به نام یزدان پاک

همه سوال‌های کارشناسی ارشد

روان شناسی بالینی

۱۴۰۵-۱۴۰۴

گردآورندگان
گروه مولفین پردازش

فهرست مطالب

پیش گفتار ۷

آزمون کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی ۱۴۰۴

علم‌النفس از دیدگاه دانشمندان اسلامی ۱۱
پاسخ‌نامه علم‌النفس از دیدگاه دانشمندان اسلامی ۱۳
درسنامه مروری علم‌النفس از دیدگاه دانشمندان اسلامی ۲۶
آمار و روش تحقیق ۳۱
پاسخ‌نامه آمار و روش تحقیق ۳۲
درسنامه مروری آمار و روش تحقیق ۵۰
روان‌شناسی مرضی و کودکان استثنایی ۵۳
پاسخ‌نامه روان‌شناسی مرضی و کودکان استثنایی ۵۵
درسنامه مروری روان‌شناسی مرضی و کودکان استثنایی ۷۰
روان شناسی رشد ۷۳
پاسخ‌نامه روان شناسی رشد ۷۵
درسنامه مروری روان شناسی رشد ۹۳
روان شناسی بالینی ۹۵
پاسخ‌نامه روان شناسی بالینی ۹۷
درسنامه مروری روان شناسی بالینی ۱۱۲
روان شناسی فیزیولوژیک، انگیزش و هیجان ۱۱۴
پاسخ‌نامه روان شناسی فیزیولوژیک، انگیزش و هیجان ۱۱۵
درسنامه مروری روان شناسی فیزیولوژیک، انگیزش و هیجان ۱۲۸

آزمون کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی ۱۴۰۵

علم‌النفس از دیدگاه دانشمندان اسلامی ۱۳۱
پاسخ‌نامه علم‌النفس از دیدگاه دانشمندان اسلامی ۱۳۳
درسنامه مروری علم‌النفس از دیدگاه دانشمندان اسلامی ۱۴۷
آمار و روش تحقیق ۱۴۹
پاسخ‌نامه آمار و روش تحقیق ۱۵۱
درسنامه مروری آمار و روش تحقیق ۱۷۰
روان‌شناسی مرضی و کودکان استثنایی ۱۷۳
پاسخ‌نامه روان‌شناسی مرضی و کودکان استثنایی ۱۷۵
درسنامه مروری روان‌شناسی مرضی و کودکان استثنایی ۱۸۸
روان شناسی رشد ۱۹۰
پاسخ‌نامه روان شناسی رشد ۱۹۲
درسنامه مروری روان شناسی رشد ۲۱۳
روان شناسی بالینی ۲۱۶
پاسخ‌نامه روان شناسی بالینی ۲۱۸
درسنامه مروری روان شناسی بالینی ۲۳۵
روان شناسی فیزیولوژیک، انگیزش و هیجان ۲۳۷
پاسخ‌نامه روان شناسی فیزیولوژیک، انگیزش و هیجان ۲۳۹
درسنامه مروری روان شناسی فیزیولوژیک، انگیزش و هیجان ۲۵۴
واژه نامه و اصطلاحات ۲۵۷
منابع ۲۶۹

۱. جدول فراوانی موضوعی درس علم النفس از دیدگاه دانشمندان اسلامی (مجموع: ۹۰ سوال)

مبحث / سال	۱۴۰۰	۱۴۰۱	۱۴۰۲	۱۴۰۳	۱۴۰۴	۱۴۰۵	مجموع	درصد فراوانی
مبانی قرآنی و روایی (آیات، احادیث، فطرت، روح و نفس)	۷	۶	۷	۶	۵	۵	۳۶	۴۰٪
آراء حکمای اسلامی (ابن سینا، فارابی، ملاصدرا، سهروردی، کندی)	۳	۲	۲	۱	۶	۳	۱۷	۹٪/۱۸
قوای ادراکی، عقل، قلب و فرآیندهای شناختی	۳	۳	۳	۵	۲	۵	۲۱	۳٪/۲۳
مباحث تطبیقی با روان شناسی نوین (مکانیزم ها، غریزه، اختیار)	۲	۴	۳	۳	۲	۲	۱۶	۸٪/۱۷
مجموع سوالات سال	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۹۰	۱۰۰٪

۲. جدول فراوانی موضوعی درس آمار و روش تحقیق (مجموع: ۱۲۰ سوال)

مبحث / سال	۱۴۰۰	۱۴۰۱	۱۴۰۲	۱۴۰۳	۱۴۰۴	۱۴۰۵	مجموع	درصد فراوانی
آمار توصیفی، نمرات استاندارد و احتمال	۳	۳	۲	۵	۲	۳	۱۸	۱۵٪
آمار استنباطی (آزمون فرض، t، آنوا، آنکوا، خی دو و فاصله اطمینان)	۵	۵	۷	۴	۷	۶	۳۴	۳٪/۲۸
همبستگی، رگرسیون و کوواریانس	۲	۲	۱	۱	۱	۱	۸	۷٪/۶
مبانی پژوهش، متغیرها، روایی و طرح های کمی (آزمایشی و غیرآزمایشی)	۸	۵	۵	۸	۵	۵	۳۶	۳۰٪
روش های تحقیق کیفی و ترکیبی (پدیدارشناسی، قوم نگاری، اشباع)	۰	۳	۳	۱	۴	۳	۱۴	۷٪/۱۱
روش های نمونه گیری و ابزارهای گردآوری داده ها	۲	۲	۲	۱	۱	۲	۱۰	۳٪/۸
مجموع سوالات سال	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۱۲۰	۱۰۰٪

۳. جدول فراوانی موضوعی درس روان شناسی مرضی و کودکان استثنایی (مجموع: ۱۱۰ سوال)

مبحث / سال	۱۴۰۰	۱۴۰۱	۱۴۰۲	۱۴۰۳	۱۴۰۴	۱۴۰۵	مجموع	درصد فراوانی
اختلالات عصبی-رشدی (ADHD، اوتیسم، آسپرگر و ناتوانی های یادگیری)	۶	۸	۶	۷	۳	۶	۳۶	۷٪/۳۲
اختلالات اضطرابی، خلقی، استرس و طیف اسکیزوفرنی	۳	۰	۳	۲	۶	۰	۱۴	۷٪/۱۲
اختلالات رفتار ایذایی (سلوک و نافرمانی مقابله ای) و تیک	۱	۱	۲	۱	۱	۳	۹	۲٪/۸
کم توانی ذهنی، سندرم های ژنتیکی و تیزهوشان	۰	۳	۳	۲	۱	۵	۱۴	۷٪/۱۲
آسیب های حسی (بینایی، شنوایی)، حرکتی و اختلالات گفتار و زبان	۹	۳	۲	۴	۱	۰	۱۹	۳٪/۱۷
مبانی آسیب شناسی تحولی، علت شناسی و ارزیابی بالینی	۱	۵	۴	۴	۳	۱	۱۸	۴٪/۱۶
مجموع سوالات سال	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۱۵	۱۵	۱۱۰	۱۰۰٪

۴. جدول فراوانی موضوعی درس روان شناسی رشد (مجموع: ۱۲۰ سوال)

مبحث / سال	۱۴۰۰	۱۴۰۱	۱۴۰۲	۱۴۰۳	۱۴۰۴	۱۴۰۵	مجموع	درصد فراوانی
نظریه های رشد شناختی و اجتماعی-فرهنگی (پیاژه، ویگوتسکی، کتل، استرنبرگ)	۳	۳	۴	۵	۷	۴	۲۶	۷٪/۲۱
نظریه های روانی-اجتماعی و روان پویشی (اریکسون، ماهلر، یونگ، فروید، بالبی)	۵	۶	۴	۱	۴	۴	۲۴	۲۰٪
نظریه های رشد اخلاقی، ایمان و هویت (کلبرگ، گیلیگان، مارسیا، برزونسکی، فاولر)	۲	۳	۱	۴	۲	۴	۱۶	۳٪/۱۳
نظریه های فلسفی، رسش نگر و بوم شناختی (روسو، لاک، گزل، ورنر، برونفن برنر)	۲	۵	۳	۳	۴	۴	۲۱	۵٪/۱۷
تحول در بزرگسالی، میانسالی و پیری (لوینسون، شای، پک، کوبلر	۴	۱	۴	۵	۲	۳	۱۹	۸٪/۱۵

مبحث / سال	۱۴۰۰	۱۴۰۱	۱۴۰۲	۱۴۰۳	۱۴۰۴	۱۴۰۵	مجموع	درصد فراوانی
راس، بالتس)								
روش های پژوهش در رشد، خلق و خو و تحول اجتماعی-زیستی (سلمن، کاگان، الکایند)	۴	۲	۴	۲	۱	۱	۱۴	۷٪/۱۱
مجموع سوالات سال	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۱۲۰	۱۰۰٪

۵. جدول فراوانی موضوعی درس روان شناسی بالینی (مجموع: ۱۲۰ سوال)

مبحث / سال	۱۴۰۰	۱۴۰۱	۱۴۰۲	۱۴۰۳	۱۴۰۴	۱۴۰۵	مجموع	درصد فراوانی
رویکردهای روان پویشی، انسان گرا، وجودی و گشتالتی	۱	۸	۶	۴	۲	۲	۲۳	۲٪/۱۹
رویکردهای رفتاری، شناختی-رفتاری (CBT) و موج سوم (ACT، DBT، فراشناخت)	۱۱	۵	۳	۴	۳	۷	۳۳	۵٪/۲۷
سنجش بالینی، مصاحبه و معاینه وضعیت روانی	۳	۴	۵	۶	۴	۵	۲۷	۵٪/۲۲
آزمون های روانی (رورشاخ، MMPI، میلون، نئو، وکسلر و عصب روان شناختی)	۲	۰	۵	۲	۳	۲	۱۴	۷٪/۱۱
مبانی بالینی، آسیب شناسی، همبودی، پژوهش بالینی و دارودرمانی	۳	۳	۱	۴	۲	۴	۱۷	۲٪/۱۴
مباحث میان رشته ای (ارگونومی و روان شناسی محیط کار در آزمون ۱۴۰۴)	۰	۰	۰	۰	۶	۰	۶	۵٪
مجموع سوالات سال	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۱۲۰	۱۰۰٪

۶. جدول فراوانی موضوعی درس روان شناسی فیزیولوژیک، انگیزش و هیجان (مجموع: ۹۰ سوال)

مبحث / سال	۱۴۰۰	۱۴۰۱	۱۴۰۲	۱۴۰۳	۱۴۰۴	۱۴۰۵	مجموع	درصد فراوانی
آناتومی مغز، سیستم لیمبیک، انتقال دهنده های عصبی و داروها	۵	۵	۵	۵	۰	۶	۲۶	۹٪/۲۸

مبحث / سال	۱۴۰۰	۱۴۰۱	۱۴۰۲	۱۴۰۳	۱۴۰۴	۱۴۰۵	مجموع	درصد فراوانی
فرآیندهای زیستی (خواب، تغذیه، استرس، هورمون ها و حواس)	۲	۳	۴	۳	۰	۱	۱۳	۴٪/۱۴
نظریه های انگیزش (کاهش سائق، خودتعیین گری، اسناد، هدف گذاری، یادگیری)	۵	۲	۳	۴	۱۵	۴	۳۳	۷٪/۳۶
نظریه های هیجان و تنظیم هیجان (جیمز-لانگه، شاختر-سینگر، لازاروس، گراس، اکمن)	۳	۵	۳	۳	۰	۴	۱۸	۲۰٪
مجموع سوالات سال	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۹۰	۱۰۰٪

گزارش تحلیلی و توصیه های راهبردی برای داوطلبان

۱. تحلیل روندها: در ۶ سال اخیر، سهم سوالات **روش تحقیق کیفی و ترکیبی** در درس آمار و روش تحقیق به شکل محسوسی افزایش یافته است (از صفر سوال در سال ۱۴۰۰ به ۴ سوال در سال ۱۴۰۴ و ۳ سوال در سال ۱۴۰۵). در درس روان شناسی مرضی و کودکان استثنایی، تعداد کل سوالات از سال ۱۴۰۴ به ۱۵ سوال کاهش یافته و تمرکز از آسیب های حسی-حرکتی صرف به سمت **ملاک های تشخیصی DSM-۵**، **تشخیص افتراقی و مبانی عصبی-رشدی** تغییر کرده است. همچنین در آزمون ۱۴۰۴، شاهد تغییرات غیرمتعارف موضعی بودیم (طرح ۶ سوال ارگونومی در درس بالینی و اختصاص کامل سوالات فیزیولوژیک به انگیزش تربیتی) که در آزمون ۱۴۰۵ مجدداً به ریل استاندارد و متعادل خود بازگشت. **۲. معرفی مباحث کلیدی و پرتکرار:**

- **علم النفس اسلامی:** آیات و روایات مرتبط با فطرت، روح، نفس و عقل (۴۰٪) و تفکیک آراء ابن سینا، فارابی، سهروردی و ملاصدرا (۱۸/۹٪).
- **آمار و روش تحقیق:** آمار استنباطی (۲۸/۳٪) و طرح های پژوهشی کمی همراه با مباحث روایی و متغیرها (۳۰٪) که روی هم نزدیک به ۶۰٪ این درس را تشکیل می دهند.
- **روان شناسی مرضی و کودکان استثنایی:** اختلالات عصبی-رشدی به ویژه ADHD، اوتیسم و ناتوانی های یادگیری (۳۲/۷٪) و آسیب های حسی-حرکتی (۱۷/۳٪).
- **روان شناسی رشد:** نظریه های پیاژه و ویگوتسکی (۲۱/۷٪)، اریکسون و ماهلر (۲۰٪) و تحول در بزرگسالی و پیری (۱۵/۸٪).
- **روان شناسی بالینی:** درمان های رفتاری، شناختی-رفتاری و موج سوم (۲۷/۵٪) در کنار سنجش و مصاحبه بالینی (۲۲/۵٪).
- **فیزیولوژیک، انگیزش و هیجان:** نظریه های انگیزش (۳۶/۷٪) و آناتومی مغز و انتقال دهنده های عصبی (۲۸/۹٪). **۳. توصیه های راهبردی برای مطالعه:**

۱. در درس **آمار و روش تحقیق**، به دلیل تقسیم بندی ثابت ۱۰ سوال آمار و ۱۰ سوال روش تحقیق، داوطلبانی که پایه ریاضی ضعیف تری دارند می توانند با تسلط بر روش تحقیق کمی و کیفی و مفاهیم غیرمحاسباتی آمار (آلفا، توان آزمون، روایی و طرح ها) به راحتی به درصد بالای ۶۰ دست یابند.

۲. در **روان شناسی بالینی و مرضی**، تسلط بر کادرهای مقایسه ای (مانند تفاوت تشخیص افتراقی اختلالات در DSM-۵ و مقایسه تکنیک های درمانی مکاتب مختلف) بهترین راهکار برای عبور از تله های طراحان است.

۳. در **روان شناسی رشد**، بخش رشد بزرگسالی و پیری (نظریات لوینسون، شای، بالتس و پک) و مکاتب فلسفی (روسو، لاک، گزل، ورنر) سهمی بیش از ۳۳٪ دارند و برخلاف تصور رایج، نباید تنها به رشد کودک بسنده کرد.

٤. در **علم النفس اسلامی**، مطالعه کلیدواژه محور (تطبیق هر فیلسوف با اصطلاح اختصاصی او مانند سهروردی با رابطه شوقی و فارابی با عقل فعال) بالاترین بازدهی را در کوتاه ترین زمان ایجاد می کند.

مقدمه تحلیلی بر روند آزمون‌های کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی (۱۴۰۰ تا ۱۴۰۵)

بررسی دقیق و نظام‌مند دفترچه‌های رسمی سازمان سنجش آموزش کشور در شش دوره اخیر (۱۴۰۰ تا ۱۴۰۵) نشان می‌دهد که آزمون کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی (کد ۱۱۳۳) صرفاً مجموعه‌ای پراکنده از پرسش‌های حافظه‌محور نیست، بلکه از الگوهای ساختاری، جهت‌گیری‌های روش‌شناختی و روندهای تحولی مشخصی پیروی می‌کند. شناخت این الگوها به داوطلب کمک می‌کند تا به جای مطالعه خطی و فرسایشی منابع حجیم، با رویکردی استراتژیک و هدفمند بر کانون‌های اصلی طرح سؤال متمرکز شود. در این مقدمه، تغییرات ساختاری، مباحث همواره پرتکرار، چرخش‌های رویکردی طراحان و شخصیت‌های علمی پربسامد این شش سال تحلیل شده است.

۱. تحولات ساختاری آزمون در بازه شش‌ساله

در سطح کلان، ساختار دفترچه آزمون در سال‌های اخیر دستخوش بهینه‌سازی و کاهش نسبی تعداد سؤالات شده است؛ به طوری که کل سؤالات دفترچه روان شناسی از ۳۱۰ سؤال در سال‌های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ به ۳۰۵ سؤال در سال‌های ۱۴۰۲ و ۱۴۰۳ و سپس به ۲۹۵ سؤال با مدت زمان پاسخ‌گویی ۱۵۰ دقیقه در سال‌های ۱۴۰۴ و ۱۴۰۵ کاهش یافت. در میان شش درس تخصصی کلیدی گرایش بالینی، تعداد سؤالات پنج درس **علم النفس از دیدگاه دانشمندان اسلامی** (۱۵ سؤال)، **آمار و روش تحقیق** (۲۰ سؤال)، **روان شناسی رشد** (۲۰ سؤال)، **روان شناسی بالینی** (۲۰ سؤال) و **روان شناسی فیزیولوژیک، انگیزش و هیجان** (۱۵ سؤال) در تمام شش سال کاملاً ثابت مانده است. تنها تغییر کمی در درس **روان شناسی مرضی و کودکان استثنایی** رخ داده که از سال ۱۴۰۴ سهم آن از ۲۰ سؤال به ۱۵ سؤال تقلیل یافته است. این ثبات ساختاری بیانگر اهمیت پایدار و پیش‌بینی‌پذیر بودن وزن هر درس در کارنامه نهایی داوطلبان است.

۲. مباحث همواره پرتکرار (ستون‌های ثابت آزمون)

تحلیل فراوانی موضوعی نشان می‌دهد که در هر درس، هسته‌ای از مباحث به طور مستمر بیشترین سهم سؤالات را در اختیار داشته‌اند و مطالعه آن‌ها از اولویت مطلق برخوردار است:

- **علم النفس از دیدگاه دانشمندان اسلامی:** مبانی قرآنی و روایی پیرامون فطرت، روح، نفس، عقل، مراحل جنین‌شناسی و ماهیت خواب و مرگ با سهم ۴۰ درصد، در کنار قوای ادراکی و مراتب عقل با سهم ۳/۲۳ درصد، بیش از شش‌دهم سؤالات این درس را تشکیل داده‌اند.
- **آمار و روش تحقیق:** تقسیم‌بندی استاندارد ۱۰ سؤال آمار و ۱۰ سؤال روش تحقیق در تمام این شش سال حفظ شده است. در بخش آمار، آزمون‌های استنباطی (تحلیل واریانس، آنکوا، آزمون **t**، خی دو، فاصله اطمینان، خطای نوع اول و توان آزمون) و در بخش روش تحقیق، طرح‌های آزمایشی و غیرآزمایشی، روایی درونی و بیرونی و نقش متغیرها (میانجی و تعدیل‌گر) همواره بیشترین بسامد را داشته‌اند.
- **روان شناسی مرضی و کودکان استثنایی:** اختلالات عصبی-رشدی به‌ویژه اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (ADHD)، طیف اوتیسم، آسپرگر و ناتوانی‌های یادگیری با حدود یک‌سوم کل سؤالات، پرتکرارترین محور این درس بوده‌اند.
- **روان شناسی رشد:** نظریه‌های رشد شناختی و اجتماعی-فرهنگی (۷/۲۱ درصد) و نظریه‌های روانی-اجتماعی و روان‌پویشی (۲۰ درصد) همراه با مباحث رشد اخلاقی و هویت (۳/۱۳ درصد) هسته ثابت سؤالات را شکل داده‌اند.
- **روان شناسی بالینی:** رویکردهای درمانی رفتاری، شناختی-رفتاری (CBT) و موج سوم (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رفتاردرمانی دیالکتیک و فراشناخت) با ۵/۲۷ درصد و مباحث سنجش بالینی، مصاحبه و آزمون‌های روانی (رورشاخ، MMPI، میلون و نئو) با مجموع ۲/۳۴ درصد، بدنه اصلی آزمون بالینی را می‌سازند.
- **روان شناسی فیزیولوژیک، انگیزش و هیجان:** آناتومی مغز، سیستم لیمبیک، انتقال‌دهنده‌های عصبی و هورمون‌ها (۹/۲۸ درصد) در کنار نظریه‌های انگیزش (۷/۳۶ درصد) و تنظیم هیجان (۲۰ درصد) محورهای ثابت این درس هستند.

۳. چرخش‌های رویکردی و تغییر تمرکز طراحان سؤال

رصد دقیق سؤالات از سال ۱۴۰۰ تا ۱۴۰۵ بیانگر چند تغییر جهت معنادار در نگاه طراحان آزمون است:

- **رشد چشمگیر پژوهش کیفی و تفسیر مفهومی در آمار و روش تحقیق:** در سال ۱۴۰۰ هیچ سؤالی از روش تحقیق کیفی طرح نشده بود، اما از سال ۱۴۰۱ تا ۱۴۰۵ سهم مباحثی چون پدیدارشناسی، قوم‌نگاری، نظریه داده‌بنیان، اشباع داده‌ها، مصاحبه کیفی، طرح‌های ترکیبی و جهان‌بینی‌های فلسفی پژوهش به شکل پیوسته افزایش یافته است (۴ سؤال در ۱۴۰۴ و ۳ سؤال در ۱۴۰۵). در بخش آمار نیز تمایل طراحان از محاسبات طولانی و مکانیکی به سمت درک مفهومی و تفسیر خروجی‌ها (مانند شرایط اجرای آزمون تعقیبی، رابطه آلفا و حجم نمونه و تفسیر ضریب تعیین) حرکت کرده است.

- **گذار از توصیف حسی-حرکتی به آسیب‌شناسی تشخیصی مبتنی بر DSM-۵:** در درس روان شناسی مرضی و کودکان استثنایی، در حالی که آزمون سال ۱۴۰۰ تمرکز سنگینی بر آسیب‌های حسی، گفتاری و حرکتی داشت (۹ سؤال)، در سال‌های ۱۴۰۱ تا ۱۴۰۵ کانون توجه به سمت ملاک‌های تشخیصی و تغییرات DSM-۵، تشخیص افتراقی، همبودی اختلالات، کارکردهای اجرایی و مبانی عصب‌شناختی و ژنتیکی تغییر یافته است.
- **توسعه قلمرو روان شناسی رشد به تمام طول عمر و مبانی فلسفی:** طراحان آزمون رشد در سال‌های اخیر از تمرکز صرف بر دوران کودکی فاصله گرفته و سهم قابل توجهی را به تحول در بزرگسالی، میانسالی و پیری و همچنین الگوهای کلان فلسفی (ارگانیسمی، رمانتیک‌گرایی و زیست‌بوم‌شناختی) اختصاص داده‌اند.
- **گرایش به کاربردی شدن و درمان‌های مبتنی بر شواهد در بالینی:** سؤالات روان شناسی بالینی به تدریج از پرسش‌های تعریفی محض به سمت سناریوهای بالینی، فرمول‌بندی موردی، درمان‌های مبتنی بر شواهد (EBP)، رویکردهای فراتشخیصی و کاربرد دقیق تکنیک‌ها در اختلالات خاص (مانند مواجهه احشایی در وحشت‌زدگی و ERP در وسواس) سوق پیدا کرده است.
- **نوسانات مقطعی ۱۴۰۴ و بازگشت به تعادل در ۱۴۰۵:** آزمون سال ۱۴۰۴ دو ناهنجاری موضعی را تجربه کرد؛ نخست ورود ۶ سؤال از مباحث ارگونومی و روان شناسی محیط کار در درس روان شناسی بالینی و دوم اختصاص تمام ۱۵ سؤال درس فیزیولوژیک، انگیزش و هیجان به مباحث انگیزش تربیتی و حذف کامل عصب‌روان‌شناسی. با این حال، آزمون سال ۱۴۰۵ نشان داد که این رخداد یک استثنای مقطعی بوده و طراحان در سال ۱۴۰۵ مجدداً به توازن کلاسیک و استاندارد میان مباحث بالینی و فیزیولوژیک بازگشته‌اند.

۴. شخصیت‌ها، حکما و نظریه‌پردازان پربسامد

بخش قابل توجهی از سؤالات آزمون بر تسلط داوطلب بر آراء و کلیدواژه‌های اختصاصی نظریه‌پردازان شاخص استوار است:

- **در علم النفس اسلامی:** بیشترین بسامد به ترتیب به دیدگاه‌های **ابن سینا** (قوای باطنی، قوه متذکره و تشکیک وجود)، **ملاصدرا** (اصالت و تشکیک وجود و جسمانیةالحدوث بودن نفس)، **فارابی** (عقل فعال و روح‌الامین)، **سهروردی** (رابطه شوقی نفس و بدن و گرایش‌های اساسی)، **کندی** (طبقه‌بندی چهارگانه رؤیا) و **استاد مطهری** (ابعاد شناختی و عاطفی فطرت) در کنار تحلیل روایات **حضرت علی (ع)** اختصاص داشته است.
- **در روان شناسی رشد: ژان پیاژه، اریک اریکسون، لو ویگوتسکی، لارنس کلبرگ، مارگارت ماهلر، آرنولد گزل** و **یوری برونفن‌برنر** در صدر پربسامدترین نظریه‌پردازان قرار دارند. پس از این گروه، نظریه‌پردازان تحول هویت، اخلاق و بزرگسالی شامل **جیمز مارسیا، کارل یونگ، وارنر شای، دانیل لوینسون، کارول گیلیگان، هاینز ورنر، ژان ژاک روسو، رابرت سلمن، جروم کاگان** و **جیمز فاولر** تکرار مداومی در دفترچه‌های شش‌ساله داشته‌اند.
- **در روان شناسی بالینی و مرضی:** آراء **زیگموند فروید، کارل راجرز، ویکتور فرانکل، آرون بک** و **مارشا لینهان** در حوزه درمان، نظریات **راسل بارکلی** (بازداری پاسخ در ADHD) و **جرالد پترسون** (چرخه اعمال فشار در سلوک) در حوزه آسیب‌شناسی کودک و دیدگاه‌های **تئودور میلون** و **هرمان رورشاخ** در حوزه سنجش، بیشترین تکرار را به خود اختصاص داده‌اند.
- **در فیزیولوژیک، انگیزش و هیجان:** نظریه‌پردازانی چون **کلارک هال** (کاهش سائق)، **آلبرت بندورا** (خودکارآمدی)، **جیمز گراس** (تنظیم هیجان)، **ریچارد لازاروس** (ارزیابی شناختی)، **پل اکمن** (هیجان‌های بنیادی)، **برنارد وینر** (اسناد) و **رابرت پلاچیک** بیشترین فراوانی را در سؤالات داشته‌اند.

۵. نقشه راه و دید استراتژیک برای داوطلبان

یافته‌های این تحلیل شش‌ساله چهار اصل راهبردی را برای کسب رتبه برتر پیش روی داوطلب قرار می‌دهد: نخست، **مطالعه هم‌افزا و میان‌درسی**؛ چرا که مفاهیم مشترکی نظیر ساختارهای مغزی (هیپوکامپ، آمیگدال و قشر پیش‌پیشانی)، اختلالات عصبی-رشدی، خلق‌وخو و نظریه‌های یادگیری و شناخت به صورت هم‌زمان در دروس مرضی، رشد، بالینی و فیزیولوژیک مورد پرسش قرار می‌گیرند. دوم، **تسلط بر جداول مقایسه‌ای و تشخیص‌های افتراقی**؛ زیرا بخش بزرگی از سؤالات جدید (به‌ویژه در ۱۴۰۴ و ۱۴۰۵) با هدف سنجش توانایی تفکیک مفاهیم هم‌پوشان (مانند تفاوت متغیر میانجی و تعدیل‌گر، تفاوت اختلال سازگاری و PTSD، یا تفاوت دیدگاه ابن سینا، سهروردی و ملاصدرا) طراحی شده‌اند. سوم، **جدی گرفتن بخش‌های نوظهور و کم‌توجه‌شده** مانند روش تحقیق کیفی و روان شناسی رشد بزرگسالی و پیری که به دلیل غفلت بسیاری از رقبا، نقش تعیین‌کننده‌ای در ایجاد تراز بالا دارند. چهارم، **تمرکز بر درک عمیق به جای حفظ طوطی‌وار**؛ تا در صورت مواجهه با سؤالات سناریومحور یا نوسانات مقطعی در سبک طرح سؤال، داوطلب بتواند با تحلیل علمی و رد گزینه‌های انحرافی به پاسخ قطعی دست یابد.

پیش‌گفتار

ورود به دوره کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، به‌عنوان یکی از پرمتقاضی‌ترین و رقابتی‌ترین گرایش‌های علوم انسانی در آزمون تحصیلات تکمیلی، نیازمند فراتر رفتن از مطالعه سنتی و خطی منابع حجیم دانشگاهی است. تجربه آزمون‌های سال‌های اخیر نشان می‌دهد که موفقیت در این رقابت علمی، در گرو شناخت دقیق الگوهای طرح سؤال، درک عمیق مفاهیم بنیادین، تسلط بر تشخیص‌های افتراقی و آگاهی از جهت‌گیری‌های نوین طراحان آزمون است. کتاب حاضر با عنوان **«همه سؤال‌های کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی ۱۴۰۵–۱۴۰۴»**، حاصل تلاش پژوهشی و آموزشی گروه مؤلفین نشر پردازش است که با رویکردی تحلیلی، نظام‌مند و آموزش‌محور برای پاسخ به همین نیاز راهبردی تدوین شده است.

روش‌شناسی و فلسفه تدوین مجموعه

مبنای کار در تألیف این مجموعه، تبدیل یک دفترچه آزمون صرف به یک «نظام جامع خودآموز و نقشه راه مطالعاتی» بوده است. در این اثر، صرفاً به گردآوری پرسش‌ها و ارائه کلیدهای کوتاه بسنده نشده، بلکه با کالبدشکافی دقیق ساختار آزمون‌های شش سال اخیر (۱۴۰۰ تا ۱۴۰۵) و تحلیل موشکافانه تک‌تک پرسش‌های دو دوره پایانی (۱۴۰۴ و ۱۴۰۵)، بستری فراهم آمده است تا داوطلب ضمن سنجش سطح علمی خود، منطق پنهان در ذهن طراحان سؤال را نیز به‌خوبی دریابد. تمامی بخش‌های این کتاب، شش درس تخصصی و کلیدی گرایش روان‌شناسی بالینی را پوشش می‌دهد که عبارت‌اند از: **علم النفس از دیدگاه دانشمندان اسلامی، آمار و روش تحقیق، روان‌شناسی مرضی و کودکان استثنایی، روان‌شناسی رشد، روان‌شناسی بالینی** و **روان‌شناسی فیزیولوژیک، انگیزش و هیجان**.

ساختار و محتویات کتاب

برای ایجاد بیشترین بازدهی در فرایند یادگیری و مرور، ساختار این کتاب در چهار لایه هدفمند و به هم پیوسته سازمان‌دهی شده است:

- **۱. تحلیل آماری شش‌ساله و نقشه راه راهبردی:** در آغاز کتاب، پیش از ورود به متن آزمون‌ها، جداول جامع فراوانی موضوعی سؤالات شش دوره اخیر (۱۴۰۰ تا ۱۴۰۵) به تفکیک سال، مبحث و درصد فراوانی برای هر شش درس ارائه شده است. در ادامه این جداول، «گزارش تحلیلی و توصیه‌های راهبردی» و «مقدمه تحلیلی بر روند آزمون‌ها» آمده است که تحولات ساختاری دفترچه‌ها، مباحث همواره پرتکرار، چرخش‌های رویکردی طراحان (همچون رشد پژوهش‌های کیفی و گذار به آسیب‌شناسی تشخیصی مبتنی بر DSM-۵) و شخصیت‌ها و نظریه‌پردازان پربسامد را تبیین می‌کند تا داوطلب مطالعه خود را بر مبنای اولویت‌های واقعی آزمون برنامه‌ریزی نماید.
- **۲. متن کامل آزمون‌های ۱۴۰۴ و ۱۴۰۵:** پرسش‌های شش درس تخصصی در دو دوره جدید و معیار (۱۴۰۴ و ۱۴۰۵) با حفظ اصالت و دقت علمی در بخش‌های مجزا گردآوری شده است تا امکان شبیه‌سازی شرایط واقعی آزمون و خودارزیابی دقیق برای مخاطب فراهم گردد.
- **۳. پاسخ‌نامه‌های تشریحی چندلایه و تحلیلی:** نقطه قوت متمایز این مجموعه، معماری منحصربه‌فرد پاسخ‌نامه‌های آن است. پاسخ هر پرسش در قالب هفت مؤلفه آموزشی منسجم تدوین شده است: نخست، تعیین دقیق **«موضوع سؤال»** برای دسته‌بندی ذهنی مبحث؛ دوم، **«پاسخ تشریحی»** جامع، مستند و همراه با گام‌های کامل محاسباتی در مباحث آماری؛ سوم، **«شرح مفاهیم، مکاتب و رمزگشایی از نظریه‌پردازان و ایسم‌ها»** برای تعمیق زیربنای نظری داوطلب؛ چهارم، **«بررسی سایر گزینه‌ها»** جهت تبیین علمی علت نادرستی گزینه‌های انحرافی؛ پنجم، **«کادر جمع‌بندی و جداول مقایسه‌ای»** برای تفکیک سریع مفاهیم هم‌پوشان و تشخیص‌های افتراقی؛ ششم، **«راه‌حل تستی و افشای تله‌های طراح»** شامل کلیدواژه‌های طلایی و میان‌برهای مدیریت زمان در جلسه آزمون؛ و هفتم، **«نکات تکمیلی»** برای پوشش جزئیات کلیدی و به‌روزرسانی‌های علمی.
- **۴. درس‌نامه‌های مروری و فهرست منابع:** در پایان پاسخ‌نامه هر درس، یک **«درس‌نامه مروری»** فشرده، فصل‌بندی‌شده و نکته‌محور گنجانده شده است که چکیده مباحث، فرمول‌ها، کلیدواژه‌ها و دسته‌بندی‌های ضروری آن درس را برای تثبیت حافظه و جمع‌بندی دوران پایانی در اختیار داوطلب می‌گذارد. همچنین در بخش پایانی کتاب، فهرست **«منابع»** برای هدایت پژوهشگران و علاقه‌مندان به مطالعه عمیق‌تر مآخذ اصلی درج شده است.

مخاطبان و شیوه بهره‌برداری بهینه

مخاطبان اصلی این اثر، داوطلبان آزمون کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشجویان مقطع کارشناسی روان‌شناسی و مشاوره و نیز مدرسان و مشاوران تحصیلی این حوزه هستند. برای بهره‌گیری حداکثری از این مجموعه، توصیه می‌شود ابتدا با مطالعه جداول فراوانی و مقدمه تحلیلی ابتدای کتاب، دیدگاهی کلان و اولویت‌بندی‌شده نسبت به هر درس به دست آورید؛ سپس سؤالات هر درس را در زمان استاندارد پاسخ دهید و در مرحله بعد، حتی در مورد پرسش‌هایی که به آن‌ها پاسخ درست داده‌اید، بخش‌های «بررسی سایر گزینه‌ها»، «کادرهای مقایسه‌ای» و «تله‌های طراح» را به‌دقت مطالعه کنید. در نهایت، استفاده از «درس‌نامه‌های مروری» پس از هر بخش، یادگیری شما را یکپارچه ساخته و از فراموشی نکات ظریف جلوگیری خواهد کرد. امید است این مجموعه ارزشمند که با وسواس علمی، دقت ویرایشی و نگاهی نوآورانه به آموزش آزمون‌محور گردآوری شده است، همراهی مطمئن و راه‌گشا در مسیر شکوفایی علمی و دستیابی به بهترین رتبه‌ها برای تمامی داوطلبان گرامی باشد.

گروه مؤلفین انتشارات پردازش

۳۶. کدام اختلال روان‌شناختی، جزو تشخیص‌های افتراقی اختلال آسپرگر محسوب نمی‌شود؟

۱) اضطراب اجتماعی ۲) شخصیت اجتنابی ۳) وسواسی – اجباری ۴) شخصیت اسکیزوئید

۳۷. کدام تغییر در DSM-۵، برای اختلال ADHD نیست؟

۱) حذف زیرگونه بی‌توجهی

۲) اضافه شدن نوع ترکیبی

۳) اضافه شدن اختلال ADHD بزرگسالان

۴) تغییر ملاک سن از ۷ سالگی به ۱۲ سالگی

۳۸. نگرانی در کودکان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، چه کارکردی دارد؟

۱) ایجاد فرصت رویارویی با هیجان اضطرابی

۲) بیشتر کردن تجربه تصاویر ذهنی ترس‌آور

۳) افزایش هیجان‌های اضطراب‌انگیز

۴) اجتناب از شناخت‌های اضطراب‌انگیز

۳۹. در DSM-۵، اختلال هذیانی جزو کدام طبقه از اختلالات روانی قرار گرفته است؟

۱) شبه‌اسکیزوفرنی

۲) هذیانی و سایر اختلالات مرتبط

۳) طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک

۴) سایکوتیک گذرا

۴۰. عبارت زیر، اشاره به کدام اختلال اضطراب دارد؟

«فرد مبتلا از اکثر تعاملات اجتماعی می‌ترسد و با اضطراب شدید، علائم افسردگی و نقص در مهارت‌های اجتماعی همراه است.»

۱) اجتماعی عملکردی ۲) اجتماعی فراگیر ۳) فراگیر ۴) جدایی

۴۱. کدام مورد، در خصوص سازگاری نادرست است؟

۱) نشانه‌ها بیانگر داغ‌دیدگی عادی نیستند.

۲) بعد از اینکه عامل استرس‌زا و پیامدهای آن خاتمه یافتند، نشانه‌ها بیشتر از ۶ ماه تداوم نمی‌یابد.

۳) محرک استرس‌زایی که موجب اختلال سازگاری می‌شود، از نوع محرک‌های استرس‌زای شدید است.

۴) ایجاد نشانه‌های هیجانی یا رفتاری در پاسخ به عامل استرس‌زا، ظرف سه ماه از شروع عامل استرس‌زا روی می‌دهند.

۴۲. در سبب‌شناسی اختلال افسردگی مداوم، کدام مورد درست است؟

۱) برخی نواحی مغزی از جمله قشر پیش‌پیشانی، آمیگدال و هیپوکامپ درگیر هستند.

۲) علت ژنتیکی مشخصی برای این اختلال تأیید شده است.

۳) مرگ والدین، مهم‌ترین عامل محیطی است.

۴) جدایی والدین، مهم‌ترین عامل محیطی است.

۴۳. کدام مورد، جزو ناتوانی‌های یادگیری محسوب نمی‌شود؟

۱) ذهنی ۲) تحصیلی ۳) اجتماعی ۴) ادراکی - حرکتی

۴۴. کدام مورد، در خصوص بیماری‌های ژنتیکی و مشاوره ژنتیک درست است؟

۱) بیماری‌های ژنوم میتوکندری، فقط از مادر به ارث می‌رسند.

۲) معمولاً آزمایش خون، جایگزین مناسبی برای مشاوره ژنتیک است.

۳) اختلالات ژنتیکی، همیشه به دلیل ارث از والدین اتفاق می‌افتند.

۴) فقط در صورت وجود سابقه بیماری ژنتیکی در خانواده، انجام مشاوره ژنتیک ضروری است.

۴۵. کدام عامل، موجب تشدید اختلال سکوت انتخابی در کودکان نمی‌شود؟

۱) محافظت افراطی مادر
۲) مادر سخت‌گیر و انتقادگر
۳) ضربه جسمی یا هیجانی اولیه
۴) روابط صمیمی اما دوسوگرانه بین مادر و کودک

۴۶. کدام یک از ویژگی‌های شخصیت خلق‌وخو در اختلال‌های اضطرابی کودکان، نقش محوری‌تری دارد؟

۱) سیستم فعال‌سازی رفتاری
۲) سیستم جنگ و گریز
۳) سیستم بازداری رفتاری
۴) صفات کمال‌گرایانه

۴۷. نظریه اعمال فشار، به نقش خانواده در ایجاد کدام رفتار ناسازگار و نابهنجار کودکان اشاره دارد؟

۱) اجتنابی
۲) تأییدطلبانه
۳) جامعه‌ستیزانه
۴) مهرطلبانه

۴۸. ناشنوایی‌های ناشی از گوش میانی، غالباً از لحاظ پزشکی چه وضعیتی دارند؟

۱) اصلاح‌پذیر هستند.
۲) تا حدی اصلاح می‌شوند.
۳) نمی‌توان پیش‌بینی کرد.
۴) اصلاح‌ناپذیرند.

۴۹. گستره روان‌شناسی مرضی، شامل کدام موارد است؟

۱) شیوع‌شناسی - همه‌گیرشناسی - نشانه‌شناسی
۲) علت‌شناسی - جامعه‌شناسی - همه‌گیرشناسی
۳) پدیدآیی مرضی (سیر تحول) - شیوع‌شناسی - جامعه‌شناسی
۴) نشانه‌شناسی - علت‌شناسی - پدیدآیی مرضی (سیر تحول)

۵۰. هدف کلی کدام نوع قضاوت، افزایش کیفیت، اعتبار و صحت تصمیم‌های متخصصان در مورد یک فرد خاص است؟

۱) پایانی
۲) تخصصی
۳) بالینی
۴) چندبعدی

۳۶. گزینه ۲)

موضوع سوال این سؤال به مبحث کلیدی «تشخیص افتراقی» (Differential Diagnosis) در اختلالات عصبی‌رشدی، به‌ویژه اختلال آسپرگر (که امروزه در طیف اتیسم ادغام شده است) اشاره دارد. هدف سؤال ارزیابی توانایی داوطلب در تمایز قائل شدن بین علائم بالینی هم‌پوشان (مانند انزوای اجتماعی و رفتارهای تکراری) در اختلالات مختلف است. گزینه صحیح (شخصیت اجتنابی) تنها موردی است که در کتب مرجع به عنوان تشخیص افتراقی اصلی برای آسپرگر مطرح نمی‌شود.

پاسخ تشریحی در متون مرجع آسیب‌شناسی روانی و روان‌پزشکی (نظیر خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک)، اختلال آسپرگر با نقص در تعاملات اجتماعی، رفتارهای کلیشه‌ای و علایق محدود مشخص می‌شود، اما برخلاف اتیسم کلاسیک، فرد در این اختلال تأخیر شناختی یا زبانی قابل‌توجهی ندارد. برای تشخیص دقیق، درمانگر باید اختلالاتی که نمای بیرونی مشابهی دارند را رد کند. در این میان، اختلال شخصیت اسکیزوئید (به دلیل انزوای اجتماعی)، اختلال وسواسی-اجباری (به دلیل رفتارهای تکراری و اشتغالات ذهنی) و اختلال اضطراب اجتماعی (به دلیل کناره‌گیری از موقعیت‌های اجتماعی) همواره در صدر لیست تشخیص‌های افتراقی آسپرگر قرار دارند. اما **اختلال شخصیت اجتنابی (Avoidant Personality Disorder)** عموماً جزو تشخیص‌های افتراقی اصلی آسپرگر طبقه‌بندی نمی‌شود؛ زیرا هسته مرکزی شخصیت اجتنابی، «حساسیت مفرط به طرد شدن و احساس بی‌کفایتی» است، در حالی که فرد تمایل شدیدی به برقراری ارتباط دارد و مهارت‌های درک هیجانی و تئوری ذهن (Theory of Mind) او کاملاً سالم است. در مقابل، فرد مبتلا به آسپرگر به دلیل نقص عصبی‌رشدی در درک نشانه‌های غیرکلامی و فقدان تقابل اجتماعی منزوی می‌شود، نه لزوماً ترس از قضاوت و طرد شدن.

بررسی سایر گزینه ها

گزینه ۱ (اضطراب اجتماعی): این اختلال یک تشخیص افتراقی بسیار مهم برای آسپرگر است. افراد مبتلا به آسپرگر ممکن است به دلیل نقص در مهارت‌های اجتماعی منزوی شوند که در ظاهر دقیقاً شبیه اضطراب اجتماعی است. تفاوت در این است که فرد مضطرب اجتماعی مهارت ارتباطی را دارد اما ترس مانع اوست، در حالی که در آسپرگر نقص پایه‌ای در خود مهارت ارتباطی (مانند تماس چشمی و درک زبان بدن) وجود دارد.

گزینه ۳ (وسواسی - اجباری): رفتارهای تکراری و علایق محدود و وسواس‌گونه در آسپرگر (مثلاً حفظ کردن وسواس‌گونه تمامی مسیرهای قطار یک شهر) هم‌خوان با خود (Ego-syntonic) و لذت‌بخش هستند؛ اما در اختلال وسواسی-اجباری (OCD)، اعمال وسواسی ناهم‌خوان با خود (Ego-dystonic) بوده و صرفاً برای کاهش اضطراب انجام می‌شوند. به دلیل همین شباهت ظاهری، OCD یک تشخیص افتراقی کلیدی محسوب می‌شود.

گزینه ۴ (شخصیت اسکیزوئید): افراد اسکیزوئید مانند مبتلایان به آسپرگر دچار انزوای اجتماعی هستند و هیجانات تخت دارند. تفاوت بالینی در این است که فرد اسکیزوئید اصولاً تمایلی به ارتباط ندارد، در حالی که فرد مبتلا به آسپرگر ممکن است مایل به دوستیابی باشد اما روش آن را نمی‌داند. افزون بر این، رفتارهای تکراری و علایق محدودِ مختص آسپرگر، در شخصیت اسکیزوئید دیده نمی‌شود. بنابراین اسکیزوئید یک تشخیص افتراقی کلاسیک در این حوزه است.

نکات تکمیلی: تغییرات پارادایمی در DSM-5: باید توجه داشت که در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، اختلال آسپرگر به عنوان یک هویت تشخیصی مستقل حذف شده و تحت چتر «اختلال طیف اتیسم» (ASD) با مشخص‌کننده «بدون نقص هوشی و زبانی همراه» ادغام شده است. با این حال، در محیط‌های بالینی و سؤالات آزمونی، مفاهیم کلاسیک آن به دلیل ارزش تشخیصی و تاریخی بالا همچنان مورد پرسش قرار می‌گیرند.

۳۷. گزینه ۱)

موضوع سوال این پرسش به مبحث بسیار مهم «تغییرات ملاک‌های تشخیصی اختلالات در گذر از DSM-IV به DSM-5» می‌پردازد. هدف سؤال، ارزیابی تسلط داوطلب بر به‌روزرسانی‌های تشخیصی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (ADHD) در طبقه اختلالات عصبی‌رشدی است. گزینه صحیح گزینه‌ای است که بیانگر یک ادعای نادرست درباره این تغییرات باشد.

پاسخ تشریحی در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، تغییرات ساختاری و محتوایی متعددی برای اختلال ADHD اعمال شد تا تشخیص آن در طول چرخه زندگی (از کودکی تا بزرگسالی) دقیق‌تر شود. با این حال، هسته مرکزی این اختلال که شامل نقص در توجه و تمرکز است، هرگز حذف نشده است. در DSM-5، اصطلاح «زیرگونه‌ها»

(Subtypes) به «تظاهرات یا انواع بروز» (Presentations) تغییر نام یافت، زیرا تحقیقات نشان داد که علائم بیماران در طول زمان ثابت نیست و تغییر می‌کند. بنابراین، «تظاهر غالب بی‌توجهی» (Predominantly Inattentive Presentation) همچنان یکی از سه مشخص‌کننده اصلی این اختلال است. بر همین اساس، ادعای «حذف زیرگونه بی‌توجهی» کاملاً نادرست است و از آنجا که سؤال به دنبال گزینه‌ای است که جزو تغییرات DSM-۵ **نیست**، این گزینه پاسخ صحیح است.

رمزگشایی از مفاهیم مرتبط مفهوم «تظاهرات» (Presentations) در DSM-۵: در DSM-IV فرض بر این بود که افراد در قالب زیرگونه‌های ثابت (بی‌توجه، بیش‌فعال یا ترکیبی) طبقه‌بندی می‌شوند. اما DSM-۵ با جایگزینی واژه تظاهرات، رویکردی سیال‌تر (Fluid) اتخاذ کرد و پذیرفت که یک فرد ممکن است در کودکی با تظاهر بیش‌فعالی و در نوجوانی با تظاهر بی‌توجهی مراجعه کند.

بررسی سایر گزینه ها: گزینه ۲ (اضافه شدن نوع ترکیبی): در DSM-۵ تظاهر ترکیبی (Combined Presentation) زمانی مطرح می‌شود که ملاک‌های هر دو بعد بی‌توجهی و بیش‌فعالی-تکانشگری در ۶ ماه گذشته برآورده شده باشند. اگرچه مفهوم ترکیبی در ویرایش قبلی نیز وجود داشت، اما ساختاربندی دقیق آن به عنوان یک «تظاهر متغیر» از تغییرات رویکردی DSM-۵ محسوب می‌شود.**گزینه ۳ (اضافه شدن اختلال ADHD بزرگسالان)**: این مورد یکی از برجسته‌ترین تغییرات DSM-۵ است. برای اولین بار، آستانه تشخیصی ویژه‌ای برای بزرگسالان و نوجوانان بالای ۱۷ سال در نظر گرفته شد (نیاز به ۵ علامت به جای ۶ علامت) و مثال‌های بالینی مرتبط با محیط کار و زندگی بزرگسالی به متن ملاک‌ها افزوده شد. پس این یک تغییر واقعی است.**گزینه ۴ (تغییر ملاک سن از ۷ سالگی به ۱۲ سالگی)**: این مورد نیز یکی از مشهورترین اصلاحات تشخیصی است. در DSM-۵ شرط بروز علائم پیش از ۷ سالگی حذف شد و به «پیش از ۱۲ سالگی» تغییر یافت تا کودکانی (به‌ویژه دختران) که علائم بی‌توجهی آن‌ها تا زمان افزایش فشارهای تحصیلی در مقطع راهنمایی تشخیص داده نمی‌شد، پوشش داده شوند. این گزینه نیز یک تغییر واقعی است و پاسخ سؤال نیست.

نکات تکمیلی: علاوه بر تغییرات فوق، در DSM-۵ اختلال ADHD از طبقه «اختلالاتی که معمولاً نخستین‌بار در شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می‌شوند» (طبقه‌ای که در DSM-۵ حذف شد) به طبقه جدید «اختلالات عصبی‌رشدی» (Neurodevelopmental Disorders) منتقل شد. همچنین، امکان تشخیص هم‌زمان ADHD با اختلال طیف اتیسم (ASD) که در DSM-IV ممنوع بود، در DSM-۵ مجاز شمرده شد.

کادر جمع‌بندی: مقایسه کلیدی ADHD در DSM-IV و DSM-۵

ویژگی تشخیصی	ویرایش چهارم (DSM-IV)	ویرایش پنجم (DSM-۵)
سن شروع علائم	پیش از ۷ سالگی	پیش از ۱۲ سالگی
ملاک بزرگسالان (۱۷ سال به بالا)	آستانه مشخصی نداشت (همان ۶ علامت)	کاهش آستانه به حداقل ۵ علامت
طبقه‌بندی بالینی	زیرگونه‌ها (Subtypes)	انواع بروز یا تظاهرات (Presentations)
تشخیص هم‌زمان با اتیسم	ممنوع بود	مجاز است

راه حل تستی تله طراح در این سؤال استفاده از یک تناقض منطقی آشکار است. **میان‌بر تستی:** نام خود اختلال Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder است. بخش «AD» مستقیماً به معنای «نارسایی توجه» است. چگونه ممکن است در یک اختلال، هسته مرکزی و نام‌بخش آن (بی‌توجهی) به طور کامل حذف شود؟ با توجه به همین منطق ساده و بدون نیاز به یادآوری جزئیات کتاب، داوطلب هوشمند در کسری از ثانیه متوجه می‌شود که «حذف بی‌توجهی» امری محال و یک ادعای دروغین است، و مستقیماً گزینه ۱ را به عنوان ادعایی که تغییرِ DSM-۵ «نیست» انتخاب می‌کند.

۳۸. گزینه ۴)

موضوع سوال این سؤال به هسته مرکزی اختلال اضطراب فراگیر (GAD) یعنی پدیده «نگرانی» (Worry) و کارکرد روان‌شناختی آن می‌پردازد. هدف سؤال سنجش تسلط داوطلب بر نظریه‌های نوین شناختی-رفتاری، به‌ویژه نقش دفاعی و اجتنابی نگرانی در تداوم این اختلال است. گزینه صحیح تبیین می‌کند که نگرانی بر خلاف ظاهر آزاردهنده‌اش، در واقع یک مکانیسم اجتنابی برای فرار از شناختهای اضطراب‌انگیزتر است.

پاسخ تشریحی بر اساس «نظریه اجتناب شناختی بورکووک» (Borkovec's Cognitive Avoidance Theory)، نگرانی یک فرایند کلامی-زبانی است که به عنوان تلاشی برای حل مسئله در مورد خطرات آینده در نظر گرفته می‌شود. بورکووک نشان داد که کارکرد اصلی نگرانی، «اجتناب» است. افراد (از جمله کودکان مبتلا به GAD) با درگیر شدن در افکار نگران‌کننده کلامی، در واقع از پردازش تصاویر ذهنی به شدت آزاردهنده و برانگیختگی فیزیولوژیک (جسمانی) مرتبط با آن‌ها فرار می‌کنند. به عبارت دیگر، نگرانی به عنوان یک سپر شناختی عمل می‌کند تا فرد با هسته اصلی ترس و هیجان‌های عمیق‌تر و غیرقابل‌تحمل روبه‌رو نشود. بنابراین، کارکرد اصلی نگرانی، **اجتناب از شناخت‌ها و تصاویر اضطراب‌انگیزتر** است. این اجتناب شناختی باعث تقویت منفی رفتارِ نگران شدن می‌شود و اختلال را مزمن می‌کند.

رمزگشایی از مکاتب، شخصیت‌ها و مفاهیمنظریه اجتناب شناختی بورکووک (Cognitive Avoidance Theory): توماس بورکووک با تمایز قائل شدن بین «فکر کلامی» و «تصویرسازی ذهنی»، بیان کرد که نگرانی عمدتاً ماهیت کلامی (Left-brain dominant) دارد. این ماهیت کلامی باعث بازداری پردازش هیجانی در نیم‌کره راست شده و از تجربه کامل هیجان ترس جلوگیری می‌کند.

بررسی سایر گزینه ها: گزینه ۱ (ایجاد فرصت رویارویی با هیجان اضطرابی): کاملاً نادرست است. نگرانی دقیقاً مانع از رویارویی کامل (Exposure) با هیجان و پردازش صحیح آن می‌شود. به همین دلیل در درمان GAD، از تکنیک‌های تصویرسازی و رویارویی هیجانی برای خنثی کردن این سد دفاعی استفاده می‌کنند.**گزینه ۲ (بیشتر کردن تجربه تصاویر ذهنی ترس‌آور):** یکی از یافته‌های اصلی بورکووک این بود که نگرانی، ماهیتی کلامی دارد و اتفاقاً میزان و شدت «تصاویر ذهنی» را کاهش می‌دهد تا فرد کمتر آزار ببیند.**گزینه ۳ (افزایش تجربه هیجان‌های اضطراب‌انگیز):** گرچه نگرانی خود نوعی اضطراب تولید می‌کند، اما هدف پنهان آن محدود کردن پیک (اوج) برانگیختگی هیجانی و جسمانی است؛ یعنی فرد یک اضطراب خفیف و مزمن را به جان می‌خرد تا از یک حمله وحشت یا هیجانِ شدیدِ حاد جلوگیری کند.

نکات تکمیلی: کارکرد اجتنابی نگرانی، شمشیر دو لبه‌ای برای بیماران مبتلا به GAD است. از یک سو، اضطرابِ جسمانی آن‌ها را در لحظه کاهش می‌دهد (تقویت منفی)، اما از سوی دیگر، چون فرد هرگز با هسته اصلی هیجانِ ترس روبه‌رو نمی‌شود، فرایند «خوگیری» (Habituation) اتفاق نمی‌افتد و مغز یاد نمی‌گیرد که خطر واقعی وجود ندارد. به همین دلیل، درمان‌های موج سوم نظیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به جای به چالش کشیدن محتوای نگرانی، بر شکستن این حلقه اجتناب تجربه‌ای متمرکز هستند.

کادر جمع‌بندی: تقابل نگرانی (Worry) و ترس/فوبیا

مؤلفه مقایسه	نگرانی در GAD (کارکرد اجتنابی)	ترس حاد / فوبیا (پاسخ مستقیم)
ماهیت شناختی	تفکر کلامی-زبانی	تصویرسازی ذهنی قوی
واکنش خودمختار (جسمانی)	برانگیختگی سوماتیک محدود / تنش عضلانی	برانگیختگی سوماتیک بسیار بالا (جنگ و گریز)
هدف تکاملی / روانی	فرار و اجتناب از پردازش هیجانی	آماده‌سازی فوری برای مقابله با خطر

راه حل تستی: در روان‌شناسی مرضی، هر نشانه‌ای که حالت «مزمن و وسواس‌گونه» به خود می‌گیرد (چه نشانه وسواسی در OCD و چه نگرانی در GAD)، در ۹۰ درصد مواقع نقش **دفاعی و اجتنابی** برای کاهش یک اضطراب حادتر دارد. گزینه‌هایی که

ادعا می‌کنند یک نشانه بیمارگونه باعث «رویارویی» (گزینه ۱) یا تمایل به «افزایش هیجان و تصویر ترسناک» (گزینه‌های ۲ و ۳) می‌شود، از نظر منطقِ روان‌تحلیل‌گری و شناختی مردود هستند؛ چرا که سیستم روانی انسان به صورت خودکار از درد فرار می‌کند، نه اینکه آن را عمیق‌تر در آغوش بکشد. با همین استدلال، گزینه ۴ به عنوان تنها مکانیزم کاهش‌دهنده (اجتنابی) فوراً قابل تشخیص است.

۳۹. گزینه ۳)

موضوع سوال این سؤال مستقیماً به ساختار طبقه‌بندی اختلالات روانی در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-۵) و جایگاه «اختلال هذیانی» (Delusional Disorder) می‌پردازد. هدف، ارزیابی تسلط داوطلب بر سرفصل‌ها و خوشه‌های کلان تشخیصی در این راهنمای مرجع است تا مشخص شود آیا داوطلب ساختار درختی و پیوستاری اختلالات روانی را می‌شناسد یا خیر.

پاسخ تشریحی در ساختار DSM-۵، تمامی اختلالاتی که با قطع ارتباط با واقعیت، هذیان، توهم، گفتار و رفتار آشفته و علائم منفی مشخص می‌شوند، تحت یک چتر واحد و یک فصل کلان به نام «طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک» (Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders) سازمان‌دهی شده‌اند. اختلال هذیانی که ویژگی بارز آن وجود یک یا چند هذیان (حداقل برای یک ماه) بدون برآورده شدن ملاک‌های کامل اسکیزوفرنی است، دقیقاً در همین طبقه جای می‌گیرد. این طبقه، اختلالات را بر اساس شدت، تعداد علائم و طول مدت بروز آن‌ها در یک پیوستار (Spectrum) قرار می‌دهد که اختلال هذیانی یکی از اعضای مشخص این طیف است.

بررسی سایر گزینه ها: گزینه ۱ (شبه اسیکزوفرنی) و گزینه ۴ (سایکوتیک گذرا): این گزینه‌ها (اسکیزوفرنی‌فرم و اختلال سایکوتیک گذرا) خودشان نام «اختلالات مستقلی» هستند که در کنار اختلال هذیانی، به عنوان اعضای زیرمجموعه در طبقه «طیف اسکیزوفرنی» قرار دارند. هیچ‌یک از این دو مورد نام یک «طبقه کلان» تشخیصی نیستند.**گزینه ۲ (هذیانی و سایر اختلالات مرتبط):** چنین طبقه یا فصلی در ساختار رسمی DSM-۵ وجود خارجی ندارد. این یک گزینه کاملاً ساختگی است که توسط طراح برای گمراه کردن داوطلبانی تعبیه شده است که به دنبال تطابق عینی نام اختلال با نام طبقه می‌گردند.

نکات تکمیلی: در گذار از DSM-IV به DSM-۵، مفهوم «طیف» (Spectrum) برای اسکیزوفرنی و اختلالات مرتبط معرفی شد. این رویکرد ابعادی نشان می‌دهد که سایکوز یک وضعیت صفر و یک نیست، بلکه یک پیوستار بالینی است. در این پیوستار، اختلال شخصیت اسکیزوتایپال در خفیف‌ترین سر طیف قرار دارد (که البته در فصل اختلالات شخصیت نیز طبقه‌بندی و کدگذاری می‌شود)، سپس اختلالات هذیانی و سایکوتیک گذرا قرار می‌گیرند و در نهایت به اسکیزوفرنی کلاسیک و اسکیزوافکتیو در شدیدترین نقطه طیف ختم می‌شود.

کادر جمع‌بندی: پیوستار زمانی اختلالات در طبقه طیف اسکیزوفرنی

نام اختلال در طیف سایکوتیک	طول مدت زمان بروز علائم	ویژگی افتراقی کلیدی
سایکوتیک گذرا	حداقل یک روز تا حداکثر یک ماه	بازگشت کامل به سطح عملکرد پیش‌مرضی
شبه‌اسکیزوفرنی (اسکیزوفرنی‌فرم)	حداقل یک ماه تا کمتر از شش ماه	علائم مشابه اسکیزوفرنی اما با دوره کوتاه‌تر
اسکیزوفرنی	حداقل شش ماه (یا بیشتر)	نقص پایدار در عملکرد اجتماعی و شغلی
اختلال هذیانی	حداقل یک ماه	وجود هذیان بدون سایر علائم بارز اسکیزوفرنی

راه حل تستی تله طراح در این سؤال استفاده از نام خود اختلال در یک دسته ساختگی (گزینه ۲) و استفاده از نام اختلالاتِ هم‌رده به جای نام طبقات (گزینه‌های ۱ و ۴) است. **میان‌بر تستی:** در ساختار DSM-۵، هیچ‌گاه نام یک اختلال جزئی مانند «هذیانی» به عنوان نام یک طبقه کلان استفاده نمی‌شود. اختلالات سایکوتیک همگی زیر پرچم «طیف اسکیزوفرنی و سایر

اختلالات سایکوتیک» جمع شده‌اند. با دانستن نام سرفصل‌های اصلی کتاب DSM-۵، گزینه‌های ۱ و ۴ (که نام اختلال هستند) و گزینه ۲ (که جعلی است) در کمتر از ۱۰ ثانیه رد شده و گزینه ۳ انتخاب می‌شود.

۴۰. گزینه ۲)

موضوع سوال این سؤال به مبحث طبقه‌بندی و نشانه‌شناسی «اختلال اضطراب اجتماعی» (Social Anxiety Disorder) و تعیین شدت و گستردگی علائم آن می‌پردازد. هدف سؤال، سنجش توانایی داوطلب در تمایز قائل شدن میان اضطراب اجتماعی محدود (عملکردی) و نوع شدید و گسترده آن است که بخش عمده‌ای از کارکردهای بین‌فردی بیمار را فلج می‌کند. صورت سؤال دقیقاً به ویژگی‌های نوع «فراگیر» این اختلال اشاره دارد.

پاسخ تشریحی در متون کلاسیک آسیب‌شناسی روانی و نسخه‌های پیشین راهنمای تشخیصی (مانند DSM-IV-TR)، اختلال اضطراب اجتماعی (فوبیای اجتماعی) دارای یک مشخص‌کننده (Specifier) به نام «فراگیر» (Generalized) بود. این مشخص‌کننده زمانی به کار می‌رفت که ترس و اجتناب فرد به **«اکثر تعاملات اجتماعی»** (مانند شروع گفت‌وگو، شرکت در مهمانی‌ها، صحبت با غریبه‌ها و تعامل با مظاهر قدرت) تعمیم یافته بود. افراد مبتلا به «اضطراب اجتماعی فراگیر»، برخلاف کسانی که فقط ترس از سخنرانی دارند، معمولاً دارای **نقص جدی در مهارت‌های اجتماعی** هستند، کیفیت زندگی آن‌ها به شدت افت می‌کند و بالاترین میزان همایندی مرضی (Comorbidity) را با **علائم افسردگی** و اختلال شخصیت اجتنابی نشان می‌دهند. توصیف ارائه‌شده در صورت سؤال، کلمه‌به‌کلمه منطبق بر پروفایل بالینی «اضطراب اجتماعی فراگیر» است.

بررسی سایر گزینه ها: گزینه ۱ (اجتماعی عملکردی): در نوع عملکردی (Performance type)، ترس فرد صرفاً محدود به عملکردهای در حضور جمع (مانند سخنرانی کردن، اجرای موسیقی یا غذا خوردن در جمع) است. این افراد معمولاً در تعاملات اجتماعی روزمره و گفت‌وگوهای دونفره مشکلی ندارند و مهارت‌های اجتماعی آن‌ها نسبتاً سالم است؛ بنابراین با توصیف «ترس از اکثر تعاملات» در تضاد است.**گزینه ۳ (فراگیر)**: اختلال اضطراب فراگیر (GAD) ماهیتی کاملاً متفاوت دارد. در GAD، نگرانی فرد معطوف به طیف وسیعی از رویدادهای روزمره (مثل وضعیت مالی، سلامتی اعضای خانواده و حوادث آینده) است، نه لزوماً ترس از ارزیابی منفی در «تعاملات اجتماعی».**گزینه ۴ (جدایی)**: در اختلال اضطراب جدایی، هسته مرکزی ترس، جدا شدن از چهره‌های دلبستگی (مانند والدین یا همسر) یا آسیب رسیدن به آن‌هاست، و ارتباطی با ترس از تعاملات اجتماعی و ارزیابی شدن توسط غریبه‌ها ندارد.

نکات تکمیلی: (تغییرات DSM-۵) نکته بسیار مهم و ظریف بالینی این است که در نسخه جدید یعنی DSM-۵، مشخص‌کننده «فراگیر» (Generalized) برای اضطراب اجتماعی **حذف شده است**. در عوض، مشخص‌کننده «فقط عملکردی» (Performance only) اضافه شده است. استدلال طراحان DSM-۵ این بود که اضطراب اجتماعی ماهیتاً اختلالی فراگیر است، مگر اینکه صراحتاً فقط به موقعیت‌های عملکردی محدود باشد. با این حال، در متون درسی و بالینی روان‌شناسی مرضی، همچنان اصطلاح «اضطراب اجتماعی فراگیر» برای توصیف بیمارانی که در اکثر حوزه‌های ارتباطی فلج شده‌اند و نقص مهارت دارند، به وفور استفاده می‌شود و طراح سؤال نیز بر همین ادبیات بالینی تکیه کرده است.

راه حل تستی: طراح در صورت سؤال، دو کلیدواژه طلایی قرار داده است: ۱) «اکثر تعاملات» و ۲) «اجتماعی». ترکیب این دو کلمه، ذهن داوطلب را مستقیماً به سمت گستردگی علائم (فراگیر بودن) در بستر روابط بین‌فردی (اجتماعی) هدایت می‌کند. گزینه ۳ (فراگیر) تله‌ای برای کسانی است که کلمه «اجتماعی» را نادیده می‌گیرند و فقط به کلمه اکثر و شدید توجه می‌کنند. گزینه ۱ (عملکردی) نیز با کلمه «اکثر تعاملات» متناقض است (زیرا عملکردی یعنی محدود به یک شرایط خاص). بنابراین، با یک تطبیق واژگانی ساده، «اجتماعی فراگیر» (گزینه ۲) بی‌درنگ به‌عنوان پاسخ قطعی انتخاب می‌شود.

۴۱. گزینه ۳)

موضوع سوال این سؤال به ارزیابی دقیق ملاک‌های تشخیصی «اختلال سازگاری» (Adjustment Disorder) بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-۵) می‌پردازد. هدف طراح، سنجش توانایی داوطلب در شناسایی گزاره‌ای است که با ماهیت و شدتِ عامل استرس‌زا در این اختلال در تضاد است. گزینه صحیح (گزینه ۳) گزاره‌ای است که شرط نادرستی را برای ماهیت استرس در این اختلال بیان می‌کند.

پاسخ تشریحی در اختلال سازگاری، فرد واکنش ناسازگارانه‌ای به یک عامل استرس‌زای روانی-اجتماعی قابل‌شناسایی (مانند طلاق، از دست دادن شغل، ورشکستگی مالی، یا حتی رفتن به دانشگاه) نشان می‌دهد. نکته کلیدی و وجه افتراق بنیادین اختلال سازگاری با اختلالاتی نظیر استرس پس از سانحه (PTSD) در «شدت عامل استرس‌زا» است. در اختلال سازگاری، محرک استرس‌زا می‌تواند در هر سطحی از شدت (خفیف، متوسط یا شدید) باشد و **لزوماً نباید از نوع محرک‌های شدید، فاجعه‌بار یا تهدیدکننده حیات باشد**. این در حالی است که گزینه ۳ به اشتباه ادعا می‌کند محرک باید حتماً از نوع شدید باشد؛ بنابراین این گزاره از نظر علمی نادرست بوده و پاسخ صحیحِ سؤالِ منفی است.

بررسی سایر گزینه ها: گزینه ۱ (نشانه‌ها بیانگر داغ‌دیدگی عادی نیستند): این گزاره کاملاً درست است. طبق ملاک D اختلال سازگاری در DSM-۵، نشانه‌ها نباید صرفاً بازتابی از سوگ و داغ‌دیدگی طبیعی (Normal Bereavement) باشند.**گزینه ۲ (بعد از خاتمه عامل استرس‌زا، نشانه‌ها بیش از ۶ ماه تداوم نمی‌یابد):** این گزاره نیز از نظر علمی صحیح است (ملاک E در DSM-۵). اختلال سازگاری ماهیتاً یک اختلال موقت و واکنشی است. اگر عامل استرس‌زا (مثلاً یک بحران مالی) برطرف شود، علائم نباید بیشتر از ۶ ماه دیگر ادامه یابند؛ در غیر این صورت، تشخیص باید به اختلالات دیگری (مانند افسردگی اساسی یا اضطراب فراگیر) تغییر کند.**گزینه ۴ (بروز نشانه‌ها ظرف سه ماه از شروع عامل استرس‌زا):** این گزاره دقیقاً ترجمه ملاک A اختلال سازگاری است. واکنش هیجانی یا رفتاری فرد به رویداد استرس‌زا باید در یک پنجره زمانی سه‌ماهه پس از وقوع آن رویداد آغاز شود.

نکات تکمیلی: اختلال سازگاری در طیف اختلالات مرتبط با سانحه و استرس (Trauma- and Stressor-Related Disorders) قرار دارد و اغلب به عنوان یک «تشخیص باقیمانده» (Residual Diagnosis) در نظر گرفته می‌شود. یعنی زمانی که فرد در اثر یک استرس دچار مشکل شده اما شدت علائمش در حد برآورده کردن ملاک‌های کامل اختلالات دیگری چون افسردگی اساسی نیست، این تشخیص مطرح می‌گردد.

کادر جمع‌بندی: مقایسه تشخیصی اختلالات مرتبط با استرس

ویژگی بالینی	اختلال سازگاری (Adjustment)	اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)
شدت عامل استرس‌زا	هر شدتی (عادی تا شدید، مثل اخراج از کار)	منحصراً شدید و فاجعه‌بار (تهدید جانی، تجاوز)
زمان شروع علائم	ظرف ۳ ماه از شروع استرس	متغیر (می‌تواند بلافاصله یا با تأخیر ماه‌ها و سال‌ها باشد)
تداوم علائم پس از رفع استرس	حداکثر تا ۶ ماه	می‌تواند سال‌ها یا مادام‌العمر ادامه یابد

راه حل تستی: در طبقه‌بندی DSM-۵، کلیدواژه‌های «استرس‌زای شدید»، «تهدیدکننده حیات» و «سانحه فاجعه‌بار» همواره متعلق به ملاک A در اختلالات PTSD و استرس حاد (ASD) هستند. با دانستن همین تفاوت بنیادین، نیازی به حفظ کردن اعداد و ماه‌های سایر گزینه‌ها نیست؛ گزینه ۳ که شدت استرس را به عنوان شرط مطرح کرده، بلافاصله به‌عنوان گزاره‌ای غلط (و پاسخ صحیح تست) شناسایی می‌شود.

۴۲. گزینه ۱)

موضوع سوال این سؤال به مبحث «سبب‌شناسی» (Etiology) در اختلالات خلقی، و به‌طور خاص اختلال افسردگی مداوم (Persistent Depressive Disorder / Dysthymia) می‌پردازد. هدف ارزیابی آگاهی داوطلب از مبانی زیست‌شناختی (کالبدشناسی عصبی) و تفکیک آن از عوامل محیطی و ژنتیکی در ایجاد و تداوم این اختلال است. گزینه صحیح به درستی نقش ساختارهای مغزی مرتبط با تنظیم هیجان را در سبب‌شناسی این بیماری هدف قرار داده است.

پاسخ تشریحی در سبب‌شناسی اختلالات افسردگی (از جمله افسردگی اساسی و افسردگی مداوم)، مطالعات تصویربرداری عصبی (نظیر fMRI و PET) نشان داده‌اند که شبکه‌ای از نواحی مغزی در تنظیم خلق و پردازش هیجانی دچار بدکارکردی ساختاری یا متابولیک می‌شوند. سه ساختار بسیار کلیدی در این زمینه عبارتند از: الف) **قشر پیش‌پیشانی (Prefrontal Cortex)**: مسئول عملکردهای اجرایی و تنظیم شناختی هیجان است که در بیماران افسرده معمولاً دچار کاهش فعالیت (کاهش متابولیسم) می‌شود. ب) **آمیگدال (Amygdala)**: مرکز پردازش ترس و هیجانات منفی است که در اختلالات خلقی و اضطرابی اغلب بیش‌فعال می‌گردد. ج) **هیپوکامپ (Hippocampus)**: مرکز حافظه و یادگیری است که به دلیل ترشح مزمن کورتیزول (هورمون استرس) در افسردگی‌های مزمن (مانند افسردگی مداوم) دچار کاهش حجم و آتروفی می‌شود. بنابراین، گزاره مطرح‌شده در گزینه ۱ کاملاً با یافته‌های نوروبیولوژیکِ قطعی در سبب‌شناسی افسردگی تطابق دارد.

بررسی سایر گزینه ها: گزینه ۲ (علت ژنتیکی مشخصی تأیید شده است): اختلالات خلقی دارای توارث‌پذیری (استعداد ژنتیکی) هستند، اما ماهیتی «پلی‌ژنیک» (چندژنی) و پیچیده دارند. تاکنون هیچ «**علت ژنتیکی مشخص و واحدی**» (مانند یک ژن منفرد که عامل قطعی بیماری باشد) برای افسردگی مداوم کشف و تأیید نشده است. ژن‌ها صرفاً استعداد ابتلا را ایجاد می‌کنند، نه علت قطعی را.**گزینه‌های ۳ و ۴ (مرگ والدین / جدایی والدین به عنوان مهم‌ترین عامل محیطی):** اگرچه تجارب ناگوار کودکی (ACEs) نظیر از دست دادن والدین یا طلاق و جدایی، از عوامل خطر (Risk Factors) مهم در ابتلا به افسردگی هستند، اما در متون علمی روان‌پزشکی هیچ‌یک از این موارد به تنهایی به عنوان «**مهم‌ترین**» عامل محیطی به شکل مطلق برای تمامی بیماران معرفی نشده‌اند. سبب‌شناسی افسردگی مبتنی بر مدل زیستی-روانی-اجتماعی است و استفاده از کلمه «مهم‌ترین» برای یک رویداد خاص، از نظر علمی نادرست است.

نکات تکمیلی: در DSM-۵، «اختلال افسردگی مداوم» (PDD) از ادغام دو تشخیص قدیمی‌تر یعنی «اختلال دیس‌تایمیک» (افسرده‌خویی) و «اختلال افسردگی اساسی مزمن» ایجاد شده است. شرط اصلی این تشخیص، تداوم خلق افسرده در بیشتر روزها و در بیشتر ساعات روز برای **حداقل ۲ سال** (در کودکان و نوجوانان ۱ سال) است. طولانی بودن این استرس روانی، محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA Axis) را فرسوده کرده و مستقیماً به ساختار هیپوکامپ مغز آسیب می‌رساند.

کادر جمع‌بندی: مدل سبب‌شناسی زیستی-روانی-اجتماعی افسردگی مداوم

بعد سبب‌شناسی	عوامل دخیل و مکانیزم‌ها	میزان قطعیت علمی
زیست‌شناختی (مغز)	بدکارکردی قشر پیش‌پیشانی، آمیگدال و کاهش حجم هیپوکامپ / نقص انتقال‌دهنده‌ها (سروتونین)	تأییدشده توسط تصویربرداری عصبی
ژنتیکی	استعداد و آمادگی چندژنی (پلی‌ژنیک)	ژن واحد و مشخصی وجود ندارد
محیطی / روانی	تروماهای کودکی، فقدان (مرگ/جدایی)، استرس مزمن	به عنوان عوامل خطرِ تعاملی مطرح‌اند، نه علت قطعی منفرد

راه حل تستی: در سؤالات مربوط به «سبب‌شناسی» (Etiology) اختلالات روانی پیچیده مانند افسردگی، اسکیزوفرنی یا اضطراب، گزینه‌هایی که از کلمات مطلق‌گرایانه مانند «**علت مشخص**»، «**مهم‌ترین**» یا «**تنها دلیل**» استفاده می‌کنند، در ۹۹ درصد موارد تله طراح بوده و از نظر علمی نادرست هستند (رد گزینه‌های ۲، ۳ و ۴). اختلالات روانی همواره ماهیت «چندعاملی» (Multifactorial) دارند؛ بنابراین گزینه‌ای که با رویکردی محتاطانه و علمی به «درگیری برخی نواحی مغزی» اشاره می‌کند، مطمئن‌ترین و صحیح‌ترین گزینه است.

۴۳. گزینه ۱)

موضوع سوال این سؤال به مبحث طبقه‌بندی انواع «ناتوانی‌های یادگیری» (Learning Disabilities) و همچنین «ملاک‌های خروج» (Exclusion Criteria) در تشخیص این اختلالات می‌پردازد. هدف ارزیابی درک داوطلب از تفاوت بنیادین میان ناتوانی

یادگیری (که در آن هوش فرد طبیعی است) و ناتوانی ذهنی یا عقلانی است. گزینه صحیح (ذهنی) موردی است کـه نـه تنهـا جـزو ناتوانی‌های یادگیری نیست، بلکه وجود آن باعث رد تشخیص ناتوانی یادگیری می‌شود.

پاسخ تشریحی در تعاریف مرجع آموزش و پرورش استثنایی (از جمله تعریف ساموئل کرک و قانون IDEA) و همچنین راهنمای تشخیصی -DSM۵، «ناتوانی یا اختلال یادگیری خاص» وضعیتی است که در آن کودک علی‌رغم برخـورداری از **هوش طبیعـی و بهنجار**، در یک یا چند فرایند پایه روان‌شناختی یا مهارت‌های تحصیلی دچار نقص جـدی اسـت. یکـی از مهم‌تـرین شـروط بـرای تشخیص ناتوانی یادگیری این است که افت عملکرد کودک نباید ناشی از «کم‌توانی ذهنی» (عقب‌مانـدگی ذهنـی / Intellectual Disability) باشد. بنابراین، پسوند «ذهنی» به یک اختلال عصبی‌رشدی کاملاً مجزا (با هوشبهر زیر ۷۰) اشاره دارد و به هیچ وجه زیرمجموعه یا نوعی از ناتوانی یادگیری طبقه‌بندی نمی‌شود.

رمزگشایی از مکاتب، شخصیت‌ها و مفاهیمطبقه‌بندی ناتوانی‌های یادگیری (رویکرد کرک و همکاران): در متون کلاسیک کودکان استثنایی، ناتوانی‌های یادگیری به دو دسته کلان تقسیم می‌شوند: الف) **ناتوانی‌های یادگیری تحولی (رشدیافته):** شامل نقص در مهارت‌های پیش‌نیاز مانند توجه، حافظه، مهارت‌های ادراکـی-حرکتـی، زبـانی و مهارت‌هـای اجتمـاعی. ب) **ناتوانی‌هـای یادگیری تحصیلی:** شامل اختلال در خواندن (دیسلکسیا)، نوشتن (دیسگرافیا) و ریاضیات (دیسکلکولیا).

بررسی سایر گزینه ها: گزینه ۲ (تحصیلی): همان‌طور که اشاره شد، شناخته‌شده‌ترین و رایج‌ترین شکل ناتوانی یـادگیری اسـت (نظیر اختلال خواندن یا ریاضی) و مستقیماً جزو این طبقه محسوب می‌شود.**گزینـه ۳ (اجتمـاعی):** در طبقه‌بنـدی‌های تحـولی، ناتوانی در مهارت‌های اجتمـاعی (Social Skills Deficits) یکـی از انـواع ناتوانی‌هـای یـادگیری محسـوب می‌شـود. همچنـین سندرمی به نام «ناتوانی یادگیری غیرکلامی» (NVLD) وجود دارد که هسته مرکزی آن نقص در پردازش نشـانه‌های اجتمـاعی و ارتباطات غیرکلامی است.**گزینه ۴ (ادراکی – حرکتی):** این مورد نیز یکی از زیرشاخه‌های اصلی ناتوانی‌های یادگیری تحولی است که در آن کودک علی‌رغم هوش طبیعی، در هماهنگی چشم و دست، ادراک دیداری-فضایی یـا مهارت‌هـای حرکتـی ظریـف بـرای یادگیری مشکل دارد.

نکات تکمیلی: در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اخـتلالات روانـی (-DSM۵)، اصـطلاح جـامع «اخـتلال یـادگیری خاص» (Specific Learning Disorder - SLD) جایگزین نام‌های قبلی شده است. واژه «خاص» در این نام‌گذاری دقیقـاً بـه همین معناست که این اختلال به یک حوزه مشخص (مثلاً فقط خواندن) محدود است و ناشی از یـک افـت شـناختیِ «عمـومی» و فراگیر (یعنی کم‌توانی ذهنی) نیست.

کادر جمع‌بندی: تفاوت بنیادین ناتوانی یادگیری و کم‌توانی ذهنی

ویژگی بالینی	ناتوانی یادگیری (Learning Disability)	کم‌توانی ذهنی (Intellectual Disability)
سطح هوشبهر (IQ)	طبیعی یا بالاتر از طبیعی (معمولاً بالای ۸۵)	زیر ۷۰ (نقص بارز در کارکردهای هوشی)
گستردگی نقص	خاص و محدود (مثلاً فقط در دیکته یا ریاضی)	عمومی و فراگیر (در تمام حوزه‌های شناختی و انطباقی)
ارتباط دو تشخیص	ملاک خروج یکدیگرند (نمی‌توان اختلال خواندن را به دلیل کم‌توانی ذهنی تشخیص داد)	-

راه حل تستی: در روان‌شناسی کودکان استثنایی، دو مفهوم «ناتوانی یادگیری» و «کم‌توانی ذهنی» دقیقاً در دو کفـه متضـاد یـک ترازو قرار دارند. شرط اول و اصلی برای اینکه بگوییم کودکی ناتوانی یادگیری دارد این است که ثابت کنـیم او «عقب‌مانـده ذهنـی»

نیست! با دانستن همین قاعده طلایی، دیدن کلمه «ذهنی» در کنار انواع ناتوانی یادگیری یک تناقض علمی آشکار است و داوطلب بلافاصله گزینه ۱ را به عنوان مورد استثنا (محسوب نمی‌شود) انتخاب می‌کند.

۴۴. گزینه ۱)

موضوع سوال این سؤال به مبحث «سبب‌شناسی زیستی و ژنتیک» در حوزه کودکان استثنایی و همچنین اصول و ضرورت‌های «مشاوره ژنتیک» می‌پردازد. هدف طراح، ارزیابی دانش داوطلب درباره الگوهای توارث (به‌ویژه توارث غیرمندلی و میتوکندریایی) و درک صحیح از جایگاه و کاربرد مشاوره ژنتیک در پیشگیری از معلولیت‌هاست. گزینه صحیح به یک اصل قطعی در زیست‌شناسی و ژنتیک تولیدمثل اشاره دارد.

پاسخ تشریحی در ژنتیک انسانی، علاوه بر دی‌ان‌ای (DNA) موجود در هسته سلول، اندامک‌های انرژی‌ساز سلول یعنی «میتوکندری‌ها» نیز دارای DNA اختصاصی خود (mtDNA) هستند. در زمان لقاح، اسپرم (سلول جنسی نر) تنها هسته خود را وارد تخمک می‌کند و تقریباً تمام سیتوپلاسم و اندامک‌های درون آن (از جمله میتوکندری‌ها) توسط تخمک (سلول جنسی ماده) برای تشکیل سلول تخم (زیگوت) تأمین می‌شود. به همین دلیل، ژنوم میتوکندریایی و بیماری‌های مرتبط با جهش در آن، دارای الگوی «توارث مادری» (Maternal Inheritance) هستند؛ یعنی **مطلقاً و فقط از مادر به تمام فرزندان (چه دختر و چه پسر) به ارث می‌رسند** و پدرِ مبتلا، هرگز بیماری میتوکندریایی خود را به فرزندانش منتقل نمی‌کند. بنابراین، گزاره مطرح‌شده در گزینه ۱ از نظر علمی کاملاً دقیق و درست است.

بررسی سایر گزینه ها: گزینه ۲ (آزمایش خون جایگزین مشاوره ژنتیک است): این گزاره نادرست است. آزمایش خون صرفاً یک ابزار تشخیصی (پاراکلینیکی) است، در حالی که «مشاوره ژنتیک» یک فرایند جامعِ بالینی و روان‌شناختی است که شامل رسم شجره‌نامه، محاسبه میزان خطر، آموزش به خانواده و کمک به تصمیم‌گیری آگاهانه می‌شود. هیچ آزمایش پاراکلینیکی نمی‌تواند جایگزین فرایند تحلیلی و انسانیِ مشاوره شود.**گزینه ۳ (اختلالات ژنتیکی همیشه به دلیل ارث از والدین است):** استفاده از قید «همیشه» این گزاره را باطل می‌کند. بسیاری از اختلالات ژنتیکی (مانند بخش عمده‌ای از موارد سندرم داون، آکوندروپلازی یا جهش‌های نقطه‌ای) ناشی از **جهش‌های جدید (De novo mutations)** در سلول‌های جنسی (تخمک یا اسپرم) در زمان لقاح یا مراحل اولیه جنینی هستند و والدینِ کودکِ مبتلا، کاملاً سالم بوده و ناقل آن ژن معیوب نیستند.**گزینه ۴ (فقط در صورت سابقه خانوادگی، مشاوره ژنتیک ضروری است):** قید «فقط» در این گزینه نیز آن را نادرست می‌سازد. مشاوره ژنتیک در موارد متعددی فراتر از سابقه خانوادگی ضروری است؛ از جمله: ازدواج‌های خویشاوندی، سن بالای مادر (معمولاً بالای ۳۵ سال)، نتایج مشکوک در غربالگری‌های دوران بارداری، سابقه سقط مکرر و یا تماس مادر با مواد تراتوژن (آسیب‌زا) در دوران بارداری.

نکات تکمیلی: الگوهای توارث ژنتیکی به دو دسته کلان تقسیم می‌شوند: توارث مندلی (شامل اتوزومال غالب/مغلوب و وابسته به کروموزوم جنسی X) و توارث غیرمندلی. توارث میتوکندریایی برجسته‌ترین مثال توارث غیرمندلی است. بیماری‌هایی نظیر نوروپاتی بینایی ارثی لبر (LHON) و سندرم MELAS از جمله بیماری‌های شناخته‌شده میتوکندریایی هستند که به دلیل نقص در تولید انرژی سلولی، بیشترین آسیب را به بافت‌های پرمصرف مانند مغز، چشم و عضلات وارد می‌کنند و اغلب با ناتوانی‌های چندگانه در حوزه کودکان استثنایی همراهند.

کادر جمع‌بندی: مقایسه توارث مادری (میتوکندریایی) با توارث وابسته به X

ویژگی توارث	توارث میتوکندریایی (مادری)	توارث مغلوب وابسته به X (مندلی)
منشأ ژنتیکی	DNA درون میتوکندری (خارج از هسته)	کروموزوم جنسی X (درون هسته)
انتقال از مادر مبتلا	به **همه** فرزندان (پسر و دختر) منتقل می‌شود	پسران مبتلا می‌شوند، دختران ناقل (در مغلوب)
انتقال از پدر مبتلا	به **هیچ‌یک** از فرزندان منتقل **نمی‌شود**	کروموزوم X معیوب فقط به دختران منتقل می‌شود

راه حل تستی: در آزمون‌های استانداردی که با علوم زیستی و روان‌شناسی سروکار دارند، استفاده از قیدهای مطلق‌گرایانه و حصر مانند «**همیشه**» (در گزینه ۳) و «**فقط**» (در گزینه ۴) به عنوان یک پرچم قرمز عمل کرده و در ۹۵ درصد مواقع نشان‌دهنده گزاره‌ای نادرست است (زیرا در سیستم‌های زیستی همواره استثنا وجود دارد). با رد سریع گزینه‌های ۳ و ۴ با همین تکنیک، و دانستن این منطق ساده که یک مداخله انسانی و مشاوره‌ای (مشاوره ژنتیک) هرگز با یک مداخله صرفاً آزمایشگاهی (آزمایش خون در گزینه ۲) جایگزین نمی‌شود، داوطلب حتی بدون تسلط عمیق بر مبحث ژنوم میتوکندری، به‌راحتی گزینه ۱ را به‌عنوان تنها گزاره منطقی و علمی انتخاب می‌کند.

٤٥. گزینه ۳)

موضوع سوال این سؤال به مبحث سبب‌شناسی و «عوامل نگه‌دارنده و تشدیدکننده» (Maintaining and Aggravating Factors) در «اختلال سکوت انتخابی» (Selective Mutism) می‌پردازد. هدف ارزیابی توانایی داوطلب در تفکیک الگوهای ارتباطی و خانوادگیِ مزمنِ اضطراب‌زا از رویدادهای تروماتیک در تداوم این اختلال است. گزینه صحیح (ضربه جسمی یا هیجانی اولیه) عاملی است که جزو مکانیسم‌های تشدیدکننده و نگه‌دارنده این اختلال اضطرابی محسوب نمی‌شود.

پاسخ تشریحی بر اساس متون مرجع روان‌پزشکی کودکان (نظیر خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک)، اختلال سکوت انتخابی ریشه عمیقی در اضطراب اجتماعی و ویژگی‌های خلق‌وخوی بازداری‌شده دارد. در تداوم و تشدید این اختلال، «پویایی‌های خانوادگی» (Family Dynamics) و سبک‌های فرزندپروری نقش محوری ایفا می‌کنند. سبک‌های مادری که شامل وابستگی بیش‌ازحد، کنترل‌گری، انتقادگری یا محافظت افراطی باشند، به کودک پیام می‌دهند که محیط بیرون ناامن است و در نتیجه کودک برای کنترل این اضطراب به سکوت پناه می‌برد. در مقابل، «ضربه جسمی یا هیجانی اولیه» (تروما)، اگرچه ممکن است منجر به بروز ناگهانی سکوت (به عنوان یک واکنش استرس حاد یا اختلال استرس پس از سانحه) شود، اما عاملِ «تشدیدکننده و تداوم‌بخشِ» پویاییِ سکوت انتخابیِ کلاسیک به شمار نمی‌رود. سکوت ناشی از تروما معمولاً فراگیر است، در حالی که سکوت انتخابی ماهیتاً یک استراتژی انطباقیِ معیوب در برابر اضطرابِ موقعیتی است که توسط الگوهای رفتاریِ مزمنِ والدین تقویت می‌شود.

بررسی سایر گزینه ها: گزینه ۱ (محافظت افراطی مادر): محافظت بیش از حد (Overprotection) باعث می‌شود کودک فرصت رویارویی با موقعیت‌های اجتماعی و تمرین مهارت‌های ارتباطی را از دست بدهد. مادر با صحبت کردن به جای کودک، ناخواسته رفتار سکوت او را تقویت منفی می‌کند و اختلال تشدید می‌شود.**گزینه ۲ (مادر سخت‌گیر و انتقادگر):** سخت‌گیری و انتقاد مداوم، ترس از اشتباه کردن و ارزیابی منفی را در کودک به شدت بالا می‌برد (هسته اصلی اضطراب اجتماعی). کودک ترجیح می‌دهد برای در امان ماندن از انتقاد، اصلاً صحبت نکند.**گزینه ۴ (روابط صمیمی اما دوسوگرانه بین مادر و کودک):** این نوع رابطه که نشان‌دهنده دلبستگی ناایمن-دوسوگرا (Ambivalent Attachment) است، کودک را در یک تعارض دائمی بین وابستگی شدید و خشم/کنترل‌گری قرار می‌دهد. کودک در این الگو از سکوت به عنوان ابزاری منفعلانه-پرخاشگرانه برای کنترل مادر و محیط استفاده می‌کند که موجب تثبیت اختلال می‌شود.

نکات تکمیلی: در گذار به DSM-۵، اختلال سکوت انتخابی از طبقه اختلالات دوران کودکی خارج شد و به درستی در طبقه «اختلالات اضطرابی» (Anxiety Disorders) جای گرفت. این تغییر طبقه‌بندی نشان می‌دهد که جامعه علمی به این اجماع رسیده است که سکوت انتخابی صرفاً یک لجبازی یا پیامد تروما نیست، بلکه تظاهری از یک اضطراب اجتماعی شدید است که در موقعیت‌های خاص (مانند مدرسه) کودک را فلج می‌کند و نیازمند مداخلات شناختی-رفتاری (CBT) و آموزش والدین است.

راه حل تستی: در سؤالاتی که به دنبال عامل «استثنا» هستند، یافتن ناهماهنگی در جنس گزینه‌ها کلید حل مسئله است. در این سؤال، گزینه‌های ۱، ۲ و ۴ همگی به «سبک‌های ارتباطی و فرزندپروری مادر» (عوامل مزمن و بین‌فردی) اشاره دارند. در مقابل، گزینه ۳ به یک «رویداد بیرونی و آسیب‌زا» (ترومای حاد) اشاره می‌کند. از نظر منطق طراحی تست، گزینه‌ای که جنس و ماهیت آن با سه گزینه دیگر کاملاً متفاوت است، به احتمال بیش از ۹۰ درصد همان پاسخ صحیح (مورد استثنا) است. این تکنیکِ «تجانس گزینه‌ها» به داوطلب کمک می‌کند تا بدون درگیری عمیق با مفاهیم بالینی، پاسخ را سریعاً شکار کند.

٤٦. گزینه ۳)

موضوع سوال این سؤال به مبحث «سبب‌شناسی زیستی و خلق‌وخویی» در اختلالات اضطرابی کودکان می‌پردازد. هدف طراح، سنجش دانش داوطلب درباره نظریه‌های زیست‌شناختی شخصیت (به‌ویژه نظریه جفری گری و جروم کاگان) و ارتباط پایه‌های

عصبی-زیستی با بروز اضطراب است. گزینه صحیح (سیستم بازداری رفتاری) هسته مرکزی و بیولوژیکِ استعداد ابتلا به اضطراب در دوران کودکی را معرفی می‌کند.

پاسخ تشریحی در روان‌شناسی مرضی و تحولی، «خلق‌وخو» (Temperament) به تفاوت‌های فردیِ ذاتی و زیست‌شناختی در واکنش‌پذیری و خودتنظیمی اشاره دارد. برجسته‌ترین و اثبات‌شده‌ترین عامل خلق‌وخویی در پیش‌بینی اختلالات اضطرابی کودکان، **«بازداری رفتاری» (Behavioral Inhibition)** است. جروم کاگان در مطالعات طولی خود نشان داد کودکانی که دارای خلق‌وخوی بازداری‌شده هستند، در مواجهه با افراد، اشیاء یا موقعیت‌های جدید و ناآشنا، واکنش‌های اجتنابی، گوشه‌گیری و برانگیختگی بالای خودمختار نشان می‌دهند. از منظر عصب‌زیست‌شناختی، این ویژگی با **سیستم بازداری رفتاری (BIS)** در نظریه شخصیت جفری گری (Jeffrey Gray) تطابق دارد. سیستم BIS نسبت به نشانه‌های تنبیه، عدم پاداش و محرک‌های جدید حساس است. فعالیت بیش از حد این سیستم باعث توقف رفتار، افزایش توجه به محیط (گوش‌به‌زنگی) و تجربه هیجان **اضطراب** می‌شود. از این رو، کودکان دارای سیستم بازداری رفتاریِ بیش‌فعال، مستعدترین گروه برای ابتلا به اختلالاتی نظیر اضطراب جدایی، اضطراب اجتماعی و فوبیاها هستند.

رمزگشایی از مکاتب، شخصیت‌ها و مفاهیم‌نظریه حساسیت به تقویت (RST) جفری گری: این نظریه، شخصیت و آسیب‌شناسی روانی را بر اساس سیستم‌های مغزی تبیین می‌کند. گری اضطراب را محصول سیستم BIS می‌داند که با ساختارهای مغزی سپتو-هیپوکامپال (Septo-hippocampal system) درگیر است و وظیفه آن حل تعارض میان گرایش و اجتناب است.**جروم کاگان (Jerome Kagan):** روان‌شناس رشد که مفهوم «بازداری رفتاری» را به عنوان یک صفت خلق‌وخویی پایدار از نوزادی تا بزرگسالی به شکل تجربی اثبات کرد.

بررسی سایر گزینه ها: گزینه ۱ (سیستم فعال‌سازی رفتاری / BAS): این سیستم (در نظریه گری) به نشانه‌های پاداش و رهایی از تنبیه حساس است و هیجان‌های مثبت، امید و تکانشگری را تولید می‌کند. بیش‌فعالی BAS با اختلالات برونی‌نمود (مانند ADHD، سلوک و سوءمصرف مواد) و شیدایی مرتبط است، نه اضطراب.**گزینه ۲ (سیستم جنگ و گریز / FFFS):** در نظریه تجدیدنظرشده گری، سیستم جنگ/گریز/انجماد (FFFS) مسئول واکنش به تهدیدهای «فوری و بی‌قیدوشرط» است و هیجان **ترس خالص و وحشت (Panic)** را تولید می‌کند. اما **اضطراب** (نگرانی و گوش‌به‌زنگی درباره تهدیدهای احتمالی آینده) منحصراً توسط سیستم بازداری رفتاری (BIS) مدیریت می‌شود.**گزینه ۴ (صفات کمال‌گرایانه):** کمال‌گرایی یک سازه شناختی و شخصیتی است که معمولاً در سنین بالاتر شکل می‌گیرد و هرچند با اختلالاتی مانند وسواس (OCD) مرتبط است، اما یک «ویژگی خلق‌وخویِ ذاتی و زیستی» (که در صورت سؤال خواسته شده و پایه اختلالات اضطرابی کودکی است) محسوب نمی‌شود.

نکات تکمیلی: در روان‌شناسی بالینی کودک، شناسایی زودهنگام نوزادان دارای «بازداری رفتاری» (مثلاً نوزادانی که در برابر یک اسباب‌بازی جدید به شدت گریه می‌کنند و دست‌وپای خود را جمع می‌کنند)، امکان مداخلات پیشگیرانه را فراهم می‌کند. آموزش به والدین برای پرهیز از «محافظت افراطی» (Overprotection) و تشویق کودک به مواجهه تدریجی با موقعیت‌های جدید، می‌تواند از تبدیل شدن این خلق‌وخو به یک اختلال اضطرابی بالینی در سنین مدرسه جلوگیری کند.

راه حل تستی: در صورت سؤال دو کلیدواژه طلایی وجود دارد: «خلق‌وخو» و «کودکان». واژه خلق‌وخو (Temperament) در روان‌شناسی منحصراً به پایه‌های سرشتی و زیستی اشاره دارد؛ بنابراین گزینه ۴ (صفات کمال‌گرایانه) که ماهیتی شناختی-اکتسابی دارد بلافاصله رد می‌شود. از سوی دیگر، هرگاه کلمات «اضطراب»، «کودکی» و «خلق‌وخو» در کنار هم قرار گیرند، مستقیماً و بدون هیچ واسطه‌ای باید به یاد مفهوم کلاسیک «بازداری رفتاری» (اثر کاگان) بیفتید. پیوند کلمات «اضطراب + بازداری» یک قانون ثابت در تست‌زنیِ روان‌شناسی مرضی است.

۴۷. گزینه ۳)

موضوع سوال این سؤال به مبحث سبب‌شناسی «اختلالات رفتار ایذایی، کنترل تکانه و سلوک» و نقش پویایی‌های خانواده در شکل‌گیری آن‌ها می‌پردازد. هدف طراح، ارزیابی دانش داوطلب در خصوص یکی از معتبرترین نظریه‌های خانواده‌محور، یعنی «نظریه چرخه اعمال فشار» (Coercion Theory) و پیامدهای رفتاری آن است. گزینه صحیح (جامعه‌ستیزانه) پیامد نهایی و مستقیم این چرخه معیوب ارتباطی در خانواده را معرفی می‌کند.

پاسخ تشریحی «نظریه اعمال فشار» (یا چرخه اجبار) توسط جرالد پترسون (Gerald Patterson) در دهه ۱۹۸۰ مطرح شد. این نظریه به زیبایی تبیین می‌کند که چگونه والدین و کودکان به صورت ناآگاهانه، یکدیگر را برای انجام رفتارهای پرخاشگرانه و **جامعه‌ستیزانه (Antisocial)** آموزش می‌دهند. در این چرخه، تعاملات روزمره خانواده به یک میدان نبرد تبدیل می‌شود. فرایند معمولاً این‌گونه آغاز می‌شود که والد درخواستی از کودک می‌کند (مثلاً خاموش کردن تلویزیون)؛ کودک با پرخاشگری، قشقرق یا نافرمانی واکنش نشان می‌دهد (اعمال فشار از سوی کودک). والد برای پایان دادن به این رفتار آزاردهنده، از خواسته خود کوتاه می‌آید. در اینجا، کودک به دلیل لغو شدن دستور والد، «تقویت منفی» می‌گیرد (یاد می‌گیرد که با پرخاشگری می‌تواند از زیر بار تکالیف شانه خالی کند) و والد نیز به دلیل قطع شدن صدای گریه کودک، موقتاً «تقویت منفی» دریافت می‌کند. تکرار این چرخه، رفتار نافرمانبردارانه را در کودک تثبیت کرده و در نهایت منجر به بروز اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه (ODD)، اختلال سلوک (CD) و در بزرگسالی رفتارهای **جامعه‌ستیزانه** می‌شود.

رمزگشایی از مکاتب، شخصیت‌ها و مفاهیمجرالد پترسون (Gerald Patterson): نظریه‌پرداز برجسته در حوزه روان‌شناسی رشد و بالینی کودک که مدل «یادگیری تعامل اجتماعی» (Social Interaction Learning Model) را پایه‌گذاری کرد. وی معتقد بود رفتارهای بزهکارانه و ضداجتماعی ریشه در الگوهای خرد و روزمره تعاملات اجباری در محیط خانه دارند.

بررسی سایر گزینه ها: گزینه ۱ (اجتنابی): رفتارهای اجتنابی معمولاً ریشه در اضطراب، خلق‌وخوی بازداری‌شده (که در سؤال قبل بررسی شد) یا سبک‌های فرزندپروریِ مبتنی بر محافظت افراطی و طردگری دارند، نه در چرخه‌های تقابلِ پرخاشگرانه و اعمال فشار.**گزینه‌های ۲ و ۴ (تأییدطلبانه / مهرطلبانه)**: این دو ویژگی شخصیتی معمولاً محصول دلبستگی‌های ناایمن (مانند دوسوگرا)، اضطراب اساسی (در نظریه کارن هورنای) یا توجه مثبت مشروط (در نظریه راجرز) هستند. کودکی که مهرطلب است، برای جلب محبت والدین از خواسته‌های خود می‌گذرد و مطیع می‌شود؛ این دقیقاً نقطه مقابل «نظریه اعمال فشار» است که در آن کودک برای فرار از خواسته‌های والدین به پرخاشگری و طغیان متوسل می‌شود.

نکات تکمیلی: درمان‌های مبتنی بر شواهد برای اختلالات سلوک، مستقیماً همین چرخه اعمال فشار را هدف قرار می‌دهند. رویکرد «آموزش مدیریت والدین» (PMT - Parent Management Training) که بر پایه کارهای پترسون بنا شده است، به والدین می‌آموزد که چگونه بدون ورود به چرخه بحث و قشقرق، از تقویت مثبت برای رفتارهای مطلوب و از پیامدهای منطقی (مانند محروم‌سازی یا Time-out) برای نافرمانی استفاده کنند تا چرخه اجبار شکسته شود.

کادر جمع‌بندی: مراحل چرخه اعمال فشار (Coercive Cycle)

مرحله	کنشگر	رفتار انجام‌شده	پیامد روان‌شناختی (مکانیزم یادگیری)
۱. تقاضا	والد	دستور دادن یا نهی کردن کودک	ایجاد محرک ناخوشایند برای کودک
۲. واکنش مقابله‌ای	کودک	قشقرق، فریاد، پرخاشگری و اعمال فشار	تلاش برای دفع محرک ناخوشایند
۳. تسلیم	والد	پس گرفتن دستور یا کوتاه آمدن	دریافت تقویت منفی (رهایی از قشقرقِ در لحظه)
۴. پیروزی مخرب	کودک	آرام شدن پس از لغو دستور	**دریافت تقویت منفی (تثبیت رفتار جامعه‌ستیزانه)**

راه حل تستی: در مواجهه با واژه «اعمال فشار» (Coercion)، کافی است به بار معنایی کلمات دقت کنید. اعمال فشار نیازمند تقابل، لجبازی، زورآزمایی و نادیده گرفتن حقوق دیگران است. گزینه‌های ۱ (اجتنابی)، ۲ (تأییدطلبانه) و ۴ (مهرطلبانه) همگی بیانگر رفتارهایی منفعلانه، وابسته یا توأم با عقب‌نشینی هستند که هیچ سنخیتی با «اعمال فشار» ندارند. تنها گزینه‌ای که بار

معنایی پرخاشگرانه، فعال و متجاوزانه دارد، گزینه ۳ (جامعه‌ستیزانه) است. با این تحلیل واژگانیِ ساده، داوطلب حتی بدون تسلط بر نظریه پترسون نیز می‌تواند پاسخ قطعی را استنباط کند.

۴۸. گزینه ۱)

موضوع سوال این سؤال به مبحث «سبب‌شناسی و انواع آسیب‌های شنوایی» در حوزه آموزش و پرورش کودکان استثنایی می‌پردازد. هدف طراح، سنجش دانش داوطلب در تفکیک انواع ناشنوایی (انتقالی در برابر حسی-عصبی) و آگاهی از پیش‌آگهی و قابلیت درمان پزشکی آن‌هاست. گزینه صحیح به درستی ماهیت موقتی و قابل درمانِ اختلالات مربوط به گوش میانی را هدف قرار داده است.

پاسخ تشریحی در آناتومی و فیزیولوژی شنوایی، دستگاه شنوایی به سه بخش گوش خارجی، گوش میانی و گوش داخلی تقسیم می‌شود. آسیب‌های شنوایی بر اساس محل درگیری به دو دسته کلان طبقه‌بندی می‌گردند: ناشنوایی انتقالی (Conductive) و ناشنوایی حسی-عصبی (Sensorineural). ناشنوایی‌های ناشی از **گوش میانی** (و همچنین گوش خارجی) از نوع **«ناشنوایی انتقالی»** محسوب می‌شوند. در این حالت، مکانیسم هدایت و انتقال مکانیکی امواج صوتی به دلیل عواملی چون تجمع مایع، عفونت گوش میانی (اوتیت مدیا)، پاره شدن پرده صماخ یا چسبندگی استخوانچه‌ها مختل می‌شود. از آنجا که در این نوع ناشنوایی، گیرنده‌های عصبی و حلزون گوش (در گوش داخلی) کاملاً سالم هستند، مشکل صرفاً یک مانع فیزیکی یا عفونی است. این موانع **غالباً از لحاظ پزشکی و جراحی کاملاً اصلاح‌پذیر هستند**؛ به عنوان مثال، عفونت با آنتی‌بیوتیک درمان می‌شود، مایع گوش با قرار دادن لوله تهویه (VT) تخلیه می‌گردد و پارگی پرده صماخ با جراحی (تیمپانوپلاستی) ترمیم می‌شود و شنوایی فرد به حالت طبیعی بازمی‌گردد.

رمزگشایی از مفاهیم تخصصیناشنوایی انتقالی (Conductive Hearing Loss): نقص در مسیر انتقال مکانیکی صوت از گوش خارجی و میانی به گوش داخلی. معمولاً با کاهش بلندی صدا همراه است اما وضوح کلمات (در صورت بلند بودن صدا) طبیعی است.**ناشنوایی حسی-عصبی (Sensorineural Hearing Loss):** آسیب به سلول‌های مویی حلزون گوش یا عصب شنوایی. در این حالت علاوه بر کاهش بلندی صدا، قابلیت تشخیص و وضوح گفتار نیز مختل می‌شود.

بررسی سایر گزینه ها: گزینه ۴ (اصلاح‌ناپذیرند): این گزاره دقیقاً توصیف‌کننده «ناشنوایی حسی-عصبی» (ناشی از گوش داخلی یا عصب هشتم مغزی) است. سلول‌های عصبی در صورت تخریب، قابلیت ترمیم و بازسازی ندارند، لذا آسیب‌های گوش داخلی از نظر دارویی و جراحی‌های معمول اصلاح‌ناپذیرند و فرد نیازمند استفاده از وسایل توان‌بخشی (مانند سمعک یا کاشت حلزون) است.**گزینه‌های ۲ و ۳ (تا حدی اصلاح می‌شوند / نمی‌توان پیش‌بینی کرد):** این گزینه‌ها با قطعیت بالای علم پزشکی مدرن در درمان بیماری‌های عفونی و مکانیکی گوش میانی در تضاد هستند. درمان عفونت‌ها و نقایص گوش میانی یکی از موفق‌ترین حوزه‌های گوش و حلق و بینی (ENT) است و پیش‌آگهی آن کاملاً روشن و قابل پیش‌بینی است.

نکات تکمیلی: در آموزش و پرورش کودکان استثنایی، تمایز این دو نوع ناشنوایی بسیار حیاتی است. کودکی که دچار ناشنوایی ناشی از گوش میانی (انتقالی) است، معمولاً افت شنوایی او از ۶۰ دسی‌بل تجاوز نمی‌کند و پس از مداخله پزشکی مشکل برطرف می‌شود؛ لذا نیازی به آموزش زبان اشاره یا جایگزینی در مدارس استثنایی ندارد. اما کودکی که ناشنوایی حسی-عصبی دارد، افت شنوایی عمیقی را تجربه می‌کند که نیازمند مداخلات ویژه آموزشی (مربی رابط، گفتاردرمانی و روش‌های ارتباطی خاص) است.

راه حل تستی: برای پاسخ ثانیه‌ای به سؤالات سیستم شنوایی، یک قانون ساده مکانیکی را به خاطر بسپارید: **«گوش بیرونی و میانی = مکانیکی = قابل تعمیر»** و **«گوش داخلی = عصبی = غیرقابل تعمیر»**. با همین فرمول‌بندی ذهنی، دیدن عبارت «گوش میانی» در صورت سؤال، مستقیماً ذهن را به سمت گزینه‌های قطعی درمان‌پذیر هدایت می‌کند و داوطلب بدون هیچ شکی گزینه ۱ (اصلاح‌پذیر هستند) را انتخاب می‌نماید.

۴۹. گزینه ۴)

موضوع سوال این سؤال به مبانی نظری و «قلمرو علمی» (Scope) علم روان‌شناسی مرضی (آسیب‌شناسی روانی یا Psychopathology) می‌پردازد. هدف ارزیابی درک پایه‌ای داوطلب از ارکان تشکیل‌دهنده این علم است و می‌سنجد که آیا داوطلب تفاوت میان هسته مرکزی آسیب‌شناسی بالینی را با علوم هم‌جوار (مانند بهداشت عمومی و جامعه‌شناسی) می‌داند یا خیر. گزینه صحیح جامع‌ترین و دقیق‌ترین اضلاع این رشته علمی را معرفی می‌کند.

پاسخ تشریحی روان‌شناسی مرضی یا آسیب‌شناسی روانی، شاخه‌ای از روان‌شناسی است که به مطالعه علمی رفتار نابهنجار و اختلالات روانی می‌پردازد. این علم برای شناخت دقیق یک اختلال، بر سه رکن یا گستره بنیادین استوار است: الف) **نشانه‌شناسی (Symptomatology / Phenomenology)**: مطالعه تجربی و بالینی علائم، نشانه‌ها و تجربیات ذهنی بیمار برای تشخیص دقیق. (پاسخ به سؤال «اختلال چیست و چه تظاهراتی دارد؟») ب) **علت‌شناسی (Etiology)**: بررسی ریشه‌ها و عوامل به‌وجودآورنده اختلال اعم از ژنتیکی، عصبی، شناختی و محیطی. (پاسخ به سؤال «چرا این اختلال ایجاد شده است؟») ج) **پدیدآیی مرضی یا سیر تحول (Pathogenesis)**: بررسی فرایند و مکانیسمی که از طریق آن علت‌های اولیه به نشانه‌های بالینی تبدیل می‌شوند و همچنین مطالعه نحوه پیشرفت و تحول بیماری در طول زمان. (پاسخ به سؤال «اختلال چگونه در طول زمان شکل گرفته و تحول می‌یابد؟») قرارگیری این سه رکن در کنار هم (گزینه ۴)، کامل‌ترین تصویر از رسالت و گستره روان‌شناسی مرضی را ارائه می‌دهد.

رمزگشایی از مکاتب، شخصیت‌ها و مفاهیم‌پدیدآیی مرضی (Pathogenesis): این مفهوم که ریشه در مدل‌های پزشکی دارد، در روان‌شناسی به معنای بررسی مسیر رشدی (Developmental Pathway) یک اختلال است. رویکرد «آسیب‌شناسی روانی تحولی» (Developmental Psychopathology) که امروزه بسیار برجسته است، تأکید ویژه‌ای بر همین سیر تحول دارد و بررسی می‌کند که چگونه انحراف از مسیر رشد طبیعی منجر به بروز نشانه‌های مرضی می‌گردد.

بررسی سایر گزینه‌ها: گزینه‌های ۱، ۲ و ۳: در این گزینه‌ها مفاهیمی مانند «همه‌گیرشناسی» (Epidemiology)، «شیوع‌شناسی» (Prevalence) و «جامعه‌شناسی» (Sociology) گنجانده شده‌اند.

- **همه‌گیرشناسی و شیوع‌شناسی:** این موارد زیرشاخه‌های آمار زیستی و بهداشت عمومی (Public Health) هستند که به توزیع و فراوانی بیماری‌ها در جمعیت‌ها می‌پردازند. اگرچه اطلاعات آن‌ها برای روان‌شناسی مرضی مفید است، اما جزو «گستره و هسته نظری» خودِ این علم محسوب نمی‌شوند.
- **جامعه‌شناسی:** یک دیسیپلین و علم کاملاً مستقل است که ساختارهای کلان اجتماعی را بررسی می‌کند. هرچند روان‌شناسی مرضی از عوامل اجتماعی در بخش «علت‌شناسی» استفاده می‌کند، اما جامعه‌شناسی به هیچ‌وجه زیرمجموعه یا گستره روان‌شناسی مرضی نیست.

نکات تکمیلی: درک گستره روان‌شناسی مرضی برای تدوین طرح درمان (Treatment Plan) ضروری است. درمانگر ابتدا از طریق «نشانه‌شناسی» به تشخیص می‌رسد (مثلاً بر اساس DSM-۵)، سپس با بررسی «علت‌شناسی» مدل تبیینی بیمار را می‌سازد (فرمول‌بندی مورد) و در نهایت با درک «پدیدآیی مرضی»، نقاط طلایی برای مداخله و پیشگیری از عود را شناسایی می‌کند.

کادر جمع‌بندی: ارکان روان‌شناسی مرضی در برابر علوم وابسته

حوزه علمی / رکن	تمرکز اصلی	جایگاه نسبت به آسیب‌شناسی روانی
نشانه‌شناسی	شناسایی علائم و ملاک‌های تشخیصی (چیستی)	**هسته مرکزی و پایه (درون‌رشته‌ای)**
علت‌شناسی	ریشه‌یابی عوامل زیستی-روانی-اجتماعی (چرایی)	**هسته مرکزی و پایه (درون‌رشته‌ای)**
پدیدآیی مرضی	درک مسیر شکل‌گیری و تحول بیماری (چگونگی)	**هسته مرکزی و پایه (درون‌رشته‌ای)**
همه‌گیرشناسی	توزیع و فراوانی آماری بیماری در جمعیت	علم هم‌جوار / یاری‌رسان (برون‌رشته‌ای)

راه حل تستی: در مواجهه با سؤالاتی که «قلمرو» یا «گستره» یک رشته تخصصی بالینی را می‌پرسند، باید به دنبال مفاهیم درون‌فردی و بالینی باشید. واژگانی نظیر «جامعه‌شناسی» یا «همه‌گیرشناسی» مفاهیمی جمعیتی، کلان و مربوط به علوم دیگر هستند. با رؤیت این کلمات نامتجانس با فضای بالینی در گزینه‌های ۱، ۲ و ۳، این گزینه‌ها در چند ثانیه خط می‌خورند و گزینه ۴ به عنوان مجموعه‌ای از ارکان کاملاً بالینی و تخصصی باقی می‌ماند.

۵۰. گزینه ۳)

موضوع سوال این سؤال به مبحث پایه‌ای «سنجش و ارزیابی روانی» و مفهوم کلیدی «قضاوت بالینی» (Clinical Judgment) در حوزه روان‌شناسی مرضی و بالینی می‌پردازد. هدف طراح، ارزیابی درک داوطلب از ماهیت، رسالت و غایتِ تصمیم‌گیری‌های روان‌شناختی برای یک مراجعِ منحصربه‌فرد است. گزینه صحیح (قضاوت بالینی) دقیق‌ترین اصطلاح علمی برای توصیف این فرایند یکپارچه‌ساز است.

پاسخ تشریحی در متون مرجع روان‌شناسی مرضی و سنجش روانی، **«قضاوت بالینی»** به فرایند پیچیده و سطح بالایی اطلاق می‌شود که در آن درمانگر (روان‌شناس یا روان‌پزشک) داده‌های متنوع و گاه متناقضِ به‌دست‌آمده از مصاحبه‌ها، مشاهدات، تاریخچه زندگی و آزمون‌های روانی را در ذهن خود ترکیب و تفسیر می‌کند. از آنجا که روان‌شناسی بالینی بر رویکرد «فردنگر» (Idiographic) استوار است، هدف غایی این فرایند، اعمال فرمول‌های کلی بر روی توده‌ها نیست؛ بلکه هدف اصلی و کلی آن، ارتقا و **افزایش کیفیت، اعتبار و صحت تصمیم‌های تشخیصی و درمانیِ متخصصان برای «یک فرد خاص»** (مراجع) است. این قضاوت به درمانگر کمک می‌کند تا درک کاملی از پدیدآیی مرضیِ آن فردِ ویژه به دست آورد و مناسب‌ترین مداخله را انتخاب کند.

رمزگشایی از مکاتب، شخصیت‌ها و مفاهیمقضاوت بالینی (Clinical Judgment): فرایندی شناختی و استنتاجی است که متکی بر دانش نظری، تجربه عملی و شهودِ آموزش‌دیده درمانگر است. این اصطلاح در روان‌شناسی همواره در نقطه مقابل «قضاوت آماری یا مکانیکی» (Actuarial Judgment) قرار می‌گیرد که در آن تصمیم‌گیری صرفاً بر اساس فرمول‌های ریاضی و داده‌های هنجاری گروهی انجام می‌شود.

بررسی سایر گزینه ها: گزینه‌های ۱ و ۴ (پایانی / چند بعدی): این عبارات در کتب مرجع روان‌شناسی مرضی به عنوان اصطلاحات استاندارد و تثبیت‌شده برای توصیف یک «نوعِ خاص از قضاوت تشخیصی» شناخته نمی‌شوند. هرچند قضاوت بالینی نیازمند نگاه چندبعدی است و به یک تصمیم پایانی ختم می‌شود، اما خود این کلمات نامِ علمیِ این فرایند نیستند.**گزینه ۲ (تخصصی):** اصطلاح «قضاوت تخصصی» (Expert Judgment) یک واژه بسیار عام است که در تمام علوم (مانند مهندسی، حقوق، اقتصاد و مدیریت) کاربرد دارد. اما وقتی در صورت سؤال صراحتاً به کیفیت تصمیم‌گیری برای **«یک فرد خاص»** (انسانِ مراجع با ویژگی‌های روان‌شناختی) اشاره می‌شود، این مفهوم از حالتِ عامِ تخصصی خارج شده و منحصراً در قلمرو «قضاوت بالینی» قرار می‌گیرد.

نکات تکمیلی: یکی از مشهورترین مباحث تاریخ روان‌شناسی، مناظره‌ای است که توسط پل میل (Paul Meehl) در سال ۱۹۵۴ تحت عنوان «قضاوت بالینی در برابر پیش‌بینی آماری» مطرح شد. میل نشان داد که اگرچه قضاوت بالینی برای درک پیچیدگی‌های یک «فرد خاص» بی‌نظیر و ضروری است، اما در پیش‌بینی‌های عددیِ دقیق (مانند احتمال موفقیت تحصیلی یا بازگشت به جرم)، فرمول‌های آماری اغلب خطای کمتری دارند. با این حال، در فرایند تشخیص روان‌پزشکی و طرح‌ریزی درمان، هیچ فرمولی نمی‌تواند جایگزین یک قضاوت بالینیِ پخته و جامع‌نگر شود.

راه حل تستی: در سؤالات مربوط به سنجش و آسیب‌شناسی، کلیدواژه طلایی **«یک فرد خاص»** (Single Case / Specific Individual) همواره و بدون استثنا به مفاهیم **«بالینی» (Clinical)** و **«فردنگر» (Idiographic)** گره خورده است. واژگانِ گزینه‌های ۱، ۲ و ۴ فاقد بار معنایی اختصاصی در روان‌شناسیِ درمانِ فردی هستند. با دیدن پیوند ناگسستنیِ میان «ارزیابی یک انسان منحصربه‌فرد» و کلمه «بالینی»، گزینه ۳ بلافاصله و با اطمینان کامل به عنوان پاسخ صحیح انتخاب می‌شود.

درسنامه مروری روان‌شناسی مرضی و کودکان استثنایی

فصل اول: مبانی آسیب‌شناسی روانی و ارزیابی بالینی

۱. گستره و ارکان روان‌شناسی مرضی

روان‌شناسی مرضی (آسیب‌شناسی روانی) به عنوان یک علم پایه و بالینی، بر سه رکن بنیادین استوار است که مسیر شناخت تا درمان را ترسیم می‌کنند:

- **نشانه‌شناسی (Symptomatology)**: مطالعه تظاهرات، علائم و نشانه‌های بالینی بیماری (پاسخ به این‌که اختلال چیست).
- **علت‌شناسی (Etiology)**: ریشه‌یابی و کشف علل زیستی، روانی و اجتماعی زمینه‌ساز اختلال (پاسخ به چرایی بروز).
- **پدیدآیی مرضی / سیر تحول (Pathogenesis)**: بررسی مکانیزم و فرآیندی که طی آن علل زمینه‌ای به نشانه‌های بالینی تبدیل شده و بیماری در طول زمان شکل گرفته و تحول می‌یابد (پاسخ به چگونگی شکل‌گیری).

(نکته کنکوری: مفاهیمی نظیر شیوع‌شناسی و همه‌گیرشناسی، جزو علوم هم‌جوار (بهداشت عمومی) هستند و در هسته مرکزی روان‌شناسی مرضی قرار نمی‌گیرند).

۲. قضاوت بالینی (Clinical Judgment)

در ارزیابی روان‌شناختی، بالاترین سطح تصمیم‌گیری متعلق به «**قضاوت بالینی**» است.

- **تعریف و هدف:** ترکیب و تفسیر تحلیلیِ داده‌های متنوعِ سنجش (تست‌ها، مصاحبه، تاریخچه) توسط ذهن درمانگر با هدف افزایش کیفیت، اعتبار و صحت تصمیم‌ها برای «**یک فرد خاص**».
- **ویژگی بارز:** این رویکرد کاملاً **فردنگر (Idiographic)** است و در نقطه مقابل قضاوت آماری (مکانیکی و قاعده‌نگر) قرار می‌گیرد.

فصل دوم: اختلالات عصبی‌رشدی (Neurodevelopmental Disorders)

۱. اختلالات طیف اتیسم و آسپرگر: چالش‌های تشخیص افتراقی

اگرچه آسپرگر در DSM-۵ در طیف اتیسم ادغام شده، اما به دلیل ویژگی‌های خاص خود (نقص اجتماعی و رفتارهای تکراریِ بدون تأخیر هوشی و زبانی) تشخیص‌های افتراقی مهمی دارد:

- **رقیب‌های تشخیصی اصلی:**

۱. **اضطراب اجتماعی:** فرد منزوی است اما مهارت پایه (تئوری ذهن) را دارد و انزوا ناشی از ترس ارزیابی است.

۲. **وسواسی-اجباری (OCD):** رفتارهای تکراری دارد، اما این رفتارها برای او آزاردهنده‌اند (ناهم‌خوان با خود)، در حالی که در آسپرگر رفتارهای کلیشه‌ای لذت‌بخش‌اند (هم‌خوان با خود).

۳. **شخصیت اسکیزوئید:** فرد منزوی است و اصلاً میلی به ارتباط ندارد، اما فاقد رفتارهای کلیشه‌ای اتیستیک است.

- **مرز افتراق با شخصیت اجتنابی:** شخصیت اجتنابی رقیب اصلی آسپرگر نیست؛ زیرا فرد اجتنابی تشنه‌ی برقراری ارتباط است، مهارت‌های غیرکلامی را می‌فهمد، اما از ترس طرد شدن فرار می‌کند (تضاد بنیادین با نقص‌های عصبی‌رشدی).

۲. اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (ADHD) و تغییرات DSM-۵

به‌روزرسانی‌های DSM-۵ برای ADHD آن را به اختلالی برای تمام طول عمر تبدیل کرد. **تغییرات کلیدی عبارتند از:**

- انتقال به طبقه جدید «اختلالات عصبی‌رشدی».
- تغییر شرط سنی بروز علائم از «پیش از ۷ سالگی» به «**پیش از ۱۲ سالگی**».
- اضافه شدن ملاک‌های اختصاصی و کاهش آستانه تشخیصی برای **بزرگسالان و نوجوانان بالای ۱۷ سال** (نیاز به ۵ علامت به جای ۶).
- تغییر نام «زیرگونه‌ها» (Subtypes) به «**تظاهرات بالینی**» (**Presentations**) (از جمله تظاهر بی‌توجهی، تظاهر بیش‌فعالی، و تظاهر ترکیبی). هسته «بی‌توجهی» هرگز حذف نشده است.
- مجاز شدن تشخیص هم‌زمان با اختلال طیف اتیسم (ASD).

۳. ناتوانی‌های یادگیری در برابر کم‌توانی ذهنی

- **اختلال یادگیری خاص (SLD)**: نقص در مهارت‌های تحصیلی (خواندن، نوشتن، ریاضی) یا فرآیندهای ادراکی-حرکتی در کودکی که **هوش او کاملاً طبیعی و بهنجار است**.
- **کم‌توانی ذهنی (Intellectual Disability)**: نقص فراگیر و عمومی در هوش (هوشبهر زیر ۷۰) و کارکردهای انطباقی.

(نکته کنکوری: این دو مفهوم دقیقاً ملاک خروج یکدیگرند؛ یعنی افت تحصیلیِ ناشی از «کم‌توانی ذهنی»، دیگر به عنوان «اختلال یادگیری» طبقه‌بندی نمی‌شود).

فصل سوم: اختلالات اضطرابی، استرس و پویایی‌های خانواده

۱. زیربنای زیستی اضطراب: بازداری رفتاری

ریشه و هسته زیست‌شناختی اختلالات اضطرابی کودکان (مانند اضطراب جدایی و فوبیای اجتماعی)، ویژگی خلق‌وخویِ **«بازداری رفتاری» (Behavioral Inhibition)** است که جروم کاگان آن را معرفی کرد.

- در نظریه جفری گری، این ویژگی با **سیستم بازداری رفتاری (BIS)** در مغز مطابقت دارد که به محرک‌های جدید و نشانه‌های تنبیه حساس است و با توقف رفتار و گوش‌به‌زنگی، هیجان **«اضطراب»** را تولید می‌کند.

(تمایز: سیستم جنگ و گریز (FFFS) مسئول تولید ترس حاد و پانیک است، نه اضطراب مزمن).

۲. اختلال اضطراب فراگیر (GAD) و کارکرد نگرانی

«نگرانی» (Worry) هسته مرکزی GAD است. بر اساس نظریه **اجتناب شناختی بورکووک**:

- نگرانی یک فرآیند فکری-کلامی است.
- **کارکرد اصلی آن «اجتناب» است؛** یعنی بیمار با درگیر شدن در افکار نگران‌کننده زبانی، از پردازشِ «تصاویر ذهنی به شدت ترس‌آور» و تجربه برانگیختگی شدید هیجانی/جسمانی فرار می‌کند (تقویت منفی).

۳. اختلال اضطراب اجتماعی (فوبیای اجتماعی)

این اختلال از نظر گستردگی به دو فرم بالینی تقسیم می‌شود:

- **نوع عملکردی:** ترس محدود به کارهایی در حضور جمع (مثل سخنرانی) است. فرد مهارت اجتماعی سالمی دارد. (در DSM-۵ به عنوان مشخص‌کننده Performance only ثبت می‌شود).
- **نوع فراگیر (Generalized)**: فرد از **اکثر تعاملات اجتماعی** می‌ترسد، دچار نقص جدی در مهارت‌های اجتماعی است و بالاترین میزان همایندی را با **علائم افسردگی** و شخصیت اجتنابی دارد.

۴. اختلال سکوت انتخابی (Selective Mutism)

سکوت انتخابی یک اختلال اضطرابی (نه لجبازی یا واکنش صرف به تروما) است.

- **عوامل تشدیدکننده (مزمن):** پویایی‌های معیوب مادر-کودک مانند محافظت افراطی مادر، انتقادگری و سخت‌گیری، و روابط صمیمی اما دوسوگرانه. این عوامل با تقویت منفی، سکوت کودک را تداوم می‌بخشند.
- **نقش تروما:** یک ضربه جسمی یا هیجانی حاد (تروما) معمولاً منجر به سکوت انتخابی کلاسیک نمی‌شود، بلکه اختلالات استرس‌محور ایجاد می‌کند.

۵. اختلالات استرس و سازگاری (Adjustment Disorder)

این اختلال زمانی رخ می‌دهد که فرد واکنشی ناسازگارانه به یک استرسور نشان دهد.

- **شدت استرس:** محرک استرس‌زا در اختلال سازگاری می‌تواند از **هر نوع و هر شدتی** (خفیف، متوسط، شدید؛ مانند طلاق یا اخراج) باشد و **لزوماً نباید یک ترومای شدید و تهدیدکننده حیات باشد** (وجه افتراق با PTSD).
- **پنجره زمانی:** علائم باید ظرف ۳ ماه پس از رویداد شروع شوند و در صورت رفع استرسور، نباید بیش از ۶ ماه ادامه یابند.

فصل چهارم: طیف اسکیزوفرنی و اختلالات خلقی

۱. طبقه‌بندی اختلال هذیانی در DSM-۵

در DSM-۵، اختلالاتی که با روان‌پریشی (سایکوز) همراهند در یک فصل کلانِ پیوستاری با عنوان **«طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک»** قرار گرفته‌اند.