‌گیری رسانه‌های اجتماعی و ابزارهای دیگر برای رساندن این پیام که اختلال‌های روان‌شناختی شایع‌اند و به گونه‌ای بر همه ما اثر می‌گذارند، بسیار خلاقانه بوده‌اند. در حقیقت، در یکی از بزرگ‌ترین و جدیدترین مطالعات همه‌گیری‌شناختی (برای اطلاعات بیش‌تر درباره همه‌گیری‌شناسی، نگاه کنید به فصل ۴) گزارش شد که شیوع عمری هرگونه اختلال روان‌شناختی در ایالات متحده، ۴۶/۴ درصد بود (کسلر، برگلوند، دملر و همکاران، ۲۰۰۵)، که بیانگر این است که حدود نیمی از جمعیت ایالات متحده در عمر خود ممکن است دچار نوعی اختلال روان‌شناختی شوند. بسیاری از اشخاص در وبلاگ‌هایشان به‌صورت تند و صریح درباره زندگی‌شان با اختلال‌های روان‌شناختی گوناگون حرف زده‌اند، و اینها کمک به روشن‌سازی و در نتیجه انگ‌زدایی از آن را توجیه می‌کند. برای نمونه، آلی براش وبلاگی به نام "Hyperbole and a Half" می‌نویسد و تجربه‌هایش را درباره

بحث ویژه ۱-۱

مبارزه با انگ: یک رویکرد راهبردی

کاهش خواهد داد (کوریکان، واتسون، هایرمن، و همکاران، ۲۰۰۵). حرف زدن با قانونگذاران ایالتی درباره اهمیت قوانین غیرتبعیض‌آمیز کاری است که همه ما می‌توانیم انجام دهیم تا به مباره با انگ در این حوزه کمک کنیم.

استخدام، نرخ بیکاری در میان اشخاص دچار اختلال‌های روان‌شناختی بی‌اندازه بالا است، با وجود قیود قانون آمریکاییان دچار ناتوانی (ADA) که بازداشتن اشخاص دچار اختلال‌های روان‌شناختی از به‌دست آوردن یا حفظ یک شغل را غیرقانونی اعلام می‌کند. طنز بی‌رحمانه در اینجا این است که تنها تعداد اندکی از دعوای ADA به تبعیض شغلی در مورد اشخاص دچار اختلال‌های روان‌شناختی مربوط می‌شود (شاید چون اشخاص دچار اختلال‌های روان‌شناختی به خاطر انگ مربوط به ناخوشی‌شان می‌ترسند یا پیش بگذارند)، اگرچه آماده کردن این دعوای، دست‌کم از لحاظ هزینه، در زمره آسان‌ترین‌ها است (برای نمونه، هزینه وقت گذاشتن برای درمان را با طراحی دوباره و ساخت محل دسترسی‌پذیر برای صندلی چرخدار مقایسه کنید). آموزش بیشتر در زمینه مهارت‌های مرتبط با شغل، مانند فراهم کردن مزایای آموزشی فوق‌العاده برای کسانی که اختلال روان‌شناختی تحصیلات‌شان را محدود کرده است، در مورد فرصت‌های شغلی سودمند خواهد بود. همچنین، آموزش در زمینه مهارت‌های اجتماعی مرتبط با محل کار و برنامه‌های ساختار یافته دیگر برای کمک به موفقیت در محل کار هدفی مهم است.

تبعیض، اشخاص دچار اختلال روان‌شناختی، به‌ویژه اختلال‌های مصرف مواد، سرانجام سر از زندان در می‌آورند تا از بیمارستان، زندان‌های شهری بزرگ، مانند زندان ایالتی لس‌آنجلس، جزیره رایبر در نیویورک، و زندان ایالتی کوک در شیکاگو، اکنون بیش از هر بیمارستانی، عمومی یا خصوصی، در ایالات متحده اشخاص دچار اختلال روان‌شناختی را در خود جای می‌دهند. بسیاری از مشکلات مرتبط با مواد، نخست در دستگاه قضایی تشخیص داده می‌شود، و اشخاص ممکن است به درمان فشرده‌تری برای برطرف کردن مشکلات پایه‌ای مصرف مواد نیاز داشته باشند. در زندان کمترین درمان ارائه می‌شود یا درمانی ارائه نمی‌شود، و بنابراین زندان جای مناسبی برای اشخاص دچار اختلال‌های روان‌شناختی نیست. بسیاری از ایالت‌ها قوانین درمان سریایی یاری شده (AOT) را تصویب کرده‌اند که درمان سریایی با دستور دادگاه را به جای دوره زندان برای اشخاص مبتلا به اختلال‌های روان‌شناختی فراهم می‌کنند.

راهبردهای اجتماعی

گزینه‌های سکونت، نرخ‌های بی‌خانمانی در بین اشخاص دچار اختلال روان‌شناختی بسیار بالا است، و برنامه‌های بیشتری برای فراهم کردن اقامت‌های اجتماعی و خانه‌های گروهی لازم است. با وجود این، بسیاری از همسایه‌ها در پذیرش این ایده اکره دارند که اشخاص دچار اختلال‌های روان‌شناختی خیلی نزدیک‌شان زندگی کنند. اعمال نفوذ بر قانونگذاران و رهبران اجتماعی درباره اهمیت مسکن کافی گامی بسیار

در سال ۲۰۰۷، روان‌شناس استفن هینشاو کتابی با عنوان نشان شرم: انگ ناخوشی روانی و یک دستورکار برای تغییر منتشر کرد. هینشاو در این کتاب مهم طرح کلی گام‌هایی را ترسیم کرد که می‌توان برای پایان دادن به انگ مربوط به اختلال‌های روان‌شناختی برداشت. در اینجا برخی از پیشنهادها کلیدی را برای مبارزه با انگ در بسیاری از حوزه‌ها، شامل حقوق و سیاست‌گذاری، اجتماع، حرفه‌های سلامت روان، و رفتارها و نگرش‌های فردی / خانوادگی به اختصار بررسی می‌کنیم.

راهبردهای سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری

برابری در پوشش بیمه در سال ۱۹۹۶، قانون برابری سلامت روانی فدرال الزام کرد که پوشش بیمه برای ناخوشی روانی در همان سطح ناخوشی‌های دیگر باشد، که گام نخست مهمی بود. با وجود این، این قانون مشکلاتی داشت؛ برای نمونه، اعتیاد را شامل نمی‌شد؛ شرکت‌های بیمه می‌توانستند محدودیت‌هایی برای پوشش بیمه ایجاد کنند. در سال ۲۰۰۸، یک لایحه برابری حتی گسترده‌تر، قانون هم‌ارزی اعتیاد و برابری سلامت روان به ارائه برابری واقعی نزدیک‌تر شد. با این قانون، شرکت‌های بیمه نمی‌توانند پرداخت‌های مشترک با کسورات بالاتر برای ناخوشی روانی در مقایسه با سایر انواع ناخوشی‌ها درخواست کنند. قواعد مربوط به اجرای این قانون در سال ۲۰۱۰ آماده بهره‌برداری شد. قانون مراقبت ارزان، بسط بزرگ همه انواع مراقبت سلامت در ایالات متحده، همچنان مواد قانونی بیان شده توسط MHPAE به همراه مجموعه‌ای از آیین‌نامه‌های امضا شده توسط رئیس جمهور باراک اوباما در سال ۲۰۱۳ را معتبر می‌شمارد. این آیین‌نامه‌ها تصریح می‌کنند که بیمه‌گران نمی‌توانند برای اشخاص مبتلا به اختلال‌های روان‌شناختی در مقایسه با اشخاص مبتلا به سایر اختلال‌ها و بیماری‌ها، ویزیت پزشکی کمتر یا مدت بستری شدن کمتر در بیمارستان را تأیید کنند. با وجود این، متأسفانه این آیین‌نامه‌ها در مورد برنامه‌های گسترده مراقبت سلامت در ایالات متحده برای سالمندان (Medicare) و تهیدستان (Medicaid) به کار برده نمی‌شود. در یک مطالعه جدید دیده شد که شمار **روان‌پزشکانی** که اشخاص جدید را در چارچوب برنامه‌های یاد شده می‌پذیرفتند، بین سال‌های ۲۰۰۵ و ۲۰۱۰ نزدیک ۲۰ درصد کاهش یافت (بیشاپ، پرس، کیهانی و پینکاس، ۲۰۱۴).

قوانین تبعیض‌آمیز برخی ایالت‌ها قوانینی دارند که اشخاص دچار اختلال‌های روان‌شناختی را از رأی دادن، ازواج، خدمت در هیأت منصفه، یا داشتن منصب دولتی منع می‌کنند. در یک تحلیل روی لوابج ارائه شده برای بررسی در مجامع قانون‌گذاری ایالتی در سال ۲۰۰۲، برای گرفتن آزادی‌های اشخاص دچار اختلال‌های روان‌شناختی، نزدیک همان تعداد لایحه وجود داشت که برای دادن آزادی‌ها. همچنین، تعداد لوابج جدیدی که تبعیض علیه اشخاص دچار اختلال‌های روان‌شناختی را به نحو مؤثری افزایش خواهد داد، نزدیک به اندازه لوابجی بود که تبعیض را

اختلال‌های روان‌شناختی را به روز نگه دارند. این کار به یقین به تعاملات بهتر با مردم خواهد انجامید و احتمال دارد در آموزش دادن عموم مردم درباره کار مهمی که متخصصان سلامت روانی انجام می‌دهند نیز سودمند باشد.

راهبردهای فردی و خانوادگی

آموزش افراد و خانواده‌ها، پی بردن به این که شخصی مورد علاقه دچار یک بیماری تشخیص داده شده است، می‌تواند ترسناک و آشفته‌ساز باشد، و این ممکن است به‌ویژه در مورد اختلال‌های روان‌شناختی مصداق داشته باشد. دریافت اطلاعات روز درباره علل و درمان‌های اختلال‌های روان‌شناختی حیاتی است زیرا به کاهش سرزنش و تصورات قالبی‌ای که ممکن است خانواده‌ها درباره اختلال‌های روان‌شناختی داشته باشند، کمک خواهد کرد. آموزش اشخاص دچار یک اختلال روان‌شناختی هم بسیار مهم است. این نوع اطلاعات، که گاهی آموزش روانی نامیده می‌شود، در بسیاری از انواع درمان‌ها، چه دارویی چه روانی - اجتماعی، وارد می‌شوند. برای این که اشخاص درک کنند که چرا باید از برنامه‌های درمانی خاصی پیروی کنند، مهم است که از ماهیت ناخوشی‌شان و گزینه‌های درمانی در دسترس مطلع باشند.

گروه‌های حمایت و طرفداری، شرکت در گروه‌های حمایت یا طرفداری می‌تواند افزوده سودمندی به درمان اشخاص دچار اختلال‌های روان‌شناختی و خانواده‌هایشان باشد. تارناهایی مانند مسابقه بین‌المللی آزادی ذهن^۱ (<http://www.mindfreedom.org>) و پروژه ایکاروس (<http://theicarusproject.net>) برای فراهم کردن میعادگاهی برای حمایت‌یابی اشخاص دچار اختلال‌های روان‌شناختی طراحی شده است. برخی از این گروه‌ها اشخاص را تشویق می‌کنند که ناخوشی روانی‌شان را پنهان نکنند، بلکه آن را موضوع افتخار در نظر بگیرند - رویدادهای «افتخار دیوانگی» در سراسر دنیا برنامه‌ریزی می‌شود (کوارت، ۲۰۱۳). این سایت‌ها، که اشخاص دچار اختلال‌های روان‌شناختی آنها را می‌سازند و اداره می‌کنند، پیوندهای مفید، وبلاگ‌ها، و سایر منابع سودمند را شامل می‌شوند. گروه‌های حمایت بین شخصی نیز مفید است، و بسیاری از جوامع گروه‌هایی دارند که از طرف اتحاد ملی در زمینه ناخوشی روانی (www.nami.org) پشتیبانی می‌شوند. پیدا کردن هم‌سنخ‌ها در متن گروه‌های حمایتی می‌تواند سودمند باشد، به‌ویژه برای حمایت هیجانی و توانمندسازی.

مهم در راستای فراهم کردن مسکن برای اشخاص مبتلا به اختلال‌های روان‌شناختی و کاهش انگ است.

تماس شخصی، فراهم کردن فرصت‌های سکونت بیشتر برای اشخاص دچار اختلال‌های روان‌شناختی شاید مستلزم این است که اشخاص دچار این اختلال‌ها دوشادوش اشخاص بدون این اختلال‌ها در بنگاه‌های محلی خرید کنند و غذا بخورند. پژوهش حاکی از این است که این نوع تماس - از موضع کم‌بیش برابر - می‌تواند انگ را کاهش دهد. محیط‌های غیررسمی، مانند پارک‌ها و کلیساهای محلی، نیز می‌توانند به پل زدن روی شکاف تماس شخصی بین اشخاص با و بدون اختلال‌های روان‌شناختی کمک کنند.

آموزش، آموزش دادن به مردم درباره اختلال‌های روان‌شناختی (یکی از اهداف این کتاب) گامی مهم در جهت کاهش انگ است. اما آموزش به تنهایی انگ را ریشه‌کن نخواهد کرد. با وجود این، مردم ممکن است با یادگیری مطالبی درباره اختلال‌های روان‌شناختی دودلی کمتر برای تعامل با اشخاص دچار اختلال‌های متفاوت داشته باشند. بسیاری از شما شخصی با یک اختلال روان‌شناختی را می‌شناسید. ولی متأسفانه، انگ اغلب اشخاص را از فاش کردن سابقه اختلال روان‌شناختی‌شان باز می‌دارد. آموزش ممکن است به کمتر شدن دودلی اشخاص برای گفتگو درباره ناخوشی‌هایشان کمک کند.

راهبردهای حرفه سلامت و سلامت روانی

ارزیابی‌های سلامت روانی، بسیاری از کودکان برای آزمایش‌های «نوزاد سالم» یا «کودک سالم» پیش متخصص کودکان می‌روند. هدف این آزمایش‌ها جلوگیری از ناخوشی پیش از پیدایش آن است. هینشاو (۲۰۰۷) مورد مؤثری برای گنجاندن اقدامات پیشگیرانه مشابه برای اختلال‌های روان‌شناختی در بین کودکان و نوجوانان پیشنهاد می‌کند؛ برای مثال با گنجاندن سنجش‌های مقیاس درجه‌بندی از طرف پدر و مادر و معلمان برای کمک به شناسایی مشکلات، پیش از جدی‌تر شدن آن‌ها.

تحصیل و آموزش، متخصصان سلامت روانی باید در مورد مسأله انگ آموزش ببینند. این نوع آموزش بی‌شک به متخصصان کمک خواهد کرد تا نشانه‌های مخرب انگ را، حتی در خود حرفه‌ای که کمک به اشخاص دچار اختلال روان‌شناختی به آن نسبت داده می‌شود، تشخیص دهند. افزون بر این، متخصصان سلامت روانی باید اطلاعات‌شان درباره توصیف‌ها، علل و درمان‌های دارای پشتوانه تجربی

افسردهی در وبلاگش (<http://hyperboleandahalf.blogspot.com>) و در یک کتاب (براش، ۲۰۱۳) نوشته است. سایت بیمارانمانند من^۲ (<http://www.patientslikeme.com>) یک سایت شبکه‌سازی اجتماعی برای اشخاص مبتلا به همه انواع ناخوشی‌هاست. تلاش‌های خلاقانه دیگر شامل طراحی تی‌شرت‌هایی توسط یک طراح گرافیک به نام دنی بالنسون است (<http://danibalenson.com>). او در کار خود، دنبال بهره‌گیری از رنگ و نگاه‌سازی برای به نمایش در آوردن علایم، رفتارها، و کشمکش‌هایی است که اختلال‌های روان‌شناختی همچون ADHD، اختلال وسواس فکری-عملی، افسردگی، و اختلال دوقطبی را مشخص می‌کنند (<http://www.livingwith.com>).

1. Mind Freedom International

2. Patients Like Me

در این فصل، نخست شرح می‌دهیم که منظور ما از اصطلاح اختلال روان‌شناختی چیست. سپس به اختصار بررسی می‌کنیم که چگونه دیدگاه ما دربارهٔ اختلال‌های روان‌شناختی در طی تاریخ متحول شده و به دیدگاه‌های علمی‌تر امروزی تبدیل شده است. فصل حاضر را با بررسی حرفه‌های کنونی سلامت روان به پایان خواهیم رساند.

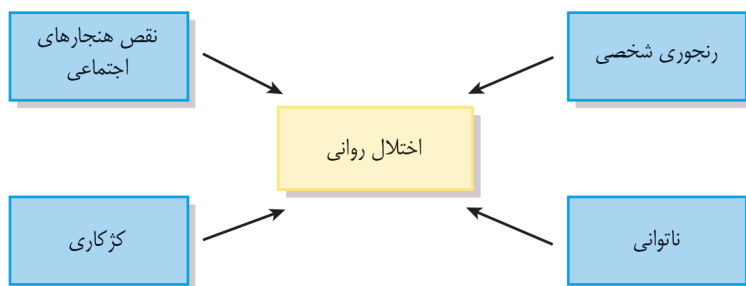
تعریف اختلال روان‌شناختی

تعریف اختلال روان‌شناختی، کاری دشوار اما اساسی پیش‌روی افراد درگیر با حوزهٔ آسیب‌شناسی روانی است. بهترین تعریف موجود از اختلال روان‌شناختی، تعریفی است که شامل چند مشخصه است. تعریف اختلال روان‌شناختی در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۱ (DSM-5)، که در ماه می ۲۰۱۳ منتشر شد، شامل مشخصه‌هایی است که برای مفهوم اختلال روان‌شناختی ضروری‌اند (اشتین، فیلیپس، بولتون و همکاران، ۲۰۱۰):

- اختلال در درون فرد اتفاق می‌افتد.
- از لحاظ بالینی مشکلات قابل توجهی را در تفکر، احساس، یا رفتار در بر می‌گیرد.
- اغلب نوعی رنجوری شخصی، برای نمونه در روابط اجتماعی یا کارکرد شغلی، را دربرمی‌گیرد.
- کژکاری در فرایندهای روان‌شناختی، تحوُّلی، و/یا عصب‌زیست‌شناختی‌ای را در برمی‌گیرد که کارکرد ذهنی را پشتیبانی می‌کنند.
- از لحاظ فرهنگی واکنش ویژه به یک رخداد (مانند مرگ یک عزیز) نیست.
- در درجهٔ نخست، نتیجهٔ انحراف اجتماعی یا تعارضی با جامعه نیست.

در ادامه، چهار مشخصه کلیدی را که هر تعریف جامع اختلال روان‌شناختی باید در بر داشته باشد، از جمله رنجوری شخصی، ناتوانی، نقض هنجارهای اجتماعی و کژکاری (نگاه کنید به شکل ۲-۱) را با تفصیل بیشتر

تعریف اختلال روانی



شکل ۲-۱. چهار ویژگی یک تعریف جامع از اختلال روان‌شناختی

بررسی می‌کنیم. خواهیم دید که هیچ علامت واحدی نمی‌تواند این مفهوم را به طور کامل تعریف کند، هر چند هر کدام مزیتی دارد و بخشی از آنچه را که می‌توانست تعریفی کامل باشد، در بر می‌گیرد. در نتیجه، اختلال روان‌شناختی اغلب بر اساس وجود همزمان چند مشخصه تعیین می‌شود.

رنجوری شخصی

یکی از ویژگی‌هایی که برای تعریف اختلال روان‌شناختی به کار می‌رود، رنجوری شخصی است - به این معنا که اگر رفتار شخص، درد و رنج زیادی برای او ایجاد کند، ممکن است به‌عنوان رفتار مختل طبقه‌بندی شود. فلیشیا بر اثر مشکلی که در توجّه کردن داشت و پیامدهای اجتماعی این مشکل - یعنی توهین‌های سایر دختران دانش‌آموز - احساس رنج و اندوه می‌کرد. رنجوری شخصی هم‌چنین، بسیاری از انواع اختلال روان‌شناختی را که در این کتاب به آنها می‌پردازیم، مشخص می‌کند - افرادی که دچار اختلال‌های اضطرابی و افسردگی‌اند، درد و رنج زیادی تحمل می‌کنند. اما همهٔ اختلال‌های

مورد بالینی: ژوزه

نظر آمد، و فوری خودش را روی زمین انداخت. مادر بزرگش نگران او بود و معتقد بود که ژوزه به طور قطع دچار حملهٔ عصبی^۱ است، درست مثل پدر خودش که در پورتوریکو به خانه برگشته بود. او می‌گفت پدرش همیشه بیمناک بود و احساس می‌کرد دارد دیوانه می‌شود. او مرتب در آیین عشای ربانی شرکت و برای ژوزه دعا می‌کرد. ژوزه قدر دان این کارش بود. به نظر پزشک ارتش، ژوزه دچار اختلال استرس پس از تروما^۲ (PTSD) بود. او قرار بود برای ارزیابی به بیمارستان ادارهٔ رزم‌دیدگان^۳ (VA) مراجعه کند، اما خودش به راستی فکر نمی‌کرد مشکلی دارد. اما دوستش، جرج، در جلسه‌های گروهی در VA شرکت کرده بود، و می‌گفت حالش را بهتر کرده است. ژوزه هم ممکن بود در این جلسه‌ها شرکت کند. دلش می‌خواست این تصاویر از سرش بیرون برود.

2. Ataque de nervios
3. Posttraumatic stress disorder
4. Veterans Administration

ژوزه نمی‌دانست کابوس‌های شبانه‌اش را چطور تفسیر کند. از زمانی که از جنگ برگشت، نتوانست تصاویر ذهنی خون‌بار را از ذهنش بیرون کند. او کم و بیش هر شب با کابوس‌هایی دربارهٔ کشتار و خون‌ریزی، که در زمان سربازی‌اش در فلوجه^۱، شاهد آن بود، از خواب بیدار می‌شد. حتی در طول روز هم به یاد لحظه‌ای می‌افتاد که نارنجک پرتاب شده از موشک، خودروی نظامی‌اش را دو نیم کرد. دیدن مرگ دوستش، در حالی که کنارش نشسته بود. بدترین قسمت بود؛ حتی درد گاه‌وبی‌گاه ترکشی که هنوز در شانه‌اش قرار داشت، به بدی خواب‌ها و فلش‌بک (پس‌نگاه)‌های تکراری نبود. در حال حاضر، همیشه نگران و بیمناک به نظر می‌آمد، و هر وقت صدای بلندی می‌شنید، از جا می‌پرید. درست چند روز پیش، مادر بزرگش پا روی بادکنکی گذاشت که از مهمانی بر پا شده به مناسبت بازگشتش به خانه، باقی مانده بود. صدای ترکیدن بادکنک، برای ژوزه، مثل شلیک گلوله به

1. Falluja

روان‌شناختی باعث رنج و اندوه نمی‌شوند. برای مثال، شخصی با نوع ضدا اجتماعی اختلال شخصیت ممکن است بدون داشتن احساس گناه، پشیمانی، اضطراب، یا نوع دیگری از رنجوری، با دیگران بی‌رحمانه و خشن رفتار کند و قانون را نقض کند. و تمام رفتارهایی که موجب رنج و ناراحتی می‌شوند - برای مثال، درد و رنج گرسنگی به خاطر روزه‌داری مذهبی یا درد زایمان - مختل نیستند.

ناتوانی

ناتوانی - یعنی آسیب‌دیدگی در بعضی از حوزه‌های مهم زندگی (برای مثال، کار یا روابط شخصی) - را نیز می‌توان برای مشخص کردن اختلال روان‌شناختی به کار برد. برای مثال، اختلال‌های مصرف مواد تا حدی برحسب ناتوانی اجتماعی یا شغلی ناشی از سوءمصرف مواد (برای مثال، جروب‌های جدی با همسر یا عملکرد شغلی ضعیف) تعریف می‌شود. طرد شدن از طرف همسالان، مانند مورد فلیشیا، هم نمونه‌ای از این ویژگی است. هراس‌ها می‌توانند هم رنجوری و هم ناتوانی به‌بار آورند - برای مثال، اگر ترس شدید از پرواز، شخصی را که در کالیفرنیا زندگی می‌کند از به‌دست آوردن شغلی در نیویورک باز دارد. اما ناتوانی را هم مانند رنجوری، نمی‌توان به



رنجوری شخصی می‌تواند بخشی از تعریف اختلال روان‌شناختی باشد.