

دنیای روانشناسی

نشریه علمی فرهنگی

• درمان‌های افسردگی اساسی از دیدگاه زیستی

• ظلمت آشکار

• درمان DBS برای اختلال افسردگی اساسی

• واکسن، آری یا نه؟

• از مغز تنبل تا ذهن متعصب

• تحلیل روانشناختی فیلم split



• طرحواره‌های ناسازگار، پیش‌گویان اتاق درمان

• طرحواره درمانی

• بررسی تطبیقی مبانی تربیتی کودکان از دیدگاه روسو و روند تعلیم و تربیت در نظام آموزش و پرورش ایران

فهرست

✓ دنیای روانشناسی از نگاه تئوریسین‌ها

(۱) بررسی تطبیقی مبانی تربیتی کودکان از دیدگاه ژان ژاک روسو و روند تعلیم و تربیت در نظام آموزش و پرورش ایران

۵ - ۱۲

✓ دنیای روانشناسی از نگاه پژوهشگران

(۱) نگاهی به درمان‌های اختلال افسردگی اساسی از دیدگاه زیستی در پژوهش‌های منتشر شده در سال‌های اخیر
(۲) DBS

۱۳ - ۲۱

✓ دنیای روانشناسی از نگاه درمانگران

(۱) طرحواره‌درمانی
(۲) طرحواره‌های ناسازگار، پیش‌گویان اتاق درمان

۲۲ - ۳۴

✓ دنیای روانشناسی از نگاه افراد غیرمتخصص

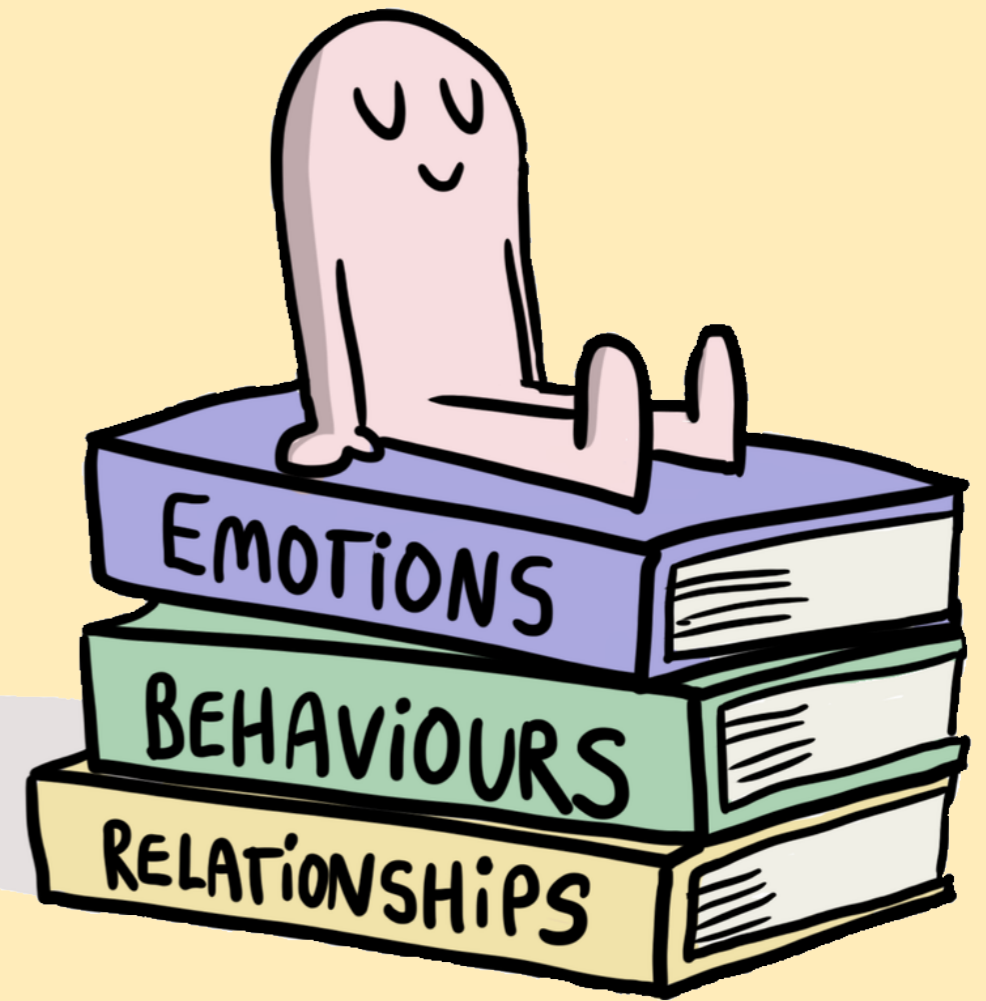
(۱) واکسن، آری یا نه؟
(۲) از مغز تنبل تا ذهن متعصب

۳۵ - ۴۲

✓ دنیای روانشناسی از نگاه فیلم‌بازها و کتاب‌بازها

(۱) تحلیل روانشناختی فیلم split
(۲) ظلمت آشکار، راوی یک ذهن رنج‌کشیده

۴۳ - ۵۱



صاحب امتیاز: انجمن علمی دانشجویی روانشناسی دانشگاه الزهراء(س)
تحت نظر: اداره کل امور فرهنگی دانشگاه الزهراء(س)
استاد مشاور انجمن علمی دانشجویی: افروز افشاری
مدیر مسئول: غزاله جوادی
سردبیر: عذرا عباس زاد
ویراستار: علی دستورانی
طراح و صفحه‌آرا: مریم صالح فخاری
کارشناس نشریه: زهرا صدری
چاپ و صحافی: چاپ‌خانه‌ی دانشگاه الزهراء(س)
نشانی: تهران، میدان ونک، ده ونک، دانشگاه الزهراء(س)
روابط عمومی: ۰۲۱۸۵۶۹۲۴۹۷



سخن سردبیر

«... بودن یا نبودن؟ مسئله این است! آیا شریف‌تر آن است که ضربات و لطمات روزگار نامساعد را متحمل شویم و یا آنکه سلاح نبرد به دست گرفته و با انبوه مشکلات بجنگیم تا آن ناگواری‌ها را از میان برداریم؟...»^۱

دوراهی هملت، دوراهی آشنایی برای انسان‌هاست. زمانی که می‌توانیم از زیر بار مسئولیتی شانه خالی کرده و با توجیهاتی از قبیل «دیگران از پیش بر می‌آیند» و یا «تنها زمانی می‌توانم آن را انجام دهم که ذهنم کاملا آسوده و دستم کاملا خالی باشد»، صورت مسئله را پاک کنیم؛ دقیقا در آن لحظات دشوار برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری، راهی دیگر به ذهن مان خطور می‌کند. اینکه همانند هملت، دلیر و اندکی دیوانه، وارد اقیانوس تاریک و عمیق آن مسئولیت شویم و حتی اگر شکست خوردیم، با وجدانی آسوده این نبرد را واگذار کنیم.

گله کردن از سختی‌ها، استرسورها و عوامل غیرقابل کنترل این مسیر (نوشتن نشریه)، نیازی به مقدمه‌چینی‌های ادبی ندارد؛ اما این تشبیه، همان اندک امیدی را که برای ادامه این راه نیاز داشتیم، در دلمان روشن نگه داشت. اکنون که در پایان نگارش این شماره از نشریه، به عقب نگاه می‌کنم، کماکان از نواقص کار ناراحت و دلگیرم ولی وقتی به عنوان اولین تجربه‌ی تمام دست‌اندرکاران، به محتوای علمی و منسجم و تلاش صادقانه‌ی دوستانم توجه می‌کنم، برای ادامه‌ی این مسیر و تلاش بیشتر، انگیزه می‌گیرم.

موضوعات این شماره از نشریه، همانند مسیر نگارش، ویرایش و صفحه‌آرایی، پرفراز و نشیب هستند. در بخش دنیای روانشناسی از نگاه تئوریکین‌ها، با مقایسه‌ی دو فلسفه‌ی تربیتی نام‌آشنا، به قله‌ی انتقاد، مقایسه و مطالبه‌گری از نظام آموزش و پرورش صعود می‌کنیم؛ اما با ورود به بخش دنیای روانشناسی از نگاه پژوهشگران، به ظلمات دره‌ی افسردگی سقوط می‌کنیم. پس از بررسی نشانگان و مبنای زیستی افسردگی اساسی، با درمان مسیر رهایی از این دره را می‌پیماییم. پس از پیمایش این پستی‌ها و بلندی‌ها، نوبت به دنیای درونی DBS انسان می‌رسد. دنیای روانشناسی از نگاه درمانگران، ما را به لایه‌های پنهان ذهن انسان و مخفی‌گاه طحاره‌ها می‌برد. جایی که پس از آشنایی با طحاره‌های اصلی و مراحل عمده‌ی طحاره درمانی، کانالی به قلب اختلالات شخصیت باز کرده و شریان‌های اتصال‌دهنده‌ی طحاره‌ها و این اختلالات را واکاوی می‌کند.

در دنیای روانشناسی از نگاه افراد غیرمتخصص، بستری برای پرداخت به دغدغه‌های کنونی جامعه بشری ایجاد کرده‌ایم. پس از طرح مقدمات مسئله‌ی واکنش‌ناهی و علل امتناع از واکنش‌ناهی شدن، با گریزی به سوگیری‌های شناختی، سازوکار خطرناک ذهن انسان را بررسی می‌کنیم. در نهایت دنیای روانشناسی از نگاه فیلم‌بازها و کتاب‌بازها، به بررسی جزئیات اختلال هویت تجزیه‌ای در قالب شخصیت «کوپین وندل کرامب» و همچنین اختلال افسردگی اساسی در قالب شخصیت «ویلیام استاین» پرداخته است.

اکنون، پس از چند ماه تلاش و تحمل فشار روانی حاصل از این مسئولیت مهم، از تمامی نویسندگان تازه‌نفس و خلاق، ویراستار و صفحه‌آرای باوجدان و تلاشگر و همچنین مدیر مسئول توانمند و پیگیر نشریه، تشکر می‌کنم و امیدوارم در شماره‌های بعدی، این همکاری را به شکل حرفه‌ای‌تر و همچنین با آسودگی خاطر بیشتر با یکدیگر داشته باشیم. امیدوارم حاصل زحمات چند ماهه‌ی این تیم، به جان مخاطبان عزیزمان بنشیند.

1 شکسپیر، ویلیام. هملت. ترجمه‌ی مسعود فرزاد. تهران: انتشارات علمی و فرهنگی، ۱۳۹۸.

عذرا عباس‌زاد، دانشجوی کارشناسی روانشناسی، ترم ۶



بررسی تطبیقی مبانی تربیتی کودکان از دیدگاه ژان ژاک روسو و روند تعلیم و تربیت در نظام آموزش و پرورش ایران

مقدمه

تحلیل، نقد و قضاوت با کمترین میزان سوگیری، مستلزم کشف و کسب شناخت صحیح از تعاریف موجود یک مقوله است؛ چرا که اساس شکل‌گیری هر نظریه و مسبب تمایز میان نظریات، تعریف تئوریکین‌ها از مقوله موردنظر است. بنابراین لازم است که مقصود خود از «تعلیم و تربیت» را به عنوان هدف نهاد «آموزش و پرورش» به عنوان یکی از چهار نهاد اساسی هر جامعه، یعنی خانواده، اقتصاد و سیاست مشخص کنیم.

وجود یک نظام آموزش و پرورش کارا و مترقی به عنوان یک عامل اصلی در ضمانت سعادت و ترقی اجتماعی فرد و یکی از مهم‌ترین ارکان توسعه و پیشرفت همه‌جانبه در هر کشور ضروری است. بنابراین این سیستم مترقی باید قادر باشد شرایط رشد مناسب ابعاد مختلف جسمانی، شناختی، هیجانی، اجتماعی، اخلاقی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی افراد هر جامعه را فراهم کند. آنچه عبارات «هر کشور» و «هر جامعه» به ما منتقل می‌کنند، ضرورت «بومی‌سازی تعلیم و تربیت» و عدم الزام کارا و تعمیم‌پذیر بودن شیوه‌های تعلیم و تربیت و حتی محتوای آن از یک جامعه به جامعه دیگر، یا در یک جامعه در طی زمان است؛ گرچه ممکن است اشتراکات و همپوشانی‌هایی وجود داشته باشد. در مقاله حاضر سعی شده است تا بر پایه دیدگاه و اندیشه ژان ژاک روسو در باب تعلیم و تربیت، مسئله نظام آموزش و پرورش ایران، بدون بومی‌سازی اصول مطرح از سوی او، طرح و مورد تحلیل واقع شود.

در نقد امری نظیر «نظام آموزش و پرورش»، وجود نگاهی سیستماتیک لازم و ضروری است؛ چرا که صحیح است از یک «نهاد» و «نظام» است و معلمان صرفاً بخشی از این ساز و کار هستند. در نتیجه نمی‌توان تنها آن‌ها را مورد هدف قرار داد. در نظریات مورد بررسی چنین نگاه سیستماتیکی وجود ندارد و تنها شاهد قشری یک‌دست به نام «مربیان» هستیم. در حالی که در مورد حداقل

جامعه امروزی ما چنین نیست. زمانی که ساز و کار یک سیستم به دلایل مختلف صحیح نباشد، پژوهش در حوزه روان‌شناسی تربیتی یا تلاش در راستای تعلیم معلمان و ارائه راهکارهای فردی و ... مثر و واقع نخواهد شد. گاه این نقد به تعریف سیستم از تعلیم و تربیت و اهداف آن وارد است و گاه به نهادهای اجرایی آن؛ ولی به نظر می‌رسد در مورد نظام آموزش و پرورش ایران، در وهله اول لازم است که مورد اول در رأس قرار گیرد. همچنین برای فراتر رفتن نقدها از سطح گفتمان، لازم است که زیرساخت‌های لازم از جمله فرهنگ‌سازی‌های مختلف در راستای ایجاد تغییر در نظام آموزش و پرورش فراهم شود. با مدنظر قرار دادن مواردی نظیر اینکه آیا این تغییر در سطح فرهنگ عمومی مورد پذیرش واقع می‌شود، جایگاه معلمان در سطح فرهنگ عمومی کجاست و انتظار افراد و به ویژه والدین از نظام آموزش و پرورش چیست؟

فارغ از این مسائل، پژوهش درباره رشد انسان - به عنوان حوزه‌ای میان‌رشته‌ای - تلاش نسبتاً جدیدی است و تا اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم تحقیقات درباره کودکان شروع نشده بود؛ اما گمانه‌زنی‌ها درباره اینکه چگونه افراد رشد و تغییر می‌کنند، قرن‌ها وجود داشته‌اند. هنگامی که این گمانه‌زنی‌ها با پژوهش ترکیب شدند، به ساختن نظریه‌های رشد الهام بخشیدند. در نتیجه تأثیر روان‌شناسی بر آموزش و پرورش - البته نه به شکل امروزی آن - به قرن‌ها پیش باز می‌گردد و می‌توان ردپای آن را در آثار مربیان بزرگی مانند لاک، مونتینی، پستانلوزی و ژان ژاک روسو یافت و نظریه‌های امروزی رشد انسان حاصل قرن‌ها تغییر در ارزش‌های فرهنگی غرب و تفکر فلسفی هستند. لاک و روسو به عنوان تئوریکین‌های نخستین در حوزه رشد، دو پیشگام بزرگ در روان‌شناسی کودک محسوب می‌شوند. لاک پدر محیط‌گرایی و تئوری یادگیری بود و وارثان او دانشمندانی چون پاولف و اسکینر هستند. در حالی که روسو سنت رشدی را در روان‌شناسی آغاز کرد و پیروان او را افرادی

نظیر گل، مونته سوری و پیازه تشکیل می‌دهند. هر دو فیلسوف، جان لاک و ژان ژاک روسو، به این سؤال می‌پردازند که چگونه به بهترین وجه کودکان را که هم آزادی و هم قدرت را دوست دارند، آموزش دهیم تا بزرگسالانی آزاد باشند که تنها تسلیم عقل می‌شوند. بررسی نظریه تربیتی روسو از این حیث اهمیت دارد که به حق به کشف کودک و اهمیت تعلیم و تربیت وی نائل آمده است و نظریات تربیتی او، جهان تعلیم و تربیت را دگرگون ساخته است. بررسی فلسفه جان لاک نیز به عنوان مقدمه نخستین تئوری یادگیری در حوزه روان‌شناسی و پیش‌درآمد دیدگاه قرن بیستم، یعنی رفتارگرایی لازم است؛ که به نظر می‌رسد در سطح کلی شباهت‌هایی با نظام آموزش و پرورش کنونی ایران دارد.

فلسفه محیط‌گرایی و نظریه یادگیری لاک چگونه در نظام آموزش و پرورش ایران عمل می‌کند؟

نخستین بیان روشن و مشروح از وضعیت محیط‌گرایی در سده هفدهم میلادی به وسیله فیلسوف انگلیسی و پدر «اصول تجربی» و تئوری یادگیری در روان‌شناسی، جان لاک به عمل آمد. نقطه آغاز تئوری او، رد اصل عقاید ذاتی توسط وی بود. لاک معتقد بود کودکان به طور ذاتی نه خوب و نه بد هستند؛ در واقع به طور ذاتی آنان هیچ چیز نیستند. به گفته لاک، ذهن کودک در ابتدا یک لوح نانوخته است و آنچه که بعدها ذهن به آن تبدیل می‌شود، تقریباً به طور کامل نتیجه یادگیری و تجربه است. به طور کلی فیلسوفان عصر روشنگری بر آرمان‌های شان و منزلت انسان تأکید می‌کردند و لاک نیز از این قاعده مستثنی نبود و تأثیر ارزش‌های آزادگرایانه و مردم‌گرایانه عصر روشنگری را به خوبی می‌توان در اندیشه‌های جان لاک دید: اگر همه کودکان در ابتدا ارگانیک‌های بدون محفوظات قبلی هستند، پس همه برابر زاده می‌شوند. در نتیجه اگر برخی افراد به هر طریق بهتر از دیگرانند، این ناشی از «شرایط مطلوب‌تر» است. پس دست کم در تئوری امکان دارد که همه مردم را به گونه‌ای آموزش داد که به عنوان افراد بزرگسال با یکدیگر برابر باشند. به نظر می‌رسد ریشه تمایل به یکسان سازی افراد از طریق ارائه شکلی از آموزش واحد که در مدارس ایران نیز شاهد آن هستیم، از این دیدگاه نشأت می‌گیرد. گرچه با تأکید افراطی وی بر نقش محیط، بخشی از حقیقت از جمله توانایی‌های شناختی افراد، تفاوت‌های فردی و... مورد غفلت واقع شده است؛ اما فلسفه او که

اساس نظریه یادگیری اوست، سبب پیشرفت‌های فراوانی در امر آموزش گردیده است.

لاک چهار اصل اساسی را به عنوان اصول یادگیری و نحوه تأثیر محیط بر کودک مطرح کرد که شامل اصول تداعی، تکرار، الگوبرداری و پاداش و تنبیه هستند و سبب پیشرفت‌های چشمگیری در امر آموزش شده‌اند؛ اما چنین برداشتی از ماهیت انسان و مکانیزم یادگیری او، بسیاری از جنبه‌های انسان را نادیده می‌گیرد و در نتیجه این ابعاد رشد نمی‌یابند. چه بسا حتی امکان بروز نمی‌یابند که فرد به وجود آن‌ها پی ببرد.

با این حال جالب است که لاک پذیرفته بود افراد مزاج‌ها و سرشت‌های خاص دارند، اما اذعان می‌کرد به طور کلی، محیط، ذهن افراد را شکل می‌دهد. وی می‌گفت کودکان ظرفیت‌های شناختی خاص خود را دارند؛ در نتیجه آنچه را که می‌توانیم به آنان بیاموزیم، محدود می‌کند و همچنین ابراز داشت که کودکان خلق‌وخوی ویژه سن خود را دارند؛ در نتیجه ابلهانه است که بکشیم حالات و تمایلات طبیعی آن‌ها را دگرگون کنیم. بنابراین به نظر می‌رسد لاک تصدیق می‌کند که کودکان فقط الواح نانوخته نیستند. ولی او توجه چندانی به ناهمگونی‌های موجود در عقاید خود نشان نمی‌داد و این ناهمگونی او را نگران نمی‌کرد.

اینطور که از منابع بر می‌آید، پیش فرض لاک از رشد، رشد اخلاقی است و هدف اصلی آموزش را «کنترل خود» در نظر می‌گیرد. نکته‌ای که در نظریه لاک مغفول مانده است، اصل چندبعدی و چندجهتی بودن رشد است. لوازم و مکانیزم هر یک از ابعاد رشد می‌توانند کاملاً متفاوت و یا در مورد هر یک از ابعاد، در سطوح متفاوتی از یک فرایند باشند. در نتیجه با توجه به ابعاد مختلف رشد و تعاریف افراد و جوامع از تربیت، فارغ از انطباق یا عدم انطباق آن با نیازهای حقیقی فرد و جامعه، هدف از تعلیم و تربیت و در نتیجه اصول و راهبردهای پیشنهادی آن می‌تواند متفاوت باشد.

در فلسفه لاک، کودکان در شکل دادن سرنوشت خود، که دیگران آن را روی لوح سفید حک می‌کنند، نقش منفعل و کمی دارند. در حالی که همه نظریه‌های امروزی، افراد در حال رشد را به صورت موجودات فعال و هدفمندی در نظر می‌گیرند که در رشد خود مشارکت قابل ملاحظه‌ای دارند؛ که در ادامه با تشریح نظریه روسو، به عنوان سرمنشاء این نظریه‌ها، مفاهیم مذکور روشن‌تر خواهند شد.

با این تفاسیر به نظر می‌رسد تکلیف بعد پرورشی نظام آموزش و پرورش ایران در همین جا مشخص می‌شود. معاونین آموزشی و پرورشی مدارس [به ویژه مدارس دولتی - با اغفال از ابعاد جسمانی، شناختی، هیجانی و اجتماعی رشد کودکان، به هر رفتار و شیوه‌ای جز تنبیه بدنی - که لاک نیز با آن مخالف بود] متوسل می‌شوند تا رشد اخلاقی را در کودکان تقویت کنند؛ بعضاً فارغ از اینکه این پاداش‌ها و به ویژه تنبیه‌ها چه تداعی‌های مطلوب یا نامطلوبی را نسبت به مدرسه، یادگیری، کتاب و... برقرار می‌کنند. تمجید، ستایش، عدم پذیرش، ابراز نارضایتی، تقیح و... اگر به عنوان پاداش و تنبیه ابراز می‌شوند، لازم است متناسب با نوع رفتار سر زده از کودک و تعریف رفتار مطلوب و رشد اخلاقی اعمال شوند. همچنین عدم دقت نظر کافی در نحوه به کار بردن پاداش و تنبیه و موقعیت زمانی و مکانی آن، ممکن است پیامدهای نامطلوب و نسبتاً پایداری را بر جای گذارد.

با وجود تمام انتقادات وارد بر لاک، او به عنوان یک روان‌شناس نیز بسی پیش‌تر از زمان خود بود. اصول او در مورد یادگیری، همه تبدیل به اساس انواع گوناگون تئوری‌های نوین‌تر یادگیری گردیده است. علاوه بر این، اندیشه‌های او در مورد آموزش نیز به آنچه در نظام آموزش و پرورش ایران، تا حدودی فارغ از اندیشه‌های حقیقی نیروی کار آن (معلمان)، بسیار نزدیک است. بیشتر آموزگاران در عمل، پاداش‌ها و تنبیه‌هایی همچون تحسین، دادن امتیاز و درجه و انتقاد را برای برانگیختن کودکان به یادگیری به کار می‌برند و از تأثیر الگوها و از نیاز به تکرار نیز باخبرند و از کاربرد تنبیه بدنی اکراه دارند. آن‌ها حتی در ناهمگونی فکری لاک نیز شریک هستند. گرچه بر این باورند که برای شکل و قالب دادن به کودک، کاربرد پاداش و تنبیه ضروری است؛ اما نیک می‌دانند که چنین تأثیرات اجتماعی دارای قدرت کامل نیستند. آنان نسبت به آمادگی کودک برای یادگیری چیزهای گوناگون حساس هستند و درک می‌کنند که کودکان زمانی که خودبه‌خود درباره موضوع خاصی کنجکاو هستند، بهتر از هر زمان دیگر می‌آموزند. با این وجود، همچون لاک، آنان هم آمادگی ندارند که به انگیزه ذاتی و درونی کودک برای اینکه خود چیزی بیاموزد، اتکا کنند. به ظاهر اینطور می‌نماید که آموزگاران گمان دارند این وظیفه آنان [یعنی افراد بزرگسال] است که به کودکان چیزهای درست را بیاموزند و این عقیده‌ای است که بسیار در میان بزرگسالان رایج است.

این عقیده‌ای است که بسیار در میان بزرگسالان رایج است.

ارمغان روسو و اصول تربیتی او برای نهاد آموزش و پرورش چیست؟

در بحث تعلیم و تربیت دو بخش روش و محتوا مدنظر هستند. به نظر می‌رسد در فلسفه آموزشی لاک بیش از آن که به محتوا پرداخته شود، روش تعلیم و تربیت مورد بررسی قرار گرفته است. در حالی که در مورد روسو، هر دو بخش روش و محتوا مورد تأکید اوست. نکته حائز اهمیت دیگر در خصوص تفاوت‌های عقیدتی لاک و روسو، تفاوت نگاه آن‌ها به فرایند رشد انسان است. برخلاف عقیده لاک، مبنی بر پیوستگی رشد انسان و تقلیل آن به رشد اخلاقی، روسو نگاه مرحله‌ای و چند بعدی نسبت به رشد دارد و رشد انسان را معطوف به رشد اخلاقی نمی‌داند. در نتیجه فلسفه روسو دو مفهوم بانفوذ را در بر دارد: (۱) مرحله، و (۲) رشد که به روند رشدی اشاره دارد که به صورت ارثی تعیین شده و به طور طبیعی شکوفا می‌شود. در نتیجه از روند واحد و یکپارچه‌ای تبعیت می‌کند؛ البته این به معنای نادیده گرفتن فردیت انسان‌ها و یکسان بودن آن‌ها نیست. همچنین در خصوص مفهوم رشد، دیدگاه روسو بیش از آنکه مبین نگاهی جبرگرایانه نسبت به ماهیت انسان باشد، وجود آزادی و اختیار را توجیه می‌کند.

روسو، فیلسوف فرانسوی و پدر روانشناسی رشدی، در کتاب قرارداد اجتماعی خود مطرح می‌کند: «طبیعت انسان را نیک خلق کرده، ولی جامعه او را شریر تربیت کرده است. طبیعت انسان را آزاد آفریده، ولی جامعه از او بنده ساخته است و طبیعت، انسان را خوشبخت بار آورده ولی جامعه او را بدبخت و بیچاره کرده است.» این پیش‌فرض، اساس استدلال‌های روسو در امر آموزش و پرورش را شکل می‌دهد. در نتیجه او بر خلاف لاک اعتقادی به قدرت‌های محیط، به ویژه محیط اجتماعی، برای شکل دادن یک فرد سالم را ندارد و به عقیده او بزرگسالانی که به خوبی اجتماعی شده‌اند، بیش از حد به عقاید دیگران وابسته هستند و فراموش کرده‌اند که چگونه با چشم خود ببینند و با ذهن خود بیاندیشند و تنها بر پایه آنچه جامعه از آن‌ها انتظار دارد، می‌بینند و می‌اندیشند. در قسمتی دیگر، روسو نظر خود را در باب آموزش‌های متداول این‌گونه بیان می‌کند: «علت عدم شناخت کافی بزرگسالان از دوران کودکی آن است که آن‌ها به میزان زیاد

می‌کند: «علت عدم شناخت کافی بزرگسالان از دوران کودکی آن است که آن‌ها به میزان زیاد و به طور انحصاری نگران آینده کودک هستند. در حقیقت در مورد آنچه کودک نیاز دارد بدانند تا هم‌رنگ و مناسب جامعه بزرگسال شود، توجه فراوان به خرج می‌دهند؛ به بیان دیگر، بر پایه این فرض لاک عمل می‌کنند: «آموزش در اصل یک فرایند اجتماعی شدن است. حتی بهترین نویسندگان، خود را وقف پاسخ به این پرسش کرده‌اند که انسان چه چیز را باید بداند؛ بی آنکه از خود بپرسند کودک قادر به آموختن چه چیز است. آنان همیشه به دنبال یک انسان بزرگسال در کودک هستند؛ بی توجه به این که پیش از تبدیل شدن به یک مرد، او چیست.»

روسو در نقد خود به لاک، عقیده خود را در باب آموزش بیان می‌کند و آن را به عنوان جایگزینی برای روش لاک ارائه می‌دهد: «به جای یورش برای آموختن اندیشه به روش‌های درست به کودکان، ما باید به آنان اجازه دهیم که ظرفیت‌های خاص خود را کامل کنند و به روش‌های خاص خود، آن‌گونه که طبیعت تمایل دارد، بیاموزند. بدین‌سان آنان خواهند آموخت که به نیروهای داوری و قضاوت خود اطمینان کنند.» در حقیقت پیشنهاد روسو به افراد این است که عظمت فکر و تکامل اخلاقی انسان تربیت شده در زندگی متمدن را محفوظ نگاه دارند و در عین حال خوش‌قلبی، آزادی و سعادت را که انسان به طور طبیعی دارا بوده است، به او مسترد کنند.

آموزش حقیقی بدون در نظر گرفتن مفهوم اساسی میل و انگیزه نمی‌تواند وجود داشته باشد. روسو در قرن هجدهم و نیز بسیاری از مریبان و روان‌شناسان در قرن بیستم عناصر اصلی یادگیری، یعنی انگیزه، علاقه و فعالیت فرد را مورد بررسی و مطالعه قرار داده‌اند. روسو علاوه بر امیل، در سایر آثار خود نیز به موضوع آموزش و پرورش پرداخته است؛ اما در کتاب امیل است که به طور اخص یک نظام آموزشی جدید را پایه‌ریزی می‌کند. او در کتاب امیل، خود را در نقش مربی پسری فرضی، به نام امیل قرار می‌دهد و سعی می‌کند تا امیل را مطابق طرح طبیعت برای رشد سالم هدایت کند. پیش از هر چیز روسو در این کتاب خاطر نشان می‌کند که تربیت نوعی هنر است و برای این کار، مربی به مهارت بسیار زیادی نیاز دارد و در نتیجه نقش و اهمیت آموزگار را در فرایند آموزش و پرورش یادآور

می‌شود. وی هدف خود از آموزش کودک را به این شکل مطرح می‌کند: «برای من تفاوتی نمی‌کند که برای شاگردم شغل لشکری، روحانی، قضایی و... در نظر بگیرند. طبیعت می‌گوید قبل از قبول حرفه‌ای که پدرت برای تو پیش بینی کرده، باید حرفه آدم بودن را بیاموزی...» برخی از اصولی که می‌توان از نظریه تربیتی وی استخراج کرد شامل روش تجربی، آموزش و پرورش تدریجی، حفظ استقلال و لذت بردن از کودکی به عنوان گامی به سوی آزادی هستند. این مراحل رشدی به ۴ مرحله تقسیم می‌شوند:

مرحله یک، دوره شیرخوارگی (تولد تا حدود ۲ سالگی) را شامل می‌شود و در نتیجه آموزش و پرورش کودک در این دوره، معطوف به نهاد خانواده است.

مرحله دو، دوره کودکی (حدود ۲ تا ۱۲ سالگی) را در بر می‌گیرد. آغاز این مرحله زمانی است که کودکان به استقلال نوینی دست می‌یابند و می‌توانند راه بروند، غذا بخورند و حرف بزنند. در حین این دوره، کودکان صاحب نوعی منطق می‌شوند که این منطق با رویدادهای دور و یا تجربه‌ها سر و کار ندارد؛ بلکه این منطقی شهودی است که به شکل مستقیم در ارتباط با حرکات بدنی و حواس می‌باشد. در این مرحله، روسو اهمیت حواس و علم تجربی را متذکر می‌شود و همچنین از اهمیت ورزش و سلامت بدنی سخن می‌گوید. او بر این باور است که رشد فکری و روحی کودک توأم با رشد بدنی او باید صورت بگیرد و به کودک فرصت بازی و لذت بردن از دوران کودکی داده شود؛ چرا که کودک از بازی با اشیای فیزیکی و آموختن از طبیعت لذت می‌برد.

از نظر روسو، احترام به انسانیت و کودکی یکی از جنبه‌های آزادی است. او معتقد است این اشتباه بزرگی است که درون کودک را با زنجیره‌ای از انواع مفاهیم انباشته کنیم تا در آینده برای او سعادت دروغینی را که احتمالاً هرگز از آن برخوردار نخواهد شد، تأمین نماییم و بدترین چیز این است که بهای کمال و فرزاندگی کودک، سعادت و نیک‌بختی او باشد. ماریا مونتسوری نیز معتقد است افزایش حجم دانش و شناخت کودک، منجر به نابودی انرژی‌های کودکانه می‌شود و این بر عهده مربی است که به کودک کمک کند تا از لذت و سرور زندگی خود آگاه شود. از نظر او هیچ چیز جز منافع عمومی نباید آزادی کودک

را محدود کند. در این باره روسو در ادامه می‌گوید: «هنگامی که کودک را آزاد می‌گذاریم، او فرصت خواهد داشت شخصیت خود را بروز دهد و ما فرصت خواهیم داشت که تمام شخصیت او را بهتر مشاهده کنیم.» به این ترتیب مربی که شاگرد خود را به خوبی می‌شناسد و می‌داند چه باید بکند، دچار اشتباه نخواهد شد، نسنجیده دست به عمل نخواهد زد و از هدف خود فاصله نخواهد گرفت. در حقیقت این امر به او فرصت می‌دهد که برنامه معنوی مناسب برای شاگرد خود را کشف کند؛ چرا که از نظر روسو، روح و ذهن همه افراد را نمی‌توان به یک شکل هدایت کرد.

یکی از اساسی‌ترین نقدهای وارد بر نظام آموزش و پرورش ایران، نادیده گرفتن و چه بسا سرکوب فردیت دانش‌آموزان است. در نظر گرفتن مسیر طولی واحد برای تمام دانش‌آموزان یک پایه و تعریف آزادی در چنین چارچوبی، مانع بروز فردیت دانش‌آموزان و در نتیجه مانع خودآگاهی آن‌ها و شناخت نقاط قوت و ضعف حقیقی آن‌ها از سوی خود و معلمان می‌شود. گرچه وجود چارچوب برای رشد تمامی ابعاد لازم است؛ اما نقد به نحوه تعریف سیستم برای رشد کودکان و فقدان یا کمبود پتانسیل‌هایی برای رشد استعدادها، علایق و گرایش‌های مختلف است. در نتیجه این مسئله، سبب برانگیختگی رقابت و بعضاً حسادت می‌شود و گاه می‌تواند به رشد هیجانی و اجتماعی کودکان آسیب وارد کند. بالاترین شدت این حالت‌ها را می‌توان در مدارس استعدادهای درخشان، برخی مدارس غیرانتفاعی و فرایند آماده شدن برای آزمون ورود به دانشگاه (کنکور) دید. نکته مهمی که روسو در این خصوص گوشزد می‌کند این است که به محض این که کودک شروع به تعقل و استدلال کرد، باید مواردی را که ممکن است خودش را با کودکان دیگر مقایسه کند، از ذهنش دور داشت. زیرا از این مقایسه غیر از خودپسندی و حسد چیزی عایدش نمی‌شود.

مرحله سوم، اواخر کودکی، حدود ۱۲ تا ۱۵ سالگی را شامل می‌شود. طبق نظریه روسو این دوره را می‌توان دوره‌ای انتقالی بین کودکی و بلوغ دانست؛ که در جریان آن، کودکان مقدار قابل توجهی نیروی جسمی پیدا می‌کنند. همچنین آن‌ها پیشرفت عمده‌ای در قلمروی شعوری و شناختی پیدا کرده و می‌توانند مسائل نسبتاً پیشرفته‌ای را در هندسه و علوم حل کنند. با این

همه آنان هنوز آماده اندیشیدن درباره مسائل کاملاً نظری و کلامی نیستند. روسو کودک را در این مرحله به انجام فعالیت‌هایی مانند نجاری، کشاورزی و نقشه خوانی تشویق می‌کند تا از طریق این کارهای ملموس، کارکردهای شناختی دانش آموز خود را پرورش دهد.

مهم‌ترین نظریه‌ای که روسو درباره آموزش و یادگیری، در رابطه با بخش محتوا مطرح کرده است، مربوط به مفاهیم انتزاعی است. در حقیقت معلمان با انباشته کردن ذهن کودک از این مفاهیم، به این واقعیت توجه ندارند که کودک آمادگی درک این مفاهیم را ندارد و این گامی به سوی آموزش و پرورش تدریجی و عدم تعجیل در آموزش محتوا با رشد کودک است. روسو نخستین ادراک انسان را ادراک حسی می‌داند؛ چرا که از نظر وی، نخستین ادراک انسان به وسیله حواس شکل می‌گیرد و معتقد است این ادراک حسی، پایه و اساس ادراک عقلی است و در این باره می‌نویسد که «جایگزین ساختن کتاب‌ها به جای تمام آن‌ها، به این معنا نیست که ما اندیشیدن را می‌آموزیم؛ بلکه به این معناست که از اندیشه دیگران استفاده می‌کنیم. در حقیقت می‌آموزیم بسیار باور داشته باشیم و هرگز چیزی ندانیم.» او معلمان بسیاری را مثال می‌زند که با تصور اینکه اندیشه‌ای برای آموزش به کودکان مناسب است، در عین حال بیست اندیشه دیگر را نیز که هیچ ارزشی ندارند، به آنان می‌آموزند؛ بی آنکه به اثر سوئی که در ذهن کودکان می‌گذارند توجه داشته باشند. روسو در ادامه می‌گوید آنچه باعث می‌شود معلمان بخواهند کودکان را در سن پایین تعلیم دهند، این است که کودکان در این سن به سادگی می‌آموزند؛ اما به این نکته توجه نمی‌کنند که این سهولت در آموختن در عین حال نشان‌دهنده آن است که آنان چیزی نمی‌آموزند. بنابراین هنگامی که در ذهن کودک واژگانی را که هیچ مفهومی برای او ندارند، می‌گنجانیم و آن‌ها را به عنوان نوعی دانش به کودک تحمیل می‌کنیم، او را آماده می‌سازیم که از سخن دیگران بیاموزد، بی آنکه خود از فایده آن آگاه باشد و به این ترتیب کودک را از قوه تمییز و استدلال محروم می‌سازیم. روسو پیوسته بر این امر تأکید می‌کند که باید مراحل طبیعی را رعایت کرد. یک دوره برای آموزش علوم مناسب است،

دوره‌ای دیگر برای آموزش مذهبی، و دوره‌ای دیگر برای آموزش اخلاقی. در نتیجه علاوه بر انطباق شیوه‌های تعلیم و تربیت با سن کودکان و انطباق سطح محتوای ارائه شده با توانایی‌های روان‌شناختی دانش‌آموزان در دوره‌های سنی مختلف، نوع محتوایی که برای تعلیم در نظر گرفته می‌شود، حائز اهمیت است.

نکته‌ای که روسو در این بخش خاطرنشان می‌کند، محتوا، تناسب محتوا با فرایند رشد و توانمندی‌های روان‌شناختی دانش‌آموز و هدفی است که محتوا بر اساس آن سازماندهی شده است. به راستی آنچه در مدارس ایران به دانش‌آموزان آموخته می‌شود، به منظور تأمین چه هدفی تأمین شده است؟ و تا چه میزان هدف موردنظر را فارغ از داوری ارزشی آن برآورده می‌سازد؟ بر فرض اگر حقیقتاً محتوای آموزشی ارائه شده کارا است، آیا دانش‌آموزان نیز کارایی آن را احساس می‌کنند و این اطلاعات برای آن‌ها ملموس است؟ یا به گونه‌ای ارائه می‌شوند که دانش‌آموزان کارایی آن را احساس کنند؟ و اگر اینطور نیست، چه کسی در مدارس ایران گوش شنوای دانش‌آموزان است؟ و بر فرض وجود گوش شنوا، آیا این به تنهایی کافی است؟ آنچه امروزه شاهد آن هستیم، نوعی درماندگی آموخته شده است که دانش‌آموزان و معلمان دچار آن هستند.

یکی دیگر از نکات بسیار مهمی که روسو در نظریه تربیتی خود مدنظر دارد، استفاده از «روش تجربی» در امر آموزش و پرورش است. روش تجربی بر اهمیت توجه به وقایع و تجربیات نسبت به کتاب‌ها و مکتوبات تأکید می‌ورزد. در حقیقت، روش آموزش و پرورش روسو، روش‌های جدید آموزش و پرورش فعالانه را به ذهن متبادر می‌کند که در نظر دارند از کودک تکنسینی بسازند که متکی بر مهارت خود باشد؛ روش‌هایی بر اساس این حقیقت که شناخت، تنها از راه تجربه و فعالیت خود تعلیم‌گیرنده به دست می‌آید. روش‌های عینی و ملموس مانع این می‌شوند که کودک هر چیزی را بدون درک کردن حفظ کند. اما این به معنی محدود کردن آموزش به یک رشته از اعمال و مشاهدات نیست.

بر پایه روش‌های نوین آموزشی، در راستای تأکید روسو بر این مسئله، آموزگار نباید در نقش فرستنده اطلاعات ظاهر شود و تعلیم را بیان کند و این به معنای حذف کامل او در فرایند تعلیم و

تربیت نیست. لازم است که مربی شرایط عینی و ملموس را سازماندهی کند و مسیر را به سمت یافتن تعلیم پیش ببرد؛ یا به تعبیر دیگر نباید به کودک آموزش دهد، بلکه باید او را هدایت کند و با توجه به اینکه ما با توانایی آموختن آماده می‌شویم، باید میل به آموختن را در کودک بیدار کند تا کودک خود آنچه را باید طلب کند. بنابراین برای آنکه مشاهده‌شونده به گزاره‌هایی منطقی تبدیل شود، از روش آزمون و خطای صرف فراتر رود و آنچه محسوس و قابل ادراک است مشاهده شود، آموزگار موظف است گفتمان‌هایی را شکل دهد که دارای آغاز (بیان نظامی از انتظارات و نظامی از فرضیه‌هایی که بتوان در علم و در خوانش مورد آزمایش قرار داد و...) و دارای پایان باشد (تفسیر مشاهده شونده‌ها، تصویب یا تحریف فرضیه‌ها، شفاف‌سازی دانشی تثبیت شده).

کلاس‌ها در مدارس ایران بیش از آنکه بر پایه فعالیت و پژوهش فردی باشند، طبق روش‌های سنتی، معلم محور هستند و معلم می‌کوشد مفاهیم نظری و انتزاعی را به نحوی (بعضاً با توسل به روش‌های عینی و عملی) به دانش‌آموزان انتقال دهد. با این حال به نظر می‌رسد روسو حتی با آموزش چنین محتوایی، هر چند با شیوه عینی و عملی موافق نیست. در حقیقت عینی بودن اصل محتوا نیز حائز اهمیت است. با این حال از بین دروس نظری که در مدارس ارائه می‌شود، درس علوم تجربی بیشترین پتانسیل را بابت تجربه و آزمایش کردن دارد. ضمن اینکه با توجه به نظریه روسو، لازم است معلمان بستری را فراهم کنند که دانش‌آموزان از طریق تجربه و آزمون و خطا، متوجه فردیت خود و تفاوت‌های فردی که با دیگران دارند، بشوند و در نتیجه فرصتی برای پرورش استعدادها و توانمندی‌های هر فرد وجود داشته باشد.

یکی از نکات دیگری که روسو در امر تعلیم و تربیت به آن اشاره می‌کند، حفظ استقلال از طریق اعطای آزادی به کودکان است. روسو خاطرنشان می‌سازد که با اعطای آزادی به کودکان، آنان می‌آموزند که خود آنچه در توانشان هست انجام دهند، بی آنکه از دیگران کمک بخواهند. در مورد چنین کودکی که به سوی استقلال گام برمی‌دارد و از هویت خود آگاهی می‌یابد، روسو بر «چگونگی» آموزش تأکید می‌کند. در حقیقت از نظر او در

باب امر استقلال، روش‌هایی که برای آموزش به کار می‌روند، نسبت به محتوای این آموزش‌ها از اهمیت بیشتری برخوردار هستند. وی مطرح می‌کند: «مقصود، تنها آموختن حقیقت به کودک نیست؛ بلکه مقصود این است که به کودکان نشان دهیم چگونه باید بود تا بتوان همواره به کشف حقیقت نائل آمد.» این تأکید بر «چگونگی» و ترجیح دادن روش آموزش بر محتوای آن، خود گواهی است بر اهمیتی که روسو برای مفهوم آزادی قائل است. بنابراین مربی باید بتواند به گونه‌ای رفتار کند که خواست و اراده او جایگزین خواست و اراده کودک نشود. در اینجا این نتیجه از نگاه روسو حاصل می‌شود که هر نوع آموزش و پرورش که بر اساس اصل قدرت و سلطه شکل گرفته باشد، به طوری که خواست و اراده کودک را منوط به خواست و اراده معلم نماید، مطرود است.

در مورد نظام آموزش و پرورش ایران می‌توان گفت استقلال امری است که نادیده و حتی سرکوب شده است. اصول تکرار، الگوپذیری، پاداش و تنبیه و... که در مدارس ایران به کار برده می‌شوند، با توجه به نحوه اجرا و عدم تناسب موقعیت کاربری آن‌ها، تقریباً در نقطه مقابل استقلال قرار می‌گیرند. به همین علت بعضاً در مدارس ایران شاهد مداخله فراتر از حد والدین و حتی معلمان نسبت به فعالیت‌های دانش‌آموزان هستیم.

مرحله چهارم رشدی که روسو در نظر می‌گیرد، مرحله **بلوغ** است. به عقیده روسو در این دوره است که دانش‌آموز دیگر کودک محسوب نمی‌شود و بلوغ با تغییراتی در خلق و خو و ظاهر جسمانی، فرا رسیدن خود را اعلام می‌کند. در این مرحله است که هیجانات از درون به بیرون می‌ریزند، تمایلات و شهوات خود را نشان می‌دهند و آگاهی از احساسات جنسی به طور مبهمی وجود دارد. در این نقطه، دیگر نوجوان خودکفا نیست و فرد نوبالغی است که به سوی دیگران جلب می‌شود و به آنان نیاز دارد. نوجوان از نظر شناختی نیز رشد می‌کند و با مفاهیم مجرد روبرو می‌شود و به مسائل تئوریک در علم و اخلاقیات و دین علاقه مند می‌شود. به عقیده روسو، تنها در این

مرحله است که دانش‌آموز موجودی اجتماعی می‌شود. روسو از دانش‌آموز خود، امیل، در این دوره این‌گونه یاد می‌کند: «در اطراف موضوع‌های مفید با او گفتگو می‌کنم، می‌کوشم راجع به مطالب مورد نظر او صحبت کنم، به نحوی که این مکالمات به همان اندازه که تعلیم دهنده است، مفرح و مشغول‌کننده هم باشد. حالا زمان خواندن کتاب‌های مطبوع است. دیگر وقت آن است که خطابه‌ها را برای او تجزیه و تحلیل کنم و تمام زیبایی‌های فصاحت و بلاغت را به او بچشانم...»

نظریه روسو حجت را بر نهاد آموزش و پرورش تمام نکرد!

در اولین برخورد و مقایسه خودآگاه و ناخودآگاه اصول تربیتی مطرح از سوی روسو با آنچه در نظام آموزش و پرورش ایران ارائه می‌شود، به نظر می‌رسد که نظریه تربیتی روسو ایده‌آل‌ترین حالت ممکن برای نهادهای آموزش و پرورش جوامع است و با وجود تحولاتی که در آموزش و پرورش عصر مدرن ایجاد کرده،



نگاهی به درمان‌های اختلال افسردگی اساسی از دیدگاه زیستی در پژوهش‌های منتشر شده در سال‌های اخیر



افسردگی از بیماری‌های شایع، جدی و پیچیده‌ای می‌باشد که موجب تأثیرات منفی در زندگی از جمله آسیب به عملکرد فردی، اجتماعی و شغلی می‌شود. در دهه‌های اخیر شاهد افزایش آمار ابتلا به این بیماری بوده‌ایم به طوری که بر طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۲۱ بالغ بر ۲۸۰ میلیون نفر مبتلا به افسردگی بوده و سالانه بیش از ۷۰ هزار نفر از مبتلایان خودکشی می‌کنند (۱ و ۲). با شروع همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ و ادامه یافتن آن، میزان شیوع افسردگی ۲۷/۶٪ افزایش یافته است (۳).

جهت کنترل و درمان افسردگی روش‌های فراوان و متعددی مؤثر شناخته شده‌اند. از میان درمان‌هایی با رویکرد روان‌شناسانه می‌توان به درمان‌های شناختی رفتاری، رفتاردرمانی و درمان‌های بین‌فردی اشاره کرد. همچنین از میان درمان‌هایی با منشأ زیستی نیز می‌توان دارودرمانی با اولویت داروهای مؤثر بر مسیرهای انتقال‌دهنده‌ی عصبی را ذکر کرد. این مقاله پس از توضیحات مختصر درباره‌ی بیماری افسردگی بر اساس نسخه‌ی پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-۵) به توضیح روش‌های درمانی این بیماری بر اساس آخرین پژوهش‌های منتشر شده می‌پردازد.

از نظر DSM-۵، اختلالات خلقی-که اختلالات افسردگی را نیز در بر می‌گیرند- به معنای ناراحتی‌ها و نابسامانی‌های عاطفی بوده که موجب ناراحتی فرد مبتلا و یا کاهش عملکرد روزانه فرد می‌شود. ویژگی اصلی متمایزکننده‌ی اختلالات افسردگی، تک‌قطبی بودن (به معنی عدم حضور اپیزودهای مانیا) می‌باشد. افسردگی عبارت است از یک دوره‌ی قابل توجه غم، روحیه‌ی بد و گوشه‌گیری از جمع. تمامی انسان‌ها در دوره‌ای از زندگی خود به عللی مثل از دست دادن عزیزان و یا شکست‌های عاطفی و شغلی افسردگی را تجربه کرده‌اند. در اکثر افراد این احساسات منفی طی چند هفته

کاهش یافته و ناپدید می‌شوند. این علائم و نشانه‌ها در برخی افراد تثبیت شده و همچنین موجب تأثیر بر عملکرد هیجانی، شناختی و فیزیکی فرد می‌شوند. چنین مواردی را می‌توان نشان از ابتلای فرد به اختلال افسردگی بالینی دانست. برای توضیح دادن اختلال افسردگی اساسی (major depressive disorder) در ابتدا می‌بایست اپیزود افسردگی اساسی را تعریف کنیم که به معنی حضور پنج نشانه یا بیشتر از نشانه‌های ذکر شده در پایین در طول یک دوره‌ی حداقل دو هفته‌ای بوده که بر عملکرد شغلی، اجتماعی و یا جنبه‌های مهم زندگی فرد تأثیر قابل توجه گذاشته باشد. برای این نشانه‌ها نباید علتی (مثل بیماری یا اعتیاد به ماده‌ی مخدر) یافت. همچنین حداقل یکی از این علائم می‌بایست شامل خلق افسرده و یا از دست دادن علاقه و لذت باشد.

۱- خلق افسرده در بخش عمده‌ی روز تقریباً برای هر روز، به تریبی که توسط گزارش خود فرد (مثلاً احساس می‌کند غمگین، پوچ یا ناامید است) یا مشاهده‌ی دیگران (مثلاً غمگین به نظر می‌رسد) به آن اشاره شود.

۲- کاهش شدید علاقه یا لذت در تمام، یا تقریباً تمام فعالیت در بخش عمده‌ی روز یا تقریباً هر روز.

نقدهای فراوانی از سوی متفکران بسیاری از جمله هانا آرنت به نظریه تربیتی او و تربیت مدرن وارد است و کاربرد نظریه در عمل به خودی خود و همچنین کاربرد آن در هر یک از جوامع، نیز از مواردی است که باید مورد توجه قرار گیرد. برخی از نقدهای وارد بر نظریه روسو شامل عدم تناسب برخی اصول با ویژگی‌های رشدی، گسست نسلی، تقلیل مفهومی، حذف سندیت، رشد ناقص، سیاست‌زدگی، عدم توجه به تفاوت‌های جنسیتی و... اشاره کرد. هدف از تشریح نظریه روسو بیش از آنکه در جهت ارائه راهکار در جهت ارتقای نظام آموزش و پرورش ایران باشد، به عنوان ابزاری در جهت طرح مسئله آنچه در مدارس ایران اتفاق می‌افتد، به کار گرفته شد و حقیقت واضح و آشکار بر همگان این است که راهی بسیار طولانی در راستای ارتقای نظام آموزش و پرورش ایران بر پایه نیازهای حقیقی آن در پیش داریم.

منابع

- روسو، ژان ژاک. (۱۷۶۲). امیل. ترجمه: غلامحسین زیرک زاده. (۱۴۰۰). (چاپ دهم). تهران: انتشارات ناهید کرین، ویلیام کریستوفر. (۱۹۸۵). پیشگامان روانشناسی رشد. ترجمه: فرید فدایی. (۱۳۶۷). (چاپ بیست و سوم). تهران: انتشارات اطلاعات
- برک، لورا. (۲۰۰۷). روانشناسی رشد (از لقاح تا کودکی) (جلد اول). ترجمه: یحیی سیدمحمدی. (۱۳۹۳). (چاپ بیست و ششم). تهران: انتشارات ارسباران
- دانایی، روشنک؛ صدرزاده اردبیلی، ماندانا. (۱۳۹۵). کاربرد نظریه تربیت منفی ژان ژاک روسو در روانشناسی جدید، فصلنامه پژوهش ادبیات معاصر جهان، دوره ۲۱، شماره ۲، ص ۲۴۴-۲۲۱.
- خضری اقدم، محمد؛ سجادی، سید مهدی؛ منوچهری، عباس. (۱۳۹۴). نقد تعلیم و تربیت مدرن با بازخوانی اندیشه‌های تربیتی هانا آرنت، پژوهش‌نامه مبانی تعلیم و تربیت، سال ۵، شماره ۲، ص ۲۲-۵.

گلاره مهدوی ثابت، دانشجوی
کارشناسی روانشناسی، ترم ۶



آرویس ویرابی، دانشجوی کارشناسی
روانشناسی، ترم ۶



۳- کاهش وزن قابل ملاحظه (در صورتی که رژیم گرفته نشده است) یا افزایش وزن (تغییر بیشتر از ۵ درصد وزن بدن در ماه) یا کاهش یا افزایش اشتها تقریباً هر روزه.

۴- بی‌خوابی یا پر خوابی تقریباً هر روزه

۵- سراسیمگی یا کندی روانی- حرکتی تقریباً هر روزه که برای افراد دیگر نیز قابل مشاهده باشد.

۶- احساس بی‌ارزشی یا گناه بیش از حد یا نامناسب تقریباً هر روز

۷- کاهش توانایی تصمیم‌گیری یا تمرکز تقریباً هر روزه

۸- فکر کردن دائمی به مرگ و خودکشی (نه فقط ترس از مرگ) بدون برنامه یا اقدام به خودکشی و یا برنامه‌ریزی جهت خودکشی

پژوهش‌های متعدد و شواهد بالینی مبنی بر وجود درگیری سیستم‌های انتقال‌دهنده‌های عصبی به عنوان یکی از علل پایه‌ای افسردگی اشاره دارد. سروتونین و گیرنده‌های آن به عنوان یک انتقال‌دهنده و تنظیم‌کننده عصبی در بافت مغز و سیستم عصبی مرکزی پخش شده است (۴). کمبود سروتونین با افسردگی، فوبیا، اختلال وسواس فکری-عملی، اختلالات خواب و بیماری‌های اضطرابی مرتبط شناخته شده است (۵). علاوه بر سروتونین، دوپامین و نوراپی‌نفرین نیز در فرآیند ابتلا به افسردگی مؤثر شناخته شده‌اند. این انتقال‌دهنده‌های عصبی با سیستم‌های تنظیم رفتار مرتبط بوده و کاهش آن‌ها نیز جزء علل پیدایش افسردگی شناخته شده‌اند. به همین دلیل اکثر درمان‌های این بیماری که منشأ زیستی دارند بر کنترل میزان تولید و مهار بازجذب این ۳ انتقال‌دهنده عصبی تأکید دارند (۶). اکثر داروهای کلاسیک درمان افسردگی بر روی مونوآمین‌های انتقال‌دهنده عصبی مغز از جمله سروتونین مؤثر بوده و تفاوت آنها از نظر میزان اختصاصی بودن آن‌ها برای هر کدام از این انتقال‌دهنده‌ها می‌باشد.

اغلب ضدافسردگی‌های سه‌حلقه‌ای (ACT) بر روی کاهش بازجذب نوراپی‌نفرین و به صورت کمتر بر روی افزایش کارکرد سروتونین مؤثر می‌باشند (۷). از انواع ضدافسردگی‌های ۳ حلقه‌ای می‌توان به آمی‌تریپتیلین، نورتریپتیلین، دوکسپین، کلومی‌پرامین و... اشاره کرد. با توجه به اثر این نوع از داروها بر روی سیستم کولینرژیک، عوارضی مانند گیجی، احتباس

ادراری و تاری دید را برای آن‌ها ایجاد کنند. همچنین تأثیر آن بر روی گیرنده‌های هیستامینی می‌تواند موجب گیجی، افزایش اشتها، و افزایش وزن شود (۸). همچنین این داروها می‌توانند سبب افزایش تفکرات و رفتارهای منجر به خودکشی در افراد جوان‌تر از ۲۴ سال شوند (۹). ایجاد عوارض قلبی، کبدی و ایجاد آسیب‌های جنین در زمان حاملگی منجر شده که تجویز ضدافسردگی‌های ۳ حلقه‌ای نیاز به بررسی‌های اولیه و ماهانه‌ی دقیق داشته باشند (۱۰).

مهارکننده‌های مونوآمین‌اکسیداز (MAOI) جزء اولین داروهای معرفی‌شده جهت درمان افسردگی و دیگر اختلالات روانی می‌باشد اما با توجه به عوارض، تداخلات فراوان و نیاز به رژیم‌های غذایی خاص در هنگام تجویز، این داروها به عنوان اولین خطوط درمانی محسوب نمی‌شوند (۱۱). موارد مصرف این داروها در حال حاضر تنها در موارد مقاوم افسردگی و انواع آتیپیک این بیماری می‌باشد (۱۲). مکانیزم اثر این داروها بر روی انسداد آنزیم‌های تجزیه‌کننده‌ی مونوآمین‌ها (سروتونین، دوپامین، نوراپی‌نفرین و دوپامین و تیرامین) می‌باشد (۱۳). مصرف این داروها به همراه داروهای مهارکننده‌ی انتخابی بازجذب سروتونین می‌تواند موجب ایجاد سندرم سروتونین و عوارضی از جمله گیجی، افزایش ضربان قلب و فشار خون، لرزش و سفتی عضلات و تعریق شدید می‌شود (۱۴). MAOIها سبب عدم تجزیه‌ی تیرامین در بدن شده و افزایش سطوح تیرامین در بدن موجب عوارض شدید مانند افزایش حاد فشار خون و خونریزی مغزی و مرگ می‌شود. به همین دلیل می‌بایست مصرف غذاهای سرشار از تیرامین مانند گوشت انواع ماهی، جگر، موز و انواع میوه‌های بیش‌از حد رسیده در رژیم



غذایی بیمار محدود شود (۱۵).

مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین (SSRIs) از انواع جدیدتر و پرکاربردتر داروهای ضد افسردگی بوده که به سبب اختصاصیتی که بر روی گیرنده‌های سروتونین دارد عوارض و تداخلات دارویی کمتری ایجاد می‌کند. این دارو به سبب مهار بازجذب سروتونین در فضای سیناپس‌های عصبی موجب افزایش زمان حضور سروتونین در این فضا و افزایش تأثیر آن می‌شود (۱۶). از داروهای SSRI می‌توان به سرتالین، فلوکستین، دولوکستین، سیتالوپرام اشاره کرد. اختصاصی بودن این دارو و تأثیر بسیار محدود و یا عدم تأثیر آن بر روی نوراپی‌نفرین، دوپامین، هیستامین، استیل‌کولین منجر به کاهش عوارض این داروها شده و آن‌ها را انتخاب مناسبی جهت درمان‌های خط اول افسردگی می‌کند. اختلالات خواب، افزایش اضطراب، تغییرات وزن، افزایش احتمال تمایلات خودکشی و اختلالات انعقادپذیری خون جزء عوارض این داروها به حساب می‌آیند (۱۷). شروع تأثیرات مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین می‌تواند تا ۶ هفته به طول بی‌انجامد. فردی که این دارو برای وی تجویز می‌شود باید از نظر بررسی ریتم قلبی، بی‌خوابی، اختلالات جنسی، تغییرات وزن و تمایلات خودکشی به صورت منظم تحت ارزیابی قرار بگیرد (۱۸).

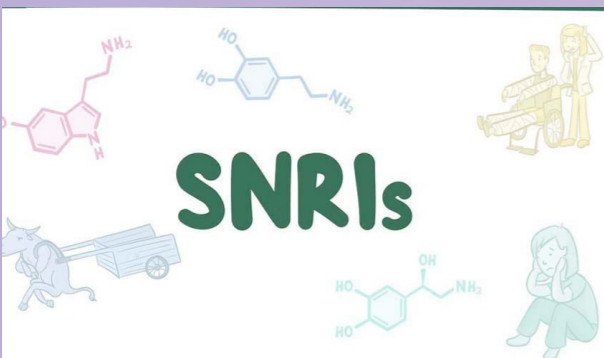


منابع:

مهار کننده‌های بازجذب سروتونین نوراپی‌نفرین از جمله دولوکستین و ونلافاکسین از باز جذب سروتونین و نوراپی‌نفرین در فضای سیناپس جلوگیری کرده و از جمله مؤثرترین درمان‌های دارویی افسردگی می‌باشند. البته تمایل این داروها به این دو مهار کننده‌ی عصبی متفاوت بوده به طوری که دولوکستین ۱۰ برابر و ونلافاکسین ۳۰ برابر تمایل بیشتری برای اتصال به گیرنده‌های سروتونینی دارند (۱۹). در مطالعه‌ی انجام‌شده توسط ماکادو در سال ۲۰۱۰ این دارو در مقابل دیگر داروهای ضد افسردگی بالاترین نرخ بهبود بیمار را داشته‌اند (۲۰).

در میان داروهای گیاهی بررسی‌شده جهت درمان افسردگی، زعفران و اسطوخودوس بیش از بقیه تحت بررسی قرار گرفته‌اند. در پژوهش‌های انجام‌شده، اثر ضدافسردگی زعفران قابل مقایسه با درمان‌های دارویی استاندارد افسردگی (فلوکستین و ایمی‌پیرامین) در موارد متوسط تا خفیف می‌باشد (۲۱ و ۲۲). عصاره‌ی اسطوخودوس یا لاوند به سبب آرامش‌بخشی در عطر درمانی مؤثر می‌باشد. در پژوهش‌های اخیر انجام‌گردیده، اثر ضدافسردگی این گیاه قابل مقایسه با پاروکستین، سیتالوپرام و دیازپام مشاهده گردیده است (۲۳ و ۲۴ و ۲۵).

مهار کننده‌های بازجذب سروتونین نوراپی‌نفرین:



1. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

2. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx). <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b>

3. COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. Lancet 2021; published online Oct 8.

19. Stahl, S. M., Grady, M. M., Moret, C., & Briley, M. (2005). SNRIs: their pharmacology, clinical efficacy, and tolerability in comparison with other classes of antidepressants. *CNS spectrums*, 10(9), 732-747

20. Machado, M., & Einarson, T. R. (2010). Comparison of SSRIs and SNRIs in major depressive disorder: a meta-analysis of head-to-head randomized clinical trials. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 35(2), 177-188

21. Noorbala, A. A., Akhondzadeh, S., Tahmacebi-Pour, N., & Jamshidi, A. H. (2005). Hydro-alcoholic extract of *Crocus sativus* L. versus fluoxetine in the treatment of mild to moderate depression: a double-blind, randomized pilot trial. *Journal of ethnopharmacology*, 97(2), 281-284

22. Akhondzadeh S, Fallah-Pour H, Afkham K, Jamshidi AH, Khalighi-Cigaroudi F. Comparison of *Crocus sativus* L. and imipramine in the treatment of mild to moderate depression: a pilot double-blind randomized trial [ISRCTN45683816] *BMC Complement Altern Med*. 2004;4:12

23. Kasper S, Gastpar M, Muller WE, Volz HP, Moller HJ, Schlafke S, et al. Lavender oil preparation Silexan is effective in generalized anxiety disorder—a randomized, double-blind comparison to placebo and paroxetine. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2014;17(6):859-869

24. Woelk H, Schlafke S. A multi-center, double-blind, randomised study of the Lavender oil preparation Silexan in comparison to Lorazepam for generalized anxiety disorder. *Phytomedicine*. 2010;17(2):94-99

25. Nikfarjam M, Parvin N, Assarzagdegan N, Asghari S. The effects of *lavandula angustifolia* mill infusion on depression in patients using citalopram: A comparison study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2013:734-739.

4. Nemeroff C. B. (2002). Recent advances in the neurobiology of depression. *Psychopharmacology bulletin*, 36 Suppl 2, 6-23.

5. De-Miguel, F. F., & Trueta, C. (2005). Synaptic and extrasynaptic secretion of serotonin. *Cellular and molecular neurobiology*, 25(2), 297-312.

6. Peng, G. J., Tian, J. S., Gao, X. X., Zhou, Y. Z., & Qin, X. M. (2015). Research on the Pathological Mechanism and Drug Treatment Mechanism of Depression. *Current neuropharmacology*, 13(4), 514-523.

7. GLOWINSKI, J., & AXELROD, J. (1964). INHIBITION OF UPTAKE OF TRITIATED-NORADRENALINE IN THE INTACT RAT BRAIN BY IMIPRAMINE AND STRUCTURALLY RELATED COMPOUNDS. *Nature*, 204, 1318-1319.

8. Güloğlu, C., Orak, M., Ustündag, M., & Altunci, Y. A. (2011). Analysis of amitriptyline overdose in emergency medicine. *Emergency medicine journal : EMJ*, 28(4), 296-299.

9. Drug interactions with selective serotonin reuptake inhibitors, especially with other psychotropics. (2001). *Prescrire international*, 10(51), 25-31.

10. Johannessen Landmark, C., Henning, O., & Johannessen, S. I. (2016). Proconvulsant effects of antidepressants - What is the current evidence?. *Epilepsy & behavior : E&B*, 61, 287-291.

11. Culpepper L. (2013). Reducing the Burden of Difficult-to-Treat Major Depressive Disorder: Revisiting Monoamine Oxidase Inhibitor Therapy. *The primary care companion for CNS disorders*, 15(5), PCC.13r01515

12. Thase M. E. (2012). MAOIs and depression treatment guidelines. *The Journal of clinical psychiatry*, 73(7), e24.

13. Baker, G. B., Coutts, R. T., McKenna, K. F., & Sherry-McKenna, R. L. (1992). Insights into the mechanisms of action of the MAO inhibitors phenelzine and tranylcypromine: a review. *Journal of psychiatry & neuroscience : JPN*, 17(5), 206-214

14. Flockhart D. A. (2012). Dietary restrictions and drug interactions with monoamine oxidase inhibitors: an update. *The Journal of clinical psychiatry*, 73 Suppl 1, 17-24

15. Walker, S. E., Shulman, K. I., Taylor, S. A., & Gardner, D. (1996). Tyramine content of previously restricted foods in monoamine oxidase inhibitor diets. *Journal of clinical psychopharmacology*, 16(5), 383-388.

16. Feighner J. P. (1999). Mechanism of action of antidepressant medications. *The Journal of clinical psychiatry*, 60 Suppl 4, 4-13

17. David, D. J., & Gourion, D. (2016). Antidépresseurs et tolérance : déterminants et prise en charge des principaux effets indésirables [Antidepressant and tolerance: Determinants and management of major side

18. Taylor, M. J., Freemantle, N., Geddes, J. R., & Bhagwagar, Z. (2006). Early onset of selective serotonin reuptake inhibitor antidepressant action: systematic review and meta-analysis. *Archives of general psychiatry*, 63(11), 1217-1223

فرزانه فلکیان، دانشجوی کارشناسی روانشناسی،
ترم ۶



سیستم‌های حلقه‌بسته در تحریک عمقی مغز برای افسردگی مقاوم به درمان

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی می‌باشد که در بسیاری از مواقع نسبت به دارو و روان‌درمانی مقاومت می‌کند. یکی از روش‌هایی که در سال‌های اخیر برای درمان افسردگی مقاوم به درمان^۱ به کار رفته، تحریک عمقی مغز^۲ می‌باشد. جهت به‌روزرسانی اطلاعات‌مان در این زمینه و پیشرفت در درمان این اختلال شایع ولی مقاوم، به ترجمه‌ی مقاله‌ای پرداختیم که در سال ۲۰۱۸ توسط الیک. اس‌ویچ و همکاران نوشته شده است. در این مقاله چندین ناحیه‌ی مغز در مطالعات برچسب باز و کور تحریک شده‌اند. مطالعات مذکور نتایج متناقضی را به همراه داشتند. محققین با بررسی‌های متعدد به این نتیجه رسیدند که تناقضات به این دلیل است که DBS در این کارآزمایی‌ها برای دستیابی به پاسخ‌های فیزیولوژیکی مورد هدف قرار نگرفته است. کلید موفقیت DBS از طریق توسعه‌ی سیستم‌های حلقه‌بسته که استراتژی‌های تحریک را به طور نیمه‌مستقل بر اساس فنوتیپ‌های فردی هر بیمار تغییر می‌دهد، به دست می‌آید.

درمان‌های مدارمحور برای بیماری‌هایی با اختلال عملکرد در مدارهای عصبی مغز

دستگاه‌های ایمپلنت می‌توانند با محدود کردن اثر خود به یک ناحیه یا مدار بسیار کوچک مغز، برای درمان TRD مفید واقع شوند. DBS یکی از این سیستم‌های ایمپلنت تهاجمی می‌باشد و به‌منظور ایجاد سوراخی کوچک در جمجمه، به عمل جراحی نیاز دارد که از طریق آن، الکتروود به منطقه‌ی خاصی از مغز وارد می‌شود. به‌محض جایگیری، الکتروود شروع به تحریک الکتریکی استاندارد می‌کند. تغییر خلق‌و‌خو و اضطراب که از علائم اصلی افسردگی می‌باشند، با ساختارهای عمیق مغز مرتبط هستند؛ پس در

1 Treatment-resistant Depression (TRD)

2 Deep brain Stimulation (DBS)

پیشرفت‌ها و کارآزمایی‌های نخستین DBS در درمان افسردگی

تحریک عمقی مغز در سه ناحیه، کپسول شکمی داخلی / جسم مخطط شکمی^۱، دستجات پیش‌مغز میانی^۲ و ناحیه ۲۵ برودمن با رویکردهای متفاوتی مورد بررسی قرار گرفت. تصویربرداری‌های مغزی نشان دادند که ناحیه ۲۵ برودمن (واقع در شیار سینگولیت^۳)، در خلق غمگین و منفی اختلال افسردگی دخیل می‌باشد. همچنین بر اساس برخی تئوری‌های افسردگی، تغییرات در دستجات پیش‌مغز میانی می‌تواند دلیلی بر عدم تعادل میان پاداش و انگیزه در اختلال مذکور باشد.

DBS زمانی روی کار آمد که جراحان مغز و اعصاب عملکردی متوجه شدند تحریک الکتریکی با فرکانس بالا، اثر ضایعه در همان ناحیه مغز را تقلید می‌کند. از آن‌جا که ضایعات کپسول داخلی، به عنوان روش کارآمد جهت درمان اختلال افسردگی اساسی و وسواسی-جبری شناخته شده‌اند، DBS اولین تلاش‌های خود را جهت درمان اختلال وسواسی-جبری بر کپسول قدامی آغاز نمود. مطالعات تصویربرداری نشان داد که تحریک عمقی کپسول شکمی داخلی / جسم مخطط شکمی و هسته آکومبنس، بخش گسترده‌ای از لیمبیک که شامل بخش Cg25 هم می‌شود را تعدیل و تنظیم می‌کند. به همین دلیل گروه‌های متعددی مطالعات خود را بر روی VC/VS و سایر ساختارهای مجاور برای افسردگی اساسی، مورد آزمایش قرار دادند.

عده‌ای از محققان دریافتند که تصویربرداری مغزی، در پیدا کردن نواحی مورد نظر جهت تحریک عمقی مغز موثر است. از جمله این محققان، مایبرگ و همکارانش بودند که روش برش نگاری با گسیل پوزیترون^۴ و تصویربرداری شدید مغناطیسی کارکردی^۵ را در پیش گرفتند. آن‌ها معتقد بودند که ناحیه ۵۲ برودمن چه در بیماران مبتلا به افسردگی، چه داوطلبانی که تحت القای خلقی قرار گرفته بودند، هنگام غم و اندوه فعالیتش دوچندان می‌شود. بنابراین تحریک این

1- Ventral Capsule/Ventral Striatum (VC/VS)

2- Medial Forebrain Bundle (MFB)

3- Cingulate Gyrus (Cg25)

4- Positron Emission Tomography (PET)

5- Functional Magnetic Resonance Imaging (fMRI)

ناحیه می‌تواند نتایج بالینی قابل توجهی به دنبال داشته باشد. نکته‌ی مهم اینجا بود که هدف مؤثر در افسردگی خود این ناحیه نیست بلکه وابسته به تلاقی ماده‌ی سفیدی است که گاهی در این منطقه از مغز رخ می‌دهد. به طور کلی ناحیه ۵۲ برودمن به یک مدار افسردگی دسترسی دارد.

نظریه

آنهدونیا (بی‌لذتی)، یکی از ویژگی‌های مهم افسردگی است که اگر شدید باشد، به عنوان یکی از زیرملاک‌های اختلال افسردگی اساسی مقاوم به درمان در نظر گرفته شده و امید چندانی به درمان آن وجود نخواهد داشت. طبق نظریه‌ی اسکلیپفر و همکارانش، می‌توان با تعدیل و تنظیم سیستم پاداش، بیماران مبتلا به افسردگی اساسی که آنهدونیای شدید دارند را درمان کرد. آن‌ها بیان کردند که معمولاً استفاده از روش DBS روی VC/VS، هسته آکومبنس که نقش اساسی در مدار پاداش مغز دارد را تحریک می‌کند. طبق نتایج اخیر گروه مایبرگ، می‌توان با تعدیل همزمان نواحی گوناگون پاداش در مغز، به وسیله کانون پخش ماده سفید، نتایج بهتر و موثرتری کسب کرد. یکی از این کانون‌ها، دستجات پیش‌مغز میانی می‌باشد. گروه اسکلیپفر، از روش‌های نوین عکسبرداری برای پیدا کردن موقعیت MFB در هر بیمار استفاده کردند، زیرا موقعیت این کانون از فردی به فرد دیگر متغیر می‌باشد. پس از اجرای آزمایش دریافتند که برخلاف تحریک VC/VS و Cg25، تحریک MFB نتایج مؤثرتری را بر میزان خودسنجی بیماران نشان داده است. اما این کارآزمایی دو محدودیت داشت؛ اولاً، چون MFB در نزدیکی مجاری چشمی قرار دارد، تحریک آن منجر به اختلالات بینایی می‌شود. ثانیاً، همچنان باید اثر DBS بر MFB را از اثر دارونما (تأثیر آگاهی بیمار از کاشت الکتروودها یا مراقبت‌های بالینی شدید در بهبود افسردگی فرد) مجزا کرد. بنابراین این روش همچنان به اصلاح و بررسی بیشتری نیاز دارد.

چالش‌های درمان DBS

در روش تحریک عمقی مغز، برای مشاهده‌ی نشانه‌های بالینی قابل توجه، باید روند درمان را در طولانی مدت ادامه داد. درمان طولانی مدت می‌تواند چالش‌هایی را هم برای بیمار و هم برای روان‌پزشک مورد نظر ایجاد کند. به عنوان مثال یکی از این چالش‌ها، خرابی دستگاه ایمپلنت می‌باشد که امری طبیعی است و هر دستگاهی

نیاز به ایمپلنت و تحریکات با انرژی و امواج الکترومغناطیسی پایین تر نیز امیدوار بود.

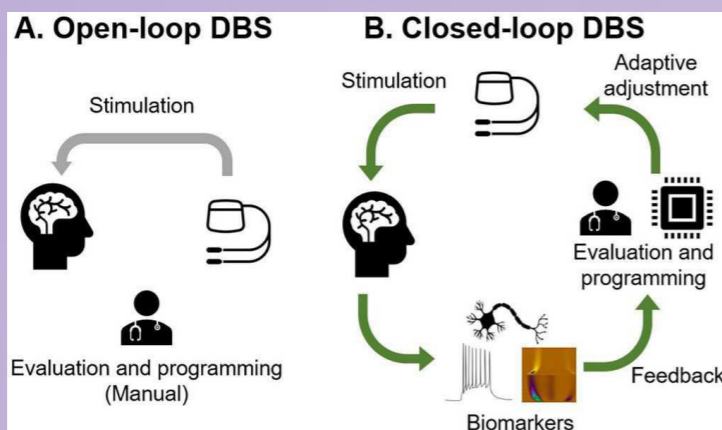
منابع:

Widge, A. S., Malone Jr, D. A., & Dougherty, D. D. (2018). Closing the loop on deep brain stimulation for treatment-resistant depression. *Frontiers in neuroscience*, 12, 175.

Romeo, Andrew (nd), What is NeuroPace (RNS)?, Neurosurgery One, [NeuroPace \(RNS\) for Epilepsy Seizure Relief | Denver Area Specialists \(neurosurgeryone.com\)](http://NeuroPace (RNS) for Epilepsy Seizure Relief | Denver Area Specialists (neurosurgeryone.com))

ابوالفضلی، عسگری (بی تا)، اثر تحریک عمقی مغز در درمان افسردگی اثر تحریک عمقی مغز در درمان افسردگی - روانپزشکی (pezshkyemrooz.com)

تلفیق مدولاسیون عصبی تهاجمی، به ویژه DBS، هنوز برای درمان بیماری‌های روان‌پزشکی نویدبخش است. همچنین تمام قطعات یک درمان حلقه‌بسته برای افسردگی مقاوم به درمان به عنوان نمونه‌های اولیه وجود دارد. اگرچه این کارآزمایی‌ها نتایج مطلوب خود را به دست نیاوردند، اما برخی از بیماران مزایای تغییر زندگی را تجربه کردند و شواهدی برای سیگنالی فراتر از دارونما را نشان دادند که می‌توان نتیجه گرفت این روش برای به دست آوردن تأثیرات گسترده‌تر باید مسیر طولانی کسب اعتبار و آزمایش در جمعیت کثیری از بیماران واقعی را طی کند.



زینب بخشی، دانشجوی کارشناسی روانشناسی، ترم ۶



دیپا صالحی، دانشجوی کارشناسی روانشناسی، ترم ۶

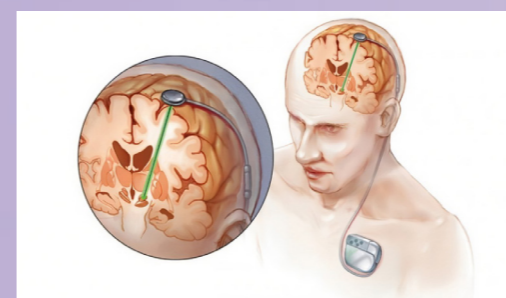


است و می‌تواند به طور همزمان و در طولانی‌مدت نواحی قشری و عمقی مغز را تحریک کند. نکته‌ی درخور توجه دستگاه، این است که لزومی به استفاده‌ی صرف آن در کلینیک روان‌پزشکی نیست و می‌توان خارج از کلینیک به هنگام انجام فعالیت‌های روزمره نیز، سیگنال‌ها را دریافت نمود. دستگاه بعدی که NeuroPace نام دارد، همانند PC+S جهت درمان طولانی‌مدت به کار می‌رود و به طور خاص برای عملیات حلقه‌بسته طراحی شده است، با این تفاوت که به هنگام حمله‌های عصبی و پیدا کردن مکان دقیق آن در مغز، یک‌سری امواج الکترومغناطیسی به آن ناحیه می‌فرستند تا از حملات جلوگیری کند.

در حال حاضر برای بیماران تحت درمان با DBS، هم NeuroPace و هم PC+S جهت جمع‌آوری ثبت‌های طولی الکتروفیزیولوژیک، استفاده می‌شوند.

پیشنهادات و نتیجه‌گیری

به منظور دستیابی به تحریکات عصبی مؤثرتر در آینده، می‌توان از دستگاه‌های DBS که بیش از یک مکان را به طور همزمان تحریک می‌کنند، استفاده کرد. همچنین ممکن است به اثرات DBS با فناوری‌های غیرتهاجمی که بتوانند ساختارهای عمیق را تنظیم کنند، دست یافت. فناوری‌های یادشده، صرفاً نمونه‌ی اولیه‌ای از این روش بوده‌اند، بنابراین می‌توان به دستگاه‌های بدون



عمر مفید خود را دارد و می‌تواند در طولانی‌مدت دچار استهلاک شود. و همچنین ممکن است به علت طولانی بودن این روند، مشکلات روانی یا جسمانی زیادی گریبان‌گیر بیمار شود و بخواهد آن‌ها را به استفاده از این دستگاه ربط دهد و این موضوع برای روان‌پزشک چالش‌برانگیز شود. بنابراین برای استفاده از این روش، باید هم مدت زمان درمان و هم نشانه‌های بالینی مورد انتظار را در نظر داشت.

چالشی که از اولین موج آزمایشات DBS به دست آمد، این بود که نمی‌توان تشخیص داد تحریک عمقی مغز دقیقاً کدام بیماری را درمان می‌کند و از طرفی چون اختلال افسردگی، اختلالی ناهمگون است، می‌تواند از نظر زمان شروع علائم، دوره‌های افسردگی و همبودی با سایر اختلالات در هر فردی متفاوت باشد. سه هدف گفته شده DBS به مدار لیمبیک پیشانی دسترسی دارند، اما ممکن است آن را به روش‌های بسیار متفاوتی تنظیم کنند. حتی تحریک حاد در هر هدف، اثرات متفاوتی دارد: تحریک Cg25 منجر به احساس سرخوشی، تحریک VC/VS منجر به کاهش اضطراب و تحریک MFB منجر به لذت‌طلبی می‌شود.

چالش دیگر کارآزمایی‌ها این است که DBS برای دستیابی به پاسخ‌های فیزیولوژیکی مورد هدف قرار نگرفته و منجر به بروز نشانگرهای زیستی حلقه‌بسته نمی‌شود. در عوض، این دیدگاه‌های ذهنی باید به معیارهای کمی و فیزیولوژیکی تبدیل شوند. این روش به طور قطع، یک روش مؤثر در علم روان‌پزشکی است که به جای تمرکز بر علائم، به صورت مستقیم بر خود اختلال تمرکز می‌کند.

بسترهای پایش فیزیولوژیکی طولی

همانطور که پیش از این گفته شد، DBS جهت اثرگذار بودن در اختلال افسردگی اساسی، به درمان طولانی‌مدت نیاز دارد. بهتر است برای این بین رفتن تغییرات حیاتی بیمار در این زمان، سیگنال‌های مغز به صورت مکرر و با تراکم زمانی بالا، طی یک سال یا بیشتر ثبت شوند. دو نمونه از دستگاه‌هایی که برای دسترسی به این هدف مؤثرند، به شرح زیر هستند:

- اولین دستگاه Percept PC نام دارد. کاربرد این دستگاه در زمینه ضبط سیگنال‌های مغزی بیمار

طرحواره‌درمانی، درمانی نوین و یکپارچه است که توسط یانگ و همکارانش به وجود آمده و بر اساس مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بنا شده است. طرحواره‌درمانی تلفیقی از اصول و مبانی مکاتب شناختی-رفتاری، دلبستگی، گشتالتی، روابط شی، سازنده‌گرایی و روان‌کاوی است. این شیوه‌ی درمان به خصوص برای بیماران مبتلا به اختلالات روان‌شناختی مزمن و مقاوم از جمله اختلالات شخصیت مناسب است. مفید بودن آن در درمان افسردگی و اضطراب مزمن، اختلالات خوردن، مشکلات شدید زناشویی و مشکلات رایج در تداوم روابط صمیمی نیز تأیید شده است. علاوه بر این، طرحواره‌درمانی برای مجرمان جنایی و همچنین در جلوگیری از عود مشکلات در سوء‌مصرف‌کنندگان مواد نیز مؤثر است.

طرحواره‌درمانی، درمان‌گران را در تعریف دقیق‌تر مشکلات مزمن و عمیق بیماران و سازماندهی آن‌ها به گونه‌ای قابل درک کمک می‌کند. در این مدل، ردپای طرحواره‌ها با تأکید بر روابط بین‌فردی بیمار از دوران کودکی تا زمان حال دنبال می‌شود. به این ترتیب با به کارگیری این اصول درمانی، بیماران می‌توانند مشکلات شخصیتی خود را به شکل خود - ناهمخوان ببینند و برای رها شدن از شر آن‌ها انگیزه‌ی بیشتری پیدا کنند.

تعریف یانگ از طرحواره

طرحواره از روان‌شناسی شناختی نشأت گرفته است. طرحواره‌ها را می‌توان این‌گونه تعریف کرد: "باورهای عمیق و تزلزل‌ناپذیری که در دوران کودکی درباره‌ی خود، دیگران و جهان اطراف در ذهن‌مان شکل گرفته‌اند." این طرحواره‌ها نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری احساس ما درباره‌ی خودمان، چگونگی تفکر، احساس، رفتار و نحوه‌ی ارتباط با دیگران دارند. یانگ معتقد است برخی از این طرحواره‌ها، به ویژه آن‌هایی که در نتیجه‌ی

ریشه‌های تحولی و حوزه‌های طرحواره‌ها

بر اساس این مدل، طرحواره‌ها به دلیل ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی به وجود آمده‌اند. این نیازها عبارت‌ند از:

- ۱) امنیت بنیادین
 - ۲) خودمختاری
 - ۳) خودابرازگری
 - ۴) خودانگیختگی و تفریح
 - ۵) محدودیت‌های واقع‌بینانه و خوب‌شدن‌داری.
- طرحواره‌ها بر طبق این ۵ نیاز هیجانی ارضا نشده، به ۵ حوزه تقسیم می‌شوند:

حوزه‌ی اول، بریدگی و طرد: انتظار این‌که نیازهای فرد برای امنیت و ثبات، محبت، همدلی، پذیرش و احترام به شیوه قابل پیش‌بینی ارضا نخواهد شد. طرحواره‌های این حوزه معمولاً در خانواده‌هایی به وجود می‌آید که سرد و بی‌عاطفه، منزوی، تندخو و غیرقابل پیش‌بینی هستند.

۱) رهاشدگی / بی‌ثباتی: افرادی که دارای این طرحواره هستند، اعتقاد دارند روابطشان با افراد مهم زندگی‌شان ثبات ندارد و افراد مهم زندگی‌شان در کنار آن‌ها نمی‌مانند، زیرا غیرقابل پیش‌بینی‌اند.

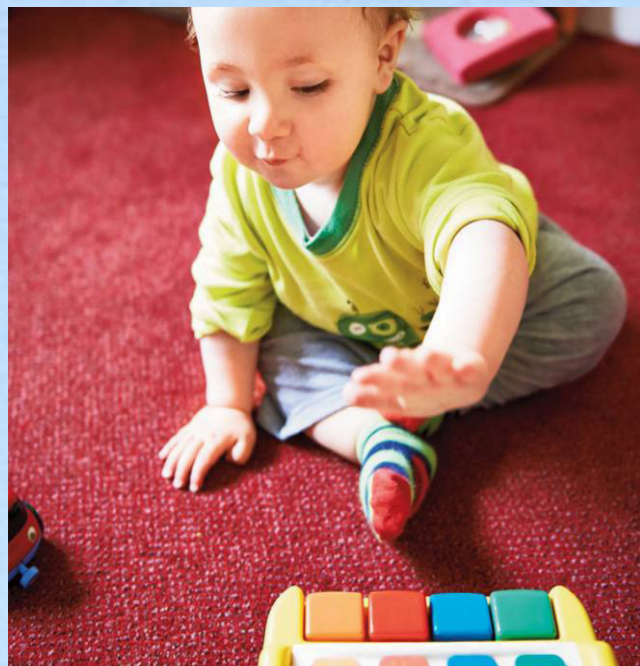
۲) بی‌اعتمادی / بدرفتاری: افراد دارای این طرحواره بر این باورند که دیگران با کوچک‌ترین فرصت از آن‌ها سوءاستفاده می‌کنند، به آن‌ها آسیب می‌رسانند، تحقیرشان می‌کنند، بدرفتاری می‌کنند و آن‌ها را فریب می‌دهند.

۳) محرومیت هیجانی: انتظار این‌که تمایلات و نیازهای فرد به حمایت عاطفی به اندازه‌ی کافی از جانب دیگران ارضا نمی‌شوند.

۴) نقص / شرم: احساس اینکه فرد در مهمترین جنبه‌های شخصیتش انسانی ناقص، نامطلوب، بد، حقیر و بی‌ارزش است.

۵) انزوای اجتماعی / بیگانگی: احساس این‌که فرد با دیگران متفاوت است یا اینکه به جامعه و گروه خاصی تعلق خاطر ندارد.

حوزه‌ی دوم، خودمختاری: انتظاراتی که فرد از خود و محیط دارد، با توانایی او برای عملکرد مستقل



یا انجام موفقیت‌آمیز کارها تداخل می‌کنند. طرحواره‌های این حوزه معمولاً در خانواده‌هایی به وجود می‌آیند که اعتمادبه‌نفس کودک را کاهش می‌دهند، گرفتارند و یا بیش از حد از کودک محافظت می‌کنند.

۶) وابستگی / بی‌کفایتی: افراد دارای این طرحواره احساس می‌کنند بدون کمک جدی از دیگران نمی‌توانند از عهده مسئولیت‌های روزمره خود برآیند.

۷) آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری: ترس افراطی از اینکه فاجعه نزدیک است و فرد نمی‌تواند از آن جلوگیری کند. ترس‌ها در یک یا چند جنبه متمرکز هستند: حوادث پزشکی مثل حمله‌ی قلبی یا ابتلا به یک بیماری، وقایع هیجانی مثل دیوانه شدن، حوادث محیطی مثل زمین‌لرزه، گیر افتادن در آسانسور و غیره.

۸) خود تحول نیافته / گرفتار: ارتباط عاطفی شدید و نزدیکی بیش از حد با یکی از افراد مهم زندگی (اغلب والدین) به قیمت از دست دادن فردیت یا رشد اجتماعی طبیعی. احساس پوچی و سردرگمی، بی‌هدفی و یا در موارد شدید به صورت شک و تردید در موجودیت بروز می‌کند.



۹) شکست: باور به اینکه فرد شکست خورده است یا در آینده شکست خواهد خورد و این شکست برای او اجتناب‌ناپذیر است. اغلب شخص باور دارد که دیوانه، بی‌استعداد، نالایق و نادان است.

حوزه سوم، محدودیت‌های مختل: افرادی که طرحواره‌های‌شان در این حوزه قرار دارد، محدودیت‌های درونی آن‌ها در خصوص احترام متقابل و خویشتن‌داری به اندازه کافی رشد نکرده است. طرحواره‌های این حوزه معمولاً در خانواده‌هایی به وجود می‌آیند که وجه مشخص آن‌ها، سهل‌انگاری افراطی، سردرگمی و یا حس برتری است.

۱۰) استحقاق/بزرگ‌منشی: افراد دارای این طرحواره خود را یک سروگردن بالاتر از دیگران می‌دانند، حقوق و امتیازات خاصی برای خود قائل هستند، خود را نسبت به رعایت احترام متقابل مؤظف نمی‌دانند، بیش از حد پرتوقع یا سلطه‌گردد و در روابط اجتماعی با مشکلات دیگران همدلی نمی‌کنند.

۱۱) خویشتن‌داری/خودانضباطی ناکافی: افرادی که این طرحواره را دارند، نمی‌توانند برای دستیابی به اهداف خود خویشتن‌داری نشان دهند و ناکامی را تحمل کنند. همچنین در کنترل هیجان‌ها و تکانه‌های‌شان مشکل دارند.

حوزه چهارم، دیگرجهت‌مندی: تمرکز افراطی بر تمایلات، احساسات و پاسخ‌های دیگران به گونه‌ای که نیازهای خود فرد نادیده گرفته می‌شود. طرحواره‌های این حوزه به طور معمول در خانواده‌هایی به وجود می‌آیند که کودک را با قید و شرط پذیرفته‌اند.

۱۲) اطاعت: احساس اجبار نسبت به واگذاری افراطی کنترل خود به دیگران.

۱۳) ایثار: تمرکز افراطی بر ارضای نیازهای دیگران به قیمت عدم ارضای نیازهای خود فرد (به منظور جلوگیری از آسیب رساندن به دیگران و یا جلوگیری از احساس گناه ناشی از خودخواهی).

۱۴) پذیرش‌جویی/ جلب توجه: تأکید افراطی در کسب تأیید، توجه و پذیرش از سوی دیگران که مانع شکل‌گیری معنایی مطمئن و واقعی از خود می‌شود. این طرحواره اغلب منجر به اتخاذ تصمیماتی غیرقابل اطمینان و ناخوشایند در مورد وقایع مهم زندگی می‌شود یا منجر به حساسیت بیش از حد

نسبت به طرد می‌گردد.

حوزه پنجم، گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد/ بازداری: تأکید افراطی بر واپس‌زنی احساسات، تکانه‌ها و یا انتظارات انعطاف‌ناپذیر و درونی‌شده درباره‌ی عملکرد و رفتار اخلاقی. طرحواره‌های این حوزه معمولاً در خانواده‌هایی به وجود می‌آیند که در آن‌ها عصبانیت، توقع و گاهی تنبیه دیده می‌شود.

۱۵) منفی‌گرایی/ بدبینی: تمرکز عمیق و مداوم بر جنبه‌های منفی زندگی همراه با دست کم گرفتن جنبه‌های مثبت و خوش‌بینانه‌ی زندگی.

۱۶) بازداری هیجانی: بازداری افراطی اعمال، احساسات و ارتباطات خودانگیخته به منظور اجتناب از طرد دیگران، احساس شرمندگی و از دست دادن کنترل بر تکانه‌های شخصی.

۱۷) معیارهای سرسختانه/ عیب‌جویی افراطی: باور مبنی بر اینکه فرد برای رسیدن به معیارهای بلندپروازانه درباره رفتار و عملکرد خود باید کوشش فراوانی به خرج دهد و این کار معمولاً برای جلوگیری از انتقاد صورت می‌گیرد.

۱۸) تنبیه: باور مبنی بر اینکه افراد باید به خاطر اشتباهات‌شان شدیداً تنبیه شوند. افراد دارای این طرحواره نمی‌توانند از اشتباهات خودشان و دیگران چشم‌پوشی کنند.

فرایند درمان

طرحواره‌درمانی شامل دو مرحله است: مرحله سنجش و آموزش و مرحله تغییر.

مرحله سنجش و آموزش: در این مرحله طرحواره‌درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا طرحواره‌های خود را بشناسد و ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها را دریابد. سنجش یک فرایند چند بعدی است که شامل مصاحبه درباره‌ی تاریخچه‌ی زندگی، تکمیل پرسشنامه‌ی طرحواره‌ها، تکالیف خودنظارتی و تمرین‌های تصویرسازی ذهنی است. همچنین در این مرحله، مدل طرحواره را به بیمار آموزش می‌دهیم و بیمار با طرحواره‌ها، سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و ذهنیت طرحواره‌ای خود آشنا می‌شود.

مرحله تغییر: در این مرحله، درمانگر بسته به نیازهای بیمار راهبردهای شناختی، رفتاری، تجربی و بین فردی را در هر مرحله به گونه‌ای انعطاف‌پذیر به کار می‌گیرد. طرحواره‌درمانگر هیچ‌گاه از یک دستورالعمل درمانی ثابت و انعطاف‌ناپذیر پیروی نمی‌کند. به منظور درک بهتر مراحل تغییر، مراحل درمان بیماری به نام سوزان را که گرفتار طرحواره‌ی رهاشدگی بود، به عنوان مثال ذکر می‌کنیم:

سوزان ۳۳ سال داشت. ۱۱ سال بود که با رابرت رابطه داشت. رابرت از زیر بار تعهد زندگی مشترک در می‌رفت. اگرچه سوزان خواهان ادامه‌ی زندگی مشترک بود، اما رابرت از این موضوع طفره می‌رفت. هر زمانی که سوزان قضیه‌ی تعهد به زندگی مشترک را مطرح می‌کرد، رابرت رابطه‌اش را با سوزان به هم می‌زد و وقتی این اتفاق می‌افتاد، سوزان به این نتیجه می‌رسید که عمرش را بیهوده صرف رابرت کرده است. سوزان زمانی برای درمان مراجعه کرد که او و رابرت در یکی از دوره‌های قهر تکراری خود بودند.

سوزان: «فقط با قطع رابطه می‌خواستم به احساس‌های نامطلوبم پایان بدهم. دیگر جانم به لب رسیده بود، اما تمام فکر و ذهنم پیش رابرت بود. انگار نسبت به او وسواس پیدا کرده بودم. از این طرف دلم پیش او بود و از طرف دیگر نمی‌خواستم از او جدا شوم. می‌خواستم دست به کاری بزنم تا او برگردد.»

چنین وسواسی ویژگی اصلی طرحواره‌ی رهاشدگی است. در این قسمت به مراحل تغییر الگوهای زندگی سوزان می‌پردازیم:



شناسایی و نام‌گذاری طرحواره‌ها

در ابتدا با استفاده از پرسشنامه‌ی طرحواره‌های ناسازگار، می‌توان نمرات مراجع در هر حوزه را بررسی کرد. نمره‌ی سوزان در طرحواره‌ی رهاشدگی بالا بود.

سوزان: "فکر می‌کنم همیشه به دلیل طرد شدن ناراحت می‌شوم. طرد شدن همیشه باعث ناراحتی و عذاب من می‌شود و یک آن مرا راحت نمی‌گذارد. همیشه نگران بودم که مبادا دیگران مرا رها کنند."

سوزان خیلی زود متوجه شد انگار مدار زندگی فعلی او بر گرد رهاشدگی می‌چرخد و رهاشدگی بر زندگی‌اش سایه انداخته است. ۱۱ سال درگیر رابطه‌ای بود که حال و هوای رهاشدگی داشت. علاوه بر این سوزان از طریق تمرین تصویرسازی ذهنی نیز متوجه طرحواره‌ی رهاشدگی شد. در تصویرسازی ذهنی از مراجع می‌خواهیم که چشم‌هایش را ببندد و اجازه بدهد تصویری به ذهنش خطور کند که درون‌مایه طرحواره‌ی ناسازگارش را داشته باشد.

سوزان: "خودم را در این تصویر کنار کاناپه می‌بینم. سعی می‌کنم توجه مادرم را به خودم جلب کنم اما انگار نه انگار. او مست و پاتیل افتاده است. نمی‌توانم توجه‌اش را به خودم جلب کنم."

سوزان از زمانی که حافظه‌اش یاری می‌کرد مادرش را مست دیده بود. زمانی که هفت سال داشت پدرش با خانم دیگری سر و سرّی پیدا کرد و خانواده را به هوای عشرت‌طلبی ترک کرد. اگرچه پدرش در اوایل جدا شدن به آن‌ها سر می‌زد اما زمانی که همسر جدیدش بچه‌دار شد به تدریج از خانواده‌ی اولش فاصله گرفت. پدر سوزان در شرایطی بچه‌ها را تنها گذاشت که مادر سوزان به هیچ عنوان توانایی مراقبت و نگهداری از بچه‌ها را نداشت.

درک ریشه‌های تحولی طرحواره (احساس کردن کودک درون زخم‌خورده)

در این مرحله از مراجع می‌خواهیم با کودک درونش حرف بزند؛ این گفتگو می‌تواند با صدای بلند یا از طریق نوشتن انجام شود. علی‌رغم اینکه ممکن است راهنمایی کردن و دل‌داری دادن به کودک درون، احمقانه و آزاردهنده باشد، اما تجارب بالینی حاکی از آن است که این روش برای بسیاری از افراد منفعت زیادی داشته است. در این قسمت به

چالش شناختی با طرحواره (اعتبارسازی طرحواره در سطح عقلانی)

نمونه‌ای از گفتگوی سوزان با کودک درون‌اش اشاره می‌شود. این گفتگو مربوط به همان صحنه‌ای است که در بالا ذکر شد.

سوزان: "خب (مکت) سوزان کوچولو را می‌بینم و او را روی پایم می‌گذارم. به او دل‌داری می‌دهم. به او می‌گویم بابت این اتفاق واقعا متأسفم. پدر و مادرت نمی‌توانند نیازهایت را برآورده کنند، اما من پیش تو هستم. کمکت می‌کنم که احساس تنهایی نکنی. مطمئن باش که می‌توانی زندگی خوبی را شروع کنی."

سبک زندگی افراد باعث می‌شود که اعتقاد راسخ پیدا کنند که طرحواره‌شان حقیقت دارد. سوزان اعتقاد داشت هر کسی که او را دوست دارد رهاش خواهد کرد. او طرحواره‌اش را هم در سطح عقلانی و هم در سطح هیجانی پذیرفته بود. در این مرحله از تغییر، بایستی طرحواره را زیر سوال برد. مراجع برای چالش با طرحواره شواهد موافق و مخالف طرحواره را فهرست‌وار می‌نویسد. در این قسمت به نمونه‌ای از شواهدی که سوزان در تأیید طرحواره‌ی رهاشدگی آورده است، اشاره می‌کنیم:

| طرحواره: رهاشدگی | | |
|---|--|---|
| شواهد | آیا این شواهد واقعا درست هستند یا مرا شستشوی مغزی داده‌اند؟ | برای تغییر چه کاری از دستم برمی‌آید؟ |
| رابرت مرا ترک فواید کرد مگر اینکه مثل انگل به او بپسبم. | این فکر درست نیست. واقعیت این است که وقتی بیش از حد به رابرت می‌پسبم باعث عقب‌نشینی او می‌شوم و می‌فواهد از دستم فرار کند. دلیل این کار هم این است که در دوران کودکی با همه تلاش و تقلایی که می‌کردم، نمی‌توانستم پدرم را کنار خود نگه دارم. | می‌توانم وابستگی بیمارگونه‌ام را کم کنم و اندکی به او اجازه نفس کشیدن بدهم، می‌توانم یاد بگیرم که در مواقع تنهایی آرامش خود را حفظ کنم. |

| طرحواره: رهاشدگی | |
|------------------|--|
| شواهد مخالف: | |
| ۱. | با فواهدم در تمام طول زندگی‌ام صمیمی بوده‌ام. |
| ۲. | من چند فواهدگار خوب داشتم، اما به دلیل جواب مثبت به رابرت به همه آن‌ها جواب رد دادم. |
| ۳. | با درهانگرم رابطه انسانی و سالمی دارم. |
| ۴. | عمه‌ام همیشه به من لطف دارد و سعی‌اش این است که به من کمک کند. |
| ۵. | رفقای شفیقی دارم که سال‌هاست در کنارم بوده‌اند. |
| ۶. | هرود ۱۱ سال علی‌رغم فرار و نشیب‌های زیاد با رابرت زندگی کرده‌ام. |

پس از اینکه فهرست کامل شد، مراجع به طور خلاصه آن‌ها را روی کارت آموزشی می‌نویسد. این نمونه‌ای از کارت آموزشی است که سوزان تهیه کرده است:

کارت آموزشی مربوط به طرحواره‌ی رهاشدگی

علی‌رغم اینکه احساس می‌کنم کسانی که دوست‌شان دارم، دست‌آفر مرا تنها می‌گذارند ولی این‌گونه نیست. این فکر از آن‌ها نشأت گرفته است که در دوران کودکی، پدر و مادرم مرا به حال خود رها کردند.

اگر چه در زندگی‌ام رها شدگی را بارها و بارها تجربه کرده‌ام، اما بسیاری از مواقع به این دلیل باز هم این مسئله را تجربه کردم چون با کسانی دوست شدم که در تعهد‌گزینی و حفظ روابط مشکل داشتند.

اما واقعیت این است که وقتی با چنین افرادی به مشکل برمی‌خورم، می‌توانم این افراد را از زندگی‌ام حذف کنم. می‌توانم افرادی را انتخاب کنم که متعهد باشند و نخواستند از من سوءاستفاده کنند.

بسیاری از اوقاتی که حس رهاشدگی به سراغم می‌آید باید از خودم بپرسم که آیا من زیاد حساس و زودرنج شده‌ام یا نه. هر زمان احساس کردم دیگران مرا تنها گذاشته‌اند سریعاً باید به خاطر پیاورم که این نشانه‌ای از دست به کار شدن طرحواره‌ی من است. از دوران کودکی در دام این طرحواره افتاده‌ام و الان برای این که گرفتار این طرحواره نشوم، می‌فواهدم دیگران یک آن مرا تنها نگذارند اما با این کار آزادی‌شان را محدود می‌کنم. دیگران حق دارند آزاد باشند و باید به اطرافیان این اجازه را بدهم که قسمتی از اوقات‌شان را به کارهای خودشان مشغول باشند.

نوشتن نامه به باعث و بانی طرحواره شما

حرف بزنم، اما ای بسا آرزو که خاک شده.

به دلیل همه‌ی این کمبودها سفت نارامت و افسرده‌ام. البته تا جایی که حافظه‌ام یاری می‌کند به تعداد انگشتان یک دست هم نمی‌شود که در مواقع سختی و مشکلات کنار هم بوده باشیم. مثل زمانی که با دوستم در دبیرستان رابطه‌مان به هم خورد و با من در این باره حرف زدی و دل‌داری‌ام دادی. کاش این تهارب بیشتر بود. اما حسرتش سالیهاست که با من مانده است.

در حسرت داشتن مادری دلسوز و مهربان سوخته‌م و سافتم. این حسرت‌ها هنوز هم دست از سرم بر نداشته‌اند و انگار زندگی من کمبود بزرگی دارد که به این سادگی‌ها برطرف نمی‌شود. رفتار با من درست نبود.

از مراجع می‌خواهیم به تمام افرادی که به او آسیب زده‌اند، نامه بنویسد. مراجع ممکن است در انجام این کار دچار احساس گناه شود؛ مخصوصاً وقتی مخاطب نامه، والدین‌اش باشند. جنگ علیه والدین کاری سخت و طاقت‌فرساست. والدین بدخواه فرزندشان نبوده‌اند، اما روش درستی برای به انجام رساندن نیت‌های خیرخواهانه‌ی خود نداشته‌اند. در این قسمت به نقل نامه‌ای می‌پردازیم که سوزان به مادرش نوشته است:

مادر عزیزم

در تمام عمرت یک می‌کسار قهار بودی. نیاز داشتم با تو حرف بزنم و بگویم که چه بر سرم آمده است. هیچ وقت احساس نکردم بچه هستم. دائم نگران فواهد و برادرهایم بودم. هیچ‌گاه مطمئن نبودم که بتوانیم دور هم جمع شویم و غذا بخوریم. همه کارها را خودم انجام می‌دادم. در حالی که بقیه‌ی بچه‌ها بیرون بازی می‌کردند، من شام درست می‌کردم و مجبور بودم خانه را تمیز کنم. نمی‌دانی چقدر مایه سرافکنندگی من بودی وقتی که با تو راه می‌رفتم. یادم می‌آید شش ساله بودم که اتو کردن لباس‌ها را یاد گرفتم، چون دوست نداشتم بچه‌ها به لباس‌های پروک من بفندند. هیچ‌وقت نتوانستم دوستانم را به خانه پیاورم. هیچ‌وقت مثل بقیه مادرها کنارم نبودم. هیچ‌گاه به مدرسه من نیامدی و از اوضاع و احوال تحصیلی‌ام به کلی بی‌خبر بودی. نمی‌توانستم با تو درودل کنم. دائم روی کاناپه دراز می‌کشیدی و مست در دنیای خودت بودی. سفت تلاش می‌کردم تو را از حالت مستی درآورم و با تو





بررسی دقیق الگوهای رفتاری ناشی از طرحواره

در این مرحله از مراجع می‌خواهیم به طور دقیق ردپای طرحواره را در زندگی فعلی خود مشخص کند. اینکه چگونه با طرحواره‌های خود کنار آمده است و با چه رفتارهایی می‌تواند سایه این طرحواره‌ها را از زندگی خود کم کند. این جدول نمونه‌ای از رفتارهای خودآسیب‌رسان و شیوه‌های تغییر آن‌هاست که سوزان تهیه کرده است

| رفتارهایی که باعث تقویت طرحواره رهاشدگی‌ام می‌شود | شیوه‌هایی که می‌توانم این رفتارها را تغییر بدهم |
|--|---|
| مثل آنکل به رابرت می‌پسبم و سعی می‌کنم او را کنترل کنم. | می‌توانم به رابرت آزادی بیشتری بدهم بدون اینکه او را با سوال‌های زیاده‌گویی کنم، چون دائم از او می‌پرسم کجا می‌رود، با کی می‌رود، کی برمی‌گردد و هزاران سوال دیگر. وقتی که از دست او ناراهتم به جای بحث و جدل به آرامی با او حرف بزنم. دست از این رفتارم بردارم که هر چند دقیقه یک‌بار از او می‌پرسم که آیا دوستم دارد یا نه. چون با این سوال‌ها می‌فواهم مطمئن بشوم که دوستم دارد. وقتی که بدون توبه به من کارهای شفقی اش را انجام می‌دهد، جلوی عصبانیتم را بگیرم. اگر زندگی شفقی اش تغییر می‌کند، این تغییر را تهدیری علیه خودم در نظر بگیرم. |
| وقتی یکی از دوستانم بعد از چند بار تماس تلفنی من، احوالی از من نمی‌پرسد واقعا عصبانی می‌شوم. | به این نکته توجه کنم که دیگران ممکن است مشغله‌های زیادی داشته باشند. دفعه بعد دلفوری خودم را فیلی مودبانه به دوستم بگویم. |
| تمام فکر و زکرم به رابرت معطوف شده است و خودم را فراموش کرده‌ام. | می‌توانم اندکی به زندگی خودم توجه کنم. به کارهای مهم زندگی‌ام بپردازم. روابط دوستانه را تقویت کنم، مطالعه کنم، به کارهای لذت بخش مشغول شوم، نقاشی بکشم. |

منابع:

- رفائلی، اشکول. برنستین، دیوید. یانگ، جفری. (۱۱۰۲). تندآموز طرحواره درمانی. ترجمه: فرجی، مهدی. (۸۹۳۱). تهران: انتشارات ارجمند
- فارل، جان. ریس، نیل. شاو، ایدا. (۴۱۰۲). راهنمای بالینی طرحواره درمانی. ترجمه: هدایتی، مریم. صمیمی، عادل. (۵۹۳۱). تهران: انتشارات ارجمند
- یانگ، جفری. کلسکو، ژانت. (۴۹۹۱). زندگی خود را دوباره بیافرینید. ترجمه: حمیدپور، حسن. پیرمرادی، الناز. گلی زاده، ناهید. (۶۹۳۱). تهران: انتشارات ارجمند
- یانگ، جفری. کلسکو، ژانت. ویشار، مارجوری. (۶۰۰۲). طرحواره درمانی (جلد اول). ترجمه: حمیدپور، حسن. اندوز، زهرا. (۷۹۳۱). تهران: انتشارات ارجمند
- یانگ، جفری. کلسکو، ژانت. ویشار، مارجوری. (۶۰۰۲). طرحواره درمانی (جلد دوم). ترجمه: حمیدپور، حسن. اندوز، زهرا. (۷۹۳۱). تهران: انتشارات ارجمند



الگوشکنی رفتاری

پس از اینکه جدول مربوط به مرحله پنجم تکمیل شد، مراجع دو یا سه رفتاری که موجب تقویت طرحواره می‌شوند را انتخاب کرده و سعی می‌کند این رفتارها را تغییر دهد. رفتارها باید به صورت جزئی مشخص شده باشند تا فرد احساس کند می‌تواند آنها را تغییر دهد

سوزان از تغییر رفتار در قبال دوستانش شروع کرد. سوزان از یک طرف به دوستانش وابسته بود و از طرف دیگر از رفتارهای آنها سخت عصبانی می‌شد. او سعی کرد این مشکل را به نحوی تغییر دهد. پیش از این، اگر دوستان سوزان در قبال محبت‌های او (مثل تلفن زدن و احوال‌پرسی) پاسخ مناسب نمی‌دادند یا با آنها قهر می‌کرد یا طوری عصبانیتش را بروز می‌داد که باعث دلخوری شدید آنها می‌شد. او تصمیم گرفت هر زمان از دست دوستانش عصبانی شد، مدتی صبر کند و با خونسردی این دلخوری خود را با ذکر دقیق رفتارها و پرهیز از کلی‌گویی، به آنها بازگو کند. همچنین او تصمیم گرفت با دوستان بیشتری مرادده داشته باشد که در ابراز محبت دست و دلباز ترند و همچنین برخی از دوستان بی‌ثبات و دمدمی‌مزاج را کنار بگذارد



سهیلا زمانی، دانشجوی ارشد
روانشناسی، ترم ۴

طرحواره‌های ناسازگار، پیش‌گویان اتاق درمان

طرحواره‌های ناسازگار چیست‌اند و چرا در کار درمان اهمیت دارند؟

طرحواره‌ها عناصر نظام‌مندی از واکنش‌ها و تجارب گذشته‌اند و پیکره‌ی منسجم و پایداری از دانشی را تشکیل می‌دهند که می‌تواند هدایت‌کننده‌ی ادراک‌ها و ارزیابی‌های بعدی باشد. به گفته‌ی یانگ یکی از مهم‌ترین مسیرهای ریشه‌ای در شکل‌گیری این طرحواره‌ها تجربیات گوناگون با والدین، خواهرها، برادرها و همسالان در دوره‌ی کودکی هستند و پنج نیاز اولیه شامل ارتباط، استقلال، شایستگی، انتظارات معقول و محدودیت واقعی وجود دارد که باید تأمین شوند تا کودک بتواند در مسیر سالمی رشد کند. هنگامی که مراقبان بر سر دستیابی کودک به یکی از این پنج مورد مانع ایجاد کنند، طرحواره‌های ناسازگار اولیه به وجود می‌آیند. اگرچه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و استراتژی‌های مقابله با آن برای کودک ابزاری برای مدیریت موقعیت هستند، اما آن‌ها در بزرگسالی تا حد زیادی باعث ایجاد مشکل در عملکرد خواهند شد. این امکان وجود دارد که برخی از این طرحواره‌ها، به‌خصوص آن‌ها که عمدتاً به دنبال تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می‌گیرند، هسته‌ی اصلی و دلیل عمده‌ی مشکلات بین فردی و اختلالات شخصیتی باشند. طرحواره‌ها می‌توانند موجب سوگیری‌هایی در آسیب‌شناسی روانی بین فردی شوند، این سوگیری‌ها ممکن است به صورت سوءتفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف شده، فرض‌های غلط، اهداف و انتظارات غیرواقع‌بینانه تجلی پیدا کنند. کاربرد طرحواره‌ها در درمان در مرحله‌ی اول برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت آشکار

تشکیل می‌دهند و می‌توانند رفتارهای فرد را شکل داده و به آن جهت دهند، لذا می‌توان گفت بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان بخش زیرین و سخت شناخت‌های افراد که اغلب در دوره‌های تحولی رشد شکل گرفته‌اند، با رفتارهای ناسازگاران که در مقاطع بعدی رشد افراد پدیدار می‌شوند، ارتباط وجود دارد.

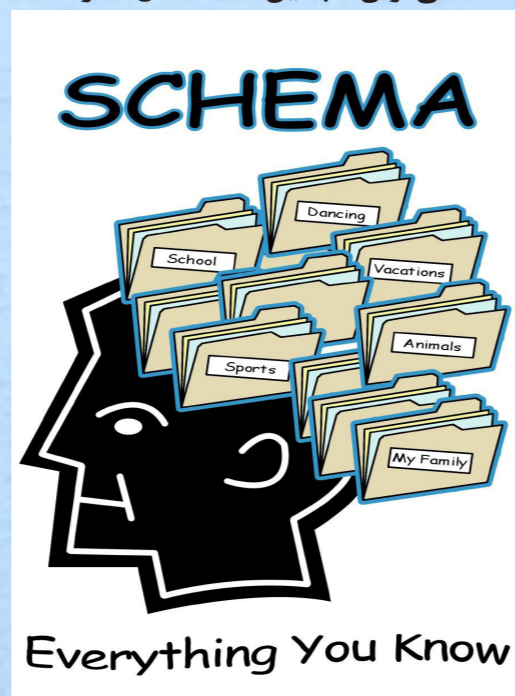


یانگ بر نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در شکل‌گیری و تداوم اختلالات شخصیت تأکید می‌کند و فرآیند درمان را فرآیند تمرکز بر شناسایی، تعدیل و تغییر طرحواره‌ها می‌داند. نظریه‌ی شناختی بر پایه‌ی این اعتقاد استوار است که در اختلال شخصیت، طرحواره‌های ناسازگار بسیاری وجود دارند و این طرحواره‌ها، در موقعیت‌های پیش‌آمده در ذهن بازنمایی می‌شوند و به نظر می‌رسد که هدایت رفتارها و راهبردهای رفتاری را که احتمالاً در شرایط محیطی معینی ناکارآمد هستند، بر عهده دارند. این نظریه بر اساس دو فرضیه بنا نهاده شده است: اول اینکه مبتلایان به اختلالات شخصیت طرحواره‌های ناسازگاری را که با ویژگی‌های مرتبط با خود و دنیای اطراف مرتبط است پردازش می‌کنند. این بیماران به دلیل وجود طرحواره‌های شناختی، دچار سوءتعبیر اطلاعات می‌شوند که این خود می‌تواند منجر به

آسیب روانی شود. همچنین این نظریه معتقد است اگر طرحواره‌ها بهبود یابند، علائم اختلال نیز می‌تواند بهبود پیدا کند.

طرحواره‌ها به عنوان پیش‌گویان اتاق درمان
برخی بر این باورند که طرحواره‌های ناسازگار می‌توانند علائم اختلالات شخصیت را پیش‌بینی کنند. همچنین صفات اختلالات شخصیت با چندین طرحواره‌ی اولیه‌ی ناسازگار مطابق با مدل طرحواره‌درمانی ارتباط دارند. بیاپید به صورت جزئی‌تر این مسئله را بررسی کنیم. آیا وجود طرحواره‌های ناسازگار قادر است بیماران مبتلا به اختلالات روانی کلاستر A را از بیماران مبتلا به سایر انواع اختلالات روانی متمایز کند؟ نتایج به‌دست‌آمده حاکی از آن است که تشخیص ابتلای فرد به اختلالات کلاستر B در ۳۸٪ موارد با پرسشنامه‌ی طرحواره‌ی یانگ قابل پیش‌بینی است. بنابراین طرحواره‌های ناسازگار جزء جدانشدنی و ذاتی اختلالات شخصیت هستند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه خود را از طریق تحریف‌های شناختی، الگوهای خودآسیب‌رسان، و سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار جاودانه می‌سازند و به طور مستقیم یا غیرمستقیم منجر به پریشانی روان‌شناختی و اختلالات شخصیت می‌شوند.

یانگ و همکاران (۲۰۰۳) بر این باورند که طرحواره‌ها به دلیل ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی به وجود می‌آیند. نیازهایی که با توجه به مراحل رشد روانی اجتماعی در دیدگاه اریکسون (۱۹۵۰) می‌توان چنین استدلال کرد که حل



موفقیت‌آمیز هر یک از مراحل به یک طرحواره‌ی سازگار می‌انجامد، در حالی که شکست در آن مرحله باعث ایجاد یک طرحواره‌ی ناسازگار می‌گردد.

ارتباط طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اختلالات شخصیت محور A (اختلالات شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید، و اسکیزوتایپی)

دو طرحواره‌ی بی‌اعتمادی/بدرفتاری و آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری می‌توانند نمرات علائم اختلال شخصیت پارانوئید را پیش‌بینی کنند. در بررسی دیگری صفات اختلال شخصیت پارانوئید با حوزه‌ی بریدگی و طرد و حوزه‌ی خودگردانی و عملکرد مختل مرتبط بود در مطالعه‌ی طرحواره‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی، وابستگی/بی‌کفایتی و اطاعت پیش‌بینی‌کننده‌های مهمی برای اختلال شخصیت پارانوئید بودند. ارتباط طرحواره‌ی بی‌اعتمادی/بدرفتاری با اختلال شخصیت پارانوئید تأیید شده است. اختلال شخصیت پارانویا با چند طرحواره از حوزه‌ی بریدگی و طرد از جمله بی‌اعتمادی/بدرفتاری، نقص/شرم، و محرومیت هیجانی ارتباط دارد. به نظر می‌رسد که طرحواره‌ی بی‌اعتمادی/بدرفتاری به تنهایی بسیاری از مشکلات اختلال شخصیت پارانوئید را می‌تواند توجیه کند.

این طرحواره این انتظار را در فرد به وجود می‌آورد که دیگران به انسان ضربه می‌زنند، بدرفتارند، دروغگو و فریبکار و سودجویند و باعث سرافکنندگی انسان می‌شوند. داشتن این انتظارات با ویژگی اصلی بیماران پارانوئید که شکاکیت و بی‌اعتمادی دیرپا به همه‌ی افراد است کاملاً تطابق دارد. همچنین طرحواره‌ی آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری نیز با ایجاد این ذهنیت که هر لحظه ممکن است فاجعه‌ای در زندگی این بیماران به وقوع بپیوندد، به شکاکیت این بیماران نسبت به همه چیز دامن می‌زند. کورال و کالوته معتقدند افراد مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید بر این باورند که دیگران عمدتاً نیازهای آن‌ها را برآورده نمی‌کنند. این باورها می‌توانند این افراد را به از دست دادن کنترل خود و واکنش تهاجمی سوق دهند. مبتلایان اختلال شخصیت اسکیزوئید نسبت به افراد سالم طرحواره‌های ناسازگار بیشتری دارند. هنگامی که طرحواره‌های ناسازگار اولیه فعال می‌شوند، سطوحی از هیجان ایجاد و به صورت مستقیم یا غیرمستقیم به شکل‌های مختلفی از آشفتگی‌های

روان‌شناختی همچون افسردگی، گوشه‌گیری، دوری از روابط اجتماعی، اضطراب و مانند آن منتهی می‌شوند. هنگامی که کودکان از سوی والدین عشق، محبت، احترام و پذیرش را به حد لازم و کافی دریافت نکنند، طرحواره‌های حوزه‌ی بریدگی و طرد در آن‌ها ایجاد می‌شود. و وقتی که کودک از سوی والدین با انتقاد مواجه شود یا احساس کند ناخواسته است طرد ایجاد می‌شود. نظریه‌های حوزه‌ی رابطه سوءاستفاده شدن اولیه و بی‌توجهی با رشد اختلال شخصیت اسکیزوئید می‌گویند که این تجربیات باعث خواهند شد که کودکان انتظار داشته باشند دیگران نیز به آن‌ها آسیب برسانند. وقتی که والدین قادر نباشند محیطی که خودگردانی را تشویق می‌کند را برای رشد او فراهم آورند، یکی از چهار طرحواره‌ی مربوط به خودگردانی و عملکرد ممکن است در کودک ایجاد شود.

ارتباط طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اختلالات شخصیت‌محور B (اختلالات شخصیت ضداجتماعی، مرزی، نمایشی، خودشیفته)

طرحواره‌های ناسازگار استحقاق/بزرگ‌منشی، وابستگی/بی‌کفایتی، خود تحول‌نیافته/گرفتار و ایثار به طور معناداری احتمال ابتلا به اختلال شخصیت دسته B را پیش‌بینی می‌کنند. درمان طرحواره برای درمان اختلال شخصیت مرزی، خودشیفته، اجتنابی، وابسته، وسواسی-اجباری، منفعل-پرخاشگر و نمایشی به کار می‌رود. صفات اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی با حوزه‌ی بریدگی و طرد و حوزه‌ی محدودیت‌های مختل ارتباط دارد.

طرحواره‌درمانی بیشتر برای پیش‌بینی و درمان اختلال شخصیت مرزی مورد استفاده قرار گرفته است. طرحواره‌های بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، خویش‌تن‌داری/ خودانضباطی ناکافی و رهاشدگی/ بی‌ثباتی می‌توانند نمرات علائم اختلال شخصیت مرزی را پیش‌بینی کنند. طرحواره‌های اطاعت، ایثار، بازداری هیجانی و وابستگی/ بی‌کفایتی همان‌طور که پیش‌بینی‌کننده‌های قوی برای اختلالات دوقطبی و شخصیت مرزی هستند می‌توانند مشخص‌کننده‌ی تفاوت این دو اختلال با یکدیگر نیز باشند. هرچند این چهار طرحواره برای هر دو گروه به عنوان پیش‌بین‌های قوی هستند اما تأثیرپذیری افراد



دارای اختلال شخصیت مرزی از این چهار طرحواره بسیار بیشتر از افراد دارای اختلال دوقطبی است. بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی حساسیت بالایی به طرد و تنهایی دارند و چون توانایی تحمل طردشدگی و تنهایی را ندارند (رهاشدگی/بی‌ثباتی) بدون در نظر گرفتن شرایط موجود و به منظور به دست آوردن حس کنترل و عدم رهاشدگی وارد موقعیت‌های آسیب‌زا (آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری) می‌شوند، و به دنبال آن دچار شکست در روابط و موقعیت‌ها شده (شکست)، که این خود اضطراب شدیدی را در آن‌ها به وجود می‌آورد. این اضطراب شدید موجب می‌شود احساس عدم اعتمادبه‌نفس کنند و خود را منزوی از اجتماع و دیگر افراد ببینند (انزوای اجتماعی/ بیگانگی). متعاقب این احساس انزوا و اضطراب شدید و عدم اعتمادبه‌نفس، افراد دارای اختلال شخصیت مرزی تلاش در وابستگی به دیگران می‌کنند تا از این احساسات آن‌ها کاسته شود. این شکست‌های متوالی و احساس اضطراب این افراد ریشه در دریافت نکردن حس امنیت و عشق در زمان کودکی دارد. همچنین توجه نکردن والدین به احساسات کودک و رها کردن کودک برای انجام هر کاری بدون در نظر گرفتن عواقب آن شرایط (خویش‌تن‌داری ناکافی) از دلایل به‌وجودآورنده‌ی این شرایط به شمار می‌روند. شخصیت ضداجتماعی با حوزه‌ی بریدگی و طرد و حوزه‌ی محدودیت‌های مختل در ارتباط است. افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی ممکن است دارای یک خودپنداره‌ی معیوب و آسیب‌پذیر باشند و با یک دید خصمانه به دیگران، عدم اعتماد به اهداف دیگران و اعتماد به

استراتژی‌های خشونت‌آمیز به عنوان راه حلی برای مشکلات خود باشند.

پژوهش نوردال و همکاران نشان داد که اختلال شخصیت نمایشی با طرحواره‌ی استحقاق بزرگ‌منشی مرتبط است. این اختلال با طرحواره‌ی اطاعت در حوزه‌ی دیگر جهت‌مندی مرتبط است. و با طرحواره‌هایی مانند بی‌اعتمادی/ بدرفتاری و انزوای اجتماعی/ بیگانگی در حوزه بریدگی و طرد ارتباط منفی دارد. این نتایج در مورد شخصیت نمایشی ممکن است به این مرتبط باشد که افراد دارای این اختلال شخصیت گرایش دارند باور کنند که روابط شخصی آنها عمیق‌تر و صمیمی‌تر از حالت واقعی آن است و نیز به درک و تصور این افراد که آن‌ها جذاب و شایسته‌ی توجه دیگران هستند.

انگ و فلانگان بر پایه‌ی مشاهدات بالینی و تجربه‌ی برخورد با افراد خودشیفته، مفهوم‌سازی متنی بر طرحواره را از خودشیفتگی ارائه کردند. آن‌ها پیشنهاد کردند که هسته‌ی زیربنایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ی خودشیفتگی، شامل استحقاق، محرومیت هیجانی و معیوب بودن است. گفته شده است که نوعی تنش بین محرومیت هیجانی (میل شدید به تماس و معیوب بودن، عقب‌نشینی یا کناره‌گیری از تماس) در خودشیفته‌ها، باعث عدم بروز توانایی برای شکل‌دهی ارتباطات صمیمی می‌شود. هم خودشیفتگی بیمارگونه و هم خودشیفتگی طبیعی، به طور مثبت با طرحواره‌ی استحقاق/ بزرگ‌منشی رابطه دارد.

افرادی که دارای طرحواره‌های بریدگی و طرد هستند انتظار ندارند که نیازهای امنیت، ثبات، محبت، همدلی، در میان گذاشتن احساسات، پذیرش و احترام‌شان به شیوه‌ای قابل پیش‌بینی ارضاء شود. در حوزه‌ی طرحواره‌های خودگردانی و عملکرد مختل انتظارات فرد از خود و محیط با توانایی‌های محسوس او برای جدایی، بقا و عملکرد مستقل یا انجام موفقیت‌آمیز کارها تداخل پیدا می‌کند. حوزه‌ی طرحواره‌های محدودیت‌های مختل حاکی از نقص در محدودیت‌های درونی، احساس مسئولیت در قبال دیگران یا جهت‌گیری نسبت به اهداف بلندمدت زندگی است. حوزه گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری با تأکید افراطی بر واپس‌زنی احساسات، تکانه‌ها و انتخاب‌های خودانگیخته‌ی فرد یا برآورده ساختن قواعد و انتظارات انعطاف‌ناپذیر و

درونی‌شده درباره‌ی عملکرد و رفتار اخلاقی مشخص می‌شود که اغلب به از بین رفتن خوشحالی، ابراز عقیده، آرامش خاطر، روابط نزدیک و سلامتی منجر می‌شود.

طرحواره‌های حوزه‌ی دیگر جهت‌مندی به طور معمول در خانواده‌هایی به وجود می‌آید که کودک را با قید و شرط پذیرفته‌اند و کودک در چنین شرایطی به منظور دستیابی به توجه، عشق و پذیرش دیگران باید جنبه‌های مهم شخصیت خود را نادیده بگیرد. از سویی شخصیت خودشیفته احتمالاً در صورتی پرورش می‌یابد که والدین به کودک بی‌توجهی کنند، او را تحقیر کنند؛ یا با او همدلی نکنند، چنین فردی مدام به دنبال تأیید خودپنداره‌ی آرمانی‌شده‌ی خود است. صفات اختلال شخصیت خودشیفته با حوزه طرحواره‌ی محدودیت‌های مختل ارتباط مثبت داشتند و با حوزه‌ی دیگر جهت‌مندی ارتباط منفی داشتند. اختلال شخصیت خودشیفته عمدتاً با طرحواره‌های حوزه‌ی محدودیت‌های مختل و برخی طرحواره‌های از حوزه‌ی بریدگی و طرد مرتبط است. علائم این اختلال همچنین با طرحواره‌هایی از حوزه‌ی گوش‌به‌زنگی و بازداری بیش از حد مانند معیارهای سرسختانه/ عیب‌جویی افراطی در ارتباط است. و با طرحواره‌هایی از حوزه‌ی دیگر جهت‌مندی از جمله ایثار ارتباط منفی دارد. این یافته از این ایده حمایت می‌کند که افراد با این ویژگی‌های اختلال شخصیت ممکن است سعی کنند از دیگران برای برآوردن اهداف و نیازهای خود بهره‌برداری کنند و ممکن است در شناخت نیازها و احساسات دیگران مشکل داشته باشد.

ارتباط طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اختلالات شخصیت‌محور C (اختلالات شخصیت اجتنابی، وسواسی-جبری، وابسته)

طرحواره‌درمانی در کاهش نشانه‌های اختلال شخصیت اجتنابی، شدت طرحواره‌های ناسازگار، ترس از صمیمیت و تصور از خود مبتلایان به اختلال شخصیت اجتنابی اثربخش می‌باشد. یانگ معتقد است که اختلال شخصیت اجتنابی شایع‌ترین نمود طرحواره‌ی نقص/ شرم است که سبک مقابله‌ای اجتناب را در بر می‌گیرد و این بیماران به دلیل

واکسن، آری یا نه؟

اطلاعات درست و نادرست بمباران می‌شویم. پیش از بررسی علل خودداری از واکسیناسیون، بهتر است با بیان ویژگی‌های مخالفان و موافقان این طرح، مرز روشنی بین این دو گروه قائل شویم. موافقان واکسیناسیون، رعایت موازین و توصیه‌های سلامت و بهداشت عمومی را امری مهم تلقی کرده و برای سهولت دسترسی خود و دیگران به خدمات واکسیناسیون، تلاش می‌کنند. یکی از استدلال‌های خوب اجتماعی این گروه، این است که با واکسن زدن فرزندان خود، به نوعی از کودکان دیگر نیز محافظت و این مصونیت را برای هم‌نوعان مان نیز ایجاد کرده‌ایم. همچنین در کفه ترازوی فواید و مضرات واکسیناسیون در دیدگاه این گروه، کارایی و امنیت نسبی واکسن‌ها به ریسک‌های احتمالی‌شان می‌چربد. در مقابل، گروه مخالفان نیز با رضایت آگاهانه، عواقب ناشی از واکسن زدن را می‌پذیرند. بعضی از آنها معتقدند تحمیل واکسن‌ها آزادی انتخاب تبانی بین دولت، صنعت داروسازی و متخصصان حوزه سلامت، جنبه‌های منفی واکسیناسیون را به منظور کسب درآمد مخفی نگه می‌دارد. زیر سوال بردن امنیت و کارایی واکسن‌ها در این گروه بیشتر دیده می‌شود اما به طور کلی، تفکر نقادانه و مطالبه‌گری اطلاعات درست باید همیشه در حوزه سلامت و بهداشت رعایت شود نه اینکه صرفاً مخالفان هر پدیده‌ای از این روش استفاده کنند.



در طول تاریخ بشر، ابهامات حاصل از ناشناخته بودن پدیده‌های جدید، همواره موجب بروز شایعات شده است؛ شایعاتی که گاه به قیمت جان هزاران انسان تمام شده‌اند. شاید بتوان به سبب سطح پایین سواد و آگاهی عمومی در ادوار گذشته، این شایعه‌پراکنی را توجیه‌پذیر دانست؛ همانند شیوع آبله در دوره قاجاریه و امتناع مردم از واکسیناسیون به خاطر ترس از جن‌زده شدن. اما در جهان امروزی چه توجیهی برای این امتناع و عدم اطمینان گروهی از مردم نسبت به واکسینه شدن وجود دارد؟ کاهش بیماری‌های دوران کودکی که در گذشته مسبب مرگ‌ومیرهای بالا در این دوره سنی بود، با برنامه‌های ایمن‌سازی (واکسیناسیون) گسترده محقق شد که کشورهای صنعتی در این امر پیشگام بوده‌اند. با این حال درصدی از والدین به علت برداشت‌های غلط درباره ایمنی واکسیناسیون، از ایمن‌سازی فرزندان‌شان خودداری می‌کنند. در سال ۱۹۹۸، خبری در رسانه‌های آمریکا، مبنی بر وجود رابطه بین زدن واکسن MMR (سرخک - اوریون - سرخجه) و ابتلا به اوتیسم پخش شد که نتیجه آن امتناع والدین از واکسیناسیون کودکان‌شان بود. زمانی که صحت این ادعا رد شد، در مناطقی از آمریکا شیوع بیماری‌های سیاه سرفه و سرخجه بسیار بالا رفته بود و عواقب مهلکی در پی داشت. اگرچه گاهی متوقف‌سازی واکسیناسیون در مناطق مختلفی از جهان به سبب کسب اطمینان از ایمنی و کارایی واکسن اتفاق می‌افتد؛ همانند کشف ارتباطی بین واکسن هپاتیت بی و بیماری ام. اس. در فرانسه، که منجر به تعلیق برنامه واکسیناسیون در دهه ۱۹۹۰ شد؛ اما بعضاً شایعات دوام بیشتری داشته و تاثیرگذاری‌شان به سطح بین‌المللی می‌رسد. به ویژه در دنیای امروزی که دسترسی به اطلاعات همانند گذشته محدود نیست و طی یک جستجوی ساده، با انبوهی از

اینکه ممکن است دیگران نقص‌های آن‌ها را ببینند. از روابط صمیمی می‌ترسند و کناره‌گیری می‌کنند. طرح‌های معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی با اختلال شخصیت وسواسی-جبری رابطه‌ی بالایی نشان داده است. تغییرات شناختی در کمال‌گرایی، اعتقادات دقیق و طرح‌های ناسازگار مربوط به وابستگی/بی‌کفایتی در کاهش علائم رفتاری برای بیماران دارای اختلال وسواسی جبری مفید است. اختلال شخصیت وسواسی اجباری با گوش‌به‌زنگی و بازداری بیش از حد و با خودگردانی و عملکرد مختل مرتبط است.

بین طرح‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی، نقص/شرم، وابستگی/بی‌کفایتی، اطاعت، خود تحول‌نیافته/رفتار و نمرات علائم اختلال شخصیت وابسته همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که تنها طرح‌های رهاشدگی، وابستگی بی‌کفایتی و اطاعت می‌توانند نمرات علائم اختلال شخصی وابسته را پیش‌بینی کنند. طرح‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی/بیگانگی، نقص/شرم، شکست، وابستگی/بی‌کفایتی، خود تحول‌نیافته/رفتار، اطاعت و ایثار با اختلال شخصیت وابسته در ارتباط است. طرح‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی، وابستگی/بی‌کفایتی و اطاعت، طرح‌هایی هستند که می‌توان آن‌ها را در بروز علائم ویژه اختلال شخصیت وابسته موثر دانست. کسانی که طرح‌های رهاشدگی دارند همواره در ترس و نگرانی زندگی می‌کنند و همیشه گوش‌به‌زنگ نشانه‌ای هستند مبنی بر اینکه دیگران آن‌ها را ترک می‌کنند. همچنین کسانی که طرح‌های وابستگی بی‌کفایتی دارند احساس می‌کنند توانایی مراقبت از خودشان را ندارند و در مقابله با مشکلات خود را بی‌کفایت می‌بینند. طرح‌های اطاعت نیز باعث می‌شود بیماران اجازه دهند تا دیگران بر آن‌ها تسلط یابند.

اختلال شخصیت وابسته عمدتاً با حوزه‌ی خودگرانی و عملکرد مختل و با حوزه‌ی بریدگی و طرد در ارتباط است. صفات اختلال شخصیت وابسته بر رضایت دیگران به ضرر نیازهای خود تأکید دارند. یافته‌ها در حوزه‌ی ارتباط میان طرح‌های ناسازگار اولیه و تأثیر آن‌ها بر هرکدام از اختلالات شخصیت تأییدی است. در این نظریه فرض بر این است که در

افراد دارای اختلالات شخصیت، طرح‌های ناسازگار اولیه نقش مهمی را در ایجاد و تداوم اختلال به عهده دارند. پژوهش‌های مختلف به این نتیجه رسیده‌اند که هرکدام از طرح‌ها نقش قابل توجهی در بروز انواع اختلالات شخصیت در آینده دارند. موفقیت درمان طرح‌محور نیز که بر اساس همین نظریه توسط یانگ پیشنهاد شده است، در درمان اختلالات شخصیت از جمله اختلال شخصیت مرزی، خودشیفته، اجتنابی، وابسته، وسواسی-اجباری، منفعل-پرخاشگر و نمایشی به کار می‌رود.

منابع

مطلبی مقدم، مریم، ۱۳۹۹، رابطه طرح‌های ناسازگار اولیه و اختلالات شخصیت، مقاله مروری، اولین همایش ملی آسیب‌شناسی روانی

Corral, C., & Calvete, E (2014). Early Maladaptive Schemas and Personality Disorder Traits in Perpetrators of Intimate Partner Violence. Spanish Journal of Psychology

L. van Donzel, M.A. Ouwens, S.P.J. van Alphen, S. Bouwmeester, A.C. Videler, March 2021, The effectiveness of adapted schema therapy for cluster C personality disorders in older adults – integrating positive schemas, Contemporary Clinical Trials Communications, doi.org/10.1016/j.conctc.2021.100715

International Journal of Cognitive Therapy, 6(2), 171–185, 2013 © 2013 International Association for Cognitive Psychotherapy

Gilbert F, Daffern M. (2013). The association between early maladaptive schema and personality disorder traits in an offender population. Psychology, Crime & Law, 19(10), 933-946



رومینا حدادی، دانشجوی کارشناسی، ترم ۶

در ترازوی مقایسه فواید و مضرات واکسن، کفهی ریسک‌ها و خطرات احتمالی برنامه‌های ایمن‌سازی در این گروه سنگینی می‌کند و به همین دلایل جایگزین‌هایی را برای این برنامه‌های گسترده مطالبه می‌کنند.

سوالی که پیش می‌آید این است که تا چه حد مخالفت با طرح‌های ایمن‌سازی بر پایه استدلال‌های منطقی و شواهد علمی صورت می‌گیرد؟

به عنوان مثال با شروع واکسینه کردن مردم در برابر ویروس کرونا، یک مطالعه میدانی اسرائیلی با حجم نمونه ۱ میلیون نفری برای ارزیابی امنیت واکسن‌های کووید ۱۹ انجام شد. نتایج این مطالعه که هدفش تخمین میزان عوارض ناشی از واکسن‌های کرونا بود، نشان داد که ۴ مورد مرگبار و ۱۶ عارضه جانبی جدی در هر ۱۰۰۰۰۰ نفری که واکسینه می‌شوند وجود دارد. درباره این مطالعه گسترده، ذکر ۲ نکته حائز اهمیت است: اول آن که مشخصاً در موارد اضطراری بهداشت عمومی همانند اپیدمی کرونا، واکسن‌ها مراحل آزمایشات بالینی و کسب مجوز را سریع‌تر طی می‌کنند. بنابراین وجود چنین نتایجی، هرچند تلخ و غیرانسانی، طبیعی به نظر می‌رسد. اما نکته دوم این است که هرچند برای ارزیابی واکسن‌ها، چنین مطالعات تصادفی‌ای انجام می‌شوند، ولی نتایج‌شان معمولاً در تشخیص رویدادهای بسیار نادر یا نتایج بلندمدت محدود است. در اینجاست که علم همه‌گیرشناسی دارویی (Pharmacoepidemiology) کمک‌کننده است.

در این علم، استفاده و تأثیرات محصولات دارویی، در گروه‌های گسترده‌ای از مردم مورد بررسی قرار می‌گیرد. سنگ بنای این علم، روش مشاهده‌ای آن است و به نتایج آزمایشات بالینی اولیه اعتبار بیشتری می‌بخشد. اطلاعات حاصل از اثربخشی و ایمنی واکسن‌ها در این روش، امکان مقایسه پیامدهای حاصل از واکسینه شدن با امتناع از واکسن زدن را در طولانی مدت بهتر نشان می‌دهد.

پس بخشی از بی‌اعتمادی‌ها به سیستم ایمن‌سازی، با توجه به زمان مورد نیاز برای دیدن نتایج، طبیعی و پذیرفتنی است. حال تکلیف شایعات بی‌اساس چه می‌شود؟ پژوهشی در سال ۲۰۲۰ به منظور مقایسه تعداد موافقین و مخالفین واکسیناسیون، با بررسی محتواهای تولید شده در ۳ پلتفرم گوگل کروم، فیس‌بوک و یوتیوب انجام شد. والدین معمولاً

به دنبال اطلاعات حوزه سلامت و بهداشت، از فضای مجازی استفاده می‌کنند. دسترسی گسترده کاربران به این فضا، انحصار تولید محتوای تخصصی بهداشتی را از متخصصان حوزه سلامت ربوده است و بعضی مواقع این محتواها صرفاً بیان نظرات و تجربیات شخصی افراد است. هرچند این پژوهش نشان داد که اکثر محتواهای این پلتفرم‌ها ضد واکسن نیستند، اما به دلیل روش‌های پژوهشی متفاوت، نتایج متناقضی از سایر مطالعات نیز وجود دارد. به عنوان مثال پژوهشی دیگر نشان داده است که وبسایت‌های حاوی اطلاعات سودار نسبت به واکسیناسیون بسیار رایج و پرمخاطب‌اند و در یک سرچ ساده از واژه «Vaccination» ۴۳ درصد از سایت‌ها، مخالف واکسن هستند.

کنترل نحوه انتشار اطلاعات در فضای مجازی تقریباً ناممکن است؛ حتی بعضی مواقع انتشار اطلاعات درست و موثق درباره واکسیناسیون که توسط گروه‌های مختلف انجام می‌شود، نتیجه معکوس و منفی برجای می‌گذارد. یک گروه مطالعاتی با بررسی روش‌های مختلف اطلاع‌رسانی همگانی رسانی همگانی، نشان دادند که برای اثرگذاری هرچه بیشتر اطلاعات و شواهد علمی بر مردم و از بین بردن اثرات شایعه‌ها چه روش‌هایی موثرند.

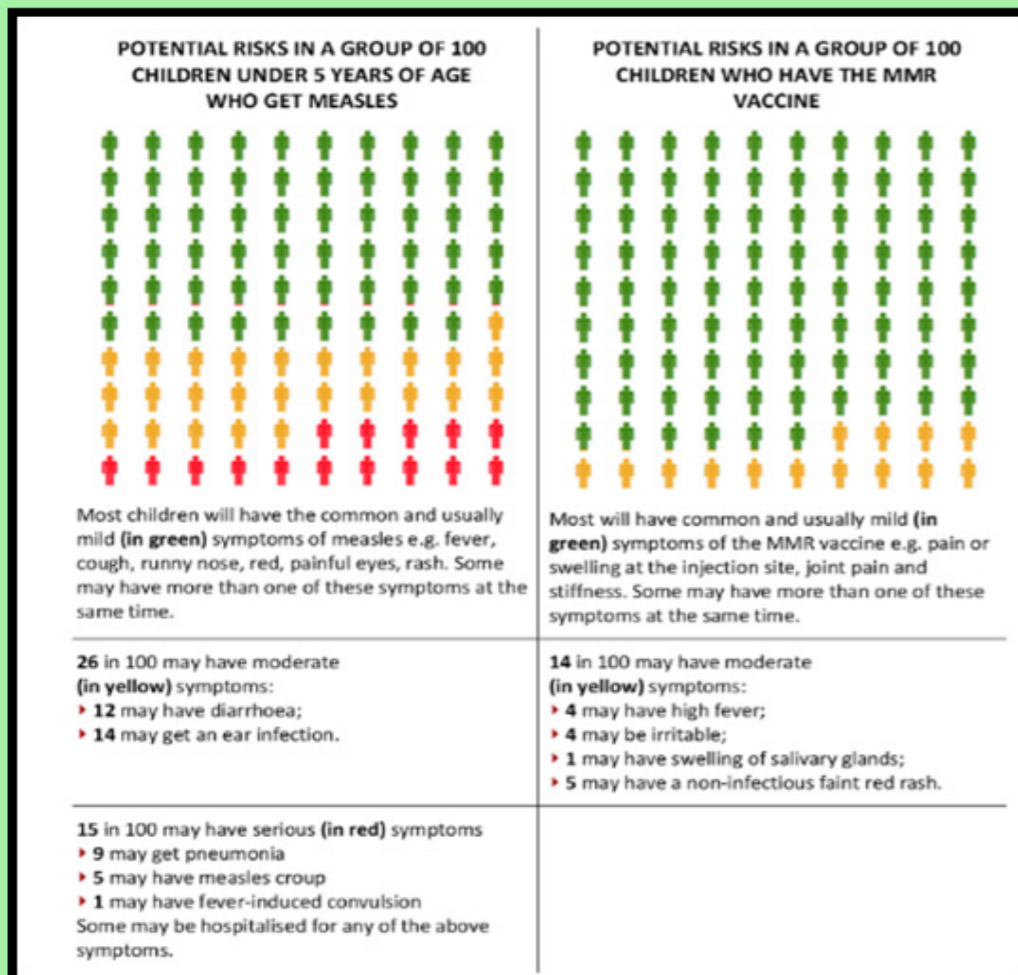
ابتدا همه شرکت‌کنندگان پرسش‌نامه‌ای درباره واکسیناسیون را پر کردند که سوال‌هایی درباره ایمنی و کارایی واکسن‌ها و میزان اعتماد افراد به برنامه‌های ایمن‌سازی در آن مطرح شده بود. پس از پر کردن پرسشنامه‌ها، شرکت‌کنندگان به ۳ گروه تقسیم شدند. گروه اول دفترچه‌ای دریافت کردند که در هر صفحه آن دو ستون از اطلاعات نوشته شده بود؛ یک ستون با تیتر «Facts¹» که به اطلاعات صحیح و علمی درباره واکسن‌ها اختصاص داشت و ستون دوم با تیتر «Myths²» که شامل شایعات رایج و آشنا درباره واکسن‌ها بود.

گروه دوم مجموعه‌ای از جداول را دریافت کردند که شانس عوارض منفی دو اتفاق را مقایسه می‌کردند؛ اولی عوارض منفی ناشی از واکسن MMR و دومی عوارض منفی ناشی از ابتلا به بیماری‌های سرخک، اوریون و سرخچه.

1- Facts = حقایق
2- Myths = شایعات

گروه سوم در معرض تصاویری از کودکان مبتلا به بیماری‌های سرخک، اوریون و سرخچه قرار گرفتند که شرح مختصری از علائم هر بیماری و اختلال‌هایی درباره اهمیت واکسیناسیون کودکان را نیز شامل می‌شدند. بعد از یک هفته همه شرکت‌کنندگان مجدداً پرسش‌نامه اولیه را پر کردند تا تغییرات احتمالی

نگرش آن‌ها نسبت به واکسیناسیون بررسی شود. شاید بعد از مطالعه روش پژوهش این مطالعه، انتظار داشته باشید در قسمت نتایج، اثربخشی بالای روش دوم یا سوم در کاهش باور به شایعات، گزارش شده باشد؛ اما نتایج این پژوهش نشان داد که هر ۳ روش نتیجه معکوس دارند و افراد پس از هر کدام از این مداخلات، بیشتر از قبل به شایعات باور داشتند.



توضیحات متعددی برای تأثیر مداوم اطلاعات غلط و شایعات بر ذهن افراد ارائه شده است. یک استدلال قوی این است که هنگامی که یک باور شکل می‌گیرد، افراد در ذهن خود توجیهاتی انجام می‌دهند که با آن باور انطباق داشته و حتی آن را تقویت کند. همچنین تمایل دارند که استدلال‌های ضد باور خود را که باعث ناراحتی آن‌ها می‌شود، صرف نظر از اعتبار آن‌ها، قویاً رد کنند. پس جهان‌بینی مردم یا ایدئولوژی شخصی، می‌تواند ناخواسته بر حقایق غلبه کند.

البته هنوز هم می‌توان با تحقیقات گسترده‌تر، روش‌های کارآمدی برای از بین بردن اثر شایعات ابداع کرد اما نکته حائز اهمیت در این تحقیق آن است که چرا پیش از وقوع چنین اثراتی، با سیاست‌گذاری‌های مناسب‌تر و اعتمادسازی‌های گسترده‌تر، شایعات را در نطفه خفه نمی‌کنیم؟ هایدی لارسون، انسان‌شناس، چگونگی پیدایش، گسترش و تقویت شایعات در برابر واکسن‌ها در سراسر جهان را مورد بررسی قرار می‌دهد. او می‌گوید در حالی که واکسن‌ها نمی‌توانند از "آشفته‌گی سیاسی و اجتماعی" که آن‌ها را احاطه کرده فرار کنند، اولین گام برای جلوگیری از شیوع بیماری، صحبت با مردم، گوش دادن و ایجاد اعتماد است.

از مغز تنبل تا ذهن متعصب

آیا تا به حال به این مسئله دقت کرده‌اید که اخبار و اطلاعاتی که دنبال می‌کنید، غالباً همسو با نظر شما هستند؟ و یا با افرادی برخورد داشته‌اید که در صورت مواجه شدن با نقطه نظر مخالفشان، آن‌ها را نپذیرفته و بدون دلیل از عقیده‌ی خود دفاع می‌کنند؟ این اتفاقات تنها دو مورد از موارد بسیار خطای در تفکر هستند که تحت عنوان خطاهای شناختی^۱ مطرح می‌شوند.



خطای شناختی فرآیندی ناخودآگاه و به نوعی خطا در تفکر است که بر تفسیر اطلاعات، قضاوت و تصمیم‌گیری شما تأثیر می‌گذارد. در دسته‌بندی خطاهای شناختی، به انواع مختلفی از آن می‌توان اشاره کرد که غالباً با هم هم‌پوشانی دارند اما رایج‌ترین و اصلی‌ترین خطاهای شناختی از نوع سوگیری‌های شناختی^۲ و تحریف‌های شناختی^۳ هستند.

در تحریف‌های شناختی، مغز برای حفاظت فرد در مقابل افکار منفی، او را قانع می‌کند تا به چیزی که حقیقت ندارد، باور داشته باشد. در تحریف شناختی، مغز واقعیت را به گونه‌ای دیگر درک می‌کند. این نوع از خطاهای شناختی، فرضیاتی را در ذهن فرد ایجاد می‌کنند، در نتیجه فرد همواره به دنبال تأیید و اثبات این فرضیات است و حتی اگر با موارد متناقض آن رو به رو شود، نمی‌تواند آن‌ها را در ذهن خود تغییر بدهد.

در سوگیری‌های شناختی، باورهایی که از کودکی در مغز ما در مورد موضوعات مختلف شکل می‌گیرند، می‌توانند منجر به جهت‌دهی در تصمیم‌گیری شوند. این سوگیری اگرچه باعث افزایش سرعت در تصمیم‌گیری می‌شود اما کاهش دقت را نیز به دنبال دارد و در نهایت می‌تواند منجر به خطا در تصمیم‌گیری شود. در اینجا سوالی که ممکن است پیش بیاید این است که این خطاها از کجا می‌آیند؟

- 1- Cognitive Errors
- 2- Cognitive Biases
- 3- Cognitive Distortions



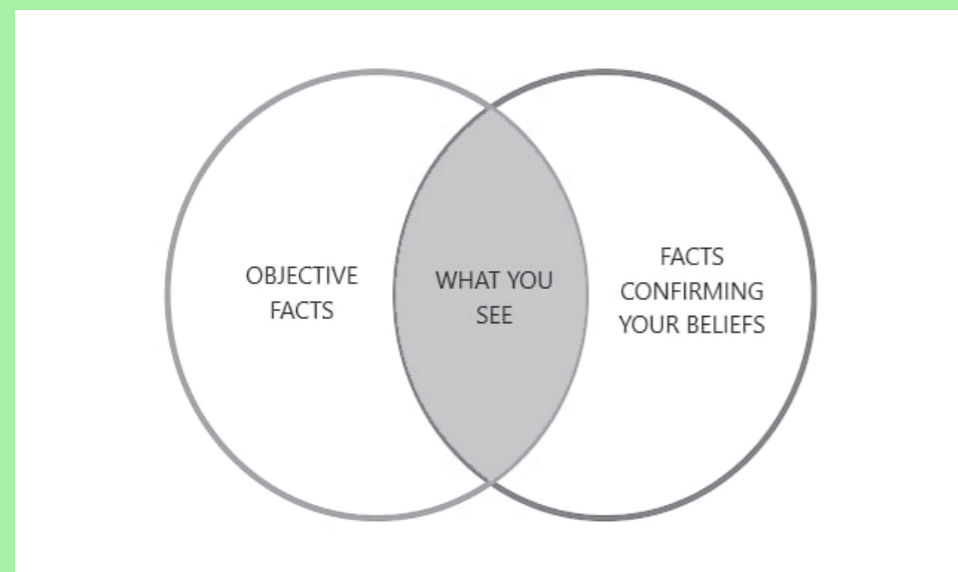
منابع

- Dodd, C., Andrews, N., Petousis-Harris, H., Sturkenboom, M., Omer, S. B., & Black, S. (2021). Methodological frontiers in vaccine safety: Qualifying available evidence for rare events, use of distributed data networks to monitor vaccine safety issues, and monitoring the safety of pregnancy interventions. *BMJ Global Health*, 6, 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003540>
- Elkin, L. E., Pullon, S. R. H., & Stubbe, M. H. (2020). 'Should I vaccinate my child?' comparing the displayed stances of vaccine information retrieved from Google, Facebook and YouTube. *Vaccine*, xxxx. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.02.041>
- Pluviano, S., Watt, C., & Della Sala, S. (2017). Misinformation lingers in memory: Failure of three pro-vaccination strategies. *PLoS ONE*, 12(7), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181640>
- Walach, H., Klement, R. J., & Aukema, W. (2021). The Safety of COVID-19 Vaccinations—We Should Rethink the Policy. 1–8.

برک، لورا (۷۰۰۲). روانشناسی رشد (از لقاح تا کودکی). ترجمه: یحیی سیدمحمدی (۴۹۳۱). تهران: نشر ارسباران

عذرا عباس‌زاده، دانشجوی کارشناسی روانشناسی، ترم ۶





به طور کلی خطاهای شناختی اثر خودتأییدکنندگی دارند و از این طریق خود را بادوام می‌کنند. این به این معناست که افراد، به جستجوی اطلاعاتی گرایش دارند که عقاید فعلی آن‌ها را تأیید می‌کند. این مسئله همچنین بر تصمیم‌گیری‌های فرد تأثیر می‌گذارد و در نتیجه، فرد رفتارهایی را در پیش می‌گیرد که در راستای تأیید تفکراتش باشد.

در اینجا سوگیری تأیید با پدیده دیگری نیز همراه است که به آن سوگیری در دسترس بودن^۱ می‌گویند. زمانی که یک رویداد نامطلوب تأیید و در ذهن ما تثبیت شود، به خاطر سپردن و به خاطر آوردن آن راحت‌تر از اطلاعات دیگر است و ما تمایل داریم به افکاری که راحت‌تر به یاد می‌آیند، بیشتر توجه کنیم. اما چرا سوگیری تأیید رخ می‌دهد؟ اگر بخواهیم به این سوال از منظر علوم شناختی پاسخ بدهیم، باید بگوییم که ذهن ما در آن واحد توان تمرکز بر یک چیز را دارد، به همین دلیل پردازش همزمان فرضیه‌های مختلف دشوار است؛ بنابراین مغز، فقط اطلاعاتی را پردازش می‌کند که متناسب با باورهای ما باشند.

نظریه دیگری، سوگیری تأیید را راهی برای محافظت از عزت نفس می‌داند. در اینجا ما با یک ذهن متعصب روبه‌رو هستیم که از طریق تقویت باورهای قبلی، به دنبال افزایش عزت نفس است؛ چرا که عزت نفس، نقش مهمی در احساس امنیت و حفظ روابط دارد.

علاوه بر سوگیری تأیید، سوگیری‌های دیگری نیز با توجه به این که چطور آن‌ها را چهارچوب‌بندی کنیم، در توضیح تردید در واکسیناسیون اهمیت دارند که در ادامه به صورت مختصر به آن‌ها اشاره می‌کنیم.

اثر بانداگان^۲

این اثر به تمایل ما برای تصمیم‌گیری بر اساس تصمیم اکثریت افراد اشاره دارد که ممکن است به این دلیل باشد که مردم تصمیم دیگران را منطقی برآورد می‌کنند. در این حالت فشار اجتماعی هم می‌تواند انگیزه اصلی فرد برای تصمیم‌گیری در مورد واکسیناسیون باشد؛ تأکید بر فشار اجتماعی ناشی از واکسیناسیون، اثر بانداگان را آشکار می‌کند.

اثر اجماع کاذب^۳

گاهی ما تعداد افرادی که با ما هم‌عقیده هستند را بیشتر از تعداد واقعی آن‌ها، برآورد می‌کنیم. چیزی که در رسانه‌ها مشاهده می‌شود این است که افرادی که نسبت به واکسینه شدن مردد هستند، تمایل بیشتری به برقراری ارتباط در این مورد دارند و در مقابل، موافقان واکسیناسیون کمتر درگیر چنین ارتباطاتی

- 1- Availability Bias
- 2- Bandwagon Effect
- 3- False consensus Effect



فقط اطلاعاتی را دریافت کنیم که باورهای قبلی ما را تأیید می‌کنند. باورهای از قبل شکل‌گرفته افراد در مورد یک موضوع، واکنش آن‌ها به اطلاعات و استدلال‌های جدید را تحت تأثیر قرار می‌دهند؛ به این صورت که وقتی افراد با اطلاعات جدیدی رو به رو می‌شوند که با باورهای قبلی آن‌ها سازگاری ندارد، آن‌ها را نادیده گرفته و یا حتی واکنش نشان می‌دهند.



برای مثال، فردی را در نظر بگیرید که نسبت به واکسیناسیون تردید دارد، اگر با مواردی از نتایج نامطلوب واکسن رو به رو شود، تصمیم او بر تردید در واکسیناسیون تأیید می‌شود؛ به همین دلیل تمام تلاش‌ها برای بی‌اعتبار کردن اطلاعات نادرستی که افراد نسبت به واکسن دارند بی‌فایده است چرا که تمایل ذاتی آن‌ها باعث می‌شود شواهد مخالف باورهای خود را نادیده بگیرند.

قبل از هر چیزی باید بدانیم که مغز ما در هر ثانیه، ۱۱ میلیون بیت اطلاعات دریافت می‌کند و این در حالی است که تنها قادر به پردازش ۴۰ بیت اطلاعات در ثانیه است؛ در نتیجه، مغز تمایل به دسته‌بندی این اطلاعات دارد تا بتواند سریع‌تر و ساده‌تر، با دریافت اطلاعات، به تحلیل و تفسیر بپردازد. در این شرایط، خطاهای شناختی به تدریج در مغز ما شکل می‌گیرند.

اگرچه فشارهای اجتماعی و احساسات هم می‌توانند در شکل‌گیری سوگیری‌ها موثر باشند، اما خطای در تفکر به صورت طبیعی در انسان‌ها وجود دارد. از این رو برخی از روان‌شناسان آن‌ها را به فرایند فرگشت^۱ نسبت می‌دهند و معتقدند سوگیری‌ها، برای اعمال واکنش مناسب در شرایط خطر، در مغز انسان تکامل یافته‌اند.

سوگیری‌ها از این جهت که باعث تسریع فرایند پردازش اطلاعات و در نتیجه تصمیم‌گیری می‌شوند و از طرفی بقای ما را تأمین می‌کنند، سودمند هستند اما لازم به ذکر است که این سوگیری‌های ناخودآگاه، می‌توانند در قالب تعصبات، به گروه و یا فرد آسیب بزنند.

سوگیری‌های شناختی و تداوم پاندمی کرونا

با توجه به نقش سوگیری‌های شناختی در حفظ بقای انسان، این سوگیری‌ها در شرایط بحرانی بر تصمیمات فرد تأثیر می‌گذارند. حال یکی از بحران‌هایی که جهان امروز با آن دست و پنجه نرم می‌کند، شیوع کرونا است. شروع پاندمی کرونا یک انتخاب نبود، اما تداوم شرایط آن به علت تردید برخی افراد برای واکسیناسیون، می‌تواند تحت تأثیر سوگیری‌های شناختی باشد.

از آنجایی که سوگیری‌ها می‌توانند به طور همزمان عمل کنند، نقش مهمی در تردید افراد نسبت به واکسیناسیون دارند؛ یکی از این سوگیری‌ها، سوگیری تأیید^۲ است؛ در این حالت ما تمایل داریم فقط اطلاعاتی را دریافت کنیم که باورهای قبلی ما

- 1- Evolution
- 2- Confirmation Bias

تحلیل روانشناختی فیلم split

کوبین ۷ شخصیت را با آوردن آن‌ها به حالتی که از آن به عنوان "نور" یاد می‌کند، جابه‌جا می‌کند. وقتی شخصیتی به نور آورده می‌شود و یا اصطلاحاً چراغ را می‌گیرد، آن شخصیت بر اعمال کوبین مسلط می‌شود. همچنین متوجه می‌شویم که کوبین تحت نظارت روان‌پزشکی به نام دکتر کارن فلچر است که کوبین را مبتلا به اختلال هویت تجزیه‌ای (DID) تشخیص داده است. اختلالی که در گذشته اختلال شخصیت چندگانه (MPD) نامیده می‌شد. دکتر فلچر بر این باور سرمایه‌گذاری کرده است که افراد مبتلا به DID از بقیه افراد برتر و فراتر هستند و به همین علت درمانی را برای کوبین ارائه نمی‌کند. همچنین دکتر فلچر مرزهای شغلی را نادیده می‌گیرد و تنها و بدون اطلاع قبلی به محل سکونت کوبین می‌رود، این در حالی است که به درمانگران توصیه می‌شود همواره مرزهای شغلی را حفظ نمایند و مجذوب بیماران خود نشوند.



گسست^۱ نام تریلر روان‌شناختی به کارگردانی و تهیه‌کنندگی ام. نایت شیامالان^۲ است که در تاریخ ۲۰ ژانویه ۲۰۱۷ در سینماها اکران شد. محور اصلی این فیلم "کوبین وندل کرامب"، مردی با ۲۳ شخصیت متمایز است که جیمز مک‌آووی^۳ به ایفای این نقش پرداخته است.

داستان فیلم با کوبین آغاز می‌شود که سه نوجوان به نام‌های کیسی، کلر و مارسیا را می‌رباید و آن‌ها را در اتاقی حبس می‌کند. این سه دختر پس از شرکت در یک جشن تولد در پارکینگ به وسیله‌ی داروی شیمیایی به خواب رفته و ربوده می‌شوند. دختران پس از بیدار شدن و فهمیدن آن‌که ربوده شده‌اند، بسیار مضطرب و آشفتگی شده و به دنبال راه فرار می‌گردند؛ اما در این میان، کیسی که دختری نسبتاً ساکت و مرموز است، واکنش متفاوتی از خود نشان می‌دهد. وقتی دو دختر دیگر قصد بیرون آمدن از اتاق را دارند، کیسی بی حرکت می‌ماند و سعی می‌کند قبل از اقدام، برای جلوگیری از اتفاقات ناگوار شرایط را بیازماید. فیلم مرتباً خاطرات او را از کودکی نشان می‌دهد و مخاطب را متوجه می‌سازد که کیسی در کودکی مورد تجاوز از سوی دوست پدرش که او را عمو خطاب می‌کرد، قرار گرفته است.

دخترها شاهد رفتارهای عجیبی از رباینده‌ی خود هستند؛ به طوری که آدم‌ربا در هر بار ملاقات با آن‌ها، به شکل متفاوتی ظاهر می‌شود. به عنوان مثال هنگامی که دخترها گمان می‌کنند زنی در بیرون از اتاق حضور دارد و سعی می‌کنند با کوبیدن به در از او کمک بگیرند، متوجه می‌شوند که این زن همان کوبین است که دامن بلند قرمز به تن کرده و کفش پاشنه‌بلند پوشیده و نامش پاتریشیا است؛ که در حقیقت یکی از ۲۳ هویت کوبین می‌باشد.

تمامی هویت‌ها در فیلم نمایش داده نمی‌شوند و

- 1-Split
- 2-M. Night Shyamalan
- 3- James McAvoy

از آنجایی که سوگیری‌های شناختی تأثیر قابل توجهی بر نحوه زندگی افراد و تفسیر اطلاعات دارند، شناسایی آن‌ها حائز اهمیت است؛ اگرچه ما با شناخت این خطاها نمی‌توانیم آن‌ها را به طور کامل از فرایند تصمیم‌گیری خود حذف کنیم؛ اما در بهترین حالت می‌توانیم آن‌ها را کنترل کنیم. همچنین آموزش ذهن برای انعطاف پذیری بیشتر در الگوهای فکری اثرات سوگیری‌ها را به طور قابل توجهی کاهش می‌دهد.

منابع

Azarpanah, H., Farhadloo, M., Vahidov, R. et al. Vaccine hesitancy: evidence from an adverse events following immunization database, and the role of cognitive biases. BMC Public Health

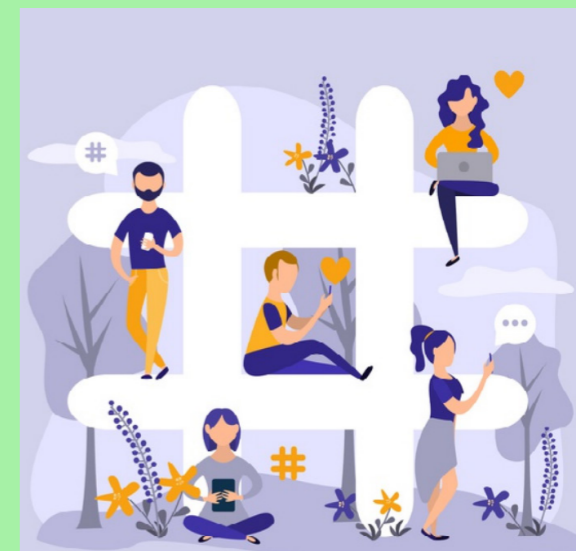
Bordalo P, Katherine Baldiga Coffman, Nicola Genaioli, and Andrei Shleifer. . Stereotypes. Quarterly Journal of Economics

Casad, Bettina J.. "confirmation bias". Encyclopedias Britannica. Oct ۹, ۲۰۱۹. <https://www.britannica.com/science/confirmation-bias>. Accessed ۲۰۲۱ cember

Mohamed, K., Yazdanpanah, N., Saghadzadeh, A., Cognitive Biases Affecting the Maintenance of COVID

ارونسون، ا. (۱۳۹۸). روانشناسی اجتماعی. تهران: رشد.

نجات، پ. حاتمی، ج. (۲۰۲۱). تأثیرپذیری از تصورات قالبی جنسیتی در شغل گزینی: تمایز بین دانشجویان ریاضی فنی و علوم انسانی. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۶(۳)



می‌شوند. هر دو گروه، جوامعی را با اجماع کاذب بالا در مورد نگرانی‌های مربوط به واکسیناسیون ایجاد می‌کنند.

سوگیری اعتقادی^۱

"سوگیری اعتقادی تمایل به ارزیابی اعتبار استدلال بر اساس باورپذیری نتیجه است." به این صورت که اگر نتیجه یک استدلال، با باورهای قبلی فرد در تعارض باشد، توانایی‌های شناختی او در تفسیر اطلاعات جدید خنثی می‌شود. مخالفان واکسیناسیون، غالباً استدلال خود را بر اساس ایمنی و اثربخشی واکسن، طب جایگزین، آزادی‌های مدنی، تئوری‌های توطئه، اخلاق، مذهب و ایدئولوژی مطرح می‌کنند؛ بنابراین هنگامی که فرد در معرض اطلاعات جدید متناقض قرار می‌گیرد، سوگیری تأیید مانع از توجه افراد به آن‌ها می‌شود. حتی پس از درگیر شدن با چنین محتوایی، سوگیری اعتقادی با تأثیر بر توانایی‌های شناختی فرد، اعتبار اطلاعات جدید را زیر سوال می‌برد.

هرچند که تأثیر سوگیری‌های شناختی بر تصمیم‌گیری افراد در مورد واکسیناسیون، به توجه دقیق‌تری نیاز دارد؛ اما همچنان به نظر نمی‌رسد که رد کردن مستقیم اطلاعات نادرست، تغییری در تصمیم افراد مردد به پدیده واکسیناسیون ایجاد کند؛ حتی ممکن است نتیجه عکس بدهد؛ چرا که، "افشگری مستقیم، مستلزم تکرار اطلاعات نادرست است" و این تکرار، باعث سهولت یادآوری اطلاعات نادرست شده و تأثیر مثبتی بر سوگیری تأیید می‌گذارد.

فصلنامه
دنیاى روانشناسى

1- Belief Bias

یکی دیگر از ناتوانی های دکتر فلچر مربوط به عدم توانایی وی در جلب اعتماد تمامی شخصیت‌ها می‌باشد. بنابراین شاهد آن هستیم که در طول جلسات درمان، تمامی شخصیت‌ها ظاهر نمی‌شوند و یا به دلیل عدم اعتماد کافی به دکتر فلچر، حقایق را با او در میان نمی‌گذارند و به عبارتی او را فریب می‌دهند.

علت ربودن دخترها این است که بیست و چهارمین هویت که هیولا (the beast) نام دارد، در حال شکل‌گیری است و هویت‌های دیگر با هم در نگهداری دختران همکاری می‌کنند تا شخصیت بیست و چهارم بتواند از آنها تغذیه کند.

اما سوالی که مطرح می‌شود این است که چه مقدار از اختلال هویت تجزیه‌ای کوین مطابق با راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) است؟ و چه مقدار از آن فقط جادوی فیلم است؟

برای شروع، DSM-5 اظهار می‌دارد - که ویژگی تعیین‌کننده اختلال هویت تجزیه‌ای، وجود دو یا چند هویت یا حالت شخصیتی مجزا است که به طور مکرر کنترل رفتار شخص را به دست می‌گیرند. کوین کرامب با ۲۳ شخصیت تعریف شده خود، به راحتی متناسب با این توصیف است و مخاطبان در ۳۰ دقیقه اول فیلم با حداقل ۳ هویت از این هویت‌ها آشنا می‌شوند. حدود ۱ درصد از کل جمعیت انسانی، مبتلا به DID هستند. مبتلایان می‌توانند ۸ تا ۱۳ شخصیت متفاوت داشته باشند، اما در موارد شدید این تعداد می‌تواند به بیش از ۱۰۰ هویت برسد.

دومین معیار DSM-5 شامل شکاف‌های مکرر در یادآوری وقایع روزمره، اطلاعات مهم شخصی و یا حوادث آسیب‌زا است که بیش از حد گسترده هستند و با فراموشی معمولی قابل توجیه نیستند. در طول فیلم می‌بینیم هنگامی که کوین از شخصیت هیولا مجدداً به خودش بر می‌گردد، بلافاصله می‌گوید: «من چه کار کردم؟» در واقع کوین هیچ‌یک از وقایع توطئه‌آمیز را هنگامی که تحت سلطه‌ی هیولا بوده است، به یاد نمی‌آورد.

سومین معیار DSM-5 این است که این اختلال به دلیل تأثیر مستقیم روان‌شناختی یک ماده و یا بیماری عمومی ایجاد نشده و به طور معمول در اثر آسیب‌های دوران کودکی (تروما) ایجاد می‌شود. افراد در معرض نوعی شکنجه‌ی جسمی یا عاطفی قرار دارند که در دوره‌ی رشد کنونی نمی‌توانند با آن مقابله کنند و ذهن آن‌ها به اندازه‌ی کافی قوی نیست که بتواند درد را برطرف کند. افراد از نظر روان‌شناختی ضعیف می‌شوند و به دنبال راه‌هایی برای محافظت از خود می‌گردند. یکی از راه‌هایی که پیدا می‌کنند، ایجاد انشعاباتی در شخصیت است؛ به جای میزبان ضعیفی که با آسیب روبه‌رو شود، یک هویت جدید برای محافظت از هویت اصلی ایجاد می‌شود. این هویت جدید معمولاً با هویت اصلی بسیار متفاوت است؛ بنابراین برای محافظت از خود، قوی‌تر و مناسب‌تر است. هر چه آسیب (تروما) بیشتر باشد، هویت‌های بیشتری برای محافظت از میزبان ایجاد می‌شوند. این فیلم نگاهی اجمالی در طی فلاش‌بک‌هایی که مادر کوین جیغ می‌کشد و کوین را تهدید می‌کند، به مخاطبان می‌دهد. در واقع مادر کوین از اختلال وسواسی جبری (OCD) رنج

می‌برد و وسواس تمیزی دارد و به دنبال هر کثیفی و بی‌نظمی ایجاد شده، کوین را مورد سوءاستفاده‌ی جسمی قرار می‌دهد. در نتیجه کوین هویتی به نام دنیس را ایجاد می‌کند که می‌تواند نظافت را در خانه مدیریت کند و دنیس نیز همان بیماری مادرش را دارد؛ به دنبال آن چندین هویت ایجاد می‌شوند که کسانی که ناپاک (نجس) هستند را مستحق خورده شدن توسط هیولا می‌دانند. "نجس" اصطلاحی است که در فیلم برای توصیف کسانی که در زندگی خود رنج نبرده‌اند، استفاده می‌شود.

و اما نوبت به جادوی فیلم می‌رسد. بحث درباره هیولا جایی است که تخیل در فیلم ظهور می‌کند. درست است که برخی از خصوصیات فیزیکی می‌توانند در نتیجه‌ی تغییر هویت، تغییر کنند؛ اما هیولا آن را به سطح جدیدی می‌رساند. ممکن است رنگ چشم، دست غالب و یا صدای فرد در هر شخصیتی تغییر کند، اما هیولا به معنی واقعی کلمه اندازه عضلات کوین را افزایش می‌دهد، در برابر گلوله‌ها و دیگر سلاح‌ها غیرقابل نفوذ می‌شود و توانایی پیمودن دیوارها را پیدا می‌کند. همچنین هیولا به عنوان موجودی عصبانی و خشن نمایش داده می‌شود که به دنبال انسان‌های نجس و خوردن آن‌هاست. در حالی که DID، به عنوان مکانیزم مقابله‌ای و نه به عنوان سلاح در افراد رشد می‌کند؛ این امکان وجود دارد که افراد مبتلا به DID خشن باشند اما در بیشتر موارد این افراد از شخصیت خود برای مقابله بهتر با آسیب‌هایی که در اوایل زندگی تجربه کرده‌اند، استفاده می‌کنند و در واقع احتمال قربانی شدن آن‌ها بسیار بیشتر از آسیب رساندن به دیگران است.



ظلمت آشکار، راوی يك ذهن رنج‌کشیده

«در غیاب امید همچنان باید برای بقا مبارزه کنیم و این کار را می‌کنیم، با چنگ و دندان»

ظلمت آشکار، کتابی خواندنی اما برای افراد خاص

ویلیام استایرن^۱، نویسنده‌ی مطرح آمریکایی در دهه‌ی ۶۰ عمر خود به افسردگی حاد مبتلا شد و پس از بهبودی، تجاربی که در مدت بیماری‌اش به دست آورده بود در قالب کتاب «ظلمت آشکار»^۲ به نگارش درآورد. این کتاب همه‌ی سلیق را در بر نمی‌گیرد؛ افرادی که تمایل دارند در یک روز تعطیل کتابی مطالعه کنند، شاید با شنیدن این موضوع که این کتاب در ارتباط با افسردگی است، نظرشان را تغییر دهند و ترجیح دهند کتابی با موضوعی متفاوت و جذاب‌تر انتخاب کنند. اما قطعاً برای دانشجویان روان‌شناسی یا کسانی که در نزدیکی خود، فردی مبتلا به این اختلال دارند، خواندن این کتاب خالی از لطف نیست. با خواندن «ظلمت آشکار» شاید بتوان فقدان درک متقابلی که همواره افراد افسرده به آن اشتغال ذهنی دارند را رفع کرد و بهتر بتوان رنجی که افراد افسرده با آن دست‌وپنجه نرم می‌کنند را درک و لمس نمود. موضوعی که نویسنده نیز بارها به آن اشاره می‌کند. اکثر ما انسان‌ها روزهایی با خود در حال جنگ و جدال هستیم، احساس می‌کنیم ذهن‌مان خسته است و گاهی دل‌مان می‌خواهد به هیچ‌چیز و هیچ‌کس فکر نکنیم. چند دقیقه چشمان‌مان را روی هم می‌گذاریم، یک فنجان چای می‌نوشیم و دوباره برمی‌گردیم به میدان مبارزه. اما انسان‌های افسرده، گویی در دریایی پهناور برای نجات یافتن

افسردگی کلیدواژه‌ای است که اغلب به گوش‌مان خورده است و شاید بارها این برچسب را روی اطرافیان‌مان که کسل و بی‌حوصله بوده‌اند یا تمایلی به حضور در مهمانی‌ها و جمع دوستان نداشته‌اند، زده‌ایم؛ اما افسردگی حالت بسیار شدیدتری از یک سستی و کسل بودن است و علائم و عوارض بسیار بیشتری دارد. افسردگی یکی از بیماری‌های ترسناک روانی است که جزء اختلالات خلقی دسته‌بندی می‌شود و بالاترین شیوع طول عمر را در بین اختلالات روان‌پزشکی داراست. به قدری این بیماری حائز اهمیت است که جزء مهم‌ترین نگرانی‌های سازمان بهداشت جهانی به شمار می‌رود. به طوری که شعار سال ۲۰۱۷ این سازمان «افسردگی: بیابا هم حرف بزنیم»^۳ بود.



فصلنامه
دنیای روانشناسی

شخصیتی که به نظر می‌رسد به کوین کمک می‌کند تا از پس آسیب‌های خود برآید، پسر بچه‌ای ۹ ساله به نام هدویگ است. این شخصیت، تسکین‌بخش خنده‌آور فیلم است و به نظر می‌رسد هنگامی که کوین به از بین بردن استرس و رفتار کردن مانند کودک احتیاج دارد، ظهور پیدا می‌کند. یکی دیگر از شخصیت‌های کوین، جید است که ادعا می‌کند دیابت دارد و تصاویری از تزریق انسولین به خود ضبط می‌کند. این جنبه در این حوزه بسیار بحث‌برانگیز است که آیا ممکن است شیمی بدن با تغییر شخصیت چنان تغییر کند که به یک بیماری پزشکی بیولوژیکی برسد؟ یا آیا فقط مغز معتقد است که فرد دیابت دارد و به تزریق انسولین نیاز است؟ این‌ها نمونه‌هایی از سوالاتی است که در حوزه روان‌پزشکی بحث‌برانگیز هستند و به میزان تأثیر مغز بر حالت زیست‌شناختی بدن بر می‌گردد. به طور کلی فیلم گسست جنبه‌های درست زیادی از اختلال هویت تجزیه‌ای را به نمایش می‌گذارد؛ اما متأسفانه هنگامی که آرایش زیستی کوین را تغییر می‌دهد تا او به هیولا تبدیل شود، از واقعیت دور می‌شود. با این حال هیولا بخش جدایی‌ناپذیر فیلم است و مؤلفه‌ی ترسناک ضروری را به آن اضافه می‌کند. بنابراین ممکن است از نظر بالینی صحیح نباشد، اما جنبه خارق‌العاده‌ای از فیلم است و پایان را هیجان‌انگیزتر می‌کند. اختلال هویت تجزیه‌ای یک وضعیت سلامت روان جالب و در عین حال بحث‌برانگیز است که می‌تواند به طرق مختلفی در فرهنگ عامه نمایش داده شود.

منابع

IRINI, RINI (2019) , Dissociative Identity Disorder Of The Major Character In Shyamalan's Split , undergraduate thesis , Diponegoro University

Malley Kevin , Dissociative Identity Disorder In M.Night Shyamalan's Split: Fact Vs Fiction , 2017 , <https://www.psichi.org/blogpost/987366/277421/Dissociative-Identity-Disorder-in-M-Night-Shyamalan-s-Split-Fact-vs-Fiction-Contains-Spoilers>

Brand Bethany , Pasko Danielle , Split Is Based On Myths About Dissociative Identity Disorder , 2017 , <http://doi.org/10.1037/a004080>

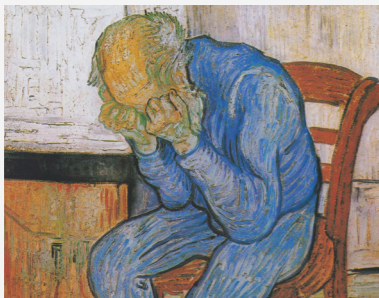


فصلنامه
دنیای روانشناسی

¹Depression
²Depression: let's talk
³William Styron
⁴Darkness Visible

قطعاً دانستن سبب‌شناسی ناهنجاری‌ها و اختلالات می‌تواند تا حد زیادی عوامل زمینه‌ساز را کنترل نماید و از وقوع آن‌ها جلوگیری نماید. اکثریت ما وقتی به بیماری مبتلا می‌شویم اولین فکری که به ذهن‌مان خطور می‌کند علت و ریشه‌ی بیماری است. استاین نیز در صفحه‌ی ۳۵ بیان می‌کند که همواره در ذهن خود دنبال علت افسردگی‌اش می‌گشته است و تصوّرش این بوده است که ترک الکل عاملی برای شروع بیماری‌اش بوده است. البته در خط دیگری تأکید می‌کند که افسردگی بعد از ترک الکل چیز نامعمولی نیست و معمولاً به درجه‌ای نمی‌رسد که خطرناک تلقی شود. این موضوع را به این شیوه می‌توان تبیین کرد: نظریه‌ای دال بر دخالت دوپامین در سبب‌شناسی اختلال افسردگی اساسی وجود دارد. داده‌ها حاکی از آن است که فعالیت دوپامینی در افسردگی کاهش یافته باشد. دو نظریه‌ی جدید درباره‌ی ارتباط دوپامین با افسردگی وجود دارد: یکی اینکه در افسردگی ممکن است مسیر دوپامینرژیک دچار کژکاری شده باشد و دیگری اینکه ممکن است گیرنده‌ی نوع ۱ دوپامین در این بیماری کم‌کار شده باشد. از طرف دیگر، الکل ماده‌ای است که اگر به صورت مکرر و زیاد نوشیده شود تولید دوپامین مغز را کند می‌کند. همان‌طور که اشاره شد کاهش دوپامین هم در افسردگی نقش دارد.

مطالعات متعدّد، عوامل زیستی و ژنتیکی اختلالات خلقی که افسردگی یکی از انواع آن است را اثبات کرده‌اند. از دست دادن والدین قبل از ۱۱ سالگی، از دست دادن همسر، بیکاری و احساس گناه از دیگر عوامل روانی- اجتماعی است که در سبب‌شناسی این اختلال به آن‌ها اشاره می‌شود.



سمپتوم‌ها و معیارهای تشخیصی افسردگی

معیارهایی برای تشخیص این بیماری براساس مطرح شده است. یکی از اصلی‌ترین علامت‌ها که استاین نیز مانند سایر بیماران افسرده از آن رنج می‌برد، انکار و بی‌زاری از خود یا احساس بی‌ارزشی است. استاین، خود را لایق جایزه و استقبالی^۵ DSM-V از او صورت می‌گرفت، نمی‌دانست و این موضوع را همواره به خود تلقین می‌کرد. سایر علاماتی که فرد افسرده را دچار نقص در عملکرد می‌کند عبارت‌اند از: به هم خوردن الگوی خواب نظیر کم‌خوابی یا پرخوابی شدید، کاهش محسوس علاقه و بی‌اعتنایی، افزایش اضطراب و بی‌قراری و از دست دادن خودباوری.

شیوع و همه‌گیری افسردگی

در صفحه ۳۱ استاین نگاهی هم به شیوع و همه‌گیری این بیماری دارد. او عنوان می‌کند که افسردگی شخصیت به خصوصی را مورد تهدید قرار نمی‌دهد بلکه همه‌ی افراد در همه‌ی سنین، طبقات و نژادها در خطر ابتلا به افسردگی قرار دارند. استاین خاطر نشان می‌سازد که با این وجود، هنرمندان، خصوصاً شاعران نسبت به این اختلال آسیب‌پذیرتر هستند. افراد سرشناسی همچون هارت کرین، رومن گاری و بسیاری اسامی دیگر. شایان ذکر است که افراد مبتلا به برخی از اختلالات شخصیت از جمله وسواسی-جبری، نمایشی و مرزی ممکن است در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به افسردگی باشند. مانند بسیاری از اختلالات دیگر زنان به دلیل مواردی مانند تفاوت‌های هورمونی، اثرات زایمان و تفاوت فشارهای روانی- اجتماعی زنان و مردان، بیش از مردان در دایره‌ی تهدیدکننده‌ی این اختلال قرار می‌گیرند.

تاریک‌ذهن حکمرانی می‌کند و تمامیت آن را تحت سلطه‌ی خود در می‌آورد. اما امید به درون این کاخ سیاه نفوذ می‌کند و با کشتن پادشاه به تدریج ذهن را از تاریکی‌ها پاک می‌سازد. مزیت دیگر این کتاب، حجم کم و ۷۲ صفحه‌ای آن است. ترجمه‌ی روان و ساده نیز یکی دیگر از نکاتی است که خوانندگان را بیش از پیش به خواندن آن ترغیب می‌نماید.

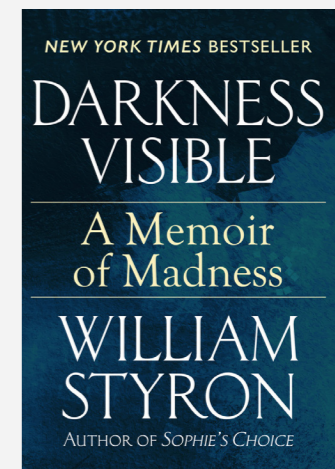
معرفی افسردگی

نویسنده در صفحاتی از کتاب به ذکر نکات علمی در زمینه‌ی افسردگی می‌پردازد که لازم است ضمن پرداختن به آن‌ها، با اسناد و مدارک معتبر از صحت و سقم‌شان اطمینان حاصل شود. اختلالات فکر را در قدیم با عنوان مالیخولیا یاد می‌کرده‌اند. واژه‌ای که استاین به شدت با آن مخالفت کرده و بر این اعتقاد بوده است که این اصطلاح برای توصیف شدت هولناک بیماری‌ای که او خودش از آن به عنوان توفان مغزی یاد می‌کند، بسیار بی‌خاصیت می‌باشد. بقراط در حدود ۴۰۰ سال پیش از میلاد، اصطلاحات مانیا و مالیخولیا (ملانکولی) را برای توصیف اختلالات روانی به کار برده بود. مالیخولیا یا ملانکولی^۱ از ترکیب دو واژه‌ی یونانی ملان به معنی سیاه و کول به معنای صفا گرفته شده است. به همین دلیل مالیخولیا در زبان یونانی یعنی بیماری ناشی از غلبه‌ی صفا. در طب قدیم، به اخلاط چهارگانه‌ی معتقد بودند که غلبه‌ی هر یک موجب حالت خاصی می‌شد. یک پزشک رومی به نام سلسوس نیز حدود سال ۳۰ میلادی در کتابش از مالیخولیا به عنوان نوعی افسردگی ناشی از غلبه صفا یاد کرده است.

معرفی DSM

استاین در صفحه ۱۱ از اصطلاح DSM به عنوان کتاب مقدس روانشناسان یاد می‌کند. DSM راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است که آخرین نسخه آن در سال ۲۰۱۳ توسط انجمن روان‌پزشکان آمریکا منتشر شده است و درمانگران برای تشخیص و درمان از آن استفاده می‌نمایند.^۱ Melancholia or Melancholy

دائم دست و پا می‌زنند. خستگی آن‌ها را از ادامه دادن منصرف می‌کند و همین باعث احساس خفگی و غرق شدن در آن‌ها می‌شود. شایان ذکر است که افسردگی صرفاً شخص را به تله نمی‌اندازد؛ بلکه به زندگی و روان کل اعضای خانواده و حتی نزدیکان فرد زخم می‌زند. قطعاً حضور کسی که به شدت از خود بیزار است، از هیچ چیز لذت نمی‌برد و اضطراب شدیدی را تجربه می‌کند، می‌تواند برای دیگران آزاردهنده و خسته‌کننده باشد.



افسردگی، بلای خانمان‌سوز ذهن‌ها

یکی از دلایل خواندنی بودن این کتاب، شیوه‌ی قصه‌گویی خلاقانه‌ی آن است. استاین بدون ترس از قضاوت اطرافیان و طرفداران‌اش به صراحت و به زبانی شیوا، خاطرات تلخ خود را به اشتراک می‌گذارد و ما را با خود به آن روزها می‌برد، گویی مانند یک فیلم، صحنه‌های آن از ذهن‌مان عبور می‌کنند. هرچند سیر خطی به‌خصوصی را نمی‌توان در داستان دنبال کرد و تقدّم و تأخر روایت‌ها کاملاً مشخص نیست اما شاید دلیل‌اش، همخوانی آشفته‌ی روایت با آشفته‌ی ذهن نویسنده باشد.

سه ترفند زیرکانه که خوانندگان را به خرید این کتاب ترغیب می‌کند، عنوان کتاب، طرح جلد و حجم کوچک آن است. ظلمت آشکار، عنوان مناسب و زیبایی برای افسردگی است. افسردگی آشکارا، ذهن را تیره‌وتار می‌کند؛ فروغ و روشنایی را از آن دور می‌کند و ذهن را همانند یک زندانی، در قفل و زنجیر حبس می‌کند. طرح جلد نیز حاوی یک پیام است. احتمالاً منظور طراح این است که جنون مانند یک پادشاه ستمگر، در کاخ

استاین در ارتباط با تصریح‌کننده‌های اختلال افسردگی صرفاً در چند صفحه به ذکر اسامی آن‌ها اکتفا می‌کند و توضیح بیشتری نمی‌دهد.

به عنوان مثال در صفحه‌ی ۴۷ اسمی از افسردگی درون‌زاد^۱ می‌برد و آن را شکل مزمن‌تر افسردگی اعلام می‌کند. افسردگی درون‌زاد نوعی از افسردگی است که مشخصات آن عبارت‌اند از بی‌لذتی شدید، سحرخیزی، کاهش وزن، احساس گناه عمیق و افکار خودکشی. نام دیگر آن، افسردگی با خصایص مالیخولیایی است اما به این دلیل که همراه با تغییرات دستگاه عصبی خودکار رخ می‌دهد به این اسم نیز نامیده می‌شود.

از دیگر تصریح‌کننده‌های اختلال افسردگی می‌توان به این موارد اشاره کرد: همراه با ناراحتی اضطرابی، با ویژگی‌های مختلط، همراه با ویژگی‌های آتیپیک، همراه با ویژگی‌های روان‌پریشی هماهنگ با خلق، با کاتاتونیا و با الگوی فصلی.

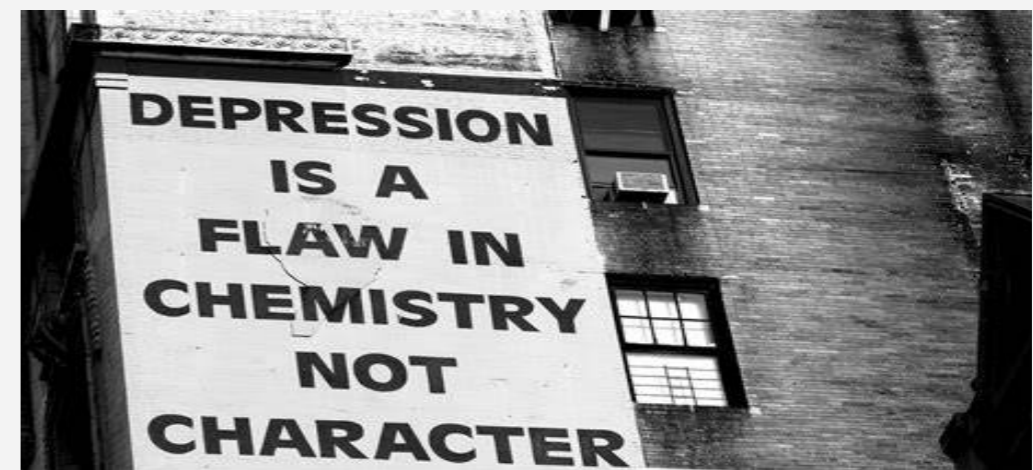
درمان افسردگی

در درمان بیماران دچار اختلالات خلقی لازم است چند نکته حتماً در نظر گرفته شود اول از همه باید مورد ارزیابی کامل تشخیصی قرار گیرد تا اطمینان حاصل شود که بیمار نه برای خودش و نه برای اطرافیان‌اش خطرناک محسوب نمی‌شود و سپس برنامه‌ای را برای درمان شروع کرد که هم علائم فوری را در نظر بگیرد و هم سلامت و آسودگی وی

را در آینده تضمین کند. یکی از درمان‌هایی که استاین نیز در صفحه‌ی ۴۷ به آن اشاره کرده است شناخت‌درمانی است. در اختلال افسردگی اساسی، تحریفات شناختی نظیر توجه انتخابی به جنبه‌های منفی وقایع وجود دارد.

همان‌طور که استاین نیز به درستی اشاره می‌کند این شیوه‌ی درمانی سعی می‌کند با کمک به بیمار در شناسایی و تعدیل تحریفات، از میزان افسردگی بکاهد و از عود آن‌ها پیشگیری کند. اثربخشی ترکیب این روش با دارودرمانی و یا به تنهایی، در درمان افسردگی اساسی در مطالعاتی ثابت شده است.

استاین در صفحه‌ی ۱۲ اشاره‌ای به درمان افسردگی در مرحله‌ی پیشرفته‌اش می‌کند و به درستی تأکید می‌نماید که افسردگی هیچ درمان فوری ندارد. در واقع در خوش‌بینانه‌ترین حالت، ۳ ماه زمان می‌برد تا فرد به بهبودی^۲ دست یابد. حتی ظهور اثرات درمانی چشمگیر تمام داروهای ضد افسردگی نیز ۳ الی ۴ هفته طول می‌کشد. یکی از داروهایی که گلد، پزشک استاین برای او تجویز می‌کرد، داروی ضد افسردگی لودیومیل بوده است. این دارو نام تجاری ماپروتیلین است که خاصیت ضد اضطرابی دارد و برای از بین بردن دردهای مزمن عصبی استفاده می‌شود. این دارو با اثرگذاری بر سیستم اعصاب مرکزی، مانع جذب دوباره‌ی سروتونین و نوراپی نفرین (دو نوروترنسمیتر که بیشترین دخالت را در پاتوفیزیولوژی اختلالات خلقی دارند) می‌شود.



1 Endogenous Depression
2 Major Depressive Disorder
3 Maprotiline
4

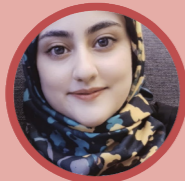
از عوارض جانبی ماپروتیلین می‌توان به خشکی دهان، خواب‌آلودگی، آشفتگی و تحریک‌پذیری، تاری دید و اشکال در دفع ادرار- که در این مورد استاین را نیز بسیار کلافه و عصبانی کرده بود- اشاره کرد. ناردیل^۱ نوع دیگری از داروهای ضد افسردگی است که استاین مصرف می‌کرد. این دارو یک نوع مهارکننده‌ی مونوآمین‌اکسیداز است که برای درمان افسردگی شدید یا اختلال دوقطبی^۲ نوع دو استفاده می‌شود. همان‌طور که استاین هم در صفحه‌ی ۵۲ اشاره می‌کند برای استفاده از این دارو بایستی از یک رژیم غذایی خاص پیروی کرد زیرا استفاده از برخی نوشیدنی‌ها و غذاها به همراه این دارو ممکن است سبب بالا رفتن خطرناک فشارخون در فرد شود. از عوارض جانبی ناردیل می‌توان به مشکلات پوستی، خواب‌آلودگی، اشکال در تنفس و بروز مشکلات در رفتار جنسی اشاره کرد. به غیر از شناخت‌درمانی و دارودرمانی، راهکارهای درمانی دیگری نیز برای این اختلال وجود دارد؛

منابع:

- استاین، ویلیام. (۱۳۸۸) ظلمت اشکار. ترجمه افشین رضاپور. تهران: نشر ماهی/۱۳۹۸. ویرایش چهارم
- سادوک، بنجامین. (۲۰۱۵). خلاصه روان پزشکی کاپلان و سادوک. ترجمه فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند/۱۳۹۴. ویرایش دهم.
- هالچین، ریچارد. (۲۰۱۴). آسیب شناسی روانی: اساس DSM-5 ترجمه یحیی سید محمدی. انتشارات روان/۱۴۰۰ ویرایش نهم.
- گنجی، مهدی. (۱۳۹۵). آسیب شناسی روانی بر اساس DSM-5 انتشارات ساوالان/۱۴۰۰. ویرایش سوم.

همچون درمان‌های فردی، خانواده‌درمانی، گروه‌درمانی؛ اما مؤثرترین درمانی که برای این اختلال شناخته شده است، ترکیبی از روان‌درمانی و دارودرمانی است.

نکات مهم در ارتباط با بستری شدن: نخستین و حیاتی‌ترین تصمیم پزشک در ارتباط با درمان این است که آیا بیمار نیاز به بستری دارد یا به صورت سرپایی مشکل او قابل حل است. اگر پزشک علائمی از جمله خودکشی یا آدم‌کشی، کاهش واضح توانایی در کسب غذا و داشتن سر پناه در بیمار مشاهده کند بایستی حتماً او را بستری کند. اغلب بیماران دچار اختلالات خلقی تمایلی برای بستری شدن ندارند زیرا ممکن است به دلیل دید منفی که نسبت به جهان دارند، بینش خود را در ارتباط با اختلال‌شان از دست بدهند و این کار را بیهوده بپندارند یا نگران قضاوت و دید منفی دیگران، نسبت به خودشان باشند؛ به هر حال اگر بستری کردن الزامی باشد باید بر خلاف میل و اراده‌ی آن‌ها اقدام شود.



نرگس ریحانی، دانشجوی کارشناسی روانشناسی، ترم ۶

