

نکات طلایی روانشناسی

روانشناسی

گردآوری و تنظیم:
ریحانه محمدی



سرشناسه: محمدی، ریحانه

عنوان و نام پدیدآور: نکات طلایی روانشناسی سال تحصیلی ۹۹

قابل استفاده برای تمام گروه‌های آزمایشی روانشناسی

مشخصات نشر: تهران - مشاوران صعود ماهان، ۱۴۰۱

۳۵۶ ص: جدول، نمودار (آمادگی آزمون دکتری)

ISBN/N: 978-600-458-616-0

وضعیت فهرست‌نویسی: فیا مختصر

فارسی - چاپ اول

رده‌بندی دیویی: ۶۵۹/۸

رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۷ ن ۸ / HF۵۴۱۵

مدیران مسئول: مجید سیاری - هادی سیاری

مدیر برنامه‌ریزی و تولید محتوا: سمیه بیگی

گردآورنده: ریحانه محمدی

ناشر: مشاوران صعود ماهان

نوبت و تاریخ چاپ: اول / ۱۴۰۱

تیراژ: ۱۰۰۰ نسخه

قیمت: ۳/۷۹۰/۰۰۰ ریال

شابک: 978-600-458-616-0 ISBN/N:

انتشارات مشاوران صعود ماهان:

۱-تهران: خیابان ولیعصر، بالاتر از تقاطع ولی‌عصر و مطهری، پلاک ۲۰۵۰ تلفن: ۸۸۱۰۰۱۱۳-۱۴

۲-تهران، خیابان سهروردی شمالی، خیابان میرزایی زینالی شرقی (خیابان کیهان شرقی)، پلاک ۵۱ تلفن: ۸۸۴۰۱۳۱۳

کلیه حقوق مادی و معنوی این اثر متعلق به موسسه آموزش عالی آزاد ماهان می‌باشد. و هرگونه اقتباس و کپی‌برداری از این اثر بدون اخذ مجوز پیگرد قانونی دارد.

مقدمه ناشر

به نام خدا

ایمان داریم که هر تغییر و تحول بزرگی در مسیر زندگی بدون تحول معرفت و نگرش میسر نخواهد بود. پس بیایید با اندیشه، توکل، تفکر، تلاش و تحمل در توسعه دنیای فکریمان برای نیل به آرامش و آسایش توأمان اولین گام را برداریم. چون همگی یقین داریم دانایی، توانایی می‌آورد.

شاد باشید و دلی را شاد کنید

برادران سیاری

فهرست مطالب

آسیب‌شناسی روانی.....	۷
نوروسایکولوژی.....	۶۱
روان‌شناسی شخصیت.....	۱۱۷
روان‌شناسی رشد.....	۲۱۷
آمار و روش تحقیق.....	۲۶۷
منابع.....	۳۵۵

«آسیب‌شناسی روانی»



۱. عناصر یا ویژگی‌های نابهنجاری:

- ۱- رنج (شرط ضروری نابهنجاری نیست. شرط کافی برای نابهنجاری نیست).
- ۲- ناسازگاری (رفتارهایی که قویاً مانع از بهزیستی فرد یا جامعه می‌شوند، ناسازگارانه هستند و در ارزیابی نابهنجاری جزو عوامل تأثیرگذار محسوب می‌شوند)
- ۳- نامعمولی و غیرقابل درک بودن (رفتاری که معنای منطقی ندارد)
 - * یک نوع غیرقابل درک بودن که قویاً نابهنجاری محسوب می‌شود، اختلال فکر، نشانه اصلی اسکیزوفرنی است. افکاری که آشکارا نامعقول و نامأنوس هستند، ادراک‌هایی که ریشه در واقعیت عینی ندارند. فرایندهای ذهنی که از یک فکر به فکر نامربوط دیگر سرگردان هستند، اختلال‌های فکر را تشکیل می‌دهند.
- ۴- پیش‌بینی ناپذیری و فقدان کنترل (نیاز ما به کنترل کردن محیط‌مان و حفظ کردن آزادی‌مان، مستلزم آن است که افراد دیگر برایمان پیش‌بینی‌پذیر باشند - در یک دنیای پیش‌بینی‌پذیر، ثبات و کنترل وجود دارد)
 - * قضاوت درباره اینکه رفتار خارج از کنترل است. تحت دو حالت صورت می‌گیرد:
 - الف) راهنماها و بازدارنده‌های رفتار ناگهان از کار می‌افتند.
 - ب) زمانی رخ می‌دهد که ما نمی‌دانیم چه چیزی موجب یک عمل می‌شود.
 - * کنترل انعطاف‌پذیر، توانایی نگهداشتن کنترل یا رها کردن آن در صورتی که خود و شرایط ایجاب کنند، نشان کارکرد روانی خوب است.
- ۵- مشهود بودن و نامتعارف بودن (مردم عموماً اعمالی را پذیرفتنی و متعارف می‌دانند که خودشان دوست دارند آن‌ها را انجام دهند - به جز رفتارهایی که به مهارت یا جرأت زیاد نیاز دارند، ما با نگاه کردن به رفتار خودمان درباره نابهنجاری رفتار دیگران قضاوت می‌کنیم)
 - * آنچه در هر جامعه‌ای متعارف و پذیرفتنی به حساب می‌آید همواره در حال تغییر است. آن‌هایی که در مرز این تغییر قرار دارند در مقایسه با باقی افراد (که رفتارشان هنوز هم متعارف است) کاملاً به چشم می‌آیند، و در معرض این خطر قرار دارند که برچسب منحرف به آن‌ها زده شود و از این رو نابهنجار محسوب شوند.
 - * مادام که رفتاری نادر تلقی شده باشد، اینکه آیا آن رفتار در واقع نادر است، اهمیت چندانی ندارند.
 - * اما رفتاری که هم نادر و هم از نظر اجتماعی ناپسند است، نابهنجار انگاشته می‌شود.
 - * رفتار نادری که از نظر اجتماعی پسندیده است، «استعداد» محسوب می‌شود.
- ۶- ناراحتی مشاهده‌گر (افرادی که خیلی وابسته به دیگران هستند، یا خاضع‌اند، و یا متخصص، در مشاهده‌گران تولید ناراحتی می‌کنند.)
 - زمانی که کسی از قواعد پس‌مانده یا نانوشته رفتار تخلف می‌کند، به احتمال زیاد دچار ناراحتی مشاهده‌گر خفیف می‌شویم.
 - * قواعد پس‌مانده ← قواعدی که هیچ‌کس تاکنون آن‌ها را تعلیم نداده است ولی با این حال ما آن‌ها را به صورت شهودی می‌دانیم و برای هدایت رفتارمان به کار می‌بریم.



۷- **تخلف از معیارهای اخلاقی و آرمانی** (این نگرش با این عقیده آغاز می‌شود که افراد باید به شیوه خاصی رفتار کنند).

۸- **کاربرد رویکرد شباهت خانوادگی** (اعضای خانواده از نظر چندین جنبه ثابت مانند قد، مو، رنگ چشم، و شکل بینی، دهان و گوش‌ها به یکدیگر شباهت دارند)

۲. **مفهوم نابهنجاری** می‌تواند به راحتی و اشتباهاً در مورد کلید طرز رفتارهایی به کار رود که جامعه در حال حاضر آن‌ها را ناخوشایند می‌داند. عناصر نابهنجاری نه آنقدر دقیق هستند و نه آنچنان کمی‌پذیر که هر کسی موافق باشد که یک رفتار یا شخص در یک طبقه جای گیرد.

۳. تعریف قاطع و روشنی برای بهنجاری و نابهنجاری وجود ندارد، زیرا عنصر واحدی که تمام موارد نابهنجاری در آن مشترک باشند و یا ویژگی منفردی که بهنجاری را از نابهنجاری متمایز کند، وجود ندارد.

۴. **بهنجاری** ← صرفاً فقدان نابهنجاری است. بهنجار بودن ← دارا بودن عناصر بسیار محدود نابهنجاری و با حداقل شدت، به طوری که هیچ مشاهده‌گر واجد شرایطی تشخیص نابهنجاری ندهد. * بهنجار بودن لزوماً به معنی شاد یا خوب زیستن نیست.

۵. برداشت‌های مربوط به نابهنجاری از **جهان‌بینی فرهنگ** سرچشمه می‌گیرد. اگر آن فرهنگ یک نظریه قانون طبیعی روح باورانه داشته باشد، نابهنجاری به صورت روح باورانه درنظر گرفته می‌شود. اگر آن فرهنگ علمی و ماده‌گرایانه باشد، به صورتی که امروز هست، نابهنجاری به صورت علمی درنظر گرفته خواهد شد.

۶. **گالن** مشاهده کرد که هم مردان و هم زنان بعد از دوره‌های پرهیز جنسی از نشانه‌های مشابهی رنج می‌برند. بنابراین او اعتقاد داشت که هیستری مبنای جنسی دارد، برداشتی که امروز وسیعاً پذیرفته شده است.

۷. **اعتقاد به جانورخویی** ← این اعتقاد اظهار می‌دارد که بین حیوانات و افراد دیوانه شباهت‌های زیادی وجود دارد.

۸. مسهل‌ها، خون‌گیری، و استفراغ اجباری، درمان‌های قرون هفدهم و هجدهم بودند. (این‌ها را هم برای افراد ضعیف و هم دیوانه به کار می‌بردند.)

۹. ژان مارتین شارکو، برجسته‌ترین عصب‌شناس قرن نوزدهم، در پی آن بود که تشنج‌های هیستریک را از تشنج‌هایی که توسط صرع ایجاد می‌شوند متمایز کند.

* شارکو برای اینکه هیستری را از اختلال‌های عصب‌شناختی دیگر متمایز کند از هیپنوتیزم استفاده کرد.

* شارکو مطالعه خود را به بیماران مرد نیز تعمیم داد، و اعلام داشت که نشانه‌های فلج، آسیب‌زا در مردان، با نشانه‌های فلج هیستریک یکسان هستند.

۱۰. اینکه چگونه یک اختلال روانی درمان شود و قویاً بستگی دارد به اینکه چگونه این اختلال درک شود.

۱۱. فلیپ پینل اصول آزادی و برابری را در مورد بیماران روانی اعمال نمی‌کرد. در واقع، او به لزوم کنترل و اعمال زور در مراقبت روانی اعتقاد داشت. ولی او تأکید داشت برای اینکه اعمال زور مؤثر واقع شود، باید روان‌شناختی باشد نه جسمانی.

۱۲. ویلیام توک در سال ۱۷۹۶ خلوت‌گاهی در یورک دایر کرد.

علت این نامگذاری این بود که از کلمات بدنامی چون «دیوانه‌خانه» و «تیمارستان» اجتناب ورزند.

بیماران میهمان بودند - مبنای مراقبت، مهربانی، ملاحظه، احترام و نزاکت و ارزش و متانت بود.

* در رابطه با درمان، دو اصل حاکم بر درمان عبارت بودند از: نیاز به احترام و ارزش قائل شدن برای کار، به ویژه کار بدنی. (این تأکید بر ارزش درمانی کار، منحصر به «خلوتگاه» بود).

* مزیت اخلاقی کار عمیقاً در فلسفه کواکر ریشه داشت.

۱۳. در قرن هفدهم، بیمارستان‌ها از نهادهایی به وجود آمدند که در اصل برای جای دادن و محبوس کردن فقرا، معلولین، محرومان و دیوانگان ایجاد شده بودند البته، دیوانگان را از ساکنان دیگر بیمارستان مجزا می‌کردند و آن‌ها را در معرض سوءاستفاده جنسی ظالمانه قرار می‌دادند. درمان در نخستین تیمارستان بر پایه این دیدگاه قرار داشت که دیوانگان فاقد عقل هستند و ویژگی‌های حیوانات را آشکار می‌سازند و از این رو می‌توان مانند حیوانات با آن‌ها برخورد کرد.

۱۴. در اواسط قرن هجدهم، به تدریج پی بردند که اختلال‌های روانی در اصل روان‌شناختی هستند و با روش‌های روان‌شناختی می‌توان آن‌ها را درمان کرد.

مسمر سعی داشت با ایجاد کردن، جریان مغناطیسم حیوانی را بازگرداند.

شارکو بعد از متمایز کردن تشنج‌های هیستریک از نشانه‌هایی که منشأ عضوی داشتند، اختلال‌های روانی را به وسیله هیپنوتیزم درمان می‌کرد.

هم بروئر و هم فروید برای ایجاد تخلیه هیجانی در بیماران هیستریک، از هیپنوتیزم استفاده می‌کردند.

۱۵. در پایان قرن هجدهم، درمان‌های جدید و انسانی‌تر برای دیوانگان تدارک دیده شد. بهترین بیمارستان‌ها بر نیاز به درمان اخلاقی و رعایت شأن بیمار تأکید کردند و نگهداشتن سوابقی از شرایط بیمار آن را، هم قبل از ورود آن‌ها به بیمارستان و هم در طول مدتی که تحت درمان قرار داشتند، آغاز کردند.

۱۶. الگوهای نابهنجاری: اینکه ما چه الگویی را دنبال کنیم و چگونه علت‌های نابهنجاری را تعریف کنیم به تعیین اینکه چگونه با نابهنجاری برخورد خواهیم کرد کمک می‌کند. هر رویکرد نابهنجاری را می‌توان یک الگوی نابهنجاری دانست. درمان حاضر، سه الگوی اصلی وجود دارد که گاهی اوقات برای اینکه نابهنجاری را بشناسند و آن را درمان کنند، مکمل یکدیگر و اغلب رقیب یکدیگرند.

۱- الگوی زیست پزشکی (معتقد است که نابهنجاری بیماری بدن است)
۲- الگوی روان پویایی (معتقد است که نابهنجاری توسط تعارض‌های درون شخصیت ما برانگیخته می‌شود)
۳- الگوی یادگیری (۲ رویکرد را شامل می‌شود ← رویکرد رفتاری (معتقد است ما از طریق شرطی‌سازی یاد می‌گیریم که نابهنجار باشیم و می‌توانیم این روش‌های ناسازگارانه رفتار کردن را یادگیری زدایی کنیم) و رویکرد شناختی (معتقد است نابهنجاری ناشی از فکر هشیار آشفته در مورد خود و دنیاست)
* وقتی ما روی یک سطح از شواهد تمرکز می‌کنیم، ممکن است از شواهد مهم‌تر دیگر غفلت کنیم، انواع نابهنجاری به قدری زیاد است که ما باور نداریم یک الگوی ویژه نابهنجاری بتواند تمامی اختلال‌های روانی را تبیین کند.

۱۷. اختلال فلج عمومی: با ضعف دست‌ها و پاها شروع می‌شود به نشانه‌های نامتعارف بودن و بعد به هذیان‌های عظمت می‌انجامد، یعنی شخص به صورت کاذب تصور می‌کند که از آنچه واقعاً هست مهم‌تر است. این اختلال در نهایت به فلج کلی، منگی، و مرگ منجر می‌شود.

۱۸. نشانه‌های آشکار سیفلیس - زخم‌های روی اندام‌های تناسلی - ممکن است ظرف چند هفته ناپدید شوند، اما بیماری خیر. این بیماری به طور مخفیانه به دستگاه عصبی مرکزی حمله می‌کند.

۱۹. علاوه بر اینکه کشف کرد یک میکروب خاص علت فلج ناقص است، دنیای پزشکی را از چیز کلی‌تری مطمئن کرد: که بیماری روانی می‌تواند صرفاً یک بیماری جسمانی باشد. این اولین اصل، و دست‌ورکار حوزه روان پزشکی زیستی شد ← اما کرافت - اپنیک

۲۰. دومین سبب‌شناسی زیست پزشکی است که می‌تواند پژوهشگران را وا دارد تا اختلال روان‌شناختی را بیماری جسمانی بدانند ← ژنتیک



۲۱. ژن‌ها و اسکیزوفرنی:

یک حالت روان‌پریشی حاد - تقریباً یک درصد جمعیت جهان به آن دچار می‌شوند - معمولاً در نوجوانی یا اوان بزرگسالی شروع می‌شود - موجب تفکر، ادراک، و زبان بسیار آشفته می‌گردد - در جوامع عملکرد ضعیفی دارند - مطالعات از تأثیر علی ژن‌ها خبر می‌دهند نه تعیین ژنتیکی (هماهنگی دوقلوهای یک تخمکی فقط ۵۰ درصد است، چون کمتر از ۱۰۰ درصد است، پس ژن‌ها نمی‌توانند کل ماجرای سبب‌شناسی باشند).

۲۲. نه تنها بیماری روانی، بلکه تقریباً تمام شخصیت می‌تواند مؤلفه ژنتیکی داشته باشد.

* فرزندان مجرمان از فرزندان که با والدین مجرم مواجه نبوده‌اند، به مراتب بیشتر مرتکب جرم می‌شوند.

* فقدان وجدان، یا لحظه‌ای فکر کردن و یا پرخاشگری - می‌تواند ارثی باشند.

* مفهوم در ژن‌های بزهکار، معنای چندانی ندارد، اما مفهوم موروثی بودن گرایش‌های بزهکار معنای علمی معقولی دارد.

* داشتن یک پدر خوانده بزهکار، خطر بزهکار شدن پسر را افزایش نمی‌دهد.

* اگر پدر زیستی بزهکار ولی پدر خوانده بزهکار نبود، ۲۲ درصد پسرها بزهکار بودند.

* اگر هم پدر زیستی و هم پدرخوانده بزهکار بودند، میزان جرم پسرها ۳۶/۲ درصد بود یعنی سه برابر پسرهای پدران غیر بزهکار.

(برای ارتکاب جرم یک آمادگی زیستی وجود دارد. اگر این آمادگی وجود داشته و پسر توسط یک پدر بزهکار پرورش یافته باشد، در معرض خطر زیادی قرار دارد - مؤلفه یادگیری)

۲۳. فرضیه دوپامین می‌گوید: رفتار اسکیزوفرنیک توسط مقدار بسیار زیاد دوپامین در مغز ایجاد می‌شود.

۲۴. انسداد دوپامین: داروهایی که معمولاً نشانه‌های اسکیزوفرنی را برطرف می‌کنند مقدار مصرفی دوپامین در مغز را نیز کاهش می‌دهند. این داروها به طور کامل بیماری را درمان نمی‌کنند، بلکه آن توهمات و هذیان‌ها را کاهش می‌دهند - تمرکز را بهبود می‌بخشند - و نشانه‌های اسکیزوفرنیک را کمتر نامأنوس می‌کنند (به این عمل، انسداد دوپامین گفته می‌شود)

* داروها با چسبیدن به سلول‌های عصبی موجود در مغز که دوپامین دریافت می‌کنند، دوپامین را مسدود نموده و بدین ترتیب از رسیدن طبیعی آن به این گیرنده‌ها جلوگیری می‌کنند.

۲۵. مغز به صورت یک سلسله مراتب از پایین به بالا سازمان یافته، سطوح عالی‌تر عموماً کارکردهای انتزاعی، شناختی و ارادی را کنترل می‌کنند.

* توالی نشانه‌های اختلال‌های پیری می‌توانند توسط الگوی زیست پزشکی توجیه شوند که می‌گوید سطوح عالی‌تر کارکرد مغز ابتدا مختل می‌شوند و اختلال دستگاه‌های پایین‌تر به دنبال آن رخ می‌دهد.

* **نشانه‌های اختلال‌های پیری** ← مشکلات موجود در سازگاری با موقعیت‌های جدید، سردرگمی درباره اینکه چه موقعی وقایع اتفاق می‌افتد - از دست دادن ادواری حافظه - از دست دادن مهارت‌های شخصی، توانایی‌ها و عادت‌های اجتماعی - ناتوانی در انجام دادن کارکردهای اساسی بدن.

۲۶. مغز به صورت یک سلسله مراتب سازمان یافته است.
سطوح پایین‌تر آن (مغز پسین و میان مغز) کارکردهای غیرارادی را کنترل می‌کنند.
سطوح بالا (پیش مغز) کارکردهای ارادی را کنترل می‌کنند.
* **بصل النخاع** کارکردهایی چون ضربان قلب، گردش خون، و تنفس را کنترل می‌کند.
* **مخچه** تعادل بدن و هماهنگی عضلانی را کنترل می‌کند.
* **مغز میانی** چند واکنش حرکتی و چند کارکرد شنوایی و بینایی را کنترل می‌کند.
* **هیپوتالاموس** در رفتار مربوط به نوشیدن، خوردن، کنترل دما و فعالیت جنسی درگیر است.
* **تالاموس** از حواس درون‌داد می‌گیرد و آن را به قشر مخ می‌فرستد، که این به نوبه خود برای تفکر، حافظه، برنامه‌ریزی، و عمل ارادی حیاتی است.
ابتدا سطوح بالاتر مختل می‌شوند و به دنبال آن کژکاری دستگاه‌های پایین‌تر رخ می‌دهد. این کژکاری می‌تواند اختلال‌های جسمانی و روانی را توجیه کند.

۲۷. **حافظه درازمدت** می‌تواند توسط آسیب کلی، نظیر وارد شدن ضربه به سر، یا در اثر کمبود ویتامین B_۱، لطمه ببیند.

۲۸. مناطقی از مغز که به ویژه فعال هستند از مناطق مغزی که کمتر فعال هستند، بیشتر رادیواکتیو خواهند شد.

۲۹. شواهدی که می‌گویند بیماری روانی در واقع بیماری جسمانی است از چهار منبع ناشی می‌شوند ← (۱) میکروب‌ها، ژن‌ها (۲) نارسایی زیست شیمیایی و (۳) کژکاری کالبدی
این معنی ضمنی صریحی برای درمان دارد: **بهبودی فقط از طریق رهایی از بیماری جسمانی حاصل می‌شود.**

۳۰. درمان در الگوی زیست پزشکی، به جز موارد استثنایی، به صورت تک بعدی صورت می‌گیرد: **داروها**

۳۱. **انقلاب‌ها در روان پزشکی:**

انقلاب اول ← برداشتن زنجیره‌های دیوانگان توسط فیلیپ پینل.

انقلاب دوم ← با نظریه‌های فروید شروع شد.

انقلاب سوم ← داروها



* داروها با الگوی زیست پزشکی هماهنگ هستند، و ساختن داروها روان‌پزشکان را از شک‌گرایی موهن همکاران سنتی آن‌ها نجات داد - داروها ارزان هستند و تأثیر آن‌ها فوری است - داروها تجارت بسیار بزرگی هستند. همه این عوامل به گسترش این انقلاب سوم کمک کردند.

۳۲. داروهای ضد روان‌پریشی آثار جانبی تولید می‌کنند که محسوس‌ترین آن‌ها عبارتند از: ضربان قلب نامنظم - فشارخون پایین - بیقراری غیرقابل کنترل - بی‌حرکتی صورت بیمار را از توانایی لبخند زدن محروم می‌کند - رعشه و لخلخ راه رفتن

* بدتر از همه این‌ها **دیسکینزی دیررس** (پرشانی حرکتی دیررس) است، و علت آن این است که داروها چیزی را که در کنترل حرکتی مغز است نابود می‌کنند که هنوز معلوم نیست چیست.

افراد مبتلا به این حالت، مانند قورباغه‌ای که حشره‌ای را شکار کرده است، لب‌های خود را با صدای ملج ملوج می‌مکند. بین یک چهارم و یک سوم بیمارانی که داروهای ضد روان‌پریشی مصرف می‌کنند دچار دیسکینزی دیررس می‌شوند.

۳۳. داروهای ضد افسردگی نیز مانند داروهای ضد روان‌پریشی، آثار جانبی دارند: بازدارنده‌های MAO، مانند ایپرونیاژید، می‌توانند مهلک باشند.

ترکیبات سه حلقه‌ای ملایم‌ترند، اما می‌توانند مشکلات قلبی، مانی، گیجی و از دست دادن حافظه، و خستگی شدید ایجاد کنند.

۳۴. بازدارنده‌های جذب مجدد سروتونین: مانند پروزاک، خواب‌آلودگی، خشکی دهان، و عرق‌ریزی کمتری از ترکیبات سه حلقه‌ای ایجاد می‌کنند، اما آن‌ها نیز موجب تهوع، ناآرامی و بی‌خوابی می‌شوند.

۳۵. تسکین قوی مانی از لیتیوم کربنات به دست می‌آید.

لیتیوم در فرو نشاندن دوره‌های مانیک مؤثرتر از دوره‌های افسردگی در بیماری مانیک - دپرسیون است. اگر این دارو به طور منظم در فواصل بین دوره‌ها مصرف شود، می‌تواند از دوره‌های مانیک نیز پیشگیری کند.

* **مشکل اصلی این دارو** - بسیاری از افراد مانیک از مصرف آن خودداری می‌کنند زیرا آن‌ها احساس مانیک بودن را دوست دارند.

۳۶. در اواسط دهه ۱۹۵۰، میل تاون (مپروبامیت) برای اولین بار در مورد بیماران مضطرب به کار برده شد. لیبریوم (کلردیازپوکسید) جایگزین میل تاون شد.

و والیوم (دیازپام) پنج برابر قوی‌تر است، جای لیبریوم را گرفت.

هرچه شما داروهای ضد اضطراب را به مدت طولانی‌تر مصرف کنید، کمتر مؤثر واقع می‌شوند، و احتمالاً اعتیادآورند.

* این داروها بر دو اختلال اضطراب اساسی تأثیری ندارند، اختلال وحشت‌زدگی و اختلال اضطراب فراگیر.

درمان‌های دارویی

اختلال	درمان دارویی	اثر بخشی	عوارض جانبی
اسکیزوفرنی	داروهای ضد روان پریشی	اکثریت بهبودی نسبی نشان می‌دهند	ضربان قلب نامنظم، فشارخون پایین، بی‌قراری کنترل نشده، دیسکینزی دیررس، بی‌حرکی صورت
افسردگی	بازدارنده‌های MAO	اکثریت بهبودی متوسط نشان می‌دهند.	مسمومیت
	ترکیبات سه حلقه‌ای	اکثریت بهبودی متوسط نشان می‌دهند	مشکلات قلبی، مانی، گیجی، از دست دادن حافظه، خستگی شدید
	بازدارنده‌های جذب مجدد سروتونین (مثل پروزاک)	اکثریت بهبودی متوسط نشان می‌دهند.	تهوع، نآرامی، بی‌خوابی، اشتغال ذهنی، احتمال به خودکشی
مانیک-دپرسیون	لیتیوم	اکثریت قریب به اتفاق بهبودی قابل ملاحظه‌ای نشان می‌دهند	مشکلات قلبی، مشکلات معده - روده‌ای
اضطراب روزمره	داروهای ضد اضطراب (مثل، میل تاون، لیبریوم، والیوم)	اکثریت قابل ملاحظه بهبودی کوتاه مدت نشان می‌دهند.	هرچه طولانی‌تر مصرف شوند اثر کمتری دارند، می‌توانند اعتیادآور باشند.
فوبی‌های خاص	داروهای ضد اضطراب	تسکین کم	می‌توانند اعتیادآور باشند
فوبی اجتماعی	بازدارنده‌های MAO	اکثریت بهبودی نشان می‌دهند.	می‌توانند اعتیادآور و مسموم‌کننده باشند
وحشتزدگی	داروهای ضد اضطراب (مثل اکزاناکس)	نیمی از افراد بهبودی نشان می‌دهند	هرچه طولانی‌تر مصرف شوند کمتر مؤثر واقع می‌شوند، می‌توانند اعتیادآور باشند.
فوبی مکان‌های باز	ترکیبات سه حلقه‌ای	اکثریت بهبودی متوسط نشان می‌دهند	مشکلات قلبی، مانی، گیجی، از دست دادن حافظه، خستگی شدید
	بازدارنده‌های MAO	اکثریت بهبودی متوسط نشان می‌دهند	مسمومیت
اختلال اضطراب فراگیر	داروهای ضد اضطراب	بهبودی کم تا هیچ بهبودی	می‌توانند اعتیادآور باشند.

۳۸. الگوی زیست پزشکی توالی روش‌های به خوبی تعریف شده‌ای دارد، نشانگان، سبب‌شناسی و درمان.

۳۹. تغییر توأم ژن - محیط می‌تواند در اثر مداخله قطع شود و از این راه حتی در جزء ارثی شخصیت تغییر رخ دهد.

۴۰. قوت‌های الگوی زیست پزشکی عبارتند از اینکه این الگو براساس علوم زیست شناختی ریشه‌دار قرار دارد، و درمان‌های جسمانی اغلب می‌توانند موجب تسکین شوند.

* **ضعف‌های الگوی زیست پزشکی عبارتند از اینکه** شواهد مربوط به ادعاهای اساسی آن ناقص‌اند - درمان‌های روان‌شناختی نیز قادرند افرادی را که مشکلات روان‌شناختی دارند تسکین دهند - برخی از مشکلات آسیب شناختی روانی، مشکلات زندگی هستند، و اغلب درمان‌های زیست پزشکی عوارض جانبی دارند.

۴۱. در مورد سبب‌شناسی یک اختلال، چهار نوع شواهد دلالت بر آن دارند که اختلال روانی، بیماری جسمانی است: **کشف میکروبی** که علت بیماری است، **انتقال ارثی** آن اختلال، **بی‌نظمی زیست شیمی** یا **کالبدشناسی اعصاب مغز** که موجب اختلال می‌شود، یا ترکیب ژنتیک و سبب‌شناسی زیست شیمیایی.

۴۲. تمام پدیده‌های روان‌شناختی را می‌توان به پدیده‌های زیستی کاهش داد و به وسیله آن‌ها تبیین کرد
← **کاهش‌گری**

۴۳. کاهش‌گر به روان‌پریشی پلاگر به عنوان موردی آشکار از اختلال به ظاهر روان‌شناختی اشاره می‌کند که می‌تواند کاملاً به یک اختلال زیستی کاهش یابد.

* **در روان‌شناسی پلاگر**، افرادی که قبلاً سالم بوده‌اند به گیجی، هیجان نامناسب (مثل لبخند زدن و خندیدن به رویدادهای مصیبت‌بار) توهمات، و روان‌آشفته‌گی مبتلا می‌شوند.

۴۴. **ضد کاهش‌گر** اعتقاد دارد که حداقل چندین پدیده روان‌شناختی وجود دارند که نمی‌توانند به پدیده‌های زیستی کاهش یابند، ضد کاهش‌گر برای اینکه نشان دهد یک پدیده زیستی می‌تواند به وسیله یک حالت روانی نه جسمانی ایجاد شود، به عنوان نمونه به «**کوتولگی محرومیت**» اشاره می‌کند.

در کوتولگی محرومیت، کودکی که در یک محیط استرس‌زا مثل خانواده بهره‌کش زندگی می‌کند، رشد نمی‌کند. این کودک می‌تواند فاقد برون‌داد هورمون‌های رشد باشد و نشان دهد که دچار کژکاری غده هیپوفیز است. این کودک از خانواده به پرورشگاه منتقل، هورمون‌های هیپوفیز طبیعی می‌شوند و جهش رشد آغاز می‌گردد ← بیانگر آن است که یک حالت روانی زیربنایی در هورمون رشد تغییرات زیستی ایجاد می‌کند.

۴۵. افراد از تولد تا بالندگی چهار مرحله همپوشی رشد روانی جنسی را طی می‌کنند: مراحل دهانی، مقعدی، آلتی، نهفتگی و تناسلی.

* روان‌کاوان این نوع این نوع بالیدگی را روانی جنسی می‌خوانند زیرا بر روابط بین ذهن و لذت تأکید دارد.
 * مدت‌ها قبل از اینکه تمایلات جنسی شکل بزرگسال خود را بگیرد، انرژی جنسی به صورت لیبیدو وجود دارد. (لیبیدو انرژی روانی است که می‌تواند با تعداد زیادی از فعالیت‌های لذت‌بخش در ارتباط باشد)

مراحل رشد روانی جنسی

مرحله	سن (سال)	نواحی شهوت‌زا	حل تعارض
دهانی	۰-۲	دهان، زبان	اعتماد
مقعدی	۲-۴	ناحیه مقعد	خودمختاری
آلتی	۳-۶	اندام‌های تناسلی	هماندسازی با والد همجنس
نهفتگی	۶-۱۲	(غیرجنسی)	تسلط اجتماعی و مهارت‌های شناختی
تناسلی	۱۳ -	روابط دگر جنس خواه	عشق و شایستگی در کار

۴۶. تناسلی بودن کامل شامل توانایی‌های عشق ورزیدن و کار کردن است.

۴۷. روان‌کاوان برای نشان دادن انتقال انرژی‌های لیبیدویی از کامروایی‌های نسبتاً خودشیفته‌وار به کامروایی‌هایی نظیر عشق و کار که دیگران را خشنود می‌کنند و بسیار اجتماعی هستند، اصطلاح **والایش** را به کار می‌برند.

۴۸. فروید معتقد است که شخصیت انسان از سه نوع نیرو ساخته می‌شود: نهاد، من، و فرامن
 * این‌ها نه شیء هستند نه مکان‌هایی در ذهن بلکه، آن‌ها فرایندهای پویا و تأثیرگذار بر یکدیگر هستند که هریک خاستگاه و نقش ویژه خود را دارند.

* **واژه id (نهاد)** از "es" آلمانی به معنی "it" سرچشمه می‌گیرد ← به فرایندهایی اشاره دارد که به نظر می‌رسد از کنترل فرد خارج باشند.

* **ego (من)** به آلمانی یعنی "ich" یا "I" ← به توانایی‌هایی اشاره دارد که فرد را قادر می‌سازند تا با واقعیت کنار آید.

* **superego (فرامن)** که به آلمانی "Uberich" یا "overI" ← فرایندهایی را توصیف می‌کند که «فراتر از خود» یعنی وجدان، آرمان‌ها، و اصول اخلاقی هستند.

سه فرآیند شخصیت

فرایند	اصل	ارتباط با واقعیت	ویژگی‌ها
نهاد	اصل لذت	خیر	هدف آن دستیابی به ارضای فوری سابق‌های زیستی است
من	اصل واقعیت	بلی	تکانه‌ها را به سوی هدف‌هایی هدایت می‌کند که مناسب هستند و می‌توان به آن‌ها دست یافت.
فرامن	(آرمان‌گرایی)	خیر	اعمال را به سوی اخلاقیات، مذهب، و آرمان‌ها هدایت می‌کند.



۴۹. بیانگر بازنمایی ذهنی فرایندهایی است که اصولاً منشأ زیستی دارند - در نوزادان، تقریباً تمام انرژی روانی صرف این فرایندهای زیستی می‌شود - در جریان رشد، فرایندهای آن به سوخت‌رسانی شخصیت ادامه می‌دهند و برای انواع فعالیت‌هایی که در ارتباط با رشد روانی و بقای زیستی هستند، انرژی تأمین می‌کنند
— نهاد

۵۰. سابق‌های زیستی، خام، فوری، و مضّر هستند. این ساقی‌ها تحت سلطه اصل لذت قرار دارند، که خواستار ارضای فوری تکانه و کاهش تنش است — نهاد

۵۱. مانند یک کودک نازپرورده است - آنچه را که می‌خواهد بدون تأخیر طلب می‌کند — نهاد

۵۲. به دنبال واقعیت است - از اصل واقعیت پیروی می‌کند - واقعیت را می‌آزماید - تکانه‌های نهاد را تا زمان مناسب به تأخیر می‌اندازد و حتی می‌تواند این تکانه‌ها را به سوی هدف‌های مناسب تغییر جهت دهد — من

۵۳. فروید — (رابطه من با نهاد) — رابطه سوارکار با اسبش
* اسب انرژی محرکه تأمین می‌کند، در حالی که سوارکار از امتیاز تصمیم‌گیری درباره هدف و هدایت حرکت قدرتمند حیوان برخوردار است.

۵۴. فرایندهایی که وجدان و تلاش‌های آرمانی را دربرمی‌گیرد — فرایندهای فرمان

۵۵. از طریق والدین کسب می‌شود - از حل نیرومند تعارض ادیپی ناشی می‌شود، و به درونی ساختن دیدگاه‌های جامعه درباره اینکه کدام افکار، تکانه‌ها و رفتارها مجاز و غیرمجاز هستند، و اینکه چه هدف‌ها و آرمان‌هایی باید دنبال شوند، می‌انجامد — وجدان

۵۶. فرایندهای آن، درست مانند فرایندهای نهاد، غیرمنطقی هستند؛ نه به واقعیت اهمیت می‌دهند و نه آگاهی چندانی از آن دارند — وجدان

۵۷. تکانه‌های نهاد، مانند بسیاری از فرایندهای فرمان، کاملاً ناهشیار هستند، در مقابل، چون فرایندهای من باید بین امیال، وجدان، و واقعیت میانجیگری کنند، اغلب نیمه هشیار یا هشیارند.

۵۸. نظریه روان پویایی نوین به اینتروکوسم می‌پردازد، یعنی فضای روان‌شناختی ذهنی پهناور در درون هریک از ما که مخزن تجربه شخصی است.



۵۹. «اولین خود» که بین ماه‌های دوم و ششم زندگی کودک نمایان می‌شود، افراد از آن آگاه نیستند - حس جدا بودن، انسجام، و هویت را به شخص می‌دهد - «خود هسته‌ای»

۶۰. خود هسته‌ای چهار ویژگی بسیار مهم دارد -

(۱) حس نفوذ را شامل می‌شود.

(۲) حس وحدت شخصی

(۳) این احساس که هیجان‌هایی که شخص تجربه می‌کند جزئی از او هستند.

(۴) به حس تاریخچه شخصی کمک می‌کند (ادراک تداوم ما در زمان)

۶۱. خودی که حدود هفت تا نه ماهگی نمایان - به پرورش ذهنیت متقابل کمک می‌کند (احساس اینکه ما تصمیمات و احساس‌های یکدیگر را می‌فهمیم و در مورد چیزها و رویدادها، تجربیات مشابهی داریم) - «خود ذهنی»

۶۲. خودی که حدود پانزده تا هجده ماهگی - از راه به کارگیری نمادها و زبان پرورش می‌یابد - «خود کلامی»

۶۳. افراد با اهمیتی که برای انسجام شخصیت حمایت فراهم می‌آورند، خود - اشیاء نامیده می‌شوند.

۶۴. خود - اشیاء - افراد و اشیایی که هریک از ما برای اینکه کارکرد شخصیت‌مان را در سطح بهینه‌نگر داریم بدان‌ها محتاجیم. مفهوم خود - اشیاء بر اهمیت محیط برای کارکرد بهینه شخصیت تأکید دارد.

۶۵. روش‌هایی که ذهن به وسیله آن‌ها رویدادهای روانی دردناک را تغییر می‌دهد - «راهبردهای کنار آمدن یا مکانیزم‌های دفاعی»

۶۶. اینکه آیا سرکوبی رخ دهد یا نه، حداقل تا اندازه‌ای بستگی دارد به درجه‌ای که یک تجربه یا خاطره یا خودپنداره در تعارض قرار دارد.

۶۷. واکنش وارونه؛ در واقع مورد خاصی از جانشین‌سازی احساس گسترده‌تر است، که دستیابی به آن راحت است، زیرا احساس‌ها اغلب بسیار زودگذرند و نامیدن آن‌ها دشوار است. * واکنش وارونه می‌تواند به ویژه در مانی اهمیت داشته باشد.



* مانی ← در این بیماری، افراد به گونه‌ای رفتار می‌کنند که انگار سرشار از شادی و انرژی بی‌پایان هستند، ولی آدم احساس می‌کند که تجربه واقعی آن‌ها غمگینی و افسردگی است، که علیه آن یک واکنش وارونه ایجاد شده است.

* واکنش وارونه در **فوبی تقابلی** نیز دیده شده است به طوری که افراد دقیقاً آن فعالیت‌هایی را دنبال می‌کنند که عمیقاً از آن‌ها می‌ترسند.

۶۸. همانندسازی ← بیانگر فرایندی است که به وسیله آن ویژگی‌های دیگران را درونی می‌سازیم - افکار، ارزش‌ها، اطوار قالبی، مقام، و قدرت آن‌ها را **همانندسازی ضد** فراکنی است.

* راهبرد بسیار متداولی برای چیره شدن بر ترس و بی‌کفایتی است.

همانندسازی قویاً به حساسیت افراد به زمینه متکی است.

* فرایندهای قدرتمند همانندسازی در اوایل زندگی رخ می‌دهند. این فرایندها بانی پرورش عقاید ما، یا طرحواره‌های «مادر»، «پدر»، «شوهر»، «همسر»، «مرد»، «زن» و موارد مشابه هستند.

* فرایندهای همانندسازی، اعتقادات ما را درباره اینکه چه کسی می‌خواهیم باشیم، هدایت می‌کنند.

* همانندسازی به ویژه راهبرد مفیدی برای کنار آمدن با ترس است.

* **همانندسازی نقش بسیار مهمی در دیدگاه‌های روان پویشی افسردگی ایفا می‌کند** (افرادی که افسرده هستند، شدیداً از خود خوارشماری، احساس‌های بی‌ارزشی، و تکانه‌های خودکشی رنج می‌برند - اینگونه احساس‌ها از عمل مشترک سوگواری و همانندسازی ناشی می‌شوند)

۶۹. انکار: سرکوبی واقعیت‌های درونی را از میان می‌برد، **انکار** واقعیت‌های بیرونی ناراحت‌کننده را برطرف می‌کند.

* زمانی رخ می‌دهد که احساس امنیت و دوست‌داشتنی بودن ما تهدید شده باشد.

* اغلب زمانی به کار برده می‌شود که افراد تهدید به مرگ شده باشند.

۷۰. جداسازی:

در سرکوبی و انکار، مؤلفه‌های عاطفی و اطلاعاتی هر دو حذف می‌شوند،

در جداسازی فقط مؤلفه‌های عاطفی (که منابع استرس هستند) سرکوب می‌شوند، حال آنکه اطلاعات حفظ می‌شود.

* جداسازی می‌تواند یک راهبرد سازنده نیز باشد. پدر یا مادری که مسئولانه فرزندش را توبیخ می‌کند.

* جداسازی به صورت سازنده اجازه می‌دهد که این مسائل هیجانی از ورود به هشیاری منع شوند.

۷۱. توجیه عقلی: توجیه عقلی در ارتباط با انکار و جداسازی، عبارت است از سرکوب کردن مؤلفه هیجانی تجربه، و از نو بیان کردن آن به صورت یک تحلیل عقلانی انتزاعی

۷۲. **دلیل تراشی:** فرایند نسبت دادن انگیزه‌های جامعه پسند به رفتار است که یک بررسی بی‌طرفانه آن را اثبات نخواهد کرد.

* دلیل تراشی نقش مهمی را در پرورش **خود بیمار انگاری** بازی می‌کند (عقیده راسخ به اینکه بیمار است یا قرار است بیمار شود در حالی که شواهد پزشکی برای آن وجود ندارد)
* گرایش به دلیل تراشی اغلب به وسیله برانگیختن واکنش‌های مثبت دیگران، حمایت می‌شود.

۷۳. **والایش:** فرایند هدایت کردن مجدد انرژی‌های روانی از هدف‌های جامعه ناپسند به هدف‌های سازنده جامعه پسند است.

* استعدادهای عشق، کار، نوع‌دوستی، و حتی شوخی شامل این‌گونه هدایت مجدد تکانه‌های خام جنسی و پرخاشگرانه هستند.
* ارضای عشق و کار، اغلب اضطراب‌هایی را که آن‌ها ایجاد می‌کنند به همراه دارند. بنابراین، از دید فروید، والایش به همان اندازه که سازنده است، شکننده نیز هست.

۷۴. **دفاع‌ها** که از اضطراب سوخت‌گیری می‌کنند، تجربه هشیار را به شیوه‌های شگفت‌آوری شکل می‌دهند و انتخاب دفاع، به علاوه پختگی آن، ماهیت تجربه ذهنی و نیرومندی کنار آمدن را دیکته می‌کند.

۷۵. نظریه‌پردازان وجودی به سه موضوع پی برده‌اند «ترس از مردن، مسئولیت شخصی، و اراده

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

استثنایی بودن ← (قوانین طبیعت به جز خود شخص در مورد تمام موجودات فانی اجرا می‌شوند)
عقیده استثنایی بودن زیربنای چندین منش بارزش است. شهامت جسمانی (شخص مصون از تعرض است) جاه‌طلبی و تلاش، و به خصوص تلاش برای قدرت و کنترل می‌تواند به همین علت باشند.
در نهایت، اعتقاد ناهشیار شخص به استثنایی بودن می‌تواند به طیفی از اختلال‌های رفتاری نیز منجر شود.
هم‌جوشی ← (آن‌ها با پیوستن به دیگران و خود را نامتمایز دانستن از آن‌ها امید دارند که سرنوشتشان با آن‌ها گره بخورد).

۷۷. **شناختن و پذیرفتن**، شاخص‌های تقریباً همه درمان‌های خوب هستند.

* آن‌ها موجبات ابراز احساس‌هایی را فراهم می‌آورند که به نظر می‌رسد تاکنون مهار شده، و حتی غیرمجاز بوده‌اند.

۷۸. **فرایندهای روانی** زیربنای رفتارهای بهنجار و نابهنجار اساساً یکی هستند.

نه تعارض، نه اضطراب، نه دفاع، و نه فرایندهای ناهشیار تنها ویژگی افراد نابهنجارند.
پیامد تعارض و ماهیت دفاع تعیین خواهد کرد که آیا رفتار بهنجار است یا نابهنجار.



۷۹. **فروید سه سطح هشیاری را معرفی کرد:** هشیاری ادراکی، نیمه هشیار و ناهشیار. * توده بزرگ خاطره، تجربه و تکانه در ناهشیار قرار دارد (شامل خاطرات فراموش شده و خاطرات سرکوب شده)

۸۰. سه نوع اضطراب وجود دارد: اضطراب واقع‌بینانه، اضطراب روان رنجور، و اضطراب اخلاقی. افراد برای کاهش دادن اضطراب از راهبردهای کنار آمدنی چون سرکوبی، فرافکنی، واکنش وارونه، جابه‌جایی، همانندسازی، انکار، جداسازی، توجیه عقلی، دلیل‌تراشی و والایش استفاده می‌کنند. این راهبردها در چهار سطح ← راهبردهایی که کمتر به واقعیت آسیب، پخته‌تر

۸۱. **وجود نگرها** اغلب دو نوع اراده را فرض می‌کنند: **اراده ترغیبی** ← (ما را وادار می‌سازد کاری را انجام دهیم که می‌دانیم باید انجام دهیم)، و **اراده هدف‌گرا** ← (زمانی برانگیخته می‌شود که ما آزادانه هدف‌هایمان را انتخاب می‌کنیم و می‌خواهیم آن‌ها را تعقیب کرده و بدان‌ها دست یابیم).

۸۲. درمان **مراجع‌مدار** بر نقش **توجه مثبت نامشروط** و همدلی و صمیمیت درمانگر در قادر ساختن افراد برای چیره شدن بر حالت دفاعی‌شان و روشن کردن و پذیرفتن تجربه‌هایشان تأکید می‌کند.

۸۳. **دیوید هیوم:** بانفوذترین تجربی‌نگر، اظهار داشت پیوندهایی که ما بین اندیشه‌ها برقرار می‌کنیم به دو اصل ساده کاهش می‌یابند: **شباهت و مجاورت**. * از طریق شباهت اندیشه تصویر هر فردی شبیه به نظر می‌رسد و از این رو باعث می‌شود که ما به فرد واقعی فکر کنیم. * از طریق مجاورت، یا پیوند زمانی یا مکانی، تجسم یک قسمت از صورت، تجسم باقی صورت را به یاد خواهد آورد. برای هیوم، علت و معلول به مجاورت کاهش می‌یابد: وقتی A، B را به دنبال دارد، معتقدیم که A علت B است. * رفتارگرایی از همین سنت تجربی‌نگر پدید آمد.

۸۴. عبارت است از یادگیری یک پاسخ براساس مجاورت CS و US ← **فراگیری** برحسب پاسخی که قرار است آموخته شود، معمولاً فراگیری به سه تا پانزده **همابندی** نیاز دارد. عبارت است از دست رفتن نیروی CS برای تولید کردن پاسخی که قبلاً فراگیری شده است ← **خاموشی** * در شرطی‌سازی پاولفی دو فرایند اساسی وجود دارد ← **فراگیری** و **خاموشی**

۸۵. گرایش وقوع یک پاسخ به محرک‌های مشابه با محرکی که به آن شرطی شده است ← **تعمیم محرک**
نشان دادن CR به CS که با US همایند شده و نشان ندادن CR به محرک‌های مشابهی که با نبود US همایند شده‌اند ← **تمیز**

CR ← پاسخ شرطی

CS ← محرک شرطی

UR ← پاسخ غیرشرطی

US ← محرک غیرشرطی

۸۶. **بنابر توجیه رفتاری**، مکانیزم اساسی تمام حالت‌های هیجانی اکتسابی، همایندی موضوع خنثی (CS) با حالت هیجانی غیرشرطی (US) است. موضوع خنثی در اثر همایندی کافی، حالت خنثی خود را از دست می‌دهد، به صورت یک CS درمی‌آید، و به تنهایی حالت هیجانی (CR) را تولید می‌کند.

۸۷. بنا بر دیدگاه رفتاری، نشانه اختلال، خود اختلال است.

۸۸. **خوش‌بینی درمانی دیدگاه رفتاری** مستقیماً از نگرش آن نسبت به علت اختلال ناشی می‌شود. اگر اختلال‌ها نشانه‌ها هستند و آسیب نهفته‌ای را منعکس نمی‌کنند، پس برطرف کردن نشانه‌ها، اختلال را مداوا خواهد کرد.

۸۹. دو نوع درمان **پاولفی** که مستلزم خاموشی هستند در مورد فوبی‌ها و اختلالات اضطرابی دیگر به کار برده شده‌اند.

۱) غرقه‌سازی، یا مواجهه سازی ← (بیمار فوبیک را برای چند ساعت متوالی در موقعیت فوبیک غرق می‌کند (به صورت واقعی یا تجسمی))

۲) حساسیت‌زدایی منظم ← (توسط ژوزف ولپی، روان‌پزشک اهل آفریقای جنوبی ابداع شد). بیمار فوبیک یک سری صحنه‌ها را که به تدریج ترسناک‌تر می‌شوند تجسم می‌کند که شامل موضوع فوبیک (GS) هستند و همزمان با آن، پاسخی می‌دهد که با ترس مغایر یا ناسازگار است.

۹۰. **ثرن‌دایک** برای توجیه کردن یافته‌هایش، «**قانون اثر**» را تدوین کرد ← وقتی در یک موقعیت محرک معین، پاسخی داده می‌شود و پیامدهای مثبتی را در پی دارد، آن پاسخ تکرار خواهد شد؛ وقتی پاسخی پیامدهای منفی در پی دارد، تکرار نخواهد شد.

* مطالعات ثرن‌دایک، همانند پاولف، روش عینی برای بررسی ویژگی‌های یادگیری بود.

۹۱. اسکینر بود که مفاهیم اساسی شرطی‌سازی کنشگر را تدوین کرد.



۹۲. سه مفهوم اساسی اسکینر: (۱) تقویت‌کننده (مثبت و منفی) (۲) کنشگر (۳) محرک تمیزی
- (۱) تقویت‌کننده مثبت: رویدادی که احتمال وقوع پاسخی را که قبل از آن واقع می‌شود افزایش می‌دهد (به رفتار پاداش تقویت می‌دهد)
- تقویت‌کننده منفی: رویدادی که حذف آن احتمال وقوع دوباره پاسخی را که قبل از آن واقع می‌شود، افزایش می‌دهد.
- تنبیه‌کننده‌ها: رویدادهایی که حضورشان احتمال وقوع دوباره پاسخی را که قبل از آن واقع شده است، کاهش می‌دهند.
- * محرک یکسانی که حضور آن به صورت تنبیه‌کننده عمل می‌کند، معمولاً وقتی حذف می‌شود به صورت یک تقویت‌کننده منفی عمل می‌نماید.
- (۲) کنشگر: پاسخی که تقویت مثبت احتمال وقوع آن را افزایش می‌دهد و تقویت منفی احتمال وقوع آن را کاهش می‌دهد.
- (۳) علامتی که می‌گوید تقویت زمانی داده می‌شود که کنشگر صادر شود ← محرک تمیزی
۹۳. نظریه پردازان یادگیری معتقدند که انسان‌ها قادر به یادگیری دو نوع رابطه هستند:
- (۱) رابطه پاولفی - چه چیزی به چه چیزی می‌انجامد.
- (۲) رابطه کنشگر - برای به دست آوردن چیزی که می‌خواهید چه کاری باید انجام دهید.
۹۴. در یک موقعیت اجتنابی دو رابطه باید آموخته شود:
- (۱) چه چیزی رویداد آزارنده را پیش‌بینی می‌کند، و
- (۲) چگونه باید از آن گریخت.
- * موقعیت اجتنابی ← رابطه پاولفی را با رابطه کنشگر ترکیب می‌کند.
۹۵. دیدگاه رفتاری اختلالات وسواس فکری - عملی، مفهوم یادگیری اجتنابی را شامل می‌شود.
۹۶. رفتارگرایان فرایندهای شناختی را نادیده می‌گیرند و آن‌ها را پدیده‌های بی‌همایند می‌خوانند.
- * فرایندی که در عین حال که علی نیست، فرایند زیربنایی را که علی است، منعکس می‌کند ← پدیده همایند.
۹۷. رفتار درمانگران اغلب از هر دو رابطه پاولفی و کنشگر استفاده می‌کنند.

۹۸. شناخت‌هایی هستند که آشکارا رویدادهای آینده را پیش‌بینی می‌کنند - آلبرت بندورا در مطالعه اساسی خود، این مفهوم را بررسی کرد و از این راه به ایجاد مکتب شناختی درمان کمک کرد - «انتظارها

۹۹. بندورا: افراد نه تنها از راه تقویت مستقیم، بلکه همچنین به وسیله مشاهده افرادی که تقویت می‌شوند، یاد می‌گیرند - اصول رفتاری تقویت، نابسند هستند و اینگونه «یادگیری جانشینی» باید یادگیری انتظارها را شامل شود.

* از نظر بندورا شخصی که تحت درمان قرار دارد، دارای دو انتظار است: ۱) انتظار پیامد (برآورد شخص از این موضوع است که یک رفتار معین، به پیامد مطلوبی خواهد انجامید). ۲) انتظار کارایی (این اعتقاد است که او می‌تواند به طرز موفقیت‌آمیزی رفتاری را انجام دهد که آن پیامد مطلوب را تولید کند).

* تفاوت انتظارهای پیامد و کارایی: ممکن است کسی مطمئن باشد عمل خاصی پیامد خاصی را تولید خواهد کرد، ولی تردید داشته باشد که او می‌تواند این عمل را انجام دهد.

۱۰۰. معتقد است که موفقیت درمان‌های حساسیت‌زدایی منظم و سرمشق‌گیری در درمان فوبی‌ها را می‌توان به تغییرات موجود در انتظارهای کارآمدی شخصی نسبت داد - «آلبرت بندورا

۱۰۱. از نظر درمانگران شناختی، این افکار، اغلب قبل از هیجان واقع شده و علت آن هستند - «افکار خودکار

۱۰۲. بانی درمان منطقی - هیجانی که معتقد است اختلال روانی عمدتاً از عقاید غیرمنطقی ناشی می‌شود - «آلبرت الیس

* این عقاید غیرمنطقی و نامعقول، انتظارها، ارزیابی‌ها و انتساب‌های تحریف شده کوتاه مدت را که موجب اختلال روانی می‌شوند، شکل می‌دهند.

۱۰۳. درمانگران رفتاری و روان‌پویشی اعلام می‌دارند که اعمال و عقاید مراجع ناسازگارانه و خودشکن هستند. درمانگران شناختی علاوه بر این، تأکید دارند که این عقاید نامعقول و غیرمنطقی هستند.

۱۰۴. یکی از درمانگرانی که شیوه‌های شناختی و رفتاری را در درمان باهم ترکیب می‌کند - معتقد است که اختلال در یک بیمار واحد در هفت سطح مختلف رخ می‌دهد، و برای هر سطح اختلال، سطوح درمان مناسب وجود دارد - برای یادگیری این هفت سطح از BASICID استفاده می‌کنند که عبارت است از: B رفتار، A عاطفه، S احساس، I تصویرسازی ذهنی، C شناخت، I روابط میان فردی و D داروها - «آرنولد لازاروس

۱۰۵. ترکیب درمان شناختی - رفتاری و روان‌پویشی - «لستر لوبورسکی



* معتقد است که آنچه بیمار به صورت هشیار درباره سه زمینه زندگی فکر می‌کند، مضمون رابطه متعارض اساسی (CCRT) را که زیربنایی و اغلب ناهشیار است، برملا می‌سازد. این سه زمینه عبارتند از: (۱) جریان موجود در رابطه درمان (رابطه با درمانگر) (۲) جریان خارج از روابط درمان و (۳) روابط گذشته

۱۰۶. منبع اصلی فرضیه‌ها و بینش‌های مربوط به علل و درمان‌های نابهنجاری را تأمین می‌کنند ← شرح حال‌ها

۱۰۷. چهار امتیاز بررسی شرح حال بالینی، به عنوان یک روش تحقیق ←

- (۱) شامل شخصی واقعی است که مشکلی واقعی دارد.
- (۲) می‌تواند پدیده‌ای را به صورت مستند ارائه دهد که به قدری نادر و نامأنوس است که احتمالاً نمی‌توان توسط شیوه‌های استاندارد دیگر تحقیق آن را مورد کاوش قرار داد.
- (۳) منبع اصلی فرضیه‌ها درباره سبب‌شناسی و مداوای نابهنجاری است.
- (۴) می‌تواند شواهدی را در جهت عدم تأیید فرضیه‌ای که عموماً پذیرفته شده است فراهم آورد.

* چهار نقطه ضعف شرح حال بالینی ←

- (۱) گزینشی بودن خاطره
- (۲) فقدان قابلیت تکرار
- (۳) فقدان عمومیت
- (۴) شواهد ناکافی برای علیت

۱۰۸. تحلیلگر در انجام متا - آنالیز، تعداد زیادی از بررسی‌های پیامد درمان را در نظر می‌گیرد، که ممکن است از نظر جزئیات باهم فرق داشته باشند، و می‌کوشد به صورت آماری آن‌ها را در هم ادغام کند و نتیجه بگیرد که آیا این درمان کارساز بوده و وسعت اثر آن چقدر بوده است.

۱۰۹. این طرح عالی که در آن هم آزمودنی و هم آزمایشگر از این موضوع «بی‌خبرند» که کدام آزمودنی‌ها دارو دریافت کرده‌اند و کدامیک از آن‌ها پلاسیبو ← آزمایش بی‌خبری دوسره

- آزمایشی که در آن فقط آزمودنی نمی‌داند که دارو یا پلاسیبو دریافت کرده است ← آزمایش بی‌خبری یک سره

- طرحی که در آن فقط آزمایشگر بی‌خبر است و آزمودنی بی‌خبر نیست ← طرح بی‌خبری آزمایشگر در بررسی پیامد روان‌درمانی، برخلاف دارو، طرح بی‌خبری آزمایشگر امکان‌پذیر است، اما طرح بی‌خبری یک سره یا بی‌خبری دوسره تقریباً غیرممکن است.

۱۱۰. برای اینکه یک وسیله ارزیابی شناخت‌های معناداری را درباره افراد به وجود آورد، باید دارای دو ویژگی باشد ← (۱) پایا باشد (باید وقتی که چندبار به کار برده می‌شود، یافته‌های یکسانی را تولید کند) (۲) معتبر باشد (باید برای مقاصد در نظر گرفته شده برای آن، سودمند باشد)

۱۱۱. شیوه‌های ارزیابی روانی ← (۱) مصاحبه (۲) آزمون (۳) مشاهده

۱۱۲. تاکنون، پرمصرف‌ترین پرسشنامه شخصیت در ارزیابی بالینی بوده است - شامل ۵۵۰ ماده است که مجموعه وسیعی از رفتارها، افکار، و احساس‌ها را واری می‌کند ← پرسشنامه شخصیت چندوجهی مینه سوتا (MMPI)

۱۱۳.

ویژگی شخصیت طبق مقیاس‌های اصلی MMPI

مقیاس	ویژگی‌ها
۱- خودبیمارانگاری (Hs)	افرادی که نمره زیاد در این مقیاس می‌گیرند، بدبین، ناامید، به خود مشغول، شاکي، متخاصم توصیف می‌شوند، و مشکلات جسمانی متعدد نشان می‌دهند.
۲- افسردگی (D)	افرادی که در این مقیاس نمره زیاد می‌گیرند، دمدمی، خجالتی، نومید، بدبین، و اندوهگین توصیف می‌شوند. این مقیاس یکی از برجسته‌ترین مقیاس‌ها در بیماران بالینی است.
۳- هیستری (Hy)	افرادی که در این مقیاس نمره زیاد می‌گیرند، به سرکوب کردن، وابسته بودن، ساده‌لوح بودن، اجتماعی بودن، و داشتن شکایت‌های جسمانی چندگانه گرایش دارند. آن‌ها مشکل روانی خود را از طریق شکایت‌های جسمانی مبهم و بی‌پایه بیان می‌کنند.
۴- انحراف جامعه‌ستیزی (Pd)	افرادی که در این مقیاس نمره زیاد می‌گیرند، اغلب سرکش، تکانشی، لذت‌جو، و ضداجتماعی هستند. آن‌ها اغلب در روابط زناشویی یا خانوادگی مشکل دارند، و با قانون و دولت در مجموع در ستیز هستند.
۵- مردانگی - زنانگی (MF)	مردانی که در این مقیاس نمره زیاد می‌گیرند، به صورت حساس، همدوست، پذیرا، یا زنانه توصیف می‌شوند. زنانی که در این مقیاس نمره زیاد می‌گیرند، به صورت پرخاشگر، سرکش، و نامعقول توصیف می‌شوند.
۶- پارانویا (Pa)	افرادی که در این مقیاس نمره زیاد می‌گیرند، اغلب مظنون، گوشه‌گیر، زیرک، محافظه‌کار، نگران، و بیش از اندازه حساس هستند. این افراد ممکن است سرزنش را فراقکنی یا برونی کنند.
۷- ضعف روانی (Pt)	افرادی که در این مقیاس نمره زیاد می‌گیرند، تنیده، مضطرب، فکور، مشغول، وسواسی، فوبیک، و خشک و انعطاف‌ناپذیرند. آن‌ها غالباً خود را ملامت کرده و احساس می‌کنند حقیر و بی‌کفایت‌اند.
۸- اسکیزوفرنی (Sc)	افرادی که در این مقیاس نمره زیاد می‌گیرند، اغلب منزوی، خجالتی، غیرعادی، یا عجیب هستند و افکار یا عقاید عجیب و غریب دارند. آن‌ها ممکن است تماس ضعیفی با واقعیت داشته و در موارد حاد، تجربیات حسی نامأنوس، هذیان و توهم داشته باشند.



ویژگی‌ها	مقیاس
افرادی که در این مقیاس نمره زیاد می‌گیرند، اجتماعی، معاشرتی، تکانشی، بیش از اندازه پرنرزی، خوش‌بین و در برخی موارد، بی‌اعتنا به اصول اخلاقی، دمدمی، گیج، و سرگردان توصیف می‌شوند.	۹- مانی (Ma)
افرادی که در این مقیاس نمره زیادی می‌گیرند گرایش دارند به اینکه متواضع، کمرو، منزوی، خودپنهان‌گر و فروخورده باشند. افرادی که نمره کمی می‌گیرند، معاشرتی، خودانگیخته، اجتماعی، و دارای اعتمادبه‌نفس هستند.	۱۰- درون‌گرایی - برون‌گرایی اجتماعی (Si)

۱۱۴. پرسشنامه‌های ساخت‌دار، تجربه و احساس‌های هشیار را بررسی می‌کنند، پوش‌های عمیق را محو می‌کنند. آزمون‌های فرافکن، محرک‌های بی‌معنی را به کار می‌برند، نمایان شدن موضوعات تعارض یا ناهشیار را به حداکثر می‌رسانند.
* دو آزمون فرافکن پرمصرف، آزمون رورشاخ و آزمون اندریافت موضوع.

۱۱۵. اولین آزمون هوش که به وسیله آلفرد بینه برای متمایز کردن کودکان دبستانی «گُند» از آن‌هایی که عقب‌مانده ذهنی بودند ساخته شد، چندین بار تجدیدنظر و به آزمون هوش استنفورد - بینه برای کودکان انجامید.

۱۱۶. طبقه‌بندی رسمی نابهنجاری انسان، که از طبقه‌بندی زیستی گیاهان و حیوانات الگو گرفته بود، با فیلیپ پینل اصلاح‌گر روان‌پزشکی، آغاز شد.
او اختلال‌های روانی را به مالیخولیا، مانیا همراه با روان آشفته‌گی یا بدون آن، زوال عقل، و حالت کانایی تقسیم کرد.

۱۱۷. اولین نظام جامع طبقه‌بندی اختلال‌های روانی در سال ۱۸۹۶ به وسیله امیل کراپلین به وجود آمد. او معتقد بود که اختلال‌های روانی مبنایی مشابه با اختلال‌های جسمانی دارند و باید ملاک‌ها و شیوه‌های تشخیصی یکسانی را در مورد آن‌ها به کار برد - تشخیص اختلال‌های روانی باید براساس نشانه‌ها باشد.

۱۱۸. تشخیص ← طبقه‌بندی اختلال‌های روانی طبق الگوهای رفتاری و روان‌شناختی.
برای اینکه تشخیص مفید یا معتبر باشد، باید وضعیت بیمار را توصیف کند، روند مشکل را (همراه با درمان یا بدون آن) پیش‌بینی کند، و به افزایش شناخت ما از نابهنجاری کمک کند.

۱۱۹. پنج اختلال وجود دارد که ترس و اضطراب در آن‌ها عملاً توسط فرد احساس می‌شود و این اختلال‌ها به دو طبقه تقسیم می‌شوند: اختلال‌های ترس و اختلال‌های اضطرابی.
* ترس از این نظر با اضطراب فرق دارد که ویژگی آن نگرانی از یک موضوع خاص، و خطرناک است.

اختلال‌های ترس ← فوبی‌ها و اختلال‌های استرس پس از سانحه (یک موضوع مشخص موجب اضطراب) * در اختلال‌های فوبیک، فرد از موضوعی می‌ترسد (مثل گربه‌ها) که با واقعیت خطری که آن موضوع آشکار می‌سازد، هیچ تناسبی ندارد.

* در اختلال‌های استرس پس از سانحه، بعد از اینکه فرد با رویدادی مواجه می‌شود که او را به مرگ یا آسیب تهدید کرده است، دچار اضطراب و بی‌حسی می‌شود و بارها آن رویداد را در ذهن خود مرور می‌کند. اختلال‌های اضطرابی ← اختلال وحشت‌زدگی، فوبی مکان‌های باز و اختلال‌های اضطراب فراگیر. در این اختلال‌ها، موضوع خاصی فرد را تهدید نمی‌کند، ولی با این حال او احساس می‌کند که بسیار مضطرب است.

* در اختلال وحشت‌زدگی، فرد ناگهان و به کرات دچار حملات کوتاه اضطراب و وحشت شدید می‌شود. * در فوبی مکان‌های باز، فرد می‌ترسد به مکان‌های عمومی برود زیرا از آن می‌ترسد که دچار حمله وحشت‌زدگی شود و هیچ‌کس به کمک او نیاید. * در اختلال اضطراب فراگیر، فرد دچار اضطراب و نگرانی‌ای می‌شود که می‌تواند کم و بیش ماه‌ها ادامه داشته باشد. * آنچه در تمام این اختلال‌ها مشترک است، شکل بسیار اغراق‌آمیزی از ترس طبیعی و انطباقی است که هریک از ما در موقعیت‌های متعدد آن را احساس می‌کنیم.

۱۲۰. هنگامی که خطر را تجربه می‌کنیم، دستخوش تغییرات بدنی و هیجانی گوناگونی می‌شویم که پاسخ ترس را تشکیل می‌دهند.

پاسخ ترس دارای چهار عنصر است: ۱) عناصر شناختی - انتظارات آسب قریب‌الوقوع؛ ۲) عناصر بدنی - واکنش اضطرابی بدن به خطر به علاوه تغییرات موجود در ظاهر ما؛ ۳) عناصر هیجانی - احساس‌های دلهره و وحشت و وحشت‌زدگی؛ و ۴) عناصر رفتاری - جنگ و گریز.

۱۲۱. مؤلفه شناختی ترس، انتظار خطری واضح و بخصوص است، در حالی که مؤلفه شناختی اضطراب، انتظار خطری مبهم است.

۱۲۲. واکنش ترس پایداری است که شدیداً با واقعیت خطر بی‌تناسب است ← فوبی فوبی‌ها از کنترل فرد خارج هستند و افراد فوبیک می‌خواهند از شر ترس خود خلاص شوند - فوبی‌ها بی‌تردید ناهنجارند - فوبی‌های سبک اختلال رایج ولی فوبی‌های فلج‌کننده نامتعارف و استثنایی‌اند.

۱۲۳. به صورت درصد جمعیت برخوردار از یک اختلال در هر لحظه معین تعریف می‌شود ← شیوع عبارت است از میزان موارد جدید اختلال در یک دوره زمانی خاص، فرق دارد ← بروز