مؤسسه انتشارات بعثت

# آسیب شناسی روانی

دکتر حسین آزاد

بسم الله الرحمن الرحیم

تقدیم به همسرم

# آسیب شناسی روانی

## ضمیمهٔ چاپ دوم

## طبقه‌بندی DSM IV

تألیف: دکتر حسین آزاد

دانشیار روان‌شناسی

دانشگاه علامه طباطبائی

نام کتاب : آسیب‌شناسی روانی
ناشر : مؤسسهٔ انتشارات بعثت
مؤلف : دکتر حسین آزاد
چاپ : چاپ رودکی
نوبت چاپ : دوم بااضافات
تیراژ : ۳۰۰۰ جلد
تاریخ انتشار : تابستان ۱۳۷۴
حروفچینی : مؤسسهٔ انتشارات بعثت
لیتوگرافی : میثاق
قیمت : ۱۲۰۰۰ ریال

حق چاپ برای ناشر محفوظ است

موضوع | صفحه


پیشگفتار

## فصل اول

زمینهٔ تاریخی آسیب‌شناسی روانی ..... ۳
موضوع آسیب شناسی روانی ..... ۱۰
تعریف آسیب شناسی روانی ..... ۱۲
منظور از رفتار نابهنجار چیست؟ ..... ۱۲
۱ـ ملاک اجتماعی ..... ۱۳
۲ـ ملاک آماری ..... ۱۴
۳ـ ملاک روانی ..... ۱۴
نمونه‌های تاریخی و برجستهٔ رفتارهای نابهنجار ..... ۱۵
بعضی مفاهیم رایج غلط دربارهٔ رفتار نابهنجار ..... ۱۸
۱ـ این باور که رفتار نابهنجار همیشه عجیب و غریب است ..... ۱۸
۲ـ این عقیده که "بهنجار" و "نابهنجار" به روشنی از یکدیگر متمایزند ..... ۱۹
۳ـ این نظر که اختلالات روانی محصول وراثت‌اند ..... ۲۰
۴ـ این نظر که توابع مستعد اختلال روانی هستند ..... ۲۰
۵ـ این عقیده که بیماران روانی خطرناک و غیرقابل علاج‌اند ..... ۲۱
۶ـ این عقیده که بیماری روانی یک ننگ است ..... ۲۱
۷ـ ترس بی‌اندازه از اینکه شخص آمادگی ابتلا به بیماری روانی دارد ..... ۲۱
سؤالات فصل اول ..... ۲۲

## فصل دوم

دیدگاههای مختلف دربارهٔ رفتار نابهنجار ..... ۲۷
۱ـ دیدگاه زیست شناختی ..... ۲۷
۲ـ دیدگاه روان پویائی ..... ۲۹
فروید و تحلیل روانی ..... ۲۹
۱ـ اضطراب ..... ۳۰

۲ـ دستگاه روانی ..... ۳۲
۳ـ رشد روانی جنسی ..... ۳۴
نوفرویدیها ..... ۳۶
آدلر و روان‌شناسی فردی ..... ۳۶
کارل یونگ و روان‌شناسی تحلیلی ..... ۳۷
کارن‌هارنی ..... ۴۰
هری استاک سولیوان ..... ۴۱
اریک فرام ..... ۴۱
هینز هارتمن ..... ۴۲
مارگارت ماهلر ..... ۴۲
هینز کاهوت ..... ۴۴
اریک اریکسون ..... ۴۶
موقعیت کنونی رویکرد تحلیل روانی ..... ۴۶
۳ـ دیدگاه یادگیری ..... ۴۸
۴ـ دیدگاه شناختی ..... ۴۹
۵ـ دیدگاه انسان‌گرائی و اصالت وجودی ..... ۵۲
۶ـ دیدگاه اجتماعی ..... ۵۴
سؤالات فصل دوم ..... ۵۶

## فصل سوم

**انگیزه‌ها، فشارهای روانی، ناکامی، تعارض** ..... ۶۱
انگیزه‌ها و کوششهای انسان ..... ۶۲
انگیزه‌های فیزیولوژیائی ..... ۶۲
انگیزه‌های فیزیولوژیائی در سطح بقای نفس ..... ۶۲
انگیزه‌های گرسنگی، تشنگی، و خواب ..... ۶۳
انگیزهٔ امنیت و احتراز از درد ..... ۶۴
انگیزهٔ جنسی ..... ۶۴
انگیزهٔ تحریک و فعالیت ..... ۶۵
انگیزه‌های فیزیولوژیائی در سطح تحقق نفس ..... ۶۶
انگیزه‌های روانی ..... ۶۶
انگیزه‌های روانی در سطح بقای نفس ..... ۶۷
۱ـ انگیزهٔ نظم، فهم، پیش‌بینی ..... ۶۷
۲ـ انگیزهٔ کفایت، شایستگی، و امنیت ..... ۶۸
۳ـ انگیزهٔ محبت و وابستگی ..... ۶۸
۴ـ انگیزهٔ تعلق، پذیرش، تأیید ..... ۶۹
۵ـ انگیزهٔ عزت نفس، ارزش داشتن، و هویت ..... ۷۰
۶ـ انگیزهٔ ارزش، معنی، هدف، و امید ..... ۷۰
انگیزه‌های روانی در سطح تحقق نفس ..... ۷۱

۱ـ رشد و به کار گرفتن استعدادهای بالقوه و ظهورخود خلاق ..... ۷۲
۲ـ یافتن رضایت خاطر فزاینده ..... ۷۲
۳ـ ایجاد رابطهٔ غنی با دنیا..... ۷۲
۴ـ شخص خود شدن ..... ۷۳
انگیزه‌های اجتماعی (نیروهای اجتماعی در انگیزش) ..... ۷۴
انگیزه‌های ناخودآگاه..... ۷۵
انگیزش و رفتار..... ۷۶
فعالیت و برانگیختگی ..... ۷۶
گزینندگی انگیزشی..... ۷۷
مراحل انگیزشی..... ۷۸
الگوهای انگیزشی و سبک زندگی ..... ۷۹
فشارهای روانی ..... ۷۹
ناکامی..... ۸۰
تعارض ..... ۸۰
سؤالات فصل سوم..... ۸۲

## فصل چهارم

عوامل مؤثر بر فشار روانی و واکنشهای مربوط به آن ..... ۸۷
انواع فشارهای روانی ..... ۸۸
فشار روانی و آسیب‌پذیری ..... ۹۰
سازگاری با استرس ..... ۹۱
شدت فشار روانی و عوامل مربوط به آن..... ۹۲
موقعیتهای استرس‌زای روانی ..... ۹۳
اصول کلی واکنشهای استرسی ..... ۹۹
الف : واکنشهای استرسی کلی هستند ..... ۹۹
ب : واکنشهای استرسی اقتصادی هستند..... ۱۰۰
ج : طرح شده یا خود به خودی بودن واکنشهای استرسی ..... ۱۰۱
د : واکنشهای استرسی برانگیزانندهٔ هیجان‌اند ..... ۱۰۲
ه: واکنشهای استرسی تعیین کننده‌های داخلی و خارجی دارند ..... ۱۰۳
گامهائی که در واکنشهای استرسی وجود دارد ..... ۱۰۳
الف : ارزیابی وضعیت و چگونگی استرس ..... ۱۰۴
۱ـ طبقه‌بندی کردن حالت استرس..... ۱۰۴
۲ـ ارزیابی میزان تهدید استرس..... ۱۰۴
ب : بررسی و تصمیم‌گیری برای رفع استرس ..... ۱۰۵
۱ـ بررسی راههای انجام دادن عمل..... ۱۰۵
۲ـ موازنهٔ احتمالات، تمایلات، و بهای آنها..... ۱۰۵
ج : اقدام به عمل و به کار گرفتن پسخورد ..... ۱۰۶
الگوهای سازشی ..... ۱۰۷

واکنشهای عملی جهت‌دار ..... ۱۰۷
واکنشهای دفاعی جهت‌دار ..... ۱۰۹
اضطراب و مکانیزمهای دفاعی ..... ۱۱۰
ویژگیهای کلی مکانیزمهای دفاعی ..... ۱۱۹
سؤالات فصل ..... ۱۲۱

## فصل پنجم

**طبقه‌بندی اختلالات روانی** ..... ۱۲۷
نظامهای طبقه‌بندی ..... ۱۲۷
۱ـ سندرمهای مغزی ..... ۱۲۸
۲ـ سیکوزها و ویژگیهای اساسی آنها ..... ۱۲۸
الف : هذیان (اختلال در تفکر) ..... ۱۲۸
ب : توهم (اختلال در ادراک) ..... ۱۳۰
ج : اختلال در هیجان (احساس وحشت) ..... ۱۳۱
د : کناره‌گیری از واقعیت ..... ۱۳۱
هـ : اختلال در تکلم ..... ۱۳۲
و : رفتار عجیب و غریب ..... ۱۳۲
۳ـ نوروزها ..... ۱۳۳
مسائل ناشی از ارزیابی غلط از واقعیت ..... ۱۳۴
تناقض نوروتیک ..... ۱۳۵
۴ـ اختلالات شخصیت ..... ۱۳۵
نظامهای رایج طبقه‌بندی (DSMIII و DSMIII-R) ..... ۱۳۶
طبقات عمدهٔ تشخیصی ..... ۱۳۸
اختلالات مربوط به محور I (اختلالات بالینی) ..... ۱۳۸
اختلالات مربوط به محور II ..... ۱۴۰
الف : اختلالات مربوط به رشد ..... ۱۴۰
ب : اختلالات شخصیت ..... ۱۴۲
خطرات و مزایای تشخیص و طبقه‌بندی ..... ۱۴۴
خطای تشخیص ..... ۱۴۶
سؤالات فصل پنجم ..... ۱۴۹

## فصل ششم

**نابهنجاریها و اختلالات روانی** ..... ۱۵۳
اختلالات اضطرابی ..... ۱۵۴
اضطراب تعمیم یافته ..... ۱۵۴
اضطراب رعبی ..... ۱۵۵
فوبی ..... ۱۵۷
وسواس فکری و عملی ..... ۱۶۱

علل اختلالات اضطرابی ..... ۱۶۳
۱ـ دیدگاه زیست شناختی ..... ۱۶۳
۲ـ دیدگاه روان پویائی ..... ۱۶۴
۳ـ دیدگاه رفتارگرائی ..... ۱۶۶
۴ـ دیدگاه شناختی ..... ۱۶۷
۵ـ دیدگاه انسان‌گرائی و اصالت وجودی ..... ۱۶۹
۶ـ دیدگاه اجتماعی ..... ۱۷۲
تفاوتها و تشابه‌های اختلالات اضطرابی ..... ۱۷۲
درمان اختلالات اضطرابی ..... ۱۷۳
۱ـ دیدگاه زیست شناختی ..... ۱۷۳
۲ـ دیدگاه تحلیل روانی ..... ۱۷۳
۳ـ دیدگاه یادگیری ..... ۱۷۳
۴ـ دیدگاه شناختی ..... ۱۷۵
۵ـ دیدگاه انسان‌گرائی و اصالت وجودی ..... ۱۷۹
اختلال استرسی پس از ضایعهٔ روانی ..... ۱۸۰
نشانه‌های مرضی اختلال استرسی پس از ضایعهٔ روانی ..... ۱۸۱
نشانه‌های شناختی ..... ۱۸۱
نشانه‌های فیزیولوژیائی ..... ۱۸۲
نشانه‌های رفتاری ..... ۱۸۲
سابقهٔ تاریخی ..... ۱۸۴
بررسی علل اختلال استرسی پس از ضایعهٔ روانی ..... ۱۸۶
سؤالات فصل ششم ..... ۱۸۷

## فصل هفتم

اختلالات بدنی شکل و اختلالات تجزیه‌ای ..... ۱۹۱
انواع اختلالات بدنی شکل ..... ۱۹۲
۱ـ اختلالات بدنی شده ..... ۱۹۲
۲ـ اختلالات تبدیلی ..... ۱۹۳
الف : نشانه‌های حسی ..... ۱۹۵
ب : نشانه‌های حرکتی ..... ۱۹۶
نمونه‌ای از فلج هیستریائی ..... ۱۹۷
ج : نشانه‌های احشائی ..... ۲۰۰
معیارهای افتراقی اختلالات تبدیلی از اختلالات بدنی ..... ۲۰۱
تفاوتهای اختلالات بدنی تبدیلی و تمارض ..... ۲۰۲
هیستری گروهی ..... ۲۰۲
شرایط ایجاد اختلالات تبدیلی ..... ۲۰۵
علل مولد ..... ۲۰۶
۱ـ شخصیت و عوامل مربوط به نقش بازی کردن ..... ۲۰۶

۲ـ احتراز یا دفاع در برابر تهدید ..... ۲۰۷
۳ـ فواید ثانوی ..... ۲۰۸
درمان..... ۲۰۸
۳ـ خودبیمار انگاری ..... ۲۰۸
علل مولد ..... ۲۱۰
۱ـ مدلهای والدین و سایر عوامل مستعد کننده ..... ۲۱۰
۲ـ شرایط زندگی یأس آور به عنوان عامل تسریع کننده ..... ۲۱۰
۳ـ تقویت و تثبیت الگوی خودبیمار انگاری..... ۲۱۰
۴ـ اختلالات ساختگی و تمارض..... ۲۱۱
۵ـ اختلال درد روانزاد ..... ۲۱۴
یک نمونه از درد روانزاد..... ۲۱۵
درمان..... ۲۱۶
۶ـ اختلال بدشکلی بدنی..... ۲۱۶
۷ـ اختلال بدنی شکل نامتفاوت..... ۲۱۷
اختلالات افتراقی (تجزیه‌ای) ..... ۲۱۷
فراموشی (آمنزی) روانزاد..... ۲۱۸
فیوگ..... ۲۱۹
علل مولد ..... ۲۲۰
شخصیتهای چندگانه ..... ۲۲۰
علل مولد ..... ۲۲۱
درمان..... ۲۲۱
تغییر هویت ..... ۲۲۲
سؤالات فصل هفتم..... ۲۲۳

## فصل هشتم

اختلالات روانی فیزیولوژیائی..... ۲۲۷
مفاهیم روانی، اجتماعی و شناختی اختلالات روانی فیزیولوژیائی..... ۲۲۸
اختلالات معدی ـ روده‌ای..... ۲۳۲
بی‌اشتهائی روانی ..... ۲۳۵
اختلالات مربوط به دفع..... ۲۳۸
اختلالات قلبی عروقی..... ۲۳۹
فشار خون اساسی..... ۲۴۰
بیماری کرونری قلب..... ۲۴۳
سردردهای میگرنی..... ۲۴۵
اختلالهای پوستی ..... ۲۴۶
اختلالهای مربوط به قاعدگی، حاملگی، و رفتار جنسی..... ۲۴۷
اختلالهای مفصلی و ماهیچه‌ای..... ۲۴۸
اختلالهای مربوط به غدد داخلی..... ۲۴۸

آسم ..... ۲۴۸
سرطان ..... ۲۵۰
فربهی ..... ۲۵۴
بیخوابی ..... ۲۵۵
دیدگاههای مختلف دربارهٔ اختلالات روانی فیزیولوژیائی ..... ۲۵۷
دیدگاه زیست شناختی ..... ۲۵۷
دیدگاه روان پویائی ..... ۲۵۹
دیدگاه شخصیتی ..... ۲۵۹
دیدگاه فرهنگی اجتماعی ..... ۲۶۲
دیدگاه رفتارگرائی ..... ۲۶۵
درمان اختلالات روانی فیزیولوژیائی ..... ۲۶۶
قابلیت پیش‌بینی و کنترل ..... ۲۶۸
سؤالات فصل هشتم ..... ۲۷۰

## فصل نهم

اختلالات شخصیت ..... ۲۷۷
۱ـ اختلالات مربوط به طبقهٔ اول ..... ۲۸۰
الف : اختلال شخصیت پارانوییدی ..... ۲۸۱
ب : اختلال شخصیت اسکیزوییدی ..... ۲۸۱
ج : اختلال شخصیت اسکیزوتایپال ..... ۲۸۲
۲ـ اختلال مربوط به طبقهٔ دوم ..... ۲۸۳
الف : اختلال شخصیت مرزی ..... ۲۸۳
علل اختلال شخصیت مرزی ..... ۲۸۴
ب : اختلال شخصیت هیستریانیک ..... ۲۸۶
ج : اختلال شخصیت خودشیفتگی ..... ۲۸۶
د : اختلال شخصیت ضداجتماعی ..... ۲۸۸
شیوع، سابقهٔ تاریخی، و اختلال اراده ..... ۲۸۸
ویژگیهای شخصیتهای ضداجتماعی ..... ۲۹۰
الف : بی هدف بودن رفتار ضداجتماعی برانگیخته شده ..... ۲۹۱
ب : فقدان وجدان و احساس مسؤولیت نسبت به دیگران ..... ۲۹۱
ج : فقر هیجانی ..... ۲۹۲
علل رفتار ضداجتماعی ..... ۲۹۲
۱ـ زمینهٔ خانوادگی و اجتماعی ..... ۲۹۲
۲ـ نارسائیهای یادگیری ..... ۲۹۴
۳ـ رابطهٔ وراثت و شخصیت ضداجتماعی ..... ۲۹۵
بررسی دوقلوها ..... ۲۹۶
بررسیهای فرزند خواندگی ..... ۲۹۶
اضافه بودن کروموزوم y ..... ۲۹۷

بد عملکردهای فیزیولوژیائی ..... ۲۹۷
مثالی وحشتناک از اختلال شخصیت ضداجتماعی ..... ۲۹۹
خلاصه‌ای از بحث و بررسی اختلال شخصیت ضداجتماعی ..... ۳۰۲
اختلال سلوکی ..... ۳۰۳
نمونه‌هائی از اختلال سلوکی ..... ۳۰۴
نوجوان آشفته ..... ۳۰۶
جویندگان احساس ..... ۳۰۷
اضطراب در افراد ضداجتماعی ..... ۳۰۷
۳ـ اختلالات مربوط به طبقهٔ سوم ..... ۳۰۸
الف : اختلال شخصیت اجتنابی (دوری گزین) ..... ۳۰۸
ب : اختلال شخصیت وابسته ..... ۳۰۹
ج : اختلال شخصیت وسواسی ..... ۳۱۰
د : اختلال شخصیت انفعالی ـ پرخاشگری ..... ۳۱۰
سؤالات فصل نهم ..... ۳۱۲

## فصل دهم

**اختلالات خلقی** ..... ۳۱۷
ویژگیهای حمله‌های افسردگی و مانی ..... ۳۱۷
حملهٔ مانی ..... ۳۱۹
۱ـ خلق بالا رفته، انبساط یافته، یا تحریک‌پذیر ..... ۳۱۹
۲ـ بیش فعالی ..... ۳۲۰
۳ـ پرگوئی ..... ۳۲۰
۴ـ پرش اندیشه‌ها ..... ۳۲۰
۵ـ عزت نفس غرور آمیز ..... ۳۲۰
۶ـ بیخوابی ..... ۳۲۱
۷ـ حواس‌پرتی ..... ۳۲۱
۸ـ رفتار بی‌ملاحظه و بی‌پروا ..... ۳۲۱
حملهٔ افسردگی شدید ..... ۳۲۲
۱ـ خلق افسرده ..... ۳۲۳
۲ـ نبود لذت یا علاقه نسبت به فعالیتهای عادی زندگی ..... ۳۲۳
۳ـ اختلال در اشتها ..... ۳۲۵
۴ـ آشفتگی خواب ..... ۳۲۵
۵ـ کندی یا برانگیختگی روانی ـ حرکتی ..... ۳۲۵
۶ـ نبود انرژی ..... ۳۲۶
۷ـ احساس گناه و بی‌ارزشی ..... ۳۲۶
۸ـ مشکلات تفکر ..... ۳۲۶
۹ـ افکار بازگشت‌پذیر دربارهٔ مرگ و خودکشی ..... ۳۲۷
شیوع افسردگی شدید ..... ۳۲۹

اختلال دو قطبی ..... ۳۳۳
دیس‌تایمی و سیکلوتایمی ..... ۳۳۷
دیس‌تایمی یا افسرده خوئی مزمن ..... ۳۳۷
سیکلوتایمی یا افسرده خوئی ادواری ..... ۳۳۸
افسردگی درون‌زاد در مقابل افسردگی واکنشی ..... ۳۴۱
به چه دلیل احتمال ابتلای زنان به افسردگی بیشتر از مردان است؟ ..... ۳۴۳
افسردگی فصلی ..... ۳۴۷
افسردگی در دانشجویان دانشگاه ..... ۳۴۸
تأثیرات پدر یا مادر مبتلا به افسردگی دو قطبی بر رشد کودک ..... ۳۵۰
سؤالات فصل دهم ..... ۳۵۹

## فصل یازدهم

نظریه‌ها، تحقیقها، و درمان افسردگی ..... ۳۵۹
نظریه‌های مربوط به افسردگی ..... ۳۵۹
نظریه‌های زیست‌شناختی ..... ۳۶۰
نقش وراثت در اختلالات دو قطبی ..... ۳۶۳
اثرات لیتیوم ..... ۳۶۵
درمان بر اساس نظریه‌های زیست شناختی ..... ۳۶۸
الکتروشوک درمانی ..... ۳۶۹
شبکهٔ ارتباطی عصبی ـ بدنی و انتقال دهندگان آنها ..... ۳۷۴
داروهای مخصوص درمان اختلالات خلقی ..... ۳۷۸
نظریه‌های روان‌پویائی ..... ۳۷۹
نظریه‌های یادگیری ..... ۳۸۲
درمان افسردگی از نقطه نظر یادگیری ..... ۳۸۶
نظریهٔ شناختی ..... ۳۹۱
نظریهٔ شناختی بک دربارهٔ افسردگی ..... ۳۹۱
درمانگری شناختی افسردگی ..... ۳۹۸
اسناد (نسبت دادن) و بی‌پناهی در افسردگی ..... ۴۰۳
بی‌پناهی آموخته شدهٔ اولیه ..... ۴۰۵
صحت و دقت شناختی در افسردگی ..... ۴۱۰
نظریهٔ اصالت وجودی ـ انسان‌گرائی دربارهٔ افسردگی ..... ۴۱۱
نظریه‌های روان‌شناختی متضاد با یکدیگر دربارهٔ افسردگی ..... ۴۱۲
سؤالات فصل یازدهم ..... ۴۱۴

## فصل دوازدهم

خودکشی و پیراخودکشی ..... ۴۱۹
رسانه‌های گروهی و خودکشی ..... ۴۳۲
علل خودکشی ..... ۴۳۷

سؤالات فصل دوازدهم ..... ۴۴۰

واژه‌نامه ..... ۴۴۱
منابع و مآخذ ..... ۴۵۹

طبقه‌بندی DSM IV ..... ۴۷۱

به نام خداوند جان و خرد
کزین برتر اندیشه برنگذرد

## پیشگفتار

بدون داشتن شالودهٔ منسجمی از فرآیندهای شخصیت ـ جریانهائی که فهم آنها در همهٔ ابعاد رفتار، *بهنجار* یا *نابهنجار*، قابل کاربرد است ـ نمی‌توانیم به فهم و درک عمیق مسائل آسیب‌شناسی روانی نائل آئیم. دلیل این امر آشکار است، زیرا آسیب‌شناسی روانی جدا و متفاوت از سایر رشته‌های روان‌شناسی نیست، بلکه نتیجه و محصولی است از قوانین رشد، یادگیری، انگیزش، هیجان، شناخت، و تفکر که امکان شناخت واقعیتهای روانی را برای ما فراهم می‌سازند و می‌توانند در تشخیص گروهی خاص که از مسائل ویژه‌ای رنج می‌برند سودمند افتند. این گروه کسانی هستند که از جهاتی از افراد دیگر متفاوت هستند، و به بیان سنتی و قدیمی، *آشفته‌اند*. بنابراین، لازم است که پس از بحث و بررسی مفهوم *بهنجاری* و *نابهنجاری* اطلاعاتی دربارهٔ آنان کسب کنیم.

این قوانین نه تنها در شناخت *بهنجاری* و *نابهنجاری* قابل کاربرداند، بلکه به ما می‌نمایانند که تفاوتهای بین افراد *بهنجار* و *نابهنجار*، بدان گونه که ما تصور می‌کنیم نیست و در واقع ممکن است که اغلب در ارزیابی و تصدیق این موضوع که یک بزرگسال *آشفته* مراحل اجتماعی شدن خویش را بخوبی طی کرده و شایستگی پاسخ دادن به خواستها و نیازهای فرهنگ و جامعه را داراست، با اشتباه مواجه باشیم. مثلاً اگر یک فرد سیکوتیک راکه رفتار و افکارش از بسیاری جهات، در مقایسه با همگنانش، دچار اشکال و انحراف است را در نظر بگیریم، متوجه می‌شویم که تنها جزء کوچکی از رفتار کلی وی آشکارا منحرف است، و آن جزئی است که ما

نسبت به آن بسیار حساسیم، در حالی که ممکن است رفتار وی از سایر جهات بی‌عیب باشد. مثلاً، بسیاری از اوقات صحبتهای درستی داشته باشد، مثل دیگران غذا بخورد، در آداب و رسوم فرهنگی و اجتماعی متداول شرکت کند، از تفریحات معمولی لذت ببرد، و حتی بسیاری از مسؤولیتهای خویش را بشناسد و به آنها پاسخ مناسب بدهد. همچنین توجه به بهداشت، پاکیزگی، و نظم غذا خوردن و خوابیدن خود را بدان حد حفظ کرده باشد که بتوان گفت فقط یک در صد از رفتارهای وی آشکارا *آشفته‌اند*، و ۹۹ درصد از رفتارها و روابط اجتماعی او با دیگران تفاوتی ندارند. و حتی تماس و برخورد وی با محیط، واقعیتهای زندگی، و روابط اجتماعی در حدی باشد که به رغم رنج بردن از استرسهای شخصی شدید، دست نخورده تلقی شوند.

با این وجود، او فردی است *آشفته*، یک *آشفتگی* باور نکردنی. یعنی در حالی که رفتار آشکار وی ممکن است در بسیاری از اوقات بی‌عیب به نظر برسد، ولی افکار، احساسات، و ادراکهایش منبع عذاب و ناراحتی شدید برای او باشند. بنابراین، لازم است که علل ناراحتیهای چنین فردی را بشناسیم. برای رسیدن به این مقصود باید به جنبه‌های فیزیولوژیائی به ویژه مغز و دستگاه عصبی او، بینش حاصل کنیم، پایه‌های یادگیری و احساسات او را بشناسیم، پویائیهای رفتار او را بدانیم، به شناختهای او آگاهی داشته باشیم، و از هدفها، ارزشها، و معنائی که برای خود در زندگی قائل است، اطلاع داشته باشیم. به همین دلیل در سراسر کتاب پس از ارائهٔ هر اختلال سعی شده است که علل آنها از دیدگاههای مختلف: زیست‌شناختی، روان‌پویائی، یادگیری، شناختی، انسان‌گرائی و اصالت وجودی، و اجتماعی مورد بحث و بررسی قرار گیرد.

در آغاز تصمیم بر آن بود که کلیهٔ مطالب مربوط به آسیب‌شناسی روانی در یک جلد ارائه شود، ولی به دلیل حجم زیاد آنها، در دو جلد گنجانیده شد که جلد اول آن هم‌اکنون در دسترستان قرار گرفته است. امید است که جلد دوم نیز به زودی منتشر شود.

در اینجا لازم می‌دانم که از توجه و عنایت مسؤولان انتشارات بعثت به ویژه از زحمات آقای قاسم شمس در جریان چاپ این کتاب صمیمانه قدردانی نمایم.

ح ـ آزاد

زمستان ـ ۱۳۷۲

# فصل اول

## زمینهٔ تاریخی آسیب‌شناسی روانی

هدف این فصل آشنا ساختن دانشجو با موضوع، تعریف و مفهوم آسیب‌شناسی روانی است. اما قبل از آن، زمینهٔ تاریخی مربوط به اختلالات روانی را به اختصار مرور می‌کنیم.

ممکن است چنین تصور شود که بررسی تاریخی آسیب‌شناسی روانی کاری بی‌فایده است، زیرا بدون شک اطلاعات جدید، مؤثرتر، دقیقتر و منطقی‌تر از دانشهای زمانهای گذشته است و بهتر است به جای سیر در تاریخ گذشتهٔ این علم، توجه خود را معطوف به اطلاعات جدید بنمائیم. اما واقعیت آن است که این اطلاعات جدید حاصل کار و تلاش گذشتگان است و بررسی آنها زمینه را برای شناخت اطلاعات جدید آماده می‌سازد. تاریخچهٔ هر علم شرح تکامل افکار، بازتابها، نگرشها، و باورهای انسان طی هزاران سال است. بررسی این رویدادها و تحولات بسیار با ارزش است؛ زیرا اطلاعاتی به دست

می‌دهند که می‌توانند در فهم و ارزیابی این علم سودمند باشند.

نظریه‌های اولیه دربارهٔ اختلالات روانی این بود که شیطان در درون فرد مبتلا جایگزین شده و موجب اختلال رفتار وی گردیده است. به تعبیر دیگر نظریه‌های اولیه دربارهٔ رفتار نابهنجار و تبیین نابهنجاری نیروهای جادوئی و ماورالطبیعه مانند دیو، شیطان و ارواح خبیثه بودند. بنابراین، برای درمان فرد مبتلا کوشش می‌شد تا شیطان از درون وی بیرون رانده شود. به همین دلیل آنان را شکنجه می‌کردند، شلاق می‌زدند، می‌سوزاندند و با ابزارهای بسیار ابتدائی مانند سنگ جمجمه‌هایشان را سوراخ می‌کردند، و به سحر و جادو متوسل می‌شدند. کشف جمجمه‌های سوراخ شده مؤید این موضوع است. نوشته‌های چینیها، مصریها، عبریها، یونانیها نیز نشانگر این موضوع است که اینگونه اختلالات را به جایگزین شدن دیو در بدن فرد مبتلا نسبت می‌داده‌اند. در یونان قدیم (۸۰۰ سال قبل از میلاد) رفتار آشفتهٔ فرد به عنوان تنبیهی در برابر نافرمانی از خدایان تعبیر می‌شده است. این عقیده نه تنها در اقوام اولیه وجود داشت؛ بلکه در سدهٔ میانه نیز نفوذ و توسعهٔ فراوانی یافت.

شکل ۱ـ شکنجه دادن برای بیرون راندن شیطان از بدن فرد.

شکل ۲ـ سوزاندن جادوئی.

شکل ۳ـ آزمایش مستغرق کردن. اگر فردی که در آب انداخته شده بود غرق نمی‌گردید چنین تصور می‌شد که با شیطان هم پیمان است.

در خلال عصر طلائی یونان پیشرفت قابل توجهی در فهم و درمان بیماریهای روانی به وقوع پیوست. *بقراط* (۳۵۷ـ۴۶۰ پیش از میلاد) پزشک بزرگ یونان که "پدر پزشکی جدید" نامیده شده است مداخلهٔ خدایان و دیوها را در ایجاد بیماریها رد کرد. بر اساس نظریهٔ بدنی، علت بیماریهای روانی اختلال در اعضای مختلف بدن به خصوص مغز بود. بقراط معتقد بود که مغز فرمانده بدن است و بیماریهای روانی مربوط به اختلال در آن است. همچنین بقراط علت اختلالات روانی را عدم تعادل فرآورده‌های مزاجی (صفرا، سودا، خون، و بلغم) می‌دانست. او مغز را مهمترین عضو بدن و تعبیرکنندهٔ آگاهی

توصیف می‌کرد. پیش از او مصریان قلب را محل حیات روانی و هیجانی می‌دانستند.

بقراط و پیروان وی به دلیل تشخیص و درمان بیماریهای روانی شهرت ویژه‌ای یافتند. بقراط انواع مختلف بیماریهای روانی را به سه طبقهٔ کلی: مانی[1]، مالیخولیا[2]، و زوال عقل[3] یا بیماری مغزی طبقه‌بندی می‌نماید و توصیفهای بالینی مفصل دربارهٔ هر یک از این سه طبقه بیماری به دست می‌دهد. او باور داشت که علت حمله‌های صرعی آسیبهای مغزی است. بقراط تأکید نمود که اختلالات روانی علل طبیعی داشته و مثل سایر بیماریها مستلزم درمانند. روشهای درمانی وی شامل استراحت کردن، حمام گرفتن، و رژیم غذائی خاص بود.

شکل ۴ـ بقراط

*افلاطون* (۳۴۷ـ۴۲۹ قبل از میلاد) مسائل مربوط به افراد آشفتهٔ روانی را که مرتکب

1 - Mania
2 - Melancholia
3 - Phrenitis

قتل می‌شدند مورد بررسی قرار داد و آشکارا اظهار داشت که این افراد مسؤول جنایات خویش نیستند و نباید با آنان بدانگونه که با سایر جانیان رفتار می‌شود رفتار نمود. او رفتار هر فرد را نتیجه‌ای از تعارض بین استدلال و هیجان می‌دانست و بر خلاف کسانی که علت رفتار نابهنجار را بدنی می‌دانستند، بر نیروی تفکر تأکید ورزید و اظهار داشت که ذهن تنها واقعیت حقیقی وجود انسان است. به نظر وی شخصیت آرمانی شخصیتی است که به ویژه توسط فکر و استدلال رهبری شود. افلاطون عقیده داشت که رفتار انسان تحت نفوذ و استیلای نیازهای بدنی و غریزه‌های طبیعی وی است.

*ارسطو* (۳۲۲-۳۸۴ پیش از میلاد) شاگرد افلاطون بود ولی از عقاید وی پیروی نمی‌کرد. او بیشتر پیرو عقاید بقراط دربارهٔ مزاجهای چهارگانه بود و عقیده داشت که مزاجهای گرم موجب تمایلات عاشقانه و پر حرفی می‌شود و نیز موجد تکانه‌های خودکشی در فرد است. او دربارهٔ استدلال و آگاهی، مطالب زیادی نوشت، و حالتهای هیجانی و انگیزشی از قبیل ترس، خشم، حسادت، تنفر، شجاعت، و شفقت را مورد بحث و بررسی قرار داد. ارسطو خشم را محصول نگرش فرد دربارهٔ ناروائی و بی‌عدالتی می‌دانست و معتقد بود که ترس نتیجهٔ آگاهی فرد از خطر و انتظار شکست یا طردشدگی است. او دربارهٔ لذت و الم مفاهیمی را مورد استفاده قرار داد که با اصول عقاید فروید و پیروانش شبیه بود.

در سالهای اولیهٔ مسیحی، *سنت‌اگوستین* (۳۵۴-۴۳۰ بعد ازمیلاد) بسیاری از اندیشه‌های جدید دربارهٔ اختلالات روانی را پیش‌بینی نمود. او به عنوان یک حکیم و فیلسوف الهی زمینه را برای نظریه‌های روان پویائی[1] دربارهٔ رفتار نابهنجار هموار ساخت. اگوستین مطالب گسترده‌ای دربارهٔ احساسات و کشمکشهای روانی در انسان نوشت، به طوری که ممکن است بتوان وی را پیشگام مکتب تحلیل روانی دانست. او مانند فروید به معصوم بودن کودکان اعتقاد نداشت و نقش تکانه‌های پرخاشگری در

1 - Psychodynamic

کودکان و نیاز به کنترل اوضاع محیطی را مورد بحث قرار داد. اگوستین با بیان این نکته که درون‌نگری و کشف زندگی هیجانی درونی، منبع با ارزشی برای دانش روان‌شناسی است؛ سهم بزرگی در روان‌شناسی نابهنجاری نوین داشته است.

در سدهٔ میانه نگرش اخلاقی، انسانی، و خوش‌بینانه که نسبت به انسان در سالهای اولیهٔ مسیحی وجود داشت از بین رفت و جای خود را به افکار و عقاید ضد روشن اندیشی بخشید. اعتقاد به ارواح خبیثه مجدداً با نیروی شدید ظاهر گردید. مثلاً در قرون سیزده و چهارده بیماران روانی را شکنجه می‌کردند تا شیطان از ذهنشان خارج شود. با این وجود کسانی بودند که بر خلاف جریان آب شنا می‌کردند. مثلاً *پاراسلسوس*[1] به کسانی که به ارواح خبیثه اعتقاد داشتند حمله کرد و ناسازگاریهای روانی را پدیده‌ای طبیعی دانست. او به نجوم اعتقاد داشت و پدیده‌های طبیعی را به سیارات و ستارگان نسبت می‌داد. با وجود چنین اندیشه‌های روشنگرانه‌ای، افکار خرافی و تعصب آلود در سده‌های میانه همچنان رواج داشت و دانشی را که نسلهای قبل اندوخته بودند؛ دگرگون ساخت.

در اواسط قرن پانزدهم تلاشی چشمگیر در جهت بردباری و مدارا نسبت به رفتار نامأنوس بیماران روانی آغاز گشت. اعتقاد به جادوگری دگرگون شد و نزدیک به سیصدسال بعد، اروپا درگیر ترسی دیوانه‌وار نسبت به جادوگران گردید، ترسی که منجر به کشتن و از بین بردن هزاران تن از جادوگران شد.

تحول اجتماعی و فکری بزرگی در اواخر سده‌های پانزدهم و شانزدهم ایجاد شد. با پیدایش سرمایه‌داری، ارزشهای فردی جایگزین ارزشهای سادهٔ اجتماعی گردیدند، شهرها جایگزین جوامع روستائی شدند و ساختار خانوادگی و روستائی سدهٔ میانه رو به اضمحلال نهاد. تفرقه و اختلاف کلیساها را فراگرفت و نهضت پروتستان، قسمت اعظم اروپا را درگیر جنگهای مذهبی ساخت و این عوامل موجب بر هم زدن توازن اجتماعی بیشتری شدند.

1 - Paracelsus

در خلال این بی‌ثباتی گستردهٔ اجتماعی عقایدی دربارهٔ جادوگران ظاهر گشت و آنان به عنوان کسانی که با شیطان هم پیمان بوده و از آزار و اذیت دیگران لذت می‌برند تلقی شدند و این حکم که هر مرد یا زنی که اقدام به احضار ارواح کند محکوم به مرگ است به اجرا درآمد. کلیسا جادوگری را "خطای حواس" و نوعی الحاد و ارتداد نسبت به خداوند دانست که باید از طریق کلیسای رم سرکوب شود.

اولین نهضت انسان گرایانه دربارهٔ بیماریهای روانی با کار *فیلیپ پینل* (۱۸۲۶-۱۷۴۵) در فرانسه آغاز گشت. پینل که از ۱۷۹۲ رئیس بیمارستان روانی بیستر[1] در فرانسه شد دستور داد تا زنجیر از دست و پای بیماران روانی بردارند و از شکنجه و آزار آنان اجتناب ورزند و با آنان مانند یک انسان بیمار رفتار کنند. در خلال این دوره، *درمانگری اخلاقی*[2] در حد بالنسبه وسیعی در بیمارستانهای روانی مورد استفاده واقع شد. گرچه، ممکن بود درمانگری اخلاقی، غیر علمی باشد ولی بی‌تردید بسیار مؤثر واقع شد.

به رغم نتایج مؤثری که درمانگری اخلاقی دربر داشت، به دلیل پذیرش این عقیده که دیوانگان افراد بیمار هستند و فقط درمانگری اخلاقی نمی‌تواند مؤثر باشد، در نیمهٔ دوم قرن نوزدهم این روش درمانگری رو به اضمحلال گذاشت.

از اوائل قرن نوزدهم اطلاعات مربوط به فیزیولوژی، تشریح، عصب‌شناسی، شیمی و پزشکی عمومی به سرعت افزایش یافت. این پیشرفتها به کشف تدریجی زیربنای آسیب‌شناختی عضوی بسیاری از بیماریهای بدنی منتهی گشت و این گام مؤثر دیگری بود که دانشمندان بیماریهای روانی را به عنوان اختلالاتی بر اساس آسیب شناختی عضوی معین بنگرند.

در ۱۸۵۸ *امیل کراپلین*[3] نقش مهمی در ایجاد نظریهٔ بدنی ایفا نمود. او بر اهمیت آسیب شناختی مغزی در بیماریهای روانی تأکید نمود، هر چند به اقدامات مؤثر دیگری

1 - Bicetre
2 - Moral therapy
3 - Emil Kraepelin

در این زمینه مبادرت ورزید که مهمترین آنها نظام طبقه‌بندی وی بود.

در اوائل قرن بیستم، اکثر بررسی کنندگان رفتار نابهنجار متقاعد شدند که آسیب شناختی عضوی مغز یا دستگاه عصبی باید ریشهٔ تمام اختلالات روانی باشد، چنان که این موضوع در مورد فلج سیفلیتیک صادق است. با این وجود مکتب فکری جدیدی نیز ظاهر گشت که عقیده حاکم دربارهٔ آسیب شناختی مغزی را به عنوان علت اختلالات روانی، مورد سؤال قرار داد. این یک نظریهٔ «انقلابی» بود که علت انواع معین اختلالات روانی را بیشتر روان‌شناختی می‌دانست تا عوامل عضوی.

اولین گامهای منظم در جهت فهم عوامل روان‌شناختی اختلالات روانی توسط زیگموندفروید[1] (۱۹۳۹-۱۸۵۶) برداشته شد. فروید مدل تحلیل روانی[2] (روانکاوی) را مورد استفاده قرار داد. اصول عمدهٔ وی در این مدل مطالعهٔ بالینی بیماران روانی تحت درمان وی بودند. در آغاز فروید هیپنوتیزم را برای درمان بیماران خود به کار می‌بست و مشاهدات خود را معطوف به روان پویائیهای[3] مسائل آنان می‌نمود. پس از آن روش همخوانی آزاد[4]، که در آن از بیمار خواسته می‌شد تا آنچه به ذهنش می‌آید بازگو کند، را مورد استفاده قرار داد.

در بررسی نظریه‌های روان‌شناختی معاصر شش دیدگاه را مورد بررسی قرار خواهیم داد که عبارت است از: ۱- دیدگاه زیست شناختی ۲- روان پویائی ۳- یادگیری ۴- شناختی ۵- انسان‌گرائی و اصالت وجودی ۶- اجتماعی.

## موضوع آسیب شناسی روانی

آسیب شناسی روانی، رفتار، احساسها، و هیجانهای افراد را ازنظر برخورد با محیط و جامعه مورد بحث قرار می‌دهد. همچنین چگونگی احساس متفاوت بودن افراد از نظر جامعه و برخورد با آنان را بررسی می‌نماید. احساس متفاوت بودن، طیف وسیعی را در

1 - Sigmund Freud
2 - Psychoanalysis
3 - psychodynamics
4 - free association

بر می‌گیرد که از هذیانها (افکار نادرست و آزاردهنده)، توهمها (ادراکهای غلط و یا بدون محرک)، تا نگرانیها و رفتارهای ابهام‌آمیز که تأثیر مهمی بر زندگی روزانهٔ شخص ندارند ولی بهتر است وجود نداشته باشند، در نوسان است.

بخش عمدهٔ رفتارهائی که در آسیب‌شناسی روانی مورد بررسی قرار می‌گیرد مربوط است به شکستها و ناشایستگیهای فرد. این شکستها عمدتاً عبارتند از: شکست فرد در سازگاری با محیط. برای رسیدن به این مقصود فرد می‌کوشد تا بین آنچه انجام می‌دهد یا مایل است انجام دهد از یک سو، و آنچه محیط از وی انتظار انجام دادن آن را دارد از سوی دیگر، تعادل برقرار کند. به عبارت دیگر، سازگاری فرد مستلزم برآوردن نیازهای شخصی خویش مطابق با واقعیتهای محیطی است.

محدودهٔ رفتار ناسازگار از ترسهای مزمن که ناراحت‌کننده است، اما موجب از بین رفتن کامل فعالیت فرد نمی‌شود، تا تحریف شدید واقعیت و ناتوانی در ارتباط با دیگران را شامل می‌شود. گاهی فقط خود فرد از رفتار ناسازگار خویش ناخشنود است، گاهی جامعه دستخوش آشوب و نگرانی و آماده وقوع یک رویداد است. هر رفتار انحرافی لزوماً ناسازگار نیست، مثلاً *آلبرت اینشتین* در دوازده سالگی تصمیم گرفت زندگی خود را وقف "حل معمای دنیا پهناور" بنماید.

سازگاری جریانی پویاست. هر فرد به محیط و تغییراتی که در آن رخ می‌نماید، پاسخهائی می‌دهد. تعیین اینکه شخص تا چه اندازه می‌تواند با محیط و تغییرات آن سازگار شود به دو عامل بستگی دارد: یکی خصوصیات شخص یعنی مهارتها، نگرشها، حالات بدنی، دیگری ماهیت موقعیتهائی که با آن مواجه می‌شود مانند کشمکشهای خانوادگی و بلاهای طبیعی. این دو عامل با هم در تعیین سازگاری، خشنودی و کامیابی یا شکست و کناره‌گیری فرد مؤثرند. چون شخص و محیط همواره در حال تغییر و تحول‌اند، پس سازگاری باید همواره با توجه به این دو عامل صورت پذیرد. تغییرات فوق‌العاده سریع درونی فشار خاصی بر توانائیهای سازگاری فرد وارد می‌سازند. هر چند باید متذکر شد که سازگاری موفقیت آمیز فرد در یک موقعیت، موفقیت وی را در

موقعیتهای دیگر تضمین نمی‌نماید.

وقتی که از چگونگی سازگاری مطلوب صحبت می‌شود باید شرایطی که سازگاری در آن به وقوع می‌پیوندد، مورد توجه واقع شود. ممکن است فرد در یک زمان بخوبی بتواند با یک موقعیت ترسناک و یا دشوار سازگار شود، ولی در زمانی دیگر رفتاری ناسازگارانه داشته باشد. بعضی از افراد ممکن است در موقعیتی که دیگران نمی‌توانند خود را در آن سازگار کنند، رفتاری سازگارانه داشته باشند.

## تعریف آسیب شناسی روانی

آسیب‌شناسی روانی علمی است که در آن کوشش می‌شود با به کار گرفتن اصول اساسی روان‌شناسی، رفتار نابهنجار شناخته شده، علل آن مورد بررسی قرار گیرد. در این تعریف مفاهیمی وجود دارد که لازم است توضیح داده شود و دقیقاً مورد بحث قرار گیرد. منظور از اصول اساسی روان‌شناسی قوانینی هستند که در زمینه‌های مختلف روان‌شناسی مانند احساس و ادراک، شخصیت، یادگیری، انگیزش و هیجان و از این قبیل به دست آمده‌اند. مفهوم دیگری که در این تعریف آمده، رفتار نابهنجار است که لازم است دقیقاً بررسی شده معیارهای معینی برای تشخیص رفتار "بهنجار" از "نابهنجار" به دست داده شود.

## منظور از "رفتار نابهنجار" چیست؟

چون کلمهٔ نابهنجار اصولاً معنی دور بودن از طبیعی را می‌دهد، بنابراین، دلالت بر انحراف از بعضی استانداردها دارد. در مورد بیماری بدنی استاندارد عبارت است از: انسجام کنشی و ساختمانی بدن که با استمداد از علم پزشکی و ابزارهای دقیق و فنون پیشرفته می‌توان خط و مرز مشخصی بین بهنجاری و نابهنجاری ترسیم نمود، ولی در سطح روان‌شناختی "مدل آرمانی" یا حتی "مدل طبیعی" برای مقایسه نداریم. بنابراین نمی‌توان گفت کدام رفتار بهنجار و کدام رفتار نابهنجار است. با این وجود ملاکهائی برای

تشخیص بهنجار از نابهنجار وجود دارد که عبارتند از:

**۱ـ ملاک اجتماعی**

بسیاری از دانشمندان اجتماعی این نظریه را بیان داشته‌اند که تطبیق رفتار با استانداردهای اجتماع نشانگر بهنجار بودن آن است، در حالی که انحراف از این استانداردها دلیل نابهنجار بودن آن. بدین ترتیب تا زمانی که رفتاری مورد قبول جامعه باشد نمی‌تواند نابهنجار تلقی شود. بر اساس این تعریف رفتار زمانی نابهنجار است که جامعه آن را نابهنجار بداند. ملاک اجتماعی بر این پیش فرض تکیه می‌کند که اگر رفتاری قابل قبول اجتماع باشد هرگز مرضی نیست و بهنجار بودن، چیزی جز تطبیق با استانداردهای جامعه نیست. به تعبیر دیگر مفهوم "بهنجاری" و "نابهنجاری" در رابطه با فرهنگ معنی‌دار است. یعنی رفتار طبیعی، رفتاری است که اجتماع توقع دارد؛ ولی رفتار غیرطبیعی چنین نیست. البته سازگاری با استانداردهای اجتماعی برای زندگی گروهی لازم است و بعضی انحرافها نه تنها برای فرد مضر است بلکه برای اجتماع هم زیان‌آور است. ولی توجه به این نکته ضروری است که ملاک تعیین رفتار بهنجار فقط این نیست که جامعهٔ آن را بپذیرد، بلکه بر ملاک اجتماعی نیز انتقادهائی می‌تواند وارد باشد. یکی از این انتقادها این است که ارزشهای فرهنگی نسبی است یعنی آنچه در یک فرهنگ قابل قبول و پذیرش است؛ ممکن است در فرهنگ دیگر به کلی مردود باشد. مثالهای زیادی می‌توان ذکر کرد که از آن جمله است قانون ازدواج پسران با یکدیگر که سالهاست در انگلستان به تصویب رسیده است، یا لخت مادرزاد شدن در ساحل دریا که در بسیاری از جوامع غربی متداول است. انتقاد دیگر اینکه حتی در یک جامعهٔ معین هم ارزشهای فرهنگی همواره ثابت نیست، یعنی آنچه در یک زمان معمول و قابل قبول است، ممکن است در زمان دیگر به هیچ‌وجه قابل قبول نباشد، مثال بارز وجود حجاب برای زنان که اکنون در جامعهٔ ما یک ارزش فرهنگی بسیار با اهمیت تلقی می‌شود ولی قبلاً بر عکس یک ارزش ضدفرهنگی محسوب می‌شد. اما سومین و مهمترین انتقاد اینکه اگر ارزشی

در یک جامعه به صورت قانون هم وجود داشته باشد ولی همگان از آن پیروی نکنند، نمی‌تواند بهنجار محسوب گردد. به عنوان مثال، ازدواج پسران با یکدیگر در اروپا گرچه به صورت قانون به تصویب رسیده است ولی تعداد بسیار کمی از آن پیروی می‌کنند و اکثریت افراد آن را غیرطبیعی و نابهنجار می‌دانند. بنابراین، ملاک دیگری باید به کار گرفته شود که ملاک آماری است.

## ۲ـ ملاک آماری

همان‌طور که می‌دانیم نرمها[1] یا استانداردهای اجتماعی، مواردی هستند که اکثریت افراد جامعه آن را پذیرفته‌اند که این خود در واقع یک ملاک آماری است. یعنی از نظر آماری وقتی گفته می‌شود که مثلاً لباسی مد شده است یعنی اکثریت افراد جامعه آن را می‌پوشند. بنابراین، صفتی که اکثر افراد جامعه نپذیرند، خارج از نرم محسوب شده و غیرطبیعی و نابهنجار تلقی می‌گردد. اما فقط ملاک اجتماعی و آماری نمی‌تواند بهنجار بودن یا نابهنجار بودن یک رفتار را معین کند، بلکه باید ملاک مهم دیگری را به حساب آورد که ملاک روانی است.

## ۳ـ ملاک روانی

توجه به این نکته ضروری است که ملاک تعیین رفتار طبیعی فقط این نیست که اجتماع آن را نپذیرد بلکه رفتار طبیعی رفتاری است که *رفاه فرد* و سرانجام *رفاه جامعه* را تأمین نماید. رفاه تنها شامل بقای نفس نیست بلکه رشد و کمال فرد و تحقق توانائیهای بالقوهٔ وی را نیز در بر می‌گیرد. بر این اساس اگر تطبیق با ارزشهای اجتماعی ناسازگارانه باشد یعنی به سازگاری فرد لطمه بزند؛ نابهنجار تلقی می‌گردد. منظور از رفتار ناسازگارانه رفتاری است که با حداقل رشد و کنش مناسب فرد در تضاد باشد. بنابراین، طبق این

1 - norms

ملاک "رفتار نابهنجار" فقط شامل اختلالاتی از قبیل سیکوز[1]، یا نوروز[2] که شرح آنها به تفصیل خواهد آمد نمی‌شود، بلکه الگوهائی از قبیل می‌بارگی، مشاغل نادرست، بی‌حسی عاطفی[3]، ناسازگاریهای بیولوژیایی، روانی و اجتماعی را که موجب آسیب رساندن به رفاه شخص و اجتماع می‌گردد، نیز در بر می‌گیرد.

**نمونه‌های تاریخی و برجستهٔ رفتارهای نابهنجار**

بسیاری از نویسندگان اولیه مانند: چینیها، مصریها، عبریها و یونانیها نمونه‌های تاریخی برجسته‌ای دربارهٔ افراد مبتلا به اختلالات روانی ارائه داده‌اند. مثلاً *سول*[4] پادشاه اسرائیل در قرن یازده قبل از میلاد از حمله‌های *مانیک ـ دیپرسیو*[5] (شیدائی ـ افسردگی) عود کننده رنج می‌برد، در یک حملهٔ مانی (برانگیختگی) در مکانی عمومی تمام لباسهای خود را کند و در موقعیتی دیگر کوشش نمود که پسر خود *جاناتن*[6] را بکشد.

کمبوجیه پادشاه ایران در قرن ششم پیش از میلاد یکی از اولین کسانی است که نامش در تاریخ به عنوان شخصی می‌باره ثبت شده است. افراط وی در نوشیدن الکل با دوره‌ای از خشم غیرقابل کنترل همبسته شده بود، به طوری که در اثنای آن "شبیه به دیوانه‌ای که حواس خود را از دست داده باشد" رفتار می‌نمود. او با یکی از خواهرانش بر خلاف قانون ازدواج کرد، و یکی از خواهرانش را در حین حاملگی با لگد کشت و در موقعیتی دیگر برای آنکه نشان دهد افراط در نوشیدن الکل بر مهارتهای او تأثیر نمی‌گذارد پسر دوست خود را هدف قرار داد و کشت.

افسانه‌های یونانی توصیفهای بسیاری را دربارهٔ افرادی که دچار اختلالات روانی بوده‌اند، شامل می‌شود. مثلاً به نظر می‌رسد که *هرکولس*[7] مبتلا به حمله‌های تشنجی (صرع) بوده که با واکنش نوع *فیوگ*[8] (فرار روانزاد) وابسته بوده است. حمله‌های وی

---

1 - psychosis
2 - neurosis
3 - apathy
4- Saul
5 - manie - depressive
6 - Jonathan
7 - Hercules
8 - fugue-type

بدین ترتیب توصیف گردیده‌اند: چشمهای او حرکت می‌کردند، آگاهی او تیره می‌شد، دهانش کف می‌کرد، خشم شدیدی بر وی مستولی می‌شد، به افرادی که سر راه او قرار گرفته بودند حمله می‌کرد، آنگاه می‌افتاد، به خود می‌پیچید، و سرانجام به خواب عمیقی فرو می‌رفت. پس از بیداری دچار *آمنزی*[1] (فراموشی روانزا) بود. هرکولس در خلال این حمله‌ها دو تن از بچه‌های خود، دو تن از بچه‌های برادر خود، بهترین دوست خود، و معلم خود را کشت.

در دوره‌های جدیدتر جورج سوم[2] پادشاه انگلستان که به عنوان "شاه دیوانه" مشهور شده بود، نشانه‌های مرضی زیادی از جمله دوره‌هائی از برانگیختگی شدید و فعالیت افراطی ظاهر می‌ساخت. در خلال دوره‌های برانگیختگی مانیایی از یک موضوع به موضوع دیگری می‌پرید، سؤالهای شتابزده می‌نمود و منتظر هیچ پاسخی نمی‌ماند. غذای خود را چنان با سرعت می‌خورد که درباریان مجبور بودند غذای خود را قورت دهند و یا میز غذا را گرسنه ترک نمایند. او سوار بر اسب، مسابقهٔ بالا و پایین رفتن از پله می‌داد و تا دم مرگ اسب را می‌دوانید، کلمات وقیحانهٔ زیادی بر زبان می‌راند، و انرژی خستگی‌ناپذیری که از خصوصیات افراد مبتلا به مانی است که تازه آمادهٔ خواب باشند، آشکار می‌ساخت.

فیلسوف مشهور فرانسوی *ژان‌ژاک‌روسو* در اواخر عمر خویش نشانه‌های مرضی قابل ملاحظهٔ *پارانوئید*[3] (داشتن سوء ظن شدید به ویژه سوء ظن آزار و تعقیب) را آشکار ساخت. او همواره از این فکر که دشمنان پنهانی در پی آزار او هستند رنج می‌برد. او نه تنها معتقد بود که این دشمنان موجب ناراحتیهای درونیش شده‌اند، بلکه عقیده داشت که دسیسه و نیرنگ اصلی آنها این است که از طریق مستغرق ساخت وی در سود و جایزه، شکنجه‌اش نمایند، و حتی از این هم فراتر رفته باور داشت که برای غوطه‌ور ساختن وی در سود و منفعت به سبزی فروشهای دوره‌گرد رشوه داده‌اند تا سبزی را به او ارزانتر

1 - amnesia
2 - George III
3 - paranoid

بفروشند و این موضوع بدون تردید برای اثبات فرومایگی وی و بخشندگی آنها بوده است. این رفتار روسو موجب طرح این سؤال می‌شود که آیا علت آن وجود این واقعیت یعنی سپردن فرزندان خود در مرکز نگهداری کودکان سرراهی بوده است؟

روسو در خلال یک سفر به لندن دچار وحشت شده تمام چمدانها و پول خود را در هتل گذاشت و فرار کرد. وقتی که به ساحل رسید باد برای حرکت مساعد نبود. در اینجا نیز دلیل دیگری مبنی بر توطئه علیه خویش پیدا کرد. در بازگشت به فرانسه روسو معتقد گشت که دشمنان پنهانی او تعقیب و آزار خود را افزایش داده‌اند، مثلاً به کسی که روسو از او قهوه می‌خرید، به سلمانی، به صاحبخانه، رشوه داده‌اند تا وی را تحقیر کنند. حتی به واکسی رشوه داده‌اند تا کفش او را واکس نزند، یا به قایقبان رشوه داده‌اند که به او قایق ندهد. او عقیده داشت که دشمنانش از گشودن در خانه‌اش نیز ممانعت به عمل می‌آورند. او قادر نبود که به مردم اعتماد نماید. بنابراین، به خدا متوسل شده نامه‌ای بسیار محبت‌آمیز و خودمانی برایش نوشت و به منظور اطمینان از رسیدن نامه به مقصد کوشش نمود آن را در معبد *نوتردام*[1] در پاریس قرار دهد، ولی وقتی که نرده‌های آن را بسته دید معتقد شد که آسمان نیز بر علیه وی توطئه نموده است. سرانجام روسو اطمینان خود نسبت به سگش را هم از دست داده بود.

اسامی فیلسوفان، نقاشان، نویسندگان، و موسیقیدانان مشهور نیز فهرست بلندی از این دست را شامل می‌شود. مثلاً *موزارت*[2] دچار این *هذیان*[3] شد که به او زهر خورانیده‌اند. روبرت‌شومن[4] در اواخر زندگی معتقد گشت که به وسیلهٔ میزهای گردان که همه چیز را می‌دانند تعقیب می‌شود، و صداهای روح و ملودیها، و هارمونیها را که به صورت ترکیب کاملی ایجاد می‌شوند، می‌شنود. *وان‌گوگ*[5] در یک موقعیت گوش خود را برید و برای یک فاحشه فرستاد؛ عملی که آشکارا مربوط به تیرگی شعور وی در اثر بیماری صرع بود.

---

1 - Notre Dame
2 - Mozart
3 - delusion
4 - Robert Sehumann
5 - Van Gogh

*شوپنهاور*[1]، *چاپین*[2]، و *جان‌استوارت میل* از حمله‌های افسردگی در رنج بودند.

در بررسی این مثالهای تاریخی راجع به رفتارهای نابهنجار، این موضوع باید مورد توجه قرار گیرد که این رفتارها در پرتو مفاهیم مربوط به اختلالات روانی که امروزه وجود دارند، ارزیابی شده‌اند. این افراد در روزگار خودشان کاملاً بهنجار به نظر می‌رسیدند و دیگران عجیب و غریب و نابهنجار. همچنین لازم است به این واقعیت توجه شود که بعضی از این افراد، مثلاً روسو، کمکهای مؤثری به جامعه و شکل‌گیری تاریخ نموده‌اند (کلمن[3]، ۱۹۷۲، ٦).

**بعضی مفاهیم رایج غلط دربارهٔ رفتار نابهنجار**

در سراسر تاریخ، باورهای مربوط به اختلالات روانی معمولاً از طریق خرافات، نادانی، ترس، مشخص گردیده‌اند. گرچه پیشرفتهای بعدی در فهم علمی رفتار نابهنجار بسیاری از عقاید غلط را از بین برده است، ولی بعضی مفاهیم رایج غلط همچنان باقی مانده‌اند که شایستهٔ توجه دقیق هستند.

**۱ـ این باور که رفتار نابهنجار همیشه عجیب و غریب است**

مثالهائی از رفتار نابهنجار که در رسانه‌های گروهی گزارش شده‌اند یا آنچه در تاریخ و ادبیات ثبت گردیده‌اند، احتمالاً مواردی هستند افراطی از قبیل قتل، حملهٔ جنسی، خودکشی و سایر انحرافاتی که به طور مشخص از استانداردهای رفتاری پذیرفته شدهٔ اجتماعی متمایزند. تأکید بر انحرافات موجب تمایل به برابر دانستن اختلالات روانی و رفتارهای عجیب و غریب و اغلب خطرناک گردیده است. اما در واقع فقط درصد بالنسبه کمی از بیماران روانی از آنچه در اطرافشان می‌گذرد ناآگاهند و یا رفتارشان به طور آشکار عجیب و غریب است. رفتار بسیاری از کسانی که به اختلالات روانی دچار هستند

1 - Schopenhauer
2 - Chopin
3 - Coleman

خواه در بیمارستان بستری باشند خواه خارج از بیمارستان به سر ببرند در بسیاری از جنبه‌ها از رفتار افراد بهنجار غیرقابل تشخیص است.

در واقع اختلالات روانی میدان وسیعی از الگوهای رفتاری را در بر می‌گیرند. بعضی از رفتارهای مرضی حالت مشخصی دارند. در حالی که بعضی دیگر فقط در این حدند که شخص قادر به سازگاری مناسب با مسائل مختلف زندگی خود نیست.

**۲ـ این عقیده که "بهنجار" و "نابهنجار" به روشنی از یکدیگر متمایزند**

چنین نیست که افراد بهنجار در یک سمت و افراد مبتلا به اختلالات روانی در سمت دیگر باشند. بلکه بر اساس توزیع طبیعی بیشتر افراد در اطراف نقطهٔ مرکزی یا میانگین پراکنده‌اند و بقیه که تعداد کمی را شامل می‌شوند در جهت دو قطب بی‌نهایت منتشر شده‌اند. اکثر افراد سازگاریشان خوب و در حد متوسط است؛ عدهٔ کمی هستند که در یک سمت بی‌نهایت قرار می‌گیرند که روانهٔ بیمارستان می‌شوند و عدهٔ کمی هم در سمت دیگر بی‌نهایت واقع می‌شوند که به طور غیرمعمول در جهت زندگی مؤثر و ارضاکننده گام برمی‌دارند.

نه تنها رفتار افراد مختلف در درجات متفاوتی از بهنجار و نابهنجار قرار دارد، بلکه یک فرد هم ممکن است در مواقع مختلف به حالتهای متفاوتی تغییر حالت دهد. مشاهدات معمولی نشان می‌دهند که موفقیت شخص در سازش با مسائل زندگی به دلائل گوناگون تغییر می‌کند. مثلاً در مواردی از قبیل شکست در عشق، از دست دادن پول، بیماری، یک حادثه، مرگ فرد مورد علاقه ممکن است چنان مسائل سازگاری وی را افزایش دهند که به هیچ وجه قادر به سازگاری رضایت‌بخش با آنها نباشد. به همین ترتیب پیشرفت در موقعیت شغلی فرد، سازگاری زناشوئی، یا سلامت بدنی می‌تواند به سازگاری کلی بهتر منجر شود.

به نظر می‌رسد که در هر زمان هم الگوهای رفتار بهنجار و هم نابهنجار، کوششی است توسط فرد برای سازش با موقعیت زندگی خویش به گونه‌ای که آن را می‌بیند.

**۳ـ این نظر که اختلالات روانی محصول وراثت‌اند**

در تاریخچهٔ خانوادگی بیشتر افراد کسانی یافت می‌شوند که به اختلال روانی دچار بوده‌اند، و منسوبین، به خصوص منسوبین نزدیک، اغلب دچار ترس ناشی از ابتلا به بیماری روانی هستند، و گاهی اوقات حتی در اتخاذ تصمیم برای ازدواج دچار تردیدند، زیرا می‌ترسند که بچه‌های آنان قربانی وراثت خانوادگی گردند. گرچه آشکار گردیده است که نوعهای خاصی از عقب‌ماندگیهای ذهنی مربوط به بی‌نظمیهای کروزومی پدر و مادر و یا یکی از آنهاست، ولی عوامل ژنتیکی در ظهور اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روانی ممکن است فقط نقش مستعدکننده داشته باشند. در اکثر موارد، هنگامی که یک "اختلال روانی در خانواده جریان دارد"، کودکان احتمالاً این اختلال را از طریق یادگیری و نه از طریق ژنها، "به ارث می‌برند".

**۴ـ این نظر که نوابغ مستعد اختلال روانی هستند**

کسانی که به عنوان نوابغ علم و هنر مورد توجه قرار گرفته‌اند اغلب به صورت افرادی که آمادگی خاصی برای ابتلا به بیماری روانی دارند، نگریسته شده‌اند. *لمبروزو*[1] و سایر نویسندگان اولیه این مفهوم نادرست را از طریق ارائهٔ لیستی از شخصیتهای تاریخی که از بیماریهای روانی رنج برده‌اند، به منظور کوشش در اثبات رابطهٔ بین نبوغ و اختلال روانی ترویج نموده‌اند. ولی در بررسیهای تجربی چنین رابطه‌ای یافت نگردیده است. *جودا*[2] در ۱۹۴۹ پس از هفده سال مطالعهٔ وضع بدنی، ارثی، و سلامت روانی ۲۹۴ شخصیت نابغه در علم و هنر نتیجه گرفت که "هیچ دلیلی برای تأیید این پیش فرض که نوابغ آمادهٔ ابتلا به اختلالات روانی هستند، وجود ندارد.

1 - Lombroso

2 - Juda

**۵ـ این عقیده که بیماران روانی خطرناک و غیرقابل علاج‌اند**

این تصور غلط که بیماریهای روانی "غیرقابل علاج" هستند موجب می‌شود که کسانی که از بیمارستانهای روانی مرخص شده‌اند یا از اختلالات هیجانی شدید در رنج بوده‌اند افرادی بی‌ثبات و احتمالاً خطرناک تلقی گردند و در نتیجه از نظر شغل، ازدواج و از این قبیل، مورد تبعیض واقع شوند. گرچه این موضوع واقعیت دارد که اشخاصی که دارای انواع معینی از اختلالات روانی هستند، از قبیل سیکوزهای همراه با ضایعهٔ مغزی، هرگز به طور کامل بهبود نمی‌یابند، ولی اکثر بیماریهای روانی نسبت به درمان خوب پاسخ می‌دهند. در واقع در حدود ۷۰ تا ۸۰ درصد از بیماران روانی که به بیمارستان برده شده‌اند، بهبود یافته اکثر آنها با محیط و جامعه سازگاری رضایت‌بخشی داشته‌اند.

**٦ـ این عقیده که بیماری روانی یک ننگ است**

بسیاری از افراد که برای مشورت با دندان‌پزشک، چشم‌پزشک، حقوقدان و غیره تردیدی به خود راه نمی‌دهند برای مشاوره با روان‌شناس یا روانپزشک جهت حل مشکلات هیجانی خویش دچار تردیدند. در واقع هم بیماری روانی و هم بیماری بدنی ناتوانائیهائی هستند نسبت به ناسازگاری با محیط. بنابراین، مشکلات روانی مانند مسائل بدنی اختلالاتی هستند که با درمان بهبود می‌یابند و نباید عیب و ننگ محسوب شوند.

**۷ـ ترس بی‌اندازه از اینکه شخص آمادگی ابتلا به بیماری روانی دارد**

ترس از بیماری روانی احتمالی بسیار معمول است و موجب ناخشنودی شخص می‌گردد. البته هر فرد ممکن است مشکلات هیجانی جدی را تجربه نماید، به ویژه وقتی که مسائل زندگی به نظرش غیرممکن می‌رسد. در چنین شرایطی از طریق کمکهای روان‌شناختی می‌توان وی را از مشکلات رنج‌آور روانی رهائی بخشید.

## سؤالات فصل اول

۱ـ نظریه‌های اولیه دربارهٔ اختلالات روانی چه بوده است؟

۲ـ در خلال عصر طلائی یونان کدام پیشرفت مهم صورت گرفت؟

۳ـ چه کسی پدر پزشکی جدید نامیده شده است؟

۴ـ نظر بقراط دربارهٔ مغز و بیماریهای روانی چه بود؟

۵ـ بقراط علت اختلالات روانی را چه چیزی می‌دانست؟

۶ـ بقراط بیماریهای روانی را به چند طبقه تقسیم کرد و نام آنها چه بود؟

۷ـ روشهای درمانی بقراط شامل چه مواردی بود؟

۸ـ نظر افلاطون دربارهٔ افراد آشفتهٔ روانی چه بود؟

۹ـ افلاطون شخصیت آرمانی را چگونه شخصیتی می‌دانست؟

۱۰ـ ارسطو بیشتر پیرو نظر کدام دانشمند بود؟

۱۱ـ ارسطو کدام حالتها را در انسان مورد بررسی قرار داد؟

۱۲ـ در سالهای اولیهٔ مسیحی چه کسی اندیشه‌های جدید دربارهٔ اختلالات روانی را پیش‌بینی نمود؟

۱۳ـ اهمیت سنت‌اگوستین دربارهٔ رفتار نابهنجار چه بود؟

۱۴ـ به چه دلیل اگوستین را ممکن است بتوان پیشگام مکتب تحلیل روانی دانست؟

۱۵ـ در سدهٔ میانه چه نگرشی نسبت به انسان وجود داشت؟

۱۶ـ چه کسی در سدهٔ میانه ناسازگاریهای روانی را پدیده‌ای طبیعی می‌دانست؟

۱۷ـ تحول بزرگ اجتماعی و فکری سده‌های پانزدهم و شانزدهم چه بود؟

۱۸ـ اولین نهضت انسان‌گرایانه دربارهٔ بیماریهای روانی توسط چه کسی آغاز گشت؟

۱۹ـ درمانگری اخلاقی در چه زمانی رو به اضمحلال گذاشت؟

۲۰ـ در چه زمانی اطلاعات مربوط به علوم مختلف افزایش یافت؟

۲۱ـ نقش امیل کراپلین دربارهٔ اختلالات روانی چه بود؟

۲۲ـ در اوائل قرن بیستم نظر اکثر بررسی کنندگان رفتار نابهنجار چه بود؟

۲۳ـ اولین گامهای منظم در جهت فهم عوامل روان‌شناسی اختلالات روانی توسط چه کسی برداشته شد؟

۲۴ـ مدل تحلیل روانی توسط چه کسی مورد استفاده قرار گرفت و چگونه به کار بسته می‌شد؟

۲۵ـ موضوع آسیب‌شناسی روانی چیست؟

۲۶ـ بخش عمدهٔ رفتارهایی که در آسیب‌شناسی روانی مورد بررسی قرار می‌گیرد مربوط به کدام موارد است؟

۲۷ـ محدودهٔ رفتار ناسازگار چه اختلالاتی را در بر می‌گیرد؟

۲۸ـ این مفهوم که سازگاری جریانی پویاست؛ چه معنی می‌دهد؟

۲۹ـ تعریف آسیب‌شناسی روانی چیست؟

۳۰ـ منظور از "رفتار نابهنجار" چیست؟

۳۱ـ ملاکهای رفتار نابهنجار کدام‌اند؟

۳۲ـ ملاک اجتماعی رفتار نابهنجار کدام است؟

JOHNS HOPKINS UNIV

# فصل دوم

## دیدگاههای مختلف دربارهٔ رفتار نابهنجار

هدف این فصل عبارت است از بررسی علل اختلالات روانی. برای رسیدن به این مقصود کوشش خواهد شد تا دیدگاهها و نظریه‌های مختلف مربوط به علل اختلالات روانی مورد بحث و بررسی قرار گیرند. این دیدگاهها عبارتند از: دیدگاه زیست‌شناختی، روان پویائی، یادگیری، شناختی، انسان‌گرائی ـ اصالت وجودی، و اجتماعی.

### ۱ـ دیدگاه زیست شناختی

دیدگاه زیست شناختی بر نقش عوامل بدنی در ایجاد بیماریهای روانی تأکید می‌کند. در این دیدگاه اهمیت دستگاه عصبی (مغز و سلسله اعصاب)، غدد درون‌ریز، ژنها و انتقال دهندگان عصبی مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد. این دیدگاه قدیمی‌ترین دیدگاه محسوب می‌شود با این وجود اهمیت خود را دربارهٔ اختلالات روانی همچنان حفظ

کرده است. به ویژه فنون معینی وجود دارد که با کمک آنها می‌توان اختلالات مغز و سلسله اعصاب را بررسی نمود؛ مثلاً ثبت امواج الکتریکی مغزی یا E.E.G[1]، غده‌نگاری کامپیوتری مغز یا سی‌تی‌اسکن C.A.T.Scan[2]، برش‌نگاری و عکس‌برداریهای بسیار دقیق مغزی یا P.E.T[3]. در P.E.T، ماده‌ای گلوکز مانند که خیلی زود (در حدود نیم ساعت) جذب مغز شده، تشعشعهائی را در آن ایجاد می‌کند، به فرد تزریق شده پس از آن از نقاط بسیار ظریف و دقیق مغز عکس‌برداری می‌شود.

به تازگی طرحهای کامپیوتری دیگری برای مشاهدهٔ درون مغز زنده اختراع شده که عبارت است از: انعکاس پاسخ مغناطیسی هسته‌ای[4] (NMR) که بر سی‌تی‌اسکن برتری دارد، زیرا تصاویری با کیفیت بهتر به دست می‌دهد و حتی به میزان کم اشعهٔ ایکس که در C.A.T.Scan و P.E.T.Scan لازم است، نیاز ندارد. در NMR، شخص داخل یک مغناطیس مدور که موجب می‌شود اتمهای هیدروژن بدن وی به گردش درآیند، قرار می‌گیرد. وقتی که نیروی مغناطیسی قطع شود اتمها به حالت اولیهٔ خود باز می‌گردند و در نتیجه علامتهای الکترومغناطیسی ایجاد می‌شود. این علامتها توسط کامپیوتر "خوانده شده" و به تصاویر سیاه و سفیدی از بافت مغز برگردانده می‌شوند. توانائی بالقوهٔ این فن بسیار زیاد است زیرا ممکن است از این طریق بتوان ریشه و اساس نابهنجاریها را مشخص کرد. این ابزار "تصویرهای" آغاز گرانه‌ای از اعضای داخلی تدارک می‌بیند و اجازهٔ جمع‌آوری اطلاعاتی دربارهٔ بافت زندهٔ مغز می‌دهد که متخصصان اعصاب، محققان بهداشت روانی، و پژوهشگران پزشکی می‌توانند در کشف تومورهائی که تاکنون غیرقابل اکتشاف بوده‌اند و سایر مسائل بدنی مورد استفاده قرار دهند، همچنین می‌تواند برای پی‌جویی اساس عصبی فکر، هیجان، و رفتار به کار گرفته شوند (دیوسن[5] و نیل[6]، ۱۹۹۰، ۸۵).

1 - electroencephalography
2 - Computer Axial Tomography Scan
3 - Positron emition tomography scan
4 - Nuclear Magnetic Response imaging
5 - Davison
6 - Neale

در این دیدگاه روابط مغز و رفتار، و تأثیر محیط و وراثت مورد بحث واقع می‌شود. از آن جمله است تأثیر ژنها که از طریق ملکولهای D.N.A ممکن است فرد را برای ظهور خصوصیات معینی آماده سازند، نوع محیطی که فرد در آن زندگی می‌کند، و احتمال دارد که نقش عمده‌ای در ظهور و بروز این خصوصیات بازی کند، و تأثیر متقابل وراثت و محیط که می‌تواند در ظهور یک رفتار خاص اهمیت بسیاری داشته باشد. مطالعهٔ تاریخچه خانوادگی و دوقلوها روشهائی هستند که بررسی نقش علل ارثی در اختلالات روانی را میسر می‌سازند. مثلاً بررسیها نشان داده‌اند که امکان ابتلای یکی از دوقلوهای همسان به یک اختلال روانی در صورتی که دیگری مبتلا به همین اختلال باشد بسیار بالاست، هرچندبا وجود وراثت یکسانی که دوقلوهای همسان دارند این امکان همواره صددرصد نبوده است.

در دیدگاه زیست شناختی نه تنها علل رفتار نابهنجار مورد بررسی قرار گرفته است، بلکه راههای درمان شیمیائی این اختلالات نیز مطالعه شده است. این مطالعات موجب کشف و استفادهٔ داروهای ضد اضطراب، ضد افسردگی، و ضد سیکوتیک در درمان این اختلالات شده است. تأثیر داروهای آرامبخش، خواب‌آور، تحریک‌زای روانی، و توهم‌زا نیز در مورد بسیاری از اختلالات روانی مورد آزمایش واقع شده و آشکار گردیده است که هیچ یک از این داروها رفتار جدیدی را ایجاد نمی‌کنند؛ بلکه جریانهای بدنی را که قبلاً وجود داشته‌اند، تغییر می‌دهند و بدین ترتیب، موجب تغییر و بهبود رفتار می‌شوند.

## ۲ـ دیدگاه روان پویایی[1]

این دیدگاه عوامل روانی را به عنوان علل رفتار مورد توجه قرار می‌دهد هر چند تفاوتهایی در نظریه‌های معتقدان به این مکتب وجود دارد.

**فروید و تحلیل روانی (روانکاوی):** رویکرد تحلیل روانی[2] (روانکاوی) توسط

1 - psychodynamic

2 - psychoanalytic

زیگموندفروید پایه گذاری شد و مکتبی بود بر علیه دیدگاه زیست‌شناختی. در این دیدگاه به جای تأکید بر عوامل بدنی و زیستی شیمیائی، عوامل روانی از قبیل هیجان، اضطراب، ناکامی، تعارض و استرس مورد تأکید واقع می‌شود. فروید از طریق تحلیل روانی (روانکاوی) به درمان و معالجهٔ بیماران روانی می‌پرداخت. او پیش فرض *جبر روانی*[1] را اظهار داشت که بر اساس آن رفتار خواه آشکار مانند خشم و ترس، خواه ناآشکار مانند افکار وسواسی ریشه در گذشتهٔ فرد دارند. به تعبیر دیگر هر رفتار علتی دارد که ریشهٔ آن انگیزه‌های ناخودآگاه روانی است و از گذشتهٔ فرد سرچشمه می‌گیرد. ناخودآگاه شامل افکار، احساسات، و خاطراتی است که بدون آگاهی شخص بر وی تأثیر می‌گذارند. این دیدگاه تأثیر عمیقی بر روان‌شناسی داشته و بر مفاهیم بنیادی زیادی مانند اضطراب، دستگاه روانی، مکانیزمهای دفاعی، مراحل رشد روانی جنسی و از این قبیل استوار است.

### ۱ـ اضطراب

مهمترین عاملی که بر اساس نظریهٔ تحلیل روانی علت تمام بیماریهای روانی محسوب می‌شود، اضطراب[2] است. مفهوم اضطراب در مکتب تحلیل روانی نقش برجسته‌ای دارد. فروید اضطراب را "*درد روانی*"[3] نامیده است. یعنی به همان صورت که اگر بدن دچار زخم، التهاب و بیماری گردد اولین نشانهٔ آن به صورت تب ظاهر می‌شود، اگر فرد از نظر روانی دچار مسئله و مشکل شود اولین نشانهٔ آن به صورت اضطراب جلوه گر می‌شود. اضطراب هم علت محسوب می‌شود هم معلول. یعنی علت بسیاری ازناراحتیهای روانی اضطراب است، همچنین هر گاه شخص با یک مسئله و مشکل روانی مواجه گردد که موجب به هم خوردن تعادل روانی وی گردد، احساس اضطراب می‌کند.

فروید اضطراب را به سه نوع تقسیم کرده است: الف ـ اضطراب واقعی، هنگامی تجربه می‌شود که شخص با خطرات یا تهدیدهای بیرونی مواجه باشد. ب ـ اضطراب

1 - psychic determinism
2 - anxiety
3 - psychic pain

نوروتیک[1]، زمانی بروز می‌کند که "تکانه‌های نهاد[2]" موجب تهدید فرد در برابر قطع کنترلهای "من[3]" و ظهور رفتارهایی که منجر به تنبیه وی خواهند گردید، می‌شوند. ج - اضطراب اخلاقی[4]، وقتی ظاهر می‌شود که فرد عملی برخلاف وجدان اخلاقی یا ارزشهای اخلاقی خویش انجام داده یا حتی در نظر دارد انجام بدهد و به این دلیل احساس گناه بکند (کلمن[5]، ۱۹۷۲، ۵۴).

منبع اضطراب هر چه باشد تجربه‌ای بسیار دردناک است و فرد برای آنکه آن را تجربه نکند تقریباً به هر عملی متوسل می‌شود که یکی از آنها مکانیزمهای دفاعی است که عبارت است از: مانورهای روان‌شناختی که افراد به منظور احتراز از اضطراب بدان دست می‌زنند (آزاد، ۱۳۶۸، ۶۶۲).

فروید معتقد است، اضطراب بهائی است که بشر کنونی برای تمدن می‌پردازد. به نظر می‌رسد که در این عصر به اصطلاح تمدن، مشکلات انسان همواره رو به تزاید بوده است. جنگها زندگی شخصی و خانوادگی بشر را به مخاطره انداخته او را در اندوه و ناآرامی اجتماعی رها ساخته است. جزر و مدهای اقتصادی و تغییرات تکنولوژیایی تأثیرات خود را به صورت بیکاری، از دست دادن موقعیتهای شغلی، و فقر و تنگدستی برای میلیونها تن از افراد بشر نمایان ساخته است. انفجار جمعیت، مسائل و تنشهای اجتماعی خاصی را به همراه داشته است. تعصبهای نژادی همراه با احساس بی‌دلیل برتری‌جوئی هم موجب خشم و کینهٔ افراد و هم آسیبهای اجتماعی گردیده است. فقر فرساینده و تبعیض در کنار درآمدهای سرشار، فشارهای روانی و اجتماعی بشر را افزایش داده است. آلودگی هوا و محیط زندگی و اجتماعی به طرزی خطرناک موجبات اضمحلال، فساد و فرسودگی بشر را فراهم ساخته، امنیت روانی آنان را به مخاطره انداخته است. جامعهٔ شهری با تحرک زیاد و نامشخص خود، نبود روابط خانوادگی

1 - neurotic
2 - id impulses
3 - ego
4 - moral anxiety
5 - Coleman

نزدیک و وسیع، فشار روانی فزاینده‌ای را بر افراد تحمیل نموده است. ازدواجهای ناموفق و ناخشنودکننده، از هم گسستگی خانوادگی، طلاقها و داغهای هیجانی که بر والدین و کودکان باقی می‌گذارند، ناراحتیهای بشر کنونی را افزایش داده‌اند. توجه به معنویات جای خود را به رقابتهای افراطی و جلوه‌های خیره کنندهٔ زندگی صنعتی بخشیده اضطراب بشر کنونی را عمیقتر ساخته است. تغییرات سریع اجتماعی، از دست دادن ارزشها و اعتقادات سنتی و از همه مهمتر سست شدن اعتقادات و نداشتن دین و ایمان تسلی بخش که می‌تواند پشتیبان و حامی بشر در برابر مسائل و مشکلات باشد، اضطراب و ناراحتی بشر را افزایش داده است (کلمن، ۱۹۷۲، ۳۸).

آدلر عقیده دارد که اضطراب بهائی است که بشر کنونی برای بی‌تمدنی می‌پردازد.

## ۲ـ دستگاه روانی

ساختمان شخصیت هر فرد دارای سه قسمت است که عبارتند از: *نهاد*[1]، من[2]، و من برتر[3]. نهاد قسمتی از شخصیت است که سائقهای زیست‌شناختی فطری را شامل می‌شود و تابع اصل لذت‌جوئی[4] است. نهاد همواره به دنبال کسب لذت است و بدون توجه به واقعیت می‌خواهد به حداکثر لذت برسد. در حالی که من تابع اصل واقعیت[5] است و کوششهای آن در جهت رسیدن به لذت با توجه به واقعیت است. به عبارت دیگر نهاد خواهان بی‌چون و چرای لذتهاست و ارضای فوری خواستها را بدون توجه به واقعیت جستجو می‌کند (اسدارو[6]، ۱۹۹۰، ۴۳۹).

وقتی که شخص با مسئله‌ای مواجه می‌شود در رابطه با من خویش آن را ادراک می‌کند، دربارهٔ آن فکر می‌کند و نسبت بدان عمل می‌کند. به عبارت دیگر من هر فرد، داننده، کوشنده، تصمیم گیرنده، مضطرب شونده و انجام دهندهٔ اصلی رفتارهای فرد

1 - id
2 - ego
3 - super ego
4 - pleasure principle
5 - reality principle
6 - Sdorow

محسوب می‌شود. اساس عملکردهای من پیش‌فرضهائی[1] است که فرد دربارهٔ خود و دنیای خود می‌سازد. این پیش‌فرضها بر پایهٔ یادگیری استوار بوده و بر سه نوع‌اند:

الف ـ پیش فرض واقعیت، یعنی نظر شخص نسبت به اشیا به صورتی که واقعاً هستند، نوع شخصیتی که دارد، و ماهیت دنیائی که در آن زندگی می‌کند.

ب ـ پیش فرض امکانات، یعنی اینکه اشیا و موارد چگونه می‌توانند باشند، چگونه تغییر می‌کنند، و چه فرصتهائی برای رشد فردی و اجتماعی شخص وجود دارد.

ج ـ پیش فرض ارزشها، یعنی نظر شخص نسبت به اینکه اشیا و موارد چگونه باید باشند، از قبیل درست و نادرست، خوب و بد، مطلوب و نامطلوب. این پیش‌فرضها برای فرد به عنوان چهارچوب راهنما یا نقشهٔ شناختی محسوب می‌شوند و به شخص *اولاً* احساسی از هویت[2]، یعنی اینکه شخص کیست و چه توانائیهائی دارد، می‌دهند. همچنین تصویری از من *آرمانی*[3]، یعنی اینکه فرد چه می‌تواند باشد و یا باید بشود، به شخص ارائه می‌دهند. اگر هویت شخص نامعین باشد و یا فاصلهٔ بین من آرمانی و من *واقعی*[4] زیاد باشد شخص دچار تعارض درونی می‌گردد. *ثانیاً* الگوهای شخص نسبت به این پیش فرضها روی احساس، تفکر، و عمل شخص به صورت یک خصیصهٔ ثابت اثر می‌گذارند. *ثالثاً* نه تنها راهنمای رفتار شخص هستند بلکه به عنوان کنترل داخلی نیز عمل می‌کنند. مثلاً ممکن است شخص را از دزدی یا رفتارهائی که مورد پسند جامعه نیست، باز دارند. این رفتارهای ارزشی *وجدان اخلاقی*[5] یا *وجدان*[6] نامیده می‌شوند. وقتی که کنترلهای داخلی قادر به ادارهٔ رفتار شخص طبق تجارب و نرمهای گروه باشند، شخص اجتماعی شده است. این پیش‌فرضها می‌توانند معتبر باشند یا اعتباری نداشته باشند و چون یاد گرفته شده‌اند دستخوش تغییر و اصلاح واقع شوند.

نتیجه اینکه شخص مایل است از این پیش‌فرضها دفاع کند و اطلاعات تازه را بپذیرد و

---

1 - assumption
2 - identity
3 - ideal self
4 - real self
5 - super ego
6 - conscience

اگر مخالف پیش‌فرضهای قبلی هستند، رد نماید. سرانجام شخص دستگاهی برای دفاع از خود تشکیل می‌دهد تا بتواند کفایت و شایستگی خود را حفظ نماید، دنیای خویش را محفوظ نگاه دارد و از آسیب رسیدن به ارزشهایش جلوگیری کند (کلمن، ۱۹۷۲، ۹۷).

### ۳ـ رشد روانی جنسی

فروید معتقد است که رشد شخصیت بر تغییرات مربوط به توزیع انرژی جنسی، که وی آن را *لیبیدو*[1] نامیده، استوار است. انرژی جنسی در هر مرحله در ناحیه‌ای از بدن که فروید آنها را مراکز شهوتزا نامیده است متمرکز می‌شود؛ به نحوی که تحریک این نواحی موجب لذت می‌شود. شکست در پیشرفت آرام و یکنواخت یک مرحله، خواه به دلیل ارضای بیش از حد یا منع و محرومیت از ارضا، موجب تثبیت در آن مرحله می‌شود. این مراحل عبارتند از: مرحلهٔ *دهانی*[2]، *مقعدی*[3]، *احلیلی*[4]، *نهفتگی*[5]، و *تناسلی*[6].

مرحلهٔ دهانی بین تولد و یک سالگی است که مرکز لذت‌جوئی دهان خردسال است، زیرا خردسال از فعالیتهائی مانند گاز گرفتن، مکیدن، و جویدن لذت می‌برد. مهمترین تعارض اجتماعی در این مرحله از شیر گرفتن است. از شیر گرفتن نامناسب کودک ممکن است موجب تثبیت در این مرحله شود. کودکی که رضایت خاطر دهانی بیش از اندازه کسب کند ممکن است واجد شخصیت وابستهٔ دهانی گردد که ویژگی آن عبارت است از: فعل‌پذیری، وابستگی و ساده لوحی. چنین کودکی در زندگی بعدی از خوردن و بلعیدن و مکیدن لذت می‌برد. برعکس کودکی که در این مرحله، ارضای دهانی خیلی کمی به دست بیاورد ممکن است شخصیت پرخاشگرانهٔ دهانی را ظاهر سازد که به صورت بی‌رحمی، کنایه زدن، و گاز گرفتن جلوه‌گر شود.

مرحلهٔ مقعدی بین یک تا سه سالگی است. در این مرحله کودک از دفع فضولات

---

1 - libido
2 - oral
3 - anal
4 - phallic
5 - latency
6 - genital

لذت می‌برد. تعارض مهم در این مرحله مربوط به تعلیم توالت است. بر اساس ادعای فروید تعلیم نامناسب توالت، ممکن است منتهی به تثبیت در مرحلهٔ مقعدی گردد. تثبیت در مرحلهٔ مقعدی نیز موجب دو نوع شخصیت می‌گردد که یکی شخصیت نگهدارنده[1] محسوب شده و ویژگیهائی از قبیل نظم و پاکیزگی وسواسی را شامل می‌شود و دیگری شخصیت اخراج کننده[2] نامیده شده و شخص بی‌توجهی، آلودگی و بی‌نظمی را دوست دارد.

بین سنین سه و پنج، کودک مرحلهٔ احلیلی را طی می‌کند که در آن مرکز لذت جوئی آلت تناسلی است. در این مرحله در پسران عقدهٔ ادیپ به وجود می‌آید که عبارت است از: تمایل کودک به والد جنس مخالف و ترس از تنبیه توسط والد هم جنس خویش. حل این عقده منجر به همسان‌سازی با والد هم‌جنس می‌شود. پسر این تمایل به مادر خویش را به دلیل اضطراب اختگی ـ یعنی ترس از اینکه پدرش او را از طریق برداشتن آلت تناسلی تنبیه خواهد کرد ـ از دست خواهد داد. دختر به دلیل غبطهٔ آلت تناسلی مردانه به سوی پدر خود جذب می‌شود که این حالت عقدهٔ الکترا نامیده شده است. ولی ترس مربوط به از دست دادن عشق مادری موجب می‌شود که دختر خود را با مادر خویش همسان سازد، ولی همچنان در آرزوی جلب توجه پدر به سوی خویش باشد. از طریق جریان همسان‌سازی پسران و دختران ارزشهای والدین را می‌پذیرند و سوپرایگو (وجدان اخلاقی) رشد می‌یابد.

فروید دورهٔ بین پنج سالگی و بلوغ را مرحلهٔ نهفتگی نامیده است. او باور دارد که در خلال این مرحله کودک رشد روانی جنسی کمی تجربه می‌کند. در عوض در این مرحله مهارتهای اجتماعی و دوستی کودک توسعه می‌یابد. سرانجام در خلال نوجوانی کودک به مرحلهٔ تناسلی می‌رسد و از نظر جنسی جذب و جلب افراد دیگر می‌شود. بر اساس نظریهٔ فروید سه مرحلهٔ نخست از لحاظ رشد شخصیت بسیار با اهمیت هستند و شخصیت هر فرد در پنج سال اول زندگی تثبیت می‌شود.

---

1 - retentive

2 - expulisive

شکل ۵ـ اطاقی که فروید بسیاری از بیماران خود را در آن مورد روانکاوی (تحلیل روانی) قرار می‌داد.

## نوفرویدیها

### آدلر و روان‌شناسی فردی

یکی از بانفوذترین پیروان فروید، آلفرد آدلر (۱۹۳۷ـ۱۸۷۰) است. در ۱۹۰۲ آدلر که یک پزشک وینی بود در بحثهای منظم فروید دربارهٔ تحلیل روانی که چهارشنبه شبها در خانه‌اش دائر بود شرکت کرده، یک مرید فدائی وی گردید. ولی در سال ۱۹۱۱ آدلر از فروید جدا شد و در تجدید نظرهائی که بر نظریهٔ فروید کرد، تأکید کمتری بر انگیزهٔ جنسی و ذهن ناخودآگاه نمود. آدلر در سال ۱۹۲۷ نظریهٔ خویش که آن را روان‌شناسی فردی نامید، ابراز نمود. شهرت نظریهٔ آدلر موجب خشم فروید گردید و اظهار داشت: "من کوتوله‌ای را شخص بزرگی کردم" (هرجنهان[1]، ۱۹۸۴ ص ٦٥).

تجربه‌های کودکی آدلر بر نظریهٔ شخصیت وی تأثیر گذاشت. او کودکی بیمار بود که به دلیل نرمی استخوان می‌خزید و همواره از سینه پهلو در رنج بود. او همچنین خود را نسبت به برادربزرگ، سالمتر و قویتر خویش کمتر می‌دید. آدلر چنین فرض نمود که چون

1 - Hergenhahn

کودکان احساس کوچکی، ضعف و وابستگی به دیگران می‌کنند، از بعضی جهات دچار **عقدهٔ حقارت**[1] می‌شوند. این موضوع آنان را بر می‌انگیزد تا برای جبران آن به سوی **برتری‌جوئی**[2] جد و جهد نمایند.

آدلر باور داشت که کوشش برای برتری جوئی که منتهی به فعالیت در جهت رفاه دیگران گردد، سالمترین نوع محسوب می‌شود. او این حالت را **علاقهٔ اجتماعی**[3] نامید. هم یک پزشک و هم یک جنایتکار برای برتری جوئی تقلا می‌کنند، ولی یک پزشک این انگیزه را به صورت سودمندی اجتماعی ابراز می‌نماید. کوشش برای برتری جوئی ممکن است منجر به جبران افراطی شود، که آدلر آن را **عصیان مردانگی**[4] نامیده است. بدین معنی که مردان و زنان ممکن است بکوشند از طریق تسلط بر دیگران توانائی خود را به اثبات برسانند تا آنکه سعی کنند توانائیهای خود را توسعه دهند. نمونهٔ بارز آن ناپلئون است که به علت کوتاهی قد کوشید تا دنیا را تحت سلطهٔ خود درآورد که بالاترین عصیان مردانگی می‌تواند باشد.

بر اساس نظر آدلر در کوشش برای برتری جوئی شخص بر اساس **غایت‌نگری تصوری**[5] خویش، یک **سبک زندگی**[6] تشکیل دهد. یعنی افراد به دلیل باورهائی که ممکن است درست نباشند برانگیخته می‌شوند.

خلاصه آنکه نوفرویدیها و از آن جمله آدلر اهمیت انگیزه‌های ناخودآگاه را می‌پذیرند ولی تأکید بیشتری بر رابطهٔ ایگو با اجتماع می‌ورزند تا بر ارضای خواستهای نهاد.

## کارل یونگ و روان‌شناسی تحلیلی

کارل یونگ (۱۹۶۱-۱۸۷۵) مرید مورد توجه فروید بود. گرچه یونگ سوئدی بود ولی یک خانوادهٔ مذهبی داشت. او از رؤیائی که وی را ترغیب به پزشکی می‌کرد

1 - inferiority complex
2 - superiority
3 - social interest
4 - masculine protest
5 - fictional finalism
6 - style of life

پیروی نمود (بیرن[1] و کلی[2] ۱۹۸۱). او بعداً پس ازخواندن تعبیر رؤیاهای فروید تصمیم گرفت که یک روان‌شناس بشود. یونگ با فروید همکاری می‌کرد و فروید امید داشت که یونگ به عنوان رئیس جنبش تحلیل روانی جانشین وی گردد. ولی در ۱۹۱۴ به دلیل تجدید نظرهای یونگ بر نظریهٔ فروید، به ویژه تأکید کمتر بر انگیزهٔ جنسی، از یکدیگر جدا شدند. یونگ نقطه نظر خود دربارهٔ تحلیل روانی را *روان‌شناسی تحلیلی*[3] نامید.

گرچه یونگ نظریهٔ فروید را دربارهٔ ناخودآگاه پذیرفت ولی آن را به عنوان *ناخودآگاه شخصی*[4] نام برد و ادعا کرد که افراد دارای ناخودآگاه مشترکی نیز هستند که آن را *ناخودآگاه جمعی*[5] نامید. بر اساس نظر یونگ ناخودآگاه جمعی شامل خاطراتی هستند که از یک نسل به نسل دیگر به ارث رسیده است. او این خاطرات را *طرحهای باستانی*[6] (کهن الگو) نامید و تصوراتی هستند که جنبه‌های مهم تجربه‌های انباشته شدهٔ نوع انسان را نشان می‌دهند. یونگ ادعا کرد که طرحهای باستانی بر رؤیاها، سمبلهای مذهبی، و خلاقیتهای هنری تأثیر می‌گذارند. مثلاً ویژگیهای فیلم "جنگهای ستارگان"[7] این طرحهای باستانی را ارائه می‌دهند.

ناخودآگاه شخصی اساساً از چیزهائی که زمانی آگاه بوده‌اند ولی به دلیل فراموشی یا سرکوبی از خودآگاه ناپدید شده‌اند، تشکیل شده است. ولی محتوی ناخودآگاه جمعی هرگز در خود آگاه نبوده، و هرگز به صورت فردی به دست نیامده، بلکه از طریق توارث به شخص رسیده است.

یونگ نمونه‌هائی از طرحهای باستانی *خدا* و *مادر* به دست داده است. دو طرح باستانی دیگر یعنی شخصیت *محرمانه*[8] و *من*[9] بر اساس نظر یونگ با یکدیگر در ارتباط‌اند. در حالی که «من» واقعی است، شخصیت محرمانه تا حدودی "نقاب" اجتماعی

1 - Byren
2 - Kelley
3 - analytic psychology
4 - personal unconsciousness
5 - collective unconsciousness.
6 - archetypes
7 - Star wars
8 - persona
9 - self

کاذبی است که افراد در جامعه به خود زده‌اند. بر اساس نظر یونگ فرد سالم کسی است که بین شخصیت محرمانه و من وی ناهماهنگی زیادی نیست.

شکلهای ٦ـ سه نو فرویدی مشهور؛ بالا یونگ و خانواده‌اش، چپ پایین آدلر، راست پایین اریکسون

یونگ همچنین بین *آنیما*[1] (طرح باستانی مؤنث) و *آنیموس*[2] (طرح باستانی مذکر) تمایز قائل شده است. طبق نظر یونگ هر فرد تحت تأثیر هر دو، هم آنیما و هم آنیموس واقع است. یک شخص سالم از نظر روان‌شناسی خواه مرد و خواه زن، باید بین این دو تعادل برقرار سازد. یونگ از نظر تمایلات اجتماعی افراد بین دو تیپ شخصیتی *برون‌گرا*[3] و *درون‌گرا*[4] تفاوت قائل شد. بدین معنی که افراد برون‌گرا از نظر اجتماعی به بیرون و محیط اطراف خود توجه دارند، در حالی که افراد درون‌گرا از نظر اجتماعی محتاط و کم حرف‌اند و توجه بیشتری به تجارب ذهنی و شخصی خویش دارند. یونگ بر اساس این دو مفهوم فروید را برون‌گرا و آدلر را درون‌گرا می‌دانست (مونت[5]، ۱۹۸۰).

**کارن هارنی**

کارن هارنی[6] (۱۹۵۲-۱۸۸۵) یک مهاجر آلمانی به ایالات متحد و اولین روان‌شناس برجستهٔ زن بود. هارنی ادعا کرد که شخصیت کودک از کوششهای وی در جستجوی امنیت از طریق چیره شدن بر *اضطراب اساسی*[7] ناشی از احساس جداشدگی و بی‌پناهی در یک دنیای بالقوه خصومت‌آمیز به وجود می‌آید. بر اساس نظر هارنی (۱۹۳۷) انسان می‌کوشد تا این اضطراب اساسی را از نظر اجتماعی به صورت حرکت به *سوی دیگران*، حرکت بر *علیه دیگران* و جدا *ساختن خویش از دیگران* تسکین دهد. این حالات به صورت طبیعی موجب اجتماع‌پذیری، رقابت‌گری یا شرمگینی می‌شود. ولی در موارد افراطی موجب روندهای نوروتیک[8] می‌شود که در آن شخص ممکن است اضطراب اساسی خود را از طریق اطاعت‌پذیری، پرخاشگری یا انزواجوئی آشکار سازد. هارنی همچنین نظر فروید را مورد انتقاد قرار داد که زنان به دلیل غبطهٔ آلت تناسلی مردانه نسبت به مردان احساس کهتری می‌کنند؛ برعکس او تأکید می‌ورزد که حسادت زنان

1 - anima
2 - animus
3 - extroverts
4 - introverts
5 - Monte
6 - Karen Harney
7 - basic anxiety
8 - neurotic trends

نسبت به مردان مربوط به برتری سنتی حقوق و موقعیت آنان است.

**هری استاک سالیوان**[1]

سالیوان (۱۹۴۹-۱۸۹۲) یکی از پیشوایان روانپزشکی جدید در آمریکاست. او دوران کودکی خود را در یک حالت تنهائی و ناشادی سپری نمود. این موضوع ممکن است تا اندازه‌ای در نظریهٔ وی که تأکید بر اهمیت روابط اجتماعی سالم می‌ورزد، تأثیر گذاشته باشد. سالیوان در ۱۹۵۳ ادعا نمود که انسان تمایلی برای پذیرش یا رد تجارب خود به عنوان جزئی از خویشتن دارد. اگر تجارب ناخوشایند خود را انکار کند و در نتیجه برای اصلاح روابط نامناسبی که علت آنها بوده است دچار شکست شود، ممکن است از دیگران کناره گیری کند و به راههای ناسازگار برای رفع اضطراب متوسل شود. سالیوان نظریهٔ خود را در جریان روانپزشکی و راههای احتمالی حل مسائل و تنشهای بین‌المللی به کار بست.

**اریک فرام**

اریک فرام (۱۹۸۰-۱۹۰۰) یک مهاجر آلمانی بود که کتاب وی تحت عنوان «هنر عشق ورزیدن» (۱۹۵۶)، که مفاهیم تحلیل روانی را برای فهم عشق به کار می‌گیرد، شهرت بسیار دارد. فرام نظریهٔ خود را بر تعارض بین نیاز فرد برای آزادی و اضطرابی که آزادی پیش می‌آورد، بنا نهاده است. در جوامع سرمایه‌داری افراد ممکن است اضطراب خود را با از دست دادن بعضی آزادیها، از طریق توسعهٔ یک *جهت‌گیری بازاری*[2] که خود را برای دلخوشی افراد دیگر تغییر می‌دهند، کاهش دهند. افراد ممکن است سبک موها، علائق موسیقی، و باورهای سیاسی خود را دقیقاً برای حفظ روابطشان، با دیگران تطبیق دهند. در کشورهای *توتالیتارین* (دیکتاتوری)، افراد ممکن است اضطرابی را که آزادی

1 - Harry stack sullivan

2 - marketing orientation

برایشان پیش می‌آورد از طریق اجازه دادن به حکومت برای کنترل زندگی اجتماعی، حرفه‌ای و سیاسی خویش، کاهش دهند. فرام این تمایل را در ۱۹۴۱ در کتاب خود تحت عنوان "فرار از آزادی" مورد بحث قرار داده است.

**هینز هارتمن**[1]

هارتمن تأکید بر نهاد را به ایگو و کنشهای آن تغییر داد. عقاید وی پایهٔ روان‌شناسی ایگو و ایجاد پلی بین نظریهٔ تحلیل روانی سنتی و روان‌شناسی شناختی گردید. چنانکه قبلاً بحث شد فروید ایگو را دقیقاً دست پروردهٔ نهاد می‌دانست. او معتقد بود که ایگو انرژی خود را از نهاد کسب می‌کند، و نقش آن عبارت است از خدمت به نهاد از طریق یافتن راههای منطقی برای ارضای خواستهای نهاد. هارتمن (۱۹۷۰-۱۸۹۴) بحث می‌کند که ایگو مستقل از نهاد رشد می‌کند و کنشهای مربوط به خود را داشته و مستقلانه عمل می‌کند. به عبارت دیگر ایگو برای ارضای خواستهایی از قبیل سازگاری با واقعیت عمل می‌کند نه برای خواستهای نهاد. نهاد و سوپر ایگو ممکن است مثلاً در مدرسه رفتن یک کودک مؤثر واقع شوند، ولی یک انگیزهٔ بالنسبه خالص ایگو می‌تواند تبیین کند که چگونه این کودک حل یک مسئلهٔ جبر را بیاموزد یا یک جمله را به لاتین برگرداند. تأثیر نظریه هارتمن موجب نزدیک ساختن تحلیل روانی به سایر شاخه‌های روان‌شناسی شده است، چنانکه جریانهای شناختی در چند دههٔ گذشته همواره مورد عطف توجه بیشتری واقع شده است (بوتزین، آکوسلا، ۱۹۸۸، ۴۰).

**مارگارت ماهلر**[2]

حتی مهمتر از ایگو به عنوان یک سازمان دهندهٔ جریان تحلیل روانی در سالهای اخیر، مفهوم "*روابط فردی*"[3] است، یعنی افرادی که شخص از طریق گره‌های هیجانی قوی

1 - Heinz Hartmann
2 - Marguret Mahler
3 - object relations

به آنها وابسته است. آشکار است که برای کودک مهمترین فرد، اولین مراقبت کننده یعنی مادر است. بنابراین، طبق نظریهٔ روابط فردی، قویترین تعیین کنندهٔ رشد روان‌شناختی تأثیر و تأثر کودک با مادر است.

یک عضو بسیار مؤثر این مکتب *مارگارت ماهلر* (۱۹۸۵-۱۸۹۷) است. چنانکه او در کتاب خود تحت عنوان "تولد روان‌شناختی خردسال انسان"[1] (۱۹۷۵) اظهار داشته، اساساً علاقمند به نشان دادن جریانهائی بوده است که خردسالان از طریق آنها خود را از نظر روان‌شناختی از مادرانشان جدا می‌سازند. ماهلر، نوزادان را به عنوان کسانی می‌نگرد که هیچ احساسی از وجودخود جدا از مادر ندارند. بعداً، در حدود پنج ماهگی جریان طولانی جدائی یا فردیت را آغاز می‌کنند. در اولین مرحله از چهار مرحلهٔ مهم یعنی مرحلهٔ "*تمایز*"[2] (پنج تا دوازده ماهگی) است که خردسال توسط توانائیهای شناختی هوشیارانهٔ خود کمک شده، شروع به متمایز دانستن بدن خود از بدن مادر می‌کند. پس از آن به *مرحلهٔ تمرین* می‌رسد (دوازده تا هیجده ماهگی)، که در آن کودک قادر است راه برود، از مادر فرار کند، و هر تجربه‌ای که موجب احساسی از لذت بردن از خود استقلالی می‌شود انجام دهد؛ اما مکرراً برای "*تجدید نیروی هیجانی*"[3] نزد مادر باز می‌گردد (ماهلر، ۱۹۷۹). پس از آن لحظه‌ای دردناک از حقیقت فرا می‌رسد، یعنی مرحلهٔ "*تجدید روابط*"[4] (هیجده تا بیست و چهار ماهگی). در این مرحله کودکان در می‌یابند که چه چیزی رخ داده است: آنان اتحاد قبلی با مادر را از دست داده‌اند ـ یا آنچه به نظرشان می‌رسد ـ یعنی مادر را از دست داده‌اند. در عین حال دچار نوعی تناقض می‌شوند، زیرا به صورتی فزاینده به سوی استقلال رانده می‌شوند. بدین ترتیب، کودک بین فشار برای جدا شدن از مادر و نومیدانه به وی چسبیدن، به سمت جلو و عقب شناور است. این احساس دو سویه[5] به *مرحلهٔ "ثبات شیء"*[6] (بیست و چهار تا سی و شش ماهگی) می‌انجامد که در

1 - The psychological Birth of the Human Infant
2 - differentiation
3 - emotional refueling
4 - rapprochement
5 - ambivalance
6 - object constansy

آن کودک تصویر ذهنی مادر را درون‌سازی می‌کند (در ذهن کودک این امر تثبیت می‌شود، یا پایدار می‌ماند که مادر دیگر واقعاً از دست دادنی نیست). بدین ترتیب کودک فردیت خود را به دست آورده، بدان انسجام می‌بخشد.

این طرح، شبیه به طرح رشدی فروید، یک صحنهٔ آرمانی را طراحی می‌کند. در زندگی واقعی، عوامل بسیار، و مهمتر از همه مادر، می‌توانند جریان جدائی فردیت را دچار آشوب نمایند. یعنی اگر مادر در مستقل ساختن کودک تعجیل نماید یا در رشد جدائی وی مقاومت نماید، ظهور فردیت کودک دچار اختلال می‌شود. همچنین ماهلر مانند فروید باور داشت که موفقیت فرد در این مراحل اولیه، آیندهٔ روان‌شناختی وی را تعیین می‌کند؛ زیرا سیمای این رابطهٔ اولیه و قاطع در روابط صمیمانهٔ بعدی همواره تکرار خواهد شد (بوتزین[1] و دیگران، ۱۹۷۸، ۴۲).

## هینز کاهوت

کاهوت (۱۹۸۱-۱۹۱۳)، مانند ماهلر اساساً به نتایج روان‌شناختی رابطهٔ والدین با کودک علاقه‌مند بود. کاهوت در تجارب خود به عنوان یک درمانگر با بیماران زیادی مواجه گردید که گرچه مشکلات مشابهی، از قبیل خواهندگی زیاد، اهمیت خویشتن، عزت نفس بسیار شکننده شخصیت آنها را در بر گرفته بود، ولی به نظر می‌رسید که با هیچ طبقهٔ تشخیصی خاصی جور نیستند. او این حالات را به سندرم *اختلال شخصیت خودشیفتگی*[2] نسبت داد، و با کار کردن با این بیماران نظریهٔ مشهور خود به نام روان‌شناسی *سلف*[3] (خود) را بنیان نهاد.

کاهوت اعتقاد داشت که رشد سلف (خود) یا هستهٔ شخصیت بستگی به دریافت دو حمایت روان‌شناختی اساسی از جانب والدین دارد. نخستین حمایت عبارت است از: تأیید احساس نیرومندی و "بزرگی" کودک. دومین حمایت احساس آرامش و منزه بودن

1 - Boutzin
2 - narcissistic personality disorder
3 - self psychology

از خطاست؛ یعنی ایجاد این احساس که هیچ کاری نیست که کودک نتواند از عهدهٔ آن برآید، یا هر چیزی درست خواهد بود. والدین از طریق اکثر رفتارهای عادی روزانهٔ خود این موضوعها را نشان می‌دهند. مثلاً فریاد شادی کشیدن برای یک کاردستی که کودک در مدرسه درست کرده است، یا اطمینان بخشیدن به وی هنگامی که ناراحت و نگران است، که همه چیز خوب و درست خواهد بود. همچنین اگر والدین این موارد را بر اساس نیروی عزت نفس خودشان ابراز نمایند، یا به عبارت دیگر والدین خود احساس قدرت کنند، می‌توانند آرامش و تخیل کودک دربارهٔ منزه بودن از خطا را به وی تفویض نمایند. بعضی از والدین نمی‌توانند این حمایتها را نسبت به کودک نشان بدهند، در نتیجه سلف (من) کودک آسیب می‌بیند.

بدین ترتیب، نظریهٔ کاهوت مانند نظریهٔ ماهلر از این حیث ازنظریهٔ فروید متفاوت می‌شود که هر دو به جای نیازهای زیست شناختی بر ویژگی روابط بین اشخاص، و نیازهای شناختی و هیجانی تأکید می‌ورزند. کاهوت نیز مانند ماهلر، بر خلاف فروید، بر حوادث مراحل اولیهٔ کودکی قبل از مرحلهٔ اودیپی تأکید می‌ورزد.

کاهوت عقیده داشت که یک سلف (خود) بد رشد یافته می‌تواند موجب اختلالات زیادی مانند سیکوز، انحراف جنسی، اعتیاد به الکل یا مواد مخدر بشود، ولی سندرمی که او باور داشت با اختلالات سلف بیشترین ارتباط را داشته باشد، اختلال شخصیت خودشیفتگی بود که هم اکنون یک اصطلاح متداول در روان‌شناسی است. همچنین کاهوت یک روش درمانی برای شخصیت خود شیفته، بر اساس این نظریه ابراز داشت که درمانگر، به جای کوشش برای سرکوب کردن تمایلات اغراق‌آمیز بیمار برای تحسین، باید کمک کند تا بیمار ریشه‌های مسائل کودکی خود را کشف کند (مانند تحلیل روانی فروید)، نیازهای خودشیفتگی ارضا نشدهٔ کودکی خود را بپذیرد و اظهار کند. سرانجام این بیماران به سوی تأیید خود رهسپار خواهند شد (بوتزین، اکوسلا، ۱۹۸۸، ۴۳-۴۲).

## اریک اریکسون

اریک اریکسون (۱۹۰۲-)، فرزند یک خانوادهٔ دانمارکی که بعداً در کودکی به ایالات متحده مهاجرت کرد. پدرش قبل از تولد وی مادرش را ترک کرده بود؛ مادرش بزودی پس از تولد اریک مجدداً ازدواج کرد، ولی اریک تا سالها بعد دربارهٔ پدر واقعی خود چیزی نمی‌دانست. این موضوع ممکن است در تأکید اریکسون (۱۹۶۸) بر اهمیت رشد احساسی از هویت در نوجوانی و علاقهٔ وی به نوشتن روان زیست‌نگاریها مؤثر افتاده باشد. در روان‌زیست نگاریها، اصول تحلیل روانی برای فهم رشد شخصیت افراد مشهور و از آن جمله مارتین لوتر و مهاتما گاندی به کار گرفته شده است. نظریهٔ اریکسون دربارهٔ تحول شخصیت شامل هشت مرحله از خردسالی تا سالخوردگی است.

## موقعیت کنونی رویکرد تحلیل روانی

گرچه رویکرد تحلیل روانی بیشترین تأثیر را در مطالعهٔ شخصیت داشته است، ولی یافته‌های محققان برداشتهای آمیخته و متفاوتی از آن نشان داده‌اند. نظریهٔ آدلر دربارهٔ شخصیت بر روان‌شناسی شناختی و روان‌شناسی انسان‌گرائی، با تأکید بر تجربهٔ ذهنی از واقعیت، مؤثر واقع شده است. مفهوم وی دربارهٔ سبک زندگی که انعکاسی است از کوشش برای برتری جوئی اهمیت زیادی در توجه به ویژگی رفتار تیپ A به عنوان یک عامل احتمالی در بیماری کرونری قلب داشته است. رفتار تیپ A از طریق خصومت، رقابت‌گری و فعالیت وسواسی مشخص گردیده است. شخصی که رفتار تیب A را ظاهر می‌سازد؛ ممکن است در حال مبارزه با احساس کهتری خود باشد (کونای[1]، زیچنر[2]، ۱۹۸۵). در واقع، می‌یر فریدمن[3]، یک متخصص قلب که نخستین بار الگوی رفتار تیپ A را در بیمارانش تشخیص داد، گزارش کرده است که در حدود ۷۰ درصد از نمونه‌های وی اظهار داشته‌اند که از والدین محبت نامناسبی دریافت داشته و برای جبران آن از

1 - Cooney
2 - Zeichner
3 - Meyer Friedman

طریق پرخاشگر بودن و رقابت بیش ازحد کوشیده‌اند.

اما دربارهٔ نظریهٔ یونگ چه می‌توان گفت؟ نظریهٔ وی به دلیل مفهوم طرحهای باستانی که اطلاعات مربوط به مکانیزمهای توارث را از طریق این پیش فرض که خاطرات می‌توانند ارثی باشند، دچار آشوب ساخته، مورد حمله واقع شده است. با این وجود همهٔ افراد یک پیش آمادگی برای ترس از مار، بلندی، و سایر موقعیتهائی که برای پیشینیان قبل از تاریخ خطرناک بوده‌اند، دارند. مفهوم یونگ دربارهٔ تیپهای شخصیت بیش از مفهوم طرحهای باستانی وی حمایت تحقیقی دریافت داشته است. در یک مطالعه که سبکهای بیماران برون‌گرا و درون‌گرا مورد بررسی واقع شده است، آشکار گردیده که بیماران برون‌گرا تمایل به سبکهای واقع‌گرایانه داشته، توجه زیاد آنها معطوف به محیط خارجی است. برعکس، بیماران درون‌گرا، تمایل به استفاده از سبکهای انتزاعی داشته، توجه خود را بیشتر به تجربهٔ ذهنی شخصی متمرکز می‌سازند (لومیس[1]، سالتز[2]، ۱۹۸۴).

از تمام نظریه‌های تحلیل روانی دربارهٔ شخصیت، نظریهٔ فروید بیشترین تأثیر را بر جای گذاشته، ولی مفاهیم آن از حمایت محدودی برخوردار بوده است (فیشر[3]، گرین برگ[4]، ۱۹۸۵). مثلاً این پیش‌فرض که مکانیزم سرکوبی، تجارب دردناک و ناخوشایند را از خودآگاهی دور نگاه می‌دارد از طریق مطالعه‌ای که نشان داده است افرادی که سرکوبی را به عنوان یک مکانیزم دفاعی به کار می‌گیرند به احتمال کمتری قادر به یادآوری تجارب شخصی ناخوشایند هستند، مورد تأیید واقع شده است (هانس[5]، ۱۹۸۸). برعکس مفهوم *تاناتوس*[6]، متضمن این پیش‌فرض است که افراد تمایلی ناخودآگاه برای آسیب رساندن به خوددارند؛ تأکید کمی در بر داشته است. گرچه شواهدی در دست است که افراد ممکن است از طریق رفتارهای خود شکست‌دهندگی به خود آسیب برسانند، ولی دلیل آشکاری دال بر اینکه مرتکب خود منهدم‌سازی می‌شوند

1 - Loomis
2 - Saltz
3 - Fisher
4 - Greenberg
5 - Hansen
6 - thanatos

وجود ندارد (شر[1]، ۱۹۸۸). همچنین بررسیها در تأیید وجود عقدهٔ اودیپ با شکست مواجه شده و نشان داده‌اند که شخصیت نگهدارنده بیشتر در ارتباط با والدین ناشکیبا و مجازات کننده است تا تعلیم سخت و شدید توالت (هانت[2]، ۱۹۷۹). شاید بزرگترین ضعف این نظریه آن است که بسیاری از اصطلاحات آن به جریانهائی دلالت دارد که نه قابل مشاهده است و نه قابل اندازه‌گیری. چه کسی هرگز نهاد را دیده است؟ چگونه می‌توان لیبیدو را اندازه گرفت؟

به رغم تأیید آشفته‌ای که نسبت به مفاهیم تحلیل روانی شده است، رویکرد تحلیل روانی سهم زیادی در فهم شخصیت داشته که عبارت است از: ۱ـ آشکار شده است که بسیاری از رفتارهای افراد توسط انگیزه‌های غیرمنطقی که خود از آن ناآگاهند اداره می‌شود. ۲ـ این نظریه علاقه به مطالعهٔ رفتار جنسی و رشد جنسی را برانگیخته است. ۳ـ اهمیت تجارب اولیهٔ کودکی را آشکار ساخته است. ۴ـ موجب ظهور درمانگریهای روان‌شناختی شده است. ۵ـ بر کارهای هنرمندان، نویسندگان، و فیلم‌سازان تأثیر گذاشته است (بوتزین، آکوسلا، ۱۹۸۸، صفحات ۴۹ـ۴۳).

### ۳ـ دیدگاه یادگیری

این دیدگاه نیز مثل دیدگاه روان پویائی جبری محسوب می‌شود؛ زیرا برای هر نوع رفتار علتی قائل است؛ اما منبع جبر و علت را از زاویهٔ متفاوتی مورد توجه قرار می‌دهد. یعنی به جای توجه به وقایع روانی درونی و جستجوی گذشتهٔ بیمار برای فهم علت رفتار، مواردی از قبیل منابع تقویت کننده و تغییر آشکار محیط مورد تأکید واقع می‌شود. تقویت کننده پاداشی است که احتمال ایجاد پاسخی معین یا عدم ظهور آن را در برابر محرکی خاص موجب می‌شود. اگر پاداش مطلوب باشد موجب آمادگی فرد برای پاسخ دادن صحیح می‌گردد. به تعبیر دیگر تقویت مثبت احتمال بروز پاسخ صحیح را افزایش

1 - Scher 2 - Hunt

می‌دهد و موجب یک حالت خشنودی و رضایت خاطر در فرد می‌گردد؛ در حالی که تقویت منفی، موجب دور ساختن محرک تنفر انگیز در صورت ظهور رفتار مطلوب می‌گردد. مثلاً دادن پول به کودکی که مشق خود را خوب نوشته است یا حتی گفتن کلمهٔ آفرین تقویت مثبت محسوب می‌شود، ولی قطع سرزنش کودکی که همبازی خود را پس از پرت کردن از زمین بلند می‌کند، تقویت منفی است. تشویق و تنبیه راههای دیگری برای تغییر رفتار هستند.

به هر حال، در این دیدگاه رفتار را خواه بهنجار و خواه نابهنجار، یاد گرفته شده می‌دانند که می‌تواند بر اثر شرطی شدن کلاسیک (*پاولوفی*[1])، شرطی شدن *عاملی*[2] که *اسکینر*[3] واضع آن است و بر اساس آن قبل از آنکه تقویت به عمل آید، موجود زنده باید پاسخ خاصی را ظاهر سازد، *مدل‌سازی*[4] که طبق نظر *بندورا*[5] یادگیری از طریق مدل قرار دادن و مشاهدهٔ رفتار دیگران بدون آنکه همیشه تقویت و تمرین وجود داشته باشد، ایجاد می‌گردد (ساراسون، ۱۹۸۹، ۷۵ـ۷۰).

### ۴ـ دیدگاه شناختی

گرچه دیدگاه شناختی مانند دیدگاه روان پویائی به انگیزه‌های درونی اعتقاد دارد، اما برخلاف آن دیدگاه، انگیزه‌ها، احساسات و تعارضها را که به سادگی به آگاهی می‌آیند مورد تأکید قرار می‌دهد، نه ناخودآگاهی و پنهان بودن آنها را. به عبارت دیگر جریانهای شناختی و ذهنی که شخص از آنها آگاهی دارد علت رفتار محسوب می‌شوند نه انگیزه‌های درونی که شخص از آنها بی‌اطلاع است. این دیدگاه انسان را به عنوان یک پردازشگر اطلاعات و حل کنندهٔ مسائل می‌نگرد. در حالی که این دیدگاه اعتبار وقایع درونی و پنهان را که مورد تأکید نظریه پردازان روان پویائی است می‌پذیرد، بر حالات،

1 - Pavlov
2 - operant
3 - Skinner
4 - modeling
5 - Bandura

احساسات، و شناختهای کنونی تأکید بیشتری داشته، تاریخچهٔ گذشتهٔ فرد را کمتر مورد توجه قرار می‌دهد.

دلارد و *میلر*[1] مفاهیم شناختی را برای توصیف رفتار ناسازگار به صورت ارتباط تجارب نامطلوب و افکار نادرست مورد توجه قرار می‌دهند. آنان رفتار فرد را به عنوان پاسخهای اکتسابی که شخص به آنها بینش و آگاهی دارد، می‌دانند. *بندورا* معتقد است که اختلالات روانی در افراد، نتیجهٔ نبود خویشتنداری[2] است. بنابراین، باید به آنان کمک شود تا بر رفتار خود کنترل داشته باشند. *راتر*[3] اعتقاد دارد که ریشهٔ ناراحتیهای افراد ناسازگار را باید در روابط آنان با سایر افراد جستجو کرد. او اظهار می‌دارد که نحوهٔ فکر کردن افراد دربارهٔ وضعیتی که لازم است از عهدهٔ آن برآیند، بر رفتارشان تأثیر می‌بخشد. بدین معنی که بسیاری از افراد پذیرفته‌اند که نمی‌توانند به رضایت خاطرهائی که خواهان آنند، برسند. بنابراین، به جای آنکه چگونگی عمل کردن برای رسیدن به اهداف خود را بیاموزند، یاد می‌گیرند که چگونه در برابر آن به دفاع بپردازند یا از آن فرار نمایند. راتر به نحوهٔ فکر کردن افراد دربارهٔ کنترل محیط توجه می‌نماید و معتقد است افرادی که دارای *تمرکز یا کنترل*[4] درونی هستند، فکر می‌کنند که قدرت تأثیرگذاری بر وقایع را دارند و افرادی که دارای *تمرکز یا کنترل بیرونی* هستند، فکر می‌کنند که کنترل کمی بر رویدادها دارند. کسانی که دارای تمرکز بیرونی هستند، بیشتر مستعد اختلالات روانی هستند. بدین ترتیب، کار درمانگر عبارت است از: آموزش لازم به مراجعان برای قبول مسؤولیت و تغییر کردن از حالت تمرکز بیرونی به درونی. یعنی کوشش در جهت تغییر مراجعان و تقویت کنترل درونی آنان. این عمل از طریق دوباره‌سازی فکر مراجعان دربارهٔ اوضاع و احوال و آموزش انجام دادن رفتارهای سازگار و جدید امکان‌پذیر خواهد بود. *دلارد*، *میلر*، *بندورا*، و *راتر* از روان‌شناسان رفتاری‌شناختی محسوب می‌شوند. آنان کوشیده‌اند تا بین نظریهٔ یادگیری و روان پویائی پل بزنند.

---

1 - Dollard-Miller
2 - self-control
3 - Julian Rotter
4 - locus of control

*آلبرت الیس*[1] معتقد است که رفتار هر فرد بیشتر بستگی به نظام باوری وی و راههای تعبیر و تفسیر موقعیتها دارد نه وضعیت عینی آن موقعیت. بنابراین، اختلالات روانی نتیجهٔ باورهای غلط و تعبیر و تفسیرهای نادرست از اوضاع و احوال هستند. بدین ترتیب درمانگری *منطقی ـ هیجانی*[2] را پیشنهاد می‌نماید که در آن درمانگر به مراجعان خود کمک می‌کند تا زندگی خود را مورد بررسی قرار دهند. دوباره نسبت به آن فکر کنند، ارزشهای غیرمنطقی خود را مورد سؤال قرار دهند، و افکار، رفتار، و هیجانهای نادرست خود را تغییر دهند. الیس باور دارد که درمانگران در واقع آموزگاران مراجعان خود هستند.

بک[3] معتقد است که شناختهای نادرست علت عمده‌ای برای بیماریهای روانی به ویژه افسردگی است. او باور دارد که هیجانها و رفتار افراد در حد زیاد نتیجهٔ نحوهٔ نظر و تفکر آنها دربارهٔ جهان اطرافشان است. آنان خود را مسؤول هر موضوع بدی که رخ نموده است می‌دانند، مسائل و مشکلات را اغراق‌آمیز جلوه می‌دهند، خود را مغلوب فشارها می‌دانند، و ناتوانترین و بازنده‌ترین فرد تصور می‌کنند. بدین ترتیب، کار درمانگر عبارت است از: کمک به مراجعان در جهت بازسازی تفکر آنان و تبدیل اندیشه‌های ناسازگار به اندیشه‌های سازگار برای مقابله با اوضاع و احوال استرس‌زا.

*کلی*[4] نقش *ساختارهای شخصی*[5] که منعکس کنندهٔ نحوهٔ تعبیر و تفسیر و ایجاد اندیشه‌های فرد نسبت به خویش، جهان، و رویدادهای آینده است را به عنوان علل واکنشهای هیجانی مورد تأکید قرار می‌دهد. وقتی که شخص نمی‌داند چگونه به یک موقعیت مخصوص پاسخ دهد و هنگامی که احساس می‌کند نظام ساختارهای شخصی وی قادر به حل مسئلهٔ ایجاد شده نیست، احساس اضطراب می‌کند. بدین ترتیب درمانگری عبارت است از: تغییر دادن ساختارهای شخصی. کلی کشف "خود" که "اصل

1 - Allbert Ellis
2 - rational-emotive
3 - Beck
4 - George Kelly
5 - personal constracts

اول" وی نامیده می‌شود را مورد تأکید بسیار قرار می‌دهد و به درمانگران توصیه می‌کند که "اگر نمی‌دانید علت بیماری مراجعان چیست از آنان بپرسید ممکن است علت را خود بیان نمایند". روش درمانگری کلی عبارت است از: کمک به مراجعان برای کشف و تغییر ساختارهای شخصی آنان. کلی برای رسیدن به این مقصود غالباً از مصاحبهٔ سنتی استفاده می‌کند که در آن از مراجعان خواسته می‌شود دربارهٔ ساختارهای شخص و نقشی که این ساختارها بر روابط اجتماعی وی دارند، صحبت نمایند. همچنین استفاده از ایجاد نقش ثابت[1] در مراجعان از طریق ایفای نقشهای جدید که ممکن است موجب بازنگری خاصی در نظام ساختاری آنان شود را مورد تأکید قرار می‌دهد (ساراسون، ۱۹۸۹، ۷۵-۷۸).

## ۵- دیدگاه انسان‌گرائی و اصالت وجودی

ریشه‌های دیدگاه انسان‌گرائی و اصالت وجودی را باید در نظامهای فلسفی و مذهبی جستجو کرد. ظهور این دیدگاه ناشی از عکس‌العملی است در برابر مفاهیم وسیع و مبهم ویژگیهای انسان که توسط نظریه‌پردازان روان پویائی و رفتارگرایان افراطی ابراز گردیده است.

یکی از فرضیه‌های اصلی دیدگاه انسان گرائی، *خودشکوفائی*[2] یا کمال خویشتن است که به صورت نیرویی فعال در انسان وجود دارد. وقتی که شخصیت انسان در محیطی مساعد رشد نماید، نیروهای خلاق آزاد می‌شوند و طبیعت مثبت درونی انسان را آشکار می‌سازند. بنابراین، اختلال روانی و پریشانی نتیجهٔ مسدود شدن راههای رسیدن به تحقق خود و تمایلات معطوف به کمال است. نظریه‌پردازان اصالت وجود بر اراده و مسؤولیت انسان برای تسلط بر نیروهای محیطی تأکید می‌ورزند و معتقدند که "*انسان محصول انتخابهای خویشتن است*". وجود انسان و معنی آن به طور کامل در اختیار خودش است و

1 - fixed role

2 - self actualization

تنها اوست که می‌تواند دربارهٔ نگرشها و رفتارهای خویش تصمیم بگیرد.

*مازلو*[1] دربارهٔ سلسله مراتب نیازها صحبت می‌کند و اظهار می‌دارد که نیازهای فیزیولوژیائی، اساسی‌ترین نیازها و نیاز کمال برترین و بالاترین نیاز است. بر اساس این نظریه اختلالات روانی در افراد، بدین دلیل است که آنان از دستیابی به نیازهای اساسی خواه توسط خودشان و خواه توسط دیگران محروم شده‌اند و کوشش آنها برای رسیدن به کمال و تحقق خویشتن به مانع برخورد کرده است. در نتیجه این افراد احساس بی‌اطمینانی و تهدید می‌نمایند. بنابراین، کار درمانگر عبارت است از: تسهیل راههای ارضای نیازهای اساسی مراجعان از طریق احترام و محبت کافی به آنان.

*کارل راجرز*[2] یکی از پیشوایان روان‌شناسی انسان‌گرائی است. دیدگاه وی در مورد شخصیت تأکید بر مفهوم خویشتن[3] است. او توانائی فهم خویشتن و خودشکوفائی را به احساس فردی احترام و پذیرش اجتماعی توسط دیگران مربوط می‌داند. کسی که در کودکی دارای خودپنداری مثبت بوده است و دیگران نظر خوبی نسبت به وی داشته‌اند، در بزرگسالی احساس می‌کند که مورد علاقهٔ دیگران و دارای ارزش و احترام است و بدین ترتیب، استعداد رسیدن به کمال خود را داراست. سازگاری مطلوب طبق نظر راجرز کمال فرد نامیده می‌شود. اضطراب مربوط است به ناهماهنگی بین خود واقعی و خود آرمانی، یعنی آنچه شخص واقعاً هست و آنچه دوست دارد باشد. راجرز این موضوع مورد تأکید در نظریهٔ تحلیل روانی، که افراد غیرمنطقی و غیراجتماعی هستند، را رد می‌کند و برعکس باور دارد که افراد اساساً منطقی، سازنده و اجتماعی هستند. بدین‌ترتیب، درمانگری عبارت است از: کمک به مراجعان و افرادی که مضطرب و پریشان هستند، ادراک تحریف شده‌ای ازخود و جهان دارند و دارای خود *احترامی*[4] پایینی هستند. راجرز معتقد است که افراد سالم می‌آموزند که به خودشان اعتماد داشته باشند، در حالی که افراد نوروتیک و سیکوتیک تجربه‌ها و مفاهیمی از خود دارند که با

1 - Maslow
2 - Carl Rogers
3 - self concept
4 - self regard

یکدیگر هماهنگی ندارند. آنها می‌ترسند که این مفاهیم را به صورت موضوعی معتبر بپذیرند. لذا یا آنها را تحریف می‌کنند، یا در پی تأیید گرفتن از دیگران بر می‌آیند. کار درمانگر بر اساس نظریهٔ راجرز و طرفداران وی آن است که به مراجعان خود احترام بگذارند، آنان را به عنوان افراد ارزشمند بپذیرند و به رغم مسائل و مشکلاتی که دارند برای اعتقادات آنان ارزش و اعتبار قائل باشند. این پذیرش مثبت موجب می‌شود که درمانگر احساسات مراجع را خواه درست و خواه غلط و یا حتی مخالف نگرشهای خود درک نماید.

بر اساس نظریهٔ اصالت وجودی انسان در انتخاب راههای خود برای پیشرفت و فعالیت آزاد است. کسانی که ناراضی و ناخشنود هستند، یا رفتار ناسازگارانه دارند، انتخاب عاقلانه و صحیح را انجام نداده‌اند. عمل درست بدان معنی است که شخص آزادانه هدفهای خودرا انتخاب نماید و عمل نادرست هنگامی است که دیگران هدفهای شخص را تعیین نمایند.

*رولومی*[1] بر این باور است که اضطراب هنگامی ظاهر می‌شود که شخص با مشکل اساسی انتخاب روبه رو شود. به عبارت دیگر اضطراب پاسخ فرد در برابر شکست در انتخاب است. اگر این شکست مربوط به انتخاب ارزشها باشد، شخص احساس پوچی و خلاء می‌کند. بنابراین، بر اساس نظر وی درمانگر باید به مراجع کمک کند تا با وسعت بخشیدن به تجارب خود و کمال بخشیدن به فردیت خویش بتواند انتخاب درست انجام دهد (ساراسون، ۱۹۸۹، ۸۰-۷۸).

### ۶ـ دیدگاه اجتماعی

بر اساس این دیدگاه اختلال روانی دست کم تا حدی ناشی از شکست نظام اجتماعی حمایت کنندهٔ فرد است. گرچه علل اختلالات روانی ممکن است زیست‌شناختی مانند

1 - Rollo May

نارسائیهای هورمونی یا انتقال دهندگان عصبی باشد، یا روان‌شناختی از قبیل ضایعهٔ روانی مربوط به دوره‌های اولیه زندگی، ولی وجود فشار آفرینهای اجتماعی نیز می‌تواند به همان اندازه حائز اهمیت باشد.

لازم است این نکته تأکید شود که هیچ یک از این دیدگاهها به تنهائی نمی‌تواند علل اختلالات روانی را تبیین کند، بلکه هر دیدگاه نقطه نظر خاص و جنبهٔ ویژه‌ای را مورد توجه قرار می‌دهد. بنابراین، از طریق نظریهٔ تعاملی، یعنی عطف توجه به همهٔ دیدگاهها می‌توان تمام علل یک اختلال را بررسی کرد (ساراسون، ۱۹۸۹، ۸۲-۸۱).

**سؤالات فصل دوم**

۱ـ در دیدگاه زیست شناختی بر چه مواردی به عنوان علل بیماریهای روانی تأکید می‌شود؟

۲ـ در P.E.T برای عکس‌برداری دقیق از مغز چه ماده‌ای به فرد تزریق می‌شود؟

۳ـ از طریق E.E.G کدام ویژگیهای مغز معین می‌شود؟

۴ـ ژنها از کدام طریق ممکن است فرد را برای ظهور خصوصیات معینی آماده سازند؟

۵ـ مطالعهٔ تاریخچهٔ خانوادگی و دوقلوها برای بررسی چه موضوعی مورد استفاده قرار می‌گیرد؟

۶ـ راههای درمان شیمیائی اختلالات روانی در کدام دیدگاه مطالعه شده است؟

۷ـ تأثیر کدام داروها برای درمان اختلالات روانی مورد بررسی واقع شده است؟

۸ـ تأثیر داروها در درمان اختلالات روانی چیست؟

۹ـ نظریهٔ روان پویائی توسط چه کسی پایه‌گذاری شده است و بر علیه کدام دیدگاه؟

۱۰ـ در دیدگاه روان پویائی بر چه عواملی به عنوان علل اختلالات روانی تأکید می‌شود؟

۱۱ـ منظور فروید از جبر روانی چه بود؟

۱۲ـ فروید اضطراب را چه نامیده است؟

۱۳ـ آیا اضطراب علت اختلالات روانی محسوب می‌شود یا معلول و یا هر دو؟

۱۴ـ فروید اضطراب را به چند نوع تقسیم کرده است؟ آنها را نام ببرید.

۱۵ـ فرد برای اجتناب از تجربهٔ اضطراب دست به چه عملی می‌زند؟

۱۶ـ از نظر رابطهٔ اضطراب و تمدن، فروید چه عقیده‌ای دارد و چگونه آن را مورد بحث قرار می‌دهد؟

۱۷ـ رابطهٔ اضطراب و تمدن را آدلر چگونه تفسیر کرده است؟

۱۸ـ ساختمان شخصیت هر فرد دارای چند قسمت است (طبق نظر فروید)؟

۱۹ـ ویژگیهای "نهاد" چیست؟

۲۰ـ ویژگیهای "من" چیست؟

۲۱ـ اساس عملکرد "من" چیست؟

۲۲ـ پیش‌فرضهائی که فرد دربارهٔ خود و دنیای خود می‌سازد بر چند نوع است و بر چه پایه‌ای استوارند؟

۲۳ـ منظور از پیش‌فرض واقعیت چیست؟

۲۴ـ منظور از پیش‌فرض امکانات چیست؟

۲۵ـ منظور از پیش‌فرض ارزشها چیست؟

۲۶ـ نظریه‌های آدلر، یونگ، کارن هارنی، سالیوان، فرام، هارتمن، ماهلر، کاهوت، و اریکسون را بنویسید.

۲۷ـ آیا دیدگاه یادگیری هم به جبر روانی اعتقاد دارد یا نه؟ چگونگی آن را توضیح دهید.

۲۸ـ شرطی شدن اسکینری را توضیح دهید؟

۲۷ـ طبق نظر بندورا یادگیری از کدام طریق صورت می‌گیرد؟

۲۸ـ تشابه و تفاوت دیدگاه شناختی و روان پویائی کدام است؟

۲۹ـ دلارد و میلر مفاهیم شناختی را به کدام منظور مورد توجه قرار می‌دهند؟

۳۰ـ طبق نظر بندورا اختلالات روانی در افراد نتیجهٔ چیست؟

۳۱ـ بر اساس نظر راتر علت ناراحتیهای افراد ناسازگار چیست؟

۳۲ـ نظر راتر دربارهٔ کنترل محیط و اختلالات روانی چیست؟

۳۳ـ کار درمانگر طبق نظر راتر چیست؟

۳۴ـ طبق نظر الیس رفتار هر فرد به چه چیز بستگی دارد؟

۳۵ـ علت عمدهٔ بیماریهای روانی طبق نظر بک چیست؟

۳۶ـ کلی علل واکنشهای هیجانی را چه چیزی می‌داند؟

۳۷ـ کلی در درمانگری اختلالات روانی چه اصولی را مورد تأکید قرار می‌دهد؟

۳۸ـ روش کلی در درمانگری چیست؟

۳۹ـ دیدگاه انسان‌گرائی و اصالت وجودی ناشی از کدام عکس‌العمل است؟

۴۰ـ یکی از فرضیه‌های اصلی دیدگاه انسان‌گرائی چیست؟

۴۱ـ نظریه‌پردازان اصالت وجود بر کدام موارد تأکید می‌ورزند؟

۴۲ـ مازلو دربارهٔ چه موضوعی بحث می‌نماید؟

۴۳ـ علت اختلالات روانی طبق نظر مازلو چیست؟

۴۴ـ دیدگاه کارل راجرز در مورد شخصیت تأکید بر کدام مفهوم است؟

۴۵ـ طبق نظر راجرز اضطراب به چه دلیل ایجاد می‌شود؟

۴۶ـ راجرز کدام موضوع مورد تأکید در تحلیل روانی را رد می‌کند؟

۴۷ـ درمانگری طبق نظر راجرز چگونه و به چه ترتیب صورت می‌گیرد؟

۴۸ـ نظریهٔ اصالت وجودی دربارهٔ نارضایتی، ناخشنودی، و رفتار ناسازگار چیست؟

۴۹ـ طبق نظر رولومی افراد چه زمانی دچار اضطراب می‌شوند؟

۵۰ـ بر اساس نظر رولومی درمانگری شامل چه مواردی می‌شود؟

۵۱ـ بر اساس دیدگاه اجتماعی علل رفتار نابهنجار چیست؟

# فصل سوم

**انگیزه‌ها، فشارهای روانی، ناکامی، تعارض**

هدف این فصل آشنا ساختن دانشجو با انگیزه‌های مهم انسان و پاسخهای وی در برابر ناکامی و برآورده نشدن آنهاست. برای رسیدن به این منظور در آغاز انگیزه‌های مختلف (فیزیولوژیائی، روانی، اجتماعی، و ناخودآگاه، بحث شده، به دنبال آن مسائلی که انسان را تحت فشار و ناراحتی روانی قرار می‌دهد از قبیل تعارض، ناکامی و استرس توضیح داده خواهد شد. سپس راههای مختلفی که موجب ناتوانی در تصمیم‌گیری می‌شود، مورد بحث و بررسی قرار خواهد گرفت. سرانجام چگونگی مواجه شدن با ناکامیها، تعارضها، استرسها، و رفتارهای سازشی و غیرسازشی بحث و بررسی خواهد شد.

## انگیزه‌ها[1] وکوششهای انسان

گرچه اختلافات بی‌حد و آشکار بین رفتارهای آدمیان وجود دارد، ولی کوششهای معینی وجود دارندکه برای تمام مردم دنیا یکسان است. در اینجاکوشش می‌شود که نقش اصلی و جهت انگیزه‌های مهم و اساسی انسان تعیین گردد.

اساساً پویائی[2] رفتار (زیربنای رفتار) انسان، انگیزه است که او را به سوی ارضای نیازهای اساسی سوق می‌دهد. به عبارت دیگر انگیزه: نیروئی است که از درون موجب تحریک فرد شده وی را به سوی هدف، سمت، و جهت معینی رهسپار می‌سازد. انگیزه‌های اساسی انسان عبارتند از: انگیزه‌های فیزیولوژیایی، انگیزه‌های روانی، انگیزه‌های اجتماعی، و انگیزه‌های ناخودآگاه که خود جزء انگیزه‌های روانی محسوب می‌شوند.

## انگیزه‌های فیزیولوژیائی

کنشهائی از قبیل هضم، جریان خون، تنفس، دفع، و از این قبیل برای برقراری توازن و انسجام نیازهای بدن صورت می‌گیرند، هر چند نمی‌توان به طور کامل جریانهای آنها را دریافت. در مکانیزمهائی از قبیل ثبات مواد شیمیائی خون، حرارت بدن، و دفاع در برابر میکربها، بدن به طور خود به خود کوشش می‌کند. این کوشش خود به خودی بدن، هومئواستاسیس[3] یا تعادل حیاتی نامیده شده است.

انگیزه‌های فیزیولوژیائی بر پایهٔ دو انگیزهٔ اساسی یعنی بقای نفس[4] و رسیدن به کمال[5] و تحقق بخشیدن به توانائیهای بالقوهٔ فرد استوارند.

## انگیزه‌های فیزیولوژیائی در سطح بقای نفس

نیازهای فیزیولوژیائی که به نظر می‌رسند بیشترین ارتباط را با انگیزهٔ بقای نفس و

---

1 - motivation
2 - dynamic
3 - homeostasis
4 - survival or maintenance
5 - actualization

رفتار انسان داشته باشند عبارتند از: نیازهای گرسنگی، تشنگی، خواب، امنیت و احتراز از درد، جنسی، و تحریک و فعالیت.

**انگیزه‌های گرسنگی، تشنگی، و خواب**

اساسی‌ترین انگیزه‌های انسان عبارتند از: انگیزهٔ گرسنگی، تشنگی، خواب، و جایگزین ساختن مواد لازم و مصرف شدهٔ بدن برای ادامهٔ زندگی. به منظور جریان زندگی و رسیدن به سازگاری و تعادل بدنی، موجود زنده همواره باید از طریق غذا و استراحت مواد مصرف شده را جایگزین و جبران بنماید.

محرومیت از غذا موجب بیقراری، عدم تمرکز، و رفتارهای غیر اخلاقی می‌گردد. سایر نشانه‌های روانی عبارتند از: بی‌حسی عاطفی، بی‌توجهی به وضع ظاهر، احساس بی‌کفایتی، ضعف نیروی جنسی، و افسردگی.

انگیزهٔ تشنگی برای جبران کاهش آب سلولهای بدن از طریق تنفس، تعرق، ادرار، و از این قبیل است. کمبود آب بدن موجب چروکیدگی و کم شدن حجم سلولهای بدن می‌گردد. مقاومت و توانائی انسان در برابر تشنگی خیلی کم بوده و کمبود آب سلولهای بدن به سرعت موجب مرگ می‌شود. به همین دلیل است که در بیماریهائی مانند اسهال که آب بدن بیش از اندازه دفع می‌گردد، توصیه می‌شود که از طریق نوشیدن مایعات از کمبود شدید آب بدن و سلولها جلوگیری گردد.

انگیزهٔ خواب برای از بین بردن سمومی که به دلیل کار و فعالیت در بدن ایجاد شده‌اند لازم است. در یک مطالعهٔ تجربی داوطلبان ارتشی برای مدت زمانی طولانی (۷۲ تا ۹۸ ساعت) از خواب محروم شدند. بتدریج که محرومیت از خواب افزایش می‌یافت آزمودنیها خطاهای بینائی، بی‌نظمیهای بدنی، و بی‌نظمیهای شناختی نشان می‌دادند. سایر اختلالات عبارت بودند از: خطاهای بساوائی، و احساس تغییر شخصیت.

عده‌ای از آنها "*خطای احساس کلاه*"[1] ـ احساس یک نوار فشار دهنده در اطراف سر ـ را گزارش کردند و مرتباً برای برداشتن کلاهی که وجود نداشت کوشش می‌کردند (موریس[2]، ۱۹۶۰).

مرکز تنظیم غذا، آب، و خواب هیپوتالاموس است که آسیب رسیدن به این مرکز ممکن است موجب اختلالاتی در میل شدید یا بی‌میلی به آب، غذا و خواب شود. بدیهی است که عوامل روانی و فرهنگی نیز در این انگیزه‌ها تأثیر دارند.

مقاومت معمولی انسان در برابر فشار روانی ممکن است به علت غذای ناکافی و نادرست، کمبود خواب و استراحت، کار طاقت فرسا، خستگی یا فشار هیجانی، و شرایط محیطی بدکاهش یابد. گرسنگی، تشنگی، و خستگی شدید می‌تواند بی‌نهایت دردناک و برانگیزاننده باشد. هیجانات معین به خصوص اضطراب نیز دردناک و به شدت تحریک کننده است.

### انگیزهٔ امنیت و احتراز از درد

از ابتدای خردسالی و در سراسر زندگی فرد می‌کوشد تا خود را از محرکهای دردناک کنار بکشد و از اوضاع و احوال و اشیائی که برای وی ناراحت کننده و رنج آورند، احتراز نماید. ترس یا تجربهٔ درد ناخوشایند بوده امنیت شخص را به خطر می‌اندازد و موجب تحریک و برانگیختگی شدید در وی می‌شود .

### انگیزهٔ جنسی

گرچه معنی و اهمیت انگیزه‌های جنسی از یک شخص تا شخص دیگر تفاوت دارد، ولی قرار گرفتن در برابر تنشهای جنسی، تخیلات و تجارب قبلی جنسی، خانواده، نگرشها، فرهنگ، و مسائلی که در اطراف انگیزهٔ جنسی متمرکز شده‌اند، به طور معمول

1 - hat illusion
2 - Morris

نقش مهمی در شدت و نیروی انگیزهٔ جنسی بازی می‌کنند. به عبارت دیگر گرچه کشش جنسی بر پایهٔ هورمونهای جنسی استوار است، ولی نیروی جنسی یک فرد تا اندازهٔ زیادی‌به تجارب و نگرشهای وی بستگی دارد.

**انگیزهٔ تحریک و فعالیت**

تحقیقات نشان داده‌اند که انسجام روانی فرد وابسته به تماس مناسب وی با محیط خارج و سطوح مناسب تحریکات یا اطلاعاتی است که دریافت می‌دارد. افراد بیشتر پذیرای اطلاعاتی می‌شوند که به خورد *آنها داده می‌شود*[1]. این نظریه نشان می‌دهد که چگونه *شست و شوی مغزی*[2] بعد از مدت زمانی طولانی حبس مجرد امکان‌پذیر می‌شود. یعنی اگر در شرایط سخت و رنج‌آور مرتباً فکری و عقیده‌ای تکرار شود (مثلاً از طریق نوار) ـ به خورد شخص داده بشود ـ شخص آن فکر و عقیده را حتی اگر مخالف فکر و عقیدهٔ قبلی‌اش باشد، می‌گیرد و جزء خود می‌سازد. این واقعیت نیز توسط *میلر*[3] اظهار گردیده است که "انباشتن اطلاعات" و تحریکات زیاد و متعدد، ممکن است به استعداد روانی شخص آسیب رسانده، موجب کاهش انسجام روانی وی گردد.

حتی در شرائط ناگوار زندگی آشکار گردیده است که حداقل انگیزه و فعالیت که در هر فرد و در زمانهای مختلف در نوسان است، برای انسجام طبیعی روانی ضروری است. تحت تأثیر بعضی شرایط، مثلاً عدم تحریکهای مناسب، فرد احساس ملال و بی‌حوصلگی می‌کند و ممکن است کوشش نماید که سطح تحریک خود را از طریق انجام دادن بعضی امور گوناگون یا درگیر شدن با یک فعالیت "هیجان‌آور" افزایش دهد. برعکس تحت تأثیر تحریکها یا فشارهای فوق‌العاده یا بیش از اندازه ممکن است فرد کوشش کند که سطح فعالیت و *درون داد*[4] خویش را کاهش دهد.

---

1 - fed - in
2 - brain wash
3 - Miller
4 - in put

### انگیزه‌های فیزیولوژیائی در سطح تحقق نفس

انگیزه‌های فیزیولوژیائی در سطح کمال و خود شکوفائی را می‌توان در رشد بدنی، رفتارهای جنسی و زناشوئی، تشکیل خانواده، و بچه‌دار شدن دانست که کوششی است برای تداوم و حفظ نوع و گونه. انسان جاودانگی خویش را از طریق داشتن فرزند جستجو می‌نماید، زیرا پس از مرگش وجود فرزند، به ویژه فرزند پسر، می‌تواند نام وی را زنده نگاه دارد. به همین دلیل است که کسانی که فاقد فرزندند از نظر رسیدن به کمال در سطح فیزیولوژیائی احساس کمبود و نارسائی می‌نمایند. بسیاری از افراد برای جاودان ماندن نام خویش از طریق ساختن بناهای خیریه مانند مسجد، بیمارستان، مدرسه و از این قبیل اقدام می‌کنند. عده‌ای دیگر از طریق برجای گذاشتن آثار علمی، ادبی، هنری و مانند آن برای رسیدن به این هدف می‌کوشند.

### انگیزه‌های روانی

اگر تعیین فشارهایی که زیربنای انگیزه‌های فیزیولوژیائی را تشکیل می‌دهند به نحو کامل مشکل است در مورد انگیزه‌های روانی این عمل مشکل‌تر است. چنین به نظر می‌رسد که آنها انشعابی باشند از کوششهای مربوط به بقای نفس و کمال که در سطح زیست‌شناختی عمل می‌کنند. از نظر روان‌شناختی این کوششها در جهت حفظ و پیشرفت "خود[1]" عمل می‌کنند و هر گونه آسیبی به "خود" برسد مانند احساس گناه، یا با خود درگیر شدن، یا مواجه شدن با انبوهی از مسائل و مشکلات در یک زمان معین، به همان گونه که تعادل حیاتی شخص به هم می‌خورد، تعادل روانی وی نیز دستخوش اختلال می‌گردد.

بر اساس کوششهای فرد برای "تحقق خود" می‌توان اصطلاح *سازگاری*[2] و *ناسازگاری*[3] را به کار برد؛ زیرا کمال یا تحقق نفس به نتیجهٔ این کوششها مربوط می‌شود.

---

1 - self
2 - adjustment
3 - maladjustment

اصطلاح درمانگری[1] نیز در همین زمینه معنی‌دار می‌شود؛ زیرا علت ناسازگاری هر چه باشد، درمانگری عبارت است از کمک به فرد تا بتواند انگیزه‌های روانی خود را از راهی که اجتماع می‌پسندد، برآورده سازد. خلاصه اینکه موجودات زنده برای برقراری ثبات روانی خویش می‌کوشند تا عوامل محیطی مخرب را که موجب به هم خوردن تعادل روانی آنان می‌گردد از بین ببرند. نیازهای روانی پیچیده‌تر از نیازهای فیزیولوژیائی هستند. آنها را نیز می‌توان به دو دسته تقسیم کرد که عبارت است از: نیازهای روانی مربوط به بقای نفس و نیازهای روانی مربوط به تحقق نفس.

به طور کلی انگیزه‌ها و نیازهای روانی برعکس انگیزه‌ها و نیازهای فیزیولوژیائی که بیشتر با محیط درونی فرد در ارتباط هستند، با محیط خارج و اجتماع بیرونی در رابطه‌اند. انگیزه‌های روانی برای رشد سالم انسان تا حد زیادی تحت تأثیر جریانهای یادگیری و اجتماعی بوده، هدفهای مربوط به آنها دارای پراکندگی بیشتری است. چنین آشکار شده است که هستهٔ مرکزی انگیزه‌های روانی، انگیزه‌های مربوط به بقای نفس و تحقق نفس است. هدف عمدهٔ انگیزه‌های روانی نگهداری و حفظ ثبات و انسجام شخصیت و کنش مؤثر فرد در برخورد با مسائل و محرکهای محیط است.

### انگیزه‌های روانی در سطح بقای نفس

انگیزه‌های روانی مربوط به بقای نفس عبارت است از: ۱ـ نظم، فهم، و پیش‌بینی ۲ـ کفایت، شایستگی، و امنیت ۳ـ محبت و وابستگی ۴ـ عزت نفس، ارزش داشتن، و همسان‌سازی ۵ـ تعلق، پذیرش، و تأیید ۶ـ امید، ارزش، و هدف.

### ۱ـ انگیزهٔ نظم، فهم، پیش‌بینی

انسان فطرتاً کنجکاو است؛ او برای فهمیدن و رسیدن به تصویری معنی‌دار از دنیای

1 - therapy

خویش همواره در تلاش است. اگر فرد نتواند نظم و ترتیب را در محیط خویش بیابد، قادر نیست که پاسخهای مناسب و هوشمندانه‌ای نسبت به آنها داشته باشد. آداب و رسوم و قوانین اجتماعی تا حدودی انعکاسهائی از انگیزهٔ نظم و فهم و پیش‌بینی هستند. کوشش بشر برای نظم، فهم، و پیش‌بینی در کنجکاوی وی دربارهٔ خویش و جستجوی دانش دربارهٔ دنیای اطرافش آشکار می‌شود. برای این مقصود همواره تجارب جدید بر اساس پیش‌فرضهای موجود و قدیمی مورد تعبیر و تفسیر قرار گرفته غربال می‌شوند. چنان که فستینگر[1] در ۱۹۶۲ نشان داده است؛ وقتی که اطلاعات جدید با اطلاعات و پیش‌فرضهای قبلی و موجود مغایر باشند، شخص "*ناهماهنگی شناختی*[2]" تجربه می‌کند و تا زمانی که اختلافات را تا حدی با هم وفق ندهد یا خود را متقاعد نسازد که این اختلافات وجود ندارند، ناراحت باقی خواهد ماند.

## ۲ـ انگیزهٔ کفایت، شایستگی، و امنیت

هر فرد نیاز دارد که احساس کند قادر است در رفع مسائل خویش اقدام کند. احساس کفایت تا حد زیادی به رشد شایستگیهای فرد بستگی دارد. نیاز امنیت به نیاز شایستگی و لیاقت وابسته است و با آن رشد می‌کند. احساس عدم امنیت تا حد زیادی بر رفتار فرد تأثیر می‌گذارد و به صورت مزمن و توسعه یافته غالباً منتهی به ترس، تشویش، و قصور در شرکت کامل فرد با دنیای خود می‌شود. هر قدر شخص بیشتر احساس کفایت نماید و هر قدر سطح شایستگی وی بالاتر باشد، نیاز به امنیت را کمتر احساس می‌کند و برای کشف راههای ناآشنا و آزادی برای خود جهت‌یابی[3] ارزش می‌نهد.

## ۳ـ انگیزهٔ محبت و وابستگی

انگیزهٔ محبت کردن و مورد محبت واقع شدن برای رشد شخصیت و عمل سالم فرد

1 - Festinger
2 - cognitive dissonace
3 - self-direction

قطعی و مسلم است. انگیزهٔ همبستگی نزدیک با افراد دیگر در سراسر زندگی ادامه می‌یابد و به ویژه در مواقع بحرانی یا استرسهای شدید اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. در تحقیقی که *بارد*[1] در ۱۹۶۶ روی بیماران سرطانی انجام داد دریافت که بتدریج که مرگ آنان نزدیکتر می‌شود انگیزهٔ وابستگی و محبت افزایش می‌یابد.

یک تجربهٔ جالب دربارهٔ انگیزهٔ محبت و وابستگی تحقیقی است که توسط *بمبارد*[2] در ۱۹۵۴ صورت گرفته است. وی به تنهائی مدت ۶۵ روز با یک قایق پاروئی[3] که برای نجات غرق‌شدگان کشتی مورد استفاده واقع می‌شود روی دریای آتلانتیک گردش کرد. هدف بمبارد از این عمل آن بود که ثابت کند افرادی که در اثر سانحهٔ کشتی غرق می‌شوند تا مدت زمانی طولانی می‌توانند زنده بمانند. او هیچ غذائی با خود نداشت و در این مدت فقط با غذائی که از دریا می‌توانست به دست بیاورد، سر کرد. بمبارد دربارهٔ این دورهٔ تنهائی چنین اظهار می‌دارد:

"من شدیداً می‌خواستم که کسی را داشته باشم... که احساسات مرا تأیید کند، یا حتی بهتر از آن دربارهٔ آنها بحث نماید... این احساس در من شروع شده بود که... قادر به تشخیص بین درست ونادرست نیستم."

### ۴ـ انگیزهٔ تعلق، پذیرش، تأیید

خردسال در حال رشد برای زنده ماندن به طور کامل به کمک و حمایت دیگران وابسته است. او به سرعت می‌آموزد که اگر به طریقه‌های مطلوب اجتماعی رفتار کند پاداش می‌بیند و اگر بر خلاف آن رفتار نماید تنبیه می‌شود. در آغاز این الگو فقط در گروه خانواده صورت می‌گیرد ولی بعداً در می‌یابد که مورد قبول و پذیرش دیگران واقع شدن به صورت فزاینده‌ای ضرورت می‌یابد. *راجرز*[4] (۱۹۷۱) به اهمیت قاطع "توجه‌مثبت" برای رابطهٔ خوب و سالم بین افراد تأکید می‌ورزد.

---

1 - Bard
2 - Bombard
3 - life raft
4 - Rojers

نیاز انسان برای تعلق، پذیرش، و تأیید از طریق تجربهٔ گروه کوچکی از دانشمندان، افسران، و کارکنانی که داوطلبانه موضوع آزمایش معینی واقع گردیدند، به اثبات رسیده است (راهرر[1]، ۱۹۶۱). این افراد برای مدتی طولانی در جزیره‌ای در قطب شمال با هم زندگی کردند. در خلال این مدت گاهی نسبت به افراد پر دردسر *"رفتار خاموشی"*[2] ـ فرد توسط گروه مورد بی‌توجهی کامل قرار می‌گرفت چنان که گوئی وجود ندارد ـ صورت می‌گرفت. این حالت *"انزوا"* منتج به حالتی گردید که سندرم *"چشم به راه"*[3] نامیده شده و ویژگی آن عبارت بود از: بیخوابی، گریه‌های ناگهانی، توهمها، انحطاط عادات بهداشتی شخصی، بی‌هدف به اطراف راه رفتن، و به پشت خوابیدن و به فضا خیره شدن. هنگامی که آن فرد مجدداً مورد قبول واقع شد و اجازه یافت تا با افراد دیگر گروه ارتباط داشته باشد، این نشانه‌ها از بین رفتند.

### ۵ـ انگیزهٔ عزت نفس، ارزش داشتن، و هویت

انگیزهٔ داشتن احساس خوب نسبت به خویشتن و احترام از جانب دیگران به احساس کفایت و تأیید اجتماعی بسیار نزدیک است. به طور معمول ارزش شخص تا حد زیادی بر حسب ارزشها و استانداردهای افراد دیگر گروهی که شخص جزء آن است، مورد قضاوت واقع می‌شود.

عزت نفس و ارزش داشتن با هویت شخص در هم تنیده‌اند. بدین معنی که وقتی احساس شخص از هویت خویش و تداوم آن دچار اختلال گردد ـ چنان که در سیکوزها دیده می‌شود ـ تجربهٔ آن واقعاً دردناک است.

### ۶ـ انگیزهٔ ارزش، معنی، هدف، و امید

افراد بعضی الگوهای ارزشی را که می‌توانند بدان عمل نمایند یا تسلیم آن شوند،

1 - Rohrer
2 - silent treatment
3 - Long eye

جستجو می‌کنند. رابطهٔ نزدیکی بین ارزشهای فرد و هدفها و نقشه‌های وی وجود دارد. به عبارت دیگر، شخص در گذشته، حال، و آینده زندگی می‌کند. به نظر می‌رسد که این انگیزه هستهٔ اصلی انگیزه‌های روانی باشد که از طریق ارتباط طبیعی فرد با دنیای خویش ظاهر می‌شود و به طور معنی‌دار به رفتار وی جهت می‌دهد. اگر افراد قادر نباشند که الگوهای ارزشی رضایت‌بخشی بیابند، بی‌هدف یا فاقد امید خواهند بود. ارزش، معنی، وهدف مانند یک کاتالیزور عمل می‌کنند که در اثر آن انرژی روانی به حرکت درآمده، شایستگیها رشد یافته، استعدادها ظاهر شده، مورد استفاده واقع می‌شوند؛ بدون آنها زندگی پوچ و بیهوده است.

این موضوع باید تأکید شود که انگیزه‌های روانی و فیزیولوژیائی در ارتباط نزدیک با یکدیگرند؛ به طوری که شکست در رسیدن به انگیزه‌های معینی ممکن است به طرز بدی بر تمام الگوهای انگیزشی فرد اثر بگذارد.

**انگیزه‌های روانی در سطح تحقق نفس**

این انگیزه‌ها تا حد زیادی تحت تأثیر مفاهیم بقای نفس و تعادل حیاتی هستند و بر اساس آنها انرژیهای انسان متوجه جبران کمبود در هر زمینه‌ای شده برای بازگرداندن حالت تعادل به کار می‌افتد.

انسان به طور آشکار نه تنها برای بقای خویش کوشش می‌کند، بلکه برای کمال خویش، ابراز توانائیهای خویش، ترقی خویش و شکوفائی استعدادهای بالقوهٔ خویش می‌کوشد و بدان وسیله احساس رضایت خاطر می‌کند. کوشش برای رضایت خاطر در افراد مختلف بر اساس توانائیها، ارزشها، و موفقیتهای زندگی شکلهای متفاوتی به خود می‌گیرد.

گرچه کوششهای مربوط به کمال و خودشکوفائی در افراد شکلهای مخصوص به خود می‌گیرند، ولی به نظر می‌رسد که تمایلاتی باشند معمولی برای تمام افراد بشر و انگیزه‌هائی جهت رشد و به کار گرفتن استعدادهای بالقوه و ظهور خود خلاق، یافتن

رضایت خاطر فزاینده، ایجاد رابطهٔ غنی با دنیا، و یافتن معنی فزاینده در زندگی، و شخص خودشدن.

**۱ـ رشد و به‌کارگرفتن استعدادهای بالقوه و ظهور خود خلاق**

این موضوع به صورت تشکیل ساختمان جدیدی از شایستگیها و اصلاح و تغییر شایستگیهای قدیمی جلوه‌گر شده، توانائیهای فرد را در زمینه‌های مختلف گسترش می‌دهد و آنها را در راههای خلاق و سازنده به‌کار می‌اندازد. حتی اگر شخص فاقد استعدادهای ویژه در هنر، موسیقی، نویسندگی یا ورزش باشد ممکن است برایش بسیار خشنودکننده باشد که توانائیهای بالقوه‌ای راکه داراست گسترش داده مورد استفاده قرار دهد. اگر راههای رشد و ظهور استعدادهای ویژه‌ای که شخص داراست سدگردد ممکن است ناکامی شدیدی احساس کند. همچنین رشد استعدادهای بالقوهٔ شخص بر اساس دنیای فیزیکی و اجتماعی که وی جزء آن است، شکلهای خاصی به خود می‌گیرند.

**۲ـ یافتن رضایت خاطر فزاینده**

توانائی شخص برای خشنودی و رضایت خاطر ازتجارب مختلف، نتیجهٔ سطح معینی از توقعاتی است که وی دربارهٔ تقریباً هر چیزی که انجام می‌دهد دارد. مثلاً یک شخص ممکن است مسافرتی را طرح‌ریزی کند، زیرا رضایت خاطرهای معینی را از آن انتظار دارد یا از یک سخنرانی یا برنامهٔ تلویزیون اجتناب ورزد، زیرا فکر می‌کند این عمل کسل کننده و بدون پاداش است. ولی مطلب به همین جا ختم نمی‌شود، بلکه انسان همواره می‌کوشد تا خشنودیهای خود را افزایش دهد؛ یعنی میزان و کیفیت تجارب و رضایت خاطرهای خویش را توسعه بخشد.

**۳ـ ایجاد رابطهٔ غنی با دنیا**

این انگیزه اساساً شاخه‌ای است از نیاز محبت در سطح تحقق نفس. خود محوری یا

توجه زیاد به خویشتن، منتهی به نوعی محدودیت انرژی و ضعف در زندگی شخص می‌شود. برعکس شخصی که می‌تواند روابط گرم و معنی‌دار با دیگران تشکیل دهد یا کسی که می‌تواند به خاطر بهبود زندگی دیگران از نفع خودش بگذرد، ممکن است احساس رضایت خاطر عمیقی بنماید. حتی امکان دارد در بعضی مواقع آنچه راکه ما ایثار می‌نامیم تا سرحد امکان انجام دهد و از این عمل خویش نهایت احساس لذت را بنماید. به هر حال، شخص می‌کوشد تا به هنگام نیاز دیگران به کمک آنان بشتابد و بدین‌ترتیب، رابطهٔ خود را با آنان بیشتر و بهتر سازد و در عین حال به هنگام نیاز بتواند از کمک آنان بهره‌مند شود.

### ۴ـ شخص خود شدن

این انگیزه رابطهٔ زیادی با کوشش برای رشد توانائیهای بالقوهٔ فرد دارد؛ یعنی کوششی است در جهت اینکه وی، شخص خودش بشود، خویشتن "*واقعی خود*"[1] را بیابد، یا شخصی که احساس می‌کند باید باشد، بشود. چنان‌که راجرز در ۱۹۵۸ خاطرنشان ساخته است:

> "به نظر می‌رسد که در زیر مسائل و شکایاتی که شخص دارد، مسائل مربوط به تحصیل، همسر، شغل، رفتار غیرقابل کنترل و عجیب خویش، یا احساسات تهدیدکننده، این سؤال وجود دارد که: من واقعاً کیستم؟ چگونه من می‌توانم خویشتن واقعی خود را بیابم؟ چگونه می‌توانم شخص خود بشوم؟ به نظر می‌رسد هدفی که اکثر افراد آرزو دارند بدان برسند و مقصودی راکه دانسته یا ندانسته دنبال می‌کنند عبارت است از: شخص خودشدن".

1 - real self

راجرز در کارهای بعدی خویش (۱۹۷۱-۱۹۶۹) نیز این انگیزه، یعنی کوشش برای شخص خود شدن را در مراجعانی که با آنها مواجه شده بود یافت (کلمن، ۱۹۷۲، ۱۱۰).

کیرکگارد[1] فیلسوف نامی اصالت وجود نیز در بیش از یکصدسال قبل به همین نتیجه رسیده است. او خاطرنشان می‌سازد که معمولی‌ترین یأس این است که شخص مایل نباشد شخص خودش باشد، ولی عمیقترین یأس این است که شخص بخواهد کسی غیر از خودش باشد.

شخص مبتلا به نوروز به قدری درگیر دفاعهای خویشتن است که نمی‌تواند برای رشد خودآزاد باشد، شخصی که مجبور است دائماً تقلا کند، وقت و انرژی کمی برای رشد شخصی خویش دارد، همچنین شخصی که در یک فرهنگ انضباطی شدید قرار گرفته ممکن است بسیاری از راههای رسیدن به خواستهای خود را مسدود ببیند. افراد در این موقعیتها اغلب احساس ناکامی و ناخشنودی می‌کنند. زندگی برایشان بی‌معنی و غیرکامل است، زیرا آنان خشنودی از خود به عنوان یک انسان را از دست داده‌اند (کلمن، ۱۹۷۲، ۱۱۰).

## انگیزه‌های اجتماعی (نیروهای اجتماعی در انگیزش)

عوامل اجتماعی در تسهیل یا منع آرمانها، تنظیم هدفها، و تعیین راههای ارضای نیازهای فرد اهمیت زیادی دارند. بدین معنی که تمام واکنشهای سازشی شخص از درون سرچشمه نمی‌گیرند، بلکه خواستهای محیطی نیز می‌توانند بر رفتار فرد اثر داشته باشند. جامعه از طریق دستگاه ارزشها، و از طریق به کارگیری تشویق و تنبیه، ارضای بعضی خواستها را ترغیب می‌کند؛ در حالی که برخی خواستها را منع می‌نماید.

گروههای اجتماعی نیازهای اساسی خاصی دارند که تا اندازهٔ زیادی با نیازهای فرد

1 - Kierkegard

مطابقت دارند و تعادل حیاتی فرد را با به کارگیری مکانیزمهای مخصوصی از قبیل عادات، آداب و رسوم، و قوانین تعدیل و تصحیح می‌کنند.

وقتی که عملکردهای عادی گروه یا سازمان تشکیل دهندهٔ آن به هم بخورد گروه برای برقراری مجدد تعادل کوشش می‌کند. این موضوع هم در گروههای کوچک و هم در گروههای بزرگ صادق است. مثلاً اگر در جنگ فرماندهٔ لشکری کشته شود، فرمانده دیگری جایگزین وی می‌شود؛ یا اگر پدر خانواده‌ای بمیرد تغییراتی در روابط و مسؤولیتهای سایر اعضای خانواده حاصل شده می‌کوشند تا الگوی جدیدی از عملکردهای مؤثر برقرار سازند.

نیازهای جامعه و گروه تعیین کننده‌های مهمی برای رفتار افرادی که عضو آن جامعه هستند محسوب می‌شود. معمولاً نیازهای خانواده و سایر گروههائی که خواهان ترقی و رفاه اعضای خود هستند بر رفتار فردی که عضو آن خانواده یا گروه است تأثیر می‌بخشد. گاهی اوقات ممکن است نیازهای گروه و جامعه با نیازهای فرد مغایرت داشته باشد، مثلاً مادری که مجبور است برای امرار معاش و گذراندن زندگی فرزندش کاری طاقت فرسا که مخالف میلش است انجام دهد یا سربازی که مجبور است در جنگ زندگی خود را به مخاطره اندازد.

### انگیزه‌های ناخودآگاه

این موضوع بدیهی است که انسان غالباً از انگیزه‌ها و هدفهای خویش ناآگاه یا تا حدودی آگاه است. بسیاری از انگیزه‌های فیزیولوژیائی در سطح ناخودآگاه عمل می‌کنند؛ مانند تنفس. انگیزه‌های روانی نیز ممکن است در سطحی بالنسبه ناخودآگاه عمل نمایند. بدین ترتیب، ممکن است شخص دوستان و نزدیکان خود را مورد انتقاد قرار دهد، عضو باشگاه خاصی شود، و حتی به دلائلی که از آن ناآگاه است، ازدواج نماید. البته ممکن است برای همهٔ اینها، شخص دلائلی بیاورد ولی آنها دلائل کافی نیستند. درجهٔ آگاهی شخص نسبت به یک الگوی رفتاری از یک فرد تا فرد دیگر به طور

قابل توجهی تفاوت دارد. به طور معمول، کسانی که دچار اختلالات روانی هستند از بسیاری از اجزای کلیدی الگوهای رفتاری خویش ناآگاهند.

## انگیزش و رفتار

در بحث قبل توجه خود را به ماهیت و جهت کوششهای انسان معطوف داشتیم. در اینجا نیز چند عامل انگیزشی دیگر را که مستقیماً بر رفتار فرد تأثیر می‌گذارند، مورد بحث قرار می‌دهیم.

## فعالیت و برانگیختگی

فعالیت[1] عبارت است از بسیج انرژی لازم در موجود زنده برای تعقیب هدفها و رسیدن به نیازهایش. فعالیت می‌تواند از لحاظ شدت و ضعف از خیلی زیاد تا خیلی کم در نوسان باشد. مثلاً زمانی که شخص به شدت به هیجان آمده و زمانی که خواب است. شخص از طریق ادراک موقعیت خود و ارزیابی ناکامیها و خشنودیهای بالقوه‌ای که ممکن است با آنها مواجه شود، تحت تأثیر واقع شده، فعالیت خویش را در لحظه‌های مختلف دنبال می‌کند. بدیهی است که حالات درونی شخص از قبیل، هیجانها، داروها، صداهای بلند ناگهانی و محرکهای تازه و عجیب، خستگی، بیماری، و درد نقش مهمی در برانگیختگی و فعالیتهای وی بازی می‌کنند.

هر چند تفاوتهای فردی در میزان حساسیت شخص یا برانگیختگی وی وجود دارد، ولی اکثر افراد می‌آموزند که به موقعیتهای آشنا با سطح مناسبی از فعالیت عکس‌العمل نشان دهند. شرایطی از قبیل گرسنگی شدید، کشمکشهای داخلی شدید، پیش‌فرضهای غلط، و فقدان امید ممکن است به بالا و پایین رفتن بی‌نهایت و نامناسب فعالیت منتهی شده، همچنین به کندی بازگشت و رهائی از اثرات فعالیت قبلی و مصرف انرژی زیاد

1 - activity

منجر گردد.

انگیزه بر آنچه شخص می‌آموزد، و سرعت و مقدار آن تأثیر می‌گذارد. این موضوع به رغم کوششهائی است که شخص انجام می‌دهد و به نظر می‌رسد که باید منطقی باشد. انگیزه بر عقائد شخص نیز تأثیر گذاشته ممکن است موجب واژگون سازی جریانهای فکری وی به منظور هماهنگ ساختن پیش‌فرضها با رفتارش گردد.

**گزینندگی[1] انگیزشی**

انگیزه‌های یک فرد همواره تحت تأثیر ادراک، استدلال، یادگیری، و سایر جریانهای روان‌شناختی است. مثلاً افراد تمایل دارند جنبه‌هائی از محیط را که با ارضای فوری یا دراز مدت نیازهای آنان ارتباط دارد، ادراک کنند. کسی که در پی اجارهٔ مسکن است، کمتر به آگهی‌های مربوط به فروش ماشین یا وسایل خانگی توجه می‌کند و حتی ممکن است آنها را نبیند، یا مردی که در جنگل گم شده است و از تشنگی شدید در رنج است احتمالاً رنگهای قشنگ غروب خورشید را نادیده می‌گیرد و به بررسی و غربال کردن محیط اطراف که نشانه‌ای از آب در آنها باشد، ادامه می‌دهد. این تمایل انسان برای جدا ساختن عواملی که با هدفهای وی بیشترین ارتباط را دارند، *مراقبت گزینشی*[2] نامیده شده است.

همچنین انگیزهٔ شدید ممکن است به انحرافهائی در ادراک منجر گردد، به طوری که محرکهای خنثی یا بی‌ربط به عنوان هدفهای مطلوب ادراک گردند؛ مثلاً ترس شدید ممکن است به ادراکهای غلطی از محرکهای خنثی به عنوان اشیای تنفرانگیز منتهی گردد.

گرچه انگیزه ممکن است غالباً فرد را به سوی محرکهای معینی حساس نماید، امکان دارد که اثر مخالفی نیز داشته باشد؛ مثلاً محرکهای ناخوشایند یا ممنوعات ممکن است از خودآگاه دور بمانند. این واقعیت که محرکهای ناخوشایند احتمالاً کمتر از محرکهای خنثی ادراک می‌شوند، *دفاع ادراکی*[3] نامیده شده است.

---

1 - motivational selectivity

2 - selective vigilance

3 - perceptual defense

## مراحل انگیزشی

هم در کوششهای مربوط به بقای نفس و هم در کوششهای مربوط به تحقق نفس، رفتار فرد معطوف به رسیدن به هدف و رضایت خاطر است. در سطح بقای نفس مراحل انگیزشی شامل سه گام مهم می‌شود که عبارت است از: ۱ـ فعال سازی ناشی از محرومیت ۲ـ انتخاب هدف و راههای رسیدن به آن ۳ـ رفتار معطوف به هدف، که اگر موفقیت آمیز باشد به ارضای انگیزه‌ها منتهی می‌شود.

در سطح کمال یا تحقق نفس، سلسله مراتب انگیزشی پیچیده‌تر است و به جای کوشش برای برطرف ساختن بعضی حالات ناخوشایند از قبیل گرسنگی شدید یا موقعیتهای تهدیدآمیز نسبت به ارزش خویش، توجه شخص به سوی ظهور و ابراز کمال معطوف می‌گردد. در نتیجه شامل تحریک، تنش، کوشش می‌شود. یک دانشمند ممکن است بدون غذا و خواب، در اثر برانگیختگی یک آزمایش سخت را دنبال کند، یک کوهنورد ممکن است خطر مرگ را برای فتح یک قلهٔ خطرناک استقبال کند، و یک نویسنده ممکن است از دیگران کناره گرفته، وقت و کوششهای بی‌پایانی را وقف تهیهٔ آثار خویش نماید. به تعبیر دیگر حتی زمانی که کوششها برای خود[1] دردناک و غیرمطبوع هستند، و راحتی و امنیت فرد را به خطر می‌اندازند، شخص مایل است که برای رسیدن به کمال تمام مساعی خویش را به کار بندد.

معمولاً ارضای انگیزه مطبوع بوده و به سوی تقلیل فعالیت منتهی می‌شود، ولی شرایطی هستند که ارضای انگیزه‌ها در آن شرایط نامطبوع است. مثلاً یک گیاهخوار که باید ارزشهای دینی خود را زیر پا بگذارد و برای رهائی از مرگ گوشت بخورد. برای فهم مناسب انگیزه هم جنبه‌های خوشایند و هم جنبه‌های ناخوشایند ارضای آن مهم هستند.

1- ego

## الگوهای انگیزشی و سبک زندگی

انسان تمایل دارد که یک روش بالنسبه ثابت در زندگی برقرار سازد که الگوهای انگیزشی محسوب شده، کوششهای وی را در رسیدن به نیازها و هدفهایش جهت می‌دهند.

الگوهای انگیزشی نهفتهٔ افراد، **سطح آرزو**[1] نامیده شده است. افرادی که سازگاری آنها خوب است مایل‌اند که ارزیابی منطقی و صحیحی از خود و دنیای خود داشته باشند؛ برعکس ارزیابی افراد دچار اختلال رفتار دربارهٔ خودشان غلط و غیرمنطقی بوده سطح آرزوی خود را خیلی بالا یا خیلی پایین قرار می‌دهند.

گرچه افراد تمایل دارند که الگوهای بالنسبه ثابتی از انگیزه‌ها داشته باشند، ولی دگرگونی در تمایلات موجب تغییرات غیر قابل پیش‌بینی این الگوها در طول زمان می‌شود. بعضی از این تغییرات ناشی از تجربه و یادگیری هستند، بعضی از آنها به نظر می‌رسد که نتیجهٔ نیازمندیهای جدید شخص در مراحل مختلف زندگی هستند، و بالاخره بعضی از آنها مربوط به تأثیرات شرایط محیطی هستند.

## فشارهای روانی[2]

اگر نیازهای زیستی و روانی فرد به طور خود به خود ارضا می‌شد، زندگی واقعاً آسان بود. ولی چنان که می‌دانیم موانع زیادی، خواه محیطی و خواه درونی، وجود دارند که مخلّ ارضای نیازها هستند. این موانع موجب فشار روانی در فرد می‌گردند. در این بخش انواع متفاوت فشارهایی که معمولاً شخص تجربه می‌کند و الگوهای منحصر به فرد و در حال تغییر این فشارها مورد بحث قرار گرفته به دنبال آن ناراحتیهایی که این فشارها برای شخص ایجاد می‌کنند، مورد توجه واقع می‌شوند.

این فشارها معمولاً به *ناکامی*[3]، *تعارض*[4] و *فشار روانی* تقسیم شده‌اند. گرچه هر یک از این فشارها را به تنهائی مورد بررسی قرار می‌دهیم ولی آشکار است که همگی در ارتباط

---

1 - level of aspiration
2 - stress
3 - frustration
4 - conflict

با یکدیگر بوده و قسمتی از الگوی کلی استرس برای فرد محسوب می‌شوند.

**ناکامی**

هنگامی که موانعی جلو انگیزه‌های فرد را برای رسیدن به هدف دلخواه می‌گیرند، و هدف مناسبی برای فرد وجود ندارد، ناکامی توسط وی تجربه می‌شود. این موانع دامنهٔ وسیعی را شامل می‌شوند که ممکن است طبیعی باشند مانند قحطی، خشکسالی، زلزله، سیل، طوفان؛ ممکن است اجتماعی باشند مانند جنگ، نابرابریهای اجتماعی، حوادث، بیماری، از دست دادن شخص مورد علاقه؛ ممکن است شخصی باشند مانند نقص عضو.

**تعارض**

در بسیاری از موارد استرس تنها از یک مانع حاصل نمی‌شود، بلکه نتیجه‌ای است از تعارض بین دو نیاز یا دو هدف با ارزش که انتخاب یکی موجب ناکام شدن دیگری می‌گردد.

تعارض را می‌توان به صورت *نزدیک شدن ـ اجتناب ورزیدن*[1]، *نزدیک شدن دوگانه*[2] و *اجتناب ورزیدن دوگانه*[3] تقسیم کرد.

۱ـ *تعارضهای نزدیک شدن ـ اجتناب ورزیدن* عبارتند از: تمایلات نیرومند برای رسیدن و دور شدن از یک هدف. مثلاً میل به ازدواج و ترس از مسؤولیت یا از دست دادن آزادی خود. یا هنگامی که شخص احساس کند به شدت جذب دختری برای ازدواج شده است و ارزشهای دینی، اجتماعی، و فرهنگی وی با ارزشهای دینی، اجتماعی، و فرهنگی آن دختر مغایر است و می‌ترسد که ازدواج با وی به شکست و جدائی منتهی گردد. چون بسیاری از تعارضهای نزدیک شدن ـ اجتناب ورزیدن به جای دو راه شامل راههای متعدد می‌گردد؛ گاهی اوقات اصطلاح *نزدیک شدن ـ اجتناب ورزیدن مرکب*[4] برای

1 - approach - avoidance
2 - double-approach
3 - double avoidance
4 - multiple approach-aviodance

آن به کار برده شده است. مثلاً شخص ممکن است در این تعارض نباشد که با یک دختر ازدواج کند یا نه، بلکه نتواند تصمیم بگیرد که از میان چند دختر کدام یک را برای ازدواج انتخاب کند.

۲ـ *تعارضهای نزدیک شدن دوگانه*: این نوع تعارض عبارت است از: رقابت بین دو یا چند هدف دلخواه. در سطح ساده، شخص ممکن است مجبور باشد بین انتخاب دو لباس، یا دو غذا، یا دو میهمانی تصمیم بگیرد. در سطح وسیعتر و پیچیده‌تر هنگامی است که شخص در تعارض بین انجام وظیفه و بلند همتی واقع شده است، یا در کشمکش بین وفاداری به مادر یا همسرش قرار گرفته است، یا در انتخاب رشتهٔ روان‌شناسی و حقوق بدون تصمیم مانده است، و یا در تسلیم شدن به رضایت خاطر فعلی یا شکیبائی برای رسیدن به خشنودیهای آینده ناتوان شده است.

۳ـ *تعارضهای اجتناب ورزیدن دوگانه*: این گونه تعارضها مربوط هستند به انتخاب راههائی که هر دو برای فرد ناراحت کننده و تهدید آمیزند ولی شخص مجبور است که یکی از آنها را برگزیند. مانند رفتن به جنگ دشمن و احتمال کشته شدن یا دچار نقص عضو گشتن، و امتناع از جنگ و عدم پذیرش اجتماعی و خانوادگی و احتمال تنبیه و سرزنش اجتماعی. در حیوانات این موضوع به صورت آزمایش یادگیری تشخیصی که خارج از حیطهٔ حسی آنها بوده است صورت گرفته و معلوم شده است که موجب اضمحلال روانی آنها می‌شود. در انسان نیز تعارضهای طاقت‌فرسا، موجب چنین حالاتی می‌شود هر چند جریان آن در انسان بسیار پیچیده‌تر است.

## سؤالات فصل سوم

۱ـ تعریف انگیزه چیست؟

۲ـ انگیزه‌های اصلی انسان شامل چه انگیزه‌هائی می‌شود؟

۳ـ انگیزه‌های فیزیولوژیائی در سطح بقای نفس شامل چه انگیزه‌هائی است؟

۴ـ هدف انگیزه‌های فیزیولوژیائی چیست؟

۵ـ انگیزه‌های فیزیولوژیائی بر پایهٔ کدام دو انگیزهٔ اساسی استوار است؟

۶ـ محرومیت از غذا موجب چه حالاتی در شخص می‌شود؟

۷ـ انگیزهٔ تشنگی برای چه منظوری است؟

۸ـ کمبود آب موجب کدام حالت در سلولهای بدن می‌شود؟

۹ـ مطالعهٔ تجربی دربارهٔ محرومیت از خواب چه نتیجه‌ای را آشکار ساخته است؟

۱۰ـ مرکز تنظیم انگیزه‌های فیزیولوژیائی کجاست؟

۱۱ـ مقاومت معمولی بدن در برابر فشار روانی به کدام علل کاهش می‌یابد؟

۱۲ـ نیروی جنسی در یک فرد بستگی به چه عواملی دارد؟

۱۳ـ شست‌وشوی مغزی چگونه امکان پذیر است؟

۱۴ـ انگیزه‌های فیزیولوژیائی در سطح تحقق نفس یا کمال شامل کدام رفتارها می‌شود؟

۱۵ـ تعادل روانی شخص در چه شرایطی به هم می‌خورد؟

۱۶ـ بر اساس کدام کوششهای فرد اصطلاح سازگاری و ناسازگاری مورد استفاده واقع می‌شود؟

۱۷ـ تفاوت و یا تشابه انگیزه‌های روانی و فیزیولوژیائی کدام‌اند؟

۱۸ـ انگیزه‌های روانی در سطح بقای نفس کدام‌اند؟

۱۹ـ مفهوم نظریهٔ ناهماهنگی شناختی چیست و توسط چه کسی بیان شده است؟

۲۰ـ نیاز امنیت به کدام نیاز وابسته است؟

۲۱ـ تحقیق بارد دربارهٔ انگیزهٔ محبت و وابستگی کدام است و نتیجهٔ آن چیست؟

۲۲ـ تحقیق بمبارد دربارهٔ انگیزهٔ محبت و وابستگی چیست و نتیجهٔ آن کدام است؟
۲۳ـ تحقیقی که در بارهٔ انگیزهٔ تعلق، پذیرش، و تأیید صورت گرفته چیست؟
۲۴ـ مفهوم سندرم چشم به راه چیست و مربوط به کدام تحقیق است؟
۲۵ـ انگیزهٔ عزت نفس با کدام نیازها یا انگیزه‌ها درآمیخته است؟
۲۶ـ ارزش، معنی، و هدف چه نقشی در رفتار دارد و چه تشبیهی برای آن شده است؟
۲۷ـ انواع انگیزه‌های روانی در سطح تحقق نفس کدام‌اند و مفهوم هر یک چیست؟
۲۸ـ نظر کیرکگارد فیلسوف اصالت وجود در زمینهٔ یأس چیست؟
۲۹ـ اهمیت عوامل اجتماعی در کدام موارد زیاد است؟
۳۰ـ مفهوم انگیزه‌های ناخودآگاه چیست؟
۳۱ـ تعریف فعالیت یا برانگیختگی چیست و چه مواردی موجب بالا و یا پایین رفتن فعالیت می‌شود؟
۳۲ـ مفهوم گزینندگی انگیزشی چیست؟
۳۳ـ مفهوم مراقبت گزینشی چیست؟
۳۴ـ مراحل انگیزشی کدام‌اند؟
۳۵ـ سلسله مراتب نیازها توسط چه کسی بیان شده و ترتیب آنها چگونه است؟
۳۶ـ الگوهای انگیزشی نهفتهٔ افراد چه نامیده شده است؟
۳۷ـ مفهوم ناکامی چیست؟
۳۸ـ مفهوم تعارض چیست؟
۳۹ـ مفهوم هر یک از انواع تعارضها چیست؟

# فصل چهارم

**عوامل مؤثر بر فشار روانی و واکنشهای مربوط به آن**

هدف این فصل عبارت است از: بحث دربارهٔ مسائل و مشکلاتی که موجب فشار روانی و استرس در شخص می‌شوند. برای رسیدن به این مقصود انواع فشارهای روانی، اثرات آنها، فشار روانی و آسیب‌پذیری، سازگاری با فشارهای روانی، موقعیتهای استرس‌زا، و عوامل ایجادکنندهٔ فشار روانی مورد بحث و بررسی قرار خواهند گرفت. موارد دیگری که در ارتباط با فشارهای روانی توضیح داده خواهند شد عبارتند از: تجارب اسیران جنگی، فشارهای روانی زودگذر دوران زندگی، فشار آفرینهای چندگانه، بعضی اصول مربوط به واکنشهای استرسی، الگوهای سازشی، واکنشهای عملی جهت‌دار، و واکنشهای دفاعی جهت‌دار.

**انواع فشارهای روانی**

فشار روانی نه تنها ممکن است از ناکامیهای مربوط به نرسیدن به هدفها و احساس تعارض ناشی شود، بلکه ممکن است مربوط به رویدادهای مختلف یا رفتار کردن به طریقه‌های خاصی باشد که از داخل یا خارج بر فرد تحمیل شود. مثلاً یک دانشجو ممکن است از چند جهت تحت فشار قرار گیرد. یکی برای کسب نمرهٔ خوب، دیگری چون پدرش به وی فشار می‌آورد، دیگری برای آنکه در امتحان فوق لیسانس پذیرفته شود، و نهایتاً برای آنکه ثابت کند توانائی انجام این کار را دارد.

معمولاً این فشارها شخص را مجبور می‌کنند که مصراً به عمل خود سرعت ببخشد یا رفتار جهت یافتهٔ خود را به سوی هدف معینی تغییر دهد. گاهی اوقات این فشارها به طور جدی تدابیر سازشی فرد را مختل می‌سازند و موجب فشار روانی مزمن می‌شوند که اگر شدت یابند منتهی به اضمحلال رفتار منظم فرد می‌گردند. بدین ترتیب، استرس ممکن است شامل ناکامی، تعارض و فشار روانی خاص باشد. مثلاً اگر کسی منبع درآمد خود را از دست بدهد، دچار ناکامی می‌گردد؛ اگر نتواند بین این عقیده که از لحاظ کسب کار خیلی زرنگ است و این قضاوت که فقیر و بی‌چیز است توافق حاصل کند و نگرشهای متضاد و شناختهای ناهماهنگ نسبت به خود و دنیای خود پیدا کند دچار تعارض می‌شود؛ و اگر نتواند مسائل و شرایطی که در آن قرار گرفته است حل و فصل نماید احساس فشار روانی می‌کند. بدین‌دلیل به طور معمول از الگوهای فشارآور صحبت می‌کنیم تا شرایط فشارآور، زیراگرچه یک فشار معین ممکن است در هر شرایطی بر فرد چیره شود، ولی به ندرت فرد با یک حالت و شرایط انتزاعی و مجرد مواجه است، بلکه دائماً با تغییرات پیچیده و فشارهای متداخل و گاهی اوقات متضاد با یکدیگر روبه رو است.

استرس ممکن است **تحمیل شده**[1] باشد مانند یک سرباز که مجبور است تحت انضباط

1 - imposed

شدید و سایر شرایط فشارآور قرار گیرد؛ **تعیین شده**[1] باشد مانند ستاره‌شناسی که باید ساعتها، روزها، و حتی ماهها منتظر رصد کردن ستارگان و اقمار باشد و در نتیجه در معرض استرس غیرمعمول طولانی مدت قرار گیرد؛ ***انتخاب شده***[2] باشد مانند فردی که به دلایل معتبر شخصی یک موقعیت فشارآور را انتخاب می‌کند؛ مثلاً زندگی کردن در سرمای شدید و پر مخاطره، یا در بین حیوانات خطرناک، و یا در میان بیماران مسری و تهدیدآمیز به منظور پژوهش و یافتن یافته‌های تحقیق؛ ***طرح شده***[3] باشد مانند تجارب مربوط به محرومیت حسی به منظور تجربه‌های آزمایشی.

استرس انتخاب شده: یک فرد ممکن است شرایط فشارزایی را به دلایل اعتبار شخصی انتخاب کند. این شخص انزوای کامل و زندگی در طول زمستان را در اقیانوس منجمد جنوبی برگزیده است

استرس تحمیل شده: کارکنان خدمات نظامی ممکن است اجباراً در شرایط انضباطی شدید و فشار آفرین قرار گیرند. این تصویر تمرینهای سخت سربازان را در یک گروه نظامی نشان می‌دهد.

1 - assigned
2 - chosen
3 - devised

استرس طرح شده: استرس ممکن است در شرایط آزمایشگاهی کنترل شدهٔ مصنوعی طرح‌ریزی شود، از قبیل تجربه‌های محرومیت حسی که در این شکل نشان داده شده است.

استرس تعیین شده: ستاره شناسان، کارکنان زیردریائیها و سایر مشاغل سخت و ناگوار ممکن است مدتهای طولانی تحت تأثیر استرس باشند.

## فشار روانی و آسیب پذیری

مقصود از آسیب‌پذیری احتمال بروز پاسخ ناسازگارانه در موقعیتهای معین است. آسیب‌پذیری ممکن است در اثر وراثت خاص مثلاً داشتن والدین مبتلا به اسکیزوفرنی، ویژگیهای معین فرد مانند اضطراب یا نگرانی زیاد، فقدان بعضی مهارتها از قبیل ناتوانی و عدم آرامش به هنگام اخذ تصمیم، یا رو به رو شدن با تجربه‌های دردناک افزایش یابد. بعضی از افراد در تمام موقعیتها آسیب‌پذیری دارند و کمتر می‌توانند در برابر وقایع متعدد زندگی، سازگارانه عمل کنند. بعضی دیگر به دلیل آنکه در اثر ترکیبی از رویدادهای بی‌معنی زیر فشار روانی واقع شده‌اند، آسیب‌پذیریشان افزایش یافته است. افرادی دیگر فقط در موقعیتهای خاصی که با مشکلات یا دشواریهای قبلی آنان شبیه

است، آسیب‌پذیریشان افزایش می‌یابد.

فشار روانی و آسیب‌پذیری تأثیر متقابلی بر یکدیگر دارند؛ یعنی اگر فشار روانی زیاد باشد، آسیب‌پذیری کم هم ممکن است موجب ظهور بیماری گردد و برعکس وقتی که فشار روانی کم ولی آسیب‌پذیری زیاد باشد احتمال بروز رفتار ناسازگارانه زیاد است. توصیف رفتار ناسازگارانه حاکی از آن است که مشکلی وجود دارد و آسیب‌پذیری زیاد فرد یا فشار روانی زیاد موجود در محیط موجب ناتوانی وی در مقابله با مسائل زندگی شده است.

**سازگاری با استرس**

استرس اگر خارج از سطح تحمل باشد سلامت موجود زنده را به مخاطره می‌اندازد. بنابراین، حل آن مستلزم کوششهای خود به خود و مصرانه بوده، فرد را برای انجام دادن کارهائی دربارهٔ آن تحت فشار قرار می‌دهد. آنچه را که فرد انجام می‌دهد به عوامل بسیاری بستگی دارد که عبارتند از: چهارچوب مراجعه، انگیزه‌ها، شایستگیها، تاب تحمل استرس، محدودیتها یا پشتیبانیهای محیطی، و شرایط آنی و زودگذر مانند خستگی یا حالت روانی قبلی. البته هر واکنش استرسی پاسخی است به ترکیبی از این تعیین‌کننده‌ها که ممکن است بعضی از دیگری مؤثرتر باشند؛ ولی همگی با هم به صورتی که فرد واکنش نشان می‌دهد، عمل می‌کنند.

به تعبیر دقیقتر فشار روانی حاصل از یک موقعیت معین با ارزیابی فرد از آن موقعیت و نیروی مقابله با آن بستگی دارد. این ارزیابی شامل دو مرحله است: در مرحلهٔ اول یا *ارزیابی اولیه*[1] فرد ممکن است موقعیت را تهدیدکننده یا برعکس بی‌خطر ارزیابی کند. در مرحلهٔ دوم یا *ارزیابی ثانویه*[2] نوع اقدامی که فرد باید نسبت به آن موقعیت به عمل آورد و نیز نیروها و امکاناتی که برای حل و مقابله با آن درخود احساس می‌کند، مورد بررسی

1 - primary appraisal

2 - secondary appraisal

واقع می‌شود. احساس خطر و میزان آن وابسته به امکاناتی است که فرد احساس می‌کند در اختیار دارد و این موضوع در رابطه با اطلاعاتی است که محیط، تجارب زندگی و ویژگیهای شخصی برایش به وجود آورده است. اطلاعات تازه ممکن است در ارزیابی فرد از موقعیت مؤثر واقع شود و آن را مورد ارزیابی مجدد قرار دهد.

بعضی پیامدهای روان‌شناختی با درجات شدید فشار روانی در ارتباط‌اند. گرچه نمی‌توان آنها را به سرعت شناخت ولی می‌توان دربارهٔ آنها به جستجو پرداخت. مثلاً درصد بالایی از افراد افسرده و کسانی که میل به خودکشی در آنها وجود داشته است دارای تجاربی نامطلوبتر از افرادی که اختلالات دیگری داشته‌اند، بوده‌اند. از جمله حوادث مهمی که اغلب به افسردگی منتهی می‌شود جدائی از اشخاص و از دست دادن افراد مهمی است که در زندگی گذشتهٔ فرد مؤثر بوده‌اند.

فشارهای روانی ممکن است دارای اثرات تأخیر شده باشند که غالباً توسط رویدادهای مداخله‌گر به تعویق افتاده‌اند.

### شدت فشار روانی و عوامل مربوط به آن

حوادث و موقعیتهائی که پاسخهای مربوط به فشار روانی را سبب می‌شوند، ویژگیهای متفاوتی دارند. بعضی از بحرانها ناگهان جلوه‌گر می‌شوند، بعضی دیگر گرچه بتدریج اثر می‌بخشند، ولی چنین به نظر می‌رسد که ظهور آنها ناگهانی است. پاره‌ای از عوامل مربوط به میزان فشار روانی عبارتند از:

۱ـ *دوام*[1]، بعضی از موقعیتهای فشار آفرین دوام کمی دارند از قبیل مصاحبهٔ استخدامی یا گذراندن یک امتحان، اما بعضی دیگر ممکن است ساعتها، روزها، ماهها، و حتی سالها به طور بیانجامد، مانند منازعهٔ زن و شوهر یا حضور در جبههٔ جنگ.

۲ـ شدت[2]، فشارهای روانی با شدت ناراحتی که شخص با آن مواجه می‌شود در رابطه

1 - duration 2 - severity

است، مثلاً تأثیر آسیب دیدگی ناشی از یک حادثهٔ رانندگی کمتر از فقدان یک شخص مورد علاقه است.

۳ـ *قابلیت پیش‌بینی*[1]، گاهی اوقات می‌توانیم وقوع حادثه‌ای را پیش‌بینی کنیم، در حالی که در مواقع دیگر چنین نیست. اگر شخص بتواند وقوع حادثه‌ای را پیش‌بینی کند، فشار روانی کمتری احساس می‌کند تا زمانی که قادر به چنین عملی نیست.

۴ـ *درجهٔ از دست دادن کنترل*[2]، یکی از جنبه‌هائی که موجب بیشترین فشار و ناراحتی در فرد می‌شود زمانی است که وی احساس کند نمی‌تواند هیچ نفوذ و کنترلی بر یک موقعیت خاص داشته باشد. مثلاً قربانیان سیل یا زلزله که کنترل ضربه‌ها و آثار ناشی از آن برایشان امکان‌پذیر نیست، فشار روانی شدیدی احساس می‌کنند.

۵ـ *میزان اعتماد به نفس*[3]، نبود اعتماد به نفس، میزان کارآئی شخص را کاهش می‌دهد و راه مقابله با آن را محدود می‌سازد. مثلاً فردی که در یک امتحان مردود شده است ممکن است نتواند به راحتی در سایر امتحانات شرکت کند، در حالی که قبلاً چنین احساسی نداشته است.

۶ـ *شروع یا حملهٔ ناگهانی*[4]، ظهور ناگهانی یک موقعیت میزان آمادگی فرد را برای مقابله با آن تحت تأثیر قرار می‌دهد. مثلاً مقابله با یک سانحهٔ ناگهانی و غیرمنتظره سخت‌تر از مواجه شدن با بحران بلوغ است که بتدریج رخ می‌نماید.

## موقعیتهای استرس‌زای روانی

گرچه فشار روانی تا حد زیاد یک پاسخ شخصی است، ولی بعضی از موقعیتها تقریباً در همهٔ افراد فشار روانی زیادی را موجب می‌شوند. این موقعیتها عبارتند از:

۱ـ *سوانح*[5]، یعنی رویدادهائی که تأثیر روان‌شناختی آنها مربوط است به آسیبهای

---

1 - predictability
2 - degree of loss of control
3 - level of self-confidence
4 - suddenness of onset
5 - accidents

بدنی شده و احتمال وقوع مرگ. کسانی که پس از سقوط هواپیما جان سالم به در برده‌اند، حتی اگر از جراحاتی که بر آنها وارد شده است بهبود یابند، تجارب روانی ناگواری خواهند داشت؛ به طوری که می‌توان گفت: نجات از مرگ خود به خود ممکن است فشار آفرین باشد.

همهٔ افراد غالباً دچار هذیان آسیب‌ناپذیری هستند و همواره به خود می‌گویند که "هیچ حادثه‌ای برای من روی نخواهد داد". اما بدیهی است که احتمال وقوع حادثه برای هر فرد وجود دارد، خواه خود مستقیماً در آن درگیر باشد، خواه بستگانش بدان گرفتار شده باشند.

گرچه اکثر افراد سوانح را "خواست خدا" می‌نگرند، با این وجود خشمگین و ناراحت می‌شوند. حتی کسانی که از یک سانحه جان سالم به در برده‌اند اغلب احساس گناه می‌کنند. آنان همواره در رنجند و از خود می‌پرسند که "چرا برای نجات کسانی که جان خود را از دست دادند، تلاش بیشتری ننمودم" و "چرا دیگران مردند و من زنده ماندم". قربانیان یک سانحه ممکن است احساسات دردناکی را در سالگرد آن سانحه تجربه نمایند و دچار اضطراب و افسردگی شدید شوند. این احساسات ممکن است بدون آگاهی شخص از سرچشمه آن یعنی رنج و ناراحتیهائی باشد که روی هم انباشته شده و به صورت افسردگی و اضطراب جلوه‌گر شده است.

۲ـ *بلاهای طبیعی*[1]، مانند سیل و زلزله که ممکن است موجب از بین رفتن خانه، جان و اموال افراد گردد. این بلاها به دلیل آنکه شخص هیچ‌گونه کنترلی بر آنها ندارد خود به خود موجب فشار روانی شدید در افراد می‌گردد. دورهٔ بعد از وقوع بلا نیز ممکن است بسیار فشارآور باشد، عده‌ای نتوانند بستگان خود را بیابند، و عده‌ای از اینکه پس از مرگ دیگران زنده مانده‌اند، احساس گناه و رنج و ناراحتی شدید بنمایند.

۳ـ *جنگهای نظامی*[2]، مانند نبرد: سربازان در میدان جنگ همواره در حال ترس و

1 - natural disasters

2 - military combat

اضطراب اسیر شدن، مردن، و ناقص‌العضو گردیدن به سر می‌برند و کمبود خواب، خستگی بدنی، جدائی از خانواده، و علاقه به زندگی فشار روانی را در آنها افزایش می‌دهد. یکی از احساساتی که با اضطراب و افسردگی در آنان ملاحظه می‌شود، خشم است، خشمی انفجارآمیز توأم با تنفر.

گرچه بیشتر افراد در برابر تأثیرات حوادث و مصائب سازگاری حاصل می‌کنند، ولی در حدود $\frac{1}{3}$ آنان به حالتی دچار می‌شوند که اصطلاحاً "*سندرم بلا*"[1] نامیده شده و نشانه‌های آن عبارت است از: گیجی، بی‌هدفی، سرگردانی، تهوع، بی‌خوابی، و از جا پریدگی.

در رابطه با تجارب اسیران جنگی، یادداشتهای *ویکتورفرانکل*[2] از ارزش خاصی برخوردار است، زیرا به روشنی نشان می‌دهد که بین مهارتهای شناختی فرد در برخورد با مسائل اردوگاه و زنده ماندن وی همبستگی معنی‌داری وجود دارد. از جمله ویژگیهائی که فرانکل به عنوان مؤثرترین عامل در زنده ماندن اسیران جنگی ذکر می‌کند عبارت است از: ارزیابی عینی از آنچه در آن موقعیت پیچیده می‌گذرد، خودداری از خشم و سرکشی و شکایت، و استفاده از خیالبافی برای آرامش خاطر. فرانکل خاطرنشان می‌سازد که چگونه خیالبافی و بازیهای ذهنی در کمک به شخص برای تحمل رنج زندگی در محیط یکنواخت و پر از ظلم و ستم اسارت مؤثر افتاده است. او همچنین مکانیزم انکار را به عنوان پاسخی مناسب برای سازگاری با وضعیت زندان ذکر می‌کند.

فرانکل عوامل متعددی راکه در زنده ماندن اسیران جنگی مؤثر بوده ذکر کرده است. این عوامل عبارتند از: نیروی بدنی، پیوند اجتماعی، و مهارتهای شناختی. براساس نظر فرانکل آنچه در کسانی که زنده مانده‌اند، اهمیت خاصی داشته عبارت از: امیدواری، اعتقاد به تحمل رنج، و تعهد شدید نسبت به زنده ماندن بوده است. کسانی که جان سالم به در برده‌اند آنهائی بوده‌اند که احساس می‌کردند چیزی وجود دارد که باید به خاطر آن

1 - disaster syndrome

2 - Victor Frankl

بکوشند تا زنده بمانند. همچنین افرادی که شخصیت خود را دست نخورده نگاه داشته و در طول دورهٔ اسارت علاقه‌ها، ارزشها و مهارتهای خویش را حفظ کرده، و توانسته‌اند منشأ اثری باشند، رنج و ناخوشی کمتری احساس کرده‌اند؛ مثلاً پزشکان، پرستاران، رهبران دینی، و مددکاران اجتماعی شانس بیشتری برای زنده ماندن داشته‌اند. مساعدتهای آنان به اسرای دیگر موجب آن بوده است که احساس کنند عضو مؤثر و مفید خانواده‌ای هستند و می‌توانند روابط خود را با افراد دیگر مانند دورهٔ قبل از جنگ حفظ کنند. همانند سازی با اسیران دیگر، عزت نفس قوی، احساس با ارزش بودن و تعلق به گروه، و احساس سودمندی برای دیگران می‌توانسته است کمک مؤثری در سلامت بدنی و روانی اسیران به شمار آید. خصایصی از قبیل افسردگی، بی‌احساسی عاطفی، اضطراب، دشواری در تمرکز، و کج خلقی از ویژگیهائی است که غالباً در میان اسیران مشاهده شده است.

مطالعات روان شناختی دربارهٔ افرادی که از سانحه، بلا، یا جنگ نظامی و اسارت جان سالم به در برده‌اند نشان داده است که آنان همه یا بعضی از تجارب زیر را داشته‌اند:

*الف ـ اضطراب مرگ و تخیل مرگ*[1]: نجات یافتگان نه فقط در خلال و بعد از حادثه اشتغالات ذهنی دربارهٔ ترس از مرگ ناگهانی داشتند، بلکه دچار تخیلات محو نشدنی دربارهٔ مرگ بودند که موجب برانگیختن واکنشهای هیجانی شدید در آنان، سالها پس از حادثه می‌گردید؛ یعنی حوادث معمولی زندگی واکنشهای استرس شدیدی را در آنان بر می‌انگیخت.

ب ـ *خوابهای وحشتناک*: قربانیان حوادث و بلاها، سالها بعد هنوز خوابهای وحشتناک از قبیل کشته شدن یا اسیر شدن داشتند.

ج ـ *احساس گناه مرگ*: بازماندگان احساس دردناکی از خود محکوم‌سازی[2] داشتند که چرا زنده مانده‌اند ولی دیگران مرده‌اند.

---

1 - death anxiety and death imprint

2 - self-condemination

د ـ *کرختی روان‌شناختی*[1]: نجات یافتگان از نارسائیهای احساسی در هر زمینه دچار رنج بودند و نشانه‌هائی از قبیل بی‌حسی عاطفی، کناره‌گیری، و افسردگی نشان می‌دادند.

هـ ـ *روابط اجتماعی آسیب دیده*: بسیاری از آنان کمتر قادر به داشتن روابط گرم با دیگران بوده، همواره آمادهٔ بریدن و قطع ارتباط با دیگران حتی دوستان و افراد خانواده بودند.

و ـ *در جستجوی معنی*: به نظر می‌رسید که بسیاری از بازماندگان در جستجوی علت فاجعه بودند. بعضی آن را "خواست خدا می‌دانستند"، ولی بعضی دیگر آن را ناشی از غفلت بشر می‌نگریستند (ساراسون، ۱۹۸۴، ۱۰۶).

۴ـ*فشارهای روانی زودگذر*: حوادث و بلاها مواردی هستند که بر فرد تحمیل می‌گردند. بعضی از بحرانها و مشکلات هستند که گرچه زودگذرند، ولی در طول دورهٔ زندگی و تحول شخصیت هر فرد رخ می‌نمایند. تولد و ورود به دنیای پیچیده و غالباً مغشوش، ورود به مراکز آموزشی نخستین، سپری شدن دوران کودکی و رسیدن به دوره‌های نوجوانی، بزرگسالی، و سالخوردگی هر کدام یک بحران محسوب می‌شود که می‌تواند به راه‌حلهای سازگارانه و یا ناسازگارانه منتهی گردد. سازگاری یا ناسازگاری در هر مرحله، اغلب بر مراحل بعدی زندگی تأثیر می‌گذارد. فشارهای روانی زودگذر تحت تأثیر عوامل زیستی، فرهنگی، محیطی، و اجتماعی قرار می‌گیرند. فشارهای روانی زودگذر را می‌توان بدین ترتیب خلاصه کرد:

۱ـ تولد، ارتباط با مادر و دنیای جدید، از شیر گرفتن.

۲ـ ورود به مؤسسات خارج از منزل مانند مهد کودک و مدرسه.

۳ـ بلوغ و تغییرات زیستی، روانی و اجتماعی همراه با آن.

۴ـ تغییرات مهم آموزشی مانند ورود به دانشگاه.

۵ـ اشتغال و ورود به دنیای کار.

---

1 - psychological numbing

۶ـ ازدواج.

۷ـ فرزنددار شدن.

۸ـ جدائی و دوری از فرزندان.

۹ـ بازنشستگی.

۵ـ *فشار آفرینهای چندگانه:* به نظر می‌رسد این اعتقاد عمومی درست باشد که هر فرد در مقابل تجارب معینی که نوع آن به حساسیت فردی وی بستگی دارد، آسیب‌پذیر است. یعنی وقتی که به دکمه‌های حساس شخص فشار وارد شود کارآئی وی در مقابله با فشار روانی کاهش می‌یابد و احساس ناشایستگی می‌کند. فشارهای روانی ممکن است تأثیرات متراکمی داشته باشند و در طولانی مدت پیامدهای منفی مهمی بر جای بگذارند. ترکیبی از چند حادثهٔ فشار آفرین و عوامل شخصیتی با یکدیگر می‌توانند موجب اضطراب و وحشت‌زدگی در فرد شده منتهی به نتایج جبران ناپذیر گردند. مثلاً فردی که به تازگی شغل خود را از دست داده و پسرش به هروئین معتاد شده بود، وقتی که شنید مردی به سن وی بر اثر حملهٔ قلبی درگذشته است، با وجودی که او را نمی‌شناخت، با خود چنین پنداشت که اوهم مانند آن مرد در خیابان دچار حملهٔ قلبی شود و جان بسپارد. در این گونه موارد ممکن است ترکیبی ازوقایع فشار آفرین که به تازگی رخ داده‌اند و عوامل شخصیتی فرد، فشار روانی را افزایش داده رویدادی به ظاهر کم اهمیت موجب اضطراب و وحشت‌زدگی[1] در وی بشود.

تحقیقات نشانگر آنند که کسانی که در گذشتهٔ نزدیک فشارهای روانی چندگانه داشته‌اند نسبت به اوضاع و احوال اضطراب‌آور حساس می‌شوند و فعالیتهای فیزیولوژیائی در آنها افزایش می‌یابد.

شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهند اوضاع آشفتهٔ اجتماعی و فقر نیز شدت حوادث فشارزای زندگی را افزایش داده، بر سلامت فرد و رفتار وی تأثیر می‌گذارند.

1 - panic

## اصول کلی واکنشهای استرسی

برای بررسی واکنشهای استرسی، سه سطح فیزیولوژیائی، روانی، و اجتماعی که با یکدیگر در تأثیر و تأثر متقابل‌اند مورد توجه قرار می‌گیرند: ۱ـ در سطح فیزیولوژیائی، دفاعهای ایمن‌سازی بدن در برابر بیماریها، ومکانیزمهای ترمیم آسیبهای بدنی مطرح می‌شوند. ۲ـ در سطح روان‌شناختی، الگوههای سازشی آموخته شده و دفاعهای مربوط به حفظ "خود" از آسیب مورد بحث قرار می‌گیرند. ۳ـ در سطح فرهنگی اجتماعی، ارتباط فرد با گروههای مختلف مانند خانواده، دوستان، واحدهای کار و مؤسسات مختلف بررسی می‌شوند. این سطوح در ارتباط نزدیک با یکدیگر بوده و شکست فرد در هر سطح ممکن است به واکنشهای سازشی فرد در سطوح دیگر به شدت آسیب برساند. این واکنشها در هر سطح از اصولی پیروی می‌کنند که عبارت است از: کلی بودن، اقتصادی بودن، طرح شده یا خود به خود بودن، هیجان‌انگیز بودن، و تعیین کننده داخلی و خارجی داشتن.

### الف ـ واکنشهای استرسی کلی[1] هستند

موجودات زنده تمایل به وحدت و "کلیت" خود دارند. اساس این وحدت رفتار جریانهای عصبی تهییج و منع است. این منع و تهییج شامل تمام اعضای بدن می‌شود و حالت فعلی شخص نیز در آن دخالت دارد. بنابراین، بر اساس اهمیت و اولویتی که فرد برای موضوعها قائل است بعضی کنشها یا عملها منع می‌شوند در حالی که بعضی دیگر تسهیل می‌گردند. مثلاً به هنگام مشاجره اعمال مربوط به هضم و سایر اعمالی که مورد نیاز فوری نیست، کندتر شده، اعضائی که برای افزایش فعالیت و کوشش بیشتر لازمند به حرکت در می‌آیند.

جریانهای تحریک و منع از طریق انعطاف‌پذیری لازم، فرد را برای مقابله با استرس

1 - holistic

آماده می‌سازند. تنها تحت شرایط غیرمعمول یا غیرعادی است که عمل فرد به جای آنکه وحدت یافته و انسجام‌دار باشد، به صورت ناهماهنگ و "پراکنده"[1] ظاهر می‌گردد. اعمال نامنظم، پراکنده، و ناهماهنگ ممکن است نتیجهٔ اختلال در اعمال عالی مغز توسط الکل، دارو، و آسیب‌دیدگی باشند، یا محصول فشار روانی فوق‌العاده.

**ب ـ واکنشهای استرسی اقتصادی[2] هستند**

نه تنها فرد نسبت به استرس به صورت واحدی وحدت یافته عمل می‌کند، بلکه واکنش وی به نحوی است که حداقل انرژی و ذخیرهٔ خود را به کار می‌اندازد. میلر[3] در ۱۹۶۵ اظهار می‌دارد که موجودات زنده خواه از لحاظ تکامل در ردهٔ بالا باشند خواه پایین، تمایل دارند که ابتدا دفاعهایی را به کار گیرند که برای آن کمترین بها را بپردازند، اگر مؤثر واقع نشد منابع اضافی و گرانبهاتر وارد عمل می‌شوند. در سطح فیزیولوژیائی اگر بتدریج اسید به بدن یک سگ تزریق شود، ابتدا تنفس به عنوان اولین مکانیزم دفاعی تشدید می‌گردد. اگر این تشدید تنفس مؤثر واقع نشد، مکانیزمهای حفاظتی مؤثرتری مانند تغییرات زیستی ـ شیمیائی خون وارد عمل می‌گردد. در سطح اجتماعی، یک کشور در جنگ با کشور دیگر، ابتدا نیروی کمی اعزام می‌دارد اگر مؤثر نبود بر نیروی خود می‌افزاید تا جائی که برای دفع دشمن ممکن است به بسیج عمومی مبادرت ورزد.

به همین نحو در سطح روانی اگر دانشجوئی مردود شود یا نمرات پایینی بگیرد به طوری که زندگی اجتماعی وی به مخاطره بیفتد، در آغاز فعالیت خود را افزایش می‌دهد، اگر در نیمسال بعد نیز نمرهٔ پایین کسب کرد ممکن است توقع خود را کاهش دهد و از داشتن نمره‌ای در حد قبولی راضی باشد. این حالت نوعی دفاع بالنسبه ارزان لااقل برای آن زمان است؛ اگر باز مردود شود و نسبت به وضعیت تحصیلی‌اش به نحوی فزاینده احساس بی‌کفایتی، ناشایستگی و اضطراب بنماید ممکن است نامنصفانه

1 - segmentally
2 - economic
3 - Miller

سرزنشهای خویش را متوجه استاد سازد. این کار مستلزم هزینه و بهای بیشتری است، زیرا در حال حاضر[1] نمی‌تواند از اشتباهاتی که کرده است بهره برگیرد یا خود را به صورتی واقعی‌تر شکست خورده ببیند.

اصل اقتصاد روانی در سایر زمینه‌ها نیز صادق است. انسان نه فقط مایل است الگوهای مربوط به بقای خویش را بدان دلیل که منبع امنیت وی نسبت به دنیا هستند حفظ نماید، بلکه بدان علت که این الگوهای ثابت، در مقایسه با الگوهای سازشی جدید و اصلاح شده، مستلزم کوشش کمتر و صرف انرژی پایینتری هستند تمایل به نگاهداری آنها دارد. این تمایل به مقاومت در برابر تغییر راههای تثبیت شدهٔ ادراک و عمل در سطح فردی "رکود" و در سطح اجتماعی "*عقب‌ماندگی فرهنگی*"[2] نامیده شده است. این موضوع مانع بزرگی برای درمان محسوب می‌شود زیرا الگوهای رفتار نابهنجار مدتها پس از ارائهٔ رفتار جدید و مؤثر ادامه می‌یابند، یا انسان میل دارد که رفتارهای قدیمی خویش را که مستلزم صرف انرژی کمتری است حفظ نماید.

### ج ـ طرح شده یا خود به خودی بودن واکنشهای استرسی

واکنش نسبت به استرس ممکن است طبق نقشه و آگاهانه باشد، یا تا حدی آگاهانه، و یا بدون آگاهی صورت پذیرد. مثلاً گریه، صحبت تکراری، و دلیل تراشی که برای ترمیم آسیب به کار می‌روند ممکن است ناآگاهانه باشند. حتی اگر شخص از آنچه انجام می‌دهد آگاه باشد، آگاهانه بدان فکر نکرده و طبق طرح و نقشه نبوده است. در سطح روان‌شناختی، کنشهای خود به خودی معمولاً فرم عادت به خود می‌گیرند و واکنشهائی که زمانی آگاهانه و طبق نقشه بوده‌اند دیگر توجه فرد را به خود جلب نمی‌کنند. در تمام موقعیتها، جز موقعیتهای عادی زندگی، توانائی فرد برای سازش مؤثر و انتخاب واکنش مناسب به کوشش آگاهانه و انعطاف‌پذیری وی بستگی دارد.

---

1 - inertia

2 - cultural lag

**د ـ واکنشهای استرسی برانگیزانندهٔ هیجان‌اند**

حالات هیجانی خاصی با واکنشهای فرد نسبت به استرس همراه‌اند که از اندوه و افسردگی در یک قطب تا تحریک و هیجان شدید در قطب دیگر در نوسان است. سه الگوی هیجانی بسیار با اهمیت عبارت است از: خشم، ترس، اضطراب.

۱ـ خشم: پاسخ فوری موجود زنده به استرس و ناکامی معمولاً خشم است. خشم بتدریج با حسد و کینه آمیخته شده موجب آسیب رساندن، ضایع کردن، و نابود ساختن شیء یا فردی که به نظر می‌رسد منبع ناکامی باشد می‌گردد. این واکنشها غالباً غیرمستقیم جلوه‌گر می‌شوند و راههائی هستند برای حفظ امنیت شخص. به هنگام خشم شدید یا زمانی که کنترلهای داخلی شخص ضعیف شده یا موقتاً پایین آمده‌اند مانند خستگی یا مستی در اثر الکل، عمل حمله‌ور شدن یا کشتن طرف دیگر ممکن است رخ بدهد.

۲ـ ترس: خطرات مخصوص موجب ظهور ترس می‌شوند. ادراک خطر معمولاً ترس را بر می‌انگیزد، و ترس به نوبهٔ خود موجب کناره‌گیری و فرار می‌شود. اما وجود ترس در در افراد مختلف واکنشهای متفاوتی را ظاهر می‌سازد. مثلاً سرطان در یک شخص ممکن است موجب مراجعهٔ وی به پزشکان و آزمایشگاههای مختلف شود، ولی در شخص دیگر موجب کناره‌گیری کامل و عدم مراجعه به پزشک گردد. در رو به رو شدن با خطر فوق‌العاده مانند آتش‌سوزی یا سایر بلاها شخص ممکن است دچار وحشت[1] شده به حالت *انجماد*[2] درآید و قادر به عمل کردن به صورت منظم و حتی حرکت کردن نباشد به نحوی که گوئی در جای خود خشک شده است.

۳ـ *اضطراب*: احساس تهدید موجب ظهور اضطراب می‌شود. اضطراب عبارت است از: ترس و تشویش در غیاب خطر واقعی و مخصوص. ترس معمولاً مربوط است به خطری که به روشنی قابل ادراک است، ولی منبع تهدید آمیز که اضطراب را بر می‌انگیزد آشکارا قابل ادراک نیست. کینه، ترس، و اضطراب ممکن است به صورت جداگانه یا در

1 - panic 2 - freeze

ترکیب با یکدیگر ظاهر شوند. مخاطرات و تهدیدها منابع بالقوهٔ ترس و ناکامی هستند. هیجانات منفی وابسته به خشم، ترس، و اضطراب ممکن است با هیجانات مثبت مانند عشق و محبت با هم بیامیزند، و *احساسات دوگانه*[1] مانند خشم و نفرت و عشق و محبت به سوی همسر یا والدین را موجب شوند. ظهور الگوهای خاص هیجانی را یادگیری، ادراک، و ارزیابیهای شخص از موقعیت استرس‌زا معین می‌کنند.

**هـ ـ واکنشهای استرسی تعیین‌کننده‌های داخلی و خارجی دارند**

تعیین کننده‌های داخلی که واکنشهای شخص را نسبت به استرس شکل می‌دهند عبارتند از: چهارچوب مراجعه، الگوهای انگیزشی، شایستگیها، تاب تحمل استرس، حالات روانی و فیزیولوژیائی فرد در زمان خاص، و مانند آن.تعیین کننده‌های خارجی روابط بین اشخاص، حمایتها و تأییدهای گروههایی که شخص با آنها در ارتباط است، توقعات و خواستهای اجتماعی، حوادث آنی، و وضعیت زندگی معمولی شخص و از این قبیل را در بر می‌گیرد.

**گامهائی که در واکنشهای استرسی وجود دارد**

مغز انسان تمایل دارد که در پردازش استرس کامپیوتر بسیار مؤثری باشد. ولی مغز هم اشتباه می‌کند، و چنین اشتباهاتی ممکن است به رفتار ناسازگارانهٔ جدی منجر شود.

اگر به گامهای معمولی که در سازش با موقعیتهای استرس‌زا برداشته می‌شود توجه کنیم، ماهیت و توالی حوادث بیشتر نظر ما را به خود جلب می‌کنند تا جزئیات مخصوص مربوط به آنها. این گامها عبارتند از: الف ـ ارزیابی وضعیت استرس. ب ـ بررسی و تصمیم‌گیری برای برطرف ساختن استرس. ج ـ اقدام به عمل.

1 - ambivalance

### الف ـ ارزیابی وضعیت و چگونگی استرس

کارشناسان ارتباطات جمعی برآورد کرده‌اند که یک فرد در هر ثانیه چندین ده هزار اثر حسی دریافت می‌کند (کلمن[1]، ۱۹۷۲، ص ۱۲۱). بدین ترتیب، یک جریان غربال کردن و از صافی گذراندن کارآمد لازم است تا مغز از انباشته شدن اطلاعات بی‌ربط در امان باشد و اطمینان حاصل شود که ضرورتهای سازشی ذی‌ربط ادراک شده‌اند. این جریان شامل طبقه‌بندی کردن حالات استرسی و ارزیابی کردن میزان تهدید آن است.

#### ۱ـ طبقه‌بندی کردن حالت استرس

وقتی که ضرورت سازگاری جدیدی ادراک شد، شخص سریعاً در جهت تعیین طبقهٔ خاص آن مسئله بر اساس شباهتها و تفاوتهای آن با مسائل قبلی اقدام می‌کند. این طبقه‌بندی کردن بسیار مفید بوده عمل و وظیفهٔ ارزیابی را بسیار آسان می‌سازد. هر چند ممکن است منبعی برای خطا نیز محسوب شود، زیرا این احتمال وجود دارد که شخص مسئله‌ای را به جای آنکه بر اساس ویژگیهای خاص خود تجزیه و تحلیل نماید به دلیل شباهت با موقعیتهای گذشتهٔ خویش در طبقه‌ای قرار دهد و این ساده‌اندیشی منتهی به سهل‌انگاری بیش از اندازه دربارهٔ آن مسئله شود.

#### ۲ـ ارزیابی میزان تهدید استرس

چنان که می‌دانیم تهدید عبارت است از: پیش‌بینی خطر در آینده و شدت آن متناسب است با میزان آسیب و زیانی که در ذهن شخص تصور می‌شود. به طور کلی، ارزیابی تهدید بستگی به ادراک موازنهٔ نیروی استرس، میزان خطر آن، و آنچه فرد در برابر این خطر می‌تواند انجام دهد یا منابع سازشی و قابل دسترسی وی، دارد. ارزیابی صحیح یا غیر صحیح تهدید، نکتهٔ بی‌اندازه مهمی است، زیرا ارزیابی غلط و ادراک نادرست آن

1 - Coleman

آشکارا می‌تواند به عمیقتر کردن حالات استرس منتهی گردد.

**ب ـ بررسی و تصمیم‌گیری برای رفع استرس**

پس از تعریف مسئله و تعیین میزان تهدید آن فرد باید دربارهٔ عملی که می‌تواند نسبت به آن انجام دهد، تصمیم بگیرد. این موضوع شامل تنظیم راههای حل مسئله و انتخاب یکی از آنهاست که به نظر مؤثرتر می‌رسد. به عبارت دیگر برای اخذ تصمیم باید راههای انجام عمل مؤثر در برابر استرس ارزیابی شده موازنهٔ احتمالات، تمایلات و بهائی که شخص باید برای آن بپردازد، سنجیده شود.

**۱ ـ تنظیم راههای انجام دادن عمل**

اغلب با مشخص شدن مسئله، شخص راه درازی را به سوی راههای مختلف انجام دادن عمل پیموده است، زیرا این عمل مستلزم استدلال کردن، تعمیم دادن، تصور نمودن، و سایر جریانهای خودآگاه شخص است که ممکن است برای حل مسئله ضروری باشد.

**۲ ـ موازنهٔ احتمالات، تمایلات، و بهای آنها**

پس از آنکه شخص راههای مختلف را برای پاسخ دادن به یک استرس تنظیم نمود باید شایستگیهای نسبی آنها را برآورد نموده یکی را انتخاب کند. این عمل تحت تأثیر میزانی از موفقیت و درجه‌ای از رضایت خاطر است که شخص به دست خواهد آورد، و نیز بهائی که حاضر است برای آن بپردازد. پترسون[1] و بیچ[2] در بررسیهای خود راجع به حل مسئله و اخذ تصمیم به این نتیجه رسیدند که انسان یک *"آمارگر شهودی"*[3] است که در صورت تساوی تمام شرایط، تمایل دارد عملی را انتخاب نماید که بیشترین احتمال

1 - Peterson
2 - Beach
3 - intuitive statician

موفقیت در جهت سازگاری با استرس را در برداشته باشد.

یک توجه با اهمیت بر هیئت کلی حوادث عبارت است از: سبک و سنگین کردن مخاطرات یک مسئله و ارزیابی هدفی که شخص می‌خواهد از طریق عمل معینی بدان دست یابد. به طور کلی، شخص نمی‌کوشد که تمام راههای قابل تصور را بیابد، بلکه بیشتر اولین راهی را که فکر می‌کند با در نظر گرفتن احتمالات، تمایلات، و بهائی که باید برای آن بپردازد به موازنه می‌رسد، می‌پذیرد و برمی‌گزیند.

**ج ـ اقدام به عمل و به‌کارگرفتن پسخورد[1]**

وقتی که تصمیم گرفته شد، گام دیگر عبارت است از: انجام دادن آن، یعنی به اجرا گذاشتن راه انتخاب شده. در اینجا نیز شخص تمام اطلاعات قبلی را که تجربه کرده و در اختیار دارد، یعنی پسخوردهای خویش، را بررسی می‌کند تا ببیند تصمیمها یا پاسخهای انتخاب شده برای عمل فعلی مناسب هستند یا خیر.

به طور کلی، پسخوردها ممکن است *همگرا*[2] و *واگرا*[3] توصیف شوند. پسخوردهای همگرا عبارتند از: اطلاعاتی که به شخص نشان می‌دهند که عمل وی برای رسیدن به پاسخهای سازشی به صورتی رضایت‌بخش در حال پیشرفت است یا در واقع امکان رسیدن به آنها وجود دارد. پسخورد واگرا دلالت بر آن دارد که پیشرفت وی راضی کننده نیست، یا آنکه احتمالاً عمل او ناکارآمد است، و یا وضعیت استرس را بدتر می‌کند. همچنین اقدام به عمل شامل چیزی است که *ریچاردز*[4] آن را *پیشخورد*[5] نامیده است. یعنی وقتی که یک فرد به انجام یک عمل مبادرت می‌ورزد، انتظارات خاصی دربارهٔ فایدهٔ عمل خود دارد. بنابراین، هدف و مرجعی برای پاسخهای سازشی وی در آینده وجود دارد و بر خلاف توقعی است که شخص از پسخوردها و کوششهای سازشی

1 - feedback
2 - converjent
3 - divergent
4 - Richards
5 - feedforward

خویش دارد.

یک مرحلهٔ عمل وقتی به کار گرفته شد معمولاً تا زمانی که استرس حل بشود و یا فشار روانی ناشی از آن تسکین پذیرد، ادامه می‌یابد. البته چندین مکانیزم در *"انقطاع هدف"*[1] وجود دارد که باید به حساب آید از آن جمله است دلسرد شدن بیش از اندازه (سیمون[2] ۱۹۶۷).

## الگوهای سازشی

وقتی که شخص احساس می‌کند شایستگی اداره و برطرف ساختن یک موقعیت استرس‌زا را دارد، رفتار وی متوجه انجام دادن یک *عمل جهت‌دار* است. یعنی اساساً در جهت بررسی ضروریات مربوط به واکنش سازشی است. ولی زمانی که احساس کند شایستگی وی به طور جدی در اثر موقعیت استرس‌زا مورد تهدید است، واکنشهایش متوجه *دفاع جهت‌دار*[3] خواهد بود که به طور نمایانی معطوف به محافظت "خود[4]" از بی‌ارزش شدن و رهائی از تنش و اضطراب دردناک است.

## واکنشهای عملی جهت‌دار[5]

چون واکنشهای عملی جهت‌دار معطوف به برطرف ساختن حالت استرس‌زا هستند، بنابراین، شامل یک ارزیابی عینی از آن موقعیت استرس زا بوده، منطقی، سازنده، خودآگاه، و هدف‌دارند. این عمل ممکن است شامل تغییر یافتن خود شخص باشد، یا تغییر دادن محیط اطراف شخص، و یا هم دگرگونی محیط و هم دگرگونی شخص. واکنشهای عملی جهت‌دار را می‌توان به حمله، عقب‌نشینی، و رفتار مصالحه گرانه تقسیم نمود.

---

1 - goal terminating
2 - Simon
3 - defense-oriented reaction
4 - self
5 - task-oriented reaction

۱ـ حمله: در حمله شخص می‌کوشد تا مانعی را که سد راه وی برای رسیدن به هدف شده است، از میان بردارد. بر اساس نظر دلارد[1] و میلر[2] پرخاشگری یک عمل منطقی و نتیجهٔ ناکامیهای فرد است. هر چند شواهد تازه‌تر، دلالت بر آن دارند که پرخاشگری معمولاً محصول یادگیری اجتماعی است و هرگاه شخص با ناکامی مواجه شود، تمایل به بروز آن دارد. بر اساس این نظریه پرخاشگری فقط زمانی ظاهر می‌شود که شخص آن را به عنوان راهی احتمالی برای برداشتن مانع بی آنکه به ارزش و اعتبار وی لطمه‌ای وارد شود، می‌بیند (باندورا، ۱۹۶۹).

البته حمله ممکن است سازنده و یا مخرب باشد. در خشم و کینه تمایلی برای آسیب رساندن و حمله کردن وجود دارد که ممکن است منجر به رفتاری که از نظر اجتماعی ناپسند است گردد و یا رفتاری که موجب شکست دادن خویش[3] شود.

۲ـ عقب نشینی: عقب‌نشینی ساده دومین نوع واکنش عملی جهت‌دار نسبت به استرس است. کودک قادر است که دست یا پای خود را از محرکهای دردناک مانند شیء داغ عقب بکشد. نیز اگر کودک به طور تصادفی با محرکی که انتظار آن را ندارد، مواجه گردد، تمایل دارد که بدن خود را به صورت یک گلوله جمع و حلقه نماید. این عمل به طور آشکار نشان دهندهٔ یک رفتار ابتدائی مربوط به واکنش ترس است.

علاوه بر عقب‌نشینی بدنی، ممکن است شخص در جهات مختلف روانی نیز عقب‌نشینی نشان دهد، مثلاً قبول شکست، اجتناب از انواع معین واکنشهای سازشی، کاهش درگیری در یک موقعیت خاص، و دچار بی‌حسی عاطفی شدن.

چنان که ملاحظه می‌شود انسان لزوماً یک پذیرندهٔ فعل‌پذیر استرس نیست، بلکه اغلب می‌تواند کنترل قابل توجهی بر ماهیت و میزان استرسی که با آن مواجه شده است داشته باشد و بدین ترتیب، از تشدید فشارها و استرسها جلوگیری نماید.

البته شرایط استرس‌زای بسیاری وجود دارد که ساده‌ترین و واقعی‌ترین راه‌حل برای

---

1 - Dollard
2 - Miller
3 - self-defeating behavior

آنها همان فرار و عقب‌نشینی است. در واقع حمله و عقب‌نشینی یا جنگ و گریز راههای اساسی سازش با استرس هستند که در تمام حیوانات ملاحظه می‌شود و به نظر می‌رسد که قسمتی از ساختار ارثی ارگانیزم از نظر تحولی باشد. حمله به ارگانیزم کمک می‌کند تا بر مانع فائق آید و هدفهای مربوط به بقای خود را به دست آورد، ولی عقب‌نشینی در جهت کمک به ارگانیزم برای نجات یافتن وی از موقعیتهای خطرناکی که نمی‌تواند بر آنها غلبه کند، مؤثر می‌افتد. خشم هیجانی است که غالباً با حمله همراه است. ترس هیجانی است که معمولاً با عقب‌نشینی توأم است. استرس شدید اغلب موجب اضطراب می‌گردد.

۳ـ *مصالحه:* چون اکثر مسائل و موقعیتهای استرس آفرین نمی‌توانند با حملهٔ مستقیم یا عقب‌نشینی به صورت موفقیت آمیز حل شوند، معمولاً راه‌حلهای مصالحه‌گرانه برای حل آنها ضرورت پیدا می‌کند. مثلاً ممکن است فرد در شرایط سخت، نازک نارنجی بودن خود را نادیده بگیرد و از کرم، سوسک، عنکبوت، و لاشهٔ حیوانات تغذیه نماید. یا حتی از این هم فراتر رفته از گوشت همنوعان خویش رفع گرسنگی نماید.

واکنشهای جهت یافتهٔ عملی چه حمله، چه عقب‌نشینی، و چه مصالحه، گامهای اساسی یکسانی را در بر می‌گیرند که عبارتند از: الف ـ تعریف مسئله، ب ـ پیدا کردن راه‌حلهای مختلف و تصمیم‌گیری دربارهٔ یک عمل مناسب، ج ـ اقدام به عمل و ارزیابی پسخورد یا نتیجه. شاید سخت‌ترین گام در این ترتیب انتخاب راه و اخذ تصمیم باشد.

### واکنشهای دفاعی جهت‌دار

در صورتی که استرس خیلی شدید باشد فرد با دو مسئله مواجه می‌شود که عبارت است از: ۱ـ رسیدن به یک واکنش سازشی، ۲ـ حفظ خویشتن از اضمحلال روانی. رفتار جهت یافتهٔ دفاعی روی قسمت دوم متمرکز است، یعنی استفاده از الگوهای دفاعی برای کاستن اضطراب یا آسیب هیجانی و محافظت من از بی‌ارزش شدن.

معمولاً سه نوع واکنش جهت یافتهٔ دفاعی مشخص شده است: نخست، پاسخهائی که

به نظر می‌رسد به عنوان مکانیزمهائی برای ترمیم آسیبهای روانی عمل می‌کنند مانند گریه کردن و صحبتهای تکراری. دوم، واکنشهای مشهور به "*دفاع از خود*"[1] مانند انکار و دلیل تراشی که برای حفظ خود از آسیب و بی‌ارزشی عمل می‌کنند. سومین نوع، تمسک به دارو برای تسکین تنش و اضطراب. همهٔ پاسخهای یاد شده شبیه به مکانیزمهای تعادل حیاتی که در جهت حفظ تعادل بدنی مشخص عمل می‌کنند برای حفظ ثبات و وحدت روانی به کار گرفته می‌شوند.

**اضطراب و مکانیزمهای دفاعی**

در نظریهٔ تحلیل روانی، تلویحاً این مضمون که رفتار بهنجار و نابهنجار یک پیوستار را تشکیل می‌دهند، وجود دارد. روانکاوان تمایل کمی به استفاده از طبقه‌بندی تشخیصی روانی دارند، در عوض آنان به گروهی از گونه‌گونیهای رفتاری توجه می‌کنند و نام‌گذاریهای تشخیص را در مورد افراطهای موجود در میان ابعاد رفتاری و شخصیتی متفاوت به کار می‌برند (هولزمن[2]، ۱۹۷۰). اضطراب نمونه‌ای بارز در این رابطه است که گرچه نقش مهمی در رفتار نابهنجار بازی می‌کند، ولی قسمتی از رشد بهنجار محسوب شده و پدیده‌ای است که گاهی اوقات تا حدودی توسط همهٔ افراد تجربه شده است.

اضطراب، حالتی بر خلاف ترس که معمولاً پاسخی است به یک تهدید معلوم و شناخته شده، احساسی است نامشخص از تشویش و ناراحتی در پاسخ به خطر ناشناخته. اضطراب، *روانی درونی*[3] است و شخص را نسبت به تهدیدی نامعلوم و مبهم گوش به زنگ و آگاه می‌سازد و او را وا می‌دارد تا بر علیه آن عملی دفاعی انجام دهد.

مکانیزمهای دفاعی، تدابیرهای ناخودآگاه "من" هستند که فرد برای مقابله با اضطراب و حفظ خویش از خطرات آن به کار می‌گیرد. این مکانیزمها توسط همهٔ افراد برای از بین بردن تهدیدها و فشارهای روانی به کار گرفته می‌شوند. افراد مبتلا به اختلالات روانی

1 - self of ego
2 - Holzman
3 - intrapsychic

احتمالاً این مکانیزمها را مصرانه‌تر، نومیدانه‌تر، و با کنترل کمتر از افراد بهنجار به کار می‌برند، و حتی ممکن است دفاعهای متعددی را به طور همزمان به کار گیرند.

**مکانیزمهای دفاعی معمولی عبارتند از:**

۱ـ سرکوبی[1]، عبارت است از: جلوگیری از ورود افکار، آرزوها، تکانه‌ها و خاطرات غیرقابل قبول به خود آگاه، هر چند ممکن است در سطح ناخودآگاه در پی ابراز خود باشند. این مکانیزم دفاعی نخستین مکانیزمی است که ایجاد می‌شود، گسترده‌تر از سایر مکانیزمها به کار می‌رود، غالباً با دفاعهای دیگر همراه است، و ممکن است به صورت مبدل در خودآگاه ظاهر گردد. تا زمانی که یادآوری مستقیم موضوعی که ایجاد کنندهٔ اضطراب است منع و بازداری می‌شود، آن موضوع واقعاً گم شده یا فراموش شده نیست.

۲ـ برگشت[2]، عبارت است از: بازگشت به سطح پایینتر رشد. این مکانیزم زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد که فرد نمی‌تواند در شرایطی که قرار گرفته با محرومیتها و فشارهای روانی مقابله کند. این مکانیزم نوعی تحریف و تغییر رفتار به صورت بچگانه است. مثلاً وقتی که کودکی نمی‌تواند تولد بچهٔ دیگر را تحمل کند به سنین قبل باز می‌گردد و از طریق عدم کنترل ادرار و مکیدن شست، می‌خواهد موقعیت خود را باز یابد. یا زنی که با همسرش نزاع کرده و از او رنجیده است به خانهٔ مادرش باز می‌گردد. بر اساس این مکانیزم شخص از واقعیت تلخی که در آن قرار گرفته است عقب‌نشینی کرده به موقعیتی که آسانتر بتواند به خواستهای خویش برسد، باز می‌گردد. مکانیزم بازگشت در افراد اسکیزوفرنیایی شدیدتر است، زیرا در حالتی از احساس وابستگی و بیچارگی رفتار می‌کنند و اغلب قادر به برآورده ساختن نیازهای معمولی زندگی روزانهٔ خویش نیستند. در واقع بازگشت به سطح پایینتر، موجب ظهور رفتار و خوشنودی به شیوه‌ای است که بیشتر با ویژگیهای دورهٔ قبلی رشد هماهنگ است.

1 - repression

2 - rearession

۳ـ *برون فکنی*[1]، این مکانیزم عبارت است از: نسبت دادن افکار، آرزوها، و تکانه‌های نامطلوب و غیرقابل پذیرش به دیگران. این عمل از طریق انتساب تکانه‌های بنیادی و تهدیدکنندهٔ درونی به دیگران، بدون آنکه شخص وجود آن را در خود بپذیرد، جلوه گر می‌شود. در این مکانیزم شخص برای آنکه از داشتن افکار و افعال نادرست و ناپسند خود احساس شرم نکند و به اصطلاح نزد وجدان خویش شرمنده نباشد احساسات، تمایلات، و اعمال نادرست خود را به دیگران نسبت می‌دهد و بدین ترتیب، خود را از عذاب وجدان آسوده می‌سازد. این مکانیزم دو عمل عمده انجام می‌دهد: الف ـ شخص دیگران را مسؤول کاستیها، اشتباهات، و اعمال بد خویش می‌داند و آنان را سرزنش می‌کند، ب ـ تکانه‌ها، افکار، و تمایلات غیرقابل قبول خود را به دیگران نسبت می‌دهد. ضرب‌المثل "کافر همه را به کیش خود پندارد" در این مورد بسیار صادق است. مثلاً دانش‌آموزی که در امتحان نمرهٔ بدی کسب کرده است برای اینکه نزد وجدان خویش احساس شرم و حقارت نکند، می‌گوید: سؤالات سخت بود، معلم خوب درس نداد، یا معلم با من بد بود. این مکانیزم در واقع نوعی "قیاس به نفس" است. مثلاً کسی که نظر سوئی نسبت به دیگران دارد می‌گوید: آنان نسبت به من کینه و دشمنی دارند. برون‌فکنی خصیصهٔ عمومی افکار پارانوئیدی است.

۴ـ *واکنش سازی*[2]، این مکانیزم عبارت است از: ابراز مبالغه‌آمیز افکار، آرزوها و تکانه‌ها بر خلاف جهت اندیشه‌ها، تمایلات، و انگیزه‌هائی که در درون فرد هستند، ولی به حدی دردناک‌اند که نمی‌توانند به آگاهی بیایند. از این قبیل است هنگامی که فرد تنفر را با تظاهر شدید به محبت و بی‌رحمی را با ابراز ترحم زیاد نشان بدهد. شخص از این طریق حصارها، و موانعی که سرکوبیهای وی را تقویت می‌کنند، برپا داشته، آرزوهای واقعی و احساسات خویش را از هشیاری آگاهانه و ظهور آشکار حفظ می‌کند.

معمولاً دفاع واکنش سازی از طریق ویژگیها و رفتارهای افراطی، غیرمنطقی، و شدید

---

1 - projection

2 - reaction fromation

که هیچ تناسبی با موقعیت واقعی ندارد، شناخته می‌شود. مثلاً محبت بیش از حد زن‌پدر به فرزندخوانده، نگرانی شدید شخص نسبت به سلامت فردی که با او دشمنی نهفته داشته یا حتی آرزوی مرگ وی را دارد، مؤدب بودن بیش از اندازهٔ شخص در برابر رئیس، مافوق، یا کسی که از وی متنفر است.

چون این مکانیزم شامل نوعی خودفریبی و فاقد کنترل آگاهانه است؛ بنابراین، اغلب موجب ترسها یا باورهای خشک و اغراق‌آمیز شده واکنشهای سازشی فرد را مختل می‌سازند و منتهی به خشونت و سختگیری شدید در برابر خطاها یا لغزشهای دیگران می‌شوند.

گاهی اوقات این واکنش به صورت نوعی بی‌اعتنائی و بی‌توجهی به منظور پنهان کردن احساس طرد شدگی و اشتیاق به محبت جلوه‌گر می‌شود.

۵ـ *جداسازی*[1]، این مکانیزم عبارت است از: حذف جنبه‌های هیجانی از یک اندیشه یا فکر که اساساً با آن همراه است، یا احیا و یادآوری یک خاطره بدون توجه به حالت هیجانی اصلی آن. در این مکانیزم واکنش هیجانی که به صورت طبیعی باید با حوادث رنج‌آور همراه باشد از طریق تبیینهای مدلل که شخص را از احساس رنج و معنی‌دار حادثه جدا می‌سازد، از بین می‌رود، مانند مرگ والدین و عدم سوگواری.

جداسازی ممکن است در شرایط سخت و فوق‌العاده فشارآور روانی، نیز در سازگاری با فشارهای ملایمتر زندگی روزمره مورد استفاده واقع شود. مثلاً *بلواستون*[2]، و *مک‌گاهی*[3] (۱۹۶۲) دریافتند که این مکانیزم غالباً توسط زندانیانی که در انتظار اعدام به سر می‌بردند به کار گرفته می‌شود. مثلاً آنان این الگوی کلامی را تکرار می‌کردند که: "خوب، آنها مرا خواهند کشت، و این است راه من". این گفته‌ها که با بالا انداختن شانه همراه بود این عقیده را القا می‌کرد که هیجان مناسب نسبت به این فکر تا اندازه‌ای محدود شده است.

---

1 - isolation
2 - Blueston
3 - Mc Gahee

حالت شدید این مکانیزم در چند شخصیتی مشاهده می‌شود.همچنین این مکانیزم دفاعی در بین مبتلایان به وسواس متداول است که قادرند آگاهانه جنبه‌های تصوری یک سائق (از قبیل آرزوی مرگ یکی از والدین) را بدون احساس گناه، شرم، و پشیمانی حفظ نمایند.

۶ـ *درون فکنی*[1]، این مکانیزم بر خلاف برون فکنی است و از طریق آن فرد ویژگیهای دیگران را به طور رمزی به عنوان خصوصیات شخصی خویش قرار می‌دهد. این مکانیزم دفاعی نوعی همانندسازی است و به ویژه نزد کودکان متداول است زیرا آنان ارزشها و استانداردهای والدین و معلمانشان را به عنوان ارزشها و معیارهای خویش می‌پذیرند. تصور می‌رود که افراد افسرده از داشتن تکانه‌های دشمنی نسبت به دیگران احساس گناه می‌کنند، در نتیجه ویژگیهای آن افراد را درون‌فکنی می‌کنند، و به دنبال آن پرخاشگریهایشان را متوجه ویژگیهای درون‌فکنی شدهٔ خویش می‌سازند. این تجربه سرانجام موجب احساسات بی‌ارزشی و تنفر از خویش می‌گردد.

۷ـ *جابه جا سازی*[2]، این مکانیزم عبارت است از: تغییر جهت دادن احساسات از یک شخص یا یک شیء به یک شخص یا شیء دیگر که کمتر مخاطره‌انگیز است. این مکانیزم دفاعی معمولاً به صورت جانشین ساختن فردی ضعیفتر (مانند همسر، فرزند) به عنوان هدف پرخاشگری که شخص نسبت به فرد دیگری (مانند رئیسش) داشته ولی نتوانسته است ابراز نماید، دیده می‌شود. فوبیها (ترسهای بی‌دلیل) بیانگر اضطراب دربارهٔ خواستهایی از قبیل انگیزهٔ جنسی هستند که به اشیای معمولی و خنثی از قبیل حیوانات جابه جا شده به صورت ترس فوق‌العاده از این اشیا جلوه گر می‌شوند.

در بعضی موارد ممکن است که شخص دشمنی نسبت به دیگران را به درون جا به جا ساخته علیه خود برگرداند. چنین شخصی ممکن است در خود متهم‌سازی راه مبالغه بپیماید و احساس شدید گناه و بی‌ارزشی بنماید. این گونه واکنشهای خودکیفری شخص

1 - introjection

2 - displacement

را از ابراز دشمنی خطرناک نسبت به دیگران حفظ می‌نماید ولی ممکن است به افسردگی و حتی کوشش برای خودکشی واقعی منتهی شود.

۸ـ *دلیل تراشی*[1]، در این مکانیزم، فرد افکار و احساسات خود را به انگیزه‌های موجه‌نما و خوش ظاهر نسبت می‌دهد در حالی که انگیزه‌های واقعی به دلیل غیرقابل قبول بودنشان ناشناخته باقی می‌مانند. این مکانیزم یک تدبیر *خودفریبانه*[2] و *خود بزرگ کنندهٔ*[3] فرد برای اجتناب از اضطراب، احساس گناه، و شرمساری است. این ضرب‌المثل معروف که "روباه وقتی دستش به انگور نمی‌رسد می‌گوید ترش است" به روشنی این مکانیزم را نشان می‌دهد، زیرا از این طریق ممکن است فرد خود را متقاعد سازد که هدفی که بدان دست نیافته چندان هم مطلوب نبوده است و بدین ترتیب، احساس یأس و نومیدی خود را کاهش دهد. یا گفتن "آنچه پیش آمده خیر است" موجب می‌شود که فرد بپذیرد که آنچه بدان نرسیده متضمن خوبی و برکت است.

این مکانیزم دو ارزش دفاعی عمده دارد، نخست آنکه به شخص کمک می‌کند تا رفتار خود را عادلانه فرض کند مثلاً فروشنده‌ای که جنسی تقلبی فروخته است برای کاستن از عذاب وجدان می‌گوید: چرا خریدار این اندازه ساده‌لوح باشد، پس این درس خوبی است برای او. در کودکان نیز این مکانیزم نقش مهمی ایفا می‌کند مثلاً وقتی که کودک دوست ندارد با پسر همسایه بازی کند می‌گوید که او پسر خوبی نیست، یا هوا بارانی است.

به طور کلی، دلیل تراشی عبارت است از: آوردن دلائل منطقی و مردم پسند برای خوب و موجه نشان دادن رفتارهای نادرست گذشته، یا حال، یا آنچه شخص قصد و هدف انجام دادن آن را دارد.

۹ـ *انکار*[4]، این مکانیزم عبارت است از: رد و عدم پذیرش ناآگاهانهٔ جنبه‌هائی از واقعیت که نمی‌توانند آگاهانه مورد قبول واقع شوند. در این مکانیزم شخص از پذیرش

---

1 - rationalization
2 - self-deceptive
3 - ego-enhancing
4 - denial

رویدادی معین (مثلاً مرگ فرد مورد علاقه)، یا مواجه شدن با موقعیتی غیرقابل تحمل امتناع می‌ورزد. انکار واقعیت در موارد افراطی ممکن است پیش‌درآمد ظهور سیکوز باشد.

کوشش فرد در این مکانیزم در جهت پرده‌گذاشتن روی واقعیات غیرقابل قبول از طریق نادیده انگاشتن آنهاست. مثلاً در شرایط خیلی سخت از قبیل زندان شخص این احساس را تجربه می‌کند که "این موضوع واقعاً برای من رخ نداده است"، یا افراد در سالخوردگی از ترس نزدیک شدن به مرگ ضعفهای جسمانی خود را انکار می‌کنند.

۱۰ـ *والاگرائی*[1]، این مکانیزم عبارت است از: انداختن تکانه‌های غیرقابل قبول در مسیرهای قابل قبول اجتماعی. هنگامی که ظهور مستقیم تکانه‌ای از نظر اجتماعی ممنوع باشد، این مکانیزم راهی است موفقیت‌آمیز برای دستیابی به ارضای آن تکانه. مثلاً انتخاب حرفه‌هائی مانند جراحی یا انتقادگریهای هنری، نشان‌دهندهٔ راه مقبولی است برای تخلیهٔ تکانه‌های پرخاشگرانه.

۱۱ـ *جبران*[2]، این مکانیزم عبارت است از: تلاشی که فرد برای جبران کمبودهای خود از طریق پیشرفت در زمینه‌های دیگر انجام می‌دهد. این مکانیزم، دفاعی است در برابر احساس حقارت، ناشی از شکستها و نقایص واقعی یا تصوری. این موضوع بسیار معروف است که دموستن[3] که به لکنت زبان مبتلا بود برای رهائی از این عیب و احساس حقارت آن قدر کوشش کرد که نه تنها بر لکنت زبان خویش فائق آمد و آن را برطرف ساخت بلکه خطیب مشهوری هم گشت.

این مکانیزم، شخص را به سوی تعالی در جهات دیگر زندگی و اکتساب توانائیهای جدید، برای پوشاندن نارسائیهای خود، بر می‌انگیزد.

۱۲ـ *همسان سازی*[4]، این مکانیزم عبارت است از: تمایلی ناخودآگاه به جذب و اقتباس ویژگیهای شخصیتی فردی دیگر. به عبارت دیگر، فرد اعمال و رفتارهای خود را بر

1 - sublimation
2 - compensation
3 - Demosthenes
4 - identification

اساس الگوهائی که از دیگران به ویژه خانواده، دریافت می‌کند، شکل می‌دهد. این مکانیزم نقش مهمی در رشد شخصیت فرد دارد؛ زیرا در مراحل اولیهٔ زندگی، کودک درمی‌یابد که ارزش و اعتبار وی وابسته به خانواده و سایر گروههاست، یا در دورهٔ نوجوانی افراد و شخصیتهای گوناگونی مانند معلمان، هنرپیشگان، و سایر شخصیتهای علمی، سیاسی، و اقتصادی می‌توانند الگو قرار گیرند.

این مکانیزم را می‌توان در مشاهدهٔ فیلمها یا خواندن داستانها بخوبی ملاحظه کرد، زیرا افراد خود را با قهرمانان فیلم یا داستان همسان ساخته از شکستهای آنان غمگین و از پیروزیهای آنان شادمان می‌شوند. در بعضی فیلمهای بسیار مهیج مشاهده شده است که وقتی قهرمان فیلم می‌میرد عده‌ای از تماشاچیان چنان در صندلی خود فرو رفته‌اند که گوئی آنها نیز مرده‌اند.

افراط در به کارگیری این مکانیزم ممکن است زیانهائی به همراه داشته باشد، مثلاً کودک چنان خود را با پدر و مادر همسان سازد که تمام صفات خوب و بد آنان، حتی بیماریهایشان را تقلید کند.

در بیماریهای روانی دیده می‌شود که شخص در اثر افراط در همسان سازی خود را شخصیت مشهوری می‌پندارد.

۱۳ـ *خیالپردازی*[1]، بسیاری از اوقات وقتی شخص نمی‌تواند به آرزوها یا هدفهای خود برسد در عالم خیال شاهد مقصود را در آغوش گرفته بر بالهای خیال سوار می‌شود و آنچه را در واقعیت بدان نرسیده در عالم خیال جستجو می‌کند. مثلاً برای ثروتمند شدن، به دست آوردن شغل و مقام، گرفتن مدرک تحصیلی، ازدواج و بسیاری از تمایلات دیگر شخص به راههای آسان و بی‌دردسر یعنی خیالبافی متوسل می‌شود.

خیالبافی ممکن است سودمند یا زیانبخش باشد. نوع سودمند آن را می‌توان در حل مسائل سخت و پیچیدهٔ زندگی مشاهده کرد، اما زمانی که شخص بخواهد تمام

1 - fantasy

خواستهای خود را از طریق خیالبافی بی‌ثمر برآورده سازد، زیانبخش خواهد بود.

وظیفهٔ مهمی که این مکانیزم بر عهده دارد ارضای آرزوهای ناکام شدهٔ فرد است، زیرا از طریق آن می‌تواند موانع و محدودیتهای موجود در عالم واقع راکنار بزند و خود را خیلی بیش از آنچه هست در نظر آورد و از شر واقعیت خلاص نماید.

۱۴ـ *عایق سازی هیجانی*[1] و توجیه[2]، این مکانیزم عبارت است از: کم کردن نگرانی و تشویش درونی از طریق کاهش دادن انتظارات و آرزوها، و محدود ساختن عواطف و هیجانات. این مکانیزم فرد را از درگیر شدن با مسائلی که احتمالاً نتیجهٔ مطلوبی به دنبال نخواهد داشت، باز می‌دارد. بدین ترتیب، بیشتر در افرادی دیده می‌شود که خود را شکست خورده می‌انگارند و راه هر موفقیتی را از پیش، برای خود بسته می‌پندارند. در واقع این مکانیزم نوعی توسل جستن به فعل‌پذیری است. مثلاً در برابر موقعیتهای سخت و طولانی مانند بیکاری یا زندان، شخص زندگی محدود و بدون آرزوئی را می‌پذیرد و به اصطلاح به قضا و قدر تن در می‌دهد، یا از فعالیتهای رقابت‌آمیز اجتناب می‌ورزد.

در بیماریهای روانی واقعی مانند اسکیزوفرنی فرد از طریق عایق‌سازی افراطی خود را از درگیری هیجانی با زندگی واقعی و دنیائی که آن را غیرقابل تحمل و خطرناک می‌پندارد، حفظ می‌نماید.

عایق‌سازی هیجانی تا حدودی می‌تواند راهی برای مقابله با نومیدیها و شکستها باشد، ولی زندگی با مخاطراتی همراه بوده و لازم است که افراد شانس شرکت فعال در این مخاطرات را داشته باشند. گرچه عایق‌سازی هیجانی شخص را از احساس و تکرار درد قبلی محفوظ می‌دارد ولی سلامت وی و شرکت فعالانهٔ او را در زندگی کاهش می‌دهد. عایق‌سازی اغلب با توجیه همراه است که در آن افراد از طریق عدم واکنش هیجانی نسبت به یک موقعیت دردناک و هیجان‌انگیز، اضطراب خود راکاهش می‌دهند. مثلاً به جای واکنش گریه به هنگام مرگ یک محبوب می‌گویند "هر کسی باید بمیرد".

1 - emotional insulation 2 - intellectualization

۱۵ـ *باطل سازی*[1]، این مکانیزم عبارت است از: خنثی کردن عمل یا اندیشه‌ای نادرست از طریق عذرخواهی یا اقرار به اشتباه و گناه، ابراز پشیمانی، توبه کردن، ریاضت کشیدن، و پذیرش تنبیه. از طریق این مکانیزم شخص خود را از عذاب وجدان و احساس گناه خلاص می‌سازد. در افرادی که اعتماد به نفس کمتری دارند، این دفاع به شیوه‌ای اغراق آمیز ملاحظه می‌شود.

ممکن است در بعضی اوقات احساس گناه به قدری شدید باشد که شخص برای رهائی از آن و احساس رنج شدید و تحقیر و تشویش راهی جز خودکشی نیابد.

۱۶ـ *اظهار و نشان دادن*[2]، این مکانیزم عبارت است از: جلب حس ترحم و همدردی دیگران از طریق اظهار و ابراز مشکلات، ناراحتیها، نگرانیها، و رنجش خاطرها. در این مکانیزم به جای آنکه شخص ناراحتیها و ناکامیها را در خود نگهدارد، آنها را اظهار می‌نماید تا تنش و فشار ناشی از آنها راکاهش دهد. نیز در این مکانیزم از طریق تشریح شکستها، ناراحتیها، و بیماریها شخص می‌کوشد تا تلاش و تحمل خود را نشان دهد و حمایت دیگران را نسبت به خود جلب نماید. به عبارت دیگر، با توسل به این مکانیزم شخص می‌خواهد که دیگران شکستهای او را درک کنند و بدانند که زندگی چقدر برایش سخت و رنج آور بوده است.

## ویژگیهای کلی مکانیزمهای دفاعی

مکانیزمهای دفاعی غالباً در ترکیب با یکدیگر به کار گرفته می‌شوند، هر چند به تنهائی نیز مورد استفاده قرار می‌گیرند. این مکانیزمها برای ملایم کردن شکست، تسکین اضطراب، و محافظت شخص از احساس بی‌کفایتی و بی‌ارزشی به کار گرفته می‌شوند. بدین ترتیب، مکانیزمها را می‌توان به عنوان واکنشهای طبیعی به حساب آورد، مگر آن که به صورت افراط یا تفریط درآیند. مثلاً در اسکیزوفرنی مکانیزم بازگشت به قدری

1 - undoing
2 - acting out

افراطی است که شخص کنترل مدفوع خود را از دست می‌دهد و به دوره‌ای از زندگی باز می‌گردد که قادر به کنترل آن نبوده است، و برعکس در افسردگی شخص به جای آنکه علت شکستها را به دیگران نسبت دهد، خود را نالایق و ناتوان می‌پندارد و مکانیزم برون‌فکنی را در حد بسیار کم مورد استفاده قرار می‌دهد.

این مکانیزمها هم دارای کنش مثبت هستند هم منفی. در تحقیقی که توسط *کاتز*[1] و همکارانش در ۱۹۷۰ صورت گرفت، مکانیزمهای دفاعی ۳۰ زن که در بیمارستان بستری شده و در انتظار نتیجهٔ بافت برداری غدهٔ سینهٔ خود بودند، مورد بررسی واقع شدند. در این تحقیق آشکار گردید که مکانیزمهای دفاعی انکار و دلیل‌تراشی در سازگاری با اضطراب و کاهش آن بسیار مؤثر بوده است (کنش مثبت)؛ اما بسیاری از زنانی که اضطراب خود را از طریق این مکانیزمهای دفاعی تخفیف داده بودند، شانس کمتری برای زنده ماندن داشتند، زیرا تلاشی برای درمان نمی‌کردند (کنش منفی).

به طور خلاصه باید تأکید شود که مکانیزمهای دفاعی انسان اکتسابی بوده برای سازش با آسیب روانی، اضطراب، و جلوگیری از بی‌ارزش شدن "من" طرح‌ریزی شده‌اند، در سطحی بالنسبه خود به خود و به صورت عادت عمل می‌کنند، و عموماً شامل خودفریبی[2] و تحریف واقعیت هستند.

1 - Katz

2 - self deception

## سؤالات فصل چهارم

۱ـ فشار روانی به جز از طریق ناکامی و تعارض از چه راههایی ایجاد می‌گردد؟

۲ـ فشار روانی شخص را مجبور به انجام دادن چه اعمالی می‌کند؟

۳ـ انواع استرس و مفهوم هر یک کدام است؟

۴ـ مفهوم فشار روانی و آسیب‌پذیری چیست و تأثیر آنها بر یکدیگر کدام است؟

۵ـ آنچه فرد برای سازگاری با استرس انجام می‌دهد به چه عواملی بستگی دارد؟

۶ـ در ارزیابی اولیه و ثانویه در استرس شخص چه عملی انجام می‌دهد؟

۷ـ شدت فشار روانی به چه عواملی بستگی دارد؟

۸ـ موقعیتهای استرس زا را نام برده هر یک را توضیح دهید؟

۹ـ طبق نظر فرانکل چه ویژگیهائی مؤثرترین عوامل در زنده ماندن اسرای جنگی بوده است؟

۱۰ـ فشارهای روانی زودگذر کدام‌اند؟

۱۱ـ نقش فشار آفرینهای چندگانه در ایجاد اختلال چیست؟

۱۲ـ اصول کلی واکنشهای استرسی و مفهوم هر یک چیست؟

۱۳ـ مفهوم کلی بودن واکنشهای استرسی کدام است و در چه زمانی واکنشهای استرسی ناهماهنگ یا پراکنده می‌شوند؟

۱۴ـ مفهوم اقتصادی بودن واکنشهای استرسی چیست؟

۱۵ـ مفهوم جبر و تأخیر فرهنگی چیست؟

۱۶ـ مفهوم خود به خودی بودن یا طرح شده بودن واکنشهای استرسی چیست؟

۱۷ـ رابطهٔ هیجان و استرس چیست؟

۱۸ـ مفهوم انجماد در ترس چیست؟

۱۹ـ مفهوم و تعریف اضطراب چیست و تفاوت آن با ترس کدام است؟

۲۰ـ مفهوم احساسات دوگانه چیست؟

۲۱ـ تعیین کننده‌های داخلی و خارجی واکنشهای استرسی کدام‌اند؟

۲۲ـ گامهائی که در استرس وجود دارند، کدام‌اند و مفهوم هر یک چیست؟
۲۳ـ در جریان ارزیابی وضعیت و چگونگی استرس چه مراحلی وجود دارد؟
۲۴ـ در طبقه‌بندی کردن استرس شخص چه عملی انجام می‌دهد؟
۲۵ـ در ارزیابی تهدید شخص چه عملی انجام می‌دهد؟
۲۶ـ در بررسی و تصمیم‌گیری برای رفع استرس چه اعمالی صورت می‌گیرد؟
۲۷ـ مفهوم پسخورد چیست و به چند دسته تقسیم می‌شود و نام آنها چیست؟
۲۸ـ مفهوم پیشخورد چیست؟
۲۹ـ مفهوم واکنش سازی چیست؟
۳۰ـ مفهوم دفاع جهت‌دار چیست؟
۳۱ـ واکنشهای عملی جهت‌دار به چه مواردی تقسیم می‌شود و در هر یک چه عملی صورت می‌گیرد؟
۳۲ـ در صورتی که استرس خیلی شدید باشد فرد با چه مسائلی مواجه می‌شود؟
۳۳ـ معمولاً چند نوع واکنش جهت یافتهٔ دفاعی مشخص شده است؟
۳۴ـ تعریف مکانیزمهای دفاعی چیست؟
۳۵ـ مفهوم سرکوبی چیست؟
۳۶ـ مفهوم مکانیزم دفاعی برگشت چیست؟
۳۷ـ مفهوم برون‌فکنی چیست؟
۳۸ـ واکنش سازی چیست؟
۳۹ـ مفهوم مکانیزم دفاعی جداسازی چیست؟
۴۰ـ مفهوم درون فکنی چیست؟
۴۱ـ جابه‌جا سازی کدام است؟
۴۲ـ در دلیل‌تراشی چه تدابیری صورت می‌گیرد و کدام ارزشهای عمده دنبال می‌شود؟
۴۳ـ مکانیزم دفاعی انکار چیست؟

۴۴ـ در والاگرائی چه عملی صورت می‌گیرد؟

۴۵ـ مفهوم مکانیزم دفاعی جبران چیست؟

۴۶ـ مفهوم همسان سازی چیست؟

۴۷ـ چه زمانی شخص به مکانیزم خیالپردازی متوسل می‌شود؟

۴۸ـ مکانیزم دفاعی عایق‌سازی هیجانی برای مقابله با چه مواردی است؟

۴۹ـ باطل‌سازی برای خنثی نمودن و ابراز کدام اعمال و اندیشه‌ها به کار می‌رود؟

۵۰ـ در مکانیزم اظهار و نشان دادن چه عملی صورت می‌گیرد؟

MODEL 6 ELECTROENCEPHALOGRAPH
G1
1
G2
2
3
4
CAL
5
6
7
8

# فصل پنجم

## طبقه‌بندی اختلالات روانی

هدف این فصل عبارت است از: آشنائی با طبقه‌بندیهای مختلف، فوائد وزیانهای احتمالی مترتب بر طبقه‌بندی، ملاکهای مختلف طبقه‌بندی، نشانه‌های مرضی و معیارهای مختلف تشخیصی اختلالات روانی (سیکوزها، اختلالات اضطرابی، و...)، تفاوتها و تشابه‌های نظامهای مختلف طبقه‌بندی، مدلهای پزشکی طبقه‌بندی، تفاوت برچسب زدن و طبقه‌بندی، خطرات و مزایای برچسب زدن، خطای تشخیص و از این قبیل.

## نظامهای طبقه‌بندی

سالهای طولانی، اختلالات روانی، چهار طبقهٔ عمده را در بر می‌گرفت که عبارت بود

از: سندرمهای مغزی[1]، سیکوزها[2]، نوروزها، و اختلالات شخصیت.

۱ـ در *سندرمهای مغزی* اختلالات فکری نتیجهٔ آسیبهای مغزی محسوب می‌گردید. این اختلالات ممکن بود بازگشت‌پذیر باشند (مانند مسمومیت با فنوباربیتال[3])، یا طولانی مدت و غیرقابل بازگشت (مانند آسیب رسیدن به بافتهای مغز که گاهی اوقات با پیری در رابطه است).

۲ـ در *سیکوزها* که اختلالات متعددی را شامل می‌شود ادراک فرد از واقعیت به گونه‌ای جدی دچار تحریف گردیده، کنشهای روان‌شناختی وی به شدت آشفته می‌شوند. افراد مبتلا به سیکوز ممکن است توانائی باقی ماندن در شغل و انجام دادن مسؤولیتهای پیچیدهٔ خانوادگی و اجتماعی را نداشته باشند. ویژگیهای اساسی در سیکوزها را می‌توان شامل شش اختلال دانست که عبارت است از:

**الف ـ هذیان[4] (اختلال در تفکر)**

داشتن افکار و اندیشه‌های نادرستی که به رغم وجود شواهدی حاکی از نادرست بودنشان، فرد آنها را باور داشته و به درست بودن آنها اصرار می‌ورزد. مثلاً فکر می‌کند که پادشاه است در حالی که از فقر و بیچارگی شدید رنج می‌برد. بی‌نظمی جریانهای فکری ممکن است به صورت اشتغال در تمرکز، ناتوانی در همخوانی افکار، احساسی از "محصور بودن" در افکاری مخصوص و آسیب شدید در حل مسئله و تصمیم‌گیری ظاهر شود. ممکن است بیمار باور داشته باشد که دشمنان او امواج الکترونیکی پیچیده‌ای برای دخالت در جریانهای فکری او به کار گرفته یا داخل مغز او کار گذاشته‌اند.

**انواع هذیانها**

۱ـ *هذیان تعقیب*[5]: این باور که بر علیه شخص توطئه‌چینی شده، دربارهٔ وی جاسوسی

---

1 - brain syndrom
2 - phenobarbital
3 - psychosis
4 - delusion
5 - delusion of persecution

می‌شود، همواره به دنبالش هستند، و می‌خواهند به او آزار برسانند.

۲ـ *هذیان کنترل یا تأثیر*[1]: این باور که افراد، نیروها، یا شاید موجودات غیر زمینی افکار، احساسات و اعمال شخص را همواره توسط ابزارهای الکتریکی که مستقیماً علامتهائی به مغز وی می‌فرستند، کنترل می‌کنند.

۳ـ *هذیان اشاره*[2]: این باور که حوادث یا محرکهای بی‌ربط نسبت به فرد واقعاً و بویژه به بیمار اشاره دارند. مثلاً بیمار ممکن است فکر کند که داستان زندگی وی در تلویزیون یا مجلات منعکس گردیده است.

۴ـ *هذیان گناه*[3]: این باور که شخص "گناه نابخشودنی" مرتکب شده است یا صدمهٔ شدیدی به دیگران وارد کرده است. مثلاً بیمار ممکن است ادعا کند که فرزندان خود را کشته است.

۵ـ *هذیان خود بیمار انگاری*[4]: این باور بی‌اساس که فرد از یک بیماری بدنی پنهان رنج می‌برد. هذیان خود بیمارانگاری افراد اسکیزوفرنیائی از ترسهای بی‌پایه‌ای که در مبتلایان به خود بیمارانگاری ملاحظه می‌شود متفاوت است، زیرا بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی به بیماریهای مشخصی اشاره نمی‌کنند، بلکه درد و رنجهای عجیب و غریبی را نام می‌برند. مثلاً بیمار مبتلا به خود بیمارانگاری از درد کلیه، تومورهای مغزی و از این قبیل شکایت می‌کند، ولی بیمار اسکیزوفرنیائی ادعا می‌کند که کلیه‌های وی در حال خارج شدن از بدنش هستند، یا مغز وی پر از کپک است.

۶ـ *هذیان نیستی*[5]: این باور که خود شخص یا دیگران یا کل دنیا از هستی باز ایستاده‌اند. مثلاً بیمار ممکن است ادعا کند که یک روح بازگشته از یک مرده ا ست.

۷ـ *هذیان بزرگ پنداری*[6]: این باور که شخص فردی است بی‌اندازه مشهور، نیرومند، و مهم؛ مثلاً ناپلئون، حضرت مسیح، و یا یک شخصیت تاریخی است.

---

1 - control or influence
2 - reference
3 - sin and guilt
4 - hypochondriacal
5 - nihilistic
6 - grandeur

بسیاری از افراد اسکیزوفرنیائی شکایت می‌کنند که افکار آنان به نحوی تحریف می‌شود. این هذیان که به هذیان کنترل مربوط است موارد زیر را در بر می‌گیرد:

*الف ـ انتشار فکر*[1]: این باور که افکار فرد به دنیای خارج منتشر می‌شود و هر کسی می‌تواند آنها را بشنود.

ب ـ *ادخال فکر*[2]: این باور که دیگران در حال داخل ساختن افکار، به ویژه افکار زشت، به مغز وی هستند.

ج ـ *بازگیری افکار*[3]: این باور که افراد دیگر در حال بیرون کشیدن افکار از مغز وی هستند (بوتزین، اکوسلا، ۱۹۸۸ ص ۳۵۲-۳۵۱).

**ب ـ توهم[4] (اختلال در ادراک)**

اختلال دیگری که در سیکوزها بسیار اهمیت دارد توهم یعنی تجارب حسی یا ادراکی است که هیچ منبع خارجی واقعی ندارند؛ مانند شنیدن صدای شیطان که به فرد دستور کشتن کسی را می‌دهد. فرد عادی از طریق جریان پیچیدهٔ غربال کردن و از صافی گذراندن اطلاعات حسی قادر به انتخاب، تطبیق و تشخیص انبوه محرکهایی که همواره به وی ارائه می‌شوند، بوده و بدین وسیله می‌تواند دنیای خود را به طریقی عادی و معنی‌دار ادراک نماید. ولی بیمار سیکوتیک برعکس به طور آشکار قادر به غربال کردن اطلاعات آشفته یا تشخیص اطلاعات مربوط و نامربوط نیست. او در حد زیاد نسبت به تمام محرکها، خواه از منابع داخلی باشند یا خارجی، حساس است و قادر نیست که ادراکهای خود را به صورت یک الگوی معنی‌دار، وحدت و انسجام بخشد.

شخص ممکن است صداهائی را بشنود که به او می‌گویند: چه کار بکند یا مرتکب چه عملی بشود. گاهی اوقات این صداها به منسوبان یا دوستان نسبت داده می‌شوند و گاهی اوقات به دشمنان که در پی آزار و اذیت او هستند و همواره او را تعقیب می‌کنند. حتی

1 - thought broadcasting
2 - thought insertion
3 - thought withdrawal
4 - hallucination

در بعضی از موارد ممکن است این صداها به صورت پیامهائی از جانب خدا ادراک شوند که شخص را مأمور نجات بشر کرده است. بعضی اوقات شخص اصرار می‌ورزد که هیچ ایده‌ای از هویت فرد یا افرادی که صحبت می‌کنند، ندارد. این افراد غالباً در تعیین محل صدا دچار اشکال هستند و ممکن است صدا را از یک لوازم برقی روشن بدانند یا از یک تلویزیون خاموش یا از یک گوشی خیالی تلفن که در گوش آنها قرار دارد. گاهی اوقات به نظرشان می‌رسد که این صداها از جهات مختلف می‌آیند. گرچه توهم شنوائی معمولی‌ترین نوع توهم است ولی توهم بینائی و سایر توهمها نیز ممکن است وجود داشته باشند. مثلاً دیدن فرشته در بهشت، یا شنیدن بوی گاز در خانه و احساس طعم زهر در غذا. در توهم نیز ممکن است، مانند هذیان ارزیابیهای بیمار از محرکها به علت بی‌نظمی فکر و تجربه مختل شود. غالباً ممکن است که توهم و هذیان توأم با یکدیگر رخ بنمایند.

### ج ـ اختلال در هیجان (احساس وحشت)

چون هیجانهای افراد در حد زیاد تحت تأثیر جریانهای شناختی است، بنابراین تعجب‌آور نیست که بی‌نظمی در افکار و ادراک با اختلال در پاسخهای عاطفی همراه باشند. فقدان کنترل شخص روی افکار خود، ناتوانی در انتخاب افکار مناسب و انصراف از فکر کردن دربارهٔ چیزی که فکرش روی آن تثبیت شده است، به نظر می‌رسد، عامل مهمی در ظهور عاطفهٔ نامناسب باشد که به صورت اضطراب شدید و احساس رعب و وحشت جلوه‌گر می‌شود.

### د ـ کناره‌گیری[1] از واقعیت

شخص مبتلا به سیکوز تمایل دارد که از واقعیت کناره گرفته به دنیای تخیلی و تجربهٔ خصوصی خویش پناه برد. بدین معنی که بی‌نظمی در فکر و هیجان فقط محیط

1 - withdrowal

اطراف را در بر نمی‌گیرد، بلکه شامل خود فرد نیز می‌شود. به عبارتی ساده‌تر، در سیکوزها خود[1]، به عنوان وحدت دهندهٔ هستهٔ شخصیت از هم گسیخته و تجزیه شده به شدت دچار اضمحلال می‌گردد.

**هـ ـ اختلال در تکلم**

تکلم افراد سیکوتیک دارای ویژگیهای خاصی است. مثلاً در پاسخ به بعضی سؤالات مطالبی بی‌ربط می‌گویند، یا در جملات خود جای کلمات را به طرز نامتناسبی عوض می‌کنند. در موارد پیشرفته‌تر فهم کلمات آنها بسیار مشکل می‌شود، زیرا جملات طوری دنبال هم قرار گرفته‌اند که ظاهراً به هم مربوط‌اند در حالی که ارتباط آنها بسیار کم است. گاهی اوقات بیمار کلماتی را به کار می‌برد که در هیچ واژه‌نامه‌ای وجود ندارد و بیمار خود آنها را ساخته است که آن را اصطلاحاً *واژه‌سازی*[2] می‌نامند. حتی گاهی اوقات بیمار قادر به تکلم نیست که آن را *لالی عاطفی*[3] می‌نامند، و یا با کوشش زیاد چند کلمه‌ای صحبت می‌کند. استعدادهای هوشی، حافظه، اطلاعات عمومی و غیره ظاهراً مختل می‌شوند، اما این اختلالات در واقع ناشی از سایر نشانه‌های مرضی بیماری است که اگر این نشانه‌ها برطرف گردند، این اختلالات نیز از بین می‌روند. آنچه از نظر بالینی حائز اهمیت است، نبود بصیرت بیمار نسبت به بیماری خویش است که در کلیه مراحل حتی در حالات خفیف سیکوز نیز دیده می‌شود.

**و ـ رفتار عجیب و غریب**

تمام الگوهای مرضی که توصیف شدند اغلب با رفتارهای عجیب و غریب همراه است. مثلاً بیمار ممکن است حرکات، ژستها، عادات، و تظاهرات عجیبی آشکار سازد یا در گوشه‌ای بدون ابراز حالات عاطفی و هیجانی بنشینند و به نقطه‌ای خیره شود. هر چند

1 - self
2 - neologism
3 - mutism

این موضوع باید مورد تأکید قرار گیرد که رفتارهای عجیب و غریب معمولاً حمله‌ای (دوره‌ای) هستند.

در واقع باید توجه داشت که (۱) تمام نشانه‌های مرضی در یک فرد خاص به وقوع نمی‌پیوندد، (۲) این نشانه‌ها ممکن است در بیماران مختلف به طور آشکار متفاوت باشند، (۳) این نشانه‌ها ممکن است تحت تأثیر نام‌گذاریها و تشخیصهائی که در مورد شخص صورت می‌گیرد واقع شوند، (۴) این نشانه‌ها ممکن است بر حسب زمان تغییر یابند و به صورت حمله‌ای، یا دوره‌های طولانی مدت باشند. بدین ترتیب، بیمار ممکن است در یک روز در حالت خوبی باشد و در روز دیگر توهم و هذیان نشان دهد و یا اینکه برعکس هذیانها و توهمهای دوام‌دار داشته باشد.

## ۳ـ نوروزها[1]

می‌توان گفت که در نوروزها یادگیری غلط موجب پاسخهای بی‌اثر نسبت به مسائل زندگی روزانه شده است. شخص ممکن است بداند که رفتارش غیرعادی و نابهنجار است، ولی احساس کند که قادر به تغییر آن نیست. گرچه رفتار نوروتیک، غیرطبیعی است ولی شامل اختلال فاحش در واقعیت و بی‌نظمی آشکار در رفتار و افکار نمی‌شود. ماهیت و هستهٔ اصلی نوروزها عبارت است از: *ارزشیابی غلط* از واقعیت و تمایل به اجتناب کردن ازمسائل به جای سازش حاصل کردن با آنها. به عبارت دیگر هستهٔ اصلی نوروزها عبارت است از: روش زندگی نابهنجار که به صورت اضطراب و اجتناب ظاهر می‌شود. تمایل فرد به نگهداری این نوع زندگی به رغم ماهیت خود *مغلوبی*[2] آن *تناقض‌نوروتیک*[3] نامیده شده است. در نوروزها فرد در دفاع از خود در مقابل اضطراب ناتوان است و آن را مستقیماً و شدیداً به شکل ترس، فرار، و یا حتی وحشت تجربه می‌کند.

---

1 - neurosis
2 - self defeating
3 - neurotic paradox

مفهوم نوروز با نظریهٔ تحلیل روانی[1] (روانکاوی) فروید پیوندهای تاریخی دارد. فروید عقیده داشت که اختلالات نوروتیک نتیجهٔ تعارضهای درونی و کوششهای افراطی برای دفاع یا اجتناب از آنهاست که منتهی به اضطراب شدید در فرد می‌شود.

در سطور بعد مسائل ناشی از ارزیابی غلط از واقعیت، و مفهوم تناقض نوروتیک که ماهیت و هستهٔ اصلی نوروزها را تشکیل می‌دهند، مورد بحث قرار می‌گیرند.

**مسائل ناشی از ارزیابی غلط از واقعیت**

*الف ـ احساس بی‌کفایتی و حقارت:* شخص مبتلا به نوروز اساساً خود را نالایق وبی‌کفایت ادراک می‌نماید و در نتیجه بسیاری از موقعیتها را تهدیدکننده می‌بیند. این تهدیدهای آسیبگر از طریق نیاز به توسل جستن به دیگران برای پشتیبانی، ترس و فرار از موقعیتهای مختلف مشخص می‌شوند. یعنی چون شخص مبتلا به نوروز موقعیتهای معمولی مختلف را تهدیدکننده می‌بیند احساس اضطراب که ویژگی اصلی نوروزهاست، در او ظاهر می‌شود. اضطراب نوروتیک اغلب در اثر این واقعیت که فرد رفتار خود را غیرارادی احساس می‌کند، تشدید می‌شود.

ب ـ *اجتناب به جای سازش:* روش اصلی زندگی افراد نوروتیک عبارت است از: اجتناب از مواجه شدن با مسائل زندگی روزانه. این رفتار اجتناب‌آمیز راه ظهور الگوهای مؤثر برای سازگاری را سد نموده در نتیجه اضطراب شخص را افزایش می‌دهد.

ج ـ *خشکی رفتار[2] و فقدان بصیرت:* اشکال زیاد در تغییر الگوهای تثبیت شده یا خشکی رفتار منجر به محدود شدن ادراک، اطلاعات و سایر راههای دفاعی می‌شود که برای شخص تهدیدکننده بوده موجب ناهماهنگی بین واقعیت و خودپنداری وی می‌شود.

د ـ *خود میان بینی و ارتباط اختلال آمیز:* ترس و محدودیت ادراکی منتهی به تمرکز و توجه شخص به خود می‌گردد. یعنی فرد نوروتیک به صورتی دائمی و رنج‌آور از خود و

1 - psychoanalytic theory 2 - rigidity

مسائل خودآگاه است و اساساً به احساسات، سرگرمیها، و مسائل خویش توجه دارد. همچنین فرد نوروتیک تمایل دارد که خواستهای غیرواقعی خود را توسط کسانی که اطراف او هستند، برآورده سازد. یعنی می‌کوشد که در آنها تأیید و پشتیبانی برای امنیتی که احساس می‌کند فاقد آن است بیابد.

*هـ ـ احساس گناه و ناخشنودی:* معمولاً فرد نوروتیک به صورتی ابهام آمیز احساس می‌کند که مسؤولیتهای لازم نسبت به خود یا دیگران را انجام نمی‌دهد و در نتیجه احساس بی‌کفایتی و اضطراب نموده، روش زندگی خود مغلوبانه را برمی‌گزیند که آمادهٔ احساس گناه، ناخشنودی، و نارضایتی است.

**تناقض نوروتیک**

انسان قادر به یادگیری و اصلاح رفتار خویش بوده و مایل است تا بر هر عملی که انجام می‌دهد، نفعی مترتب باشد. ولی شخص نوروتیک به الگوهای رفتاری تثبیت شدهٔ خود می‌چسبد و این رفتار را به رغم ماهیت خود مغلوبی آن، یعنی این واقعیت که سرانجام به ناخشنودی و عدم رضایت خاطر منجر می‌شود، ادامه می‌دهد. مثلاً در وسواس، شخص برای کاهش اضطراب به شستن دست مبادرت می‌ورزد. پس از شستن دست احساس می‌کند که نه تنها از اضطرابش کاسته نشده بلکه افزایش هم یافته است؛ با این وجود، این عمل را همچنان ادامه می‌دهد، زیرا هرگاه که می‌کوشد شستن دست را متوقف سازد، اضطرابش افزایش می‌یابد.

**۴ـ اختلالات شخصیت**

این اختلال الگوی شخصیتی ناسازگار و دائمی را در بر می‌گیرد. کسانی که به این اختلالات دچارند شیوه‌های رفتار عادتی و نسبتاً انعطاف ناپذیر را در طیف وسیعی از موقعیتها نشان می‌دهند. این الگوهای رفتاری موجب می‌شوند تا روابط شخص با دنیای خارج آسیب دیده، غالباً مانع کارآمدیهای شغلی، تحصیلی، و اجتماعی وی گردند.

اختلالات شخصیت ممکن است بی‌اعتمادی دائمی نسبت به دیگران، رفتارهای ضداجتماعی، یا اصرار در اجتناب از تماس و ارتباط با دیگران را در بر گیرد. *اختلالات‌منش*[1] که اغلب به صورت ناتوانی در اجتماعی شدن یا کنترل تکانه‌ها مشخص می‌شود جزء طبقهٔ اختلال شخصیت محسوب می‌گردد.

**نظامهای رایج طبقه‌بندی**

متداولترین نظام طبقه‌بندی رفتارهای نابهنجار، طبقه‌بندی DSM[2] (دستورالعمل تشخیصی و آماری اختلالات روانی) است که توسط انجمن روانپزشکی آمریکا[3] صورت گرفته است. اولین فرم این طبقه‌بندی در ۱۹۵۲ منتشر گردید. فرمهای دیگر این طبقه‌بندی که هر یک شکلهای تغییر یافته و تجدید نظر شدهٔ فرمهای قبلی هستند تحت عنوانهای DSMII در ۱۹۶۸، DSMIII در ۱۹۸۰، DSMIII-R در ۱۹۸۷ انتشار یافته‌اند. طبقات و اختلالاتی که در DSMIII و DSMIII-R آمده‌اند چندان تفاوتی با یکدیگر ندارند و در واقع DSMIII-R فرم تجدید نظر شدهٔ DSMIII است، ولی نامها و طبقات اختلالات روانی که در DSMIII ذکر شده‌اند با آنچه در DSMII وجود داشته است، تفاوت بسیار دارد. در DSMIII و DSMIII-R تأکید بیشتر بر توصیف مسائل بالینی است نه تعبیر و تفسیر آنها. همچنین در DSMIII و DSMIII-R ملاک طبقه‌بندی نشانه‌های مرضی اختلالات است نه علل آنها، در حالی که در DSMII بر اساس نظریهٔ حاکم در آن زمان، یعنی تحلیل روانی، برای طبقه‌بندی اختلالات علت آنها مورد توجه بوده است. به همین دلیل نوروزها که در DSMII اختلالاتی بودند که بر اساس نظریهٔ تحلیل روانی به علت اضطراب ایجاد شده و طبقهٔ بزرگی از اختلالات روانی را تشکیل می‌دادند در DSMIII حذف شدند و هر یک از آنها با همان نامها یا نامهای جدید جزء

1 - character disorders

2 - Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders

3 - American Psychiatry Association

طبقات و نامهای دیگری قرار گرفتند.

تفاوت مهم دیگر DSMIII و DSMIII-R با DSMII آن است که به جای یک تشخیص معین مثلاً اسکیزوفرنی، که در DSMII متداول بود، در DSMIII و DSMIII-R پنج نوع تشخیص از زوایای مختلف صورت می‌گیرد. بدین ترتیب که در تشخیص اول (محور اول)، اختلالات بالینی به استثنای اختلالات رشد و شخصیت معین می‌گردند؛ مثلاً اسکیزوفرنی. تشخیص دوم (محور دوم)، مربوط است به تشخیص و تعیین نارسائیهای رشد و شخصیت؛ مثلاً لکنت زبان یا اختلال شخصیت اجتنابی. تشخیص سوم (محور سوم)، بیانگر اختلالات بدنی است که پایهٔ روانی ندارند؛ مثلاً حمله‌های قلبی به دلیل بسته شدن شریانهای قلب. تشخیص چهارم (محور چهارم)، مربوط است به فشارهای روانی و اجتماعی مراجع در گذشتهٔ نزدیک و میزان فشار آن؛ مثلاً طلاق یا مرگ یکی از والدین. تشخیص پنجم (محور پنجم)، یک بررسی و برآورد کلی از روابط اجتماعی، شغلی، و عملکردهای روان‌شناختی مراجع است؛ مثلاً ناشایستگی شغلی و اجتماعی. به همین دلیل طبقه‌بندیهای DSMIII و DSMIII-R پنج محوری نامیده شده‌اند.

چنان که ملاحظه می‌شود سه محور اول طبقات عمدهٔ تشخیصی را شامل می‌شوند و محورهای چهار و پنج، طبقات تکمیلی محسوب شده اطلاعات بیشتری را در اختیار درمانگر قرار می‌دهند. مثلاً یک مراجع می‌تواند به صورت زیر مورد تشخیص واقع شود:

محور ۱ : اسکیزوفرنی.

محور ۲ : اختلال شخصیت اجتنابی.

محور ۳ : حملات قلبی.

محور ۴ : طلاق (فشار روانی شدید).

محور ۵ : روابط شغلی و اجتماعی خوب.

**طبقات عمدهٔ تشخیصی**

DSMIII-R، فهرستی از عواملی که معلوم شده است می‌توانند در ارتباط با طبقات تشخیصی باشند، تعیین کرده است. این فهرست مواردی از قبیل خصوصیات متداول و رایج اختلال، سنی که معمولاً اختلال در آن ظاهر می‌شود، چگونگی پیشرفت یا سرانجام آن، میزان آسیب اجتماعی یا شغلی ناشی از آن، دشواریهای احتمالی مترتب بر آن، مثلاً اقدام به خودکشی توسط افراد افسرده، جنبه‌های خاص زندگی شخصی که خطر یک اختلال شدید را افزایش می‌دهد، تفاوتهای جنسی، و الگوهای خانوادگی مؤثر بر آنها را در بر می‌گیرد.

همان طور که اشاره شد DSMIII-R را چندمحوری نامیده‌اند که سه محور اول به ترتیب مربوط‌اند به اختلالات بالینی، اختلالات رشد و شخصیت، اختلالات بدنی بدون علت روانی. محورهای چهار و پنج طبقات تکمیل کنندهٔ اطلاعات محسوب شده و بیشتر در موارد بالینی و تحقیقی مورد استفاده واقع می‌شوند.

**اختلالات مربوط به محور I**

اختلالات بالینی محور I به صورت طبقات فرعی زیر طبقه‌بندی شده‌اند:

۱ـ *اختلال روانی عضوی:* اختلالات مغزی روانی که ممکن است دائمی یا زودگذر باشند و به عواملی از قبیل سن یا استفاده از موادی که روی مغز اثر می‌گذارند نسبت داده می‌شوند. مثلاً اشکال در تمرکز، توجه، یا حافظه به دلیل سالخوردگی و کهولت، یا سیکوزهای مربوط به استعمال بیش از اندازهٔ الکل.

۲ـ *اختلالات مربوط به استعمال مواد* از قبیل مواد مخدر، مواد تحریک‌زای روانی، و مواد توهم‌زا.

۳ـ *اختلالات خواب و برانگیختگی:* بیخوابی یا اشکال در خواب رفتن، فقدان خواب عمیق و دوام‌دار، خواب آلودگی بیش از اندازه در اثنای روز، شکایت داشتن از خوابهای آشفته بدون وجود دلائل عینی، اختلال تنفسی در خلال خواب، اختلال در برنامهٔ

خواب و بیداری، راه رفتن در خواب، و وحشت در خواب.

۴ـ *اختلالات اسکیزوفرنیائی:* افکار و رفتار آشفتهٔ مزمن همراه با اختلالات ادراکی (هذیانها و توهمها)، بی‌ارتباطی کلامی، و انزوای اجتماعی.

۵ـ *اختلالات هذیانی (پارانوئیدی):* سیستم منظمی از هذیانها (غالباً به صورت تعقیب و آزار)، بدون بیگانگی و آشفتگی فکر و رفتار، بی‌ارتباطی کلامی، و انزوای اجتماعی که از ویژگیهای مهم اسکیزوفرنی است.

۶ـ *اختلالات شبه اسکیزوفرنی* (شبیه به اسکیزوفرنی که کمتر از شش ماه دوام داشته باشد): سیکوزهای خفیف مربوط به واکنش نسبت به یک فشار روانی مخصوص، و اختلالات عاطفی اسکیزوئیدی (ترکیبی از بی‌نظمی رفتار و هذیان) همراه با احساسی از سرخوشی و افسردگی.

۷ـ *اختلالات خلقی (عاطفی):* افسردگی یا برانگیختگی مانیک، یا هر دو.

۸ـ *اختلالات افسردگی:* افسردگی، تنش، و نگرانی بدون وجود حالات سیکوتیک (هذیان و توهم). اختلالات استرسی پس از ضایعهٔ روانی (واکنش نسبت به فشار روانی) که ممکن است حاد و یا خفیف و مزمن باشند.

۹ـ *اختلالات بدنی شکل:* نشانه‌های مرضی بدنی که برای آنها هیچ علت پزشکی معینی نمی‌توان یافت. این نشانه‌های مرضی تحت کنترل و ارادهٔ شخص نبوده، به عوامل روان‌شناختی یا کشمکشهای روانی وابسته‌اند.

۱۰ـ *اختلالات افتراقی:* تغییر ناگهانی و موقت در کنشهای طبیعی خودآگاه، مانند از دست دادن حافظه، راه رفتن در خواب، و چند شخصیتی.

۱۱ـ *اختلالات جنسی و تناسلی:* افکار و رفتار جنسی انحرافی که یا از نظر شخصی اضطراب‌انگیز است و یا از نظر اجتماعی ناسازگار.

۱۲ـ *اختلالات ساختگی:* نشانه‌های مرضی رفتاری یا بدنی که به طور ارادی توسط فرد ابراز شده، هدفش به طور آشکار ایفای نقش بیماری است، و اغلب شامل بستری شدن پر سروصدا و مزمن می‌شود.

۱۳ـ *اختلالات کنترل تکانش که در جای دیگری طبقه‌بندی نشده است*، شامل سازگاریهائی که به صورت شکست در مقاومت در برابر تکانه‌ها از قبیل قمار مرضی، دزدی مزمن اشیای دلخواه، و آتش‌افروزی عادتی ظاهر می‌شود.

۱۴ـ *اختلال سازگاری*: واکنشهای ناسازگار نسبت به حوادث زندگی شخصی یا اوضاع و احوالی که انتظار می‌رود با توقف فشارآورها بهبود حاصل کنند و متوقف شوند. این واکنشها ممکن است حالت افسردگی، اضطراب، کناره‌گیری، اختلالات سلوکی از قبیل فرار، و تقلیل کار یا انجام وظیفه را در برگیرند.

۱۵ـ *عوامل فیزیولوژیائی مؤثر بر حالات روانی*: اختلالاتی که قبلاً تحت عنوانهای اختلالات سیکوسوماتیک (روانی ـ بدنی) یا روانی فیزیولوژیائی نام برده می‌شدند، از قبیل سردردهای میگرنی، قاعدگی دردناک، آسم، و زخم معده.

**اختلالات مربوط به محور II**

اختلالات محور II شامل اختلالاتی است که از کودکی یا نوجوانی شروع شده تا بزرگسالی بدون تغییر زیاد ادامه می‌یابد. محورهای I و II بدین‌دلیل از هم جدا شده‌اند که وقتی بزرگسالان مورد ارزیابی واقع می‌شوند، خصیصه‌های دوام‌دار که ممکن است بر شخصیت، یا مهارتهای شناختی، اجتماعی، و حرکتی اثر بگذارند، مورد توجه بیشتر واقع شوند.

محور II، خود دو طبقهٔ عمده را شامل می‌شود که عبارت است از: الف ـ اختلالات مربوط به رشد که اولین علائم آنها معمولاً در خردسالی، کودکی، یا نوجوانی ظاهر می‌گردد. ب ـ اختلالات شخصیت.

**الف ـ اختلالات مربوط به رشد**

۱ـ *عقب‌ماندگی روانی*، از قبیل سطوح پایین کنشهای هوشی، مانند عقب‌ماندگی روانی ضعیف، عقب‌ماندگی روانی متوسط، عقب‌ماندگی روانی شدید، عقب‌ماندگی روانی

عمیق، و عقب‌ماندگی روانی نامشخص.

۲ـ *اختلالات نفوذکنندهٔ مربوط به رشد*، از قبیل اختلال اوتیستیک (ظهور در خردسالی از بدو تولد تا سه سالگی)، اختلالاتی که ظهورشان بعد از سه سالگی است، اختلالاتی که سن ظهورشان نامعلوم و نامشخص است، و اختلال نفوذکنندهٔ مربوط به رشد نامشخص.

۳ـ *اختلالات مخصوص مربوط به رشد*، از قبیل اختلالات مربوط به زبان و تکلم، اختلال در شمرده صحبت کردن، لکنت زبان، تکلم مغشوش، اختلال در بیان کلمات، و اختلال در فهم و دریافت کلمات.

۴ـ *اختلالات مربوط به مهارتهای تحصیلی*، از قبیل اختلال در خواندن، اختلال در نوشتن، و اختلال در ریاضیات.

۵ـ *اختلال مهارتهای حرکتی*، از قبیل اختلال هماهنگی حرکتی، و اختلال ویژهٔ مربوط به رشد نامشخص.

۶ـ *اختلالات رفتار ایذائی*، از قبیل رفتار پرخاشگرانه (اجتماعی، غیر اجتماعی)، بزهکارانه، اختلال سلوکی نامشخص، اختلال بیش فعالی یا کمبود توجه، و اختلال بی‌اعتنائی ـ مخالفت‌ورزی.

۷ـ *اختلالات اضطرابی کودکی*، از قبیل اختلال اضطراب جدائی، و اختلال دلواپسی بیش از اندازه.

۸ـ *اختلالات غذا خوردن خردسالی وکودکی*، از قبیل هرزه‌خواری، و نشخوارکنندگی خردسالی.

۹ـ *اختلالات هویت تناسلی*، از قبیل تغییر جنسیت‌گرائی، بی‌علاقگی جنسی، همجنس‌خواهی، اختلال هویت تناسلی کودکی، و اختلال هویت تناسلی نامشخص.

۱۰ـ *اختلالات تیک*، از قبیل اختلال حرکات زشت اجباری، اختلال حرکتی مزمن یا تیک کلامی، اختلال تیک زودگذر، اختلال تیک عودکننده، و اختلال تیک نامشخص.

۱۱ـ *اختلالات تخلیه*، از قبیل عدم کنترل ادرار کنشی، و عدم کنترل مدفوع کنشی.

۱۲ـ *سایر اختلالات خردسالی، کودکی، یا نوجوانی*، شامل اختلال وابستگی واکنشی

خردسالی و آغاز کودکی، رفتار قالبی یا اختلال عادتی.

**ب ـ اختلالات شخصیت**

ویژگیهای اختلال شخصیت عبارت است از: الگوهای دوام‌دار، انعطاف‌ناپذیر، و ناسازگار نسبت به دریافت و تفکر دربارهٔ محیط و خویشتن. این اختلالات ممکن است موجب آسیب رسیدن به کنشهای اجتماعی یا شغلی شده منتهی به احساس پریشانی زیاد فرد نسبت به این آسیبها شود.

اختلالات شخصیت ممکن است شبیه به بسیاری از رفتارهائی باشند که با اختلالات اضطرابی (نوروزها)، سیکوزها، و یا اختلالات عاطفی (افسردگی و مانی) همراه‌اند. ویژگیهای اختلالات شخصیت ممکن است شبیه به خصیصه‌های شخصیتی افرادی باشد که کنشهای سازگارانه دارند. بعضی از خصیصه‌های شخصیتی ویژه از قبیل پاکیزگی افراطی، نظم و ترتیب و رویکرد اسلوب‌دار نسبت به مسائل، یا سوء ظن غیر معمول ممکن است جزء جدا نشدنی اشخاصی باشد که مشاغلی مانند حسابداری، تحقیقات جنایی، و قضاوت دارند. در این گونه موارد، حتی اگر این ویژگیها مفید نباشند، به ندرت موجب مسائل جدی در کنشهای سازگاری آنان می‌شود.

اختلالات شخصیت، بر خلاف خصیصه‌های شخصیت، موجب آسیب معنی‌دار در کنش شخص، یا احساس پریشانی و ناشادمانی فرد می‌شوند. این اختلالات معمولاً در اوائل نوجوانی ظاهر می‌شوند و ممکن است در خلال زندگی بزرگسالی ادامه یابند. شخص مبتلا به اختلال شخصیت به دلیل داشتن پاسخهای خشک و انحصاری در مواجهه با شرایط استرس‌زای محیطی، دچار محدودیت است. این پاسخهای خشک و انحصاری، رفتار سازشی وی را مشکلتر می‌سازند. این افراد به ندرت نیاز به بستری شدن به دلیل مسائل روانپزشکی دارند.

در DSMIII-R اختلالات شخصیت به صورت مسائلی از قبیل ترسهای شدید، افسردگی، و اندیشه‌های پارانوئیدی که به نظر می‌رسد در نقطهٔ معینی از زندگی به ذهن

شخص می‌رسند، نگریسته نمی‌شوند؛ بلکه به عنوان مجموعه‌ای از الگوهای طولانی مدت زندگی که برای شکل دادن به رفتار شخص وحدت می‌یابند، مورد ملاحظه قرار می‌گیرند. لغاتی از قبیل بیگانه، پر دردسر، و غیر معمول برای کسانی که دارای چنین حالاتی هستند، به کار رفته است.

اختلالات شخصیت در DSMIII-R به سه دسته تقسیم شده‌اند:

۱ـ کسانی که رفتارشان اغلب بیگانه یا عجیب به نظر می‌رسد، شامل اختلال شخصیت پارانوئیدی، اسکیزوئیدی، و اسکینروفرنی شکل.

۲ـ کسانی که رفتارشان نمایشی، هیجانی، و جابه‌جا شونده است؛ شامل: اختلال شخصیت بازیگری (آرتیستی)، خودشیفتگی، ضد اجتماعی، و مرزی.

۳ـ کسانی که رفتارشان حاکی از کناره‌گیری و دلواپسی است؛ شامل: اختلال شخصیت اجتنابی، وابسته، وسواسی، و انفعالی ـ پرخاشگری.

تقسیم بندی مشهور دیگر که پایه و اساس سایر طبقه‌بندیها، از جمله DSM واقع شده، طبقه‌بندی ICD (*طبقه‌بندی بین‌المللی بیماریهای روانی*[1]) است که در ۱۹۳۹ توسط سازمان بهداشت جهانی[2] (WHO)، به صورت لیستی به فهرست بین‌المللی علل مرگ اضافه شد. در ۱۹۴۸ فهرست قبلی گسترش یافت و به طبقه‌بندی بین‌المللی و آماری بیماریها، آسیب دیدگیها، و علل مرگ‌ومیرها، فهرست جامعی از تمام بیماریهای روانی و طبقه‌بندی رفتارهای نابهنجار، اضافه گردید. این طبقه‌بندی همواره مورد تجدید نظر واقع شده و آخرین فرم تجدید نظر شده آن تحت عنوان ICD10 منتشر شده است که گرچه فهرست مفصلی از اختلالات روانی را ارائه می‌دهد اما با DSMIII-R تفاوت داشته و بسیاری از تغییراتی که در DSMIII-R آمده است در آن به چشم نمی‌خورد و هنوز بعضی از اصطلاحات از قبیل نوروز در آن ملاحظه می‌شود. به همین دلیل در بعضی از منابع که بر اساس این طبقه‌بندی یعنی ICD به رشته تحریر در آمده است هنوز نام نوروزها و

1 - International Statistical Classification of Diseases

2 - World Health Organization

طبقه‌بندی قدیمی اختلالات روانی وجود دارد.

## خطرات و مزایای تشخیص و طبقه بندی

تشخیص اختلالات روانی در عمل به معنی برچسب زدن به افراد است. نامهای اسکیزوفرنی، پارانوئید، خود شیفته و از این قبیل در واقع برچسبهائی است که به افراد زده می‌شود. بر اساس مدل پزشکی، افرادی که این تشخیصها در مورد آنها صورت می‌گیرد یا چنین برچسبهائی می‌خورند از نظر بسیاری از افراد جامعه بیمار روانی محسوب می‌گردند. این برچسبها می‌توانند خطرناک باشند، زیرا وقتی که به فردی برچسب خاصی زده شد، نقش اجتماعی یک بیمار روانی به وی تحمیل می‌گردد. دوستان و خانواده به گونهٔ متفاوتی با وی رفتار می‌کنند، مدیران و کارفرمایان از استخدام چنین فردی خودداری می‌کنند، و حتی ممکن است بسیاری از حقوق و مسؤولیتها از وی سلب شود. از سوی دیگر، اگر فرد نقش "بیمار روانی" را بپذیرد و بازی کند ممکن است پاداشهائی از قبیل توجه، محبت، همدردی، و حتی رهائی ازمسؤولیت دریافت نماید، و به عنوان جریانی برای رسیدن به تمایلات و خواستهای خود به کار بندد. حتی زمانی که فرد برچسب را نمی‌پذیرد و اصرار دارد که رفتار بهنجار خود را حفظ کند، نیز ممکن است آن برچسب در بعضی از موقعیتها و در روابطش با دیگران منعکس شده تأثیر سوء بر جای بگذارد.

برچسب زدن ممکن است بر تشخیصهای افراد متخصص در زمینهٔ بهداشت روانی نیز تأثیر بگذارد. در یک بررسی که توسط لانگر[1] و ابلسون[2] صورت گرفت، این موضوع نشان داده شده است. در این بررسی یک مصاحبهٔ ویدیوئی با جوانی که متقاضی شغل بود برای متخصصان بالینی به نمایش گذاشته شد. به نیمی از متخصصان گفته شد که این جوان در جستجوی شغل است و به نیمی دیگر گفته شد که او یک بیمار روانی است. پس از

1 - Langer
2 - Abelson

تماشای نوار ویدئو نظرات متخصصان نسبت به آن فرد سؤال شد و از آنان خواسته شد تا به سؤالاتی از قبیل نگرشها، دورنمای زندگی آن شخص و از این قبیل پاسخ دهند. پاسخها بیانگر آن بودند که متخصصان تحت‌تأثیر برچسب قرار گرفته بودند. یعنی به رغم این واقعیت که همگی نوار ویدیوئی یکسانی را مشاهده کرده بودند، متخصصانی که تصور می‌کردند یک بیمار روانی را مشاهده کرده‌اند، او را بیشتر به عنوان یک فرد مختل مورد ارزیابی و تشخیص قرار دادند تا یک متقاضی شغل.

نکتهٔ جالب توجه این بود که افراد همه به یک نحو تحت تأثیر برچسبها قرار نگرفته بودند. مثلاً متخصصان بالینی رفتارگرا که مخالف مدل پزشکی بودند تحت تأثیر برچسب واقع نشده و بر خلاف متخصصان بالینی دیگر، فردی را که به عنوان بیمار به آنها معرفی شده بود، درخواست کنندهٔ شغل توصیف کردند.

تأثیرات برچسب زدن در همهٔ موارد بد نیست؛ در واقع با استفادهٔ دقیق از برچسبهای تشخیصی نتایج بسیار سودمندی هم ممکن است به دست آید. یک تشخیص درست می‌تواند راه مناسب برای ارائهٔ خدمات بهداشت روانی به افراد دچار اختلال را آشکار نماید. بدین ترتیب، گرچه گاهی اوقات برچسب زدنها ممکن است منجر به سوء رفتار از جانب دیگران شود، در مواقع دیگر ممکن است موجب درک بهتر و همدردی بیشتر با آنها گردد. مثلاً فردی که خشمگین است و گاه گاهی مشکلاتی ایجاد می‌کند، اگر دیگران بدانند که این رفتار وی کوششی است برای مقابله با بعضی مشکلات روانی خویش، ممکن است در خانواده، در مدرسه، و در شغل، بهتر مورد پذیرش واقع می‌شود.

شاید مهمترین فایدهٔ برچسب زدن فهم اختلالات خاص باشد و در سازمان دادن به یافته‌های تحقیقی در مورد افرادی که ویژگیهای شخصیتی معینی دارند کمک بنماید. بدیهی است که استفاده از نام‌گذاریها و برچسب زدنها نباید درمانگر را از "فردیت افراد" دور نماید، و توجه به "فردیت افراد" نباید موجب نادیده گرفتن ارزش طبقه‌بندی و نامگذاری و تشخیص شود.

## خطای تشخیص

بعضی از متخصصان بالینی معتقدند که چون در استفاده از برچسب زدنها دقت کافی مبذول نمی‌گردد، بنابراین، خطرات آن بیش از مزایای آن است. بر اساس نظر آنان، تشخیص و نام‌گذاری اختلالات روانی یک جریان ابتدائی و آمادهٔ خطاهای آشکار است. تحقیق دیویدرزن‌هان[1] غالباً برای حمایت از این نقطه‌نظر ذکر شده است.

رزن‌هان عده‌ای از افراد بزرگسال را که هرگز نابهنجاری رفتاری نشان نداده بودند به عنوان "بیمار نما[2]" برای انجام یک تحقیق انتخاب کرد. آنان موافقت کردند که در یک بیمارستان روانی پذیرفته شده و بستری گردند. بیمارنماها عبارت بودند از: یک دانشجوی فارغ‌التحصیل شده، سه روان‌شناس، یک پزشک متخصص اطفال، یک زن خانه‌دار، یک روانپزشک و یک نقاش. آنان به هنگام مصاحبه شکایت و ناراحتی خود را به صورت شنیدن صداهائی که چندان واضح نبودند ابراز داشتند.

بیمارنماها به استثنای این دروغ، دربارهٔ سایر مطالب و زندگی گذشته از قبیل نام، شغل، وضع اقتصادی و اجتماعی واقعیت را بیان کردند. بنابراین، ممکن بود انتظار برود که همهٔ آنها سالم یا دست کم به عنوان کسانی که نیاز به مشاورهٔ روانی سرپائی دارند، در نظر گرفته شوند. اما همگی به عنوان افراد اسکیزوفرنیایی تشخیص داده شده در بیمارستان بستری شدند.

گرچه این افراد پس از پذیرش و بستری شدن در بیمارستان رفتار بهنجار خود را داشتند، ولی هر یک از آنان مدتهای متفاوتی که از ۷ تا ۵۲ روز ادامه داشت در بیمارستان بستری شدند. به هنگام مرخصی از بیمارستان همهٔ آنان به جز یک نفر، عنوان اسکیزوفرنیائیهای بهبود یافته را با خود داشتند. این امر بدین معنی بود که تشخیصهای آنان دربارهٔ بیمارنماها درست و دقیق بوده و اکنون نشانه‌های اختلال فروکش کرده است.

---

1 - David Rosenhan

2 - pseudo patient

یک موضوع جالب این بود که تعدادی از بیماران واقعی بستری شده در بیمارستان به بیمارنماها شک کرده و آنها را افرادی سالم، نویسنده، یا استاد دانشگاه تصور کرده بودند که مشغول تحقیق و بررسی، هستند. به عبارت دیگر، بیماران واقعی برخلاف کارکنان بیمارستان تشخیص داده بودند که بیمارنماها، افراد بهنجاری هستند. ممکن است تشخیص اشتباه اسکیزوفرنی موجب شده باشد که کارکنان بیمارستان، رفتارهای بهنجار بیمارنماها را نادیده بگیرند.

تحقیق رزن‌هان مورد انتقاد زیادی واقع شده است. یکی از برجسته‌ترین منتقدان ربرت‌اسپیتزر[1] است که ریاست کسانی که نظام طبقه‌بندی DSMIII را وضع نموده‌اند به عهده داشته است.

اسپیتزر چنین استدلال می‌کند که وقتی کارکنان بیمارستان به تشخیص بیماری بیمارنماها پرداخته‌اند و آنان را در بیمارستان پذیرفته‌اند، در واقع بر اساس مسؤولیت خویش عمل کرده‌اند. زیرا آن افراد خواهان پذیرش در بیمارستان بوده و به همین دلیل شنیدن صداهائی را گزارش کرده بودند. علاوه بر آن، شنیدن چنین صداهائی عموماً علامتی خطرناک برای تشخیص اسکیزوفرنی محسوب می‌شود. بنابراین، به منظور احتیاط لازم، باید آن را جدی گرفت تا فرصتی برای مشاهدهٔ دقیق مراجع فراهم گردد. به نظر اسپیتزر کارکنان بیمارستان نبود رفتارهای نابهنجار را پس از پذیرش بیمارنماها یادداشت می‌کردند و متوسط مدت اقامت آنان در بیمارستان ۱۹ روز گزارش گردیده است، که این مدت اقامت برای بیماران اسکیزوفرنیائی دورهٔ کمی است. غالباً بیماران اسکیزوفرنیائی رفتار نابهنجار را برای دوره‌های طولانی نشان می‌دهند و کسی که شنیدن چنین صداهائی را گزارش می‌کند لازم است دست کم چند روزی مورد مشاهده و توجه دقیق قرار گیرد.

روزن‌هان با تأکید بر نکات عمدهٔ این بررسی به انتقاد اسپیتزر و دیگران پاسخ داده

1 - Robert Spitzer

است. یکی از مهمترین نکات در مورد اختلالات روانی یک فرد، قضاوتهای دیگران است که تحت تأثیر شدید زمینه‌های مختلف قرار می‌گیرد. حضور بیمارنماها در بیمارستان روانی زمینه‌ای بوده است که رفتار بهنجار آنان نیز نابهنجار و نشانگر یک اختلال به نظر برسد. مثلاً یکی از کارکنان بیمارستان دربارهٔ یکی از بیمارنماها چنین یادداشت کرده بود که: "بیمار مشغول نوشتن است"، یعنی عمل نوشتن که در اکثر مکانها امری بهنجار تلقی می‌شود، وقتی که در بیمارستان روانی رخ می‌دهد، نشانه‌ای از اختلال و بیماری محسوب می‌گردد. گرچه مثالهائی از این قبیل نمی‌تواند بخوبی اثرات زمینه‌ای را توضیح دهد، ولی نکات مهمی را که انکار آن مشکل است آشکار می‌سازد. قضاوت در مورد نابهنجاری و تشخیص اختلال روانی غالباً نارسا بوده تحت تأثیر جهت‌گیریهای متخصصان قرار می‌گیرد.

روزن‌هان با توجه به مسائل فوق به سوی یک نقطه نظر بحث‌انگیز تمایل می‌جوید و اظهار می‌دارد که: "من خود حذف کامل تشخیص را ترجیح می‌دهم. از نقطه‌نظر علمی و درمانی، نادیده انگاشتن تشخیص، از پر رمز و راز کردن بیماری که با تشخیصی غیرقابل اطمینان همراه باشد، به مراتب بهتر است".

گرچه این گفتهٔ روزن‌هان که "تشخیصها غالباً اشتباه آمیز و غیرقابل اطمینان هستند و تشخیص اشتباه می‌تواند تأثیرات زیان‌باری به همراه داشته باشد" سخنی است درست، ولی این باور، یعنی حذف کامل تشخیص، نیز طرفداران زیادی نداشته است. یک نتیجهٔ قابل قبولتر دربارهٔ اظهارات روزن‌هان این می‌تواند باشد که "تشخیص اختلال روانی در بهترین نوع خود یک جریان نارسا است و هر تشخیصی باید جداگانه و با احتیاط مورد تعبیر و تفسیر واقع شود."

## سؤالات فصل پنجم

۱ـ چهار طبقهٔ اختلالات روانی که سالهای متمادی متداول بوده، کدام‌اند؟

۲ـ اختلالات عمده در سیکوزها کدام‌اند؟

۳ـ هذیان را تعریف کرده و انواع آن را بنویسید.

۴ـ توهم را تعریف کرده و انواع آن را بنویسید.

۵ـ اختلال هیجانی و احساس وحشت را که از ویژگیهای سیکوزهاست، توضیح دهید.

۶ـ کناره گیری از واقعیت را که از ویژگیهای سیکوزهاست، توضیح دهید.

۷ـ ویژگیهای خاص تکلم اسکیزوفرنیائی را توضیح دهید.

۸ـ رفتار عجیب و غریب بیماران اسکیزوفرنیائی را بنویسید.

۹ـ ماهیت و هستهٔ اصلی نوروزها چیست؟

۱۰ـ طبق نظر فروید اختلالات نوروتیک نتیجهٔ کدام موارد است؟

۱۱ـ مسائل ناشی از ارزیابی غلط از واقعیت را که از ویژگی نوروزهاست، به طور جداگانه توضیح دهید.

۱۲ـ تناقض نوروتیک را توضیح دهید.

۱۳ـ اختلالات شخصیت را توضیح دهید.

۱۴ـ تفاوتهای طبقه‌بندی DSMII، DSMIII و DSMIII-R کدام‌اند؟

۱۵ـ مفهوم چند محوری DSMIII کدام است؟

۱۶ـ نظام طبقه‌بندی ICD را توضیح دهید.

۱۷ـ خطرات و مزایای برچسب زدن را بنویسید.

۱۸ـ خطای تشخیص را توضیح دهید و آزمایش روزن‌هان را بنویسید.

۱۹ـ انتقاداتی که بر نظریهٔ روزن‌هان شده است، توضیح دهید.

۲۰ـ نظر بحث‌انگیز روزن‌هان دربارهٔ تشخیص کدام است؟

۲۱ـ نتیجهٔ قابل قبول مربوط به اظهارات روزن‌هان کدام است؟

# فصل ششم

## نابهنجاریها و اختلالات روانی

هدف این فصل عبارت است از: بررسی یک دسته از اختلالات روانی تحت عنوان "اختلالات اضطرابی". بنابراین، سعی خواهد شد تا انواع، نشانه‌ها، تصویر بالینی، علل، و درمان این اختلالات مورد بحث قرار گیرد.

تا اینجا سعی در نشان دادن بعضی تفکرات بالینی در مورد نابهنجاریهای روانی بود و همان‌گونه که ذکر شد تشخیص نابهنجاری و اختلال بستگی به عوامل متعدد و از آن جمله عوامل ذهنی و شخصی دارد. همچنین بر این نکته تأکید شد که تشخیص و طبقه‌بندی یک جریان ناقص است. با این وجود چون بدون تشخیص و طبقه‌بندی، روان‌شناس نمی‌داند که کار خود را از کجا شروع کند و ممکن است بسیاری از کوششهای درمانی وی بیهوده باشد، بنابراین، بر اساس آخرین طبقه‌بندی تشخیصی و آماری تجدید نظر شدهٔ اختلالات روانی، یعنی DSMIII-R نابهنجاریهای روانی مورد

بحث قرار خواهند گرفت.

## اختلالات اضطرابی

اضطراب که نوعی احساس ترس و ناراحتی بی‌دلیل است، نشانهٔ بسیاری از اختلالات روان‌شناختی محسوب می‌شود که اغلب به وسیلهٔ رفتارهای دفاعی مانند فرار از یک موقعیت ناخوشایند یا انجام یک عمل طبق نظم و آئین معین کاهش می‌یابد. به هر حال، اضطراب نشانهٔ اصلی و مشترک تمام اختلالاتی است که در این طبقه قرار می‌گیرند. این اختلالات عبارتند از: اضطراب تعمیم یافته[1]، اختلال رعبی[2]، فوبی[3]، وسواس فکری و عملی[4]، و اختلال استرس پس از ضایعهٔ روانی. در DSMII، این اختلالات نوروز محسوب شده، اضطراب تعمیم یافته، تحت عنوان اضطراب مزمن؛ اضطراب رعبی، تحت عنوان حمله‌های اضطرابی حاد؛ فوبی، تحت عنوان نوروز فوبی؛ و اختلال وسواس فکری و عملی، تحت عنوان نوروز وسواس فکری و عملی طبقه‌بندی شده بودند.

فروید معتقد بود که اضطراب می‌تواند ماهیتی سازشی داشته باشد و آن در صورتی است که ناراحتی همراه با آن، فرد را به سوی راههای جدید و مبارزه انگیز زندگی سوق دهد. اگر شخصی از این حیث با شکست مواجه شود، نتیجهٔ آن اختلال و اضطراب مرضی است.

## اضطراب تعمیم یافته

ویژگی عمدهٔ این اختلال ترس از آینده است. این ترس بی‌اساس بوده و به موضوع معینی مربوط نمی‌شود. به طوری که هر آن ممکن است بیمار ترس از موضوعی خاص مانند بیماری فرزند، مرگ همسر، اخراج ازکار و از این قبیل را نام ببرد و از رخ نمودن

1 - generalized anxiety
2 - panic disorder
3 - phobia
4 - obsessive compulsive

حوادث نامعلومی که اساس و پایهٔ واقعی ندارند در هراس باشد. به همین دلیل است که اضطراب شناور[1]، یعنی اضطرابی که به هیچ موقعیتی بستگی ندارد، نامیده شده است. علاوه بر نامشخص بودن منبع اضطراب در این اختلال، نشانه‌های مرضی شایع عبارتند از: ناتوانی در تمرکز، ناتوانی در تصمیم‌گیری، حساسیت زیاد، اختلال در خواب، عرق کردن زیاد، تنش مداوم عضلانی. این نشانه‌ها را می‌توان در چهار زمینه طبقه‌بندی کرد که عبارت است از:

۱ـ *تنش حرکتی*، که نشانه‌های آن شامل: ناتوانی در آرامش عضلانی، به صورت لرزش و از جا پریدگی است.

۲ـ *واکنشهای خودکار*، که نشانه‌های آن شامل: فعالیت بیش از اندازهٔ دستگاه عصبی سمپاتیک و پاراسمپاتیک مانند: عرق کردن زیاد، گیجی، طپش قلب، سردی دستها و تکرّر ادرار است.

۳ـ *احساسات تشویش آفرین دربارهٔ آینده*، از قبیل نگرانی بی‌دلیل دربارهٔ آنچه برای خود آنان، یا افراد نزدیکشان پیش خواهد آمد.

۴ـ *مراقبت بیش از اندازه*، از قبیل بررسی دائمی محیط اطراف برای احتراز از خطرات احتمالی.

آنچه در این اختلال نابهنجار به حساب می‌آید تجربهٔ اضطراب نیست، بلکه بی‌تناسب بودن احساس اضطراب با محرک بیرونی، و به ظاهر مولد آن است.

### اضطراب رعبی

اضطراب رعبی برخلاف اضطراب تعمیم یافته، شامل حمله‌های شدید ترس و وحشت است که تمرکز یافته و به موقعیت یا هدف مشخصی محدود شده است. حمله‌های رعبی به صورت دوره‌های برگشت پذیر اضطراب شدید است که بیمار تجربه

1 - free flooting anxiety

می‌کند و از چند ثانیه تا چند ساعت به طول می‌انجامد. ممکن است اختلال رعبی خصوصیات اضطراب تعمیم یافته را نیز به نحوی شدید شامل شود که می‌تواند برای خاموش کردن یا ممانعت نمودن از تحریک احساسهای شخص باشد. نشانه‌های این اختلال در افراد مختلف، متفاوت است ولی غالباً شامل طپش قلب، تنگی نفس، عرق کردن زیاد، گیجی، سردی و رنگ پریدگی صورت و دستها، احساس درد در سینه، میل شدید به ریزبینی، حساسیت معدی، و احساس پنهان از مرگ قریب‌الوقوع می‌شود. این حمله‌ها ممکن است چندبار در روز، ماهی یکبار، یا خیلی کم رخ بنمایند. فرد مبتلا همواره از ظهور مجدد این حمله‌ها دچار ترس ونگرانی است. این نشانه‌های مرضی به صورتی هستند که گوئی شخص دچار حملهٔ قلبی شده، و به همین دلیل غالباً افراد مبتلا به اضطراب رعبی برای معالجات قلبی به پزشک مراجعه می‌کنند.

اختلالات اضطرابی تعمیم یافته و رعبی در خانواده‌ها جریان می‌یابد چنان که گوئی موروثی است. شیوع آن در زنان دو برابر مردان است (کرو[1]، و دیگران، ۱۹۸۷)، و در دوقلوهای یکسان بیشتر از دوقلوهای همزاد ملاحظه می‌شود (تورجرسن[2]، ۱۹۸۳). علاوه بر آن، شواهد موجود، یک علت فیزیولوژیائی را در بعضی از موارد پیشنهاد می‌کنند. به ویژه، یک بدکارکردی قلبی، یعنی سندرم گرفتگی دریچهٔ میترال، که می‌تواند نشانه‌هائی بسیار شبیه به آنچه در حملهٔ رعبی ملاحظه می‌شود، ایجاد کند. چنین فرض شده است که بعضی افراد مبتلا به گرفتگی دریچهٔ میترال از احساسات مربوط به تپشهای قلب خود آگاه می‌شوند و آن را به عنوان حمله‌های رعبی تلقی می‌کنند (کانتور[3]، ۱۹۸۰). در واقع، این مشکل بدنی در بیمارانی که به اختلال رعبی دچارند بسیار فراوان است (کرو، و دیگران، ۱۹۸۰).

اخیراً فرضیهٔ دیگری به عنوان مکانیزم تأثیر اسیدلاکتیک در این اختلال اهمیت خاص یافته است. بر اساس یک رویکرد، حمله‌های رعبی با تهویهٔ زیاد یا تنفس افراطی

1 - Crowe
2 - Torgersen
3 - Kantor

مربوط است (لی[1]، ۱۹۸۷)، بدین معنی که تهویهٔ زیاد ممکن است دستگاه عصبی خودکار را فعال سازد و در نتیجه منتهی به جنبه‌های بدنی متداول در حمله‌های رعبی گردد. حساسیت نسبت به اسیدلاکتیک هم، به نوبت، منتج به تهویهٔ بیش از اندازهٔ مزمن می‌شود. بر اساس یافته‌هائی که نشان داده‌اند، تنفس هوای دارای گاز کربنیک بیش از معمول می‌تواند موجب حملهٔ رعبی شود، حساسیت زیاد گیرندگان گاز کربنیک نیز به عنوان مکانیزمی که می‌تواند سبب تهویهٔ بیش از اندازه شود، مورد توجه قرار گرفته است (گورمن[2] و دیگران، ۱۹۸۸).

## فوبی

فوبی ترسی است دائمی از بعضی اشیا یا موقعیتها که هیچ خطر واقعی برای شخص نداشته و بی‌تناسب با جدی بودن واقعی آنها اغراق آمیز شده است. فوبی از واژهٔ یونانی فوبوس[3] (نام خدای ترس یونان) گرفته شده است که با نقاب به صورت و زره بر تن برای ترساندن دشمنان در صحنه ظاهر می‌شد.

فوبی ممکن است نه فقط به یک ترس مخصوص نسبت به بعضی اشیا یا موقعیتها دلالت کند، بلکه ممکن است به یک الگوی کلی ترس و رفتار اجتنابی دلالت داشته باشد. تأثیر کلی که این نوع ترس بر روش کلی زندگی فرد دارد، در ۱۹۶۸ اسنیت[4] را بر آن داشت که معتقد شود باید عبارت "ترسهای مربوط به ناایمنی نامشخص" جایگزین ترس از مکانهای سرباز شود.

اغلب افراد ممکن است ترسهای بی‌دلیل کمی داشته باشند ولی در فوبی این ترسها شدید است. افراد مبتلا غالباً می‌پذیرند که هیچ دلیلی وجود ندارد که از چنین شیء یا موقعیتی بترسند، ولی اظهار می‌دارند که قادر نیستند خود را از آن رها سازند، و اگر به جای اجتناب از موقعیت ترس‌آور، کوشش کنند بدان نزدیک شوند، اضطراب بر آنان

1 - Ley
2 - Gorman
3 - Phobos
4 - Snaith

مستولی شده ممکن است به احساس خفیف ناراحتی و فشار، تا حملهٔ اضطرابی شدید، منتهی گردد.

فوبی انواع متعددی دارد از قبیل ترس از مکانهای سرباز، ترس از مکانهای سربسته، ترس از بلندی، ترس از طوفان و رعد و برق، ترس از خون، ترس از میکروب و آلودگی، ترس از تنهائی، ترس از تاریکی، ترس از شلوغی، ترس از بیماری، ترس از حیوانات و از این قبیل. اما در DSMIII-R سه طبقهٔ عمدهٔ فوبی ذکر شده که عبارت است از:

۱ـ *ترس از مکانهای سرباز*[1]، مانند ترس از وارد شدن به مکانهای ناآشنا، که از متداولترین آنهاست.

۲ـ *ترس اجتماعی*[2]، مانند ترس و ناراحتی از تماس و ارتباط با افراد به ویژه در موقیتهائی که ممکن است توسط دیگران مورد توجه و ارزیابی قرار گیرند. در نتیجه شخص می‌کوشد تا از ارتباط و دادوستدهای اجتماعی بپرهیزد؛ مثلاً ترس از صحبت کردن در جمع، ترس از عمل کردن در برابر دیگران، ترس از استفاده از دستشوئی عمومی، ترس از خوردن در حضور دیگران و ترس از تحقیر یا شرمسار شدن.

۳ـ *ترس ساده*[3]، مانند انواع گوناگونی از ترسهای غیرمنطقی؛ مثل ترس از: تاریکی، بلندی، حیوانات، بیماری، میکروب، و از این قبیل.

در DSMIII-R ترس از مکانهای سرباز به عنوان یک زیرگروه فرعی اختلال رعبی مورد توجه قرارگرفته است. به ویژه آنکه یک جنبه از این اختلال، به نظر می‌رسد که در بعضی از افراد از حمله‌های رعبی ناشی می‌شود. بدین معنی که اغلب در تاریخچهٔ زندگی افراد مبتلا به حمله‌های رعبی شیوع بسیار داشته است. ولی چون بسیاری از محققان و متخصصان بالینی ترجیح می‌دهند که آن را تحت این عنوان (ترس از مکانهای سرباز) به کار برند، در بخش فوبیها مورد بحث قرارگرفته است.

بررسیهای مختلف نشان داده‌اند که زنان بیش از مردان دچار ترس از مکانهای سرباز

---

1 - agoraphobia

2 - social phobia

3 - simple phobia

می‌شوند (برهانی[1]، گلر[2]، ۱۹۸۱).

**هانز[3] کوچولو (مورد مشهوری از فوبی)**

یک مورد کلاسیک (سنتی) فوبی که در ۱۹۰۹ توسط فروید گزارش شده، مربوط به پسر بچه‌ای پنج ساله به نام هانز است که از اسب می‌ترسید و بدین ترتیب جرأت نداشت که از خانه خارج شود. اهمیت این مورد توسط بسیاری از مکتبهای تحلیلی تأیید شده است. ارنست جونز[4] که زندگینامهٔ فروید را به رشتهٔ تحریر درآورده، آن را "موفقیت برجستهٔ تحلیل روانی کودک" نامیده است (۱۹۵۵، ص ۲۸۹)؛ و گلاور[5] از آن به عنوان یکی از باارزشترین موارد ثبت شدهٔ تحلیل روانی نام برده است (۱۹۵۶، ص ۷۶).

تحلیل روانی فروید از این کودک بر اساس اطلاعاتی بود که پدر وی برای فروید نوشته بود و فروید در واقع تنها یکبار، کودک را دید. دو سال قبل از ظهور فوبی، یعنی وقتی که هانز سه ساله بود، توجه خاصی به قسمتی از بدن خود (آلت تناسلیش) داشت. وقتی که هانز در سه و نیم سالگی به آلت تناسلی خود دست زد مادرش او را تهدید کرد که اگر "این عمل" را ادامه دهد، آن را قطع خواهد کرد. در چهارونیم سالگی وقتی که هانز تعطیلات تابستان را می‌گذراند، کوشیده بود که مادر خود را "اغوا کند". یک روز هنگامی که مادرش مشغول پودر زدن به اطراف آلت تناسلی هانز و مواظب بود که بدان دست نزند، هانز گفت: "چرا دست‌تان را آنجا نمی‌گذارید؟" مادرش پاسخ داد: "زیرا ناپاک است". هانز باز سؤال کرده بود که "چیه اون؟ ناپاک؟ چرا؟" مادر: "زیرا اون درست نیست". هانز، خنده کنان: "ولی اون بازی خیلی خوبیه". به دلیل این رویداد، که شرح مفصل آن شامل ۱۴۰ صفحه است، فروید معتقد شد که هانز امیال جنسی نیرومندی داشته که به سوی مادرش معطوف بوده، ولی به دلیل ترس از اختگی سرکوب

1 - Brehong
2 - Geller
3 - Hans
4 - Ernest Jones
5 - Glover

شده، و بر اساس نظریهٔ اولیه فروید دربارهٔ اضطراب، این محرومیت جنسی سرانجام به اضطراب نوروتیک تبدیل گردیده است.

اولین نشانه‌های فوبی در حدود شش ماه بعد، هنگامی که هانز با پرستارش به گردش رفته بود، آشکار گشت. یعنی وقتی که اسب یک گاری را دید به گریه افتاد و خواست که به خانه برگردد تا مادرش را "نوازش" کند. بعداً معلوم شد که او می‌ترسد از خانه خارج شود، زیرا ممکن است یک اسب او را گاز بگیرد، و پس از آن ترسهایش را به "چیزهای سیاه اطراف دهان و چشمهای اسبها نسبت داد".

فروید این سری رویدادها را به تمایل ادیپی هانز نسبت داد که می‌خواسته پدرش نباشد تا بتواند مادرش را تصاحب کند. برانگیختگی جنسی وی نسبت به مادرش به دلیل ترس از تنبیه، تبدیل به اضطراب شده است. پدر هانز به عنوان اولین منبع ترس پسرش، مورد توجه فروید قرار گرفت که این ترس بعداً با یک سمبل (رمز) از پدرش یعنی اسب جا به جا شده است. پوزهٔ سیاه و اطراف چشم اسبها به عنوان تظاهرات سمبلیک (رمزی) سبیل و عینک پدر تلقی شدند. بدین ترتیب، از طریق ترس از اسبها، هانز ناآگاهانه از ترس اخته شدن توسط پدرش، اجتناب ورزیده است ـ هر چند مادر وی را تهدید به این تنبیه کرده بود ـ و در عین حال توانسته است اوقات بیشتری را در خانه، با شیء مورد علاقهٔ *اصلی*[1] خود، یعنی مادر، بگذراند.

*ما با ولپی*[2] (۱۹۶۰) هم عقیده‌ایم که فروید از داده‌های مربوط به این مورد لغزشهای استنباطی زیادی مرتکب شده است. نخست، دلیل بسیار کمی وجود دارد که هانز خواهان تماس جنسی با مادرش بوده است، و این موضوع که هانز می‌خواسته مادرش را از نظر جنسی تصاحب کند و جانشین پدرش شود، بحث‌انگیز است. دوم، دلیل بسیار کمی وجود دارد که هانز از پدرش متنفر بوده یا از او می‌ترسیده، و در گزارشهای اصلی دربارهٔ این مورد بیان شده است که هانز مستقیماً هرگونه ارتباط سمبلیک بین اسبها و پدرش را

1 - Principal Love-object

2 - Wolpe

انکار کرده است. انکار هانز، خود به عنوان شاهدی برای این ارتباط تفسیر شده است. سوم، هیچ دلیل و شاهدی برای این باور وجود ندارد که برانگیختگی جنسی شدید تا حدودی تبدیل به اضطراب شده باشد. در واقع، این موضوع که هانز پس از هراس از حادثه‌ای که در آن اسبی وجود داشته، از اسبها می‌ترسد، ممکن است از طریق شرطی سازی کلاسیک، دقیقتر قابل توجیه باشد، هر چند این تفسیر نیز خود مسائلی را مطرح می‌سازد.

## وسواس فکری و عملی[1]

در وسواس فکری و عملی به نظر می‌رسد که شخص مجبور است دربارهٔ چیزهائی فکر کند که همواره آرزو می‌کند بتواند راجع به آنها نیندیشد. یا ناچار است اعمالی را انجام دهد که دائماً به خود می‌گوید: ای کاش می‌توانستم آنها را انجام ندهم. بدین ترتیب وسواسهای فکری شامل اندیشه‌ها، تکانه‌ها، و عقاید ناخواسته و مداومی هستند که شخص قادر به خودداری از آنها نیست. اما وسواسهای عملی، رفتارهای به ظاهر نامعقولی را که به صورتی ثابت و تکراری انجام می‌شوند، در بر می‌گیرند. افرادی که اختلال وسواس فکری و عملی دارند از ماهیت اضطراب‌آور و ناتوان‌کنندهٔ وسواسهای خود آگاهند، ولی احساس می‌کنند که قادر نیستند آنها را متوقف سازند. وسواس فکری و عملی غالباً ارتباط مستقیمی با یکدیگر دارند. مثلاً شخصی که به کثیف بودن دستهای خود یا گناه آلود بودن آنها معتقد است، امکان دارد که دستهای خود را هر چند دقیقه یکبار بشوید. فرد دیگری که افکار وسواسی دارد ممکن است بکوشد تا از طریق تمرکز بر شمردن قدمهایش آنها را از ذهن خویش دور کند.

همهٔ افراد افکاری را که تا حدی حالت وسواسی دارند، تجربه کرده‌اند. مثلاً افکار مصرانه دربارهٔ مسافرت یا رسیدن وعدهٔ ملاقات که به نظر می‌رسد شخص نمی‌تواند خود

1 - obsessive-compulsive

را از آن خلاص کند، یا بعضی از دانشجویان درست قبل از یک امتحان مهم، تکرار بعضی اشعار یا آوازهای معروف، یا صدای نابهنجار آگهی‌های تجارتی را در ذهن خود گزارش کرده‌اند.

شیوع اختلالات وسواسی در افراد دارای درآمد بالا و تا حدودی در گروههای روشنفکرتر بیشتر است. غالباً از اواخر نوجوانی و اوائل بزرگسالی آغاز می‌شود و احتمال بروز آن در زن و مرد یکسان است (راچ من[1]، هاجسون[2]، ۱۹۸۰). بعضی از تحقیقات پیش رویدادی حاکی از آنند که در حدود ۵۰ درصد از افراد مبتلا ازدواج نکرده‌اند.

زبان و تکلم افراد وسواسی بیانگر آن است که آنان توجهی اغراق‌آمیز نسبت به جزئیات دارند، خواهان فضائی انزوا جویانه هستند، و در تصمیم‌گیری دچار اشکال‌اند.

شایعترین ویژگیهای اختلالات وسواسی را می‌توان چنین ذکر کرد:

۱ـ افکار و اعمال وسواسی، به‌گونه‌ای پایدار، تحمیل شونده، و مصرانه آگاهی فرد مبتلا را فراگرفته‌اند.

۲ـ افکار و اعمال وسواسی برای فرد مبتلا رنج‌آور، نامطلوب، غیرقابل کنترل، و ناپذیرفتنی هستند.

۳ـ شخص مبتلا، افکار و اعمال وسواسی را بیهوده و غیرمنطقی می‌داند ولی قادر به متوقف ساختن آنها نیست.

۴ـ فرد مبتلا در خود نیازی برای مقابله با افکار و اعمال وسواسی احساس می‌کند، اما می‌ترسد که در صورت ارتکاب این عمل اضطرابش افزایش یابد.

در وسواس ترس، فرد مبتلا نسبت به خود موقعیت نیست، بلکه ترس معطوف به پیامدهای مترتب بر آن است، در حالی که در فرد فوبیک، ترس متوجه یک موضوع یا یک موقعیت خاص است. تفاوت دیگر این است که افراد وسواسی توجه بیشتر و

1 - Rachman 2 - Hodgson

ماهرانه‌تری دربارهٔ افکاری که ذهن آنان را اشغال کرده است و اعمالی که انجام می‌دهند، دارند. در حالی که افراد فوبیک کمتر دربارهٔ ترس خود می‌اندیشند. سومین تفاوت این است که به نظر می‌رسد در وسواس شناختهای فرد بیشتر از فوبی نقش بازی می‌کنند.

اعمال وسواسی غالباً به صورت تمیزی و پاکیزگی افراطی، نظم و ترتیب بیش از حد، تردید و دودلی دربارهٔ درست انجام دادن کارها، کندی و دقت فوق‌العاده نسبت به انجام دادن وظایف، و بررسی و بازبینی فوق‌العادهٔ امور و اوضاع و احوال جلوه‌گر می‌شوند.

افکار وسواسی ممکن است در اطراف موضوعهای مختلف از قبیل توجه زیاد به عملکردهای بدنی، ارتکاب اعمال غیراخلاقی، کشتن همسر یا فرزند متمرکز شود. گرچه افکار وسواسی به ندرت به صورت عمل درمی‌آیند، ولی منبع عذاب برای فرد هستند. انجام عمل وسواسی معمولاً موجب رضایت خاطر و کاهش اضطراب در فرد می‌شود. به همین دلیل کوششهای وی برای منع و توقف اعمال و افکار وسواسی که به نظرش عجیب و مزخرف می‌رسند با شکست مواجه می‌شود، زیرا می‌ترسد که این عمل موجب افزایش اضطراب در وی شود.

## علل اختلالات اضطرابی

علل اختلالات اضطرابی را می‌توان با توجه به دیدگاههای مختلف مورد بررسی قرار داد.

### ۱ـ دیدگاه زیست شناختی

گرچه هیچ علت مشخصی برای اختلالات اضطرابی شناخته نشده است اما به نظر می‌رسد که علل زیستی در ایجاد آنها نقش داشته باشند. مثلاً آشکار شده است که داروهای آرامبخش در کاهش اضطراب مؤثرند. محققان در صدد کشف چگونگی تأثیر این داروها در بعضی قسمتهای مغز هستند. موضوع دیگری که به اهمیت عوامل زیستی اشاره دارد، وجود شواهدی است که نقش وراثت را در اختلالات اضطرابی تأیید می‌کند.

مثلاً همآهنگی بالائی که بین دوقلوهای یک تخمکی از نظر ابتلا به این اختلالات ملاحظه می‌شود، ممکن است حاکی از یک ترکیب ژنتیکی به عنوان علت این اختلال باشد. همچنین دستگاه عصبی افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی به ویژه نسبت به محرکها حساستر است. این موضوع خود ممکن است ناشی از یک آمادگی ژنتیکی خاص باشد.

## ۲ـ دیدگاه روان پویائی

در دیدگاه روان پویائی علت اختلالات اضطرابی به تعارضهای درونی و تکانه‌های ناخودآگاه نسبت داده می‌شود. در اضطراب تعمیم یافته و رعبی دفاعهای فرد برای کنترل اضطراب وی کافی نیست. مثلاً خانمی هرگاه از خانه خارج می‌شد، دچار اضطراب شدید شده احساس می‌کرد که قلبش به طپش افتاده و مجبور است ضربان آن را بشمارد. تحلیل روانی آشکار ساخت که علت این امر وجود *تکانه‌های جنسی*[1] غیرقابل قبول از نظر وی است. این نوع احساس اضطراب، *طغیان روانی*[2] نامیده شده است. طغیان روانی تحریف بیش از اندازهٔ تکانه‌ها و انگیزه‌ها از طریق استفاده از مکانیزمهای دفاعی است که به یکی از شکلهای اختلالات اضطرابی متجلی می‌شود. در این دیدگاه، ادراک خویشتن به عنوان فردی درمانده برای سازش با فشارهای محیطی، پیش‌بینی جدائی و رها شدگی، محرومیت، و از دست دادن حمایتهای عاطفی مورد تأکید واقع شده است.

در این دیدگاه، فوبی یک معنی رمزی داشته و به عنوان ظهور یک تعارض روان‌شناختی حل نشده نگریسته می‌شود. بدین ترتیب، فوبی ممکن است نقش یک واکنش دفاعی داشته باشد که فرد را از موقعیتهائی که در آن احتمال خطرناک شدن سائقه‌های جنسی یا پرخاشگری است، حفظ می‌نماید. ممکن است مکانیزم *جابه‌جائی*[3] نقش داشته باشد، بدین معنی که اضطرابی که از یک موقعیت استرس‌زا در فرد به وجود می‌آید به اشیا یا موقعیتهای دیگر منتقل شود. این عقیده در نظریهٔ تحلیل روانی

1 - sexual impulse
2 - psychic overflow
3 - displacement

مورد تأکید بسیار واقع شده و پس از آن توسط سایر محققان نیز تأیید گردیده است. بدیهی است که این جریان جابه‌جائی ناآگاهانه صورت می‌پذیرد.

در ظهور وسواس نیز مکانیزم جابه جائی مورد تأکید واقع شده است. فرد مبتلا به وسواس از طریق افکار مصرانه یا انجام دادن کارهای تکراری خود را از اضطرابی که افکار تهدیدکننده ایجاد می‌کنند یا خواسته‌هائی که موجب آن می‌شوند، محفوظ نگاه می‌دارد. در واقع افکار وسواسی "سالم" جانشین افکار ناسالم، خطرناک، و ناخوشایند می‌گردد.

در بعضی از موارد مکانیزم دفاعی واکنش سازی[1] نقش مهمی در ظهور افکار و اعمال وسواسی بازی می‌کند. بدین ترتیب که ممکن است فرد درست بر ضد خواستها و افکار مخاطره‌آمیز خود فکر یا عمل کند. مثلاً به طور ناخودآگاه کینه و دشمنی درونی خود را به صورتِ افکار و اعمال محبت‌آمیز و دوستانه ابراز نماید.

جداسازی[2]، یعنی جدا ساختن هیجانها از افکار یا اعمال نیز به عنوان علت وسواس ذکر شده است. مکانیزم دیگری که به عنوان علت وسواس مورد تأکید واقع شده، باطل‌سازی[3] است که فرد از طریق اعمال آئینی، افکار غیرقابل قبول را "پس می‌زند".

احساس گناه و ترس از تنبیه که اغلب از خود محکوم سازی شخص ناشی می‌شود به عنوان علل دیگر وسواس مورد توجه قرار گرفته است. مثلاً کسی که از عمل استمنا احساس گناه می‌کند به شستن مکرر دست مبادرت می‌ورزد.

احساس تهدید و عدم امنیت نیز می‌تواند علت مهمی برای وسواس محسوب شود. به نظر می‌رسد که شخص وسواسی، محیط و اطراف خویش را بسیار خطرناک احساس می‌کند و می‌کوشد تا از طریق نظم افراطی و اطمینان‌بخش، خطرات و تهدیدهای محیط را کنترل نماید. به همین دلیل وقتی که یک قسمت جزئی از عملی از نظم خارج می‌شود، تمام ساختمان دفاعی شخص وسواسی، آسیب دیده، احساس تهدید و تشویش می‌نماید.

---

1 - reaction formation
2 - isolation
3 - undoing

کوشش آنان برای حفظ نظم شدید به منظور آن است که دنیا را مطمئن و قابل پیش‌بینی سازند.

**تثبیت**[1] در مرحلهٔ **مقعدی**[2] از موارد دیگری است که در دیدگاه تحلیل روانی به عنوان علت وسواس مورد تأکید واقع شده است.

### ۳ـ دیدگاه رفتارگرائی

درمانگران و نظریه‌پردازان رفتارگرا، اختلالات اضطرابی را نتیجهٔ یادگیریهای غلط و شرطی شدن می‌دانند. یک موقعیت استرس‌زا که با موقعیتهای استرس‌زای قبلی شبیه است ممکن است موجب برانگیختن اضطراب در فرد بشود.

توقعات و مدلهای نادرست والدین به عنوان علت اضطراب در دیدگاه یادگیری مورد تأکید واقع شده است. والدینی که انتظارات خارق‌العاده یا بیش از اندازه از کودکان خود دارند، موجب ایجاد اضطراب در آنان می‌شوند. به همین ترتیب اگر والدین دارای واکنشهای اضطرابی در برابر موقعیتهای بی‌اهمیت باشند، کودکانشان می‌آموزند که در برابر مسائل جزئی و بی‌اهمیت واکنشهای اضطرابی شبیه به واکنشهای والدین خود ظاهر سازند.

قصور در آموختن شایستگیهای لازم نیز می‌تواند علت اضطراب محسوب شود. زیرا شخصی که شایستگیهای لازم را آموخته است در سازگاری و حل مسائل زندگی، موقعیتهای کمی را تهدید کننده می‌بیند، ولی شخص مبتلا به اضطراب به دلیل نبود شایستگیهای لازم، بسیاری از موارد معمولی زندگی را اضطراب‌زا و تهدید کننده احساس می‌کند.

در فوبی ممکن است رابطه‌ای بین حوادث ناخوشایند و موقعیتهای خاص وجود داشته باشد. این حوادث از طریق جریان شرطی شدن کلاسیک یا سایر انواع شرطی‌شدنها

1 - fixation 2 - anal

می‌توانند، به وجود آیند. تقویت نیز می‌تواند عامل مهمی محسوب شود. بدین صورت که اجتناب فرد از موضوعهای ترس‌آور، موجب تسکین و کاهش اضطراب در وی می‌شود.

فوبی ممکن است به ترس از موقعیتهائی که رابطهٔ خیلی کمی با ضایعهٔ روانی اصلی دارد، تعمیم یابد. این جریان تعمیم، اغلب به صورت یک "سلسله مراتب زنجیره‌ای" در می‌آید. به عنوان مثال دختری که از لحاظ اخلاقی از انضباط شدیدی برخوردار بود و عمل جنسی در نظر وی بسیار زشت و با افکاری از گناه، تقصیر و دوزخ وابسته شده بود با جوانی به منظور ازدواج روبه‌رو گردید. آن مرد ضمن بحث دربارهٔ موضوعهای مختلف، راجع به مسائل جنسی نیز صحبت نمود. این موضوع موجب برانگیختن تمایلات جنسی شدید و احساس گناه فوق‌العاده در آن دختر شده به زنجیره‌ای از رفتارهای اجتنابی منتهی گردید. بدین معنی که در آغاز برای آنکه از افکار زشت و غیر اخلاقی خود رهائی یابد از دیدن آن مرد امتناع ورزید. پس از آن از ملاقات با هر مردی به منظور ازدواج امتناع ورزید. به دنبال آن از روبه‌رو شدن با هر مردی که می‌شناخت احساس ناراحتی می‌کرد و سرانجام از هر موقعیت اجتماعی که ممکن بود مرد در آنجا باشد دچار ترس می‌شد.

وسواس نیز ممکن است از طریق یادگیری به وجود آمده باشد. این موضوع به ویژه قابل توجه است که اغلب وسواس در چند فرد از افراد مختلف یک خانواده ملاحظه می‌شود. گرچه ممکن است عامل توارث در اینجا نقش داشته باشد اما عامل یادگیری به نظر می‌رسد که نقش بیشتری ایفا می‌کند.

### ۴ـ دیدگاه شناختی

بر اساس دیدگاه شناختی، اختلالات اضطرابی نتیجهٔ افکار و باورهای نادرست غیرواقعی، و غیر منطقی هستند؛ به ویژه باورهای غیر منطقی اغراق‌آمیز نسبت به مخاطرات محیطی.

دیدگاه شناختی مانند دیدگاه روان پویائی به جریانهای درونی به عنوان علل اختلالات اضطرابی توجه دارد؛ اما به جای تأکید بر تمایلات، نیازها، و انگیزه‌ها معتقد است که افراد اطلاعات کسب کرده را مورد تعبیر و تفسیر قرار می‌دهند و از آنها در حل مسائل زندگی استفاده می‌کنند. این دیدگاه برخلاف دیدگاه تحلیل روانی، که انگیزه‌ها، احساسات و تعارضهای پنهان را مورد تأکید قرار می‌دهد، بر جریانهای ذهنی که به سادگی به آگاهی شخص می‌آیند، تأکید می‌ورزد. در دیدگاه روان‌شناختی کوشش می‌شود که از طریق راههائی که فرد به اطلاعات موجود توجه می‌کند و آنها را مورد تعبیر و تفسیر قرار می‌دهد و به کار می‌بندد، علت اختلالات اضطرابی جستجو گردد. دیدگاه شناختی به طور کلی به افکار و راههای حل مسئلهٔ فعلی شخص بیش از تاریخچهٔ فردی توجه دارد. بدین معنی که تاریخچهٔ شناختی فرد، نگرشها، و حال و اکنون به عنوان علل اختلالات اضطرابی مورد توجه واقع می‌شود.

دلارد و میلر (پیشگامان یادگیری شناختی)، مفاهیم شناختی را برای توصیف رفتار ناسازگار به عنوان نقطهٔ اتصال تجارب ناخوشایند زندگی و اختلالات اضطرابی به کار می‌برند. آنان باور دارند که باید پاسخهای اکتسابی خود آگاه فرد را به عنوان ریشه‌های واکنشهای اضطرابی فرد مورد توجه قرار داد. با وجودی که، دلارد و میلر ترجیح می‌دهند که رفتار را بر حسب عادات و یادگیری توصیف کنند، اما بر حل تعارضات شناختی فرد نیز تأکید دارند.

بسیاری از نظریه‌پردازان دیدگاه شناختی مانند *بندورا* به *خود تنظیمی*[1]، یا یادگیری از طریق تقویت درونی، در برابر ظهور و تغییر رفتار به وسیلهٔ تقویت خارجی توجه داشته‌اند. آنان علل اختلالات اضطرابی را عدم *خویشتنداری*[2] رفتاری دانسته‌اند.

*راتر*[3]، نیز نحوهٔ فکر کردن افراد دربارهٔ *کنترل محیط*[4] را به عنوان علل اختلالات اضطرابی مورد توجه قرار می‌دهد. همان‌طور که قبلاً اشاره شد، راتر کسانی را که

1 - self-regulation
2 - self-control
3 - Julian Rotter
4 - locus of control

معتقدند می‌توانند بر موقعیتها تأثیر بگذارند، افراد دارای *تمرکز درونی کنترل* نامیده است، و کسانی را که باور دارند کنترل کمی بر آنچه بر آنان واقع می‌شود دارند، افراد دارای تمرکز بیرونی کنترل نام‌گذاری کرده است. بدین ترتیب، کسانی که فکر می‌کنند کنترل کمتری بر محیط اطراف خود دارند بیشتر آمادهٔ ابتلا به اختلالات اضطرابی هستند.

*آلبرت الیس*[1] بر این باور است که رفتار افراد بیش از آنکه به شرایط عینی بستگی داشته باشد، به دستگاههای اعتقادی و راههای تعبیر و تفسیر آنان از موقعیتها ارتباط دارد. او به هیجانهای شدید و رفتارهای اضطراب‌انگیز به عنوان نتایج قابل تغییر افکار می‌نگرد. الیس می‌پذیرد که ارزشهای غلط احتمالاً در کودکی شکل گرفته‌اند، اما معتقد است که یافتن اینکه افراد چگونه و از چه طریق این رفتارهای اضطرابی را پیدا کرده‌اند، کمتر از کمک کردن به تغییر افکار آنان نسبت به موقعیتهای فعلی، اهمیت دارد.

بک[2] بیشتر توجه خود را بر شناختهای افراد افسرده متمرکز ساخته است. او باور دارد که هیجانهای افراد در حد زیاد بر چگونگی نظر آنان دربارهٔ جهان قرار دارد. آنان در مورد مشکلات خود اغراق می‌کنند، و به همهٔ موارد تعمیم می‌دهند، و احتمال اجرای هر عملی را که می‌توان در مورد رفع مشکلاتشان انجام داد، به حداقل می‌رسانند.

*کلی*[3] بر نقش *ساختارهای شخصی*[4] به عنوان واکنشهای هیجانی تأکید می‌ورزد و اظهار می‌دارد که وقتی شخص نمی‌داند در یک موقعیت معین چگونه رفتار کند، و وقتی متوجه می‌شود که دستگاه ساختارهای شخصی وی مسئلهٔ ایجاد شده را در بر نمی‌گیرد، احساس اضطراب می‌کند. بنابراین، شناخت بر هیجان و اضطراب مقدم است (ساراسون ۱۹۸۹، ۷۸-۷۶).

## ۵ـ دیدگاه انسان‌گرائی و اصالت وجودی

همان‌طور که قبلاً اشاره شده است ریشه‌های تاریخی دیدگاه انسان‌گرائی و اصالت

1 - Albert Ellis
2 - Beck
3 - Goerge Kelly
4 - personal construct

وجودی را باید در سیستمهای فلسفی و مذهبی که بر *شأن*[1]، خوب بودن ذاتی، و آزادی طبیعت انسان تأکید دارند، جستجو کرد. یکی از فرضیه‌های اصلی نظریهٔ انسان‌گرائی این است که در هر فرد نیروی فعالی وجود دارد که وی را به طرف تحقق خود، یا کمال خود، یا شکوفائی خود سوق می‌دهد تا "تمام آنچه می‌تواند باشد، بشود". وقتی که شخصیت انسان در محیط مساعدی شکل بگیرد، فرصت می‌یابد که نیروهای خلاقهٔ خود را آزاد نماید و طبیعت مثبت درونی انسانی خویش را ظاهر سازد. بر عکس محیطی که تمایلات انسان را برای گام برداشتن به سوی تحقق خود، یا شکوفائی خود سد می‌کند، موجب گسترش اضطراب در فرد می‌شود.

*مازلو* که از روان‌شناسان مشهور مکتب انسان‌گرائی است، معتقد است که نوروتیکها (افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی) کسانی هستند که از دستیابی به نیازهای اساسی خودخواه توسط خودشان، خواه توسط دیگران، محروم شده‌اند و از کوشش آنان برای رسیدن به کمال و تحقق خویش جلوگیری شده است. در نتیجه آنان احساس تهدید و عدم امنیت می‌کنند.

*کارل راجرز* که مانند مازلو از رهبران روان‌شناسی انسان‌گرائی محسوب می‌شود، هستهٔ مرکزی شخصیت فرد را خود ـ *فهمی*[2] می‌داند. راجرز توانائی عمل فهم خویشتن، و تحقق خود را به احساس شخصی احترام به خود و ادراک پذیرش اجتماعی توسط دیگران ارتباط می‌دهد. او اظهار می‌دارد که بزرگسالی که احساس می‌کند مورد علاقهٔ دیگران است، به او احترام زیاد گذاشته می‌شود، و دیگران تصور خوبی نسبت به او دارند، به احتمال زیاد در کودکی *خودپنداری مثبتی*[3] داشته است، و در آینده توانائی گام برداشتن به سوی تحقق واقعی خویش را خواهد داشت. طبق نظر راجرز سازگاری مطلوب چیزی است که او آن را کمال فرد نامیده است. بدین ترتیب، اضطراب مربوط به، ناراحتی، پریشانی، یا تنشی است که فرد از ناهماهنگی بین ادراک واقعی خویشتن و آرمانهائی که

1 - dignity
2 - self-understanding
3 - self-image

دوست دارد بدانها برسد، ناشی می‌شود.

همبستگی نزدیکی بین جنبش انسان‌گرائی و دیدگاه اصالت وجودی ملاحظه می‌شود. نظریه‌پردازانی که در اروپا در نقش روان‌شناس و فیلسوف در پی آن برآمدند که بدانند چگونه وحشتهای جنگ جهانی دوم به وجود آمد، و چگونه افراد معینی قادر شدند این وحشتها را پشت سر بگذارند و برای زندگی خود معنائی پیدا کنند، به عنوان روان‌شناسان اصالت وجود شهرت یافتند. نظریه‌پردازان اصالت وجود بر خود *تصمیمی*[1]، *انتخاب*، و *مسؤولیت فردی* برای غلبه بر نیروهای محیطی تأکید دارند. شعار عمدهٔ طرفداران اصالت وجود این است که "ما محصول انتخابهای خود هستیم"؛ "وجود و معنی آن کاملاً در دست خود ما قرار دارد، زیرا تنها خود ما می‌توانیم تصمیم بگیریم که چه نگرشها و رفتارهائی داشته باشیم".

طرفداران اصالت وجود اعتقاد دارند که افراد برای انتخاب راههای پیشرفت و فعالیت خود آزادند. دلیل اینکه چرا بسیاری از افراد ناشاد و ناراضی هستند و چرا رفتار ناسازگارانه وجود دارد، این است که تمام افراد دربارهٔ یک موضوع مشابه، انتخاب عاقلانه انجام نمی‌دهند. فرد هم می‌تواند "*بخردانه*[2]" و هم "*نابخردانه*[3]" عمل کند. بخردانه عمل کردن آن است که فرد هدفهای خود را آزادانه بنا نهد. نابخردانه عمل کردن بدان معنی است که فرد اجازه دهد افراد دیگر هدفهای وی را تعیین کنند. در هر فرد ویژگیهایی وجود دارد که ممکن است موجب محدودیتهای معینی در وی بشود. این محدودیتها ممکن است مواردی باشند که در زمان تولد وجود دارند از قبیل: ناتوانایی یادگیری، ظاهر بدنی نامناسب، و یک بیماری توان‌فرسا. یا محیطی باشند از قبیل تأثیر سواد والدین و مدرسه. عوامل محیطی شانسهای فرد را در رسیدن به کامروائی، بر اساس کیفیات موجود در زمان تولد، گسترش داده یا محدود می‌سازند. از ویژگیهای دیگر غیرقابل اجتناب در انسان، احساس گناه است، که از شکست فرد در اجرای همهٔ امکانات ناشی می‌شود و

1 - self-determination
2 - authentically
3 - inauthentically

ترس از هیچ بودن[1] که فقط به معنی مرگ نیست، بلکه به معنی از دنیا جدا افتادن است. رولومی[2] (۱۹۵۸)، یک درمانگر مشهور و نامی اصالت وجود، معتقد است که اضطراب زمانی ایجاد می‌شود که شخص با انتخاب یا سؤال اساسی روبه‌رو می‌شود. فردی که طرد شده است امکان دارد از طریق کنجکاوی دربارهٔ سایر علل ایجادکنندهٔ این وضع، از اضطراب خودبه نحو سازنده استفاده کند. اما این امکان نیز وجود دارد که به علت گرفتاری زیاد و اضطراب ناشی از آن از این عمل اجتناب ورزد، و در نتیجه از رشد بیشتر خود جلوگیری کند (ساراسون، ۱۹۸۰، ۱۹۸۹، ۸۰-۷۸).

### ٦ـ دیدگاه اجتماعی

در دیدگاه اجتماعی حالات روانی و اضطرابی به عنوان یک مسئلهٔ بهداشتی یا نقص شخصی نگریسته نمی‌شود، بلکه نتیجه و محصول، ناتوانی فرد در مقابلهٔ مؤثر با فشار روانی مورد توجه قرار می‌گیرد. در این دیدگاه رفتار ناسازگار به عنوان یک مشکل که فقط در فرد وجود دارد، تلقی نمی‌گردد، بلکه دست کم آن را به عنوان شکست دستگاه اجتماعی حمایت کنندهٔ وی از قبیل زن یا شوهر، والدین،خواهران و برادران، منسوبان، دوستان، معلمان، و رئیس به حساب می‌آورند.

### تفاوتها و تشابه‌های اختلالات اضطرابی

تشابه اصلی اختلالات اضطرابی، ترس است که هم در اضطراب، هم در فوبی، و هم در وسواس ملاحظه می‌شود. به همین دلیل است که این سه اختلال را اختلالات اضطرابی نامیده‌اند. اما تفاوت عمده بین اضطراب و فوبی آن است که در اضطراب هیچ منبع مشخصی برای ترس وجود ندارد و هر زمان موضوع ترس ممکن است تغییر کند ولی در فوبی ترس روی اشیا یا موارد معینی متمرکز شده است.

1 - nothingness

2 - Rollo May

## درمان اختلالات اضطرابی

### ۱ـ دیدگاه زیست‌شناختی

آرامبخشها در تسکین اضطراب تا حدی مؤثر بوده، و در کاهش شکایات بدنی و تنظیم خواب نقش مؤثر و بسزایی دارند. هر چند تأثیر آنها در کاهش شکایات بدنی و تنظیم خواب موقت است. برای درمان فوبی و وسواس نیز داروهای آرامبخش می‌توانند به طور موقت مؤثر باشند. تحقیقات نشان داده‌اند که ایمی پرامین[1] ـ داروئی که برای درمان افسردگی تجویز می‌شود ـ در جلوگیری از حمله‌های رعبی نیز مؤثر است، ولی در درمان اضطراب تعمیم یافته که اغلب حمله‌های رعبی را موجب می‌شوند بی‌اثر است.

### ۲ـ دیدگاه تحلیل روانی

در این دیدگاه بیمار به سوی بصیرت حاصل کردن از تعارضهای درونی که ریشهٔ این اختلالات محسوب می‌گردد، راهنمائی می‌شود. افراد مبتلا به اضطراب به روان‌درمانگری خوب پاسخ می‌دهند، یعنی اضطرابشان کم شده تسکین می‌یابند ولی اضطراب مزمن آنان به ندرت برطرف می‌شود و نیاز به روان‌درمانگری (تحلیل روانی) مجدد خواهند داشت. در فوبی چون این پیش فرض وجود دارد که ترس ظهور رمزی اضطرابهای ریشه‌دار است، بنابراین، از طریق تحلیل روانی کوشش می‌شود تا علت ناخودآگاه ترس شناخته شود. برای درمان وسواس به فرد کمک می‌شود تا تمایلات "منع شدهٔ" خود را بشناسد، آنها را به عنوان تمایلاتی که برای همهٔ افراد معمولی است بداند، و به عنوان جزئی از ساختمان "من" خویش بپذیرد.

### ۳ـ دیدگاه یادگیری

روشهای درمانگری بر اساس رویکرد یادگیری شامل درمانگریهای *مواجهه‌سازی*[2]

1 - imipramine

2 - exposure therapies

(*تخیلی*[1] و *واقعی*[2]) و *مدل‌سازی*[3] است. *حساسیت زدائی منظم*[4] یکی از روشهای مواجهه‌سازی است که از روبه‌رو ساختن بیمار با محرک ضعیف وخوشایند شروع شده بتدریج به محرکهای قویتر می‌رسند و این در شرایطی است که بیمار به هنگام ارائهٔ محرک در حالت آرامش قرار می‌گیرد و محرکهای آرامبخش دیگری مانند صدای موسیقی و نوار ملایم با آن همراه می‌گردد. این روش مخصوصاً در درمان فوبی بسیار مؤثر بوده است. روش دیگر *غرقه‌سازی*[5] است که در آن بیمار به سرعت و بی‌درنگ در معرض محرکهای بسیار شدید و درازمدت قرار می‌گیرد. مثلاً از فردی که از مکانهای سرباز می‌ترسد و در خارج از خانه دچار اضطراب و ترس شدید می‌شود خواسته می‌شود تا با درمانگر خود یا شخص دیگر به محلهای بسیار شلوغ مانند بازار و مراکز خرید برود و چند ساعت در آنجا باشد تا تمایل وی به اجتناب از چنین مکانهائی از میان برود. رو به رو ساختن شخص با موقعیت عینی به جای موقعیت آزمایشگاهی یا تخیلی اصطلاحاً مواجه‌سازی واقعی نامیده شده است. در مواجهه سازی تأکید برحذف بعضی پاسخهای هیجانی ناراحت کننده در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی است، ولی در مدل‌سازی معمولاً تأکید بر اکتساب مهارتهای رفتاری، یا ایجاد احساس شایستگی در آنان است. برای مقایسهٔ مواجهه سازی واقعی، و غرقه‌سازی می‌توان به آرامی وارد استخر شدن و شیرجه زدن ناگهانی را ذکر نمود.

روش درمانگری رفتاری دیگر، یعنی مواجهه‌سازی تخیلی، بر این اساس استوار است که اختلالات اضطرابی نتیجهٔ تجارب دردناک گذشته‌اند. بنابراین، برای درمان و از بین بردن آنها لازم است که موقعیتهای گذشته بازسازی شوند؛ به صورتی که شخص بتواند بدون احساس اضطراب و ناراحتی آنها را تجربه نماید. برای رسیدن به این مقصود از فرد مبتلا خواسته می‌شود تا تمام تجاربی راکه در یک موقعیت ناراحت کننده داشته است در

---

1 - implosive
2 - in vivo
3 - modeling
4 - systematic desesitization
5 - flooding

تخیل خود بیاورد تا تمام احساسات و تغییرات بدنی مانند افزایش ضربان قلب، تشدید تنفس، و تنش عضلانی راکه با آن همراه بوده است تجربه نماید و نسبت به آن مقاومت و پایداری کند. این روش درمانگری روشی است که هم در رویکرد روان پویائی و هم در رویکرد رفتارگرائی می‌تواند مورد استفاده واقع شود.

### ۴ـ دیدگاه شناختی

بر اساس دیدگاه شناختی برداشتهای غلط و افکار نادرست که با مسائل و موقعیتهای خاص وجود دارند، منبع اضطراب محسوب می‌شوند. این افکار به دلیل ارزیابیهای غیرواقعی از موقعیتها هستند که اغراق آمیز بوده و خطرات آنها بیش از اندازه نگریسته شده است. به عبارت دیگر، هم میزان تهدید و هم میزان آسیب‌پذیری، هر دو ممکن است اغراق آمیز ارزیابی شوند. لذا آمادگی ذهنی و ارزیابیهای فرد می‌توانند به عنوان عوامل آسیب‌زاکه با موقعیتهای خاص در ارتباط متقابل‌اند نقش داشته باشند.

بر اساس نظر دلاردومیلر، استفاده از نام‌گذاری [1]، که تدبیری شناختی است و بدان وسیله شخص ممکن است پاسخهای هیجانی خود را طبقه‌بندی نماید، راهی است برای کنترل واکنشهای فرد در یک موقعیت خاص. این نوع نام‌گذاری به فرد کمک می‌کند تا بتواند بر موقعیتی که برایش استرس‌آور است، غلبه نماید. منظور از نام‌گذاری آن است که فرد ممکن است موقعیتی را بد، توهین‌آمیز، و ناراحت کننده بداند و بر آن اساس واکنش هیجان‌انگیز در وی ظاهر شود؛ یا برعکس همان موقعیت را عادی، توجیه‌پذیر، و خشنود کننده تلقی کند و از این طریق واکنشهای اضطراب‌انگیز خود راکاهش دهد. مثلاً، اگر شخص دوستی را به منزل خود دعوت کند و آن دوست دعوت را نپذیرد، این عدم پذیرش را ممکن است به مواردی از قبیل، عدم محبت و صمیمت، بدآمدن از وی و از این قبیل نسبت دهد و دچار ناراحتی و اضطراب شدید گردد؛ یا برعکس به مواردی از

1 - labeling

قبیل گرفتار مسائل زندگی خود بودن، مناسب نبودن وقت و مانند آن نسبت دهد (نام‌گذاری کند) و از این طریق حساسیت، ناراحتی، و اضطرابش کاهش یابد.

بندورا، یکی دیگر از نظریه‌پردازان یادگیری شناختی، تکنیکی را توسعه داده است که به وسیلهٔ آن به افرادی که فاقد خویشتنداری رفتاری هستند کمک می‌شود تا بر رفتار خود کنترل لازم را داشته باشند. در سطور بعد، دو نمونه از فنون تقویت خویشتنداری که از مکانیزمهای شناختی استفاده شده است، ملاحظه می‌گردد:

در مثال اول به دانش‌آموزی آموخته می‌شود که هر شب حتی وقتی امتحان ندارد درس بخواند. بدین ترتیب که سعی شود دانش‌آموز تحت تأثیر انگیزهٔ شناختی و نتایجی که در آینده بر آن مترتب خواهد بود قرار گیرد. از قبیل این که اگر در امتحان بعد نمرهٔ بدی بگیرد چه احساس ناخوشایندی به او دست خواهد داد، یا اگر بخواهد تمام اطلاعات را در شب قبل از امتحان بیاموزد تا چه حد برایش مشکل خواهد بود. انگیزهٔ دیگر ممکن است هدف رفتاری دانش‌آموز باشد. مثلاً او میل دارد که در کلاس رتبهٔ بالائی کسب کند، و با داشتن چنین احساسی با خود فکر کند که اگر به تماشای تلویزیون بنشیند یا وقت خود را صرف گردش و بازی کند، نمی‌تواند به هدف خود برسد.

در مثال دوم، به یک فرد معتاد به کشیدن سیگار می‌توان کمک کرد تا بتواند به ترک این عادت خود موفق شود. مثلاً از طریق عکسبرداری از سینه و نشان دادن تأثیرات سیگار بر نایژه‌ها و احتمال ایجاد سرطان ریه می‌توان به این مقصود رسید. این تکنیک در مورد بسیاری از افراد سیگاری مؤثر واقع شده است.

یکی از نظریه‌پردازان روان‌شناسی اجتماعی ـ یادگیری که سالهای متمادی است بر دیدگاه شناختی تأکید می‌ورزد، *ژولین راتر*[1] است. همان طور که قبلاً اشاره شده راتر بر کنترل درونی و کنترل بیرونی اعتقاد دارد. او مقیاسی ساخته است که رفتار را از جنبهٔ درونی بودن و بیرونی بودن تمرکز کنترل می‌سنجد. این مقیاس دارای بیست‌ونه جفت

1 - Julian Rotter

"عبارت" است، که شش عبارت آن هدف تست را با لباس مبدل دنبال می‌کند. در سطور بعد نمونه‌ای از مواد مقیاس راتر، ارائه شده است. هر جفت از این جملات، یکی مربوط به نقطه نظر کنترل درونی و دیگری، مربوط به نقطه نظر کنترل بیرونی است. آزمودنی یکی از جملات جفت را که بیشتر مورد قبول اوست، انتخاب می‌کند و از این طریق تمرکز کنترل درونی یا بیرونی وی سنجیده می‌شود. از نظر راتر کار درمانگر آموزش دادن به مراجعان است تا مسؤولیت را بپذیرند و بیشتر تمرکز درونی داشته باشند. این عمل از طریق *بازسازی تفکر*[1] مراجعان نسبت به موقعیتها و آموختن رفتارهای جدید و سازگار به آنها صورت می‌پذیرد.

**نمونه‌ای از مواد مقیاس راتر:**

۱-

الف: در مواجه شدن با کاری سخت، شانس تأثیری ندارد یا تأثیر آن کم است.

ب: گرفتن شغل خوب بستگی به موقعیت زمانی و مکانی خوب دارد.

۲-

الف: شهروند عادی می‌تواند بر تصمیمهای دولت تأثیر بگذارد.

ب: جهان توسط افراد معدودی که صاحب قدرتمند اداره می‌شود و نمی‌توان در این باره کاری انجام داد.

۳-

الف: وقتی نقشه‌ای می‌کشیم تقریباً مطمئن هستیم که می‌توانیم آن را به کار ببندیم.

ب: همیشه خردمندانه نیست که نقشه‌های دور و دراز بکشیم، زیرا بسیاری

1 - thought restructuring

از امور، خواه و ناخواه با خوش‌اقبالی یا بداقبالی در ارتباط‌اند.

۴-

الف: بسیاری از بدبختیهای زندگی افراد تا حدی مربوط به بدشانسی آنهاست.

ب: بدبختیهای افراد نتیجهٔ اشتباهاتی است که مرتکب شده‌اند.

یکی از روشهای مشهور درمانگری شناختی، *بازسازی شناختی*[1] است که توسط *آلبرت الیس*[2] ایجاد شده و درمانگری *منطقی ـ هیجانی*[3] نامیده شده است. در این روش درمانگر افکار، انتظارات، و باورهای غیرمنطقی مراجع را مورد بررسی قرار داده به وی کمک می‌کند تا در آنها تجدید نظر کند، و به صورتی منطقی‌تر به آنها بنگرد. مثلاً به افراد مبتلا به اضطراب که توقعات بیش از حدی از خود و دیگران دارند و هنگامی که خواستهای غیرواقعی آنان برآورده نمی‌شود به شدت برآشفته می‌گردند، راههای منطقی‌تر و واقع‌گرایانه‌تری نشان داده می‌شود. در جلسات درمانگری این موضوع مورد تأکید قرار می‌گیرد که چیزهای غیرمنطقی که افراد به خود می‌گویند می‌تواند بر رفتار و هیجانات آنان تأثیر بگذارد.

روش دیگر درمانگری شناختی، *توقف فکر*[4] است. این روش بر اساس این پیش‌فرض استوار است که یک محرک منصرف کنندهٔ تفکر، مانند یک صدای ناخوشایند، می‌تواند موجب متوقف ساختن افکار وسواسی گردد. مثلاً اگر با صدای بلند کلمهٔ "توقف" گفته شده چند بار تکرار شود و از خود مراجع نیز خواسته شود که آن را تکرار کند می‌تواند برای از بین بردن افکار وسواسی مؤثر واقع شود.

روش دیگر درمانگری شناختی، *مرور شناختی*[5] است که در آن از بیمار خواسته می‌شود تا در ذهن خود راههای سازگارانه‌ای برای مواجهه با موقعیتهای مشکل آفرین

---

1 - cognitive restrueturing
2 - Albert Ellis
3 - rational-emotive
4 - thought stopping
5 - cognitive rehearsal

در ذهن خود مرور کند. این روش به ویژه در مواردی که امکان ایجاد آن در کلینیک نیست، مؤثر است. مثلاً زمانی که شخص دچار ترس از محلهای سرباز، جمعیت و ازدحام است از طریق تصور آن در ذهن و بیان و تکرار جملات طرح شده برای اصلاح آن می‌توان اقدام کرد.

بک، معتقد است که کار درمانگر عبارت است از: کمک به مراجعان تا افکار خود را بازسازی کنند و افکار ناسازگار را به افکاری که در مقابله با موقعیتهای استرس‌زا می‌تواند مؤثر باشد، تبدیل نمایند.

*کلی*، روان‌درمانگری را طریقی می‌داند که بدان وسیله درمانگر می‌تواند برای مراجعان تشریح کند که ساختارهای شخصی آنها بیش از آنکه واقعی باشند، فرضی هستند. پس از آن مراجعان تشویق می‌شوند تا ساختارهای شخصی خود را مورد بررسی قرار داده آنها را بیازمایند و ساختارهای ناسازگار شخصیت را به ساختارهای سودمند و سازگار مبدل سازند.

## ۵ـ دیدگاه انسان‌گرائی و اصالت وجودی

بر اساس نظر *مازلو*، درمانگران باید در اصلاح حالات اضطرابی مراجعان، فرصتی برای ارضای نیازهای اساسی آنان فراهم نمایند. این عمل با احترام و محبت کافی نسبت به مراجعان همراه بوده، آنان نیز تشویق می‌شوند تا نسبت به درمانگر و دیگران احترام و محبت داشته باشند. بدین ترتیب و بر اساس رشد روابط دو جانبه، احترام، محبت، و جریان رشد مثبت، رفتار مراجع تشویق می‌گردد.

*راجرز* روان‌درمانگری را موقعیتی برای مراجعه و کمک به افراد مضطرب و آشفته‌ای می‌داند که از خود *احترامی*[1] پایینی برخوردارند، و ادراک تحریف شده‌ای از خود و دنیای خود دارند. روان درمانگری به آنان کمک می‌کند تا از نقشهائی که مورد

1 - sefl-regard

انتظار دیگران است اجتناب ورزیده، بیاموزند که به خود اعتماد داشته باشند و خودهای غلطی راکه ساخته‌اند رها سازند. برعکس، افراد نوروتیک (اضطرابی) مفاهیم و تجاربی از خود دارند که با هم جور نیستند. بنابراین، از پذیرفتن تجارب خود به عنوان موضوعی معتبر می‌ترسند و در نتیجه: یا آنها را تحریف می‌کنند، یا از خود فهمی‌های غلط خویش حمایت می‌کنند، یا در پی تأیید دیگران بر می‌آیند. درمانگر می‌تواند به آنها کمک کند تا این خودهای غلطی راکه ساخته‌اند، از بین ببرند. وظیفهٔ درمانگران، نه پند و اندرز دادن است ونه تعبیر و تفسیر. آنان باید مراجعان خود را به عنوان افراد باارزش بپذیرند و به رغم داشتن مشکلات فردی به عقاید آنان احترام بگذارند. این پذیرش بی‌قید و شرط موجب می‌شود که درمانگر احساسات مراجع را خواه مثبت باشد خواه منفی، و خواه موافق نگرشهای خود باشد خواه مخالف، درک کند.

بر اساس نظر *رولومی* که یک روان‌شناس اصالت وجودی است، وظیفهٔ درمانگر عبارت است از: کمک به افراد *خالی*[1] تا تجارب خود را وسعت بخشند، فردیت خود را به کمال رسانند، و انتخابهای خود را بخردانه انجام دهند.

**اختلال استرسی پس از ضایعهٔ روانی**

آخرین زیرگروه اختلالات اضطرابی، اختلال استرسی پس از ضایعهٔ روانی P.T.S.D[2] است. در این اختلال نشانه‌های مرضی روان‌شناختی به دنبال یک حادثهٔ ضایعه‌گر روانی که معمولاً خارج از تحمل تجربهٔ انسان است، رخ می‌نماید. محرکهائی که موجب این سندرم می‌شوند در اکثر افراد نشانه‌های مرضی پریشانی را برمی‌انگیزانند. ضایعه‌های روانی که ممکن است موجب ظهور این سندرم شوند عبارتند از: جنگ، سیل، زلزله، حوادث رانندگی، بمباران، وحشت، و یا زندگی در اردوگاههای اسیران جنگی. ویژگیهای مرضی این اختلال تجربهٔ مجدد حادثهٔ ضایعه‌گر، کرختی در پاسخ دادن به

1 - empty

2 - post traumatic stress disorder

محرکها، بی‌احساسی نسبت به درگیر شدن با دنیای بیرونی، و تنوعی از نشانه‌های شناختی، رفتاری، و فعالیت بیش از اندازهٔ دستگاه عصبی خودکار است. غالباً نشانه‌های بدنی خاصی نسبت به ضایعهٔ روانی ملاحظه می‌شود که ممکن است به آسیب آشکار بدنی منجر گردد (APA، ۱۹۸۰).

توجه به این پدیده به طور برجسته‌ای از زمان جنگ ویتنام افزایش یافته است، زیرا کسانی که از جنگ باز می‌گشتند مسائل شخصی، زناشوئی، اجتماعی، و شغلی زیادی ظاهر می‌ساختند. بسیاری از سربازان به محض بازگشت از جنگ ناسازگاریهای زیادی نشان می‌دادند، در حالی که بسیاری از آنان این نشانه‌ها را مدتها بعد ظاهر می‌ساختند.

حالت اول، اختلال استرسی پس از ضایعهٔ روانی حاد نام گرفته است. حالت دوم، یعنی زمانی که ظهور آن نشانه‌هاست که شش ماه پس از حادثهٔ ضایعه‌گر روانی باشد تأخیر شده[1]، نام برده شده است.

### نشانه‌های مرضی اختلال استرسی پس از ضایعهٔ روانی

نشانه‌های مرضی اختلال استرسی پس از ضایعهٔ روانی شامل سه دسته پاسخ عمده می‌شود که در سایر اختلالات اضطرابی نیز وجود داشته و عبارت است از: نشانه‌های شناختی، نشانه‌های فیزیولوژیائی، و نشانه‌های رفتاری.

**نشانه‌های شناختی:** نشانه‌های شناختی معمول، عبارت است از: یادآوری مکرر، دردناک، و ناخواستهٔ حادثهٔ ضایعه‌گر روانی، همراه با خوابها یا کابوسهای مکرر که در آنها حادثهٔ تجربه شده نیز بسیار وجود دارد. عدهٔ کمی از افراد مبتلا به این اختلال دچار حالات تجزیه‌ای[2] (از هم گسستگی) می‌شوند که از چند دقیقه تا چند ساعت به طول می‌انجامد و در خلال آن فرد چنان رفتار می‌کند که گوئی در آن حالت دچار تجربهٔ آن

1 - delayed

2 - dissociative

حادثهٔ دردناک است. این نشانه‌ها در بین قربانیان جنگ بسیار متداول است. از دیگر نشانه‌های شناختی می‌توان کاهش در پاسخ دادن به دنیای بیرونی را نام برد که عبارت است از: "*کرختی روانی*[1]" یا "*بی‌حسی هیجانی*[2]".

این نشانه‌ها اغلب به صورت بیزاری نسبت به دیگران، کاهش در توانائی برای تجربهٔ هیجانها از هر نوع، به ویژه هیجانهای مربوط به مهربانی و صمیمت، و شکایات جنسی جلوه‌گر می‌شوند. نشانه‌های افسردگی و اضطراب غالباً با این اختلال همراه است. بعضی از افراد مبتلا به این اختلال از حافظهٔ آسیب دیده و اشکال در تمرکز یا انجام دادن وظایف شکوه می‌کنند. افرادی که پس از یک حادثهٔ ضایعه‌گر روانی جان سالم به در برده‌اند در حالی که دیگران جان خود را از دست داده‌اند، همواره از این احساس که کوشیده‌اند تا جان خود را نجات دهند، ولی نتوانسته‌اند برای دیگران عملی انجام دهند، احساس گناه می‌کنند (A.P.A، ۱۹۸۰).

**نشانه‌های فیزیولوژیائی:** برانگیختگی بیش از اندازهٔ دستگاه عصبی خودکار، یکی از نشانه‌های مهم فیزیولوژیائی در فرد مبتلا به اختلال استرسی پس از ضایعهٔ روانی است. فرد مبتلا به این اختلال معمولاً بیش از اندازه گوش به زنگ یا مراقب است، پاسخ ازجاپریدگی افراطی ظاهر می‌سازد، و در خواب رفتن دچار اشکال است. الگوی خواب غالباً آسیب دیده با ویژگیهائی از قبیل بیدار شدن مکرر در اثنای شب همراه است، و وجود کابوسهای مربوط به حادثهٔ دردناک به توانائی وی در خواب رفتن آسیب می‌رساند. این نشانه‌های فیزیولوژیائی به هنگام مواجههٔ فرد با موقعیتها یا فعالیتهائی شبیه به ضایعهٔ روانی اصلی، تشدید می‌گردد.

**نشانه‌های رفتاری:** بر حسب شدت ضایعهٔ روانی، نشانه‌های رفتاری متفاوتی در افراد

1 - psychic numbness
2 - emotional anesthesia

مبتلا ملاحظه می‌شود که متداولترین آنها عبارت است از: اجتناب از فعالیتها یا موقعیتهائی که موجب یادآوری حادثهٔ ضایعه‌گر روانی می‌شود، بیگانگی اجتماعی، و تحریک‌پذیری افزایش یافته. نشانهٔ تحریک‌پذیری افزایش یافته و انفجارآمیز به ویژه خصیصهٔ کسانی است که مدتها در صحنهٔ جنگ بوده‌اند. الگوهای رفتاری دیگر عبارتند از: خوردن مکرر، مسافرتهای ناگهانی، داشتن غیبتهای ناموجه از خانه یا کار، و تغییر پیاپی سبک زندگی یا محل اقامت. دامنهٔ اختلال استرسی پس از ضایعهٔ روانی غالباً به سایر زمینه‌های زندگی فردگسترش می‌یابد و به صورت مشکلات زیاد زناشوئی، استفاده از داروهای خواب‌آور، از دست دادن شغل، و مسائل حقوقی جلوه‌گر می‌شود. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد اختلال پس از ضایعهٔ روانی، به ویژه اگر مربوط به استرس جنگ باشد، به طور خود به خود تسکین نمی‌یابد.

مطالعات روان‌شناختی بیانگر آنند که اکثر کسانی که بعد از وقوع حوادث و بلاها زنده مانده‌اند همه یا بعضی از تجارب زیر را داشته‌اند.

۱ـ *اضطراب مرگ و تأثیر آن:* ترس از مرگ ناگهانی نه تنها در زمان حادثه و پس از آن فکر بازماندگان را به خود مشغول می‌سازد، بلکه تا سالها بعد نیز تصورات و نشانه‌هائی از آن باقی می‌ماند که خود موجب واکنشهای هیجانی شدید در برابر رویدادهای عادی زندگی می‌شود.

۲ـ *خوابهای وحشتناک:* کسانی که از این حوادث جان سالم به در می‌برند، حتی سالها پس از آن، خوابهائی می‌بینند که با نشانه‌هائی از وحشت و احساس به دام افتادگی همراه است.

۳ـ *احساس گناه:* کسانی که زنده می‌مانند، دارای احساسات دردناک *خودمحکوم‌سازی*[1] می‌شوند که چرا زنده مانده‌اند ولی دیگران مرده‌اند. شاید برای جلوگیری از مردن آنان عملی میسر بوده است و آنان انجام نداده‌اند.

1 - self-condemnation

۴ـ *کرختی روان‌شناختی*:[1] بازماندگان حوادث و سوانح همواره از کاهش و اختلال در احساسهای خود در رنجند. آنان *بی‌احساسی عاطفی*[2]، انزوا، افسردگی و کرختی عاطفی را که احتمالاً مهمترین نشانهٔ پس از سوانح است، نشان می‌دهند.

۵ـ *روابط اجتماعی معیوب و ناتوانی در کنترل خشم*: بازماندگان اغلب مستعد شکستن قیود اجتماعی رایج و از دست دادن کنترل خویش در برابر خشم می‌شوند.

۶ـ *جستجو برای درک معنی*: چنین به نظر می‌رسد که بازماندگان پس از یک فاجعه خود را ناگزیر به جستجوی معنای آن می‌بیند که چرا این گونه حادثه‌ای به وقوع پیوست.

**سابقهٔ تاریخی**

در گذشته اختلالی شبیه به آنچه اکنون اختلال استرسی پس از ضایعهٔ روانی (P.T.S.D) نامیده شده است در میان سربازان آمریکائی در جنگهای داخلی مشاهده شد که چون در آن نشانه‌های قلبی مربوط به دستگاه عصبی خودکار وجود داشت، "*اختلال قلب سربازان*[3]" نام گرفت.

در سال ۱۸۷۱ ، مقاله‌ای تحت عنوان "موارد مربوط به قلب تحریک‌پذیر" توسط *داکوستا*[4] به رشتهٔ تحریر درآمد و در آن حالات سربازانی که به این اختلال دچار بودند، توصیف گردید. در خلال جنگ جهانی اول واکنشهای ضایعه‌گر روانی نسبت به جنگ توسط *فردریک موت*[5]، *آسیب‌شناس انگلیسی*، "*ضربهٔ انفجار*[6]" نامیده شد؛ زیرا به عقیدهٔ وی چنین واکنشهائی مربوط به ضایعات مغزی ناشی از انفجار بودند. ولی بتدریج معلوم شد که تنها درصد کمی از این افراد ضایعات مغزی که ناشی از انفجار بمب یا نارنجک باشد، نشان می‌دهند. در حالی که اکثر آنان از نشانه‌های مربوط به موقعیت کلی جنگ که همراه با خستگی بدنی بود رنج می‌بردند، و همواره ترس از مردن ، از بین رفتن، و ضربه‌های

1 - psychological numbing
2 - apathy
3 - soldiers´ heart
4 - Dacosta
5 - Frederick Mott
6 - sell shock

روانی شدید را آشکار می‌ساختند.

اختلال استرسی پس از ضایعهٔ روانی، در بسیاری از افرادی که در جنگ جهانی دوم در اردوگاههای جنگی به سر می‌بردند و بازماندگان بمباران اتمی امریکا در ژاپن ملاحظه شد. در سال ۱۹۴۱ نیز در کسانی که از یک حادثهٔ آتش‌سوزی در یک باشگاه شبانه در بوستون جان سالم به در برده بودند، ویژگیهائی از قبیل افزایش عصبانیت، خستگی زیاد، و کابوسهای شبانه مشاهده گردید. نکتهٔ جالب توجه در این موقعیتها این بود که شیوع و فراوانی این سندرم با شدت فشارزاها رابطهٔ مستقیم داشت. مثلاً ۷۵ درصد از اسیران اردوگاههای جنگی به این اختلال دچار بودند.

در جنگ جهانی دوم، واکنشهای ضایعه‌گر روانی نسبت به جنگ، نامها و طبقه‌بندیهای مختلفی، از قبیل "خستگی عملیاتی" و "نوروز جنگ" به خود اختصاص داد، و سرانجام در جنگ کره و ویتنام، "خستگی جنگی" یا "فرسودگی جنگی"، نامیده شد. گرچه این اصطلاحات هیچ یک مناسب انتخاب نشده بودند، زیرا به طور ضمنی دلالت بر آن داشتند که خستگی بدنی نقش مهمی در این گونه واکنشها بازی می‌کند، ولی در جهت متمایز ساختن اختلالات نوروتیک، سیکوتیک، و اختلالاتی که نه تنها در شرائط جنگ، بلکه در اوضاع و احوال زندگی شهری نیز ممکن است ظاهر گردند، مؤثر واقع شدند. مثلاً بسیاری از افرادی که در صحنهٔ جنگ بودند، پس از بازگشت و قرار گرفتن در شرایط زندگی شهری، به دلیل داشتن شرایط استرس‌زا و فشارآور قبلی، رفتارهای ناسازگارانه و اختلال‌آمیز داشتند. در حالی که بسیاری ازافراد دیگر در شرایط جنگی دچار اختلالات روان‌شناختی شده بودند ولی در وضعیت زندگی شهری و پیش ازتجربه‌های جنگ سازگاری رضایتمندانه‌ای داشتند.

سرانجام این اختلال در DSMI "استرس انبوه[1]"، در DSMII "اختلال موقعیتی گذرا[2]"، در ICD10 "واکنش حاد استرسی[3]"، و در DSMIII و DSMIII-R اختلال

1 - multitude stress

2 - tronsient situotional disorder

3 - acute stress reaction

استرسی پس از ضایعهٔ روانی نامیده شد.

**بررسی علل اختلال استرسی پس از ضایعهٔ روانی**

تبیین نظری اختلال استرسی پس از ضایعهٔ روانی تا حدودی ضعیف است. جهت‌گیریهای روان پویائی بر کنترل کم یا زیاد هیجانها و نقش اجتناب از شناختهای برانگیزندهٔ اضطراب متمرکزند. بدین معنی که اجتناب فرد از این شناختها سرانجام به ظهور استرس افزایش یافته، کابوسها، و وسواسهای فکری و عملی منتهی می‌گردد. رادو[1] و دیگران این نظریه را ابراز داشته‌اند که یادآوری خاطرات آکنده از اضطراب و تجربهٔ عاطفی همراه با آن، منجر به ضعف و نارسائی در سبب‌شناسی این اختلال شده است.

درمانگران رفتاری این اختلال را به عنوان نمونه‌ای از "تعمیم محرک ـ پاسخ"، مورد تفسیر قرار داده‌اند. بعضی از آنان این اختلال را به عنوان پاسخی اجتنابی نگریسته‌اند. گروه اول، آن را یک تجربهٔ شرطی شدهٔ کلاسیک ساده دانسته‌اند که در خلال آن فرد نشانه‌های روانی ـ فیزیولوژیائی، شناختی، و رفتاری را به حادثهٔ ضایعه‌گر روانی مربوط ساخته است. آنان اظهار می‌دارند که به علت شدت شرایط استرس‌زای اولیه، تعمیم محرک امری متداول است و شخص در موقعیتهائی که از جهاتی با حادثهٔ ضایعه‌گر روانی اولیه مشابه است، آمادهٔ ظهور پاسخهائی به صورت اختلال استرسی است. بر اساس نظر گروه دوم، فرد از موقعیتهائی که موجب احساس ناراحتی در وی می‌شود، اجتناب می‌ورزد. در نتیجه پاسخ اجتناب‌آمیز، هیچ‌گاه عادی نشده یا خاموش نمی‌گردد. تا این زمان کار کمی دربارهٔ پیش‌بینی اینکه چه حالاتی منتهی به ظهور سندرم استرسی پس از ضایعهٔ روانی می‌شود یا چه اشخاصی در موقعیتهای استرس‌زا چنین نشانه‌هائی را ظاهر می‌سازند صورت گرفته است.

1 - Rado

## سؤالات فصل ششم

۱ـ نشانهٔ اصلی اختلالات اضطرابی چیست؟

۲ـ انواع اختلالات اضطرابی کدام‌اند؟

۳ـ در DSMII نام بعضی از اختلالات اضطرابی چه بوده است؟

۴ـ ویژگیهای عمدهٔ اختلال اضطرابی تعمیم یافته چیست و آنها را در کدام زمینه‌ها می‌توان طبقه‌بندی کرد؟

۵ ویژگیهای اضطراب رعبی چیست؟

۶ـ تعریف فوبی چیست؟

۷ـ ویژگیهای فوبی کدام است؟

۸ـ فوبیها به چند دسته تقسیم شده‌اند؟

۹ـ ویژگیهای وسواس فکری چیست؟

۱۰ـ ویژگیهای وسواس عملی چیست؟

۱۱ـ مفهوم طغیان روانی چیست؟

۱۲ـ علت فوبی در دیدگاه روان پویائی چیست و چگونه نگریسته می‌شود؟

۱۳ـ در دیدگاه زیست شناختی، کدام عوامل به عنوان علل اختلالات اضطرابی ذکر شده‌اند؟

۱۴ـ علل روان پویائی اختلالات وسواسی کدام‌اند؟

۱۵ـ در دیدگاه رفتارگرائی کدام علل، به عنوان عوامل ایجاد کنندهٔ اختلالات اضطرابی ذکر شده است؟

۱۶ـ توجیه علل شناختی اختلالات اضطرابی کدام است؟

۱۷ـ بر اساس دیدگاه انسان‌گرائی و اصالت وجودی علل اختلالات اضطرابی چیست؟

۱۹ـ راههای درمان اختلالات اضطرابی در نظریهٔ زیست‌شناختی کدام است؟

۲۰ـ طرق درمان اختلالات اضطرابی بر اساس دیدگاه روان پویائی چگونه است؟

۲۱ـ روشهای درمانگری اختلالات اضطرابی بر اساس رویکرد یادگیری کدام‌اند؟

۲۲ـ روشهای درمانگری شناختی اختلالات اضطرابی کدام‌اند؟

۲۳ـ درمان اختلالات اضطرابی بر اساس دیدگاه انسان‌گرائی و اصالت وجودی کدام است؟

۲۴ـ اختلال استرسی پس از ضایعهٔ روانی به چه دلیل رخ می‌نماید؟

۲۵ـ نشانه‌های شناختی اختلال PTSD کدام‌اند؟

۲۶ـ نشانه‌های فیزیولوژیائی اختلال PTSD کدام‌اند؟

۲۷ـ نشانه‌های رفتاری اختلال PTSD کدام‌اند؟

۲۸ـ تجارب روان‌شناختی در قربانیان پس از سوانح کدام‌اند؟

۲۹ـ سابقهٔ تاریخی اختلال PTSD چیست؟

۳۰ـ علل اختلال PTSD کدام‌اند؟

# فصل هفتم

## اختلالات بدنی شکل[1] و اختلالات تجزیه‌ای[2]

هدف این فصل عبارت است از: بررسی اختلالاتی که گرچه به صورت بدنی جلوه‌گر می‌شوند ولی عامل اصلی آنها مسائل روانی و هیجانی است. بعضی از این اختلالات بسیار شایع هستند و بعضی شیوع کمتری دارند؛ بنابراین، کوشش خواهد شد نشانه‌های مرضی، علل و درمان هر یک به تفصیل مورد بحث و بررسی قرار گیرد.

اختلالات بدنی شکل، اختلالاتی هستند که دارای نشانه‌های بدنی مشخصی هستند، ولی هیچ آسیب معینی در آنها ملاحظه نمی‌شود و به بیماریهای بدنی شباهت بسیار دارند. در DSMIII-R برای این دسته از اختلالات شش نوع اختلال ذکر شده که عبارت

---

1 - somato form

2 - dissociative

است از: ۱ـ اختلال بدنی شده[1] ۲ـ اختلال تبدیلی[2] ۳ـ خود بیمار انگاری[3] ۴ـ اختلال درد روانزاد[4] ۵ـ اختلال بد شکلی بدنی[5] ٦ـ اختلال بدنی شکل نامتفاوت[6].

## ۱ـ اختلالات بدنی شده

نشانه‌های اختلال بدنی شده، عبارت است از: شکایات بدنی متعدد که مزمن یا برگشت‌پذیر هستند. اغلب این اختلال به نام سندرم بریکه[7]، پزشکی که اولین بار در ۱۹۵۹ آن را به تفصیل مورد بحث قرار داد، نامیده شده است. شکایات افراد مبتلا اغلب اغراق‌آمیز، مبهم و نمایشی است از مهمترین شکایتها می‌توان: سردرد، خستگی، طپش قلب، ضعفهای غش‌آلود، تهوع، استفراغ، دردهای احشائی، ناراحتیهای روده‌ای، حساسیتها، مشکلات جنسی و قاعدگی را نام برد. این بیماران همواره به پزشک مراجعه می‌کنند، پزشکان خود را **تغییر می‌دهند**، و گاهی خواهان عمل جراحی هستند. آنان معتقدند که واقعاً بیمارند و برای تأیید این اعتقاد خود تاریخچه‌ای طولانی و مفصل دربارهٔ بیماری خویش بیان می‌کنند و داروهای زیاد در اختیار داشته و مصرف می‌کنند.

شکایات چندگانهٔ افراد مبتلا به اختلالات بدنی شده با الگوهای ویژهٔ شخصیتی آنان و مشکلات اجتماعی و خانوادگیشان همراه است. آنان بسیاری از حالاتی را که در افراد مبتلا به اختلال شخصیت هیستریانیک[8] وجوددارد، از قبیل نگرشهای خودمحوری وظهور فوق‌العادهٔ هیجانات، را نشان می‌دهند. اضطراب و افسردگی حالات معمولی است که ممکن است به صورت تظاهر به اقدامات و تهدیدهای خودکشی جلوه‌گر شوند. افراد مبتلا به اختلالات بدنی شده به صورتی رشد نایافته و هیجانی دیگران را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند. آنان در توصیف رویدادها، تخیلات زنده و واکنشهای خود نسبت به آنها را به کار می‌برند.

---

1 - somatization
2 - conversion
3 - hypochondriasis
4 - psychogenic
5 - body dysmorphic
6 - undifferentiated somato form
7 - Briquet
8 - hystrionic personality

مبتلایان به اختلالات بدنی شده معمولاً تاریخچهٔ پزشکی طولانی که دست کم به اوائل بزرگسالی آنان بر می‌گردد، دارند. این اختلالات اساساً در زنان رخ می‌نماید، به طوری که می‌توان گفت که تقریباً ۱ درصد از زنان این حالت را دارند؛ هر چند ممکن است در مردان نیز ملاحظه شود. در افراد طبقهٔ پایین، کم سواد، تهیدست، و کسانی که در موقعیتهای پایین شغلی قرار دارند، بیشتر دیده می‌شود. زمینهٔ خانوادگی در ایجاد این اختلال تأثیر دارد؛ به طوری که ۱۰ تا ۲۰ درصد از بستگان درجه یک زنان مبتلا، دارای این اختلال هستند. در بستگان درجه یک مردان مبتلا، اغلب سابقهٔ الکلیسم، سوء استفاده از دارو، و اختلال شخصیت ضداجتماعی ملاحظه شده است. غیر معمول نیست که چند نفر از افراد یک خانواده مبتلا باشند، زیرا افراد مبتلا تمایل زیاد به تلقین پذیری دارند و شیوع بالای آن در خانواده ممکن است انعکاس تأثیر یک والد مبتلا (معمولاً مادر) به این اختلال باشد، تا تأثیر توارث.

## ۲ـ اختلالات تبدیلی

این اختلالات عبارتند از نارسائی یا تغییر در اعمال بدنی ناشی از یک تعارض یا نیاز روانی که آنها را نمی‌توان به یک اختلال پزشکی یا آسیب شناختی فیزیولوژیائی نسبت داد. افراد مبتلا به اختلال تبدیلی از علل روانی آن ناآگاهند و به همین دلیل نمی‌توانند به طور ارادی آن را کنترل نمایند.

این اختلال قبلاً هیستری[1]، اصطلاحی که نخستین بار در سال ۱۸۵۰ برای توصیف سندرمی با همین نشانه‌ها به کار می‌رفت، نامیده شده بود.

اصطلاح هیستری از واژهٔ یونانی رحم[2] گرفته شده بود، زیرا بقراط و سایر فلاسفهٔ یونان قدیم فکر می‌کردند که این اختلال خاص زنهاست و به دلیل مسائل جنسی رخ می‌نماید. آنان معتقد بودند که گردش رحم عقیم مانده به قسمتهای مختلف بدن، به دلیل

1 - hysteria
2 - uterus

تمایلات جنسی برآورده نشده و آرزوی بچه‌دار شدن موجب این اختلال می‌شود. بدین معنی که اگر رحم عقیم مانده در بدن به گردش درآید و در گلو گیر کند، موجب کج خلقی می‌شود، و یا اگر در عضوی مثلاً دست یا پا متوقف شود، موجب فلج آن عضو می‌گردد. بقراط ازدواج را بهترین راه معالجهٔ این اختلال می‌دانست.

مفهوم ارتباط بین اشکالات جنسی و هیستری بعداً به صورت اصلاح شده‌ای توسط فروید ابراز گردید. فروید اصطلاح هیستری تبدیلی را به کاربرد که دلالت بر نشانه‌های مرضی خاصی داشتند که تظاهری بودند از انرژی جنسی سرکوب شده و منحرف گردیده. بر اساس نظر فروید، تعارضهای روانی جنسی تبدیل به اختلالات بدنی می‌شوند. مثلاً تعارض مربوط به استمنا ممکن است با فلج شدن دست حل شود. البته این موضوع ناخودآگاه است و شخص از منشأ و معنی این نشانهٔ مرضی آگاه نیست.

در روان‌شناسی معاصر واکنشهای هیستریائی بر اساس نظر فروید به عنوان تعارضهای جنسی یا سایر مسائل روانی به نشانه‌های مرضی بدنی تفسیر نمی‌شوند، بلکه این نشانه‌های مرضی بدنی یک کنش دفاعی محسوب می‌شوند که فرد را قادر به فرار یا اجتناب از موقعیت استرس‌زا می‌نماید. به رغم این تغییر در تفسیر و تعبیر این اختلال، اصطلاح واکنش تبدیلی باقی مانده، و در DSMIII-R نیز تحت عنوان اختلال تبدیلی نام برده شده است.

در جنگ جهانی اول واکنشهای تبدیلی شایعترین اختلالات روانپزشکی بودند، زیرا بسیاری از سربازان در تعارض بسیار تهدیدکنندهٔ نزدیک شدن ـ اجتناب ورزیدن به سر می‌بردند که عبارت بود از: دستورات فرماندهان ارتش و انجام وظیفه در برابر ترس از کشته شدن یا از دست دادن و یا ناقص شدن اعضای بدن. بنابراین، نشانه‌های اختلال تبدیلی از قبیل فلج شدن پا یا ناتوانی در راست نگاه داشتن پشت، سربازان را قادر می‌ساخت که از موقعیت دردناک و تعارض‌انگیز اجتناب ورزند، بدون آنکه برچسب ترسو بودن به آنان بخورد، یا به دادگاه تحویل داده شوند.

در جنگ جهانی دوم نیز واکنشهای تبدیلی در بین سربازان بسیار متداول بود. در

زمانهای قدیم اختلالاتی از قبیل کور شدن یا فلج شدن ناگهانی که اساس بدنی مشخصی نداشت جزء بیماریهای بدنی محسوب می‌گشت. در سالهای بعد این مشکلات که در بین افراد نظامی و غیرنظامی شیوع داشت جزء اختلالات کنشی طبقه‌بندی شدند. امروزه به نظر می‌رسد که این اختلالات کاهش یافته‌اند. موضوع قابل توجه در کاهش این واکنشها می‌تواند مربوط به تردید فزاینده دربارهٔ پایهٔ پزشکی و بدنی مربوط به آنها باشد. یعنی اگر نبود اساس بدنی برای این اختلال نمایانده شود، به طور آشکار کنش دفاعی خود را در شخص از دست می‌دهد. عامل تحصیلی ممکن است در تبیین اینکه چرا وقوع واکنشهای تبدیلی در بین افرادی که از لحاظ موقعیت اجتماعی ـ اقتصادی پایین‌اند، بیشترین میزان را داراست، کمک شایانی بنماید. این اختلال در بین زنان شایعتر و در حدود دو برابر مردان است.

این موضوع باید تأکید شود که واکنشهای تبدیلی بسیار زیاد تقلیدی هستند و به همان اندازه که برای بیماریهای بدنی انواع متفاوتی وجود دارد در این اختلال نیز، نشانه‌های مرضی متفاوتی دیده می‌شود.

در توصیف تصویر بالینی واکنشهای تبدیلی می‌توان سه دسته نشانهٔ مرضی را مورد توجه قرار داد که عبارت است از:

الف : نشانه‌های حسی　　ب : نشانه‌های حرکتی　　ج : نشانه‌های احشائی

**الف ـ نشانه‌های حسی**

واکنشهای تبدیلی ممکن است هر یک از حواس را در برگیرد؛ ولی شایعترین انواع آن عبارتند از:

۱ـ بی‌حسی[1]، به صورت از دست دادن حساسیت یک حس مانند شنوائی یا بینائی به طور کامل. این اختلالات قبلاً بسیار شایع بودند ولی امروزه کاهش یافته‌اند. این موضوع

1 - anesthesia

ممکن است بدان دلیل باشد که با یک آزمایش سادهٔ پزشکی می‌توان به بی‌اساس بودن آنها پی برد. مثلاً آزمایش "بی‌حسی دستکشی[1]" که ممکن است فرد نتواند تا نقطهٔ خاصی از دست خود که شامل کف دست تا مچ می‌شود چیزی را حس کند، ولی بازو و سایر قسمتهای دست حس طبیعی خود را دارا باشند.

۲ـ *کم حسی*[2]، از قبیل کدربینی، ترس از نور، دوتائی دیدن، شب‌کوری، ترکیبی از نارسائی بینائی، از دست دادن حافظهٔ بینائی، محدود شدن میدان بینائی، خیره شدن چشمها، کور رنگی، ونقص بینائی در روز. بسیاری از محققان این اختلالات را در جنگ جهانی دوم در خلبانان یافتند. افزون بر آن ملاحظه نمودند که نشانه‌های مرضی هر خلبان به طور خیلی نزدیک، مربوط به وظیفه‌ای بود که بر عهده داشتند. مثلاً کسانی که وظیفهٔ پرواز در شب داشتند دچار شب‌کوری و آنهائی که وظیفه‌شان پرواز در روز بود، دچار مشکل روزکوری بودند.

۳ـ *حساسیت زیاد*[3]، از قبیل واکنش و حساسیت فوق‌العاده نسبت به محرکهای شنوائی (صدا)، بینائی (نور)، و بساوائی و چشائی، به نحوی که فرد مبتلا در برابر ارائهٔ میزان کمی از این محرکها احساس ناراحتی و پریشانی شدید می‌کند.

۴ـ *احساس بی دردی*[4]، مانند از دست دادن حساسیت نسبت به درد، به طوری که حتی در مواردی که احساس درد باید خیلی شدید و ناراحت‌کننده باشد، فرد هیچ دردی احساس نمی‌کند.

۵ـ *حسهای استثنائی*[5]، از قبیل گزگز کردن عضو شبیه به زمانی که اصطلاحاً می‌گویند آن عضو خواب رفته است.

## ب ـ نشانه‌های حرکتی

اختلالات حرکتی تبدیلی نیز نشانه‌های مرضی وسیعی را در بر می‌گیرد، ولی شایعترین

---

1 - glave anesthesia
2 - hypesthesia
3 - hyperesthesia
4 - analgesia
5 - paresthesia

آنها عبارتند از:

۱ـ *فلجهای تبدیلی*، که معمولاً یک عضو تنها، از قبیل یک دست یا یک پا فلج می‌شود. این گونه فلجهای کنشی معمولاً انتخابی هستند. مثلاً در منشی‌ها بدین صورت است که شخص قادر به تایپ کردن نیست ولی می‌تواند کارهای دیگری انجام دهد. لرزش یا پرش عضلات مانند تیک، و انقباض عضلات خم کنندهٔ انگشت، زانو و آرنج نیز در این نوع اختلال ملاحظه می‌شود. فلجهائی که منتهی به اختلال در راه رفتن می‌شوند به نحوی است که زانوی شخص خشک و منقبض می‌شود و شخص مجبور است برای راه رفتن پای خود را به شکل هلالی به عقب پرتاب کند.

یکی از اختلالات خاص راه رفتن، عبارت است از: ناتوانی در ایستادن و راه رفتن، که آن را "آستاز یا ـ آبازیا[1]" نامیده‌اند و در آن شخص هنگامی که خوابیده یا نشسته است می‌تواندحرکات پای خود را کنترل کند، ولی به سختی می‌تواند بایستد و راه رفتن او بسیار نامنظم است و پاهایش در جهات مختلف و از یک سمت به سمت دیگر حرکت می‌کنند.

**نمونه‌ای از فلج هیستریائی**

احمد، یک کارگر بیست و پنج سالهٔ تنومند، از کمر به پایین فلج شده بود (کاملاً بدون حرکت یا احساس). از شروع این حالت تا زمان مراجعه سه هفته می‌گذشت. موضوع جالب توجه اینکه، او به ویژه نسبت به این فلج خود نگران نبود، یعنی فقط نگرانی کمی داشت که نمی‌تواند راه برود، ولی نه هیجانی بود و نه بیش از اندازه دلواپس.

پس از سه روز، آزمایشهای عصب‌شناسی نشان داد که هیچ ضایعهٔ بدنی برای فلج شدگی وی وجود ندارد. لذا روان درمانگری وی آغاز گشت. زندگی اخیر وی به نظرش بی‌حادثه می‌رسید، و هیچ رویداد تسریع کننده‌ای برای این حالت به یاد نیاورد. او

1 - astasia-abasia

گاه‌گاهی از مواد مخدر استفاده کرده بود. موضوعی که در مصاحبهٔ روانی توانست راهگشا باشد این بود که وقتی از او سؤال شد، آیا کس دیگری را می‌شناسد که فلج بوده باشد؟ در آغاز کمی فکر کرد، ولی پس از یک دقیقه یا بیشتر، بدون ابراز هیچ هیجانی شروع به مِن و مِن کرد (شروع کرد به زیر لب یا جویده سخن گفتن):

"بله، داره به یادم می‌یاد، حسین، که یکی از دوستان خوب من است از کمر به پایین فلج است. گردن وی شکسته است".

"این حادثه چگونه رخ داد؟"

"من فکر می‌کنم که تقصیر من بود. او واقعاً غمگین بود و از هر لحاظ پاک و منزه و هیچ‌گاه الکل، مواد مخدر یا سایر مواد را مصرف نکرده بود. در حدود یک ماه قبل که با هم بودیم من به او اصرار کردم که مقدار کمی مواد توهم‌زا استعمال کند تا نشاط را به دست بیاورد. او پذیرفت که مقدار کمی از آن را تجربه کند. من حدس می‌زنم که نتوانست آن را تحمل کند، زیرا در عرض چند دقیقه احساس کرد که در حال پرواز است. انواع چیزهای عجیب و غریب را می‌دید. او از آپارتمان خارج شد، و من او را دنبال کردم، ولی از حالتش دچار ترس شده بودم. خدای من، وحشتناک بود! او از چیزهائی که در سرش بود فرار می‌کرد. چیز دیگری که من می‌دانم این است که او از یک پُل پرید، ولی به داخل آب سقوط کرد. پس از آنکه از خطر غرق شدن نجات یافت هنوز زنده بود، اما افرادی که او را نجات داده بودند می‌گفتند که: او دیگر هیچ‌گاه نمی‌تواند راه برود." "از احمد خواسته شد که دوباره دربارهٔ شروع مشکل خویش صحبت کند".

"او پاسخ داد، در حدود سه هفته قبل که سرکار و مشغول راندن ماشین خاکبرداری بودم، به هنگام عبور از روی یک پل ناگهان سقوط کردم. در حالی که تمام بدن من آسیب دیده بود با فریاد و ناله کمک خواستم. وای خدای من، نمی‌دانید چه کار کرده بودم!"

پس از چند جلسه روان درمانگری، فلج شدگی احمد بهبود یافت و توانست راه رفتن خود را باز یابد.

فلج شدگی احمد پنج نشانهٔ مرضی اختلال بدنی شکل (هیستری) را شامل می‌شد: نخست این که او عملکرد بدنی خود را از دست داده بود، یعنی فلج شده بود. دوم، آسیب بدنی وی نمی‌توانست فلج‌شدگی پاهایش را تبیین کند، زیرا از نظر عصبی سالم بود، و فلج پا تحت کنترل ارادی اونبود. سوم، به نظر می‌رسید که احمد به صورت مشخصی نسبت به فلج خود بی‌تفاوت است. چهارم، او هیچ اضطرابی احساس نمی‌کرد. پنجم، شواهد خوبی دال بر اینکه عوامل روان‌شناختی موجب این نشانه‌های مرضی شده‌اند، وجود داشت که عبارت بود از: (۱) احمد دوست فلجی داشت که او خود را تا حدودی موجب آن می‌دانست. (۲) فلج شدگی به همان شکلی که در دوستش ظاهر شده بود، در او هم رخ داده بود. (۳) احمد به آسانی حادثهٔ فلج شدگی دوستش را به یاد نمی‌آورد. و (۴) احمد نمی‌توانست فلج خود را کنترل کند، ولی وقتی که نسبت بدان بینش حاصل کرد، فلج شدگی پایش بهبود یافت.

۲ـ *گرفتگی صدا*[1]: شایعترین اختلال تبدیلی است. جالب توجه است که کسی، دچار گرفتگی صداست، می‌تواند از ته گلو صحبت کند و به صورت طبیعی سرفه نماید. ولی در فلج شدگی واقعی حنجره، هم سرفه و هم‌صدا تحت تأثیر واقع می‌شوند. این اختلال معمولاً پس از یک ضربهٔ هیجانی رخ می‌نماید. نوع دیگر اختلال تکلم *لالی عاطفی*[2] است که در آن شخص اصلاً نمی‌تواند تکلم کند. این اختلال بالنسبه نادر است.

۳ـ *حمله‌های تشنجی*: گاهی اوقات نشانه‌های مرضی اختلال تبدیلی ممکن است شامل تشنج باشد شبیه به آنچه در صرع دیده می‌شود؛ هر چند در حمله‌های تشنجی واکنش تبدیلی، ویژگیهای کمی از صرع دیده می‌شود و یا اصلاً وجود ندارد. مثلاً شخص خود را مجروح نمی‌کند و واکنش مردمک چشم نسبت به نور دست نخورده باقی می‌ماند. به هنگام حمله‌های تبدیلی شخص قادر به نگهداری ادرار و مدفوع خود است و می‌داند که در اطرافش چه می‌گذرد. برعکس در حمله‌های واقعی صرع یک نوع توقف کامل روانی

1 - aphonia 2 - mutism

ملاحظه می‌شود، به نحوی که آگاهی شخص از دست می‌رود و یا دچار تیرگی می‌شود، زبان بیمار بین دندانها گیر می‌کند و در اثر فشار دندانها و انقباض ماهیچه‌های دهان، زبان زخم شده خون‌آلود می‌شود، و ممکن است دفع مدفوع، ادرار، یا حتی انزال به وقوع بپیوندد. افزون بر آن در حمله‌های تبدیلی، تشنجها در برابر دیگران، و فقط به عنوان یک واکنش دفاعی برای رسیدن به هدف مورد نظر و تسکین موقتی ظاهر شده، اختلال مشخصی در مغز، گردش خون، و سوخت و ساز بدن ملاحظه نمی‌شود.

**ج ـ نشانه‌های احشائی**

نشانه‌های احشائی نیز شمار زیادی از اختلالات، از قبیل سردرد، "احساس برآمدگی در گلو"، احساس خفگی، سرفه، تنگی نفس، سرماخوردگی، تهوع، استفراغ را شامل می‌شود. گاهی اوقات هم به صورت اختلالاتی مانند سکسکه، عطسه، خنده، گریه، و فریادهای مداوم ملاحظه می‌شوند.

نشانه‌های واکنشهای تبدیلی احشائی ممکن است به صورت نشانه‌های بیماری واقعی در حد غیرقابل باوری بروز نمایند. مثلاً در یک حملهٔ کاذب آپاندیست، نه تنها ممکن است که شخص در ناحیهٔ پایین شکم و سایر قسمتهای بدن نشانه‌های نوعی آپاندیست حاد را نشان دهد، بلکه حرارت بدن وی نیز ممکن است بالاتر از طبیعی برود. مواردی از مالاریا و سل روانزاد نیز ملاحظه شده است. مثلاً در مورد سل شخص ممکن است تمام نشانه‌های معمولی از قبیل سرفه کردن، از دست دادن وزن، تب، و عرقهای شبانه را، بدون این که بیماری عضوی واقعی وجود داشته باشد، نشان دهد. یا در مورد مالاریا که تب، لرز، عرق کردن، و به دنبال آن دوره‌ای از بهبودی ملاحظه می‌شود؛ بدون آنکه میکروب بیماری وجود داشته باشد. حتی مواردی از حاملگی کاذب نیز گزارش شده است که در آن قاعدگی قطع شده، ناحیه شکم بزرگ شده، و شخص احساس ویار و تهوع می‌کند.

چون نشانه‌های مرضی در اختلال تبدیلی شبیه به بسیاری از بیماریهای شناخته شدهٔ

بدنی است، بنابراین، تشخیص افتراقی آنها مشکل است. با این وجود علاوه بر فنون مخصوص پزشکی چندین معیار وجود دارد که معمولاً اختلالات تبدیلی و عضوی را متمایز می‌سازد.

**معیارهای افتراقی اختلالات تبدیلی از اختلالات بدنی**

۱ـ *بی‌تفاوتی*[1] : در واکنش تبدیلی بیمار شکایات خود را به صورتی که در بیماران واقعی ملاحظه می‌شود، از قبیل ترس و اضطرابی که در افراد مبتلا به فلج دست و پا احساس می‌شود، و یا در کسانی که واقعاً بینائی خود را از دست داده‌اند وجود دارد، دیده نمی‌شود. در تحقیقی که موچا[2] در ۱۹۷۰ روی ۵۶ دانشجوی خلبانی که دارای واکنشهای تبدیلی بودند، انجام داد، ملاحظه نمود که همهٔ آنها این الگو را نشان می‌دهند، یعنی کاملاً نسبت به تأثیرات طولانی مدت ناتوانیهای خود بی‌توجه هستند.

۲ـ فقدان نقص و نارسائی آشکار دربارهٔ نشانه‌های مرضی اختلال یا بیماری مخصوص، از قبیل کوچک بودن عضو یا ماهیچه در بیمار مبتلا به فلج، مگر در موارد نادر و طولانی مدت.

۳ـ ماهیت انتخابی کنشهای اختلال آمیز: مثلاً در کوری، شخص معمولاً به اشخاص یا اشیا برنمی‌خورد، یا شخص قادر است که ماهیچه‌های فلج شدهٔ خود را برای بعضی فعالیتها، به کار اندازد، در حالی که برای انجام دادن بعضی کارهای دیگر نمی‌تواند، و در واقع یک حالت انتخابی دارد. همچنین انقباضهای ماهیچه‌ای معمولاً به هنگام خواب از بین می‌روند.

۴ـ جالبترین واقعیت این است که نشانه‌های مرضی اختلالات تبدیلی تحت تأثیر هیپنوتیزم یا داروهای مخدر ممکن است از بین بروند و یا تغییر کنند. به همین ترتیب اگر شخص ناگهان از خواب بیدار شود ممکن است بتواند عضو فلج شدهٔ خود را حرکت

1 - La belle indifference

2 - Mucha

دهد، یا اگر دچار لالی است، صحبت کند.

### تفاوتهای اختلالات بدنی تبدیلی و تمارض[1]

البته وقتی که نشانه‌های تبدیلی به صورت یک اختلال واقعی عضوی هستند، اشکال در تشخیص ممکن است افزایش یابد. ولی معمولاً تشخیص اختلال تبدیلی و تمارض بالنسبه آسان است.

در تمارض شخص آگاهانه مرتکب فریب می‌شود، و این واقعیت در رفتارش منعکس است، ولی در اختلال تبدیلی معمولاً شخص بی‌تزویر است. در تمارض شخص مظنون است و حالت دفاعی دارد. بدین معنی که بیمار مبتلا به اختلال تبدیلی کاملاً متوجه نشانه‌های مرضی خویش بوده یا میل دارد دربارهٔ آنها صحبت کند، ولی تمارض کننده از ترس اینکه دروغش آشکار گردد، از بحث دربارهٔ آنها اجتناب می‌ورزد. به هر حال، گرچه اختلالات تبدیلی و تمارض الگوهای متمایزی دارند، ولی گاهی اوقات با هم اشتباه می‌شوند.

### هیستری گروهی

هیستری دسته‌جمعی بدان‌گونه که در سده‌های میانه متداول بود اکنون نادر است، ولی چندی قبل نمونه‌ای از آن ملاحظه شده است. در ۲۱ مه ۱۹۷۹ جشن فارغ‌التحصیلی در یکی از مدارس آمریکا برقرار بود. در آن جشن ۲۲۴ دانش‌آموز دبستانی شرکت داشتند. در این جشن یک صحنهٔ بازی هم توسط دانش‌آموزان کلاس ششم که فارغ‌التحصیل می‌شدند، تدارک دیده شده بود. در صحنهٔ بازی یکی از پسرهای کلاس ششم که نمایندهٔ کلاس بود احساس گیجی کرد و روی صحنه به زمین افتاد و چانه‌اش زخمی شد و خون از آن جاری گردید. هنگامی که معلمان مشغول کمک کردن به آن

1 - malingering

پسر بودند، چندین دانش‌آموز دیگر بیمار شدند، و نشانه‌های مرضی آنان به سرعت به دیگران سرایت کرد و به صورت ضعف، گیجی، سردشدگی، و غش در چهار دختر و یک پسر که همگی کلاس ششم بودند، ظاهر گردید. پس از آن چهار دختر دیگر کلاس ششم، نشانه‌های مرضی مشابهی آشکار ساختند. بتدریج که کودکان بیشتری بیمار شدند، معلمان با دستپاچگی مراسم را متوقف ساخته، دانش‌آموزان مبتلا را در سالن نمایش خواباندند، و با پتو آنها را پوشاندند. مسؤولان آموزشگاه هراسان و با دستپاچگی ادارهٔ آتش نشانی را خبر کردند. کارکنان آتش نشانی به محض رسیدن، شروع به جستجوی آلودگی محیط کردند و دستور فوری تخلیهٔ ساختمان را دادند.

به دنبال آن کودکان بیمار به محوطهٔ دیگری از مدرسه انتقال یافتند. آمبولانسها آژیرکشان سر رسیدند و یک افسر پلیس دستور انتقال دانش‌آموزان بیمار را به یک بیمارستان محلی صادر نمود. با وجود تخلیهٔ ساختمان و جداکردن دانش‌آموزان بیمار، سرایت بیماری همچنان ادامه داشت به طوری که هر چند دقیقه یک کودک مبتلا می‌گردید. بیماری چنان به سرعت سرایت می‌کرد که آمبولانسهای حاضر شده در آنجا تکافوی انتقال دانش‌آموزان بیمار را نمی‌کردند. بیمارستانها برای درمان ۳۴ کودکی که بیماریشان شدید بود و قبلاً به بیمارستان انتقال یافته بودند، و ۴۰ یا ۵۰ کودک دیگری که بیماریشان خفیفتر بود و بعداً به بیمارستان برده شده بودند، بسیج شده تیمی از پزشکان و پرستاران را مأمور درمان آنان نمود. هنگامی که پزشکان این بیماران را معاینه کردند و به آنها اطمینان دادند، نشانه‌های بیماری آنان رو به کاهش گذاشت، و پس از گذشت چهار ساعت از شروع سرایت شدید بیماری، شیوع آن از بین رفت.

در خلال شیوع بیماری، جریان آن به سرعت در سراسر مدرسه و محیط اطراف انتشار یافت. مثلاً دو کشیش برای پیوستن به خانواده‌ها و دوستان بیماران وارد شدند، زیرا شنیده بودند که ۱۲ کودک به دلیل مسمومیت جان سپرده‌اند. شایعهٔ دیگری که انتشار یافت این بود: کودکی که زمین خورده و چانه‌اش زخم شده بود، در بیمارستان مورد جراحی قلب باز قرار گرفته است. علل دیگری از قبیل اسپری پشه‌کش، عطر سمی،

نشت‌گاز، آلودگی آب، شیوع بیماری واگیر، و عوامل روان‌شناختی از جمله مواردی بودند که هم توسط متخصصان و هم توسط مردم عامی به‌گوش می‌رسید. پس از آنکه سرایت بیماری فروکش کرد، شایعات اغراق آمیز دیگری همچنان وجود داشت و علت حادثه به صورت موضوعی بحث‌انگیز باقی ماند. مثلاً گروهی می‌گفتند: "بیماری فقط در ذهنشان بوده است"، عده‌ای دیگر اصرار می‌ورزیدند که "ماده‌ای خطرناک در هوا بوده است".

گرچه در اکثر موارد هیستری دسته‌جمعی موجب نوعی کنجکاوی می‌شود، ولی این حادثه واقعاً مورد تحقیق قرار گرفت. محققان به بررسی دو سؤال پرداختند که عبارت بود از: ۱ـ آیا نشانه‌های مرضی هیستریائی مربوط به حوادثی در زندگی جاری این کودکان بوده است؟ ۲ـ آیا نشانه‌های مرضی مربوط به تجارب قبلی این کودکان در زندگیشان بوده است؟

یکی از نکات برجستهٔ این حادثه این بود که اکثر موارد هیستریائی از دانش‌آموزان کلاس ششم و بیشتر آنان دختر بودند. محققان (اسمال[1] و نیکولی[2] ۱۹۸۲) دریافتند که:

۱ـ چند روز قبل از حادثه روزنامه‌های محلی گزارش کردند که مدیر مدرسه که هم مورد احترام و تحسین کودکان و هم والدین بود به مدرسه دیگری منتقل شده است. بسیاری از خانواده دربارهٔ انتقال وی احساس نگرانی و ناراحتی کردند.

۲ـ حادثه در میان نمایش دانش‌آموزان کلاس ششم به وقوع پیوست که تحصیلشان در آن مدرسه تمام شده و باید از آن مدرسه می‌رفتند.

۳ـ دانش‌آموزان ششم قرار بود به یک گردش علمی بروند و این موضوع موجب می‌شد که یک هفتهٔ کامل از خانه و خانوادهٔ خود دور باشند. برای بعضی از آنان این اولین جدائی از خانواده بود.

بدین ترتیب، دانش‌آموزان کلاس ششم از دست دادن مدیر خود را تجربه کرده یا

1 - Small 2 - Nicholi

نزدیک به تجربهٔ آن بودند. احساس جدا شدن از محیط آشنای مدرسه را داشتند و هیجان گردش علمی برای بسیاری از آنان تجربهٔ جدیدی بود. اکثر کودکان چنین تجربه‌هائی را در خود اظهار نمودند. آیا موارد دیگری در زمینهٔ زندگی کودکان مبتلا شده وجود داشته است که در آن شرائط آنان را مستعد بروز نشانه‌های مرضی هیستری دسته‌جمعی ساخته است؟

با استفاده ا ز پرسشنامه محققان توانستند مقایسه‌های باارزشی بین کودکان بستری شده و سالم انجام دهند. آنان دریافتند که ۴۷ درصد از کودکان بستری شده یکی از والدین خود را از دست داده بودند، در حالی که فقط ۱۰ درصد از کسانی که بستری نشده بودند، چنین وضعی داشتند، و اینکه ۷۴ درصد از کودکان بستری شده تجربهٔ یک مرگ در خانواده داشتند، در حالی که فقط ۳۹ درصد از کودکان بستری نشده چنین تجربه‌ای داشتند.

این حادثه که در نوروود[1] به وقوع پیوست چندین خصیصهٔ مربوط به هیستری گروهی را داشت؛ به ویژه فشار روانی که در این مورد، شکل پیش‌بینی از دست دادن را به خود گرفت. افزون بر آن رابطهٔ معنی‌داری که بین از دست دادنهای قبلی و نشانه‌های مرضی هیستریائی وجود داشت، این موضوع را مطرح می‌سازد که چنین از دست دادنهائی ممکن است یک عامل آماده‌ساز مهم در هیستری باشد (ساراسون ۱۹۸۹، صفحات ۲۰۱-۱۹۹).

### شرایط ایجاد اختلالات تبدیلی

الگوهای اختلالات تبدیلی، معمولاً حوادث زنجیره‌ای خاصی را در بر می‌گیرند که عبارتند از:

۱ـ تحت فشار روانی فوق‌العاده یا مداوم بودن.

1 - Norwood

۲ـ تمایل به فرار از چند موقعیت ناخوشایند داشتن.

۳ـ یک آرزوی زودگذر برای بیمار شدن به منظور اجتناب از موقعیت داشتن، هر چند این آرزو به دلیل غیر عملی بودن یا بی‌ارزش بودن منع شده باشد.

متأسفانه جریان عصبی بدنی که در بعضی از بیماریها مثلاً مالاریا وجوددارد بخوبی قابل فهم نیست و فرد هیچ رابطه‌ای بین شرائط استرس‌زا و نشانه‌های مرضی نمی‌بیند. نشانه‌های مرضی مخصوصی که رخ می‌نمایند معمولاً بیماریهائی هستند که شخص قبلاً بدان مبتلا بوده، یا از نشانه‌های مرضی متداول در خانواده اقتباس کرده، یا از تلویزیون مشاهده کرده و یا در مجلات و روزنامه‌ها خوانده است. گرچه این اختلال ممکن است به صورت یک مشکل عضوی ظاهر شود ولی با نفع ثانوی[1] برای بیمار همراه بوده و به طور رمزی با یک موقعیت استرس‌زا مربوط است.

بنابراین، تعجب‌آور نیست که کنشهای بدنی بتوانند در حد زیادی برای رسیدن به نیازهای روانی شخص تغییر یابند.

## علل مولد

### ۱ـ شخصیت و عوامل مربوط به نقش بازی کردن

دربارهٔ شخصیت فردی که می‌کوشد مسائل خود را از طریق بیمار شدن حل کند چه می‌توان گفت؟ اکثر افراد از بعضی مشکلات و مسائل جدی خود از طریق تمسک به بیماری احتراز می‌نمایند. بیماران مبتلا به اختلالات تبدیلی نیز به طور ناخودآگاه در برخورد با مسائل زندگی روزمره که بیشتر افراد می‌توانند سازگاری مؤثری با آن داشته باشند، به این الگو مبادرت می‌ورزند. فردی که برای اجرای چنین نقشی، به صورت بیماری اقدام می‌کند، معمولاً کسی است که در برخورد با مسائل زندگی و ایفای نقش اجتماعی خویش مشکلات شدیدی احساس می‌نماید، در سازش مستقیم و مستقل با

1 - secondary gain

مسائل زندگی احساس بی‌کفایتی می‌کند، و از طریق بیمار شدن در صدد کسب حمایت، کمک، همدردی، و پشتیبانی دیگران بر می‌آید. این افراد بسیار تلقین‌پذیر و بازیگر بوده، در پاسخهای هیجانی تحریک‌پذیر ولی سطحی هستند، به ویژه آنکه قادر به نادیده انگاشتن، منع کردن، و سرکوب کردن چیزی که نمی‌خواهند ادراک کنند، هستند، و در ارتباط با اشخاص بسیار خواهنده و ماهرند. زنان مبتلا به این اختلال غالباً از لحاظ جنسی فریبنده‌اند ولی در ارتباط واقعی جنسی سرد مزاج‌اند.

در توصیف "نقش بیماری" در این افراد توجه به موارد زیر سودمند است:

الف : این نقش فقط در موقعیتهایی که موجب همدردی و پشتیبانی بیمار می‌شود و وی را قادر به فرار از مسؤولیتهای طبیعی می‌نماید، سودمند واقع می‌شود.

ب : این نقش بر اساس اطلاعاتی است که شخص نسبت به بیماری بدنی ابراز شده دارد.

ج : این نقش تمایل به جاودان سازی خود دارد، زیرا از طریق کاهش اضطراب و سایر فوایدی که برای شخص به همراه دارد، تقویت می‌شود.

البته این موضوع باید تأکید شود که کسی که به اختلال تبدیلی مبتلاست از نقشی که به صورت بیماری بازی می‌کند، آگاه نیست. زیرا اگر آگاه باشد فایده‌ای که از لحاظ روانی برای وی خواهد داشت، از بین می‌رود.

**۲ـ احتراز یا دفاع در برابر تهدید**

معمولاً یک الگوی تبدیلی شخص را قادر می‌سازد تا از موقعیت استرس‌زای تهدید کننده احتراز نماید و در برابر آن دفاع کند. همچنین واکنشهای تبدیلی ممکن است دفاعی در برابر تمایلات و کشاننده‌های خطرناک محسوب شوند. گاهی اوقات واکنشهای تبدیلی به نظر می‌رسند که از احساس گناه و لزوم خود تنبیهی سرچشمه می‌گیرند، مثلاً پسری را می‌توان ذکر کرد که پس از مشاجره با پدر و حمله به وی و پاره کردن پیراهنش دچار فلج دست گردید، و فلج‌شدگی مربوط به دستی بود که پیراهن پدر را پاره کرده بود.

بدین ترتیب، به طور آشکار این فلجی دست، تنبیه رمزی "ناشی از احساس گناه" و جلوگیری از بازگشت دشمنی و رفتار منع شدهٔ وی را آشکار می‌سازد.

### ۳ـ فواید ثانوی

در بعضی از موارد نشانه‌های بدنی تبدیلی به دنبال یک بیماری واقعی یا حادثه‌ای که فرد در آن مجروح شده یا آسیب کمی دیده است، ظاهر می‌شود. غیر معمول نیست که این نشانه‌های مرضی به دنبال حوادث یا جراحاتی ظاهر شوند که شخص امید دریافت پول برای جبران آن دارد.

هر عاملی که علت ویژهٔ اختلال تبدیلی باشد،به نظر می‌رسد که الگوی اصلی به وجودآورندهٔ آن اجتناب یاکاهش اضطراب از طریق بیمار شدن باشد؛ مثلاً تبدیل یک مسئلهٔ هیجانی غیرقابل تحمل به یک حالت بدنی برای حفظ آبروی شخصی.

### درمان

برای درمان اختلالات تبدیلی باید کوشید تا شرایط پاداش دهنده‌ای که به نظر می‌رسد در ایجاد و ایفای این نشانه‌ها مؤثر هستند، از بین بروند. روش معمولی دیگر این است که اجازه ندهیم نشانه‌های مرضی برای بیمار مؤثر واقع شوند، و اقداماتی در جهت تغییر شخصیت و سبک معمولی زندگی وی معمول گردد. روش دیگر استفاده از هیپنوتیزم است که به دلیل تلقین‌پذیری زیاد که این افراد دارند خیلی خوب هیپنوتیزم می‌شوند و به راحتی می‌توان از طریق تلقینهای هیپنوتیزمی به درمان آنان اقدام کرد.

### ۳ـ خود بیمار انگاری[1]

در این اختلال فرد نگران سلامت خود و ابتلا به اختلالات بدنی فرضی است. ویژگی

1 - hypochondriasis

عمدهٔ این افراد شکایات مختلف دربارهٔ بیماریهای بدنی است؛ شکایاتی که به الگوی مرضی منطقی محدود نمی‌شود. مثلاً ممکن است از نوعی ناراحتی و درد غیرعادی در ناحیهٔ معده، سینه، سر، دستگاه تناسلی، یا سایر قسمتهای بدن شکایت کنند.

آنان معمولاً از تشریح دقیق نشانه‌های مرضی خود عاجزند. مثلاً ممکن است درد معده را ذکر کنند ولی با سؤالات دقیقتر معلوم می‌شود که درد واقعی نیست، بلکه یک احساس ناراحتی درونی است یا احساس گرماست. توجه ذهنی آنان همواره در جهت ظهور بیماریهای جدید است. آنها خوانندگان دائمی مجلات ونوشتجات پزشکی بوده، مستعد رنج بردن و احساس ناراحتی کردن از هر بیماری جدیدی که دربارهٔ آن مطلبی می‌خوانند یا می‌شنوند، هستند. این افراد سل، سرطان، تومورها، و سایر بیماریهای خطرناک را به خود نسبت می‌دهند. دلواپسی آنان دربارهٔ جریانهای بدنی است که با ابهام و بی‌اطلاعی آنها نسبت به آسیب‌شناسی واقعی پزشکی همراه است.

در افراد مبتلا به خود بیمار انگاری، به رغم توجه فوق‌العاده به سلامت خود، و این باور که به طور جدی بیمارند و نمی‌توانند بهبود یابند، ترس یا اضطرابی که در اکثر افراد مبتلا به بیماریهای واقعی وجود دارد، ملاحظه نمی‌شود. واقعیت این است که آنان معمولاً در وضع بدنی خوبی به سر می‌برند، ولی این موضوع باعث نمی‌شود که این افراد تمارض کرده باشند، زیرا آنان در این عقیدهٔ خود که نشانه‌های مرضیشان مربوط به بیماری واقعی است، صادق‌اند. در بعضی از موارد یک واکنش خود بیمار انگاری ممکن است بر اساس یک آسیب بدنی واقعی باشد که اغراق‌آمیز شده و هستهٔ مرکزی زندگی بیمار را تشکیل داده است. خود بیمارانگاران اغلب یک اشتغال ذهنی مرضی دربارهٔ هضم و دفع دارند. به طوری که بعضی از آنان برای اعمال مربوط به دفع نقشه‌هائی طرح کرده‌اند و می‌توانند اطلاعات دقیقی دربارهٔ رژیم غذائی، یبوست، دفعات دفع و موضوعهای مربوط به آن ارائه دهند. بعضی از آنان آخرین درمانهای پزشکی روز را از طریق مطالعهٔ روزنامه‌ها و مجلات عادی به دست آورده بسیاری از داروها را بدون در نظر گرفتن تفاوتها و سود و زیانهای جانبی آنها مورد استفاده قرار می‌دهند.

**علل مولد**

اکثر افراد به کنشهای بدنی و سلامت خود علاقمندند، ولی در خود بیمارانگاران یک وسواس و توجه مبالغه‌آمیز نسبت به بیماری وجود دارد که آنان را قادر می‌سازد از استرسهای سخت و معین زندگی اجتناب ورزند و به فایده‌های مختلف بین اشخاص دست یابند. از علل مهم آن می‌توان به عواملی چند اشاره نمود:

**۱ـ مدلهای والدین و سایر عوامل مستعدکننده**

بسیاری از تجربیات ابتدائی ممکن است فرد را برای ظهور واکشنهای خود بیمار انگاری بعدی آماده سازند. از مهمترین آنها مواجه شدن با مدلهای معیوب والدین و توجه بیش از اندازهٔ والدین به آنان است. بدین ترتیب که وقتی والدین دائماً دربارهٔ سرفه، عطسه، اعمال مربوط به جذب یا سایر اختلالات احتمالی کودک خود نگران باشند، کودک نیز به نوبت می‌آموزد که در چنین مواردی به این اختلالات با اغراق بنگرد. عامل مستعدکنندهٔ دیگر آسیب یا بیماری واقعی اولیهٔ کودک است.

**۲ـ شرایط زندگی یأس‌آور به عنوان عامل تسریع‌کننده**

یک فرد مستعد، آمادهٔ تجربهٔ واکنشهای خود بیمارانگاری به خصوص در سالهای چهل‌وپنجاه زندگی است، زیرا مجبور است بپذیرد که نیمی از عمر وی سپری گشته و الگوهای زندگی او چه خوب و چه بد تعیین شده‌اند. وقتی احساس می‌کند که امیدهای او با شکست مواجه شده‌اند و احتمالاً اوضاع شغلی و زناشوئی خود را ناخوشایند می‌بیند، واکنشهای خود بیمارانگاری ظاهر می‌شوند.

**۳ـ تقویت و تثبیت الگوی خود بیمارانگاری**

در این اختلال نیز مانند اختلالات تبدیلی و تجزیه‌ای، الگوهای خود بیمارانگاری به فرد کمک می‌کنند که از استرسها و موقعیتهای ناخوشایند زندگی اجتناب ورزند و در

عین حال از همدردی و پشتیبانی دیگران بهره‌مند شوند. به طور کلی، مکانیزم جابه‌جا سازی در این اختلال نقش مهمی ایفا می‌کند یعنی اضطرابی که به علت موقعیتهای استرس‌زای زندگی ایجاد شده‌اند و همواره همراه با شکست شخص در رسیدن به هدفهای مهم بوده‌اند، یا توجه و اشتغال ذهنی وی به بدن و کنشهای آن جا به جا گردیده‌اند.

گرچه با توسل جستن به الگوهای خود بیمارانگاری ممکن است فرد به فوایدی برسد ولی در می‌یابد که این الگوهای مربوط به حل مشکل، نه تنها مؤثر نبوده بلکه ذهن آنان را نیز به خود مشغول داشته است. در نتیجه، این الگوها مانند سایر رفتارهای اجتنابی، موجب افزایش شکست و اضطراب فرد می‌شوند. این افراد معمولاً نسبت به معالجه مقاوم‌اند، زیرا باید به بیماری خود اعتقاد داشته باشندتا بتوانند از استرسهای مشکل خود در زندگی اجتناب ورزند. به همین دلیل وقتی به آنها گفته می‌شود که از نظر بدنی سالم‌اند آماده‌اند که درمان را قطع کرده به دیگری مراجعه کنند. ولی تا زمانی که درمانگر حوصلهٔ شنیدن فهرست عریض و طویلی از شکایات آنها را دارد، مایل به ادامهٔ درمان هستند. روشهای اصلاح رفتار و سایر روشهای درمانی جدید (بیوفیدبک) می‌توانند ابزارهای مفیدی برای کمک کردن به این افراد به حساب آیند.

### ۴ـ اختلالات ساختگی و تمارض[1]

در این اختلالات نشانه‌های مرضی روانی و بدنی به طور ارادی توسط بیمار ایجاد می‌شود. به عبارت دیگر، حالات و اختلالات بدنی ساختگی، آگاهانه، و *خودالقائی*[2] هستند. آنها ممکن است شامل یک زیربنای کلی یا حالت اغراق‌آمیز وضعیت اختلال آمیز قبلی فرد باشند. در بعضی از موارد ممکن است فرد واقعاً به خودتحریفی[3] گرفتار شده باشد و برای خلق و ایجاد یک مشکل پزشکی، به سوی دردهای شدید روی بیاورد،

1 - factitious disorders and malingering
2 - self-induced
3 - self-mutilate

تا آنجا که مثلاً برای ایجاد جوش و تاول، مواد سوزش‌آوری را به پوست خود بمالد یا در اغلب موارد ممکن است که شخص نشانه‌های مرضی را به صورت بیماری واقعی یا بالقوه ظاهر نماید.

در اختلال ساختگی، تنها هدف آشکار فرد عبارت است از: میل به وانمودسازی نقش یک بیمار. شخص غالباً تاریخچه‌ای مملو از دروغهای غیرقابل کنترل داشته، خواهان مورد توجه واقع شدن توسط متخصصان است، و شرح و بسطهای برجسته‌ای دربارهٔ دردهای مبهم خویش ارائه می‌کند. اختلالات ساختگی معمولاً در اوائل بزرگسالی رخ می‌نمایند و اغلب به عنوان مسائل بدنی واقعی منجر به بستری شدن شخص در بیمارستان می‌شوند. در بسیاری ازموارد، افراد مبتلا به اختلالات ساختگی چنان با سرو صدا اختلالات خود را ابراز می‌دارند و نشانه‌های مرضی مبهم خود را سخت و دردناک نشان می‌دهند که منتهی به عمل جراحی غیرضروری می‌شود.

شیوع اختلالات ساختگی در مردان بیش از زنان است. افراد مبتلا به اختلالات ساختگی به رغم اطلاعات کمی که دربارهٔ اختلال خاصی به دست آورده‌اند، ممکن است بازیگر خوبی برای ارائهٔ نشانه‌های مرضی آن اختلال باشند به طوری که تشخیص افتراقی آنها بسیار دشوار است. هر چند نحوهٔ پر سروصدائی که آنان برای مسائل ساختگی خود ابراز می‌دارند، معمولاً شک برانگیز است.

اختلال ساختگی ازتمارض متفاوت است، زیرا افراد مبتلا به اختلال ساختگی به راحتی خواهان توجه دیگران هستند، در حالی که تمارض کنندگان برای رسیدن به هدفهای معین مانند رها شدن از چنگ پلیس، غرامت گرفتن، بازنشسته شدن و از وظیفه‌ای فرار کردن، خواهان مراقبت پزشکی و بستری شدن در بیمارستان هستند. از سوی دیگر شکایات متعدد و تمایل به بستری شدن در بیمارستان تقریباً الگوی دائمی اختلالات ساختگی است، ولی در تمارض اغلب پس از آنکه فرد به خواستهٔ خود رسید ناگهان اختلال قطع می‌شود. به عبارت دیگر، در حالی که تمارض یک جریان خودآگاهانهٔ بیماری است، چنین به نظر می‌رسد که افراد مبتلا به اختلالات ساختگی قادر

به متوقف ساختن نشانه‌های مرضی دروغین خود نباشند. به هر حال، هر دو اختلال به نظر می‌رسد که خودالقائی هستند و در پاسخ به سطوح بالای فشار روانی، افزایش حاصل می‌کنند.

به رغم وجود نشانه‌هائی که اختلالات ساختگی را از تمارض متمایز می‌سازد، تشخیص افتراقی آنها آسان نیست. زیرا داوری دربارهٔ اینکه یک نشانهٔ مرضی مخصوص ارادی است، مستلزم حذف سایر عوامل ایجادکنندهٔ آن است. اگر متخصص بالینی از هدفهائی که تمارض‌کننده دنبال می‌کند آگاه نباشد احتمال تشخیص نادرست افزایش می‌یابد. نکته‌ای که ممکن است در تشخیص افتراقی آنها سودمند باشد، این است که یک عمل تمارض‌گرانه در اوضاع و احوال معین سازشی تلقی می‌شود (مثلاً زمانی که شخص در دست دشمن اسیر است به دروغ خود را به بیماری بزند)، ولی اختلال ساختگی به صورت دائمی در افرادی که دچار آشفتگیهای دراز مدت و شدید زندگی هستند، ملاحظه می‌شود.

اصطلاح *"سندرم من چاسن"*[1] برای نوع شدید اختلال ساختگی به‌کار رفته است که در آن تظاهر زیرکانه و مکرر به بیماری، برای رسیدن به هدف خاص، یعنی جلب توجه پزشکی، وجود دارد. فرد مبتلا به این سندرم ممکن است مسافتهای طولانی را برای بستری شدن در بیمارستانهای مختلف بپیماید و با نقش بازی‌کردن و اغواگری، هر چند به دروغ، داستانهایی بسازد تا پزشکان و کارکنان بیمارستان را متقاعد سازد که از یک بیماری مزمن رنج می‌برد. این سندرم از نام من چاسن یک افسر آلمانی قرن نوزدهم اقتباس شده است که برای اختراع دروغهای ماهرانه‌اش، قهرمان افسانه‌ای گردید. افراد مبتلا به این سندرم دروغهای باور نکردنی دربارهٔ بیماریهایشان می‌گویند. آنان ممکن است از طریق آغشته نمودن نمونه‌های ادرارشان به خون وانمودکنند که بیمارند یا تب‌سنج را دستکاری کنند تا نشان بدهند که تبشان بالاست. گاهی اوقات از این نیز فراتر

1 - Munchausen syndrome

می‌روند و از طریق سوزاندن، بریدن، استعمال داروهای خطرناک، یا تزریق مواد خارجی به رگ خود، موجب آسیب رساندن واقعی به بدن خویش می‌شوند. آنان اغلب برای انجام اعمال جراحی غیر ضروری به پزشک مراجعه می‌کنند و بیشتر زندگی خود را صرف رفتن از یک بیمارستان به بیمارستان دیگر، و سعی در بستری شدن می‌کنند.

### ۵ـ اختلال درد روانزاد[1]

نشانهٔ عمدهٔ این اختلال درد طولانی و شدیدی است که تبیین پزشکی آن مشکل و یا غیر ممکن است. بیماران مبتلا به این اختلال مجموعهٔ متفاوتی از دردهای گوناگون شبیه سردرد، کمردرد و یا سایر اعضای بدن را به صورت مزمن ابراز می‌نمایند. عده‌ای از افراد مبتلا، فشارهای روانی شدیدی را تجربه می‌کنند؛ در حالی که عده‌ای از آنان فاقد چنین فشارهای روانی هستند. در واقع فرض بر آن است که علت درد روانزاد روانی است، هر چند این علت به آسانی قابل تشخیص نباشد.

شیوع این اختلال در زنان دو برابر مردان است و ظهور آن در چهل الی پنجاه سالگی است. بیماران مبتلا به این اختلال معمولاً تاریخچه‌ای طولانی از دردهای گوناگون، مراقبتهای پزشکی، و جراحی دارند. آنان به پزشکان متعدد مراجعه می‌کنند، داروهای مختلف را مصرف می‌کنند، و ممکن است اصرار در انجام عمل جراحی داشته باشند. در واقع اشتغال ذهنی آنان، چنان معطوف به درد است که تمام مسائل خود را ناشی از آن می‌دانند. معمولاً درد با انتشار تشریحی سلسله اعصاب هماهنگی ندارد؛ با این وجود افراد مبتلا غالباً ناراحتی هیجانی خود را انکار کرده زندگی خود را به جز دردی که همواره از آن شکایت می‌کنند، سرشار از خوشی و لذت می‌دانند. بعضی از محققان باور دارند که این احساس درد مزمن، نشانه‌ای از اختلال افسردگی پنهان در افراد مبتلاست.

تشخیص افتراقی درد روانزاد و درد واقعی آسان نیست؛ به ویژه آنکه وجود یکی

1 - psychalgia

مانع دیگری نیست. می‌توان گفت: درد روانزاد یکنواخت است و نسبت به عوامل هیجانی، شناختی، و موقعیتی، بر خلاف درد واقعی، کمتر حساس است. به عبارت دیگر دردهای واقعی ازنظر شدت و ضعف در نوسانند؛ در حالی که دردهای روانزاد حتی با تجویز ضد درد هم به طور موقت تسکین نمی‌یابند و از توجه شخص خارج نمی‌شوند. این اختلال از خود بیمار انگاری نیز بدین دلیل می‌تواند متفاوت باشد که در افراد مبتلا به خود بیمارانگاری نشانه‌های مرضی گوناگون بوده و باگذشت زمان تغییر حاصل می‌کنند. برای تشخیص این اختلال از اختلال تبدیلی به این نکته می‌توان اشاره کرد که اختلالات تبدیلی دوام چندانی ندارند؛ در حالی که اختلال درد روانزاد دائمی و مزمن است.

علل این اختلال از دیدگاههای متعدد مورد بررسی واقع شده است. در دیدگاه روان پویائی علت آن را ناخودآگاه می‌دانند که ریشه در تجربه‌های خردسالی فرد دارد و درد راهی است برای جلب محبت، فرار از تنبیه، و جبران گناه که از طریق مکانیزمهای دفاعی جابه‌جائی و سرکوبی صورت می‌پذیرد. در دیدگاه یادگیری این باور وجود دارد که دردهای روانزاد در اثر تقویت حاصل شده‌اند و اگر مورد توجه واقع نشوند، از بین می‌روند؛ در حالی که اگر مورد توجه و پشتیبانی دیگران قرار گیرند و نفعی به دنبال داشته باشند، و یا شخص را از انجام دادن فعالیتهای نامطلوب معاف سازند، شدت یافته پایدار می‌مانند.

**یک نمونه از درد روانزاد**

محمد، مردی چهل و یک ساله، از ظهور ناگهانی درد معدهٔ شدید رنج می‌برد و جراحی فوری در شرف انجام گرفتن بود، ولی شمار گلبولهای سفید افزایش نیافته بود و سایر نشانه‌های بدنی طبیعی بودند. علاوه بر آن، محمد از نظر هیجانی نسبت به درد و واقعیت تهدیدکنندهٔ جراحی بی‌تفاوت بود. او آشکارا درد داشت، ولی نسبت به آن نگران نبود.

بر اساس مشاوره با متخصصان، تصمیم گرفته شد که عمل جراحی فوری متوقف شده بررسی برای کشف اساس روان‌شناختی احتمالی آن صورت پذیرد. در جلسات

روان‌درمانگری آشکار گشت که تاریخچهٔ کودکی محمد، وی را مستعد درد روانزاد ساخته است. والدین محمد از نظر مادی، ثروتمند بودند، ولی نسبت به وی مهر و محبت کمی ابراز می‌داشتند. یک دورهٔ برخورداری وی از مهر و محبت در دوران کودکی، جراحی و برداشتن زائدهٔ کوچکی در روده‌اش بوده است. محبتی که در خلال این دوره دریافت کرده بود، با معنی، واقعی و چیزی بود که "او همواره انتظار داشت".

درد معدهٔ وی به دلیل وقوع یک نیرنگ خانوادگی ظاهر گردید که همسرش وی را تهدید به طلاق گرفتن کرده بود. در این نقطهٔ بسیار حساس، درد معدهٔ او شروع شده بود.

نظریه‌ای که حالت روانی محمد را آشکار می‌سازد این است که هرگاه تحت استرس شدید قرار می‌گیرد از درد معده رنج می‌برد. این درد بهانه‌ای می‌شود برای فرار از رنجی که از حوادث فشارآور ناشی می‌شود.

### درمان

درمان بیشتر به بازپروری مبتلایان معطوف می‌شود. گرچه باید واقعی بودن دردهای آنان تأیید شود؛ ولی لازم است که در آغاز علل روانی و هیجانی آنها تشریح گردد. داروهای ضد درد و ضد اضطراب در درمان آنها کمتر نتیجه بخش هستند، ولی ممکن است داروهای ضد افسردگی در کاهش درد مؤثرتر باشند. تعلیم آرامش عضلانی و بیوفیدبک بالنسبه مؤثر است. گاهی اوقات برنامه‌های چند وجهی خاصی از قبیل شناخت درمانگری، رفتار درمانگری و خانواده درمانگری ممکن است برای کنترل درد مؤثر واقع شود.

## ٦ـ اختلال بد شکلی بدنی

افراد مبتلا به این اختلال باور دارند که بدنشان از نظر شکل و فرم دچار نوعی نقص و بدقوارگی شده است؛ هر چند به صورت عینی نقص و نارسائی قابل توجهی ملاحظه نمی‌شود. دیدگاه روان پویائی معتقد است که علت این اختلال ناخودآگاه و در دوران

کودکی فرد نهفته است. به همین دلیل معمولاً در عضوی متمرکز می‌شود که با حادثه‌ای که در دوران خردسالی شخص رخ داده است، ارتباط دارد. این اختلال بیشتر به اعضای ظاهری مانند صورت، بینی، و موها مربوط بوده در موقعیتهای اجتماعی شدت پیدا می‌کنند. به هر حال، گرچه ظاهر این افراد طبیعی یا دارای نقص جزئی است، ولی نگرانی افراد مبتلا، شدید و بی‌تناسب با آن نارسائی جزئی است.

به رغم رنج شدیدی که این افراد احساس می‌کنند درمان روانپزشکی آن را نمی‌پذیرند و اغلب برای اصلاح عیب و نقص جزئی خود به انجام عمل جراحی اصرار می‌ورزند. بعضی از گزارشها حاکی از آنند که داروهای سه حلقه‌ای ضد افسردگی ممکن است در درمان این اختلال مؤثر باشند.

### ۷ـ اختلال بدنی شکل نامتفاوت

این اختلال عبارت است از: نشانه‌های بدنی گوناگون که شش ماه دوام داشته و علت خاص بدنی برای آن آشکار نباشد و نیز در زمرهٔ سایر اختلالات روانی قرار نگیرد. نشانه‌های آن خستگی کلی، بی‌اشتهائی، ناراحتیهای ادراری و معدی روده‌ای است.

### اختلالات افتراقی[1] (تجزیه‌ای)

اختلالات افتراقی عبارتند از: گسستگی، یا جدا شدن اجزای شخصیت از یکدیگر که به صورت طبیعی وحدت یافته‌اند. در نتیجهٔ بعضی کنشهای روانی از قبیل شخصیت، هویت، حافظه، کنترل بر رفتار حرکتی از خودآگاه دور می‌مانند. این اختلالات آمنزی[2] (فراموشی روانزاد)، فیوگ[3] (فرار روانزاد)، چند شخصیتی[4] و تغییر هویت[5] را شامل می‌شود.

---

1 - dissociative disorders
2 - amnesia
3 - fugue
4 - multiple personality
5 - depersonalization

**فراموشی (آمنزی) روانزاد**

آمنزی عبارت است از: ناتوانی جزئی یا کلی برای یادآوری یا تشخیص و تعیین تجارب گذشته. این حالت ممکن است در آسیب دیدگی مغزی، ضربهٔ مغزی، و بیماریهای مربوط به دستگاه عصبی رخ بنماید. اما هنگامی که آمنزی مربوط به آسیب دیدگی مغزی است معمولاً فراموشی کامل است. بدین معنی که یا اطلاعات به خزانهٔ حافظه وارد نمی‌شوند و یا از خزانهٔ حافظه خارج نمی‌شوند؛ چنان‌که گوئی حافظه به طور کامل از دست رفته است. ولی در آمنزی روانزاد، معمولاً ناتوانی مربوط به یادآوری خاطرات محدودی می‌شود. در آمنزی روانزاد موارد فراموش شده، در زیر سطح خودآگاه قرار گرفته به وسیلهٔ هیپنوتیزم، تحت‌تأثیر داروهای مخدر، و یا خود به خود ممکن است ظاهر شوند. این نوع فراموشی، معمولاً واکنشی است نسبت به ضربه‌های روانی غیرقابل تحمل از قبیل شرایط جنگ و حالات ضربه زنندهٔ زندگی.

البته علاوه بر آزمونهای پزشکی برای سبب‌شناسی عضوی این اختلال، راههای متعددی برای تشخیص بین آمنزی بدنزاد و روانزاد وجود دارد که عبارتند از: ۱ـ آمنزی روانزاد، ناگهانی و به دنبال یک ضایعهٔ روانی شدید، از قبیل مرگ یکی ازوالدین ظاهر می‌شود و خود به خود نیز از بین می‌رود. ۲ـ آمنزی روانزاد اغلب حالت انتخابی دارد یعنی فراموشی شامل دوره‌ای می‌شود که اکثر افراد خواهان فراموشی آن هستند. ۳ـافراد مبتلا اغلب کمتر از اطرافیان دربارهٔ این موضوع ناراحتند و در واقع نوعی بی‌تفاوتی که در اختلالات تبدیلی ذکر شد در آنان وجود دارد. ۴ـاین اختلال راهی است برای رهائی از تعارض. ۵ـ چون حوادث فراموش شده در آمنزی روانزاد تا حدی از آگاهی دور مانده‌اند، غالباً درمان افراد مبتلا از طریق هیپنوتیزم امکان‌پذیر است.

چهار الگوی متفاوت یا چهار نوع آمنزی وجود دارد؛ شامل: ۱ـ*آمنزی موضعی*[1]، که در آن تمام حوادث مربوط به یک دورهٔ معین فراموش می‌شوند. مثلاً کسی که از یک

1 - localized amnesia

حادثهٔ آتش‌سوزی جان سالم به در برده ولی تمام اعضای خانواده‌اش مرده‌اند، ممکن است خاطرات حادثهٔ آتش‌سوزی و آنچه یک روز پس از آن رخ داده است را فراموش نماید. ۲ـ*آمنزی انتخابی*[1]، در این نوع فراموشی، شخص قسمتی از حوادث را فراموش می‌کند مثلاً در موردی که ذکر شد ممکن است شخص آمدن ماشین آتش‌نشانی، آمبولانس، و انتقال خود به بیمارستان را به یاد بیاورد، ولی صحنهٔ بردن کودکانش به بیمارستان، قبل از آنکه خودش به بیمارستان انتقال یابد، و تعیین هویت اجساد آنان را در روز بعد به یاد نیاورد. ۳ـ*آمنزی تعمیم یافته*[2]، که در آن شخص تمام زندگی گذشتهٔ خود را فراموش می‌کند. این نوع در واقع نادر است و در فیلمها و داستانها به چشم می‌خورد ۴ـ*آمنزی دوام‌دار*[3]، که شخص تمام حوادثی را که از یک دورهٔ معین تا زمان حاضر (حوادث بعد از شروع آمنزی) رخ داده‌اند، فراموش می‌کند. مثلاً اگر حادثه روز جمعه رخ داده، روز چهارشنبه نمی‌تواند آنچه را که در روز دوشنبه و پس از آن به وقوع پیوسته است به یاد بیاورد. آمنزی معمولاً در بین قربانیان جنگ و بلاهای طبیعی جلوه‌گر می‌شود.

جالب است که در این اختلال ممکن است شخص نتواند اسم خود را به یاد بیاورد، یا نتواند بگوید که چند سال دارد و کجا زندگی می‌کند، با این وجود الگوها و عادات اساسی وی از قبیل توانائی مطالعه، تکلم و از این قبیل دست نخورده باقی می‌ماند، به نحوی که کمتر کسی می‌تواند متوجه شود که وی دچار فراموشی است.

### فیوگ[4]

فیوگ حالتی از آمنزی است که در آن شخص به صورتی عمیقتر از مسائل خود دوری می‌گزیند. واکنش فیوگ عبارت است از: یک دفاع روانی از طریق فرار واقعی. در این اختلال شخص از خانه خارج شده در کوچه‌ها، خیابانها، و یا شهرها سرگردان

1 - selective amnesia
2 - genralized amnesia
3 - continuous amnesia
4 - fugue

می‌شود، و پس از روزها، هفته‌ها، یا بعضی اوقات سالها ناگهان خود را در محلی ناآشنا می‌یابد که نمی‌داند کجاست و کی بدانجا آمده است. این دوره با آمنزی کامل همراه است. فعالیتهای فرد در اثنای فیوگ شامل گردش و مسافرت به شهرهای مختلف، انتخاب شغل جدید، و شروع روش تازه در زندگی می‌شود.

### علل مولد

علل آمنزی (فراموشی) شبیه به علل اختلالات تبدیلی است، ولی در این اختلال شخص به جای بیمار شدن برای فرار از بعضی موقعیتهای ناخوشایند، از طریق اجتناب از فکر کردن دربارهٔ آن به خواست خود می‌رسد. در فیوگ نیز شخص برای اجتناب از شرایط فشارآوری که در آن قرار دارد، به طور ناخودآگاه فرار از آن موقعیت و سرگردانی در شهرها را ظاهر می‌سازد. غالباً این دو اختلال ممکن است خود به خود بهبود یابند؛ به ویژه در فیوگ که ممکن است موقعیت جدید ناراحت کننده‌تر و فشارآورتر از موقعیت قبلی باشد.

### شخصیتهای چندگانه[1]

گرچه شخصیتهای دوگانه و چندگانهٔ ارائه شده در داستانها و فیلمها توجه زیادی را به خود معطوف داشته‌اند، ولی در تجارب بالینی نادرند و شاید بیش از صد مورد از آنها در تمام دنیا ملاحظه نشده باشد. در این اختلال بیمار چند دستگاه شخصیتی به صورت کامل نشان می‌دهد که هر دستگاه ویژگی مشخصی داشته از لحاظ فکری و هیجانی یک شخصیت بالنسبه ثابت و منحصر به فرد است. فرد مبتلا ممکن است از یک شخصیت به شخصیت دیگر تبدیل شود که زمان هر یک از چند دقیقه تا چند سال به طول بیانجامد، و هر شخصیت به طور آشکار با دیگری تفاوت داشته باشد.

1 - multiple personality

وقتی که فرد از یک شخصیت به شخصیت دیگری تغییر می‌کند، نمی‌تواند به یاد بیاورد که در شخصیت قبلی چه گذشته است. معمولاً وقتی که یک شخصیت حاکم است و آگاهانه عمل می‌کند، شخصیت دیگر نیمه خودآگاه است و به طور محرمانه از افکار و رفتار شخصیت خودآگاه و آنچه در دنیای وی می‌گذرد، آگاه است. مثلاً شخص پیامی را می‌نویسد بدون آنکه آگاهی یا کنترل آگاهانه نسبت به آن داشته باشد. معمولاً شخصیت خودآگاه چیزی دربارهٔ شخصیت نیمه خودآگاه نمی‌داند.

## علل مولد

در واقع همهٔ افراد دارای شخصیتهای متعدد هستند که در هر یک تمایلات مختلف و پیچیدگیهای زیادی وجود دارد، و کارهائی صورت می‌پذیرد که تعجب خود و دیگران را بر می‌انگیزد. این موضوع اغلب توسط افراد به صورتهای گوناگون بیان می‌شود. مثلاً "نمی‌دانم چرا این کار را انجام دادم" یا "فکر نمی‌کردم چنین موضوعی در وی ملاحظه شود". اما در این گونه بیماران قسمتهای مختلف شخصیت چنان در کشمکش و تعارض با یکدیگرند که هر کدام به صورت یک شخصیت خاص جلوه گر می‌شوند. علت عمدهٔ شخصیتهای چندگانه به نظر می‌رسد، بزرگ جلوه دادن موقعیتهای تعارض‌انگیز باشد؛ یعنی تعارض بین تمایل به سازش و احساس گناه ازعدم سازش با موقعیت.

## درمان

درمان شخصیتهای چند گانه مانند اختلالات افتراقی وتبدیلی از طریق هیپنوتیزم امکان‌پذیر است. البته اغلب هم خودبه‌خود بهبود می‌یابند، زیرا شخصیتی که در آن قرار دارند ممکن است به مراتب برایشان غیرقابل تحمل‌تر از شخصیت قبلی به نظرشان برسد.

## تغییر هویت[1]

در این اختلال تغییراتی در ادراک شخص از خویشتن صورت می‌پذیرد و احساس واقعیتهای زندگی تغییر می‌کند و یا به طور موقت از دست می‌رود. کسی که این حالت را تجربه می‌کند ممکن است چنین بگوید: "من احساس می‌کنم که در حال رؤیا هستم" یا "احساس می‌کنم که این عمل را به صورت مکانیکی (بدون فکر) انجام می‌دهم". شخص همواره احساس می‌کند که نمی‌تواند افکار و اعمال خود را به طور کامل کنترل کند. ظهور این اختلال معمولاً سریع است و موجب آسیب زدن به شغل یا روابط اجتماعی شخص می‌شود. این حالت بیگانگی از خویشتن ممکن است بتدریج و خود به خود از بین برود.

1 - depersonalization

**سؤالات فصل هفتم**

۱ـ اختلالات بدنی شکل را تعریف کنید.

۲ـ انواع اختلالات بدنی شکل را نام ببرید.

۳ـ نشانه‌های اختلالات بدنی شده چیست؟

۴ـ اختلال بریکه به کدام اختلال اطلاق می‌شود و به چه دلیل؟

۵ـ شیوع اختلالات بدنی شده از نظر جنس، طبقهٔ خانوادگی، و طبقات اجتماعی چگونه است؟

۶ـ علل اختلالات بدنی شده کدام‌اند؟

۷ـ اختلالات تبدیلی را تعریف کنید.

۸ـ نام اختلالات تبدیلی قبلاً چه بود؟

۹ـ اصطلاح هیستری از کدام واژه گرفته شده است و به چه دلیل؟

۱۰ـ عقیدهٔ بقراط و سایر فلاسفهٔ یونان دربارهٔ هیستری چه بود؟

۱۱ـ عقیدهٔ فروید دربارهٔ هیستری چه بود؟

۱۲ـ شایعترین اختلالات مربوط به جنگهای جهانی اول و دوم کدام‌اند؟

۱۳ـ در توصیف تصویر بالینی واکنشهای تبدیلی کدام نشانه‌های مرضی مورد توجه قرار گرفته است؟

۱۴ـ انواع نشانه‌های حسی واکنشهای تبدیلی کدام‌اند؟

۱۵ـ نشانه‌های حرکتی واکنشهای تبدیلی کدام‌اند؟

۱۶ـ نشانه‌های احشائی اختلالات تبدیلی کدام‌اند؟

۱۷ـ معیارهای افتراقی اختلالات تبدیلی از اختلالات بدنی کدام‌اند؟

۱۸ـ تفاوتهای اختلالات بدنی تبدیلی و تمارض چیست؟

۱۹ـ هیستری گروهی را با ذکر مثال توضیح دهید.

۲۰ـ عوامل مولد اختلالات تبدیلی را بنویسید.

۲۱ـ نقش شخصیت را در ایجاد اختلالات تبدیلی بنویسید.

۲۲ـ نقش فوائد ثانوی در اختلالات تبدیلی چیست؟

۲۳ـ درمان اختلالات تبدیلی را بنویسید.

۲۴ـ خود بیمارانگاری را توضیح دهید.

۲۵ـ علل مولد خود بیمارانگاری را بنویسید.

۲۶ـ اختلالات ساختگی و تمارض را بنویسید و تفاوتهای آنها را توضیح دهید؟

۲۷ـ مفهوم سندرم من چاسن چیست؟

۲۸ـ اختلال درد روانزاد کدام است؟

۲۹ـ علل اختلال درد روانزاد را از دیدگاههای مختلف کدام‌اند؟

۳۰ـ درمان اختلال درد روانزاد چگونه است؟

۳۱ـ ویژگیهای اختلال بدشکلی بدنی کدام است؟

۳۲ـ ویژگیهای اختلال بدنی شکل نامتفاوت کدام است؟

۳۳ـ ویژگیهای اختلالات افتراقی کدام‌اند؟

۳۴ـ ویژگیهای فراموشی (آمنزی) روانزاد کدام است؟

۳۵ـ ملاکهای تشخیصی آمنزی روانزاد و بدنزاد کدام‌اند؟

۳۶ـ انواع آمنزی را توضیح دهید؟

۳۷ـ فیوگ را توضیح دهید؟

۳۸ـ علل آمنزی را بنویسید.

۳۹ـ علل فیوگ را بنویسید.

۴۰ـ شخصیتهای چندگانه را توضیح دهید.

۴۱ـ علل مولد شخصیتهای چندگانه را بنویسید.

۴۲ـ درمان شخصیتهای چندگانه را توضیح دهید.

۴۳ـ اختلال تغییر هویت را توضیح دهید.

# فصل هشتم

**اختلالات روانی فیزیولوژیائی**

هدف این فصل عبارت است از: آشنائی دانشجویان با اختلالاتی که به صورت بدنی ظاهر می‌شوند، ولی علت آنها مسائل هیجانی است که بر کارکرد دستگاه عصبی خودکار، غدد درون ریز، و جریانهای فیزیولوژیائی بدن تأثیر می‌گذارند. تفاوت این اختلالات با اختلالات بدنی شکل که در فصل قبل مورد بحث قرار گرفت، آن است که این اختلالات در ارتباط نزدیک با دستگاه سمپاتیک و پاراسمپاتیک بوده و با ضایعات و جراحات بدنی آشکار همراه‌اند، و حتی ممکن است موجب مرگ شخص بشوند. در این راستا اختلالاتی از قبیل زخم معده، سرطان، آسم، مشکلات قلبی ـ عروقی، اگزما، و از این قبیل مورد بحث قرار خواهد گرفت و نشانه‌های مرضی، علل، و درمان آنها بررسی خواهد شد.

قبلاً گفته شد که فشار روانی ناشی از موقعیتهای دشواری است که فرد با آن رو به رو

می‌شود و نمی‌داند که چگونه با آن وضعیت دشوار سازش حاصل کند، زیرا مطمئن نیست که بتواند از عهدهٔ آن برآید. انواع مختلف رفتارهای نابهنجار، راههای سازش با استرس محسوب می‌شوند، البته راههائی که مناسب نیستند. این راههای سازش با استرس به دو عامل بستگی دارند: یکی ضعف و ناتوانی در منابع روانی، دیگری ادراک شخص نسبت به موقعیتی که با آن مواجه شده است.

این اندیشه که عوامل روانی و اجتماعی در ایجاد بعضی بیماریهای بدنی مؤثرند از دیرباز شناخته شده بود. امروزه حالاتی که در آن شکایات بدنی همراه با ضایعات و آسیبهای بافتی همراه است ولی علت آن روانی است تحت عنوان *اختلالات روانی فیزیولوژیائی*[1] یا *روانی بدنی*[2] نامیده شده‌اند.

بسیاری از اختلالاتی که در این فصل مورد بحث قرار خواهند گرفت نتیجهٔ برانگیختگی فیزیولوژیائی شدید، و بادوام هستند. پاسخ بعضی از افراد به این نوع برانگیختگیها، یا فشارهای روانی، رفتارهای بیگانه و عجیب است. پاسخ بعضی دیگر اختلالاتی شبیه سرطان، و پاسخ افرادی دیگر سردردهای میگرنی، و از این قبیل است. علت متفاوت بودن پاسخهای این افراد مربوط است به نگرشها، الگوهای فیزیولوژیائی، و تجارب گذشته و حال آنان، همچنین حمایتهای اجتماعی که از آن برخوردارند.

**مفاهیم روانی، اجتماعی و شناختی اختلالات روانی فیزیولوژیائی**

اطلاع دربارهٔ تأثیر حالات روانی بر حالات بدنی در یونان قدیم وجود داشت. در خلال قرن هفدهم و هجدهم عقاید مربوط به تأثیر حالات فیزیولوژیائی برانگیزه‌ها، هیجانها، و افکار گسترش بسیار یافت. در قرن نوزدهم شارکو استفاده از هیپنوتیزم را در درمان این نشانه‌های بدنی به کار برد، و در اوائل قرن حاضر فروید اظهار داشت که نشانه‌های مرضی بدنی معنی سمبلیک (رمزی) دارند و برای مصالحه بین تکانه‌های منع

1 - psychophysiological

2 - psychosomatic

شده، تعارضهای روانی درونی، و دفاع شخص در برابر اضطراب به‌کار گرفته می‌شوند. بر اساس نظریه‌های جدید نشانه‌های مرضی بدنی نتیجهٔ منع تظاهرات هیجانی محسوب می‌شوند که تلفیقی است از نظریهٔ فروید و اطلاعات جدید دربارهٔ رابطهٔ بین تجارب هیجانی و اختلالات بدنی. در نظریه‌های جدید این باور نیز مورد توجه قرار گرفته است که بین شخصیت افراد و بیماریهای خاص بدنی رابطه‌ای وجود دارد؛ مثلاً ارتروز رماتیسمی مربوط است به سرکوبی دائمی خشم در فرد مبتلا. نظریهٔ دیگری که امروزه طرفداران بسیار دارد، نظریهٔ *آمادگی عضوی* است. یعنی این باور وجود دارد که این اختلالات عضو ضعیف را به دلیل تعارضهای ناخودآگاه در بر می‌گیرند؛ مثلاً زخم معده به دلیل آمادگی بافتهای آن یا ترشح بیش از اندازهٔ پپسین در فردی که دچار تعارض شدید است ظاهر می‌شود. بیشتر محققانی که جریانهای روان‌شناختی را بررسی می‌کنند این عقیده را که حالات روانی به طور مستقیم بر اعضای بدن تأثیر می‌بخشند، نوعی ساده‌انگاری دانسته، از نقطه‌نظر تعاملی به این علائم جسمانی می‌نگرند. آنان تعامل بین حالات روانی و متغیرهای اجتماعی و زیستی را مورد تأکید قرار می‌دهند. این نظریه می‌تواند با توجه به بعضی از فعالیتهای پیچیدهٔ مغز روشنتر گردد. بدین معنی که مغز هم در تنظیم افکار دخالت دارد، هم در تنظیم رفتار و عملکردهای بدنی. یک نشانهٔ مرضی روانی ـ بدنی از قبیل فشارخون بالا ممکن است به تحریک هیجانی شخص به دلیل مواجهه با یک فشار روانی دراز مدت باشد. تحقیقاتی که دربارهٔ غدد درون‌ریز به هنگام تنش هیجانی صورت گرفته بیانگر آن است که این غدد تحت تأثیر فشار روانی واقع شده، عکس‌العمل نشان می‌دهند. مثلاً به هنگام خشم ترشح غدهٔ فوق کلیوی افزایش حاصل می‌کند و موجب تشدید تنفس، تشدید ضربان قلب، و افزایش تنش عضلانی می‌گردد. این پاسخهای هیجانی نسبت به استرس برای بقای شخص سودمند است، زیرا نیروی بیشتری در اختیار وی برای مقابله با خطر و تلاش برای زنده ماندن، می‌گذارد.

تحقیقات *هانس‌سلیه*[1]، چگونگی تأثیر استرس بر عملکرد غدد درون‌ریز و تأثیر مواد مترشحهٔ غدد درون‌ریز بر عملکردهای بدنی و رفتار را آشکار ساخته است. سلیه، حیوانات متعدد را در آزمایشگاه در شرایط فشارزای روانی قرار داد. او دریافت که وقتی آسیبهای محیطی یا بدنی این حیوانات را تهدید می‌کند، عملکرد غدد مترشحهٔ درونی افزایش می‌یابد. بدین معنی که رنگ غدهٔ آدرنال از زرد به قهوه‌ای تغییر می‌کند و شروع به رهاسازی مواد ذخیره‌ای خود یعنی "استروئید" می‌نماید. وقتی که وضعیت استرس‌زا از میان می‌رود، ظاهراً غدهٔ آدرنال به حالت عادی بازگشته و عملکرد عادی خود را آغاز می‌کند. اما این حالت موقتی است زیرا چند هفته پس از آنکه حیوان بار دیگر در معرض استرس شدید و طولانی مدت قرار می‌گیرد، غدهٔ آدرنال مجدداً بزرگ شده، ذخیرهٔ استروئید خود را از دست می‌دهد و سرانجام حیوان به دلیل این تخلیه می‌میرد.

سلیه این حالت را *سندرم سازگاری عمومی*[2] نامید که مربوط به الگوی واکنش ارگانیزم نسبت به استرس طولانی است. این الگو با اولین ضربهٔ روانی یا واکنش هشدار دهنده[3] آغاز می‌شود. به دنبال آن مرحلهٔ مقاومت یا بهبود[4] فرا می‌رسد، و بالاخره به مرحلهٔ فرسودگی زیاد[5] و واماندگی می‌انجامد که اگر استرس شدید و طولانی باشد منتهی به مرگ حیوان می‌شود.

این حالت، یعنی سندرم سازگاری عمومی، در مورد انسان هنوز ثابت نشده است؛ ولی محققان در حال انجام دادن بررسیهایی در این زمینه هستند. در بازیکنان هاکی و بیماران روانی به هنگام استرس و هیجان شدید، افزایش هورمونها شبیه به آنچه در آزمایش سلیه در حیوانات به وقوع پیوسته، مشاهده شده است. تغییر در عملکردهای بدنی ناشی از استرس و فشارهای روانی شدید و دوام‌دار می‌تواند موجب بیماریهای بدنی از قبیل فشار

1 - Hans selye
2 - general adaptation syndrome
3 - alarm response
4 - recovery
5 - exhaustion

خون بالا و زخم معده گردد.

تحقیقی که در ۱۹۵۸ توسط *ایروینگ جنیس*[1] دربارهٔ رابطهٔ بین بهبودی پس از عمل جراحی و عوامل روان‌شناختی صورت گرفته معلوم ساخته است که زخم عمل جراحی در کسانی که قبل از جراحی ترس متوسطی دارند، زودتر از کسانی که ترسشان خیلی زیاد یا خیلی کم است، التیام می‌یابد. او معتقد است که میزان متوسط ترس برای مقابله با نگرانی می‌تواند سازنده باشد و بهبودی را سرعت ببخشد. آگاهی و اطلاع دربارهٔ بیماری و انتظارات بعد از عمل جراحی می‌تواند در نیرومندی بیمار برای سازگاری با درد و زخم پس ازجراحی مؤثر افتاده، بهبودی آن را تسریع نماید. هنگامی که این اطلاعات از طریق فیلم و تصویر به افراد داده شد، مقاومت آنان در برابر بیماری و استرس افزایش یافت و بهبود آنها تسریع گردید (ساراسون، ۱۹۸۹، ۱۸۰). این تحقیق نیز تأثیر حالات روانی و بدنی را بر یکدیگر آشکار می‌سازد.

استرس، ترشحات هورمونی، به ویژه ترشحات غدد هیپوفیز و آدرنال را شدت بخشیده، تغییرات زیستی ـ شیمیایی ایجاد می‌کند، و موجب فعالیت دستگاه عصبی خودکار می‌شود. گرچه همهٔ افراد در برابر استرس چنین عکس‌العملهائی را ظاهر می‌سازند، اما دوام و چگونگی آنها به نوع محرک، ویژگیهای زیستی، شخصیت، و تجارب زندگی شخص بستگی دارد. تجارب قبلی و فعلی شخص نقش مهمی در ارزیابیهای وی از شرایط استرس‌زا و مکانیزمهائی که مورد استفاده قرار خواهد داد، به عهده دارند.

چون تغییرات روانی بدنی در ارتباط با دستگاه عصبی خودکار بوده و این دستگاه در تمام نقاط بدن پراکنده است، بنابراین، اختلال روانی فیزیولوژیائی می‌تواند تمام دستگاههای بدن را فراگیرد. اختلالات مهمی که می‌توان نام برد، عبارتند از: اختلالات معدی ـ روده‌ای، قلبی ـ عروقی، تنفسی، عضلانی، استخوانی، تناسلی، و پوستی.

1 - Irving Janis

## اختلالات معدی ـ روده‌ای

ملاحظه شده است که به هنگام حالات هیجانی شدید بیماریهای معدی ـ روده‌ای مانند اسهال افزایش می‌یابد. مثلاً این حالت در سربازان در تمام مدتی که در جبههٔ جنگ بودند، مشاهده شده است. گرچه رابطهٔ بین حالات هیجانی و تغییرات آسیب شناختی دستگاه معدی ـ روده‌ای به روشنی معلوم نیست ولی شواهدی در دست است که نشان می‌دهد بین خشم و کینه و افزایش ترشح اسید معده رابطه وجود دارد. بدین معنی که نشانه‌های معدی ـ روده‌ای غالباً به دنبال اضطراب، شکستها، و نزاعهای خانوادگی بروز می‌کنند.

بسیاری از مطالعات دربارهٔ استرس و اختلالات معدی ـ روده‌ای حاکی از آن است که زخمها یا در معده، یا در اولین بخش رودهٔ کوچک به نام دوازدهه، ظاهر می‌گردند. ارتباط پپسینوژن[1] (مادهٔ اولیهٔ غیرفعال که از غدد معدی ترشح می‌شود و تحت تأثیر اسید هیدروکلریک به پپسین تبدیل می‌گردد) با زخم معده در موارد متعدد ملاحظه شده است. مثلاً سربازانی که در بدو ورود به خدمت میزان پپسینوژن معدهٔ آنها بالا بود، در طول خدمت سربازی آمادگی بیشتری برای ابتلا به زخم معده[2] نشان دادند. گرچه توارث به عنوان عامل "آماده ساز" در ابتلا به زخم معده نقش مهمی به عهده دارد، ولی تجارب استرسی شخص نیز در تعیین آسیبهای معدی ـ روده‌ای مؤثرند. مثلاً جدائی یا از دست دادن افراد مورد علاقه، عامل مؤثری برای ابتلا به زخم معده در افراد مستعد بوده است (ایکرمن[3] و دیگران، ۱۹۸۱).

تستهای روان‌شناختی که روی افراد مبتلا به زخم معده صورت گرفته، نشان داده‌اند که آنان به یک حمایت همه جانبه نیاز داشتند، ولی از ابراز خصومت خویش ناتوان بودند، زیرا می‌ترسیدند که حمایت افراد نسبت به خود را از دست بدهند.

*بارون*[4] در ۱۹۶۲ یکصد دانشجوی پزشکی را از نظر میزان ترشح اسید معده مورد

---

1 - Pepsinogen
2 - ulcer
3 - Ackerman
4 - Baron

بررسی قرار داد و مدت ۲۷ سال وضعیت آنها را از نظر ابتلا به زخم‌معده پیگیری کرد. سرانجام ملاحظه نمود که ۹ نفر از این عده که میزان ترشح اسید در آنها بالاتر از دیگران بود، به زخم معده دچار شده‌اند، در حالی که ۹ نفر دیگر که آنان نیز به زخم معده مبتلا شده بودند، میزان اسید معده‌شان بالا نبود. توجیه این امر ممکن است مربوط به مواد موجود در خون و نقش محافظت کنندهٔ لایه‌های مخاطی معده باشد.

هیپوتالاموس که نقش مهمی در تنظیم دستگاه عصبی خودکار دارد، ممکن است در ایجاد زخم معده مهم باشد. تحریک مداوم هیپوتالاموس از طریق نصب الکترودهایی در هیپوتالاموس حیوانات، موجب ظهور زخم در معدهٔ آنها شده است. گرچه چیز زیادی دربارهٔ تفاوتهای فردی در عملکرد هیپوتالاموس نمی‌دانیم، ولی تقریباً به طور مطمئن این موضوع کلیدی برای بسیاری از علل زخم معده می‌تواند باشد.

ساختمان ظاهری بدن و گروه خونی، ویژگیهای ژنتیک هستند که می‌توانند در آمادگی برای زخم معده مؤثر باشند، هر چند تعیین نقش آنها در سبب شناسی این اختلال بالنسبه ضعیف است (وینر[1]، ۱۹۷۷). ممکن است آنتی‌ژنهای خون در مقاومت سلولهای مخاطی معده در برابر زخم نقش مؤثری داشته باشند.

معلوم شده است که عوامل شخصیتی نیز در ایجاد زخم‌معده نقش دارند. *برادی*[2] افراد مستعد این اختلال را "شخصیتهای اجرائی[3]" نامیده است، زیرا زخمهای معده غالباً در مجریان جاه‌طلب، سخت کوش، و کسانی که در موقعیتهای پرمسؤولیت قرار دارند با فراوانی بیشتری مشاهده شده است، (هر چند در واقع این اختلال در بین کارگران بیشتر معمول است). به همین دلیل بیشتر تحقیقهای اولیه روی صفات شخصیت از قبیل جاه‌طلبی، کارآمدی، پیشرفت خواهی، و زندگی فعال متمرکز بوده است. مطالعات بعدی نشان داده‌اند که این ویژگیها در سایر اختلالات (مثلاً بیماری کرونری قلب) و افراد سالم نیز متداول است. *الکساندر*[4] در ۱۹۵۰ کوشید تا این نظریه را با تأکید بر تعارضهای

1 - Weiner
2 - Brady
3 - executive
4 - Alexander

ناخودآگاه توجیه کند. زیرا گرچه این افراد خود را رهبران خودکفا، پرخاشگر، مسؤول، و سازنده معرفی می‌کردند، ولی به طور ناخودآگاه در آرزوی محبت، آرامش، و مهرورزی بودند. در یک مطالعهٔ جدیدتر ۱۹۶۸ الکساندر دریافت که تبیینهای زخم معده که منحصراً بر فرمولهای روان پویائی مبتنی باشد تا حدودی در مردان می‌تواند صادق باشد، ولی در مورد زنان چنین نیست. او در تحقیقات خود نتیجه گرفت که نظریهٔ سبب‌شناسی روان پویائی به صورت تمایلات وابستگی و فعل‌پذیری دهانی ناخودآگاه در مردان می‌تواند نقش مؤثری داشته باشد. هر چند تعبیر و تفسیر این مسئله ممکن است چنین باشد که تأثیرات رمزی تخیلات وابستگی و فعل‌پذیری دهانی پس از ظهور نشانه‌های این بیماری است.

سرانجام این نظریه ممکن است درست باشد که گرچه افراد تیپ شخصیتی اجرایی و سخت‌کوش با تمایلات و تعارضهای وابستگی ناخودآگاه آمادهٔ ابتلا به زخم معده هستند، ولی این موضوع که این آمادگی فقط برای این نوع اختلال روانی فیزیولوژیائی است، تردیدآمیز است.

سایر هیجانهای منفی نیز ممکن است در ظهور زخم معده دخالت داشته باشند. دانسته شده است که اضطراب، دشمنی، و تنفر حرکات معده و اسیدی شدن آن را در بیماران مبتلا به زخم معده و بعضی از افراد بهنجار افزایش می‌دهد، درصورتی که این حالت می‌تواند از طریق القای احساسات خوب و محبت‌آمیز کاهش یابد. *وولف*[1] و *وولف*[2] در ۱۹۴۷ چنین حالاتی را در مردی که زخم و سوراخی در معده‌اش ایجاد شده بود، مشاهده کردند. هنگامی که احساس خشم و تنفر بر آن مرد مستولی می‌شد، تغییرات آسیب شناختی در معده‌اش آشکار می‌گشت. مثلاً زمانی که در یک شغل کوچک به دلیل ناکارآمدی اخراج شد، یا زمانی که مردی که به او پول قرض داده بود می‌کوشید تا در امور زندگی شخصی‌اش دخالت کند، این حالات آسیب‌شناختی به صورت حاد در

1 - Wolf

2 - Wolff

معده‌اش جلوه‌گر می‌شدند. برعکس هنگامی که او ترس و غمگینی را تجربه می‌کرد مخاط معده‌اش کمرنگ شده، حرکات معده و اسیدی شدن آن کاهش می‌یافت.

تاریخچه‌های موردی دربارهٔ بیماران مبتلا به زخم معده نشان داده‌اند که درد و زخم در نتیجهٔ کشمکشهای روانی با مادر، احساس طردشدگی، جدائی از شخص مورد علاقه، و احساس گناه دربارهٔ روابط جنسی تشدید می‌گردد. گاهی اوقات حوادثی که موجب برانگیختن احساس شکست، یا خشم و پرخاشگری در شخص می‌شوند، در سرعت بخشیدن به ظهور زخم و خونریزی تأثیر می‌گذارند.

به جز زخم معده اختلالات دیگر معدی ـ روده‌ای عبارتند از: بی‌اشتهایی روانی، انقباض خود به خودی قسمت پایین مری، استفراغ، اختلال بلع و احساس گلوله و لقمهٔ غذائی در قسمت بالای مری که در خانمها متداولتر است، درد در ناحیهٔ فوقانی معده، و کولیت[1].

### بی‌اشتهائی روانی[2]

این اختلال عبارت است از: امتناع از خوردن در مدت زمانی طولانی که با کاهش شدید وزن، ناتوانی جنسی، آشفتگی در نگرش شخص نسبت به بدن خویشتن و ترس شدید از چاقی همراه است. در بعضی از افراد میل به غذا و اشتها چنان دچار منع می‌شود که کمبود و نارسائی غذائی منجر به مرگ آنان می‌شود. شیوع این بیماری در زنها متداولتر از مردها و در سنین بلوغ و ازدواج بیشتر است. معمولاً یک دختر مبتلا، بین ۱۳ تا ۱۸ سالگی، خوردن را متوقف ساخته شروع به از دست دادن وزن می‌کند. در نتیجه اطرافیان وی به وحشت افتاده و در خوردن اصرار می‌ورزند، ولی اصرار آنان به جایی نمی‌رسد. چرخهٔ ماهانه دستخوش توقف شده، فعالیتهای بدنی افزایش می‌یابد، و ضعف و ناتوانی بر وی مستولی می‌شود. این اختلال ممکن است با بیماریهائی از قبیل نارسائی

1 - colitis

2 - anorexia nervosa

غدهٔ هیپوفیز اشتباه شود، زیرا در آن بیماری نیز از بین رفتن وظایف جنسی و کاهش متابولیسم پایه ملاحظه می‌شود. با این وجود هنوز مشخص نیست که آیا بی‌اشتهایی روانی خود یک اختلال اولیه است یا علت اولیهٔ آن یک بیماری غددی است. همچنین معلوم نیست که آیا اشکالات جنسی ناشی از کمبود غذاست یا کمبود غذا موجب اختلالات جنسی است. وجود اضطراب و رفتارهای وسواسی در بسیاری از افراد مبتلا به بی‌اشتهائی روانی بسیار متداول است. معمولاً مسئلهٔ اصلی در افراد مبتلا، بحران شدید در رشد روان‌شناختی آنان است. آنها اغلب غذاهای لاغرکننده را در حد بسیار کم انتخاب می‌کنند، یا غذائی را که انتخاب کرده‌اند دور می‌ریزند، یا در مکانهای مختلف پنهان می‌سازند.

در ۱۹۷۳ بروچ[1] این نظریهٔ فروید را که اضطراب در افراد مبتلا به بی‌اشتهائی روانی ناشی از ترس ناخودآگاه آنان از ناباروری دهانی[2] است، مورد بررسی قرار داد. او در آنان شواهد کمی دربارهٔ وجود چنین تخیلات و ادراکهای نادرستی یافت. ولی اظهار داشت که آنان در کودکی بیش از آنچه در بین دختران نوجوان معمول است، در معرض سوء تفاهمهائی نسبت به چگونگی به وجود آمدن بچه قرار گرفته‌اند. در سایر موارد افراد مبتلا به بی‌اشتهایی روانی، یک مقاومت پرخاشگرانه نسبت به خواستهای والدین داشتند، یا از آن که شبیه به والد همجنس خودشان باشند، امتناع می‌ورزیدند. یک نگرش بسیار متداول که در بین این افراد مشاهده می‌شود، تنفر است. غالباً تنفر بر غذا متمرکز شده است، ولی این موضوع معمولاً بیان کنندهٔ یک فاجعهٔ رمزی نسبت به جنبه‌های زندگی فرد است. مثلاً یک بیمار اظهار می‌داشت که "تنفر از غذا می‌تواند به کل دنیا و به کل زندگی گسترش یابد" بسیاری از بیماران دربارهٔ مسائل اصلی خود که نمی‌خواهند رشد کنند، و نمی‌خواهند شبیه به مادرشان بشوند، صحبت کرده‌اند. درک این موضوع آسان است که خوردن با پیشرفتهای رشد در سراسر دوران کودکی همبستگی بسیار پیدا

1 - Bruch

2 - oral impregnation

می‌کند. مثلاً از زمان پرستاری شدن و خوردن یک فنجان شیر، تا تغذیه شدن توسط دیگران، و انتخاب و خوردن غذا توسط خود کودک همواره این جملات تکرار می‌شود که "تو باید برای آن که رشد کنی، بزرگ شوی، و مانند والدینت بشوی غذا بخوری". توجه طبیعی والدین دربارهٔ خوردن کودکانشان موجب ظهور یک رفتار رمزی آشکار به صورت ابراز مقاومت نسبت به جنبه‌های ترساننده یا معماگونهٔ رشد می‌شود.

برداشتهای انحرافی شخص که با امتناع از خوردن همراه شده است، لزوم مطالعهٔ مبتلایان به این اختلال را به صورت انفرادی جهت فهم علل آن آشکار می‌سازد.

*مینوچین*[1] در ۱۹۷۴ به دنبال موضوع روابط خانوادگی، پیشنهاد کرد که نشانه‌های مرضی بی‌اشتهائی روانی از بد عملکردهای الگوی خانوادگی ناشی می‌شود. بدین ترتیب، درمان عبارت است از: بازسازی بد عملکردیهای دستگاه خانوادگی.

*ماوسون*[2] ۱۹۷۴ این اختلال را به عنوان یک پاسخ اجتنابی فوبیائی نسبت به غذا ناشی از تنشهای اجتماعی و جنسی مربوط به تغییرات بدنی در سن بلوغ می‌نگرد. مجدداً این نکته یادآوری می‌شود که چون ناحیه‌ای از هیپوتالاموس مسؤول تنظیم غذا، رفتار جنسی، و فعالیت قاعدگی است و همگی در بی‌اشتهائی روانی مختل می‌گردند، بنابراین، بدکارکردی هیپوتالاموس ممکن است یک علت اصلی در بی‌اشتهائی روانی باشد. هر چند مسائلی از قبیل اختلالات شخصیت پیش از بیماری، روابط آشفته با خانواده، و درمانگریهای روانپزشکی قبلی در افراد مبتلا شیوع بسیار داشته است.

*مورگان*[3] *و راسل*[4] در ۱۹۷۵ در یک مطالعهٔ پیگیر دریافتند که ۳۹ درصد از بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی روانی پس از چهار سال درمان، بهبودی خوبی به دست می‌آورند، هر چند در ۱۰ تا ۲۳ درصد از آنان خطر مرگ از این بیماری وجود دارد (وان بوسکیرک[5]، ۱۹۷۷). گوئتز[6] و دیگران دریافتند که بهترین نتیجهٔ درمانی را بیماران

1 - Minuchin
2 - Mawson
3 - Morgan
4 - Russel
5 - Van Buskirk
6 - Goetz

هیستریانیک و کسانی که شخصیت تلقین پذیر دارند، به دست می‌آورند. در حالی که ضعیفترین نتایج درمانی مربوط به شخصیتهای اسکیزوئیدی است. این موضوع رابطهٔ نزدیک این اختلال را با پیش‌آگهی و کیفیت سازگاری بعدی شخصی مطرح می‌سازد.

**اختلالات مربوط به دفع**

مکانیزم فیزیولوژیایی خالی شدن شکم به طور غریزی توسط انقباض ماهیچه‌های اطراف رودهٔ بزرگ صورت می‌گیرد. این مکانیزم در انسان می‌تواند به دلیل برانگیختگیهای هیجانی صورت پذیرد. فعالیت مزمن و بیش از اندازهٔ پاراسمپاتیک موجب ترشح فوق‌العادهٔ مادهٔ مخاطی در رودهٔ بزرگ، انقباض ماهیچه‌ها، منع گردش خون، و سرانجام احتقان[1] (جمع شدگی خون) می‌شود. در موارد خفیف، این حالت منجر به یبوست مزمن، تحریک و حساسیت رودهٔ بزرگ، و اسهال خونی می‌شود. تحریک آزمایشی فیبرهای پاراسمپاتیک موجب کولیت[2] (ورم روده بزرگ) نمی‌شود؛ بلکه شواهد قوی حاکی از آن است که فعالیت بیش از اندازهٔ این فیبرها منتهی به کولیت می‌گردد. تنش، که معمولاً توسط هیجانهای شدید از قبیل اضطراب، خشم، و احساس گناه به وجود می‌آید، موجب فعالیت بیش از اندازهٔ سیستم پاراسمپاتیک می‌شود. افراد مبتلا به کولیت غالباً وجدان قوی داشته، وابسته به عقاید دیگران، و مستعد افکار وسواسی که همواره ذهن آنها را اشغال کرده است، هستند. بی‌عدالتیهائی که نسبت به خود یا دیگران احساس می‌کنند آنان را دچار خشم یا رنجش، و احساس گناه می‌سازد. اشتغال ذهنی دائمی آنان نسبت به این موضوعها موجب تنش ماهیچه‌ها و تحریک سیستم پاراسمپاتیک در رودهٔ بزرگ می‌شود.

در موارد شدیدتر، انقباض ماهیچه‌ها موجب فشرده شدن عروقی که سطح داخلی روده بزرگ را تغذیه می‌کنند شده، منجر به مرگ سلولهای لایه روده می‌شوند. این حالت

1 - congestion

2 - colitis

زخم روده[1] نامیده می‌شود. در این حالت تحریکهای مکرر دفع، در حدود بیست بار در روز، وجود دارد که در اکثر موارد شامل، خون، بلغم، اجزای مردهٔ بافتها، و مقدار بسیار کمی مدفوع است. زخم روده مانند زخم معده نسبت به درمان داروئی بسیار مقاوم است و جراحی نیز نمی‌تواند آن را برطرف سازد مگر آنکه از طریق روان‌درمانگری علل هیجانی و زیربنائی آن معلوم شده، تنش هیجانی شخص برطرف گردد. *انجل*[2] و *شمیل*[3] (۱۹۶۷) این فرضیه را ابراز داشتند که افسردگی مربوط به از دست دادن، خواه واقعی و خواه تخیلی، موجب آسیب دیدن و کمبود جریان خون رودهٔ بزرگ شده، شخص را مستعد زخم روده می‌سازد.

**اختلالات قلبی عروقی[4]**

در ایالات متحد ۵۵ درصد از تمام مرگها مربوط به اختلالات قلبی عروقی است که احتمالاً نیمی از این مرگها ناشی از فشارخون اساسی است (لیپوسکی[5]، ۱۹۷۵). یعنی یک نفر از هر چهار نفر که می‌میرد، مربوط به تأثیر فشار خون در یکی از اعضای حیاتی بدن مانند قلب، مغز، یا کلیه است. گرچه سبب شناسی اختلالات قلبی عروقی بی‌شباهت به اختلالات گوارشی نیست، ولی اختلالات قلبی عروقی بیشترین تهدید برای زندگی بشر محسوب می‌شوند، به نحوی که خطر آن حتی بیشتر از سرطان است. علاوه بر آن اختلالات قلبی و فشارخون موجب ناراحتیهای مزمن و محدودیتهای متعدد در کار و فعالیتهای زندگی می‌شوند.

برای فهم ناراحتیهای قلبی عروقی بحث مختصری دربارهٔ فیزیولوژی آنها ارائه می‌شود. در شرایط اضطراری، یک افزایش سریع خون که مورد نیاز قلب، ماهیچه‌ها، مغز، کلیه‌ها، و سایر اعضاست در بدن به وقوع می‌پیوندد، ولی در مورد دستگاه گوارشی

1 - ulcerative colitis
2 - Engel
3 - Schmale
4 - cardiovascular
5 - Lipowski

چنین نیاز و افزایشی ملاحظه نمی‌شود. برای انجام گرفتن سریع این عمل، شاخهٔ سمپاتیک دستگاه عصبی خودکار ماهیچه‌های دیوارهٔ شریانهای پیرامونی را منقبض می‌سازد. این عمل موجب افزایش فشار خون می‌شود؛ درست مانند آنکه یک لولهٔ پلاستیکی را که آب در آن جریان دارد فشار دهیم. در همین حال دستگاه هورمونی بتدریج موجبات افزایش فشار خون قلب را فراهم می‌سازد تا حجم خونی که از قلب فرستاده می‌شود، پاسخگوی احتیاجات بدن باشد. پس از رفع این احتیاج، شریانهای پیرامونی به حالت آرامش در می‌آیند و فشار خون کاهش می‌یابد. وقتی حجم خونی که در گردش است برای تغذیهٔ بافتها کافی باشد، آرامش ثانویهٔ شریانها و طبیعی شدن فشار خون موجب پدیده‌ای می‌شود که به آن "استراحت ثانوی" می‌گویند. این استراحت ثانوی فقط زمانی رخ می‌نماید که خون اضافی در اثر فعالیت ماهیچه‌ها مصرف شده باشد. در غیر این صورت، فشارخون بالا می‌ماند و در نتیجه دستگاه عصبی خودکار به واکنش خودادامه می‌دهد، چنان که گوئی آمادگی بیشتری برای جنگ یا گریز دائمی مورد نیاز است. این موضوع موجب ادامهٔ انقباض اضطراری شریانها می‌شود.

**فشار خون اساسی**[1]

اصطلاح "فشار خون اساسی" هنگامی به کار می‌رود که ناشی از یک بیماری عضوی نباشد. فشار خون می‌تواند موجب نشانه‌های مرضی ناخوشایندی مانند سردرد و گیجی شود که اگر طولانی باشد منتهی به حوادث عروقی مرگ‌آور یا نارسائیهای قلبی گردد. در اکثر موارد، عوامل ارگانیک علل اولیهٔ فشارخون محسوب نمی‌شوند، بلکه انقباض دائمی شریانها و افزایش کار قلب ممکن است ناشی از یک تنش هیجانی مداوم مانند خشم باشد که مشخصاً روی دستگاه گردش خون تأثیر می‌گذارد. بنابراین، تعجب‌آور نیست که بیماران مبتلا به فشارخون مزمن به راحتی درمان نمی‌شوند. افراد مبتلا به

1 - essential blood pressure

فشارخون ممکن است در ظاهر بسیار آرام باشند ولی از شدت خشم در درون خود بجوشند. این تنیدگی و خشم مزمن گرچه معمولاً به شدت منع می‌شود ولی سرکوب نمی‌گردد. آنان ممکن است بخوبی از خشم سرکش خودآگاه باشند، و حتی زمانی که خود راکنترل می‌کنند تجربه و احساس آن را داشته باشند. این موضوع در آنان به یک بن‌بست روان‌شناختی خاص منتهی می‌شود، زیرا نه می‌توانند خشم خود را آشکارا ابراز نمایند و نه می‌توانند به طور کامل آن را سرکوب کنند. این حالت تعارض و سرگردانی مربوط به تکانه‌های خصمانه که نه به راحتی آشکار می‌گردند و نه سرکوب می‌شوند، به نظر می‌رسد که یک ویژگی دائمی و بازگشت‌پذیر در فشارخون اساسی محسوب شود. این تعارض می‌تواند به طرق مختلف مانند خودداری از موقعیت برانگیزانندهٔ خشم، ظهور طغیان آشکار، و مستهلک ساختن عمیقانهٔ خشم در هالهٔ اضطراب یا اختلالات روان‌شناختی آشکار شود. حالت خاصی که در افراد مبتلا به فشارخون اساسی ملاحظه می‌شود *انسداد دوجانبه*[1] است، یعنی در حالی که شخص تسلیم شده است هرگز به تسلیم تن در نمی‌دهد؛ یا گرچه همواره احساس خشم می‌کند ولی هیچ‌گاه خشم را تخلیه نمی‌کند.

*هوکان سون*[2] و *بورگس*[3] در (۱۹۶۲) اعتبار این استدلال را از طریق شواهد تجربی نشان داده‌اند. آزمودنیهای بهنجار توسط آزمایش کنندگان به طرز ماهرانه‌ای دچار خشم شدند و در همان وضع فشار خون آنان ثبت گردید؛ در حالی که با گروه کنترل مؤدبانه رفتار شد. پس از آن به نصف افراد هر گروه فرصتی برای وارد ساختن یک ضربهٔ الکتریکی به آزمایش کننده داده شد. تخلیهٔ خشم بدین طریق، موجب بازگشت فشارخون افراد گروه خشمناک به حالت طبیعی شد؛ در حالی که فشارخون افراد خشمگین که نصف دیگر افراد گروه را تشکیل می‌دادند و شانس وارد ساختن ضربهٔ الکتریکی به آزمایش کننده را نداشتند، همچنان بالا باقی ماند.

---

1 - double blocking
2 - Hokanson
3 - Burgess

آشکار شده است که بعضی از مشاغل موجب افزایش فشار خون در صاحبان آن مشاغل می‌شوند. حتی به نظر می‌رسد که فعالیتهای ظاهراً بی‌زیان از قبیل رانندگی اتومبیل، که همهٔ ما هر روزه انجام می‌دهیم، ممکن است موجب بالا رفتن فشار خون گردد. *لیتل*[1]، *هانور*[2]، و *سلیت*[3] (۱۹۷۳) در بررسیهای خود، دوره‌های کوتاه بالا رفتن فشارخون عروقی را در رانندگان به هنگام رانندگی، به ویژه هنگام سبقت گرفتن از اتومبیلهای دیگر، یافتند. چنین استرسهایی را می‌توان فشارهای کار نامید و این قبیل آزردگیهای متراکم شده در اشخاص را علت فشارخون اساسی مزمن دانست. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد عوامل اجتماعی و روانی در ایجاد بیماریهای قلبی عروقی نقش مؤثری بازی می‌کنند.

اگر فشارخون سیستولیک[4] به هنگام انقباض قلب بالاتر از ۱۵ و فشار *دیاستولیک*[5] که قلب در آرامش است بالاتر از ۹ باشد بیماری فشارخون وجود دارد. فشارخون بالا نشان‌دهندهٔ مقاومت دستگاه قلبی عروقی در برابر جریان خون است. این مقاومت موجب کار سخت‌تر قلب شده، در نتیجهٔ خطر حملهٔ قلبی افزایش می‌یابد. بسیاری از مطالعات رابطهٔ بین تحریک هیجانی مداوم و فشارخون بالا را نشان داده‌اند. همچنین وزن زیاد، میزان بالای کلسترول خون، و کشیدن سیگار در بالا رفتن فشارخون مؤثرند. چون طبق نظر بسیاری از متخصصان بالینی خشم و اضطراب طولانی منجر به فشارخون بالا خواهد گردید. بنابراین، شناخت علل خشم و اضطراب می‌تواند در درمان و کاهش فشارخون مؤثر باشد. روش دیگر درمان فشارخون استفاده از تعلیم *آرامش عضلانی*[6] است (اشنایدر، ۱۹۸۰، ۸۶). سومین روش درمانی بیوفیدبک[7] است، روشی که در واقع ارادی کردن پاسخهای غیرارادی از طریق شرطی سازی کلاسیک است. هر چند پژوهشهای اخیر نشان داده‌اند که شرطی سازی عاملی نیز در تعلیم این روش امکان‌پذیر است.

---

1 - Little
2 - Honour
3 - Sleight
4 - systolic
5 - diastolic
6 - relaxation
7 - biofeedback

## بیماری کرونری قلب[1]

یکی از اختلالات قلبی عروقی که شیوع بسیار دارد، بیماری کرونری قلب است که به دلیل ضایعه و انسداد شریانهای کرونر (اکلیلی) قلب ایجاد می‌شود. در این اختلال دیواره‌های یک یا چند شریان کرونر قلب به دلیل ته نشین شدن موادی به نام پلاک[2] (مواد چربی یا فیبری) به طور جزئی یا کلی مسدود می‌شود و در اثر آن رسیدن خون به بخشهای مختلف قلب به صورت دائم یا موقت دچار توقف می‌گردد. گرفتگی شریانهای قلب شکلهای متفاوتی به خود می‌گیرد. یکی از آنها آنژین صدری قلب است که فرد مبتلا از دردهای ادواری به دلیل نرسیدن خون حامل اکسیژن به قلب رنج می‌برد. این حالت *آترواسکلروز*[3] نامیده شده است و علت آن از دست دادن حالت انقباض و انبساط شریانهای قلب است. اختلال قلبی دیگر *انفارکتوس میوکاردی*[4] است که معمولاً سکتهٔ قلبی نامیده شده و انسداد عروق بیشتر و قطع ونارسائی خون به قلب شدیدتر است. عواملی که خطر ابتلا به اختلالات کرونری قلب را افزایش می‌دهند، عبارتند از: سن (در افراد مسن احتمال بیشتری برای ابتلا است)، جنس (احتمال ابتلای مردان به این اختلال بیشتر از زنان است)، کشیدن سیگار، فشارخون بالا، بیماری قند، و بالا بودن میزان کلسترول خون. بعضی از مطالعات چاقی، زمینهٔ ارثی، و عدم فعالیت بدنی (ورزش) را مؤثر دانسته‌اند. استرس نیز یکی از علل مهم این اختلال ذکر شده است. به نظر می‌رسد که استرس از طریق واکنشهای طبیعی بدن نسبت به محرکهای آزاردهنده، تأثیر می‌گذارد. بدین ترتیب، در حالت استرس و برانگیختگی، موادی هورمونی به نام کاتکولامینها[5] ترشح می‌شوند که دو نوع آنها یعنی اپی نفرین[6]، و نوراپی نفرین[7] موجب ضایعهٔ عروقی و سرانجام حملهٔ قلبی می‌شود. گرچه تأثیر استرس در افراد مختلف پاسخهای بدنی متفاوتی را موجب می‌شود ولی به نظر می‌رسد که واکنشهای قلبی در افرادی که آمادگی ابتلا به مشکلات

---

1 - coronary heart disease
2 - plaque
3 - atherosclerosis
4 - myocardial infarction
5 - catecholamines
6 - epinephrine
7 - norepinephrine

قلبی را دارند، بیشتر از سایر پاسخهای بدنی باشد. درگذشته تأثیر استرس بر قلب را ناشی از عملکرد شاخهٔ سمپاتیک دستگاه عصبی خودکار می‌دانستند، ولی کشفهای تازه نشان داده‌اند که سایر بخشهای دستگاه عصبی نیز ممکن است در عملکرد قلب نقش داشته باشند. مثلاً فیبرهای عصبی حسی در شریانهای بزرگ می‌توانندموجب پاسخهای قلبی عروقی شدید گردند. شناختن نقش استرس در این پاسخها می‌تواند در درمان و پیشگیری حملهٔ قلبی مؤثر باشد (الیوت[1]، ایزدورفر[2]، ۱۹۸۲).

نه تنها تأثیر شغل در ایجاد بیماری قلبی مورد تحقیق قرارگرفته و معلوم شده است که وقتی افراد ساعات بیشتری از هفته راکار می‌کنند یا به ناچار استرس بیشتری را تحمل می‌کنند، میزان کلسترول خون آنها بالاتر می‌رود، بلکه عوامل دیگری مانند از دست دادن فرد مورد علاقه نیز می‌تواند منتهی به حملهٔ قلبی شود. دخالت عوامل فرهنگی نیز در شیوع این اختلال آشکار گردیده است. مثلاً کشور ژاپن پایینترین درصد بیماریهای قلبی و ایالات متحد امریکا بیشترین درصد بیماریهای قلبی را در دنیا دارا هستند. شاید علت این امر حفظ فرهنگ سنتی در ژاپن باشد، چنان که تفاوتهای فرهنگی در نواحی مختلف ایالات متحد آمریکا نیز نشان‌دهندهٔ تفاوتهای زیادی در شیوع بعضی بیماریهای روانی فیزیولوژیائی مانند زخم معده بوده است.

تیپهای شخصیتی مختلف نیز از نظر آمادگی برای ابتلا به حمله‌های قلبی تفاوت نشان داده‌اند. مثلاً در تیپ شخصیتی A که ویژگیهای آن عبارت است از: (۱) سریع صحبت کردن که گاهی اوقات انفجارآمیز جلوه گر می‌شود؛ (۲) با سرعت راه رفتن، خوردن، و حرکت کردن؛ (۳) خشمگین شدن زیاد در برابر تأخیرهای بی‌جهت مثلاً انتظار کشیدن در ایستگاه اتوبوس؛ (۴) کوشش در برنامه‌ریزی هر چه سریعتر در زمانی هر اندازه کوتاهتر؛ (۵) احساس گناه مبهم به هنگام استراحت و نداشتن فعالیت؛ (٦) سعی در انجام دادن دوکار در یک زمان؛ (۷) کوشش دائمی برای پیشرفت و رقابت؛ (۸) جهت‌گیری

1 - Elliot

2 - Eisdorfer

پرخاشگرانه نسبت به زندگی؛ (۹) ظاهر زیرکانه و ناشکیبا؛ (۱۰) احساس استرس دائمی و نداشتن احساس آرامش، بیشتر از تیپ شخصیتی B که رفتارش برخلاف تیپ شخصیتی A است، احتمال بروز حمله‌های قلبی است.

در سال ۱۹۷۸ هاکت[1] ادعا کرد که داروهای ضد فشارخون راه اصلی درمان بیماریهای قلبی است. گرچه هیچ دلیلی برای رد یا قبول این عقیده نداریم ولی مطالعاتی که به تازگی انجام شده‌اند دلالت بر آن دارند که تا حدودی جا برای بحث دربارهٔ مداخلات روان‌شناختی جهت درمان نیز وجود دارد.

## سردردهای میگرنی[2]

حملات سردرد میگرنی در بعضی از افراد به طور متناوب رخ می‌نمایند. این نوع سردرد که معمولاً یک طرف سر را فرا می‌گیرد ضربانی و بسیار شدید بوده، اغلب با تهوع همراه است. حمله و درد ممکن است جلو سر و گاهی اوقات تمام سر را در برگیرد و چند ساعت یا چند روز طول بکشد. علت آن به روشنی شناخته شده نیست، هر چند عامل اصلی آن هیجان و به دنبال آن انقباض و انبساط شریانهای سر، ذکر شده است. در بعضی از موارد انبساط شریانهای سر بخوبی نمایان است. قبل از شروع حمله به دلیل انقباض عروق خونی نشانه‌هایی که وقوع حمله‌ها را خبر می‌دهند، ظاهر می‌شوند. این نشانه‌ها عبارتند از: نقاط سیاه در میدان بینایی، احساس مورمور کردن در پوست، اشکال در صحبت کردن، سوت کشیدن گوش، کرختی و ضعف اعضا، حساسیت فوق‌العاده نسبت به نور، حس سوزش در اعضا، احساس تهوع، و تغییر در خلق و خو. حالتی از تیرگی شعور[3] همراه با احساس عدم واقعیت مانند حالتی که قبل از حملهٔ صرع وجود دارد نیز ملاحظه می‌شود. ممکن است این حالات با احساس سرخوشی دنبال شوند. در بسیاری از موارد سردردهای میگرنی سابقهٔ خانوادگی دارند ولی این موضوع که وراثت

1 - Hockett
2 - migraine headaches
3 - Eura

در ایجاد آنها نقش داشته باشد، هنوز روشن نیست. ممکن است ظهور حملات میگرن با تغییرات زندگی از قبیل قرارگرفتن در موقعیتهای استرس‌زا، رسیدن به سن بلوغ، رفتن به مدرسه و دانشکده، و شروع یک شغل در ارتباط باشد. به طور کلی، این موضوع مورد قبول همهٔ متخصصان است که استرس و هیجان در ایجاد حمله‌های میگرنی نقش دارند.

افراد مبتلا به میگرن از نظر شخصیتی افرادی هستند کمال‌گرا و دارای سائقه‌های قوی، از قبیل اینکه: "من حتماً باید این کار را انجام بدهم، یا من می‌کوشم این کار را به پایان برسانم". به همین دلیل اغلب بعد ا ز آنکه فرد در انجام دادن وظایفی با شکست و عدم موفقیت مواجه شده است ظاهر می‌گردد. بعضی از افراد مستعد میگرن ظاهراً آرام و آسوده به نظر می‌رسند، در حالی که ممکن است خشم و اضطراب پنهان به دلیل ناتوانی در انجام دادن کاری در حد کمال مطلوب، در زیر ظاهر آرام آنان وجود داشته باشد.

سردردهای میگرنی اغلب به داروهائی که موجب انقباض عروق می‌شوند، پاسخ مثبت می‌دهند. درمانهای رفتاری مانند: آرامش عضلانی، حساسیت زدائی منظم، و آموزش ابراز وجود ممکن است در بعضی از موارد مؤثر واقع شوند. معلوم شده است که در عده‌ای از افراد مبتلا به میگرن، تکنیک (فن) بیوفیدبک می‌تواند تأثیر داشته باشد.

### اختلالهای پوستی[1]

تأثیر عوامل هیجانی بر پوست از مشاهدات روزانه است. مثلاً برافروختگی و سرخ شدن صورت به هنگام خشم یا شرمگینی، یا پریدگی رنگ در اثر ترس مواردی هستند که در افراد در وضعیتهای مختلف هیجانی ملاحظه می‌گردد. تجربه‌های مختلف نشانگر آنند که حالتهای هیجانی می‌توانند در ظهور اختلالهای پوستی مؤثر باشند. اغلب کسانی که تحت فشار روانی هستند یا از لحاظ هیجانی برآشفته‌اند، جوشها یا سایر واکنشهای پوستی را ظاهر می‌سازند. این واکنشها معمولاً وقتی که استرس از بین می‌رود، ناپدید

1 - dermatitis

می‌گردند، ولی ممکن است به صورت زخمهائی باقی بمانند؛ به ویژه اگر پوست خارش داشته باشد و دائماً خارانده شود.

اختلالات پوستی از قبیل اگزما و جوشها منظرهٔ ناخوشایندی دارند؛ و بدین ترتیب ممکن است تأثیری جدی بر روابط فرد با دیگران و برخود پنداری وی داشته باشند.

مادری ۳۸ ساله و صاحب ۴ فرزند، پنج سال دچار حمله‌های کهیر بود که دانه‌هائی هستند توأم با خارش، سوزش، تیر کشیدن، و درد. با شروع حملات مناطقی از صورت، بدن، کمر، و بازوهایش متورم می‌شد. حتی زبان و مجراهای تنفسی‌اش نیز از این تورم در امان نبود. این حملات در اوائل، ماهی یکبار ظاهر می‌گشت، ولی در زمان مراجعه به چهار یا پنج روز یکبار افزایش یافته بود. پس از هر حمله دچار افسردگی و تهوع می‌شد. نتیجهٔ آزمایش آلرژی‌شناسی منفی بود. پس از تجویز داروهای آرامبخش درصد دانه‌های کهیر به نحو چشمگیری کاهش یافت. تحقیقات بعدی مشخص ساخت که این حملات زمانی ظاهر می‌شدند که وی دچار فشار روانی شدید بود.

**اختلالهای مربوط به قاعدگی، حاملگی، و رفتار جنسی**

عوامل هیجانی ممکن است موجب کم شدن قاعدگی یا قطع آن گردد. این موضوع می‌تواند نشانهٔ ظهور یک اختلال تعجب‌آور یعنی حاملگی کاذب در زنانی باشد که در آستانهٔ رسیدن به سن یائسگی هستند، یا در زنانی که بچه‌دار نمی‌شوند، یا حتی در دخترانی که هنوز ازدواج نکرده‌اند. حاملگی کاذب تظاهر آشکاری است از تأثیر نیرومند عوامل روانی بر رفتار جنسی زنان و عمل غدد مترشحهٔ داخلی در آنان. قاعدگی دردناک نیز ممکن است به دلیل تنش جسمانی و انقباض ماهیچه‌ای ایجاد شود. هیجان، استرس، و اضطراب ممکن است بر رفتارهای جنسی تأثیر گذاشته، موجب سردمزاجی در زن و ناتوانی در مرد و مسائل جنسی دیگر گردد.

### اختلالهای مفصلی و ماهیچه‌ای

اختلالات رماتیسمی و ماهیچه‌ای تشخیصهای مبهمی هستند که ممکن است شامل علل و عوارض متعددی باشند. این اختلالات اغلب به صورت دردهای مبهم و خشکی خاص اندام مشخص می‌شوند که به هنگام برخاستن از خواب شدیدند ولی پس از آن بتدریج کاهش حاصل می‌کنند، هر چند درد همچنان ادامه دارد. این دردها اغلب به دنبال حرکات ناگهانی یا فشار برنقاط معینی از بدن ظاهر می‌شوند. آشکار شده است که این دردها با عوامل روانی در ارتباط نزدیک‌اند؛ و به ویژه در هر فرد عضو ضعیف را فرامی‌گیرند. مثلاً کسی که قبلاً از کمر درد رنج برده است، به محض مواجه شدن با یک مسئلهٔ ناراحت کننده، کمردردش عود می‌کند. بدین ترتیب، می‌توان گفت: این اختلالات تظاهرات موضعی اضطراب، تنش، فشار، و هیجان در فرد هستند که به صورت تونوس ماهیچه‌ای جلوه گر می‌شوند.

### اختلالهای مربوط به غدد داخلی

تأثیر عوامل روانی ـ بدنی و برعکس بدنی ـ روانی در یکدیگر را در مورد اختلالات غددی به ویژه پرکاری غدهٔ تیروئید می‌توان ملاحظه نمود. بدین معنی که گرچه بسیاری از افراد قبل از بروز پرکاری غدهٔ تیروئید آشفته و هیجان زده بوده‌اند، اما پس از ظهور پرکاری این غده، مسائل هیجانی بیمار افزایش یافته و علائمی از قبیل اضطراب، تنش و خستگی آشکار شده است. عواملی از قبیل داغدیدگی و ناراحتیهای زناشوئی می‌توانند در ظهور این اختلال تأثیر عمده‌ای داشته باشند.

### آسم[1]

آسم یک اختلال تنفسی مزمن است که تعارضها و استرسهای هیجانی نقش عمده‌ای

1 - asthma

در ظهور حمله‌های آن بازی می‌کنند؛ هر چند اشتباه خواهد بود که بر جنبه‌های روان‌شناختی این اختلال جدا از جنبه‌های فیزیولوژیائی آن تأکید شود. زیرا حساسیتها و عفونتها اغلب منجر به این اختلال می‌شوند. به ویژه گفته شده است: این بیماری نوعی حساسیت است که در اثر آن مجرای برونشها بسته می‌شود. بیماران مبتلا به آسم اغلب گزارش کرده‌اند که همراه با حملات حاد دشواری تنفس، حالات هیجانی شدیدی احساس می‌کنند.

گرچه شواهد کمی حاکی از اینکه افراد مبتلا به آسم از نظر روانی با افراد عادی تفاوت دارند در دست است، ولی بر اساس نقطه نظر روان پویائی افراد مبتلا به آسم از ویژگیهای شخصیتی مشترکی برخوردارند که عبارت است از: همانندی تعارضهای ناخودآگاه آنان. بر اساس نقطه نظر دیگر، ویژگیهای شخصیتی افراد مبتلا به آسم ناشی از بیماری آنان است، نه آنکه شخصیت خاص آنان موجب آسم شود. بر اساس این نظریه وابستگی و بیمناکی افراد مبتلا به آسم مربوط به بیماری است نه سایر عوامل شخصیتی. یک احتمال آن است که دشورای تنفس در افراد مبتلا به آسم مربوط به فعالیت بیش از اندازهٔ دستگاه عصبی خودکار به دلیل استرس باشد که موجب تحریک و ترشح مخاط برونشها، افزایش جریان خون آنها، و انقباض لوله‌های برونش می‌شود.

تلقین می‌تواند در ظهور حمله‌های آسم تأثیر داشته باشد و یا از بروز آنها جلوگیری کند. به همین ترتیب، عوامل حساسیت‌زا که موجب حمله‌های آسم می‌شوند، ممکن است به صورت شرطی و بدون وجود واقعی آنها، حمله‌های آسم را برانگیزند. مثلاً کسانی که به گردهٔ گیاهان حساسیت داشته‌اند پس از بازدید از یک نمایشگاه هنری و دیدن تابلوی بوته‌های گیاهان به حملهٔ آسم دچار شده‌اند. عدهٔ دیگری که نسبت به گرد و خاک حساسیت داشته‌اند در اثر مشاهدهٔ گرد و خاک در یک فیلم به دلیل فرار یک گله گاو دچار حملهٔ آسم شده‌اند. افراد دیگری که نسبت به گل حساسیت داشته‌اند پس از ورود به یک اطاق که در آن گلهای مصنوعی بوده است حملهٔ آسم را آشکار ساخته‌اند.

در بعضی از موارد تلقین موجب آرامش و تسکین حمله‌ها شده است. یک مثال

مشهور دربارهٔ پزشکی است که برای استفاده از تعطیلات پایان هفته به هتل دورافتاده‌ای واقع در یک منطقهٔ ییلاقی می‌رود. در نیمهٔ شب، او به دلیل بروز یک حملهٔ شدید آسم از خواب بیدار می‌شود. فکر می‌کند که هوای اطاق دستخوش کمبود اکسیژن است. برای رفع آن در پی شکستن شیشهٔ پنجره بر می‌آید. به منظور انجام دادن این عمل از کفش خود استفاده می‌کند و آینه‌ای را به تصور آن که شیشهٔ پنجره است، می‌شکند. پس از انجام دادن این عمل، احساس راحتی می‌کند و به خواب می‌رود. هنگامی که صبح از خواب بیدار می‌شود با تعجب در می‌یابد که به جای شیشهٔ پنجره، آینه را شکسته است.

## سرطان[1]

گرچه رشد نابهنجار بافتها به عنوان علت سرطان شناخته شده است، ولی محققان دریافته‌اند که علل روان‌شناختی در این بیماری نقش مهمی به عهده دارند. در چند دههٔ اخیر، محققان به کشفیاتی نائل شده‌اند که به نظر می‌رسد بین آمادگی ابتلا به سرطان و ویژگیهای روانی خاص همبستگی وجود دارد.

در ۱۹۴۶ *خانک کارولین*[2] نمونهٔ بزرگی از دانشجویان پزشکی را به وسیلهٔ آزمونهای روان‌شناختی مورد بررسی قرار داد. از آن پس هر سال وضعیت سلامت آنان را کنترل کرد. در سال ۱۹۷۷ متوجه شد که ۴۸ نفر از آزمودنیها به سرطان مبتلا شده‌اند. آنان کسانی بودند که تمایل به جلوگیری و منع هیجانات خود (خواه مثبت، خواه منفی) داشتند. در مطالعات بعدی روی افرادی که قبلاً به سرطان دچار شده بودند، محققان دریافتند که کسانی که قادر به ابراز احساسات منفی خویش از قبیل ترس، وحشت، و خشم دربارهٔ این بیماری بودند، احتمال زنده ماندنشان بیشتر از کسانی بود که نسبت به درد و رنج و ناراحتی خود بی‌تفاوت بودند. علاوه بر بازداری هیجانی، عوامل دیگری نیز ممکن است در ایجاد سرطان مؤثر باشد. مثلاً احساس *بی‌پناهی*[3] و پیامدهای وابسته به

1 - cancer
2 - Carolin
3 - helplessness

آن، یعنی تجربهٔ توان فرسای از دست دادن شخص مورد علاقه. در یک بررسی آشکار گشت که ۷۲ درصد از چهار صد بیمار سرطانی، از هشت سال قبل از ظهور سرطان، در غم از دست دادن یک شخص مهم به سر می‌برده‌اند. در حالی که از افراد گروه کنترل در این دوره تنها ۱۰ درصد از این موضوع در رنج بوده‌اند. به همین ترتیب در یک مطالعه روی کودکان مبتلا به سرطان معلوم شد، درصد معناداری از آنان با تغییرات و حوادث شدید زندگی رو به رو بوده‌اند که اغلب مربوط به از دست دادن یک رابطهٔ با اهمیت در یک سالهٔ قبل از بیماری بوده است (بوتزین[1]، اکوسلا[2]، ۱۹۸۸، ۲۱۶).

مطالعاتی که به تازگی روی حیوانات صورت گرفته، از این پیش فرض پشتیبانی می‌کند که بین سرطان و تجربهٔ بی‌پناهی در برابر رویدادهای استرس‌زا رابطه موجود است. *اسکلار*[3] و *آنیزمن*[4] در سال ۱۹۷۹ در یک بررسی، سلولهای سرطانی را در بدن موشها کاشتند. آنگاه موشها را به سه دسته تقسیم کردند: به یک دسته از موشها ضربه‌های الکتریکی وارد می‌شد ولی آنها می‌توانستند با فشار دادن یک اهرم از آن رهائی یابند. به موشهای دستهٔ دوم ضربه‌های الکتریکی که رهائی از آنها برایشان میسر نبود، وارد می‌شد. به موشهای دستهٔ سوم هیچ ضربه‌ای وارد نمی‌شد. محققان دریافتند که رشد تومور در موشهائی که ضربه‌های الکتریکی غیرقابل اجتناب دریافت می‌داشتند سریعتر از موشهای دو گروه دیگر است. در مطالعه‌ای تازه‌تر با همین طرح ولی بدین صورت که سلولهای سرطانی به میزانی کمتر، یعنی تا آن اندازه که انتظار می‌رفت دستگاه ایمن‌سازی موشها قادر به از بین بردن آنها باشند، کاشته شدند. نتیجه بسیار قابل توجه بود؛ یعنی نیمی از موشهائی که ضربه‌های الکتریکی اجتناب ناپذیر دریافت کرده بودند، تسلیم سرطان شدند و مرگ و میر آنها دو برابر موشهائی بود که ضربه دریافت نکرده بودند یا آن که فرار از ضربه‌ها برایشان امکان‌پذیر بود.

اهمیت این نکته را باید مورد توجه قرار داد که آزمایشهای ذکر شده لزوماً حاوی این

---

1 - Bootzin
2 - Acocella
3 - Sklar
4 - Anisman

معنی نیست که استرس علت سرطان است، بلکه این مفهوم را می‌رساند که استرس از طریق کاهش نیروی ایمن‌سازی بدن، موجب ظهور سرطان می‌شود. یعنی ارتباط متقابلی بین عوامل روان‌شناختی و دستگاه ایمن‌سازی بدن، از طریق دستگاه عصبی مرکزی به وقوع می‌پیوندد که در سالهای اخیر کانون گسترش سریع یک تخصص فرعی به نام ایمن‌شناسی *روانی‌عصبی*[1] شده است. متخصصان ایمن‌شناسی روانی عصبی قبول دارند که استرس به طور مستقیم بر دستگاه ایمن‌سازی بدن تأثیر می‌بخشد. آنان دریافته‌اند که تصورات ذهنی نیز می‌توانند عملکردهای دستگاه ایمن‌سازی بدن را دچار تغییر سازند. مثلاً در یک مطالعه که به آزمودنیهای هیپنوتیزم شده تلقین شد که سلولهای سفید خون آنان قادرند که نیرومندانه میکربها را ضعیف و نابود کنند، پاسخهای ایمن‌سازی آنان به طور بالنسبه معنی داری افزایش یافت (بوتزین، اسکوسلا، ۱۹۸۸، ۲۱۷).

محققان دیگر نیاز به سازگاری با بیماری سرطان را در افراد مبتلا مورد بررسی قرار دادند. برای این منظور نیاز به سازگاری شخص برای مقابله با این بیماری را به صورت مقیاس رتبه‌ای از ۱ تا ۱۰۰ نمره گذاری کردند. پس از بررسی نمرات آشکار شد که آن عده از افراد که نمرات پایینتری در مقیاس سازگاری داشتند، یعنی نیاز کمتری برای سازگاری با بیماری را اظهار کرده بودند، وضعیت وخیمتری داشتند. این بررسی تأیید کنندهٔ این نظریه است که کسانی که بیماری خود را انکار یا سرکوب می‌کردند (افرادی که در مقیاس رتبه‌بندی نمراتشان پایینتر بود) وضعشان وخیمتر و بیماریشان پیشرفته‌تر بود (ساراسون، ۱۹۸۲).

در مطالعهٔ دیگری که توسط گریر[2] و موریس[3] در ۱۹۷۵ صورت گرفت این نتیجه حاصل شد که نحوهٔ برخورد افراد با هیجانهای نیرومند، مثلاً خشم، ممکن است به ویژه بسیار مهم باشد. آنان رابطهٔ شخصیت و سرطان سینه را در زنان مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که زنانی که خشم خود را خیلی زیاد یا خیلی کم ابراز می‌داشتند، سرطان سینه در

1 - psychoneuroimonology
2 - Greer
3 - Morris

آنان بدخیم بود. این محققان از نظر سایر متغیرها مانند هوش و افسردگی بین زنانی که سرطان سینهٔ آنها بدخیم و زنانی که سرطان سینهٔ آنها خوش‌خیم بود، تفاوتی مشاهده نکردند.

فرضیهٔ دیگری که مورد بررسی واقع شده، رابطهٔ سرطان با افسردگی است. برای مطالعهٔ این فرضیه، آزمون MMPI[1] (پرسشنامهٔ شخصیتی چند وجهی مینه‌سوتا)، به بیش از ۲۰۰۰ کارمند مرد داده شد. این افراد پس از ۱۷ سال ازنظر ابتلا به بیماری سرطان سرطان مورد مطالعه قرار گرفتند. این مطالعه نشان داد که در کسانی که نمرات افسردگی بالائی در تست MMPI داشتند، مرگ به علت سرطان بیش ازکسانی بوده است که نمرات افسردگی پایینی در این تست کسب کرده بودند. البته این تحقیق آشکار نساخت که آیا افسردگی به طور مستقیم در ظهور سرطان تأثیر داشته است یا غیر مستقیم. ارتباطی بین مرگ به دلیل سرطان و سایر مقیاسهای MMPI وجود نداشت.

محققان در یکی از مطالعات مربوط به عوامل روان‌شناختی و سرطان دریافتند که ممکن است بین انکار احساسات نیرومند و ظهور سرطان رابطه‌ای وجود داشته باشد. یکی از این احساسات و هیجانها یأس و افسردگی است که در ۳۰ درصد افراد مبتلا به سرطان مشاهده شده است (ساراسون، ۱۹۸۲).

این یافته‌ها بیانگر آنند که عوامل روانی نه تنها در ظهور سرطان مؤثرند، بلکه ممکن است در درمان این اختلال نیز تأثیر داشته باشند. در حال حاضر محققان بسیاری در حال بررسی این احتمال هستندکه آیا ممکن است روان درمانگری راه مؤثری برای درمان سرطان باشد. این موضوع توسط *سیمونتون*[2] و *کارل*[3] مطالعه و توسعه داده شده است. آنان بیماران سرطانی را تشویق می‌کنند تا منابع دفاعی درون بدن خود را در حال حمله و بلعیدن سلولهای سرطانی تصور کنند. آنان معتقدند که از این طریق بیماران احساس کنترل خود بر بیماری را بهبود بخشیده و در نتیجه به یک تغییر روان‌شناختی که ممکن است

1 - Minnesota Multiphasic Personality Inventory
2 - Simonton
3 - Carl

منتهی به کنترل ایمن‌سازی شناختی واقعی بر علیه سرطان گردد، نائل آیند. سیمونتون موفقیتهای جالبی را در درمان بیماران علاج ناپذیر گزارش کرده است. به همان‌گونه که سایر محققان نیز با استفاده از رویکردهای متفاوت به موفقیتهائی رسیده‌اند.

این گونه درمانها به عنوان راههای جایگزین شدهٔ دارو درمانی یا اشعه درمانی به کار گرفته نشده‌اند، بلکه به صورت هدفهائی در ارتباط با روشهای پزشکی و داروئی مورد توجه قرار گرفته‌اند. حتی بسیاری از کسانی که به رویکرد بدنی گرایش دارند معتقدند که این روشها می‌توانند امیدواری این بیماران راکه به سرعت کاهش می‌یابد، افزایش دهند. هر چند ممکن است که استفاده از درمانگریهای روان‌شناختی بار مسؤولیت بیماران سرطانی علاج‌ناپذیر را سنگینتر نماید. زیرا نه تنها احتمال مرگ آنان به دلیل نبود درمان داروئی بالا می‌رود، بلکه این فکر که شکست آنان در بهبودی ممکن است مربوط به کوتاهی خودشان بوده باشد، احساس داشتن یک سرنوشت ظالمانهٔ مضاعف را در آنان تشدید می‌کند. در واقع سهم عوامل روانی در ظهور و رشد سرطان هنوز یک موضوع قابل تأمل است و بررسیهای بیشتری لازم است تا چنین ارتباطی به صورت وسیع مورد قبول واقع شود.

## فربهی[1]

شواهد بیانگر آنند که افزایش وزن ضرورتاً مربوط به زیاد خوردن نیست. بسیاری از افراد فربه گرچه در حد متوسطی غذا می‌خورند، ولی چاق هستند؛ در حالی که بسیاری ازافراد لاغر با وجودی که زیاد می‌خورند، لاغر می‌مانند. به نظر می‌رسد که در افراد لاغر متغیرهائی که میزان سوخت و ساز بدن را فعال می‌سازند، کنترل می‌شوند. گرچه میزان سوخت و ساز از طریق برنامه‌های ورزشی و بدنی می‌تواند تغییر یابد، ولی در حد زیاد توسط معیارهای ژنتیک تعیین می‌شود. افزون بر آن زیاد شدن وزن در کسی که دچار

1 - obesity

چاقی است خود موجب نارسائی بیشتر در میزان سوخت و ساز می‌شود. رژیم غذائی نیز میزان سوخت و ساز را پایین می‌آورد. به همین دلیل کسی که رژیم گرفته است هم از این لحاظ که نمی‌تواند کالری لازم را به بدن برساند، ناراحت می‌شود و هم از این حیث که تأثیری در کاهش وزن ندارد. علاوه بر آن، ظاهراً بعضی افراد از زمان تولد چاقترند. گرچه این افراد ممکن است بکوشند تا دست کم از طریق رژیم غذائی برخلاف چنین تمایلی گام بردارند، ولی مانند شنا کردن برخلاف جریان آب بی‌اثر می‌ماند.

فربهی تنها ناشی از عوامل فیزیولوژیائی نیست، بلکه نتیجهٔ تأثیر متقابل عوامل روانی و فیزیولوژیایی است. شماری از مطالعات نشانگر آنند که افراد فربه نسبت به محرکهای غذایی پاسخگوترند. محرکهایی مانند مزه، بو، منظره، و موعد غذا می‌توانند به عنوان علت این بیش پاسخگوییها محسوب شوند. از طرف دیگر این بیش پاسخ‌دهی در افرادی که وزن طبیعی ولی رژیم غذائی مزمن دارند نیز وجود دارد.

اکنون شواهد قاطعی در دست است که رژیم غذایی مزمن ممکن است موجب بی‌نظمی در چرخهٔ غذا خوردن گردد. واقعیتهایی که اغلب شنیده می‌شود این است که کسانی رژیم می‌گیرند، خواه اضافه وزن داشته باشند و خواه نداشته باشند، وقتی که رژیم غذایی خود را قطع می‌کنند با تمایل بیشتری به خوردن روی می‌آورند. این بی‌نظمی ممکن است حتی منجر به یک الگوی مزمن خوردن تحت عنوان *پر اشتهائی روانی*[1] گردد. با توجه به چنین یافته‌هایی تنها شواهد فیزیولوژیائی نمی‌تواند تبیین کنندهٔ علت چاقی باشد بلکه عوامل روانی نیز در آن تأثیر بسزائی دارد .

## بیخوابی

بیخوابی، یا ناتوانی در خواب رفتن، به عنوان یک نشانهٔ مرضی بسیاری از اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب، توصیف شده است. امروزه مسئلهٔ بیخوابی شکایات

1 - bulimia

اصلی بسیاری از افراد و یکی از موارد شدید استمدادهای روانی و بدنی آنان است.

سه الگوی وسیع اختلال خواب وجود دارد. بدین ترتیب که بعضی از افراد زمانی بسیار طولانی را صرف می‌کنند تا به خواب روند، عده‌ای دیگر به آسانی به خواب می‌روند ولی در طول شب همواره از خواب بیدار می‌شوند، برخی دیگر به آسانی به خواب می‌روند ولی زود بیدار می‌شوند و دوباره نمی‌توانند به خواب روند. هر فرد در زمان و موقعیتی خاص نوعی از مشکلات خواب را تجربه کرده است، ولی اصطلاح بیخوابی زمانی باید به‌کار رود که مشکل خواب پایدار بوده، عملکردهای روزانهٔ فرد را مختل سازد و موجب خستگی، تحریک‌پذیری، ناتوانی در تمرکز و از این قبیل شود.

اختلال خواب غالباً با منبعی که شخص آن را تجربه می‌کند در رابطه است، و این رابطه به حالتی که *اضطراب انتظاری*[1] نامیده شده است، منجر می‌شود (مانند آنچه در بد عملکردهای جنسی ملاحظه می‌شود). بدین معنی که از لحظه‌ای که شخص به رختخواب می‌رود، یا حتی زمانی که لباس خوابش را می‌پوشد، نگران است که آیا به خواب خواهد رفت؟ آیا مانند شب گذشته خواهد بود؟ چگونه با سه ساعت خواب می‌تواند ساعتها کار کند؟ بنابراین، مثال قدیمی دور باطل ادامه می‌یابد؛ یعنی بیخوابی موجب این افکار و این افکار، موجب بیخوابی می‌شوند.

بیخوابی ممکن است علل زیادی داشته باشد؛ مثلاً عواملی از قبیل داروها، الکل، قهوه، اضطراب، استرس، بیماریهای بدنی، اختلالات روانی، نبودن فعالیت، و عادت کم خوابی را می‌توان نام برد. شواهد بیانگر آنند که مشکلات روانی در افرادی که کم‌خوابند، احتمالاً بیشتر از افرادی است که خواب مناسبی دارند. هر چند با اطمینان نمی‌توان نتیجه گرفت که برعکس، مشکلات روانی معلول اختلال خواب است. علاوه بر مسائل روانی، مشاهده شده است که بسیاری از افراد کم خواب، در اثنای خواب دارای میزان بالایی از برانگیختگی نابهنجار فیزیولوژیایی هستند. مثلاً قلب آنان تندتر از افرادی

1 - anticipatory anxiety

که خواب خوبی دارند می‌زند، حرارت بدن آنان بیشتر است، رگهای خونی محیطی منقبضترند و در اثنای خواب بیشتر حرکت می‌کنند.

بیشتر داروهای خواب‌آور اگر برای مدتی طولانی مصرف شوند تأثیرشان را از دست می‌دهند، و داروهای آرامبخش علاوه بر از دست دادن تأثیر خود زیانبخش نیز هستند. بنابراین، برای درمان بیخوابی به جای داروها باید از روان درمانگری و از آن جمله *درمانگری بینشی*[1] سود جست. به ویژه برای کسانی که بیخوابی آنها، جزئی از مشکلات روانی بالنسبه زیاد آنهاست. لیکن در مورد کسانی که تنها مشکل یا اساسی‌ترین مشکل آنها بیخوابی است، بهترین درمان ممکن است رفتار درمانگری و از آن جمله تعلیم آرامش عضلانی و اصلاح عادات زمان خواب باشد.

## دیدگاههای مختلف دربارهٔ اختلالات روانی فیزیولوژیائی

### دیدگاه زیست شناختی

چنان که قبلاً اشاره شد، اختلالاتی مانند زخم معده، آسم، و فشارخون، تنها ناشی از استرس نیستند، بلکه استرس از طریق بعضی متغیرها بر کارکرد اعضای بدن کسانی که آمادگی این اختلالات را دارند، تأثیر می‌گذارد.

رابطهٔ استرس با شیوع اختلالات بدنی در خانواده‌ها، واقعیتی است که بحث ژنتیک را دربارهٔ آنها معتبر جلوه می‌دهد. مثلاً معلوم شده است که میزان بروز زخم معده در بین برادران دو برابر جمعیت معمولی است. گرچه این مسئله خود به خود نمی‌تواند مبنایی برای این نتیجه‌گیری باشد که وراثت در افراد، استعداد آنان را برای ظهور زخم معده فراهم می‌سازد، زیرا ظهور زخم معده در دو برادر در یک خانواده ممکن است ناشی از یادگیری ناسازگارانهٔ یکسان در کنار آمدن با استرس باشد، ولی شواهد دیگر حاکی از آنند که یادگیری تبیین کنندهٔ همهٔ ماجرا نیست.

---

1 - insight therapy

موضوع قابل توجه دیگر رابطه‌ای است که بین زخم معده و گروههای خونی وجود دارد. بدین معنی که ملاحظه شده است، افراد دارای گروه خونی O به احتمال بیشتری در معرض ابتلا به زخم‌معده قرار دارند. افزون بر آن در یک آزمایش که ۳۴ جفت دوقلوی یک تخمکی با ۳۸ جفت دوقلوی دو تخمکی مورد بررسی قرار گرفتند، آشکار شد که میزان تطابق در دوقلوهای یک تخمکی برای ابتلا به زخم معده ۵۰ درصد، در حالی که در دوقلوهای دو تخمکی ۱۴ درصد است.

نقش توارث در فشارخون نیز می‌تواند مهم باشد. همان‌گونه که قبلاً اشاره شد، افرادی که یکی از والدین آنها مبتلا به فشارخون است واکنشهای قلبی عروقی شدیدتری نسبت به استرس نشان می‌دهند تا کسانی که در تاریخچهٔ خانوادگیشان ابتلا به این بیماری ملاحظه نمی‌شود. این موضوع با مطالعهٔ دوقلوها نیز تأیید شده است. بدین معنی که واکشنهای اغراق‌آمیز قلبی عروقی در بین دوقلوهای یک تخمکی بیشتر از دوقلوهای دو تخمکی بوده است.

بر اساس نظریهٔ ضعف بدنی، یک مشکل روانی ـ بدنی در شخصی که از ضعف بدنی رنج می‌برد، یا از نظر دستگاه بدنی آسیب‌پذیر است با احتمال بیشتری ظاهر می‌شود. مثلاً کسی که دارای دستگاه گوارشی نیرومند، دستگاه عروقی متوسط، و دستگاه تنفسی ضعیف است، استرس شدید از هر نوع که باشد ممکن است تأثیر زیانبخشی بر دستگاه تنفسی وی داشته باشد. شواهدی در تأیید این نظریه وجود دارد. مثلاً ریز[1] در ۱۹۶۴ نشان داد که ۸۰ درصد از کودکان مبتلا به آسم که مورد مطالعه واقع شدند، قبلاً از بیماری مزمن تنفسی در رنج بوده‌اند. علاوه بر آن، به نظر می‌رسد که فشارخونهای مزمن ممکن است تغییراتی ساختاری در دیوارهٔ رگهای خونی ایجاد کنند، ولی یک دستگاه عروقی قویتر حتی تحت چنین شرایط استرس‌زای شدید، قادر باشد که اختلال را منع کند.

1 - Rees

## دیدگاه روان پویائی

همان طور که می‌دانیم نظریه‌های روان‌پویائی، رفتار را به عنوان نشانه‌های هیجانات پنهان مورد توجه قرار می‌دهند. بنابراین، تعجب‌آور نیست که این مکتب قبل از هر چیز، مسائل روانی راکه ممکن است به طور معنی‌دار در ایجاد بیماریهای بدنی دخالت داشته باشند مورد توجه قرار دهد. در نظریه‌های روان پویائی نخستین، اختلالات روانی ـ بدنی به اختلالات رشد روانی جنسی نسبت داده می‌شوند که در اثر تعارضهای پنهان، آشکار می‌گردند. مثلاً زخم‌معده مربوط است به تعارضهای دهانی، کلیت، به تعارض مقعدی و از این قبیل. لیکن دیدگاههای روان‌پویائی معاصر، تعامل خانوادگی را به عنوان هستهٔ اصلی سبب شناسی رابطهٔ بین استرس و اختلالات روانی ـ بدنی در نظر می‌گیرند. مثلاً میگرن، فشارخون، آسم، و زخم معده در بین افراد خانواده‌هایی که این اختلالات در آنها وجود داشته، شایعتر از جمعیت کلی است. به هر حال، این اختلالات می‌توانند تابعی باشند از ژنها و ناراحتیهای هیجانی. در این دیدگاه درمان عبارت است از: بازنمایی تعارضهای پنهان خواه از طریق تحلیل خواب و تداعی آزاد که در تحلیل روانی اولیه مرسوم بود، خواه از طریق درمانگریهای روان‌پویائی تغییر یافته، با توسل به بحثهای چهره به چهره دربارهٔ مسائل و کشف ریشه‌های آنها در گذشته.

## دیدگاه شخصیتی

در این دیدگاه، عوامل شخصیتی در ایجاد اختلالات روانی فیزیولوژیائی مورد توجه قرار گرفته است. از چند دهه بیش نظریه پردازان روان‌پویائی کوشیدند تا "انتخاب نشانه‌های مرضی را" نه تنها به تعارضها بلکه به تیپهای شخصیتی نیز ارتباط دهند؛ رویکردی که برای بسیاری از نظریه‌پردازان غیر روان پویایی نیز جذاب و خوشایند بود. دنبار[1] در سال ۱۹۳۵ بر اساس مصاحبه با بیماران، خلاصهٔ شماری از چنین تصویرهای

1 - Dunbar

شخصیتی را به دست داد. مثلاً افرادی که از اگزما رنج می‌بردند خود تنبیه‌گر[1]، ناکام شده، درمانده، و تشنهٔ محبت بودند. والدین آنان دارای وجدانی قوی و از نظر هیجانی با فرزندانشان فاصله داشتند. بیماران میگرنی سخت‌کوش، با وجدان، کمال‌گرا، و خواهان انجام دادن کارها به نحو شایسته‌ای بودند. همچنین *الکساندر*[2] در سال ۱۹۳۹ فشارخون را معلول منع ابراز احساسات پرخاشگرانه توصیف کرد و اظهار داشت که نقص و نارسائی فرد در ابراز این احساسات موجب حسادت، ناکارآمدی، خودکم پنداری در وی شده به نوبهٔ خود منجر به منع بیشتر و عمیقتر پرخاشگری می‌شود. گرچه محققان بعدی تمایل به بی‌اعتبار ساختن رویکرد "خوشهٔ صفات[3]" را داشته‌اند، ولی مجدداً علل قدیمی این اختلالات را مورد توجه قرار داده و دریافتند که بیماران مبتلا به فشارخون از نظر منع احساسات پرخاشگرانه، و افراد مبتلا به میگرن از نظر کمال‌گرائی دو گروه کاملاً نامتجانس را تشکیل می‌دهند.

بدین ترتیب، تحقیق دربارهٔ صفات و نگرشهایی که ممکن است افراد را مستعد اختلالات خاصی سازد، ادامه یافت. یک نمونهٔ آن کتاب "*رفتار و قلب شما*[4]" است که در سال ۱۹۷۴ توسط *فریدمن*[5] و *روزن‌من*[6] به رشتهٔ تحریر درآمد. موضوع کتاب این است که فشارخون و سایر اختلالات قلبی عروقی بیشتر در نوع خاصی از شخصیت که آن را تیپ A نامیدند به وقوع می‌پیوندد. فریدمن و روزن‌من بر خلاف الکساندر که بر منع احساسات پرخاشگرانه در افراد مبتلا به فشارخون تأکید می‌ورزید، بر این باورند که افراد تیپ A پیشرفت‌کنندگان پرخاشگر[7] هستند. همان‌طور که قبلاً نیز بیان شد آنان به سرعت حرف می‌زنند، با شتاب راه می‌روند، با عجله غذا می‌خورند، و ناشکیبا هستند. به هنگام انتظار برای ورود به آسانسور و یا سوار اتوبوس و یا تاکسی شدن، بسیار بی‌قرارند. منتظر تمام شدن جملهٔ دیگران نمی‌مانند و جمله‌های آنان را تمام می‌کنند. آنان افتخار

1 - self-punitive
2 - Alexander
3 - trait cluster
4 - Type A Behavior and Your Heart
5 - Friedman
6 - Rosenman
7 - aggressive achievers

می‌کنند که کارها را در مدت زمانی کمتر از آنچه دیگران موفق می‌شوند انجام داده‌اند، و پیشرفتهای خود را بر اساس معیارهای بالا می‌سنجند. کوتاه‌سخن آنکه، آنان خود را تحت فشار دائمی نگاه می‌دارند؛ فشاری که سرانجام منتهی به آسیب رسیدن به دستگاه قلبی عروقی‌شان می‌شود.

روزن‌من در یک مطالعهٔ طولی جالب، ویژگیهای شخصیتی ۲۲۴۹ نفر کارکنان، مجریان، و مدیران مرد بین سنین سی‌ونه و پنجاه را مورد ارزیابی قرار داد، و تا نه سال بعد وضعیت آنان را پی‌گیری نمود. تقریباً نیمی ازآنان به عنوان تیپ A شناخته شدند و نیم دیگر که آرامتر بودند به عنوان تیپ B. از این عده ۲۵۷ نفر در طی این ۹ سال به حملهٔ قلبی دچار شدند که ۱۷۸ نفرشان از تیپ A و تنها ۷۹ نفر از آنان از تیپ B بودند؛ یعنی ابتلای افراد تیپ A به حملهٔ قلبی بیشتر از دو برابر افراد تیپ B بود. مطالعات بعدی نشان دادند که دو جزء ویژهٔ تیپ A، یعنی ناشکیبایی و سابقهٔ سبقت‌جویی دو عامل عمده برای پیش‌بینی حملهٔ قلبی به شمار می‌روند (ماتوز[1] و دیگران، ۱۹۷۷). در واقع چنین به نظر می‌رسد که دستگاه قلبی عروقی افراد تیپ A به فشار روانی سبقت‌جوئی حساسیت فوق‌العاده‌ای دارد. در یک بررسی، از دانشجویان تیپ A و B خواسته شد که بازی کامپیوتری پینگ‌پُنگ را انجام دهند. در یک مرحلهٔ معین از بازی، آزمایشگران شروع به عیب‌جوئیِ از عملکرد آزمودنیها کردند. بررسیهای فیزیولوژیائی آشکار ساخت که این عیب‌جوئی موجب افزایش فشارخون، ضربان قلب، و ترشح آدرنالین در تیپ A می‌شود، ولی در تیپ B چنین تأثیری ندارد. به همین ترتیب وقتی که از آنان خواسته شد تا برای حل مسائل فکری ریاضی، در حداقل زمان ممکن، به رقابت با یکدیگر بپردازند، تغییرات قلبی عروقی آنان مانند آنچه دربارهٔ بازی پینگ‌پُنگ به وقوع پیوست، بود. یعنی در تیپ A افزایش فشارخون، ضربان قلب، و ترشح آدرنالین ملاحظه گردید، ولی در تیپ B چنین نبود (ویلیامز[2] و دیگران ۱۹۸۲).

1 - Matthews 2 - Williams

این شواهد متقاعد کننده، منتهی به طرح‌ریزی شماری از برنامه‌های آموزشی برای تیپ A به منظور کنار آمدن با استرس شد. بدین ترتیب که رفتار خود را بیشتر شبیه به رفتار تیپ B سازند تا در نتیجه از بیماریهای قلبی آنان جلوگیری شود. یک چنین طرحی روی ۱۰۳۵ زن و مرد که در شش ماههٔ گذشته دچار حملهٔ قلبی شده بودند، صورت گرفت. برای یک سوم از آنان مشاورهٔ رفتاری صورت گرفت؛ برای یک سوم دیگر رژیم غذائی، تمرینات ورزشی، و دارو تجویز شد؛ و برای یک سوم بقیه که به عنوان گروه کنترل تعیین شدند، هیچ اقدامی به عمل نیامد. بعد از سه سال پیگیری دربارهٔ وقوع حملات قلبی در این افراد معلوم شد که کمترین میزان حملهٔ قلبی در گروه مورد مشاوره واقع شده روی داده است و بیشترین میزان در گروه کنترل (فریدمن و دیگران، ۱۹۸۲؛ تورسن[1] ۱۹۸۲). این یافته‌ها تأییدکنندهٔ آن هستند که بیماری قلبی با رفتار تیپ A رابطه داشته و افراد تیپ A با ایجاد تغییر در رفتارشان می‌توانند بیماری قلبی خود را کنترل کنند.

### دیدگاه فرهنگی اجتماعی

چندین نظریه‌پرداز مدعی هستند که منبع اساسی بی‌نظمی‌های فیزیولوژیائی، فشارهائی است که از طریق اجتماع بر فرد وارد می‌شود. *آلبرت سیمونز*[2] در ۱۹۶۱ در کتابی هیجان برانگیز تحت عنوان "مغز متهور انسان[3]" بحث کرده است که بسیاری از اختلالات بدنی از یک تعارض اساسی بین آداب و رسوم اجتماعی و غرایز زیست‌شناختی سرچشمه می‌گیرند. غریزه‌های زیست‌شناختی که سیمونز بر آنها تأکید می‌ورزد؛ عبارتند از: پاسخهای "جنگ یا گریز[4]"، یعنی حالت شدید برانگیختگی سمپاتیک که موجب افزایش ضربان قلب، تشدید تنفس، کند شدن جریان هضم، و ترشح آدرنالین در خون، و از این قبیل شده و پاسخی هستند به تهدید جدی. گرچه به نظر می‌رسد که این پاسخها هم در نوع انسان و هم در انواع حیوانات وجود دارند؛ زیرا

1 - Thoresen
2 - Albert Simeons
3 - Man´s Presumptuous Brain
4 - fight or flight

موجب سازگاری ارگانیزم نسبت به تهدید می‌شوند، و یا به عبارتی دیگر بدن را برای عمل سریع در برابر خطر آماده می‌سازند، ولی طبق نظر سیمونز تحولات فرهنگی کنونی موجب ناسازگار شدن این پاسخها در نوع انسان شده‌اند. زیرا حیوانات دیگر هنوز قادرند که مستقیماً جنگ کنند یا فرار نمایند، ولی انسان دربارهٔ دشمنانش می‌اندیشد، به آرامی مقاومت می‌کند، "خونسرد باقی می‌ماند"، یا سعی در انجام دادن سایر استراتژیهای تمدنی می‌کند. بدبختانه این راه‌حلهای غیرمستقیم، حتی اگر آنان را در برابر تهدید محافظت کنند، در بازگشت بدن به حالت تعادل کمتر از عمل بدنی مستقیم کارآیی دارند. این برانگیختگیهای بدنی فرو نشانده شدهٔ درونی، بر اساس نظر سیمونز، موجب ظهور اختلالات بدنی می‌گردند.

مطالعات ویس[1] با موشها، حمایتهایی در تأیید این فرضیه‌ها به دست می‌دهد. بدین ترتیب که وقتی به دم موشها ضربهٔ الکتریکی وارد می‌شد، موشها به صورت غریزی با یکدیگر می‌جنگیدند. ویس و همکارانش در ۱۹۷۶ دریافتند که موشهایی که با یکدیگر ضربه دریافت می‌کردند، اگر می‌توانستند حمله کنند و حتی به شدت یکدیگر را مجروح سازند، کمتر از موشهایی که در همان شرایط به آنها ضربه وارد می‌شد ولی امکان حمله به یکدیگر برایشان فراهم نبود، دچار زخم‌معده می‌شدند. بنابراین، آزاد بودن و امکان ابراز پاسخهای پرخاشگرانه می‌تواند به موشها و احتمالاً به انسان نیز در جلوگیری از اختلالات مربوط به استرس کمک نماید.

جنبهٔ دیگر جامعهٔ صنعتی مدرن که ممکن است در اختلالات مربوط به استرس سهیم باشد از هم گسستگی خانوادگی، طلاق، و جدائی است که میزان آن در ممالک غربی همواره رو به تزاید است. یافته‌هائی در دست است که نشان می‌دهد این افراد در تلاش خود برای زندگی مرفه از حمایت اجتماعی منظم، و محافظت مؤثر در برابر بیماریها محروم شده‌اند. شواهدی نیز دال بر این موضوع وجود دارد که حمایت اجتماعی در

1 - Weiss

بهبودی جراحات و بیماریهای افراد کمک مؤثری محسوب می‌شود (کهن[1]، ویلز[2]، ۱۹۸۵؛ میروتیز[3]، ۱۹۸۰؛ اسکلار[4]، ۱۹۸۱). حتی شواهد بیشتر بیانگر آن هستند که افراد فاقد حمایت اجتماعی، استعداد بیشتری برای ابتلا به بیماری دارند. از علل مرگهای زودرس می‌توان بیماری قلبی، سرطان، سکته، عفونتهای کبدی، فشارخون، ذات‌الریه و از این قبیل را نام برد که هر یک از آنها بدون استثنا، در زنان و مردان مجرد به طور معنی‌دار بالاتر از زنان و مردان متأهل بوده است. میزان مرگ به دلیل بیماری قلبی که بیشترین علت مرگ در اکثر جوامع محسوب می‌شود، در یک گروه سنی معین، در زنان و مردان مجرد و جدا شده دو تا پنج برابر متأهلین بوده است (لینچ[5]، ۱۹۷۷). در حالی که کمبود رابطهٔ صمیمانه و محبت‌آمیز ممکن است افراد را مستعد بیماری نماید، اما نبود چنین رابطه‌ای ممکن است سلامت فرد را بیشتر به مخاطره اندازد. این موضوع به ویژه در مورد بیماران سرطانی کاملاً صادق است، زیرا ناراحتی آنها بلافاصله و به دنبال از دست دادن یک رابطهٔ مهم هیجانی ظاهر شده است.

افزون بر از هم پاشیدگی خانوادگی، سایر تغییرات گستردهٔ اجتماعی نیز به نظر می‌رسد که در آمادگی و ابتلای گروههای معینی از اختلالات استرسی مؤثر باشند. مثلاً قبلاً در اکثر ممالک غربی شیوع زخم‌معده در مردان چهار برابر زنان بود، ولی در حال حاضر این نسبت به کمتر از دو برابر تقلیل یافته است. دلیل این موضوع ممکن است چنین باشد که امروزه اکثر زنان کارهائی را انجام می‌دهند که قبلاً خاص مردان بود و بدین ترتیب هر دو جنس در معرض استرس‌زاهای مشابهی قرار دارند. هنگامی که زنان درصد بیشتر و بالاتری از نیروی کار را تشکیل دهند و مسؤولیتهای شغلی بالاتری را بپذیرند، به احتمال زیاد تفاوتهای جنسی در این زمینه به کلی ناپدید خواهد گشت.

زمانی تصور می‌شد که شکایات بدنی وابسته به استرس خاص فرهنگهای صنعتی

1 - Kohen
2 - Wills
3 - Meyerowitz
4 - Sklar
5 - Lynch

است؛ زیرا خواه و ناخواه صنعتی شدن جوامع، فشار روانی خاصی را بر افراد تحمیل می‌کند، اما مطالعات بین فرهنگی دلالت بر آن دارند که گرچه این شکایتها در جوامع غیرصنعتی شیوع کمتری دارند، ولی به دلیل بالا بودن میزان مرگ و میر در این جوامع، تفسیر چنین داده‌ای مشکل است.

خلاصه اینکه، گرچه این شواهد قابل بحث هستند، ولی دلایل بسیار حاکی از آن است که هم تمدن و هم الگوهای خاص فرهنگی اجتماعی می‌توانند موجب فشارهای روانی قابل تبدیل به اختلالات بدنی، در افراد شوند. البته این استرس‌زاهای فرهنگی اجتماعی نباید به عنوان تنها علت محسوب شوند، بلکه باید به عنوان علتی در میان علل مشارکت کنندهٔ متعدد قلمداد شوند.

**دیدگاه رفتارگرائی**

سالهای متمادی پذیرفته شده بود که اگر نوعی شرطی سازی در ایجاد اختلالات روانی ـ بدنی نقش داشته باشد، شرطی سازی عاملی است، زیرا در شرطی‌سازی عاملی (فعال) لازم است که ارگانیزم بتواند به صورت ارادی پاسخهای خود را تغییر دهد تا به تقویت برسد یا از تنبیه اجتناب ورزد. مثلاً کاملاً باور کردنی به نظر می‌رسید که آسم به دلیل دستیابی به تقویتهای مترتب بر آن (توجه مادر، مدرسه نرفتن، و از این قبیل) ظاهر شود، اما بر اساس گزارشهای تحقیقی جدید بسیاری از افراد توانسته‌اند پاسخهای خودکار و غیرارادی خود را زیر کنترل اراده درآورند. مثلاً آزمودنیها توانسته‌اند ضربان قلب خود را در جهت اجتناب ازدریافت شوک تغییر دهند.

یافته‌های مذکور این نتیجهٔ مهم را به دنبال داشت که تنها یادگیری عاملی نمی‌تواند در ظهور اختلالات بدنی مؤثر باشد، بلکه کنترل ارادی رفتارهای غیرارادی نیز در ظهور یا فرونشاندن این اختلالات عامل مؤثری محسوب می‌شود.

## درمان اختلالات روانی فیزیولوژیائی

روشهای درمانگری رفتاری به ویژه بیوفیدبک[1] (پسخورد زیستی) در درمان اختلالات روانی فیزیولوژیائی بسیار مؤثر بوده است. این روش عبارت است از: کنترل پاسخهای غیرارادی مانند تنفس، نبض، ضربان قلب، و تشدید یا کاهش آنها به صورت ارادی. به تعبیر دیگر، جریان بیوفیدبک عبارت است از: آموزش و تعلیم کنترل ارادی پاسخهای فیزیولوژیائی اندامهائی از قبیل مغز، قلب، عضلات، و غدد. محققان نشان داده‌اند که انسان قادر است این جریانهای بدنی غیرارادی را زیر کنترل و ارادهٔ خود درآورد. از طریق کنترل ارادی جریانهای غیرارادی بدن این امکان به وجود می‌آید که شخص از تأثیرات استرس بر اعضای بدن خود بکاهد و در نتیجه به درمان اختلالاتی از قبیل میگرن، فشارخون، و زخم‌معده نایل آید.

پیشگام مطالعات دربارهٔ این روش ژوزف *کامیا*[2] در ۱۹۵۸ است. آزمایشهای اولیهٔ وی بدین صورت بود که آزمودنیها را در اطاق تاریکی قرار می‌داد و امواج مغزی آنان را ثبت می‌نمود. از این آزمودنیها خواسته می‌شد تا چشمان خود را ببندند و هنگامی که صدای زنگی را می‌شنوند حدس بزنند که آیا در حالت امواج مغزی آلفا هستند یا غیرآلفا. به دنبال آن به آزمودنیها گفته می‌شد که حدس آنان درست بوده است یا غلط. با اطلاع حاصل کردن از این نوع پسخورد، آزمودنیها طی چند جلسه می‌آموختند که بین حالات امواج آلفا و غیرآلفا تمیز قائل شوند. جالبتر آنکه، وقتی این تمیز و تشخیص را آموخته بودند، بر اساس آن حتی می‌توانستند به طور ارادی ریتمهای امواج آلفا را کم یا زیاد کنند. بعد کامیا در ۱۹٦۸ دریافت که می‌تواند جریان یادگیری بیوفیدبک را با نواختن یک آهنگ به هنگام پدیدار شدن امواج آلفا، سرعت بخشد. سایر محققان با به کار بردن روشهای بیوفیدبک مشابه با آزمایشهای کامیا به نتایج قابل مقایسه‌ای رسیده‌اند (کاستیتیس[3]، ۱۹۷۱؛ رورویک[4]، ۱۹۷۰).

ارزش روش بیوفیدبک در درمان اختلالات روانی فیزیولوژیائی از قبیل تنظیم

---

1 - biofeedback
2 - Joseph kamiya
3 - Gustaitis
4 - Rorvic

فشارخون و سایر عملکردهای دستگاه عصبی خودکار آشکار گردیده است. علاقهٔ مشابهی به درمانگری این اختلالات از طریق کنترل امواج مغزی و تنویر و توسعهٔ جریانهای آگاهی ابراز شده است. محققان نشان داده‌اند که به‌کارگرفتن میانجیهای "*ذن*[1] و *یوگا*[2]" (راهها و ورزشهایی برای تمرکز و خلسه) نه تنها برای بالا بردن و پایین آوردن فشارخون، حرارت بدن، و عملکردهای مربوط به آنها مناسب‌اند، بلکه در کنترل امواج مغزی نیز مؤثرند. در واقع *هایرای*[3] و *کاساماتسو*[4] (۱۹۶۶) در دانشگاه توکیو همبستگی بالایی بین کنترل امواج مغزی و میزان توانایی مهارتهای "*ذن*" یافتند. در خلال مدیتیشن[5] (خلسه)، و به هنگام تمرین "*ذن*" تغییراتی در فعالیت امواج مغزی آلفا ملاحظه گردیده است. در کسانی که ۲۰ سال یا بیشتر تمرین "*ذن*" را انجام داده بودند، الگوهای دراز مدت فعالیت امواج تتا را که ریتم آنها ۵ تا ۷ سیکل در ثانیه است نیز نشان داده‌اند. معنی‌دار بودن این ریتم امواج تتا هنوز موضوع مطالعهٔ محققان است.

پیشنهاد شده است که تعلیم بیوفیدبک ـ که به عنوان یوگای الکترونیک مورد توجه قرار گرفته است ـ می‌تواند بسیاری از بیماریهای روانی بدنی را تسکین بخشد، در چیره شدن فرد بر اضطراب و تنش خود کمک نماید، نیاز به استفاده از آرامبخشها و سایر داروها را کاهش دهد، و بر عملکردهای ذهنی فرد به صورت ابداع و رسیدن به ابعاد تازه‌ای از تجربهٔ درونی بیفزاید. گرچه ممکن است مسائل بسیاری دربارهٔ بیوفیدبک وجود داشته باشد که بی‌جواب مانده است، ولی پاره‌ای از پیامدهای زیانبخش جزئی ناشی از آن ذکر شده است. مثلاً خودکنترل‌سازی و دستکاری امواج مغزی، به عنوان نخستین خطرات که ممکن است منجر به تجربه‌هایی شبیه به تجربه‌های ناشی از استعمال LSD شود ذکر شده است. یا استفادهٔ نادرست از این ابزارها، می‌تواند به شرطی شدن و

1 - Zen
2 - Yogi
3 - Hirai
4 - Kasamatsu
5 - meditation

برقراری رفتار ناسازگار به جای ایجاد حالات سازگار منتهی گردد. علاوه بر آن، به نظر می‌رسد احتمال کمی وجود داشته باشد که یادگیری کنترل‌سازی پاسخهای خودکار بتواند در سازگاری مؤثر فرد با مسائل زندگی، حالات، و احساسات داخلی نقش عمده‌ای ایفا نماید.

## قابلیت پیش‌بینی وکنترل

رفتارگرایان شناختی، هم در مورد اضطراب و هم در مورد استرس، خاطرنشان ساخته‌اند که آنها بیش از جریان سادهٔ محرک و پاسخ هستند. دو متغیری که به نظر آنان به ویژه در واکنشهای استرسی مهم است، عبارتند از: پیش‌بینی پذیری محرک استرس‌زا و کنترل فرد بر محرک.

چنان که تحقیقات نشان داده‌اند محرکهای قابل پیش‌بینی کمتر از محرکهای غیر قابل پیش‌بینی استرس آفرین‌اند. این اصل در جنگ جهانی دوم در خلال حمله‌های هوائی به لندن پا به عرصهٔ وجود گذاشت. بدین ترتیب، شدت تجربهٔ اضطراب لندنیها، که به طور منظم و مکرر بمباران می‌شدند خیلی پایینتر از مردمان شهرهای کناره بود که بسیار کمتر و بی‌نظمتر بمباران می‌شدند (ورنون[1]، ۱۹۴۱). این موضوع که قابلیت پیش‌بینی بر تبدیل استرس به بیماری بدنی می‌تواند مؤثر باشد در آزمایشهای ویس در مورد زخم‌معده در موشها نشان داده شده است (ویس، ۱۹۷۷). بدین معنی که توانائی بسیاری از موشهای مورد آزمایش در جان سالم به در بردن از ابتلا به زخم معده فقط به کنترل داشتن بر ضربه‌های الکتریکی مربوط نبود، بلکه قابلیت پیش‌بینی آنها ـ یعنی این واقعیت که همیشه یک علامت آگاهی‌دهنده قبل از ضربه‌ها ارائه می‌شد ـ نیز در این امر تأثیر داشت.

گرچه کنترل ضربه‌ها اهمیت بیشتری دارد، ولی قابلیت پیش‌بینی نیز در محافظت ارگانیزم در برابر استرس قطعی است (تامپسون[2] ۱۹۸۱). آزمایش مربوط به موشهائی که

1 - Vernon
2 - Thompson

سلولهای سرطانی در بدن آنها کاشته شده بود را به یاد بیاورید. به طور مشخص آشکار شد که موشهائی که توانائی کنترل ضربه‌ها را داشتند به اندازهٔ موشهائی که هیچ ضربه‌ای دریافت نمی‌کردند قادر به پس زدن سرطان بودند (ویزپینتینر[1] و دیگران، ۱۹۸۲). این پدیده احتمالاً با نظریهٔ بندورا[2] راجع به *"انتظارات کارآمدی"*[3] و تأثیر آنها بر سطوح اضطراب در ارتباط است. همان‌طور که عقل سلیم پیشنهاد می‌کند، احساس استرس‌زا بودن یک تجربه، کمتر به خطرناک بودن یا دردناک بودن آن بستگی دارد تا به چگونگی انتظار کارآمدی فرد برای دفاع در برابر آن درد یا خطر. بنابراین، یک خلبان بمب‌افکن که از اعتماد به نفس بالائی برخوردار است به هنگام پرواز بر بالای خطوط دشمن ممکن است خیلی کمتر از یک شخص عصبی مزاج که اولین پرواز هوائی را انجام می‌دهد، احساس استرس کند.

این اصول شناختی موجب ایجاد تمرینهائی شده است که به برنامه‌های ادارهٔ استرس مشهور است (میشن بوم[4]، جارمکو[5]، ۱۹۸۳). هدف این برنامه‌ها عبارت است از مشخص ساختن منابع شناختی و محیطی استرس‌آور بیمار و ایجاد مهارتهای مورد نیاز برای کنار آمدن با این استرس‌آورها. مثلاً برای درمان مشکل شخصی که فکر می‌کند توسط دیگران به هر طرف سوق داده می‌شود، به جای اینکه به وی آموخته شود چگونه از سوق داده شدن به هر طرف اجتناب ورزد، ممکن است به *او روش ابراز وجود*[6] تعلیم داده شود. به همین ترتیب به افرادی که احساس می‌کنند ازنظر گذراندن اوقات خود ناراحت‌اند، ممکن است کمک شود تا چگونگی تنظیم و ادارهٔ وقتهای خودرا بیاموزند.

1 - Visintainer
2 - Bandura
3 - efficacy expectations
4 - Meichenbaum
5 - Jaremko
6 - assertiveness

## سؤالات فصل هشتم

۱ـ اختلالات روانی فیزیولوژیائی را توضیح دهید.

۲ـ مفاهیم روانی، اجتماعی، و شناختی اختلالات روانی فیزیولوژیائی را بنویسید.

۳ـ سندرم سازگاری را طبق نظر سلیه بنویسید و مراحل آن را توضیح دهید.

۴ـ انواع اختلالات روانی فیزیولوژیائی را نام ببرید.

۵ـ اختلالات معدی ـ روده‌ای را توضیح دهید.

۶ـ نتیجهٔ تستهای روان‌شناختی روی افراد مبتلا به زخم‌معده را بنویسید.

۷ـ نقش هیپوتالاموس را در ایجاد زخم‌معده بنویسید.

۸ـ بررسی بارون دربارهٔ زخم‌معده را بنویسید.

۹ـ نقش عوامل شخصیتی را در زخم‌معده توضیح دهید.

۱۰ـ نقش عوامل روانی را در زخم معده بنویسید.

۱۱ـ بی‌اشتهایی روانی را بنویسید.

۱۲ـ بررسی بروچ دربارهٔ بی‌اشتهایی روانی را بنویسید.

۱۳ـ نظر مینوچین دربارهٔ بی‌اشتهایی روانی را بنویسید.

۱۴ـ نظر ماوسون دربارهٔ بی‌اشتهایی روانی را بنویسید.

۱۵ـ مطالعهٔ مورگان و راسل دربارهٔ بی‌اشتهایی روانی را بنویسید.

۱۶ـ اختلالات مربوط به دفع را توضیح دهید.

۱۷ـ علل اختلالات دفعی را بنویسید.

۱۸ـ اختلالات قلبی عروقی را توضیح دهید.

۱۹ـ فیزیولوژی قلب و عروق و ارتباط آنها را با اختلالات قلبی عروقی بنویسید.

۲۰ـ فشارخون اساسی را توضیح دهید.

۲۱ـ نقش عوامل هیجانی را در فشارخون اساسی توضیح دهید.

۲۲ـ نقش مشاغل مختلف در فشارخون را بنویسید.

۲۳ـ فشارخون سیستولیک و دیاستولیک و میزان آن را بنویسید.

۲۴ـ درمان فشار خون را بنویسید.

۲۵ـ بیماری کرونری قلب را توضیح دهید.

۲۶ـ علل بیماری کرونری قلب را بنویسید.

۲۷ـ تأثیر شغل را در ایجاد بیماری کرونری قلب بنویسید.

۲۸ـ رابطهٔ تیپهای شخصیتی و بیماری کرونری قلب را بنویسید.

۲۹ـ سردردهای میگرنی را توضیح دهید.

۳۰ـ افراد میگرنی از لحاظ شخصیتی چگونه‌اند؟

۳۱ـ درمان سردردهای میگرنی را بنویسید.

۳۲ـ اختلالهای پوستی را توضیح دهید.

۳۳ـ علل هیجانی اختلالات پوستی را توضیح دهید.

۳۴ـ اختلالات مربوط به قاعدگی و تولیدمثل را بنویسید.

۳۵ـ اختلالهای مفصلی ـ ماهیچه‌ای و غددی را بنویسید.

۳۶ـ آسم را توضیح دهید.

۳۷ـ ویژگیهای روانی افراد مبتلا به آسم را بنویسید.

۳۸ـ نقش تلقین را در آسم بنویسید.

۳۹ـ علل روان‌شناختی سرطان را بنویسید.

۴۰ـ تحقیق کارولین دربارهٔ سرطان و علل روان‌شناختی آن را بنویسید.

۴۱ـ مطالعات مربوط به رابطهٔ بی‌پناهی و سرطان را توضیح دهید.

۴۲ـ نقش استرس و سرطان را بنویسید.

۴۳ـ رابطهٔ سازگاری و سرطان را بنویسید.

۴۴ـ رابطهٔ سرطان و افسردگی را بنویسید.

۴۵ـ رابطهٔ افکار و احساسات منفی نیرومند را با ظهور سرطان بنویسید.

۴۶ـ نقش درمانهای روان‌شناختی را در سرطان بنویسید.

۴۷ـ فربهی را بنویسید.

۴۸ـ عوامل فیزیولوژیائی فربهی را بنویسید.

۴۹ـ عوامل روانی فربهی را توضیح دهید.

۵۰ـ بیخوابی را توضیح دهید.

۵۱ـ رابطهٔ بیخوابی با اضطراب انتظاری چیست؟

۵۲ـ علل بیخوابی را بنویسید.

۵۳ـ استفادهٔ مداوم از داروهای آرامبخش چه تأثیری در شخص استفاده کننده به جای می‌گذارند؟

۵۴ـ دیدگاه زیست‌شناختی اختلالات روانی فیزیولوژیائی را بنویسید.

۵۵ـ نقش توارث را در فشارخون بنویسید.

۵۶ـ رابطهٔ بین فشارخون و گروههای خونی را بنویسید.

۵۷ـ رابطهٔ ضعف بدنی و اختلالات روانی فیزیولوژیائی را بنویسید.

۵۸ـ دیدگاه روان پویائی را دربارهٔ اختلالات روانی فیزیولوژیائی بنویسید.

۵۹ـ درمان اختلالات روانی فیزیولوژیائی را بر اساس دیدگاه روان پویائی بنویسید.

۶۰ـ دیدگاه شخصیتی را دربارهٔ اختلالات روانی فیزیولوژیایی توضیح دهید.

۶۱ـ رابطهٔ بین تیپهای شخصیتی و فشارخون و سایر اختلالات قلبی عروقی را بنویسید.

۶۲ـ مطالعهٔ طولی انجام شده روی کارکنان و مدیران و ارتباط تیپ A و B شخصیت را با بیماریهای روانی فیزیولوژیائی بنویسید.

۶۳ـ دیدگاه فرهنگی اجتماعی اختلالات روانی فیزیولوژیائی را بنویسید.

۶۴ـ نقش جوامع صنعتی در ظهور اختلالات استرسی را توضیح دهید.

۶۵ـ دیدگاه رفتارگرائی دربارهٔ اختلالات روانی فیزیولوژیائی را توضیح دهید.

۶۶ـ درمان اختلالات روانی فیزیولوژیائی را بنویسید.

۶۷ـ چه کسی پیشگام تحقیق دربارهٔ روش بیوفیدبک است؟ بررسیهای وی را بنویسید.

۶۸ـ نقش بیوفیدبک را در درمان اختلالات روانی فیزیولوژیائی بنویسید.

۶۹ـ قابلیت پیش‌بینی و کنترل را در ایجاد و درمان اختلالات روانی فیزیولوژیائی بنویسید.

۷۰ـ منابع شناختی و نقش آن را در ایجاد و درمان اختلالات روانی فیزیولوژیائی بنویسید.

# فصل نهم

## اختلالات شخصیت

چگونه می‌توان کسانی را که همواره نسبت به دیگران به دیدهٔ سوء ظن می‌نگرند، یا به تمام محرکهای محیطی بی‌اراده و بدون مقاومت پاسخ می‌دهند، یا بی‌دلیل به همه کس حتی به افراد نزدیک و صمیمی خود دروغ می‌گویند، یا در کمال بی‌نیازی حقه‌بازی و کلاهبرداری می‌کنند، و از این قبیل رفتارها را ظاهر می‌سازند، توصیف کرد. این افراد درک صحیحی از واقعیت داشته و سیکوتیک نیستند، دچار ترسهای بی‌دلیل و اضطراب دائمی نیستند، و از دردهای خیالی و یا حتی واقعی که علت آنها روانی فیزیولوژیائی است رنج نمی‌برند. با این وجود رفتار آنان از نظر دیگران ممکن است عجیب، غیرمعمول، و مغایر با اصول اخلاقی باشد.

هدف این فصل، شناخت و بحث و بررسی رفتارهائی است که گرچه اختلال و آسیب عمیق رفتاری محسوب نمی‌شوند ولی با آنچه در افراد عادی انتظار می‌رود متفاوت است.

برای شروع این فصل، ابتدا شخصیت را تعریف کرده، مفهوم اختلال شخصیت را بررسی می‌کنیم، و به دنبال آن طبقات و انواع اختلالات شخصیت را مورد بحث قرار می‌دهیم.

شخصیت عبارت است از: سبکهای ویژه‌ای که هر فرد در فکر کردن و رفتار کردن دارد. به عبارت دیگر نحوهٔ خاص فکر کردن و رفتار کردن هر فرد منعکس‌کنندهٔ شخصیت وی است. بدین ترتیب، اگر شخصیت فرد، یا الگوهای معمولی پاسخهای وی در برابر موقعیتها را بشناسیم، می‌توانیم رفتار او را در موقعیتهای جدید پیش‌بینی کنیم.

فرض کنید که مدیر یک شرکت، کارکنان خود را جمع کند و به آنها بگوید که شرکت در حال ورشکستگی است و ممکن است به زودی به خدمات بسیاری از آنان نیاز نباشد. واکنش کارکنان آن شرکت یکسان نخواهد بود. یکی ممکن است بسیار مضطرب و پریشان شود و بگوید که منظور رئیس شرکت من بوده‌ام، زیرا با من خیلی بد است و دنبال بهانه می‌گردد تا مرا اخراج کند. دیگری ممکن است بسیار شادمان شود زیرا فکر می‌کند که او جزء کسانی نخواهد بود که از شرکت اخراج می‌شوند، و حتی اخراج دیگران موجب می‌شود که ارزش و اهمیت وی بالا رود و حقوق بیشتری دریافت کند. دیگری ممکن است فوراً به فکر چاره بیفتد و جای بهتر و پردرآمدتری را جستجو کند و از این حیث بیم و هراسی نداشته باشد. و بالاخره دیگری ممکن است اظهار نماید که رئیس شرکت نمی‌تواند مرا اخراج کند، من به دادگاه شکایت می‌کنم، و تا مرا راضی نکند جرأت هیچ اقدامی ندارد. این واکنشها گرچه متفاوت‌اند ولی بهنجار محسوب می‌شوند و کم و بیش در تمام شرایط و احوال به همین سبک در این افراد ممکن است ملاحظه شود. با این وجود گفته شده است که سبک مخصوص پاسخهای شخص به صورت *تعاملی*[1] است، یعنی شخص و موقعیت بر یکدیگر تأثیر و تأثر دارند. مثلاً کسی که در کلاس بسیار کمروست، امکان دارد در جمع دوستان یا در خانه بسیار پر رو باشد، یا کسی که نسبت

1 - interaction

به رئیس و مافوق خود بسیار مطیع و فرمانبردار است، امکان دارد که نسبت به زن و فرزند خود بسیار سختگیر و تحکم‌آمیز رفتار کند.

سبکهای خاص شخصیت زمانی ناسازگار تلقی می‌شود و یا به تعبیری دیگر، شخصیت هنگامی اختلال‌آمیز است که شخص قادر نباشد رفتار خود را بر اساس تغییرات معنی‌دار محیطی، تعدیل نماید و خود را با آنها سازگار کند. ناتوانی در انعطاف‌پذیری و انطباق با موقعیتها عاملی است که می‌تواند شخصیت فرد را ناسازگار و دچار اختلال بنماید. کسی که دچار تردید و دو دلی است و برای انجام دادن هر کاری تمام جزئیات آن را بررسی می‌کند، ممکن است برای نجات کودکی که در حال غرق شدن است، اقدامی نکند و یا زمانی اقدام کند که نتیجه‌ای نداشته باشد. در این مورد که وضعی اضطراری پیش آمده و مستلزم انجام دادن عملی سریع و خطرناک است، درنگ و تأمل فرد مردد در تصمیم‌گیری و اقدام به موقع، و نبود انعطاف‌پذیری مطلوب نمی‌تواند به پیامد مطلوبی منتهی گردد. در موقعیتهای دیگر زندگی که کمتر خطرناک‌اند، نیز امکان دارد، انعطاف ناپذیری در خصیصه‌های شخصیت، موجب شود که شخص نتواند دست کم به یکی از موقعیتهای عادی زندگی پاسخ سازگارانه بدهد و رفتارش به صورت اختلال شخصیت جلوه گر شود. مثلاً دو فرد که تازه با یکدیگر ازدواج کرده‌اند اگر خواهان تمیزی و نظم افراطی باشند، به طوری که قادر به انعطاف‌پذیری لازم در زمان خوردن، خوابیدن، تفریح کردن، و از این قبیل نباشند و نتوانند رفتار خود را مطابق با دیگری تغییر دهند، ممکن است ازدواجی موفق، شاد، و طولانی نداشته باشند.

گرچه اختلالات شخصیت ممکن است در بسیاری از موارد مانع شادی و موفقیت شخص بشوند ولی امکان دارد که در بعضی از موقعیتها و موارد سودمند باشند. مثلاً فرد وسواسی ممکن است برای مشاغلی که نیاز به دقت زیاد و توجه به جزئیات دارد، مانند حسابداری، مناسب باشد. یا کسی که دچار سوء ظن شدید است (شخصیت پارانوییدی) امکان دارد برای مشاغلی که مستلزم کشف جرم است، بسیار مناسب باشد.

خلاصه آن که سبکهای خاص و انعطاف‌ناپذیر شخصیت ممکن است موجب

پاسخهای خشک و محدودی شوند که رفتار سازگارانهٔ شخص را به خطر اندازند. بدین ترتیب، اختلال شخصیت عبارت است از: سبکهای رفتاری دوام‌دار، ناسازگار، و انعطاف‌ناپذیر نسبت به محیط. وقتی که سبکهای رفتاری افراد اختلال‌آمیز باشند، کنشهای آنان در موقعیتهای مهم زندگی دچار آسیب شده موجب اضطراب، پریشانی و نا خشنودی آنها می‌شود.

اختلالات شخصیت در DSMIII-R به سه دسته تقسیم شده‌اند که هر دسته ویژگیهای خاصی داشته و انواع خاصی از اختلالات را در بر می‌گیرند.

۱ـ طبقهٔ اول، کسانی که رفتار آنان به نظر بیگانه و یا عجیب می‌رسد. این طبقه سه نوع اختلال شخصیت را شامل می‌شود که عبارت است از: اختلال شخصیت پارانوییدی، اختلال شخصیت اسکیزوییدی، و اختلال شخصیت اسکیزوتایپال.

۲ـ طبقهٔ دوم، افرادی که رفتار آنان هیجانی، نمایشی، و جابه‌جا شونده است. این طبقه چهار نوع اختلال شخصیت را در بر می‌گیرد که عبارت است از: اختلال شخصیت خودشیفتگی، اختلال شخصیت هیستریانیک (هنری، بازیگری)، اختلال شخصیت مرزی، و اختلال شخصیت ضداجتماعی.

۳ـ طبقهٔ سوم، افرادی که رفتارشان همراه با ترس و دلواپسی است. این طبقه نیز شامل چهار نوع اختلال شخصیت می‌شود که عبارت است از: اختلال شخصیت اجتنابی، اختلال شخصیت وابسته، اختلال شخصیت وسواسی، و اختلال شخصیت انفعالی‌پرخاشگری.

### ۱ـ اختلالات مربوط به طبقهٔ اول

کسانی که در این طبقه قرار می‌گیرند تمایل دارند از تماس با دیگران دوری گزینند، زیرا هنگامی که با افراد دیگر هستند احساس ناراحتی می‌کنند؛ هر چند الگوهای فکری بعضی از آنان نیز غیرطبیعی است. جالب توجه این است که این افراد گرچه خواهان دوری و کناره‌گیری از افراد دیگرند، ولی از این حالت خود و نداشتن روابط اجتماعی با

دیگران در رنج نیستند.

### الف ـ اختلال شخصیت پارانوییدی

کسانی که به اختلال شخصیت پارانوییدی دچارند سه منش عمده را آشکار می‌سازند که عبارت است از: عدم اعتماد و سوء ظن گسترده و پایدار نسبت به دیگران، حساسیت زیاد نسبت به مسائل جزئی و بی‌اهمیت، وتمایل به موشکافی کردن محیط و ادراک گزینشی نشانه‌هایی که آرمانها و نگرشهای تعصب آلود آنان را معتبر می‌سازند. کسانی که از این اختلال در رنج هستند غالباً مباحثه‌گر، در حالت تنش، و بداخلاق بوده، چنین به نظر می‌رسند که همواره آمادهٔ حمله‌اند. تمایل به مبالغه کردن داشته، دوست دارند که از کاهی کوهی بسازند، و انگیزه‌های پنهانی و معنای خاصی در رفتار بی‌غرضانهٔ دیگران بیابند. مایل‌اند که دیگران را برای مشکلاتی که با آن مواجه شده‌اند سرزنش کنند و قادر به پذیرش هیچ سرزنش و یا مسؤولیتی برای شکستهای خود قایل نیستند. شواهد جدید بیانگر آن است که افراد مبتلا به اختلال شخصیت پارانوییدی از نظر ساختار ژنتیک شبیه به افراد مبتلا به اسکیزوفرنی هستند (کندلر[1]، گرونبرگ[2]، ۱۹۸۲).

چون این افراد تمایل دارند که گناه و سرزنشهای خود را به عوامل بیرونی نسبت دهند، به ندرت به کلینیکها یا بیمارستانهای روانی مراجعه می‌کنند. بنابراین، ارزیابی شیوع این اختلال مشکل است. با این وجود، به نظر می‌رسد که این اختلال در مردان بیشتر از زنان است (کاس[3]، اسپتینرر[4]، ویلیامز[5]، ۱۹۸۳).

### ب ـ اختلال شخصیت اسکیزوییدی

ویژگی اصلی این اختلال عبارت است از: نقص و نارسایی در توانایی ایجاد روابط

---

1 - Kendler
2 - Gruenberg
3 - Kass
4 - Spitzer
5 - Williams

اجتماعی، که به صورت نبود تمایل برای درگیریهای اجتماعی خواه تمجید و خواه سرزنش ظاهر می‌شود. عدم حساسیت نسبت به احساسات دیگران، و فقدان مهارتهای اجتماعی از ویژگیهای دیگر این اختلال است. این افراد اگر دوستان نزدیکی داشته باشند عده‌شان بسیار کم است. آنان کناره گیر، محتاط، و منزوی هستند و به نظر می‌رسند که در یک حالت "گیجی" و "فراموشکاری" به سر می‌برند. خلاصه آنکه آنان بسیار درون‌گرا بوده تمایل به حالتی دو سویه دارند، یعنی از یک طرف بسیار سهل‌گیرند و از طرف دیگر بسیار سختگیر. آنان چنین به نظر می‌رسند که فاقد احساسات گرم یا استعداد برای تظاهرات هیجانی هستند، و بدین ترتیب، افرادی سرد، کناره گیر، یا بی‌تفاوت ادراک می‌شوند. گاهی اوقات به ویژه در مشاغلی که مستلزم مقدار زیادی انزوای اجتماعی است، منشهای اسکیزوییدی می‌تواند سودمندباشد. اما اکثر اوقات کمبود شدید مهارتهای اجتماعی، موفقیتهای اجتماعی و شغلی آنان را محدود می‌سازد.

### ج ـ اختلال شخصیت اسکیزوتایپال

این اختلال اساساً از طریق افکار، ادراک، ارتباط، و رفتار بیگانه و دوام‌دار توصیف می‌شود. گرچه این حالات و بیگانگیها بدان حد هستند که مورد توجه واقع شوند، ولی تا آن اندازه شدید و جدی نیستند که بتوان تشخیص اسکیزوفرنی را بر آنها نهاد (مک گلاشان[1]، ۱۹۸۷). افکار بیگانه و عجیب می‌تواند فرد را به صورت خرافاتی بودن فوق‌العاده، یا به صورت شخصی مهم و به ویژه مورد توجه دیگران جلوه‌گر سازد. احساسی که از نظر روان‌شناسی *اندیشهٔ خود رجوعی*[2] نامیده می‌شود و می‌تواند به عنوان زمینه‌ای برای رشد سوء ظن و افکار پارانوییدی باشد در آنان ملاحظه می‌شود. اختلال هویت یا احساس بیگانگی از خود و محیط خود نیز ممکن است در آنان وجود داشته باشد. ارتباطات شخص ممکن است عجیب و غریب باشند، اما کاملاً مشخص و

1 - Mc Glashan

2 - idea of reference

معین نباشند. به تعبیر دیگر، امکان دارد که ارتباطات شخص مبتلا منحرف، مبهم، یا به عکس بسیار استادانه جلوه‌گر شوند، ولی سست یا نامناسب نباشند. بالاخره، افراد مبتلا به این اختلال امکان دارد دارای احساسات یا تجربه‌های نامناسبی باشند که در نتیجهٔ آن نتوانند ارتباطهای متقابل چهره‌به چهره برقرار کنند.

به نظر می‌رسد که اختلال شخصیت اسکیزوتایپال یک رابطهٔ ژنتیک با اسکیزوفرنی داشته باشد (کتی[1] ۱۹۷۴، بارون[2] و دیگران ۱۹۸۵، کندلر[3] و دیگران ۱۹۸۴). در واقع بسیاری از آشفتگیهایی که در این جا توصیف شدند شبیه به آشفتگیهایی است که در اسکیزوفرنیکهای مزمن یافت می‌شود ولی در این افراد به صورت ملایمتر جلوه‌گر می‌شوند. بدین ترتیب، اشتباه است که این اختلال را کاملاً با اسکیزوفرنی یکسان بدانیم، زیرا وقتی پریشانی روانی و تشخیص مورد نظر باشد، تفاوت شدت و درجه، موضوع بسیار با اهمیتی است که باید بدان توجه شود (مک گلاشان، ۱۹۸۶).

## ۲ـ اختلالات مربوط به طبقهٔ دوم

### الف ـ اختلال شخصیت مرزی[4]

اختلال شخصیت مرزی، طبقهٔ بسیار گسترده‌ای را در بر می‌گیرد که ویژگی اصلی آن بی‌ثباتی یا ناپایداری در زمینه‌های مختلف شخصیت، از جمله روابط بین اشخاص، رفتار، خلق، و خودپنداری است. این زمینه‌ها لزوماً وابسته به هم نیستند، اما در واقع به قدری وسیع‌اند که افرادی که دارای مسائل کاملاً متفاوتی هستند نیز ممکن است در این طبقهٔ تشخیصی قرار بگیرند.

هر تشخیصی که چنین طیف گسترده‌ای را شامل شود، به روشنی ممکن است که مخاطرات تشخیصی را به دنبال داشته باشد. به همین دلیل در DSMIII-R وجود دست کم پنج مورد از موارد زیر برای تشخیص این اختلال لازم دانسته شده است:

---

1 - Kety
2 - Baron
3 - Kendler
4 - borderline

۱ـ زود انگیختگی یا پیش‌بینی ناپذیری، از قبیل تکانهٔ جنسی، قمار، سوءاستفاده از دارو و الکل، دزدی از فروشگاهها، پرخوری، و به خود آسیب‌رسانی بدنی.

۲ـ یک الگوی ناپایدار و شدید در روابط بین اشخاص، که از طریق تغییر نگرش و آرمان‌گرائی خویش نسبت به دیگران، از طریق بی‌ارزش سازی یا ملعبه قرار دادن آنان برای رسیدن به مقاصد خویش، مشخص می‌شود.

۳ـ ناتوانی در کنترل خشم، که به صورت پرخاشگری شدید و ناگهانی ابراز می‌گردد.

۴ـ مسائل هویتی، که از طریق بی‌اطمینانی دربارهٔ خودپنداری و هویت جنسی خویش، ناتوانی در انتخاب شغل و هدفهای درازمدت، و ناپایداری در الگوهای دوستی، ارزشها و وفاداریها معین می‌شود.

۵ـ بی‌ثباتی عاطفی، که دامنهٔ آن از خلق بهنجار، تا افسردگی، تحریک‌پذیری، و اضطراب شدید در نوسان است.

۶ـ کوششهای دیوانه‌وار برای اجتناب از ترک و رهاشدگی، خواه واقعی و خواه خیالی.

۷ـ اعمال خود آسیب گرانهٔ بدنی، شامل وانمودسازیهای خودکشی، قطع عضو، حادثه آفرینی، و زد و خوردها.

۸ـ احساس مزمن پوچی و بی‌حوصلگی که به صورت احساس بی‌هدفی، خالی و بی‌ارزش بودن، ظاهر می‌شود.

## علل اختلال شخصیت مرزی

علل بی‌ثباتی و غیرقابل پیش‌بینی بودن رفتار را که ویژگی عمدهٔ اختلال شخصیت مرزی است چگونه می‌توان تبیین کرد. نظریه‌های جدید مربوط به خود بر این اندیشه تأکید می‌ورزند که علت این اختلال، شکست فرد در رابطه با دیگران (خود هدف‌یابی[1])

1 - self object

در کودکی است که منتهی به بی‌ثباتی مکرر رفتار در بزرگسالی می‌شود (کاهوت، ۱۹۷۷). شکست در خود هدف‌یابی در *بزرگسالی* تنها تأثیرات زودگذری دارند. مثلاً قطع ناخواستهٔ یک رابطهٔ عشقی ممکن است موجب تجربه‌های دردناک متنوعی مانند: از دست دادن عزت نفس، افسردگی، و حتی بعضی تظاهرات دیگر بشود، ولی این رفتارها و احساسها معمولاً زود سپری می‌شوند و بدین‌ترتیب، ویژگی اختلال شخصیت مرزی که مسائل رفتاری دوام‌دار هستند، به حساب نمی‌آیند.

کودک نسبت به شکستهای خود در خلال تحول روانی خویش بسیار حساس بوده به ویژه بر رشد عزت نفس وی تأثیر می‌گذارد. این حساسیت نسبت به شکست، در مراحل تحول بدنی نیز وجود دارد. وجود دوره‌هایی از یأس و حوادث غیرعادی در زندگی بسیاری از افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به چشم می‌خورد. شخصیتهای معروف و سیاستمداران مشهوری ممکن است در این طبقه قرار بگیرند. برای مثال می‌توان، لورنس عربستان، توماس وولف، و آدولف‌هیتلر را نام برد که رفتارشان فوق‌العاده تغییرپذیر و غیرقابل پیش‌بینی بوده تحمل پذیرش قوانین و مقررات عادی جامعه را نداشتند. ویژگیهای یکی از آنان در ذیل آمده است:

توماس وولف نویسنده‌ای بسیار پر بار بود ولی به طرزی دردناک غمگین، شدیداً تندخو، و عصبی مزاج به نظر می‌رسید. او در افکار خود فرو رفته، به طور وحشتناکی غضب‌آلود می‌شد، و گاهی اوقات از فرط ترس دیوانه‌وار رفتار می‌کرد. در اثنای این حالات اظهار می‌کرد که از مردم می‌ترسد. با این وجود، با تکبر و لبخند ترس خود را از دیگران پنهان می‌داشت.

برای وولف شروع کردن به نوشتن در بعضی از روزها بسیار مشکل بود، ولی وقتی که شروع به نوشتن می‌کرد متوقف ساختنش مشکلتر به نظر می‌رسید. به صورتی پایان‌ناپذیر مشغول نوشتن می‌شد و کلمات را چنان با عجله و درشت می‌نوشت که هر ورق کاغذ فقط بیست کلمه را در بر می‌گرفت. اغلب به دوستانش تلفن می‌کرد و آنها را متهم به خیانت و بدخواهی نسبت به خودش می‌ساخت؛ روز بعد مجدداً با آنها تماس می‌گرفت و

عذرخواهی می‌کرد.

او به هنگام کنار هم قرار دادن نوشته‌هایش که میلیونها کلمه بود با مشکل رو به رو می‌شد و به همین دلیل شخص دیگری این کار را به عهده می‌گرفت و این کار بسیار موفقیت‌آمیز بود. او بسیار متلون‌المزاج بود و به آسانی خشمگین شده نمی‌توانست خشم خود را کنترل کند.

**ب ـ اختلال شخصیت هیستریانیک**

افراد مبتلا به این اختلال، خواهان جلب توجه دیگران نسبت به خود هستند. خیلی زود توسط رویدادهای بی‌اهمیت و بی‌معنی برانگیخته می‌شوند و تظاهرات هیجان‌انگیز نشان می‌دهند. این افراد در اغوا کردن و فریفتن دیگران با تظاهرات و رفتارهای خود بسیار ماهرند. به راحتی می‌توانند خود را گرم و صمیمی نشان داده به دیگران نزدیک شوند، با این وجود، به نظر آنان سطحی و ابله می‌رسند.

این افراد همواره در جستجوی تحسین دیگران هستند و برای رسیدن به این مقصود غالباً در حال ایفای نقش هستند. آنان دنیا را صحنه و خود را بازیگران آن می‌دانند. زود ممکن است عاشق شوند، یا ازدواج کنند، ولی زود روابط عشقی و زناشویی خود را به هم می‌زنند. آمادگی زیادی برای اعتیاد دارند و ممکن است خیلی زود در دام اعتیاد یا رفتارهای خلاف اجتماعی گرفتار شوند. حالات هیجانی آنان بر حسب زمان و مکان و موقعیت خیلی سریع عوض می‌شود به طوری که وقتی مشغول گریه هستند ممکن است در همان حال خنده را سر دهند. آنان بسیاری از بیانات خود را با نقش بازی کردن توأم می‌سازند و در ایفای نقش بسیار مهارت دارند.

**ج ـ اختلال شخصیت خودشیفتگی**

ویژگی اصلی این اختلال عبارت است از: احساس عجیبانه و بیگانه‌وار فرد نسبت به

اهمیت خویشتن. این اختلال از واژهٔ نارسیسوس[1] گرفته شده است که بر اساس یک افسانهٔ یونانی مرد جوانی به همین نام، عاشق عکس خود در آب شد و پنداشت که حوری بهشتی است. بنابراین، کوشید که او را بگیرد، ولی چون موفق نشد، مأیوس شده سرانجام از این غم جان سپرد. در این اختلال، فرد از طریق خیالپردازیهای نامحدود دربارهٔ موفقیت، قدرت، و زیبائی دچار خود مجذوبی دائمی است که از طریق رفتارهای نمایشی و بازیگری برای مورد تحسین واقع شدن جلوه‌گر می‌شود. انتقادگرائی و بی‌تفاوتی نسبت به دیگران، و احساس دائمی تهدید نسبت به عزت نفس در این افراد موجب پاسخهای اغراق‌آمیز به صورت خشم، شرم، تحقیر، و پوچی می‌شود. اشتغال ذهنی آنان همواره دربارهٔ خود بزرگ‌بینی است و این موضوع روابط بین فردی آنان را به طریقه‌های مختلف، مختل می‌سازد. این افراد ممکن است به راحتی نتوانند احساسات دیگران را درک کنند، و یک احساس اغراق‌آمیز دربارهٔ "محق بودن" خود داشته باشند، به نحوی که بدون آنکه مسؤولیتهای دو جانبه را احساس کنند معتقد باشند که دنیا به آنها بدهکار است. آنان ممکن است رفتاری استثمارگرانه داشته باشند، و در جهت تمایلات خودشان از دیگران بهره‌برداری کنند. وقتی که با کسی رابطه برقرار می‌کنند، ممکن است رفتارشان در دو حد افراطی یعنی به عرش رساندن وی از یک سو و بی‌ارزش ساختن فوق‌العادهٔ وی از سوی دیگر در نوسان باشد.

علل بسیاری برای این اختلال ذکر شده است. عده‌ای معتقدند که این اختلال ممکن است ناشی از تربیت والدین نسبت به فرزندشان باشد، زیرا افراد مبتلا به اختلال خودشیفتگی توقع فوق‌العاده‌ای از دیگران دارند (بنجامین[2]، ۱۹۸۷). نظریه‌های مربوط به خود[3] معتقدند که این انتظارات ناشی از آن است که روابط همدلی با مراقبت‌کنندگان رشد نیافته است (کاهوت[4]، ۱۹۷۸). این موضوع موجب متلاشی شدن احساس خود می‌شود و به ویژه شخص را مستعد احساسات خالی بودن، عزت نفس پایین، و رفتارهای جبرانی می‌سازد.

---

1 - narcissus
2 - Benjamin
3 - self
4 - Kohut

### د ـ اختلال شخصیت ضد اجتماعی

همان طور که قبلاً ذکر شد کسانی که به اختلالات اضطرابی، بدنی شکل، و سایر اختلالات غیر سیکوتیک مبتلا هستند، گرچه ممکن است موجب ناراحتی خانواده و دوستان بشوند، ولی اساساً خود آنها هستند که از ناراحتیشان رنج می‌برند. برعکس در افراد مبتلا به اختلال ضداجتماعی این رنج و ناراحتی وجود ندارد. نشانهٔ مشخص این اختلال عبارت است از: یک نگرش درنده‌خوئی نسبت به دیگران، و بی‌احساسی مزمن و بی‌تفاوتی نسبت به حقوق آنان که به صورت دروغ، دزدی، کلاهبرداری، و سوء رفتار جلوه‌گر می‌شود. ارتباط با شخصیتهای ضد اجتماعی ممکن است خطرات آشکاری به همراه داشته باشد، زیرا بسیاری از آنان آشکارا تمایلات مجرمانهٔ خود را بروز می‌دهند. عدهٔ این افراد بالنسبه زیاد است و به همان اندازه که مشکلات روانی برای دیگران می‌آفرینند، ممکن است که مسائل اساسی اجتماعی و قانونی نیز برای آنان فراهم سازند.

### شیوع، سابقهٔ تاریخی، و اختلال اراده

شیوع اختلالات شخصیت ضداجتماعی ۲ تا ۳ درصد است و در مردان چهار برابر زنان است (رجیر[1] و دیگران، ۱۹۸۴؛ کادوت[2]، ۱۹۸۶). اما تنها افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی مرتکب دزدی و کلاهبرداری نمی‌شوند، بلکه افراد به اصطلاح "عادی" نیز به سرقت، جعل، و اختلاس مبادرت می‌ورزند. اما وقتی که افراد عادی مرتکب دزدی و یا کلاهبرداری می‌شوند، مجرم شناخته شده و عملشان جرم محسوب می‌شود، در حالی که در شخصیتهای ضداجتماعی این رفتارها به گونهٔ دیگری مورد توجه قرار می‌گیرد.

واقعیت این است که سالیان متمادی تصور نمی‌شد که شخصیتهای ضداجتماعی در اصطلاحات روان‌شناسی بگنجند. بدین ترتیب، همهٔ کسانی که به جرم و خلافکاری

1 - Regier 2 - Cadoret

دست زده بودند، مجرم شناخته می‌شدند، و تنها وجه تمایز آنها میزان و شدت جرمشان بود. اما در قرن نوزدهم، تحت تأثیر پیشرفتهای روان‌شناسی، به ویژه این اندیشه گسترش یافت که انواع معینی از رفتارهای جنائی، ممکن است در شرایطی که شخص هیچ کنترلی بر آنها ندارد به وقوع بپیوندد. این شرایط غیرقابل کنترل می‌توانند از منابع اجتماعی، روانی، و یا زیست‌شناختی ناشی شده باشند. بنابراین، جرم این افراد برخلاف میل و اراده‌شان صورت گرفته و ناشی از شرایطی بوده است که هیچ کنترلی بر آنها نداشته‌اند.

گفته شده است که امکان دارد بسیاری از کسانی که مجرم نیستند ولی مرتکب اعمال سوء می‌شوند به دلیل وجود تجارب روانی و تکانه‌های آنی باشد که کنترل کمی بر آن دارند. افراد ضداجتماعی نیز ممکن است نتوانند کنترلی بر اعمال خود داشته باشند و بدین ترتیب در زمرهٔ این افراد قرار گیرند.

در این قرن، این باور وجود داشت که افراد ضداجتماعی "*دیوانهٔ اخلاقی*[1]" هستند و به عنوان افراد مبتلا به اختلال *اراده* تلقی می‌شدند. گرچه امروزه اصطلاح "اختلال شخصیت ضداجتماعی" جایگزین دیوانهٔ اخلاقی شده است، ولی همچنان این افراد به عنوان کسانی که دچار نارسایی و اختلال اراده‌اند، مورد توجه واقع می‌شوند. زیرا به نظر می‌رسد که این افراد، خواه به دلیل زیستی، خواه اجتماعی، و خواه روانی، "قادر به ادارهٔ امور زندگی خود نیستند". افرادی که بخوبی قادر به درک اراده و ادارهٔ خویشتن هستند، ولی خلافکاری را برگزیده‌اند، مجرم شناخته می‌شوند.

*رابرت کیگان*[2] (۱۹۸۶) اظهار می‌دارد که افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی از نظر ساختار روانی، بسیار شبیه به کودکان ده ساله هستند. بدین معنی که هر دو گروه نمی‌توانند مسؤولیتی را به عهده بگیرند، در فهم دیگران اشکال دارند، و ذهنشان به شدت عینی است (در مرحلهٔ منطق عینی باقی مانده‌اند). مصاحبهٔ زیر که بین یک خبرنگار و یک سارق معروف بانک به نام *ویلی* صورت گرفته است این موضوع را

1 - moral insanity

2 - Robert Kegan

بخوبی نشان می‌دهد.

خبرنگار : ویلی، چرا تمام بانکها را می‌زنی؟

ویلی : زیرا بانک محلی است که در آن پول نگهداری می‌شود (کیگان، ۱۹۸۶).

دربارهٔ این موضوع که آیا یک شخص واقعاً به اختلال شخصیت ضداجتماعی مبتلاست یا نه، بحث و اختلاف نظر وجود دارد. ریشهٔ این بحثها در ماهیت اختلال نهفته است. زیرا یکی از ویژگیهای اختلال شخصیت ضداجتماعی اختلال اراده است، و اراده تابع همه یا هیچ نیست. یعنی نمی‌توان گفت که فردی فاقد اراده یا صاحب اراده است، بلکه مانند سایر کنشهای روان‌شناختی، اراده به صورت یک پیوستار است که افراد بهنجار، کم یا بیش از آن برخوردارند، اما در افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی حتی کمتر از ارادهٔ افراد بهنجاری است که از آن بهرهٔ کمی دارند. حد و مرزی که افراد ضداجتماعی را از نظر نارسائی اراده از دیگران جدا می‌سازد، قراردادی است. به همین دلیل این تشخیص باید با احتیاط صورت پذیرد.

اراده نیز مانند اضطراب استنباطی بوده و قابل دیدن نیست. وجود آن از رفتارهایی که خواست فرد در آن منعکس است، استنباط می‌شود. تا زمانی که فرد رفتار خاصی را از خود بروز ندهد، نمی‌توان قضاوت کرد که از اختلال شخصیت رنج می‌برد یا نه. به همین دلیل DSMIII-R معیارهای شناختی ـ رفتاری را برای تشخیص اختلال شخصیت ضداجتماعی ارائه می‌دهد.

## ویژگیهای شخصیتهای ضداجتماعی

*هروی کلک‌لی*[1] که یک بررسی کنندهٔ دراز مدت دربارهٔ این افراد و رفتارهای آنان است بعضی از این ویژگیها را در کتابی تحت عنوان "نقاب سلامت روان" توصیف کرده

1 - Hervey Cleckley

است (۱۹۶۴). کلک‌لی شانزده ویژگی رفتار شخصیت ضداجتماعی را فهرست‌بندی کرده است. این شانزده ویژگی تحت سه گروه خصیصه آورده شده که عبارت است از: بی‌هدف بودن رفتار ضداجتماعی برانگیخته شده، فقدان وجدان و احساس مسؤولیت نسبت به دیگران، و فقر هیجانی.

**الف : بی‌هدف بودن رفتار ضداجتماعی برانگیخته شده**

جرم، برای مجرمان عادی، معنی و مفهوم خاصی را به دنبال دارد. می‌توان فهمید که آنان چه عملی را انجام داده‌اند و به چه دلیل. مثلاً می‌خواهند که سریعاً ثروتمند شوند، و موقعیت کسب کنند. گرچه بسیاری از این رفتارها مورد تأیید نیستند ولی انگیزه‌هائی قابل فهم دارند. ولی جرمهای افراد ضداجتماعی اغلب به نظر بی‌هدف، تصادفی، و تکانه‌ای می‌رسد. نه خود می‌توانند درک کنند و نه دیگران قادرند بفهمند که چرا و به چه دلیل این افراد عمل خاصی را مرتکب شده‌اند. به نظر می‌رسد که آنان به دلیل یک هدف منطقی برانگیخته نشده‌اند، بلکه بیشتر به صورت تکانه‌ای رفتار منحرفی را مرتکب شده‌اند.

**ب : فقدان وجدان و احساس مسؤولیت نسبت به دیگران**

نبود شرم یا پشیمانی برای کارهای بد گذشته، از هر قبیل، و هر اندازه که ناپسند باشند، از متداولترین ویژگیهای افراد ضداجتماعی است. آنان فاقد وجدان اخلاقی‌اند و بدین‌ترتیب، هیچ توجهی به حقوق دیگران ندارند (هیر[1]، ۱۹۸۰). بنابراین، روابط آنان با دیگران کاملاً سطحی و به منظور بهره‌برداری از آنان است. آنها توانائی عشق و وابستگی دائمی را نداشته نسبت به عطوفت، مهربانی، و محبت تأثیر ناپذیرند. بی‌شرمانه دروغ می‌گویند، و بی‌رحمانه نسبت به کسانی که به آنها اعتماد کرده‌اند، تعدی و ظلم می‌کنند.

1 - Hare

**ج : فقر هیجانی**

یکی از تفاوتهای عمده که شخص بهنجار مجرم را از یک فرد مبتلا به شخصیت ضداجتماعی متمایز می‌سازد، عمق احساسات تجربه شدهٔ آنهاست. به نظر می‌رسد که مجرمان عادی همان هیجاناتی راکه سایر افراد عادی خواهند داشت، تجربه می‌کنند، ولی تجربهٔ هیجانی افراد ضداجتماعی بسیار سطحی است. رفتار افراد ضداجتماعی به نحوی است که گوئی قادر به ادامهٔ عشق، خشم، اندوه، لذت، و ناامیدی نیستند. در واقع، ناتوانی آنان در تجربهٔ هیجانی ممکن است به طور معنی‌دار با فقدان وجدان اخلاقی آنها در رابطه باشد. به همین دلیل به سهولت حقوق دیگران را پایمال می‌سازند.

**علل رفتار ضداجتماعی**

اختلال شخصیت ضداجتماعی دیرپا و دوام‌دار است. اگر این اختلال در کودکی یا اوایل نوجوانی ظاهر شود، اختلال سلوکی نامیده شده، و ممکن است تا بزرگسالی ادامه می‌یابد. چهار منبع بالقوه برای این اختلال مورد توجه واقع شده که عبارت است از: ۱ـ زمینهٔ‌خانوادگی و اجتماعی ۲ـ نارساییهای یادگیری ۳ـ وراثت ۴ـ بد عملکردی فیزیولوژیایی دستگاه عصبی مرکزی.

**۱ـ زمینهٔ خانوادگی و اجتماعی**

به نظر می‌رسد که افراد ضداجتماعی، معیارهای اخلاقی جامعه را درونی نساخته‌اند. بنابراین، طبیعی است که منابع تحول روانی ـ اخلاقی آنان، به ویژه زمینهٔ اجتماعی و خانوادگی، به عنوان علل ضداجتماعی مورد بررسی قرار گیرد. شواهدی در دست است که رفتار ضداجتماعی با تجارب دوران کودکی افراد مبتلا در رابطه است. شماری از مطالعات، دلالت بر آن دارند که از دست دادن یکی از والدین به دلیل مرگ، طلاق، جدایی، و یا بستری شدن طولانی در بیمارستان، با ظهور رفتار ضداجتماعی در آینده

همبستگی دارد (گری گوری[1]، ۱۹۵۸؛ گریر[2]، ۱۹۶۴؛ اولتمن[3] و فریدمن[4]، ۱۹۶۷). افزون بر آن، این مطالعات نشان داده‌اند که هر قدر رفتار ضداجتماعی شدیدتر باشد، این احتمال که فرد جدائی و محرومیت از والدین را تجربه کرده باشد، بیشتر است. اکثر نویسندگان خاطرنشان ساخته‌اند که محرومیت از والدین فی‌نفسه و خود به خود موجب ظهور رفتار ضداجتماعی نمی‌شود، بلکه فضای هیجانی که به طلاق سرعت بخشیده، و رویدادهای بعد از آن در شخصیت ضداجتماعی مؤثر است. مثلاً مشاجره‌ها و دعواهای شدید، درگیریها و هرج و مرجها، می‌بارگی، بی‌ثباتی والدین، و بی‌توجهی پدر از عوامل عمدهٔ ایجاد کنندهٔ فضای هیجانی ضایعه‌گر محسوب شده‌اند (اسمیت[5]، ۱۹۷۸).

یافته‌های مشابه، ولی وسیعتر مربوط به گروه کثیری از کسانی است که در خلال سالهای ۱۹۲۴ تا ۱۹۲۹ در یک کلینیک هدایت کودک مورد مطالعه قرار گرفتند (رابینز[6]، ۱۹۶۶). در این کلینیک گزارشهای روان‌شناختی و جامعه‌شناختی دقیقی دربارهٔ مشکلات و شرایط خانوادگی کودکانی که به کلینیک ارجاع شده بودند، تهیه شد. وقتی این کودکان بزرگ شدند، با کودکان گروه کنترل که هیچ‌گاه به کلینیک ارجاع نشده بودند، مورد مصاحبه و مقایسهٔ دقیق قرار گرفتند. این بررسی معلوم ساخت که در حدود ۲۲ درصد از گروهی که به کلینیک ارجاع شده بودند، به عنوان شخصیت ضداجتماعی مورد تشخیص واقع شدند، در حالی که فقط ۲ درصد از گروه کنترل چنین تشخیصی داشتند.

کدام تجربه‌ها و رفتارهای اولیهٔ این افراد با تشخیص اختلال شخصیت ضداجتماعی در بزرگسالی همبستگی دارد؟ بررسی و مقایسهٔ این مصاحبه‌ها، و گزارشهای روان‌شناختی و جامعه‌شناختی آشکار ساخت که:

الف : این کودکان به دلیل رفتارهای ضداجتماعی از قبیل دعوا، سرقت، فرار از

---

1 - Gregory
2 - Greer
3 - Oltman
4 - Friedman
5 - Smith
6 - Robins

آموزشگاه، و مسائل انضباطی مدرسه به آن کلینیک ارجاع شده بودند.

ب: در مقایسهٔ گروه کنترل، اکثر این کودکان از خانواده‌های فقیر، یا از هم پاشیده در اثر جدائی و طلاق بودند. پدران آنها نیز اغلب، رفتار ضداجتماعی داشته و الگوهائی برای فرزندان خویش به حساب می‌آمدند (باندورا[1] و والترز[2]، ۱۹۶۳).

سایر مطالعات دراز مدت، رابطهٔ فضای خانوادگی نابهنجار و جنایتکاری بعدی را در پسران بزهکار، نشان داده‌اند. لازم به یادآوری است که حضور یا عدم حضور پدر به خودی خود یک تعیین کنندهٔ کلیدی برای جنایتکاری بعدی فرزندان نبود، بلکه عواملی از قبیل محبت مادری، عزت نفس، نظارت والدین، تفاهم زناشوئی، و انحرافات پدر در ظهور یا عدم ظهور بزهکاری و جرم، عامل مؤثری محسوب می‌شدند. در واقع اگر:مادر مهربان و دارای اعتماد به نفس بود، کودک تحت نظارت و سرپرستی دقیق قرار داشت، اختلال بین والدین کم بود، و پدر رفتار منحرف نداشت، جدائی و طلاق فی نفسه نمی‌توانست موجب رفتار ضداجتماعی باشد.

### ۲ـ نارسائیهای یادگیری

بسیاری از متخصصان بالینی ناتوانی احتمالی افراد ضداجتماعی در عبرت‌آموزی از تجربه را مورد تأکید قرار داده‌اند. پریچارد[3] در ۱۹۳۷ این گونه افراد را "*کودنهای اخلاقی*[4]" نامیده است. کلک‌لی[5] (۱۹۶۴) در بررسیهای خود، در می‌یابد که افراد ضداجتماعی به ویژه در پند آموختن از تجارب تنبیهی دچار نارسایی بوده، در قضاوت و داوری ضعیف هستند؛ با این وجود، افرادی "فهمیده" و هشیارند. بدین ترتیب اگر آنان از یک ضعف و نارسایی در آموختن رنج می‌برند، ممکن است مربوط به کمی دقت آنان باشد. یکی از مواردی که در زمینهٔ ضعف یادگیری در افراد ضداجتماعی مورد مطالعه

1 - Bandura
2 - Walters
3 - Prichard
4 - moral
5 - Cleckly

واقع شده نارسائیهای مربوط به یادگیری اجتنابی است.

مشاهدات کلک‌لی به ویژه حاکی از آن است که افراد ضداجتماعی در یادگیری اجتنابی دچار نارسائی هستند. افراد عادی به سرعت می‌آموزند که اوضاع و احوال را پیش‌بینی کنند و از موقعیتهای تنبیه‌کننده بپرهیزند. اما افراد ضداجتماعی، شاید به دلیل کم انگیختگی و دلواپسی پایین، در چنین مواردی قصور می‌ورزند.

موضوع دیگری که در زمینهٔ نارسائیهای یادگیری در افراد ضداجتماعی بررسی شده، فوریت نتایج است. بدین معنی که هر قدر فاصلهٔ زمانی بین یک رفتار و نتایج حاصل از آن بیشتر باشد، ادراک ارتباط بین آن رفتار و نتایج آن مشکلتر است. بعضی از افراد در مقایسه با افراد دیگر در ادراک و حفظ ارتباط بین دو حادثه پس از یک فاصله زمانی معین، با مشکلات بیشتری مواجه‌اند. ممکن است افراد ضداجتماعی جزء این گروه افراد باشند. زیرا تنبیه معمولاً مدتی پس از وقوع جرم به مرحلهٔ اجرا در می‌آید. افراد ضداجتماعی معمولاً از تنبیه‌ها هراسی ندارند.

### ۳ـ رابطهٔ وراثت و شخصیت ضداجتماعی

احتمال این که اختلال ضداجتماعی ریشهٔ ژنتیک داشته باشد از قدیمی‌ترین باورهاست که مورد توجه قرار گرفته است. اطلاعات مربوط به عامل زیست‌شناختی در رفتار ضداجتماعی جالب ولی پیچیده است. در اینجا نخست بررسیهای مربوط به دوقلوها ارائه می‌شود، آن‌گاه مطالعات مربوط به مردانی که یک کروموزوم y اضافی دارند، مورد بحث قرار می‌گیرد. اما قبل از آن، این نکته باید گفته شود که اغلب این مطالعات مربوط به رابطهٔ بین عوامل زیست‌شناختی و جنایت است. همان‌گونه که قبلاً ذکر شد، جنایت لزوماً همراه و مترادف با ضداجتماعی نیست. در سطور بعد تا آنجا که یافته‌ها و مطالعات اجازه دهند، فرق این دو را مشخص خواهیم کرد.

### بررسی دوقلوها

بر اساس مجموعه‌ای از بررسیها و مطالعات مربوط به میزان جرم و خلافکاری در میان دوقلوهای یک تخمکی و دو تخمکی آشکار شده است که یک رابطهٔ قوی بین مجرمیت و عوامل ژنتیک وجود دارد. در یکی از این بررسیها معلوم شده است که ۶۹ درصد از ۲۱۶ دوقلوی یک تخمکی مرتکب جرم و جنایت شده‌اند؛ در حالی که فقط ۳۳ درصد از دوقلوهای دو تخمکی همجنس، جرم و جنایتهای مشابهی را انجام داده بودند. این مطالعات تأثیرات ژنتیک را بر جنایتکاری این افراد مورد تأکید قرار می‌دهند. بدیهی است که عامل محیط را نباید نادیده گرفت، زیرا میزان جنایتکاری در بین دوقلوهای متضاد ۱۶ درصد یعنی کمتر از نصف میزانی است که در دوقلوهای همجنس ملاحظه گردیده است. این تفاوت در میزان تطابق، تأثیرات محیطی را بر جنایتکاری نشان می‌دهد (کلانینگر[1] و دیگران، ۱۹۷۸؛ سیگواردسون[2]، ۱۹۸۲).

### بررسیهای فرزند خواندگی

وقتی که کودکان توسط والدین واقعی خود پرورش می‌یابند تأثیرات ژنتیک را از تأثیرات محیط رشد آنان، نمی‌توان تفکیک کرد؛ اما در مطالعات کودکان فرزندخوانده این تأثیرات قابل تکنیک است. در یک بررسی که از سوابق جنائی افراد فرزندخوانده در دانمارک به عمل آمد، بدین ترتیب بود که اسامی آنان و اسامی والدین واقعی و غیرواقعی آنان از ادارهٔ ثبت احوال گرفته شد. آن گاه سوابق جنائی این کودکان فرزندخوانده با والدین واقعی و غیرواقعی مورد مقایسه قرار گرفت. کمترین میزان جنایتکاری مربوط به کودکانی بود که پدران واقعی و پدران غیرواقعی آنان مرتکب جنایتی نشده بودند. در حالی که وقوع جرم در کودکانی که پدران واقعی آنان سابقهٔ جنائی داشتند، ولی پدران غیرواقعی آنها چنین سابقه‌ای نداشتند، نسبت به گروه قبلی به

1 - Cloninger
2 - Sigvardsson

طور قابل ملاحظه‌ای افزایش نشان می‌داد. برعکس هنگامی که پدران غیرواقعی کودکان دارای سابقهٔ جنایتکاری بودند ولی پدران واقعی مرتکب هیچ جرمی نشده بودند، درصد جنایتکاری کودکان پایین بود. این موضوع نشانگر آن است که تمایل به ارتکاب اعمال جنائی ارثی است. جالب است که بالاترین درصد وقوع جنایت مربوط به کودکانی بود که هم پدران واقعی و هم پدران غیرواقعی آنان سوابق جنایتکاری داشتند. توجیه این موضوع چنین می‌تواند باشد که این کودکان تمایل به جنایتکاری را از پدران واقعی خود به ارث برده و رفتارهای جنایی را از پدر خواندگان خود آموخته‌اند (کلانینگر، ۱۹۸۷).

**اضافه بودن کروموزوم y**

این اعتقاد وجود دارد، مردی که دارای کروموزوم اضافی y است تمایل به رفتارهای جنایی و تجاوزگرانه دارد. در واقع ۱/۵ درصد از جنایتکاران و متخلفان که موردبررسی واقع شده‌اند، دارای کروموزم اضافی y بوده‌اند. شواهد دیگر نشانگر آن است که مردان دارای y اضافی، بیش از محکومان عادی مرتکب جنایت شده‌اند. علت این امر چنین بیان شده است: افرادی که دارای کروموزوم y اضافی هستند، نسبت به مردان عادی از هوش کمتری برخوردارند و شاید این افراد به دلیل هوش کمتر به سختی بتوانند در برابر وسوسه‌های خود مقاومت کنند. احتمال دیگر این است که مردان دارای کروموزوم y اضافی و هوش کمتر، نه تنها جرم بیشتری مرتکب شده محکومیت بیشتری دارند، بلکه از مواردی هستند که بیشتر از افراد عادی مورد بررسی واقع می‌شوند.

**بدعملکردهای فیزیولوژیائی**

هر قدرهم که ژنتیک با جنایتکاری و رفتار ضداجتماعی ارتباط داشته باشد، نمی‌توان این ارتباط را مستقیم دانست. گروهی از محققان در پی یافتن تفاوتهای فیزیولوژیایی در افراد ضداجتماعی و افراد عادی برآمده، به بسیاری از تفاوتها دست یافته‌اند. مثلاً معلوم شده است که عدهٔ زیادی از افراد ضداجتماعی دارای امواج مغزی غیرعادی هستند. یکی

از این نابهنجاریها، کندی امواج است، چنان که می‌توان گفت: امواج مغزی آنان شبیه به کودکان است که خود نشانه‌ای است از نارسایی در رشد مغز آنان. دومین اختلال، دندانه‌های مثبتی است که در امواج مغزی افراد ضداجتماعی ملاحظه می‌شود. این دندانه‌ها ناگهانی بوده و مربوط به انفجارهای کوچکی است که از فعالیت مغز ناشی می‌شود. در امواج مغزی ۴۰ تا ۴۵ درصد از افراد ضداجتماعی چنین دندانه‌هائی دیده شده است. در حالی که در جمعیت عادی این دندانه‌ها در حدود ۱ تا ۲ درصد است. دندانه‌های مثبت با رفتارهای تکانه‌ای و خشونت‌بار همراه است؛ به نحوی که در اکثر افرادی که مرتکب اعمال خشونت‌آمیز می‌شوند دندانه‌های مثبت وجوددارد، و این افراد اظهار گناه یا اضطراب دربارهٔ عمل خود نمی‌کنند.

این یافته‌ها به چند دلیل جالب و قابل تأمل هستند. نخست اینکه اگر این احتمال وجود دارد که افراد ضداجتماعی از رشد نایافتگی کرتکس رنج می‌برند (هیر[1]، ۱۹۷۸)، بنابراین، باید با رشد بیشتر کرتکس، رفتار ضداجتماعی آنان کاهش یابد. بررسیهای انجام شده این موضوع را تأیید می‌کنند. به ویژه بین سی الی چهل سالگی، بهبودهای مشخص و معنی‌داری در رفتار افراد سیکوپات ملاحظه شده است (رابینز، ۱۹٦٦).

دوم اینکه وجود دندانه‌های مثبت از یک سو نشان دهندهٔ یک اختلال ناگهانی و موقتی در فعالیت امواج مغز و از سوی دیگر غیرعادی بودن کنش دستگاه لیمبیک است، دستگاهی که دقیقاً مسؤول کنترل هیجان و انگیزه است. ناتوانی افراد ضداجتماعی در اجتناب از بعضی رفتارها و صرفنظر کردن از لذات، به نظر می‌رسد که شبیه به ناتوانی حیواناتی است که از ناحیهٔ سپتال[2] مغز آسیب دیده‌اند (نیومن[3] و دیگران، ۱۹۸۰). بنابراین، قصور افراد سیکوپات در یادگیری از تجارب تنبیه‌آمیز ممکن است ناشی از اختلالات فیزیولوژیائی آنان باشد.

بدین ترتیب، ممکن است عوامل زیستی در افراد ضداجتماعی بیش از سوءنیت آنان

1 - Hare
2 - septal
3 - Newman

موجب اختلال شخصیت و رفتار ضداجتماعی گردد.

**مثالی وحشتناک از اختلال شخصیت ضداجتماعی**

مورد *گری‌گیلمور*[1] بسیاری از ویژگیهای اختلال شخصیت ضداجتماعی را آشکار می‌سازد. او دو قتل مرتکب شده و محکوم به مرگ گردیده بود. او در ۱۷ ژانویهٔ ۱۹۷۷ اعدام شد، و اولین کسی بود که در طی مدت ۱۱ سال، محکومیت مرگ درباره‌اش اعمال می‌شد. گرچه گیلمور از تقاضای فرجام امتناع نمود، ولی به نیابت از وی چندین درخواست به عمل آمد و اجرای اعدامش سه بار به تعویق افتاد. در خلال این مدت که روزنامه‌ها داستانهائی دربارهٔ وی به عنوان "جنگ دربارهٔ استحقاق اعدام[2]" مطرح می‌ساختند، او دوبار دست به خودکشی زد.

گیلمور الگوی اختلال شخصیت ضداجتماعی را خیلی زود آشکار ساخت. به رغم بهرهٔ هوشی بالا، نمرات آموزشگاهی وی ضعیف بود. اغلب از مدرسه فرار می‌کرد و همواره متهم به دزدی از همکلاسیهای خود شده بود. در ۱۴ سالگی به دلیل دزدیدن یک ماشین به دارالتأدیب فرستاده شد؛ پس از رهایی چندین بار به علت دزدی به زندان افتاد؛ و در ۲۰ سالگی به دلیل سرقت و دزدی به زندان ایالتی برده شد. پس از آزادی از زندان به جرم بی‌پروائی و رانندگی در حال مستی، دو سال در زندان بود. سپس ۱۱ سال هم به جرم دزدیهای مسلحانهٔ مکرر به زندان ایالتی افتاد.

گیلمور، بر اساس گزارشهای خودش، از ۱۰ سالگی میگساری را شروع کرده و به دنبال آن انواع داروهای غیرمجاز از قبیل آمفتامین، کوکائین و LSD را مصرف کرده بود. در دورهٔ زندانی، هرگاه می‌توانست مشروب می‌نوشید، و ماری‌جوانا می‌کشید. او هنرمند ماهر خالکوبی بود. به کرات کلمات و تصاویر وقیحانه را روی بدن هم سلولهایی

1 - Gary Gillmore

2 - flight for the right to be executed

که آنها را دوست نداشت، خالکوبی کرده بود. "فکر می‌کردم که این راه خوبی برای تلافی چیزهای بی‌اهمیتی است که از من دزدیده‌اند. من جاهایی از بدن آنها را که نمی‌توانستند ببینند چه کاری انجام می‌دهم، خالکوبی می‌کردم. آنها زمانی که به آینه نگاه می‌کردند و خالکوبیها را می‌دیدند متوجه می‌شدند که چه بر سر آنها آورده‌ام". وقتی که در آوریل ۱۹۷۶ از زندان آزاد شد، به یوتا رفت تا در مغازهٔ عمویش به کار مشغول شود. وقتی که در آن کار پیشرفت خوبی نداشت، به مشاغل متعدد دیگری پرداخت. یک روز با زنی ملاقات کرد و فردای آن روز به خانهٔ آن زن نقل مکان کرد. او اظهار می‌داشت که اولین باری است که با کسی رابطهٔ نزدیک داشته است. این رابطه خوب پیش نرفت. دو فرزند زن، او را خشمگین می‌ساختند، و او اغلب آنها را مورد ضرب و شتم قرار می‌داد. میگساری و تمایل وی برای مرافعه و دعوا در میهمانیها نیز موجب مشکلاتی گردید.

مدتها قبل از آن گیلمور به طور فزاینده‌ای احساس ناکامی می‌کرد. به نظر می‌رسید که او نمی‌تواند خارج از زندان به سر برد. او تعهد خود مبنی بر اجتناب از میگساری را زیر پا می‌نهاد، ولی مأمورش آن را گزارش نمی‌کرد. پس از دعوا با زنی که با او زندگی می‌کرد، به فروشگاهی رفت و ضبط استریوئی را به زور ربود، اما وقتی که دو نگهبان امنیتی برای دستگیری وی اقدام نمودند، آنها را به زمین انداخت و فرار کرد. او توانست از چنگ پلیس که در تعقیب وی بود، فرار کند. این بار نیز با ملاحظهٔ مأمور ویژه‌اش، از مجازات قانونی رهائی یافت. وقتی به خانه نزد دوست زنش برگشت، زن با تهدید اسلحه به او دستور داد که از خانه بیرون برود.

در ماه ژوئیه به یک جایگاه بنزین وارد شد، و به مأمور جایگاه دستور داد تا همهٔ پولها را به او بدهد. پس از آن مأمور را به توالت برد و در حالی که آن مرد به پای او افتاده بود، دو گلوله به سرش شلیک کرد. صبح روز بعد به هتلی رفت. او جریان قتل و غارت خود را چنین تعریف می‌کند:

"من به داخل رفتم و به جوانک گفتم که پولها را به من بدهد. از او خواستم که روی زمین دراز بکشد و پس از آن به او شلیک کردم. بعد از آن در حالی که کشوی پول را برداشته بودم از آنجا خارج شدم. آن‌گاه پولها را برداشتم و کشو را در بوته‌ها انداختم و سعی کردم که اسلحه را نیز در بوته‌ها پنهان سازم. ولی در حالی که مشغول فشار دادن اسلحه درون بوته‌ها بودم، ناگهان در رفت و به همین دلیل گلوله‌ای به بازوی من خورد. چنین به نظر می‌رسد که من همیشه بد می‌آورم، یا کارهای احمقانه‌ای که مایهٔ دردسرم می‌شود، انجام می‌دهم. به یاد می‌آورم که وقتی بچه بودم احساس می‌کردم که مجبورم کارهائی انجام بدهم. مثلاً نشستن روی ریل راه آهن و ماندن در آنجا تا زمانی که قطار برسد و من از آنجا با عجله فرار کنم. یا انگشتم را جلو لولهٔ اسلحه بگیرم و ماشهٔ آن را فشار دهم تا ببینم آیا واقعاً گلوله‌ای در آن است. گاهی اوقات انگشتم را داخل آب گذاشته درون سرپیچ لامپ برق می‌کردم تا ببینم آیا واقعاً به من ضربهٔ الکتریکی وارد می‌شود یا نه (اسپیتزر وهمکاران، ۱۹۸۳، ص، ٦٨).

گیلمور برای تعیین اینکه آیا در زمرهٔ کسانی است که باید محاکمه شود مورد ارزیابی قرار گرفت. بهرهٔ هوشی وی ۱۲۹ و در ردیف سرآمدها بود. اطلاعات کلی وی، با توجه به تحصیلات بسیار اندکش، به صورت حیرت‌آوری خوب بود. او به زبان بازی خود می‌بالید و افسانه‌ها و اخبار روزنامه‌ها را حریصانه می‌خواند و هیچ نشانه‌ای از مشکلات عضوی در وی وجود نداشت. آزمونهای شخصیت، وجود آشفتگیهای فکری و خلقی عجیب یا نابهنجار را، در وی، به جز هنگام مصرف مواد، نشان ندادند. او به راحتی می‌خوابید، اشتهای خوبی داشت، و افسرده یا نگران نبود. "من تقریباً هیچ گاه غمزده نبوده‌ام. گرچه وضع آشفته‌ای برای زندگیم به وجود آورده‌ام. ولی هرگز دربارهٔ کارهائی که انجام داده‌ام، مضطرب و عصبانی نبوده‌ام....

گیلمور رفتارهای ویژهٔ یک شخصیت ضداجتماعی را نشان می‌داد. از مقررات خانه

و مدرسه سرپیچی می‌کرد، میگسار بود، و از سنین پایین از مواد مخدر و داروهای غیرمجاز استفاده می‌نمود. در ۱۶ سالگی به دلیل سرقت ماشین دستگیر شده بود. وقتی که در زندان بود به داشتن رفتار آشوبگرانه و بیرحمانه مشهور بود. به نظر می‌رسید که فاقد حس همدردی است و هیچ احساس گناه نمی‌کند. او هیچ‌گاه یک شغل ثابت یا یک رابطهٔ دوستی طولانی مدت با کسی نداشت (ساراسون، ۱۹۷۹، ۲۵۹-۲۵۸).

**خلاصه‌ای از بحث و بررسی اختلال شخصیت ضد اجتماعی**

عناوین بسیاری در طول دوره‌های مختلف توسط محققان و صاحبنظران به افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی داده شده، اما نشانه‌های این اختلال به طور برجسته‌ای یکسان باقی مانده است. سرچشمهٔ اختلال شخصیت ضداجتماعی در دوران کودکی است؛ یعنی زمانی که نشانه‌های آن به صورت اعمالی مانند فرار از مدرسه، دروغگوئی مداوم، دزدی، و دعوا جلوه‌گر می‌شود. این اعمال غالباً تا بزرگسالی ادامه یافته رفتارهائی از قبیل تهاجم به افراد و اموال آنان، قصور در پرداخت قرضها و تعهدات مالی، تبهکاری، و ارتکاب اعمال خلاف اخلاق و قانون را در بر می‌گیرد. ویژگیهای عمدهٔ افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی، عبارت است از: نداشتن احساس شرم یا پشیمانی، شکست در عبرت گرفتن از تجربیات گذشته، ضعف ونارسائی در عاطفه و هیجان.

بدین ترتیب در رفتار این افراد دور باطلی ملاحظه شده، این باور القا می‌شود که افراد ضداجتماعی از نظر عاطفه و هیجان دچار نارسایی بوده فاقد وجدان اخلاقی که رفتار آنان را کنترل نماید، هستند. علاوه بر مشاهدات بالینی، بررسیهای آزمایشگاهی نیز بیانگر این واقعیت است که اِعمال تنبیه بدنی در مورد افراد ضد اجتماعی بی‌تأثیر است. این موضوع چنین تبیین شده است که ممکن است عملکرد دستگاه لیمبیک در این افراد دچار نقص و نارسایی باشد؛ در نتیجهٔتحریک شدگی و برانگیختگی در آنان، کمتر از افراد عادی بوده، تنبیه بدنی در آنها بی‌اثر است. گرچه تأثیر محیط در بروز شخصیت

سیکوپات آشکار است، ولی شواهد بسیار بیانگر آنند که ژنتیک نیز در این زمینه نقش مهمی به عهده دارد، بویژه آن که تأثیر عوامل ژنتیک بر عملکرد مغز و کنش دستگاه لیمبیک، با کم انگیختگی افراد سیکوپات مطابقت دارد.

## اختلال سلوکی

بر اساس تعریف، اختلال شخصیت ضداجتماعی فقط در افرادی که سنشان بالاتر از ۱۸ سال است رخ می‌نماید. بنابراین، برای کسانی که در سنین پایینتر مرتکب جرم و جنایت می‌شوند، طبقهٔ دیگری لازم است. در DSMIII-R طبقهٔ اختلال سلوکی برای توصیف کودکان و نوجوانانی که مسائل رفتاری آنان بسیار جدی‌تر از شیطنتها و بدرفتاریهای عادی دورهٔ نوجوانی است، به‌کار رفته است. همچنین این اصطلاح برای بزرگسالانی که تمام معیارهای اختلال شخصیت ضداجتماعی در مورد آنان صادق نیست، مورد استفاده واقع شده است.

اختلالات سلوکی در محور I که مربوط به تمام اختلالات بالینی است قرار می‌گیرد نه در محور II که خاص اختلالات شخصیت است. اختلالات سلوکی هنگامی مورد تشخیص واقع می‌شود که بیمار طی یک دورهٔ شش ماهه یا بیشتر، الگوی مکرری از اعمال مجرمانه را ظاهر نموده، حقوق اساسی دیگران را پایمال ساخته، و هنجارهای اجتماعی و قوانین متناسب با گروه سنی خود را نادیده گرفته باشد. کودکان مبتلا به اختلال سلوکی ممکن است با هنجارهای یک گروه خود را وفق دهند یا فعالیت پرخاشگرانهٔ خود را به تنهائی ظاهر سازند. رفتارهائی که نشانهٔ معمولی اختلال سلوکی هستند عبارتند از: جیب‌بری، کیف‌زنی، سرقت مسلحانه، تجاوز به عنف، دزدی، سوء استفاده از دارو، خرابکاری، آتش‌افروزی، بی‌رحمی نسبت به حیوانات و آدمیان، فرار از مدرسه، تقلب در امتحان یا معامله، فرار از خانه، و دعوای دائمی.

چون اختلال سلوکی دامنهٔ گسترده‌ای از رفتارهای بسیاری را در بر می‌گیرد، بنابراین، کسانی که مبتلا به این اختلال مورد تشخیص واقع می‌شوند، ممکن است رفتاری کاملاً

متفاوت از یکدیگر داشته باشند.

**نمونه‌هائی از اختلال سلوکی**

مورد "*رابی*" می‌تواند ویژگیهای اختلال سلوکی را بخوبی آشکار سازد. تا آنجا که والدین رابی به یاد دارند، او همواره پر دردسر بوده است. مثلاً وقتی که کودک کم سنی بود خواهرش را از پله‌ها به پایین پرت کرد و کلید الکتریکی درب گاراژ را زمانی که برادرش با سه‌چرخه مشغول عبور از آن بود، روشن کرد. همچنان که بزرگتر می‌شد این رفتارها نیز ادامه می‌یافتند. او در ۱۵ سالگی دخترعموی ٦ ساله‌اش را مورد تجاوز قرار داد، و پیرزن همسایه را به دلیل آن که وقتی کیفش را قاپید ولی فقط یک دلار در آن یافت، کتک زد. والدین و معلمانش همگی از وی می‌ترسیدند. به نظر می‌رسید که او هرگز برای قربانیانش احساس تأسف نمی‌کند. وقتی از مؤسساتی که در نوجوانی بدانجا سپرده شده بود خارج می‌شد، هیچ کس از اطرافیانش احساس امنیت نمی‌کرد.

رفتار رابی تکانه‌ای و پرخاشگرانه بود. به نظر می‌رسید که نسبت به قربانیان خود هیچ ترحمی ندارد، و به افرادی که نسبت به وی مهربانند، به سادگی و مانند غریبه‌ها یا دشمنان حمله می‌کرد. گرچه دوست نداشت که تنبیه گردد یا به مؤسسات سپرده شود، ولی نسبت به زیانهائی که رفتارش به دنبال داشت نگرانی کمی نشان می‌داد. به‌مثال دیگری توجه کنید.

"تام" چنان راحت و با قیافهٔ حق به جانب دروغ می‌گفت، چنان زیرکانه بهانه‌تراشی می‌کرد، و چنان مسؤولیتهای خود را انکار می‌نمود که تشخیص شغل واقعی وی به زحمت حدس زده می‌شد. در ۱۴ یا ۱۵ سالگی که رانندگی را آموخت، شروع به ماشین دزدی کرد. غالباً قصد وی از چنین عملی دزدی واقعی نبود، بلکه تملک بی‌پروا و نابجای اموال دیگران بود. حتی ممکن بود که یک همسایه یا دوست خانوادگی به محلی که اتومبیلش را پارک کرده بود بیاید و دریابد که مفقود شده است. گاهی اوقات ماشینی را که دزدیده بود، چند ساختمان دورتر از محل سکونت صاحب آن و گاهی اوقات خارج از جاده و در محلی که بنزین آن تمام شده بود، رها می‌ساخت. هنگامی که در

تلاش بود تا ماشین سرقت شده‌ای را بفروشد، پدرش با متخصصان مشورت کرد و بر اساس این نظریه که ممکن است اشتیاق خاصی برای اتومبیل داشته باشد، و به عنوان اقدامی درمانگرانه، ماشینی برایش خرید. در یک موقعیت که مشغول رانندگی بود به طور عمدی ماشین خود را پارک کرد، ماشین مدل پایینتری را دزدید و آن را پس از آسیب زدنهای جزئی، چند کیلومتر دورتر و در حوالی قریه‌ای رها ساخت (ساراسون، ۱۹۸۹، ۲۶۰ ـ ۲۵۹).

به نظر می‌رسد که رفتار تام ناشی از تأثیر رفتار اطرافیانش نبوده، بلکه به دلیل اشتیاق وی برای برانگیختگی ابراز شده است. رفتار *تام* از رفتار *رابی* متفاوت است، زیرا اعمالش متوجه اشیا است نه مردم و قانون شکنیهای آشوبگرانهٔ رابی را در برندارد.

در یک مطالعه، کودکان سنین پیش نوجوانی که به دلیل اختلال سلوکی شدید در مؤسسات زندگی می‌کردند با کودکان دیگری که در یک مرکز درمانی به دلایل متعدد سپرده شده بودند، تفاوت داشتند (کازدین[1] و دیگران، ۱۹۸۶). کودکان مبتلا به اختلال سلوکی مسائل شدیدی از قبیل مشاجره و دعوا داشتند و تنوعی از رفتارهای ضداجتماعی مانند دزدی، بی‌رحمی نسبت به حیوانات، و آسیب زدن به اموال دیگران نشان می‌دادند. آنان خیلی کمتر از کودکان دیگری که در آن مؤسسه بودند به کشتن خودشان فکر می‌کردند یا در آرزوی مردن بودند.

عوامل متعددی هستند که به نظر می‌رسد در بالا بردن شانس ابتلا به اختلال سلوکی در کودکان مؤثر باشند. این عوامل عبارتند از: مشکلات کمبود توجه یا رفتار بیش فعالی، طردشدگی از طرف والدین، انضباط شدید، نداشتن پدر، اعتیاد پدر به مواد مخدر و الکل، و ارتباط با گروهی از کودکان بزهکار. پدران کودکان مبتلا به اختلال سلوکی به احتمال بیشتری مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی هستند.

1 - Kazdin

**نوجوان آشفته**

گاهی اوقات یک نوجوان مرتکب یک عمل بسیار برجسته و زیانبخش می‌شود که گرچه تنها عمل بزهکارانهٔ وی است، ولی تعجب کسانی راکه سالهاست او را می‌شناسند، برمی‌انگیزد. چنین رفتاری به عنوان نشانه‌ای از اختلال سلوکی نگریسته نمی‌شود، زیرا قسمتی از یک الگوی عادی نیست، بلکه به نظر می‌رسد که رفتارهای آشوبگرانهٔ از این نوع، تظاهری از تعارض و اضطراب باشند. مورد "هاری" بیانگر چنین رفتاری است.

هاری به پلیس تلفن کرد و به آنها گفت که وقتی به خانه آمده والدین و برادرش را کشته یافته است. در آغاز سوءظن متوجه برادر دیگرش شد که در خانه نبود. اما وقتی که جسد این برادر که با فشار در چمدان بزرگی قرار گرفته بود، پیدا شد، هاری مورد سوءظن قرار گرفت.

در ابتدا بعید به نظر می‌رسید که وی مرتکب چنین عملی شده باشد. زیرا او دانشجوی سال اول دانشکدهٔ علوم نظامی بود و در دبیرستان پسری آرام و تا حدی تنها شناخته شده بود. خانوادهٔ وی به عنوان خانواده‌ای مقید با باورهای مذهبی قوی توصیف شده بود. وقتی که ماجرا گشوده شد، تصویر بالنسبه متفاوتی از هاری آشکار گشت. او می‌خواست که دانشکده را ترک کند. او از سردرگمی که دانشجویان سال اول با آن مواجه‌اند متنفر بود. به نظر می‌رسید که او به عنوان یک بازنده مشخص شده، و همواره آماج استهزا و آزار دیگران است. پدرش با درخواست وی برای ترک تحصیل امتناع ورزیده بود. همچنین، به رغم التماسهای هاری، حتی به وی اجازه نداده بود که کلوپ بیسبال را ترک کند. بر اساس گزارشهای همکلاسیهایش، هاری در دورهٔ دبیرستان همواره مورد اذیت و آزار و بدرفتاری همدرسهایش واقع می‌شد.

هاری در شب ارتکاب قتلها برای تعطیلات تانکزگیوینگ[1] (روز سپاسگزاری از خداوند) به خانه آمده آشکارا احساس کرده بود که دیگر نمی‌تواند ناکامیها را تحمل

1 - Thanks giving

کند و یگانه راه برای اجتناب از بازگشت به دانشگاه برداشتن مانع اصلی یعنی پدرش است (ساراسون، ۱۹۷۹، ۲۶۱).

نوجوانان شبیه به هاری غالباً مبتلا به سیکوز، یا آشفتگی شدید که معمولاً الگوئی طولانی مدت از آسیبهای هیجانی و آشوب پنهان، سطوح زیرین آگاهی آنان را پوشانده است، شناخته شده‌اند. بنابراین، بعضی حوادث بسیار جزئی، رفتار آشوبگرانهٔ آنان را بر می‌انگیزد.

### جویندگان احساس[1]

کسانی که خواهان تحریک شدیدند، جویندگان احساس نام گرفته‌اند (زاکرمن[2]، ۱۹۷۹). بسیاری از جویندگان احساس نیاز خود به میزان بالای تحریک را از راههای مورد قبول اجتماع از قبیل مسابقهٔ رانندگی، رانندگی زیردریایی، خلبانی، یا مشاغلی که مستلزم آشوب و غوغاست برطرف می‌سازند. ولی عده‌ای از آنان ممکن است راههای ضداجتماعی برای افزایش تهییج و برانگیختگی خود انتخاب نمایند. گرچه تمام مجرمان زندانی در سطوح بالای جویندگی احساس قرار نمی‌گیرند. ولی هنگامی که مجرمان بهنجار و مجرمانی که اضطرابشان بالاست با افراد ضداجتماعی مقایسه می‌شوند، گروه ضداجتماعی از نظر جویندگی احساس در سطح بالائی قرار می‌گیرد. مهمتر آنکه، این گروه بیش از سایر زندانیان، رفتارهایی از قبیل فرار از خانه و مدرسه، مخالفت با مقررات، و سایر رفتارهای تکانشی داشته‌اند (زاکرمن و دیگران، ۱۹۸۰).

### اضطراب در افراد ضداجتماعی

افراد ضداجتماعی از نظر اضطراب نیز مورد بررسی واقع شده‌اند. این پیش‌فرض مدلل به نظر می‌رسد که افراد سیکوپات نسبت به افراد بهنجار اضطراب کمتری داشته

1 - sensation seekers

2 - Zucker man

باشند، ولی این پیش فرض فقط در حد کمی ممکن است صادق باشد. اسکالینگ[1] (۱۹۷۸)، در بررسی خود دریافت که گرچه افراد ضداجتماعی کمتر از سایر افراد نگران و دلواپس به نظر می‌رسند، ولی تمام نشانه‌های بدنی و عضلانی را که معمولاً در اضطراب وجود دارد مانند: میزان بالای ضربان قلب، تنگی نفس، و تنیدگی عضلات را تجربه می‌نمایند. اگر اضطراب را به بخش شناختی یعنی نگرانی، و اجزای فیزیولوژیائی آن یعنی پاسخهای بدنی نسبت به ترس تقسیم کنیم، به نظر می‌رسد که افراد ضد اجتماعی فاقد جزء شناختی اضطراب‌اند.

### ۳ـ اختلالات مربوط به طبقهٔ سوم

افرادی که در این گروه اختلال قرار می‌گیرند کسانی هستند که رفتارهای آنان با دلواپسی و ترس همراه است. به عبارت دیگر، آنچه این دسته اختلال را از سایر اختلالات شخصیت متمایز می‌سازد، اضطراب یا ترس است. این اختلالات عبارتند از: اختلال شخصیت اجتنابی، اختلال شخصیت وابسته، اختلال شخصیت وسواسی، و اختلال شخصیت انفعالی ـ پرخاشگری.

#### الف: اختلال شخصیت اجتنابی (دوری گزین)

هستهٔ اصلی اختلال شخصیت اجتنابی، دوری گزیدن از مردم، تجربه‌های جدید، و حتی تجربه‌های قبلی است. این اختلال غالباً ترکیبی است از یک ابراز ترس احمقانه با یک میل شدید برای مورد پذیرش و محبت واقع شدن. افراد مبتلا به این اختلال تمایل زیادی برای روابط اجتماعی یا فعالیتهای جدید دارند، اما ممکن است به دلیل ترس از عدم قبول و مورد پذیرش واقع شدن، بی‌میلی خاصی برای روابط اجتماعی نشان دهند، مگر آن که تضمینی قوی برای پذیرفته شدن بدون انتقاد به دست بیاورند. آنان بسیار

1 - Schalling

خجالتی و کمرو به نظر می‌رسند (زیمباردو[1]، ۱۹۷۷). کمترین اشارات حاکی از عدم پذیرش از طرف دیگران و پایینترین احساس بالقوهٔ شکست موجب کناره‌گیری آنان می‌شود. آنان ممکن است موارد ساده و به ظاهر بی‌ضرر را به عنوان تمسخر و استهزا نسبت به خود تعبیر کنند. افراد مبتلا به این اختلال ممکن است از ناتوانی خود در برقراری رابطهٔ صمیمی با دیگران احساس ترس و ناراحتی بکنند. این موضوع، عزت نفس پایین آنان را بیش از پیش کاهش داده، آنها را نسبت به سرزنش و انتقاد و تحقیر از طرف دیگران حساس می‌کند، و این دور باطل یعنی ترس از طرد و عدم پذیرش و دوری و کناره‌گیری از آنان همواره ادامه می‌یابد.

نتیجه آنکه این اختلال روابط اجتماعی فرد را محدود می‌سازد و ممکن است بر عملکردهای شغلی وی، به ویژه در مواردی که مستلزم دادوستد اجتماعی با دیگران است، تأثیر بگذارد. گرچه به نظر می‌رسد که این افراد از نظر روانی با افراد مبتلا به فوبی اجتماعی شباهت بسیار داشته باشند، ولی افراد مبتلا به اختلال شخصیت اجتنابی به دلیل احساس اضطراب شدید در موقعیتهای اجتماعی، و نارسائی و ناتوانی در مهارتهای اجتماعی، از مبتلایان به فوبی اجتماعی متمایز می‌شوند (ترنر[2] و دیگران، ۱۹۸۶).

**ب: اختلال شخصیت وابسته**

ویژگی اصلی اختلال شخصیت وابسته، درگیری با مسئلهٔ پذیرفته شدن از طرف دیگران است. برای رسیدن به این مقصود به دیگران اجازه می‌دهند تا تصمیمات عمده را برایشان اتخاذ کنند، فعالیتهای مهم را به آنها دیکته نمایند، و مسؤولیتهای لازم در موارد با اهمیت زندگی را به عهده بگیرند. افراد مبتلا به این اختلال غالباً تسلیم خواستها، باورها، و تصمیم‌گیریهای همسر، والدین، یا دوستان می‌شوند. آنان احتیاجات و خواستهای دیگران را بر خواستها و تمایلات خود ترجیح می‌دهند، و به دلیل وابستگی شدید به

1 - Zimbardo
2 - Turner

دیگران می‌ترسند که اگر خواستهای خود را اظهار کنند روابطشان با آنها به مخاطره افتد. این افراد چه از نظر روانی و چه از نظر بدنی، بد رفتاریهای دیگران را تحمل می‌کنند، زیرا می‌ترسند که از جانب دیگران مورد طرد و رهاشدگی واقع شوند. هنگامی که تنها هستند رنج، مشقت، بیچارگی، و ناراحتی شدیدی احساس می‌کنند، و در نتیجه در جستجوی یک مصاحب و همنشین به هر قیمتی که باشد بر می‌آیند. آنان فاقد اعتماد به نفس هستند و اغلب به خودشان عنوان احمق یا بیچاره می‌دهند. شیوع این اختلال در زنان بیش از مردان است.

**ج: اختلال شخصیت وسواسی**

اختلال شخصیت وسواسی از طریق یک کوشش فراگیر و گسترده برای کمال طلبی در مقایسه با دیگران مشخص می‌شود. آنان در انجام دادن کاری هر قدر هم که نتیجهٔ آن عالی باشد، راضی و خشنود نیستند. بنابراین، همواره ناتوانی خود را در رسیدن به استانداردهای قابل دسترسی پیش‌بینی می‌کنند. غالباً کارهای مهم را ناتمام رها ساخته، زمان کمی برای کارهایی که مستلزم وقت زیاد است، صرف می‌کنند. آن گاه از این کار دست کشیده و آن را معوق می‌گذارند. گرچه ارزش بسیار برای سودمندی کار و روابط بین اشخاص قائل‌اند، اما در کارها، قوانین، و برنامه‌ها، درگیر جزئیات می‌شوند. آنان در تصمیم‌گیریهای خود زحمت و دردسر زیادی احساس می‌کنند و در رها ساختن، و به تعویق انداختن کارهای لذت‌بخش بسیار خوب عمل می‌کنند. آنان در ابراز هیجان دچار اشکال‌اند و در نظر دیگران، افرادی رسمی، سختگیر، جدی، وظیفه‌شناس، و مبادی آداب هستند. این اختلال عموماً در هر دو جنس وجود دارد هر چند تا حدی شیوع آن در مردان بیشتر است.

**د: اختلال شخصیت انفعالی ـ پرخاشگری**

مشخصهٔ اصلی اختلال شخصیت انفعالی ـ پرخاشگری عبارت است از: مقاومتی

خاص در برابر اجرای الزامات شغلی و اجتماعی. این مقاومت مستقیماً ابراز نمی‌گردد، بلکه شخص مبتلا ترجیح می‌دهد که آن را به صورت انفعالی مانند به تعویق انداختن، وقت تلف کردن، سرسختی و لجاجت به خرج دادن، بی‌کفایتی و ناشایستگی نشان دادن، ندانم کاری کردن، و فراموش کردن (که از همه شایعتر است) به کار بندد. کارمندی که از طرف رئیس اداره‌اش مأموریتی به وی محول می‌شود که دوست ندارد، بی‌میلی و نارضایتی یا ناتوانی خود در انجام آن مأموریت را به طور مستقیم اظهار نمی‌کند، بلکه با گفتن جملاتی مانند "واقعاً در این باره به من تحمیل شده است،" یا "من در این زمینه مهارت کافی ندارم"، یا "این کار در واقع وظیفهٔ شخص دیگری است، نه من،" میل باطنی خود را ابراز می‌نماید. در نتیجه ممکن است ترجیح دهد که بخشهای سادهٔ آن کار را نادرست به کار بندد، یا انجام دادن آن کار را به تأخیر اندازد، یا نحوهٔ اجرای آن را همواره فراموش کند. این کارشکنیهای غیرمستقیم ویژگیهای شخصیت انفعالی - پرخاشگری است، زیرا پوششی هستند عاریتی برای پوشاندن دشمنی و خشم فرد.

## سؤالات فصل نهم

۱ـ تعریف شخصیت چیست؟

۲ـ اختلال شخصیت چگونه تعریف می‌شود؟

۳ـ یک مثال برای نشان دادن شخصیت افراد ذکر کنید.

۴ـ آیا اختلال شخصیت همواره موجب ناسازگاری می‌شود یا در بعضی موارد مفید هم هستند؟

۵ـ طبقه‌بندی اختلالات شخصیت را ذکر کنید.

۶ـ ویژگیهای افرادی که در طبقهٔ اول اختلالات شخصیت قرار می‌گیرند، کدام است؟

۷ـ ویژگیهای کسانی که در طبقهٔ دوم اختلال شخصیت واقع می‌شوند، کدام است؟

۸ـ ویژگیهای افرادی که در طبقهٔ سوم اختلال شخصیت قرار می‌گیرند، کدام است؟

۹ـ خصوصیات افراد مبتلا به اختلال شخصیت پارانوییدی کدام است؟

۱۰ـ ویژگیهای اختلال شخصیت اسکیزوییدی کدام است؟

۱۱ـ ویژگیهای اختلال شخصیت اسکیزوتایپال کدام است؟

۱۲ـ چه نامهای دیگری برای اختلال شخصیت مرزی ذکر شده است و ویژگیهای آن کدام است؟

۱۳ـ پنج ویژگی عمدهٔ اختلال شخصیت مرزی که در DSMIII-R ذکر شده کدام است؟ آنها را توضیح دهید.

۱۴ـ کدام افراد مشهور را می‌توان جزء اختلالات شخصیت مرزی دانست و ویژگیهای خاص آنان چه بود؟

۱۵ـ علت اختلال شخصیت مرزی طبق نظر کاهوت کدام است؟

۱۶ـ ویژگیهای اختلال شخصیت هیستریانیک کدام است؟

۱۷ـ ویژگیهای اختلال شخصیت خودشیفتگی کدام است؟

۱۸ـ نام اختلال شخصیت خودشیفتگی از چه واژه‌ای اقتباس شده و به چه دلیل؟

۱۹ـ علل و نظریه‌های مختلف مربوط به اختلال شخصیت خودشیفتگی کدام‌اند؟

۲۰ـ ویژگیهای اختلال شخصیت ضداجتماعی کدام است؟

۲۱ـ اختلال اراده را در شخصیتهای ضداجتماعی بنویسید.

۲۲ـ کدام باور در قرن نوزدهم دربارهٔ افراد ضداجتماعی وجود داشت؟

۲۳ـ نظر کیگان دربارهٔ شخصیت ضداجتماعی چیست؟

۲۴ـ بی‌هدفی را در شخصیت ضداجتماعی توضیح دهید.

۲۵ـ فقدان وجدان و احساس مسؤولیت را در افراد ضداجتماعی بنویسید.

۲۶ـ فقر هیجانی را در افراد ضداجتماعی توضیح دهید.

۲۷ـ زمینهٔ خانوادگی و اجتماعی را در شخصیت ضداجتماعی بنویسید.

۲۸ـ نارساییهای یادگیری را در شخصیت ضداجتماعی بنویسید.

۲۹ـ رابطهٔ شخصیت ضداجتماعی و وراثت را بنویسید.

۳۰ـ نتایج بررسی دوقلوها و رابطهٔ آن با شخصیتهای ضداجتماعی چیست؟

۳۱ـ بررسیهای فرزند خواندگی و ارتباط آن را با جرم و جنایت را بنویسید.

۳۲ـ اضافه بودن کروموزم y و رابطهٔ آن با جرم و جنایت چیست؟

۳۳ـ بدعملکردهای فیزیولوژیایی در افراد ضداجتماعی کدام است؟

۳۴ـ نمونه‌ای از شخصیت ضداجتماعی را بنویسید.

۳۵ـ اختلال سلوکی و تفاوت آن را با اختلال شخصیت ضداجتماعی بنویسید.

۳۶ـ یک نمونهٔ مربوط به اختلال سلوکی را بنویسید.

۳۷ـ عواملی که شانس ابتلا به اختلال سلوکی را افزایش می‌دهند، کدام‌اند؟

۳۸ـ ویژگیهای نوجوان آشفته را بنویسید.

۳۹ـ نمونه‌ای از یک نوجوان آشفته را بنویسید.

۴۰ـ علل رفتارهای نوجوان آشفته کدام است؟

۴۱ـ ویژگیهای جویندگان احساس کدام است؟

۴۲ـ بررسیهای مربوط به اضطراب در افراد ضداجتماعی چه نتایجی را نشان داده است؟

۴۳ـ خلاصه‌ای از بحث و بررسی اختلال شخصیت ضداجتماعی را بنویسید.

۴۴ـ بدعملکردی و نارسائی دستگاه لیمبیک در افراد ضداجتماعی را بنویسید.

۴۵ـ ویژگیهای اختلال شخصیت اجتنابی را بنویسید.

۴۶ـ ویژگیهای اختلال شخصیت وابسته را بنویسید.

۴۷ـ ویژگیهای اختلال شخصیت وسواسی را بنویسید.

۴۸ـ ویژگیهای اختلال شخصیت انفعالی ـ پرخاشگری را بنویسید.

۴۹ـ ویژگیهای شخصیت ضداجتماعی را در دوران کودکی بنویسید.

# فصل دهم

## اختلالات خلقی

هدف این فصل عبارت است از: بحث و بررسی شایعترین اختلالات روانی یعنی افسردگی و مانی (شیدائی). بنابراین، سعی می‌شود پس از ارائهٔ نشانه‌های مرضی آنها، تاریخچه، انواع، و نمونه‌هائی از آنها آورده شود. برای فهم بیشتر مطلب کوشش خواهد شد تا به تفصیل توصیفهائی دربارهٔ افسردگیهای مختلف، فصلی، سازگاری، و شیوع آن در بین گروههای سنی و جنسی ارائه شود.

## ویژگیهای حمله‌های افسردگی و مانی

بعضی از افراد نسبت به استرس از طریق بالا رفتن خلق و خو پاسخ می‌دهند که عبارت است: از فعال و اجتماعی شدن فوق‌العاده و تب‌آلود، درگیر شدن به کار زیاد و غیرمعمول، احساس برانگیختگی دائمی، بی‌پروائی، احساس سرخوشی افراطی، و

رضایت خاطر کامل از خویش. برعکس بعضی از افراد با خلقی افسرده نسبت به استرس پاسخ می‌دهند که در آن هیچ چیز حتی آنچه نشانهٔ شایستگی و توانائی آنـان است ارزشمند به نظرشان نمی‌رسد. به عبارت دیگر، گرچه افسردگی و مانی به صورت حالات خفیف و موقتی بخشی از زندگی عادی انسان است، ولی در بعضی از افراد این خلق نوسانی چنان شدت و دوام می‌یابد که موجب به هم خوردن نظم و سازمان زندگی آنان می‌شود. این اختلالات که از بدو تاریخ پزشکی شناخته شده بودند هم اکنون تحت عناوین اختلالات *عاطفی*[1] یا اختلالات *خلقی*[2] نام برده شده‌اند.

*بقراط* در چهار قرن پیش از میلاد از «رابطهٔ مانی و افسردگی» به طور مشروح بحث نمود. همچنین *ارتیوس*[3] پزشک یونانی در ابتدای قرن اول میلادی دریافت که مانی و افسردگی که بعضی از اوقات در یک فرد رخ می‌نماید، به نظر می‌رسد که از یک اختلال ریشه می‌گیرند.در اوائل قرن نوزدهم *فیلیپ پنیل*[4] (۱۸۰۱) گزارشی جالب از افسردگی به رشتهٔ تحریر درآورد که نام امپراطور رم *تیبریوس*[5] و پادشاه فرانسه *(لوئی یازدهم)* در آن منعکس گردیده بود. همچنین افسردگی از طریق ارائهٔ بعضی از قربانیان مشهورتر، به طور آشکار توصیف شده است. *آبراهام لینکلن* در یکی از حمله‌های عود کنندهٔ افسردگی خود چنین نوشت: "اگر آنچه من احساس می‌کنم به طور مساوی بین تمام انسانهای دنیا توزیع می‌شد، هیچ چهرهٔ شادی روی زمین وجود نداشت." همچنین *وینستون چرچیل* دربارهٔ جدالهایش با آنچه وی، "سگهای دیوانهٔ افسردگی" نامیده، صحبت کرده است.

گرچه قرنهاست که این اختلالات توسط دانشمندان مورد توجه دقیق و امعان نظر واقع شده است، ولی هنوز این افراطهای ناتوان کنندهٔ خلقی به صورت یک راز باقی مانده است.

غالباً یکی از نشانه‌های اختلالات خلقی کیفیت حمله‌ای بودن آنهاست که در آن

---

1 - affective
2 - mood
3 - Aretaeus
4 - Philippe pinel
5 - Tiberius

یک فرد عادی به طور ناگهانی، در عرض چند هفته، یا در بعضی از افراد طی چند روز، به نهایت ناامیدی یا اوج سرخوشی می‌رسد. هنگامی که دورهٔ یک حمله خاتمه یافت، این امکان وجود دارد که شخص به حالت عادی یا عملکرد بالنسبه بهنجار خویش بازگردد، هر چند این احتمال وجود دارد که حمله‌های عمیقتر اختلالات خلقی را داشته باشند. ماهیت این حمله‌ها (افسردگی یا مانی)، شدت آنها، و طول دوره‌های آنها تشخیص و غالباً درمان را نیز تعیین می‌کند. در اینجا ویژگیهای معمولی حمله‌های مانی و افسردگی مورد بررسی دقیق واقع می‌شود. البته این موضوع را باید به خاطر داشت که سعی خواهد شد سایر انواع این اختلالات نیز مورد بحث مفصل قرار گیرند.

## حملهٔ مانی

حملهٔ مانی بیشتر به طور ناگهانی آغاز می‌شود. این احتمال وجود دارد که حمله‌ها در عرض چند روز ظاهر شده و از چند روز تا چند ماه به طول بیانجامد و به همان ناگهانی که شروع شده‌اند، خاتمه یابد.

ویژگیهای برجستهٔ حملهٔ مانی مطابق DSMIII-R عبارت است از:

### ۱ـ خلق بالا رفته، انبساط یافته، یا تحریک‌پذیر

یکی از اصلی‌ترین ویژگیها، برای تشخیص حملهٔ مانی، تغییر خلق است. افراد مبتلا، نوعاً احساس عجیبی دارند، دنیا را شگفت‌انگیز می‌بینند، و شادی بی حد و حصر نسبت به آنچه انجام می‌دهند یا در فکر انجام دادن آن هستند، احساس می‌کنند. این انبساط خاطر که معمولاً با تحریک‌پذیری شدید و سرشادی افراطی با هم می‌آمیزد موجب می‌شود که افراد مانیائی دیگران را کند رفتار و کسانی که به نحو احمقانه‌ای لذت دیگران را به هم می‌زنند نگریسته و به آنها با دید خصمانه‌ای نگاه کنند؛ به ویژه هنگامی که بعضی از افراد می‌کوشند تا در رفتار آنان مداخله کنند. در بعضی از موارد ممکن است که

تحریک‌پذیری، خلق مسلط افراد مانی باشد که سرخوشی[1] در آن یا به صورت دوره‌ای است یا به سادگی ظاهر می‌شود.

**۲ـ بیش فعالی**

خلق انبساط یافته معمولاً با بی‌قراری و افزایش فعالیتهای بدنی، اجتماعی، شغلی، و غالباً جنسی همراه است.

**۳ـ پرگوئی**

افراد مانیائی تمایل دارند که همواره با صدای بلند و سریع صحبت کنند. تکلم آنان اغلب آکنده از پراکندگی، مملو از جزئیات بی‌ربط، و پر از شوخیهائی است که خود به تنهائی آن را خنده‌دار می‌دانند.

**۴ـ پرش اندیشه‌ها**

افراد مانیائی اغلب افکار تندگذر دارند. به همین دلیل برای آنکه تکلم خود را با افکارشان جور نمایند، سریع صحبت می‌کنند و به سرعت از یک موضوع به موضوع دیگر می‌پرند.

**۵ـ عزت نفس غرور آمیز**

افراد مانیائی تمایل دارند که خود را بی‌اندازه جذاب، مهم، قدرتمند، قادر به پیشرفت زیاد، و با استعداد در زمینه‌هائی که واقعاً ممکن است هیچ استعدادی نداشته باشند، بدانند. بنابراین، ممکن است آنان آهنگها را با هم ترکیب نمایند، سلاحهای اتمی را طرح‌ریزی کنند، و یا به مسؤولان یک مملکت تلفن کنند و به آنان توصیه کنند که

1 - euphoria

چگونه کشور را اداره نمایند.

### ۶ـ بیخوابی

حملهٔ مانیائی معمولاً با کاهش زیاد در نیاز فرد به خواب رفتن، مشخص می‌شود. افراد مانیائی ممکن است که ۲ الی ۳ ساعت در شب بخوابند، با این وجود مقدار انرژیشان دو برابر کسانی باشد که در اطراف آنها هستند.

### ۷ـ حواس پرتی

توجه افراد مانیائی به آسانی منحرف می‌شود. هنگامی که کاری انجام می‌دهند یا دربارهٔ موضوعی بحث می‌کنند به چیزهای دیگری که در اطرافشان است توجه می‌کنند (مثلاً یک روزنامه، یک لباس، یا یک عابر). توجه آنان به طور ناگهانی از یک موضوع به موضوع دیگری جلب می‌شود.

### ۸ـ رفتار بی‌ملاحظه و بی‌پروا

سرخوشی زیاد و تصور خود بزرگ بینی در افراد مانیائی اغلب منجر به اعمال پر زرق و برق (نمایشی) و نابخردانه از قبیل ولخرجی زیاد، رانندگی بی‌پروا و بدون دقت، بی‌احتیاطی در هزینه‌های زندگی، و بی‌پروائیهای جنسی می‌گردد. آنان معمولاً نسبت به نیازهای دیگران کاملاً بی‌تفاوت بوده، بی‌تأمل مرتکب اعمالی از قبیل تلفن زدن نیمه‌شب به دوستان، خرج کردن تمام پس‌انداز خانواده برای خرید یک ماشین گران قیمت، داد و فریاد در رستوران و اماکن عمومی می‌شوند.

شرط اصلی در تشخیص حملهٔ مانی و بستری کردن فرد در بیمارستان آن است که دلائل کافی مبنی بر اشکال جدی در کارها و روابط اجتماعی وی وجود داشته باشد. در سطور بعد، یک مورد مبتلا به مانی برای روشن شدن مطلب ارائه می‌شود:

آقای "تی.ای." کارمند و منشی رئیس یک اداره، مجرد و ۳۹ ساله در ماه می ۱۹۷۳ به دلیل بی‌قراری و فعالیت مداوم، رفتارهای عجیب و غریب، و صحبت کردنهای بی‌وقفه، توسط پلیس به بیمارستان برده شد. او با صدای بلند داد می‌زد که نیازی به درمان ندارد، و پلیس و بیمارستان را تهدید به انجام عمل قانونی در برابر رفتارشان می‌نمود.

در گزارشهای خانواده‌اش آمده بود که وی از یک ماه قبل سر کار نمی‌رفت. او تعداد زیادی ساعت زنگی و دیواری همراه با ماشینی گران قیمت خریداری کرده بود. او یک نمایشگاه سیار برای فروش اجناس خود طراحی کرده بود و انتظار داشت که از این راه پول زیادی به دست بیاورد. او برای خرید و فروش ساعتهای زنگی و سایر اجناس شروع به دوره گردی کرد، و هنگامی هم که در خانه بود با تلفن به خرید و فروش می‌پرداخت. او به ندرت می‌خوابید، و کارش می‌خوارگی، چرخیدن دور شهر و معامله شده بود. دو هفته قبل از بستری شدن، مادرش در اثر حملهٔ قبلی به طور ناگهانی فوت شده بود. او مدت دو روز گریه می‌کرد، ولی پس از گذشت دو روز خلق او مجدداً شروع به بالا رفتن کرد. به هنگام پذیرش در بیمارستان ۳۰۰۰ دلار بدهی داشت و خانواده‌اش را با فعالیتهای بیش از اندازه و صحبتهای بی‌ربط خسته کرده بود.

او می‌گفت: احساس می‌کند "روی قلهٔ جهان ایستاده است" (اسپیتزر[1]، و دیگران، ۱۹۸۳).

## حملهٔ افسردگی شدید[2]

در دورهٔ افسردگی شدید، منحنی خلق نسبت به دورهٔ مانی به سمت پایین افت می‌کند.

1 - Spitzer

2 - major depression episode

گرچه در بعضی از موارد یک ضایعهٔ روان‌شناختی شدید ممکن است فرد را در خلال یک شب دچار افسردگی سازد، ولی ظهور افسردگی شدید معمولاً تدریجی است و طی دورهٔ چند هفته یا چند ماه به وقوع می‌پیوندد. دورهٔ حملهٔ افسردگی نوعاً طولانی‌تر از حملهٔ مانی است و پس از پایان مانی بتدریج و به آهستگی ظاهر می‌شود.

شخصی که وارد دورهٔ افسردگی می‌شود، مانند حملهٔ مانی، احساس می‌کند که تغییرات عمیقی در اکثر جنبه‌های عملکردی وی رخ داده است که نه فقط در خلق، بلکه در انگیزه، تفکر، و کنشهای بدنی و حرکتی وی آشکار است. ویژگیهای حملهٔ افسردگی شدید بر اساس DSMIII-R عبارت است از:

**۱ـ خلق افسرده**

تقریباً همهٔ افراد افسرده درجاتی از غمگینی شدید یا ناشادی، که دامنهٔ آن از یک مالیخولیای (اندوهگینی) متوسط تا ناامیدی شدید در نوسان است، گزارش کرده‌اند. این نوع غمزدگی ممکن است توسط فرد به صورت نومیدی شدید، تنهائی، یا دلگیری ساده توصیف شود. کسانی که افسردگی ملایم یا متوسط دارند ممکن است همواره گریه کنند، ولی افرادی که به افسردگی شدید دچارند، اغلب اظهار می‌دارند که دوست دارند گریه کنند ولی نمی‌توانند. افراد مبتلا به افسردگی عمیق، غالباً اوضاع و احوال خود را برگشت‌ناپذیر پنداشته و معتقدند که نه خود می‌توانند کمکی به خویش بنمایند و نه دیگران قادرند که آنها را یاری کنند. این نوع طرز تفکر به عنوان *سندرم ناامیدی ـ بی‌پناهی*[1] نام گرفته است.

**۲ـ نبود لذت یا علاقه نسبت به فعالیتهای عادی زندگی**

مهمترین ویژگیهای معمولی حملهٔ افسردگی شدید، علاوه بر خلق افسرده، کاهش

1 - helplessness - hopelessness syndrome

انگیزه است. وجود یکی از این دو ویژگی، یعنی خلق افسرده، یا فقدان‌انگیزه، برای تشخیص افسردگی شدید، لازم است. به نظر می‌رسد که در شخص افسرده کلیهٔ فعالیتهائی که صورت می‌گیرد از قبیل: کار، مواظبت از فرزندان، صحبت کردن با دوستان و تماشای فیلم بی‌ارزش بوده، تمایلات جنسی آنان دستخوش کاهش شدید می‌گردد. در سطور بعد کاهش انگیزه و ظهور بی‌احساسی گسترده که توسط یک زن مبتلا به افسردگی توصیف شده، آورده شده است:

> من در آغاز بیماری، نمی‌توانستم کارهائی که قبلاً برایم سهل و لذت‌بخش بود از قبیل پخت‌وپز، شست‌وشوی، مواظبت از بچه‌ها، و گردش و تفریح را انجام دهم. چیز دیگری که موجب وحشت من شده بود ناتوانی در خواندن و مطالعه بود. اگر صبح زود بیدار می‌شدم، زودتر از زمانی که هنوز نیاز به خواب داشتم، دیگر خوابم نمی‌برد. گاهی لازم بود که در حدود ۲ ساعت که در رختخواب بودم و خوابم نمی‌برد تلاش کنم تا بتوانم از رختخواب خارج شوم، زیرا نمی‌توانستم پای خود را روی زمین بگذارم. وقتی پس از تلاش زیاد از خواب برمی‌خاستم، احساس می‌کردم که قادر نیستم لباسم را بپوشم. پس از آن احساس می‌کردم که نمی‌توانم وظائفی را که در بیداری باید انجام دهم، به عهده بگیرم.
>
> در ابتدای دوره که لذت بردن از فعالیتهای اجتماعی کاهش یافته بود، فکر می‌کردم که می‌توانم برای جبران کاهش این فعالیتها، از اعمال سرگرم کننده و فعل پذیرانه (بدون تحرک) از قبیل دراز کشیدن روی تختخواب و تماشای تلویزیون یا خواندن روزنامه استفاده کنم. به هر حال وقتی که بتدریج افسردگی من عمیقتر شد، حتی چنین واکنشهای کناره گیرانه نیز برایم لذت‌بخش نبود.

بیماران مبتلا به افسردگی شدید، ممکن است این تجربه را داشته باشند که دچار *"فلج*

*شدگی کامل اراده*" شده‌اند و به طور کلی در به حرکت درآوردن اعضای خود برای انجام هر کاری عاجز و ناتوانند.

### ۳ـ اختلال در اشتها

اکثر افراد افسرده اشتهای کمی داشته وزنشان کاهش حاصل می‌کند. هر چند بعضی از آنان،به ویژه کسانی که قبلاً رژیم غذائی داشته‌اند، از طریق خوردن زیاد و افزایش وزن خود واکنش نشان می‌دهند (پولیوی[1]؛ هرمن[2]، ۱۹۷۶).

### ۴ـ آشفتگی خواب

یکی از ویژگیهای مهم افراد افسرده بیخوابی شدید است که خیلی زود بیدار شده قادر به ادامه خواب نیستند. اما ممکن است که بعضی از آنان در آغاز نیز برای خواب رفتن دچار اشکال و ناراحتی باشند؛ یا آنکه، در طول شب مکرراً از خواب بیدار شوند. در بعضی از موارد، ممکن است که خواب هم مانند اشتها افزایش یافته حالت افراطی به خود بگیرد، به نحوی که شخص بیش از پانزده الی شانزده ساعت بخوابد و هنوز احساس کند که خسته است و نیاز به خواب دارد.

### ۵ـ کندی یا برانگیختگی روانی ـ حرکتی

معمولاً افسردگی را می‌توان سریعاً از طریق رفتارهای حرکتی و بدنی شخص تشخیص داد. در متداولترین الگوی این اختلال، که *افسردگی کند شده*[3] نام گرفته است، به نظر می‌رسد که بیمار مغلوب خستگی شدید شده، فعالیت دلخواهانهٔ کمی از خود بروز می‌دهد. بدن آنان جمع و در هم کشیده شده، حرکات آنان آهسته و کند و در کمترین حد است. صحبتهای آنان آهسته و بی‌دوام و معمولاً پیش از جواب دادن همراه با توقف

1 - Polivy
2 - Herman
3 - retarded depression

است. ممکن است در موارد شدید، این حالت به بهت، گیجی، و بی‌حرفی مبدل شود. در مواردی نیز امکان دارد که نشانه‌های مرضی به صورتی کاملاً متفاوت با آنچه ذکر شده آشکار گردند. این حالت *افسردگی برانگیخته شده*[1] نام گرفته و نشانه‌های آن عبارت است از: بی‌قراری و فعالیت بی‌وقفه مانند فشار دادن و مالیدن دستها به یکدیگر، راه رفتن بی‌هدف، پرتنشی و ناآرامی، نالیدن و گله کردن دائمی.

### ۶ـ نبود انرژی

معمولاً افسردگی با کاهش انگیزه همراه است به نحوی که سطح انرژی به طور برجسته‌ای کاهش یافته، فرد بدون انجام هیچ کاری، همواره احساس خستگی و فرسودگی می‌کند.

### ۷ـ احساس گناه و بی‌ارزشی

افراد افسرده نه تنها نسبت به زندگی بلکه نسبت به خودشان نیز بی‌علاقه‌اند. اغلب کمبودها و نارسائیهائی در زمینهٔ هوشی، جذابیتهای بدنی، سلامتی و مهارتهای اجتماعی به خود نسبت می‌دهند. آنان شکایات بسیار دربارهٔ از دست دادن عشق و محبت، اشیای مادی، پول و حیثیت دارند که ممکن است ناشی از احساس بی‌کفایتی و ناشایستگی باشد.

احساس بی‌ارزشی اغلب با احساس گناه عمیق همراه است. فرد افسرده شکستهای گذشته و حال خود را بزرگ می‌نماید و به نظر می‌رسد که محیط اطراف را برای شاهد ادعای خود غور و بررسی می‌کند و هر گونه نقص و نارسائی را به خود نسبت می‌دهد.

### ۸ـ مشکلات تفکر

در افراد افسرده جریانهای ذهنی نیز مانند جریانهای بدنی معمولاً کاهش حاصل

1 - agitated depression

می‌کنند. افراد افسرده تمایل به تردید و دو دلی دارند، و غالباً مشکلاتی در تفکر، تمرکز، و یادآوری نشان می‌دهند.

### ۹ـ افکار بازگشت‌پذیر دربارهٔ مرگ و خودکشی

بسیاری از افسردگان، افکار عودکننده دربارهٔ مرگ و خودکشی دارند. آنان اغلب حالات هیجانی خود را چنین ابراز می‌دارند که بهتر است بمیرند، و چنان‌که خواهیم دید بسیاری از افراد افسرده اقدام به خودکشی می‌کنند. *جدول شمارهٔ ۱* الگوی متمایزکنندهٔ رفتار مانیائی و افسردگی را نشان می‌دهد.

*جدول شمارهٔ ۱*

الگوهای متمایزکنندهٔ رفتار مانیائی و افسردگی

| *خصیصه‌های مختلف* | *رفتار مانیائی* | *رفتار افسردگی* |
|---|---|---|
| خصیصه‌های هیجانی | سرخوش، بانشاط، و بسیار خوش مشرب. | ملال آور، ناامید، از لحاظ اجتماعی کناره گیر ، و حساس. |
| خصیصه‌های شناختی | افکار مهار ناشدنی، پرش اندیشه‌ها، تمایل به عمل، رفتارتکانشی،وراج،خودپنداری مثبت، و هذیانهای بزرگ پنداری. | کندی‌جریانهای‌فکری، نگرانی وسواسی، ناتوانی در اخذ تصمیم، تصویر ذهنی منفی، خود ملامت‌گری، گناه و بیماری. |
| خصیصه‌های حرکتی | بیش فعال، خستگی‌ناپذیر، کمتر ازمعمول‌نیازمند خواب، افزایش تمایل‌جنسی،ونوسان‌اشتها. | کاهش فعالیت‌حرکتی، خستگی، دشواری در خواب‌رفتن، کاهش تمایل جنسی، و کاهش اشتها. |

در سطور بعد ویژگیهای فردی که به حملهٔ افسردگی شدید مبتلا بوده است شرح داده می‌شود:

خانم "س"، ۵۷ ساله، بیوه و مادر چهار فرزند که غذا نمی‌خورد و از خود مواظبت نمی‌کرد، توسط فرزندانش به بیمارستان برده شد و در بخش روانپزشکی آن بیمارستان بستری گردید. بیمار با دوفرزندمجردش که در سنین ۱۸ و ۲۲ بودند در خانهٔ محقری زندگی می‌کرد. او قبل از بیماریش معمولاً به عنوان خانمی با محبت و بشاش که بسیار دقیق از خانه و زندگیش مواظبت می‌کند، توصیف می‌شد. در حدود دو ماه قبل از بستری شدن فرزندان جوانش متوجه شدند که بدون هیچ دلیل آشکار حالت عادی مادرشان تغییر کرده است. ظاهراً زود خسته می‌شود، و نه تنها شاد نیست بلکه نسبت به کارهای خانه هم سست و بی‌حال است. رفتن به مسجد را متوقف ساخته بود و چندان رغبتی نسبت به تماسهای معمولی با همسایگان نداشت. اغلب خوابیده بود یا در گوشه‌ای نشسته و آشکارا پریشان حواس به نظر می‌رسید. با مشاهدهٔ این احوال، فرزندان جوان، خواهر و برادر بزرگترشان را که ازدواج کرده بودند برای مشورت و نظرخواهی آگاه کردند. پسر ۲۶ سالهٔ وی اظهار داشت که در حدود ۱۰ سال قبل نیز مادرش همین وضع را داشت و به مدت سه هفته در بیمارستان بستری شد. با این وجود وقتی با مادرش صحبت می‌کرد، او وجود هر گونه ناراحتی را انکار نموده و می‌گفت که تنها ممکن است سرما خورده باشد. فرزندان در طول مدت یک هفته کوشیدند که وی را شاد کرده سر حال بیاورند، ولی موفق نشدند. بنابراین، به ناچار پس از چندین روز که وی استحمام نکرده، لباسهایش را تعویض ننموده، و هیچ غذائی نخورده بود توسط فرزندانش به بیمارستان برده شد.

بیمار به هنگام پذیرش در بیمارستان، در برابر اکثر سؤالات خاموش بود و هیچ سؤالی را به جز نام صحیح بیمارستان و روز هفته جواب نمی‌داد. او در

طول مصاحبه با درمانگر چندین بار به گریه افتاد و وقتی که مصاحبه گر از وی دربارهٔ احساسها و افکارش سؤال می‌کرد، فقط سرش را تکان می‌داد. او شدیداً برانگیخته و بی‌قرار بود، دستهایش را به هم می‌مالید، به سقف خیره می‌شد، و روی صندلی تکان می‌خورد. سر و وضعش نامناسب و موهایش پریشان بود. بر اساس گزارشهای فرزندانش، در خلال هفتهٔ قبل از بستری شدن، ساعت ۳ صبح بیدار شده دیگر نمی‌توانست به خواب برود. همچنین به نظر می‌رسید که مقدار قابل توجهی از وزنش کم شده است. وزن وی به هنگام پذیرش ۶۰ کیلوگرم بود، در حالی که قبلاً ۷۰ کیلوگرم وزن داشت و در حدود ۱۰ کیلوگرم از وزن خود را از دست داده بود.

## شیوع افسردگی شدید[1]

افرادی که دستخوش یک یا چند حملهٔ افسردگی عمیق، بدون وجود حمله‌های مانی، می‌شوند، تحت عنوان افسردگی شدید نام برده شده‌اند. این اختلال عموماً با مسائل عمدهٔ بهداشتی همراه است. میزان شیوع این اختلال در ایالات متحد در حدود ۱ تا ۲ درصد در مردان، و ۳ تا ۴/۶ درصد در زنان گزارش شده است (میر[2] و دیگران، ۱۹۸۴). خطر این اختلال در طول زندگی ـ یعنی درصد کسانی که در بعضی از مراحل زندگی خود افسردگی شدید را تجربه نموده‌اند ـ در مردان ۸ تا ۱۲ درصد و در زنان ۲۰ تا ۲۶ درصد گزارش گردیده شده است (بوید[3]، و ویسمن[4]، ۱۹۸۱). در بین کسانی که در بیمارستانهای روانی بستری می‌شوند، بیشترین فراوانی مربوط به اسکیزوفرنها و پس از آن، افسردگی است. اما در مراکز بالینی خارج از بیمارستان، بیماران افسرده بیشترین درصد را شامل می‌شوند؛ به نحوی که تخمین زده شده است $\frac{1}{3}$ کل بیماران روانی را

1 - major depression
2 - Myers
3 - Boyd
4 - Weissman

تشکیل دهند (وودراف[1] و دیگران، ۱۹۷۵).

بعضی از افراد، بیشتر از دیگران مستعد ابتلا به افسردگی هستند. شیوع افسردگی شدید در طبقات اجتماعی ـ اقتصادی پایین به نحوی بی‌تناسب بیشتر از طبقات اجتماعی ـ اقتصادی بالاست. همچنین شیوع افسردگی در زنان دو برابر مردان گزارش شده است. محققان کوشیده‌اند که نظریه‌هائی دال بر این که این تفاوت ناشی از تغییرات هورمونها و تفاوتهای نقش اجتماعی است، عنوان کنند. هر چند ممکن است که این امر مربوط به تبیین رویه‌های تشخیصی باشد. در بعضی از مطالعاتی که در این زمینه صورت گرفته معلوم شده است که گرچه اختلالات خلقی بیشترین شیوع را در جامعه داراست، ولی از این حیث در زنان و مردان تفاوتی وجود ندارد. کسانی که این مطالعات را انجام داده‌اند چنین اظهار داشته‌اند که در واقع ممکن است شیوع این اختلال در زنان و مردان یکسان باشد، ولی در مردان تحت عنوان اختلالاتی از قبیل می‌بارگی تشخیص داده شود، در حالی که این حالت در زنان نمی‌تواند باشد (انگلند[2]، و هوستتر[3]، ۱۹۸۳).

زمانی این تصور وجود داشت که آمادگی ابتلا به افسردگی در سنین مختلف، متفاوت است. یعنی افراد در میانسالی و سالخوردگی، بیشتر در معرض خطر ابتلا به این بیماری قرار دارند. اما امروزه بسیاری از متخصصان بالینی معتقدند که افسردگی در افراد میانسال، نوجوانان، کودکان، و حتی خردسالان به طور یکسان شایع است، هر چند نشانه‌های مرضی در گروههای مختلف سنی متفاوت است. در خردسالان افسرده بارزترین و آگاه کننده‌ترین نشانه‌های مرضی، نخوردن غذا است. در کودکان بزرگتر ممکن است افسردگی در آغاز به صورت بی‌حسی عاطفی و نبود فعالیت ظاهر گردد، و به طور متناوب به صورت اضطراب جدائی شدید جلوه گر شود که در آن کودک دیوانه‌وار به والدین می‌چسبد، از ترک کردن آنان برای مدتی طولانی و رفتن به مدرسه امتناع می‌ورزد، و در ترس و وحشت از مردن (یا مرگ والدین) به سر می‌برد. علائم برجستهٔ

1 - Woodruff
2 - England
3 - Hostetter

افسردگی در نوجوانان ممکن است به صورت اخم و ترشروئی، منفی‌گرائی، گوشه گیری، شکایت از درک نشدن و یا مورد تحسین قرار نگرفتن، و احتمالاً رفتارهای ضداجتماعی و سوءاستفاده از داروها مشخص شود که عبارت است از بزرگ‌نمائی مسائل عادی نوجوانی (کنتول[1]، ۱۹۸۲؛ گالمور[2]، ویلسون[3]، ۱۹۷۲). در سالخوردگی ممکن است بارزترین علائم افسردگی بی حسی عاطفی و مشکلاتی در تفکر به صورت کاهش حافظه و اختلال خفیف در جهت‌یابی باشد. خلاصه آنکه، افسردگی نیز مانند هر حالت روان‌شناختی دیگر، در مراحل مختلف زندگی به صورتهای متفاوتی جلوه گر می‌شود.

در حدود ۵۰ درصد از موارد، اولین حملهٔ افسردگی، آخرین مرحله نیز است. در ۵۰ درصد بقیه، ممکن است که افسردگی به دفعات مکرر بازگشت داشته باشد. دوره‌های عود کنندهٔ افسردگی، به طور قابل ملاحظه‌ای در افراد متفاوت است. در بعضی از آنان حمله‌های افسردگی به صورت گروهی از نشانه‌ها ظاهر می‌شوند، در عده‌ای دیگر عملکرد عادی برای سالها از دست می‌رود، در افرادی دیگر این حمله‌ها بتدریج و با افزایش سن کاهش می‌یابند، و در کسانی دیگر این حمله‌ها با افزایش سن فراوانی بیشتری می‌یابند. در اکثر موارد سازگاری افراد مبتلا به افسردگی عود کننده در فواصل بین حمله‌ها تقریباً عادی است. به هر حال، در حدود $\frac{1}{5}$ افرادی که حمله‌های مکرر دارند، هیچ گاه در بین حمله‌ها به صورت واقعی بهبود نمی‌یابند، و به سازگاری دوران پیش مرضی[4] و عملکرد طبیعی قبل از ظهور حمله‌های این اختلال نمی‌رسند. تعجب‌آور نیست که حمله‌های افسردگی اعتماد به نفس شخص راکاهش دهند، روابط خانوادگی و زناشوئی را آشفته سازند، انگیزهٔ کار و پیشرفت را مختل سازند، و انتظارات و علائق فرد را دگرگون کنند، و رسیدن به زندگی سازگارانهٔ قبلی را مشکل سازند. در سطور بعد چگونگی تغییراتی که این اختلال در شخصیت افراد مبتلا ایجاد می‌کند نشان داده شده است:

---

1 - Cantwell
2 - Gallemore
3 - Wilson
4 - premordin

آقای "دال" که ۶۰ سال داشت به علت بی‌اشتهایی و افسردگی در بیمارستان بستری شد. او معتقد بود که معده‌اش از "حالت عادی خارج شده است". بیمار (در شرایط پیش از بیماری) فردی دوست داشتنی، اجتماعی، بدون رشک و ستیزه‌گری یا انتقام‌جوئی، شوخ‌طبع، دمدمی مزاج، دیرخشم، خوش قلب، و هیجانی توصیف شده بود.

بیمار در ۵۱ سالگی از افسردگی در رنج بوده و مجبور به استعفا از شغل‌اش شده بود. افسردگی او در حدود ۹ ماه دوام داشت و پس از آن آشکارا و به طور کامل بهبود یافت. او کار قبلی‌اش را دوباره شروع کرد ولی پس از دو سال مجدداً به افسردگی دچار گشت. پس از چند ماه بهبودی خود را باز یافت و به کاری شبیه به موقعیت سابقش مشغول شد که تا دو ماه قبل از بستری شدن در بیمارستان ادامه داشت. از این زمان بود که نگرانی شروع شده اظهار می‌داشت که کارش بخوبی انجام نمی‌گیرد. بدین ترتیب، از عدم تطابق عملکرد خود با وظایفش صحبت می‌کرد و سرانجام از کارش استعفا کرد. او در یکی از اعیاد که چند روز تعطیل بود به شهر کوچکی که پسرش در آنجا بود مسافرت کرد ولی در همان حال همواره نگران بود و اطمینان داشت که به علت سرما لوله‌های آب خانه‌اش یخ خواهند زد و خانواده‌اش در خیابانها آواره خواهند گشت. چندی بعد او را در کنار استخری یافتند که آشکارا قصد خودکشی داشت. از آن پس توقف کردن در خانه و خوابیدن دائمی را آغاز کرده برای قطع ارتباط با دنیای خارج، ملافه‌ای به دور سر و گوش خود می‌پیچید! و مدعی بود که اختلال درونی پیدا کرده است و اگر غذا بخورد، موجب مرگش خواهد شد. او از خانواده‌اش مصرانه می‌خواست که به حوله‌های وی دست نزنند، زیرا آلوده هستند.

به هنگام ورود به بیمارستان سالخورده‌تر از سالهای گذشته به نظر می‌رسید. رنگش پریده، اشتهایش کم شده، و آب بدن خود را از دست داده بود. لبانش

خشک، ترک خورده و پر از جوش بودند، و ظاهر چهره و رفتار کلی وی حاکی از احساس یأس و نومیدی کامل بود. او در تفکر خود فرو رفته، هیچ علاقه‌ای به محیط اطراف خود نشان نمی‌داد. زمانی که تشویق شد تا به سؤالات پاسخ بدهد، قبل از جواب دادن مدت زیادی تأمل می‌کرد و سرانجام پس از تأخیر زیاد، به اختصار، با تردید و آهسته صحبت می‌کرد. او گاهی برانگیخته می‌شد و مکرراً می‌گفت که "دکتر چرا من باید همیشه به این حالت دچار باشم؟ کاسهٔ صبرم لبریز شده و قادر به انجام دادن هیچ کاری نیستم، چه باید بکنم؟ او دربارهٔ حضورش در بیمارستان چنین توجیه می‌کرد و اظهار می‌داشت که چون خانواده‌اش معتقدند که او از این طریق درمان خواهد شد، وی را به بیمارستان آورده‌اند؛ به دنبال آن اضافه کرد که من نمی‌دانم آنان چگونه مرا به اینجا آورده‌اند، در حالی توانائی پرداخت هزینه‌های آن را نخواهند داشت. من و همسرم نیز نمی‌توانیم هزینهٔ بیمارستان را پرداخت کنیم و حتی نتوانسته‌ایم اجاره خانه را پرداخت کنیم و به همین دلیل ممکن است همسرم را از خانه بیرون کرده باشند (کلب[1]، ۱۹۸۲، صفحات ۳۷۶-۳۷۵).

## اختلال دو قطبی[2]

در حالی که افسردگی شدید به حمله‌های افسردگی محدود می‌شود، اختلال دو قطبی، بر اساس نامی که برای آن انتخاب شده، هم شامل حمله‌های افسردگی است و هم حمله‌های مانیائی (شیدائی). به طور معمول، اختلال دو قطبی در آغاز به صورت حملهٔ مانیائی آشکار می‌شود. حمله‌های بعدی، ممکن است که به شکل الگوهای گوناگونی رخ بنمایند. امکان دارد که پس از حمله‌های مانیائی، یک دورهٔ طبیعی باشد، به دنبال آن یک حملهٔ افسردگی، سپس یک دورهٔ طبیعی، و به همین ترتیب. یا این احتمال نیز هست

1 - Kolb

2 - bipolar disorder

که بلافاصله پس از یک حملهٔ مانیائی، حملهٔ متضادی، همراه با فواصلی از حالات طبیعی که بین دوره‌های مانیائی ـ افسردگی رخ می‌نمایند، وجود داشته باشد. در موارد نادر که نوع چرخشی[1] یا *سیکلوتایمی*[2] (افسرده خویی ادواری) نامیده شده، ممکن است که خلق در مدت زمانی طولانی بین مانی و افسردگی در نوسان باشد، بدون آنکه فواصلی از عملکرد طبیعی ملاحظه شود. الگوی نادر دیگر نوع *مختلط*[3] است که در آن نشانه‌های مرضی مانیائی ـ افسردگی به طور همزمان جلوه گر می‌شوند. مثلاً این احتمال وجود دارد که شخص بیش فعالی مانیائی را داشته باشد و در همان حال، گریه کند و تهدید به خودکشی کند.

اضافه شدن حمله‌های مانی تنها خصیصه‌ای نیست که اختلال دو قطبی را از افسردگی شدید متمایز می‌سازد، بلکه این دو سندرم از بسیاری جهات با یکدیگر تفاوت دارند (دیپو[4]، و مونرو[5]، ۱۹۷۸؛ هیرشفلد[6]، و کراس[7]، ۱۹۸۲). نخست آنکه، شیوع اختلال دو قطبی خیلی کمتر از افسردگی شدید است و تخمین زده می‌شود که ۰/۴ تا ۰/۸ درصد جمعیت بزرگسال را شامل شود (میرز و دیگران، ۱۹۸۴). دوم آنکه، این دو اختلال از نظر جمعیت‌شناسی دو نمودار متفاوت را در بر می‌گیرند. بدین معنی که اختلال دو قطبی، برخلاف افسردگی شدید در هر دو جنس به طور یکسان رخ می‌نماید، و در طبقات اجتماعی پایین شایعتر است، در حالی که افسردگی شدید بیشتر در طبقات اجتماعی بالا شایع است. سوم آنکه، کسانی که ازدواج کرده‌اند یا دوستان و روابط صمیمانه‌ای دارند، کمتر مستعد ابتلا به افسردگی شدید هستند، در صورتی که از نظر ابتلا به اختلال دو قطبی چنین چیزی صادق نیست. چهارم آنکه، افرادی که به افسردگی شدید مبتلا هستند، تاریخچه‌ای حاکی از عزت نفس پایین، وابستگی زیاد، و افکار وسواسی داشته‌اند، در حالی که شخصیت قبل از بیماری افرادی که آمادگی ابتلا به اختلال دو قطبی

1 - cycling
2 - cyclothymic
3 - mixed type
4 - Depue
5 - Monroe
6 - Hirschfeld
7 - Cross

دارند، نوعاً بهنجارتر بوده است. پنجم آنکه، افسردگی شدید در هر سنی ممکن است ظاهر شود، ولی اختلال دو قطبی معمولاً قبل از ۳۰ سالگی رخ می‌نماید. ششم اینکه، دوره‌های این دو اختلال تا حدودی با یکدیگر متفاوت‌اند، بدین معنی که در اختلال دو قطبی، حمله‌ها معمولاً کوتاه بوده بیش از حمله‌های افسردگی شدید تکرار می‌شوند. بالاخره احتمال بیشتری وجود دارد که اختلال دو قطبی بر خلاف افسردگی شدید ریشهٔ خانوادگی داشته باشد. بر اساس این نشانه‌ها بسیاری از محققان باور دارند که گرچه این دو اختلال ظاهراً مشابه یکدیگرند، ولی از علل متفاوتی سرچشمه می‌گیرند. به هنگام بحث دربارهٔ علل این اختلالات شواهد ژنتیک برای این نقطه نظرها ارائه خواهد شد.

گرچه اولین حملهٔ اختلال دو قطبی، غالباً به صورت مانی، بدون تاریخچهٔ آشکار اختلال خلقی ظاهر می‌شود، ولی معمولاً به عنوان اختلال دو قطبی طبقه‌بندی می‌شود، زیرا این انتظار وجود دارد که سرانجام شخص یک دورهٔ افسردگی را خواهد داشت. با این وجود گاهی هم حملهٔ افسردگی به وقوع نمی‌پیوندد و شخص بهبود یافته و دیگر دوره‌های اختلال خلقی را نخواهد داشت ـ یا حتی به صورتی نادرتر ـ یکسری حمله‌های مانیائی بدون حمله‌های افسردگی را ظاهر خواهد ساخت. به نظر می‌رسد که چنین مواردی را نباید اختلال دو قطبی نامید، زیرا در آنها فقط یک قطب ملاحظه می‌شود. با این وجود به عنوان اختلال دو قطبی طبقه‌بندی شده‌اند، زیرا به استثنای نبود دوره‌های افسردگی، شبیه به اختلال دو قطبی سنتی هستند (به داروهائی که اختلال دو قطبی پاسخ می‌دهد، پاسخ داده، تاریخچه‌ای از اختلال دو قطبی در خانواده دارند، و از این قبیل). در واقع بعضی از محققان گمان می‌کنند که این اختلالات منحصراً مانیائی، مواردی از پیامدهای مربوط به ناشایستگیهای قبلی هستند. این تصور وجود دارد که اگر این اختلالات همچنان ادامه یابند، سرانجام به حملهٔ افسردگی منجر خواهند شد. در سطور بعد ویژگیهای نوسانهای خلقی در اختلال دو قطبی نشان داده می‌شود:

اولین باری که خان "سین" در بیمارستان بستری شد ۳۸ ساله بود؛ هر چند از دوران کودکی نوسانهای خلقی در وی وجود داشت، و گاهی اوقات چنان شدت می‌یافت که به درجهٔ سیکوتیک می‌رسید. در ۱۷ سالگی دچار افسردگی شد به نحوی که مدت چند ماه قادر نبود کارش را ادامه دهد، هر چند منجر به بستری شدن وی نگردید. او در ۳۳ سالگی، کمی قبل از تولد اولین فرزندش، شدیداً به افسردگی دچار گشت، به طوری که طی یک دورهٔ ۴ روزه چنان به نظر می‌رسید که در حالت بیهوشی است. در حدود ۲ ماه پس از تولد فرزندش "دچار برانگیختگی شدید" شد و به عنوان یک بیمار نوروتیک یا سیکوتیک خفیف، در بیمارستان بستری شد. در آغاز بهبودی که از بیمارستان مرخص شد، یک شب در هتلی اقامت گزید و روز بعد آپارتمانی اجاره کرد و برای آن اسباب و اثاثیه خریداری کرده، سخت بدهکار شد. پس از مدت کوتاهی به افسردگی دچار شده به بیمارستانی که قبلاً بستری شده بود بازگشت. پس از چند ماه بهبود یافت و به استثنای نوسانات خلقی بالنسبه خفیف، در حدود ۲ سال حالش خوب بود.

به دنبال آن دوباره بیش فعال شده روحیه‌ای سرشار از شادی پیدا کرد. بدین ترتیب، همواره با دوستانش ملاقات می‌نمود و از آنان می‌خواست تا مشاغل متفاوتی را طرح‌ریزی کنند. او لباسهای زیاد و اسباب منزلهای فراوان با دادن چکهای بی‌محل خرید. در این زمان مجدداً به بیمارستان بازگردانده شده بتدریج نشانه‌های مرضی مانیائی کاهش یافت و پس از چهار ماه بستری شدن، از بیمارستان مرخص شد. پس از آن یک دوره افسردگی خفیف را تجربه نمود، در عرض کمتر از یک سال دوباره بیش فعالی وی شروع شد. عادات و رفتار وی در این حالت به کلی دگرگون شده با صدای بلند داد می‌زد و دشنام می‌داد و در مراکز عمومی دعوا به راه می‌انداخت. یک روز قبل از بازگشت به بیمارستان ۵۷ کلاه خریده بود.

در خلال ۱۸ سال گذشته این بیمار در موقعیتهای بسیار در بیمارستان بستری و سپس مرخص شده بود که بعضی از آنها به دلیل ظهور یک دورهٔ افسردگی شدید بود. در چنین مواقعی گله و شکایت می‌کرد که "مغزم درست کار نمی‌کند". یا اظهار می‌داشت که "هیچ انرژی ندارم، قادر به انجام کارهای خانه‌ام نیستم، موجب اضمحلال خانواده‌ام شده‌ام، من در حال گذراندن زندگی روز به روز هستم، من هیچ کس را به جز خودم سرزنش نمی‌کنم" (کلب، ۱۹۸۲، صفحات ۳۷۷-۳۷۶).

## دیس تایمی[1] و سیکلو تایمی[2]

افراد بسیاری هستند که دچار افسردگی مزمن، یا به طور مزمن دوره‌های افسردگی و بهبودی را می‌گذرانند، اما حالتهای آنان بدان حد ناتوان کننده نیست که تشخیص افسردگی شدید یا اختلال دو قطبی دربارهٔ آنان صادق باشد. چنین الگوهای "نیم سندرمی[3]" را دیس‌تایمی (افسرده‌خوئی مزمن) و سیکلوتایمی (افسرده‌خوئی ادواری) می‌نامند.

## دیس تایمی یا افسرده خوئی مزمن

دیس تایمی افسردگی ملایم و مداوم است که فرد مبتلا نوعاً کج خلق، درونگرا، دارای وجدانی قوی، و فاقد نیروی مزاح و شوخی است (اکیسکل[4]، ۱۹۸۳). علاوه بر آن، آنان غالباً دارای انرژی کم، عزت نفس پایین، و اندیشه‌های خودکشی هستند. همچنین اختلالاتی در خوردن، خوابیدن، و فکر کردن دارند که در افسردگی شدید هم ملاحظه می‌شود. ولی این نشانه‌ها بدان حد شدید یا چندان متعدد نیستند. شیوع این اختلال تقریباً شبیه به افسردگی شدید است و مانند آن اختلال در زنان دو برابر مردان است (میرز و دیگران، ۱۹۸۴).

1 - dysthymia
2 - cyclothymia
3 - subsyndromal
4 - Akiskal

### سیکلو تایمی یا افسرده‌خوئی ادواری

این اختلال نیز مانند دیس تایمی حالتی مزمن دارد، به نحوی که شخص طی سالهای طولانی هیچ گاه بدون مرحله‌ای از رفتار مانیائی یا افسردگی نیست، مگر موقتاً و برای چند ماه. چون این الگو نیز مانند دیس تایمی مداوم و ملایم است، به صورت سبکی از زندگی شخص در می‌آید. هنگامی که شخص مبتلا در دورهٔ مانیائی است ساعات طولانی بدون خستگی کار می‌کند ـ در واقع با نیروی روانی تازه‌ای که ایجاد و فعال شده است ـ و این حالت پیش از بازگشت به حالت طبیعی یا افسردگی است.

هم دیس تایمی و هم سیکلوتایمی ممکن است در تمام دوران زندگی پایدار باقی بمانند که در این صورت شبیه به اختلالات شخصیت هستند. اما در بعضی از موارد به صورت اختلال خلقی شدید در می‌آیند، یعنی "سیکلوتایمی" تبدیل به اختلال دو قطبی و "دیس‌تایمی" تبدیل به افسردگی شدید یا اختلال یک قطبی می‌شود (اکیسکل و دیگران، ۱۹۸۳). به دلیل پیامد مخاطره‌آمیز این دو سندرم، به تازگی کوششهای محققان معطوف به این موضوع شده است که چه عاملی موجب مستعد ساختن این افراد به اختلال افسردگی شدید می‌شود.

### ابعاد اختلالات خلقی

علاوه بر این تفاوت مهم بین اختلال دو قطبی و افسردگی شدید، "ابعاد معین" یا نکات متمایز کننده‌ای وجود دارد که محققان و متخصصان بالینی آنها را در طبقه‌بندی اختلالات خلقی مفید یافته‌اند. دو بعد از این ابعاد را که عبارت است از: سیکوتیک ـ نوروتیک و درون زادی ـ واکنشی مورد بحث قرار می‌دهیم.

### سیکوتیک در برابر نوروتیک

اختلالات روانی ممکن است که بر حسب شدت، نوروتیک یا سیکوتیک توصیف شوند، یا بر اساس تفاوتهائی از قبیل تماس با واقعیت، ادراک، تعامل شخص با محیط،

و افکار منطقی و کارآمد که به طور سنتی (قدیمی) مورد توجه بود، طبقه‌بندی شوند. بدین ترتیب ممکن است که نوروتیکها به طور جدی احساس ناتوانی کنند، ولی به ندرت از درک واقعیت عاجزند، ولی در سایکوزها از قبیل اسکیزوفرنی، ادراک شخص از واقعیت به شدت آشفته است و توهمها[1] یا ادراکهای حسی نادرست وجود دارد. همچنین شخص از هذیان[2] یا افکار و باورهای غلط در رنج بوده، از دنیا کناره‌گیری می‌کند، و به دنیای خصوصی خودش پناه می‌برد. در بعضی از موارد، احساس افراد سیکوتیک از واقعیت چنان دستخوش آسیب‌دیدگی می‌شود که حتی نمی‌توانند عملکردهای سازشی حاشیه‌ای خود را حفظ کنند. به همین دلیل آنها را بر خلاف نوروتیکها معمولاً در بیمارستانها بستری می‌کنند.

این تمایز نوروتیک ـ سیکوتیک، به طور سنتی در مورد افسردگی نیز اغلب به کار رفته است. بدین معنی که در افسردگی سیکوتیک وجود توهمها، هذیانها، یا کناره‌گیری، رابطهٔ بین فرد و محیط را به نحوی مؤثر قطع کرده، مانع عملکرد سازگارانهٔ وی با محیط می‌شود. قبلاً مثالی دربارهٔ افسردگی سیکوتیک به عنوان آقای (دال) که با عقاید هذیانی باور داشت معده‌اش فاسد شده و اشیائی که او دست زده آلوده گردیده‌اند ذکر شد. حمله‌های مانیائی نیز ممکن است تصویری از سیکوتیک داشته باشند. بسیاری از بیماران مانیائی، دچار اختلالات فکری، شبیه به آنچه در اسکیزوفرنیکها وجود دارد، مانند تفکر غیر منطقی، بی‌ارتباطی و سستی تداعیها، پریدن از یک موضوع به موضوع دیگر بدون وجود هیچ ارتباطی بین آنها، هستند (هارو[3] و دیگران، ۱۹۸۶).

اختلال خلقی از نوع نوروتیک ممکن است به طور آشکار زندگی افراد را آشفته سازد، ولی ارتباط با واقعیت دست نخورده باقی خواهد ماند. افراد دچار این اختلال هنوز از آنچه در اطرافشان می‌گذرد با اطلاع‌اند و می‌توانند تا حدودی کارآئی خود را حفظ کنند، گفتگوهای بالنسبه منطقی داشته باشند، راه خویش را برای مراجعه به درمانگر

1 - hallucinations
2 - delusion
3 - Harrow

بیابند، و از این قبیل. بسیاری از مبتلایان به افسردگی شدید و اختلال دو قطبی با توجه به این تعریف در سطح سیکوتیک قرار می‌گیرند، و افراد مبتلا به اختلال دیس تایمی یا سیکلوتایمی در سطح غیر سیکوتیک.

با توجه به این تفاوتهای مهم، آیا می‌توان نتیجه گرفت که اختلالات خلقی سیکوتیک و نوروتیک روی هم رفته دو اختلال متفاوت هستند؟ باور داشت سنتی چنین است که آنها دو اختلال متفاوت‌اند. مثلاً کراپلین[1] در نظام طبقه‌بندی خود تمام اختلالات خلقی ناتوان کننده را تحت عنوان "سیکوز مانیک ـ دیپرسیو" آورده بود و آنها را بیماری کاملاً بدنی می‌دانست که از اختلالات خلقی که بعداً نوروتیک نامیده شدند و شدت آنها کمتر است کاملاً متفاوت‌اند. بسیاری از نظریه‌پردازان نیز هنوز بر همین عقیده‌اند.

اما، نظریه پردازان دیگر بحث می‌کنند که تفاوت بین افسردگی نوروتیک و سیکوتیک کمّی است نه کیفی (بک[2]، ۱۹۶۷؛ کندل[3]، ۱۹۶۸). این نظریه که به عنوان *فرضیهٔ پیوستاری*[4] شناخته شده است، بر این عقیده تکیه می‌کند که به نظر می‌رسد روی هم رفته افسردگی یک نوع افراطی از غمگینی معمولی باشد. بر اساس فرضیهٔ پیوستاری، افسردگی سیکوتیک، افسردگی نوروتیک (دیس تایمی)، و غمگینیهای ساده نقاط متفاوت از یک پیوستار هستند. هر قدر اختلال شدیدتر باشد شخص نشانه‌های مرضی عمیقتری را تجربه می‌کند (بک، ۱۹۶۷). اما برای گذاشتن نامهای تشخیصی مختلف بر سطوح افسردگی متفاوت توجیهی وجود ندارد. این یافته که دیس تایمیکها و سیکلوتایمیکها در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به اختلالات خلقی شدید هستند، فرضیهٔ پیوستاری را تأیید می‌کند و در DSMIII-R این وضعیت منعکس شده است. گرچه از متخصصان تشخیص انتظار می‌رود که به این موضوع توجه کنند که رفتار یک بیمار سیکوتیک است یا نه، ولی تمام اختلالات خلقی مطابق DSMIII-R خواه نوروتیک باشند خواه سیکوتیک در یک گروه قرار گرفته‌اند.

---

1 - Kraepelline
2 - Beck
3 - Kendell
4 - continiuity hypothesis

**افسردگی درون‌زاد[1] در مقابل افسردگی واکنشی[2]**

طرفداران فرضیهٔ پیوستاری تمایل به قبول این باور دارند که تمام اختلالات خلقی در حد زیاد روان‌زاد[3] هستند. در حالی که، کسانی که از عقیدهٔ سنتی کراپلین پیروی می‌کنند معمولاً بر این باورند که فقط اشکال افسردگی نوروتیک روان‌زاد، ولی شکلهای افسردگی سیکوتیک زیست‌زاد[4] هستند.

اساس نقطه نظر روان‌زاد ـ زیست زاد، دومین بُعد اختلال خلقی محسوب شده و بُعد درون‌زاد در برابر بُعد واکنشی قرار می‌گیرد. طرح این اصطلاحات بدین دلیل بوده است که آیا حوادثی از قبیل مرگ یکی از افراد خانواده، یا از دست دادن شغل عاملی برای ظهور افسردگی محسوب می‌شوند یا نه. افسردگیهائی که به این قبیل حوادث مربوط باشند، افسردگی *واکنشی* نامیده می‌شوند، اما افسردگیهائی که ناشی از این حوادث نباشند، افسردگی *درون زاد* نامیده می‌شوند (یعنی در واقع از درون ایجاد می‌شوند). بر اساس نظر طرفداران کراپلین، افسردگی نوروتیک به طور کلی واکنشی، و در نتیجه روان‌زادی است، ولی افسردگی سیکوتیک، معمولاً درون‌زاد و بنابراین، زیست‌زادی است. البته تشخیص تفاوت آنها چندان روشن نیست، زیرا تعیین اینکه افسردگی فقط به دلیل یک حادثهٔ معین ظاهر شده باشد، مشکل است. ممکن است خانواده یا دوستان از ضایعات روانی که بیمار از آنها در رنج بوده است آگاه نباشند، یا بیماران حوادثی را که به هم آمیخته و منجر به ظهور افسردگی شده‌اند، فراموش کرده باشد. در نتیجه اعتقاد به بُعد درون‌زاد یا واکنشی افسردگی و ارتباط آنها با حوادث تسریع کننده و ظاهر کننده، سست شده است. در عوض برای تشخیص تفاوتهای آنها، نشانه‌های مرضی هر کدام مورد توجه واقع شده است. بیمارانی که نشانه‌های *«نباتی[5]»* یا بدنی بیشتری از قبیل کاهش خواب، کم شدن وزن، از دست دادن میل جنسی، و کند شدن فعالیت روانی حرکتی نشان می‌دهند

---

1 - endogenous
2 - reactive
3 - psychogenic
4 - biogenic
5 - vegetative

معمولاً در طبقهٔ افسردگی درون زاد قرار می‌گیرند، ولی بیمارانی که اختلالاتشان اساساً هیجانی و شناختی است، در طبقهٔ افسردگی واکنشی واقع می‌شوند.

تمایز واکنشی ـ درون زادی، بر اساس نشانه‌هائی صورت می‌گیرد که به نظر می‌رسد تفاوتهای واقعی را در بر می‌گیرند. از آن جمله است تفاوتهای موجود در الگوهای خواب (فین برگ[1]، ۱۹۸۲) و ترشح هورمونها (کارول[2]، و دیگران، ۱۹۸۱؛ زیمرمن[3]، و دیگران، ۱۹۸۶) که مورد تأیید واقع شده است. علاوه بر آن، این تفاوتها در پیش‌بینی پاسخ درمانی نیز سودمند است. بدین معنی که در اختلالاتی که تحت عنوان درون‌زاد طبقه‌بندی می‌شوند احتمال بیشتری وجود دارد که به درمانهای زیست شناختی از قبیل داروها پاسخ بدهند. سرانجام این تفاوتها ممکن است دست‌کم تا حدی آنچه را که هدف اصلی طبقه‌بندی قرار گرفته است توصیف کنند. مطالعات اخیر دلالت بر آن دارند که بیمارانی که قبل از ظهور افسردگی، حوادث استرس‌زای بیشتری را در زندگی تجربه کرده‌اند، می‌توانند تحت عنوان واکنشی قرار گیرند (زیمرین و دیگران، ۱۹۸۶)، ولی سایر بیماران افسرده، درون زاد نامیده می‌شوند. اما تاکنون تحقیقات نشان نداده‌اند که اصطلاح درون زاد ـ واکنشی می‌تواند به طور دقیق مورد استفاده واقع شود. اگر موارد درون‌زاد بیشتر مربوط به عامل زیست‌زاد است، بنابراین، باید انتظار داشته باشیم که در خانوادهٔ آنها بیماران افسردهٔ درون‌زاد بیشتر از بیماران افسردهٔ واکنشی باشد، ولی تاکنون این موضوع تأیید نشده است (اندریزن[4] و دیگران ۱۹۸۶؛ زیمرین و دیگران ۱۹۸۶). چنان که خواهید دید، نوعی از اختلال افسردگی (افسردگی فصلی) به طور متقاعدکننده‌ای با عامل زیست شناختی در ارتباط است.

دانشمندان عصب شناس، هم اکنون بررسیهای خود را بر مطالعهٔ دقیق عصبی در افسردگی متمرکز ساخته‌اند. این موضوع می‌تواند در تشخیص افسردگی "زیست‌شناختی" از افسردگی "واکنشی" سودمند واقع شود. بر اساس DSMIII-R باید در تشخیص

1 - Feinberyg
2 - Carrol
3 - Zimmerman
4 - Andreason

افسردگی شدید، گروههای فرعی بدون "مالیخولیا" و همراه با مالیخولیا مورد توجه قرار گیرد. ملاکهای تشخیص مالیخولیا، وجود نشانه‌های مرضی نباتی است، هر چند برای افزایش احتمال وجود مالیخولیا با افسردگی، باید زیر گروههای زیست‌شناختی بیشتری تعیین گردند. ملاکهای زیست‌شناختی مالیخولیا که در DSMIII-R آمده عبارت است از: خوب پاسخ دادن به دارو یا الکترو شوک درمانی، و وجود افسردگی بارزتر در صبحها.

زمانی که افسردگی پس از یک حادثهٔ تسریع کننده از قبیل مرگ، جدائی، و طلاق رخ بنماید، این حالت ارتباط زیادی با رویدادهای استرس‌زا دارد (پیکل[1]، ۱۹۷۹).به همین ترتیب، هنگامی که فرد روابط شخصی نزدیکی دارد ـ یعنی کسی که به وی اعتماد کند ـ احتمال کمتری وجود دارد که در برابر حوادث استرس‌زای زندگی به افسردگی مبتلا شود (انشوسل[2]، واستون[3]، ۱۹۸۲؛ بروان[4]، ۱۹۷۹). اصول مشابهی در مورد کسانی که از افسردگی بهبود می‌یابند نیز در همین زمینه ذکر شده است. بدین ترتیب که اگر استرس، به ویژه استرس مربوط به حوادث وجودی (مرگ، طلاق، جدائی)، با برگشت‌پذیری اختلال در ارتباط باشد، و حمایت اجتماعی، به ویژه داشتن محرم راز، با بهبود ، دوام‌دار اختلال در رابطه باشد، عوامل روانی بیش از عوامل زیست‌شناختی دخالت داشته‌اند (کهن[5]، و ویلز[6]، ۱۹۸۵).

چون شیوع افسردگی متداولتر از مانی است و بسیاری از نظریه‌پردازان مانی را به عنوان واکنشی نسبت به افسردگی دانسته و در درجهٔ دوم اهمیت قرار داده‌اند، نظریه‌های مربوط به اختلالات خلقی تمرکز زیادی بر افسردگی به تنهائی داشته‌اند.

**به چه دلیل احتمال ابتلای زنان به افسردگی بیشتر از مردان است؟**

بررسیها بیانگر آنند که زنان بیشتر از مردان دچار افسردگی می‌شوند. در واقع نسبت

---

1 - Paykel
2 - Anesheusel
3 - Stone
4 - Brown
5 - Kohen
6 - Wills

افسردگی در زنان دو برابر مردان است. افسردگی را به هر قسم که تعریف کنیم چه به عنوان تشخیصهای بالینی فرد تحت درمان، چه به عنوان حاصل پیامدهای اجتماعی دربارهٔ کسانی که تحت درمان قرار ندارند، چه به عنوان موارد خودکشی یا اقدام به خودکشی، چه به عنوان واکنش داغدیدگی، بین دو جنس از نظر نسبت وعده تفاوتهائی وجود دارد (کلرمن[1]، و ویسمن، ۱۹۸۰). این تفاوت افسردگی در بین دو جنس نه فقط در ایالات متحد و کانادا، و اروپای غربی ملاحظه شده است، بلکه در سراسر جهان وجود دارد.

وقتی که در یک طبقهٔ تشخیصی نوعی اختلاف جنسی ظاهر می‌گردد، متخصصان بالینی می‌خواهند بدانند که آیا علت این امر یک یافتهٔ واقعی است؟ مربوط به بعضی از عوامل جامعه شناختی است؟ یا معلول بعضی از تأثیرات ناشی از روشهای بهداشتی؟ مثلاً، زنان بیشتر از مردان از تسهیلات داروئی استفاده کرده، بیش از مردان برای نشانه‌های مرضی خفیفتر به پزشک مراجعه می‌کنند. بنابراین، تنها ممکن است بدین دلیل عدهٔ زنان افسرده بیشتر از مردان باشد که عدهٔ بیشتری از آنها برای معالجه مراجعه می‌کنند.

گرچه این عوامل از طرف بسیاری از پژوهندگان مورد توجه واقع شده است، ولی اکنون به نظر آشکار می‌رسد که هیچ یک از این دلائل نمی‌تواند این موضوع را تبیین نماید که چرا زنان بیشتر از مردان به افسردگی دچار می‌شوند. به نظر می‌رسد که این اختلاف در میزان وقوع افسردگی در بین زنان پدیده‌ای واقعی باشد نه ساختگی (بیرن[2]، ۱۹۸۱؛ رادلوف[3]، ری[4]، ۱۹۸۱). آیا این موضوع مربوط به اختلاف زیست‌شناختی است؟ لزوماً نه، هر چند تصور می‌رود که دست کم بعضی از انواع افسردگیها (آنهایی که به صورت اختلال دو قطبی ملاحظه می‌شوند) از طریق ژنهای مربوط به کروموزوم X به فرد منتقل می‌شوند. اگر افسردگی وابسته به کروموزوم X باشد، این موضوع می‌تواند تبیینی برای تفاوت نسبت جنسی محسوب شود، زیرا زنان دارای دو کروموزوم X هستند

1 - Klerman and Weissman
2 - Byrne
3 - Radloff
4 - Rae

و بدین ترتیب بیشتر از مردان که یک کروموزوم X و یک کروموزوم y دارند، تحت تأثیر قرار می‌گیرند. علت ژنتیک دیگر ممکن است توارث ویژه‌ای باشد که زمینهٔ آن در یک جنس فراهم می‌شود و تحت تأثیر محیط ظاهر می‌گردد. تأثیرپذیری متداول کمتری که جنسیت ممکن است در این پدیده داشته باشد، وجود آستانهٔ پایینتر در زنان برای ابتلا به افسردگی است. این موضوع با یافته‌هایی مطابقت دارد که در سطوح یکسان فشار روانی، زنان نشانه‌های شدید بیماری را ۲۵ درصد بیشتر از مردان گزارش داده‌اند (اوهلن‌هوت[1] و دیگران، ۱۹۷۴).

دربارهٔ عدم توازن هورمونها چه می‌توان گفت؟ تغییرات هورمونی در خلال چرخهٔ قاعدگی و در نتیجهٔ استفاده از داروهای ضدبارداری خوراکی به نظر می‌رسد که با احساس افسردگی مربوط باشند، ولی تفاوتها اندک است. آنچه بیشتر ازخطر طبیعی برای ایجاد افسردگی بعد از تولد یک فرزند ذکر گردیده، تغییرات ترکیبات هورمونی است. از طرف دیگر، افسردگی که در خلال قاعدگی، معمولی فرض شده است، به نظر نمی‌رسد که از طریق تحقیق کشف شده باشد. ممکن است عوامل اجتماعی بر مردان و زنان تأثیرهای متفاوتی داشته باشند یا آنان اصولاً به دلیل تفاوتهای جنسی با عوامل اجتماعی متفاوتی مواجه شوند.

بعضی عوامل اجتماعی به عنوان عوامل مربوط به افسردگی شناخته شده‌اند. این عوامل عبارتند از: شغل و پایین بودن سطح تحصیل، بهره‌مندی از نظارت و سرپرستی بیشتر، پرداختن به فعالیتهای تفریحی کمتر، و ابتلا به بیماریهای عمومی که زنان بیشتر از مردان در معرض چنین عواملی قرار دارند (رادلوف، ری، ۱۹۷۹)؛ هر چند که حتی وقتی این متغیرها کنترل شدند، باز میزان افسردگی در زنان بالاتر از مردان بود.

افسردگی هم در زنان و هم در مردان، که قبلاً و در اواسط دههٔ ۴۰ بیشترین شیوع را داشت، اکنون به نظر می‌رسد که کاهش یافته است. در حال حاضر، بیشترین شیوع

1 - Unlenhuth

افسردگی در بین جوانان است که قبلاً ممکن بود به عوامل روان‌شناختی نسبت داده شود. شواهدی وجود دارد که افسردگی و رفتار ناسازگار به طور معمول در خلال دوره‌های تغییرات سریع اجتماعی رو به افزایش می‌رود. این افزایش مربوط به این نیست که امور و رخدادها وضع بدتری پیدا کرده‌اند، بلکه وقتی فرد انتظاراتی دارد که اختلاف بین من واقعی و من آرمانی وی زیاد است، ناکامی، افزایش می‌یابد. شاید افزایش میزان افسردگی و خودکشی در بین زنان جوان و مراجعهٔ فزایندهٔ آنها به کلینیکهای روانپزشکی سرپایی مربوط به فرصت زنان برای این عمل باشد.

عامل اجتماعی دیگر که ممکن است موجب فراوانی افسردگی در زنان و مردان شود این است که افراد امکان دارد نسبت به رفتار افسردهٔ زنان و مردان واکنشهای متفاوت نشان دهند. در حالی که مردان افسرده تمایل بیشتری به کناره‌گیری و شکایت از ناراحتیهای بدنی دارند، زنان بیشتر از خود انتقاد می‌نمایند و احساس بی‌کفایتی می‌کنند (پیدسکی[1]، هامن[2]، ۱۹۸۱). هامن و پترز[3] (۱۹۷۷) دریافتند که افراد نسبت به مردان افسرده واکنشی منفی‌تر دارند تا نسبت به زنان افسرده. شاید این واکنش بدین دلیل است که مردان افسرده به احتمال کمتری در جستجوی کمک برمی‌آیند، و حتی سعی نمی‌کنند از دوستانشان یاری بخواهند.

این موضوع ممکن است بدین دلیل باشد که زنان از راه یادگیری آمادگی بیشتری برای افسردگی پیدا می‌کنند (رادلوف، ۱۹۸۰). مردان و زنان ممکن است بیاموزند که به صورتهای متفاوت با فشارهای روانی سازگار شوند. طبق این نظر، ممکن است زنان آموخته باشند که در برابر رویدادها، واکنشی آمیخته با درماندگی و بی‌پناهی ابراز دارند و زبان حالشان چنین باشد "هر کاری که بکنم فایده‌ای نخواهد داشت"، "هیچ کاری را درست انجام نمی‌دهم". این واکنشهای شناختی آموخته شده، ممکن است آنان را نسبت به افسردگی حساستر نماید. در نتیجهٔ چنین تحقیقاتی، تفاوت بین دو جنس از لحاظ وقوع

1 - Pad
2 - Hammen
3 - Pete

افسردگی به عنوان یک واقعیت پذیرفته می‌شود، و این امر ناشی از گزارشهای بی‌پشتوانهٔ مربوط به افسردگی نیست.

## افسردگی فصلی

بسیاری از افراد، حتی کسانی که کاملاً سالم‌اند، زمستان را دلتنگ کننده می‌دانند. وقتی که برای فعالیت در هوای آزاد باید لباس زیاد بپوشند، وقتی که خیابانها و کوچه‌ها به دلیل برف و یخبندان آلوده و کثیف شده‌اند و آسمان غالباً ابرآلود است، و هنگامی که زودتر از ساعت ۵ هوا تاریک می‌شود، تعجب‌آور نیست که افراد احساس دلتنگی کنند.

ولی برای بعضی از افراد نه تنها زمستان دلتنگ کننده است، بلکه عمیقاً موجب افسردگی آنان می‌شود. در چند سال گذشته معلوم شده است، کسانی که تنها در فصل زمستان افسرده می‌شوند، از نوع خاصی افسردگی رنج می‌برند که ***اختلال عاطفی فصلی*** نامیده شده است.

نمونهٔ نوعی این اختلال، زنانی هستند که سالها از افسردگی زمستانی رنج می‌برند (بنا به دلائل متعدد زنان بیش از مردان به این اختلال دچار می‌شوند). گاهی اوقات این افراد به دلیل یک حالت بیهودگی در پی کمک بر می‌آیند. توصیفهای آنان دربارهٔ سستی افراطی، روحیهٔ پایین، و خواب آلودگی زیاد در اثنای زمستان، اغلب به عنوان غمگینهای اغراق‌آمیز زمستانی مورد توجه واقع شده است.

علت غمگینی فصلی چیست؟ دکتر نورمن رزنتال[1] در سال ۱۹۸۰ از طریق سازمان بهداشت جهانی تبیین خاصی را ارائه داده است. بدین ترتیب که در خلال ساعات تاریک غدهٔ کاجی (اپی فیز) که دارای ساختار بسیار کوچکی در پائین مغز است، هورمونهای ملاتونین[2] ترشح می‌کند که با خواب‌آلودگی و سستی و بیحالی در ارتباط است. (نور مانع

1 - Norman Rosenthal

2 - melatonin

ترشح این هورمون می‌شود). در افراد بهنجار تعادل شیمیائی بدن به دلیل افزایش ملاتونین در زمستان دچار اختلال نمی‌شود، ولی مبتلایان به افسردگی فصلی تحت تأثیر بیش از اندازهٔ این هورمون قرار می‌گیرند.

اگر نبود نور موجب افسردگی فصلی می‌شود، به نظر می‌رسد که درمان این افراد به سادگی عبارت از قرار گرفتن بیشتر در معرض نور باشد. در واقع این موضوع درست است، زیرا اغلب کسانی که به افسردگی فصلی مبتلا هستند پس از چند جلسه نور درمانگری آثار مشخص بهبودی را آشکار می‌سازند. این افراد مدت چند روز، و در هر روز چند ساعت جلوی نوری که دارای تشعشع خاص و واجد تمام نورهای طبیعی روز است قرار می‌گیرند. با این فن ساده بعضی از افرادی که مبتلا به افسردگی فصلی بوده‌اند، توانسته‌اند انرژی و احساس هیجانی خوب بودن خود را حتی در تاریکترین روزهای زمستان حفظ کنند.

### افسردگی در دانشجویان دانشگاه

افسردگی در بین دانشجویان دانشگاه بسیار شایع است. در حدود ۷۸ درصد از دانشجویان دانشگاه از بعضی نشانه‌های مرضی افسردگی رنج می‌برند. ۴۶ درصد از دانشجویان تا آن اندازه دچار افسردگی شدید هستند که به بعضی کمکهای مناسب تخصصی نیازمندند (بک و یانک، ۱۹۷۸). دست کم میزان وقوع خودکشی در بین دانشجویان دانشگاه در هر سال دو برابر افراد غیر دانشجوی همسال آنهاست.

به چه دلیل این دانشجویان ـ یک گروه قابل‌تر و ممتازتر از جمعیت معمولی ـ این چنین سهل دستخوش افسردگی واقع می‌شوند؟ دلایل احتمالی زیادی وجود دارد. بسیاری از دانشجویان برای نخستین بار دور از خانوادهٔ خود زندگی می‌کنند. آنان باید خود را با اوضاع و احوالی که مستلزم انواع رفتارهای سازشی جدید است، تطبیق دهند. علاوه بر آن، گرچه دانشگاهها دانشجویان خود را از بین مستعدترین و پیشرفته‌ترین دانش‌آموزان دبیرستانها انتخاب می‌کنند، ولی تحصیل در سطح دانشگاه بسیار مشکل‌تر،

و رقابت انگیزتر است و بسیاری از دانشجویان که همواره جزء بهترینهای کلاس خود بوده‌اند، نمی‌توانند تصور مقامی نازلتر را در دانشگاه تحمل کنند. دانشجویان غالباً مطمئن نیستند که کدام خط مشی را می‌خواهند دنبال کنند. آنان ممکن است دربارهٔ پولی که والدین آنها برای تحصیلشان می‌پردازند، احساس گناه نموده، حتی هنگامی که هیچ آرمان روشنی دربارهٔ کیفیت زندگی آیندهٔ خود ندارند، برای موفقیت بیشتر احساس اجبار کنند. افزون بر آن، ممکن است افراد کمی باشند که آنان بتوانند برای کمک یا پشتیبانی نزد آنها بروند. دوستان قدیمی آنان در حال بازگشت به خانه و خانوادهٔ خود هستند و تلاش برای یافتن دوستان جدید ممکن است موجب اضطراب و در نتیجه احساس انزوا و تنهایی شدید در آنان بشود.

*نابود ساختن خویشتن*[1] نیز مسئلهٔ جدی دیگری در بین دانشجویان دانشگاههاست. میزان خودکشی در بین جمعیت دانشگاهی ۵۰ درصد بالاتر از جمعیت معمولی است. سالانه ۱۰۰/۰۰۰ دانشجوی دانشگاهی از خودکشی دم می‌زنند و در حدود ۱/۰۰۰ نفر واقعاً خود را می‌کشند. این مسئله نه فقط در ایالات متحد آمریکا، بلکه در کشورهای اروپایی، هند، و ژاپن نیز وجود دارد. در خلال یک دورهٔ نه ساله، بیست و سه تن از دانشجویانی که در دانشگاه برکلی کالیفرنیا نام نویسی کرده بودند، اقدام به خودکشی کردند (سیدن[2]، ۱۹۶۶). این دانشجویان، در مقایسه با همکلاسهای خود که اقدام به خودکشی در آنها وجود نداشت، آشکار ساختند که دستخوش کژخلقی بوده، به سختی در زندگی پیش رفته بودند. آنان همواره افسردگی زیاد که غالباً شکل تهییج شدید به خود می‌گرفت، داشتند. اکثر آنان پیاپی دربارهٔ قصد خودکشی هشدار داده بودند. مهمترین عامل تسریع کنند به نظر می‌رسید که نگرانی دربارهٔ کارهای دانشگاه، دلواپسی دربارهٔ تندرستی، و مشکلات ارتباط با دیگران بوده باشد.

اکثر دانشجویانی که احساس افسردگی می‌کردند در پی جلب کمک متخصصان

1 - self-destruction

2 - Seiden

خواه در دانشگاه و خواه خارج از دانشگاه نبودند. آنان تلاش می‌کردند که مشکل خود را از طریق کار بیشتر، صحبت با دوستان، یا حذف دروس برطرف کنند. دانشگاهها برای رفع این گونه مسائل به طرق گوناگون کوشش کرده‌اند.

شاید یکی از مؤثرترین راهها برای کاستن از وخامت این مسئله، آگاه ساختن دانشجویان به این موضوع باشد که آنچه آنان تجربه می‌کنند، منحصر به آنها نیست و اکثر دانشجویان چنین ناخشنودیهایی دارند. این امر ممکن است به آنان کمک کند تا هوشیارانه‌تر تصمیم بگیرند که چگونه می‌توان با افسردگی کنار آمد و کجا و از چه کسی باید یاری خواست. دربارهٔ مشکلات علمی و دانشگاهی، بیش از اشاره به کمبود هوش و استعداد به عنوان علت این دشواریها، دانشجویان باید آگاه شوند که فشارهای هیجانی و افسردگی ممکن است موجب غمگینی و کاهش رفتار انگیخته شده گردد و در نتیجه مخل پیشرفت علمی و دانشگاهی باشد.

### تأثیرات پدر یا مادر مبتلا به افسردگی دوقطبی بر رشد کودک

زندگی خانوادگی والدین دو قطبی ممکن است بی‌اندازه فشارآور باشد، ولی به نظر می‌رسد که شدیدترین تأثیر اختلال دو قطبی بر کودکان خانواده باشد. در یک مطالعه با دوازده خانواده، ۴۵ درصد کودکان مسائل روان‌شناختی شدید یا متوسط داشتند (مایو[1]، اکانل[2] و ابرین[3]، ۱۹۷۹). بسیاری از آنها به نظر می‌رسید دارای نشانه‌های مرضی اضطراب هستند که بر محور ترس نسبت به از هم گسیختگی خانوادگی دور می‌زد. در کودکانی که والدینشان به اختلال دو قطبی گرفتارند، احتمال از دست رفتن والدین در اثر طلاق یا خودکشی بیشتر از کودکانی است که والدینشان مبتلا به اختلال عاطفی نیستند. در دانمارک، کشوری که دارای تسهیلات درمانی عالی است، در حدود یک هفتم افراد مبتلا به اختلال دو قطبی، از طریق خودکشی به زندگی خود خاتمه داده‌اند (جوئل

1 - Mayo
2 - Óconnel
3 - Óbrien

نیلسن[1]، ۱۹۷۹). میزان طلاق نیز بالاتر از متوسط بوده است.

همسران و فرزندان تقریباً همواره ترجیح می‌دهند که والدین به افسردگی مبتلا باشند نه به مانی. آنان دائماً گوش به زنگ علایم خطرناک مانی هستند. هر نشانه‌ای از ابراز احساسات یا سرزندگی، به عنوان نوعی تهدید برای ثبات زندگی تعبیر می‌شود (دیون پورت و دیگران[2]، ۱۹۷۹).

واکشنهایی که در سطرهای بعد نقل می‌شود، مربوط به یک زن سی ساله است که در زمان حمله‌های مانیائی و افسردگی نسبت به مادرش ابراز داشته است.

> مادرم بارها به یک بیمارستان روانی خصوصی رفت. بیماری او از سن ۲۱ سالگی شروع شد؛ چند ماه بعد برادرم به دنیا آمد. دکتر الف می‌گوید برای کودکان سازگاری با والدینی که همیشه مبتلا به سیکوز هستند، آسانتر است تا والدینی که فقط بخشی از زمان مبتلا هستند. این موضوع کاملاً واقعیت دارد. ما کودکان هرگز نمی‌دانستیم چه چیزی را باور داشته باشیم. وقتی که مادر خوب بود، به کلی طوری دیگر می‌شد. به حرفهای ما گوش فرا می‌داد، مهربان و سخاوتمند بود، با او بودن لذت‌بخش بود، هرگز از پدر انتقاد نمی‌کرد، و همواره در خانه بود، ولی مشکل عمده ناهمنواختی او بود، یعنی شنیدن چیزی در یک دوره و چیزی کاملاً متفاوت در دورهٔ دیگر....
>
> این ناهمنواختی نیز احساسات فرد را دچار وضع مضحکی می‌کند. مثلاً هنگامی که پدرم به طور جدی بیمار شد، به طوری که من فکر می‌کردم در حال مردن است، نمی‌توانستم از خنده خودداری کنم. وقتی که من دختر کوچکی بودم، در تمام اوقات اگر کسی آسیب می‌دید، من می‌خندیدم، ولی آنچه واقعاً انجام می‌دادم، این بود که در درون خود گریه می‌کردم. چنین به نظر می‌رسید

1 - Juel Nielson

2 - Davenport

که در آن زمان، نسبت به هر چیز دو حالت داشتم؛ دو دسته احساسات و دو دسته افکار، که با آنچه واقعاً در حال وقوع بود، به درستی مطابقت نمی‌کرد. زندگی شبیه به یک وانمودسازی بزرگ بود.... ما بتدریج آموختیم که چگونه در دنیای خودمان زندگی کنیم. من و خواهرم همواره مشغول نظارهٔ فضای خانواده بودیم تا خود را با آن تطبیق دهیم، و تلاش می‌کردیم تا هر قدر ممکن است در کنار خانواده باشیم. این موضوع زیاد به ما کمک می‌کرد، ولی موجب گردید که فکر کنیم خانواده‌های سالم و عادی چه زندگی متفاوتی دارند. ناهمنواختی خاصی وجود نداشت. شما ممکن بود صبح از خواب برخیزید و در دل خود بدانید که در بقیهٔ روز چه حوادثی رخ خواهد داد. ولی ما هرگز نمی‌دانستیم که هر روز چگونه به پایان خواهد رسید.

چیزی که مادرم هنگام بیماری انجام می‌داد و مرا بیش از هر چیز دیگر عصبانی می‌کرد، این بود که هرگز کاری را تمام نمی‌کرد، و حتی هنگامی که من هنوز بچه بودم، این موضوع برای من یک وسواس فکری شده بود که من ناگزیرم آنچه را که آغاز کرده است به پایان برسانم. در آن موقع، من احساس می‌کردم که وظیفهٔ مخصوص من این است که به دنبال وی چیزها را تمیز کنم، جمع‌آوری نمایم، و آنچه را که ناتمام رها کرده است، به اتمام رسانم. این موضوع به صورتی بود که گویی من یک برده بودم و هرگز حق نداشتم دربارهٔ آن پرسشی کنم.

وقتی که مادرم مریض می‌شد، من همواره فکر می‌کردم که چند نمایش هولناک در حال وقوع است، ولی او هرگز از آنچه می‌گفت و انجام می‌داد شرمسار نبود. او همیشه فکر می‌کرد که بزرگترین است و هرگز اشتباهی از او سر نمی‌زند. برادرم به قدری شبیه به او بود که امروزه زندگی کردن با وی فوق‌العاده دشوار است و همسرش پیاپی او را تهدید به جدایی کرده است....

این موضوع چه تأثیری بر ما کودکان داشت؟ من قبلاً متذکر شده‌ام که

چگونه دربارهٔ پاکیزگی و نیاز به این که هر چیزی "درست باید چنین باشد"، ناشکیبا بودم. ولی در مورد من خطر ویژه‌ای نیز وجود داشت. از زمانی که کوچک بودم، همواره به من گفته می‌شد که درست شبیه به مادرم هستم. نام او را روی من گذاشتند و خیلی زود این فکر در من رسوخ کرد که مثل مادرم در ۲۱ سالگی گرفتار خواهم شد. وضع چنان بود که گویی از قبل معین شده بود؛ یعنی خودم را بی‌اندازه ناشکیبا، عصبانی، کودن و در تمرکز حواس ناتوان یافتم. اطمینان داشتم که آنها می‌آیند و مرا با خود می‌کِشند و دور می‌سازند. فکر می‌کردم که سرنوشت من این است که درست مثل او بشوم... چنین فکر می‌کردم که گویی در حال تجدید نحوهٔ زندگی او هستم. من نمی‌توانستم او را از خود و از درون خود جدا سازم. به نظر می‌رسید که ما یک روح در دو بدن هستیم (آنتونی[1]، ۱۹۷۵ صفحات ۲۹۳-۲۹۱).

احتمال ظهور این اختلال در کودکانی که والدین آنها مبتلا به اختلال دو قطبی هستند، خیلی بیشتر از دیگران است. میزان رویداد اختلال یک قطبی نیز در آنها بالاتر است (مک نیو[2] و دیگران، ۱۹۷۹). گرچه ممکن است وراثت عامل مهمی در ایجاد این اختلال باشد، ولی زندگی خانوادگی فشارانگیز نیز ممکن است در این میان سهمی داشته باشد. درمان با لیتیوم ممکن است به این والدین کمک کند تا نوسانات خلقی خود را ثبات بخشند، هر چند حتی با این اصلاح، درمان کل خانواده، با تأکید مخصوص بر مهارتهای سازگاری مؤثر، در اصلاح همنواختی خانوادگی برای تمام اعضای خانواده نقش مؤثری می تواند داشته باشد (مایو و دیگران، ۱۹۷۹).

1 - Anthoney

2 - Mcknew

## سؤالات فصل دهم

۱ـ نظریهٔ ارتیوس دربارهٔ مانی و افسردگی چه بود؟

۲ـ فیلیپ پینل کدام گزارش را دربارهٔ افسردگی به رشتهٔ تحریر درآورد؟

۳ـ آبراهام لینکلن در یکی از حمله‌های افسردگی خود چه موضوعی را نوشت؟

۴ـ وینستون چرچیل جدالهای خود را چه نامیده است؟

۵ـ خلق بالا رفته و تحریک پذیر در بیماران مانیائی چگونه است؟

۶ـ بیش فعالی بیماران مانیائی چگونه است؟

۷ـ پرگوئی بیماران مانیائی را توضیح دهید.

۸ـ پرش اندیشهٔ بیماران مانیائی را توضیح دهید.

۹ـ عزت نفس غرور آمیز بیماران مانیائی چگونه است؟

۱۰ـ حواس پرتی بیمارن مانیائی را توضیح دهید.

۱۱ـ رفتار بی‌ملاحظهٔ افراد مانیائی چگونه است؟

۱۲ـ خلق افراد افسرده را توضیح دهید.

۱۳ـ نبود لذت را در افراد افسرده توضیح دهید.

۱۴ـ اختلال در اشتها را در افراد افسرده توضیح دهید.

۱۵ـ آشفتگی خواب در افراد افسرده چگونه است؟

۱۶ـ کندی روانی حرکتی افراد افسرده چگونه است؟

۱۷ـ مفهوم افسردگی کند شده چیست؟

۱۸ـ مفهوم افسردگی برانگیخته شده کدام است؟

۱۹ـ انرژی در افراد افسرده چگونه است؟

۲۰ـ احساس گناه و بی‌ارزشی را در افراد افسرده توضیح دهید.

۲۱ـ مشکلات تفکر در افراد افسرده چگونه است؟

۲۲ـ تفاوت خصیصه‌های هیجانی در افراد مانیائی و افسرده چگونه است؟

۲۳ـ تفاوت خصیصه‌های شناختی در افراد مانیائی و افسرده چگونه است؟

۲۴ـ تفاوت خصیصه‌های حرکتی در افراد مانیائی و افسرده چگونه است؟
۲۵ـ شیوع افسردگی در طبقات اجتماعی ـ اقتصادی مختلف چگونه است؟
۲۶ـ شیوع افسردگی در سنین مختلف چگونه است؟
۲۷ـ ظهور و ادامهٔ نشانه‌های مرضی افسردگی در افراد مختلف چگونه است؟
۲۸ـ اختلال دو قطبی را توضیح دهید.
۲۹ـ اختلال سیکلو تایمی چه ویژگیهائی دارد؟
۳۰ـ ویژگیهای نوع مختلط اختلالات خلقی کدام است؟
۳۱ـ تفاوت افسردگی شدید و اختلال دو قطبی را بنویسید.
۳۲ـ ویژگیهای اختلال دیس تایمی را بنویسید؟
۳۳ـ تفاوتهای اختلالات سیکوتیک و نورونیک را بنویسید.
۳۴ـ توهم را توضیح دهید؟
۳۵ـ هذیان را بنویسید.
۳۶ـ کراپلین اختلالات خلقی را تحت چه عنوانی آورده بود؟
۳۷ـ فرضیهٔ پیوستاری دربارهٔ افسردگی کدام است؟
۳۸ـ افسردگی درونزاد را توضیح دهید.
۳۹ـ افسردگی واکنشی را توضیح دهید.
۴۰ـ تمایز افسردگی روانزاد و واکنشی در کدام موارد است؟
۴۱ـ ملاکهای تشخیص مالیخولیا چیست؟
۴۲ـ به چه دلیل زنان بیش از مردان به افسردگی دچار می‌شوند ؟
۴۳ـ ویژگیهای افسردگی فصلی کدام است ؟
۴۴ـ علت افسردگی فصلی چیست؟
۴۵ـ شیوع افسردگی در دانشجویان دانشگاه چگونه است؟
۴۶ـ به کدام دلیل دانشجویان دانشگاه دچار افسردگی می‌شوند؟
۴۷ـ تأثیر افراد مبتلا به اختلال دو قطبی بر کودکان چگونه است؟

# فصل یازدهم

## نظریه‌ها، تحقیقها، و درمان افسردگی

هدف این فصل عبارت است از بررسی دیدگاهها و نظریه‌های مختلف دربارهٔ علل و درمان افسردگی.

## نظریه‌های مربوط به افسردگی

علت افسردگی از دیدگاههای نظری عمده مورد بررسی قرار گرفته است. مشهورترین دیدگاه در حال حاضر این است که گروههای مشخصی از افراد افسرده وجود دارند که نشانه‌های مرضی آنان علل مختلفی دارند. چنین تصور می‌رود که علل ایجادکنندهٔ نوع دو قطبی که شامل رفتارهای مانی و دیپرسیو هر دو است، عوامل ژنتیک باشد. بسیاری از پژوهندگان تصور می‌کنند که اختلال یک قطبی، که در آن افسردگی به تنهایی و بدون حمله‌های مانیائی رخ می‌نماید، دست کم شامل دو گروه فرعی است. افراد

گروه اول کسانی هستند که علت افسردگی آنان ناتوانی در سازش با مقتضیات دشوار زندگی است. افراد گروه دوم افرادی هستند که امکان دارد افسردگی آنان، علت بدنی داشته باشد؛ مانند بروز دشواریهائی در انتقال پیامهای عصبی به دلیل نارسایی و کمبود مقدار انتقال دهندگان شیمیایی به نام کتکولامینها[1] (گروه هورمونهایی شامل اپی‌نفرین[2]، نوراپی‌نفرین[3]، و دوپامین[4] که در واکنش نسبت به فشار روانی بسیار مهم است و ممکن است منشأ ژنتیک داشته باشد).

چنان که معمولاً دیده می‌شود، روی آوردهای نظری متفاوت نسبت به افسردگی موجب انواع مختلف مطالعات و مفروضات گوناگون شده است که روی هم مسئلهٔ علل و درمان این اختلال را پیچیده‌تر می‌سازد.

## نظریه‌های زیست شناختی

پیش فرض نظریه‌های زیست شناختی این است که علت افسردگی یا در ژنها نهفته است که از طریق توارث از والدین به فرزندان منتقل می‌شود، یا نارسایی عمل فیزیولوژیائی که ممکن است پایهٔ ارثی یا غیر ارثی داشته باشد. یافته‌های مربوط به همزادان از ۱۹۳۰ به بعد بیانگر آن است که عوامل ارثی موجب بروز نوعی افسردگی می‌شوند. بسیاری از پژوهندگان، عوامل ارثی، همراه با آنچه در زندگی شخص به وقوع می‌پیوندد، یعنی ترکیب آمادگیهای ارثی و فشارهای روانی محیطی، را علت احتمالی افسردگی و رفتارهای ناشی از آن می‌دانند. کسانی که افسردگی دو قطبی دارند، یعنی هم گرفتار افسردگی هستند و هم دچار مانی، اغلب دست کم دو نسل از بستگان آنها رفتارهای مشابهی داشته‌اند. همچنین در خانواده‌هایی که افسردگی دو قطبی روی می‌دهد احتمال بروز افسردگی یک قطبی بیش از آن است که بر حسب تصادف رخ داده باشد. این موضوع که افسردگی چگونه از طریق توارث منتقل می‌شود، هنوز نامعلوم است.

---

1 - Catecholamines
2 - epinephrine
3 - norepinephrine
4 - dopamine

پژوهندگان برای پاسخ دادن به این پرسش، بسیاری از کنشهای روان‌شناختی مؤثر در رفتار را که می‌توانند با رفتارهای اختصاصی مربوط به اختلالات خلقی، از قبیل آشفتگی خواب، کاستی حافظه، و تغییرات خلق و خوی ربط داشته باشند مورد مطالعه قرار داده‌اند.

یک زمینهٔ عمدهٔ پژوهش دربارهٔ علل زیست‌شناختی افسردگی مربوط است به نقش انتقال دهندگان عصبی. سالهاست که نظریهٔ کتکولامین در مورد افسردگی حاکم بوده است (شیلدکروت[1] ۱۹۶۵). این نظریه بیان کنندهٔ آن است که افسردگی مربوط است به کمبود کتکولامینها، به خصوص نوراپی نفرین، در محلهای گیرندهٔ مخصوص در مغز. از طرف دیگر، این تصور وجود دارد که علت مانی فزونی نوراپی نفرین در مراکز گیرندهٔ معین مغز است. نتایج پژوهشها بیانگر آن است که نوراپی‌نفرین بر تغییر خلق و خو، احساسات شادی‌بخش، و احساسات افسردگی مؤثر است. گرچه فرضیهٔ کتکولامین اکنون به نظر زیاد ساده انگارانه می‌رسد، ولی در فهم اینکه چگونه نوراپی نفرین ممکن است به افسردگی یا خلق شعف آلود مربوط باشد، دارای اهمیت است. از تحقیقات کنونی چنین برمی‌آید که مسائل مربوط به پذیرش کتکولامینها از طریق اعصاب گیرنده، ممکن است مهمتر از میزان کتکولامین ایجاد شده باشد (سولسر[2] ۱۹۷۹).

برای بسیاری از افراد، پایین بودن میزان دفع اپی‌نفرین در دوره‌هایی از افسردگی ملاحظه شده است؛ در حالی که بالا بودن سطوح آن خصوصیات دورهٔ مانی یا هیپومانی را تشکیل می‌دهد. شواهد مؤید این موضوع عبارت است از: تغییر میزان اپی‌نفرین در خون، ادرار، و مایع نخاعی. مشکلی که در رابطه با اندازه گیری نوراپی نفرین یا هر انتقال دهندهٔ عصبی دیگر وجود دارد، این است که چنین اندازه گیریهایی پاسخهای مستقیم سطوح انتقال دهندگان عصبی مغزی نیستند. انتقال دهندگان عصبی در سایر قسمتهای دستگاه عصبی نیز ساخته می‌شوند و شامل تعدادی از جریانهای بدنی می‌گردند. علاوه بر

1 - Schildkraut

2 - Sulser

آن، انتقال دهندگان عصبی ترکیبات بسیار ناپایداری هستند که به سرعت تغییراتی در شکلهای شیمیایی آنها به وقوع می‌پیوندد.

ارتباط کتکولامین دیگری به نام دوپامین نیز با افسردگی، شناخته شده است. دوپامین با گروه نرونهای مربوط به هماهنگی، تنظیم غذا و مایعات، اثرات هیپوتالاموس بر غدهٔ هیپوفیز، و ظهور هیجان مربوط است. سایر پژوهندگان افسردگی را به انتقال دهندهٔ عصبی دیگری یعنی سروتونین[1] مربوط دانسته‌اند.

بسیاری از اطلاعات مربوط به نقش انتقال دهندگان عصبی از طریق مشاهدهٔ تأثیرات داروهای تجویز شده برای بیماران حاصل شده است. مثلاً ملاحظه شده است که ریسرپین[2]، یکی از نخستین داروهای آرامبخش که برای درمان فشارخون بالا مورد استفاده قرار می‌گرفت، علت افسردگی در بعضی افراد است. گاهی اوقات افسردگی به قدری شدید بود که نیاز به بستری شدن در بیمارستان ضرورت پیدا می‌کرد. چون دانسته شده است که ریسرپین موجب کاهش بعضی از مواد شیمیایی در گروه کتکولامین که برای انتقال تحریک عصبی لازم است می‌شود، بعضی از دانشمندان معتقد به رابطهٔ بین انتقال دهندگان عصبی و افسردگی شده‌اند. دو گروه دارو که اکنون برای معالجهٔ افسردگی بیشترین مورد استعمال را دارد، عبارت است از: تری‌سیکلیکها[3] (سه حلقه‌یها) و منع‌کنندگان منوآمین اکسیداز[4] (MAO). اولین تری سیکلیک، ایمی پرامین[5] است که اساساً برای معالجهٔ اسکیزوفرنی مورد استفاده واقع شده است. پژوهشگران مشاهده نموده‌اند که گرچه این دارو اثر زیادی بر اسکیزوفرنی ندارد، ولی احساسات افسردگی بیمار را کاهش می‌دهد. اولین منع کنندهٔ MAO یعنی ایپرونیازید[6]، که معلوم گردیده بود در افراد مبتلا به بیماریهای ریوی موجب بالا رفتن خلق می‌شود، اساساً به عنوان درمان به کار می‌رفت. بر اساس این نشانه‌ها پژوهشگران توجه خود را به داروهای تری‌سیکلیک و

1 - serotonin
2 - reserpine
3 - tricyclics
4 - monoamineoxidase
5 - imipramine
6 - iproniazid

منع‌کنندگان گروه MAO در معالجهٔ افسردگی معطوف داشتند.

**نقش وراثت در اختلالات دوقطبی**

خصیصهٔ برجستهٔ مانی آن است که در جهت تأثیر گذاشتن بر شغل و امور عمومی شخص پیش می‌رود. بعضی داروها می‌توانند در کسانی که هیچ سابقه‌ای از اختلالات عاطفی ندارند، چنین حالتهایی ایجاد کنند. داروهایی که موجب این‌گونه پاسخها می‌شوند، مشتمل‌اند بر استروئیدها[1]، منبع کنندگان MAO، داروهای سه حلقه‌ای که برای درمان افسردگی به کار می‌روند، و ال‌دوپا[2] که برای درمان بیماری پارکینسون[3] مورد استفاده واقع می‌شود. همچنین مانی می‌تواند نتیجهٔ جراحات، اختلالات سوخت و ساز، و رشد تومورها باشد. این یافته نمایانگر آن است که علل بسیاری ممکن است در پس رفتار مانیائی باشند. به همین دلیل، پژوهندگان اختلالات دو قطبی را به چندین نوع فرعی تقسیم کرده‌اند (کلرمن[4]، ۱۹۸۱). مثلاً یک گروه شامل افراد مبتلا به سیکلوتیمی می‌شود که آن را می‌توان نوع خفیفتر اختلال دو قطبی[5] شمرد. این افراد با تجویز داروی سه حلقه‌ای خطر بیشتری برای ابتلا به مانی دارند، خیلی خوب به لیتیوم پاسخ می‌دهند، و بیشتر از حد متوسط احتمال وجود افراد مبتلا به اختلال دو قطبی در خانوادهٔ آنهاست. گروه دیگر، افرادی را شامل می‌شود که فقط افسردگی ـ ولی نه مانی ـ را تجربه می‌کنند، و در تاریخچهٔ خانوادگی آنها شیوع زیاد اختلال دو قطبی مشاهده می‌شود.

شواهد مدلل خوبی مبنی بر وجود اجزای ژنتیک در اختلالات دو قطبی، متفاوت با آنچه در بعضی اختلالات یک قطبی وجود دارد، در دست است. اختلال دو قطبی در مقایسه با اختلال یک قطبی معمولاً در سن پایینتری شروع می‌شود، و در آن رفتارهای ضمنی اختلال‌آمیز بیشتر در طول زمان، و بعضی تفاوتها در واکنش نسبت به داروها

---

1 - steroids
2 - Ldopa
3 - parkinson´s disease
4 - Klerman
5 - cyclothymia

وجود دارد. جورج وینوکور[1] و همکارانش در دانشگاه آیووا شمار زیادی از خانواده‌های افراد دو قطبی را مورد مطالعه قرار داده‌اند. آنان باور دارند که خانواده‌های اشخاص دو قطبی الگوهایی از توارث بیماری عاطفی دارند که بیانگر آن است که این صفت مربوط به ژن غالب وابسته به X است. این بدان معنی است که ژن مربوط به اختلالات دوقطبی از طریق کروموزوم X منتقل می‌گردد. متقاعد کننده‌ترین شاهد در کارهای وینوکور یافته‌های وی دربارهٔ چندین خانواده است که در آنها این بیماری ظاهر شده بود و دارای اختلالات خاصی از قبیل کوررنگی سبز و قرمز نیز بودند که هر دو دانسته شده است توسط کروموزوم X منتقل می‌گردد. چون زنها دو کروموزوم X دارند و مردها فقط یکی، این انتظار می‌رود که زنان بیش از مردان به اختلالات خلقی مبتلا شوند و انتقال به مردان از طریق مادر مبتلا به این اختلالات صورت پذیرد. بر طبق این نظریه انتقال این اختلال از پدر مبتلا به پسر مبتلا امکان‌پذیر نیست. گرچه یافته‌های مربوط به شماری از پژوهندگان دیگر، تأیید کنندهٔ فرضیهٔ وابسته بودن اختلالات خلقی به کروموزوم X است، مواردی از اختلال دو قطبی ناشی از توارث پدر به پسر نیز ملاحظه گردیده است (هایز[2]، ۱۹۷۶). این موضوع بیانگر آن است که یا مکانیزم وراثتی دیگری در بعضی از موارد وجود دارد یا اندیشهٔ وابستگی این صفت به X نادرست است.

اطلاع دربارهٔ مکانیزم توارث دارای اهمیت است. چنین اطلاعاتی اجازه خواهد داد تا کسانی که در خانواده‌های آنها افراد مبتلا به اختلال دو قطبی وجود دارد، خطر ابتلای کودکانی را که خواهند داشت، به این بیماری مورد ارزیابی قرار دهند. همچنین به عنوان یک راهنما برای انتخاب نوع درمان کسانی که نشانه‌های مرضی افسردگی از خود بروز می‌دهند، اهمیت دارد. چون کربنات لیتیوم در درمان اختلال دو قطبی و نوسانات خلق در مانی و افسردگی مؤثر بوده است، اطلاعات مربوط به وجود اختلال دو قطبی در

1 - George winokur 2 - Hays

خانوادهٔ یک شخص ممکن است راهنمای مؤثری در روش درمان صحیح باشد.

## اثرات لیتیوم

نشان داده شده است که لیتیوم هم در اختلال دو قطبی و هم در بعضی انواع یک قطبی مؤثر است (پیت[1] و کوپن[2]، ۱۹۸۰). چون این موضوع، به خصوص اگر تاریخچهٔ زندگی شخص افسرده حاکی از وجود اختلال دو قطبی در خانواده‌اش باشد، صدق می‌کند، بعضی پژوهندگان فکر می‌کنند که بعضی اختلالات دو قطبی ممکن است علل مشابهی با اختلال یک قطبی داشته باشند (وینوکور، ۱۹۸۰). یک مسئله در زمینهٔ استفاده از لیتیوم در اختلالات دو قطبی این است که بسیاری از بیماران برخلاف تصورات پزشک، دارو را ادامه نمی‌دهند. دلائل احتمالی زیادی برای این موضوع وجود دارد. یک دلیل ممکن است این باشد که وقتی شخص دارای خلق نازلی است که مربوط به یک دورهٔ افسردگی نیست، خوردن لیتیوم قطع می‌شود، به این امید که خلق وی بالا برود. حتی به نظر می‌رسد یک دلیل فریبنده‌تر، نوعی عدم تمایل به از دست دادن بعضی تغییرات رفتاری و شناختی لذت‌بخش باشد که همراه با بالا رفتن خلق رخ می‌نمایند (جمیسون[3] و دیگران، ۱۹۸۰). این موضوع افزایش حساسیت نسبت به محیط، شدت تمایلات جنسی، خلاقیت و نرمش در روابط اجتماعی را در بر می‌گیرد. درمانگران باید ادراکهای مثبت مراجع را نسبت به این اختلال و نیز تجویز سادهٔ یک داروی مؤثر را مورد رسیدگی قرار دهند.

چون اکثر دانشمندان در این امر توافق دارند که علل انواع مختلف افسردگیها یکسان نیست، برای یافتن گروههای فرعی بیماران افسرده که خصوصیات مشابهی دارند، کوشش زیادی به کار رفته است. مطالعهٔ این گروههای فرعی نه تنها باید فهم علل افسردگی را آسانتر سازد، بلکه نتیجهٔ مهمتر آن باید به دست دادن برگه‌هایی باشد که بسیاری از

1 - Peet
2 - Coppen
3 - Jamison

موارد آزمایش و خطا راکه برای یافتن مؤثرترین درمان فرد معین به‌کار می‌رود، کاهش دهد.

یک مورد تأکید عبارت است از: یافتن یک وسیلهٔ سنجش به نسبت ساده که بتواند گروههای فرعی مختلف را تشخیص دهد. یکی از این آزمونها که اخیراً در تحقیقات مورد استفاده قرار می‌گیرد، تجویز منع کنندهٔ دکسامتازون[1] (یک منع کنندهٔ عصبی) به بیماران است (کارول[2] و دیگران، ۱۹۸۱). این منع کنندهٔ شیمیایی[3] هورمونی است که از کرتکس مغز تراویده می‌شود و موجب کاهش کرتیزول[4] (هورمون مترشحه از غدد آدرنال) می‌گردد. به طور معمول، دکسامتازون میزان کرتیزول خون را در ۲۴ ساعت کاهش می‌دهد. در بعضی از بیماران افسرده، این منع در تمام مدت ۲۴ ساعت به طول نمی‌انجامد. چنین تصوری وجود دارد که این گروه از بیماران ممکن است از جهات دیگر نیز با سایر بیماران افسرده متفاوت باشند. مثلاً، ممکن است احتمال بیشتری وجود داشته باشد که اعضای خانوادهٔ آنها به افسردگی مبتلا باشند. گرچه این آزمون با شور و شعف مورد پذیرش بسیاری از متخصصان بالینی قرار گرفته، یافته‌های پژوهشی کنونی راجع به اینکه آزمون مورد بحث بدان حد واجد ارزش بوده باشد که اطلاعات کافی به دست داده کاربرد جاری آن را توجیه نماید، تردیدآمیز است.

ابزار زیست‌شناختی دیگر برای بررسی علت افسردگی مطالعهٔ دوره‌های خواب REM[5] (حرکات سریع چشم) است؛ مرحله‌ای از خواب که در آن چشمها به سرعت از یک سو به سوی دیگر حرکت می‌کنند و الگوی امواج مغزی دلالت بر منتهای فعالیت مغز دارند. به نظر می‌رسد که در بعضی از افراد افسرده فاصلهٔ بین خواب رفتن و شروع اولین دورهٔ REM کوتاهتر است (کوفر[6] و دیگران، ۱۹۷۸). این اختلاف بیانگر تفاوتهایی در کنشهای فیزیولوژیائی است. گرچه هدف اولیهٔ بررسی الگوهای REM در

1 - dexamethasone
2 - Carroll
3 - chemical suppresses
4 - Cortisol
5 - rapid eye movements
6 - Kupfer

افسردگان پیدا کردن راهی بود تا بدان وسیله انواع افسردگیها مشخص شوند، ولی تحقیقات REM برای درمان افسردگی نیز حائز اهمیت بوده است، زیرا آشکار گردیده که محروم ساختن افراد افسرده از خواب REM می‌تواند افسردگی آنان را کاهش دهد (وگل[1] و دیگران، ۱۹۸۰). این عمل می‌تواند به سادگی از طریق بیدار کردن افراد خواب به هنگام وقوع REM انجام گیرد. به نظر می‌رسد که این نوع درمان همان عملی را انجام می‌دهد که در درمان به وسیلهٔ سه حلقه‌ایها صورت می‌گیرد. وگل و همکارانش اظهار می‌دارند که ممکن است داروهای سه حلقه‌ای نیز موجب کاهش خواب REM شوند.

شکل ۹ـ چگونگی فن برش‌نگاری را که می‌توان با آن رابطهٔ تغییرات رفتاری را با تغییرات فعالیتهای مغزی مشاهده کرد، نشان می‌دهد.

1 - Vogel

توسعهٔ فنون "برش نگاری[1]" (عکس‌برداری کامپیوتری ازمغز بدون آنکه آسیبی به مغز برسد) از قبیل PET[2] (غده‌نگاری پرتوی از مغز)، ابزارهایی را فراهم ساخته است که می‌تواند به پژوهندگان در فهم تغییرات زیست‌شناختی افسردگی کمک کند. یک نتیجهٔ دیگر این برش‌نگاریها مفید بودن آنها در تعیین عینی تغییرات رفتار است.

در شکل ۹ سه دسته برش نگاری PET مربوط به یک بیمار افسردهٔ یک قطبی نشان داده شده است. این فنون برش نگاری می‌توانند، به عنوان یک مقیاس عینی در تعیین فعالیت تغییر یافتهٔ زیست‌شناختی که با تغییرات رفتاری معینی همراه است، مورد استفاده واقع شوند. ردیف وسط، کاهش سوخت و ساز گلوکز در یک بیمار افسردهٔ یک قطبی را آشکار می‌سازد (ناحیهٔ سیاه‌تر، نشان دهندهٔ فعالیت سوخت و ساز بیشتر است). ردیف بالا نشان می‌دهد که چگونه در فردی که به طور طبیعی افسردگی‌اش بهبود یافته، سوخت و ساز گلوکز افزایش یافته است. ردیف پایین افزایش مشابهی را در سوخت و ساز گلوکز به هنگام آزمایش یک دارو نشان می‌دهد (در این مورد متیل فنی‌دیت[3]) موجب اصلاح رفتار بیمار گردیده است.

## درمان بر اساس نظریه‌های زیست شناختی

دو گروه داروی عمده که برای درمان افسردگی به کار می‌رود تری سیکلیکها (سه حلقه‌ای‌ها) و منع‌کنندگان MAO هستند (به جدول شمارهٔ ۱ مراجعه شود) که هر دو گروه میزان نوراپی نفرین را افزایش می‌دهند، ولی تأثیرات آنها تا حدودی متفاوت است. منع‌کنندگان MAO تجزیهٔ نوراپی نفرین را به عقب می‌اندازند به نحوی که مدتی طولانی‌تر فعال باقی می‌ماند. داروهای تری‌سیکلیک به طریق دیگری موجب افزایش اپی نفرین می‌شوند. آنها جذب مجدد آن را از طریق نورون انتقال دهنده، کند می‌سازند و بدین ترتیب، میزان آن در سیناپس بالا می‌رود. در اینکه کدام گروه از داروها و کدام

1 - scaning
2 - positron emission tomography
3 - methylphenidate

داروی مخصوص از این گروه داروها می‌تواند مؤثر باشد، هنوز موضوع معمولی آزمایش و خطا برای پزشکان و محققان است. معمولاً، داروهای سه حلقه‌ای بر منع‌کنندگان برتری دارند، زیرا منع کنندگان MAO خطرات جانبی بالقوهٔ بیشتری دارند. استعمال آنها نیز نیاز به نظارت دقیقتری است، زیرا هنگامی که همراه با غذاهایی مصرف می‌شوند که دارای موادی به نام تیرامین[1] هستند، ممکن است موجب مسمومیت و بالا رفتن فشار خون، تا آن حد که برای زندگی تهدید کننده باشد، بشوند. چون بسیاری از غذاها از قبیل پنیر، شکلات، و بستنی حاوی تیرامین است. بنابراین، استفاده از منع کنندگان MAO نیاز به رژیم دقیق غذایی دارد.

اختلالات دو قطبی اغلب با لیتیوم[2] معالجه شده‌اند. عمل لیتیوم ممکن است شامل تغییر تعادل شیمیایی مایعات بدن از طریق جانشین ساختن کلسیم، منیزیم، پتاسیم، یا سدیم گردد؛ یا ممکن است به طریقه‌هایی موجب رها ساختن یا افزایش جذب نور اپی - نفرین شود. جریان عمل آن هر چه باشد، به نظر نمی‌رسد که فقط در آرام ساختن رفتار مانیائی مؤثر باشد، بلکه در جلوگیری از مرحلهٔ افسردگی دورهٔ دو قطبی نیز تأثیر دارد.

یکی از مسایلی که در درمان افسردگی شدید با استفاده از سه حلقه‌ایها یا منع کنندگان MAO وجود دارد، فاصله زمانی شروع استفاده از آنها و اصلاح خلق افسرده است. برای آنکه اصلاحی مشاهده شود، چندین هفته وقت لازم است. بنابراین، اگر مراقبت لازم برای جلوگیری از خودکشی به عمل نیاید، سه هفته انتظار یا بیشتر ممکن است به نظر خطرناک برسد. در چنین وضع و حالی، یا اگر داروها مؤثر نبوده‌اند، درمان با الکتروشوک[3] (ECT) ممکن است انتخاب شود، زیرا تأثیر آن بسیار سریع است.

### الکتروشوک درمانی

الکترو شوک درمانی عبارت است از: عبور جریان الکتریکی بین ۷۰ تا ۱۳۰ ولت

1 - tyramine
2 - lithium
3 - electro-convulsive therapy

درون سر بیمار. در آغاز یک داروی بیهوشی و یک داروی شل کنندهٔ عضلانی به بیمار داده می‌شود. تجویز داروی شل کنندهٔ عضلانی به منظور جلوگیری از آسیبهایی است که تشنجهای الکتریکی به بار می‌آورند. جریان الکتریکی از طریق الکترودها که روی یک سمت یا هر دو سمت سر قرار گرفته است به کار می‌رود. قرار دادن الکترودها روی یک سمت سر در حال حاضر برتری دارد، زیرا به نظر می‌رسد که این رویه شانس از دست دادن حافظه را کاهش می‌دهد. یک الکترود روی شقیقه جلو گوش و دیگری ۳ اینچ بالاتر از الکترود اول قرار می‌گیرد. الکترودها معمولاً در طرف نامسلط مغز قرار داده می‌شوند (برای اکثر افراد، سمت راست)، زیرا این باور وجود دارد که این سمت بیشتر مربوط به رفتار غیرکلامی و هیجانی است و جهت مقابل آن کنشهای گویایی و حافظه را کنترل می‌کند. معمولاً یک سلسلهٔ شش تا دوازده شوک درمانی به کار می‌رود.

گرچه معلوم نیست چرا الکتروشوک درمانی برای بعضی بیماران افسرده مؤثر است، ولی این احتمال وجود دارد که فعالیت تشنجی در سطح انتقال دهندگان عصبی یا در حساسیت الکتریکی نورون تغییراتی پدید می‌آورد. هر چند از الکتروشوک درمانی بر این پایه که امکان دارد موجب ضایع شدن مغز یا از دست دادن حافظه شود، انتقادهای زیادی شده است، اما ارزیابیهای اخیر شواهد آشکاری از بی‌زیان بودن آن به دست داده‌اند (اسکورن[1] و کیلمن[2]، ۱۹۸۰). در اکثر مواردی که تجربهٔ از دست رفتن حافظه پیش آمده، این رویداد با سرعت نسبی از میان رفته است. بهبود تکنولوژی نیز خطر این طرز کار را کاهش داده است.

نرمن اندلر[3]، روان‌شناسی که حالت وی از افسردگی (بعدها به عنوان نوع دوقطبی شناخته شد)، تجربهٔ خود را از الکتروشوک درمانی، پس از آنکه بی‌اثر بودن داروهای سه حلقه‌ای و منع کنندهٔ MAO به اثبات رسیده، و باگذشت ۵ ماه همچنان افسردگی وی را ناتوان ساخته بود، شرح می‌دهد. اندلر که در برابر انتخاب الکتروشوک درمانی یا

1 - Scovern
2 - Kilman
3 - Norman Endler

بستری شدن در بیمارستان مواجه شده و سرانجام با اکراه الکتروشوک را انتخاب کرده بود، چنین توضیح می‌دهد:

دکتر "پرسد[1]" در ساعت هفت و چهل و پنج دقیقه در طبقهٔ ششم از من استقبال کرد. او کوشش می‌کرد مرا آرام کند، و من گفته‌های او را به یاد می‌آوردم که می‌گفت: هرگز کسی را ندیده است که به اندازهٔ من هیجان زده باشد. منظرهٔ الکتروشوک درمانی واقعاً مرا می‌ترساند.

بتی[2] (همسر اندلر) در محل انتظار باقی ماند و دکتر پرسد و من به داخل اتاق الکتروشوک درمانی رفتیم. من لباس خاص بیمارستانی را پوشیدم و یک پرستار فشار خون، نبض، و دمای بدن مرا گرفت. پرستار و سایر ملازمان، مهربان و اطمینان‌بخش بودند. من خواستم موضوع را سهل بگیرم. متخصص بیهوشی آمد و به من گفت که می‌خواهد آمپولی به من تزریق کند. از من خواسته شد تا روی یک تخت دراز بکشم و آن تخت به داخل اتاق مخصوص الکتروشوک درمانی انتقال یافت. ساعت درحدود هشت بود، یک آمپول در بازوی من تزریق کردند و به من گفتند که از ۱۰۰ شمارش معکوس نمایم. من به حدود ۹۱ رسیدم، چیز دیگری که می‌دانم این است که در حدود ساعت هشت و پانزده دقیقه در اتاق بازگشت به هشیاری بودم، تا حدودی احساس گیجی و خستگی می‌کردم، ولی حواسم آشفته نبود. در حافظه‌ام نقصی پدید نیامده بود. دقیقاً می‌دانستم در کجاهستم، مدت چند دقیقهٔ دیگر استراحت کردم و پس از آن مقداری شیرینی و قهوه به من دادند. کمی بعد از ساعت هشت و سی دقیقه، لباسم را پوشیدم و به سالن پایین نزد بتی رفتم، او با ماشین خود مرا به خانه برد. در خانه از خوردن صبحانه لذت بردم و مدتی دراز کشیدم. آن روز صبح،

1 - Persad
2 - Beatty

اندکی بعد لباس پوشیدم. دردی احساس نمی‌کردم، گیج نبودم و هیجان شدید نداشتم. بعد از این جلسه الکتروشوک درمانی، افسردگی من نه بیشتر شده بود و نه کمتر.... از سومین یا چهارمین جلسهٔ الکتروشوک درمانی بود که تا حدودی احساس بهبودی کردم. کم کم سرزنده‌تر می‌شدم. پس از سومین الکتروشوک درمانی به دفتر دکتر پرسد رفتم و مختصری با وی صحبت کردم. او از من پرسید که احساس بهبودی می‌کنم یا نه، و اگر می‌کنم تا چه حد است؟ باور من این بود که ۳۵ تا ۴۰ درصد بهبود یافته‌ام، دکتر پرسد باور داشت که بهبودی من بیشتر است و احتمالاً به ۷۰ تا ۷۵ درصد می‌رسد. (اندلر، ۱۹۸۱، صفحات ۸۳-۸۱).

بعد از پنجمین یا ششمین جلسه الکترو شوک درمانی، اندلر به دفتر خود رفت. کاتی[1]، همکارش که در غیاب او بخش روان‌شناسی وی را اداره می‌کرد، در آنجا بود.

..... من از او خواهش کردم که قدری در آنجا بماند. وی گفت: خوشحال خواهد بود، تا هر وقت که به کمکش نیازمند باشم، نزد من بماند. کمی بعد از ظهر کاتی به من نگاه کرد و گفت: "طبیعی، حال شما کاملاً خوب است، شما نیاز ندارید که من اینجا باشم". او رفت و من بقیهٔ روز در آنجا استراحت کردم. از آن به بعد ادارهٔ تمام کارهای خود را از سر گرفتم. در عرض دو هفته معجزه‌ای رخ داده بود. من از یک احساس هیجانی فلج کننده بهبود یافته بودم (ساراسون، ۱۹۸۹، ۲۸۴).

چنان که ممکن است در اختلال دو قطبی روی دهد، اندلر افسردگی دیگری را در

1 - Kathy

حدود یک سال بعد از اولین درمان با الکتروشوک درمانی، تجربه کرد. در این بار، گرچه الکتروشوک درمانی موجب بهبود وی گشت و این امکان را فراهم ساخت که به نحوی مؤثر به کار مشغول شود، ولی مدت چند ماه افسردگی همچنان دست از سر وی بر نداشت.

اگرچه دارو درمانی و الکتروشوک می‌توانند کارساز باشند، ولی در مورد درمان زیست‌شناختی افسردگی همچنان مسایلی وجود دارد. انتخاب داروی صحیح می‌تواند اقدامی کارساز باشد یا نباشد (استرن[1] و دیگران، ۱۹۸۰). اینکه بعد از چند سال استفاده از این داروها چه آثاری به جای خواهد ماند، هنوز ناشناخته است. بعضی پژوهندگان چنین استدلال می‌کنند که وابستگی به داروها موجب می‌شود که افراد مبتلا به اختلال یک قطبی یا دو قطبی به احتمال کمتر بتوانند مکانیزمهای خود را بهبود بخشند و بدین ترتیب، احتمال بروز مسائل عاطفی عمیقتر را افزایش می‌دهد. شاید ناراحت کننده‌ترین نتایج، یافته‌های مؤسسهٔ ملی بهداشت روانی باشد که در یک بررسی چهارساله به دست آمده است. این نتایج نشان می‌دهند که دست کم ۴۰ درصد از بیمارانی که با ایمی‌پرامین[2] (یک داروی سه حلقه‌ای) یا لیتیوم معالجه شده‌اند، هیچ گاه به طور واقعی از افسردگی اولیهٔ خود بهبود نیافته‌اند (سارجنت[3]، ۱۹۷۹).

نگرش بسیاری از درمانگران و تأکید آنان بر درمان زیست‌شناختی به تنهایی، توسط سیلوانو آریتی[4] روان تحلیل‌گر و محقق مشهور، چنین توصیف و تعدیل شده است: "من هرگز به بیماری بر نخورده‌ام که دربارهٔ وی بتوانم بگویم.... افسردگی او نا بجا آمده است، بلکه ریشهٔ آن منحصراً باید در اختلال سوخت و ساز جستجو گردد" (آریتی و بمپوراد[5]، ۱۹۷۸، ص ۵۰).

---

1 - Stern
2 - imipramine
3 - Sargent
4 - Silvano Arieti
5 - Bemporad

**شبکهٔ ارتباطی عصبی ـ بدنی و انتقال دهندگان آنها**

اجزای اصلی ساختمان دستگاه عصبی، یاخته‌های مخصوصی هستند که نورون نامیده می‌شوند و شمار آنها متجاوز از ۱۰۰ بیلیون است. هر نورون[1] شامل سه قسمت اصلی است: پیکر یاخته[2]، حاوی هسته‌هایی که جریان زندگی یاخته را تنظیم می‌کنند، دندریتها، و یک اکسون[3]. شاخه‌های اکسون در انتهای خود دارای چند پایانه است که هر یک از آنها به یک دکمهٔ گذرگاهی ختم می‌شود. تمام این قسمتها در شکل ۱۰ نشان داده شده است.

نورون را می‌توان از طریق دندریتهای خود یا از طریق پیکر یاخته تحریک کرد. هنگامی که این تحریک به وقوع می‌پیوندد، یک تهییج الکتریکی از طریق اکسون به سایر نورونها، ماهیچه‌ها یا غدد منتقل می‌شود. برای انتقال تحریک از یک نورون به نورون دیگر، لازم است که تهییج از طریق سیناپس[4]، فاصله یا فضای بین آکسون و سایر نورونها، منتقل گردد و برای انتقال از این فضا یا فاصله، تکانهٔ عصبی باید به پیام شیمیائی، مبدل گردد.

دکمه‌های گذرگاهی آکسون شامل حفره‌های سیناپتیک[5] کوچک حاوی مواد شیمیایی هستند که انتقال دهندگان عصبی نامیده می‌شوند و این تغییر را ممکن می‌سازند (شکل ۱۰ را ببینید).

وقتی که مولکولهای انتقال دهندهٔ عصبی رها شدند، فاصلهٔ پر شده از مایع بین آکسون نورون فرستنده (پیش سیناپتیک) و نورون گیرنده (بعد سیناپتیک) را طی کرده خود را به محلهای مخصوص دندریتهای نورونها یا پیکر یاخته‌ای مربوط می‌سازند. فضاهای واقع بر سطوح نیمه سیال غشای نورونهای گیرنده برای تطبیق دقیق با شکل مولکول انتقال‌دهندهٔ آماده شده‌اند. این دو آمادگی به صورت یک کلید که برای یک قفل مناسب

1 - neurons
2 - cell body
3 - axon
4 - synapse
5 - synaptic vesieles

باشد هماهنگ شده‌اند. واکنش شیمیایی بین انتقال دهندهٔ عصبی مولکول گیرنده، اگر شدت آن کافی باشد، به تنهایی، یا همراه با انتقال دهندگان دیگر، سایر سیناپسها را طی کرده، موجب یک تکانهٔ الکتریکی برای انتقال از طریق نورون گیرنده می‌شود. بعد از آنکه مولکول انتقال دهنده به گیرندهٔ خود برخورد کرد، باید فعالیت آن کاهش یافته یا متوقف شود، به طوری که عمل آن مدتی طولانی ادامه نداشته باشد. این جریان کاهش فعالیت، می‌تواند به طریقه‌های مختلف رخ دهد. بعضی مولکولهای انتقال دهنده، در حالی که از بین رفته‌اند یا برای انتقال در آینده به چرخش مجدد درآمده‌اند، به سرعت به سوی حفره‌های پیش سیناپتیک بازگشته، از بین می‌روند یا برای انتقال بعدی به چرخش مجدد در می‌آیند. در موارد دیگر، مواد انتقال دهنده بر اثر مواد واقع در فضای سیناپتیک به سرعت از بین می‌روند.

شکل ۱۰- تصویری از یک نورون که قسمتهای مهمی از آن نشان داده شده است.

چندین نوع انتقال دهندهٔ عصبی شناخته شده است. هر نورون فقط یکی از این انتقال

دهندگان را ترکیب یا ذخیره می‌کند. اکثر انتقال دهندگان نتیجهٔ تجزیهٔ اسیدهای آمینه[1] هستند. آن گروه از انتقال دهندگان عصبی که در مطالعهٔ علل بررسی افسردگی مورد توجه خاص واقع شده‌اند، به طور معمول یک اسید آمینهٔ مشخص به نام (NH2) در ساختمان مولکولی خود دارند. بدین ترتیب، آنها منو آمینها[2] (تک آمینها) نامیده شده‌اند. دو نوع منو آمین ـ یکی کتکولامینها، به ویژه دوپامین و نوراپی نفرین، و دیگری ایندول آمینها[3]، به ویژه سروتونین[4] ـ به نظر می‌رسد که در ارتباط مستقیم با عاطفه و در نتیجه اختلالات خلقی باشند، بعضی از راههای این سه انتقال دهندهٔ عصبی معین شده است (شکل ۱۰).

نورونهایی که این انتقال دهندگان مخصوص را ایجاد می‌کنند، اکسونهای بسیار دراز با شاخه‌های گذرگاهی متعدد دارند، به طوری که یکی از آنها می‌تواند با هزارها نورون دیگر سیناپس حاصل کند. پیکرهای یاخته‌ای این نورونها اساساً در بالای ساقهٔ مغز و مغز میانی قرار گرفته‌اند. نورونهای این انتقال دهندگان عصبی با هم دسته‌هائی تشکیل داده از دستگاه کناری (لیمبیک)، قشر مخ، هیپوتالاموس، ساقهٔ مغز، و نخاع عبور می‌کنند. با دنبال کردن راههای این معابر پژوهندگان گاهی می‌توانند حدسهای خوبی دربارهٔ کنشهای آنها بزنند.

شکل ۱۱ـ منظرهٔ قفل و کلید و نحوهٔ کنش انتقال دهندگان.

1 - amino acid
2 - monoamines
3 - indole amines
4 - serotonin

بتدریج مسیرهای نورونی که انتقال دهندگان مخصوص را ایجاد می‌کنند شناسایی می‌شوند. در شکل زیر بعضی از این راهها نشان داده شده است:

«شکل ۱۲»

## جدول شمارهٔ ۲

## داروهای مخصوص درمان اختلالات خلقی

| | | | |
|---|---|---|---|
| داروهای ضد افسردگی (سه حلقه‌ایها) | ایمی پرامین[1]<br>آمی تریپتیلین[3]<br>نوروتریپتیلین[5]<br>پروتریپتیلین[7] | توفرانیل[2]<br>الاویل[4]<br>آونتیل[6]<br>ویواکتیل[8] | داروهای ضد افسردگی که برای درمان نشانه‌های مرضی به نسبت شدید افسردگی نوع یک قطبی به کار می‌روند، اثرات متفاوتی در تخفیف نشانه‌های مرضی دارند. تأثیر آنها کند است. ممکن است سه هفته طول بکشد تا واکنش آنها ملاحظه شود. اثرات جانبی بسیاری دارند که بعضی خطرناک است. |
| منع کنندگان منوآمین‌اکسیداز (MAO) | ایزوکاربوکسازید[9]<br>فنلزین[11]<br>ترانیل‌سیپرومین[13] | مارپلان[10]<br>ناردیل[12]<br>پارنیت[14] | مصرف منع کنندگان MAO مستلزم محدودیتهایی در رژیم غذایی است، زیرا این منع‌کنندگان با برخی از مواد شیمیایی غذایی تأثیرهای متقابل وخیم بر یک دیگر دارند. |
| داروهای ضد مانی | کربنات لیتیوم[15] | اسکالیت[16]<br>لیتین[17]<br>لیتونیت[18]<br>لیتوتابز[19]<br>فای ـ لیتیوم[20] | داروهای منع کنندهٔ MAO که برای درمان حمله‌های مانیک و بعضی افسردگیهای شدید، به خصوص آنهایی که به طور متناوب با مانی همراه‌اند، مورد استفاده واقع می‌شوند، در کاهش یا جلوگیری از حمله‌های مانیک مؤثرند، ولی اثر آنها نسبت به افسردگیها متغیر است. اگر با احتیاط زیاد تجویز نشوند، ممکن است آثار جانبی داشته باشند. امکان مسمومیت بسیار زیاد است. |

1 - imipramine
2 - tofranil
3 - amitriptyline
4 - elavil
5 - nortriptyline
6 - aventyl
7 - protriptyline
8 - vivactil
9 - isocarboxazid
10 - marplan
11 - phenelzine
12 - nardil
13 - tranyiecypromine
14 - paronate
15 - lithium carbonate
16 - eskalith
17 - litane
18 - litonate
19 - lithotabs
20 - phi - lithium

## نظریه‌های روان پویایی

مطالعات روان‌شناختی دربارهٔ افسردگی با زیگموند فروید[1] و کارل ابراهام[2] شروع شد. هر دو در مقالات جداگانهٔ خود دربارهٔ افسردگی، این اختلال را به عنوان یک واکنش پیچیده نسبت به از دست دادن چیزی توصیف کرده‌اند (ابراهام، ۱۹۶۸-۱۹۱۱ فروید، ۱۹۵۷/۱۹۱۷). فروید در مقالهٔ اصلی خود دربارهٔ افسردگی، ماتمزدگی و مالیخولیا[3]، را به عنوان واکنشهای طبیعی نسبت به از دست دادن کسی یا چیزی که مورد عشق (محبت) فرد بوده است، توصیف می‌کند. هر چند، بر خلاف فرد سوگوار، کسی که به مالیخولیا مبتلاست، از نوعی تزلزل مفرط *احترام به خود*[4] و از احساس *حقارت خویشتن*[5] به مقیاس عظیم "رنج می‌برد" (فروید، ۱۹۵۷، ص۲۴۶). افسردگی اولین اختلالی بود که فروید علت اصلی آن را به جای تمایلات جنسی، عامل هیجانی ذکر کرده بود. مالیخولیا، نامی که فروید اختیار کرده، عبارت است از: غمزدگی افراطی اغلب بی‌ارتباط با محیط، و ظاهراً ناموجه.

فروید عقیده داشت که فرد مبتلا به افسردگی یک وجدان یا فراخود تنبیه کنندهٔ قوی دارد. او بر احساس گناه که وجدان موجب آن می‌شود، تأکید می‌ورزد. طبق نظر فروید دلیلی برای اینکه وجدان چنین قوی می‌شود، مهار کردن احساسات خشم و پرخاشگری است؛ در غیر این صورت، ممکن است به صورت آسیب رساندن به دیگران بروز کند (فروید، ۱۹۳۰).

چرا بعضی افراد با چنین غمزدگی غیرمنطقی و افراطی واکنش نشان می‌دهند؟ نظریه‌های روان پویایی بر احساسات و واکنشهای ناخودآگاه نسبت به موقعیتهای جدید که اساس آنها حوادث قبلی زندگی است تأکید می‌ورزند. اکثر نظم بندیهای روان پویایی بر محور تاریخچهٔ روابط بین فرد و شخصی که او در کودکی بیشترین وابستگی را به وی داشته است (معمولاً مادر) دور می‌زند. بدین ترتیب، یک علت مهم افسردگی عبارت

---

1 - Sigmund Freud
2 - Karl Abraham
3 - mourning and melancholia
4 - self-regard
5 - self

است از: اختلال در روابط اولیهٔ کودکی. ممکن است علت این اختلال فقدان واقعی والدین یا یک ترس یا خیالبافی دربارهٔ از دست دادن یکی از آنها باشد. چون اضطراب مربوط به آن از لحاظ کیفی رنج‌آور است، این فقدان اولیه از آگاهی خارج می‌شود. با وجود این، اضطراب تأثیر خود را به جای می‌گذارد و وقوع حادثه‌ای که به طور سمبلیک (رمزی) دارای اهمیت است، منجر به افسردگی واقعی می‌شود.

اهمیت از دست دادن والدین در حیوانات با آزمایشهای فراوان مورد بررسی قرار گرفته است. در پژوهشهای هری‌هارلو تأثیرات جدایی از مادر مورد آزمایش قرار گرفته است (هارلو[1] و سومی[2]، ۱۹۷۴). در ابتدا، خردسال متعارف، از خود هیجان زدگی نشان داد، که بتدریج به کناره گیری[3] اجتماعی، کندی واکنش به محرکها، و حرکت آرام تغییر یافت. سرانجام نوزاد وضعی به خود گرفت که عبارت بود از: روی زمین دراز کشیدن و دو دست را دور بدن خود حلقه کردن. این نوع واکنش گویای رفتار کسی است که گرفتار افسردگی شدید شده باشد (شکل ۱۳).

مرحلهٔ پیش از آزمایش

مرحلهٔ محرومیت

شکل ۱۳ـ نوزاد میمونها به هنگام نخستین جدائی از مادرانشان به شدت و با سرو صدای زیاد واکنش نشان داده‌اند. اما، وقتی که مادرانشان را نزد آنها بازگردانیدند، به شدت گوشه گیر شده و در گوشه و کنار قفس خود کز کردند. (ساراسون ۱۹۸۴، ۲۴۸).

1 - Harry Harlow
2 - Suomi
3 - withdrawal

همچنین به نظر می‌رسد که جدایی میمونها از مادرانشان، احتمال ابتلای آنها را به افسردگی در مواجهه با فشار روانی زیاد، افزایش می‌دهد.

*جان بولبی*[1]، روان تحلیل‌گر بریتانیائی، یکی از مشهورترین نظریه‌پردازانی است که بر اهمیت از دست رفتن والدین یا جدایی از آنها در رشد آیندهٔ کودک تأکید ورزیده است. طبق نظر بولبی جدایی کودک از مادر یا اشخاص مهم دیگر در اوایل کودکی، خواه به علت بیماری، مسافرت، یا علل دیگر موجب احساس اندوهگینی، خشم، و اضطراب همیشگی می‌شود که ممکن است بر روابط هیجانی در زندگی بزرگسالی تأثیر بگذارد (بولبی ۱۹۸۰).

پژوهندگان داده‌هایی تهیه کرده‌اند که احتمال ارتباط افسردگی در بزرگسالان را با تجزیهٔ از دست دادن والدین آشکار می‌سازد. مثلاً جامعه‌شناس معروف *جورج براون*[2] در یک بررسی با ۴۵۹ زن که در لندن زندگی می‌کردند، دریافت زنانی که قبل از ۱۱ سالگی مادران خود را از دست داده بودند، بیش از زنان دیگر در معرض خطر ابتلا به افسردگی بوده‌اند (براون، هاریس[3] و کوپلند[4]، ۱۹۷۷). علاوه بر آن، شدیدترین موارد افسردگی در زنانی دیده می‌شود که مرگ یکی از افراد خانواده را پیش از رسیدن به ۱۷ سالگی تجربه کرده‌اند. البته هر کسی از دست دادن والدین را در فرد، به عنوان عاملی که دقیقاً خطر افسردگی را در سالهای بعدی زندگی افزایش می‌دهد، تلقی نمی‌کند (کروک[5] و الیوت[6]، ۱۹۸۰)، هر چند این موضوع به عنوان قسمت مهمی از دیدگاه روان پویایی باقی می‌ماند.

این فقدان پدر یا مادر که بر *عزت نفس*[7] اثر می‌گذارد، ممکن است بیشتر سمبلیک باشد تا واقعی. از دست دادن محبت والدین در برابر از دست دادن محبت در اثر مرگ از آن جمله است. از بعضی از نظریه‌های روان‌پویایی چنین بر می‌آید که ممکن است

1 - John Bowlby
2 - George Brown
3 - Horris
4 - Copeland
5 - Crook
6 - Eliot
7 - self-esteem

افسردگی در سالهای بعدی زندگی به والدین پر توقع مربوط باشد، زیرا آنها از کودک می‌خواهند برای جلب محبت آنان، آنچه راکه خود خواهان آنند، انجام دهند. این گونه والدین گمان می‌برند طرد و تنبیه روشی است که به کودک کمک می‌کند تا بچه‌ای خوب بشود. در نتیجهٔ این دریغ کردن محبت، ممکن است فرزند الگوی پسر یا دختری خوش رفتار و فروتن را ظاهر سازد، ولی در عین حال به سبب خودداری والدین از ابراز محبت، نسبت به وی احساس خشم نماید. چنین خشمی، به دلیل آنکه کودک می‌ترسد به قطع کامل محبت والدینش منتهی شود، آشکار نمی‌گردد، ولی در عوض، به صورت احساس گناه به درون شخص باز می‌گردد. تلاش فرد برای فرو نشاندن این خشم در ناخودآگاه، مستلزم صرف مقدار زیادی انرژی روانی هم در کودکی و هم در سالهای بعدی بزرگسالی است و احتمال ظهور افسردگی در بعضی ازموقعیتهای زندگی کنونی وی را فراهم می‌سازد.

کوششهای درمانی موافق با نظریهٔ روان پویایی عبارت است از: تغییر و اصلاح همخوانیهای موجود بین افکار و احساسات مراجع. روان درمانگری دراز مدت در جهت کشف ریشه‌های ناخودآگاه اختلال خلقی، که به نظر می‌رسد علت آنها تعارضات حل نشدهٔ دوران کودکی باشد، به کار می‌رود. چون این مقصد بلند پروازانهٔ بازسازی شخصیت در اکثر موارد ممکن نیست، درمانگری حمایتی کوتاه مدت اغلب برای درمان افسردگی به کار می‌رود تا به افراد فرصتی برای تخلیهٔ افکار و احساساتشان داده شود، و شوق و امید بهبود در آنان پدید آید.

## نظریهٔ یادگیری

پیش فرض نظریه‌های یادگیری آن است که افسردگی و فقدان تقویت[1] به هم مربوط‌اند. نبود تقویت ممکن است چند علت داشته باشد. پاسخها ممکن است بدین سبب

1 - reinforcement

تضعیف شوند که هیچ تقویتی دریافت نداشته یا حالتی ناخوشایند یا تنبیه کننده به دنبال داشته‌اند. بسیاری از نظریه پردازان، معتقد به دیدگاه یادگیری، به شدت تحت تأثیر کارهای بی ـ اف ـ اسکینر[1] در زمینهٔ شرطی شدن عاملی بوده‌اند. اکثر دانشجویان مبتدی روان‌شناسی با تغییر رفتار کبوتری که از طریق دریافت غذا به هنگام نوک زدن به نقطه‌ای مخصوص در قفس خود یا جعبهٔ اسکینر پاسخشان تقویت یافته است، آشنا هستند. آزمایشها نشان داده‌اند که بر رفتارهای انسان نیز می‌توان به همین طریق تأثیر گذاشت. اندیشه‌های ناشی از کارهای اسکینر از طریق تأکید بر تعاعل اجتماعی، به ویژه اینکه چگونه رفتار سایر افراد می‌تواند به عنوان تقویت عمل نماید، اصلاح و تعدیل شده‌اند.

لوین سوهن[2] و همکاران وی از پیشوایان تحقیق در زمینهٔ افسردگی از دیدگاه یادگیری هستند. آنها به طور کلی چنین تأکید می‌کنند که پایین بودن مقدار واکنشهای رفتاری (برون شد رفتار[3]) و احساسات غمگینی یا بدبختی که با افسردگی همراه می‌شود، مربوط است به کمی تقویت مثبت و یا زیادی تجربه‌های ناخوشایند. این وضع ممکن به یکی از چند دلیل مختلف پدید آید:

۱ـ محیط خود به خود ممکن است مسئله‌ای باشد. امکان دارد که در محیط فرد، عوامل تقویت کننده کم یا تنبیه کننده زیاد باشند.

۲ـ شخص ممکن است فاقد مهارتهای اجتماعی برای جذب تقویت مثبت یا برای تطبیق مؤثر با حوادث تنفرانگیز و ناخوشایند باشد.

۳ـ به سبب بعضی دلایل، در افرادی که مستعد افسردگی هستند، موارد تقویت کننده، کمتر مثبت و موارد تنبیه کننده، بیشتر منفی به نظرشان می‌رسد تا افراد عادی. این ممکن است به صورت چرخه‌ای از کاهش رفتار یا کناره گیری آغاز شود و به تقویت کمتر یا تنبیه بیشتر بیانجامد.

افراد افسرده حوادث ناخوشایند بیشتری در زندگیشان رخ می‌نماید و تجربهٔ آنان نیز

1 - Skinner
2 - Lewin Sohn
3 - output

از این حوادث، ناخوشایندتر از افرد غیرافسرده است (لوین سوهن و تالکینگتن[1]، ۱۹۷۹). این پاسخ منفی بیشتر، نه فقط از طریق پرسش کردن از افراد برای درجه‌بندی حوادث ناخوشایند، بلکه از طریق رفتار در موقعیت آزمایشگاهی نیز آشکار شده است. تأثیرپذیری خود به خودی گروههای افسرده و غیر افسرده از طریق تحریکات بیزاری انگیز به صورت ضربه‌های الکتریکی خفیف مقایسه گردیده است (لوین سوهن و دیگران، ۱۹۷۳). گروه افسرده بیشتر از گروه غیر افسرده به محرکهای بیزاری انگیز، به صورت واکنشهای پوستی بالاتر، پاسخ می‌دادند. این تأثیرپذیری بیشتر ممکن است به طور مستدل موجب شود که یک فرد افسرده بیش از یک فرد عادی به کناره گیری از اوضاعی که آن را ناخوشایند می‌یابد، تمایل داشته باشد. این کناره گیری شانس فرد افسرده را برای تقویت نیز ممکن است کاهش دهد. اهمیت این موضوع، یعنی رابطهٔ بین تقویتهای مثبت و میزان افسردگی توسط لوین سوهن، و لیبت[2] (۱۹۷۲) بررسی و آشکار شده است که هر قدر تقویتهای مثبت بیشتر باشد افسردگی کمتر است. لوین سوهن باور دارد که هرگاه شخص افسرده باشد، این افسردگی به دلیل آنکه سایر افراد همنشینی با فرد افسرده را ناخوشایند می‌یابند ادامه می‌یابد. هنگامی که آشنایان، در حد امکان از فرد افسرده اجتناب می‌ورزند، نه تنها میزان تقویت فرد کاهش بیشتری می‌یابد، بلکه موجب تشدید افسردگی وی می‌شوند (لوین سوهن وارکوناد[3]، ۱۹۸۱).

تأثیرات منفی که افراد افسرده بر دیگران می‌گذارند، در آزمایش زیرکانه‌ای توسط کوین[4] (۱۹۷۶) آشکار گردیده است. کوین از چهل و پنج شخص غیرافسرده خواست تا با یک بیمار افسرده، یک فرد غیرافسرده، و یک فرد بهنجار به منظور کنترل، گفتگوی تلفنی داشته باشند. به تمام افراد مورد آزمایش گفته شده بود که این موضوع برای بررسی جریان آشنایی است. پس از این گفتگوهای تلفنی، شرکت کنندگان به پرسشنامه‌هایی دربارهٔ خلق خود، ادراکهای خود از سایر افراد، و تمایلات خویش به تماس مجدد با آن

1 - Talkington
2 - Libet
3 - Arconad
4 - Coyne

افراد پر کردند. مقایسهٔ پاسخهای کسانی که با بیماران غیر افسرده یا اعضای گروه کنترل گفتگو کرده بودند، و کسانی که با بیماران افسرده گفتگو کرده بودند، آشکار ساخت که افراد گروه دوم به طور معنی‌دار، خود را بیشتر افسرده، دلواپس، و کینه‌توز توصیف نمودند. همچنین کسانی که با اعضای گروه افسرده تماس گرفته بودند، کمتر از افراد دو گروه دیگر تمایل به دیدن مکالمه کنندگان یا تماس مجدد با آنها داشتند. وقتی که از مکالمه کنندگان خواسته شد تا افرادی را که با آنها مکالمه کرده‌اند، توصیف کنند، مقایسهٔ این توصیفها نشان داد که در ادراک این افراد، بیماران افسرده به عنوان کسانی که کمتر از افراد دو گروه دیگر خود مثبت‌نگر هستند، معرفی شدند.

وقتی که افراد افسرده خود را در حالتهای فشارآور روانی می‌یابند، تمایل دارند که از راه درنگ (جستجوی اطلاعات بیشتر پیش از اقدام به هر عملی) و نیز از طریق کوشش برای کسب حمایت هیجانی از دیگران، از پس آن برآیند (کوین، ۱۹۸۲، کوین و دیگران، ۱۹۸۱). خواهان حمایت افراطی بودن، ممکن است موجب شود که دیگران احساس ناراحتی و گناه کنند (چنان که آزمایش کوین نشان می‌دهد) و بکوشند تا از تماس با افراد افسرده اجتناب ورزند. این پاسخ اجتماعی ممکن است، به نوبهٔ خود، در ذهن افراد افسرده نسبت به صداقت دیگران تردید پدید آورد و دلیلی باشد بر اینکه گرچه افراد افسرده بیش از دیگران برای کسب حمایت می‌کوشند، ولی خود را به عنوان کسانی که کمتر از حمایت دیگران بهره‌مندند، درک نمایند.

افراد افسرده ممکن است با استفاده از رفتار وابستهٔ شدید برای برقراری ارتباط کوشش نمایند. و نیز امکان دارد برای جلب همدردی و مهربانی دیگران به شکوه‌های پیاپی مبادرت ورزند. گرچه ممکن است شخصی که به دنبال دریافت این نوع رفتار است در آغاز به بایستگی پاسخ بدهد، ولی پس از مدتی ممکن است از آن وضع احساس آزردگی یا ناکامی بکند. حتی اگر معاشران شخص افسرده حمایت خود را ادامه داده، سخنان اطمینان بخش بر زبان آورند، باز امکان دارد که احساس ناکامی و آزردگی آنان با ظرافت به صورت رفتارهای غیرکلامی یا به راههای دیگر ابراز شود.

اگر خشم و ناکامی از این قسم آشکار نشود، پیامهای آمیخته با همدردی که با لحن منفی داده می‌شود، ممکن است موجب آشفتگی شخص افسرده شود، به طوری که رفتارهای ناخوشایند، به جای آنکه حذف شود، پایدار بمانند (کوتز[1] و ورتمن[2] ۱۹۸۰). سرانجام یک دور باطل آغاز می‌شود که در آن نشانه‌های مرضی و ناکامی فزاینده‌ای به طور آشکار ایجاد شده، بی‌اطمینانیهائی پدید می‌آید؛ به طوری که اطرافیان شخص افسرده شروع به گفتن چیزهائی از این قبیل می‌کنند که "شما اگر کوشش کنید می‌توانید بهبود یابید، هیچ کس مجبور نیست آن گونه عمل کند". البته این موضوع موجب می‌شود که وضع موجود بدتر شود. وجود این گونه احساسات، خواه آشکار خواه پنهان، احتمالاً یکی از دلایلی است که چرا اشخاص تمایل دارند از مصاحبت با افراد افسرده اجتناب ورزند. به همین دلیل ممکن است که آموزش مهارتهای اجتماعی به افراد افسرده بتواند یک اقدام درمانی کارساز باشد.

### درمان افسردگی از نقطه نظر یادگیری

لوین سوهن و همکارانش، نخست کوشش می‌کنند که تأثیر متقابل و مشخص بین فرد و محیط و رویدادهای مرتبط با افسردگی را به دقت تعیین نمایند. یک گام در این راه عبارت است از: مشاهدهٔ شخص در خانواده، به عنوان قسمتی از ارزیابی اولیه (لوین سوهن و اکوناد، ۱۹۸۱). این کار چند مقصود را عملی می‌کند. یکی آنکه مراجع را نسبت به این اندیشه آگاه می‌سازد که افسردگی به تأثیر متقابل شخص با دیگران و محیط ربط دارد، دیگر آنکه به درمانگر یک راه سودمند و بالنسبه خالی از تعصب از نحوهٔ کسب اطلاع دربارهٔ رفتار مراجع و کسان دیگری که دور و برش هستند، نشان می‌دهد.

ابزارهای دیگری که در درمان بر پایهٔ یادگیری اجتماعی مورد استفاده واقع می‌شود، عبارت است از: فهرستی از رویدادهای خوشایند و ناخوشایند. مراجع از طریق علامت

1 - Coates 2 - Wortman

زدن این فهرست معیّن می‌سازد که هر رویداد چند بار در زندگی‌اش پیش آمده و تا چه اندازه وقوع آن حادثه یا احتمال وقوعش برای وی خوشایند یا ناخوشایند بوده است. این فهرست حوادث چنان ساخته شده است که آن را بتوان همه روزه به کار برد. علاوه بر آن، مراجع خلق و خوی خود را هر روز رتبه‌بندی می‌کند. این موضوع هم به مراجع و هم به درمانگر اجازه می‌دهد تا از رابطهٔ بین خلق و خوی و رویدادها آگاه شوند. خلاصه‌ای از این علامت زدنهای روزانه توسط یک مراجع، در نمودار ۱ نشان داده شده است. علاوه بر این علامت زدنهای روزانه، یک برنامهٔ درمانگری مخصوص تهیه شده است که عبارت است از: تعلیم مهارتهایی که در ارزیابی اولیه آشکار شده که مراجع فاقد آنهاست. این برنامهٔ درمانگری می‌تواند شامل مواردی از قبیل: آموزش ابراز وجود، کارساز بودن در وظایف پدری و مادری، گذراندن وقت، و آموزش آرامش عضلانی باشد.

نمودار ۱- گزارشی از علامت زدنهای روزانهٔ آلیس برای رویدادهای خوشایند و ناخوشایند و خلق و خوی (لوین سوهن و دیگران، ۱۹۸۰، ص، ۳۳۰).

مثالی از این روش مربوط به موردی به نام آلیس است:

آلیس یک منشی ۳۷ سالهٔ بیوه و صاحب دو فرزند ـ یک پسر ۱۴ ساله و یک دختر ۹ ساله ـ بود. شکایات اولیهٔ آلیس شامل درد سر و دشواری در انجام دادن کارها، عدم تمرکز، فقدان علاقه به فعالیتها، کناره‌گیری از زندگی اجتماعی، بی‌اعتمادی، خستگی، و سردردهای مکرر بود. او از احساس افسردگی شکوه می‌کرد. بعد از ارزیابی اولیه دربارهٔ مشکلات آلیس، کارکردن درمانگر با وی شروع شد. درمانگری شامل دوازده جلسه بود. آلیس در نیمهٔ اول درمانگری فهرست کردن رویدادهای خوشایند و ناخوشایند را به عنوان نقطهٔ آغاز برای بحث، شروع کرد. او ثروت، کارهای خانه، مادری کردن، و فعالیتهای اجتماعی را به عنوان بزرگترین دلواپسیهای خود تعیین کرد. آلیس نمی‌دانست پولهایش کجا رفته است. فکر می‌کرد ثروت او بیرون از حساب بوده است و از این قبیل. درمانگر به آلیس کمک کرد تا برنامه‌ای برای بودجهٔ ماهانهٔ خود ترتیب دهد و مخارج روزانه‌اش را ثبت کند. اجرای این فنون موجب شد که آلیس احساس کند پول، موضوع چندان آشفته کننده‌ای نیست. مشکل دیگر آلیس، این بود که انجام دادن کارهای خانه را دوست نداشت. او معمولاً می‌گذاشت کارها روی هم انباشته شوند و در پایان هفته می‌کوشید تا آنها را انجام دهد. درمانگر به او کمک کرد تا کارهای خانه را به صورت واحدهای کوچک تنظیم نموده آنها را با فعالیتهای خوشایند، از قبیل: گوش دادن به رادیو، به شوق آوردن خود جهت انجام دادن آنها، و تعیین بعضی کارهای خانه برای کودکان خود همراه سازد. آلیس به عنوان یک بیمار، احساس می‌کرد که تمام و کمال مسؤول هر مشکلی است که بچه‌هایش داشته‌اند. مشکلات انضباطی آنان نیز در میان بود و برای از میان برداشتن این مشکلات به تنبیه فرزندان خود روی آورده بود و این موضوع خود موجب پدید آمدن احساس گناه در وی می‌شد. درمانگر به آلیس کمک کرد تا بیاموزد که با

کودکان خود دربارهٔ علل اعمال انضباطی خود با آرامش صحبت کند، رفتارهای مطلوب آنان را مشخص سازد، و از طریق ستودن، مهربانی و طبیعی شمردن، بخشی از شیطنتهای فرزندان را پاداش دهد. همچنین آلیس آموخت که هرگاه دربارهٔ مسائل فرزندانش فکر می‌کند، مشخص سازد که آیا آن مسائل "مشکل من" بوده است، یا "مشکل آنان"، یا "مشکل ما" (خلاصه شده از لوین سوهن و دیگران، ۱۹۸۰، صفحات ۳۳۲-۳۲۸).

داده‌های مربوط به علامت زدن فهرست پرسشها توسط آلیس نشانگر تغییرات حاصل در اثر گذشت زمان است (نمودار ۱). شمار رویدادهای خوشایند افزایش یافته، از رویدادهای ناخوشایند کاسته شده، و خلق و خوی وی تا حدودی اصلاح شده است. داده‌های مربوط به ۲۱ روز اول درمان آلیس با یک برنامهٔ کامپیوتری که همبستگیهای بین هر فعالیت و تغییرات خلق و خوی را محاسبه می‌کرد، تجزیه و تحلیل گردید. ده رویداد مثبت و ده رویداد منفی که بالاترین همبستگی را با خلق و خوی داشته‌اند، در جدول شماره ۳ نشان داده شده است. این فهرست آلیس را به رابطه بین رویدادهای معین و خلق و خوی وی آگاه ساخته است. تجزیه و تحلیلهای کامپیوتری نیز کمی شمار فعالیتهای خوشایند، به ویژه فعالیتهای اجتماعی آلیس را تأیید می‌کند. بقیهٔ جلسات درمانگری به این مسئلهٔ آلیس که طی دوره‌ای از زمان از فعالیتهای اجتماعی، به ویژه فعالیتهایی که در آن مردان شرکت داشتند، کناره‌گیری کرده بود اختصاص یافت. درمانگر بر اهمیت دوستی برای جلب حمایت و خشنودی تأکید ورزید و به آلیس کمک کرد تا پاسخهای ابراز وجودی را در حالتهای بالقوه مشکل تمرین کند. چون روابط متقابل اجتماعی روزانهٔ آلیس بتدریج افزایش یافت، بر فراوانی حوادث خوشایند وی آشکارا افزوده شد و بهبود در خلق وخوی وی ادامه یافت. پس از پایان یک دوره درمانگری، درمانگر تأثیر درمان را تا یک ماه پیگیری نمود. در آن زمان، آلیس نشان داد که توسعهٔ فراوانی حوادث خوشایند و بهبود در خلق و خوی وی ادامه دارد (لوین سوهن و دیگران، ۱۹۸۰).

| ده حادثهٔ خوشایند و ناخوشایند که همبستگی زیادی با خلق و خوی آلیس داشته است: | |
|---|---|
| نوع | حادثهٔ مخصوص |
| حوادث خوشایند | ۱ـ خریدن اشیائی برای خودم.<br>۲ـ خریدن اشیائی برای خانواده‌ام.<br>۳ـ یادگیری انجام دادن کاری تازه.<br>۴ـ برنامه‌ریزی مسافرت یا تعطیلات .<br>۵ـ رفتن به میهمانی.<br>۶ـ یافتن دوستی جدید.<br>۷ـ بهبود بخشیدن به تندرستی (بررسی دندانهایم، بررسی نمرهٔ عینک و چشمهایم، تغییر برنامهٔ غذائیم، و غیره).<br>۸ـ پوشیدن لباس گرانبها یا رسمی.<br>۹ـ شانه یا برس زدن به موهایم.<br>۱۰ـ شرکت در بازیهای دسته جمعی. |
| حوادث ناخوشایند | ۱ـ رفتن به یک منزل کثیف.<br>۲ـ گرفتار مقررات اداری، درگیریهایی اجرائی، و کاغذ بازی بودن.<br>۳ـ تحت فشار و شتاب بودن.<br>۴ـ با کسی بودن که بدانم می‌گسار، معتاد به سیگار یا مواد مخدر است.<br>۵ـ داشتن اشیائی که شکسته‌اند یا بدکار می‌کنند (ماشین، اسباب و غیره).<br>۶ـ ناتوانی در تلفن کردن یا دستیابی به یک شخص برای امری مهم.<br>۷ـ دیدن منابع طبیعی تباه شده (درختان افتاده و خشک شده، گرد و خاک، آلودگی و غیره).<br>۸ـ دیدن یک حیوان مرده.<br>۹ـ سوار ماشینی بودن که راننده‌اش ضعیف و ناوارد است.<br>۱۰ـ از نظر اجتماعی مطرود بودن. |

«جدول ۳»

## نظریهٔ شناختی

احتمالاً با نفوذترین نظریه‌های روان‌شناختی که امروزه دربارهٔ افسردگی وجود دارد، نظرگاه شناختی است. اساس این نظریه‌ها این اندیشه است که یک تجربهٔ معین ممکن است روی دو فرد تأثیر بسیار متفاوتی بگذارد. قسمتی از این تفاوت، امکان دارد به دلیل روش متفاوت تفکر آنها دربارهٔ آن حادثه و حدود شناخت آنها نسبت به آن باشد.

یک شخص که به پیشرفت مورد انتظار خود نائل نمی‌گردد، ممکن است فکر کند که "من شخص بی‌فایده‌ای هستم، هر کسی مراضعیف می‌پندارد، اگر چنین نبود، من برای این شغل انتخاب می‌شدم. "شخص دیگر در همین وضع ممکن است فکر کند،" آقای (R) بدین دلیل برای شغلی که من خواستار آن بودم، انتخاب شد که تجربهٔ بیشتری در مذاکره و گفتگو داشت. من می‌دانم که می‌توانستم آن کار را انجام دهم، ولی صلاحیتهای من در نامه تا آن حد جالب نبود. واکنشهای فرد اول، پاسخ متعارف کسی است که ممکن است به افسردگی گرفتار شود.

خصیصهٔ این نوع تفکر، زیاده روی در تعمیم است و یکی از خصایصی است که آرون بک[1] در تفکر افراد افسرده یافته است. نظریهٔ شناختی بک دربارهٔ افسردگی در تحول روشهای درمانی مؤثر بوده پژوهشهای زیادی را موجب شده است.

## نظریهٔ شناختی بک دربارهٔ افسردگی

آرون بک معتقد است که افراد افسرده بدین دلیل افسرده‌اند که در نحوهٔ فکر کردنشان خطا می‌کنند یا به راه مبالغه می‌روند. شخص افسرده نظری منفی دربارهٔ خود، دنیا، و آینده‌اش دارد. طبق نظر بک این شناختهای منفی و نه سایر چیزهای پیرامون شخص، علت افسردگی است. ممکن است برای یک حملهٔ افسردگی حوادث برونی عامل تشدید کننده‌ای باشند، ولی حتی در آن صورت نیز آنچه شخص دربارهٔ آن حادثه فکر می‌کند و

1 - Aaron Beck

نه آن حادثه به خودی خود، می‌تواند عامل ایجادکنندهٔ افسردگی باشد (بک، ۱۹۶۷، بک و دیگران، ۱۹۷۸). جدول ۴، فهرست بعضی از تغییراتی را که به هنگام بروز افسردگی، روی می‌دهند، نشان می‌دهد.

چرا این تغییرات پدید می‌آید؟ شخص افسرده خود را به عنوان یک "بازنده"، یک "نامناسب" می‌بیند، و همواره تصور می‌کند که کمترین مقدار چیزی را به دست آورده و شایستگی بهتر از آن را ندارد. عقیدهٔ بک این است که احساس بازنده بودن که اغلب نتیجهٔ هدفها و توقعات بلند غیرمنطقی است، عامل اصلی محسوب می‌شود. شخص افسرده ضرر و زیان را یا بد تعبیر می‌کند یا در آن به مبالغه رو می‌آورد، یا معانی بیش از حد تعمیم یافته برای آن قائل می‌شود.

شخص مستعد افسردگی نه تنها در تعمیم زیاده‌روی می‌کند، بلکه تمایل به بزرگ جلوه دادن گناهان شخصی و کوچک شمردن صفات شخصی دارد (شکل ۱۴). مسئلهٔ دیگر برچسب زدن[1] (نام‌گذاری کردن) نادرست است. شخص افسرده یک موقعیت را بد می‌نامد؛ آن‌گاه فقط به این نام‌گذاری تحریف یافته پاسخ می‌دهد نه به موقعیت واقعی آن.

یک مثال دربارهٔ زیاده‌روی در تعمیم و تحریف را یکی از روان‌شناسان به نام نورمن اندلر دربارهٔ حالت خود از افسردگی توصیف می‌کند (اندلر ۱۹۸۲). اندلر فقدان عزت نفس خود و احساس بی‌فایدگی را ذکر می‌کند. او دوره‌ای از ترس را (ترسی را که به هیچ روی بر اساس واقعیت نیست) شرح می‌دهد که ممکن بود خانواده‌اش وی را ترک کنند. و او را تنها گذارند ـ در حالی که قادر نبود از عهدهٔ زندگی روزانهٔ خود برآید.

> زمانی را به یاد می‌آورم که اواخر ماه اوت بود و من با همسرم به راه آهن زیرزمینی رفته بودیم. او قبل از من وارد گیشه شده بود و من یقین داشتم که او قصد ترک مرا داشته و احتمالاً از من واز شرارتهای من خسته و از رفتار من سیر شده است (اندلر، ۱۹۸۲ ص ۴۹).

1 - labeling

اندلر پس از بهبود و پشت سرگذاشتن دورهٔ افسردگی، بی‌دلیل بودن چنین افکاری را تصدیق می‌کند.

> البته هیچ چیز نمی‌توانست تا آن اندازه با واقعیت فاصله داشته باشد که مهربانی و فداکاری او، توجه او، شفقت و عشق او، بیش از هر چیز دیگر مرا در مدت عذاب روانی‌ام نگاه داشت. اگر من مجبور بودم شخصی را که در بهبودی من بیشترین تأثیر را داشته است انتخاب کنم، آن شخص مطمئناً همسرم است (اندلر، ۱۹۸۲، ص ۴۹).

بک باور دارد که فرد افسرده هر گونه بدبختی را ناشی از کاستیهای شخصی می‌داند. آگاهی از این کاستیهای فرضی چنان شدید می‌شود که هر گونه *خودپنداری*[1] مثبت از خویشتن را به طور کامل پایمال می‌سازد. هر موقعیت ابهام آمیزی به عنوان شاهدی ازکاستی تعبیر می‌شود، حتی اگر آن که تبیینهای موجه‌تری وجود داشته باشد. مثلاً:

> زنی که دارای افسردگی خفیف بود، به دنبال یک بگومگو با برادر خود چنین نتیجه می‌گیرد: "من قادر به دوست داشتن و بهره‌مندی از دوستی دیگران نیستم،" و گرفتار افسردگی بیشتری شد. وقتی دوستش به قدری گرفتار بود که نتوانست با وی تلفنی صحبت کند، او فکر کرد، "آن دوست دیگر مایل به حرف زدن با من نیست". اگر شوهر وی دیر از اداره به خانه می‌آمد، او تصور می‌کرد که برای دوری گزیدن از وی در بیرون مانده است. وقتی که فرزندانش به هنگام غذا کج خلق بودند، چنین فکر می‌کرد "من قصور ورزیده‌ام" (بک، ۱۹۷۴، ص ۱۰).

بک فکر می‌کند که افراد افسرده تمایل دارند خود را با دیگران مقایسه کنند و این موضوع، خود موجب کاسته شدن از عزت نفس آنان می‌شود. هر گونه مواجههٔ آنان با

1 - self-concept

شخصی دیگر، فرصتی برای ارزیابی منفی از خود می‌شود. مثلاً فرد افسرده به هنگام صحبت کردن با دیگران فکر می‌کند، "من یک مصاحب خوب نیستم. من مانند افراد دیگر جالب توجه نیستم". بهترین توصیف برای شناختهای افراد افسرده عبارت است از: زیاده‌روی در تعمیم. افراد افسرده موارد مثبت را به حداقل رسانده و موارد منفی را به حداکثر بالا می‌برند. به نظر می‌رسد که شناختهای افراد افسرده در تمام مراحل پیشرفت با شناختهای دیگران متفاوت است. توقعاتی که یک فرد افسرده قبل از پاسخ، از خود دارد، لااقل ممکن است اهمیت آن به اندازهٔ پاداشها یا تقویتهایی باشد که افراد بعد از یک پاسخ، به خود می‌دهند. افراد افسرده نه تنها پیشرفت خود را سختگیرانه ارزیابی می‌کنند و در تقویت پاسخ خود، بعد از انجام دادن عملی قصور می‌ورزند، بلکه سطح توقعات آنان قبل از شروع عمل نیز پایین است (لوبیتز[1] و پست[2]، ۱۹۷۹). جدول ۵، فهرستی ازخطاهای شناختی را که بک اعتقاد دارد از پاسخهای متعارف افراد افسرده است، نشان می‌دهد.

اندیشه‌های بک، موجب تحقیقات زیاد هم به صورت مطالعات آزمایشگاهی و هم به صورت بررسیهای بالینی با افراد افسرده گردیده است. مثلاً، در یک مطالعه دربارهٔ حافظه، شماری صفت بد به سه گروه زن ارائه گردید: یک گروه زنانی که از لحاظ بالینی افسرده تشخیص داده شده بودند، یک گروه زنانی که تشخیصهای دیگری غیر از افسردگی درباره آنها صورت گرفته بود، و یک گروه گواه از زنانی که نه افسردگی داشتند و نه بیماری دیگری (دری[3]، کوپر[4]، ۱۹۸۱). بعضی از صفتها اشارات ضمنی بر افسردگی داشت و بعضی نداشت. از تمام آزمودگان خواسته شد تا بگویند کدام کلمه خود آنها را توصیف می‌کند. سپس وقتی که از آزمودگان خواسته شد تا کلمات را به یاد بیاورند، گروه افسرده، صفاتی را که محتوای افسردگی داشت به یاد می‌آوردند، در حالی که سایر گروهها بهترین صفات را که فاقد محتوای افسردگی بود، به یاد می‌آورند.

1 - Lobitz
2 - Post
3 - Derry
4 - Kuiper

شکل ۱۴- رازچست[1] یکی از سازندگان تصویرهای کارتون، افکار معمولی یک شخص افسرده را ترسیم کرده است.

در یک مطالعه دیگر (هامن[2] و کرانتز[3]، ۱۹۷۶)، به دانشجویان زن که نمرات زیاد یا کم در پرسشنامهٔ افسردگی بک گرفتند، یک رشته داستانهای چند گزینه‌ای داده شد. این داستانها دارای پاسخهای متعدد بودند که شامل انحرافات[4] فکری که بک آنها را به عنوان افکار نادرست معمول افراد افسرده ذکر کرده است، می‌گردید. مثلاً، یک داستان شامل دو پاراگراف بود که شخصی راکه در یک خوابگاه زندگی می‌کرد، توصیف می‌نمود.

1 - Roz Chast
2 - Hammen
3 - Krantz
4 - distortions

| تفاوت ادراکهای شناختی در حالات طبیعی و افسردگی | | |
|---|---|---|
| **موضوع** | **حالت طبیعی** | **حالت افسردگی** |
| **محرک** | **پاسخ** | **پاسخ** |
| شیء مورد محبت[1] | مهربانی | بی احساسی، تغییر ناگهانی |
| فعالیتهای دلخواه | لذت | بی‌حوصلگی |
| فرصتهای تازه | شوق | بی‌اعتنایی |
| مزاح | نشاط | بی نشاطی |
| محرکهای بدیع | کنجکاوی | بی‌علاقگی |
| بدرفتاری | خشم | اندوهگینی، انتقاد از خود |
| **هدف یا کشش** | **جهت** | **جهت** |
| خشنودی | لذت | اجتناب |
| رفاه | مراقبت از خود | غفلت از خود |
| حفظ ثبات خود | بقای خویش | خودکشی |
| دستاورد | موفقیت | کناره‌گیری |
| **تفکر** | **ارزیابی** | **ارزیابی** |
| دربارهٔ خود | واقع بینانه | بد ارزیابی کردن خود |
| دربارهٔ آینده | امیدوارانه | نومیدانه |
| دربارهٔ محیط | واقع بینانه | مقهور کننده |
| **فعالیتهای زیست شناختی و فیزیولوژیائی** | **نشانه‌ها** | **نشانه‌ها** |
| اشتها | گرسنگی مطلوب | بی‌اشتهائی |
| رفتار جنسی | تمایل مطلوب | بی میلی |
| خواب | آرام | آشفته |
| انرژی | مطلوب | خسته |

«جدول ۵»

1 - Loved object

و مطالبی از این قبیل در آن وجود داشت: جمعه شب است، آن شخص با کسی قرار ملاقات ندارد. اکثر افراد دیگر بیرون هستند. از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا هر قدر که ممکن است، آنچه را که امکان دارد آن شخص فکر و احساس کند، آشکارا در تخیل خود بپرورانند. پاسخهای آنان به این مطالب از این قبیل بود:

**"تنها بودن در یک جمعه شب"**

الف: مرا ناراحت نمی‌کند، زیرا من تصور می‌کنم که در پایان هفتهٔ دیگر، مطمئناً یک قرار ملاقات خواهم داشت (پاسخ یک فرد غیر افسرده).

ب: مرا آشفته می‌سازد و موجب می‌شود که احساس تنهایی کنم (پاسخ یک فرد افسرده).

ج: مرا آشفته ساخته و دچار تخیلات واهی، تخیل دربارهٔ بی‌پایان بودن شبها و روزها، می‌شوم (پاسخ یک فرد افسرده و زیاده‌روی در تعمیم).

د: مرا ناراحت نمی‌کند، زیرا یک جمعه شب به تنهایی مهم نیست، احتمالاً هر کسی شبهایی را به تنهایی گذرانده است (مثال فرد غیر افسرده) (هامن و کراتز، ۱۹۷۶، ص، ۵۸۰).

دانشجویان افسرده بیش از دانشجویان غیر افسرده، پاسخهای افسردگی و کمتر از آنان پاسخهای غیرافسردگی را انتخاب کردند. این مطالعات و بسیاری از مطالعات دیگر بیانگر آن است که شناختهای افراد افسرده و غیرافسرده متفاوت است. آیا این اختلاف در الگوهای فکری علت افسردگی است، یا وضعی است که به سادگی با حالت افسردگی همراه است ولی علت آن نیست؟ ما هنوز نمی‌توانیم به این پرسش پاسخ بدهیم، زیرا امکان استفادهٔ سبک[1] شناختی برای جدا ساختن افرادی که بعداً ممکن بود افسرده بشوند وجود ندارد (لوین سوهن و دیگران، ۱۹۸۱). حتی اگر ـ چنان که از این یافته‌ها برمی‌آیند ـ شناختها علت افسردگی نباشند، ممکن است آنها علت دوام احساسات افسردگی محسوب شوند. بدین ترتیب، کوشش برای تغییر شناختهای ناسازگار هنوز

1 - style

می‌تواند یک گام درمانی عمده باشد.

| خطاهای شناختی و پیش فرضهایی که طبق نظریهٔ شناختی بک از آنها ناشی می‌شود | |
|---|---|
| *خطای شناختی* | *پیش فرض* |
| ۱ـ زیاده روی در تعمیم[1] | ۱ـ اگر در یک مورد صادق است، در موارد دیگری هم که شباهت کمی به آن دارد به کار می‌رود. |
| ۲ـ انتزاع انتخابی[2] | ۲ـ فقط حوادثی که موجب شکست، ناکامی، و غیره است از طریق ضعفها و خطاهای شخصی سنجیده می‌شوند. |
| ۳ـ مسؤولیت‌افراطی (به خود نسبت دادن علت شخصی) | ۳ـ من مسؤول تمام چیزهای بد، شکستها، و غیره هستم |
| ۴ـ پذیرش علت زمانی (پیش بینی بدون شواهد کافی) | ۴ـ اگر این موضوع در گذشته صحت داشته است، در آینده نیز همواره صحت خواهد داشت. |
| ۵ـ رجوع به خود[3] | ۵ـ من مورد توجه هر کسی هستم، به خصوص برای عملکرد یا صفات شخصی بد. |
| ٦ـ "منتظر فاجعه بودن[4]" (فال شوم زدن) | ٦ـ همواره به بدترین فکر می‌کنند. بیشترین احتمال وقوع یک فاجعه وجود دارد. |
| ۷ـ افکار دو وجهی[5] | ۷ـ هر چیزی یا در حد افراط است یا در حد تفریط (سیاه یا سفید، خوب یا بد). |

جدول ۵ـ بک و دیگران، ۱۹۷۸ ص ۱۹٦

## درمانگری شناختی افسردگی

روش درمانگری بک عبارت از پرسشهای طرح‌ریزی شدهٔ هدفدار و دوستانه برای

1 - overgeneralizing
2 - selective abstraction
3 - self-references
4 - catastrophizing
5 - dichotomous thinking

آگاه ساختن شخص افسرده از عدم مطابقت بین افکار وی با واقعیت است. مراجع روز خود را برنامه‌بندی کرده، آن‌گاه هر فعالیت را روی مقیاسی از صفر تا پنج، برای انجام دادن یک کار خوب و لذت‌بخش رتبه‌بندی می‌کند.

گفتگویی که به وسیلهٔ یک بیمار ۳۸ سالهٔ مبتلا به افسردگی شدید، ضمن اجرای برنامهٔ یک کار خوب، صورت گرفته، مربوط است به انجام دادن یک کار خوب یعنی "چسباندن کاغذ دیواری آشپزخانه". گرچه این موضوع برای شخصی که دچار افسردگی شدید است، باید کار بزرگی محسوب شود، ولی مراجع در درجه‌بندی خود هم برای انجام دادن کار خوب و هم برای لذت‌بخش بودن آن، رتبهٔ صفر داد.

درمانگر : چرا شما کاغذ دیواری کردن آشپزخانه را به عنوان یک تجربهٔ موفقیت‌آمیز درجه‌بندی نکردید؟

بیمار : چون که گلها جور نشدند.

درمانگر : آیا در واقع کار را کامل انجام دادید؟

بیمار : بلی

درمانگر : آشپزخانهٔ خودتان را؟

بیمار : نه، من به یک همسایه کمک کردم که آشپزخانه‌اش را کاغذ دیواری کند.

درمانگر : او قسمت عمدهٔ کار را انجام داد؟

(توجه کنید که درمانگر دلایل دیگری را که برای احساس شکست ممکن است به طور غیر ارادی ارائه نشده باشند پرسش می‌کند.)

بیمار : نه، در واقع تقریباً تمام آن را خودم انجام دادم. او قبلاً کاغذ دیواری نکرده بود.

درمانگر : آیا خرابکاری شد؟ مثلاً چسب را به جاهای دیگر

مالیدید؟ مقدار زیادی کاغذ دیواری خراب کردید؟
یا آشغال زیادی بر جای گذاشتید؟

بیمار : نه، نه، تنها مسئله این بود که گلها جور نشدند.

درمانگر : بنابراین، چون این امر کامل نبود، شما به هیچ وجه نمره‌ای کسب نکرده‌اید.

بیمار : خوب، بلی.

(توجه کنید که عقاید غیر منطقی "اگر من هر چیزی را کامل انجام ندهم، بی‌فایده، بی‌عرضه، و مقصر هستم"، در این استدلال نهفته است. هر چند، اصلاح این پیش‌فرض برای مراحل بعدی درمان که بیمار کمتر افسرده است، گذاشته می‌شود. در این مرحله هدف، اصلاح انحراف شناختی است).

درمانگر : ناهماهنگی گلها چقدر بود؟

بیمار : در این حدود (انگشتان خود را به اندازهٔ دو سه میلیمتر باز کرد)

درمانگر : در هر تکه کاغذ؟

بیمار : نه، در دو یا سه تکه.

درمانگر : از چه تعدادی؟

بیمار : در حدود ۲۰ تا ۲۵.

درمانگر : کس دیگری به آن توجه کرد؟

بیمار : نه، در واقع همسایه‌ام تصور می‌کرد که فوق العاده است.

درمانگر : همسرتان آن را دید؟

بیمار : او کار را تحسین کرد.

درمانگر : آیا وقتی که عقب می‌ایستادید و به دیوار نگاه می‌کردید،

می‌توانستید نقص را ببینید؟

بیمار : خوب، در واقع نه.

درمانگر : بنابراین، شما به طور انتخابی به واقعیت توجه کرده‌اید، ولی نقص بسیار کمی در کوشش شما برای کاغذ دیواری کردن وجود داشته است. این موضوع منطقی است که چنین نقص کوچکی، موفقیتی را که شما شایسته آن هستید به طور کامل از بین ببرد؟

بیمار : خوب، این کار آن طور که باید خوب نبوده است.

درمانگر : اگر همسایهٔ شما این عمل را با همین کیفیت در آشپزخانهٔ شما انجام داده بود، چه می‌گفتید؟

بیمار : کار به نسبت خوبی (بک و دیگران، ۸۶-۸۵ : ۱۹۷۸).

در موردی دیگر، یک مراجع میانسال با سردرد شدید و شکایتهای بدنی دیگر وارد یک کلینیک می‌شود. او در تست افسردگی بک نمرهٔ بالائی داشت. وقتی که از او پرسیده شد چه شناختهایی او را ناشاد ساخته است، چنین گفت:

"خانوادهٔ من مرا درک نمی‌کنند"، هیچ کس مرا درک نمی‌کند، برای آنها مسلم شده است، "من بی‌فایده هستم." به عنوان مثال اظهار داشت که فرزندان نوجوان وی دیگر مایل نیستند کاری برای او انجام دهند.

بیمار : پسر من دیگر دوست ندارد که با من به تئاتر یا سینما بیاید.

درمانگر : چگونه شما می‌دانید که او نمی‌خواهد با شما بیاید؟

بیمار : نوجوانان در واقع دوست ندارند که کاری را همراه والدینشان انجام دهند.

درمانگر : آیا واقعاً شما از او خواسته‌اید که با شما بیاید؟

بیمار : نه، در واقع او چند بار پرسیده است که آیا میل دارم مرا همراه ببرد...، ولی فکر نمی‌کنم که او واقعاً می‌خواسته است که من بروم.

درمانگر : نظرتان در این باره چیست که برای آزمایش این موضوع از او بخواهیم پاسخ صریحی بدهد.

بیمار : من چنین گمان می‌کنم.

درمانگر : موضوع مهم این نیست که آیا او با شما می‌آید یا نه، بلکه موضوع این است که آیا به جای اینکه اجازه دهید آنچه او فکر می‌کند خودش بگوید، شما آن را تعیین می‌کنید؟

بیمار : به گمانم شما درست می‌گوئید، ولی به نظر می‌رسد که او سهل‌انگار باشد.

مثلاً او همیشه دیر برای غذا خوردن می‌آید.

درمانگر : چند بار این موضوع رخ داده است؟

بیمار : یک یا دو بار؛ در واقع گمان می‌کنم زیاد نبوده است.

درمانگر : آیا دیر آمدن وی برای غذا مربوط به سهل‌انگاری اوست؟

بیمار : خوب، بیایید دربارهٔ آن فکر کنیم، او گفته است که در آن دو شب تا دیر وقت کار می‌کرده است. همچنین در بسیاری از موارد با ملاحظه بوده است.

در واقع چنان که بیمار بعداً در می‌یابد، پسرش مایل بوده است که با وی به سینما برود (بک، شاو[1]، راش[2]، امری[3]، ۱۰۶: ۱۹۷۸).

1 - Shaw
2 - Rush
3 - Emery

**اسناد[1] (نسبت دادن) و بی‌پناهی[2] در افسردگی**

عامل شناختی دیگر، به نسبتهایی است که شخص به یک رویداد می‌دهد. نسبت دادن اصطلاحی است که روان‌شناسان اجتماعی آن را به کار می‌برند و مربوط است به عللی که شخص برای حوادثی که به وقوع می‌پیوندد، تعیین می‌کند. روی آورد شناختی بک متضمن این پیش‌بینی است که نسبت دادنهای افراد افسرده صورت شخصی دارند، یعنی وقتی که چیز بدی اتفاق بیفتد، آنان خود را سرزنش می‌کنند و وقتی که چیز خوبی رخ می‌دهد، معمولاً آن را به حسن تصادف نسبت می‌دهند. در حالی که اکثر افراد مسؤولیت خیر و نیکی را در زندگی می‌پذیرند، و هنگامی که امور رفع و رجوع شوند، معمولاً آن را به نامساعد بودن یک موقعیت خاص نسبت می‌دهند. شکل ۱۵ این اختلال را روشن می‌سازد.

طبق گزارش بک و کواکز[3] (۱۹۷۸)، زنی که داستان کوتاهی نوشته و برای انتشار پذیرفته شده بود، به هیچ وجه خوشحال نبود. او این پذیرش را به حسن تصادف محض نسبت می‌داد. از طرف دیگر، وقتی که یکی از مقالاتش مورد قبول واقع نشد (یک حادثهٔ منفی)، پریشان خاطر بود، زیرا فکر می‌کرد که این عدم قبول به نحو بدی به وی مربوط می‌شود.

اندیشهٔ دیگری که در "نسبت دادن" نقشی به عهده دارد، بی‌پناهی است. چنین استدلال کرده‌اند که افراد افسرده در کار تسلط بر محیط، احساس بی‌پناهی می‌کنند. آنان تصور می‌کنند که هر کوششی بکنند، کارهای آنان در چگونگی گردش امور تأثیری نخواهد داشت. ممکن است این افراد به سبب پیشامد موقعیتی معین در گذشته، بی‌پناهی را آموخته باشند.

برای اولین بار *مارتین سلیگمن*[4] اندیشهٔ بی‌پناهی را انتشار داد (۱۹۷۴ و ۱۹۷۵). اکثر سگها می‌آموزند که از ضربه‌های الکتریکی خیلی سریع اجتناب ورزند. ولی سلیگمن دریافت که سگهایی که نمی‌توانستند از ضربه‌های الکتریکی که به آنها وارد

1 - attribution
2 - helplessness
3 - Kovacs
4 - Martin Seligman

می‌شد بگریزند، در آزمایشهای بعدی، در مواجه شدن با این ضربه‌ها، هیچ‌گاه اجتناب از آنها را حتی اگر ممکن بود نیاموختند.

| | |
|---|---|
| یک شخص افسرده مسؤولیت حوادث مثبت را که رخ داده است، به موقعیت نسبت می‌دهد. | یک شخص افسرده مسؤولیت حوادث منفی را که رخ داده است به خود نسبت می‌دهد |

نتیجه = موقعیت × شخص

| | |
|---|---|
| یک شخص غیر افسرده مسؤولیت حوادث منفی را که روی داده است به موقعیت نسبت می‌دهد. | یک شخص غیر افسرده مسؤولیت حوادث مثبت را که روی داده است، به خودش نسبت می‌دهد. |

شکل ۱۵ـ مقایسهٔ جریان اسنادی در افراد افسرده و غیر افسرده

بر اساس نظریهٔ بی‌پناهی، دست‌کم نوعی افسردگی هنگامی حاصل می‌شود که شخص باور داشته باشد برای وی تسلط بر مسیر رویدادهای مهم زندگی ناممکن است. مثلاً در یک بررسی، سه چهارم معلمان مدارس لوس‌آنجلس سطوح فشار روانی بر شخص خودشان را ملایم توصیف نمودند و ۲۰ درصد اظهار داشتند که سطوح فشار روانی وارد بر آنها تحمل‌ناپذیر است (همن[1] و دمایو[2]، ۱۹۸۲). پانزده نفر از هفتادوپنج نفر معلم، به نشانه‌های مرضی، بدان صورت که در افراد افسرده در رواندرمانگری ملاحظه می‌شود، در گزارشهای خود اشاره نمودند و آنها را شدید خواندند. با وجوداین، معلمان

1 - Hammen
2 - De Mayo

مورد بحث ناشایستگی شخصی را به عنوان عامل فشار روانی خود توصیف نکردند. برعکس، آنها موقعیت را به صورتی می‌دیدند که در آن تسلط بر محیط نه برای آنها ممکن بود و نه برای سایر معلمان.

## بی‌پناهی آموخته شدهٔ اولیه

نظریهٔ بی‌پناهی آموخته شدهٔ اولیه تأثیر زیادی بر پژوهشهای روان‌شناختی داشته و مانند اکثر نظریه‌ها معلوم گردیده است که نمی‌تواند تمام نتایج تجربی را تبیین نماید (میلر[1] و نورمن[2]، ۱۹۷۹). سلیگمن و همکارانش با توجه به یافته‌های تجربی خود در نظریهٔ بی‌پناهی آموخته شده که برای اولین بار بنا نهاده بودند، تجدید نظر کردند.

نظریهٔ تجدید نظر شدهٔ بی‌پناهی، براهمیت نسبت دادنهایی که افراد در یک موقعیت به منظور تعیین احتمال گرفتار شدن به افسردگی به کار می‌برند، تأکید می‌ورزد (ابرامسن[3] و دیگران، ۱۹۷۸). بر اساس نظریهٔ تجدید نظر شدهٔ بی‌پناهی، افسردگی به احتمال زیاد هنگامی رخ می‌نماید که افراد صفتهای منفی را به عنوان حاصل تجربهٔ موقعیتهایی که در آن احساس بی‌پناهی کرده‌اند، به خود نسبت می‌دهند.

در این احساسهای بی‌پناهی، سه وجه وجود دارد: اولین وجه، آن است که آیا شخص مسئله را امری درونی تلقی می‌کند یا امری برونی[4]. احتمال زیادی وجود دارد که اگر شخص موقعیت را به ناتوانی شخصی خود در تسلط بر پدیده‌های امور نسبت دهد، افسرده شود یا تصویر ذهنی پایینی از خود داشته باشد. چنین کسی خود را به عنوان تنها فردی می‌بیند که نمی‌تواند از پس مسائل برآید. این موضوع کاملاً با این که شخص احساس کند هر کس دیگر نیز در آن موقعیت، حال و روز سختی خواهد داشت، فرق دارد. دومین وجه با پیوستار کلی مخصوص[5] ربط دارد. اگر شخص معتقد باشد که آنچه

1 - Miller
2 - Norman
3 - Abramson
4 - external or internal
5 - global-specific continum

***پنجرهٔ ۱ نشان می‌دهد که بعضی از اسنادهای درماندگی، به افسردگی می‌انجامند، ولی اسنادهای دیگر چنین نیست (رپز[1] و دیگران، ۱۹۸۲).***

در فرضیهٔ تجدید نظر شدهٔ بی‌پناهی آموخته شده، گفته می‌شود که فقط انواع معینی از نسبت دادنها در یک موقعیت درماندگی، موجب افسردگی می‌شود. مثلاً توجه کنید به موردی که موجب مردودی یک شخص در امتحان زبان فرانسه شد. ما می‌توانیم اسنادهای احتمالی وی را به صورتی که در ذیل نشان داده شده است، تقسیم‌بندی کنیم.

در نظریهٔ تجدید نظر شده، پیش‌بینی می‌شود که اگر نسبت دادن دربارهٔ علت شکست پایدار و کلی باشد، به احتمال زیادتری شخص افسرده می‌شود تا زمانی که نسبتهای دیگری داده شود. در این مورد اگر سبک نسبت دادنهای "مایک[2]، موجب شود که او نمرهٔ خود را به عوامل کلی پایدار نسبت دهد، خواه درونی و خواه برونی، اودر معرض خطر زیادتری برای افسردگی خواهد بود. اگر نسبت دادنهای وی درونی، پایدار و کلی بودند، افکار همراه با افسردگی او به صورت از دست رفتن عزت نفس مشخص می‌شد.

افرادی که، علاوه بر احساس بی‌پناهی، دارای عزت نفس ضعیفی هستند، به احتمال زیادتری دستخوش ناتوانی و افسردگی می‌شوند. در یک بررسی، بیماران افسرده بیشتر از کسانی که مبتلا به اسکیزوفرنی بودند یا بیماران بدنی که افسرده نبودند، حوادث بد را به علل کلی، درونی، و پایدار نسبت می‌دادند (رپز و دیگران، ۱۹۸۲).

| درونی (علت خود شخص بوده است) | | |
|---|---|---|
| | *پایدار* | *ناپایدار* |
| کلی | من با هوش نیستم | من به اندازهٔ کافی مطالعه نکردنم، زیرا وقتم کافی نبود. |
| مخصوص | من از نظر زبان فرانسه خوب نیستم | من به اندازهٔ کافی مطالعه نکردم، زیرا تحصیل زبان فرانسه مرا رنج می‌دهد. |
| **بیرونی (علت موقعیت بوده است)** | | |
| | *پایدار* | *ناپایدار* |
| کلی | استادان آزمونهای ناجور می‌دهند | قبل از تعطیلات هیچ کس نمی‌تواند روی امتحاناتی که می‌دهد خوب تمرکز نماید. |
| مخصوص | استادان فرانسه آزمونهای ناجور می‌دهند | اتاق گرم بوده و موجب خواب من شد. |

1 - Raps

2 - Mike

رخ می‌نماید، دلیل بی‌پناهی کلی اوست، احتمال زیادی وجود دارد که آن شخص به افسردگی دچار شود و این احتمال برای او بیش از شخص دیگری است که خود را فقط در یک موقعیت خاص بی‌پناه می‌بیند. سومین وجه، مربوط است به اینکه آیا یک موقعیت معین به دیدهٔ موقعیتی پایدار (مزمن)[1] نگریسته می‌شود یا موقعیتی ناپایدار (حاد)[2]. کسانی که بی‌پناهی آنها سالها ادامه داشته باشد، به احتمال زیاد بیش از کسانی افسرده خواهند بود که فکر می‌کنند آن موقعیت زمان کوتاهی دوام خواهد داشت.

در پنجرهٔ ۱ مثالهایی که با ترکیبی از این وجوه مختلف "نسبت دادن" تطبیق دارند، نشان داده شده است.

**پنجرهٔ ۲ـ تأکید متفاوت در دو نظریهٔ شناختی**

یکی از بهترین راههای درک اختلاف بین نظریهٔ بک و نظریهٔ تجدید نظر شدهٔ بی‌پناهی آموخته شده، عبارت است از: مقایسهٔ بعضی مواد در تست افسردگی بک و پرسشنامهٔ سبک نسبت دادن که توسط سلیگمن و همکارانش ساخته شده است.

**تست افسردگی بک**

تست افسردگی بک (بک و دیگران، ۱۹۶۶) بر نشانه‌های عاطفی، بدنی، شناختی، و رفتاری افسردگی تأکید می‌ورزد. این تست، علاوه بر استفادهٔ بالینی آن به دلیل ارزیابی سریع سطح افسردگی، در حد وسیعی برای انتخاب افرادی که خود را افسرده توصیف می‌کنند از میان گروه افرادی که کنشهای طبیعی دارند، مورد استفاده واقع شده است. دستورالعمل و چند پرسش نمونه از تست افسردگی بک در پنجرهٔ ۳ نشان داده شده است.

1 - stable (chronic)

2 - unstable (acute)

**پنجرهٔ ۳ـ دستوالعمل و چند پرسش نمونهٔ آزمون بک**

این یک پرسشنامه است. در این پرسشنامه چند گروه اظهار نظر وجود دارد. لطفاً این گروه اظهار نظرها را در هر طبقه بخوانید. آن گاه دور شمارهٔ عبارتی که در هر گروه احساس شما را هم اکنون، یعنی در همین دم، به بهترین وجهی توصیف می‌کند، دایره بکشید. اگر چندین عبارت در این گروه به نظرتان یکسان می‌رسد، دور هر یک از آنها را دایره بکشید.

قبل از آنکه انتخاب خود را بکنید، اطمینان حاصل نمائید که تمام عبارات هر گروه را خوانده‌اید.

۱ـ ۰ ـ من احساس غم نمی‌کنم.
۱ـ من احساس غم می‌کنم.
۲ـ من در تمام اوقات احساس غم می‌کنم و می‌توانم از آن خلاص شوم.
۳ـ من چنان غمگین یا ناشادم که نمی‌توانم آن را تحمل کنم.

۲ـ ۰ ـ من نمی‌توانم مانند سابق کار کنم.
۱ـ آغاز کردن یک کار مستلزم کوشش فوق‌العاده‌ای است.
۲ـ برای انجام دادن یک کار لازم است که به خود فشار بیاورم.
۳ـ من به هیچ وجه قادر به انجام دادن کاری نیستم.

۳ـ ۰ ـ من احساس شکست نمی‌کنم.
۱ـ من احساس می‌کنم که بیشتر از مردم عادی شکست خورده‌ام.
۲ـ وقتی که به گذشتهٔ خود نگاه می‌کنم، آنچه می‌توانم ببینم عبارت است از مقدار زیادی شکست.
۳ـ من احساس می‌کنم که به عنوان یک فرد، انسانی کاملاً شکست خورده هستنم.

۴ـ ۰ ـ من احساس می‌کنم،که بدتر از کسان دیگر نیستم.
۱ـ من به دلیل ضعفها و اشتباهاتم، خود را سرزنش می‌کنم.
۲ـ من همواره خود را به دلیل شکستهایم، سرزنش می‌کنم.
۳ـ من برای هر چیز بدی که رخ می‌دهد، خودم را سرزنش می‌کنم.

**پنجرهٔ ۴ـ پرسشنامهٔ نسبت دادن**

این پرسشنامه شامل دوازده سؤال به گونه‌ای است که در اینجا نشان داده شده است. نیمی از موقعیتها، رویدادهای خوب و نیم دیگر بد هستند. از آزمودنیها خواسته می‌شود که به طور مشخص هر موقعیت را در خیال مجسم کنند و چنان که گویی برای آنها رخ داده است به آنها پاسخ بدهند.

پرسشهای مربوط به موقعیتهای ۲، ۳، ۴ به ترتیب درونی بودن، پایدار بودن، و کلی بودن ادراکها را می‌سنجند.

شما برای مدتی در پی یافتن شغل بوده‌اید، بی آنکه توفیقی حاصل کنید.

۱ـ یک علت عمدهٔ آن را بنویسید.

۲ـ آیا ناکامی شما در یافتن شغل مربوط به خود شما بوده است یا مربوط به افراد دیگر یا به حوادث؟ (دور یکی از نمرات ۱ تا ۷ را خط بکشید).

کاملاً مربوط به خودم ۷، ۶، ۵، ۴، ۳، ۲، ۱ کاملاً مربوط به افراد یا حوادث دیگر.

۳ـ در آینده نیز به هنگام جستجوی شغل این علت وجود خواهد داشت؟ (دور یکی از نمرات ۱ تا ۷ را خط بکشید).

همواره وجود خواهد داشت ۷، ۶، ۵، ۴، ۳، ۲، ۱ هرگز دیگر وجود نخواهد داشت.

۴ـ آیا این علت چیزی است که فقط بر یافتن شغل تأثیر می‌بخشد یا بر سایر جنبه‌های زندگیتان نیز مؤثر واقع می‌شود؟ (دور یکی از نمرات ۱ تا ۷ را خط بکشید).

بر تمام موقعیتهای زندگی من اثر می‌گذارد ۷، ۶، ۵، ۴، ۳، ۲، ۱ فقط بر این موقعیت خاص اثر می‌گذارد. (از سلیگمن و دیگران، ۱۹۷۹).

نظریه‌های بک و سلیگمن، هم در ایجاد اشتیاق زیاد به جانبداری از روی آورد شناختی، هم در فهم تفاوتهای افراد افسرده و غیر افسرده، و هم در فهم اینکه این تفاوتها چگونه می‌توانند درمان را کارسازتر نمایند، اهمیت داشته‌اند. این دو پژوهنده نظریه‌های خود را به راههای بسیار متفاوتی تدوین کرده‌اند. بک از مشاهدات خود در تفکر مراجعان بالینی به عنوان اساس نظریهٔ خویش استفاده کرده است. سلیگمن

مشاهدات خود در مورد حیوانات را در موقعیتهای آزمایشی بیشتر کنترل شده، عنوان در زمینه‌ای مشابه با رفتار انسان مورد استفاده قرار داده، نتایج آنها را به انسان گسترش داده است. هر روی آورد فوایدی در بر دارند. هر دو نظریه در مجموع خیلی چیزها دارند. آن دو از این نظر متفاوت می‌شوند که بک بر *خودپنداری منفی* شخص افسرده از خودش تأکید می‌ورزد ولی تأکید سلیگمن بر *کنترل ادراک* شده است. (پنجرهٔ ۲ را ببینید).

## صحت و دقت شناختی در افسردگی

در نظریهٔ بی‌پناهی آموخته شده، پیش‌بینی می‌شود که افراد افسرده، کمتر از افراد غیرافسرده، بین رفتار خود و آنچه برای آنها رخ داده است رابطه‌ای می‌بینند، و بدین ترتیب به احتمال کمتری به منظور تغییر موقعیت دست به کوشش می‌زنند. ولی ما می‌توانیم این سؤال را مطرح کنیم که آیا افراد افسرده موقعیت را نادرست و بی‌دقت می‌بینند؟ بعضی از پژوهندگان دریافته‌اند که دانشجویان افسرده در ارزیابی میزان ارتباط بین اعمال خود و نتیجهٔ موقعیت، دقیقتر از دانشجویان غیرافسرده بوده‌اند (آلوی[1] و آبرامسون، ۱۹۷۹). این یافته‌ها و یافته‌های شبیه به آنها بیانگر آنند که این موقعیت معین نیست که بیشترین اهمیت را در افسردگی دارد (چنان که از فرضیهٔ بی‌پناهی آموخته شدهٔ اولیه بر می‌آید)، بلکه بیشتر نسبتهایی که به علل مربوط به نتیجهٔ یک موقعیت داده می‌شود، اهمیت دارد. این اندیشه که قبلاً مطرح شده بود که افراد معمولاً نتایج خوب را به خود نسبت می‌دهند و نتایج منفی را به موقعیتها، فقط می‌تواند در مورد افراد غیرافسرده صادق باشد (رپزو دیگران، ۱۹۸۲). در حالی که افراد غیرافسرده، عزت نفس خود را به کمک سبکهای خاص نسبت دادنشان افزایش می‌دهند، افراد افسرده با استفاده از ادراک دقیقتر موقعیتها بر عزت نفس خویش چیزی نمی‌افزایند.

هم نظریهٔ بک و هم فرضیهٔ تجدید نظر شدهٔ مربوط به بی‌پناهی آموخته شده، بر عدم

1 - Alloy

دقت ادراک خویشتن[1] در افسردگی تأکید می‌ورزند، ولی باز هم نسبت دادنهای افراد افسرده ممکن است دقیقتر از پیشگوییهای این نظریه‌ها باشد. آزمایشگرانی که چگونگی ارزیابی افراد را دربارهٔ شایستگیهای اجتماعی خود بررسی کرده‌اند، دریافته‌اند که بیماران افسرده نسبت به مهارتهای اجتماعی خود کاملاً واقع‌بین بوده‌اند. برعکس، سایر بیماران مبتلا به سیکوز و نیز آزمودنیهای بهنجار گروه گواه، تمایل دارند که خود را شایسته‌تر از آنچه در نظر دیگرانند، بدانند. حتی جالب توجه‌تر اینکه واقع‌بینی در ادراکهای شخصی بیماران افسرده وقتی که درمان پیشرفت می‌کند کاهش می‌یابد. کوتاه سخن آنکه وقتی که افسردگی بیماران افسرده کاهش یابد، دربارهٔ تأثیر خودشان بر دیگران کمتر واقع‌بین بوده‌اند؛ آنان بیشتر خود را مانند افراد غیرافسرده اغفال می‌کنند (لوین‌سوهن[2] و دیگران، ۱۹۸۰).

این موضوع با یکی از مشاهدات فروید مطابقت دارد:

"وقتی که خود ـ انتقادگری در یک بیمار افسرده بالا می‌رود، او خود را به عنوان یک شخص بی‌مقدار، خودبین، نادرست، فاقد استقلال، و کسی که تنها هدفش پنهان ساختن ضعف خویش است، توصیف می‌کند. ممکن است تا آنجا که ما می‌دانیم، او به فهم نسبتاً واقعی خویشتن نزدیک شده باشد. ما فقط متعجبیم که چرا یک فرد قبل از آنکه بتواند آمادهٔ پذیرش حقایقی از این دست باشد، باید بیمار شود. (فروید ۱۹۱۷/۱۹۵۷، صفحه ۲۴۶).

بدین ترتیب، پرسش مهم چنین است، آیا افسردگی موجب می‌شود که افراد بیشتر واقع‌بین شوند یا افراد واقع‌بین بیشتر آسیب‌پذیر بوده و به احتمال بیشتر به افسردگی گرفتار می‌شوند؟ تاکنون پژوهشها نتوانسته راز این معما را دربارهٔ افسردگی آشکار سازند.

### نظریهٔ اصالت وجودی ـ انسان‌گرائی دربارهٔ افسردگی

در حالی که نظریه‌های روان‌پویائی نقطهٔ تأکیدشان از دست دادن شیء مورد علاقه به

1- self-perception

2 - Lewinsohn

عنوان علت اصلی افسردگی است، نظریه‌های اصالت وجود بر محور از دست دادن عزت نفس دور می‌زنند. شیء از دست رفته می‌تواند واقعی باشد یا سمبلیک مانند قدرت، مقام اجتماعی، یا پول. ولی از دست دادن در نفس خود، نمی‌تواند به اندازهٔ تغییر حاصل در خودسنجی فرد بر پایهٔ آن از دست دادن مهم باشد. بسیاری از افراد خودپنداری خود را بر پایهٔ اینکه چه‌کسی هستند یا چه چیزی دارند، بنا می‌کنند. مثلاً من رئیس هیئت مدیرهٔ کارخانه هستم، من مدیر مؤسسه هستم، من عضو برجستهٔ باشگاه ورزشی شهر هستم، من همسر یک حقوقدان موفق هستم، من همسر یک شخصیت مشهور سینمایی شهر هستم. همانندسازیهایی از این قبیل، تشخص خارجی و ارزش افراد را در اذهان خود نشان می‌دهد. علت شایع افسردگی در مردان از دست دادن شغل است. شغل بیانگر ارزش شخص در نظر خودش است. یک علت شایع افسردگی در زنان از دست دادن همسر است. مسئله، تنها از دست دادن شخص مورد علاقه نیست، بلکه منبع اصلی ارزش وی است، زیرا موقعیت اجتماعی سنتی یک زن مبتنی بر نقش شوهر است. علاوه بر آن، با از دست رفتن نان‌آور خانواده ممکن است امرار معاش زن دچار مخاطره شود. نظریه‌های انسان‌گرائی ممکن است بر اختلاف من آرمانی شخص و ادراک وی از حالت واقعی امور تأکید بگذارد. بر اساس این نظریه، افسردگی احتمالاً زمانی ظاهر می‌شود که اختلاف بین من واقعی و من آرمانی خیلی زیاد شود، به طوری که برای شخص قابل تحمل نباشد. این اندیشه با شواهد تجربی گرد آمده به وسیلهٔ پژوهندگانی که میزان خود ارزیابیهای افراد افسرده و غیرافسرده را بررسی کرده‌اند، مطابقت دارد.

### نظریه‌های روان‌شناختی متضاد با یکدیگر دربارهٔ افسردگی

بعد ازمطالعهٔ نظریه‌های روان‌شناختی دربارهٔ افسردگی و فنون درمانگری مربوط به آنها، گاهی اوقات فهم اینکه این نظریه‌ها و درمانگریها چه تفاوتهایی با یکدیگر دارند، دشوار است. نظریه‌های یادگیری از قبیل روی‌آورد لوین‌سوهن و نظریهٔ شناختی بک دربارهٔ افسردگی به علل کاملاً متفاوتی توجه می‌کنند، ولی وقتی که درمانگریهای مربوط

به آنها مورد توجه قرار گیرد، بسیاری از فنون درمانگری آنها شبیه به یکدیگر می‌گردند. روی‌آورد یادگیری بر پاداش اجتماعی تأکید می‌ورزد و در بعضی موارد توجه فزاینده به نسبت دادنهای اجتماعی را شامل می‌شود. و بک چنین مواردی را که به نظریهٔ یادگیری مربوط می‌شود، به عنوان فهرستی از حوادث و خلق‌وخویهای رفتاری تنظیم کرده است. نظریهٔ سلیگمن دربارهٔ بی‌پناهی آموخته شده نیز نظریهٔ یادگیری را به صورتی مرسومتر مورد توجه قرار می‌دهد، ولی در تجدید نظرهای اخیر در این نظریه و با تأکید بر نسبت دادنهای سببی، تداخل قابل توجهی با اندیشه‌های بک یافته است.

بعضی از نظریه‌های مشابه راجع‌به نومیدی و بی‌پناهی که سلیگمن و بک از آنها یاد می‌کنند، در روی‌آورد اصالت وجودی ـ انسان گرایی که از دست دادن عزت نفس و ناتوانی ادراک شده برای تغییر خواستهای اجتماعی دشوار، اندیشه‌های مرکزی آن را تشکیل می‌دهد، نیز وجود دارد. وجود اختلاف در روش درمانگری، به خصوص از نظر درمانگران اصالت وجودی که بر روی‌آورد کمتر سازمان یافته‌ای تکیه می‌کنند، دیده می‌شود.بسیاری از نظریه‌پردازان اصالت وجودی اساساً به صورت روانکاوی سنتی تعلیم یافته‌اند.بک نیز به طور ضمنی چنین بود. روی‌آورد درمانگری این گروه تا حدودی مستقیم‌تر از تحلیل روانی است و مانند نظریه‌های یادگیری و شناختی، بر اینجا و اکنون متمرکز است تا بر تاریخچهٔ گذشتهٔ مراجع. با این حال اصولاً نوعی درمانگری از طریق گفتگو است بدون آنکه بر فهرست و علامت‌گذاری و مشاهدات رفتاری مخصوص که در روی‌آوردهای یادگیری و شناختی مورد استفاده واقع می‌شود، تأکید نهاده شود. نظریه‌پردازان و درمانگران روان‌پویایی بر انحرافات شناختی تأکید می‌ورزند، ولی تمایل دارند که اندیشهٔ خود را نه فقط بر چگونگی تأثیر آنها بر رفتار فعلی معطوف دارند، بلکه مایل‌اند به این موضوع که نابهنجاری فرد از کدام قسمت از زندگی قبلی وی ناشی می‌شود، نیز توجه کنند. نکته‌ای که لازم است دربارهٔ نظریه‌های روان‌شناختی و حتی بیشتر از آن دربارهٔ درمانگریهای وابسته به آن به یاد داشت، این است که گرچه آنها از نظر تأکید بر موارد خاص با یکدیگر متفاوت‌اند، ولی اندیشه‌های اصلی آنها شباهت تعجب‌آوری با یکدیگر دارد.

## سؤالات فصل یازدهم

۱ـ از نظریه‌های زیست شناختی کدام عوامل به عنوان علت افسردگی محسوب می‌شود؟

۲ـ کدام انتقال دهندهٔ عصبی در ایجاد افسردگی مؤثر است؟

۳ـ اطلاعات مربوط به نقش انتقال دهندگان عصبی بر افسردگی چگونه حاصل شده است؟

۴ـ نقش وراثت در اختلالات دو قطبی چگونه است؟

۵ـ نقش کروموزومها در انتقال افسردگی چگونه است؟

۶ـ اثرات لیتیوم در اختلالات دو قطبی چگونه است؟

۷ـ نقش داروهای تری سیکلیک و MAO در درمان افسردگی چگونه است؟

۸ـ الکترو شوک درمانی را توضیح دهید.

۹ـ انتقال تحریکات عصبی در سیناپسها چگونه صورت می‌گیرد؟

۱۰ـ انتقال دهندگان عصبی را نام ببرید.

۱۱ـ تفاوت سوخت و ساز گلوکز در بیماران افسرده با افراد عادی چگونه است؟

۱۲ـ در دیدگاه روان پویائی علت افسردگی چگونه توجیه می‌شود؟

۱۳ـ نظریهٔ یادگیری، چگونه افسردگی را توجیه می‌کند؟

۱۴ـ وقتی که افراد افسرده در حالتهای فشارآور روانی قرار می‌گیرند چه تمایلی پیدا می‌کنند؟

۱۵ـ درمان افسردگی در دیدگاه روان پویائی چگونه است؟

۱۶ـ درمان افسردگی در دیدگاه یادگیری چگونه است؟

۱۷ـ نظریهٔ بک دربارهٔ افسردگی چگونه است؟

۱۸ـ تفاوت ادراکهای شناختی در حالات طبیعی و افسردگی کدام‌اند؟

۱۹ـ خطاهای شناختی و پیش‌فرضهائی که طبق نظریهٔ شناختی بک از آنها ناشی می‌شود کدام‌اند؟

۲۰ـ روش درمانگری شناختی بک چگونه است؟

۲۱ـ نقش نسبت دادن و بی‌پناهی در افسردگی چیست؟

۲۲ـ آزمایش سلیگمن دربارهٔ ارتباط افسردگی و بی‌پناهی روی سگها چه بود؟

۲۳ـ نظریهٔ بی‌پناهی آموخته شدهٔ اولیه و تجدید نظر شده را بنویسید.

۲۴ـ در احساس بی‌پناهی چند وجه وجود دارد آنها را بنویسید.

۲۵ـ دقت شناختی را در افسردگی بنویسید.

۲۶ـ ویژگیهای تست افسردگی بک را بنویسید.

۲۷ـ ویژگیهای پرسشنامهٔ نسبت دادن را بنویسید.

۲۸ـ نظریهٔ اصالت وجودی دربارهٔ افسردگی را بنویسید.

۲۹ـ نظریهٔ انسان‌گرائی را دربارهٔ افسردگی بنویسید.

۳۰ـ نظریه‌های روان‌شناختی متضاد با یکدیگر دربارهٔ افسردگی را بنویسید.

# فصل دوازدهم

هدف این فصل عبارت است از بررسی خودکشی و علل شیوع آن در زن و مرد، سنین، فرهنگها، و جوامع مختلف. همچنین کوشش می‌شود، مواردی از خودکشیهایی که توسط جوانان صورت می‌گیرد، ولی واقعاً خواهان آن نیستند، بلکه می‌خواهند به اطرافیان بفهمانند که مسئله‌ای دارند، مورد بحث قرار گرفته، به دنبال آن علل خودکشی از دیدگاههای مختلف مورد بحث واقع خواهد شود.

## خودکشی و پیراخودکشی

توصیف *سنکا*[1]، فیلسوف رومی دربارهٔ تصمیم منطقی نسبت به خودکشی بیانگر آن است که اقدام به خودکشی، لزوماً یک عمل آسیب‌شناختی روانی نیست. *آلبرت کامو*[2]،

---

1 - Seneca

2 - Albert camus

یک نظریه‌پرداز جدید اصالت وجود، بحث خود راجع به افسانهٔ سیسیفوس[1] را با این موضوع شروع می‌کند که «تنها یک مسئلهٔ جدی قابل بحث وجود دارد که خودکشی است». البته احتمال خودکشی در افرادی که از لحاظ بالینی افسرده تشخیص داده شده‌اند، بیش از افراد عادی یا کسانی است که دارای اختلالات روانی دیگری هستند (فاوست[2] و دیگران، ۱۹۸۷).

برای بیشتر کسانی که طبق سنت مسیحی ـ یهودی پرورش یافته‌اند، خودکشی بیشتر یک آئین است نه یک موضوع فلسفی. با این وجود نه در عهد قدیم و نه در عهد جدید (دو قسمت از انجیل)، خودکشی مستقیماً منع نشده است.

بزرگان اولیهٔ کلیسا انتحارکننده را شخصی گناهکار، آکنده از ترس، تردید، و اشتیاق نسبت به وفاداری توصیف کرده‌اند که به صورت تمایل و گرایش به خودکشی جلوه‌گر شده است (شنیدمن[3]، ۱۹۸۵). نشانه‌های گناه و تقصیر که در آئین یهودی ـ مسیحی با خودکشی توأم بود، به نظر می‌رسد که اکنون از بین رفته است. در واقع گروههای مذهبی متعدد، اخیراً جزوه‌هایی دربارهٔ اینکه چگونه یک فرد به طور مؤثر و بدون درد خود را بکشد، منتشر کرده‌اند (میر[4] و سلمان[5]، ۱۹۸۸، صفحه ۳۳۲). در بعضی از کشورهای غربی، مصوبه‌های قانونی بر علیه خودکشی به عنوان بازتابهایی نسبت به این سنن مذهبی وضع گردیده است، مثلاً تا سالهای ۱۹۶۱ خودکشی در انگلستان جرم محسوب می‌شد، بدان حد که در بعضی از نواحی آن کشور واکنش نسبت به اقدام به خودکشی عبارت از دار زدن شخص در صورت زنده ماندن بود. این تنبیه با روش حیرت‌انگیزتری که عبارت بود از فرو کردن نیزه در قلب کسی که اقدام به خودکشی کرده بود، جا به جا گردید (میر، سلمان ۱۹۸۸، ۳۳۲).

در فرهنگهای مختلف، خودکشی به صورتهای متفاوتی تعبیر و تفسیر می‌گردد. در

---

۱ ـ Sisyphus پادشاه حریص یکی از جزایر روم به نام کورینتس Corinth که محکومیت ابدی زنده به گور شدن، به صورت غلطاندن سنگی سنگین به بالای یک کوه که مجدداً به پایین بر می‌گشت، یافت.

2 - Fawcett

3 - Shneidman

4 - Meyer

5 - Salmon

بیشتر جوامع غربی از خودکشی جلوگیری می‌کنند و از انجام گرفتن آن در صورت امکان ممانعت می‌ورزند. در بعضی فرهنگها، خودکشی به عنوان عملی افتخارآمیز تلقی می‌شود. ولی شاید فقط اقدامی قابل قبول برای یک شخص ننگ‌آلود. مثلاً در ژاپن *هاراکیری*[1]، که یک خودکشی آئینی است به طور سنتی یک مرگ آبرومندانه و کفارهٔ شخص برای ارتکاب گناه محسوب می‌گردد. با این حال در سایر فرهنگهای عملی زشت تلقی می‌شود (ساراسون[2]، ۱۹۸۴، ۲۶۹).

شکل ۱۶- یک خودکشی جمعی دراماتیک که در جونزتاون در گیانا در ۱۹۷۸ رخ داد، عده‌ای بیش از ۹۰۰ نفر جان خود را از دست دادند، در تصویر دیده می‌شود. جسد آنان در اطراف پراکنده است و ظرف محتوی باقیماندهٔ محلول سیانامید که آنان مشتاقانه آن را نوشیده‌اند تا پیمان مرگ خود را انجام داده باشند، نیز ملاحظه می‌شود.

1 - harakiri

2 - Sarason

نوع نادرتر و بسیار دراماتیک خودکشی، خودکشیهای گروهی است. مثلاً خودکشی جمعی جونزتاون[1] که در آن ۹۱۳ نفر پیروان مذهبی جیم‌جونز[2] معبد پلی‌پلز[3] با نوشیدن محلول سیانامید خود را کشتند، سپس جونز با شلیک گلوله‌ای خود را از پای درمی‌آورد. مخالفت کمی نسبت به پیمان خودکشی از طرف اعضای گروه وجود داشت. فقط عدهٔ بسیار کمی از کودکان بودند که نوشابهٔ سمی را اجباراً نوشیدند. حالت آنان شبیه به یک مراسم مذهبی به نظر می‌رسید و مردنها یک ویژگی آئینی داشت.

گرچه خودکشیهای گروهی کمتر از یک درصد تمام خودکشیها را تشکیل می‌دهد ولی توجه و علاقهٔ محققان را به خود معطوف داشته است، زیرا خودکشی معمولاً به عنوان یک عمل انزوا جویانه تلقی شده است.

نوع دردناکتر و تألم‌انگیزتر، پیمانهای خودکشی خانوادگی است که بین کل افراد خانواده یا حتی گروههای بزرگتری منعقد می‌گردد. در خلال تهاجم نازیها به هلند و بلژیک در جنگ جهانی دوم، خودکشیهای خانوادگی زیادی از این نوع به وقوع پیوست؛ به ویژه در میان خانواده‌های یهودی (روزن[4]، ۱۹۸۱). اخیراً تعدادی خودکشیهای خانوادگی در ژاپن رخ داده است که تصور می شود مربوط به ترکیبی از فشار مالی، ناسازگاریهای والدین، و نگرانی دربارهٔ تحصیل کودکان بوده است (ویمانت[5]، ۱۹۸۰).

نوع دیگری از خودکشی گروهی هنگامی به وقوع می‌پیوندد که یک گروه شکست خورده احساس می‌کنند که نمی‌توانند با دشمن سازش حاصل نمایند و بعضی از رهبران برجسته الگوهایی برقرار کرده‌اند تا توسط افراد گروه پیروی گردد. چنین خودکشیهایی ممکن است در زمان جنگ رخ دهد. مثلاً بیش از هزار نفر در یکی از شهرهای کوچک آلمان نزدیک به پایان جنگ جهانی دوم درست قبل از آنکه مورد تاخت و تاز روسها

1 - Jones Town
2 - Jim Jones
3 - Peoples
4 - Rosen
5 - Whymant

قرار بگیرند، خود را کشتند. احتمالاً این موضوع بدین صورت توسط ستاد تبلیغات جنگ آلمان پیشنهاد شده بود که «بهتر است شخص بمیرد تا آنکه به دست روسها اسیر شود» (بیلچر[1]، ۱۹۷۹). بدین وصف، این سؤال می‌تواند مطرح باشد که آیا اوضاع و احوالی وجود دارد که در آن هیچ کوششی برای جلوگیری فرد از خودکشی نباید به عمل آید. مثلاً دربارهٔ سالخوردگان، رنجوران مزمن و بیماران غیرقابل علاج که آرزو دارند از آن وجود بیچاره‌ای که طبق داوری خودشان هستند، خلاصی یابند، چه می‌توان گفت؟

تحقیقات انجام شده در اکثر کشورها بیانگر آن است که خودکشی همواره رو به تزاید است. بر اساس گزارشهای منتشر شده در آمریکا میزان خودکشی در فاصلهٔ سالهای ۱۹۵۰ تا ۱۹۷۵ افزایش چشمگیری داشته است. مثلاً در گروه سنی ۲۴-۲۰ از ۸/۶ در سال ۱۹۵۰ به ۲۶/۸ در یکصدهزار نفر در سال ۱۹۷۵ رسیده است (مورفی[2]، وتزل[3]، ۱۹۸۰).

در ژاپن در دههٔ ۱۹۷۰ خودکشی در سنین ۱۳ تا ۱۹ یک خطر جدی تلقی می‌شد، به طوری که در هفتمین کنگرهٔ جهانی پیشگیری از خودکشی در اوتاوا هیئت ویژه‌ای برای بررسی به این موضوع تشکیل می‌شد.

در تحقیقی که در ایران صورت گرفته، بیشترین اقدام به خودکشی در مردان بین سنین ۲۰ تا ۲۵ سال و در زنان بین سنین ۱۶ تا ۲۰ بوده است (نمودار شمارهٔ ۲). وقتی که میزان اقدام به خودکشی در زنان و مردان روی هم مورد توجه قرار می‌گیرد، بیشترین میزان اقدام به خودکشی مربوط به سنین ۱۶ تا ۲۰ است. اقدام زنان به خودکشی بیش ازمردان و در حدود سه برابر است. ولی تقریباً ۰/۶ درصد از زنانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند جان خود را از دست داده‌اند، در حالی که ۲ درصد از مردان که به این عمل اقدام کرده‌اند، مرده‌اند. به عبارت دیگر گرچه مردان کمتر از زنان اقدام به خودکشی می‌کنند (در حدود $\frac{1}{3}$)، اما، خودکشی واقعی در بین آنان ۳ برابر زنان بوده است. این

1 - Baechler
2 - Murphy
3 - Wetzel

موضوع بیانگر آن است که گرچه مردان کمتر از زنان اقدام به خودکشی کرده‌اند، ولی آن عده که به این عمل مبادرت می‌ورزند، واقعاً خواهان مرگ هستند. این ارقام و نتایج با ارقام و نتایجی که در کشورهای دیگر به دست آمده تقریباً برابر است (آزاد، مرداد ۱۳۷۲، مجلهٔ دارو و درمان، صفحات ۲۱ تا ۲۸).

توزیع سنی افراد مورد مطالعه بر حسب جنسیت

نمودار شمارهٔ ۲:

ــ نمودار توزیع سنی زنان

ـ ـ نمودار توزیع سنی مردان

در چند کشور اروپایی و از آن جمله سوئیس و سوئد میزان خودکشی در حدود ۱۸ تا ۲۵ در یکصد هزار گزارش شده است. در گذشته تصور می‌شد که میزان خودکشی در نواحی غربی نشده پایینتر از ممالک دیگر باشد، چنان که به ترتیب ارقام ۳/۵ و ۷ در ده هزار در تایلند و اوگاندا گزارش شده بود، ولی میزان ۴۳ و ۳۷ در ده هزار به ترتیب در هند و پاسیفیک غربی این نظر را متزلزل می‌سازد (تزنگ[1]، هسو[2]، ۱۹۸۰).

در بین خودکشیها، لیست بلندی از خودکشیهای افراد مشهور وجوددارد، که از آن میان نامهایی از قبیل ارنست همینگوی، مارلین مونرو، جک‌لندن، ادولف هیتلر، سامسون، و کلئوپاترا به چشم می‌خورد.

1 - Teseng

2 - Hsu

به طور معمول کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند، در اکثر موارد دورهٔ کودکی بی‌ثباتی را گذرانده‌اند، تاریخچه‌ای از حوادث فشارزای روانی در گذشته و حال داشته‌اند، فاقد حمایت کنندگان اجتماعی بوده، و دوستی نداشته‌اند که به او اطمینان کنند. افرادی که خودکشی آنها منجر به مرگ شده است، در اغلب موارد ازدواج نکرده، همسرشان مرده یا جدا شده، سنشان بالاتر از ۴۵ بوده، تنها زندگی کرده، تاریخچه‌ای از اختلال جدی بدنی یا هیجانی داشته، و احتمالاً معتاد به الکل بوده‌اند (لوبل[1]، ۱۹۸۴، وارن[2]، ۱۹۸۷، کیزی[3]، ۱۹۸۷).

در ایالات متحده دومین علت مرگ در مردان سفید پوست بین سنین ۱۵ تا ۱۹، خودکشی بوده است (۸۸ در یکصدهزار). در یک بررسی بین فرهنگی جالب توجه، آلمان بالاترین میزان خودکشی واقعی و ژاپن کمترین میزان خودکشی واقعی را داشته است (مارسلا[4]، ۱۹۸۰). زنان سه برابر مردان اقدام به خودکشی می‌کنند، ولی خودکشی (واقعی) که منتهی به مرگ می‌شود در مردان سه برابر زنان است (اشنیدمن، ۱۹۸۵، لوبل، ۱۹۸۴).

این ارقام، اغلب پایینتر از میزان واقعی است، زیرا خودکشی هنوز جرم و گناه محسوب می‌شود. علاوه بر آن بستگان افرادی که خودکشی کرده‌اند کوشش می‌کنند آن را به صورت یک حادثه جلوه دهند تا بتوانند پول بیمهٔ عمر وی را دریافت کنند. بیشتر متخصصان باور دارند که میزان واقعی خودکشی دو برابر ارقامی است که به طور رسمی منتشر می‌شود.

خیلی بالاتر از آمارهای خودکشی، آمارهای *پیراخودکشی*[5] است، اصطلاحی که برای تمام اقدامات ناکشنده که در آن شخص ماهرانه به خود آسیب می‌رساند یا دارویی را بیش از اندازه می‌خورد، مورد استفاده واقع شده است.

---

1 - Lobel
2 - Warren
3 - Keasey
4 - Marsela
5 - parasuicide

کاربرد اصطلاح پیراخودکشی بر خودکشی ترجیح دارد، زیرا لزوماً دلالت بر یک کوشش آگاهانه برای مردن ندارد. برآورد میزان پیراخودکشی از ۲ تا ۸ برابر خودکشی واقعی در نوسان است. آنان در واقع خواهان مرگ نیستند، بلکه بدین وسیله می‌خواهند احساسات خود را بیان داشته رفتار دیگران را نسبت به خود تغییر دهند (ساراسون، ۱۹۸۴، ۲٦٦). به تعبیر دیگر بین خودکشی واقعی و ظاهری تفاوت وجود دارد (لندیز[1]، میر، شنیدمن، ۱۹۸۵). در خودکشیهای واقعی افراد جداً خواهان مرگ هستند، ولی کسانی که ظاهراً اقدام به خودکشی می‌کنند، خواهان آن نیستند که خود را بکشند، بلکه عمل آنان کوششی است برای کنترل و تأثیر گذاشتن بر دیگران.

اکثر تحلیل‌گران روانی افرادی را که مرتکب خودکشی شده‌اند به عنوان کسانی که بیشترین پرخاشگری را به خود برگردانده‌اند، مورد توجه قرار داده‌اند (منینجر[2]، ۱۹۳۸). مفهوم غریزهٔ مرگ یعنی *تاناتوس*[3] که فروید بیان کرده است نیز مورد توجه واقع شده، ولی هرگز نتوانسته است به طور معنی‌دار تبیین کند که چرا در یک فرد غریزهٔ مرگ بیش از فرد دیگر است. بهتر آن است به جای یک عامل به عوامل مختلف که موجب خودکشی می‌شوند توجه نمود (وارن و کیزی ۱۹۷۸).

*امیل دورکیم*[4] (۱۹۵۱) عوامل اجتماعی را در ارتکاب به خودکشی مورد تأکید قرار می‌دهد. فرضیهٔ او چنین است که وقتی یک جامعه دستخوش تحول سریع می‌شود و افراد وابستگی‌ها را از دست می‌دهند، احساس از خود *بیگانگی*[5] کرده، دچار افسردگی می‌شوند و احتمال بیشتری دارد که اقدام به خودکشی کنند. تیپ‌شناسی وی دربارهٔ کسانی که مرتکب خودکشی می‌شوند، یعنی *آنومی*[6] (شرایط بی‌استانداردی)، *خودخواهانه*[7] (خودپرستی یا فقدان گره‌های گروهی)، *نوعدوستانه*[8] (نوع پرستانه یا خودکشی به چند دلیل موجه)، هنوز تأثیر خود را حفظ کرده است. شواهد چندی عقیدهٔ

1 - Landis
2 - Menninger
3 - Thanatos
4 - Emile Durkheim
5 - alienated
6 - anomic
7 - egoistic
8 - altruistic

دورکیم را تأیید می‌کنند، ولی به چه دلیل یک فرد اقدام به خودکشی می‌کند، ولی دیگری مرتکب چنین عملی نمی‌شود، یا فردی که دچار تغییرات فرهنگی کمی می‌شود نیز اقدام به خودکشی می‌کند، هنوز مسئله‌ای در خور توجه است (میرسلمان ۱۹۸۸، ۳٦٦).

ارزشهای فرهنگی نیز در اقدام به خودکشی عامل مؤثری بوده است. مثلاً در سوئد اکثر خودکشیها به نظر می‌رسد در بین کسانی است که خود را در برابر انتظارات والدین و همقطاران و جامعه شکست خورده می‌پندراند، در حالی که در نروژ به نظر می‌رسد که ارتکاب خودکشی پاسخی است به تعارض اخلاقی و فقدان رابطهٔ وابستگی. از کشورهای سه‌گانهٔ اسکاندیناوی، نروژ کمترین میزان خودکشی را داراست و این شاید بدان دلیل باشد که در آنجا تأکید بر رقابت کمتر بوده و در نتیجه احساس گناه پایینتر است (تزنگ، هسو، ۱۹۸۰).

تأثیر ضربهٔ برخورد فرهنگها بر خودکشی نیز مورد مطالعه واقع شده است. یک مطالعهٔ تجربی عالی در این زمینه توسط تروواتو[1]، یک جامعه‌شناس کانادایی، صورت گرفته و در مجلهٔ بین‌المللی روانپزشکی اجتماعی در ۱۹۸٦ منتشر شده است. تروواتو تحقیق خود را روی دو متغیر که به طور سنتی در افزایش خودکشی مؤثر بوده است، یعنی مهاجرت و بیکاری، متمرکز ساخت. او دریافت که برخلاف انتظار قدیمی این دو متغیر تأثیر نیرومندی در تمام سنین بر خودکشی نمی‌توانند داشته باشند. هر چند تأثیر هر دو متغیر بر مردان واقع در گروههای سنی ۱۵ تا ۲۴ خواه به دلیل نداشتن شغل، خواه به دلیل مهاجرت قابل توجه بوده است (میر، سلمان ۱۹۸۸، ۳۳۷).

تأکید فزاینده بر پیشرفت تحصیلی دانشگاهی نیز موجب خودکشیهایی به دلیل شکست در این زمینه شده است (اشنیدمن، ۱۹۸۵). تعجب‌آور نیست که اکثر این خودکشیها از نظر علت، درمان، و پیشگیری از وقوع یکسان هستند (پتی[2]، لارسن[3]، ۱۹۸۷).

---

1 - Trovato
2 - Petti
3 - Larson

سیدن[1] (۱۹٦٦) پیشگام مطالعه دربارهٔ خودکشی دانشجویان دانشگاهها دریافت که:

۱ـ گرچه خودکشیهای واقعی بر خلاف خودکشیهای ظاهری در بین زنان دانشجو بیشتر از جمعیت معمولی است، ولی در بین مردان دانشجو تعداد خودکشیهای واقعی بیشتر است.

۲ـ دانشجویان دانشگاهها که اقدام به خودکشی کرده‌اند، اغلب در رشتهٔ زبان و ادبیات بوده‌اند.

۳ـ این افراد غالباً دانشجویان سالمندتر یا خارجی بوده‌اند. همچنین اکثر این دانشجویان در دوره‌های بالاتر از لیسانس بوده‌اند که پیشرفت تحصیلیشان در دورهٔ لیسانس خوب ولی در فوق لیسانس ضعیف بوده است و دانشجویان دورهٔ لیسانس که پیشرفتشان در دبیرستان خوب بوده ولی در دورهٔ لیسانس گرچه نمرات مناسبی کسب کرده‌اند، ولی پیشرفت تحصیلیشان رضایت‌بخش نبوده است.

نوجوانی و جوانی دوره‌های خطرناکی برای خودکشی محسوب می‌شوند و توجه متخصصان بالینی اصولاً کمتر معطوف به جنبه‌های بحث‌انگیز خودکشی به عنوان برآیند مسائل شخصی، احساسی، بی‌کفایتی و افسردگی است، بلکه آنان معتقدند، وقتی که مرگ از طریق خودکشی نتیجهٔ اختلال روان‌شناختی عمیق باشد، هرگونه تلاش ممکن برای زنده نگهداشتن این‌گونه افراد، باید به عمل آید تا بتوان مشکلات آنان را رفع کرد.

گرچه شمار کمی از کودکان اقدام به خودکشی می‌کنند ولی تلاشها و تهدیدهای خودکشی علل معمولی مراجعه‌های درمانی کودکان بوده است، ولی ۷ تا ۱۰ درصد از کودکانی که به کلینیکهای روانپزشکی کودک آورده می‌شوند تهدید یا اقدام به خودکشی کرده‌اند (شیفر[2]، ۱۹۷۴). شمار مواردی که برای خدمات فوری آورده شده‌اند، حتی بالاتر از این رقم است.

1 - Seiden 2 - Shaffer

خودکشی یک مسئلهٔ فزاینده در بین نوجوانان شده است. اکثر نوجوانانی که اقدام به خودکشی می‌کنند دچار انزوای اجتماعی هستند (روهن[1] و دیگران، ۱۹۷۷). در یک مطالعه، ۵۰ درصد از کسانی که اقدام به خودکشی کرده خود را به عنوان افرادی که از تنهائی رنج می‌برند، توصیف کردند. از این عده، پسران بیشتر به انزوای اجتماعی گرفتار بودند، در حالی که دو سوم دختران دوستان دیگری داشتند.

علاوه بر آن، اکثر این نوجوانان والدینی داشتند که طلاق گرفته یا از همسر خود جدا شده بودند، و شمار زیادی از آنها والدینشان میگسار بودند. بیست و پنج درصد از این خودکشیهای بالقوه، به هنگام اقدام به خودکشی در خانواده به سر نمی‌بردند.

مورد بورلی[2] نمایانگر فردی از این گروه است. او از مدرسه اخراج شده بود، خانهٔ خود را در ساحل شرقی ایالات متحده ترک کرده و به سیاتل آمده بود تا هر چه ممکن است از خانواده دور باشد. او در یک کافه تریا شغلی به دست آورده، باقی اوقات خود را در آپارتمانش به سر می‌برد. بورلی در روز سنت پاتریک[3] تصمیم گرفت خود را بکشد. او راههای خودکشی را به دقت بررسی کرد. دربارهٔ پنجره‌ای که مدت کمی قبل به قصد گرفتن جان خویش خود را پرت کرد، مطالعه کرده بود. چون نه اسلحه و نه دارو در اختیار داشت، تصمیم گرفت از پنجرهٔ طبقهٔ هشتم آپارتمان خود را به پایین پرت کند. او از این سقوط جان سالم به در برد و بعداً دربارهٔ احساسات خودچنین سخن گفت:

> من از خود متنفر بودم. احساس حماقت می‌کردم. من سر و شکل خود را دوست نداشتم. دوست داشتم خوشگلتر باشم، بلندتر باشم، موی انبوه تر و بینی زیباتری داشته باشم. من اکثر اوقات در آپارتمان خود می‌ماندم....
>
> من متقاعد شده بودم که چیزی ندارم تا به کسی تقدیم کنم. می‌دانستم که سرانجام من رنجوری و رانده‌شدگی است... مدت زیادی از وقت خود را صرف فکر کردن دربارهٔ این امر کردم که چه باید بکنم. من شانسهای خود را به

1 - Rohn
2 - Beverly
3 - St. Patrick

صورت بازگشت به دبیرستان شبانه و کار کردن در روز، بازگشت به خانه و خانواده، یا اقدام به خودکشی می‌دیدم. فکر کردم تمام این شانسها نامطلوب است، و فکر کردم خودکشی بهترین است (سیاتل تایمز، ۲۲ جون، ۱۹۷۸، صفحهٔ ۱۵).

شکل ۱۷ـ خودکشی و اقدام به خودکشی در کودکان و نوجوانان افزایش زیاد یافته است، ولی گاهی اوقات با مداخله‌ای ماهرانه می‌توان از خودکشی آنان جلوگیری کرد. این کودک ۱۳ ساله که از نرده‌های یک پل فلزی بالا رفته و تهدید به خودکشی کرده بود، با قول یک سرآتش‌نشان که به او گفته بود در حل مشکلش به او کمک خواهد کرد، آرام شد.

اکثر نوجوانانی که مرتکب خودکشی شده‌اند، دارای نمرات آموزشگاهی استثنایی ضعیف بودند. یک پنجم آنها دست کم در یک کلاس مردودی داشتند، یک سوم آنها از مدرسه اخراج شده یا فراری همیشگی از آموزشگاه بودند. یک سوم دیگر کسانی

بودند که دچار دشواریهای رفتاری در مدرسه بودند.

البته تمام نوجوانانی که خودکشی می‌کنند، با این توصیف تطبیق نمی‌کنند. گروه دیگری از نوجوانان که اقدام به خودکشی کرده‌اند، از لحاظ هوش در سطحی بالاتر از متوسط، کمال طلب و خود انتقادگر بوده؛ همچنین افرادی آرام و شناخت آنها مشکل بوده است (شیفر، ۱۹۷۴). این نوجوانان در یک خصیصه با کسانی که نمرات آموزشگاهی ضعیف داشتند، لااقل شریک بودند و آن عبارت بود از انزوای اجتماعی. مورد زیر نوع خاصی از خودکشی را در نوجوانان نشان می‌دهد:

یک دانشجوی پیش دانشگاهی پزشکی با نمرات الف برادر ۱۰ سالهٔ خود را به ضرب گلوله از پای درآورد و به دنبال آن خود را کشت. او این جنایت را به دنبال دریافت اخطار اخراج از دانشکدهٔ پزشکی مرتکب شد. در یادداشتی که از خود به جای گذاشت، اظهار داشته بود که می‌خواسته برادرش را از زندگی کردن در بدبختیهای بسیاری که در سالهای بعد بر سر راهش قرار دارد، نجات دهد. گزارش داده شده بود که دو برادر رابطه‌ای گرم و صمیمی داشته‌اند.

شمار کمی از مردم، بدون اینکه بخواهند مقاصدشان را به کسی بفهمانند، اقدام به خودکشی می‌کنند. بدین ترتیب، کسانی که دربارهٔ آن صحبت می‌کنند، ممکن است واقعاً آن را انجام دهند. اگر چنین اقدامی در گذشته وجود داشته است، احتمال اقدام مجدد خیلی زیاد است. تحقیقات دربارهٔ زمینه‌های عینی پیش‌بینی کنندهٔ خودکشی دلالت بر آن دارد که این عوامل مفید است: داوری مراجع دربارهٔ این که فرد بالقوه انتحارکننده است، فشارهای روانی پیاپی در زندگی، فقدان تجلیات هیجانی، اشتغال ذهنی بیش از اندازه، و رفتار نامناسب اجتماعی. آزمونی که بتواند برای تعیین سریع کسانی که امکان بالقوهٔ خودکشی در آنهاست، به کار رود؛ برای مقاصد بالینی و تحقیقی بیشترین فایده را دارد، زیرا نه فقط می‌تواند فهرست هشدار دهنده‌ای ارائه دهد، بلکه می‌تواند به صورت یک نمرهٔ کمی ارتباط بین شخص و نیروی بالقوهٔ خودکشی را به دست دهد. چنین آزمونی

عبارت است از مقیاس *اندیشهٔ خودکشی*[1] که توسط آرون بک و همکارانش تهیه شده است (بک و دیگران، ۱۹۷۹). این تست چنان طرح شده که یک مصاحبه کننده می‌تواند، چگونگی اشتغال ذهنی یک فرد را دربارهٔ خودکشی ارزیابی کند. مواد مربوط به این مقیاس در پنجرهٔ ۵ نشان داده شده است.

## رسانه‌های گروهی و خودکشی

احتمال خودکشی، فکری است که نه فقط به ذهن افراد افسرده، بلکه به ذهن همهٔ افراد می‌رسد. در یک بررسی روی ۷۰۰ نفر از مردم عادی، تقریباً ده درصد از آنها گزارش دادند که در خلال سال گذشته تا حدودی دارای احساسات خودکشی بوده‌اند. اختصاصی‌تر آنکه ۳/۵ درصد، احساس می‌کردند که زندگی بی‌فایده است، ۲/۸ آرزوی مردن داشتند، ۲ درصد فکر خودکشی داشته یا به طور جدی به آن توجه داشتند، ۰/۶ درصد واقعاً اقدام به خودکشی کرده بودند (پیکل[2] و دیگران، ۱۹۷۴).

دلواپسی دربارهٔ خودکشی یک فرد مورد علاقه را می‌توان در حادثه‌ای که در سیاتل روی داده است، ملاحظه کرد. یک زن ۲۷ ساله خود را از اسپیس‌نیدل[3] به بیرون پرت کرد، صدها نفر از مردم دلواپس خطاب به اولیای امور فریاد می‌زدند و نگرانی خود را ابراز می‌داشتند.

> "اگر یک خودکشی احساساتی به وقوع می‌پیوندد، مردم در گروههای پرشمار بانگ اعتراض بلند می‌کنند. آنها خویشاوندی دارند که احساس می‌کنند دسترسی به او غیرممکن است و می‌خواهند بدانند که اگر آن شخص، فرد مورد علاقهٔ آنها بوده اولیای امور خواهند گفت که چه کسی قانوناً مسوؤل خودکشی او بوده است".
>
> "آنچه به وقوع می‌پیوندد رعب‌انگیز است، و مردم به جای گوش دادن به

1 - scale for suicide ideation
2 - Paykel
3 - Space Needle

توصیف کامل آنچه رخ داده است، توجه خود را را به یک صدای تلفن معطوف می‌دارند، "این موضوع را یکی از پژوهندگان به نام دان ماروین[1]، در آزمایشگاه پزشکی کینگ کانتی بیان داشت.

ماروین گفت: به محض اینکه نخستین داستانهای خودکشی از طریق رادیو، تلویزیون و روزنامه انتشار یافت، تلفن اداره‌اش به صدا درآمد و از راههای بسیار دور مانند المپیا، بلینگ ـ هام، و آلاسکا، پیاپی به دفتر او تلفن می‌کردند.

بسیاری از تلفن کنندگان یک خویشاوند یا دوستی داشتند که مدتها بود از او خبری نداشتند. یا شخصی را می‌شناختند که به شدت افسرده بوده است. بعضی از آنها مراجعان مددکاران اجتماعی بودند که در رنج بوده یا مفقود شده بودند. همهٔ آنها در اثر شنیدن بخشی از توصیف این زن به ویژه موی قرمز او، یکه خورده بودند. اینها گفته‌های ماروین بود.

او گفت: "در یک جمله، آنها بسیار دلواپس بودند و به ویژه اگر کسی را داشتند که مدتی از او بی‌خبر بودند".

بیل هرشی[2]، مدیر مؤسسهٔ کریسیس لین[3] که از طریق تلفن با افراد مشاوره کرده و آنها را به مراکز حل مشکل راهنمائی می‌کند، گفت که شمار تلفن زنندگان افزایش یافت. ولی این افراد کسانی بودند که خودشان به خودکشی توجه داشتند.

"هرگونه مرگی از این قبیل که اتفاق بیفتد، موجب می‌شود که مردم دربارهٔ مرگ خودشان فکر کنند. هرشی می‌گفت" بعضی افراد که دربارهٔ خودشان دارای احساس دو سویه بوده‌اند، تلفن کرده و می‌خواستندکه راجع به آن صحبت کنند".

هرشی می‌گفت ده تا پانزده تلفن کننده بودند که در ساعات بعد از

1 - Don Marvin
2 - Bill Hershey
3 - Crisis Line

| پنجرهٔ ۵ |
| --- |
| مواردی از مقیاس اندیشهٔ خودکشی<br>۱ـ تمایل فعال نسبت به اقدام به خودکشی:<br>۰ـ هیچ<br>۱ـ ضعیف<br>۲ـ متوسط تا قوی.<br><br>۲ـ تمایل فعل پذیر نسبت به اقدام خودکشی:<br>۰ـ برای نجات جان احتیاط لازم را خواهید کرد.<br>۱ـ مرگ یا زندگی را به دست تصادف خواهید سپرد.<br>۲ـ برای نجات یا حفظ جان از دست زدن به اقدامهای ضروری اجتناب خواهید ورزید.<br><br>۳ـ بازدارنده‌هایی در برابر اقدام جدی (از قبیل خانواده، دین، برگشت ناپذیری).<br>۰ـ به دلیل یک مانع اقدام نخواهید کرد.<br>۱ـ دلواپسیهایی دربارهٔ موانع.<br>۲ـ دلواپسی کم یا هیچ دربارهٔ موانع است.<br><br>۴ـ روش: طریقی خاص و برنامه‌ریزی شده برای اقدام مورد نظر:<br>۰ـ بدون طرح‌ریزی.<br>۱ـ با طرح ریزی، ولی جزئیات آن مشخص نشده است.<br>۲ـ جزئیات طرح مشخص و بخوبی نظم‌بندی شده است. |

خودکشی نیدل اسپیس دربارهٔ خودکشی بحث می‌کردند. (سیاتل تایمز[1]، هفتم جولای، ۱۹۷۸، صفحه ۹۰).

گرچه هیچ کس اظهار نکرده است که گزارشهای احساس برانگیز می‌تواند علت

1 - Seattle Times

خودکشی باشد، ولی شواهدی در تأیید این موضوع وجود دارد که یک خودکشی موجب تحریک افراد نسبت به اقدام دربارهٔ انگیزه‌های ناگهانی آنان می‌شود. یک مطالعهٔ ۷ ساله در کالیفرنیا نشان می‌دهد که پس از گذشت یک هفته از انتشار یک خودکشی در روزنامه‌ها و مجلات، میزان خودکشی در حدود ۹ درصد بالاتر از میزان طبیعی بوده است. اکثر این خودکشیهای "فزونی یافته" در سومین روز بعد از انتشار رخ می‌دهد. هم در این تحقیق و هم در تحقیقی که در دترویت[1] صورت گرفته نشان داده‌اند که رویدادهای خودکشنده[2]، که ممکن است نوعی خودکشی به صورت *مبدل*[3] باشد، در سومین روز بعد از خودکشی بسیار انتشار یافته و میزان خودکشی در حدود یک سوم بالا می‌رود. سقوطهای ناگهانی منجر به مرگ که نقشه‌های آنها محرمانه بوده است نیز به همین منوال افزایش می‌یابد (فیلیپس، ۱۹۷۸).

شکل ۱۸ـ بعضی از محلها از قبیل پل گلدن‌گیت نیروی جاذبه‌ای قوی برای افرادی که قصد خودکشی دارند، محسوب می‌شود.

1 - Detroit
2 - fatal auto
3 - disguise

شهرت نیز ممکن است جاذبه‌ای برای کسانی که قصد خودکشی دارند، باشد. *پل گلدن‌گیت* محلی درجه یک برای خودکشی در دنیا بوده است (شکل ۱۸). در طی ۴۱ سال اول ساختمان آن، ۶۲۵ نفر به وسیلهٔ آن خودکشی کرده و مرده‌اند که گزارش آنها را دولت منتشر کرده است، و شاید ۲۰۰ مرگ دیگر روی داده باشد که مورد توجه قرار نگرفته است.

دو پل در خلیج سان فرانسیسکو وجود دارد که یکی گلدن گیت و دیگری بی‌بریج[1] است. ارتفاع آنها مساوی است و فقط شش مایل از هم فاصله دارند. گلدن‌گیت یک میعادگاه خودکشی محسوب می‌شود در حالی که بی‌بریج محلی پست و بی‌ارزش تلقی می‌شود. استفاده از پل بی‌بریج و سقوط منجر به مرگ از آن به ندرت در روزنامه‌های محلی چاپ می‌شود، در حالی که اقدام به خودکشی در پل گلدن‌گیت معمولاً در صفحهٔ اول روزنامه‌ها به چاپ می‌رسد. یک محقق دریافت که نیمی از افرادی که در شرق خلیج زندگی کرده و مرتکب خودکشی شده‌اند، در واقع به منظور خودکشی توسط گلدن‌گیت از بی‌بریج گذشته و به آنجا رفته‌اند. دیده نشده که کسی عکس این کار را انجام داده باشد (سیدن، ۱۹۸۱، گزارش مارکهام در ۱۹۸۱). چنین یافته‌هایی بیانگر آن است که محتویات رسانه‌های گروهی شاید از طریق ارائهٔ یک الگوی یادگیری اجتماعی برای کسانی که مهارتهای سازگاری آنها محدود است، نقشی در این زمینه ایفا می‌کند.

در بسیاری از جاهای جالب برای خودکشی از قبیل برج ایفل، پل آرایوسکو[2] در پاسادنای کالیفرنیا، و آتشفشان میهرا[3] در ژاپن برای جلوگیری از خودکشیهای بیشتر حصارهای ایمنی ساخته‌اند. پیشنهاد ساختن چنین حصارهایی برای جلوگیری از خودکشی روی پل گلدن گیت متجاوز از سی سال مورد بحث بوده است. ولی به دلیل خرج زیاد و به سبب باور بسیاری از مردم، وقتی چنین افرادی در سقوط از بالای پل منع شده‌اند، به راحتی راههای دیگری برای کشتن خود می‌یابند؛ هیچ اقدامی صورت نگرفته است.

---

1 - Bay Bridge

2 - Arroyo Seco Bridge and Pasadena

3 - Mihra

به منظور آزمایش این فرضیه، فراوانی بعدی خودکشیهای موفقیت‌آمیز برای ۵۱۵ نفر که از طریق این پل در خلال اولین ۳۴ سال ساختمانش اقدام به خودکشی کرده‌اند، جدول‌بندی و معلوم شده است که بعد از یک فاصله زمانی متوسط افزون بر ۲۶ سال، اکثریت (۸۸ درصد) اقدام‌کنندگان به خودکشی گلدن‌گیت هنوز زنده هستند. تنها کمی کمتر از ۵ درصد اقدام‌کنندگان با پریدن از پل گلدن‌گیت دست به خودکشی زده جان خود را از دست داده‌اند (سیدن، ۱۹۷۸). گرچه میزان خودکشی و مرگ قهرآمیز این گروه خیلی بالاتر از جمعیت کلی است، ولی ۹۳ درصد از کسانی که به خودکشی اقدام کرده بودند، هنوز زنده‌اند یا به مرگ طبیعی درگذشته‌اند. این موضوع بیانگر آن است که رفتار خودکشی یک عمل جهت یافتهٔ بحرانی است که در اثر یک رویداد حاد ظاهر می‌شود. همچنین این موضوع این اندیشه را رد نمی‌کند که اکثر اقدامات ناموفق خودکشی به سادگی می‌تواند "در جای دیگر رخ بدهد".

## علل خودکشی

اندیشه‌های مربوط به علل خودکشی به دو گروه اصلی تقسیم می‌شود که عبارتند از عللی که جامعه آنها را به عنوان علت می‌نگرد و عللی که مربوط به خود فرد است. جهت‌گیری نظریه‌های جامعه شناختی معطوف به مقصر شمردن جامعه است. جامعه در موارد نادر واقعاً سبب می‌شود که شخص مرتکب خودکشی شود. همچنین جامعه‌شناسان گوشزد می‌کنند که اکثر افراد انتخار کننده انزواجو بوده و بستگی بسیار کمی با جامعه دارند. آنان از دلگرمیهای اجتماعی، که زندگی را قابل تحمل و با ارزش می‌سازد بی‌بهره‌اند. ضربهٔ ناشی از فقدان جایگاه اجتماعی ـ یک تغییر ناگهانی در ارتباط بین فرد و جامعه ـ نیز ممکن است خودکشی را تسریع نماید.

نظریه‌های روان‌شناختی، از طرف دیگر، تمایل به تأکید بر نقش فرد در تصمیم برای ارتکاب خودکشی دارند. دیدگاه روان پویایی منبع اکثر نظریه‌های روان‌شناختی برجسته در آثار بالینی مربوط به خودکشی است. نظریه‌های روان‌پویایی، خودکشی را به عنوان

ظهور فوق‌العادهٔ دشمنی یا انگیزه‌های ناگهانی پرخاشگری که شخص نسبت به دیگران احساس کرده و به درون خویش بازگردانده است، توصیف می‌کنند. بعضی از یافته‌های تحقیقی که نشان می‌دهند انگیزه‌های خصمانه به احتمال کمتری در خودکشی موجود است، این نظریه‌ها را تأیید نمی‌کند (لین هان[1] ۱۹۸۲).

نظریهٔ یادگیری در سبب‌شناسی رفتار انتحاری به گنجینهٔ واکنشهای فرد تأکید می‌گذارد. رفتار انتحاری گذشته، تهدید به خودکشی، و رفتار انتحاری اشخاص مهم در محیط زندگی فرد، همه احتمال خودکشی را افزایش می‌دهند.

اندیشه‌های تقویت نیز ممکن است دست اندرکار باشند ـ از آن جمله‌اند "انتقام، پیوستن دوباره به همسر یا یک دوست که در گذشته است، یا دست یافتن به آرامش محض (دیکسترا[2]، ۱۹۷۳).

نظریه‌های شناختی پیشنهاد می‌کنند که رفتار انتحاری مثالی است از راه‌حل یک رشته از حوادث منفی زندگی که خارج از اختیار شخص است، و احتمال دارد که در خلال سال پیش از آنکه شخص اقدام به خودکشی بکند، رخ داده باشند. این احتمال هست که چندین حادثه، درست پیش از خودکشی یا پیراخودکشی روی هم انباشته شده باشند. رویدادهای جدا شدن از صحنهٔ اجتماعی، به خصوص آنهایی که منجر به از میان رفتن سرچشمهٔ پر توان حمایت اجتماعی می‌شود، به نظر می‌رسد بیشترین احتمال را دارند که پیش از اقدام به خودکشی پیش آمده باشند. چنین حادثه‌ای می‌تواند مرگ، طلاق، یا جدایی از یک دوست و رفیق باشد (سایتر[3] و دپو[4] ۱۹۸۱). بر اساس این نظریهٔ خودکشی ممکن است محصول ارزیابی شناختی شخص از موقعیت نومیدکننده و بی‌پناهی بوده، و مرگ به عنوان راهی برای رهایی از مسائل به حساب آید (کواکز، بک؛ ویس من، ۱۹۷۵).

بهترین تبیین پیراخودکشی اغلب می‌تواند به عنوان انعطاف‌ناپذیری کامل

1 - Line han
2 - Die Kstra
3 - Slater
4 - Depue

روی‌آوردهای فرد در برابر موقعیتهای دشوار باشد (شنیدمن[1]، ۱۹۸۰۹). این انعطاف‌ناپذیری خشک ممکن است شامل ادراکی محدود از اوضاع و گزینشهای رفتاری که به ذهن وی می‌رسد، باشد. دنیا در نظر او فقط به دو بخش تقسیم شده است، خوب و بد. این موضوع تبیین افسردگی بر اساس نظریه‌های شناختی بک (۱۹۷۶)، والیس[2] (۱۹۷۰) را تأیید می‌کند.

از پژوهشها چنین بر می‌آید که عوامل مرتبط با خودکشی و پیراخودکشی در هم آمیخته و پیچیده‌اند. بنابراین روی‌آوردی برای مطالعهٔ این گونه رفتارها سودمند است که به تأثیر و تأثر متقابل فرد با موقعیت نظر داشته باشد و عوامل واسطه‌ای گوناگون از قبیل فراهم بودن حمایتهای اجتماعی از یک سو و خشنودی فرد از سوی دیگر را مورد توجه قرار دهد.

یک روی‌آورد تعاملی تمام جنبه‌ها را در بر می‌گیرد و پژوهنده را با گروهی از عوامل پیچیدهٔ قابل توجه مواجه می‌سازد. از نظر عملی، پیش‌بینی خودکشی به صورت امکانی غیر دقیق باقی مانده است. بنابراین، برنامه‌های گستردهٔ پیشگیری در سالهای اخیر تدوین شده و مراکز بسیاری برای جلوگیری از خودکشی و بحران تأسیس یافته است. کسانی که دارای مشکلاتی هستند، تشویق می‌شوند تا با تلفن یا شخصاً برای کمک گرفتن با این مراکز تماس حاصل نمایند. این کوششها ممکن است موجبات تقلیل انزوای اجتماعی را فراهم ساخته، افکار مربوط به افسردگی و نابودکردن خویشتن را آشکار سازد.

1 - Shneidman

2 - Ellis

## سؤالات فصل دوازدهم

۱ـ نظریهٔ سنکا دربارهٔ خودکشی چیست؟

۲ـ تفاوتهای فرهنگی در خودکشی چیست؟

۳ـ خودکشی آئینی در ژاپن را بنویسید.

۴ـ پیمانهای خودکشی را توضیح دهید.

۵ـ اصطلاح پیراخودکشی به چه مفهوم است.

۶ـ مطالعهٔ سیدن دربارهٔ خودکشی دانشجویان دانشگاه چه چیزهائی را آشکار ساخت؟

۷ـ امیل دورکیم چه عواملی را در ارتکاب خودکشی مؤثر می‌دانست؟

۸ـ خودکشیهای اگواستیک و آلتروئیستیک را بنویسید.

۹ـ شیوع خودکشی در کودکان چگونه است؟

۱۰ـ به چه دلیل جوانان اقدام به خودکشی می‌کنند؟

۱۱ـ نقش رسانه‌های گروهی در اقدام به خودکشی چگونه است؟

۱۲ـ شهرت در خودکشی چه نقشی دارد؟

۱۳ـ علل خودکشی را در دیدگاههای مختلف بنویسید.

# واژه‌نامه

## A

| | |
|---|---|
| acting-out | اظهار و نشان دادن |
| activity | فعالیت |
| actualization | کمال |
| acute stress reaction | واکنش استرسی حاد |
| adjustment | سازگاری |
| affective | عاطفی |
| aggressive achievers | پیشرفت کنندگان پرخاشگر |
| agitated depression | افسردگی برانگیخته شده |
| agoraphobia | ترس از مکانهای باز |
| alarm response | واکنش هشدار دهنده |
| alienated | از خود بیگانه |
| altruism | نوعدوستانه |
| ambivalance | احساس دو سویه (دو گانه) |
| American Psychiatry Association | انجمن روان پزشکی آمریکا |
| amino acid | اسید آمینه |
| amnesia | فراموشی روان‌زاد (آمنزی) |

| | |
|---|---|
| anal | مقعدی |
| analgesia | بی‌دردی |
| analytic psychology | روان‌شناسی تحلیلی |
| anesthesia | بی‌حسی |
| anima | آنیما (طرح باستانی مؤنث) |
| animus | آنیموس (طرح باستانی مذکر) |
| anomic | بی‌استانداردی |
| anorexia nervosa | بی‌اشتهائی روانی |
| anticipatory anxiety | اضطراب انتظاری |
| anxiety | اضطراب |
| apathy | بی‌احساسی عاطفی |
| aphonia | گرفتگی صدا (بی‌صدائی) |
| approach-avoidance | نزدیک شدن ـ اجتناب ورزیدن |
| archetype | طرح باستانی |
| assertiveness | ابراز وجودی |
| assigned | تعیین شده |
| assumption | فرض |
| astasia-abasia | آستازیا ـ آبازیا |
| asthma | آسم |
| atherosclerosis | تصلب شرائین |
| attribution | اِسناد (نسبت دادن) |
| authentically | بخردانه |
| axon | آکسون |

## B

| | |
|---|---|
| basic anxiety | اضطراب اساسی |
| biofeedback | بیوفیدبک |
| biogenic | زیست‌زاد |
| bipolar disorder | اختلال دو قطبی |
| borderline | مرزی |
| body dysmorphic | بدشکلی بدنی |
| brain syndrome | سندرم مغزی |
| brain wash | شست و شوی مغزی |
| bulimia | پراشتهایی روانی |

## C

| | |
|---|---|
| cancer | سرطان |
| cardio-vascular | قلبی ـ عروقی |
| catastrophizing | فاجعه آمیز |
| catecholamine | کاتکولامین |
| cell body | پیکر یاخته |
| character disorder | اختلال منش |
| chemical suppress | منع کنندهٔ شیمیائی |
| chosen | انتخاب شده |
| cognitive dissonance | ناهماهنگی شناختی |
| cognitive rehearsal | مرور شناختی |
| cognitive restructuring | بازسازی شناختی |

| | |
|---|---|
| colitis | کولیت (ورم رودهٔ بزرگ) |
| collective unconsciousness | ناخودآگاه جمعی |
| compensation | جبران |
| computer axial tomography scan (CAT.Scan) | غده نگاری کامپیوتری مغز یا سی‌تی‌اسکن |
| conflict | تعارض |
| congestion | جمع شدگی (احتقان) |
| conscience | وجدان |
| continuity hypothesis | فرضیهٔ پیوستاری |
| continuous amnesia | آمنزی دوام دار |
| convergent | همگرا |
| conversion | تبدیلی |
| cycling | چرخشی |
| cyclothymia | افسرده خوئی ادواری (سیکلو تایمی) |
| cyclothymic | افسرده خوی ادواری |

## D

| | |
|---|---|
| defense-oriented reaction | واکنش دفاعی جهت‌دار |
| delayed | تأخیر شده |
| delusion of presecution | هذیان تعقیب |
| denial | انکار |
| depersonalization | تغییر هویت |
| dermatitis | اختلال پوستی |
| devised | طرح شده |

| | |
|---|---|
| dexamethasone | منع کنندهٔ عصبی |
| Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders | دستورالعمل تشخیصی و آماری اختلالات روانی |
| diastolic | فشار خون دیاستولیک |
| dichotomus thinking | افکار دو وجهی |
| differentiation | تمایز |
| dignity | شأن |
| disaster syndrome | سندرم بلا |
| disguise | مبدّل |
| displacement | جا به جا سازی |
| dissociative | تجزیه‌ای (اختلالات تجزیه‌ای، افتراقی) |
| distortion | انحراف |
| divergent | واگر |
| dopamine | دوپامین |
| double approach | نزدیک شدن دو گانه |
| double avoidance | اجتناب ورزیدن دو گانه |
| double blocking | انسداد دو گانه |
| dynamic | پویا |
| dysthymia | افسرده خویی مزمن |

## E

| | |
|---|---|
| economic | اقتصادی |
| efficacy expectation | انتظار کارآمدی |
| ego | من |

| | |
|---|---|
| ego enhancing | خودبزرگ کننده |
| egoistic | خودخواه |
| electro encephalo graphy (EEG) | ثبت امواج الکتریکی مغز |
| electro-convulsive therapy (ECT) | درمانگری تشنجی الکتریکی |
| emotional anesthesia | بی‌حسی هیجانی |
| emotional insulation | عایق‌سازی هیجانی |
| emotional refueling | تجدید نیروی هیجانی |
| empty | خالی |
| endogenous | درون زاد |
| epinephrine | اپی نفرین |
| essential blood pressure | فشار خون اساسی |
| euphoria | سرخوشی |
| executive | اجرائی |
| exhaustion | فرسودگی |
| exposure therapy | درمانگری مواجهه سازی |
| external | بیرونی |

## F

| | |
|---|---|
| fatal auto | خودکشنده |
| factitious disorder | اختلال ساختگی |
| fantasy | خیال‌پردازی |
| feedback | پسخورد |
| feedforward | پیشخورد |
| fictional finalism | غایت‌نگری تصوری |

| | |
|---|---|
| fight | جنگ |
| fight or flight | جنگ یا گریز |
| fixation | تثبیت |
| fixed role | نقش ثابت |
| flooding | غرقه‌سازی |
| free floating anxiety | اضطراب شناور |
| freeze | انجماد |
| frustration | ناکامی |
| fugue | فرار روان‌زاد (فیوگ) |

## G

| | |
|---|---|
| general adaptation syndrome | سندرم سازگاری عمومی |
| generalized amnesia | فراموشی (آمنزی) تعمیم یافته |
| generalized anxiety | اضطراب تعمیم یافته |
| genital | تناسلی |
| global-specific continum | پیوستار کلی مخصوص |
| goal terminating | انقطاع هدف |
| grandeur | بزرگ پنداری |

## H

| | |
|---|---|
| hallucination | توهم |
| Hara Kiri | هارکیری (خودکشی مرسوم مردم ژاپن) |
| hat illusion | خطای ادراک کلاه |

| | |
|---|---|
| helplessness-hopelessness syndrome | سندرم ناامیدی ـ بی‌پناهی |
| holistic | کلی |
| homeostasis | هومئواستاسیس (تعادل حیاتی) |
| hyperesthesia | بیش حساسی |
| hypochondrical | خود بیمار انگاری |
| hypoesthesia | کم حساسی |
| hysteria | هیستری |
| hystrionic personality | شخصیت هیستریانیک |

## I

| | |
|---|---|
| id | نهاد |
| idea of reference | اندیشهٔ خود رجوعی |
| ideal self | من آرمانی |
| identification | همسان سازی |
| identity | هویت |
| id impulses | تکانشهای نهاد |
| imipramine | ایمی پیرامین |
| implosive | مواجهه‌سازی تخیلی ، |
| imposed | تحمیل شده |
| inauthentically | نابخردانه |
| indole amine | ایندول آمین |
| inertia | ایستائی ،رکود |
| inferiority complex | عقدهٔ حقارت |
| input | درون داد |

| | |
|---|---|
| insight therapy | درمانگری بینشی |
| intellectualization | تعقل، توجیه |
| interaction | تعامل |
| international statistical classification of diseases | طبقه بندی بین‌المللی بیماریهای روانی |
| intrapsychic | روانی درونی |
| introjection | درون فکنی |
| introvert | درونگرا |
| intuitive statistician | آمارگر شهودی |
| iproniazid | ایپرو نیازید |
| isolation | جدایی (جداسازی)، انزوا |

## L

| | |
|---|---|
| labeling | نام گذاری |
| la belle indifference | بی‌تفاوتی |
| latency | نهفتگی |
| L_Dopa | اِل دوپا |
| level of aspiration | سطح آرزو، میزان اشتیاق |
| libido | لیبیدو |
| life raft | قایق پاروئی |
| lithium | لیتیوم |
| localized amnesia | آمنزی موضعی |
| locus of control | کنترل درونی |
| long eye | چشم به راه |

## M

| | |
|---|---|
| major depression | افسردگی شدید |
| major depression episode | حملهٔ افسردگی شدید |
| maladjustment | ناسازگاری |
| malingering | تمارض |
| mania | مانی |
| manic-depressive | مانیک ـ دیپرسیو (شیدائی ـ افسردگی) |
| man´s presumptuous brain | مغز متهور انسان |
| marketing orientation | جهت‌گیری بازاری |
| masculine protest | عصیان مردانگی |
| meditation | خلسه |
| melancholia | مالیخولیا |
| methyl phenidate | متیل فنی‌دیت |
| migraine headaches | سردردهای میگرنی |
| Minnesota multiphasic Personality Inventory | پرسشنامهٔ شخصیتی چند وجهی مینه سوتا |
| mixed type | نوع مختلط |
| modeling | مدل سازی |
| mono amine | تک آمینی ـ منوآمین |
| mood | خلق |
| moral anxiety | اضطراب اخلاقی |
| moral insanity | دیوانگی اخلاقی |
| moral therapy | درمانگری اخلاقی |
| motivation | انگیزش |

| | |
|---|---|
| motivational selectivity | گزینندگی انگیزشی |
| multiple approach-avoidance | نزدیک شدن ـ اجتناب ورزیدن چندگانه |
| multiple personality | چند شخصیتی |
| multitude stress | استرس انبوه |
| Munchausen Syndrome | سندرم مون چاسن |
| mutism | لالی عاطفی |
| myocardial infraction | انفارکتوس میوکاردی |

## N

| | |
|---|---|
| narcissistic personality disorder | اختلال شخصیت خودشیفتگی |
| neologism | واژه‌سازی |
| neuron | نورون، سلول عصبی |
| neurosis | نوروز |
| neurotic | نوروتیک |
| neurotic paradox | تناقض نوروتیک |
| neurotic trend | روند نوروتیک |
| nihilistic | نیستی |
| norepinephrine | نوراپی نفرین |
| norm | نُرم (هنجار) |
| nothingness | هیچ بودن، پوچی |
| nuclear magnetic response (NMR) | انعکاس پاسخ مغناطیسی هسته‌ای |

## O

| | |
|---|---|
| obesity | فربهی |
| object constancy | ثبات شیء |
| object relations | روابط شیء |
| obsessive-compulsive | وسواس فکری ـ عملی |
| operant | عامل |
| oral | دهانی |
| oral impregnation | ناباروری دهانی |
| out put | برون داد |
| over generalizing | بیش تعمیمی |

## P

| | |
|---|---|
| panic | وحشت‌زدگی، رعبی |
| panic disorder | اختلال رعبی |
| paranoid | پارانوئید |
| para suicide | پیراخودکشی |
| Parkinson´s disease | بیماری پارکینسون |
| pepsinogen | پپسینوژن |
| perceptual defense | دفاع ادراکی |
| persona | شخصیت محرمانه، نقاب |
| personal constract | ساختار شخصی |
| personal unconsciousness | ناخودآگاه شخصی |
| phallic | احلیلی |

| | |
|---|---|
| phenobarbital | فنوباربیتال |
| phobia | فوبی |
| plaque | پلاک (مواد چربی یا فیبری) |
| pleasure principal | اصل لذت‌جویی |
| positron emition tomography scan (PET) | غده‌نگاری پرتوی از مغز |
| post traumatic stress disorder | اختلال استرسی پس از ضایعهٔ روانی |
| premorbid | پیش مرضی |
| principal love object | شیء مورد علاقهٔ اصلی |
| projection | برون‌فکنی |
| psychalgia | اختلال درد روان‌زاد |
| psychic determinism | جبر روانی |
| psychic numbness | کرختی روانی |
| psychic overflow | طغیان روانی |
| psychic pain | درد روانی |
| psychoanalysis | تحلیل روانی (روانکاوی) |
| psychoanalytic | روان تحلیلی |
| psychodynamic | روان پویایی |
| psychogenic | روان‌زاد |
| psychological numbing | کرختی روان‌شناختی |
| psychoneuro-immnology | ایمنی شناسی روانی ـ عصبی |
| psychosis | سیکوز |
| psychosomatic | روانی ـ بدنی |
| psychophysiological | روانی فیزیولوژیایی |

## R

| | |
|---|---|
| rapid eye movements | حرکات سریع چشم |
| rapprochment | تجدید روابط |
| rational-emotive | منطقی هیجانی |
| rationalization | دلیل تراشی |
| reaction formation | واکنش سازی |
| reactive | واکنشی |
| reality principle | اصل واقعیت |
| real self | من واقعی |
| recovery | بهبود |
| reference | اشاره |
| reinforcement | تقویت |
| regression | برگشت |
| relaxation | آرامش عضلانی |
| repression | سرکوبی |
| reserpine | رزرپین |
| retarded depression | افسردگی کند شده |
| rigidity | خشکی رفتار |

## S

| | |
|---|---|
| scale for suicide ideation | مقیاس اندیشهٔ خودکشی |
| scanning | برش نگاری |

| | |
|---|---|
| secondry gain | نفع ثانوی |
| segmentally | پراکنده‌ای |
| selective abstraction | انتزاع انتخابی |
| selective vigilance | مراقبت گزینشی |
| self | خود |
| self actualization | خودشکوفایی |
| self concept | خود پنداره‌ای |
| self condemnation | خود محکوم سازی |
| self control | خویشتنداری |
| self deception | خود فریبی |
| self defeating | خود شکست خوردگی |
| self destruction | خود تخریبی |
| self determination | خود تصمیمی، خود تعیینی |
| self direction | خود جهت‌یابی |
| self esteem | عزت نفس |
| self image | خود پنداری |
| self induced | خود القایی |
| self mutilate | خود تحریفی، خود ناقص‌سازی |
| self object | خود هدف یابی |
| self perception | ادراک خویشتن، خود ادراکی |
| self psychology | روان‌شناسی خود |
| self punitive | خود تنبیهی |
| self reference | خود رجوعی |
| self regard | خود احترامی |
| self regulation | خود تنظیمی |

| | |
|---|---|
| self understanding | خود فهمی |
| shell shock | ضربهٔ انفجار |
| sensation seeker | جویندگان احساس |
| septal | ناحیهٔ جداری |
| serotonin | سروتونین |
| sexual impulse | تکانهٔ جنسی |
| simple phobia | ترس ساده |
| social interest | علاقهٔ اجتماعی |
| social phobia | ترس اجتماعی |
| somatization | بدنی شدن |
| somatoform | بدنی شکل |
| stable (chronic) | پایدار (مزمن) |
| steroid | استروئید |
| stress | فشار روانی |
| style | سبک |
| style of life | سبک زندگی |
| subsyndromal | نیم سندرمی |
| superego | من برتر |
| superiority | برتری جویی |
| survival or maintenance | بقای نفس |
| synapse | سیناپس |
| synaptic vesicles | حفره‌های سیناپسی |
| systematic desensitization | حساسیت زدائی منظم |

## T

| | |
|---|---|
| task-oriented reactions | واکنشهای وظیفه‌ای (عملی) جهت‌دار |
| thanatos | غریزهٔ مرگ |
| therapy | درمانگری |
| thought broadcasting | انتشار فکر |
| thought insertion | ادخال فکر |
| thought restructuring | بازسازی فکر |
| thought stopping | توقف فکر |
| thought withdrawal | پس کشیدگی فکر |
| trait cluster | خوشهٔ صفت |
| transient situational disorder | اختلال موقعیتی گذرا |
| tricyclics | سه حلقه‌ایها |
| tyramine | تیرامین |

## U

| | |
|---|---|
| ulcer | زخم معده |
| ulcerative Colitis | زخم روده |
| undifferentiated somatoform | بدنی شکل نامتفاوت |
| undoing | باطل سازی |
| unstable (acute) | ناپایدار (حاد) |
| uterus | رحم |

## V

| | |
|---|---|
| vegetative | نباتی |

## W

| | |
|---|---|
| withdrawal | کناره گیری |
| world health organization | سازمان بهداشت جهانی |

**References** **منابع و مآخذ**

Ackerman, S.H., Manaker, S., and Cohen, M.I., Recent separation and the onset of peptic ulcer disease in older children and adolescents, Psychosomatic Medicine, 43, 305-310, 1981.

Andreasen, N.C.,et al, The validation of the concept of endogenous depression, Archives of general psychiatry, 43, 246-251, 1986.

Anesheusel, C.S., Stone, J.D. Stress and depression, "A test of the buffering model of social support. "Archives of general psychiatry, 39, 1392-1396, 1982.

Bachler, J. Suicides, Blackwell, Oxford, 1979.

Baron, M., Gruen, R., Kane, J., and Amis, L., Modern research criteria and the genetics of schizophrenia, American Journal of psychiatry, 142, 697-701, 1985.

Benjamin. L.S., The use of the SABS demensional model to develop treatment plans for personality disorders. Journal of personality disorders, I (I), 43-70, 1987.

Bootzin, R.R., Acocella, J.R., Abnormal psychology. "Current perspectives", Fifth Edition, Mc Graw Hill publishing company, NewYork, 1988.

Boyd, J. H., Weissman. M.M., Epidemiology of affective disorders; A reexamination and future directions, Archives of general psychiatry, 38, 1039-1045, 1981.

Brehony, K.A., Geller, E.S. Agoraphobia, Progress in behavior modification, Vol 12, Academic press, New York, 1981.

Cadoret, R., Epidemiology of antisocial personality, Unmasking the psychopath, Antisocial personality and related syndromes (PP. 28-44), Norton, NewYork, 1986.

Cantwell, D.P. Childhood depression, "A review of current research", Advances in clinical child psychology, plenum press, New York, 1982.

Carroll, B.J., et al. A specific laboratory test for the diagnosis of melancholia, Archives of general psychiatry, 38, 15-22, 1981.

Cloninger, C.R., Christiansen, K.O., Reich, T.,Gottesman, I,I., Implication of sex differences in the prevalences of antisocial personality, alcoholism, and criminality for familial transmission, Archives of General Psychiatry, 35, 941-51, 1978.

Cloninger, C.R., Gottesman, I.I., Genetic and environmental factors in antisocial behavior disorders, New biological approaches, Cambridge university press, Cambridge, 1987.

Colb, L.C., Modern clinical psychiatry, Tenth Edition,. W.B. Saunders, Philadelphia, 1982.

Coleman, J.C., Abnormal Psychology and modern life, Fourth Edition, Scott, Foresman and company, Glenview, Illinois, London, 1972.

Crowe, R.R., Noyes, R., Pauls, D.L., and Slymen, D.J., A family study of panic disorder. Archives of General psychiatry, 40, 1065-1069, 1987.

Crowe, R.R., Pauls, D.L., Slymen, D.J., and Noyes, R., A family study of anxiety Neurosis. Archives of General Psychiatry, 37, 77-79, 1980.

Davison, G.C., Neale, J.M. Abnormal psychology, Fifth Edition, John Wiley and sons, New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore, 1990.

Duke, Marshall, P., Nouicki, Stephen, Abnormal psychology, CBS Publishing,

Japan Ltd. NewYork, 1986.

Elliot, G.R.Eisdorfer, C.(eds.), Stress and human health, "Analysis and implications of research, NewYork, Spring, 1982."

Fawcett, J.,Mass, J., and Dekirmenjian, H., Depression and MHPG excertion "Response to dextroamphetamin and tricyclic antidepressants", General psychiatry, Mc Grow Hill, NewYork, 1987.

Feinberg, M.Gline, J.C., Carroll, B.J., Greden, J.F., EEG Studies of sleep in the diagnosis and depression, Biological psychiatry, 17, 30-316, 1982.

Friedman, M., Thoresen, C.E., Feasibility of altering type A behavior pattern after myocardial infarction, Circulation, 66, 83-92, 1982.

Goldenbery, Herbert, Abnormal Psychology, "A Social Community Approach", Brooks, Cole Publishing Company, Monterey, California, 1977.

Gorman, J.M., Fyer, M.R., Goetz, R., Askanazi, J., Liebowitz, M.R., Fyer, A.J., Kinney, J., and klien, D.F., Ventilatory physiology of patients with panic disorder, Archives of General psychiatry, 45, 53-60, 1988.

Hall, C.S., Lindzey, G.Introduction to theories of personality, John wiley and sons, New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore, 1985.

Hare, R.D., Electrodermal and cardiovascular correlates of sociopathy, Psychopathic behavior, Approaches to research, wiley, NewYork, 1978.

Harrow, M., Grossman, L.S., A longtudinal study of thought disorder in manic patients, Archives of general psychiatry, 43, 781-785, 1986.

Hergenhahn, B.R., An introduction to theories of personality, prentic-Hall, Englewood cliffs, Ny, 1984.

Kass, F., spitzer, R.L., Williams, J.B.W., An empirical study of the issue of sex bias in the diagnostic criteria of DSM III axis II Personality disorders, American Psychiatrists, 38, 799-801, 1983.

Kegan, R., Pathology in moral development unmasking the psychopath, Norton, NewYork, 1986.

Kendler, K.S., Gruenberg, A.M., Genetic relationship between paranoid personality disorder and the "schizophrenic spectrum" disorders. American Journal of Psychiatry, 139, 1185-86, 1982.

Kohut, H., The search for self, International universities press, NewYork, 1978.

Ley, R., Panic disorder: A hyperventilatilation interpretation, "Anxiety and

stress disorders", Guilford, NewYork, 1987.

Loomis, M., Saltz, E. Cognitive styles as predictors of artistic styles, Journal of personality, 52,22-35, 1984.

Mc Glashan, T.H., Testing DSMIII symptom criteria for schizotypal and borderline personality disorders, Archives of General Psychiatry, 44, 143-148, 1987.

Mc Kellar, Peter, Abnormal Psychology, "Its experience and behavior", Routledge, NewYork, 1989.

Meyer,Robert, G., Salmon, Paul, Abnormal psychology, NewYork, 1988.

Monte, C.F. An introduction to theories of Personality, "Beneath the mask," Holt, Rinehart and winston. NewYork, 1980.

Murphy, G.E. Wetzel, R.D. Suicide risk by cohort in the United States, 1949-1974. General psychiatry 37, 519-525, 1980.

Myers, J.K., Kramer, M., Six month prevalence of psychiatric disorders in three communities, Archives of general psychiatry, 41, 959-967, 1984.

Paykel, E.S. Recent life events in the development of the depressive disorders,

"The psychobiology of the depressive disorders," Academic press, NewYork, 1979."

Pervin, L.A., Personality, "Theory and research", Fifth Edition, John wiley and sons, NewYork, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore, 1989.

Quay, H.C., Werry, J.S. Psychopathological disorders of childhood. Third Edition, John Wiley and sons, NewYork, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore, 1986.

Polivy, J., Herman, C.P., clinical depression and weight change, "A complex relation", Journal of abnormal psychology, 85, 338-340, 1976."

Polivy, J.Herman, C.P., Dieting and bining, "A causal analysis", American Psychologist, 40, 193-201, 1985."

Sdorow, L., Psychology. First Edition, WCB Publishers, U.S.A. 1990.

Santrock, J.W., Psychology", The science of mind and Behavior, Third Edition, WCB Publishers, U.S.A, 1991.

Rachman, S.J., Hodgson, R.J. Obsessions and compulsions", Englewood cliffs, N.J., Prentice-Hall, 1980.

Reiger, D.Myers, J., Kramer, M., Robins, L., Blayer, D., Hough, R., Eaton, W., and Locke, B., The NIMH epidemiological catchment area program, Archives of General psychiatry, 41, 934-41, 1984.

Rosen, B.K. Suicide facts "A review", psychological Medicine, 11, 525-533, 1981.

Rosenhan, D.L., Seligman, M.E., Abnormal Psychology, Second Edition, Norton and company, NewYork, London, 1989.

Rosenhan, D.L., Seligman, M.E., Abnomal psychology, First Edition, Norton and company, NewYork, London, 1984.

Rosenthal, N.E., et al, Seasonal affective disorder in children and adolescents, American Journal of psychiatry, 143,356-86, 1986.

Rosen, E., Fox, R.E., Gregory, I., Abnormal Psychology, Second Edition, Saunders company, Philadelphia, London, Toronto, 1972.

Sarason, I.G., Sarason, B.R., Abnormal psychology, "The problem of maladaptive behavior", Fourth Edition, prentice-Hall,Inc., Englewood cliffs, New Jersey, 1984.

Sarason. I.G., Sarason, B.R., Abnormal psychology, "The problem of

maladaptive behavior", Fifth Edition, prentice-Hall, Inc, Englewood cliffs, New Jersey, 1987.

Sarason. I.G., Sarason, B.R., Abnormal Psychology, "The problem of maladaptive behavior", Sixth Edition, prentice-Hall, Inc, Englewood cliffs, New Jersey, 1989.

Seiden, R.H., Where are they now? A follow up study of suicide attempters from the Golden-Gate Bridge, Suicide and Life-Threatening Behavior, 8,203-216, 1978.

Shneidman, E.S., Voices and death, Harper and Row, NewYork, 1985.

Small, G.W., Nicholi, A.M., Mass hysteria among school children, Archives of General psychiatry, 39, 89-90, 1982.

Smith, R.J., The psychopath in society, Academic Press, NewYork, 1978.

Spitzer, R.L., Skodol, A.E., Gibbon, M., Williams, J.B.W., Psychopathology "A case book". Mc Graw-Hill, 1983.

Torgersen, S., Genetic factors in anxiety disorders. Archives of general psychiatry. 40, 1085-1089, 1983.

Turner, S.M., Beidel, D.C. Dancu, C.V. and keys, D.J., Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder, Journal of abnormal psychology, 95, 389-94, 1986.

Weiss, J.M., Glazer, H.I. and Pohoresky, L.A., Coping behavior and neurochemical change in rats, An alternative explanation for the original learned helplessness experiments, Animal models in human psychobiology, Plenum, NewYork, 1976.

White, R.W., Watt, N.F.Abnormal Personality, Fifth Edition, John Wiley and sons, NewYork, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore, 1981.

Whymant, R.Japan suffers spate and family suicides. Gardian. February, 15, 1980.

Woodruff, R.A., Clayton, P.J., Guze, S.B., Is everyone depressed? American Journal of Psychiatry, 132, 628-628, 1975.

Zimbardo, P.G., Shy murderers, Psychology today, 148, 66-67, 1977.

Zimmerman.M., Coryell, W.,Pfohl, B., The validity of the dexamethason suppression test as a marker for endogenous depression, Archives of general psychiatry, 43, 234-244, 1986.

Zucherman, M.,Buchsbaum, M.S., Murphy, D.L., Sensation seeking and its biological correlates, Psychological Bulletin, 88,187-214, 1980.

آزاد، حسین، "روان‌شناسی مرضی کودک"، انتشارات پاژنگ، تهران، ۱۳۷۱.

آزاد، حسین، "به چه دلیل احتمال ابتلای زنان به افسردگی بیشتر از مردان است"، مجلهٔ دانشکدهٔ ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه تهران، شمارهٔ پیاپی ۱۱۶-۱۱۵ و شماره‌های ۳ و ۴ سال ۲۸، پائیز و زمستان ۱۳۶۹، صفحات ۳۹۶-۳۸۹، سال ۱۳۷۰.

آزاد، حسین، "تحقیقی دربارهٔ خودکشی در ایران"، مجلهٔ دارو و درمان، شمارهٔ ۱۱۵، صفحات ۲۸-۲۱، مرداد ۱۳۷۲.

## ضمیمهٔ چاپ دوم

# طبقه‌بندی DSM IV

## محورهای I و II

### محور I

اختلالاتی که اولین علائم آنها معمولاً در خردسالی، کودکی، یا نوجوانی مورد تشخیص قرار می‌گیرند.

عقب‌ماندگی روانی

عقب‌ماندگی روانی خفیف

عقب‌ماندگی روانی متوسط

عقب‌ماندگی روانی شدید

عقب‌ماندگی روانی عمیق

عقب‌ماندگی روانی شدید نا مشخص

اختلالات یادگیری (اختلالات مهارتهای تحصیلی)

اختلال خواندن (اختلال خواندن مربوط به رشد)

اختلال در ریاضیات (اختلال حساب مربوط به رشد)

اختلال در نوشتن مطالب بیانی (اختلال در نوشتن بیانی رشدی)

اختلال یادگیری طبقه‌بندی نشده

اختلال مهارتهای حرکتی

اختلال هماهنگی رشدی

اختلالات نفوذ کنندهٔ مربوط به رشد

اختلال اوتیستیک

اختلال رت Rett's disorder

اختلال ازهم پاشیدگی disintegrative

اختلال اسپرگر Asperger's disorder

اختلالات رفتار ایذائی و کمبود توجه

اختلال بیش فعالی - کمبود توجه

نوع بی‌توجهی غالب

نوع بیش فعالی - تکانه‌ای غالب

نوع مختلط

اختلال بیش فعالی - کمبود توجه طبقه‌بندی نشده

اختلال بی‌اعتنائی - مخالفت‌ورزی

اختلال سلوکی

اختلال رفتار ایذائی طبقه طبقه‌بندی نشده

اختلالات مربوط به خوردن و تغذیه

هرزه خواری

اختلال نشخوارکنندگی

اختلال مربوط به تغذیهٔ خردسالی یا اوائل کودکی

اختلالات تیک

اختلال تورت Tourett

اختلال حرکتی مزمن یا تیک کلامی

اختلال تیک زودگذر

اختلال تیک طبقه‌بندی نشده

اختلالات ارتباطی

اختلال تکلم بیانی (اختلال تکلم بیانی رشدی)

اختلال دریافتی آمیخته

اختلال تکلم بیانی (اختلال تکلم دریافتی رشدی)

اختلال صوتی (اختلال مفصل‌بندی رشدی)

لکنت زبان

اختلال ارتباطی طبقه‌بندی نشده

اختلالات تخلیه

عدم کنترل ادرار

عدم کنترل مدفوع

سایر اختلالات خردسالی، کودکی، یا نوجوانی

اختلال اضطراب جدائی

لالی انتخابی

اختلال دلبستگی واکنشی خردسالی یا اوائل کودکی

اختلال حرکتی قالبی (اختلال عادتی)

اختلال خردسالی، کودکی، یا نوجوانی طبقه‌بندی نشده
روان آشفتگی، زوال عقل، فراموشی و سایر اختلالات شناختی

**روان آشفتگی**

روان آشفتگی مربوط به یک حالت پزشکی عمومی
روان آشفتگی مربوط به استفاده از مواد
روان آشفتگی مربوط به سبب‌شناسیهای چندگانه
روان آشفتگی طبقه‌بندی نشده

**زوال عقلها**

زوال عقل تیپ‌الزایمر دارای دو نوع:
۱- باظهور زودرس: اگر ظهور در ۶۵ سالگی یا قبل از آن باشد شامل:
ناپیچیده
با روان آشفتگی
با هذیانها
با خلق افسرده
با توهمها
با آشفتگی ادراکی
با آشفتگی رفتاری
با آشفتگی ارتباطی
۲- با ظهور دیررس اگر پس از ۶۵ سالگی باشد شامل:
ناپیچیده
با روان آشفتگی

با هذیانها

با خلق افسرده

با توهمها

با آشفتگی ادراکی

با آشفتگی رفتاری

با آشفتگی ارتباطی

**زوال عقل عروقی شامل:**

ناپیچیده

با روان آشفتگی

با هذیانها

با خلق افسرده

با توهمها

با آشفتگی ادراکی

با آشفتگی رفتاری

با آشفتگی ارتباطی

زوال عقل مربوط به سایر حالات پزشکی عمومی

زوال عقل مربوط به بیماری ایدز

زوال عقل مربوط به ضایعهٔ سر

زوال عقل مربوط به بیماری پارکینسون

زوال عقل مربوط به هنتینگتون

زوال عقل مربوط به بیماری پیک

زوال عقل مربوط به بیماری کروتزفلد - جاکوب

زوال عقل مربوط به سایر حالات پزشکی عمومی

زوال عقل مربوط به استفادهٔ مداوم از مواد

زوال عقل مربوط به سبب‌شناسیهای چندگانه

اختلالات آمنزیائی (فراموشی)

اختلال فراموشی مربوط به حالات پزشکی عمومی

اختلال فراموشی مربوط به استفادهٔ مداوم مواد

اختلالات مربوط به مواد

اختلالات مربوط به استفاده از الکل

اختلالات مربوط به استفاده از آمفتامین (یا مواد وابسته به آن)

اختلالات مربوط به استفاده از کافئین

اختلالات مربوط به استفاده از حشیش

اختلالات مربوط به استفاده از کوکائین

اختلالات مربوط به مواد توهم‌زا

اختلالات مربوط به مواد استنشاقی

اختلالات مربوط به استفاده از نیکوتین

اختلالات مربوط به استفاده از مواد شبه افیونی.

اختلالات مربوط به استفاده از فن سیکلیدین (یا مواد وابسته به‌آن)

اختلالات مربوط به استفاده از آرامبخشها، خواب‌آورها، یا داروهای ضد اضطراب

اختلال مربوط به استفاده از مواد چندگانه

اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سیکوتیک

اسکیزوفرونی

نوع پارانوئید

نوع نامنظم

نوع کاتاتونیک

نوع نامتفاوت

نوع ذخیره‌ای

اختلال شبه اسکیزوفرنی

اختلال اسکیزو افکتیو (اسکیزو فرنی - عاطفی)

اختلال هذیانی

اختلال سیکوتیک کوتاه‌مدت

اختلال سیکوتیک مشترک (Folie á deux)

اختلال سیکوتیک مربوط به یک حالت پزشکی عمومی

با هذیانها

با توهمها

اختلال سیکوتیک مربوط به استفاده از مواد

اختلالات خلقی

اختلال خلقی شدید

اختلال دیس تایمی (افسرده‌خوئی مزمن)

اختلالات دو قطبی

اختلال دو قطبی نوع I (شامل حملهٔ مانی به‌تنهائی، حملهٔ خفیف مانی بسیار جدید، حملهٔ مانی بسیار جدید، حملهٔ آمیختهٔ بسیار جدید، حملهٔ افسردگی بسیار جدید، حملهٔ نامشخص بسیار جدید

اختلال دو قطبی نوع II (حمله‌های افسردگی شدید با مانی خفیف)

اختلال سیکلوتایمی (افسرده‌خوئی ادواری)

اختلال خلقی مربوط به یک حالت پزشکی عمومی

اختلال خلقی مربوط به استفاده از مواد

اختلالات اضطرابی

اختلال رعبی

همراه با ترس از محلهای سرباز

بدون ترس از محلهای سرباز

ترس از محلهای سرباز بدون تاریخچه‌ای از اختلال رعبی

فوبی مخصوص (فوبی ساده)

فوبی اجتماعی (اختلال اضطرابی اجتماعی)

اختلال وسواس فکری و عملی

اختلال استرسی پس از ضایعهٔ روانی

اختلال استرسی حاد

اختلال اضطرابی تعمیم یافته (به انضمام اختلال دلواپسی بیش از اندازهٔ کودکی)

اضطراب مربوط به یک حالت پزشکی عمومی

اختلال اضطرابی مربوط به استفاده از مواد

اختلالات بدنی شکل

اختلال بدنی‌شدن

اختلال تبدیلی

خود بیمار انگاری

اختلال بدشکلی بدنی

اختلال درد (همراه با عوامل روان‌شناختی، همراه با عوامل روان‌شناختی و حالت پزشکی عمومی)

اختلالات در دچندگانه

اختلال درد چندگانه (باعلامتها و نشانه‌های مرضی روان شناختی مسلط،

باعلامتها و نشانه‌های مرضی بدنی مسلط، با علامتها و نشانه‌های مرضی آمیختهٔ روان‌شناختی و بدنی)

اختلالات تجزیه‌ای

فراموشی تجزیه‌ای (آمنزی)

فرار تجزیه‌ای (فیوگ)

اختلال هویت تجزیه‌ای (اختلال شخصیت چندگانه)

اختلال اضمحلال شخصیت (دگرسان بینی خود)

اختلالات جنسی و هویت تناسلی

بدکارکردهای جنسی

اختلالات تمایل جنسی

اختلال تمایل جنسی کم‌فعالی

اختلال بیزاری جنسی

اختلالات برانگخیتگی جنسی

اختلال برانگیختگی جنسی زنانه

اختلال نعوظ مردانه

اختلالات اوج لذت جنسی

اختلال اوج لذت جنسی زنانه (ارگازم زنانهٔ منع شده)

اختلال اوج لذت جنسی مردانه (ارگازم مردانهٔ منع شده)

انزال زودرس

اختلالات درد جنسی

مقاربت دردناک

انقباض عضلات مهبل

بدکارکردهای جنسی مربوط به یک حالت پزشکی عمومی

اختلال نعوظ مردانه

اختلال درد مردانه

اختلال درد زنانه

اختلال تمایل جنسی کم فعالی مردانه

اختلال تمایل جنسی کم فعالی زنانه

سایر بدکارکردهای جنسی مردانه

سایر بدکارکردهای جنسی زنانه

بدکارکردهای جنسی مربوط به استفاده از مواد

بدکارکردهای جنسی طبقه‌بندی نشده

انحرافهای جنسی

آلت‌نمائی جنسی

یادگارگرائی جنسی

مالش‌گرائی جنسی

بچه‌گرائی جنسی

مازوخیم جنسی

سادیسم جنسی

تماشاگرائی جنسی

لباس جنس مخالف‌گرائی

اختلالات هویت تناسلی

اختلال هویت تناسلی

در کودکان

در نوجوانان

در بزرگسالان (تغییر جنسیت‌گرائی)

اختلالات خوردن

بی‌اشتهائی روانی

پراشتهائی روانی

اختلالات خواب

اختلالات خواب اولیه

بدخوابیها

بی‌خوابی اولیه

پرخوابی اولیه

خواب‌آلودگی

اختلال خواب مربوط به نظم شبانه‌روزی

آشفتگیهای خواب

اختلال کابوس (اختلال اضطرابی رؤیا)

اختلال وحشت در خواب

راه رفتن در خواب

اختلالات خواب مربوط به سایر اختلالات روانی

بی‌خوابی مربوط به اختلالات محور I یا II

پرخوابی مربوط به اختلالات محور I یا II

سایر اختلالات خواب

اختلالات خواب مربوط به یک حالت پزشکی عمومی

نوع بی‌خوابی

نوع پرخوابی

نوع آشفته‌خوابی

نوع مختلط

اختلال خواب مربوط به استفاده از مواد

اختلالات کنترل تکانه که در جای دیگری طبقه‌بندی نشده است

اختلال انفجاری ناپیاپی

شهوت دزدی

شهوت آتش‌سوزی

قمار مرضی

شهوت کندن موهای خود

اختلالات سازگاری

اختلال سازگاری

همراه با اضطراب

همراه با خلق افسرده

همراه بااختلال (آشفتگی) سلوک

همراه با اختلال آمیختهٔ سلوک و هیجانها

همراه با خلق افسرده و اضطراب

نامشخص

**محور II**

اختلالات شخصیت

اختلال شخصیت پارانوئید

اختلال شخصیت اسکیزوئید

اختلال شخصیت اسکیزوتایپال

اختلال شخصیت ضد اجتماعی

اختلال شخصیت مرزی

اختلال شخصیت هیستریانیک

اختلال شخصیت خودشیفتگی

اختلال شخصیت اجتنابی

اختلال شخصیت وابسته

اختلال شخصیت وسواسی

سایر حالاتی که ممکن است موجب یک عطف توجه بالینی باشند

عوامل روانشناختی مؤثر بر حالات پزشکی

اختلالات حرکتی مربوط به استفاده از مواد

مسائل ارتباطی

مسئلهٔ ارتباطی مربوط به یک اختلال روانی یا حالت پزشکی عمومی

مسئلهٔ ارتباطی کودک - والدین

مسئلهٔ ارتباطی همسران

مسئله ارتباطی خواهران و برادران

مسائل مربوط به بدرفتاری یا غفلت

بدرفتاری بدنی با کودک

سوء استفادهٔ جنسی از کودک

غفلت از کودک

بدرفتاری بدنی بزرگسال

سوء استفادهٔ جنسی از بزرگسال

حالات اضافی دیگری که ممکن است مستلزم یک عطف توجه بالینی باشند

ماتمزدگی

عملکرد هوشی مرزی

مشکل تحصیلی

مشکل شغلی

رفتار ضد اجتماعی کودکی یا نوجوانی

رفتار ضد اجتماعی بزرگسالی

تمارض

مشکل مراحل زندگی

عدم پذیرش مربوط به درمان برای یک اختلال روانی

مشکل هویت

مشکل معنوی یا مذهبی

مشکل فرهنگ‌پذیری

کاهش حافظهٔ مربوط به سن