مبانی نظری وپیشینه تحقیق اختلال های روانی

فصل دوم : پیشینه ی پژوهش

اختلال هاي رواني

1-1پيش زمينه تاريخي

ماقبل تاريخ و ارواح شيطاني

يونان باستان و توجيهات پزشكي

قرون وسطي و ديوشناسي

عصر خردگرايي و درمان مبتني بر اصول اخلاقي

عصر جديد و بيماري رواني

1-2ملاك هاي تعريف نابهنجاري

چشم اندازهاي تاريخي رفتار غيرعادي

ديدگاه هاي روانشناختي در مقابل ديدگاه هاي عضوي

زمينه فراهم است

ملاك هاي قانوني

ملاك هاي آماري

ملاك هاي انحراف از هنجار

ملاك هاي بهداشت رواني

ملاك هاي اجتماعي و روان شناختي

چهار مباحثه

ملاك هاي بيماري رواني

1-3رويكردها/ الگوها

الگوي پزشكي (يا زيست – شيميايي)

الگوي روان پويشي

الگوی رفتاری

الگوی شناختی

الگوی ساختارگرای اجتماعی

الگوی انسان گرا/ وجودگرا

رویکرد تکاملی

الگوی نظام های خانوادگی

الگوی اجتماعی- فرهنگی

الگوی فمینیستی (برابری طلبی زنان)

رویکرد التقاطی

دیدگاه زیست شناختی

دیدگاه روان پویشی

ديدگاه يادگيري

ديدگاه شناختي

ديدگاه انسان گرايي- هستي گرايي

ديدگاه اجتماعي

ارزش رويكرد تعاملي

ديدگاه روان پويشي

4- راهنماي تشخيص و طبقه بندي

راهنماي تشخيصي و آماري اختلالات رواني (DSM)

رويكرد طبقه بندي

سيستم چندمحوري

پنج محور DSM-IV-TR

محور I: اختلال هاي باليني

محور II: اختلال هاي شخصيت و عقب ماندگي ذهني

محور III:بيماري هاي جسماني:

محور IV: مشكلات رواني- اجتماعي و محيطي

محور V: ارزيابي كلي عملكرد

اختلال های خُلقی

اسكيزوفرني و اختلال هاي مربوط

اختلال هاي شخصيت

اختلال هاي مرتبط با رشد

اختلال هاي مرتبط با پيري و شناختي

اختلالهاي مرتبط با مواد

اختلال هاي خوردن و اختلال هاي كنترل تكانه

تجربه انسان در مورد اختلال هاي دوراني

تأثير اختلال هاي رواني بر فرد: داغ و پريشاني

تاثير اختلال رواني بر خانواده

تأثير اختلال رواني بر جامعه

2-مکانیسم ها و سبک های دفاعی

2-1مکانیسم های دفاعی Defence mechanism (تعریف و کاربرد)

مكانيسم ها و سبك هاي دفاعي

مكانيزم هاي دفاعي

طبقات و نمونه هاي مكانيزم هاي دفاعي

2-2نظریه ها و طبقه بندی های مختلف مکانیسم های دفاعی

دفاع های نارسیستیک

دفاع های نابالغ

دفاع های نوروزی

دفاع های سالم

طبقه بندی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)

پژوهش های انجام شده در داخل و خارج ایران

**اختلال هاي رواني**

1-1 پيش زمينه تاريخي

2-1 ملاك هاي تعريف نابهنجاري و اختلال رواني

3-1 رويكردها/ الگوها

**1-1پيش زمينه تاريخي**

**ماقبل تاريخ و ارواح شيطاني**

برخي از نابهنجاري هاي رواني سالها پيش شناخته شده اند. شواهد برجاي مانده از دوران پيش از تاريخ حاكي از آن است كه رفتارهاي نابهنجار بيشتر به ارواح شيطاني نسبت داده مي شد. شواهدي دال بر عمليات جن گيري وجود دارد همچنين جمجمه هايي با سوراخ هاي خاصي كشف شده اند. چنين برمي آيد كه اين سوراخ ها به منظور فراري دادن ارواح خبيثه ايجاد شده باشند، رويه اي كه امروزه ينز توسط بعضي از گروه ها به منظور دستيابي به هشياري عميق تر به كار مي رود و ترفين كردن [[1]](#footnote-1) (ايجاد سوراخ با مته روي جمجمه) نام دارد. با وجود اين، برخي پژوهشگران (ماهر [[2]](#footnote-2) و ماهر، 1985) معتقدند اين سوراخ ها به احتمال زياد ناشي از زخم هاي التيام يافته باشند، چرا كه بيشتر اين جمجمه ها متعلق به مردهاست و اين سوراخ در قسمت هاي متعددي از جمجمه قرار دارند. اين بدان معناست كه اين سوراخ ها تعمدي ايجاد نشده اند.

**يونان باستان و توجيهات پزشكي**

افلاطون، در قرن چهارم قبل از ميلاد بين جنون طبيعي ناشي از بيماري فيزيكي و جنوني كه موهبت الهي محسوب مي شد، تميز قائل شد. او اصرار داشت كه اختلال رواني بايد در خانواده درمان شود و بدليل پافشاري او بود كه معابدي به منزله ي آسايشگاه براي بيماران رواني درنظر گرفته شد.

بقراط، طبيب يوناني (كه اغلب به عنوان پدر طب نوين از او ياد مي شود)، پنج شكل از جنون را توصيف كرد (هيستري، صرع، اختلال رواني حاد با تب يا بدون تب، و اختلال رواني مزمن). از منظر او همه ي آنها از اختلالات طبي ريشه مي گرفتند و با استفاده از داروهاي تهوع آور يا ملين و ايجاد تغييراتي در برنامه ي غذايي درمان پذير بودند. هدف اين روشها كاهش مايعات بدن يا خلط ها بود كه به تصور بقراط عامل زمينه ساز اختلال رواني بودند. تصور بر اين بود كه افضافه شدن صفراي سياه موجب افسردگي (ماليخوليا)، اضافه شدن صفراي زرد موجب تحريك پذيري و اضطراب (صفراوي)، اضافه شدن بلغم سبب بي تفاوتي (بلغمي) واضافه شدن خون سبب تغيير خلق فرد (دموي) مي شود. بنابراين، برخي از طبقه بندي هاي مدرن اختلالات، به روشني در آن دوران نيز شناسايي شده بودند.

جالينوس، طبيب يوناني در قرن دوم ميلادي، در جريان تحقيقاتش به بررسي كالبدشناسي پرداخت. گفته مي شود نخستين كسي كه ابراز داشت رفتار نابهنجار ممكن است ريشه روانشناختي نيز داشته باشد، او بود (هالجين و ويتبرن [[3]](#footnote-3)، 1993).

**قرون وسطي و ديوشناسي**

در قرون وسطي (500-1500) اعتقاد بر وجود ديو اروپا را فرا گرفته بود و بار ديگر جنون با تسخير توسط ارواح شيطاني پيوند يافته بود. اين بدان معناست كه بازگشتي به عقايد قديمي تر در مورد ارواح شيطاني به وقوع پيوست، اما اين عقايد در بافت مسيحيت گنجانده شدند. احتمال اينكه افرادي كه ديوزده تشخيص داده مي شدند در معرض عمليات جن گيري قرار گيرند يا در آتش سوزانده شوند، بيشتر از اين بود كه مورد درمان طبي قرار گيرند. تفتيش عقايد [[4]](#footnote-4)، سازماني بود كه توسط كليساي كاتوليك رم به منظور شناسايي و سركوب مرتدين (كسانيكه عقايدي مغاير با عقايد كليسا داشتند) بنيان نهاده شد. درسال 1484، سازمان تفتيش عقايد با انتشار كتاب «راهنماي شكارچيان جادوگر براي شناسايي جادوگرها» با جديت كارش را پي گيري كرد.اين كتاب از اولين كتاب هايي بود كه چاپ شد و بطور گسترده اي انتشار يافت. بنابر اظهار اسپانوس [[5]](#footnote-5) (1978)، به احتمال با حدود صدهزار نفر در بين سالهاي 1450-1600 به اين شيوه برخورد شد. به طور يقين شماري از اين افراد اختلال رواني نداشتند و بسيار از آنان به دليل بازي هاي سياسي و اقتصادي با استفاده از اين روش نابود شدند، اما به احتمال، بسياري به واقع از اين اختلال رنج مي بردند.

در همين دوره بود كه نخستين تلاش ها در زمينه ي فراهم آوردن مكان هايي امن براي اشخاص مبتلا به اختلالات رواني انجام گرفت. تا اين دوره، ديوانه ها [[6]](#footnote-6) (بطور كلي با اين عنوان از آنها ياد مي شد) يا توسط خانواده هايشان حمايت و نگهداري مي شدند يا اينكه از خانه رانده مي شدند تا به تنهايي زندگي خود را تأمين كنند. بيمارستان بثلم [[7]](#footnote-7) كه در سال 1403 براي ديوانگان تأسيس شد، نخستين بيمارستان از اين نوع در اروپا بود. در پي آن در سال 1408 بيمارستاني ديگر در اسپانيا گشايش يافت. در آمريكاي شمالي در سال 1639 و در فرانسه در سال 1657 نيز اقدام مشابهي انجام پذيرفت.

اين دو ديدگاه درخصوص جنون (به عنوان بيماري يا به عنوان تسخير شدن توسط ارواح شيطاني) در طول قرون همواره در جدال بودند. فقط در سالهاي اخير ديدگاه دوم توسط ديدگاه اخلاقي تري كه كمتر بر ديدگاه خشك مذهبي قرون وسطي متكي است، جايگزين شده است.

**عصر خردگرايي و درمان مبتني بر اصول اخلاقي**

در خلال اين دوره از تاريخ، باور بر اين بود كه دانش وعقلانيت كليد پيشرفت و ترقي بشر است. پس، اين دوره به عنوان عصر خردگرايي شناخته مي شود. درمان هاي جسماني مبني بر اصول علمي كه توسط پزشكان بكار برده مي شد، بتدريج جاي خود را باز كرد.

در اوايل سده ي هجدهم ديوانگي نوعي بيماري قلمداد مي شد و بدنبال تصويب قوانين خاصي در اواخر سده ي هفدهم، قرار براين شد كه ديوانگان در تيمارستان نگهداري شوند. اما به موازات افزايش جمعيت تيمارستان ها، استفاده از زنجير و ساير ابزارهاي مهاركننده بيشتر شد.

در اواخر سده هجدهم، با غلب شدن عصر خردگرايي، از تب و تاب مذهبي كاسته شده و نابسندگي درمانهاي جسماني نيز مشخص شده بود. چندين علت براي مورد دوم مطرح است: نخست بي اثر بودن درمان هاي جسماني مانند صندلي چرخان ثابت شده بود (اين صندلي وسيله اي بود كه بيماران را پس از نشاندن بر آن محكم مي بستند و آنگاه با سرعت مي چرخاندند تا جاييكه خون از گوش هايشان جاري مي شد). دومين دليل رسوايي بيمارستان بثلم در سال 1814 بود. در اين سال شايع شد كه بيماري به نام جيمز نوريس [[8]](#footnote-8) به مدت 10 سال به دليل حمله به مراقبش با شرايط بدي به زنجير كشيده شده است (البته بنا بر معمول، روايت ديگري از اين ماجرا موجود است؛ اينكه نوريس بيمار بسيار خشني بود و هنگاميكه در بند بود، كتاب در اختيار داشت و حتي اجازه ي نگهداري از يك گربه ي دست آموز نيز به وي داده شده بود. با اين حال اين قضيه افكار عمومي را عليه استفاده از زنجير در تيمارستان ها برانگيخت؛ بويژه زمانيكه معلوم شد چنين اهمال هايي عادي و معمولي شده است).

سوم اينكه، درمان هاي پزشكي موجود در آن دوران از جمله حجامت و پالايش خون در خصوص جنون شاه جورج سوم (ذكر شده در نامه هاي مورخ 1788) با شكست مواجه شدند. بعدها معلوم شد كه بيماري شاه، پورفيري [[9]](#footnote-9) بوده كه يك بيماري ارثي است و موجب بروز درد در ناحيه شكم و گم گشتگي رواني مي شود. اين بيماري در آن زمان هنوز ناشناخته بود.

كنار گذاشتن رويكردهاي مذهبي و طبي در پرداختن به اختلال رواني، منجر به برخورد سومي با رفتار نابهنجار شد (رويكرد اخلاقي). گروهي معقدند كه اين رويكرد با فرنسيس ويليس [[10]](#footnote-10) كشيشي كه براي معالجه جورج سوم فراخوانده شده بود، آغاز شد. او بر استفاده از درمان هاي جسمي مانند تغذيه، ورزش، استفاده از مهاركننده هاي جسمي (مانند صندلي يا كت مهاركننده [[11]](#footnote-11)) تأكيد داشت و درعين حال، موعظه هايي در مورد اصول اخلاقي براي آگاه كردن بيمار از خطاهايش را لازم مي ديد. اهميت اين رويكرد آن است كه براساس آن، ديگر به جنون به عنوان يك بيماري فيزيكي صرف يا ناشي از تسخير ارواح شيطاني نگريسته نمي شد. البته بعيد است كه بهره گيري از درمان هاي مختلف نمايانگر تغيير عقيده در مورد ريشه هاي اختلالات رواني باشد.

رويكرد اخلاقي توسط چياروگي [[12]](#footnote-12) در فلورانس ايتاليا در سال 1788 نيز مطرح شد. او همه ي محدوديت ها را در مورد بيماران كنار گذاشت و فعاليت هايي را براي سرگرم كردن آنان فراهم آورد. اين اقدام را مي توان سرآغاز كاردرماني[[13]](#footnote-13) به شمار آورد. در بيمارستان بيكتر [[14]](#footnote-14) در پاريس نيز پوسين [[15]](#footnote-15) سرپرست بخش درمان ناپذيرها، در سال 1784 به همين نحو بيماران را از قيد زنجير رهانيده و كتك زدن بيماران را ممنوع كرده بود. او اين اصلاحات را به كمك فردي به نام پينل [[16]](#footnote-16) گسترش داد كه در سال 1793 به سمت پزشك منصوب شد (او اغلب به سبب اين پيشرفت ها صاحب نام و اعتبار شد.).

در انگلستان، كواكر ويليام تيوك [[17]](#footnote-17) (1732-1822) پناهگاه يورك را در سال 1796 افتتاح كرد كه با موفقيت فراواني روبرو شد. اين پناهگاه مبتني بر درمان اخلاقي بود، با تاكيد بر بازپروري بيماران، مهرباني، نظم و اشتغال. هيچ پزشكي در آنجا استخدام نشد و ساير ابزارهاي مهاركننده فقط در صورت ضرورت استفاده مي شد. پريچارد [[18]](#footnote-18) انگليسي در سال 1835 اصطلاح «ديوانگي اخلاقي» را ابداع كرد؛ اين اصطلاح در مورد افرادي به كار مي رفت كه به روشهاي قابل قبولي زندگي نمي كردند. گفته شده است (ميسن [[19]](#footnote-19)، 1988) از اين اصطلاح بعدها به عنوان بهانه اي بي دردسر و راه گشا استفاد شد تا خويشاوندان ناخواسته را، به ويژه زمانيكه به آنان ارث مي رسيد، به زندان افكنند.

تعارض بين رويكردهاي اخلاقي و طبي، جايگزين درگيري قديمي تر بين رويكردهاي مذهبي و طبي شد، امروزه نيز مي توان اين تنوع را در مورد رويكردهاي درماني مختلف مشاهده كرد.

پيرو اين پيشرفت ها، در سال 1808 پارلمان در مورد مراقبت از ديوانگان قوانيني را به تصويب رساند، اما تا پيش از قانون ديوانگان [[20]](#footnote-20) در سال 1845، اجباري در مورد مهياكردن تيمارستان براي اين افراد وجود نداشت.اين مراكز بيشتر به مراقبت و نگهداري از بيماران مي پرداختند تا به زنجيركشيدن آنها. پيش از آن بسياري از بيماران رواني درصورتيكه قادر به مراقبت از خود نبودند، يا در زندان نگهداري شده يا روانه ي نوانخانه ها مي شدند. در آمريكا، دكتر بنجامين راش [[21]](#footnote-21) (1745-1813) زندگي اش را وقف بررسي مشكلات رواني كرد و دوروتي ديكس [[22]](#footnote-22) (1802-1887) به مبارزه و كوشش در راستاي فراهم كردن تسهيلات انساني خاص براي بيماران رواني پرداخت و از اين راه سرمايه كافي براي احداث 32 بيمارستان رواني جمع آوري شد.

**عصر جديد و بيماري رواني**

در بين سالهاي 1860 تا 1900، ديدگاه طبي بار ديگر چيرگي يافت. نخستين كتاب روانپزشكي در سال 1885 توسط كرپلين [[23]](#footnote-23) انتشار يافت. وي رفتار نابهنجار را به عنوان جلوه اي از بيماري رواني، كه خود يك بيماري يا بدكنشي جسمي است و بنابراين بايد از راه ابزارهاي فيزيكي درمان شود، معرفي كرد. اما از آنجا كه روز به روز بر جمعيت بيماران در تيمارستان ها افزوده شده و جنون بيماري ناعلاج محسوب مي شد، اين خوش بيني مورد توجه زيادي قرار نگرفت.

فرويد [[24]](#footnote-24)، يكي ديگر از پيشگامان در اين دوره نيز به همراه يك متخصص اعصاب به نام شاركو [[25]](#footnote-25) در پاريس، به بررسي هيستري پرداخت. هيپنوتيزم از زمانيكه نخستين بار توسط مسمر [[26]](#footnote-26) با عنوان مسمريسم مطرح شده بود به منزله ي يك روش درماني براي مشكلات رواني رايج بود. فرويد مدت كوتاهي از اين روش بهره جست، سپس آن را كنار گذاشت و روش خود را ابداع كرد. اين روش كه با عنوان روان تحليل گري شناخته مي شود و از پيشروان روان درماني هاي نوين بشمار مي آيد، اين ديدگاه را تقويت كرد كه بيماري رواني درمان پذير است و حتماً نبايد ريشه ي پزشكي داشته باشد.

پس از جنگ جهاني دوم (1939- 1945) جمعيت بيماران در بيمارستان ها با پيدايش درمان هاي دارويي رو به كاهش نهاد. داروهاي آرام بخش موجبات وقوع انقلاب بزرگي را در زمينه ي درمان و مراقبت از بيماران فراهم آورد. بيماران تحت درمان براي انجام فعاليت هاي روزانه به نحو بهتري مجهز بودند و بسياري از آنها توانايي زندگي در اجتماع را كسب كردند.

از دهه ي 1950 به بعد، با پيشرفت در حوزه ي روان پزشكي اجتماعي، بستري شدن در بيمارستان، روشي ناكارامد براي درمان اختلالات رواني تلقي شد.سازماني جهاني بهداشت عنوان «اختلال رواني» را بجاي اصطلاح «بيماري رواني» اتخاذ كرد كه بر اين تحقيقت تأكيد مي كند كه اساس جسماني براي بسياري از شرايط موجود يافت نشده است. در پي اين اقدام سازمان جهاني بهداشت و الزام مسئولان محلي بنا بر قانون سلامت رواني [[27]](#footnote-27) در سال 1959 و قانون مراقبت از بيماران رواني و سالمندان در سال 1990 به فراهم آوردن خدمات اجتماعي بيشتر براي اين بيماران، اكنون بسياري از بيمارستان هاي رواني تعطيل شده اند.

هالجين و ويتبرن (1993) سه تبيين متفاوت براي رفتارهاي نابهنجار شناسايي كرده اند:

اسطوره اي، علمي و بشردوستانه. اين مورد با ديدگاه هاي مذهبي، طبي و اخلاقي كه پيشتر مطرح شدند، برابرند. ديدگاه اسطوره اي، اختلال هاي رفتاري را ناشي از تسخير شدن توسط ارواح شيطاني مي داند؛ ديدگاه علمي آن را به عوامل زيستي مانند ژن هاي معيوب يا بيماري مغزي، يا عوامل روان شناختي مانند يادگيري يا فشار رواني نسبت مي دهد؛ و در نهايت ديدگاه بشردوستانه آنرا به شرايط اجتماعي نسبت مي دهد. بطور كلي، درمان هاي پزشكي يا اخلاقي/ مذهبي به ترتيب رويكردهاي جسماني و رواني (روان شناختي) را ترسيم مي كنند.

مسئله جالب توجه، تشابه در روش هاي درمان اختلال هاي رواني در طول زمان است. اگرچه اين رويكردها مطابق با ارزش هاي اجتماعي غالب (براي مثال مذهبي يا اخلاقي) بار ديگر قالب بندي شدند، ولي كماكان در طول قرون تقريباً يكسان باقي مانده اند.

اگرچه هدف ما بحث مفصل در مورد تبيين رفتار نابهنجار نيست، ولي درك تفاوت ها و شباهت ها در نحوه ي واكنش عمومي جامعه و متخصصان سلامت رواني به رفتار نابهنجار اهميت دارد.اين اهميت در تلاش براي تعريف و طبقه بندي و در الگوهاي مختلف مورد استفاده در درك رفتار نابهنجار آشكار شده است. سرانجام، بخش اعظم آنچه در مورد تاريخچه ي اختلالات رواني نوشته شده است، براين واقعيت تمركز دارد كه جوامع در درمان كسانيكه برچسب نابهنجار داشتند، باهم متفاوت بودند. مسئله ي ديگري كه پرداختن به آن بسي مشكل تر است، اين است كه آيا هيچ تغيير واقعي در طبيعت رفتارهايي كه لقب نابهنجار گرفته اند در طول دوران اتفاق افتاده است. براي مثال آيا همان افراديكه در دوران پيش از تاريخ نابهنجار قلمداد مي شدند، امروزه نيز چنين تلقي مي شوند؟

**1-2ملاك هاي تعريف نابهنجاري**

همانطور كه پيشتر اشاره شد هر بحثي در اين زمينه، به وجود تعريف مورد توافق از آنچه رفتار نابهنجار تلقي مي شود، بستگي دارد. چنين تعريفي بايد به نحو احسن قادر به پوشش تمام رفتارهايي باشد كه بطور كلي در مورد نابهنجار بودنشان توافق وجود دارد؛ بايد رفتارهاي بهنجار را شامل نشود و پايه اي براي سنجش عيني رفتار فراهم آورد. همچنين بايد در مورد همه ي افراد صرفنظر از فرهنگشان صادق باشد.

**چشم اندازهاي تاريخي رفتار غيرعادي**

1. يكي از قديمي ترين نظريات درباره ي رفتار غيرانطباقي آن را به نيروهاي جادويي ماوراء الطبيعي نسبت مي دهد. در جوامعي كه چنين باورهايي را مي پذيرند درمان عموماً عبارت است از بيرون كشيدن ارواح شرور توسط جادوگر يا طبيب از درون فرد.

2. تبيين رفتار غيرانطباقي، به واسطه نقايص عضوي كه نه همه بدن بلكه تنها يك عضو خاص را گرفتار كند نيز فراهم آمده است. سوراخ كردن جمجمه، روش درماني بسيار كهني كه ظاهراً متضمن رهايي ارواح شرور از طريق ايجاد سوراخي در جمجمه بود، بر رويكرد عضوي نسبت به رفتار مرضي استوار است.

3. سومين رويكرد عمومي نسبت به رفتار غيرعادي ديدگاه روانشناختي است. برطبق اين نقطه نظر، آشفتگي هاي رفتاري معمول نارسايي هايي در طرز تفكر، احساس يا ادراكات فرد از دنيا بشمار مي آيد.

4. در يونان باستان در طول قرن نهم قبل از ميلاد، درمان در معبد اسكلوپيوز يا الهه سلامت، انجام مي گرفت. بقراط اهميت مغز را در تبيين رفتار غيرعادي دريافت و درمان مبتني بر استراحت، استحمام، و رژيم غذايي را توسعه بخشيد. حركت بسوي توجيهات منطقي در تبيين رفتار را سقراط، افلاطون و ارسطو تقويت كردند. سقراط خرد را سنگ زيربناي زندگي مطلوب مي دانست. افلاطون نقطه نظر ارگانيسمي [[28]](#footnote-28) را گسترش بخشيد كه طبق آن رفتار جلوه اي است از تماميت فرايندهاي روانشناختي شخص. او رفتار پريشان را برخاسته از تعارضات دروني بين هيجان و عقل بشمار آورد. ارسطو هيجانات را تحليل نمود و راجع به ماهيت هشياري مطالب مفصلي نوشت.

5. طي قرون وسطي مواردي بسيار از روشهاي درماني تكان دهنده براي بيماري هاي رواني و همينطور نگرش هاي انساني نسبت به افراد پريشان وجود دارد. عقايد خرافي راجع به شياطين و اجنه تحت حمايت كليساي كاتوليك قوت گرفتند، اما درعين حال انديشه بخشش و ترحم مسيح وار، مشوق درمان انساني تر بيماري رواني نيز بود. در اين دوران «اعترافات» آگوستين قديس بصورت نخستين نمونه از ابزارهاي روانشناختي نوين مثل درون نگري و خودكاوي عمل مي كند. پاراسلوس و جان هوارت بر باورهاي خرافي تاختند و بعضي دولت ها روشهاي نسبتاً پيشرفته اي براي درمان بيماران رواني در پيش گرفتند. با اين همه، پرفروش ترين كتاب آن زمان كتاب مالئوس مالفيكارم (پتك جادوگران)، رساله اي بود درباره ي پديده شيطاني.

6. اگرچه رنسانس دوران افزايش انسان گرايي و تتبع در بسياري زمينه هاست، با اين حال دوره ي تغيير عمده در نگرش مردم نسبت به رفتار غيرانطباقي نيست. با اين همه يوهان وير در كتاب فريب شياطين مردم را به جداسازي روانشناسي مرضي از علوم الهي فرا مي خواند.

7. قرن هفدهم (عصر خرد) و قرن هجدهم (دوران روشنگري)، استدلال و روش، علمي، سرانجام بر خرافه گرايي به عنوان طرق ابتدايي شناخت رفتار انسان فائق آمد. باروخ اسپينوزا فرايندهاي روانشناختي دروني را به همان اندازه كه فرايندهاي طبيعي قابل مشاهده مستقيم اند داراي ارزش بررسي علمي دانست. در همين زمان اعتقاد به اين كه روان رنجوري معلول نواقص جسماني است كماكان پابرجا بود و همين امر به نظريه ي فرانس آنتوان مسمر در مورد مغناطيس حيواني و نهايتاً كاربرد هيپنوتيزم در درمان مشكلات روانشناختي منجر گشت.

8. جنبش معطوف به درمان انساني تر بيماران رواني با كارهاي فيليپ پينل شروع مي شود كه در فرانسه شيوه درمان اخلاقي خود را در اواخر قرن هجدهم گسترش داد. ويليام هون و جورج گروئيك شانك پرچمدار مبارزه در جهت واداشتن دولت به تجديدنظر در شرايط بيمارستان «بتلهيم» لندن در سال 1815 بودند. بنجامين راش و دوروتاديكس و كليفورد بيرز جنبش اصلاحي امريكا را رهبري كردند.

**ديدگاه هاي روانشناختي در مقابل ديدگاه هاي عضوي**

1. علل رفتار غيرعادي محرز نشده است و مناقشه بر سر اهميت نسبي كنش بدن و جسم و تجارب روانشناختي كماكان ادامه دارد. تاكيد قرن هجدهم بر تفكر منطقي، پاسخش پافشاري طرفداران نظريه رمانتيك بر نقش افكار غيرمنطقي بود.براساس نظريه يوهان كريستين هينروث بيماري رواني معلول تعارضات دروني بين تكانش هاي غيرقابل قبول واحساس گناه حاصل از آن تكانش ها بود.

2. ويلهلم گريسينگر كه جستجوي علل بدني براي پريشاني هاي رواني را رهبري مي نمود، مي گفت « بيماري هاي رواني بيماري هاي مغز هستند». اميل كراپلين نيز بر اهميت علل عضوي تاكيد داشت. اما خدمت عمده وي ارائه نظام طبقه بندي براي اختلالاتي بودكه منجر به بستري شدن مي شوند. ژان مارتين شاركو به علل عضوي معتقد ماند ليكن بيمارانش را با چشم انداز روانشناختي درمان كرد. اول بار پيرژانه بود كه مشاهده كرد هيستري در پاسخ به رويدادهاي آسيب زاي گذشته ايجاد مي شود و بيمار در حالت هيپنوتيزم مي تواند آنها را بياد بياورد.

**زمينه فراهم است**

در هر دوره ،شيوه نگرش به افراد غيرعادي بازتابي است از پويايي هاي اجتماعي همان زمان يعني ارزشها و تعصبات مسلط جامعه. خط مشي هاي درمان رفتار غيرعادي تحت تأثير ملاحظات و اولويت هاي افكار عمومي قرار دارد.

**ملاك هاي قانوني**

ممكن است تصور شود نظام هاي قانون گذاري، كه مسئول تصويب قوانين درمان اجباري براي اشخاصيا ند كه رفتار نابهنجار از خود بروز مي دهند، در مورد تعريف رفتار نابهنجار توافق دارند اما در كشورهاي مخلتف قوانين متفاوتي وجود دارد؛ براي نمونه، قانون بهداشت رواني در بريتانيا در سال 1983 رفتار نابهنجار را چنين تعريف مي كند: «بيماري رواني وقفه در رشد يا رشد ناقص ذهن، اختلال روان دردمندي [[29]](#footnote-29) و هر اختلال يا ناتواني ذهني ديگري است.»

از بيماري رواني تعريف بيشتري به عمل نيامده است؛ بلكه اين مسئله به قضاوت متخصصان در درمان چنين اختلالاتي گذاشته مي شود. درتعريف مذكور، عبارتي كه زير آن خط كشيده شده نيز بطور مشابهي ابهام دارد و موجب مي شود تعريف كمي نامفهوم و گنگ باشد. «وقفه در رشد يا رشد ناقص ذهن» اين گونه تعريف مي شود: «اختلال شديد در هوش و كنش وري اجتماعي [[30]](#footnote-30) كه با رفتار پرخاشگرانه ي نابهنجار و بي مسئوليتي شديد از طرف شخص همراه است.» اختلال جامعه ستيزي عبارت است از «اختلال يا ناتواني پايدار ذهن (خواه شامل نقص اساسي در هوش باشد يا نباشد) كه منجر به بروز رفتار پرخاشگرانه ي نابهنجار يا بي مسئوليتي شديد از جانب شخص مي شود».

برخي از اين تعاريف به انواعي از رفتارهاي دردسرساز به حساب مي آيند. براي مثال اختلال هوش (هرچند هميشه اين گونه نيست)، اختلال در انجام وظايف اجتماعي، رفتارهاي پرخاشگرانه ي نابهنجار و بي مسئوليتي قابل توجه. با اين حال، كلمات توصيفي (مانند معيوب، نابهنجار و شديد) امكان قضاوت هاي ذهني (غير عيني) را گسترش مي دهد. آنچه از نظر فردي، اختلال دركاركردهاي اجتماعي قلمداد مي شود، چه بسا از منظر فرد ديگري قابل قبول به حساب نمي آيد. براي مثال مصرف افراطي الكل.

**ملاك هاي آماري**

در تلاش براي اشاره به موضوعاتي كه پيشتر مطرح شد، ملاك هاي آماري براساس منحني توزيع نرمال معرفي شده اند. اگر نمره ميانگين جامعه و پراكندگي متوسط نمره ها از ميانگين (موسوم به انحراف معيار) براي رفتاري مشخص باشد، مي توان به كمك روش هاي رياضي تعيين كرد كه كدام نمره ها از ميانگين فاصله ي بسياري دارند. همچنين مي توان نشان دادكه تعداد معدودي از افراد اين نمره هاي دور از ميانگين را كسب كرده اند. كسب چنين نمره اي را مي توان نشانه اي از نابهنجاري به شمار آورد. براي نمونه، اگر نمره ميانگين جامعه براي هوشبهر، 100 و انحراف معيار آن 15 باشد، مي توان گفت كه هوشبهر كمتر از 70 نابهنجار است، زيرا فقط 2% از جمعيت چنان نمره اي را كسب كرده اند.

مزيت اين سيستم عيني بودن آن است، بدين معني كه طبقه بندي افراد فقط بر پايه ي نمره ي آزمون و بدون توجه به قضاوت متخصص باليني انجام مي پذيرد. اما اين روش مشكلاتي نيز دارد؛ نخست آنكه كماكان اين متخصص باليني است كه بايد تصميم گيرد كدام رفتارها در وهله ي اول بايد اندازه گيري شوند و نقطه برش [[31]](#footnote-31) دركجا قرا رگيرد، يعني چه مقدار انحراف پذيرفتني است. مشكل ديگر اين است كه براي بسياري از رفتارها مانند رفتار مسئوليت پذيري، ممكن است ميانگين مشخصي در دست نباشد. همچنين نشان داده شده (براي مثال رابينز [[32]](#footnote-32) و همكاران، 1984) بسياري از اختلالات رواني به لحاظ آماري تقريباً متداول اند. به تقريب يك سوم آمريكايي ها به بعضي از اشكال اختلال رواني در پاره اي از مراحل زندگي مبتلا مي شوند. در بريتانيا شيوع اختلالات خلقي در طول عمر 15% است (هريسون [[33]](#footnote-33) و همكاران، 1998) و در مورد زنان در لندن اين رقم فقط براي افسردگي از 70% تجاوز ميكند (ببينگتون [[34]](#footnote-34) و همكاران، 1989). ضعف نهايي ملاك هاي آماري اين است كه ارزش ها [[35]](#footnote-35) را درنظر نمي گيرد (حداقل در حوزه ي نظري). بسياري از افراد با متوسط جامعه كه مطلوب تلقي مي شود، فاصله دارند، اما با درنظر گرفتن ارزش هاي جامعه نابهنجار تلقي نمي شوند. براي مثال اعضاي بعضي از گروهك ها و فرقه ها را نمي توان نابهنجار به حساب آورد.

**ملاك هاي انحراف از هنجار**

اين رويكرد به جاي ميانگين، هنجارهاي موجود در جامعه را به عنوان ملاك تعيين نابهنجاري درنظر مي گيرد. آنچه اهميت دارد، اين است كه آيا فرد به روش هاي مورد انتظار جامعه رفتار مي كند يا نه. بدين ترتيب، افسردگي كه از لحاظ آماري خيلي شايع است، به اين دليل نابهنجار محسوب مي شودكه مورد انتظار نيست (به استثناي موقعيت هاي خاص مانند فوت نزديكان و آنهم فقط براي دوره ي زماني معين).

مشكل اينجاست كه هنجارها بين فرهنگ ها و حتي درون فرهنگ ها و گروه ها در زمان هاي گوناگون متفاوت اند. براي مثال در پاره اي از جوامع مانند زولو [[36]](#footnote-36)، توهم ها و فريادزدن در خيابان رفتاري بهنجار محسوب مي شوند. لندرين [[37]](#footnote-37) (1991)، سندرمي موسوم به «درپتومانيا»[[38]](#footnote-38) را شناسايي كرد كه اختلال شناخته شده اي در آمريكا شد. اين اختلال عبارت بود از تمايل بردگان به فرار از ارباب هايشان. همجنس گرايي نمونه ي خوبي از رفتاري است كه در جامعه ي ما (منظور جامعه ي آمريكاست) ديگر نابهنجار قلمداد نمي شود و در نزد ساير فرهنگ ها مانند سرخ پوستان موهاوي [[39]](#footnote-39) رفتاري پذيرفتني است (گراس[[40]](#footnote-40)، 1992).

بنابر نظر برخي مولفان (مانند ساس [[41]](#footnote-41)، 1971)، تاكيد بر هنجار مي تواند براي توجيه شكنجه و آزار گروه هاي اقليت بكار رود. براي مثال، جماهير شوروي متهم شده بود كه با مخالفان سياسي به گونه اي رفتار مي كرد گويي كه آنان دچار اختلال رواني بودند. آشكارا، در پتومانيا، نشانگاني تلقي مي شودكه در خدمت اهداف دسته اي از گروه هاي اجتماعي است كه مايل به سركوب ديگران مي باشند.

**ملاك هاي بهداشت رواني**

جاهودا [[42]](#footnote-42) (1958)، ملاك هايي را براي سلامت رواني پيشنهادكرد. به جاي تمركز بر رفتارهاي نامطلوب (چنانچه در ساير رويكردهايي كه در اينجا بحث شد قابل مشاهده است)، فهرست او شامل ويژگي ها و رفتارهاي مطلوب است. بدين ترتيب نابهنجاري، يعني نبود مواردي كه وي مشخص مي كند اين ملاك ها به شرح زيرند:

1. نبود بيماري رواني

2. توانايي درون نگري [[43]](#footnote-43)، آگاهي از آنچه انجام مي دهيم و چرايي آن.

3. رشد، تحول و خودشكوفايي (بالفعل سازي توان ها و استعدادها)

4. يكپارچگي و انسجام جنبه هاي متفاوت شخص (براي مثال توازن بين نهاد [[44]](#footnote-44)، من [[45]](#footnote-45) و فرامن در نظريه فرويد)

5. توانايي مقابله با فشار رواني.

6. خودمختاري، توانايي زندگي بطور مستقل

7. مشاهده ي جهان به همان صورتيكه در واقعيت وجود دارد.

8. تسلط بر محيط، انطباق پذيري با تغييرات، توانايي در عشق ورزيدن ،كاركردن، بازي كردن و داشتن روابط رضايت بخش.

اين روش مفيدي براي شناسايي افرادي است كه بايد از خدمات روان شناختي بهره مند شوند. البته اين روش مانند ساير رويكردهايي كه پيشتر مورد بحث قرار گرفت، مشكلاتي دارد؛ ازجمله آنكه اين ملاك ها در بيشتر ما بصورت كامل موجود نيستند. بنابراين، مسائل مربوط به نقاط برش و مشكلات مربوط به اندازه گيري نيز سربر مي آورند. تنوع فرهنگي نيز مي تواند مشكل ساز باشد. براي نمونه، جوامع جمع گرا برخلاف جوامع فردگرا غربي، خودمختاري را تاا ين حد ارج نمي نهند، بلكه بيشتر روي ارزش هاي خانوادگي و اجتماعي و همكاري اجتماعي تاكيد مي كنند.

**ملاك هاي اجتماعي و روان شناختي**

روزنهان [[46]](#footnote-46) و سيلگمن [[47]](#footnote-47) (1984)، فهرستي از رفتارهاي نامطلوب تهيه كرده اند و اظهار مي دارند اگر تعدادي از اين رفتارها در هر زماني بروز يابند، مي توان گفت كه فرد به كمك روان شناختي نياز دارد. اين فهرست دربردارنده ي مواردي مانند رنج بردن خود فرد، كژسازگاري [[48]](#footnote-48) شخصي و اجتماعي، پيش بين پذير نبودن و فقدان احساس كنترل، عدم رعايت آداب و رسوم، رفتار غيرمنطقي، ناراحت كننده بودن رفتار براي مشاهده گران و نقص معيارهاي اخلاقي و آرماني است. اين ملاك ميزان و كيفيت رنجي راكه خود شخص گزارش مي كند در نظر مي گيرد تا قضاوت در مورد وي تنها بر پايه ي نظرهاي ساير افراد نباشد؛ هرچند، اندازه گيري بسياري از ملاك هاي مذكور مشكل است، بنابراين تا حد زيادي متكي به قضاوت غيرعيني متخصص باليني است. رنج بردن و عدم رعايت آداب و رسوم نمونه هايي از اين دست بشمار مي روند. براين اساس هر فرد مي تواند به معيارهاي فهرست شده اعتراض كند. براي مثال، رنج بردن هميشه آشكار نيست.برخي از افراد دچار اختلال رواني (مانند كسانيكه بعضي از انواع اختلالات شخصيت را دارند) خودشان رنجي احساس نمي كنند، با اين حال مي توانند ديگران را بيازارند. رفتار خلاف عرف يا عدم رعايت آداب و رسوم، همانطوركه از بيماران سر مي زند، ممكن است از كساني كه با جامعه ي خود يكرنگ نيستند نيز سرزند. امتناع از پوشيدن لباس در اماكن عمومي، نمونه ي خوبي از اين مورد است. رفتار غيرمنطقي نيز در پاره اي از شرايط غيرعادي به نظر نمي رسد، همچنين افراد هنگاميكه دلشوره يا بيماري جسمي داشته باشند، ممكن است رفتارشان در نظر ديگران غيرمنطقي جلوه كند. سرانجام، معيار ناراحتي مشاهده گر بسته به خود مشاهده گر و فرهنگ مربوط متغير است.

**چهار مباحثه**

كامر [[49]](#footnote-49) (1998) خاطرنشان مي كند كه نقطه ي اشتراك ملاك هاي پيش گفته را مي توان در چهار نكته ي زير خاصه كرد:

* انحراف (رفتارهاي افراطي و متفاوت مانند افسردگي، انحراف جنسي وغيره)
* پريشاني (رفتارهايي كه به آشفتگي شخص مبتلا مي انجامد؛ براي مثال: پارانويا)
* كژكنشي (رفتارهايي كه مخل فعاليت هاي روزانه اند، مانند سوء مصرف مواد، هراس از مكان هاي باز)
* خطرناك بودن (رفتارهاي بالقوه آسيب آور، براي نمونه پرخاشگري، اختلالات خوردن)

اگرچه اين نكات گستره ي وسيعي از مشكلات را پوشش مي دهند، اما هنوز در مقياس جهاني قابل استفاده نيستند. بعضي از رفتارها معيارهاي چهارگانه را دارند، ولي نمي توان آنها را نابهنجار ناميد. براي مثال، مصرف الكل توسط دانش آموزان ممكن است افراطي قلمداد شود؛ موجب پريشان حالي و اختلال در فعاليت هاي روزانه آنها شود و در نهايت مي تواند خطرناك باشد. با اين حال، اين مسئله در مورد اين گروه از افراد در اين مرحله از زندگي شان امري پذيرفته شده محسوب مي شود. بدين ترتيب بايد علاوه بر مضمون، بافت رفتار را نيز لحاظ كرد.

**ملاك هاي بيماري رواني**

در اين رويكرد رفتار نابهنجار با حضور نشانه هاي خاص تعريف مي شود. تصور بر اين استكه اين مجموعه نشانه ها، مبين حضور يك بيماري رواني اند كه چه بسا به درمان پاسخ دهد. مجموعه ي نشانه ها در نظام تشخيصي و طبقه بندي، متناسب با زمان خود در نظر گرفته مي شود. براي مثال، در راهنماي تشخيصي و آماري اختلالات رواني [[50]](#footnote-50) (DSM)، اختلال رواني اين گونه تعريف شده است:

رفتاري كه از لحاظ باليني معني دار باشد، يا نشانگان روانشناختي يا الگويي كه در يك شخص بروز مي يابد و با پريشان حالي (نشانه ي دردناك)، ناتواني (اختلال در يك يا چند حوزه ي مهم كنش وري)، افزايش خطر مرگ، درد، ناتواني يا از دست دادن آزادي مرتبط است. به علاوه اين نشانگان يا الگوها نبايد فقط واكنش مورد انتظار به حادثه ي خاصي مانند مرگ يكي از عزيزان باشد.

طبقه بندي بين المللي بيماري ها [[51]](#footnote-51) ICD (سازمان جهاني بهداشت، 1992، چاپ دهم)، نظام طبقه بندي ديگري است كه بيماري رواني را چنين تعريف مي كند: «وجود مجموعه اي از نشانه ها و رفتارهاكه به لحاظ باليني قابل تشخيص باشند. اين نشانه ها در بيشتر موارد با پريشان حالي و اختلال در انجام فعاليت ها و وظايف شخصي مرتبط اند.» همانند DSM اين طبقه بندي نيز روي پريشاني اي كه فرد بيمار، نه افراد ديگر، تجربه مي كند، متمركز است و مجموعه هايي از علائم را ذكر مي كند.

در كار باليني، استفاده از ملاك هاي بيماري رواني رويكردي محبوب به شمار مي آيد. بنابر آنچه تاكنون گفته شد، روشن است كه شناسايي مجموعه هاي نشانه ها در اينجا موضوع مهم و حساسي است. آيا شناسايي آنها بطور پايايي ميسر است؟ آيا متخصصان باليني در قضاوت هايشان توافق دارند؟ هنوز زمان لازم است تا بتوان تصميم گرفت كه آيا اين مجموعه نشانه ها روا هستند، يعني مي توانند بين نشانگان متفاوت (با دلايل و درمان هاي متفاوت) به خوبي تمايز قائل شوند. روايي [[52]](#footnote-52) و پايايي [[53]](#footnote-53) مجموعه نشانه ها در ادامه بيشتر بررسي مي شود.

جدا از روايي و پايايي، انتقادهاي ديگري نيز بر اين رويكرد وارد است. بيشتر اين انتقادها بر اين استدلال استوارند كه به نظر مي رسد در مورد بسياري از اختلالات رواني، هيچ پايه ي زيستي وجود ندارد. بحث كلي پيرامون اين استدلال خارج از دامنه ي محدود اين تحقيق است. با اين حال، شواهد و مدارك بيشتري در مورد مسائل فيزيولوژيك (بر پايه ي علم وراثت، كژكنشي مغز و بيوشيمي) مرتبط با اختلالات رواني در حال گردآوري است. مشكل پژوهشگران در اثبات اين نكته است كه آيا اين مسائل علت اختلال مي باشند يا پيامد آن. توماس ساس (1960) نماي ديگري از اين مسئله را ارائه مي كند. وي در مقاله اي با عنوان اسطوره ي بيماري رواني [[54]](#footnote-54) اين نكته را خاطرنشان مي سازد كه ذهن پديده اي غيرجسماني است، بنابراين نمي توان دچار بيماري شود. به نظر او اختلالات رواني پيامد «مشكلات زندگي» است كه به طرزي ساده مي توانند بواسطه ي عناوين و القاب روان پزشكي مانند «اسكيزوفرنيك» تشديد شوند. اين عناوين بر شخص انگ مي زنند تا جاييكه از شخص بيمار در قبال رفتارش سلب مسئوليت مي كنند و ممكن است موجب خودمعلول سازي [[55]](#footnote-55) در او شوند. بعد از آن، تمام تقصير بر گردن «بيماريز انداخته مي شود مسئوليت درمان هم به عهده ي پزشكان مي افتد.

اما رويكردهاي گوناگوني كه در بخش بعدي تشريح خواهد شد، آشكارا با اين بحث مرتبط است. در مورد اين رويكرد اين موضوع را نيز بايد درنظر گرفت كه تاكيد بيش از حد بر يك سطح به گونه اي انحصاري، به احتمال رويكردي سودبخش نخواهد بود. چنانكه الگوها نشان مي دهند، در بيشتر اختلالات رواني علل چندگانه اي دخيل اند، و ممكن است درمان هاي چندگانه نيز مورد نياز باشد. مشكلات اجتماعي (براي مثال نابسندگي مهارت هاي اجتماعي) نيازمند درمان متفاوتي از مشكلات زيستي مانند عدم تعادل انتقال دهنده هاي عصبي (مواد شيميايي تاثيرگذار بر سيستم عصبي) است. به همين دليل، رويكردي التقاطي كه كليه جوانب مشكل را مورد توجه قرار مي دهد، بطور كلي مورد تائيداست.

علم، تكيه گاه و پشتوانه روانشناسان در كليه حوزه هاست و حوزه اختلالات رواني نيز در اين ميان مستثنا نيست. ويژگي كليدي رويكرد علمي، طبقه بندي است كه كانون اصلي توجه اين كتاب است. ويژگي ديگر، ارائه تبيين هاي نظري براي اختلالات رواني و پذيرش يا رد فرضيه هاي برگرفته از اين نظريه ها، از طريق آزمايش وساير روش هاي علمي مورد قبول است.

در هر دو مورد مسئله اصلي دست يابي به عينيت و حذف سوگيري است. هدف ارزشيابي اين نظام ها و فرايندها به لحاظ روايي علمي شان، بويژه با درنظر گرفتن ملاك هاي مهم روايي و پايايي خواهد بود.

پيش بيني پذيري، ركن ديگري از رويكرد علمي است. فرض علم بر آن است كه ما قابل پيش بيني هستيم و اين مسئله دال بر جبري بودن اعمال بشر است، هرچند سهمي براي اختيار نيز در نظر گرفته مي شود؛ بدين معني كه علم بيشتر با احتمالات سروكار دارد تا با قطعيات. بعضي از روانشناسان بويژه روانشناسان انسان گرا، بر اين باورند كه رويكرد علمي را نمي توان بدون قيد و شرط پذيرفت، زيرا آنها تصور مي كنند انسان آزادي و اختيار دارد و نيز معتقدند ذهنيت (درك انتظارات ديگران) بسيار مهمتر از عينيت است.

بحث طبيعت- تربيت در حيطه ي اختلالات رواني، در مورد بررسي ريشه ي مشكلات رواني مطرح مي شود. آيا اين مشكل از هنگام تولد وجود داشته است (طبيعت) يا از مجراي تجربه بدست آمده (تربيت)؟ موضوع تعامل گرا [[56]](#footnote-56) موضعي معتدل و ميانه، بين اين دوست كه هر دو را دخيل مي داند. اين موضوع در كتاب آسيب شناسي رواني استرلينگ و هل ول به تفصيل آمده است، ولي ميتوان برخي ازآن جنبه ها را در اينجا در نظر گرفت. شايد مهمترين جنبه ي اين بحث، رابطه ي اين موضوع با روا و پايابودن نظام طبقه بندي است. به منظور انجام كار تحقيقاتي در خصوص علل اختلالاتي چون اسكيزوفرني، در وهله ي اول بايد قادر به شناسايي دقيق افراد مبتلا به آن باشيم. نكته مهم ديگري كه مي توان بررسي كرد، تنوع بسيار تاثيرات طبيعت و تربيت در ايجاد اختلالات رواني است. اين را مي توان به خوبي با سطوح تحليل پيوند داد كه پيشتر در جريان بحث كاهش گرايي ذكر شدند. تأثيرگذاري كليه ي سطوح فرهنگي، اجتماعي، شناختي، ژنتيكي و زيستي – شيميايي را مي توان در حوزه ي اختلال روني مشاهده كرد.

**1-3رويكردها/ الگوها**

چند رويكرد يا الگوي مختلف در دنياي روان شناسي وجود دارد كه مي توانند در مورد رفتار بهنجار بكار گرفته شوند. اين رويكردها تعيين مي كنند كه كدام رفتارها نابهنجار تلقي مي شوند، همچنين چگونگي تبيين و درمان اين رفتارها را معين ميكنند و بدين لحاظ اهميت كاربردي زيادي دارند. الگوهايي كه بطور خلاصه در اينجا تشريح مي شوند، در برگيرنده ي الگوهاي زيست شناختي- پزشكي، روان پويشي، رفتاري، شناختي، ساختارگرايي اجتماعي [[57]](#footnote-57) انسان گرا و تكاملي و در عين حال نظام هاي خانوادگي و اجتماعي- فرهنگي است.

**الگوي پزشكي (يا زيست – شيميايي)**

اين رويكرد فرض را براين مي گذارد كه رفتار نابهنجار زماني وجود دارد كه مجموعه اي از نشانگان قابل شناسايي موجود باشد. اين مجموعه، نشان دهنده ي بيماري جسمي نهفته اي است كه به احتمال به علت نابهنجاري هاي ژنتيكي، تصادف يا بيماري، كژكاري عصب شناختي يا زيست – شيميايي ايجاد شده است. براي مثال، يك تبيين زيستي- پزشكي اختلال رواني را پيامد ژن معيوب، عدم تعادل هورموني، يا اختلالي در سيستم انتقال دهنده هاي عصبي مي داند. بنابراين، درمان بايد بر پايه رفع اين بيماري جسمي نهفته زير نظر پزشك صورت گيرد. اگر بيماري درمان نشد (براي مثال با جراحي) آنگاه بايد با وسائل فيزيكي ديگر از جمله دارو يا شوك درماني (ECT) [[58]](#footnote-58)، تحت كنترل قرار گيرد. براي مثال افسردگي را مي توان با مصرف داروهاي ضد افسردگي يا ECT درمان كرد.

به منظور آزمايش فرضيات رويكرد زيست شيميايي و حمايت از اين الگو، مي توان پژوهش هاي علمي بسياري انجام داد، درحاليكه در مورد ديدگاه روان پويشي اين كار بسيار دشوار تر است. تحقيقات، منجر به كشف دخالت يك عضو آسيب ديده در بعضي از اختلالات شده اند. براي مثال، گفته مي شود بيماري فلج عمومي ديوانه (GPI) [[59]](#footnote-59) به واسطه ي عفونت با سيفليس ايجاد مي شود، به نظر مي رسد، ژن ها در افسردگي شيدايي [[60]](#footnote-60) تاثير دارند و در اسكن مغزي بيماران اسكيزوفرنيك نابهنجاري هايي ديده مي شود. درمان هاي فيزيكي مانند دارو درماني نيز در مقابله با نشانه هاي بعضي از اختلالات موفقيت آميز بوده اند. با اين وجود، همه ي اختلالات را نمي توان با علل زيست شناختي توجيه كرد؛ اين موضوع نيز مسلم نيست كه تغييرات عضوي مشاهده شده در بيماران از علل اختلال يا از پيامدهاي آن به حساب مي آيند. در مان هاي جسماني هميشه كارساز نيستند، اين موضوع پرسش هايي درباره ي پايه فيزيكي فرض شده براي اختلالات در ذهن ايجاد مي كند. به هنگام بحث در مورد روايي سامانه هاي طبقه بندي دوباره به اين مسئله خواهيم پرداخت.

**الگوي روان پويشي**

براساس نظريات فرويد، همه ما به دليل برخورد اجتناب ناپذير بين غرايز (كه بخشي از شخصيت موسوم به «نهاد» نماينده ي آن است) و تقاضاهاي اجتماع (كه بخشي از شخصيت به نام «فرامن» نماينده ي آن است) تا حدودي نابهنجار هستيم. بويژه اميال جنسي و نحوه ي برخورد با آنها در مسير رشد مي تواند منجر به ايجاد تعارض هايي در ذهن ناهشيار شود. اگرچه ما ممكن است از اين تعارض ها بي اطلاع باشيم، اما آنها تاثيري چشمگير بر رفتار ما دارند. حد واسط بين نهاد و فرامن بخش سوم شخصيت يعني «من» را تشكيل مي دهد. ممكن است «من» درنتيجه ي فشارهاي وارده از جانب ساير اركان شخصيت دستخوش تشويق و اضطراب شود.

من، داراي سازو كارهاي دفاعي متعددي است (مانند واپس زدن افكار مشوش كننده به درون ذهن ناهشيار) كه مي تواند آنها را به منظور محافظت از خود در برابر اين اضطراب بكار بندد. قدرتمندي ساز و كارهاي دفاعي من است كه مشخص ميكند فرد مشكلات رواني را تجربه خواهد كرد يا نه. در اين ديدگاه، به افسردگي به عنوان پيامد از دست دادن زودهنگام يكي از والدين نگريسته مي شود. اين فقدان ممكن است عيني (براي مثال در داغديدگي) يا ذهني (براي مثال زمانيكه فرد احساس حقارت مي كند يا احساس ميكند كه او را رها كرده اند) باشد. در هر دو مورد، خشمي كه در برابر ترك فرد ازسوي والد احساس مي شود، سركوب و روي خود خالي مي شود.

افزايش ظرفيت من براي برخورد قدرتمند با تعارضات، هسته ديدگاه روان پويشي به درمان را تشكيل مي دهد. اين مستلزم پي بردن به تجارب دوران اوليه كودكي درمان جو و بيرون كشيدن تعارضاتي است كه در ناهشيار وي قرار دارند (مانند از دست دادن زودهنگام والد در مورد افسردگي). درحين جلسات روان تحليل گري، درمانگر بينش خود در مورد درمان جو را بر پايه ي تداعي هاي آزاد درمان جو، تحليل خواب ها و براساس طبيعت روابط شكل گرفته بين درمانگر و درمان جو شكل مي دهد. در مورد افسردگی، ممکن است شامل فراهم آوردن نوعی از رابطه ی والد- فرزند باشد تا از این راه فرد بتواند از جانب فرد دیگری (درمانگر) توجه و درک شدن از سوی دیگری را تجربه کند.

این رویکرد بسیار تأثیرگذار بوده، لیکن پایه های علمی روشی که فروید به کار بست، نامناسب می نماید، از این رو، انتقادهای زیادی به او شده است. این نظریه ی برپایه روش پژوهش موردی استوار است که روی یک بیمار تمرکز می کند، بنابراین تعمیم آن به تمام افراد دشوار است. پاره ای از نویسندگان (برای مثال میسن 1988) فروید را به دلیل سوگیری در روش درمانی اش به باد ا نتقاد گرفته اند. با این حال، از آنجا که ناهشیار همچنان دور از دسترس می ماند، مشکل است بتوان مفاهیم فروید را با روش های مورد قبول علمی آزمود. درمان روان تحلیل گری که برگرفته از نظریات روان پویشی است، به نظر می رسد در مورد دامنه ی محدودی از اختلالات کاربرد دارد. این روش در اختلالات ملایم تری مانند اضطراب فراگیر موفقیت آمیز است تا اختلالاتی چون اسکیزوفرنی.

**الگوی رفتاری**

رفتارگرایان (برای نمونه اسکینر[[61]](#footnote-61) ، 1938) رفتار قابل مشاهده را هدف اصلی روانشناسی بطور کلی تلقی کردند. شگفت نیست که آنها نابهنجاری را به منزله ی تظاهر رفتارهای کژسازگارانه می بینند. ایشان تصور می کنند این رفتارها ازطریق فرایندهای شرطی سازی کنش گر [[62]](#footnote-62) (یادگیری از طریق تقویت و تنبیه) یا شرطی سازی کلاسیک[[63]](#footnote-63)، یادگیری از طریق پیوند[[64]](#footnote-64)) آموخته شده اند. اگر شرایط محیطی مناسب مهیا شود، هر فردی قادر به یادگیری این رفتارهاست.

در این دیدگاه، افسردگی می تواند ابراز درماندگی آموخته شده[[65]](#footnote-65) باشد (سلیگمن، 1973). حالتی از بی احساسی که زمانی عارض می شود که حیوان نتواند از موقعیت نامطلوب و ناخوشایند بگریزد. این حالت در حیواناتی مشاهده شده است که با محرک آزارنده (مانند شوک الکتریکی) مواجه می شوند و از ان راه گریزی نمی یابند. پس از این تجربه، زمانی که با محرک های نامطلوب دیگری، ولی گریزپذیر، مواجه می شوند، دست به فرار نمی زنند و رفتارهایی که بروز می دهند، به نظر می رسد شبیه به همان رفتارهای بیماران افسرده باشد.

براین اساس تغییر شرایط محیطی نیز ممکن است منجر به حذف رفتارهای نامطلوب شود. درمانهای رفتاری تلاش می کنند این کار را با ارائه تقویت هایی[[66]](#footnote-66) (پیامدهای مثبتی) که موجب تداوم رفتار می شوند، انجام دهند. رفتارهای نامطلوب در جریان درمان تغییر داده می شوند (به کمک روش های خاصی چون اصلاح رفتار، درمان اجتنابی، غرقه سازی با حساسیت زدایی نظام مند) و رفتارهای مناسب تر با تشویق تقویت می شوند. اهداف درمان، به کمک درمان جو تنظیم می شوند، از این رو، کنترل کاملاً در دستان درمانگر نیست. در مورد افسردگی، کاردرمانی مستلزم افزایش فراوانی رفتار اجتماعی و حصول اطمینان از این موضوع است که انها با پیامدهای خوشایند و مطلوب پیوند می یابند.

بنابر تحقیقات دقیق, ولو با استفاده از حیوانات، رویکرد رفتارگرا انواع درمان های سودمندی را ارائه می کند که چنانچه نشان داده شده، در مورد مداوای برخی بیماری ها مانند هراس ها سریع و کارسازند، اما از انجا که به جای کشف و از بین بردن ریشه ی مشکل، راه حل مقطعی ارائه می دهند، مورد انتقاد قرار گرفته اند. همچنین این مکتب در پاسخ به پرسش که چرا در صورت وجود تجارب محیطی یکسان، بعضی از مردم رفتارهای کژسازگارانه از خود بروز می دهند و برخی این کار را نمی کنند، دچار ضعف است.

**الگوی شناختی[[67]](#footnote-67)**

روان شناسان مانند بک[[68]](#footnote-68) (1963) رفتار نابهنجار را با الگوهای فکری تحریف شده پیوند می دهند که در نهایت به رفتار مختل می انجامد. این تحریفات می توانند شامل تفکر دومقوله ای[[69]](#footnote-69) ( هر چیز را یا سیاه یا سفید دیدن) و تعمیم افراطی[[70]](#footnote-70) (اتفاقی که یکبار رخ داده است، همیشه اتفاق خواهد افتاد) باشد. برای مثال افسردگی، ممکن است با دیدی منفی از خود، جهان و آینده (معروف به سه گانه ی شناختی[[71]](#footnote-71)) ارتباط داده شود. چنین افرادی سوگیری هایشان را با عدم توجه به حوادثی که دیدگاه های منفی شان را حمایت نمی کند، حفظ می کنند. سایر اختلالات ممکن است پیامد فرایندهای یادگیری اجتماعی باشند که در ان رفتار دیگران مشاهده و آنگاه تقلید می شود (بندورا، 1969).

درمانگران شناختی نیز مانند رفتارگراها چندان که به تبدیل این شیوه های تفکر به شیوه هایی واقع گرایانه و سازگارانه اهمیت می دهند. پروای ریشه های این شیوه های تفکر را ندارند. هدف درمانگر شناختی شناسایی افکار تحریف شده و یافتن برنامه هایی است که آنها را حذف می کنند و با فرایندهای فکری و رفتارهای معقول تر و منطقی تری جایگزین می کنند.

درمان های مبتنی بر الگوی شناختی، شناسایی و دگرگون کردن الگوهای فکری مشکل آفرین را دربر می گیرند. ممکن است یک بیمار افسرده به نگهداری دفتر یادداشت برای شناسایی افکار خودکار[[72]](#footnote-72) منفی ای که به ذهنش خطور میکند، ترغیب شود. سپس می توان این افکار را با استدلال منطقی و تکالیف عملی به چالش گرفت. هنگامیکه احساس می شود می توان رفتارها را با مشاهده و تقلید عوض کرد، از بازی نقش[[73]](#footnote-73) نیز می توان بهره گرفت.

این رویکرد، رویکردی است عملی مبتنی بر نظریه هایی که ازطریق پژوهش بدست آمده اند. درمان های موثری برای درمان افسردگی و اختلال وحشت زدگی[[74]](#footnote-74)، طراحی شده اند و به تازگی شواهدی دال بر تاثیر این درمان ها کنترل توهم بیماران اسکیزوفرنیک در دست است. همانگونه که رفتارگراها تصور می کنند، اختلال برای هر کسی می تواند اتفاق افتد. در این رویکرد نیز فرض می شود هرکسی توانایی و استعداد پرورش فرایندهای فکری کژسازگارانه را دارد. اما نظریه پردازان این رویکرد از توضیح اینکه چرا به نظر می رسد فقط افراد معینی دستخوش این بیماری ها می شوند، بازمانده اند. در مواردی همچون افسردگی، فرایندهای فکری ابراز شده، در حقیقت بسیار واقع گرایانه تر (براث مثال، افراد افسردگی، فرایندهای فکری ابراز شده، درحقیقت بسیار واقع گرایانه تر ( برای مثال افراد افسرده به هنگام ارزیابی خطرها دقت بیشتری نشان می دهند) از فرایندهای فکری افراد بهنجارند. بنابراین، مشکل است بتوان آنها را کژسازگارانه خواند.

**الگوی ساختارگرای اجتماعی**

از منظر این رویکرد، چیزی با عنوان عینیت وجود ندارد، در عوض دانش ما در مورد خود و جهان اطراف به طرزی ساده بر توافق اجتماعی استوار است. به عبارت دیگر، دانش ها در اجتماع شکل می گیرد. از انجا که نمی توانیم رشته ی پیوندمان را با فرهنگ و دوره ی تاریخی مان بگسلیم، نمی توانیم دیدی طرفانه از جهان داشته باشیم. این مسئله را می توان به حیطه ی اختلال روانی مرتبط ساخت و گفت آن چه نابهنجار تلقی می شود، می تواند تغییر یابد، یا اینکه خود اختلال روانی ممکن است در اجتماع مطابق با سوگیری اجتماعی و بالینی ایجاد شود. تفاوت های فرهنگی و تاریخی در وقوع اختلالات خاص را می توان به این نوع فرایند نسبت داد. با وجود جدیدبودن این الگو در ادراک بعضی از این تفاوت ها بسیار مفید بوده است.

**الگوی انسان گرا/ وجودگرا**

هسته اساسی این رویکرد، این است که افراد بسمت خودشکوفایی[[75]](#footnote-75) (بالفعل سازی استعدادهای بالقوه شان) برانگیخته می شوند. انها مختارند در مورد زندگی شان تصمیم بگیرند و مسئولیت انچه را انجام می دهند، بپذیرند. تصور می شود اختلال رونی زمانی ایجاد می شود که از این کار جلوگیری به عمل می آید، این مسئله می تواند با امتناع از پذیرش مسئولیت و با دیدی منفی نسبت به خود پیوند یابد (راجرز[[76]](#footnote-76)، 1951). براین اساس، افسردگی می تواند پیامد بازداری میل به خودشکوفایی باشد یا پیامد عدم تناسب قابل توجه بین خود ادراک شده فرد[[77]](#footnote-77) و خود ایده آل او.[[78]](#footnote-78)

درمان های مبتنی بر این الگو بر درک تجارب هشیار فرد تاکید می کنند و تحلیل علمی و عینی را مناسب و بسنده تلقی نمی کنند. معروف ترین این درمان ها، درمان فردمحور[[79]](#footnote-79) است که هدفش فراهم آوردن شرایطی است که رشد شخصی را با اجتناب از قضاوت و رهنمود دادن، ترغیب می کند.

هدف درمان، کل نگری است و قصد دارد ارکان گوناگون رفتار را یکپارچه سازد تا شخص به موجودی یگانه برای زندگی اصیل تبدیل شود (و به آدمی خودانگیخته، دلسوز و واقع بین تبدیل می شود) این عقاید پایه جنبش با نفوذی را در مشاوره پی ریزی کرده که در درمان اختلالات ملایم تر مفید واقع شده است. از آنجا که انسان گراها بر نقش درمانگر به عنوان متخصص تکیه نمی کنند، با رشد گروه های خودیاری جامعه- محور در حوزه های بسیاری مرتبط می شوند. اما درجاییکه درمان جوها اختلالات شدیدی دارند و دارای قدرت بیان خوبی نیستند، این درمان ها کمتر مفید واقع شده اند. روی هم رفته این نظریه پردازان پژوهش های علمی چندانی برای ازمودن نظریاتشان ترتیب نداده اند.

**رویکرد تکاملی**

دراین رویکرد، تأکید روی قوه ی سازگاری رفتار است. نظریه ی تکاملی اظهار می دارد که گونه ها ازطریق فرایند انتخاب طبیعی تکامل یافته اند. از انجا که در بین افراد برای دست یافتن به منابع محدود موجود رقابت وجود دارد، ان دسته از افرادی که به خوبی با محیط سازگار می شوند، اقبال بیشتری برای زنده ماندن دارند و در عین حال ژن هایشان را نیز به نسل بعدی منتقل می کنند و از آنهایی که سازگاری خوبی ندارند، از بین خواهند رفت. ارتباط موجود بین این نظریه و بحث اختلالات روانی در اینجاست که اختلال روانی برای بقایش دربین جمعیت بشری نیازمند این است که به دلایلی سازگارانه باشد. افسردگی ممکن است رفتاری سازگارانه تلقی شود، برای مثال، هرگاه موجود با موقعیت هایی رویارو شود که در آن برنده شدن غیرممکن است. اضطراب زمانی می تواند سازگارانه قلمداد شود که ما در مواجهه با موقعیت های «مبارزه یا گریز»[[80]](#footnote-80) برای مثال در برابر حیوان خطرناکی قرار گرفته ایم. این حقیقت که امروزه اضطراب نمی تواند سازگاری حاصل کند، نمایانگر «پس افتادگی ژنوم»[[81]](#footnote-81) است که به وسیله ی آن، ژن هایی که دیگر سودمند نیستند، ایستادگی می کنند، زیرا به زمان بیشتری برای حذف شدن نیاز دارند.

این رویکرد ما را بر ان داشته که کارکردهای رفتار را در نظر داشته باشیم. با این حال، آشکارا در مورد رفتارهایی که فقط از راه ژنتیکی تعیین نمی شوند، کاربردپذیر نیست و کاربرد این الگو در درمان (مهندسی و مشاوره ی ژنتیکی) به لحاظ اخلاقی مورد شک و تردید است هم چنین آزمودن این عقاید ممکن نیست.

**الگوی نظام های خانوادگی**

در این دیدگاه بجای درنظر گرفتن بیمار مبتلا به اختلال روانی به عنوان یک فرد، کل خانواده ی وی را به عنوان یک نظام اجتماعی درنظر می گیرند. براین اساس موضع اختلال روانی نمی توان در فرد یافت، بلکه اختلال بیاننگر کژکنشی الگوهای تعاملی در خانواده به مثابه یک کل است (برای نمونه بیتسن[[82]](#footnote-82) و همکاران، 1956). نشانه های بیماری ممکن است به عنوان عامل انحراف و دور ساختن توجه از نواحی اصلی تعارض عمل کنند. برای مثال، بروز بی اشتهایی عصبی به خانواده هایی نسبت داده می شود که در انها افراد با یکدیگر بیش از حد در تعامل اند و از بروز آشکار تعارض ها جلوگیری می شود (مینوچین[[83]](#footnote-83) و همکاران، 1978).

خانواده درمانی های مبتنی بر چنین تبینی، بر الگوهای ارتباطی در خانواده متمرکز می شوند و از پس خوراند برای نشان دادن آنچه اتفاق می افتد، به اعضای خانواده استفاده می کنند. این می تواند با عقاید و ادراک های مشترک اعضای خانواده ارتباط داشته باشد.

این نوع درمان ها در مورد کودکان آشفته و درگیری ها و خشونت های زناشویی سودمند واقع شده است. مشکل نظریه پردازان در این مورد از اینجا ناشی می شود که چنین الگوهای تعاملی را به دشواری می توان در پژوهش های علمی به اثبات رسان بنابراین، بیشتر متکی بر قضاوت های بالینی است.

**الگوی اجتماعی- فرهنگی[[84]](#footnote-84)**

این رویکرد همان رویکرد نظام های خانوادگی در مقیاس وسیع تر است که بر آداب و رسوم فرهنگی و عوامل ا جتماعی مانند فقر برای تبیین اختلال روانی تاکید دارد.این رویکرد تفاوت های موجود در بروز برخی از اختلال ها در جوامع مختلف یا گروه های درون جامعه را (مانند طبقه ی اجتماعی و جنسیت) دلیل مستحکمی بر این مدعا می داند که شرایط اجتماعی می توانند به آسیب های خاص روانی منجر شوند. برای مثال، افسردگی در زنان شایع تر است. به ویژه در زنانی با چندین کودک خردسال که در شرایط نامساعد زندگی می کنند. بدین ترتیب افسردگی با انزوا، فقدان حمایت اجتماعی، کم بودن فرصت پیشرفت و احساس ضعف پیوند می یابد . مداخله به شکل کمک در جهت توانمند ساختن افراد، برای مثال در زمینه برپاکردن شبکه های حمایت کننده اجتماعی انها ظاهر می شود. احتمال دیگر، مداخله در سطح اجتماع یا در سطح سیاسی برای ایجاد تغییرات در شرایط اجتماعی است.

**الگوی فمینیستی (برابری طلبی زنان)**

این الگو اختلال روانی را (بیشتر در زنان) در نقش های جنسیتی که توسط جامعه به افراد تشخیص داده می شود، می داند. تمرکز اصلی این رویکرد، روی اختلالات خوردن است. برای نمونه، بی اشتهایی عصبی با ضعف زنان و نیاز به جذب بودن یا دست یافتن به قدرت از طریق رسیدگی افراطی به ظاهرشان پیوند داده شده است.روزه گرفتن در این دسته از افراد رضایت حاصل از کنترل حداقل یک جنبه زندگی را می دهد (بوسکیند- لودال و وایت[[85]](#footnote-85)، 1978). دیدگاه مرتبط (اورباخ[[86]](#footnote-86)، 1978) به این صورت است که انکار خویشتن[[87]](#footnote-87) یکی از اجزای جدایی ناپذیر نقش زنانه است. هنگامیکه این مسئله توسط یک زن پذیرفته می شود و او از بازشناختن نیازهای واقعی خود باز می ماند، می توان احتمال بروز بی اشتهایی عصبی را داد.

در این الگو نیز مداخله می تواند در مقیاس فرد یا جامعه صورت پذیرد. درمان فردی می تواند رهانیدن زن از بند محدودیت های نقش را که توسط جامعه بر وی اعمال شده، هدف خود قرار دهد. در سطح اجتماعی، هدف، ایجاد تغییر در خود نقش های جنسیتی است.

**رویکرد التقاطی**

در عمل هیچکدام از الگها نمی توانند پاسخ نهایی را برای اختلال روانی فراهم سازند. گروهی از روان شناسان بالینی ترجیح می دهند که رویکردی التقاطی اتخاذ کنند، یعنی استفاده از همه الگوها به نحوی مناسب. انها برای مثال چه بسا از الگوهای متفاوتی در مراحل مختلف درمان (تایرر و اشتاین برگ[[88]](#footnote-88), 1987) بهره گیرند، برای مثال نخست به منظور کنترل مشکل توسط داروها می توانند از الگوی زیست شناختی، پس از ان از مداخلات مبتنی بر الگوهای اجتماعی- فرهنگی، رفتاری و خانوادگی بهره گیرند. لگوی زیستی- روانی- اجتماعی[[89]](#footnote-89)، نماینده خوبی از این نظریه هاست. یکی از نمونه های این رویکرد، الگوی آسیب پذیری ارثی- تیندگی[[90]](#footnote-90) است که بر آسیب پذیری ژنتیکی و در عین حال فشار محیطی در ایجاد اختلال تأکید می ورزند.

اعتقاد صرف به یک رویکرد می تواند بسیار محدودکننده باشد، بویژه به این دلیل که بیماری های روانی ممکن است پیامد یک زنجیره سببی[[91]](#footnote-91) باشند. برای نمونه، ممکن است استرس علت بی واسطه ی یک اختلال باشد، اما این مسئله ممکن است فقط برای افرادی مشکل آفرین باشد که سوگیری های شناختی پیدا کرده اند که خود این سوگیری ها می تواند معلول نابهنجاری هایی در مغز باشند. این موضوع در مورد درمان مبنی بر «الگوی عالم- عامل»[[92]](#footnote-92) که بر یگانگی بیمار تاکید دارد، اهمیت بیشتری پیدا می کند. بنابراین، ملاحظه دقیق هر بیمار حین فرایند ارزیابی یابد به انتخاب درمانی بیانجامد که مناسب حال وی باشد، سپس می توان کارایی درمان انتخابی را ارزیابی و تغییرات لازم را براساس تحیل علمی ایجاد کرد. اما گاه متخصصان بالینی ممکن است اولویت هایی داشته باشند که بر دیدگاه هایشان در مورد درمان جو حکم فرما شود و مسیر انتخاب درمان خاص را تحت تاثیر قرار دهد. بنابراین، اگاهی از دیدگاه های مختلف اهمیت دارد.

**دیدگاه زیست شناختی**

1. تأکید دیدگاه زیست شناختی بر این است که آشفتگی های بدنی علت رفتار پریشان است. بی نظمی های در ژنها ممکن است سبب ساز بعضی رفتارهای غیرانطباقی باشند. ازطریق ماده ای بنام DNA ممکن است آمادگی داشتن ویژگی ها یا بیماری معینبه ارث برسد. تحقیق درباره وراثت در آدمیان از پیشینه های خانوادگی و مطالعه دوقلوها بهره می گیرند.

2. دیگر تعیین کننده ی زیست شناختی رفتار، مغز و دستگاه عصبی است. آشفتگی در بخش های معینی از مغز می تواند به عیوب رفتاری معینی منجر شود. محققان برق نگاره های مغز را برای تحلیل الگوهای امواج مغز که مشخص حالات رفتاری مختلف هستند بکار می برد. تحقیق روی دستگاه پاداش دهنده ی مغز، خصوصاً موادی موسوم به اندروفین، ممکن است به شناخت بهتر اعتیاد دارویی منجر شود.

3. دستگاه غدد درونریز که از غدد متعدد تشکیل می شود، ازطری ترشح هورمون ها بر پاسخ های بدن تاثیر می گذارد. غده هیپوفیز و قشر آدرنال در انطباق زیست شناختی و روانشناختی با فشار روانی نقش هایی ایفا می کنند.

4. ایمنی شناسی روانی رویدادهای شناختی و ایمن شناختی را بهم پیوند می دهد. داغدیدگی و دیگر تنش زاها غالباً بیماری بدنبال دارند که احتمالاً معلول تغییری در دستگاه ایمنی است. داروشناسی روانی ، علم مطالعه ی اثرات داروها بر رفتار است.

**دیدگاه روان پویشی**

1. دیدگاه روان پویشی براین عقیده متکی است که افکار و هیجانات علل مهم رفتارند. متخصصان بالینی باید افکار و هیجانات ناآشکار و غیرقابل مشاهده را از رفتارهای آشکار استنباط نمایند.

2. براساس روش روانکاوی فروید، مهم آن است که به بیماران کمک شود تا به لحاظ هیجانی به خاطرات نهفته که فراموش شده اند دوباره دست پیا کنند.

3. نظریه جبرگرایانه روانی فروید بر آن است که همه رفتارها معلول وقایع روانی پیشین هستند، که ممکن است هشیار (که به اگاهی آمدن آنها مشکل است) باشند. سطح آگاهی از وقایع روانی را میزان تعارض درون روانی حول و حوش این وقایع تعیین می کند.

4. طي پنج سال اول زندگي، زيست مايه بر نواحي شهواني خاصي متمركز مي شود كه به مراحل رواني- جسمي دهاني، معقدي، و آلتي منجر مي گردد، كه سرانجام به مرحله جنسي بلوغ يافته ختم مي شود. ممكن است تعارضات حل نشده باعث شود فرد در يك مرحله تثبيت شود يا باقي بماند يا به مراحل قبل برگشت كند.

5. فرويد معتقد بود كه دنياي روان به سه ساختار تقسيم مي شود: نهاد لذت طلب؛ خود كه از خطر اجتناب كرده يا با آن مقابله مي كند؛ و فراخود، كه بيانگر مجموعه قوانين اخلاقي جامعه است. طي نوباوگي، انديشيدن در فرايند نخستين حاكم است كه با اصل لذت و تمايل به كامرواسازي فوري مشخص مي گردد. سپس، انديشيدن در فرايند ثانوي بارز شده و كامروايي نيازها مي تواند به تعويق افتد. انديشيدن در فرايند نخستين تا حدي در بزرگسالان هم به چشم مي خورد.

6.اضطراب پاسخ به خطري است ادراك شده كه از قابليت جاندار براي رويارويي با آن فراتر رود. از آنجاييكه اضطراب به هنگام انتظار خطر واقع مي شود، مي تواند كاركرد حفاظتي داشته باشد.

7. «خود» مكانيسم هاي دفاعي را براي ناهشيار گذاردن تعارض وارد عمل مي كند. مهمترين اين مكانيسم ها واپس راني است، كه اضطراب را از راه دور نگهداشتن افكار و تكانه ها از هشياري كاهش مي دهد.

8. در روانكاوي باليني، ازطريق فنوني مثل تداعي آزاد و تحليل روياها، خيالبافي ها و خاطرات، علل رفتار غير انطباقي در تجارب دوران اوليه كودكي جستجو مي شود.

9. نوفرويد گرايان و از آنجمله يونگ، آدلر، و اخيراً اريكسون، در بعضي از عقايد فرويد تجديدنظر كرده و ديدگاه روان پويشي را وسعت بخشيده اند. البته، مشكل ارزشيابي علمي نظريه روان پويشي همچنان پابرجا است.

**ديدگاه يادگيري**

1. طبق ديدگاه يادگيري، رفتار پاسخي است به محرك هاي محيط. تقويت كننده هاي مثبت احتمال پاسخ هاي خاصي را با پاداش دادن به آنها افزايش مي دهند؛ تقويت كننده هاي منفي چيز نامطلوبي را حذف مي كنند؛ تنبيه پي آمدن ناخوشايند براي پاسخ غلط ارائه مي دهد، خاموشي رفتار از راه حذف تقويت كننده ها تضعيف مي كند.

2. در شرطي سازي كلاسيك، پاسخي كه بطور خودكار به محرك معيني داده مي شود ازطريق مجاورت به محرك جديد انتقال مييابد. در آزمايش پاولف راجع به ترشح بزاق سگها نور محرك شرطي است، ترشح بزاق در برابر غذا يعني (محرك غيرشرطي) پاسخ غيرشرطي، و سرانجام ترشح بزاق در پاسخ به نور به تنهايي پاسخ شرطي شده است. بعضي رفتارهاي غيرانطباقي را مي توان در قالب اصطلاحات شرطي سازي كلاسيك تبيين نمود.

3. در شرطي كردن عامل، پاسخ بايد مقدم بر تقويت باشد، جاندار روي محيط عمل كرده و اثري بجاي مي گذارد. بي. اف. اسكينر با استفاده از شرطي كردن عامل، موشهاي آزمايشگاهي را آموزش داد تا جهت دريافت غذا اهرمي را فشار دهند. شكل دهي رفتار عبارت است از تقويت رفتارهاي مشابه تر به پاسخ موردنظر.

4. ازطريق سرمشق گيري يعني مشاهده اينكه مردم كارها را چطور انجام مي دهند؛ و ايفاي نقش يعني تمرين رفتار مشاهده شده نيز يادگيري صورت مي گيرد. سرمشق ها ممكن است اثرات مطلوب يا نامطلوبي بر اضطراب و ترس، رشد شخصي، و عزت نفس داشته باشد.

5. رفتارگراهاي افراطي مثل بي. اف. اسكينر معتقدند كه بر همه ي رفتارها مي توان از راه دستكاري محيط تاثير گذاشت. نظريه پردازان يادگيري اجتماعي معتقدند كه عوامل شناختي نيز بر رفتار تأثير دارند.

**ديدگاه شناختي**

1. تمركز ديد گاه شناختي بر شيوه هاي كسب اطلاع و تفسير اطلاعات در راه حل مشكل است. از اين نقطه نظر، زندگي رواني از طرحواره ها تشكيل مي شودكه شامل اطلاعاتي است كه افراد به منظور انتخاب شيوه هاي حل مسئله يا دستيابي به هدف پردازش مي كنند. طرحواره ي خود، شامل اطلاعات مربوطه شخصي و همينطور هيجاناتي است كه مي توانند ادراكات واقعيت را تحريف كنند.

2. جان دالر و نيل ميلر عناصر ديدگاه هاي روان پويشي، يادگيري و شناختي را تلفيق كردند. آنها رفتار غيرانطباقي را محصول مشترك تجارب نامطلوب زندگي و تفكر غيرانطباقي مي دانند.

3. جرج كلي معتقد بود كه واكنشهاي هيجاني بر سازه هاي شخصي استوارند؛ به اين معني كه هركس از راه مقوله بندي مردم و وقايع، ديدگاهي از دنيا مي سازد. او نقش رواندرماني را جايگزين كردن سازه هاي مفيدتر بجاي سازه هاي غيرانطباقي درنظر گرفت.

4. جوليان راتر، نظريه پرداز يادگيري اجتماعي معتقد است ناسازگاري برخاسته از چگونگي روابط با ديگران است و رفتار تحت تاثير انتظاري است كه شخص از رويدادها دارد. مردم مي كوشند از خودشان در برابر نارسايي هاي محتمل دفاع كنند.

5. آلبرت بندورا معتقد است مردم مي توانند با پيش بيني پيامدهاي رفتارشان مشكلات را بطور نمادين حل كنند. او بيشتر بر خودنظم بخشي به كمك تقويت دروني تكيه كرده است تا از راه تقويت بيروني.

6. چند روش درمان شناختي مي شناسيم. در درمان عقلاني- عاطفي آلبرت اليس، به افراد كمك مي شود تا در نظام هاي اعتقادي خود ترديد و آنها را اصلاح كنند. جرج كلي درمان نقش ثابت را پايه گذاشت كه طي آن افراد طرق جديد رفتاركردن را كشف مي كنند. آرون بك، كه بر افسردگي و اضطراب تمركز داشته است معتقد است درمانگران مي توانند مردم را در بازسازي افكار در راه مقابله بهتر با فشار رواني ياري نمايند.

**ديدگاه انسان گرايي- هستي گرايي**

1. ديدگاه انسان گرايي- هستي گرايي بر خود آزمايي و ميل به آزادي تمركز دارد. از ديدگاه انسانگرايي در آدمي نيرويي متوجه خودشكوفايي، يا «تحقق بخشيدن به هرآنچه مي توانيد باشيد» وجود دارد. نظريه پردازان هستي گرا بر خودمختاري تاكيد دارند.

2. ابراهام مازلو سلسله مراتب پنج طبقه اي از نيازها- فيزيولوژيك، امنيت، مورد محبت بودن و دوست داشتن، عزت نفس و خودشكوفايي را مطرح نمود. براي مطرح شدن نيازهاي طبقات بالاتر ابتدا مي بايست نيازهاي پائين تر تامين گردند. مازلو روانرنجوران را افرادي مي ديد كه نيازهاي سطوح پائين تر، خصوصاً نيازهاي مربوط به تعلق داشتن و عزت نفس آنها كامروا نشده است و بنابراين از جستجوي خودشكوفايي باز مانده اند.

3. طبق نظر كارل راجرز، سازگاري شخصي بستگي به خودانگاره فرد دارد. درمانگران مي توانند به ناسازگارها كمك كنند تا خودشان را آنچنان كه هستند بپذيرند.

4. هستي گراها معتقدند مردم آزادند كه يا بخردانه عمل كنند و اهدافشان را تحقق بخشند، و يا نابخردانه عمل كنند و به ديگران اجازه دهند اهداف آنها را تعيين كنند. عوامل دروني يا محيطي ممكن است استعداد آنها را براي كامروايي يا محدود كنند و يا وسعت بخشند. رولومي معتقد است اضطراب كه به هنگام روبرويي شخص با انتخاب مهمي حاصل مي شود، يا به نضج شخصي مي انجامد يا به احساس گناه. درمانگران مي توانند به افراد كمك نمايند تا انتخاب هاي سازنده اي بعمل آورند.

**ديدگاه اجتماعي**

1. روانشناسان اجتماعي انطباق ناصحيح را نتيجه ي نقص نظام هاي حمايت اجتماعي مي بينند. اين نظامها مي توانند ازطريق اقدامات پيشگيرانه مانند برنامه هاي خاص در جامعه اين قبيل مشكلات را كاهش دهند. روانشناسان اجتماعي احتمالاً از نظريه هاي عليت اجتماعي جانبداري مي كنند . نظريه هايي كه ادعا مي كنند وضعيت اقتصادي- اجتماعي پائين و شرايط زندگي فقيرانه باعث فشار رواني شده و به نقص اجتماعي و روانشناختي منجر مي گردند؛ ازسوي ديگر نظريه انتخاب اجتماعي مي گويد كه رفتار غيرانطباقي مي تواند به سير نزولي اجتماعي نيز منجر گردد.

2. رفتار را گروه اجتماعي فرد و نقش هايي كه او در آن گروه ايفا مي كند شكل مي دهد. برچسب زدن، يا طبقه بندي افراد براساس كليات نيز بر رفتار تاثير مي گذارد.

**ارزش رويكرد تعاملي**

رويكرد تعاملي از همه ي شش ديدگاه موردبحث اين فصل بهره مي گيرد. هركسي همه روزه با موقعيت هاي گوناگوني روبرو است. رفتار حاصله به بافت آسيب پذيري ها و نيرومندي ها، شيوه هاي مقابله، و ويژگي هاي محيط فرد بستگي دارد.

**ديدگاه روان پويشي**

نوعي گرايش نظري است كه بر عوامل تعيين كننده ناهشيار رفتار تاكيد مي كند و از رويكرد روان كاوي فرويد بدست آمده است. اصطلاح پويش هاي رواني براي توصيف تعامل بين نهاد، خود، فراخود استفاده مي شود. به عقيده ي نظريه پردازان روان پويشي، افراد براي دور نگهداشتن افكار، غرايز، و احساس هاي غيرقابل قبول از آگاهي هشيار، از مكانيسم هاي دفاعي استفاده مي كنند. فرويد معتقد بود كه يك زنجيره ي طبيعي رشد وجود دارد كه يك رشته مراحل رواني- جنسي را شامل مي شود، بطوريكه هر مرحله بر ناحيه ي شهوتزاي بدن متمركز است، دهاني، معقدي، آلتي و تناسلي. نظريه پردازان پس از فرويد، نظير يونگ، آدلر، هورناي، اريكسون از نظريه ي فرويد جدا شدند و اعلام كردند كه فرويد بر تكانه هاي جنسي و پرخاشگيري زيادي تاكيد كرده است. نظريه پردازان روابط شي مانند كلين، ويني كارت، كوهات و ماهلر اظهار داشتند كه روابط ميان فردي محور شخصيت است. آنها معتقدند كه كه ذهن ناهشيار تصورات والدين كودك در روابط ميان فردي محور شخصيت است. آنها معتقدند كه ذهن ناهشيار تصورات والدين كودك در روابط كودك با والدين را در بردارد. درمان در چارچوب ديدگاه روان پويشي، فنوني نظير تداعي آزاد، تحليل رويا، تحليل انتقال، و تحليل مقاومت را شامل مي شود. در مورد اصول و فنون ديدگاه روان پويشي مجادله ي زيادي وجود دارد؛ قسمت اعظم اين مجادله بر اين واقعيت تمركز دارد كه مفاهيم روان پويشي را به سختي مي توان مورد بررسي و اندازه گيري قرار داد و برخي عقايد فرويد ارتباطي با جامعه ي امروزي ندارد. رويكردهاي جديدتر، براساس نظريه ي روابط شي، براي آگاهي يافتن از نحوه اي كه بزرگسالان با افراد مهم در زندگي شان رابطه برقرار مي كنند، مفهوم سبك دلبستگي كودك را اختيار كرده اند.

ديدگاه انسان گرا اين عقيده است كه انگيزش انسان بر پايه ي گرايش فطري به تلاش براي به كمال رساندن خود و كسب معني در زندگي استوار است، عقايدي كه از روانشناسي وجودي سرچشمه گرفته اند. نظريه فردمدار كارل راجرز بر بي نظير بودن هر فرد، اهميت امكان دادن به هر فرد براي تحقق بخشيدن به حداكثر توانش، و نياز فرد به روبرو شدن صادقانه با واقعيت تجربياتش در زندگي تمركز دارد. نظريه خودشكوفايي مزلو بر حداكثر تحقق بخشيدن به استعداد فرد براي رشد رواني تاكيد دارد. راجرز در درمان درمانجومدار، توصيه كرد كه درمانگران درمانجويان را باتوجه مثبت نامشروط و همدلي درمان كنند و در عين حال، الگويي از صداقت و ميل به خود برملاسازي براي آنها فراهم آورند.

نظريه پردازان در محدوده ي ديدگاه اجتماعي- فرهنگي، بر نحوه اي كه افراد تحت تاثير ديگران، نهادهاي اجتماعي، و نيروهاي اجتماعي قرار دارند، تاكيد مي كنند. طرفداران ديدگاه خانواده، فرد را بصورت جزء جدانشدني الگوي تعامل ها و روابطي كه در خانواده وجود دارد درنظر مي گيرند. چهار رويكرد اصلي عبارتند از: بين نسلي، ساختاري، راهبردي، و تجزيه اي. اختلال رواني مي تواند درنتيجه ي تبعيض مرتبط با خصوصياتي چون جنسيت، نژاد، يا سن يا فشارهاي مرتبط با ناملايمات اقتصادي نيز ايجاد شود. درمان هاي ديدگاه اجتماعي- فرهنگي توسط ماهيت گروه درگير تعيين مي شوند. در خانواده درماني، اعضاي خانواده ترغيب مي شوند روش هاي جديد برقراري رابطه با يكديگر و فكر كردن به مشكلاتشان را امتحان كنند.در گروه درماني افراد سرگذشت ها و تجربياتشان را با افراد ديگري كه مشابه آنها هستند، درميان مي گذارند.

طبق ديدگاه رفتاري، علت نابهنجاري تجربيات يادگيري غلط است؛ طبق ديدگاه شناختي- رفتاري (گاهي شناختي ناميده مي شود)، علت نابهنجاري فرايندهاي فكر ناسازگارانه است. رفتارگرايان معتقدند كه خيلي از واكنش هاي هيجاني ازطريق شرطي سازي كلاسيك اكتساب مي شوند. شرطي سازي كنشگر، با تاكيد اسكينر بر تقويت، يادگيري رفتارهايي را شامل مي شود كه خودكار نيستند. فرايند اكتساب پاسخ هاي جديد با مشاهده كردن رفتار ديگران و تقليدكردن آن، سرمشق گيري ناميده مي شود كه نظريه پردازان يادگيري اجتماعي آنرا مورد بررسي قرار داده اند. نظريه هاي شناختي بك و اليس بر شيوه هاي آشفته ي تفكر تاكيد دارند. در مداخله هاي مبتني بر نظريه ي رفتاري، متخصصان باليني بر رفتارهاي قابل مشاهده تاكيد مي كنند، درحاليكه طرفداران ديدگاه شناختي براي تغييردادن الگوي تفكر ناسازگارانه با درمانجويان كار مي كنند.

طرفداران ديدگاه زيستي، اختلال در هيجان ها، رفتار، و فرايندهاي شناختي را به علت نابهنجاري هايي در عملكرد بدن، مانند مغز و سيستم عصبي يا سيستم درون ريز مي دانند. ساخت ژنتيكي فرد مي تواند در تعيين برخي از اختلال ها نقش مهمي داشته باشد. درمانهاي مبتني بر مدل زيستي، دامنه اي از درمان هاي تني را در بردارند كه رايج ترين آنها دارودرماني است. مداخله هاي تني افراطي تر، جراحي رواني و درمان با تشنج برقي را شامل مي شوند. پسخوراند زيستي، نوعي مداخله ي تني است كه طي آن درمانجويان ياد مي گيرند انواع واكنش هاي جسماني همراه با استرس راكنترل كنند.

اين روزها اغلب متخصصان باليني رويكرد يكپارچه نگر دارند، به اين صورت كه بجاي طرفداري از يك مدل، جنبه هايي از مدلهاي گوناگون را انتخاب مي كنند. سه روشي كه متخصصان باليني مدلهاي گوناگون را ادغام مي كنند عبارتند از: التقاط گرايي فني، ادغام نظري و روش عوامل مشترك.

**4- راهنماي تشخيص و طبقه بندي**

**راهنماي تشخيصي و آماري اختلالات رواني (DSM)**

DSM، نظام چندمحوري است، به اين معني كه هر فرد مبتلا به اختلال رواني را مي توان براساس پنج محور كاركردي مختلف كه هركدام نماينده ي جوانب گوناگوني از زندگي شخص اند، بررسي كرد. همانطور كه پيشتر گفته شد محورهاي يك و دو نماينده ي نشانگان باليني اند. محور سوم عوارض پزشكي عمومي را پوشش مي دهد كه ممكن است رفتار فرد را تحت تاثير قرار دهند. محور چهارم مشكلات روان شناختي و محيطي مانند رويدادهاي ناخوشايند زندگي را پوشش مي دهد. محور پنجم، ارزيابي عمومي از كاركرد رواني، اجتماعي و شغلي فرد است. در اينجا به ترتيب برهريك از اين موارد نظر مي افكنيم، اما توجه داشته باشيد كه فقط سه مورد اول براي تشخيص اجباري است. هرچند با درنظر گرفتن همه ي محورها در جريان ارزيابي باليني احتمال خطا كمتر خواهد شد.آشكار است كه نمي توان هميشه ارتباط نزديكي بين كاركرد عمومي (محور پنجم) و نشانه هاي بيماري برقرار ساخت. براي نمونه، اضطراب بسته به طبيعت شغل فرد ممكن است به كارآمدي شغلي شخص آسيب برساند يا نرساند.

محورهاي اول و دوم گروه هاي عمده عوارض باليني را دربر مي گيرند. فهرستي از اين موارد را مي توان به ترتيب در جدول هاي 2-1 و 2-2 مشاهده كرد. محور اول نشانگان حاد و محور دوم شرايط مزمن تر را زير پوشش قرار مي دهد كه مي توانند علت صالي نشانگان محور اول باشند يا جداگانه بروز يابند. اين امكان وجود دارد كه فرد از هر دو محور بصورت همزمان اختلالي را داشته باشد. براي مثال اختلالات خوردن و عقب ماندگي ذهني مي توانند جداگانه يا با هم بروز يابند. محور دوم به دو مقوله تقسيم مي شود: اختلالات شخصيتي[[93]](#footnote-93) و عقب ماندگي ذهني [[94]](#footnote-94) . هر دو مشكلات مزمني اند كه ممكن است علت اصلي نشانگان محور اول باشند. اختلالات شخصيتي، شيوه هاي درازمدت، انعطاف ناپذير و كژسازگارانه اي از رفتارند كه موجب ايجاد تنيدگي و آسيب رسيدن به كنش وري فرد مي شوند. انواع اختلالات شخصيت شناسايي شده در جدول 2-2 فهرست شده اند.

عقب ماندگي ذهني با كاركرد هوشي كمتر از حد متوسط تا 18 سالگي و نقايص مرتبط با آن در كنش وري ها مرتبط است. عقب ماندگي به چهار دسته تقسيم مي شود؛ شايع ترين نوع آن عقب ماندگي خفيف [[95]](#footnote-95) است كه بطور معمول پيامد فقدان تحريك در دوران اوليه زندگي يا نامناسب بودن روابط كودك كه در آن دوران است. عقب ماندگي هاي متوسط [[96]](#footnote-96)، شديد [[97]](#footnote-97) و عميق [[98]](#footnote-98) بطور كلي ريشه زيست شناختي دارند. اين عقب ماندگي ها شامل نشانگان داون [[99]](#footnote-99) (كه پيامد نابهنجاري كروموزومي است)، نشانگان الكل جنيني [[100]](#footnote-100) (كه پيامد مصرف الكل توسط مادر است)، كرتينيسم [[101]](#footnote-101) (كه پيامد كژكاري غدد درون ريز است) و اختلالاتي ناشي از آسيب مغزي يا بيماري در كودكي اند.

DSM جزئياتي در مورد شيوع و ملاك هاي تشخيصي هريك از نشانگان يا شرايط شناسايي شده روي محورهاي پيش گفته را ارائه مي دهد. همچنين براي بعضي از آنها، اطلاعاتي در مورد تفاوت هاي فرهنگي موجود، ريشه شناسي و درمان ارائه مي كند. در بخش بعد نگاهي دقيق به برخي از مقوله هاي دو محور اول مي افكنيم.

هدف محور سوم اين است كه توجه متخصص باليني را بسمت پيامدهاي رفتاري احتمالي بعضي از عوارض جسمي جلب كند. يك اختلال به ظاهر رواني ممكن است علتي پزشكي داشته باشد و به درمان جسماني بهتر پاسخ گويد. براي مثال نقايص هورموني مي تواند موجب عقب ماندگي ذهني شود. مشكلات مرتبط با دوران بارداري يا تغييرات هورموني مي تواند به اضطراب يا اختلال افسردگي منجر شود. در چنين مواردي، درمان فيزيكي مي تواند بسيار مناسب تر باشد تا درمان هاي ديگر.

**جدول 2-1 DSM IV- نشانگان باليني محور اول**

|  |
| --- |
| اسكيزوفرني و ساير اختلالات روان پريشي [[102]](#footnote-102) (با نشانه هايي مانند اختلال در فكر، هيجان، ادراك، عدم تماس با واقعيت، هذيان و توهم)  اختلالات خلقي [[103]](#footnote-103) (افسردگي عمده [[104]](#footnote-104)، اختلال شيدايي [[105]](#footnote-105) و دو قطبي [[106]](#footnote-106))  اختلالات اضطرابي (ترس هاي افراطي، هراس ها [[107]](#footnote-107)، اختلال وسواس بي اختياري، حمله هاي وحشت زدگي، اختلال تنيدگي پس ضربه اي [[108]](#footnote-108) ، اختلال اضطراب فراگير [[109]](#footnote-109))  اختلالات افتراقي [[110]](#footnote-110) (تغييراتي در هشياري بهنجار مانند يادزدودگي [[111]](#footnote-111)، و اختلال شخصيت چندگانه [[112]](#footnote-112))  اختلالات سوء مصرف مواد روان گردان (مشكلات مربوط به مصرف الكل، نيكوتين و ساير داروهاي روان گردان [[113]](#footnote-113))  اختلالات خوردن (نگراني افراطي در مورد وزن بدن و ناتواني در مديريت وضع خورد و خوراك، براي مثال در گرسنگي دادن به خويشتن [[114]](#footnote-114) (بي اشتهايي عصبي) و افراط در خوردن و بالا آوردن هرآنچه خورده شده (پرخوري)).  اختلالات جسمي شكل [[115]](#footnote-115) (نگراني افراطي در مورد سلامت و بروز بيماري هايي مانند فلج كه هيچ علت جسماني براي آن نمي توان يافت.)  اختلالات ساختگي [[116]](#footnote-116) (ادعاي بيماري بودن كه منجر به مددجويي افراطي مي شود، براي مثال در نشانگان مونچاوزن [[117]](#footnote-117))  اختلالات جنسي و هويت جنسي (مشكلات هويتي مانند نارضايتي از جنسيت و مشكلات انگيختگي مانند ناتواني جنسي در مرد، يادگار پرستي (فتيشيسم و تماشاگري جنسي[[118]](#footnote-118))  اختلالات خواب (بي خوابي [[119]](#footnote-119)، حمله خواب [[120]](#footnote-120)، خوابگردي [[121]](#footnote-121))  روان آشفتگي [[122]](#footnote-122)، زوال عقل [[123]](#footnote-123)، ساير اختلالات شناختي (ناشي از پيرشدن، مسموميت و بيماري مغزي، مانند بيماري آلزايمر)  اختلالات ناباوگي [[124]](#footnote-124) ، كودكي و نوجواني (در خودماندگي (اوتيسم)[[125]](#footnote-125)) اختلال فزون كاري- كاستي توجه با ADHD و اختلالات يادگيري)  اختلالات كنترل تكانه [[126]](#footnote-126) (جنون آتش افروزي [[127]](#footnote-127)، قمار بازي و جنون دزدي [[128]](#footnote-128))  اختلالات سازگاري [[129]](#footnote-129) (اضطراب و افسردگي افراطي ناشي از فشارهاي زندگي مانند داغديدگي)  اختلال شخصيت جامعه ستيز [[130]](#footnote-130) (بي تفاوتي در برابر احساسات ديگران، رفتار خلاف قانون، فقدان كنترل برخورد و بي مسئوليتي)  شخصيت وسواسي [[131]](#footnote-131) (پايبندي افراطي به قوانين و جزئيات، كوشش براي كمال رسيدن، فقدان پاسخ هاي هيجاني)  شخصيت پارانوئيد (خودبزرگ ببين، مشكوك به ديگران، حساس به انتقادهاي ديگران)  شخصيت اسكيزوئيد (منزوي، در خود فرورفته، مهارت اجتماعي ضعيف، ابراز هيجاني بسيار محدود)  شخصيت نمايشي [[132]](#footnote-132) (اجتماعي، اما خودمحور، عدم صداقت، سطحي، بانمايشگرهاي هيجاني بسيار)  شخصيت خودشيفته [[133]](#footnote-133) (خودبزرگ بين، توجه طلب، خودنما، خيالبافي در مورد موفقيت و قدرت)  شخصيت وابسته [[134]](#footnote-134) (فقدان اعتماد به نفس، ناتواني در فائق آمدن بر مشكلات روزمره، ناتواني در مسئوليت پذيري) |

شرايط ذكر شده روي محور سوم عبارتند از بيماري هاي عفوني وانگلي، اختلال در غدد درون ريز، اختلال در تغذيه، اختلال در سوخت و ساز و اختلالات سيستم ايمني؛ اختلال در خون و گردش آن، سيستم تنفسي، گوارشي، عصبي، ادراري و تناسلي، پوستي و ماهيچه اي- استخواني؛ مشكلات دوره ي بارداري و قبل از زايمان [[135]](#footnote-135) مصدوميت و مسموميت.

محور چهارم اجباري نيست؛ بدين معني كه ضروري نيست متخصص باليني از اين محور به عنوان بخشي از فرايند تشخيص تشخيص بهره گيرد، اما بهره گيري از آن سودمند است. زيرا توجه را به ساير جوانب كاركردي كه ممكن است به بروز مشكلات فرد كمك كرده باشد يا مي تواند پيامدم شكلات رفتاريشان باشد، جلب مي كند. دانستن اين مسائل چه بسا گاه در مسير درمان به درمانگر كمك مي كند. تاكيد بر رويكرد جامع و كل نگر در درمان است؛ رويكردي كه ديدگاه انسان گرايانه بر آن صحه مي گذارد كه در فصل اول بدان اشاره شد. بطور كلي، متخصصان باليني تشويق مي شوند تا فقط به مشكلاتي بپردازند كه در طول سال گذشته سر برآورده اند، اين درحالي است كه مواردي مانند اختلال تنيدگي پس ضربه اي، نيازمند توجه و نگرش طولاني تري است. موضوع هايي كه براي ملاحظه در محور چهارم DSM مطرح شده اند، به همراه مثال هايي در جدو 2-3 ارائه شده اند.

**جدول 2-3 محور چهارم DSM IV: مشكلات روانشناختي و محيطي**

|  |  |
| --- | --- |
| نوع مشكل | مثال ها |
| گروه حمايتي اوليه[[136]](#footnote-136) | مرگ يا عدم سلامتي اعضاي خانواده، رقابت همشيره ها، سوء استفاده جنسي يا فيزيكي، طلاق، ازدواج مجدد، يا جدايي |
| محيط اجتماعي | نبودحمايت اجتماعي، ازدست دادن دوستي ها، تبعيض، بازنشستگي يا تغييرات ديگر |
| آموزشي | بي سوادي، مشكلات تحصيلي، درگيري در مدرسه |
| شغلي | استرس در محيط كار، ناخشنودي يا ناهماهنگي با محيط كار، بيكاري با يا تهديد از دست دادن شغل |
| مسكن | بي خانماني، مسكن نامناسب، درگيري با همسايه ها |
| اقتصادي | فقر، كمبود امكانات رفاهي |
| مراقبت بهداشتي | نامناسب بودن خدمات يا نبود بيمه، نبود امكانات جابجايي در سطح شهر |
| قانوني | بازداشت يا زنداني بودن، قرباني جنايت بودن يا دادخواهي كردن |

محور پنجم عبارت است از ارزيابي عمومي كاركرد روان شناختي، اجتماعي و شغلي (مقياس GAF) [[137]](#footnote-137) اين محور مقياسي 100 درجه اي از كنش وري به نحو احسن، تا ناتواني در كنش وري را براي همه ي حوزه هاي يادشده فراهم مي سازد. اين محور نواقص محيطي و فيزيكي را شامل نمي شود. خلاصه اي از درجه بندي هاي اين محور در جدول 2-4 نشان داده شده است. براي ارزيابي كاركرد اجتماعي و شغلي (SOFAS) [[138]](#footnote-138) و كاركرد ارتباطي (GARF) [[139]](#footnote-139) نيز مقياس هاي منفرد وجود دارد. ملاك هاي قانوني و نيز بسياري از ملاك هاي تشخيصي DSM ممكن است نيازمند ارزيابي اين حوزه ها باشند. در عين حال كه برخي از افراد دچار مشكلات شديد مي توانند كنش وري مطلوبي داشته باشند، گروهي ديگر با مشكلات كم و بيش ملايم تر چه بسا بطور كامل ناتوان باشند.

**جدول 2-4 مقياس ارزيابي عمومي كنش وري DSM IV**

|  |  |
| --- | --- |
| **شرح چگونگي كنش وري** | **نوار ارزيابي** |
| توانايي انجام گستره ي وسيعي از فعاليت ها | 91-100 |
| در كليه ي حوزه ها خوب، به طور كلي راضي از زندگي، حداقل نشانه هاي اختلال، فقط مشكلات روزمره | 81-90 |
| نشانه هاي موقتي در پاسخ به استرس، فقط اختلال جزئي در كنش وري | 71-80 |
| نشانه هاي خفيف (مثل بي خوابي) يا دشواري هايي در كنش وري، اما قادر به حفظ روابط شخصي | 61-70 |
| نشانه هاي متوسط (براي مثال حملات وحشت زدگي) يا دشواري در كنش وري (براي مثال اختلاف با ديگران) | 51-60 |
| نشانه هاي جدي اختلالات (مثل خودكشي، ناتواني در حفظ شغل) | 41-50 |
| اختلال عمده در چندين موزه يا اختلال در روابط | 31-40 |
| اختلال جدي در تعامل برقرار كردن با ديگران يا وجود هذيان يا ناتواني در كنش وري در بيشتر حوزه ها (براي مثال فاقد كار، خانه يا دوست) | 21-30 |
| خطر صدمه زدن به خود و ديگران، قصور گاه و بي گاه در رعايت بهداشت شخصي، اختلال شديدي در تعامل با ديگران (براي مثال قادر به صحبت نبودن) | 11-20 |
| خطر صدمه ي شديد به خود و ديگران (خودكشي يا خشونت) يا عدم رعايت بهداشت شخصي بطور كلي | 1-10 |

پس از بهره گيري از تمام مقياس ها براي ارزيابي فرد، متخصص باليني ممكن است به تشخيص زير دست يابد:

محور اول: اختلال اضطراب فراگير

محور دوم: اختلال شخصيت وابسته

محور سوم: HIV مثبت

محور چهارم: مشكل مرتبط با شغل (از دست دادن شغل)

محور پنجم: 35 = ارزيابي عمومي كنش وري.

اين مورد كم و بيش ساده اي است، بسياري از افراد، بيشتر از يك مشكل قابل شناسايي دارند. براي مثال، ممكن است يك اختلال جسماني شكل و يك اختلال اضطراب باهم وجود داشته باشد.

**رويكرد طبقه بندي**

در مدل پزشكي اين فرض وجود دارد كه بيماري ها در طبقات مجزا جاي مي گيرند. براي مثال، ذات الريه بيماري اي است كه در طبقه ي بيماري هاي دستگاه تنفسي جاي مي گيرد. DSM-IV-TR كه براساس مدل پزشكي قرار دارد از اين راهبرد اقتباس كرده است. بنابراين، اختلال هايي كه خلق را شامل مي شوند، در طبقه اختلال هاي خُلقي، آنهايي كه اضطراب را شامل مي شوند در طبقه ي اختلال هاي اضطرابي و از اين قبيل جاي مي گيرند. با اين حال مولفان DSM-IV-TR براي اولين بار اعتراف كرده اند كه رويكرد طبقه بندي نقطه ضعف هايي دارد. از يك سو، اختلال هاي رواني را نمي توان به دقت از يكديگر يا از عملكرد طبيعي متمايز كرد. براي مثال، مرز جداكننده بين خُلق غمگين و افسردگي قابل تشخيص كجاست؟ از سوي ديگر، تعدادي از اختلال ها به طور اساسي با يكديگر ارتباط دارند. براي مثال در حالت افسردگي تهييجي، فرد هم از اضطراب و هم از خُلق غمزده رنج مي برد.

مشكل مرزبندي دقيق بين اختلال هاي رواني، نيروي كار DSM-IV را ترغيب كرد تا به جاي مدل طبقه بندي از مدل دو بعدي استفاده كند. در مدل دوبعدي افراد را طبق درجه اي كه ويژگي هاي اساسي را تجربه مي كنند، ارزيابي مي نمايند. بجاي اين كه افراد را بصورت «افسرده» يا «غير افسرده» طبقه بندي كنند، آنها را در طول يك پيوستار ارزيابي مي كنند. در يك انتهاي پيوستار، هيچ افسردگي اي وجود ندارد و در انتهاي ديگر آن ناتواني شديد، و مابين آن، درجات گوناگون ناتواني وجود دارد. در سيستم فعلي، طبقات جداگانه ي متعدد مخصوص اختلال هاي افسردگي، به كثرت تشخيص ها منجر مي شود. سيستم بعدي با ارزيابي هاي عددي، تصوير دقيق تر و شفاف تري از اختلال هاي رواني فراهم مي آورد. با اينحال سيستم طبقه بندي حفظ شده است، زيرا مولفان DSM-IV-TR معتقدند كه درنظر گرفتن اختلالها به صورتيكه در گروه هاي مجزا دسته بندي شده باشند، براي متخصصان باليني و پژوهشگران كمتر گيج كننده است.

**سيستم چندمحوري**

در DSM تشخيص ها برحسب زمينه هاي عملكرد در محدوده اي كه محور ناميده مي شود، طبقه بندي مي شوند. پنج محور وجود دارد كه درمانجو را مطابق با آن ارزيابي مي كنند. محور [[140]](#footnote-140) مجموعه اطلاعات مربوط به جنبه اي از عملكرد فرد است. سيستم چندمحوري در DSM-IV-TR اين امكان را مي دهد كه درمانجويان بصورت چندبعدي تشخيص داده شوند، بطوري كه تمام اطلاعات مربوط به عملكرد آنها به شيوه اي منظم درنظر گرفته شوند.

زمانيكه يك متخصص باليني مي خواهد در مورد درمانجو فرضيه ي تشخيصي تدوين كند، شايد چندين ويژگي عملكرد درمانجو براي فرضيه او اهميت داشته باشند. گرگ در طول عمر خود مشكلات شخصيت جدي داشته است كه با وابستگي شديد و ناسازگارانه به ديگران مشخص مي شوند. اين مشكلات با بيماري جسماني كليت روده آميخته شده است. شش ماه قبل، دوست دختر گرگ در تصادف اتومبيل كشته شده است. پيش از آن، او زندگي خود را خيلي خوب اداره مي كرد، هرچند كه مشكلات شخصيت و كليت روده ي او گاهي اجازه نمي دادند كه شغلش را خوب انجام دهد. هنگاميكه متخصص باليني مي خواهد تشخيص دهد، بايد هر واقعيتي را كه اين درمانجو مطرح مي كند، در نظر بگيرد و فقط به نشانه هاي فعلي او اكتفا نكند. در مورد اين درمانجو، نشانه ي افسردگي فقط يك جزء از طرح تشخيص پيچيده است. اغلب درمانجويان، مانند گرگ، مشكلات متعددي دارند كه به تشخيص و درمان مربوط مي شوند. گاهي بين اختلال هاي همزيست، رابطه ي عليتي وجود دارد. براي مثال، مرديكه به اختلال اضطرابي مبتلاست، شايد براي فرونشاندن اضطراب خود مواد مخدر يا الكل مصرف كند و به سوء مصرف مبتلا شود. در موارد ديگر، اختلال هاي همزيست رابطه ي عليتي ندارند، مثل زني كه به اختلال خوردن و ناتواني يادگيري مبتلاست.

**پنج محور DSM-IV-TR**

در DSM-IV-TR هر اختلال در محور I يا محور II ثبت شده است. باقي محورها براي مشخص كردن سلامت جسماني درمانجو (محور III)، ميزان شرايط زندگي استرس زا (محور IV)، و ميزان كلي عملكرد (محور V) به كار برده مي شوند.

**محور I: اختلال هاي باليني**

اختلال هاي باليني عمده در محور I هستند. در سيستم DSM-IV-TR اين اختلال هاي «مجموعه نشانگان باليني» ناميده مي شوند، بدين معني كه هريك مجموعه اي از نشانه هاست كه شكل خاصي از نابهنجاري را تشكيل مي دهند. اينها اختلال ها هستند مثل اسكيزوفرني و افسردگي، و آنچه راكه اغلب افراد اختلال هاي رواني مي دانند، تشكيل مي دهند. با اينحال، همانگونه كه در جدول 2-2 ملاحظه مي كنيد، اختلال هاي گوناگون وجود دارد كه شكل هاي متعدد رفتار انسان را دربر مي گيرند.

مجموعه اختلال هاي ديگر در محور I، اختلال هاي سازگاري [[141]](#footnote-141) هستند. اين اختلال ها واكنش هايي به رويدادهاي زندگي هستند كه با توجه به شرايط، شديدتر از آن هستند كه معمولاً انتظار مي رود. براي اينكه واكنشي اختلال سازگاي محسوب شود، بايد حداقل 6 ماه ادامه داشته و ناراحتي و پريشاني مهمي را براي فرد به بار آورده باشد. اختلال هاي سازگاري به شكل هاي متعددي آشكار مي شوند: واكنش هاي هيجاني، مانند اضطراب و افسردگي؛ آشفتگي هاي رفتار، شكايت هاي جسماني، گوشه گيري اجتماعي، يا اختلال در كار يا عملكرد تحصيلي. براي مثال، ممكن است خانمي در واكنش به ازدست دادن كارش، به انواع نشانه هاي جسماني، ازجمله سردرد، كمر درد، و خستگي دچار شود. امكان دارد مردي در پاسخ به تشخيص يك بيماري جدي، بي باك، خو ويرانگر، و از لحاظ مالي غيرمسئول شود. دراين موارد، واكنش فرد مي تواند موقتاً با وقوع رويداد زندگي ارتباط داشته باشد. از اين گذشته، اين واكنش ها با ماهيت تجربه استرس زا نامتناسب انگاشته مي شوند.

برخي اختلالها مورد توجه باليني قرار مي گيرند، ولي اختلال هاي رواني نيستند. به اين اختلالها در DSM-IV-TR با عنوان كدهاي V (Vee) اشاره مي شود و انواع مشكلات، نظير مشكلات رابطه، واكنش هاي داغديدگي، و تجربه مورد بي توجهي يا سوء استفاده قرارگرفتن را شامل مي شوند. درصورتيكه تمركز باليني عمدتاً روي اين مشكلات باشد، در محور I فهرست شده اند. چنانچه اين مشكلات وجود داشته باشند، اما تمركز باليني عمدتاً روي آنها نباشد، در محور IV ثبت شده اند.

**محور II: اختلال هاي شخصيت و عقب ماندگي ذهني**

محور II شامل مجموعه اختلال هايي هستند كه بيانگر ويژگي هاي بادوام شخصيت يا توانايي هاي فرد هستند. يك مجموعه از اين اختلال ها، اختلال هاي شخصيت هستند. اين اختلال ها، صفات شخصيتي هستند كه انعطاف ناپذير و ناسازگارانه بوده و باعث مي شوند كه فرد دچار پريشاني شده و يا در توانايي او براي انجام دادن تكاليف روزمره ي زندگي، اختلال زيادي ايجاد شود. دومين مولفه محور II، عقب ماندگي ذهني است. با اينكه عقب ماندگي ذهني از يك نظر مانند ساير اختلال هايي كه در DSM-IV-TR يافت مي شود «اختلال» نيست، ولي بر رفتار، شخصيت، و عملكرد شناختي تاثير زيادي مي گذارد.

براي اينكه از تفاوت هاي موجود بين محور I و محور II آگاه شويد، دو نمونه ي باليني زير را در نظر بگيريد. يك مورد خانم 29 ساله اي به نام جوانيتاست كه بعد از تولد اولين فرزندش به قدري نسبت به مقاصد ديگران مشكوك مي شود كه حتي به خويشاوندان نزديك خود اعتماد نمي كند. او بعد از يكماه درمان، به عملكرد عادي بر مي گردد و نشانه هايش از بين مي روند. در مورد جوانيتا تشخيص اختلال محور I داده مي شود، زيرا او به اختلالي مبتلاست كه مي توان آنرا پوششي بر شخصيت سالم او درنظر گرفت. در مقابل، حساسيت زياد نسبت به انتقاد و ترس از برقراري روابط صميمانه كه خانم 29 ساله ديگري به نام جين نشان مي دهد، به نحوه برداشت او از دنيا مربوط مي شود كه از دوران نوجواني خصيصه ي او بوده است. او تصميم گرفته است درگير روابط صميمانه نشود و از كسانيكه بيش از حد به او علاقه مند مي شوند، فاصله بگيرد. درصورتيكه كه او تحت درمان قرا رگيرد، اين گرايش هاي ديرينه، تشخيص محور II را ايجاب مي كنند.

يك نفر مي تواند از تشخيص هاي محور I و II برخوردار شود. براي مثال، لئون گرفتار سوء مصرف مواد است و بنابر خصلت، به ديگران بسيار وابسته است. احتمالاً لئون طبق محورهاي I و II تشخيص داده مي شود. طبق محور I، تشخيص سوء مصرف مواد و طبق محور II، تشخيص اختلال شخصيت وابسته براي او مقرر مي شود. به عبارت ديگر، سوء مصرف مواد او اختلال انگاشته مي شود و اختلال شخصيت وي بخشي از منش او محسوب مي گردد.

**جدول 2-2 اختلال هاي محور I در DSM-IV-TR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **طبقه** | **شرح** | **نمونه هايي از تشخيص** |
| اختلال هايي كه معمولاً اولين بار در نوباوگي، كودكي، يا نوجواني تشخيص داده مي شوند. | اختلال هايي كه معمولاً درطول سالهاي پيشين زندگي ايجاد مي شوند و عمدتاً رشد و رسش نابهنجار را شامل مي شوند | اختلال هاي يادگيري  اختلال هاي مهارت حركتي، اختلالهاي ارتباطي، اختلال هاي رشد فراگير (مانند اختلال اوتيستيك)  اختلال هاي كاستي توجه و اختلالهاي رفتار ايذايي  اختلالهاي تغذيه و خوردن در نوباوگي و اوايل كودكي  اختلال هاي تيك  اختلال هاي دفع |
| اختلال هاي دليريوم، زوال عقل، يادزدودگي و ساير اختلال هاي شناختي | اختلال هايي كه شامل نقايصي در شناخت هستند و در اثر مصرف مواد يا بيماري هاي جسماني ايجاد مي شوند | دليريوم  زوال عقل (مثل آلزايمر)  اختلال يادزدودگي |
| اختلال هاي رواني ناشي از بيماري جسمي | اختلال هايي كه با نشانه هاي رواني مشخص مي شوند و آنها را پيامد فيزيولوژيكي بيماري جسماني مي دانند | تغيير شخصيت ناشي از بيماري جسماني  اختلال خُلقي ناشي از بيماري جسماني  كژكاري جنسي ناشي از بيماري جسماني |
| اختلال هاي مرتبط با مواد | اختلال هايي كه با مصرف يا سوء مصرف مواد ارتباط دارند | اختلال هاي مصرف مواد (مانند وابستگي به مواد و سوء مصرف مواد)  اختلال هايي كه مصرف مواد آنها را ايجاد مي كنند (مانند مسموميت ناشي از مصرف مواد و ترك مصرف مواد) |
| اسكيزوفرني و ساير اختلال هاي روان پريشي | اختلال هايي كه نشانه هاي روان پريشي را در بردارند (مانند تحريف در ادراك واقعيت، اختلال در تفكر، رفتار، عاطفه و انگيزش) | اسكيزوفرني  اختلال اسكيزوفرنيفرم  اختلال اسكيزوافكتيو  اختلال هذياني  اختلال روان پريشي كوتاه مدت |
| اختلال هاي خُلقي | اختلال هايي كه آشفتگي در خلُق را دربردارند | اختلال افسردگي اساسي  اختلال افسرده خويي  اختلال دوقطبي  اختلال ادواري خويي |
| اختلال هاي اضطرابي | اختلال هايي كه تجربه اضطراب، نگراني، يا دلشوره را دربردارند و به رفتارهايي منجر مي شوند كه از فرد مبتلا در برابر مضطرب شدن، محافظت مي كنند. | اختلال وحشتزدگي  آگورافوبي  فوبي خاص  فوبي اجتماعي  اختلال وسواس فكري- عملي  اختلال استرس پس از آسيب  اختلال اضطراب فراگير |
| اختلال هاي جسماني شكل | اختلال هايي كه شكايت هاي مكرر از نشانه هاي جسماني يا نگراني هاي جسماني را شامل مي شوند كه يافته هاي پزشكي آنها را تائيد نمي كنند | اختلال جسماني كردن  اختلال تبديلي  اختلال درد  خودبيماري انگاري  اختلال بدشكلي بدن |
| اختلال هاي ساختگي | اختلال هايي كه در آنها، نشانه هاي جسماني يا رواني عمداً به منظور ايفاي نقش بيمار ايجاد مي شوند. | اختلال ساختگي  اختلال ساختگي بوسيله مجاورت |
| اختلال هاي تجزيه اي | اختلال هايي كه در آنها، انسجام طبيعي هشياري، حافظه، هويت يا ادراك، مختل شده اند. | يادزدودگي تجزيه اي  گريز تجزيه اي  اختلال هويت تجزيه اي  اختلال مسخ شخصيت |
| اختلال هاي جنسي و هويت جنسي | اختلال هايي كه آشفتگي در ابراز يا تجربه ميل جنسي بهنجار را در بر دارند | كژكاري هاي جنسي (ماننداختلال انگيختگي جنسي، اختلال ارگاسمي، اختلال درد جنسي)  نابهنجاري هاي جنسي (نظير يادگارپرستي، بچه بازي، تماشاگري جنسي)  اختلال هويت جنسي |
| اختلال هاي خوردن | اختلال هايي كه با آشفتگي هاي شديد در رفتار خوردن مشخص مي شوند | بي اشتهايي عصبي  پرخوري عصبي |
| اختلال هاي خواب | اختلال هايي كه با آشفتگي مكرر در الگوهاي عادي خواب مشخص مي شوند. | بدخوابي ها (مانند بيخوابي، خواب زدگي)  نابهنجاري هاي خواب (مانند اختلال كابوس، اختلال خوابگردي) |
| اختلال هاي كنترل تكانه | اختلال هايي كه با ابراز مكرر رفتارهاي تكانشي مشخص مي شوند كه باعث آسيب رساندن به خود و ديگران مي شوند. | اختلال انفجاري متناوب  دزدي بيمارگون  آتش افروزي بيمارگون  قماربازي بيمارگون  وسواس موكني |
| اختلال هاي سازگاري | اختلال هايي كه ويژگي آنها ايجاد نشانه هاي هيجاني و رفتاري ظرف سه ماه بعد از شروع يك عامل استرس زاي مشخص مي باشد و اهميت باليني دارد. | اختلال سازگاري همراه با اضطراب  اختلال سازگاري همراه با خُلق افسرده  اختلال سازگاري همراه با آشفتگي سلوك |
| اختلال هاي ديگري كه ممكن است مورد توجه باليني باشد | اختلال ها يا مشكلاتي كه فرد براي رفع آنها درخواست ارجاع براي كمك حرفه اي مي كند | مشكلات رابطه  مشكلات مربوط به سوء استفاده يا بي توجهي  عوامل رواني اي كه بر بيماري جسماني تاثير مي گذارد.  ناراحتي هاي ديگر (مانند داغديدگي، مشكل شغلي يا تحصيلي، مشكل مذهبي، مشكل مرحله زندگي) |

**محور III:بيماري هاي جسماني:**

محور III مخصوص مشخص كردن بيماري هاي جسماني درمانجو است. با اينكه متخصص باليني روي اين بيماري هاي جسماني خيلي تمركز نمي كند، اما براي گنجاندن آنها در محور III به عنوان بخشي از طرح كلي تشخيص، منطق محكمي وجود دارد. گاهي مشكلات جسماني مي توانند اساس مشكلات رواني باشند. براي مثال فردي بعد از تشخيص بيماري جسماني جدي ممكن است افسرده شود. برعكس، اختلال هايي چون اضطراب مزمن مي توانند ناراحتي هاي جسماني، مانند زخم معده را تشديد كنند. در موارد ديگر، بين مشكلات جسماني ورواني فرد، ارتباط مشخصي وجود ندارد. با اين حال، متخصص باليني وجود اختلال جسماني را مهم مي داند، زيرا اين به معني آن است كه چيزي خارج از قلمرو روان شناختي، جنبه مهمي از زندگي درمانجو را تحت تاثير قرار داده است.

زمانيكه متخصص باليني مشغول تدارك برنامه ي درمان براي درمانجوست، بايد تشخيص هاي محور III را در نظر داشته باشد. به عنوان مثال، مردي را در نظر بگيريد كه به ديابت مبتلاست و براي ترس غيرمنطقي شديد از اتومبيل ها، جوياي درمان است. با اينكه مشكلات جسماني و رواني او ظاهراً ارتباط با هم ندارند، متخصص باليني حتماً بايد از ديابت آگاه باشد، زيرا اين بيماري قطعاً تاثير مهمي بر زندگي درمانجو دارد. از اين گذشته، اگر متخصص باليني بخواهد مصرف داروي ضد اضطراب را به او توصيه كند، بيماري جسماني و ساير داروهاي اين مرد جوان بايد در نظر گرفته شوند.

**محور IV: مشكلات رواني- اجتماعي و محيطي**

متخصص باليني طبق محور IV، رويدادها با فشارهايي را مشخص مي كند كه مي توانند بر تشخيص، درمان، يا پيامد اختلال رواني درمانجو تاثير بگذارند. نمونه هاي عوامل استرس زاي محور IV، در جدول 3-2 نشان داده شده است. همانگونه كه مي بينيد، اختلال هاي محور IV، رويدادهاي ناگوار زندگي، مانند از دست دادن كار، تصادف اتومبيل و قطع رابطه با معشوق را شامل مي شوند. همه اين اختلال ها، عوامل استرس زايي هستند كه مي توانند اختلال رواني را ايجاد كرده، وخيم كنند، يا حتي از اختلال رواني ناشي شوند. مرد افسرده اي، تصادف شديدي مي كند، زيرا به قدري در هيجاناتش غرق شده است كه روي رانندگي تمركز ندارد. برعكس، فردي بعد از تصادف شديد اتومبيل، ممكن است افسرده شود. پس مي بينيد كه يك رويداد زندگي مي تواند نتيجه يا علت مشكل رواني باشد.

رويدادهاي زندگي محور IV، عمدتاً ناگوار هستند. با اين حال، رويدادهاي خوشايند زندگي، مانند ترفيع شغلي نيز مي توانند استرس زا باشند. كسي كه ترفيع شغلي مهمي گرفته است، شايد به علت افزايش مسئوليت ها و ضروريات مرتبط با پُست جديد، با مشكلات رواني مواجه شود.

**محور V: ارزيابي كلي عملكرد**

محور V براي مشخص كردن قضاوت كلي متخصص باليني درباره ي عملكرد رواني، اجتماعي و شغلي درمانجو بكار مي رود. عملكرد فعلي درمانجو هنگام پذيرش يا ترخيص و يا بالاترين سطح عملكرد او در طول سال گذشته، ارزيابي مي شوند. ارزيابي عملكرد درمانجو در طول سال گذشته اطلاعات مهمي را درباره ي پيش آگهي درمانجو يا احتمال بهبود يافتن وي، در اختيار متخصص باليني قرار مي دهد. اگر درمانجو در گذشته ي نزديك، به نحو موثري عمل كرده باشد، متخصص باليني دليل بيشري براي اميد بهبودي دارد. اگر درمانجو تاريخچه ي طولاني سازگاري ضعيف داشته باشد، پيش آگهي خيلي اميدوار كننده نيست.

**جدول 3-2 محور IV در DSM-IV-TR**

|  |  |
| --- | --- |
| **طبقه بندي** | **موارد** |
| مشكلات مربوط به گروه حامي اصلي: كودكي | مرگ والد، مشكلات سلامت والد، اخراج از خانه، ازدواج مجدد والد |
| مشكلات مربوط به گروه حامي اصلي: بزرگسال | تنش هايي با همسر، جدايي، طلاق، يا دوري، سوء استفاده جنسي يا جسماني توسط همسر |
| مشكلات مربوط به گروه حامي اصل: والد- فرزند | بي توجهي به فرزند، سوء استفاده ي جنسي يا جسماني از فرزند، حمايت مفرط والدين |
| مشكلات مربوط به محيط اجتماعي | مرگ يا ازدست دادن دوست، انزواي اجتماعي، تنها زندگي كردن، مشكل در فرهنگ پذيري، سازگاري با دوره هاي انتقالي زندگي (مثل بازنشستگي) |
| مشكلات آموزشي | مشكلات تحصيلي، ناسازگاري با معلمان يا همكلاسي ها، بي سوادي، محيط آموزشي نامناسب |
| مشكلات شغلي | بيكاري، خطر ازدست دادن شغل، شرايط شغلي دشوار، نارضايتي شغلي، تغيير شغل، ناسازگاري با همسايگان يا صاحبخانه |
| مشكلات مسكن | بي خانماني، مسكن نامناسب، محله ي ناامن، ناسازگاري با همسايگان يا صاحبخانه |
| مشكلات اقتصادي | فقر شديد، امكانات مالي ناكافي، مشكلات جدي در اعتبار بانكي |
| مشكلاتي مربوط به دسترسي به خدمات مراقبت از سلامتي | بيمه سلامتي ناكافي، خدمات مراقبت از سلامت ناكافي |
| مشكالت مرتبط با تعامل با سيستم حقوقي/ جزايي | دستگيري، حبس، قرباني تبهكاري شدن |
| ساير مشكلات رواني – اجتماعي | قرارگرفتن در معرض وقايع ناگوار، ازدست دادن خدمات حمايتي اجتماعي مهم |

مقياس ارزيابي كلي عملكرد (GAF) كه مبناي محور V است، ارزيابي سطح كلي سلامت رواني فرد را امكان پذير مي سازد. اين مقياس در جدول 4-2 نشان داده شده است.

**جدول 4-2 محور V: مقياس ارزيابي كلي عملكرد**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ارزيابي** | **سطح نشانه ها** | **موارد** |
| 100-91 | عملكرد عالي؛ نشانه ها وجود ندارند |  |
| 90-81 | نشانه ها وجود ندارند يا نشانه هاي ناچيزي وجود دارند. بطور كلي عملكرد در تمام زمينه ها خوب است بيشتر از مشكلات روزمره نيست. | نگراني هاي گاه و بيگاه، مانند احساس اضطراب قبل از امتحانات يا احساس نااميدي بعد از باخت ورزشي |
| 80-71 | نشانه هاي جزئي زودگذر كه پاسخهاي معقول به موقعيت هاي استرس زا هستند، بيشتر از اختلال جزئي در عملكرد اجتماعي، شغلي، يا تحصيلي نيست. | مشكل تمركز بعد از يك روز هيجان انگيز، مشكل خوابيدن بعد از دعوا با همسر |
| 70-61 | نشانه هاي خفيف، يا مشكلاتي در عملكرد اجتماعي، شغلي، يا تحصيلي | بي خوابي خفيف، افسردگي خفيف |
| 60-51 | نشانه هاي متوسط يا مشكلات متوسط در عملكرد اجتماعي، شغلي يا تحصيلي | حملات وحشتزدگي گاه و بيگاه، اختلاف با هم اتاقي ها |
| 50-41 | نشانه هاي جدي يا هرگونه اختلال جدي در عملكرد اجتماعي، شغلي، يا تحصيلي | افكار خودكشي گرا، ناتواني در حفظ كردن شغل |
| 40-31 | مشكلات جدي در تفكر يا ارتباط با اختلال عمده در تعدادي از زمينه هاي عملكرد | گفتار غيرمنطقي، ناتواني در كاركردن، بي توجهي به مسئوليت ها |
| 30-21 | رفتار تحت تاثير نشانه هاي روان پريشي قرار دارد يا ارتباط يا قضاوت شديداً تضعيف شده اند و يا تقريباً در كليه زمينه ها ناتواني وجود دارد. | فرد هذياني و توهمي است؛ آشفته است، در فكر خودكشي است، هر روز تمام وقت را در تخت به سر مي برد. |
| 20-11 | نشانه هاي خطرناك يا اختلال شديد در ارتباط | تلاش هاي خودكشي بدون انتظار روشن مرگ، خاموش و بدون تكلم |
| 10-1 | خطر مداوم براي خود يا ديگران يا ناتواني مداوم در حفظ كردن بهداشت | خشونت مكرر، اقدام جدي براي خودكشي همراه با انتظار روشن مرگ |
| 0 | اطلاعات ناكافي |  |

**اختلال هاي اضطرابي** با تجربه انگيختگي فيزيولوژيكي، نگراني يا احساس وحشت، گوش به زنگي، اجتناب و گاهي ترس يا فوبي خاص، مشخص مي شود.

**اختلال وحشتزدگي** با حملات وحشتزدگي مكرر مشخص مي شود؛ احساس شديد و ناراحتي جسماني. اين اختلال اغلب همراه با آگورافوبي يافت مي شود، يعني، ترس از گيرافتادن و قادر به فرار نبودن درصورت بروز حمله وحشتزدگي. رويكردهاي زيستي و شناختي- رفتاري براي شناختن و درمان كردن اين اختلال، خيلي مفيد هستند و برخي از متخصصان، اختلال و حشتزدگي را «ترس از ترس» اكتسابي مي دانند كه به موجب آن، فرد نسبت به علائم اوليه اختلال وحشتزدگي خيلي حساس مي شود، و ترس از حمله ي تمام عيار باعث مي شود فرد بيش از حد نگران شود و از حمله ديگر اجتناب مي كند. درمان شناختي- رفتاري روش هايي چون آموزش آرميدگي و مواجهه ي واقعي يا غرقه سازي تجسمي را شامل مي شود. داروها نيز مي توانند به تسكين نشانه ها كمك كنند. داروهايي كه بيش از همه تجويز مي شوند، داروهاي ضداضطراب و ضدافسردگي هستند.

**فوبي هاي خاص** ترسهاي غيرمنطقي از اشيا يا موقعيت هاي به خصوص هستند. رفتارگرايان شناختي مي گويند تجربيات يادگيري قبلي و چرخه ي افكار منفي و ناسازگارانه، فوبي هاي خاص را به وجود مي آورند. درمان هايي كه توط رويكردهاي رفتاري و شناختي- رفتاري توصيه شده اند، عبارت اند از: غرقه سازي، حساسيت زدايي منظم، مواجهه تجسمي، واقعي، و سرمشق گيري مشاركت كننده، همينطور روش هايي كه هدف آن تغيير دادن افكار ناسازگارانه فرد هستند، مانند بازسازي شناختي، توقف فكر، و بالابردن كارايي شخصي. درمان مبتني بر ديدگاه زيستي، دارو را شامل مي شود.

**فوبي اجتماعي** ترس از مورد مشاهده قرارگرفتن توسط ديگران هنگام عمل كردن بصورتي است كه تحقيرآميز يا ناراحت كننده باشد. رويكردهاي شناختي- رفتاري به فوبي اجتماعي، اين اختلال را ناشي ترس از غيرمنطقي از انتقاد مي دانندكه باعث مي شود افراد مبتلا به اين اختلال توانايي تمركز كردن بر عملكردشان را از دست بدهند و بجاي آن، توجه خود را به اينكه چقدر احساس اضطراب مي كنند جابجا نمايند كه اين باعث مي شود مرتكب اشتباهاتي شوند و بنابراين بيشتر بترسند. روشهاي رفتاري كه مواجهه واقعي را همراه با بازسازي شناختي و آموزش مهارت هاي اجتماعي بكار مي برند، موثرترين روشها براي كمك به افراد مبتلا به فوبي اجتماعي هستند. براي موارد حاد اين اختلال، دارو توصيه مي شود.

افرادي كه مبتلا به **اختلال اضطراب فراگير** تشخيص داده شده اند، نگراني هاي نامعقولي دارند كه به ساير زمينه هاي زندگي آنها گسترش مي يابند. رويكرد شناختي- رفتاري به اختلال اضطراب فراگير، روي ماهيت نامعقول اين نگراني ها تاكيد مي كند و اين اختلال را بصورت دور معيوبي مي داند كه خودش را تقويت مي كند. رويكردهاي درماني شناختي- رفتاري، قطع كردن چرخه ي منفي نگراني را توصيه مي كنند و فنوني را به افراد مي آموزند كه به آنها امكان مي دهند احساس كنند مي توانند نگراني خود را كنترل نمايند. درمان زيستي بر مصرف دارو تأكيد مي ورزد.

**در اختلال وسواس فكري- عملي**، افراد به وسواس هاي فكري، يا افكاري كه نمي توانند از شر آنها خلاص شوند، و وسواس هاي عملي كه رفتارهاي مقاومت ناپذير و تكراري هستند، دچار مي شوند.ديدگاه شناختي- رفتاري، اختلال وسواس فكري- عملي را محصول تداعي آموخته شده بين اضطراب و افكار يا اعمالي مي داند كه موقتاً مي توانند اضطراب را كاهش دهند. شواهد روزافزوني از توجيه زيستي اين اختلال حمايت مي كند، بطوريكه جديدترين پژوهش حاكي است كه اين اختلال با مقدار زياد سروتونين ارتباط دارد. درمان با داروهايي مانند كلومي پرامين موثر واقع مي شود، هرچند كه روشهاي شناختي- رفتاري شامل مواجهه و توقف فكر نيز بسيار موثر واقع مي شوند.

**در اختلال استرس پس از آسيب**، فرد قادر نيست از اضطراب مرتبط با رويداد آسيب زا مانند حادثه اي ناگوار، تصادف، ياشركت در جنگ، بهبود يابد. پيامدهاي رويداد آسيب زا عبارت است از: برگشت به گذشته، كابوس، و افكار مزاحم. برخي افراد پاسخ مختصرتر، اما بسيار مشكل سازي را به رويداد آسيب زا تجزيه مي كنند؛ اين حالت كه اختلال استرس حاد ناميده مي شود از 2 روز تا 4 هفته ادامه دارد و نشانه هايي را شامل مي شودكه افراد مبتلا به PTSD آنها را در مدت زمان طولاني تر، تجربه مي كنند. رويكردهاي شناختي- رفتاري، اين اختلال را نتيجه ي افكار منفي و ناسازگارانه در مورد نقش فرد در اتفاق افتادن رويدادهاي آسيب زا، احساس بي كفايتي و انزوا از ديگران، و نگرش بدبينانه نسبت به زندگي درنتيجه اين تجربه مي دانند. درمان مي تواند اين باشد كه به افراد متبلا به PTSD مهارتهاي جديد مقابله كردن آموزش داده شود به طوري كه بتوانند به نحو موثرتري استرس را كنترل نموده و با كساني كه مي توانند از آنها حمايت كنند، پيوندهاي اجتماعي برقرار نمايند.

اختلال هاي جسماني شكل، عوامل روان شناختي تاثيرگذار بر بيماري هاي جسماني و ...

**اختلال هاي جسماني شكل** انواع اختلال هايي را شامل مي شوند كه در آنها، تعارض هاي رواني به مشكلات يا شكايت هايي جسماني اي تبديل مي شوند كه زندگي فرد را آشفته يا مختل مي كنند. اختلال تبديلي، تبديل سايق هاي غيرقابل قبول يا تعارض هاي مشكل آفرين به نشانه هاي حركتي ياحسي هستند كه از بيماري عصبي و جسماني حمايت دارند. اختلال جسماني كردن عبارت است از ابراز كردن مسائل رواني ازطريق مشكلات جسماني كه هيچ پايه اي در كژكاري فيزيولوژيكي ندارد. در اختلال درد، نوعي درد كه باعث ناراحتي يا اختلال شديد مي شود، شكايت جسماني درمانجو را تشكيل مي دهد. افراد مبتلا به اختلال بدشكلي بدن، تقريباً تا حد هذياني به اين عقيده دل مشغول مي شوند كه قسمتي از بدنشان زشت يا معيوب است. افراد مبتلا به خودبيمار انگاري معتقدند يا مي ترسند بيماري جدي داشته باشند، درحاليكه واكنش هاي جسماني آنها كاملاً طبيعي است.

پديده هايي كه گاهي با اختلال هاي جسماني شكل همراه اند، تمارض و اختلال هاي ساختگي هستند. تمارض عبارت است از: وانمودن كردن عمدي نشانه هاي بيماري جسماني يا اختلال رواني با انگيزه اي پنهان. در اختلال ساختگي، افراد نشانه هاي اختلال ها را نه به منظور منفعتي خاص، بلكه به علت نياز رواني به ادامه دادن نقش بيمار، وانمود ميكنند. در اختلال ساختگي بوسيله مجاورت، فرد نشانه هاي جسماني را در شخص ديگر كه تحت مراقبت اوست، القا مي كند.

نظريه پردازان براي اينكه از مبناي اختلال هاي جسماني شكل آگاه شوند، موضوعات نفع اوليه و ثانوي رادر نظر مي گيرند. اختلال هاي جسماني شكل را ميتوان ناشي از تاثير متقابل عوامل زيستي، تجربيات يادگيري، عوامل هيجاني، و شناخت هاي معيوب هم درنظر گرفت. از تركيب فنون درماني مي توان استفاده كرد كه در آنها، متخصص باليني مي كوشد رابطه اي حمايت كننده با درمانجوي مبتلا به اختلال جسماني شكل برقرار كند.

طبقه ي تشخيصي عوامل روان شناختي تاثيرگذار بر بيماري هاي جسماني DSM-IV-TR شرايطي را در برمي گيرد كه در آنها عوامل روان شناختي يا رفتاري تاثير ناگواري بر بيماري جسماني مي گذارند.اين عوامل روانشناختي عبارت اند از: اختلال هاي محور I، نشانه هاي رواني، صفات شخصيت، رفتارهاي ناسازگار با سلامتي، پاسخهاي فيزيولوژيكي مرتبط با استرس، و عوامل روان شناختي كمتر اختصاصي. در حوزه ي ايمني شناسي رواني- عصبي، متخصصان مي خواهند پاسخ هايي براي سوالهاي مربوط به ماهيت رابطه ي ذهن- بدن پيدا كنند.

**اختلال هاي تجزيه اي**، جلوه هاي تعارضي هستند كه به قدري شديدند كه بخشي از شخصيت فرد از باقي عملكرد هشيار او جدا مي شود. در اختلال هويت تجزيه اي، فرد بيش از يك خود يا شخصيت را پرورش مي دهد. گرچه در رابطه با ماهيت و ميزان شيوع اختلالي كه شخصيت هاي چندگانه را دربر دارد، بحث و جدل قابل ملاحظه اي وجود دارد، DSM-IV-TR تشخيص اختلال هويت تجزيه اي را ارائه مي دهد تا توجه را به ماهيت جدايي شديد، آشفتگي، و يادزدودگي اي كه تعدادي از درمانجويان گزارش مي دهند، جلب كند. در يادوزدودگي تجزيه اي، فرد قادر نيست جزئيات و تجربيات شخصي مهمي را كه معمولاً با رويدادهاي آسيب زا يا استرس بسيار شديد ارتباط دارند به ياد آورد.گريز تجزيه اي اختلالي است كه به موجب آن، فردي كه درمورد هويت شخصي خود سردرگم است، ناگهان و بطور غيرمنتظره به مكان ديگري سفر مي كند. در اختلال مسخ شخصيت، تحريف هايي در ادراك هاي ذهن- بدن، به طور مكرر و بدون تحريك شدگي، روي مي دهند.

متخصصان قبول دارند كه اختلال هاي تجزيه اي عموماً درنتيجه آسيب شديدي كه معمولاً با تجربيات سوء استفاده شدن در كودكي مرتبط هستند، ايجاد مي شوند. درمان به ماهيت اختلال تجزيه اي بستگي دارد، بطوري كه هدف از آن، منسجم كردن عناصر تجزيه شده ي شخصيت و شناخت فرد است.براي دستيابي به اين هدف، عموماً از هيپنوتراپي و ساير فنون روان درماني استفاده مي شود.

**رفتار جنسي** درصورتي اختلال رواني محسوب مي شودكه 1) به ديگران صدمه بزند 2) باعث شود فرد پريشاني مكرر يا مستمر احساس كند يا در زمينه هاي مهم فعاليت او اختلال ايجاد نمايد. نابهنجاري هاي جنسي اختلال هايي هستند كه حداقل 6 ماه ادامه مي يابند بطوريكه طي آن فرد خيالپردازي هاي برانگيزنده ي جنسي شديد و مكرر، اميال جنسي، يا رفتارهايي دارد كه اين موارد را شامل مي شوند:

1) اشياي غيرانسان 2) كودكان يا ساير افراد ناراضي 3) تحمل كردن رنج يا تحقير خود يا شريك جنسي. بچه بازي اختلالي است كه به موجب آن، فرد بزرگسالي (16 ساله يا بزرگتر) نسبت به كودكان نابالغ، اميال جنسي غيرقابل كنترل دارد. در عورت نمايي، فرد امايل جنسي شديد و خيالپردازي هاي برانگيزنده ي جنسي دارد كه نشان دادن اندام تناسلي به غريبه ها را شامل مي شود. افراد مبتلا به نابهنجاري جنسي يادگارپرستي به يك شي اشتغال ذهني دارند و براي رسيدن به ارضاي جنسي، به اين شي وابسته مي شوند و عملاً آن را به نزديكي جنسي با همسر ترجيح مي دهند. مالش دوست كسي است كه اميال جنسي مكرر و شديد و خيالپردازي هاي برانگيزنده ي جنسي ماليدن خودش به ديگري يا نوازش كردن او دارد. مازوخيسم جنسي اختلالي است كه ويژگي آن كسب ارضاي جنسي از طريق وارد كردن تحريك دردناك به بدن خود، تنها يا همراه با يك شريك جنسي است.ساديسم جنسي برعكس مازوخيسم جنسي است و كسب ارضاي جنسي از فعاليت هايي را شامل مي شود كه به ديگران آسيب مي رسانند. يادگارپرستي همراه با مبدل پوشي اختلالي است كه به موجب آن، مرد به عنوان وسيله اي براي كسب ارضاي جنسي، ميل غيرقابل كنترلي به پوشيدن لباس زنانه دارد.

تماشاگری جنسی نوعی اختلال جنسی است که موجب آن, فرد از مشاهده کردن لخت بودن دیگران یا فعالیت جنسی آنها که از مورد مشاهده بودن آگاه نیستند، ارضای جنسی کسب می کند اغلب نابهنجاری های جنسی در نوجوانی پدیدار می شوند، با این حال معمولاً با رویدادها با روابط اوایل کودکی ارتباط دارند. در صورتیکه نابهنجاری های جنسی تثبیت شده باشند، مزمن می شوند. اگر چه عوامل زیستی در برخی نابهنجاری های جنسی نقش دارند، عوامل روانی نیز با اهمیت هستند، در اغلب موارد یک یا چند رویداد یادگیری در کودکی اتفاق افتاده اند که پاسخ شرطی را شامل می شوند و به ناهنجاری جنسی می انجامند. درمان به ماهیت نابهنجاری جنسی بستگی دارد و می تواند مولفه زیستی (مانندد دارو)، مولفه روان شناختی (نظیر روان درمانی) یا مولفه اجتماعی- فرهنگی (مانند گروه درمانی یا خانواده درمانی) را در بر داشته است.

اختلال هویت جنسی عبارت است از: اختلاف بین جنسیت تعیین شده فرد و هویت جنسی او که به موجب آن فرد هویت جنس مخالف نیرومند و مستمری را تجربه می کند که موجب احساس ناراحتی و نامناسب بودن جنسیت تعیین شده او می شود. برای توجیه کردن نحوه ی ایجاد اختلال هویت جنسی، نظریه های متعددی مطرح شده اند. توجیه زیستی روی تاثیر هورمون هایی تاکید دارد که بر رشد جنین تاثیر می گذارند. نظریه های روان شناختی بر عواملی چون ترجیح والدین برای فرزندی از جنس مخالف، تاثیر تجربیات دلبستگی اولیه و تقویت غیرعمدی رفتار جنس مخالف توسط والدین تاکید دارد. عوامل متعددی بر انتخاب کردن مداخله تاثیر دارند که افراطی ترین روش، عمل جراحی تعیین دوباره ی جنسیت است.

**کژکاری های جنسی** اختلال هایی را شامل می شوند که به موجب آنها، در پاسخدهی و واکنش های جنسی فرد، نابهنجاری هایی وجود دارد. فرد مبتلا به اختلال میل جنسی کم کار علاقه ی بسیار کمی به فعالیت جنسی دارد. اختلال بیزاری جنسی یا انزجار و اجتناب از تماس تناسلی با شریک جنسی مشخص می شود که ناراحتی شخصی یا مشکلات میان فردی به بار می آورد. زن مبتلا به اختلال انگیختگی جنسی بطور مستمر یا مکرر احساس می کند نمی تواند به پاسخ لیزشدن و تورم مهبل در مرحله ی برانگیختگی جنسی دست یابد یا آن را حفظ کند. اختلال نعوظی در مرد عبارت است از: ناتوانی جزئی یا کامل در رسیدن به نعوظ یا حفظ کردن آن در مدت فعالیت جنسی، که باعث می شود مرد احساس پریشانی کند یا در روابط صمیمی خود با مشکلات میان فردی مواجه شود. ناتوانی در رسیدن به ارگاسم، یا تاخیر ناراحت کننده در دستیابی به ارگاسم، اختلال ارگاسمی در زن را تشکیل می دهد. اختلال ارگاسمی در مرد که به ارگاسم بازداری شده در مرد نیز معروف است، مشکل خاص در مرحله ی ارگاسم را در بردارد. مردی که به انزال زودرس مبتلاست، مدتی قبل از اینکه دوست داشته باشد، شاید حتی قبل از دخول، در آمیزش جنسی به ارگاسم می رسد، درنتیجه، احساس ارضای جنسی نمی کند. اختلال های درد جنسی که عبارتند از تجربه درد همراه با آمیزش جنسی، با عنوان مقاربت دردناک یا واژینیسم تشخیص داده می شود. مقاربت دردناک که مردان و زنان را تحت تاثیر قرار می دهد، عبارتست از درد تناسلی مکرر یا مسمتر قبل از در مدت یا بعد از آمیزش جنسی. واژینیسم که فقط زنان به آن متبلا می شوند، عبارت است از انقباض های غیرعادی مستمر یا مکرر عضلات بیرونی مهبل. کژکاری های جنسی می توانند در اثر مشکلات جسمانی یا روانی یا تعامل این دو ایجاد شوند. درمان کژکاری های جنسی دامنه ای از مداخله های فیزیولوژیکی، نظیر دارو و همینطور مداخله های روان شناختی، مانند فنون رفتاری، شناختی- رفتاری، زوج درمانی را در بر می گیرد.

**اختلال های خُلقی**

اختلال خُلقی عبارت است از آشفتگی در حالت هیجانی یا خُلق فرد. افراد این آشفتگی را بصورت افسردگی شدید، شعف بیش از حد، یا آمیزه ای از این حالت های هیجانی تجربه می کنند. دوره، مدت زمان محدودی است که طی آن نشانه های شدید اختلال وجود دارند. اختلال افسردگی اساسی، دوره های نشانه های افسردگی حاد، مانند احساس دلتنگی شدید، ازدست دادن علاقه به جنبه هایی از زندگی که قبلاً لذتبخش بودند، نشانه های جسمانی و اختلال هایی در رفتار خوردن و خوابیدن را شامل می شود. افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی نشانه های شناختی، مانند نظر منفی در مورد خود، احساس گناه، ناتوانی در تمرکزکردن، بی تصمیمی نیز دارند. دوره های افسردگی را می توان به صورت مالیخولیایی یا فصلی هم مشخص کرد. اختلال افسرده خویی با نوعی افسردگی مشخص می شود که به اندازه ی اختلال افسردگی اساسی، عمیق یا شدید نیست، ولی دوره طولانی مدتی دارد. افراد مبتلا به اختلال افسرده خویی دست کم دو سال نشانه های افسردگی، مانند انرژی کم، عزت نفس پائین، تمرکز ضعیف، مشکل تصمیم گیری، احساس ناامیدی، اختلال در خواب و اشتها دارند.

**اختلال دوقطبی و اختلال ادواری خویی** نوسان هایی را در خُلق شامل می شوند. اختلال دوقطبی تجربه شدید و بسیار اخلالگر شعف یا سرخوشی شدید به نام دوره مینک را در بردارد که با تفکر، رفتار، و تهییج پذیری بسیار شدید مشخص می شود که اختلال زیادی به بار می آورند. دوره مخلوط شامل نشانه های مینک و دوره افسردگی اساسی است که به سرعت جابجا می شوند. اختلال ادواری خویی، نوسان بین ملالت و حالت های ملایمتری به نام دوره های هیپومنیک را شامل می شود. در اختلال دوقطبی نوع I فرد یک یا چند دوره منیک را تجربه می کند که احتمالاً اما نه لزوماً، به یک یا چند دوره افسردگی اساسی مبتلا شده است. در اختلال دوقطبی نوع II فرد یک یا چند دوره ی افسردگی و حداقل یک دوره ی هیپومنیک دارد.

اختلال های خُلقی برحسب رویکردهای زیستی، روان شناختی، اجتماعی- فرهنگی توجیه شدها ند. قاطع ترین شواهدی که از مدل زیستی اختلال های خُلقی حمایت می کنند به نقش وراثت مربوط می شود و به این واقعیت اشاره دارد که این اختلال ها در خانواده ها جریان دارند. نظریه های زیستی روی عملکرد انتقال دهنده ی عصبی و هورمون ها تاکید می کنندد. نظریه های روان شناختی از رویکردهای روان کاوی قدیمی فراتر رفته و روی جنبه های رفتاری، شناختی، میان فردی اختلال خُلقی تاکید دارند. در دیدگاه رفتاری، فرض بر این است که افسردگی از کاهش تقویت های مثبت، نارسایی مهارت های اجتماعی، یا ا ختلال ناشی از تجربیات استرس زای زندگی ایجاد می شود. طبق دیدگاه شناختی افراد افسرده با فعال کردن یک رشته افکار بنام مثلث شناختی به تجربه های استرس زا پاسخ می دهند، نظر منفی نسبت به خود، دنیا، و آینده. تحریف های شناختی خطاهایی هستند که افراد هنگام نتیجه گیری از تجربیات، و بکارگیری قواعد غیرمنطقی مانند استنباط های دلبخواهی یا تعمیم مفرط, مرتکب انها می شوند. نظریه میان فردی، اختلال های خُلقی را بصورت عملکرد اجتماعی آشفته توجیه می کند.

درمان های اختلال های خلقی نیز براساس دیدگاه های زیستی، روان شناختی، اجتماعی- فرهنگی قرار دارند. داروی ضد افسردگی رایج ترین درمان تنی برای افراد افسرده است و لیتیوم کربنات پرمصرف ترین دارو برای افراد مبتلا به اختلال دوقطبی است. در مواردیکه افسردگی توانکاه باشد و فرد به مانی حاد مبتلا باشد، متخصص بالینی ممکن است درمان با تشنج برقی را توصیه کند. مداخله های روان شناختی که در درمان افراد مبتلا به اختلال های خلقی بیشترین تاثیر را دارند آنهایی هستند که براساس رویکردهای رفتاری و شناختی استوارند. مداخله های اجتماعی- فرهنگی و میان فردی محدوده ی سیستم میان فردی،مانند رابطه ی صمیمانه، روی درمان نشان های خلقی تمرکز می کنند.

اگرچه برای افرادیکه دست به خودکشی می زنند طبقه تشخیصی رسمی وجود ندارد خیلی از افراد خودکشی گرا اختلال خلقی دارند و برخی به اختلال های روانی شدید دیگری مبتلا هستند. اقدام خودکشی با دیدگاه های زیستی، روان شناختی، اجتماعی – فرهنگی توجیه می شود. درمان درمانجویان خودکشی گرا بسته به زمینه، قصد و مهلک بودن اقدام خودکشی تفاوت دارد . اغلب روشهای مداخله، حمایت و درمان رهنمودی را شامل می شود.

**اسكيزوفرني و اختلال هاي مربوط**

اسكيزوفرني اختلالي است كه دامنه اي از نشانه ها را شامل ميشود. اين نشانه ها عبارتند از آشفتگي در محتواي فكر، شكل فكر، ادراك، عاطفه، درك خود، انگيزش، رفتار، عملكرد ميان فردي. آشفتگي بارزي كه حداقل 6 ماه ادامه يافته باشد براي تشخيص ضروري است. در اين دوره ي شش ماهه، مرحله فعال نشانه ها، مانند هذيان ها، توهمات، گفتار آشفته، رفتار آشفته، و نشانه هاي منفي وجود دارد. معمولاً قبل از مرحله ي فعال، مرحله ي پيش نشانه اي و بدنبال آن، مرحله ي باقيمانده واقع مي شوند. مرحله ي پيش نشانه اي با رفتارهاي ناسازگارانه، مانند انزواي اجتماعي، ناتواني در كاركردن بصورت ثمربخش، رفتار عجيب و غريب، نظافت شخصي نامناسب، تهييج پذيري نامناسب، فكر و گفتار عجيب وغريب، عقايد غيرعادي، تجربيات ادراكي عجيب، و كاهش انرژي و ابتكار عمل مشخص مي شود. مرحله ي باقيمانده، تداوم علائم آشفتگي مشابه با رفتارهاي مرحله ي پيش نشانه اي را شامل مي شود.

چند نوع اسكيزوفرني مشخص شده اند. نوع كاتاتونيك با رفتارهاي حركتي غيرعادي مشخص مي شود، درحاليكه نوع آشفته نشانه هايي ازجمله گفتار آشفته، رفتار آشفته، و عاطفه ي سطحي يا نامناسب را شامل مي شود. افراد متبلا به اسكيزوفرني، نوع پارانويد، به يك يا چند هذيان غيرعادي اشتغال ذهني دارند يا اينكه داراي توهماتي هستند كه با موضوع مورد آزار و اذيت قرارگرفتن ارتباط دارند، اما گفتار يا رفتار آنها آشفته نيست. تشخيص نوع نامتمايز زماني بكار مي رود كه فرد مجموعه ي نشانه هاي اسكيزوفرني را آشكار سازد، ولي ملاك هاي پارانويد، كاتاتونيك، يا نوع آشفته را برآورده نكند. اصطلاح نوع باقيمانده در مورد كساني به كار مي رود كه مبتلا به اسكيزوفرني تشخيص داده شده اند و علائم طولاني اختلال ديگري غير از نشانه هاي راون پريشي را نشان ميدهند.

علاوه بر طبقه بندي اسكيزوفرني به انواع مختلف، اين اختلال برحسب ابعاد هم درنظر گرفته مي شود، روان پريش، منفي و آشفته. عامل روان پريش به مواردي مربوط مي شودكه فرد هذيان ها و توهمات بارزي را تجربه كند، عامل منفي در مورد آن دسته از اختلال هايي بكار مي رود كه با نشانه هاي منفي مشخص مي شوند (مانند عاطفه سطحي، فقدان تكلم و فقدان اراده). عامل آشفته، گفتار آشفته، رفتار آشفته و عاطفه ي نامناسب را شامل مي شود. فرض بر اين است كه هريك از اين نمودهاي نشانه، بيانگر اختلال مغزي زيربنايي متفاوتي است و هركدام به درمان متفاوتي نياز دارد.

چند نوع اختلال با نشانه هاي مشابه با نشانه هاي اسكيزوفرني وجود دارند كه اختلال روان پريشي كوتاه مدت، اختلال اسكيزوفرنيفرم، اختلال اسكيزوافكتيو، اختلال هاي هذياني، و اختلال روان پريشي مشترك از آن جمله هستند. اختلال روان پريشي كوتاه مدت با شروع ناگهاني نشانه هاي روان پريشي مشخص مي شود كه بين يك روز تا يك ماه ادامه مي يابند؛ اين اختلال با استرس زايي بارز، بدون استرس زايي بارز، يا با شروع پس از زايمان مشخص مي شود. در حالت اختلال اسكيزوفرنيفرم، افراد به دوره روان پريشي 1 تا 6 ماهه دچار مي شوند. تشخيص اختلال اسكيزوافكتيو براي كساني مقرر مي شود كه به آشفتگي خُلقي شديد (دوره ي افسردگي اساسي، دوره منيك، يا دوره ي مخلوط) همراه با حداقل دو نشانه ي اسكيزوفرني مبتلا هستند. اختلال هذياني در افرادي تشخيص داده مي شود كه هذيان هاي بدون كيفيت عجيب و غريب دارند كه دست كم يك ماه ادامه داشته و عملكرد آنها بصورت ديگري آشفته نيست. در اختلال روان پريشي مشترك، فرد دچار هذيان هايي مي شود كه با هذيان از پيش ايجاد شده ي فردي كه با او رابطه ي نزديكي دارد، مشابه است.

نظريه هاي مربوط به علت اسكيزوفرني روي تعامل عوامل زيستي و تجربه تمركز مي كنند و به مفهوم آسيب پذيري توجه خاصي دارند. احتمالاً افراد براي ابتلا به اسكيزوفرني آمادگي زيستي دارند، اما اين اختلال فقط زماني ايجاد مي شودكه شرايط محيطي خاصي فراهم باشد. پژوهشگران زيستي روي نابهنجاري هاي ساختار و عملكرد مغز، آمادگي هاي ژنتيكي، شاخص هاي زيستي، وعوامل استرس زاي زيستي تاكيد دارند. رايج ترين مداخله هاي روان شناختي براي افراد مبتلا به اسكيزوفرني آنهايي هستند كه از رويكرد رفتاري بدست آمده اند. در اين رويكرد فرض مي شود كه بيشترين مشكلاتي كه افراد مبتلا به اسكيزوفرني با آنها مواجه مي شوند، ناشي از فراگيري الگوهاي رفتارهاي غيرعادي و ناسازگارانه است. پژوهشگراني كه در حيطه سيستم هاي خانواده كار مي كنند، بر «سيستم» نقش ها، تعامل ها، الگوهاي ارتباطي در محيط خانواده اي كه فرد مبتلا به اسكيزوفرني در آن پرورش مي يابد، تمركز دارند. مدل هاي جامع درمان درحال حاضر، درمان هاي زيستي، مداخله هاي روان شناختي، عمدتاً به شكل فنون رفتاري، و مداخله هاي اجتماعي- فرهنگي را شامل مي شوند كه بر محيط درماني و خانواده درماني تمركز دارند.

**اختلال هاي شخصيت**

اختلال شخصيت عبارت است از الگوي بادوام و ناسازگارانه ي تجربه ي دروني و رفتار، كه برمي گردد به زمان نوجواني ياجواني، كه حداقل در دو زمينه ي زير آشكار مي شود: شناخت، هيجان پذيري، عملكرد ميان فردي، كنترل تكانه. اين الگو انعطاف ناپذير در موقعيت هاي شخصي و اجتماعي گوناگون آشكار ميشود و پريشاني يا اختلال به بار مي آورد. از آنجاييكه اختلال هاي شخصيت كل ساختار موجوديت فرد را در برمي گيرند، متخصصان باليني معمولاً آنها را چالش انگيزترين اختلال هاي رواني براي درمان مي دانند. اختلال هاي شخصيت مشكلات درون درماني و ميان فردي عمده اي ايجاد ميكنند و به اختلال طولاني مدت منجر مي شوند. تشخيص اختلال هاي شخصيت دشوار است، زيرا تعدادي از آنها ويژگي هاي مشتركي دارند كه همين مايه ي نگراني از پايايي و اعتبار اين تشخيص هاست. DSM-IV-TR از تشخيص هاي مجزايي استفاده مي كند كه براساس ويژگي هاي مشترك، به سه گروه دسته بندي مي شوند. گروه الف از اختلال هاي شخصيت پارانويد، اسكيزويد، و اسكيزوتايپي تشكيل مي شود، كه در ويژگي هاي رفتار عجيب و غريب نا مأنوس سهيم اند. گروه با اختلال هاي شخصيت ضداجتماعي، مرزي، نمايشي، و خودشيفته را شامل مي شود. افراد مبتلا به اين اختلال ها بيش از حد نمايشي، هيجاني، دمدمي، ياغيرقابل پيش بيني هستند. در گروه ج اختلال هاي شخصيت اجتنابي، وابسته، وسواسي قرار دارند. اينها باهم دسته بندي شده اند، زيرا كه رفتارهاي مضطرب و بيمناك را در بردارند.

افراد مبتلا به **اختلال شخصيت ضداجتماعي** براي معيارهاي اخلاقي يا قانوني ارزشي قائل نيستند. اين اختلال از مفهوم سايكوپاتي كلكلي سرچشمه گرفته است. سايكوپاتي نوعي تيپ شخصيت است كه با چند ويژگي، مانند فقدان ندامت، خودمحوري شديد، فقدان بيانگري هيجاني، تكانشگري، و دروغگو بودن مشخص مي شود. ملاك هاي تشخيصي DSM-IV-TR جنبه هاي رفتاري را اضافه مي كند كه رفتارهاي بي شرمانه و فريبكارانه را شامل مي شود. نظريه هاي زيستي روي نابهنجاري هاي مغز، مانند نقايصي در قطعه هاي پيش پيشاني قشر مخ تأكيد مي كنند. از اين عقيده كه ساخت ژنتيكي در اين اختلال نقش مهمي دارد، حمايت زيادي شده است. نظريه هاي روان شناختي بر اين عقيده تاكيد دارند كه اين افراد نمي توانند ترس يا اضطراب را احساس كنند يا هرگونه اطلاعاتي راكه به اهداف فوري آنها مربوط نيستند، پردازش كنند. ديدگاه هاي اجتماعي- فرهنگي روي خانواده، محيط اوليه، تجربيات اجتماعي شدن تأكيد مي كنند. كارشناسان، مواجهه دادن، مخصوصاً در گروه درماني را به عنوان درمان توصيه مي كنند.

**اختلال شخصيت مرزي** با الگوي فراگير كنترل تكانه ي ضعيف، خودانگاره ي بي ثبات، و خُلق و روابط ناپايدار مشخص مي شود. نظريه ي زيستي جالبي بر تفاوت هاي مغز، مخصوصاً روي گذرگاه نورآدرنرژيك بيش از حد حساس تاكيد مي كند، كه امكان دارد درنتيجه ي آسيب اوليه ايجاد شده باشد. نظريه هاي روان شناختي، آسيب و سوء استفاده شدن در كودكي را عوامل زمينه ساز مي دانند. ديدگاه اجتماعي- فرهنگي بر اين احتمال تاكيد مي كنند كه خيلي از افراد بعلت كاهش بهم پيوستگي در جامعه معاصر به اين اختلال مبتلا مي شوند. متخصصان باليني براي درمان اين اختلال، سعي مي كنند بين حمايت و مواجهه دادن تعادل برقرار كنند. رفتاردرماني ديالكتيكي لينهان، مولفه هاي پذيرش و مواجهه را دربردارد. برخي از متخصصان باليني، همراه درمان روان شناختي، دارو را توصيه مي كنند.

علاوه بر اختلال هاي شخصيت ضداجتماعي و مرزي كه توجه زيادي را از نظر پژوهش و نوشته هاي باليني به خود جلب كرده اند، هشت اختلال شخصيت ديگر هم وجود دارد. تشخيص اختلال شخصيت نمايشي براي افراد مقرر مي شود كه هيجان پذيري و توجه خواهي افراطي نشان ميدهند، درحاليكه تشخيص اختلال شخصيت خودشيفته براي افرادي مقرر مي شود كه الگوي فراگير خودبزرگ بيني، نياز به تحسين، و فقدان همدلي نشان مي دهند. اختلال شخصيت پارانوئيد با سوءظن شديد به ديگران مشخص مي شود. افراد مبتلا به اختلال شخصيت اسكيزويد، الگوي كناره گيري از روابط و دامنه ي محدود ابراز هيجان در برخوردشان با ديگران نشان مي دهند. آنهايي كه به اختلال شخصيت اسكيزوتايپي مبتلا هستند، الگوي نارسايي هاي اجتماعي و ميان فردي نشان مي دهندكه با ناراحتي شديد از روابط نزديك و كاهش توانايي در برقراري روابط نزديك مشخص مي شود؛ آنها به تحريف هاي ادراكي و رفتاري عجيب و غريب نيز دچار هستند. اختلال شخصيت اجتنابي با الگوي بازداري اجتماعي، احساس هاي بي كفايتي، حساسيت مفرط نسبت به ارزيابي منفي مشخص مي شود. افراد مبتلا به اختلال شخصيت وابسته نياز شديد به مراقبت شدن دارند، كه به رفتار سلطه پذير و وابسته و ترس از جدايي مجر مي شود. تشخيص اختلال شخصيت وسواسي با اشتغال به زياده به نظم و ترتيب، كمال گرايي و كنترل ذهني و ميان فردي به قيمت انعطاف پذيري، گشاده رويي و كارآمدي مشخص مي شود. باتوجه به اينكه درباره ي علت هاي اختلال هاي شخصيت ترديد وجود دارد، متخصصان باليني تلاش هاي خود را به جاي اينكه بر ايجاد تغيير كلي متمركز كنند، مي كوشند تجربيات زندگي فعلي درمانجو را بهبود بخشند؛ درنتيجه، اغلب درمانگران براي اينكه بتوانند به نيازها و مشكلات خاص هردرمانجو پاسخ دهند، درمانها را بصورت فردي اجرا مي كنند.

**اختلال هاي مرتبط با رشد**

**اختلال هاي رشد فراگير** با چندين اختلال در زمينه هاي متعدد رشد (مانند تعامل اجتماعي، يا مهارت هاي ارتباطي) يا وجود رفتار، تمايلات و فعاليت هاي عجيب و غريب مشخص مي شوند. شايع ترين اين اختلال ها، اختلال اوتيستيك است كه با اختلال شديد در توانايي ارتباط برقرار كردن با ديگران مشخص مي شود. شواهدي كه به الگوهاي وراثت خانوادگي اشاره دارند، به علاوه تحقيقات مربوط به اندازه و ساختار مغز، از نظريه اي كه اعلام مي دارد اختلال هاي اوتيستيك علت زيستي دارد، حمايت ميكنند. گرچه نظريه هاي روان شناختي نمي توانند علت هاي اختلال اوتيستيك را توجيه كنند اما اين رويكردها در رابطه با مداخله ها، مخصوصاً آنهايي كه ابزارهاي لازم را براي تغييردادن رفتارهاي ناسازگارانه ي افراد اوتيستيك در اختيار والدين و معلمان قرار مي دهند، با ارزش هستند.

مجموعه ي ديگري از اختلال هاي مرتبط با رشد، از اختلال هايي تشكيل مي شوند كه با مشكلاتي در يادگيري، ارتباط، يا مهارت هاي حركتي مشخص مي شوند. اختلال يادگيري عبارت است از تأخير يا نارسايي در مهارت تحصيلي كه زماني آشكار مي شود كه پيشرفت فرد در آزمون هاي استاندارد بطور قابل ملاحظه اي پائين تر از حدي است كه ساير افراد قابل مقايسه از لحاظ سني، تحصيلي و سطح هوش انتظار مي روند. اختلال هاي ارتباطي با اختلال در بيان يا درك زبان مشخص مي شوند. نوع اصلي اختلال مهارت هاي حركتي، اختلال هماهنگي حركتي است كه با اختلال بارز در رشد هماهنگي حركتي مشخص مي شود. اغلب اختلال هاي مرتبط با اين طبقات، مبناي عصب شناختي دارند كه علت هاي آنها متفاوت است؛ مثلاً واردشدن آسيب هنگام رشد جنيني يا تولد يا آسيب جسماني و اختلال جسماني مي توانند آنها را ايجاد كنند.

**اختلال كاستي توجه/ بيش فعالي (ADHD)** عبارتست از بي توجهي و بيش فعالي- تكانشگري. بي توجهي با رفتارهايي چون بي دقتي، فراموشكاري در فعاليت هاي روزمره، و ساير مشكلات توجه مشخص مي شود. عنصر بيش فعالي تكانشگري به خرده تيپ هاي بيش فعالي و تكانشگري تقسيم مي شود. بيش فعالي با ناآرامي- بي قراري، دويدن هاي نامناسب، اشكال در بازي كردن آرام، و پرحرفي مشخص مي شود. تكانشگري در افرادي مشاهده مي شود كه پاسخ ها را مي پرانند، نمي توانند منتظر نوبتشان بمانند، و براي ديگران توليد مزاحمت مي كنند. اختلال هاي ديگري كه رفتار ايذايي كودكان را در بردارند، اختلال سلوك و اختلال لجبازي و نافرماني را شامل مي شوند. كودكان و نوجوانان مبتلا به اختلال سلوك مكرراً و بطور مداوم، حقوق ديگران را نقض مي كنند، درحاليكه افراد مبتلا به اختلال لجبازي و نافرماني، الگوي رفتار منفي گرايي، خصمانه و نافرماني نشان مي دهند كه مشكلاتي در خانواده و مدرسه به بار مي آورد. درباره ي علت ها و مداخله هاي ADHD پژوهش زيادي شده است بطوريكه پژوهشگران به نابهنجاري عصب شناختي مرتبط با عوامل ژنتيكي توجه خاصي مبذول داشته اند. نابهنجاري عصب شناختي احتمالاً به اختلال در بازداري رفتاري و كنترل شخصي منجر مي شود. به مرور زمان، كودك متحمل شكست و آشفتگي هاي خانوادگي مي شود كه مشكلات شخصي را تشديد مي كنند. درمان كودكان مبتلا به ADHD معمولاً داروها را شامل مي شودكه رايج ترين آنها متيل فنيديت است. فنون روان شناختي، مخصوصاً آنهايي كه براساس اصول رفتاري قرار دارند، جنبه هاي مهمي از مداخلات محسوب مي شوند كه هدف آنها اين است كه به افراد مبتلا به ADHD كمك شود بر رفتار و توجه خود كنترل كسب كنند.

پژوهشگران و متخصصان باليني به چند اختلال ديگر توجه زيادي كرده اند. اختلال اضطراب جدايي عبارت است از تجربه اضطراب شديد و نامناسب درباره ي جدايي از خانه يا مراقبان. از جمله اختلال هاي خوردن كودكي، اختلال هايي مانند هرزه خواري، اختلال تغذيه نوباوگي و يا اوايل كودكي و اختلال نشخوار هستند. اختلال هاي تيك، مانند اختلال تورت (توره)، حركات بدني يا بيان هاي كلامي را شامل مي شوند. اختلال اهي دفع، مانند بي اختياري دفع و بي اختياري ادرار، با ناتواني در نگهداشتن خود در مرحله سني مناسب، مشخص مي شوند. اختلال دلبستگي واكنشي نوعي آشفتگي شديد در توانايي برقرار كردن ارتباط با ديگران است. افراد مبتلا به اختلال هاي حركت كليشه اي، به حركات بدني مكرر و ظاهراً تحريك شده مي پردازند. كسانيكه به لالي گزينشي مبتلا هستند، از صحبت كردن در برخي موقعيت ها، مثلاً در مدرسه خودداري مي كنند.

**اختلال هاي مرتبط با پيري و شناختي**

**اختلال هاي شناختي** (كه قبلاً دليريوم، زوال عقل يادزدودگي و ساير اختلال هاي شناختي ناميده مي شدند)، آنهايي هستند كه ويژگي اصلي شان اختلال شناختي ناشي از علت هايي مانند ضربه ي مغزي، بيماري، يا قرار گرفتن در معرض مواد مسموم كننده مي باشند.

**دليريوم** حالتي موقتي است كه طي آن، افراد دچار تيرگي هشياري مي شوند و نمي دانند چه اتفاقي افتاده است و نمي توانند تمركز يا توجه كنند. آنها به تغييرات شناختي اي دچار مي شوند كه د رآنها حافظه شان در هم برهم است و گم گشته هستند، و امكان دارد نشانه هاي ديگري هم مانند گفتار بي سروته، هذيانها، توهمات و آشفتگي هيجاني داشته باشند. دليريوم، كه تغيير در سوخت و ساز مغز آنرا ايجاد ميكند، مي تواند از عوامل گوناگوني بوجود آيد كه مسموميت ناشي از مواد يا ترك ،ضربه به سر، تب شديد، كمبود ويتامين از جمله ي آنها هستند. شروع آن معمولاً سريع و دوره ي آن كوتاه است.

**اختلال هاي يادزدايشي** بيماري هايي هستند كه به موجب آنها، افراد نمي توانند اطلاعات قبلاً آموخته شده را به ياد آورند يا خاطرات جديد را ثبت كنند. اين اختلال ها ناشي از مصرف مواد يا بيماري هاي جسماني مانند آسيب مغزي، كمبود اكسيژن، و تبخال ساده است.

**زوال عقل**، نوعي اختلال شناختي است كه نقايص فراگير و پيش رونده در حافظه ي فرد و يادگيري اطلاعات تازه، توانايي ارتباط برقرار كردن، قضاوت و هماهنگي حركتي را دربر مي گيرد. افراد مبتلا به اين اختلال علاوه بر اينكه دچار تغييرات شناختي مي شوند، تغييراتي در شخصيت و حالت هيجاني را نيز تجربه مي كنند. زوال عقل از آسيب مغزي پراكنده و پيش رونده ناشي مي شودكه با بيماري جسماني، مانند بيماري هاي عروقي، ايدز، ضربه به سر، مواد روان گردان، اختلال هاي عصبي گوناگون ارتباط دارد. معروف ترين نوع زوال عقل، بيماري آلزايمر است، اختلالي كه با پلاسيدگي شديد مغز و تغييرات ميكروسكوپي در مغز همراه است. بيماري آلزايمر طبق اين خرده تيپ ها مشخص مي شود: همراه با دليريوم، همراه با هذيان ها، همراه با خُلق افسرده، ساده. تشخيص بيماري آلزايمر به چند دليل دشوار است. برخي بيماري ها، مانند زوال عقل عروقي، نشانه هايي مشابه با نشانه هاي آلزايمر دارند. اختلال هاي ديگر، مانند افسردگي، مي توانند به نشانه هايي منجر شوند كه به نشانه هاي مراحل مقدماتي بيماري آلزايمر شباهت دارند. همه نظريه هاي مربوط به علت بيماري آلزايمر روي نابهنجاري هاي زيستي تمركز مي كنند كه سيستم عصبي را دربر مي گيرند – مخصوصاً دو نوع تغييرات مغزي. نوع اول تشكيل گره خوردگي هاي رشته هاي عصبي است كه به موج آن، رشته هاي نازك به هم پيچيده اي از پروتئين كه تراكم زيادي دارند، جايگزين مواد سلولي داخل اجسام سلولي نورون ها مي شوند. تغيير دوم عبارت است از ايجاد رسوبات آميلويد، كه دسته هايي از نورون هاي مرده يا درحال مردن هستند كه با تكه هاي مولكول هاي پروتئين مخلوط شده اند. پژوهشگران علاوه بر توجيهات زيستي، روي عوامل محيطي دخيل در بيماري آلزايمر، و نقش برخي رفتارها در پيشگيري از ايجاد اين بيماري نيز تاكيد كرده اند. گرچه اين بيماري درماني ندارد، اما پژوهشگران سعي دارند داروهايي مانند عناصر آنتي كلونيستراز را پيدا كنند كه نشانه هاي آن تسكين دهد. در عين حال، متخصصان روي اصلاح كردن فنون رفتاري براي كنترل كردن نشانه ها تمركز كرده اند و به راهبردهايي براي كاهش دادن فشار بر مراقبان توجه خاصي مبذول داشته اند.

**اختلالهاي مرتبط با مواد**

ماده؛ تركيبي شيميايي است كه وقتي كشيده، تزريق، نوشيده، استنشاق شود يا بصورت قرص بلعيده شود خُلق يارفتار فرد را تغيير مي دهد. مسموميت با مواد، تجربه ناسازگارانه ي تغييرات رواني يا رفتاري است كه ناشي از تراكم مواد در بدن شخص مي باشد. زمانيكه مصرف برخي مواد قطع مي شود، افراد دچار نشانه هاي ترك مواد مي شوند كه يك رشته آشفتگي هاي جسماني و رواني را در بردارند. افراد براي خنثي كردن نشانه هاي ترك، مواد بيشتري را مصرف مي كنند كه اين باعث مي شود مواد در آنها تحمل ايجاد كند. سوء مصرف مواد، الگوي ناسازگارانه ي مصرف مواداست كه به اختلال يا پريشاني زيادي منجر مي شود.

تقريباً ازهر هفت آمريكايي يك نفر سابقه ي سوءمصرف الكل يا وابستگي به آن دارد. تاثيرات كوتاه مدت مصرف الكل براي خيلي از افراد جالب است، زيرا اين ماده ويژگي هاي تسكيني دارد، اما عوارض جانبي آن مانند خماري، ناراحت كننده هستند. عوارض بلندمدت مصرف سنگين الكل نگران كننده است و به تعدادي از اندام هاي بدن آسيب مي رساند و احتمالاً مشكلات جسماني و زوال عقل به بار مي آورد. پژوهشگران در حوزه ي وابستگي به الكل از جمله اولين كساني بودند كه براي توجيه كردن ابتلا به اختلال روان شناختي، مدل زيستي- رواني- اجتماعي رامطرح كردند.

پژوهشگران در رابطه با عوامل زيستي، باتوجه به اين واقعيت كه وابستگي به الكل در خانواده ها جريان دارد، بر نقش وراثت تاكيد كرده اند. اين حيطه ي پژوهشي روي شاخص ها و نقشه برداري ژنتيكي تمركز كرده است. نظريه هاي روان شناختي روي مفاهيمي تمركز كرده اند كه از نظريه ي رفتاري و ديدگاه هاي شناختي- رفتاري و يادگيري اجتماعي بدست آمده اند. پژوهشگران و نظريه پردازاني كه در ديدگاه اجتماعي- فرهنگي كار مي كنند، عوامل استرس زاي درون خانواده، جامعه، و فرهنگ را به عنوان عواملي درنظر مي گيرند كه فرد را بسمت وابستگي به الكل مي كشانند.

براي درمان مشكلات الكل مي توان از هريك از اين ديدگاه ها به درجات مختلف استفاده كرد. از ديدگاه زيستي، مي توان از داروهايي براي كنترل كردن نشانه هاي ترك، كنترل كردن نشانه هاي مرتبط با اختلال هاي همزيست، يا ايجاد تهوع بعداز مصرف الكل استفاده كرد. از مداخله هاي روان شناختي گوناگون استفاده مي شود كه برخي از آنها براساس فنون رفتاري و شناختي- رفتاري قرار دارند. الكلي هاي گمنام برنامه بهبودي 12 مرحله اي مبتني بر اين اصل است كه الكلسيم بيماري است.

داروهاي محرك بر سيستم عصبي تأثير فعال ساز دارند. آمفتامين ها در مقادير متوسط موجب سرخوشي، افزايش اعتماد به نفس، پرحرفي، و انرژي مي شوند. در مقادير مصرف زياد، مصرف كننده واكنش هاي شديدتري دارد و به مرور زمان معتاد و به نشانه هاي روان پريشي مبتلا مي شود. مصرف كنندگان كوكايين براي مدت كوتاهي تاثيرات تحريك كننده، اما كاملاً شديد را تجربه مي كنند. كوكايين در مقادير مصرف متوسط، به سرخوشي، برانگيختگي جنسي، نيرومندي، انرژي و پرحرفي منجر مي شود. درمقادير مصرف زيادتر، امكان دارد نشانه هاي روان پريشي ايجاد شوند. مصرف كوكايين، علاوه بر نشانه هاي رون شناختي آزارنده، مشكلات جسماني به بار مي آورد. مصرف زياد كافئين گرچه معمولاً سوءمصرف مواد محسوب نمي شود، اما مي تواند مشكلات رواني و جسماني متعددي ايجاد كند. حشيش يا ماري جوانا ادراك و احساس هاي بدني دگرگون ايجاد مي كند و واكنش هاي رفتاري و رواني ناسازگارانه به وجود مي آورند. داروهاي توهم زا تجربيات ادراكي نابهنجار به شكل خطاهاي حسي و توهمات بوجود مي آورند. مواد افيوني، مواردي را كه به طور طبيعي يافت مي شوند (مانند مورفين و ترياك)، مواد نيمه مصنوعي (مانند هروئين) و مواد مصنوعي (مانند متادون)، شامل مي شوند. مصرف كنندگان مواد افيوني نوعي شتاب راتجربه مي كنند كه دامنه اي از واكنش هاي رواني به علاوه احساس هاي بدني شديد را شامل مي شودكه برخي از آنها بيانگر نشانه هاي مهلك، مخصوصاً در دوره هاي ترك هستند. داروهاي مسكن، خواب آور، و ضد اضطراب، موادي هستند كه موجب آرميدگي، خواب، آرامش، كاهش آگاهي مي شوند.

در محدوده ديدگاه زيستي- رواني- اجتماعي برنامه هاي درمان دگرگوني براي افراد مبتلا به اختلال هاي مرتبط با مواد بوجود آمده اند. درمان زيستي تجزيه موادي را در بردارد كه جلوي اشتياق را مي گيرند. درمان رفتاري فنوني مانند مديريت وابستگي را شامل مي شود درحاليكه فنون شناختي- رفتاري براي تغيير دادن افكار، انتظارات، و رفتارهاي مرتبط با مصرف داروي درمانجو، مورد استفاده قرار مي گيرند.

**اختلال هاي خوردن و اختلال هاي كنترل تكانه**

افراد مبتلا به بي اشتهايي عصبي چهار نشانه را تجربه مي كنند. آنها نمي توانند وزن طبيعي خود را حفظ كنند يا از حفظ آن امتناع مي كنند، با اينكه خيلي سبك وزن هستند، ترس شديدي از افزايش وزن يا چاق شدن دارند، برداشت تحريف شده اي از وزن يا شكل بدنشان دارند اگر بلوغ جنسي را پشت سر گذاشته باشند، دچار فقدان قاعدگي مي شوند. افراد مبتلا به پرخوري عصبي، بين خوردن مقدار زيادي غذا در زمان كوتاه و بعد، تعديل كردن كالري هاي اضافي با استفراغ كردن يا انجام دادن اعمال افراطي ديگر، نوسان دارند. آنهايي كه داراي تيپ تخليه كننده هستند، سعي مي كنند آنچه راكه به تازگي خورده اند به زور از بدنشان خارج كنند، درحاليكه كساني كه از تيپ غيرتخليه كننده برخوردارند، با روزه گرفتن يا ورزش كردن افراطي سعي مي كنند آنچه را كه خورانده اند، تعديل كنند. در ارتباط با اين اختلال ها، مشكلات جسماني بسيار وخيمي مي تواند ايجاد شود. از ديدگاه هاي زيستي، روان شناختي، و اجتماعي- فرهنگي، تلاش هايي براي شناختن و درمان كردن اين اختلال ها صورت گرفته اند. تصور مي شود نابهنجاري هاي زيست- شيميايي در سيستم هاي انتقال دهنده عصبي نوراپي نفرين و سروتونين، احتمالاً با مبناي ژنيتيكي، در اختلال هاي خوردن دخالت داشته باشند. طبق ديدگاه روان شناختي، اختلال هاي خوردن در افرادي ايجاد مي شود كه از مقدار زيادي آشوب و عذاب دروني رنج مي رند و به مسائل جسماني دل مشغول مي شوند و اغلب براي كسب آرامش به غذا متوسل مي شوند. طبق نظريه هاي شناختي، افراد مبتلا به اختلال هاي خوردن به علت مقاومت در برابر تغيير، به مرور زمان در الگوي بيمارگونشان گرفتار مي شوند. در محدوده ديدگاه اجتماعي- فرهنگي، اختلال هاي خوردن برحسب نظريه هاي سيستم هاي خانواده، و بصورت گسترده تر، برحسب نگرش هاي جامعه نسبت به خوردن و رژيم گرفتن توجيه شده است. درمان اختلال هاي خوردن به تركيب اين رويكردها نياز دارد. درحاليكه گاهي داروها ،مخصوصاً آنهايي كه بر سروتونين تاثير مي گذارند تجويز مي شوند، اما بديهي است كه روان درماني ضرورت دارد، مخصوصاً آنهايي كه از فنون شناختي- رفتاري وميان فردي استفاده مي كنند. خانواده درماني نيز مخصوصاً اگر درمانجو نوجوان باشد، مي تواند عنصر مهمي در برنامه ي مداخله باشد.

افراد مبتلا به اختلال هاي كنترل تكانه مكرراً به رفتارهايي مي پردازند كه بصورت بالقوه زيان آور هستند، احساس ميكنند نمي توانند جلوي خودشان را بگيرند و اگر جلوي انجام دادن رفتار تكانشي آنها گرفته شود، احساس درماندگي مي كنند. افراد مبتلا به دزدي بيمارگون ميل مستمري به دزدي كردن دارند نه به اين علت كه آرزو دارند چيزهاي دزدي شده را داشته باشند، بلكه به خاطر اينكه هنگام دزدي كردن هيجان زده مي شوند. متخصصان باليني علاوه بر تجويز دارو، مانند فلوكستين، معمولاً افراد مبتلا به اين اختلال را با درمان هاي رفتاري، نظير حساسيت سازي ناآشكار درمان مي كنند كه به آنها كمك مي كند ميل دزدي كردن را كنترل كنند.

افراد مبتلا به قماربازي بيمارگون، ميل شديدي به قماربازي دارند كه باعث مي شود به رفتارهاي مخاطره جويي اشتغال ذهني داشته باشند. از ديدگاه زيستي، دنبال كردن مستمر بُرد كلان توسط قمارباز را مي توان بصورت سايقي براي تحريك و احساس هاي لذت بخش درنظر گرفت. به نظر مي رسد ويژگي هاي شخصيت خاصي، مانند تكانشگري و پسيكوپاتي نيز اين افراد را براي ابتلا به اين اختلال آماده مي كند. عوارض اجتماعي- فرهنگي، مانند گسترش قماربازي مجاز، مي توانند گرايش برخي افراد آسيب پذير را به غرق شدن در اين رفتار، افزايش دهند. داروهايي مانند بازدارنده هاي جذب مجدد سروتونين و فنون رفتاري و شناختي- رفتاري در مورد برخي از درمانجويان مفيد واقع مي شوند. بسياري از قماربازان بيمارگون مي توانند از شركت كردن در گروه هاي همتا، مانند قماربازان گمنام نيز بهره مند شوند.

افراد مبتلا به آتش سوزي بيمارگون، ميل شديدي به آماده كردن، برافروختن، و تماشاكردن آتش دارد. به نظر مي رسد كه اين اختلال در مشكلات و رفتار آتش افروزي كودكي ريشه دارد. افراد متبلا به آتش افروزي بيمارگون، در بزرگسالي معمولاً ويژگي هاي كژكار گوناگوني مانند مشكلاتي در سوءمصرف مواد و مشكلات رابطه اي دارند. تعدادي از برنامه هاي درماني روي كودكاني تمركز دارند كه علائم مقدماتي ابتلا به اين اختلال را نشان مي دهند. در مورد بزرگسالان، روشهاي گوناگوني به كار رفته اندكه هدف آنها تمركزكردن روي مشكلات روان شناختي گسترده تر، نظير عزت نفس پائين، افسردگي، مشكلات ارتباطي و ناتواني در كنترل كردن خشم است.

افراد مبتلا به تكانشگري جنسي نمي توانند رفتار جنسي خود را كنترل كنند و احساس مي كنند به فعاليت جنسي مكرر و كوركورانه كشيده مي شوند كه بعداً پشيمان مي شوند. افراد مبتلا به اين اختلال عموماً به يك اختلال همزيست، مانند افسردگي، اختلال فوبيك، يا سوء مصرف مواد هم مبتلا هستند، و برخي به نشانه هاي تجزيه اي دچار هستند. گرچه اين اختلال با آشفتگي زيست- شيميايي ارتباط دارد، اما اغلب متخصصان روي تجربيات اوليه زندگي تمركز مي كنند. معمولاً براي درمان عناصري از رويكردهاي بينش گرا، رفتاري، و سيستم هاي خانواده را تركيب مي كنند.

افراد مبتلا به وسواس موكني ميل مقاومت ناپذيري به كندن موي بدنشان دارند. اين اختلال كه چند ويژگي مشترك با اختلال وسواس فكري- عملي دارد، به تعدادي از همان داروهايي كه براي افراد مبتلا به OCD تجويز مي شوند، جواب مي دهند. به علاوه، نابهنجاري هاي مغزي خاصي در اين اختلال دخالت دارند. نظريه پردازان رفتاري اين اختلال را حاصل تقويت مرتبط با كاهش تنش بعد از موكندن تصادفي مي دانند. نظريه پردازان اجتماعي- فرهنگي روي ايجاد اين اختلال در بستر روابط آشفته ي والد- فرزند تمركز مي كنند كه موجب آن، كودك آزرده براي كسب توجه، به اين نوع رفتار متوسل مي شود. براي درمان اين اختلال داروهاي مختلفي آزمايش شده اند، اما متخصصان باليني معمولاً توصيه مي كنند درمان، رفتار درماني، مانند وارونه كردن عادت را برنداشته باشد.

افراد مبتلا به اختلال انفجاري متناوب احساس مي كنند نمي توانند در برابر اعمال پرخاشگرانه ي تهاجمي يا ويرانگر مقاومت كنند. نظريه پردازان معتقدند كه تعامل عوامل زيستي و محيطي به اين اختلال منجر مي شود. در رابطه با عامل زيستي، به نظر مي رسد سروتونين در اين اختلال دخالت داشته باشد. در رابطه با عوامل روان شناختي و اجتماعي- فرهنگي، نظريه پردازان بر ويژگي هاي تقويت كننده ي طغيان هاي هيجاني و تأثير اين گونه رفتارها بر سيستم هاي خانواده و روابط صميمانه تاكيد ميكنند. درمان ميتواند تجويز دارو را برداشته باشد، هرچند كه روشهاي روان درماني هم در اين مداخله گنجانده مي شوند.

**6- تجربه انسان در مورد اختلال هاي دوراني**

با ادامه پيشرفت پژوهشگران در آگاهي از علت هاي اختلال هاي روني، توجه و علاقه بطور فزاينده اي بر تاثير اين اختلال ها روي خانواده و جامعه متمركز شد. پخش گسترده ي اطلاعات، نظير يافته هاي پژوهش، همراه با نگراني بيشتر جامعه براي افراد مبتلا به اختلال هاي رواني باعث شده است كه مردم بيشتر بدانند كه چگونه اختلال هاي رواني بر جنبه هاي گوناگون زندگي تاثير مي گذارند. مشكلات رواني بر چند جنبه از تجربه انسان تاثير مي گذارند. نه تنها فرد مبتلا به اختلال عميقاً دچار مشكل مي شود، بلكه خانواده او پريشان شده و جامعه نيز تحت تاثير قرار مي گيرد.

**تأثير اختلال هاي رواني بر فرد: داغ و پريشاني**

يكي از واكنش هاي شما به ديدن افرادي مانند ربكا هاسبروك ممكن است اين باشد كه آنها را بسيار متفاوت با خودتان درنظر بگيريد. شايد حتي تا اندازه اي از ديدن آنها احساس انزجار كنيد، خيلي از آدمها در جامعه ي ما به همين صورت تحقيرآميز به واكنش نشان مي دهند و تاثير قدرتمند پاسخ تبعيض آميزشان را كاملاً درك نمي كنند. اين واكنش ها شايع اند و شالوده ي تبعيض و داغي هستند كه بسياري از افراد مبتلا به اختلال رواني وخيم آن را تجربه مي كنند. داغ [[142]](#footnote-142) برچسبي است كه باعث مي شود برخي افراد، متفاوت، معيوب و جدا از روند كلي اعضاي جامعه پنداشته شوند. آثار جامعه شناس مشهور اروينگ كافمن [[143]](#footnote-143) در دهه ي 1960، توجه عموم را به پديده ي داغ جلب كرد و چند دهه بعد، داغ همچنان موضوع اصلي در نشريات و بحث هايي است كه به حقوق و درمان افرادي كه دچار پريشاني هستند، مربوط مي شود.

افراد مبتلا به اختلال هاي رواني جدي، مخصوصاً آنهايي كه بستري شده اند، معمولاً دچار عوارض هيجاني و اجتماعي عميق و بادوام مي شوند. اين «جان به دربرده ها» معمولاً مي گويند كه احساس مي كنند ديگران آنها را طرد كرده اند. گاهي آنها كمتر به فكر خودشان هستند، فرصت هاي رشد و نمو را غنيمت نمي شمارند، و افسانه هاي جامعي را در مورد بيماران رواني و انتظاراتي كه از آنها دارند، باور مي كنند (جدول 3-1 را ببينيد).

**جدول 3-1 افسانه هاي بيماري رواني**

|  |
| --- |
| اظهارات زير را بخوانيد و ببينيد با چند تا از آنها موافقيد. هريك از اين افسانه ها در فصل هاي مربوطه اين كتاب پخش شده اند:  1. افراد خلاق معمولاً پريشاني رواني دارند.  2. افراد روان پريش خطرناك هستند.  3. آزمون هاي لكه ي جوهر شخصيت، قلابي هستند.  4. نظريه ي فرويد كلاً درباره ي ميل جنسي بود.  5. رفتارگرايان به افكار يا احساسات علاقه اي ندارند.  6. مجرمان «بد» بدنيا آمده اند.  7. افرادي كه از يك تجربه ي آسيب زا جان به در مي برند صرفاً «آسانترين راه را انتخاب مي كنند.»  8. آسم توسط مشكلات هيجاني ايجاد مي شود.  9. اغلب كسانيكه از كودكان سوء استفاده ي جنسي مي كنند مردان همجنس گرا هستند.  10. افراد خودكشي گرا، ديگران از نيت خودشان آگاه نمي كنند.  11. افراد مبتلا به اسكيزوفرني، شخصيت هاي چندگانه اي دارند.  12. كودكان در اثر خوردن مقدار زيادي قند، بيش فعال مي شوند.  13. اغلب افراد مسن «خرفت» هستند.  14. تشخيص دادن معتاد به مواد مخدر كار آساني است.  15. افراد مبتلا به اختلال هاي خوردن به غذا علاقه ندارند. |

متأسفانه رسانه هاي گروهي اغلب اين افسانه ها را با تصوير كليشه اي از افراد مبتلا به بيماري رواني، تداوم مي بخشند (سالتر و بيرن، 2000). براي مثال، وقتي گزارش مي شود كه يك بيمار اسكيزوفرنيك به غريبه اي حمله كرده است، عموم مردم باور مي كنند كه اغلب افراد مبتلا به اسكيزوفرني مستعد اين گونه رفتارهاي خشونت بار هستند. درنتيجه، تعجب آور نيست كه درصد بالايي از افراد در ايالات متحده، از افراد مبتلا به بيماري رواني مي ترسند و دوست ندارند در كنار آنها باشند. افراد مبتلا به اختلال هاي رواني، مخصوصاً اختلال هاي وخيمي چون اسكيزوفرني، اغلب متوجه مي شوند كه ديگران در برابر زندگي كردن با آنها، معاشرت كردن با آنها، اجاره دادن مسكن به آنها، يا دادن كار به آنها مقاومت مي كنند (كوريگان و پن، 1999، پن و مارتين، 1998).

با اينكه تلاش هاي زيادي براي انساني كردن وضعيت بيمارستان هاي رواني صورت گرفته است اما براي اغلب افراد، فرايند بستري شدن عميقاً ناراحت كننده و احتمالاً آسيب رسان است. تعدادي از تشريفات بيمارستاني انسانيت زدا و كمك كننده به داغ انگاشته مي شوند. براي مثال، بيماراني كه از كنترل خارج هستند، تحت قيد و بند جسماني قرار داده مي شوند. برخي ديگر را مجبور مي كنند كه از اموال شخصي خود دست بكشند يا تماس آنها را با عزيزانشان، حتي با تلفن، محدود مي كنند. از انها توقع دارند در فعاليت هاي گروهي، مانند كاردرماني يا تفريح درماني شركت كنند و مسائل شخصي خود را در گروه درماني مطرح سازند. حتي تشريفات باليني كه بيماران را ملزم مي دارند براي قرار ملاقات ها منتظر بمانند، انسانيت زدا هستند وباعث مي شود آنها احساس كنند از پرسنل بيمارستان كم اهميت ترند. فقدان زندگي خصوصي، دسترسي ناكافي به اطلاعات مربوط به تشخيص و درمان، گفتار تحقيرآميز آقامنشانه يا بچگانه، زبان عاميانه تحقيرآميز، و صحبت كردن به زبان تخصصي پزشكي، روال ناخوشايندي هستند كه افراد را بدنام مي كنند و بالاخره اجبار در پذيرفتن يك برچسب رواني مي تواند به صورت لكه دارشدن تجربه شود. كاري مي كنند كه فرد احساس كند انگار حق ندارد بعد از اينكه تشخيص داده شده است با آن مخالف يا درباره ي آن بحث كند. «كل سيستم طوري ترتيب يافته است كه ... داغي ايجاد و حفظ شود.» (ريدي، 1994، ص5).

اغلب افراد در ظاهر مي گويند كه افراد مبتلا به اختلال هاي رواني را درك و تحمل مي كند. اما معمولاً در زبان، شوخي ها و پندارهاي كليشه اي آنها، انتساب هاي مفني به طور ظريفي انعكاس مي يابند. يك ساعت تلويزيون را نگاه كنيد يا به مكالمات روزمره ي افراد دور و برتان گوش دهيد تا با برخي اظهارات درباره ي بيماري رواني مواجه شويد. در زبان ما اصطلاحات مربوط به بيماري رواني فراوان است.

اصطلاحاتي نظير «خُل» ، «ديوانه»، «منيك»، «مشنگ»، «سايكو»، «اسكيزو«، يا «عقب مانده» بسيار رايج اند. شوخي هاي عاميانه پر از جوك هايي درباره ي «آدم هاي ديوانه» هستند. پاسخ گروهي نوجوان را تجسم كنيد كه از كنار ربكار رد مي شوند؛ شايد آنها درباره ي وضعيت ظاهر و رفتار او اظهارات توهين آميزي بر زبان آورند. فكر مي كنيد اين وضعيت به ربكا كه درك خود بي ثباتي دارد، چه ضرري برساند؟

باتوجه به تاثير هولناكي كه اختلال رواني بر فرد دارد، چرا بعضي افراد تا اين حد بي رحم هستند كه درباره ي حالت پريشان او جوك مي سازند؟ يك دليل مي تواند اين باشد كه افراد معمولاً موضوعاتي را مسخره مي كنند كه آنها را مضطرب مي سازد. اختلال رواني بايد بسيار ترسناك باشد كه مردم را وادار مي دارد تا حد امكان از آن فاصله بگيرند و شايد از اينكه در آينده كنترل خود را بر رفتار و افكارشان از دست بدهند، مي ترسند. درنتيجه رفتار عجيب و غريب ديگران را مسخره مي كنند.

نگرش شما دراين باره چيست؟ اين سناريو را تجسم كنيد. وقتي كه به منزل برمي گرديد، پيامي فوري منتظر شماست. پيامي از طرف مادر جرمي، بهترين دوست شما در دبيرستان است. به مادر جرمي تلفن مي زنيد و او از شما مي خواهد هرچه زودتر خود را به بيمارستان رواني برسانيد و او را ببينيد. جرمي به تازگي در بيمارستان رواني بستري شده است و مي گويد بايد شما را ببيند، زيرا فقط شما مي توانيد وضعيت او را درك كنيد. از اين خبر گيج و ناراحت مي شويد . اصلاً نمي دانستيد كه او مشكلات رواني دارد. به او چه خواهيد گفت؟ مي توانيد از او بپرسيد چه اشكالي پيش آمده؟ مي توانيد از او بپرسيدچه احساسي مي كند؟ آيا جرئت مي كنيد از دكتر او جويا شويد كه درباره احتمال بهترشدن او چه نظري دارد؟ ديدن او در بيمارستان رواني چه احساسي را در شما ايجاد مي كند؟ آيا فكر ميكنيد مي توانيد با كسي كه مدتي را در چنين بيمارستاني گذرانده است، دوست باشيد؟

اكنون همين سناريو را تجسم كنيد، اما به جاي آن، پيامي دريافت مي كنيد كه جرمي براي درمان بيماري كليه، بستري شده است. وقتي تجسم مي كنيد كه براي ملاقات او به بيمارستان مي رويد، احتمالاً درباره ي اينكه چگونه به او پاسخ خواهيد داد، دوباره فكر نمي كنيد. البته از او خواهيد پرسيد چه حالي دارد، دقيقاً چه اشكالي در او ايجاد شده است، و چه وقت دوباره سلامتي خود را بازخواهد يافت. با اينكه ممكن است بيمارستان ها را خيلي دوست نداشته باشيد، اما حداقل مي دانيد كه بيماران بيمارستاني چه وضعيتي دارند .تصور كردن جرمي به عنوان يك بيمار در اين نوع بيمارستان، عجيب به نظر نمي رسد. درك كردن و پذيرفتن بيماري جسمي دوست تان خيلي راحت تر از اختلال رواني اوست، و احتمالاً اصلاً به اين موضوع فكر نخواهيد كرد كه بعد از مرخص شدن او مي توانيد با هم دوست باشيد يا نه.

قطع نظر از ناراحتي اي كه داغ ايجاد مي كند، فرد عذابي را تحمل مي كند كه به خود اختلال رواني مربوط است. به وضعيت اسفناك ربكا فكر كنيد. ضربه از دست دادن خانواده، نه تنها او را از پاي درآورده بود، بلكه او هويت و همينطور احساس رضايت خود را از دست داده بود. زمانيكه او در صدد كمك برآمد ديگر حتي از پس مانده خود قبلي اش برخوردار نبود. تصور كنيد اگر ناگهان ظرف چند هفته همه چيز خود را از دست بدهيد، خانواده و هويت خود را، چه احساسي به شما دست مي دهد. براي كسانيكه دچار اختلال رواني حاد مي شوند، به هر علتي كه باشد نشانه هاي بيماري به خودي خود دردناك و احتمالاً وحشتناك هستند. احساس فقدان كنترل بر افكار و رفتارها، عذاب فرد را افزايش ميدهد.

البته همه موارد اختلال رواني به اندازه ي مورد ربكا وخيم نيستند، و لزوماً از رويداد مشخصي به وجود نمي آيند. شرح حال ها اطلاعاتي را درباره ي احساس ها وتجربيات افراد مبتلا به اين اختلال ها در اختيار شما مي گذارند و شايد برخي از اين افراد را شبيه خودتان يا افراديكه مي شناسيد بدانيد. وقتيكه اين اختلال ها را مي خوانيد، خودتان را به جاي افرادي بگذاريد كه به اين اختلال ها دچار هستند. تجسم كنيد آنها چه احساسي دارند و دوست دارند چگونه با آنها برخورد شود.

**تاثير اختلال رواني بر خانواده**

معمولاً حتي قبل از اينكه يك فرد مبتلا به اختلال رواني توسط متخصص ارزيابي شده باشد، خانواده تحت تاثير رفتار و پريشاني او قرار گرفته است. ميزان اين تاثير تا اندازه اي به ماهيت اختلال و تحركات يا پويش هاي خانواده بستگي دارد.

معمولاً اعضاي خانواده از عذاب خويشاوندي كه به اختلال رواني مبتلاست، متاثر مي شوند. براي مثال مادر به مدت چند ماه بي خوابي مي كشد و مي خواهد بفهمد در ايجاد افسردگي خودكشي گراي دختر نوجوانش چه نقشي داشته است. پدر نگران است كه پسرش در واكنش به تصور حشرات بزرگي كه از گلويش پائين مي خزند، دوباره حشره كش بخورد. همسري هرباركه تلفن زنگ مي زند مضطرب است و با خود فكر مي كند كه شايد پليس يا فرد آشنايي پشت تلفن مي خواهد به او بگويد كه شوهرش در مشروب فروشي محله در اثر مستي از حال رفته است.

داغ اختلال رواني، خانواده را نيز لكه دار مي كند. خيلي از خانواده ها مي گويند وقتي همسايگان، همكلاسي ها، و همكاران متوجه مي شوند كه كسي در خانواده اسكيزوفرنيك، افسرده، معتاد به مواد مخدر يا سوء استفاده كننده است، احساس شرم و خجالت مي كند. مي توانيد تجسم كنيد كه وقتي اخبار رفتار اخلال گرانه ي خانه به دوشي ربكا را در رسانه هاي گروهي محلي پخش شد، خويشاوندان او چه احساسي داشتند.

حرفه ي سلامت رواني به طور كلي در قرن بيستم نسبت به تاثير اختلال رواني بر خانواده، بي اعتنا بوده است. نه تنها خانواده ها را از درمان بي خبر نگه مي داشتند، بلكه آنها را به خاطر اين مشكل سرزنش مي كردند. نظريه هاي مربوط به تعدادي از اختلالها، ازجمله اسيكزوفرني، افسردگي، و مشكلات جنسي معمولاً خانواده ها مخصوصاً مادران را سرزنش مي كردند. خانواه هادر اثر مشكلات يكي از اعضايشان دستخوش آشوب و ناراحتي مي شدند و وقتي مي شنيدند كه متخصصان سلامت رواني آنها را مسئول مي دانند، گيج و آزرده خاطر مي شدند. هنگاميكه چند تن از متخصصان مشهور سلامت رواني مانند اي. فولر توري [[144]](#footnote-144) روان پزشك، پريشاني اين خانواده ها را درك كردند و كتابهايي را نوشتند كه اختصاصاً به آنها مربوط مي شدند، اين وضعيت در سالهاي اخير به مقدار زياد تغيير كرد. اين متخصصان خانواده ها را آگاه ساختند كه تنها نيستند و درواقع، نگراني ها و مشكلات آنها شبيه به مشكلاتي است كه ميليون ها آمريكايي ديگر تجربه مي كنند.

خانواده ها براي حمايت و آموزش متقابل، با يكديگر متحد شده اند. در سرتاسر كشور، خانواده هاي افراد مبتلا به اختلال هاي رواني حاد، سازمان هايي را نظير اتحاد ملي براي كمك به بيماران رواني، تشكيل داده اند. اين گروه ها به خيلي از خانواده ها كمك كرده اند تا ماهيت مشكلاتي راكه با آن مواجه مي شوند، بهتر درك كنند و اين سازمان ها وظايف سياسي مهمي را نيز برعهده دارند. اين گونه گروه هاي طرفدار خانواده در تضمين اين موضوع كه با بيماران رواني بستري شده برخورد مناسبي شود، حقوق قانوني آنها محترم شمرده شوند، و مراقبت پس از بستري مناسبي براي آنها برنامه ريزي شود، نقش مهمي ايفا كرده اند.

**تأثير اختلال رواني بر جامعه**

هركسي كه در محله اي زندگي كرده است كه يك بيمارستان رواني دولتي در آن قرار دارد مي داند كه در تأمين نيازهاي افراديكه پريشاني رواني دارند بعداز مرخص شدن آنها از بيمارستان، مشكلات زيادي وجود دارد. در آغاز دهه ي 1970، در مورد نقل مكان بيماران رواني از بيمارستان ها به محيط هاي كمتر محدود كننده، جنبشي ملي بوجود آمد. در اواسط دهه ي 1970، بيمارستان هاي رواني معمولاً چندين هزار بيمار رادر خود جاي مي دادند. در اواسط دهه ي 1990 اين تعداد كاهش يافت. تعدادي از موسسات تعطيل شدند و آنهايي كه بازماندند در مقياس كوچكي عمل مي كردند. برخي از افراد ترخيص شده نزد خانواده هايشان برگشتند، ولي اغلب آنها به خانه هاي اجتماعي نقل مكان يافتند و با چند تن از افراد ترخيص شده زندگي كردند. در تعدادي از جوامع از اين بيماران به نحو شايسته اي مراقبت مي شود ولي در تعدادي از مناطق، مخصوصاً در شهرهاي بزرگ، دهها و حتي صدها نفر وجود دارند كه قبلاً بستري شده بودند و اكنون بدون كاشانه، غذا، يا مراقبت پزشكي رها شده اند.

تأثير اختلال هاي رواني بر جامعه را نمي توان به راحتي ارزيابي كرد، ولي متخصصان سلامت رواني قبول دارند كه مشكلات رواني هزينه هنگفتي براي جامعه دارد. معمولاً خانواده ها از هم مي پاشند و جوامع آسيب مي بينند. بار ديگر سرگذشت ربكا را در نظر بگيريد. از دست رفتن بازدهي و مشاركت او در جامعه، براي اجتماع زيان بار هستند. هزينه هاي مالي توان بخشي او را مي توان بطور مستقيم ارزيابي كرد. مداواي او به درمان فشرده، بستري كردن، انتقال به جامعه، و حمايت پي گير نياز دارد. وقتي به اين واقعيت فكر مي كنيد كه صدها هزار نفر مانند ربكا در خيابانهاي آمريكا وجود دارند، متوجه ي فاجعه ي زندگي هاي ناخرسند خواهيد شد كه بار گراني براي جامعه دارند.

**2-مکانیسم ها و سبک های دفاعی**

**2-1مکانیسم های دفاعی Defence mechanism (تعریف و کاربرد)**

مکانیسم های دفاعی فرایندهای ناهشیار درون روانی هستند که وظیفه محافظت از خود [[145]](#footnote-145) را در مقابل موقعیت های تهدیدآمیز یا استرس زا برعهده دارد. آنها ازطریق اجتناب از اضطراب و یا شیوه ای خاص از مواجهه با اضطراب شرایط روانی را سازمان و بقاء می بخشند. بنابراین آنها تلاش هایی را در رویارویی با تعارض روانی انجام می دهند و می توانند رفتارهای مقابله ای را تسهیل کنند, ولی استفاده به شیوه ای نامناسب از آنها (همچون انکار، فرافکنی، جابجایی، انزوا)، می تواند رشد روانی را مختل کند و از پاسخ های مقابله ای مفید جلوگیری بعمل آورد. همچنین زمانی که از مکانیسم های دفاعی بطور مداوم استفاده می شود، می توانند بسیار مخرب باشند. استفاده مکرر از انکار و فرافکنی پارانوئید می تواند دلیلی بر قطع تماس با افراد و دنیای واقعی گردد و پیامد آن انزوا و فرورفتن به دنیایی که خود فر خلق کرده است، باشد.

در واقع (خود) با درنظر داشتن اصل واقعیت (حقایق بیرون و محیط) خواسته های آنها را با استفاده از مکانیسم های دفاعی کنترل و در مسیر درست که برای فراخود[[146]](#footnote-146) نیز قابل قبول باشد، هدایت می کند. آنها ابزاری در دست خود هستند، خود بتواند جلد خواسته های بی پایان غریزه محور و بی منطق نهاد [[147]](#footnote-147) را بگیرد و در عین حال با توجه به واقعیت و اخلاق، خواسته های نهاد را بصورت معقول و جامعه پسند برآورده سازد. اگر این مکانیسم ها نباشد یا کم کاری خود را از دست بدهند، نهاد (غرایز)، خود را مغلوب ساخته و شخصیت فرد در هم می شکند (پالهوس، 1997، به نقل از نعمت، 1387).

براساس تعریف DSM-IV-TR (2000) مکانیسم های دفاعی فرایندهای خود کارآمد روانشناختی هستند که از افراد در برابر اضطراب و آگاهی از خطرهای درونی و بیرونی حمایت می کنند. این مکانیسم ها واسطه بین واکنش فرد به تعارض های هیجانی و عوامل تنش زای درونی و بیرونی هستند.

اندروز و همکاران در سال 1993 تعداد 20 مکانیسم دفاعی را برحسب سه سبک دفاعی متمایز کردند. مکانیسم های دفاعی که مسئولیت محافظت از من را در مواجهه با شکل های مختلف اضطراب برعهده دارند، برحسب نوع کنش وری ممکن است بهنجار یا نابهنجار و کارآمد یا ناکارآمد باشند. مکانیسم های دفاعی رشدیافته به منزله شیوه های مواجهه انطباقی، بهنجار و کارآمد محسوب می شوند و مکانیسم های دفاعی نوروتیک و رشد نایافته شیوه های مواجهه غیرمنطقی و ناکارآمد محسوب می شوند.

فروید ساختار شخصیت را شامل سه ساخت روانشناختی نهاد، من و فرامن می داند. این سه ساخت بطور مداوم بر یکدیگر تاثیر متقابل می گذارند. به عقیده فروید من در مواجهه با خواسته های کشاننده ی نهاد از مکانیسم های دفاعی که به کار مهارکردن اضطراب می آیند، استمداد می کند (منصور و دادستان، 1374، به نقل از علی بخشی 1385).

شناسایی مکانیسم های دفاعی بدون توجه به اضطرابی که آنها را فرا می خواند، قابل درک نیست. فروید با طرح نظریه دوم خود در خصوص اضطراب، احساس اضطراب را ناشی از علامت محرک دانست و آن ساختاری که این علامت را درک کرده و به دفاع از خویش در برابر معنای تهدیدآمیز آن می پردازد را من معرفی کرد که اضطراب را درک و سپس نیروهایی را برای دفاع در مقابل خطر قریب الوقوع ناشی از برانگیختگی ها به جنبش در می آورد (قربانی، 1382).

اگر چه فروید مفهوم دفاع را با مکانیسم های سرکوب گری آغاز می کند اما این برای او تنها آغاز راه بوده است. او به زودی دریافت که سرکوبگری تنها تدبیر من در مقابل انگیختگی ها نیست. اما در این سایر مکانیسم ها جایگاهی اختصاصی دارد. هزینه ای که من جهت استمرار مکانیسم های دفاعی می پردازد، بار سنگینی را بر اقتصاد روانی تحمیل می کند. مکانیسم های دفاعی پس از آنکه من را یاری می رساندند همچنان در ساختار منش فرد تثبیت می شوند و بعنوان روش معمول واکنش های عادی و شخصیتی فرد در می آیند و در طی دوران زندگی و حیات روانی فرد، هرگاه وضعیتی مشابه با وضعیت نخستین رخ می دهد، مجدد از نو تکرار می شوند (علی بخشی، 1385).

فروید در آثار مختلف خود ده مکانیسم دفاعی را مطرح کرد: درون فکنی، همانند سازی، فرافکنی، بازگشت علیه خود[[148]](#footnote-148)، معکوس شدن[[149]](#footnote-149)، واپس روی، تشکل واکنشی(واکنش سازی) [[150]](#footnote-150)، مجزاسازی[[151]](#footnote-151) و امحا[[152]](#footnote-152) (فروید 1996، به نقل از مهدیزاده 1387).

آنا فروید در اثر مشهور خود با عنوان من و مکانیسم های دفاعی در سال 1964، به گسترش افکار پدر درباره مکانیسم های دفاعی و نظام دارکردن آنها پرداخت. او جایگاه من در نظام روان تحلیلگری را توصیف کرد و باتوجه به فعالیت های بالینی خویشتن در خلال تحلیلگری کودکان، چندین مکانیسم دفاعی دیگر به آنها افزود. وی واکنش های دفاعی را به سه علت نسبت داد:

1. وقتی ارضای نهاد (برای مثال بواسطه یک رفتار جانبی) احساس بی ارزشی و گنهکاری را در فرامن به راه می اندازد.

2. هنگامیکه من در برابر خطرات جهان برونی که ریشه در واقعیت دارند، قرار می گیرند.

3. وقتی من کوشش می کند تا علیه برانگیختگی های قدرتمند ناهشیار از خود دفاع یا حمایت کند (آنا فروید 1936).

این سه علت پایگاه من را در معرض خطر سقوط و ناامیدی قرار می دهند و موجب می شوند که این پایگاه مکانیسم های دفاعی خود را به راه اندازد تا اولاً به واسطه آنها بتوانند موانعی را در برابر این خطرها ایجاد کند و ثانیاً قدرت مهارگری خود را به منزله عامل اجرایی شخصیت بدست آورد. آنا فروید نه تنها ده مکانیسم دفاعی را که توسط پدرش عنوان شده بود بازشناسی و توصیف کرد بلکه خود نیز چندین مکانیسم دفاعی دیگر بر آنها افزود.

بطور خلاصه می توان گفت مجموعه مکانیسم هایی که افراد بکار می گیرند، سبک دفاع شخصی را می سازد که فروید آن را بصورت فراوانی استفاده از مکانیسم های دفاعی متفاوت در مقایسه با یکدیگر تعریف کرد و از آن به عنوان متغیر اصلی برای شناخت شخصیت، آسیب شناسی و میزان سازش یافتگی نام برد و این فرضیه ای است که برحسب یافته های پژوهشی بسیار، مورد تائید قرار گرفته است (بشارت، 1384).

**مكانيسم ها و سبك هاي دفاعي**

**مكانيزم هاي دفاعي**

افراد براي اينكه از اضطراب مصون بمانند، از راهبردهاي گوناگوني براي دور نگهداشتن افكار، غرايز، و احساس هاي غيرقابل قبول از آگاهي هشيار، استفاده مي كنند كه فرويد آنها را مكانيزم هاي دفاعي ناميد. به عقيده ي فرويد، همه ي افراد براي دورنگهداشتن تجربيات بالقوه آزارنده، از مكانيزم هاي دفاعي استفاده مي كنند. فقط در صورتيكه مكانيزم هاي دفاعي بصورت خشك و افراطي مورد استفاده قرار گيرند، منبع اختلال رواني مي شوند.

ديدگاه هاي فعلي در مورد مكانيزم هاي دفاعي، براساس ملاحظات نظري و رابطه ي اين مكانيزمها با سلامت رواني كلي، آنها را طبقه بندي مي كنند (ويلانت، 1994). مولفان DSM-IV، براساس اين رويكرد، يك طرح طبقه بندي به نام مقياس عملكرد دفاعي تهيه كرده اند. اين طبقات، روش مفيدي را براي درنظرگرفتن مكانيزم هاي دفاعي و نحوه اي كه آنها در اختلال هاي رواني گوناگون آشكار مي شوند، در اختيار مي گذارند. نمونه هايي از اين مكانيزم هاي دفاعي در جدول زير، ارائه شده است.

**طبقات و نمونه هاي مكانيزم هاي دفاعي**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **مكانيزم دفاعي** | **تعريف** | **نمونه** |
| **دفاع هاي بسيار سازگارانه پاسخ هاي سالم به موقعيت هاي استرس زا** | | |
| شوخي  humor | تاكيد كردن بر جنبه هاي خنده دار يك تعارض يا موقعيت استرس زا | ماريا با خوشرويي، تجربه تحقيرآميزي را كه طي آن روي يخ سرخورد، درحاليكه يك گروه پسر او را مي ديدند، دوباره به نمايش گذاشت. |
| ابراز وجود  Self-assertion | برخورد كردن با موقعيتهاي دشوار بوسيله ي ابراز مستقيم احساسات و افكار به ديگران | وقتيكه پدر پدرو به او گفت به علت گرفتاري زياد نتوانسته است در مراسم فارغ التحصيلي او شركت كند، پدرو گفت كه از دست او عصباني و از وي نااميد شده است. |
| منع  Suppression | اجتناب كردن از افكار مربوط به مسائل ناراحت كننده | مارين عمداً تصميم گرفت از فكر كردن به مشكلات مالي درحاليكه مشغول مطالعه كردن براي امتحان بود، خودداري كند. |
| **راهبردهاي ناهشياري كه به افراد كمك مي كنند افكار، احساسها، خاطرات، اميال و ترس هاي آزارنده را از آگاهي هشيار دور نگهدارند.** | | |
| جابجايي  Displacement | جابجا كردن احساس ها يا تكانه هاي نامقبول از هدف اصلي اين احساس ها به كسي كه كمتر تهديدكننده است يا به يك شيء. | بعد از اينكه فرد از جانب كارفرمايش موردانتقاد قرار گرفت، ساكت ماند، اما بعداً بدون دليل مناسبي بر سر كارمندان زير دستش فرياد كشيد. |
| تجزيه  Dissociation | تجزيه كرد فرايندهاي شناختي، ادراكي و حركتي كه معمولاً يكپارچه هستند در عمكرد فرد | درحاليكه مربي جك جلوي كل اعضاي تيم هاكي، او را بخاطر دريافت ضربه ي پنالتي تحقير كرد، جك با فكركردن به مهماني اي كه آن شب مي خواست برود، از اين شرمساري فاصله گرفت. |
| توجيه عقلي  Intellectualization | متوسل شدن به تفكر بيش از حد انتزاعي در واكنش به موضوعي كه موجب تعارض يا استرس شده است. | گابريل بجاي تمركزكردن روي جنبه هاي ناراحت كننده سپردن مادرش به خانه ي سالمندان، مفصلاً درباره ي نقطه ضعفهاي سيستم تأمين اجتماعي صحبت مي كند. |
| واكنش وارونه  Reaction formation | تبديل كردن احساس يا ميل ناپذيرفتني به ضد آن، براي پذيرفتني تر كردن آن | جرالد كه مخفيانه به هرزه نگاري معتاد بود، به صورت علني از معلم دبيرستان دخترش بخاطر توصيه ي يك رُمان كلاسيك با محتواي جنسي انتقاد كرد. |
| سركوبي  Repression | راندن ناهشيارانه ي اميال، افكار، يا تجربيات از آگاهي | ژانين قادر نبود هيچيك از جزئيات مربوط به تصادف وحشتناك اتومبيل را به ياد آورد. |
| **دفاعهايي كه تصورات ذهني تحريف تصوير ذهني از خود، بدن، يا سايرين به منظور**  **را اندكي تحريف مي كنند تنظيم كردن عزت نفس** | | |
| خوارشماري  Devaluation | حل و فصل كردن تعارض هيجاني يا استرس با نسبت دادن ويژگي هاي منفي به خود يا ديگران | پاتريك ادعا كرد كه مشكلات ارتباطي با دوست دخترش به علت ناپختگي وي، هوشبهر پائين و فقدان فرهيختگي اوست. |
| آرماني ساختن  Idealization | حل و فصل كردن تعارض هيجاني يا استرس با نسبت دادن خصوصيات مثبت اغراق آميز به ديگران | كاترين عدم جذابيت شوهرش را با متقاعدساختن خودش و ديگران به اينكه او غرق در افكار خلاقانه و نبوغ است، ناديده گرفت. |
| همه تواني يا قدرت مطلق  Omnipotence | پاسخ دادن به استرس بوسيله ي اجراي نقش برتر نسبت به ديگران | هرچه مقدار تنش نورمن در كارش به عنوان كارگزار بورس بيشتر مي شود به احتمال بيشتري با همكارانش به صورت تحقيرآميز صحبت مي كند. |
| **دفاع هاي انكاري** | **دور نگهداشتن عوامل استرس زا، افكار، احساسها، تكانه ها يا مسئوليت ناخوشايند يا ناپذيرفتني از آگاهي** |  |
| انكار  Denial | حل و فصل كردن تعارض هيجاني يا استرس با امتناع از پذيرفتن جنبه ي دردناك واقعيت يا تجربه اي كه براي ديگران آشكار است | كانديس بجاي مبارزه كردن با هيجانهاي عذاب آور مربوط به تشخيص سرطان در خودش، طوري با بي اعتنايي عمل ميكند كه انگار به اين بيماري مبتلا نيست. |
| فرافكني  Projection | نسبت دادن صفات يا احساس هاي شخصي ناخوشايند به ديگران براي مصون نگهداشتن خود از اعتراف به ويژگي هاي شخصي زننده | ايزابل نمي دانست كه به خودخواه و مفلوك بودن شهرت دارد، اغلب از كم ارزشي ديگران شكايت مي كرد. |
| دليل تراشي  Rationalization | مخفي كردن انگيزه هاي واقعي افكار، اعمال، يا احساسها با توجيه كردنهاي اطمينان بخش يا خودياري اما نادرست. | پيت براي حل و فصل كردن نااميدي خويش از واردشدن به تيم بيسبال، خود را متقاعد مي سازد كه هيچ وقت واقعاً آرزو نداشته است در چنين تيم ضعيفي باشد. |
| **دفاعهايي كه تصورات ذهني را خيلي تحريف ميكنند** | **تحريف شديد خود يا ديگران** |  |
| شكافتگي  Splitting | تقسيم كردن حالتهاي عاطفي متضاد و ناتواني در ادغام كردن ويژگي هاي مثبت و منفي خود يا ديگران در تصورات ذهني منسجم | گرچه ماريان دركل ترم به استاد خود صورت آرماني داده بود بلافاصله بعد از اينكه در يك امتحان نمره 16 گرفت، او را آدمي شيطاني و متخصام انگاشت. |
| **دفاعهايي كه اقداماتي را دربردارند.** | **پاسخ هايي به تعارض يا استرس كه عمل يا كناره گيري را دربردارند.** |  |
| برون ريزي  Acting out | حل و فصل كردن تعارض هيجاني يا استرس با اقدامات بجاي افكار يا احساسات | رالف بجاي اينكه يه همسرش بگويد كه از مقاومت وي در برابر آميزش جنسي ناخرسند است، تصميم گرفت با يكي از همكاران رابطه نامشروع برقرار كند. |
| پرخاشگري انفعالي  Passive aggression | نشان دادن اطاعت بيش از حد ظاهري براي پوشاندن مقاومت، خشم، و رنجش پنهان | ناخرسندي كوين از شغلش به عنوان دربان، در زياده كاري نظافت اداره انعكاس داشت، بطوري كه مديران بارها از سرو صداي او هنگام نظافت كردن آزرده مي شدند. |
| واپس روي  Regression | حل و فصل كردن تعارض هيجاني يا استرس با برگشتن به رفتارهاي بچه گانه | آدريان بعد از يك اختلاف نظر جزئي با همكارانش، اشك ريزان به سمت توالت شافت و منتظر ماند تا يك نفر براي تسكين دادن احساسات جريحه دار شده او دخالت كند. |
| **دفاع هايي كه جدايي از واقعيت را دربردارند** | **پاسخ به استرس يا تعارض كه فكر يا رفتار غيرعادي را شامل مي شود** |  |
| فرافكني هذياني  Delusional projection | نسبت دادن هذياني صفات يا احساسهاي شخصي ناخوشايند به ديگران براي مصون نگهداشتن خود از اعتراف به ويژگي هاي شخصي زننده | گرچه اين هاري بود كه از هركسي نفرت داشت، اما خود را متقاعد ساخته بود كه همسايگانش به قدري از او متنفرند كه قصد دارند وي را به قتل برسانند. |
| تحريف روان پريشي  Psychotic distortion | حل و فصل كردن تعارض هيجاني يا استرس با متوسل شدن به سوء تعبيرهاي هذياني واقعيت | هنگامي كه نمرات ايوان همچنان روبه كاهش رفتند، اين اعتقاد را پرورش داد كه همه استادان او عمداً نمره هاي كم به او داده اند تا دانشگاه را از شر مهاجران روسي خلاص كنند. |

**2-2نظریه ها و طبقه بندی های مختلف مکانیسم های دفاعی**

نظریه های مختلف شاخص ها و مفهوم سازی های مختلفی از مکانیسم های دفاعی دارند:

**دیدگاه کلاین[[153]](#footnote-153):** ملانی کلاین معتقد بود که کودکان از همان اوایل طفولیت برای محافظت از خود در برابر اضطرابی که خیال های ویران گر خودشان آن را برمی انگیزاند، چند مکانیسم دفاعی روان را اختیار می کنند. این احساس های ویران گر شدید از اضطراب های دهانی- سادیستی مربوط به پستان ناشی می شوند. پستان منحرف ویرانگر از یک سو و پستان ارضاکننده مفید از سوی دیگر کودکان برای کنترل کردن این اضطراب ها از چند مکانیسم دفاعی روان، مانند درون فکنی، فرافکنی، تقسیم کردن و همانند سازی فرافکن استفاده می کنند (فیست، 2002، ترجمه سید محری، 1385).

**دیدگاه کرنبرک [[154]](#footnote-154):** اتوکرنبرگ، اصطلاح سازمان شخصیتی مرزی را برای طیف وسیعی از بیمارانی بکار برد که دارای خصوصیاتی همچون فقدان احساس یکپارچگی هویت، ضعف خود، فقدان یکپارچگی فراخود و استفاده از مکانیسم های دفاعی ابتدایی نظیر دو نیم سازی و همانند سازی برون فکنانه و میل به انتقال به سمت تفکر فرایند اولیه است.

**دیدگاه پلاچیک:** نظریه رابرت پلاچیک (1979) به دفاع ها به عنوان ریشه هیجانات اساسی می نگرد. مکانیسم های دفاعی او نظریه وی شامل: واکنش وارونه، انکار، سرکوبی، پسرفت، جبران، فرافکنی، جابجایی و عقلی سازی اند (پلاچیک 1979، به نقل از نعمت 1387).

**دیدگاه وایلانت:** جرج وایلانت (1997، 2000) یکی از معروف ترین محققان در خصوص دفاع ها و طبقه بندی و توصیف آنهاست. ولی دفاع ها را به سطوح تارسیستیک، نابالغ، نوروزی، و بالغ تقسیم می کند. این سطوح شامل:

**سطح 1:** دفاع های نارسیستیک، دوپارگی؛ آرمانی سازی بدوی، فرافکنی، همانندسازی فرافکن، انکار و تحریف.

**سطح 2:** دفاع های نابالغ، برونریزی، وقفه، خود بیمارپنداری، درون فکنی، رفتار پرخاشگرانه، فعل پذیر، فرافکنی، واپس روی، خیالباقی و بدن سازی.

**سطح3** : دفاع های نوروزی، مهارکردن، جابجایی، تجزیه، برونی سازی، بازداری، سرکوبی، واکنش وارونه، جنسی سازی, دلیل تراشی، عقلی سازی، ناچیزانگاری.

**سطح 4:** دفاع های سالم، ایثار و نوع دوستی، پیش بینی، ریاضت طلبی، طنز، والایی گرایی، فرو نشانی (قربانی، 1382).

در جدول زیر، چهار مقوله بندی وایلانت از دفاع های اصلی با مقداری پیرایش و افزایش ارائه شده است (قربانی،1382).

**دفاع های نارسیستیک**

|  |  |
| --- | --- |
| دوپارگی | تعمیم موضوعات خارجی به دو بخش کاملاً خوب و کاملاً بد. در این حالت فرد بصورت مکرر بین دو قطب نوسازی ناگهانی می کند. در این حالت خود شخص نیز از این فرایند حرکت بین کرانه ها بی بهره نیست. این دفاع امکان شکل گیری بک تصویر کامل، تحلیلی و متوازن را از موضوع سلب می کند. |
| آرمانی سازی بدوی | گرایش به ارزیابی کاملاً خوب و کاملاً بد موضوعات خارجی در اثر بزرگ نمایی نابهنجار و ویژگی های خوب و بد آنها. در اثر بزرگ نمایی ابعاد مثبت یک موضوع به عنوان یک قدرت مطلن و متعالی در نظر گرفته می شود و در بزرگ نمایی ابعاد منفی، یک موضوع تماماً بد دیده می شود. |
| فرافکنی | نسبت دادن ویژگی های فکری، احساسی و آرزوهای منفی و اضطراب خود به دیگر افراد. به طور مشخص درحالتهای هذیایی سایکوتیک، به خصوص نشانگان پارانویا، قابل مشاهده است. ادراک احساس خود در دیگران و عمل براساس ادراک یاد شده در شرایط بهنجار نیز مشاهده می شود. |
| همسان سازی | نسبت دادن خبرهای ناخواسته خود به موضوع خارجی همراه با همسان سازی با موضوع یاد شده. در این دفاع، حالت های آنکار شده درونی خود در دیگران ایجاد و در همان حال با آن حالت همسان سازی می شود. فرد با تحریک دیگران، افکار و احساسات نفی شده خود را در آنها به وجود می آورد. سپس به عنوان واکنش به رفتار فرد مقابل، خود همان افکار و احساسات نفی شده را نشان می دهد. از این طریق هم نگرش منفی نسبت به موضوع خارجی شکل می گیرد و هم امکان مهار موضوع فراهم می گردد. در این حال موضوع خارجی تحت فشار قرار می گیرد تا تجربه ای مشابه تجربه فرد داشته باشد و از این طریق هم صفات منفی خود دور شود و هم خود امکان شناخت خود را توسط موضوع خارجی فراهم می سازد. در شکل گیری علائم اختلالات کنشی و روان تنی این دفاع با هدف مهار تکانه و خود تنبیهی بکار می رود. |
| انکار | اجتناب از آگاهی نسبت به یک واقعیت دردناک. این دفاع می تواند رویداد، خاطره آن و یا عواطف همخوان با آن را شامل شود. اجتناب از پذیرش آن چه فرد دیده یا شنیده و یا یک تجربه، مواردی از این دفاع ها هستند. استفاده فزاینده از انکار می تواند آشکارساز یک سایکوز باشد. |
| تحریف | درک دگرگون واقعیت خارجی به منظور همسازی با نیازهای درونی. هذیان خود بزرگ بینی ازجمله این موارد دفاع است. تحریف های بسیار ضعیف نیز در شرایط بهنجار قابل مشاهده است. |

**دفاع های نابالغ**

|  |  |
| --- | --- |
| برون ریزی | تخلیه یک تکانه با آرزوی ناهشیار به شکل عمل به منظور گریز از آگاهی عاطفه همراه آن تکانه بصورت نگهانی و انفجاری بسوی عمل جهت داده می شود. در این حالت خیال پردازی های ناهشیار، به شکل تکانشی در رفتار تجلی می یابند و بدین ترتیب تکانه بازداری نشده بلکه ارضا می شود. به عبارت دیگر خود به خاطر رهاشدن از تنش ایجاد شده در پی افکار و احساس های به تعویق افتاده به تکانه تسلیم می شود. |
| وقفه | بازداری موقت و گذرا در تفکر. این دفاع ممکن است عواطف و تکانه ها را نیز شامل شود و شبیه سرکوبی است. با این تفاوت که وقفه در افکار و احساسات تنش ایجاد می کند. |
| خودبیمار پنداری | تبدیل ملامت و سرزنش ناشی از داغدیدگی و تنهایی، و یا تکانه های غیرقابل پذیرش پرخاشگری، به سرزنش خود و شکایت های جسمانی همچون درد، ضعف اعصاب و ناراحتی های جسمانی. در این دفاع، در یک بیماری با هدف و پس روی یا فرار اغراق می شود. در خود بیمارپنداری از مسئولیت اجتناب می شود احساس گناه مهار می گردد و تکانه های غریزی از خود رانده می شوند. |
| درون فکنی | در ونی سازی یک موضوع بیرونی، در کنار اهمیت درون فکنی برای تحول، به شکل یک دفاع نیز ظاهر می شود. در حالت دفاعی تمایز بین فرد و موضوع از بین می رود. درون فکنی موضوع عشق برای مثال درد ناشی از جدایی و خطر جدایی را مهار می کند. درون فکنی یک موضوع تهدیدآمیز سبب کاهش اضطراب می شود. زیرا خطر ناشی از پرخاشگری را درونی و تحت کنترل قرار می دهد. همسان سازی با پرخاشگری مثال بارزی از این پدیده است. |
| رفتار پرخاشگرانه فعل پذیر | ابراز غیرمستقیم به پرخاشگری به دیگران ازطریق ا نفعال؛ خودآزاری و آسیب به خود تجلی های این دفاع عبارت است از: شکست خوردن، طفره رفتن، بیمار شدن، و بطور کلی اعمالی که بیشتر به دیگران آسیب می زند تا خود فرد. |
| فرافکنی | اسناد نادرست و یا درک نادرست انگیزه ها, احساسات و افکار دیگران در سطحی بالاتر از فرافکنی نارسیستیک، مواردی همچون پیش داوری، طرد یک رابطه صمیمی به سبب حساسیت بیش از حد، یک خطر و یا حساسیت زیاد به بی عدالتی، در مقوله این سطح از فرافکنی قرار می گیرند. |
| واپس روی | تلاش برای بازگشت به افکار، احساسات و واکنش های هیجانی مربوط به سطوح فروتر تحول به منظور گریز از تنش و تعارض که فرد در سطح تحولی حاضر با آن روبروست. |
| خیالبافی | استفاده از تخیل برای ارضای خیالی امیال ناکام شده و حل مشکلات در این دفاع از روابط بین شخصی صمیمی پرهیز و دیگران از خود رانده می شوند. |
| بدنی سازی | تبدیل شدن پدیده های روان شناختی به نشانه های جسمانی و گرایش به واکنش براساس تظاهرات جسمانی به جای واکنش روانی. در بدنی سازی زدایی، افکار و عواطف جایگزین پاسخ های بدنی کودکانه می شود. در بدنی سازی مجدد، و پس روی به حالت های جسمانی ابتدایی در هنگام رویارویی با تعارضات حل نشده مشاهده می شود. |

**دفاع های نوروزی**

|  |  |
| --- | --- |
| مهار کردن | تلاش فزاینده و تقلا برای مهار و تنظیم رویدادها و موضوعات در محیط به منظور کاهش اضطراب و حل تعارضات درونی. |
| جابجایی | هیجان یا کشاننده نیروگذاری شده از یک فکر یا موضوع ، یا موضوع دیگر منتقل می شود که در برخی جبنه ها شبیه موضوع یا فکر اولیه است. جابجایی امکان تجسم فکر یا موضوع اصلی را در قالب فکر یا موضوعی که ناراحتی کمتری ایجاد می کند، فراهم می سازد. انتقال یکی از موارد بارز این دفاع است. |
| تجزیه | تغییر موقت، اما شدید در شخصیت یا حس هویت به منظور گریز از استیصال هیجانی. مانند واکنش های تبدیلی هسته ی تبدیلی در این دفاع ها گروهی از فرایندهای روانی از بقیه سازمان روانی جدا می شوند و درنتیجه ارتباط و هماهنگی میان آنها از بین می رود. |
| بیرون سازی | مفهومی شبیه اما گسترده تر از فرافکنی که در آن مولفه های شخصیت خود در دنیای بیرون و یا موضوعات خارجی دیده می شود. در این حالت تعارضات، تکانه ها، طبقات، سبک تفکر و یا علل بروز آنها به دنیای بیرون نسبت داده می شوند. |
| بازداری | کارکردهای من محدود یا طرد می شوند این دفاع ها ممکن است درخصوص یک کارکرد، و یا ترکیبی از آن اعمال گردد و هدف آ ن نیز گریز از اضطرابی است که از تعارض بین تکانه ها و احساسات، وجدان و یا نیروهای محیطی و موضوعات بیرونی ایجاد می شود. |
| سرکوبی | راندن یک فکر یا احساس از جمله هوشیاری، در سرکوبی اولیه افکار و احساسات پیش از حضور در آگاهی فرد سرکوب می شوند و در سرکوبی ثانویه, فکر و احساساتی که قبلاً در سطح آگاهی هشیارانه تجزیه شده اند، سرکوب می گردند. افکار و احساسات سرکوب شده در واقع فراموش نمی شوند، بلکه فرد در سطح ناهشیار به آنها آگاه است. درواقع سرکوبی ایجاد شده ایجاد وقفه در آگاهی هشیارانه به یک فکر و احساس است. |
| مجزاسازی | جدایی فکر و تجسم از عواطف همخوان با آن و سرکوب کردن آن عواطف. مجزاسازی اجتماعی نیز بر مفهوم فقدان موضوعات ارتباطی پوشش می دهد. |
| واکنش وارونه | دگرگونی یک احساس، یا تکانه به متضاد خود. یکی از مشخصه های نوروز و وسواس است اما در حالت های دیگر نوروزی نیز دیده می شود. به عبارتی دیگر تجلی احساس متضاد در این دفاع معمولاً حالتی افراطی و وسواس گونه دارد. استفاده فزاینده از این دفاع در سطوح ابتدایی تحول، زمینه شکل گیری این دفاع را به عنوان یک صفت شخصیتی، همچون خوی وسواسی، فراهم می آورد. |
| جنسی سازی | یک موضوع یا کارکرد هیجانی و رفتاری، اهمیت جنسی پیدا می کند. این امر در خصوص پدیده های صورت می گیرد که قبلاً ماهیت جنسی نداشته اند و یا در سطح پائین تری چنین ماهیتی داشته اند. این دفاع با هدف پیشگیری از اضطراب همخوان با احساسات ممنوع بکار می رود. |
| دلیل تراشی | توضیح و تبیین عقلانی افکار، باورها, احساسات و اعمال با هدف توجیه آنها که در غیراینصورت قابل قبول نخواهند بود. پدیده هایی که موضوع این دفاع هستند ماهیتی احساسی و تکانه ای دارند, اما در اثر بکارگیری این دفاع در ظاهر ماهیتی عقلانی و منطقی می یابند. |
| عقلانی سازی | استفاده فزاینده از فرایندهای عقلانی برای گریز از تجربه ها و بیان تکانه ها و احساسات. این دفاع تلاش فزاینده ای برای بی روح ساختن یک پدیده هیجان انگیز است و با هدف گریز از صحبت با دیگران، توجه به واقعیت بیرونی و برای گریز از بیان احساسات درونی و تاکید بیش از اندازه بر جزئیات نامربوط (نشخوار ذهنی) برای فرار از درک کلی پدیده تبدیل به رویایی عقلانی می شود و فرد با هدف گریز از احساسات، به جای حس کردن، فکر می کند. |
| ناچیز انگاری | کم اهمیت جلوه دادن فکر و احساس، مشکلات درونی، رویدادهای محیطی و یا مسائل و مشکلات موضوعات بیرونی. |

**دفاع های سالم**

|  |  |
| --- | --- |
| ایثار و نوع دوستی | کمک سازنده و لذت بخش به دیگران. نوعی واکنش وارونه سازنده و خنثی. ایثار با از خودگذشتگی تفاوت دارد. از خودگذشتگی؛ ارضای فرد ازطریق ارضای دیگران و ضرر رساندن به خود حاصل می شود. در این حالت فرد توانایی ارضای مستقیم نیازهای خود را ندارد بلکه آن ها را بصورتی نیابتی ازطریق کمک به دیگران ارضا می کند. در این حالت, در دیگران لذت ایجاد می شود و سپس با آنها همانندسازی می کند. |
| پیشاپیش نگری | پیش بینی واقع بینانه و برنامه ریزی برای ناراحتی ها در آینده با حالتی هدف محور. این دفاع به برنامه ریزی دقیق و یا نگرانی واقع بینانه در خصوص رویدادهای خطرناک آینده دلالت می کند. |
| ریاضت طلبی | حذف رفتار لذت بخش تجربه با هدف رشد اخلاقی و معنوی. لذت در این دفاع از طریق انصراف از لذت حاصل می شود و بر ضد تمام آنچه بصورت هشیارانه لذت بخش تلقی می شود؛ اعمال می گردد. زهدورزی به عنوان یک دفاع سالم تسهیل گر تجارب دینی است این دفاع ممکن است در سنین نوجوانی و در برخی حالت های سایکوتیک به عنوان یک دفاع نابالغ که تمامی کشاننده ها را دربر می گیرد و نسبت به سرکوبی ماهیتی ابتدایی تر دارد، نیز بکار می رود. |
| طنز | فراهم ساختن امکان ابراز آشکار افکار و احساسات بدون ایجاد ناراحتی برای خود یا دیگران. این دفاع تحمل و در عین حال تمرکز بر آنچه را که بسیار ناراحت کننده است فراهم می آورد. و از بذله گویی[[155]](#footnote-155) که در واقع نوعی جابجایی جهت گریز از مسائل هیجانی است، متفاوت است. |
| والاگرایی (والایش تصعید) | ازطریق تغییر هدف یا موضوع از چیزی که به لحاظ ا جتماعی غیرقابل قبول است به هدفی قابل قبول. والاگرایی بجای انحراف و یا مسدود ساختن، تکانه ها را هدایت می کند. احساسات در این دفاع در مسیر اهداف و موضوعات مهم تصدیق، تعدیل و جهت یابی می شوند تا حدودی ارضا می شوند. |
| فرونشانی | تصمیم هوشیارانه یا نیمه هوشیارانه برای تعویق در توجه به یک تکانه و یا تعارض ناهشیارانه، اجتناب از مسائل و مشکلات بصورت تعمدی و موقت. در این دفاع وجود ناراحتی و مشکل تصدیق, اما بطور موقت کنار گذاشته می شود. |

**طبقه بندی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)**

DSM-IV توسط انجمن روانپزشکی آمریکا در سال (1994) منتشر شده است شامل محور تشخیصی آزمایش برای مکانیسم های دفاعی است. این طبقه بندی بر پایه سلسله مراتب وایلانت از دفاع ها بوجود آمد و برخی از تغییرات را نیز در بردارد. طبقه بندی مکانیسم های دفاعی شامل این موارد است:

**- دفاع های خود دوستدارانه (خودشیفتگی):** انکار، دگرگونی سازی، فرافکنی.

**- دفاع های ناپخته:** کنش نهایی، انسداد، خودبیماری انگاری، درون فکنی، رفتار پرخاشگرانه، پسرفت، تخیل اسکیزوئید، جسمانی کردن.

**- دفاع های نوروتیک:** کنترل کردن، جابجایی، برونی سازیف بازداری، توجیه عقلی، انزوا، دلیل تراشی، تجربه، واکنش سازی، واپس زنی، جنسی کردن.

**- دفاع های بالغ یا پخته:** نوع دوستی، پیش بینی، ریاضت کشی، شوخی، والایش، سرکوبی.

در یک تقسیم بندی دیگر می توان سبک های دفاعی را در قالب این سه سبک توضیح داد:

سبک تحریف کننده تصویر سبک نظم دهی هیجانی سبک سازگار

**پژوهش های انجام شده در داخل و خارج ایران**

افضلي (1387) در مطالعه خود به بررسي استفاده افراد متبلا به اختلال وسواس بي اختياري (30 نفر)، اختلال اضطراب تعميم يافته (30 نفر)، اختلال هراس اجتماعي (30 نفر) و افراد غيرمبتلا (30 نفر) از مكانيسم هاي دفاعي پرداخت. نتايج بررسي هاي آماري نشان داد كه گروه هاي مبتلا نسبت به گروه غيرمبتلا از سبك هاي دفاعي رشد نايافته و روان آزاد، به صورت معناداري بيشتر استفاده مي كنند.[[156]](#footnote-156)

حيدري نسب (1385) در پژوهشي گسترده دريافت كه گروه هاي باليني به نسبت گروه هاي بهنجار از سبك دفاعي رشد نايافته تري بهره مي برند (افضلي، 1387).

افراد اضطرابي براي جلب حمايت و نزديكي ديگران به شهرت به ضعف و آسيب پذيري خود تأكيد مي كنند و سعي در بازسازي خود به طرق مختلف از جمله افراط در جراحي هاي زيبايي دارند (ديويس و ورنون، 2002، به نقل از مهديزاده، 1387).

در مطالعه اي ارتباط بين مكانيسم هاي دفاعي و راهبردهاي مقابله اي در اضطراب امتحان دربين 184 زن مشغول به تحصيل در رشته هاي علوم انساني، گربوت و گيرا در پانيكس (2006) نشان دادند كه بين مقابله حل مسئله و مكانيسم هاي بالغانه (تصعيد و پيش بيني)، بين مقابله اجتنابي و دفاع هاي نابالغ و نوروتيك، بين مقابله فرار و دفاع نابالغ ارتباط مثبت وجود دارد.

در مورد مقابله و مكانيسم هاي دفاعي به عنوان عوامل خطر براي سرطان، اولندن و همكارانش (2005) نشان دادند كه زنان مبتلا به سرطان سينه بيشتر از مكانيسم هاي دفاعي، انكار، عقلي سازي، تمركز و واكنش معكوس در مقايسه با زماني كه مبتلا به بيماري سينه بودند و زنان سالم، استفاده مي كنند. به علاوه زنان مبتلا به سرطان سينه كمتر از راهبردهاي مقابله اي تحليل منطقي، همدلي و مكانيسم هاي دفاعي تصعيد و جاشين سازي استفاده مي كنند.

باند و پري (2004) در تحقيقي به بررسي تأثير روان درمان پويشي بر مكانيسم هاي دفاعي سه گروه از افراد مبتلا به اختلالات افسردگي، اضطراب و شخصيت پرداختند كه در نهايت دريافتند كه درنتيجه روان درمان پويشي، نشانه هاي بيماري بهبود يافته و تغييرات طولاني مدت در كسب هاي دفاعي بيماران در جهت دفاع هاي انطباقي بوجود آمده است. بنابراين تغيير در سبك هاي دفاعي، پيش بيني كننده خوبي براي تغيير در نشانه هاي بيماري مي باشد (به نقل از نعمت، 1387).

(ويلسون 2002، به نقل از افضلي 1387)در مطالعه خود به اين نتيجه رسيدند كه تفاوت معناداري ميان دو جنس در زمينه تحول «من» و مكانيسم هاي دفاعي وجود ندارد. اما در برخي پژوهش ها در جمعيت باليني مشخص شده است كه زمان بيشتر از دفاع هاي دروني شده [[157]](#footnote-157) و ارتباط محور [[158]](#footnote-158) مانند جسماني كردن، واكنش سازي، نوع دوستي، و آلايش، آرماني سازي و دوپاره سازي استفاده مي كنند و مردان غالباً از دفاع هاي بروني شده [[159]](#footnote-159) با ويژگي هاي تسلط و برتري مانند واپس رواني، آنكار، بازداري، فرافكني، توجيه عقلاني، بيشتر سود مي برند.

آفر و همكاران (2000) در تحقيقي مكانيسم هاي دفاعي سه گروه از بيماران افسرده، وسواسي، اسكيزوفرني، و گروهي از افراد سالم را مورد مقايسه قرار دادند. تجزيه و تحليل نتايج نشان داد كه ميزان استفاده از سبك هاي دفاعي ناپخته در گروه هاي باليني بطور معناداري نسبت به گروه كنترل بيشتر است. همچنين مشخص شد مكانيسم هاي دفاعي ابطال و واكنش سازي، در گروه بيماران وسواسي، بيشتر از ساير گروه ها مورد استفاده قرار مي گيرد (افضلي، 1387).

بررسي سبك هاي دفاعي افراد مبتلا به سندرم خستگي مزمن توسط كرسول و چالدر (2001) مشخص كرد كه افراد مبتلا به اين سندرم نسبت به گروه كنترل از دفاع هاي، درجه اضطراب بالا، بيشتر استفاده مي كنند (نعمت، 1387).

اسپينهوون و كويمن (1997) تفاوت معناداري ميان دو جنس از نظر مكانيسم هاي مورد استفاده دريافت نكردند. هنريكسون و همكاران (1997) به اين نتيجه رسيدند كه زنان ظاهراً از سبك هاي دفاعي روان آزرده وار بيشتري استفاده مي كنند. در مطالعه اي ديگر كه ارتباط بين تعارض نقش جنسي و مكانيسم هاي دفاعي را بررسي كرده است، مشخص شد كه به مردان با سازمان شخصيتي زنان و همچنين زنان با سازمان شخصيتي مردانه، نسبت به افرادي كه نقش جنسي سازگار، با جنسيت خود داشته داشته اند بيشتر از مكانيسم هاي دفاعي استفاده مي كنند (كرامر 2000، به نقل از افضلي 1387).

نعمت (1387)، در پژوهشي به مقايسه ارتباط بين مكانيسم هاي دفاعي و سبك هاي مقابله اي استفاده شده با سلامت رواني دانشجويان 18 تا 29 سال پرداخت. گروه نمونه در اين طرح شامل 804 دانشجو بودند كه با استفاده از سه آزمون SCL-90 ، WCQ و DSQ مورد بررسي قرار گرفتند. نتايج بدست آمده نشان داد كه بين دو گروه داراي سلامت رواني بالا و پائين در استفاده از مكانيسم هاي دفاعي رشد نايافته در سطح 001/0 < P و در استفاده از مكانيسم هاي دفاعي روان آزرده در سطح 001/0 P < تفاوت معنادار مشاهده مي شود. يعني افرادي كه از سلامت رواني پائيني برخوردارند نسبت به افرادي كه سلامت رواني بالايي دارند، از مكانيسم هاي دفاعي رشد نايافته و روان آزرده بيشتر استفاده مي كنند.

بشارت و ربيعي (1384) با استفاده از آزمون استاندارد روان شناسي SCL-90-R وضعيت سلامت روان 218 نفر از دانشجويان برآورد شد. پس از جمع آوري پرسشنامه ها، شيوع لحظه اي در مجموع براي علائم اختلال رواني 72% برآورد گرديد كه از اين بين 16 نفر (34/7 %) حداقل در يك بعد دچار اختلال شديد (عدد بزرگتر يا مساوي سه) بودند. علائم مربوط به اختلال افكار پارانوئيدي، افسردگي و اختلال وسواسي جبري به ترتيب داراي بالاترين درصدها بودند. از طرفي مشخص شد كه اختلال رواني در بين دانشجويان دانشگاه علوم پزشكي گلستان در سطح بالايي قرار دارد.

محمود پوريزدي و همكاران (1388) در پژوهش خود به بررسي رابطه بين مكانيسم هاي دفاعي و اضطراب پرداختند، يافته ها نشان داد كه بطور معناداري، استفاده از سبك دفاعي پخته در گروه غير مبتلا بيشتر بود (032/0 P <) و مكانيسم هاي دفاعي شوخي (048/0 P <)، آنكار (034/ P <)، فرونشاني (035/0 P <)، جسماني سازي (001/0 P <) در گروه مبتلا بيشتر مورد استفاده قرار گرفته بودند. همبستگي معكوس متوسط و معني داري بين نمره ي اضطراب حالت- صفت با نمره ي كسب دفاعي پخته وجود داشت. همبستگي بين سبك دفاعي ناپخته و اضطراب حالت اندك بود و بين سبك دفاعي نوروتيك و اضطراب حالت- صفت رابطه اي مشاهده نشد.

همچنين مشخص شد افراد با سطح سلامت عمومي و نمره ي اضطراب حالت- صفت پائين، از سبك دفاعي پخته استفاده مي كنند.

**منابع و ماخذ**

-انجمن روانپزشكي آمريكا (2000)، چهارمين راهنماي تشخيص و آماري اختلال هاي روني (متن تجديدنظر شده)، ترجمه محمدرضا نيكخو و هاياماك آواديس يانس، تهران: انتشارات سخن (1384).

2. Andrews, G., Sigh, M., Bond, M. (1993). The defense style question naive Journal of nervous and mental disorder,18 (1), 246-256.

-علي بخشي (1385). رابطه مكانيسم هاي دفاعي با اختلال شخصيت خود- دوستدار. پايان نامه دانشگاه شهيد بهشتي.

-قرباني نيا (1382). روان درمانگري پويشي فشرده كوتاه مدت، مبادي و فنون. تهران، انتشارات سپهري.

-مهديزاده، مهرنوش (1387). مقايسه كسب دلبستگي و سبك دفاعي در دختران نوجوان داراي سرپرست و بدون سرپرست شهر تهران، پايان نامه كارشناسي ارشد دانشگاه علامه طباطبايي.

-بشارت، محمدعلي (1384)، بررسي رابطه كمال گرايي مثبت و منفي و مكانيزم هاي دفاعي، مجله پژوهش هاي روانشناختي دانشگاه تهران، دوره 8، شماره 1 و2.

-فيست، جس و فيت، گريگوري جي (2002). نظريه هاي شخصيت ترجمه يحيي سيدمحمدي. تهران: نشر روان، (1384).

-نعمت، ويدا (1387). بررسي ارتباط بين مكانيسم هاي دفاعي و سبك هاي مقابله اي باسلامت رواني دانشجويان 18 تا 29 سال. پايان نامه كارشناسي ارشد روانشناسي، دانشگاه علامه طباطبايي.

9. Gerbort E, Paty B, Giraddephainx N. (2006). Relationships between defense mechanisms and copying strategies facing exam anxiety performance. [www.proquest.com](http://www.proquest.com)

-افضلي، كامران (1387). بررسي سبك ها و مكانيزم هاي دفاعي افراد مبتلا به اختلال وسواس- بي اختياري، اختلال اضطراب تعميم يافته و اختلال هراس اجتماعي. پايان نامه كارشناسي ارشد دانشگاه تربيت مدرس.

-حيدري نسب، (1385).

-كيو سوزان (2002). طبقه بندي و تشخيص اختللاات روان شناختي. ترجمه خدياري فرد. محمد و جعفري كندوان، غلامرضا (1386).چاپ اول. انتشارات دانشگاه تهران.

-ساراسون، اروين جي و ساراسون، باربار. آر (1987). روانشناسي مرضي. ترجمه ي نجاريان، بهمن، اصغري، مقدم، محمدعلي و دهقاني، محسن (1383). چاپ ششم، انتشارات رشد.

-هالجين، سوزان. بي و ويتبورن، سوزان كراس (2003). آسيب شناسي رواني (ويراست چهارم). ديدگاه هاي باليني درباره اختلالات رواني براساس DSM-IV-TR ج 1 و 2. ترجمه سيد محمدي، يحيي (1385).تهران، انتشارات ويرايش.

-بشارت، سيما و ربيعي، محمد رضا (1384). توزيع فراواني علائم اختلال رواني دردانشجويان دانشگاه علوم پزشكي گلستان براساس پرسشنامه SCL-90-R . مجله علمي دانشگاه علوم پزشكي گرگان. دوره هفتم شماره 1/ بهار و تابستان 1384. صفحات 72-74.

-محمدپور يزدي، احمدرضا. بيرشك، بهروز. فتي، لادن و دژكام، محمود (1388). مطالعه موردي شاهدي سبك هاي دفاعي و اضطراب حالت- صفت در دانشجويان مبتلا به اختلال اضطراب منتشره مجله علمي پژوهشي اصول بهداشتي رواني. سال يازدهم، شماره 1 (پياپي 41). صفحه 14-7.

-مجله علوم رفتاری دوره 2 شماره 3 پاییز 1387 صفحات 252-245 ( محمد حسن افضلی ، دکتر علی فتحی آشتیانی ، دکتر پرویز آزاد فلاح)

-مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز دوره هیجدهم ، شماره دوم پاییز 1381 ( فریده یوسفی ، مسعود حسین چاری)

-شولتز ، دوان پی ، سیدنی آلن (1998). نظریه های شخصیت. ترجمه یحیی سید مهدی. تهران، نشر ویرایش ، 1381

20. Brad –B.psychological Defense mechanisms A NEW perspective.

American journal of psychoanalysis 2004 - 1-26 22.vaillant. G. E. Mental heaith . Americam journal of psychiatry 2003

-مجله ی علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی. بهار 1388 ، سال یازدهم (صفحه 14-7). احمد رضا محمدپور یزدی، دکتر بهروز بیرشک ، دکتر لادن فتی، دکتر محمود دژکام

1. . Trephining [↑](#footnote-ref-1)
2. . Maher [↑](#footnote-ref-2)
3. . Halgin & Whitbourne [↑](#footnote-ref-3)
4. . Inquisition [↑](#footnote-ref-4)
5. . Spanos [↑](#footnote-ref-5)
6. . Lunatics [↑](#footnote-ref-6)
7. . Bethlem [↑](#footnote-ref-7)
8. . James Norris [↑](#footnote-ref-8)
9. . Porphyry [↑](#footnote-ref-9)
10. . Francis Willis [↑](#footnote-ref-10)
11. . Strait Jackets [↑](#footnote-ref-11)
12. . Chiarugi [↑](#footnote-ref-12)
13. . Occupational therapy [↑](#footnote-ref-13)
14. . Bicetre [↑](#footnote-ref-14)
15. . Pussin [↑](#footnote-ref-15)
16. . Pinel [↑](#footnote-ref-16)
17. . Quaker William Tuke [↑](#footnote-ref-17)
18. . Pritchard [↑](#footnote-ref-18)
19. . Masson [↑](#footnote-ref-19)
20. . Lunatics atc [↑](#footnote-ref-20)
21. . Benjamin Rush [↑](#footnote-ref-21)
22. . Dorothea Dix [↑](#footnote-ref-22)
23. . Kraepelin [↑](#footnote-ref-23)
24. . Freud [↑](#footnote-ref-24)
25. . Charcot [↑](#footnote-ref-25)
26. . Mesmer [↑](#footnote-ref-26)
27. . Mental Health Act. [↑](#footnote-ref-27)
28. . Organismic [↑](#footnote-ref-28)
29. . Psychopath [↑](#footnote-ref-29)
30. . Social functioning [↑](#footnote-ref-30)
31. . Cut off point [↑](#footnote-ref-31)
32. . Robins [↑](#footnote-ref-32)
33. . Harrison [↑](#footnote-ref-33)
34. . Bebington [↑](#footnote-ref-34)
35. . Values [↑](#footnote-ref-35)
36. . Zulu [↑](#footnote-ref-36)
37. . Landrin [↑](#footnote-ref-37)
38. . Drapetomania [↑](#footnote-ref-38)
39. . Mohave Indian [↑](#footnote-ref-39)
40. . Gross [↑](#footnote-ref-40)
41. . Szasz [↑](#footnote-ref-41)
42. . Jahoda [↑](#footnote-ref-42)
43. . Introspection [↑](#footnote-ref-43)
44. . Id [↑](#footnote-ref-44)
45. . ego [↑](#footnote-ref-45)
46. . Rosenhan [↑](#footnote-ref-46)
47. . Seligman [↑](#footnote-ref-47)
48. . Maladaptiveness [↑](#footnote-ref-48)
49. . Comer [↑](#footnote-ref-49)
50. . diagnostic and statistical manual of mental disorders [↑](#footnote-ref-50)
51. . International Classification of Diseases [↑](#footnote-ref-51)
52. . Validity [↑](#footnote-ref-52)
53. . Reliability [↑](#footnote-ref-53)
54. . The myth of mental illness [↑](#footnote-ref-54)
55. . Self handicapping [↑](#footnote-ref-55)
56. . integrationist position [↑](#footnote-ref-56)
57. . Social constructionist [↑](#footnote-ref-57)
58. . Electroconvulsive shock therapy [↑](#footnote-ref-58)
59. . General paralysis of insane [↑](#footnote-ref-59)
60. . Manic depression [↑](#footnote-ref-60)
61. . Skinner [↑](#footnote-ref-61)
62. . Operant conditioning [↑](#footnote-ref-62)
63. . Classical conditioning [↑](#footnote-ref-63)
64. . association [↑](#footnote-ref-64)
65. . Learned helplessness [↑](#footnote-ref-65)
66. . reinforcement [↑](#footnote-ref-66)
67. . Cognitive model [↑](#footnote-ref-67)
68. . Beck [↑](#footnote-ref-68)
69. . dichotomous thinking [↑](#footnote-ref-69)
70. . Overgeneralization [↑](#footnote-ref-70)
71. . Cognitive triad [↑](#footnote-ref-71)
72. . automatic thoughts [↑](#footnote-ref-72)
73. . role playing [↑](#footnote-ref-73)
74. . panic disorder [↑](#footnote-ref-74)
75. . self- actualization [↑](#footnote-ref-75)
76. . Rogers [↑](#footnote-ref-76)
77. . Perceived self [↑](#footnote-ref-77)
78. . ideal self [↑](#footnote-ref-78)
79. . person central therapy [↑](#footnote-ref-79)
80. . community based [↑](#footnote-ref-80)
81. . fight or flight [↑](#footnote-ref-81)
82. . Bateson [↑](#footnote-ref-82)
83. . Minuchin [↑](#footnote-ref-83)
84. . socio cultural model [↑](#footnote-ref-84)
85. . Boskind Lodahl & White [↑](#footnote-ref-85)
86. . Orbach [↑](#footnote-ref-86)
87. . self denial [↑](#footnote-ref-87)
88. . Tyrer & Steinberg [↑](#footnote-ref-88)
89. . Biopsychosocial [↑](#footnote-ref-89)
90. . diathesis stress [↑](#footnote-ref-90)
91. . causal chain [↑](#footnote-ref-91)
92. . scientist practitioner model [↑](#footnote-ref-92)
93. . personality disorder [↑](#footnote-ref-93)
94. . mental retardation [↑](#footnote-ref-94)
95. . mild retardation [↑](#footnote-ref-95)
96. . moderate [↑](#footnote-ref-96)
97. . severe [↑](#footnote-ref-97)
98. . profound [↑](#footnote-ref-98)
99. . Down's syndrome [↑](#footnote-ref-99)
100. . foetal alcohol syndrome [↑](#footnote-ref-100)
101. . crentinism [↑](#footnote-ref-101)
102. . psychotic disorder [↑](#footnote-ref-102)
103. . mood disorder [↑](#footnote-ref-103)
104. . major depression [↑](#footnote-ref-104)
105. . mania [↑](#footnote-ref-105)
106. . bipolar [↑](#footnote-ref-106)
107. . phobia [↑](#footnote-ref-107)
108. . PSTD [↑](#footnote-ref-108)
109. . generalized anxiety [↑](#footnote-ref-109)
110. . dissociative drugds [↑](#footnote-ref-110)
111. . amnesia [↑](#footnote-ref-111)
112. . multiple personality disorder [↑](#footnote-ref-112)
113. . psychoactive drugds [↑](#footnote-ref-113)
114. . self starvation [↑](#footnote-ref-114)
115. . somatoform [↑](#footnote-ref-115)
116. . factitious [↑](#footnote-ref-116)
117. . Munchavesen's syndrom [↑](#footnote-ref-117)
118. . voyeurism [↑](#footnote-ref-118)
119. . insomnia [↑](#footnote-ref-119)
120. . narcolepsy [↑](#footnote-ref-120)
121. . sleepwalking [↑](#footnote-ref-121)
122. . delirium [↑](#footnote-ref-122)
123. . dementia [↑](#footnote-ref-123)
124. . infancy [↑](#footnote-ref-124)
125. .autism [↑](#footnote-ref-125)
126. . impulse control disorder [↑](#footnote-ref-126)
127. . pyromania [↑](#footnote-ref-127)
128. . kleptomania [↑](#footnote-ref-128)
129. . adjustment disorder [↑](#footnote-ref-129)
130. . antisocial [↑](#footnote-ref-130)
131. . obsession [↑](#footnote-ref-131)
132. . histrionic [↑](#footnote-ref-132)
133. . narcissistic [↑](#footnote-ref-133)
134. . dependent [↑](#footnote-ref-134)
135. . prenatal [↑](#footnote-ref-135)
136. . primary support group [↑](#footnote-ref-136)
137. . Global assessment of functioning [↑](#footnote-ref-137)
138. . Social and Occupational functioning assessment scale [↑](#footnote-ref-138)
139. . Global assessment of relational functioning [↑](#footnote-ref-139)
140. . axis [↑](#footnote-ref-140)
141. . adjustment disorders [↑](#footnote-ref-141)
142. . stigma [↑](#footnote-ref-142)
143. . Erving Coffman [↑](#footnote-ref-143)
144. . E. Fuller Torrey [↑](#footnote-ref-144)
145. . ego [↑](#footnote-ref-145)
146. . super ego [↑](#footnote-ref-146)
147. . id [↑](#footnote-ref-147)
148. . Turning against the self [↑](#footnote-ref-148)
149. . Reversed [↑](#footnote-ref-149)
150. .Reaction formation [↑](#footnote-ref-150)
151. . Isolation [↑](#footnote-ref-151)
152. . Undoing [↑](#footnote-ref-152)
153. . Klein, M. [↑](#footnote-ref-153)
154. . Kernberg. O, [↑](#footnote-ref-154)
155. . Wit [↑](#footnote-ref-155)
156. . Davis Vernon [↑](#footnote-ref-156)
157. . Internalizing [↑](#footnote-ref-157)
158. . Relationship focused [↑](#footnote-ref-158)
159. . Externalizing [↑](#footnote-ref-159)