

روان‌درمانی پوشی به زبان ساده

تألیف

پاتریشیا هیوز

استاد روانپزشکی و آموزش

دانشگاه سنت جورج لندن

دانیل رایردن

متخصص آموزش روان‌درمانی قانونی

ساوت‌وست لندن

بنیاد بهداشت روانی سنت جرج

ترجمه

عطاله محمدی



<p>سرشناسه: هیوز، پاتریشیا، ۱۹۴۷ م.، Hughes, Patricia عنوان و نام پدیدآور: روان‌درمانی پویشی به زبان ساده/ پاتریشیا هیوز، دانیل رایبردن؛ مترجم: عطاءاله محمدی. مشخصات نشر: تهران: کتاب ارجمند، ۱۳۹۱. مشخصات ظاهری: ۱۶۰ ص. قطع: وزیری شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۲۱۶-۷ وضعیت فهرست‌نویسی: فیبا یادداشت: ع-عنوان اصلی: Dynamic psychotherapy explained, 2nd ed.2006 موضوع: روان‌درمانی روان‌پویایی شناسه افزوده: ریوردان، دانیل، Riordan, Daniel، محمدی، عطاءاله، ۱۳۳۶ -، مترجم. رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۱ ۹۹/۹۷۹/۴۸۹ RC رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹۱۴ شماره کتابشناسی ملی: ۲۹۱۰۸۴۷</p>	<p>تألیف: پاتریشیا هیوز، دانیل رایبردن روان‌درمانی پویشی به زبان ساده ترجمه: عطاءاله محمدی فروست: ۱۸۶ ناشر: کتاب ارجمند صفحه‌آرا: حسین اینانلو طراح جلد: احسان ارجمند چاپ: سامان، صحافی: نوین چاپ اول، بهمن ۱۳۹۱، ۱۶۵۰ نسخه شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۲۱۶-۷ www.arjmandpub.com این اثر، مشمول قانون حمایت مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف (ناشر) نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.</p>
--	--

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خیابان کارگر و ۱۶ آذر تلفن ۸۸۹۷۹۵۴۴، ۸۸۹۷۷۰۰۲
شعبه اصفهان: دروازه شیراز، خیابان چهارباغ بالا، پاساژ هزارجریب تلفن: ۶۲۸۱۵۷۴-۰۳۱۱
شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، انتشارات مجد دانش تلفن: ۸۴۴۱۰۱۶-۰۵۱۱
شعبه بابل: خیابان گنج‌افروز، پاساژ گنج‌افروز تلفن ۲۲۲۷۷۶۴-۰۱۱۱
شعبه رشت: خیابان نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی تلفن ۳۲۳۲۸۷۶-۰۱۳۱
شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست تلفن: ۰۹۱۱۸۰۲۰۰۹۰

بها: ۶۵۰۰ تومان

پیشگفتار

این کتاب برای نوآموزان روانپزشکی از جمله کارآموزان فارغ‌التحصیل در روانپزشکی، روان پرستاران و طب عمومی و دانشجویان پزشکی و پرستاری نوشته شده است. ما تلاش کرده‌ایم نکات اساسی نظریه و کاربرد روان درمانی پویایی را به وجهی روشن و ساده ارائه دهیم. از آنجا که این کتاب برای دانشجویانی که عمدتاً دارای علایق و آموزش زیست‌شناختی هستند تدارک دیده شده، این نظریه در بافتی از یک الگوی عملکرد روانی قرار داده شده است که رویکردهای زیستی و روانشناختی را با هم تلفیق نموده است.

با آگاهی از اینکه ذهن کارآموزان روانپزشکی برگزشتن از سد عضویت در کالج سلطنتی روانپزشکان متمرکز است، ما اطمینان یافته‌ایم که این کتاب برنامه درسی جاری در روان درمانی را دربر می‌گیرد. فصل اول نکات اساسی نوروبیولوژی هیجان و ماهیت بازنمایی‌های روانی به همراه اشاره خاص به تاثیر متقابل ژنها و محیط در رشد مغز و تاثیر بعدی آنها در فرایندهای روانی را مطرح می‌کند. فصل ۲ توضیح می‌دهد که روانپزشکی در ارتباط با الگوهای از ذهن و مغز که شالوده نظریه و عمل در روانپزشکی عمومی را تشکیل می‌دهد، در کجا قرار دارد. فصل ۳ جایگاه روان‌درمانی پویایی در ارتباط با دیگر روان‌درمانی‌ها که بیشتر بکار برده می‌شوند را شرح می‌دهد. فصل ۴ به نکات اساسی نظریه می‌پردازد. فصل ۵ نکات اساسی روش روان‌درمانی پویایی را مورد بحث قرار می‌دهد، از جمله اطلاعات بیشتری در مورد آموزش روان‌درمانی پویایی می‌دهد. در پیوست‌ها اطلاعات کتاب‌شناسی مختصری درباره نویسندگان و درمانگران سرشناس و برخی شیوه‌های MCQs به دست می‌دهد.

هم دانشجویان و هم کارآموزان فارغ‌التحصیل، مطالب بسیار زیادی برای خواندن و آموختن دارند و این کتاب به عنوان درسنامه‌ای که می‌تواند به سرعت خوانده و به آسانی یاد گرفته شود، نوشته شده است. این موضوع باعث شده است بطور اجتناب‌ناپذیری مفاهیم پیچیده تا اندازه‌ای بسیار ساده‌سازی شوند. کتابهای بسیار عالی وجود دارند که شرح مفصلی درباره نظریه و عمل بدست می‌دهند و دانشجویان علاقمند و متخصصینی که مایلند می‌توانند آنها را مطالعه کنند. در پایان هر فصل کتاب‌هایی برای مطالعه بیشتر پیشنهاد شده است.

بیشتر افرادی که این کتاب را مطالعه خواهند کرد درمانگرانی هستند که در خدمات ملی بهداشت بکار مشغولند و ما از «بیمار» برای اشاره به افرادی که تحت درمان قرار می‌گیرند و متداول است استفاده کرده‌ایم، هرچند بسیاری از افرادی که به دنبال روان‌درمانی هستند، به ویژه در خارج از خدمات ملی بهداشت، بیشتر دارای مشکلات هیجانی و بین فردی هستند تا بیماری‌های روانی رسمی، درمانگران و بیماران ممکن است زن یا مرد باشند و به منظور اجتناب از استفاده‌ی نابجا از she یا he، ما برای درمانگر از "she" و برای افراد دیگر از "he" استفاده کرده‌ایم.

پاتریشیا هیوز

دانیل رابردن

آوریل ۲۰۰۶

درباره نویسندگان

پاتریشیا هیوز FRCPsych, MD، استاد روانپزشکی و آموزش در دانشگاه سنت جرج لندن و روانپزشک روان‌درمانگر در ساوت‌وست لندن و در بنیاد بهداشت روانی سنت جرج لندن است. او عضو وابسته انجمن روانکاوی انگلیس و یک تحلیل‌گر گروهی است.

دانیل رایردان MRCPsych, MA, MB BS, BSc متخصص آموزش روان‌درمانی قانونی در ساوت‌وست لندن و بنیاد بهداشت روانی سنت جرج لندن است.

مقدمه

درمان اختلالات روانی به اندازه تاریخ مکتوب پزشکی و احتمالاً دورتر از آن قدمت دارد. انواع متفاوت مداخله‌ها در طول قرن‌ها به ثبت رسیده‌اند، اما همانند درمان‌های بیماری‌های جسمی به دلیل شناخت ناکافی در ساختار و سازمان‌مندی بدن و ذهن، ناکارآمد بوده‌اند. بسیاری از مداخله‌های اولیه هم بر مبنای عقاید جادویی دست‌کاری ذهن و هم مهار جسمی که برخی اوقات با بی‌رحمی انجام می‌شد، قرار داشت که بطور مستند به عنوان نمونه در تاریخ بیمارستان بت‌هلم لندن به ثبت رسیده‌اند.

در ۵۰ سال گذشته گام‌های بلندی در گسترش درمان‌های دارویی و پیشرفت‌هایی در ابزارهای تشخیصی برداشته شده و ابزار موثری در بهبود نشانه‌های روانی با روش‌های شیمیایی در اختیار ما قرار گرفته است. در نتیجه افراد مبتلا به بیماری‌های روانی بسیار شدید، حالا می‌توانند امید بهبودی نسبی و گاه بهبود داشته باشند، که ۵۰ سال پیش امکان‌پذیر نبوده است. درمان‌های دارویی، علیرغم ارزشمند بودنشان در مورد برخی بیماران، هنوز نتوانسته‌اند در کمک به همه افراد مبتلا به بیماری‌های روانی به اثبات برسند. برای درمان‌های روان‌شناختی هم به عنوان یک جایگزین دارودرمانی و هم در ترکیب با دارودرمانی جایگاه پراهمیتی وجود دارد.

عقاید سیگموند فروید^۱ در اوایل قرن بیستم تأثیر نیرومندی در شکل‌گیری مداخله‌های روان‌شناختی براساس الگویی یکپارچه از ذهن بر جای گذاشت. این حقیقت که فروید روانکاو، هم یک پزشک بود و هم متخصص در علوم اعصاب به او این امکان را می‌داد نظریه‌هایی را ارائه نماید که با آنچه بعدها درباره کارکردهای مغز معلوم شد، مطابقت داشته باشند. چنین ارتباطی با دانش زیست‌شناسی اهمیت زیادی را برای جایگاه روان‌درمانی پویشی در حرفه پزشکی بجا گذاشت.

روش بالینی از دوره فروید به بعد تغییر کرده است. روانکاو تاکنون تنها در دسترس تعداد کمی از مردم می‌توانست باشد، و روش اصلی آن تغییر کرده است تا درمان‌های کوتاه‌تر و فشرده‌تری را به افراد بسیاری که به دنبال روان‌درمانی هستند ارائه نماید. علاقه به مشکلات خاصی باعث مطالعه در مورد مداخله‌های خاصی به عنوان مثال در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، شده است. تأکید اخیر بر روش مبتنی بر شواهد^۲ در درمان، انگیزه بیشتری را برای ارزیابی روش‌های موجود و تعیین روش‌های اثربخش ایجاد کرده است.

1- Sigmund Freud

2- evidence-based

فهرست

۱۱	فصل ۱. الگویی رشدی از ذهن.....
۱۱	■ مغز و ذهن
۱۳	■ ارتباط ذهن و مغز
۱۴	■ ذاتی یا اکتسابی: مجادله سرشت و تربیت
۱۶	■ نورویبولوژی هیجان
۲۰	■ تأثیر تجربه بر مغز در حال رشد
۲۱	■ تأثیر محرومیت و استرس شدید بر مغز در حال رشد
۲۴	■ تأثیر تجربه بر روی مغز رشد یافته
۲۵	■ ماهیت بازنمایی‌های روانی
۲۷	■ بازنمایی‌های ذهنی و ارتباط با دنیا
۲۹	فصل ۲. روان پویایی در روانپزشکی عمومی
۲۹	■ مقدمه
۲۹	■ معنی و بیماری در حالت‌های روانی
۳۱	■ علل و طبقه‌بندی اختلالات روانی
۳۵	■ درمان مشکلات روانی: خلاصه
۳۷	فصل ۳. روان درمانی چیست؟
۳۸	■ تعریف روان‌درمانی
۳۸	■ ویژگی‌های تمام روان‌درمان‌ها
۳۸	■ طبقه‌بندی روان‌درمانی‌ها
۳۹	■ حل مسئله آری یا نه؟
۳۹	■ روان‌درمانی رفتاری
۴۰	■ روان‌درمانی شناختی
۴۱	■ روان‌درمانی پویایی (روان‌درمانی تحلیلی نیز گفته می‌شود)
۴۲	■ روان‌درمانی میان‌فردی (IPT)
۴۲	■ درمان شناختی تحلیلی (CAT)
۴۳	■ مشاوره
۴۴	■ درمان سیستماتیک (خانواده‌درمانی)
۴۴	■ چه تفاوتی بین روانی‌درمانی شناختی و روان‌پویایی وجود دارد؟
۴۵	■ چه تفاوتی بین مشاوره و روان‌درمانی پویایی وجود دارد؟
۴۹	فصل ۴. نظریه روان‌درمانی پویایی
۴۹	■ مقدمه

- تاثیر زیگموند فروید (۱۸۵۶-۱۹۳۹) ۴۹
- نظریه مکان‌نگاری فروید و ذهن ناهشیار ۵۱
- مفهوم تعارض ۵۲
- نظریه ساختاری فروید: جایگاه غریزه‌های فطری ۵۳
- اریک برن و تحلیل رفتار متقابل (تغییری در نظریه ساختاری) ۵۴
- نظریه رشدی فروید: تعیین‌کننده‌های دوران کودکی شخصیت و رفتار ۵۶
- عقده ادیپ ۵۷
- جایگاه فعلی نظریه فروید ۵۹
- تأثیر ملانی کلاین ۶۰
- نظریه دلبستگی و رفتار دلبستگی ۶۱
- مکانیزم‌های دفاع روانی ۶۷
- رابطه درمانی: اتحاد کاری، انتقال و انتقال متقابل ۷۳
- اصطلاحات دیگری که در روان‌درمانی پویایی به کار می‌رود ۷۷
- صورت‌بندی پویایی در تشخیص روانپزشکی ۸۰

فصل ۵. درمان: شیوه اجرای روان‌درمانی پویایی ۹۰

- کدام بیماران و کدام مشکلات با روان‌درمانی پویایی درمان خواهد شد؟ ۹۰
- مشخص کنید چه کسی بیشتر بهره می‌برد ۹۱
- بیمارانی که کمتر بهره می‌برند ۹۳
- نوشتن صورت‌بندی پویایی ۹۴
- مسائل اخلاقی و قانونی روان‌درمانی ۹۸
- آرایه روان‌درمانی پویایی ۱۰۰
- شروع درمان: بحث درباره قرارداد درمانی ۱۰۱
- اهداف روان‌درمانی پویایی ۱۰۲
- فرایند و قواعد درمان ۱۰۳
- درمانگر چه کاری انجام می‌دهد؟ ۱۰۵
- درمان چه مدت طول می‌کشد؟ ۱۱۰
- پایان درمان ۱۱۲
- روان‌درمانی فردی یا گروهی؟ ۱۱۴
- روان‌درمانی گروهی ۱۱۵
- امکانات روان‌درمانی تخصصی ۱۱۸
- موسسات و پویایی آنها ۱۲۲
- آموزش روان‌درمانی پویایی ۱۲۵
- جایگاه نظارت ۱۲۹
- شواهد مربوط به اثربخشی روان‌درمانی پویایی ۱۳۰
- ایجاد خدمات منطقه‌ای ۱۳۳

۱۳۷	.....	فصل ۶. نتیجه گیری
۱۳۸	.....	ضمیمه ۱. دستیابی به درمانگر
۱۴۰	.....	ضمیمه ۲. مشاهیر روان درمانی
۱۴۷	.....	ضمیمه ۳. دانش خود را بیازمایید
۱۴۷	.....	■ پرسش‌ها
۱۵۱	.....	■ پاسخ‌ها
۱۵۵	.....	واژه‌نامه

الگویی رشدی از ذهن

مغز و ذهن • ارتباط ذهن - مغز • ذاتی یا اکتسابی: مجادله سرشت - تربیت • نورویبولوژی هیجان • تأثیر تجربه بر روی مغز در حال رشد • تأثیر محرومیت شدید و استرس بر مغز در حال رشد • تأثیر تجربه بر مغز رشد یافته • ماهیت بازنمایی های ذهنی • بازنمایی های ذهنی و ارتباط با دنیا

■ مغز و ذهن

نکات اساسی

- مغز بازنمایی هایی از تجربه را شامل می شود که به یک انسان فردیت می بخشد.
- «ذهن» واژه ای است که برای نامیدن «کارکردهای عالی مغز» یعنی اندیشه و احساس بکار رفته است.
- نوزاد انسان از لحظه تولد تجربه را براساس شباهت ها و تفاوت ها سازمان دهی می کند. تجربه به صورت بازنمایی های روانی رمزگردانی شده عصبی از خود و دیگران همراه با عاطفه مرتبط با آن در مغز ذخیره می شود.
- بازنمایی های روانی تداعی های چندجانبه ای با دیگر افکار و خاطره ها دارد. بیشتر این تداعی ها بوسیله قواعد اجتماعی و فرهنگی تعیین شده اند تا بوسیله قواعد کالبدشناختی. این تداعی ها به افکار، احساس ها و رفتار فرد معنی می بخشند.
- این سطح از سازماندهی، سازمان روانشناختی را بنا می نهد.

مغز یک اندام خاص است

مغز تنها اندام از اندام های ماست که به احتمال زیاد نمی توان آنرا به فرد دیگری اهدا کرد. مغز یک اندام خاص است به خاطر این ویژگی که از تولد تا کودکی و تا زندگی بزرگسالی تغییر می کند. تمام تجربه های

یک فرد، تمام روابط متقابل بدن او با محیط، در مغزش ثبت می‌شوند. و این تجربه‌ها و افکار، خاطره‌ها و رویاها آنها را به افرادی تبدیل می‌کنند که هستند.

کارکردهای مغز

کارکردهای مغز عبارتند از:

- ادراک حسی
- کنترل حرکت و جنبش
- کنترل خودکار^۱
- کارکردهای به اصطلاح «عالی» تفکر و احساس

منظور از ذهن چیست؟

واژه «ذهن»^۲ برای تعیین کارکردهای عالی مغز بکار رفته است. مغز یا ذهن انسان با ذهن کامپیوتر تفاوت دارد زیرا ذهن انسان در پیوند با جسمی است که از آن طریق یک فرد دنیا را تجربه می‌کند. عملکرد پخته در مغز یک انسان بزرگسال مستلزم آن است که این مغز بازنمایی‌های تجربه را ایجاد کرده باشد. این بازنمایی‌ها شامل دامنه گسترده‌ای از تجربه‌های حسی و میان‌فردی می‌باشند که از نوزادی به بعد شکل می‌گیرند.

رشد مغز

مطالعات رشدی نشان می‌دهند همچنان که کودک تجربیاتی کسب می‌کند او آنها را براساس شباهت‌ها و تفاوت‌هایشان طبقه‌بندی می‌کند. این طبقه‌بندی‌ها براساس گستره‌ای از متغیرها، شامل خصوصیات ظاهری، افکار تداعی شده، محتوای هیجانی و ترکیب بی‌شماری از آنها با هم انجام می‌شوند. بازنمایی هر تجربه خاص در مغز همه جانبه است - در مغز پیوندهای سیناپسی بسیار زیادی وجود دارند و یک تجربه به یک منطقه خاص محدود نمی‌شود. چنین بازنمایی‌ها به افکار و رفتارهای فرد معنا می‌بخشند. معنادگی سطحی نوین از سازمان‌دهی مغز است، سطحی از سازمان‌دهی براساس معنی و تداعی. بنابراین سازمان‌دهی کالبدی، سازمان‌دهی فیزیولوژیکی و سازمان‌دهی روانی وجود دارند. در سازمان‌دهی کالبدی و فیزیولوژیکی فرد با دیگر انواع [جانوران] شباهت دارد، اما از نظر سازمان‌دهی روانی با انسان‌های دیگر وجه مشترک فراوانی دارد و هم جنبه فردی دارد.

سازمان‌دهی روانی

بازنمایی‌های روانی پیوندهای تداعی چندجانبه‌ای با دیگر تداعی‌ها دارند. چنانچه تجربه‌ای انباشته شد انواع متفاوتی از تداعی‌ها که تعیین می‌کنند چگونه سازمان‌دهی شوند بطور تصاعدی افزایش می‌یابند.

1- autonomic

2- mind

بسیاری از تداعی‌ها توسط قواعد اجتماعی و فرهنگی تعیین می‌شوند نه اساساً توسط قواعد زیستی. بنابراین تعداد بسیار زیادی از محتویات روانی برحسب معنی آن برای فرد سازمان‌دهی می‌شوند. چگونگی دست‌یافتن به این معنی در روان‌درمانی چنین است با درک یا تلاش برای درک قواعدی که فرد برای بازنمایی خود یا دنیای خود بکار می‌برد. ما چنین می‌پنداریم که فرایند روانی و بازنمایی‌های روانی دارای شالوده‌زیستی هستند. یعنی به عنوان مثال این افکار بدون فعال و انفعالات در سطح سیناپسی روی نمی‌دهند. اینکه افکار همان فعل و انفعالات سیناپسی هستند یا نه موضوع مجادله‌های فلسفی می‌باشد.

■ ارتباط ذهن و مغز

نکات اساسی

- تغییر در ساختار فیزیکی و شیمیایی مغز موجب تغییر روانی می‌شود.
- تغییر در فعالیت روانی همچون یادگیری، موجب تغییر در ساختار مغز می‌شود.
- بیشتر سازمان‌های روانشناختی پیچیده‌اند و با مناطق مجزای کالبدی مطابقت ندارد.
- ارزیابی بازنمایی روانی روش بسیار مفیدی برای دستیابی به الگوی کاری روانشناختی فرد در مورد دنیای او می‌باشد تا دستیابی به سازمان کالبدی یا فیزیولوژیک او.

مغز اندام ذهن است و رویدادهای روانی باید با فعل و انفعالات نورویولوژیکی در مغز مطابقت داشته باشند. ما چنین می‌پنداریم که فعالیت‌های روانی (به عنوان نمونه افکار و احساسات، حافظه، باورها و امیال) با فعالیت‌های مغز که می‌تواند شیمیایی، الکتریکی و ساختاری باشند، همراه هستند. چنین چیزی لزوماً به این معنی نیست که یکی موجب دیگری می‌شود، هرچند می‌دانیم که فعالیت‌های مغز و ذهن با هم مرتبط هستند. این موضوع وقتی مقاله یا گزارشی علمی، به ویژه در نشریات عامه‌پسند، نشریاتی که دارای برداشت‌های نادرست کلی از تفاوت بین همبستگی و علت هستند، را با دیدی انتقادی مورد ارزیابی قرار می‌دهیم، از اهمیت بسزایی برخوردار است.

تغییر در ساختار فیزیکی و شیمیایی مغز موجب تغییر روانی شده و تجربه‌های روانی موجب تغییر کالبدی و فیزیولوژیکی می‌شوند. به عنوان مثال استفاده از مواد نشان داده است که مواد شیمیایی می‌توانند موجب تغییر حالت روانی شوند و بیماری‌هایی همچون تومورهای مغزی که ساختار مغز را تحت تاثیر قرار می‌دهند می‌توانند موجب تغییر در کارکردهای مغزی شوند. تحقیق بر روی افراد رشدنیافته (نوزاد) و نخستین‌های غیرانسان نشان داده است که تغییرات محیطی موجب تفاوت‌هایی، هم در ساختار کالبدی و هم کارکرد شیمیایی مغز می‌شوند (کرامر^۱، ۱۹۹۲، تیچر^۲ و همکاران، ۲۰۰۲). آزمایش‌های انجام شده بر روی حیوانات بالغ نشان داده است که یادگیری جدید موجب تغییراتی در

1- Kraamer

2- Teicher

ساختار مغز می‌شود (کاندل^۱ و همکاران، ۱۹۹۵؛ هنش^۲، ۲۰۰۴). جدیدترین تحقیقات با استفاده از تصویربرداری عصبی نشان داده‌اند که برخی از فعالیت‌های مغزی همخوان با فعالیت روانی قابل مشاهده در بازنمایی‌های مغزی هستند.

ساختار کالبدی مغز می‌تواند هم از طریق کالبدشکافی میکروسکوپی منفرد هم با استفاده از روش‌های پرتونگاری که تصاویری از مغز زنده و فعال بدست می‌دهند، مورد شناسایی قرار گیرد. می‌توان بطور مستقیم برخی از فعالیت‌های مغز (به عنوان نمونه، ادراک دیداری) را به مناطق کالبدی مغز ارتباط داد. با انجام آزمایش‌هایی بر روی مایعات و بافت‌های مغز و سیستم عصبی می‌توان به فرایندهای فیزیولوژیک که در درون مغز انجام می‌شوند پی برد، به عنوان مثال ما پی می‌بریم که وقتی از نظر هیجانی برانگیخته می‌شویم تغییراتی در سطح آمین‌های زیستی^۳ در سیستم عصبی مرکزی پیش خواهد آمد.

مناطق خاصی از مغز وجود دارند که انسجام آنها برای جنبه‌های معینی از کارکردهای روانشناختی حیاتی است. به عنوان نمونه چنانچه فردی به یک صدمه شدید در قشر جلو پیشانی^۴ مبتلا باشد، توانایی تنظیم برانگیختگی هیجانی را از دست خواهد داد و چنین فردی از خود طغیان هیجانی و رفتارهای بازداری نشده نشان خواهد داد.

با این حال شناخت کالبدشناسی و فیزیولوژیک نمی‌تواند کاملاً تبیین‌کننده رفتارهای پیچیده‌ای همچون توانایی دوست شدن، کار کردن ثمربخش و احساس اعتمادبنفس باشد. برای درک چنین رفتارهایی لازم است بازنمایی‌های روانشناختی از خود و دنیایی که به رفتارمان نظم می‌بخشد را مورد مطالعه قرار دهیم. چنین بازنمایی‌های روانی نتیجه نهایی تاثیر متقابل میراث ژنتیکی، تجربه‌های اجتماعی یا محیطی و موقعیت فعلی زندگی فرد می‌باشند.

■ ذاتی یا اکتسابی: مجادله سرشت و تربیت

نکات اساسی

- بروز ژن تا اندازه‌ای به عوامل محیطی بستگی دارد.
- ممکن است رویدادهای محیطی اوایل زندگی آثار درازمدتی بر موجود رشدنیافته بگذارد.
- رفتار، افکار و احساس‌ها در نتیجه تاثیر متقابل ظرفیت ژنتیکی افراد و محیط پدید می‌آیند.
- دانش ما درباره توارث‌پذیری ژنتیکی بیشتر اختلالات روانی محدود است، در نتیجه عقاید ما درباره ارثی بود بیشتر مبتنی بر گمانه‌زنی است.
- تعداد بسیار کمی از بیماری‌ها کاملاً ژنتیکی هستند. بیشتر آنها، هم دارای مولفه محیطی و هم

1- Kandell

2- Hensch

3- Biogenic amines

4- Prefrontal cortex

- مولفه ژنتیکی هستند. در مورد برخی بیماری‌ها از تاثیر نسبی ژنها و محیط چیزی نمی‌دانیم.
- حتی اختلالاتی که در اصل ناشی از تاثیر محیط هستند باید دارای مولفه‌ای زیستی (هر چند نه لزوماً ژنتیکی) باشند.
- تغییراتی که در اثر مداخله اجتماعی یا روان‌درمان بخش پدید می‌آیند در نهایت باید در سطح سیناپس موجود تاثیر بگذارد.

ژنها که رشد ساختارهای زیستی و روانی را برنامه‌ریزی می‌کنند تاثیرشان را قبل از تولد آغاز می‌کنند. فعال‌سازی تاثیر بالقوه یک ژن را «بروز ژن» می‌نامند. برخی ژنها بدون توجه به محیطی که فرد در آن زندگی می‌کند بطور حتم بروز می‌یابند. بروز ژن‌های دیگر کم‌وبیش تا اندازه‌ای به آنچه برای موجود (فرد) اتفاق می‌افتد بستگی دارد، به ویژه وقتی این موجود بالغ باشد. این اصل که رویدادهای دوران اولیه رشد دارای تاثیر درازمدتی هستند یکی از اصول بنیادی مشترک در تمام رشته‌های علمی است که موجود زنده را مورد مطالعه قرار می‌دهند. محیط تاثیر خود را از درون زهدان آغاز می‌کند و اهمیت آن پس از تولد ادامه می‌یابد.

ما DNA خود را از والدین بیولوژیک [تنی] خود به ارث می‌بریم. رفتار، افکار و احساس‌ها ارثی نیستند. آنها پی‌آمدهای تاثیر متقابل محیط و ژن‌های به ارث برده ما هستند. روش دیگر بروز ژن عبارت است از اینکه رفتار، افکار و احساس‌ها در نتیجه تاثیر عوامل محیطی بر روی مدار عصبی در حال شکل‌گیری پدید می‌آیند.

مطالعات انجام شده بر روی دوقلوهای یک تخمکی که جدا از هم پرورش یافته‌اند و شباهت‌هایی در نگرش و شخصیت از خود نشان می‌دهند، حاکی از آن است که رفتار انسان دارای مولفه ارثی قابل ملاحظه‌ای است. شواهد بیشتری در امکان‌گزینش و پرورش ویژگی‌های رفتاری در آزمایشگاه و حیوانات خانگی مشاهده شده است. با این حال حتی دوقلوهای یک تخمکی نیز که با هم پرورش یافته‌اند، شرایط محیطی همسانی را تجربه نمی‌کنند و علیرغم شباهت‌هایشان، تفاوت‌های ملموسی را در شخصیت نشان می‌دهند.

تعداد بسیار کمی از اختلال‌ها - مثلاً مانند بیماری اضمحلالی مغزی^۱ و کره هانتینگتون - کاملاً منشأ ژنتیکی دارند. چنانچه یکی از دوقلوهای یک تخمکی این بیماری را داشته باشد، حتماً دیگری را هم دچار خواهد کرد. دیگر بیماری‌های روانی تنها تا حدودی منشأ ژنتیکی دارند. اسکیزوفرنی در عوامل چندگانه سبب شناختی‌اش دارای مولفه ژنتیکی است. چنانچه یکی از دوقلوهای یک تخمکی مبتلا به اسکیزوفرنی شود، قلوبی دیگر ۵۰ درصد یا بیشتر خطر ابتلا به بیماری را در مقایسه با ۱۰ درصد خطر برای دوقلوهای دوتخمکی، دارد. بنابراین اسکیزوفرنی نمونه‌ای از بیماری است که در آن هم عوامل ژنتیک و هم عوامل محیطی تا حدودی نقش دارند.

سالها در روانپزشکی این مجادله حاکم بود که آیا بیماری روانی بر اثر عوامل زیستی پدید می‌آید یا

1- degenerative brain disease

روانی - اجتماعی. برای مفهوم‌سازی علل بیماری روانی چنین روشی سودمند نیست. یک پرسش بسیار مفید این است «چگونه فرایندهای زیستی در مغز موجب رویدادهای روانی می‌شوند و چگونه عوامل اجتماعی ساختار زیستی مغز را تغییر می‌دهند؟» یک رویکرد متعادل بالینی این موارد را مورد توجه قرار می‌دهد، تا چه اندازه یک بیماری روانی توسط عوامل ژنتیکی و تا چه اندازه توسط عوامل رشدی و محیطی و تا چه اندازه توسط عوامل اجتماعی تعیین می‌شود.

حتی بیماری‌هایی که به شدت تحت تاثیر عوامل اجتماعی و رشد هستند باید دارای یک جنبه زیستی باشند، چون فعالیت مغز تغییر خواهد کرد. در خصوص نحوه‌ای که یک مداخله روانی اجتماعی تاثیر می‌گذارد چه روان درمانی باشد چه تغییرات اجتماعی در محیط در نهایت باید تاثیر خود را بر فرد با تغییر در ارتباط‌های بین سلول‌های عصبی بگذارد. فقدان تغییر ساختاری قابل اثبات به این معنی نیست که تغییری روی نداده است. احتمال دارد که با افزایش پیشرفت تکنولوژی سنجش و ارزیابی تغییر زیستی در سطح سیناپسی در آینده ممکن شود.

■ نوروبیولوژی هیجان

نکات اساسی

- ادراک‌های بیرونی تحت تأثیر خصوصیات حسی قرار می‌گیرند.
- آگاهی از حالت درونی می‌تواند یک ادراک درونی به حساب آید.
- برانگیختگی یک پاسخ فیزیولوژیک به ادراکی است که بدن را آماده عمل می‌کند.
- تفکر یک فعالیت پیچیده است که مناطق بسیاری از مغز را دربر می‌گیرد، هرچند عمدتاً مناطق ارتباطی قشر مغز را شامل می‌شود.
- هیجان با برانگیختگی متفاوت است بدین معنی که هیجان یک حالت معنی‌دار روانی است و این معنی بوسیله افکار و خاطره‌های تداعی شده ایجاد می‌شوند.
- موادی که بر روی ذهن تأثیر می‌گذارند، تأثیر خود را از طریق تأثیر بر مدارهای نورونی که برانگیختگی هیجانی را تغییر می‌دهند اعمال می‌کنند.

جین پس از اتمام کار به سوی ماشینش می‌رود، می‌بیند پنجره ماشینش شکسته است و در می‌یابد به ماشینش دستبرد زده‌اند. احساس اضطراب و خشم می‌کند، و بیادش می‌آید که اخیراً به ماشین‌های زیادی دستبرد زده‌اند. تصمیم می‌گیرد کار عاقلانه این است که ببیند چه چیزی از ماشینش دزدیده شد تا موضوع را به پلیس گزارش کند.

ادراک (سیستم حسی) جین این است که پنجره ماشینش شکسته است. این ادراک، افکاری را به همراه خاطرات و احساس‌های تداعی شده (کارکردهای عالی قشر مغز) به کار می‌اندازد. این تداعی‌ها به نوبه خود موجب پاسخ‌های تنی^۱ (سیستم خودمختار) می‌شوند. براساس اطلاعاتی که حالا به مغز رسیده‌اند، جین بر آن می‌شود که به این ادراک پاسخ دهد (عملکرد عالی) که شامل اقدامی عملی (فعالیت حرکتی) است. بنابراین عملکردهای حسی، خودمختار، حرکتی و "عالی" مغز به نحوه پیچیده‌ای با هم مرتبط می‌شوند.

ماهیت ادراک

ادراک‌های بیرونی تحت تاثیر خصوصیات حسی: دیداری، شنیداری، حس‌های تنی، چشایی و بویایی، قرار می‌گیرند. هر کدام از این حس‌ها خصوصیات متفاوت را با هم ترکیب می‌کنند. به عنوان نمونه حس تنی با احساس‌های بساوشی، درد، حرارت، ارتعاش و حس مشترک و حس عضلانی در آمیخته است. ویژگی‌های به اصطلاح دنیای مادی توسط ویژگی‌های ادراکی مغز انسان تعیین می‌شوند. چنانچه هیچ یک از ما قادر به دیدن نباشیم، آنگاه، اشیاء دنیای بیرونی را به کلی به نحوی متفاوت از ادراک موجودمان وقتی قادر به دیدن هستیم، ادراک خواهیم کرد. و چنانچه موجودی از سیاره دیگری با خصوصیت جدیدی از توانایی حسی به زمین پا می‌گذاشت، ویژگی‌های جدیدی از دنیای بیرونی پدید می‌آمد. بطور حیرت‌انگیزی این موضوع در مورد جسم ما هم مصداق دارد. ما تنها می‌توانیم جسم خود را از طریق دستگاه‌های حسی که در اختیار داریم بشناسیم.

آگاهی هر شخص از حالت هیجانی و احساس خود می‌تواند به عنوان یک ادراک درونی تلقی گردد. درست همانطور که ما دارای قشر دیداری، قشر شنیداری و از این قبیل برای ابعاد حسی بیرونی هستیم، همچنین دارای قشر عاطفی هستیم که امکان بازشناسی آگاهانه از حالت‌های احساسی را فراهم می‌کند.

برانگیختگی

پاسخ‌های فیزیولوژیک نسبت به ادراک‌های بخشی از سیستم خودمختار جسم ماست که در کل خارج از کنترل آگاهانه هستند و جسم را برای عمل آماده می‌کنند. به این پاسخ‌ها حالت‌های برانگیختگی گفته می‌شود. به عنوان مثال برانگیختگی وقتی اتفاق می‌افتد که ما شادیم، وقتی می‌خندیم یا گریه می‌کنیم و وقتی در حال تعجبیم، ترسیدیم یا خشمگین هستیم. مولفه‌های برانگیختگی تغییراتی هستند در فعالیت حرکتی شامل تغییر در ضربان قلب و گردش خون پیرامونی و همبسته‌های الکتروفیزیولوژیک از جمله عرق کردن و تغییرات هدایت پوستی. الگوی برانگیختگی که با هر هیجانی همراه شود متفاوت است هرچند همپوشی زیادی بین به عنوان نمونه، هیجان لذت‌بخش و ترس وجود دارد.

برخلاف هیجان، برانگیختگی معنی خاصی را برای فرد در بر ندارد. وقتی نشانه‌های برانگیختگی جسمی را بدون اینکه علت آنرا دریابیم احساس می‌کنیم احساس ترس به ما دست می‌دهد و چنین

1- somatic

می‌پنداریم که چیزی در بدن ما اشکال پیدا کرده است. می‌توانیم حالت‌هایی از برانگیختگی بی‌معنی را با تحریک بخش‌هایی از مغز ایجاد کنیم. بنابراین یک فرد پس از تحریک بخش میانی آمیگدال می‌تواند خشم و تمام پاسخ‌های بدنی مرتبط با آن را تجربه کند اما این خشم برای آزمودنی بی‌معنی خواهد بود.

تفکر

شناخت یا تفکر در یک منطقه از مغز صورت نمی‌پذیرد، اما مناطق معینی بیشتر از مناطق دیگر با تفکر در ارتباطند. مناطق ارتباطی مغز با تلفیقی از اطلاعات تنی، با دیگر خصوصیات حسی رفتار هیجانی، حافظه، زبان و برنامه‌ریزی حرکتی مرتبط می‌باشند.
در قشر مغز سه منطقه ارتباطی اصلی وجود دارد:

- جلو پیشانی^۱
- آهیانه‌ای^۲ - گیجگاهی^۳ - پس سری^۴
- کناره‌ای (لیمبیک)^۵

هر منطقه ارتباطی برای عملکردی اختصاص یافته است، هرچند هر سه آنها در بیش از یک عملکرد شناختی دخیل هستند.

قشر ارتباطی جلو پیشانی

منطقه جلو پیشانی منطقه بزرگی است که در انتهای جلو قشر پیشانی قرار دارد. این منطقه برای بررسی دقیق پی‌آمدهای فعالیت‌های آینده و برنامه‌ریزی براساس آن از اهمیت برخوردار است.

قشر ارتباطی آهیانه‌ای - گیجگاهی - پس سری

این منطقه برای پردازش اطلاعات حسی، برای ادراک و زبان و همچنین یادگیری تکالیف فضایی و دانش مربوط به بدن در فضا (مانند تصویر بدن) اهمیت دارد.

قشر ارتباطی کناره‌ای (لیمبیک)

این منطقه قشر پیشین حدقه‌ای^۶ (که در واقع بخشی از قشر پیش‌پیشانی است)، منطقه کمربندی^۷ و منطقه پاراهیپوکامپال^۸ را دربر می‌گیرد. قشر ارتباطی کناره‌ای این امکان را فراهم می‌کند که هیجان‌ها برنامه‌ریزی حرکتی را تحت تاثیر قرار دهند.

1- prefrontal

4- occipital

7- cingulate region

2- parietal

5- limbic

8- parahippocampal

3- temporal

6- orbitofrontal cortex

هرچند یکپارچگی مناطق ارتباطی برای عملکرد ثمربخش فرد حیاتی است تفکر نمی تواند صرفاً محدود به این مناطق باشد. تفکر یک فرایند بسیار پیچیده است که هزاران ارتباط نورونی با مناطق متفاوت در مغز دارد و دیگر مناطق مغز تا حدودی می توانند صدمه به مناطق دیگر را جبران کنند. وقتی بخشی از مغز بطور آزمایشی برداشته شود، رفتار حیوان پس از این کار می تواند به همان اندازه بازتاب توانایی انطباق یافته باقیمانده مغز از عملکرد آن بخش از مغز باشد که برداشته شده بود.

هیجان‌ها (عواطف هم گفته می‌شود)

هیجان عبارت است از ادراک حالت درونی که شامل ادراک از:

- سطح و کیفیت برانگیختگی
- مقدار خوشی و / یا ناخوشی (ناراحتی)
- افکار مرتبط با آن است.

هیجان‌ها همواره با افکار و افکار همواره با هیجان‌ها همراهند. برخی مواقع نه افکار و نه تغییرات تنی که با هیجانی همراه هستند، کاملاً به آگاهی هشیارانه نمی‌رسند.

به جز در موقعیت‌های آزمایشگاهی، جایی که ممکن است مغز بطور مستقیم تحریک شود، هیجان‌ها و حالت‌های برانگیختگی توسط ادراک‌های خارجی، خاطرات و افکار تحریک می‌شوند. در بیماری‌های مغزی خاصی فرد ممکن است از حالت‌های به ظاهر بی‌دلیل برانگیختگی رنج ببرد که توسط اختلال مغزی بکار می‌افتند.

پاسخ‌های خودمختار، غدد درون‌ریز و حرکات استخوانی که با برانگیختگی و در نتیجه با هیجان همراه هستند، به ساختارهای زیرقشری^۱ بستگی دارند. این ساختارها عبارتند از آمیگدال، هیپوتالاموس و ساقه مغز. هیپوکامپ برای حافظه بسیار مهم است و در پیوند بین ادراک فعلی با حالت هیجانی مرتبط با آن نقش مهمی بازی می‌کند.

پاسخ هیجانی یک فرد به هر موقعیت تحت تأثیر معنی شخصی آنچه ادراک شده قرار دارد. معنی شخصی یک ادراک بطور عمده از طریق شرایط موجود و بازنمایی‌های روانی فرد از تجربیات قبلی و خاطرات تداعی شده با آنها تعیین می‌شود. هیجان بیشتر بدلیل فعالیت‌های قشر مغز به ویژه قشر ارتباطی معنی‌دار می‌شود. هیجان‌ها همواره کاملاً هشیار نیستند و دلایل زیادی وجود دارد که چرا یک هیجان خاص ممکن است خارج از آگاهی هشیار قرارگیرد. این دلایل ممکن است درکار بالینی از اهمیت بسزایی برخوردار باشند.

بیشتر داروهایی که روی ذهن تأثیر می‌گذارند (هم داروهای خیابانی هم داروهای درمان‌بخش) تأثیر خود را از طریق مدارهای نورونی که میانجی مؤلفه فیزیولوژیک هیجان‌ها هستند اعمال می‌کنند. این

1- subcortical

داروها بر سطح برانگیختگی و / یا میزان لذت تأثیر می‌گذارند. چنین حالت‌های برانگیختگی لذت‌بخش به صورت شیمیایی ایجاد می‌شوند و از نظر هیچ شخصی معنی‌دار نیستند.

■ تأثیر تجربه بر مغز در حال رشد

نکات اساسی

- مغز نوزاد در هنگام تولد رشد نیافته است. بیشترین نورون‌هایش (سلول‌های مغز) را دارد اما سیناپس‌های (ارتباط‌های) بسیار کمی دارند.
- قشر جلوپیشانی و به ویژه قشر پیش‌حدقه‌ای بخشی از قشر جلوپیشانی، آن بخشی از مغز است که تنظیم هیجانی و یادگیری کلامی را به عهده دارد.
- در دو سال اول زندگی در قشر جلوپیشانی سیناپس‌های فوق‌العاده زیادی ایجاد می‌شوند که بعدها با انتخاب ارتباط‌هایی که بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرند، کاهش می‌یابند. ارتباط‌هایی که مورد استفاده قرار نمی‌گیرند، از بین می‌روند.
- رشد جلوپیشانی توسط محرک محیطی به جریان می‌افتد.
- تجربه محیطی در اوایل زندگی ارتباط‌های قشر مغز را تعیین می‌کنند که در همین زمان تثبیت می‌یابند.
- حضور یک مراقب علاقمند در دو سال اول زندگی برای رشد توانایی برقراری ارتباط با افراد دیگر بسیار مهم است. از جمله آنها عبارتند از بکار بردن زبان، ظرفیت همدلی و تنظیم هیجان.

سیستم‌های پیچیده عملکرد مغز از هنگام تولد حاضر و آماده نیستند. این سیستم‌ها در جریان فرایندهای تحریک حسی، ارتباط اجتماعی و فعالیت‌های تعاملی از کودکی شکل می‌گیرد. شکل‌گیری ارتباط بین سیناپس‌ها در نوزادان بستگی به میزان استفاده نوزادان از آنها دارد.

هر نوزادی نیازمند شرایط محیطی معینی برای رشد سالم مغز و ذهن است. نمی‌توان صرفاً کودکان را گرم، پاکیزه و سیر نگهداشت و انتظار داشت عملکرد مغزی و روانی آنها خودبه‌خود رشد کند. مغز کودکان در جریان چند سال اول زندگی مراحل فشرده‌ای از فعالیت را (مراحل حساس^۱) پشت سر می‌گذارند در حالیکه مسیرهای ارتباطی بیشماری راه‌اندازی می‌شوند. این مراحل حساس یا رشد قشر مغز بستگی بسیار زیادی به تجربه (مانند تحریک از طرف محیط) دارد. این فرایند در طول زندگی ادامه می‌یابد اما سرعت آن در مغز فرد بزرگسال بسیار آهسته است. اولین ارتباط اجتماعی کودک با محیط که ارتباط با مادر می‌باشد (یا مراقب اولیه) بخش بسیار مهمی از آن است، به میزان زیادی روش ارتباط او با دنیای بیرون را در آینده تعیین خواهد کرد. تجربه‌های اولیه، مسیر رشد نورونی که شالوده

1- critical periods

زیستی شخصیت، توانایی و قدرت سازگاری آن و آسیب‌پذیری نسبت به اشکال مشخصی از آسیب‌ها در آینده را شکل می‌دهند تحت تأثیر قرار می‌دهند. بنابراین پدیدآیی یک شخصیت سالم نیازمند چیزی فراتر از توانایی ذاتی در سازماندهی تجربه‌ها است. همچنین حضور دیگرانی که انواع معینی از تجربه را فراهم نمایند ضروری است.

رشد قشر جلوپیشانی پس از تولد بخشی از مغز است که سائق را بازدار می‌کند و برانگیختگی را تنظیم می‌نماید. رشد سالم این قسمت از مغز بیش از هر چیزی نیازمند حضور دیگرانی است که تجربه‌های هیجانی و شناختی مناسب و در خوری ارایه دهند (شور^۱، ۱۹۹۹).

ارتباط‌های متقابل هیجانی مکرر در اوایل زندگی با محیط اجتماعی به شکل بازنمایی‌هایی از ارتباط متقابل خود با یک فرد مهم زندگی و هیجان مرتبط و میانجی بطور روانی ذخیره می‌شوند. این بازنمایی‌ها ترکیبی از افکار و احساس‌ها هستند که دارای معنی اجتماعی‌اند، اما دارای [شکل‌بندی] نورونی هستند. بنابراین تجربه‌های اجتماعی و روانی تغییرات پایدار و فردی سیستم عصبی‌اند که درونی^۲ شده‌اند.

از نظر بالینی چنانچه سعی کنیم قواعد حاکم بر اینکه چگونه این بازنمایی از نظر کالبدشناختی سازمان‌دهی می‌شوند را دریابیم، پیشرفت زیادی بدست نخواهیم آورد زیرا، ارتباط‌های نورونی بسیار گسترده و زیادند (در مغز یک فرد بزرگسال ۱۰۱۴ ارتباط نورونی وجود دارد) و همچنین بسیاری از این ارتباط‌ها برای فرد اختصاصی هستند. به احتمال بسیار زیاد وقتی به شناختی از روشی که ذهن یک فرد عمل می‌کند دست می‌یابیم که به گروه‌هایی از بازنمایی‌های رابطه‌ها به آن طریق که برخی مواقع (مثلاً) در مطالعه ارتباط بین رفتار، افکار و احساس‌ها) در شرایط روانی اجتماعی یا رابطه درمانی برقرار می‌شود دسترسی داشته باشیم.

■ تأثیر محرومیت و استرس شدید بر مغز در حال رشد

نکات اساسی

- مطالعه بر روی نخستین‌های غیر انسان نشان می‌دهند که محرومیت شدید بر فرد نابالغ فشار وارد می‌کند و تأثیر عمیقی بر سیستم اعصاب مرکزی^۳ در حال رشد دارد.
- نوزادان میمون که در دوران نوزادی تحت تأثیر انزوای طولانی مدت بودند دارای سطح پایین‌تری از نورآدرنالین سیستم اعصاب مرکزی (CNS) هستند و شاخه‌های دندریتی کمتری در قشر مغز و منخچه دارند. آنها حساسیت فوق‌العاده، پس‌سیناپسی نسبت به نورآدرنالین دارند که موجب واکنش افراطی نسبت به استرس می‌شود.

1- schore

2- internalized

3- central nervous system

- این نوزادان رفتارهای نابهنجار شدید، از جمله "نشانگان جداسازی"^۱ و واکنش‌های نامیدانه نسبت به جدایی در زندگی آینده نشان می‌دهند.
- توان‌بخشی مشکل است. مراقبت توسط همسالان «تیمارگر»^۲ بسیار موفقیت‌آمیز است. این کار رفتار اجتماعی را بهبود می‌بخشد اما به ناهنجاری سیستم اعصاب مرکزی (CNS) کمکی نمی‌کند.
- این میمون‌ها حتی پس از توان‌بخشی قادر نیستند با استرس مقابله کنند و ممکن است تا حد مهلکی پرخاشگر شوند.
- این موضوع این پرسش را مطرح می‌کند که چگونه به فردی که در ابتدای کودکی به شدت در محرومیت قرار داشته، با در نظر گرفتن مشکلات روانی او در زندگی آینده به بهترین نحو می‌توان کمک کرد.

یکی از روش‌هایی که می‌توان در مورد رشد مغز به تحقیق پرداخت مطالعه آنچیزی است که بر سر یک مغز در حال رشد وقتی از محرک‌های معمولی محروم می‌شود، می‌آید. از نظر اخلاقی نمی‌توان این آزمایش را با پرورش نوزادان انسان تحت شرایط محرومیت شدید اجتماعی انجام داد، اما چنین آزمایش‌هایی بر روی نخستین‌های غیر انسان (حتی ممکن است برخی این آزمایش را هم غیراخلاقی بدانند) انجام شده‌اند. مطالعه نوزادان شدیداً محروم شده میمون‌ها نشان داده است کدام جنبه‌های مادر برای اینکه رشد بهنجار رفتاری و رشد سیستم اعصاب مرکزی (CNS) اتفاق بیفتد اساسی است. چنانچه نوزاد میمون از مادر جدا شده باشد و نه از عروسک نرم جانشین، گهواره و نه حیوان جانشین دیگر، میمون کاملاً به رشد طبیعی دست می‌یابد. باید چنین نتیجه گرفت که مادر دارای خصوصیات ویژه‌ای است که او را به بهترین مراقب از نوزاد میمون تبدیل می‌کند.

چنانچه نوزادان میمون‌ها از لحظه تولد تا ۶ ماهگی از مادر جدا شوند، سطح نورآدرنالین^۳ (نوراپی نفرین^۴) مایع مغزی نخاعی^۵ (CSF) آنها به میزان چشم‌گیری پایین‌تر از میمون‌هایی که با مادر پرورش می‌یابند می‌باشد و حتی اگر این میمون بعداً به گروه بازگردانده شوند به سطح طبیعی باز نخواهد گشت. همچنین در مقایسه با میمون‌هایی که با مادر پرورش می‌یابند، این میمون‌ها دارای شاخه‌های دندریتی کمتری در مغز و مخچه هستند. بنظر می‌رسد در میمون‌ها هم حساسیت فوق‌العاده پس‌سیناپسی شکل می‌گیرد به نحوی که آنها پاسخی افراطی نسبت به افزایش مقدار معمولی نورآدرنالین مایع مغزی نخاعی که در اثر استرس رها شده‌اند، می‌دهند و موجب واکنش‌ها پرخاشگرانه شدید می‌شود.

نابهنجاری‌های رفتاری از جمله "نشانگان انزوا" شبیه همان است که در اتیسم، اسکیزوفرنی،

1- isolation syndrome

4- norepinephrine

2- therapist

5- cerebrospinal fluid

3- noradrenalin

اختلال شخصیت ضداجتماعی و نشانه‌های خشونت انفجاری در انسان‌ها دیده می‌شود. داروهای ضدروانپریشی و آموزش تکالیف کاوشی^۱ رفتارهای نابهنجار را کاهش می‌دهد اما بهبودی در رفتارهای اجتماعی ایجاد نمی‌کند. به علاوه چنین میمون‌هایی دارای نقایص شناختی خاص هستند و نسبت به جدایی بعدی پاسخی همانند ناامیدی می‌دهند (کرامر، ۱۹۹۲).

مراقبت همسالان «تیمارگر» بیشترین تاثیر را بر روی میمون‌های آسیب دیده داشته است. هرچند به مرحله اجرا گذاشتن این مراقبت به خاطر پرخاشگری قبلی میمون‌های جدا شده می‌تواند دشوار باشد. بدین ترتیب میمون‌های درمان شده و توان‌بخشی شده می‌توانند در کنار میمون‌های بهنجار پرورش یافته تحت شرایط بدون استرس زندگی کنند و با آنها به روش‌های خوشایندی در ارتباطی متقابل قرار گیرند. آنها به ناهنجاری‌های شناختی و پاسخ‌های ناامیدانه خود نسبت به جدایی ادامه می‌دهند. میمون‌های توان‌بخشی شده در صورتی که تحت استرس قرار گیرند، فاقد راهبردهای مقابله‌ای هستند و مستعد آنند که پرخاشگر شوند.

این حیوانات نوزاد به شدت دچار محرومیت شده‌اند و بسیار بعید است نوزاد انسانی را بیاییم که او کاملاً چنین تجربه شدیدی را از سرگذرانده باشد. در هنگام مطالعه نوزاد انسان آنها را در معرض انزوا یا محرومیت برنامه‌ریزی شده قرار نمی‌دهیم، هرچند برخی کودکانی که توسط مراقبین‌شان تحت محرومیت شدید بوده‌اند ممکن است مورد مطالعه قرار گرفته باشند بنابراین لازم است مراقب باشیم براساس تجربه‌های حیوانی درباره رشد انسان زیاد فرضیه‌سازی نکنیم، هرچند می‌توان چنین پنداشت ممکن است شباهت‌هایی در آنها باشد. پیشنهاد شده است که چنین آزمایش‌هایی الگویی برای کودک‌آزاری و غفلت بدست می‌دهد که ممکن است موجب افزایش پاسخ محور هیپوتالاموس-هیپوفیز - غده فوق کلیوی^۲ (HPA) نسبت به استرس در بزرگسالی شود (شی، آ، و همکاران، ۲۰۰۵). هنوز به طور کامل نمی‌دانیم چه میزان از آسیب در سال‌های اولیه زندگی کودکان انسان می‌تواند ترمیم شوند. مطالعات درازمدتی که اخیراً بر روی کودکانی که در مراقبت پناهگاهی با کیفیت بسیار نازل در رومانی پرورش یافته بودند، آنهایی که بعداً در خانواده‌های با محبت به عنوان فرزندخوانده پذیرفته شدند، نشان می‌دهد که محرومیت شدید در برخی از آنها ممکن است آثار زیان‌بخش دائمی بر روی عملکرد مغز انسان داشته باشد و اینکه طول زمان در معرض محرومیت بودن عامل مهمی محسوب می‌شود (راتر^۳ و همکاران، ۲۰۰۱). می‌توان پذیرفت که افراد بسیار آسیب‌دیده به یک محیط قابل اطمینان و آرام احتیاج دارند که آنها را بیش از آنچه می‌توانند تحمل کنند تحت استرس قرار ندهد. شاید به عنوان یک درمانگر در کار با این افراد می‌توانیم کمک‌هایی را به شکل دارو درمانی، مداخله روان درمان‌بخش و حمایت اجتماعی ارائه دهیم اما باید هدفهای درمانی خود را محدود کرده و واقع‌گرا باشیم.

1- foraging tasks

2- hypothalamic-pituitary-adrenal

3- Rutter

■ تأثیر تجربه بر روی مغز رشد یافته

نکات اساسی

- یادگیری جدید می‌تواند در افراد بزرگسال اتفاق بیفتد.
- مطالعات حیوانی نشان می‌دهند که تغییرات مغزی با یادگیری جدید همراه است.
- مداخله‌های روانشناختی باید از طریق افزایش ارتباطی‌های عصبی به ارتباط‌های موجود موثر واقع شوند.

ما براساس تجربه خودمان درمی‌یابیم که یادگیری جدید در افراد بزرگسال روی می‌دهد. آزمایش‌های حیوانی نشان داده‌اند هم تغییرات کالبدی مغز در اثر یادگیری جدید و هم تغییرات میان سلولی انتقادهنده‌های عصبی پس از یادگیری جدید اتفاق می‌افتد. (کاندل و همکاران، ۱۹۹۵).

به علاوه پژوهش‌ها تا به امروز بر روی حیوانات امکان‌پذیر بوده است. در یک رشته از آزمایش‌ها، به میمون‌ها آموزش داده شد برای غذا خوردن تنها از سه انگشت استفاده کنند. چندین هفته پس از این رفتار تغییر داده شده، بخش‌هایی از مغز که نماینده انگشت‌های استفاده شده بود، بزرگتر و بخش‌هایی که نماینده انگشت‌های استفاده نشده بودند، کوچکتر شده بودند.

پیچیدگی سیستم عصبی نخستی‌ها، مطالعه مفصل تغییرات خاص را مشکل کرده است، بنابراین یک موجود ساده‌تر برای مطالعه تغییر در سطح سلولی مورد استفاده قرار گرفته است. آپلازیا^۱ یک حلزون دریایی است که دارای سیستم عصبی بسیار ساده است، که بطور وسیعی مورد مطالعه قرار گرفته است تا تغییرات سیناپسی همراه یادگیری جدید روشن شود. مطالعات یادگیری در آپلازیا نشان داد که یادگیری جدید با تغییرات پایدار در انتقال سیناپسی، تغییرات ساختاری در سلول‌ها همراه است و اینکه این تغییر رفتار و تغییر ساختار تا چندین هفته دوام می‌یابد.

هرچند مغز در اوایل زندگی در بالاترین حد انعطاف‌پذیری قرار دارد، یادگیری قابلیت است که ما آنرا از دست نمی‌دهیم. در یک حیوان بالغ، یادگیری جدید با تغییراتی در کارایی ارتباط‌های عصبی همراه است. بنابراین وقتی روش جدیدی از ارتباط با دیگران را می‌آموزد یا خودآنگاره^۲ خود را در ارتباط با دیگران تغییر می‌دهد، می‌باید تغییری مشابهی در ارتباط‌های عصبی درون مغز ایجاد شود. این تغییرات ممکن است در اثر تجربه‌های اجتماعی یا موقعیت درمان روانشناختی روی دهند.

1- Aplysia

2- self-image

■ ماهیت بازنمایی‌های روانی

نکات اساسی

- تجربه‌ها به عنوان بازنمایی‌های روانی رمزگردانی شده به صورت عصبی^۱ ذخیره می‌شوند.
- تمام تجربه‌ها به صورت حافظه رمزگردانی شده کلامی بازنمایی نمی‌شوند.
- حافظه کلامی تا پایان سال دوم پس از تولد، زمانی که قشر جلوپیشانی کاملاً رشد کرده است، امکان پذیر نمی‌باشد.
- تجربه‌های دو سال اول زندگی برای رشد عملکرد بهینه قشر جلوپیشانی از اهمیت بسزایی برخوردار است.
- تجربه‌های پیش‌کلامی ممکن است به صورت حافظه بدنی رمزگردانی شده باشند، اما این گمانه‌ای بیش نیست.
- حتی حافظه کلامی همیشه از نظر سابقه دقیق نیست و در معرض تحریف احتمالی قرار دارد.
- بازنمایی روانی از خود، دنیا و روابط بین فردی با افراد دیگر الگوی فعالی است که به موقعیت‌های جدید وارد می‌کنیم.
- بازنمایی روانی از رمزگردانی تجربه‌ها در ذهن ساخته شده‌اند و شبیه به خاطره‌های گذشته نیستند.
- تجربه‌ها هم بیرونی‌اند و هم درونی شامل افکار، تصویرسازی‌ها، خاطرات و رویاها هستند.
- بازنمایی روانی تحت تاثیر تفسیر فرد از تجربه‌هاست و استقرار بازنمایی‌های روانی تحت تاثیر مرحله رشدی کودک و درک او از رویدادهای بیرونی و درونی براساس تجربه‌های قبلی او خواهد بود.

بازنمایی‌های روانی الگوی فعال ما از خود و دنیا می‌باشند. آنها عبارتند از رمزگردانی خود، دیگران و روابط بین آنها مولفه هیجانی مرتبط با آنها. این رمزگردانی به صورت عصبی بازنمایی می‌شوند. بازنمایی‌های روانی براساس تجربه‌ها شکل می‌گیرند که موارد زیر را دربر می‌گیرند:

- تجربه‌های بیرونی در دنیا
- تجربه‌های درونی، از جمله افکار، تصویرسازی‌ها، خاطره‌ها و رویاها

در دو سال اول زندگی ارتباط متقابل اجتماعی برای رشد سالم قشر جلوپیشانی اساسی است (شور، ۱۹۹۹). به ترتیبی که قشر جلوپیشانی رشد می‌کند و بدین نحو عملکرد اثربخش آن به کیفیت تجربه‌هایی که کودک در طی این زمان دارد، بستگی دارد، هرچند مغز هنوز قادر نیست خاطره‌هایی را که

1- neurally

می‌توانند از نظر کلامی زنده شوند، ذخیره نمایند. حافظه کلامی به عملکرد اثربخش قشر جلوپیشانی بستگی دارد که تا پایان سال دوم پس از تولد از نظر بیولوژیک به اندازه کافی برای بازنمایی تجربه‌های کلامی رشد نمی‌یابد. قشر جلوپیشانی بازنمایی کلامی تجربه‌ها را سازماندهی کرده و واژه‌ها را با خاطره‌ها پیوند می‌دهد. با این حال یک کودک زیر دو سال قادر است براساس تداعی‌ها از جمله عاطفه تجربه‌ها را مورد بازشناسی و از نظر روانی سازمان‌دهی نماید، در غیر این صورت ارتباط متقابل اجتماعی امکان‌پذیر نبود.

تجربه‌های پیش‌کلامی هم در مغز بازنمایی می‌شوند اما آنها تا حدودی سازمان‌نیافته هستند. احتمال می‌رود که چنین تجربه‌هایی بتوانند به صورت تنی بروز یابند، به مانند نشانه‌های روان‌تنی^۱، و اینکه ظاهراً برخی از آنها که حالت‌هایی از برانگیختگی غیرقابل توجیه هستند، می‌توانند تظاهرات «خاطره» دردناک اوایل زندگی باشد. پاسخ نامیدانه که در میمون‌های شدیداً محرومیت کشیده مشاهده شده است، احتمالاً پاسخ مشابهی است به یک تجربه که «خاطره» غیرکلامی همراه شده با یک حالت نوروشیمیایی، آنرا بکار می‌اندازد. با این حال می‌توانیم دریابیم که این آن چیزی نیست که ما معمولاً از حافظه معمولی برداشت می‌کنیم، بلکه آن یک بازسازی دوباره رفتاری و پاسخی زیستی به یک محرک مشخص اما غیرقابل شناسایی است.

اگرچه دسترسی به حافظه رمزگردانی شده کلامی در حدود دو سالگی و تقریباً در سه سالگی می‌باشد، چنین حافظه‌ای همواره از نظر تاریخی دقیق نیست. تجربه‌های واقعی چه درونی و چه بیرونی همواره توسط فرد مورد تفسیر قرار می‌گیرد و در اثر دو عامل تغییر می‌کند:

- سطح رشدی کودک
- تجربه‌های قبلی فرد که نحوه تفسیر و بازنمایی تجربه‌های فعلی او را تحت الشعاع قرار می‌دهد.

بنابراین آنچه در ذهن بازنمایی می‌شوند همواره دقیقاً آن چیزی نیست که بطور عینی روی داده است، بلکه آن چیزی است که کودک یا بزرگسالان از آن برداشت کرده است. ممکن است به طور منطقی چنین بیندازیم که بازنمایی‌های روانی ارتباطی با تجربه‌های واقعی دارند، اما به عنوان درمانگر باید بخاطر داشته باشیم که حافظه یک دستگاه کاملاً قابل اعتمادی نیست.

از آنجا که بازنمایی‌های روانی در سازمان‌دهی رفتار فعلی تأثیر می‌گذارد، لازم است به این بازنمایی‌های روانی در روان‌درمانی دسترسی پیدا کنیم. **بازسازی رویدادهای واقعی مطرح است اما اهمیت کمی دارد و باید همواره تا حدودی مشروط باشد.**

■ بازنمایی‌های ذهنی و ارتباط با دنیا

نکات اساسی

- ما از بازنمایی‌های ذهنی خود به عنوان الگوهای فعال برای هدایت رفتارمان در موقعیت‌های جدید استفاده کنیم.
- ما با انتظاراتی بر مبنای بازنمایی‌های ذهنی مان از موقعیت‌ها که آنها را مشابه تشخیص می‌دهیم، وارد موقعیت‌های جدید می‌شویم.
- ممکن است به دیگران علایمی ناهشیار بفرستیم که نشانه آن است که ما انتظار داریم آنها چه رفتاری انجام دهند. این موضوع احتمال پاسخی را که انتظارش را داریم، افزایش می‌دهد.
- ما می‌توانیم الگوهای فعال موجود را تغییر دهیم تا اطلاعات جدید را در نظر بگیریم، این کار همان یادگیری جدید است.
- بسیاری از افراد در تغییر حداقل برخی از الگوهای فعالشان مشکل دارند، هرچند از نظر منطقی، عاقلانه این است آن کار را انجام دهند. انگیزه‌های ما در رها نکردن رفتار ناسازگارانه پیچیده است.

ما از بازنمایی‌های ذهنی به عنوان الگوهای فعال درونی استفاده می‌کنیم که الگویی اصلی برای هدایت رفتارمان در هنگامی که با یک موقعیت جدید اما مشابه برخورد می‌کنیم، در اختیارمان می‌گذارد. تجربه‌های قبلی موجب می‌شوند انتظاراتی را از خود و دیگران در موقعیت‌های مشخص شکل دهیم و نه تنها انتظار پاسخ‌های معینی را از دیگران داریم بلکه حتی سعی می‌کنیم آنها را به این کار واداریم (همچنین به رابطه درمانی، ص ۷۳ مراجعه کنید).

این نکته بدان معنی نیست که نمی‌توانیم رفتار و پاسخ قبلی خود را در پرتو اطلاعات جدید تغییر دهیم. با این حال مواقعی وجود دارد که در انجام این تغییر مشکل داریم و ما ظاهراً بطور غیرمنطقی به روش‌های عادت‌کرده خود در ارتباط برقرار کردن می‌چسبیم. توانایی پاسخ انعطاف‌پذیر به موقعیت‌های جدید و توانایی اندیشیدن درباره تغییر در خود و دیگران، تا حدودی، نشانه سلامت روانی است. مشاهده این نیاز آشکار به حفظ رفتار ناسازگارانه بود که موجب شد فریاد وجود انگیزه‌های ناهشیار را در مورد برخی نشانه‌ها و رفتارها بدیهی فرض نماید.

■ منابع

- Hensch TK (2004) Critical period regulation. *Annu Rev Neurosci.* **27**: 549–79.
- Kandell ER (1995) Cellular mechanisms of learning and memory. In: ER Kandell, JH Schwartz, TM Jessell (eds) *Essentials of Neural Science and Behavior*. Appleton & Lange, Stamford, CT, pp. 667–94.
- Kraemer GW (1992) A psychobiological theory of attachment. *Behav Brain Sci.* **15**: 493–541.
- Rutter M, Kreppner JM, O'Connor TG (2001) Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. *Br J Psychiatry.* **179**: 97–103.
- Schore AN (1999) *Affect Regulation and the Origin of the Self: the neurobiology of emotional development*. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Shea A, Walsh C, McMillen H, Steiner M (2005) Child maltreatment and HPA axis dysregulation: relationship to major depressive disorder and post-traumatic disorder in females. *Psychoneuroendocrinology.* **30**: 162–78.
- Solms M (1997) Is the brain more real than the mind? *Psychoanal Psychother.* **9**: 107–20.
- Teicher MH, Andersen SL, Polcari A et al. (2002) Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatr Clin North Am.* **25**: 397–426.

■ برای مطالعه بیشتر

- Gabbard GO (2000) A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. *Br J Psychiatry.* **177**: 117–22.
- Greenfield S (ed.) (1996) *The Human Mind Explained: the control centre of the living machine*. Cassell, London.
- Phillips ML (2003) Understanding the neurobiology of emotion: implications for psychiatry. *Br J Psychiatry.* **182**: 190–2.
- The International Neuro-Psychoanalysis Society has an informative website (www.neuro-psa.org.uk) and also publishes a scholarly journal, *Neuro-Psychoanalysis*.

روان‌پویایی در روانپزشکی عمومی

مقدمه • معنی و بیماری در حالت‌های روانی • علل و طبقه‌بندی اختلالات روانی • درمان مشکلات روانی: خلاصه

■ مقدمه

این فصل نگاهی به برخی مفروضات در نحوه تفکر ما درباره روانپزشکی عمومی می‌اندازد و نشان می‌دهد که در کجا می‌توان رویکرد پویایی را وارد کار روانپزشکی کرد.

■ معنی و بیماری در حالت‌های روانی

نکات اساسی

- وقتی اختلال روانی را مفهوم‌سازی می‌کنیم از الگوهای متفاوت نظری استفاده می‌کنیم، این الگوها عبارتند از الگوی بیماری و الگوی مفهومی.
- الگوی بیمار توجه خود را بر کژکاری کالبدی و فیزیولوژیک در فرد متمرکز می‌کند.
- الگوی مفهومی فرض را بر آن می‌گذارد که حالت‌های روانی دارای مفهوم شخصی و روانی برای افراد هستند حتی وقتی آنها به برخی از اشکال بیماری روانی مبتلا باشند.
- این دو الگو با هم در تناقض نیستند و الگو پزشکی می‌تواند هر دو را در هم ادغام کند.
- در درمان بیمار می‌توان به نشانه‌های بیماری هم از نظر کژکاری جسمی و هم از نظر مفهومی که نشانه‌ها برای فرد دارند، پرداخت.

تشخیص و طبقه‌های تشخیصی: محاسن و معایبی در استفاده از طبقه‌های تشخیصی وجود دارد و روش‌های مختلفی برای طبقه‌بندی اختلال روانی وجود دارند.

الگوی بیماری: الگوی بیماری، اختلال را براساس خوشه‌ی نشانه‌ها طبقه‌بندی می‌کند، که فرض را بر تغییر اساسی کالبدی و فیزیولوژیک بنا می‌نهد و بدین معنی است که یک فرایند بیماری واحد وجود دارد که

با نشانه‌ها منطبق است. به این آسیب‌شناسی اعصاب^۱ گفته می‌شود. استفاده از طبقه‌بندی بدین طریق، ارتباط بین متخصصین، یکسان‌سازی پژوهش‌ها و پیش‌بینی دورهٔ بیماری خاصی را نسبتاً آسان می‌کند. نقطه ضعف این الگو در قدرت تبیین رفتار فردی انسان قرار دارد.

الگوی مفهومی: الگوی مفهومی اهمیت چندانی به طبقه‌های تشخیصی نمی‌دهد. در عوض، این الگو بر اهمیت سازماندهی روانی، که از تجربه‌ها و الگوی درونی (روانی) از دنیا استنتاج می‌شود تأکید می‌کند و فرض را بر این می‌گذارد که حالت‌های روانی دارای مفهوم شخصی هستند. این مفهوم آسیب‌شناسی روانی^۲ یک مشکل را توصیف می‌کند. این مدل از یک رویکرد توصیفی استفاده می‌کند و تفاوت‌های فردی را به حساب می‌آورد. نقطه قوت این الگو قدرت تبیینی آن در درک رفتار انسان است و نقطهٔ ضعف آن در استفادهٔ محدود از گروه‌های تشخیصی است که سهولت در اینکه کدام پژوهش می‌تواند انجام شود و کدام پیش‌بینی‌های قابل اطمینان می‌تواند به اجرا درآید را کاهش می‌دهد.

در زندگی روزمره مایلیم چنین بیندازیم که حالت‌های هیجانی یا رفتارها دارای مفهومی هستند. "بابت امتحانی که دارم مضطربم". این کار احساس خوبی به ما می‌دهد. گاهی چنین می‌پنداریم که چیز نابهنجاری دربارهٔ هیجان وجود دارد - یعنی نسبت به مشکل یا بیش از حد است یا نامناسب.

دکتر، همواره احساس کسالت به همراه اضطراب می‌کنم. به همین خاطر به سختی می‌توانم از خانه بیرون بروم. چون نمی‌توانستم موفق به ترک منزل شوم و روزهای زیادی را سرکار حاضر نشدم، شغلم را از دست دادم. لازم است کاری برای آن انجام دهم.

این فرد در مورد اضطرابش به هیچ محرک معنی‌داری استناد نمی‌کند. او احساس می‌کند که از یک حالت نابهنجار رنج می‌برد که او آنرا به برخی کژکاری‌های فیزیولوژیک ربط می‌دهد. به علاوه از یک جهت حق با او است - حالت‌های نابهنجار برانگیختگی دارای یک مولفهٔ بدنی است، هرچند ممکن است ما چنین بیندازیم که احتمالاً حتی در این مورد، باید برخی رویدادهای بیرونی یا درونی وجود داشته باشند که به عنوان ماشه چکان در مورد اضطراب عمل می‌کنند.

آیا می‌توان هم پاسخ را نامناسب تلقی کنیم و هم اینکه استناد مفهوم شخصی به حالت اضطراب را؟

بلای سه ساله هنگامی که با مادرش به خرید رفته بود، به خیابان دوید و با یک ماشین تصادف کرد. استخوان ران او شکست اما در نهایت کاملاً بهبود یافت. با این حال مادرش به شدت دربارهٔ سلامتی او مضطراب است و بخاطر ترس از تصادف دیگری به او اجازه نخواهد داد به کودکان برود.

اضطراب این مادر بیش از حد معمول است اما قابل درک می‌باشد. ممکن است چنین بیندازیم که شاید او دربارهٔ آنچه اتفاق افتاد احساس گناه می‌کند و همچنین او دنیا را جای خطرناک و تهدیدکننده می‌بیند.

1- neuropathology

2- psychopathology

خانم اسمیت از روزی که باردار شد می‌ترسد که اتفاقی برای بچه‌اش بیفتد. او یک بارداری آسان به همراه زایمان راحتی داشت، اما درباره سلامتی بچه‌اش مضطرب باقی ماند و او را زیاد پیش دکتر می‌برد. اجازه نمی‌دهد به کودکان برود چون مریضی می‌گیرد.

اضطراب خانم اسمیت بیش از حد معمول است که درک آن بسیار دشوار است. چنانچه بخواهیم آن را بفهمیم باید به دنبال معانی آن بگردیم که منطقی نیستند و کاملاً هشیار نمی‌باشند. خانم اسمیت نیز دنیا را برای بچه‌اش تهدیدآمیز و خطرناک می‌بیند اما بلافاصله نمی‌توانیم بفهمیم چرا باید اینطور باشد. وقتی بیماری که نشانه‌های هیجانی دردناکی را از سر می‌گذراند مورد درمان قرار می‌دهیم، لازم است توجه داشته باشیم می‌خواهیم تا چه سطحی مداخله انجام دهیم و آیا این فرد با تلاش ما در برطرف کردن نشانه‌ها به صورت شیمیایی یا مداخله‌های روانشناختی که عبارت خواهد بود از مشخص کردن مفهوم نشانه‌ها برای بیمار، سودی خواهد برد یا نه. برخی از بیماران و برخی از مشکلات به ترکیبی از هر دو روش بهتر جواب می‌دهند (همچنین به صورت‌بندی پویشی از تشخیص‌های روانپزشکی ص ۸۰ مراجعه کنید).

■ علل و طبقه‌بندی اختلالات روانی

نکات اساسی

- در کار بالینی علل اختلالات روانی را می‌توان به نحو سودمندی به عوامل زمینه‌ساز، عوامل آشکارساز و عوامل تداوم‌بخش تقسیم کرد.
- فقدان آزمون‌های پایا برای بیشتر اختلالات روانی به معنی آن است که طبقه‌بندی به قضاوت بالینی در مورد نشانه‌های مشاهده شده و گزارش شده بستگی دارد.
- احتمال دارد در درون طبقه‌های بزرگتر اختلالاتی وجود داشته باشند که شباهت‌های بالینی داشته باشند ولی دارای علل متفاوت و آسیب‌شناسی اساسی مختلفی باشند.
- بیشتر افرادی که در جستجوی کمک‌های روانشناختی هستند به یک مشکل مشخص که به راحتی در درون یک طبقه تشخیصی بگنجد مبتلا نیستند.
- علل چند عاملی بیشتر بیماری‌ها بیانگر آن است که رویکردهای متفاوت درمانی می‌تواند مفید باشد، از جمله رویکردهای دارویی روانی و اجتماعی.

وقتی در موقعیت‌های بالینی علل اختلال روانی را مورد بررسی قرار می‌دهیم توجه به مسایل زیر سودمند است:

- عوامل زمینه‌ساز
- عوامل آشکارساز
- عوامل تداوم‌بخش