

به نام خدا

اختلالات روانی

(برمبنای DSM-5)

به همراه مفاهیم پایه روان شناسی و مشاوره

مؤلف:

دکتر سجاد باباخانی

انتشارات ارسطو
(چاپ و نشر ایران)
۱۴۰۱

نام کتاب: اختلالات روانی (بر مبنای DSM-5)

مؤلف: دکتر سجاد باباخانی

ناشر: ارسطو (سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر ایران)

صفحه آرایشی، تنظیم و طرح جلد: پروانه مهاجر

تیراژ: ۱۰۰۰ جلد

نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۱

چاپ: مدیران

قیمت: ۱۳۰۰۰۰ تومان

فروش نسخه الکترونیکی - کتاب رسان:

<https://chaponashr.ir/ketabresan>

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۴۳۲-۸۷۳-۹

تلفن مرکز پخش: ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵

www.chaponashr.ir



فهرست مطالب

شماره صفحه	عناوین
۵	پیشگفتار
۷	فصل اول: مفهوم اختلال روانی
۱۴	فصل دوم: مفاهیم پایه علم روان شناسی
۳۵	فصل سوم: مفاهیم پایه علم راهنمایی و مشاوره
۴۵	فصل چهارم: رویکردها و نظریه های روان درمانی و مشاوره
۱۰۷	فصل پنجم: دسته بندی اختلالات روانی
۱۲۲	فصل ششم: اختلالات رشدی - عصبی
۱۵۰	فصل هفتم: اختلالات طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان پریش
۱۶۰	فصل هشتم: اختلالات دو قطبی و اختلالات مربوط
۱۶۹	فصل نهم: اختلالات افسردگی
۱۷۸	فصل دهم: اختلالات اضطرابی
۲۰۸	فصل یازدهم: اختلال وسواس فکری - عملی (اختلال وسواسی - اجباری)
۲۱۸	فصل دوازدهم: اختلال استرس (فشار روانی، تنیدگی (تنش))
۲۳۸	فصل سیزدهم: اختلالات تغذیه و خوردن
۲۴۴	فصل چهاردهم: اختلالات دفع
۲۴۹	فصل پانزدهم: اختلالات خواب - بیداری

۲۵۷ فصل شانزدهم: اختلالات جنسی
۲۶۲ فصل هفدهم: اختلالات اخلاکگر، کنترل تکانه و سلوک
۲۷۸ فصل هجدهم: اختلالات اعتیاد آور و اختلالات مرتبط با مواد
۲۸۵ فصل نوزدهم: اختلالات عصبی - شناختی
۲۹۰ فصل بیستم: اختلالات شخصیت
۳۱۱ حروف اختصاری عبارات و اصطلاحات پر کاربرد متن کتاب
۳۱۸ منابع

پیشگفتار

امروزه به دلیل رشد سریع معضلات فردی، خانوادگی و اجتماعی مانند اضطراب، افسردگی، وسواس، خودکشی، دگرکشی، اختلافات خانوادگی، طلاق، ناسازگارهای اجتماعی، بزهکاری، دزدی و قتل اهمیت و ضرورت بررسی اختلالات روانی و راهکارهای مختلف پیشگیری، کنترل و درمان آن بیش از هر زمان دیگر احساس می‌شود. اختلالات روانی مشکلات جدی و شایعی هستند که در سراسر دنیا مشاهده می‌شود. و نه تنها در جامعه ما بلکه در همه جوامع بشری از متمدن و غیر متمدن به صورت آشکار و نهان وجود دارد. اختلالات روانی پس از بیماری‌های قلبی و عروقی بیشترین حجم از بیماری‌ها را در کشور به خود اختصاص داده‌اند و این خود زنگ هشدار برای سلامت روانی جامعه است، موضوعی که در نهان جامعه ما در حال گسترش است.

بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۳۰ در کل دنیا افسردگی به تنهایی رتبه دوم بار بیماری‌ها را از آن خود می‌کند و افسردگی و اختلالات اضطرابی دو عامل اصلی از ۵ عاملی بوده که سبب از دست رفتن عمر به دلیل ناتوانی می‌شود.

برای این منظور بر آن شده‌ایم تا به بررسی و تحلیل اسناد و متون معتبر و دانشگاهی در خصوص اختلالات روانی پردازیم. این کتاب در بیست فصل تدوین گردیده، پنج فصل اول به بررسی مفهوم اختلال روانی، مفاهیم پایه در علم روان‌شناسی، مشاوره و راهنمایی و رویکردها و نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره و همچنین دسته‌بندی انواع اختلالات روانی پرداخته است. در پانزده فصل دیگر این کتاب به بررسی اختلالات روانی شایع پرداخته شده است. کتاب حاضر، دربردارنده‌ی شماری از مهم‌ترین دسته‌های اختلالات توصیف شده در دفترچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) است. DSM یکی از پرکاربردترین سیستم‌های

طبقه بندی اختلالات روانی است و معیارهای تشخیصی استاندارد را ارائه می دهد.

امید است مطالب این نوشتار مورد استفاده مشاوران محترم مدارس و دانشجویان و همچنین علاقه مندان به مقوله اختلالات روانی قرار گیرد.

رحم گردان بر قصور فهمها ای ورای عقلها و وهمها
قطره دانش که بخشیدی ز پیش متصل گردان به دریای خویش

و بالله التوفیق

دکتر سجاد باباخانی

بهار ۱۴۰۱ خورشیدی

فصل اول

مفهوم اختلال روانی

اختلال روانی یک الگوی رفتاری و یا ذهنی است که باعث پریشانی واضح و معنی دار و همچنین نقص در عملکردهای فرد می‌شود. یعنی فرد دارای اختلال روانی واجد ویژگی‌هایی می‌شود که در رفتار، احساس و افکار وی نقص و اختلال ایجاد می‌کنند. چنین ویژگی‌هایی می‌توانند مانند آنچه در اختلال اوتیسم مشاهده می‌شود، طولانی مدت، عود کننده و برگشت پذیر باشند و یا اینکه در یک دوره واحد زمانی رخ دهند و تمام شوند. اختلالات روانی شامل گستره وسیعی از نشانه‌ها و علائم هستند. در واقع یک اختلال روانی خود را با نشانه‌ها و علائم خاص خود نشان می‌دهد. نشانه‌ها مواردی هستند که به طور واضح در فرد دیده می‌شوند؛ مثل طرز لباس پوشیدن فرد، کندی روانی حرکتی و اختلال در شکل تکلم. در مقابل علائم یک اختلال مواردی‌اند که مبتنی بر گزارش فرد هستند و در واقع درونی‌اند؛ مثل افکار عجیبی که به ذهن فرد می‌رسد یا احساس غم و اندوه وی (سادوک و همکاران، ۲۰۱۵: جلد ۱).

علل اختلالات روانی

در بحث علت شناسی اختلالات روانی ما با ترکیب پیچیده‌ای از علل روبرو هستیم. در واقع برای یک اختلال واحد نمی‌توانیم یک علت واحد بیابیم. همیشه آمیزه‌ای از علل زمینه‌ای و ژنتیکی وقتی در ترکیب با عوامل تربیتی و محیطی قرار می‌گیرند می‌توانند زمینه‌ساز اختلالات روانی شوند. در این بین برخی از عوامل وجود دارند که ریسک ابتلا به بیماری را بالا می‌برند:

۱- شخصیت فرد

برخی ویژگی‌های شخصیتی ممکن است فرد را در معرض ابتلا به بیماری‌ها قرار دهد. مثلاً هیجان‌پذیری و ناپایداری هیجانی بیش از حد که یک بعد شخصیتی می‌باشد، زمینه‌ی بیماری‌های روانی و ابتلا به اختلالات شخصیت را ایجاد می‌کند.

۲- عوامل ژنتیکی و وراثتی

بسیاری از بیماری‌ها و اختلالات روانی مانند اختلالات یادگیری از طریق ژنتیک به ارث می‌رسند. ژنتیکی بودن به این معنی نیست که صرف داشتن والدینی با اختلال روانی خاص، کودک هم مبتلا خواهد شد. بلکه عوامل محیطی نقش تعیین‌کننده‌ای در این میان دارند.

۳- عوامل محیطی

معمولاً وقتی فرد در یک محیط نامناسب رشد کند، اضطراب‌های زیادی را متحمل می‌شود. شیوه‌های فرزند پروری نامناسب، آسیب‌های جسمانی و جنسی، مورد خشونت واقع شدن، عدم بر طرف شدن نیازهای عاطفی و هیجانی از عوامل محیطی دخیل در بروز اختلالات روانی هستند. یکی از اختلالاتی که محیط و روش‌های تربیتی در آن نقش بسیاری دارند، اختلال اضطراب جدایی است (گنجی، ۱۳۹۹: جلد اول؛ سادوک و همکاران، ۲۰۱۵: جلد ۱).

۴- نقش عوامل زیستی در بروز اختلالات روانی

تغییرات مغزی و هورمونی و گاهاً برخی وضعیت‌های جسمانی مثل بیماری‌های جسمی ممکن است خود را در قالب بیماری روانی نشان دهند. مانند بسیاری از بیماری‌های جسمانی که منجر به بروز افسردگی در افراد می‌شوند. بطور نمونه کاهش هورمون‌های سروتونین و دوپامین باعث بروز اختلالات افسردگی و اضطراب می‌گردد. می‌توان گفت نقش انتقال‌دهنده‌های عصبی در بروز اختلالات روانی مختلف چشمگیر و قابل توجه می‌باشد. به گونه‌ای که سطح بالا و یا پایین انتقال‌دهنده‌های عصبی می‌تواند اعمال کل سیستم عصبی را تغییر دهد. و موجب اختلال در سیستم عصبی بدن شود. انتقال‌دهنده‌های عصبی مواد شیمیایی هستند که به اعصاب اجازه می‌دهند تا با یک دیگر ارتباط برقرار بکنند و در نتیجه اعمال مختلفی از بدن را منظم می‌کنند.

انتقال دهنده‌های عصبی انتقال تکانش‌های عصبی از نورونی به نورون دیگر و یا سلول بدن را آسان می‌سازند. انواع مختلفی از انتقال دهنده‌های عصبی وجود دارند و هر کدام از آنها مسئول برخی از وظایف ویژه هستند. انتقال دهنده‌های عصبی به تکانش‌ها و یا سیگنال‌های عصبی اجازه می‌دهند از سیناپس‌ها عبور کنند. سیناپس یک فاصله و یا اتصال کوچک بین دو نورون و یا یک نورون و یک سلول ماهیچه‌ای است. تاکنون در حدود ۵۰ انتقال دهنده‌ی عصبی کشف شده‌اند. از میان این‌ها، تعدادی از انتقال دهنده‌های عصبی بسیار مهم و وظایف آنها در زیر آورده شده‌اند. (Kaplan, & sadock, 2007)

استیل کولین: این انتقال دهنده عمدتاً مسئول تحریک ماهیچه‌ها است. استیل کولین نورون‌های حرکتی را که ماهیچه‌های اسکلتی را کنترل می‌کنند، فعال می‌کند. هم چنین آن مربوط به منظم کردن فعالیت‌هایی در مناطق مشخصی از مغز است که مرتبط با توجه، بیداری، تحریک، یادگیری و حافظه هستند. افرادی که بیماری آلزایمر دارند معمولاً به طور قابل توجهی سطح استیل کولین پایینی دارند.

دوپامین: انتقال دهنده‌ی عصبی است که حرکات داوطلبانه‌ی بدن را کنترل می‌کند و مرتبط با مکانیزم پاداش مغز است. به عبارت دیگر، دوپامین احساسات لذت بخش را منظم می‌کند. موادی مثل کوکائین، هروئین، نیکوتین و تریاک سطح این انتقال دهنده‌ی عصبی را افزایش می‌دهند. سطح پایین قابل توجه دوپامین مرتبط با بیماری پارکینسون است اما یافت شده که بیماران شیزوفرنی معمولاً در بخش‌های قدامی و جلویی مغز خود، دوپامین اضافی دارند.

سروتونین: یک انتقال دهنده‌ی عصبی بازدارنده‌ی مهم است که می‌تواند اثر عمیقی روی احساس، حالت روحی و اضطراب داشته باشد. سروتونین در منظم کردن خواب، بیداری و خوردن شرکت می‌کند. سروتونین در ادراک نیز نقش دارد. معتقدند پایین بودن قابل توجه سروتونین مرتبط با بیماری‌هایی مثل افسردگی، افکار خودکشی و اختلال وسواس اجباری است. بسیاری از داروهای ضد افسردگی با تأثیر گذاشتن بر سطح این انتقال دهنده‌ی عصبی عمل می‌کنند.

اسید گاما آمینو بوتیریک: یک انتقال دهنده‌ی عصبی بازدارنده است که فعالیت نورون‌ها را کاهش می‌دهد تا از تحریک شدن بیش از آنها جلوگیری بکند. وقتی نورون‌ها بیش از حد تحریک می‌شوند می‌تواند منجر به اضطراب شود. در نتیجه اسید گاما آمینو بوتیریک می‌تواند

از اضطراب جلوگیری بکند. سطح پایین آن می‌تواند با اختلالات اضطراب ارتباط داشته باشد. داروهایی مثل والیوم با افزایش سطح این انتقال دهنده‌ی عصبی کار می‌کنند.

گلو تامات: انتقال دهنده‌ای است که عمدتاً در سیستم عصبی مرکزی یافت می‌شود. گلو تامات عمدتاً مرتبط با وظایفی مثل یادگیری و حافظه است. اما گلو تامات اضافی برای اعصاب سم است. تولید اضافی گلو تامات ممکن است مربوط به بیماری‌ای به نام اسکروز جانبی آمیوتروفیک و یا بیماری لو گهرینگ باشد.

اپی نفرین و نور اپی نفرین: اپی نفرین (به نام آدرنالین نیز شناخته می‌شود) یک انتقال دهنده‌ی عصبی برانگیزاننده است که توجه، بیداری، تحریک، شناخت و تمرکز ذهنی را کنترل می‌کند. نور اپی نفرین نیز یک انتقال دهنده‌ی عصبی برانگیزاننده است و حالت روحی و تحریک فیزیکی و ذهنی را منظم می‌کند. افزایش ترشح نور اپی نفرین، ضربان قلب و فشار خون را بالا می‌برد.

اندورفین: اندورفین‌ها انتقال دهنده‌های عصبی هستند که ساختارشان شبیه ترکیبات افیونی مثل تریاک، مورفین و هروئین است. اثرات اندورفین روی بدن نیز کاملاً شبیه اثرات ایجاد شده توسط ترکیبات افیونی است. در واقع نام اندورفین مخفف عبارت «مورفین درونی» است. همانند افیون‌ها، اندورفین می‌تواند درد و استرس را کاهش دهد و آرامش و خونسردی را تقویت کند. مواد افیونی نیز با اتصال خود به مکان‌های گیرنده‌ی اندورفین، اثرات مشابهی را ایجاد می‌کنند. اندورفین با کاهش نرخ متابولیسم، تنفس و ضربان قلب برخی حیوانات، آنان را قادر می‌سازد تا به خواب زمستانی بروند.

ملاتونین: هورمونی است که توسط غده‌ی صنوبری (غده‌ی رو مغزی) ترشح می‌شود که به عنوان انتقال دهنده‌ی عصبی عمل می‌کند. آن عمدتاً چرخه‌ی خواب و بیداری را کنترل می‌کند. هم چنین مرتبط با کنترل حالت روحی و رفتار جنسی است. تولید ملاتونین وابسته به نور است. نور رسیده به شبکه‌ی چشم مانع از تولید ملاتونین می‌شود اما تاریکی اثر برانگیختگی روی تولید آن دارد.

اکسید نیتریک: آن گازی است که هم به عنوان هورمون و هم به عنوان انتقال دهنده‌ی عصبی عمل می‌کند و به شرایط ویژه‌ای وابسته است. اکسید نیتریک می‌تواند موجب گشاد شدن رگ‌های خونی شود و در کنار آن از تشکیل لخته جلوگیری می‌کند. این امر در نتیجه می‌تواند

گردش خون را بهبود ببخشد. نیتریک اکسید می تواند سطح اکسیژن را در بدن افزایش دهد و حافظه، یادگیری، آگاهی و تمرکز را تقویت کند. آن هم چنین مسئول حرکت روان ماهیچه های گوارشی است تا استراحت بکنند (سادوک و همکاران، ۲۰۱۵: جلد ۱؛ هالچین و کراس و یتورن، ۲۰۱۷).

۵- مصرف مواد مخدر

مواد مخدر با ایجاد تغییرات اساسی در کارکرد مغزی باعث تغییرات مقطعی و یا طولانی مدت در رفتار و خلق و در موارد شدیدتر شخصیت فرد می شود. مواد مخدر علائم اسکیزوفرنی و به طور کلی اختلالات هذیانی را تشدید می کنند.

۶- الگوهای نامناسب و اختلالات روانی

داشتن الگوهای نامناسب و مخرب، رفتارهای ناسازگارانه را به فرد آموزش می دهد و وی را در معرض ابتلا قرار می دهد. برای مثال گاه ترس های مرضی که با نام فوبیا شناخته می شوند از همین الگوهای ناسازگارانه مشاهده شده و یادگیری شده توسط کودک نشأت می گیرند (طباطبایی، ۱۴۰۱).

شیوع اختلالات روانی

اختلالات روانی پدیده های رایجی در جهان هستند. برآورد می شود که از هر سه نفر یک نفر ملاک های یک اختلال را در طول زندگی اش برآورده می کند (WHO, 2008). اما به طور کلی شیوع هر کدام از اختلالات متفاوت است. برای مثال افسردگی و اختلالات اضطرابی بیشترین شیوع را دارند، در حالی که آمار بسیار کمتری از افراد مبتلا به اسکیزوفرنی به دست رسیده است (Alonso, 2012).

تشخیص اختلالات روانی

تشخیص اختلالات روانی بسیار متفاوت از بیماری های جسمانی است. برای بیماری های جسمی معمولاً روش های تشخیصی آزمایشگاهی وجود دارد، حال آنکه اختلالات روانی را در

آزمایشگاه و با گرفتن نمونه خون نمی‌توان تشخیص داد.

روش عمده تشخیص، سنجش و ارزیابی روانی می‌باشد که توسط متخصصان بهداشت و سلامت روان رخ می‌دهد. یک متخصص سلامت روان برای سنجش ابزارهای خاص خود را دارد:

مشاهده: از طریق مشاهده می‌توان برخی نشانه‌های بیماری را در فرد پیدا کرد و سرنخ‌هایی برای تشخیص گذاری تعیین نمود. مشاهده روش بسیار مناسبی برای تشخیص اختلالات کودکان مانند اختلال سلوک است.

مصاحبه تشخیصی: مصاحبه تشخیصی فرایندی است که در آن فرد متخصص از طریق سوالات مشخصی که می‌پرسد می‌تواند به علامت‌ها و نشانه‌های اختلال دست پیدا کرده و از طریق آن اطلاعات لازم برای تشخیص را حاصل کند.

آزمون‌های روانی: آزمون‌های روانی ابزارهایی کمکی هستند که مراحل قبلی را تکمیل می‌کنند و در فرایند تشخیص گذاری می‌توانند به صحت تشخیص‌ها بیفزایند (طباطبایی، ۱۴۰۱).

مداخله و پیشگیری از اختلالات روانی

در تمامی اختلالات روانی ما شاهد رنج و پریشانی فرد هستیم. یعنی یک اختلال روانی خود را با رنج شدید برای فرد نشان می‌دهد و همین رنج است که فرد را به سمت درمان سوق می‌دهد. بنابراین ضرورت درمان‌های روانشناختی کاهش رنج افراد می‌باشد. درمان‌های اختلالات روانی خود به دسته‌های مختلفی تقسیم می‌شوند (اختلالات روانی حاد نیاز به دارو درمانی و روان درمانی به طور همزمان دارند). دارو درمانی باید تنها با تجویز پزشک انجام گیرد.

درمان‌های زیستی

دارو درمانی یک درمان زیستی است. دارو توسط روانپزشک تجویز شده و اثر قابل ملاحظه‌ای بر برطرف کردن علل زیستی بیماری‌های روانی داشته و در بهبود وضعیت روانی فرد بسیار موثر است. درمان‌های دیگری که بعضاً به کار برده می‌شود شامل نوروفیدبک، بیوفیدبک، الکتروشوک درمانی می‌باشد. درمان‌های زیستی اغلب در کاهش علائم بیماری‌هایی

همچون اسکیزوفرنی، دو قطبی و انواع جنون به کار گرفته می شود.

درمان های روانشناختی یا روان درمانی

درمان های روانشناختی یا اصطلاحاً درمان از طریق صحبت کردن انواع گسترده ای از درمان ها هستند که اثر گذاری شان توسط پژوهش های مختلف ثابت شده و درمانگران از آنها بهره مند می شوند. روانشناسان عمدتاً درمان های ارائه شده در ذیل را به کار می برند: درمان روانکاو، درمان های شناختی رفتاری، زوج درمانی و خانواده درمانی، درمان های تجربی (درمان وجودی، گشتالتی، انسانگرایانه)، درمان های پست مدرن (نیکخو، ۱۳۸۴).

مداخلات پیشگیرانه

اصولاً بهترین درمان پیشگیری می باشد. بنابراین بخشی از روانشناسی به نام روانشناسی جامعه نگر و روانشناسان سلامت و بهداشت روان به امر پیشگیری می پردازند. در واقع با بالا رفتن سطح عمومی بهداشت روان در جامعه و کاهش محرک های محیطی که منجر به آسیب رسانی می شوند، سطح اختلالات روانی در دراز مدت کاهش می یابد (طباطبایی، ۱۴۰۱).

فصل دوم

مفاهیم پایه علم روان‌شناسی

در این فصل برای درک هرچه بیشتر اختلالات روانی به بررسی مفاهیم پایه روان‌شناسی می‌پردازیم.

موج‌های چهارگانه روان‌شناسی

جریان روان‌شناسی مدرن در یکصد سال اخیر شامل چهار موج بوده است، روانکاوی، رفتارگرایی، انسان‌گرایی - وجودی و روانشناسی فرافردي. موج اول روان‌شناسی، نگرش «روانکاوانه» بود. این جریان، توسط «زیگموند فروید»، عصب‌شناس اتریشی، پایه‌گذاری شد و با کارهای بزرگان دیگری همچون آدلر، یونگ، هورنای، فروم، الکساندر و... گسترش پیدا کرد. اساس تئوری روانکاوی بر نقش «سائق‌ها» بر رفتار انسان بود. «ارگانسیم» تمایل به ارضاء «سائق‌ها» (معادل ذهنی غرائز) دارد و «تمدن» ارضاء «سائق‌ها» را محدود می‌کند. در کشمکش بین نیاز «ارگانسیم» به ارضاء و نیاز تمدن به اطفاء غرایز، فرایند «سرکوبی» و انواع «مکانیزم‌های دفاعی» شکل می‌گیرند تا تعادلی بین «ارضاء» و «اطفاء» ایجاد کنند. هر چه این فرآیند، «ناآگاهانه تر» باشد، الگوی زندگی فرد، بیشتر با کشمکش درونی، اضطراب یا سبک زندگی تکراری، کلیشه‌ای و غیرقابل انعطاف همراه خواهد بود و هر چه این فرآیند «آگاهانه تر» باشد، رفتار فرد پخته تر و با انعطاف بیشتر همراه خواهد بود. بنابراین هدف روانکاوی به آگاهی آوردن ریشه‌های ناخودآگاه رفتار است (نوربخش مقدم، ۱۳۹۹).

روانکاوی دارای سه حوزه کاربردی است:

۱. روش‌شناسی روانکاوانه: شامل تداوی آزاد، تحلیل رویاها و تحلیل و تفسیر فانتزی هاست.

۲. نظریه روانکاوانه: ریشه در مشاهدات روانکاوانه بالینی دارد. شامل نظریه لیبدو و نظریه ساختاری و ... است.

۳. درمان روانکاوانه: شامل درمان بیماران روان آزرده می‌شود.

اصول نظریه روانکاوانه شخصیت:

اصل جبرگرایی: رویدادهای روانی تصادفی نیستند.

اصل مکان‌نگاری: روان شامل هشیاری و نیمه هشیاری و ناهشیار است.

اصل پویایی: اشاره به تعامل بین تکانه‌های ناهشیار دارد. این تکانه‌ها شامل تکانه جنسی و پرخاشگری است (ساعتچی، ۱۳۷۹).

موج دوم روانشناسی، «رفتارگرایی» است که توسط دانشمندانی همچون پاولف، واتسون، لپه و اسکینر پایه‌گذاری شد.

اساس این تئوری، این است که ذهن یک دستگاه «یادگیری» است و پایه رفتارها و احساسات، مشاهدات ما و اطلاعاتی هستند که در ذهن ما ثبت می‌شوند. بر این اساس، ذهن ما توسط اطلاعاتی که از محیط دریافت کرده‌ایم «برنامه ریزی» شده است و درمان، مشتمل است بر ایجاد تجربیات جدیدی برای مراجع که منجر به «زدودن» برنامه‌های قبلی و ثبت اطلاعات جدید گردد. بعدها، جزء شناختی (تفسیر ذهن از تجربیات) توسط دانشمندانی چون ایس و بک بیشتر مورد توجه قرار گرفت و درمان رفتاری تبدیل به درمان شناختی-رفتاری شد.

اصول نظریه‌های رفتارنگر

۱. رفتار باید به اجزای آن تقسیم شود.

۲. نیازی به درک منشا مشکل نیست.

۳. در ارزیابی رفتار باید بر تعیین کننده‌های فعلی آت تأکید کرد.

۴. درمان مبتنی بر روش علمی و تجربی است.

موج سوم روانشناسی، موج «انسان‌گرایی - وجودی» است. در این موج جنبه فلسفی روانشناسی بیشتر مدنظر قرار گرفت و موضوعاتی همچون جایگاه انسان در هستی، معنای زندگی و جبر و انتخاب مورد توجه قرار گرفتند. روانشناسی انسان‌گرا با تأکید بر انگیزش هدفمندی و انتخاب آزاد اعلام کردند که خویشتن را نمی‌توان به حاصل جمع بخش‌ها تنزل داد. گوردن آلپورت اولین بار اصطلاح روانشناسی انسان‌گرا را به کار برد. بزرگانی همچون ژان پل سارتر، ویکتور فرانکل و آبراهام مازلو در شکل‌گیری این جریان نقش مهمی داشتند. مازلو و کارل راجرز از دیدگاه رومانیتیک ژاک ژان روسو از ماهیت انسان تأثیر گرفته‌اند. روسو معتقد بود ذات انسان خود به خود خوب است ولی توسط جامعه تباه می‌شود. گرچه به ظاهر، این موج، ارائه‌کننده روش‌های درمانی خاصی نبود، اندیشه «وجودی» باعث شکل‌گیری جریانات درمانی قابل توجه در جوامع شد که بهترین نمونه آن «گروه‌های خودیاری» هستند که میلیون‌ها نفر در سطح جهان با عضویت و مشارکت در آنها فرآیند درمان را می‌گذرانند.

روانشناسی فرافردی را، موج چهارم روانشناسی معرفی می‌کنند. شاید «کارل گوستاو یونگ»، روانکاو سوئیسی و پایه‌گذار روانشناسی تحلیلی با وارد کردن مفهوم «ناخودآگاه جمعی» به نحوی، در دل موج اول روانشناسی، بذر چهارمین موج روانشناسی را کاشت. مزلو در سال‌های واپسین عمر خود چهارمین موج روانشناسی را مطرح نمود. خاستگاه این موج، فلسفه شرق است و با مراقبه متعالی سروکار دارد. تمرکز این موج بر درمان‌ها و مداخله‌های مبتنی بر شفقت و معنا درمانی و معنویت درمانی است. موج چهارم روان درمانی علاوه بر درمان اختلال، هدفش افزایش احساس فراگیر بهزیستی است. مفهوم «فرافردی» در این نام‌گذاری بر این باور تأکید دارد که «آگاهی» یک «کیفیت فردی» نیست که تنها براساس اطلاعاتی که یک «فرد» از محیط می‌گیرد شکل یابد، بلکه «آگاهی» یک «کیفیت جهانی» است که تغییر آگاهی هر فرد، خواه ناخواه، بر سطح و محتوای آگاهی کلیه افراد تأثیر گذار است. «انتخاب‌های ما» بر «شعور جهانی» مؤثرند و متقابلاً «شعور جهانی» نیز برای ما «فضاهای انتخاب گسترده تری» فراهم می‌کند که منجر به «عمیق‌تر شدن آگاهی ما» می‌گردد. بنابراین، برای ایجاد یک تغییر در جهان و ساختن یک جهان نو، تغییر یافتن «من» یک کلید موثر است. تأکید عمده نیروی چهارم روانشناسی بر

مسائل فرهنگی و بین فرهنگی است. یک دلیل اینکه چرا فرهنگ به عنوان نیروی چهارم چنین نیروی قدرتمندی در روانشناسی بالینی دارد این است که درک مراجعه کننده را از هر مسئله‌ای که برای آن کمک می‌خواهد، شکل می‌دهد. این جهان بینی چیزی است که درمانگر باید ارزیابی و شناسایی کند تا رویکردی را برای کمک به مراجعه کننده تعریف و طراحی کند (نوربخش مقدم، ۱۳۹۹).

رویکردها در روان‌شناسی

رفتارهایی که از انسان سر می‌زند، از دیدگاه‌های گوناگون قابل تبیین است. هر یک از دیدگاه‌ها با تکیه بر روش‌هایی، فرآیندها و رفتارهای روانی را توصیف می‌کنند؛ این الگوهای فکری که رفتار آدمی را با مفهوم و برداشت خاصی تحلیل می‌کنند، رویکرد نام دارد. پنج رویکرد اصلی در روان‌شناسی شناخته شده‌اند که عبارتند از: زیستی، رفتاری، شناختی، روان‌کاوی و پدیدارشناختی.

رویکرد زیست‌شناختی

روان‌شناسانی که به این علم، رویکردی زیست‌شناختی دارند، همان‌طور که از نام این رویکرد استنباط می‌شود، برای توصیف و تبیین رفتار انسان از کنش‌های زیستی سود می‌جویند. انسان دارای سیستم عصبی پیچیده‌ای است و تمام فرآیندها و رفتارهای روانی به گونه‌ای خاص با سیستم عصبی و مغز ارتباط دارند. با توجه به این رویکرد، رفتار ما حتی زمانی که فکر می‌کنیم یا چیزی را احساس می‌کنیم، براساس فعالیت‌های عصبی-زیستی شکل می‌گیرد. در گذشته روان‌شناسان فیزیولوژیک (کسانی که در حیطه ارتباط زیست‌شناسی با روان‌شناسی فعالیت می‌کنند) به‌طور عمده به تاثیر فعالیت‌های مغز و سیستم هورمونی در پیدایش فعالیت‌های روانی می‌پرداختند ولی امروزه آنان به تاثیری که دو سیستم عصبی و هورمونی در رفتار و فعالیت‌های روانی دارد، علاقه‌مندی نشان می‌دهند (اتکینسون و همکاران، ۱۹۹۶).

رویکرد رفتاری

پشتوانه رویکرد رفتاری، آزمایش و تحقیق در رفتار می‌باشد. ضمن این که چون و چرای

رفتار در آن مفهومی ندارد بلکه فقط چگونگی رفتار حایز اهمیت است. روان‌شناسان رفتارگرا بر عوامل محیطی در شکل‌گیری رفتار تاکید دارند و بر پدیده‌هایی که در درون انسان اتفاق می‌افتد تمرکز نکرده و نقش آن‌ها را کم‌اهمیت جلوه می‌دهند. در این رویکرد، روان‌شناسان رفتارگرا تنها به بررسی رفتار قابل مشاهده فرد می‌پردازند و معتقدند رفتار به وسیله محرک‌های بیرونی کنترل می‌شود (دواجی و ابراهیمی، ۱۳۷۳).

رویکرد شناختی

در حالی که رویکرد رفتاری، بر محرکات بیرونی رفتار تاکید می‌کند، رویکرد شناختی به آنچه که در درون انسان اتفاق می‌افتد تاکید دارد. محیط درونی در واقع به عنوان واسطه بین محرک درونی و رفتار عمل می‌کند و قابل مشاهده مستقیم نیست. در این محیط پدیده‌هایی مثل زبان، یادگیری، حافظه، حل مساله، ادراک و تفکر اتفاق می‌افتد که به آن‌ها فرآیندهای شناختی گفته می‌شود. در رویکرد شناختی، فرآیندهای شناختی را زیربنای رفتار در نظر گرفته و رفتار را به کمک آن توصیف می‌کنند. رفتار هر فرد در این رویکرد به برداشت او از محیط و حتی خود وابسته است. ذهن در رویکرد شناختی سیستمی شبیه به رایانه دارد که اطلاعات را گرفته، آن‌ها را پردازش، کدگذاری، تفسیر، ذخیره و بازیابی می‌کند و از این طریق منشا رفتار می‌شود (اتکینسون و همکاران، ۱۹۹۶).

رویکرد روان‌کاوی

طبق این رویکرد زندگی روانی دو سطح دارد: سطح هشیار و ناهشیار. سطح هشیار، محدود و قابل دسترس و سطح ناهشیار، وسیع و شامل باورها، ترس‌ها و خواسته‌هایی است که فرد از آن‌ها آگاه نیست ولی بر رفتار او تاثیر می‌گذارد. این دیدگاه، فرآیندهای روانی را عمدتاً متعلق به بخش ناهشیار دانسته و بیان می‌دارد فرد دائماً در تعارض انگیزه‌های ناهشیار خود قرار دارد. هر نیازی که با عدم ارضا مواجه شود از حیظه هشیار به حیظه ناهشیار ذهن رانده شده و با ماندگاری در آنجا بر رویاها و لغزش‌های کلامی اثر می‌گذارد.

رویکرد پدیدارشناختی (انسان‌گرایی)

اگر تجربه‌های شخصی و درونی فرد را از دیدگاه خود فرد مطالعه کنیم، رویکرد پدیدارشناختی را به کار گرفته‌ایم. بر این اساس انسان، آزاد و از روی انتخاب و در جهت توانایی رشد و خودشکوفایی. رفتار می‌کند. نیروی انگیزشی فرد، وی را به سوی رفتاری سوق می‌دهد که توانایی‌های بالقوه خود را به کار گرفته و به رشدی فراتر از رشد کنونی برسد. این رویکرد هر نوع جبر در رفتار به صورت‌های روانی، زیستی، اجتماعی و اقتصادی را رد می‌کند و طرفدار آزادی انسان در رفتارهای صادره از اوست.

امروزه روان‌شناسان، غالباً در پژوهش‌ها و مطالعات خود به رویکرد التقاطی معتقدند. یعنی نظریات رویکردهای مختلف را در فعالیت‌های علمی و پژوهشی خود مورد استفاده قرار می‌دهند. بسیاری از آن‌ها پیرو محض و متعصب یک دیدگاه یا رویکرد نیستند و ارزش رویکردهای مختلف را مدنظر قرار می‌دهند (دواچی و ابراهیمی، ۱۳۷۳).

مراحل رشد انسان از دیدگاه‌ها و جنبه‌های مختلف

انسان سالم در دنیای امروز انسان تکاملی تعادلی می‌باشد بدین معنی که افراد زیادی همانند پزشکان متخصص یا اساتید دانشگاه یا گروه‌های دیگر جامعه را می‌بینیم که در یک یا دو زمینه خاص بخوبی رشد کرده‌اند ولی ممکن است در زمینه‌های دیگر انسانی خود رشد چندانی نداشته و در حد کودکی باقی مانده باشند لذا واژه متعادل می‌رساند که انسان سالم در دنیای امروز کلیه بخش‌های وجودش به اقتضای شرایطش بصورت متعادل تکامل یافته‌اند. انسان در ۷ جنبه در زندگی خود می‌بایست رشد کند: ۱- رشد فیزیکی، ۲- رشد روانی اجتماعی (تا صد سالگی می‌تونه ادامه پیدا کنه)، ۳- رشد روابط انسانی، ۴- رشد شخصیت، ۵- رشد احساسی، عاطفی، هیجانی و جنسی، ۶- رشد ادراکی یا شناختی (که به هوش، عقل، علم و دانش ما مرتبطه)، ۷- رشد اخلاقی.

مراحل رشد انسان از دیدگاه اسلام

انسان از دیدگاه اسلام موجودی در حال رشد است که در دوران زندگی خود نیز از مراحل دوره‌های مشخصی عبور می‌کند. قرآن می‌فرماید: اوست خدایی که شما را از خاک ناچیز

بیافرید و سپس از قطره آب (نطفه) و آنگاه از خون بسته (علقه) سپس سالخورده شوید و برخی از شما پیش از سن پیری وفات کنید و به اجل معین خود اینچنین کردیم تا مگر قدرت خدا را تعقل کنید. در این آیه شریفه ۶۷ سوره غافر به طور روشن در دوره قبل و بعد از تولد بیان شده و این نکته ذکر شده است که قبل و بعد از تولد همه مراحل مشخص و معین دارد (دانشنامه رشد، ۱۴۰۱).

مراحل رشد قبل از تولد:

غیر از آیه مذکور، در آیات دیگری نیز مراحل رشد قبل از تولد بیان شده است: همانا آدمی را از گل خالص آفریدیم؛ پس آنگاه او را نطفه قرار گردانیده، در جای استوار قرار دادیم؛ آنگاه نطفه را علقه و علقه را مضغه و باز آن مضغه را استخوان گردانیدیم سپس بر استخوانها گوشت پوشانیدیم. از آن پس او را به صورت خلقی دیگر به وجود آوردیم (دمیدن روح مجرد)، آفرین بر قدرت کامل بهترین آفریننده (سوره مؤمنون، آیه ۱۳).

مراحل رشد بعد از تولد:

در قرآن دوران زندگی انسان بعد از تولد به سه دروه مشخص: کودکی، بلوغ و پیری تقسیم شده است. ولی چون دوران مهم رشد و تربیت انسان در سالهای کودکی و جوانی است، احادیث فراوانی، دوران رشد را از بعد تولد تا ۲۱ سالگی تقسیم بندی کرده و ویژگیهایی برای رشد و تربیت یاد آور شده اند. پیغمبر اکرم (ص) می فرماید: کودک در هفت سال اول سید و آقا است، در هفت سال دوم روحیه اطاعت و فرمانبرداری دارد و در هفت سال سوم وزیر و مشاور است.

امام صادق (ع) می فرماید: کودک هفت سال بازی می کند، در هفت سال دوم خواندن و نوشتن بیاموزد و در هفت سال سوم حلال و حرام را بیاموزد.

بنابراین؛ همانگونه که ملاحظه می شود دوران رشد تربیت بعد از تولد به سه مرحله هفت ساله تقسیم شده است که ما آن را به این صورت نام گذاری می کنیم:

۱- دوره سیادت و سروری

۲- دوره اطاعت و فرمانبرداری

۳- دوره مشورت و هم‌رایی

دوره سیادت و سروری:

بازی از ویژگی‌های این دوره محسوب شده است. در این هفت سال، دنیای کودک بازی است و بازی همه زندگی اوست. بنابراین هفت سال از نظر اسلام دوره ای است که کودک محور تعیین کننده آن است و پدر و مادر باید تا حد امکان مطابق خواسته‌ها و نیازهای طبیعی کودک خود رفتار کنند. کودک در هفت سال اول باید به اندازه کافی از نظر شخصیتی مورد احترام قرار گیرد و مرکز توجه اعضای خانواده باشد.

دوره اطاعت و فرمانبرداری:

هفت سال دوم (۷-۱۴ سالگی) اطاعت، حرف شنوی و همچنین تعلیم و تادیب از ویژگی‌های سنین این دوره بیان شده است. در این دوره با توجه به رشدی که کودک پیدا می‌کند، مطیع و فرمانبردار می‌شود و روحیه اطاعت پیدا می‌کند. به همین دلیل این دوره بهترین فرصت، هم برای تعلیم (آموزش) و هم برای تادیب (آموزش مستقیم ارزش‌ها و پرهیز دادن از ضد ارزش‌ها) فراهم می‌آید. والدین و مربیان در این دوره بهترین فرصت را برای تعلیم و تربیت کودکان در اختیار دارند. زیرا در این دوره کودک نه حالت بازیگوش دوره اول را دارد و نه مشکلات دوره سوم را که دوره بلوغ و نوجوانی است. بنابراین، در این دوره از دیدگاه اسلام، پدر و مادر محور تعلیم و تربیت اند و کودک با خصوصیات روانی و تربیتی که داراست، آمادگی کافی را برای تعلیم و تربیت پذیری مستقیم را دارد.

دوره مشورت و هم‌گرایی:

در هفت سال سوم، وزیر بودن، هم‌رایی و همراهی با پدر و مادر، یادگیری حلال و حرام و دشمن یا دوستی با پدر و مادر از خصوصیات کودک ذکر شده است. در این دوره هر کس بنا به سنت الهی باید مسئولیت کارهای خویش را بپذیرد زیرا آگاهی یافتن به حلال و حرام است و برای اعمال او ثواب و جزا در نظر گرفته می‌شود (حاجی‌بابائیان‌امیری، ۱۳۹۰).

مراحل رشد روانی-اجتماعی در نظریه اریکسون

اریکسون ۸ مرحله را برای رشد روانی-اجتماعی انسان در نظر گرفت. از نظر او در هر یک از این مراحل تعاملی از اضداد اتفاق می‌افتد. در واقع تعارضی میان یک عنصر سازگار و یک عنصر مخرب در هر مرحله از رشد روانی-اجتماعی مشاهده می‌شود و تنها زمانی فرد می‌تواند از یک مرحله عبور کند که بتواند این تعارض و بحران را پشت سر گذاشته و به شیوه سالمی با آن سازگار شود. ما در ادامه به هر یک از مراحل رشدی در نظریه اریکسون اشاره کرده‌ایم.

۱- مرحله نوباوگی (اعتماد در برابر بی‌اعتمادی) در نظریه اریکسون

مرحله نوباوگی شامل یک سال اولیه زندگی انسان است. اریکسون معتقد است نوزاد در یک سال اول دائماً نیازمند اطرافیان است این مسئله باعث می‌شود همواره در حال جذب و گرفتن باشد و از دیگران به روش‌های خاص خود نظیر گریه کردن بخواهد که نیازهایش را برطرف کنند. او در این مسیر بر اساس پاسخ‌هایی که از جانب مادر یا مراقبین اولیه دریافت می‌کند، مفهوم اعتماد را در ذهن خود شکل می‌دهد. در واقع تعارض و هسته اصلی این مرحله اعتماد در برابر بی‌اعتمادی است. زمانی که الگوی جذب با نحوه‌ای که محیط نیازها را برای نوزاد فراهم می‌سازد هم‌خوان باشد؛ اعتماد بنیادی شکل می‌گیرد. اما اگر نوزاد محیط و مراقبین را ناکام کننده ببیند و این‌گونه درک کند که آن‌ها نمی‌توانند پاسخگوی نیازهای او باشند دچار بی‌اعتمادی می‌شود.

۲- اوایل کودکی (استقلال در برابر شرم و تهدید)

اوایل کودکی یا همان ۲ تا ۳ سالگی زمانی است که فرزندان به توانایی ابراز وجود دست می‌یابند و از همین رو رفتارهایی نظیر سرپیچی از دستورات والدین را از خود نشان می‌دهند. این دوره در حقیقت نوعی استقلال طلبی اولیه یا شروع کار نیروی اراده محسوب می‌شود که اگر به درستی مورد توجه قرار نگیرد به شکل گیری احساس شرم و تردید می‌انجامد. شرم در نظریه اریکسون به معنای احساس زیر نظر قرار داشتن یا رسوا شدن است. همچنین تردید به معنای مطمئن نبودن از خود است که این دو احساس در نهایت می‌توانند زمینه‌ساز آسیب‌های جدی‌تری نظیر شکل گیری وسواس شوند و مسیر رشد روانی-اجتماعی فرد را دچار مشکل کنند.

۳- دوره بازی (ابتکار در برابر احساس گناه)

دوره بازی سنین ۳ تا ۵ سالگی را در بر می‌گیرد. اریکسون معتقد بود کودکان در این سنین به همانندسازی با والدین می‌پردازند و مهارت‌های زبان، کنجکاوی، تخیل و توانایی تعیین هدف را در خود پرورش می‌دهند. آن‌ها در سنین بازی از مفاهیمی نظیر تولید مثل، رشد و مرگ نیز آگاه می‌شوند و در این مسیر اغلب از اندام تناسلی خود نیز مطلع می‌گردند. تعارض اصلی این دوره ابتکار در برابر احساس گناه نام دارد. اگر والدین نتوانند نیرو و انرژی فرزند خود را در این زمان به درستی هدایت کنند و در هدمندی به او یاری نرسانند؛ احساس گناه در کودک پرورش می‌یابد که این احساس زمینه‌بازداری افراطی و تعصبات خشک در آینده را فراهم می‌سازد (میلر، ۲۰۱۱؛ کرین، ۲۰۰۰).

۴- دوره مدرسه (سخت‌کوشی در برابر حقارت)

دوره مدرسه اریکسون ۶ تا ۱۲ یا ۱۳ سالگی را در بر می‌گیرد. در این دوره دنیای اجتماعی کودکان از خانواده فراتر می‌رود و همسالان، معلمان و الگوهای بزرگسال را شامل می‌شود. برای کودکان در دوره مدرسه میل به دانستن، نیرومند می‌شود که با تلاش بنیادی آن‌ها برای شایستگی ارتباط دارد. دوره مدرسه تنها به معنای تلاش برای تحصیلات رسمی نیست بلکه هرگونه سخت‌کوشی برای یادگیری را شامل می‌شود. اگر کودکان در این دوره احساس تلاش‌هایشان برای رسیدن به اهداف را کافی ندانند، احساس حقارت می‌کنند که ویژگی مخرب دوره مدرسه است. بی‌کفایتی‌های قبلی یعنی مشکلات مرتبط با دوره‌های قبل نظیر احساس گناه زیاد می‌توانند در شدت احساس حقارت افراد تأثیرگذار باشند.

۵- نوجوانی (هویت در برابر سردرگمی هویت)

نوجوانی، دوره بلوغ تا اوایل بزرگسالی است که یکی از مهم‌ترین مراحل رشد است زیرا در پایان این دوره فرد باید به درک پایداری از هویت خود دست یابد. اگرچه هویت‌یابی نه در نوجوانی آغاز و نه در آن تمام می‌شود بلکه بحران بین هویت و سردرگمی هویت در این مرحله به اوج خود می‌رسد. در واقع افراد در این دوره بیش از هر زمانی در جست‌وجوی این می‌باشند که دریابند چه چیزی هستند و چه چیزی نیستند.

با شروع علائم بلوغ، نوجوانان به دنبال نقش‌های تازه‌ای می‌گردند که به کمک آن‌ها بتوانند هویت جنسی، ایدئولوژیکی و شغلی خود را پیدا کنند. آن‌ها در این فرایند جست و جو، به برداشت‌هایی که تاکنون از خود شکل داده‌اند رجوع می‌کنند. در نتیجه می‌توان گفت بذره‌های هویت در نوباوگی کاشته می‌شوند و در طول مرحله‌های بعدی ادامه می‌یابند و سپس در نوجوانی نیرومند می‌شوند. سردرگمی هویت زمانی اتفاق می‌افتد که با پایان نوجوانی، فرد همچنان نمی‌تواند به برداشت یکپارچه‌ای از خود برسد و معیارها و ارزش‌های خود را پیدا نمی‌کند و دائماً بین هدف‌های مختلف احساس سرگردانی می‌کند.

۶- جوانی (صمیمیت در برابر انزوا)

افراد بعد از درک هویت خود در دوره نوجوانی باید بتوانند توانایی ترکیب این هویت با هویت فردی دیگر را کسب کرده و در عین حال فردیت خود را حفظ کنند. جوانی تقریباً ۱۹ تا ۳۰ سالگی را در بر می‌گیرد و با تعارض صمیمیت در برابر انزوا مشخص می‌شود. صمیمیت توانایی آمیختن هویت خود با فردی دیگر بدون احساس نگرانی در مورد از دست دادن آن است. از آنجایی که صمیمیت سالم تنها پس از شکل‌گیری هویت خود ایجاد می‌شود اکثر عشق‌ها و شیفتگی‌های تجربه‌شده در دوران نوجوانی عشق سالم نیستند. در مقابل صمیمیت سالم، مفهوم انزوا قرار دارد که به صورت ناتوانی فرد در استفاده از فرصت‌های هویت به وسیله سهیم شدن در صمیمیت واقعی تعریف می‌شود. ناتوانی در تجربه عشق پخته، داشتن کار ثمربخش و تولید مثل باعث می‌شود که افراد احساس انزوا را در خود پرورش دهند.

۷- بزرگسالی (زاینده‌گی در برابر رکود)

بزرگسالی ۳۱ تا ۶۰ سالگی را در بر می‌گیرد. این مرحله زمانی است که افراد جایگاه خود را در جامعه پیدا می‌کنند و مسئولیت کارهایی که در آن انجام می‌دهند را می‌پذیرند. ویژگی سازگار بزرگسالی، زاینده‌گی است که به صورت آفریدن موجودات جدید به علاوه دستاوردها یا اندیشه‌های تازه تعریف می‌شود. زاینده‌گی از ویژگی‌های سازگار دوره‌های پیشین نظیر صمیمیت و هویت ناشی می‌شود و در مقابل آن احساس در خود فرورفتگی و رکود قرار دارد. زمانی که افراد بیش از حد در خود فرو بروند یا راحت طلب باشند احساس رکود فراگیر را پرورش می‌دهند.

۸- پیری (انسجام در برابر ناامیدی)

اریکسون ۶۰ سالگی تا پایان عمر را دوره پیری نامید. آخرین بحران هویت که در این دوره تجربه می‌شود انسجام در برابر ناامیدی است. ممکن است احساس ناامیدی در بسیاری از افراد هنگام مواجهه با پیری غلبه پیدا کند اما افرادی که هویت نیرومندی دارند، صمیمیت را آموخته‌اند و از افراد و اشیا مراقبت کرده‌اند؛ در این دوره نیز می‌توانند به جای ناامیدی انسجام را تجربه کنند. انسجام به معنای احساس کامل بودن و یکپارچگی است و نوعی توانایی یکپارچه کردن احساس «من بودن» با وجود همه نواقص و کاهش توانایی‌هایی که در سطح توانایی‌های جسمانی و عقلانی اتفاق می‌افتد (کرین، ۲۰۰۰).

نظریه رشد در دیدگاه روانکاوی

یکی از مهم‌ترین دوران زندگی آدم، دوران کودکی است که شخصیت بزرگسالی را شکل می‌دهد. کودکی تنها به رشد جسمی و حرکتی محدود نمی‌شود و یک رشد کلی در همه ابعاد مانند ابعاد جسمی، عاطفی، اجتماعی، شخصیتی و هوشی را در برمی‌گیرد. نوزاد با توانایی‌های بسیار محدودی به دنیا می‌آید و برای رشد و پرورش احتیاج به محیطی غنی دارد که هم بتواند دلبستگی ایمن را تجربه کند و هم بتواند سایر نیازهایش را برطرف کند. فروید مراحل رشد جنسی-روانی را در پنج مرحله می‌بیند که به ترتیب زیر هستند

- ۱- مرحله دهانی - تولد تا ۲ سالگی
- ۲- مرحله مقعدی - ۲ تا ۳ سالگی
- ۳- مرحله آلتی - ۴ تا ۵ سالگی
- ۴- مرحله نهفتگی - ۵ سالگی تا بلوغ
- ۵- مرحله تناسلی - بلوغ تا بزرگسالی.

به این مراحل در فصل چهارم پرداخته شده است (میلر، ۲۰۱۱).

مراحل رشد شناختی پیاژه

ژان پیاژه، پژوهشگر سویسی، مراحل رشد شناختی کودک را از تولد تا بلوغ فکری به ۴ مرحله تقسیم کرده است. بنابراین با توجه به تعامل طبیعت و تجربه، انسانها تحت چهار مرحله جدا از نظر رشد شناختی پیشرفت می کنند:

۱- مرحله حسی - حرکتی (تولد تا دو سالگی)

۲- مرحله پیش عملیاتی (۲ تا ۷ سالگی)

۳- مرحله عملیات عینی (۷ تا ۱۱ سالگی)

۴- مرحله عملیات صوری (۱۱ سالگی به بعد)

این مراحل گونه‌های مختلف تفکر را از لحاظ کیفی نشان می دهند که طی یک ترتیب ثابت رخ می دهد بطوریکه در تمام کودکان یکسان است. با این وجود کودکان بنا به تجاربشان ممکن است با سرعت کم و یا زیاد از این مراحل عبور کنند و بنابراین دامنه سنی مربوط به هر مرحله به میانگین سنی بر می گردد.

ویژگی‌های رشد در مرحله حسی حرکتی: از تولد تا دو سالگی

۱. نوزاد جهان را از راه احساسات و حرکاتش می شناسد.
۲. نوزادان از طریق مکیدن، چنگ زدن، نگاه کردن و گوش کردن، درباره دنیای پیرامونشان می آموزند.
۳. نوزادان یاد می گیرند که اجسام و اشخاص حتی اگر دیده نشوند، هنوز هم وجود دارند (ثبات اشیا).
۴. نوزادان می فهمند که مجزا از اشخاص و اشیا اطرافشان هستند (در سن ۹ تا ۱۲ ماهگی).
۵. آن‌ها می فهمند که کارهایشان می تواند موجب اتفاقاتی در دنیای اطرافشان شود (روابط علت و معلولی) (برک، ۲۰۰۷).

ویژگی‌های رشد در مرحله تفکر پیش عملیاتی: از ۲ تا ۷ سالگی

۱. کودکان در این مرحله یاد می‌گیرند که بطور سمبلیک فکر کنند و از واژه‌ها و تصاویر برای بیان مقصود خود استفاده کنند.
۲. تفکر و استدلال کودک در سطح استدلال مستقیم است. یادگیری در این مرحله به صورت مستقیم بوده و بدون استفاده از استدلال است.
۳. کودکان در این بازه زمانی، تمایل به استقلال و خود محوری دارند. خود را محور عالم تصور می‌کنند و دیدگاه محدودی دارند. نمی‌توانند رفتار خود را به خاطر دیگران تغییر دهند.
۴. وقوع دو واقعه همزمان را به هم ربط می‌دهند و به عنوان علت و معلول در ذهن خود ثبت می‌کنند.
۵. توانایی حرف زدن و فکر کردنشان بیشتر می‌شود، اما در مورد مسائل محدودی فکر کنند. به حوادث و اشیاء در ذهن خود جان می‌دهند و صفات انسانی برایشان قائل می‌شوند.

ویژگی‌های رشد در مرحله تفکر عملیات عینی: از ۷ تا ۱۱ سالگی

۱. در این مرحله از مراحل رشد پیاژه، کودک شروع به فکر کردن منطقی و سازماندهی شده می‌کند.
۲. کودک مفهوم پایستگی را می‌فهمد، اینکه مقدار آب موجود در یک فنجان کوتاه پهن، با مقدار آب موجود در یک لیوان بلند باریک برابر است.
۳. کودک شروع به استفاده از منطق استقرایی می‌کند و برای صحبتش دلیل می‌آورد.

ویژگی‌های رشد در مرحله عملیات انتزاعی یا صوری: پس از ۱۲ سالگی

۱. در این مرحله از رشد، نوجوان توانایی تفکر انتزاعی و استدلال قیاسی را پیدا می‌کند.
۲. نوجوان می‌تواند صورت‌های ذهنی، نمادی و سمبلیک را به کار برد.

۳. نوجوان در این مرحله شروع به فکر کردن در مورد مسایل اخلاقی، فلسفی، اجتماعی و سیاسی می‌کند.

۴. او می‌تواند در مورد مساله‌ای به طرح و تنظیم نقشه و راهبرد اقدام کند (کرین، ۲۰۰۰).

مراحل رشد اخلاقی در انسان براساس نظریه کلبیگ

از نظر او، افراد در ۳ سطح اخلاقی قرار می‌گیرند که هر یک از این سطوح، خود به ۲ مرحله تقسیم می‌شود.

سطح اول: اخلاق پیش‌عرفی

سطح اول، اخلاق پیش‌عرفی یا پیش‌قراردادی است که کودکان از ۴ تا ۱۰ سالگی در این سطح قضاوت اخلاقی قرار دارند. کودکان در این سن، اخلاقی عمل می‌کنند تا از مجازات اجتناب کنند یا پاداش بگیرند. از دید آنها، معیارهای اخلاقی از سوی والدین و بزرگ‌ترها تعیین می‌شوند و افراد باید برای گریز از مجازات یا کسب پاداش از آنها پیروی کنند. این سطح شامل ۲ مرحله است.

مرحله ۱) اجتناب از تنبیه: در این مرحله کودک برای اینکه مجازات نشود از معیارهای اخلاقی دیگران (والدین) تبعیت می‌کند و به انگیزه‌های فردی که در داستان عملی را مرتکب شده، توجه چندانی ندارد، بلکه بیشتر به پیامد آن فکر می‌کند.

مرحله ۲) کسب پاداش: در این مرحله کودک از مقررات والدین اطاعت می‌کند تا مورد تشویق قرار گیرد یا پاداشی دریافت کند. کودکان عملی را اخلاقی می‌دانند که برایشان فایده داشته باشد، پس سودجویی، معیار قضاوت اخلاقی است.

به‌طور کلی می‌توان گفت در این سطح اخلاقی، کودکان در مورد درست و نادرست فقط برحسب عواقب عمل قضاوت می‌کنند. مثلاً اگر به بگوییم: «فردی که سهواً ۱۰ بشقاب را شکسته کار بدتری انجام داده یا کسی که عمداً یک بشقاب را شکسته؟» کودک پاسخ می‌دهد: «کسی که ۱۰ بشقاب را شکسته کار بدتری انجام داده است.»

سطح دوم: اخلاق متعارف

سطح دوم، اخلاق متعارف یا قراردادی که کودکان از ۱۰ تا ۱۳ سالگی در این سطح قرار دارند. در این سطح کودک علاقه‌مند است با کارهای خود دیگران و به‌خصوص والدینش را خوشنود کند، یعنی تحسین آنها را برانگیزد. در این سطح او گرایش به اطاعت کامل از قوانین دارد، اما این بار اطاعت از قوانین فقط برای دوری از مجازات یا کسب پاداش نیست، بلکه آنچه که مهم‌تر است، محبوبیت و نهایتاً حفظ نظم جامعه است (برک، ۲۰۰۷؛ میلر، ۲۰۱۱).

این سطح نیز شامل ۲ مرحله است:

مرحله ۳) تحسین و تایید از جانب والدین: در این مرحله کاری که تایید والدین و دیگران را به دنبال داشته باشد از نظر اخلاقی قابل دفاع و درست است. کودک سعی می‌کند به چشم خودش و دیگران خوب جلوه کند. در اینجا، برخلاف سطح قبلی، کودک به نیت هم علاوه بر پیامد، اهمیت می‌دهد.

مرحله ۴) حفظ نظم اجتماعی و وظیفه‌شناسی: در این مرحله، هر کاری که مطابق با قانون و مورد تصویب مراجع قدرت باشد، از لحاظ اخلاقی قابل قبول است. علاوه بر این، هر انسان موظف است به تعهدات و وظایف خود، به شکلی که جامعه تعیین کرده، عمل کند. به‌طور کلی در این سطح، تاکید بر روابط بین افراد و ارزش‌های اجتماعی و فرهنگی است و زمانی که این موارد با علایق شخصی منافات داشته باشند، ارزش‌های اجتماعی و تعهدات، مقدم هستند. کودک نه تنها خود را با نظم اجتماعی هماهنگ می‌کند، بلکه آن را توجیه و از آن حمایت خواهد کرد.

سطح سوم: اخلاق پس عرفی

سطح سوم، اخلاق پس عرفی یا مافوق قراردادی که افراد از ۱۳ سالگی به بعد به این سطح می‌رسند و وقتی به اینجا می‌رسند، در واقع به اخلاق واقعی دست پیدا کرده‌اند. در این سطح، فرد برای اولین بار متوجه می‌شود که ممکن است بین ۲ معیار اخلاقی که هر ۲ پذیرفته شده هستند، تضاد وجود داشته باشد. او ضمن قبول داشتن قوانین ممکن است به نارسایی بعضی از موارد قانونی پی ببرد و بفهمد که افراد دیگر ممکن است عقاید و ارزش‌های متفاوتی داشته باشند که

نادرست هم نباشد. این سطح نیز ۲ مرحله دارد:

مرحله ۵) اخلاق قراردادی: در این مرحله فرد به قوانین و مقررات به‌عنوان نوعی قرارداد اجتماعی نگاه می‌کند و می‌فهمد که هدف از قوانین، تامین خواسته‌های اکثریت جامعه و بالا بردن رفاه اجتماعی است، اما قوانین هم گاهی نقص دارند، پس اعتبار قانون ممکن است در مواردی زیر سوال برود. در این شرایط ممکن است صحت و همیشه درست بودن بعضی قوانین مورد تردید قرار گیرد.

مرحله ۶) پابندی به اصول و وجدان فردی: این مرحله، بالاترین و عالی‌ترین مرحله رشد اخلاقی است. فرد براساس درونی کردن موازین اخلاقی، شخصاً اصولی را انتخاب می‌کند و در هر موقعیتی به آنها پایبند باقی می‌ماند. در این مرحله اگر قانون با اصول انتخاب‌شده فرد مغایر باشد، وی از قانون پیروی نخواهد کرد. پس قضاوت اخلاقی در این سطح براساس اصول انتزاعی است؛ یعنی کاری درست است که فی‌نفسه در آن لحظه درست است، نه به این علت که جامعه آن را درست می‌داند. در کل فقط ۱۰ درصد افراد به مرحله ۶ که آرمانی‌ترین مرحله رشد اخلاقی است، می‌رسند و اغلب بزرگسالان در مرحله ۳ یا ۴ از سلسله‌مراتب کلبرگ باقی می‌مانند (میلر، ۲۰۱۱).

انواع آزمون‌های روانی

آزمون‌های روانی را می‌توان با توجه به ویژگی‌هایی که دارند به روش‌های مختلف طبقه بندی کرد. برای مثال می‌توان آنها را از لحاظ استاندارد بودن یا غیراستاندارد بودن، فردی یا گروهی بودن، آزمون سرعت یا قدرت بودن، آزمون کارایی یا شخصیت بودن و ... طبقه بندی کرد. با توجه به کثرت آزمون‌ها ارائه یک طبقه بندی جامع غیر ممکن است. از طرف دیگر طبقه بندی آزمون به خاطر تسهیل در کاربرد آنها انجام می‌شود و جدا کردن آنها از یکدیگر بیشتر جنبه قراردادی دارد. اما به طور کلی می‌توان نه نوع آزمون روانی را نام برد:

- ۱- آزمون هوش ۲- استعداد ۳- معلومات ۴- بالینی ۵- پرسشنامه شخصیت ۶- آزمون عینی شخصیت ۷- آزمون فرافکن شخصیت ۸- چک لیست مصاحبه ۹- ابزارهای روان سنجی (گنجی، ۱۳۹۴).