

به نام خدا

سرای دانشجو

دانلود برترین جزوات و فیلم های دانشجویی

باماداراتباط باشید



Website:

www.sarayedaneshjo.com

Email:

info.sarayedaneshjo@gmail.com

دانش اگر در ثریا هم باشد مردانی انر سرزمین پارس بدان دست خواهند یافت. رسول اکرم (ص)

جزوه روانشناسی مرضی استاد آریا پوران

کانال دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه ملایر: @mu۱۳۹۵

روانشناسی مرضی:

یکی از شاخه های روانشناسی است که به تشخیص، سبب شناسی، بررسی علائم و درمان اختلالات کودکان و نوجوانان می پردازد. (همان آسیب شناسی روانی است که در مورد کودکان از روانشناسی مرضی استفاده می کنیم.)

اهمیت و ضرورت:

۱. شروع بیشتر اختلالات در دوران کودکی است، پس روانشناسی مرضی برای این کودکان ضروری است.
۲. اگر ما اختلالی را در دوران کودکی تشخیص دهیم، می تواند به درمان در بزرگسالی کمک کند. و باعث بهبود آن اختلال شود. و به سلامت روان در آینده کمک کند.
۳. چون رشته ما روانشناسی است، باید روانشناسی مرضی را بشناسیم و لازمه رشته ماست.

تاریخچه روانشناسی مرضی:

ابتدا علت بسیاری از مشکلات غیر علمی بود. (مانند: سوراخ کردن جمجمه یکی از روش های درمانی در گذشته برای درمان اختلالات روانی بوده است.)
فیلیپ پنیل: بیماران را آزاد می گذاشت و به آنها احترام زیادی می گذاشت و به آنها فشار نمی وارد نمی کرد که خود فرد باور کند که بیمار است. (یعنی احترام گذاشتن به بیمار باعث درمان می شود.)
بقراط: بیشتر اختلالات علت جسمی دارند.

دیدگاه های مختلف درباره آسیب شناسی کودکان:

دیدگاه رفتاری:

طبق این دیدگاه یادگیری غلط در کودکان (شرطی سازی غلط) باعث ایجاد آسیب می شود. به طور مثال در شرطی سازی محرک-پاسخ (S.R) با دیدن گربه ترس/فرار ایجاد می شود. و یا در یادگیری مشاهده ای: با دیدن الگو، تجزیه و تحلیل و تشویق ایجاد می شود. به طور مثال: دروغ گویی-اضطراب و وسواس والدین.

دیدگاه انسان گرایانه:

طبق این دیدگاه انسان رشد آزاد دارد. این دیدگاه به انسان ارزش می دهد. و عدم توجه بدون قید و شرط در کودک موجب بروز اختلال می شود.

جزوه روانشناسی مرضی استاد آریا پوران

کانال دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه ملایر: @mu۱۳۹۵

دیدگاه هستی گرایی (وجودگرایی):

طبق این دیدگاه اضطراب ها ناشی از ضعف در ارزش ها جامعه می باشد.

دیدگاه ارتباط بین فردی:

طبق این دیدگاه اکثر اختلالات، ناشی از ضعف و اختلال در ارتباط بین فردی است.

دیدگاه شناختی:

در این دیدگاه فرض بر این است که ارزیابی ها (برداشت های) غلط در محیط، شناخت های نادرست را بوجود می آورد و در نتیجه باعث بروز اختلالات در بزرگسالی می شود.

دیدگاه اجتماعی:

در این دیدگاه فشارهای محیطی و اجتماعی موجب بروز اختلال می شود. مانند: طلاق، مرگ والدین و..

تعریف رفتار نابهنجار:

رفتاری نابهنجار است که از نظر شدت، مدت و فراوانی با سایر رفتارها تفاوت داشته باشد. مانند بیش فعالی در یک فرد عادی و یک فرد بیش فعال.

اصول اساسی در تشخیص رفتار بهنجار:

- ۱) اصل تناسب سنی: یعنی رفتاری که از کودک سر می زند، متناسب با سن او است یا خیر. به طور مثال: راه رفتن در یک کودک ۲ساله بهنجار است و عدم راه رفتن کودک ۲ساله نابهنجار.
- ۲) اصل پیش بینی آینده: هر دو گروه (بهنجار و نابهنجار) رفتارشان قابل پیش بینی است. به طور مثال: بیش فعالی باعث مصرف مواد و در نهایت موجب شخصیت ضد اجتماعی می شود. و یا طلاق محیط نامناسبی را بوجود می آورد و نهایتاً باعث بزهکاری می شود.
- ۳) اصل تناسب فرهنگی: بعضی از رفتارها ممکن است متناسب با فرهنگ باشد ولی اختلال محسوب نشود و برعکس.

علت رفتارهای نابهنجار کودک:

- ۱) عوامل زیستی: یعنی در زمینه ارثی و کروموزوم ها اختلال وجود دارد.
- ۲) عوامل روانی: به وسیله عوامل روانی مانند شیوه های غلط فرزندپروری، یادگیری مشاهده ای و همچنین بیماری والدین بوجود می آید.

جزوه روانشناسی مرضی استاد آریا پوران

کانال دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه ملایر: @mu۱۳۹۵

۳) عوامل فرهنگی_اجتماعی: عوامل اجتماعی_فرهنگی مانند فقر اقتصادی_فرهنگی، حمایت اجتماعی_فرهنگی پایین، نبود ارگان های خاص، عدم حمایت خاص و نبود خدمات رفاهی کافی باعث بروز رفتار نابهنجار در کودک می شود.

عواملی که باید در هر اختلال مورد بررسی قرار داد:

۱) عامل اولیه: که نام دیگر آن عوامل آشکار کننده می باشد به عاملی گفته می شود که به وجود آورنده آن اختلال می باشد و شرایطی است که اختلال به آن وابسته است و بدون آن به وجود نخواهد آمد. مانند: ارث، محیط، طلاق، مرگ والدین.

۲) عامل زمینه ساز: یعنی عوامل اولیه وجود دارد اما عاملی که بستر را به وجود آورد، وجود دارد تا اختلال ایجاد شود. مانند: طرد از طرف والدین، اضطراب کودک.

۳) عامل تسریع کننده (تشدید کننده): عاملی که به شدت مشکل را تسریع می بخشد. مانند: تکرار طرد از سمت والدین یا همسالان و یا مریبان.

۴) عامل نگه دارنده: یعنی عاملی که باعث می شود اختلال همیشه وجود داشته باشد و تثبیت شود.

عوامل زیستی تاثیر گذار بر رفتار نابهنجار کودک:

۱) نا بهنجاری های کروموزومی: مثل سندرم داون

۲) ژن های معیوب: ۱. نهفته_نهفته_یعنی دو نهفته در کنار هم هستند و اکثر بیماران شدید را تشکیل می دهند. موجب اختلال می شود. (پدر_مادر)

۲. بارز: فرد نمی تواند باردار شود زیرا اختلال بارز است و به فرزند منتقل می شود. مثل بیماری نوروفیبروماتوزیس.

۳) آسیب زاهای دوران بارداری: مثل کمبود ویتامین ها در دوران بارداری، کودک را دچار مشکل می کند. هر نوع بیماری که مادر داشته باشد، بر فرزند تأثیر گذار هست.

۴) آمادگی: یعنی داشتن آمادگی و شرایط خاص برای بروز رفتار نابهنجار (پیش زمینه).

عوامل اجتماعی_فرهنگی و روانی تاثیر گذار بر رفتار نابهنجار کودک:

۱) خانواده: مهم ترین عامل در خانواده شیوه فرزند پروری است.

_ سه شیوه فرزند پروری: ۱) آسان گیر (سهل گیر): یعنی کودک رها شده است.

جزوه روانشناسی مرضی استاد آریا پوران

کانال دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه ملایر: @mu۱۳۹۵

۲) سخت گیر_مقتدر: استبدادی- داد زدن سر کودک - زدن کودک - فراهم نکردن امکانات

۳) مقتدرانه (منطقی): در این شیوه فرزندپروری گاهی اوقات باید جلوی کودک ایستاد.

_استرس های خانوادگی همچون مرگ والدین، طلاق والدین، بیماری والدین.

۲) یادگیری و آموخته های کودک:

_شرطی سازی کلاسیک: S_R محرک_پاسخ

وقتی کودک یک حرف بدی می زند و ما با خنده پاسخ می دهیم، این امکان وجود دارد که کودک دوباره آن رفتار خود را تکرار کند.

_شرطی سازی فعال: S_O_R الگوی محرک_ارگانیسم_پاسخ

نوع تعبیر و تفسیر و برداشت فرد از محرک ها عامل مهمی در تعیین نوع پاسخ ها و چگونگی رفتار فرد به شمار می رود به طور مثال رفتار زشت کودک، تشویق نمی شود و کودک تکرار نمی کند.

_یادگیری مشاهده ای: پرخاشگری کودک می تواند از موارد زیر حاصل شود.

۱) دیدن الگو یا توجه (مستقیم): از والدین یا مربی

۲) یادسپاری: در ذهن می سپارد (غیر مستقیم) از رسانه ها

۳) تولید یا انجام رفتار: رفتار ها را تکرار می کند.

۴) اگر تشویق شود تکرار می کند ولی اگر تشویق نشود، تکرار نمی کند.

تشخیص و طبقه بندی رفتار نابهنجار:

معایب تشخیص:

۱) برچسب زدن: یعنی به فرد یک برچسب میزنیم و این برچسب می تواند تا آخر عمر همراه او باشد و برای او مشکل ایجاد می کند.

۲) محدود کردن روان شناس و متخصص

۳) داغ ننگ (کافمن)

۴) فردیت و وحدت شخصی فرد را انکار می کنیم

۵) محرومیت از اجتماع (بیشتر در کشورهای در حال توسعه) که نمی تواند از امکانات جامعه استفاده کند.

جزوه روانشناسی مرضی استاد آریا پوران

کانال دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه ملایر: @mu۱۳۹۵

مزایای تشخیص:

(۱) موجب درک بهتر مراجعه کننده می شود. (۲) کاهش سردرگمی (۳) طرح درمان نیز با تشخیص مشخص می شود. (۴) طرح پژوهش (۵) تشخیص موجب ارتباط بهتر متخصص با بیمار می شود.

اختلالات عصبی-رشدی:

- (۱) ناتوانی ذهنی (۲) اختلالات طیف اتیسم (۳) اختلالات خاص یادگیری (خواندن، نوشتن، ریاضی، مختلط)
- (۴) اختلالات ارتباطی (اختلالات زبان) (۵) اختلالات رت: آسپرگر و تجزیه ای دوران کودکی
- (۶) اختلال کمبود توجه و بیش فعالی (۷) اختلال کنترل تکانه (آتش افروزی-دزدی کودکانه-قماربازی)
- (۸) رفتارهای ایزایی (سلوک-نافرمانی مقابله ای) (۹) اختلال خورد و خوراک (هرزه خواری-نشخوار)
- (۱۰) اختلالات تیک (۱۱) اختلالات دفع (بی اختیاری ادرار ومدفوع) (۱۲) اختلال اضطراب (۱۳) اختلالات دلبستگی واکنشی (۱۴) اختلالات حرکتی (اختلالات صرعی-فلج مغزی)

اتیسم:

این اختلال به سندرم کانر معروف است. اتیسم یعنی در خودماندگی. در سال ۱۹۴۳ توسط لئو کانر کشف شد. کانر ۱۱ کودک را که در زمینه ارتباط برقرار کردن اختلال داشتند را بررسی کرد.

ویژگی های اتیسم:

۱. دوری گزینی و تنهایی (معمولا تنهایی شدید این افراد خیلی زیاد است).

۲. وسواس در نظم

۳. عدم استفاده از زبان (به هیچ وجه حرف نمی زنند اگر هم حرف بزنند، کلمات خاصی را بیان

می کنند یا با افراد خاصی فقط حرف می زنند).

۴. انزوا طلبی که برجسته ترین صفت است.

۵. اصرار در یکنواخت بودن محیط از ویژگی های اصلی این افراد است.

۶. خود برانگیزاننده شده هستند (درون سازی یا درون نگر می باشند).

۷. خود آسیب رسان (در عصبانیت به جای زدن طرف مقابل، خود را می زنند).

مشخصات رفتاری افراد مبتلا به اتیسم:

۱. نقص آشکار در رفتار ارتباطی مداوم (رفتارهای گوشه گیری، ارتباط چشمی پایین، عدم داشتن هم بازی).
۲. هنگامی که این افراد را بغل می کنیم، هیچ واکنشی نشان نمی دهند.
۳. معمولاً این افراد اندام های خود را دائم بررسی می کنند (بیشتر در دست ها و پاها).
۴. اشتغال زیاد با اشیاء به خصوص (جک کردن تعدادی از وسایل که هر کدام ویژگی خاصی دارند و با آنها مشغول است) که می تواند به صورت خراشیدن روی شیء، میل زیاد به یک شیء خاص، انجام بازی های عجیب و غریب با این اشیاء، چرخاندن شیء، گاز گرفتن آن شیء، به طرف خود کشیدن آن شیء همراه باشد.
۵. مقاومت شدید در برابر تغییر و کوشش برای حفظ نظم خودش.
۶. انجام دادن رفتارهایی که ما احساس می کنیم، نابهنجاری خاصی در حس فرد وجود دارد یا یک مشکل جسمانی دارد (مثل واکنش نشان دادن به یک شیء متحرک).
۷. نابهنجاری های خلقی از قبیل نشان دادن خشم ناگهانی به ویژه در زمان به هم ریختن نظم، داد و فریاد های بدون دلیل، وجود دوره های خنده، گاز گرفتن خود و فقدان ترس در هنگام مواجهه با موضوع ترس.
۸. آشفتگی رفتاری به صورت: فقدان گفتار و قطعه قطعه بودن آن، خصوصی سازی لغات و جملات، استفاده از واژه تو به جای من، تکرار طوطی وار واژه ها.
۹. آشفتگی حرکتی و فعالیتی به صورت: فعالیت بیش از حد و خستگی ناپذیر، بیدار ماندن تا دیر وقت، گریه و بی قراری، بی حرکتی، جلو و عقب بردن بدن و کوبیدن سر به جای خاصی و ایجاد شکلک ها در صورت.
۱۰. احتمال عقب ماندگی ذهنی، زمینه عقب ماندگی شدید و عملکرد هوش عادی یا استثنایی.
۱۱. قادر به مراقبت از خود نیستند حتی اگر باهوش باشند و نیاز به توجه و سرپرستی زیاد دارند.
۱۲. ناتوانی در کسب وابستگی.

ملاک های تشخیصی اتیسم در DSM:

سه علامت عمده:

۱. تخریب کیفی در تعامل اجتماعی یا در ارتباط متقابل: بی احساسی، کمک نخواستن از دیگران، فقدان تقابل اجتماعی و هیجانی، ناتوانی در انجام بازی های معمولی، میل جنسی سالم دارند ولی فقدان مهارت اجتماعی دارند.

جزوه روانشناسی مرضی استاد آریا پوران

کانال دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه ملایر: @mu1395

۲. تخریب کیفی در ارتباط کلامی و زبان: کلام غیر طبیعی، عادت کلیشه ای و تکرار در کلمات.
۳. الگوی تکراری، محدود و کلیشه ای در رفتار، علایق و فعالیت ها: ور رفتن با یک شیء خاص، ور رفتن با اندام های خود، ناهنجاری های حرکتی، عدم پاسخ به محرک های حسی، بی خوابی، خود آسیب رسانی.

اتیسم و هوش:

در ۶۰ درصد موارد، هوش این افراد پایین تر از ۵۰ است. ممکن است در بدو تولد مشکلی نداشته باشند اما هوش این افراد بعد از تولد پایین می آید و مادر دیر تشخیص می دهد. در ۲۰ درصد موارد هوش این افراد، ۵۰ تا ۷۰ است و در ۲۰ درصد موارد بالاتر از ۷۰ یا حتی بالاتر از ۱۰۰ است. خطر اتیسم با کاهش هوشبهر افزایش پیدا می کند.

تفاوت اتیسم با سایر اختلالات:

تفاوت اتیسم با اسکیزوفرنی:

۱. اتیسم تا ۵ سالگی مشخص می شود ولی اسکیزوفرنی بعد از ۵ سالگی مشخص می شود.
۲. در اتیسم توهم و هذیان وجود ندارد ولی در اسکیزوفرنی توهم و هذیان وجود دارد.
۳. هوشبهر کودکان اسکیزوفرن بالاتر از هوشبهر کودکان اتیسم است و لزوماً یک کودک اسکیزوفرن هوشبهر ضعیف ندارد.

تفاوت اتیسم با عقب ماندگی ذهنی:

۱. بسیاری از عقب ماندگان ذهنی به دیگران وابستگی نشان می دهند ولی اتیسم ها نشان نمی دهند یا به یک نفر خاص وابسته اند.
۲. افراد عقب مانده ذهنی از باقی مانده هوش خود برای ارتباط اجتماعی و زبان استفاده می کنند ولی اتیسم ها ارتباط برقرار نمی کنند.
۳. اتیسم ها معمولاً یک توانمندی ویژه دارند ولی عقب ماندگان ذهنی توانمندی خاصی ندارد.

تفاوت اتیسم با اختلال زبان:

۱. اختلالات زبان ارتباطات غیر کلامی وجود دارد ولی در اتیسم ارتباط غیر کلامی هم وجود ندارد.
۲. در بسیاری از اختلالات زبان، تلفظ کلمات مناسب و مشهود است. اما در اتیسم هیچ تلفظی وجود ندارد.

تفاوت اتیسم با ناشنوایی:

۱. ناشنوها اغلب ارتباط برقرار می کنند ولی اتیسم ها هیچ ارتباطی برقرار نمی کنند.
۲. ناشنوها معمولا به بغل کردن واکنش نشان می دهند ولی اتیسم ها هیچ واکنشی نشان نمی دهند.
۳. ناشنوها معمولا محبت دیگران را جست و جو می کنند ولی افراد اتیسم به دنبال محبت دیگران نیستند.

همه گیرشناسی اتیسم:

از هر ۱۰ هزار کودک ۲۰ نفر مبتلا به اتیسم می شوند. اتیسم حتما قبل ۳ سالگی قابل تشخیص است. این اختلال بیشتر در پسرها دیده می شود.

سبب شناسی اتیسم:

مهم ترین نکته: علت این اختلال معمولا نامعلوم است.

مهم ترین عوامل:

(۱) روان شناختی: ارتباط والدین با کودک

معمولا این کودکان دارای والدین هنرمند و باهوش هستند. از علت ها و نشانه های اتیسم، کمبود ارتباط با کودک است. در صورتی که سابقه این بیماری یا کمبود ارتباط در خانواده این کودک باشد، باید بیشتر با این کودک ارتباط برقرار کرد زیرا مستعد اتیسم هستند.

(۲) روان پویایی: تجارب تهدید کننده و ناامید کننده اوایل کودکی مثل شاغل بودن والدین، دلبستگی ایمن و ناایمن.

اختلال بیش فعالی_نقص توجه و کاستی توجه (ADHD):

این اختلالات به سه دسته اختلال تقسیم می شوند:

۱. بیش فعالی_کاستی توجه ۲. اختلال سلوک ۳. اختلال نافرمانی مقابله ای

که در سال ۱۸۴۵ شاعری شعری می گوید (هافمن) که در شعر این فرد کودکی وجود داشته که ADHD داشته است و آن کودک را به وجود آورنده این اختلال می دانند. اسم این کودک فیلیپ بی قرار بوده است. در سال ۱۹۰۰ تا ۱۹۱۰ اسم این فرد را بیش فعال می گذارند.

ویژگی اختلال: ۱. سرکشی ۲. تکانشی ۳. مشکل در فعالیت حرکتی (مهم ترین ویژگی)