

به نام بی نام او ::

مقدمه

درس مجموعه روانشناسی بالینی که شامل دروس آسیب شناسی روانی، روانشناسی سلامت، اصول مصاحبه بالینی اتمر، روانشناسی بالینی کرامر و ارزیابی روانشناسی است، از مهمترین دروس برای دانشجویان روانشناسی است. چراکه اصول و پایه‌های رشته روانشناسی بالینی را معرفی می‌کند و به همین جهت هم در کنکور کارشناسی ارشد روانشناسی وزارت بهداشت ضریب ۳ برایش در نظر گرفته شده است. در حالی که بسیاری از داوطلبان کنکور وزارت بهداشت همچنان صرفاً به مطالعه کتب مرجع برای شرکت در این آزمون اعتماد می‌کنند. برخی از داوطلبان این کنکور در کنکورهای اخیر توانستند صرفاً با تکیه بر مجموعه حاضر که حجی به مراتب کمتر از کتب مرجع دارد، در مدت کوتاهی به حدود ۷۰ درصد از مطالب اصلی مسلط شوند و به غالب سوالات کنکور پاسخ دهند (به گزارش های سایت مراجعه نمایید). مجموعه روانشناسی بالینی ویژه وزارت بهداشت کیهان، حالا برای کنکور ۱۴۰۱ با تغییرات چشمگیری روبرو شده تا کار مطالعه این مجموعه برای داوطلبان ساده تر شود.

تغییرات آخرین ویرایش

در آخرین ویرایش، سوالات کنکور ۱۴۰۰ با پاسخ تشریحی به این مجموعه اضافه شده است و برخی اصلاحات جزئی نیز مطابق با کنکور ۱۴۰۰ در متن صورت گرفته است. همچنین برای جلوگیری از افزایش قیمت جزوات، سعی کردیم بدون کاهش کیفیت جزوات، متون را کم حجم کنیم و از تعداد صفحات خالی جزوه بکاهیم.

با اطمینان مطالعه کنید

برای آنکه این مجموعه را با اطمینان مطالعه کنید، به موارد زیر توجه نمایید:

- ✓ گزارشی که بلافاصله پس از کنکور تهیه شد، نشان داد که جزوات کیهان به ۸۰ درصد از سوالات کنکور ارشد وزارت بهداشت ۱۴۰۰ پاسخ داده است. در حالی که درصد رتبه های تک رقی در این درس در کنکور به طور میانگین چیزی حدود ۵۲ درصد بوده است. گزارش عینی و شفاف این بررسی را در وبسایت کیهان مطالعه نمایید.
 - ✓ این مجموعه توسط رتبه های برتر روانشناسی از جمله خانم بی طرفان تهیه و ویرایش شده است.
 - ✓ این مجموعه، در سالهای گذشته منبع اصلی مطالعاتی رتبه های برتر کنکورهای ارشد و دکتری روانشناسی بوده است. رتبه‌هایی از جمله خانم مریم بی طرفان رتبه ۱۴، خانم گودرزی رتبه ۸ کنکور، و خانم نیلوفر پورابراهیم رتبه ۱۱ کنکور. می توانید مصاحبه این دوستان را در وبسایت گروه آموزشی بخوانید.
 - ✓ این مجموعه در کنار دیگر مجموعه های کیهان، با دقت بسیار زیادی تهیه شده و متناسب با سوالات کنکور ۱۴۰۰ مورد بازبینی قرار گرفته است و برای کنکور ارشد و دکتری ۱۴۰۱ کاملاً به روز رسانی شده است.
- در پایان ضمن دعوت از همه شما دوستان به استفاده از روش مطالعه علمی و دقیق و همچنین به کارگیری یک برنامه‌ریزی صحیح و قابل اطمینان برای رسیدن به هدفی شایسته، آمادگی خود را برای شنیدن نظرات و پیشنهادات ارزشمند شما عزیزان برای هرچه بهتر کردن مجموعه‌هایی که متعلق به همه شماست، اعلام می‌کنیم.

با آرزوی توفیق برای همه شما عزیزان

گروه آموزشی کیهان – دپارتمان وزارت بهداشت

مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره کیهان

:. آشنایی با مجموعه کیهان .:

درباره خود کیهان

- گروه آموزشی کیهان متشکل از تعدادی از رتبه های برتر روانشناسی و مشاوره ارشد و دکتری دانشگاه های تهران، شهیدبهبشتی، علامه و ... است که صرفاً در زمینه کنکور ارشد و دکتری مجموعه روانشناسی و مشاوره فعالیت دارد.
- فعالیت های کیهان شامل ارائه خدمات مشاوره و برنامه ریزی، مجموعه جزوات قابل اطمینان، فیلم های آموزشی با اساتید برتر روانشناسی، ارائه خدمات روانشناختی به دانشجویان و برگزاری کلاس های آموزشی با کیفیت است.
- گروه آموزشی کیهان تحت نظارت مستقیم مرکز خدمات روانشناسی و مشاوره کیهان فعالیت می کند.
- کیهان در هیچ کجای کشور شعبه ای ندارد و تمام خدمات و محصولات آن فقط از خود مرکز کیهان به شیوه اینترنتی، تلفنی و حضوری قابل دریافت است.
- به لطف به کارگیری از روش های علمی مشاوره و برنامه ریزی و همچنین جزوات قابل اطمینان، هر ساله تعداد قابل توجهی از رتبه های زیر ۱۰۰ کنکور ارشد روان شناسی از میان کیهانی ها بوده اند. به طور مثال ۳ نفر از ورودی های ۹۴ بالینی دانشگاه تهران به طور کامل کیهانی بوده اند، در سال ۹۷ خانم سمانه ابراهیم نژاد رتبه ۷، آقای امیر همایون حلاجیان رتبه ۲ و در سال ۹۸ خانم فائزه قدمی رتبه ۱ و خانم الهه مولایی رتبه ۶ به طور کامل کیهانی بوده اند.

درباره جلسات مشاوره کیهان

- جلسات به دو شکل رایگان (فقط یک بار در سال) و تخصصی (با یک مشاور به انتخاب فرد) برگزار می شود.
- جلسات به دو شکل تلفنی و حضوری و صرفاً اختصاصی (یک مشاور و یک دانشجو در هر جلسه) برگزار می شود.
- جلسات به شکل نیم ساعته و یک ساعته (به انتخاب دانشجو) برگزار می شود.
- هر دانشجوی کیهانی یک پرونده مربوط به اطلاعات خود نزد مشاور اختصاصی اش دارد.
- در سال ۹۷ بیش از ۳۰۰۰ جلسه مشاوره تخصصی کنکور ارشد و دکتری در گروه آموزشی کیهان برگزار شد.
- از سال ۹۲ تا کنون حدود ۲۰۰۰۰ جلسه مشاوره تخصصی در گروه آموزشی کیهان برگزار شده است.
- در کیهان، مشاور هر رشته (روانشناسی-مشاوره)، الزاماً رتبه برتر همان رشته است و بر آن آزمون کاملاً مسلط است.
- روش های برنامه ریزی و مشاوره کیهان، از یافته های علمی و تجربی استخراج می شود و سپس در دپارتمان مشاوران تصویب می شود. اینجا از آزمون و خطا خبری نیست.
- کیهان از حضور چندین مشاور تخصصی (رتبه های برتر) بهره می برد که این قدرت انتخاب دانشجو را بالا می برد.
- کیهان برای داوطلبان کنکور ۱۴۰۱، دو طرح ویژه متفاوت با شرایط متفاوت ارائه کرده است.
- تمام جلسات مشاوره کیهان تحت نظارت مشاوران ارشد (آقایان فلاح و نیک منش) کیهان برگزار می شود.
- امکان داشتن ماهانه یک جلسه مشاوره (و یا بیشتر، در طرح VIP) در زمینه مدیریت فردی، انگیزه، استرس و ... با مشاوران ارشد کیهان فراهم است.
- هزینه جلسات مشاوره در کیهان مطابق نرخ مصوب عمومی است.

:. کیهان متعلق به شماست، پس برای ارتقاء روزبه روز خدمات آن به ما بازخورد دهید .:

مروری کلی بر عوامل موفقیت در کنکور ارشد و دکتری روان‌شناسی

از نگاه رتبه‌های برتر کنکور، مشاوران کیهان

- هدف:** تجربه ما نشان داده داوطلبانی که هدف مشخص و محکمی ندارند، معمولاً در دنبال کردن اهداف خود دچار مشکل شده و گاهی حتی به خط پایان نیز نمی‌رسند. پس پیشنهاد می‌کنیم اول از همه هدف‌تان را روشن کنید. چرا می‌خواهید ارشد روان‌شناسی شرکت کنید؟ چه رتبه‌ای را در این کنکور دنبال می‌کنید و چرا؟ حتماً می‌دانید که هدف باید SMART باشد. پس برای ۵ سال و یک سال آینده تان هدف‌گذاری SMART کنید. هدف‌گذاری SMART یعنی هدف‌گذاری‌ای که مشخص (Specific)، قابل اندازه‌گیری (Measurable)، قابل دستیابی (Attainable)، واقع بینانه (Realistic) و دارای محدوده زمانی مشخص (Time-bounded) باشد. در این راه یک دفتر برنامه‌ریزی + یک مشاور آگاه و متخصص می‌توانند به شما کمک زیادی در هدف‌گذاری صحیح ارائه دهند.
- برنامه‌ریزی:** برای رسیدن به هدف‌تان برنامه‌ریزی کنید. یک برنامه‌ریزی صحیح نه خیلی سنگین است که زود خسته‌تان کند، نه خیلی سبک که شما را به هدف‌تان نرساند. بدانید از کجا باید شروع کنید. با کدام کتاب‌ها. کلاً چه منابعی را می‌خواهید مطالعه کنید. آماده خلاصه برداری هستید؟ یا می‌خواهید از خلاصه دیگران استفاده کنید؟ کدام خلاصه بیشتر جواب داده و به نسبت هزینه‌ای که می‌کنید، منفعت بیشتری را برای شما می‌آورد؟ اینجا از یک کاربلد، کسی که تازه در کنکور رشته شما شرکت کرده (کنکور سراسری ارشد روان‌شناسی بالینی یا عمومی) و رتبه عالی هم کسب کرده (زیر ۵۰)، اطلاعات لازم را بگیرید. ببینید می‌خواهید اول کدام درس‌ها را در چه بازه زمانی جمع کنید و بعد کدام درس‌ها را. کی می‌خواهید تست بزنید. از چه ابزارهای دیگری می‌خواهید استفاده کنید و ... ابتدا مسیر رسیدن به هدف را به اندازه کافی برای خود روشن کنید. طرح‌های مشاوره مختلف کیهان را نیز مد نظرتان داشته باشید.
- آمادگی ذهنی:** حالا که وقت عمل کردن فرا رسیده، ذهنتان را از همه شکست‌ها و تلخی‌های گذشته رها کنید. نگرانی‌ها را دور بریزید و فقط به هدف‌تان و میزان تلاشی که برای عملی کردن برنامه‌تان به نحو احسن، لازم دارید فکر کنید. به این‌که موفقیت در این پروژه (کنکور کارشناسی ارشد یا دکتری) چه تأثیرات مثبتی در زندگی‌تان دارد و سایر نکات مثبت فکر کنید.
- ابزارهای کل‌آمد:** منظور، داشتن یک سری ابزار برای مقابله با خستگی، ناامیدی، و سایر موانع بیرونی و درونی برای رسیدن به هدف‌تان است. روش مطالعه صحیح را بدانید (در انتهای جزوات هست و در صورت نیاز مشاوران نیز به شما آموزش می‌دهند). با روش‌های مدیریت استرس و تمرکز آشنا باشید. بدانید کی باید مرور کنید تا مطالب از ذهنتان نرود.
- مطالعات منسجم:** رشته ما منابع زیادی دارد. در صورتی که از همین مجموعه جزوات کیهان استفاده می‌کنید، هیچ جای نگرانی نیست. اما باز جهت تأکید عرض می‌کنیم که از مطالعه منابع پراکنده پرهیز کنید. مطالعه منسجم یکی دو منبع خیلی بهتر از مطالعه پراکنده ۶-۷ منبع است. به مسرتان اعتماد کنید.
- نظرت و ارزیابی:** مدام خودتان، منابع‌تان و دانشی را که اندوخته‌اید، بررسی و ارزیابی کنید. ببینید در جهت درستی حرکت می‌کنید؟ یا نیاز به تغییر روش کار در برخی موارد دارید؟ در صورت نیاز، برای این کار از یک راه‌بلد کمک بگیرید.
- اعتماد به خود و توکل به نیروی برتر:** سخت تلاش کنید و نتیجه را به گرداننده روزگار واگذار کنید. یادتان باشد که این عالم طراحی عادلانه دارد، پس مطمئن باشید زحمت هیچ داوطلب کوشایی بی‌نتیجه نخواهد ماند.

برای شمازيباترين و شايسته‌ترين فداها را آرزو داريم

گروه مشاوران کيهان

این جزوه شامل سه بخش است:
بخش اول خلاصه کتاب مصاحبه تشخیصی اتمر،
بخش دوم خلاصه کتاب روانشناسی بالینی کرامر
و بخش سوم خلاصه کتاب سلامت دیماتو می باشد.

بخش اول:
خلاصه کتاب
اوتمر

فهرست

عنوان	صفحه
فصل اول: آغاز سخن، چارچوب.....	۳
فصل دوم: راهبردهای ایجاد رابطه.....	۵
فصل سوم: راهبردهای کسب اطلاعات.....	۸
فصل چهارم: روش‌های سه‌گانه ارزیابی وضعیت روانی.....	۱۳
فصل پنجم: آزمون.....	۲۱
فصل ششم: گام‌های پنج‌گانه برای تشخیص‌گذاری.....	۲۶
فصل هفتم: پنج مرحله و چهار جزء: چگونگی به کارگیری آنها با یکدیگر.....	۳۱
فصل هشتم: بیمار مشکل.....	۳۴
فصل نهم: مصاحبه برای اختلالات خاص «اختلالات بالینی».....	۳۵
فصل دهم: مصاحبه برای اختلالات خاص «اختلالات شخصیت».....	۳۸
منابع.....	۴۶
مطالعات بیشتر برای رسیدن به حداکثر تسلط.....	۴۷

فصل دوم: راهبردهای ایجاد رابطه

اولین جزء مصاحبه ایجاد رابطه است که دارای ۶ مرحله می‌باشد:

- ۱- قرار دادن خود و بیمار در شرایط راحت؛
 - ۲- یافتن رنج و ناراحتی بیمار؛
 - ۳- ارزیابی بینش بیمار؛
 - ۴- نشان دادن توانایی و کفایت خود؛
 - ۵- اعمال نقش هدایت کننده در مصاحبه؛
 - ۶- متعادل کردن نقش‌ها در درمان.
- ۱- بیمار و خود را در شرایط راحت و آسوده‌ای قرار دهید:**

- نشانه‌ها را بشناسید.
- به نشانه‌ها واکنش نشان دهید.

وظیفه درمانگر در مرحله اول این است که نشان دهد متوجه نگرانی‌های مراجع است. طرف اوست و برای نگرانی‌های او احترام قائل است و سعی دارد به او کمک کند.

اولین هدف درمانگر این است که اندکی بیمار را بشناسد و بتواند رابطه را تشکیل دهد نه اینکه فوراً بیماری را تشخیص دهد. معمولاً مراجع را به نام خانوادگی او خطاب می‌کنیم ولی اگر در اکثر مواقع نظرات خود او را نیز جویا می‌شویم. اما در مورد بیماران وابسته سایکوتیک و بسیار مضطرب از این سوال صرف نظر می‌کنیم. وضعیت روانی بیمار در اولین ملاقات می‌تواند به وسیله نشانه‌ها بیان شود. یک نشانه زبان غیرکلامی چهره، بدن و صدا است که معمولاً به سختی می‌توان آنها را کنترل کرد. رفتار روانی - حرکتی با رفتار مکانی - حرکتی (لوکوموتور) هماهنگ و منطبق است.

ایجاد رابطه را با مطالعه این نشانه‌ها آغاز کنید:

۱. مربوط به قلمرو (مکانی-حرکتی)
۲. رفتاری (روانی-حرکتی)
۳. هیجانی
۴. کلامی

نشانه‌های کلامی وضعیت روانی بیمار به وسیله انتخاب کلمات خاص مشخص می‌شود. درمانگر باید سعی کند از کلمات و بخصوص از استعاره‌های بیمار استفاده کند. چند مثال :

دیداری

هیچ روزنه امیدی وجود ندارد.
هیچ نوری دیده نمی‌شود.

جنبش-حسگری

احساس می‌کنم گیر افتاده‌ام.
دارم خفه میشم.

شنوایی

دلَم می‌خواد فریاد بزنم.
همیشه یک وزوزی تو سرم میپیچه.

انتزاعی

افسرده ام.

اراده ندارم.

نمی‌تونم تمرکز داشته باشم.

نشانه‌ها بخشی از وضعیت روانی بیمار است و کلیدهای تشخیصی بیماری را در اختیارتان می‌گذارند.

در رابطه با نشانه‌های هیجانی درمانگر می‌تواند با تکان دادن سر، بالا بردن ابروها، لبخند و نگاه کردن به دوردست واکنش نشان دهد؛ یا صدای خود را کمی بالا یا پایین ببرد.

ابراز هیجانی درمانگر در حد متوسط می‌تواند واکنش‌های هیجانی بیمار را تسهیل کند.

نکته! نشانه‌ها بخشی از وضعیت روانی بیمار است و کلیدهای تشخیصی بیماری را در اختیارتان قرار می‌دهد.

۲- رنج و ناراحتی بیمار را بیابید - شفقت نشان دهید:

زمانی که بیمار مشکلاتش را که شکایت اصلی می‌نامند بیان می‌کند به بیمار کمک کنید تا ناراحتی و رنج خود را این گونه بیان کند: " این مسئله چه احساسی در شما ایجاد می‌کند؟"

فرصت دادن به بیمار که به طور آزادانه‌ای درباره ناراحتی خود صحبت کند و آوردن عاطفه او به آگاهی‌اش دو هدف دارد:

۱- به شما فرصت می‌دهد تا خلق و عاطفه بیمار را ارزیابی کنید و ماهیت اساسی خلق و عاطفه او را بررسی کنید.

۲- به بیمار نشان می‌دهد که شما به احساسات او علاقه مندید و این مطلب به عمیق تر شدن رابطه کمک می‌کند.

چنانچه بتوانید علاوه بر واقعیت‌ها، رنج‌های بیمار را بیرون بکشید خواهید توانست رابطه را استحکام ببخشید.

کیفیت زمان‌بندی و محتوای همدلی هم به اندازه کمیت آن اهمیت دارد.

مشکلات بیمار معمولاً دو جنبه دارد، واقعیت‌ها و هیجان‌ها همراه آن.

دو هدف اجازه به بیمار برای صحبت کردن ازادانه:

- ارزیابی خلق و عاطفه بیمار

- نشان دهنده علاقه مندی به احساسات بیمار

۳- بینش بیمار را ارزیابی کنید و با او همراه شوید:

برآورد اشتباه از بینش بیمار رابطه را به سرعت از بین می‌برد.

دلایل ضرورت ارزیابی بینش بیمار:

۱- وقتی با بیمار مصاحبه می‌کنید به مشکلات او از نقطه نظر خودش نگاه می‌کنید.

۲- فاصله بین درجه بینش بیمار و بینش کامل را به عنوان وسیله سنجش آزمون واقعیت به کار می‌گیرید.

بخشی از برنامه درمانی اصلاح تحریفات بیمار و کسب بینش کامل است.

بیماری که علائم روانپزشکی خود را نتیجه یک اختلال می‌داند **بینش کامل** دارد.

مثلاً بیماری که حملات پانیک دارد و این حمله‌ها را قسمتی از بیماری خود می‌داند؛ دارای بینش کامل است.

رابطه درمانی با این بیماران پیشرفت می‌کند و معمولاً به مراکز سرپایی روانپزشکی، روان‌شناسان و یا دیگر متخصصان بهداشت روانی مراجعه می‌کنند.

بیماران دارای **بینش نسبی**، مانند بیماران سایکوتیک، اسکیزوفرنی، بیماران دو قطبی یا افسردگی اغلب از بیمار بودن خود ناآگاهند. سوء مصرف‌کنندگان مواد که

تأثیر بیماری‌شان را بر خود و محیط انکار می‌کنند نیز بینش نسبی دارند. هم‌چنین بیمارانی که متوجه هستند یک جای کار غلط است ولی آن را به علل بیرونی نسبت

می‌دهند هم دارای بینش نسبی هستند. وقتی در مورد درمان با بیمار دارای بینش نسبی صحبت می‌کنید ابتدا تاکید کنید که دارو حساسیت بیمار را نسبت به

فعالیت‌های همسایه‌ها کاهش می‌دهد؛ و نه اینکه بگویید او را از بدگمانی‌های هذیانی رها می‌کند. آگاهی شما از سطح بینش در ایجاد ارتباط بسیار مهم است زیرا

نحوه سوال کردن شما را در طول مصاحبه تعیین می‌کند. بیمار فاقد بینش کامل، انکار می‌کند که از هر نوع بیماری رنج می‌برد و حتی انکار می‌کند که اصلاً ناراحتی دارد. معمولاً دارای همراه هستند، واکنش آنها به سوالات باز به صورت همکاری منفعلانه است. با عصبانیت مقاومت نشان می‌دهند یا اصلاً صحبت نمی‌کنند. وجود مشکلات روانی را نمی‌پذیرند و شکایت اصلی آنها این مورد است که بدون دلیل به مراکز درمانی آمده می‌شوند.

درمانگر در مواجهه با بیمار فاقد بینش می‌تواند موقعیت دیدگاه بیمار نسبت به بیماری‌اش را به دست بیاورد. بعد از اینکه آگاهی یافتید که بیمار چه چیزی را به عنوان اختلالش فرض می‌کند، به وجه مشاهده‌گر سالم وی متوسل شوید. بیمار دارای بینش کامل می‌تواند ماهیت بیماری را توضیح بدهید و شق‌های درمانی و آلات و اسباب‌لازم برای این کار را مرور کند. - در بیمار دارای بینش نسبی، اساس جمله‌بندی سوالات خود را بر ادراک بیمار بنا بگذارید.

- برای بیماران فاقد بینش، بیمارستان را به عنوان محلی امن و دارو را به عنوان محافظت کننده از ایجاد آشفتگی توسط مزاحم‌ها پیشنهاد کنید. در مورد این بیماران هدف آشکار، تجویز و مصرف داروهای نورولپتیک است: "به این ترتیب مزاحم‌ها کمتر باعث آزار شما می‌شوند" و هدف درمانی از بین بردن هذیان‌های این بیماران است که به عنوان یک راز حرفه‌ای نزد خودمان می‌ماند. در این موارد ناچارید راهی برای برانگیختن بیمار به مصاحبه پیدا کنید. همراه، منبعی است که دیدگاه بیمار در مورد رفتارش را مشخص کنید.

نکته! آگاهی از سطح بینش در ایجاد ارتباط با بیمار مهم است چون نحوه سوال کردن شما را در طول مصاحبه تعیین می‌کند. در افرادی که بیمار بینش نسبی دارد تعیین قسمت سالم مشکل تر است.

۴- نشان دادن مهارت حرفه‌ای خود:

ارایه دورنمایی از بیماری، نشان دادن معلومات و اطلاعات خود، پرداختن به شک و تردیدهای بیمار (چی باعث شد الان این سوال بپرسی؟) و امیدوار کردن بیمار، موارد این مرحله می‌باشد.

- با بررسی دقیق و کنکاش علائم ویژه اختلال او جسارت خود را نشان دهید، یکی از راه‌های ابراز تخصص این است که کنجکاوی بیمار در مورد روانشناسی و بیماری‌های روانی که در تلویزیون دیده یا در کتاب‌ها خوانده را تحریک کنید.

- اساس اعتماد مراجع به درمانگر مبتنی است بر اینکه شما چقدر می‌دانید تا اینکه چقدر به آنها اهمیت می‌دهید.

- با شک و تردیدهای بیمار، بسیار آزاد و راحت صحبت کنید و از سوالات مقابله‌ای استفاده کنید. از تعبیر و تفسیر استفاده کنید.

- رهبری و هدایت‌گری از توانایی مصاحبه‌گر در برانگیختن و هدایت بیمار ایجاد می‌شود.

- اگر به نقش‌هایی که بیماران از درمانگران انتظار دارند واقف باشید، بهتر می‌توانید انتخاب کنید که چگونه به آنچه بیمار از خودش ارائه می‌دهد واکنش نشان دهید.

- مصاحبه‌گر باید نقش‌های مختلف را براساس نیازهای ایده آل بیماران به کار برد.

- مصاحبه‌گر در نقش شنونده همدل نسبت به رنج‌های مراجع حساسیت نشان می‌دهد و شفقت خود را ابراز می‌کند.

- مصاحبه‌گر در نقش متخصص احساس می‌کند همدلی چیزی جز اتلاف وقت نیست و چیزی که بیمار به آن نیاز دارد به کارگیری دانش است نه شفقت.

- نقش‌هایی که بیماران بر عهده می‌گیرند شامل: حامل یک بیماری، رنجور و بیمار خیلی مهم است.

- بیمار در نقش «حامل یک بیماری» خود را موقتاً دچار آسیب می‌بیند و می‌گوید خوابش آشفته شده است نه اینکه دچار اختلال شده است. اشتیاقی برای همدردی ندارد و دنبال تخصص و مهارت پزشکی است.

- بیمار در نقش «رنجور» نقشی متضاد حامل یک بیماری است. توقعات او بیش از حد و غیرقابل تحمل است. ابراز همدلی درمانگر باعث می‌شود تا او کنترل خود را مجدداً به دست بیاورد. (افسردگی مزمن و اختلال شخصیتی)

- بیمار در نقش «خیلی مهم» خودش را فردی ممتاز و سزاوار توجه در هر لحظه از روز یا شب می‌داند. توقع بهترین درمان را دارد.

- اگر درمانگر و بیمار نقش‌های یکدیگر را نفی کنند، تعارض ایجاد خواهد شد.

- وقتی بیمار شکایت دارد یا در رابطه با اهدافش دچار دوسوگرایی یا ابهام شده است؛ درجا نقش شنوده را اتخاذ کنید.

- وقتی بیمار درباره شرایط خود فاقد اطلاعات است و نیاز به اطلاعاتی در مورد بیماری دارد، نقش متخصص را ایفا کنید.

- وقتی بیمار تصمیمات منطقی گرفته، ولی در انجام آنها درنگ دارد درجا نگر نقش توصیه دهنده را ایفا کنید.

- زمانی که بیمار به شما حمله کلامی می‌کند بهتر است کنار بکشید و دلایل تهاجم را ارزیابی کنید.

بخش دوم:

خلاصه کتاب

روانشناسی بالینی کرامر

فهرست

صفحه	عنوان
۴۲	فصل اول: روان‌شناسی بالینی چیست؟
۴۷	فصل دوم: گذشته و حال روان‌شناسی بالینی
۵۴	فصل سوم: ویژگی‌های اصلی سنجش بالینی
۶۳	فصل چهارم: مصاحبه و مشاهده در روان‌شناسی بالینی
۷۲	فصل پنجم: آزمون‌گیری در روان‌شناسی بالینی
۷۷	فصل ششم: ویژگی‌های اساسی مداخلات بالینی
۸۲	فصل هفتم: روان‌درمانی‌های روان‌پویشی و انسانگرا
۸۸	فصل هشتم: روان‌درمانی‌های رفتاری و شناختی - رفتاری
۹۴	فصل نهم: سایر مداخلات بالینی
۹۹	فصل دهم: تحقیق درباره مداخله بالینی
۱۰۲	فصل یازدهم: روان‌شناسی بالینی کودک
۱۰۹	فصل دوازدهم: روان‌شناسی سلامتی
۱۱۴	فصل سیزدهم: روان‌شناسی بالینی عصب‌نگر
۱۱۸	فصل چهاردهم: روان‌شناسی قانونی
۱۲۱	فصل پانزدهم: مسائل حرفه‌ای در روان‌شناسی بالینی
۱۲۳	فصل شانزدهم: ورود به دانشکده تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی بالینی
۱۲۵	مطالعات بیشتر برای رسیدن به حداکثر تسلط

فصل نهم: سایر مداخلات بالینی

انواع مداخلات بالینی جمعی شامل: گروه درمانی، زوج‌درمانی، خانواده‌درمانی، روان‌شناسی اجتماع‌نگر، پیشگیری و خودیاری است. فرض این رویکردها در این است که مشکلات روانی در بافتار اجتماعی شکل می‌گیرد. اولین درمان دسته جمعی، گروه درمانی بود که توسط پرت در قرن ۲۰ ام شکل گرفت.

هرکدام از رویکردهای اصلی روان‌شناسی بالینی گروه درمانی هم دارد.

مدت زمان جلسات گروهی از جلسات انفرادی بیشتر است.

در گروه درمانی تاکید بر فهمیدن اختلالات در روابط میان فردی در جریان روبه‌رو شدن آنها در گروه و کم کردن این اختلالات است. عوامل درمان‌بخش در گروه درمانی عبارت است از:

۱) در میان گذاشتن اطلاعات جدید به وسیله دو منبع رهبر گروه و سایر اعضای گروه، در جریان بیان تجربه‌های خود.

۲) ایجاد امید: اعتماد به نفس دادن درمانگر و اعضای گروه به یکدیگر.

۳) همگانی بودن: پی بردن اعضا به اینکه همه مشکلاتی دارند، اضطراب شخص را کم می‌کند.

۴) نوع دوستی: اعضای گروه به یکدیگر کمک می‌کنند.

۵) یادگیری میان فردی: تمرین مهارت‌های اجتماعی مختلف با سایر اعضای گروه.

۶) انسجام گروهی: احساس امنیت در گروه و مهم‌ترین عامل در سودمند واقع شدن گروه درمانی.

نکته! گروه‌های منجم همچنین اجازه می‌دهند اعضایشان خصوصیتشان را نیز ابراز کنند.

گروه‌های ناهمگن راحت‌تر شکل می‌گیرند، فایده آنها این است که افراد در معرض دیدگاه‌های متفاوت قرار می‌گیرند.

به گروه درمانی‌های شناختی رفتاری گروه‌های تربیت روانی می‌گویند که به نحو موثری درباره برخی مشکلات استفاده شده است:

۱- افسردگی و اضطراب بزرگسالان.

۲- ضربه ناشی از تروریسم.

۳- چاقی بزرگسالان.

در زوج درمانی تأکید بر افزایش مهارت‌ها زوج‌های صمیمی در حل مسئله و ارتباط است. کانون زوج درمانی رابطه‌های مختل و مشکل‌دار است نه افراد حاضر در رابطه‌ها. در زوج درمانی با رابطه‌ها یا نظام‌ها سروکار داریم و بیشتر روی مشکلات روابط تمرکز می‌شود. درمانگر در اکثر موارد هر دو نفر را به طور همزمان می‌بیند که به آن «روش درمان همزمان» می‌گویند. در مواردی که هر یک از طرفین به صورت مجزا دیده شود به آن «مشاوره مجزا» می‌گویند. افراد به دلیل مشکلات عاطفی و ارتباطی به زوج درمانی روی می‌آورند. اهداف و فنون زوج درمانی تا حدی به اختلالات و تا حدی به گرایش نظری درمانگر بستگی دارد. اکثر زوج درمانگرها بر حل مسئله تأکید می‌کنند و به زوج‌ها ارتباط و مذاکره را یاد می‌دهند. وقتی درمانگر با هر دو مراجع در اتاق کار می‌کند، باید از مثلث‌سازی با طرفین اجتناب ورزد. یعنی برای مثال درمانگر خودش را در میان مخالفت‌های طرفین قرار ندهد.

خانواده درمانی از این طرز فکر نشئت می‌گیرد که مشکلات مراجعان در بافت‌های اجتماعی شکل می‌گیرند و پیامدهای اجتماعی دارند. خانواده درمانی از عضوی که مشکلات قابل توجهی دارد شروع می‌شود که به آن عضو نشان شده می‌گویند. یکی از صورت‌های خانواده درمانی، تعامل درمانی والد-کودک است که ابداع‌کننده آن شیلا آیزگ است و مبنای آن اصول نظریه دلبستگی می‌باشد و برای اختلال نافرمانی مقابله جویانه و اضطراب جدایی اثر بخش بوده است. برخی از مهم‌ترین مشکلات

خانواده درمانگرها و زوج درمانگرها به تغییر بافت اجتماعی زوج‌ها و خانواده‌ها برمی‌گردد. هدف اصلی و مشترک در تمام خانواده‌درمانی‌ها بهبود ارتباط درون خانواده و حذف زور و قهر است.

یکی از اهداف اصلی روان‌شناسی اجتماع‌نگر این است که به افراد کمک کند با محیط تطابق یابند و با آن کنار بیایند و علل کلی‌تر اختلالات را بشناسند. یعنی به طور کلی مشکلات فردی و اجتماعی را بشناسند، از ناکارآمدی رفتاری پیشگیری کنند و تغییرات اجتماعی ماندگاری را ایجاد کنند. مبنای اقدامات آنها دیدگاه بوم‌شناسی است که می‌گوید رفتار مردم برآیند تعاملات تمام ابعاد محیط است. روان‌شناسان اجتماع‌نگر می‌گویند کم کردن مشکلات فردی و اجتماعی مستلزم ایجاد تغییر در زمینه‌های محیطی و قابلیت‌های فردی است.

برخی از اصول و روش‌های ویژه‌ای که روان‌شناس اجتماع‌نگر را از روان‌شناس بالینی متمایز می‌کند شامل:

۱- تغییر در نظام اجتماعی: روان‌شناسان اجتماع‌نگر در راستای رویکرد بوم‌شناختی خود بیشتر به ایجاد تغییر در سطح نظام اجتماعی علاقه مندند تا ایجاد تغییرات شخصی.

۲- ارتقای روحیه روانشناختی اجتماعی: آنها روحیه عملکرد جمعی را در افرادی که نیازها و علایق مشترک دارند تشویق می‌کنند.

۳- پیراخره‌ای تشویق غیر حرفه‌ای‌ها به مشارکت در تغییر رفتار است.

۴- استفاده از عمل‌گرایی و به کارگیری قدرت در مسیر اجرای اصلاحات اجتماعی.

۵- استفاده از تحقیق به عنوان مداخله.

نتیجه اصلی روان‌شناسی اجتماع‌نگر پیشگیری است. سه سطح پیشگیری عبارت است از:

(۱) پیشگیری ثالث (مداخله پیشگیری ضروری): یک نوع آن توانبخشی روانی اجتماعی است. این پیشگیری با هدف کم کردن شدت اختلالات و پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدت مشکلات روانی صورت می‌گیرد.

(۲) پیشگیری ثانویه (پیشگیری روانی انتخابی): بر روی آدم‌های در معرض خطر ابتلا به اختلال ایجاد می‌شود. پیشگیری ثانویه اثر بخش در گرو آگاهی پیدا کردن از نقش عوامل خطر در اختلالات است. بسیاری از این عوامل می‌خواهند عوامل محافظ را بیشتر کنند.

(۳) پیشگیری اولیه (پیشگیری روانی همگانی): ممانعت از ایجاد اختلال به کمک اصلاح محیط یا تقویت افرادی که در برابر اختلالات موردنظر آسیب‌پذیر نیستند. این برنامه‌ها درصدد خنثی کردن عوامل خطر و تقویت عوامل محافظ هستند.

هدف برخی از برنامه‌های پیشگیری اولیه بهبود مهارت‌های پدر و مادری کردن است. رویکرد سوم در پیشگیری اولیه افزایش حمایت محیطی از رفتار انطباقی است. چهارمین رویکرد در پیشگیری اولیه کم کردن فشارهای محیطی است.

پیشگیری‌های روان‌شناسی بالینی و روان‌شناسی اجتماع‌نگر با روان‌شناسی مثبت‌نگر که روی پرورش نقاط قوت افراد و ارتقای بهزیستی آنها تمرکز دارد همخوانی دارند.

نوکر اس جنبش خودیاری را به عنوان انقلاب بزرگ منظم ولی تا حد زیادی خاموش معرفی کرد.

ریشه جنبش‌های خودیاری به برنامه‌هایی مثل (الکی‌های گمنام) برمی‌گردد. خودیاری‌ها از این جهت که شیوه ساخت‌داری برای هم مشکلات و رسیدگی به آنها فراهم می‌کند شبیه درمان روانشناختی است. مداخلات خودیاری شامل کتاب درمانی یعنی خواندن کتاب درباره شیوه رسیدگی به مشکلات روانی هم می‌شود. کتاب درمانی در افسردگی، اضطراب و سومصرف خفیف الکل می‌تواند موثر باشد ولی در مورد ترک سیگار یا سومصرف متوسط تا شدید الکل موثر نیست.

طب مکمل‌جانشین که به آن فنون ادغامی هم می‌گویند شامل داروهای گیاهی، طب مفصلی، ماساژ درمانی، علم تغذیه، حرکت‌شناسی کاربردی و بازخوردزیستی می‌شود. «وقوف» عبارت است از توجه عمدی به تجربیات درونی و بیرونی در حال وقوع، که با تمرین‌های مراقبه‌ای به مراجعان تعلیم داده می‌شود. «وقوف» در درمان‌های شناختی- رفتاری، افسردگی و کاهش استرس به کار می‌رود. وقوف معمولاً در بافت غیرمذهبی آموزش داده می‌شود.

دو نمونه از فنون مکمل‌مضر:

خاطره درمانی

تولد دوباره

نکته! رویکردهای روانپوشی رابطه‌ای تلفیقی از نظریه روانپوشی و انسانگرایی و فنون این دوست.

یکپارچه سازی روان‌درمانی

برخی از درمان‌ها در واقع ترکیبی از دو یا چند رویکرد خالص هستند و بنابراین یکپارچه سازی حداقل تا حدی در آنها رخ داده است. برای نمونه رویکردهای روان‌پوشی رابطه‌ای تلفیقی از نظریه روان‌پویایی و انسانگرایی و فنون این دو هستند.

یکپارچه‌سازی در روان‌درمانی چهار شکل اصلی دارد:

۱) یکپارچه‌سازی فنی: از میان روش‌های درمانی و سنجشی موجود دست به انتخاب می‌زنند. در حالت آرمانی، مبنای انتخاب، «اثربخشی» روش که تحقیقات آن را ثابت کرده‌اند و «نیازهای مراجع» می‌باشد. این روش را می‌توانیم "رویکرد کافه‌تیرا" بنامیم که در آن روان‌شناس از میان فنون مختلف، برخی را انتخاب می‌کند.

۲) یکپارچه‌سازی نظری: با هدف دفع تعارضات واقعی و ظاهری نظریه‌های روان‌شناسی انجام می‌شود، تا به یکپارچگی اصیل برسیم. این مدل از سایر مدل‌ها سخت‌تر محقق خواهد شد.

۳) رویکرد عوامل مشترک: دنبال متغیرهایی است که وجه اشتراک تمام یا اکثر درمان‌های اثربخش است، و هدف آن آموزش و تمرین این رفتارها و خصوصیات است.

۴) رویکرد جذبی: زمانی روان‌شناسی بالینی به یک رویکرد وفادار می‌ماند ولی از فنون رویکردهای دیگر هم استفاده می‌کند. این رویکرد "عمدتاً این ولی گاهی اوقات هم آن" احتمالاً بیش از مدل‌های دیگر به التقاط‌گرایی نزدیک است.

سوالات طبقه بندی شده فصل ۹

۱- انواع پیشگیری‌ها در کدام دسته از فعالیت‌های روان‌شناسان قرار می‌گیرد؟

(۱) روان‌شناسی سلامت (۲) روان‌شناسی عصب‌شناختی (۳) روان‌شناسی اجتماع‌نگر (۴) روان‌شناسی قانونی

۲- معمولا مهم‌ترین عامل در سودمند واقع شدن گروه‌درمانی کدام است؟

(۱) نوع دوستی (۲) انسجام گروهی (۳) ایجاد امید (۴) همگانی بودن

۳- تقویت عوامل محافظ، کدام یک از انواع پیشگیری محسوب می‌شود؟

(۱) پیشگیری ثانویه (۲) پیشگیری ضروری (۳) پیشگیری انتخابی (۴) پیشگیری اولیه

۴- وقتی پزشکی اقدام به شناخت به موقع و درمان فوری یک بیماری می‌کند این اقدام جزو کدام یک از پیشگیری‌ها محسوب می‌شود؟

(۱) ثانویه (۲) اولیه (۳) ثالثیه (۴) جزو پیشگیری نیست.

پاسخنامه سوالات طبقه بندی شده فصل ۹

- ۱- گزینه ۳ صحیح است. یکی از اهداف اصلی روان‌شناسی اجتماع‌نگر این است که به افراد کمک کند با محیط تطابق یابند و با آن کنار بیایند و علل کلی‌تر اختلالات را بشناسند. یعنی به طور کلی مشکلات فردی و اجتماعی را بشناسند، از ناکارآمدی رفتاری پیشگیری کنند و تغییرات اجتماعی ماندگاری را ایجاد کنند.
- ۲- گزینه ۲ صحیح است. در گروه درمانی تاکید بر فهمیدن اختلالات در روابط میان فردی در جریان رو شدن آنها در گروه و کم کردن این اختلالات است. عوامل درمان بخش در گروه درمانی عبارت است از: ۱) در میان گذاشتن اطلاعات جدید به وسیله دو منبع رهبر گروه و سایر اعضای گروه، در جریان بیان تجربه‌های خود. ۲) ایجاد امید، ۳) همگانی بودن، ۴) نوع دوستی، ۵) یادگیری میان فردی و ۶) انسجام گروهی که به معنی احساس امنیت در گروه است و مهم‌ترین عامل در سودمند واقع شدن گروه درمانی می‌باشد.
- ۳- گزینه ۴ صحیح است. خنثی کردن عوامل خطر و تقویت عوامل محافظ در دسته پیشگیری اولیه (پیشگیری روانی همگانی) است که شامل ممانعت از ایجاد اختلال به کمک اصلاح محیط یا تقویت افرادی که در برابر اختلالات مورد نظر آسیب پذیر نیستند می‌باشد.
- ۴- گزینه ۱ صحیح است. پیشگیری ثانویه (پیشگیری روانی انتخابی) بر روی آدم‌های در معرض خطر ابتلا به اختلال ایجاد می‌شود. پیشگیری ثانویه اثربخش در گروه آگاهی پیدا کردن از نقش عوامل خطر در اختلالات است.

بخش سوم:

خلاصه کتاب

روانشناسی سلامت دیماتو

فهرست

صفحه	عنوان
۱۲۲	فصل هشتم: انتقال احساسات در محیط درمانی
۱۲۵	چکیده فصل هشتم
۱۲۶	فصل نهم: فرایندهای روانشناختی، تنیدگی و بیماری جسمی
۱۳۲	چکیده فصل نهم
۱۳۴	فصل یازدهم: کنار آمدن با تنیدگی: نقش فرایندهای روانی در سالم ماندن
۱۳۹	چکیده فصل یازدهم
۱۴۱	فصل چهاردهم: بیماری لاعلاج و داغدیدگی
۱۴۷	چکیده فصل چهاردهم
۱۴۸	سوالات روانشناسی بالینی و آسیب شناسی ۱۴۰۰
۱۵۰	پاسخ نامه تشریحی سوالات روانشناسی بالینی و آسیب شناسی ۱۴۰۰
۱۵۲	منابع
۱۵۳	مطالعات بیشتر برای رسیدن به حداکثر تسلط

فصل هشتم: انتقال احساسات در محیط درمانی

بازگشت عاطفی

بیماری و آسیب دیدگی، موجب "بازگشت" بسیاری از بیماران می‌شود. بازگشت، اصطلاحی است که روان‌شناسان و روانپزشکان برای اشاره به فردی به کار می‌برند که به نوعی کودک وارگی - یعنی خصیصه وابستگی مرحله اولیه رشد خود - بازگشته است. بیماران غالباً جزئیات بیماری یا آسیب دیدگی خود در زمان کودکی را به خاطر می‌آورند و ممکن است در بزرگسالی نیز همانند دوران کودکی، که منابع عاطفی کمی برای سازگاری با بیماری داشتند، در مقابل بیماری واکنش نشان دهند. از آنجا که بسیاری از متخصصان پزشکی هنگام مراقبت از بیماران، با آنان رفتاری کودکانه دارند، بسیاری از آنان گاهی به کودک وارگی و درماندگی باز می‌گردند.

رفتار پزشک در کنار بستر بیمار

«رفتار کنار بستر» اصطلاحی گسترده و غیر رسمی است که در مورد رفتار پزشکان با بیماران به کار می‌رود. معمولاً این اصطلاح به توانایی تامین القای اعتماد و پاسخگویی به نیازهای عاطفی بیمار اشاره دارد. برخی مطالعات نشان می‌دهد که رضایتمندی بیمار از مراقبت پزشکی، هنگامی افزایش می‌یابد که پزشکان گفتگوهای مثبت و مکالمات اجتماعی بیشتر و گفتگوهای منفی کمتری داشته باشند. به نظر می‌رسد مهم‌ترین جنبه رفتار کنار بستر اشارات غیر کلامی متخصص پزشکی باشد.

البته یکی از اساسی‌ترین پایه‌های رفتار کنار بستر، این است که پزشک در مداوای بیمار، به موضوعات روانی، همانند موضوعات زیستی اهمیت دهد. متخصصان پزشکی باید دیدگاه زیستی - پزشکی محض نسبت به بیمار را کنار گذاشته و او را فردی تلقی کند که احساساتش ارزش فهمیدن دارد.

همدلی

درک احساس بیماران، اولین گام کمک به آنان برای کنار آمدن عاطفی با بیماری است. متخصصان پزشکی باید با همان درد جسمی، ناراحتی عاطفی و بلا تکلیفی‌ای که بیماران با آن مواجهند، روبه‌رو شوند. بنابراین، متخصص پزشکی می‌کوشد تا معنای کامل تجربه بیماران را از طریق فرایند همدلی دریابد. همدلی مفهوم مهمی در حوزه روانشناسی، روانپزشکی و ارتباطات پزشکی است.

راجرز اساساً همدلی را برحسب ارتباطات روان‌درمانی بررسی کرده است، ولی آن را طوری در نظر گرفته که به آسانی در ارتباط پزشک با بیمار قابل استفاده است. به گفته راجرز، همدلی فرایندی است که متضمن حساس بودن نسبت به احساسات متغیر دیگر افراد و پیوند عاطفی با آنان است.

همدلی متضمن فرایند «برای مدتی در زندگی دیگران زیستن» و وارد دنیای ادراکی بیمار شدن و وقایع را از دید او نگریستن است. همدلی عبارت است از اجتناب از داوری در باب احساسات دیگران و در مقابل، کوشش برای درک کامل این احساسات از دید آنان.

همچنین همدلی مستلزم آن است که آنچه را که بیمار از طریق علایم غیر کلامی اظهار می‌دارد، به درستی دریافت کنیم و به گونه‌ای واکنش نشان دهیم که حاکی از فهم آن علایم از سوی ما باشد. بررسی دقیق عواطفی که در چهره بیماران ظاهر می‌گردد، یا از طریق صدا یا حرکات بدن آنان ابراز می‌شود و نیز بررسی دیگر علایم غیر کلامی توسط پزشک، نقشی اساسی در درک احساسات بیماران و در نتیجه همدلی با آنان دارد.

همدلی لزوماً مستلزم آن است که اجازه دهیم بیمار بداند که پزشک او را درک کرده است. چنین ارتباطی فراتر از آن است که صرفاً بگوییم: «من احساس شما را درک می‌کنم» یا به علامت تصدیق سر خود را تکان دهیم، بلکه برای همدلی، ابتدا باید تجربه عاطفی بیمار را دقیقاً درک کنیم و سپس آنچه را که فهمیده‌ایم در قالب کلمات یا اشاراتی به وی منتقل نماییم.

همدلی غیر از همدردی است. همدردی، نگرانی، تاسف یا ترحمی است که شخص ممکن است نسبت به دیگری احساس کند یا نشان دهد؛ اما همدلی عبارت است از کوشش برای هم‌احساسی با دیگری، برای درک احساسات وی از دیدگاه خود او. همدلی مشارکت در احساس دیگران است، نه اظهار احساسات خود. بنابراین، در همدلی، این مراجع مشکل دار است که محور است، نه شنونده؛ همدلی، انکار و اجتناب نیست؛ خوش بینی بی‌دلیل و مشکل ساختن فهم موضوعات از طریق به کار بردن زبان فنی زیرکانه و نیز ابراز احساسات بیجا نیست بلکه برعکس، پیوند درمانی توأم با همدلی، نیازمند تماس، توصیف دقیق، مشارکت در دانسته‌ها... و خلق محیطی امن برای مشارکت در تردیدهای درونی است.

در موثرترین نوع تعامل درمانی، احساسات متخصص سلامت، تنها در صورتی ابراز می‌شود که انجام این کار به مصلحت بیمار باشد.

ایجاد همدلی

افراد در مهارت‌های مربوط به فهم و ابراز علایم غیر کلامی و نیز در حساسیت نسبت به احساسات دیگر افراد، بسیار متفاوتند. پزشکانی که فاقد مهارت‌های لازم در این زمینه‌اند می‌توانند استعداد خود را برای ارتباط همدلانه با بیماران رشد دهند. این رشد، نیاز به تلاش و انضباط در سه بعد مهم ذیل دارد:

مولفه **شناختی** همدلی، پزشک را ملزم می‌سازد که رفتار بیمار را دقیقاً مشاهده کرده و از معنای مشاهدات خود، آگاهی یابد. همدلی، نیازمند آشنایی با تجربه جسمی بیماری یا آسیب دیدگی و نیز اطلاع از تاثیرات احتمالی این تجارب بر بیمار است. تاثیرات بیماری بر افکار و عواطف و رفتارهای بیماران، به هنگام رویارویی با بحران بیماری از جمله اطلاعاتی است که از رشته روانشناسی سلامت آمده و باید به آن توجه داشت.

مولفه **عاطفی** همدلی، نیازمند حساسیت به احساسات بیماران و گوش دادن به گفته‌های آنان درباره احساسات خویش است. این احساسات در قالب کلام، حرکات و یا اعمال بیماران جلوه گر می‌شود. این مولفه، نیازمند هماهنگی دریافت‌های متخصصان سلامت از عواطف بیمار با تجربه عاطفی خود وی می‌باشد.

در نهایت، مولفه **ارتباطی** همدلی، متمرکز است بر انتقال این نکته به بیمار که پزشک او را درک کرده، حقایق درباره تجارب بیمار می‌داند و احساسات کنونی او را دقیقاً درک می‌کند. همدلی مستلزم آن است که به نحوی به بیمار منتقل شود که پزشک وی را درک می‌کند.

- پزشک و بیمار چگونه یکدیگر را تحت تاثیر قرار می‌دهند:

مذاکره پزشک و بیمار

مراقبت پزشکی که در مورد بیماران اجرا می‌شود ممکن است به صراحت گفته نشود، ولی این بیماران هستند که درباره انجام دادن یا ندادن اقدامات پزشکی تصمیم نهایی را می‌گیرند. استمرار برنامه درمانی به ابتکار عمل و پشتکار بیماران بستگی دارد.

مذاکره، عمل یا فرایند فرونشاندن مشکل از طریق بحث و توافق است. بیماران و پزشکان گاهی درباره درمان مذاکره می‌کنند، گاهی درباره دیدگاهی که باید درباره بیماری اتخاذ کرد و گاهی درباره اینکه آیا درمان ناخوشایند لازم است یا نه و نیز درباره نحوه اجرای آن.

هنگامی که ارتباط بین بیمار و متخصص آزادانه باشد، این فرصت به وجود می‌آید که دیدگاه‌های بسیار متفاوتی که دارای یک هدف (سلامت بیمار) هستند، به هم نزدیک شوند. اگر تعارض بین پزشکان و بیماران حل نشود، زورگویی، کارشکنی، طرد و تقابل ساختگی به وجود خواهد آمد.

پیامدهای همدلی

همدلی پزشک با وضعیت عاطفی بیمار، تاثیرات جانبی مهمی در مراقبت و مداوای بیمار دارد. اولاً هنگامی که پزشک از وضعیت عاطفی بیمار، همانند وضعیت جسمانی وی آگاه باشد و آن را درک کند، دقت تشخیص افزایش می‌یابد (توجه به احساسات حقیقی بیمار، دقت تشخیص را بسیار افزایش خواهد داد).

ثانیاً، همدلی ممکن است فرایند مداوای پزشکی را بهبود بخشد. آرامش دادن به بیمار، همراه با حساسیت و درک احساسات او، می‌تواند زندگی وی را نجات دهد. ثالثاً، هنگامی که بیماران احساس کنند پزشکان آنان را درک کرده‌اند، احتمال بیشتری دارد که از توصیه‌های درمانی پیروی نمایند. توانایی پزشک برای همدلی با بیمار و درک نگرانی‌های وی عامل موثری در رضایتمندی از مراقبت و تمایل به مراجعه پزشک در آینده است.

رابعاً، هرگاه بیماران از مراقبت عاطفی پزشکان خود راضی باشند، حتی اگر از نتایج درمان رضایت نداشته باشند، کمتر علیه پزشک اقدام دعوی تخلف پزشکی می‌کنند. پزشکانی که با بیمار همدلی دارند، می‌توانند احساس سرخوردگی بیمار را از نتایج نامطلوب درمان کشف نموده، اشتباهات خود را تصحیح نموده، خسارت‌های بیماران را جبران کنند و برای یافتن راه حلی که برای هر دوی آنان قابل قبول باشد، کوشش کنند.

همدلی و تفاهم پزشک - بیمار

اصطلاح **تفاهم**، توصیف کننده ارتباطی است که مشخصه آن، اعتماد متقابل و میل عاطفی است. واژه **متقابل** بدین معناست که بیمار و پزشک به یکدیگر احترام می‌گذارند و در مورد هدف مشترک خود در باب نیل به سلامت بیمار توافق دارند.

حفظ خوش بینی و اشتیاق به زندگی

دیگر جنبه مهم رفتار کنار بستر ایجاد خوش بینی و میل به زندگی در بیمار است. متخصصان پزشکی می‌توانند به شدت بر انتظارات بیماران تاثیر بگذارند و این امر تا حدودی بدان دلیل است که معمولاً بیماران نسبت به شرایط بیماری‌ای که با آن مواجهند، تجربه اندکی دارند. انتظارات پزشکان می‌تواند به صورت پیشگویی‌هایی عمل کند که بیمار را ارضا می‌کند. انتظارات مثبت می‌تواند باعث تحریک بیماران برای تلاش در جهت بهبودی گردد، اما انتظارات ضعیف، ممکن است نتایج ضعیف به بار آورد و بیماران با اعلام سرنوشتشان از سوی پزشکان، امید خود را به بهبودی از دست بدهند.

معروف ترین پدیده عمومی از این نوع انتظارات مثبت، تاثیر دارونماها است. دارونما ماده بی اثری است که هم تاثیر روانی دارد و هم تاثیر فیزیولوژیک. انتظار نتیجه‌ای خوب از جانب پزشکان، ممکن است به بیمار انتقال یافته و به بهتر شدن وضعیت جسمانی او کمک کند. باور پزشکان به درمان و تاثیر آن بر بیمار، ممکن است نتایج بهداشتی موثرتری به بار آورد.

مراقبت صمیمانه یا فنی

معمولا پزشکان مایل اند یکی از دو روش اطلاعات دهی و به کارگیری مهارت یا روش جهت گیری اجتماعی (شامل گفتگوهای اجتماعی و تقویت مثبت) را اتخاذ کنند. پزشکی که وقت بیشتری صرف جنبه‌های فنی پزشکی می‌کردند، فرصت نسبتا کمتری را به گفتگوهای اجتماعی و تقویت مثبت اختصاص می‌دادند؛ اما کیفیت صدای پزشکانی که اطلاعات بیشتری در اختیار بیمار می‌گذاشتند، کمتر خسته کننده بود. این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که پزشکان مایلند تنها یکی از این دو جهت گیری را برگزینند نه هر دوی آنها را.

- ارتباط غیر کلامی و روابط بیمار با پزشک

فرا ارتباط

پیام صمیمیت، همدلی و جوهره رفتار کنار بستر، همواره مستقیما از طریق کلمات منتقل نمی‌شود. در واقع، چنین پیام‌هایی، به خصوص در محیط درمانی، از راه **فرا ارتباط** انتقال می‌یابد. **فرا ارتباط**، به ارتباطی ورای ارتباط ظاهری اشاره دارد.

فرا پیام ممکن است پیچیده یا کاملا ساده باشد. فرا پیام‌ها همواره از روی قصد نیستند. فرا پیام‌ها همواره واضح و صریح نیستند.

ناتوانی بیمار در حفظ ارتباط چشمی با پزشک، ارتباطی است ورای ارتباط ظاهری. با وجود این، راهی برای حصول اطمینان از معنای دقیق فرا پیام وجود ندارد. فرا پیام برداشتی در واقع برداشتی از پیام است.

فرا پیام صور مختلفی دارد و ممکن است شامل اعمالی نیز باشد. بسیاری از فرا پیام‌ها از طریق علایم غیر کلامی منتقل می‌شوند، اما محدود به کانال ارتباطی غیر کلامی نیستند.

انواع دیگر فرا ارتباط، مثلا اعمال نیز ممکن است پیچیده باشد. عدم پرداخت صورت حساب یا مراجعه نکردن به پزشک خاصی ممکن است حاکی از عصبانیت و آزدگی از وی یا امری کاملا مغایر آن باشد.

وجود علایم فرا ارتباطی، به گیرنده پیام گوشزد می‌کند که به کندوکاو معنای دقیق تصویری که بیمار منتقل می‌کند بپردازد.

بیماران به فرا ارتباط متخصصان پزشکی بی نهایت حساسند. پیام‌های کلامی، که معمولا بیماران در محیط‌های پزشکی با آنها روبه‌رو می‌شوند، باعث سردرگمی آنان می‌گردد.

فهم علایم غیر کلامی بیماران

معمولا بیماران در پنهان کردن عواطف یا کنترل اظهار آن در محیط درمانی کم تجربه اند. علایم غیر کلامی بیماران، دریچه ارزشمندی برای کشف دنیای احساسات آنهاست. اگر پزشک بتواند علایم نارضایتی و عواطف منفی و نگرانی بیمار را تشخیص دهد، قادر خواهد بود قبل از اینکه بیمار به ارتباط درمانی خود با وی خاتمه دهد، یا درمان را ناتمام بگذارد، یا با اقامه دعوا علیه تخلف پزشک، از او انتقام بگیرد بر مشکلات ناشی از آن عواطف فائق آید. علاوه بر این، ممکن است پزشک علایم شور و شوق و خوش بینی بیمار را تشخیص داده و از این عواطف مثبت در تامین بهبود بیمار بهره بگیرد.

تجزیه و تحلیل علایم غیر کلامی

تماس بدنی: تصور می‌شود که تماس بدنی، پیش از هر ارتباط غیر کلامی دیگر، تفاهم پزشک با بیمار را تامین می‌کند. تماس بدنی می‌تواند برای بیماران بد حال بی نهایت آرام بخش باشد و توجه، آسایش و اطمینان بخشی پزشک را به وی منتقل سازد. تماس بدنی ممکن است شاخص نیرومندی برای مراقبت و اتفاق نظر و یا تنها نشان دهنده قدرت پزشک باشد. این فرض که تماس بدنی با بیماران همواره خوب است، فرض نادرستی است. تماس بدنی نیز همانند علایم غیر کلامی دیگر، تحت شرایط مختلفی معنای مختلفی دارد.

تماس چشمی: تماس چشمی، علامت غیر کلامی نیرومندی است که می‌تواند عواطف موجود در موقعیت خاصی را عمیق تر سازد؛ تعامل خوشایندی که در آن متخصص سلامت با بیمار رابطه‌ای گرم و تفاهم آمیز دارد، شاید اگر با تماس چشمی همراه شود، سازنده تر گردد. از سوی دیگر، موقعیت پر مخاطره یا نگران کننده، هنگامی که با تماس چشمی قرین گردد، منفی تر تلقی خواهد شد.

حالت چهره: نکته جالب توجه این است که این حالات بیش از هر علامت غیر کلامی دیگری قابل کنترل هستند.

تن صدا: نحوه گفتار پزشک و بیمار، به اندازه محتوای کلام آنان اهمیت دارد. علایم فرا زبانی، یعنی علایمی خارج از زبان گفتاری، نامیده می‌شوند. اگرچه همواره نمی‌توانیم علایم دقیق فرا زبانی‌ای را که می‌شنویم تشخیص دهیم، اما هنگامی که با ما صحبت می‌کنند به ندرت از تاثیر عاطفی این علایم مصون می‌مانیم.

زبان بدنی: حرکات و حالات بدن می‌تواند اطلاعات بسیار زیادی درباره وضعیت عاطفی افراد منتقل سازد. این امر، به ویژه به این دلیل صادق است که علایم بدنی معمولاً کمتر از دیگر پیام‌های غیر کلامی، قابل کنترل است.

انتقال احساسات

در محیط پزشکی، غالباً پزشکان و بیماران احساسات شدیدی از خود بروز می‌دهند. علایم غیر کلامی می‌تواند احساس فرد را درباره گفتار خود نشان دهد و تحت کنترل هشیاری شخصی نباشد.

پیام‌های غیر کلامی ممکن است خیلی قوی باشد و بر تعامل پزشکی تاثیر بگذارد. درک پیام‌های غیر کلامی بیماران، فواید مهمی برای پزشک در مراقبت از بیمار دارد. پزشک می‌تواند با شناخت علایم نارضایتی و عواطف منفی بیمار، از طریق زبان بدنی وی، از مشکلاتی که بیمار قادر به بیان آنها نیست آگاه شود.

بنابراین، شواهد زیادی وجود دارد که رفتار پزشک در کنار بستر تا حدودی به توانایی وی در درک فرایم‌های بیمار و انتقال فرایم‌های حمایت کننده و سودمند به بیمار بستگی دارد.

چکیده فصل هشتم

- ۱- بیماری و آسیب دیدگی، موجب "بازگشت" بسیاری از بیماران می‌شود. بازگشت، اصطلاحی است که روان‌شناسان و روانپزشکان برای اشاره به فردی به کار می‌برند که به نوعی کودک وارگی - یعنی خصیصه وابستگی مرحله اولیه رشد خود - بازگشته است.
- ۲- «رفتار کنار بستر» اصطلاحی گسترده و غیر رسمی است که در مورد رفتار پزشکان با بیماران به کار می‌رود. معمولاً این اصطلاح به توانایی تامین القای اعتماد و پاسخگویی به نیازهای عاطفی بیمار اشاره دارد. به نظر می‌رسد مهم‌ترین جنبه رفتار کنار بستر اشارات غیر کلامی متخصص پزشکی باشد.
- ۳- درک احساس بیماران، اولین گام کمک به آنان برای کنار آمدن عاطفی با بیماری است.
- ۴- همدلی مفهوم مهمی در حوزه روانشناسی، روانپزشکی و ارتباطات پزشکی است. همدلی متضمن فرایند «برای مدتی در زندگی دیگران زیستن» و وارد دنیای ادراکی بیمار شدن و وقایع را از دید او نگریستن است. همدلی عبارت است از اجتناب از داوری در باب احساسات دیگران و در مقابل، کوشش برای درک کامل این احساسات از دید آنان. همچنین همدلی مستلزم آن است که آنچه را که بیمار از طریق علایم غیر کلامی اظهار می‌دارد، به درستی دریافت کنیم و به گونه‌ای واکنش نشان دهیم که حاکی از فهم آن علایم از سوی ما باشد. همدلی لزوماً مستلزم آن است که اجازه دهیم بیمار بداند که پزشک او را درک کرده است. چنین ارتباطی فراتر از آن است که صرفاً بگوییم: «من احساس شما را درک می‌کنم» یا به علامت تصدیق سر خود را تکان دهیم، بلکه برای همدلی، ابتدا باید تجربه عاطفی بیمار را دقیقاً درک کنیم و سپس آنچه را که فهمیده‌ایم در قالب کلمات یا اشاراتی به وی منتقل نماییم. همدلی غیر از همدردی است. همدردی، نگرانی، تاسف یا ترحمی است که شخص ممکن است نسبت به دیگری احساس کند یا نشان دهد؛ اما همدلی عبارت است از کوشش برای هم احساسی با دیگری، برای درک احساسات وی از دیدگاه خود او.
- ۵- افراد در مهارت‌های مربوط به فهم و ابراز علایم غیر کلامی و نیز در حساسیت نسبت به احساسات دیگر افراد، بسیار متفاوتند. پزشکانی که فاقد مهارت‌های لازم در این زمینه‌اند می‌توانند استعداد خود را برای ارتباط همدلانه با بیماران رشد دهند. این رشد، نیاز به تلاش و انضباط در سه بعد مهم ذیل دارد:
 - مولفه شناختی همدلی، پزشک را ملزم می‌سازد که رفتار بیمار را دقیقاً مشاهده کرده و از معنای مشاهدات خود، آگاهی یابد.
 - مولفه عاطفی همدلی، نیازمند حساسیت به احساسات بیماران و گوش دادن به گفته‌های آنان درباره احساسات خویش است
 - مولفه ارتباطی همدلی، متمرکز است بر انتقال این نکته به بیمار که پزشک او را درک کرده، حقایقی درباره تجارب بیمار می‌داند و احساسات کنونی او را دقیقاً درک می‌کند.
- ۶- پیام صمیمیت، همدلی و جوهره رفتار کنار بستر، همواره مستقیماً از طریق کلمات منتقل نمی‌شود. درواقع، چنین پیام‌هایی، به خصوص در محیط درمانی، از راه فرا ارتباط انتقال می‌یابد. فرا ارتباط، به ارتباطی ورای ارتباط ظاهری اشاره دارد.
- ۷- فرا پیام صور مختلفی دارد و ممکن است شامل اعمالی نیز باشد. بسیاری از فرا پیام‌ها از طریق علایم غیر کلامی منتقل می‌شوند، اما محدود به کانال ارتباطی غیر کلامی نیستند.
- ۸- شواهد زیادی وجود دارد که رفتار پزشک در کنار بستر تا حدودی به توانایی وی در درک فرایم‌های بیمار و انتقال فرایم‌های حمایت کننده و سودمند به بیمار بستگی دارد.

فصل دهم: فرایندهای روانشناختی، تنیدگی و بیماری جسمی

فن پالایش که بروتر آن را ابداع کرد، شامل زنده کردن خاطراتی بود که بازداری شده و به سختی قابل دسترسی بودند. این شیوه درمانی به منظور برون ریزی هیجان‌های بیماری زای ناشی از این خاطرات اجرا می‌شد. بر اساس این شیوه بیمار مجبور بود رویدادهای ناراحت کننده را با تمام دردناکی‌اش به خاطر آورد و از لحاظ عاطفی تسکین یابد.

اختلالات روانی - فیزیولوژیک

نشانه اختلال روانی - فیزیولوژیک، نشانه‌های جسمی یا اختلالاتی است که عمیقا با عوامل روانی در ارتباطند. معمولا کنش متقابل و شدید بین فرایندهای روانشناختی و فیزیولوژیک، تفکیک آنها را از هم و تحلیل هر یک را به تنهایی غیر ممکن می‌سازد. اگر پیوستاری را در نظر بگیریم که بر روی آن نقش عوامل روانشناختی را در حالات بیماری نشان دهیم، در یک طرف این پیوستار، بیماری‌هایی هستند که منشا آنها صرفا عوامل روانشناختی است (بی‌اشتهایی روانی) و در طرف دیگر پیوستار، بیماری‌هایی قرار می‌گیرند که تصور می‌شود تقریبا از حالات روانی تاثیر نمی‌پذیرند. (آپاندیسیت حاد) بین این پیوستار هم گستره‌ای از بیماری‌هایی هستند که به درجات متفاوت تحت تاثیر هیجان‌ها هستند. بسیاری از متخصصان بالینی به پیروی از کار فروید و بروتر اظهار داشته‌اند که برخی حالات عاطفی به بیماری‌های خاصی منجر می‌شوند. الکساندر بر اساس مشاهدات خود از افراد تحت روانکاوی، نظریه **تعارض هسته‌ای** را پیشنهاد کرد. درونمایه نظریه فوق، این است که هر اختلال فیزیولوژیک، با تعارضات عاطفی ناهشیار خاصی همراه است. این فرضیه روانکاوانه مبتنی بر این باور است که انرژی روانی واپس زده شده فرد، ممکن است به صورت مستقیم آزاد شود و دستگاه عصبی خودمختار را تحت تاثیر قرار داده و به اختلال در عملکرد بدن منجر شود. مثلا در این نظریه اعتقاد بر این است که بیماری آسم از نیازهای حل نشده مربوط به وابستگی (به‌ویژه به مادر) ناشی می‌شود. تصور می‌شود که تنفس بازداشته شده در بیماری آسم، عبارت است از « فریاد فرونشاندن شده» در واکنش به ترس از جدایی مادر؛ همچنین سردردهای میگرنی، معلول تکانه‌های خصمانه واپس زده شده یا بازداشته شده می‌باشند. در این رویکرد، از استعاره برای تبیین بیماری استفاده شده است.

نویسندگان دیگری که جهت گیری روانکاوانه دارند نیز معتقدند که برخی اختلالات فیزیولوژیک از نگرش‌های خاصی ناشی می‌شود؛ مثلا فشار خون بالا ممکن است برای شخصی پیش آید که احساس می‌کند خطر یا آسیبی همواره او را تهدید می‌کند. چنین شخصی پیوسته در حال مراقبت و آمادگی برای اقدام به سر می‌برد. فرد مبتلا به کهیر احساس می‌کند کتک مفصلی خورده و هنگامی که به صورت جدی مورد تهدید قرار می‌گیرد در انجام هر کاری ناتوان است.

تنیدگی (استرس)

برای درک نقش فشارها و مشکلات در به مخاطره افکندن سلامت جسمی فرد به بررسی مفهوم **استرس** نیازمندیم. این مفهوم هم برای اشاره به فشار جسمی و هم برای اشاره به فشار روانی به کار رفته است.

معنای تنیدگی

علاوه بر سردرگمی فراگیری که در مفهوم استرس وجود دارد، پژوهشگران آن را لاقبل به سه صورت مفهوم سازی کرده‌اند: برخی عامل تنیدگی‌زا را محرکی می‌دانند که موجب احساس تنش می‌شود. عوامل تنیدگی‌زا ممکن است چنین اموری باشند: رویدادهای تکان دهنده، مانند زلزله و ... یا تغییرات مهم زندگی مثل تولد نوزاد. پژوهشگران دیگر با این مفهوم به عنوان **واکنش جسمی و روانی در مقابل عوامل تنیدگی‌زا** برخورد می‌کنند. طبق این دیدگاه تنیدگی احساسی درونی است که در واکنش به رویدادهای معین یا تفکر در باب آن رویدادها، بوجود می‌آید.

با وجود این عده‌ای از محققان، تنیدگی را فرایندی می‌دانند که متضمن **تعامل میان شخص و محیط اوست**. میزان تنیدگی فرد در واکنش به رویدادهای محیطی، به جنبه‌های بسیاری از وضع شخص و محیط بستگی دارد. فرد در تعیین تاثیرات عوامل تنیدگی‌زا بر احساسات، افکار و رفتارهای خود، فعال است. بر اساس این دیدگاه، رویدادهای تنیدگی‌زا، بر ساخت و کارکرد بدنی فرد، تعادل روانی و روابط او با دیگران فشار شدیدی وارد می‌آورند. میزان توانایی فرد در برخورد با مقتضیات موقعیت موجود، بستگی به گستره منابعی دارد که در اختیار اوست.

در این دیدگاه سوم راجع به تنیدگی، **تلقی شخص از مقتضیات موقعیت و توانایی‌هایش در بر آوردن این مقتضیات**، دارای اهمیتی حیاتی است. اگر فرد بر این باور باشد که نیازهای محیط اجتماعی و مادی بیش از امکاناتی است که او در اختیار دارد، دچار تنیدگی خواهد شد. از سوی دیگر، اگر مقتضیات رویدادهای زندگی از امکانات فرد کمتر باشد، تنیدگی کم خواهد بود یا اصلا روی نخواهد داد. بنابراین، میزان تنیدگی، به **ارزیابی شناختی** فرد از رویدادها و منابع موجود برای برخورد با آنها بستگی دارد.

نقش ارزیابی شناختی

ارزیابی شناختی تنیدگی، به برآورد دقیق دو موضوع بستگی دارد: آیا یک رویداد سلامت شخص را تهدید می‌کند؟ و آیا فرد منابعی برای رویارویی و برخورد با آن در اختیار دارد؟

تهدید مفهومی کلیدی برای درک تنیدگی است. تهدید، حاصل ارزیابی ذهنی فرد از تاثیرات منفی احتمالی عامل تنیدگی‌زا است. تلقی یک رویداد به عنوان عامل تنیدگی‌زا به ارزیابی تهدیدکنندگی آن بستگی دارد. این ارزیابی نتیجه برداشت‌ها، انتظارات یا خاطرات فرد است. تهدید فرد را جهت انجام فعالیت بسیج می‌کند. رویدادهایی بیشتر تنیدگی‌زا هستند که فرد باور داشته باشد یا به خاطر آورد که منفی، کنترل‌نشده، مبهم و غیرقابل پیش‌بینی‌اند، اما فرد باید خود را با آنها سازگار کند.

در ارزیابی عامل تنیدگی‌زای احتمالی، دو مرحله در کار است. **ارزیابی اولیه** عبارت از این است که شخص تعیین کند که آیا این رویداد برای او عوارض احتمالی منفی دارد یا نه، و از خود بپرسد: آیا این رویداد (یا رویداد احتمالی) برای من مضر یا خطرناک است، یا آینده مرا تهدید می‌کند؟ آیا این رویداد ممکن است مانع تحقق ارزش‌ها و اهداف من گردد؟ **ارزیابی ثانویه** عبارت است از اینکه فرد معین کند که آیا توانایی‌های خود او برای فائق آمدن بر خطرات احتمالی، کافی است یا نه. تنها پس از چنین ارزیابی‌هایی است که فرد در مقابل رویدادی واکنش نشان می‌دهد. واکنش فرد ممکن است فیزیولوژیک، عاطفی، شناختی یا تغییر رفتار باشد.

پژوهشگران نشان داده‌اند که ما با هر چه مواجه شویم، آن را تفسیر می‌کنیم و تفسیرهای شناختی ما، تعیین‌کننده واکنش ماست. دو نکته مهمی که باید در تفسیرها مد نظر قرار دهیم:

- عوامل روانی تعیین می‌کنند که اولاً کدام رویدادها تنیدگی‌زا تلقی می‌شوند.
- حتی زمانی که برخی رویدادها یا موقعیت‌های زندگی، در واقع، تنیدگی‌زا ارزیابی می‌شوند، عوامل روانی می‌توانند تعیین کنند که آیا این عوامل بر سلامتی تاثیر منفی خواهند داشت یا نه.

مسائلی در باب مفهوم تنیدگی

پژوهشگران از تنیدگی برداشت‌های متفاوتی دارند؛ مثلاً، برخی محققان آن را امری **ایستا** محسوب می‌کنند که از رویداد واحد و معینی ناشی شده است. دیگران تنیدگی را **فرایندی** می‌دانند که در طی زمان تغییر و تحول می‌یابد.

وجه تمایز دیگری که محققان مطرح کرده‌اند، عینی بودن در برابر شخصی بودن است. برخی از پژوهشگران، تنیدگی را به گونه‌ای تلقی کرده‌اند که گویا همه، آن را به یک نحو تجربه می‌کنند. آنان به دنبال ایجاد مقیاسی عینی برای میزان تنیدگی ناشی از رویدادهای زندگی بوده‌اند. گرچه افراد در جنبه‌هایی از تجربه تنیدگی مشترکند، ولی این رویکرد در نشان دادن احساس شخصی و منحصر به فرد تنیدگی، ناموفق بوده است. از آنجا که تنیدگی متأثر از عوامل روانی است هرکس آن را به گونه‌ای تجربه می‌کند. از دیدگاه دوم، تنیدگی را تنها به روش پدیدار شناختی می‌توان مورد سنجش قرار داد؛ یعنی از دیدگاه شخصی هر فرد. هنگامی که تنیدگی را از دیدگاه شخصی تعریف کنیم، راه برای بررسی عوامل میانجی باز خواهد بود.

اگر تعداد زیادی از رویدادهای تنیدگی‌زا در دوره کوتاهی از زمان رخ دهد، یا رویدادهای نگران‌کننده و آزارنده روزمره، مستلزم کوشش‌های مکرری برای سازگاری باشد، در این صورت تنیدگی ممکن است مزمن گردد. تنیدگی مزمن روزمره، ممکن است نه تنها به نارضایتی از زندگی منجر شود، بلکه علائم بدنی مشکل‌زایی را نیز به دنبال داشته باشد.

اکنون سه گونه اصلی تجارب تنیدگی‌زا را بررسی می‌کنیم: تنیدگی مزمن، درگیری‌های روزانه و تغییرات عمده در زندگی.

تنیدگی مزمن

تنیدگی مزمن ممکن است از موقعیتی در زندگی ناشی شود که مستلزم سازگاری چشمگیر و مستمری است.

معمولاً افرادی به تنیدگی مزمن مبتلایند که در محیط‌های تنیدگی‌زا زندگی می‌کنند. فقر و محرومیت دراز مدت، همچنین امکانات نابسنده، ممکن است سبب تنیدگی درازمدت، مستمر و ناتوان‌کننده گردد.

یکی از بزرگترین منابع تنیدگی مزمن در زندگی مدرن، تنیدگی‌ای است که از محل کار پدید می‌آید. یکی از عوامل عمده در تنیدگی شغلی، اضافه کار است. اضافه کار بیش از حد، ممکن است موجب افزایش سوانح شغلی و مشکلات مرتبط با سلامتی شود.

افرادی که فشار کاری زیادی احساس می‌کنند و همین‌طور افرادی که مسئولیتی در قبال سایر مردم دارند، بیشتر مستعد ابتلا به بیماری‌های خاصی هستند مانند ماموران کنترل ترافیک هوایی.

اعضای مشاغل بهداشتی نیز با فشارهای کاری ای مواجه می‌شوند که ممکن است منجر به بروز خستگی عاطفی و بیماری‌ای به نام **تحلیل رفتن قوای جسمانی** شود.

هنگامی که کارگران کنترل کمی بر کار خود داشته باشند، در معرض ابتلا به بیماری‌های شدید قرار خواهند گرفت، همچنین اگر به اشخاص در باب آنچه باید انجام دهند، توضیح روشنی داده نشود، یا رهنمودها و استانداردهای کاری اندکی در میان باشد، آنها دچار تنیدگی شغلی زیادی خواهند شد. این احساس عدم کنترل، ابتلا به فشار خون مزمن و حتی بروز بیشتر بیماری قلبی - عروقی را به دنبال خواهد داشت.

کسانی که در محل کار فرصت کمتری برای تعامل با دیگران دارند، از شغل خود کمتر خشنودند و بیشتر از دیگران مستعد تحمل تنیدگی هستند. آیا مردم می‌توانند خود را با تنیدگی مزمن و درازمدت سازگار کنند؟

در برخی موارد، افراد می‌توانند واقعا به محرک‌های تازه ای که مکررا با آنها مواجه می‌شوند، عادت کنند. در برخی افراد، واکنش‌های روانشناختی ممکن است در نهایت به حالت عادی باز گردد. بعضی ممکن است حتی با برخی از موقعیت‌های منفی با دوام مانند شلوغی محیط سازگار شوند. ولی افرادی که امکانات محدودی دارند و آسیب پذیرند، ممکن است تحت تاثیر تنیدگی زیاد و مزمن قرار گیرند.

درگیری‌های زندگی روزانه

درگیری‌های روزانه، رویدادهایی هستند که ما واکنش‌های سازشی و خودکار، برای مقابله با آنها در اختیار نداریم. گاهی این رویدادها برای ما غیر مترقبه است و همیشه حدی از سازگاری را لازم دارد.

تحقیقات نشان می‌دهد که تنها رویدادهای مهم زندگی نیست که سلامتی ما را تهدید می‌کند. اگر درگیری‌های روزانه زندگی مداوم باشد و به شیوه‌ای سازگارانه با آنها برخورد نشود، ممکن است در طولانی مدت تاثیرات منفی فزاینده‌ای بر سلامتی انسان داشته باشند. وسیله‌ای به نام **مقیاس درگیری‌ها**، ۱۱۷ مورد از رویدادهای روزانه را فهرست می‌کند که بعضی از آنها تا حدودی ناخوشایند است، ولی تعدادی از آنها مشکلات عمده‌ای هستند. زمان پر کردن این مقیاس، آزمودنی بیان می‌کند که کدام درگیری روزانه در ماه‌های گذشته برای او رخ داده و هر کدام از آنها را در سه رتبه کم، متوسط و بسیار شدید برآورد می‌کند.

با توجه به نقش تفسیر شناختی، می‌توان گفت که تاثیر درگیری‌های روزانه بر فرد تا حدی به چگونگی **تفسیر** او از آنها بستگی دارد.

پژوهشگران دریافته‌اند که ابعاد دیگری از زندگی (تجارب خوشایندی به نام **مشوق‌ها**) می‌تواند فرد را در مقابله با احساسات نامناسبی که از تجربه درگیری‌های روزانه ناشی می‌شود، مساعدت کند. تصور می‌شود که **مشوق‌ها** حائلی است در برابر تاثیر فشار درگیری‌های روزانه بر شرایط بدنی و روانی فرد. مشوق‌ها، تاثیرات مسائل و مشکلات آزارنده و نومیدکننده را کاهش می‌دهد و منبعی برای آرامش، خشنودی و حتی شادمانی فراهم می‌کند.

شواهد نشان می‌دهد که اگر درگیری‌های مزمن روزانه، با مشوق‌ها همتراز نباشند، ممکن است موجب بیماری شوند. هرگاه درگیری‌ها غالب و مشوق‌ها اندک باشند، احتمال وقوع بیماری بیشتر خواهد شد.

تاثیر نسبی تنیدگی مزمن و درگیری‌های روزانه بر عدم سلامتی چه اندازه است؟

گرچه درگیری‌های روزانه ذاتا رویدادهایی منفی‌اند، ولی شاید نسبتا نادر و غیرمتعارف باشند و از این رو ممکن است فرد آنها را نادیده بگیرد. ولی زمانی که درگیری‌های روزانه به طور مکرر پدیدار شوند، بویژه اگر مشوق‌های ارضا کننده متناسبی برای آنها وجود نداشته باشد، در این صورت احتمالا ناشی از وضعیتی منفی در زندگی خواهد بود که پر از عوامل تنیدگی‌زای مزمن است. برخی پژوهشگران اظهار می‌کنند که تنیدگی مزمن و محرومیت، ممکن است فرد را در برابر درگیری‌های کوچک روزانه آسیب پذیر گرداند، زیرا فردی که با مشکلات بزرگتری مواجه است، کمتر تحت تاثیر مسائل کوچک قرار می‌گیرد. برخی دیگر معتقدند که درگیری‌های روزانه برای افرادی که قبلا به تنیدگی مزمن و محرومیت مبتلا بودند، ذاتا مسائل بزرگتری هستند. طبق نظر لازاروس، شاید مهم ترین نکته این باشد که "درگیری‌های شدید روزانه - که برای ارزش‌ها و اهداف درازمدت فرد، اهمیت عمده دارند- موجب بوجود آمدن الگوی خاصی از آسیب پذیری می‌شوند." آسیب پذیری نیز خود از طریق مکانیزم‌هایی ممکن است به سلامتی فرد لطمه بزند.

تنیدگی به عنوان پدیده ای ناپیوسته: رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی

رویدادهای دگرگون کننده زندگی، اموری‌اند که در نحوه زندگی فرد دگرگونی‌هایی ایجاد کرده و مستلزم سازگاری قابل ملاحظه ای می‌باشند (مانند ازدواج، طلاق، مهاجرت و ...).

از رویدادهای دگرگون کننده زندگی به عنوان **مقیاس تنیدگی** استفاده شده است. پژوهشگران کار را با این فرضیه آغاز کردند که براساس دگرگونی‌هایی که فرد اخیرا در معرض آنها قرار گرفته، می‌توان درجه تنیدگی او را تعیین کرد. دگرگونی‌های زندگی که در **مقیاس ارزیابی سازگاری مجدد اجتماعی (SRSS)** ردیف شده‌اند، برحسب برجستگی و تاثیر که برای هریک برآورد شده است، با هم متفاوتند. این تفاوت‌ها، در **واحدهای دگرگونی زندگی**، اندازه گیری شده است.

مجموع واحدهای دگرگونی زندگی که فرد در یک دوره دو ساله تجربه کرده است، همبستگی مثبتی با شدت بیماری فرد در خلال این زمان دارد. همچنین میزان بالای تغییرات زندگی، با مرگ و میر همبستگی مثبتی داشت.

تحقیقات آینده نگر دیگری نیز نقش «مقیاس ارزیابی سازگاری مجدد اجتماعی» (SRRS) را در ارتباط وقوع دگرگونی های زندگی با ابتلا به بیماری، تایید کرده‌اند. مقیاس «جدول آخرین تجارب» (SRE)، نیز مورد نقدهای زیادی قرار گرفته است. در این مقیاس، تنیدگی با ارزش عددی متوسطی تعیین شده ولی در چگونگی عکس العمل مردم به انواع مختلف رویدادهای زندگی، عموماً تفاوت زیادی وجود دارد. نمراتی که در مقیاس به هر رویداد اختصاص یافته، نشانگر تاثیر متوسطی است که شاید با نحوه تجربه هر فرد از آن رویداد، رابطه اندکی داشته باشد. این مقیاس، همچنین مشتمل بر مواردی است که از مشکلات مرتبط با بیماری خبر می‌دهد که البته با وجود گزارش های بیماری، زاید خواهد بود. علاوه بر این، بعضی از رویدادهایی که در جدول تجارب اخیر عنوان شده مبهم است و می‌توان آنها را به وجوه متفاوتی تفسیر کرد؛ مثلاً تغییر در وضعیت مالی، ممکن است نشان دهنده بهبود اندکی در وضع مالی و یا حاکی از یک فاجعه مالی بزرگ باشد. پژوهش در باب «مقیاس ارزیابی سازگاری مجدد اجتماعی» نشان می‌دهد که رویدادهای نامطلوبی که در جدول آخرین تجارب عنوان شده است، بهتر از رویدادهای ترکیبی - که مجموع مقیاس جدول آخرین تجارب را تشکیل می‌دهد (مثبت و منفی) - بیماری را پیش بینی می‌کند. به علاوه، تحقیقات نشان می‌دهد که رویدادهای ناگهانی، منفی، غیرمنتظره و غیرقابل کنترل، احتمالاً بیشتر از رویدادهای مثبت، مورد انتظار و تحت کنترل شخص و نیز رویدادهایی که به تدریج پدید می‌آیند و فرصت برای سازگاری با آنها فراهم است، بیماری را پیش بینی می‌کنند.

مکانیزم‌های تاثیر تنیدگی بر سلامت

چگونه ممکن است حوادث تنیدگی‌زای زندگی منجر به بیماری شوند؟

اولاً، ابتلا به تنیدگی ممکن است فرد را وادار به انجام رفتاری کند که برای سلامتی او خطر آفرین است. تنیدگی مزمن روزمره و حوادث تنیدگی‌زای زندگی، ممکن است توجه فرد را از مراقبت نسبت به خود منحرف کرده و باعث شود که فرد فرصت کافی برای ورزش، غذای مناسب و استراحت کافی نداشته باشد. از این بدتر، ممکن است فرد در تلاش برای سازگاری با تنیدگی دست به رفتارهایی بزند که هرچند در کوتاه مدت اثربخش‌اند، ولی به هیچ وجه رفتارهایی سالم به حساب نمی‌آیند؛ رفتارهایی نظیر مشروب خوردن افراطی یا مواد پر از قند و چربی. افراد هنگامی که تنیدگی زیادی دارند، بیشتر محتمل است که در محل کار، یا در فعالیت‌های ورزشی، یا زمان رانندگی و حتی در پیشامدهای روزمره آسیب ببینند.

ثانیاً، برخی از افراد در برابر شرایط تنیدگی‌زا با اتخاذ «نقش بیمار» و طلب کردن خدمات مراقبتی واکنش نشان می‌دهند. پذیرش بیماری به عنوان علت ناراحتی، به فرد امکان می‌دهد که عملکرد نامناسب، بی اثر و غیرمسئولانه خود را توجیه کند. این عمل، علی‌رغم داشتن چنین اشکالی، فرد را قادر می‌سازد که از این طریق خودپنداره خویش را حفظ کند؛ زیرا از لحاظ اجتماعی، بیماری بهانه قابل قبولی برای ناتوانی در انجام وظایف است. بیماری فایده ثانویه ای نیز برای فرد دارد و آن اینکه به او امکان می‌دهد تا از روبرو شدن با حوادث بسیار تنیدگی‌زا به صورت قانونی اجتناب کند.

یک تبیین دیگر این است که ممکن است تنیدگی باعث تغییرات فیزیولوژیکی شود که منشا بروز بیماری‌اند. علاوه بر این، تنیدگی ممکن است باعث وخیم تر شدن بیماری‌های سابق یا برخی عوارض آن شود.

واکنش‌های جسمانی در مقابل تنیدگی

از اوایل دهه ۱۸۵۰، اصطلاح **استرس**، در مورد انسان‌ها به منظور اشاره به **نیروی** خارجی موثر بر بدن یا قوای جسمانی به کار گرفته شد. کانن این واژه را نه به عنوان محرک، بلکه به عنوان **پاسخ** به محرک، به ویژه حادثه‌ای که باعث می‌شود شخص خود را با خطر سازگار کند، تعریف کرد. کانن، واکنش افراد به عامل تنیدگی‌زا (محرک) **تنیدگی بحرانی** نامید و هویت واکنش «ستیز یا گریز» را که امروزه مشهور است، تعیین کرد.

واکنش ستیز یا گریز، عبارت از این است که انسان هنگام مواجهه با خطر، آماده جنگیدن یا فرار شود. این واکنش مستلزم بالا رفتن فشار خون، ضربان قلب و افزایش سطح تنفس و قند خون می‌باشد. کانن اظهار داشت که ابتلای مستمر به تنیدگی، ممکن است تعادل حیاتی فیزیولوژیک فرد را از هم بپاشد و آسیب پذیری جسمانی او را افزایش دهد. گرچه واکنش ستیز یا گریز ممکن است سازگارانه باشد، ولی انگیزختگی مستمر سیستم عصبی سمپاتیک برای ارگانیزم ایجاد خطر می‌کند؛ زیرا موجب اختلال عمده در عملکرد فیزیولوژیک فرد می‌شود.

نشانه‌گان سازگاری عمومی

سلیه، نظریه نشانه‌گان سازگاری عمومی را تدوین کرد، که شامل سه مرحله واکنش به تنیدگی است. در مواجهه با محرک تنیدگی‌زا، ابتدا ارگانیزم، خود را برای برخورد با آن بسیج می‌کند، که به آن مرحله **هشدار** گفته می‌شود. در دومین مرحله، یعنی مرحله **مقاومت**، ارگانیزم تلاش می‌کند تا بر محرک تنیدگی‌زا غالب شود و یا راه سازگاری با آن را یاد بگیرد. نتیجه مقاومت مستمر در برابر عوامل تنیدگی‌زا، کاهش مقاومت نسبت به دیگر محرک‌ها خواهد بود. در سومین مرحله،

یعنی مرحله فرسودگی، ارگانیزم در تلاش برای فائق آمدن بر خطر یا سازگاری با آن، دچار نقصان منابع فیزیولوژیک می‌شود. سلیه به این مسئله پی برد که ابتلا به تنیدگی منجر به الگوی عمومی تولید غیرطبیعی هورمون می‌شود. الگوی زیستی سلیه، بر تاثیر تنیدگی بر حالت فیزیولوژیک فرد تاکید دارد. سلیه معتقد بود که محرک تنیدگی‌زا ممکن است جسمانی، روانی و یا هر دو باشد؛ همچنین معتقد بود که صرف نظر از علت خطر، پاسخ اولیه کاملاً یکسان است. الگوی سلیه به خاطر کم دقتی و کم توجهی به تاثیرات ارزیابی خطر، مورد انتقاد قرار گرفته است. یک محرک تنیدگی‌زا ممکن است پاسخ اولیه تعمیم یافته نامشخصی را فراخواند. بنابراین، ویژگی محرک تنیدگی‌زا و پاسخ‌های اولیه فرد به آن، ممکن است موجب وقوع پاسخ‌های بعدی شود. بر طبق نظر سلیه، اگر واکنش تنیدگی به هر دلیل برای مدت طولانی تکرار شود، در نهایت به فرسودگی، کاهش منابع جسمی و صدمه جبران ناپذیر فیزیولوژیک خواهد انجامید. چنین صدمه‌ای ممکن است شامل فرسودگی غده آدرنال و نیز اختلال تنفسی و قلبی - عروقی و تقلیل عملکرد سیستم ایمنی بدن شود.

نظریه «نشانگان سازگاری عمومی» الگوی مهمی است؛ زیرا سازوکارهایی را به تصویر می‌کشد که از طریق آنها تنیدگی می‌تواند به آسیب فیزیولوژیک منجر شود. مثلاً نشان داده شده است که محرک‌های برانگیزاننده پرخاشگری، به افزایش فعالیت غده آدرنال منجر می‌شود.

- بررسی سه رشته تحقیقی درباره نقش تنیدگی در بروز بیماری‌ها:

۱- ایمنی شناسی عصبی - روانی:

ایمنی شناسی عصبی - روانی (PNI) رشته‌ای علمی است که ارتباط فرایندهای روانشناختی با عملکرد سیستم ایمنی، عصبی و غدد درون ریز را بررسی می‌کند. سیستم ایمنی تحت تاثیر تغییراتی است که در مغز رخ می‌دهد. به خاطر این تاثیر، ممکن است حالات خلقی بر آسیب پذیری فرد در مقابل بیماری و پیشرفت آن تاثیر بگذارد. اخیراً متخصصان این حوزه دریافته‌اند که در واقع ممکن است عواطف معینی موجب بازداری سیستم ایمنی شوند؛ مثلاً در این تحقیق روشن شد که افسردگی هم بر آسیب پذیری فرد از بیماری موثر است و هم روال بهبود را کند می‌کند.

تنیدگی و کارکرد ایمنی

تنیدگی شدید در زندگی، با کارکرد نامناسب و پایین تر از حد معمول سیستم ایمنی ارتباط دارد. معلوم شده که در واکنش به مرگ همسر، تولید لنفوسیت پایین تر از حد نرمال می‌آید. به علاوه، تنیدگی تحصیلی، از جمله امتحانات، ممکن است به بازداری ایمنی بینجامد و باعث شود که میزان بیماری‌های حاد تنفسی و دیگر بیماری‌های عفونی زیادتر شود. به نظر می‌رسد که تنیدگی‌های مهار نشدنی نسبت به تنیدگی قابل کنترل، تاثیرات بدتری دارند. ظاهراً واکنش‌های ایمنی تا حدودی بستگی به توانایی فرد در مقابله با محرک‌های تنیدگی‌زا دارند.

حالات خلقی و عواطف می‌تواند سیستم ایمنی را تحت تاثیر قرار دهد. افسردگی، با بازداری فعالیت سلول T و همچنین بازداری فعالیت غدد لنفاوی ارتباط دارد. اضطراب، خشم و خصومت نیز موجب افزایش سطح کورتیکواستروئیدها و کته کولامین‌ها گشته و در نتیجه باعث بازداری سیستم ایمنی و حتی اختلال در سوخت و ساز بدن می‌گردد.

تنیدگی دقیقاً چگونه بر قابلیت ایمنی تاثیر می‌گذارد؟

تصور می‌شود که تنیدگی باعث تولید اپی‌نفرین و کورتیزول به وسیله غدد آدرنالین می‌شود و این دو ماده نیز، خود بر سلول‌های ایمنی تاثیر می‌گذارند. همچنین اپی‌نفرین باعث افزایش سلول‌های T بازدارنده و کاهش سلول‌های T کمک کننده شود. کورتیکواستروئیدها هم عناصر ضدالتهایی ترشح می‌کنند، اثر بازدارنده ایمنی دارند و کورتیزول باعث بازداری عمل فاگوسیت‌ها و لنفوسیت‌ها می‌شود. همینطور ارتباط بین تنیدگی و بازداری کارکرد سیستم ایمنی، ممکن است به دلیل تغییرات ناشی از تنیدگی در پاسخ‌های اندورفین باشد.

۲- تنیدگی و بیماری قلبی - عروقی

دومین محور اساسی تحقیق درباره نقش تنیدگی در ایجاد بیماری، تحقیق در مورد **اختلالات قلبی - عروقی** است که بیشترین علت مرگ و میر در آمریکاست و تنیدگی از علل اصلی آن است.

فشار خون

شواهدی وجود دارد که تنیدگی، خشم و خصومت ممکن است در ایجاد و استمرار فشار خون نقش اساسی داشته باشد. برخی تحقیقات نشان داده‌اند که افراد دارای شغل‌های پرفشار که خشم خود را سرکوب می‌کنند، نسبت به افرادی که دارای شغل‌های کم فشارند و یا خشم خود را ابراز می‌کنند، فشار خون بالاتری دارند.

بیماری عروق کرونر (CHD)

همانطور که می‌دانید عوامل خطر آفرین بسیاری نظیر سیگار کشیدن، چاقی، سبک زندگی و ... در بروز بیماری قلبی موثرند. در این لیست تنیدگی، به ویژه شیوه افراد در واکنش به آن را نیز باید گنجانند. احتمال ابتلا به بیماری قلبی در افرادی که شغلشان مسئولیت پذیری فراوانی را می‌طلبد نسبت به مشاغل با مسئولیت پذیری کمتر، بالاتر است. نحوه واکنش فرد در مقابل موقعیت‌های تنیدگی‌زا، عامل مهمی در تعیین اثر احتمالی تنیدگی بر بیماری قلبی است.

رفتار تیپ A و بیماری قلبی

الگوی رفتاری تیپ A چیزی فراتر از صرفاً نوعی شیوه رفتاری است. این شیوه رفتاری شامل آمادگی برای تفکر، احساس و عمل کردن به سبک خاصی در مقابل مقتضیات و شرایط محیطی است. این آمادگی‌ها در طول زمان تقریباً ثابت می‌ماند و می‌توان افراد دارای الگوی رفتاری تیپ A را از دیگران کاملاً متمایز کرد. بیماران قلبی با تیپ A همواره رفتار اضطراب آمیزی از خود نشان می‌دانند و مایل بودند لبه‌سندلی‌های خود بنشینند، طوری که گویی آماده فرارند و در مطب پزشک بسیار ناراحت بودند.

عمده‌ترین مولفه الگوی رفتاری تیپ A عبارت است از تلاش ستیزه‌جویانه و بی‌وقفه فرد برای دستیابی به نتایج هرچه بیشتر در حداقل زمان ممکن. فرد دارای تیپ A رقابت طلب است و کوشش می‌کند تا به موفقیت برسد. او احساس می‌کند که برای انجام کارها باید فوراً اقدام کند و در این مورد از خود ناشکیبایی نشان می‌دهد و نیز نسبت به دیگران به راحتی برانگیخته می‌شود. الگوی رفتاری تیپ A عبارت است از سبکی شخصی که شامل نحوه تعامل فرد با دیگران، چگونگی سازگاری او با هیجانات و نحوه ابراز عواطف می‌شود.

ساختار تیپ A

الگوی رفتاری تیپ A نوعی شیوه رفتاری است. بسیاری از رفتارهای مشخص کننده تیپ A بطور طبیعی غیر کلامی‌اند، ولی تیپ A میل شناختی اساسی‌ای را هم دربر می‌گیرد، یعنی میل به نوعی شیوه اندیشیدن. افراد دارای تیپ A، «تحرک بیش از حدی» دارند و این امر نه تنها به خاطر واکنش در برابر امور فیزیکی است، بلکه علاوه بر آن در واکنش به امور روانی نیز رخ می‌دهد. این نوع تحرک از لحاظ روانی به شکل فوریت‌زمانی و نیز خشم نسبت به کسانی که وقت را تلف می‌کنند، جلوه‌گر می‌شود. افراد دارای تیپ A پیوسته فعالند و غالباً سعی می‌کنند که در یک زمان، دو یا بیش از دو کار را انجام دهند. آنان همواره در تمام مدت روز عصبی‌اند. فرد دارای تیپ A ناشکیباست و با زحمت بسیار زیادی می‌تواند آرامش یابد.

این ویژگی‌های روانی چگونه به مشکلات جسمی تبدیل می‌شود؟

تبیین اول مکانیکی است و می‌گوید واکنش‌های ناشی از ناراحتی عاطفی باعث تنگی رگ‌های خونی پیرامونی می‌شود و این در حالی است که قلب با شدت تمام مشغول فرستادن خون به اعضای دیگر از طریق همین رگ‌های خونی است. این عمل باعث فرسودگی عروق کرونر قلب خواهد شد. تبیین دوم از شرطی‌سازی کلاسیک استفاده می‌کند و در این رابطه هورمون‌ها را دخالت می‌دهد، مثلاً موقعی که شخص احساس می‌کند موقعیتی اضطرابی پیش روی اوست، هورمون‌های خاصی به ویژه کتله کولامین‌ها و کورتیزول ترشح می‌شوند، که غالباً مضرند.

تحقیقات اخیر نشان دادند که احتمال بیماری قلبی در آن عده از افراد تیپ A که فعال، پراحساس و با نشاطند، زیاد نیست، بلکه کسانی بیشتر در معرض خطر بیماری قلبی‌اند که دچار هیجان، خصومت مزمن، خشم و پرخاشگری هستند. در میان افراد تیپ A کسانی بیش از همه در معرض ابتلا به بیماری قلبی‌اند که علاوه بر ویژگی‌های فوق، به دیگران سوظن اساسی دارند.

سنجش تیپ A و بیماری عروق کرونر

برای سنجش الگوی رفتاری تیپ A دو روش اساسی وجود دارد: **مصاحبه ساخت‌دار (SI)** و **زمینه‌یابی فعالیت‌ی جنکینز (JAS)**. در مصاحبه ساخت‌دار، مصاحبه‌گر آزمودنی را واکش می‌دارد تا در مقابل موقعیت‌هایی واکنش نشان دهد که کم‌طاقتی، رقابت‌طلبی و خصومت او را فرا می‌خواند. محتوای واقعی پاسخ‌های آزمودنی اهمیت کمتری نسبت به **چگونگی** پاسخ دهی او دارد. روش دوم، یک ابزار کاغذ - مدادی است و شامل گزارش فرد از رفتار خود است. در این روش، آزمودنی نسبت به شیوه رفتاری خود و احساسات خصمانه‌اش، ناآگاه می‌ماند در حالی که این دو مورد مهم‌ترین مولفه‌های الگوی رفتاری تیپ A است. این دو وسیله اندازه‌گیری الگوی رفتاری تیپ A، در محتوا نیز با هم تفاوت دارند. مصاحبه ساخت‌دار، رفتارهای غیر کلامی و واکنش کلی در برابر امور تحریک آمیز را اندازه‌گیری می‌کند. در روش دوم، از آزمودنی درباره فوریت‌زمانی و احساس اجبار به پیشرفت سولاتی می‌کنند و بنابراین، این روش برخی جنبه‌های خودپنداره را اندازه‌گیری می‌گیرد. روش دوم ارزیابی الگوی رفتاری تیپ A سه مقیاس فرعی دارد: "شتاب زدگی و کم‌طاقتی"، "درگیری شغلی"، و "رقابت طلبی شدید".

زمانی که الگوی رفتاری تیپ A با "مصاحبه ساخت‌دار" اندازه‌گیری شد، پیش‌بینی بیماری قلبی نسبت به زمانی که همین الگو با "زمینه‌یابی فعالیت‌ی جنکینز" اندازه‌گیری شد، بسیار بهتر بود. در "زمینه‌یابی فعالیت‌ی جنکینز"، مقیاسی که "رقابت طلبی شدید" را اندازه‌گیری می‌کند، با بیماری قلبی و تصلب شراین، ارتباط

محکمی دارد در حالی که با "درگیری شغلی" ارتباط اندک و "شتاب زدگی و کم طاقتی" ارتباط ضعیف اما پایداری با بیماری دارد. به نظر می‌رسد، مولفه‌های الگوی رفتاری تیپ A که با "مصاحبه ساخت‌دار" معلوم می‌شوند، مهمترین پیش‌بینی‌کننده‌های بیماری قلبی و تصلب شرایین هستند.

تشخیص ساختار تیپ A

از زمانی که الگوی رفتاری تیپ A توصیف شد، همواره با چیزی همراه بوده است که پژوهشگران آن را **سبک بیانگر** نامیده‌اند. سبک بیانگر عبارت است از الگویی کمیت پذیر در ابراز علایم غیرکلامی از سوی فرد. شخص تیپ A را اساساً بدین صورت تعریف کرده‌اند: کسی که سریع قدم می‌زند، چهره و چشمانش همه چیز را زیر نظر دارد، عصبی به نظر می‌رسد، ارواره‌ها و دندان‌هایش را به هم می‌فشد، با ناراحتی می‌خندد، چشمانش را منقبض می‌کند، لبه‌صندلی می‌نشیند، حرکات دست را با مشت یا انگشت اشاره انجام می‌دهد، دست و پای خود را گم می‌کند، با بی‌حوصلگی حرکت می‌کند، صدای بلند و خشنی دارد، تند تند و با کلمات بریده حرف می‌زند، موقع احوال‌پرسی محکم دست می‌دهد، و بطور کلی بیان غیرکلامی او با شدت همراه است. مصاحبه ساخت‌دار بدین منظور طراحی شده است که باعث ایجاد رفتارهایی غیرکلامی در فردی شود که سؤالاتی درباره واقعیت از او پرسیده‌اند. در پژوهش‌هایی که در آنها از مصاحبه ساخت‌دار استفاده شده است، قوی‌ترین نشانه پیش‌بینی‌کننده بیماری قلبی عبارت بود از "استعداد شخص برای خصومت".

تفکیک افراد دارای جذبه و پر احساس، که از سلامت برخوردارند، از افراد تیپ A، که رفتار خصمانه و پرخاشگرانه داشته و از سلامت بهره‌مند نیستند، اهمیت دارد. گرفتاری شغلی به خودی خود بر سلامتی تاثیر نمی‌گذارد، بلکه ظاهراً وضعیت خاص گرفتاری شغلی است که بر سلامتی اثر می‌گذارد. به نظر می‌رسد که برانگیختگی و رقابت طلبی و رقابت طلبی توأم با احساس نیاز به پیشی گرفتن از دیگران، با بیماری قلبی ارتباط داشته باشد.

۳- اختلالات روانی - فیزیولوژیک و تنیدگی

تعریف اختلالات روانی - فیزیولوژیک و تنیدگی: اختلالاتی که ویژگی آنها، علایم و نارسایی‌هایی جسمی است که با عوامل روانی تقریباً در یک سطح قرار دارند. در چنین اختلالاتی، فرایندهای روانی و فیزیولوژیک آن چنان با هم ارتباط نزدیکی دارند که نمی‌توان آنها را از هم جدا کرد. همچنین، تحقیقات عوامل روانی را با برخی بیماری‌های روان تنی مانند زخم معده، آرتروز شبه رماتیسمی، آسم و انواع سردردها مرتبط می‌دانند. به علاوه، تحقیقات نشان دهنده همبستگی مثبتی بین این بیماری‌ها با پنج هیجان مزمن خشم (واکنش منفی به اشتباهی که فرد از آن مطلع است)، خصومت (نگرش پایداری که متضمن احساسات و ارزیابی‌های منفی نسبت به دیگران است)، پرخاشگری، افسردگی و اضطراب بودند.

مشکلات پذیرش علیت

بر اساس تحقیقات انجام شده، نمی‌توان نتیجه گرفت که که هیجان‌های منفی مزمن علت بیماری‌اند، بلکه این تحقیقات متکفل بررسی روابط آن و نه بررسی علی. البته محققان متذکر شده‌اند که ممکن است علت مشترک هیجان و بیماری، متغیر زیستی سومی باشد و بتواند ارتباط بین این دو را توجیه کند؛ مثلاً ممکن است پاسخ دهی بیش از حد سیستم عصبی، علت اضطراب مزمن و نیز علت آسم باشد. در این صورت، اضطراب مزمن ممکن است **نشانه** آسم باشد، ولی در بروز آن نقشی ایفا نکند. بنابراین، هیجان منفی ممکن است با بیماری ارتباط داشته باشد، در حالی که علت آن نیست.

خودپنداره و بیماری قلبی

خودپنداره فرد ممکن است پیش‌بینی‌کننده مهمی در خصوص سلامت باشد. بیش از یک قرن است که روان‌شناسان از مفهوم "خود" برای سازمان دادن و تبیین افکار، احساسات و فعالیت‌های افراد، استفاده می‌کنند. بر اساس ساختار خود است که فرد به تجربه محیط اطراف می‌پردازد. برخی از تحقیقات نشان می‌دهد که خودمشغولی بیش از حد و خودپنداره ضعیف، ممکن است خطر حمله قلبی را افزایش دهد.

طبق تحقیقات، حتی کشیدن سیگار در بین افرادی که از کلمات خود مرجع استفاده می‌کنند موجب می‌شود که بیشتر در معرض بیماری قلبی قرار گیرند. بنابراین، به نظر می‌رسد خود مشغولی، احتمال بیماری قلبی را در بسیاری از افراد افزایش می‌دهد، چه به تنهایی و چه در تعامل با عوامل دیگری نظیر داشتن تیپ A، یا کشیدن سیگار.

چکیده فصل دهم

۱- نظریه تعارض هسته‌ای: هر اختلال فیزیولوژیک با برخی تعارضات عاطفی ناهشیار همراه است. این فرضیه روانکاوانه مبتنی بر این باور است که انرژی روانی فرد از طریق نشانه‌های بدنی خاصی مستقیماً ابراز می‌شود.

۲- استرس برای اشاره به دو امر زیر بکار می‌رود:

۱- فشار مادی (مانند تحمیل باری بر یک ارگانسیم، که از قدرت فراتر است).

- ۲- فشار روانی (مانند هنگامی که فرد بر اثر تعارض در روابط با دیگران، به واکنش‌های منفی عاطفی دچار می‌شود).
- ۳- در این فصل تنیدگی از سه بعد مورد توجه قرار می‌گیرد:
- ۱- به عنوان محرکی که موجب احساس تنیدگی می‌شود.
 - ۲- به عنوان پاسخ بدنی و روانی به عامل تنیدگی‌زا
 - ۳- به عنوان تعاملی میان شخص و محیط او
- حال این احساس تنیدگی به دو امر بستگی دارد:
- ۱- ارزیابی شناختی فرد از رویدادها
 - ۲- منابعی که برای برخورد با آنها در اختیار دارد.
- ۴- در ارزیابی اولیه، فرد مشخص می‌کند که آیا این رویداد برای او عوارض احتمالی منفی در پی دارد یا نه. در ارزیابی ثانوی، فرد تعیین می‌کند که آیا توانایی‌های او برای فائق آمدن بر خطر یک ضرر احتمالی کافی است یا نه.
- ۵- اکثر محققان تنیدگی را فرایندی می‌دانند که به مرور زمان تغییر و گسترش می‌یابد. موقعیتی از زندگی که مستلزم سازگاری قابل ملاحظه و پیاپی است، تنیدگی مزمن را در پی خواهد داشت. تنیدگی تاثیر چشمگیری بر سلامت جسمی دارد.
- ۶- واکنش ستیز یا گریز، آن است که انسان هنگام مواجهه با خطر، آماده جنگ یا گریز شود. این واکنش مستلزم بالا رفتن فشار خون، ضربان قلب و تنفس و سطح قند خون می‌باشد.
- ۷- نشانگان سازگاری عمومی در پاسخ به تنیدگی، شامل سه مرحله می‌شود:
- ۱- هنگام مواجهه با محرک تنیدگی‌زا، ابتدا ارگانیزم برای مواجهه با آن بسیج می‌شود (مرحله هشدار).
 - ۲- ارگانیزم تلاش می‌کند تا یا بر محرک تنیدگی‌زا غالب شود یا راه سازگاری با آن را فراگیرد، ولی این کار باعث کاهش مقاومت ارگانیزم در برابر محرک‌های تنیدگی‌زای دیگر می‌شود (مرحله مقاومت).
 - ۳- ارگانیزم از نظر فیزیولوژیک ضعیف می‌شود (مرحله فرسودگی).
- ۸- ایمنی شناسی عصبی - روانی (PNI) رشته‌ای علمی است که ارتباط بین فرایندهای روانی و عملکرد سیستم ایمنی، عصبی و غدد درون ریز را بررسی می‌کند.
- ۹- الگوی رفتاری تیپ A چیزی فراتر از صرفاً نوعی شیوه رفتاری است. این شیوه رفتاری شامل آمادگی برای تفکر، احساس و عمل کردن به سبک خاصی در مقابل مقتضیات و شرایط محیطی است. افراد تیپ A، «تحرک بیش از حد» دارند. این الگوی رفتاری با مصاحبه ساخت‌دار و زمینه یابی فعالیتی جنکینز اندازه گیری می‌شود.
- ۱۰- خصوصیات شخصیتی مانند رقابت طلبی، پرخاشگری شدید، سوطن و عدم اعتماد به دیگران و تند رانندگی کردن بیش از سایر موارد بیماری‌های قلبی را پیشبینی می‌کند.

فصل یازدهم: کنار آمدن با تنیدگی: نقش فرایندهای روانی در سالم ماندن

همانطور که می‌دانید تنیدگی به دو امر بستگی دارد: ۱- درک فرد از خطری که با آن روبه رو خواهد شد؛ ۲- میزان اختلافی که فرد بین مقتضیات محیط و توانایی خود در برآوردن آنها درک می‌کند. تنیدگی تنها زمانی سلامتی را به خطر می‌اندازد که به طور موثر با آن مقابله نشود.

کنار آمدن

کنار آمدن مشتمل بر کوشش‌هایی از نوع اقدام عملی و درون روانی برای مهار مقتضیات درونی و محیطی و تعارضات میان آنهاست. انسان‌ها زمان تلاش برای کنار آمدن، می‌کوشند از عهده حل تضادهایی که بین مقتضیات یک موقعیت تنیدگی‌زا و توانایی خود احساس می‌کنند، برآیند. در کوشش برای مهار تضاد میان مقتضیات یک موقعیت و توانایی‌های خود، گاهی می‌کوشند از اموری که آنها را خطرناک می‌دانند بگریزند، یا از آنها احتراز کنند (مثلا با مست شدن). همچنین آنان منفعلاً می‌کوشند تا موقعیت‌هایی را که نامعقول یا فته‌اند، بپذیرند.

منظور از بهبود یافتن چیست؟

کوشش برای کنار آمدن اگر همراه با انجام پنج وظیفه کلی باشد، معمولاً موفقیت آمیز خواهد بود: وظیفه اول که اساسی است، کنار آمدن واقع‌گرایانه با مشکل است. زمانی که فرد دچار حادثه‌ای می‌شود، باید به همه کارهای ممکن دست بزند تا عواقب زیان بخش اوضاع و احوال محیطی را تخفیف داده و امید به بقا و بهبود را افزایش دهد. دومین، سومین و چهارمین وظیفه، به عواطف و افکار مربوط می‌شود. دومین وظیفه آن است که فرد بکوشد رویدادها یا واقعیات منفی را از نظر عاطفی تحمل کرده یا با آنها سازگار شود. سومین وظیفه، کوشش فرد در جهت حفظ خودانگاره مثبت است. حفظ تعادل عاطفی، وظیفه چهارم است. آخرین وظیفه در خصوص محیط اجتماعی است: فرد می‌کوشد روابط رضایت بخش خود را با دیگران ادامه دهد.

کنار آمدن فرایندی پویاست. فرد ممکن است کوشش‌های گوناگونی برای این کار انجام دهد و پس‌خوراند موفقیت در یک کوشش خاص، معمولاً فرد را برمی‌انگیزد که دوباره آن را امتحان کند. از سوی دیگر، شکست موجب روی آوردن به روشی دیگر می‌شود. فرد پیوسته محیط و کوشش‌هایش را برای کنار آمدن ارزیابی کرده و در ارزیابی خود تجدید نظر می‌کند. کنار آمدن موفقیت آمیز موجب کاهش ضربان قلب، تنفس، رسانایی پوست و تنیدگی ماهیچه‌ای می‌گردد.

حل مسئله و تنظیم عواطف

کوشش برای کنار آمدن، به دو مقوله کاربردی عمده تقسیم می‌شود: کوشش در جهت حل مسئله و کوشش در جهت تنظیم عواطف. **کوشش در جهت حل مسئله**، شامل انجام فعالیت مستقیم به منظور تغییر موقعیت تنیدگی‌زا و پیشگیری یا کاستن از تاثیرات آن است. در کنار آمدن مسئله محور، هدف، کاستن از فشارهای موقعیت یا افزودن چاره جویی‌هایی برای برخورد با آن است. درخواست وام برای پرداخت صورت حساب‌های معوقه، نمونه خوبی برای این موارد است. افراد، کنار آمدن مسئله محور را زمانی به کار می‌برند که باور داشته باشند قادرند در باب موقعیت تنیدگی‌زایی که با آن مواجهند، کاری انجام دهند.

کوشش در جهت تنظیم عواطف، شامل کوشش‌های است که پیامدهای عاطفی و اجتماعی حوادث تنیدگی‌زا را تعدیل کرده یا کاهش می‌دهد، واکنش کنار آمدن عاطفه محور در پاسخ به رویدادهای تنیدگی‌زا، همچنین ممکن است شامل این امور باشد: ارزیابی شناختی مجدد موقعیت، کسب حمایت عاطفی و اطمینان خاطر از سایر افراد، پذیرش مشکل در صورتی که نتوان در مورد آن کاری انجام داد و برون ریزی عاطفی (با گریستن، شوخی کردن و ...). کنار آمدن عاطفه محور اساساً بعد از رویدادهایی مانند مرگ که نمی‌توان موقعیت را تغییر داد به کار می‌رود. زنان بیش از مردان مایلند این شیوه را به کار برند. با وجود این، در بیشتر موارد برای کنار آمدن موثر و دراز مدت، هر دو رویکرد مسئله محور و عاطفه محور ضروری است. گرچه کنار آمدن با جنبه‌های عاطفی یک رویداد تنیدگی‌زا ممکن است مهم باشد، ولی کوشش‌های کنار آمدن عاطفه محور با واقعیت مسئله برخورد نمی‌کند و راه حل دراز مدتی برای آن فراهم نمی‌آورد. همچنین، کوشش‌های مداوم برای حل یک مسئله بدون توجه به تاثیرات روانی آن بر فرد، ممکن است سلامت او را به مخاطره افکند. راه حل واقع‌گرایانه و درازمدت، ممکن است به سلامت روانی فرد لطمه بزند و کوشش در جهت حل دراز مدت مسئله، بدون کسب آرامش کوتاه مدت از راه سازگاری عاطفه محور به شکست منجر شود.

روش‌های کنار آمدن

۱- جستجوی اطلاعات: یادگیری دقیق اموری که در صورت انتخاب هر اقدامی، باید دنبال کند.

۲- اقدام مستقیم (به کارگیری اقدامات خاصی که مستقیماً با محرک تنیدگی‌زا سر و کار دارد): زمانی که اقدام مستقیم ممکن باشد احتمالاً این روش برای فرد هم از لحاظ جسمانی و هم از لحاظ عاطفی، سازگارانه‌تر خواهد بود. اقدام مستقیم، در شخص حس مهارت و کنترل به وجود آورده و به وی امکان می‌دهد که برانگیختگی فیزیولوژیک خود را برون ریزی کند.

۳- اقدام بازدارنده که در بعضی اوضاع و احوال ممکن است بهترین راه باشد؛ مثلاً سرکوب میل به فریاد زدن بر سر مدیر، احتمالاً به منافع دراز مدت فرد کمک بیشتری می‌کند، تا اینکه فرد بخواهد این میل را ارضا نماید.

۴- پرداختن به کوشش‌های درون روانی، مانند فرو نشاندن افکار نگران‌کننده و کوشش در جهت نادیده گرفتن آنها.

۵- درخواست حمایت‌های مادی و عاطفی از دیگران.

روشی که فرد برای کنار آمدن با مشکل برمی‌گزیند، تا حدی بستگی به موقعیت و تعامل منحصر به فرد وی با آن موقعیت دارد.

شناخت و کنار آمدن

شناخت، به افکار و تفسیرهای فرد در مورد رویدادها یا ارتباط وی با آنها اشاره دارد. شناخت مشتمل است بر دیدگاه فرد درباره زندگی خود و معنای آن. شناخت می‌تواند تاثیر مهمی بر چگونگی برداشت فرد از موقعیت تنیدگی‌زا داشته باشد.

شیوه‌های کنار آمدن شناختی

شیوه کنار آمدن، به رفتار فرد و تلقی او از میزان تنیدگی‌زایی رویدادهای زندگی اشاره دارد. اینکه کدام نحوه برخورد بهتر است، تا حد زیادی بستگی به موقعیت دارد.

معمولاً، فرد مترصد، در روند امور به مشکلی برخورد نمی‌کند، ولی غالباً تاوان آن را متحمل شده و دچار اضطراب می‌شود؛ زیرا نیاز دارد که هرگونه فعالیت لازم مربوط به آینده را پیش بینی کند. فرد اجتناب‌کننده مایل است به طور قابل ملاحظه‌ای آرام‌تر باشد، ولی گاهی در انجام فعالیت‌های ضروری برای وصول به اهدافش ناموفق است.

نیاز فرد به تجارب تحریک‌کننده و تحمل آنها، تا حدی می‌تواند بر واکنش‌های او به رویدادهای تنیدگی‌زا تاثیر گذارد.

تحقیقات نشان می‌دهد که افراد بسیار نیازمند به تحریک، بهتر از آنهایی که نیاز کمتری به آن دارند، با رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی سازگار می‌شوند.

حس کنترل

شناخت‌ها نحوه تفسیر رویدادها، خطر آنها و میزان سازگاری مورد نیاز برای آنها را تعیین می‌کند. احتمالاً واکنش فرد زمانی که تغییر را هیجان‌انگیز و خود را قادر بر کنترل آن می‌داند، مثبت‌تر و میزان تنیدگی‌اش پایین‌تر از زمانی خواهد بود که تغییر را هولناک و خود را ناتوان بداند. زمانی که افراد در موقعیت‌هایی قرار داده می‌شوند که کنترلی بر آن ندارند، باجدیت تمام می‌کوشند کنترل آن را به دست آورند و حفظ کنند، و اگر همه کوشش‌ها به شکست منجر شود، آنان مضطرب و در نهایت درمانده و افسرده می‌گردند.

حس کنترل، کنار آمدن با یک رویداد تنیدگی‌زا را بسیار تقویت می‌کند. چنین کنترلی ممکن است صور مختلفی داشته باشد، که از جمله آنها، نحوه تلقی فرد از رویداد تنیدگی‌زاست. به این نوع کنترل‌ها، به طور کلی **کنترل شناختی** می‌گویند و منظور آن است که آیا فرد معتقد است که او حوادث را هدایت می‌کند یا برعکس. یکی از شکل‌های کنترل شناختی، **انصراف توجه** است که متضمن توجه آگاهانه فرد به چیزی غیر از پدیده نگران‌کننده می‌باشد. دومین شیوه کنترل شناختی، یعنی **بازسازی شناختی** یک رویداد، توجه همراه با گزینش یا تمرکز بر برخی جنبه‌های یک موقعیت و نه جنبه‌های دیگر آن است.

یکی از قلمروهایی که کنترل شناختی در آن به کاهش تنیدگی کمک بسیاری می‌کند، موقعیت پزشکی است؛ مثلاً بیماری که باید دائماً در معرض آزمایش‌های دردناک قرار گیرد، باید بکوشد درباره حضور در مکانی دیگر بیندیشد. تفکر در باب محیطی آرام، توجه فرد را از درد و رنجی که به آن مبتلاست، منصرف می‌کند؛ مثلاً بیماری که شیمی درمانی می‌شود، باید بکوشد از توجه به تهوع، درد و تب و لرز، که به سبب استعمال داروهای قوی پدید می‌آید، خودداری کرده و به جای آن، فکر خود را به تصورات مثبتی در باب بهبود بیماری معطوف کند. این دو جنبه کنترل شناختی، می‌تواند سازگاری فرد با رویدادهای آزارنده را بسیار تقویت کند. به همین ترتیب، **کنترل اطلاعاتی** برای کمک به شخص در کنار آمدن با رویداد تنیدگی‌زا بسیار ارزشمند است. به ویژه در قلمرو پزشکی، کسب اطلاعات در باب روش کار و احساساتی که فرد دچار آن می‌شود، می‌تواند به کنار آمدن موثر و سازگاری و بهبود بعدی کمک کند. صورت دیگری از کنترل نیز وجود دارد که گرچه از نوع مکانیزم شناختی نیست، اما در کمک به فرد برای کنار آمدن با تنیدگی ارزشمند است. رفتارهای ویژه‌ای که فرد برای کنترل محیط خود انجام می‌دهد، **کنترل رفتاری** او را تعیین می‌کند. در قلمرو پزشکی، کنترل رفتاری به بیمار امکان می‌دهد که تنفر خود را از حوادث پزشکی کاهش دهد، یا به نحو دیگری در آن تاثیر گذارد. اگر به بیماران بزرگسال فرصتی برای کنترل بعضی جنبه‌های هرچند جزئی تجاربشان داده شود، بهتر قادر خواهند بود که اقدامات پزشکی ناخوشایند

را تحمل کنند. کنترل رفتاری، به اشخاص کمک می‌کند تا تنیدگی ناشی از مسائل آزارنده یا ترسناک پزشکی را تحمل نمایند، احتمالاً بدین دلیل که کنترل رفتاری به آنان امکان می‌دهد اضطرابی را که در خلال رویدادهای ناراحت کننده انتظار دارند، کاهش دهند.

درماندگی آموخته شده و شیوه تبیین

رویدادهای غیرقابل کنترل، بیشتر از رویدادهای قابل کنترل، تنیدگی‌زا تلقی می‌شوند. باور فرد به توانایی خود برای تعدیل یا پایان دادن به یک رویداد آزارنده، میزان تنیدگی ناشی از آن را کاهش می‌دهد. فقدان کنترل، تنیدگی را افزایش می‌دهد و سطح اپی نفرین و نوراپی نفرین را بالا می‌برد. زمانی که فرد قادر نیست حتی کمترین کنترل رفتاری را اعمال کند و همچنین نحوه تفکر خود را در باب رویداد تنیدگی‌زا تغییر دهد، دچار **درماندگی** می‌شود.

درماندگی آموخته شده زمانی رخ می‌دهد که تلاش‌های ما در کنترل تنیدگی همراه بی نتیجه می‌ماند و نتوانیم موقعیت تحمل ناپذیر را تغییر دهیم. پس از شکست‌های مکرر در اعمال هرگونه کنترل، ما در سه زمینه درمانده می‌شویم: ۱- زمینه انگیزشی (تلاش برای تغییر پیامد را متوقف می‌کنیم)، ۲- زمینه شناختی (نمی‌توانیم واکنش‌های جدیدی را فرا بگیریم که ممکن است در آینده به ما در اجتناب از پیامدهای آزارنده کمک کند)، ۳- زمینه عاطفی (افسرده می‌شویم). تفسیرهای جدیدتر در باب الگوی درماندگی، نشان می‌دهد که عوامل شناختی، نقش بسیار مهمی در پیدایش درماندگی دارند و تعیین می‌کنند که درماندگی فرد تا چه حد مزمن و فراگیر خواهد بود.

چگونگی تلقی و تبیین فرد از رویدادها، بر میزان درماندگی او در رویارویی با آنها تاثیر دارد. اسناد علت به درون، برخلاف اسناد علت به برون، ممکن است سبب درماندگی بیشتر شود. اسناد علت به یک مشکل با ثبات، در مقابل اسناد آن به یک مشکل موقت یا بی ثبات، موجب درماندگی بیشتر می‌شود. در نهایت اسناد علت به یک مسئله کلی، بیشتر از اسناد به مسئله‌ای خاص، می‌تواند موجب درماندگی شود. اموری که علل رویدادهای تنیدگی‌زا تلقی می‌شوند، اگر درونی، کلی و باثبات باشند، ممکن است خطرهای بزرگتری برای کنترل انگیزشی، شناختی و عاطفی به وجود آورند.

تحقیقات نشان می‌دهند که تبیین و تلقی خوش بینانه (اسناد علت به عوامل درونی، کلی و باثبات) از رویدادهای منفی، ممکن است تاثیر زیادی بر توانایی فرد در کنار آمدن با تنیدگی داشته باشد.

بطور کلی، شیوه تبیین بدبینانه ممکن است باعث شود فرد در مشاوره پزشکی کوتاهی کند، یا به توصیه‌های پزشک عمل نکند.

تحقیقات نشان می‌دهد افرادی که تبیین‌های بدبینانه‌ای از حوادث ناخوشایند دارند، دچار بازداری ایمنی بیشتر و کارکرد ضعیف‌تر سیستم ایمنی خواهند شد. خوش بینان انتظار دارند که امور عموماً مطابق نظر آنها پیش برود و دیدگاه مثبتی از زندگی دارند. بدبین‌ها به دو صورت با رویدادهای منفی تنیدگی‌زا روبه‌رو می‌شوند: یا بر احساسات خود پافشاری می‌کنند، یا از طریق خیال پردازی از مشکل می‌گریزند. بدبین‌ها از آنجا که متقاعد شده‌اند جریان امور در هر صورت به دلخواه آنان پیش نمی‌رود، تلاش خود را متوقف می‌کنند.

سخت رویی

سخت رویی مفهومی روانشناختی است که به شیوه خاص و با ثبات فرد در واکنش به رویدادهای زندگی، اشاره دارد. سخت رویی متضمن سه عنصر درهم تنیده است: **تعهد، کنترل و چالش**.

اشخاصی که **تعهد** بالایی دارند، به شدت درگیر انجام فعالیت می‌شوند و به اهمیت و ارزش کارشان باور دارند. آنها مایلند خود را عمیقاً با ابعاد مختلف زندگی درگیر کنند. آنان بر این باورند که فعالیت‌های روزانه زندگی‌شان، یک هدف کلی دارد. از طرف دیگر، افرادی که از **تعهد** کمتری برخوردارند، مایلند از سایر افراد جدا باشند و در زندگی خود کمتر احساس معنا می‌کنند. افرادی که از **تعهد** کمتری برخوردار بودند، مستعد احساس بیگانگی از خود و کارشان بودند. آنها با اینگونه اظهارات موافق بودند: "من نمی‌دانم که اصلاً چرا کار می‌کنم؟"

اشخاص برخوردار از **کنترل** بالا، باور دارند که واقعا می‌توانند بر رویدادهایی که با آنها مواجه می‌شوند، تاثیر بگذارند، نه اینکه در رویارویی با نیروهای خارجی عاجز بمانند؛ آنها پا فشاری زیادی بر مسئولیت خود نسبت به زندگی دارند، و احساس می‌کنند قادرند بدون راهنمایی دیگران مستقلاً فعالیت کنند. از طرف دیگر افرادی که با درجه نازلی از **کنترل**، با زندگی خود برخورد می‌نمایند احساس عجز کرده و بر این باورند که خواست دیگران و جامعه، تعیین کننده اکثر فعالیت‌های آنهاست. آنها معتقدند که اتفاق، بخت و اقبال بر سرنوشت آنها مسلط است.

در نهایت، افرادی که حس **چالش** دارند، تغییرات زندگی را عادی می‌دانند و این تغییرات باعث تهدید آنها نمی‌شود. آنان به استقبال تغییرات زندگی رفته و آن را به عنوان محرک و فرصتی برای رشد شخصی معتنم می‌شمارند. این افراد، دارای شیوه تفکری آزاد و انعطاف پذیرند و قادرند موقعیت‌های مبهم را تحمل کنند.

جهان بینی و حس انسجام

در نظریه حس انسجام، همه محرک‌های تنیدگی‌زای زندگی - از کوچکترین محرک میکروبی گرفته تا امور فرهنگی و اجتماعی - در نظر گرفته می‌شوند. موقعیت خانوادگی و شغل فرد، همچنین محیط اجتماعی و فرهنگی وی ممکن است منابع مهمی برای تنیدگی در زندگی باشند. نظریه حس انسجام می‌کوشد بفهمد که چگونه این افراد قادرند به حیات خود ادامه دهند و حتی سالم و سرزنده باشند.

محرک‌های تنیدگی‌زا در فرد حالت تنیدگی ایجاد می‌کند، ولی پیامد بدنی این حالت به شایستگی فرد در کنترل آن بستگی دارد. تنش‌ی که فرد در کنترل آن ناتوان است، ممکن است موجب شود که وی به مدت طولانی دچار تنیدگی گردد و به تبع آن بیمار شود، ولی بیماری پیامد **حتمی** رویدادهای زندگی **نیست**.

آنتونوسکی اظهار داشته است که تحقیقات در باب ضرر و زیان تنیدگی و بیماری، متمرکز بر **مدل بیماری زایی** است. پژوهش مبتنی بر الگوی بیماری زایی، چنین فرض می‌کند که بعضی متغیرهای روانی یا جسمی، تاثیر مستقیمی بر بیماری دارد. نمونه‌های کنونی این رویکرد، اثر تیپ رفتاری **A** بر بیماری قلبی و اثر درماندگی آموخته شده بر افسردگی است. از طرف دیگر، جهت گیری **سلامت زایی** به ما امکان می‌دهد به جای بررسی عواملی که ما را به سوی بیماری هدایت می‌کنند، به بررسی عواملی بپردازیم که زمینه ساز حرکت به سوی سلامتی هستند. بررسی علل سلامتی، به اندازه بررسی علل تهدید کننده آن اهمیت دارد.

به گفته آنتونوسکی، حس انسجام یک فرد، تعیین کننده اصلی توانایی او در سالم ماندن و اجتناب از بیماری‌هاست. آنتونوسکی می‌گوید: حس انسجام، یک منبع عمومی مقاومت است (GRR). منابع عمومی مقاومت عبارت از منابعی همچون ثروت، قدرت، حمایت اجتماعی و استحکام فرهنگی هستند که به محفوظ ماندن فرد در برابر تاثیرات سوء تنیدگی یاری می‌رسانند.

حس انسجام عبارت است از:

احساس اطمینان با دوام و پویا نسبت به اینکه: ۱. محرک‌هایی که در طول زندگی از محیط درونی و بیرونی فرد برمی‌خیزند، سازمان یافته، قابل پیش بینی و توجیه پذیرند. ۲. فرد برای مواجهه با نیازهایی که این محرک‌ها به وجود آورده‌اند، منابعی در اختیار دارد. ۳. این نیازها، چالش‌هایی در خور سرمایه گذاری و صرف وقت هستند.

منابع اجتماعی و حمایت اجتماعی

یکی از موثرترین عوامل در کمک به فرد برای برخورد با رویدادها و شرایط تنیدگی‌زای زندگی، **حمایت اجتماعی** است. حمایت اجتماعی، حمایت یا کمکی از طرف سایر افراد، همچون دوستان، فامیل، همسایگان و آشنایان است. این حمایت ممکن است به صورت مساعدت مادی باشد و نیز می‌تواند متضمن یادآوری این نکته باشد که فرد نیازمند حمایت، شخص محترم و با ارزشی است.

اعتقاد بر این است که حمایت اجتماعی به سه طریق در برخورد با تنیدگی به فرد کمک می‌کند: **اولا**، اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد، می‌توانند مستقیما **حمایت ملموسی** به شکل منابع مادی در اختیار شخص قرار دهند. **ثانیا**، اعضای شبکه اجتماعی فرد می‌توانند با پیشنهاد اقدامات متنوعی، او را از **حمایت اطلاعاتی** خود برخوردار سازند و این اقدامات متنوع می‌تواند به حل مشکلی که موجب تنیدگی شده، کمک کند. این پیشنهادها به شخص کمک می‌کند تا به مشکل از دیدگاه جدیدی نگاه کند، بدین ترتیب آن را حل کرده یا آسیب‌های ناشی از آن را به حداقل برساند. **ثالثا**، افراد شبکه اجتماعی می‌توانند با اطمینان بخشی دوباره به فرد در خصوص اینکه او شخصی مورد علاقه، با ارزش و محترم است، از وی **حمایت عاطفی** به عمل آورند. حامیان شخص می‌توانند در تربیت و پرورش او موثر باشند.

حمایت اجتماعی با کاهش تنیدگی شغلی در ارتباط است. همچنین حمایت اجتماعی، در کمک به فرد، برای کنار آمدن با مقتضیات یک بیماری وخیم، اهمیت حیاتی دارد.

حمایت اجتماعی، با تبدیل موقعیت‌ها به اوضاعی که کمتر تهدید کننده تلقی می‌شوند، جلوی تاثیرات تنیدگی را می‌گیرد و باعث می‌شود تنیدگی کمتر موجب بروز واکنش‌های مضر بدنی گردد. همچنین حمایت اجتماعی ممکن است با پخش کردن یا به حداقل رساندن آسیب‌های ابتدایی رویدادهای بالقوه تنیدگی‌زا، آنها را بی‌خطر یا کم‌خطر سازد.

برخی معتقدند که قطع نظر از میزان تنیدگی‌ای که فرد دچار آن است، حمایت اجتماعی بر سلامتی تاثیر مستقیم دارد. حمایت اجتماعی ممکن است فرد را از نگرش مثبت‌تری به زندگی و همچنین احساس عزت نفس بالاتری برخوردار سازد. این پیامدهای مثبت روانشناختی ممکن است به دو صورت، یعنی مقاومت بیشتر در برابر بیماری و پرداختن به عادات بازدارنده و مفیدتر بهداشتی تجلی یابد.

نقش حمایت اجتماعی در ایجاد و حفظ سلامتی، بیشتر جنبه اختصاصی دارد؛ مثلا، تحت شرایط معینی، فقط یک نوع حمایت برای فرد سودمند است. در نهایت، حمایت اجتماعی ممکن است بر احساس درونی فرد از تنیدگی تاثیر گذارد، ولی نتواند تجربه جسمی تنیدگی او را تغییر دهد.

دریافت حمایت اجتماعی ممکن است خطرهایی نیز داشته باشد. این کمک ممکن است به طور ضمنی، درخواست عمل متقابل را در برداشته باشد. همچنین ممکن است افرادی که می‌کوشند به انسان کمک کنند، به جای کمک، مزاحمت ایجاد نمایند؛ مثلا پیشنهادهای دیگران شاید کاملا سودمند باشد، ولی تحمیل راه حل

دیگران بر خود، ممکن است باری سنگین و منبعی برای تنیدگی بیشتر باشد (نگرانی بیشتر در صورت عمل نکردن به توصیه‌ها). افراد شبکه اجتماعی که مزاحمت زیادی فراهم می‌آورند، ممکن است عملاً کارها را خراب‌تر کنند. ممکن است برخی از آنان نیز فرد را به جای تشویق به انجام رفتارهای مطلوب بهداشتی، به رفتارهای ضدبهداشتی سوق دهند.

- کمک به افراد در کنار آمدن: مداخلات موثر

ورزش

تحقیقات نشان می‌دهد که ورزش در کنار آمدن با تنیدگی دو نقش اساسی ایفا می‌کند: ورزش، خستگی جسمی ناشی از رویدادهای تنیدگی‌زا و نیز خستگی عاطفی تجلی یافته در زندگی فرد را کاهش می‌دهد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ورزش روش موثری برای رهایی از برانگیختگی فیزیولوژیک ناشی از تنیدگی در اختیار فرد قرار می‌دهد. ورزش مرتب، سلامتی فرد را در برابر رویدادها و محرک‌های تنیدگی‌زای مزمن روزانه تضمین می‌کند. روی هم رفته، سخت رویی، حمایت اجتماعی و ورزش، احتمال ابتلا به بیماری را به طور قابل توجهی کاهش می‌دهند.

- روش‌های رفتاری و شناختی کنار آمدن

رویکرد شناختی

تنیدگی، از تفسیرهای شناختی فرد از رویدادها ناشی می‌شود. اگر فرد حادثه‌ای را برای سلامتی خود تهدید کننده بداند و بر این باور باشد که منابع مناسبی برای کنار آمدن در اختیار ندارد، واکنش تنیدگی رخ خواهد داد (واکنشی که تعادل حیاتی فرد را دچار آسیب‌های روانی و فیزیولوژیک می‌کند). افرادی که جهان را جایگاهی منسجم و قابل درک می‌دانند، قادرند از تجارب تنیدگی‌زا به سلامت عبور کنند و دچار بیماری نشوند.

برخی افراد ممکن است شناخت‌های **سلامت افزا** را بسیار زود در زندگی به دست آورند. برای بعضی دیگر، ممکن است لازم باشد که نحوه تفکر خود را در باب خویشتن و رویدادهای زندگی تغییر دهند. این افراد حتی می‌توانند الگوهای شناختی‌ای را که مضر به سلامت جسمانی و عاطفی آنهاست، کنار بگذارند. شناخت درمانی برای مهار تنیدگی، مبتنی بر این دیدگاه است که آنچه در واکنش به تنیدگی موثر است، برداشتهای شناختی از محیط است، نه خود محیط. اگر شناخت‌ها را تغییر دهیم، واکنش تنیدگی ممکن است تقلیل یابد. در زیر به بررسی چند رویکرد در زمینه شناخت درمانی می‌پردازیم که با مهار تنیدگی ارتباط خاصی دارند.

بازسازی شناختی، روشی است که به طور گسترده برای تغییر افکار و باورهای تنیدگی‌زا به کار می‌رود.

روانشناسی به نام آلبرت ایلس فن مهمی برای تغییر شناخت‌های غیر منطقی ابداع کرد. رویکرد ایلس به بازسازی شناختی را، **درمان عقلی - عاطفی** یا **RET** نامیده‌اند. طبق این رویکرد، زمانی که افراد به تفکر غیرمنطقی بپردازند، فرایندهای ارزیابی تنیدگی به خطا می‌رود. این باورهای غیرمنطقی ممکن است متضمن **فاجعه پنداری** باشند. فاجعه پنداری عبارت از این باور است که رویدادی که طبق انتظار رخ نداده است، تنها ناراحت کننده نیست، بلکه حقیقتاً فاجعه بزرگی است که هرگز نمی‌توان از آن رهایی یافت. باورهای غیرمنطقی گاهی این امر را نیز دربردارد که فرد توانایی خود را برای پذیرش پیامدهای یک رویداد ناراحت کننده، بسیار کمتر از حد برآورد می‌کند. همچنین، ممکن است ارزش شخصی خود را بر اساس اموری مانند عملکرد تحصیلی برآورد نماید. افکار منطقی می‌تواند جای این افکار غیرمنطقی را بگیرد.

شناخت درمانی‌هایی همچون RET و شناخت درمانی آرون بک می‌توانند در مهار تنیدگی به فرد کمک کنند. تغییر دادن تفسیرهای فرد از رویدادها می‌تواند هم واکنش درونی به آنها و هم پاسخ‌های فیزیولوژیک مربوطه را تغییر دهد. موفقیت رویکرد شناختی در درمان بالینی مشکلات مربوط به تنیدگی، از جمله اضطراب و افسردگی تایید شده است.

آموزش ایمن سازی در مقابل تنیدگی رویکرد شناختی دیگری به مهار تنیدگی است. آموزش ایمن سازی در مقابل تنیدگی، مبتنی بر این نظریه است که اگر شخص از لحاظ شناختی آمادگی داشته باشد، می‌تواند احساس تنیدگی را کاهش دهد. ایمن سازی در مقابل تنیدگی در سه مرحله صورت می‌گیرد. طی مرحله **مفهوم سازی**، مراجع و درمانگر با هم تلاش می‌کنند مشکلات مراجع را شناخته و جزئیات تجربه تنیدگی او را تجزیه و تحلیل کنند. طی مرحله **کسب مهارت و تمرین**، فرد فنون آرمیدگی و حساسیت زدایی و نیز راه‌های مشخص کردن و توصیف دوباره موقعیت خود براساس مناسبات شناختی را می‌آموزد. همچنین ممکن است آموزش‌های عملی برای غلبه بر مشکلات در این مرحله گنجانده شود؛ نهایتاً در مرحله **اجرا و پیگیری**، فرد روش‌های رفتاری و شناختی را به کار می‌بندد تا رفتار خود را تغییر دهد؛ مثلاً مراجع و درمانگر ممکن است به منظور شبیه سازی موقعیت تنیدگی‌زا نقش‌های مختلف را بازی کنند تا مراجع بتواند مهارت‌هایی را که آموخته است عملاً به کار گیرد، یا مراجع و درمانگر موقعیت‌های آینده‌ای را که انتظار می‌رود تنیدگی‌زا باشد، تمرین کنند تا مراجع بتواند توانایی‌های جدید را به کار بندد.

فنون آرمیدگی

آرمیدگی، شیوه بسیار موفقی برای کمک به افراد در شرایط تنیدگی بوده است. آرمیدگی به آنان کمک می‌کند که با تنیدگی کنار آیند و از اختلالات مربوط به آن پیشگیری نموده یا آن را کنترل کنند.

دو نوع آرمیدگی، به ویژه برای برخورد با تنیدگی، بسیار موثر است. آرمیدگی تدریجی عضلانی، روشی است که در آن، فرد توجه خود را بر گروهی از ماهیچه‌ها متمرکز و به طور متناوب آنها را منقبض و بعد شل می‌کند. روش دوم آرمیدگی برای مهار تنیدگی ترکیبی از امور زیر است: آرامش دادن به ماهیچه‌ها همراه با حالتی آسوده، نگرشی پذیرا، محیطی آرام و صوت و آهنگی تکراری، به همان طریقی که در ژرف اندیشی انجام می‌پذیرد. هدف آن است که فرد هرگونه افکار نگران کننده را که در خلال تجربه آرمیدگی به ذهن او راه می‌یابد، از خود دور کند. به همین ترتیب، ژرف اندیشی شامل چندین شیوه است که توجه فرد را بر فکر یا تصور واحدی متمرکز می‌کند، تا افکار دیگر - مخصوصاً افکاری که ماهیت تحلیل گرانه یا ارزیابی کننده دارند - او را آشفته نکنند.

حساسیت زدایی منظم

در زمینه مهار تنیدگی، فنون آرمیدگی اغلب به منزله بخشی از برنامه حساسیت زدایی منظم به کار می‌رود. حساسیت زدایی منظم، روشی برای کاهش تنیدگی است. این روش مبتنی بر تداعی‌های محرک - پاسخ شرطی سازی کلاسیک است. حساسیت زدایی منظم فرایندی است که در آن، تداعی‌هایی را که در گذشته میان برخی رویدادهای محیطی و واکنش تنیدگی به وجود آمده است، از بین می‌برند.

پسخوراند زیستی

در پسخوراند زیستی دستگاهی برقی - مکانیکی بکار گرفته می‌شود که علامتی را با بسامدی متفاوت صادر می‌کند تا به فرد اطلاعاتی در مورد حالت بدنی‌اش بازپس دهد. معمولاً اطلاعاتی که به فرد داده می‌شود عبارت است از میزان تنیدگی در ماهیچه‌های خاص، یا حالت برانگیختگی عمومی ناشی از فعالیت اعصاب سمپاتیک یا پاراسمپاتیک. وقتی فرد به حالت جسمی مطلوبی دست یافت، دستگاه علامتی نشان می‌دهد و از طریق فرایند شرطی سازی عامل، کوشش‌های فرد را تقویت می‌کند.

یادگیری کنار آمدن: مهار موثر تنیدگی

تحقیقات در باب مهار تنیدگی، گواه آن است که انسان‌ها می‌توانند کنار آمدن موثر با تنیدگی را بیاموزند و نیز طوری به مهار آن بپردازند که از پدید آمدن مشکلات روانی و جسمی پیشگیری کنند. برخی، مهار تنیدگی را از درمانگر و برخی از طریق شرکت در گردهمایی‌های آموزشی و برخی دیگر در محل کار می‌آموزند. برنامه‌های مهار تنیدگی، افراد را در کنار آمدن با اختلالات تنیدگی همچون سردردهای ناشی از انقباض عضلانی و فشار خون بالا و مزمن مساعدت کرده است. مهار تنیدگی در تعدیل رفتار افراطی افراد تیپ A و در کاهش بیماری و مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی نیز موفق بوده است. در خصوص برنامه‌های مهار تنیدگی، نکاتی شایان توجه است:

اولاً، یک رویکرد موفق و چندبعدی به مهار تنیدگی، باید شامل شناخت منابع تنیدگی در زندگی و بررسی واقعیاتی باشد که فرد را مستعد احساس تنیدگی می‌کند. ثانیاً، برای یادگیری چگونگی تعدیل تأثیرات روانشناختی واکنش تنیدگی، باید راه کنار آمدن با آن را بیاموزیم. ثالثاً، برنامه‌های مهار موفقیت آمیز تنیدگی، به افراد می‌آموزد عناصری را که در یک موقعیت باعث تنیدگی آنان می‌شود، پیدا کنند و در صورت امکان آنها را تغییر دهند.

در نهایت، فرد باید روش‌های مهار تنیدگی را وارد زندگی خود کرده و به طور منظم آنها را به کار گیرد تا تأثیر آنها استمرار یابد.

چکیده فصل یازدهم

۱- کنار آمدن، عبارت است از تلاش‌های درون روانی و فعالیت جهت دار برای مهار (یعنی کنترل، تحمل، کاهش یا به حداقل رساندن) مقتضیات محیطی و درونی و تعارض میان آنها.

۲- تلاش‌هایی که به منظور کنار آمدن با تجارب تنیدگی‌زا صورت می‌گیرد، نوعاً متمرکز بر انجام پنج وظیفه اصلی است: برخورد واقع بینانه با مشکل، سازگاری عاطفی با رویدادها و واقعیت‌های منفی یا تحمل آنها، کوشش برای استمرار یک خودپنداره مثبت، کوشش جهت حفظ تعادل عاطفی و تلاش در جهت ادامه روابط ارضا کننده با دیگران.

۳- کوشش‌های کنار آمدن:

۱- کوشش‌های مربوط به حل مسئله: فعالیت‌هایی که موقعیت تنیدگی‌زا را تغییر می‌دهد یا از تأثیرات آن پیشگیری کرده یا آنها را کاهش می‌دهد.

۲- کوشش‌های مربوط به تنظیم عواطف: تعدیل یا کاهش دادن عواطف نگران کننده.

شیوه کنار آمدن به رفتار فرد و تلقی او از میزان تنیدگی‌زایی رویدادهای زندگی باز می‌گردد.

۴- کارایی خود، عبارتست از باور به اینکه فرد واقعا می‌تواند هدف خاصی را تحقق بخشد. کارایی خود، ممکن است موجب کنار آمدن سازنده گردد.

۵- درماندگی آموخته شده وقتی رخ می‌دهد که کوشش‌های فرد، جهت کنترل، پیوسته با شکست مواجه می‌گردد و به نتیجه‌ای منجر نشود.

۶- سخت رویی متضمن سه عنصر درهم تنیده است: تعهد، کنترل و چالش

۷- بازسازی شناختی، روشی است که بطور گسترده برای تغییر افکار و باورهای تنیدگی‌زا به کار می‌رود، بطوری که این افکار و باورها به جای کاستن از سلامتی

فرد، آن را افزایش می‌دهد.

۸- یک رویکرد چند بعدی موفق برای مهار تنیدگی، مشتمل بر امور زیر است: شناخت منابع تنیدگی و عوامل موثر بر احساس آن، یادگیری تعدیل تاثیرات

فیزیولوژیک آن و یادگیری اصلاح عوامل موثر بر تنیدگی.

فصل چهاردهم: بیماری لاعلاج و داغدیدگی

بیماری یا آسیب جدی ممکن است پیامدهای احتمالی متعددی داشته باشد. یکی از این پیامدها بهبود یافتن است. معلولیت یا بیماری مزمن، یکی دیگر از این پیامدهاست. در این حالت بیمار، هرگز به حالت عادی بر نمی‌گردد، ولی اطمینان دارد که زنده می‌ماند. البته سومین احتمال هم این است که زندگی فرد پیوسته در معرض خطر باشد و نتیجه نهایی چنین موقعیت‌هایی مرگ خواهد بود.

مواجهه با مرگ

احساس فرد نسبت به مرگ، تا حدی به تصور و مقدار ترس او از مرگ بستگی دارد. کسانی که جهت گیری معنوی قوی دارند، غالباً در روزهای آخر زندگی آرامش بسیار پیدا می‌کنند؛ زیرا طبق جهان بینی آنان، زندگی واپسین دیگری نیز وجود دارد و در نتیجه می‌توانند خوشحال باشند. اغلب ترس از مرگ، واکنشی است نسبت به مواجهه با عدم تمامیت زندگی.

خانم الیزابت کوبلر - راس نشان داد که بیشتر بیماران مشرف به مرگ، از لاعلاج بودن بیماری خود، آگاهند، حتی اگر هیچ کس آشکارا این امر را به آنها نگفته باشد. کوبلر - راس پی برد که افراد مشرف به مرگ، نه تنها آمادگی شنیدن حقیقت را دارند، بلکه تمایل شدیدی نیز دارند که درباره احساسات خود نسبت به مرگ سخن بگویند. بسیاری از افراد ابتدا سعی می‌کنند حقایق را که از آن آگاه شده‌اند، و در مرحله بعد، معنای این حقایق را **انکار** کنند. او اعمالی انجام می‌دهد که با اطلاعاتی که به او داده‌اند، هماهنگ نیست؛ مثلاً متعهد می‌شود که کاری را طی ماه‌ها یا سال‌های آینده انجام دهد. این انکار، از اضطراب فوق العاده بیمار نشأت می‌گیرد و نشان دهنده تلاش وی برای جلوگیری از ورود این واقعیت وحشتناک به خودآگاه اوست. اما این انکار نباید بد تفسیر شود. بیماری که حقیقت را می‌داند و بدان باور دارد، ولی ترجیح می‌دهد آن را از ذهن خود بیرون کند، و هرگونه تلاشی برای بالا بردن شانس زنده ماندن خود انجام می‌دهد، در حال انجام دادن اقدامات مثبتی است، نه اینکه صرفاً مکانیزم انکار را به معرض نمایش می‌گذارد. درجه غرق شدن بیمار در مکانیزم انکار، ممکن است کاهش و افزایش پیدا کند. گاهی **خشم** پس از انکار ظاهر می‌شود و آن زمانی است که اضطراب بیمار را از پا در آورده است. بیماری که در آستانه مرگ بوده، خشمگین نیز هست و ممکن است پزشک را تهدید به دادخواست کند و او را به عدم صلاحیت متهم نماید. بیمار خشمگین ممکن است به دنبال نظر دیگر پزشکان درباره بیماری خود باشد. بعضی از بیماران برای زنده ماندن **تقلا** می‌کنند و داوطلبانه، در طرح‌های پژوهشی، برای آزمایش دارویی جدید شرکت می‌کنند. بیمار مذهبی تعهد می‌کند که اگر تنها یک فرصت دیگر به او داده شود، فرد بهتری شود و زندگی سالمی داشته باشد. **افسردگی**، واکنش احتمالی دیگری در مقابل پیش‌آگهی بیماری لاعلاج است. این واکنش ممکن است بلافاصله پس از بیماری یا مدتی پس از شروع آن رخ دهد. اولین واکنش بیماری که هیچ‌گونه مقاومتی در برابر بیماری نمی‌کند، افسردگی خواهد بود. بعضی از بیماران، با آرامش، اجتناب ناپذیری مرگ را **می‌پذیرند** و می‌کوشند معنای زندگی خود را دریابند. پنج واکنشی که مورد بررسی قرار گرفت، اگرچه نه در همه، ولی در بسیاری از بیماران در حال مرگ مشاهده شده است. مشاهدات بالینی نشان داد که گرچه برخی بیماران این پنج مرحله را به ترتیبی که توصیف شد (انکار، خشم، تقلا، افسردگی و پذیرش) تجربه کرده‌اند، ولی بسیاری از آنان فاقد چنین تجربه‌ای بودند.

محدودیت‌های جسمانی در فرایند مرگ

تلاش برای به دست آوردن فرصت بیشتر برای درمان، به بستری شدن در بیمارستان می‌انجامد و این کار به طور قابل ملاحظه‌ای، آزادی او را محدود می‌کند. با توجه به همه این عوامل، افراد مبتلا به بیماری شدید، قادر نیستند از باقی‌مانده عمر خود لذت ببرند. در فاصله زمانی بین تشخیص بیماری لاعلاج و مرگ، مدت زمان برخورداری فرد از سلامت و کنش نسبی، فوق العاده محدود و ارزشمند است.

عدم اطمینان

برای کسانی که از بیماری مهلکی بهبود نسبی یافته‌اند و نیز آنان که احساس سلامتی نسبی می‌کنند، مشکلات گوناگونی وجود دارد. رنج‌های جسمانی به رنج‌های روانی می‌انجامد. افرادی که بهبود نسبی یافته‌اند، از اینکه نسبت به ادامه حیات خود اطمینان ندارند، به ستوه می‌آیند.

تنهایی

کوبلر - راس دریافت که در بین تمام ترس‌هایی که بیمار مشرف به مرگ دارد، بزرگترین ترس، ترس از تنها ماندن و منزوی شدن است. چنین ترسی موجه است؛ چون انزوای اجتماعی و تنهایی قطعاً مشکلات عمده‌ای برای بیمار لاعلاج هستند. انزوای آنان از منابع متعددی سرچشمه می‌گیرد. کسانی که مشرف به موت هستند، غالباً می‌ترسند که با عزیزانشان درباره مهمترین اشتغالات ذهنی‌شان سخن بگویند. بیماران لاعلاج در حفظ روابط اجتماعی بهنجار نیز مشکل دارند، زیرا

دارای هویتی پریشان هستند. گاهی حتی افراد دیگر چنان بی صبری نشان می‌دهند که گویی تحمل فشار عاطفی زندگی با کسی که همواره آنان را به یاد مرگ می‌اندازد، بسیار سخت است.

مرگ و خانواده

یکی از موضوعات مهم در زمینه روانشناسی سلامت، مطالعه تاثیرات جسمی و روانی فقدان عزیزان است. حداقل کار متخصصان سلامت فراهم آوردن اطلاعات و زمینه‌های آموزش است. آنان همچنین در بسیاری موارد، از بیمار حمایت عاطفی به عمل می‌آورند. آنان می‌توانند از لحاظ بالینی، واکنش‌ها و سازگاری‌های ناپه‌نجا را که عزیزی از دست داده اند، شناسایی کنند و کسانی را که احتیاج به کمک دارند به متخصص بهداشت روانی ارجاع دهند.

داغدیدگی و سوگ

داغدیدگی، در واقع از دست دادن عزیزی به سبب مرگ است. شخصی که بعد از مرگ عزیزی باقی می‌ماند، شخصی داغ‌دیده است. **واکنش‌های داغدیدگی**، واکنش‌های جسمی، روانی یا رفتاری‌ای است که فرد داغ‌دیده از خود بروز می‌دهد. واکنش‌های داغدیدگی اگر مدت زیادی ظاهر شوند، **فرایند داغدیدگی** پدید می‌آید. **سوگ**، احساس یا حالت انفعالی است که با موقعیت داغدیدگی همراه است.

تجربه سوگ

واکنش سوگ ممکن است برای شخص، هم از لحاظ جسمانی و هم از لحاظ روانی، فرساینده باشد. نه تنها روان شخص تحت تاثیر قرار می‌گیرد، بلکه تعادل زیستی او نیز از بین می‌رود.

یکی از متداول‌ترین واکنش‌هایی که مرگ به دنبال دارد، ضربه روحی، بهت زدگی و احساس بی‌اعتقادی است. در ابتدا، احساس بازماندگان به گونه‌ای است که گویا محیط اطراف آنان غیر واقعی است. آنان ممکن است هیچ هیجانی را ابراز نکنند و ظاهراً خیلی آرام به نظر برسند. خطای حسی و سوءادراک غالباً در این مرحله ظاهر می‌شود. بازماندگان در رویا فرد متوفی را زنده می‌بینند و دچار توهمات وحشتناکی می‌شوند؛ اما زمانی که شخص داغ‌دیده به لحاظ عاطفی می‌پذیرد که عزیزش واقعا مرده است، این خطاهای حسی معمولاً به تدریج کاهش یافته و سرانجام پایان می‌پذیرند. سپس شخص داغدار دچار مشکل تمرکز، احساس خشم، احساس گناه، زودرنجی، بی‌قراری، غم و غصه و بدخلقی شدید می‌شود.

در دوره حاد سوگ، حرکات شخص داغ‌دیده غالباً کند شده و ممکن است حالتی وا رفته پیدا کند. گاهی نیز دچار نا آرامی و بی‌قراری متناوب شده و فعالیت حرکتی‌اش افزایش می‌یابد. در خلال دوره آشفتگی، فرد داغدار ممکن است از فعالیت‌های دلخواه خود دست بکشد و گوشه گیر گردد. برخی ممکن است به استعمال سیگار و مشروب خواری افراطی روی آورند. این عمل به خصوص در صورتی انجام می‌گیرد که آنان از قبل به این چیزها معتاد باشند. این گونه اعمال و دیگر رفتارهای خطرناک، احتمالاً حاکی از تلاش برای دفاع در مقابل احساس دردناک سوگ به جای پذیرش آن است. باید به این نکته مهم توجه داشت که اگرچه سوگ و افسردگی بر حسب رفتار فرد، شبیه یکدیگر به نظر می‌آیند، اما تفاوت مهمی با یکدیگر دارند. افسردگی و سوگ، هر دو مستلزم غم و غصه و عوارض مربوط به رشد و تغذیه‌اند؛ اما در افسردگی، احساس بی‌ارزشی و اعتقادات و افکار منفی درباره خویشتن وجود دارد.

نشانه‌های حاد سوگ با مقاطعی از ناراحتی کوتاه مدت توأم بوده و شامل بی‌قراری، فریاد، فعالیت بی‌هدف، فکر و خیال درباره متوفی، گریه، آه کشیدن عمیق و ضعف عضلانی است. اختلالات مزمن که هفته‌ها و ماه‌ها طول می‌کشد، مشتمل بر کاهش تمرکز حواس، اضطراب، بی‌اشتهایی، تغییر وزن بدن، اختلالات خواب، ضعف عضلانی، و تغییرات دستگاه غدد درون ریز و سیستم ایمنی است. به نظر می‌رسد که شدیدترین اثر داغدیدگی متوجه دستگاه قلبی - عروقی است. فرایند مرگ، مستلزم تحول از حالت ناباوری به نوعی پذیرش تدریجی است؛ اما این تغییر به طور مستقیم رخ نمی‌دهد و ممکن است حالت رفت و برگشتی داشته باشد.

پایان فرایند سوگ را می‌توان **بهبود** یا **انطباق** نامید. شخص مطمئناً به سبب از دست دادن عزیز خود دگرگون شده و بنابراین، هرگز برای وی بهبود کامل حاصل نخواهد شد. لغت **انطباق** حاکی از آن است که شخص داغدار بیشترین تلاش خود را صرف تغییر وضعیت ناخوشایند خواهد کرد. فرد در زندگی کنونی خود، سرمایه گذاری می‌کند، امیدواری به زندگی را از سر می‌گیرد، توانایی تجربه رضایت از زندگی را پیدا می‌کند و با نقش‌های جدید سازگار می‌شود، ولی ممکن است هرگز بر احساس فقدان عزیزش کاملاً چیره نگردد.

پیامدهای سوگ

گاهی فرایند سوگ منجر به پیامدهایی می‌شود که تعادل فرد داغدار را به خطر می‌اندازد و جلوی بهبود او را می‌گیرد. سوگ حاد غالباً با شکایات جسمانی، از جمله: درد، اختلالات گوارشی و عوارض مربوط به خواب و میل به غذا همراه است. فراتر از شکایات جسمانی، برخی اشخاص داغدار از طریق ابراز نشانه‌هایی که به مرگ عزیزشان منجر شده است، با متوفی همانندسازی می‌کنند.

واکنش‌ها، به ویژه در مراسم سالگرد، ممکن است مشکل ساز باشند. احساسات و نشانه‌هایی که به سبب داغدیدگی ایجاد می‌شوند، ممکن است در بحبوحه روزهای تولد، سالگردها، تعطیلات و اوضاع و احوالی که یادآور متوفی هستند، بروز کنند. مراسم سالگرد ممکن است واکنش‌های مرضی شدیدی در اشخاص آسیب پذیر پدید آورد.

همه پیامدهای سوگ منفی نیست. سوگ ممکن است تاثیرات مثبت و رشد دهنده‌ای نیز داشته باشد؛ مثلاً ممکن است برای افراد خلاق، اتمام موفقیت آمیز دوره سوگ، منجر به افزایش خلاقیت و سازندگی گردد.

چگونگی رابطه شخص داغدار با متوفی، یکی از بهترین نشانه‌های پیش بینی کننده سازگاری وی با داغدیدگی است. اگر شخص داغدار قبل از مرگ خصومت قابل توجهی با متوفی داشته، وقتی وی می‌میرد احساس پشیمانی خواهد کرد.

افرادی که روابطشان با متوفی دچار تعارضات زناشویی بسیار زیادی بوده، دو برابر افراد دیگر، گرفتار افسردگی، اضطراب، احساس گناه، وضع مزاجی نامطلوب و حسرت و اندوه برای همسر از دست رفته، می‌شوند. این گرفتاری‌ها، دو تا چهار سال پس از مرگ ادامه می‌یابد.

سوگ مرضی

سوگ پیامدهای مرضی نیز دارد. محققان دریافته‌اند که علی‌رغم گذشت مدت زمان مدیدی، شدت واکنش‌های سوگ در برخی افراد همچنان ادامه می‌یابد. آنان دچار فرایند سوگ شده و قادر نیستند از شدت ارتباط خود با متوفی بکاهند. برخی، دچار خشم، احساس گناه، سرزنش خود و افسردگی بیش از حد می‌شوند.

مرگ منتظره در مقابل مرگ ناگهانی

کنار آمدن با کدام نوع مرگ آسانتر است: مرگ منتظره یا مرگ ناگهانی؟

برخی پژوهشگران اظهار می‌دارند که مرگ منتظره از الگوی واکنش‌های پس از مرگ تبعیت می‌کند. آنها خاطر نشان می‌کنند که بازماندگان طی مدت انتظار، فرصتی برای قطع وابستگی عاطفی از فرد در حال مرگ، به دست می‌آورند. ولی پژوهشگران دیگر دریافته‌اند شخصی که خطر از دست دادن عزیزی را احساس می‌کند، به شدت به او دلبستگی پیدا می‌کند و این امر موجب می‌گردد که جدایی بعدی از وی برایش مشکلتر شود. این پیامد تا اندازه‌ای به سن شخص داغدیده بستگی دارد. مثلاً تحقیقاتی که در خصوص مرگ همسر صورت گرفته، نشان می‌دهد که مرگ ناگهانی (کمتر از دو هفته اطلاع قبلی) برای جوان‌ترها بسیار تکان دهنده بوده و سازگاری با آن بی‌نهایت مشکل است. از سوی دیگر برخی افراد مسن‌تر که با تصور مرگ دوستان و خویشاوندان خو گرفته‌اند، با مرگ ناگهانی همسر خود بهتر از مرگ تدریجی او سازگاری داشته‌اند. شاید سازگاری بهتر آنها بدین دلیل باشد که مرگ تدریجی مستلزم مراقبت از همسران سالخورده است و این امر خسارت مالی، فرسودگی بدنی و فشار عاطفی برای بازماندگان به دنبال دارد.

- داغدیدگی در بزرگسالی

بیوه شدن

مرگ همسر یکی از تنیدگی‌زاترین رویدادهای زندگی تلقی می‌شود. پژوهشگران دریافته‌اند که در میان افراد کمتر از ۴۵ سال، مرگ و میر بیوه‌ها لااقل هفت برابر مرگ و میر کسانی است که دارای همسر بوده‌اند. همچنین میزان مرگ و میر مردان بیوه به طور چشمگیری بالاتر از زنان بیوه بوده است.

تقریباً ۱۵ درصد از افراد داغدیده، تا یک سال پس از مرگ عزیز خود، مجموعه‌ای از نشانه‌های افسردگی را دارند. پژوهش‌هایی که در باب تاثیرات داغدیدگی بر رفتارهای مرضی صورت گرفته، نشان داده است که داغدیدگی کمتر از حد انتظار، موجب ناراحتی جسمی می‌شود. گرچه بیوه‌ها بیشتر از افراد متأهل، مستعد ابتلا به اضطراب بودند و در نتیجه، به برخی علائم جسمانی توجه بیشتری می‌کردند، ولی در استفاده از خدمات بهداشتی و نیز در شکایات جسمی‌ای که منشا عضوی ندارند، تفاوت زیادی میان این دو گروه دیده نشد.

تاثیرات اجتماعی بیوه شدن

مرگ همسر گاهی فرد را از روابط اجتماعی مربوط به زن و شوهرها باز می‌دارد. او ممکن است احساس کند تنها مانده و باید بدون کمک یاورش انجام وظیفه نماید. مسئولیت‌هایی که روزی در آن شریک بود، اکنون تنها بر عهده خود اوست. در بسیاری از موارد، فرد آمادگی انجام فعالیت‌های خاصی را ندارد؛ زیرا فاقد

اطلاعات لازم برای انجام آنهاست. به علاوه پدر یا مادری که همسر خود را از دست داده است، اغلب غرق توجه به خواست‌های کودکان و درک و فهم آنها می‌شود، همچنین گاهی باید واکنش‌های سوگ را در درجه دوم اهمیت قرار دهد؛ زیرا باید به کودکان کمک کند تا با احساسات ناشی از یتیم شدن کنار بیایند.

مرگ پدر یا مادر

فقدان یکی از والدین ممکن است بر برخی افراد تاثیر بسیار شدیدی بگذارد. در پژوهشی نتایج نشان داد که مردان مجرد، پس از مرگ مادر بیشتر از همه در معرض خودکشی هستند و این امر شاید بدان دلیل باشد که مردان برای حل نگرانی‌های خود، بیشتر از اقدامات عملی استفاده می‌کنند؛ در صورتی که زنان پس از مرگ یکی از والدین، از پزشک و روان‌پزشک درخواست کمک می‌نمایند.

مرگ والدین ممکن است برای فرزند بدین معنا باشد که تنها کسانی که در این دنیا بدون قید و شرط، او را می‌پذیرفتند، از دنیا رفته‌اند. ممکن است این مرگ یکی از اهرم‌های تحولی تلقی شود که فرد را به مرحله بالاتر بزرگسالی سوق می‌دهد و وی را عضو مسن‌ترین نسل خویشاوندان قلمداد می‌کند.

مرگ خواهر یا برادر

راجع به واکنش بزرگسالان نسبت به مرگ خواهر یا برادر، اطلاعات چشمگیری در دست نیست. با وجود این، در بسیاری موارد، همدلی به وجود آمده بین خواهر و برادر در کودکی، در بزرگسالی نیز تداوم می‌یابد و فقدان یکی از آنها بسیار حائز اهمیت خواهد بود. روابط خواهر و برادر در پیری مهم‌تر از این روابط در دوره‌های قبلی زندگی است.

مرگ خواهر یا برادری که بیشترین مسئولیت را در نگهداری مادر و پدر دارا بوده، یا وظایف دیگری هم چون برقراری روابط میان اعضای خانواده را بر عهده داشته است، می‌تواند موجب تغییر چشمگیری در مسئولیت دیگران شود. همچنین این مرگ ممکن است سبب برقراری پیوندهای نزدیکتری بین بازماندگان شده و آنها را بیشتر قادران یکدیگر سازد.

مرگ فرزند

کنار آمدن با مرگ هر یک از عزیزان دشوار است، ولی پژوهشگران و متخصصان بالینی توافق دارند که مرگ فرزند برای بسیاری از افراد، دردناک‌ترین رویداد است. وقتی شخصی بیشتر از فرزندش عمر کند، شاهد از دست رفتن سرمایه عظیمی در زندگی و تباهی سعادت فردی از نسل آینده خواهد بود. احساس گناه و سرزنش خود نیز در میان آنان بسیار چشمگیر است؛ زیرا آنان خود را مسئول حفظ و نگهداری فرزندان و حافظ سلامت آنها می‌دانند.

اکنون به بررسی مرگ کودکان در سنین مختلف می‌پردازیم؛ زیرا معمولاً سبب واکنش‌های متفاوتی در والدین می‌شود.

زایمان نوزاد مرده

مرگ جنین در رحم در اواخر دوران حاملگی یا هنگام زایمان، ممکن است برای والدین جوان، تجربه عاطفی بسیار دردناکی باشد. معمولاً مادر و در برخی موارد هر دوی والدین، وابستگی شدیدی به نوزاد پیدا می‌کنند و فقدان او ممکن است بسیار تکان دهنده باشد. ولی فرایند سوگ برای کسانی که دچار زایمان نوزاد مرده شده‌اند، به صورت «توطئه سکوت» است. تا این اواخر، پزشکان متخصص باور داشتند که برای مادر مناسب تر آن است که درباره مصیبت خود سخنی به میان نیاورد، ولی پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که سکوت مادر داغ‌دیده، احساس گناه را در وی شدت می‌بخشد و مرگ نوزاد را "امری وصف ناپذیر" می‌گرداند؛ یعنی امری آنقدر وحشتناک که نمی‌توان در باب آن سخن گفت. آنها به جهت اینکه خود را مسبب این رویداد می‌دانند، بسیار احساس گناه می‌کنند و بدین دلیل که نتوانسته‌اند بچه سالمی به دنیا آورند، عزت نفس خود را از دست می‌دهند.

سقط جنین

سقط جنین، یعنی مرگ جنین در ماه‌های اول بارداری پیش از آنکه در بیرون از بدن مادر امکان ادامه حیات داشته باشد، با زایمان نوزاد مرده تفاوت دارد. اگرچه احتمالاً والدین برای دل بستگی به جنین فرصت کمتری داشته‌اند، ولی معمولاً واکنش‌های آنها پس از چنین فقدانی بسیار شدید است. سقط جنین، امید به آینده را به یاس تبدیل کرده و عضو بالقوه خانواده را از میان می‌برد.

مرگ در گهواره

نشانگان مرگ ناگهانی نوزاد یا به اختصار SIDS شایع‌ترین علت مرگ نوزادان در سال اول زندگی است. یک سوم از موارد مرگ نوزادان در سن بین یک هفتگی تا یک سالگی، معلول SIDS است. بالاترین میزان بروز این نوع مرگ، بین دو تا چهار ماهگی است. تقریباً در همه موارد، مرگ ناشی از SIDS، پیش از شش ماهگی رخ می‌دهد. کودکان مبتلا به SIDS، بدون هشدار قبلی و بدون سر و صدایی که بتوان شنید، در خواب می‌میرند. کودکان در حالی که شخص بزرگسالی

نزدیک آنها در اتاق خوابیده، از دنیا می‌روند و او از آنچه در حال وقوع است، بی‌خبر است. در حال حاضر، پژوهشگران بر این باورند که سبب این نوع مرگ، اختلال در مکانیزم مغزی کنترل‌کننده خواب و تنفس است. کالبدشکافی این نوزادان حاکی از ورم و احتقان ریوی است، ولی رابطه ثابت شده‌ای با عامل ویروسی یا باکتریایی وجود ندارد.

خانواده‌ای که کودک خود را بر اثر SIDS از دست می‌دهد، دچار مصیبت بزرگی می‌شود. والدین بی‌نهایت احساس گناه کرده و خود را مسئول مرگ کودک می‌دانند. کارکنان اورژانس، همسایگان، حتی پلیس و خبرنگاران، ممکن است احساس گناه و سرزنش والدین را با پرسش از شرایط مرگ، تشدید کنند. کودکان و نوجوانانی که از دنیا می‌روند، دارای شخصیت کاملی شده‌اند و مرگ آنها بیشتر یک "فقدان واقعی" است، تا "فقدان خیالی". والدین داغدار عموماً هیچان‌خشم از خود بروز می‌دهند. واکنش‌های عجیب و غریب و افکار مربوط به خودکشی، در میان این قبیل والدین متداول است. گاهی، سوگ به جای تقلیل یافتن، به مرور زمان عمیق‌تر شده و ممکن است سال‌ها به طول انجامد.

والدین کودکانی که بر اثر بیماری لاعلاج می‌میرند، هنگامی که احساس کنند در مراقبت از کودک بیمار خود سهیم بوده‌اند، آمادگی بیشتری برای بهبود دارند. تحقیقات نشان می‌دهد: مشکلات والدینی که کودکان در خانه مرده است، کمتر از مشکلات والدینی است که فرزندشان در بیمارستان مرده است. پیوند زناشویی خوب که همراه با روابط مستحکمی است، ممکن است با بیماری لاعلاج کودک یا مرگ ناگهانی او استوارتر شود، ولی فروپاشی برخی ازدواج‌ها در اثر مشکلات، امری غیر عادی نیست. برای مثال شاید یکی از دلایل طلاق این باشد که پدر و مادر غالباً شیوه‌های متفاوتی در سوگواری دارند و در نتیجه نمی‌توانند یکدیگر را درک کنند.

داغدیدگی در دوره کودکی و نوجوانی

داغدیدگی در دوره کودکی یا نوجوانی می‌تواند عامل مهمی در تحول بعدی شخصیت و عواطف باشد. درک کودک از معنای مرگ، با افزایش سن تغییر می‌کند و شاید او تا ۹ سالگی درک درستی از مرگ به دست نیاورد. بنابراین، اثر دقیق داغدیدگی بر کودک، به سطح تحول و در نتیجه، به میزان درک او از فقدان بستگی دارد. داغدیدگی در دوره کودکی یا نوجوانی، به خودی خود منجر به مشکلات نمی‌شود. تاثیر فقدان عزیزان بستگی به عوامل متنوع زیر دارد: نزدیکی روابط، میزان اختلال در زندگی کودک، واکنش‌های عاطفی اطرافیان و از جمله توانایی مستمر بازماندگان مورد علاقه کودک در حمایت عاطفی از او.

پس از مرگ افراد نزدیک خانواده، کودکان کم سن و سال، اغلب غمگین، خشمگین و ترسو می‌شوند. همچنین دچار بی‌نظمی‌هایی در اشتها و خواب، گوشه‌گیری، وابستگی، بی‌قراری، پرخاشگری و مشکلات یادگیری می‌گردند؛ به سختی قادر به تمرکز فکری هستند یا به مراحل قبلی رشد بازگشت می‌کنند. اغلب، این امر بر عملکرد آنها در مدرسه تاثیر محسوسی دارد. همچنین تحقیقات نشان داده است که کودکان پس از مرگ خواهر یا برادر، احساس گناه از خود بروز می‌دهند و این بیشتر بدین دلیل است که گمان می‌کنند احساس رقابت و امیال پرخاشگرانه آنها نسبت به خواهر یا برادر خود، واقعا جامه حقیقت پوشیده است. برخی کودکان پس از مرگ خواهر یا برادر خود، تا ۵ سال یا بیشتر، گریان و غمگین به نظر می‌رسند. در یک مطالعه، ۴۰ درصد از کودکان با نشانگان بارز بیماری خواهر یا برادر متوفی خود، همانندسازی درازمدت یا هیستریایی "سالیانه" داشتند. در میان کودکانی که به ویژه در نوجوانی داغ مرگ والدین را دیده‌اند، بزهداری و واکنشی متداول است. در برخی از آنها علاقه به فعالیت‌های مدرسه، به طور محسوسی کاهش می‌یابد. بعضی از پژوهشگران اظهار می‌دارند افرادی که در کودکی یا نوجوانی داغیده شده‌اند، به هنگام بزرگسالی افسردگی و روان‌نژندی بیشتری دارند، ولی این موضوع ثابت نشده و هنوز مورد تردید است.

درک فرایند سوگ در کودک، حائز اهمیت است. در یک طرح تحقیقاتی عمده، محققان به بررسی کودکانی پرداختند که پدرشان مرده بود. در خلال اولین سال، آنها معمولاً دچار رنج، اندوه و خشم شدیدی بودند. برخی از آنان، بسته به سطح تحولشان، تلاش می‌کردند عوارض فقدان را کشف کرده و مفهوم "مرگ" را درک نمایند. طی دومین سال، آنها اضطراب و نیز رفتار پرخاشگرانه و وابستگی زیادی از خود بروز می‌دادند. بعضی از آنها بی‌قرار شده و مشکلات انضباطی از خود نشان دادند. در سال‌های بعد، آنها وابستگی بسیار شدیدی به مادرانشان پیدا کردند.

کودکان اغلب پس از مرگ پدر یا مادر، خود را نسبت به قبل، با دید منفی‌تری ارزیابی می‌کنند. شاید آنها، به دلیل چنین فقدانی، درصدد سرزنش خود برآیند. تا بدین طریق، جهان را بیشتر پیش‌بینی‌پذیر و قابل کنترل و کمتر تصادفی بدانند؛ زیرا اگر مرگ به عللی خارج از کنترل آنها روی داده باشد، جهان غیر قابل کنترل و تصادفی‌تر می‌نماید. بعضی از کودکان تلاش می‌کنند با فرد متوفی همانندسازی کرده و ویژگی‌های او را به خود بگیرند؛ مثلاً پسری که پدرش مرده است، می‌کوشد تا «مرد خانه» شود. چنین کاری می‌تواند هم نشانه آشفتگی باشد و هم علت آن. همانندسازی ممکن است از دفاع کودک در مقابل احساسات بهنجار سوگ، ناشی نشده باشد. علاوه بر این، همانندسازی با یک بزرگسال، ممکن است سبب گردد که گروه همسال کودک با وی مخالفت کنند. کودکی که می‌کوشد جایگزین خواهر یا برادر متوفی خود شود، ممکن است در روند طبیعی رشد اختلال زیادی ایجاد نماید.

کودکان داغیده اغلب حالات عاطفی‌ای از خود بروز می‌دهند که والدین را نگران و وحشت زده می‌سازد. کودکان ممکن است خشمگین، مضطرب، وابسته و لجوج شوند. کودکان داغیده شاید به گونه‌ای رفتار کنند که گویا به هیچ کس اعتماد ندارند. جهان برای آنها غیر قابل پیش‌بینی و فاقد امنیت به نظر می‌رسد و ممکن است برای به دست آوردن اعتماد دوباره نسبت به رابطه با دیگران، نیاز به کمک زیادی داشته باشند. گاهی، کودکان در خیال خود به پدر یا مادر متوفی صورت

آرامی داده و نسبت به پدر یا مادر بازمانده ابراز خصومت می‌کند. پدر یا مادر بازمانده حتی ممکن است متهم شود که سبب مرگ متوفی بوده یا به شدت مورد سرزنش قرار گیرد که چرا از مرگ او ممانعت نکرده است.

به خاطر داشته باشید که کودکان دقیقا همچون بزرگسالان، مراحل سوگ را طی می‌کنند، ولی به دلیل تاثیرات مراحل تحول و دفاع‌های «ابتدایی‌تر» (مخصوصا به کارگیری انکار و بازگشت)، در مقابله با سوگ مشکلات بیشتری دارند؛ مثلا، خیال پردازی مستمر در این باره که پدر یا مادر در گذشته، واقعا هنوز زنده است و در جایی منتظر کودک است، او را از تاثیرگذاری بر احساسات خود و قرار گرفتن در شرایط فقدان باز می‌دارد.

یکی از بهترین راه‌های کمک به کودکان در سازگاری با سوگ، مساعدت به والدین بازمانده‌ای است که مراقبت از کودک را به عهده دارند. والدین لازم است بدانند که هنگام ابراز سوگ از سوی کودکان، چه انتظاری باید از آنها داشت. گاهی کودکان درک خود را از مرگ، با نمایش دادن «تشییع جنازه» و «کفن و دفن»، به صورت عملی نشان می‌دهند. چنین رفتاری ممکن است بزرگسالانی را که عمیقا از فقدان شخص متوفی رنج می‌برند، عصبی کند. کودکان ممکن است بارها با خویشاوندان و غریبه‌ها در باب مرگ سخن بگویند، تا بدین طریق موقعیت را مهار کنند. آنها تدریجا، دلبستگی خویش به مردم را از دست می‌دهند و ممکن است سال‌ها طول بکشد تا فقدان را به طور کامل بپذیرند.

خودکشی

هرچند فقدان دوستی صمیمی یا عضوی از خانواده بسیار دردآور است، ولی هنگامی که مرگ بر اثر خودکشی باشد، ممکن است بیشتر دردآور باشد. به دنبال خودکشی، بسیاری از بازماندگان با احساسات بسیار پیچیده‌ای سروکار خواهند داشت. بازماندگان افرادی که خودکشی کرده‌اند، معمولا بیش از دیگر داغدیدگان در معرض خطر مشکلات روانی و جسمی خواهند بود. واکنش‌های داغدیدگی در بازماندگان افرادی که خودکشی کرده‌اند، اغلب شکلی افراطی دارد. آنها ممکن است خود یا دیگران را به سبب وقوع این امر، سرزنش کرده و بر این نکته اصرار ورزند که آنها می‌بایست از این حادثه قریب الوقوع خبردار می‌شدند و یا کاری برای پیشگیری از آن انجام می‌دادند. بازماندگان اغلب بیم آن را دارند که مرگ خود آنها هم حتما بر اثر خودکشی رخ خواهد داد؛ زیرا آنها نیز آسیب پذیر شده‌اند و البته احساس حتمی بودن این امر ناخودآگاه است. همین واقعیت که یکی از نزدیکان فرد، خودکشی را راهی برای حل مشکلات فرساینده تلقی کرده است، به خودکشی به عنوان یک راه حل، مشروعیت می‌بخشد. خودکشی یکی از والدین، ممکن است موجب شود که به ویژه کودکان، در برابر افکار و تکانش‌های انتحاری حساس شده و از اینکه خود نیز بر اثر خودکشی از دنیا بروند، به هراس بیفتند.

بازماندگان افرادی که خودکشی کرده‌اند، احتمالا بیش از سایر گروه‌های داغ‌دیده، احتیاج به کمک تخصصی دارند.

آیا خودکشی قابل پیشگیری است؟

اگر اطرافیان مورد علاقه فرد بدانند که باید به کدام رفتار او توجه کنند، بعضی از خودکشی‌ها را واقعا می‌توان پیشگیری کرد. خودکشی نوعی عمل خود تخریبی است که عجیب و غیرقابل درک نیست. افرادی که خودکشی می‌کنند، شیوه تفکر خاصی دارند که آنها را به این نتیجه گیری می‌رساند که مرگ، تنها راه حل مشکلات آنهاست. در صورتی که بدانیم چگونه و چه زمانی مداخله کنیم، می‌توانیم برای جلوگیری از خودکشی، اقداماتی به عمل آوریم.

افراد مستعد خودکشی، ده ویژگی دارند که شناخت آنها می‌تواند عملا موثرترین راه برای پیشگیری از خودکشی باشد. این ده ویژگی به شرح زیر است:

- ۱- **رنج غیرقابل تحمل روانی:** مرگ حاکی از تلاش برای خلاصی از رنج است. اگر بتوانیم رنج فرد را کاهش دهیم می‌توانیم از خودکشی او پیشگیری کنیم. با کم شدن درد و رنج، فرد مستعد خودکشی، زنده ماندن را برمی‌گزیند.
- ۲- **نیازهای روانی ارضا نشده:** زندگی خصوصی فرد مستعد خودکشی، شديدا به چیزی مانند امنیت، پیشرفت، اعتماد، عشق و دوستی نیاز دارد. شخص یاری کننده باید آن را یافته و فرد را برای درک راهی جهت کسب آن، مساعدت نماید.
- ۳- **نیاز به یک راه حل:** شخص مستعد خودکشی واقعا گمان می‌کند که مرگ تنها راه حل برای مشکل یا بحران است. باید راه حل‌های دیگری به او پیشنهاد کرد.
- ۴- **آرزوی پایان دادن به هشیاری:** خودکشی اغلب حرکتی است که آگاهی از زندگی توأم با درد را متوقف می‌سازد.
- ۵- **درماندگی و ناامیدی:** احساس ناتوانی و باور به اینکه از دست کسی کمکی بر نمی‌آید، زیربنای همه عواطف منفی فرد است؛ زیرا در این صورت، آخرین پرتوهای امید محو شده و راهی جز مردن باقی نمی‌ماند.
- ۶- **محدودیت گزینه‌ها:** فرد مستعد خودکشی، به راه‌های متعددی که ممکن است مشکلات فرساینده را از طریق آنها حل کرد، توجه نمی‌کند. او مرگ را به عنوان یگانه راه حل تلقی می‌نماید.
- ۷- **گرایش دو سوئی:** فرد مستعد خودکشی، هم می‌خواهد بمیرد و هم نمی‌خواهد؛ یعنی در همان زمان که می‌کوشد دست به خودکشی بزند، احتمالا به نحوی طلب کمک نیز می‌کند.

۸- اظهار کردن قصد خودکشی: حدود ۸۰ درصد افراد مستعد خودکشی، اطلاعات روشنی مبنی بر اینکه قصد دارند خود را بکشند، در اختیار دوستان و خانواده خود قرار می‌دهند.

۹- رهایی: افراد مستعد خودکشی، میل به رهایی یافتن از خود بروز می‌دهند. فرد یاری دهنده می‌تواند آنان را در تمایز بین این دو امر مساعدت کند: نیاز به رهایی از هر چیزی (ترک زندگی زناشویی) و میل به مردن.

۱۰- الگوی کهن سازگاری: افرادی که دست به خودکشی می‌زنند، احتمال بیشتری دارد که برای حل مسائل، به شیوه معروف «رهایی سریع» متوسل شوند. آنان با ترک ناگهانی همسر به پیوند زناشویی خاتمه می‌دهند و یا شغلی را به طور غیرمنتظره رها می‌کنند. چنین اعمالی حاکی از نیاز فرد به حفظ کنترل بر موقعیت است و شاید این امر، مهم ترین عنصر در تصمیم به انجام خودکشی باشد. با داشتن اطلاعاتی در باب اینکه چرا فرد خودکشی را برمی‌گزیند، شاید بتوان به او کمک کرد تا راه دیگری برای نیل به نیازها و خواست‌های عاطفی خود برگزیند.

عوامل اجتماعی و فرهنگی موثر بر داغدیدگی

داغدیدگی علاوه بر اینکه پدیده‌ای روانی - زیستی است، پدیده‌ای اجتماعی و فرهنگی نیز هست. داغدیدگی معمولاً فقط بر یک فرد اثر نمی‌گذارد، بلکه همه افراد یک گروه را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

عزاداری، ابراز اجتماعی سوگ است. در هر جامعه، آیین‌هایی برای عزاداری و رفتارهای مربوط به آن وجود دارد. لباس سیاه پوشیدن داغدیدگان نمونه‌ای از آن است. تشریفات مربوط به مرگ، همچون تشییع جنازه و مراسم تدفین، می‌تواند افراد را در سازگاری و رهایی از مصیبت یاری کرده و خویشوندان را در اظهار سوگ خویش مساعدت نماید. آیین‌های عزاداری، در واقع تغییراتی برجسته در خودپنداره، و ورود به مراحل جدید هویت است (گذر از مرحله همسر بودن به مرحله بیوگی). این تشریفات، برای آندوه درونی، زبانی عمومی فراهم می‌کند و ارزش‌هایی همچون خویشاوندی و دوستی را دوباره جلوه گر می‌سازد. این تشریفات از طریق ابراز حمایت از سوی دیگران موجب تجدید روحیه افرادی می‌شود که مرگ، روحیه آنها را تضعیف کرده است. متخصصان سلامت می‌توانند در سازگاری افرادی که عزیزان خود را از دست داده‌اند، نقش مهمی داشته باشند. افرادی که رابطه‌ای با خانواده بیمار برقرار کرده‌اند، فرصت خواهند داشت که پس از مرگ نیز با داغدیدگان را ادامه دهند. در صورت لزوم، می‌توان آن را به متخصصان بهداشت روانی مربوط نیز ارجاع داد.

چکیده فصل چهاردهم

۱- برخی بیماران می‌کوشند واقعیاتی را که در باب بیماری لاعلاج خود دریافته‌اند، انکار کنند. آنها به منظور کاهش اضطراب، به انکار می‌پردازند و گاهی می‌خواهند اقدام مثبتی انجام داده و علی‌رغم بیماری لاعلاج، بازهم از زندگی لذت ببرند. شاید به دنبال انکار، خشم ظاهر شود؛ زیرا شخص در حال مرگ، از نظر عاطفی در هم شکسته می‌شود. برخی بیماران شاید بکوشند برای زنده ماندن به تقلا بیفتند. بیماران لاعلاجی که مبارزه برای زنده ماندن را رها کرده‌اند، ممکن است دچار افسردگی شوند. بعضی بیماران قادرند مرگ قریب الوقوع خود را باور کنند.

۲- داغدیدگی عبارت از فقدان عزیزی بر اثر مرگ است. واکنش افراد نسبت به داغدیدگی، دارای ابعاد روانی، بدنی و رفتاری است. با گذشت زمان، داغدیدگی بروز پیدا می‌کند. سوگ، احساس یا عاطفه‌ای مرتبط با داغدیدگی است.

۳- فرایند سوگ، ممکن است بر کارکرد زیستی تاثیر گذاشته و موجب تغییراتی در بسیاری از اندام‌های بدن، خصوصاً سیستم قلب - عروقی گردد.

۴- داغدیدگی پیامدهای آسیب‌ناخنی نیز دارد. بعضی از افراد در فرایند سوگ فرورفته و مدت زمانی بیش از حد معمول، دچار عواطف شدیدی همچون خشم و افسردگی می‌شوند. دردهای بدنی نیز ممکن است وجود داشته باشد.

۵- تلقی و درک کودک یا نوجوان از مرگ، عامل مهمی در تحول است. داغدیدگی همیشه به خودی خود سبب بروز مشکلات نمی‌شود. کودکان ممکن است به دنبال مرگ، دچار طیف گسترده‌ای از عواطف و رفتارها شوند، ولی فرایند سوگ در کودکان با فرایند سوگ در بزرگسالان تفاوت دارد. کودکان اگر والدین خود را از دست داده باشند خود را سرزنش می‌کنند و درباره اینکه چه کسی از آنان مراقبت خواهد کرد، مضطربند.

سوالات روانشناسی بالینی و آسیب شناسی ۱۴۰۰

۱. کدامیک از اختلالات شخصیت زیر با خصایص اسکیزوفرنی مرتبط نیست؟

الف) اختلال شخصیت مرزی (ب) اختلال شخصیت اسکیزوئید (ج) اختلال شخصیت اسکیزوتایپی (د) اختلال شخصیت هیسترونیوئیک

۲. در شاخص کلامی آزمون WAIS-5 کدام خرده آزمون جز خرده آزمون‌های اصلی نیست؟

الف) خرده آزمون درک (ب) خرده آزمون واژگان (ج) خرده آزمون اطلاعات (د) خرده آزمون شباهت

۳. دوره اختلال افسردگی عمده MDD بدون درمان چند ماه طول می‌کشد؟

الف) سه ماه (ب) شش تا سیزده ماه (ج) چهار تا شش ماه (د) دوازده تا بیست و چهار ماه

۴. شایع ترین اختلالی که همزمان با اختلالات روانی دیگر یافت می‌شود، کدام است؟

الف) اختلال اضطراب فراگیر (ب) اختلال پانیک (ج) اختلال اضطراب اجتماعی (د) اختلال وسواسی-جبری

۵. نیمرخ آزمون MMPI2 مردی ۳۵ ساله در مقیاس‌های ۴ و ۹ برآشفتگی دارد، متحمل ترین تشخیص در مورد او کدام است؟

الف) اختلال دوقطبی (ب) اختلال شخصیت ضداجتماعی

ج) اختلال اسکیزوافکتیو (د) اختلال شخصیت پارانوئید

۶. در آزمون MCMI-3 کدام اختلالات شدید شخصیت نیست؟

الف) اختلال شخصیت پارانوئید (ب) اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (ج) اختلال شخصیت ضداجتماعی (د) اختلال شخصیت مرزی

۷. سندرم توره بیشتر با کدام اختلال بروز می‌کند؟

الف) اختلال دوقطبی نوع دوم (ب) اختلال فراموشی تجزیه‌ای (ج) اختلال جسمانی شکل (د) اختلال وسواسی-جبری

۸. کدامیک از سیستم‌های نمره گذاری آزمون بندر گشتالت مخصوص کودکان است؟

الف) هات (ب) لکس (ج) پاسکال و ساتل (د) کوپیتز

۹. کدامیک از موارد زیر درباره خودکشی نوجوانان غلط است؟

الف) میزان خودکشی در نوجوانی به طور چشمگیری افزایش می‌یابد. (ب) پسرها بیشتر از دخترها اقدام به خودکشی می‌کنند.

ج) دخترها کمتر از پسرها خودکشی موفق می‌کنند. (د) بین روش‌های اقدام به خودکشی در دخترها و پسرها تفاوت وجود دارد.

۱۰. کدامیک از علائم ADHD اغلب در نوجوانی و بزرگسالی کاهش می‌یابد؟

الف) بی‌قراری (ب) بی‌توجهی (ج) تکانشگری (د) بیش‌فعالی

۱۱. در آزمون رورشاخ بر اساس نظام جامع اکسنر، تعداد زیاد پاسخ به فضای سفید (S)، نشانگر کدام مورد است؟

الف) منفی‌گرایی، دشواری در کنترل خشم و گرایش به مخالفت (ب) نیاز به عقب‌نشینی از موقعیت‌های مهم

ج) تمرکز بر جزئیات به جای ادراک کل موقعیت (د) گرایش‌های محافظه‌کارانه و جامعه‌پسند

۱۲. کدام عبارت درباره اختلال پرخوری درست است؟

الف) دوره‌های پرخوری بیشتر در مهمانی‌ها یا مراسم‌ها اتفاق می‌افتد. (ب) پس از حمله پرخوری فرد دست به رفتارهای جبرایی می‌زند.

ج) فرد در یک بازه زمانی طولانی مقدار زیادی غذا می‌خورد. (د) غذاها با کالری زیاد بدون کنترل خورده می‌شود.

۱۳. برای گذاشتن تشخیص افسردگی اساسی عودکننده بیمار باید حداقل چند دوره افسردگی را تجربه کرده باشد؟

الف) دو دوره (ب) چهار دوره (ج) دو دوره در مدت سه ماه (د) سه دوره در مدت شش ماه

۱۴. خانم ۴۵ ساله‌ای با علائم افسردگی به شما مراجعه کرده است و به شدت از پرخوابی و پرخوری خود شکایت دارد. او

افسردگی را با چه خصیصه‌ای تجربه می‌کند؟

الف) ملانکولیک (ب) ملال هیستروئید (ج) درون‌زاد (د) واکنشی

۱۵. کدام عبارت درباره اسکیزوفرنی با شروع دیررس درست است؟

الف) در مردان شایع تر است. (ب) علائم نابسامان در آن شایع تر است.

ج) با مصرف داروهای ضد روانپریشی وضعیت خوب پیدا می‌کنند. (د) از نظر بالینی از اسکیزوفرنی متمایز است.

۱۶. وقتی که آقای ۳۵ ساله مجرد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی باور دارد که فکر کردن به کشتن مادرش موجب می‌شود

که ناخواسته او را با چاقو به قتل برساند از کدام مورد زیر رنج می‌برد؟

الف) تفکر جادویی (ب) دوسوگرایی (ج) همه کار توانی (د) ابطال

۱۷. در تشخیص افتراقی اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) کدام مورد زیر بیشترین اهمیت را دارد؟

الف) نشانگان روانپریشی (ب) نشانگان اختلالات تجزیه‌ای

ج) شناسایی عوامل طبیی مثل ضربه به سر (د) شناسایی سابقه کودک آزاری

۱۸. تغییر سطح هوشیاری، تغییر توجه و اختلال در موقعیت سنجی و حافظه که در یک دوره کوتاه ولی سریع اتفاق می‌افتد و

نشانگان در روز نوسان دارد و شب تشدید می‌شود، به احتمال زیاد کدام اختلال زیر را نشان می‌دهد؟

الف) مسمومیت با ایبودها (ب) فراموشی تجزیه‌ای (ج) ترک مواد محرک (د) دلیریوم

۱۹. حساسیت مفرط به طرد شدن صفت شخصیتی کمرویی در کدام اختلال شخصیت مشاهده می‌شود؟

الف) نمایشی (ب) منفعل-پرخاشگر (ج) پارانوئید (د) دوری‌گزين

۲۰. کدام عامل با خطر خودکشی بالا همراه است؟

الف) وابستگی به الکل (ب) بی‌خوابی (ج) بیکاری (د) عزت نفس پایین

پاسخ نامه تشریحی سوالات روانشناسی بالینی و آسیب شناسی ۱۴۰۰

۱. گزینه ۴ صحیح است. افراد دچار اختلال شخصیت مرزی دارای حملات روان‌پریشی با عمر کوتاه هستند که حملات میکروسایکوتیک خوانده می‌شود. اختلالات شخصیت اسکیزوتایپی و اسکیزوئید به علاوه اختلال شخصیت پارنوئید جز دسته اول اختلال شخصیت هستند که در بستگان درجه اول افراد دچار اسکیزوفرنی بیشتر دیده می‌شوند و علائمی شبیه به علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی دارند. در اختلال شخصیت هیستریک یا نمایشی که مشخصه اصلی آن رفتارهای نمایشی و برانگیزنده است علائم اسکیزوفرنی دیده نمی‌شود.
۲. گزینه ۱ صحیح است. وکسلر بزرگسال = WISC / وکسلر کودکان = WAIS. خرده آزمون درک جز خرده آزمون‌های اصلی شاخص کلامی وکسلر بزرگسال نیست.
۳. گزینه ۲ صحیح است. افسردگی اساسی با دریافت درمان حدود ۳ ماه و بدون درمان ۱۳ تا ۶ ماه طول می‌کشد.
۴. گزینه ۱ صحیح است. شایع‌ترین اختلال روانی همزمان با سایر اختلالات در مرتبه اول اختلال اضطراب فراگیر است و اختلالات مرتبه دوم معمولاً جمعیت هراسی، هراس اختصاصی، اختلال وحشت زدگی یا یکی از اختلالات افسردگی است.
۵. گزینه ۲ صحیح است. مقیاس‌های بالینی آزمون مینه سوتا شرح زیر است: ۱. HS: خود بیمار انگاری / ۲. D: افسردگی / ۳. HY: هیستری / ۴. Pd: انحراف اجتماعی-روانی / ۵. MF: مردانگی-زنانگی / ۶. Pa: پارانوئیا / ۷. Pt: ضعف روانی / ۸. Sc: اسکیزوفرنی / ۹. Ma: هیپومانیا / ۱۰. Si: درونگرایی اجتماعی. فرد با برآشتگی مقیاس‌های ۴ و ۹ دارای کد تشخیصی ۴۹ / ۹۴ است دارای گرایش‌های ضداجتماعی است و چون شاخص هیپومانیا بالایی هم دارد، احتمال عمل به گرایش‌های ضداجتماعی در وی بالاست. تغییر این افراد بعد از ۳۰ سالگی بسیار دشوار است و این شاخص در پسران بزهکار بیشتر دیده می‌شود.
۶. گزینه ۳ صحیح است. اختلال شخصیت شدید در آزمون میلیون به شرح زیر است: S اسکیزوتایپی / P پارانوئیا / C مرزی
۷. گزینه ۴ صحیح است. بیشترین همبودی با اختلال توره، اختلال وسواسی جبری است.
۸. گزینه ۴ صحیح است. سیستم نمره گذاری آزمون بندر گشتالت برای کودکان سیستم کویپتزر است.
۹. گزینه ۲ صحیح است. میزان احتمال به خودکشی در تمام طول عمر افزایش می‌یابد ولی این احتمال در نوجوانی افزایش چشمگیری پیدا می‌کند. با وجود و توجه به میزان بالاتر افسردگی بین دخترها اقدام به خودکشی نیز در بین دخترها بیشتر است اما خودکشی موفق در پسرها نسبت به دختران بیشتر است که دلیل آن می‌تواند انتظارات نقش‌های جنسیتی باشد که پسرها کمتر از دخترها توانایی تحمل شکست و درماندگی را دارند و بین روش‌های خودکشی دو جنس نیز تفاوت وجود دارد.
۱۰. گزینه ۴ صحیح است. از بین علائم اختلال بیش فعالی-نقص توجه، بیش فعالی با گذشت زمان و رسیدن به بزرگسالی کاهش می‌یابد منتها سایر علائم، من جمله کمبود توجه، بیقراری و تکانشگری باقی می‌ماند. به طور کلی آخرین علامتی که از این اختلال درمان می‌شود نقص توجه است.
۱۱. گزینه ۱ صحیح است. تعداد پاسخ زیاد به فضای سفید (۳ تا و بیشتر) با منفی گرایی، دشواری در کنترل خشم و گرایش به مخالفت رابطه دارد و در افراد بهنجار نشان دهنده نوعی تضاد انطباقی است.
۱۲. گزینه ۴ صحیح است. فرق پرخوری یا پرخوری عصبی در این است که افراد دچار پرخوری بعد از خوردن غذا دست به رفتارهای جبرانی نمی‌زنند از همین رو معمولاً دچار اضافه وزن هستند ولی افراد دچار اختلال پرخوری عصبی بعد از خوردن غذا دست به رفتارهای جبرانی نمی‌زنند به همین سبب معمولاً در محدوده وزن طبیعی هستند. اشخاص دچار پرخوری در مدت زمان کوتاهی حجم زیادی غذا را به شکل غیر قابل کنترلی مصرف می‌کنند و بعدش احساس پشیمانی و گناه دارند. بیشتر اوقات این غذاهای از غذاهای نرم و پرکالری مثل کیک است. این رفتار معمولاً در خفا و دور از چشم بقیه انجام می‌شود.
۱۳. گزینه ۱ صحیح است. برای تشخیص افسردگی عود کننده فرد باید حداقل دومین دوره افسردگی خود را تجربه کرده باشد. در فاصله بین دوره‌ها مدت زمان و میزان رفع علائم مهم است و شخص باید حداقل ۲ ماه بین دوره‌ها علائمی نداشته باشد.
۱۴. گزینه ۲ صحیح است. علائم پرخوری، پرخواهی، فلج سربی و حساسیت به طرد از نشانه‌های افسردگی اتیپیک یا ملال هیستروئید است. در سایر انواع افسردگی این ویژگی‌ها دیده نمی‌شود.

۱۵. **گزینه ۳ صحیح است.** اسکیزوفرنی دیررس به شروع علائم بعد از ۴۵ سالگی گفته می‌شود که در زنها شایع‌تر است و از نظر بالینی قابل افتراق با اسکیزوفرنی غیر دیررس نیست و علامت برجسته آن پارانویاست. این افراد با مصرف دارو وضعیت خوبی پیدا می‌کنند و به طور کلی پیش‌آگهی آن خوب است.
۱۶. **گزینه ۱ صحیح است.** در تفکر جادویی فرد تصور می‌کند قادر است هر فکری را بدون واسطه مادی انجام دهد این افکار در اشخاص دچار اختلال وسواسی جبری زیاد دیده می‌شود در نتیجه افکار پرخاشگرانه این اشخاص برایشان می‌تواند بیمناک باشد. ویژگی برجسته این سبک از تفکر احساس همه توانی است. خارج از اختلال این شیوه تفکر خاص کودکان در مرحله پیش‌عملیاتی پیازه است.
۱۷. **گزینه ۳ صحیح است.** چون غالباً استرس پس از سانحه در پی یک حادثه عموماً سهمگین اتفاق می‌افتد. بررسی آسیب‌های عضوی بالاحص آسیب به سر اهمیت دارد چرا که آسیب به سر می‌تواند سبب بروز یا تشدید علائم شود.
۱۸. **گزینه ۴ صحیح است.** تغییرات و نوسان هوشیاری، شروع به شکل حاد، توهم به شکل عمودی دیدن وسایل اتاق و آب گرفتن اطراف، اختلال در موقعیت سنجی و حافظه و توجه به شکل موقت از علائم دلیریوم است که در سالمندان (افراد بالای ۶۵ سال) شایع‌تر است. انتقال دهنده عصبی دخیل در این اختلال همانند آلزایمر استیل کولین است.
۱۹. **گزینه ۴ صحیح است.** افراد دچار اختلال شخصیت دوری‌گزين بر خلاف افراد دچار اسکیزوئید که میل به برقراری ارتباط ندارند، مایل به ارتباط‌گیری هستند اما از طرد و مورد اقبال واقع نشدن می‌ترسند پس از ارتباط دوری می‌کنند. ویژگی این افراد خجالتی و کمرو بودن است.
۲۰. **گزینه ۱ صحیح است.** بعد از افسردگی اساسی بالاترین احتمال خودکشی مربوط به سومصرف مواد به ویژه الکل است.

منابع

- ۱- روان‌شناسی سلامت، ام. رایین دیماثو، جلد ۲
- ۲- جزوات رتبه‌های برتر کنکور کارشناسی ارشد روان‌شناسی وزارت بهداشت

مطالعات بیشتر برای رسیدن به حداکثر تسلط

۱. **بانک سوالات کنکورهای ۶ سال اخیر کنکور کارشناسی ارشد وزارت بهداشت - گرایش روان‌شناسی:** این کتاب منحصراً به فرد، تنها مجموعه‌ی شامل سوالات دروس گرایش بالینی کنکورهای ۶ سال گذشته کارشناسی ارشد وزارت بهداشت با پاسخ‌های کاملاً تشریحی است که توسط خانم مریم بی طرفان رتبه ۱۴ کنکور وزارت بهداشت با دقت بسیار بالایی تالیف شده است. این مجموعه، سوالات دروس این کنکورها را به شکل سال به سال در بر دارد و در تمام مراحل مطالعاتی به ویژه در روزهای پایانی که قصد زدن تست‌های سال به سال را دارید بیشتر به شما کمک می‌کند.

۲. **مجموعه بانک تست درس به درس - ویژه وزارت بهداشت:** مجموعه‌ای شامل صدها تست طبقه بندی شده از هر درس که از میان هزاران تست از کنکورهای کارشناسی ارشد و دکتری وزارت بهداشت و وزارت علوم ۲۰ سال اخیر، توسط رتبه‌های برتر کنکور کارشناسی ارشد روان‌شناسی و با هدف به حداکثر رساندن تمرین و تسلط داوطلبان ممتاز بر مباحث دروس مختلف، تالیف شده است. بانک تست‌های دروس شخصیت، آمار و روش تحقیق، روان‌شناسی فیزیولوژیک، روان‌شناسی رشد و آسیب‌شناسی روانی می‌تواند به کمک داوطلبانی بیاید که خواهان حداکثر تمرین و تسلط بر مباحث هستند.

۳. **کپسول مهمترین نکات مهم دروس - ویژه وزارت بهداشت:** شامل صدها نکته خیلی مهم از هر درس. مناسب روزهای پایانی (حدود ۳-۱ ماه مانده به کنکور). کپسول‌های برخی از دروس مهم کنکور وزارت بهداشت از زمستان ۹۸ قابل تهیه است.

.. درخواست سریع و آسان هر یک از موارد بالا: ارسال **۱** به سامانه **+۲۱۶۶۴۷۵۶۲۰** ..

در کنکور خوش بدرخشید!؛