

سوالات آزمون‌های ۱۳۹۶ به بعد

توسط

آقای دکتر مرتضی پیری

پاسخ داده شده است.

# به نام خدا

## مقدمه مؤلفین

کتاب حاضر با بیش از ۱۸۰۰ تست، جامع ترین و بهترین کتاب موجود در کشور در زمینه طبقه بندی سوالات ارشد و دکتری در رشته روان شناسی می باشد. این کتاب تمام سؤالات آزمون های برگزار شده، ارشد و دکتری، دانشگاه سراسری، وزارت بهداشت و آزاد را به صورت طبقه بندی شده و با ذکر منابع پاسخ ها به صورت یک جا فراهم نموده است. از این مجموعه، بانک تست رشد، بالینی، عمومی و تربیتی نیز به چاپ رسیده است. از مدیریت انتشارات پوران پژوهش و همکارانشان کمال تشکر و قدردانی را داریم.

عادل مخبری

[Adel\\_mokhberi@yahoo.com](mailto:Adel_mokhberi@yahoo.com)

۰۹۳۷۰۰۵۷۵۷۵

زهرا برامسی پور

[Zahra.b707@yahoo.com](mailto:Zahra.b707@yahoo.com)

تقدیم

به خانواده ام

به پدر و مادرم

که با نگاه مهربانشان به من درس محبت آموختند.

به خواهرم

که وجودش شادی بخش و صفاش مایه آرامش من است.

و برادرم

که همواره در طول تحصیل متحمل زحمات من و نکیه گاه من

در مواجهه با مشکلات، و وجودش مایه دلگرمی من است.

«زهرابراسی پور»

# فهرست مطالب

فصل اول. ماهیت نابهنجاری.....	۱
فصل دوم. تاریخچه آسیب‌شناسی روانی.....	۱۳
فصل سوم. طبقه‌بندی، تشخیص و درمان.....	۳۱
فصل چهارم. نشانه‌شناسی.....	۱۲۷
فصل پنجم. نظریه‌های روان‌درمانی.....	۱۶۱
فصل ششم. اسکیزوفرنی.....	۱۹۳
فصل هفتم. سایر اختلالات سایکوتیک.....	۲۲۹
فصل هشتم. اختلالات خلقی.....	۲۴۵
فصل نهم. اختلالات اضطرابی.....	۳۰۷
فصل دهم. اختلالات شبه جسمی.....	۳۷۱
فصل یازدهم. اختلالات خلقی.....	۳۹۳
فصل دوازدهم. اختلالات تجزیه‌ای.....	۴۰۳
فصل سیزدهم. اختلالات جنسی.....	۴۲۱
فصل چهاردهم. اختلالات تغذیه و خوردن.....	۴۳۵
فصل پانزدهم. اختلالات خواب و بیداری.....	۴۴۵
فصل شانزدهم. اختلالات کنترل تکانه.....	۴۴۹
فصل هفدهم. اختلالات انطباقی.....	۴۶۷
فصل هجدهم. اختلالات شخصیت.....	۴۷۳
فصل نوزدهم. اختلالات روان‌تنی.....	۵۱۹
فصل بیستم. دلیریوم، زوال عقل و اختلالات شناختی.....	۵۲۷
فصل بیست و یکم. اختلالات وابسته به مواد.....	۵۵۳
فصل بیست و دوم. اختلالات رشدی عصبی.....	۵۷۳
فصل بیست و سوم. اختلالات رشدی عصبی: کم‌توانی ذهنی.....	۶۷۹
فصل بیست و چهارم. اختلالات شنوایی.....	۷۸۱
فصل بیست و پنجم. اختلالات بینایی.....	۷۹۳
فصل بیست و ششم. کودکان تیزهوش.....	۸۰۳
فصل بیست و هفتم. معلولیت‌های حسی - حرکتی.....	۸۰۹
آزمون‌های کارشناسی ارشد و دکتری از سال ۱۳۹۶ به بعد.....	۸۱۹
منابع.....	۸۸۲

- ۱- در دیدگاه زیستی، عوامل اصلی ایجاد کننده رفتار غیر عادی کدامند؟ (ارشد سراسری ۸۰)
- ۱) ژنتیک، مغز و دستگاه عصبی، غدد درون ریز
  - ۲) مغز، غدد درون ریز، عوامل خانوادگی / اجتماعی
  - ۳) مغز، دستگاه عصبی پیرامونی، دستگاه عصبی
  - ۴) یادگیری، دستگاه عصبی مرکزی، غدد درون ریز، عوامل ژنتیک
- ۲- احساسات اضطراب و افسردگی چه موقع، نابهنجار به حساب می آیند؟ (ارشد سراسری ۸۳)
- ۱) همراه با تغییرات فصل ظهور کنند. ۲) مناسب شرایط موجود نباشد.
  - ۳) بیشتر به هنگام فقدان ظهور کنند. ۴) در شرایط دشوار به وجود آیند.
- ۳- نابهنجاری بر حسب ملاک‌های زیر تعریف می‌شود؟ (ارشد آزاد ۸۹)
- ۱) پریشانی، اختلال، مخاطره برای خود و دیگران و رفتاری که از هنجارهای اجتماعی خارج است.
  - ۲) آشفتگی‌های روانی یا جسمانی درون فرد
  - ۳) با تأکید بر سه بعد زیستی، روانی و اجتماعی - فرهنگی
  - ۴) براساس مدل بیماری پذیری ارثی - استرس افراد با آمادگی متولد می‌شوند که آن‌ها را در معرض خطر ابتلا به اختلال روانی قرار می‌دهد.
- ۴- رابطه بیماری روانی و رفتار نابهنجار چیست؟ (ارشد آزاد ۹۰)
- ۱) رابطه‌اندکی دارند.
  - ۲) رفتار نابهنجار موجب بیماری روانی می‌شود.
  - ۳) بیماری روانی و رفتار نابهنجار همپوشی دارند، اما بیماری روانی، مفهوم گسترده تری دارد.
  - ۴) بیماری روانی شامل گروهی از رفتارهای نابهنجار است که شخص بیمار انجام می‌دهد.

- ۵- کدام یک از جملات زیر جزء تعاریف اصلی رفتار نابهنجار نیست؟ (ارشد آزاد ۹۰)
- (۱) ناتوانی یا بدکاری (۲) رفتارهای خطرناک  
(۳) ناراحتی ذهنی (۴) نقض هنجارهای اجتماعی
- ۶- بیماری که از رنج خود در مقایسه با دیگران سخن می‌گوید، در کدام معیارهای مربوط به نابهنجاری قرار دارد؟ (ارشد وزارت بهداشت ۹۰ - ۸۹)
- (۱) غیر انطباقی بودن رفتار (۲) پریشانی شخصی  
(۳) انحراف از هنجارهای اجتماعی (۴) انحراف از هنجارهای آماری
- ۷- کدام یک از موارد زیر جزء ویژگی‌هایی که افراد بهنجار به مقدار بیش‌تری از آن‌ها برخوردارند، نمی‌باشند؟ (ارشد وزارت بهداشت ۹۰ - ۸۹)
- (۱) عزت نفس و پذیرش (۲) توان کنترل اختیاری رفتار  
(۳) ادراک همخوان با واقعیت (۴) درک محدودیت‌ها
- ۸- معیار «انحراف از هنجارهای اجتماعی» در تشخیص اختلال‌های روانی این عیب را دارد که: (ارشد آزاد ۹۱)
- (۱) دقت کافی ندارد. (۲) وابسته به فرهنگ است.  
(۳) نظر درمانگر را دخالت می‌دهد. (۴) از اعداد و ارقام استفاده نمی‌کند.
- ۹- انحراف از کدام هنجار، در تعریف آسیب‌شناسی روانی مورد استفاده قرار نگرفته است؟ (ارشد آزاد ۹۲)
- (۱) اجتماعی (۲) آماری (۳) جنسی (۴) سازگاری
- ۱۰- هر اقدام در قلمرو آسیب‌شناسی روانی کودک، بر اساس کدام ارزش‌یابی چهارگانه پی‌ریزی می‌شود؟ (دکتری سراسری ۹۲)
- (۱) تحولی، فرهنگی، آماری، محیطی  
(۲) نشانه‌ای، ساختاری، تحولی، محیطی  
(۳) تحولی، عملکردی، ساختاری، آماری  
(۴) نشانه‌ای، عملکردی، فرهنگی، آماری
- ۱۱- تعیین درجه تأثیر رفتار نشانه‌ای بر کنش «من» بر اساس کدام دیدگاه، بنا نهاده شده است؟ (دکتری سراسری ۹۳)
- (۱) تحولی (۲) محیطی (۳) اقتصادی (۴) ساختاری

۱۲- علل ایفا کننده نقش در الگوی علیتی رفتار نابهنجار شامل گروه‌های زیر هستند:  
(دکتری آزاد ۹۳)

- (۱) محیطی - زیستی - خانوادگی - زمینه
- (۲) اولیه - نگهدارنده - حمایتی - حفاظتی
- (۳) ضروری - کافی - کمک کننده - حفاظتی
- (۴) ضروری - تقویتی - نگهدارنده - حفاظتی

۱۳- مؤلفه‌های آماری در تعیین شکل نابهنجاری، کدام یک از ویژگی‌های زیر قابل استفاده نیست؟  
(دکتری آزاد ۹۳)

- (۱) مهارت‌های حسی - حرکتی
- (۲) بهره هوشی
- (۳) ویژگی‌های شخصیتی
- (۴) حافظه

۱۴- در تعیین شکل نابهنجار کدام ویژگی مؤلفه‌های آماری کاربرد ندارد؟  
(دکتری آزاد ۹۵)

- (۱) کارکردهای اجرایی
- (۲) تنظیم هیجانی
- (۳) مهارت‌های حسی - حرکتی
- (۴) ویژگی‌های شخصیتی

## پاسخ سؤالات چهارگزینه‌ای طبقه‌بندی شده فصل اول

- ۱- گزینه (۱). دیدگاه زیست‌شناختی بر نقش عوامل بدنی در ایجاد بیماری‌های روانی تأکید می‌کند. در این دیدگاه اهمیت دستگاه عصبی (مغز و سلسله اعصاب)، غدد درون ریز، ژن‌ها و انتقال دهنده‌گان عصبی مورد بررسی قرار می‌گیرد. (آسیب‌شناسی روانی، آزاد، جلد (۱)، فصل (۲)، ص ۳۸)
- ۲- گزینه (۲). از دیدگاه هالچین و ویتبورن، چهار روش مهمی که ناپهنجاری را مورد بحث قرار می‌دهند عبارت‌اند از: ۱- پریشانی: تجربه عذاب هیجانی یا جسمانی، در زندگی متداول است. گاهی عذاب آن چنان زیاد می‌شود که فرد به سختی می‌تواند فعالیت کند. به عنوان مثال عذاب روانی، نظیر افسردگی عمیق یا اضطراب شدید، می‌تواند به قدری زیاد باشد که برخی افراد نتوانند تکالیف روزمره خود را انجام دهند. ۲- اختلال: در تعدادی از موارد، پریشانی شدید به کاهش توانایی عمل کردن فرد منجر می‌شود، اما مواردی نیز هستند که در آن‌ها عملکرد فرد نارسا است، ولی او ناراحتی خاصی را احساس نمی‌کند. اختلال عبارت است از کاهش توانایی فرد در عمل کردن در سطح مطلوب یا حتی متوسط. افراد در برخی شرایط احساس می‌کنند، خوب هستند و خود را با اصطلاحات مثبت توصیف می‌کنند، اما برخی دیگر احساس می‌کنند که در زمینه‌های مهم زندگی، مثلاً، در کار یا در خانواده خود به طور نامناسبی عمل می‌کنند. ۳- به مخاطره انداختن خود یا دیگران: گاهی افراد به گونه‌ای عمل می‌کنند که خود یا دیگران را به مخاطره می‌اندازند. در این مورد، مخاطره به خطر یا تهدید برای سلامت فرد اشاره دارد. در موقیت‌های دیگر، افکار با رفتارهای فرد برای سلامت جسمانی یا روانی دیگران خطرناک است. بنابراین، کسانی که از کودکان سوء استفاده می‌کنند یا از سایر افراد بهره‌کشی می‌کنند، خطری را در جامعه به وجود می‌آورند که غیر قابل قبول و ناپهنجار محسوب می‌شود. ۴- رفتاری که از لحاظ اجتماعی و فرهنگی غیر قابل قبول است: آخرین ملاک برای ناپهنجاری رفتاری است که خارج از هنجارهای بستر اجتماعی و فرهنگی صورت می‌گیرد. برخی از رفتارهایی که در یک فرهنگ، جامعه، یا خرده‌گروه عجیب و غریب محسوب می‌شوند در جای دیگر می‌توانند کاملاً عادی باشند. بنابراین، بستری که رفتار در آن صورت می‌گیرد، عامل تعیین‌کننده مهمی است برای این که آن رفتار ناپهنجار محسوب شود. این چهار ملاک بر اساس روش‌های تشخیص جاری که در جامعه سلامت روانی به کار می‌روند، قرار دارند. ناپهنجاری را می‌توان بر اساس نادر بودن (مانند چپ دست بودن) یا انحراف از میانگین (نظیر قد خیلی بلند یا کوتاه) نیز تعریف کرد. در



روان‌شناسی نابهنجاری، این گونه ملاک‌های آماری معمولاً نامربوط انگاشته می‌شوند. (آسیب‌شناسی روانی، هالچین و ویتبورن، ترجمه سیدمحمدی، جلد (۱)، فصل (۱)، ص ۱۵)

۳- گزینہ (۱). سلیگمن در تبیین عناصر نابهنجاری هفت مورد را نام می‌برد که عبارت‌اند از:

- ۱- رنج: اگر افرادی از نظر روانی رنج ببرند، احتمالاً آن‌ها را نابهنجر می‌نامیم. رنج عنصری است که به ادراک نابهنجاری مربوط است ولی نه ضروری است و نه کافی. زمینه‌ای که رنج در آن رخ می‌دهد قویاً بستگی دارد به اینکه آیا آن زمینه نابهنجر پنداشته می‌شود یا نه.
- ۲- ناسازگاری: این که آیا یک رفتار کارکردی و سازگارانه است - یعنی تا چه اندازه‌ای فرد را قادر می‌سازد تا به هدف‌هایش برسد، در تعیین این که آیا آن رفتار به هنجار است یا نابهنجر، عنصری اساسی است. رفتارهایی که قویاً مانع از بهزیستی فرد با جامعه می‌شوند، ناسازگارانه هستند و در ارزیابی نابهنجاری جزء عوامل تأثیر گذار محسوب می‌شوند. افسردگی و اضطراب در عشق و کار و تقریباً همیشه در احساس بهزیستی فرد اختلال ایجاد می‌کنند. ترس از بیرون رفتن (فوبی مکان‌های باز) می‌تواند آن چنان نیرومند باشد که مبتلایان به آن را در داخل آپارتمان محبوس نگه دارد، به طوری که نتواند به هیچ یک از اهدافشان دست یابند. چنین ترسی به طرز فاحشی با لذت بردن از زندگی، توانایی کار کردن، و روابط با دیگران تداخل می‌کند.
- ۳- نامعقولی و غیر قابل درک بودن: زمانی که به نظر می‌رسد رفتار یک نفر معنای منطقی ندارد، ما گرایش داریم آن رفتار و آن شخص را نابهنجر بخوانیم. افرادی که به طور متناوب تا خرخره می‌خورند و استفراغ می‌کنند، یا حرف‌های جدماً مزخرف و بی معنی می‌زنند، یا به گونه‌ای اطمینان دارند دقیقاً مورد انزجار کسانی هستند که بیش از همه محتاج محبت شان هستند، رفتارهای غیر قابل درک و نامعقولی را نشان می‌دهند که از عناصر نابهنجاری هستند. یک نوع غیر قابل 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- پیش بینی ناپذیری و فقدان کنترل: قضاوت درباره این که رفتار خارج از کنترل است، تحت دو حالت صورت می‌گیرد. حالت اول زمانی رخ می‌دهد که راهنماها و بازدارنده‌های رفتار ناگهان از کار می‌افتند. حالت دوم زمانی رخ می‌دهد که ما نمی‌دانیم چه چیزی موجب یک عمل می‌شود.
- ۵- مشهود بودن و نامتعارف بودن: مردم عموماً اعمالی را پذیرفتنی و متعارف می‌دانند که خودشان دوست دارند آن‌ها را انجام دهند. بنابراین، به جزء رفتارهایی که به مهارت یا جرأت زیاد نیاز دارند، ما با نگاه کردن به رفتار خودمان درباره نابهنجاری رفتار دیگران قضاوت می‌کنیم. اگر چنین است، پس شمایل رفتار را متعارف و بهنجر می‌دانید. اگر چنین نیست،

پس این رفتار آشکارا نامتعارف و نابهنجار خواهد بود. رفتارهایی که نادر و ناخوشایند هستند به احتمال زیاد کاملاً مشهود به نظر می‌رسند و از این رو نابهنجار پنداشته می‌شوند. نادر بودن نیز به خودی خود شرایط ضروری برای نابهنجاری نیست. افسردگی و حالت‌های اضطرابی اختلال‌های رایجی هستند و هر دوی آن‌ها نابهنجار به حساب می‌آیند. 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 و فقط از نظر آماری نابهنجار به حساب می‌آید. نبوغ و منش اخلاقی نادرند اما اگر آن‌ها نابهنجارند، نابهنجاری‌هایی هستند که اغلب ما آن‌ها را آرزو می‌کنیم. ۶- ناراحتی مشاهده‌گر: تخلف از قواعد پس مانده یا نانوشته رفتار در مشاهده‌گر ایجاد ناراحتی می‌کند. قواعد پس مانده قواعدی هستند 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. تخلف از این قواعد نوعی ناراحتی را ایجاد می‌کند که به رفتار نابهنجار منجر می‌شود. ۷- تخلف از معیارهای اخلاقی و آرمانی: موقعی وجود دارند که رفتار بر اساس قضاوت‌های ما از آن چه رایج و متعارف است ارزیابی نمی‌شود، بلکه بر اساس معیارهای اخلاقی و هنجارهای آرمانی قضاوت می‌شود که اعتقاد بر آن است که کلیه افراد درست‌اندیش و درست‌کار را توصیف می‌کنند. این نگرش با این عقیده آغاز می‌شود که افراد باید به شیوه خاصی رفتار کنند، خواه آن‌ها بدان عمل کنند یا نکنند، و به این عقیده ختم می‌شود که رفتار کردن به شیوه‌ای که شخص باید رفتار کند بهنجار است، و رفتار نکردن مطابق با آن چه نابهنجار است. بنابراین کار کردن بهنجار است و کار نکردن نابهنجار. دوست داشتن، وفادار بودن و پشتیبان بودن بهنجار است و نداشتن این ویژگی‌ها نابهنجار است. صرف نظر از این واقعیت که در جامعه مدرن برای این گرایش‌ها شواهد چندانی یافت نمی‌شود زیرا پرخاشگر یا زیاد خوددار بودن، زیاد خجالتی یا زیاد وقیح بودن و نظایر این‌ها نابهنجار است. (آسیب‌شناسی روانی، روزنهان و سلیگمن، ترجمه سیدمحمدی، جلد ۱)، فصل (۱)، ص ۸

۴- گزینه (۳). تعریف اختلال روانی از نظر DSM – IV: اختلال روانی یک سندرم یا الگوی رفتاری یا روان‌شناختی دارای اهمیت بالینی است که فرد دچارش می‌شود و توأم با ناراحتی یا ناتوانی و یا افزایش خطر درد، مرگ و رنج و از دست رفتن آزادی است. در ضمن این الگو یا سندرم نباید قابل انتظار و پاسخی فرهنگی به یک واقعه خاص مثلاً مرگ یک عزیز باشد. این الگو یا سندرم با هر علت اولیه‌ای باید تظاهر یک بدکاری رفتاری، روان‌شناختی یا زیست‌شناختی قلمداد شود. رفتارهای انحرافی و تعارض‌های فرد و جامعه اختلال روانی محسوب نمی‌شوند، مگر آن که انحراف یا تعارض مورد نظر نشانه نوعی بدکاری در فرد باشد. در این

تعریف چند نکته مهم وجود دارد: ۱- سندرم (مجموعه‌ای از رفتارهای نابهنجار) باید با ناراحتی، ناتوانی یا افزایش خطر بروز برخی مشکلات توأم باشد. ۲- اختلال روانی معرف بدکاری در فرد است. ۳- تمام رفتارهای انحرافی یا تعارض‌های فرد با جامعه، علامت بیماری روانی نیستند. DSM-5 از اختلال روانی تعریف زیر را ارائه می‌دهد: اختلال روانی سندرمی است که ویژگی‌های اصلی آن عبارتند از: مختل شدن شناخت، کنترل هیجان، یا رفتار به صورتی که از لحاظ بالینی معنادار باشد و نابسامانی فرایندهای پسیکولوژیک، بیولوژیک، یا رشدی را، که در پشت پرده عملکرد ذهنی قرار دارند منعکس کند. اختلالات روانی معمولاً با رنج یا معلولیت قابل ملاحظه در فعالیت‌های اجتماعی، شغلی، یا سایر فعالیت‌های مهم همراه هستند. پاسخ قابل انتظار یا از لحاظ فرهنگی تأیید شده به یک عامل استرس‌زا یا یک فقدان معمولی (مثلاً مرگ یکی از عزیزان)، اختلال روانی نیست. رفتارهایی که از لحاظ اجتماعی انحراف آمیز تلقی می‌شوند (مثلاً، رفتارهای انحرافی سیاسی، مذهبی، یا جنسی) و مناقشاتی که عمدتاً بین فرد و جامعه وجود دارند، اختلالات روانی نیستند، مگر این که انحراف یا مناقشه مورد نظر در نتیجه نابسامانی در فرد به وجود آمده باشد. لازم به ذکر است، هیچیک از ویژگی‌های تعریف اختلالات روانی از جمله معلولیت، رنج شخصی، نقض هنجارهای اجتماعی، و نابسامانی به تنهایی نمی‌تواند مفهوم اختلال روانی را به طور کامل تعریف کند، ولی قسمتی از این تعریف را پوشش می‌دهد. (روان‌شناسی بالینی، فیرس و ترال، ترجمه فیروزبخت، فصل (۵)، ص ۱۸۸ و آسیب‌شناسی روانی، گنجی، جلد (۱)، فصل (۱)، ص (۳۵)

- ۵- گزینه (۲). فیرس و ترال سه تعریف را برای رفتار نابهنجار در نظر گرفته است: ۱- هم‌رنگی با هنجارها (قلت آماری یا نقص هنجارهای اجتماعی) ۲- ناراحتی ذهنی و ۳- ناتوانی یا بدکاری. (روان‌شناسی بالینی، فیرس و ترال، ترجمه فیروزبخت، فصل (۵)، ص ۱۷۸)
- ۶- گزینه (۲). پریشانی، تجربه عذاب هیجانی یا جسمانی، در زندگی متداول است. گاهی عذاب آن چنان زیاد می‌شود که فرد به سختی می‌تواند فعالیت کند. به عنوان مثال عذاب روانی، نظیر افسردگی عمیق یا اضطراب شدید، می‌تواند به قدری زیاد باشد که برخی افراد نتوانند تکالیف روزمره خود را انجام دهند.
- ۷- گزینه (۴). تعریف بهنجاری حتی از تعریف نابهنجاری هم دشوارتر است غالب روان‌شناسان فهرست زیر را نمودار بهزیستی عاطفی روانی شخص به شمار می‌آورند: ۱- ادراک همخوان با واقعیت: مردم بهنجار، واقع بین درخور توجهی برای ارزیابی واکنش‌ها و قابلیت‌های خود و تفسیر رویدادهای اطراف خویش نشان می‌دهند. ادراک آنان از گفتار و کردار دیگران مکرراً نادرست نیست، و توانایی‌های خود را ناچیز و حقیر نمی‌دانند، و از کارهای دشوار شانه خالی

نمی‌کنند. ۲- توان کنترل اختیاری رفتار: افراد بهنجار اطمینان کافی دارند که می‌توانند رفتار خود را کنترل و اداره کنند. گاهی ممکن است دست به اعمال تکانشی بزنند، اما در صورت لزوم قادرند انگیزه‌های جنسی و پرخاشگری خود را مهار کنند، آنها ممکن است از همنوایی با هنجارهای اجتماعی سرباز زنند، اما این کار آزادانه صورت می‌گیرد نه تحت تأثیر تکانه‌های مهارناپذیر. ۳- عزت نفس و پذیرش: مردمانی که از سازگاری مناسب برخوردارند تا حدودی چنین احساس می‌کنند که موجودی با ارزش و مورد قبول اطرافیان خود هستند. آنان در عین حال خود را مجبور نمی‌دانند که به عقاید گروه تسلیم شوند. اما در کسانی که نابهنجار شناخته می‌شوند، احساساتی از قبیل خود را بی ارزش دانستن و از خودبیگانگی و احساس طرد شدن توسط دیگران بسیار رایج است. ۴- برقرار ساختن روابط محبت آمیز: افراد بهنجار قادرند روابط نزدیک و رضایت بخشی با دیگران برقرار سازند، نسبت به احساسات دیگران حساس هستند و برای ارضای نیازهای خودشان آنان را در فشار نمی‌گذارند. مردمانی که اختلال روانی دارند، غالباً چنان در بند حفظ ایمنی خویش هستند که به سختی خود محور شده و در احساسات و تلاش‌های خود غرق می‌شوند، محبت می‌طلبند اما نمی‌توانند متقابلاً محبت نشان دهند، گاهی از برقراری روابط صمیمانه و نزدیک می‌ترسند، زیرا روابط گذشته شان تخریبی و آسیبی بوده است. ۵- سازندگی و باروری: مردمان سازگار توانایی‌های خود را در مسیر فعالیت‌های بارور به کار می‌اندازند، زندگی را دوست دارند و بی آنکه نیازی به تقلا و سختکوشی داشته باشند از پس الزامات آن برمی‌آیند. کم توانی و بی‌حالی مزمن و خستگی پذیری افراطی غالباً نشانه‌هایی است از تنش روانی که خود حاصل مشکلات حل نشده است. بهنجاری صرفاً فقدان نابهنجاری است. بهنجاری چیزی بیش از این نیست. اگر نابهنجاری یک مسئله قضاوت و دیدگاه اجتماعی است، بهنجاری نیز همینطور است. بهنجار بودن لزوماً به معنی خوب زیستن نیست، زیرا زندگی کردن از بهنجار بودن و اجتناب از نابهنجاری اهمیت بیشتری دارد. آنچه مایه مسرت زندگی است، لذات، پختگی‌ها، بینش‌ها، دستاوردها و آموزه‌ها هستند. زندگی بهینه نیز مانند نابهنجاری، بیشتر یک مسئله درج است تا نوع. ما در تمام اوقات به صورت بهینه زندگی نمی‌کنیم. بلکه بهینگی هدفی است که در برخی روزها و در بعضی شرایط بیشتر آن را احساس می‌کنیم و در مواقع و شرایط دیگر احساس کمتری از آن داریم. هیچ کس همیشه به صورت بهینه زندگی نمی‌کند. در شش زمینه می‌توان به وجود بهینگی پی برد، آنها عبارتند از: ۱- نگرش‌های مثبت نسبت به خود ۲- رویش و رشد ۳- خودمختاری ۴- ادراک دقیق واقعیت ۵- شایستگی محیطی ۶- روابط میان فردی مثبت. (زمینه روان‌شناسی هیلگارد، اتکینسون و همکاران، ترجمه براهنی و همکاران، فصل (۱۵)،

- ص ۵۲۴ و ۵۲۵ و آسیب‌شناسی روانی، روزنهان و سلیگمن، ترجمه سیدمحمدی، جلد (۱)، فصل (۱)، ص ۲۳ و ۲۴)
- ۸- گزینه (۲). دشوار بودن استفاده از ملاک انحراف از هنجارهای اجتماعی به عنوان معیار برای تعریف آسیب‌شناسی روانی عبارتند از: ۱- فرهنگ‌های مختلف، در آن چه آن را از لحاظ اجتماعی بهنجار و قابل قبول می‌دانند با یکدیگر اختلاف زیادی دارند. ۲- استفاده از هنجارهای فرهنگی برای تعریف آسیب‌شناسی روانی دشوار است زیرا به نظر می‌رسد عوامل فرهنگی بر شیوه تجلی مشکلات روانی به شدت تأثیر می‌گذارند. برای مثال: الف- عوامل اجتماعی و فرهنگی بر میزان آسیب پذیری افراد در مقابل عوامل خطر تأثیر می‌گذارند (بهداشت روانی پایین در کشورهای فقیرنشین بیشتر است). ب- فرهنگ می‌تواند بیماری‌های روانی «مختص به فرهنگ» ایجاد کند که به نظر می‌رسد به فرهنگ‌های خاصی محدود هستند و می‌توانند بر چگونگی ظهور استرس، اضطراب و افسردگی، تأثیر بگذارند. ج- جامعه یا فرهنگ می‌تواند در درمان بیماری روانی تأثیر بگذارد. برای مثال اسکیزوفرنی در کشورهای رو به رشد در مقایسه با کشورهای پیشرفته، بهتر تحت درمان قرار می‌گیرد. (آسیب‌شناسی روانی، گراهام دی وی، گنجی، جلد (۱)، فصل (۱)، ص ۲۲)
- ۹- گزینه (۳). هنجارهای مطرح شده در تعریف آسیب‌شناسی روانی عبارتند از: ۱- انحراف از هنجار آماری؛ ۲- انحراف از هنجارهای اجتماعی؛ ۳- رفتار ناسازگارانه. (آسیب‌شناسی روانی، گراهام دی وی، گنجی، جلد (۱)، فصل (۱)، ص ۲۱ - ۲۵)
- ۱۰- گزینه (۲). هر اقدام در قلمرو روان‌شناسی مرضی کودک بر اساس این ارزش‌یابی چهارگانه پی‌ریزی می‌شود:
- ۱- نشانه‌ای: نخستین گام در مواجهه با یک رفتار غیر معمول، ارزش‌یابی خصیصه مرضی یا بهنجار آن است. در حالی که ساده‌ترین تجربه‌های بالینی نشان می‌دهند که یک شخصیت در ظاهر بهنجار می‌تواند در هر لحظه از زندگی دچار بیماری روانی تا حد روان‌گسیختگی شود و بالعکس. بنابراین با توجه به ساخت عمقی شخصیت، دیگر بیماران روانی و بهنجاران را در مقابل یکدیگر قرار نمی‌دهند و فقط تظاهرات روانی رفتار، یعنی تظاهراتی را که نشان‌دهنده سازمان‌یافتگی روانی در برهه‌ای معین از زمان هستند، در نظر نمی‌گیرند و هر انسانی که بتواند با مسائل عمیق خود کنار بیاید، با خود و دیگران سازش یابد، را برابر تعارض‌های اجتناب‌ناپذیر درونی خود فلج نشود و خود را به وسیله جامعه مطرود نسازد، بهنجار تلقی می‌کنند. بر اساس این تعریف فرد بهنجار نیز مانند بسیاری دیگر می‌تواند بیمار باشد، اما در مسیر زندگی خود با مشکلاتی درونی و برونی که فراتر از تجهیزات عاطفی، ارثی یا اکتسابی وی باشند مواجه نشده است، واجد توانایی‌های دفاعی و سازشی است و می‌تواند بین نیازهای

کشاننده‌ای خود و واقعیت، به درستی تعادل برقرار سازد. بنابراین نامتجانس یا ناپیوسته دانستن بهنجاری و مرضی بر اساس نشانه‌های قابل مشاهده در رفتار، موضعی بسیار گمراه کننده است.

۲- ساختاری: فروید از نخستین کسانی بود که ساخت روانی افراد روان گسیخته را از ساخت روانی افراد روان آزرده متمایز کرد. فروید بین انسان بهنجار و روان آزرده تمایز قائل نمی‌شود و معتقد است که هر دو واجد تعارض ادیپی همانندی هستند و از مکانیسم‌های مشابهی سود می‌جویند. و تنها تفاوت بین آن‌ها در شدت کشاننده‌ها، تعارض‌ها و مکانیسم‌های دفاعی است.

۳- تحولی: شامل: الف- بهنجاری و مفهوم رشد نابافتگی و ب- بهنجاری و ناهماهنگی خطوط تحول می‌باشد.

۴- محیطی: ارزشیابی بهنجار و مرضی در زمینه کنش وری یک کودک نمی‌تواند والدین، خواهران و برادران، محیط آزمایشگاهی، محله، دوستان، مذهب و جزء آن را نادیده بگیرد. بسیاری از رفتارهایی که به نظر اطرافیان نابهچار جلوه گر می‌شود، در واقع علائم اعتراض‌های سالم نسبت به بیماری اطرافیان است. افزون بر شرایط محیطی، باید به ارزش یابی درجه درونی شدن رفتار و توانایی بیماری زای آن در ارتباط با سازمان یافتگی روانی کودک پرداخته شود. بنابراین، اگر بخواهیم یک کودک بهنجار یا بیمار را بر اساس محیط زندگی وی تعریف کنیم باید به تعریف محیط بهنجار یا مرضی یا به عبارت دیگر به تعریف جامعه بهنجار یا مرضی بپردازیم. (روانشناسی مرضی تحولی، دادستان، جلد (۱)، فصل (۲)، ص ۲۷ - ۳۵)

۱۱- گزینه (۲). هر اقدام در قلمرو روان‌شناسی مرضی کودک بر اساس این ارزش یابی چهارگانه پی‌ریزی می‌شود: ۱- نشانه‌ای ۲- ساختاری ۳- تحولی ۴- محیطی. در ارزشیابی محیطی، ارزشیابی بهنجار و مرضی در زمینه کنش وری یک کودک نمی‌تواند والدین، خواهران و برادران، محیط آزمایشگاهی، محله، دوستان، مذهب و جزء آن را نادیده بگیرد. بسیاری از رفتارهایی که به نظر اطرافیان نابهچار جلوه گر می‌شود، در واقع علائم اعتراض‌های سالم نسبت به بیماری اطرافیان است. افزون بر شرایط محیطی، باید به ارزش یابی درجه درونی شدن رفتار و توانایی بیماری‌زای آن در ارتباط با سازمان یافتگی روانی کودک پرداخته شود. بنابراین، اگر بخواهیم یک کودک بهنجار یا بیمار را بر اساس محیط زندگی وی تعریف کنیم باید به تعریف محیط بهنجار یا مرضی یا به عبارت دیگر به تعریف جامعه بهنجار یا مرضی بپردازیم. (روانشناسی مرضی تحولی، دادستان، جلد (۱)، فصل (۲)، ص ۲۷ - ۳۵)

۱۲- گزینه (۱).

۱۳- گزینه (۳). یکی از روش‌های متداول برای تعریف رفتار غیر عادی، روش توزیع فراوانی خصوصیات متوسط و معمول است که انحراف از آن، غیر عادی بودن را نشان می‌دهد. سال‌ها پیش، روان‌شناسان کشف کرده‌اند که بسیاری از صفات قابل سنجش انسان را می‌توان روی یک منحنی زنگوله‌ای شکل به نحوی ترسیم کرد که بیشترین فراوانی‌ها در اکثر موارد روی قسمت وسط منحنی قرار گیرد و تعداد کمی در دو طرف نمودار واقع شود. این معیار آماری در علوم زیستی و پزشکی استفاده بسیار دارد. مثلاً حرارت بدن انسان طبیعی حدود ۳۷ درجه است و کسانی که درجه حرارت پایین‌تر و یا بالاتر از این حد متوسط را دارند، غیر عادی به حساب می‌آیند؛ یا در زمینه اختلال ذهنی، اگر نمره هوش‌بهر بسیار پایین‌تر از ۱۰۰ به دست‌آید، یکی از معیارهای تشخیص عقب‌ماندگی ذهنی در DSM-IV، فراهم می‌شود (این معیار در DSM-5 حذف شده است). در روان‌شناسی نیز مانند زیست‌شناسی، از این روش آماری استفاده می‌شود. در حقیقت، اغلب آزمون‌های روانی و به ویژه آزمون‌های عینی بر اساس «معیار متوسط آماری» تهیه می‌شود و سنجش و اندازه‌گیری انحراف از معیار متوسط، ملاک ارزیابی و بازشناسی رفتار سالم از ناسالم است. برای تعریف آماری رفتار غیر عادی، کافی است دو نقطه چنان انتخاب شود که حد متوسط یا افراد عادی، بین آنها قرار گیرند؛ کسانی که بیرون از این دو نقطه هستند، غیر عادی محسوب می‌شوند. مثلاً در مورد وسواس «دست شستن» می‌توان نقطه ده درصد و نود درصد را انتخاب کرد و هر فردی را که در مقایسه با جمعیت کل و یا نمونه‌ای از آن، بالاتر یا پایین‌تر از این نقطه قرار گیرد، از نظر افراط یا تفریط در وسواس دست شستن غیر عادی شمرد. بنابراین، بر اساس تعریف آماری می‌توان گفت که غیر عادی بودن یعنی: انحراف کمی از معیار متوسط آماری. این معیار نواقصی دارد که مهم‌ترین آن اتکای بیش از حد بر درستی انتخاب نقطه کاملاً دقیقی است که سالم را از ناسالم مجزا می‌کند. تحلیل دقیق و علمی رفتار انسان نشان می‌دهد که تغییر رفتار از بهنجار تا نابهنجار، تدریجی است و نمی‌توان مرز کاملاً مشخص و قاطعی بین این دو قایل شد. نابهنجاری معمولاً حالت شدت یافته بهنجاری است. (آسیب‌شناسی روانی، شاملو، فصل (۱)، ص ۲۰)

۱۴- گزینه (۴). (مراجعه شود به پاسخ سؤال ۱۳)

## تاریخچه آسیب‌شناسی روانی

### فصل ۲

- ۱- وقتی والدین، عقب ماندگی ذهنی کودکان را ناچیز شمرده و امید به بهبودی آن در طول گذشت زمان دارند، نشانه کدام واکنش است؟ (ارشد سراسری ۷۵ و ارشد آزاد ۸۱)
- (۱) احساس گناه (۲) احساس ناکامی و محرومیت  
(۳) انکار واقعیت (۴) دلواپسی و نگرانی
- ۲- اولین محققى که در زمینه چگونگی آموزش کودکان عقب مانده ذهنی، شناخته شده، کدام دانشمند است؟ (ارشد سراسری ۷۵)
- (۱) ایتارد (۲) پیازه (۳) سگن (۴) مونتسوری
- ۳- به نظر «سگن» علت اصلی عقب ماندگی ذهنی مربوط می‌شود به: (ارشد سراسری ۷۵)
- (۱) عوامل ژنتیکی (۲) عوامل محیطی  
(۳) نقص در بافت‌های مغزی (۴) نقص در کانال‌های ارتباطی
- ۴- کدام یک از دانشمندان زیر معتقد است که عملکرد خوب ذهن و روان انسان مرتبط با تعادل چهار نوع خلط یا ترشح بدن است؟ (ارشد سراسری ۷۸)
- (۱) افلاطون (۲) بقراط (۳) سقراط (۴) کرپلین
- ۵- فلسفه «اصالت حواس» روشی بود که توسط ..... به کار گرفته شد. (ارشد آزاد ۷۸)
- (۱) فیلیپ پینل (۲) ادوارد سگن  
(۳) ماریا مونته سوری (۴) ژان مارک ایتارد



- ۶- این فرد در قرن شانزدهم اعلام داشت که تسخیر شدگان موجوداتی وابسته به شیطان نیستند، بلکه از لحاظ روانی دچار اختلال اند؟  
(ارشد آزاد ۷۸)
- (۱) یوهان ویر (۲) یوهان مولر (۳) ویلیام کالن (۴) فیلیپ پینل
- ۷- کتاب «ذهنی که خود را بازیافت» اثر کیست؟  
(ارشد آزاد ۷۹)
- (۱) ژوزف گال (۲) ویلیام مک دوگال (۳) امیل کراپلین (۴) کیلفورد بیرز
- ۸- اصطلاح «نشانگان انطباق کلی»، را این شخص مطرح ساخت؟  
(ارشد آزاد ۷۹)
- (۱) جرج کلی (۲) آلبرت الیس (۳) گانیه (۴) هانس سلیه
- ۹- مطالعات اولیه و مهم در باب ویژگی‌های روانی افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا، توسط چه کسی انجام گرفت؟  
(ارشد آزاد ۸۰)
- (۱) آنا فروید (۲) کارل یونگ (۳) کورت‌اشنایدر (۴) یوجین بلولر
- ۱۰- اسکیرول، افراد عقب مانده را به ترتیب زیر طبقه بندی کرد؟  
(ارشد آزاد ۸۱)
- (۱) خفیف - متوسط - شدید - عمیق  
(۲) بسیار عمیق - شدید - متوسط - خفیف - مرزی  
(۳) کور ذهن و کند ذهن  
(۴) عمیق - شدید - متوسط - کم استعداد
- ۱۱- برای معالجه کودکان عقب مانده ذهنی روش «ایتارد» چه بود؟  
(ارشد آزاد ۸۲)
- (۱) توجه به اصالت جسم (۲) توجه به اصالت حواس  
(۳) توجه به اصالت عقل (۴) توجه به اصالت ادراک
- ۱۲- چه کسی کشف کرد که مسئله کودکان عقب مانده ذهنی یک مسئله آموزشی است؟  
(ارشد آزاد ۸۲)
- (۱) ایتارد (۲) سگن (۳) پینل (۴) مونته سوری
- ۱۳- بیماری «پی لوئیا» را چه کسی کشف کرد؟  
(ارشد آزاد ۸۲)
- (۱) ایتارد (۲) بورنویل (۳) سگن (۴) فولینگ
- ۱۴- کدام یک از روان پزشکان زیر، اسکیزوفرنیا را اختصاصاً بیماری مغز می‌پنداشتند؟  
(ارشد آزاد ۸۳)
- (۱) امیل کراپلین (۲) آدولف - مایر (۳) اوگن بلولر (۴) آردی لینگ

- ۱۵- چه کسی در مورد کودکان بی سرپرست مطالعه کرد؟ (ارشد آزاد ۸۵)
- (۱) گلدیب (۲) دنیس (۳) اسکیلز (۴) تیزارد
- ۱۶- تشخیص اختلال هیستری که اولین بار توسط بقراط شناسایی شد و مورد استفاده روان کاوان هم قرار گرفت در DSM - IV - TR چه نامیده می‌شود؟ (ارشد آزاد ۹۲)
- (۱) بدشکلی بدن (۲) تبدیلی (۳) جسمانی کردن (۴) ساختگی
- ۱۷- کشف بیماری اتیسم در چه سالی اتفاق افتاد و به نام چه کسی تمام شد؟ (ارشد سراسری علوم تربیتی (۲)، ۹۳)
- (۱) ۱۹۰۵ میلادی، آلفرد بینه (۲) ۱۹۴۷ میلادی، ریموند کتل  
(۳) ۱۹۴۳ میلادی، لئو کانر (۴) ۱۹۷۰ میلادی، مک کین کتل
- ۱۸- بیماری «ماکولای چشم» توسط چه دانشمندی کشف گردید؟ (دکتری آزاد ۹۳)
- (۱) دان (۲) ساکس (۳) هورلر (۴) کالکار
- ۱۹- کدام محقق دریافت که زنان مسن با ناتوانی در شناخت مکانیزم واژنی مواجه هستند. این سبب می‌شود که کروموزوم‌های غیر طبیعی جنین در مادران افزایش یابد؟ (دکتری آزاد ۹۳)
- (۱) وابرتون ۱۹۸۱ (۲) هوگ ۱۹۷۸ (۳) هامرتون ۱۹۸۰ (۴) کارتر ۱۹۶۱
- ۲۰- بورنویل چه عقب ماندگی را کشف کرد؟ (دکتری آزاد ۹۳)
- (۱) اسکروز توبروز (۲) کلاین فلتز (۳) سندرم ترنر (۴) سندرم پاتو
- ۲۱- بیماری گارگویلیسم را که از مسائل سوخت و سازی می‌باشد، چه کسی کشف کرد؟ (دکتری آزاد ۹۳)
- (۱) دان (۲) هورلر (۳) تای (۴) ساکس
- ۲۲- کتاب «درمان اخلاق و آموزش و پرورش کودکان کور ذهن» را چه کسی نوشت؟ (دکتری آزاد ۹۳)
- (۱) ادوارد سگن (۲) ایتارد (۳) مونتسوری (۴) گیل پاتریک
- ۲۳- روش مونتسوری، بیشتر برای کدام گروه مورد استفاده قرار گرفته است؟ (ارشد سراسری روان‌شناسی (۲)، ۹۴)
- (۱) طیف اتیسم (۲) عقب ماندگان ذهنی  
(۳) نقص توجه و بیش‌فعالی (۴) نارسایی‌های ویژه در یادگیری
- ۲۴- مهم‌ترین پایه گذار «آموزش و پرورش کودکان استثنایی» چه کسی است؟ (دکتری آزاد ۹۵)
- (۱) آلفرد بینه (۲) ژان مارک گاسپارد ایتارد  
(۳) آتین دومینیکیو اسکیرول (۴) ادوارد سگن

۲۵- کدام یک از حوزه‌های زیر در گسترش روان شناسی مرضی تحولی سهم بیشتری داشته است؟  
(دکتری آزاد ۹۵)

- (۱) رفتارگرایی  
(۲) روان شناسی ژنتیک  
(۳) روان سنجی  
(۴) گرایش‌های روان پویایی

۲۶- چه کسی مبتکر روش چند حسی برای رفع مشکلات خواندن در کودکان دارای ناتوانی یادگیری بود؟  
(دکتری آزاد ۹۵)

- (۱) سگن  
(۲) ایرز  
(۳) فرنالد  
(۴) مونته سوری

۲۷- وقتی برای اولین بار کودکی تشخیص ناتوانی شدید دریافت می‌کند، کدام مورد، عاطفه والدین او است؟  
(ارشد سراسری روان شناسی (۱)، ۹۵)

- (۱) ناکامی  
(۲) شوک  
(۳) گناه  
(۴) خشم

۲۸- اختلال کمبود توجه - بیش فعالی، توسط کدام یک از پیشگامان معرفی شده است؟  
(ارشد سراسری روان شناسی (۱)، ۹۵)

- (۱) کرک  
(۲) پینل  
(۳) ایتارد  
(۴) استیل

## پاسخ سؤال‌های چهارگزینه‌ای طبقه‌بندی شده فصل دوم

۱- گزینه (۳). واکنش‌های متفاوت والدین هنگام پی بردن به عقب ماندگی کودکان، عبارتند از:

۱- احساس گناه و تقصیر، که از سایر واکنش‌ها نزد والدین شایع تر است. به خصوص اگر کودکان بدون برنامه قبلی یا اصولاً در یک بارداری ناخواسته به دنیا آمده باشند. در این حال والدین عقب ماندگی را حمل بر بی توجهی در مسائل بهداشتی مادر و کودک در دوران بارداری دانسته و اگر احیاناً جهت سقط جنین نیز اقدام کرده و موفق نشده باشند تصور می‌کنند که با این کار خود نیز موجب عقب ماندگی کودک شده‌اند. این مادران خود را سزاوار تنبیه و عقوبت می‌دانند و فکر می‌کنند که خداوند بدین نحو خواسته است آن‌ها را مجازات کند. احساس گناه به علت برخوردهایی که بین والدین رخ می‌دهد، بیشتر می‌شود، زیرا هر کدام به نوبه خود ممکن است کودک را طرد کنند یا او را به حال خود بگذارند تا بمیرد یا مواظبت‌های لازم را درباره‌اش انجام ندهند. این عمل یا حتی فکر آن باعث احساس گناه و تقصیر می‌شود. ۲- احساس ناکامی و محرومیت: این واکنش نه تنها به علت داشتن فرزند عقب مانده بلکه به علت نبودن یا ناقص بودن وسایل درمانی یا نگهداری و مراقبت از این کودکان به وجود می‌آید. رابطه کودک عقب مانده با خواهران و برادرانش مشکل دیگری است که در این زمینه ایجاد می‌شود. سایر فرزندان این قبیل خانواده‌ها اکثراً حتی با هوشبهر طبیعی از لحاظ عاطفی و روانی و اجتماعی کاملاً طبیعی نیستند. و در ایجاد سازگاری با خانواده مشکل دارند و از اینکه خواهر یا برادر عقب مانده دارند احساس حقارت یا شرمساری می‌کنند. ۳- انکار واقعیت یا کتمان حقیقت: عقب ماندگان سطحی یا مرزی از لحاظ ظاهری و جسمانی با کودک طبیعی فرق چندانی ندارند و مخصوصاً در یکی دو سال اول زندگی ممکن است این تفاوت چندان محسوس نباشد. غالباً خانواده و اطرافیان بی حالی و عدم تحرک کودک در فعالیت‌های بدنی را به آرام بودن، یا تحرک و فعالیت بیش از حد او را به ناآرامی و شیطنت نسبت می‌دهند و تصور نمی‌کنند کودک ناراحتی خاصی داشته باشد. معمولاً آگاهی از عقب ماندگی کودک زمانی آغاز می‌شود که تأخیری در گفتار کودک رخ دهد یا کودک دیرتر به راه افتد. مخصوصاً مادر با مقایسه کودک خود با سایر کودکان حتی کوچک‌تر به عقب ماندگی او پی می‌برد. معمولاً انکار والدین در مورد عقب ماندگی کودک از همین موقع شروع می‌شود. پدر و مادر برای توجیه عقب ماندگی اظهار می‌کنند که با رشد کودک این ناراحتی برطرف خواهد شد. این وضع ادامه پیدا می‌کند تا این که کودک به سنی می‌رسد که باید به کودکان دبستان یا دبستان برود در محیط کودکان دبستان یا دبستان مقایسه کودک

با سایرین، هم از لحاظ هوشی و هم از نظر سازگاری اجتماعی و قدرت یادگیری، مسئله عقب ماندگی کودک را آشکارتر می‌کند. والدین به این عنوان که تشخیص مدرسه صحیح نبوده یا اولیای مدرسه می‌خواهند از پذیرفتن کودک شانه خالی کنند یا به این دلیل که فرزندشان خجالتی یا ترسو است از قبول واقعیت طفره می‌روند. بعضی از والدین آن قدر در انکار واقعیت پافشاری می‌کنند که حتی کوچک‌ترین اعمال کودک را نشانه دانایی و تیزهوشی او دانسته و از اجرای دستورهای دارویی و درمان‌های بهداشتی و روانی خودداری کرده و در واقع خود باعث تشدید عقب ماندگی کودکشان می‌شوند. رویارویی با واقعیت عقب ماندگی کودک، آگاهی با مسئله درازمدت و مراقبت دائم، فدا نمودن هدف‌های شخصی از جانب والدین، حمایت افراطی یا طرد کودک، نقش مشاورین و راهنمایی و پشتیبانی از خانواده از نکات اساسی است. ۴- اضطراب و نگرانی: یکی از واکنش‌های نسبتاً شایع کودک عقب مانده تشویش و نگرانی است که در پی آگاهی از عقب ماندگی کودک در والدین شروع شده و بعد از مراجعه به متخصصان مختلف و مأیوس شدن از بهبود کودک تشدید می‌شود. این اضطراب زمانی به اوج خود می‌رسد که والدین در می‌یابند باید کودکشان همراه با سایر عقب مانده‌ها در کلاس یا مدارس مخصوص تحصیل کند. چون اکثر والدین واقعیت عقب ماندگی کودک را نمی‌پذیرند، بنابراین برنامه‌هایی بیشتر از توانایی کودک به وی تحمیل می‌کنند و سعی می‌کنند او را با کودک طبیعی به مدارس معمولی بفرستند. این مسئله موجب خستگی روانی و ناسازگاری کودک می‌شود. گاهی والدین به علت اضطراب و دلهره شدید ابتدا کودک را به آسایشگاه یا مراکزی که برای نگهداری این کودک تهیه شده می‌سپارند و هر نوع امید بهبود را از دست می‌دهند. ممکن است پدر و مادر به علت نگرانی و اضطراب کودک را وسیله تخلیه عاطفی خود قرار داده و دائماً به علل مختلف بهانه گرفته و او را تنبیه کنند. معمولاً این وضعیت ادامه می‌یابد و رفته رفته عصبانیت و اضطراب پدر و مادر اوج می‌گیرد. و باعث نفرت پدر و مادر حتی نسبت به یکدیگر شده و به تدریج اختلافات خانوادگی شکل می‌گیرد. مسلماً در چنین شرایطی اغلب بنا به توصیه سایر اعضای فامیل کودک را به یکی از سازمان‌های نگهداری کودکان عقب مانده می‌سپارند. و غالباً پدر و مادر اگر کودک دیگری نداشته باشند از یکدیگر جدا می‌شوند. ۵- مکانیسم درون فکنی یا فرافکنی: در این واکنش والدین، عقب ماندگی کودک را به سهل انگاری و خطای دیگران نسبت داده و خود را عاری از هر گونه عیب و نقص می‌دانند. این والدین عقب ماندگی کودک خود را ناشی از نقایص وسایل درمانی، بهداشتی و نگهداری دانسته و دیگران را مسئول این پیشامد می‌دانند. مادران فرافکن از این که نتوانسته‌اند کودک طبیعی به دنیا بیاورند اعتمادشان لطمه می‌بیند و برای فرار از این ناراحتی اجباراً گناه عقب ماندگی کودک را به گردن دیگران می‌اندازند. این

والدین از مکانیسم‌های دیگر مانند گوشه‌گیری، جابه‌جایی، افسردگی، انگیزه خودکشی، خشم، ترس، وحشت، و غیره نیز استفاده می‌کنند. ۶- سازگاری خانواده و پذیرش کودک: یکی از عوامل مهم در سازگاری و رابطه میان والدین و کودک مسئله هوش والدین است. در خانواده‌های باهوش درک عقب ماندگی ذهنی کودک برای خانواده بسیار رنج‌آور است و از طرف دیگر خانواده‌هایی که از توانایی هوشی کمی برخوردارند بهتر قادرند که از کودک عقب مانده خود حمایت کرده و برای او برنامه ریزی نمایند. والدینی که از نظر آموزشی در سطح ضعیف و متعلق به گروه اجتماعی و اقتصادی پایین تری هستند در سازگاری و حمایت و کمک به کودک عقب مانده خود موفق‌ترند. بر اساس مطالعات سیمن سون وهال اعضای خانواده مخصوصاً والدین می‌توانند مربیان خوبی برای کودک عقب مانده باشند. زیرا آن‌ها کودک را بهتر درک کرده و اعضای ثابتی هستند اما آموزگاران مرتباً عوض می‌شوند. (روان‌شناسی کودکان و نوجوانان استثنائی، میلانی فر، فصل (۲)، ص ۱۱۱ - ۱۱۶)

۲- گزینه (۱). ژان ایتارد متخصص بیماری‌های گوش و مسئول آموزش دانش‌آموزان ناشنوا، کوشش داشت به پسر نوجوان دوازده ساله‌ای که در جنگل‌های آویرون فرانسه سرگردان بود، آموزش دهد. بعدها یکی از دانشجویان او به نام ادوارد سگن یافته‌های وی را بیش از پیش افزایش داد تا آن‌جا که ایتارد به عنوان پیشرو کمک به کودکان و بزرگسالان عقب مانده ذهنی شناخته شد. (روان‌شناسی کودکان عقب مانده ذهنی و روش‌های آموزش آن‌ها، سیف نراقی و نادری، فصل (۱)، ص ۶)

۳- گزینه (۳). نظریه سگن در آموزش و پرورش کودکان عقب مانده بر پایه فیزیولوژیکی اعصاب استوار بود. او بر اساس این که سیستم اعصاب به دو سیستم «اعصاب محیطی» و «اعصاب مرکزی» تقسیم شده است معتقد بود که عقب ماندگی‌های سطحی، ناشی از نقص و ضعف در سیستم اعصاب محیطی است و عقب ماندگی‌های عمیق از نقص و نارسایی در سیستم اعصاب مرکزی ناشی می‌شود. نظام آموزشی او نیز برای هر دو نوع عقب ماندگی یکی بود. وی روش فیزیولوژیک تعلیم و تربیت را شامل اصلاح و تقویت‌اندام‌ها از طریق رشد عملکردهای انعکاسی، حرکتی و ادراکی کودک می‌دانست. اولین گام او آموزش دستگاه عضلانی بود. به اعتقاد او تمرین‌ها باید از فعالیت‌های روزانه و بازی‌هایی که بین تمام کودکان متداول است، اقتباس شود. منتهی این تمرین‌ها باید آسان و هماهنگ با عملکردهای حرکتی و صوتی باشند تا قسمتی از بدن که دارای ضعف بوده و یا به درستی پرورش نیافته است رشد یابد. به اعتقاد او باید ابتدا از آموزش حرکات کلی شروع کرد و سپس به یادگیری حرکات جزئی پرداخت. از نظر سگن تربیت عضلات دست، بهتر از سایر عضلات است. (بهداشت روانی و عقب ماندگی ذهنی، بنی جمالی و احدی، فصل (۳)، ص ۳۶)

- ۴- گزینه (۲). از نظر افلاطون رفتار هر فرد نتیجه تعارض بین استدلال و هیجان است. او در تبیین علت رفتار نابهنجار بر نیروی تفکر تأکید داشت. از نظر او ذهن تنها واقعیت حقیقی وجود انسان است. به نظر وی شخصیت آرمانی توسط فکر و استدلال رهبری می‌شود. به عقیده او رفتار انسان تحت نفوذ و استیلای نیازهای بدنی و غریزه‌های طبیعی وی است. مطابق با نظریه بدنی بقراط (ملقب به پدر پزشکی جدید) علت بیماری‌های روانی اختلال در اعضای بدن مخصوصاً مغز است. به اعتقاد او مغز مهم‌ترین عضو و فرمانده بدن و تعبیر کننده آگاهی است. بقراط علت اختلالات روانی را عدم تعادل فرآورده‌های مزاجی (صفر، سودا، خون و بلغم) می‌دانست. او انواع بیماری‌های روانی را در سه طبقه کلی: مانی، مالیخولیا و زوال عقل یا بیماری مغزی طبقه بندی کرد. او علت حمله‌های صرعی را آسیب‌های مغزی می‌دانست. روش‌های درمان او شامل استراحت کردن، حمام گرفتن و رژیم غذایی خاص بوده است. ارسطو نیز راه بقراط را ادامه داد و با توجه به مزاج‌های چهارگانه بقراط، عقیده داشت که مزاج‌های گرم موجب تمایلات عاشقانه و پرخواهی می‌شوند و تکانه‌های خودکشی را در فرد سبب می‌شوند. کرپلین نقش مهمی در ایجاد نظریه بدنی ایفا نمود و بر آسیب شناسی مغزی در بیماری‌های روانی تأکید نمود و مهم‌ترین اقدامش، نظام طبقه بندی وی بود. (آسیب شناسی روانی، آزاد، جلد (۱)، فصل (۱)، ص ۲۱، ۲۲ و ۲۴)
- ۵- گزینه (۴). در اوایل قرن نوزدهم پزشک فرانسوی به نام ایتارد به تربیت کودکی وحشی پرداخت. این کودک توسط دو شکارچی در جنگل‌های «آویرون» فرانسه پیدا شده بود. کودک عقب ماندگی بسیار عمیقی داشت. گفتار را به صورت صداهای حلقی انجام می‌داد و از نظر عاطفی و اجتماعی محدودیت‌های کامل داشت. ایتارد تربیت‌این کودک را در مؤسسه کر و لال‌های پاریس به عهده گرفت. اگر چه مطالعات وی مؤثر واقع نشد ولی راه جدیدی برای پیشرفت در نحوه آموزش و پرورش افراد عادی، عقب مانده‌های ذهنی و حتی معلولین که امروزه آن را روش‌های آموزشی سمعی و بصری می‌گویند، ایجاد گردید. او از فلسفه اصالت حواس و دیدگاه موجود پس از انقلاب فرانسه پیروی کرد. بر پایه این عقیده، انسان دارای توانایی‌های نامحدود است. محیط و آموزش و پرورش در باروری این توانایی‌ها مؤثر بوده و تعیین کننده رشد ذهنی است. (روان شناسی کودکان و نوجوانان استثنائی، میلانی فر، فصل (۱)، ص ۱۳ و بهداشت روانی و عقب ماندگی ذهنی، بنی جمالی و احدی، فصل (۳)، ص ۳۵)
- ۶- گزینه (۱). کلودیوس گالن (۲۰۰-۱۳۰ بعد از میلاد)، سیستمی پزشکی را به وجود آورد که تفکر پیشین درباره اختلال‌های روانی و جسمی را دگرگون کرد. گالن به جای توسل به گمانه زنی فلسفی، برای پیدا کردن جواب‌هایی به سؤالات مربوط به فعالیت‌های بدن و ذهن انسان، آناتومی را بررسی کرد. یوهان ویر که در قرن شانزدهم می‌زیست، اولین طبیبی بود که توجه و

علاقه خود را صرف مطالعه درباره بیماران روانی کرد. او اعتقاد داشت که این افراد مشهور به جن زده، بیمارانی با علل طبیعی هستند. ویر کتاب مهمی با عنوان «فریب شیاطین» نوشت که در آن سعی کرد این افسانه را که افراد روان پریش توسط شیطان تسخیر شده‌اند، رسوا کند. با اینکه ویر عقیده تسخیر شیطانی را کنار نگذاشت، کتاب وی بیانگر اولین پیشرفت علمی مهم بعد از دوران گالن در توصیف و طبقه بندی انواع رفتار نابهنجار بود. رویکرد ویر، در عین حال، اساس آنچه را که بعدها تجدید برخورد انسانی با افراد روان پریش شد، تشکیل داد. عقاید رادیکال ویر در قسمت دیگر اروپا توسط فردی انگلیسی به نام رچینالد اسکات، تکرار شد که با انکار کردن وجود شیاطین از ایدئولوژی‌های رایج، حتی بیشتر منحرف شد. قرن هجدهم دوران اصلاح عظیم سیاسی و اجتماعی در سرتاسر اروپا بود. اولین نهضت انسان‌گرایانه درباره بیماری‌های روانی در پاریس با کار فیلیپ پینل آغاز شد. او دستور داد تا زنجیر از دست و پای بیماران روانی باز کنند و با آنان مانند بیمار رفتار کنند. درمان پینل به درمان اخلاقی شهرت یافت. در انگلستان، ویلیام توك، پناهگاه یورک را که مؤسسه‌ای بر اساس اصول مذهبی بشردوستانه کواکرها بود، تأسیس کرد. روش‌های توك به درمان اخلاقی (moral treatment) شهرت یافتند و بر پایه این فلسفه استوار بودند که بیماران روانی استحقاق دارند که با آنها برخورد انسانی شود. بنجامین راش، به خاطر علاقمند کردن افراد به رویکرد علمی به اختلال‌های روانی، عنوان بنیان‌گذار روان پزشکی آمریکا را کسب کرد. کتاب او با عنوان مشاهدات و تحقیقاتی درباره بیماری‌های ذهن که در سال ۱۸۱۲ نوشته شد، اولین کتاب درسی روان پزشکی بود که در ایالات متحده چاپ شد. در ارزیابی خدمات راش باید این موضوع را نیز یادآور شویم که او از مداخله‌هایی که اکنون وحشیانه می‌دانیم و در آن زمان آداب پذیرفته شده‌ای بودند، طرفداری می‌کرد. برای مثال راش از خون‌گیری (حجامت) و پاکسازی در درمان اختلال‌های روانی حمایت می‌کرد. برخی از روش‌های او غیر عادی بودند و اکنون آزارگرانه به نظر می‌رسند؛ مثل صندلی «آرام بخش» که بیمار را به آن می‌بستند. با بستن دست و پا و سر بیمار قصد داشتند جریان خون تحریک‌کننده به مغز را کاهش دهند. راش همچنین توصیه کرد که بیماران را در آب سرد غوطه ور کنند و آنها را با تهدید به کشته شدن، به وحشت بیندازند. (آسیب‌شناسی روانی، هالجین و ویتبورن، ترجمه سید محمدی، فصل (۱)، ص ۲۸ تا ۳۳)

۷- گزینه (۴). اصلاح طلبانی همچون کلیفورد بیرس نقش مهمی در تاریخ روان‌شناسی بالینی بازی کرده‌اند. بیرس به دلیل افسردگی شدید بستری شده بود. وی در مدت بستری بودنش وارد مرحله منیک شد و آنچه را در بیمارستان بر او گذشته بود یادداشت کرد. وقتی نشانه‌های منیک - دپرسیو او برطرف شدند از بیمارستان مرخص شد. اما این ترخیص باعث نشد



اراده‌اش برای نوشتن کتابی در مورد بدرفتاری‌های کارکنان بیمارستان روانی سست شود. بیرس بسیار مایل بود برای مبارزه با این بدرفتاری‌ها باید جنبش عمومی راه بیندازد. کتاب او با عنوان ذهنی که خودش رایافت در سال ۱۹۰۸ منتشر شد و به این ترتیب جنبش بهداشت روانی امریکا آغاز شد. (روان شناسی بالینی، فیرس و ترال، ترجمه فیروزبخت، فصل (۲)، ص ۷۴)

۸- گزینه (۴). محقق به نام هانس سلیه (Hans Selye) تغییرات فیزیولوژیایی که در پاسخ به جنگ یا گریز رخ می‌دهد بخشی از نشانگان کلی (general adaption syndrome) به شمار می‌آورد که مجموعه پاسخی است که هر جانوری در برابر تنش از خود نشان می‌دهد. این نشانگان کلی دارای سه مرحله یا دوره است:

۱- مرحله هشدار: بدن برانگیخته می‌شود که با راه‌اندازی دستگاه عصبی سمپاتیک وضعیت مواجهه با تهدید به خود بگیرد. ۲- مرحله پایداری: جاندار با یکی از دو روش جنگ یا گریز با موقعیت تهدید مقابله می‌کند. ۳- مرحله فرسایش: هنگامی روی می‌دهد که جاندار با موقعیت انطباق پیدا نمی‌کند و در جنگ یا گریز در برابر تهدید، منابع فیزیولوژیایی خود را تحلیل می‌برد. سلیه معتقد بود بسیاری از تنش‌های فیزیولوژیایی و روانشناختی این الگوی پاسخ را راه می‌اندازند و فرسایش مداوم یا مکرر منابع فیزیولوژیایی بر اثر تنش‌های مداوم که شخص نتوانسته به کمک جنگ یا گریز با آنها مقابله کند موجب بسیاری از آن دسته اختلال‌های فیزیولوژیایی است که او آنها را بیماری‌های انطباق می‌نامد. (زمینه روان شناسی هیلگارد، اتکینسون و همکاران، ترجمه براهنی و همکاران، فصل (۱۴)، ص ۴۹۷)

۹- گزینه (۴). دو تن از مشاهیر عمده که اختلال اسکیزوفرنی را مطالعه کردند، کراپلین و بلولر بوده‌اند. اختلال اسکیزوفرنی برای اولین بار توسط امیل کراپلین در سال ۱۸۹۳ به عنوان یک سندرم پزشکی توصیف شد. کراپلین این اختلال را «زوال عقل زودرس» نامید. کراپلین جنون زودرس را به عنوان نبودیکپارچگی تفکر درونی، احساس و عمل توصیف کرد. کراپلین اعتقاد داشت این سندرم در اوایل زندگی آغاز می‌شود. بلولر اصطلاح «دمنشیا پریکاکس» کراپلین را تحت عنوان اسکیزوفرنی نام گذاری کرد. بلولر بر ویژگی‌های اصلی این سندرم یعنی گسسته شدن کارکردهای مغز که شناخت، احساسات، یا پاسخ‌های هیجانی و رفتار را در بر می‌گیرد، تمرکز داشت. (آسیب شناسی روانی، آزاد، جلد (۲)، فصل (۱)، ص ۲۸)

۱۰- گزینه (۳). اولین کوشش علمی برای طبقه بندی افراد عقب مانده ذهنی «جی.ای.دی. اسکیرول» روان پزشک بزرگ فرانسوی در قرن ۱۹ انجام داده است. او عقب مانده‌ها را به طبقات اصلی کورذهن (Idiot) و کند ذهن (Imbecile) طبقه بندی کرد و سخن گفتن را

- در طبقه دوم به عنوان وجه متمایز اساسی بین دو طبقه به کار برد. (بهداشت روانی و عقب ماندگی ذهنی، بنی جمالی و احدی، فصل (۴)، ص ۴۱)
- ۱۱- گزینه (۲). ایتارد راه جدیدی برای پیشرفت در نحوه آموزش و پرورش افراد عادی، عقب مانده‌های ذهنی و حتی معلولین که امروزه آن را روش‌های آموزشی سمعی و بصری می‌گویند، ایجاد کرد.
- ۱۲- گزینه (۱). در اوایل قرن نوزده «ژان مارکا ایتارد» پزشک فرانسوی که در یک مؤسسه مخصوص ناشنوایان کار می‌کرد اعلام کرد روش‌های مشابه روش تربیتی ناشنوایان را می‌توان در مورد آموزش و پرورش افراد دارای نقص ذهنی نیز به کار برد. (بهداشت روانی و عقب ماندگی ذهنی، بنی جمالی و احدی، فصل (۴)، ص ۳۵)
- ۱۳- گزینه (۲). بیماری اسکروز توبروزیا اپی لوئیا بیماری نادری است که در سال ۱۸۸۰ توسط بورنویل شرح داده شد. بیماری به وسیله کروموزوم‌های معمولی و به طریقه مندل منتقل می‌شود. (روان‌شناسی کودکان و نوجوانان استثنائی، میلانی فر، فصل (۱)، ص ۶۹)
- ۱۴- گزینه (۱). تأکید بر علل ارگانیک در بیماری‌های روانی را می‌توان ناشی از پیشرفت‌های چشمگیری دانست که از قرن شانزدهم به بعد، در رشته‌های آناتومی و فیزیولوژی رخ داده بود. یکی از پیشگامان مکتب ارگانیک در اروپا امیل کراپلین بود (۱۹۲۶-۱۸۵۶ میلادی). او اعتقاد داشت که بیماری‌های روانی، در حقیقت بیماری‌های جسمانی هستند که نقطه تمرکز آنها مغز بیمار است. از این دیدگاه، بیماری‌های روانی علل کنشی ندارد. تا سال ۱۹۱۳ مشخص شده بود که جنون‌های الکلی، فلج عمومی توأم با پسیکوز - که در اثر عفونت مغز در اثر سفلیس ایجاد می‌شود - جنون پیری و پسیکوز توأم با سخت شدن رگ‌های مغز، دارای علل ارگانیک هستند. کراپلین بر اساس این نظریه یک طبقه بندی علمی، منظم و سیستماتیک برای بیماری‌های روانی ارائه داد. فرضیه اساسی او این بود که نتایج، علایم و نشانه‌های امراض روانی از پیش تعیین شده است؛ یعنی یا بیماران به طور طبیعی بهبود می‌یابند، همان طور که در مورد بسیاری از بیماران مانیک - دپرسیو رخ می‌دهد و یا به صورت طبیعی و لاجرم وضع آنها به وخامت می‌انجامد؛ همان طور که در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا دیده می‌شود. به نظر این دانشمند، روند بیماری و نتایج آن، تعریف کننده خود بیماری است. اینکه بیمار چگونه احساس یا فکر می‌کند، یا چه انگیزه و نگرانی‌هایی دارد، چندان مهم نیست و مستقیماً به بیماری اسکیزوفرنیا مربوط نمی‌شود. مسئله مهم دانستن این مطلب است که هذیان‌های بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا، هذیان‌های شنوایی است و نه بینایی. البته، از نظر کراپلین برای تشخیص اسکیزوفرنیا، وجود هذیان شنوایی مهم است، نه محتوای هذیانی آن. طبقه بندی کراپلین بین جنون مانیک - دپرسیو و جنون جوانی (که

بلویر (Bleuier) روانپزشک سوئیسی آن را اسکیزوفرنیا نامیده بود، تمیز و تفکیک قایل شد. برای روشن شدن تصویر بالینی این بیماری‌ها، کراپلین نشانه‌های دقیق آنها را که بر اساس مشاهده تاریخچه بیماری هزاران مریض تهیه شده بود، ارائه کرد. او علل این نابهنجاری‌ها را بیماری‌های مغز، اختلالات در سوخت و ساز بدن، نابهنجاری‌های غدد و یا وراثت می‌دانست و همان طور که گفته شد، در واقع دیدگاه ارگانیک را در ایجاد بیماری‌های روانی عرضه داشت. در حقیقت طبقه بندی کراپلین، نظام استاندارد طبقه بندی در روان پزشکی است. (آسیب شناسی روانی، شاملو، فصل (۱)، ص ۲۸ و ۲۹)

۱۵- گزینه (۳). مشاهدات پیازه در نوزادان و نظریه او درباره رشد هوشی - عقلی حاکی از این است که کودک باید در جریان تحریکات متنوع و تجارب گوناگون قرار گیرد تا به طور طبیعی از مرحله رشد حسی - حرکتی بگذرد. هب معتقد بود که تجارب مناسب در ذهن فرد از طریق تجاربی که در سنین کودکی حاصل شده ایجاد می‌شود. او شواهد فراوانی از آزمایش با سگ و موش به دست می‌دهد. بر اساس این شواهد، حیواناتی که در تماس با محیط، آزادی بیشتری داشته‌اند، در حل مسائل موفق تر بوده و بهتریاد می‌گرفته‌اند. مطالعاتی که به وسیله «اشپیتز، گلدیپ و وین دنیس صورت گرفته نشان داد که یافته‌های هب درباره انسان نیز صادق است. کودکانی که در مؤسساتی پرورش می‌یابند که حداقل روابط اجتماعی و انسانی را دارند و از نظر تحریکات حسی ضعیف‌اند؛ معمولاً عقب مانده ذهنی خواهند شد. «اسکیلز» (۱۹۶۶)، ۲۴ کودک بی سرپرست را که در محیطی بدون انگیزش عقلانی تایک سال و نیم عمر خود را گذرانده بودند، در دو گروه، مطالعه کرد. یکی از گروه‌ها را به محلی که امکانات خیلی بهتر و بیشتری در اختیار داشتند و به آنها خیلی بیشتر توجه می‌شد، منتقل کردند. بعد از ۲۵ سال این گروه بزرگسالانی بهنجار بودند که با اطمینان به خود در مشاغل گوناگون کار می‌کردند. در حالی که گروه تحت کنترل یا هنوز در پرورشگاه‌ها بودند و با مشاغل خیلی پایین تری را به عهده داشتند. «تیزارد» نشان داد که جدا کردن کسانی که از نظر بهره هوشی در گروه پایین تری قرار دارند و قرار دادن آنها در مؤسسات و یا بیمارستان‌های مخصوص، آنها را از نظر رشد قوای ذهنی پایین تر می‌آورد. (بهداشت روانی و عقب ماندگی ذهنی، بنی جمالی و احدی، فصل (۴)، ص ۶۳ تا ۶۵)

۱۶- گزینه (۲). اختلالی که قبلاً به عنوان هیستری شناخته شده بود و امروزه در DSM - IV - TR تحت عنوان اختلال تبدیلی نام گذاری شده، دارای تاریخچه‌ای طولانی است که به پزشکی مصر و یونان باستان بازمی‌گردد. این اصطلاح از واژه یونانی رحم گرفته شده است که قبلاً در اصطلاح سانسکریت برای شکم یا معده به کار می‌رفت. (آسیب شناسی روانی، آزاد، جلد (۱)، فصل (۱)، ص ۳۳)

۱۷- گزینه (۳). این بیماری نخستین بار در سال ۱۹۴۳، توسط کانر معرفی شد و به همین علت به سندرم کانر نیز شهرت یافت. مشخصه‌های اصلی اختلال اتیستیک عبارت است از رشد ناپهنجاریا مختل قابل توجه در ارتباط، تعامل اجتماعی و محدودیت چشمگیر فعالیت‌ها و علائق است. جلوه‌های این اختلال با توجه به سطح رشد و سن تقویمی فرد بسیار متفاوت است. اختلال اتیستیک را گاهی اتیسم شیرخوارگی، اتیسم کودکی یا اتیسم کانر نامگذاری کرده‌اند. در اختلال اتیستیک تعامل اجتماعی به شدت و به شکلی دیر پا آسیب می‌بیند ممکن است در به کارگیری رفتارهای غیر کلامی متعدد (مثل نگاه رودررو، بیان چهره‌ای، اطوار و حرکات بیانگر بدنی) برای تنظیم تعامل اجتماعی و ایجاد ارتباط، اختلال چشمگیری وجود داشته باشد. اختلال در ارتباطات نیز قابل توجه و دیر پا بوده و بر مهارت‌های کلامی و غیر کلامی کودک تأثیر می‌گذارد. کسانی که به اختلال اتیستیک مبتلا هستند الگوهای رفتاری، علائق و فعالیت‌های کلیشه‌ای، تکراری و محدود دارند. این اختلال قبل از ۳ سالگی ظاهر می‌شود. (راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM- IV)، ترجمه نیکخو و همکاران، ص ۱۴۸)

۱۸- گزینه (۲). بیماری تای ساکس یا تیساکس (Tay- Sachs disease) اولین بار در سال ۱۸۸۱ به وسیله « وارن تای (Warren tay) » چشم پزشک انگلیسی و بعداً در سال ۱۸۹۶ توسط « برنارد ساکس (B.sachs) » به صورت بیماری مستقل و فامیلی مورد مطالعه قرار گرفت. جزء اختلالات مربوط به سوخت و ساز چربی‌ها می‌باشد. در کودکان مبتلا به بیماری تای ساکس سلول‌های عصبی مغز متورم شده و پروتوپلاسم سلول‌های مغزی از مواد چربی پر می‌شود و هسته سلول‌ها نیز به خارج رانده شده و تحلیل می‌یابند. این بیماری را به نام‌های مختلف مانند زوال عقل و تحلیل سلول‌های مغزی و ماکولالی چشم (Cerebral - macular degeneration) یا تهی مغزی فامیلی آموروتیک (Amaurotic family idiocy) می‌نامند. علت این بیماری جهش ژنی در ژن هگزا روی کروموزم شماره ۱۵ است. این ژن ناقص باعث عدم حضور آنزیمی به نام هگزوسومینیداز A در مغز و دستگاه عصبی مرکزی می‌شود. از نظر سن ابتلا به اشکال زیر مشاهده می‌شود: ۱- شکل شیرخوارگی: کم و بیش اختصاص به یهودیان دارد. نوزاد طبیعی است و تا حدود ۶ ماهگی نیز طبیعی باقی می‌ماند. سپس بیماری با علائمی چون بی حالی و بی تفاوتی خود را نمایان می‌سازد. کودک علاقه‌ای با آنچه که در محیط اطرافش می‌گذرد، نشان نمی‌دهد و پیشرفتی را که حاصل کرده است از دست می‌دهد. نشانه‌هایی چون کاهش دید بروز می‌کند که به کوری می‌انجامد. سپس فلج‌های انتشاری بروز می‌کند. بیمار به تدریج لاغر می‌شود و معمولاً ظرف دو یا سه سال می‌میرد. تشخیص با مشاهده « آتروفی » عصب بینایی که منجر

به کوری می‌شود و پیدایش لکه‌های قرمز در ناحیه زرد شبکیه (ماکولا) قطعی می‌شود. ۲- شکل کودکی: این شکل از بیماری در سه سالگی و بعد از یک دوره رشد طبیعی دیده می‌شود. پیشرفت رشد روانی متوقف و نیز پسروی حاصل می‌شود. ماهیچه‌ها حالت سفتی به خود می‌گیرد و کوری رخ می‌دهد. کوری، ناشی از «آتروفی» عصب بینائی است. با پدید آمدن لکه قرمز در «ماکولا» بیمار ظرف چند سال یعنی حدود ۶-۷ سالگی از پای در می‌آید. ۳- شکل قبل نوجوانی: چنین موردی بین سنین ۶-۱۲ سالگی دیده می‌شود. نارسائی بینائی به کوری می‌انجامد. «آتروفی» عصب بینائی و رسوب رنگدانه‌های پراکنده لفل فل نمکی در شبکیه، از مشخصات بیماری است. اختلال تعادل و نیمه فلجی سرانجام به فلج و زوال عقل پیشرفته و در نهایت به مرگ منجر می‌شود. ۴- شکل بالغین: در این دوره که عارضه به بیماری «کوف» مشهور و موارد آن نادر است، تظاهر بیماری بین سنین ۱۵ تا ۲۵ سالگی است که به تدریج پیشرفت می‌کند. پسروی وضع روانی و بروز تشنج از اولین نشانه‌های بیماری است. در این شکل، معمولاً اختلال بینائی دیده نمی‌شود. (بهداشت روانی و عقب ماندگی ذهنی، بنی جمالی و احدی، فصل (۵)، ص ۵۶ و روان شناسی کودکان و نوجوانان استثنائی، میلانی فر، فصل (۱)، ص ۸۹ و آسیب شناسی روانی بر اساس DSM-5 گنجی، جلد (۲)، فصل (۱۸) ص ۵۴۰)

۱۹- گزینه (۱). نزد زنانی که ۳۵ سال بیشتر دارند خطر زیادی برای به دنیا آوردن کودکی با کروموزوم‌های ناهنجار وجود دارد و در خانواده‌هایی نیز که قبلاً کودکی با اختلالات «کروموزومی» داشته‌اند و یا کسانی که دارای حالت «جابجا شدگی قطعات کروموزومی هستند این خطر وجود دارد. «واربرتون» (۱۹۸۱) به شواهدی برخورد کرد که نشان می‌داد زنان مسن با ناتوانی در شناخت مکانیزم واژنی مواجه می‌شوند و این سبب می‌شود که کروموزوم‌های غیر طبیعی جنین افزایش یابد. در حالی که در غیر اینصورت می‌توانستند به طور طبیعی و خود بخودی دفع شوند. مورد دیگر در افزایش کروموزوم‌های غیر طبیعی در کودکان مادران مسن را می‌توان ناشی از تغییرات هورمونی دانست که در این دوره از زندگی یک زن پیدا می‌شود. فرضیات دیگری که این پدیده را به تفضیل مورد بحث قرار داده از آن «کراولی»، «هیدن» و «گولاتی» است. (بهداشت روانی و عقب ماندگی ذهنی، بنی جمالی و احدی، فصل (۸)، ص ۱۰۸ و ۱۰۹)

۲۰- گزینه (۱). بیماری اسکروز توپروزیا اپی لوئیا بیماری نادری است که در سال ۱۸۸۰ توسط بورنویل شرح داده شد.

۲۱- گزینه (۲). بیماری گارگولیسیم (Gargolism) را در سال ۱۹۱۹ «هورلر» کشف کرد که بعضی «سندرم هورلر» نیز می‌گویند. بیماری از راه ارث مغلوب و کروموزوم‌های معمولی

انتقال می‌یابد. علت بیماری نارسایی یا فقدان آنزیمی است که مواد پلیساکارید را سوزانده و به مصرف می‌رساند. به علت فقدان یا نارسایی آنزیم، موادی به صورت اسیدهای «موکوپلی ساکارید» در نسوج مختلف بدن مخصوصاً دستگاه عصبی، کبد و طحال انباشته شده و بیماری را به وجود می‌آورد. صورت این بیماران دارای شکل و وضع خاصی است و علت نامگذاری این بیماری نیز به علت شباهتی است که چهره و قیافه این بیماران با مجسمه‌های گچبری که در زیر ناودان‌هایی که از آنها آب باران جاری است، دارد. ناراحتی ممکن است بلافاصله بعد از تولد یا اینکه دیرتر و حتی بعد از سال‌های دوم و سوم شروع شود. شکل سر از طول و عرض بزرگ می‌شود، پیشانی برجسته، بینی پهن و زینی شکل، صورت خشن و زبر و نامرتب، فاصله چشم‌ها وسیع‌تر از معمول، ابروان پرپشت و به هم پیوسته، لب‌ها و زبان کلفت و دندان‌ها نامرتب است. گردن کوتاه، پشت خمیده و قوزدار، قرنیه و عدسی چشم کدر و شنوایی اکثراً مختل است. تجمع بیش از حد گلیکوژن و چربی در کبد باعث بزرگی آن شده و طحال و ریه و انساج داخل شکم به علت تجمع مواد «موکوپلی ساکارید» بزرگ‌تر از طبیعی می‌شوند، لذا شکم برآمده و اکثراً با فتق ناف و فتق مغبنی همراه است. رشد طولی همیشه کمتر از طبیعی و اکثراً متوقف می‌ماند و بزرگی سر و صورت با سن کودک تطابقی ندارد، حرکات مفاصل محدود، قلب اکثراً بزرگ‌تر از طبیعی و فشار خون بالاست. اندام‌ها لاغر و انگشتان چنگالی شکل می‌شوند. پرتونگاری از استخوان‌های بدن به خصوص جمجمه، تصاویر مشخص با تغییرات مخصوص به این بیماری را نشان می‌دهد که در آن قطر قدامی خلفی کاسه سر کمی بزرگتر از طبیعی و اکثراً ستورها (حد فاصل استخوان‌های کاسه سر)، باز بوده و زین ترکی به شکل «ل» در می‌آید. (روان‌شناسی کودکان و نوجوانان استثنائی، میلانی فر، فصل (۱)، ص ۹۲ و ۹۳)

۲۲- گزینه (۱). ادوارد سگن، معلم، دانشجوی پزشکی و شاگرد و همکار ایتار بود. او که در آموزش و پرورش، «ویکتور»، کودک وحشی، تجارب با ارزشی به دست آورده بود، اولین کتاب خود را در زمینه عقب ماندگی ذهنی به نام درمان اخلاق و آموزش و پرورش کودکان کورذهن در سال ۱۸۴۶ منتشر ساخت و روش «حواسی حرکتی» را در آموزش کر و لال‌ها به کار برد. او که نتوانست در فرانسه افکار تازه خود را منتشر کند در سال ۱۸۴۸ به آمریکا مهاجرت کرد و در آنجا در زمینه آموزش و پرورش کودکان عقب مانده ذهنی به فعالیت پرداخت و افق تازه‌ایی را در این زمینه در کشور آمریکا گشود و در سال ۱۸۸۱ یک سال قبل از مرگش کتابی به نام ابله‌ی و درمان آن با روش فیزیولوژیک نوشت. نظریه سگن در آموزش و پرورش کودکان عقب مانده ذهنی بر پایه فیزیولوژیکی اعصاب استوار بود. یکی از اقدامات مهم «سگن» تهیه دستگاه ساده‌ای بود که به نام آزمون مهره‌ای معروف است. این دستگاه برای

آزمایش استعداد کودکان و پرورش ادراکات حسی مانند بینایی و شنوایی به کار می‌رود. سگن معتقد بود که رشد عمومی بدن را اعم از قسمت‌های جسمانی یا روانی می‌توان با روش‌های خاص تربیتی بهبود بخشید. (بهداشت روانی و عقب ماندگی ذهنی، بنی جمالی و احدی، فصل (۲)، ص ۳۵ و ۳۶ و روان شناسی کودکان و نوجوانان استثنائی، میلانی فر، فصل (۱)، ص ۳۲)

۲۳- گزینه (۲). ماریا مونتسوری از جمله افرادی است که در اواخر قرن نوزدهم یعنی حدود سال ۱۸۹۷ به مسائل مربوط به نقائص ذهنی علاقمند شد. از جمله انگیزه‌های توجه او به مسئله این بود که در آن زمان مبتلایان به نقایض ذهنی را در بیمارستان‌های روانی نگهداری می‌کردند. دیگر اینکه عقیده عمومی بر آن بود که فلج‌ها و عقب ماندگان بسیار عمیق و بیماری‌هایی از این رده را باید ابتدا از جنبه پزشکی مورد بررسی قرار داد. در حالیکه مونتسوری با مطالعه کارهای «ایتار» و «سگن» به این نتیجه رسید که این مسئله بیش از آنکه جنبه پزشکی داشته باشد، یک مسئله آموزشی است. او بر پایه این نظریه مدرسه‌یی تحت عنوان «مدرسه روان درمانی برای افراد دارای نقص ذهنی» تأسیس کرد. در اینجا نه تنها اقدام به آموزش کودکان عقب مانده ذهنی می‌شد، بلکه مربیان این کودکان نیز تحت تعالیمی قرار می‌گرفتند. او آموزش را با وسایل آموزشی که خود تهیه دیده بود انجام می‌داد. روش آموزشی او بر «خودآموزی» استوار بود. در این سیستم، فعالیت‌ها و مواد آموزشی به گونه‌ایی تهیه شده بود که آموزگار تنها بر فعالیت کودکان نظارت داشت و مستقیماً با آنها درگیر نبود و کودکان به خود آموزش می‌دادند. (بهداشت روانی و عقب ماندگی ذهنی، بنی جمالی و احدی، فصل (۳)، ص ۳۷)

۲۴- گزینه (۴). (مراجعه شود به پاسخ سوال ۲۲)

۲۵- گزینه (۲).

۲۶- گزینه (۳). خانم دکتر گریس فرنالدر خود را در مدرسه‌ای آغاز کرد که در سال ۱۹۲۱ به عنوان مدرسه ضمیمه‌ی دانشگاه کالیفرنیا در لس آنجلس تاسیس شده بود و گروهی از اساتید و دانشجویان در آن به تحقیق و مطالعه درباره‌ی دانش آموزان با انواع اختلالات مشغول بودند. با آمدن خانم فرنالدر دانش آموزان این مدرسه به تدریج از میان دانش آموزانی انتخاب شدند که دارای هوش متوسط یا بالاتر بودند، اما در یک یا چند زمینه‌ی درسی به ویژه خواندن و هجی کردن ناتوانی شدید داشتند. پس از سال‌ها مطالعه خانم فرنالدر در سال ۱۹۴۳ مقاله‌ی تحقیقی خود را که بیانگر روش چند حسی او بود منتشر کرد. گزارش شده است که این روش در برخی از دانش آموزان بسیار موفق بوده است. دانش آموز حروف را ترسیم می‌کند (لامسه- جنبشی) به آنها نگاه می‌کند (دیداری) حروف را با صدای بلند

می‌گوید (صوتی) و آن چه را می‌گوید می‌شنود (شنیداری) به این دلیل به این روش تکنیک *VAKT* (دیداری، شنیداری، جنبشی، لامسه‌ای) نیز گفته می‌شود.

مراحل روش چند حسی فرنالد (*VAKT*): در این روش به کودکان داستان‌های خاصی که ویژه هر کدام از آنهاست گفته و آنقدر تکرار می‌شود که آن را خوب یاد بگیرند. بنابراین، دانش آموز دارای یک خزانه لغات انتخابی خواهد بود. در این روش کودکان لغت را می‌گویند، لغت نوشته شده را می‌بینند، روی آن با انگشت دست می‌کشند و آن را ردیابی می‌کنند، لغت را با استفاده از حافظه خود می‌نویسند، دوباره لغت را می‌بینند و آن را با صدای بلند برای معلم خود می‌خوانند. این روش چهار مرحله را در یادگیری ایجاد می‌کند: مرحله ۱: معلم لغت را روی تابلو یا کاغذ می‌نویسد، کودک با چشم لغت را ردیابی می‌کند، بعد آنرا با تماس نوک انگشتانش ردیابی می‌کند و هر قسمت از آن را ردیابی کرد می‌گوید. این کار آنقدر تکرار می‌شود تا کودک بتواند لغت را بدون نگاه کردن به اصل آن بنویسد. به عبارت دیگر، کودک به طور کامل و یکپارچه به لغت نگاه می‌کند، نام آن را می‌گوید و بعد آن را پاک می‌کند یا به کناری می‌گذارد و کودک آن را با استفاده از حافظه‌اش می‌نویسد. در فرایند خواندن کلمات و عبارات حافظه بینایی آموزش می‌بیند. آنگاه کودک لغت را در متن داستانی که از تجربیاتش گرفته شده، می‌نویسد. سرانجام داستان تایپ می‌شود و کودک داستان تایپ شده را می‌خواند. مرحله ۲: هنگامی کودک به این مرحله می‌رسد که دیگر نیازی به ردیابی لغات جدید ندارد. در این مرحله دانش آموزان قادر هستند لغات را بوسیله‌ی خود لغات، هنگامی که معلم آنها را می‌نویسد یاد بگیرند. آنها به نوشتن لغات با استفاده از حافظه و خواندن متن تایپ شده آنچه نوشته‌اند ادامه دهند. مرحله ۳: در این مرحله دانش آموز لغات چاپی را اول برای خود تکرار می‌کند، سپس آنها را می‌نویسد و بدین ترتیب آنها را یاد می‌گیرد. حالا کودک یاد گرفته مستقیماً از طریق لغات چاپ شده آنها را یاد بگیرد. بسیاری از کودکان سرانجام توانایی عطف توجه اجمالی به یک لغت، تکرار آن یک یا دو بار برای خودشان و سپس نوشتن آن بدون نگاه به مدل اصلی را پیدا می‌کنند. به عبارت دیگر آنها حافظه بینایی برای لغات را بهبود و تکامل بخشیده‌اند. در این مرحله کتاب‌هایی به آنها معرفی می‌شود. مرحله ۴: در این مرحله کودک قادر است لغات جدید را به خاطر شباهت آنها به لغاتی که قبلاً یاد گرفته شناسایی کند. حالا کودک به مرحله‌ی تعمیم لغات شناخته شده به لغات جدید رسیده است. معلم مواد خواندنی کافی برای کودک فراهم می‌کند تا او بتواند مفاهیم لازم برای باز شناسی لغات جدید را ایجاد کند، ایجاد و تکمیل یک خزانه‌ی لغت خواندن و درک و فهم معنی گروه‌های لغات هنگام خواندن هر متن جدید از ویژگی‌های این مرحله هستند. دکتر فرنالد ابراز می‌دارد که قبل از شروع برنامه ترمیمی و آموزشی با استفاده از



روش چند حسی، لازم است یک نکته اساسی و چند پیشنهاد مورد توجه قرار گیرد: نکته اساسی این که دانش آموزان با اختلالات یادگیری در مدارس عادی شکست‌های متعددی را تجربه کرده‌اند، به همین سبب آنها دچار ضعف در اعتماد به نفس هستند. توجه به این نکته و تلاش در جبران آن با استفاده از روش «شرطی شدن مجدد مثبت» و رعایت پیشنهادات زیر موفقیت برنامه آموزشی چند حسی را بیشتر می‌سازد. ۱- از جلب توجه کودک به شرایطی که باعث تشدید هیجانات او می‌گردد پرهیز شود. ۲- از به کار بردن روش‌هایی که قبلاً بر کودک آزمایش شده و فایده‌ای نداشته است امتناع گردد. ۳- از ایجاد شرایطی که در آن دانش آموز دچار دستپاچگی می‌گردد پرهیز شود. ۴- از توجه مستقیم به ناتوانی کودک در انجام فعالیت‌ها جلوگیری شود. ۵- کلمه و همچنین موضوع داستان توسط کودک انتخاب شود، تا انگیزه یادگیری در او بیشتر شود. ۶- تعقیب کلمه نوشته شده با انگشت بسیار ضروری است. ۷- کودک باید در حالی که کلمه را با انگشت خود تعقیب می‌کند و یا آن را می‌نویسد، آن را با صدای بلند تلفظ کند.

۲۷- گزینه (۲). کودکان معلول به ویژه کودکان عقب مانده ذهنی تربیت پذیر در گستره وسیعی از خانواده‌ها با زمینه‌های متفاوت اجتماعی- اقتصادی یافت می‌شوند. معمولاً اطلاع از خبر معلولیت کودک برای والدین به مثابه شوکی دردناک عمل می‌کند، زیرا وجود کودک ناتوان و معلول در جریان عادی خانوادگی اختلال ایجاد می‌کند و مسائل و مشکلاتی را فراهم می‌سازد. (روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی، سیف نراقی، نادری، فصل (۳)، ص ۹۵)

۲۸- گزینه (۴). اولین شخصی که پی به وجود این بیماری برد شخصی به نام استیل بود. ابتدا کلمه بیش فعالی یا پرجنبی را استفاده می‌کردند، اما بعد آن را اختلال کمبود توجه - بیش فعالی نامیدند.

## [آزمون کارشناسی ارشد سال ۱۴۰۲]

- ۱- هنگامی که فعالیت یک سیناپس باعث افزایش اختلاف پتانسیل در عصب پس سیناپسی می‌شود، سیناپس در کدام طبقه قرار دارد؟  
 (۱) سیناپس‌های سریع (Fast synapses)  
 (۲) سیناپس‌های آهسته (Slow synapses)  
 (۳) سیناپس‌های الکتریکی (Electrical synapses)  
 (۴) سیناپس‌های مهارتی (Inhibitory synapses)
- ۲- موسیقی و ریاضی، به ترتیب، در کدام بخش مغز پردازش می‌شوند؟  
 (۱) آهیانه‌ای - آهیانه‌ای  
 (۲) پیشانی - آهیانه‌ای  
 (۳) گیجگاهی - آهیانه‌ای  
 (۴) اینسولا - آهیانه‌ای
- ۳- آسیب به قطعه‌ی آهیانه‌ای سمت راست، بر روی کدام تکلیف تأثیر می‌گذارد؟  
 (۱) درک نادرست اشیا  
 (۲) مشکل در لباس پوشیدن  
 (۳) مشکل در نگهداری اطلاعات جدید  
 (۴) لرزش در حین انجام کارهای ظریف
- ۴- یک بیمار زبان پریش در پاسخ به این سؤال که «چه چیزی باعث شد که به بیمارستان بیایی؟»، گفت: «پسر، من دارم عرق می‌کنم، خودت میدانی من یک بار گرفتار شدم. من خیلی خوب کار کردم. من باید به اطراف بدم». این فرد، چه نوع آفازیایی دارد؟  
 (۱) زبان‌پریشی بروکا (Broca's Aphasia)  
 (۲) زبان‌پریشی ورنیکه (Wernicke's Aphasia)  
 (۳) زبان‌پریشی آنومیک (Anomic Aphasia)  
 (۴) زبان‌پریشی گلوبال (Global Aphasia)
- ۵- کدام مورد، جانبی شدن در سیستم شنوایی را بهتر توصیف می‌کند؟  
 (۱) سیستم شنوایی، کاملاً متقاطع است.  
 (۲) هر گوش، اطلاعات را به نیمکره مقابل مغز ارسال می‌کند.  
 (۳) هر گوش، اطلاعات را به نیمکره همسوی مغز ارسال می‌کند.  
 (۴) هر دو گوش، اطلاعات را به هر دو نیمکره مقابل مغز ارسال می‌کند.

- ۶- اگر در یک فیلم، فردی خودش صحبت کند و یک بار واقعیت را بگوید و بار دیگر دروغ بگوید، کدام گروه در تشخیص واقعیت، بهتر عمل خواهند کرد؟
- (۱) هنرپیشه‌ها  
(۲) افراد بهنجار دارای هوش بالا  
(۳) افراد دچار آسیب نیمکره چپ  
(۴) افراد دچار آسیب نیمکره راست
- ۷- کدام گروه از افراد زیر، می‌توانند آنچه را با هر دو دست احساس می‌کنند، به صورت کلامی شرح دهند؟
- (۱) رابطه قدامی آنها قطع شده است.  
(۲) رابطه هیپوکامپ آنها قطع شده است.  
(۳) بدون جسم پینه‌ای به دنیا آمده‌اند.  
(۴) جسم پینه‌ای آنها بعداً قطع شده است.
- ۸- سیالیت کلامی، وابسته به فعالیت کدام سمت مغز است؟
- (۱) ورنیکه  
(۲) مسیر کمانی  
(۳) قشر پیش پیشانی  
(۴) قشر حرکتی و پیش حرکتی پیشانی
- ۹- رفتار جنسی، تحت تأثیر کدام ساختار مغزی قرار دارد؟
- (۱) لوب گیجگاهی  
(۲) لوب پیشانی  
(۳) لوب آهیانه‌ای  
(۴) سیستم لیمبیک
- ۱۰- کدام ساختارهای زیر قشری در دوره نوجوانی، دچار تغییرات بیشتری می‌شوند؟
- (۱) هسته آکامینس - آمیگدال - هیپوکامپ  
(۲) هسته آکامینس - آمیگدال - هیپوتالاموس  
(۳) شکنج کمربندی - آمیگدال - عقده‌های قاعده‌ای  
(۴) هسته آکامینس - آمیگدال - عقده‌های قاعده‌ای
- ۱۱- در فرایند ذهن خوانی بر اساس نوروهای آینه‌ای، کدام ساختار نقش حیاتی دارد؟
- (۱) آمیگدال  
(۲) هیپوکامپ  
(۳) قشر پیش پیشانی  
(۴) لوب گیجگاهی
- ۱۲- کدام ساختار سیستم لیمبیک، در پردازش‌های اجتماعی دخیل است؟
- (۱) بادامه  
(۲) هیپوکامپ  
(۳) شکنج کمربندی  
(۴) عقده‌های قاعده‌ای

- ۱۳- براساس نظریه حساسیت به تقویت (RST)، اعتیاد حاصل کدام مکانیسم است؟
- (۱) بیش فعالی سیستم بازداری رفتار (BIS)
  - (۲) فعالیت کم سیستم فعال‌ساز رفتار (BAS)
  - (۳) تسلط سیستم فعال‌ساز رفتار (BAS) بر سیستم بازداری رفتار (BIS)
  - (۴) تسلط سیستم بازداری رفتار (BIS) بر سیستم فعال‌ساز رفتار (BAS)
- ۱۴- در کدام نوع آفازی که به علت قطع رشته‌های بین ناحیه ورنیکه و بروکا ایجاد می‌شود، بیمار نمی‌تواند کلماتی را که ما می‌گوییم، تکرار کند؟
- (۱) هدایتی
  - (۲) آنارتی
  - (۳) دیزارتی
  - (۴) نام گذاری
- ۱۵- اگر دو شیء را به طور همزمان و با هم در میدان بینایی سمت راست و چپ بیمار قرار دهیم و فرد نتواند شیئی را که در میدان بینایی سمت راست قرار دارد، ببیند و از آن نام ببرد، نوع آسیب و منطقه آسیب دیده کدام است؟
- (۱) شدید - پس سری راست
  - (۲) شدید - آهیانه‌ای چپ
  - (۳) خفیف - پس سری چپ
  - (۴) خفیف - پس سری راست

### پاسخ آزمون کارشناسی ارشد سال ۱۴۰۲

- ۱- گزینه (۴). هنگام تحرک سلول عصبی دپولاریزه (ناقطبی) می‌گردد و با ورود یون سدیم اختلاف پتانسیل الکتریکی کاهش می‌یابد و وقتی بار غشاء به صفر می‌رسد اختلاف پتانسیل از بین می‌رود. بالعکس وقتی نورون مهار (هیپرپولاریزه) می‌گردد، بدلیل خروج پتاسیم یا ورود کلر نورون قطبی تر می‌گردد و به خاطر منفی تر شدن بار غشاء اختلاف پتانسیل افزایش می‌یابد.
- ۲- گزینه (۳). متأسفانه کلید سنجش گزینه ۱ می‌باشد که با هیچکدام از منابع نوروسایکولوژی همخوانی ندارد. براساس منابع نوروسایکولوژی موسیقی مربوط به شکنج فوقانی گیجگاهی راست و ریتم موسیقی مربوط به شکنج فوقانی گیجگاهی چپ می‌باشد که هر دو موضوع فوق هم بارها در سال‌های قبل سؤال بوده‌اند. با این توضیح قاعده‌تاً باید گزینه سه پاسخ صحیح باشد.
- ۳- گزینه (۲). آسیب آهیانه راست منجر به آپراکسی لباس و آپراکسی ساختی می‌گردد. در آپراکسی ساختی فرد قادر به بازسازی الگوها و تقلید حالت چهره نیست و در آپراکسی لباس

- فرد قادر به لباس پوشیدن نیست. ریشه هر دو اختلال فوق لطمه جدی به تجسم فضایی می‌باشد که علت آن آسیب آهیانه بویژه آهیانه راست می‌باشد.
- ۴- گزینه (۲). با توجه به اینکه گفتار این فرد بی معنی است و سالاد لغات می‌باشد، می‌توان نتیجه گرفت که فرد دچار آفازی ورنیکه می‌باشد.
- ۵- گزینه (۴). بین چهار جمله فوق فقط گزینه چهار صحیح می‌باشد. مسیر شنوایی دو طرفه می‌باشد و پیام از هر گوش به هر دو نیمکره می‌رود. مسیر اصلی مسیر متقاطع است و اکثر پیام‌ها از هر گوش به نیمکره مقابل می‌روند و میزان کمتری از هر گوش به صورت هم طرف به نیمکره همان طرف می‌رود. به عنوان نمونه از گوش چپ اکثر پیام‌ها به نیمکره راست و بخش خیلی کمتری به نیمکره چپ می‌روند.
- ۶- گزینه (۱). مطالعات نشان می‌دهد که مغز افراد متخصص بویژه نوروپاتولوژیست‌های مغز افراد متخصص هنگام برخورد با محرک پردازش بیشتری انجام می‌دهد. مثلاً یک موسیقی دان وقتی موسیقی گوش می‌دهد مغزش پردازش بیشتری انجام می‌دهد یا یک جراح وقتی فیلم جراحی را مشاهده می‌کند نسبت به افراد عادی در مغزش پردازش بیشتری رخ می‌دهد. اگر هنرپیشه‌ها را متخصص بازی نقش در نظر بگیریم هنگام مشاهده بازی نقش حقیقی یا ساختگی مغزشان پردازش بیشتر و تخصصی‌تر انجام می‌دهد. کلید سنجش متأسفانه گزینه ۳ است. در صورت آسیب نیمکره چپ ممکن است اصلاً فرد توانایی کلامی خود را از دست بدهد چه برسد به اینکه پی به راستگویی یا دروغگویی ببرد.
- ۷- گزینه (۳). در افرادی که بدون جسم پینه‌ای به دنیا آمده‌اند، مراکز زبان در هر دو نیمکره شکل می‌گیرد.
- ۸- گزینه (۴). بروکا که در ناحیه پیش حرکتی از قشر حرکتی مخ قرار دارد، باعث تکلم سلیس می‌گردد. به بیان دیگر بخش دریافتی زبان مربوط به ورنیکه در قسمت پشتی گیجگاهی چپ می‌باشد که فهم معنی کلمات و جملات را انجام می‌دهد و بخش بیانی زبان بروکا در پیشانی چپ (ناحیه پیش حرکتی) باعث تکلم سلیس می‌گردد.
- ۹- گزینه (۱). در سندرم کلوربروسی که در اثر آسیب آمیگدال در زیر لوب گیجگاهی بوجود می‌آید، رفتار جنسی از حالت بهنجار خارج می‌گردد و فرد نسبت به اشیاء و حیوانات هم میل جنسی پیدا می‌کند و حتی ممکن است که با اشیاء عمل جنسی انجام دهد. متأسفانه طراح سؤال دقت کافی به خرج نداده است چرا که هیپوتالاموس هم در رفتارهای جنسی بواسطه ترشح هورمون‌ها دخیل می‌باشد ولی باید توجه داشت که جنبه‌های انسانی‌تر رفتار جنسی وابسته به لوب گیجگاهی می‌باشد.

- ۱۰- گزینه (۴). در نوجوانی رشد نامتوازن قشر پیش پیشانی نسبت به برخی از ساختارهای زیر قشری عامل اصلی تکانشگری، تشدید پرخاشگری، هیجان خواهی، تمایل به رفتارهای پر خطر و احتمال زیاد مصرف مواد می‌باشد. در نوجوانی رشد برخی از ساختارهای زیر قشری نظیر آکومبنس، آمیگدال و جسم مخطط (استریاتوم که بخش از عقده‌های قاعده‌ای است) از لوب پیشانی پیشی می‌گیرد و همین موضوع باعث رفتارهای پرخطر و تکانشی در نوجوانان می‌شود.
- ۱۱- گزینه (۲). هیپوکامپ به عنوان کتابخانه فرهنگی عمل می‌نماید و نورون‌های آینه‌ای پیشانی که در نظریه ذهن و پی بردن به اهداف دیگران نقش کلیدی دارند نیازمند اطلاعات موجود در این کتابخانه فرهنگی هستند.
- ۱۲- گزینه (۱). بادامه به عنوان ساختاری که نوع و شدت هیجان را تعیین می‌کند، نقش مهمی در رفتارهای هیجانی و اجتماعی دارد. لازم به ذکر است که عاطفه سطحی و عدم بروز واکنش هیجانی که در اثر آسیب آمیگدال یا پیش پیشانی بوجود می‌آید، منجر به لطمه جدی به روابط اجتماعی می‌گردد.
- ۱۳- گزینه (۳). اعتیاد ریشه در تکانشگری دارد. اگر ما به انتهای طیف سیستم فعال ساز رفتار نزدیک شویم (یک BAS قوی و یک BIS ضعیف) مشکلاتی نظیر تکانشگری، مانیا و رفتارهای ضداجتماعی بروز می‌نماید.
- ۱۴- گزینه (۱). اگر راه کمانی که رابط بین ورنیکه و بروکا است آسیب ببیند، فرد دچار آفازی هدایتی (رسانشی) می‌گردد و قدرت تکرار طوطی وار خود را از دست می‌دهد.
- ۱۵- گزینه (۳). تصویر میدان بینایی راست به لوب پس سری چپ و تصویر اجسام میدان بینایی چپ به لوب پس سری راست فرافکنی می‌شود. بنابراین اگر فرد اجسام موجود در میدان بینایی راست را در تکالیف همزمان بینایی نمی‌بیند، می‌توان نتیجه گرفت که لوب پس سری چپ آسیب دیده است.

## [سؤال‌های آزمون دکتری ۱۴۰۲]

- ۱- کدام مورد، بیانگر مهم‌ترین تغییر DSM-5 نسبت به ویرایش قبلی است؟
- (۱) حذف ارزیابی چند محوری
  - (۲) حذف انواع فرعی اسکیزوفرنی
  - (۳) ترکیب اختلال میل و برانگیختگی جنسی
  - (۴) اضافه شدن اختلال اضطراب جدایی به اختلال‌های اضطرابی
- ۲- در تمایز بین سلامت و بیماری، آنچه یک فرد سالم را از یک فرد بیمار متمایز می‌کند، کدام مورد است؟
- (۱) شدت و درجه (۲) ماهیت (۳) کیفیت (۴) علت
- ۳- در پاسخ به این سوال که «چرا این پسر غمگین است؟» به کدام مفهوم روان‌شناختی تمرکز می‌شود؟
- (۱) توجه پیچیده (۲) عملکرد اجرایی
  - (۳) شناخت اجتماعی (۴) ادراک ساختاری
- ۴- افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و خودشیفته، چه ویژگی مشترکی دارند؟
- (۱) بی‌مناکی (۲) اضطراب
  - (۳) هیجانی بودن (۴) رفتارهای عجیب و غریب
- ۵- این عبارت که «چون در امتحان حسابداری رد شدم، هرگز نخواهم توانست وارد دنیای کسب و کار شوم»، نشان‌دهنده‌ی کدام نوع تحریف شناختی است؟
- (۱) تعمیم مفرط (۲) فاجعه‌آمیز کردن
  - (۳) ارجاع دادن مفرط به خود (۴) فرض کردن علیت زمانی
- ۶- تحریک‌پذیری مزمن و شدید و طیفان‌های خشم مکرر، بیانگر کدام اختلال در کودکان است؟
- (۱) سلوک (۲) کنترل تکانه
  - (۳) نافرمانی مقابله‌ای (۴) بی‌نظمی خلق اخلاص‌گر
- ۷- عنصر اساسی افسردگی، کدام است؟
- (۱) ملالت (۲) بی‌خوابی
  - (۳) احساس بی‌ارزشی (۴) افکار مکرر مرگ

- ۸- ویژگی اصلی کودکان مبتلا به اختلال دلبستگی واکنشی، کدام است؟  
 (۱) با افراد غریبه، رفتار خودمانی دارند.  
 (۲) وقتی ناراحت می‌شوند، تسلی نمی‌خواهند.  
 (۳) رفتار حرکتی تکراری ظاهراً برانگیخته شده و به ظاهر بی هدف دارند.  
 (۴) اغلب وقتی مستقیماً با آنها صحبت می‌شود، به نظر می‌رسد که گوش نمی‌کنند.
- ۹- تحلیل رشد درمان‌جو و عواملی که ممکن است بر وضع کنونی او تأثیر گذاشته باشد، بیانگر چه مفهومی است؟  
 (۱) زمینه‌یابی  
 (۲) تدوین موردی  
 (۳) سبب‌شناسی  
 (۴) بیماری‌پذیری - استرس
- ۱۰- رد کردن تشخیص‌های جایگزین، بیانگر چه مفهومی در آسیب‌شناسی روانی است؟  
 (۱) تشخیص اولیه  
 (۲) تشخیص اصلی  
 (۳) همبودی  
 (۴) تشخیص افتراقی
- ۱۱- چشم‌انداز آینده‌ی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، بر کدام اساس استوار است؟  
 (۱) علائم و نشانه‌ها  
 (۲) سیر(روند) و علائم  
 (۳) شیوه پدیدآیی و علائم  
 (۴) علت‌های زیر بنایی و نشانه‌ها
- ۱۲- کدام رویکرد روان‌شناختی، اختلال‌های روانی را به صورت مشکلاتی می‌داند که از توانایی فرد در دستیابی به آسایش ذهنی و احساس خشنودی جلوگیری می‌کند؟  
 (۱) رفتاری  
 (۲) شناختی  
 (۳) مثبت‌نگر  
 (۴) روان‌تحلیل‌گری
- ۱۳- در تبیین سبب‌شناسی رفتار نابهنجار، وقتی تجربیات یادگیری گذشته مطرح می‌شود، با کدام عامل سروکار داریم؟  
 (۱) زیستی  
 (۲) روان‌شناختی  
 (۳) اجتماعی - فرهنگی  
 (۴) زیستی - روانی - اجتماعی
- ۱۴- نگرش‌ها، الگوهای رفتاری و ویژگی‌های شخصیتی از جانب فرهنگی که فرد در آن زندگی می‌کند، بیانگر کدام مفهوم روان‌شناختی است؟  
 (۱) تمایل جنسی  
 (۲) جهت‌گیری جنسی  
 (۳) نقش جنسی  
 (۴) عملکرد جنسی



- ۱۵- جلوه‌ی عینی یک حالت بیمارگون، در آسیب‌شناسی روانی چه نام دارد؟  
 (۱) اختلال (Disorder) (۲) علامت (sign)  
 (۳) نشانه (symptom) (۴) نشانگان (syndrome)
- ۱۶- عواملی مثل ژنتیک که فرد را برای ابتلا به یک بیماری روانی خاص، آماده‌تر نگه میدارند، چه نام دارند؟  
 (۱) مستعدکننده (predisposing) (۲) زمینه‌ساز (precipitating)  
 (۳) تداوم‌بخش (perpetuating) (۴) پیش‌بینی‌کننده (predictive)
- ۱۷- جعل قصه (confabulation) شرح رویدادی که عملاً اتفاق نیفتاده است، ولی گوینده آن را چنان بیان می‌کند که گویی واقعاً در گذشته اتفاق افتاده است، در کدام بیماری شایع‌تر است؟  
 (۱) آلزایمر (۲) صرع ناحیه گیجگاهی  
 (۳) سندرم ترک حشیش (۴) سندرم کورساکوف الکلی
- ۱۸- کدام مورد، مبنای طبقه‌بندی اختلال‌های روانی در الگوی طبقه‌بندی ملاک حوزه پژوهش (Research Domain Criteria) است؟  
 (۱) تحلیلی (۲) بوم‌شناختی  
 (۳) روان‌شناختی (۴) زیست‌شناختی
- ۱۹- «نمایشی، احساساتی و دمدمی مزاج بودن»، جزو نشانه‌های کدام اختلال شخصیت است؟  
 (۱) ضداجتماعی (۲) وابسته (۳) اجتنابی (۴) وسواسی
- ۲۰- در تعریف DSM-5 از «اختلال روانی»، کدام معیار پذیرفته شده است؟  
 (۱) واکنش رایج در برابر استرس  
 (۲) ناتوانی در انجام فعالیت‌های زندگی  
 (۳) تعارض‌هایی که بین فرد و جامعه رخ می‌دهد  
 (۴) رفتارهایی که از لحاظ اجتماعی منحرف هستند

## پاسخ سؤال‌های آزمون دکتری ۱۴۰۲

- ۱- گزینه (۱). در DSM-5 محورها حذف شده‌اند.
- ۲- گزینه (۱). در تمایز بین سلامت و بیماری، شدت و درجه علائم و نشانه‌ها یک فرد سالم را از یک فرد بیمار متمایز می‌کند.
- ۳- گزینه (۳). در پاسخ به این سوال که «چرا این پسر غمگین است؟» ما باید وارد دنیای پدیدارشناسی این فرد شویم لذا می‌بایست حالات ذهنی این فرد را درک کنیم، که لازمه آن استفاده از نظریه ذهن و رسیدن به شناخت اجتماعی می‌باشد.
- ۴- گزینه (۳). افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و خودشیفته هر دو هیجانی هستند. اختلال شخصیت مرزی و خودشیفته هر دو جزء اختلالات دسته B می‌باشند که ویژگی اختلالات دسته B این است که هیجانی، نمایشی و تکانشی هستند. اختلالات شخصیت گروه A عجیب و غریب می‌باشند و اختلالات شخصیت گروه C مضطرب، نگران و بیمناک هستند.
- ۵- گزینه (۲). این عبارت که «چون در امتحان حسابداری رد شدم، هرگز نخواهم توانست وارد دنیای کسب و کار شوم»، نشان‌دهنده‌ی تحریف شناختی فاجعه‌آمیز کردن می‌باشد. باید توجه داشت که در تعمیم افراطی معمولاً فرد به همان حیطة تعمیم را انجام می‌دهد، مثلاً بیان می‌کند که چون در امتحان حسابداری رد شده‌ام در بقیه امتحانات این ترم هم رد خواهم شد. ولی در فاجعه‌آمیز کردن یک شکست را می‌تواند دلیل طیف وسیعی از رویدادهای ناخوشایند در آینده در نظر بگیرد.
- ۶- گزینه (۴). تحریک‌پذیری مزمن در نامنظمی خلقی اخلاص گرانه دیده می‌شود. در بقیه اختلالاتی که تحریک‌پذیری و انفجار خشم وجود دارد، تحریک‌پذیری دوره‌ای می‌باشد ولی در نامنظمی خلقی اخلاص گرانه تحریک‌پذیری مداوم است.
- ۷- گزینه (۱). عناصر اصلی افسردگی خلق پایین (ملال) و بی‌لذتی می‌باشد. در اختلال افسردگی حتماً می‌بایست یکی از دو علامت اصلی خلق پایین یا بی‌لذتی وجود داشته باشد.
- ۸- گزینه (۲). در دل‌بستگی واکنشی فرد نسبت به همه بی‌اعتماد می‌شود و انگار همه در این دنیا غریبه هستند و حتی وقتی نیاز به کمک دارند از والدین و نزدیکان خود هم مطالبه کمک نمی‌کنند.
- ۹- گزینه (۲). تحلیل موردی فرد از نظر سابقه رشدی و تجربیات به صورت فردی و منحصر به فرد مطالعه یا تدوین موردی نامیده می‌شود. در مطالعه موردی یک فرد توسط ابزارهای ارزیابی مختلف به طور عمیق و همه جانبه بررسی می‌گردد و هر فرد به عنوان یک فرد خاص

- با تجربیات خاص مورد توجه قرار می‌گیرد، لذا یافته‌های مطالعه موردی به راحتی قابل تعمیم به دیگران نیست.
- ۱۰- گزینه (۴). رد کردن تشخیص‌های جایگزین، بیانگر تشخیص افتراقی در آسیب‌شناسی روانی است. وقتی چند اختلال روانی علائمی مشابه دارند به گونه‌ای که ممکن است با هم اشتباه شوند، بحث تشخیص افتراقی مطرح می‌شود که ما باید به چه علائم و نشانه‌هایی توجه کنیم تا این اختلالات مشابه را از هم متمایز نماییم.
- ۱۱- گزینه (۴). در DSM-IV-TR فقط به شباهت علائم توصیفی توجه شده بود و از سبب‌شناسی غفلت شده بود، در DSM-5 و نسخه‌های بعدی در کنار شباهت علائم توصیفی به سبب‌شناسی هم توجه شده است.
- ۱۲- گزینه (۳). در روانشناسی مثبت‌نگر صرف نداشتن اختلال روانی منجر به احساس خوشبختی و بهزیستی نمی‌گردد و دنبال شناسایی تجربی عوامل مؤثر بر احساس خوشبختی و بهزیستی می‌باشند.
- ۱۳- گزینه (۲). در رویکرد زیستی روی عوامل زیستی نظیر ژنها، زیست شیمی معیوب و مشکل ساختاری مغز تاکید می‌شود. در رویکرد اجتماعی - فرهنگی و یگوتسگی روی اهمیت عوامل اجتماعی، فرهنگی و تاریخی تاکید می‌گردد. در فرمول‌بندی زیستی - روانی - اجتماعی سعی می‌گردد که عوامل زیستی، اجتماعی و روانشناختی همگی لحاظ شوند. بنابراین بهترین گزینه روان‌شناختی است که فقط روی عوامل روانشناختی نظیر عوامل رشدی، تجربیات گذشته، تعارضات، یادگیری‌های نامناسب و عوامل روانشناختی دیگر تاکید می‌کند.
- ۱۴- گزینه (۳). هر آنچه که برای شناساندن خود به عنوان یک پسر یا مرد و یا دختر یا زن می‌گوییم یا انجام می‌دهیم، بیانگر نقش جنسیتی است. نقش جنسیتی به شدت تحت تأثیر فرهنگ می‌باشد و لزوماً انتظارات فرهنگی که در جوامع مختلف از مردان یا زنان می‌رود یکسان نیست. تأثیر فرهنگ در نقش جنسیتی به خوبی در نظریه طرحواره‌های جنسیتی ساندررا بم توصیف شده است. بنابراین می‌توان گفت نگرش‌ها، الگوهای رفتاری و ویژگی‌های شخصیتی از جانب فرهنگی که فرد در آن زندگی می‌کند، بیانگر نقش جنسی است.
- ۱۵- گزینه (۲). علامت (sing) عینی، قابل مشاهده و قابل ثبت و اندازه‌گیری می‌باشد، در حالیکه نشانه (symptom) ذهنی و انتزاعی هست و می‌بایست از روی توصیفات و شکایت‌های مراجع به آن پی برد.
- ۱۶- گزینه (۱). عوامل مستعدکننده شامل عوامل عمومی می‌شوند که ریسک توسعه مسائل و مشکلات در فرد را افزایش می‌دهند، این عوامل شامل وراثت، حوادث زندگی و خلق و خوی فرد می‌باشند. باید دقت کنیم که عوامل مستعدکننده عوامل عمومی مستعدکننده فرد برای

اختلال می‌باشند. عوامل زمینه ساز به حوادث و علل اختصاصی که باعث شروع مشکل شده است، اشاره دارد و عوامل تداوم بخش به عواملی که باعث حفظ و تداوم مشکل شده است اشاره دارد، به بیان دیگر عوامل تداوم بخش باعث تثبیت مشکل می‌گردند. عوامل محافظت‌کننده (protective) هم نقاط قوت فرد می‌باشند که می‌توانند باعث کاهش شدت مشکل گردند و فرد را به سمت بهبودی و رفتارهای سازگارانہ پیش ببرند. با این توضیح می‌توان گفت که عواملی مثل ژنتیک که فرد را برای ابتلا به یک بیماری روانی خاص، آماده‌تر نگه می‌دارند، عوامل مستعدکننده (predisposing) نامیده می‌شوند.

۱۷- گزینه (۴). در سندرم کورساکوف افسانه پردازی وجود دارد.

۱۸- گزینه (۴). در مدل زیستی طبقه‌بندی کاملاً براساس ملاک‌های بدست آمده از پژوهش‌های علمی می‌باشد. بدلیل انتقاداتی که به DSM وجود داشته چند سیستم طبقه‌بندی جایگزین مطرح شده است که در زیر این سیستم‌های جایگزین مرور می‌شوند.

- رده‌بندی سلسله‌مراتبی آسیب‌شناسی روانی (HiTOP) ۱. این راهنما با ادغام حوزه شخصیت و آسیب‌شناسی، بیشتر اختلالات روانی را براساس چند بُعد شخصیتی توصیف می‌کند. این ابعاد عبارتند از درونی‌سازی (برای توصیف ناراحتی و ترس)، اختلال تفکر، بیرونی‌سازی بازدارنده (برای توصیف رفتار ضداجتماعی و سوء‌مصرف مواد)، بیرونی‌سازی متخاصم، گسستگی و جسمانی‌شکل.

- راهنمای تشخیصی روان‌پویشی (PDM) ۲. این راهنما بر مبنای نظریه‌های روان‌کاوی و روان‌پویشی تدوین شد. دارای سه بخش است که ساختار سلسله‌مراتبی دارد. در بخش اول بزرگسالان در سه محور ارزیابی می‌شوند: الف) محور الگوها و اختلالات شخصیت (P). در این محور نیمرخ شخصیتی بیمار به دست می‌آید. علت تقدم این محور این است که تجربه فرد از مشکلات و توانایی مقابله با آنها تحت تأثیر الگوهای فکری و رفتاری نسبتاً باثبات شخصیتش است؛ ب) محور نیمرخ عملکرد روانی (M). ارزیابی مستمر عملکرد روانی براساس ۹ توانایی از جمله توانایی تنظیم، توجه، یادگیری و الگوها و قابلیت‌های دفاعی؛ ج) محور تجربه ذهنی (S). در اینجا سمپتوم‌های مشکل بیمار از منظر تیپ شخصیت و عملکرد روانی ارزیابی می‌شود؛ همچنان که گفته شد علت این است که تجربه فرد از مشکلاتش متأثر از شخصیتش است.

- دستنامه سنجش روان‌شناسی مثبت‌نگر. طرفداران روان‌شناسی مثبت‌نگر بیشتر به دنبال سنجش دقیق نقاط قوت مراجعان هستند. با این تصور «دستنامه سنجش روان‌شناسی

1. The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology
2. Psychodynamic Diagnostic Manual

مثبت‌نگر»، «ارزش‌ها در عمل، طبقه‌بندی فضائل: غیرراهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی» (Un-DSM) و «راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی واقعی» (Real DSM) تدوین شد.

- ملاک‌های حیطه پژوهش (RDoC). این راهنما اختلالات را بر مبنای بدکاری‌های زیست‌شناختی - مثل مدارهای مغزی مرتبط با پاداش، حساسیت به تهدید و دلبستگی اجتماعی - توصیف می‌کند؛ برای مثال ممکن است افسردگی بالینی ناشی از واکنش کم نظام‌های مغزی دخیل در پردازش پاداش باشند. یکی از نقاط قوتش تأکید بر نشانگرهای آسیب‌پذیری است که در سطوح تحلیلی (ژنتیکی، سلولی و رفتاری) ظاهر می‌شوند، نه مقولات تشخیصی مجزا که همزمانی اختلالات را خوب پوشش نمی‌دهند.

- ۱۹- گزینه (۱). سوال با گزینه‌ها کامل می‌گردد، توصیف «نمایشی، احساساتی و دمدمی مزاج بودن» شاید اختلالات شخصیت دیگری مثل اختلال شخصیت نمایشی را به ذهن ما بیآورد ولی بین گزینه‌های موجود هیچ انتخابی بهتر از اختلال شخصیت ضداجتماعی وجود ندارد.
- ۲۰- گزینه (۲). اگر فرد مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌ها را داشته باشد، دارای یک سندرم می‌باشد، اگر این سندرم منجر به رنج، نابسامانی و معلولیت گردد و حداقل عملکرد فرد را در یکی از حیطه‌های رفتار، شناخت یا هیجان مختل نماید، اختلال روانی تلقی می‌گردد. منظور از نابسامانی این است که فرد از پس وظایف و نقش‌هایش بر نمی‌آید و منظور از معلولیت این است که فرد در حیطه‌های مهم زندگی دچار مشکل می‌شود.

## منابع

- ۱- آزاد، حسین (۱۳۸۹). آسیب شناسی روانی، جلد (۱)، چاپ یازدهم (ویرایش دوم)، تهران، انتشارات بعثت.
- ۲- آزاد، حسین (۱۳۸۴). آسیب شناسی روانی، جلد (۲)، چاپ پنجم، تهران، انتشارات بعثت.
- ۳- آذر، ماهیار و نوحی، سیما (۱۳۸۹). داروهای رایج روان پزشکی، چاپ چهارم، (ویرایش دوم)، تهران، انتشارات ارجمند.
- ۴- اتکینسون، ری‌تا ال. اتکینسون، ریچارد سی. اسمیت، ادوارد ای. بم، داریل ج و هوکسما، سوزان نولن (۱۳۸۴). متن کامل زمینه روان شناسی هیلگارد، ترجمه محمدنقی براهنی و همکاران، چاپ اول (ویراست جدید)، تهران، انتشارات رشد.
- ۵- اوتمر، اکهارت و اوتمر، زیگلینده (۱۳۹۱). اصول مصاحبه بالینی بر مبنای DSM-IV-TR، ترجمه مهدی نصر اصفهانی، جلد (۱)، چاپ اول، تهران، انتشارات نسل فردا.
- ۶- بنی جمالی، شکوه السادات و احدی، حسن (۱۳۸۳). بهداشت روانی و عقب ماندگی ذهنی، چاپ پنجم، تهران، انتشارات نی.
- ۷- پاشاشریفی، حسن (۱۳۸۸). نظریه و کاربرد آزمون های هوش و شخصیت. چاپ ششم، تهران، انتشارات سخن.
- ۸- جرالد کری (۱۳۹۰). نظریه ها و کاربری مشاوره و روان درمانی. ترجمه یحیی سیدمحمدی، چاپ ششم، ویراست هفتم، تهران، انتشارات ارسباران.
- ۹- خداپناهی، محمدکریم (۱۳۸۵). روان شناسی فیزیولوژیک، چاپ پنجم، تهران، انتشارات سمت.
- ۱۰- دادستان، پریخ (۱۳۸۹). روان شناسی مرضی تحولی؛ از کودکی تا بزرگسالی. جلد (۱)، چاپ یازدهم، تهران، انتشارات سمت.
- ۱۱- دادستان، پریخ (۱۳۸۹). روان شناسی مرضی تحولی؛ از کودکی تا بزرگسالی. جلد (۲)، چاپ نهم، تهران، انتشارات سمت.
- ۱۲- دادستان، پریخ (۱۳۷۹). اختلال های زبان، روش های تشخیص و بازپروری (روان شناسی مرضی تحولی)، جلد (۳)، چاپ اول، تهران، انتشارات سمت.
- ۱۳- دی وی، گراهام (۱۳۸۹). آسیب شناسی روانی، ترجمه مهدی گنجی، جلد (۱)، چاپ اول، تهران، نشر ساوالان.
- ۱۴- روزنهان، دیوید ال و سلیگمن، مارتین ای. پی (۱۳۸۹). آسیب شناسی روانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی، جلد (۱)، چاپ دوازدهم، تهران، نشر ساوالان.
- ۱۵- روزنهان، دیوید ال و سلیگمن، مارتین ای. پی (۱۳۸۵). آسیب شناسی روانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی، جلد (۲)، چاپ ششم، تهران، نشر ساوالان.

- ۱۶- ساتراک، جان دلیو (۱۳۸۷) زمینه روان شناسی، ترجمه مهرداد فیروزبخت، جلد (۱)، چاپ سوم، تهران، انتشارات رسا.
- ۱۷- سادوک، بنیامین جیمز و سادوک ویرجینیا (۱۳۹۱). خلاصه روان پزشکی؛ علوم رفتاری/ روان پزشکی بالینی، ترجمه فرزین رضاعی، جلد (۱)، چاپ پنجم، تهران، انتشارات ارجمند.
- ۱۸- سادوک، بنیامین جیمز و سادوک ویرجینیا (۱۳۸۹). خلاصه روان پزشکی؛ علوم رفتاری/ روان پزشکی بالینی، ترجمه فرزین رضاعی، جلد (۲)، چاپ دوم، تهران، انتشارات ارجمند.
- ۱۹- سادوک، بنیامین جیمز و سادوک ویرجینیا (۱۳۹۰). خلاصه روان پزشکی؛ علوم رفتاری/ روان پزشکی بالینی، ترجمه فرزین رضاعی، جلد (۳)، چاپ سوم، تهران، انتشارات ارجمند.
- ۲۰- ساراسون، روان شناسی مرضی، ترجمه نجاریان، اصغری مقدم و دهقانی، جلد (۲)، تهران، انتشارات رشد.
- ۲۱- سیف، علی اکبر (۱۳۹۰). تغییر رفتار و رفتاردرمانی؛ نظریه ها و روش ها، چاپ پانزدهم (ویرایش دوم)، تهران، نشر دوران.
- ۲۲- سیف نراقی، مریم و نادری، عزت الله (۱۳۹۰). روان شناسی کودکان عقب مانده ذهنی و روش های آموزش آن ها، چاپ هفتم، تهران، انتشارات سمت.
- ۲۳- سیف نراقی، مریم و نادری، عزت الله (۱۳۹۲). روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی. چاپ دوازدهم، تهران، انتشارات ارسباران.
- ۲۴- شاملو، سعید (۱۳۸۶). آسیب شناسی روانی، چاپ هشتم، تهران، انتشارات رشد.
- ۲۵- شاملو، سعید (۱۳۹۱). روان شناسی بالینی، چاپ پانزدهم، تهران، انتشارات رشد.
- ۲۶- شفیع آبادی، عبدالله و ناصری، غلام رضا (۱۳۸۹). نظریه های مشاوره و روان درمانی، چاپ هفدهم، مرکز نشر دانشگاهی.
- ۲۷- شولتز، دوان و شولتز، سیدنی ال (۱۳۸۹)، نظریه های شخصیت، ترجمه یحیی سیدمحمدی، چاپ شانزدهم، ویراست هشتم، تهران، نشر ویرایش.
- ۲۸- فیرس، ای. جری و ترال، تیموتی (۱۳۸۹). روان شناسی بالینی، مفاهیم، روش ها و حرفه، ترجمه مهرداد فیروزبخت، چاپ ششم، تهران انتشارات رشد.
- ۲۹- فیست، جس و فیست، گریگوری (۱۳۸۸). نظریه های شخصیت، ترجمه یحیی سیدمحمدی، چاپ چهارم، تهران، نشر روان.
- ۳۰- کاپلان و سادوک، (۱۳۸۴) خلاصه روان پزشکی، ترجمه پورافکاری، جلد (۱)، چاپ دوم، تهران، انتشارات شهر آب.
- ۳۱- کاپلان و سادوک، (۱۳۸۱) خلاصه روان پزشکی، ترجمه پورافکاری، جلد (۲)، چاپ اول، تهران، انتشارات شهر آب.

- ۳۲- کاپلان و سادوک، (۱۳۷۹) خلاصه روان پزشکی، ترجمه پورافکاری، جلد (۳)، چاپ اول، تهران، انتشارات شهر آب.
- ۳۳- کارلسون، نیل آر (۱۳۸۹). مبانی روان شناسی فیزیولوژیک، ترجمه مهرداد پڑهان، چاپ هشتم، اصفهان، انتشارات ارکان دانش.
- ۳۴- کرک، ساموئل. گالاگر، جیمز، آناستازیوف، نیکولا و کلمن، ماری (۱۳۸۸). آموزش و پرورش کودکان استثنایی، ترجمه مهدی گنجی، چاپ اول. تهران، نشر ساوالان.
- ۳۵- کندال، فیلیپ سی (۱۳۸۴). روان شناسی مرضی کودک، ترجمه بهمن نجاریان و ایران داوودی چاپ اول. تهران، انتشارات رشد.
- ۳۶- گراث مارنات، گری (۱۳۹۰). راهنمای سنجش روانی، برای روان شناسان بالینی، مشاوران و روان پزشکان. ترجمه حسن پاشاشریفی و محمدرضا نیکخو، جلد (۱)، چاپ پنجم، تهران، انتشارات ارجمند.
- ۳۷- گنجی، مهدی (۱۳۹۲). آسیب شناسی روانی بر اساس DSM - 5، جلد (۱)، چاپ سوم، تهران، نشر ساوالان.
- ۳۸- گنجی، مهدی (۱۳۹۲). آسیب شناسی روانی بر اساس DSM - 5، جلد (۲)، چاپ دوم، تهران، نشر ساوالان.
- ۳۹- میلانی فر، بهروز (۱۳۸۴). روان شناسی کودکان و نوجوانان استثنائی. چاپ نوزدهم، تهران، نشر قومس.
- ۴۰- نیکخو و همکاران (۱۳۷۷)، راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی، (DSM - IV)، جلد (۱)، چاپ سوم، تهران، انتشارات سخن.
- ۴۱- نیکخو و همکاران (۱۳۷۴)، راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، (DSM - IV)، جلد (۲)، چاپ اول، تهران، انتشارات سخن.
- ۴۲- هالاهان و کافمن (۱۳۸۸)، دانش آموزان استثنایی، مقدمه ای بر آموزش های ویژه، ترجمه حمید علیزاده و همکاران، چاپ اول، تهران، نشر ویرایش.
- ۴۳- هالاهان و کافمن، کودکان استثنائی، زمینه تعلیم و تربیت ویژه، ترجمه ماهر، چاپ چهارم، تهران، انتشارات رشد.
- ۴۴- هالجین، ریچارد پی و ویتبورن، سوزان کراس (۱۳۸۵). آسیب شناسی روانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی، جلد (۱)، چاپ سوم، تهران، انتشارات روان.
- ۴۵- هالجین، ریچارد پی و ویتبورن، سوزان کراس (۱۳۹۱). آسیب شناسی روانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی، جلد (۲)، چاپ دهم (ویراست چهارم)، تهران، نشر روان.