

Psychology



تجميع روانشناسی

به نام خدا

جلسه ۱- مبانی روانشناسی

فهرست

- ماهیت روان شناسی
- چاقی
- ریشه های تاریخی روان شناسی
- روان شناسی علمی
- رفتارگرایی
- روان شناسی گشتالت
- روان کاوی
- دیدگاه زیست شناختی
- دیدگاه رفتاری
- دیدگاه شناختی
- دیدگاه روانکاوانه
- دیدگاه ذهن گرایانه
- زیرشاخه های مهم روان شناسی

۱۴۳۳
TUMS



گردآورندگان

تایپیست

ملینا علیزاده

ویراست علمی

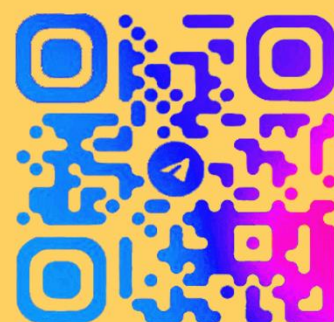
صبا درمیانی

ویراست ادبی

مجتبی عزیزاللهی

تدوین گر

علی سید صالحی



ماهیت روان‌شناسی (The Nature Of Psychology)

تعریف:

Scientific study of behavior and mental processes: به مطالعه علمی رفتار و فرایندهای ذهنی روان‌شناسی گفته می‌شود.

تعریف دقیق‌تر:

scientific discipline that studies mental states and processes and behavior in humans and other animals

گستره بسیاری از موضوعات در این رشته قرار می‌گیرد.

روان‌شناسی حدود ۱۵۰ سالی می‌شود که به طور علمی شروع شده است. ما روان‌شناسی را به عنوان یک شاخه فلسفی که مبتنی بر نظرات فیلسوفان و بحث و جدل در مورد ماهیت انسان باشد، نگاه نمی‌کنیم. این یک رشته scientific و علمی تجربی است. مهم‌ترین ویژگی یک رشته scientific، توانایی دیگران در تست کردن ادعاست.

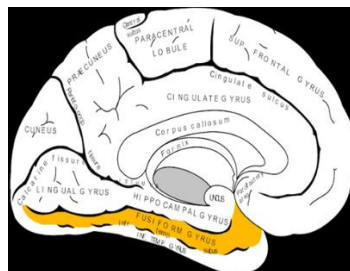
از علم آمار و ریاضی هم استفاده کرده و آزمایش‌هایی را طرح می‌کند که به صورت آزمایشی دقیق یا روش‌های پژوهشی که نسبت به آزمایش نقششان کمتر است؛ اما باز کاربرد خودشان را دارد. در واقع روان‌شناسی یک رشته علمی است که درستی یافته‌های خود را به صورت تجربی و با آزمایش به دست می‌آورد.

حال این سؤال برای ما پیش می‌آید که چه ساختاری از بدن ما این رفتار و فرایندهای ذهنی را تولید می‌کند؟ که آن مغز است! روان‌شناسی به شناخت بیشتر ما از مغز کمک می‌کند و همچنین پیدا کردن ارتباط بین مغز و رفتار.

برای مثال انسان سالم به راحتی می‌تواند شناسایی چهره را انجام دهد. وقتی انسانی را می‌بینیم، اسم و خاطرات او را و همچنین نوع ارتباطی که با ما دارد را به یاد می‌آوریم که در واقع این یک عمل روان‌شناختی است.

شناخت اعمال روان‌شناختی به ما کمک می‌کند که بتوانیم روابطی که با اجزای بدن ما هم دارند را پیدا بکنیم!

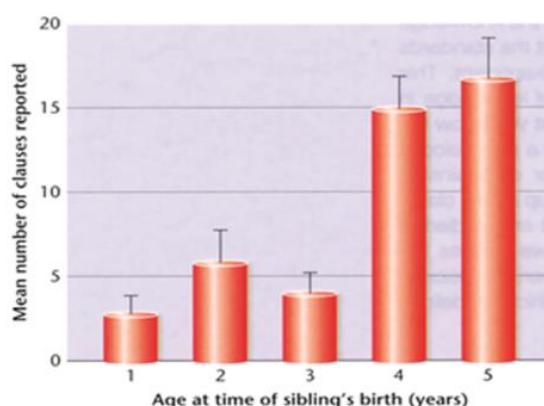
برای مثال آسیب مغزی: اگر در right fusiform gyrus رخ دهد، ما دچار prosopagnosia یا ناتوانی در شناخت چهره می‌شویم که این رابطه بین مغز و رفتار و فرایندهای ذهنی را به خوبی نشان می‌دهد.



حوزه دیگری که روان‌شناسی روی آن کار می‌کند، انتساب صفات به مردم یا حتی خودمان است. برای مثال اگر ببینیم فردی در جمعی به مردم کمک می‌کند، می‌توانیم این سؤال را از خود بپرسیم که آیا او صفتی دارد؟ این رفتار بر اساس سخاوتمندی اوست و یا فشارهای جمعی؟

اثر انتساب بنیادی (fundamental attribution effect): گرایش ما به انسان‌ها و به اینکه دوست داریم صفت‌ها را تعیین‌کننده رفتار افراد ببینیم و عوامل موقعیتی را نادیده بگیریم. در واقع این، رؤیای حل مشکل است! این سنگ بنای روان‌شناسی اجتماعی است.

حوزه دیگری که مورد توجه است، ناتوانی در به‌خاطر آوردن خاطرات زیر ۳ سالگی است که در اکثر افراد مشاهده می‌شود. خیلی وقت‌ها خاطره‌هایی که افراد به یاد می‌آورند که مربوط به زیر سه‌سالگی آن‌هاست، در واقع، خاطره‌هایی است که خودشان به یاد ندارند و دیگران آن‌قدر آن خاطره را تعریف کرده‌اند که تبدیل به



چاقی

از دیدگاه biologic

فردی که چاق است از نظر ژنتیکی این تمایل را دارد که انرژی بیشتری را به‌صورت چربی در خود ذخیره کند و از طرفی، این مورد باعث می‌شود که بیشتر به سمت مواد چاق‌کننده برود و بیشتر مصرف کند.

اما از دیدگاه روان‌شناختی

به طور مثال افرادی که دچار محرومیت غذایی می‌شوند، بعد از آن دوره، روی‌آوری آن‌ها به سمت مواد خوراکی به‌شدت افزایش پیدا می‌کند، یا برای مثال فردی که از روی استرس و اضطراب به مواد غذایی چرب‌تر و قندی‌تر روی بیاورد.

امروزه emotional eating در روش‌های لاغری بسیار مؤثر است، حتی برای فردی که جراحی لاغری انجام داده است.

حوزه دیگر خشونت و پرخاشگری است

آیا دیدن فیلم‌های خشن باعث می‌شود که فرد آمادگی بیشتری برای خشونت داشته باشد؟ یک پژوهشی روی ۴۳۰ دختر و پسر بین ۷ تا ۱۱ سال انجام شده و جواب فزاینده بوده است!

رابطه بین رویارویی با خشونت رسانه‌ای در کودکی و پرخاشگری بزرگسالی: مقاله‌ای کلاسیک نشان می‌دهد ترجیح‌دادن تماشای برنامه‌های تلویزیونی توسط پسرها و دخترها در سن ۹ سالگی با رفتار پرخاشگرانه آنان در ۱۹ سالگی، در مقایسه با هم‌تاها ارتباط دارد.

ریشه‌های تاریخی روان‌شناسی

قبل از شکل‌گیری روان‌شناسی علمی، بحث‌هایی مربوط به روح و روان و ذهن انسان در فلسفه وجود داشت. جان لاک بیان می‌کند که ذهن انسان در زمان تولد مانند یک صفحه خالی و لوح سفیدی است که هیچ

نقشی روی آن هنوز حک نشده است و این مقدمه‌ای بر آغاز شاخه‌ای از روان‌شناسی به نام روان‌شناسی تداعی‌گر (associationism psychology) شد.

آن‌ها این عقیده را داشتند که هیچ‌گونه توانایی ذاتی و مادرزادی در انسان وجود ندارد، بلکه همگی از طریق حواس و مبتنی بر اصل شباهت و تضاد بین رویدادها، محرک‌ها، پاسخ‌ها و رفتارهاست که در ذهن انسان شکل می‌گیرد، در واقع همه چیز تداعی است. تداعی یعنی چیزی به چیز دیگر مرتبط می‌شود. البته بحث این تفکر در حوزه حافظه و یادگیری روان‌شناسی جدید همچنان وجود دارد.

بحث دیگر nature and nurture است

توانایی‌هایی که انسان دارد مثل توانایی هوشی، حرکتی، هنری و...

این توانایی‌ها ذاتی (ژنی) است یا از طریق تجربه محیط کسب می‌شود؟!

در گذشته این بحث شدیدتر بود؛ اما اکنون از دیدگاه تعاملی به آن نگاه می‌کنیم، یعنی این دو عامل در کنار هم سبب شکل‌گیری توانایی‌های ما می‌شوند.

روان‌شناسی علمی

توسط ویلهلم وونت (Wilhelm Wundt) که به پدر روان‌شناسی علمی هم او را می‌شناسند، در سال ۱۸۷۹ بنیان‌گذاری شد. او در دانشگاه، آزمایشگاه روان‌شناسی درست می‌کند. دلیل اهمیت کار او این بود که او برای این رشته هویت جدید تشکیل داد و آن را از فلسفه جدا کرد.

اسم رویکرد او ساخت‌گرایی (structuralism) بود.

او می‌خواست مانند دانشمندان فیزیک و شیمی، اجزای تشکیل‌دهنده ذهن و رفتار را به دست بیاورد. به همین دلیل است که به رویکرد او ساختارگرایی می‌گویند. به همین خاطر پژوهش‌های آن‌ها بیشتر در مورد حواس پنج‌گانه بود. در نتیجه اولین مکتبی که در روان‌شناسی علمی شکل گرفت، ساخت‌گرایی بود.

موضوع دیگری که روی آن تأکید داشت، درون‌نگری (introspection) بود. این روش به این معنی است که ما از حالات درونی خودمان گزارش می‌دهیم، این کار قبلاً هم انجام می‌شد، اما کار وونت این بود که به آن بعد علمی‌تری بدهد؛ برای مثال وقتی وزنه‌ای روی پوست می‌گذاریم چه حسی دارد؟ هنگامی که این وزنه را سبک‌وسنگین می‌کنیم حس آن را چگونه توصیف می‌کنیم؟ یعنی با کم‌وزیاد کردن محرک حسی ببینیم که تجربه حسی و هشیاری فرد چه تغییری می‌کند و چه رابطه‌ای بین آنها وجود دارد؟ یعنی دیگر درون‌نگری به‌صرف این‌که فرد برداشت خود را از پدیده‌ای بگوید نبود، همچنان باید از حس و تجربه خود می‌گفت؛ ولی فرق آن این بود که با تغییراتی همراه بود که آزمایشگر روی آن محرک ایجاد می‌کرد.

ویلهلم وونت اهل آلمان بود و شاگرد او پس از مدتی این آزمایشات را به آمریکا برد و آنجا ادامه داد، به همین خاطر است که این رشته تازه تاسیس در مدت کوتاهی در اروپا و آمریکا گسترش یافته است.

در مقابل این مکتب که دنبال تجزیه عناصر روانی بود، مکتب دیگری نیز شکل گرفت به نام کارکردگرایی (functionalism) که سردهسته آن فیلسوفی به نام William James بود.

از نظر آنها تجزیه عناصر روانی اصل مطلب را نمی‌رساند و روان و شناخت انسان، یک ماهیت سیال دارد. پس تجزیه آن خیلی کمک نمی‌کند و کارکرد آن‌ها با یکدیگر است که سبب سازگاری انسان با محیط پیرامون خود می‌شود؛ اما از نظر هر دوی آن‌ها روان‌شناسی یک علم تجربه هوشیارانه است؛ این دو رویکرد یعنی ساخت‌گرایی و کارکردگرایی، از رویکردهای بنیادی و اصلی روان‌شناسی علمی محسوب می‌شوند.

تقریباً در سال‌های حدود ۱۹۰۰ ما شاهد رویکردهای جدید در روان‌شناسی بودیم که شامل: رفتارگرایی، روان‌شناسی گشتالت و روانکاوی است.

رفتارگرایی (behaviorism)

در اوایل 1900 توسط جان. بی واتسون (John B. Watson) بنیانگذاری شد.

او برخلاف دو رویکرد قبلی که در مورد تجربه هشیارانه بود، دنبال داده‌های عینی و عام بود؛ یعنی مواردی که قابل‌مشاهده برای عموم باشند، نه موارد ذهنی؛ یعنی او رفتار را مدنظر گرفت و نه گفته‌های ذهنی افراد را!

واتسون معتقد بود که ما فقط باید رفتار را مشاهده کنیم؛ یعنی کاری که فرد در عمل انجام می‌دهد؛ این یک یافته عام است؛ ولی هوشیاری شخصی است و علم هم فقط با یافته‌های عام سروکار دارد.

رفتارگراها، کل رفتار را در نتیجه شرطی‌شدن می‌دانند که از طریق ایجاد رابطه بین محرک‌ها و پاسخ‌ها و رفتارها و عادت‌ها تقویت می‌شوند و شکل می‌گیرند؛ به همین خاطر به آن روان‌شناسی محرک- پاسخ هم می‌گویند که این روش در یادگیری مؤثر است.

روانشناسی گشتالت (Gestalt)

در اوایل قرن بیستم در آلمان توسط سه روان‌شناس به نام‌های ورتایمر (Wertheimer)، کافکا (Kafka) و کهلر (Kohler) بنیان‌گذاری شد.

از نظر آنها، ادراک‌های ما از محیط اطراف، از محرک‌هایی که می‌بینیم، می‌شنویم و حس می‌کنیم، صرفاً به خود آن محرک و کیفیات آن بستگی ندارد، بلکه به موقعیت و زمینه آن بستگی دارد؛ یعنی به محرک‌های دیگری هم که حضور دارند، به‌خصوص زمینه یا شکلی که درون آن قرار گرفته نیز بستگی دارد.

در واقع کل (whole) همیشه چیزی متفاوت از مجموع (sum) اجزای آن محرک است.

برای مثال در شکل زیر چه ما بخواهیم و چه نخواهیم نام مثلث به ذهنمان می‌آید. با اینکه این شکل واقعاً مثلث نیست و سه زاویه است که از هم فاصله دارند.



این روان‌شناسان به موضوعات خطای دید علاقه داشتند و در مورد آنها تحقیق می‌کردند.

روانشناسی گشتالت در آلمان ظاهر گردید. گشتالت (Gestalt) یک واژه آلمانی به معنی «فرم» یا «نمایه» است که به رویکرد مورد استفاده ماکس ورتایمر (Max Wertheimer) و همکارانش کورت کافکا (Kurt Kafka) و ولفگانگ کهلر (Wolfgang Köhler) که هر سه در نهایت به ایالات متحده مهاجرت کردند، اطلاق گردید.

بین مباحث مورد علاقه کلیدی روان‌شناسان گشتالت درک حرکت، چگونگی قضاوت مردم در مورد اندازه، و ظاهر شدن رنگ‌ها تحت تأثیر روشنایی قرار داشت. این علاقه‌ها آن‌ها را به‌سوی برخی تعبیر «ادراک‌گرایی» یادگیری، حافظه، و مسأله‌گشائی کشاند و به فراهم شدن زمینه برای پژوهش‌های فعلی در روان‌شناسی شناختی انجامید.

روانشناسی گشتالت زیربنایی برای رویکردهای بعدی روان‌شناسی است به‌خصوص روان‌شناسی شناختی.

روانکاوی (psychoanalysis)

در اوایل قرن بیستم شکل گرفت و بنیان‌گذار آن زیگموند فروید (Sigmund Freud) بود.

در واقع امروزه روانکاوی یکی از روش‌های روان‌درمانی است.

ناخودآگاه (unconscious): ناخودآگاه مجموعه‌ای از افکار، نگرش‌ها، احساسات، امیال و خاطراتی است که ما به دلایلی از آنها بی‌خبریم. معمولاً این‌ها مواردی در کودکی بودند که برای جامعه پذیرفته شده نبود؛ در نتیجه این خاطرات با ایجاد فشار بر کودک از حیطه هوشیاری به حیطه ناخودآگاه رانده می‌شود، ولی

همچنان بر دیدگاه، رفتار و گفتار ما اثر می‌گذارد و در بزرگسالی ممکن است منجر به اختلال‌های روانی مانند وسواس، افسردگی و... شود.

روش درمان اصلی او: تفکر آزاد (free association) است. در واقع هرچه می‌خواهد دل تنگت بگو!

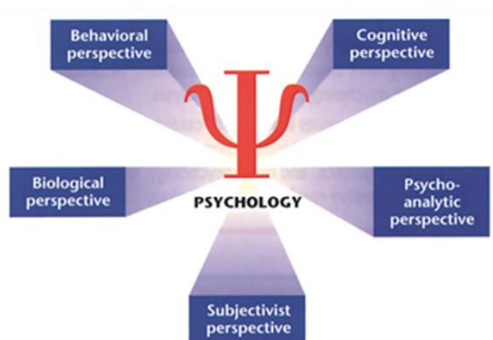
همچنین او دو انگیزه بنیادین برای انسان قائل است: انگیزه جنسی و انگیزه پرخاشگری.

دیدگاه اول او (ناخودآگاه) مورد تأیید همه روان‌شناسان است؛ اما دیدگاه دوم او (انگیزه‌های انسان) مورد تأیید همه نیست؛ مثلاً در نظر روان‌شناسان رفتاری قابل قبول نیست.

روان‌شناسان معاصر نظریه فروید را به طور رسمی قبول ندارند، اما تا حدی قبول می‌کنند که عقاید، اهداف، و انگیزه‌های مردم عامی ممکن است خارج از وقوف آگاهانه عمل کند.

دیدگاه‌های اصلی روان‌شناسی معاصر شامل:

روانکاوی، شناختی، رفتاری، زیستی، ذهن‌گرایانه



دیدگاه زیست‌شناختی

مطالعه فرایندهای عصبی زیست‌شناختی که زیربنای رفتار و فرایندهای ذهنی است.

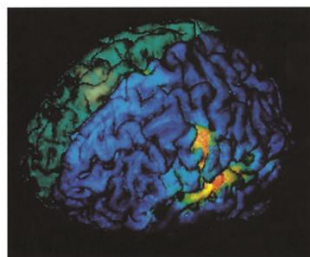
این رفتار چه حرکتی و چه ذهنی باشد در ساختارهایی از مغز پردازش می‌شود و فعل و انفعالاتی در مغز رخ می‌دهد و منتهی به عمل می‌شوند که این عمل می‌تواند تکان دادن عضوی از بدن باشد، یا احساس، یا تفکر و حل مسئله، یا حافظه و ترس‌ها و... موضوعات بسیاری وجود دارد که از دیدگاه زیست‌شناختی می‌تواند مورد بررسی قرار بگیرد.

برای مثال در مورد افسردگی: کاهش کدام انتقال‌دهنده‌های عصبی (neurotransmitters)

سبب افسردگی می‌شود؟

یا برای مثال در مورد فراموشی سال‌های اول زندگی: شواهدی نشان می‌دهد که هیپوکامپ که نقش مهمی در حافظه بلندمدت دارد، در این سال‌ها هنوز به مقدار کافی رشد نکرده است؛ و به همین دلیل افراد در رابطه با سنین پایین خود اطلاع زیاد ندارند.

برای مثال در تصویر زیر، نواحی قرمز رنگ (که نشان‌دهنده فعالیت زیاد آن قسمت است) برای زمانی است که فرد به حرف‌های کسی گوش می‌دهد و سعی می‌کند پیام آن فرد را بفهمد.



تصویر سه بعدی مغز انسان را هنگام گوش دادن به سخن کسی مشاهده می‌کنیم که از طریق MRI کارکردی تهیه شده است. رنگ قرمز مهم‌ترین نواحی فعالیت را نشان می‌دهد در حالی که رنگ زرد مربوط به نواحی فعالیت متوسط است. فعالیت عصبی در ناحیه ورنیکه مغز مشخص شده است.

دیدگاه رفتاری

به دنبال پدیده‌های قابل مشاهده و عینی است؛ بنابراین روی محرک‌ها و واکنش‌های رفتاری موجود و همچنین اتفاقاتی که در محیط رخ می‌دهد دقت می‌کند.

در واقع دیدگاه رفتاری روی سه مجموعه از رفتارات تمرکز دارد:

- 1 - محرک‌هایی که پیش از وقوع یک رفتار در محیط موجود رخ می‌دهند که رفتار را فعال می‌کنند.
- 2 - خود این رفتار و کم و کیف و چگونگی آن.
- 3 - پیامدی که بعد از این رفتار به موجود داده می‌شود.

این سه جزء وقتی در کنار هم قرار می‌گیرند قوانینی را ایجاد می‌کنند. این قوانین در قالب قانون‌های تقویت و شرطی‌شدن کلاسیک و اسکینری مدون شده‌اند.

چاقی از دیدگاه رفتاری: برای مثال نشستن پای تلویزیون محرکی است برای کم‌تحركی و عدم فعالیت، از سوی دیگر دردسترس بودن مواد غذایی پرچرب در محیط خانه محرکی است برای مصرف بیشتر آنها.

روانشناسان معتقدند این محرک‌ها باید دست‌کاری شوند به گونه‌ای که کمتر در دسترس افراد قرار بگیرند تا رفتارهای دیگری نشان داده شود.



اگر کودک پرخاشگر غالب شود و کودک دیگر اسباب‌بازی را رها کند، رفتار پرخاشگرانه پاداش داده شده و این احتمال وجود دارد که این کودک در آینده هم پرخاشگرانه رفتار کند، این نمونه‌ای از دیدگاه رفتاری در روان‌شناسی است.

البته ایرادی نیز به این دیدگاه وارد است که فرایندهای ذهنی در آن نادیده گرفته می‌شود.

دیدگاه شناختی

این رویکرد به ریشه‌های شناختی روان‌شناسی برمی‌گردد؛ وونت، ساختارگراها، کارکردگراها و روان‌شناسان گشتالت، همه به فرایندهای شناختی توجه داشتند.

روان‌شناسی شناختی به طور اختصاصی به فرایندهای شناختی مثل استدلال، برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری، حل مسئله و ... توجه می‌کند. این دیدگاه به افکار، احساسات، ارتباطات بین آن‌ها و گام‌هایی که در هر کدام این‌ها هست توجه ویژه‌ای دارد.

فرض این دیدگاه بر این است که ما تنها با مطالعه فرایندهای ذهنی موجود می‌توانیم بفهمیم فرد چه می‌کند. البته این فرایندهای ذهنی و روانی را می‌توان به صورت عینی‌تر و با تمرکز روی رفتارهای آن موجود به دست آورد. اما این رفتارها را باید بر حسب فرایندهای ذهنی تعبیرشان کرد؛ یعنی اگر به طور مثال موجود انتخاب می‌کند که داخل یک موقعیت برود؛ در اینجا رفتار آن را به فرایندهای ذهنی که داخل یک موجود وجود دارد ربط می‌دهیم. برای مثال تحلیل سود و زیانی که انجام داده را به این فرایندهای ذهنی منتسب می‌کنیم تا به محرک‌ها و تقویت‌کننده‌های بیرونی، اصطلاحاً می‌گوییم فرد فکر کرده و وارد این موقعیت شده است.

یکی از استعاره‌هایی که روان‌شناسان شناختی به آن علاقه زیادی دارند استعاره کامپیوتر است. یعنی انسان را مانند یک کامپیوتر در نظر می‌گیرند که محرک‌هایی از بیرون مانند موس، صفحه‌کلید و ... وارد کامپیوتر شده؛ در آنجا یک سیستم پردازشگر و حافظه وجود دارد و این اطلاعات را ترکیب و پردازش کرده و یک خروجی مانند پرینتر دارد.

از دید روان‌شناسان شناختی موضوع فراموشی خاطرات زیر ۳ سال به این برمی‌گردد که ما برای پردازش خاطرات از سیستم زبانی به میزان زیادی استفاده می‌کنیم؛ به طور مثال اگر از ما بپرسند اولین روز مدرسه چگونه بود، سعی می‌کنیم خاطره را به صورت زبانی بیان کنیم و به همین دلیل افراد در زیر سه‌سالگی به دلیل عدم رشد زبانی و تغییری که بعد از آن در نحوه پردازش خاطرات رخ می‌دهد، خاطرات آن دوره را کمتر به یاد می‌آورند؛ یعنی در زیر سه سال، خاطرات بیشتر به صورت تصویری یا هیجانی است؛ اما بعد از سه سال خاطرات بیشتر به صورت رمزگردانی زبان‌شناختی پردازش می‌شود.

دیدگاه روانکاوانه

فرض آن بر این است که رفتارهای ما از فرایندهای ناخودآگاه ما یعنی باورها، ترس‌ها و امیالی که در ناخودآگاه ما قرار دارند ریشه می‌گیرد، در نتیجه این رفتارها ناشی از غرایز و تمایلات ذاتی و عمیق ماست و بنابراین ما نمی‌توانیم با آنها بجنگیم و بیشتر باید با آنها مدارا کرد.

ممنوع کردن این تمایلات و این رفتارها مشکلی را حل نمی‌کند؛ بلکه باعث می‌شود که این غرایز به صورت بیماری‌های روانی و هیجانی و در موارد مثبت به صورت رفتارهای اجتماعی مقبول مانند ورزش، هنر یا کارهای علمی خود را نشان دهد.

در واقع روانکاوی وضعیت را توصیف می‌کند. وضعیت یک انسان را در دل جامعه‌ای که در آن قرار دارد. جامعه بازدارنده‌ای را در قالب قوانین و عرف و سنت‌هایی که مطرح است برای رفتارهای انسان قرار

می‌دهد. این قوانین می‌توانند در بعضی موارد با غرایز، خواسته‌ها و امیال در تعارض باشند و این انسان است که باید این دو الگوی متضاد را مدیریت کند.

دیدگاه ذهن‌گرایانه

رفتار آن تابعی از دنیای ادراک شده است نه تابعی از دنیای عینی و واقعی که در بیرون وجود دارد. یعنی ما افرادی فعال هستیم در جهت ساخت دنیا برای خودمان. سعی می‌کنیم دنیا را با مفاهیم و سیستم ذهنی خود درک کنیم و بفهمیم تا اینکه صرفاً سنسوری باشیم که به محرک‌ها واکنش نشان می‌دهد. در واقع دنیای ذهن ما دنیای فعالی است و ما در این دنیای درون ذهن خود مفاهیم و سازه‌هایی را درست می‌کنیم که می‌توانند ترجمه‌ای از دنیای بیرونی باشند، اما صددرصد ما به‌ازای خارجی ندارند.

این دیدگاه پاسخی است به دیدگاه رفتاری و علیه آن است. نقش فرایندهای ذهنی و خود موجود را جدی نمی‌گیرد و از این جهت شبیه رویکرد شناختی و گشتالت می‌شود.

روشی که در این دیدگاه وجود دارد این است که نباید فقط به گزارشات، صحبت‌ها و نظرات موجود در مورد اتفاقات بیرونی، روابط بین افراد و آنچه که خودشان حس می‌کنند، فکر می‌کنند و باور دارند، اکتفا کرد؛ چرا که داخل آن پدیده‌ای به نام واقعیت گرایی ساده لوحانه وجود دارد. افراد فکر می‌کنند تصویری که از دنیای ذهنی خود و یا توانایی‌های ذهنی خود دارند، تصویر واقع بینانه‌ای است.

واقعیت گرایی ساده‌لوحانه اشاره دارد به تمایل افراد برای تصور توانایی‌های ذهنی تدوین شده خود به‌عنوان ترجمه صادقانه یک دنیای عینی. به عبارت دیگر افراد آنچه در ذهنشان به عنوان واقعیت می‌بینند را نمی‌توانند به عنوان ساخته‌های ذهنی‌شان در نظر بگیرند. پس نمی‌توان تنها به گزارش‌های فرد اکتفا کرد.

به همین خاطر روان‌شناسان این رویکرد، دنبال مشاهده سیستماتیک رفتارهای انسان هستند و مشاهده این موضوع که اگر این رفتار در موقعیت‌های مختلف رخ دهد به چه شکل رخ می‌دهد و فرد چه دیدگاهی را در مورد این رفتارها بیان می‌کند و چه عواملی را زیر بنای آنها می‌داند. از این جهت صرفاً به دنبال این نیستند که از یک فرد بپرسند که نظر او به طور مثال در مورد پدیده فقر یا کودکان خیابانی چیست؟ بلکه یک فرد را در موقعیت‌های مختلف مشاهده می‌کنند که چگونه رفتار می‌کند، چه برداشت‌هایی را بیان می‌کند، یا او را در محیط‌های مختلف قرار دهند و قضاوتی او را مشاهده کنند.

یکی از آزمایش‌های کلاسیکی که در این حیطه انجام شده (به‌خصوص در گذشته که سکه رواج داشت) این بود: مردم سکه‌های با ارزش‌تر را در مقایسه با سکه‌های با ارزش کمتر، بزرگ‌تر از حد واقعی‌شان ارزیابی می‌کنند؛ این حالت در کودکان بیشتر است.

یا مردم در غرب که فیلم‌های خشن می‌بینند طرح‌واره‌هایی از آن پیدا می‌کنند که در تعریف برخوردهای اجتماعی در آینده اثر می‌گذارد.

در روان‌شناسی اغلب اوقات دیدگاه‌هایی مثل شناختی و رفتاری می‌توانند در مقابل هم قرار گیرند؛ اما در مورد دیدگاه زیست‌شناختی این‌گونه نیست و اغلب اوقات این دیدگاه‌ها هم‌سو با سایر دیدگاه‌هاست.

به این کار کاهش‌گرایی (reductionism) می‌گویند؛ یعنی فهمیدن اینکه مفاهیم روان‌شناختی چگونه به دنیای زیست‌شناسی راه پیدا می‌کنند.

اینجا یک سؤال پیش می‌آید: حال که قرار است ما دیدگاه‌های روان‌شناختی را به زیست‌شناختی تقلیل دهیم، دیگر چه کاریست؟! همین دیدگاه زیست‌شناختی وجود دارد!

پاسخ‌ها:

1- یافته‌های روان‌شناسی می‌توانند برای پژوهش‌های زیست‌شناختی نقش هدایتگر داشته باشند؛ به طور مثال توانایی تفکیک واژه‌ها از توانایی درک محیط فضایی اطراف ما متفاوت است. برای مثال کسانی که می‌خواهند چیدمان اساسی انجام دهند، قبل از اینکه چیدمان انجام دهند می‌توانند یک تصویر ذهنی کلی از فضا داشته باشند ولی بعضی نمی‌توانند این تصویرسازی ذهنی را انجام دهند و تا بعد از چیدمان متوجه مشکلات آن نمی‌شوند اما همزمان این افراد در حال صحبت هستند و واژه‌ها را درک و از هم تفکیک می‌کنند. در دیدگاه زیست‌شناختی نیز شواهد نشان می‌دهد که نیمکره چپ مخصوص واژه‌ها و نیمکره راست مسئول درک روابط فضایی است.

2- همیشه اینطور نیست که صرفاً با دیدگاه زیست‌شناختی بتوانیم تصویر کامل و دقیقی از آن پدیده مورد نظر داشته باشیم، یا بتوانیم راه درمانی را برای آن فرآیند پیدا کنیم؛ برای مثال چاقی همیشه علت زیست‌شناختی ندارد بلکه عادات‌های بد غذا خوردن یا فشارهای اجتماعی بیش از حد برای لاغری افراطی که نتیجه عکس می‌دهد می‌تواند باعث چاقی شود؛ در نتیجه نمی‌توان برای همه افراد یک سیستم را پیش برد و به عنوان مثال با یک داروی لاغری چاقی همه درمان شود. بلکه باید به عادات‌های غذا خوردن و همچنین عوامل اجتماعی هم توجه کرد.

زیرشاخه‌های مهم روان‌شناسی

Biological Psychology

روان‌شناسان زیست‌گرا (روان‌شناسان فیزیولوژیکال): ارتباط بین فرایندهای زیست‌شناختی و رفتار.

Cognitive Psychology

روان‌شناسی شناختی: فرایندهای روانی درونی انسانی، نظیر حافظه مسئله‌گشائی و زبان و تفکر.

Developmental Psychology

روان‌شناسی رشد: رشد انسان و عوامل مؤثر در شکل‌گیری رفتار از کودکی تا پیری.

Social Psychology

روان‌شناسی اجتماعی: درک و تعبیر مردم از زندگی اجتماعی خود و اینکه باورها، هیجانات و رفتارهای آنان چگونه تحت تأثیر حضور واقعی یا خیالی دیگران.

Personality Psychology

روان‌شناسی شخصیت: مطالعه افکار، هیجانات و رفتارهایی که تعیین‌کننده سبک شخصیتی فرد در تعامل با دنیا است.

Clinical Psychology

روان‌شناسی بالینی: بکار گیری اصول روان‌شناختی برای تشخیص و درمان مسائل رفتاری، از جمله بیماری روانی، اعتیاد دارویی، و تعارض‌های خانوادگی و زناشویی.

Counseling Psychology

روان‌شناسی مشاوره‌ای: بسیاری از کارهای روان‌شناسان بالینی را انجام می‌دهند، هر چند معمولاً به مسائلی که کمتر جدی هستند می‌پردازند. غالباً با دانش‌آموزان یا دانشجویان کار می‌کنند.

School Psychology

روان‌شناسی آموزشگاهی: نحوه یادگیری و مسائل هیجانی کودکان با آنها در مدارس کار می‌کنند.

Educational Psychology

روان‌شناسان پرورشی: متخصصین یادگیری و تدریس هستند. معمولاً در دانشکده‌های آموزش و پرورش دانشگاه‌ها فعالیت می‌کنند، جایی که به پژوهش در زمینه روش‌های تدریس می‌پردازند و در کار تربیت معلمان سهیم هستند.

Organizational Psychology (industrial)

روان‌شناسی سازمانی (روان‌شناسی صنعتی): معمولاً با کار انتخاب افرادی که برای مشاغل خاص بسیار مناسب هستند یا طرح‌ریزی ساختارهایی که همکاری و فعالیت تیمی را تسهیل می‌کنند، سروکار دارند.

Engineering Psychology (Human factors engineers)

روان‌شناسی مهندسی (مهندسين عوامل انسانی): در جهت بهتر ساختن روابط بین افراد و ماشین‌آلات فعالیت می‌کنند. مثلاً تعامل بین انسان و دستگاه را با طرح‌ریزی ماشین‌آلاتی که بهترین و مؤثرترین موقعیت‌ها را از نظر اندازه‌گیری و کنترل داشته باشند، و به کارکرد، ایمنی و راحتی بیشتر بینجامد، فراهم می‌سازند.



نایب

آرشام عسکری (سرگروه)

مehشید صابری

ریحانه صدقپور

ملینا علیزاده

زهرا عزیزپور

امیرحسین نجفی

ویراست علمی

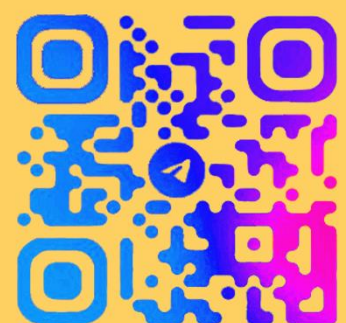
سجاد رضایی

ویراست ادبی

امیرمهدی معظمی

تدوین گر

محمد فتح الله زاده



جلسه ۲

روانشناسی یادگیری: شرطی سازی کلاسیک و وسیله ای

فهرست

- یادگیری (Learning)
- یادگیری غیرتداعی گرا
- یادگیری تداعی گرا
- دیدگاه ها در زمینه یادگیری
- شرطی سازی کلاسیک
- تحمل دارویی و پاسخ های جبرانی
- علائم ترک (Withdrawal symptoms)
- شرطی سازی و ترس
- تفاوت بین گونه ها
- شرطی شدن وسیله ای (Instrumental Conditioning) – اسکینری
- یا Operan
- پیشگامان
- کسب و خاموش سازی
- تقویت کننده های شرطی (Conditional reinforcers)
- تقویت پیوسته
- برنامه های تقویت (Schedules of reinforcement)
- نظریه ۲ مرحله ای اختلال های اضطرابی و استرس (Two-process theory)

یادگیری (learning)

یک تغییر نسبتاً دائمی در رفتار تعریف می‌شود که در نتیجه **تجربه** حاصل می‌شود. تغییرات رفتاری که ناشی از **رشد** هستند به عنوان مثال فردی که قدش بلندتر است و می‌تواند نسبت به کسی که کوتاه‌تر است سریع‌تر بدود و یا به شرایط موقت مربوطاند (نظیر خستگی یا حالات ناشی از دارو) در این تعریف نمی‌گنجد. ما تغییری را به عنوان یادگیری محسوب می‌کنیم که ناشی از **تجربه** باشد.

دو نوع اساس یادگیری وجود دارد: یادگیری غیرتداعی‌گرا (nonassociative) و تداعی‌گرا (associative).

یادگیری غیرتداعی‌گرا به یادگیری در مورد محرکی واحد مربوط می‌شود و شامل خوگیری و حساس شدن است.

یادگیری غیرتداعی‌گرا

خوگیری (habituation):

نوعی یادگیری غیرتداعی‌گرا است که با کاهش پاسخ رفتاری به محرکی بی‌ضرر همراه می‌شود. در واقع وقتی یک محرک بی‌ضرری مدام و بارها تکرار می‌شود، سیستم عصبی موجود واکنش خود را به آن محرک کاهش می‌دهد، برای مثال تیک‌تاک ساعت. اگر در یک اتاق آرامی قرار داشته باشیم شاید صدای ساعت را بشنویم؛ اما پس از مدتی دیگر این صدا **توجه** ما را جلب نمی‌کند و این نوعی **خوگیری** است. یا برای مثال لباس‌هایی که بر تن داریم، در ابتدا که لباس را تن می‌کنیم ممکن است آن را احساس کنیم؛ اما پس از مدتی دیگر وجود آنها را روی بدن احساس نمی‌کنیم. حتی در موردهای شدیدتر ممکن است در پایان روز که جوراب را در می‌آوریم جای کش جوراب روی پوست قرمز شده باشد و دچار خارش شده باشد که این نشان‌دهنده خوگیری سیستم عصبی ما در طول روز با کش جوراب بوده است. یا مثال دیگر کسانی هستند که خانه آنها در کنار بزرگراه‌ها قرار دارد، این افراد پس از مدتی نسبت به سروصداها خوگیری پیدا می‌کنند. برای مثال اگر تجربه سفر با قطار داشته باشیم ممکن است در سفر اول نتوانیم بخوابیم؛ اما اگر تکرار شود متوجه می‌شویم که علی‌رغم وجود صداهای زیاد می‌توانیم بخوابیم. حتی تحقیقات نشان داده است که این خوگیری می‌تواند نتایج بلند مدتی داشته باشد. برای مثال کسانی که در کنار مکان تردد قطارها زندگی می‌کنند اگر برای مدتی از آن مکان دور شوند و دوباره به آن مکان برگردند نسبت به دیگر افراد زودتر خوگیری پیدا می‌کنند. ولی معمولاً خوگیری‌ها اثرات کوتاه‌مدتی دارند. به طور خلاصه خوگیری یعنی تکرار شدن محرک بی‌ضرر که سبب کاهش پاسخ سیستم عصبی می‌شود.

برعکس این پدیده حساس‌شدگی نامیده می‌شود.

حساس شدن (sensitization):

در این نوع با **یک** محرک سروکار داریم.

نوعی یادگیری غیرتداعی‌گرا است که در آن افزایش در رفتار واکنشی نسبت به محرک شدید پدید می‌آید و حساس شدن معمولاً زمانی روی می‌دهد که محرک ترساننده و مضر به ارگانیسم نشان داده می‌شود.

برای مثال صدای در یا پنجره‌ای که مدام به هم بخورد. به‌غیراز محرک‌های آزاردهنده حتی محرک‌های خوشایند هم ممکن است حساس‌شدگی به وجود بیاورند. برای مثال آجیل و تخمه. هنگامی که ما شروع به تخمه خوردن می‌کنیم به دلیل وجود نمک پس از خوردن اولین تخمه دوست داریم تخمه‌های بعدی را بخوریم.

خوگیری و حساس شدن عمری نسبتاً کوتاه دارند و چند دقیقه تا چند ساعت دوام می‌یابند. در اصل یادگیری‌های تداعی‌گرا نسبت به این نوع یادگیری‌ها پایداری بیشتری دارند و برخلاف این‌ها چندین محرک در آن دخیل است.

یادگیری تداعی‌گرا

یادگیری تداعی‌گرا بسیار پیچیده‌تر از یادگیری غیرتداعی‌گرا است. چون یادگیری **روابط بین رویدادها، محرک‌ها یا پاسخ‌ها** را در برمی‌گیرد. در نتیجه دیگر فقط یک محرک وجود ندارد.

این یادگیری‌ها معمولاً پایدارتر از یادگیری‌های غیرتداعی‌گرا هستند.

این نوع یادگیری شامل شرطی‌شدن کلاسیک و شرطی‌شدن وسیله‌ای است.

در شرطی‌شدن کلاسیک (Classical Conditioning)، ارگانیسم یاد می‌گیرد که **رویدادی در پی یک رویداد دیگر ظاهر می‌گردد**. مثلاً، کودک شیرخوار می‌آموزد که مشاهده‌شدن شیشه شیرخشک با مزه شیر دنبال خواهد شد.

در شرطی‌شدن وسیله‌ای (Instrumental Conditioning)، ارگانیسم یاد می‌گیرد که پاسخ ابراز شده توسط او با **پیامدهایی** دنبال خواهد شد. مثلاً بچه‌ای کوچک یاد می‌گیرد که زدن خواهر یا برادر اظهار نارضایتی پدر یا مادر را در پی خواهد داشت.

دیدگاه‌ها در زمینه یادگیری

مهم‌ترین سخنگوی رفتارگرایی **جان واتسون** آمریکایی: مقاله کوتاهی در سال ۱۹۱۳ با عنوان روان‌شناسی از دیدگاه یک رفتارگرا.

واتسون اعتقاد داشت که موضوع پژوهش روان‌شناختی باید رفتار باشد نه هوشیاری: عینی و قابل‌تکرار.

کانون توجه محرک‌های بیرونی و پاسخ‌های قابل‌مشاهده است. روابط ساده‌ای از نوع کلاسیک و وسیله‌ای اساس تمام یادگیری‌هاست.

در سال‌های ۱۹۰۰ به‌تازگی روان‌شناسی علمی بنیان‌گذاری شده بود و دیدگاه‌ها و مکاتب متفاوتی در مورد آن وجود داشت در حوالی ۱۹۱۳ جان واتسون یکی از روان‌شناسان به نام آمریکایی این عقیده را بیان می‌کند که روان‌شناسی مانند دیگر علم‌ها مثل فیزیک باید به دنبال ثبت و مشاهده و سنجش رویدادهای کاملاً عینی باشد. **عینی و قابل‌مشاهده** برای هر مشاهده‌گری و نه **پدیده‌های ذهنی و درونی** **غیرقابل‌مشاهده** که کسی نمی‌تواند آن را مشاهده کند و تنها از طرف آن فرد آزمودنی روایت می‌شود؛ مانند

افکار و احساسات. در نتیجه در حدود سال‌های بین ۱۹۱۳ تا ۱۹۵۰ رفتارگرایی به‌عنوان رویکرد غالب در آمریکا وجود داشت.

بنابراین، مطابق نظر واتسون تنها می‌بایست سراغ مسائل علمی و قابل تکرار رفت که این عقیده زیربنای رویکرد یادگیری سال‌های ۱۹۰۰ تا ۱۹۵۰ یا ۱۹۶۰ شد.

البته رفتارگرایی (که رویکرد غالب در آمریکا بود) با این که آن زمان هم افراطی بود و عقیده بر آن بود که این حیطه، روان‌شناسی را خیلی محدود می‌کند، آن زمان توانست خدمات شایانی را به علم روان‌شناسی و حتی رشته‌های وابسته مانند clinical psychology که به درمان بیماری‌های روانی می‌پردازد، بکند و حتی الان هم در حال انجام این خدمت است.

در نتیجه یافته‌هایی که روان‌شناسی یادگیری با نگاه کاملاً عینی و Objective به موضوع انسان و رفتار داشته‌اند، پیامدها و یافته‌های بسیار مهمی را برای ما به ارمغان آورده است.

کانون اصلی دیدگاه رفتاری در زمینه یادگیری، محرک‌های بیرونی و پاسخ‌های قابل مشاهده است. دیدگاه رفتاری اساس تمام یادگیری‌ها را روابط ساده‌ای از نوع کلاسیک و وسیله‌ای می‌داند.

البته این دیدگاه به‌وسیله رویکرد شناختی مورد نقد قرار گرفت. رویکرد شناختی در حدود سال‌های ۱۹۵۰ در آمریکا بسیار رشد کرد و مدعی شد که اولاً یافته‌های رفتارگرایی محدود هستند و ما یادگیری‌های پیچیده‌تری داریم. انسان علاوه بر سیستم‌های یادگیری تداعی گرا و غیرتداعی گرا، می‌تواند برنامه‌ریزی کند و قاعده‌هایی را برای خود قرار دهد و طبق آنها عمل کند. در اصل رویکرد شناختی بحث یادگیری مرکب را دارد که شامل راهبردها، اصول و... علاوه بر تداعی‌هاست.

شرطی‌سازی کلاسیک

پرچمدار این روش‌ها ایوان پائولوف فیزیولوژیست روسی است. او در حدود سال‌های ۱۹۸۰ روی فیزیولوژی دستگاه گوارش در حال کارکردن بود و اتفاقاً به دلیل همین تحقیقات در فیزیولوژی جایزه نوبل را هم به دست آورد. او مانند دیگر دانشمندان که در حین کارکردن در حیطه دانش خود، متوجه موضوعات دیگر می‌شدند، موضوع شرطی‌شدن کلاسیک را یافت.

پائولوف در حال تحقیق روی دستگاه گوارش سگ بود. به دهان سگ لوله‌های آزمایشگاهی وصل بود. یافته‌ای که آن‌ها به‌صورت اتفاقی آن را مشاهده کردند این بود که قبل از رسیدن غذا به سگ ترشح بزاق رخ می‌دهد. برای او این سؤال پیش آمد که چگونه با اینکه هنوز غذایی در دهان سگ قرار نگرفته است بزاق ترشح می‌شود. وقتی بیشتر دقت کردند متوجه شدند که با محرک‌هایی مانند صدای پای فردی که به سگ غذا می‌داد هم بزاق ترشح می‌شد و متوجه رابطه بین صدا و خود غذا شدند و موجود همان پاسخی که به خود غذا می‌دهد به محرک هم می‌دهد.

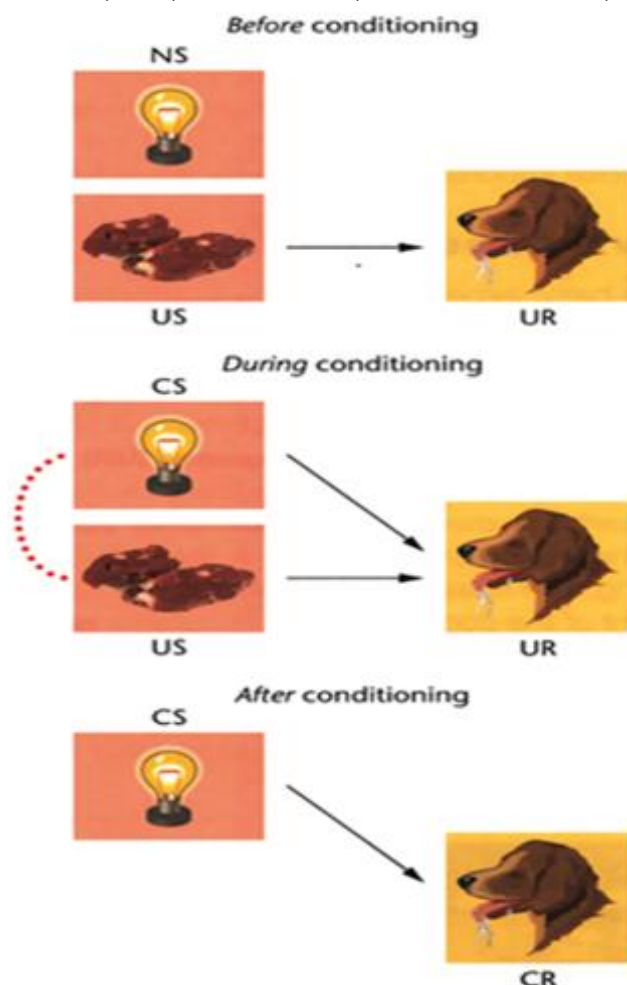
محرک اصلی و طبیعی که به آن محرک غیرشرطی یا Unconditioned stimulus (US) هم می‌گویند، یک پاسخ طبیعی (unconditioned respons) را به وجود می‌آورد که در این مثال منظور ترشح بزاق است.

وقتی محرک دیگری که در ابتدا خنثی است با محرک اصلی جفت شود، بعد از تلاش‌هایی برای جفت‌کردن، ما شاهد این هستیم که این محرک خنثی یا neutral stimulus یا NS دیگر خودش توانایی ایجاد پاسخ در موجود را دارد. در نتیجه محرک خنثی در ابتدا به‌تنهایی پاسخی را در موجود ایجاد نمی‌کند

و صرفاً محرکی است که می‌تواند توجه موجود را جلب کند و در کنار محرک اصلی قرار گیرد؛ اما پس از جفت‌شدن با محرک غیرشرطی محرک خنثی تبدیل به **محرک شرطی (conditioned stimulus)** می‌شود و سبب ایجاد پاسخ شرطی یا conditioned response یا CR می‌شود.

در شرطی‌سازی کلاسیک، پاسخ شرطی پاسخی است که جزئی از گنجینه طبیعی حیوان است نظیر ترشح بزاق.

به طور خلاصه پاسخ شرطی، پاسخی است که محرک شرطی آن را ایجاد کرده باشد و جفت‌شدن محرک خنثی و محرک غیرشرطی، سبب تبدیل محرک خنثی به محرک شرطی می‌شود.



شرطی‌شدن کلاسیک پدیده‌ای رایج است. در خیلی از موقعیت‌ها و شرایط زندگی ما رخ می‌دهد. در واقع بیشتر موجودات زنده که از یک **سیستم عصبی هر چند ساده** هم تشکیل شده باشند می‌توانند شرطی‌شدن کلاسیک در آنها رخ دهد. حتی برای مثال یک ماهی ساده. شرطی‌شدن کلاسیک در واقع مانند سایر پدیده‌هایی است که سعی می‌کنند موجود را با محیط **سازگار** کنند. در واقع یکی از کارکردهای شرطی‌شدن کلاسیک افزایش **بقای** موجود و کمک به زنده ماندن او است. در واقع موجودات زنده نباید صبر کنند تا یک اتفاقی بیفتد و بعد نسبت به آن واکنش نشان دهند (در شرطی‌شدن کلاسیک موجود می‌آموزد **دیر هنگام** پاسخ ندهد). خیلی جاها ممکن است این واکنش‌ها دیر اتفاق بیفتد و بعضاً منجر به صدماتی به موجود شود. در نتیجه اگر موجودی بتواند **رویدادهای آینده** را پیش‌بینی کند و برای آن آماده شود، شانس بقای او افزایش پیدا می‌کند. بدن هر موجود زنده دنبال ایجاد تعادل و هم‌مؤسستازی برای خود است و در این

فرایند هر تغییری که در بدن به وجود می‌آید باید به آن واکنشی نشان داده شود تا از اثرات آن کاسته شود. برای مثال وقتی ما غذا می‌خوریم و قند خون ما بالا می‌رود در بدن ما انسولین تولید شده که در نتیجه آن قند خون کاهش پیدا می‌کند. حال اگر بدن این افزایش قند خون را از **قبل** تشخیص بدهد و خود را **آماده** آن کند پس در نتیجه تغییراتی که در بدن رخ می‌دهد، قند خون کاهش پیدا می‌کند. به همین خاطر است که در نزدیک‌های ساعت ۱۲ افراد احساس گرسنگی می‌کنند. این در صورتی است که احتمال دارد حتی ما قبل از آن چیزی خورده باشیم و همچنین بدن ما ذخایر قندی خود را داشته باشد و در واقع این ناشی از فرایند **شرطی‌شدن کلاسیک** است. در واقع به این دلیل است که احتمالاً ما حوالی این ساعت در روزهای قبل چیزی خورده‌ایم و در بدن خود افزایش قند خون داشته‌ایم و حالا که چیزی نمی‌خوریم طبق شرطی‌شدن کلاسیک بدن ما واکنش نشان داده و احساس گرسنگی می‌کنیم. در واقع بدن این **ساعت** را **محرک شرطی** به حساب می‌آورد. پس از آن که بدن واکنش نشان داد بدن شروع به ترشح انسولین کرده در نتیجه قند خون ما پایین می‌آید و ما احساس گرسنگی می‌کنیم. یکی از کاربردهای شرطی‌شدن کلاسیک که امروزه به رسمیت شناخته شده است فرایندهای مربوط به داروهاست. یکی از آنها **تحمل دارویی** است و بحث دیگر مرتبط با شرطی‌شدن کلاسیک، **علائم ترک** است.

به طور خلاصه اگر بدن بتواند افزایش قند خون را **زودتر** پیش‌بینی کند و خود را آماده سازد، تعدیل رخ می‌دهد (این آماده‌سازی هم به‌صورت ترشح هورمون انسولین است که سبب کاهش قند خون بدن پیش از خوردن غذا می‌شود، برای مثال اگر در رستوران باشیم و غذا دیر برسد، محرک‌های شرطی انسولین بیشتر ترشح شده و احساس گرسنگی بیشتری می‌کنیم)

تحمل دارویی و پاسخ‌های جبرانی

تحمل دارویی (drug tolerance) به کاهش اثر یک دارو وقتی به طور مکرر مصرف می‌شود اطلاق می‌گردد.

در واقع وقتی ما دارویی یا هر ماده‌ای را مصرف می‌کنیم، این ماده خود یک **محرک غیرشرطی یا طبیعی** است. این محرک اثری روی بدن ما می‌گذارد که این اثر ناشی از عمل آن دارو یا آن ماده روی بدن ما است. اما بر طبق **اصل هومئوستازی** بدن باید واکنشی را نشان بدهد که **عکس اثر دارو** یا آن ماده باشد و آن را **تعدیل** کند. برای مثال ما با مصرف قهوه فشار خونمان بالا می‌رود؛ اما با تکرار مصرف قهوه ما متوجه این موضوع می‌شویم که **دیگر به آن حالات قبل بر نمی‌خوریم و فشار خونمان به اندازه قبل بالا نمی‌رود**. اگر در این حالت، **موقعیت** مصرف کافئین را **تغییر** دهیم، برای مثال اگر قبلاً فرد مقداری قهوه را در **فنجان** مصرف می‌کرد حالا همان مقدار کافئین را به‌صورت **وریدی** به فرد تزریق کنیم یا اگر قهوه را در لیوان می‌نوشیده حال در فنجان بنوشد، بدن فرد دوباره به **حالت قبل** بر می‌گردد. (در اصل به‌خودی‌خود مصرف زیاد قهوه سبب به‌وجودآمدن اثر اولیه نمی‌شود؛ بلکه تغییر نحوه مصرف سبب آن می‌شود)

تحمل به دارو زمانی بیشتر است که دارو تحت شرایط معمول مصرف شود. این اثر را «تحمل دارویی مختص به موقعیت» می‌نامند و با شرطی‌سازی کلاسیک قابل‌توجیه است.

در خصوص مواد مخدری مانند هروئین:

خود هروئین یک ماده غیرشرطی است که با ورود به بدن سبب کاهش فشارخون می‌گردد. حال باید توجه کرد که فرد در حال مصرف در اطراف خود محرک‌هایی دارد که در ابتدا **خنثی** هستند؛ ولی به‌مرور تبدیل به **محرک شرطی** می‌شوند و وقتی فرد در معرض آنها قرار می‌گیرد، دچار افزایش فشارخون می‌شود (در اصل

پیش‌بینی می‌کند که قرار است هروئین مصرف و مصرف آن نیز سبب کاهش فشارخون شود؛ بنابراین برای **تعدیل و هومئوستازی** فشارخون را افزایش می‌دهد

در اصل کاهش فشارخون اولیه یک **پاسخ غیرشرطی** است و افزایش فشارخون به سبب هومئوستازی کاهش فشارخون رخ داده (**محرک طبیعی و غیرشرطی**) نیز یک **پاسخ غیرشرطی** است.

محرک‌های مرتبط با هروئین مانند سرنگ یا... که در ابتدا خنثی بوده‌اند، با هروئین شرطی می‌شوند و به واسطه پاسخ‌های غیرشرطی بدن پس از مصرف به **محرک شرطی** بدل می‌گردند و این‌گونه می‌گردد که صرفاً ارائه سرنگ خالی به فرد سبب فراخواندن و elicit پاسخ می‌شود؛ در اصل این افزایش فشارخون در مصارف اولیه درست است که سبب لذت در فرد می‌شود؛ ولی در مصارف بعدی به علت هومئوستاز سبب درد و رنج است و محرک‌های خنثی اولیه که اکنون شرطی شده‌اند نه با لذت بلکه با درد و رنج شرطی می‌شوند. (پاسخ غیرشرطی بدن)

بنابراین، در دفعات اول مصرف آرامش، خوشحالی و... را کسب می‌کند؛ ولی در مصارف بعدی چیز به‌جز اضطراب، درد و... به دست نمی‌آورد و محرک‌های اطراف برای او **تداعی‌گر درد** هستند؛ در این صورت فرد برای مقابله با حالات ناخوشایند به مصرف مجدد روی می‌آورد؛ ولی محرک‌های **اطراف** سبب زودتر صادر شدن **پاسخ‌های جبرانی (Compensatory response)** شده و فرد از همان دوز لذت نمی‌برد و تحمل دارویی رخ می‌دهد و مجبور به افزایش دوز و در نهایت هم داروهای دیگر و مولتی دراگ شدن او می‌شود.

علائم ترک (Withdrawal Symptoms)

در صورتی رخ می‌دهد که فرد با **محرک‌های شرطی** روبه‌رو شود؛ ولی امکان **مصرف مواد نباشد** و با **پاسخ‌های جبرانی** بدن تنها شود.

حتی تصاویر مربوط به مواد سبب می‌شود که در کسی که فرایندهای اولیه ترک (سم‌زدایی و مشاوره) را طی کرده **علائم ترک** به وجود آید و **پاسخ‌های جبرانی** بدن او به کار بیفتند در این صورت یا باید تحمل کند که به ترک او منجر می‌شود یا باید آن را رفع کند و دوباره مواد مصرف کند (ولع (craving) به مصرف مواد در اثر پاسخ‌های جبرانی)

بنابراین، یکی از درمان‌های مهم امروزه این است که در محیطی امن و عاری از مواد، فرد معتاد با محرک‌های شرطی اصلی روبه‌رو شود تا **فرایند خاموشی** رخ دهد و آن محرک‌ها اثر خود را از دست بدهند. به این روند Cue Exposure Theory=CET می‌گویند.

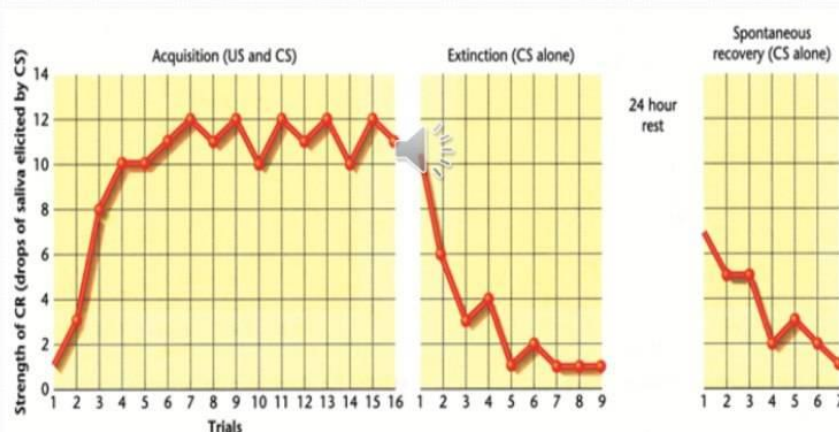
به ۲ اصطلاح توجه می‌کنیم

۱. ایجاد محرک و پاسخ شرطی: Acquisition

۲. ارائه محرک شرطی به‌تنهایی: Extinction

پس از مورد ۲ اگر مغز چیزی برایش مهم باشد و مجدد محرک شرطی را بیاوریم پاسخ کمی زیاد می‌شود؛ ولی با اثرات کمتر.

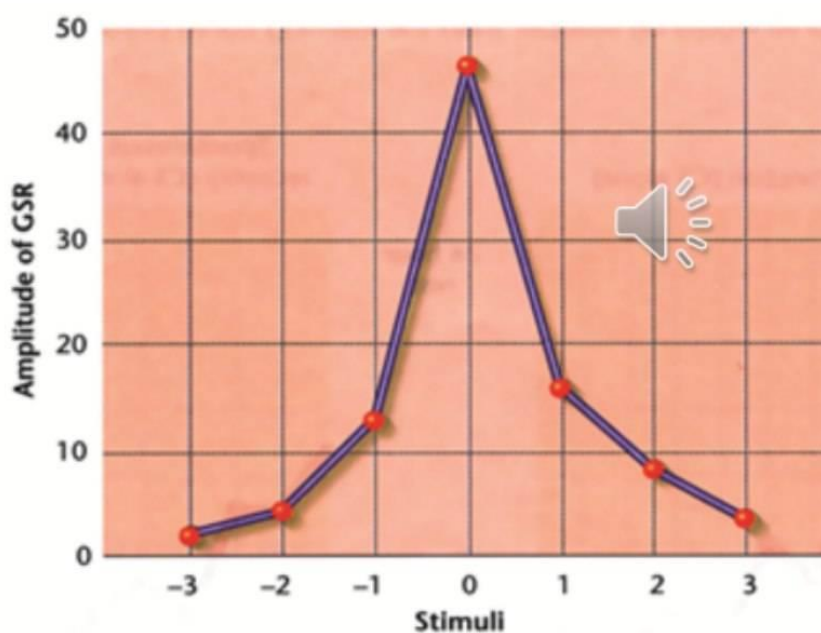
کسب، خاموش سازی و بازیابی خودبخودی



تعمیم محرک (Stimulus generalization):

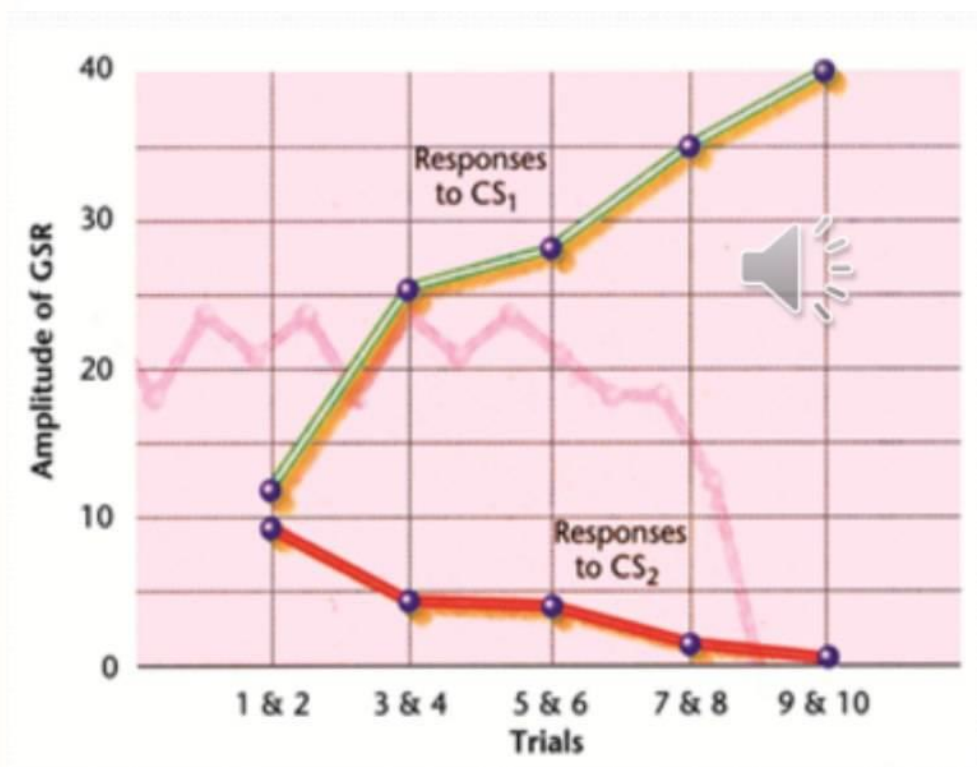
مثلاً برای سگ پائولوف اگر صدایی را پخش کنیم که نزدیک صدای شرطی اولیه باشد (ولی خود آن صدا نباشد) پاسخ شرطی داده می‌شود (مانند ما که از کسانی که حتی دشمن ما نیز هستند بار هیجانی منفی داریم) و این فرایند **خودبه‌خود** است.

به نمودار زیر دقت کنید که بحث شدت پاسخ به محرک اصلی و محرک‌هایی با شباهت کمتر یا بیشتر به آن را نشان می‌دهد.



تفکیک محرک (Stimulus Discrimination):

برخلاف تعمیم محرک **خودبه‌خودی نیست** و باید یاد گرفته شود که به محرک‌های شبیه محرک اصلی پاسخ شرطی داده نشود، برای مثال صدای شرطی را با صدای غیرشرطی همراه می‌کنیم؛ ولی آن محرکی که نمی‌خواهیم سبب پاسخ شرطی شود را با محرک غیرشرطی که مثلاً می‌تواند غذا باشد، همراه نمی‌کنیم که همان شرطی‌شدن افتراقی است؛ یا مثال دیگر در فردی که شکست عشقی خورده ابتدا همه را به‌عنوان کسی می‌بیند که از او دچار این شکست شده ولی با حضور او در جامعه به‌تدریج بهبود می‌یابد که این همان کاهش واکنش هیجانی در روابط بین‌فردی است.



شرطی‌سازی درجه دوم (Second Order Conditioning):

خود محرک شرطی، محرک خنثی دیگری را نیز شرطی می‌کند (غذا و نور --- شرطی‌شدن نور/نور و صدا --- شرطی‌شدن صدا) برای مثال در شیمی‌درمانی، مواد سمی محرک غیرشرطی (US) و تهوع پاسخ غیرشرطی (UR) است؛ بنابراین نباید به کودک سرطانی (با آرزوی بهبود همه افراد مبتلا به سرطان) پیش از شیمی‌درمانی، محرک‌های خوشایند مثل بستنی داد؛ چون بستنی (CS) تداعی‌گر رنج می‌شود. حال اگر کودک مکرراً با محرک‌های دیگر نظیر اسباب‌بازی و در پی آن بستنی قرار گیرد به اسباب‌بازی‌ها احساس ناخوشایندی پیدا می‌کند.

شرطی‌سازی و ترس

شرطی‌شدن کلاسیک یکی از پایه‌های ایجاد ترس و فوبیا است، در واقع یک محرک شرطی CS نشان می‌دهد که قرار است در فرد رنجی پدید آید و نبودن آن محرک CS پیش‌بینی‌کننده نیامدن درد است و این CS قابل اطمینان است و در نتیجه ارگانیسم می‌تواند استراحت کند و CS به صورت یک **هشدار خطر** درآمده و فقدان آن نشانه **ایمنی** است.

ولی نکته بدتر اینکه اگر بدون محرک شرطی درد و رنجی به جاندار داده شود و در واقع **پیش‌بینی‌کننده قابل اطمینانی وجود نداشته باشد**، در اضطراب دائم فرومی‌رود و سبب آسیب‌های روان‌تنی جدی مثل زخم‌های گوارشی می‌شود.

آزمایش: موش صحرایی در داخل یک قفس به طور دوره‌ای متحمل شوک برقی از ناحیه پا می‌شود. درست قبل از وارد شدن شوک، صدایی تولید می‌شود. پس از جفت‌شدن مکرر این صدا CS و شوک UCS صدا به تنهایی در موش صحرایی واکنش‌های ترس را ایجاد می‌کند مثل انجماد و جمع کردن بدن و همچنین فشارخون حیوان نیز بالا می‌رود، موش صحرایی شرطی شده است که نسبت به محرکی که قبلاً خنثی بوده واکنش ترس نشان دهد.

محدودیت‌های زیست‌شناختی:

قوانین یادگیری برای تمام گونه‌ها یکسان است، به علاوه فرض می‌کردند که هر CS می‌تواند با هر US از طریقی شرطی‌شدن کلاسیک مرتبط گردد.

بیزارسازی چشایی آموخته شده:

پس از خوردن غذایی خاص مریض شده و نخواستیم که بار دیگر از آن غذا استفاده کنیم. اول از همه اکثر بیزاری‌های چشایی پس از فقط یکبار تجربه با غذا روی می‌دهد و زوج شدن مکرر ضرورتی ندارد، ثانیاً فاصله US و CS معمولاً بسیار طولانی است؛ بیماری US چند ساعت پس از مصرف غذا CS رخ می‌دهد.

تفاوت بین گونه‌ها

پرندوها غذا را بیشتر با **مشاهده** آن انتخاب می‌کنند تا با **چشیدن** آن و به آسانی ارتباط بین **نور و ناخوشی** را می‌آموزند؛ ولی ارتباط بین **مزه و ناخوشی** را خیر.

به گروهی از موش‌های صحرایی آزمایشگاهی (Garcia and Koelling 1996) اجازه داده شد که یک لوله حاوی محلولی طعم‌دار را بلیسند و از آنجایی که موش با چشیدن به درک مزه می‌پردازد پس با آن شرطی می‌شود نه به عنوان مثال نور. (البته در بحث بیزارسازی چشایی گفتیم که بحث شرطی‌شدن شاید در نهایت رخ دهد نه همان ابتدا)

و در اصل این‌ها بیان می‌کردند که هر محرکی هم نمی‌تواند شرطی شود و **محدودیت زیست‌شناختی** دارد.

جدول ۱-۷. آزمایشی در زمینه محدودیتها و بیزارسازی

گروه	محرك‌های شرطی	محرك‌های غير شرطی	نتیج
گروه مسموم شده	مزه شیرین + صدای تِق	لیتوم کلراید + ناخوشی	امتناع از نوشیدن مزه
گروه شوک	مزه شیرین؛ نور + صدای تِق	نرس شوک به پا	عدم امتناع؛ نور + صدا مزه - عدم امتناع

شرطی شدن وسیله‌ای (Instrumental Conditioning) - اسکینری یا Operan

برخی رفتارها به دلیل عمل یا اثر محیط آموخته می‌شوند.

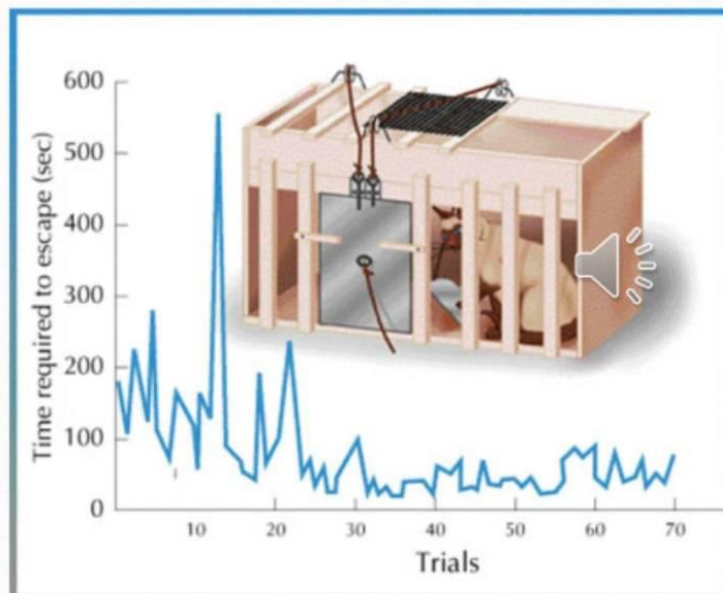
سگ می‌آموزد که انجام کلیک منجر به دریافت غذا می‌گردد؛ یعنی رفتار وسیله‌ای برای ایجاد تغییر در محیط است.

شرطی‌سازی کلاسیک مستلزم یادگیری روابط بین رویدادهاست (رابطه بین ۲ محرک) ولی شرطی‌شدن وسیله‌ای شامل یادگیری رابطه بین پاسخ‌ها و نتایج آنها (رابطه بین یک رفتار و یک پیامد بیرونی) است. به‌طورکلی در شرطی‌سازی ما نظاره‌گر تغییرات نیستیم؛ بلکه عامل آن هستیم و رفتار وسیله‌ای برای ایجاد تغییر در محیط است.

پیشگامان

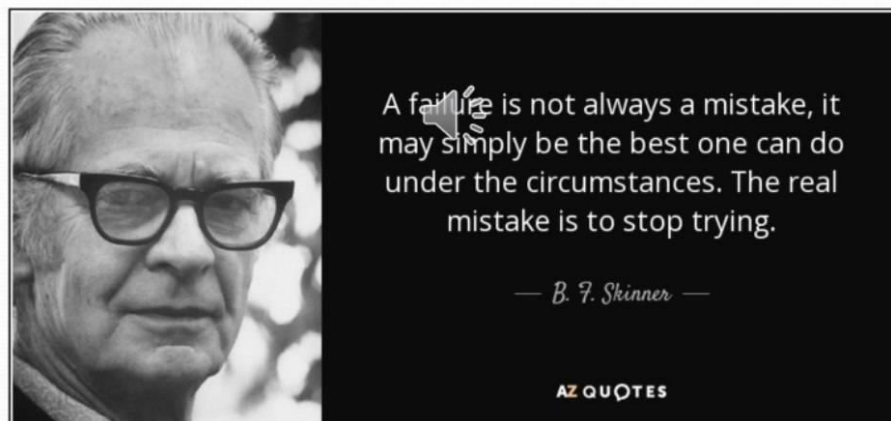
۱. **تورندایک (۱۸۹۸):** حیوانات مثل انسان‌ها با پیدایش **بینش** یاد نمی‌گیرند (فهم موقعیتی که به راه‌حل می‌انجامد) بلکه آنها از طریق آزمایش و خطا می‌آموزند. (حیوانات سریع یاد نمی‌گیرند و باید زمان زیادی بگذرد، در اصل این نظر دانشمندان و روان‌شناسان رفتارگرا بود)

قانون اثر از یک رشته پاسخ‌های تصادفی فقط آن‌هایی که با پیامدهای مثبت دنبال می‌شود را برمی‌گزیند.



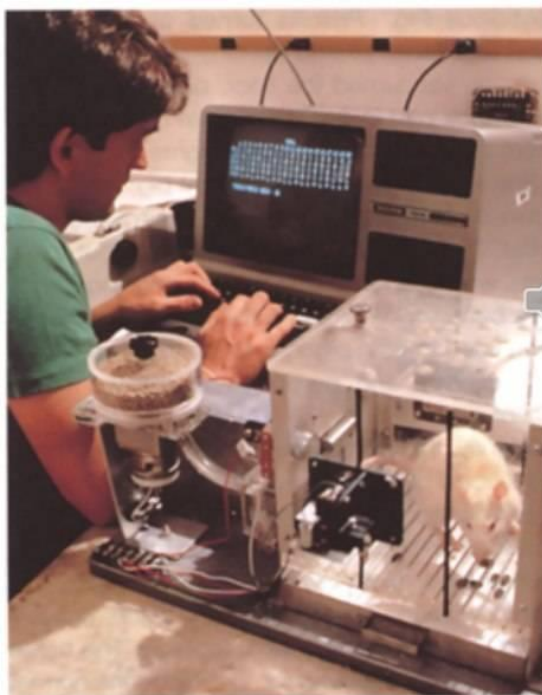
۲. **بی اف اسکینر**: در دهه ۱۹۵۰ اسکینر موافق اصلی رفتارگرایی در آمریکا بود.

یک جمله زیبا از ایشان ببینیم:



شرطی شدن عامل:

حیوانی گرسنه (معمولاً موش صحرایی یا کبوتر) در جعبه‌ای موسوم به **جعبه اسکینر** یا **اتاقک عامل** (**Operan Box=Skinner Box**) قرار داده می‌شود که درون آن قفس اهرم غذا و نور و صدا و فضایی زیر پای موش جهت ایجاد شوک است. (قبل قراردادن موش در اتاقک، ۲۴ تا ۴۸ ساعت گرسنگی کشیده است (دره محرومیت))



رفتار سطح پایه:

موش اطراف خود حرکت می‌کند و به جست‌وجو می‌پردازد، ندرتاً به تفتیش میله و اهرم هم پرداخته و آن را فشار می‌دهد، دفعاتی که در ابتدای آزمایش موش صحرایی میله را فشار می‌دهد سطح پایه نامیده می‌شود و حتی با افتادن غذا هم متوجه آن نمی‌شود؛ زیرا هنوز یادگیری در او رخ نداده است.

کسب و خاموش‌سازی

اما با چند بار انجام‌دادن، رفتار تغییر کرده و وارد شرطی‌شدن می‌شود. هر بار که موش صحرایی میله را فشار می‌دهد مقداری غذا به داخل ظرف می‌افتد موش غذا را می‌خورد و باز میله را فشار می‌دهد؛ غذا رفتار فشردن میله را تقویت می‌کند و سرعت فشاردادن زیاد می‌شود.

اگر مخزن غذا برداشته شود و با فشردن غذایی داخل نشود، سرعت فشردن کاهش خواهد یافت و پاسخ **عاملی وقتی تقویت نشود خاموش می‌گردد.**

شرطی‌سازی عامل احتمال (۱۰۰ درصد نیست) یک پاسخ را با تعقیب‌شدن رفتار با یک **تقویت‌کننده (Reinforcer)** مثل غذا یا آب افزایش می‌دهد.

تقویت در برابر تنبیه:

ابتدا به بررسی چند مفهوم می‌پردازیم:

تقویت: موجب افزایش رفتار

تنبیه: موجب کاهش رفتار

مثبت: ارائه محرک به موجود

منفی: حذف محرک از موجود

به جدول زیر برای پی‌بردن به انواع تقویت و تنبیه توجه می‌کنیم:

جدول مرور مفاهیم انواع تقویت و تنبیه نوع تعریف اثر نمونه			
تقویت مثبت Positive reinforcement	دادن محرکی خوشایند یا رضایت بخش در پی یک پاسخ رفتاری	افزایش احتمال پاسخ رفتاری	اگر در پی مطالعه نمره بالایی در امتحان بگیرید، میزان مطالعه قبل از امتحان بالا خواهد رفت
تقویت منفی Negative reinforcement	حذف محرکی خوشایند یا آزارنده در پی یک پاسخ رفتاری	افزایش احتمال پاسخ رفتاری	اگر ترک اتاق خوابگاه شما را از شر هم اتاقی پر سر و صدا رها کند، زمان بیرون ماندن شما از اتاق بالا خواهد رفت.
تنبیه مثبت (تنبیه) Positive punishment	دادن محرکی ناخوشایند یا آزارنده پس از یک پاسخ رفتاری	کاهش احتمال پاسخ رفتاری	اگر استاد شما به خاطر طرح سوال در کلاس شما را شرمنده سازد، احتمال پرسیدن سوال توسط شما کاهش خواهد یافت.
تنبیه منفی (آموزش حذف) Negative	حذف محرکی خوشایند یا رضایت بخش پس از پاسخ رفتاری	کاهش احتمال پاسخ رفتاری	اگر هر وقت که شما تلویزیون تماشا می کنید توجه دوست شما نسبت به شما کمتر شود، زمانی را که شما جلو تلویزیون می گذرانید کاهش خواهد یافت.

نکات:

۱. **تقویت منفی** سبب شکل گیری **وسواس** است: رفتار شستن دست در افراد وسواسی افزایش می یابد تا آلودگی (محرک ناخوشایند) حذف شود.
۲. وقتی بچه ای در جمع بچه دیگری را می زند، دور کردن او از جمع در اصل تنبیه منفی است و کتک زدن بچه ای که دیگری را زده تنبیه مثبت است. (البته توصیه این است که کلاً از تنبیه دوری شود)

شرطی سازی آزاردهنده (Aversive Conditioning):

تنبیه وسیله ای مؤثر برای کاهش رفتار است.

استفاده از تنبیه برای آموزش در اصلاح رفتارهای انسان همیشه موفق نیست.

چرا تنبیه غالباً خوب نیست؟

برخی تنبیه ها شدتی نیستند؛ مثلاً وقتی به راننده ها می گویند اگر سریع برانی خواهی مرد؛ ولی در این مورد رانندگان تجربه مردن حین رانندگی را نداشته اند.

علت دیگر این است که می گوید چه کاری نکند؛ اثرات آن در حد نتایج پاداش دادن آگاهی دهنده نیست.

نتایج جنبی تنبیه ناخوشایند هم است؛ از طریق شرطی سازی کلاسیک به نفرت یا ترس از شخص تنبیه کننده و موقعیت منجر می شود.

تنبیه شدید و دردناک ممکن است رفتاری پرخاشگرانه ایجاد کند که جدی تر از رفتار نامطلوب اولیه است.

شکل‌دهی رفتار (Shaping):

شرطی‌شدن عامل می‌تواند سبب یاد دادن رفتاری به جاندار شود.

هدف نهایی شکل‌دهی رفتار، ایجاد رفتاری است که قبلاً در جاندار نبوده است.

برای ایجاد رفتارهای جدید باید تقویت تقریب‌های متوالی رفتار را انجام داد؛ یعنی پله به پله و مرحله‌به‌مرحله پیش برویم؛ مثال: برای آموزش دریافت نامه به سگ (ابتدا باید از رفتاری که فعلاً موجود انجام می‌دهد و مرتبط با هدف نهایی است شروع کنیم؛ مانند نگاه کردن سگ به روزنامه) می‌توانید هر بار که سگ به در نزدیک می‌شود یک تقویت‌کننده غذایی به او داده و بخواهید با هر نوبت تقویت به نامه نزدیک‌تر شده تا بالاخره با دهان و پنجه نامه را بردارد، در اصل در این گام‌ها و Steps دیگر مرحله قبلی را تقویت نمی‌کنیم تا سگ یک قدم جلو آید و به سمت چیزی که ما می‌خواهیم حرکت کند و در اصل تقویت برای مرحله یا گام بعدی است.

گرایش غریزی (Instinctive Drift):

پدیده پناه‌بردن حیوانات به رفتارهای بهنجار (بر اساس هنجار) زیست‌محیطی گفته می‌شود؛ این نشان می‌دهد که شرطی‌سازی وسیله‌ای مثل کلاسیک، تحت محدودیت‌های زیست‌شناختی عمل می‌کند؛ مثال: در طرحی در آمریکا برای یاد دادن به راکن برای انداختن سکه در جای خود دیدند که راکن بعد از چند بار این رفتار را انجام نمی‌دهد و گرایش غریزی در شرطی‌سازی عامل و Shaping مشکل ایجاد کرده است. در اینجا بحث محدودیت‌های زیست‌شناختی نیز مطرح است: (برای بهتر شدن روند یادگیری در این بحث، بحث گریز و اجتناب را در انتهای جزوه ابتدا بخوانید)

با این فرض که در تمام موقعیت‌ها همان قوانین یادگیری قابل انطباق هستند هماهنگی ندارد.

در مورد پاداش کبوترها اگر پاسخ به‌صورت نوک زدن به یک کلید باشد، آن را سریع‌تر می‌آموزند تا زمانی که پاسخ به‌صورت تکان دادن بال‌ها باشد. در مورد گریز، عکس موضوع صادق است: کبوترها اگر پاسخ به‌صورت تکان دادن بال‌ها باشد آن را سریع‌تر از زمانی که پاسخ به شکل نوک زدن است می‌آموزند. در انسان‌ها شواهد محدودیت‌های شناختی در یادگیری یافت شده، مثلاً در مورد فوبیاهای تاریخچه تکاملی ما در ترس‌هایی که به آسانی در انسان آموخته می‌شود آشکار است مثل ترس از مار.

تقویت‌کننده‌های شرطی (Conditioned Reinforcers)

تقویت‌کننده‌های اولیه (Primary): سائق (نیاز)‌های بنیادی را برآورده می‌سازند؛ مانند غذا، آب و...

تقویت‌کننده ثانویه یا شرطی (Secondary=Conditioned):

محرکی که به طور ثابت با یک تقویت‌کننده اولیه جفت بوده است یا محرک‌هایی که ما را به سائق‌های بنیادی برسانند را تقویت‌کننده ثانویه می‌نامیم و در اصل این روند به‌نوعی شرطی‌سازی کلاسیک است.

به عنوان مثال برای انسان‌ها اغلب پول تقویت‌کننده ثانویه است یا مثلاً در همان آزمایش راکن انداختن سکه در جعبه با شرطی‌شدن کلاسیک حاصل از تقویت‌کننده اولیه و سائق بنیادی غذا اتفاق افتاد.

تقویت پیوسته

در جعبه اسکینر موش صحرایی اهرمی را می‌فشارد و در لحظه‌ای صدایی بلند می‌شنود و در پی آن غذا فراهم می‌شود، (غذا تقویت‌کننده اولیه است و صدا به تقویت‌کننده شرطی تبدیل می‌شود) پس از هنگامی که حیوان به این طریق شرطی شد آزمایشگر شروع به خاموش‌سازی این فرایند می‌کند به طوری که وقتی موش اهرم را می‌فشارد دیگر نه صدایی بر می‌خیزد و نه غذایی داده می‌شود؛ تدریجاً حیوان فشردن اهرم را کنار می‌گذارد و سپس مجدداً صدا پخش می‌شود؛ ولی مخزن غذا اضافه نمی‌شود. وقتی حیوان کشف می‌کند که فشاردادن اهرم سبب برخاستن صدا می‌شود دفعات فشردن اهرم را افزایش می‌دهد. همچنین این نکته نیز قابل ذکر است هنگامی که اسکینر دفعات غذا دادن را کمتر کرد، تلاش موجود بیشتر شد.

در ذیل همین موضوع زیرموضوع زیر را شرح می‌دهیم:

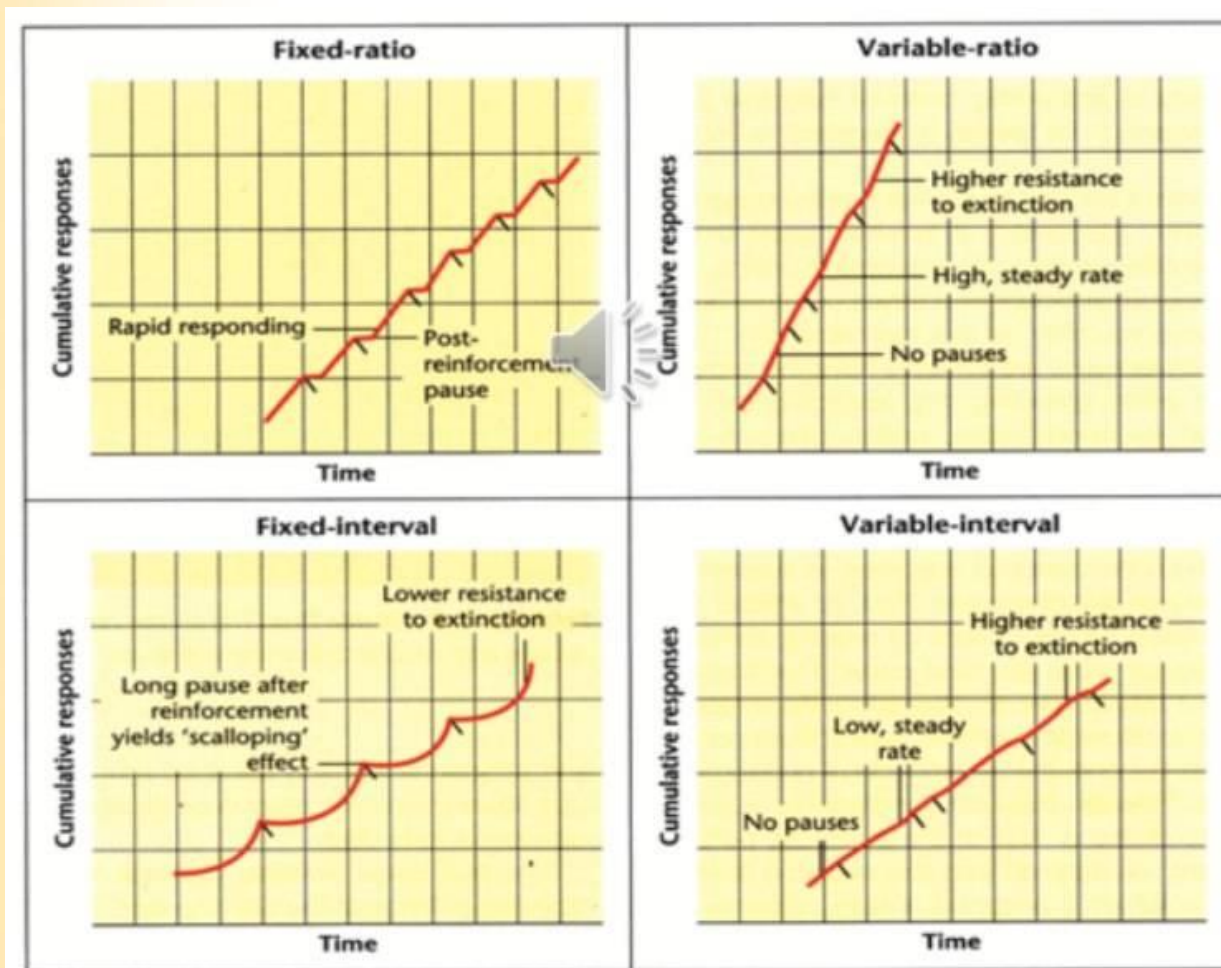
برنامه‌های تقویت (Schedules Of Reinforcement)

۱. **برنامه‌های نسبتی:** تقویت به نسبت عملکرد موجود انجام می‌گیرد. در اصل ۲ نوع ثابت و متغیر دارد که نوع ثابت به عنوان مثال یعنی هر روز ساعت مشخصی فعالیت خاصی را انجام می‌دهد و متغیر هم یعنی به عنوان مثال یک روز ۳ ساعت و روز دیگر ۷ ساعت برای کاری زمان می‌گذارد که میانگین می‌شود ۵ ساعت. این متغیر اساس دستگاه‌های قمار است که مشخص نمی‌باشد جایزه کی داده می‌شود و تصادفی است و در اصل این روشی قوی برای تلاش افراد است.

۲. **برنامه‌های فاصله‌ای:** تقویت نسبت به میزان تلاش است. ۲ نوع است که ثابت و متغیر نام دارد.

به ۲ تصویر زیر و توضیحات آنها توجه می‌کنیم:

جدول مرور مفاهیم برنامه‌های تقویت	
برنامه‌های نسبتی:	
نسبت ثابت (Fixed Ratio)	تقویت پس از تعداد ثابتی از پاسخ انجام می‌گیرد: کارگری در ابتدا برای هر ۵ مورد لبه‌دوزی لباس ۵ دلار دریافت می‌کرد
نسبت متغیر (Variable Ratio)	تقویت پس از تعداد به طور میانگینی ثابت برای پاسخ رخ می‌دهد: دستگاه‌های بازی و قمار
برنامه‌های فاصله‌ای:	
فاصله ثابت (Fixed Interval)	تقویت پس از فاصله زمانی مشخصی پس از آخرین تقویت صورت می‌گیرد: توزیع نامه‌های پستی
فاصله متغیر (Variable Interval)	طول مدت فاصله به طور غیرمنتظره با میانگین ثابت تغییر می‌یابد: گرفتن دوباره شماره تلفنی است که بوق اشغال می‌زند.



۱. **برنامه نسبی ثابت (Fixed-Ratio):** با شیب ثابت پیش می‌رود؛ شامل تلاش سریع (Rapid Responding) و استراحت (Post-Reinforcement Pause) است.

۲. **برنامه نسبی متغیر (Variable-Ratio):** استراحت و توقف ندارد و شیب تندتری دارد. در اصل مقاومت زیادی به خاموشی دارد و نرخ و شیب زیاد و ثابتی دارد.

۳. **برنامه فاصله‌ای ثابت (Fixed-Interval):** استراحت طولانی‌مدت پس از تقویت منجر به اثر **Scalping** می‌شود؛ اثر Scalping یعنی اینکه این نمودارها به شکل خمیده و موج‌دار مثل لبه صدف دریایی هستند. مقاومت کمتری به خاموش‌سازی دارد.

۴. **برنامه فاصله‌ای متغیر (Variable-Interval):** توقف ندارد، شیب ثابت ولی کم، مقاومت زیاد در برابر فرایند خاموش‌سازی.

مشخص می‌شود که نمودارهای نسبتی شیب بیشتری دارند.

رفتار گریز و پرهیز (Escape And Avoidance Behavior):

ارگانیسم می‌تواند پاسخی را برای خاتمه‌دادن به رویدادی آزاردهنده یاد بگیرد (مثلاً ما می‌توانیم اتاقی را که صدایی دلخراش در آن وجود دارد ترک کنیم) این را گریزآموزی یا Escape Learning می‌نامند.

اجتناب آموزی (Avoidance Learning):

ارگانیسم یاد می‌گیرد که پاسخی را برای پیشگیری از رویدادی مزاحم حتی از ابتدا نشان دهد (مثلاً اجتناب از ورود به اتاقی که در گذشته صدای دلخراشی از آن بلند می‌شده است)

در اصل رفتارهای گریز را چون منجر به حذف محرکی آزاردهنده می‌شوند انجام می‌دهیم (برای گریز از خطر) و یادگیری در آنها رخ می‌دهد.

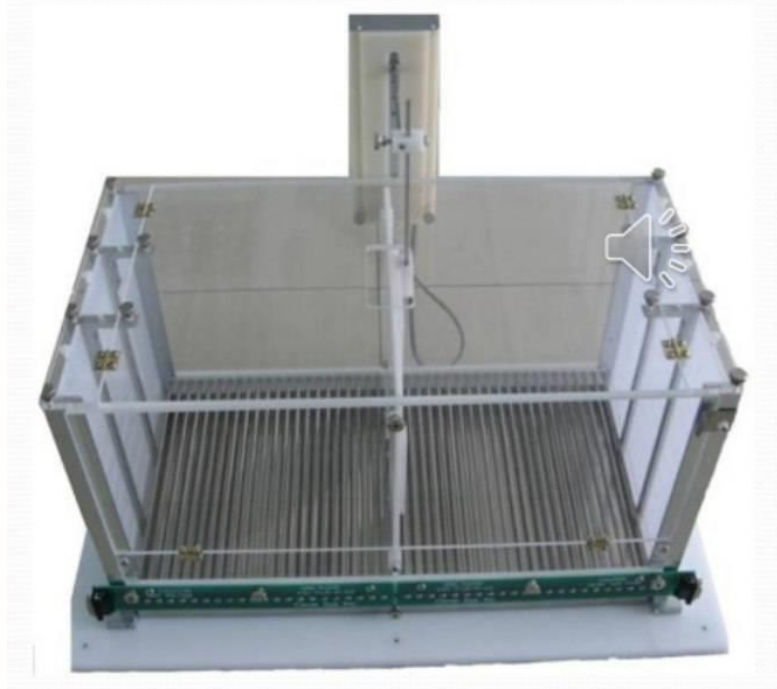
در اجتناب‌آموزی نیز یادگیری پیشگیری از عامل آزاردهنده را داریم (مثلاً با شنیدن صدای آمدن فردی آزاردهنده فرار می‌کنیم)

به تدریج این صدا (در مثالی که زدیم) محرک شرطی می‌شود و سبب کاهش استرس جاندار می‌شود.

آزمایشی در این خصوص طراحی شده که به آن می‌پردازیم:

:Shuttle Box

ماسوره‌ای: صدایی هشداردهنده پخش شده و ۵ ثانیه پس از آن کف آن بخش از جعبه با برق اتصال داده می‌شود. حیوان برای فرار از شوک باید از مانع به سمت دیگر جعبه بپرد. در ابتدا موش صحرایی فقط با شروع شوک از مانع می‌پرد - این همان گریزآموزی است، با تمرین یاد می‌گیرد که با شنیدن صدای هشداردهنده از مانع بپرد و کلاً از شوک اجتناب کند - این هم همان پرهیز (اجتناب) آموزی است.



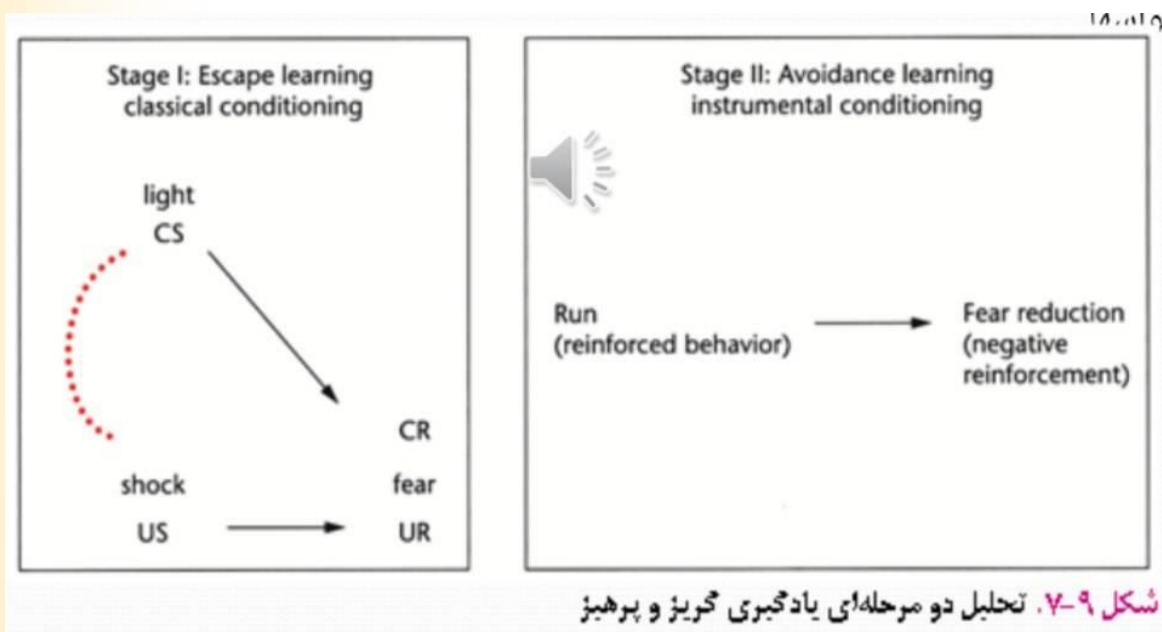
نظریه ۲ مرحله‌ای اختلال‌های اضطرابی و استرس (Two-Process Theory)

شخصی به نام مَورر (O.Hobart Mowrer) این را بیان کرد که:

مرحله ۱: گریز: شرطی‌شدن کلاسیک

مرحله ۲: تقویت منفی صورت می‌گیرد و یاد می‌گیرد که از محیط دوری کند (مانند وسواس که فرد

ابتدا از یک محرک خنثی می‌ترسد و برای کاهش ترس دست‌هایش را می‌شوید که درمان آن نیز ERP است که یعنی عکس کردن مکانیسم تقویت منفی و اجتناب آموزی و در اصل به‌جای اینکه اجتناب آموزی سبب کاهش اضطراب او شود فرد یاد می‌گیرد بدون آن هم اضطراب خود را کاهش دهد)





جلسه 3- روانشناسی رشد کودک

فهرست

- روان شناسی رشد
- ذات یا تربیت (Nature or Nurture)
- بالیدگی یا Maturation
- Critical period & Sensitive period
- شنوایی
- چشایی و بویایی
- مموری و لرنینگ
- رشد شناختی
- مراحل رشد شناختی پیازه (Piaget's stage theory)
- رویکرد کسب معلومات (Information-processing approach)
- رویکرد اجتماعی و فرهنگی (Sociocultural approach)
- Theory of mind

گردآورندگان

تایپيست:

تينا گوگوچانی

سارا صادقی

پانيد محمدی نسب

معين دوست محمدی

ملينا عليزاده

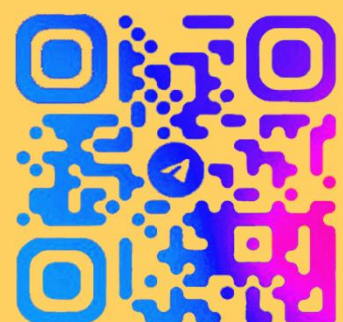
ويراست علمی:

صبا درميايی

محمد رضا حاصلی

ويراست ادبی و تدوين:

محمد رضا شکوری



روانشناسی رشد

اگر بخواهیم تعریفی از روانشناسی رشد ارائه دهیم می‌توان گفت روانشناسی رشد یعنی مطالعه رشد جسمی، حرکتی، شناختی، اجتماعی و شخصیت انسان. روانشناسی رشد مسائل همه‌جانبه را در نظر می‌گیرد و همه عوامل را در رشد انسان دخیل می‌داند.

ذات یا تربیت (nature or nurture)

در این بحث به میزان اهمیت ذات و ژنتیک و همچنین نقش تربیت و پرورش افراد و عوامل محیطی در شکل‌گیری شخصیت انسان می‌پردازیم

این سؤال که آیا ذات مهم‌تر است یا تربیت سالیان طولانی از جمله مباحثی بوده که دانشمندان در مورد آن بحث کرده‌اند و با یکدیگر اختلاف‌نظرهایی نیز داشته‌اند.

قدیمی‌ترین این دانشمندان جان لاک بوده که اعتقاد داشت بچه‌ها مثل یک لوح سفیدند که هر آنچه بر روی لوح نوشته شود شخصیت آنها را شکل خواهد داد، در مقابل داروین قرار داشت که با درنظرگرفتن نظریه تکامل تأکیدش روی نقش مسائل زیست‌شناختی بوده و به‌نوعی دید جبرگرا داشته است. او معتقد بود که شخصیت ما انسان‌ها را تکامل تعیین می‌کند و ذات مهم‌تر از تربیت است.

دو مورد از مهم‌ترین رفتارگرایی که بیشتر روی نقش تربیت تأکید کرده‌اند عبارت‌اند از: اسکینر و واتسون که به‌نوعی افراطی به مسئله محیط تأکید می‌کردند. واتسون جمله معروفی دارد که می‌گوید: «شما دوازده کودک سالم به من بدهید من قول می‌دهم آنها را به‌گونه‌ای تربیت کنم که از بین آنها پزشک، وکیل و... پدید آید.» در واقع این جمله واتسون به تأثیر تربیت و محیط تأکید داشته است. درواقع واتسون معتقد بوده که استعداد ذاتی انسان‌ها اهمیتی ندارد و با الگوهای خاص تربیتی می‌توان مسیر زندگی انسان‌ها را تعیین کرد.

امروزه روانشناسی به تعامل بین ذات و تربیت تأکید می‌کند و معتقد است هر دو اینها مهم‌اند و هر دو در شکل‌گیری شخصیت و روان افراد نقش دارند؛ اما نمی‌توان سهم این دو را کاملاً مساوی پنداشت. افراد بر اساس دیدگاه‌های خود می‌توانند به هر کدام از دو سوی ذات یا تربیت کشش و گرایش بیشتری داشته باشند.

مثلاً روان‌شناسان بیشتر به سمت عوامل محیطی گرایش دارند؛ ولی افرادی که در حوزه‌های بیولوژیک به بررسی می‌پردازند بیشتر به تأثیر ذات و ژنتیک معتقدند.

رشد مغز انسان هم تحت تأثیر عوامل ژنتیکی قرار می‌گیرد و هم از محیط و تربیت تأثیر می‌پذیرد.

بالیدگی یا maturation

همه ما در بدن و مغز خود پتانسیل‌ها و خصوصیات ژنتیکی داریم که ذاتاً برای ما تعیین شده‌اند و اگر محیط به هنجار باشد بالیدگی یا maturation رخ می‌دهد؛ ولی اگر محیط نتواند شرایط مساعد را برقرار سازد در این صورت گسستگی در بالیدگی رخ می‌دهد. نکته‌ای که مطرح است این است که اگر محیط مساعدتر باشد؛ یعنی اگر بچه‌ها در محیطی که تحریک بیشتری هست بزرگ شوند و رشد کنند سطح نهایی مهارت بهبود نمی‌یابد صرفاً سرعت رشد و تغییر متفاوت خواهد بود؛ یعنی مثلاً ممکن است کودکان زودتر راه بروند نه اینکه در راه رفتن لزوماً بهتر از بقیه باشند. مثال‌هایی هست که نشان می‌دهد maturation گاهی می‌تواند به تعویق بیفتد به عنوان مثال بین مردم چادرنشین شرق پاراگوئه به علت تراکم بالای جنگلی چون کودکان فرصت راه رفتن زیادی ندارند، معمولاً یک سال دیرتر از بقیه بچه‌ها شروع به راه رفتن می‌کنند.

بعد از بحث nature و nurture می‌رسیم به این نکته که آیا ما باید رشد را به صورت مرحله‌ای در نظر بگیریم یا روند رشد را مداوم و پیوسته در نظر داشته باشیم؟ این سؤال هم همواره مورد بحث نظریه‌پردازان بوده است

اگر به رشد به صورت مرحله به مرحله نگاه کنیم در واقع مراحل مختلفی برای رشد قائل هستیم فایده این دیدگاه این است که می‌توان مراحل رشد را از هم جدا کنیم و آن را بهتر مطالعه کنیم که مثلاً در هر مرحله کدام ویژگی‌ها بروز پیدا خواهند کرد. در مدل مرحله‌ای رفتارهای هر مرحله را از نظر کیفی جدا در نظر می‌گیریم و حتی ممکن است با اینکه ترتیب مراحل در بچه‌ها یکسان است سرعت مراحل در هر کودک متفاوت از دیگری باشد.

Critical period & sensitive period

موضوع critical period بیشتر در مسائل بیولوژیک مطرح است. تحقیقات نشان داده است که برای رشد به هنجار بچه‌ها دوره حساسی وجود دارد و اگر در این دوره تحریک محیطی کافی برقرار نباشد مهارت مدنظر دیگر هیچ وقت شکل نمی‌گیرد به عنوان مثال اگر در بچه‌ها در ۶ یا ۷ هفتگی بعد از انعقاد نطفه هورمون‌های مردانه کافی وجود نداشته باشد اندام جنسی زنانه ظاهر خواهد شد و اگر این مدت زمان بگذرد دیگر قابل بازگشت نخواهد بود. یا مثلاً در بچه‌هایی که به صورت ناشنوا متولد می‌شوند تأکید زیادی بر این است که کاشت حلزون در سال‌های اول تولد صورت گیرد علت اصلی آن این است که نورون‌های مخصوص شنوایی اگر در زمان مشخص تحریک لازم را دریافت نکنند، از بین خواهند رفت. مثال دیگر این دوره مربوط به صفحات رشد و قد کودکان است که اگر این صفحات طی آسیب یا با افزایش سن بسته شوند قد کودک تغییر نخواهد کرد.

موضوع sensitive period بیشتر مربوط به مسائل روان‌شناختی می‌شود. مثلاً اگر کودکان در سال‌های اول زندگی نتوانند رابطه امن و دلبستگی امنی با والدین خود برقرار کنند به خصوص با مادر اتفاقی که می‌افتد این است که تا سالیان سال ممکن است کودک و والدین تحت تأثیر این موضوع قرار بگیرند و دچار مشکلاتی شوند. به همین دلیل بروز مسائل و مشکلات جدی در سال‌های اول زندگی می‌تواند تأثیرات مخربی بر افراد گذاشته باشد.

اما تفاوتی که بین این دو وجود دارد این است که sensitive period ها به اندازه critical period غیرقابل انعطاف نیستند؛ یعنی با دارو و روان درمانی و... می توان تا حدی آسیب های مربوط به sensitive period را جبران کرد.

بینایی: در هنگام تولد محدوده بینایی نوزادان ضعیف است و نزدیک بین اند و هنوز بینایی کامل شکل نگرفته است. در این زمان نوزادان می توانند تضاد و تفاوت های فاحش موجود را متوجه شوند؛ ولی در تشخیص جزئیات عاجزند این مهارت بینایی تقریباً در شش ماهگی تکمیل می شود. در واقع بینایی جزو حواسی است که به تدریج شکل می گیرد و به همین دلیل اگر نوزادی از بدو تولد تا شش ماهگی در محیط تاریکی قرار بگیرد؛ چون تحریک کافی در critical period مهیا نبوده ممکن است کودک دیگر قادر به دیدن نباشد.

اگر تحریک کافی در دوره کردیتیکال (critical period) اتفاق نیفتد ممکن است که کودک توانایی بینایی را نتواند به دست بیاورد به همین دلیل اتفاق افتادن تحریک بسیار مهم است. نوزادان و کودکان آرام آرام از سه ماهگی چهره مادر خود و از ۵ ماهگی چهره غریبه ها را تشخیص می دهند.

شنوایی

توانایی شنیدن در انسان از دوره جنینی به دست آورده می شود. پژوهش ها نشان می دهد که جنین در ۲۶ تا ۲۵ هفتگی می تواند به صداهای بلند واکنش نشان دهد؛ مثل رفلکس برگرداندن سر به صداهای بلند، البته این رفلکس بعدها از بین می رود.

جنین در ۳ تا ۴ ماهگی صداهای جستجو می کند تا منبع آن را پیدا کند به همین دلیل غربالگری های شنوایی در همان ابتدای دوره بارداری انجام می شود (برخلاف غربالگری های بینایی که در سنین بالاتر انجام می شود). جنین انسان می تواند صدای انسان را از سایر جانداران تشخیص بدهد حتی این توانایی را دارد که اصوات مشخصی از همدیگر را نیز تشخیص بدهند.

جنین انسان قادر است زبان مادری را از زبان های دیگر تشخیص بدهند.

نوزادان صداهای شبیه به صداهایی که درون رحم می شنیدند را ترجیح می دهند؛ مثلاً صدای ضربان قلب را ترجیح می دهند.

نوزادان هنگام روشن بودن جاروبرقی و شنیدن صدای آن راحت تر می خوابند ظاهراً این صدا تداعی کننده فضای رحم برای آنهاست.

چشایی و بویایی

نوزادان کمی بعد از تولد توانایی تشخیص بوها و مزه ها را دارند، به عبارت دیگر چشایی و بویایی خود را به دست می آورند، برای مثال آنها از همان ابتدا وقتی در نزدیکی سینه مادر قرار می گیرند به کمک حس بویایی خود محل پستان ها را تشخیص داده و سر را به همان سمت می چرخانند، مشاهده شده است که

نوزادان سر خود را به سمت محل منبع بوهای خوشایند می‌چرخانند. مزه شیرین را به سایر مزه‌ها ترجیح می‌دهند و زمان‌هایی که بوی ناخوشایند می‌آید ضربان قلب آنها افزایش پیدا می‌کند

Theory of mind: به میزان توانایی درک احساسات امیال و نیات مخاطب و طرف مقابل گفته می‌شود. این تئوری در دوره نوزادی به طور کامل شکل نگرفته و نوزادان هنوز نمی‌توانند قصد و نیات ما را از روی چهره تشخیص بدهند

تئوری آف مایند در کودکان آتیستیک هم به طور کامل شکل نگرفته است.

نظریه‌ای وجود دارد که بیان می‌کند نوزادان توانایی درک احساسات مادر را دارند آنها حتی در برهه‌ای خود و مادر را ۱ جسم واحد می‌دانند؛ مثلاً استرس دوران بارداری می‌تواند به واسطه اختلال و تغییر در هورمون‌های استرس و نوروترنسمیترها به نوزاد و جنین منتقل شود.

سؤال: کودکان در چند سالگی توانایی درک احساسات را دارند؟

جواب: درک یک سری از احساسات بنیادی مثل ترس، غم، شادی، خوشحالی را تا دو یا سه سالگی شکل می‌گیرند. درک یک سری از احساسات جزئی دیگر بعدها شکل می‌گیرد؛ مثلاً احساس شرم و خجالت از سه یا سه و نیم سالگی درک می‌شود یا مثلاً اضطراب در نزدیکی‌های بلوغ به طور کامل درک می‌شود.

مموری و لرنینگ

این توانایی خیلی زود شکل می‌گیرد، پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند که مادران در دوره جنینی برای فرزندان خود قصه بگویند، با آنها مکالمه داشته باشد یا موسیقی‌های مناسب پخش کنند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که فرزندان پس از تولد با آن موسیقی راحت‌تر می‌خوابند چرا که محیط رحمی را برای آنها تداعی کرده و به آنها احساس امنیت می‌دهد یا مثلاً نوزادان صدای پدر و مخصوصاً مادر خود را ترجیح می‌دهند که نشان‌دهنده وجود حافظه و ثبت صدای پدر و مادر در ذهن کودک است.

رشد شناختی

نظریه پیازه بیان می‌کند که بچه‌ها مانند دانشمندانی هستند که راه می‌روند و جهان را کشف می‌کنند و مفاهیم زیر را معرفی می‌کند:

اسکیما به طرح‌واره‌هایی گفته می‌شود که از گذشته با خود به همراه داریم.

دیدگاه روان‌شناسی یک دیدگاه صفر و یکی نیست یک دیدگاه طیفی است؛ مثلاً در بیماری‌های جسمی ما یا کرونا داریم یا نداریم؛ اما در روان‌شناسی یک طیف از صفر تا ۱۰۰ داریم که اگر در آن طیف از یک نقطه خاص عبور کنیم برای ما بیماری روانی تشخیص داده می‌شود و هدف ما در درمان یک بیماری روانی پایین آوردن فرد در آن رده طیفی از آن نقطه خاص است اینکه آن شخص را که از نقطه خاص عبور کرده به قبل

از نقطه خاص برگردانیم؛ بنابراین وقتی در روان‌شناسی حرف از درمان می‌زنیم منظور برگرداندن شخص به یک زندگی فانکشنال است و درمان کاملی وجود ندارد.

عموماً طرح‌واره‌های منفی واقعاً منفی و زیان‌آور نیستند؛ بلکه اگر مقدار کمی از آن را داشته باشیم به نفعمان خواهد بود به عبارت دیگر طرح‌واره‌ها همگی مفید هستند؛ اما به مقدار کم؛ مثلاً اگر طرح‌واره یا ترس از دست‌دادن داریم فایده‌اش این است که قدر اطرافیان خود را بیشتر خواهیم دانست.

ترس از رهاشدگی تا حد اندک، می‌تواند مفید باشد. اما اگر از حد خود خارج شود تبدیل به طرح‌واره مخرب و ناسازگار می‌گردد. مسائل مربوط به سلامت روان به طور کامل درمان‌پذیر نیستند؛ اما functional بودن نسبت به مسئله‌ای که فرد را مغلوب می‌کند، هدف است. در مبحث احساسات، فرد به یک پیچ تنظیم نیاز دارد که اضطراب و سایر احساسات را کنترل کند. به طور مثال، شب امتحان به اندازه کافی اضطراب داشته باشیم که بتوانیم مطالعه کنیم؛ اما از حدی بیشتر نشود که توانایی عملکرد خود را از دست دهیم. در نتیجه هدف از روان‌درمانی‌ها و دارودرمانی‌ها حذف هیجانات و احساسات ناخوشایند نیست؛ بلکه تعدیل آنهاست.

لغت schemas به معنای طرح‌واره، از scheme می‌آید که به معنای قالب و ساختار است. کودکی را در نظر بگیرید که برای اولین بار با تعداد زیادی از اجسام و اشکال مختلف در زندگی آشنا می‌شود. وقتی این کودک با یک شیء مثل ماژیک آشنا می‌شود، طرح‌واره ماژیک در ذهن او شکل می‌گیرد. در نتیجه هر چیزی که به آن شبیه باشد را در ذهن خود در قالب ماژیک جا می‌دهد. این کارکرد باعث افزایش سرعت می‌شود و نیاز به زمان‌گذشتن برای پردازش دوباره انواع ماژیک‌ها نیست و کودک ماژیک‌های دیگر را به طرح‌واره ماژیک جذب می‌کند (assimilation). اگر همین کودک به اشتباه شیء میکروفون را در طرح‌واره ماژیک قرار دهد، مادر او را متوجه اشتباه خود ساخته و در نتیجه آن، طرح‌واره جدیدی به نام میکروفون در ذهن او ساخته می‌شود (accommodation).

حال کودکی را در نظر بگیرید که مادرش او را رها کرده است. در نتیجه در ذهن او طرح‌واره‌ای به نام طرح‌واره رهاشدگی ایجاد می‌شود. وقتی به بزرگسالی می‌رسد، باور غلطی در او وجود دارد که همه قرار است او را رها کنند؛ در نتیجه اعتماد کردن برایش سخت می‌شود. پس طرح‌واره‌ها در کنار همه خوبی‌هایی که دارند مشکلاتی نیز مثل ایجاد طرح‌واره‌های ناسالم، کاهش خلاقیت، قضاوت نادرست به وجود می‌آورند.

پس به طور خلاصه:

مفهوم طرح‌واره (schemas): نظریه‌هایی در مورد اینکه دنیای فیزیکی و اجتماعی چگونه عمل می‌کند.

جذب (assimilate): درک موضوعات بر اساس تجربه‌های قبلی

انطباق (accommodation): تعدیل طرح‌واره برای هماهنگ‌شدن با اطلاعات تازه

مراحل رشد شناختی پیاژه (Piaget's stage theory)

مرحله ۱: حسی-حرکتی (sensorimotor)

دو سال اول زندگی را شامل می‌شود. فعالیت‌های ارادی کودک کم‌کم شکل می‌گیرد و او تلاش می‌کند با راه‌رفتن، بوییدن، لمس کردن و... جهان پیرامون خود را کشف کند. متوجه روابط علت و معلولی می‌شود و مفهوم بقای شیء (object permanence) در او شکل می‌گیرد.

مفهوم بقای شیء (object permanence): آگاهی از اینکه وقتی شیء دیده نمی‌شود، می‌تواند وجود داشته باشد.

کودک تا قبل از ۹ ماهگی وقتی شیئی را نبیند فکر می‌کند که آن اصلاً وجود ندارد. در نتیجه حضور مادر برای کودک بسیار مهم است. افرادی هستند که در بزرگسالی مشکلاتی در مفهوم بقای شیء دارند. مثلاً فردی که وقتی همسرش جواب تلفن او را نمی‌دهد، ذهنش این مسئله را مساوی عدم وجود او تلقی می‌کند و بارها و بارها به او زنگ می‌زند.

مرحله ۲: پیش عملیاتی (preoperational)

سنین ۲-۷ سالگی را شامل می‌شود. در این مرحله، کودک با استفاده از واژه‌ها نیاز خود را بیان می‌کند، می‌تواند بر روی اشیاء اسم بگذارد و آنها را بر اساس ویژگی‌ها طبقه‌بندی کند. اما همچنان تفکر خودمحورانه دارد و نقطه‌نظر دیگران را درک نمی‌کند، قادر به عملیات نمی‌باشد و برگشت‌پذیری را درک نمی‌کند. توانایی درک نگهداری ذهنی (the concept of conservation) را ندارد.

نگهداری ذهنی (the concept of conservation): درک اینکه مقدار ماده ثابت می‌ماند حتی اگر شکل آن تغییر بیابد.



مرحله عملیات عینی (concrete operational stage)

پیاژه می‌گوید که بین ۷ تا ۱۲ سالگی کم‌کم تفکر منطقی در حال شکل‌گیری است. بچه مفهوم conservation را درک می‌کند. در مرحله قبلی بچه فکر می‌کرد اگر شکل ماده تغییر کند، مقدارش هم تغییر

می‌کند. ولی در این مرحله کم‌کم این مسئله شکل می‌گیرد. مفاهیم انتزاعی را هنوز درک نمی‌کنند. یعنی به طور مثال اگر به بچه ۷ تا ۱۲ سال ضرب‌المثل بگوییم، منظور ما را نمی‌فهمد.

در این مرحله بچه‌ها می‌توانند استدلال کنند؛ بنابراین استدلال ریاضی در این مرحله بهتر می‌شود. تقریباً می‌گویند که بعد از ۱۱ سالگی تفکر مانند یک آدم بالغ می‌شود. بچه‌ها می‌توانند احتمالات را بررسی کنند، فرضیه‌ها را آزمایش کنند. یعنی تمام مهارت‌هایی که در مرحله قبلی وجود نداشت، در این مرحله شکل می‌گیرد.

تفکر انتزاعی چیست؟ به این معناست که اگر برای مثال یک شعری می‌خوانیم، منظور ما همان معنی لغوی نیست و مفهومی پشت آن قرار دارد. مانند ضرب‌المثل‌ها، حکایت‌ها و... این تفکر از ۱۱ سال به بالا شکل می‌گیرد.

پیاژه می‌گوید که تعدادی از آدم‌ها به این مرحله نمی‌رسند! یعنی یک‌سری آدم‌ها هستند که هیچ‌وقت نمی‌توانند تفکر انتزاعی را درک کنند.

نقدهایی بر نظریه پیاژه وارد است:

یک‌سری نظریه‌پرداز به نام Neo-Piagetians می‌گویند که:

- 1- پیاژه توانایی‌های کودکان را دست‌کم گرفته است.
- 2- ثبات‌شء (همین که من یک چیزی را قائم کنم و بچه نفهمد) حدود ۴ الی ۵ ماهگی در بچه‌ها رخ می‌دهد.
- 3- نگهداری ذهنی (اینکه آب را در ظرف دیگر بریزیم) زودتر رخ می‌دهد.
- 4- این مرحله خیلی تحت‌تأثیر مسائل فرهنگی و آموزشی هم قرار می‌گیرد.
- رشد واقعی مرحله‌ای نیست و چرا پیاژه مرحله‌بندی کرده است؟!
- 5- ما نمی‌توانیم یک مرحله را جدا کنیم و خالص به آن بپردازیم.
- 6- هر مهارت در یک مسیر و جدا از هم رشد می‌کند. مثلاً مهارت ریاضی در یک مسیر رشد می‌کند، مهارت‌های زبانی در مسیر دیگری و...
- 7- هر مهارت مستقل از دیگری است و مثلاً مهارت ریاضی هیچ ربطی به مهارت‌های اجتماعی ندارد و نمی‌شود اینها را با یک دید نگاه کرد.

رویکرد کسب معلومات

:(Information-processing approach)

می‌گویند علت اینکه بچه‌ها نمی‌تونن مثلاً نگهداری ذهنی را درک کنند به علت تجربه و معلومات کمتر است. نه اینکه از لحاظ مغزی ناتوان‌تر هستند و هنوز مغزشان کامل نشده؛ بنابراین می‌گویند که اگر معلومات بچه‌ها بیشتر بشود، چه‌بسا که خیلی اوقات اندازه یک بزرگسال توانایی استدلال و پردازش اتفاقات را دارند.

رویکرد اجتماعی و فرهنگی (sociocultural approach):

به نظریه پیازه نقد دارد و می‌گوید پیازه فرهنگ و عوامل اجتماعی را نادیده می‌گیرد. برای مثال کودکی که از همان بچگی در کنار پدرش به بازار رفته است، پس این بچه مهارت‌های ریاضی بهتری نسبت به همسنگ‌هایش دارد. به طور مثال بچه‌ای که در کودکی برای خرید او را فرستادند، کار با پول را زودتر یاد می‌گیرد. مثلاً اگر در منطقه خاصی باشیم، یک سری مسائل را زودتر یاد می‌گیریم. مثلاً بچه‌هایی که در کوهستان زندگی می‌کنند، اسکی‌کردن را زودتر یاد می‌گیرند. ارزش‌گذاری هم مهم است. مثلاً اگر موقع انجام کاری برای آن کار ارزش بگذاریم احتمال اینکه بچه آن کار را بیشتر انجام دهد بالاتر است. مثلاً می‌بینیم که یک‌سری ورزش‌ها در یک‌سری شهرها بیشتر رواج دارد. مثلاً ویژگی‌های شخصیتی ما می‌تواند تحت تأثیر یک منطقه باشد، مثلاً می‌شنویم که مردم یک منطقه فلان ویژگی شخصیتی را بیشتر دارند.

ریشه‌های این نظریه بیشتر در دیدگاه ویگوتسکی مطرح است

ویگوتسکی روی نقش زبان خیلی تأکید دارد؛ اما پیازه زبان را نادیده می‌گیرد

ویگوتسکی معتقد است حتی وقتی کودکان با خودشان صحبت می‌کنند در حال یادگیری موضوعات مختلفی هستند

Theory of mind:

به معنای توانایی درک نظریات و دیدگاه‌ها و احساسات و عقاید و همدلی و...

یعنی بتوانیم دیگران را بفهمیم و درک کنیم

(استاد: خواهش می‌کنم به‌عنوان پزشکان آینده رو تئوری آف مایندتون کار کنید!)

اوتیسم به معنای درخودمانده است؛ بنابراین برای کار با داده‌ها (رشته‌های مهندسی) می‌توان آتیستیک بود؛ اما برای کار با آدم‌ها به‌عنوان پزشک نباید آتیستیک بود و تئوری آف مایند قوی برای این حرفه نیاز است. اگر بلد نیستید تمرین کنید تا بتوانید احساسات و عقاید افراد را درک کنید.

مراحل کودکی:

۱. کودکان اصول یاد می‌گیرند. اصول در این دوران انعطاف‌پذیر و قابل‌تغییر است و رقابتی وجود ندارد و صرفاً دنبال بازی و سرگرمی هستند.

۲. از پنج‌سالگی به بعد مقررات را می‌آموزند. در بازی اصول سخت و غیرقابل‌تبدیل قرار می‌دهند و تبعیت می‌کنند. همچنین عمل مهم‌تر از قصد و نیت است.

در آزمایشی به بچه‌ها گفته شد که کودکی در حال بردن لیوان آب برای مادرش دستش خورد و لیوان شکست. چه کسی مقصرتر است و باید مجازات شود؟ افراد بالغ برای مجازات شخص عمد یا غیرعمد بودن و نیت را در نظر می‌گیرند پس در این آزمایش نیت کودک را خوب می‌دانند و مجازاتی در نظر نمی‌گیرند؛ اما بچه‌ها در این سن معتقدند کودک مقصر بوده و باید مجازات شود؛ چون عمل را مهم‌تر از نیت می‌دانند.

۳. از بعد ۷ سالگی اصول را بر مبنای تعهدات اجتماعی می‌بینند. کمی انعطاف‌پذیری بیشتر می‌شود. به این نتیجه می‌رسند که با همکاری و هم‌فکری می‌توان قوانین را تا حدودی تغییر داد. اهل مذاکره و صحبت هستند. تنبیه را نوعی انتخاب می‌دانند. نیت از عمل مهم‌تر می‌شود. آزمایش فوق را از نگاه بالغانه درک می‌کنند و بیشتر متوجه می‌شوند.

۴. بچه‌ها استدلال اخلاقی را یاد می‌گیرند. می‌توانند برای موقعیت‌های مختلف استدلال بیاورند.



تایپ

امیدرضا علیخانی (سرگروه)

پرنیان صدری نسب

کیمیا محمدنژاد

ایمان عباسی

علی افسرده

ویراست علمی

صبا درمیانی

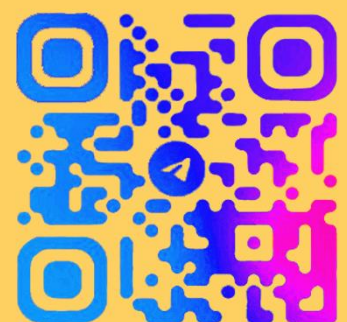
ویراست ادبی

امین رضا خدایی

محمد رضا شکوری

تدوین

محمد فتح الله زاده



جلسه 4- روانشناسی رشد روان شناختی نوجوانی و بزرگسالی

فهرست

- رشد قضاوت اخلاقی
- مزاج (Temperament)
- رفتار اجتماعی اوایل کودکی
- رشد روانی- جنسی فروید
- هویت جنسی و سنخیت جنسی
- نوجوانی
- هویت کسب شده
- هویت ضبط شده (Foreclosure)
- تعلیق هویت (Moratorium)
- اختلال شخصیت مرزی

رشد قضاوت اخلاقی

در راستای نظریه پیاژه نظریه‌های دیگری نیز وجود دارد که در مورد قضاوت اخلاقی و فرایند رشد آن در کودکان صحبت می‌کند

دیدگاه کولبرگ: سطوح مختلفی را برای رشد قضاوت اخلاقی در نظر می‌گیرد

سه سطح و شش مرحله وجود دارد:

مراحل استدلال اخلاقی

سطح I	اصول اخلاقی پیش قراردادی preconventional - تا ۱۰ سالگی
مرحله ۱	گرایش به تنبیه (برای اجتناب از تنبیه اصول را رعایت می‌کند)
مرحله ۲	گرایش به پاداش (برای اخذ پاداش و جبران متقابل محبت اطاعت می‌کند)
سطح II	اصول اخلاقی قراردادی conventional - ۱۳ سالگی
مرحله ۳	گرایش به پسر خوب/ دختر خوب بودن (برای اجتناب از پذیرفته نشدن اطاعت می‌کند)
مرحله ۴	قدرت مداری (از قوانین و اصول اجتماعی برای اجتناب از ناامیدی صاحبان قدرت و احساس گناه از عدم انجام تکلیف)
سطح III	اصول اخلاقی پس قراردادی Post conventional - کمتر از ۱۰ سالگان
مرحله ۵	گرایش به پیمان اجتماعی (برای حفظ احترام اصول مراعات می‌شود)
مرحله ۶	گرایش به اصول اخلاقی (اعمال بر حسب اصول اخلاقی خودو احترام به عدالت و کرامت)

سطح ۱ و ۲ می‌تواند در افراد بزرگسال نیز دیده شود.

مرحله ۳ بیشتر در سن مدرسه و زمانی است که بچه‌ها تلاش می‌کنند تا رضایت معلم و دوستان را بدست بیاورند.

در مرحله 6 پیروی از اصول اخلاقی که فرد برای خود تعریف کرده است اهمیت دارد.

مزاج (temperament):

انواع مزاج

آسان مزاج: ۴۰٪ نوزادان

دشوار مزاج: ۱۰٪ نوزادان از بدو تولد دچار مشکلات (دل‌درد، بدخوابی، شیطنیت و....) و ممکن است در آینده نیز دچار مشکلاتی باشند، در صورت رشد در محیط مناسب از مشکلات آینده می‌تواند جلوگیری شود.

کند مزاج: ۱۵٪ نوزادان

بقیه کودکان: ۳۵٪ نوزادان

پژوهش‌ها نشان می‌دهد مزاج تا حد زیادی تحت اثر وراثت (ژنتیک) است.

استمرار یا عدم استمرار حاصل تعامل وراثت و محیط است.

رفتار اجتماعی اوایل کودکی

اضطراب غریبه‌ها: تا ۷-۸ ماهگی با دیدن افراد غریبه ممکن است واکنش‌هایی از جمله گریه از خود نشان دهند.

اضطراب جدایی: ۱۴ تا ۱۸ ماهگی با غریبه‌ها راحت‌تر می‌شوند؛ اما اگر مادر در محیط حضور نداشته باشد دچار واکنش می‌شوند.

پایان اضطراب‌ها و احساس ایمنی در غیاب والدین: ۳ سالگی

بعضی افراد پس از ۳ سالگی حتی تا زمان بزرگسالی اضطراب جدایی در آنها ادامه می‌یابد که در بزرگسالی نیاز به درمان دارند.

رشد حافظه با افزایش توانایی درک در پایان اضطراب مؤثر است.

آزمایش موقعیت غریب:

مادر و کودک وارد اتاق می‌شوند. مادر کودک را کنار اسباب‌بازی‌ها می‌گذارد

زنی غریبه وارد اتاق می‌شود و با مادر صحبت کرده و با کودک بازی می‌کند

مادر اتاق را ترک می‌کند

مادر برمی‌گردد و زن غریبه از اتاق بیرون می‌رود

مادر اتاق را ترک کرده و کودک در اتاق تنها می‌ماند.

زن غریبه برمی‌گردد

مادر برمی‌گردد و زن غریبه می‌رود

این آزمایش نشان می‌دهد میزان و سبک دلبستگی کودکان با یکدیگر متفاوت است.

دلبستگی: میل کودک به نزدیک شدن به افراد خاص و احساس ایمنی بیشتر در حضور آنها

دلبستگی ایمن (۶۰٪ تا ۶۵٪): هنگام رفتن مادر ناراحت می‌شوند؛ اما هنگام برگشت آرام هستند و به راحتی آرام می‌شوند.

دلبستگی اجتنابی (۲۰٪): توجهی به بود و نبود مادر ندارند.

دلبستگی دوسوگرا (۱۰٪): با رفتن مادر ناراحت می‌شوند؛ اما وقتی مادر برمی‌گردد بین تماس و اجتناب در نوسان هستند.

دلبستگی آشفته (۱۰-۱۵٪): نزدیک شدن توأم با بهت و دودلی و کودکان افسرده

* دلبستگی آشفته بیشتر در کودکان پرورشگاهی که مادر نداشته‌اند و یا کودکانی که سختی‌های زیادی تحمل کردند دیده می‌شود.

* امروزه حتی سبک دلبستگی در افراد بزرگسال نیز مورد ارزیابی قرار می‌گیرد؛ مانند مشاوره‌های پیش از ازدواج

تفاوت در نوع وابستگی به پاسخ‌دهی توأم با حساسیت مراقب نسبت به نیازهای کودک، تعامل آن با مزاج کودک و مدت‌زمان مراقبت مادر بستگی دارد.

رشد روانی-جنسی فروید:

از نظر فروید تمام رفتارهای انسان بر اساس انرژی جنسی او است و این انرژی (لیبیدو) در هر مرحله در بخش خاصی از بدن فرد متمرکز است.

Oral stage - مرحله دهانی: بچه با مک زدن و نوشیدن شیر لذت می‌برد.

Anal stage - مرحله مقعدی: بچه از نگهداری مدفوع و دفع کردن آن لذت می‌برد.

Phallic stage - مرحله فالیک: بچه نسبت به اندام جنسی خود کنج‌او می‌شود و به آن توجه ویژه‌ای پیدا می‌کند.

در این مرحله دو مفهوم عقدهٔ ادیپ و الکترای مطرح می‌شود که به احساسات پیچیده کودکان نسبت به والدین اشاره دارد.

عقده ادیپ: پسر بچه‌ها به مادر تمایل دارند و به او عشق می‌ورزند و وابستگی شدیدی پیدا می‌کنند.

اضطراب اختگی در پسران

هم زمان که در این مرحله پسر ها متوجه تفاوت خود با دخترها می‌شوند، پدر را رقیب خود می‌بینند و می‌ترسند پدر از عشق آن‌ها به مادر باخبر شود و او را اخته کند؛ بنابراین فرد در این مرحله با پدر همانندسازی می‌کند (خود را شبیه پدر می‌کند و ارزش‌ها و رفتارهای او را می‌پذیرد) و دست از عشقی که به مادر دارد بر می‌دارد.

عقده الکتر: دختر بچه‌ها به پدر تمایل دارند.

رشد آلت در دختران

دختران در این مرحله متوجه تفاوت خود با پسران شده و نسبت به آلت جنسی پسران حسادت می‌کنند و برای حل این تعارض با مادر همانندسازی می‌کنند.

مرحله نهفتگی Latency stage:

در این مرحله که حدود سن مدرسه است تمایلات کودکان و لیبیدو سرکوب می‌شود و فروکش می‌کند و کودک روی مهارت‌های اجتماعی، آموزشی و دوستی تمرکز می‌کند.

مرحله تناسلی Genital stage:

با بلوغ همراه است و در این مرحله فرد گرایش جنسی به جنس مخالف پیدا می‌کند.

*فیکسیشن: فرد می‌تواند در هر یک از مراحل بالا متوقف شود و علت آن ارضا بیش از حد یا کمتر از حد است.

فیکسیشن در مرحله دهانی: به عنوان مثال تغذیه شدن کم یا بیش از حد نوزاد در مرحله دهانی که ممکن است باعث مشکلاتی مانند مصرف سیگار یا مصرف بیش از اندازه آدامس و یا حتی بددهانی در آینده شود. (وابستگی و رفتارهای اعتیادی)

فیکسیشن در مرحله مقعدی: سخت‌گیری بیش از حد در دفع می‌تواند منجر به وسواس و آسان‌گیری بیش از حد در دفع منجر به شلختگی می‌شود.

فیکسیشن در فالیک: می‌تواند سبب ایجاد عقده ادیپ یا الکترا شود. تمایل افراد به رابطه با فرد مسن‌تر با اختلاف سنی بالا ناشی از فیکسیشن در این مرحله است.

فیکسیشن در نهفتگی: منجر می‌شود فرد تمایلات جنسی سالم را نداشته و دائماً در پی فعالیت و درس‌خواندن و... است.

مرحله تناسلی مرحله سالمی بوده و ما به دنبال فیکسیشن در این مرحله هستیم. موفقیت در این مرحله منجر به شکل‌گیری روابط عمیق و سالم در بزرگسالی می‌شود.

هویت جنسی و سنخیت جنسی

هویت جنسی: احساس عمیق پسر یا دختر بودن

سنخیت جنسی: کسب رفتارها و ویژگی‌های مختص جنس

نظریه روانکاوی

در مرحله فالیک که حدود ۳ سالگی است بچه‌ها تفاوت بین دو جنس را درک می‌کنند و عقده ادیپ و الکترا (اضطراب اختگی و رشک آلت) مطرح می‌شود.

نظریه یادگیری اجتماعی:

بر نقش محیط و یادگیری از طریق مشاهده تأکید می‌کند و اهمیت پاداش و تنبیه را بر شکل‌گیری هویت جنسی بررسی می‌کنند (تنبیه کودکی که لباس جنس مخالف رو پوشیده باعث می‌شود احتمال تکرار این کار کاهش یابد)

حدود ۲-۷ سالگی و در مرحله پیش عملیاتی پیازه یادگیری رخ می‌دهد و علت آن یادگرفتن ثبات جنسیت معادل ثبات شیء است.

ثبات جنسیت معادل ثبات شیء: جنس علی‌رغم تغییر ظاهر تغییر نمی‌یابد. (بچه‌ها می‌فهمند با پوشیدن لباس جنس مخالف جنسیتشان تغییر نمی‌کند.)

*همتاها بیش از والدین کلیشه‌های جنسی را تقویت می‌کنند.

نظریه طرح‌واره جنسیت

بر نقش فرهنگ و عوامل فرهنگی در شکل‌گیری هویت جنسی تأکید می‌کند.

نوجوانی

دوره‌ای گذار بین کودکی و بزرگسالی

از حدود ۱۲ سالگی تا ۲۰ سالگی

در سال‌های اخیر سازمان بهداشت جهانی این دوره را تا ۲۴ سالگی فرض می‌کند که علت آن ایجاد شکاف بیشتر بین کودکی و بزرگسالی است.

معمولاً رشد جنسی در یک‌زمان ۳ ساله و با بلوغ رخ می‌دهد.

در دختران تقریباً ۱۸ ماه پس از آن که جهش رشدی به اوج برسد، رخ می‌دهد.

متوسط سن بلوغ به طور متوسط:

دختران ۱۲ سالگی بین ۱۱ تا ۱۷ سالگی

پسران ۱۴.۵ سالگی بین ۱۲-۱۶ سالگی

مدل سنتی از دوره نوجوانی تحت عنوان دوره طوفان و استرس یاد می‌کند.

طغیان‌های نوجوانی با تغییرات هورمونی ارتباط دارد.

پسران از بلوغ زودتر و دخترها از بلوغ دیرتر استقبال می‌کنند.

اریکسون نسبت به سایر نظریه‌پردازان رشد، دیدگاه کامل‌تری را نسبت به رشد ارائه کرده است.

اریکسون برای کل زندگی فرد مراحل مختلفی را معرفی کرده است که به آنها خواهیم پرداخت:

مرحله اول: اعتماد در برابر بی‌اعتمادی (تا ۱ سالگی)

کیفیت رابطه والد-فرزندی بر رویکرد فرد نسبت به جهان تأثیرگذار است. اگر نیازهای فرد اعم از تغذیه، امنیت، عشق و محبت تأمین نشود فرد دچار بی‌اعتمادی خواهد شد.

مرحله دوم: خودمختاری و اعتماد به نفس در برابر شک‌وتردید (سال دوم زندگی)

ایجاد احساس کنترل شخصی و استقلال نسبت به خود و محیط

مرحله سوم: ابتکار در برابر احساس گناه (۳ تا ۵ سالگی)

اعمال قدرت و کنترل بر جهان اطراف و روابط اجتماعی

احساس توانمندی و رهبری دیگران

در سنین دوران مدرسه تشویق شدن برای بچه‌ها بسیار تأثیرگذار است و این نمره‌دهی توصیفی باعث می‌شود که بچه‌ها کمتر احساس حقارت داشته باشند و مورد تشویق خانواده قرار بگیرند.

مرحله چهارم: پشتکار در برابر احساس حقارت

رشد احساس غرور به موفقیت‌ها و توانایی‌ها

نیاز به تشویق والدین و اطرافیان برای رشد شایستگی‌ها

مرحله پنجم: هویت در برابر سردرگمی هویت

هویت به چه معناست؟ هویت به این معناست که چه کسی هستید، چه ویژگی‌هایی دارید، برای چه چیزهایی ارزش قائلید و چه تصمیم‌هایی در زندگی‌تان گرفته‌اید.

ایجاد حس شخصی از هویت و استقلال فردی

احساس منسجمی از هویت و استقلال فردی

ایجاد سیستمی از باورها و ارزش‌ها و سبک‌های رفتاری

هویت کسب شده

- شک کردن به عقاید، باورها و ... ، نگه داشتن باورهایی که از گذشته به همراه داریم و دورریختن باورهایی که مناسب نیستند که این پروسه سالم است و اگر شخصی از این بحران عبور کند، هویت آن به هویت کسب شده تبدیل می‌شود.
- ✓ عبور از بحران هویت و داشتن تعریف دقیق از خود

هویت ضبط شده (foreclosure)

- هویتی که برای مثال، والدین به کودکان منتقل می‌کنند و فرزندان بدون چون و چرا آن را قبول می‌کنند.
- تقلید از والدین خوب است؛ اما موضوع هویت و باورها و ارزش‌ها باید مورد بازبینی قرار بگیرند و افرادی که هویت ضبط شده دارند، انعطاف‌ناپذیرتر هستند.

✓ پذیرش کامل هویت خانواده بدون تفکر

✓ بحران هویت را تجربه نکرده‌اند

✓ انعطاف‌ناپذیر، متعصب و دنباله‌رو

تعطیل هویت (moratorium)

- ✓ در میان بحران هویت هستند.
- ✓ هنوز نتوانسته‌اند بین باورهای خود و خانواده به تعادل برسند.
- پراکندگی هویت (identity diffusion):
- معادل سردرگمی هویت است.

• گیج و سردرگم در باور به خود

اختلال شخصیت مرزی

• این افراد هیچ درکی از خود ندارند و برای آنها هیچ من واحدی وجود ندارد و شخصیت آنها بسیار وابسته به افراد دیگر است و دارای ارزش‌های واحدی برای خود نیستند؛ در حقیقت هویت این افراد با حضور دیگران تعریف می‌شود.

• بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی نیز مربوط به همین اختلال شخصیت مرزی هستند.

مرحله پنجم: صمیمیت در برابر انزوا

تشکیل روابط صمیمانه و متعهدانه

صمیمت نوعی تکلیف است، یعنی تا حدودی بتوانیم با جنس مخالف ارتباط بگیریم که اگر نتوانیم در بزرگسالی این مرحله را انجام بدهیم، مابقی مراحل نیز دچار مشکل خواهد شد.

مرحله ششم: باروری در برابر رکود

تمرکز روی کار و خانواده

ایجاد احساس باروری و موفقیت

در سنین میان‌سالی یعنی حدود ۴۰ سالگی فرد باید به یک باروری رسیده باشد، این باروری می‌تواند فرزند، حرفه، کارهای خیر و... باشد.

بحران میان‌سالی زمانی ایجاد می‌شود که وقتی فرد به گذشته خود نگاه می‌کند، متوجه می‌شود هیچ رشد و باروری وجود نداشته است.

مرحله هفتم: یکپارچگی در برابر نومیدی

بازنگری زندگی و بررسی ارزشمندی تلاش‌ها و موفقیت‌ها



تایپ:

محمد رضا حاصلی (سرگروه)

امیر عباس بابایی

محمد انارکی

مهدی بستانی

ویراست علمی:

سجاد رضایی

ویراست ادبی:

نگین صابری

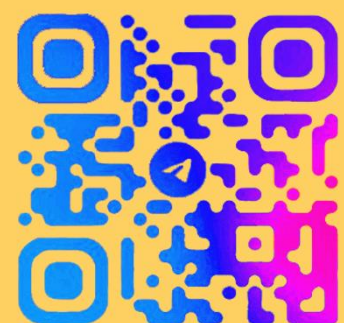
تدوین:

امیرحسین محمودزاده

جلسه ۵- هوش

فهرست:

- تعریف هوش
- نخستین آزمون هوش
- نظریه های هوش
- هوش هیجانی
- ارزیابی هوش



تعریف هوش

هوش و شخصیت مفاهیم انتزاعی هستند و نمی‌توان آن‌ها را به طور عینی مشاهده و اندازه‌گیری کرد. ما در روان‌شناسی با مطالب عینی کار نداریم و این همان علت رجوع به نظریات گذشته است که گاه متناقض است.

هوش را همان چیزی که آزمون‌های هوش می‌سنجند، تعریف می‌کنند. در مجموع هوش توانایی یادگیری، یادگیری از تجربه، تمایل به تفکر انتزاعی (درنگرفتن و جابه‌جایی مؤلفه‌های مختلف در ذهن)، مدارای مناسب و مؤثر با محیط و توانمندی سازگاری با آن است. در تعریفی دیگر هوش به معنای توانایی بالا برای سازگاری با محیط است؛ یعنی هرچه فرد زودتر و بهتر بتواند با محیط سازگار شود، از هوش بالاتری برخوردار است.

مفهوم هوش یکی از بحث‌انگیزترین مفاهیم در تاریخ روان‌شناسی بوده است.

بسیاری از نظریه‌پردازان معتقدند که هوش به صورت یک جوهره واقعی وجود ندارد؛ بلکه فقط برچسبی است بر آنچه آزمون‌های هوش می‌سنجند.

نظریه‌پردازان دیگری معتقد هستند که مفهوم هوش را باید قدرت **یادگیری از تجربه، میل به تفکر انتزاعی و مدارای مؤثر با محیط** دانست.

تعریف هوش پیرو نظریه هوش است و نظریه‌های هوش بسیار متفاوت هستند.

نخستین آزمون هوش

دو هزار سال قبل از میلاد (تقریباً سال 2200 قبل از میلاد) چینی‌ها برای تعیین افراد در پست‌های مختلف مثل نگهبان قلعه، از آزمون‌های هوش برای سنجش توانایی‌های افراد استفاده می‌کردند. مثلاً نمی‌توان فردی با ضریب هوشی پایین را در یک مقام مهم قرار داد که نیاز به هوش و ذکاوت دارد؛ چراکه به افراد خود قلعه آسیب می‌زند. این موضوع نشان می‌دهد که آزمون‌های هوش از اهمیت بالایی برخوردار بوده و هستند و علت پدید آمدن آن‌ها، ارزیابی توانایی افراد بوده است.

نظریه‌های هوش

تاریخچه مختصر سنجش و ارزیابی هوش

○ آلفرد بینه: آغازگر آزمون‌های هوش! (1905)

مقیاس بینه - سیمون در سال ۱۹۰۵ منتشر شد و نخستین آزمون هوشی بود که توانست موفقیت تحصیلی را به خوبی پیش‌بینی کند.

○ آزمون‌های ارتش آلفا و بتا (1914)

در طول جنگ جهانی اول، آزمون‌های هوشی در ایالات متحده جهش دیگری تجربه کردند. ارتش آمریکا نیاز داشت تا سربازان را از نظر مناسب بودن برای خدمت نظامی ارزیابی و دسته‌بندی کند و آن‌ها را برای مشاغل مختلف در ارتش طبقه‌بندی نماید.

○ مقیاس‌های هوش وکسلر (1930)

آزمایش‌های قرن هجدهم و نوزدهم:

1) گاوس (1777-1855): گاوس (Carl Frederich Gauss) اولین کسی بود که **خطاهای ادراکی** را درک، کشف و اندازه‌گیری کرد و **یک منحنی زنگوله‌ای یا نرمال** ارائه داد که اثر معروف وی است. او یک ریاضیدان مشهور آلمانی بود که در نجوم و مطالعه مغناطیس نیز سهم مهمی داشت.

فعالیت ایشان: درک و تعیین مکان و حرکت ستاره‌ها

گاوس در جریان ردیابی حرکات ستارگان، متوجه شد که همکارانش اغلب مکان‌های متفاوتی را پیدا می‌کنند و در اصل افراد با توانایی‌های مختلف، یک نقطه مشخص پیدا نمی‌کنند (درحالی‌که باز هم نقاط پیدا شده حول یک نقطه یا در اصل حول یک میانگین بود) و در اصل **ادراک افراد خطا دارد**. او فرکانس مکان‌های مشاهده شده را به طور سیستماتیک ترسیم کرد. یافته‌ها شکل منحنی به خود می‌گرفتند. منحنی که ما به عنوان **منحنی نرمال یا توزیع نرمال** می‌شناسیم؛ همچنین به عنوان **منحنی گاوس** شناخته می‌شود. او تشخیص داد که بهترین تخمین مکان دقیق ستاره، **میانگین مشاهدات** است و هر رصد مستقل حاوی درجاتی از خطا است.

روش آزمایش: افراد مختلف با مشاهده آسمان مکان ستاره‌ها را متفاوت از هم گزارش می‌کنند. نقاط به‌دست آمده حول یک میانگین قرار می‌گیرند. هرکس نقطه‌ای دقیقاً یا حول میانگین را اعلام کرده هوش بالاتر دارد و هرچه نقطه اعلام شده دورتر از میانگین باشد، فرد از هوش‌بهر (IQ) پایین‌تری برخوردار است.

2) گالتون (1884): هوش یک توانایی حسی و حرکتی استثنایی است که از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌شود.

هوش **کسب اطلاعات از طریق حواس** است؛ بنابراین هر چه دستگاه حسی فرد حساس‌تر و دقیق‌تر باشد، آن شخص باهوش‌تر است.

گالتون را پدر آزمون‌های روانی و اندازه‌گیری می‌دانند.

از کارهای او تأسیس یک **آزمایشگاه آنتروپومتریک** در سال 1884، در نمایشگاه بین‌المللی بهداشت لندن است. در این آزمایشگاه اندازه‌گیری ابعاد و ویژگی‌های فیزیکی و... انسان صورت می‌گرفت:

- اندازه‌گیری‌های فیزیکی: مانند قد، وزن، دور سر
- اندازه‌گیری حسی: مانند زمان واکنش و تمایز حسی

مثالی از شیوه آزمایش سنجش زمان واکنش: نوری به فرد نشان داده می‌شود و سریع باید دکمه‌ای را فشار دهد و فاصله بین نشان دادن نور و واکنش شخص، زمان واکنش نام دارد.

مثالی از شیوه آزمایش سنجش تمایز حسی: لمس 2 نقطه از بدن سپس نزدیک کردن آن دو نقطه به هم. بنابراین فرد آزمودنی باید بتواند بین آن 2 نقطه تمایز قائل شود و این یعنی **قدرت تمایز حسی**.

○ اندازه‌گیری‌های حرکتی: مانند سرعت حرکت، قدرت‌گرفتن

وی نتایج آزمایش‌ها روی بیش از هفده هزار نفر را جمع‌آوری کرد.

این **اولین مجموعه سیستماتیک در مقیاس بزرگ از داده‌ها** در مورد تفاوت‌های فردی بود. (آناستازی و اوربینا در سال 1997 و گرگوری در سال 2004 نویسندگان منابع علمی در خصوص این موضوع هستند.)

هر چند متوجه شد این متغیرها با هوش رابطه معناداری ندارند؛ اما ضریب همبستگی (correlation coefficient) را کشف کرد.

گالتون همچنین **کاربرد آمار در مطالعه هوش** را مطرح کرد.

گالتون، پسرعموی داروین، معتقد بود اگر افراد باهوش با هم ارتباط داشته باشند، به واسطه فرزندان آن‌ها، می‌توان نسل بشر را اصلاح کرد و نتیجه ایجاد یک نسل با هوش بالاست؛ بنابراین اگر دو فرد باهوش با یکدیگر ازدواج کنند، کودکان آن‌ها ضریب هوشی بالاتری خواهند داشت و به همین ترتیب می‌توان نسل‌های باهوش‌تر به وجود آورد.

طبق نظر گالتون (و توافق نظر آن دوره) هوش‌بهر مساوی توانایی ادراک بشر یعنی هر چه سرعت ادراک بالاتر باشد، هوش نیز بالاتر است و توانایی ادراک بالاتر یعنی بینایی و شنوایی دقیق‌تر است. ولی این فرضیه نادرست است؛ زیرا حیوانات ادراک قوی‌تری دارند پس باید باهوش‌تر از ما باشند.

سرعت ادراک بالاتر تا حدودی نشان‌دهنده هوش‌بهر است؛ ولی نه کاملاً.

اگر می‌گوییم هوش توانایی حل مسئله و واکنش سریع است، اول باید اطلاعات وارد مغز شود بعد بتوان تصمیم گرفت و عملکرد. اگر اطلاعات وارد مغز نشود (عدم دریافت سریع)، فرد دیرتر پاسخ می‌دهد یا پردازش و رفتار بر اساس آن ممکن نیست. پس **سرعت پردازش اطلاعات و توانایی‌های ادراکی افراد** اهمیت بالایی بر هوش دارند.

در کل سریع‌تر دیدن یا سریع‌تر شنیدن و... باعث افزایش سرعت پردازش مغزی و درک بیشتر می‌شود؛ گویا کسی که به‌عنوان مثال شنوایی یا بینایی بالاتری دارد باهوش‌تر است که پایه آن نیز، **تکامل** است.

به‌عنوان جمع‌بندی: ادراک نیز اهمیت زیادی در سرعت پاسخ‌دهی دارد که می‌توان آن را با **سیر تکاملی** انسان‌ها توجیه کرد؛ درگذشته احتمال مرگ انسان‌های اولیه بیشتر بود؛ زیرا مثلاً اگر فردی بینایی ضعیفی داشت؛ چون وسایل درمانی در دسترس نبود، نمی‌توانست حیوانات را درست ببیند و احتمال مرگ او بیشتر

بود؛ در کل هرچه این ادراک در فردی ضعیف‌تر باشد، زودتر از بین می‌رود؛ بنابراین هم بر طبق نظر گاوس هم گالتون یکی از ملاک‌های هوش ادراک و بررسی عملکرد حواس 5 گانه است.

نتیجه کلی آزمایش‌های گالتون:

گالتون معتقد بود هرچه توانایی ادراکی بهتر باشد فرد باهوش‌تر است؛ به عبارتی تعداد نوروهای بخش حسی بیشتر است. هرچند مطالعات او نشان داد که رابطه بین این دو **مستقیم** نیست؛ ولی عامل کمکی است.

آزمایشگاهی که در ابتدای بحث ذکر شد را می‌توانید در تصویر زیر ببینید:



3) جیمز مک کین کتل: مانند گالتون اعتقاد داشت که می‌توان از **آزمون‌های حسی و حرکتی نسبتاً ساده** برای اندازه‌گیری توانایی‌های **فکری** استفاده کرد و چنین آزمایشگاهی راه انداخت.

کتل در افتتاح آزمایشگاه‌های روان‌شناسی و **گسترش جنبش روبه‌رشد آزمایش** در ایالات متحده نقش داشت. او اولین کسی بود که از اصطلاح "آزمون روانی" در مقاله‌ای که در سال 1890 منتشر کرد، استفاده کرد.

4) بینه (1881): آموزش اجباری کودکان دولت فرانسه آزمایش وی بود. هدف آزمون شناخت کودکانی بود که برای استفاده از برنامه آموزشی عمومی کند بودند.

فرض: هوش با توانایی استدلال و توانایی‌های مسئله‌گشایی رابطه دارد تا مهارت‌های ادراکی - حرکتی. وی با کمک تئوفیل سیمون (1905) آزمون را به چاپ رسانید. این آزمون بیان می‌داشت که توانایی حل مسئله و استدلال کردن تا حدودی مساوی هوش است و نوع نگاه آن هم مطرح کردن فرض تحولی است. فرض تحولی: کودک کند شبیه به کودک بهنجار است که رشد ذهنی او با کندی همراه است. کودک کند مثل بچه بهنجار اما در سنین پائین‌تر عمل می‌کند. درحالی‌که توانایی‌های ذهنی یک کودک تیزهوش نیز در حد کودکان بزرگ‌تر از خود است.

در اصل با عمومی شدن آموزش در فرانسه، مدرنیزه جامعه و به کلاس اول رفتن بچه‌ها در 7 سالگی، متوجه می‌شوند که همه بچه‌ها نمی‌توانند از آموزش به یک مقدار استفاده کنند؛ به علت سرعت یادگیری و کیفیت متفاوت‌تر. این نیازها باعث شد تا ارزیابی کنیم افراد چقدر از این توانمندی‌ها را دارند. بینه آموزش عمومی و رفتن به مدرسه به دلیل نیاز جامعه را بیان کرد. او آزمونی را برای تعیین توانایی حل مسئله در کودکان طراحی کرد که نشان می‌دهد همه کودکان نباید با هم سر یک کلاس بنشینند؛ زیرا برخی راحت‌تر یاد می‌گیرند؛ اما برخی دیگر در کلاس درس متوجه چیزی نمی‌شوند. سؤالات از آسان به سخت دسته‌بندی می‌شوند.

ارتباط سن عقلی با سن تقویمی: افراد با سن عقلی یکسان باید در یک کلاس باشند، حتی اگر سن تقویمی آنها متفاوت باشد. (هم کلاس بودن فردی 9 ساله با فردی 7 ساله که سن عقلی او 9 سال است. در این شرایط این همکار نبودن سن عقلی - ذهنی و سن تقویمی مسئله‌ساز می‌شود.)

جمع‌بندی مبحث:

به میزانی که کودک می‌تواند موارد سؤالات را به درستی پاسخ دهد، سن عقلی او نیز بیشتر است که این موضوع روش مهمی در ارزیابی‌های بینه بود. با استفاده از این روش سن عقلی - ذهنی (Mental Age=MA) کودک با سن تقویمی (Chronological Age=CA) او مقایسه می‌گردد.

5) ترمن (1916): سؤالات آزمون بینه را برای دانش آموزان آمریکایی تعدیل کرد. با اجرای آزمون روی هزاران کودک سنین مختلف آزمون را استاندارد کرد و هنجار سنی برای آن تعیین نمود.

از شاخص بهره هوشی (IQ) استفاده کرد: $\text{سن عقلی (MA)} / \text{سن تقویمی (CA)} \times 100$

البته این فرمول برای سنین بالاتر به کار نمی‌رود؛ زیرا هر چه سن بالاتر برود مخرج کسر بزرگ‌تر شده و آی‌کیو پایین‌تر که معقول نیست.

هنجار کردن آزمون‌ها:

یعنی به دست آوردن میانگین جامعه؛ بسیاری از آزمون‌های هوش به کلام وابسته است و مسائل مطرح در جوامع مختلف با هم متفاوت است و تفاوت بر مسائل تمرکز شده در مدارس نیز باعث اختلاف در میانگین‌ها در جوامع مختلف می‌شود. در اصل باید برای بررسی هر جامعه نسبت به میانگین خود آن جامعه پژوهش کرد.

نحوه تشخیص سن عقلی:

به بچه‌ها یک سری سؤال آسان به سخت می‌دهند، بر اساس پاسخ‌گویی، یک سن به سن عقلی آن‌ها اضافه می‌شود. در افرادی که سنین بالاتری دارند، سؤالات اولیه و آسان‌تر پرسیده نمی‌شود؛ بنابراین هر فرد را نسبت به میانگین جامعه خودش مقایسه می‌کنیم.

در آمار، **نمره استاندارد مضربی از انحراف معیار است** که مقدار آن نشان می‌دهد یک نمره خام (مقدار مشاهده شده یا یک نقطه از داده) چقدر بالاتر یا کمتر از میانگین مقدار مشاهده یا اندازه‌گیری شده است. نمرات خام بالاتر از میانگین دارای نمره استاندارد مثبت و نمرات زیر میانگین دارای نمره استاندارد منفی هستند. در اصل اگر در یک جامعه از یک بازه سنی خاص (مثلاً 2 سال یا 2 سال به سال) آزمونی بگیریم و میانگین را به دست

آوریم، می‌توانیم با استفاده از انحراف از میانگین جامعه، برای افراد آی‌کیو را تعیین کنیم که بالاتر از میانگین است یا پایین‌تر. به عنوان مثال اگر اکثر افراد در این آزمون نمره 100 را به دست آوردند و کسی نمره 115 را کسب کند یعنی 15 نمره آی‌کیو بالاتر دارد. در این روش مقایسه فرد با میانگین جامعه لحاظ می‌شود به جای استفاده از فرمول.

نمره استاندارد: (میانگین فرد منهای میانگین جامعه) تقسیم بر پراکندگی شاخص جامعه در نظر گرفته می‌شود.

$$z = \frac{x - \mu}{\sigma}$$

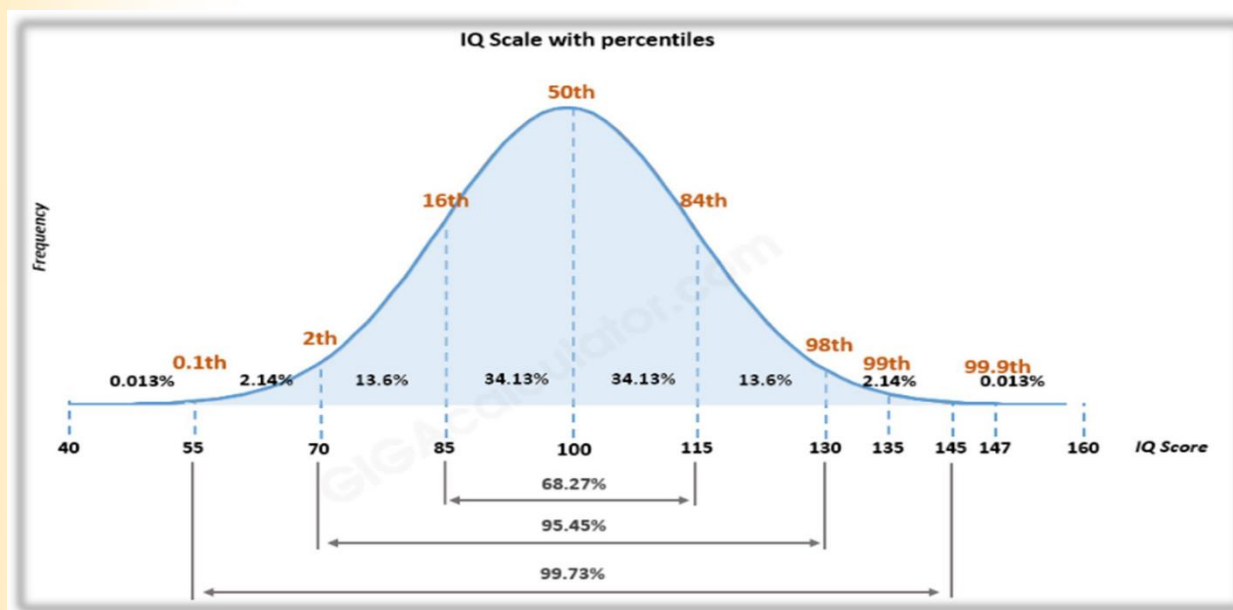
در تعیین سن عقلی آزمونی از همه 7 ساله‌ها برای تعیین میانگین در همان جامعه گرفته شد که میانگین آن 100 بود. پس اگر کسی کمتر از 100 گرفت نسبت به جامعه خود هوش کمتری دارد. امروزه نیز از این روش برای تعیین میزان هوش استفاده می‌کنند که نوعی هنجارسازی است.

یک فرمول دیگر نیز وجود دارد که تصویر آن در پایین موجود است:

$$T = (Z \times 10) + 50.$$

پس از به دست آوردن نمره Z آن را جهت فهم آسان تر به نمره T تبدیل می کنند؛ نمره Z یعنی چند انحراف معیار بالاتر یا پایین تر از جامعه است؛ ولی نمره T نمره ای است که میانگین آن 50 است و انحراف معیار آن 10 و فرضاً اگر Z

مساوی مثبت 1 باشد، T می شود 60 و این یعنی نسبت به میانگین 50، یک SD (انحراف از معیار) بالاتر دارد.



جدیدترین نسخه آزمون استنفورد - بین به جای نمرات آی کیو از نمرات سنی استاندارد (Standard Age Scores) استفاده می کند که همان محاسبه بر اساس میانگین و انحراف معیار است.

توضیح نمودار بالا (نمودار توزیع نرمال نمرات آی کیو با درصد رتبه ها):

محور افقی مقدار آی کیو و محور عمودی فراوانی افراد یا احتمال است.

میانگین در این نمودار زنگوله ای برابر 100 است و انحراف معیار برابر 15 است.

یعنی اکثر مردم آی کیو بین 85 تا 115 دارند و یک انحراف معیار بالاتر یا پایین تر از میانگین هستند.

مفاهیم دیگر این نمودار:

$2^{th} = IQ70$ یعنی به عنوان مثال 16 درصد افراد آی کیو زیر آن مقدار دارند و $99.9^{th} = IQ145+$ یعنی 99.9

درصد افراد آی کیویی زیر آن مقدار دارند.

قانون سه انحراف معیار:

یعنی 3 مولفه را بررسی می کنیم:

1. یک واحد بالاتر و پایین تر از انحراف معیار
2. دو واحد بالاتر و پایین تر از انحراف معیار
3. سه واحد بالاتر و پایین تر از انحراف معیار

یعنی اینکه افرادی که در 3 بازه مذکور هستند، چه درصدی از جامعه را شامل می شوند:

$$\pm 1SD = 68.27\%$$

$$\pm 2SD = 95.45\%$$

$$\pm 3SD = 99.73\%$$

مثال: نمره دانش آموز در یک آزمون 130 شده است، اگر انحراف معیار 15 باشد، نمره استاندارد دانش آموز چند است و چه مفهومی دارد؟

$$Z = \frac{130 - 100}{15} = 2$$

مفهوم آن این است که نمره استاندارد دانش آموز در نمودار نرمال آی کیو، 2 انحراف معیار از میانگین بالاتر است.

توجه: پراکندگی شاخص جامعه با روش های گوناگونی محاسبه می شود که یکی از آن ها انحراف معیار است.

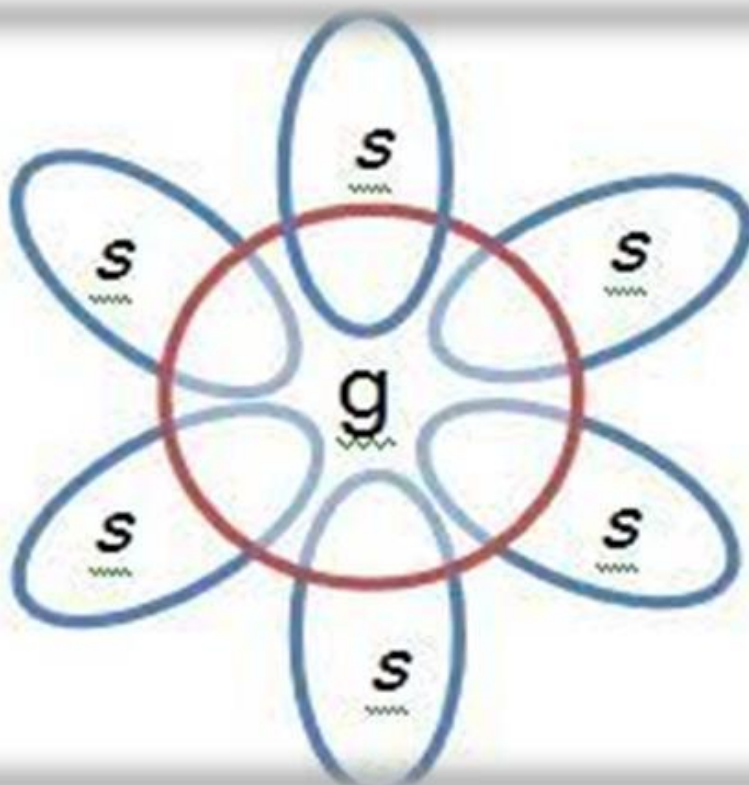
(40-54) - moderately impaired or delayed
(55-69) - mildly impaired or delayed
(70-79) - borderline impaired or delayed
(80-89) - low average
(90-109) - average
(110-119) - high average
(120-129) - superior
(130-144) - gifted or very advanced
(145-160) - very gifted or highly advanced

جمع‌بندی مبحث: سن عقلی کودک باید بر اساس تعداد مواردی که در ارزیابی می‌گذرانند، مشخص گردد.

ترمن همچنین شاخص مناسب هوش را که توسط روان‌شناس آلمانی، ویلیام اشترن پیشنهاد شده بود را پذیرفت و این شاخص به‌عنوان بهره هوشی (**Intelligence Quotient=IQ**) تعریف شد که همان نسبت درصدی سن عقلی به سن تقویمی بود.

6) نخستین بار اسپیرمن (1904) تحلیل عاملی را مطرح کرد که اظهار نمود **همه** افراد یک عامل هوشی عمومی به درجات مختلف دارند که آن را g نامید.

از نظر اسپیرمن عامل g تعیین‌کننده اصلی عملکرد در آزمون‌های هوش است. بین آزمون‌های هوش همبستگی بالایی وجود دارد و بیشتر افرادی که در یک زمینه موفق هستند، معمولاً در زمینه‌های دیگر نیز عملکرد خوبی از خود نشان می‌دهند. عامل g بیشتر توانایی‌های انسان را یکپارچه کرده و نیرومند می‌سازد. علاوه بر آن عوامل خاصی که هر یک s نامیده می‌شوند، مختص توانایی‌ها یا آزمون‌های خاص هستند، مثلاً آزمون‌های حساب یا روابط فضایی یا s مجزایی مرتبط هستند (هوش بهر کلی بالا).



جمع‌بندی این مبحث: فاکتورهای هوش زیربنایی دارند که آن‌ها را به هم وصل می‌کنند؛ این عامل g است. این را می‌توان به قسمت‌های اختصاصی‌تر تقسیم کرد مثل ریاضی و موسیقی و... که با عامل g به هم وصل می‌شوند.

7) ترستون (1938): به عامل مشترک و یکپارچه کننده اعتقاد نداشت. بلکه بر این باور بود که هوش از توانایی‌های جداگانه و خاص تشکیل شده است. هوش را می‌توان با استفاده از تحلیل عاملی، به تعدادی توانایی اولیه تقسیم کرد. ترستون هفت عامل را شناسایی کرد که از آن‌ها برای ساختن آزمون توانایی‌های اولیه ذهنی¹ استفاده کرد؛ مانند توانایی کلامی، روانی کلامی، توانایی عددی، توانایی فضایی، توانایی ادراکی، استدلال استقرایی و حافظه.

این نظریه کاملاً مخالف نظریه اسپیرمن است.

جمع‌بندی:

یک عامل g وجود ندارد و توانایی‌ها جداگانه هستند. مثلاً کسی خیلی خوب موسیقی می‌زند؛ اما ریاضی وی خوب نیست. این فرد بر اساس اسپیرمن آی‌کیو پایینی دارد؛ ولی از نظر ترستون این‌گونه نیست، زیرا چیزی قرار نیست آن دو موضوع را به هم وصل کند. توانایی هر بخش متفاوت است و فاکتورهای کاملاً جدا دارد.

¹ PMA: Primary Mental Abilities

Idiot Savant: افرادی که در یک حوزه بسیار عالی هستند؛ ولی در یک حوزه بسیار بد برای مثال در افراد اوتیسمی بسیار قابل مشاهده است که این افراد در حل مسائل ریاضی عالی عمل می کنند؛ ولی در بقیه حوزه ها مثل ارتباط بین فردی، صحبت کردن، مراقبت از خود، جهت یابی و قدرت کلام بسیار ضعیف هستند. البته این اصطلاح به علت دربرداشتن لفظ توهین آمیز "نادان" امروزه منسوخ شده است و به جای آن Savant Syndrome می گویند.

(8) گاردنر (1983-1993): دوران شکل گیری و توسعه نظریه: او مفهوم سازی جدیدتری از عامل های خاص هوشی ارائه کرده است که در مقایسه با سایر نظریه ها هوش به **حیطه وسیع تری** گسترش یافته است. او

Intelligence	Examples
 Verbal-Linguistic	Reading comprehension Writing
 Logical-Mathematical	Solving math and logic problems
 Bodily-Kinesthetic	Balance Strength Endurance
 Visual-Spatial	Judging distance Map reading Geometry
 Musical-Rhythmic	Appreciating and creating music Music theory
 Interpersonal	Listening Cooperation Sensitivity to others
 Intrapersonal	Knowledge of self
 Naturalistic	Appreciate nature Ability to work with plants and animals

هفت توانایی **نسبتاً مستقل** را برای هوش توصیف کرده است: زبانی، موسیقایی، منطقی-ریاضی، فضایی، بدنی جنبشی، میان فردی و درون فردی که در جدول زیر می‌بینید:

البته اینکه بالاتر گفته شد 7 ولی در جدول 8 تاست به علت این است که مورد آخر بعداً به این 7 تا اضافه شد.

توضیح برخی از موارد:

توانایی موسیقایی: توانایی ساززدن + حفظ ریتم + شنیدن

عوامل میان فردی (Interpersonal): هوش اجتماعی + تعامل + مشارکت + فهم هیجان دیگری با کمترین تعامل با افراد؛ افرادی که در این عوامل مشکل دارند، حتی اگر کسی جلوی آنان گریه کند فقط نگاه می‌کنند.

درون فردی (Intrapersonal): شناخت خود

Naturalistic: درک طبیعت + پیگیری پرندگان و درختان و... (در کسانی که اهل کشاورزی هستند به وضوح آشکار است.)

در ورزش‌های ضعیف افراد حرفه‌ای هوش‌بهر بالاتری دارند.

(9) گیلفورد (1967-1988):

مجموعه‌ای از فنون تحلیل عاملی بسیار پیچیده را به کار بست.

هوش را به **120 عامل** تقسیم کرد.

هر یک از مهارت‌های عقلی شامل عمل ذهنی خاصی روی نوع خاصی از محتوا است که محصول یا بازده خاصی را به وجود می‌آورند.

رفتار هوشمندانه شامل تعامل بین عملیات، محتواها و فراورده‌هاست.

عملیات: حافظه، شناخت، ارزیابی، واگرایی و همگرایی (به صورت فاکتورهای جدا هستند.)

محتوا: عینی (Visual)، رفتاری، معنایی (کلامی و رفتاری)، نمادین (ریاضی و Symbolar) البته موارد دیگری نیز هستند؛ مانند صداهای شنوایی (Auditory)

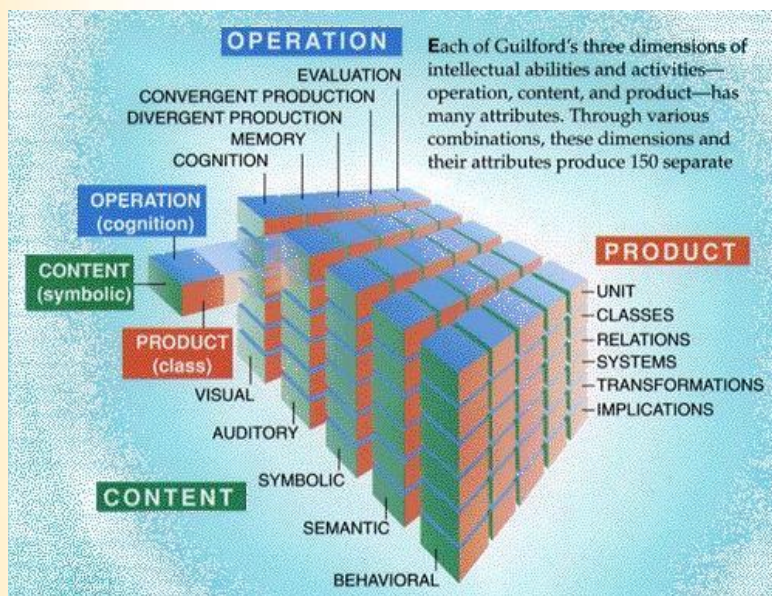
فراآورده: واحدها، طبقات، روابط، نظام‌ها، تبدیل‌ها و تلویحات

قاعده: یک درون‌داد (محتوا) را ذهن دریافت می‌کند، یک عملیات روی آن انجام می‌دهد، یک برون‌داد (فراآورده) دارد.

واگرایی نشان‌دهنده خلاقیت و تنوع در نگاه به یک امر مشخص (مثلاً ساخت یک وسیله از سفال؛ تنوع در آن یعنی داده به خروجی‌های زیاد و پراکنده‌سازی ختم می‌شود).

همگرایی یعنی ایجاد یک نتیجه کلی از تعدادی داده؛ مثل ارتباط بین مسائل ریاضی و داده‌های مختلف برای رسیدن به یک راه واحد (مانند کنکور که باید به یک گزینه رسید و آن گزینه مشخص و قطعی و

درست است). حل مسئله‌ای که ما را به نتیجه قطعی و درست می‌رساند.



10) کتل و هرن؛ مدل Gf-Gc (Gf یعنی هوش سیال و Gc یعنی هوش متبلور):

آقایان Reymond Bernard و Cattell Horn (Cattell 1963/Horn and Cattell 1966, 1967) کسانی هستند که مدل ساختاری که هوش‌بهر سیال و متبلور را از هم جدا می‌کرد، ارائه دادند.

کتل معتقد بود که دو نوع **هوش‌بهر سیال و متبلور (کریستالایزد)** وجود دارد.

هوش‌بهر سیال: به طور سنتی شامل مسائل جدید و ناآشنای بی‌تأثیر از فرهنگ می‌شود و مهارت‌های حل مسئله و توانایی یادگیری را می‌سنجد. سرعت پردازش اطلاعات از 25 سالگی که در اوج است، شروع به افول می‌کند (شروع تحلیل مغزی) و این مرتبط با تکمیل شدن مغز و حالت بدنی افراد است.

مثال: کاهش سرعت عملکرد مثلاً به دلیل افزایش سن در ورزشکاران و موسیقی‌دانان یا منع رانندگی در سالمندی به دلیل کاهش سرعت پردازش و پاسخ؛ در اصل این هوش بیشترین وابستگی را به سلامت مغز و سرعت پردازش دارد و مستقل از آموزش و فرهنگ است.

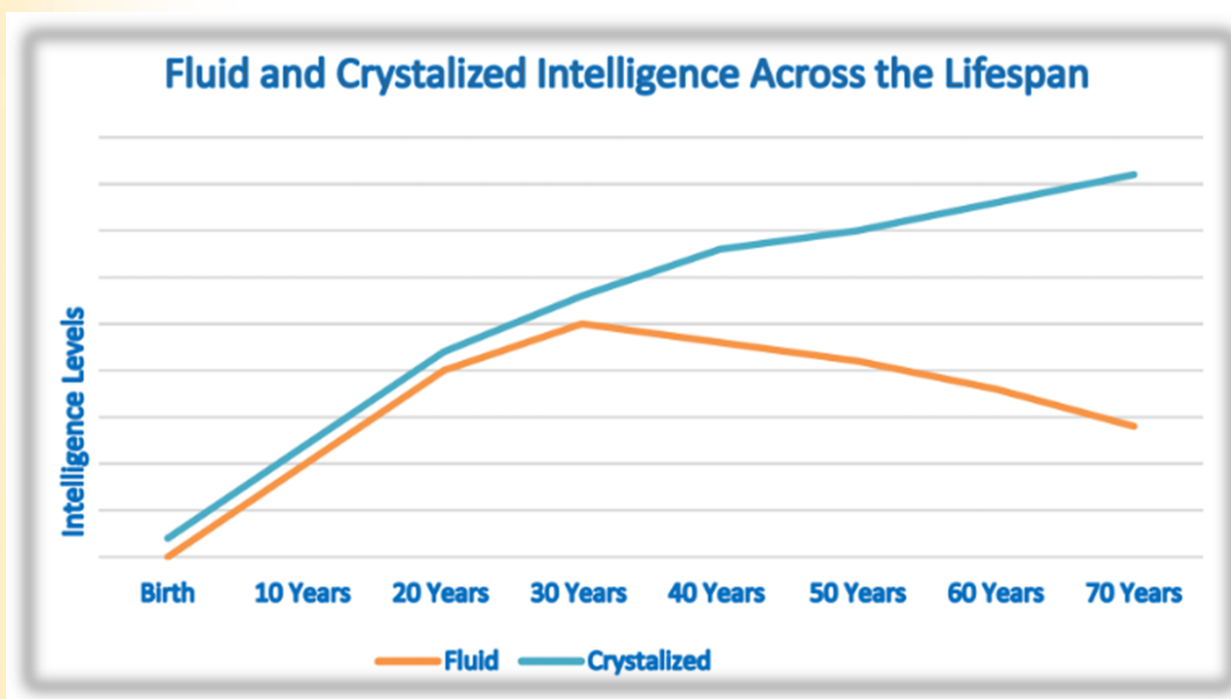
هوش‌بهر متبلور: اشاره دارد به مهارت‌ها، دانش و قضاوت‌هایی که از طریق آموزش منظم یا جامعه (فرهنگ) پذیری کسب شده است که این هوش عمیقاً به آموزش رسمی یا غیررسمی وابسته است و اغلب بازتابی از همگون‌سازی فرهنگی است. هر چه سن بالاتر برود، تجربه نیز بیشتر می‌شود و تا حدی این هوش سیال پایین‌تر را جبران می‌کند. این افزایش تجربه و جبران کاهش سرعت پردازش و عملکرد در جراحی و کارهای ظریف بهتر دیده می‌شود که در اساتید بسیار باتجربه (باوجود اینکه سرعت عملکردشان پایین است؛ اما به دلیل تجربه بسیار زیاد) جراحی بهتری از جوانان انجام می‌دهد. در اصل Decision

Making آنان بهتر است. این هوش در حدود 20 سالگی به اوج می‌رسد و سپس به تدریج کاهش می‌یابد.
علل این کاهش: آتروفی (تحلیل رفتگی) موضعی در مخچه راست، کاهش فعالیت یا تمرین، تغییرات
ناشی از سن

در اصل هوش متبلور، تجربه‌ای است که طی زمان رسوب کرده است و با حل مشکل پدیدآمده است.

توضیح شفاف: هم در هوش متبلور گفتیم حل مسئله هم هوش سیال؛ اما نتیجه نهایی:

هوش سیال در قلمرو حل مسائل جدید و استدلال منطقی بدون اتکا به دانش قبلی و درک روابط و الگوها و سرعت پردازش بحث می‌کند؛ بنابراین حل مسئله بیشتر در هوش سیال بررسی می‌شود؛ اما هوش متبلور که تکیه آن بر تجربه و دانش قبلی است نیز بررسی می‌شود؛ به شیوه‌ای متفاوت یعنی حل مسئله‌ای که مبتنی بر اطلاعات ذخیره شده در حافظه بلندمدت باشد؛ مثل همین کارهای ظریف که استاد بارها انجام داده و به علت تجربه آن را به درستی انجام می‌دهد، هر چند سرعت عملکرد کمتری داشته باشد. **سن اوج** بر همین اساس تعریف می‌شود که **سن کمتر ولی تجربه بیشتر باشد.**



معماری شناختی حداقلی (Minimal Cognitive Architecture)

منتقدان گاردنر معتقدند: سطوح بالای توانایی در هر یک از هوش‌های مختلف معمولاً با توانایی بالا در سایر هوش‌ها **همبستگی** دارد. هیچ توانایی هوش خاص به طور کامل از سایر توانایی‌های هوشی مستقل نیست.

11) اندرسون: اندرسون مطرح می‌کند که هوش‌های چندگانه گاردنر به خوبی تعریف نشده‌اند. گاهی یک رفتار، گاهی یک فرایند شناختی و گاهی ساختاری در مغز هستند.

توضیح بیشتر: در اصل ایشان دیدگاهی شناخت‌گرایانه و علمی‌تر به هوش داشت.

در چارچوب تئوری معماری شناختی قائل به هوش کلی و اختصاصی بود. همچنین بعد تحولی هوش هم در نظر گرفته می‌شود.

توضیح بیشتر: این تئوری فهم این است که چگونه انسان فکر می‌کند، یاد می‌گیرد و تصمیم می‌گیرد.

در اصل این تئوری شبیه گوشی همراه است، سیستم پردازش اطلاعات انسان 2 ساختار متفاوت است که پردازشگر پایه و ماژول است.

اندرسون معتقد بود که آزمون‌های هوش معمولاً هوش را از طریق ارزیابی **معلومات** می‌سنجند و این معلومات به دو طریق به دست می‌آید:

1) پردازش مرکزی تفکر توجیه کننده **تفاوت های فردی** است و به **سرعت** پردازش اطلاعات وابسته است. در شبیه سازی با تلفن همراه، هر چه حافظه گوشی زیاد باشد کند می‌شود و چندان کارایی ندارد. در اصل ذهن انسان‌ها نیز ذخایری دارد که این **پردازشگر پایه** این ذخایر را ترکیب کرده و خروجی سریع می‌دهد.
Decision

Making های سریع سرعت تفکر و استدلال و حل مسئله را بالاتر می‌برد. برای دسترسی به این مزایا پردازشگر باید یک سری ماژول داشته باشد. ماژول‌ها زیرساخت‌های ذهنی برای پردازش اطلاعات هستند.

در کل پردازشگر مناسب به خوب کارکردن ماژول‌ها (ترکیب کردن آن‌ها با هم) و سرعت بالای پردازش اطلاعات بستگی دارد که اکثر تفاوت افراد در همین سرعت است که ذکر شد.

2) ماژول‌های پردازش اختصاصی مرتبط با تحول شناختی است. این پردازش‌ها **اتوماتیک** هستند. مستقل از تفکر عمل می‌کنند، تحول می‌یابند و به سرعت پردازش اطلاعات وابسته نیستند. به عنوان مثال، ما با کلمات و زبان فکر می‌کنیم و اگر این نباشد چیزی برای پردازش نیست. او معتقد است ماژول‌ها **تحولی** اند و از کودکی وجود دارند که چندان مشخص کننده هوش‌بهر نیست؛ مثل تشخیص چهره و صحبت کردن. به واسطه ذخیره حافظه می‌توان آن‌ها را تغییر داد و ارتقاء بخشید و محتوا را زیاد کرد؛ ولی متمایز کننده چیز خاصی نیست. آن چیزی که تمایز ایجاد می‌کند، سرعت و کیفیت ترکیب اطلاعات **پردازشگر پایه** است.

بنابراین، تفاوت فردی در سیستم پایه است که ماژول‌ها را ترکیب می‌کند و سرعت پردازش را نشان می‌دهد.

البته برخی اوقات ماژول‌ها نیز مشکل دارند، در اوتیستیک (افراد دارای اوتیسم) نمادها خوب ترکیب می‌شوند؛ ولی ذخیره کلامی پایین است.

پردازش مرکزی: اطلاعات از طریق تفکر به دست می‌آیند. تفکر با **حل مسئله** در ارتباط است که طریق به کلام در آوردن مسئله یا تصور مسائل به صورت دیداری فضایی امکان‌پذیر می‌شود.

تفاوت‌های هوشی از تفاوت در «پردازشگرهای ویژه» ناشی می‌شود که این پردازشگرها تفکر را تحقق می‌بخشند و به نوبه خود اطلاعات را به وجود می‌آورند.

اما در پردازش پایه یک بخش ضروری دیگر نیز وجود دارد و آن سرعت وقوع پردازش پایه است.

زمانی که سرعت پردازش پایه کند می‌شود، فقط ساده‌ترین انواع افکار از هر نوع به کار گرفته می‌شوند. فردی که مکانیسم پردازش پایه در او کند است، احتمالاً اشکال بیشتری در پردازش اطلاعات خواهد داشت تا فردی که مکانیسم پردازش سریع‌تری دارد.

بنابراین، مکانیسم پردازش کند، هوش عمومی کند به وجود می‌آورد. هر چه سرعت پردازش اطلاعات بیشتر باشد، تفاوت‌های فردی بیشتر می‌شود.

دومین راه برای کسب اطلاعات، ماژول‌های پردازش اختصاصی هستند. اندرسون اشاره می‌کند که بعضی از مکانیسم‌های شناختی وجود دارند که تفاوت‌های فردی در مورد آن‌ها وجود ندارد.

افراد دارای سندروم داون ممکن است نتوانند دو را با دو جمع کنند اما می‌دانند که افراد دیگر باورهای دارند و ممکن است روی آن باورها عمل کنند. دید سه‌بعدی، نظریه ذهن، زبان.

توضیح بیشتر جمله بالا: برخی فرایندهای ذهنی شناختی آن‌قدر جهان‌شمول هستند که حتی اگر افراد در توانایی‌های دیگر مانند ریاضی، زبان یا حافظه ضعیف باشند باز هم آن فرایندها را دارند که آن نظریه ذهن (Theory Of Mind) است.

کمی با دیدگاه 3 وجهی (Three Prong View) نیز آشنا شویم: در مورد نظریه ذهن گفته می‌شود 3 جزء دارد: زبان + شناخت اجتماعی + کارکردهای اجرایی؛ اندرسون بیان می‌دارد اگر توانایی زبان تا حدودی تضعیف شود، باز نظریه ذهن تا حدی مستقل حفظ می‌شود.

مکانیسم‌هایی که این توانایی‌های همگانی را ایجاد می‌کنند «معیار» یا «ماژول» نامیده می‌شوند. هر ماژول عملکرد مستقلی دارد و محاسبات پیچیده‌ای انجام می‌دهد.

مدول‌ها (همان ماژول (Module)) **تحت تأثیر مکانیسم‌های پردازش پایه قرار نمی‌گیرند** و عملاً خودکار هستند. (به آن‌ها آگاهانه فکر نمی‌کنیم).

به عقیده اندرسون پختگی ماژول‌های تازه است که توانایی‌های شناختی را در سیر رشد افزایش می‌دهد.

توجه: این جمله بیان نمی‌دارد که تفاوت‌های فردی به سبب ماژول‌ها هستند؛ بلکه صرفاً می‌گوید توانایی‌های شناختی مثل درک زبان و... در سیر رشد حاصل می‌شود.

علاوه بر مدول‌ها (ماژول‌ها)، هوش شامل دو توانایی ویژه نیز هست:

1. افکار گزاره‌ای (بیان ریاضی)

2. کارکرد بصری - فضایی

توضیح بیشتر این 2 مورد: در اصل ماژول‌ها برای پردازش‌های تخصصی مانند زبان و چهره و عدد هستند؛ ولی افکار گزاره‌ای برای تفکر منطقی و تحلیل مفهومی و... است. کارکرد بصری فضایی نیز برای تجسم فضایی و... است. در اصل افکار گزاره‌ای و کارکرد بصری فضایی پردازشگرهایی خاص هستند درحالی‌که ماژول‌ها پردازشگرهایی تخصصی هستند که برای تشخیص چهره، صدا و... که سریع، محدود و خودکار است.

علت اینکه به دو مورد آخر "خاص" گفته می‌شود این است که برخلاف ماژول‌ها، محدود به یک ورودی نیستند و روی موضوعات "متنوع" کار می‌کنند و بیشتر با هوش G ارتباط دارند. در اصل این پردازشگرهای خاص جزء همان پردازش پایه هستند.

به عقیده اندرسون تکالیف مرتبط با این توانایی‌ها با پردازشگرهای خاص انجام می‌گیرد. برخلاف مدول‌ها (ماژول‌ها) که اعمال بسیار اختصاصی انجام می‌دهند، هر یک از پردازشگرهای خاص با طبقه وسیعی از مسائل و معلومات سروکار دارند.

همچنین برخلاف مدول‌ها، پردازشگرهای خاص تحت تأثیر مکانیسم پردازش پایه قرار می‌گیرند. یک مکانیسم پردازش سریع، شخص را قادر می‌کند که استفاده مؤثرتری از پردازشگرهای خاص به منظور اخذ نمرات بالاتر در آزمون‌ها و پیشرفت بیشتر در زندگی واقعی به عمل آورد.

بنابراین، نظریه هوش اندرسون دو مسیر برای دریافت معلومات مطرح می‌کند:

اولی مربوط به استفاده از مکانیسم‌های **پردازش پایه** است که از طریق **پردازشگرهای خاص** برای کسب معلومات عمل می‌کنند. همان چیزی که به آن **تفکر** گفته می‌شود و **توجه‌کننده تفاوت‌های فردی** در هوش است که به نظر او معادل با **تفاوت در معلومات** است.

مسیر دوم به **استفاده** از ماژول‌ها برای کسب معلومات مربوط می‌شود. نظیر درک فضای سه‌بعدی که اگر ماژول به‌قدر کافی رشد یافته باشد، به طور خودکار حاصل می‌شود و خود منبع پیدایش معلومات است.

مثال: 21MA ساله، از کودکی از تشنج رنج می‌برد و تشخیص اوتیسم دریافت کرده بود. وقتی بالغ شد قادر به تکلم نبود. در آزمون‌های روان‌سنجی نمرات بسیار پایین دریافت می‌کرد. معلوم شد هوش‌بهر او 128 است. توانایی فوق‌العاده در کشف اعداد اول دارد. و این کار را بهتر از یک دکتر ریاضیات انجام می‌دهد.

اندرسون: MA از مکانیسم پردازش بی‌نقصی برخوردار است که به او امکان می‌دهد در مورد نمادهای انتزاعی فکر کند؛ اما از آسیب‌نازول‌های زبانی در رنج است که مانع از پیشرفت او در کسب معلومات روزمره و برقرارکردن ارتباط است.

توضیح بیشتر متن بالا: اول‌ازهمه 21 MA ساله یعنی در زمان بررسی توانایی‌های شناختی و ذهنی‌اش در حد یک فرد بیست و یک‌ساله بود.

در اصل از نظر اندرسون آن بخش پردازشگر عمومی - پایه در آن شخص کاملاً سالم و حتی قوی‌تر از نرمال است. یعنی هوش استدلالی، منطقی و تفکر انتزاعی خوبی دارد.

12 استرنبرگ (1996)

استرنبرگ به تجربه، بافت و مکانیزم‌های پردازش اطلاعات پایه توجه دارد.

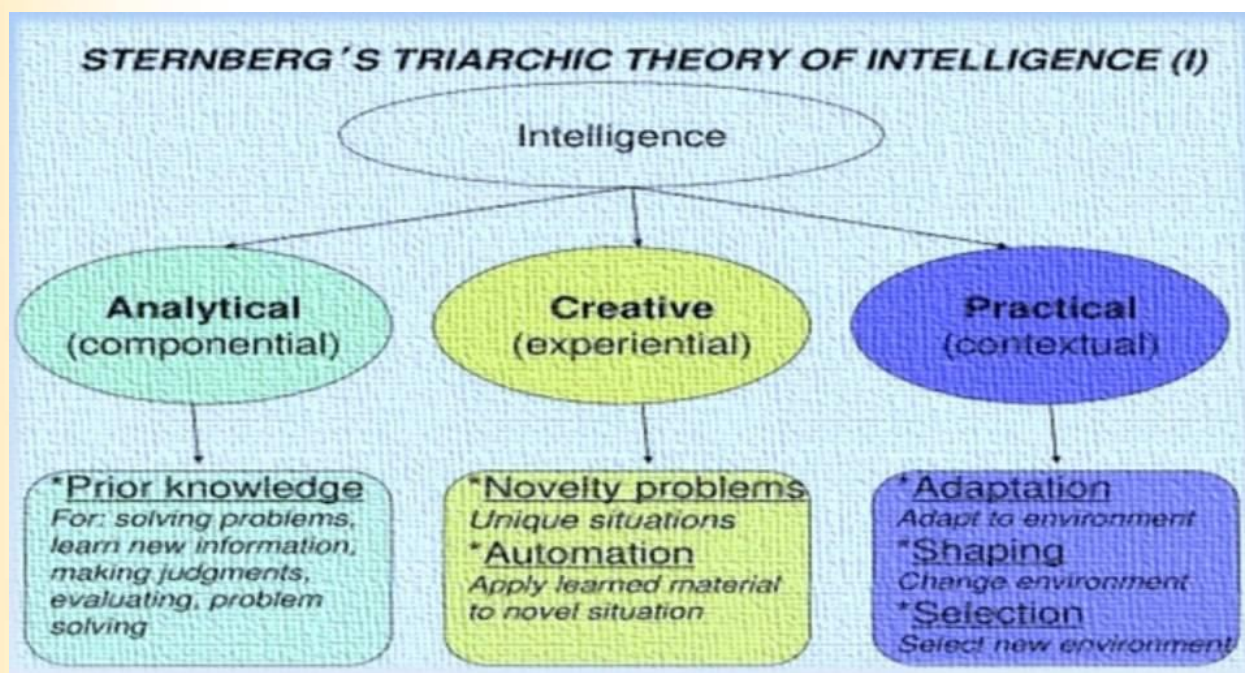
نظریه او سه بخش یا نظریه فرعی دارد (تئوری سه‌گانه):

1. نظریه فرعی مولفه‌ای (Componential-Analytical) که با فرایندهای فکری سروکار دارد. هوش تحلیلی یا مولفه‌ای یعنی اجزا مختلف را می‌گیرد، ترکیب می‌کند و استدلال می‌کند و پاسخ (خروجی) می‌دهد. با استفاده از ذهن و شناخت و حافظه، مسئله را می‌توان به اجزایی تقسیم کرد و رابطه‌ای بین اجزا پدید آورد و سپس مسئله را حل کرد؛ مثل تفکر همگرا در کنکور.
2. نظریه فرعی تجربی (Experiential-Creative) که با اثرات تجربه روی هوش سروکار دارد. هوش تجربی یا خلاق یا واگرا یعنی استفاده از تجربه‌ها و اطلاعات قبلی برای حل مسئله در موقعیت جدید، مشابه تفکر واگرا
3. نظریه فرعی بافتی (Practical-Contextual) که به اثرات محیط و فرهنگ می‌پردازد. بافت‌گرایی یعنی توانایی سازگاری انسان‌ها با محیط

در پیش‌آمدن یک مشکل 3 راه حل وجود دارد:

- 1) هم‌رنگ شدن با جماعت (سازگاری)
 - 2) تغییر محیط؛ ارتقاء محیط به نفع خود (استفاده از نیروی بیرونی برای تغییر محیط به نفع خود)
 - 3) انتخاب؛ تغییر موقعیت
- کسی از نظر استنبرگ آی‌کیوی بالاتری دارد که بتواند از بین موارد بالا خوب استفاده کند و با محیط سازگار شود.

البته این یک نظریه از 3 گانه‌های هوش استنبرگ است؛ به تصویر زیر دقت کنید:



(13) سسی (1994)

نظریه زیست‌بوم شناختی (Bio-ecological theory):

بیشتر پتانسیل‌های شناختی چندگانه مطرح است تا یک هوش عمومی واحد یا همان g.

توانایی‌های متعدد یا هوش‌ها اساس زیست‌شناختی دارند؛ اما ظاهرشدن این توانایی‌ها تحت‌تأثیر چالش‌ها و فرصت‌هایی است که در محیط فرد یا بافت وجود دارد.

در دیدگاه سسی بافت برای ابزار توانایی‌های شناختی اهمیت اساسی دارد. فرد یا جمعیتی خاص ممکن است به نظر فاقد برخی توانایی‌های ذهنی برسند؛ اما اگر بافتی جالب‌تر و برانگیزاننده‌تر فراهم شود، همان فرد یا جمعیت ممکن است سطوح عملکرد بالاتری را نشان دهد.

هوش‌بهر بالاتر لزوماً با عملکرد تحصیلی بالا ارتباط ندارد. کودکان خانواده‌های پردرآمد به بالغین موفق‌تری تبدیل می‌شوند تا کودکان خانواده‌های کم‌درآمد.

نکته: موقعیت بوم‌شناختی که فرد در آن قرار دارد که شامل رشد فردی و اجتماعی اوست، عامل تعیین‌کننده بسیار مهم‌تری برای موفقیت حرفه‌ای و اقتصادی او است تا آی‌کیو.

در اصل یک بخش زیادی از هوش ژنتیکی است و بحث اینجاست که گاهی فرد باهوش در محیط‌های بدی قرار می‌گیرد و از هوش در موارد بدی استفاده می‌کنند؛ یعنی محیطی که تنوع ندارد و روی این هوش

و توانایی تمرکز نمی‌کند و در نهایت هوش بهر بچه شکوفا نمی‌شود. پس با اینکه هوش مهم است؛ ولی باید در بستر فرهنگی اجتماعی مناسب قرار گیرد.

برخی تصمیم‌گیری‌های ما مربوط به کورتکس مغز است که در یازده سالگی به حد مطلوب می‌رسد و هر چه سن بیشتر می‌شود، تجربه نیز باید بیشتر شود و اگر این **تجربه** بد باشد ارزش‌ها را جابه‌جا می‌کند.

Emotional Intelligence (هوش هیجانی EQ)

دنیل گولمن (1995):

توانایی فهم، استفاده و مدیریت احساسات شخصی در راه درست و مثبت برای آرام‌کردن استرس، تعامل مؤثر، درک دیگران، برآمدن از پس چالش‌ها و کاهش درگیری‌ها.

نباید تمایز کاملی بین EQ و IQ قائل شد؛ EQ شبیه قسمت درون‌فردی شناخت خود (تئوری گاردنر) است؛ در اصل دسترسی به خود به بخش منطقی، هیجانی و شناختی خود است تا با محیط سازگار شویم و تصمیم‌های خوبی بگیریم.

هیجان:

1. رفتار نیست.

2. می‌تواند خارج از کنترل عقل باشد.

3. حالتی از مغز و تا حدی ناخودآگاه است که اگر متناسب با موقعیت باشد (حتی اگر شدت آن زیاد باشد) منطقی است. هر رفتاری همیشه بد یا همیشه خوب نیست مثلاً پرخاشگری به کسی که ظلمی به ما کرده رفتاری منطقی است.

در اصل IQ که قسمت منطقی عقل ماست باید بازدارنده‌هایی بر هیجان اعمال کند.

نکته: EQ یعنی دسترسی به IQ در شرایط هیجانی؛ یعنی مهار یا Inhibition که کورتکس مغز ایجاد می‌کند. قسمت‌های SubCortical مغز هیجان را ایجاد می‌کند.

هر چه سیستم مغزی به نخاع نزدیک‌تر باشد، بدن را آماده حرکت می‌کند و برای بقا مهم‌تر است برای همین بازتاب‌ها معمولاً در ساقه مغز است (تنفس و..). یعنی ارادی نیستند؛ اتفاقاً هرچه پایین‌تر از کورتکس مغز می‌آییم، اعمال غیرارادی‌تر می‌شوند. به عبارت دیگر در آن نواحی پایین‌تر بحث سرعت واکنش و اهمیت آن برای بقا مطرح است نه تصمیم‌گیری و Decision Making. در کل این بازتاب‌ها در قسمتی از مغز هستند که اراده در آن‌ها مهم نیست.

قسمت‌های زیر قشر مغز (SubCortical) نیز با آمیگدال و لیمبیک فعال می‌شوند، بدن را آماده فعالیت می‌کنند و باعث می‌شوند قبل اینکه بفهمیم عمل کنیم. این بخش‌ها کاملاً ناخودآگاه نیست؛ ولی قدرت زیادی بر مدیریت رفتار دارد؛ زیرا به نخاع دسترسی زیادی دارد و قبل اینکه بفهمیم فرمان حرکتی می‌دهد.

پس قسمت‌های مربوط به هیجان در مغز به علت اهمیت در بقا نزدیک ساختارهای بازتابی (در پایین مغز) و کمی بالاتر از آن‌ها قرار می‌گیرد. در اصل کمی هوشیار است؛ ولی در برخی موارد پیش از اینکه

بفهمیم، رفتار ما را تعیین می‌کند. توجه شود که هیجان، رفتار نیست؛ زیرا هیجان غیرارادی ولی رفتار ارادی است. در اصل هیجان بدن را آماده رفتار می‌کند.

هیجان = فعال شدن سیستم سمپاتیک، مثلاً در ترس و اضطراب، نیاز به فرار سبب می‌شود بدن آماده فرار شود و فرد دچار Hyperventilation (دفع کربن دی‌اکسید زیاد و ورود اکسیژن) شود و سریع و سطحی‌تر نفس می‌کشد.

برخی اوقات ما از چیزی فوبی داریم: مثلاً مغز از آینده ترسناکی که نیامده فاجعه می‌سازد و بدن آماده فرار از خطر فرضی می‌شود که نمودی از هیجان است.

در اصل هیجان یک سری واکنش بدنی است که بدن را آماده فرار می‌کند. هیجان برچسب‌هایی است که به واکنش‌های بدنی می‌زنیم که قرار است ما را آماده یک‌سری رفتار کند.

بحث غیرمنطقی شدن در همین نقطه عطف رخ می‌دهد که هیجان برابر با رفتار نیست. بلکه این غیرمنطقی شدن ناشی از رفتار غیرمنطقی است که متناسب با موقعیت نیست. در اصل می‌توان بازداری‌های Cortex روی SubCortical را زیاده‌تر کرد؛ چون کاملاً غیرارادی نیست و قابل کنترل است، مثال آن نیز همین است که متوجه می‌شویم ضربان قلب بالا رفته و می‌توانیم به عنوان مثال داد بزنیم، به عبارتی دیگر تپش قلب و سمپاتیک و تنفس دست ما نیست با اینکه شدت آن قابل کنترل است؛ مثلاً در تنفس شمرده پاراسمپاتیک خودش فعال می‌شود. ولی رفتار دست خودمان است. پس مدیریت هیجان در رفتار معنی دارد (نه اینکه هیجان در رفتار تجلی شود) در اصل هیجان به ما کمک می‌کند تا خود را بشناسیم.

4 مؤلفه هوش هیجانی:

1. درک دقیق و ابراز هیجانات:

افراد را قادر به پیش‌بینی تهدیدها کرده و امکان همدلی با دیگران و امکان تعدیل واکنش‌ها نسبت به دیگران را فراهم می‌کند. جامعه‌پذیری را افزایش می‌دهد. **شناسایی هیجان‌ها گام نخست جهت برخورد سازگارانه با آنهاست.** فردی که نمی‌داند غمگین است یا مضطرب است، سازگاری مناسبی نیز نخواهد داشت.

2. دستیابی و ایجاد هیجان در خدمت تفکر و مسئله‌گشایی:

هیجانات در تصمیم‌گیری‌های ما نقش مهمی ایفا می‌کنند. در تصمیم‌گیری‌ها همواره باید تعادلی بین ذهن منطقی - عقلانی و ذهن هیجانی وجود داشته باشد. مثلاً در خرید خودرو اگر فقط به قیمت پایین و استحکام توجه کنیم شاید خودرویی با ظاهر بد را برگزینیم که مربوط به ذهن عقلانی - منطقی می‌شود و اگر فقط به رنگ و زیبایی خودرو توجه کنیم، مربوط به ذهن هیجانی می‌شود. تعادلی بین این دو مطلوب

است. در IQ اصل فقط مربوط به ذهن عقلانی نیست؛ بلکه به دسترسی به هیجان نیز بستگی دارد. EQ از IQ مجزا نیست.

3. درک هیجانات و معانی هیجانات:

اگر امکان درک علت هیجان‌ها وجود نداشته باشد، احتمال کاهش آن‌ها کم می‌شود. ندانستن علت بروز هیجان‌ها سبب می‌شود افراد هیجان‌های خود را به عوامل نادرست نسبت دهند. **خشم** باعث می‌شود

احساس کنیم کسی حق ما را زیر پا گذاشته است. **اضطراب** باعث می‌شود محیط را تهدیدآمیز ادراک کنیم. **غم** باعث می‌شود همه مشکلات را به ناکارآمد بودن خودمان نسبت دهیم.

نکته‌ای در خصوص **هیجان غم**: در هیجان خشم عملکرد حمله‌کردن و در هیجان اضطراب عملکرد فرار است؛ ولی در هیجان غم حس درماندگی رخ می‌دهد؛ چون نه می‌توان حمله کرد (چون حریف از شخص غمگین قوی‌تر است.) و نه فرار (چون حریف از شخص غمگین نیز سریع‌تر می‌دود.)

مثلاً در هنگام دیدن خرس ضربان قلب کاهش پیدا می‌کند. در اصل هیجانی است که انرژی در آن نیست و لتارژی (افت انرژی) می‌شود و برای همین آن را با رنگ آبی نشان می‌دهیم و هیجان بسیار سخت‌تری است.

4. تنظیم هیجانی (مدیریت و نظم متناسب مدیریت):

یعنی توانایی مدیریت و تنظیم هیجان‌ها به طور مناسب. باید دقت کرد این به معنای کنترل کامل هیجان یا سرکوب احساسات نیست؛ یعنی منظور این نیست که هیچ‌گاه غمگین نشویم یا همیشه غم را پنهان کنیم؛ بلکه پاسخ مناسب دهیم نه پاسخ‌هایی که غیرعقلانی باشند. در اصل کنترل و مدیریت هیجان 2 مفهوم مجزا

هستند؛ کنترل کامل یعنی اصلاً هیچ احساسی نداشته باشیم؛ ولی مدیریت یعنی فهم اینکه چه احساسی دارد و در قدم بعد برگزیدن پاسخ منطقی به جای پاسخ آنی و بعضاً غیرمنطقی.

ارزیابی هوش

بازنگری سال 1986 آزمون استنفورد-بینه آزمون‌های آن را در 4 حوزه کلی گروه بندی می‌کند:

1. استدلال کلامی (Verbal Reasoning)

2. استدلال کفی-عددی (Quantitative Reasoning)

3. استدلال انتزاعی-بصری (Abstract/Visual Reasoning)

4. حافظه کوتاه مدت (Short-term memory)

در جدول زیر مصادیق این 4 مورد را می‌توان خواند:

Test	Description
Verbal reasoning	
Vocabulary	Defines words, such as 'dollar' and 'envelope'.
Comprehension	Answers questions, such as 'Where do people buy food?' and 'Why do people comb their hair?'
Absurdities	Identifies the 'funny' aspect of a picture, such as a girl riding a bicycle on a lake or a bald man combing his hair.
Verbal relations	Tells how the first three items in a sequence are alike and how they differ from the fourth: scarf, tie, muffler, shirt.
Quantitative reasoning	
Quantitative	Performs simple arithmetic tasks, such as selecting a die with six spots because the number of spots equals the combination of a two-spot die and a four-spot die.
Number series	Gives the next two numbers in a series, such as 20 16 12 8 ____.
Equation building	Builds an equation from the following array: 2 3 5 + =. One correct response would be $2 + 3 = 5$.
Abstract/visual reasoning	
Pattern analysis	Copies a simple design with blocks.
Copying	Copies a geometrical drawing demonstrated by the examiner, such as a rectangle intersected by two diagonals.
Short-term memory	
Bead Memory	Shown a picture of different-shaped beads stacked on a stick. Reproduces the sequence from memory by placing real beads on a stick.
Memory for sentences	Repeats after the examiner sentences such as 'It is time to go to sleep' and 'Ken painted a picture for his mother's birthday'.
Memory for digits	Repeats after examiner a series of digits, such as 5-7-8-3, forward and backward.
Memory for objects	Shown pictures of individual objects, such as a clock and an elephant, one at a time. Identifies the objects in the correct order of their appearance in a picture that also includes extraneous objects; for example, a bus, a clown, an elephant, eggs, and a clock.

The Wechsler Intelligence Scales

از جمله نقاط ضعف استنفورد - بینه: این آزمون وابستگی زیادی به توانایی زبانی دارد و نیز برای بزرگسالان مناسب نیست.

در سال 1939 توسط دیوید وکسلر تدوین شد.

مقیاس هوش وکسلر برای بزرگسالان به 2 قسمت تقسیم شده است:

1. مقیاس کلامی

2. مقیاس کارکردی

برای هر کدام نمرات IQ جداگانه و نیز نمره کل را به دست می‌دهد.

مقیاس هوش وکسلر نمراتی را برای هر خرده آزمون ارائه می‌کند که به آزمونگر کمک می‌کند تصویر روشن‌تری از نقاط قوت و ضعف فرد به دست آورد.

در تصویر زیر نیز معیارهای این تست را می‌بینیم:

Verbal scale	
Information	Questions tap a general range of information, for example, "What is the capital of Italy?"
Comprehension	Tests practical information and ability to evaluate past experience, for example, "Why do we put stamps on a letter to be mailed?"
Arithmetic	Verbal problems testing arithmetic reasoning.
Similarities	Asks in what way two objects or concepts (for example, recipe and map) are similar; assesses abstract thinking.
Digit span	A series of digits presented auditorily (for example, 7-5-6-3-8) is repeated in a forward or backward direction; tests attention and rote memory.
Vocabulary	Assesses word knowledge.
Letter number sequencing	Orally presented letters and numbers in a mixed-up order must be reordered and repeated, first with the numbers in ascending order and then with the letters in alphabetical order; assesses working memory.
Performance scale	
Digit symbol	A timed coding task in which numbers must be associated with marks of various shapes; assesses speed of learning and writing.
Picture completion	The missing part of an incompletely drawn picture must be discovered and named; assesses visual alertness, visual memory, and perceptual organization.
Block design	Pictured designs must be copied with blocks; assesses ability to perceive and analyze patterns.
Picture arrangement	A series of comic-strip pictures must be arranged in the right sequence to tell a story; assesses understanding of social situations.
Matrix reasoning	A geometric shape that is similar in some way to a sample shape must be selected from a set of possible alternatives; assesses perceptual organization.
Object assembly	Puzzle pieces must be assembled to form a complete object; assesses ability to deal with part-whole relationships.
Symbol search	A series of paired groups of symbols are presented, a target group of two symbols and a search group. Examinee must determine if either target symbol appears in the search group; assesses processing speed.

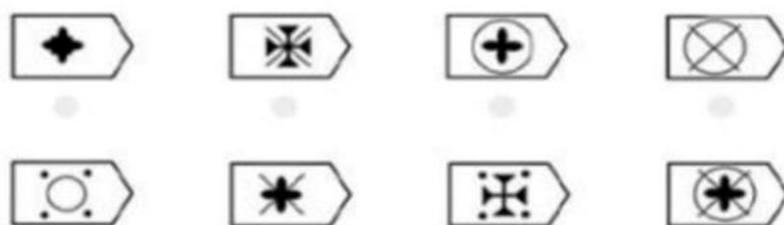
بنابراین، این آزمون که به‌عنوان آزمون هوش بیشتر نیز استفاده می‌شود، نمره کلامی و نمره کارکردی (عملی) به فرد می‌دهد؛ نمره کلامی بر اساس سؤال‌های عادی است مثلاً اینکه پایتخت آن کشور چیست و.... و سؤال‌های کارکردی. در اصل در خصوص سؤال‌ات کلامی به این اعتقاد دارند که افرادی که هوش‌بهر بالایی دارند، اطلاعات عمومی بیشتری هم دارند.

:Raven IQ Test

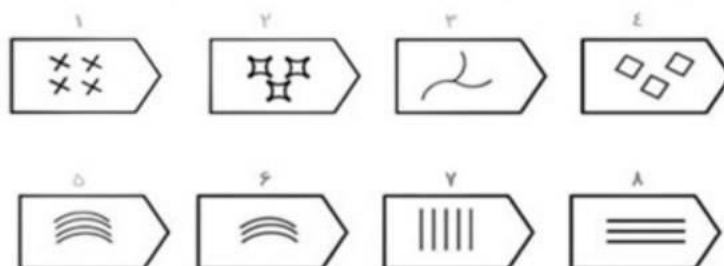
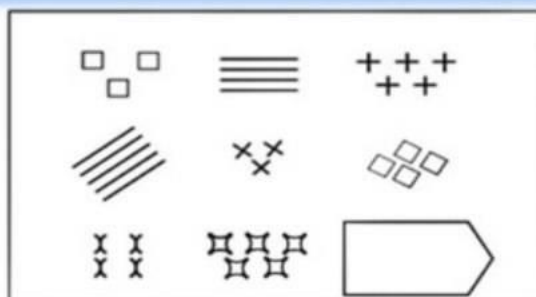
روانشناسی انگلیسی به نام جان کارلیل ریون در سال 1936 این آزمون را بر پایه دو عامل عناصر 9 اسپیرمن یعنی استقرا و بهره (هوش طبیعی) طراحی کرد. الگوهای این آزمون به شکل ماتریس 6 در 6-4 در 2-4 در 2 است و به همین علت ماتریس پیش‌رونده نامیده می‌شود.

در دید ریون تست‌ها به‌منظور اندازه‌گیری توانایی مقایسه‌کردن، استدلال از طریق قیاس (Analogy)، پرورش شیوه منطقی برای تفکر، بدون وابستگی به دانش یا تأثیرات قبلی است.

Raven IQ Test



Raven IQ Test



در اصل در آزمون‌های قبلی که مطرح کردیم، وابستگی به فرهنگ و کلام زیاد است و به همین دلیل در جنبه کلامی ممکن است خطاهای فرهنگی و زبان و گویش پیش بیاید.

مثلاً کسانی که در جنوب زندگی می‌کنند، شاید خیلی تصویری از برف نداشته باشند و استفاده از تصاویر برف مشکل‌ساز باشد. به همین منظور در جاهایی که نتوان از کلام استفاده کرد، از آزمون ریون استفاده می‌کنیم که استدلال بر اساس ماتریس است و کلام ندارد؛ ولی ایرادی که دارد این است که هوش کلامی و حافظه را نمی‌سنجد و روی سرعت استدلال تمرکز دارد.

هوش و ژنتیک:

عوامل متعددی می‌توانند در نتایج آزمون‌ها تأثیر بگذارد؛ مانند میزان آشنایی با مطالب آزمون، سرحال بودن فرد در روز آزمون و...

برای اندازه‌گیری هوش مشکل متغیرهای مداخله‌گر وجود دارد. پژوهش روی دوقلوهای یک‌تخمکی می‌تواند کمک‌کننده باشد. در این گروه قابلیت توارث بین 60 تا 80 درصد تخمین زده شده است.

مطالعه روی دوقلوهایی که جدا از هم بزرگ شده‌اند برای بررسی اثرات محیط: یافته‌ها نشان داد که دوقلوهایی که جدا از هم بزرگ شده‌اند در طیف وسیعی از توانایی‌ها مانند دوقلوهایی هستند که با هم بزرگ شده‌اند.

ناتوانی ذهنی (Intellectual Disability):

ابتدا به گروه‌بندی زیر توجه می‌کنیم:

Classification of intelligence scores

(I9 and below)- Profound impaired or delayed

(20-34)- severe impaired or delayed

(35-49) - moderate impaired or delayed

(50-69) - mild impaired or delayed

(70-79) - borderline impaired or delayed

(80-89) - low average

(90-109) - average

1. ناتوانی خفیف یادگیری (Mild Impaired or Delayed): می‌تواند با کمکی مختصر غذا بخورند و لباس بپوشند. مهارت‌های حرکتی متوسط داشته باشند و کم یا بیش صحبت کردن و نوشتن یاد بگیرند. در کلاس‌های آموزشی ویژه می‌توانند آموزش‌های خوبی دریافت کرده و خودکفا شوند. در بزرگسالی خرید کنند و غذاهای ساده بپزند. ممکن است مشاغل نیمه ماهر و غیرماهر را اتخاذ کنند. در اصل این عزیزان آموزش پذیرند. بازه نمره 50 تا 69

2. ناتوانی یادگیری متوسط (Moderate Impaired or Delayed): معمولاً در رشد زبان تاخیر قابل توجهی دارند (تا 3 سالگی چهار تا ده کلمه). از نظر جسمی متعادل نیستند (هر چند این اصطلاح از نظر اخلاقی صحیح نیست؛ ولی به بیانی دست و پا چلفتی هستند). در لباس پوشیدن و خوردن مشکل دارند. نمی‌توانند بیش از مهارت‌های ابتدایی در آموزش ویژه پیش بروند و مهارت‌های شغلی ساده به دست آورند. (این تکه از اسلاید گنگ مطرح شده چرا که گویا می‌خواهد بگوید این افراد نمی‌توانند مهارت‌های شغلی ساده به دست آورند؛ ولی با تحقیق می‌توان دریافت که می‌توانند). این عزیزان تربیت پذیر هستند. بازه نمره 35 تا 49

3. ناتوانی یادگیری شدید (Severe Impaired or Delayed): با لغات معدودی آشنا هستند و با جملات دو یا سه واژه‌ای حرف می‌زنند. در رشد حرکتی نقص‌های قابل ملاحظه دارند. در کودکی با اسباب‌بازی‌ها به صورت نامعمول بازی می‌کنند. در بزرگسالی می‌توانند با قاشق غذا بخورند یا اگر لباسشان دکمه زیادی نداشته باشد خودشان لباس بپوشند. ممکن است کارهای ساده غیرماهرانه را بیاموزند یا خیر. این عزیزان در بازه نمره 20 تا 34 قرار دارند.

4. ناتوانی یادگیری عمیق و شدید (Profound Impaired or Delayed): دچار تخریب شدید (مغزی) هستند و نیاز به مراقبت شبانه روزی دارند. قادر نیستند بدون کمک لباس بپوشند. ممکن است بتوانند از قاشق استفاده کنند. میلی به تماس اجتماعی ندارند، هرچند ممکن است به دستورات ساده عمل کنند (با آموزش تکراری). در بزرگسالی ممکن است 300 تا 400 کلمه را بیاموزند. از بیماری‌های متعددی رنج می‌برند و امید به زندگی آن‌ها از دیگران کمتر است. این عزیزان در بازه نمره زیر 19 قرار دارند.

عوامل ایجاد ناتوانی یادگیری:

اختلالات کروموزومی، اختلالات دوران بارداری، مواجهه با سموم قبل از تولد و در دوران ابتدای شیرخوارگی، عفونت‌ها، صدمات جسمانی، مسائل متابولیکی و تغذیه‌ای و بیماری‌های عمده مغز.

این موارد علاوه بر مسائل اجتماعی و فرهنگی است که می‌توانند در یادگیری مؤثر باشند.

دو اختلال متابولیکی که به صورت ژنتیکی منتقل می‌شود:

1. فیل کتونوریا: با ژن مغلوب منتقل می‌شود و بیماران قادر به متابولیزه کردن فیل‌آلانین و مشتقات آن نیستند، در نتیجه فیل‌آلانین و مشتق آن در بدن جمع شده و آسیب مغزی دائمی ایجاد می‌کنند.

2. بیماری تای ساکس: با ژن مغلوب منتقل می‌شود و عمدتاً بین یهودیان دیده می‌شود. در کودکی که بین 3 تا 6 ماه است، سلسله اعصاب تخریب می‌شوند و به تخریب روانی و جسمانی منجر می‌شود. این کودکان بعد از 6 سالگی می‌میرند و درمان موثری برای آن وجود ندارد.

یکی از مشهورترین اختلالات کروموزومی که می‌تواند به ناتوانی یادگیری منجر شود، **سندروم داون** است. وقتی کروموزوم 21 به جای 2 تا، 3 تا باشد.

به سندروم داون تربیومی 21 نیز می‌گویند. همه کودکان مبتلا به سندروم داون از همان کودکی ناتوانی یادگیری کلی دارند. هرچند سطح ناتوانی آن‌ها از خفیف تا عمیق متغیر است.

سندروم X شکننده: در آن نوک کروموزوم X کنده می‌شود. از جمله علل شایع ناتوانی یادگیری کلی در مردهاست. منجر به ناتوانی یادگیری شدید تا عمیق همراه با نقص **تکلم** همراه با کمبود شدیدی در روابط بین‌فردی می‌شود.

کیفیت محیط قبل از تولد برای جنین نیز اهمیت دارد.

سندروم الک جینی: بهره هوشی حدود 68، مشکل در قضاوت، حواس پرتی، اشکال در درک سرخ‌های اجتماعی، برای یادگیری از طریق تجربه مشکل دارند.

برنامه‌های درمان:

عمدتاً برای شکل‌پذیری رفتارها و مهارت‌های پیشرفته از رویکردهای رفتاری استفاده می‌شود. مداخله‌های جامع که شامل آموزش مهارت‌های رفتاری و روش‌های کنترل استرس به والدین است نیز در بهبودی وضعیت شناختی کودکان کمک بسیاری می‌کند.



تایپ

ایمان عباسی (سرگروه)

پرنیان صدری نسب

امیدرضا علیخانی

کیمیا محمدنژاد

ویراست علمی

سجاد رضایی

ویراست ادبی

مجتبی عزیزاللهی

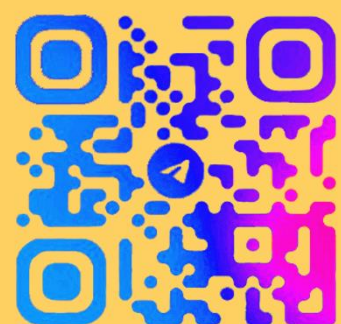
تدوین

محمد فتح الله زاده

جلسه 6- روانشناسی حافظه

فهرست

- حافظه چیست؟
- دو نظام حافظه کوتاه مدت
- ظرفیت حافظه کوتاه مدت
- فراموشی در حافظه کوتاه مدت
- روش های بازیابی اطلاعات و پیدا کردن اطلاعات در حافظه کوتاه مدت
- تمایز زیست شناختی حافظه کوتاه مدت و بلند مدت
- کارکردهای عمده حافظه کوتاه مدت
- پیدا کردن اطلاعات در حافظه کوتاه مدت
- الگوهای بازیابی در حافظه دراز مدت
- حالت درونی
- هیجان
- خاطره روشن
- انواع فراموشی (یادزدودگی)
- حافظه سازنده
- چگونه میتوان توجه و تمرکز را بهبود بخشید؟



حافظه چیست؟

فرایند **رمزگردانی، ذخیره‌کردن و بازیابی اطلاعات** توسط مغز حافظه نامیده می‌شود و در اصل توانایی انسان برای **رمزگذاری، ذخیره، نگهداری و به‌یادآوردن اطلاعات و تجربیات گذشته** به کمک مغز است. معنای زندگی و هویت ما توسط حافظه حفظ می‌شود. **خودآگاهی** ما نیز وابسته به حافظه است. بخشی در حافظه به نام ناخودآگاه وجود دارد که می‌تواند ناخودآگاه فردی یا جمعی باشد. ناخودآگاه فردی مربوط به خودمان است؛ ولی ناخودآگاه جمعی به‌ارث‌رسیده و به‌صورت ژنتیکی است؛ مانند ترس از صدای خاصی یا... و در اصل ناخودآگاه فردی یاد گرفته شده است.

فرق خاطره و حافظه چیست؟ چرا هر اتفاقی که برایمان می‌افتد به خاطره تبدیل نمی‌شود؟

تفاوت اصلی این دو در احساس ماست؛ اگر حافظه‌ای برایمان احساس یا هیجانی فراهم کند، در مغزمان تبدیل به خاطره خواهد شد. در اصل خاطره بخشی از حافظه است.

البته باید توجه داشت که انواع اطلاعات در بخش‌های مختلف مغز ذخیره می‌شود، مثلاً تجربیات و خاطره با مهارت در جاهای مختلفی ذخیره می‌شوند. در اصل نظامی برای اطلاعات و نظامی برای مهارت‌ها وجود دارد و این مربوط به ذخیره‌سازی اطلاعات است.

این وجوه تمایز تا حدودی در کنترل ساختارهای مغزی است.

مراحل حافظه:

حافظه سه مرحله دارد: رمزگردانی - ذخیره و نگهداری - بازیابی

رمزگردانی (Encoding): دریافت اطلاعات انسان با حواس ۵ گانه است؛ ولی عین آن اطلاعات در حافظه ما ذخیره نمی‌شوند، بلکه این اطلاعات تبدیل به رمز **معنایی، شنیداری و دیداری** شده و در حافظه ذخیره می‌شوند. یعنی این‌گونه نیست که ادراک ما به‌صورت یک فیلم ذخیره شود. این فرایند در هر ۳ بخش حافظه است؛ و در **نیمکره چپ** انجام می‌شود.

○ نکته: پردازش اطلاعات هم در این حافظه صورت می‌گیرد.

ذخیره و نگهداری اطلاعات (Storage): در نیمکره راست انجام می‌شود.

بازیابی اطلاعات (Retrieval): توسط **کل قشر مخ و هیپوکامپ** انجام می‌شود و به معنای برگرداندن و بازیابی اطلاعات از حافظه و استفاده از آن است. (هر چند در اسلاید گفته شده در فرایند بازیابی بیشتر نیمکره راست فعال است)

هر بخش توسط بخش متفاوتی از مغز پردازش می‌شود. برای مثال گفتیم که مرحله اول بیشتر توسط نیمکره چپ، و مرحله سوم بیشتر توسط نیمکره راست و مرحله دوم بیشتر توسط قشر مخ و هیپوکامپ انجام می‌شود؛ و دارای ساختارهای مختلفی در مغز است.

حافظه انواعی دارد: این بحث در خصوص ۳ مخزن حافظه (حسی - کوتاه مدت - بلندمدت) از

نظریهٔ اتکینسون - شیفَرین است.

حافظهٔ فوری یا حسی، حافظهٔ کوتاه مدت و حافظهٔ بلندمدت.

تفاوت اصلی آنها در مدت زمان نگهداری اطلاعات (ذخیره سازی کوتاه یا بلندمدت) است.

علاوه بر آن گفتیم که انواع اطلاعات در بخش های مختلفی از مغز ذخیره می شوند. برای مثال مهارت هایمان مانند مهارت رانندگی محل ذخیرهٔ متفاوتی نسبت به تجارب ما دارند.

انواع حافظه:

حافظهٔ حسی یا فوری: مثلاً سوختن دست بعد از برخورد به جسم داغ یک رد حسی برایمان

ایجاد می کند که همان حافظهٔ حسی است. این حافظه **حجم اطلاعات خیلی زیاد ولی مدت ذخیرهٔ خیلی کم و در حد یک یا چند میلی ثانیه** دارد. به عنوان مثال دیدن محیط اطراف در افراد اطلاعات بسیاری به آنها می دهد؛ ولی مواردی که یاد فرد باقی می ماند وارد حافظهٔ کوتاه مدت شده است.

هر حس یک حافظهٔ حسی دارد و اطلاعات را به صورت موقت ذخیره می کند. محل نگهداری آن، قشر پردازش اولیهٔ آن حس در مغز است، برای مثال حافظهٔ حسی حس **لامسه** قشر **آهیانه** است.

۲ حافظهٔ حسی مهم:

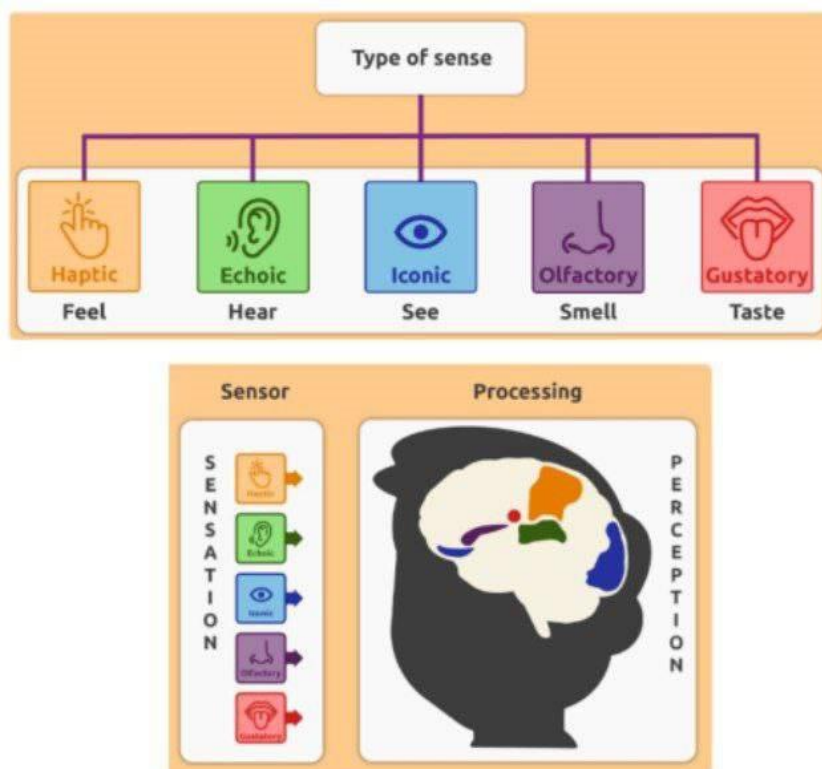
حافظهٔ تصویری حسی (iconic)

حافظهٔ شنیداری حسی (eiconic)

ظرفیت ذخیره سازی ناآگاهانهٔ حافظهٔ حسی زیاد است و چون به اطلاعات روزمره توجه نمی شود پس درک نمی شوند.

مابقی موارد برای اطلاعات بیشتر:

بینایی: قشر پس سری/شنوایی: قشر گیجگاهی/بویایی: لوب تمپورال داخلی/چشایی: قشر insular و بخشی از لوب آهیانه ای



حافظه کوتاهمدت: اگر به محرک‌های خاصی که وارد حافظه حسی می‌شوند، توجه خاص کنیم وارد حافظه کوتاهمدت ما می‌شود که مدت‌زمان نگهداری آن بین چند ثانیه تا چند دقیقه است (اطلاعات حدود ۲۰ ثانیه پایدار است و بعد از بین می‌رود). **حجم حافظه کوتاهمدت بسیار کوچک است** و برای هر فرد مقدار ثابت و مشخصی دارد. به آسانی قابل‌دسترسی است.

اساس تصمیم‌گیری و انجام تکالیف است.

اطلاعات می‌تواند شرح و بسط پیدا کند (تبدیل شدن به تصویر ذهنی) و به مخزن بلندمدت انتقال می‌یابد.

حافظه کوتاهمدت که حافظه کاری یا حافظه فعال نیز نامیده می‌شود. علت نام‌گذاری این است که این حافظه برخلاف حافظه حسی یا بلندمدت که تقریباً غیرفعال‌اند و صرفاً اطلاعات را ذخیره می‌کنند، فعالیت نیز دارد. اطلاعاتی وارد این حافظه می‌شوند که به آنها توجه کنیم.

ارتباط حافظه کوتاهمدت و اختلال ADHD (بیش‌فعالی):

۲ بخش دارد: بیش‌فعالی و کمبود تمرکز

به علت مشکل در تمرکز و توجه ممکن است در این نوع حافظه اختلال داشته باشند (در ورود اطلاعات از حافظه حسی به کوتاهمدت مشکل دارند). بخش بیش‌فعالی در دوره نوجوانی کم می‌شود و کمبود تمرکز در سنین ۱۸-۱۹ سالگی شایع‌تر است. علت، کمبود توجه و ضعف در فرایندهای مغزی واقع در لوب **پیشانی** (مربوط به توجه) است.

درمان این اختلال همبستگی دارد با:

۱- ژنتیکی باشد یا خیر

۲- ساختاری باشد یا کارکردی

احتمال درمان در نوع ژنتیکی یا ساختاری پایین‌تر است؛ ولی در نوع کارکردی به وسیله **نوروفیدبک** قابل درمان است.

رمزگذاری در حافظه کوتاه مدت به شکل کلامی، معنایی و دیداری است (بیشتر رمزهای این حافظه، دیداری و شنیداری است و معنایی در آن کمتر است در حالی که در حافظه بلندمدت رمز معنایی بیشتر است. همچنین قابل ذکر است که رمزهای دیداری بیشتر در نیمکره راست و رمزهای شنیداری و معنایی در نیمکره چپ ذخیره و بازیابی می‌شود. نکته دیگر اینکه رمزهای کلامی و دیداری تحت کنترل بخش‌های متفاوتی از مغز هستند؛ زیرا در آسیب به مغز هر دو قسمت همزمان از بین نمی‌روند).

دو نظام حافظه کوتاه مدت

وجود رمزه‌های شنیداری و دیداری، پژوهشگران را به این نتیجه رساند که حافظه کوتاه مدت دو انبار موقت (Buffer) دارد:

۱. انبار موقت شنیداری که اطلاعات را به شکل رمز صوتی برای مدتی کوتاه ذخیره می‌کند.

۲. انبار موقت دیداری - فضایی که اطلاعات را برای مدت کوتاهی به صورت رمز دیداری یا فضایی ذخیره می‌کند.

هنگامی که آزمودنی‌ها می‌بایست اطلاعات کلامی را ذخیره کنند، جریان فعالیت مغزی بیشتری در نیمکره چپ ثبت می‌شود (انبار موقت شنیداری)

در کوشش‌هایی که آزمودنی‌ها می‌بایست اطلاعات فضایی را ذخیره کنند، بیشترین فعالیت مغزی در نیمکره راست ثبت می‌شود (انبار موقت دیداری - فضایی)

ظرفیت حافظه کوتاه مدت

میانگین ظرفیت این حافظه ۷ ماده است. (گزارش شده توسط **هرمان ایبنگ‌هاوس** که **میلر** چنان تحت تأثیر این رقم قرار گرفت که آن را **هفت سحرآمیز** نامید.) (7 ± 2) ماده به معنای قطعه اطلاعاتی است. برای مثال عدد، شماره تلفن، کلمه یا جمله هر کدام می‌توانند یک قطعه اطلاعاتی باشند (یک کلمه = یک قطعه اطلاعاتی / یک شماره تلفن = یک قطعه اطلاعاتی) اگر حافظه کوتاه مدت بتواند ۵ قطعه نگه دارد ضعیف است، ۷ قطعه متوسط و ۹ قطعه قوی است. اگر اطلاعات حافظه کوتاه مدت تکرار نشوند، فراموش شده و از بین می‌روند.

بیشینه این رقم که آزمودنی می‌تواند به یاد بیاورد، (معمولاً بین ۵ تا ۹) **فراخانی حافظه (Memory Span)** نامیده می‌شود.

تقطیع (Chunking): به کمک حافظه بلندمدت می‌توان مواد تازه را به صورت واحدهای معنی‌دار (حروف به واژه) بزرگ‌تر مجدداً رمزگردانی نمود و سپس این واحدها را به حافظه کوتاه مدت انتقال داد که این واحدها

قطعه نامیده می‌شوند. اصل کلی این است که با گروه‌بندی مجدد زنجیره حروف یا ارقام به صورت واحدهای قابل‌بازیافت از حافظه بلندمدت می‌توان گنجایش حافظه کوتاه‌مدت را افزایش داد. بدین معنی که اگر چنانچه اطلاعات ریز و بی‌معنی است، اطلاعات معناداری از آن‌ها بسازیم. علت این امر برای توضیح بیشتر در تصاویر زیر آمده است:

۱. فعال شدن حافظه بلندمدت

وقتی اطلاعات معنی‌دار باشد، مغز می‌تونه اون رو به حافظه بلندمدت مرتبط کنه. مثلاً اگه بگی «کتاب»، مغز سریعاً اون رو با تصویر، تجربه، صدای کلمه و مفهومش پیوند می‌زنه. اما اگه بگی مثلاً «QZK»، چون بی‌معنی، هیچ چیز خاصی برای وصل شدن تو مغز نداره.

۲. افزایش ظرفیت حافظه کوتاه‌مدت

حافظه کوتاه‌مدت فقط می‌تونه حدود ۷ واحد اطلاعاتی رو نگه‌داره. اما وقتی اطلاعات معنی‌دار بشن، هر واحد، خودش کلی اطلاعات رو در بر می‌گیره.

مثلاً: 

• حروف «5» → «E», «L», «P», «P», «A» واحد بی‌معنی

• کلمه "1" → "APPLE" واحد معنی‌دار

← پس وقتی "APPLE" رو در قالب یک واژه ببینی، فقط یک "chunk" هست و مغز راحت‌تر اون رو نگه می‌داره.

فراموشی در حافظه کوتاه‌مدت

نمونه بارز: وقتی کتابی را مطالعه می‌کنیم، قسمت‌های ابتدایی آن را به‌خوبی به‌خاطر نمی‌آوریم.

توضیح:

۱. ورود اطلاعات جدید سبب از بین رفتن اطلاعات قبلی می‌شود و علت این امر کمبود ظرفیت حافظه کوتاه‌مدت است که این مفهوم جانشینی با اصل ثابت بودن گنجایش حافظه کوتاه‌مدت همخوانی دارد و

در مثال کتاب نیز به همین نحو است؛ یعنی زمانی که به صورت ممتد مطالعه کرده و مرور نمی‌کنیم، اطلاعات اجازه ورود به حافظه بلندمدت را پیدا نمی‌کنند.

۲. عدم تکرار (فراموشی ناشی از زوال (Decay) مطالب موجود در حافظه بر اثر مرور زمان) است. مورد دیگری است که پیش‌ازاین ذکر شد و در فراموشی در این حافظه دخیل است.

روش‌های بازیابی اطلاعات و پیدا کردن اطلاعات در حافظه کوتاهمدت

با افزایش مطالب در حافظه کوتاهمدت، بازیابی کندتر می‌شود که می‌تواند به دلایل زیر باشد:

۱. فرایند پیگردی یا جست‌وجو کردن: فرض کنید نیاز است یک نام را از لیست پیدا کنیم؛ در این حالت اسامی را به ترتیب می‌خوانیم تا فرد موردنظر را پیدا کنیم. (در واقع از تمامی اشخاص سؤال می‌کنیم تا شخص موردنظر را پیدا کنیم) و در حافظه نیز ماده‌ها یک‌به‌یک بررسی می‌شوند.
 ۲. فعال‌سازی: نیاز به **نشانه** یا **علامت** دارد. برای مثال نیاز است یک لامپ را روشن کنیم، وقتی کلید لامپ را بزنیم لامپ روشن می‌شود. درواقع یادآوری خاطره نیاز به علامت دارد. مثال دیگر اینکه در جمع برای پیدا کردن فرد موردنظر اسم او را در جمع صدا بزنیم.
- در اصل در مواقع فکر کردن و استدلال، از حافظه کوتاهمدت استفاده می‌شود. حافظه حسی و بلندمدت تقریباً غیرفعال هستند و در کل، قدرت حل مسئله مربوط به حافظه کوتاهمدت است؛ برای مثال فکر کردن راجع به یک مسئله در جلسه امتحان، در پاسخ‌دهی به سؤالات مربوط به این حافظه است.
- به علت نقش حافظه کوتاهمدت در محاسبات ذهنی و تفکر، پژوهشگران آن را working memory می‌نامند.

تمایز زیست‌شناختی حافظه کوتاهمدت و بلندمدت

این ۲ حافظه در کنترل بخش‌های نسبتاً متفاوت مغز هستند.

حافظه کوتاهمدت در قشر پیشانی و پیش پیشانی (Frontal and Prefrontal Cortex) مورد پردازش قرار می‌گیرد و مشکل در یادگیری نیز به علت مشکل در حافظه کوتاهمدت و آسیب به این دو بخش قشر است.

اگر قشر پیش پیشانی بیماری آسیب‌دیده باشد، زمانی که درباره مشخصات هویتی بپرسید، آن‌ها را به‌خاطر می‌آورد؛ چراکه در حافظه بلندمدت و هیپوکامپ (ساختاری در زیر قشر مخ و نزدیک مرکز مغز با وظیفه نگهداری و تحکیم اطلاعات در حافظه بلندمدت) ذخیره شده است، اما نمی‌تواند ترتیبی از کلمات را حفظ کرده و تکرار کند، زیرا حافظه کوتاهمدت آسیب‌دیده است.

اگر بیمار دچار آسیب هیپوکامپ شده باشد، بیمار می‌تواند ترکیب کلمات را تکرار کند، ولی اگر بعد از مدتی برای معاینه بازگردید، بیمار شما را به‌خاطر نخواهد آورد، چرا که حافظه بلندمدت آسیب‌دیده است. علت مشکل این است که وظیفه هیپوکامپ تحکیم اطلاعات و ارسال آن به قشر مخ است، بنابراین - در صورتی‌که صرفاً هیپوکامپ به مشکل خورده باشد - اطلاعات قدیمی در حد چندین سال پیش به یاد بیمار می‌آید، ولی آموزش‌های جدید خیر؛ همان‌طور که گفته شد بخشی از حافظه بلندمدت Save می‌شود.

بیمارانی که دچار آسیب در هیپوکامپ و قشر مخ در اطراف آن می‌شوند؛ کاستی شدیدی در حافظه دارند و از آنجاکه هیپوکامپ در بخش میانی قطعه گيجگاهی قرار دارد، گفته می‌شود شخص دچار یادزدودگی بخش میانی قطعه گيجگاهی شده است. این افراد از به‌خاطر سپردن مطالب به مدت طولانی عاجزند ولی در یادآوری مطالب به مدت چند ثانیه مشکلی ندارند.

پیامد حافظه	ناحیه آسیب‌دیده
فراموشی پیش‌رونده	هیپوکامپ
فراموشی پس‌رونده (خاطرات قدیمی)	قشر مغز
فراموشی گسترده: هم گذشته، هم آینده	هر دو

کارکردهای عمده حافظه کوتاه‌مدت

۱. مطالب لازم را برای مدت کوتاهی ذخیره می‌کند و فضای کار برای محاسبات ذهنی را فراهم می‌آورد.
 ۲. حافظه کوتاه‌مدت، ایستگاهی موقت برای حافظه بلندمدت و انتقال اطلاعات به آن است. در صورت مرور ذهنی، در اصل مرور ذهنی شایع‌ترین طریق انتقال اطلاعات از حافظه کوتاه‌مدت به بلندمدت است.
 ۳. حافظه کوتاه‌مدت به ما در درک جملات کمک می‌کند (در اصل به‌عنوان پشتیبان حافظه بلندمدت عمل می‌کند)، زیرا معنای کلمات نیاز به بازگرداندن اطلاعات به حافظه کوتاه‌مدت و تفکر و استدلال دارد. در اصل وقتی جمله‌ای را خواندیم و حفظ کردیم و حال می‌خواهیم فکر کنیم و بفهمیم، پس باید به حافظه کوتاه‌مدت برگردانیم. در صحبت کردن هم همین‌گونه است؛ اگر صحبت صرفاً یادآوری یک موضوع باشد، اطلاعات را از حافظه بلندمدت می‌آوریم؛ اما زمانی که صحبت تخصصی باشد، حافظه کوتاه‌مدت دخیل است و در حالت کلی در فرایندهای زبانی بالاتر مانند گفت‌وگو یا خواندن متن، حافظه کوتاه‌مدت نقش دارد.
 ۴. پیوند دادن اطلاعات جدید و قدیم نیز بر عهده حافظه کوتاه‌مدت است.
- تست حافظه وکسرنر: شامل ۱۵ کلمه است و به‌صورت صوت برای بیمار پخش می‌شود؛ از بیمار می‌خواهیم که مواردی که به‌خاطر می‌آورد را تکرار کند. بیمار کلمات ابتدایی و انتهایی را راحت‌تر به‌خاطر می‌آورد. کلمات ابتدایی کم‌کم وارد حافظه بلندمدت شده و کلمات انتهایی هنوز در حافظه کوتاه‌مدت هستند، ولی کلمات میانی فرصت کافی برای ورود به حافظه بلندمدت نداشته و بیمار نمی‌تواند آنها را بازیابی کند.

پیدا کردن اطلاعات در حافظه کوتاه مدت

حافظه بلندمدت: اطلاعاتی از حافظه کوتاه مدت که **تکرار** شوند وارد حافظه بلندمدت می شوند.

مقدار این حافظه بی نهایت است. ممکن است خاطراتی را هم اکنون به خاطر نداشته باشیم؛ ولی کماکان در حافظه بلندمدت ما وجود دارند. در اصل اطلاعات ابتدا تا انتهای زندگی می توانند ذخیره شوند، حتی بخش هایی که نا آگاهانه هستند. در اصل در این حافظه ما با اطلاعاتی سروکار داریم که **از چند دقیقه تا سراسر عمر** باید در حافظه نگهداری شود.

رمزگردانی در حافظه بلندمدت عمدتاً نه شنیداری است و نه دیداری، بلکه رمزگردانی معنایی و مبتنی بر **معانی مطالبی** است که باید حفظ شود. (مثلاً با شنیدن یک جمله پس از دو دقیقه کلمه به کلمه به یاد نمی آوریم؛ ولی معنی و مفهوم جمله را به خاطر می آوریم) در اصل حافظه درازمدت **رمز ترجیحی از نوع معنایی** برای مواد کلامی دارد، اما می تواند رمزهای دیگری را نیز به کار گیرد. در اصل در حافظه بلندمدت رمزهای دیداری، شنیداری و... (مطابق ۵ حس) داریم که رمزهای معنایی غالب هستند؛ برخلاف حافظه کاری.

افزودن پیوندهای معنایی و بسط معنایی مطالب سبب می شود که آنها را بهتر به یاد بیاوریم.

اهمیت حافظه بلندمدت:

۱. ذخیره سازی: توسط قشر مخ

۲. تحکیم اطلاعات و مرور کردن: توسط هیپوکامپ

فراموشی در حافظه بلندمدت و بازیابی حافظه بلندمدت:

در بسیاری از موارد فراموشی اندوخته های حافظه بلندمدت ناشی از **عدم دسترسی به اطلاعات است** (**نارسایی بازیابی**) تا **نارسایی ذخیره سازی** درحالی که در حافظه کاری عکس این موضوع صادق است. (**بحث یافتن کتاب در کتابخانه بزرگ**) شواهدی دال بر نارسایی بازیابی عدم یادآوری در یک زمان و یادآوری در زمانی دیگر موجود است؛ مانند جمله معروف "نوک زبانم بود"

زنده شدن خاطره فراموش شده در جریان روان درمانی:

این شواهد نشان می دهند برخی خاطرات به ظاهر فراموش شده، از بین نرفته اند؛ بلکه دسترسی به آنها مستلزم پیدا کردن **نشانه های بازیابی** مناسب است.

مقصود از نشانه های بازیابی هر چیزی است که ما را در بازیابی خاطرات یاری کند.

بر اساس این اصل (هر چه نشانه بازیابی مناسب تر باشد کارآمدی حافظه بیشتر است) مشخص می شود که چرا معمولاً **عملکرد در آزمون بازشناسی حافظه بهتر از آزمون یادآوری است.**

تداخل (Interference):

مهم‌ترین عامل تخریب بازیابی است که از سرعت بازیابی می‌کاهد و یکی از علت‌های اصلی فراموشی در حافظه درازمدت قلمداد می‌شود.

اگر اطلاعات مختلفی را با نشانه واحدی تداعی کنیم، هنگام به‌یادآوردن اطلاعات معینی بر اساس آن نشانه ممکن است اطلاعات دیگر نیز فعال شوند و در بازیابی اطلاعات مورد هدف تداخل ایجاد کند. برای مثال شماره‌تلفن قدیمی شخصی که نشانه بازیابی در یادآوری بوده در یادآوری شماره جدید که یاد گرفته شده تداخل ایجاد کند.

الگوهای بازیابی در حافظه درازمدت

برخی از الگوهای بازیابی در حافظه درازمدت، مبتنی بر فرایند پیگردی و برخی دیگر مبتنی بر فرایند فعال‌سازی است؛ مانند حافظه کاری یا کوتاه‌مدت.

به‌طورکلی هر چه اطلاعات بیشتری با نشانه بازیابی معینی متداعی باشند، بازیابی دشوارتر می‌شود. زیرا با هر اطلاع اضافی گذرگاه دیگری به وجود می‌آید که باید پیگیری شود.

ذخیره‌سازی:

تنها عامل فراموشی نارسایی بازیابی نیست. به‌احتمال‌قرب به‌یقین مقداری از اطلاعات انبار حافظه حذف می‌شوند.

شواهد نشان می‌دهد که پاک‌شدن بخشی از خاطرات رویدادهای چند ماه قبل بر اثر درمان با تشنج برقی برای بیماران افسرده، بر خاطرات تازه اثر گذاشته و خاطرات قدیمی را پاک نمی‌کند. به‌احتمال‌قوی ضربه برقی، آن دسته از فرایندهای اندوزش را مختل می‌کند که با تحکیم خاطرات تازه در طول چند ماه یا بیشتر سروکار دارند. **اطلاعاتی که تحکیم نشوند فراموش می‌شوند.**

توضیح بیشتر برای مطالعه عمومی در خصوص تشنج برقی:

درمان با تشنج برقی (Electroconvulsive Therapy) یا ECT در روان‌شناسی و روان‌پزشکی، روشی است که برای درمان اختلالات روانی خاص مثل افسردگی شدید، برخی اختلالات دوقطبی و اسکیزوفرنی استفاده می‌شود.

ارتباط ECT با حافظه:

• اثرات مثبت:

می‌تواند بهبود چشمگیری در علائم افسردگی و ECT دیگر اختلالات روانی ایجاد کند که این موضوع به بهبود کلی عملکرد شناختی و حافظه کمک می‌کند.

• اثرات منفی:

اما یکی از عوارض شایع و مهم ECT، اختلالات حافظه است؛

خصوصاً مشکلات حافظه کوتاه‌مدت و فراموشی زمانی (مانند فراموش کردن وقایع نزدیک به زمان درمان). گاهی این مشکلات می‌تواند چند هفته یا ماه پس از درمان ادامه داشته باشد.

• مکانیسم اثر:

دلیل اصلی اختلالات حافظه پس از ECT هنوز به‌طور کامل مشخص نیست، ولی احتمالاً به دلیل تحریک الکتریکی مغز و تأثیر بر نواحی مهم حافظه مثل هیپوکامپ است.

مکان‌های عصب‌شناختی تحکیم حافظه ساختارهای مغزی مهم:

۱. **هیپوکامپ:** به نظر می‌رسد در تحکیم حافظه نقش یک سازمان مرکزی را بر عهده داشته باشد که وجوه مختلف خاطره خاصی را که در بخش‌های جداگانه مغز ذخیره شده‌اند را به هم پیوند می‌دهد.

۲. آن بخش از قشر مخ که هیپوکامپ را احاطه کرده است (شامل قشر بخش‌های درونی و پیرامونی مغز بویایی و قشر کناری هیپوکامپ): اندوزش دائمی در حافظه درازمدت را برعهده دارد.

زوال کامل حافظه وقتی روی می‌دهد که هیپوکامپ و قشر مخ پیرامون آن هر دو آسیب‌دیده باشند، آسیب به خود هیپوکامپ فقط می‌تواند منجر به اختلال شدید حافظه شود.

حجم اطلاعات ذخیره‌سازی شده (به ترتیب از زیاد به کم): بلندمدت - حسی (فوری)-کوتاه‌مدت

پس برای جمع‌بندی می‌توان بیان کرد: حافظه حسی باتوجه‌به حافظه کوتاه‌مدت و به‌وسیله مرور ذهنی به حافظه بلندمدت تبدیل می‌شود.

مرور ذهنی یک ماده نه‌تنها آن را در حافظه کوتاه‌مدت نگه می‌دارد، بلکه آن را به حافظه بلندمدت نیز انتقال می‌دهد.

گویاترین شواهد در تأیید این نظرات از آزمایش‌های یادآوری به‌دست‌آمده است.

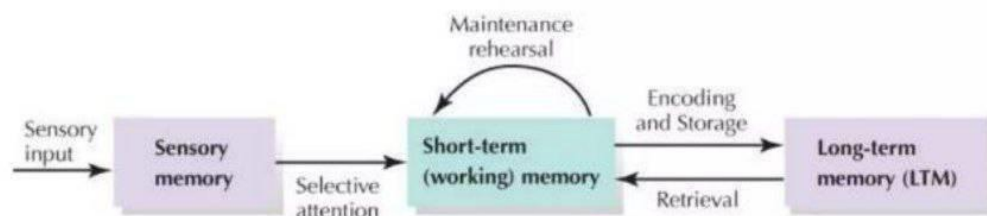
آزمایش‌های یادآوری آزاد (Free Recall) (تست حافظه): باید لیستی از کلمات را گوش کرد و سپس تعداد واژگان به‌خاطر سپرده‌شده را بررسی کرد:

با یادآوری مثلاً ۴۰ واژه بی‌ارتباط با یکدیگر (یادآوری آزاد به عدم رعایت ترتیب در یادآوری اشاره دارد؛ یعنی نیازی نیست اطلاعات را به ترتیب شنیده شده بگوییم) نتایج نشان داد احتمال یادآوری واژه‌ها **تابع مکان ترتیبی** آن‌ها در فهرست است. این احتمال برای **۵ واژه آخر فهرست از همه بیشتر**، برای **چند واژه اول فهرست کمی کمتر** و برای **واژه‌های وسط فهرست از همه کمتر** است.

تست حافظه وکسلر (Wechsler Memory Scale): شامل ۱۵ کلمه است و به‌صورت صوت برای بیمار پخش می‌شود و سپس از بیمار می‌خواهیم که هر تعداد که به‌خاطر می‌آورد را تکرار کند. بیمار کلمات ابتدایی و انتهایی را راحت‌تر به‌خاطر می‌آورد. کلمات ابتدایی به علت گذشت بیش از یک دقیقه و مرور ذهنی کم‌کم وارد حافظه بلندمدت شده‌اند و کلمات انتهایی هنوز در حافظه کوتاه‌مدت هستند، ولی کلمات میانی فرصت ورود به حافظه بلندمدت را نداشته و بیمار نمی‌تواند آن‌ها را بازیابی کند؛ در اصل به علت عدم مرور ذهنی حافظه بلندمدت دخیل نیست و به علت محدود بودن ظرفیت حافظه کوتاه‌مدت با ورود اطلاعات جدید، اطلاعات قدیمی خارج می‌شود؛ بنابراین حافظه کوتاه‌مدت نیز دخیل نیست و فرد توانایی یادآوری ندارد.

نتایج آزمایش‌های بالا **پدیده تازگی و پدیده تقدم** را تأیید می‌کند. (همان‌طور که اشاره شد واژه‌های ابتدایی لیست ...)

Atkinson-Shiffrin Model of Memory



ارتباط حافظه کوتاه‌مدت و بلندمدت برخلاف کوتاه‌مدت و حسی، دوطرفه است؛ یعنی اطلاعات طی **Encoding and Storage** و **مرور** از حافظه کوتاه‌مدت وارد بلندمدت و اطلاعات از طریق **Retrieval (بازیابی)**

اطلاعات) از حافظه بلندمدت وارد حافظه کوتاهمدت می‌شوند. ولی ارتباط حافظه کوتاهمدت و حافظه حسی یک‌طرفه است و فقط از سمت حافظه حسی به سمت حافظه کوتاهمدت ارتباط برقرار است.

اطلاعات حافظه بلندمدت حذف یا فراموش نمی‌شوند، بلکه صرفاً نمی‌توانند بازیابی شوند؛ اطلاعات بسیار کم و در حد ۱ تا ۵ درصد اطلاعات ممکن است از حافظه بلندمدت حذف شود. **علت این حذف‌نشدن اطلاعات هم ظرفیت نامحدود حافظه بلندمدت است.** گاهی طی فرایند روان‌درمانی ممکن است بیمار خاطراتی را به یاد آورد که به نظر خود جدید و تازه باشند، این‌ها درواقع خاطرات بسیار قدیمی هستند که در مسیر درمان بیمار توانسته آن‌ها را بازیابی کند، یا در طی هیپنوتیزم دسترسی بیمار به حافظه بلندمدتش بسیار شدیدتر از حالت عادی شده و ممکن است اطلاعاتی را به‌خاطر بیاورد که در حالت عادی برایش دسترسی‌پذیر نیستند. پیداکردن اطلاعات در حافظه بلندمدت - در اصل در هیپنوتیزم خود مغز - فاعل عمل است. از هیپنوتیزم به‌عنوان بی‌حسی یا روش‌های درمانی استفاده می‌شود.

○ نکته: هر چه اطلاعات بیشتر تحکیم شوند احتمال اینکه جزء پنج درصد فراموشی قرار بگیرند کمتر است.

حافظه بلندمدت مطابق هر ۵ حس رمز دارد، اما بیشتر رمزها از جنس معنایی هستند.

در حالت هیپنوتیزم نیز ممکن است اطلاعاتی را به یاد بیاوریم که در حالت عادی به‌هیچ‌عنوان به یاد نمی‌آوریم. از هیپنوتیزم برای کارهای نمایشی، درمانی، افزایش سرعت فرایند درمانی، بی‌حسی (برای کسانی که ترس از آمپول دارند) و در بعضی جراحی‌ها به‌عنوان جایگزین بی‌هوشی و... استفاده می‌شود. برخی روان‌شناسان و روان‌پزشکان نیز به‌عنوان ابزار درمانی از آن استفاده می‌کنند. هیپنوتیزم پنج یا شش مرحله دارد و مانند این است که وارد اقیانوس شده و به بخش‌های عمیق‌تری از آن می‌روید. اگر کسی وارد بخش بسیار عمیق شود ممکن است اطلاعاتی را بیان کند درحالی‌که هوشیار نیست؛ ولی اگر از کسی که در سطوح میانی و سطحی قرار دارد سؤالی بپرسید، توانایی پاسخ‌دادن دارد.

نکات تکمیلی هیپنوتیزم:

قبل از هیپنوتیزم، تست هیپنوتیزم پذیری انجام می‌شود. اگر کسی که قرار است هیپنوتیزم شود درجه هیپنوتیزم پذیری‌اش بالا باشد و کسی که می‌خواهد هیپنوتیزم کند بسیار ماهر باشد، بدون خواستن فرد هم می‌توان هیپنوتیزم را انجام داد. ولی بیشتر وابسته به فردی است که قرار است مورد هیپنوتیزم واقع شود؛ در حالت کلی انسان‌هایی که تلقین‌پذیرتر هستند راحت‌تر هیپنوتیزم می‌شوند. خانم‌ها نیز ساده‌تر از آقایان هیپنوتیزم می‌شوند چرا که آقایان قبل از انجام هر کار درست است یا غلط‌بودن آن را می‌سنجند؛ ولی خانم‌ها معمولاً کار را اجرا می‌کنند یا در ذهنشان اتفاق می‌افتد. البته منطقی‌تر بودن آقایان از خانم‌ها در حالت کلی و برای یک جامعه آماری صدق می‌کند و انسانی که منطقی‌تر است هیپنوتیزم پذیری‌اش کمتر است.

بافت:

مجموعه شرایط بیرونی و درونی (فکری و حسی) زمانی که در حال یادگیری چیزی هستیم؛ در اصل عناصر محیطی و آنچه به هنگام رمزگردانی در درون ما می‌گذرد، یعنی حالت درونی ما بخشی از بافت موقعیت است.

اثر بافتی:

زمانی که اطلاعاتی را یاد می‌گیریم اگر در زمان یادآوری، محیط بیرونی و درونی مانند قبل باشد (نشانه‌هایی برای حافظه جهت یادآوری)، در یادآوری درصد بیشتری از اطلاعات را به یاد می‌آوریم. برای مثال تمرین کردن شرایط کنکور؛ حضور داشتن در کنکورهای آزمایشی یا فراهم کردن شرایط آزمونی در خانه مؤثر است چرا که اثر بافتی دارد. زمانی که اطلاعاتی را فرامی‌گیرید و محیط بیرونی و درونی را همان‌گونه که می‌خواهید اطلاعات را یادآوری کنید چینه می‌کنید، درصد بیشتری از اطلاعات را یادآوری می‌کنید. شرایط بافتی چون با نشانه‌گذاری در به یاد آوردن دخیل است؛ به همین علت احتمال اینکه نمره بیشتری در آزمون تستی بیاوریم بیشتر از آزمون تشریحی است. (در واقع گزینه‌ها نشانه‌هایی برای حافظه هستند) مثال دیگر: تجربه رویداد خاصی تحت تأثیر دارویی یا... وقتی بهتر بازیابی می‌شود که تحت تأثیر همان دارو یا... قرار گیرد.

حالت درونی

به معنی حسی که ما در لحظه به خاطر سپردن یک موضوع داریم. برای مثال اگر موضوعی را هنگام ناراحتی بخوانیم، آن را در هنگام ناراحتی ساده‌تر به یاد می‌آوریم. فکر کردن نیز همین‌گونه است.

با جمع‌بندی مطالب بالا به این نتیجه می‌رسیم که در چنین مواردی میزان یادگیری تا حدودی بستگی به حالت درون در هنگام یادگیری دارد. این نوع یادگیری را **یادگیری وابسته به حالت (State Dependant Learning)** می‌نامند.

مشابه بودن حالت درونی در هنگام رمزگردانی و بازیابی (افزایش یادآوری) و **خاصیت تکمیل طرح (Pattern-Completion)** از وجوه بنیادی حافظه انسان است.

در روان‌شناسی جنایی یکی از دلایلی که مجرم را به محل جرم می‌برند به دلیل اثر بافتی (موقعیت+هیجان) است. با این هدف که در همان هیجانی که در آن مکان بوده استقرار گیرد تا شرایط را بازسازی کند.

هیجان

یک مسئله مهم در به خاطر سپردن یک موضوع هیجان است. هیجان باعث می‌شود که **یک اتفاق تبدیل به خاطره شود و عامل مهمی در به خاطر سپردن است.** هیجان به پنج شیوه متفاوت بر حافظه درازمدت اثر می‌گذارد (نقش عوامل هیجانی در نگهداری اطلاعات و فراموشی):

۱. اگر موضوعی برای ما هیجان داشته باشد (اندیشیدن به رویدادهای هیجانی بیشتر از موقعیت‌های خنثی): معمولاً به آن بیشتر فکر می‌کنیم. مثلاً زمانی که در هنگام درس‌خواندن به کیس بیماری آشنا برمی‌خوریم، اگر آشنا باشد، بیشتر به آن فکر می‌کنیم و مرور ذهنی بیشتر شده و احتمال اینکه در ذهنمان بماند بیشتر می‌شود. در اصل خاطرات هیجان‌انگیز را بیش از خاطرات عاری از هیجان مرور ذهنی و سازماندهی می‌کنیم؛ بنابراین موقعیت‌های هیجان‌انگیز بیش از موقعیت‌های خنثی در خاطر باقی می‌مانند.

مثال: فراموش کردن اینکه فیلم معینی را کجا دیده‌اید؛ ولی اگر سینما آتش‌گرفته باشد به یاد می‌آورید.

۲. خاطرات روشن (Flash bulb memories): اتفاقاتی که هیجان زیادی دارند؛ مانند تصادف، آتش‌سوزی و اتفاقات ناگوار برای افراد دیگر، این خاطرات توانایی ذخیره با جزئیات بیشتر را دارند، چرا که خاطراتی که روشن محسوب می‌شوند معمولاً هورمون‌های استرس یعنی اپی‌نفرین و نوراپی‌نفرین در ذخیره‌سازی آن‌ها نقش دارند. این‌گونه خاطرات هم بیشتر ذخیره می‌شوند و هم راحت‌تر و با جزئیات بیشتری یادآوری می‌شوند.

خاطره روشن

ثبت واضح و نسبتاً دائمی وضعیتی است که در آن شاهد رویدادی مهم و هیجان‌انگیز بوده‌ایم.

در اندوزش خاطرات پرهیجان هورمون‌های اپی‌نفرین و نوراپی‌نفرین دست‌اندرکارند و در اندوزش خاطرات عادی این هورمون‌ها دخالتی ندارند.

۳. هیجان منفی: باعث عدم بازیابی اطلاعات می‌شود. برای مثال زمانی که سؤالی را در جلسه امتحان بلد نیستیم حتی نمی‌توانیم سؤالاتی را که بلد هستیم جواب دهیم. به همین علت بهتر است نخست سؤالاتی را که بلد هستیم پاسخ دهیم.

۴. اثر بافتی (Context Effect): یکی از شیوه‌های دیگری که هیجان اثر می‌گذارد تا اطلاعاتی را به ذهن بسپاریم، اثر بافتی است. یعنی زمانی که ناراحت هستیم و موضوعی را یاد می‌گیریم، در زمان ناراحتی هم بهتر به یاد می‌آوریم؛ مثلاً خاطرات غمگینی را در حالت غمگینی بهتر بازیابی می‌کنیم.

۵. سرکوبی (واپس‌زدن فروید): برای اینکه اطلاعات ناخوشایند ما را اذیت نکنند آن‌ها را حذف می‌کنیم. حذف در اینجا به معنی پاک کردن و از بین بردن نیست؛ بلکه به معنی قرار گرفتن در بخش ناخودآگاه است تا اذیت نشویم. برای مثال کسانی که رابطه عاطفی دارند و خاطرات خوب و بدی داشته و بدون دعوا از یکدیگر جدا می‌شوند، بعد از مدتی دلتنگی رخ می‌دهد، ولی خاطرات بد و دلیل جدایی را به یاد نمی‌آورند؛ در عوض خاطرات خوب تداعی می‌شوند و بعد از گذشت چند ماه اساساً دلیل جدایی را به یاد نمی‌آورند، چرا که همواره خاطرات خوب را یادآوری کرده و خاطرات بد را سرکوب می‌کنند. زمانی که باز می‌گردند، اتفاقات منفی دوباره revise و به یاد آورده می‌شود.

به طور خلاصه در این امر، خاطرات آسیب‌زا سرکوب می‌شوند.

خارج از درس:

فیلم mid night in the paris دربارهٔ رمان‌نویسی است که دوست داشت به قرن قبل خودش برود تا با انسان‌های دوست‌داشتنی‌اش زندگی کند. زمانی که به آن قرن بازمی‌گردد مشاهده می‌کند که آن‌ها نیز می‌خواستند به قرن قبل از خودشان بروند و تصور می‌کردند شرایط مناسبی داشته‌اند. این به همان دلیل است که چون ذهن بخش‌های بد گذشته را سرکوب می‌کند، تصور می‌کند گذشته بسیار خوب بوده است.

حافظهٔ بلندمدت: ۱. آشکار (explicit memory) ۲. ناآشکار (implicit memory)

انواع اطلاعات و انواع حافظهٔ بلندمدت:

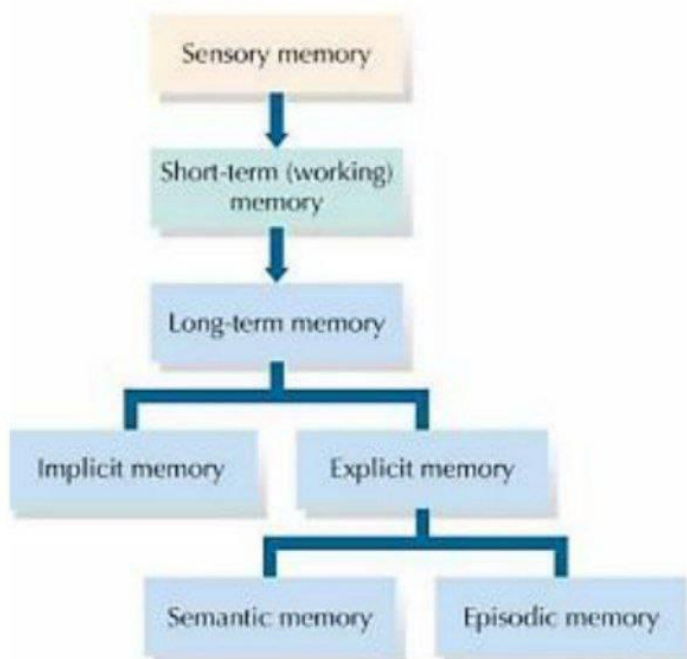
حافظهٔ بلندمدت دارای ۲ قسمت است: آشکار و ناآشکار

۱. آشکار (explicit memory): قسمتی است که به ذهن خود می‌سپاریم (اطلاعات) و یا خاطره‌هایمان (سرگذشت زندگی)

مواردی که در آنها مردم وقایع شخصی را به یاد می‌آورند، فعالیت حافظه یادآوری هشیارانه گذشته است که به آن حافظهٔ آشکار گفته می‌شود.

۲. ناآشکار (implicit memory): معمولاً مهارت‌های ما (حرکتی یا حسی) در آنجا ذخیره می‌شوند. مانند رانندگی کردن که برای انجام‌دادن آن فکر نمی‌کند و یا هنگامی که بدون نگاه کردن به صفحهٔ کیبورد می‌توانیم کلمهٔ مدنظر را به درستی تایپ کنیم.

در واقع مهارتی را به دست می‌آوریم بدون اینکه آگاهانه آن را انجام دهیم و یا به آن به صورت مستقیم فکر کنیم. این حافظه اغلب در مهارت‌ها نمایان می‌شود و به صورت بهبود در برخی تکالیف ادراکی، حرکتی و شناختی جلوه می‌کند، بی‌آنکه به یاد داشته باشیم چه تجاربی باعث این افزایش بوده است. بخشی از مطالب درباره حافظهٔ ناهشیار از مطالعهٔ مبتلایان به یادزدودگی است.



از کجا می‌توان فهمید که حافظه بلندمدت ما در قسمت‌های مختلف ذخیره می‌شود؟

فرض وجود انبارهای متفاوت در حافظه بر این مشاهدات استوار است:

کسانی که دچار آسیب و ضربه به مغز می‌شوند، مانند مبتلایان به آلزایمر، توانایی آموختن اطلاعات را ندارند ولی می‌توانند مهارت‌های حرکتی را فرابگیرند، اما کسانی که **هانتینگتون** دارند، می‌توانند اطلاعات را یاد گرفته و برعکس، مهارت‌های حرکتی ساده و تازه را نمی‌توانند یاد بگیرند و این نشان‌دهنده آن است که بخش‌های مختلف مغز ما موارد متفاوتی را ذخیره می‌کنند.

مهارت‌های حرکتی درصد زیادی از حافظه پنهان ما که بخشی از حافظه بلندمدت است را تشکیل داده و در قسمت کوچکی از آن مفاهیم ذخیره می‌شود، برای مثال هیچ یک از افراد شرکت‌کننده در مناظره‌ها، حرف دیگری را قبول نمی‌کند و طرف‌داران هر یک از دو طرف مناظره باگذشت زمان، طرف‌داری بیشتری از گروه خود می‌کنند؛ و علت آن همان حافظه پنهان و ناآشکار است که اجازه قبول کردن اطلاعات درست را نمی‌دهد.

دو نوع حافظه آشکار وجود دارد:

۱. شخصی یا رخدادی (مانند خاطره فارغ‌التحصیلی) (Episodic)

۲. **معنایی (Semantic):** به‌عنوان مثال واژه فرد مجرد به فردی اطلاق می‌شود که ازدواج نکرده، در این اطلاعات نیازی به رمزگردانی زمانی و مکانی نیست و به یاد ندارید که کجا آن را فرا گرفته‌اید. در بیشتر انواع یادزدودگی حافظه دانش معنایی دست‌نخورده می‌ماند؛ ولی حافظه رویدادهای شخصی مختل می‌گردد.

حافظه پنهان علاوه بر مهارتی می‌تواند مفهومی باشد مفهوم یک گروه اجتماعی و عدم به نتیجه رسیدن در مناظره‌ها.

انواع فراموشی (یادزدودگی)

- **یادزدودگی، فراموشی (amnesia):** از دست دادن بخشی از حافظه است. می‌تواند علل گوناگون داشته باشد، آسیب مغزی ناشی از تصادف، سکته، التهاب مغزی، الکلیسم و عمل جراحی. فراموشی انواع زیادی دارد؛ اما مهم‌ترین‌های آن‌ها نام‌برده شده است.
- **فراموشی (یادزدودگی) پیش‌گستر (anterograde):** اطلاعاتی که یاد می‌گیریم و پیشروی ما است را فراموش می‌کنیم. مهم‌ترین نشانه یادزدودگی **ناتوانی شدید در یادآوری رویدادهای روزمره** و در نتیجه ناتوانی در کسب اطلاعات جدید است.
- **یادزدودگی پس‌گستر (retrograde):** از نشانه‌های ثانوی یادزدودگی، ناتوانی بیمار در به یاد آوردن رویدادهایی است که **پیش از آسیب یا بیماری** رخ داده است.

در یادزدودگی همه انواع حافظه مختل نمی‌شوند. برای مثال بیمار مشکل در به‌خاطر آوردن گذشته و یادگیری وقایع تازه دارد؛ اما در به‌خاطر آوردن و یادگیری مهارت‌های ادراکی حرکتی مشکلی ندارد، این موضوع نشان می‌دهد که حافظه مهارتی با حافظه اطلاعاتی تفاوت دارد. این افراد دارای حافظه مهارتی عادی هستند؛ اما خاطره‌ای از یادگیری آن مهارت‌ها ندارند.

- **فراموشی دوران کودکی (یادزدودگی دوران کودکی قبل ۳ سال):** در ۳ سالگی، هیپوکامپ که نقش در حافظه بلندمدت و تحکیم اطلاعات دارد به رشد قابل قبولی می‌رسد و به همین دلیل اطلاعاتی که از زمان کودکی داریم از ۳ یا ۴ سالگی به بعد است. اما در قبل از ۳ سالگی مسائلی که بار هیجانی زیادی دارند می‌توانند بر ما اثر گذارد؛ زیرا پردازش اطلاعات **هیجانی در آمیگدال** اتفاق می‌افتد که **در دوران نوزادی سریعاً رشد خود را انجام داده است**. برای مثال ممکن است در سن ۱۰ سالگی از پدیده‌ای بترسیم که علت آن را ندانیم. به طور خلاصه علت این امر عدم رشدیافتگی هیپوکامپ تا حدود ۲ سال و نداشتن نظام معنایی مثل بزرگسالان است.

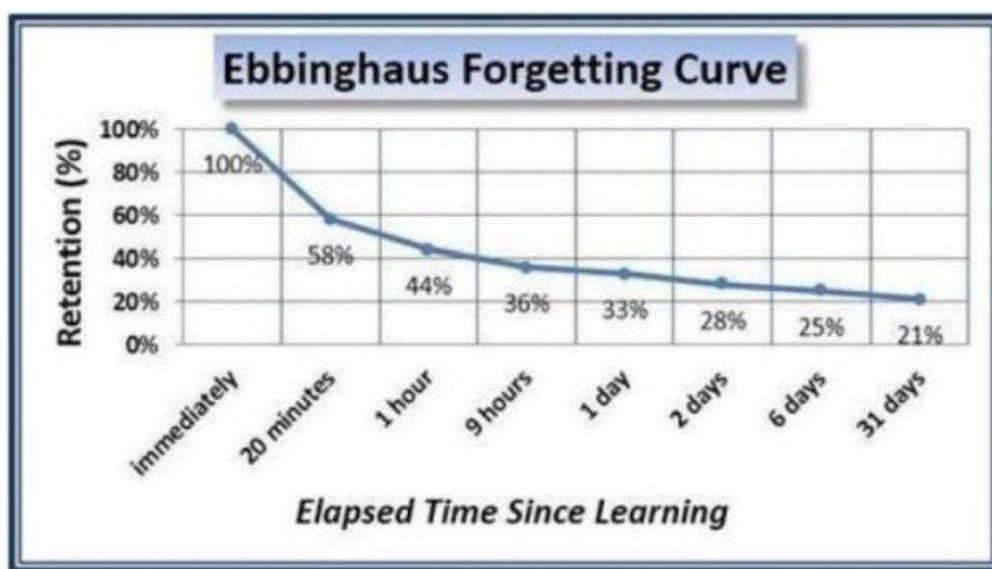
منحنی فراموشی Ebbinghaus :

در ۲۰ دقیقه اول ۲۰ درصد اطلاعات را فراموش می‌کنیم.

در ۱ ساعت اول ۵۰ درصد را فراموش می‌کنیم.

در ۱ ماه حدود ۲۰ درصد از اطلاعات را می‌توانیم به یادآوریم.

البته شکل موجود در اسلاید کمی با مطالب فوق تناقض دارد:



حافظه سازنده

ممکن است خاطراتی داشته باشیم یا حرفی بزنیم که حقیقت نداشته باشد، زمانی با کسی خاطره مشترکی را یادآوری می‌کنیم ممکن است ۵۰ درصد اطلاعات یکسان نباشد؛ به بیانی بهتر و با ذکر مثال، انسان‌ها ممکن است خاطره‌ای غیرواقعی داشته باشند؛ برای مثال در دعوای زناشویی طرفین دعوا قضیه را به گونه‌ای برای دیگران تعریف کنند که کمی با واقعیت فاصله داشته باشد. علت این موضوع این گونه بیان می‌شود که حافظه ما می‌سازد، در اصل حافظه ما اطلاعات را مانند عکس ذخیره می‌کند نه فیلم؛ این عکس نیز به صورت رمز ذخیره شده و **هنگام یادآوری، کدها باید رمزگردانی شده و به عکس تبدیل شوند؛ سپس**

عکس‌ها به یکدیگر چسبیده و به صورت فیلم درآیند تا توانایی بیان خاطره ایجاد شود، بنابراین در فرایند رمزگردانی به عکس، شانس خطا زیاد است. در اصل حافظه ما قسمت‌های خالی را می‌سازد تا اطلاعات پیوسته شود.

یکی از مطالبی که باعث می‌شود حافظه ما چیزی را ساخته و یا یادآوری کند **طرح‌واره** است.

طرح‌واره: مفهوم کلی که راجع به یک موضوع یا فرد داریم و در یادآوری اطلاعات مؤثر است. برای مثال زمانی که می‌گوییم "دانشجویی حساب کنید" یعنی تخفیف بدهید.

برای مثال در طرح‌واره اجتماعی اگر کسی بگوید اهل فلان شهر است، ذهن سریعاً شروع می‌کند به ساختن تصویری کلی که به عنوان مثال شخص مذکور این ویژگی‌های اخلاقی را دارد.

تفاوت کلیشه و طرح‌واره: کلیشه صرفاً یک چیز تکراری است؛ ولی طرح‌واره کلی‌تر و یک چهارچوب فکری است.

تصویر اسلاید این بحث نیز ارائه می‌شود:

حافظه سازنده

- آیا ذخیره سازی در حافظه شبیه عکس و یا فیلم دوربین است؟
- ۱. ساختن هنگام درک اولیه
- ۲. ساختن هنگام انتقال اطلاعات و استنباط از اطلاعات اولیه (inference) استنباط خودمان از اطلاعات (ورژن متفاوت از یک اتفاق برای افراد متفاوت)
- ۳. استنباط بر اساس طرح‌واره (schema) و تصورات قالبی (stereotype)، (طرح‌واره در مورد زن ها، مردها، دانشجویان)، طرح‌واره باعث صرفه جویی شناختی می شود اما از جهت دیگر ممکن است اطلاعات نادرستی نیز استنباط کنیم.
- ۴. طرح‌واره های اجتماعی (شیرازی ها، اصفهانی ها، مشهدی، تهرانی، کردها، ترک ها ...)

چگونه می‌توان توجه و تمرکز را بهبود بخشید؟

تغییر عادات روزمره:

فعالیت‌های روتین زندگی را غیرروتین کنیم. برای مثال با دست مخالف مسواک زدن یا نوشتن

فرایند: حافظه ناآشکار ما محل ذخیره برخی مفاهیم و مهارت‌های حرکتی است. هنگامی که عادت‌ها را برعکس می‌کنیم مغز ما مجبور می‌شود اطلاعات پنهان را بیرون کشیده و به شکل دیگری سازمان‌دهی کند که در این راه از فرایندهای مختلف حافظه استفاده می‌شود؛ بنابراین مجدداً تمرکز، فرایند ذهنی، تحکیم حافظه و... انجام می‌شود. (توجه - مرور - پردازش - تحکیم مجدد)

ذهن‌آگاهی (Mindfulness) و تمرین تمرکز: ذهنمان برای لحظه‌ای روی موضوعی متمرکز باشد که همان لحظه در حال انجام آن هستیم و از حواس پنج‌گانه استفاده کنیم. برای مثال اگر لیوانی را برمی‌داریم یا آب

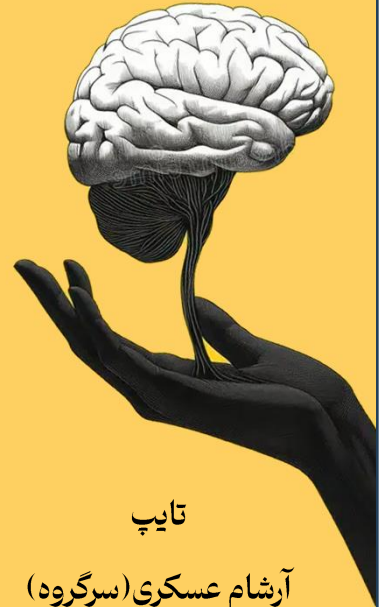
می‌نوشیم از حواس پنج‌گانه استفاده کنیم تا آن را به‌خوبی درک کنیم. از لمس یا از قوهٔ چشایی، بویایی و... استفاده کنیم.

تغییر عادات روزمره - حذف محرک‌های اضافی حواس‌پرتی - ذهن‌آگاهی (mindfulness) و تمرین تمرکز - بازی‌های تقویت تمرکز (و تقویت توانایی‌های مغزی) - بهبود سبک زندگی (خواب، تغذیه، کاهش استرس) شیوه‌هایی برای حفظ و تحکیم اطلاعات در حافظهٔ بلندمدت:

به‌صورت کلی، هر کاری که باعث تبدیل اطلاعات از حالت **کلامی یا دیداری** به حالت **معنایی** شود، رمز معنایی است؛ چرا که رمزهایی در حافظهٔ بلندمدت است.

- **تقطیع:** با استفاده از تقطیع می‌توان بر تعداد ماده‌ها در فراخوانی حافظهٔ کوتاه‌مدت افزود (می‌توان اندازهٔ قطعه‌ها را افزایش داد)
- **تصویرسازی ذهنی و رمزگردانی:** عنصر اصلی بسیاری از نظام‌های یادیار (mnemonics) تصویرسازی ذهنی است.
- **بسط معنایی و رمزگردانی:** هر قدر پیوندهای بیشتری بین اطلاعات ایجاد شود، بر تعداد راه‌های بازیابی افزوده می‌شود.
- **بافت و بازیابی:** بافت نشانه بازیافتی نیرومند است و می‌توان با بازیابی بافتی که یادگیری در آن صورت‌گرفته، حافظه را بهبود بخشید. برای مثال درس‌خواندن در کتابخانه مفیدتر است؛ چراکه به شرایط امتحان شباهت بیشتری دارد.
- سازماندهی: در صورت سازماندهی اطلاعات، حجم عظیمی از اطلاعات یاداندوزی
- و بازیابی می‌شود (واژه‌های بی‌ارتباط را به داستان تبدیل کردن) سلسله‌مراتب شاخه‌ای.
- **تمرین بازیابی:** راه دیگری برای بهسازی است؛ به این معنی که دربارهٔ مطالب یادگیری سؤال‌هایی از خود بپرسید.

عنوان **درک مفهوم به‌جای حفظ‌کردن** نیز مطرح شد. (که البته در ارتباط با موارد بالایی نیز است؛ ولی برای تکمیل بحث ارائه شد)



تایپ

آرشام عسکری (سرگروه)

ملینا علیزاده

زهرا عزیزپور

امیرحسین نجفی

ویراست علمی

صبا درمیانی

ویراست ادبی

محمد رضا شکوری

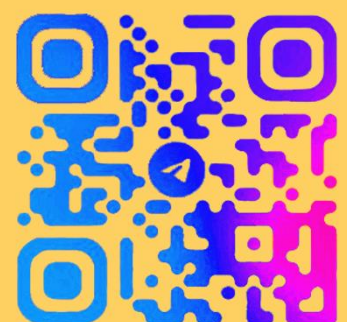
تدوین

محمد فتح الله زاده

جلسه 7- روانشناسی سلامت روان

فهرست

- اختلالات روان پزشکی
- اختلالات روانی
- بایپولار
- علائم مثبت و منفی در اسکیزوفرنی
- اختلال شخصیت یا Personal disorder



اختلالات روان‌پزشکی

در گام اول باید بدانیم چه چیزی در واقع بین مردم عنوان ناهنجاری روانی دریافت می‌کند؟

هنگامی که جامعه انسان‌ها تشکیل شد یک سری هنجارهایی تعریف کردند

○ **نکته:** هنجارهای یک جامعه برای جامعه دیگر ممکن است ناهنجاری باشد.

اما این موضوع با چالش‌هایی همراه است:

۱- انحراف از هنجارهای فرهنگی:

در طول زمان هنجارها ممکن است تغییر کند (برای مثال الان مو بلند کردن پسرها دیگر بد نیست؛ اما در گذشته بد بود)

۲- نامتعارف بودن:

مثلاً در سنجش هوش یک دایره زنگوله‌وار داریم که اکثر افراد در وسط‌اند، یک‌سری هوش کمی دارند یا یک عده‌ای خیلی باهوش‌اند که این تقسیم‌بندی نیز بد است؛ زیرا ما آدم باهوش و کم‌هوش رو دچار ناهنجاری می‌دانیم.

۳- غیرانطباقی بودن رفتار فرد (Maladaptive)

ما انسان هستیم و در اثر اتفاق‌هایی که برایمان رخ می‌دهد روان ما یاد می‌گیرد با مشکلات کنار بیاید. (هم خوب هم بد)

وقتی یک نفر به دلایل مختلفی نمی‌تواند خود را با چیزی منطبق کند و به خود و جامعه ضرر می‌رساند (برای مثال وقتی سوگی طولانی می‌شود که اصطلاحاً می‌گوییم سوگ پاتولوژیک برای فرد رخ داده است و فرد نمی‌تواند کارهای روزمره خود را انجام دهد!) در این مرحله است که می‌توانیم بگوییم فرد دچار اختلال است.

۴- ناراحتی شخصی (Distress)

در مورد خود فرد است که به این معنی است که احساساتی که فرد دارد تجربه می‌کند آن‌قدر زیاد است که نمی‌تواند طولانی‌مدت کارهای روزمره خود را انجام دهد (به‌نوعی Maladaptive برایش رخ می‌دهد)

احساساتی مثل: خشم، غم، استرس و ...

○ **نکته:** ما از مورد ۳ و ۴ استفاده می‌کنیم برای اینکه ناهنجاری‌ها را تعریف کنیم.

انواع طبقه‌بندی مسائل اختلالات روان

ICD-1

DSM-2: که امروزه از این برای تشخیص اختلالات روانی استفاده می‌کنیم که هر چند سال یک‌بار عوض می‌شود.

○ **نکته:** موارد ذکر شده طبقه‌بندی‌های بین‌المللی است.

یکی از طبقه‌بندی‌هایی که بین‌المللی نیستند که در روانکاوی کاربرد دارد: نوروز سایکوز

چرا دچار اختلال روانی می‌شویم؟

بیماری‌های روان‌پزشکی اصطلاحاً Biopsychosocial اند یعنی ۳ منشأ دارد:

زیست‌شناختی (Bio): اختلال در ژنتیک/ناهنجاری در مغز/اختلال کارکرد

نوروشیمیایی/بیماری‌هایی مثل کم‌خونی یا مشکل تیروئید و... باعث اختلال روانی می‌شوند. در این روش چون اختلال در سطح Biology است پس درمان هم در سطح Biology است؛ یعنی با مصرف دارو مشکل حل می‌شود.

روان‌شناختی: به معنی نحوه کارکرد ذهن است. همه چون در ۲ سال اول زندگی در محیط‌های

متفاوتی بزرگ شدیم معمولاً از این نظر متفاوت هستیم

مثال: بدبینی نسبت به بقیه (باعث می‌شود که در رابطه با دیگران اختلال ایجاد شود یا حتی افسردگی ایجاد کند)

درمان موردنیاز روان‌درمانی است. دارو در این زمینه کمک می‌کند؛ اما مشکل اصلی را حل نمی‌کند!

دیدگاه روانکاوانه بر تعارض‌های ناخودآگاه که از دوران بچگی شکل گرفته‌اند تمرکز دارد.

جامعه‌شناختی

ما در بطن جامعه زندگی می‌کنیم و جامعه روی ما اثر می‌گذارد و اتفاقاتی مانند: ورشکستگی و... رخ می‌دهد Social worker ها وارد عمل می‌شوند و به جامعه ورود پیدا می‌کنند تا حدی که می‌توانند برای مریض‌های روان‌پزشکی کاری کنند.

اختلالات روانی

همه این اختلالات هر 3 دلیل بالا رو دارند:

1. اختلالات اضطرابی

یک اختلال بزرگی است و چند اختلال کوچک‌تر دارد:

اضطراب: یک واکنش و یک حس معمولی نسبت به اتفاقات اطراف است

اگر اضطراب نداشته باشیم هم باز خوب نیست!

وقتی اضطراب زیاده از حد عادی باشد و نسبت به موقعیت ایجاد شده نامتناسب است یا اینکه بعد از برطرف شدن تهدید هنوز هم فرد مضطرب است در این حالت این اضطراب پاتولوژیک است و اختلال است

۴ علامت دارد:

علائم فیزیولوژیک (سردو گرم شدن، عرق کردن پوست، تپش قلب و...)
علائم شناختی (عدم تمرکز، تفکرات اضطراب‌زا و...)
علائم رفتاری (راه رفتن، بی‌قرار بودن، عدم توانایی نشستن و...)
علائم هیجانی: همان حس اضطرابی است که تجربه می‌کنیم. سخت‌ترین توضیح‌دادن برای علائم هیجانی است (برای مثال فرد می‌گوید «تو دلم رخت میشورن»).

تفاوت استرس و اضطراب چیست؟ استرس یک اتفاقی است که بیرون‌افتاده و برای همه یک معنا دارد، اضطراب یعنی هیجانی که ما تجربه می‌کنیم.

اولین تقسیم‌بندی GAD (General anxiety disorder) اضطراب وقتی اختلال نام می‌گیرد که باعث شود فرد اختلال عملکردی (Maladaptation) پیدا کند و نتواند فعالیت‌هایش را انجام دهد، به این اضطراب زیاد GAD می‌گویند.

معمولاً افراد در این مواقع با اینکه می‌دانند این افکار کم‌اهمیت‌اند اما نمی‌توانند از دستش خلاص بشوند. ما یک سری افکار به نام خودآیند داریم که ما به‌صورت ارادی به آنها فکر نمی‌کنیم؛ بلکه خودشان به ذهن ما می‌آیند که به دلیل نحوه بزرگ‌شدن، تربیت یا تروماهایی که فرد تجربه کرده شکل می‌گیرند.

2. دسته‌بندی بعدی Panic disorder اند.

Panic: در فارسی به آن حملات هراس می‌گویند.

در اصل اصطلاحاً یک حمله اضطرابی است. در GAD دائم اضطراب وجود دارد و حمله نیست؛ اما در Panic به‌صورت ناگهانی بدون اینکه فرد متوجه شود (حتماً نیاز به برخورد با یک موقعیت اضطرابی نیست) دچار اضطراب می‌شود (تپش قلب بالا، نفس‌تنگی، عرق کردن، احساس مردن، احساس دیوانه‌شدن). این حمله در عرض چند دقیقه به اوج اضطراب می‌رسد و معمولاً بعد از چند دقیقه افت می‌کند و به حالت اول بر می‌گردد. همه افراد به طور معمول ممکن است در طول عمر خود یک یا دوبار دچار Panic بشوند که این اختلال نیست؛ اما اگر در مدت زمانی تعداد این حملات زیاد شود و فرد در حالت عادی هم نگران تکرار این موضوع باشد در این حالت کم‌کم فرد دچار اختلال می‌شود (اختلال در عملکرد، دوری از جامعه، استفاده داروی آرام‌بخش به صورت خودسرانه (لوراسپام و...) Panic یک اختلال مزمن است که با دارو بیشتر اوقات خوب می‌شود؛ اما برگشت‌پذیر هم هست.

بیماری‌های روان‌پزشکی معمولاً در اوایل جوانی یا اواخر نوجوانی (تا دهه ۳۰ ۴۰) اتفاق می‌افتد که ثابت شده که ۳۰ الی ۴۰ درصد هم منشأ ژنتیکی دارد.

Panic disorder ها معمولاً با Agoraphobia (گذرهراسی) همراه است (ترس از دوباره Panic شدن در جامعه و در نتیجه محدود کردن خودش در تنهایی) در اصل Agoraphobia ترس از حضور در جاهای شلوغ است (مکان ناامنی نمی‌رود، اگر هم برود با یک فرد امن می‌رود)

در بعضی از افراد هم باتوجه به ژنی که دارند ممکن است با مصرف مواد دوپامینرژیک (مثل کافئین یا مواد مخدر) ممکن است دچار Panic شوند این مواد بیشتر باعث اضطراب‌های مداوم می‌شوند و Panic احتمالش کمتر است. بعضی افراد در Panic شدن مستعد هستند، به این صورت که به اعمال طبیعی بدنشان (ضربان عادی قلب، نفس کشیدن یا گوارش) بیشتر توجه می‌کنند و نسبت به این حس‌ها دچار تفکر بحرانی می‌شود (فکر می‌کنند اتفاقی برایشان می‌افتد) و این افکار باعث ترشح بیشتر نوروترنسمیترها می‌شوند و آنها باعث افزایش ضربان قلب می‌شوند و در نتیجه فرد فکر می‌کند که احساسش درست بوده و باعث Panic می‌شود (در اصل ترس و روان ما هم به Panic کمک می‌کند). برای درمان بهتر است به فرد آموزش داده می‌شود که احساس ترس کمتری در این زمان‌ها داشته باشد تا باعث پیشرفت Panic نشود (Relaxation) این آموزش‌ها در زمان Panic هم به فرد کمک می‌کند تا آن را کنترل کند (برای مثال ریلکس کردن عضلات را آموزش می‌دهند). داروهایی که برای درمان استفاده می‌شود سروتونینیک نام دارند (که استاد مثال زدند؛ اما گفتن نیازی نیست حفظ شود)

👉 فوبیا: ترس بی‌مورد و زیادی از حد نسبت به یک موقعیت یا شیء (مثل ترس از سوسک)

فوبیا تقریباً در همه افراد وجود دارد و شایع است؛ اما زمانی باعث اختلال می‌شود که باعث اختلال عملکردی بشود (برای مثال ترس از فضای بسته یا همان Claustrophobia ممکن است باعث شود فرد سوار هواپیما نشود و به‌موقع به کارهایش نرسد)

اگر در فردی Agoraphobia دیده شود در اکثر موارد علتش Panic است؛ اما در مواردی هم بدون Panic است که در این حالت فرد از رفتن به بیرون اجتناب می‌کند تا اتفاقی برایش رخ ندهد و اضطرابش کم شود و این مورد در گذر زمان بیشتر می‌شود یا فرد مکان‌هایی که باعث اضطراب کمتری می‌شود را تشخیص داده و به فقط به آنجا می‌رود.

فوبیا: ترس از یک محرک یا موقعیت که اکثر افراد آن را خطرناک نمی‌دانند و درعین حال خود شخص می‌داند ترس او غیرمنطقی است.

در تمام اتفاقات اضطرابی فرد سایکوتیک نیست؛ یعنی شخص می‌داند ترس او غیرمنطقی است اما کاری نمی‌تواند انجام دهد.

اضطرابی که نسبت به عامل فوبیک وجود دارد می‌تواند کوچک باشد یا به میزانی تشدید شده که فرد دچار پنیک شود. با اجتناب از مورد اضطراب‌آور، اضطراب فرد رفع می‌شود و معمولاً زمانی بی‌نظمی (disorder) است که با زندگی شخص تداخل داشته باشد.

سه گروه فوبیا:

خاص

اجتماعی

گذرهراسی (Agoraphobia)

👉 فوبیا خاص: بسیار شایع است. ترس از شیء، حیوان یا موقعیت خاص می‌تواند باشد.

افراد دارای فوبیا خیلی برای درمان مراجعه نمی‌کنند و معمولاً راهی را برای مقابله با فوبیا پیدا کرده اند.

فوبیا اجتماعی: اختلال اضطرابی اجتماعی نیز می‌تواند نوعی فوبیا باشد که مختل‌کننده است؛ زیرا فرد از قرارگرفتن در موقعیت‌های اجتماعی احساس اضطراب شدیدی می‌کند. در نوجوانی شروع می‌شود و احتمال دارد مزمن شود. معمولاً این افراد برای درمان دیر اقدام می‌کنند و درمان سختی دارند. تقریباً ۲٪ افراد ممکن است در دوره‌ای از زندگی خود آن را تجربه کنند.

روش مناسب برای درمان فوبیا رفتاردرمانی است و دارو نمی‌تواند کمک‌کننده باشد. در رفتاردرمانی فوبیا مرحله‌به‌مرحله و با تکرار اضطراب از بین می‌رود.

علاوه بر ژنتیک، یادگیری نیز در تشکیل فوبیا نقش دارد. بسیاری ترس‌ها را بچه از مادر یاد می‌گیرد.

شرطی‌شدن نیز در تشکیل فوبیا نقش دارد و رخداد یک رویداد آسیب‌زا با یک محرک بی‌ضرر با هم زوج می‌شوند.

در رفتاردرمانی به‌صورت سطحی با فوبیا برخورد می‌شود و درمان انجام می‌گیرد و علت و ریشه آن خیلی مهم نیست.

در نظریه روانکاوی (فروید)، فروید در حین درمان بیماران نظریه‌پردازی کرده و بر اساس آن ریشه اضطراب را کشف می‌کرده است.

وسواس (OCD یا Obsessive – Compulsive Disorder): فکر، تصور، تکانه که به شکل مزاحم در ذهن فرد آمده و ایجاد اضطراب می‌کند.

در وسواس افکار ناخودآگاه نیست و فرد آن‌ها را شناسایی می‌کند و از غیرمنطقی بودن آن خبر دارد. چون فرد به فکر اضطراب‌آمیز خود اهمیت داده و در برابر آن رفتار و واکنشی دارد این وسواس در ذهن او تثبیت می‌شود.

وسواس از نوجوانی شروع شده و سپس مزمن می‌شود. افراد معمولاً دیر مراجعه کرده؛ زیرا سال‌ها به وسواس عادت کرده و در آنها تثبیت شده است. با تجویز دارو و کاهش ۳۰٪ از وسواس درمان موفقیت‌آمیز خواهد بود (به دلیل سختی و تثبیت بیماری).

ژنتیک، کمبود سروتونین از عوامل بیولوژیکی وسواس هستند (تزریق سروتونین در درمان وسواس انجام می‌شود).

امروزه در وسواس‌های مقاوم به درمان، طی جراحی مدار ذهنی ایجادکننده وسواس در بیمار را قطع می‌کنند تا فکر وسواس متوقف شود.

از نظر شناختی-رفتاری این افراد در قطع کردن فکر وسواس مشکل دارند، معمولاً آدم‌های انعطاف‌پذیری نیستند.

چیزی که بسیار در این افراد مشاهده می‌شود برابر دانستن فکر با عمل (Act) است. این افکار منفی برای شخص نامقبول بوده و نسبت به آن احساس گناه می‌کند.

BIPOLAR و MDD

امدی‌دی یک اختلال بسیار شایع و آشناست و تأکید می‌کند که افسردگی پاسخ متناسب نسبت به اتفاق‌ها و دیسترس‌های محیطی ماست در نتیجه هر افسردگی ای معنی‌اش این نیست که ما امدی‌دی داریم.

یعنی نسبت به استرس‌های زندگی‌مان ممکن است پاسخ به هنجار نشان بدهیم؛ ولی زمانی اختلال حساب می‌شود که با کارکرد عادی زندگی‌مان تداخل پیدا کند و در تقسیم‌بندی‌ها اگر بیشتر از دو هفته علائم ادامه پیدا کند به آن می‌گوییم امدی‌دی.

این اختلال در زنان شایع‌تر از مردان است و تا ۱۳ درصد از جامعه می‌توانند دچار اختلالات افسردگی بشوند.

علائم این اختلال بسیار شباهت به علائم اضطرابی دارد که به‌طور کلی به چهار دسته تقسیم شده

علائم هیجانی‌اش: یعنی همان حس‌هایی که افراد دارند که معمولاً آدم‌هایی که افسردگی دارند می‌گویند: من خیلی غمگینم احساس انهد دنیا دارم (این افراد هیچ احساس لذتی نسبت به اتفاق‌های معمول زندگی‌شان نمی‌برند).

علائم شناختی: معمولاً انسان افسرده دیدگاه منفی هم نسبت به خود، کار و آینده دارد. عدم تمرکز، فراموشی، عدم توانایی تصمیم‌گیری و سردرگمی از دیگر علائم شناختی آن است.

علائم جسمی: اغلب زود خسته می‌شوند، انگیزه و ابتکار عمل ندارند، دچار مشکلات خواب (پرخوابی/کم‌خوابی) و اشتها (بی‌اشتهایی/پرخوری) هستند همچنین می‌توانند دچار انواعی از دردها بشوند.

و باتوجه‌به اینکه معمولاً افسردگی در زنان میانسال شیوع پیدا می‌کند و اغلب دارای دردهای منتشره هستند که از لحاظ پزشکی هیچ الگوی خاصی ندارد می‌توان نتیجه گرفت که افسردگی می‌تواند باعث بروز درد جسمی نیز بشود.

بایپولار

مانیا یا شیدایی که دقیقاً برعکس افسردگی هست. افراد دچار این اختلال زیادی از حد و بی‌دلیل شاد، پرحرف و پرانرژی هستند و نیاز به خواب در این افراد کاهش می‌یابد، این افراد معمولاً اعتمادبه‌نفس بالایی دارند و حتی می‌توانند مرزهای منطق زیادی را رد کنند و اصطلاحاً تبدیل به گریزیتی دلوژن بشود؛ یعنی دیگر سایکوتیک شده و مرزها یا سرخوشی‌اش آن‌قدر زیاد شود که مرزها را رد کند.

بایپولار می‌تواند کسی باشد که هم افسردگی و هم مانیا را تجربه کند. شرح‌حال در این موارد بسیار مهم است؛ زیرا اگر به چنین فردی داروی ضدافسردگی داده شود خطر بروز مانیا یا همان شیدایی برای او وجود خواهد داشت

بایپولار اختلال شایعی نیست و بروزش در زن و مرد مساوی است؛ ولی یک اختلال پیش‌رونده است که با درمان طولانی‌مدت قابل‌کنترل است.

در بایپولار، بایولوژی عامل بسیار مهمی است به همین دلیل تاریخچه خانوادگی (Family history) در آن به‌شدت اهمیت پیدا می‌کند.

در این اختلال سروتونین معمولاً نقش مهمی را بازی می‌کند، از لحاظ بایولوژیک قسمتی از مغز دچار مشکل می‌شود علائم شناختی هم شامل بدبینی و ناامیدی و... که در این افراد احتمال دپرشن بیشتر است. آرون بک فرد معروفی است که در رابطه با دپرشن فعالیت زیادی کرده و روان‌درمانی‌های معطوف به دپرشن دارد.

اصطلاحی به نام کاکنیتیو تریاد (Cognitive triad) تعریف می‌کند که گفته می‌شود این افراد، افکار منفی‌ای نسبت به خودشان حالشان و آینده دارند و نتیجه می‌گیرند که ما باید روی این فکرها، شناخت‌ها کار کنیم تا دپرشن رفع بشود.

لازم به ذکر است که اتفاق‌هایی که در گذشته و کودکی می‌افتد تأثیر بسزایی در بروز افسردگی در آینده خواهد داشت معمولاً افراد افسرده خطاهای فکری زیاد دارند و سوءتعبیر می‌کنند

افرادی که درگیر اضطراب هستند سوءتعبیرشان به سمت بحران بود؛ اما در آدم‌های افسرده معمولاً به سمت منفی است در این مواقع رفتار ناخودآگاه به‌گونه‌ای اتفاق می‌افتد که باعث تثبیت افکار می‌شود

اختلالات نوروتیک در رابطه با اختلال‌هایی است که راحت‌تر به درمان جواب می‌دهند، معمولاً شدید نیستند احتیاجی به بستری شدن ندارند.

ولی اگر اختلالات تبدیل به یک رویداد سایکوتیک بشود در این مورد تشخیص‌های متفاوتی وجود دارد که یکی از مهم‌ترین آنها اسکیزوفرنیا است.

این اختلال از نوجوانی (اوایل جوانی) شروع می‌شود ۴ آشفتگی در این اختلال وجود دارد یکی از آنها آشفتگی در تفکر هست. در این افراد فرم فکر دچار اختلال می‌شود

آشفتگی فکر می‌تواند تا حدی شدت پیدا کند که فرد فقط کلمه می‌گوید یا اصطلاحاً word salad داشته باشد و یا حتی از یک جایی به بعد بیمار حتی حرف نزنند یا mute شود.

اصطلاحاً به حالت شدید اسکیزوفرنی کاتاتونیا می‌گوییم که یکی از علائم آن صحبت نکردن بیمار یا جواب ندادن به ما است یا علامت دیگر تکرار کلمه به این شکل است که مستقیماً از او یک سؤال می‌کنیم که او یک کلمه از صحبت‌های ما را بر می‌دارد و در پاسخ به همه سؤالات ما همان را تکرار می‌کند یا به اصطلاح preservation می‌کند.

در نتیجه فرم فکر بسیار پراهمیت است به طور مثال در آدم‌های اضطرابی هم مشاهده می‌شود که زمانی که کمی صحبت می‌کنند بعد سوال می‌کنند شما چی پرسیدید؟ چون که متوجه می‌شوند که تمرکزشون بهم ریخته و از مسئله دور شده‌اند و یا اینکه اصلاً فراموش کرده‌اند شما چه پرسیده‌اید با این حال سعی می‌کنند این شرایط را درست کنند اما فرد اسکیزوفرنیایی به علت فرم فکر به هم ریخته‌اش نمی‌تواند در این شرایط فرم فکری‌اش را مرتب کند.

یکی دیگر از موضوعات مهم در بحث تفکر ایده‌های ماست، مثل اعتقادات ما. زمانی که این اعتقادات از حدومرز واقعیت عبور کند اصطلاحاً می‌گوییم این فرد دلوزن (Delusion) دارد، یعنی هذیان دارد؛ یعنی یک اعتقاد یا ایده‌ای که کاملاً نادرست است و هر دلیل منطقی هم برای آن آورده شود رفع نخواهد شد.

○ نکته: با دلوزن نباید بحث کرد؛ چون با بحث کردن قابل اصلاح نیست.

پس علائمی که به وجود می‌آید یا فرم فکر به هم می‌ریزد یا محتوای فکر که در صورت اختلال در محتوا فرد دچار دلوژن می‌شود.

○ نکته: بیماران اسکیزوفرنی که دچار هذیان‌اند به‌خصوص هذیان‌گزند و آسیب که بسیار هم شایع است. اصطلاحاً به آنها pre security delusion می‌گویند. افراد خطرناکی نیستند و بر اساس هذیان یا دلوژنشان عمل یا act نمی‌کنند. افراد خطرناک مثل کسی که آدم می‌کشد معمولاً دچار اختلال شخصیت است و غالباً سایکوتیک (psychotic) نیست.

دو نوع اسکیزوفرنی شایع داریم:

اصطلاحاً زمانی که ما شرح حال از بیمار می‌گیریم کنار Mood وی Affect را نیز بررسی می‌کنیم. یعنی از وی حالش را می‌پرسیم و در کنارش Affect (چیزی که ما مشاهده می‌کنیم) را نیز بررسی می‌کنیم، به طور مثال زمانی که ما صحبت می‌کنیم در کنار آن صورتمان حرکات Non-Verbal دارد بدین صورت که کسی که می‌گوید غمگینم Affect غمگینی نیز دارد یا کسی که شاد هست Affect وی نیز شاد هست. بیمار اسکیزوفرنی به‌مرور Affect هایش Blunt یا کند می‌شود تا جایی که دیگر یا Affect ندارد یا Affect های نامتناسب دارد؛ مثلاً درباره فوت مادرش صحبت می‌کند اما می‌خندد. یا راجع به یک چیز خوشحال‌کننده صحبت می‌کند؛ اما گریه می‌کند.

علائم حرکتی: در نهایت این علائم در بیمار اسکیزوفرنیایی رخ می‌دهد که ممکن است حرکات غیرعادی ببینیم از افزایش تا کاهش حرکت.



Catatonic schizophrenia

این عکس مربوط به بیماران در زمان‌های قدیم است و الان خیلی کم بیمار کاتاتونیایی به این شکل مشاهده می‌کنیم.

زمان‌های قدیم به علت اینکه مراجعه به روان‌درمان نوعی تابو بوده است باوجود علائم بیماران مراجعه نمی‌کردند و در گذر زمان به علائم حرکتی دچار می‌شدند؛ اما الان به علت مراجعه زودهنگام بیماران به روان‌درمان بیماری به این حد نمی‌رسد و به همین علت کمتر از این موارد دیده می‌شود.

بیمار کاتاتونیایی بر خلاف انسان عادی که توانایی نشستن بدین شکل برای مدت طولانی را ندارد ممکن است ساعت‌ها بدین شکل بنشیند و اگر بخواهیم آنها را تکان هم دهیم نمی‌توانیم؛ چون در برابر تکان خوردن مقاومت می‌کنند مگر اینکه با مصرف دارو به خواب روند.

این‌گونه نشستن یا ثابت ماندن خطرناک هم هست؛ چون مدت طولانی فرایند خوردن و نوشیدن آنها مختل می‌شود و به‌تبع با نخوردن مایعات فرایند ادرار مختل می‌شود که به کلیه آسیب می‌زند یا با ماندن طولانی‌مدت بدن به این شکل با منقبض ماندن عضلات مقدار زیادی اسیدلاکتیک تولید می‌شود، بنابراین این حالت اورژانس روان‌پزشکی محسوب می‌شود؛ بنابراین به علت اینکه فرایند مصرف و اثرگذاری دارو زمان بر است به او شوک داده می‌شود تا زودتر از این حالت بیرون بیاید.

○ نکته: این اختلال بسیار مزمن و ناتوان‌کننده است و در اغلب موارد باعث بستری شدن افراد می‌شود.

کم پیش می‌آید که بیمار اسکیزوفرنی با دارو درمان کامل شود به‌طوری‌که مصرف دارو قطع شود و آنها به طور مادام‌العمر تحت درمان دارویی خواهند بود.

جنبه ژنتیک در آن نقش بسزایی دارد.

این افراد در فرهنگ‌های روبه‌رشد اوضاع بهتری دارند. فرد اسکیزوفرنی ناتوان است و به علت اینکه فرد در خانواده زندگی می‌کند، در جوامعی که خانواده وجود دارد و این افراد از حمایت مناسبی از سمت خانواده برخوردار باشند چه از جنبه درآمدزایی و تغذیه‌ای چه از جنبه اینکه از نظر دارو تأمین باشند و مرتب دارو مصرف کنند و به پزشک مراجعه کنند سبب می‌شود در وضعیت بهتری قرار بگیرند و تعداد عودهایشان کمتر بشود و ناتوانی آنها کاهش بیابد و علائم ملایم‌تری داشته باشد.

علائم مثبت و منفی در اسکیزوفرنی

علائم مثبت: علائمی که فرد نباید داشته باشد و به او اضافه می‌شود مثل هذیان و توهم.

اثبات شده است فردی که دارای علائم مثبت می‌شود فعالیت دوپامین در سیستم لیمبیک او افزایش پیدا کرده است. به همین علت برای این فرد داروی آنتی سایکوتیک که آنتی‌دوپامین است تجویز می‌شود که دوپامین را کاهش می‌دهد و علائم مثبت افراد کاهش می‌یابد.

علائم منفی: علائمی که فرد باید داشته باشد اما ندارد. مثل Affect که باید داشته باشد؛ اما به‌مرور Blunt می‌شود. در این افراد Self Care مختل می‌شود. مثل اینکه خودش حمام نمی‌رود و هیجانش نامتناسب می‌شود یا انگیزه ندارد و... که همه اینها جزو علائم منفی محسوب می‌شوند. در این علائم فعالیت دوپامین در Prefrontal یا پیشانی پایین می‌آید.

در این افراد آنتی‌دوپامینی تجویز می‌شود که Agonist و Antagonist آن با هم باشد تا در بخش‌هایی که دوپامین زیاد است آن را پایین بیاورد و در بخش‌هایی که کم است آن را افزایش دهد. در این حالت در واقع فعالیت دوپامین را تنظیم می‌کند.

این موارد کمک می‌کنند بیماری را بهتر بشناسیم و درمان‌های بهتری برای آن بسازیم.

کتاب اشاره دارد خانواده‌هایی که اصطلاحاً High E.E (یا High Express emotion) هستند برای این بیماران خانواده‌های بدی به حساب می‌آیند. High E.E یعنی خانواده‌ای که نسبت به هم Hostile هستند و از هم عصبانی هستند یا خیلی Over involve هستند در همه چیز یعنی همدیگر را خیلی کنترل می‌کنند و خیلی هم Critical هستند و یکدیگر را قضاوت می‌کنند.

گفته شد که خانواده با حمایتش می‌تواند در درمان این بیماری نقش داشته باشد حالا این خانواده‌ها اوضاع را برای بیمار بدتر می‌کنند. این خانواده‌ها نه تنها برای بیماران اسکیزوفرنی بلکه برای تمام بیماری‌های روان‌پزشکی و حتی برای زندگی عادی هم سمی هستند. برای اسکیزوفرنی این‌ها خیلی خانواده‌های بدی هستند و این استرس باعث می‌شود که این بیماری مدام عود بکند.

اختلال شخصیت یا Personal disorder

همه بیماری‌هایی که خواندیم Episodic هستند؛ یعنی در یک دوره فرد درگیر آن می‌شود و بعد درمان می‌شود و به زندگی عادی باز می‌گردد. مثلاً یک مانیا یا بیمار Depression یا افسرده ممکن است به پزشک مراجعه کند و حتی بدون درمان خوب شود یا در مواقعی مثل کسی که مواد مصرف می‌کند و سایکوتیک شود، آن را قطع کند و درمان شود (اشاره می‌شود که بعید است سایکوز بدون درمان خوب شود؛ اما ممکن است) در یک دوره زمانی پیش می‌آیند و برطرف می‌شوند؛ ولی زمانی که ما خصوصیتی داریم که از بچگی یا نوجوانی در ما شکل گرفته است و در واقع ما با آنها بزرگ شده‌ایم و در روابط ما اختلال ایجاد می‌کنند در دسته اختلال شخصیت قرار می‌گیرند. اختلال شخصیت همیشه همراه فرد هست و مختص به یک دوره خاص نیست. یک آدم Anti social که اختلال Anti social personality disorder دارد اصطلاحاً کسی است که قوانین جامعه برایش مهم نیست؛ یعنی قوانین را می‌فهمد اما می‌گوید چرا من باید فلان قانون را رعایت کنم یا مثلاً پشت چراغ قرمز بایستم و... معمولاً قاتل‌های سریالی (serial killer) آنتی‌سوشال هستند.

آنتی‌سوشال هیچ احساس گناهی ندارد، هر چیزی می‌خواهد باید همان لحظه به دست بیاورد؛ یعنی به صورت تکانشی عمل می‌کند و خیلی فکر نمی‌کند و صبرکردن یا اینکه حق دیگران را ضایع نکنم برایش معنی ندارد، بسیار دروغگو هست، صدمه‌زدن به دیگران برایش مهم نیست، تنبیه برایش کارآمد نیست؛ مثلاً به عنوان تنبیه اگر وی به زندان برود وقتی آزاد شود دوباره همان کار را تکرار می‌کند و معمولاً آدم‌های بسیار شیاد و باهوشی هم هستند.

اگر به DSM نگاه کنیم ۹ نوع تایپ شخصیتی تعریف شده که کتاب تنها به دو مورد آن اشاره کرده است. اگر ما ویژگی‌های خودمان را بررسی کنیم متوجه می‌شویم که به یکی از آنها نزدیک‌تریم مثلاً دانشجوی پزشکی دارای OCPD هست؛ یعنی آدم وسواسی‌ای اند و دقت دارند، به جزئیات دقت می‌کنند، تمایل دارند همه کارها را سر زمان انجام دهند، کمال‌گرایند و می‌توانند ساعت‌ها یک کار تکراری را انجام دهند پس (trait) ویژگی‌های شخصیتی کمک می‌کنند ما به‌سوی یک حرفه برویم و بتوانیم خودمان را توضیح دهیم. ولی

در صورتی که این ویژگی‌ها باعث اختلال در روابط بشوند اختلال به حساب می‌آیند که قابلیت درمان دارویی ندارد.

مثلاً امکان دارد فردی که دچار اختلال در شخصیت است و مدام در روابط شکست می‌خورد دچار افسردگی شود و افسردگی او قابل درمان باشد؛ اما اختلال شخصیتی او که موجب شکست خوردن مکرر او در روابطش با دارو درمان نمی‌شود و باید روند روان‌درمانی را شروع کند. باید این روند را شروع کند و مشککش را شناسایی کند و انگیزه برای درمان آن داشته باشد.

بر خلاف ادعای ما مبنی بر آگاهانه بودن رفتارهایمان ۸۰ درصد مواقع بر اساس ناخودآگاهمان عمل می‌کنیم؛ مثلاً فردی پس از شکست‌های مکرر در روابط متوجه می‌شود که شاید علت اصلی این شکست‌ها خود وی است پس بر روی مشککش تمرکز می‌کند و در روابطش آن را رعایت می‌کند؛ اما پس از چند ماه به ناخودآگاه خود بر می‌گردد و دوباره در رابطه به همان علت شکست می‌خورد. در این مواقع راهکار شرکت در جلسات روان‌درمانی و شناخت و فهم کامل مشکل است.



گردآورندگان

تایپیست ها

آرشام عسکری (سرگروه)

ملینا علیزاده

زهرا عزیزپور

امیرحسین نجفی

ویراست علمی

سجاد رضایی

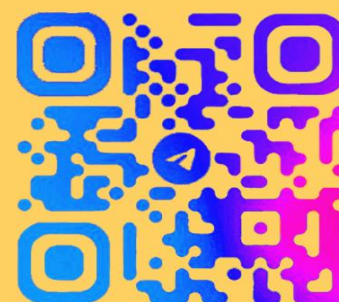
ویراست ادبی

آتیلدا ذاکری

محمدرضا شکوری

تدوینگر

آروین غلام زاده



جلسه 8 - روان شناسی استرس

فهرست:

- تعریف استرس
- خطرات استرس
- پزشکی رفتاری
- روانشناسی سلامت
- استرس و استرسور
- سیستم Stress-Response
- General Adaptation Syndrome
- Life events
- استرس و قلب
- استرس و آسیب پذیری به بیماری
- استرس و سیستم ایمنی
- استرس و سرطان
- استرس و شرطی سازی ایمنی
- کنار آمدن با استرس
- کنترل ادراک شده
- فلسفه زندگی
- حمایت اجتماعی
- کنترل کردن استرس
- سیستم بازخورد زیستی
- رفتار های وابسته به بیماری: استعمال سیگار/ فاکتور های موثر در مصرف سیگار/ راهکار های ترک سیگار/ برنامه های خودداری از مصرف سیگار/ چاقی/ BMI/ چاقی و مرگ و میر/ آثار اجتماعی چاقی/ Set Points and Metabolism/ فاکتور های ژنتیکی و فعالیت/ مصرف غذا/ Trading Risk/ کاهش وزن/ برنامه برای کاهش وزن/ فیزیولوژی چاقی/ پزشکی جایگزین



تعریف استرس

استرس علاوه بر اینکه جزء موضوعاتی است که ما در رابطه با بیماران و مراجعان با آن سروکار داریم، در مورد زندگی شخصی ما هم می‌تواند مفید باشد. به همین دلیل یک شاخه از روان‌شناسی به‌عنوان روان‌شناسی سلامت مطرح است.

موضوعات جلسه: استرس و استرسور، استرس چه اثراتی بر قلب دارد، تأثیر استرس بر آسیب‌پذیری (Susceptibility) در بیماری‌ها، راه‌های مقابله با استرس

استرس‌ها، شدید یا خفیف هستند. با توجه به نوع چالش‌هایی که در سازمان‌های مختلف برای در نظر گرفتن ایجاد استرس به وجود آمده، در کشور ما ممکن است استرس‌ها بیشتر باشند: برای مثال دانشجویان از موقع ثبت‌نام تا زمانی که وارد کلاس‌ها می‌شوند، انواع موانع را تجربه می‌کنند و این استرس را از همان ابتدا احساس می‌کنند.

صرف‌نظر از علت آن، استرس در بدن ما وجود دارد. استرس واکنشی است که در بدن ما و همه پستانداران وجود دارد و کارکرد اصلی آن یک سیستم اعلام خطر می‌باشد؛ همان‌طور که در ساختمان‌ها سیستمی برای اعلام خطر آتش‌سوزی داریم. استرس در بدن، ما را از خطرات آگاه می‌کند. در حیوانات نیز مثل گربه این استرس وجود دارد و اگر گربه دیگری وارد قلمرو آن شود، رفتارش تغییر می‌کند. مثلاً موهای آن سیخ می‌شود، پشتش انحنا پیدا می‌کند و گوش‌ها و دمش را بلند می‌کند. این گربه دچار استرس شده است تا ببیند که آیا می‌تواند با آن مقابله کند یا باید فرار کند. استرس همان واکنش fight and flight (ستیز و گریز) است.

مثلاً در آتش‌سوزی، اگر کوچک باشد سعی می‌کنیم آن را خاموش کنیم؛ اما اگر خاموش کردن آن از عهده ما خارج باشد، فرار می‌کنیم؛ بنابراین عملکرد استرس این است که در مقابل خطرات کاری انجام دهیم.

در زندگی امروز خطراتی که تهدیدکننده حیات باشد، نسبت به گذشته کم شده است. برای مثال استرس برای نمره امتحان و قبول شدن در آن خطر جانی برای ما ندارد. اما در خصوص انسان‌های اولیه، خطرات جانی زیادی آنها را تهدید می‌کرده است. در غار زندگی می‌کردند و وسایل و امکانات امروزی را نداشتند و ممکن بود حیوانی به آن‌ها حمله کند یا انسان‌های قبایل دیگر برای برداشتن غذا به آنها حمله کنند.

استرس از نظر تکاملی (evolutionary) ارزش بقایی داشته است. همان‌طور که ما از رده شامپانزه‌ها به سمت انسان تکامل پیدا کردیم. تا زمانی، ما چهار دست و پا روی زمین راه می‌رفتیم و بعد انسان راست‌قامت شد (homo erectus) و توانست بیشتر اوقات روی دو پا راه برود و این، کارکرد بقایی داشت؛ بنابراین احساس تسلط بیشتری می‌کرد و بعد مغزش هم کم‌کم بزرگ شد و انسان خردمند امروزی به وجود آمد. همه این‌ها ریشه در تکامل و نیازهایی که وجود داشته، دارد. استرس هم همین نقش را داشته است.

استرس به‌طور کلی خوب نیست. استرس جنبه‌های مثبتی هم دارد؛ برای مثال وقتی که آخر هفته مهمان داریم، اگر بی‌خیال باشیم، آمادگی برای پذیرایی از آنها را نداریم. یا اگر وظیفه‌ای به شما واگذار شود و اگر هیچ استرسی نداشته باشید، آن را انجام نمی‌دهید یا برای امتحان درس نمی‌خوانید؛ بنابراین درجانی از استرس می‌تواند مفید باشد و اگر کلاً بی‌خیال باشیم، زندگی تعطیل می‌شود.

حتی گاهی با دادن پول، استرس می‌خریم: مثل اکثر فعالیت‌های تفریحی که انجام می‌دهیم و آدرنالین آزاد می‌کند؛ بنابراین استرس همیشه چیز بدی نیست و می‌تواند باعث لذت ما شود.

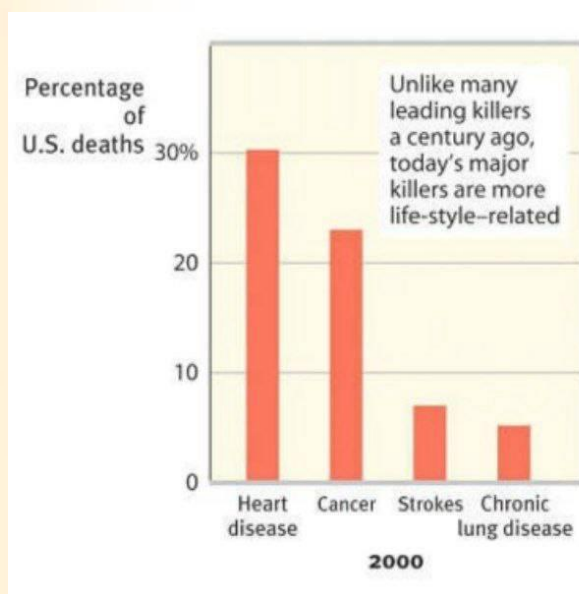
زمانی که شما سوار پاراگلایدر می‌شوید، همان مکانیزمی در بدن راه می‌افتد که اوباش با قمه به شما حمله می‌کنند. اما **احساس و تعبیر** در ذهن شما متفاوت است.

استرس ممکن است واقعی یا **perceived (ادراکی - ذهنی)** باشد. مثلاً یک نفر وارد کلاس می‌شود و دیگری به شوخی می‌گوید هرکس که دیر به کلاس رسیده، استاد درس را برایش حذف می‌کند و فرد دچار استرس می‌شود. حتی با دیدن فیلم ترسناک، با اینکه **می‌دانیم واقعی نیست**، می‌ترسیم.

در کلامی جامع در خصوص استرس موارد زیر قابل ذکر است:

1. حالت‌های روانی باعث بیماری‌های جسمی می‌شوند.
2. استرس، سلامت و رفاه کلی فرد را تهدید می‌کند.
3. وقتی استرس شدیدی را تجربه می‌کنیم، توانایی ما برای مقابله با آن دچار اختلال می‌شود.

خطرات استرس



عمده اختلالاتی که باعث مرگ می‌شوند در نمودار زیر نشان داده شده: بیماری قلبی، سرطان، سکته‌های مغزی (Strokes) و بیماری‌های ریوی مزمن (chronic lung disease). در کشور ما علت مرگ، بیماری‌های قلبی، حوادث و سرطان‌ها هستند. استرس با اکثر این موارد می‌تواند به صورت مستقیم یا غیرمستقیم ارتباط داشته باشد. مثلاً استرس باعث می‌شود افراد سیگار بکشند و سیگار باعث بیماری‌های مزمن ریوی می‌شود.

پزشکی رفتاری

شاخه‌ای از پزشکی به نام **پزشکی رفتاری (behavioral medicine)** وجود دارد. یعنی افراد چه رفتارهایی انجام می‌دهند که باعث بیماری می‌شود یا بیماری‌ها چه تأثیراتی روی رفتار افراد دارند. روان‌پزشکی با پزشکی رفتاری ارتباط نزدیکی دارد؛ ولی مثل هم نیستند.

روانشناسی سلامت

در روان‌شناسی رشته‌ای وجود دارد به نام health psychology. همه فیلدهای روان‌شناسی با بیماری ارتباط دارند. روان‌شناسی بالینی (clinical psychology) و روان‌شناسی سلامت (health psychology) با بیماری سروکار دارند. کارهای پژوهشی و درمانی که در روان‌شناسی سلامت انجام می‌شود، خیلی مرتبط با استرس است. مثلاً اینکه هیجان‌ها چه تأثیری بر زندگی و سلامت ما می‌گذارند و بیماری‌ها چه تأثیراتی می‌توانند از

نظر روان‌شناختی داشته باشند؟ رفتار ما در زمان بیماری چطوری است؟ چرا باوجود توصیه فراوان به سلامتی مردم اهمیتی نمی‌دهند؟ چرا برخی باورهای ضدسلامتی فرهنگی قوی است (خوردن ادرار شتر)

باورهای مردم در رابطه با سلامتی‌شان با کتب پزشکی متفاوت است و این باورها خیلی تعیین‌کننده هستند. باید این باورها را شناخت و نباید همه آنها را پذیرفت. برخی از آنها مشکلی ایجاد نمی‌کنند و می‌توان در پیشگیری هم از آنها استفاده کرد؛ ولی بعضی باورها مضر است؛ برای مثال خوردن ادرار شتر که ممکن است آلوده باشد و باید با آنها به شکل مناسبی مقابله کرد. **افزایش آگاهی مردم یکی از وظایف سیستم سلامتی است.**

در کلامی جامع می‌توان گفت:

CDC (Centers for disease Control) یا همان مرکز کنترل بیماری، ادعا می‌کند که نیمی از مرگ‌ها در آمریکا مرتبط با باورهای مردم است (سیگارکشیدن - مصرف الکل - رابطه جنسی غیر حفاظت شده - تمرین‌های ورزشی ناکافی - داروها - تغذیه ناکافی و فقر تغذیه‌ای)

پزشکان و روان‌شناسان میان رشته پزشکی رفتاری (Behavioral medicine) را که **دانش رفتاری** را با **دانش پزشکی** در هم مخلوط می‌کند، گسترش داده‌اند.

روانشناسی سلامت زمینه‌ای در روان‌شناسی است که در **پزشکی رفتاری** سهیم است و به آن کمک می‌کند. این زمینه **ویژگی‌های وابسته به استرس بیماری‌ها** را مطالعه می‌کند و سؤالات زیر را می‌پرسد:

1. چگونه احساسات و فاکتورهای شخصیتی بر ریسک بیماری‌ها اثر می‌گذارند؟
2. چه نگرش‌ها و رفتارهایی از بیماری‌ها جلوگیری می‌کنند و سلامت و رفاه را ارتقاء می‌دهند؟
3. چگونه ادراک ما استرس را تعیین می‌کند؟
4. ما چگونه می‌توانیم استرس را کاهش دهیم یا کنترل کنیم؟

استرسور

استرسورها همان عوامل استرس‌زا هستند. استرس، واکنشی **درونی** است که در درون ما اتفاق می‌افتد. استرسور عامل **بیرونی** است (خبر اینکه قرار است امتحان برگزار شود) و **تجربه‌ای** که شما دارید، استرس است.

وقتی که ما با یک استرسور (عامل استرس‌زا) مواجه می‌شویم چه اتفاقی در بدن ما می‌افتد؟

یک سری واکنش‌ها در بدن ما به وجود می‌آیند که در آن **جنگ و ستیز** نقش دارند.

واکنش‌ها می‌توانند **عصبی** باشند (سیستم اعصاب خودکار (سمپاتیک و پاراسمپاتیک)) که سریع عمل می‌کنند و فعال می‌شوند.

یک سری **تغییرات هورمونی** هم داریم که هورمون‌های مرتبط با استرس هم آزاد می‌شوند؛ مثل **آدرنالین**، **نورآدرنالین**، **کورتیزول** و غیره. اثراتی که دارند، به این نحو است که مثلاً خیلی از افراد وقتی تحت استرس‌اند، می‌گویند قلبم تندتند می‌زند یا تعریق دارم یا دچار مشکل گوارشی و ادراری می‌شوند یا تغییر رنگ صورت؛ اینها همه به دلیل **فعال‌شدن واکنش‌ها در بدن** هستند.

نکته بسیار مهم: استرس مفهوم پیچیده‌ای دارد. گاهی به‌عنوان **محرک** (Stimulus) دیده می‌شود و گاهی هم به‌عنوان **پاسخ** (Response). مثال محرک: نادیده‌گرفتن یک قرار ملاقات یا مثال‌هایی که در پاسخ سؤال زیر مطرح شده‌اند (چالش و تهدید) مثال پاسخ: تعریق دست در اثر استرس در جلسه امتحان؛

استرس تنها یک محرک یا پاسخ نیست. آن یک پروسه است که ما تهدیدها و چالش‌های محیطی را ارزیابی و با آن مقابله می‌کنیم.

اگر استرس‌زها **کوتاه‌مدت** باشند و یا به‌عنوان **چالش** در نظر گرفته شوند، **اثرات مثبتی** دارند؛ ولی اگر استرس **تهدیدکننده** یا **طولانی‌مدت** باشد، می‌تواند **زبان‌رسان** باشد.

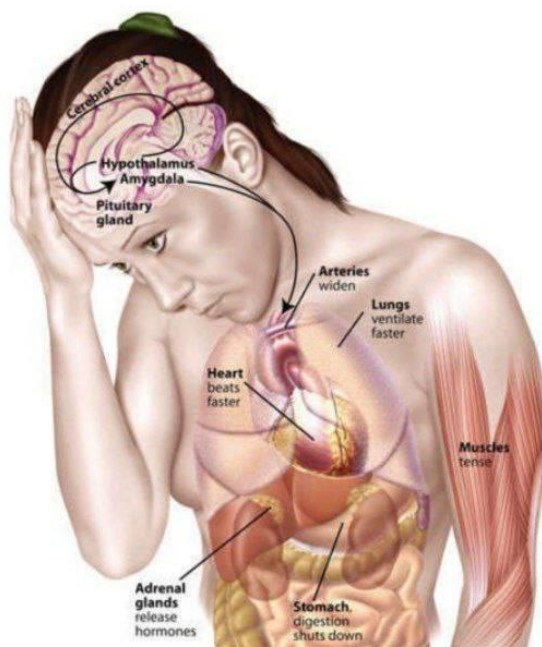
سیستم Stress Response

در اصل این مطلب مروری بر آنچه تا اینجا خواندیم از اسلاید استاد است و بسیار حائز اهمیت است:

کانون پیشنهاد داد که پاسخ استرسی که سریع است، یک **پاسخ ستیز یا گریز** است که با ترشح مقدار **زیادی** از هورمون‌های اپی‌نفرین (آدرنالین) و نوراپی‌نفرین (نورآدرنالین) از **غدد فوق‌کلیوی داخلی** (آدرنال) مشخص می‌شود.

این پاسخ باعث افزایش ضربان قلب و نرخ تنفس می‌شود، **قند و چربی بدن را بسیج می‌کند** (برای تامین انرژی سریع) و **حساسیت به درد را کاهش می‌دهد**.

برای درک بهتر به تصویر زیر توجه می‌کنیم:



1. Cerebral Cortex (قشر مخ)

- بخش بالایی مغزه که ورودی‌های حسی و شرایط را ارزیابی می‌کند.
- تصمیم می‌گیرد آیا چیزی استرس‌زاست یا نه.

2. Amygdala (آمیگدالا)

- مرکز پردازش احساس ترس، تهدید و اضطراب.
- آگه چیزی رو تهدیدآمیز تشخیص بده، پیام خطر رو به هیپوتالاموس می‌فرسته.

3. Hypothalamus (هیپوتالاموس)

- فرماندهی اصلی پاسخ به استرس.
- سیستم عصبی خودکار و غدد درون‌ریز رو فعال می‌کند.
- پیام می‌ده به هیپوفیز برای ترشح هورمون‌ها.

4. Pituitary Gland (هیپوفیز)

- «غده فرمانده» درون ریزهاست.
- هورمون ACTH ترشح می‌کند → باعث فعال شدن غده آدنای م. شه.

بدن و عضلات:

8. Muscles tense (سفت شدن عضلات)

- برای واکنش سریع فیزیکی: فرار یا دفاع.

سیستم گردش خون و تنفس:

5. Heart beats faster (افزایش ضربان قلب)

- برای پمپاژ سریع خون به عضلات و مغز.

6. Arteries widen (گشاد شدن شریان‌ها)

- افزایش جریان خون به بافت‌های حیاتی.

7. Lungs ventilate faster (افزایش تنفس)

- جذب اکسیژن بیشتر برای آماده‌سازی بدن جهت واکنش سریع.

دستگاه گوارش:

9. Stomach digestion shuts down (توقف هضم)

- بدن انرژی رو از سیستم گوارشی به عضلات و مغز منتقل می‌کند.
- این باعث تهوع، دل‌درد، یا بی‌اشتهایی موقع استرس می‌شه.

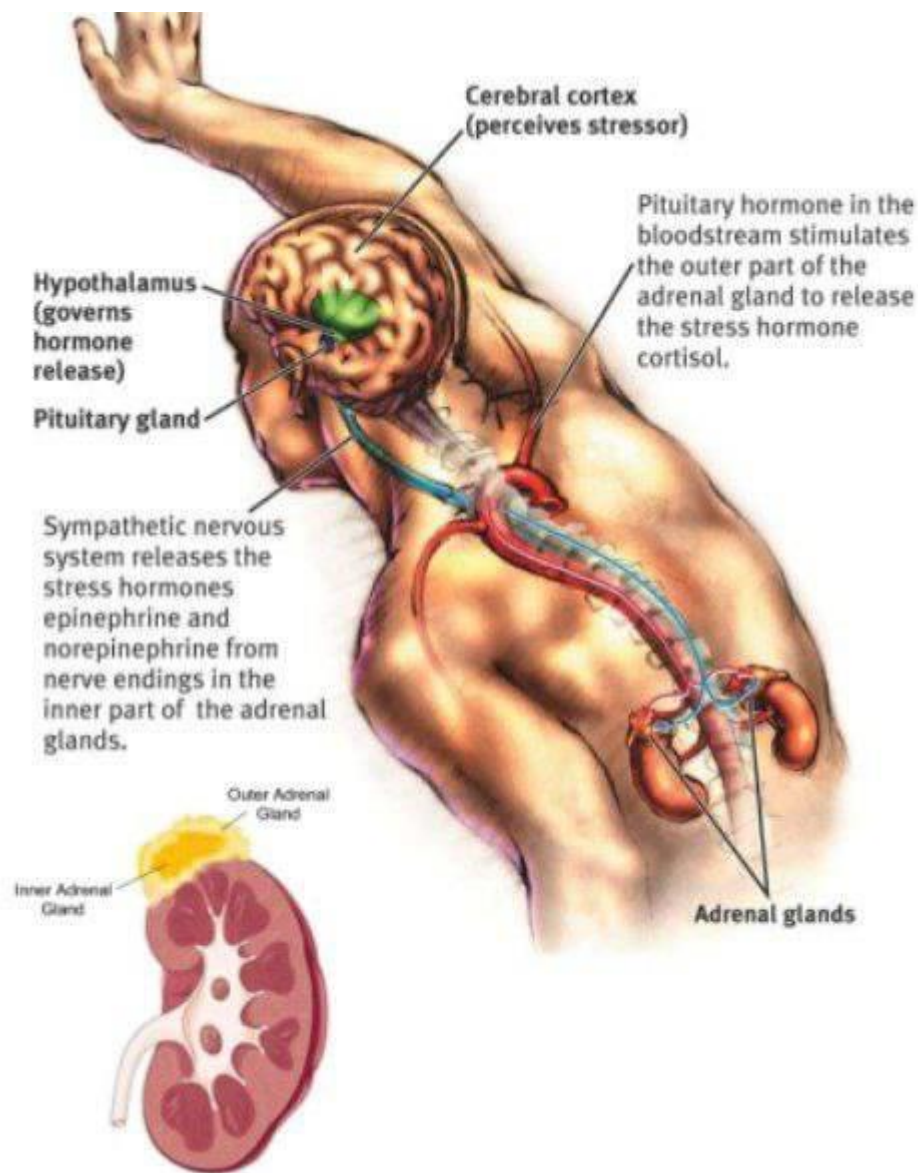
هورمون‌ها:

10. Adrenal glands release hormones (غدد فوق کلیه هورمون ترشح می‌کنند)

- اپی نفرین (آدرنالین) و نوراپی نفرین: فعال‌سازی سریع
- کورتیزول (در پاسخ بلندمدت‌تر): کمک به تأمین انرژی طولانی‌مدت

برای درک بهتر به تصاویر و توضیحات زیر نیز توجه می‌کنیم:

توضیح: هیپوتالاموس و غده هیپوفیز (Pituitary Gland) نیز به استرس پاسخ می‌دهند (آهسته): به وسیله تحریک غده آدرنال خارجی تا به ترشح گلوکوکورتیکوئید (Cortisol) پردازند.



صرفاً این نیست؛ یعنی ما به هر استرسوری یک واکنش واحد نشان نمی‌دهیم. مثلاً اولین بار که فیلم ترسناک می‌بینیم، خیلی می‌ترسیم ولی بعداً دیگر زیاد ترسناک نیست؛ بنابراین ارزیابی از موقعیت استرس‌زا هم مهم است.

به این **ارزیابی** که می‌کنیم، اگر به‌عنوان یک تهدید نگاه کنیم، واکنش ما متفاوت می‌شود. مثلاً اگر بگویند کلاس ادامه پیدا می‌کند، گاهی اوقات به‌عنوان تهدید نگاه می‌کنیم و شروع به بیرون رفتن از کلاس می‌کنیم. گاهی اوقات هم اتفاقی را به‌عنوان یک چالش در نظر می‌گیریم؛ مثلاً در انتخاب رشته دست به انتخاب پر چالش می‌زنیم؛ بنابراین این **پاسخ ما خیلی به ارزیابی ما بستگی دارد**.

در خصوص متن بالا حتماً به تصویر زیر توجه کنید:



محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال (HPA) که دو بخش اول در مغز هستند و آدرنال هم غده فوق کلیه است و خیلی از ارزیابی‌ها تحت تأثیر اینها هستند که می‌توانند واکنش‌های مختلفی را در جاهای مختلف بدن انجام دهند.

مطالعه آزاد این محور:

🎯 کاربرد در روان‌شناسی سلامت:

- محور HPA مستقیماً با استرس مزمن، افسردگی، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و بسیاری از بیماری‌های سایکوسوماتیک در ارتباط است.
- در افرادی که به طور مزمن در معرض استرس‌اند، این محور ممکن است دچار اختلال تنظیم شود، و ترشح کورتیزول به شکل غیرطبیعی بالا یا پایین بماند که برای سلامت روانی و جسمی زیان‌بار است.

حالا استرس که به وجود آمد، واکنش ما چه است؟

:General Adaptation Syndrome

مثلاً زلزله سال 82 بم جو بدی را به وجود آورده بود؛ ساختمان‌ها ریخته بودند، اکثر خانوارها عزیزی ازدست‌داده بودند؛ تمام ارزیابی‌ها که از نظر سلامت روان انجام می‌دادند، نشان می‌داد که آنها معیارهای

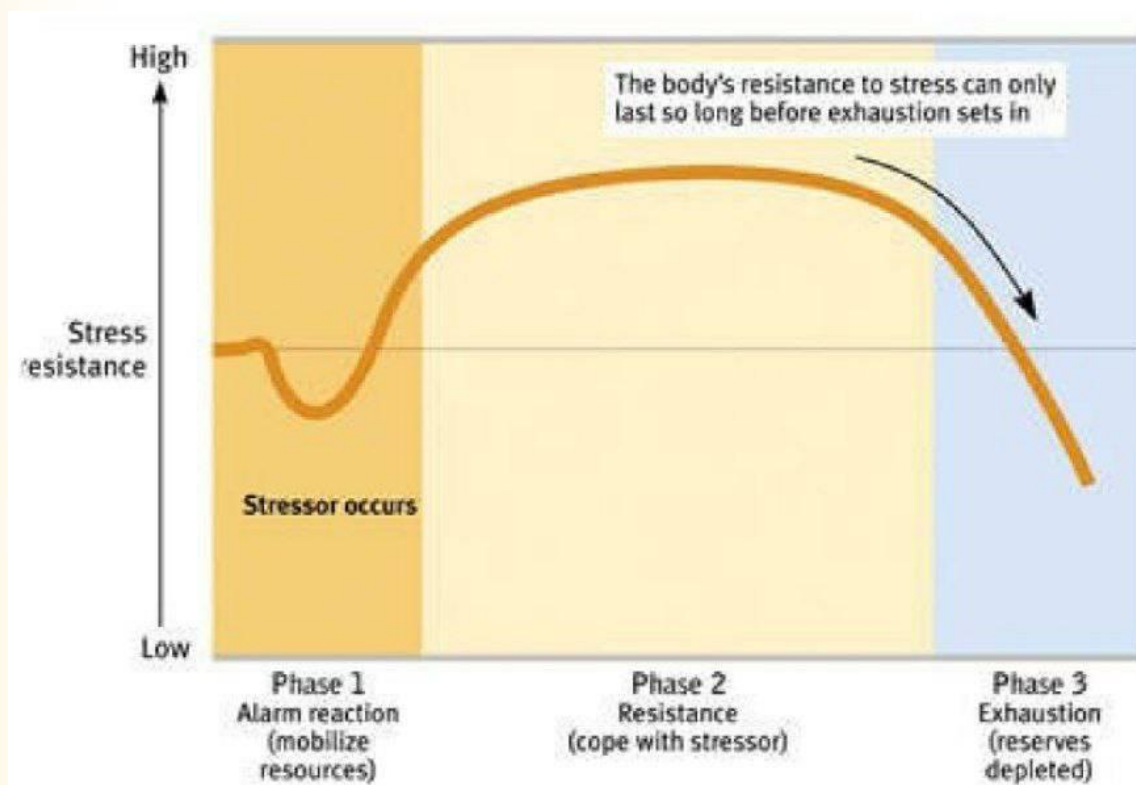
استرس حاد را داشتند. همین افراد به تدریج، وضعیت سلامت روانشان بهتر شد، یعنی اکثر انسان‌ها زمانی که یک استرس به وجود می‌آید، خیلی دچار **آشفته‌گی** می‌شوند؛ ولی به تدریج آداپته می‌شوند و به آن عادت می‌کنند؛ بنابراین یک حالتی داریم به نام **General Adaptation (GAS) Syndrome**. وقتی که فرد با یک استرسور مواجه می‌شود، **کم‌کم** می‌تواند با آن **خو** بگیرد؛ ولی همیشه این اتفاق نمی‌افتد. وقتی استرسور مزمن است، این آداپتیشن به هم می‌خورد و فرد ممکن است تحمل نکند و به سمت کارهای دیگر کشیده شود (در اصل GAS یک الگوی طبیعی پاسخ فیزیولوژیک بدن به استرس است).

بنا بر نظر Seyle پاسخ استرس مربوط به هر محرکی، مشابه است و فردی که دچار استرس می‌شود از 3 مرحله عبور می‌کند:

1. Alarm reaction (mobilize resources).

2. Resistance (Cope with stressor).

3. Exhaustion (Reserves depleted).



در نمودار، فاز یک، فاز **حاد** می‌باشد (همان‌طور که در نمودار مشخص است، ابتدا یک شوک و افت داریم و در همین مرحله ترشح آدرنالین را داریم).

فاز دو به حالت پایدار (Plateau) درمی‌آید.

و اگر ادامه پیدا کند، بدن خسته می‌شود که اکثر استرس‌های مزمن به این حالت هستند (عدم کارایی هورمون‌های استرس).

در کلامی جامع:

استرس 2 نوع دارد: 1. Adaptive.2 Maladaptive (یعنی کارآمد و ناکارآمد). نوع 1 به عنوان مثال در فرار ما جهت حفظ زندگی مان در یک موقعیت ترسناک یا استرس زا رخ می دهد و نوع 2 زمانی رخ می دهد که طولانی مدت باشد (استرس مزمن) که در این حالت ریسک بیماری و مشکلات سلامت را در ما بالا می برد.

توضیح بیشتر GAS

3 مرحله دارد که در تصویر زیر شرح داده شده است:

1. مرحله هشدار (Alarm Stage):

- بدن برای اولین بار با عامل استرس زا مواجه می شود.
- سیستم عصبی سمپاتیک فعال می شود.
- هورمون هایی مانند آدرنالین و کورتیزول ترشح می شوند.
- علائم: ضربان قلب بالا، افزایش فشار خون، افزایش قند خون، تنفس سریع (پاسخ جنگ یا گریز).

2. مرحله مقاومت (Resistance Stage):

- بدن تلاش می‌کند با عامل استرس‌زا سازگار شود.
- علائم ظاهری ممکن است کاهش یابد اما بدن در حال تلاش درونی برای حفظ تعادل (هومئوستاز) است.
- اگر استرس ادامه یابد، منابع بدن کم‌کم تحلیل می‌روند.

3. مرحله فرسودگی (Exhaustion Stage):

- اگر استرس طولانی‌مدت باشد و بدن نتواند به خوبی مقابله کند، منابع انرژی تخلیه می‌شوند.
- بدن دچار ضعف، بیماری، اختلال سیستم ایمنی، و حتی آسیب روانی یا جسمی می‌شود.

: اتفاقات و رویدادهای زندگی Life Events

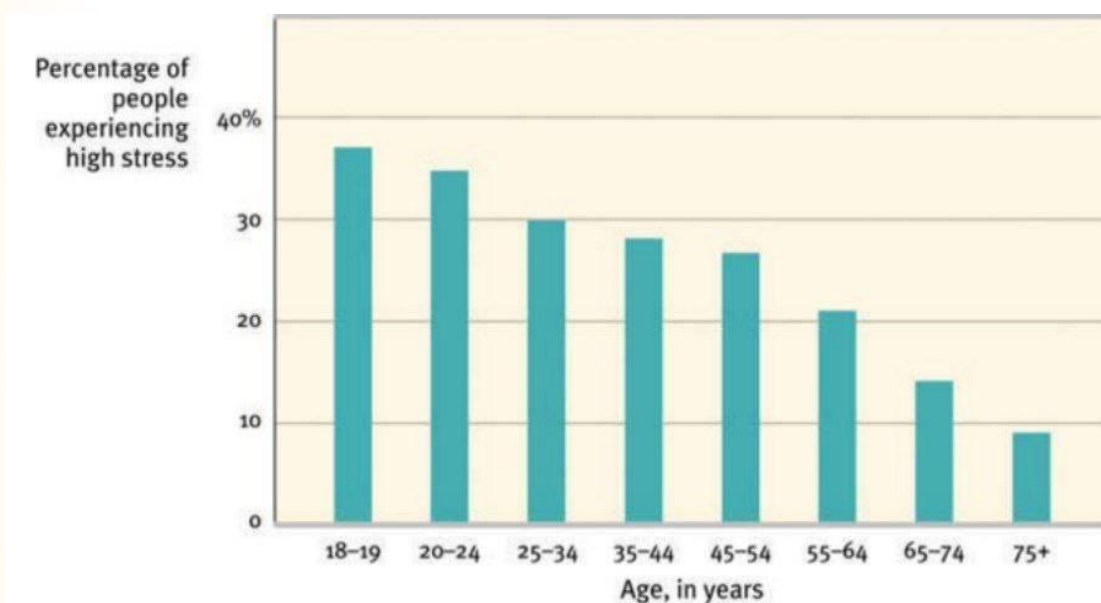
هر کدام از این لایف ایونت‌ها که استرس ایجاد می‌کنند، لزوماً اتفاقات بدی نیستند؛ بلکه اتفاقات خوب هم استرس ایجاد می‌کنند؛ اما بعضی از این اتفاقات فاجعه‌اند (Catastrophe) که دیگر نمی‌توان گفت خوب هستند؛ مثلاً زلزله و جنگ و سیل که سبب می‌شوند تا افراد دپرس، بی‌خواب و عصبی شوند.

ولی یک سری اتفاقات دیگر هم هست (Significant Life Changes) که فراگیر نیست؛ ولی ممکن است برای ما اتفاق بیفتد؛ مثلاً مرگ نزدیکان، طلاق، ازدست‌دادن شغل یا حتی ارتقای شغلی که ممکن است افراد را در برابر آسیب‌پذیری، آسیب‌پذیر کند.

بیشترین استرسی که در پژوهش‌ها دیده شده، مربوط به **مرگ همسر** است و بعد **مرگ فرزند**.

حتی اتفاقات خوب هم می‌توانند با استرس همراه باشند؛ مثل ارتقای شغلی ولی اگر لایف ایونت منفی باشد استرس بیشتری به همراه دارد.

ایا لایف ایونت‌ها در سنین متفاوت یک تأثیر را دارند؟ خیر (تصویر زیر را بررسی کنید)



مثلاً طلاق، ازدست‌دادن شغل و... می‌تواند فرد را به استرس و مریض‌شدن بکشاند.

پژوهش انجام شده نشان می‌دهد احتمال مرگ آقایانی که همسر خود را ازدست‌داده‌اند نسبت به همسرین همسردار خود، خیلی بالا می‌رود؛ ولی در مورد زنان به آن شدت نیست.

سؤال: در سنین متفاوت این لایف ایونت‌ها چقدر اثر می‌گذارند؟

هرچه سن فرد پایین‌تر باشد، تأثیر لایف ایونت‌ها بر سلامتی او بیشتر است؛ مثلاً اگر فردی در کودکی، والدین خود را از دست بدهد، سلامت‌ش بسیار به خطر می‌افتد (هم سلامت روانی و هم جسمی) ولی اگر کسی 50 سالش باشد و والدین خود را از دست دهد، آنقدر روی سلامتی او تأثیر نمی‌گذارد.

نباید فکر کنیم فقط زلزله و... روی سلامت تأثیر دارند. مسائل روزمره (daily hassles) هم تأثیر به سزایی دارند، مثلاً تحقیق کرده‌اند که یکی از عوامل خطرات قلبی، استرس محیط کار است؛ بنابراین **مسائل روزمره اگر چه کوچک به نظر می‌آیند؛ ولی نقش مهمی در سلامت ما دارند** و به همین دلیل است که بخش زیادی از پژوهش‌ها در مورد دل‌زدگی (Becoming burnt-out) است که پزشک‌ها یکی از این شغل‌ها هستند.

مطابق اسلایدها این موارد زیر از مهم‌ترین منابع استرس و عامل آسیب‌های سلامتی در اتفاقات روزمره است:

1. ترافیک ساعت شلوغی

2. صف‌های طولانی

3. استرس شغلی

4. دل‌زدگی

استرس و قلب (Stress and the Heart)



استرس می‌تواند از طریق تشکیل پلاک‌ها در رگ‌های کرونر منجر به بیماری قلبی شود. یکی از دلایل اصلی تشکیل پلاک‌ها، استرس است. بنابراین افراد خوشبین کمتر در معرض این بیماری قلبی هستند. در اصل، استرس فشارخون را بالا می‌برد که ممکن است ریشه در Coronary heart disease باشد: گرفتگی رگ‌هایی که ماهیچه قلب را تغذیه می‌کنند. بر اساس ارتباط بین استرس و بیماری رگ‌های کرونری، افراد به دو مدل شخصیتی تقسیم می‌شوند:

Personality Types (بر اساس 1974 Friedman and Roseman)

تایپ A: افرادی که منفی‌بین هستند - حرص و جوش زیاد می‌خورند - رقابتی هستند همیشه دنبال برتری نسبت به افراد دیگر هستند. - پرکار هستند - پرخاشگر کلامی - مستعد عصبانیت.

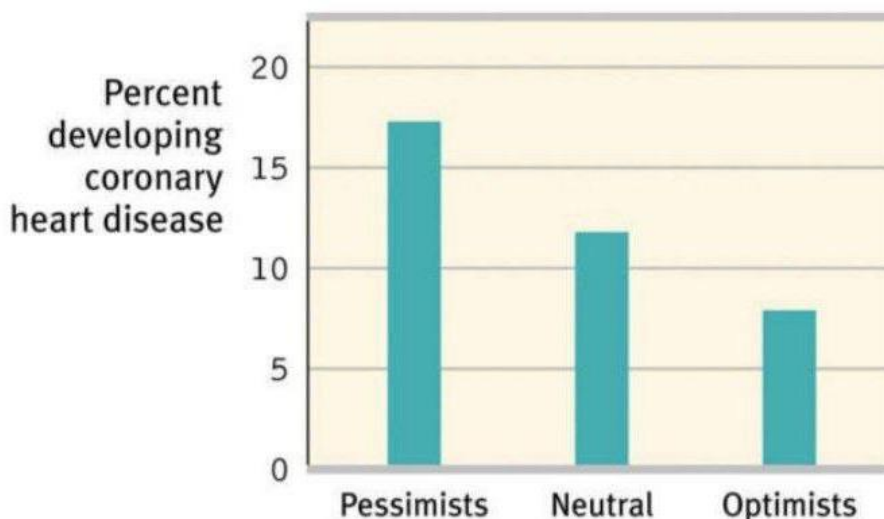
تایپ B: راحت و ریلکس‌تر هستند. کار خودشان را انجام می‌دهند و کاری به بقیه افراد ندارند. نسبت به دیگران حس بدبینی ندارند.

افراد تایپ A بیشتر به بیماری قلبی مبتلا می‌شوند.

افراد منفی‌بین و بدبین بیشتر در معرض بیماری قلبی هستند. مهم‌ترین عاملی که باعث بدبینی می‌شود، محیط زندگی و خانواده است. هرچند عامل ژنتیک نیز بی‌تأثیر نیست.

به اطلاعات تصویر زیر به‌خوبی دقت کنید:

Pessimistic adult men are twice as likely to develop heart disease over a 10-year period (Kubzansky et al., 2001).



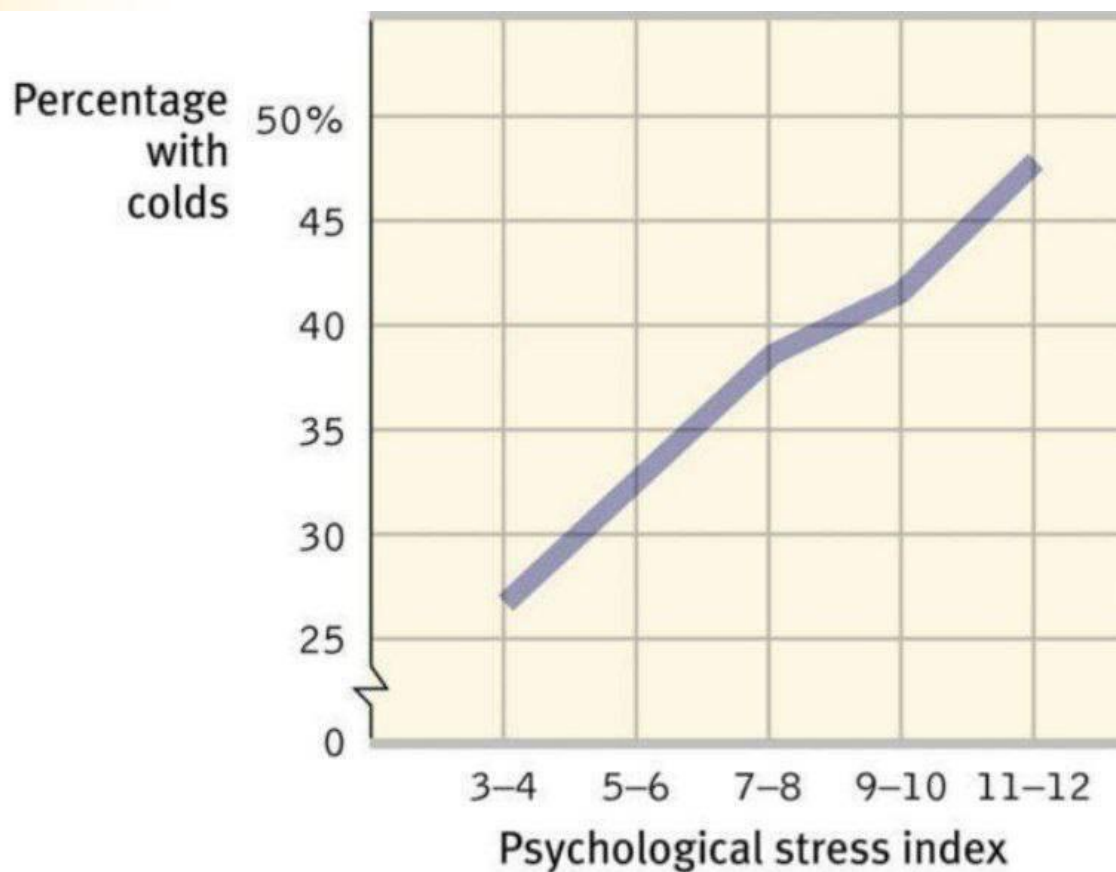
استرس و آسیب‌پذیری به بیماری (Stress & Susceptibility to Disease)

استرس می‌تواند منجر به افزایش آسیب‌پذیری به انواع بیماری شود؛ مثل فشارخون بالا و سردرد؛ گاهی نیز ممکن است فرد حالت عادی داشته باشد و سالم باشد؛ اما به علت استرس بالا احساس بیمار بودن به او دست دهد که به این حالت (Hypochondriasis) گفته می‌شود.

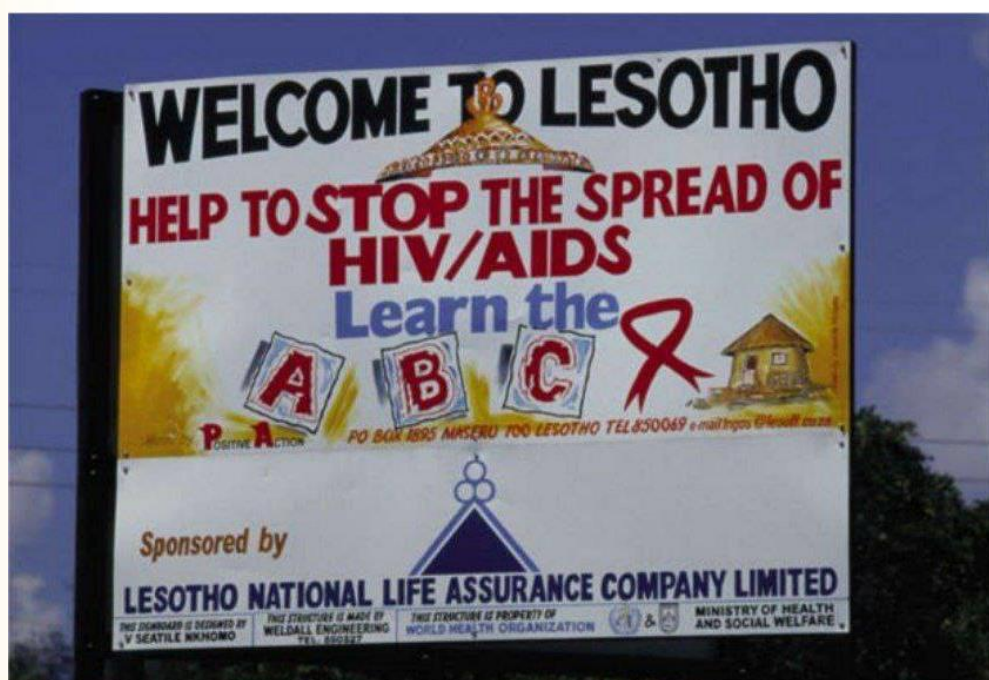
در اصل بیماری Psychophysical بیماری‌های Physical مرتبط با استرس مانند فشارخون بالا و سردرد است.

استرس و سیستم ایمنی (Stress and the Immune System)

استرس می‌تواند در کار سیستم ایمنی اختلال ایجاد کند. مطالعات نشان داده است افراد در موقعیت‌ها و دوره‌های با استرس بالا مثل دوران امتحانات برای دانشجویان یا به طور مثال مراقبت از فرد دارای بیماری آلزایمر، بیشتر در معرض انواع بیماری هستند. به طور مثال این‌گونه افراد بیشتر به سرماخوردگی مبتلا می‌شوند.



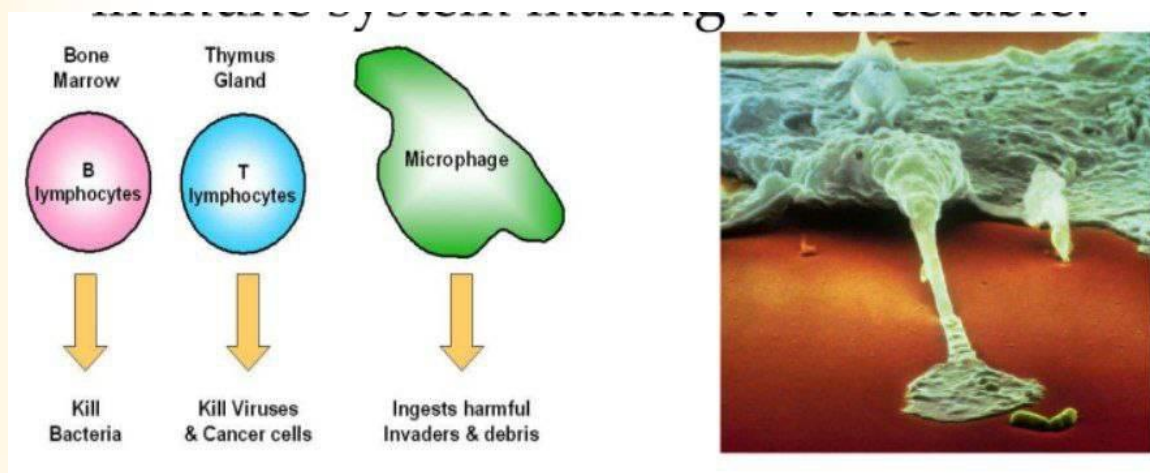
به نقش استرس در بیماری سرماخوردگی اشاره شد. همچنین استرس در اچ‌آی‌وی و پیشرفت آن به ایدز نیز مؤثر است.



UNAIDS/ G. Pirozzi

در حالت کلی و برای جمع‌بندی می‌توان گفت:

در سیستم ایمنی انسان لنفوسیت (B) با عفونت‌های باکتریایی مقابله می‌کند، لنفوسیت (T) به سرطان و ویروس‌ها حمله می‌کند و ماکروفاژها هم مواد خارجی را می‌بلعند، طی استرس، انرژی از دسترس سیستم ایمنی خارج می‌شود و آسیب‌پذیر می‌گردد.



21

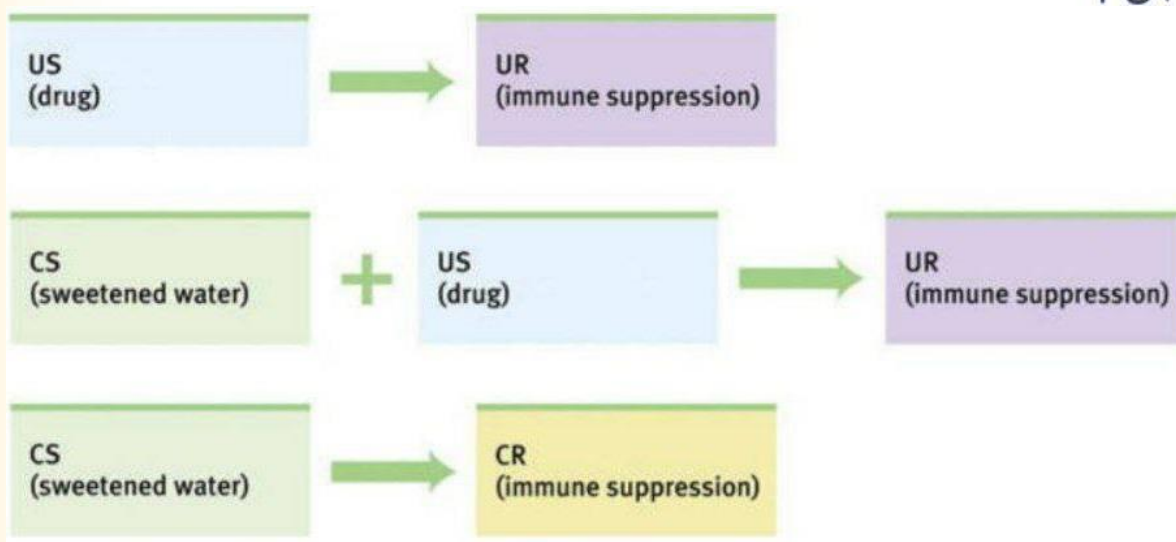
استرس و سرطان (Stress and the Cancer)

استرس به طور مستقیم در تشکیل سرطان نقش ندارد و سلول سرطانی نمی‌سازد؛ اما در **پیش‌آگاهی** از آن مؤثر است. به طور مثال هنگامی که فرد نشانه‌هایی از بیماری در خود می‌بیند؛ اما به دلیل استرس و ترس از اینکه به او اعلام کنند این بیماری، سرطان است از آزمایش و گرفتن نتیجه آن امتناع می‌کند. در بررسی دو نفر با یک سرطان یکسان، فردی که استرس کمتری دارد در مقابله با سرطان بهتر عمل می‌کند.

ولی محققان با تأثیر استرس در پیشرفت سرطان مخالفاند، همچنین موافقاند که جلوگیری از استرس و داشتن بینش امیدوار نمی‌تواند سرطان پیشرفته را معکوس کند.

استرس و شرطی‌سازی ایمنی (Immune Conditioning):

اگر سیستم ایمنی توسط شرطی‌سازی می‌تواند سرکوب شود (به تصویر و نکات زیر آن توجه کنید) پس محققان معتقدند که پاسخ‌های تقویت‌کننده سیستم ایمنی می‌توانند به صورت شرطی نهادینه شوند تا با بیماری‌های ویروسی مبارزه شود:



نمودار (فرآیند شرطی سازی):

مرحله 1: آموزش شرطی سازی

• **CS (Conditioned Stimulus) = Sweetened water**

(محرک شرطی: آب شیرین شده)

• **US (Unconditioned Stimulus) = Drug**

(محرک غیرشرطی: دارویی که سیستم ایمنی را سرکوب

م

→ **UR (Unconditioned Response) = Immune suppression**

(پاسخ غیرشرطی: سرکوب سیستم ایمنی)

مرحله 2: بعد از شرطی سازی

- به تنهایی CS (Sweetened water)
→ باعث ایجاد CR (Conditioned Response) = Immune suppression می شود.

یعنی فقط نوشیدن آب شیرین (بدون دارو) حالا به تنهایی باعث سرکوب سیستم ایمنی می شود چون مغز آن را با داروی سرکوبگر مرتبط می داند.

نتیجه گیری:

این آزمایش نشان می دهد که بدن می تواند پاسخ ایمنی را هم مانند سایر پاسخ ها یاد بگیرد و شرطی شود. بنابراین شاید بتوان از همین روش شرطی سازی برای تقویت سیستم ایمنی (نه فقط سرکوب آن) استفاده کرد تا در برابر ویروس ها و بیماری ها قوی تر عمل کند.

و در نهایت جمع بندی دودسته مطلبی که اخیراً بیان شد:

بیماری‌های ویروسی	سرطان پیشرفته	موضوع
بستگی زیادی به پاسخ ایمنی دارد	سلول‌های جهش یافته، تهاجمی، مقاوم	طبیعت بیماری
می‌توان پاسخ ایمنی را شرطی کرد	نقش محدود در درمان مستقیم	نقش ذهن و روان
✓ به‌طور غیرمستقیم بله (مثلاً از طریق شرطی‌سازی ایمنی)	✗ خیر	درمان با خوش‌بینی؟

تقویت سلامت: این امر عموماً با نبود بیماری تعریف می‌شود، فیزیولوژیست‌های سلامت بیان می‌دارند که تقویت سلامت با جلوگیری از بیماری و تقویت حالت خوب به دست می‌آید که تلاشی پایدار است.

کنار آمدن با استرس (Coping with Stress)

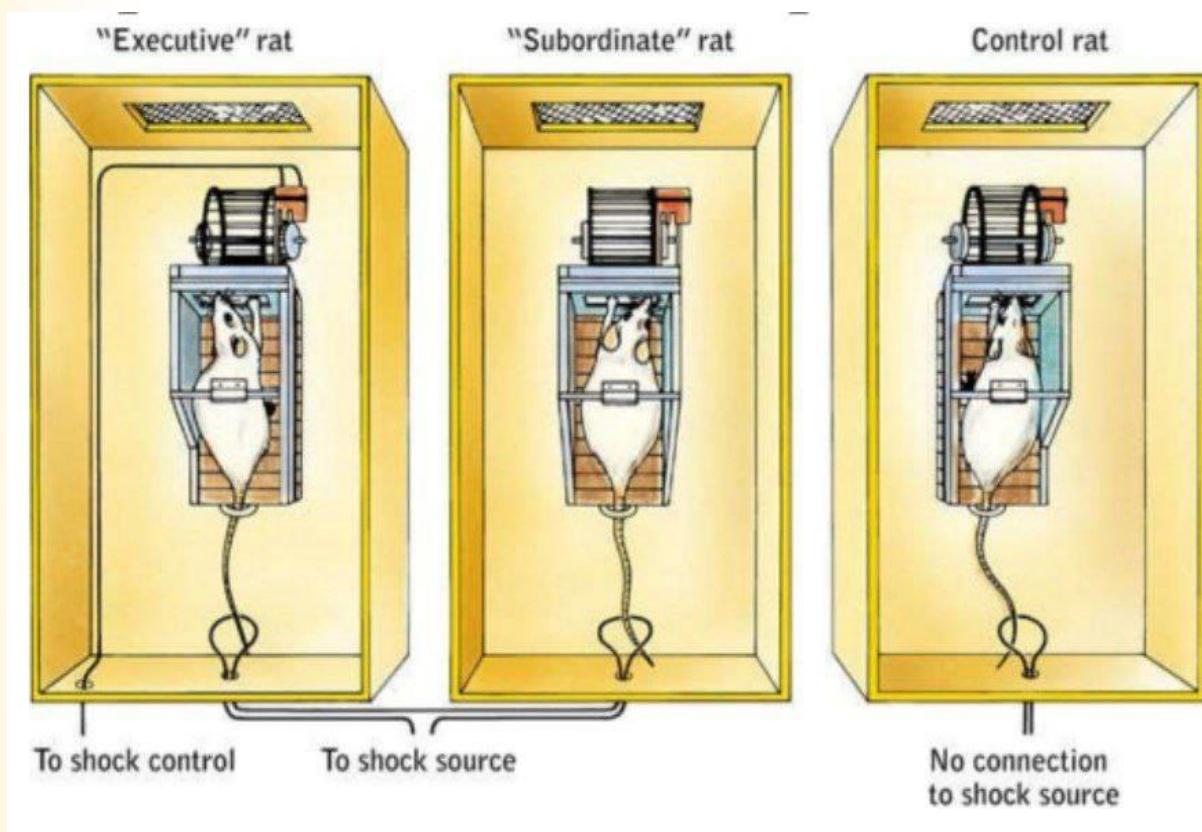
با معایب استرس برای سلامتی آشنا شدیم؛ حالا باید ببینیم چگونه با استرس کنار بیاییم. دو روش به طور عمده برای این منظور استفاده می‌شود:

1- Emotion-focused coping: این روش در مراحل اولیه استرس یا در مورد استرسور (عوامل استرس) که کاری از دست ما بر نمی‌آید، مفید و تأثیرگذار است. مثل رازونیز با خداوند - دعاکردن و نمازخواندن یا گریه کردن هنگام شنیدن خبر بد ناگهانی؛ اما این روش برای همه استرسورها کارساز نیست. در اصل باتوجه به نیازهای عاطفی خود واکنش نشان می‌دهیم.

2- problem-focused coping: از آنجاکه روش اول برای همه موارد کارساز نیست، روش دیگری که برای مقابله با استرس نیازمند آن هستیم، اقدام و تلاش برای حل مشکل و عامل استرس‌زا است و در اصل تغییر مواجهه ما با استرس است.

احساس کنترل یا کنترل ادراک شده (Perceived Control)

باتوجه به مطالعه‌ای که روی موش‌ها انجام شده، نشان می‌دهد که انسان اگر احساس کند روی مسئله‌ای کنترل دارد، استرس آن کمتر می‌شود؛ حتی اگر آن احساس کاذب باشد و اگر احساس کند هیچ کنترلی روی آن ندارد، باعث افزایش استرس می‌شود.



1 (موش مدیر یا کنترل گر) "Executive Rat"

- در این قفس، موش دکمه‌ای دارد.
- هر وقت شوک الکتریکی داده می‌شه، اگر دکمه رو فشار بده، شوک قطع می‌شه.
- یعنی کنترل داره روی منبع استرس.

معمولاً این موش‌ها کمتر آسیب روانی یا فیزیکی می‌بینن چون حس می‌کنن که اوضاع تحت کنترله.

2 "Subordinate Rat" (موش زیردست)

- این موش هم دقیقاً هم‌زمان با موش اول شوک می‌گیرد، ولی...
- دکمه‌ای ندارد، هیچ کاری نمی‌تونه بکنه.
- شوک بهش وارد می‌شه چون موش اول دکمه رو زده یا دیر زده.

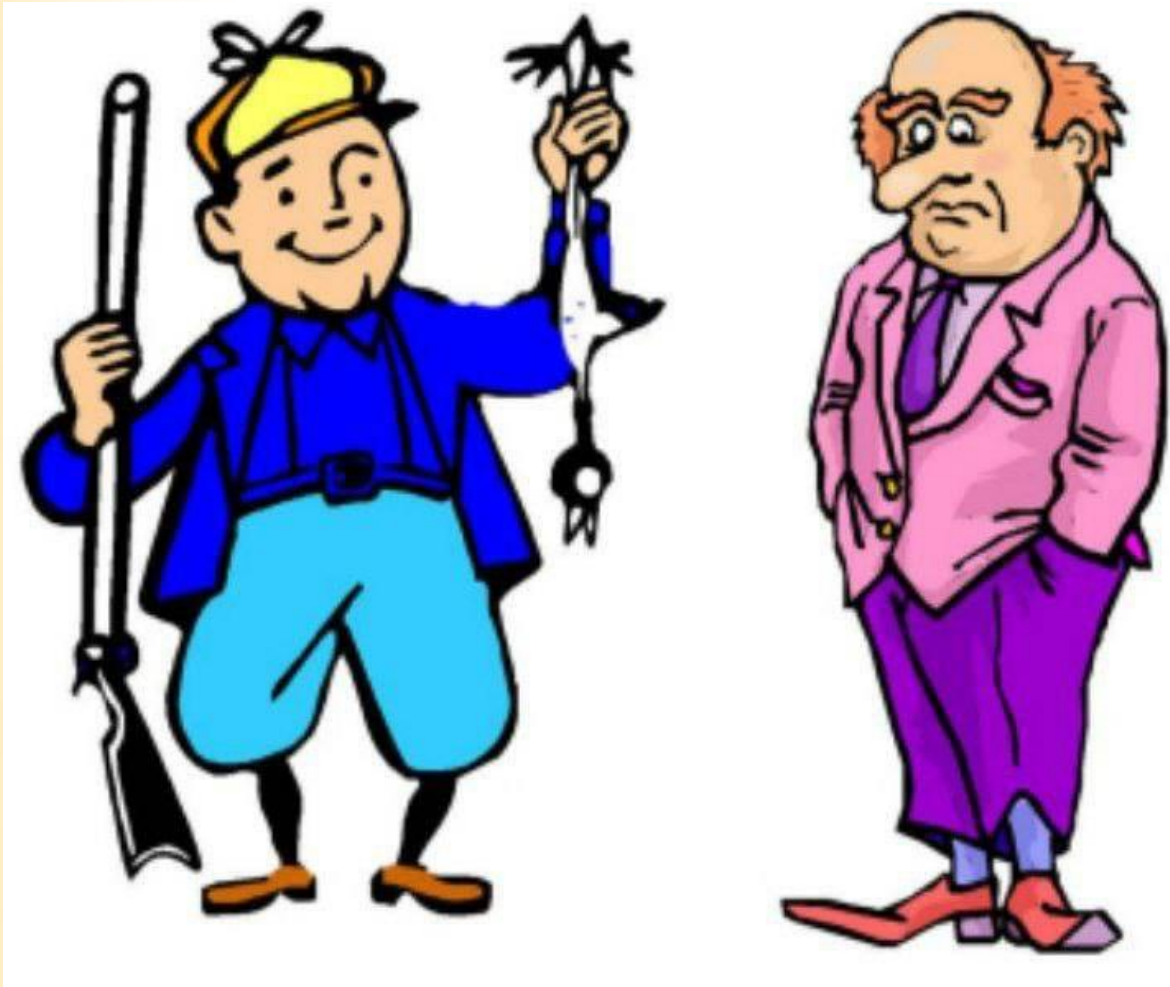
● این موش بدترین شرایط رو داره:
شوک رو دریافت می‌کنه ولی هیچ کنترلی نداره →
بیشترین استرس و آسیب رو تجربه می‌کنه.

3 "Control Rat" (موش شاهد)

- اصلاً هیچ شوکی دریافت نمی‌کنه.
- فقط در محیط مشابه نگهداری شده.

فلسفه زندگی (Explanatory Style)

یکی از عوامل مهم مقابله با استرس است، ما بعضی از اوقات افرادی را می‌بینیم که سطح زندگی پایین‌تری دارند؛ اما با همان سبک زندگی، خوش هستند؛ زیرا نگاه و فلسفه زندگی آنها (Explanatory Style) فرق می‌کند و خوش‌بینانه است؛ اما ممکن است افرادی که با سطح زندگی بهتری روبه‌رو باشند، خوشحال نباشند و نتوانند با استرس مقابله کنند؛ بنابراین Explanatory Style در نحوه کنار آمدن با مسائل بسیار مهم است. همچنین افراد خوش‌بین کنترل بیشتری بر استرسورها دارند، حال بهتری دارند و سیستم ایمنی قوی‌تری نیز دارند.

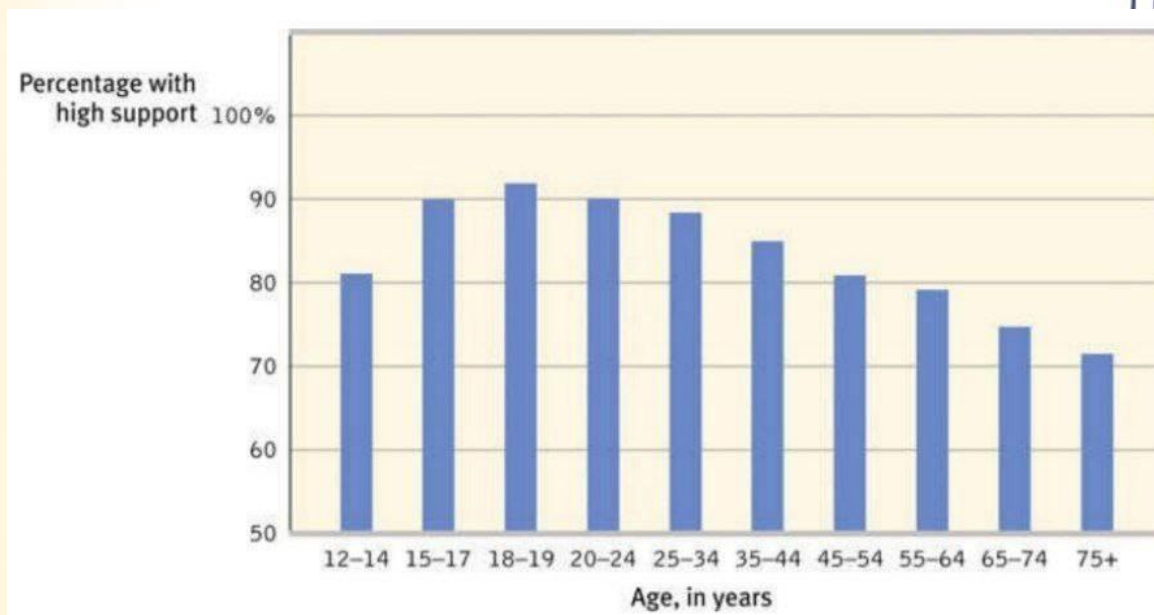


حمایت اجتماعی (Social Support)

چیزی که انسان‌ها باید خیلی روی آن سرمایه‌گذاری کنند، **شبکه اجتماعی** است. ما یک شبکه اجتماعی داریم که خودمان آن را انتخاب نکرده‌ایم مثل پدر و مادر، خواهر و برادر و اقوام نزدیک؛ اینها خوب هستند؛ ولی شبکه اجتماعی دیگری وجود دارد که هر کس می‌تواند آن را برای خود بسازد؛ مثل دوستان. اگر این شبکه اجتماعی فرد را حمایت کند، فرد در مقابله با استرس بهتر عمل می‌کند. البته دولت و شهرداری نیز در امر Social Support نقش مهمی ایفا می‌کنند.

اسلاید:

اعضای خانواده، همسر و دوستان نزدیک که حمایتگر باشند، می‌توانند کمک کنند تا راحت‌تر با استرس مقابله کنیم؛ در اصل همین **عملکرد سیستم ایمنی (که توضیح دادیم)، فشارخون را کاهش و سیستم قلبی عروقی را آرام می‌کند.**

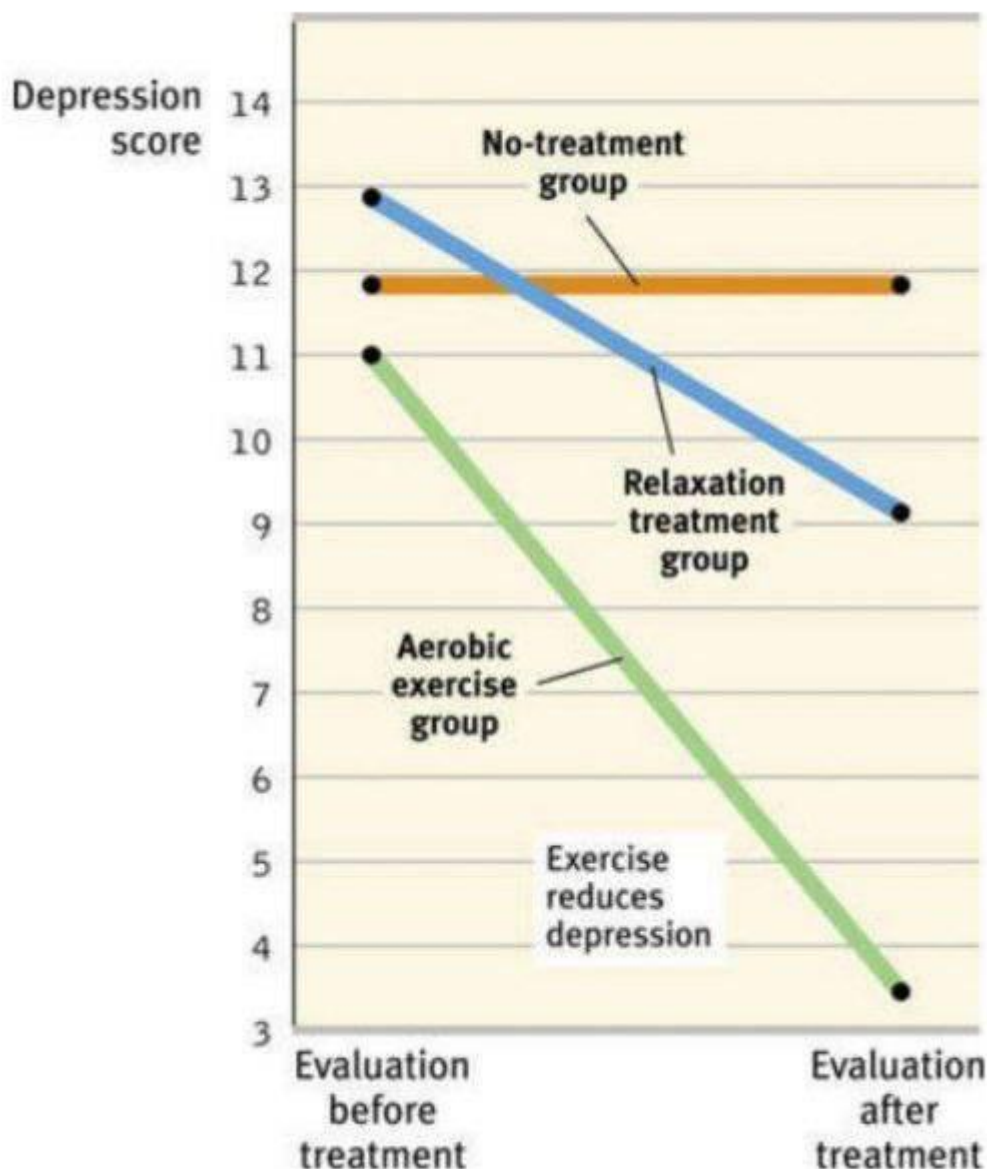


کنترل کردن استرس (Managing stress)

داشتن حس کنترل، فلسفه زندگی خوش بینانه و حمایت اجتماعی می تواند استرس را کاهش دهد و سلامت را ارتقاء.

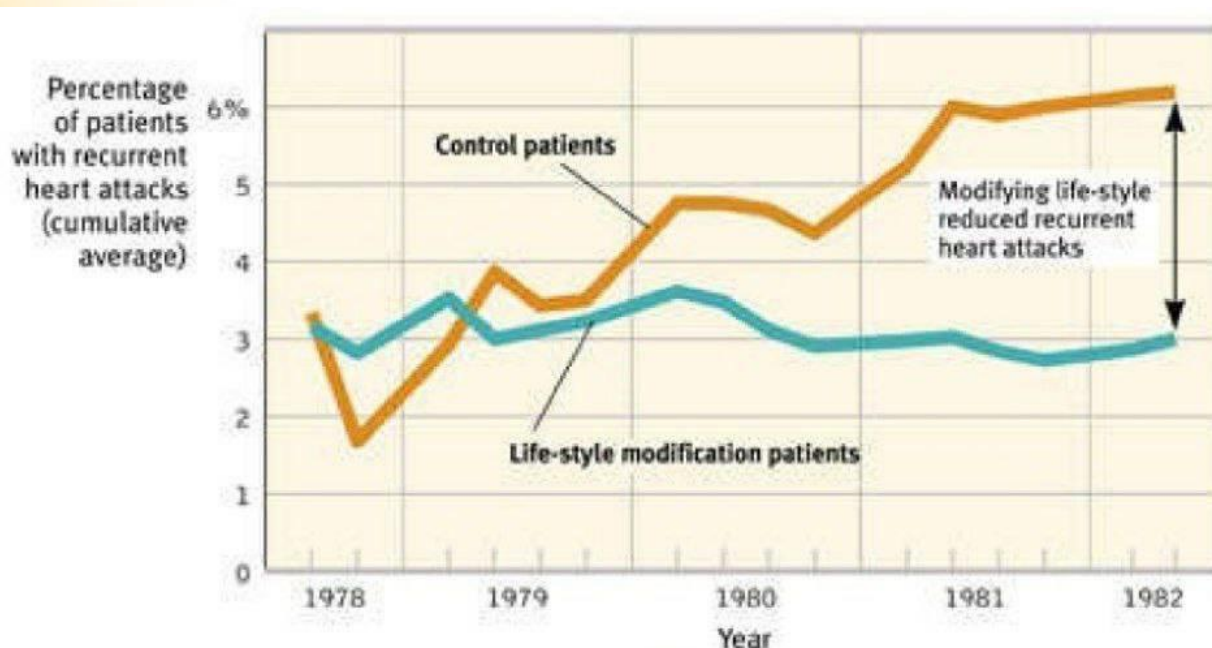
بنابراین، ورزش هم می تواند استرس را کاهش دهد. اگر شما ورزش منظم جزء عادات زندگی تان است، آدم بسیار خوشبختی هستید؛ زیرا استرسور را بهتر تحمل می کنید؛ بنابراین فکر نکنید با شاگرد اول شدن برد کرده اید. لزوماً شاگرد اول نباشید؛ اما ورزشکار هم باشید. درس تان خوب باشد؛ اما ورزش هم بکنید و برای ورزش هم باید وقت بگذارید. ورزش می تواند روحیه را تقویت بکند، توانایی مقابله با استرس ها را بهتر بکند. بین ورزش ها، ورزش آیروبیک بهتر است؛ یعنی فقط اینکه به دنبال وزنه زدن و... بودن، نمی تواند کمک کننده باشد. **ورزش های استاتیک به تنهایی مناسب نیستند. باید حتماً ورزش آیروبیک هم باشد.** هوازی خیلی مهم است. البته الان توصیه این است که ترکیبی از این دو تا را انجام دهید **به خصوص وقتی سن بالا می رود هوازی به تنهایی کافی نیست و حتماً باید استاتیک هم همراهش باشد.**

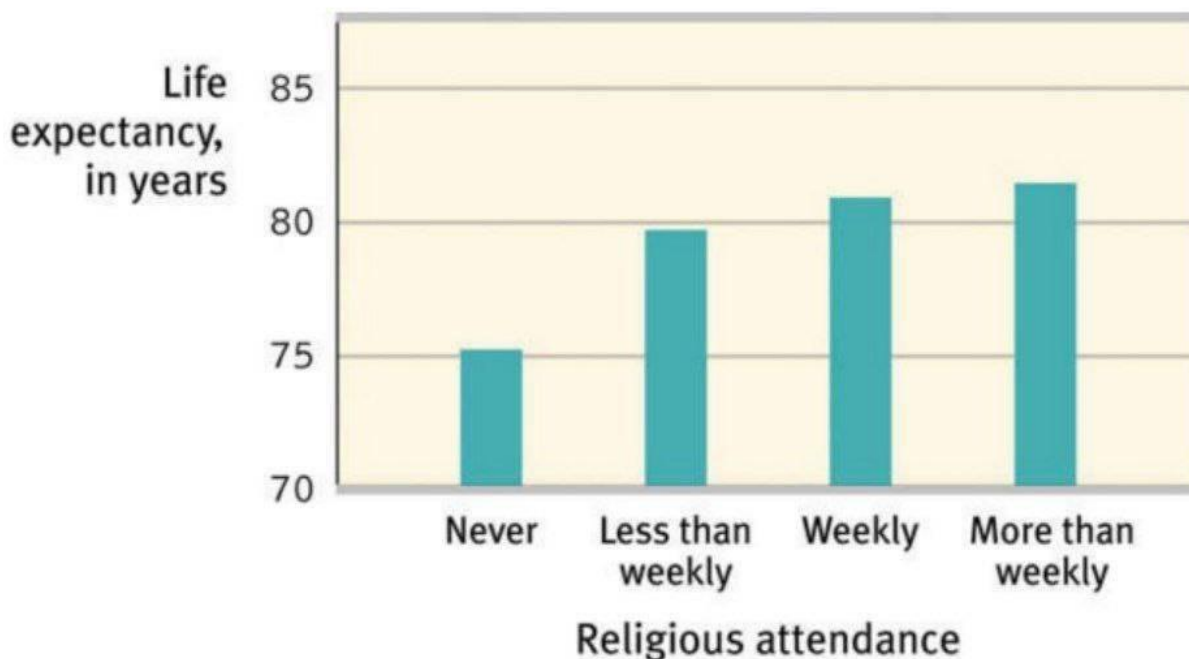
پس در حالت کلی ورزش هوازی می تواند 1. حالت خوب 2. انرژی 3. اعتماد به نفس را افزایش و تنش، دپرس بودن و اضطراب را کاهش دهد:



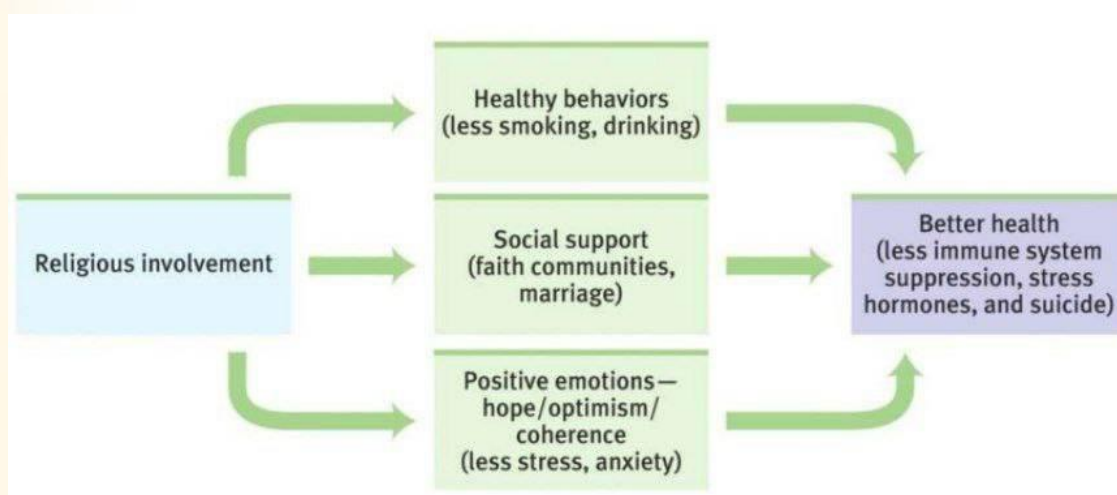
یک سری روش‌ها هم وجود دارد که شما می‌توانید خودتان یاد بگیرید و می‌توانند کمک‌کننده باشد. مثل ریلکسیشن یعنی چطور می‌توانیم خودمان را ریلکس کنیم. یا مدیتیشن. اینها جزو مهارت‌هایی است که شما باید دنبالش باشید تا یاد بگیرید. گاهی اوقات شما با یک‌سری موارد دیگر هم ریلکس می‌شوید؛ مثلاً کسی نماز می‌خواند و ریلکس می‌شود، کسی موسیقی گوش می‌دهد و ریلکس می‌شود. کسی با دوستش حرف می‌زند و.... همه اینها می‌توانند روش‌هایی برای ریلکسیشن باشند. ولی روش‌های خاصی هم وجود دارد؛ یعنی متدی که اختصاصاً برای ریلکسیشن باشد صرف‌نظر اینکه شما چه کار می‌کنید، می‌توانید به کار بگیرید و به بیماران هم بگویید که استفاده کنند. لایفاستایل خیلی مهم است، به‌خاطر تأثیری که لایفاستایل روی بیماری‌های قلبی گذاشته، یکی از برنامه‌های کشورها برای کاهش بیماری‌های قلبی تغییر سبک زندگی **آدم‌هاست**. کاری که در کشور ما متأسفانه از آن غفلت می‌کنیم. بیمارستان‌های قلب خیلی عالی داریم. همراه با انواع تجهیزات آنژیوگرافی، جراحی قلب و ... ولی هیچ‌کس از ما نمی‌پرسد که مثلاً فشارخون چه قدر است، نمک چقدر می‌خوری، فست‌فود چقدر می‌خوری، چقدر در روز راه می‌روی. گفتند که اگر کسی زیر ۶۰۰۰ قدم در

روز راه برو، اصلاً موجود زنده محسوب نمی‌شود. حتماً باید تحرک داشته باشیم؛ ولی کسی این‌ها را به ما نمی‌گوید؛ بنابراین تغییر سبک زندگی یکی از چیزهای خیلی کم‌هزینه ولی سخت است. **هزینه‌اش برای خود فرد و کشورها خیلی کم است؛ اما سخت است.** یعنی خیلی راحت‌تر است که به ما بگویند فلان قرص را بخور تا فلان مریضی قلبی‌ات خوب شود تا بگویند؛ مثلاً روزی نیم ساعت ورزش کن. اکثر مردم ما قرص را انتخاب می‌کنند. می‌گویند من قرص می‌خورم. ولی تغییر سبک زندگی عامل مهمی برای کم‌کردن بیماری‌ها است. **داشتن یک دیدگاه معنوی می‌تواند کمک بکند.** معنوی لزوماً به معنی مذهبی نیست. به یک‌معنایی اعتقاد دارد؛ بنابراین افرادی که به یک چیزی اعتقاد دارند، می‌توانند استرس را بهتر تحمل کنند و این می‌تواند به سلامتی آنها کمک کند. در اصل یک بینش اعتقادی منظم عامل پیش‌بینی‌گر قابل‌اعتمادی در طول عمر طولانی‌تر و کاهش ریسک مرگ‌ومیر است.



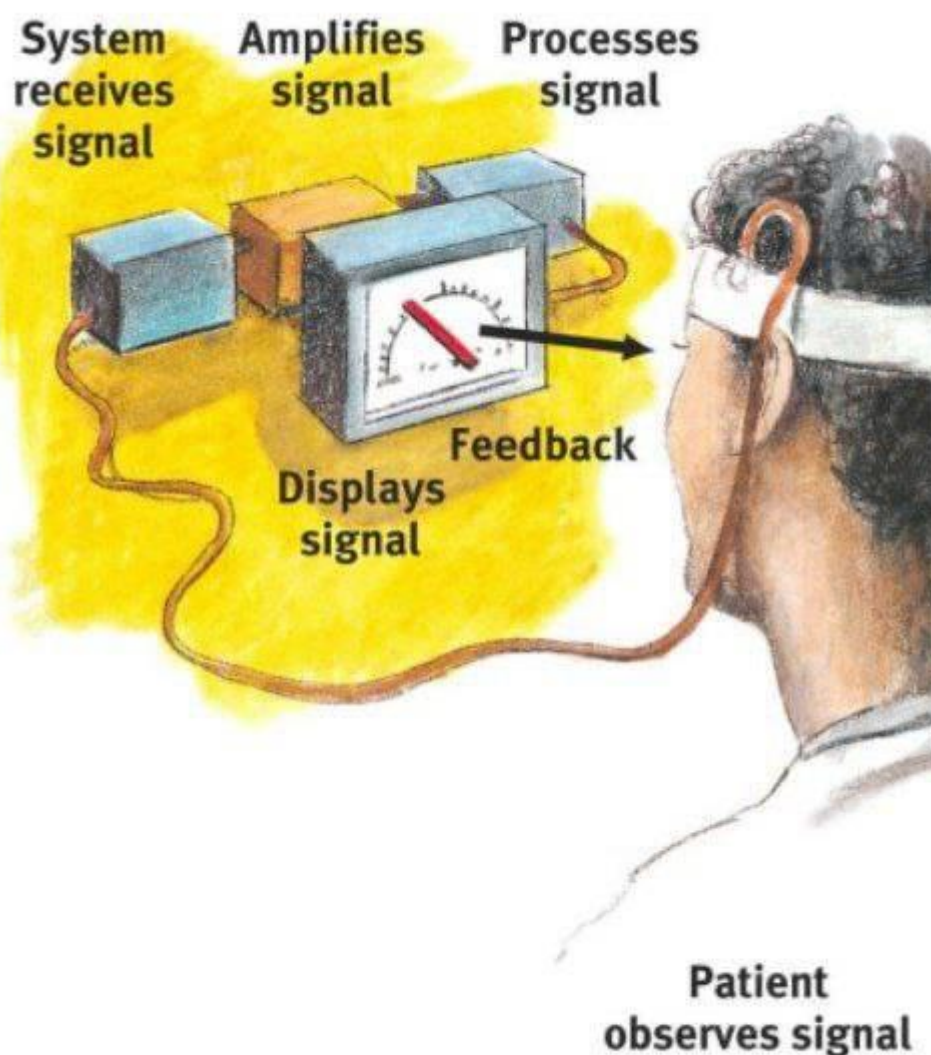


3 عامل مهم که درگیر بودن فعالیت‌های معنوی در زندگی را به سلامت بهتر متصل می‌کند:



سیستم بازخورد زیستی (Biofeedback System)

سیستم‌های بازخورد زیستی از دستگاه‌های الکترونیکی استفاده می‌کنند تا افراد را از پاسخ‌های فیزیولوژیکی بدنشان آگاه کنند و فرصتی به آنها می‌دهند تا پاسخ‌شان را تا محدوده‌ای سالم‌تر بالا ببرند. ریلکسیشن و مدیتیشن اثر مشابهی در کاهش تنش و اضطراب دارند:



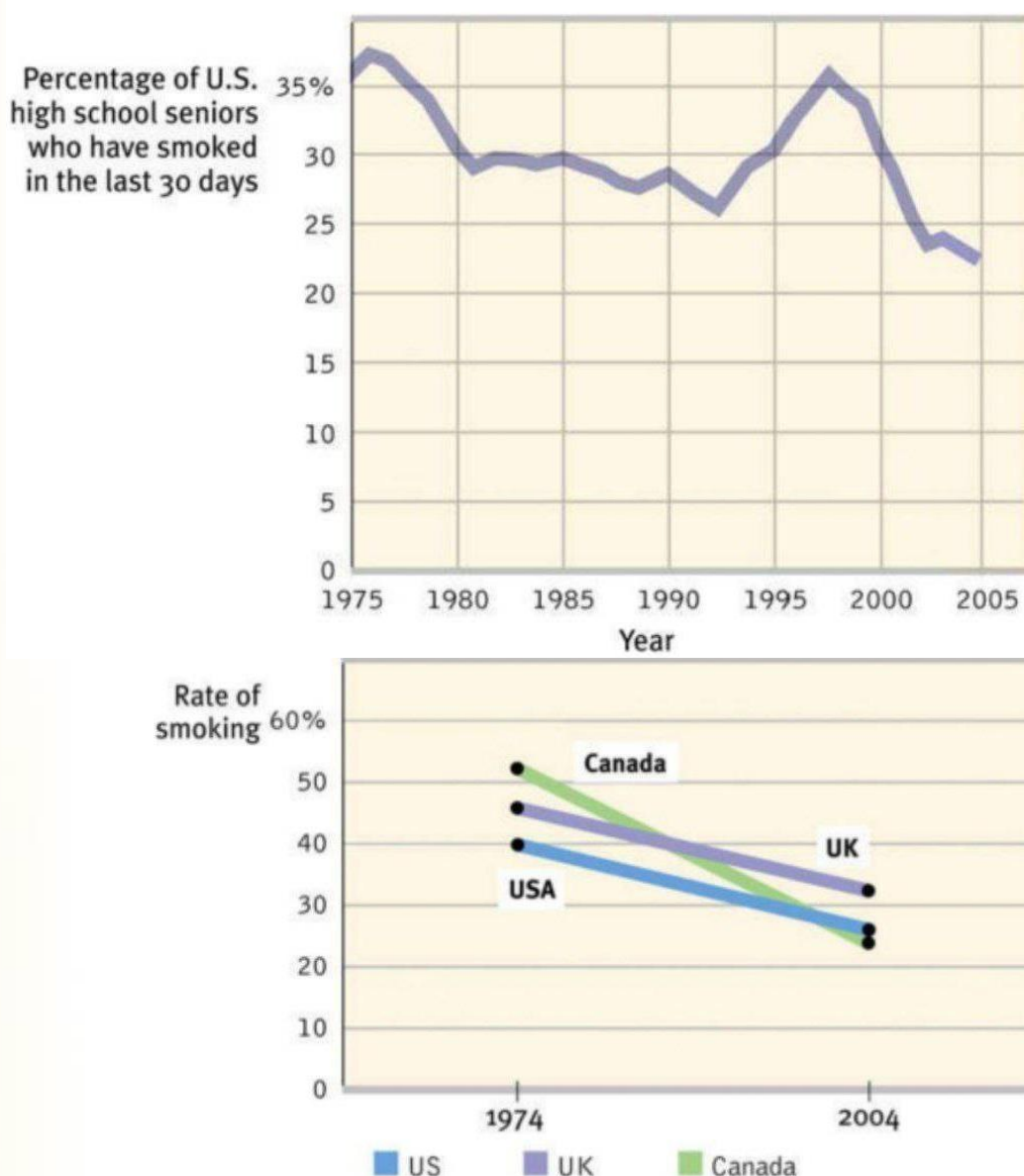
رفتار های وابسته به بیماری (Illness-related Behaviors):

1. استعمال سیگار:

مسئله سیگار کشیدن باز عاملی است برای بیماری‌ها که در حوزه به‌خصوص بیماری‌های قلبی، سرطان و... سیگار کشیدن خیلی اهمیت دارد. این ستون‌ها را ببینید. اگر شما روی اینها سرمایه‌گذاری کنید، می‌بینید که چقدر مرگ‌ومیر را می‌تواند کم کند. قتل و جنایت، اچ‌آی‌وی، ایدز، بیماری‌ها، حوادث جاده‌ای و... این‌ها دلایل مرگ در کشور ما هستند که حالا اگر کشوری فقط روی مسئله سیگار کشیدن کار کند، می‌بیند که چقدر از مرگ‌ومیر کم می‌شود.

یکی از دلایل اصلی که اکنون مصرف سیگار در کشورهای غربی خیلی پایین آمده، مالیات‌های سنگینی است که روی سیگار بسته‌اند؛ بنابراین افراد به‌راحتی نمی‌توانند سیگار را تهیه کنند. البته در فرهنگ‌شان هم این خیلی جاافتاده. یعنی الان در کشورهای اروپایی اگر کسی سیگار بکشد، او را یک آدم خیلی سطح پایین می‌دانند. آدم قابل‌قبولی نمی‌دانند. در حالی که مثلاً ۶۰، ۷۰ سال پیش اکثر روشن‌فکران و انسان‌های باکلاس جامعه

سیگاری بودند. ولی الان اگر فردی که نخبه جامعه است سیگار بکشد، او را قبولش ندارند؛ بنابراین سعی می‌کنند که این کار را حداقل در انظار عمومی انجام ندهند؛ بنابراین سیگار یک مسئله مهم در سلامتی است. در اصل مصرف سیگار در غرب به‌خصوص در گروه‌های **اجتماعی - اقتصادی** و **تحصیل‌کرده** کاهش یافته است:



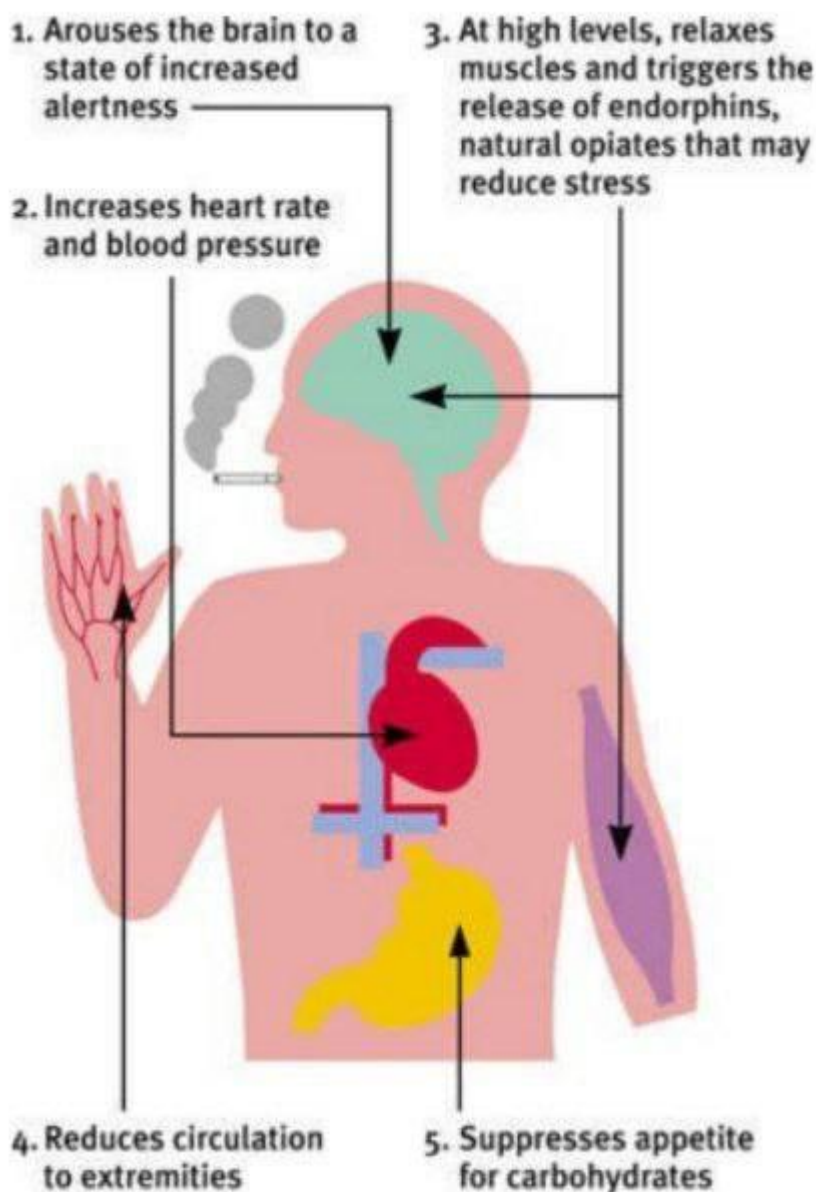
حالا این سؤال هم مطرح می‌شود که چرا انسان‌ها باوجوداینکه این‌همه می‌گویند سیگار مضر است، مجدد مصرف سیگار را ادامه می‌دهند؛ این برمی‌گردد به مسیر لذت و عادت. سیگار چیزی است که مسیر لذت را در مغز افراد فعال می‌کند. آن چیزی هم که باعث تداوم مصرف سیگار می‌شود، نیکوتین است. این نیکوتین برای مغز لذت‌بخش است و باعث می‌شود به آن عادت کنیم. اما برعکس روی قلب اثر خیلی بدی می‌گذارد. حالا به‌غیراز این، چیزهای دیگری هم در سیگار مثل قطران و ... وجود دارند که سرطان‌زا هستند. ولی خود نیکوتین وقتی فعال می‌شود، مسیر استرس رو فعال می‌کند، باعث می‌شود که ترشح نوراپی‌نفرین و ... افزایش یابد.

ما همیشه به پدیده‌های سلامتی بهتر است که به‌عنوان یک پدیده biopsychosocial نگاه کنیم. جنبه‌های زیستی، روانی و اجتماعی دارد. سیگارکشیدن هم یک سری جنبه‌های زیستی دارد؛ مثلاً ژنتیک خیلی مهم

است. مثلاً اگر فردی در خانواده‌اش افراد سیگاری زیاد داشته باشد، احتمال اینکه فرد هم سیگاری بشود زیاد است، ژن‌هایش این اقتضا را می‌کند. یا مسائل روانی، برای مثال اگر در دوره نوجوانی در محله‌ای زندگی کنیم که افرادی که آنجا هستند، خیلی زود به سمت سیگار می‌روند، احتمال اینکه آن نوجوان هم به سمت آن برود، به‌خاطر فشار هم‌سن و سالان، زیاد است. زمانی در جامعه سیگارکشیدن نشان‌دهنده باکلاس بودن و پرستیژ خوب و بزرگ‌شدن بود. در خیلی از جوامع این‌گونه نیست و به‌عنوان یک کار سطح پایین و بی‌ارزش نشان داده می‌شود.

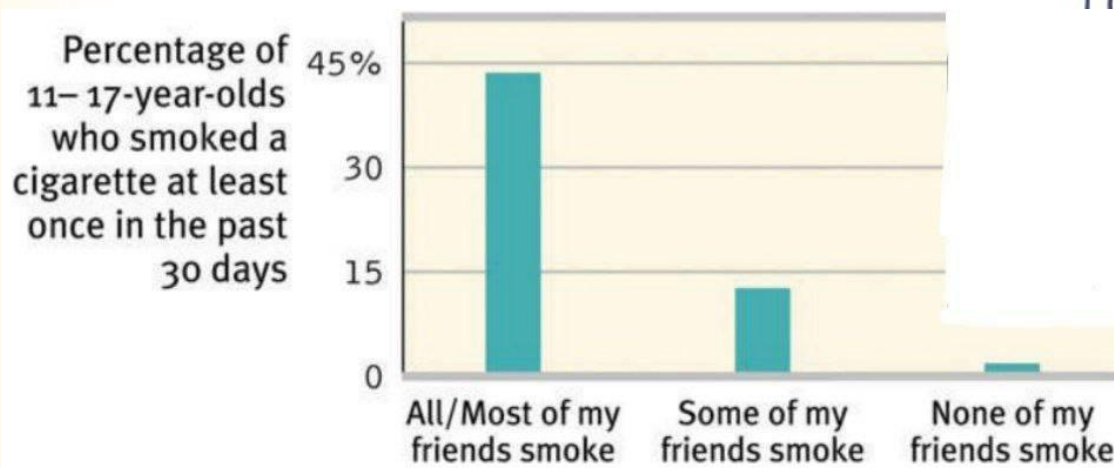
نکات بسیار بسیار مهم این بحث (نکات اسلاید):

پس در کل علت سیگارکشیدن یا ارزشمندی اجتماعی است **(Social Rewarding)** یا فاکتورهای ژنتیکی. نکات دیگر در خصوص علل سیگارکشیدن: نیکوتین حالات ناخوشایند را از فرد دور می‌کند (تقویت منفی که در دروس پیش خواندیم: **Negative Reinforcement**) که باعث ترشح **نفرین‌ها و دوپامین و اندورفین** می‌شود. دومین علت مصرف این است که نیکوتین خودش با اثر تقویت مثبت **(Positive reinforcement)** عمل می‌کند چرا که دارای ارزشمندی است.



توضیح تصویر بالا:

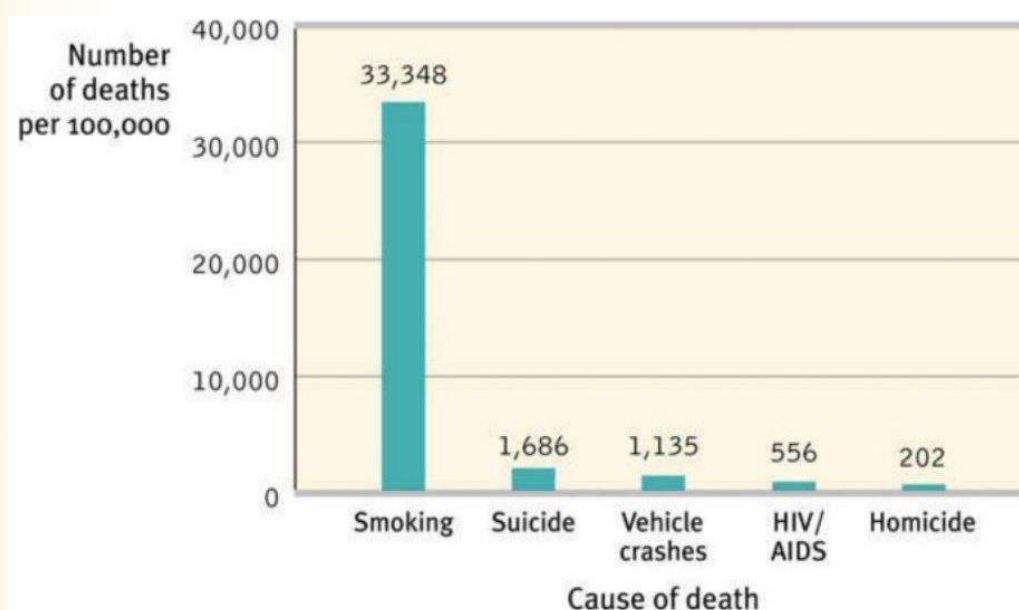
1. مغز را به حالتی از هشیاری و بیداری بیشتر تحریک می‌کند.
2. اشتها برای کربوهیدرات را کاهش می‌دهد.
3. خون‌رسانی به اندام‌های انتهایی بدن را کاهش می‌دهد.
4. در مقادیر بالا، ماهیچه را ریلکس می‌کند و اندورفین که نوعی آرامبخش طبیعی است را آزاد می‌کند.



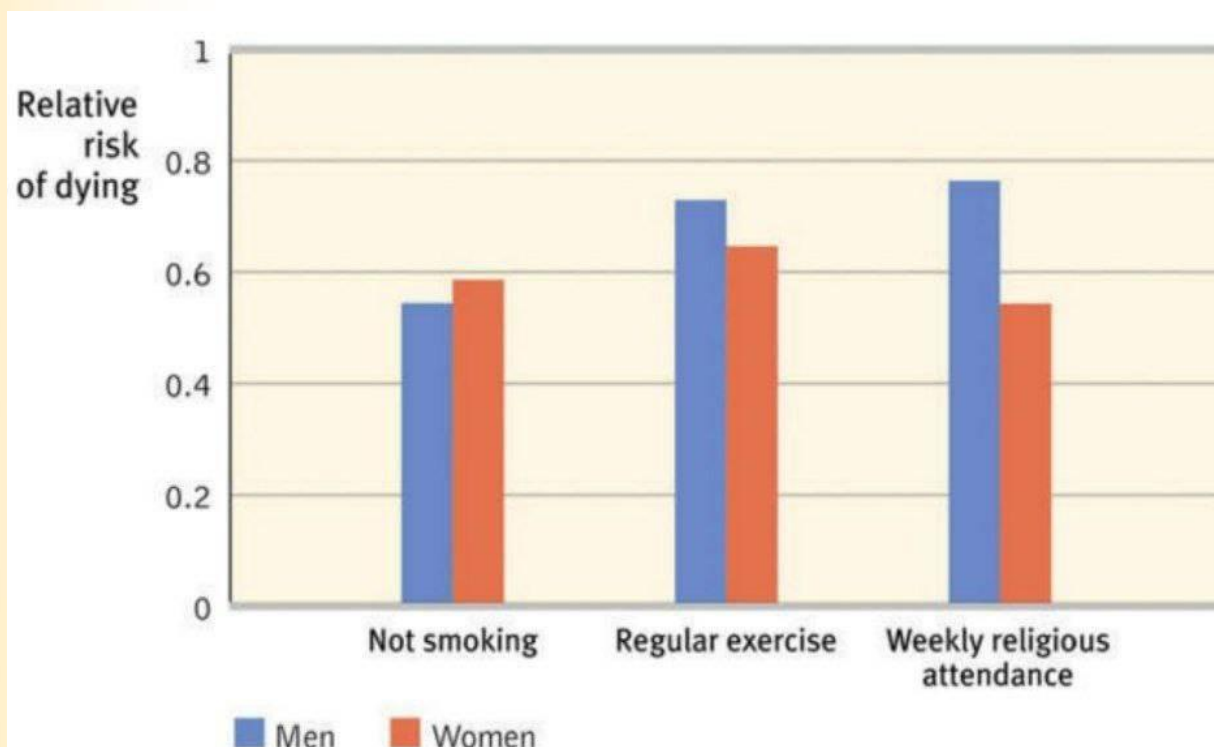
یک مسئله مهم برای سلامتی این است که کشورها برنامه مناسبی برای کاهش مصرف دخانیات داشته باشند. کشور ما هم چنین چیزی را دارد. ما هم یک جمعیت مقابله با مصرف دخانیات داریم که البته خیلی تأثیرگذار نیست. روی سیگار هم می‌نویسند که سیگار عامل سرطان است، سیگار عامل مرگ است، اما دیگر این‌ها تأثیری ندارد. تنها همان اوایلی که چاپ شده بود تأثیر خودش را کمی گذاشته بود و آن‌سوی داستان هم شرکت‌های تولیدکننده هستند که هر روز محصول جدیدی تولید می‌کنند. کمی پیش سیگارهای الکترونیک وارد شده بود و الان پاد. مثلاً در جامعه خودمان هم دیده می‌شود که مادرها خیلی روی سیگار کشیدن حساس‌اند. اما نوجوانی هم دیده می‌شود که ۱۳ ساله است؛ اما یک پاد دستش است و جلوی پدر و مادرش در حال مصرف آن است. جوری نشان می‌دهند که انگار پاد سالم است؛ اما از **لحاظ تأثیرات سلامتی فرق آن‌چنانی با سیگار ندارد.**

یا مهم‌تر از آن قلیان است. در بعضی پارک‌ها و تفریحگاه‌ها دیده می‌شود که حتی به بچه ۵ ساله هم می‌گویند بیا قلیان بکش! این نشان‌دهنده این است که خانواده تصور می‌کنند قلیان چیز بسیار بی‌ضرری است؛ درحالی‌که این‌طور نیست.

نکته مهم دیگر این است که نابودی مصرف سیگار طول عمر را بیش از هر عامل پیشگیرانه‌ای، افزایش می‌دهد:



برای جمع‌بندی عوامل نام‌برده تا اینجا به نمودار زیر توجه کنید:

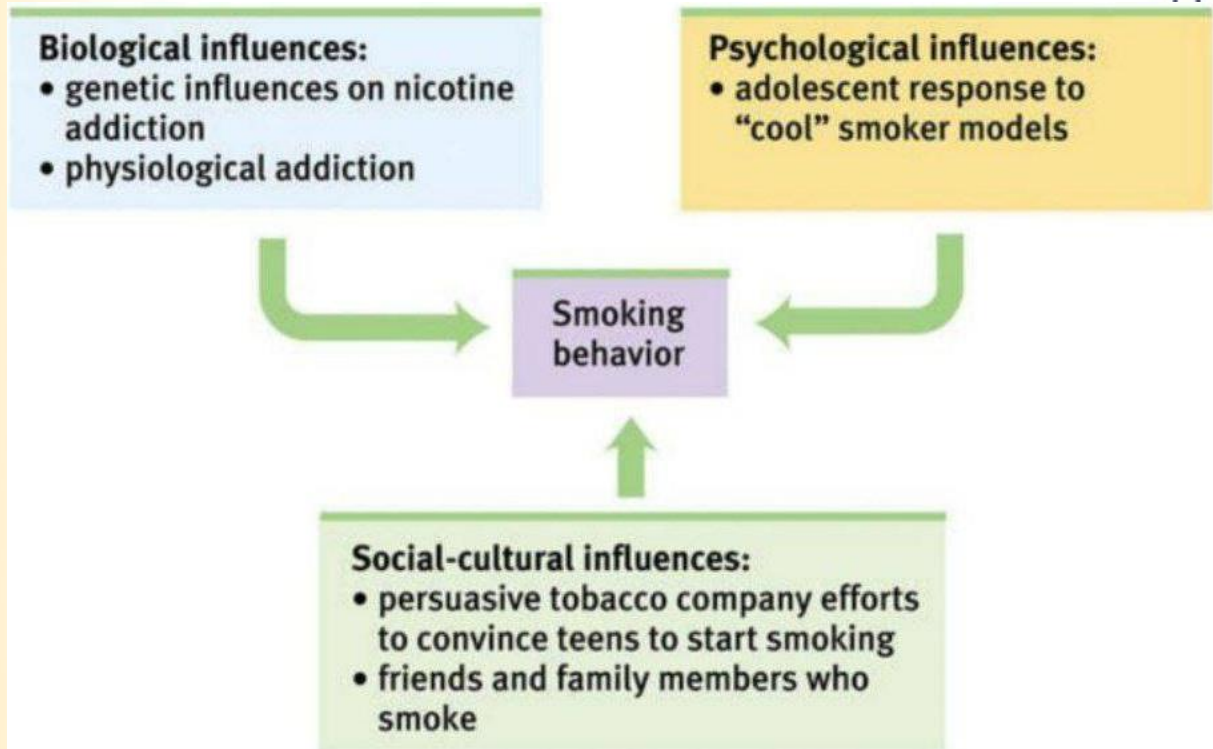


فاکتورهای Biopsychosocial مؤثر در مصرف سیگار:

1. اثرات بیولوژیک: ژنتیک

2. اثرات سایکولوژیکال: الگوهای مصرف سیگار جذاب

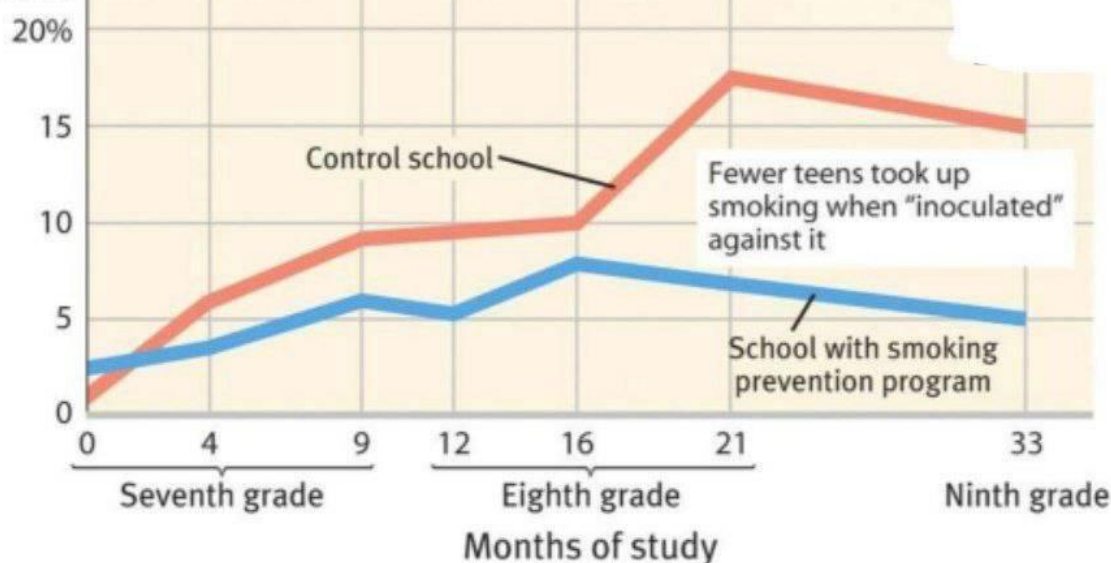
3. اثرات اجتماعی-فرهنگی: اقناع شرکت‌های تنباکو برای مصرف سیگار در نوجوانان و اطرافیان سیگاری



راهکارهای ترک سیگار:

1. تنظیم یک تاریخ ترک
 2. اطلاع دادن به خانواده و دوستان
 3. نابود کردن همه سیگارهای موجود در اطراف فرد
 4. یادآوری استراتژی‌های موفقیت
 5. استفاده از چسب یا آدامس نیکوتین
 6. خودداری کردن از نوشیدن الکل
 7. ورزش
- برنامه‌های خودداری از مصرف سیگار:
- برنامه های خودداری از مصرف سیگار برای نوجوانان شامل این موارد است:
1. اطلاعات درباره اثرات سیگار کشیدن
 2. اطلاعات درباره تاثیر و نفوذ همسالان، والدین و رسانه
 3. راه‌های بازداری از سیگار
- آیا این برنامه ها کار می کنند؟
- این برنامه‌ها مفید بوده‌اند که می‌توانید در نمودار زیر آن را مشاهده کنید:

Percentage of students who smoke



33 ماه تحقیق کردند و مشخص شده است درصد کسانی که از کلاس هفتم سیگاری بودند، وقتی به کلاس نهم رسیدند نسبت به گروه دیگر کاهش داشته است.



Paul J. Milette/ Palm Beach Post

2. چاقی:

مسئله دیگر، وزن و چاقی است که این هم مسئله مهمی برای سلامتی است. ارتباطش با بیماری‌های قلبی مشخص است. کسانی که چاق‌تر هستند در معرض بیشتری برای بیماری‌های قلبی قرار می‌گیرند. دیابت و حتی سرطان‌ها هم به همین‌گونه هستند! به‌تازگی دیده شده است که سرطان‌های مهم مانند **سلامت دستگاه گوارش و سرطان سینه برای خانم‌ها ارتباط خیلی نزدیکی با اضافه‌وزن دارند.**

-این هم یک نقاشی برای قرن ۱۸ و ۱۹ هست که افراد اغلب در آن چاق کشیده می‌شدند؛ به علت اینکه **در آن زمان چاقی نشانه‌ای از پولداری و باکلاسی بود. برنارد چاو** که از این قبیل گالری‌ها رفته است، از او می‌پرسند که نظرتان در مورد این نقاشی‌ها چیست و به طنز می‌گوید **انگار که نقاش گرسنه بوده!**



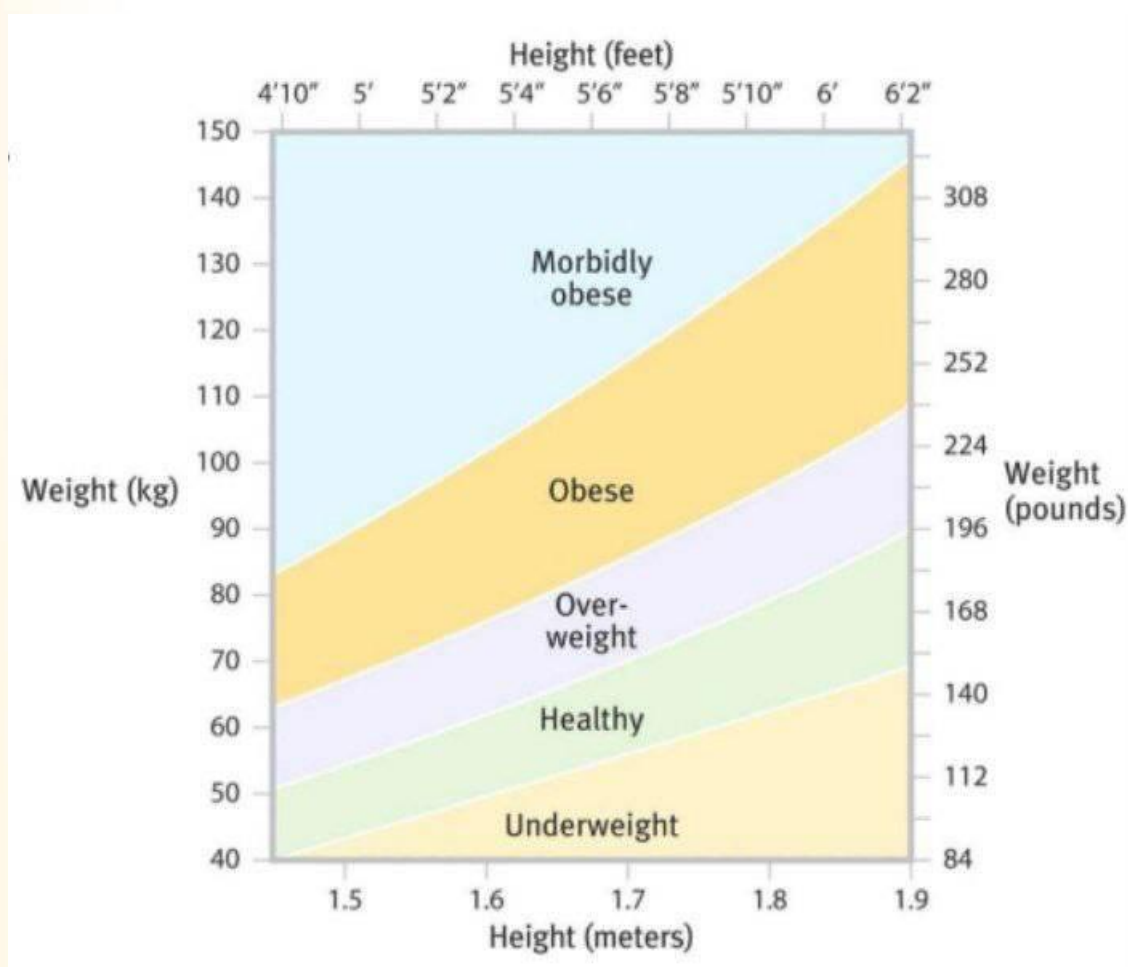
در اصل در زمان قحطی، چاقی نشانه ثروت بوده است:

اکنون دیگر چاقی شاخص خوبی نیست. تبدیل به پدیده‌ای شده که باید مواظب آن بود. در جامعه ما هم عادات‌های غذایی افراد خیلی تغییر کرده است. بعضی از افراد در خانه غذا نمی‌خورند و به رستوران می‌روند؛ کیفیت غذاهای رستوران خوب نیست. مصرف فست‌فود در کشور ما آمار بالایی دارد.

مهم (نکات اسلاید):

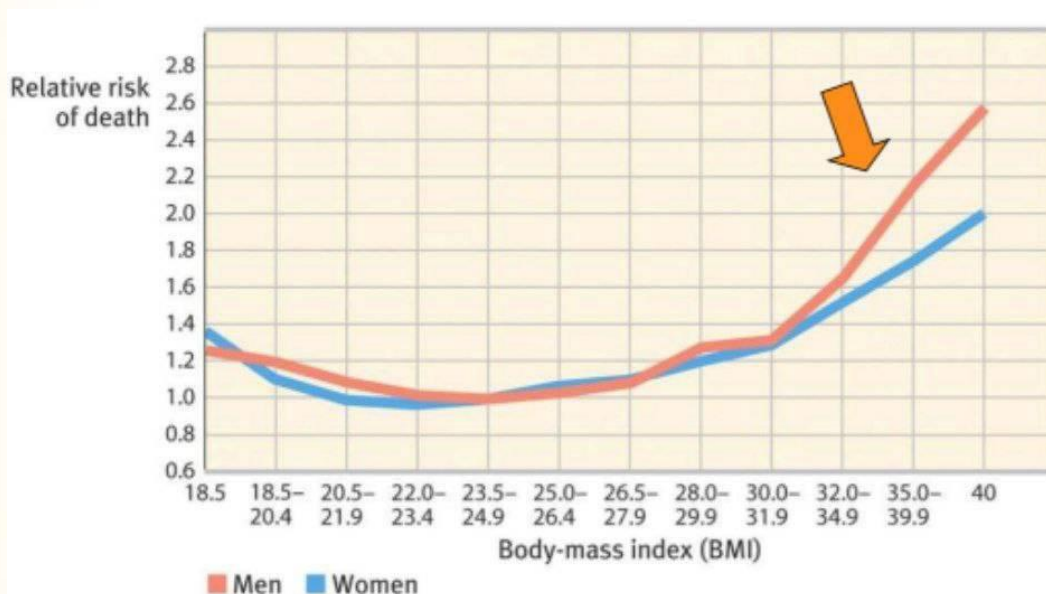
BMI (Body Mass Index):

چاقی در کودکان سبب افزایش ریسک دیابت، فشارخون بالا، سنگ کیسه صفرا، التهاب - انواع مشخصی از سرطان و در نتیجه کاهش امید به زندگی آنان می‌شود:



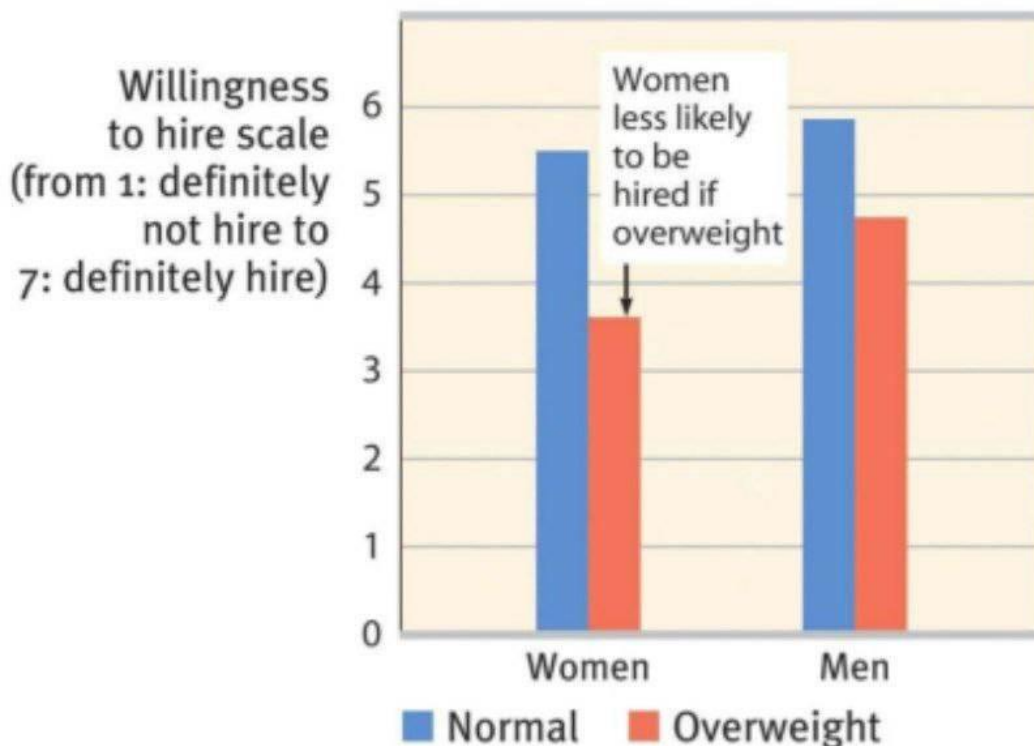
چاقی و مرگ و میر (Obesity and Mortality):

-این هم نموداری است که به طور واضح نشان می‌دهد در افرادی که چاق هستند، مرگ‌ومیر بسیار بیشتر است.



آثار اجتماعی چاقی (Social Effects of Obesity):

طبق مطالعات انجام داده شده، متوجه شدند که چاق‌ها از نظر اجتماعی هم تحت فشارند. روی افرادی که درخواست برای استخدام در یک شرکت داده بودند مطالعه‌ای انجام شده است. متوجه شدند که حتی **پذیرش استخدام برای افراد چاق کمتر صورت می‌گیرد**. البته این از یک دید هم بد است؛ به این دلیل که این دید اشتباه است که ما هر چقدر به افراد چاق بگوییم چاقی بد است، این سخن در آنان تأثیر گذاشته و سبب



می‌شود ایشان به دنبال لاغری بروند؛ درحالی‌که اصلاً این‌گونه نیست. خیلی مستقیم نباید به قضیه نگاه کرد.
فشارها باعث می‌شوند که حتی چاقی فرد بیشتر هم بشود.

در مورد برنامه‌های کنترل وزن هم باید دانست که بهترین برنامه‌هایی که برای کنترل وزن هستند، مثل رژیم و برنامه‌های ورزشی، این‌ها فقط می‌توانند ۱۰ تا ۱۵ درصد وزن را کاهش دهند؛ بنابراین برای مثال کسی که ۱۰۰ کیلو است نباید انتظار داشت که یک‌دفعه ۷۰ کیلو بشود. **فاکتورهای ژنتیکی در وزن خیلی مهم هستند.** فعالیت داشتن خیلی مهم است. برای مثال **عکس‌های به‌جامانده از افرادی که در دوران قاجار زندگی می‌کردند، نشان می‌دهد که چقدر این افراد لاغر بودند که این به دلیل فعالیت زیاد آنها است.** در کل میزان فعالیتی که افراد در گذشته داشتند، خیلی بیشتر از الان بوده است. دیدن تلویزیون، فضای مجازی. افراد عادت کرده‌اند که یک‌گوشه بنشینند و در فضای مجازی باشند و کمتر فعالیت کنند. نوجوان‌ها هم بسیار درگیر بازی‌های آنلاین و... روزی چند ساعت را به آن اختصاص می‌دهند.

مهم (نکات اسلاید):

Set points and Metabolism

با کاهش کالری از ۳۵۰۰ به ۴۵۰، وزن فقط ۶ درصد و نرخ متابولیک ۱۵ درصد کاهش می‌یابد:



The obese defend their weight by conserving energy?

بسیار بسیار مهم:

فاکتورهای ژنتیکی و فعالیت:

در یک آزمایش بر روی ۲ موش پی بردند که موش چاق، ژن معیوبی برای هورمون لپتین دارد (بنابراین بدن چربی زیاد را نمی‌فهمد و اشتها زیاد می‌ماند) و موش سم‌ت راست با دریافت لپتین از طریق تزریق ۴۰ درصد وزن بدنش را از دست داد (بدن پیامی دریافت می‌کند و با کاهش اشتها و افزایش متابولیسم، وزن کم می‌شود)

همچنین از مطالعات بر روی دوقلوها فهمیدند که **چاقی اساس ژنتیکی دارد.**

فاکتور دیگر که عرض کردیم هم فاکتور فعالیت است که مشخص گردید در زمان کنترل مابقی فاکتورها، اگر فرد ۲ ساعت جلوی تلویزیون بنشیند، وزن ۲۳ درصد افزایش می‌یابد. (Hu et al 2003)

مصرف غذا (Food Consumption):

مصرف غذا هم خیلی تغییر کرده است. انفجاری در تولید مواد غذایی در جهان به وجود آمده که یک خوبی آن این است که افراد در جهان گرسنه نمانده‌اند؛ اما از آن سو هم برخی به زیاده‌روی کشیده شده‌اند. آن الگویی که از فروشگاه‌های آمریکایی مثل مک‌دونالد شروع شد که هرچه بزرگ‌تر جذاب‌تر و جالب‌تر! به ایران نیز سرایت کرده است.

طی 40 سال گذشته میانگین وزن افزایش پیدا کرده است، متخصصان تغذیه از مردم آمریکا درخواست کردند که دریافت غذای خود را محدود کنند:

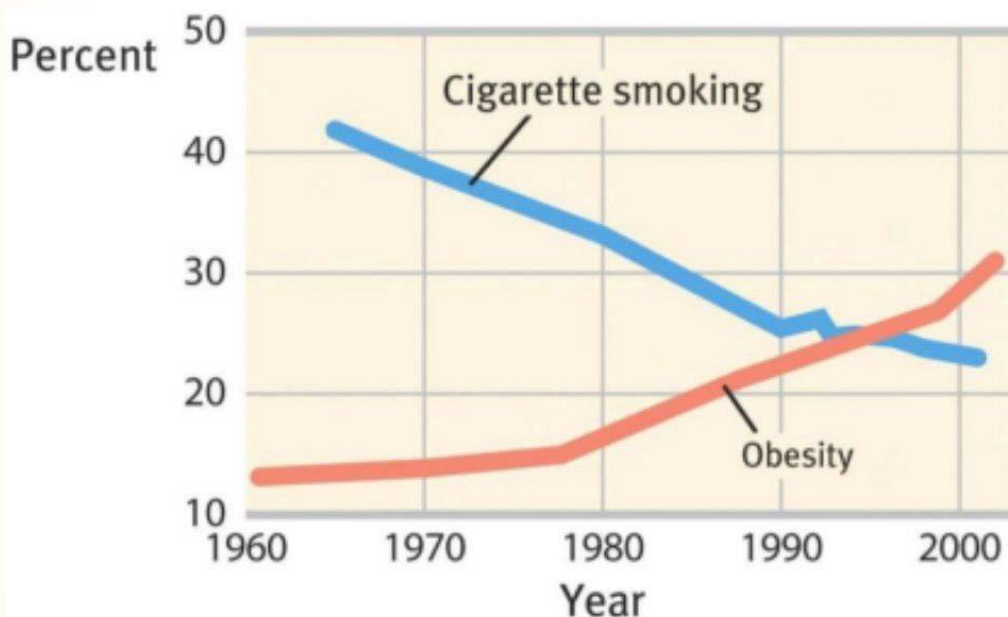
AVERAGE U.S. BODY WEIGHT (POUNDS), 1960 TO 2002				
	1960-1962	1971-1974	1988-1994	1999-2002
19-year-olds				
Men	-	160	161	172
Women	-	131	139	149
20- to 74-year-olds				
Men	166	173	182	189
Women	140	144	153	163

Source: Centers for Disease Control and Prevention report by C. L. Ogden & others (2004).

نکته مهم دیگر این است که شما با چه افرادی در ارتباط هستید؛ اگر با افرادی در ارتباط هستید که زیاد غذا می‌خورند، به احتمال زیاد شما هم چاق می‌شوید. اولین انتخاب دوست هم در این زمینه مؤثر است. خانواده هم خیلی مؤثر است. اگر در خانواده‌ای باشیم که خیلی به خورد و خوراکشان توجه می‌کنند، ما هم به احتمال زیاد همین کار را خواهیم کرد.

Trading Risk:

هر چند مصرف سیگار کاهش پیدا کرده است؛ ولی چاقی در حال افزایش است: (در آمریکا)



کاهش وزن:

در آمریکا، دو سوم زنان و نیمی از مردان گفته‌اند که می‌خواهند وزنشان را کاهش دهند. اکثریت آنها در برنامه‌های رژیمی پولشان را از دست می‌دهند.

برنامه کاهش وزن باید این‌گونه باشد:

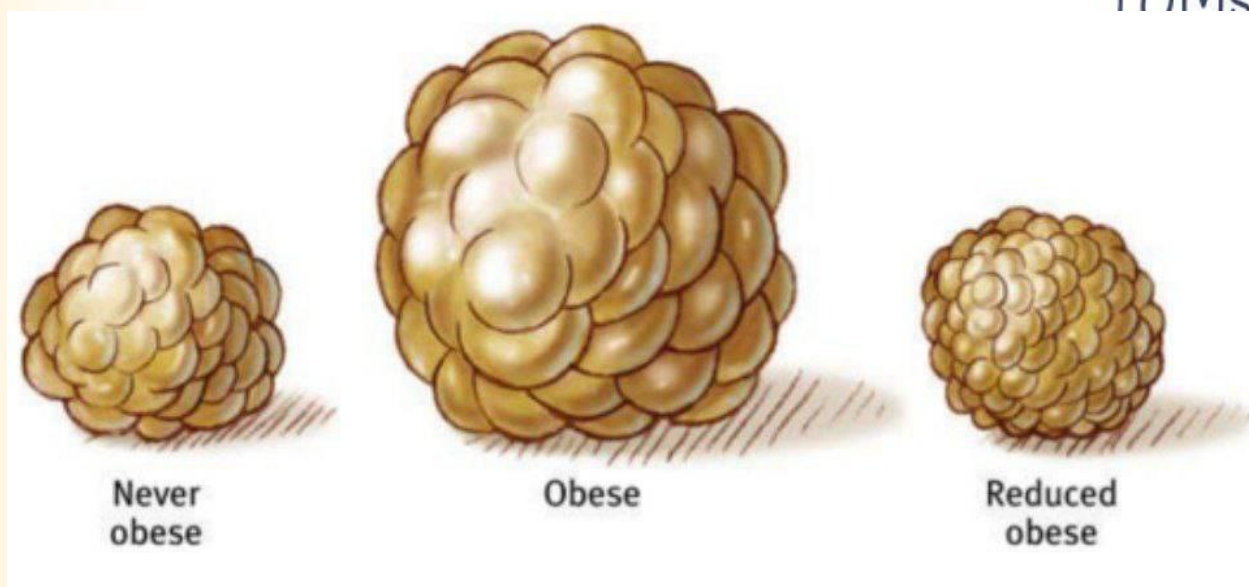
برنامه برای کاهش وزن:

وقتی شما تشویق شده‌اید تا وزن‌تان را کاهش دهید، برنامه کاهش وزن را شروع کنید، در معرض خوراکی‌های وسوسه‌انگیز قرارگرفتن را به حداقل برسانید، ورزش کنید و اگر لغزشی داشتید خودتان را ببخشید.

فیزیولوژی چاقی:

سلول‌های چربی در بدن به تعداد 30 الی 40 میلیون هستند، اینها می‌توانند در یک فرد چاق اندازه یا تعداد (75 میلیون) افزایش یابند (Sjostrum 1980)

3 سطح از لحاظ سلول‌های چربی در تصویر زیر می‌بینیم که باید به افزایش در تعداد یا اندازه توجه کرد:



پزشکی (درمان) جایگزین:

از راه‌های دیگر دستیابی به سلامت است:

SUBFIELDS OF ALTERNATIVE MEDICINE

Alternative systems of medical practice	Health care ranging from self-care following popular beliefs to treatments based on alternative traditions or practices
Bioelectromagnetic applications	The study of how living organisms interact with electromagnetic (EM) fields
Diet, nutrition, life-style changes	The knowledge of how to prevent illness, maintain health, and reverse the effects of chronic disease through dietary or nutritional intervention
Herbal medicine	Employing plant and plant products from folk medicine traditions for pharmacological use
Manual healing	Using touch and manipulation with the hands as a diagnostic and therapeutic tool
Mind-body control	Exploring the mind's capacity to affect the body, based on traditional medical systems that make use of the interconnectedness of mind and body
Pharmacological and biological treatments	Drugs and vaccines not yet accepted by mainstream medicine

Source: Offered without endorsement by the National Center for Complementary and Alternative Medicine (nccam.nih.gov)



تایپ

سجاد رضایی

ویراستار علمی

سجاد رضائی

ویراستار ادبی

نگین صابری

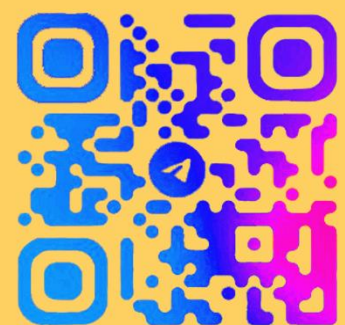
تدوین گر

علیرضا عبادی

روانشناسی هیجان - جلسه 9

فهرست

- نظریه دو عاملی هیجانی
- نظریات مینیمالیستی و دایمنشنال
- تمایلات فکری عملی و هیجان
- تغییرات بدنی و هیجان
- تئوری های اول هیجان به نام تئوری جیمز لانگه
- حرکات عضلات چهره و هیجان
- قضیه پسخوراند چهره
- پاسخ به هیجان و تنظیم هیجانی



روانشناسی هیجان

همه انسان‌ها دوست دارند افرادی **احساسی و مهربان** و... در اطراف آنها باشند ولی در این دنیا هر تغییری هیچگاه در یک نقطه خاص نیست و نوسان دارد درست مثل هیجان افراد.

1. کسانی هستند که بسیار احساسی هستند و دلشان برای کوچکترین چیزی هم می‌سوزد.

2. کسانی هم که بسیار سنگدل هستند در اصل هیچ‌گونه همدلی و رحم و **احساس پشیمانی** از بلایی که انسان‌ها یا حیوانات را به آن دچار می‌سازند ندارند و بسیار ساده سوءاستفاده می‌کنند که اغلب این **اختلال شخصیتی در اوایل جوانی** شروع می‌شود.

اختلال‌های شخصیتی بالای 18 سال تشخیص گذاشته می‌شود ولی این اختلال که **Anti social** یا شخصیت ضد اجتماعی یا Psychopath نام دارد از **12 سالگی** هم می‌تواند نشانه‌هایی داشته باشد که البته در سن زیر 18 سال چنین اختلالاتی مانند فرار از مدرسه و دعوا و ... را **اختلال سلوک ((Conduct Disorder (CD)** می‌گویند که در بالای 18 سال تشخیص **آنتی سوشال** می‌گیرند.

البته در کنار این آنتی سوشال شخصیت‌های دیگری نیز هستند که بویی از احساس و همدلی نبرده‌اند مانند **شخصیت خودشیفته ((Narcissistic personality Disorder (NPD)**

یعنی انسان‌هایی که در **روپاهای بزرگ‌منشانه ((Grandiose Delusions** خود فرورفته‌اند و درگیر **خیال پردازی** هستند و به دیگران و اطرافیان اهمیت نمی‌دهند. به عنوان مثال می‌گویند **(من که یک پا Einstein هستم و اطرافیان من عده‌ای خنگ هستند که باید گوش به فرمان من باشند و همه چیز حق من است و تصمیم گیرنده و تعیین کننده هر چیزی من هستم)**

گاهی این افراد خودشیفته در نزد روانشناسان و... اظهار می‌کنند که **کمالگرا** هستند. در اصل خودشیفته‌ها در کنار آنتی سوشال‌ها و 2 شخصیت دیگر قرار می‌گیرند و در دسته **Cluster B Personality Disorder** هستند ولی کمالگرایی در یک کلاستر دیگر است. تفاوت آن هم این است که **کمالگرا روی خودش سخت می‌گیرد** به عنوان در بحث درس خواندن تفاوت در این است :

کمالگرا: ساعت‌ها درس می‌خوانند تا نتیجه بسیار خوبی بگیرند.

خودشیفته: به اذعان خودش نیاز به ساعت‌ها درس خواندن ندارد و با یک دور نگاه کردن باید همه چیز را یاد بگیرد و کلاً می‌گوید مشکل از استاد است که سخت می‌گیرد یا امتحان امتحان درستی نیست و ...

در اصل فرد خودشیفته به دلیل **حفظ احساس ارزشمندی نسبت به خودش** حاضر است همه چیز را تغییر دهد (حتی بنیادهای ارزشی) ولی برعکس فرد کمالگرا **ماخوذ به حیاست و آداب را رعایت می‌کند و خشم را کنترل می‌کند. (برعکس خودشیفته)**

در کل افرادی که احساسات در آنها به قوتی که سایرین تجربه می‌کنند نیست شامل:

Cluster B Personality Disorder:

Antisocial Personality Disorder 1.ASPD:

Borderline Personality Disorder 2.BPD:

3.NPD: Narcissistic Personality Disorder

Histrionic Personality Disorder 4.HPD:

این کلاسترها انسان‌های فعالی هستند و همیشه دوست دارند در مراحل بالا بروند و پوزیشن‌های اجتماعی برایشان جذاب است چرا که تحسین‌ها و توجه‌ها را بدست می‌آورند و به دلیل همین انگیزه قوی در مراحل نامبرده بالا نیز می‌آیند.

مهربانی: شناخت هیجانات در خود و دیگران و پاسخ دهی مناسب به هیجان.

اسلاید:

1. افراد بدون هیجان نظیر مرتکبین قتل‌های زنجیره‌ای که **شرم و ترسی** ندارند: غیر انسان (چنین افرادی را **خونسرد** می‌نامیم).
 2. اختلال شخصیت ضداجتماعی یا جامعه‌ستیز اختلال مشخص با نقص‌هایی در پاسخ‌دهی هیجانی طبیعی - به خصوص از نظر **احساس شرم و ترس** و نیز کمبودهایی در **همدلی** با احساسات دیگران.
 3. افرادی مانند **بیجه** متصورند که: کمبودهای زیست شناختی و اجتماعی شناختی خاص دارند.
- چند واژه و تعریف مهم:

1. Drive: سائق و کشاننده. این واژه از نیازهای زیستی مثل گرسنگی منشأ می‌گیرد و سیستم مغز و رفتار ما را به سمت چیزی که آن نیاز را می‌تواند برآورده کند معطوف می‌کند و به همین دلیل در گرسنگی فکر و ذهن درگیر غذا و خوردنی می‌شود و در اصل اینها نیروهای زیستی ناشی از غرور تکاملی است و فعال شدن آن ربطی به متمدن بودن و پیشرفته بودن انسان نسل حاضر ندارد.

2. هیجانات: مانند سائق‌ها ما را فعال می‌کنند (اسلاید: در اصل **رفتار** ما را فعال و هدایت می‌کند و با رفتارها همراه می‌گردند مثلاً خوردن غذای **مورد علاقه** نه تنها یک سائق قوی است بلکه یک منبع هیجان هم هست) مانند موقعیت عصبانیت که ما را فعال می‌کند ولی تفاوت هیجانات و سائق در این است که سائق با نیروهای زیستی درونی مرتبط است ولی هیجانات با مسائل بیرونی مرتبط است (گاهی البته درونی است در **خودآزاری‌ها** مانند زمانی که فردی از کسی بسیار عصبانی است ولی آن فرد در آن موقعیت حضور ندارد که شخص عصبانی او را بزند و بنابراین خشم را با زدن خودش تخلیه می‌کند که در همان مورد 2 از کلاستر B که اشاره شد این موارد دیده می‌شود (BPD). در اصل وقتی شخص نمی‌تواند خشم را به موضوع بیرونی منتقل کند دچار موارد این چنینی می‌شود و این گونه موارد نیز در منبع مرتبط به "بیرون" هستند ولی عمل "درونی" صورت می‌گیرد ولی سائق‌ها درونی هستند (در قحطی‌ها اوج سائق دیده می‌شود). این موارد و خودآزاری و آسیب به خود در اشخاصی که در خانواده‌هایی که مدام در حال جدل (خانواده آسیب‌زا) بوده‌اند دیده می‌شود).

در کل هیجانات با محرک‌های متفاوتی همراه هستند. (اسلاید: تفاوت دیگر هیجان و سائق در این است که سائق‌ها معمولاً با **نیازی خاص** آشکار می‌گردند ولی هیجان ممکن است با **انواع گسترده‌ای از محرک‌ها** پدید آید).

3.مود: به آن خلق هم می‌گویند. احوالات و احساس کلی که در صبح بیدار شدن داریم بیانگر آن است.

خلق یک احساس منتشر و فراگیر در طی روز است (اسلاید: 1. هیجانات علت واضحی دارند در مورد کسی یا چیزی هستند ولی خلق‌ها غالباً حالات عاطفی هستند).

گاهی خلق پایدار است و عموماً خلق نرمال مان را پایدار احساس می‌کنیم و هر روز آن را داریم. البته خلق افسرده یا بالا مثل Manic نیز پایدار می‌شوند. (پایداری در 2 هفته یا حتی بیشتر و به اندازه سال)

توضیح بیشتر خلق بالا یا مانیک: سرخوشی، تحریک پذیری شدید، پرحرفی، افزایش فعالیت و....

2. تفاوت این دو در این است که **هیجانات کوتاه مدت است** و چند ثانیه تا چند دقیقه طول می‌کشد ولی خلق‌ها پایدارترند و چند ساعت حتی روزها طول می‌کشند.

3. خلق‌ها طبقه‌بندی خاصی ندارند و اختلالات خلقی در طبقه‌بندی‌های تشخیصی نیز می‌گویند یا خلق افسرده یا منیک یا حالت شیدایی است (**برعکس هیجانات که اسامی و انواع زیادی دارند**) و به صورت کلی هیجانات غالباً در طبقات مجزا مثل ترس و خشم و شادی و علاقه طبقه بندی می‌شوند ولی خلق‌ها غالباً به صورت حالات متغیر در طول ابعاد خوشایند بودن و سطح برانگیختگی است.

هیجان زود ایجاد می‌شود ولی خلق را به سرعت نمی‌توان تغییر داد و در اصل خلق ویژگی‌های زیستی درونی و تعادل فیزیولوژی مغزی و تعادل نوروترنسمیترهای ماست. (4. اسلاید: در اصل در هیجان نوعاً سیستم‌های متعدد درگیرند ولی خلق‌ها صرفاً ممکن است در سطح **تجربه ذهنی** چشمگیر باشند) و بیشتر عوامل داخلی تعیین‌کننده آن است تا خارجی. مثلاً اگر کسی دچار MDD (Major Depressive Disorder) یا اختلال افسردگی اساسی شده باشد حتی اگر جوک هم بگویم نمی‌خندد و به قولی خلق ری‌اکتیو (Mood Reactive) ندارد. (خلق ری‌اکتیو یعنی زمانی که شرایط یا محرک‌های بیرونی تغییر می‌کنند خلق فرد هم با آنها تغییر می‌کند)

اختلال خلقی از طریق روان درمانی قابل درمان است ولی **تغییر آن اصلاً مثل هیجان در مدت زمان کوتاه نیست.**

افسردگی پس از زایمان نوعی اختلال خلقی است و خلق ری‌اکتیو وجود ندارد.

توجه: موارد نام‌گذاری شده 1 تا 4 در متن بالا تفاوت‌های هیجان و خلق بود که باید توجه شود.

تعریف گسترده‌تر هیجان:

پدیده‌ای **منتشر** در کل بدن است (مثال بارز: مشت کردن دست حین عصبانیت)

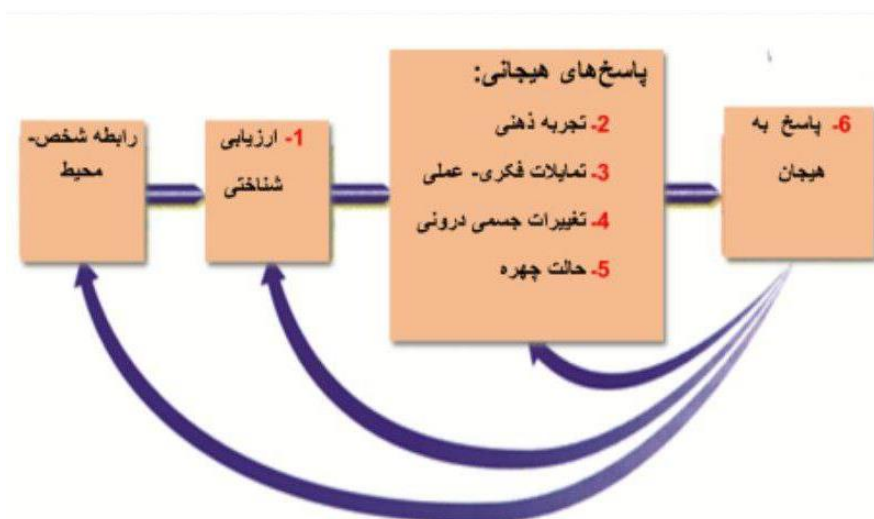
پاسخی کوتاه (دارای چندین جز) نسبت به تغییر در نحوه تعبیر و تفسیر ما از موقعیت.

همین تعریف نشان می‌دهد **هیجان با بیرون ارتباط بیشتری دارد** تا با درون بدن و **اهمیت افکار و ارزیابی ما از موقعیت** در این تعریف مشخص است مثلاً در خصوص غذا و خوردنی اگر صرفاً دنبال بر طرف کردن سائق باشیم یک تکه نان نیز کافی است ولی اگر دنبال **هیجان یا لذتی** از غذا باشیم حتی رستوران‌های گران قیمت نیز شاید راضی کننده نباشند و در کل در حضور سائق‌ها انسان‌ها کمتر سخت گیرند. (چرا که در شرایط تحت فشار بودن به اوج خودش می‌رسد ولی در هیجان به هر چیزی راضی نخواهیم شد مانند کسی که جز با یک

کوشی آیفون به عنوان هدیه راضی نمی‌شود) پس در کل هیجان با سیستم فکری و انتظارات و باورهای ما زیاد ارتباط دارد.

به شکل زیر که اجزای هیجان را نشان می‌دهد خوب دقت کنید و توضیحات بعدی آن را بخوانید:

هیجان از 6 جزء تشکیل شده است (Frijda 1986-lazarus 1991)



انسان‌ها همیشه در محیط هستند و در اصل **جزء اول ارزیابی شناختی است** یعنی به چه چیزی فکر می‌کنیم و اول در ذهن در می‌آید و به پاسخ‌های بعدی پاسخ‌های هیجانی می‌گوییم. یعنی اینکه اگر از ما بپرسند چه هیجانی داریم که می‌شود **تجربه ذهنی**.

شاید توضیحات بالا کمی گیج کننده باشد پس به توضیح بهتر این مورد می‌پردازیم:

ارزیابی شناختی

- روابط بین شخص و محیط فی نفسه هیجان نیستند.
- برای اینکه موقعیت‌ها در ما هیجان ایجاد کنند، باید بتوانیم آنها را مرتبط با **اهداف و راحتی خود** تعبیر کنیم. این فرایند تعبیر را ارزیابی شناختی می‌نامند
- ممکن است بگوییم «عصبانی بودم چون منصفانه عمل نکرد» یا «می‌ترسیدم چون تنه‌ایم گذاشته بود» **ارزیابی غیر منصفانه بودن یا ترک شدن** فرایند شناختی هستند

آمادگی‌ها و تمایلات فکر و عمل: هیجان ما را برای عمل به گونه‌ای خاص آماده می‌کند.

بیشتر در هیجانات منفی تاثیر سیستم سمپاتیک را می‌توان حس کرد که در صورت نیز آثار آن مشخص است (حرکات عضلات و...)

پاسخ به هیجان: وقتی هیجان را به طور کامل داریم تجربه می‌کنیم هنوز قادر هستیم هیجان و شدت آن را تغییر دهیم. و این اساساً فرایند اجتماعی شدن ماست (اینکه در بچگی به ما می‌گفتند داد نزن و...) و بچه‌هایی که زودتر می‌فهمند مدیریت هیجان از نظر جامعه مهم است با پیامدهای اجتماعی بهتری رو به رو می‌شوند. (پیامد مثبت که عرض کردیم را با مثال نقض بیان می‌کنیم: مثلاً اگر کسی دوستش را بزند دوستش با او قهر می‌کند)

اجزا هیجان

شش جزء فرایند هیجانی	
ارزیابی فرد از معنی شخصی شرایط فعلی خود	ارزیابی شناختی
حالت عاطفی یا ته رنگ احساسی که تجربه شخصی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.	تجربه ذهنی
احساس فشار برای فکر یا عمل به گونه‌ای خاص	تمایلات فکری و عملی
پاسخ‌های فیزیولوژیکی، مخصوصاً آنهایی که به سلسله اعصاب خودکار مربوط می‌گردند، مثل تغییرات ضربان قلب و فعالیت غدد عرق	تغییرات جسمی دورنی
انقباضات عضلانی که شاخص‌های صورت مثل گونه‌ها، لب‌ها، بینی و ابروها را به شکلی خاص حرکت می‌دهد.	حالت چهره
نحوه تنظیم، واکنش یا مدارای مردم با هیجان‌های خود یا موقعیت‌های پیرانگیزنده آنها	پاسخ به هیجان

محرومیت اجتماعی: کسی که در حال انجام رفتار پرخاشگرانه یا ضد اجتماعی است را در

محیطی **ایزوله از لحاظ اجتماعی** (شامل دوری از افراد) قرار دهیم. البته که این امر برای فرد خاطی سبب به وجود آمدن خشم بیشتر می‌شود ولی چاره‌ای نیست. در کلامی جامع تر می‌توان گفت که این محرومیت و ایزوله کردن سبب **بدتر شدن هیجانات فرد خاطی** می‌شود ولی این به صورت تکاملی توسط تمدن صورت پذیرفته است. (تنبیه افراد پرخاشگر)

بحث تکامل چیست؟ یعنی اینکه اگر بنا بود از قدیم هر کسی که زور بیشتری داشت زور بگوید و پرخاش کند پس اصلاً نباید افراد کم قدرت تر الان و در حال حاضر در جمع افراد بودند. این حضور نشان دهنده **سرکوب فرد خاطی و مجازات او از ایام قدیم است.**

مورچگان را چو بود اتحاد شیر ژیان را بدراند ز پوست

که این بیت نیز کاملاً مبین آن است که افراد کمتر پرخاشگر و یا ضعیف تر افراد پرخاشگر را در طول تاریخ سر جای خود نشانده‌اند و اکنون هم قانون به حساب آن پرخاشگران می‌رسد.

مورد بالینی: شخصی می‌گوید خشم من دست خودم نیست:

پاسخ: پاسخ‌های هیجانی دست خودش نیست ولی ارزیابی شناختی دست خودش است.

یعنی برای مثال در موقعیتی ارزیابی شناختی منفی رخ داده است و پاسخ‌های هیجانی نیز به سراغ فرد آمده است ولی در اصل این پاسخ‌های هیجانی تمایلات فکر و عمل را ایجاد می‌کنند (مثلاً در خشم قلب تند تند می‌زند و خون را به عضلات رسانده و فرد می‌خواهد مشت بزند) **که تا اینجا پاسخ هیجانی رخ داده است که دست خود فرد نیست** ولی اینکه این رفتار را نشان دهد یا خیر دست خود فرد است و نمی‌تواند خود را از تصمیم‌گیری بین تمایلات فکر و عمل و هیجانات مختلف و هیجان شناختی مختلف میرا کند) بنابراین این افراد باید یاد بگیرند که این کار را نکنند.

البته زمان مراجعه نیز مهم است: اگر در اوایل مشکل و سنین پایین تر و با همکاری بیشتری برای تغییر الگوی رفتاری بیایند بهتر می‌توان نتیجه گرفت.

بنابراین مهم است و باید برای مثال قبل از نامزدی و..... رجوع کرد.

ارزیابی شناختی: یعنی در موقعیتی که هستیم چه فکر می‌کنیم. مثلاً در یک مشکل بگوییم چرا رخ داده است.

مثال: در یک کلاس نشستیم ولی می‌گوییم اصلاً به درد می‌خورد؟

بیشترین جایی که می‌توان به افراد در اختلالات ترس و اضطراب و پرخاش **کمک** کرد همین **ارزیابی شناختی** است.

مثلاً اگر کسی ترس از چیزی دارد و در جلسات مشاوره پیرسیم می‌گوید آن ترس به من آسیب می‌زند که این ارزیابی شناختی است و این را می‌توان اصلاح کرد با صحبت کردن درمورد آن.

بنابراین **برخی از اختلالات اضطرابی با همین ارزیابی شناختی درمان می‌شوند**. (مثلاً در درمان کسی که اضطراب اجتماعی دارد حتی بدون تمرین‌ها و تکنیک‌های رفتاری و فقط با صحبت کردن و مشورت و بحث شناختی و تغییر دیدگاه می‌تواند به فرد کمک کند)

ارزیابی شناختی به فرد در سختی‌هایی که تجربه می‌کند نیز بسیار کمک می‌کند.

مثلاً وقتی داریم درس می‌خوانیم و می‌گوییم سخت است بهتر است به جای اینکه فکر کنیم در یک باتلاق فرورفته‌ایم به امید یک آینده روشن درس بخوانیم.

بنابراین تحمل و رد موقعیت در سختی‌ها با ارزیابی شناختی یک هنر است.

البته این موضوع مرتبط با صحبت‌های فرد معروفی به نام **ویکتور فرانکل می‌باشد که مکتب معنادرمانی** درست کرد.

نظریه دو عاملی هیجانی (Two-factor Theory)

ارزیابی پیش از پاسخ‌های هیجانی است. البته قبلاً این گونه نبود برای مثال در نظریه روانشناسی شاختر سینگر (Schachter_Singer) 1962، پژوهشگرانی بودند که معتقد بودند ابتدا یک **برانگیختگی** در بدن رخ

می‌دهد و سپس با اضافه کردن یک **ارزیابی** به آن **هیجان پدید می‌آید**. (اسلاید: اگر مردم را در حالت کلی تحریک اتونومیک قرار دهیم کیفیت هیجان فقط با ارزیابی موقعیت آنها قابل تعیین خواهد بود) در این نظریه حالت اولیه انگیزتگی توجیه نشده و یک توضیح شناختی برای این انگیزتگی وجود دارد: این یعنی اینکه فرد در ابتدا نمی‌داند به چه دلیل فلان تغییر فیزیولوژی در او رخ داده است ولی بعد جست‌وجو می‌کند و می‌گوید: آها حتما دلیل آن این بوده است.

اثر سوء انتساب انگیزتگی (Misattribution of arousal): در

اسلایدها چندان بررسی نشده ولی در تعریف کلی یعنی اینکه تفسیر اشتباه ما از دلیل انگیزتگی فیزیولوژیکی مان می‌تواند احساسات یا تصمیم‌هایمان را تغییر دهد.

به عنوان مثال حالتی فیزیولوژیکی در بدن رخ داده و ما فکر می‌کنیم عصبانی هستیم در حالی که علت اصلی پایین بودن قند خون است.

یکی از آزمایش‌های این نظریه آزمایش تزریق اپی نفرین است.

اپی نفرین سمپاتیک را فعال می‌کند. آن را به تعدادی تزریق کردند و به نیمی از آنها گفتند این ماده به شما تزریق شده و منتظر علائم آن باشد و به باقی نگفتند.

پس از آن در اتاقی آنها را قرار دادند که در آن یک دستیار پژوهشگر بود (پنهان) که این دستیار 2 حالت را ایجاد می‌کرد یک بار با شوخی و ایجاد حس مثبت و بار دیگر غر می‌زد که اینها (پژوهشگران) وقت ما را گرفته‌اند و حالت عصبانیت را ایجاد می‌کرد. (این دستیارها محرک‌های بیرونی جهت ایجاد هیجان بودند) نتیجه این شد که گروهی که می‌دانستند آثار تزریق اپی نفرین چیست و منتظر عوامل آن بودند هنگامی که در معرض دستیاران بودند شدت خوشحالی و عصبانیت آنان نسبت به سایرین کمتر بود زیرا می‌دانستند علت بالا رفتن ضربان قلبشان آثار تزریق است نه حرکات و رفتار دستیار.

شاختر و سینگر ادعا می‌کردند دانستن علت برانگیزتگی سبب کاهش شدت هیجان می‌شود.

آزمایش از هر جهت صحیح است ولی شواهد اصلا میزان و درست نبود.

چرا که در گروه شاد میزان شادی آنها که می‌دانستند کمتر بود ولی در عصبانیت این مورد مشاهده نشد.

بنابراین امروزه ارزیابی شناختی را پس از برانگیزتگی نمی‌گذاریم بلکه قبل آن است.

برانگیزتگی جسمی می‌تواند سیستم هیجانی افراد را تحت تاثیر قرار دهد (مثلا دانشجویی با اضطراب از جهت دیر شدن کلاس در حال حرکت به سمت کلاس است ولی استاد او را راه ندهد این دویدن و برانگیزتگی جسمی هیجان دانشجو را نسبت به واکنش استاد تند و تیز تر می‌کند و بنابراین خشم بیشتر می‌شود).

البته در این موقعیت‌ها با یک ارزیابی ذهنی شناختی (**Appraisal**) مناسب قضیه حل می‌شود. (اپرایزال مناسب یعنی در این موقعیت‌ها حداقل خودمان به خودمان سخت نگیریم و کمی بیخیال باشیم یا به قولی نیمه پر لیوان را ببینیم مثلا اگر می‌بینیم کلاس کنسل شده بگوییم لااقل یکم پیاده روی کردم امروز)

بنابراین این آزمایش زیر سوال رفت و یکی از دلایل زیر سوال رفتنش هم این بود که تزریق اپی نفرین برای هیجان که در دنیای واقعی صورت نمی‌گیرد.

(اسلاید: نظریه دو عاملی هیجان در توضیح چگونگی ظاهر شدن هیجانات خارج از آزمایشگاه کمک چندانی نکرد). و امروزه هم ارزیابی شناختی را قبل از جزء انگیزتگی فیزیولوژیک می‌دانند نه پس از آن:

قلب من تند می‌زند **چون** از حرف آن مرد عصبانی هستم

در اصل این جمله نشان می‌دهد ابتدا هیجانی بوده و سپس تغییری فیزیولوژیک رخ می‌دهد در حالی که در نظریه 2 عاملی ابتدا یک تغییر فیزیولوژیک است و از آن نتیجه یک هیجان گرفته می‌شود.

اگر جمله به این نحو بود در دسته نظریه 2 عاملی قرار می‌گرفت:

قلب من تند می‌زند **پس** من عصبانی هستم.

در اصل در نظریه 2 عاملی ابتدا برانگیختگی است سپس تفسیر و سپس هیجان.

به تفاوت **چون** و **پس** توجه کنید.

نظریات مینیمالیستی و دایمنشنال (Minimalist and)

(Dimensional)

نظریات ارزیابی

توضیح بیشتر مینیمالیستی و دایمنشنال:

مینیمالیستی یعنی مجزا مثل چیزی که اینجا می‌گوییم که ارزیابی شناختی هر هیجان منحصر به فرد است ولی دایمنشنال دیدگاه ابعادی است.

(اسلاید: **مینیمالیستی**: تعداد ابعاد ارزیابی را به حداقل می‌رسانند و غالباً مبتنی بر مایه‌های بنیادی است/ **دایمنشنال** (ابعادی): طیفی از ابعاد ارزیابی را مشخص می‌کند)

مینیمالیستی: ارزیابی‌های شناختی هر هیجان مجزا و مخصوص خودش است یعنی در غم یک ارزیابی شناختی مشخصی داریم که در خشم آن را نداریم. مثلاً در **غم** چیزی را از دست دادیم که بدست نمی‌آید ولی در **خشم** کسی موجودیت ما را تهدید می‌کند یا حق ما را تضییع می‌کند و عامدانه است. در حالت کلی این نظریات می‌گویند ارزیابی‌ها در هیجانات قابل تفکیک است.

غبطه: چیزی را می‌خواهم که کس دیگری دارد.

حسادت: از فرد خاصی بدمان می‌آید.

حسادت‌ها در روابط 3 نفره بیشتر دیده می‌شود (2) خواهر و مادر و: **حضور آن یکی رقیب ماست زیرا ما را از محبت و توجه شخص دیگر محروم می‌کند.**

نفرت: وقتی نزدیک به کسی یا چیزی باشیم که کاری کرده که نمی‌توانیم بپذیریم. مثل خیانت‌ها (عشق کاملاً از بین می‌رود و نفرت پدید می‌آید) - پشت سر دوست صمیمی حرف زدن.

پس نفرت محصول یک رابطه است که در آن سطحی از هیجانات مثبت به طور قابل توجه است و حالت خاص پیدا می‌کند که اگر شخص مقابل کاری غیر قابل پذیرش کند نفرت جایگزین می‌شود (جایگزین شدن به معنای حذف عشق) (مثلاً در روابط) نمی‌شود زیرا عشق و نفرت دو روی یک سکه‌اند)

از این در تراسی بسیار استفاده می‌کنیم یعنی اینکه محتوای ذهنی و فکری در هیجان چیست تا اصلاح کنیم (به خصوص ترس و اضطراب و غم و....)

مثلاً در از دست دادن کسی می‌گوییم درست است شخص دیگر پیش تو نیست ولی **در بسیاری از جنبه‌های زندگی پیش توست و آثار او همراه با توست.** همین باعث تخفیف در شدت غم اولیه می‌شود و در اصل ارزیابی فرد از یک فقدان 100 درصد تخفیف پیدا می‌کند.

جمع بندی و توضیح کاملتر و مطالب اسلاید:

مایه ارتباطی هسته‌ای (Core relational themes): نشان دهنده یک

معنی مشخص است که از الگوی خاص ارزیابی‌ها در مورد روابط خاص شخص با محیط حاصل می‌گردد.

مایه ارتباطی هسته‌ای فرایند ارزیابی را به آن تلخیص می‌کند.
این مایه ارتباطی هسته‌ای از مفاهیم نظریه ریچارد لازاروس (1991) است.

پانزده هیجان و مایه‌های ارتباطی هسته‌ای وابسته به آنها (الگوهای ارزیابی)	
هیجان	مایه ارتباطی هسته‌ای
خشم	تهاجمی تحقیرآمیز نسبت به «من» و «مال من»
اضطراب	رویا رو شدن یا تهدید وجودی مبهم
ترس	روبه رو شدن با خطر فیزیکی ویرانگر عینی و فوری
احساس گناه	زیر پا نهادن یک امر واجب اخلاقی
شرم	ناتوانی برای زیستن با «خودآرمانی»
غمگینی	تحمل تجربه‌ای برگشت ناپذیر
غبطه	خواستن چیزی که دیگری صاحب آن است.
حسادت	بیزاری از یک سوم شخص به خاطر فقدان یا تهدید به محبت فردی دیگر
نفرت	نزدیکی زیاد به شیء یا عقیده‌ای غیرقابل هضم (به مفهوم استعاره‌ای)
شادی	پیشرفت منطقی در جهت واقعیت‌یابی هدف
غرور	تقویت هویت «ایگو» به پشتوانه یک شیء یا پیشرفت با ارزش، خواه در ارتباط با خود ما یا فرد یا گروهی دیگر که با آنها احساس وابستگی می‌کنیم.
رهایی	تغییر وضعیت ناهماهنگ با هدف در جهت بهتر شدن یا از بین رفتن
امید	ترس از بدتر شدن اما آرزوی بهتر شدن
عشق	آرزومندی یا سهمیم بودن در مهر و محبت که معمولاً، اما نه لزوماً دو جانبه است.
ترحم	برانگیختگی تحت تأثیر رنج دیگری و میل به کمک کردن

دایمنشال: نظریه‌های ابعادی که هیجانات را بر اساس متغیرهای اصلی تری طبقه بندی می‌کنند.

مثلا اتفاقی روی می‌دهد مطلوب است یا نامطلوب که 4 تا هیجان می‌سازد ولی در کلینیک کمتر کاربردی است. (اسلاید: در اصل نظریه‌های ارزیابی ابعادی با اختصاصی کردن ابعاد مختلف ارزیابی و پیام‌های هیجانی آن ابعاد سر و کار دارند.)

ترکیب‌های دو بعد ارزیابی و هیجانات وابسته به آنها (Rosenman, 1984).		
روی می‌دهد	روی نمی‌دهد	
نشاط	غم	مطلوب
ناراحتی	رهایی	نامطلوب

جزء بعدی هیجان **تجربه ذهنی** است. (در هوشیاری ما می‌آید که من چه هیجانی دارم.) انسان‌ها این تجربه ذهنی را درک می‌کنند و می‌توانند گزارش هم دهند. همین که شخصی بداند الان مضطرب است مثلا می‌تواند برای تصمیم‌گیری‌ها مفید باشد. مثلا اتفاقی می‌افتد و من مضطرب می‌شوم ولی نمی‌دانم دقیقا آن اتفاق چیست ولی همین حس اضطراب راهنمای من است.

در ورود به محیط‌های اجتماعی و جمع‌ها از تجربه ذهنی برای آگاه شدن نسبت به موقعیت مان استفاده می‌کنیم. مثلا یک عده جمع شده‌اند و دارند حرف می‌زنند ما وارد می‌شویم و حس بدی می‌گیریم و می‌گوییم نکند از من بدشان می‌آید پس باید بروم از آن جمع.

در آزمایشی تصاویر ترسناک و دلخراش را بین چند فریم فیلم می‌گذاریم به نحوی که سرعت پخش فیلم آنقدر زیاد باشد که فرد نتواند یک فریم را به سادگی ببیند اما بعد آن می‌بینیم که در دستگاه سنجش علائم سمپاتیک بدن واکنش نشان می‌دهد و فرد گویا برای ماندن در آن مکان تصمیم می‌گیرد: یعنی تجربه ذهنی هیجان برای انسان هدایت‌گر است و باید به آن حساس بود.

در تراسی هم وقتی کسی می‌گوید در آن موقعیت حس من بد بود باید کاوش کنیم داستان آن موقعیت چیست زیرا گاهی اوقات در خصوص آن موقعیت اگر فرد به موقع آگاه نشود و تصمیم نگیرد کار خراب می‌شود.

اسلاید:

تجربه ذهنی هیجانات در حیطه هشیاری است.

1. بیزار کننده (Averise): احساس خشم ترس غمگینی تنفر و شاید ترکیبی از اینها به کسی دست دهد.

2. خوشایند (pleasant): احساس نشاط و خوشی آرامش و رضایت علاقه مندی درگیر شدن شگفتی یا سپاس

همانطور که گفته شد احساس‌ها به عنوان **پس خوراند** در مورد ارتباط شخصی شرایط فعلی عمل می‌کنند. وقتی هیجانی منفی مثل ترس یا خشم به ما دست می‌دهد احساس‌های ناخوشایند به عنوان **سرنخی** که "چیزی در محیط ما خطری را متوجه ما می‌سازد و برای پیشگیری از آن لازم است فوراً اقدام کنیم" عمل می‌کند.

جمع بندی:

تجربه ذهنی جزء احساسی هیجان تصور می‌شود و رهنمودی برای رفتار تصمیم گیری و پردازش اطلاعات است.

تمایلات فکری عملی و هیجان

هیجان‌ات به ما آمادگی می‌دهند:

1. ترس: به ما آمادگی برای فرار می‌دهد.
 2. خشم: به ما آمادگی برای حمله می‌دهد.
 3. نفرت: احساسی است که در خیانت معمولاً تجربه می‌شود که در این نفرت قصد داریم موضوع را دور کنیم. در خیانت اتفاقی که می‌افتد این است که زوجین فکر می‌کنند جدا شوند یا خیر و حتی کسانی که به فکر حفظ رابطه هستند هم این موضوع برایشان مهم است.
- در بحث خیانت کسی که آن را انجام می‌دهد در ابتدا خیلی با طرف مقابل (همسر خود که به آن خیانت شده است) خوب رفتار می‌کند.

مثلاً حتی می‌گوید (برای خالی شدن خودت من را بزنی و ...) ولی فقط پس از 2 ماه مدام می‌گوید چرا عصبانی است و به من توجه نمی‌کند و بلکه حداقل باید 6 ماه تحمل کرد تا این احساس منفی از فرد مقابل رد شود ولی اوضاع در نهایت خوب پیش نمی‌رود. به خصوص در خانم‌ها اگر مرد خیانت کرده باشد نمی‌توانند تحمل کند ولی مردها معمولاً می‌توانند.

هیجان‌ات دیگر: در غمگینی تمایل این است که یک گوشه بنشینیم و از فعالیت‌ها و دوستان کناره‌گیری می‌کنیم و در آخر هم حتی کناره‌گیری از بلند شدن از جا و رخت خواب که اینها تمایلات فکر و عمل در این هیجان‌ات است.

12 هیجان	تمایلات فکری - عملی
خشم	حمله
ترس	گریز
نفرت	بیرون راندن
احساس گناه	اصلاح کردن
شرم	از نظر دور شدن
غمگینی	کناره گیری
نشاط	شوخی و بازیگوشی
علاقه	تفتیش
رضایت	لذت بردن و انسجام
غرور	خیال پردازی بزرگ منشانه
سپاس	جامعه گرا شدن
ترفع (تعالی)	تبدیل شدن به فردی بهتر

توضیح تمایلات فکری عملکردی هیجان علاقه (تفتیش):
وقتی به چیزی علاقه مند می شویم مغز تمایل به بررسی
بیشتر و یادگیری و کنجکاوی می کند.

تغییرات بدنی و هیجان

(اسلاید: موارد مهم تر اثرات سمپاتیک را عرض می کنیم)
اتساع مردمک ها- افزایش تعریق و کاهش بزاق و
ترشحات مخاطی- انعقاد سریعتر در صورت بروز زخم-
انحراف خون از معده و روده به سمت مغز و عضلات
مخطط- سیخ شدن موها- افزایش فشار خون و سطح
قند)

هیجانات منفی سمپاتیک را به طور چشمگیری فعال
می کند ولی هیجانات مثبت خیلی پاسخ های سمپاتیک ندارند (توضیح: هیجانات مثبت تمایلات فکری-عملی
وابسته به آنها **گسترده** و **غیراختصاصی** است بنابراین **انگیختگی شدید که اعمال خاص را حمایت می کند** برای
رفع انگیختگی طولانی مدت مناسب اند)

کاربرد: وقتی تحت اثر هیجانات منفی سمپاتیک فعال شده می توان با هیجانات مثبت بدن را آرام کرد <
اثر خنثی سازی هیجان مثبت **Undoing effect of positive emotions**

توضیح جدولی که کمی پایین تر آمده است:

همانطور که گفتیم هیجانات مثبت به رفع انگیختگی طولانی مدت کمک می کند در این جدول هم طول مدت
انگیختگی و موارد زیر آمده است که مشخص است غمگینی سبب طولانی تر شدن ولی هیجان مثبت سبب
کاهش مدت انگیختگی می شود:

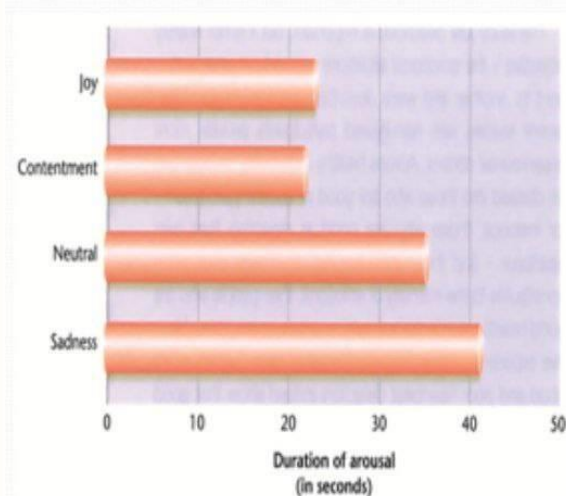
1. شادی (Joy)

2. رضایت و آرامش (Contentment)

3. خنثی و بی هیجان (Neutral)

4. اندوه و غم (Sadness)

تغییرات بدنی و هیجان



• اثرات خنثی‌سازی هیجانات

مثبت: شادی و رضایت
بیشتر از غمگینی یا فقدان
هیجان به **بهبود سریع‌تر**
تغییرات قلبی عروقی ناشی
از انگیزتگی متعاقب
هیجانات منفی می‌انجامد.

آزمایش برای بررسی مورد فوق:

یک شرایط استرس زا (مثلا می‌گوییم که یک ساعت زمان دارید یک متن بنویسید و همینجا ارائه دهید) ایجاد می‌کنیم و در این زمان فشار خون و استرس و پاسخ گالوانیک پوست (تغییر در هدایت الکتریکی پوست) و ضربان قلب را در افراد تحت تاثیر شرایط بررسی می‌کنیم. سپس وقتی تا حدودی در آن شرایط ماندند می‌گوییم سخنرانی کنسل است و حال در اتاقی بروید و فیلمی که نشان داده می‌شود ببینید.

4 مدل فیلم معنا گرا (فیلمی احساسی که محرک گریه است) - معمولی و خنثی (مستند راجع گل‌ها یا) - فیلمی که در آن احساس رضایت و خوبی و آرامش و ... است - کارتون (مانند تام و جری) که در آن شیطننت وجود دارد و ... نشان می‌دهیم.

سرعت و میزان کاهش برانگیختگی حاصل از استرس سخنرانی: فیلم غمگین و نوترال (خنثی) مدت زمان وجود برانگیختگی 40 ثانیه بود (کلا Emotion کوتاه مدت است و در حد ثانیه بیان می‌شود) و Arousal (برانگیختگی فیزیولوژیکی و ذهنی) بر طرف می‌شود ولی در فیلم‌های شاد و آرام حدود 20 ثانیه.

پس وقتی حال شخصی مساعد نیست نباید آهنگ غمگین گوش کند و چرا که حالش را بدتر می‌کند و کمکی به شایط نمی‌کند.

در **اختلالات خلقی** هم داریم که افراد افسرده مدام آهنگ غمگین گوش می‌دهند که اول باید آن آهنگ‌ها را پاک کنند. (بدبختی‌های خود که هیچ بدبختی‌های خواننده هم یادش می‌آید در این حالت).

تئوری‌های اول هیجان به نام تئوری جیمز لانگه (James-Lange)

(Lange)

سمپاتیک نقش‌های مهمی دارد به طوری که اندیشمندان صد سال پیش می‌گفتند وقتی بدن می‌لرزد یا می‌زند (1) ما می‌فهمیم ترسیدیم یا عصبانی هستیم (2) در اصل گمان می‌کردند وقتی سمپاتیک فعال شد ما تازه آن موقع متوجه هیجان می‌شویم. (من چون می‌لرزم (1) پس معلوم می‌شود که می‌ترسم (2) و این سخن به نحوی است که گویا مغز ما تعطیل است تا بعد از اینکه سمپاتیک فعال شود و بعد می‌فهمد ترسیده است) ویلیام جیمز **کارکرد گرا** (ترکیبی با جلسه اول) + فیزیولوژیست دانمراکی به نام کارل لانگه این را مطرح کردند اما امروزه این بیان زیر سوال رفته است. (اسلاید: در اصل در این نظریه بحث بر این بود که **انگیزش اتونومیک هیجانات را تفکیک می‌کند و در اصل درک انگیزش اتونومیک تشکیل دهنده احساس یک هیجان است و هر هیجان به علت آنکه به صورت‌های متفاوت احساس می‌شوند باید الگویی مشخص داشته باشد**)

اسلاید: در اصل سابقه مورد بالا که گفته شد (بررسی الگوی فعالیت فیزیولوژیک خاصی برای هیجانات

خشم و ترس و...) به ویلیام جیمز مولف نخستین درسنامه روانشناسی که در 1890 چاپ شد بر می‌گردد.

به نظر او درک تغییرات بدنی تجربه ذهنی هیجان است و یکی را بدون دیگری نمی‌توان داشت: مثال این نظریه:

ما احساس تاسف می‌کنیم چون گریه می‌کنیم (نه اینکه ما گریه می‌کنیم چون احساس تاسف می‌کنیم).

در اصل **سمپاتیک** آنقدرها هم حساس نیست و **نمی‌تواند هیجانات را از هم تفکیک کند** (قلب هم با دیدن فردی که او را دوست داریم هم با خشم تند تر می‌زند) یا معده‌مان ممکن است به دلایلی به هم بریزد. در کل آزمایش‌هایی که تصنعی هیجان ایجاد می‌کنند قابل قبول نیستند.

- 1- چون دستگاه‌های درونی ساختمان‌های نسبتاً **غیرحساس** هستند، تغییرات درونی کندتر از آن روی می‌دهند که منبع اولیه احساس هیجانی باشند.
- 2- **ایجاد تصنعی** تغییرات بدنی مربوط به یک هیجان - مثلاً، تزریق دارویی مثل اپی‌نفرین - احساس یک هیجان واقعی را ایجاد نمی‌کند. حداکثر، هیجانات «انگار که» ایجاد می‌کند: آزمودنی‌ها دریافت‌کننده تزریق گفته بودند «احساس می‌کنم که انگار می‌ترسم».
- 3- **الگوی انگیزش اتونومیک** به نظر نمی‌رسد از یک حالت هیجانی نسبت به حالت هیجانی دیگر خیلی متفاوت باشد. مثلاً، خشم سبب می‌شود که قلب ما تندتر بزند، اما دیدار معشوق هم همین اثر را دارد.

توضیح بهتر و واضح تر مبتنی بر مطالب اسلاید:

والتر کانن فیزیولوژیست (1927) 3 نقد به نظریه جیمز-لانگه وارد ساخت:

یک آزمایش (مربوط به فعالیت‌های لونسون (Levenson) 1990) شواهدی برای الگوهای اتونومیک که برای هیجانات مختلف مشخص می‌باشد) به دست آمد که در پاسخ به ایراد سوم کانن بود. به آزمودنی‌ها گفته می‌شود 6 هیجان مختلف را در چهره شان مشخص کنند (شادی (Happiness)-خشم (Anger)-ترس (fear)-تعجب (Suprise)-انزجار (Disgust) (در اسلاید بیان شده نفرت)-غم (sadness)) به مدت 10 ثانیه.

همزمان ضربان قلب و دمای پوست را اندازه می‌گرفتند.

1. ضربان قلب در هیجان‌های منفی **خشم و ترس و غم** سریعتر از **شادی و تعجب و نفرت** (استاد فرمودند نفرت ولی طبق 6 هیجان نامبرده گویا بهتر بود انزجار گفته شود) بود.

2. **دمای پوست در خشم بالاتر از ترس و غم بود.** (نشانه قابل تفکیک بودن این دسته هیجانات) **(خشم داغ و ترس سرد است)**

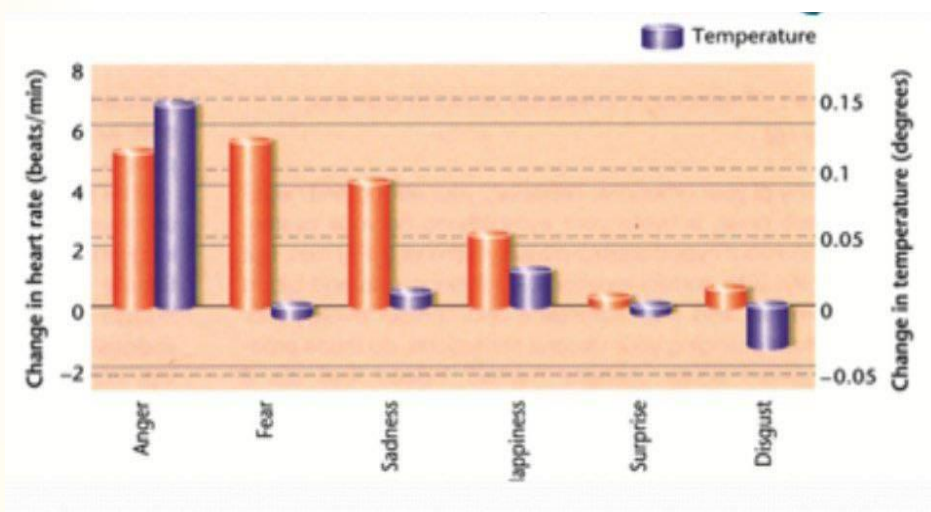
ایراد سوم کانن این است: می‌گفت پاسخ‌های فیزیولوژیک نمی‌تواند هیجانات را از هم تفکیک کند که تا حدودی درست است: خشم و دیدن معشوق قلب تند تر می‌زند **ولی** در خشم قلب بسیار سریعتر از معمول می‌زند.

توضیح شکلی که در پایین می‌آید: نمودار نارنجی ضربان قلب و بنفش دمای پوست است.

مؤلفه‌های محور افقی از چپ به راست: خشم-ترس-غم-شادی-تعجب-انزجار

○ **نکات نمودار:** توجه کنید علت اینکه می‌گوییم خشم داغ ولی ترس سرد است از نمودار بنفش قابل برداشت است.

نتیجه نهایی: 2 ایراد اول کانن سر جای خود باقی است ولی به ایراد سوم نقدی به این شکل وارد است. بنابراین انگیزش اتونومیک (افزایش ضربان قلب و....) حتی اگر به تفکیک برخی هیجانات کمک کند بعید است که تفکیک کننده تمام هیجانات باشد. (نکته دیگر: تفاوت بین **غرور و رضایت** در واکنش‌های **احشایی** مشخص نیست)



پاسخ چهره در هیجان موثر است. (ازمایش لونسون)

قلب حتی با به هم ریختن ظاهری چهره تند تر می‌زند (تاثیر خاص آن).

هیجان پاسخ کوتاه ولی چند جزئی است.

در غمگینی هم قلب بیشتر می‌زند یعنی فردی که گریه می‌کند قلبش تندتر می‌زند.

در **سوپرایز** تغییر خاصی در فرد نه دمای پوست و نه ضربان قلب.

در Disgust (انزجار و نفرت) دمای پوست زیاد تغییر می‌کند حتی از ترس بیشتر (البته طبق نمودار دمای پوست کاهش می‌یابد)

کسی که دچار Disgust می‌شود خیلی عذاب می‌کشد.

هیجان انزجار و نفرت در 2 موقعیت پدید می‌آید:

1. نسبت به دیگری: کسی که به فرد خیانت یا بدی کرده

2. نسبت به خود فرد: نسبت به شکل ظاهری (هیکل یا بینی)

در مورد 2 شاید این ناخوشایند بودن برای خودمان اوایل آسان و سبک باشد ولی رفته رفته جمع می‌شود و به نفرت از خود تبدیل شده و دیگر فرد آرامش و خوشحالی ندارد.

حرکات عضلات چهره و هیجان

حرکات عضلات چهره بسیار مهم است ولی اوایل بر اساس نظریه داروین می‌گفتند **افکت** (Affect) به معنی حالت هیجانی مشهود که در لحظه دیگران می‌توانند از رفتار و.... برداشت کنند) و **چهره** در هیجانات برای **انتقال پیام به گونه** است.

مثال: اگر فردی عصبانی باشد نباید سمتش رفت ولی اگر حالت خنثی (Neutral) یا شاد داشت می‌توان سمتش رفت.

سیگنال‌های دیگر مانند **سلام کردن** یا **دست دادن** یا **نگاه کردن** نیز وجود دارند.

سیگنال‌ها برای این است که جهت ارتباط به سمت کسی برویم و این سیگنال‌ها در چهره و دست و بدن وجود دارد.

اما مفاهیم بیانات داروین کامل نبود. (توضیح پس از بیان مطالب مقدمه پایین)

ماجرای چهره جهان شمول است. (برخی از حالت‌های چهره برای همه انسان‌ها در تمام فرهنگ‌ها یکسان و قابل شناسایی است.

(اسلاید: که این **مویدی بر ادعای داروین** است که هیجانات پاسخ‌های **ذاتی** با یک **سابقه تکاملی** هستند)

- از زمان چاپ کار کلاسیک **چارلز داروین** به نام **ابراز هیجان در انسان و حیوانات** در سال 1872، روان‌شناسان انتقال هیجان را کارکردی مهم تلقی کرده‌اند، که ارزش دوام زندگی برای انواع دارد.
- هراسان به نظر رسیدن ممکن است هشدار برای دیگران باشد
- درک اینکه کسی خشمگین است به ما می‌فهماند که ممکن است وی رفتاری پرخاشگرانه نشان دهد
- مشاهده کسی که لبخند صمیمانه دارد ممکن است سبب احساس ایمنی شود.

✓ **ابراز هیجان، علاوه بر کار برقراری رابطه سهمی نیز در تجربه ذهنی هیجان دارد**

قضیه پسخوراند چهره (Facial feedback hypothesis)

پسخوراندی (همان فیدبک) که از حالات چهره خود بدست می‌آوریم ممکن است ابراز هیجان را به وجود آورده یا آن را تشدید کند.

آزمایش:

مدادی را به آزمودنی‌ها دادند و گفتند که یا با لب آن را بگیرند یا با دندان‌ها. وقتی با دندان می‌گرفتند حالت خنده و وقتی با لب می‌گرفتند حالت عبوس به وجود می‌آمد. سپس گفتند با تماشای این فیلم ارزیابی کنید چقدر خنده دار و با مزه بود. آنهایی که خندان بودند بود کارتونها را خنده دار تر می‌دیدند.

نتیجه مهم: حالات چهره از طریق انگیزتگی اتونومیک می‌توانند اثر غیر مستقیم بر تجربه هیجانی داشته باشند.

پس حالتی که به چهره می‌دهند در تجربه شان نقش دارد. آزمایش‌های دیگر حالت چهره سیستم اتونوم را دستکاری می‌کند.

پاسخ به هیجان و تنظیم هیجان

در مدیریت هیجان هر چه فردی توانمند تر باشد در دنیای امروزه موفق تر است. به عنوان مثال باید غمگینی‌ها را مدیریت کرد تا به درس آسیب نزنند.

مدیریت ما روی Emotion باعث می‌شود شرایط (سخت) را رد کنیم و آینده را بسازیم ولی اگر این مدیریت به خوبی صورت نگیرد آسیب زاست (در خصوص خودمان باید گوشزد کرد که هیجانات و ارزیابی پاسخ و پاسخ‌های داده شده دست خود ماست).

● نکات خارج از بحث اصلی ولی جالب برای خواندن: مثلاً در لحظات سخت کشیک در پزشکی فکر کنیم فردا صبح پیش مادر می‌رویم یا کتاب مورد علاقه را می‌خوانیم یا فیلم می‌بینیم به هر حال از امیدها برای کمک به پشت سر گذاشتن شرایط سخت می‌توان استفاده کرد.

آرزوهایی که داریم هم مهم است. باید به Value و Aspirationها فکر کنیم و به روزگاری فکر کنیم که سختی‌ها تمام شده و به عنوان مثال مطب زدیم و.... احساس قشنگی است چون در حال انجام کاری هستیم که دوست داریم. پس باید تحمل کرد.

در آینده که برای دانشجویان پزشکی بحث اضطراب‌ها و مورنینگ و انتقاد اساتید و وجود دارد باید هوشمندانه عمل کرد. باید ارزیابی مان را تغییر دهیم: به عنوان مثال بگوییم درست است که اساتید انتقاد می‌کنند ولی در عوض من چیزی یاد می‌گیرم. بحث خرد شدن نیست و چیزی در من نابود نمی‌شود ولی اگر فکر کنیم خرد می‌شویم یا ضایع می‌شویم و فکر کنیم با انتقادهای تند گویا بی‌عرضه هستیم در آن صورت اضطراب بالا می‌رود و سپس خلق پایین می‌آید و غمگین می‌شویم ولی اگر بگوییم من آمده‌ام چیزی یاد بگیرم و طبیعتاً هر انسانی محدودیت دارد و من هم گاهی خسته بودم و نشد مریض را خوب مصاحبه کنم اینها کمک می‌کنند Emotion را مدیریت کنیم. هیچ مشکلی هم نیست 10 تا مورنینگ برویم یازدهمی آن درست می‌شود.

چگونه دیدن و پاسخ دادن Emotion ما مهم است.

در پاسخ دادن به Emotion باید به سازگاری و آینده توجه کرد.

پاسخ به هیجان، تنظیم هیجان

- تنظیم هیجان، یا پاسخ‌های مردم به هیجانات خود را می‌توان جزئی از فرایند هیجانی شمرد.
- گاهی مردم می‌خواهند هیجانی را حفظ یا تشدید کنند، خواه این هیجان مثبت باشد یا منفی
- در مواردی نیز مردم مایلند هیجانات خود را چه منفی و چه مثبت تقلیل یا حذف کنند.
- بخش عمده‌ای از فرایند اجتماعی شدن معطوف به آزمایش نحوه و زمان تنظیم هیجانات به کودکان است:
- شواهد حاکی است که موفقیت کودکان در یادگیری این دروس در مورد هیجانات پیش‌بینی‌کننده موفقیت اجتماعی کلی آنها است

پژوهش: کسانی که هیجانات را فرو می‌خورند و بیان نمی‌کنند حافظه شان کاهش پیدا می‌کند و روابط اجتماعی پایین می‌آید و توانایی‌هایشان کم می‌شود.

اگر هیجانات منفی داشتیم به لحاظ شناختی اثر می‌گذارد ولی باید در موقعیت به گونه ای دیگر معنا پیدا کنیم.

فشار روانی و استرس روی هیپوکامپ اثر می‌گذارد.

مثال: اگر استادی ببینید تعدادی از دانش جویان سر کلاسش نیامده‌اند باید به گونه ای دیگر در این موقعیت دنبال معنا باشد یعنی باید بگوید که شرایط محیطی ربطی به ویژگی‌های من ندارد یعنی اینکه سر کلاس تعداد

کمی شرکت می‌کنند دلیل نمی‌شود که من خنگ باشم یا بی‌عرضه باشم و لاف‌ها این آسان گرفتن سبب می‌شود حافظه خودم به هم نریزد. (اهمیت ارزیابی شناختی و Reappraisal (به معنای بازیابی شناختی یک موقعیت برای تغییر احساسات ناشی از آن (بازارزیابی))

توجه: Appraisal ارزیابی اول است ولی Reappraisal یعنی روی آن موقعیت فکر می‌کنیم.

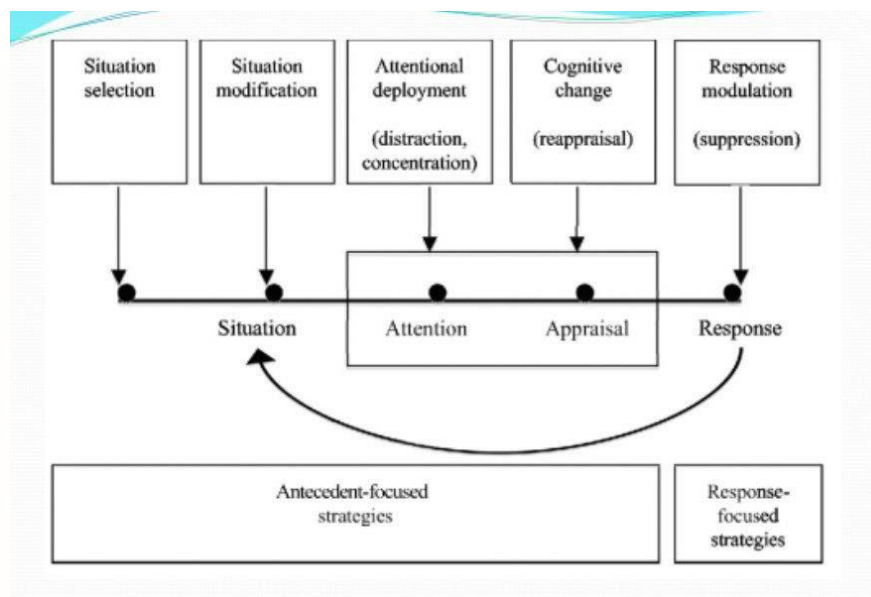
در خصوص مثال یاد شده باید توجه داشته باشیم که **خطای شناختی** در **ارزیابی‌های منفی** همه را با هم یکی می‌کند. (مثلاً حتی ممکن است استاد در صورت انگیزگی از کم آمدن دانشجویان با کاهش کیفیت تدریس خود به آن دانشجویی هم که آمده است بی‌توجهی کند)

در خصوص مثال اخیر ذکر شده به اسلاید زیر که جمع‌بندی خوبی از آن انجام داده است توجه می‌کنیم:

2 راهبرد برای تنظیم هیجان وجود دارد: Suppression+Reappraisal

- **راهبرد فرونشانی suppression** حالت چهره موجب افزایش تحریک فیزیولوژیکی می‌گردد
 - در هر دو طرف رابطه
 - و حافظه را تخریب میکند
 - یک مطالعه طولی روی دانشجویان سال اول دانشگاه فرونشانیها: حمایت اجتماعی پایین‌تر، صحبت کمتر، و رضایت اجتماعی پایین‌تر
- برعکس، **ارزیابی دوباره reappraisal** به نظر نمی‌رسد توان فیزیولوژیکی داشته باشد چون به جای خفه کردن هیجانات آنها را تغییر می‌دهد.

به آخرین مطلب نیز توجه می‌کنیم:



● Response-focused strategies

(تنظیم پس از شکل‌گیری هیجان):

این راهکارها بعد از ظاهر شدن هیجان به کار می‌روند:

5. Response modulation (تعدیل پاسخ):

تغییر پاسخ هیجانی پس از بروز.
مثال: پنهان کردن خشم (سرکوب یا suppression)،
یا نفس عمیق کشیدن برای کنترل.

● Antecedent-focused strategies

(تنظیم پیش از پاسخ هیجانی):

این راهکارها قبل از شکل‌گیری کامل هیجان اتفاق می‌افتند:

1. Situation selection (انتخاب موقعیت):

انتخاب موقعیت‌هایی که احتمال ایجاد هیجان
خوشایند یا ناخوشایند در اون‌ها بیشتر یا کمتره.
مثال: نرفتن به مهمونی‌ای که می‌دونی استرس
می‌ده.

2. Situation modification (تعدیل موقعیت):

تغییر موقعیت برای کمتر کردن بار هیجانی.
مثال: دعوت به دوست همراه برای کاهش اضطراب.

3. Attentional deployment (جهت‌دهی توجه):

تغییر توجه برای کاهش هیجان (حواس‌پرتی، تمرکز).
مثال: نگاه نکردن به چیزی که ناراحت می‌کنه.

4. Cognitive change / Reappraisal

(بازارزیابی شناختی):

تغییر تفسیر ذهنی موقعیت.
مثال: به جای فکر کردن «اون قصد توهین داشت»،
فکر کن «شاید حالش بد بود».



روانشناسی شخصیت - جلسه 10

فهرست

- شخصیت (personality)
- روان‌شناسان شخصیت
- نظریات
- 1- لغت‌نامه‌ها (به‌وسیله آلپورت و همکارانش)
- 2- تئوری فروید
- پویایی‌های شخصیت یا تحرکات شخصیت (Personality Dynamics)
- رشد شخصیت (Personality Development)
- 3- رویکرد رفتاری (The Behaviorist Approach)
- شرطی‌سازی و یادگیری اجتماعی
- تفاوت‌های فردی
- 4- رویکرد شناختی (The Cognitive Approach)
- 5- رویکردهای انسان‌گرا (The Humanistic Approach)
- 6- رویکرد تکاملی (The Evolutionary Approach)
- ژنتیک شخصیت (The Genetics of Personality)

تایپ

پرنیان صدری‌نسب

ملینا علیزاده

ویراست علمی

سجاد رضایی

ویراست ادبی

ریحانه آقابابایی

محمد رضا شکوری

تدوین

محمد فتح الله زاده



شخصیت (personality)

در تعریف لغوی: نقاب یا ماسکی که افراد به چهره‌شان می‌زنند؛ واژه پرسونا (Persona) به معنای نقش، شخصیت و یا نقاب این‌گونه تعریف می‌شود: نوع خاصی از کاراکتر که شخص به نظر می‌رسد داشته باشد و این اغلب از شخصیت خصوصی یا واقعی آنها متفاوت است، در اصل این واژه از لاتین به معنای ماسک (Mask) مشتق شده است.

هر کدام از افراد در تعامل با افراد متفاوت، شخصیت‌های گوناگونی را از خود بروز می‌دهند. به‌گونه‌ای که در موقعیت‌های متفاوت، نقاب‌های گوناگونی به چهره‌مان می‌زنیم.

در تعریف روان‌شناسی: هسته‌ای اصلی در وجود ما نهفته است که از ما هویتی را می‌سازد؛ بنابراین شخصیت مجموعه‌ای از الگوهای متمایز و شاخص (مشخصه دار) از افکار، هیجانات و رفتارها هستند که استایل رفتاری فرد با محیط فیزیکی (مثل اشیاء) و اجتماعی (مثل افراد) را ایجاد می‌کند.

روان‌شناسان شخصیت

1. در پی کاهش مجموعه احتمالی اصطلاحات مربوط به ویژگی‌های شخصیتی (Trait Terms) هستند.
2. از ارزش و مورداعتماد بودن ابزارهایشان (در سنجش شخصیت و...) شان مطمئن می‌شوند.
3. پژوهش‌هایی برای کشف ارتباط بین صفات شخصیتی و همچنین بین صفات و رفتارهای خاص کشف می‌کنند.

نظریات

1- لغت‌نامه‌ها (به‌وسیله آلپورت و همکارانش):

ما از واژه‌ها برای فکرکردن به خودمان و افراد دیگر استفاده می‌کنیم. در لغت‌نامه انگلیسی ۱۸ هزار لغت وجود داشت که معرف شخصیت هستند و سپس این لغات را دسته‌بندی کردند و طبقه‌بندی‌ها را جزئی‌تر کردند. آنها را به ۴۵۰۰ واژه و سپس ارزیابی افراد بر اساس این اصطلاحات با روش تحلیل عاملی (توضیح بیشتر: این روش یک روش آماری است برای کاهش تعداد متغیرها به چند بعد اصلی) انجام شد تا مشخص شود چند بعد زیربنایی لازم است تا روابط بین مقیاس‌ها را توضیح دهد.

ایزینک (Eysenck): بر روی تحلیل خلاصه‌سازی صفات فعالیت کرد: صفات را در ۲ بعد stable و unstable تقسیم‌بندی کرد.

تصویری ساده از دسته‌بندی آیزنک:

Stable (باثبات)	Unstable (ناباثبات)
Introvert (درون‌گرا)	افسرده، مضطرب
Extravert (برون‌گرا)	تحریک‌پذیر، پرخاشگر
	اجتماعی، متعادل

افرادی که خلق آرام و با ثباتی دارند و فردی که شکننده و مضطرب است.

فاکتورهای شخصیتی ایزنک:



2-تئوری فروید:

بسیاری از نظریه‌های روان‌شناسی بر پایه این تئوری است. این نظریه جامع‌ترین و اثرگذارترین نظریه تا کنون است. اسم نظریه فروید، روان تحلیلی (psychoanalytic)، روان پویا، روانکاوی است. به این تئوری، **The Psychoanalytic Approach** نیز گفته می‌شود.

بر طبق این نظریه ما گمان می‌کنیم که هشیاریم و خودمان را می‌شناسیم و نسبت به خود آگاهیم ولی چیزی که ما فکر می‌کنیم، خود واقعی‌مان نیست. چیزی که باعث انگیزه دادن به ما برای انجام فعالیت‌های روزانه‌مان می‌شود و بخش زیادی از آنچه فکر می‌کنیم و انجام می‌دهیم، چیزی است به نام و تحت‌تأثیر

فرایندهای ناخودآگاه (unconscious). انگار صحنه‌گردان اصلی شخصیت‌مان بخشی از وجودمان است که ما به آن هشیار نیستیم و با تلاش هم آگاهی به دست نمی‌آوریم.

بخش unconscious وجود ما پر از تکانه‌هایی است که فرهنگ پذیرای آن نیست و آن را سرکوب می‌کند. مانند تکانه‌های جنسی، پرخاشگری و...

پیشرفت آدم‌ها و ورود آنها به قبیله‌ها سبب شد تابوهایی به وجود آید که این تابوها یک سری تکانه‌هایی را در افراد ممنوع می‌کند و این ممنوعیت کاربرد دارد و سبب می‌شود افراد در قبیله زندگی کنند؛ ولی این تکانه‌ها از آغاز تولد فرد با او است و با ژنتیک افراد آمیخته است نمی‌توان آن را حذف کرد.

بنابراین، سیستم روان فرد برای سازگاری با این محیط مجبور است این موارد را سرکوب کند و فروید معتقد بود تمام رفتارهای ما، تمایلات تغییرشکل یافته یا Unconscious است و به نحوی این تغییر شکل رخ می‌دهد که جامعه‌پسند شود.

درمانگر از بیمار می‌خواهد که برای درمان، بیمار تمام حرف‌های خود را بدون سانسور و بدون توجه به تابوها بزند تا درمان را برای مریض میسر کند.

روش قدیمی و کار با بیماران دچار نوروز (Neurotic Patient_1885): شامل درمان هیپنوتیزم که تلقین‌پذیری فرد را بالا می‌بردند و تداعی آزاد (Free Association) بود.

توضیح بیشتر: یعنی افرادی که اختلالات اضطرابی، وسواس، نگرانی شدید، احساس گناه و بی‌ثباتی هیجانی دارند.

او معتقد بود با تعبیر رؤیای فرد در خواب نیز می‌توان به محتوای ناخودآگاه (Unconscious) دست یابد.

ساختار شخصیتی که فروید به عنوان ناخودآگاه مطرح کرد:

۱. مدل توپوگرافیک (۱۹۰۰): اید یا نهاد (Id)، ایگو (Ego) و سوپرایگو (Superego)؛ ساختار روان و ناخودآگاه از این ۳ تا تشکیل شده است.

اید (نهاد یا Id) همان تکانه‌های جنسی و پرخاشگری است که نوزاد با آن به دنیا می‌آید و بدون توجه به جامعه اطراف آن کار را انجام می‌دهد. در اصل بخش غریزی و ناخودآگاه ذهن است و اصل حاکم بر آن اصل لذت (Pleasure principle) است. به طور خلاصه این مفهوم، شامل تکانه‌ها و انگیزش‌های بیولوژیکی پایه است.

Ego (من): بخش منطقی و واقع‌گرای شخصیت، نقش واسطه بین نهاد و فرامن (Superego)، تلاش می‌کند خواسته‌های نهاد را به شکل قابل قبول و واقعی برآورده کند. اصل حاکم بر آن اصل واقعیت (Reality Principle) است. در اصل ما سعی می‌کنیم ایگو را تقویت کنیم و ایگو مصالحه‌گر ایگو و سوپر ایگو است و با واقعیت ارتباط دارد. در واقع تکانه‌های اید را برآورده می‌کند؛ ولی متناسب با ارزش‌هایی که سوپر ایگو می‌دهد. بیمارهایی که اسکیزوفرنی دارند ایگو درونشان درهم‌شکسته است و فرد ارتباطی با واقعیت ندارد؛ برای مثال اگر سر کلاس گرسنه‌اید به صورت یواشکی چیزی می‌خورید.

فرامن (Superego): نمایانگر وجدان، اخلاق، ارزش‌های فرهنگی و اجتماعی که در دوران کودکی در ما شکل می‌گیرد. درست و غلط را تعیین می‌کند و اگر کار بدی کنیم، ما را دچار احساس گناه می‌کند. اصل حاکم بر آن

اصل کمال‌گرایی (Morality Principle) یا اصل اخلاق است؛ بنابراین سوپر ایگو شامل ۲ بخش است: وجدان (Conscience) و ایگو ایده‌آل (Ego ideal-کمال‌گرایی).

پیام‌هایی که ما از جامعه دریافت می‌کنیم، ما را نسبت به چیزهایی منع می‌کند که این مربوط به سوپر ایگو یا وجدان است. سعی می‌کنیم که کارهایی که ارزش‌های اجتماعی را رد می‌کند را انجام ندهیم و باتوجه‌به ملاک‌های جامعه رفتار می‌کنیم. وجدان به ما می‌گوید یک کاری را انجام ندهیم و اگر انجام دادیم شروع به سرزنش خود می‌کنیم.

2. مدل ساختاری که بعداً مطرح شد: Conscious-

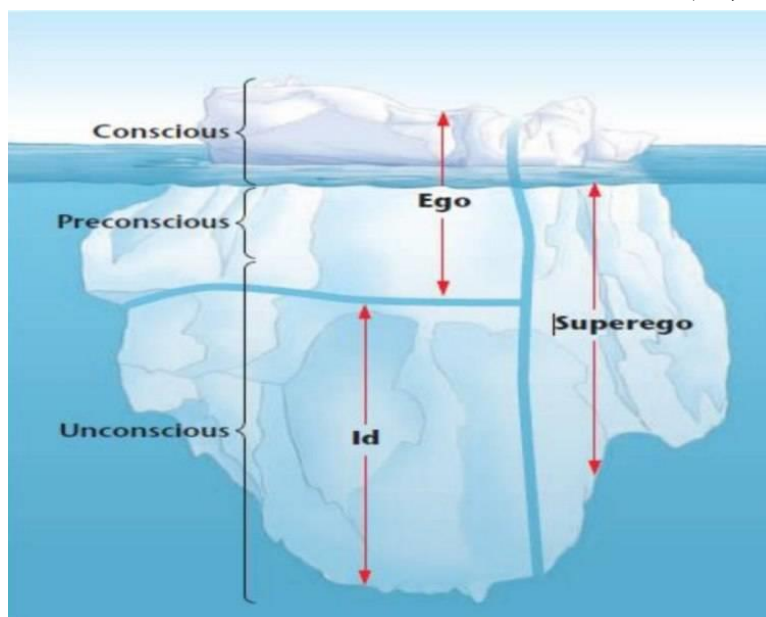
Preconscious-Unconscious (البته در اسلایدها بیان شده است که در ۱۹۰۰ مفاهیم

مربوط به هشیاری و در ۱۹۲۰ مفاهیم مربوط به اید و... روی کار آمد)

1. *Conscious*: آگاهی مستقیم انسان.

2. *Preconscious*: تمام اطلاعاتی که مستقیماً در مغز ما نیستند؛ ولی قابل‌دسترسی هستند؛ در اصل، ما چیزی را می‌دانیم؛ ولی باید اراده کنیم تا در هشیاری ما آید. برای مثال اینکه دیروز ناهار چه خوردیم.

3. *Unconscious*: تکانه‌ها و انگیزش‌ها (Impulses)، آرزوها و تمایلات و خاطرات غیرقابل‌دسترسی که بر تفکرات و رفتار ما اثر دارند.



پویایی‌های شخصیت یا تحرکات شخصیت (Personality)

(Dynamics)

۱. حفظ انرژی (Conservation of energy): در نگاه فروید، بسته انرژی روانی (psychic energy) در فرد هست که به آن لیبیدو (غریزه) می‌گویند که نسبت به مرحله رشدی که فرد در آن قرار دارد در قسمت‌های متفاوت بدن قرار می‌گیرد.

۲. اضطراب و دفاع (Anxiety and Defense-1926): افراد با تمایل برای انجام کارهای ممنوعه، اضطراب را تجربه می‌کنند و یکی از راه‌های کاهش آن رویارویی با تکانه‌ها در شکل و موقعیتی پوشیده است (مکانیسم دفاع):

توضیح بیشتر مثال: فردی تمایل به عصبانیت دارد ما می‌دانند که نباید عصبانی شود، بنابراین به‌جای پرخاش، عصبانیت را در قالب شوخی‌های تلخ یا انتقادهای غیرمستقیم بیان می‌دارد، در شکلی پوشیده بروز کرده تا اضطرابش کم شود، در اصل ایگو یا ذهن فرد برای کاهش اضطراب مکانیسم دفاع را پیش می‌گیرد.

رشد شخصیت (Personality Development)

در ۵ مرحله ابتدایی زندگی، تکانه‌های جست‌وجو (گرایش به لذت، اید (Id)) بر مناطق خاصی از بدن و فعالیت‌های مرتبط به آن مناطق تمرکز می‌کند.

۵ مرحله رشدی (Psychosexual stages) بیان می‌کند:

۱. مرحله اורال (Oral Stage): در مرحله دهانی، لیبیدو در قسمت دهان فرد می‌رود. برای مثال بچه‌ها تا مدتی ارتباطشان با محیط، از طریق دهان است و نوزادان از شیر خوردن و مکیدن لذت می‌برند. در مراحل رشد باید ارضای نیاز نسبی وجود داشته باشد. برای مثال مادر به کودک خود به مقدار نیاز غذا دهد نه زیاد و نه کم. وگرنه فرد در مرحله رشد فیکس و تثبیت می‌شود. فیکسیشن در مرحله اورال سبب مشکلات پرخوری، کم‌خوری و سیگارکشیدن و... می‌شود.

توضیح بیشتر: سن تقریبی تا حدود یک‌سالگی

۲. مرحله آنال (Anal Stage): هنگامی که کودک می‌خواهد اختیار ادرار و مدفوع را به دست آورد؛ در اصل کودک هم از نگاه‌داشتن هم از دفع مدفوع لذت می‌برد و در این حالت تعارضی با والدین ایجاد می‌شود.

توضیح بیشتر: سن تقریبی حدود ۱ تا ۳ سالگی

۳. مرحله فالیک (Phallic Stage): مرحله‌ای که کودک از جنسیت آگاه می‌شود و از نوازش

کردن آلت تناسلی خود لذت می‌برد. برای مثال تفاوت دختر و پسر (تفاوت جنسی) را درک می‌کنند. در این مرحله احساس شرم به کودک مشکل به وجود می‌آورد؛ یعنی اینکه والدین به دلیل این رفتار کودک را سرزنش کنند ممکن است کودک دچار احساس گناه و شرم شود؛ منظور این نیست والدین بی‌تفاوت باشند؛ بلکه باید به کودک با برچسب‌های مثبت راهنمایی کنند و حرف‌هایی با برچسب‌های منفی که سبب حس شرم شوند را به کودک نگویند.

اعتقاد فروید: دخترها علاقه به پدرشان پیدا می‌کنند و پسرها همان‌طور نسبت به مادر؛ ولی باگذشت زمان پدر سعی در راندن دختر و مادر سعی در راندن پسر می‌کند. به این **تعارض اودیپال (Oedipal Stage)** می‌گویند؛ یعنی کشمکش ناخودآگاه با والد هم‌جنس و تمایل به والد جنس مخالف

توضیح بیشتر: سن تقریبی حدود ۳ تا ۶ سالگی

۴. مرحله نهفتگی (latency): مرحله‌ای که لیبدو به سمت اجتماع می‌رود. در این مرحله

استقلال بیشتر می‌شود. برای مثال تأیید و نقش مادر و پدر آن‌قدر مهم نیست؛ ولی تأیید معلم مدرسه و دوستان اهمیت دارد. از دید فروید تا ۵ سالگی شخصیت شکل گرفته است. در این مرحله فرد دستاورد ۳ مرحله اول را برداشت می‌کند.

توضیح بیشتر: سن تقریبی حدود ۶ تا قبل بلوغ

۵. مرحله تناسلی (Genital Stage): (در اسلاید توضیحی برای این نبود؛ ولی بر طبق

تحقیقات صورت گرفته: از سن بلوغ حدوداً ۱۲ سالگی آغاز می‌شود و ناحیه تمرکز لیبدو اندام تناسلی می‌شود.)

هر فیکسیشن که در هر مرحله رخ دهد می‌تواند انواع بیماری‌های شخصیتی را ایجاد کند و رشد روانی را متوقف کند، در این حالت لیبدو فرد به فعالیت‌های همان مرحله محدود خواهد شد.

هر رویکردی به شخصیت برای خود، فلسفه‌ای از ماهیت انسان به همراه دارد.

جمع‌بندی / این تئوری: نگاه فروید به انسان بدبینانه است. در اصل تصویری از ماهیت انسان ترسیم می‌کند که ذاتاً شرور (Basically evil) است.

همچنین طبق این تئوری شخصیت انسان‌ها اساساً توسط **سائق‌های غریزی و تجربه رویدادهای ۵ سال اول زندگی** شکل می‌گیرد.

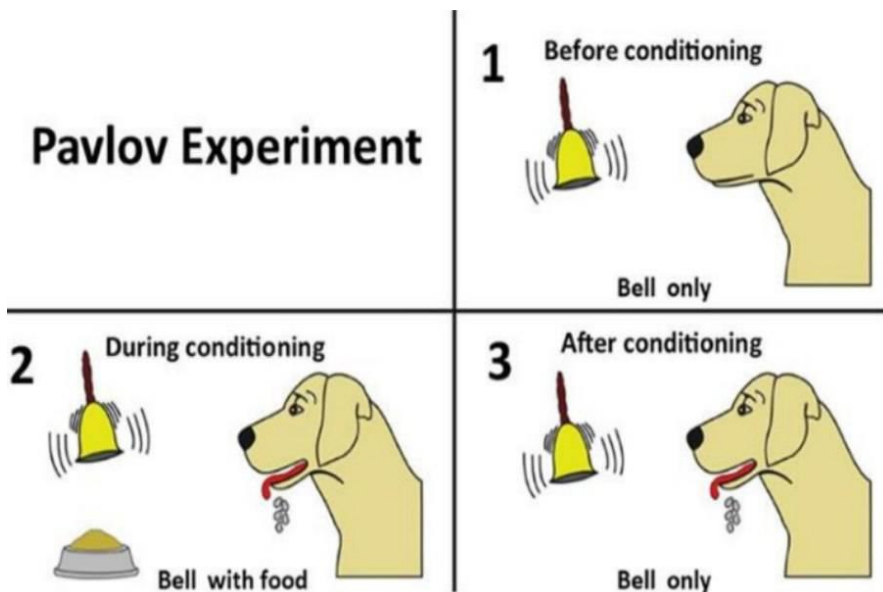
در درمان تلاش بر این است که جایی که اید (Id) هست، ایگو هم بتواند حضور داشته باشد و واقعیت‌سنجی به فرد القا کند. در اصل سلامت روانی یعنی ایگو (من) بتواند با قدرت ولی منعطف امیال غریزی (اید) را کنترل کند.

در این روش پروسه درمان بسیار طولانی است.

در روش دیگر ساختار روان فرد را حذف می‌کنیم و جوری در نظر می‌گیریم که فرد تنها تحت تأثیر محیط قرار دارد و به مشاهده تعامل محیطی که فرد دارد می‌پردازیم.

در این رویکرد، رفتار نتیجه بر همکنش پیوسته بین متغیرهای شخصیتی و محیطی است.

رویکرد رفتاری در آزمایشگاه شکل می‌گیرد و در این روش برخلاف روش قبلی در آزمایشگاه مشاهدات را پیش می‌بریم؛ مانند آزمایش سگ پاولوف (شرطی‌سازی کلاسیک). یک محرک بدون خطر می‌تواند واکنش هیجانی ایجاد کند که همراه با خطر هست؛ چون آن محرک زمانی با محرک آسیب‌زا همراه شده است: مثال: کودکی هنگام شنیدن صدای خاصی مانند صدای زنگ تجربه‌ای ترسناک داشته، بعدها با همین صدای زنگ نیز دچار ترس و اضطراب می‌شود که نشان‌دهنده تأثیر محیط در واکنش فرد است.



تعرض = اضطراب

تعرض + تاریکی = اضطراب

تاریکی = اضطراب

(برای درمان باید فرد را در تاریکی قرار دهیم تا به او ثابت کنیم که اتفاقی رخ نخواهد داد.)

این شرطی‌شدن در مواقعی می‌تواند خوب و با می‌تواند بد باشد و این تئوری در افراد PTSD می‌تواند شدیدتر باشد.

در تئوری فروید بحث این بود که هر گاه اید می‌خواهد بباید در خودآگاه فرد اضطراب را تجربه می‌کند. در واقع اضطراب زنگ خطری است که سوپر ایگو می‌زند که بگوید محتوای اید دارد در خودآگاه فرد می‌آید و به شخص اضطراب زیاد دست می‌دهد؛ ولی در اینجا تمام واکنش‌های اضطرابی با شرطی‌سازی کلاسیک به راحتی توجیه می‌شود و خیلی عینی‌تر با مؤلفه‌های مشخصی است.

در اصل در یادگیری اجتماعی و شرطی‌سازی، شرطی‌سازی کلاسیک توسط رفتارگرایان به مدل توضیحی شخصیت اضافه شده است، در اصل برای رفتارگرایان این شرطی‌سازی کلاسیک است که منبع درونی شده اضطراب را می‌سازد، چیزی که در نظریه فروید سوپر ایگو نام می‌گرفت.

1. **شرطی سازی عاملی (اسکینری): پیامد**، رفتار کنترل کننده رفتار و همراه با پاداش و تنبیه است

و اگر بخواهیم رفتاری زیاد شود آن را تقویت می کنیم. برای مثال در ازای انجام کاری **جایزه** دریافت می کنیم پس این می تواند که باعث انجام دوباره آن کار گردد.

و یا با انجام یک سری کارها از رخ دادن پیامد آن جلوگیری کنیم پس باعث می شود ما آن کار را بیشتر انجام دهیم. **حذف محرک آزاردهنده** به واسطه انجام یک رفتار احتمال انجام دادن آن رفتار را بالاتر می برد.

در روان شناسی تربیتی از این روش خیلی استفاده می شود و برای تقویت توجه استفاده می شود.

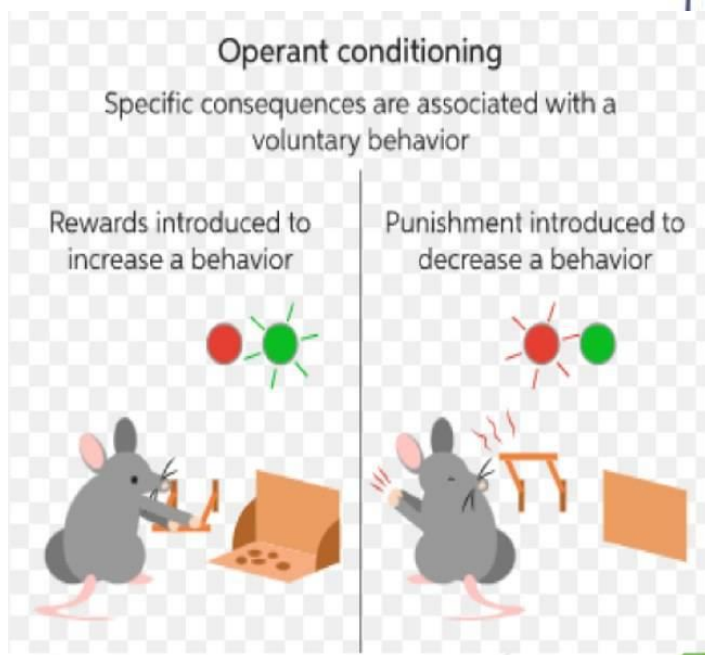
در این روش حتماً نباید تجربه انجام گیرد؛ بلکه می توان به وسیله **شنیدن یا مشاهده** از عواقب انجام کاری آگاه شد و آن کار را انجام دهیم یا از انجام آن خودداری کنیم.

پس شخصیت بر اساس رویکرد افراد، برمی گردد به تاریخچه تقویت منحصر به فرد افراد یعنی خود شخص با چه ویژگی هایی به دنیا آمده، چه رفتارهایی کرده و چه تقویت هایی را دریافت کرده و این موارد در زندگی فرد انباشته می شود و شخصیت، اهداف، انگیزه ها و شناختی که فرد از خود دارد را به وجود آورده است.

باید پیشایندهای رفتاری (آن چیزهایی که قبل از وقوع رفتار رخ داده)، خود رفتار و پیامدهای رفتار، بررسی شوند. با بقیه موضوع که چه چیزی در مغز طرف رخ داده کاری نداریم.

این رویکرد **جبرگراییانه (Deterministic)** است. یعنی باز می گوید انسان خودش کارهای نیست و ذاتاً (Inherently) نه خوب است نه شرور و این محیط است که تعیین می کند ما چه کاری کنیم و افراد به راحتی تحت تأثیر محیط قرار می گیرند. ولی خوبی که دارد این است که دیدگاه آن مثل رویکرد تحلیلی دیگر منفی نیست. بحث جنسی و پرخاشگرانه دیگر مطرح نیست. فرد که به دنیا می آید **هیچ عقبه ای ندارد** و آن **تنبیه و پاداش ها** روی یک **روح سفید** اثر خود را می گذارد و کم کم شخصیت فرد در تعامل با محیط آن فرد شکل می گیرد.

و خوبی دیگر این است که قابل تغییر است. یعنی همیشه ما می توانیم شخصیت فرد را تغییر دهیم. مثلاً وقتی مشکلی پیش می آید خیلی راحت با تغییر محیط و یا با آموزش به خود فرد که محیط خود را عوض کند، این کار را انجام می دهیم و یا پیامدها را عوض می کنیم. با این کارها می توانیم رفتار را در جاهایی که دردرس ساز و ناکارآمد است، عوض کنیم. اما بحث این است که شخصیت فرد به نحوی **passive** است و نیروهایی فراتر از کنترل ما وجود دارند؛ بنابراین شخصیت انسان کاملاً قابل تغییر نیست. یعنی در این الگو ما به واسطه تغییر محیط فرد را تغییر می دهیم یا با آموزش به فرد یاد می دهیم که با تغییر رفتار خودش روی محیط اثر بگذارد؛ ولی رویکردی بسیار علمی است و تحقیقات بسیاری روی آن انجام شده است. الان هم روش های روان درمانی به شدت به سمت رویکردهای رفتارگرایی رفته اند.



مطالب اسلاید:

شرطی سازی و یادگیری اجتماعی

۱. شرطی سازی وسیله ای یا عامل (Operant Learning): یادگیری یک ارتباط بین رفتارهای ما و نتایج خاصی که به دست می آیند.

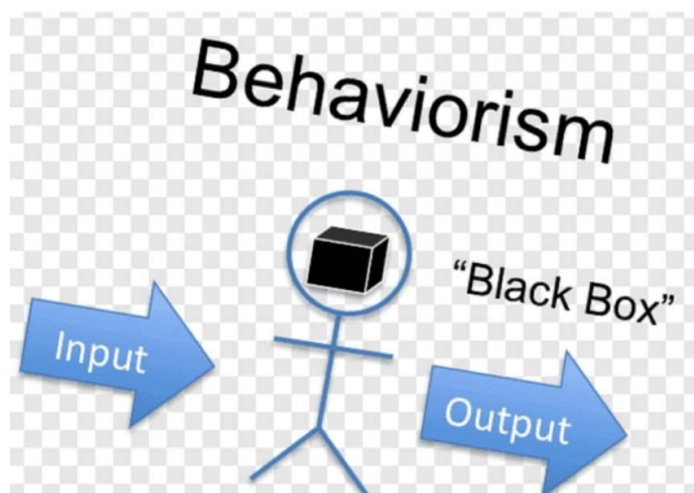
۲. یادگیری از طریق مشاهده (Observational Learning): یادگیری از طریق دیدن افعال شخصی و بررسی نتایج آن افعال.

تفاوت های فردی

این رویکرد:

۱. شخصیت را عنوان محصول تاریخچه تقویت (Reinforcement) منحصر به فرد هر فرد می داند.
۲. بر میزان تغییر رفتار در موقعیت های مختلف تأکید دارد.
۳. تلاشی برای طبقه بندی افراد به انواع مختلف یا ارزیابی آنها بر اساس ویژگی های (Trait) مختلف نکرده است.

توضیح جعبه سیاه بر اساس شکل زیر: ما نمی‌دانیم داخل ذهن چه می‌گذرد (داخل جعبه سیاه) ولی باتوجه به پاسخی که به محرک‌هایی داده می‌شود، می‌توان بررسی‌هایی داشت.



4- رویکرد شناختی (The Cognitive Approach):

و اما رویکرد دیگری که بعدازاین رویکرد مطرح شد، رویکرد cognitive approach یا social-cognitive theory بود که Bandura آن را مطرح کرد (اسلاید: مفهومی که بندورا آن را مطرح کرد **تعیین گرایی متقابل یا جبرگرایی ۲ طرفه (Reciprocal Determinism)** بود که در اسلاید ذیل موضوع رویکرد شناختی آورده شده است).

حرف آن این بود که ما نمی‌توانیم فاکتورهای personality را حذف کنیم. چون افراد مختلف در تعامل با محیط‌های مختلف واکنش‌های متفاوتی دارند؛ بنابراین نمی‌توانیم بخش شخصی فرد را حذف کنیم که حالا این فاکتورها می‌توانند ظاهری باشند. مثلاً فردی که زیباتر یا باهوش‌تر است، در تعامل با محیط بهتر عمل می‌کند، خواسته یا ناخواسته واکنش‌های مثبت‌تری از محیط می‌گیرد. یا پیش‌بینی که فرد راجع محیط دارد در رابطه با واکنشی که قرار است به محیط بدهد، تأثیرگذار است. (اسلاید: علل بیرونی رفتار (External determinants of behavior) (مانند پاداش و تنبیه) و علل درونی (Internal determinants of behavior) (مانند اعتقادات و افکار و پیش‌بینی‌ها) هر دو، بخشی از سیستم تأثیرات متقابل هستند که هم بر رفتار هم بر سایر بخش‌های این سیستم (فاکتورهای شخصیتی) اثر دارند).

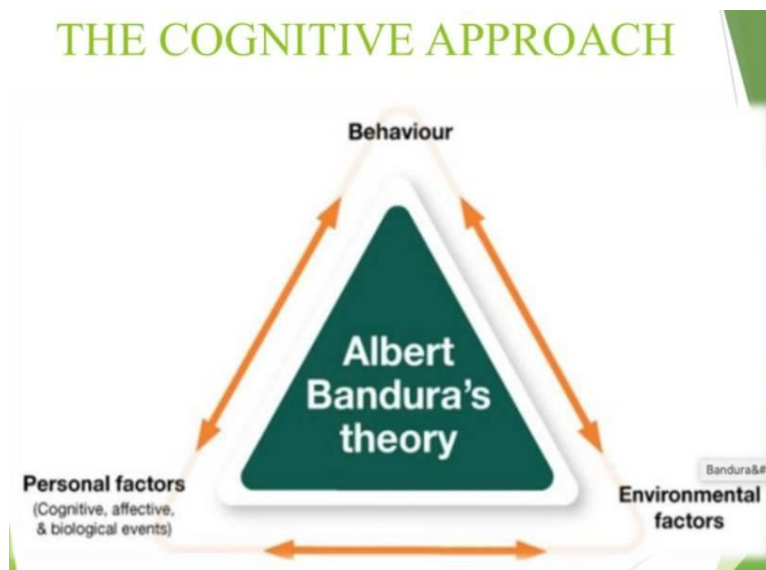
بنابراین، جبرگرایی متقابل را مطرح کرد که یعنی **محیط و رفتار** مهم است؛ اما فاکتورهای **personality** هم مهم هستند.

Biology فرد هم جزء آن محسوب می‌شود. مثلاً بچه‌های سخت یعنی بچه‌ای که خجالتی‌تر است یا زیاد گریه می‌کند، ناخودآگاه توجه کمتری به او می‌شود. وقتی در جمع قرار دارد همش در حال گریه است و همش به مادر می‌چسبد و حتی مادر هم توجه کمتری به او می‌کند. اما بچه‌ای که اجتماعی‌تر است و بیشتر می‌خندد، در محیط بیشتر به او توجه می‌شود؛ بنابراین **ویژگی‌های شخصی افراد روی رفتار محیط با فرد تأثیر می‌گذارد**. در اصل بسیاری از رفتارها در نبود پاداش یا تنبیه انجام می‌شوند.

در واقع پاداش‌ها خوب هستند؛ ولی انسان‌ها چیزی بلد هستند به اسم self-regulation یا پیش‌بینی پیامدهای مثبت بلندمدت! مثلاً من درس می‌خوانم؛ ولی همین‌الان پاداش دریافت نمی‌کنم. یعنی ما طبق **پاداش‌های فوری عمل نمی‌کنیم و این تئوری رفتاری را نقض می‌کند**.

توضیح بیشتر برای Self-Regulation: فرد بدون نیاز به کنترل بیرونی خودش را مدیریت کند.

به شکل زیر به خوبی دقت کنید:



فرد دیگری هم به نام **Julian Rotter** میانجی بین رویدادها و رفتارها را بررسی کرد (اسلاید: نظریه او پتانسیل رفتاری یا احتمال بروز رفتار (Behaviour Potential) نام داشت). گفت حالا ما بیایم تقویت هم ایجاد کنیم، خیلی بستگی دارد به اینکه فرد بیاورد و پیش‌بینی کند ببیند می‌تواند این تقویت را به دست بیاورد یا نه. برای مثال اگر یک استاد امتحان بگیرد و همه بدانند که این استاد همه را پاس می‌کند؛ اما رنج نمره‌اش بین ۱۰ تا ۱۵ است، دیگر هیچ‌کس تلاش نمی‌کند که ۲۰ بگیرد!

پس: ۱. پیش‌بینی دریافت پاداش خیلی مهم است.

مورد دوم ۲. ارزیابی پاداش است. برای مثال شاید فکر کنند که ۲۰ ضایع است و نباید ۲۰ بگیریم! و این ارزش تقویت‌کننده ندارد. این‌ها فاکتورهای فردی هستند؛ یعنی شما نمی‌توانید فقط محیط را تنظیم کنید و بعد پاداش از فرد بیرون بکشید! احتمال به دست آوردن تقویت‌کننده + ارزش آن تقویت‌کننده (Expectancy and Reinforcement Value) می‌تواند تعیین‌کننده رفتار فرد باشد. مثال دیگر بیدارماندن دانش‌آموزان در شب امتحان است.

آزمایش مارشالو هم بر همین اساس است:

آزمایش مارشالو: به هر کودک یک مارشالو می‌دهند و می‌گویند اگر این را الان نخوری تا من برگردم دو تا مارشالو می‌گیری؛ ولی اگر همان یکی را قبل برگشتن من بخوری خبری از دومی نیست. برخی کودکان همان لحظه یکی را خوردند و برخی مقاومت کردند و نخوردند. در پیگیری‌های طولانی‌مدت افرادی که مقاومت کرده بودند نوجوانان و بزرگسالانی با نمرات تحصیلی بالاتر و روابط اجتماعی بهتری شدند.

Stanford marshmallow experiment



در نتیجه تنها محیط تعیین کننده نیست و تقویت کننده هم وجود دارد. خیلی راحت رفتاری می تواند انجام شود، اما گاهی رخ نمی دهد؛ چون فرد قدرت پیش بینی دارد و این یک **personal factor** است.

رویکرد **self-schema** (طرحواره های خود) هم مطرح شد. رویکرد اسکیمای تراپی یانگ، یک کتاب خوبی هم دارد به نام زندگی خود را دوباره بیافرینید. می گوید شناختی که ما از خود داریم هم خیلی تعیین کننده رفتار ماست (اسلاید: **مهم ترین** طرحواره شامل **تعمیم های شناختی (Cognitive Generalization)** درباره خود است که از تجربیات گذشته به دست می آمده اند و اطلاعات مربوط به خود (Self-related information) را سازمان دهی می کنند)

توضیح بیشتر: برای مثال اگر بر اساس تجربه های قبلی در ذهن این را داشته باشیم که من انسان موفقی هستم در خصوص مواردی که باید به آنها توجه کنیم یا اهمیت ندهم انتخاب های معینی خواهم داشت.

گاهی برجسب های نادرستی که افراد به خود می زنند تحت تأثیر محیط، باعث انجام یک سری رفتارها می شود. همین باعث می شود نگاه آنها به خود، محیط یا دیگران تحریف شده باشد و تحت تأثیر پیام های نادرستی باشد که در خردسالی از والدین خود دریافت کرده باشند. همین باعث می شود که در بزرگسالی برای مثال موقع ارائه دادن بسیار خجالت بکشند و فکر کنند "الان آبرویم می رود و بقیه راجع من بد فکر می کنند." تئوری طرحواره یانگ در این زمینه تحقیقات بسیاری داشته است. مثلاً استاد تقویت فوری می گذارد و به دانشجویان می گوید هر کس کنفرانس ارائه داشته باشد ۲۰ می گیرد؛ اما فردی که طرحواره شرم دارد این تقویت را رها می کند.

رویکرد شناختی، رویکرد خوبی است و می گوید نگاه ما به جهان تعیین کننده رفتار ماست. این حس عاملیت دادن به آدم ها خیلی خوب است. (اسلاید: **تصویر شناختی از طبیعت انسان (A cognitive portrait of human nature)**: نگاه شناختی، انسان را موجودی می داند که به طور فعال دنیای خود و جایگاهش در آن را می سازد. **مفهوم عاملیت شخصی (Personal Agency)**: احساس عاملیت یعنی باور به اینکه فرد می تواند بر موقعیت های مهم زندگی تأثیرگذار باشد، برخی موقعیت ها را دنبال کند و از برخی اجتناب کند، این باعث می شود سطح انگیزه و پشتکار و مقاومت فرد بالاتر برود؛ اما می تواند از آن طرف بوم بیفتد! یعنی فرد به خود بگوید اگر من مضطرب و افسرده ام تقصیر خودم است و می تواند گاهی منجر به سرزنش قربانی شود.

(اسلاید: عاملیت شخصی می‌تواند توسط شرایطی که فرد تجربه می‌کند، تقویت (Elevated) یا تضعیف (Dampened) شود؛ یعنی ممکن است به فردی امید دهد؛ ولی برای فردی دیگر منجر به **سرزنش قربانی** (Blaming the victim) شود.)

برای مثال فردی افسردگی دارد؛ اما به روان‌پزشک مراجعه نمی‌کند؛ چون پدر و مادر به او می‌گویند "پیش دکتر نرو؛ چون این افسردگی به خاطر فکری منفی خودت است." درحالی‌که این‌طور نیست و درست است که فاکتورهای درونی تأثیرگذار هستند و در روند درمان تغییرات مثبت ایجاد می‌کنند؛ اما فاکتورهای محیطی هم در به‌وجود آمدن آن افسردگی نقش داشته‌اند!

5- رویکردهای انسان‌گرا (The Humanistic Approach):

معتقد بودند که شخصیت انسان **خیلی ارزشمندتر** از آن است که ما آن را با فاکتورهای مثل جنسی، پرخاشگرانه، کم و زیاد شدن تقویت و... بسنجیم. در این رویکرد (توضیح بیشتر: و رویکرد قبلی) به **ذهنیت** انسان ارزش و بها می‌دهیم و به‌عنوان آنتی‌تز (مخالف) رویکرد تحلیلی و رفتاری مطرح شد. (اسلاید: این رویکرد جدید به‌عنوان جایگزین ۲ رویکرد نام‌برده (Psychoanalytic and Behaviorist Approaches) ایجاد شد)

معتقد بودند انسان تجربه‌کننده مهم است و ما باید تجربه انسانی که تجربه می‌کند را موردبررسی و تحقیق قرار دهیم. رویکردهای پدیدارشناسی (توضیح بیشتر: یعنی تمرکز بر روی تجربه فرد باشد و روان‌شناس باید دنیا را از دید خود فرد ببیند؛ در اصل واقعیت آن چیزی نیست که وجود دارد؛ بلکه آن چیزی است که فرد تجربه می‌کند) این‌گونه به وجود آمدند. می‌گفتند ما باید از فرد بپرسیم **تجربه (Individual's Subjective Experience که تمرکز این روش روی آن است)** شما چه بود، وقتی در این موقعیت قرار گرفتید؟ و روی آن تجربه سرمایه‌گذاری کنیم. برای برداشت فرد از موقعیت‌ها، انتخاب فردی، خلاقیت و برای موردی به اسم self-actualization (خودشکوفایی؛ گرایش انسان برای رسیدن به بالاترین پتانسیل خود او) ارزش قائل باشیم.

اسلاید:

برای این رویکرد ۴ اصل وجود دارد:

۱. فرد تجربه‌گر مهم‌ترین موضوع موردتوجه است.

۲. انتخاب انسانی (Choice)، خلاقیت (Creativity)، خودشکوفایی (Self-Actualization) موضوعات موردعلاقه برای تحقیق هستند.

۳. معناداری (Meaningfulness) باید مقدم بر عینیت (Objectivity) در انتخاب مسائل پژوهشی باشد.

۴. ارزش نهایی برای کرامت انسان (Dignity of the Person) قائل است، انسان‌ها ذاتاً خوب هستند.

در واقع این رویکرد می‌گوید **انسان تمایل به خودشکوفایی دارد**. یعنی زیربنای آن ذات و ایده در رویکرد تحلیلی، خودشکوفایی است. معتقد بودند انسان‌مانند یک‌دانه است که خود تمایل دارد درست رشد کند و ما فقط باید زمینه مناسب را برایش فراهم کنیم. به ذات آدم‌ها خیلی ایمان داشتند. بحث این رویکرد این است که انسان‌ها خود ارزشمند هستند و خودشان خوب رشد می‌کنند و ما باید قدرشان را بدانیم و معناداری زندگی خیلی موردتوجه قرار می‌گیرد. مثلاً Viktor Frankl معنادرمانی را مطرح کرد و خیلی در این حوزه فعالیت کرد.

رویکرد راجرز (Carl Rogers 1942) هم بحثش همین است. یعنی فرد قرار است رشد و پیشرفت کند و گرایش به خودشکوفایی و شکوفا ساختن همه ظرفیت‌های درون خود در افراد وجود دارد. (اسلاید: نیروی اصلی و اساسی که انسان را به حرکت وامی‌دارد، گرایش به خودشکوفایی (Actualizing Tendency) است). حال این مطرح می‌شود که محیط چه ویژگی‌هایی باید داشته باشد تا نگذارد فرد درست رشد کند.

محیط خوب، محیطی است که **توجه مثبت بی‌قیدوشرط** (این حس که فرد حتی اگر عملکردی پایین‌تر از ایده‌آل داشته باشد باز مورداحترام والدین و دیگران باشد) به فرد بدهد (اسلاید: کودک از طریق محبت و پذیرش بی‌قیدوشرط (Unconditional Positive regard) از سوی مراقبان‌شان، یک خود شکوفاشونده (Actualized Self) را در خود رشد می‌دهند؛ در اصل بر طبق این نظریه، خود (Self or real Self) شامل تمام ایده‌ها، ادراکات (Perceptions) و ارزش‌هایی است که من (I or Me) را شکل می‌دهد. همچنین فرد، هر تجربه‌ای را در ارتباط با خودپنداره (Self-Concept) خود بهبود می‌بخشد. ضمناً خودپنداره یعنی رفتار مطابق با تصویری ذهنی (Self-Image) که فرد از خود دارد. . توجه مثبت یعنی دوست‌داشتن که اگر فرد در توجه مثبت بی‌قیدوشرط رشد کند، عملکرد بهتری خواهد داشت. توجه منفی یعنی کتک‌زدن به طور مثال! نباید برای دوست‌داشتن کودک، قیدوشرط قائل بود. وقتی پدر و مادر برای دوست‌داشتن کودک، شرط رفتاری می‌گذارند، به مرور زمان این شرط درونی می‌شود. یعنی فرد به خود می‌گوید من یک بچه بازیگوش هستم که تمرکز ندارم و درس را هم دوست ندارم و می‌خواهم سمت ورزش بروم. در اینجا مادر می‌گوید من اینی که هستی را دوست ندارم و شروع می‌کند به قیدوشرط گذاشتن برای دوست‌داشتن و به مرور زمان کودک آن چیزی که هست را دیگر دوست ندارد.

بلکه یک ایده‌آل سلف (Ideal Self) تصویری که فرد از خود ایده‌آل و بی‌نقصی برای خود به وجود می‌آورد که دوست دارد باشد. مثلاً من اگر معدل ۲۰ باشد، خوب است. یک ایده‌آلی ایجاد می‌شود که فرد به هر چه هم برسد باز یک چیز دیگری هم هست که بالاتر باشد و فرد هیچ‌وقت از خودش راضی نخواهد بود و همه عمر دنبال آن ایده‌آل می‌گردد.

راجرز می‌گوید این فاصله بین چیزی که هستم و آن ایده‌آل باعث این نارضایتی می‌شود. (اسلاید: هر چه فرد تجربه‌های بیشتری را فقط به علت اینکه با خودپنداره‌اش (Self-Concept) ناسازگارند، فاصله بین خود و واقعیت بیشتر می‌شود و احتمال ناسازگاری روانی (Maladjustment) بیشتر می‌شود.) او در تعامل با بیمارهایش سعی می‌کرد آن ایده‌آل را پیدا کند و سعی می‌کرد یک والد جبران‌کننده‌ای شود که نگذارد فرد خودش را نقد بکند.

اسلاید: ۲ نوع از ناسازگاری وجود دارد:

۱. بین خود (Self) و تجربه واقعیت (Experience of reality)

۲. بین خود واقعی (Real Self) و خود ایده‌آل (Ideal self)

توضیح بیشتر:

۱. خودپنداره: من مهربان هستم. / تجربه واقعی: امروز سر خواهرم داد زدم ----- در اینجا به علت تضاد پدیدآمده فرد ممکن است خود را سرزنش کند.

۲. خود واقعی: من در انجام کارها گاهی تنبلی می‌کنیم. / خود ایده‌آل: باید همه کارها حتی کوچک‌ترین آنها برای من در یک برنامه کاملاً منظم باشد-----به علت این تضاد فرد دچار ناامیدی و.... می‌شود.

چیز دیگری که با آن زیاد مواجه می‌شویم این اختلاف بین باور ذهنی و واقعیت است. برای مثال فرد می‌گوید که من به نظر خودم خیلی زیبا و باهوشم اما در جمع تأیید نمی‌شوم. این یک دنیای فانتزی ایجاد می‌کند. موارد شدید آن تبدیل به اسکیزوفرنی می‌شود.

Abraham Maslow معتقد بود یک هرمی از نیازها وجود دارد. (اسلاید: نیازها دارای یک سلسله‌مراتب (Hierarchy of Needs) هستند) شخصیت ما بر اساس همین هرم بررسی می‌شود که چقدر این نیازها برآورده شده باشد. به نحوی انگیزه ما را به وجود می‌آورند. او معتقد بود قاعدهٔ هرم نیازهای فیزیولوژیک است. تا ۸۰٪ باید این نیازها مثل نیاز به غذا و آب و... باید برطرف شده باشند تا اصلاً به نیازهای دیگر بتوان فکر کرد! (این هرم از نیازهای پایه بیولوژیکی (Basic Biological Needs) شروع شده و تا انگیزش روان‌شناختی پیچیده (Complex Psychological Needs) پیش می‌رود)

توضیح تصویر پایین (هرم سلسله‌مراتب نیازهای مازلو): سطوح از قاعده به رأس هرم شامل:

۱. نیازهای فیزیولوژیکی: گرسنگی، تشنگی و....

۲. نیازهای امنیت: احساس امنیت و حفاظت و دور از خطر بودن

۳. نیازهای عشق و حس تعلق (Belongingness): ارتباط برقرارکردن (Affiliate) با دیگران، مورد پذیرش قرارگرفتن و حس تعلق داشتن

۴. نیاز به عزت‌نفس: دستیابی به موفقیت، شایستگی و توانایی داشتن در انجام کارها، دریافت تأیید از دیگران و شناخته‌شدن

۵. نیازهای شناختی: دانستن، درک‌کردن و کشف‌کردن

۶. نیازهای زیبایی‌شناختی: تقارن، نظم و زیبایی

۷. نیازهای خودشکوفایی: یافتن کمال‌یابی شخصی یا خود تحقق‌بخشی و پی‌بردن به توانایی‌های درونی خود



Figure 13.6 Maslow's Hierarchy of Needs. Needs that are low in the hierarchy must be at least partially satisfied before needs that are higher in the hierarchy become important sources of motivation. (After Abraham H. Maslow, 'Hierarchy of Needs', from *Motivation and Personality*. Copyright © 1954 by Harper and Row Publishers, Inc. Reprinted by permission of Pearson Education, Inc., Upper Saddle River, NJ.)

در جامعه‌ای که افراد درگیر آب و غذا و... هستند، اصلاً چیزی به اسم امنیت مطرح نیست و بعد از امنیت، نیاز به تعلق و دوست داشته شدن مطرح است و بعد از آن، نیاز به عزت‌نفس و تأیید گرفتن از دیگران؛ پس از آن نیاز به احترام مطرح می‌شود و بعد از همه این نیازها، نیاز به درس خواندن و کسب علم و کتاب نوشتن و... مطرح می‌شود. سپس نیاز به زیبایی‌شناختی مطرح می‌شود و نیاز به self-actualization. اینکه فرد با خودش چقدر در مصالحه است. از کارهایی که می‌کند لذت می‌برد و بعد از همه اینکه فرد نیاز دارد به هم‌نوعش و به جامعه‌اش کمک کند.

اما یک سؤال مطرح می‌شود. اگر این هرم نیاز، به این ترتیب پیش می‌رود، پس چه می‌شود که گاهی اوقات آدم‌ها برای نیاز عزت‌نفس، اعتصاب غذا می‌کنند؟ این ایثارگری و اینکه آدم‌ها جانشان را فدا می‌کنند برای یک گروه، پس اینها از کجا می‌آید؟ اگر فردی را در نظر بگیریم که در جامعه‌ای بسیار فقیر به دنیا آمده باشد، این فرد حتی اگر جنگ هم بشود، احساس نیاز کمک به هم‌نوع نخواهد داشت! پس چه زمانی این هرم برعکس می‌شود؟ تنها زمانی که فرد یک‌بار تا آخر هرم را رفته باشد و معنی خانواده، کشور و... را فهمیده باشد.

فرد احساس می‌کند که الان دیگر نیاز من آب و غذا نیست و نیاز من یادگیری است و خیلی اوقات به خاطر این یادگیری حاضرم سلامت‌م را هم به خطر بیندازم. برای مثال تنها فردی که تا آخر هرم را رفته باشد می‌تواند هنگامی که یک کمبود مثلاً کمبود آب به وجود آید، ایثارگری کند و در این بین به همسایه خود نیز کمی ببخشد.

نقدهایی به هرم او گفته شد؛ اما هنوز هم تئوری او مورد استفاده است.

انسان‌گراها چگونه به آدم‌ها نگاه می‌کنند؟ هم به اراده آزاد اعتقاد دارند و هم معتقدند که فرد مثبت است و قرار است خیلی خوب رشد کند.

خلاصه: تصویر انسان‌گرایانه از ماهیت انسان (A humanistic Portrait Of Human Nature): 4 اصل

که در ابتدای این بخش بیان شد نشان‌دهنده تفاوت‌های عمده این رویکرد با رویکردهای رفتاری (Behaviorist) و روان‌کاوی (psychoanalytic) است. بیشتر روان‌شناسان انسان‌گرا، تأثیر زیستی و محیطی را بر رفتار انسان انکار نمی‌کنند؛ ولی بر نقش فرد در تعریف و ساختن سرنوشت (Destiny) خود تأکید دارند.

6- رویکرد تکاملی (The Evolutionary Approach):

داروین (۱۸۵۹) معتقد است که personality ما بر این اساس **انتخاب (طبیعی)** برگزیده شده است که در طول زمان ژن‌های ما حفظ شوند؛ این نظریه یکی از جنجالی‌ترین نظریه‌های شخصیت است. معتقد است انگیزه رفتاری ما ماندگاری ژن‌های ماست. (اسلاید: پیش‌فرض اصلی جامعه‌شناسی زیستی (Sociobiology) و بعدها روان‌شناسی تکاملی (Evolutionary Psychology) این است که رفتارهایی که شانس بقا (Chances of surviving) را برای موجود زنده افزایش می‌دادند، در طول تاریخ تکامل، انتخاب می‌شدند و در نتیجه به بخش‌هایی از شخصیت انسان تبدیل می‌شدند.) به عنوان مثال آن را به مسائل جنسی ارتباط می‌دهد. (که غالباً این رویکرد بر انتخاب شریک زندگی (Mate Selection) متمرکز است.) بیان می‌دارد که Mating شامل رقابت است و که کسانی که می‌خواهند پارتنر انتخاب کنند، دو عامل مطرح است که هر دو به دیدگاه تکاملی برمی‌گردد. مثلاً خانم‌ها هنگام انتخاب پارتنر به دلیل زمان بارداری خود و اینکه نمی‌توانند بچه‌های زیادی داشته باشند، دنبال پارتنری می‌گردند که فراهم‌کننده و متعهد باشد و در نگهداری کودک کمک کند (has ability and willingness to help care for his offspring). چون نمی‌توانند بچه‌های زیادی به دنیا بیاورند پس باید مراقبت را بالا ببرند تا نسلشان منتقل شود. به همین دلیل خانم‌ها، یکی از ملاک‌های انتخابشان تضمین حداقلی رفاه و امنیت مالی زندگی است.

در آقایان هم بارور شدن خوب خانم‌ها (to become fertile) و شرایط خانم از لحاظ آمادگی وارد شدن به رابطه، available بودن از لحاظ مجرد بودن، از لحاظ جغرافیایی و عاطفی مناسب بودن مطرح است. چون این امر می‌تواند به تعداد خوبی ژن‌هایش را منتقل کند، پس چیزی که برایش مهم است تعداد روابط است.

منظور از مردها، بحث گونه است. به دلیل اینکه به موارد بالاتر هرم دست یافته‌ایم، جامعه نظرش در مورد قدرت و فراهم‌کننده بودن خیلی تغییر کرده است. ولی بحث این است که اصولاً مردها فردگراتر (Individualistic) و سلطه‌گراتر (Domineering) هستند و اصولاً الگوی آنها problem-solving است، یعنی هدفشان حل مشکل است (Oriented toward problem solving) و می‌خواهند فراهم‌کننده باشند، کار کنند، تولید کنند و بتوانند قدرت خود را بالا ببرند، این موارد باعث افزایش توانایی مرد در تولیدمثل (Reproduce) شده و در طول تاریخ به همین علت انتخاب شده‌اند.

و در مورد خانم‌ها برعکس است. جهت‌مندی (Inclusive) در خانم‌ها زیاد است. تمایل به share کردن در آنها زیاد است. افزایش تعامل‌های اجتماعی (Communal) در آنها دیده می‌شود که اینها به دلیل حمایت از فرزندشان (Offspring) در آنها وجود دارد و برای آن انتخاب شده‌اند. پس در خانم‌ها دیگری مهم است! ایثارگری هم در خانم‌ها خیلی بیشتر است. این دیدگاه مانند دیدگاه فروید **جبرگرایانه** است.

نظریه پردازان تکاملی معتقدند به علت تفاوت‌های جنسی در استراتژی‌های جفت‌گیری، باید تفاوت‌های مشخصی هم در خیانت جنسی (sexual infidelity) و هم در منبع حسادت (source of jealousy) وجود داشته باشد. در خیانت جنسی، مرد‌ها، در مورد خیانت شریک عاطفی خود، برایشان داشتن یا نداشتن رابطه جنسی مطرح است و برای زن‌ها، احساس مرد نسبت به زن دیگر مهم است. اینکه آیا فرد دیگر را هم مانند من دوست داشتی یا نه و مانند مرد‌ها آن‌قدر داشتن یا نداشتن رابطه جنسی برایشان مطرح نیست.

تصویر تکاملی از ذات انسان گویا تصویری تیره‌وتار (Grim) است؛ ما این‌گونه هستیم، چون این شیوه برای بقا و تکامل گونه ما سازگار (Adaptive) بوده است، همه چیز در مورد شخصیت‌ها و رفتارهای اجتماعی ما در ژن‌های ما کد شده‌اند و این موضوع به نظر می‌رسد که گویی جای کمی برای تغییرات مثبت باقی است. اما نظریه‌پردازان تکاملی نخستین کسانی هستند که تأکید می‌کنند، تکامل در واقع درباره تغییر است. وقتی محیط تغییر کند، تنها موجوداتی که بتوانند خود را با محیط وفق دهند، زنده می‌مانند و تولیدمثل می‌کنند؛ این تغییر فقط کمی آهسته‌تر از چیزی است که ما دوست داریم اتفاق بیفتد.

یافتن خود در مغز (Finding the self in the brain):

نظریه‌ها نشان می‌دهد که شخصیت ما به نحوی گویا در **prefrontal cortex** مغز (قشر پیش پیشانی) قرار دارد. (اسلاید: این قشر در بسیاری از فرایندهایی فکری (Advanced Thinking Process) ما دخیل است، همچنین این بخش اطلاعات را از تمام حواس (Sensory Modalities)، از دیگر بخش‌های مغز و همچنین از محیط بیرونی دریافت کرده، سپس با ادغام (Integrating) این اطلاعات و هماهنگ‌سازی (Coordination) واکنش‌های ما نسبت به آن، عمل می‌کند؛ به همین دلیل این ناحیه به‌عنوان مدیر اجرایی اصلی مغز Chief (Executive) شناخته شده است.)

آسیب مغزی فینیاس گیج (Phineas Gage's Brain Injury):

یک کارگر ساختمانی (نام‌برده در چند خط بالاتر) بوده و در محلی که کار می‌کرد، انفجار رخ می‌دهد و یک میله آهنی به سر او برخورد کرده و از زیر گونه او بیرون می‌آید و به این لوب آسیب جدی وارد می‌کند. بعد از این اتفاق او زنده می‌ماند؛ اما شخصیت او عوض می‌شود! بعد از این اتفاق خیلی آماده این بود که آدم‌ها را بزند، دعوا کند و شوخی‌های نامناسب در جامعه بکند.

خلاصه: جنبه‌هایی از خود (Aspects of the self): ویژگی‌هایی که با خودمان مرتبط می‌دانیم،

احساساتی که این ویژگی‌ها آنها را برمی‌انگیزاند، توانایی ما در تنظیم خود، همگی با پردازش‌هایی در قشر پیش پیشانی مرتبط است.

Finding the Self in the Brain

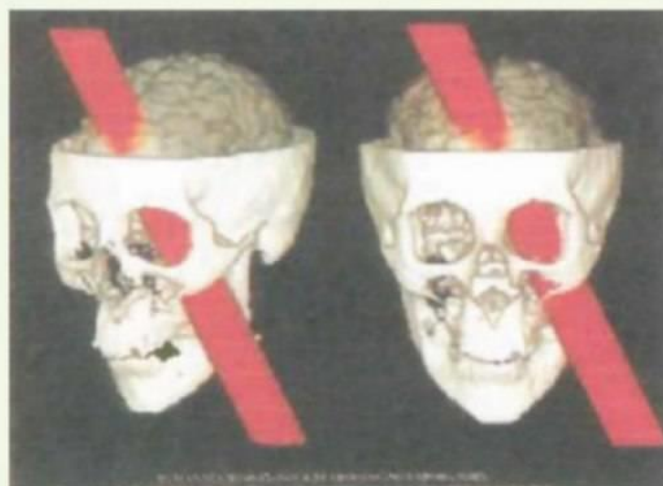


Figure B Phineas Gage's Brain Injury. Modern neuroimaging techniques have helped identify the precise location of damage to Phineas Gage's brain. Source: Damasio, H., Grabowski, T., Frank, R., Buehlner, M., and Desmurget, L. The Brain of Phineas Gage.

ژنتیک شخصیت (The Genetics of Personality)

بحث دیگر **ژن‌ها** هستند. شواهد حاصل از مطالعات ۲ قلوها نشان می‌دهد که عوامل ژنتیکی (Genetic Factors) به طور قابل توجهی بر ویژگی‌های شخصیتی (Personality Traits) تأثیر می‌گذارد؛ از آنجایی که شخصیت کودک و محیط زندگی او هر دو تحت تأثیر ژن‌های والدین هستند، یک ارتباط ذاتی (Built-In correlation) بین ژنوتیپ کودک (ویژگی‌های شخصیتی به‌ارث‌رسیده) و آن محیط وجود دارد.

طی آزمایشی از میان دوقلوهای یک‌تخمکی یکی را به یک خانواده و دیگری را به یک خانواده دیگر با فرهنگ متفاوت داده‌اند. بعد از یک مدت همدیگر را دیده‌اند و متوجه شدند حتی عادات‌های مشترک دارند! پس اینجا نقش محیط خیلی کم‌رنگ می‌شود. از طرفی ژن‌ها هم می‌توانند روی محیط اثر بگذارند. مانند همان بچه‌ای که خوش‌خلق‌تر است، واکنش‌های بهتری هم از محیط می‌گیرد. یا برای مثال فردی که درس‌خوان است حتی اگر خانواده درس‌خوانی نداشته باشد، دوستانی که انتخاب می‌کند، درس‌خوان هستند و تایم زیادی را در کتابخانه می‌گذراند و این‌طور می‌شود که ژن روی محیط اثر می‌گذارد. به همین دلیل است که دوقلوها با ژن‌های کاملاً یکسان که در محیط‌های مختلف می‌روند، باز هم شبیه به هم رفتار می‌کنند. (اسلاید: در شکل‌گیری شخصیت، تأثیرات ژنتیکی و محیطی به‌صورت مستقل (Independently) عمل نمی‌کنند؛ بلکه از لحظه تولد به هم گره‌خورده (Intertwined) اند.)

اسلاید: ۳ فرایند پویای (Dynamic) تعامل بین شخصیت (ژنتیک) و محیط:

۱. تعامل واکنشی (Reactive Interaction): افرادی که در معرض یک محیط یکسان

قرار می‌گیرند، آن را به‌گونه‌ای متفاوت تجربه و تفسیر (interpret) می‌کنند و نسبت به آن واکنش نشان می‌دهند.

۲. تعامل برانگیزنده (Evocative Interaction): شخصیت هر فرد واکنش‌های خاص

و متفاوتی از دیگران برمی‌انگیزاند.

۳. تعامل پیش فعال (Proactive Interaction): افراد محیط‌هایی متناسب با خود

انتخاب می‌کنند یا خودشان آنها را ایجاد می‌کنند. هر چه کودک بیشتر رشد می‌کند، تأثیر تعامل بیش‌فعال مهم‌تر می‌شود.

در کل personality همه اینها هست و هیچ‌کدام نیست! نگاهمان نباید صفر و صد باشد و مجموع این دیدگاه‌ها برای ما مهم است.

فهرست

- روانشناسی اجتماعی
- هم‌رنگی با اکثریت (conformity to majority)



تألیفات

سارا صادقی

معین دوست محمدی

ویراست علمی

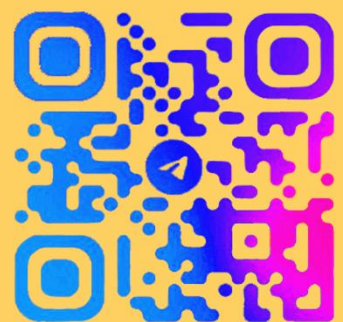
سجاد رضایی

ویراست ادبی

حسین داوودی

تدوین گر

ایلیا مقتدری



روان شناسی اجتماعی

در روان‌شناسی اجتماعی درباره عواملی مطالعه می‌کنیم که می‌توانند در انسان تأثیر بگذارند و خیلی اوقات ممکن است از این عوامل تأثیرگذار ناآگاه باشیم. به مثال مطرح شده در ادامه توجه کنید.



بزرگ‌ترین خودکشی دسته‌جمعی: توسط فردی به نام جیم جونز انجام گرفت. او رهبری معنوی بود که نزدیک به 900 نفر از پیروانش را به معبدی (جونز تاون) فراخواند و از آنان خواست که با نوشیدن سم سیانور به جان خود پایان دهند و آن‌ها اطاعت کردند. در انتها جونز هم خودکشی می‌کند و به زندگی خود پایان می‌دهد.

در جونز تاون چه اتفاقی افتاد



خطای اسناد بنیادی (fundamental attribution error) : میل به

توجیه اعمال **دیگران** بر اساس ویژگی‌های افراطی **شخصیت** و ناچیز شمردن اثر **موقعیت** یا **شرایط**.

مثال معروف این خطا زمان رانندگی است. فردی را تصور کنید که در خیابانی باعجله در حال رانندگی است و همین عجله باعث رانندگی خطرناک و غیرمجاز می‌شود. در این حالت فرد چون عجله دارد در ذهن خود رفتار خطرناک و رانندگی غیرقانونی خود را **توجیه** می‌کند و معتقد است که **عوامل بیرونی** منجر به بروز این شرایط شده‌اند؛ ولی اگر فرد دیگری چنین رفتاری داشته باشد برای او مقبول نخواهد بود.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ما معمولاً در چنین مواقعی خطا می‌کنیم؛ یعنی در **مورد خودمان موقعیت** و **شرایط بیرونی** را مقصر می‌دانیم؛ ولی در **مورد دیگران رفتار و اتفاق** مربوطه را به ویژگی‌های **شخصیتی افراد** نسبت می‌دهیم. این مسئله در زوجین هم قابل مشاهده است. ممکن است یک طرف مشکلات خود را به وضعیت اقتصادی و اجتماعی و مسائل آن حوزه ربط دهد؛ ولی در مورد همسر خود مشکلات موجود را به **شخصیت و اخلاق** همسر نسبت دهد و کل شخصیت او را زیر سؤال ببرد.



در روان‌شناسی اجتماعی حضور واقعی یا خیالی افراد را در نظر می‌گیریم و تأثیر آن را در رفتار و فرایندهای ذهنی موردبررسی قرار می‌دهیم.

روان‌شناسی اجتماعی:

مطالعه راه‌های شکل‌گیری رفتار و فرایندهای ذهنی مردم در حضور واقعی یا خیالی دیگران.

حضور دیگران:

آیا حضور جمع، فعالیت ما را بهبود می‌بخشد و یا محدودکننده است؟

1. **تسهیل اجتماعی (social facilitation):** طبق مطالعات نورمن تریپلت دوچرخه سواران در حضور دیگران عملکرد بهتری دارند. به آن **اثرهم‌کنشی (coaction)** می‌گویند. به همین علت حضور تماشاچی در مسابقات ورزشی موجب بهبود روحیه و تسهیل عملکرد ورزشکاران می‌شود. همچنین میزبانی یک مسابقه برای تیم‌های ورزشی نوعی امتیاز محسوب می‌شود. تسهیل اجتماعی بیشتر مربوط به رفتارهای **ساده** است.

2. **مهار اجتماعی (social inhibition):** در مقابل تسهیل اجتماعی مهار اجتماعی وجود دارد. در مهار اجتماعی شاهد افت عملکرد فرد در حضور دیگران هستیم. مثلاً در صورت حضور افراد زیاد در سخنرانی، ممکن است سخنران دچار اضطراب و لرزش صدا و دست شود. مهار اجتماعی بیشتر مربوط به رفتارهای پیچیده است. یعنی در واقع حضور جمع می‌تواند هر دو حالت تسهیل یا مهار اجتماعی را ناشی شود. در واقع اثر حضور جمع به این موضوع بستگی دارد که تکلیف برای آن فرد چقدر ساده یا پیچیده است. برای فردی که مدام در سخنرانی‌ها به عنوان یک سخنران شرکت می‌کند، هرچقدر جمع پرشورتر باشد، عملکرد فرد نیز بهتر خواهد بود و در مقابل اگر مثلاً دانشجویی را در نظر بگیریم که برای اولین بار از پایان‌نامه خود دفاع می‌کند، این دانشجو جمع خلوت‌تر را ترجیح می‌دهد.

برای توجیه این موضوع و علت بروز تسهیل و مهار اجتماعی دو تئوری مطرح است:

1. نظریه سائق انگیزش (drive theory of motivation)

2. نظریه عامل توجه (attention)

نظریه سائق انگیزش (drive theory of motivation): در این نظریه

حضور افراد دیگر **برانگیختگی** را افزایش می‌دهد. افزایش برانگیختگی باعث می‌شود اگر تکلیف ساده باشد، ما عملکرد بهتری داشته باشیم و اگر تکلیف سخت باشد، عملکرد ما نیز پیچیده‌تر خواهد بود.

نظریه عامل توجه (attention): در این نظریه حضور دیگران باعث **افزایش بارذهنی** و

پرت شدن توجه می‌شود. یعنی همین که متوجه نگاه و حضور دیگران شویم، به خصوص با این تصور که افراد در حال **قضاوت** ما هستند، این موضوع یک **بار روانی اضافی** در ذهن ما ایجاد می‌کند. بنابراین اگر تکلیفی پیچیده باشد، امکان اختلال در عملکرد ما بالا می‌رود.

پژوهش‌ها بیشتر تایید کننده عامل توجه هستند.

● **نکته خارج از مبحث:** در اصل در نظریه سائق شاید یک موتور محرکه برای فرد وجود داشته باشد تا در جمع احساس راحتی کند؛ ولی در نظریه توجه، همواره چه تکلیف ساده چه سخت باشد، تمرکز پایین می‌آید و میزان این پایین آمدن متفاوت است.



فردیت باختگی (deindividuation)

مفهوم دیگری که در روان‌شناسی اجتماعی با آن سروکار داریم فردیت باختگی یا deindividuation است. لوبون جمله معروفی دارد (توده مردم (The Crowd) لوبون): "عقل انبوه مردم همیشه از تک‌تک آن‌ها کمتر است"

در اصل این جمله به این اشاره دارد که در توده، مسئولیت فردی از بین می‌رود، هیجان بر عقل غلبه می‌کند، تلقین‌پذیری بالا می‌رود و رفتار جمعی مسری است.

رفتارهای پرخاشگرانه و غیراخلاقی می‌توانند مثل بیماری مسری باشند. درواقع گاهی اوقات در موقعیت‌های اجتماعی افراد **هویت فردی** خود را از دست می‌دهند و **با ازدست‌رفتن هویت فردی مسئولیت اجتماعی نیز کاهش می‌یابد** و رفتارهای پرخاشگرانه و غیرعادی ایجاد می‌شود.

علل فردیت باختگی را می‌توان حجم گروه و گمنام بودن دانست. درواقع این تصور وجود دارد که هرچه گروه بزرگ‌تر باشد هویت فردی ما کاهش می‌یابد. همین موضوع ممکن است باعث افزایش رفتارهای پرخاشگرانه شود؛ یعنی جو حاکم کنترل افراد را به دست می‌گیرد.

مقایسه حمله وحشیانه مهاجمین در یک نزاع رودرو نشان داد افرادی که صورت خود را با ماسک پوشانده بودند در مقایسه با مهاجمین شناخته شده به افراد بیشتری حمله کردند و رفتارهای پرخاشگرانه بیشتری از خود نشان دادند.

دو آزمایش انجام شده مربوط به بررسی فردیت باختگی عبارت‌اند از:

آزمایش شوک دادن در یک گروه به صورت ناشناخته و آزمایش شکلات‌های شب هالووین.

1. آزمایش شوک دادن در یک

گروه به صورت ناشناخته: در

گروه‌هایی از چهار کالج، از زنان خواسته شد به دیگران شوک برقی وارد کنند. در این آزمایش نیمی از زنان لباس گشاد و کلاه بر سر و صورت داشتند و گمنام بودند. نتایج نشان داد

ناشناخته‌ها به دیگران شوک برقی بیشتری وارد می‌کنند.



2. **آزمایش شب هالووین:** در یک آزمایش زمانی که کودکان در خانه‌های مختلف را می‌زنند تا

شکلات بگیرند، یک زن نام برخی کودکان را می‌پرسید و برخی دیگر را نمی‌پرسید. **کودکانی که اسم آن‌ها پرسیده نشده بود، شکلات و آب نبات بیشتری را یواشکی برداشتند.**



اما گمنامی لزوماً منجر به افزایش رفتار پرخاشگرانه در افراد نمی‌شود. گاهی اوقات همین گمنامی می‌تواند منجر به بروز رفتارهای خیرخواهانه از جانب افراد شود؛ یعنی اگر رفتار گروه، رفتار و فعالیتی صلح‌آمیز باشد ممکن است اعضا نیز محترمانه‌تر برخورد کنند. مثلاً در آزمایش شوک متوجه شدند اگر فردی لباس پرستاری به تن داشته باشد شوک کمتری به افراد می‌دهد.

اثر تماشاگری (bystander effect):

در سال 1964 زنی به نام کیتی خنوس شبی در نیویورک مورد حمله قرار گرفت.

تیترا اول نیویورک‌تایمز این بود: " 38 نفر شاهد قتل بودند و از آگاه کردن پلیس خودداری کردند."

در سال 1993 دو پسر بچه 10 ساله کودک 2 ساله‌ای به نام جیمز بالکر را در فروشگاه‌های دزدیدند و او را آنقدر شکنجه دادند که کودک جان داد. 38 نفر این صحنه را تماشا کردند ولی کاری برای کودک نکردند.

اثر تماشاگر به این موضوع اشاره دارد که وقتی دیگران حضور دارند فرد برای کمک‌کردن اقدامی نمی‌کند.

علت اول اثر تماشاگر بروز 1. موضوع پخش مسئولیت (diffusion of responsibility) است که این موضوع خود می‌تواند منجر به کمک نکردن ما به افراد در موقعیت‌های اجتماعی شود. علت دوم آن 2. غیر اضطراری شناختن موقعیت از طریق فرایند ناآگاهی جمعی (pluralistic ignorance) است که این عامل یعنی در موقعیت‌های مبهم هر کس دیگری را همراه می‌سازد. ناآگاهی جمعی باعث می‌شود که موقعیت موجود **غیر اضطراری** تلقی شود. در واقع افراد **اطلاعات لازم را از دیگران می‌گیرند** و وقتی کسی اقدامی نمی‌کند پس خود فرد نیز کاری انجام نمی‌دهد.

بهبود اثر تماشاگر:

برای بهبود این اثر متوجه شدند اگر فقط یک فرد اقدامی در رابطه با موقعیت موجود انجام دهد، بقیه افراد حاضر نیز به بهبود موقعیت کمک می‌کنند. این راه حل 1. نقش الگوهای کمکی (همین که کسی کمک کند بقیه افراد نیز کمک می‌کنند) را نشان می‌دهد. راه حل دیگر برای بهبود این اثر صرف 2. آگاهی و یادگیری (نقش اطلاعات) درباره مفهوم اثر تماشاگر است؛ یعنی متوجه شدند صرفاً در صورت آموزش و افزایش آگاهی نسبت به مفهوم اثر تماشاگر، افراد با حضور در موقعیت‌ها اقدامات لازم را انجام می‌دهند. این راه حل هم نقش اطلاعات و آگاهی افراد را نشان می‌دهد.

توجیه اساس بسیاری از رفتارهای بد و بدبختی‌های بشر است. در واقع افراد همیشه می‌توانند هر رفتار غلطی را توجیه کنند و به همین دلیل روان‌شناسان معتقدند **توجیه مانع تغییر است**.

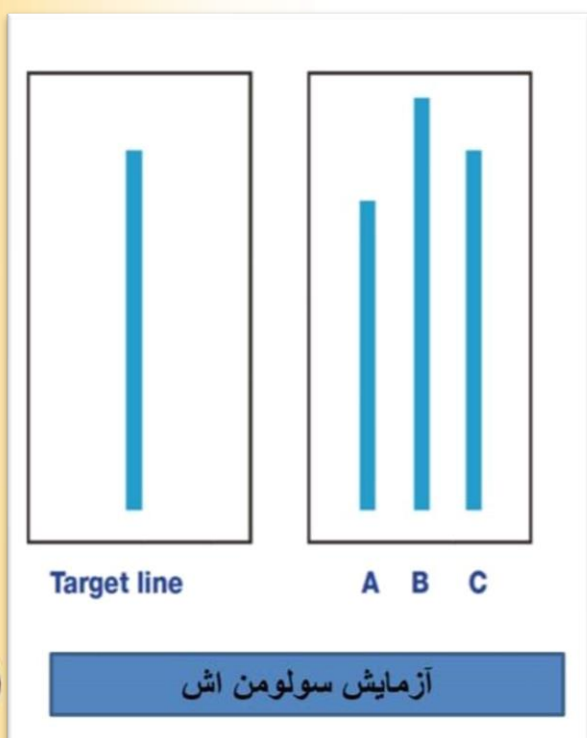
هم‌رنگی با اکثریت (conformity to majority)

موقعیتی را تصور کنید که قاطعانه معتقدید نظر شما درست و نظر جمع غلط است آیا تسلیم خواهید شد یا با آن شرایط هماهنگ خواهید شد؟

آزمایش Solomon Asch:

آزمودنی که 7 تا 9 نفر دور یک میز می‌نشینند، تصویری نشان داده می‌شود و سؤال می‌شود که خط تنها با کدام خط هم‌اندازه است؛ پاسخ درست آشکار بود ولی هم‌دستان آزمونگر پاسخ متفاوتی می‌دادند (جهت سنجش آزمودنی). در یک سوم موارد آزمودنی (آزمون دهنده) با پاسخ نادرست هم‌رنگی نشان داد.

مشخص می‌شود وجود 3 یا 4 هم‌دست منجر به هم‌رنگی می‌شود و وجود یک مخالف حتی به غلط میزان هم‌رنگی را کاهش می‌دهد. وجود اطلاعات مرتبط با هم‌رنگی، میزان هم‌رنگی را افزایش و اطلاعات مغایر آن را کاهش می‌دهد.



این یک امر تکاملی است، یعنی اگر فردی احساس کند که از گروه رانده می‌شود، گویا هم‌رنگی (CONFORMITY) او بیشتر می‌شود. در اجداد ما این هم‌رنگی (CONFORMITY) فایده‌ای برایشان داشته است؛ چون اگر انسان‌های اولیه تنها می‌ماندند، حیوانات وحشی آن‌ها را می‌خوردند! بنابراین به لحاظ تکاملی لازم بود با انسان‌ها هم‌رنگ (CONFORMITY) شویم، نظر جمع را بپذیریم، اطاعت کنیم، تبعیت کنیم و هم‌رنگ جماعت شویم.

در نسل امروز هم‌رنگی کمتر شده است و این «GDT²»، تفکر خود بزرگ بینانه یا خودشیفته‌وار را به همراه دارد؛ یعنی تنها نظر درست موجود، نظر خود شخص است.

جمله‌ای زیبا از پدرام راسل: افسوس که انسان‌هایی که پر از دانستن هستند به خودشان شک دارند و انسان‌هایی که پر از ندانستن هستند به خود اطمینان دارند.

پافشاری زیاد و «Rigid» بودن بر روی عقیده خود علامت خوبی نیست.

سؤال: چقدر به خود اطمینان داریم؟

در جواب این سؤال آزمایشی از سولومون آش که بالاتر نیز اجمالی بیان شد را بررسی خواهیم کرد.

بررسی آزمایش سولومون آش:

هدف اصلی این آزمایش، بررسی میزان تأثیر فشار گروهی بر تصمیم‌گیری افراد و تمایل آن‌ها به هم‌رنگی با جمع (Conformity) حتی در صورت اشتباه بودن نظر گروه بود.

روش آزمایش:

شرکت‌کنندگان:

- یک فرد واقعی (مورد آزمایش) در میان چندین همدست پژوهشگر قرار می‌گرفت.
- همدستان از قبل به توافق رسیده بودند که پاسخ‌های اشتباه بدهند.

طرح آزمایش:

- به شرکت‌کنندگان کارتی نشان داده می‌شد که روی آن یک خط مرجع (خط استاندارد) و سه خط مقایسه‌ای A B C وجود داشت.
- از آن‌ها خواسته می‌شد خطی را که با خط مرجع هم طول بود، انتخاب کنند. (پاسخ صحیح واضح بود).

² Grandiose Delusion Type

دست‌کاری آزمایش:

- همدستان عمداً پاسخ اشتباه می‌دادند. مثلاً همه خط B را انتخاب می‌کردند، در حالی که پاسخ صحیح A بود.

- فرد واقعی معمولاً در آخرین موقعیت می‌نشست تا پاسخ دیگران را پیش از خود بشنود.

یافته‌های کلیدی:

-هم‌رنگی با جمع: حدود ۷۵٪ از شرکت‌کنندگان حداقل یک‌بار تحت تأثیر گروه، پاسخ اشتباه دادند.

-میزان تأثیرپذیری: به طور متوسط، افراد در ۳۷٪ از موارد با نظر اشتباه گروه همراهی کردند.

توضیح بیشتر این درصدها: در اصل آن ۷۵ درصد یعنی ۷۵ درصد کل شرکت‌کنندگان حداقل یک بار تحت تأثیر گروه پاسخ اشتباه دادند و آن ۳۷ درصد (یک سوم) یعنی میانگین درصد پاسخ‌های غلط در همه دوره‌های آزمون برای همه شرکت‌کنندگان آنقدر بوده است.

-عوامل مؤثر:

- تعداد همدستان: هرچه تعداد افراد گروه بیشتر باشد (تا ۳-۴ نفر)، فشار برای هم‌رنگی افزایش می‌یابد.

- یکنواختی پاسخ گروه: حتی اگر یک نفر در گروه پاسخ صحیح می‌داد، مقاومت فرد اصلی افزایش می‌یافت.

نتیجه‌گیری: آزمایش (سولومون آش) نشان داد که افراد حتی در مواجهه با واقعیت‌های واضح، ممکن است تحت فشار اجتماعی از نظر جمع پیروی کنند؛ هرچند که باور شخصی آن‌ها متفاوت باشد. این آزمایش به درک پدیده‌هایی مانند گروه‌اندیشی (Groupthink)، تطابق اجتماعی و نقش هنجارهای گروهی در رفتار انسان کمک کرد.

پژوهش‌ها نشان می‌دهد حتی اگر یک نفر هم یک مطلب نادرست را بیان کند، انسان‌ها باز هم به تبعیت از آن شخص ترغیب می‌شوند. هر چقدر اطلاعات هم‌رنگی را دریافت کنیم، احتمال هم‌رنگ شدن افزایش می‌یابد و اطلاعات مغایر این احتمال را کاهش می‌دهد.

انواع هم‌رنگی (CONFORMITY)

1. اثر اجتماعی خبری (INFORMATIONAL SOCIAL INFLUENCE): نوعی از هم‌رنگی که با کسب اطلاعات از آن‌ها ایجاد می‌شود؛ مثل یادگرفتن مدل غذاخوردن در رستوران. در این مورد هم‌رنگی از طریق اطلاعات کسب

شده اتفاق می افتد. برای مثال ما به یک رستوران جدید می رویم و یک غذای جدید می خوریم و برای این کار به دیگران نگاه می کنیم و از آن ها اطلاعات کسب می کنیم.

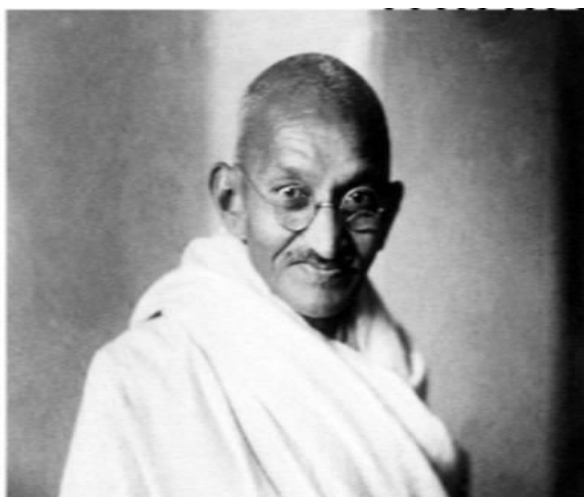
● **نکته اضافه:** در اصل در این موقعیت فرد با خود می گوید: لابد آن ها بهتر می دانند؛ یعنی در موقعیت مبهم با توجه به نظر دیگران تصمیم می گیرد.

2. اثر اجتماعی هنجاری (NORMATIVE SOCIAL INFLUENCE): نوعی هم رنگی که در جهت **پذیرفته شدن** و یا **محبوب بودن** ایجاد می شود. در این نوع هم رنگی هدف بیشتر به رسمیت شناخته شدن توسط یک گروه خاص از افراد است. برای مثال اگر هم کلاسی های فردی سیگار می کشند، او هم هر چند به غلط متمایل به سیگار کشیدن می شود.

این شیوه با افزایش سن کمتر می شود؛ یعنی این نوع هم رنگی بیشتر مربوط به **دوره نوجوانی و جوانی** است.

تأثیر اقلیت (Minority Influence):

همیشه این گونه نیست که ما تحت تأثیر اکثریت باشیم. تاریخ ثابت کرده است که گاهی یک اقلیت توانسته تغییرات بزرگی را به وجود بیاورد.



ویژگی یک اقلیت تأثیرگذار:

1. انعطاف ناپذیر (Rigid)، متعصب (Dogmatic) و متکبر (Arrogant) نباشد.
2. خودخواه نبودن
3. نداشتن ویژگی های خودشیفتگی
4. اهل تفکر و خرد بودن
5. موضع این اقلیت باید **با هنجارهای در حال رشد جامعه هم خوان باشد**. یعنی موضوعاتی را مطرح کند که در آن جامعه در حال تکوین باشد و از مطرح کردن موضوعات غیرمرتبط عجیب و غریب در آن جامعه پرهیز کند.

پیمان تساهل ضمنی (IMPLICIT LENIENCY CONTRACT):

گاهی اکثریت به اقلیت اجازه صحبت و بیان عقیده های خود را می دهد و بدین شکل ناآگاهانه راه نفوذ

اقلیت به جامعه فراهم می‌شود. وقتی اقلیت تأثیر گذاشت، **درونی‌سازی** (تغییر در نگرش شخصی) به‌جای **همگرایی** اتفاق می‌افتد.

درونی‌سازی با همگرایی متفاوت است؛ وقتی چیزی را درونی‌سازی می‌کنیم احتمال تغییرش کمتر است. درحالی‌که همان‌طور که گفته شد در همگرایی و در هم‌رنگی وقتی کسی مخالفت می‌کند نظر ما عوض می‌شود پس احتمال تغییر زیاد است. در نتیجه اثرات تأثیرگذاشتن اقلیت بر ما بیشتر از زمانی خواهد بود که ما تحت تأثیر جو، کاری را انجام می‌دهیم.

درونی‌سازی Internalizing:

گاهی اوقات تغییر رفتار فقط در جمع رخ نمی‌دهد و حتی در نگرش افراد و در هنگام تنهایی نیز رخ می‌دهد. در هم‌رنگی ما نظر شخص را ظاهری قبول می‌کنیم؛ اما در درونی‌سازی (internalizing) نظر ما واقعاً عوض می‌شود.

منبع قدرت و پیروی از یک اتوریته (obedience to authority)

آزمایش میلگرام را در رابطه با منبع قدرت بررسی می‌کنیم:



آزمایش میلگرام (Milgram, 1974)

روش آزمایش میلگرام:

1. شرکت‌کنندگان:

- افراد معمولی (۲۰ تا ۵۰ سال) از طریق آگهی روزنامه انتخاب می‌شدند.
- به آن‌ها گفته می‌شد که این یک آزمایش درباره «تأثیر تنبیه بر یادگیری» است.

2. نقش‌ها:

- معلم (فرد واقعی): شرکت‌کننده که فکر می‌کرد نقش معلم را دارد؛ در اصل به آزمودنی گفته می‌شد که به‌صورت تصادفی یکی از شما (در آزمایش یک نفر همدست آزمایشگر نیز وجود داشت) معلم خواهید شد؛ ولی فرد آزمودنی همیشه معلم می‌شد.
- یادگیرنده (همدست آزمایشگر): یک بازیگر که وانمود می‌کرد شوک دریافت می‌کند.
- آزمایشگر (مقام مسئول): فردی با لباس سفید که دستورات را می‌داد.

3. دستورالعمل:

- معلم باید از یادگیرنده یک سری سؤال می‌پرسید؛ در اصل آزمودنی یک زوج واژه را می‌خواند و نفر مقابل باید از بین 4 واژه بعدی، واژه درست را انتخاب می‌کرد.
- در صورت پاسخ اشتباه، معلم باید با فشار دادن دکمه‌ای به یادگیرنده شوک الکتریکی می‌داد (از ۱۵ ولت تا ۴۵۰ ولت که پس از هر خطا تشدید می‌شد).
- یادگیرنده (بازیگر) عمداً اشتباه می‌کرد و با افزایش شوک، واکنش‌های دردناک نشان می‌داد؛ فریادزدن، التماس برای توقف و در نهایت سکوت.

4. تست اطاعت:

- اگر معلم می‌خواست آزمایش را متوقف کند، آزمایشگر با جملات استاندارد مانند:
 - «لطفاً ادامه دهید.»
 - «این آزمایش ضروری است.»
 - «شما چاره‌ای ندارید، باید ادامه دهید.»
- میزان اطاعت فرد تا حداکثر شوک (۴۵۰ ولت) اندازه‌گیری می‌شد. یافته‌های شوکه‌کننده:
- ۶۵٪** از شرکت‌کنندگان بی‌تفاوت به واکنش آزمودنی تا آخرین سطح شوک (۴۵۰ ولت) پیش رفتند، علی‌رغم شنیدن فریادهای یادگیرنده!
- بیشتر افراد استرس شدید داشتند (عرق کردن، لرزش دست، اعتراض کلامی) اما باز هم اطاعت کردند.
- وقتی آزمایشگر **حضور نداشت** یا **دستورات غیررسمی** داده می‌شد، اطاعت کاهش می‌یافت.
- نتیجه‌گیری و پاسخ به این سؤال که "آیا ما می‌توانیم دست به کارهای شیطانی بزنیم؟":
- میلگرام** نشان داد که افراد عادی ممکن است تحت فشار اقتدار، دست به اعمال ظالمانه بزنند، حتی اگر با ارزش‌های شخصی آن‌ها در تضاد باشد. این آزمایش توضیحی برای رفتارهای جمعی مانند جنایات جنگی، اطاعت کورکورانه در سازمان‌ها و سیستم‌های دیکتاتوری ارائه کرد.
- دلیل اینکه معلم (شرکت‌کنندگان) تا ۴۵۰ ولت شوک را به افراد می‌دادند وجود یک مرجع قدرت و یک اتوریته بود و شرکت‌کنندگان به تبعیت از آن مرجع قدرت، شوک الکتریکی را تا آخرین ولتاژ انجام می‌دادند حتی باوجود واکنش‌های به‌ظاهر دردناکی که یادگیرندگان از خود نشان می‌دادند. در واقع آن‌ها با تبعیت از آن اتوریته و منبع قدرت و اتکا به عقیده "به من ربطی ندارد" از حداکثر شوک الکتریکی استفاده می‌کردند؛ چرا که اگر آسیبی هم به اشخاص یادگیرنده وارد می‌شد شرکت‌کنندگان خود را مسئول این آسیب نمی‌دانستند.
- ویژگی‌های موقعیتی اطاعت از مرجع قدرت (عواملی که باعث اطاعت بیشتر می‌شود):

1. **نظارت (Surveillance):** وقتی مرجع قدرت یا مقام بالاتر به صورت مستقیم یا غیرمستقیم در حال نظارت بر فرد باشد و در اصل فرد بداند مرجع قدرت او را زیر نظر دارد.

2. **وجود حائل (Buffers):** وقتی بین فرد مجری و فرد قربانی، فاصله یا مانع روانی یا فیزیکی باشد، اطاعت راحت تر است؛ مثلاً در این آزمایش فرد همدست پشت دیوار بود. زیرا این مورد باعث کاهش حس همدلی می‌شود. مثلاً در جنگ‌ها احتمال بروز عطوفت و مهربانی بین سربازان دو طرف جنگ وقتی که مستقیماً همدیگر را می‌بینند، بیشتر زمانی است که آن‌ها از پشت سنگرها یا تانک همدیگر را می‌بینند.

3. **الگوی سرمشق دهی (Presence of role model):** وقتی فرد دیگری در حال اطاعت باشد، فرد راحت‌تر پیروی می‌کند. مثلاً در این آزمایش وقتی که یک همدست دیگر کنار آزمایشگر می‌نشست و راحت اطاعت می‌کرد، اطاعت برای آزمودنی راحت‌تر می‌شد.

4. **تکوین موقعیت (Emerging Nature):** پیشروی تدریجی در یک مسیر بدون بازگشت، فرد از مراحل کوچک شروع می‌کند و کم کم پیش می‌رود. در این آزمایش هم شوک‌ها از 15 ولت شروع شد و به تدریج تا 450 ولت رسید. یعنی منبع قدرت آرام آرام شدت دستورات را افزایش می‌دهد. مثلاً در آزمایش منبع قدرت به شرکت‌کنندگان بگوید که ولتاژ آرام آرام افزایش بدهید؛ اول 15 ولت بعد 20 ولت و بعد 50 ولت و الی آخر.

5. **توجیه‌های عقیدتی (Ideological Justification):** مثلاً در گروه‌های تروریستی به پیروان گفته می‌شود که با کشتن تعداد زیادی انسان به پاداشی بزرگ دست خواهید یافت. **راس عوامل موقعیتی اطاعت است** که اگر بر اساس نظام باوری و نگرش افراد، فرد مسئول مشروع باشد احتمال تبعیت بالا می‌رود.

توضیح اضافه تر: در اصل این مورد 5 در دسته عوامل **روانی یا شناختی** است نه **محیطی یا موقعیتی** ولی به هر حال بدین منظور است که یک توجیه عقیدتی رخ می‌دهد که بر اثر شرایط موقعیتی فعال می‌شود و نهایتاً اصلی‌ترین عامل روانی در اطاعت می‌شود.

توضیح اضافه: وقتی آزمایشگر می‌گوید "من مسئولم و ادامه بده" فرد را توجیه می‌سازد و با این توجیه ذهنی اذعان می‌کند که گناهی ندارد و این‌گونه باور عقیدتی از دل موقعیت بیرون می‌آید.

توجیه نفس (justification-self):

وقتی یک کار اشتباهی انجام می‌دهیم پذیرفتن این اشتباه برای ما سخت است. به همین دلیل justification self انجام می‌دهیم؛ زیرا تغییر نظر برای فرد سخت است و خود را به طور **تدریجی متقاعد** می‌کنیم.

یکی از مهم‌ترین ابزارهای نفوذ اجتماعی تکنیک «foot in the door technique» (روش کار شروع تدریجی) است.

توجیه شروع به کار تدریجی:

1. نظریه ادراک خویشتن (Self-Perception Theory): گاهی اوقات ما برای اینکه **حال درونی** خود را بفهمیم به **سرنخ‌های بیرونی** استناد می‌کنیم که این هم یک **خطای شناختی** است. مثلاً وقتی امروز زیاد غذا می‌خوریم نتیجه می‌گیریم که امروز خیلی گرسنه بوده‌ایم.

2. نظریه ناهماهنگی شناختی (Cognitive Dissonance Theory): زمانی که بین رفتار و نگرش فرد اختلاف دارد فرد دست به توجیه یا دلیل تراشی می‌زند.

آزمایش اطاعت القایی:

شرکت‌کننده باید یک کار کاملاً تکراری و خسته‌کننده را انجام دهد (مثل فروکردن میخ در دیوار و بیرون آوردن آن). پس از پایان کار از او خواستند که با گرفتن مقداری پول به نفر بعدی بگوید این کار خیلی جالب و سرگرم‌کننده بود، برای این دروغ گفتن گروهی 1 و گروهی 20 دلار گرفتند. نتیجه آزمایش اینگونه بود که پس از آزمایش که از دو گروه پول گرفتند، پرسیدند: واقعاً کار چطور بود؟ افرادی که 20 دلار گرفته بودند آن را واقعاً کسل‌کننده ارزیابی کردند و افرادی که 1 دلار، آن را تا حدی جالب. در اصل این یک تغییر ذهنی بود که افرادی که پول کمتری گرفتند برای فرار از این حس بد که "برای مقدار کمی پول دروغ گفتم" باور خود را تغییر داده و کار را تا حدی جالب شمردند ولی افرادی که پول زیادی گرفتند تغییر نگرش نداشتند چرا که می‌پنداشتند که "پول خوبی گرفتم".

سؤال: در جونز تاون چه پدیده‌های اجتماعی رخ داد؟

1- اثر تماشاگر

2- توجیه عقیدتی

3- هم‌رنگی

4- تکوین موقعیت

5- توجیه شروع به کار تدریجی

6- فردیت باختگی

سؤال: چه درسی از جونز تاون می‌گیریم؟

هر موقعی که متوجه اشتباه خود بشویم باید به آن اقرار کنیم و از اشتباه خود برگردیم.

گروه‌های مرجع و همانندسازی:

بیشتر گروه‌های مرجع عمدتاً در **نوجوانان** اتفاق می‌افتد و نوجوانان گاهی درگیر یک سری از این گروه‌ها می‌شوند. خیلی اوقات خود را با عقاید گروه‌ها همانندسازی و با افراد آن گروه یک رنگ می‌شوند و عقاید آن گروه را **درونی‌سازی** می‌کنند (با پذیرفتن ایدئولوژی گروه درونی‌سازی رخ می‌دهد). در اصل هر گروه دارای یک رشته باور و عقاید است که با آن‌ها همانندسازی (Identification) می‌کنیم. ما با ایدئولوژی گروه مرجع به جهان می‌نگریم.

تعامل‌های گروهی:

1- هنجارهای نهادی (institutional norms):

انتظارات رفتاری برای افرادی که نقش‌های خاصی را اشغال کرده‌اند.

آزمایش زندان استنفورد: زیملاردو و همکاران، یک زندان فرضی را در زیر زمین دانشگاه استنفورد ایجاد کردند و یک‌سری افراد نقش زندانی و عده‌ای نقش زندانبان را داشتند و رفتار این گروه موردبررسی قرار گرفت. این آزمایش به دلیل واکنش‌های بسیار عجیب زندانیان و زندانبانان آزمایش ناتمام ماند.

توضیح اضافه این آزمایش:

در این آزمایش 24 دانشجوی سالم و بدون سابقه روانی داوطلب آزمایش شدند و نقش‌های زندانبان و زندانی را گرفتند و توجه شدند که این صرفاً یک نقش بازی کردن است نه واقعیت.

خیلی زود نگهبان‌ها شروع به آزار و اذیت زندانیان کردند و زندانیان دچار افسردگی و اضطراب و... شدند و این آزمایش که قرار بود 2 هفته ای طول بکشد، 6 روزه پایان یافت. در اصل به علت قدرت نقش‌ها، درونی‌سازی نقش و شرایط موقعیتی این اتفاقات رخ داد.



2- تصمیم‌گیری گروه

به شرط آنکه تصمیمات به حریم خصوصی فرد آسیب نزنند و همه افراد گروه در فرایند تصمیم‌گیری فعال باشند، خوب هستند. برای مثال در شرکت‌های موفق، مدیران عامل با دعوت از کارمندان خود برای تصمیم‌گیری گروهی بهره می‌گیرند که در آن هر ایده یا فکری با هر منطقی بیان می‌شود؛ به بیان دیگر سانسورشدن حذف می‌شود و همه افراد می‌توانند بدون ترس از مسخره‌شدن، ایده‌ها و تفکرات خود را بیان کنند. به شرط آنکه رهبر و لیدر گروه منعطف باشد خوب است.

قطبی شدن گروه (Group Polarization):

وقتی گروهی درباره موضوعی بحث می‌کنند معمولاً تصمیم نهایی از تصمیمات فردی اعضا افراطی‌تر است؛ به‌عنوان مثال اگر اعضاء کمی موافق باشند، تصمیم گروه خیلی موافق می‌شود.

البته بعدها نشان داده شد افراطی یا محتاط بودن تصمیمات به صحبت‌های افراد شروع‌کننده بحث بستگی دارد.

● **نکته:** همیشه نفرات اولی که صحبت را شروع می‌کنند افراد مهمی هستند؛ اینکه این افراد چقدر افراطی هستند، جهت‌دهی صحبت و بحث را مشخص می‌کنند؛ مثلاً اگر فرد شروع‌کننده بحث فرد افراطی باشد، می‌تواند منجر به اتخاذ تصمیمات افراطی‌تر شود. درحالی‌که اگر شروع‌کننده بحث یک فرد معتدل و محتاط باشد احتمال چندقطبی شدن گروه و اتخاذ تصمیمات افراطی کمتر می‌شود؛ بنابراین بهتر است فرد مرجع قدرت یا افرادی که روی نظر خود پافشاری می‌کنند، بحث را آغاز نکنند؛ بلکه افرادی که روی نظر خود پافشاری اندکی دارند یا به راحتی نظر خود را تغییر می‌دهند، آغازکننده بحث باشند؛ این شاید به قطبی نشدن گروه کمک بکند.

3- گروه اندیشی (Group Think):

در بحث‌های گروهی هدف وفاق (هم رای شدن) نیست؛ بلکه باید تفکر انتقادی مدنظر قرار بگیرد و این اشتباه است که گاهی اعضا تصمیم به سکوت می‌گیرند تا وفاق رخ دهد و نظرات مخالف سرکوب می‌شوند.

مثال آن شکست در اشغال کوبا توسط آمریکا بود.



علت این موضوع:

1. خطاهای حسی مثل آسیب ناپذیری
 2. فشار مستقیم مخالفان
 3. خودسانسوری
 4. دلیل تراشی جمعی
 5. مخالفان ذهنی خودگمارده
- توضیح بیشتر مورد 5: منظور افرادی است که خودشان را مسئول محافظت از گروه در برابر هرگونه اطلاعات، دیدگاه یا نظر مخالف می‌دانند و عمداً یا ناآگاهانه مانع رسیدن اطلاعات مخالف به اعضای گروه می‌شوند.



فهرست

- درد چیست؟
- اجزای درد
- چه مواد شیمیایی در کنترل درد موثر هستند؟
- عوامل موثر بر ادراک درد
- اختلالات روان پزشکی مرتبط با درد
- انواع درد
- نقش معنایی درد
- نظریه دروازه کنترل در مورد درد
- یادگیری و درد
- فرآیندهای اجتماعی و درد
- هیجان ها، فرآیندهای انطباق یافتن و درد
- سنجش و ارزیابی درد
- راه های تسکین درد
- نگرش های کنترل درد
- مداخلات شناختی رفتاری
- اثر دارو نما
- نکات مهم و جمع بندی



تأیید است

ملیکا زارعی

ویراست علمی

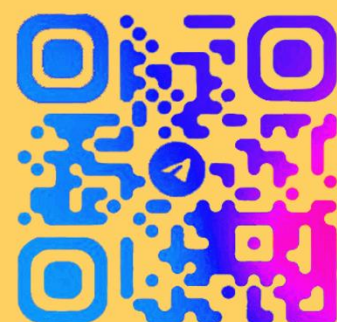
سجاد رضایی

ویراست ادبی

محمد رضا شکوری

تدوین گر

آیسان محمدی



درد چیست؟

تجربه جسمی و روانی از ناراحتی که معمولاً با آسیب واقعی یا تهدیدکننده بافت‌ها ارتباط دارد. درد ناخوشایند است؛ اما یک حس مهم برای بقاست. تنها زمانی اهمیت درد را درک می‌کنیم که آن درد را حس نکنیم. اگر درد را احساس نکنیم به دنبال درمان بیماری‌های پزشکی نمی‌رویم. بیماری بی‌حسی مادرزادی نسبت به درد (Congenital Insensitivity to Pain) بیماری نادر است که در آن: به علت گیرنده‌های درد و یا عدم تکامل آنها فرد هیچ‌گونه دردی را حس نمی‌کند. معمولاً زمانی والدین متوجه مشکل می‌شوند که کودک دست یا زبان خود را تا حد خون آمدن گاز می‌گیرد یا به زمین می‌خورد اما درد و احساس ناخوشایندی ندارد یا وقتی که دست خود را به سمت آتش می‌برد؛ ولی عقب نمی‌کشند. این بیماری درمان نداشته و افراد به دلیل آسیب‌های شدید بافت‌ها و ارگان‌ها در سنین پایین فوت می‌کنند.

هیچ شکایت پزشکی رایج‌تر از درد نیست. گاهی درد ذهنی و روانی است (در روان‌پزشکی و...). توضیح اضافه و بیشتر: همه دردها مؤلفه روانی دارند؛ چون احساس در فقط از طریق مغز ممکن است؛ ولی همه دردها منشأ روانی ندارند؛ چون گاهی آسیب واقعی در بافت هست. درد، رایج‌ترین عامل ناتوانی و منحصربه‌فردترین نیروی انگیزشی که باعث می‌شود فرد به دنبال درمان برود.

اجزا درد

درد دارای یک جزء حسی و یک جزء هیجانی است.

اجزاء فیزیولوژیک درد (مثل سایر حواس):

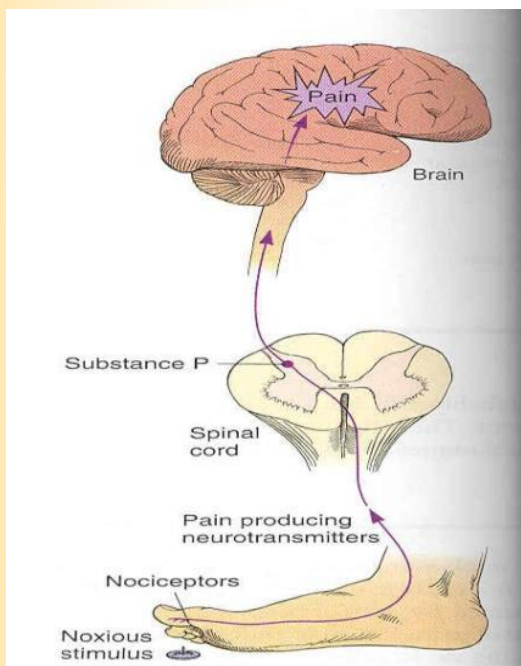
۱. دریافت درد: درد در بافت یا اندام اتفاق می‌افتد و سپس به مغز می‌رود.

۲. ادراک درد: در مغز اتفاق می‌افتد.

۳. واکنش به درد: حاصل همکاری مغز با اعضای بدن است.

سه ویژگی خاص ادراک درد:

- گیرنده‌های درد بر خلاف سایر گیرنده‌های حسی مثل بینایی فقط اطلاعات درد را منتقل نمی‌کنند؛ بلکه چند حسی هستند. (به عنوان مثال احساس گرما و فشار را هم منتقل می‌کنند)
- درد پاسخی است به محرک‌های خطرناک مثل فشارهای جسمی، جراحات و سرما و گرمای شدید
- احساس درد تقریباً همیشه یک جزء هیجانی و احساسی نیز همراه خود دارد که معمولاً ناخوشایند است (ولی لزوماً بقیه



چه مواد شیمیایی در کنترل درد مؤثر هستند؟

مواد دردزا: سروتونین، برادی‌کینین (Bradykinin) و هیستامین که نقش فعال‌کننده سیستم دفاعی را داشته و باعث ورم کردن و التهاب محل آسیب می‌شوند.

مهم‌ترین ماده در ادراک درد ماده P (P-substance) از نخاع و اعصاب محیطی ترشح می‌شود و موجب ساخت مواد شیمیایی درد زا در بافت می‌شود که باعث ادراک درد می‌شود. انکفالین (Enkephalin) و اندورفین (Endorphin) مسکن‌های **درونی** هستند و پس از ترشح در بازداری و سرکوب درد به‌صورت **درونی** نقش دارند.

عوامل مؤثر بر ادراک درد

(یک محرک دردزا برای همه به یک‌میزان دردزا نیست)

عوامل روانی:

۱. **شخصیت:** افراد **عصبی** به طور معمول درد را شدیدتر احساس می‌کنند و زودتر و شدیدتر واکنش نشان می‌دهند و ادراک دردشان بیشتر است و اشخاصی که آرام و تاب‌آورند درد را خفیف احساس می‌کنند.
۲. **تجربه قبلی درد:** کودکان به دلیل خاطره بد از مطب پزشک با ورود به آنجا شروع به گریه می‌کنند (ذهن انسان تجربه قبلی را به فعلی پیوند می‌دهد)
۳. **تصور بدنی:** کسی که از وضعیت بدنی خود آگاهی داشته باشد معمولاً درد را بهتر تحمل می‌کند. درد روی تصور بدنی اثر دارد. عضو دردناک سنگین‌تر و جدا از بدن احساس می‌شود. این دو متقابلاً برهم اثر می‌گذارند این نشان‌دهنده تأثیر هیجانات بر ادراک درد و تصویرسازی ذهنی است
- به طور خلاصه: انسان اگر تصویر بدنی واضحی از اعضای بدن داشته باشد، معمولاً احساس درد کمتری دارد، افرادی که تصادف کرده‌اند و می‌توانند قسمت مورد جراحی واقع شده بدنشان را ببینند درد متناسب با موقعیت دارند، ولی افرادی که نتوانند ببینند که وضعیت آن نواحی چگونه است احساس درد شدیدتری دارد در اصل هیجان شخص تأثیر می‌گذارد و ذهن او فاجعه‌سازی می‌کند.
- باید توجه داشت در موقعیت‌هایی که هیجان انسان بسیار بالاست احساس درد کمتر می‌شود؛ مثال آن را می‌توان در عدم توجه بازیکن حین بازی فوتبال به درد و آسیب دید. (شدت هیجان در ادراک درد مؤثر است)
۴. **کنترل درد:** اگر شخص بداند عواملی در محیط برای کنترل (تسکین درد) وجود دارد، درد را بهتر تحمل می‌کند، به‌عنوان مثال اگر در دندانپزشکی این‌گونه باشد که هر موقع احساس درد کردیم بگوییم تا روند را متوقف کند، احساس درد کمتری به علت حس کنترل داریم در غیر این صورت ادراک درد شدیدتری خواهیم داشت.

۵. اضطراب: به عنوان مثال برای امری مانند دندانپزشکی؛ در اصل این اضطراب از ورود به جایی است که قرار است اتفاق دردناک برای ما بیفتد.

البته باید توجه کرد که این بحث ادراک درد شدیدتر یک ارزیابی ذهنی است (مانند اینکه به کسی بگوییم به دردی که دارد بر حسب شدت از صفر تا ده نمره دهد)

۶. پیش‌بینی درد: مرتبط با امر اضطراب است به این منظور که اگر فرد انتظار درد را داشته باشد یا اضطراب داشته باشد (مثلاً از دندانپزشکی بترسد، در اصل اگر پیش‌بینی کند قرار است به جایی برود که دردی را متحمل شود) ممکن است درد را شدیدتر تجربه کند حتی اگر محرک خفیف باشد.

۷. سیر درد: اگر فرد انتظار دارد که حداقل سه روز بعد از عمل جراحی درد وی کمتر از روزهای قبل باشد. اگر به همین ترتیب به تدریج درد تسکین یافته باشد، تحمل آن بیشتر است. این موضوع منجر به کاهش ایجاد درد به صورت ذهنی برای فرد می‌شود؛ زیرا انتظار دارد مطابق چیزی که به او گفته شده درد را حس کند. بخشی از این فرایند، **واقعیت** و بخشی **تلقین** است. اگر سیر درد را بدانیم، این کمک می‌کند مطابق با سیر درد، ادراک درد داشته باشیم.

به عنوان پزشک اگر سیر درد یک بیمار را بدانیم و به او بگوییم معمولاً همان سیر برای ایشان اتفاق می‌افتد؛ مثلاً برای کسی که گلودرد دارد می‌توان گفت ۳ روز طول می‌کشد و این باعث می‌شود فرد انتظار همان ۳ روز درد را داشته باشد و این انتظار در تجربه ادراک درد مؤثر است. با این گفتن از ادامه یافتن درد فرد به صورت **ذهنی** جلوگیری می‌کنیم.

دیگر عوامل:

۱. متغیرهای دموگرافیک: جنسیت: زنان آستانه تحمل درد کمتری دارند؛ برای مثال آقایان اغلب در مراحل انتهایی بیماری وقتی بسیار اذیت شوند به پزشک رجوع می‌کنند. / سن: نوزادان به دلیل عدم تکامل گیرنده‌ها و عدم رشد اعصاب و افراد مسن به دلیل آسیب و تحلیل گیرنده‌ها و تضعیف و آسیب رشته‌های عصبی کمتر ادراک درد دارند

۲. متغیرهای فرهنگی

۳. شناخت و آگاهی: به عنوان مثال فردی که نمی‌داند درد او به دلیل یک گرفتگی ساده عضلانی است احساس می‌کند دچار حمله قلبی شده و این اضطراب شدیدی ایجاد می‌کند.

۴. مذهب: مذاهب برای ادراک درد معنایی قائل می‌شوند؛ بنابراین ادراک درد افراد تغییر پیدا می‌کند که این معنا، مقدس و کاهش‌دهنده است. (کاهش‌دهنده یعنی درد می‌تواند خودخواهی، گناه یا وابستگی‌های دنیایی را کاهش دهد)

۵. محیط: تحمل درد در زمین فوتبال (مثلاً بازیکنی که یک گل زده و با اینکه آسیب دیده؛ ولی به شوق زدن گل دوم ادراک درد وی ضعیف‌تر می‌شود) و جبهه بیشتر از خانه است، تحمل درد در روز بیشتر از شب؛ است به دلیل سکوت و تمرکز بیشتر فرد بر روی درد در شب.

اختلالات روان‌پزشکی مرتبط با درد

این اختلالات، اختلالات سایکوسوماتیک (روان تنی) نام دارند؛ یعنی فرد مشکل جسمی نداشته و درد او علت روانی دارد؛ ولی به صورت جسمی بروز پیدا کرده است.

۱. اختلال درد (Pain Disorder): شکایت دائمی از درد بدون مشکل جسمانی، در اصل با آزمایش و... چیزی تشخیص داده نمی‌شود و علت آن روانی است.

۲. اختلال تبدیلی (Conversion Disorder): تبدیل علائم **روانی** به **جسمی** مثل دل‌درد هنگام استرس و اضطراب و درد قلب هنگام غم و افسردگی

۳. اختلال نشانه‌های جسمانی (Somatic Symptom Disorder): چند اختلال حرکتی و عصبی همراه با درد **بدون مشکل جسمانی** (علت آن معمولاً روانی است)

توضیح اضافه و بیشتر: درمان موارد اول و سوم با CBT (درمان شناختی-رفتاری) همراه است که در آن به فرد آموخته می‌شود از تمرکز بیش از حد بر روی بدن بکاهد و باورهای اشتباه در خصوص درد را شناسایی کند.

انواع درد

درد بر اساس ملاک‌های مختلفی دسته‌بندی می‌شود و رایج‌ترین ملاک‌های دسته‌بندی علت، مدت و محل درد است.

تقسیم‌بندی رایج بر اساس علت:

درد جسمی (علت جسمی) در مقابل درد روان زاد (علت روان زاد)

دردی که منشأ آن آسیب به بافت باشد درد جسمی (Organic Pain) است.

درد روان زاد (Psychogenic Pain) دردهایی هستند که بافت آسیب‌ندیده یا دست‌کم آزمایش‌های پزشکی قادر به یافتن علت آن نیست نام دارد. مثل بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی.

دردهای مختلفی که هیچ منشأ جسمانی برای آن یافت نمی‌شود اختلال درد (Pain Disorder) نام دارند.

توضیح اضافه و بیشتر: درد درون‌زاد یک درد واقعی است؛ ولی عامل آن روانی است نه جسمی مثلاً کسی که اضطراب زیاد دارد ممکن است دل‌درد داشته باشد. ولی اختلال درد؛ یعنی اینکه فردی دائماً از درد شدید شکایت دارد و عوامل روانی باعث تشدید آن درد می‌شوند؛ مثلاً کسی که مدام به مدت ۹ ماه هر روز از سردرد شدید شکایت دارد، ولی با بررسی مشخص می‌شود که استرس و مشکلات روانی سبب تشدید درد شده‌اند

تقسیم بندی درد بر اساس طول مدت:

۱. درد حاد: دردهای موقتی که نگرانی زیادی ایجاد می‌کند (حدود و کمتر از ۳ ماه)

۲. درد مزمن: (بیش از ۳ ماه) دردی که بیش از چندماه طول می‌کشد و خستگی و فرسایش ایجاد می‌کند، علائق و دوستان کم می‌شوند، روابط اجتماعی ضعیف می‌شود (در معاشرت با دوستان و خانواده مداوم از دردهایش سخن می‌گوید؛ بنابراین افراد از او زده می‌شوند)، افراد بیشتر به درد خودشان مشغول‌اند و دنیای آنها به خانه، دکتر و داروخانه محدود می‌شود، مهم‌تر از درد حاد است؛ به علت موارد گفته شده

۳. درد ارجاعی: درد ناشی از اندام‌های داخلی از بخش‌های دیگر که سطحی‌تر (بیرونی‌تر) هستند دریافت می‌شود. مثل درد حمله قلبی که در شانه و بازو دریافت می‌شود، درد دندان که سردرد می‌آورد.

درد ارجاعی به این دلیل ایجاد می‌شود که تکانه‌های ناشی از اعصاب داخلی (مثل اعصاب قلب) و اعصاب بیرونی (مثل ماهیچه و پوست) مسیرشان به مغز در قسمت‌هایی یکی می‌شود و چون افراد با درد بیرونی (مثل شانه و پوست) بیشتر آشنا هستند تمایل دارند تکانه‌های ناشی از طناب نخاعی را پوستی و در کل بیرونی احساس کنند.

درد بدون مبنای جسمانی آشکار (بدون هیچ دلیل آشکار):

۱. درد عصب neuralgia

۲. سوز درد causalgia

۳. درد خیالی یا شبح گون phantom pain

ویژگی مشخص این است که این دردها معمولاً با **آسیب به بافت** شروع می‌شوند اما

(۱) مدت‌ها پس از رفع آسیب ادامه می‌یابد.

(۲) ممکن است گسترش یابد و شدت آن بیشتر شود.

(۳) ممکن است درد در ابتدای صدمه خوردن نیز شدیدتر شود (یعنی فرد اذعان دارد که همین که آسیب کوچکی دیده، انفجاری از درد را تجربه کرده است)

به طور خلاصه: با آسیب به بافت شروع می‌شود؛ ولی با رفع آسیب، درد رفع نمی‌شود.

۱. درد عصب: مربوط به زمان آسیب اعصاب است.

مثل درد چاقو یا گلوله خوردن است یکی از رایج‌ترین‌ها **درد عصب سه‌قلو روی صورت** است. گاهی حتی یک پر روی صورت کشیده شود این درد را ایجاد می‌کند؛ اما خراش سوزن خیر. (عدم تناسب پاسخ با محرک)

توضیح بیشتر و اضافه این مورد:

(این پدیده Allodynia نام دارد؛ یعنی تحریکاتی که به طور عادی دردناک نیستند؛ ولی سبب ایجاد درد می‌شوند و در اصل که به معنای پاسخ بدن به تحریکات واقعی درد (مثل سوزن) است از بین رفته است و علت آنها هم می‌تواند آسیب به نخاع باشد)

۲. سوز درد: معمولاً در قسمت‌هایی از بدن که زخم بوده یا گلوله خورده و بعد کامل ترمیم شده (حتی عصب ترمیم شده) روی می‌دهد بدون هیچ علت آشکار با محرک بی‌ربط ممکن است چند ساعتی ادامه یابد.

مثال: سوزش کف پا در نوروپاتی دیابتی. اینجا بیشتر آسیب به بافت را داریم و ممکن است حتی عصب هم آسیب ندیده باشد.

۳. درد شبیح گون (خیالی) در اندام‌های انتهایی ایجاد می‌شود، در اصل درد در اندام‌هایی که قطع شده و یا عصب آن از کار افتاده است رخ می‌دهند. اختلال ناشی از مغز و نخاع است نه اندام حذف شده.

سوز درد	درد عصب	درد شبیح گون
گسترده یا موضعی	مسیر یک عصب خاص	اندام غیر موجود
معمولاً زیرمجموعه درد عصب	آسیب به اعصاب	قطع عضو و بازآرایی مغز
سوزش (burning)	تیر کشیدن، برق گرفتگی، حساسیت	فشار، تیر کشیدن، گرفتگی، سوزش
معمولاً نوروپاتیک	اعصاب محیطی یا مرکزی	سیستم عصبی مرکزی

نقش معنایی درد

معنا را انسان وابسته به تجربه‌های گوناگون می‌سازد. بعضی افراد درد را دوست دارند که به این وضعیت **مازوخیسم (خودآزاری)** می‌گویند. ممکن است در فعالیت‌هایی شرکت داشته‌اند که درد با لذت جسمی همراه بوده است (این درد زمانی اتفاق می‌افتد که برای ما معنایی ایجاد می‌شود. لذت از درد به دلیل **پیوند با یک تجربه خاص** است، یعنی هنگامی که درد یا تحقیر با یک تجربه لذت‌بخش همراه بوده باشد، مثلاً در کودکی که محبت والد را فقط هنگام تنبیه تجربه کرده است در این حالت بعدها درد را با محبت ارتباط می‌دهد).

پاولف نشان می‌دهد **شرطی‌سازی سگ نسبت به درد** در صورتی که درد (ضربه الکتریکی) قبل از غذا دادن باشد، درد را برای سگ خوشایند می‌کند.

هنری بیچر (۱۹۵۶) در جنگ جهانی دوم می‌بیند که فقط **۳۲ درصد** از سربازانی که شدیداً دچار جراحات شده‌اند درخواست مسکن دارند (زیرا می‌دانند که دیگر به جنگ نمی‌روند و تحمل درد برایشان راحت‌تر است) اما این مقدار وقتی در بیمارستان هستند با وجود اینکه جراحات کنترل شده است **۸۷ درصد** است. گویا جراحات برای سربازان معنای پایان جنگ و برگشت به خانه را دارد؛ خودشان آگاهانه این کار را نمی‌کنند، مثلاً ممکن است بگویند با وجود قطع عضو دوست دارم باز بمانم و حتی همین‌جا بمیرم؛ ولی در اصل چیزی که وجود دارد برعکس است.

عوامل روانی نقش بسیار مهمی در ادراک درد دارند.

نظریه دروازه کنترل در مورد درد (Gate Control Theory of Pain)

(Pain)

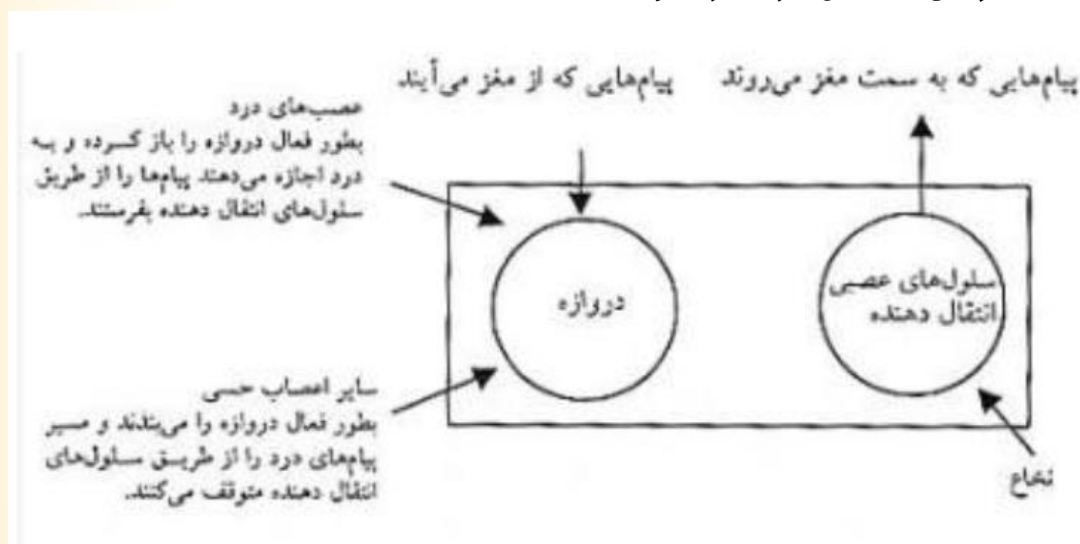
شدت درد در نخاع کنترل می‌شود. این نظریه بیان می‌دارد که نخاع شامل gate‌های عصبی است که:

۱. هم سیگنال‌های درد را متوقف می‌کند

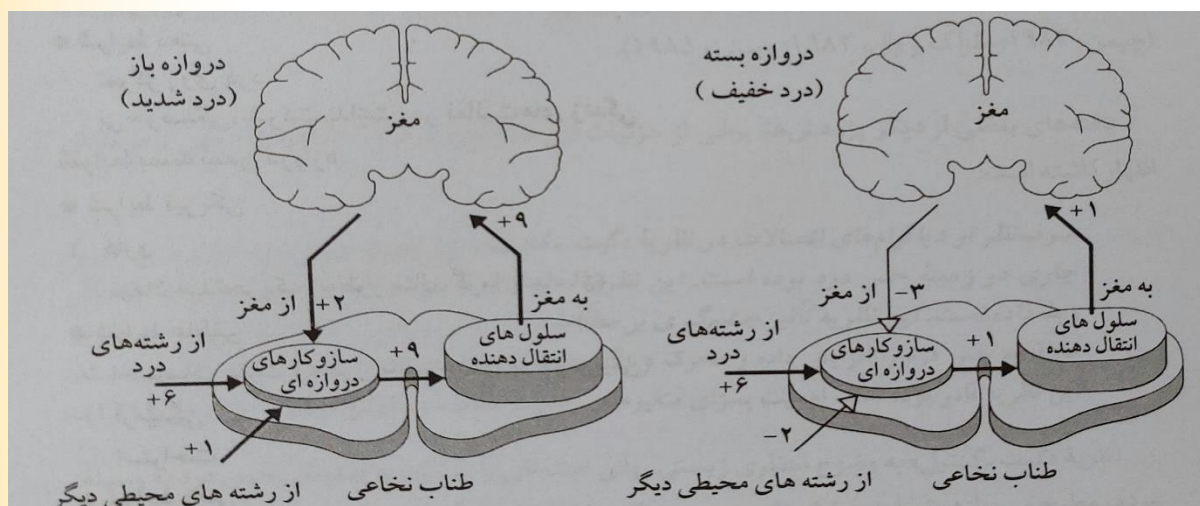
۲. هم به آنها اجازه می‌دهد که به سمت مغز بروند.

محققان از مدت‌ها پیش مشاهده کرده‌اند که عواملی از قبیل **تفکرات، عواطف و انتظارات** می‌توانند بر روی **ادراکات ما از درد** تأثیرگذار باشند.

سه موضوع اثر می‌گذارند: پیام عصب‌های درد، سایر عصب‌های محیطی، پیام‌های مغز
بنابراین، ممکن است در شرایط متفاوت تعداد پیام‌های ارسالی توسط گیرنده درد یکسان باشد؛ اما عوامل دیگر باعث افزایش یا تعدیل ادراک درد شوند



توضیح بیشتر و اضافه این مورد: در نخاع به‌ویژه در شاخ پشتی نوعی دریچه عصبی وجود دارد که ورود پیام‌های درد را به مغز تنظیم یا مهار می‌کند.



نوع رشته	ویژگی	نقش در درد
A-delta و C fibers	کند، نازک، بدون میلین یا با میلین کم	انتقال درد
A-beta fibers	سریع، ضخیم، میلینه	انتقال تحریک لمسی غیر دردناک (مثل ماساژ، لمس، فشار سبک)

وقتی فقط رشته‌های درد فعال شوند درجه باز می‌شود و پیام درد به مغز می‌رسد؛ ولی اگر هم‌زمان تحریک لمسی فعال شود، درجه بسته یا نیمه‌بسته می‌شود و پیام درد مهار می‌شود و درد کمتر حس می‌شود.

توضیح شکل چپ: مثلاً فردی پس از **زمین‌خوردن** دچار آسیب در پا می‌شود. حال ۶ ایپالس از گیرنده درد به مغز می‌رود از طرفی سایر گیرنده‌ها که تحریک شده‌اند مثل گیرنده فشار ۱ ایپالس می‌فرستند مغز نیز باتوجه به **شرایط آسیب‌زا** ۲ ایپالس فرستاده و مجموعاً این ۹ پیام باعث ادراک درد می‌شوند.

توضیح شکل راست: در شرایطی مثل **ماساژ** به همان مقدار گیرنده درد تحریک می‌شود (۶) اما سایر گیرنده‌ها در حالت آرامش هستند و چند ایپالس مهاری ارسال می‌کنند و مغز نیز این موقعیت را آسیب‌زا ندانسته و مجموعاً ۱ واحد درد در مغز ادراک می‌شود.

نتیجه: ممکن است واحد شدت درد از طرف عصب درد یکسان باشد؛ ولی در نهایت شدت درد احساس شده متفاوت باشد.

جمع‌بندی:

شرایط باز شدن دروازه درد:

شرایط فیزیکی: دامنه جراحت، سطح نامناسب فعالیت (کم‌حرکی یا بی‌حرکی زیاد/فعالیت بیش از حد از بدن)

شرایط ذهنی: تمرکز روی درد، بی‌حوصلگی، عدم تمرکز روی فعالیت‌های زندگی

شرایط بسته‌شدن دروازه:

شرایط فیزیکی: دارو، درمان ضد تحریک (گرما یا ماساژ)

شرایط عاطفی: احساسات مثبت، آرمیدگی، استراحت

شرایط ذهنی: عدم تمرکز روی درد یا انحراف ذهنی، علاقه و توجه به فعالیت‌های زندگی

یادگیری و درد

یادگیری شدیداً در ادراک درد (شدت، حالت، شیوه بروز) دخیل است.

افراد می‌آموزند که درد را با **تجارب قبلی** پیوند بزنند به‌ویژه اگر درد شدید و تکراری باشد (مثل ترس از واکسن)

یادگیری گاهی به‌صورت **جانشینی** روی می‌دهد (یادگرفتن رفتار بدون خود فرد آن را تجربه کند با دیدن بقیه، مثلاً در مدارس قدیم، با کتک‌زدن یک دانش‌آموز بقیه حساب کار دستشان می‌آمد، بدون اینکه اتفاقی برای فرد بیفتد از فرد دیگری یاد می‌گیرد، یا به‌عنوان مثال در چگونگی واکنش نشان‌دادن درد در کودکان: می‌بیند که کودک دیگری زمین‌خورده و واکنش‌های شدید مرتبط با درد دارد، آن کودک هم یاد می‌گیرد که این‌گونه واکنش نشان دهد، در این موارد با زمین‌خوردن‌های حتی غیرآسیب‌زا واکنش‌های شدید یاد گرفته شده را بروز می‌دهد)

حتی کلماتی که مربوط به دردهای جسمانی هستند باعث ایجاد واکنش‌های جسمانی می‌شوند.

یادگیری بر رفتارهای درد نیز اثر می‌گذارد که چهار دسته هستند:

(یعنی وقتی فردی درد را تجربه می‌کند فقط احساس فیزیکی نیست؛ بلکه یاد گرفته است چگونه به درد واکنش نشان دهد، این یادگیری می‌تواند از طریق تجربه مستقیم یا مشاهده دیگران (یادگیری جانشینی) اتفاق بیفتد)

۱. نشان دادن حالت چهره‌ای درد (Pain Facial Expressions): فرد چهره‌اش را طوری تغییر می‌دهد که نشان‌دهنده درد باشد (نال و اخم و...)

۲. حالت بدن یا حرکت غیرمعمول مثل لنگیدن یا قوز کردن (Gaurding/Posture Change): تغییر طرز ایستادن و حرکت‌کردن در صورت وجود درد

۳. عواطف منفی مثل تحریک‌پذیری (Emotional Reactions Like Irritability): مانند زودرنجی و افسردگی در اثر درد

۴. اجتناب از فعالیت مثل درازکشیدن (Avoidance Behavior): اجتناب از هرگونه فعالیت به علت اینکه فکر می‌کند دردش را بیشتر می‌کند.

رفتارهای درد بخشی از **نقش بیمار** هستند و گاهی افراد در این نشانه‌ها غلو می‌کنند؛ چون فکر می‌کنند ممکن است کسی حرفشان را باور نکند.

اگر چه بیمار بودن و درد داشتن ناخوشایند است؛ اما گاهی **منفعت ثانویه (Secondary Gain)** دارد. برای مثال سالمندان وقتی بیمارند بیشتر مورد توجه فرزندان قرار می‌گیرند به همین دلیل آگاهانه یا ناآگاهانه بیشتر بیمار می‌شوند. درد **منفعت اولیه (Primary Gain)** نیز دارد؛ مثلاً فرد می‌تواند مرخصی بگیرد. (ثانویه ناآگاهانه‌تر است)

در خصوص نفع ثانویه در خصوص کودکان هم می‌توان گفت که اگر کودک زمین‌خورده باشد، با توجه **بیش از حد** به او داد کودک هم بلندتر می‌شود.

توضیح اضافه و بیشتر دو منفعت:

۱. منفعت اولیه: درد به فرد کمک می‌کند تا از یک فشار روانی خلاص شود، برای مثال اگر برای یک کاری بسیار استرس داشته باشیم دچار درد معده یا سردرد می‌شویم و این درد مانع شرکت در آن کار می‌شود یا مثلاً در صورت زندگی در یک محیط تنش‌زا در صورت وجود درد بدنی ذهن ما از اضطراب اصلی غافل می‌شود.

۲. منفعت ثانویه: منافع بیرونی و اجتماعی مانند جلب توجه که توضیح داده شد؛ آگاهانه یا ناخودآگاه در ذیل نیز مطالب فوق بیشتر توضیح داده می‌شوند.

فرایندهای اجتماعی و درد

افرادی که درد می‌کشند بیشتر وقت‌ها مورد توجه قرار می‌گیرند که این خود می‌تواند موجب تقویت شود (توجه پدر و مادر به کودکان با خارش پوستی موجب خاراندن بیشتر می‌شود نه کاهش آن)

در همسران نیز این موضوع وجود دارد. همسرانی که می‌دانند همسرشان ناظر آنهاست و از خود توجه و مراقبت نشان می‌دهد گزارش درد بیشتری می‌دهند.

توجه اعضای خانواده در هنگام تجربه درد مهم و سازنده است؛ اما نگرانی بیش از حد همراه با تقویت رفتارهای عدم انجام فعالیت می‌تواند موجب تقویت نقش بیمار شود.

هیجان‌ها، فزاینده‌های انطباق یافتن و درد

افرادی که درد مزمن دارند بیشتر دچار خشم، ترس و غم می‌شوند. در دندانپزشکی افرادی که اضطراب انتظاری بیشتری دارند هم درد بیشتری تجربه می‌کنند و هم درد بیشتری پس از آن به یاد می‌آورند.

سنجش و ارزیابی درد

۱) **شیوه‌های گزارش شخصی (Self-Report Methods):** در این روش فرد خودش درد یا وضعیت روانی-جسمی خود را توصیف می‌کند (از طریق پرسش‌نامه‌هایی که به فرد داده می‌شود) که معیارهای توصیف آن:

الف) مقیاس جعبه‌ای (مقیاس عددی= Numeric Rating Scale- NRS)

ب) مقیاس دیداری (Visual Analogue Scale-VAS)

ج) مقیاس گفتاری (Verbal Rating scale-VRS)

ارزیابی ذهنی درد (PQRST): این عبارت که نوشته شد ابتدای حروف هر یک از ۵ سوال کلیدی زیر است که توسط پزشک یا پرستار پرسیده می‌شود:

در اصل این روش از روش‌های استاندارد ارزیابی بالینی است که بر اساس شیوه‌های گزارش شخصی است.

۱. تحریک‌کننده‌ها - Provokes: چه چیزی درد را ایجاد می‌کند

۲. کیفیت درد - Quality: کیفیت درد چگونه است و چگونه ادراک می‌شود (تیز و شدید-سوزنی-خنجری-سوزشی-مبهم)

۳. انتشار - Radiates: محل درد کجاست و آیا به‌جای دیگری هم انتشار پیدا می‌کند

۴. شدت - Severity: شدت درد چقدر است، به‌عنوان مثال در مقیاس جعبه‌ای عددی از صفر یا یک تا ده گفته شود

۵. زمان - Time: درد چه زمانی شروع شد و چقدر طول می‌کشد و...

The image shows three different scales for measuring pain:

- مقیاس دیداری (Visual Analogue Scale):** A horizontal line with two endpoints labeled "بدون درد" (No pain) and "بدترین درد ممکن" (Worst possible pain).
- مقیاس جعبه‌ای (Numeric Rating Scale):** A horizontal row of boxes numbered from 0 to 10. The endpoints are labeled "بدون درد" (No pain) and "بدترین درد ممکن" (Worst possible pain).
- مقیاس گفتاری (Verbal Rating Scale):** A horizontal bar with four labels: "بدون درد" (No pain), "کمی درد" (Mild pain), "درد زیاد" (Severe pain), and "بدترین درد ممکن" (Worst possible pain).

۲) روش‌های ارزیابی رفتاری: در این روش، رفتارهای مرتبط با درد (همان ۴ مورد که در

خصوص اثر یادگیری بر درد توضیح داده شد) به‌صورت عینی مشاهده یا ثبت می‌شود بدون اینکه به خود فرد برای گزارش اتکا شود. برای کودک، سالمند و فرد با ناتوانی به کار می‌رود. از نظر ناظر بیرونی ارزیابی می‌شود. از بیمار می‌خواهند فعالیت‌های رفتاری دردآور (مثل ورزش، راه‌رفتن، نشستن و...) انجام دهد و پزشک یا پرستار میزان درد فرد را بر حسب رفتار او برآورد می‌کند. این گزارش‌ها با گزارش‌های بیماران همبستگی بالایی داشته است.

ارزیابی از طریق اعضای خانواده: ارزیاب، فهرستی از چندین فعالیت که هنگام درد انجام می‌شود تهیه می‌کند و با اعضای خانواده چک می‌کند.

۳) سنجش‌های روانی فیزیولوژیکی: با استفاده از ابزارهای فیزیولوژیکی و

بیولوژیکی پاسخ‌های بدن که ممکن است با درد یا اضطراب همراه باشند سنجیده می‌شود.

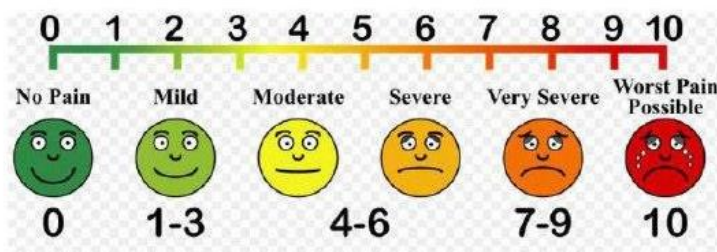
شیوه‌های روانی فیزیولوژیکی:

۱. دستگاه الکترومیوگراف (EMG) فعالیت ماهیچه‌ها را منعکس می‌کند، چون کشش ماهیچه‌ها موجب دردهایی مثل سردرد و کمردرد می‌شود؛ به دلایلی مانند استرس عضلات منقبض می‌شوند و این انقباض‌ها موجب درد عضلانی مزمن در فرد می‌شود.

۲. با استفاده از نوار قلب (ECG) فعالیت‌های غیرارادی مانند تپش قلب و با GSR-EDA فعالیت الکتریکی پوست را بررسی می‌کنند. (اسم‌های انگلیسی این مورد توضیح اضافه است)

۳. فعالیت‌های الکتریکی مغز را با دستگاه الکتروانسفالوگرافی (EEG) اندازه می‌گیرند.

مقیاس صوری درجه بندی درد وانگ-باکر



صورتک شماره	نشانه	برابر با
صفر	فقدان ناراحتی	صفر
۱	درد خفیف	۲
۲	درد اندکی بیشتر	۴
۳	درد باز هم بیشتر	۶
۴	درد شدید	۸
۵	بدترین درد	۱۰

بیمارانی که داروی

آرام‌بخش

در

(Sedation) دریافت نکرده‌اند، ارزیابی درد (Pain) با معیار وانگ و باکر، مشاهده بیمار تکمیل می‌گردد. در مواردی که بیمار هوشیار و باشد صورتک‌ها به بیمار نشان داده می‌شود و در صورت نداشتن هوشیاری با مقایسه چهره بیمار با صورتک‌ها میزان شدت درد بیمار تعیین می‌شود. این شکلک‌ها بیشتر برای بچه‌ها به کار می‌رود.

توضیح اضافه و بیشتر:

فواید استفاده از صورتک‌ها در ارزیابی درد:

۱. قابل استفاده برای افراد غیرکلامی: افرادی که نمی‌توانند درد خودشان را با کلمات بیان کنند (مثل کودکان خردسال، بیماران سکت‌های، مبتلایان به زوال عقل، بیماران غیرهم‌زبان و...)، با دیدن حالت چهره‌ها راحت‌تر می‌توانند میزان دردشان را نشان دهند.

۲. حذف نیاز به سواد یا عدد: بر خلاف مقیاس عددی یا خطی، این روش نیازی به درک مفاهیم عددی یا مهارت خواندن ندارد.

۳. همدلی احساسی بیشتر: چهره‌ها نمایانگر حالت‌های احساسی آشنا (مثل گریه، اخم، لبخند) هستند که باعث می‌شود فرد با حالت چهره هم‌ذات‌پنداری کند و راحت‌تر خودش را بیان کند.

۵. مناسب برای فرهنگ‌های مختلف: زبان بدن و حالات صورت مفهومی جهانی دارند و در بسیاری از فرهنگ‌ها قابل درک هستند، حتی اگر زبان گفتاری تفاوت داشته باشد.

راه‌های تسکین درد

۱. مداخلات دارویی

۲. مداخلات غیردارویی

نگرش‌های کنترل درد

۱. پزشکی:

الف) دارودرمانی: شل‌کننده‌های عضلات، ضد دردهای غیر مخدری (آسپیرین، استامینوفن)، ضد دردهای مخدری

ب) تحریک الکتریکی (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation=TENS)

ج) مهار عصبی

د) طب سوزنی

۲. نگرش‌های روانی برای کنترل درد:

الف) تغییر رفتار

ب) بیوفیدبک، آموزش

ج) هیپنوتیزم

۳. نگرش‌های پرستاری:

الف) پیشگیری از درد

ب) از بین بردن تحریکات درد (ماساژ، آرام‌سازی، تصویرسازی)

ج) اصلاح پاسخ (عکس‌العمل به درد، کاهش اضطراب)

مداخلات شناختی-رفتاری

(در روان‌شناسی به فکر، شناخت گفته می‌شود):

مداخلات شناختی، رفتاری باعث تغییر در ادراک درد و کاهش ترس شده و به بیماران احساس کنترل بیشتری می‌دهد.

در این دیدگاه ۳ مرحله وجود دارد: ۱. اتفاق (A)، ۲. نگرش و عقیده (B)، ۳. واکنش و پاسخ (C)

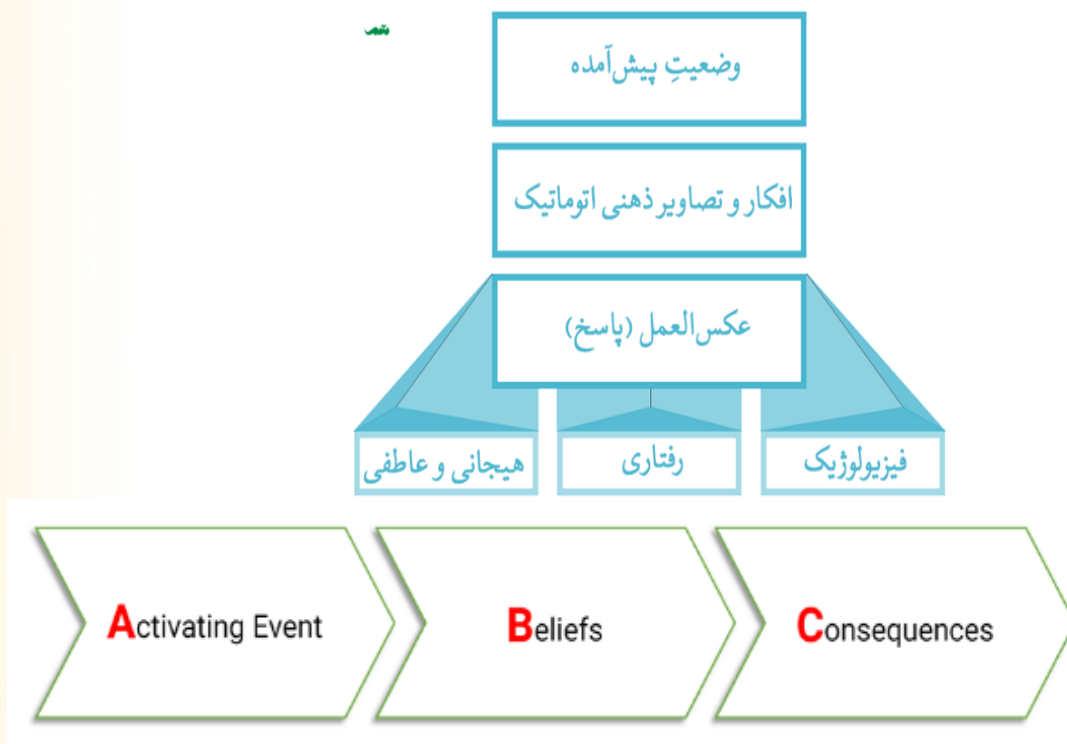
در روان‌شناسی تلاش می‌شود با تغییر مرحله دوم، واکنش افراد (مرحله سوم) را تغییر دهند؛ به‌عنوان مثال پزشک‌هایی که با کودکان سروکار دارند روی **نگرش** کودک کار می‌کنند تا به او القا کنند که قرار نیست اتفاق خاصی حین تزریقات بیفتد و **تجربه خوشایند** نیز برای او ایجاد می‌کنند (به‌عنوان مثال به او شکلات می‌دهند) به این صورت هم شدت ادراک درد کاهش پیدا می‌کند هم آن تزریق در ذهنش با اتفاق خوشایند پیوند برقرار می‌کند.

در مواجهه با اتفاق یکسان به **دلیل تفاوت در نگرش افراد نسبت به موقعیت** واکنش‌های متفاوتی دارند؛ مثلاً با ورود یک بچه‌گربه به کلاس برخی فرار می‌کنند، برخی بی‌تفاوت‌اند و برخی با آن بازی می‌کنند هر اتفاقی برای افراد می‌افتد، یک‌بخشی از آن **تجربه واقعی** است و یک‌بخشی هم چیزی که ذهن ما می‌سازد و **برداشت** می‌کند، در زمین‌خوردن یک سری دستگاه شدت درد را اندازه‌گیری می‌کنند که این تجربه واقعی ما از درد است (مثلاً مثبت ۷) ولی ذهن ما با برداشت از موقعیت می‌تواند با برداشت خود این را روی ۴ یا حتی ۱۰ ببرد.

به‌عنوان مثال در صحبت کردن با کودک در محیط درمانی واقعیت درد را به او می‌گوییم؛ ولی بحث بر این است که اگر شدت درد ۵ است؛ ولی او ۱۰ ادراک می‌کند، قصد ما گرفتن آن فاصله است، در واقع نباید کودک را گول بزنیم که بگوییم شدت درد روی صفر است؛ ولی کودک آن را تجربه می‌کند؛ یعنی هم آن ۵ تا را تجربه می‌کند و هم یک چیزی در ذهنش است که به من گفته شد درد ندارد؛ ولی خیلی درد داشت؛ بنابراین شرطی‌سازی با شدت درد بالا اتفاق می‌افتد، ولی اگر بگوییم درد دارد؛ ولی قابل تحمل است آن را واقعی کرده‌ایم تا ۱۰ واحدی که در ذهنش است به واقعیت ۵ واحد برسد. اینکه با چه چیزی شرطی‌سازی کنیم خوشایند یا ناخوشایند بودن تجربه را معین می‌کند.

خلاصه:

بخش مهمی از ادراک درد خود مغز است و در کاهش احساس درد سعی می‌شود تنها بخشی از درد که **غیرواقعی و تصور فرد** است از بین برود؛ مثلاً اگر کودک میزان درد را ۱۰ واحد می‌داند اما درد واقعی ۵ واحد است با دادن خوراکی به او سعی می‌شود میزان درد را به میزان واقعی کاهش داد.



مداخلات شناختی، رفتاری شامل:

- تنفس عمیق، آرام سازی پیش رونده، تنفس منظم. تصویرسازی ذهنی (مجسم سازی)، انحراف فکر، مراقبه، هیپنوتیزم (قطع ارتباط و فرایند تمرکز)، شوخی
 ۱. فیدبک زیستی در مدیریت درد، آموزش خودکنترلی بر تغییرهای فیزیولوژیک مرتبط با درد مثل انقباض عضلات و جریان خون است
 ۲. لمس درمانی برای اختلالاتی مثل سردرد تنشی استفاده می شود
 ۳. مراقبه، تمرکز توجه فرد را از درد دور می کند
 ۴. هیپنوتیزم: عوارض و مشکلات جسمی ندارد. نمی تواند ضایعات جسمی ایجادکننده درد را تغییر دهد؛ اما معمولاً ناراحتی را کاهش می دهد
 ۵. شوخی کردن، **مخدرهای داخلی یا اندورفین ها** را افزایش می دهد؛
 ۶. انحراف فکر: توجه فرد به محرک غیر دردآور محیط جلب می شود
 ۷. شرطی سازی عامل
 ۸. تصویرسازی ذهنی (تصور بودن در مکانی خوشایند): وقتی می خواهیم کار دردناکی را انجام دهیم، به ۲ شکل می توانیم تصویرسازی کنیم: ۱) همان اتفاقی که قرار است برایمان اتفاق بیفتد را تصویرسازی می کنیم؛ ولی به صورت واقعی که به عنوان مثال درد و شدت درد فلان میزان است و قرار است فلان دقیقه آن را تحمل کنم و بعد هم تمام می شود و قابل تحمل است. ۲) تصویرسازی با موارد خوشایند که فرد دیگری برای ما تصویرسازی را انجام می دهد با چیزهایی که دوست داریم، تا انحراف فکر ایجاد شود و تمرکز از درد برداشته شود و شدت آن کاهش پیدا کند.
 ۹. تعریف مجدد، افکار واقع بینانه و سازنده و فاجعه زدایی
- مؤثرترین برنامه مدیریت درد به استفاده از ترکیب داروها و مداخلات غیردارویی بستگی دارد.**

اثر دارونما (placebo)

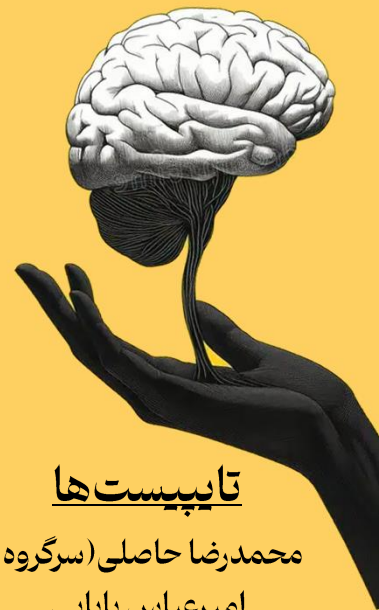
زمانی استفاده می‌کنیم که شک داریم بیمار، واقعاً مریض است یا خیر؛ در اصل به بیمار دارویی می‌دهیم که واقعاً اثر خاصی ندارد؛ ولی به بیمار می‌گوییم مسکن است و اگر با مصرف آن بهبود یابد، مشخص می‌شود درد او واقعی نیست.

دارونما داروهایی هستند که شبیه دارو هستند؛ اما هیچ خاصیت دارویی ندارند. دارونما زمانی تجویز می‌شود که ارائه‌دهندگان مراقبت سلامتی درباره واقعیت درد شک دارند و وقتی که به بیمار دارویی داده می‌شود به آنها گفته می‌شود که داروها حاوی مسکن هستند. تأثیر دارونما به معنی نداشتن درد نیست، بلکه یک اثر ذهنی و تلقینی است.

را برای سنجش صداقت بیمار یا خط اول درمان به کار برد (بلکه باید با رضایت آگاهانه بیمار استفاده شود). کاهش درد بیمار هرگز نباید به‌عنوان نشانه غیرواقعی بودن درد تلقی شود. پاسخ بیمار به دارونما اطلاعات زیادی درباره طبیعت یا شدت درد ارائه نمی‌دهد.

نکات مهم در مورد درد و جمع‌بندی

۱. تنها بیمار می‌تواند میزان و شدت درد را قضاوت کند. مهم‌ترین و تنها شاخص شدت درد، گزارش مشخص بیمار از درد است (یعنی اگر آسیب جسمی وجود نداشت، نمی‌گوییم هیچ مشکل و دردی نداری، این بیمار می‌تواند یکی از موارد دردهای بدون منشأ جسمی گفته شده را داشته باشد)
۲. درد با منبع روانی به همان اندازه درد با منشأ فیزیولوژیک واقعی است (بحثی که در دارونما گفتیم)
۳. تمام بیماران دارای سیستم عصبی سالم، درد را تجربه می‌کنند و سن عامل تعیین‌کننده درد نیست اما می‌تواند بر بیان درد اثر بگذارد (مثل منفعت ثانویه) یعنی به لحاظ اخلاقی نباید نسبت به درد افراد خاص از نظر سنی یعنی کودکان و افراد مسن بی‌اعتنا باشیم
۴. درد به همراه پیری نمی‌آید مگر اینکه یک فرایند بیماری یا ناتوانی وجود داشته باشد
۵. اعمال نفوذ در تعاریف شخصی اعتقادات فرهنگی و ارزش‌های درد افراد کاری ناپسند است؛ اجازه دهید که بیمار خودش به شما بگوید که درد چه معنایی دارد
۶. خصوصیات درد هر بیمار ممکن است از فردی به فرد دیگر متفاوت باشد



تأییدیه‌ها

محمد رضا حاصلی (سرگروه)

امیرعباس بابایی

محمد انارکی

مهدی بستانی

ویراست علمی

سجاد رضایی

ویراست ادبی

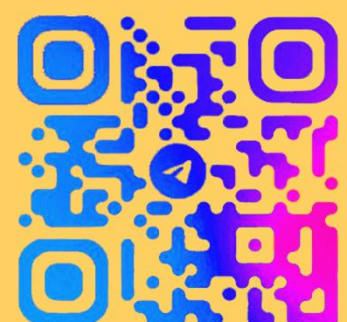
کالین نجاتی

تدوین گر

علی سید صالحی

فهرست

- هوشیاری چیست؟
- جنبه‌های هوشیاری
- تعریف هوشیاری
- ناخودآگاه
- خودکار شدن و گسست
- خواب و رؤیا
- جرخه خواب در طول شب
- مقایسه خواب REM و خواب NREM
- نظریه خواب
- اختلالات خواب و بیداری
- رؤیاها
- Meditation
- Hypnotism



هوشیاری چیست؟

بحث هوشیاری را با یک مثال شروع می‌کنیم:

شخصی که در حال شنیدن صحبت‌های دوستش بود ناگهان به خودش می‌آید و می‌بیند که ۱۰ دقیقه است که چیزی از صحبت‌های دوستش را نشنیده است.

بیش از ۸۰ درصد افراد اذعان داشتند که تجربه از دست دادن بخشی از یک مکالمه به دلیل "سرگردانی ذهنی" را داشته‌اند. حدود ۷۳ درصد از افراد اظهار داشتند که گاهی مطمئن نیستند که کاری را در واقعیت انجام داده‌اند یا فقط به آن فکر کرده‌اند. ۶۰ درصد از افراد، گذشته را آنقدر زنده به یاد می‌آورند که انگار دوباره آن را تجربه می‌کنند. ۵۵ درصد از افراد مطمئن نیستند که بعضی از اتفاقات را به خاطر دارند یا اینکه فقط آنها را در خواب دیده‌اند. ۴۸ درصد از افراد هنگام رانندگی به خود می‌آیند و می‌بینند که بخشی از مسیر را به یاد نمی‌آورند.

به چنین تجربیاتی حالت‌های تغییر یافته هوشیاری گفته می‌شود که نشان‌دهنده جدایی ذهن از ماهیت فیزیکی ما هستند.

حالت تغییر یافته حالتی است که در آن الگوی معمول کارکرد ذهنی به حالتی متفاوت که توسط فرد تجربه می‌شود، تغییر می‌یابد.

جنبه‌های هوشیاری

فیلسوفی مانند رنه دکارت بر تجربه ذهنی فردی تمرکز کرده و می‌گفت: (من فکر می‌کنم، پس هستم).

در واقع این فرد هوشیاری را به یک تجربه درونی و ذهنی نسبت می‌داد.

یا روان‌شناسی به نام ویلهلم وونت با استفاده از روش درون‌نگری و آزمایش‌های کنترل‌شده، هوشیاری را مطالعه کرد. این روش یعنی مشاهده و تحلیل مستقیم فرایندهای ذهنی و تجربیات درونی خود با استفاده از محرک‌ها. او از افراد می‌خواست تجربه‌های درونی‌شان مانند احساسات، افکار یا واکنش‌ها را هنگام مواجهه با محرک‌های خاص به دقت توصیف کنند.

با ظهور مکتب رفتارگرایی در اوایل قرن بیستم، هم روش درون‌نگری و هم هوشیاری به عنوان موضوع تحقیق از محبوبیت افتادند. جان واتسون و پیروانش معتقد بودند اگر روان‌شناسی بخواهد به یک علم تبدیل شود، داده‌هایش باید عینی و قابل اندازه‌گیری باشد. رفتارها قابل مشاهده عمومی و پاسخ‌ها قابل اندازه‌گیری عینی بودند. رفتارگرایی به آن اندازه که تصور می‌شد، تغییر رادیکالی به همراه نداشت. خود رفتارگرایان نیز هنگام نیاز تحقیقاتی‌شان به رویدادهای ذهنی خصوصی می‌پرداختند. آنها زمانی که تجربیات فرد مورد مطالعه قرار می‌گرفت، پاسخ‌های کلامی را به جای درون‌نگری پذیرفتند. در دهه ۱۹۶۰ روان‌شناسان متوجه شدند که جنبه‌های مختلف هوشیاری بیش از آن مهم هستند که نادیده گرفته شوند. این به معنای بازتعریف روان‌شناسی به عنوان مطالعه صرف هوشیاری نیست، بلکه به معنای آن است که نمی‌توان آن را نادیده گرفت. خلاصه‌کردن روان‌شناسی به مطالعه رفتار قابل مشاهده، محدودکننده است.

تعریف هوشیاری

هوشیاری (Consciousness)

هوشیاری به معنای درک و شناخت فرد از محرک‌های بیرونی (مانند اتفاقات محیط) و درونی (مانند افکار، خاطرات و احساسات بدنی) است. هوشیاری دو کارکرد اصلی دارد:

1. نظارت (Monitoring): سیستم‌های حسی ما مثل بینایی، شنوایی و لامسه، به ما کمک می‌کنند تا از دنیای اطراف و همچنین وضعیت بدن خودآگاه شویم. چون حجم اطلاعات ورودی بسیار زیاد است، ذهن ما فقط روی بخش‌های خاصی تمرکز می‌کند و بقیه را نادیده می‌گیرد. توجه ما معمولاً به چیزهایی جلب می‌شود که اهمیت حیاتی دارند؛ مثلاً وقتی گرسنه‌ایم، تمرکز روی مطالعه دشوار می‌شود.
2. کنترل (Controlling): هوشیاری فقط نظارت‌کننده نیست، بلکه در هدایت رفتار نیز نقش دارد. ما با کمک هوشیاری می‌توانیم برای کارها برنامه‌ریزی کنیم، آن‌ها را شروع کنیم و در مسیر مناسب ادامه دهیم. این برنامه‌ریزی می‌تواند کوتاه‌مدت (مثل قرار ناهار با یک دوست) یا بلندمدت (مثل آماده‌شدن برای یک شغل) باشد. در این فرایند، ذهن ما می‌تواند آینده را تصور و سناریوهای مختلف را بررسی نماید و نهایتاً تصمیم‌گیری کند.

خاطرات پیش‌هوشیار (Preconscious Memories)

ما گاهی محرک‌هایی را پردازش و ارزیابی می‌کنیم که در لحظه متوجه‌شان نیستیم. برای مثال، وقتی در حال صحبت با دوستی هستید و به صداهای اطراف توجهی ندارید، ناگهان صدای نام خود را از گفت‌وگوی دیگری می‌شنوید و به آن واکنش نشان می‌دهید. این نشان می‌دهد که ذهن شما به‌نوعی در حال زیر نظر گرفتن آن مکالمه بوده، حتی اگر به طور مستقیم هوشیار نبوده‌اید. بسیاری از خاطرات و افکاری که در لحظه بخشی از هوشیاری ما نیستند، در صورت نیاز قابل بازیابی هستند. ممکن است هم‌اکنون به تعطیلات تابستانی‌تان فکر نکنید، اما با خواست خود می‌توانید آن خاطرات را به ذهن بیاورید و وارد حوزه هوشیاری‌تان کنید. اصطلاح خاطرات پیش‌هوشیار به این دسته از اطلاعات اشاره دارد؛ اطلاعاتی که در دسترس هوشیاری هستند. این خاطرات می‌توانند شامل رویدادهای شخصی، اطلاعات عمومی، دانش زبانی، مسیر خیابان‌ها یا موقعیت جغرافیایی کشورها باشند.

ناخودآگاه (Unconscious)

بر اساس نظریه فروید و پیروانش، بخشی از ذهن به نام ناخودآگاه وجود دارد که شامل خاطرات، تمایلات و انگیزه‌هایی است که به هوشیاری ما دسترسی ندارند، اما با این حال می‌توانند رفتار ما را تحت تأثیر قرار دهند؛ حتی زمانی که از آن‌ها آگاه نیستیم.

افکار و تمایلات واپس‌رانده‌شده (Repressed) نمی‌توانند وارد حوزه هوشیاری شوند، اما ممکن است به‌صورت غیرمستقیم یا پنهانی خود را نشان دهند؛ مانند رؤیاهای، رفتارهای غیرمنطقی، حرکات ناخودآگاه یا اشتباهات گفتاری.

یکی از نمونه‌های رایج آن، لغزش فرویدی (Freudian slip) است؛ یعنی گفتن عبارتی اشتباه که ناخواسته احساسات یا انگیزه‌های پنهان فرد را آشکار می‌کند. مثلاً اگر کسی به‌جای «از بهترشدن خوشحالم» بگوید «از بهترشدن ناراحتم»، این می‌تواند نشانه‌ای از کشمکش درونی او باشد.

باوجود تأثیرگذاری گسترده دیدگاه فروید، برخی منتقدان بر این باورند که او بیش از حد بر جنبه‌های هیجانی ناخودآگاه تأکید کرده و به سایر جنبه‌های آن کمتر توجه کرده است.

مثال پژوهشی از تأثیر ناخودآگاه بر رفتار :

در یک تحقیق، از شرکت‌کنندگان خواسته شد در یک جدول حروف، کلمات پنهان را پیدا کنند. برای برخی افراد، این کلمات کاملاً خنثی بودند (مثل shampoo, river, carpet) اما برای گروه دیگر، نیمی از کلمات مفاهیمی مانند موفقیت و رقابت مرتبط بودند (مثل win, compete, succeed) سپس هر دو گروه، جدول‌های جدیدی را حل کردند که فقط شامل کلمات خنثی (مثل نام حشرات، رنگ‌ها یا خوراکی‌ها) بودند. نتایج نشان داد که قرارگرفتن در معرض کلمات مرتبط با موفقیت، به‌طور ناخودآگاه عملکرد افراد را در فعالیت‌های بعدی تحت‌تأثیر قرار داد.

خودکار شدن (Automaticity) و گسست (Dissociation)

یکی از کارکردهای مهم هوشیاری، کنترل رفتارهاست. برخی فعالیت‌ها آن‌قدر تکرار می‌شوند که به‌مرور به شکل عادت‌وار یا خودکار درمی‌آیند. برای مثال، یادگیری رانندگی در ابتدا نیازمند تمرکز کامل است، اما با تمرین، بسیاری از حرکات به‌صورت خودکار انجام می‌شوند. به این فرایند که پاسخ‌هایی که ابتدا نیاز به توجه هوشیارانه داشتند، به‌مرور خودکار می‌شوند، خودکار شدن (Automaticity) گفته می‌شود.

گسست (Dissociation) مفهومی است که نخستین‌بار توسط روان‌پزشک فرانسوی، پیر ژانه در سال ۱۸۸۹ مطرح شد. طبق این دیدگاه، در برخی شرایط، بخشی از افکار یا رفتارها ممکن است از سایر بخش‌های هوشیاری جدا شده و خارج از سطح هوشیاری عمل کنند.

برای مثال:

● هنگام مواجهه با یک موقعیت پراسترس، ممکن است موقتاً آن را از ذهن خود دور کنیم تا بتوانیم بهتر عمل کنیم.

● وقتی حوصله‌مان سر می‌رود، ممکن است وارد رؤیاپردازی یا خیال‌بافی شویم. این‌ها نمونه‌های ملایم گسست هستند که در آن بخشی از هوشیاری از بخش دیگر جدا می‌شود.

در موارد شدیدتر، گسست ممکن است به شکل اختلال هویت گسسته (Disorder Dissociative Identity) یا همان چندشخصیتی ظاهر شود که نوعی اختلال روانی نادر است.

خواب و رؤیا (Sleep and Dreams)

اگرچه خواب به ظاهر تفاوت زیادی با بیداری دارد، اما شباهت‌هایی نیز بین این دو وضعیت وجود دارد. یکی از این شباهت‌ها، تفکر در خواب است؛ رؤیا دیدن نشان می‌دهد که مغز در حالت خواب هم فعالیت شناختی دارد، گرچه نوع تفکر در رؤیا با تفکر در بیداری متفاوت است.

افراد در خواب همچنان توانایی پردازش اطلاعات محیطی را تا حدی حفظ می‌کنند؛ به عنوان مثال، والدین ممکن است با صدای گریه نوزادشان از خواب بیدار شوند. علاوه بر این، خواب کاملاً فاقد برنامه‌ریزی نیست؛ برخی افراد می‌توانند تصمیم بگیرند در ساعت مشخصی بیدار شوند و بدن آن‌ها بدون ساعت زنگ‌دار این کار را انجام می‌دهد.

همچنین، تشکیل حافظه در خواب نیز رخ می‌دهد؛ شواهدی مانند توانایی به‌خاطرآوردن رؤیاها، مؤید این موضوع است.

مراحل خواب و الگوهای امواج مغزی

مطالعه الگوی امواج مغزی (EEG) نشان می‌دهد که خواب دارای پنج مرحله متمایز است: چهار مرحله اول که بیانگر درجات مختلف عمق خواب هستند، و مرحله پنجم که به آن خواب REM (حرکات سریع چشم) گفته می‌شود.

پیش‌خواب (قبل از ورود به مرحله اول):

هنگامی که فرد چشم‌ها را می‌بندد و در حالت آرامش قرار می‌گیرد، مغز امواج آلفا (Alpha Waves) با فرکانس ۸ تا ۱۲ هرتز تولید می‌کند که دارای الگوی منظم هستند.

مرحله ۱ (Stage 1):

با ورود به مرحله اول، امواج مغزی نامنظم‌تر و با دامنه کمتر می‌شوند. این مرحله آغاز ورود به خواب سبک است.

مرحله ۲ (Stage 2):

در این مرحله، امواج مغزی دارای ویژگی‌هایی خاص هستند:

● دوک‌های خواب (Sleep Spindles): امواج ریتمیک کوتاه‌مدت با فرکانس ۱۲ تا ۱۶ هرتز

● پیچیدگی K (K-complex): افزایش و کاهش شدید و لحظه‌ای در دامنه امواج EEG

مراحل ۳ و ۴ (Stages 3 & 4):

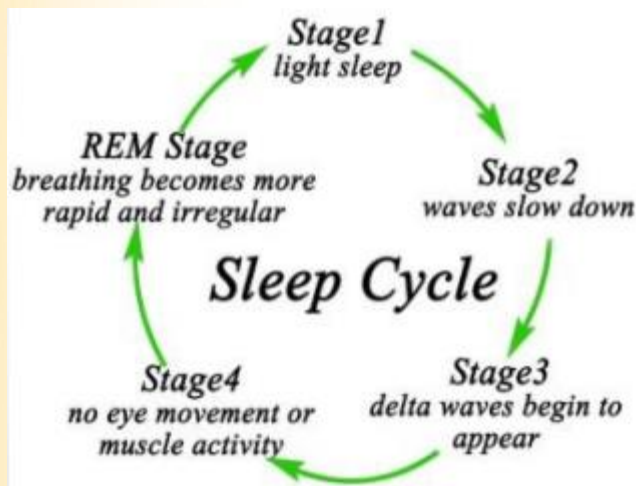
در این مراحل، خواب وارد بالاترین عمق خود می‌شود. ویژگی اصلی این مراحل، امواج دلتا (Delta Waves) با فرکانس بسیار پایین (۱ تا ۲ هرتز) است.

● بیدار کردن فرد در این مراحل دشوار است، اما محرک‌های شخصی مانند شنیدن نام خود یا صدای فرزند می‌توانند او را بیدار کنند.

● در مقابل، محرک‌های غیرشخصی مانند صدای بلند، ممکن است نادیده گرفته شوند.

مرحله REM:

مرحله‌ای متمایز از سایر مراحل خواب است که با حرکات سریع چشم، تنفس نامنظم، و فعالیت مغزی بالا همراه است. در این مرحله، اکثر رؤیاها رخ می‌دهند.



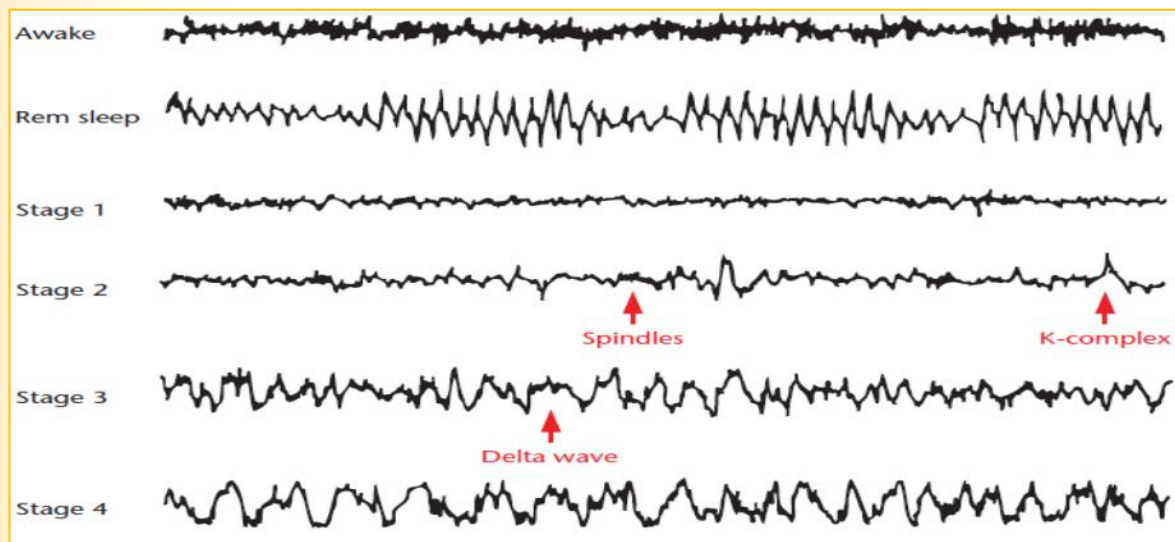
توالی مراحل خواب (Succession of Sleep Stages)

پس از گذشت حدود یک ساعت از شروع خواب، تغییر قابل‌توجهی در الگوی فعالیت مغز رخ می‌دهد:

الکتروانسفالوگرام (EEG) فرد به‌طور غیرمنتظره‌ای فعال‌تر از حالت بیداری می‌شود، با این حال فرد هنوز در خواب است. در همین

زمان، الکترودهایی که اطراف چشم‌ها قرار دارند، حرکات سریع چشم را ثبت می‌کنند؛ این حرکات آن‌قدر آشکارند که حتی از روی پلک بسته نیز می‌توان آن‌ها را مشاهده کرد.

این مرحله بسیار فعال از خواب را مرحله REM می‌نامند که مخفف Rapid Eye Movement است. چهار مرحله دیگر خواب که فاقد این حرکات هستند، با عنوان خواب غیر REM (NREM) شناخته می‌شوند.



چرخه خواب در طول شب

الگوی خواب به‌صورت چرخه‌ای تغییر می‌کند:

● فرد از بیداری به‌سرعت وارد خواب عمیق (مرحله ۴) می‌شود.

● حدود ۷۰ دقیقه بعد، مرحله ۳ برای مدت کوتاهی بازمی‌گردد، و بلافاصله اولین دوره REM شب آغاز می‌شود.

● مراحل ۳ و ۴ (خواب عمیق) اغلب در نیمه اول شب رخ می‌دهند، در حالی که بیشتر خواب REM در نیمه دوم شب دیده می‌شود.

در یک شب ۸ ساعته، معمولاً ۴ تا ۵ دوره مشخص REM مشاهده می‌شود که ممکن است با بیداری‌های بسیار کوتاه در نزدیکی صبح همراه باشند.

تفاوت چرخه خواب با افزایش سن الگوی خواب در سنین مختلف متفاوت است:

سن	درصد خواب REM از کل خواب
نوزاد	حدود ۵۰ درصد
کودکان ۵ ساله	حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد
بزرگسالان تا میان‌سالی	حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد
سالمنان	حدود ۱۸ درصد یا کمتر

مقایسه خواب REM و خواب NREM

خواب به‌طور کلی به دو نوع اصلی تقسیم می‌شود: خواب REM (با حرکات سریع چشم) و خواب NREM (بدون حرکات سریع چشم). هر یک از این مراحل ویژگی‌های فیزیولوژیکی و شناختی خاص خود را دارند.

ویژگی‌های خواب NREM:

- حرکات چشم تقریباً وجود ندارند.
- ضربان قلب و نرخ تنفس کاهش می‌یابد.
- ماهیچه‌ها در حالت کاملاً آرام و بدون انقباض هستند.
- سوخت‌وساز مغز (Metabolic Rate) نسبت به بیداری تا ۳۰٪ کاهش پیدا می‌کند.

ویژگی‌های خواب REM:

- حرکات سریع چشم به‌صورت دوره‌ای (۱۰ تا ۲۰ ثانیه‌ای) دیده می‌شود.
- ضربان قلب افزایش پیدا می‌کند.
- سوخت‌وساز مغز کمی بیشتر از حالت بیداری می‌شود.
- بدن تقریباً فلج می‌شود؛ فقط ماهیچه‌های چشم، دیافراگم، قلب و عضلات صاف (مانند روده‌ها و عروق خونی) فعال می‌مانند.

نکته: این حالت فلج عضلانی در خواب REM در زبان عامیانه به صورت «بختک افتادن» شناخته می‌شود؛ وضعیتی که مغز بیدار است، اما بدن توان حرکت ندارد.

فعالیت مغز در خواب REM

شواهد فیزیولوژیکی نشان می‌دهند که در خواب REM، مغز تقریباً از ورودی‌های حسی و خروجی‌های حرکتی جدا می‌شود.

- تحریکات محیطی معمولاً به مغز نمی‌رسند.
 - مغز توسط نورون‌های فعال‌شونده از ساقه مغز تحریک می‌شود.
 - این نورون‌ها به مناطقی می‌روند که مسئول حرکات چشم و فعالیت‌های حرکتی هستند.
- نکته جالب اینجاست که در خواب REM، مغز همچنان مناطق مربوط به راه‌رفتن و دیدن را فعال می‌کند، حتی اگر بدن در حال حرکت یا دیدن چیزی نباشد. همچنین در این مرحله، مراکز پردازش حافظه‌های هیجانی نیز فعالیت بالایی از خود نشان می‌دهند.

رؤیاهای REM و NREM

- اگر فرد در خواب REM بیدار شود، در ۸۰٪ موارد رؤیا گزارش می‌کند.
 - اگر در خواب NREM بیدار شود، تنها در حدود ۵۰٪ موارد رؤیا تجربه می‌شود.
- رؤیاهای مربوط به REM معمولاً:
- شدیداً تصویری و هیجانی هستند،
 - ساختاری غیرمنطقی یا تخیلی دارند،
 - و فعالیت قابل‌توجهی در قشر بینایی مغز (Visual Cortex) دیده می‌شود.
- همچنین، هر چه مدت‌زمان خواب REM طولانی‌تر باشد، رؤیای ثبت‌شده نیز طولانی‌تر و پیچیده‌تر خواهد بود.
- نکته:** محتوای بسیاری از این رؤیاهای به‌طور غیرمستقیم بازتابی از تجارب زندگی واقعی فرد در بیداری هستند.

جمع‌بندی کلی مقایسه خواب REM و NREM

ویژگی‌ها	خواب NREM	خواب REM
حرکات چشم	ندارد	سریع و متناوب
وضعیت عضلانی	کاملاً آرام	فلج تقریبی بدن
فعالیت مغز	کاهش‌یافته	بسیار فعال
سوخت‌وساز مغز	کاهش ۲۵-۳۰ درصدی	افزایش نسبی

شدت رؤیاها	کم و پراکنده	شدید واضح احساسی تصویری
درصد رؤیا هنگام بیدار شدن	حدود ۵۰ درصد	بیش از ۸۰ درصد

نظریه خواب (Sleep Theory)

چرا در برخی ساعات بیداریم و در برخی دیگر به خواب می‌رویم؟

دو پژوهشگر برجسته در زمینه خواب، دیل ادگار (Dale Edgar) و ویلیام دمنت (William Dement) در سال ۱۹۹۲ مدلی با عنوان فرایندهای متضاد بیداری و خواب (Opponent-Process Model) پیشنهاد دادند.

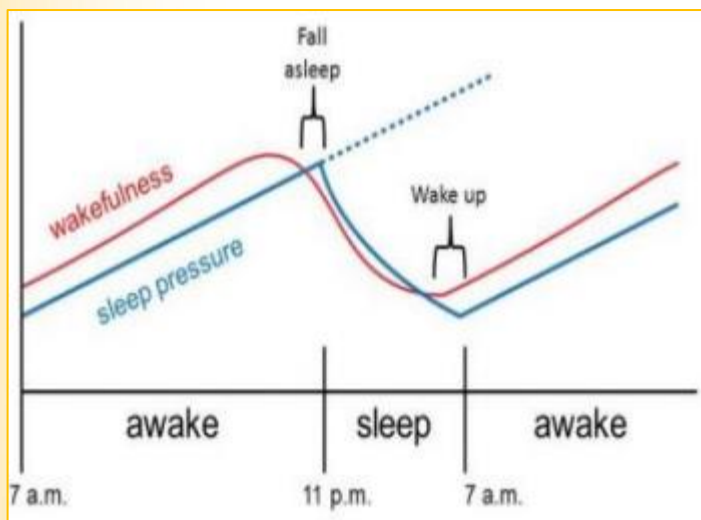
طبق این مدل، مغز دارای دو سیستم متضاد است که با هم برای تنظیم چرخه بیداری و خواب رقابت می‌کنند:

۱. نیروی خواب‌آور (Homeostatic Sleep Drive)

- این فرایند زمانی فعال می‌شود که فرد برای مدت طولانی بیدار بوده باشد.
- عامل اصلی آن ماده‌ای به نام آدنوزین (Adenosine) است که یک نوروترنسمیتر بازدارنده محسوب می‌شود.
- با افزایش زمان بیداری، سطح آدنوزین بالا می‌رود و میل به خواب افزایش می‌یابد.

۲. فرایند هشدار وابسته به ساعت زیستی (Clock-Dependent Alerting Process)

- این سیستم باعث افزایش هوشیاری در ساعات مشخص روز می‌شود.
 - هورمون اصلی مرتبط با این فرایند، ملاتونین است که توسط غده پینه‌آل (Pineal Gland) تولید می‌شود.
 - ملاتونین هنگام غروب ترشح می‌شود و سیگنال خواب به بدن می‌فرستد.
- تعامل این دو سیستم چگونه خواب و بیداری ما را تنظیم می‌کند؟
- در طول روز، فرایند هشدار وابسته به ساعت زیستی (با کاهش ملاتونین) بر نیروی خواب‌آور غلبه می‌کند و ما بیدار می‌مانیم.
 - در ساعات پایانی شب، ملاتونین افزایش یافته و ساعت زیستی ضعیف‌تر می‌شود؛ در نتیجه، نیروی خواب‌آور غالب می‌شود و ما به خواب می‌رویم.



نتیجه‌گیری: وضعیت خواب یا بیداری ما در هر لحظه به قدرت نسبی این دو فرایند متضاد بستگی دارد. وقتی میل به خواب (آدنوزین) بر هوشیاری (ملاتونین) غلبه کند، خواب آغاز می‌شود؛ و برعکس، در طول روز، سیستم هوشیاری مانع از خوابیدن می‌شود.

اختلالات خواب و بیداری (Sleep-Wake Disorders)

آمارهای قابل توجه:

افرادی که کمتر از ۶ ساعت در شب می‌خوابند، نرخ مرگ‌ومیرشان ۷۰ درصد بیشتر از کسانی است که حداقل ۷ یا ۸ ساعت در شب می‌خوابند.

تأثیر کم‌خوابی بر عملکرد ذهنی:

- خوابیدن فقط ۵ ساعت در شب به مدت دو شب متوالی باعث کاهش قابل توجه عملکرد در حل مسائل ریاضی و وظایف مرتبط با تفکر خلاق می‌شود.
- در نتیجه، کم‌خوابی برای درس خواندن، عملکرد شما را در امتحان‌ها تضعیف می‌کند.
- از سوی دیگر، خواب نقش مهمی در شکل‌گیری حافظه دارد، بنابراین مطالعه قبل از خواب (به شرط خواب کافی) می‌تواند سبب بهبود یادآوری مطالب شود.

خواب‌آلودگی و رانندگی:

- بیش از نیمی از رانندگان خودرو اعتراف کرده‌اند که حداقل یک‌بار در سال گذشته هنگام خواب‌آلودگی رانندگی کرده‌اند.
- ۲۸ درصد نیز گفته‌اند که در حین رانندگی به خواب رفته‌اند.
- تقریباً ۲۰ درصد از آسیب‌های جدی ناشی از تصادفات رانندگی به دلیل خواب‌آلودگی راننده بوده است.

خستگی و حوادث صنعتی:

حوادث هسته‌ای چرنوبیل و تری‌مایل‌آیلند هر دو در ساعات اولیه صبح اتفاق افتادند، زمانی که کارکنان شیفت شب خسته بودند و به همین دلیل سیگنال‌های هشدار را ندیدند یا اشتباه تفسیر کردند.

افزایش عملکرد با خواب بیشتر:

- پژوهشگران خواب نشان داده‌اند که هوشیاری زمانی به طور قابل‌توجهی افزایش می‌یابد که افرادی که معمولاً ۸ ساعت می‌خوابند، دو ساعت خواب بیشتر داشته باشند.
- اگرچه بیشتر افراد با ۸ ساعت خواب می‌توانند به‌طور قابل‌قبولی عمل کنند، اما در این حالت در بهترین عملکرد خود قرار ندارند.

عواقب کمبود خواب جزئی:

- فقط یک ساعت کاهش خواب احتمال بی‌توجهی، اشتباه، بیماری و تصادف را افزایش می‌دهد.
 - حتی اگر نتوانید هر شب ۱۰ ساعت بخوابید، با ۸ یا ۹ ساعت خواب باکیفیت می‌توانید از بدهی خواب زیاد جلوگیری کنید.
- خواب موردنیاز در بزرگسالی:
- اکثر بزرگسالان میان‌سال به ۷ یا ۸ ساعت خواب روزانه نیاز دارند، اما بسیاری از آن‌ها کمتر از ۷ ساعت می‌خوابند.
- تأثیر کم‌خوابی تجمعی است:
- با هر شب‌خواب ناکافی، فرد به‌تدریج بدهی خواب بیشتری انباشته می‌کند که می‌تواند منجر به افت عملکرد و سلامت جسمی و روانی شود.

اختلالات خواب-بیداری

بی‌خوابی (insomnia)

اصطلاح بی‌خوابی به مشکل مزمن در شروع یا حفظ خواب، یا خوابی که انرژی و هوشیاری را باز نمی‌گرداند (خواب تسکین‌دهنده نیست)، اشاره دارد. اینکه فرد بی‌خوابی دارد یا نه مسئله‌ای ذهنی است، بسیاری از کسانی که از بی‌خوابی شکایت می‌کنند، در آزمایشگاه خواب، خواب کاملاً طبیعی دارند، در حالی که بیشتر افرادی که insomnia دارند، شکایت زیادی از کم‌خوابی ندارند.

ملاک ذهنی خود افراد مدرک و ملاک معتبری برای داشتن اختلال کم‌خوابی نیست.

بی‌خوابی مزمن ۱۰ تا ۱۵ درصد بزرگسالان را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و در زنان شایع‌تر از مردان و در سالمندان شایع‌تر از جوانان است.

حمله خواب (Narcolepsy)

فرد مبتلا به نارکولپسی حملات مکرر و مقاوم‌ناپذیر خواب‌آلودگی دارد و ممکن است هر زمانی مانند انجام کارهای روزمره مانند رانندگی یا مکالمه یا حین تدریس، فرد به خواب برود.

اساساً نارکولپسی ورود دوره‌های REM به ساعات روز است. نارکولپسی اغلب در نوجوانی شروع می‌شود و بسیار نادر است و منشأ ژنتیکی نیز دارد.

نارکولپسی در موارد شدید ممکن است چندین بار در روز رخ دهد و از چند ثانیه تا ۳۰ دقیقه طول بکشد؛ فرد به‌قدری سریع وارد حالت REM می‌شود که ممکن است قبل از درازکشیدن، کنترل عضلانی را ازدست‌داده و سقوط کند.

وقفه تنفسی (Sleep apnea)

در آپنه خواب، فرد هنگام خواب تنفس را متوقف می‌کند و برای تنفس مناسب در طول خواب بارها بیدار می‌شود. این بیماری دو نوع دارد:

یک. OSI (obstructive system apnea): عضلات تنفسی اطراف حلق و حنجره خود به مقدار زیادی ریلکس و شل می‌شود و مسیر تنفسی از سمت نای مسدود یا به طور کامل بسته می‌شود.

دو. CSI (central system apnea): وقفه مرکزی است و دستگاه عصبی مرکزی نمی‌تواند دستور تنفس را به عضلات تنفسی صادر کند و بنابراین عضلات تنفسی شل، تنفس قطع و فرد دچار احساس خفگی می‌شود.

بیشتر افراد چند بار آپنه در شب دارند، اما افراد با مشکلات شدید خواب ممکن است چند صد یا هزار بار در یک شب آپنه داشته باشند و هر بار از خواب بیدار می‌شوند؛ اما این بیدارشدن‌ها آن‌قدر کوتاه هستند که فرد عموماً از آنها آگاه نیست.

این افراد ۱۲ ساعت یا بیشتر در تخت می‌گذرانند و روز بعد آن قدر خواب‌آلود هستند که نمی‌توانند عملکرد خوبی داشته باشند. آپنه خواب در میان مردان مسن شایع است.

رؤیاها

رؤیا حالت تغییر یافته هوشیاری است که در آن داستان‌های تصویری بر اساس خاطرات، نگرانی‌های فعلی، احساسات، خیال‌پردازی‌ها و تصاویر ساخته می‌شوند.

برخی رؤیاها تقریباً آنی و گذرا به نظر می‌رسند. زنگ ساعت به صدا در می‌آید و ما با خاطرات پیچیده‌ای از آتش‌سوزی و آژیر آمبولانس و آتش‌نشانی از خواب بیدار می‌شویم.

رؤیاهای شفاف (lucid dreams): خوابی که در آن رویدادها عادی و واضح به نظر می‌رسند و حتی خود فرد می‌داند که در حال خواب‌دیدن است و به آن ادامه می‌دهد.

رؤیاهای با محتوای آزاردهنده معمولاً کابوس نامیده می‌شوند. حدود ۸۵ درصد افراد در سال حداقل یک‌بار کابوس می‌بینند و ۸ تا ۲۵ درصد افراد ماهانه کابوس می‌بینند. ۲ تا ۶ درصد افراد کابوس‌های هفتگی دارند.

نظریه‌های رؤیا

زیگموند فروید: رؤیا راهی برای رسیدن به ناخودآگاه ذهن ما است و محتوای این ناخودآگاه رؤیاهای ما به دو صورت manifest content که واضح و قابل مشاهده است و latent content که مشتق از ناخودآگاه و محتوای نهفته رؤیا است.

مثال: اگر فردی پرواز کند (محتوای آشکار) و نیاز به آزادی یا رهاشدن از بند مسئولیت محتوای نهفته یا latent باشد.

از دست دادن دندان‌ها (manifest) ترس از پیرشدن و از دست دادن کنترل (latent) شواهدی وجود دارد که محتوای رؤیاهای معنای روان‌شناختی دارد و روی نگرانی‌های عاطفی متمرکز است، اما هیچ شواهدی از تمایز نظریه فروید بین محتوای آشکار و نهفته حمایت نمی‌کند. در پژوهش‌های جدید یکی از نقش‌های خواب REM مرتب کردن حافظه و پردازش و غربالگری اطلاعات ورودی جدید تعریف شده است و طبق این نظر رؤیاهای زیرمجموعه‌ای کوچک از اطلاعاتی است که در خواب REM اسکن و مرتب می‌شوند. رؤیاهای اغلب حاوی عناصری مرتبط با رویدادهای روز قبل هستند، اما صرفاً قطعاتی نامرتب از رویدادهای روز ممکن است گنجانده شود و همچنین احساسات منفی در رؤیاهای بیشتر از احساسات مثبت است.

Meditation

مدیتیشن به دستیابی به یک حالت تغییر یافته هوشیاری از طریق رفتارها و تمرین‌های خاص اشاره دارد. روش‌ها: کنترل تنفس - محدود کردن توجه - حذف محرک‌های خارجی - وضعیت‌های یوگا - تجسم تصاویر ذهنی

نتایج: حالت ذهنی خوشایند و آرامش جسمی و روانی و در مواردی تجربیات عرفانی انواع مدیتیشن:

الف) opening up: پاک‌سازی ذهن و مشاهده اتفاقات بدون انجام کاری یا تلاشی برای تغییر. ب) concentrative: با نگاه کردن فعال به یک نقطه بدن ریلکس شده و باعث برگشت انسان به زمان و مکان حال خود می‌شود و از غرق شدن در گذشته جلوگیری می‌کند.

Hypnotism

در هیپنوتیزم، فرد کنترل و هوشیاری خود را به هیپنوتیست می‌سپارد و تحریف واقعیت و القای تلقین را می‌پذیرد. انسان با تمرکز بر روی یک نقطه در حالت ریلکس قرار می‌گیرد و سپس هیپنوتیست از او می‌خواهد به دستوراتش گوش دهد.

هیپنوتیزم یک پروسه بدون نظم (plan-less) است؛ زیرا کنترل از دست خود فرد گرفته می‌شود و به هیپنوتیست داده می‌شود، علاوه بر این توجه فرد از حالت نرمال به حالت بسیار selective تری تبدیل می‌شود و فرد فقط به صدای هیپنوتیست توجه می‌کند.

تخیل و فانتزی در هیپنوتیزم بسیار غنی می‌شود؛ مثلاً فرد به مکان‌ها و زمان‌های بسیار دور سفر و با افراد خیالی صحبت می‌کند.

تلقین‌پذیری (suggestibility) بسیار افزایش پیدا می‌کند.

فراموشی پس هیپنوتیزم (post-hypnotic amnesia): فراموشی بعد از هیپنوتیزم توسط هیپنوتیست بر فرد تحمیل می‌شود و فرد آنچه را که به او گفته شده را به یاد نمی‌آورد.
از کاربردهای هیپنوتیزم در پزشکی می‌توان به کاهش اضطراب و مدیریت درد، آسم، بیماری‌های گوارشی و حالت تهوع ناشی از شیمی‌درمانی اشاره کرد.

داروهای روان‌گردان (Psychoactive Drugs)

هر ماده‌ای (غیر از غذا) که عملکرد بدن را از نظر شیمیایی تغییر دهد. شامل مواد غیرقانونی (هروئین، ماری‌جوانا)، داروهای تجویزی و مواد رایج (الکل، نیکوتین، کافئین)

🔴 **نکته:** قانونی بودن دلیل بر بی‌خطری ماده نیست؛ برای مثال نیکوتین سالانه باعث صدها هزار مرگ می‌شود.

وابستگی به مواد: میزان آسیب‌پذیری افراد با هم متفاوت است و برخی افراد با یک امتحان کوچک به مواد وابسته می‌شوند. در ایجاد وابستگی چندین فاکتور مهم وجود دارد:
الف) Tolerance: نیازمندی به دوز بیشتر نسبت به دفعه قبل برای اثر مشابه. این پدیده در تریاک و هروئین به مقدار بیشتری دیده می‌شود.

ب) Withdrawal: واکنش‌های ناخوشایند جسمی/روانی پس از قطع مصرف. در اپیوئید و الکل‌ها زیاد است.

ج) Compulsive: فرد سعی می‌کند جلوی مصرف را بگیرد، اما نتیجه نمی‌دهد. برای او مصرف بیش از حد برنامه‌ریزی شده رخ می‌دهد و زمان زیادی را صرف تهیه ماده می‌کند.
Drug misuse

سوءمصرف مواد به معنای استفاده مداوم از یک ماده، علی‌رغم پیامدهای منفی جدی است، در حالی که فرد وابستگی بالینی (اعتیاد) ندارد. مثلاً فرد به علت مشکلات خانوادگی بسیار، الکل مصرف می‌کند.



روانشناسی زبان و تفکر - جلسه 14

فهرست

- زبان
- تفکر
- مراحل رشد زبان
- تأثیر تفاوت های زبانی بر تفکر
- زبان و تفکر اجتماعی
- زبان و تفکر انتزاعی
- ویژگی های زبان انسانی
- سوگیری های فکری ناشی از زبان
- جایگاه های مغزی مربوط به زبان گفتاری و زبان بیانی
- اختلالات زبانی

ویراست علمی

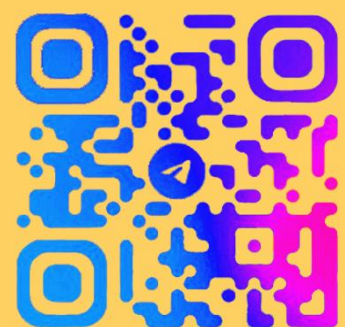
سجاد رضایی

ویراست ادبی

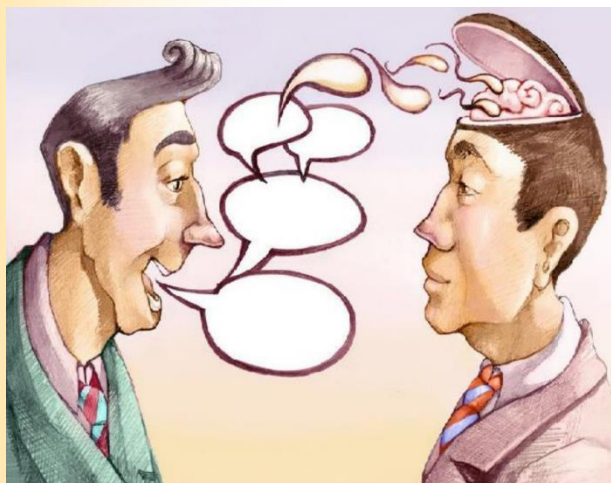
محمد رضا شکوری

تدوین گر

امیرحسین محمودزاده



زبان



به عنوان یک سیستم نمادین و اجتماعی برای ارتباط میان افراد تعریف می‌شود. زبان وسیله‌ای برای انتقال اطلاعات، احساسات، افکار و مفاهیم از یک فرد به فرد دیگر است. زبان می‌تواند به صورت شفاهی، نوشتاری، یا اشاره‌ای باشد و از مجموعه‌ای از نشانه‌ها، کلمات، گرامر و قواعد تشکیل شده است.

تفکر

فرایند شناختی پیچیده‌ای است که شامل تجزیه و تحلیل، حل مسئله، برنامه‌ریزی، یادگیری و تصمیم‌گیری می‌شود. تفکر می‌تواند به صورت **غیرکلامی (تصویری، حسی)** و یا **کلامی (زبان‌محور)** صورت گیرد.

ارتباط اولیه زبان و تفکر

به طور سنتی، دو دیدگاه اصلی در این زمینه وجود دارد: دیدگاه زبان‌محور: این دیدگاه معتقد است که زبان نه تنها ابزاری برای ارتباط است؛ بلکه ابزار اصلی تفکر است. به عبارتی، بدون زبان، تفکر انتزاعی و پیچیده ممکن نیست. دیدگاه تفکر محور: در این دیدگاه، تفکر به عنوان فرایندی مستقل از زبان در نظر گرفته می‌شود. برخی از روان‌شناسان معتقدند که افراد قادرند قبل از یادگیری زبان یا بدون استفاده از زبان به تفکر بپردازند، مانند تفکر **تصویری** یا **شهودی**.

مراحل رشد زبان

مرحله پیش زبانی (Pre-linguistic Stage) (تولد تا ۱۲ ماهگی)

در این مرحله، کودک هنوز قادر به تولید کلمات یا جملات نیست، اما بسیاری از مهارت‌های زبانی اولیه را آغاز می‌کند. در این دوره، کودک بیشتر از طریق صداهای غیرکلامی، حالات صورت، اشارات دست، و ارتباط چشمی با اطرافیان خود ارتباط برقرار می‌کند.

تماس چشمی: کودک در این مرحله توجه زیادی به صورت‌های انسانی و به‌ویژه چشمان اطرافیانش دارد.

واکنش به صداها: در این مرحله، کودک شروع به تمایز صداها و آشنایی با لحن‌های مختلف می‌کند، مثل وقتی که متوجه صدای مادر یا پدر خود می‌شود.

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که حتی نوزادانی که به‌صورت مادرزادی ناشنوا به دنیا می‌آیند تا ۶ ماهگی آواهایی تولید می‌کنند و این نشان‌دهنده توانایی زیربنایی و ذاتی زبان است.

مرحله تک‌واژه‌ای (One-Word Stage/Holophrastic Stage) (۱۲ تا ۱۸ ماهگی)

در این مرحله، کودک شروع به تولید کلمات می‌کند. این کلمات معمولاً برای اشاره به اشیاء خاص، افراد یا نیازهای روزمره استفاده می‌شوند. این مرحله معمولاً با رشد دایره واژگان همراه است.

اولین کلمات: معمولاً در این مرحله کودک اولین کلمات خود را مانند "ماما" (مادر)، "بابا" (پدر) یا "آب" می‌گوید. این کلمات عمدتاً برای اشاره به اشیاء یا افراد مهم در زندگی کودک هستند.

کلمات به‌جای جملات: کودک در این مرحله از یک کلمه برای بیان مفاهیم پیچیده‌تر استفاده می‌کند. به‌عنوان مثال، وقتی کودک می‌گوید "آب"، ممکن است هم‌زمان به نیاز خود برای نوشیدن آب یا علاقه‌مندی به دیدن یک بطری آب اشاره کند.

کلمات به‌صورت نمادین: در این دوره، کودک از کلمات به‌طور نمادین برای ارتباط برقرارکردن استفاده می‌کند، هرچند که این ارتباط هنوز ساده است. (توضیح بیشتر: مثلاً اگر بگوید آب شاید منظور او خواستن آب یا اشاره به ریختن آب و... باشد)

مرحله دو واژه‌ای یا گفتار تلگرافی (Two-Word Stage) (۱۸ تا ۲۴ ماهگی)

در این مرحله، کودک قادر است ترکیبات ساده از دو کلمه برای ساخت جملات ابتدایی استفاده کند. این ترکیبات ممکن است شامل ترکیب نام‌ها، افعال و ویژگی‌ها باشد.

ترکیب کلمات: کودک در این دوره جملات ساده دو کلمه‌ای مانند "بابا برو" یا "آب بده" می‌سازد.

افزایش دایره واژگان: دایره واژگان کودک به‌سرعت گسترش می‌یابد و او شروع به استفاده از کلمات جدید برای بیان افکار و احساسات خود می‌کند.

شروع به استفاده از دستور زبان: کودک به‌تدریج ساختارهای ابتدایی دستور زبان را شروع به درک و استفاده می‌کند. مثلاً ترکیب اسم + فعل یا اسم + صفت.

مرحله جملات پیچیده (Complex Sentences Stage/Later Multi-Word Stage) (۲ تا ۳ سالگی و بعد از آن)

در این مرحله، کودک قادر به ساخت جملات پیچیده‌تر و استفاده از ساختارهای زبانی پیچیده‌تر است. او شروع به استفاده از فعل‌ها در زمان‌های مختلف، جملات **پرسشی**، **منفی** و همچنین ترکیب جملات می‌کند. جملات سه کلمه‌ای و بیشتر: کودک شروع به ساخت جملات با سه یا بیشتر از سه کلمه می‌کند، مانند "من شیر می‌خواهم" یا "پسر بزرگ است".

استفاده از ضمایر و زمان‌های مختلف: کودک می‌تواند از ضمایر (مثل "من"، "تو") و زمان‌های مختلف (گذشته، حال، آینده) استفاده کند. به عنوان مثال، کودک می‌گوید: "دیروز من بازی کردم".

ساختار جملات پیچیده: کودک شروع به استفاده از جملات پیچیده‌تری مانند جملات شرطی، مقایسه‌ای و توضیحی می‌کند. مثلاً "اگر باران ببارد، من بیرون نمی‌روم" یا "این توپ بزرگ‌تر از آن توپ است".

درک معنای ضمنی: کودک قادر به درک برخی از مفاهیم پیچیده‌تر و درک معنی ضمنی جملات می‌شود، مثل درک شوخی‌های ساده یا استفاده از زبان در موقعیت‌های اجتماعی **مختلف**.

نظریه‌های رشد زبان

دیدگاه نوام چامسکی: نظریه زبان‌شناسی تولدی (توضیح بیشتر: دیدگاه از نوع زیستی-ذاتی (Nativist-Biological))

نوام چامسکی، زبان‌شناس معروف، یکی از نظریه‌پردازان برجسته در زمینه رشد زبان است. او به شدت معتقد است که زبان یک ویژگی ذاتی انسان است و انسان‌ها به طور طبیعی توانایی یادگیری زبان را دارند. چامسکی به نظریه‌ای به نام «**نظریه تولدی**» (Theory Nativist) اشاره کرد.

دیدگاه ژان پیاژه: نظریه شناختی (Cognitive)

پیاژه معتقد بود که زبان به عنوان بخشی از فرایند کلی رشد شناختی کودک شکل می‌گیرد. او برخلاف چامسکی، به توانایی‌های ذاتی مغز تأکید نکرد و بر این باور بود که زبان در راستای رشد کلی تفکر کودک تکامل می‌یابد.

دیدگاه بی.اف. اسکینر: نظریه رفتاری (Behaviorist)

اسکینر، یکی از طرفداران نظریه‌های محیطی در مورد یادگیری زبان بود. او معتقد بود که زبان از طریق «تقویت و اصلاح رفتار» آموخته می‌شود و هیچ نیازی به یک ساختار ذاتی یا درونی برای یادگیری زبان وجود ندارد.

تأثیر تفاوت‌های زبانی بر تفکر

آیا افراد مختلف با زبان‌های مختلف به گونه‌ای متفاوت می‌اندیشند؟

تفاوت‌های زبانی می‌توانند تأثیر زیادی بر شیوه‌های تفکر افراد داشته باشند. مهم‌ترین نظریه‌ها در این زمینه عبارت‌اند از:

نظریه سافیر-ورف (فرضیه نسبی‌گرایی زبانی | Linguistic (Relatively Hypothesis/Sapir-Whorf Hypothesis)

این نظریه بیان می‌کند که زبان نه تنها ابزاری برای بیان افکار است، بلکه بر نحوه تفکر افراد و درک آن‌ها از جهان تأثیر می‌گذارد. به عبارت دیگر، زبان‌ها به طور متفاوتی افراد را به ساختاردهی به مفاهیم و تجربیات دنیای پیرامونشان هدایت می‌کنند.

برای مثال:

زمان و زبان: در برخی زبان‌ها، مانند زبان‌های اروپایی، زمان به صورت **خطی** و در قالب زمان گذشته، حال و آینده بیان می‌شود. در حالی که در زبان‌های دیگری مانند زبان‌های **بومی** (بودایی) برخی از مناطق، زمان به صورت **دایره‌ای** یا با تأکید بر چرخه‌های طبیعی بیان می‌شود. این تفاوت ممکن است بر نحوه تفکر افراد در مورد زمان و رابطه آن با رویدادها تأثیر بگذارد. (توضیح بیشتر خارج از امتحان: زمان دایره‌ای و تکرار شونده: در این نوع آینده و گذشته اهمیت کمتری پیدا می‌کنند و زمان فعل‌ها ساده یا بدون تغییر است که این تأثیر فرهنگی نیز دارد که افراد استرس کمتری را متحمل می‌شوند و زندگی به صورت هماهنگ با طبیعت پیش می‌رود)

رنگ‌ها و زبان: در زبان‌های مختلف، رنگ‌ها به شیوه‌های متفاوتی طبقه‌بندی می‌شوند. برخی زبان‌ها ممکن است رنگ‌ها را به دسته‌های کمتری تقسیم کنند (مثل داشتن کلمه‌ای واحد برای "سبز" و "آبی") که می‌تواند بر نحوه درک و تمایز رنگ‌ها توسط سخنگویان آن زبان‌ها تأثیر بگذارد.

زبان و تفکر اجتماعی (Language and Social Thinking)

زبان همچنین می‌تواند بر تفکر اجتماعی افراد تأثیر بگذارد. به عنوان مثال، در زبان‌هایی که از **ضمایر محترمانه** و شکل‌های مختلف احترام به فرد یا مقام اجتماعی استفاده می‌کنند، افراد بیشتر به تمایزات اجتماعی و موقعیت‌های اجتماعی توجه دارند. در مقابل، زبان‌هایی که ضمایر غیررسمی‌تری دارند ممکن است افراد را بیشتر به برابری اجتماعی و تعاملات غیررسمی سوق دهند. (توضیح بیشتر: مربوط به نظریه ذهن نیز است)

زبان و تفکر انتزاعی (Language and Abstract Thinking)

زبان‌های مختلف ممکن است در ایجاد و بیان مفاهیم انتزاعی تفاوت‌هایی داشته باشند. زبان‌هایی که بیشتر به جزئیات و ویژگی‌های **لموس** اشاره می‌کنند، ممکن است برای تفکر **عملی** و **تجربی** مناسب‌تر باشند. در حالی که زبان‌هایی با واژگان گسترده و توانایی بیان مفاهیم **پیچیده‌تر**، ممکن است افراد را به تفکر انتزاعی‌تر و تحلیلی‌تر ترغیب کنند.

مثال‌های تجربی

کودکان چینی: مطالعات نشان داده‌اند که کودکان چینی به دلیل ویژگی‌های خاص زبان خود، مانند ساختار ریاضی‌محور و ساده‌بودن اعداد، در یادگیری ریاضیات در مقایسه با کودکان انگلیسی‌زبان موفق‌تر عمل می‌کنند.

نظریه‌های اخلاقی: مطالعاتی وجود دارد که نشان می‌دهند افرادی که به زبان‌های مختلف صحبت می‌کنند ممکن است در مواجهه با مسائل اخلاقی و تصمیم‌گیری‌های اخلاقی رفتارهای متفاوتی نشان دهند. (توضیح بیشتر و خارج از امتحان: مسئله مشهور واگن قطار موید همین است: به فرد می‌گویند قطاری در حال حرکت است و اگر مسیرش عوض نشود ۵ نفر را زیر می‌گیرد؛ ولی اگر مسیرش عوض شود قطار منحرف شده ولی فقط یک نفر کشته می‌شود؛ وقتی این سؤال به زبان مادری فرد مطرح شد، فرد احساساتی تصمیم گرفت و گفت اهرم را نمی‌کشد چون نمی‌خواهد کسی بمیرد؛ ولی در زبان غیر مادری اش منطقی تصمیم گرفت و گفت حالتی که یک نفر کشته شود تلفات کمتری می‌دهد؛ پس زبان روی احساسات ما نیز اثرگذار است)

ویژگی‌های زبان انسانی

ترکیب‌پذیری (Combining Ability)

ترکیب‌پذیری به این معنی است که زبان انسان قادر است از تعداد محدودی واحدهای زبانی (مانند صداها، کلمات و جملات) ترکیب‌هایی بی‌پایان و متنوع بسازد.

نمادین بودن (Symbolism)

کلمات و علامت‌ها خودبه‌خود ارتباطی با اشیاء یا مفاهیم ندارند، بلکه این ارتباط به طور اجتماعی و قراردادی پذیرفته شده است. در واقع، کلمات نمادهایی هستند که برای نمایندگی چیزها، ایده‌ها یا مفاهیم استفاده می‌شوند. این ویژگی به زبان این امکان را می‌دهد که انسان‌ها به طور مؤثر با استفاده از نمادها و نشانه‌ها به مفاهیم پیچیده اشاره کنند.

قابلیت جابه‌جایی در زمان و مکان (Displacement)

یکی از ویژگی‌های منحصربه‌فرد زبان انسان این است که می‌تواند از مفاهیم دور و انتزاعی صحبت کند که نه در زمان حال هستند و نه در مکان فعلی. این ویژگی به زبان انسان این امکان را می‌دهد که درباره رویدادهای گذشته، آینده، مفاهیم انتزاعی، فرضیات و حتی چیزهایی که در حال حاضر در دسترس نیستند، صحبت کند.

مثال‌ها:

- صحبت درباره گذشته: "دیروز باران آمد."

- صحبت درباره آینده: "فردا به مسافرت می‌روم."

- صحبت درباره مفاهیم انتزاعی یا فرضی: "اگر من پول داشتم، خانه جدیدی می‌خریدم."

صحبت درباره رویدادهای فرضی یا تخیلی: "در دنیای خیالی من، مردم پرواز می‌کنند."

این ویژگی باعث می‌شود که زبان به ابزاری قوی برای تفکر انتزاعی، برنامه‌ریزی، داستان‌گویی و به اشتراک‌گذاری تجربیات یا ایده‌های دور از دسترس تبدیل شود.

سوگیری‌های فکری ناشی از زبان

۱. سوگیری قالب‌بندی (Framing Effect)

سوگیری قالب‌بندی زمانی رخ می‌دهد که نحوه بیان یک مسئله یا انتخاب، تصمیم فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. حتی اگر اطلاعات مشابه به فرد داده شود، تغییر در نحوه بیان آن‌ها می‌تواند تأثیر زیادی بر تصمیم‌گیری فرد بگذارد.

مثال: وقتی یک دارو به عنوان "۹۰٪ موفقیت‌آمیز" معرفی می‌شود، افراد تمایل بیشتری به استفاده از آن دارند نسبت به زمانی که دارو به عنوان "۱۰٪ احتمال شکست" بیان می‌شود.

۲. سوگیری اصطلاحی (Lexical Bias)

سوگیری اصطلاحی زمانی ایجاد می‌شود که واژه‌ها یا اصطلاحات خاصی، تصورات و پیش‌فرض‌های ذهنی خاصی را در فرد ایجاد کنند. انتخاب واژه‌ها می‌تواند تأثیر زیادی در ارزیابی و تحلیل مسائل داشته باشد.

مثال: کلماتی مانند "ترور" و "کشتار" ممکن است بر نوع ارزیابی فرد از یک رویداد خاص تأثیر بگذارند، حتی اگر در حقیقت مفهومی مشابه داشته باشند. (توضیح بیشتر: در همین مثال، ترور بار معنایی سیاسی دارد؛ ولی کشتار بیشتر حس خشونت و... یا در مثال دیگر "مرگ مغزی" و "از دست دادن فعالیت مغز" است که مورد نخست بار معنایی منفی‌تری دارد)

۳. سوگیری حافظه زبانی (Language-Related Memory Bias)

این نوع سوگیری زمانی رخ می‌دهد که نحوه یادآوری و بازسازی خاطرات تحت تأثیر کلمات و نحوه بیان آن‌ها قرار می‌گیرد. زبان می‌تواند در فرایند حافظه و یادآوری اطلاعات دخالت داشته باشد.

مثال: اگر فردی به جای گفتن "یک زن به او حمله کرد"، بگوید "یک مهاجم به او حمله کرد"، ممکن است فرد خاطرات و تصورات متفاوتی نسبت به فرد مهاجم در ذهن خود داشته باشد. (توضیح بیشتر: مثال‌های دیگر: اگر به بیماری گفته شود "شما یک بیماری خفیف دارید" خاطره‌اش از بیماری کم اضطراب‌تر از حالتی است که بگوییم "این نشانه‌های اولیه یک بیماری جدی است")

جایگاه‌های مغزی مربوط به زبان گفتاری و زبان بیانی

زبان گفتاری:

زبان گفتاری به توانایی تولید و درک کلمات و جملات در گفتار اشاره دارد. بخش‌های مغزی مرتبط با این عملکرد عمدتاً در **نیمکره چپ مغز** قرار دارند.

- منطقه بروکا (Broca's Area):

- مکان: در لوب **فرونتال** نیمکره **چپ** مغز، نزدیک به قشر حرکتی.

- عملکرد: مسئول **تولید** گفتار و **بیان** زبان. آسیب به این ناحیه می‌تواند منجر به «**آفازی بروکا**» شود که در آن فرد توانایی صحبت کردن را از دست می‌دهد؛ ولی توانایی درک زبان باقی می‌ماند.

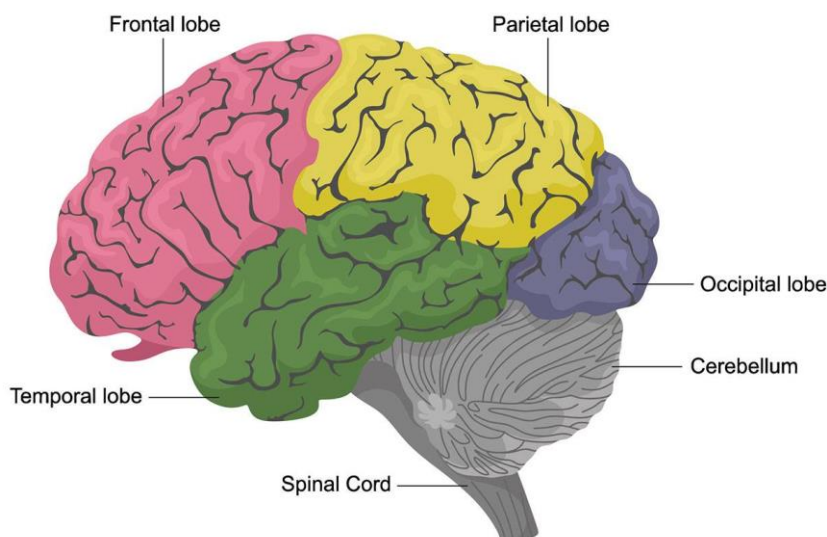
- منطقه ورنیکه (Wernicke's Area):

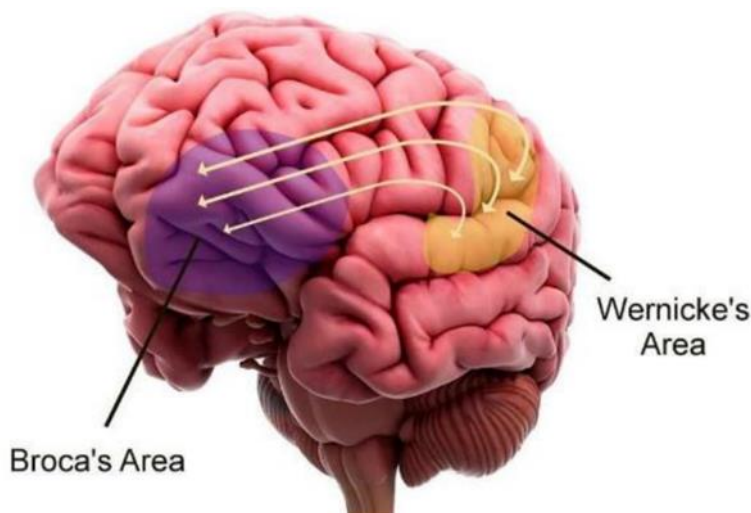
- مکان: در لوب **تمپورال** نیمکره **چپ**، نزدیک به قشر شنوایی.

- عملکرد: مسئول **درک** زبان گفتاری. آسیب به این ناحیه می‌تواند منجر به «**آفازی ورنیکه**» شود که در آن فرد قادر به درک گفتار دیگران نیست و گفتار خود نیز بی‌معنی می‌شود.

مرور لوب‌های مغزی:

Human Brain Anatomy





زبان بیانی (زبان نوشتاری و خواندنی):

زبان بیانی به توانایی استفاده از زبان برای نوشتار و خواندن اشاره دارد. این فرایند نیز در نیمکره چپ مغز و در نواحی خاصی رخ می‌دهد.

- منطقه گره‌ها (Angular Gyrus):

- مکان: در لبه لوب تمپورال و پاریتال.

- عملکرد: این ناحیه برای پردازش زبان نوشتاری و تبدیل اطلاعات بصری به زبان نوشتاری استفاده می‌شود. آسیب به این ناحیه می‌تواند منجر به مشکلاتی در خواندن و نوشتن شود.

- کورتکس پره فرونتال (Prefrontal Cortex):

- مکان: در قسمت جلویی مغز، مسئول عملکردهای اجرایی.

- عملکرد: این ناحیه به برنامه‌ریزی، تفکر انتزاعی، و استفاده از زبان در نوشتار و ساختارهای پیچیده کمک می‌کند.

معادل منطقه بروکا و ورنیکه در نیمکره چپ، در نیمکره راست قرار دارد که نیمکره راست در ابراز زبان غیرکلامی و درک زبان غیرکلامی (body language) نقش دارد.

اختلالات زبانی

آفازی (Aphasia)

آفازی به اختلالاتی گفته می‌شود که باعث مشکلات در تولید و درک زبان می‌شود. این اختلال معمولاً ناشی از آسیب به مناطق زبان در مغز است. انواع مختلف آفازی شامل:

- آفازی بروکا (Broca's Aphasia) یا آفازی حرکتی:

- ویژگی‌ها: فرد دچار مشکل در تولید گفتار است، اما توانایی درک زبان و سخنان دیگران حفظ می‌شود.

- ویژگی‌ها: فرد دچار مشکل در درک زبان است. ممکن است فرد قادر به صحبت باشد، اما کلمات استفاده شده مفهومی ندارند.

دیسارتریا (Dysarthria)

دیسارتریا اختلالی است که در آن فرد به دلیل ضعف عضلات گفتاری، مشکلاتی در بیان کلمات و جملات پیدا می‌کند.

این اختلال می‌تواند باعث کندی یا نامفهوم بودن گفتار شود.

- ویژگی‌ها: مشکلات در تلفظ کلمات و جملات، تغییرات در سرعت یا تن صدا.

- علت: آسیب به عضلات کنترل‌کننده سخن گفتن یا نواحی مغزی مرتبط با این عضلات.

نارساخوانی (Dyslexia)

نارساخوانی اختلالی است که در آن فرد با خواندن و نوشتن مشکلاتی مواجه است، حتی اگر هوش و قدرت درک او طبیعی باشد. (توضیح بیشتر و خارج از امتحان: در دیسلکسیا، ناحیه بروکا، ورنیکه و منطقه گرهما کمتر فعال است)

آفازی رسانشی یا ارتباطی (Conduction Aphasia)

نوعی آفازی است که در آن فرد توانایی درک زبان و تولید گفتار را دارد، اما در تکرار جملات و کلمات دچار مشکل می‌شود. این اختلال معمولاً به دلیل آسیب به فیبرهای قوسی (Arcuate Fasciculus) رخ می‌دهد که بین ناحیه ورنیکه (مسئول درک زبان) و بروکا (مسئول تولید زبان) ارتباط برقرار می‌کنند.

اختلال زبان توسعه‌ای (Developmental Language Disorder - DLD)

این اختلال به عدم توانایی در یادگیری و استفاده از زبان به طور طبیعی در کودکان اشاره دارد. افراد مبتلا به

DLD ممکن است در بیان جملات پیچیده، درک زبان یا یادگیری واژگان دچار مشکل شوند.

ویژگی‌ها: تأخیر در توسعه زبان، مشکلات در یادگیری دستور زبان و واژگان.

علت دقیق معمولاً ناشناخته است، اما ممکن است ناشی از عوامل ژنتیکی یا محیطی باشد.



تألیفات

پانید محمدی نسب
نگین صابری

ویراست علمی

سجاد رضایی

ویراست ادبی

ملیکا مختاری

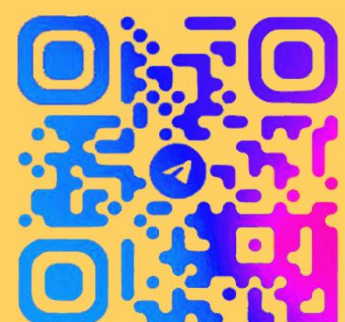
تدوین گر

علی سید صالحی

روان درمانی - جلسه 15

فهرست

- پیشینه تاریخی
- روان درمانی
- حرف‌های مرتبط با روان درمانی
- رفتار درمانی
- اثرمندی رفتار درمانی
- درمان‌های شناختی-رفتاری
- درمان‌های رفتارپویشی (تحلیلی)
- درمان‌های انسان‌گرایانه
- رویکردهای اجتماعی-فرهنگی به درمان
- سایر روش‌های روان درمانی
- اثربخشی روان درمانی‌ها
- درمان‌های مؤثر برای اختلالات اضطرابی، استرس و افسردگی
- درمان‌های مؤثر برای مشکلات مربوط به سلامت، کودکی و زناشویی



درمان مسائل بهداشت روانی



در این جلسه دو موضوع را مورد بحث قرار می‌دهیم:

- 1- معرفی انواع روان‌درمانی‌ها و گستره‌ای که این روش‌ها دارند.
- 2- اثربخشی روان‌درمانی‌ها

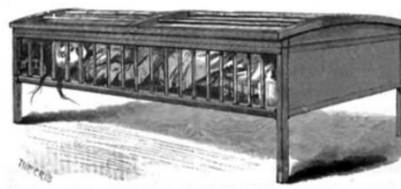
پیشینه تاریخی

نیروهای ماوراءالطبیعه نظیر شیاطین، ارواح خبیثه یا ارواح غالباً به‌خاطر **رفتار نابهنجار** مردم، متهم و سرزنش می‌شدند. این نیروها از طریق دعا، ورد خواندن و سحر و جادو، دفع یا پاک‌سازی می‌شدند. اگر این روش ناموفق بود، روش‌های شدیدتری برای حصول اطمینان انجام می‌گرفت که بدن، جای ناخوشایندی برای ماندن باشد. شلاق‌زدن، گرسنه داشتن، سوزاندن و ایجاد خونریزی شدید در بدن بیمار انواع رایج **درمان** بودند.

بقراط پزشک یونانی (377-460 قبل از میلاد) در دنیای غرب، **مطالعه اختلالات روانی** را به حیطه پزشکی آورد. او معتقد بود که رفتارهای غیرعادی، حاصل **آشفته‌گی و به‌هم‌ریختگی تعادل در مایعات بدن** بود. بقراط و پزشکان رومی و یونانی پیرو او، برای انسانی‌تر کردن درمان اختلالات روانی بر اهمیت محیط خوشایند، ورزش، رژیم غذایی مناسب، ماساژ و حمام آرام‌بخش تأکید کردند.

در دوران قرون‌وسطا مجدداً باورهای خرافی در نگاه به بیماران روانی بازگشت و **رفتارهای خشن و حیوانی** با آن‌ها می‌شد. در سال 1792 فیلیپ پینل مسئول دارالمجانین در پاریس شد (اولین بیمارستان روان‌پزشکی) و بهبودهایی در نوع مراقبت‌ها حاصل شد. به‌عنوان یک تجربه، پینل، **زنجیرهایی را که برای محدود کردن بیماران بسته شده بودند، برداشت**. برخلاف تصور برخی بدبین‌ها که تصور می‌کردند پینل دیوانه است که زنجیر از دست و پای این حیوانات برمی‌دارد، آزمایش موفقیت‌آمیز بود. بسیاری از افرادی که سال‌ها دیوانه‌های درمان‌ناپذیر تلقی می‌شدند، وقتی آزاد شده و در اتاق‌های تمیز و آفتاب‌گیر جای داده شدند و رفتار ملاطفت‌آمیز با آنان صورت گرفت، توانستند با بهبودی نسبی، تیمارستان را ترک کنند.

بیمارستان‌های روانی از قرن پیش به بعد پیشرفت‌های چشمگیری داشته‌اند؛ اما هنوز جا برای بهبود بیشتر باز است.



در اوایل دهه 1960، تأکید از درمان افراد مبتلا به اختلال روانی در مؤسسه‌ها، به **درمان به محیط زندگی خود آن‌ها** تغییر یافت. این حرکت در جهت **مؤسسه‌زدایی (Deinstitutionalization)** تاحدودی با شناخت اینکه بستری‌شدن در بیمارستان، بدون ارتباط با میزان رضایت‌بخش بودن امکانات معایبی ذاتی دارد، **پاگرفت؛ یعنی حتی اگر امکانات بیمارستان هم خوب باشد، در کل بستری‌کردن بیماران روانی در بیمارستان و در محیط‌های بسته و به دور از اجتماع ذاتاً مشکل دارد.**

در اسلاید نوشته‌شده 1950 جنبش مؤسسه‌زدایی: علت تفاوت در تاریخ‌های ذکرشده این است که سال 1950 شروع بحث فکری و نظری آن بود؛ ولی اوایل دهه 1960 بحث اجرایی‌شدن آن بود.

در دهه 1950، داروها کشف شدند - به خصوص در حیطه Antipsychotic ها (ضدافسردگی و روان‌پریشی)- که اضطراب و افسردگی را بهبود بخشیده و رفتارهای روان‌پریشانه را کاهش می‌دادند. وقتی این داروها در دهه 1960 به وسعت قابل وصول گردید، بسیاری از بیماران بستری در بیمارستان‌ها ترخیص شده و به‌طور سرپایی تحت درمان قرار گرفتند.

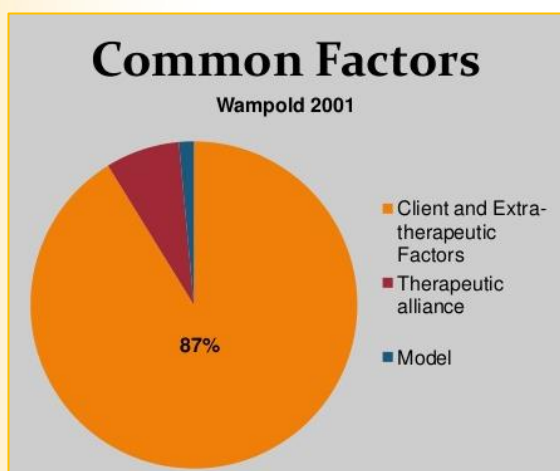
در **بستری‌شدن نسبی**، بیماران ممکن است ضمن روز در مرکز تحت درمان قرار گرفته و شب به خانه‌های خود بازگردند، یا ضمن روز کار کنند و شب را در مرکز بگذرانند.

روان‌درمانی (Psychotherapy)

شیوه‌های گوناگونی از مداخلات روان‌شناختی است که هدف مشترک همگی آن‌ها رفع مشکلات انسان (فکر، احساس، هیجان و روابط بین‌فردی) و کمک به کارکرد بهتر او در جامعه است.

رویکردهای متفاوتی برای انواع روان‌درمانی‌ها وجود دارد؛ اما تمام این رویکردها **وجه مشترکی دارند:**

- رابطه حرفه‌ای (رعایت کدهای اخلاقی)، پذیرا و گرم در جهت کمک
- تشویق به بیان افکار و احساسات
- همدلی، ایجاد امیدواری و انتظار تغییر



تصویر روبه‌رو بحث عوامل مؤثر در موفقیت درمان روان‌شناختی (Psychotherapy Outcomes) را بیان می‌دارند:

1. ویژگی‌های مراجع و عوامل خارج از درمان (بیشترین سهم)
2. اتحاد درمانی بین درمانگر و مراجع
3. مدل درمانی یا تکنیک استفاده شده

حرف‌های مرتبط با روان‌درمانی



روان‌پزشک (Psychiatrist): آموزش روان‌درمانی در دورهٔ دستیاری

توضیح بیشتر و اضافه: این شخص ابتدا پزشک عمومی شده، سپس وارد تخصص روان‌پزشکی می‌شود. کار او تشخیص و درمان اختلالات روانی، تجویز دارو (تنها کسی که در این حیطه این اختیار را دارد) است، بیشتر از اینکه به دنبال روان‌درمانی باشد، به دنبال درمان دارویی است؛ مثال: درمان اسکیزوفرنی با دارو - درمان افسردگی با دارو

روان‌شناس بالینی (Clinical Psychologist): PhD، سنجش و روان‌درمانی

توضیح بیشتر و اضافه: این شخص پس از گذراندن کارشناسی (و بعد هم ارشد) دکتری روان‌شناسی بالینی می‌گیرد. کار او ارزیابی و تشخیص اختلالات روانی (بدون دارو)، روان‌درمانی علمی برای اضطراب، افسردگی، وسواس و PTSD است و مصاحبهٔ بالینی و تست‌های روان‌شناختی و... انجام می‌دهد.

روانکاو (Psychoanalyst): روان‌درمانگرانی که بر اساس نظریهٔ فروید کار می‌کنند.

توضیح بیشتر و اضافه: کار او بررسی ناخودآگاه، تعارض‌های درونی، تجربه‌های کودکی با استفاده از تداعی آزاد، تحلیل رؤیا، انتقال و مقاومت است و جلسات ایشان معمولاً طولانی و چند بار در هفته است. روانکاو می‌تواند روان‌شناس یا روان‌پزشک هم باشد که آموزش‌های خاص دیده است.

روان‌شناسان مشاوره (Counseling Psychologist): مشاورهٔ تحصیلی،

ازدواج و یا خانواده (بیشتر با مشکلات زندگی افراد روبه‌رو هستند تا اختلالات روانی) توضیح اضافه و بیشتر: فردی با مدرک روان‌شناسی مشاوره. تمرکز او بیشتر بر رشد شخصیتی است تا درمان بیماری.

مددکار (Social Worker): پل بین درمانگران بیمارستان یا مراکز مشاوره و جامعه هستند

که تدابیر درمانی در محیط کار و محل زندگی را ارائه می‌دهند.
توضیح اضافه و بیشتر: فردی با تحصیلات مددکاری اجتماعی.
کار او حمایت اجتماعی و پیگیری وضعیت بیماران روانی در جامعه است.
کار اصلی او روان‌درمانی نیست؛ ولی مکمل تیم درمان است.

کاردرمانی روانی (Occupational Therapist-Mental Health):

نقش در **توان بخشی** بیماران جسمی و اعصاب و روان دارد.

کاردرمانی **استفاده از فعالیت‌های هدفمند** برای افرادی است که در اثر آسیب یا بیماری دچار مصدومیت، اختلال عملکرد روانی، اجتماعی، رشدی، اختلالات یادگیری، فقر و تفاوت‌های فرهنگی یا روند سالخوردگی شده‌اند؛ به‌منظور ایجاد حداکثر استقلال، جلوگیری از ناتوانی، بالابردن کیفیت زندگی و حفظ سلامتی.

حوزه فعالیت کاردرمانی به سه حیطه اصلی مرتبط با زندگی فرد، مربوط است:

1- مهارت‌های مربوط به زندگی روزمره 2- کار یا فعالیت‌های مولد 3- فعالیت‌های اوقات فراغت

روان پرستار (Psychiatric Nursing) : رشته روان پرستاری شاخه‌ای از رشته

پرستاری است که با تلفیق آموخته‌های آموزشی، به‌کارگیری اصول ارتباطات انسانی و نظریه‌های روان پرستاری و همچنین با کسب مهارت و تبحر کافی در زمینه مراقبت‌های پرستاری، به افرادی که به اختلالات روان‌پزشکی، ناتوانی‌های یادگیری و هوشی دچار هستند، خدمت‌رسانی می‌کند.
توضیح اضافه و بیشتر: فردی با کارشناسی پرستاری.
آموزش‌دیده برای مراقبت از بیماران روانی.
آموزش به بیمار و خانواده.

رفتاردرمانی (Behavior Therapy)

رفتاردرمانی به شیوه‌های درمانی که بر اساس اصول **شرطی‌سازی** و **یادگیری** استوار هستند، اطلاق می‌گردد.
از نظر رفتاردرمانگران، رفتارهای ناسازگارانه و بیمارگون طبق همان قوانین آموزش رفتارهای سازگارانه یا سالم آموخته می‌شوند و باقی می‌مانند؛ یعنی هر دو نوع رفتارها از طریق یادگیری (نه ذاتی)، شکل می‌گیرند؛ بنابراین، آن‌ها باتوجه به اصول شرطی‌شدن کلاسیک (مثل ترس کودک از بیمارستان به علت اینکه قبلاً در آنجا تزریق دردناک داشته)، عامل (مثل بچه‌ای که با گریه کردن همیشه به خواسته‌هایش رسیده است و این رفتار گریه کردن را مساوی با رسیدن به خواسته‌هایش می‌بیند؛ چون پاداش گرفته است) و شرطی‌شدن مشاهده‌ای (یادگیری از طریق تماشای رفتار دیگران؛ مثلاً کودکی که از پدرش فریادکشیدن را می‌بیند و می‌آموزد) سعی می‌کنند عواملی که باعث رفتارهای ناسازگارانه می‌شوند را شناسایی و با تکنیک‌های رفتاردرمانی آن‌ها را تغییر دهند.

رفتاردرمانی رویکردی گسترده است و خاص یک محیط یا فرد نمی‌باشد و می‌تواند از کودکان عقب‌مانده و اوتیستیک تا افراد باهوش خوب و با تحصیلات را در برگیرد. این روش می‌تواند برای **کمک به والدین در جهت مدیریت کودکان** و یا **بهبود رفتارهای افراد در جامعه** به کار گرفته شود.

شیوه‌های مختلف رفتاردرمانی:

شیوه‌های درمانی که بر اساس **اصول شرطی‌سازی و یادگیری** استوار است.

1. حساسیت‌زدایی منظم (Systematic Desensitization):

این روش توسط یک رفتاردرمانگر معروف در آفریقای جنوبی به نام **ژوزف ولپی (Joseph Wolpe)** تدوین شد. این روش برای افرادی که دچار **انواع فوبی‌ها** هستند، به کار می‌رود. در این روش ابتدا به بیمار تکنیک‌های **آرامش‌زایی (Relaxation)** یاد داده می‌شود. سپس **سلسه‌مراتبی از ترس‌های بیمار** درست می‌کنیم و از خفیف‌ترین آن شروع کرده و سناریویی برای این مرحله با کمک بیمار طراحی می‌کنیم و از شخص می‌خواهیم که آن را تجسم کند. هرگاه در این مراحل بیمار دچار اضطراب شد، فرایند را متوقف کرده و از او می‌خواهیم **با استفاده از روش‌های آرامش‌زایی که پیش‌تر به او آموخته شده، خود را آرام سازد**. مرحله به مرحله پیش می‌رویم تا به **ترس نهایی** برسیم. این روش، روشی تدریجی و کارآمد به خصوص برای بیمارانی است که اضطراب شدیدی دارند. خلاصه: روشی برای جایگزین کردن پاسخی است که با اضطراب ناسازگار است و بر اساس خاموش‌سازی است.

2. مواجهه‌سازی (Exposure Therapy):

انواع مختلفی دارد (در کل با روند **خاموش‌سازی** انجام می‌شوند):

- 1- **مواجهه‌سازی زنده (In vivo Exposure):** مواجههٔ پیش‌رونده و زنده با موقعیت‌های ایجادکنندهٔ اضطراب (مانند کسی که از گربه می‌ترسد و به صورت تدریجی با آن روبه‌رو می‌شود).
- 2- **تصویرسازی ذهنی (Imaginal Exposure):** به صورت تخیلی (این در خصوص محرک‌هایی است که ممکن نیست مواجهه واقعی داشته باشند؛ مثل مرگ) در این‌گونه موارد با تکرار و بدون اجتناب طی فرایند **خاموش‌سازی** (رجوع شود به جزوه یادگیری)، شدت اضطراب کاهش می‌یابد.
- 3- **مواجهه از طریق واقعیت مجازی (Virtual reality Exposure):** با استفاده از فناوری‌های کامپیوتری مانند عینک واقعیت مجازی، در خصوص فوبی‌هایی مانند ترس از ارتفاع، پرواز و صحبت کردن.
- 4- **غرقه‌سازی (Flooding):** نوعی مواجهه با شدت بالا که در آن فرد فوبیک با ترساننده‌ترین شیء یا موقعیت برای مدتی طولانی، بدون فرصتی برای فرار، مواجهه داده می‌شود. در این روش فرد را به صورت ناگهانی با مرحلهٔ آخر ترسش روبه‌رو می‌کنیم؛ برای مثال فردی که از آب می‌ترسد را به صورت ناگهانی درون استخر بیندازیم.

3. تقویت انتخابی (Selective Reinforcement):

تقویت رفتارهای مطلوب خاص مبتنی بر اصول **شرطی‌سازی عامل**

تقویت نفس (Self-Reinforcement): پاداش دادن به خود بلافاصله پس از رسیدن به یک هدف است. پاداش ممکن است به شکل تمجید خود، تماشای برنامه تلویزیونی دلخواه، تلفن کردن به یک دوست، یا خوردن غذای دلخواه باشد.

تنبيه نفس (Self-Punishment): تدارک پیامی آزاردهنده به دلیل شکست در رسیدن به یک هدف است، مثل محروم کردن خود از چیزی که شخص از آن لذت می برد؛ مثلاً عدم تماشای برنامه دلخواه تلویزیونی.

4. الگوسازی با تمرین رفتار یا بازی نقش (Role Playing):

سرمشق قراردادن الگوهای موفق در برابر ترس و اضطراب. در جلسات درمانی، معمولاً الگوسازی با تمرین رفتار (Behavioral Rehearsal) یا نقش بازی توأم می گردد. درمانگر به درمان جو کمک می کند که رفتارهای **انطباقی تر** را تمرین یا عمل کند.

5. آموزش مهارت های اجتماعی از طریق ایفای نقش:

آموزش مهارت های اجتماعی مانند حل مسأله، ابراز وجود یا Assertiveness Training (یعنی اینکه جرأت ورزی و قاطعیت محترمانه صورت گیرد)، مدیریت خشم و ...

6. خودگردانی (Self-Regulation):

خودگردانی (Self-Regulation) عبارت است از کنترل یا مشاهده رفتار خود شخص و استفاده از روش های مختلف (مانند تقویت خود، تنبیه خود، کنترل شرایط محرک، و ابراز پاسخ های متغیر) برای تغییر رفتاری غیرانطباقی.

شخص با حفظ سابقه ای دقیق از انواع **موقعیت هایی که رفتار غیرانطباقی را برمی انگیزند** و انواع پاسخ هایی که با آنها مغایر است، رفتار خود را کنترل می کند. مثلاً فردی که نگران سوء مصرف الکل است، به انواع موقعیت هایی توجه خواهد کرد که بیش از همه او را برای مصرف الکل ترغیب می کنند و سعی خواهد کرد این موقعیت ها را کنترل کرده یا پاسخی که با مصرف الکل مغایر است نشان دهد.

شاید موارد 3 و 6 کمی شبیه هم باشند؛ برای تمایز آن ها به جدول زیر توجه کنید:

ویژگی	خودگردانی	تقویت انتخابی
کنترل رفتار توسط	خود فرد	درمانگر یا والد یا محیط
تمرکز اصلی	آگاهی و تنظیم رفتار خود	شکل دهی رفتار با پاداش دهی
وابسته به	درون فردی (درونی)	بیرونی (محیطی)
کاربرد	وقتی می خوای فرد مستقل بشه	وقتی می خوای رفتاری خاص رو شکل بدی

اثرمندی رفتاردرمانی

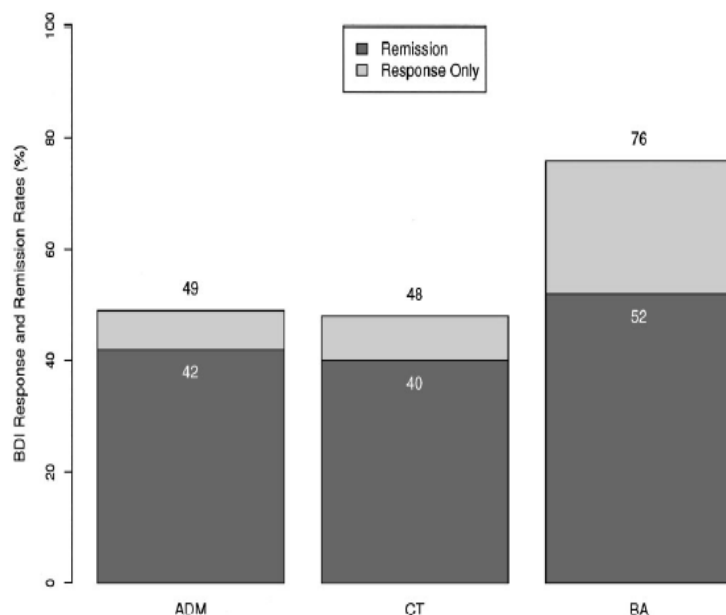
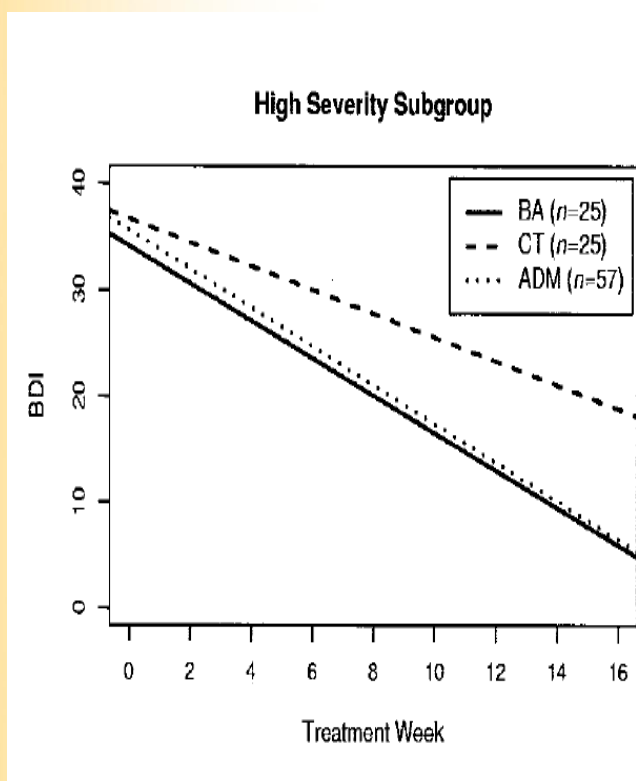


Figure 3. Response and remission rates at posttreatment based on the Beck Depression Inventory (BDI) for the high-severity subgroup for antidepressant medication (ADM), cognitive therapy (CT), and behavioral activation (BA). Total bar represents response; lower bar represents remission.

طی تحقیق بر روی 240 بیمار دچار افسردگی اساسی (Depressive=MD Major)، 3 روش درمانی ADM (Antidepressant Medication)، CT (Cognitive Therapy)، BA (Behavioral Activation) مقایسه شده است.

توضیح اضافه و بیشتر:

1. CT: درمان شناختی - بر پایه نظریه آرون بک: افسردگی ناشی از افکار منفی، تحریف شده و خود انتقادگرا است یا نه.

روش درمان: شناسایی افکار منفی، بررسی منطقی بودن افکار منفی، جایگزینی افکار مثبت تر و واقع گراتر

2. ADM: درمان شیمیایی بر اساس نظریه عدم تمایل نوروترنسمیترها

روش درمان: تنظیم سطح مواد شیمیایی مغز و کاهش نشانه های افسردگی مثل خلق پایین.

3. BA: بر پایه نظریه رفتاری: بی لذتی، بی انگیزگی و کناره گیری رفتاری افسردگی را تشدید می کنند.

روش درمان: ثبت فعالیت روزانه - برنامه ریزی تدریجی برای فعالیت ها - شناسایی الگوهای اجتنابی - پیگیری و تقویت رفتارها

در نمودار تصویر سمت چپ، نمره افسردگی (Beck Depression Inventory) در محور y و تعداد هفته‌های درمان در محور x دیده می‌شود. طبق این نمودار، نمره افسردگی افرادی که با روش فعال‌سازی رفتاری (BA) و دارودرمانی (ADM) درمان شده‌اند، تغییرات نسبتاً مشابهی داشته است و این کاهش نمره نسبت به روش شناخت درمانی (CT) بیشتر است (اندازه شیب کاهش BA بیشتر از ADM بیشتر از CT است).

n در نمودار یعنی تعداد افرادی که نتایجشان موردبررسی قرار گرفته است.

در نمودار تصویر سمت راست، درصد بهبود افراد مشاهده می‌شود. طبق این نمودار، در ستون مربوط به BA، 76 درصد به صورت کلی کاهش نمره افسردگی (یا Response) داشته‌اند که از این مقدار 52 درصد به نمره نرمال رسیده‌اند که به آن Remission گفته می‌شود. Remission یعنی بهبودی کامل و Response یعنی پاسخ به درمان بدون بهبودی کامل. این اعداد در گروه CT و ADM نسبت به BA کمتر می‌باشد.

از این تحقیق نتیجه می‌گیریم که فعال‌سازی رفتاری (BA) درمانی اثرگذار و امیدبخش در حیطه افسردگی است.

درمان‌های شناختی - رفتاری

(Cognitive-Behavior Therapies)

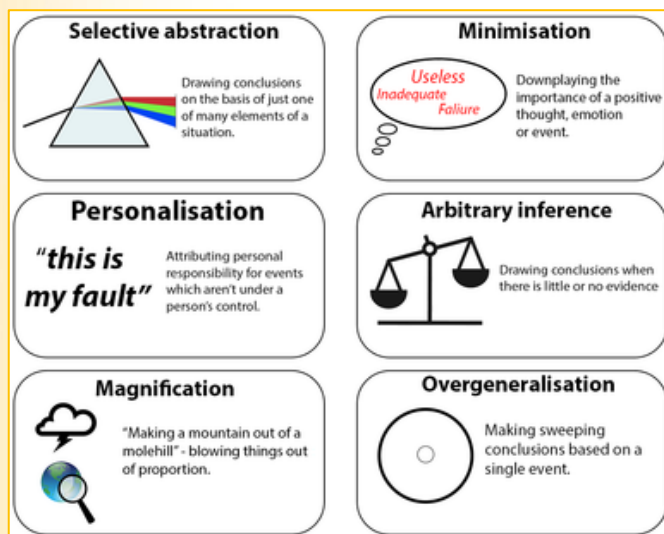
این روش به مداخلات رفتاری که در رویکرد رفتاردرمانی وجود دارد، مؤلفه شناختی را اضافه می‌کند. در این رویکرد این فرض در نظر گرفته می‌شود که **افکار و باورهای ما در اثر اتفاقات دوران کودکی و تجارب ما در محیط شکل می‌گیرند** و این افکار و باورها در آینده، **در تفسیر ما از دنیا و احساسات و رفتارهایی که بروز می‌دهیم نقش دارند**. باین‌حال این درمان، ارتباطی با نظریات فروید ندارد؛ بلکه بیشتر بر اساس یادگیری، شرطی‌سازی و نظریه‌های شناختی است و بر پایه نظریات بک و الیس (از پایه‌گذاران این روش درمان) است. در نتیجه وظیفه یک درمانگر این رویکرد این است که باورهای فرد را شناسایی کند و خطاهای شناختی موجود در آن (برای مثال شخصی‌سازی مسائل، اغراق‌کردن و یا کوچک‌سازی اهمیت رویدادها، تعمیم بیش از حد و...) را تشخیص دهد و این باورهای تحریف شده را اصلاح کند و آن‌ها را با افکار به‌روزتر و مبتنی با شواهد بیشتری جایگزین کند.

در کنار این مداخلات شناختی، مداخلات رفتاری (مانند مواجهه‌سازی، تقویت انتخابی و یا تکنیک‌های فعال‌سازی رفتاری و...) هم تنظیم می‌شوند. از این‌رو درمانگر شناختی - رفتاری به بیمار کمک می‌کند تا بتواند افکار و هیجانات و رفتارهای خود را بشناسد و برای هر کدام از این موارد مداخلات مناسبی، اعم از مداخلات شناختی، مداخلات مدیریت هیجانات مثل آموزش ریلکسیشن و پیداکردن مداخلات رفتاری مناسب را پیدا کند.

درمان‌های شناختی - رفتاری به دنبال توانمند کردن فرد چه از نظر فکر و ایده و چه از نظر تنظیم هیجان و رفتارها هستند.

خلاصه: درمان‌های شناختی - رفتاری روش‌های درمانی هستند که در آن‌ها از اصول تغییر رفتار استفاده می‌شود و علاوه بر آن راهکارهایی طراحی شده برای تغییر باورهای ناسازگار به آن‌ها اضافه شده است.

راهکار: شناسایی باورهای مربوط به خود و دیگران و آینده/ اصلاح خطاهای شناختی/ جایگزینی باورهای کارآمد به جای نوع ناکارآمد



توضیح این شکل (تحریف‌های شناختی)
((Cognitive Distortions)):

1. انتزاع انتخابی (Selective Abstraction):

توجه انتخابی به بخشی از اطلاعات؛ یعنی نتیجه‌گیری صرفاً براساس یکی از عناصر موقعیت

2. کوچک‌نمایی موقعیت (Minimisation):

کوچک جلوه دادن جنبه‌های مثبت موقعیت، فکر یا رویداد؛ مثل فکر به بی فایده، شکست خورده و نامناسب بودن مسائل

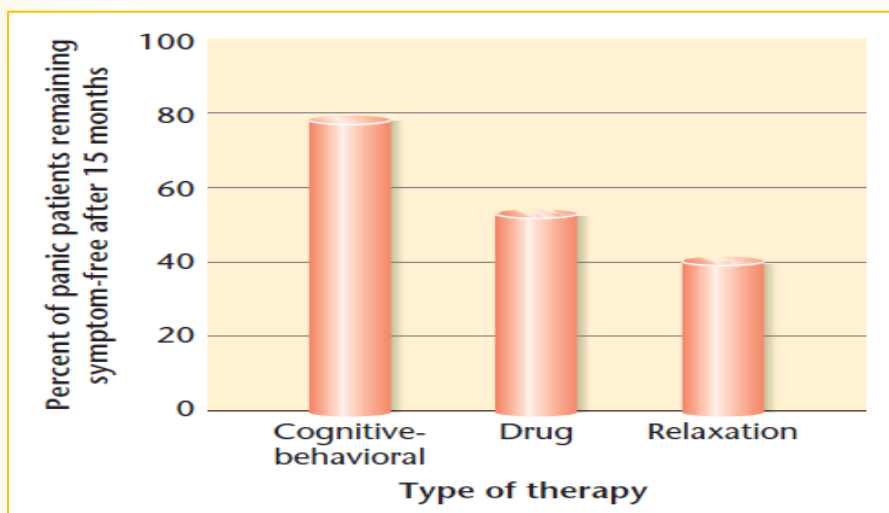
3. بزرگ‌نمایی منفی (Magnification): بزرگ‌نمایی مشکلات مثل کوه ساختن از کاه

4. شخصی‌سازی (Personalisation): نسبت دادن رویدادها به خود درحالی‌که هیچ مبنای واضحی وجود ندارد؛ مثلاً بگوییم تقصیر من است.

5. تعمیم افراطی (Overgeneralisation): نتیجه‌گیری فقط بر اساس یک رویداد

6. تصمیم‌گیری بی‌دلیل (Arbitrary Inference): نتیجه‌گیری بدون شواهد یا با شواهد اندک

اثرمندی درمان‌های شناختی - رفتاری



این درمان‌ها نیز همانند رفتاردرمانی در طیف گسترده‌ای از اختلالات مانند اضطراب و افسردگی مؤثر هستند.

در این نمودار درصد بیماران مبتلا به هراس (Panic) که پس از 15 ماه فاقد علائم هستند، نشان داده شده است. کسانی که برای اختلال هراس، درمان شناختی - رفتاری دریافت می‌کردند، بیشتر از کسانی که فقط

درمان‌های روان‌پویشی (تحلیلی)

(Psychodynamic Therapies)

درمان کلاسیک فروید یا روانکاوی (Psychoanalysis): فرض پایه این درمان‌ها این است که برای حل مشکلات فعلی باید به نیازها و تعارض‌های ناخودآگاه پی ببریم. این تعارض‌های ناخودآگاه در ارتباط با تجارب اولیه ما در دوران کودکی با والدین و هم‌شیرها شکل می‌گیرد.

هدف درمان‌های روان‌پویشی این است که فرد آگاه شود که در روابط فعلی خود در زمان حال، الگوهایی از روابط خود در گذشته و کودکی را دنبال می‌کند. با آگاهی از این موضوع، علائم هیجانی سایکوپاتولوژی کاهش می‌یابد و فرد در جهت واقعیت‌آزمایی و حل مشکلات توانمندتر می‌شود.

تکنیک‌های مختلف درمان‌های روان‌پویشی:

1. تداعی آزاد (Free Association): تشویق به گفتن آزادانه افکار و احساسات بدون دستکاری و سانسور. هدف از آزادانه بیان کردن این است که فرد به متریال‌های ناهشیار دسترسی پیدا کند.

2. تحلیل رؤیا (Dream Analysis): **از نظر فروید رویاها شاهراه رسیدن به ناخودآگاه هستند.** رویاها میل یا ترسی ناخودآگاه را به صورت دگرگون‌شده نشان می‌دهند. او محتوی آشکار رؤیا (Manifest Content - محتوی آشکار و هشیارانه) و محتوی پنهان (Latent Content - محتوی ناخودآگاه و پنهان) آن را از هم تفکیک می‌کرد.

خلاصه: صحبت در مورد رؤیا و سپس تداعی آزاد درباره محتوای خواب

3. انتقال (Transference): تمایل مراجع برای آن‌که درمانگر را موضوع افکار و احساسات خود قرار دهد. به بیان دیگر تعارض‌ها و انتظاراتی که در دوران کودکی تجربه کرده‌است را به جلسه درمان منتقل می‌کند و درمانگر خود را در جایگاه یک شخص (مانند مادر یا پدر یا...) قرار می‌دهد و همان رفتارهای افراد قبلی را از رفتار درمانگر خود برداشت می‌کند؛ به عنوان مثال مراجع، درمانگر را ناخودآگاه مانند دوست سخت‌گیرش می‌بیند و از او می‌ترسد و سعی می‌کند راضی‌اش کند و... در حالی که درمانگر اصلاً مثل دوست او رفتار نکرده است.

توضیح بیشتر و اضافه در خصوص این مورد (غیر امتحانی):

انتقال (Transference) چیست؟ وقتی مراجع (بیمار) احساسات، نگرش‌ها، یا واکنش‌هایی را که در گذشته نسبت به افراد مهم زندگی‌اش (مثل والدین) داشته، به درمانگر منتقل می‌کند.

مثال واضح: مراجع، درمانگرش را ناخودآگاه مثل پدر سخت‌گیرش می‌بیند و از او می‌ترسد؛ سعی می‌کند راضی‌اش کند یا از او عصبانی می‌شود. در حالی که درمانگر اصلاً مثل پدرش رفتار نکرده!

چرا این اتفاق می‌افتد؟

طبق نظریه فرویدی: تجربیات کودکی و روابط اولیه (مخصوصاً با والدین) در ناخودآگاه ذخیره می‌شوند و در موقعیت‌های جدید (مثل جلسه درمان)، فرد بدون آگاهی همان الگوها و احساسات گذشته را «بازنمایی» می‌کند.

روند شکل‌گیری انتقال در درمان:

1. شروع درمان: مراجع با درمانگر مثل یک غریبه حرفه‌ای برخورد می‌کند.
2. ایجاد رابطه درمانی: کم‌کم احساسات قوی‌تر شکل می‌گیرند (مثلاً اعتماد، وابستگی، خشم، حس طردشدگی...)
3. ظهور انتقال: مراجع شروع می‌کند درمانگر را جایگزین یکی از افراد مهم گذشته‌اش دیدن: «تو هم منو مثل مادرم طرد می‌کنی، مگه نه؟»، «تو همیشه می‌خواهی کنترل کنی، مثل پدرم.»
4. تحلیل انتقال: درمانگر به جای پاسخ هیجانی، سعی می‌کند به مراجع کمک کند بفهمد که این احساسات از کجا آمده‌اند.

هدف از تحلیل انتقال چیست؟

فهمیدن الگوهای ناهشیار فرد در روابط گذشته، پردازش آن‌ها و تغییرشان در زمان حال با این کار، فرد می‌فهمد: چه چیزی در گذشته‌اش حل نشده، چطور الگوهای تکراری در زندگی‌اش شکل می‌گیرند و چطور می‌تواند آن‌ها را اصلاح کند.

انتقال مثبت و منفی:

1. نوع توضیح مثبت وقتی مراجع احساسات خوبی مثل اعتماد، تحسین یا وابستگی به درمانگر دارد (شبیه عشق یا دلبستگی قدیمی)
 2. منفی وقتی احساساتی مثل خشم، بی‌اعتمادی یا دشمنی نسبت به درمانگر شکل می‌گیرد.
- مفهوم مکمل: ضد انتقال (Countertransference): اینجا درمانگر احساساتی پیدا می‌کند که ناخودآگاه به مراجع مربوط می‌شود (مثلاً مثل دختر خودش با مراجع رفتار می‌کند). در روان‌درمانی، درمانگر باید ضد انتقال را بشناسد و مدیریت کند.

یکی از مشکلات روش‌های کلاسیک روانکاوی این است که تحقیقات دقیقی در این حیطه انجام نشده است؛ زیرا این درمان‌ها فرایندی طولانی، فشرده و پرهزینه هستند؛ اما درمان‌های روان‌پویشی تازه‌تر تمایل به سازمان‌یافتگی بیشتر و کوتاه‌تر بودن را دارند و از این جهت امکان تحقیقات علمی بر روی آن‌ها نیز بیشتر شده است.

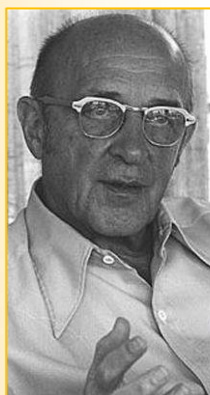
از درمان‌های جدید روان‌پویشی می‌توان به روان‌درمانی بین‌فردی (Interpersonal Therapy) اشاره کرد که توسط Weissman و Markowitz ارائه شده است. در این روش تعداد جلسات کمتر و معمولاً یک‌بار در هفته است، تأکید کمتری بر بازسازی کامل تجارب کودکی صورت گرفته و توجه بیشتری به مسائل ناشی از نحوه تعامل فعلی فرد با دیگران ابراز می‌شود؛ البته بحث در مورد اینکه این درمان اساساً روانکاوی است وجود دارد؛ اما برخی نظریه‌پردازان آن را نوعی روانکاوی به حساب می‌آورند.

درمان‌های انسان‌گرایانه (Humanistic Therapies)

این رویکردها به **ویژگی‌های مثبت انسان**، به‌خصوص در زمینه رشد و شکوفایی توجه می‌کنند. یکی از درمان‌های معروف در این حیطه توسط کارل راجرز (Carl Rogers) به‌عنوان درمان (مراجعه مدار/ درمان‌جو مدار/ مددجو مدار یا Client-center Therapy) طراحی شده است. انسان‌گرایان اعتقاد داشتند که افراد باید مسیر رشد طبیعی خود را طی کنند، بدون اینکه تحت‌تأثیر فشارهای اجتماعی و محیطی قرار گیرند. این روش برخلاف رویکردهای شناختی - رفتاری که با تکنیک‌های خاص، افراد را به سمت خاصی هدایت می‌کنند و نیز برخلاف روانکاوی که به دنبال تفسیر گذشته است، قدم برمی‌دارد و رویکردهای مذکور را تحمیلی می‌داند. درواقع، درمانگر انسان‌گرا، رفتار درمان‌جو را تعبیر نمی‌کند (**کاری که روانکاو می‌کند**) یا سعی نمی‌کند آن را تغییر دهد (**آنچه رفتاردرمان‌گر انجام می‌دهد**). در روش مراجع‌مدار، بیان افکار و احساسات مراجع تسهیل می‌شود تا فرد از این افکار و احساسات آگاه شود و آن‌ها را در زمان حال تجربه کند و به راه‌حل خود دست یابد. راجرز اصطلاح درمانگر یا تراپیست را قبول نداشت و اصطلاح تسهیل‌کننده (Facilitator) را معرفی می‌کرد؛ و به‌جای Patient (بیمار) که در رویکردهای جبرگرایانه‌تر استفاده می‌شود، کلمه مراجع (Client) یا مددجو را به کار می‌برد؛ چون او مشکلات هیجانی را بیماری‌هایی که نیازمند درمان باشند، تلقی نمی‌کرد. درمان‌های انسان‌گرایانه برای افرادی کاربردی هستند که **توانایی کلامی خوبی** دارند.

در این متد، درمانگر باید فردی همدل باشد، مراجع خود را درک کند و با او صادق باشد. اگر واقعاً در زمینه‌ای اطلاعات ندارد بگوید نمی‌دانم و بدون هیچ سانسوری، برداشت خود را از حرف‌های مراجع بیان کند. صداقت امری مهم است تا مراجعان اعتماد کنند و رابطه مثبتی برقرار شود. **مهم‌ترین ویژگی درمانگر (به بیانی درست‌تر**

تسهیل‌گر): همدلی (Empathy)



"The curious paradox is that when I accept myself just as I am, then I can change."
Carl Rogers

درمانگر باید صرف‌نظر از ارزش‌ها و عقاید خود، مراجع را همان‌گونه که هست بپذیرد که به آن، Unconditional Positive Regard (توجه مثبت نامشروط) گفته می‌شود. حتی اگر مراجع مرتکب کار غیراخلاقی شده باشد هم قرار نیست او را قضاوت کنیم.

خلاصه: در این روش‌ها بر تمایل طبیعی فرد به رشد و خودشکوفایی تأکید می‌شود.

کارل راجرز (درمان مراجع‌مدار): هر فرد بهترین متخصص برای خودش است و توانایی یافتن راه‌حل‌های کارآمد برای مشکل خود را دارد.

محدودیت این شیوه نیز در به کارگیری افراد بانگیزه و مشتاق برای صحبت است.



این تصویر بیانگر آن است که وقتی کودک ارزشمندی خود را گره خورده به موفقیت می‌داند، دچار اضطراب از شکست، کمال‌گرایی افراطی و احساس بی‌ارزشی در صورت اشتباه می‌شود.

رویکردهای اجتماعی - فرهنگی به درمان

(Sociocultural Approaches to Therapy)

تا اینجا با روش‌هایی آشنا شدیم که مراجعان خود را به صورت **فردی** می‌دیدند. اما رفته‌رفته رویکردهایی شکل گرفتند که نسبت به انسان نگاه **سیستمی** داشتند؛ به این معنا که انسان یک جزء از کل دیگری است که این کل، باتوجه به مقیاس اجتماعی - فرهنگی که فرد در آن قرار می‌گیرد، معنا پیدا می‌کند. اول به صورت محدودتر، مانند رویکرد درمان زناشویی (Marital Therapy)، سپس درمان‌های خانوادگی (Family Therapy) و سپس گروه‌درمانی (Group Therapy) پدید آمدند. در گروه‌درمانی حداقل 5-6 نفر افرادی که نسبت خانوادگی ندارند، دور هم جمع شده، براساس مشکلاتی که دارند، اهدافی قرار داده و بحث می‌کنند.

خلاصه فرض زیربنایی: فرد تحت تأثیر نیروهای اجتماعی و فرهنگی قرار دارد و می‌بایست در بافت روابط اجتماعی‌اش بررسی شود.

درمان زناشویی و خانواده‌درمانی:

- _ مشکل در بیان احساسات، ارضا نیازهای خود و پاسخ‌دهی مناسب به نیازها و توقعات همسر
- _ شرکت خانواده در جلسات برای بهبود روابط خانواده
- _ روش‌های بهتر برای حل تعارض
- _ توافقات رفتاری بین طرفین

با تشکیل خانواده، روابط رفته‌رفته پیچیده شده، نیازها و توقعات هریک از طرفین پررنگ‌تر می‌شود و می‌تواند برای افراد چالش‌زا باشد. اگر فردی در خانواده مشکلات جدی روان‌پزشکی دارد، ابتدا برای درمان فردی ارجاع داده می‌شود تا مشکلاتش کاهش یابند و بعد در جلسات خانواده‌درمانی شرکت می‌کند. توانایی فرد برای تغییر خود حد و اندازه‌ای دارد و اگر در کنار تغییر فرد دیگری قرار گیرد، این دو احتمال در یکدیگر ضرب شده و کار سخت‌تر می‌شود. در نتیجه برای فرد دارای مشکلات حاد، درمان‌ها ابتدا فردی صورت می‌گیرند.

گروه‌درمانی:

– اغلب بیماری‌های روانی، با مشکلاتی در ارتباط برقرارکردن با دیگران همراه هستند؛ مانند احساسات پردشدگی، تنهایی و ناتوانی برای برقراری روابط
– فرصتی برای بیمار تا به مشکلاتش در حضور دیگران بپردازد، نحوه واکنش دیگران به آن‌ها ببیند و روش‌های جدید را بیاموزد.
– گروه‌های خودیاری Self-help Groups: سازمان‌های داوطلبانه برای تبادل اطلاعات و حمایت از همدیگر؛ مانند الکلی‌های بی‌نام Alcoholics Anonymous

در رویکرد گروه‌درمانی، افرادی که یک ویژگی مشترک خاص دارند (اختلال خاص مثل افسردگی و یا اعتیاد)، دور یکدیگر جمع شده و معمولاً 2 تراپیست (یکی Leader و دیگری Co-leader) جلسه را هدایت می‌کنند. مبتنی بر چهارچوب نظری لیدر، Group Therapy اسم پیدا می‌کند. موضوع مهم در این جلسات، ارتباط بین افراد است. گروه‌های شناختی - رفتاری می‌توانند حالت آموزشی داشته باشند؛ مثلاً یادگرفتن مهارت ابراز وجود یا حل مسأله. وظیفه کلی درمانگر، آموزش و تسهیل تعاملات بین افراد است و خود افراد نیز با حمایت و تصحیح یکدیگر، فرایند درمان را بهبود می‌بخشند.

گروه‌های خودیاری، سازمان‌های مردم‌نهاد و غیردولتی هستند که جهت ارائه حمایت‌های عاطفی، اطلاعاتی و... دور یکدیگر جمع شده و به هم کمک می‌کنند. یکی از معروف‌ترین این گروه‌ها، گروه الکلی‌های بی‌نام است که در آن، افرادی که معتاد بودند و موفق به ترک آن شدند، به افرادی که قصد ترک دارند کمک می‌کنند.

سایر روش‌های روان‌درمانی

– درمان‌های التقاطی (Eclective): ترکیب روش‌ها و فنون مختلف روان‌درمانی
– گشتالت درمانی (Gestalt): آگاهی عمیق از چگونگی احساس‌ها و رفتارهای کنونی خود (کل تجربه فرد در لحظه اکنون)
– واقعیت درمانی (Reality Therapy): روشن‌کردن ارزش‌های فردی و ارزیابی کنونی و برنامه آتی مرتبط با این ارزش‌ها
– رفتاردرمانی عقلانی هیجانی (Rational Emotive Behavior Therapy): جایگزینی افکار غیرمنطقی با افکار منطقی
– تحلیل تبادلی (Transactional Analysis): برقراری تعادل بین والد، کودک و بالغ درون

توضیح اضافه و بیشتر این مورد:

1. والد درون: چیزهایی که از پدر، مادر و معلم‌ها یاد گرفته‌ایم.

2. کودک درون: بخش احساسی و غریزی ما

3. بالغ درون: بخش منطقی، تحلیلگر و متعادل ما

اثربخشی روان‌درمانی‌ها

منطق‌ها و ملاک‌های تحقیقات روان‌درمانی همانند پزشکی، شامل انتخاب بیماری خاص، درمان‌های مشخص دارای پروتکل، انتخاب بیماران از طریق روش‌های مصاحبه‌ای و تشخیصی و تقسیم‌شدن تصادفی بین روش‌های درمانی مختلف (که معمولاً یکی از آنها روش دارویی است) است. در نهایت گروه‌ها با یکدیگر مقایسه می‌شوند تا بتوانند میزان اثربخشی روان‌درمانی‌ها را نشان دهند.

در دهه 1990 جنبشی در بخش 12 انجمن روان‌شناسی آمریکا (روان‌شناسی بالینی: Clinical Psychology) رخ داد.

توضیح اضافه و بیشتر: این بخش‌بندی که به‌عنوان مثال می‌گوید 12 و... یعنی اینکه در انجمن روان‌شناسی آمریکا (APA)، هر بخش مربوط به یک حوزه تخصصی است.

در پی آن، یک کارگروه تشکیل شد تا شواهد علمی 100 سال اخیر روان‌درمانی را جمع‌آوری کند. یکی از شرایط انتخاب شواهد علمی این بود که باید 2 گروه مختلف را با یکدیگر مقایسه کرده باشند و اثربخشی یکی از آن‌ها نسبت به درمان دارویی یا روان‌شناختی و یا هر درمان شناخته شده دیگری در آن بیماری، برتر باشد. آن‌ها ملاک‌های مورد نظر را به دو دسته تقسیم کردند؛ ملاک‌های سخت گیرانه اولیه برای درمان‌های به‌خوبی اثبات شده، و ملاک‌های ساده‌تر برای درمان‌هایی که شواهد کمتری دارند اما امیدبخش و احتمالاً مؤثر هستند.

Volume 51, Number 1, Winter 1998 The Clinical Psychologist

Update on Empirically Validated Therapies, II

Dianne L. Chambless, Mary J. Baker, Donald H. Baucom, Larry E. Beutler, Karen S. Calhoun,
Paul Crits-Christoph, Anthony Daiuto, Robert D. DeRubeis, Jerusha Detweiler, David A. F. Haaga,
Suzanne Bennett Johnson, Susan McCurry, Kim T. Mueser, Kenneth S. Pope,
William C. Sanderson, Varda Shoham, Timothy Stickle,
David A. Williams, and Sheila R. Woody

I. At least two good between group design experiments demonstrating efficacy in one or more of the following ways:

- A. Superior (statistically significantly so) to pill or psychological placebo or to another treatment.
- B. Equivalent to an already established treatment in experiments with adequate sample sizes.

توضیح تصویر:

آخرین به‌روزرسانی
ملاک‌های درمان‌های
مبتنی بر شواهد:

در اینجا حداقل دو
پژوهش خوب با
طراحی بین‌گروهی
داریم که اثربخشی
درمان را به یکی از
روش‌های زیر نشان داده‌اند:

1. اثربخشی درمان به‌طور آماری معنی‌دار، بهتر از دارونما، دارونمای روان‌شناختی (جلسات بی‌محتوای حمایتی) یا یک درمان دیگر باشد.

درمان‌های مؤثر برای اختلالات اضطرابی، استرس و افسردگی

توضیحات اضافه و بیشتر:

عصبانیت و استرس:

1. درمان شناختی - رفتاری برای اختلال پانیک با یا بدون موقعیت هراسی (موقعیت هراسی=آگورافوبیا): کمک به فرد برای اصلاح افکار اشتباه مانند ترس از مردن و...
2. درمان شناختی - رفتاری برای اختلال اضطراب فراگیر (GAD): کمک به کنترل نگرانی‌های غیرواقع‌بینانه فرد با تمرین‌های رفتاری
3. درمان مواجهه‌ای برای آگوروفوبیا: کاهش ترس با عادت‌سازی، فرد را به صورت تدریجی در موقعیت‌هایی قرار می‌دهد که از آن می‌ترسد.
4. درمان مواجهه‌ای/ تسلط هدایت شده برای فوبیای اختصاصی: فرد درمانگر کمک می‌کند فرد، قدم به قدم خودش را در موقعیت فوبیا قرار داده و کنترل بیشتری پیدا کند.
5. درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ (ERP) برای وسواس فکری - عملی (OCD): یکی از مؤثرترین درمان‌های وسواس فکری - عملی می‌باشد که در جزوه یادگیری نیز توضیح داده شد؛ فرد در معرض افکار وسواسی قرار می‌گیرد؛ ولی از انجام رفتار وسواسی منع می‌شود.
6. آموزش تلقیح استرس برای مقابله با فشار روانی: مثل واکسن؛ بدن را برای مواجهه با استرس آماده می‌کند.

افسردگی:

1. رفتاردرمانی (Behavioral Therapy) برای افسردگی: بحث بر سر یادگرفته شدن انواع رفتار (توضیح در ابتدای جزوه)
2. درمان شناختی (Cognitive Therapy) برای افسردگی: تمرکز بر افکار (شناخت‌ها)
3. درمان بین‌فردی (Interpersonal Therapy) برای افسردگی: تمرکز بر روابط اجتماعی و بین‌فردی.

Well-Established Treatments	Citation for Efficacy Evidence
ANXIETY AND STRESS:	
Cognitive behavior therapy for panic disorder with and without agoraphobia	Barlow et al. (1989) Clark et al. (1994)
Cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder	Butler et al. (1991) Borkovec et al. (1987)
Exposure treatment for agoraphobia	Trull et al. (1988)
*Exposure/guided mastery for specific phobia	Bandura et al. (1969) Öst et al. (1991)
Exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder	van Balkom et al. (1994)
Stress Inoculation Training for Coping with Stressors	Saunders et al. (1996)

DEPRESSION:

*Behavior therapy for depression	Jacobson et al. (1996) McLean & Hakstian (1979)
Cognitive therapy for depression	Dobson (1989)
Interpersonal therapy for depression	DiMascio et al. (1979)

درمان‌های مؤثر برای مشکلات مربوط به سلامت، کودکی و

زناشویی

HEALTH PROBLEMS:

Behavior therapy for headache	Blanchard et al. (1980) Holroyd & Penzien (1990)
Cognitive-behavior therapy for bulimia	Agras et al. (1989) Thackwray et al. (1993)
*Multi-component cognitive-behavior therapy for pain associated with rheumatic disease	Keefe et al. (1990a,b) Parker et al. (1988)
*Multi-component cognitive-behavior therapy with relapse prevention for smoking cessation	Hill et al. (1993) Stevens & Hollis (1989)

PROBLEMS OF CHILDHOOD:

Behavior modification for enuresis	Houts et al. (1994)
Parent training programs for children with oppositional behavior	Walter & Gilmore (1973) Wells & Egan (1988)

MARITAL DISCORD:

Behavioral marital therapy	Azrin et al. (1980a) Jacobson & Follette (1985)
----------------------------	--

مشکلات سلامت:

1. رفتاردرمانی برای سردرد
2. درمان شناختی - رفتاری برای بولیمیا (پرخوری عصبی)
3. درمان رفتاری - شناختی چند عنصره برای درد همراه با بیماری روماتیسم
4. درمان رفتاری - شناختی چند عنصره برای پیشگیری از عود برای ترک سیگار

مشکلات کودکان:

1. اصلاح رفتار برای شب ادراری
2. برنامه‌های آموزش والدین برای کودکان دارای رفتار مقابله‌ای (نافرمان)

ناهماهنگی (تعارض) در روابط زناشویی:

1. رفتار درمانی زناشویی

می‌توان نتیجه گرفت که درمان‌های شناختی - رفتاری، مؤثرترین درمان‌ها برای این اختلالات هستند. خیلی از روش‌های روان‌درمانی به‌رغم قدمت طولانی که دارند، شواهدی برای اثبات اثربخشی آن‌ها وجود ندارد و این، چالشی بزرگ پیش روی روان‌شناسان و متخصصان سلامت روان است. درمانگر با انتخاب درمان‌های Evidence-based شانس موفقیت کار خود را افزایش می‌دهد. درمان‌های شناختی - رفتاری (CBT) از روش‌های Evidence-based هستند.