

فهرست تشریحی

فصل ۱۰: هوش	
۱۴	۱. ماهیت هوش
۱۵	۲. هوش آزمایی
۱۶	رویکردهای آزمون‌گیری
۲۰	ملاک‌های یک آزمون هوش خوب
۲۲	سوگیری فرهنگی در آزمون‌گیری
۲۳	استفاده و سوءاستفاده از آزمون‌های هوش
۲۵	۳. علوم عصب‌نگر و هوش
۲۵	اندازه سر و مغز
۲۵	سرعت پردازش اطلاعات
۲۶	فعالیت الکتریکی مغز
۲۶	مصرف انرژی مغز
۲۷	۴. نظریه‌های هوش‌های متعدد
۲۷	تحلیل عاملی، نظریه دو عاملی و نظریه چندعاملی
۲۸	نظریه هوش‌های هشتگانه گاردنر
۳۰	نظریه سه‌هوشی استرنبرگ
۳۱	هوش هیجانی
۳۲	ارزیابی رویکرد چندهوشی
۳۴	۵. حدود هوش و خلاقیت
۳۴	عقب‌ماندگی ذهنی
۳۵	سرآمدی
۳۸	خلاقیت
۴۲	۶. تأثیر وراثت و محیط
۴۳	تأثیرات ژنتیکی
۴۴	تأثیرات محیطی
۴۶	تأثیرات گروهی

فصل ۱۱: انگیزش و هیجان

۶۱	۱. رویکردهای انگیزش
----	---------------------

۶۱	رویکرد تکامل‌نگر
۶۲	نظریه کاهش سائق
۶۲	نظریه انگیزختگی بهینه
۶۴	رویکرد شناختی
۶۵	سلسله مراتب نیازهای انسانی مزلو
۶۶	موضوعات مهم بحث انگیزش
۶۷	۲. گرسنگی
۶۷	زیست‌شناسی گرسنگی
۷۰	چاقی و رفتار غذا خوردن
۷۲	رژیم گرفتن
۷۴	اختلالات خوردن
۷۶	۳. میل جنسی
۷۶	زیست‌شناسی میل جنسی
۷۸	عوامل شناختی و حسی/ادراکی
۸۰	عوامل فرهنگی
۸۱	بدکاری‌های روانی جنسی
۸۲	رفتار جنسی و گرایش جنسی
۸۶	۴. انگیزه‌های شناختی اجتماعی
۸۶	پیشرفت
۹۴	پیوندجویی
۹۴	آسایش
۹۶	۵. هیجان
۹۷	زیست‌شناسی هیجان
۱۰۲	عوامل شناختی
۱۰۵	عوامل رفتاری
۱۰۶	عوامل اجتماعی فرهنگی
۱۰۸	طبقه‌بندی هیجان‌ات

۱۲۳ **فصل ۱۲: شخصیت**

۱۲۷	۱. نظریه‌های شخصیت
۱۲۸	۲. دیدگاه‌های روان‌پویایی
۱۲۹	نظریه روان‌کاوی فروید
۱۳۲	مخالفان و تجدیدنظرکنندگان روان‌پویایی
۱۳۵	ارزیابی دیدگاه‌های روان‌پویایی
۱۳۷	۳. دیدگاه‌های رفتاری و شناختی اجتماعی
۱۳۷	رفتارگرایی اسکینر
۱۳۸	نظریه شناختی اجتماعی بندورا
۱۴۲	ارزیابی دیدگاه‌های رفتاری و شناختی اجتماعی
۱۴۳	۴. دیدگاه‌های انسان‌گرا

۱۴۳	رویکرد راجرز
۱۴۵	رویکرد مزلو
۱۴۵	عزت نفس
۱۴۸	ارزیابی دیدگاه‌های انسانگرا
۱۴۹	دیدگاه‌های صفتی
۱۴۹	نظریه‌های صفتی
۱۵۲	پنج عامل شخصیتی بزرگ
۱۵۳	تعامل صفت- وضعیت
۱۵۴	ارزیابی دیدگاه‌های صفتی
۱۵۵	شخصیت‌سنجی
۱۵۶	آزمون‌های فرافکن
۱۵۹	آزمون‌های خودگزارشی
۱۶۳	سنجش رفتاری و شناختی
۱۶۵	سنجش در گزینش کارکنان

فصل ۱۳: اختلالات روانی

۱۷۵	
۱۷۸	۱. فهم اختلالات روانی
۱۷۹	تعریف رفتار نابهنجار
۱۸۰	رویکردهای نظری به اختلالات روانی
۱۸۳	طبقه‌بندی رفتار نابهنجار
۱۸۸	۲. اختلالات اضطرابی
۱۸۸	اختلال اضطراب تعمیم‌یافته
۱۸۹	اختلال وحشت‌زدگی
۱۹۱	اختلالات هراس
۱۹۲	اختلال وسواس فکری- عملی
۱۹۴	اختلال استرس پس از سانحه
۱۹۸	۳. اختلالات گسستی
۱۹۹	یادزدودگی و فوگ گسستی
۱۹۹	اختلال گسست هویت
۲۰۱	۴. اختلالات خلقی
۲۰۱	اختلالات افسردگی
۲۰۳	اختلال دوقطبی
۲۰۵	علل اختلالات خلقی
۲۱۲	خودکشی
۲۱۴	۵. اسکیزوفرنی
۲۱۵	انواع اسکیزوفرنی
۲۱۷	علل اسکیزوفرنی
۲۲۰	۶. اختلالات شخصیت
۲۲۱	دسته عجیب/ نامتعارف

۲۲۱	..... دستة نمایشی/دارای مشکل هیجانی
۲۲۳	..... دستة ترسو/دوری‌گزين

۲۳۱ **فصل ۱۴: درمان‌ها**

۲۳۴	..... ۱. درمان‌های زیست‌شناختی
۲۳۵	..... دارودرمانی
۲۳۹	..... درمان با تشنج برقی
۲۴۱	..... جراحی روانی
۲۴۲	..... ۲. روان‌درمانی‌ها
۲۴۲	..... درمان‌های روان‌پویایی
۲۴۶	..... درمان‌های انسانگرا
۲۴۹	..... رفتاردرمانی‌ها
۲۵۳	..... شناخت‌درمانی‌ها
۲۶۰	..... ۳. رویکردهای اجتماعی فرهنگی و مسائل درمان
۲۶۰	..... گروه‌درمانی
۲۶۱	..... خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی
۲۶۳	..... گروه‌های حمایتی خودیاری
۲۶۳	..... سلامت روانی اجتماعی
۲۶۵	..... دیدگاه‌های فرهنگی
۲۶۷	..... ۴. اثربخشی روان‌درمانی
۲۶۷	..... تحقیق درباره‌ی اثربخشی روان‌درمانی
۲۶۹	..... مضامین مشترک روان‌درمانی
۲۷۰	..... ادغام‌های درمانی
۲۷۱	..... تأمین هزینه و یافتن درمان
۲۷۱	..... متخصصان سلامت روانی
۲۷۲	..... دستور العمل‌هایی برای اخذ کمک حرفه‌ای

۲۸۳ **فصل ۱۵: فشار روانی، کنار آمدن و سلامتی**

۲۸۷	..... ۱. روان‌شناسی سلامتی و طب رفتاری
۲۸۹	..... ۲. فشار روانی و منشأ آن
۲۸۹	..... عوامل شخصیتی
۲۹۲	..... عوامل محیطی
۲۹۶	..... عوامل اجتماعی فرهنگی
۲۹۹	..... ۳. پاسخ به فشار روانی
۲۹۹	..... سندرم انطباق عمومی
۳۰۱	..... جنگ یا گریز، مراقبت و دوست شدن
۳۰۲	..... ارزیابی شناختی
۳۰۳	..... ۴. فشار روانی و بیماری

۳۰۳	فشار روانی و دستگاه ایمنی
۳۰۵	فشار روانی و بیماری قلبی عروقی
۳۰۶	فشار روانی و سرطان
۳۰۷	هیجان‌ات مثبت، بیماری و سلامتی
۳۱۰	راهبردهای کنار آمدن
۳۱۰	کنار آمدن مشکل‌مدار و هیجان‌مدار
۳۱۱	خوش‌بینی و مثبت‌اندیشی
۳۱۴	حمایت اجتماعی
۳۱۵	رفتار جسورانه
۳۱۷	دین
۳۱۸	برنامه‌های مدیریت فشار روانی
۳۲۲	زندگی سالم
۳۲۲	ورزش منظم
۳۲۵	تغذیه سالم
۳۲۶	ترک سیگار
۳۲۸	تصمیم‌گیری‌های درست جنسی

۳۳۹ فصل ۱۶: روان‌شناسی اجتماعی

۳۴۲	۱. تفکر اجتماعی
۳۴۳	اسناد
۳۴۶	ادراک اجتماعی
۳۴۹	نگرش‌ها
۳۵۶	۲. نفوذ اجتماعی
۳۵۶	هم‌رنگی و اطاعت
۳۶۱	نفوذ گروه
۳۶۶	رهبری
۳۶۸	۳. روابط میان‌گروهی
۳۶۸	هویت گروهی: مادر برابر آنها
۳۷۱	پیشداوری
۳۷۳	راه‌های بهبود بخشیدن روابط میان‌گروهی
۳۷۶	۴. تعامل اجتماعی
۳۷۷	پرخاشگری
۳۸۵	نوع‌دوستی
۳۹۰	۵. روابط
۳۹۰	جذابیت
۳۹۲	عشق
۳۹۳	روابط و جنسیت
۳۹۶	تنهایی
۴۰۷	فرهنگ توصیفی
۴۲۵	منابع

اختلالات روانی



رئوس مطالب فصل

اهداف یادگیری

خصوصیات و طبقه‌بندی‌های رفتار نابهنجار را توضیح دهید.

اختلالات اضطرابی را از هم جدا کنید.

اختلالات گسستی را توضیح دهید.

اختلالات خلقی را با هم مقایسه کنید و عوامل خطر در خودکشی و افسردگی را مشخص کنید.

اسکیزوفرنی را توضیح دهید.

الگوهای رفتاری در اختلالات معمول شخصیتی را مشخص کنید.

۱

فهم اختلالات روانی

تعریف رفتار نابهنجار

رویکردهای نظری به اختلالات روانی

طبقه‌بندی رفتار نابهنجار

۲

اختلالات اضطرابی

اختلال اضطراب تعمیم‌یافته

اختلال وحشتزدگی

اختلالات هراس

اختلال وسواس فکری- عملی

اختلال استرس پس از سانحه

۳

اختلالات گسستی

یاد زدودگی و فرار گسستی

اختلال گسست هویت

۴

اختلالات خلقی

اختلالات افسردگی

اختلالات دوقطبی

علل اختلالات خلقی

خودکشی

۵

اسکیزوفرنی

انواع اسکیزوفرنی

علل اسکیزوفرنی

۶

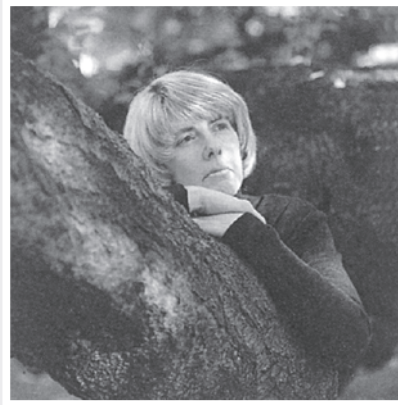
اختلالات شخصیت

دسته عجیب/ نامتعارف

دسته نمایشی/ دارای مشکل هیجانی

دسته ترسو/ دوری‌گزین

کی ردفیلد جمیسون^۱، روان‌شناس و یکی از متخصصان پیشرو اختلالات خلقی است. جمیسون، سال‌ها رازی را پنهان کرده بود. خود جمیسون دچار اختلال دوقطبی شده بود که یک اختلال روانی جدی است و شخص مبتلا به آن بین دو قطب مانیا (هیجان‌زدگی و خوش‌بینی غیرواقع‌بینانه) و افسردگی نوسان می‌کند. جمیسون در خاطراتش می‌گوید در نبردش با این اختلال، گاهی از شور و حال مانیایی لذت می‌برد است و گاهی آن‌قدر افسرده می‌شده که می‌خواست به‌میرد.



کی ردفیلد جمیسون، روان‌شناسی که با اختلال دو قطبی خودش جنگید.

قدرت عجیبی برای جلب اعتماد دیگران پیدا می‌کنید. به آدم‌های نه‌چندان دلنشین علاقه‌مند می‌شوید. لذت‌پرستی بر وجودتان مستولی می‌شود و میل عجیبی به اغوا کردن و اغوا شدن پیدا می‌کنید. احساس راحتی، شور و هیجان، قدرت، آرامش، همه‌فن‌حریفی مالی و شنگولی بر وجودتان سایه می‌افکند. اما این حالت تغییر می‌کند. رفته رفته وضوح و روشنی جای این افکار بیش از حد سریع و خیلی زیاد و جای این آشفتگی عذاب‌آور را می‌گیرد. حافظه وارد عمل می‌شود. هر چیزی که قبلاً به نفع شما بود، علیه شما می‌شود... هیجان‌زده، عصبانی، ترسو و غیرقابل کنترل می‌شوید و در تاریکی محض فرو می‌روید.

در این نوع جنون، نوع خاصی از رنج، سرخوشی، تنهایی و وحشت وجود دارد. اوج آن خیلی حیرت‌انگیز است.

جمیسون بالاخره با حمایت‌های بی‌شائبه دوستان و هم‌کلاسی‌هایش و با مراقبت‌های عالی روانی، مصرف دارو و قبول کردن اختلالش به جایی می‌رسد که بر نوسانات خلقی خودش غلبه می‌کند. او هم‌اکنون استاد روان‌شناسی دانشکده پزشکی جانز هاپکینز و یکی از متخصصان پیشرو اختلالات روانی است.

در حالت مانیا، افکار و احساسات، همچون شهاب‌سنگ به‌سرعت وارد ذهن می‌شوند و ذهن را زیر رگبار خود می‌گیرند. بعد آن‌قدر آنها را دنبال می‌کنید تا نوبت به افکار و احساسات بهتر و درخشان‌تر برسد. کمروبی را کنار می‌گذارید، کلمات و ژست‌های درستی را برمی‌گزینید و

۱ فهم اختلالات روانی

طبقه‌بندی رفتار نابهنجار

رویکردهای نظری به اختلالات روانی

تعریف رفتار نابهنجار

رفتار نابهنجار چه خصوصیتی دارد و چگونه طبقه‌بندی می‌شود؟

طبق یک تخمین، سالانه ۴۴ میلیون نفر آمریکایی از نوعی اختلال روانی رنج می‌برند (مؤسسه ملی بهداشت روانی، ۲۰۰۱ a). در مطالعه‌ای از تقریباً ۲۰,۰۰۰ نفر که به طور تصادفی از پنج ناحیه مختلف ایالات متحده انتخاب شده بودند، سؤال شد که آیا در عمرشان به اختلالات مندرج در فهرست ارائه‌شده دچار شده‌اند و آیا الان دچار یکی از آنها هستند یا خیر (رابینز و رجیر^۲، ۱۹۹۱). تقریباً یک‌سوم (۳۲ درصد) پاسخ‌دهندگان به یک یا چند اختلال اشاره کرده بودند و ۲۰ درصدشان گفته بودند در حال حاضر یک اختلال جدی دارند.

1. Kay Redfield Jamison 2. Robins and Regier

شاید تعجب کرده باشید که چطور این تعداد آدم، اختلال روانی دارند. ولی ارقام این بررسی، آدم‌های بستری در بیمارستان‌ها و آدم‌های سطح اجتماع و کسانی را که اختلال سوء مصرف مواد (مثلاً الکل و داروهای دیگر) داشتند (۱۷ درصد) نیز پوشش می‌دادند. نکته تعجب‌آور این بود که فقط یک‌سوم شرکت‌کنندگان این مطالعه که گفته بودند هم‌اکنون اختلال روانی دارند، ظرف ۶ ماه گذشته تحت درمان قرار گرفته بودند.

تعریف رفتار نابهنجار

برای فهمیدن اختلالات روانی باید مفهوم رفتار نابهنجار را بررسی کنیم. برای آن‌که ببینید رفتار نابهنجار چگونه تعریف می‌شود، سه آدم زیر را در نظر بگیرید:

- روت (Ruth) سی‌ساله، دائم احساس کثیف بودن می‌کند و دائم خودش را مجبور می‌کند همه چیز را تمیز کند (لئون^۱، ۱۹۹۰). او وقتی متوجه کثیف بودن خودش یا محیط اطرافش می‌شود، سخت ناراحت می‌شود. با پیدا کردن کمترین آلودگی، دست‌هایش را می‌شوید. اگر ذره‌ای کثیفی در آپارتمانش ببیند، زیر و روی آپارتمانش را تمیز می‌کند و بعد به سبک و سیاق خاصی دوش می‌گیرد. بعد از حمام رفتن، انجام کارهای خانه و غذا پختن، دوباره احساس کثیف بودن می‌کند و شروع می‌کند به شستن دست‌هایش. او در حال حاضر حداقل سه تا چهار بار در ساعت دستانش را می‌شوید و روزی شش تا هفت بار دوش می‌گیرد و حداقل روزی دو بار آپارتمانش را تمیز می‌کند. روت زندگی‌اش را زندگی خیلی سختی می‌داند چون بیشتر وقتش را صرف این نوع نظافت‌ها می‌کند.
- ژانت (Janet) سی‌ساله، تقریباً یک سال قبل طلاق گرفته است. او سه فرزند دارد که تحت تکفل وی هستند و اخیراً به طور پاره‌وقت در کالج قبول شد (آلتمنز، نیل و دیویسون^۲، ۱۹۸۶). ولی تحصیل او در کالج خیلی طول نکشید. آدم (Adam) فرزند دوساله ژانت، مشکل خواب پیدا می‌کند و ژانت مجبور می‌شود مقدار زیادی از وقتش را صرف آدم کند. ژانت پس از درخواست طلاق شوهرش، افسرده می‌شود چون شوهرش عاشق زن جوان‌تری شده بود. ژانت غمگین، دلسرد و تنها شده بود. افسردگی او قبل از رها کردن کالج، شدت یافته بود. ژانت گاهی اوقات زیر گریه می‌زد و گاهی گریه‌های طولانی می‌شد. ظاهراً هیچ چیز خوشحالش نمی‌کرد و علاقه‌ای به دوستانش نداشت. بچه‌ها برایش خیلی طاقت‌فرسا شده بودند. ژانت امیدی به آینده نداشت.
- جیم (Jim) بیست‌وهفت‌ساله، مرد مجرد بیکاری است که می‌گوید از قدرت عجیب خودش عذاب می‌کشد (گورنستاین^۳، ۱۹۹۷). جیم می‌گوید با نفس کشیدنش می‌تواند بر دیگران تأثیر بگذارد و آنها را به خطر بیندازد. جیم معتقد است دائم باید کاری کند تا دیگران را به خطر نیندازد. او خودش را در یکی از اتاق‌های خانه پدرش، حبس کرده است. جیم دوست ندارد از دنیا فاصله بگیرد ولی چاره‌ای جز این کار نمی‌بیند. او قدرتش را شبیه قدرت خدا می‌داند ولی میل و قصد استفاده از آن را ندارد. جیم فقط برای غذا خوردن، توال رفتن و کلیسا رفتن از اتاقش بیرون می‌آید. یک دلیل دیگر جیم برای حاضر نشدن در بین مردم این است که نمی‌خواهد قدرتش به دست آدم‌های شرور بیفتد.

آیا رفتارهای این سه نفر نابهنجارند؟ اگر نابهنجارند، مبنای قضاوت‌تان چه بوده است.

آیا در مورد رفتار نابهنجار، افسانه‌ها و سوء تعبیرهایی هم وجود دارد. برخی از رایج‌ترین افسانه‌ها و سوء تعبیرها، موارد زیر هستند:

افسانه: رفتار نابهنجار همیشه عجیب است.

حقیقت: رفتار بسیاری از کسانی که اختلال روانی دارند با رفتار آدم‌های بهنجار، خیلی فرق ندارد. البته در ماجرای جیم، اعتقاد او به قدرت عجیب تنفس خودش، عجیب بود، ولی رفتار ژانت عجیب نبود.

افسانه: رفتار بهنجار و نابهنجار، دو نوع رفتار متفاوت هستند.

حقیقت: معدودی از رفتارهای مبتلایان به اختلالات روانی، رفتارهای ویژه‌اند. رفتار نابهنجار در واقع ناهماهنگی رفتار با وضعیت است.

افسانه: اگر کسی اختلال روانی داشت، همیشه آن اختلال را خواهد داشت.

حقیقت: اکثر آدم‌ها مثل کی ردفیلد جمیسون می‌توانند اختلال روانی خود را درمان کنند.

رفتار نابهنجار از جمله مفاهیمی است که تعریف کردن آن سخت است. تعریف رفتار نابهنجار در رشته‌های مختلف دانشگاهی و در مؤسسات اجتماعی، طبی و حقوقی، متفاوت است. برای مثال، دادگاه‌های فدرال آمریکا، جنون - که اصطلاحی حقوقی است نه روان‌شناختی - را عدم تشخیص اشتباه بودن اعمال می‌دانند (پیکونا-ساپیر، ملامد و الیزر^۱، ۲۰۰۱). اما انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۰۱) رفتار نابهنجار را با اصطلاحات و تعابیر پزشکی تعریف می‌کند و می‌گوید بیماری روانی یا بر مغز شخص تأثیر می‌گذارد یا نمود مغزی دارد و طرز فکر، رفتار و تعامل او را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. یادتان باشد که مرز بهنجار و نابهنجار همیشه مشهود و قطعی نیست و برای جدا کردن آنها از یکدیگر، سه ملاک داریم. **رفتار نابهنجار**، رفتاری است که انحرافی، ناسازگارانه یا عذاب‌آور می‌باشد. البته برای نابهنجار محسوب شدن رفتار، وجود یکی از این سه ملاک کافی است اما گاهی همزمان دو یا سه ملاک باهم وجود دارند.

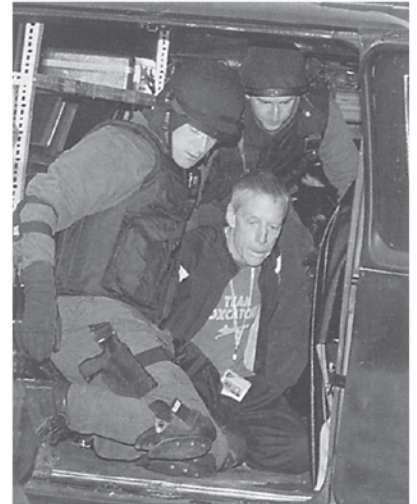
اجازه بدهید این سه ملاک را دقیق‌تر بررسی کنیم. نخست این‌که رفتار نابهنجار، انحرافی است. رفتار نابهنجار، رفتار نامعمولی است. البته آدم‌هایی مثل آلبرت اینشتین و باربارا والترز هم آدم‌های نامعمولی هستند ولی نمی‌توانیم به دلیل قدرت عقلانی استثنایی اینشتین و مهارت‌های مصاحبه‌ای حیرت‌آور والترز آنها را نابهنجار بدانیم. رفتار نامعمول، رفتاری است که از آنچه در فرهنگ مقبول است، منحرف شده است. معمولاً به چنین رفتاری، رفتار نابهنجار گفته می‌شود. اجبارهای روت از هنجارها عدول کرده بود چون آدم‌ها معمولاً ساعتی سه چهار بار دست خود را نمی‌شویند، روزی هفت بار دوش نمی‌گیرند و حداقل روزی دو بار آپارتمان‌شان را تمیز نمی‌کنند.

ملاک دوم، ناسازگارانه بودن رفتار نابهنجار است. رفتار ناسازگارانه، به کارایی و کارآمدی شخص لطمه می‌زند. اعتقاد جیم به این‌که تنفس او تأثیرات شدید و زیانباری بر دیگران می‌گذارد، باعث شده بود از اجتماع فاصله بگیرد و زندگی روزمره را رها کند.

ملاک سوم رفتار نابهنجار، عذاب‌آور بودن است. روت از این‌که مجبور بود همه چیز را تمیز کند و تمیز نگهدارد، عذاب می‌کشید. ژانت هم از زندگیش عذاب می‌کشید و امیدی به آینده نداشت.

رویکردهای نظری به اختلالات روانی

چرا مردم دچار اختلال روانی می‌شوند؟ چرا منحرفانه، ناسازگارانه و عذاب‌آور رفتار می‌کنند؟ در این فصل، تبیین‌های نظری زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی فرهنگی را بررسی می‌کنم و توضیح می‌دهم که گاهی ترکیبی از عوامل، رفتار نابهنجار را ایجاد می‌کند.



ژان داپون (تصویر فوق) میلیونر ۵۸ ساله و وارث شرکت Dupont Chemical Fortune در ۱۶ ژانویه ۱۹۹۶ با اسلحه، دیوید شولتز برندهٔ مدال طلای کشتی المپیک را در خانه‌اش واقع در مجتمع داپون، به قتل رساند. شولتز در آن زمان در سالن کشتی مجهز داپون، مربی کشتی بود. در این‌که داپون، شولتز را به قتل رسانده شکی نبود ولی وکلای داپون با حربهٔ مدافعهٔ جنون، مدعی شدند داپون در آن زمان دچار اسکیزوفرنی بوده و نمی‌توانسته تشخیص بدهد که عملش قتل محسوب می‌شود. اما مدعی‌العموم‌ها می‌گفتند داپون آدم عجیب و خطرناکی است که دقیقاً می‌دانسته چه کار می‌کند. هیئت منصفه پس از یک هفته مشورت، می‌پذیرد که داپون اختلال روانی داشته و او را برای قتل درجه سه محکوم می‌کند.

رفتار نابهنجار رفتار انحرافی، ناسازگارانه و عذاب‌آور.

رویکرد زیست‌شناختی: رویکرد زیست‌شناختی، اختلالات روانی را به علل عضوی درونی ربط می‌دهد. دانشمندانی که رویکرد زیست‌شناختی دارند در بررسی اختلالات روانی، غالباً بر مغز و عوامل ژنتیکی به عنوان علل رفتار نابهنجار تمرکز می‌کنند. در رویکرد زیست‌شناختی، معمولاً برای درمان رفتار نابهنجار از دارودرمانی استفاده می‌شود.

رویکرد زیست‌شناختی، در مدل پزشکی که اختلالات روانی را بیماری‌های پزشکی با منشأ زیست‌شناختی می‌داند، به اوج خود می‌رسد. طبق مدل پزشکی، نابهنجاری‌های روانی، بیماری روانی هستند و مبتلایان به آن بیمار بوده و باید توسط پزشک درمان شوند. دیدگاه‌های زیست‌شناختی در زمینه اختلالات روانی، سه دسته‌اند (نولن- هوکسما^۱، ۲۰۰۲):

- دیدگاه‌های ساختاری: نابهنجاری‌های ساختار مغز، علت اختلالات روانی است.
 - دیدگاه‌های بیوشیمیایی: به هم‌ریختن انتقال‌دهنده‌های عصبی یا هورمون‌ها علت اختلالات روانی است.
 - دیدگاه‌های ژنتیکی: ژن‌های مختل، علت اختلالات روانی هستند.
- بعداً در همین فصل، عوامل زیست‌شناختی یادشده را بیشتر توضیح می‌دهم.

رویکرد روان‌شناختی: در فصل ۱۲، دیدگاه‌های روان‌پویایی، رفتاری و شناختی اجتماعی شخصیت را توضیح دادم. این دیدگاه‌ها، مبانی فهم نقش عوامل روانی در اختلالات روانی هستند:

- دیدگاه‌های روان‌پویایی: اختلالات روانی، محصول تعارضات ناهشیار اضطراب‌آورند و به رفتار ناسازگارانه منجر می‌شوند. در این دیدگاه‌ها، روابط نامؤثر اولیه با والدین، مولد اختلالات روانی هستند. اگر یادتان باشد، ریشه این دیدگاه‌ها به نظریه روانکاوی فروید برمی‌گشت که بعداً برخی از پیروانش تأکید بر تفکر ناهشیار و میل جنسی در آنها را کم‌رنگ‌تر کردند.
- دیدگاه‌های رفتاری و شناختی اجتماعی: در دیدگاه رفتاری، پاداش‌ها و تنبیه‌های محیط، رفتار نابهنجار را تعیین می‌کنند. نظریه شناختی اجتماعی قبول دارد که تجارب محیطی هم مهم هستند ولی عوامل شناختی اجتماعی را نیز در بروز اختلالات روانی مهم می‌داند. طبق این نظریه، یادگیری مشاهده‌ای، انتظارات، خوداثربخیزی، کنترل شخصی، اعتقادات شخص درباره خودش و دنیا و فرایندهای شناختی دیگر در اختلالات روانی نقش دارند.
- دیدگاه‌های انسان‌گرا: این دیدگاه‌ها بر کمال، حق انتخاب سرنوشت و خصوصیات مثبت شخصی تأکید دارند. طبق این دیدگاه‌ها، اختلال روانی محصول بالفعل نشدن ظرفیت‌های بالقوه و محصول فشار جامعه برای مراعات کردن انتظارات و ارزش‌ها است. خودپنداره کسی که اختلال روانی دارد، خودپنداره خوبی نیست چون انتقادات و شرایط منفی شدیدی را تجربه کرده است. دیدگاه‌های روانی عمدتاً بر فرد تمرکز می‌کنند. من در فصل ۱۴ توضیح داده‌ام که نظریه‌های مختلف شخصیتی - یعنی نظریه‌های روان‌پویایی، رفتاری و شناختی اجتماعی و انسان‌گرا - چه نقشی در درمان اختلالات روانی دارند.

رویکرد اجتماعی فرهنگی: اگرچه رویکرد روان‌شناختی، ریشه مشکلات روانی را تعارضات ناهشیار، شناخت‌های منفی، خودپنداره نادرست و دیگر عوامل فردی می‌داند ولی تجربه‌های محیطی را نیز در ایجاد اختلالات روانی، مهم می‌داند (نولن- هوکسما، ۲۰۰۱). رویکرد اجتماعی فرهنگی به بافت‌های وسیع‌تر اجتماعی - مثل زندگی زناشویی و خانوادگی، محله، پایگاه اجتماعی اقتصادی، قومیت،

مدل پزشکی رویکردی زیست‌شناختی که اختلالات روانی را بیماری‌هایی پزشکی با منشأ زیست‌شناختی می‌داند.

جنسیت و فرهنگ - اهمیت بیشتری می‌دهد. برای مثال، اختلافات زناشویی می‌توانند علت اختلال روانی باشند. در این دیدگاه، وقتی یکی از اعضای خانواده مشکل روانی پیدا می‌کند، علت آن نامؤثر کار کردن خانواده است نه خود فرد (آتوود^۱، ۲۰۰۱). شماری از مشکلات روانی نیز معلول جنگ قدرت درون خانواده‌اند؛ مثلاً معلول اختلافات خواهر و برادرها، دردانه بودن یکی از بچه‌ها، اختلاف زن و شوهر و موارد مشابه هستند.

مردمی که در محله‌های اقلیت‌نشین زندگی می‌کنند و جزء اقشار کم‌درآمد هستند، بیشترین اختلال روانی را دارند. بررسی نقش پایگاه اجتماعی اقتصادی و قومیت در اختلالات روانی نشان می‌دهد که پایگاه اجتماعی اقتصادی نقش مهم‌تری دارد؛ فقر، فشارهای روانی خاصی ایجاد می‌کند که موجب بروز اختلال روانی می‌شوند (الیوت، بیتی و کایتفورز^۲، ۲۰۰۱؛ شولتز و دیگران، ۲۰۰۰؛ ویچ، لويس و جنکینز^۳، ۲۰۰۱).

جنسیت یکی دیگر از عوامل اجتماعی فرهنگی است که با برخی اختلالات روانی رابطه دارد (گرینگلاس، ۱۹۹۸؛ نولن-هوکسما، ۲۰۰۱؛ وود^۴، ۲۰۰۱). زن‌ها عمدتاً اختلالات درونی‌شدگی دارند. زن‌ها به طور اخص بیش از مردها از اختلالات اضطرابی و افسردگی که نشانه‌های درونی دارند، رنج می‌برند. در مقابل، مردها طوری تربیت می‌شوند که انرژی خود را صرف دنیای بیرون کنند (یعنی احساسات‌شان را بیرونی می‌کنند). به همین دلیل، معمولاً دچار اختلالات بیرونی‌شدگی که در آن پرخاشگری و سوء‌مصرف مواد پیش می‌آید، می‌شوند. بعداً در همین فصل درباره تفاوت‌های جنسیتی توضیحات بیشتری خواهم داد.

اکثر متخصصان رفتارهای نابهنجار قبول دارند که اختلالات روانی، جهانی هستند (ال-عیسی^۵، ۱۹۸۲). ولی فراوانی و شدت اختلالات روانی در فرهنگ‌ها متغیرند و به ابعاد اجتماعی، اقتصادی، فن‌آورانه و دینی فرهنگ‌ها بستگی دارند (کیولر و پانیاگوا^۶، ۲۰۰۰؛ دراگونز^۷، ۱۹۹۰؛ لویز و گوارناسیا^۸، ۲۰۰۰؛ تاناکا-ماتسومی^۹، ۲۰۰۱). تا آنجا که اختلالاتی که در نمودار ۱-۱۳ آمده‌اند، فرهنگ بسته‌اند (مارسلا^{۱۰}، ۲۰۰۰).

نمودار ۱-۱۳. اختلالات فرهنگ بسته.

توصیف / خصوصیات	فرهنگ	اختلال
عصبانی شدن ناگهانی و کنترل نشده‌ای که گاهی به مصدومیت یا کشته شدن کسی منجر می‌شود. آموک معمولاً در مردانی دیده می‌شود که تودار هستند. شخص پس از حمله کردن به دیگران، احساس فرسودگی و افسردگی می‌کند و خشمگین شدن و حمله‌ور شدنش به دیگران را به یاد نمی‌آورد.	مالزی، فیلیپین، آفریقا	آموک
شخص مبتلا به این اختلال خوردن، با گرسنگی دادن به خودش، دنبال لاغر کردن خودش می‌باشد و این کارش گاهی به مرگ او منجر می‌شود.	فرهنگ‌های غربی خصوصاً ایالات متحده آمریکا	کم‌خوری عصبی
شخص مبتلا به این اختلال، از سحر شدن می‌ترسد. شکارچی مضطرب و هیجان‌زده، نگران آدمخوار شدنش است.	سرخپوستان شکارچی آلگونکویین	ویندیگو

- | | | |
|--------------|---------------------------------|-----------------------------|
| 1. Atwood | 2. Elliot, Beattie and Kaitfors | 3. Weich, Lewis and Jenkins |
| 4. Wood | 5. Al-Issa | 6. Cueller and Paniagua |
| 7. Draguns | 8. Lopez and Guarnaccia | 9. Tanaka-Matsumi |
| 10. Marsella | | |

رویکرد تعاملی: زیستی اجتماعی روانی: در رفتار بهنجار و نابهنجار معمولاً یک یا چند عامل از عوامل زیستی، روانی و اجتماعی فرهنگی دخالت دارد. در رفتار نابهنجار، عوامل زیست‌شناختی (مثل فرایندهای مغزی و وراثت)، عوامل روانی (مثل افکار تحریف‌شده یا عزت‌نفس کم) و عوامل اجتماعی فرهنگی (مثل ناکارآمدی خانواده یا فقر) نقش دارند. تعامل این عوامل، رفتار نابهنجار را ایجاد می‌کند. به رویکرد تعاملی، رویکرد زیستی روانی اجتماعی هم می‌گویند (ایوانز^۱، ۱۹۹۹).

طبقه‌بندی رفتار نابهنجار

مردم از بدو تاریخ بشریت، بیماری، جنون و رفتار نابهنجار داشته‌اند و معالجه و درمان خود را به شفادهندگان و اگذار کرده‌اند. سابقه طبقه‌بندی اختلالات روانی به مصریان و یونانیان باستان و دو رشته زیست‌شناسی و پزشکی برمی‌گردد. امروزه نیز اختلالات روانی بر مبنای مدل پزشکی، طبقه‌بندی می‌شوند.

طبقه‌بندی اختلالات روانی، کار دشواری است و علاوه بر انتقادهای متخصصان بهداشت روانی، انتقادهای سایر اقشار جامعه را در پی داشته است. با این حال، فواید نظام طبقه‌بندی از ضررهایش بیشتر است. نظام طبقه‌بندی، برای متخصصان بهداشت روانی، یک مبنای ارتباطی مشترک فراهم می‌آورد. برای مثال، وقتی یک روان‌شناس می‌گوید مراجع او اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه دارد و روان‌شناس دیگر هم می‌گوید مراجع او دچار سندرم اسپرگر است، هر دو می‌دانند این مراجعان چه رفتارهایی داشته‌اند که چنین تشخیص‌هایی درباره آنها داده شده است. در ضمن، نظام طبقه‌بندی، به روان‌شناسان بالینی امکان پیش‌بینی اختلالات را می‌دهد. چنین نظامی مشخص می‌کند که احتمال وقوع هر اختلال چقدر است، چه کسانی بیشتر مستعد ابتلا به اختلال هستند، سیر پیشرفت هر اختلال چگونه است و پیش‌آگهی درمانش چیست (میهل^۲، ۱۹۹۶؛ راجرز^۳، ۲۰۰۱).

ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی: انجمن روانپزشکی آمریکا در سال ۱۹۵۲، اولین طبقه‌بندی مهم اختلالات روانی را منتشر کرد. ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) راهنمای فعلی انجمن روانپزشکی آمریکا محسوب می‌شود. این راهنما ۱۷ طبقه اصلی دارد و بیش از ۲۰۰ اختلال خاص در آن توصیف شده است.

تغییر مستمر راهنمای تشخیصی و آماری (DSM)، نشانگر پیشرفت دانش طبقه‌بندی اختلالات روانی است (فرست و پینکوس^۴، ۲۰۰۲؛ ویدیر^۵، ۲۰۰۰). اما تحقیقات و تجارب بالینی نشان می‌دهند که در طبقات ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، حذف و اضافه‌ها و بازنگری‌هایی شده است که موجب اختلاف نظر تشخیص‌گذاران شده‌اند.

مهم‌ترین ویژگی ویراست چهارم این راهنما، نظام چندمحوری آن است که اشخاص را روی پنج محور یا بُعد طبقه‌بندی می‌کند و پیشینه و بالاترین کارکرد آنان در سال گذشته را نشان می‌دهد. این نظام، شخص را در یک طبقه از اختلالات روانی جا نمی‌دهد بلکه عوامل بالینی مختلف را در نظر می‌گیرد (گلدنر، مایو و گیدز^۶، ۱۹۹۹).

ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی طبقه‌بندی مهم انجمن روانپزشکی آمریکا در زمینه اختلالات روانی.

1. Evans

2. Meehl

3. Rogers

4. First and Pincus

5. Widiger

6. Gelder, Mayou and Geddes

توصیف	اختلالات روانی اصلی
اختلالات محور یک	
اختلالاتی که پیش از نوجوانی بروز می‌کنند، مثل اختلال بیش‌فعالی- کمبود توجه، اتیسم، اختلالات یادگیری (مثلاً لکنت‌زبان)	اختلالاتی که معمولاً برای اولین بار در طفولیت، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می‌شوند و اختلالات ارتباطی
بیقراری، بیش‌فعالی و بیمناسکی، اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، اختلال وحشت‌زدگی، اختلال هراس [یا فوبی]، اختلال وسواس فکری- عملی و اختلال استرس پس از سانحه	اختلالات اضطرابی
نشانه‌های روانی که علی‌رغم وجود علل جسمی، صورت جسمی به خود گرفته‌اند. خودبیمارانگاری و اختلال تبدیلی.	اختلالات جسمانی شکل
نمایش عمدی نشانه‌های یک اختلال روانی یا پزشکی بدون قصد رسیدن به نفع بیرونی (مثل تظاهر به معلولیت)	اختلالات ساختگی
از دست دادن ناگهانی حافظه یا تغییر هویت ناگهانی. اختلال یادزدودگی گسستی، فوگ گسستی و اختلال گسست هویت.	اختلالات گسستی
اختلالات روانی ناشی از بروز مشکل در هشیاری و شناخت؛ مثلاً دلیریوم ناشی از مواد یا دمانس در بیماری آلزهایمر.	دلیریوم، دمانس، یادزدودگی و دیگر اختلالات شناختی
اختلالاتی که مهم‌ترین ویژگی آنها، ناراحتی خلقی اولیه است؛ اختلالات افسردگی و اختلال دوقطبی (که در آن نوسان خلق بین افسردگی عمیق و شنگولی و هیجان‌زدگی شدید است).	اختلالات خلقی
افکار و ادراکات عجیب، ارتباطات عجیب، هیجان نامناسب و دیگر رفتارهای عجیب.	اسکیزوفرنی و سایر روانپریشی‌ها
اختلالات مربوط به الکحل، اختلالات مربوط به کوکائین، اختلالات مربوط به مواد توهم‌زا و سایر اختلالات مربوط به مصرف دارو.	اختلالات مربوط به مواد
شامل سه نوع اختلال است: اختلالات هویت جنسی (ناراضی بودن از مردانگی یا زنانگی خود)، نابهنجاری‌های جنسی (انجام اعمالی عجیب جهت ایجاد انگیزندگی جنسی در خود) و بدکاری‌های جنسی (اختلال در کارکرد جنسی) (به فصل ۱۱ مراجعه کنید).	اختلالات جنسی و هویت جنسی
کم‌خوری و پرخوری عصبی (به فصل ۱۱ مراجعه کنید).	اختلالات خوردن
اختلالات اولیه خواب شامل بیخوابی و حمله خواب (به فصل ۶ مراجعه کنید) و اختلال خواب ناشی از یک بیماری عمومی پزشکی.	اختلالات خواب
جنون دزدی، جنون آتش‌افروزی و قماربازی اجباری.	اختلالات کنترل تکانه که جای دیگری طبقه‌بندی نشده‌اند
بروز نشانه‌های هیجانی و رفتاری آزاردهنده در پاسخ به یک استرس مشخص.	اختلالات سازگاری
اختلالات محور دو	
کارایی پایین عقلانی و سازگار نشدن با زندگی روزمره (به فصل ۱۰ مراجعه کنید).	عقب‌ماندگی ذهنی
وجود صفات شخصیتی انعطاف‌ناپذیر و ناسازگارانه	اختلالات شخصیت
مشکلات رابطه‌ای (با همسر، خواهر و برادر و دیگران)، مشکلات مربوط به بدرفتاری و غفلت (مثلاً بدرفتاری فیزیکی) و حالات دیگر (مثلاً داغ‌دیدگی، مشکلات تحصیلی، مشکلات دینی و معنوی).	سایر حالاتی که می‌توانند مورد توجه بالینی قرار بگیرند

البته قرار است تا سال ۲۰۰۶، ویراست جدیدی از راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی منتشر شود ولی در حال حاضر انجمن روانپزشکی آمریکا متن ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی را تجدیدنظر کرده و اطلاعات تحقیقاتی جدید پس از ۱۹۹۴ را در آن گنجانده است. در نسخه تجدیدنظر شده که عنوان متن تجدید نظر شده ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) را به خود گرفته است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، ملاک‌های برخی از اختلالات تغییر کرده‌اند. برای مثال، در حال حاضر نابهنجاری‌های جنسی [یا پارافیلیاها] حتی اگر ناراحتی یا اختلال کارکردی ایجاد نکنند هم تشخیص داده می‌شوند.

موضوع برجسب‌زنی: ایراد دیگری که از ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی می‌گیرند این است که به مشکلات روزمره، برجسب اختلالات روانی می‌زند. برای مثال، در این راهنما، ذیل عنوان اختلالات یادگیری یا مهارت‌های تحصیلی، سه طبقه اختلال روحانی، اختلال حساب و اختلال بیان کتبی آمده است. ذیل عنوان اختلالات مربوط به مواد هم، اختلالات مصرف کافئین آمده است. ما معمولاً این مشکلات روزمره را اختلال روانی نمی‌دانیم در حالی که جاگرفتن آنها در این راهنما تلویحاً به این معنا است که این رفتارهای «عادی» باید درمان شوند. تهیه‌کنندگان راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی می‌گویند متخصصان بهداشت روانی بسیاری از مشکلاتی را که در ویراست‌های قبلی این راهنما لحاظ نشده بودند، درمان کرده‌اند، بنابراین ضروری به نظر می‌رسید که این نظام طبقه‌بندی، جامع‌تر شود. یک دلیل عملی گنجانده شدن مشکلات روزمره در ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی هم این است که مردم از شرکت‌های بیمه پول بگیرند، چون اکثر شرکت‌های بیمه فقط برای اختلالات مندرج در ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی پول می‌دهند.

انتقاد دیگری که از ویراست چهارم این راهنما و به طور کلی این نوع نظام‌های طبقه‌بندی گرفته می‌شود، این است که نظام یاد شده عمدتاً بر آسیب‌شناسی و مشکلات متمرکز است و سوگیری ایرادگیری دارد (آلن، ۱۹۹۸). برجسب‌ها می‌توانند صورت پیشگویی کامبخش به خود بگیرند، بنابراین تأکید همزمان بر نقاط قوت و ضعف می‌تواند ننگ‌آور بودن برجسب اسکیزوفرنیک پارانوئید یا بیمار روانی سابق را خنثی کند. در عین حال، نشانه‌هایی را برای درمان در اختیارمان بگذارد که به جای کم کردن صرف ناراحتی روانی، قابلیت روانی را دامن بزنند.

دیوید روزنهن^۱ (۱۹۷۳) در مطالعه‌ای کلاسیک و جنجالی برای نشان دادن ایراد برجسب اختلال روانی، طوری زمینه‌چینی کرد که روانپزشک بیمارستان، هشت دانشجوی فاقد اختلال روانی را معاینه کند. روزنهن از این دانشجویان خواسته بود کاملاً عادی رفتار کنند و فقط بگویند صداهایی مثل «خالی» و «تالاپ تالاپ» می‌شنوند. هر هشت نفر می‌خواستند ترخیص شوند و کاملاً هم همکاری می‌کردند. اما روانپزشک به آنها برجسب اسکیزوفرنی زد که اختلال روانی شدیدی است و ۳ تا ۵۲ روز آنها را در بیمارستان بستری کرد.

برجسب‌ها می‌توانند به شخص ضربه بزنند چون یک جنبه وجودش را بزرگ می‌کنند و جنبه‌های دیگرش را نادیده می‌گیرند (ساراسون و ساراسون^۲، ۲۰۰۲). برای مثال، برجسب «بیمار روانی» یا اختلال اضطرابی معمولاً بار منفی دارد؛ مثلاً بار بی‌کفایت، خطرناک و مطرود بودن. برجسب‌های منفی، عزت نفس اشخاص را کم کرده و در آنان احساس تبعیض ایجاد می‌کنند. در عین حال، مردم از ترس خوردن داغ «بیمار روانی» یا «دیوانه» دنبال کمک نمی‌روند. وانگهی، کسی که اختلال روانی او بهبود یافته، همچنان این برجسب را با خودش یدک می‌کشد. همانطور که در کادر مباحثه انتقادی گفته‌ام، عده‌ای از صاحب‌نظران تا آنجا پیش رفته‌اند که اختلالات روانی را افسانه می‌دانند.

1. David Rosenhan

2. Sarason and Sarason

آیا اختلالات روانی افسانه‌اند؟

مسئولیت جرم خود را بپذیرند. سلب مسئولیت از این افراد و محروم کردن آنان از آزادی طولانی‌تری که پس از تحمل محکومیت عایدشان می‌شود، به ضرر این افراد است. پاسخ انتقاد ساز این است که شواهد موثقی وجود دارد که در اختلالاتی مثل اختلالات خلقی و اسکیزوفرنی، عوامل زیست‌شناختی دخالت دارند. در عین حال، مخالفان ساز می‌گویند هم‌اکنون بسیاری از اختلالات روانی با داروهایی که در زمان انتشار کتاب ساز وجود نداشته‌اند، درمان می‌شوند. مخالفان ساز در مورد لغو مدافعه جنون می‌گویند، زندانی کردن کسی که اختلال روانی دارد غیرانسانی‌تر از درمان اختلالش است. همانطور که شرح و تفسیر زیر نشان می‌دهد، این بحث همچنان ادامه دارد: «دقت مردم در مورد خطرات برچسب مریضی مثلاً خطرات برچسب اسکیزوفرنی، افزایش یافته است و بسیاری از آنها رفته رفته متوجه شده‌اند که اصلاً بحث مریضی در میان نیست» (ماسن، ۱۹۹۸، ص ۲). طرفداران ساز می‌گویند معرفی مشکلات آدم‌ها به عنوان بیماری، آنها را فقط ناامید می‌کند.

برای رفع این اختلاف نظر، همه معتقدند که باید در مورد ماهیت واقعی «افسردگی» و «اسکیزوفرنی»، بیشتر تحقیق کنیم. هیچکس دوست ندارد به آدم‌های دردمند برچسب نادرستی بزند، در مورد آنها تشخیص نادرستی بدهد و آنها را درست درمان نکند.

نظر شما چیست؟

- به نظر شما چه موقع باید به دیگران برچسب اختلال روانی بزنیم؟
- به نظر شما چه موقع مداخلات پزشکی برای اختلالات روانی مناسب هستند؟
- مدافعه جنون، تحت چه شرایطی قابل قبول است؟ چرا؟

توماس ساز روانپزشک، با انتشار کتاب افسانه بیماری روانی در سال ۱۹۶۱، بحث تلخی را پیش کشید که همچنان داغ است. او این ادعای تعجب‌آور را مطرح کرد که چیزی به نام «بیماری روانی» وجود ندارد. ساز بحث خود را با جدا کردن مریضی مغز و مریضی ذهن شروع می‌کند. ساز امراض مغزی مثل صرع را قبول دارد ولی «مریضی بودن» اختلالات روانی را نمی‌پذیرد و آنها را «مشکلات زندگی» می‌داند. مثلاً فرض کنید شخصی می‌گوید بدنش مرده است. او رفتارهای عجیبی دارد ولی نقص جسمی یا مریضی ندارد. به نظر ساز، این آدم اختلال روانی ندارد بلکه باورهای ناسازگارانه‌ای دارد.

از نظر ساز، در اینجا بحث معنایی صرف مطرح نیست. فرض کنید «مشکلات زندگی» ناشی از تعامل با دیگران هستند. ساز می‌گوید این درست نیست که مشکلات اجتماعی را «بیماری روانی» در نظر بگیریم و آنها را طبق مدل پزشکی، با دارو درمان کنیم. آیا متخصصان بهداشت روانی باید به کسی که با باور عجیب مرده بودن بدنش، دیگران را فقط می‌ترساند و نگران می‌کند، برچسب «بیمار روانی» بزنند و به او دارو بدهند؟ یک نمونه غم‌انگیز رسیدگی به «مشکلات زندگی»، اختلال گسست هویت (یعنی پیدا شدن چند شخصیت یا خود در فرد) است (بران^۱، ۱۹۸۵). فرزندان پدر و مادرهای مبتلا به اختلال گسست هویت، علائم این اختلال را می‌آموزند و بروز می‌دهند. این ماجرا وقتی تأسفبارتر می‌شود که آنان را دچار اختلال روانی تشخیص داده و به آنها دارو می‌دهند. به نظر ساز، درمان این کودکان باید درمان اجتماعی فرهنگی باشد (مثلاً آنها را از محیط ناسالم زندگی‌شان دور کنیم و در محیطی سالم اسکان بدهیم) و در درمان آنها باید از فنون رفتاری استفاده کنیم.

ساز در انتقادش تا آنجا پیش می‌رود که می‌گوید مدافعه جنون باید ملغی شود. ساز می‌گوید معنای صدور رأی بی‌گناه به دلیل جنون این است که این افراد اختلال روانی داشته‌اند که خودش زیر سؤال است. آنها مرتکب جرم شده‌اند و باید

اگرچه روان‌شناسان هم ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی را قبول دارند ولی این راهنما به دلیل رویکرد پزشکی خودش، به مذاق روانپزشکان خوش تر می‌آید. در هر صورت، ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، علی‌رغم انتقادات منتقدانش، هنوز جامع‌ترین نظام طبقه‌بندی است.

مرور و دقیق کردن فکرتان

۱ خصوصیات و طبقه‌بندی رفتارهای نابهنجار را توضیح دهید.

- رفتار نابهنجار را توضیح دهید.
- رویکردهای زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی فرهنگی اختلالات روانی را به‌طور خلاصه توضیح دهید.
- طبقه‌بندی اختلالات روانی و نقاط قوت و ضعف آن را شرح دهید.



mhhe.com/
santrockp7

برای دسترسی به ابزارهای مطالعاتی مرتبط با این هدف یادگیری، به راهنمای درسی، سی‌دی رام (CD-ROM) و مرکز یادگیری روی خط (online) مراجعه کنید.

اد گاین (Ed Gein) قاتل زنجیره‌ای ویسکانسین، مسئولیت قتل دو زن در دهه ۱۹۵۰ و ربودن اجساد از گورها را پذیرفت. او برای کپی کردن تصویر مادر متوفایش در زیورآلات و لباس‌هایش از جوارح اجساد استفاده می‌کرد. گاین به دلیل جنون تبرئه و برای درمان به بیمارستان روانی فرستاده شد. کارگردانان دو فیلم روانی و سکوت بره‌ها هم از او الهام گرفته بودند. به نظر شما گاین باید تبرئه می‌شد؟ نظرتان در مورد مدافعه جنون چیست؟

۲ اختلالات اضطرابی



اختلالات اضطرابی چه خصوصیتی دارند؟

اضطراب در واقع، ترس و بیمی کلی، مبهم و بسیار ناخوشایند است. آدم‌های بسیار مضطرب، خیلی نگران هستند ولی اضطراب‌شان لزوماً لطمه‌ای به عملکردشان نمی‌زند. اختلالات اضطرابی، اختلالاتی هستند که در آنها بیقراری حرکتی (از جا پریدن، لرزش، ناآرامی)؛ بیش‌فعالی (گیجی، تند زدن قلب و گاهی عرق کردن) و بیمناکی دیده می‌شود. تقریباً ۱۹/۱ میلیون نفر از بزرگسالان ۱۸ تا ۵۴ ساله آمریکایی یعنی حدوداً ۱۳/۳ درصد این گروه سنی، اختلال اضطرابی دارند (مؤسسه ملی بهداشت روانی، ۲۰۰۱ b). پنج نوع اختلال اضطرابی عبارتند از اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، اختلال وحشت‌زدگی، اختلالات هراس، اختلال وسواس فکری-عملی و اختلال استرس پس از سانحه.

اختلال اضطراب تعمیم‌یافته

آنای (Anna) ۲۷ ساله نزد روان‌شناس آمده بود. آنا خیلی عصبی بود و دائم انگشتانش را به هم می‌پیچید و پاهایش را روی هم می‌انداخت و دوباره آنها را از روی هم برمی‌داشت. در ضمن مدام با موهایش بازی می‌کرد. آنا می‌گفت در معده‌اش احساس گرفتگی و فشار می‌کند، دستانش سرد

اختلالات اضطرابی اختلالات روانی با ویژگی بیقراری، بیش‌فعالی و بیمناکی.

شده و عضلات گردنش سفت می‌شوند. او می‌گفت اخیراً بگومگوهایش با شوهرش بالا گرفته است. او در هفته‌های اخیر بیش از پیش عصبی شده بود و احساس می‌کرد اتفاق بدی خواهد افتاد. با شنیدن صدای زنگ در یا زنگ تلفن، قلبش تند می‌زد و نفس نفس می‌زد. صحبت کردن در جمع برایش سخت شده و خودش را منزوی کرده بود. تا این‌که کاسه صبر شوهرش لبریز می‌شود و آنا تصمیم می‌گیرد نزد روان‌شناس بیاید (گودستاین و کالهن^۱، ۱۹۸۲).

آنا **اختلال اضطراب تعمیم‌یافته** ای که در آن اضطراب باید حداقل ۱ ماه طول بکشد، دارد؛ اشخاص مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته دلیل مشخصی برای اضطراب خود ندارند (کاپلند^۲، ۲۰۰۲؛ ریکلس و راین^۳، ۲۰۰۱). کسانی که اختلال اضطراب تعمیم‌یافته دارند، در اکثر مواقع عصبی هستند. آنها نگران کار، روابط و سلامتی خود هستند. حتی برای جزئیاتی مثل دیر رسیدن بر سر قرار یا مناسب بودن لباس‌شان هم نگران می‌شوند. اضطراب آنها غالباً از موضوعی به موضوعی دیگر معطوف می‌شود. تقریباً ۴ میلیون آمریکایی ۱۸ تا ۵۴ ساله، یعنی حدوداً ۲/۸ درصد این گروه سنی، اختلال اضطراب تعمیم‌یافته دارند (مؤسسه ملی سلامت روانی، ۲۰۰۱ b).

ولی سبب‌شناسی اختلال اضطراب تعمیم‌یافته چیست؟ (سبب‌شناسی به شناخت علل و پیشایندهای مهم اختلالات روانی اطلاق می‌شود). آمادگی ژنتیکی و کمبود انتقال‌دهنده عصبی گابا (GABA)، دو عامل زیست‌شناختی دخیل در اختلال اضطراب تعمیم‌یافته‌اند (نات^۴، ۲۰۰۱). معیارهای شخصی سفت و سختی که تحقق آنها تقریباً امکان‌ناپذیر است، پدر و مادر بسیار سختگیر و ایرادگیر (که زمینه‌ساز عزت نفس کم و خرده‌گیری افراطی از خود می‌شوند)، افکار منفی خودکار هنگام فشارروانی، و عوامل مولد فشارروانی و ضربه‌های روانی غیرقابل کنترل، مثل وجود پدر و مادری که بدرفتاری می‌کنند هم برخی از عوامل روان‌شناختی و اجتماعی فرهنگی دخیل در این اختلال هستند.

اختلال وحشت‌زدگی

اختلال وحشت‌زدگی یکی دیگر از اختلالات اضطرابی است. مشخصه این اختلال، بیمناکی و وحشت‌های ناگهانی است. مبتلایان به این اختلال گاهی خود را در آستانه مردن حس می‌کنند ولی همیشه مضطرب نیستند. حملات وحشت‌زدگی معمولاً یک‌دفعه شروع می‌شوند و تپش قلب شدید، تنگی نفس، درد قفسه سینه، لرزش، عرق کردن، سرگیجه و احساس درماندگی به دنبال دارند. قربانیان این اختلال می‌ترسند عنقریب بمیرند، دیوانه شوند یا عمل غیرقابل کنترلی انجام بدهند. تقریباً ۲/۴ میلیون نفر آمریکایی ۱۸ تا ۵۴ ساله، یعنی حدوداً ۱/۷ درصد این گروه سنی، اختلال وحشت‌زدگی دارند (مؤسسه ملی سلامت روانی، ۲۰۰۱ b).

اختلال اضطراب تعمیم‌یافته اختلالی اضطرابی که در آن، اضطراب حداقل یک ماه طول می‌کشد؛ شخص مبتلا به این اختلال دلیل مشخصی برای اضطرابش ندارد.

اختلال وحشت‌زدگی اختلالی اضطرابی، با بیم و وحشت ناگهانی.

هراس از مکان‌های باز ترس از مکان‌های عمومی باز و ترس از عدم امکان گریز از این مکان‌ها یا کمک گرفتن در صورت عاجز شدن.

در بسیاری از موارد، شش ماه قبل از شروع اختلال وحشت‌زدگی، اتفاق دردناک و عذاب‌آوری که معمولاً خطر جدایی یا جدایی واقعی از یک عزیز یا تغییر شغل را به دنبال دارد، رخ می‌دهد. در اختلال وحشت‌زدگی، عوامل زیست‌شناختی نیز نقش دارند (باتاگلیا^۵، ۲۰۰۲؛ اوت^۶ و دیگران، ۲۰۰۲). مثلاً بین حمله وحشت‌زدگی و واکنش افراطی به اسید لاکتیک (که بدن آن‌ها هنگام فشارروانی ترشح می‌کند) رابطه هست.

در ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال وحشت‌زدگی به صورت با **هراس از مکان‌های باز** یا بدون هراس از مکان‌های باز طبقه‌بندی می‌شود؛ در هراس از مکان‌های باز، شخص از این می‌ترسد که در مکان‌های باز و عمومی زمین‌گیر شده و عاجز شود و نتواند از محل فرار

1. Goodstein and Calhoun

2. Coupland

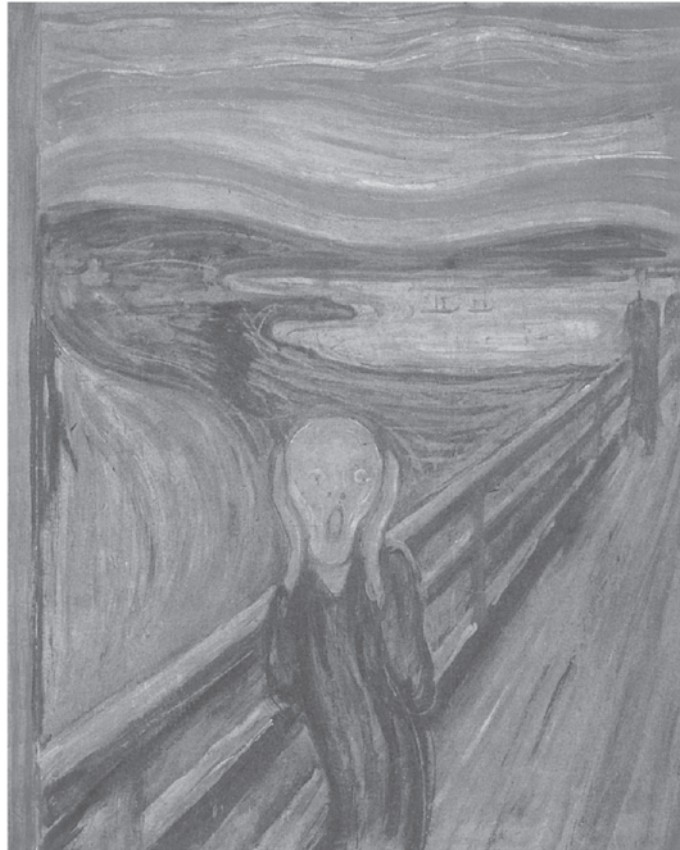
3. Rickels and Rynn

4. Nutt

5. Battaglia

6. Otte

فرباد ادوارد مونش (Munch)، بسیاری از متخصصان، نقاشی مونش را مظهر وحشت از حمله وحشت‌زدگی می‌دانند.



کند یا نتواند کمک بگیرد (فاوا^۱ و دیگران، ۲۰۰۱؛ یاردلی^۲ و دیگران، ۲۰۰۱). حضور در مکان‌های عمومی شلوغ، دور شدن از خانه خصوصاً با وسائط نقلیه عمومی، احساس محبوس شدن و گیر افتادن و فاصله گرفتن از محل یا جداشدن از شخصی خاص می‌تواند هراس از مکان‌های باز ایجاد کرده و برخی آدم‌ها را خانه‌نشین کند. این حملات معمولاً در بزرگسالی شروع می‌شوند. ۲/۵ درصد آمریکایی‌ها این اختلال را دارند. زن‌ها بیش از مردها دچار چنین اختلالی می‌شوند. شخصی که در توضیحات زیر با او آشنا می‌شوید، اختلال وحشت‌زدگی با هراس از مکان‌های باز دارد:

خانم رایس (Reiss) زن ۴۸ ساله‌ای است که از تنها بیرون رفتن می‌ترسد. رایس شش سال است که چنین ترسی دارد ولی ترس وی در دو سال اخیر شدیدتر شده است. علائم ترس او اولین بار پس از بگومگو با شوهرش ظاهر شدند. خانم رایس پس از این بگومگو، سراغ صندوق پستی بیرون منزل‌شان می‌رود و شدیداً مضطرب و گیج می‌شود. ترس او چند سال کم می‌شود ولی با شنیدن خبر ابتلای خواهرش به سرطان، ترس وی شدیدتر از قبل ظاهر می‌شود. ترس او پس از بگومگوهایش با شوهرش شدت می‌یابد. خانم رایس رفته رفته در مورد بیرون رفتن بیمناک می‌شود و وقتی سعی می‌کند خانه را ترک کند، قلبش تند می‌تپد، نفس نفس می‌زند و می‌لرزد. او بعد از مدت کوتاهی بیرون ماندن از خانه، به سرعت خودش را به خانه می‌رساند (گرینبرگ، اسمالکر و تانتوم^۳، ۱۹۸۶).

1. Fava

2. Yardley

3. Greenberg, Szmulker and Tantom

اما سبب‌شناسی اختلال وحشت‌زدگی چیست؟ در مورد عوامل زیست‌شناختی باید بگویم، اعضای خانواده‌ی کسانی که آمادگی ابتلا به این اختلال را دارند، سابقه‌ی اختلال وحشت‌زدگی دارند. در ضمن، این اختلال در بین دوقلوهای همسان شایع‌تر از دوقلوهای ناهمسان است (گولدستاین و دیگران، ۱۹۹۷؛ تورگرسون^۱، ۱۹۸۶). طبق یک دیدگاه زیست‌شناختی، دستگاه عصبی خودکار مبتلایان به این اختلال، بیش از حد فعال است (بارلو، ۱۹۸۸). دیدگاهی دیگر، علت این اختلال را دو انتقال‌دهنده‌ی عصبی نوراپی‌نفرین و گابا می‌داند (سند^۲ و دیگران، ۲۰۰۱؛ ورسینی^۳ و دیگران، ۲۰۰۲، ۱۹۹۹). دیدگاه زیست‌شناختی دیگری هم حملات وحشت‌زدگی را به نفس نفس زدن یا تند نفس کشیدن ربط می‌دهد (ایلسون و دیگران، ۲۰۰۱؛ ناردی^۴ و دیگران، ۲۰۰۱).

یکی از دیدگاه‌های روان‌شناختی، روی اختلال وحشت‌زدگی با هراس از مکان‌های باز متمرکز شده است. نام این دیدگاه، فرضیه‌ی ترس از ترس است؛ یعنی هراس از مکان‌های باز در واقع ترس از حضور در مکان‌های عمومی باز نیست بلکه ترس از وقوع حمله‌ی وحشت‌زدگی در این مکان‌ها است.

از لحاظ عوامل اجتماعی فرهنگی، زنان آمریکایی دو برابر مردان دچار اختلال وحشت‌زدگی با یا بدون هراس از مکان‌های باز می‌شوند (فودور و اپستاین^۵، ۲۰۰۲). ولی در هند، مردها بیش از زن‌ها دچار اختلال وحشت‌زدگی می‌شوند، شاید چون در هند و فرهنگ‌های شرقی و خاورمیانه‌ای، زن‌ها کمتر تنها از خانه بیرون می‌روند (مکنالی^۶، ۱۹۹۴). دلایل بیشتر بودن میزان بروز اختلال وحشت‌زدگی با یا بدون هراس از مکان‌های باز در بین زنان آمریکایی نسبت به مردان آمریکایی عبارتند از نوع جامعه‌پذیری جنسیتی (پسرها بیشتر تشویق می‌شوند مستقل باشند و دخترها بیشتر تشویق می‌شوند محافظت شوند) و تجارب دردناک (زن‌ها بیش از مردها قربانی تجاوز و سوء‌استفاده‌های جنسی دوران کودکی می‌شوند) (فودور و اپستاین، ۲۰۰۲).

اختلالات هراس

اختلال هراس که معمولاً به آن هراس [یا فوبیا] می‌گویند، یک اختلال اضطرابی است. شخص مبتلا به این اختلال از شیئی یا وضعیت خاصی، به شدت و به طرز نامعقول و مداوم می‌ترسد. مبتلایان به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، علت عصبی بودن خود را نمی‌دانند در حالی که مبتلایان به هراس، علت هراس خود را می‌دانند (بارلو، ۲۰۰۱). ترسی حالت هراس به خود می‌گیرد که باعث شود شخص همیشه از وضعیت مولد ترس فرار کند. بعضی از هراس‌ها بیش از هراس‌های دیگر، آدم‌ها را عاجز می‌کنند. به عنوان مثال، در جامعه‌ی ما، کسی که از ماشین می‌ترسد بیش از کسی که از مار می‌ترسد، عاجز می‌شود. تقریباً ۶/۳ میلیون نفر آمریکایی ۱۸ تا ۵۴ ساله یعنی ۴/۴ درصد این گروه سنی، اختلال هراس دارند (مؤسسه ملی سلامت روانی، ۲۰۱۱ b).

هراس‌ها مختلف هستند. بعضی از هراس‌های شایع، هراس از موقعیت‌های اجتماعی، سگ‌هراسی، بلندی‌هراسی، پرواز‌هراسی و مار‌هراسی هستند. در نمودار ۳-۱۳ با برخی از هراس‌ها آشنا می‌شوید. حالا بپردازیم به کسی که اختلال هراس دارد.

آگنس (Agnes)، زن ۳۰ ساله مجرد، بیش از یک سال بود که نمی‌توانست از طبقه‌ی دوم بالاتر برود. هر بار که سعی می‌کرد به طبقه سوم، چهارم یا پنجم برود، اضطراب وجودش را می‌گرفت. آگنس می‌دانست ترسش چگونه شروع شده بود. یک شب که تنها مشغول کار بود، یک‌دفعه فکر پریدن از طبقه هشتم، ذهنش را به خود مشغول می‌کند. او به قدری از این فکرش می‌ترسد که بیش از دو

اختلال هراس اختلالی که معمولاً به آن هراس [یا فوبیا] می‌گویند. شخص مبتلا به این اختلال، از شیئی یا وضعیتی خاص، ترس نامعقول، شدید و مداومی دارد.

1. Torgerson

2. Sand

3. Versiani

4. Nardi

5. Fodor and Epstein

6. McNally

ساعت پشت کمد پرونده‌ها مخفی می‌شود تا آرامش خود را بازیابد و بتواند به خانه برگردد. وقتی به طبقه اول ساختمان محل کارش می‌رسد، ضربان قلبش شدید شده و نفس کشیدن برایش سخت می‌شود. چند ماه بعد، کارش را ول می‌کند و چون نمی‌تواند به طبقات بالاتر برود، در طبقه همکف همان ساختمان، به عنوان فروشنده و با دستمزد کم مشغول کار می‌شود (کامرون، ۱۹۶۳).

بیاید هراس دیگری را بررسی کنیم. هراس اجتماعی، ترس شدید از مسخره شدن یا شرم‌منده شدن در وضعیت‌های اجتماعی است. مبتلایان به این نوع هراس می‌ترسند مرتکب خطا شوند. به همین دلیل از صحبت کردن در جمع، سخنرانی، بیرون غذا خوردن یا میهمانی رفتن پرهیز می‌کنند. ترس شدید آنها از این موقعیت‌ها، محدوده زندگی اجتماعی‌شان را تنگ کرده و تنهایی آنها را بیشتر می‌کند (اروین^۱ و دیگران، ۲۰۰۲؛ مک‌لین و وود^۲، ۲۰۰۱). نمودار ۴-۱۳ درصد مردم آمریکا را که در زندگی‌شان هراس اجتماعی دارند، نشان می‌دهد (کسلر، استاینی و برگلند^۳، ۱۹۹۸).

سبب‌شناسی اختلالات هراس چیست؟ در مورد عوامل زیست‌شناختی، دوقلوهای همسانی که جدا از هم بزرگ شده‌اند گاهی دچار هراس‌های واحدی می‌شوند؛ مثلاً در یک مورد، دو دوقلوی جدا از هم بزرگ شده، دچار هراس از مکان‌های بسته بودند (اکرت، هستون و بوچارد^۴، ۱۹۸۱). تقریباً ۱۶ درصد بستگان درجه اول مبتلایان به هراس اجتماعی، در معرض ابتلا به هراس هستند در حالی که این درصد در مورد بستگان درجه اول کسانی که هراس اجتماعی ندارند، ۵ درصد است (کسلر، اولفسون^۵ و برگلند، ۱۹۹۸). عده‌ای هم می‌گویند هراس اجتماعی، مداری عصبی دارد که تالاموس، بادامه و قشر مخ را می‌پوشاند (لی، چوکا و تیبو^۶، ۲۰۰۱). در ضمن برخی از انتقال‌دهنده‌های عصبی خصوصاً سروتونین هم در هراس اجتماعی دخالت دارند (وان‌آمرینگن^۷ و دیگران، ۲۰۰۰).

در مورد عوامل روان‌شناختی، دیدگاه‌های مختلفی وجود دارد (کاپلند، ۲۰۰۱؛ کندلر، مایرز و پریسکات، ۲۰۰۲). به عنوان مثال، نظریه پردازان روان‌پویایی، هراس را مکانیسمی دفاعی برای تکانه‌های خطرناک و نامقبول می‌دانند - آگنس به این دلیل پشت کمد پرونده‌ها مخفی شد که می‌ترسید خودش را از طبقه هشتم پرت کند. اما نظریه‌پردازان یادگیری، هراس‌ها را طور دیگری توضیح می‌دهند؛ آنها هراس‌ها را ترس‌های آموخته‌شده‌ای می‌دانند. شاید آگنس در بچگی از جای بلندی سقوط کرده و سقوط از بلندی را با درد و حالا با ترس از بلندی متداعی کرده است (شرطی شدن کلاسیک). شاید هم ماجرای سقوط دیگران از بلندی را دیده یا شنیده است (یادگیری مشاهده‌ای).

اختلال وسواس فکری- عملی

قبلاً ماجرای روت ۳۰ ساله را که اختلال وسواس فکری- عملی داشت، خواندید. باب ۲۷ ساله نیز همین اختلال را دارد. او به عنوان یک جوان، مراسم سخت و طاقت‌فرسایی دارد. در این مراسم لباس‌هایش را با ترتیب خاصی درمی‌آورد و سرتاپایش را سانتی‌متر به سانتی‌متر می‌شویید. سپس لباس‌هایش را با دقت خاصی برعکس حالتی که درآورده، می‌پوشد. وقتی طبق ترتیب مقرر عمل

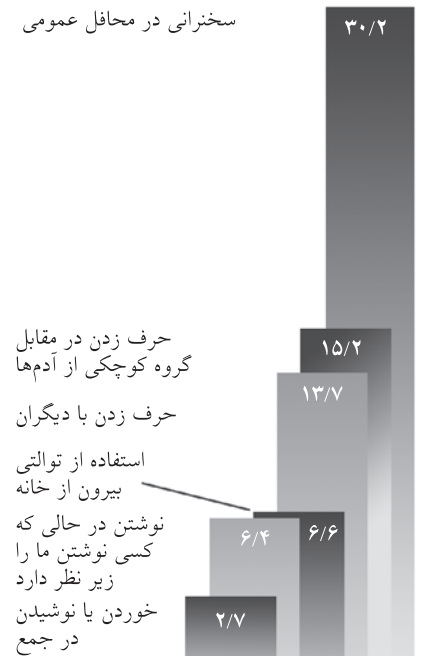
بلندی‌هراسی	Acrophobia
پروازهراسی	Aerophobia
گربه‌هراسی	Ailurophobia
دردهراسی	Algophobia
وسائط نقلیه‌هراسی	Amaxophobia
عنکبوت‌هراسی	Arachnophobia
رعدوبرق‌هراسی	Astraphobia
سگ‌هراسی	Cynophobia
ازدواج‌هراسی	Gamophobia
آب‌هراسی	Hydrophobia
زنبورهراسی	Melissophobia
کثیفی‌هراسی	Mysophobia
تاریکی‌هراسی	Nyctophobia
مار غیرسمی‌هراسی	Ophidiophobia
مرگ‌هراسی	Thanatophobia
غریبه‌هراسی	Xenophobia

نمودار ۳-۱۳. هراس‌ها، این فهرست، تمام هراس‌ها را نشان نمی‌دهد.

درصد کسانی که این هراس‌ها را در زندگی تجربه می‌کنند

هراس‌های اجتماعی

سخنرانی در محافل عمومی



نمودار ۴-۱۳. هراس‌های اجتماعی در آمریکا.

طبق یک نظرسنجی، شایع‌ترین هراس اجتماعی، هراس از صحبت کردن در محافل عمومی است.

1. Erwin
2. McLean and Wood
3. Kessler, Steini and Bergland
4. Eckert, Heston and Bouchard
5. Olfson
6. Li, Chokka and Tibbo
7. Van Ameringen

جان ماین، گزارشگر مشهور و حرفه‌ای فوتبال، از پرواز می‌ترسد. به همین دلیل تمام فصل مسابقات فوتبال را با قایق موتوری کابین‌دار خودش به نام «قایق موتوری ماین» مسافرت می‌کند.



نمی‌کند، حتماً باید آن را تکرار کند. باب گاهی روزی چهار پنج بار این مراسم نظافت را انجام می‌دهد، هرچند خودش به مسخره بودن آن اذعان دارد. با این حال، نمی‌تواند از این مراسم دست بکشد (میر و اوزبورن، ۱۹۸۲).

اختلال وسواس فکری-عملی، یکی دیگر از اختلالات اضطرابی است که در آن، افکار اضطراب‌آور سمجی (وسواس فکری) وجود دارد که شخص برای پیشگیری از آنها یا برای ایجاد شرایطی خاص، یک رشته رفتارهای تکراری شعائرگونه را انجام می‌دهد (اجبار عملی). مبتلایان به اختلال وسواس فکری-عملی گاهی تردیدهای جزئی و کارهای روزمره خود را روزی هزار بار تکرار و مرور می‌کنند (فراست و استکتی^۱، ۱۹۹۸). تقریباً ۳/۳ میلیون نفر آمریکایی ۱۸ تا ۵۴ ساله یعنی حدوداً ۲/۳ درصد این گروه سنی، اختلال وسواس فکری-عملی دارند (مؤسسه ملی سلامت روانی، ۲۰۰۱ b).

شایع‌ترین اجبارهای عملی، بازرسی و کنترل کردن، تمیز کردن و شمارش افراطی هستند. برای مثال، مرد جوانی ممکن است احساس کند باید آپارتمانش را از لحاظ نشی‌گاز بازرسی کند و از بسته بودن پنجره‌هایش مطمئن شود. اگر این کار را یک بار انجام بدهد، رفتارش وسواس عملی محسوب نمی‌شود اما اگر این کار را پنج شش بار پشت سرهم تکرار کند و دائم نگران باشد که مبدا خانه را خوب بازرسی نکرده باشد، رفتارش وسواسی خواهد بود. مبتلایان به این اختلال معمولاً از رفتار شعائرگونه خود لذت نمی‌برند ولی وقتی آن را انجام نمی‌دهند، مضطرب می‌شوند.

اما سبب‌شناسی اختلال وسواس فکری-عملی چیست؟ در رابطه با عوامل زیست‌شناسی، شواهدی دال بر وجود مؤلفه‌ای ژنتیکی در این اختلال هست چون اختلال وسواس فکری-عملی در خانواده مبتلایان، بیشتر دیده می‌شود (بلودی^۲ و دیگران، ۲۰۰۱). در ضمن، محققان به کمک توموگرافی نشر پوزیترون (PET) و سایر فنون تصویرسازی مغزی، برای اختلال وسواس فکری-عملی ریشه‌های عصب‌شناختی پیدا کرده‌اند (کاودینی^۳ و دیگران، ۲۰۰۲). یک تفسیر برای این داده‌ها این است که قشر پیشانی یا عقده‌های پایه چنان در اختلال وسواس فکری-عملی فعال می‌شوند که تکانه‌های زیادی را به تالاموس می‌رسانند و افکار وسواسی و اعمال اجباری را پدید می‌آورند

اختلال وسواس فکری-عملی

شخص مبتلا به این اختلال اضطرابی، افکار اضطراب‌آور و سمجی دارد (وسواس فکری) که او را مجبور می‌کنند برای پیشگیری از آنها یا برای ایجاد وضعیتی خاص، رفتارهای تکراری و شعائرگونه (اجبار عملی) انجام بدهد.

1. Frost and Steketee

2. Bellodi

3. Cavendish

(به نمودار ۵-۱۳ مراجعه کنید) (راپاپورت، ۱۹۸۹). این احتمال هم هست که تحلیل رفتن انتقال‌دهنده عصبی سروتونین با مدار عصبی اختلال وسواس فکری- عملی رابطه داشته باشد (ینیک^۱، ۲۰۰۱؛ ساکسنا^۲ و دیگران، ۱۹۹۸).

در مورد عوامل روان‌شناختی، اختلال وسواس فکری- عملی معمولاً در دوره‌های پرفشار و بحرانی زندگی، مثلاً در دوران بچه‌دار شدن یا در دوران تغییر شغل رخ می‌دهد (استنلی^۳، ۲۰۰۰). بر اساس دیدگاه شناختی، فرق افراد عادی با افرادی که اختلال وسواس فکری- عملی دارند این است که افراد عادی با نادیده گرفتن یا کنار گذاشتن افکار منفی و مزاحم خود، این افکار را خاموش می‌کنند (سالکوکوسکیس^۴ و دیگران، ۱۹۹۷). این اختلال معمولاً در اواخر نوجوانی یا در اوایل بزرگسالی شروع می‌شود هرچند در خردسالان هم دیده می‌شود.



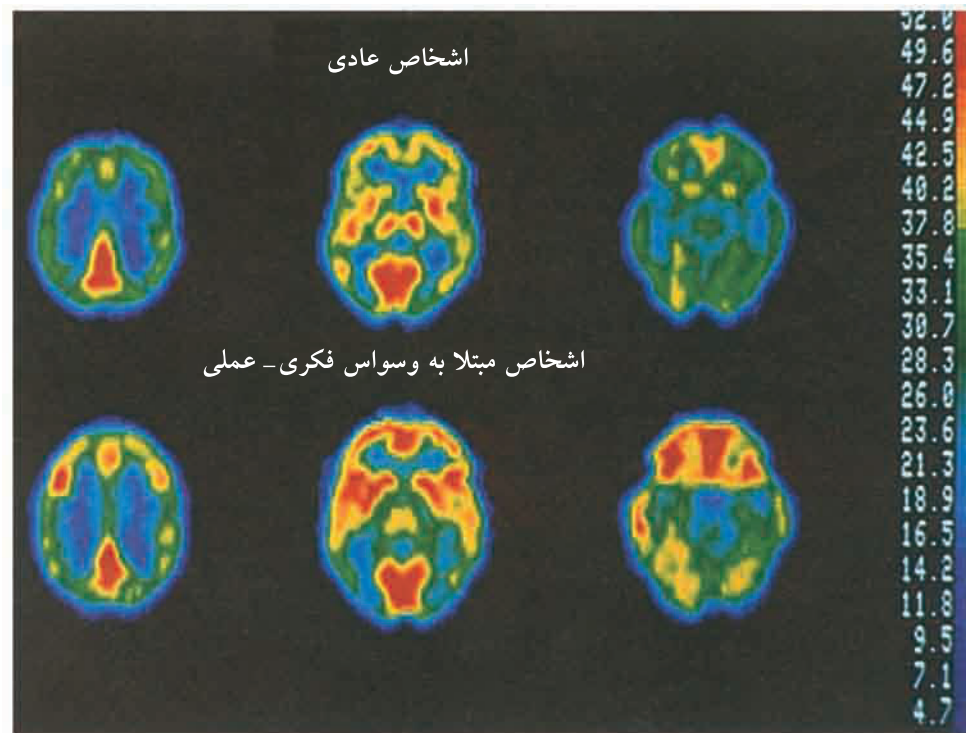
«کارش این است که تایم‌های ۶۰ دقیقه‌ای بگیرد.»

اختلال استرس پس از سانحه

اختلال استرس پس از سانحه پنجمین اختلال اضطرابی است. این اختلال پس از واقعه دردناکی مثل جنگ، حضور در وضعیت‌های زجرآوری مثل قتل‌عام، بدرفتاری‌های شدیدی مثل تجاوز، بلایای طبیعی مثل سیل و طوفان و سوانحی مثل سقوط هواپیمارخ می‌دهد (ویلسون، فریدمن و لیندی^۵، ۲۰۰۱). تقریباً ۵/۲ میلیون نفر آمریکایی ۱۸ تا ۵۴ ساله یعنی حدوداً ۳/۶ درصد این گروه سنی در عمرشان اختلال استرس پس از سانحه را تجربه می‌کنند (مؤسسه ملی سلامت روانی، ۲۰۰۱ c).



جک نیکولسون در فیلم بهتر از این نمی‌شود، نقش شخص مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی را بازی می‌کند.



نمودار ۵-۱۳. اسکن‌های توموگرافی نشر پوزیترون کسانی که اختلال وسواس فکری- عملی دارند. (بالا) تصاویر مغزی اشخاص عادی. (پایین) تصاویر مغزی اشخاص مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی. در تصاویر مغزی این افراد، فعالیت بیشتر قشر پیشانی، عقده‌های پایه و تالاموس را می‌بینیم.

اختلال استرس پس از سانحه یکی از اختلالات اضطرابی که بر اثر وقایع دردناک، وضعیت‌های بسیار زجرآور، بدرفتاری‌های شدید و بلایای طبیعی و سوانح ایجاد می‌شود.

1. Jenike
2. Saxena
3. Stanley
4. Salkovskis
5. Wilson, Friedman and Lindy