

■ شماره تخصصی روانشناسی شناختی

مجله تخصصی کلینیک آرامش

فصل نامه

بهداشت روان و جامعه

سال چهاردهم ■ بهار ۱۴۰۱ ■ شماره ۹۶ ■ ۱۰۰۰۰ تومان

تاب آوری
روانشناختی

درمان افسردگی
در کوتاه‌ترین زمان

سوگیری‌های شناختی؛
باورهای سمی با پیامدهای جدی

همه‌گیری کرونا
و مشکلات روانشناختی آن

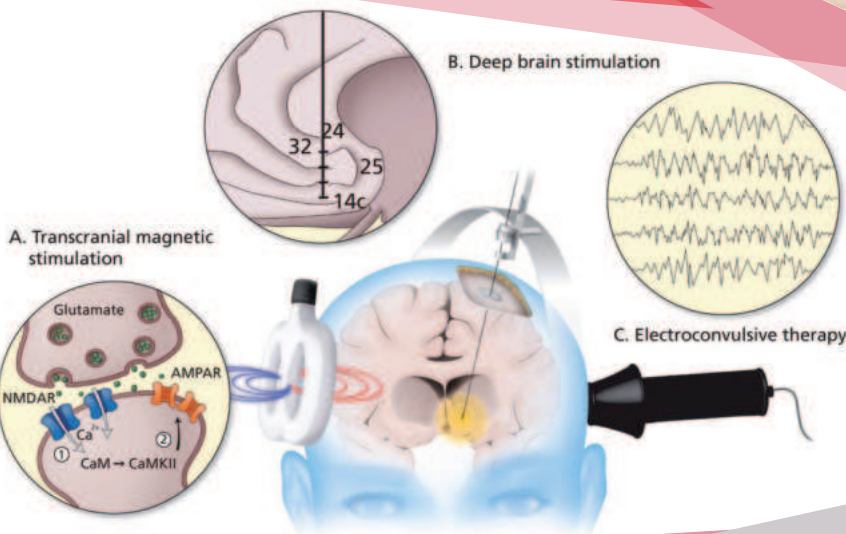
درمان چندوجهی





درمان چندوجهی

تاب آوری روانشناختی



تتا-پرست

همه گیری کرونا
و مشکلات روانشناختی آن





فصل نامه

بهداشت روان و جامعه

سال چهاردهم ■ ۱۴۰۱ ■ شماره ۹۶

روش: اطلاع رسانی، پژوهشی، آموزشی
زمینه: علوم انسانی (روانشناسی)

صاحب امتیاز:

گروه آتیه درخشان ذهن

مدیر مسئول:

دکتر رضا رستمی

دبیر شورای سیاست‌گذاری:

حسین‌رضا رستمی

سر دبیر:

محمد‌هادی کلانتریان

دبیر تحریریه:

جمیل منصوری

هیأت تحریریه:

دکتر محمد رستمی گنجینه کتاب، سپیده طور سینا

مدیر اجرایی:

حمید میردامادیان

مدیر هنری:

منیر شاه‌محمدلو

بهداشت روان و جامعه مجله‌ای کاملاً خصوصی بوده و به هیچ ارگان یا موسسه‌ای وابسته نمی‌باشد.

نقل قول از مطالب مجله با ذکر منبع بلامانع است.
استفاده از تصاویر مجله منوط به رضایت عکاس است.

لیتوگرافی و چاپ:

چاپ کامیاب، تهران، خیابان انقلاب، زیر پل کالج، کوچه سعیدی، کوچه بامشاد، پلاک ۱۵، تلفن ۰۲۱۸۸۸۰۹۹۰۸

نشانی:

تهران، خیابان ولی‌عصر، بالاتر از میدان ونک، خیابان والی‌نژاد، پلاک ۲۳
گروه آتیه درخشان ذهن

تلفن تحریریه:

۸۴۰۱۲۱۵۶ - ۸۴۰۱۲۳۸

تلفن سازمان آگهی‌ها:

۸۴۰۱۲۱۰۲

وب سایت:

www.atiehclinic.com

پست الکترونیکی:

info@atiehclinic.com

مجله بهداشت روان و جامعه

فهرست

درمان

صفحه

- تاب‌آوری روانشناختی؛ ویژگی روانی که باید روی آن سرمایه‌گذاری کرد ۲
- درمان چندوجهی؛ اثربخش‌تر، باکیفیت‌تر، پایدارتر ۷
- تتا-پرست؛ تحولی نوین در حوزه TMS و درمان اختلالات روانپزشکی ۱۱
- سوگیری‌های شناختی؛ باورهای سقمی با پیامدهای جدی ۱۴
- همه‌گیری کرونا و مشکلات روانشناختی آن ۲۰
- برنامه غربالگری، تشخیصی و درمانی Rehacom ۲۷
- برنامه درمانی Brain Train آتیه ۲۸



مقدمه

«تاب‌آوری روانشناختی» موضوعی است که توضیح آن بدون اشاره به دوران کودکی افراد و رابطه آن با ویژگی‌های سلامت روان ناقص می‌ماند. همه ما می‌دانیم که نوزاد انسان بعد از به دنیا آمدن نیاز به آغوش مادر دارد. در درجه اول، نوزاد برای اینکه تغذیه شود و انرژی کافی برای رشد جسمی داشته باشد، باید از شیر مادر تغذیه کند. این البته ظاهر داستان است. به گفته روانشناسان کودک تغذیه از شیر مادر در دوران نوزادی کمترین چیزی است که عاید نوزاد می‌شود. مهم‌تر از تغذیه، شکل‌گیری ساختار و ویژگی‌های روانی نوزاد در تعامل با مادر است.

«در دسترس و پاسخگو» این است که در این دوران کودک برای اینکه نیازهایش برطرف شود، باید مادری داشته باشد که در مواقع لازم حضور داشته باشد و از آن مهم‌تر اینکه برای رفع این نیازها اقدام کند (یعنی همان پاسخگو بودن). زمانی که مادر این دو ویژگی را دارد، کودک با احساس امنیت و اعتمادی بزرگ می‌شود که مبنای رابطه او با محیط زندگی و سایر

تاب‌آوری روانشناختی ویژگی روانی که باید روی آن سرمایه‌گذاری کرد

نحوه شکل‌گیری و تکامل تاب‌آوری

بشناسیم، بیایید به بررسی رابطه مادر و کودک بپردازیم.

کودکان انسان‌هایی هستند که حتی نمی‌توانند کوچک‌ترین نیاز خودشان را برآورده کنند. این والدین کودک و به ویژه مادران هستند که باید به این نیازها دقت داشته باشند. اگر کمی واقع بینانه‌تر نگاه کنیم، به ویژه در سال‌های ابتدایی، این مادر است که بیشترین زمان را با کودک می‌گذراند و اصلی‌ترین فرد در رفع نیازهای کودک است. مادر با رفع نیازهای جسمی و روانی کودک نه تنها زنده ماندنش را تضمین می‌کند بلکه از آن مهم‌تر در شکل‌گیری ویژگی‌های روانشناختی او هم نقش دارد.

در این دوران کودک نیاز دارد تا مادری در دسترس و پاسخگو به نیازهایش داشته باشد. معنای

جان‌بالی یکی از محققان مهم و تاثیرگذار در روانشناسی کودک است که به رابطه نوزاد و مادر از ابتدای تولد پرداخته است. او و پیروان بعدی‌اش توانستند در تحقیقات خود نشان دهند که کودکان از تغذیه مهم‌تر، به آغوش مادری مهربان نیاز دارند. آنها نشان دادند مادرانی که در رفع نیازهای کودکشان در دسترس‌تر و پاسخگوتر هستند، باعث شکل‌گیری امنیت روانی در کودک می‌شوند که این امنیت روانی نیز، به نوبه خود، سایر دوره‌های رشد کودک را تحت تاثیر قرار می‌دهد. یکی از ویژگی‌های روانشناختی که از دوران کودکی و در رابطه با مادر (یا مراقب کودک) شکل می‌گیرد، خصلت روانشناختی به نام «تاب‌آوری روانشناختی» است. برای اینکه بتوانیم این مفهوم را

(و متعاقبا بزرگسال آینده) متوجه این مطلب می‌شود که «هر چند در حال حاضر نمی‌توانم به خواسته‌ام برسم و این من را عصبانی یا غمگین می‌کند، اما می‌توانم صبر کنم و به مادرم اعتماد کنم. من بعدا می‌توانم در زمان و موقعیت مناسب به خواسته‌ام برسم». در چنین شرایطی کودک هیچان‌های منفی خود را به جای اینکه متوجه موقعیت و مادر (یا هر کس دیگری که مراقب او است) کند، سعی می‌کند آنها را مدیریت کند و به تعویق بیندازد. او یاد می‌گیرد تا در شرایط ناکام‌کننده مختلف زندگی و در رابطه با مادر، پدر، خواهر و برادرها، دوستان، خانواده و غیره برآورده شدن فوری خواسته‌هایش را به زمان دیگری موکول و هیچان‌های ناخوشایندش را هم تحمل کند.

شرایط تربیتی همه کودکان البته همیشه اینگونه نیست. بسیاری از کودکان دارای مادران یا مراقبان هستند که نسبت به نیازها و خواسته‌های کودکان در دسترس و پاسخگو نیستند. آنها توجه جدی به کودک ندارند. این مادران معمولا مادرانی هستند که مهارت‌های لازم تربیت کودک (متخصصان می‌گویند «مهارت‌های فرزندپروری») را ندارند. در شرایط دیگری، این شرایط سخت زندگی یا شاغل بودن مادر و یا هر دلیل دیگری است که باعث می‌شود کودک نتواند به خواسته خودش برسد. در چنین مواقعی است که کودک با ناکامی در رسیدن به خواسته‌هایش احساس خشم، عصبانیت، غمگینی و در بیشتر موارد اضطراب و استرس می‌کند. از این مهم‌تر اینکه کودک



داشتن مادری در دسترس و پاسخگو یک ایده‌آل برای کودک به دنیا آمده است. چه چیزی از این بهتر که یک نفر باشد و همیشه و در همه حال نیازهای تو را برطرف کند.

کافی خوبی ندارند. در شرایطی حتی اگر مادر ایده‌آل هم باشد، موقعیت و شرایط محیطی اجازه رفع نیاز کودک را نمی‌دهد. اینجا، که معمولا با بزرگ‌تر شدن کودک و در سال‌های پیش‌دبستانی و دبستانی همراه می‌شود، شرایطی است که رابطه کودک و مادر دچار بحران و نیازمند بازتعریف می‌شود.

در مواردی و در صورتی که مادر بتواند به درستی ارضای نیاز کودک را به تعویق بیندازد، شاهد هستیم که کودک کم‌کم متوجه می‌شود و یاد می‌گیرد که هر چند در حال حاضر امکان رفع نیاز او نیست، اما می‌تواند به مادر اعتماد کند. یعنی مادر در زمان و موقعیت مناسب برای رفع نیاز کودک اقدام خواهد کرد. برای همین در زمان نیاز به «به تعویق انداختن خواسته»، کودک این توانمندی را کسب می‌کند تا رسیدن زمان و موقعیت مناسب صبر کند. کودک

افراد قرار می‌گیرد. در مواقع دیگری مادرانی هستند که از نظر در دسترس و پاسخگو بودن به اندازه کافی خوب نیستند. معنای این جمله این است که آنها به شکل‌های نایمن دیگری به نیازهای کودکان پاسخ می‌دهند؛ به گونه‌ای که کودک این بار دیگر مبنای رابطه‌اش با محیط زندگی و سایر افراد امنیت و اعتماد نیست بلکه نایمنی و بی‌اعتمادی است.

همانطور که اشاره شد داشتن مادری در دسترس و پاسخگو یک ایده‌آل برای کودک به دنیا آمده است. چه چیزی از این بهتر که یک نفر باشد و همیشه و در همه حال نیازهای تو را برطرف کند. اما یک مشکل وجود دارد: در زندگی واقعی همیشه این گونه نیست که مادران در دسترس و پاسخگو باشند. برخی از کودکان در همان ابتدای تولد مادرشان را از دست می‌دهند، برخی دیگر مادر شاغل دارند، برخی دیگر مادر به اندازه



تاب‌آوری روانشناختی (همانطور که گفته شد) به توانایی افراد در مهار نیروهای درونی در تعامل و پاسخ به تقاضاهای محیطی است. هدف این توانایی مهار و تحمل نیروهای درونی در تعامل با محیط، بهینه کردن عملکرد فردی و اجتماعی فرد در شرایط و موقعیت‌های مختلف است. این محققان معتقدند که تاب‌آوری روانشناختی در سه سالگی بهتر خود را نشان می‌دهد و تا هفت سالگی به ثبات می‌رسد. آنها همچنین مطرح می‌کنند که تاب‌آوری روانشناختی یک ویژگی پیوستاری است. یعنی اینگونه نیست که فرد مقداری از این ویژگی را داشته باشد و دیگر تمام. بلکه دارای درجات مختلفی است که در زمان‌های مختلف می‌تواند تغییر کند. این ویژگی همچنین در دو سر طیف انعطاف و انطباق سازگارانه با شرایط محیطی تا شکنندگی فقدان مدیریت درست آنها متغیر است. به نظر محققان، تاب‌آوری روانی در میزان مدیریت رفتاری افراد در موقعیت‌های به ظاهر پراسترس و تهدیدکننده بدون نشان دادن رفتارهای نامناسب نقش دارد.

مدیریت کند. این ویژگی که ریشه در سبک تربیتی و خصوصیات شخصیتی افراد دارد، از ویژگی‌های مهمی است که دانشمندان روانشناسی آن را یکی از مولفه‌های سلامت روان (یا به اصطلاح بهزیستی روانی) می‌دانند. محققان بر همین اساس افراد را از نظر انواع سبک‌های تاب‌آوری روانی بررسی و تقسیم‌بندی هم کرده‌اند. متخصصان سایر حوزه‌های روانشناسی به بررسی رابطه تاب‌آوری روانی با انواع اختلالات روانی، روان‌درمانی، اضطراب و استرس، روابط بین فردی و زوجی، پیشرفت شغلی و تحصیلی و غیره نیز پرداخته‌اند.

جین بلاک و جک بلاک (۱۹۸۰) دو روانشناسی هستند که روی مفهوم تاب‌آوری روانشناختی کار کرده‌اند. آنها مطرح می‌کنند که

متوجه می‌شود که محیط، مادر و سایر افراد به نیازهای او توجهی ندارند و این خودش است که باید کاری بکند. برای همین است که معمولا در کودکان پیش دبستانی، دبستانی و یا حتی در سنین بالاتر شاهد مشکلات افسردگی، اضطراب، مشکلات بدنی ناشی از مشکلات روانشناختی، پرخاشگری در کودک و بزرگسالان، مشکلات ارتباطی و ... هستیم. این کودکان نمی‌توانند خواسته‌هایشان را به تعویق بیندازند و می‌خواهند در لحظه به آن چه می‌خواهند، برسند. در اینجا است که اصطلاحاً می‌گوییم کودک تاب‌آوری پایینی دارد؛ مسئله‌ای که به بزرگسالی نیز می‌تواند منتقل شود.

با این توضیحات به احتمال زیاد باید متوجه شده باشید که منظور از «تاب‌آوری روانشناختی» چیست. به زبانی ساده تاب‌آوری روانشناختی یعنی اینکه فرد تا چه اندازه می‌تواند در تعامل با محیط و اطرافیان، برآورده نشدن خواسته‌هایش را به تعویق بیندازد و همزمان با آن، احساسات و هیجانات ناشی از این ناکامی را





افراد با تاب‌آوری بالا سطح بالایی را در کنترل و مدیریت کارآمد رفتارهای خود و در تناسب با شرایط موقعیتی دارند.

در زندگی انرژی بیشتری دارند و فعال‌تر هستند.

کنجکاوتر، جستجوگرتر و صبورتر هستند.

در مدیریت کارآمد هیجان‌ها توانمندتر عمل می‌کنند.

معمولا برای خود برنامه‌ای دارند و سعی می‌کنند براساس ویژگی‌های شخصیتی‌شان علایق و کارهایشان را تنظیم کنند.

سطح اضطراب کمتری را تجربه می‌کنند.

معمولا مشکلات جسمانی-روانی کمتری دارند و از سلامت روان بالاتری برخوردار هستند.

هنگام مواجهه با شرایط جدید منعطف و موثر پاسخ می‌دهند.

ویژگی افراد با تاب‌آوری بالا



افراد با تاب‌آوری بالا سطح بالایی را در کنترل و مدیریت کارآمد رفتارهای خود و در تناسب با شرایط موقعیتی دارند. هنگام مواجهه با شرایط جدید منعطف و موثر پاسخ می‌دهند. در زندگی انرژی بیشتری دارند و فعال‌تر هستند. کنجکاوتر، جستجوگرتر و صبورتر هستند. معمولا برای خود برنامه‌ای دارند و سعی می‌کنند براساس ویژگی‌های شخصیتی‌شان علایق و کارهایشان را تنظیم کنند. سطح اضطراب کمتری را تجربه می‌کنند. در مدیریت کارآمد هیجان‌ها توانمندتر عمل می‌کنند. معمولا مشکلات جسمانی-روانی کمتری دارند و از سلامت روان بالاتری برخوردار هستند.

در مقابل، افراد با تاب‌آوری شکننده در موقعیت‌های استرس‌زا سطح اضطراب بیشتری را در تناسب با محیط از خود نشان می‌دهند. رفتارهای پرخاشگرانه و تکانشگرانه بیشتری دارند. بی‌قراری، عصبی بودن، آسیب پذیر و شکنندگی، انسجام شخصیتی پایین، مشکلات روانشناختی بیشتر، صبر و تحمل و سلامت روان پایین‌تر از دیگر ویژگی‌های این افراد است.

در مقابل، افراد با تاب‌آوری شکننده در موقعیت‌های استرس‌زا سطح اضطراب بیشتری را در تناسب با محیط از خود نشان می‌دهند.

رفتارهای پرخاشگرانه و تکانشگرانه بیشتری دارند.

بی‌قراری، عصبی بودن، آسیب پذیر و شکنندگی، انسجام شخصیتی پایین، مشکلات روانشناختی بیشتر، صبر و تحمل و سلامت روان پایین‌تر از دیگر ویژگی‌های این افراد است.



تاب‌آوری روانشناختی و اختلالات روانی

یکی از حوزه‌هایی که نقش تاب‌آوری روانشناختی به خوبی در آن بررسی شده است، آسیب‌شناسی روانی است. آسیب‌ها و اختلالات روانی از جمله مشکلاتی هستند که به ویژه در دنیای امروز شیوع بالایی پیدا کرده‌اند. گسترش شهرنشینی، ازدیاد جمعیت، رکود و درگیری‌های اقتصادی، افزایش مصرف مواد مخدر، توسعه جنگ و رقابت در نقاط مختلف جهان و ... از جمله مواردی هستند که با افزایش نرخ اختلالات روانی همراه بوده‌اند. اهمیت این مسئله به قدری است که در ده سال اخیر شاهد توجه ویژه سازمان‌های جهانی به افزایش بیماری‌های روانشناختی و درمان اختلال‌هایی مانند افسردگی در جهان بوده ایم. هر کدام از اختلالات روانشناختی در نوع و به شکل ویژه خود با تاب‌آوری روانی در ارتباط هستند. مطالعات انجام شده در دانشگاه‌های معتبر دنیا و در ایران نیز نشان داده اند که افراد با اختلالات روانشناختی در مقایسه با افراد عادی دارای سطوح پایین تری از تاب‌آوری روانشناختی در برابر مشکلات زندگی دارند. آنها در مقابل مشکلات زندگی روزمره شکننده‌تر هستند. راهبردهای مدیریت کاری و روانی ناکارآمدتری را استفاده می‌کنند. فرسودگی شغلی بیشتری را تجربه می‌کنند و به همین ترتیب پیشرفت کاری کمتری نیز دارند. اگر بخواهیم خلاصه کنیم، می‌توانیم بگوییم که

افراد با مشکلات روانشناختی در نشان دادن رفتارهای سازگارانه با موقعیت‌های محیطی و ایجاد تعادل بین دنیای درون روانی و برون روانی ضعیف عمل می‌کنند و همین مسئله با مشکلات فردی و اجتماعی بیشتری برای آنها همراه است.

نه تنها در افراد با اختلالات روانشناختی بلکه در افراد بدون مشکلات روانشناختی جدی نیز می‌توان شاهد تاب‌آوری روانی ضعیف بود. این بخش خود حداقل



دو شرایط مختلف را متصور است. در یک طرف ما افرادی را داریم که دارای توانمندی‌های ذاتی و اکتسابی تاب‌آوری پایین هستند. این افراد به ویژه زمانی که در موقعیت‌های مختلف به مشکل می‌خورند، رفتارهای نامناسب را از خود نشان می‌دهند. در شرایط دیگری شاهد این هستیم که شرایط خاصی باعث

کاهش تاب‌آوری افراد می‌شوند. به‌عنوان مثال، می‌توان در رده‌های سازمانی مختلف این مسئله را مشاهده کرد. افراد با مسئولیت‌های سنگین‌تر به دلایل روانشناختی مختلف فضای کاری تاب و تحملشان در مشکلات کاهش پیدا می‌کند.

علاوه‌براین، تاب‌آوری روانشناختی در حوزه‌های دیگری مانند سلامت و بهزیستی روانشناختی، عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان و دانشجویان، فرسودگی شغلی در اصناف مختلف، توانمندی‌های روانشناختی مادران با کودکان دارای مشکلات روانشناختی و معلول، خوشبینی در زندگی، روابط زوجی، روابط بین فردی، انعطاف پذیری روانشناختی، ویژگی‌های شخصیتی، عاطفه مثبت و منفی، شادکامی، خودشفقتی و امیدواری، حمایت اجتماعی، رضایت از زندگی، راهبردهای مقابله با استرس، خودکارآمدی و تنظیم هیجان، سطح کیفیت زندگی و ... نقش دارد. تحقیقات مختلف در ایران نشان داده است که تاب‌آوری روانشناختی در عملکرد روانی و اجتماعی افراد در دوران همه‌گیری کرونا نقش داشته است (لایق، قربانی، سلطان‌آبادی و همکاران، ۱۴۰۰). محققان نشان دادند که عاطفه مثبت و منفی از راه تاب‌آوری روانی باعث تاثیرگذاری مثبت و منفی در عملکرد اجتماعی می‌شود. عواطف مثبت به دلیل بهبود تاب‌آوری روانی عملکرد اجتماعی را تقویت و عواطف منفی به دلیل تضعیف تاب‌آوری روانی عملکرد اجتماعی را تضعیف می‌کنند.



تقویت تاب‌آوری

روانشناختی

نکته مهمی که در آخر درباره تاب‌آوری باید به آن اشاره کرد، آموزش، بهبود و تقویت تاب‌آوری روانشناختی است. روش‌های درمانی راهکارهایی را در اختیار ما قرار می‌دهند که می‌توانیم با استفاده از آنها میزان تاب‌آوری را دستکاری و ارتقا بدهیم. این یک امتیاز مهم است که ما انسان‌ها داریم: توانایی تغییر خود در دوره‌های مختلف زندگی. تاب‌آوری نیز از جمله ویژگی‌هایی است که ما می‌توانیم با راه‌های مختلفی آن را بهبود بدهیم. بدون شک یکی از این راه‌ها، به ویژه در مواقعی که فرد مبتلا به اختلال روانشناختی خاصی است، دریافت درمان‌های روانشناختی

مانند روان‌درمانی و مشاوره است. در موارد دیگر آموزش‌های فردی و گروهی در ارتقا مهارت‌های تاب‌آوری مفید هستند. آموزش مهارت‌های تاب‌آوری روانشناختی به ویژه در موارد خاص، در کنار روان‌درمانی بسیار کارآمد خواهد بود. نمونه‌های آن ورزشکاران، پرستاران، پزشکان، جراحان، والدین، افراد بزرگسال با مشکلات روانشناختی مزمن، کارمندان، خانواده‌ها و موارد مشابه است. انواع روش‌های روان‌درمانی و مشاوره (مانند روان‌کاری، درمان شناختی-رفتاری، درمان‌های وجودگرا و انسان‌گرا، پذیرش و تعهد، زوج‌درمانی و غیره)، روان‌درمانی‌های حمایتی، مصرف دارو، روش‌های تحریک و تعدیل عملکرد مغز (مثل rTMS، tDCS،



نوروفیدبک، بایوفیدبک)، بازتوانی توانمندی‌های ذهنی (CRT)، روابط بین فردی سالم و سبک‌های تربیتی سالم در کودکان مثال‌هایی از مواردی هستند که به بهبود و تقویت تاب‌آوری روانشناختی کمک می‌کنند. هر کدام از این درمان‌ها می‌توانند در حد خود و به روش خود تاثیرگذاری مثبت داشته باشند.



برای مطالعه بیشتر

■ علیزاده، حمید (۱۳۹۵). تاب‌آوری روانشناختی؛ بهزیستی روانی و اختلال‌های رفتاری. انتشارات ارسباران.

■ دهقانی، محسن؛ خواجه رسولی، محبوبه؛ محمدی، سمیه و عباسی، مریم (۱۳۹۱). تقویت تاب‌آوری خانواده (گذار از سختی‌های زندگی). فروما والش. انتشارات دانژه.

■ حسینی‌المدنی، سید علی (۱۳۹۵). تاب‌آوری (فردی، خانوادگی و اجتماعی) به انضمام پرسشنامه‌های فرد، جامعه و خانواده. انتشارات دانژه.

■ سیاهپوش‌ها، حمیده سادات (۱۳۹۵). سالواتور آر. مدی. انتشارات روان.

■ مقدسی، رضا و حیدری، عفت (-). مزایای تاب‌آوری. ریچارد اس‌سیتیرین و آلان ویس. انتشارات ورجاوند.

■ صارمی، علیرضا و میرسلمانی، سید باقر (-). مزایای تاب‌آوری. آل سایبرت. انتشارات روزگار.

■ فرگت، آزاده (۱۳۹۶). آموزش تاب‌آوری روانی مادران کودکان ناشنوا. انتشارات اندیشه کامیاب.

■ سفیدان جدید، کاظم؛ نورمحمدی اهری، سعیده و خاکی صدیق، فرزانه (۱۳۹۹). روانشناسی تاب‌آوری؛ از سنجش تا مداخله. انتشارات آوای نور.

■ نوربخش، یونس؛ خدایاری‌فرد، محمد؛ افروز، غلامعلی؛ حجازی، الهه؛

شکوهی‌یکتا، محسن؛ رستمی، رضا؛ حاتمی، جواد و آسایش، محمدحسن

(۱۳۹۹). ویروس کرونا؛ تاب‌آوری روانی و سلامت روان؛ راهبردهای

روانشناختی برای مقابله با اضطراب، استرس و مدیریت

سوگ. انتشارات انجمن اولیا و مربیان.

منابع

۱- لایق، هدی؛ قربانی، وجیهه؛ سلطان‌آبادی، سمانه؛ محمدپور، محسن و گواهی، سمیرا (۱۴۰۰). رابطه عاطفه مثبت و منفی با عملکرد روانی-اجتماعی در دوران پاندمی کرونا: نقش میانجیگری تاب‌آوری روانی. رویش روانشناسی. ۱۰ (۱۲). ۲۶۰-۲۵۱.

2- Block, J. H., & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. In Minnesota symposia on child psychology (Vol. 13, pp. 39-101)

درمان چندوجهی

اثر بخش تر

با کیفیت تر

پایدار تر

درمان این اختلالات به شکل چند «درمان چندوجهی» باشد. درمان مشکلات روانشناختی در طول تاریخ دوره‌های مختلفی را به خود دیده است. در برهه ای از زمان اعتقاد بر این بود که افراد با مشکلات روانی خاصی، که در آن زمان اسم‌های دیگری مانند جنون و غیره روی آنها می‌گذاشتند، دارای روح اجنه هستند و به اصطلاح «جن‌زده شده اند». این نگاه به اختلال‌های روانی در انسان نه فقط رفتارهای اجتماعی دیگران با این افراد

مطالعات عصب - فیزیولوژی

همه ما خوب می‌دانیم که تا چه اندازه اختلال‌ها و مشکلات روانشناختی، به ویژه در سال‌های اخیر، در ایران و جهان روند رو به رشدی داشته است. مشکلات اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی فشارهای روانی را بر افراد وارد کرده است که موجب دامن زدن به مشکلات بیشتری در خانواده ها، جامعه و عملکرد فردی ما شده است. امروزه بیشتر از هر دوران دیگری شاهد رشد اعتیاد در نسل جدیدتر هستیم. روابط فرا زناشویی در خانواده‌ها بیشتر شده است. رفتارهای اجتماعی ناسالم در نوجوانان تحت تاثیر رسانه‌های مختلف بیشتر شده است. صدارزش‌ها در روابط و تعاملات افراد جامعه رسوخ کرده است. تاب و تحمل افراد کاهش پیدا کرده است. شاهد خودکشی‌های متعدد هستیم. پرخاشگری‌های کلامی و فیزیکی شکل آشکارتری به خود گرفته است. جنگ، نقاط حساس دنیا را گرفته است و هر روز سربازانی با اختلالات روانشناختی بیشتری راهی بیمارستان‌های نظامی می‌شوند.

هر کدام از این مثال‌ها خود به تنهایی می‌تواند موضوع یک تحقیق علمی طولانی و عمیق باشد. اما نکته مهم فقط شناسایی و بررسی آسیب‌های روانی و اجتماعی نیست. از آنجایی که در شکل‌گیری مشکلات روانشناختی عوامل مختلف زیستی، سبک‌های فرزندپروری ناسالم، سبک‌های دلبستگی ناپایمن، استرسورهای محیطی و ... دخیل هستند، لذا لازم است شیوه

را تحت تاثیر قرار می‌داد بلکه باعث تدابیر درمانی بی‌رحمانه ای هم نسبت به آنها می‌شد. برخی آنها را در سیاه چاله‌ها نگهداری می‌کردند. برخی دیگر از اجتماع دور می‌کردند و برای اینکه شرّ روح جن‌زده به جامعه آسیب نزنند، اخراجشان می‌کردند.

حوزه به فراموشی سپرده شد. دارو درمانی یک از روش‌هایی بود که پیشرفت چشمگیری کرد؛ مخصوصاً زمانی که دانشمندان پزشکی و داروسازی توانستند داروهای مختلفی را برای مشکلاتی مانند اسکیزوفرنی، اضطراب، افسردگی و داروهای آرام بخش تولید کنند. تا اینجا دو درمان به موازات هم پیش رفتند.

هر چند دارو درمانی توانست تحولی جدی را در درمان مشکلات روانشناختی ایجاد کند، با گذر زمان اما مشکلات دیگری به وجود آمد. روانپزشکان و روانشناسان متوجه شدند که در برخی از بیماران صرفاً یک درمان پاسخگو نیست. آنها مشاهده کردند که هر چند دارو می‌تواند علائم و نشانه‌های خلالات روانی را کنترل و بهبود بخشد، اما مشکلات دیگری در عملکرد فردی مبتلایان در خانواده، سر کار و میان دوستان وجود دارد که با دارو پوشش داده نمی‌شدند. در این زمان بود که در پی تدوین روش‌های درمانی دیگری برآمدند.

برخی از محققان روش‌های درمانی جدیدی را تدوین کردند. برخی دیگر از روش‌های موازی و چندوجهی استفاده کردند. برخی دیگر از متخصصان برنامه‌های درمانی متشکل از روش‌های قبلی و جدیدی را طرح‌ریزی کردند. در این زمان بود که نیاز به پوشش همه جانبه اختلالات روانی در انسان خود را نشان داد. مسئله‌ای که نشان داد که اختلال روانی فقط یک مشکل تک بُعدی نیست. مشکل روانی اینگونه نیست که فقط خود فرد را آزار دهد. بلکه در عملکرد اجتماعی، شغلی، فردی و خانوادگی او نیز مشکل ایجاد می‌کند. در این زمان مشکل روانشناختی دیگر یک مسئله چند بعدی در نظر گرفته می‌شد. مسئله چند بعدی که باید برای پوشش هر کدام از این ابعاد تدابیر درمانی متفاوتی اندیشیده می‌شد.

پیشرفت فناوری در حوزه بررسی بدن و به ویژه مغز باعث شد تا دانشمندان درک بهتر و کامل تری را از ساختمان و فیزیولوژی بدن انسان به دست آورند. بعد از اینکه روش‌های مختلفی مانند ارزیابی‌های مبتنی بر کامپیوتر، تصویربرداری‌های مغزی، ارزیابی امواج مغزی و آزمایش‌های مختلف جسمانی ابداع شد، شناخت انسان از عملکرد مغز، تحولی جدی یافت. از این به بعد دانشمندان می‌توانستند فعالیت عصبی مغز افراد با مشکلات روانشناختی را بررسی کنند. آنها توانستند نشان دهند که تفاوت عملکرد مغز افراد افسرده، اسکیزوفرن،

با پیشرفت روش‌های علمی بررسی اختلال‌های روانی به تحولی جدی رسید. اختلال روانی دیگر یک مشکل فرازمینی و خارج از دانش انسان نبود. دانشمندان، به ویژه پزشکان و روانشناسان بالینی، روی علائم و نشانه‌ها تمرکز کردند و سعی کردند تا علت این رفتارها در انسان را شناسایی و روش‌های درمانی مختص به آنها را طراحی کنند.

یکی از پزشکان اتریشی که بعدها نام او برای همیشه در روانپزشکی، روانشناسی بالینی و درمان اختلالات روانشناختی زنده باقی ماند، زیگموند فروید بود. فروید که در اصل دانش آموخته پزشکی بود، روی بیماران روانی هیستریک تمرکز کرد. این بیماران بدون علت جسمانی خاصی، علائم و نشانه‌های جسمانی از خود نشان می‌دهند. مثلاً مسیرهای عصبی پا سالم



هستند اما فرد فلج است و نمی‌تواند راه برود. مسیرهای عصبی و عضلات چشم سالم هستند اما فرد دارای مشکلات بینایی و نابینایی است. فروید با تمرکز بر این بیماران توانست نشان دهد که علت این مشکلات نه در جسم بلکه در روان این افراد است. در همین مسیر بود که او از ناخودگاه، ناهشیاری، خود آگاه و هشیاری صحبت کرد و روش درمانی خود را تدوین کرد.

از بعد از فروید، روش‌های روان‌درمانی مشکلات روانشناختی، راه خود را مستقل از درمان‌های پزشکی و دارویی پیمود. روانپزشکان و روانشناسان بالینی به پیروی از نظریات فروید و سایر روانکاوان در پی تدوین روش‌های درمانی دیگری برآمدند. البته این به معنای آن نبود که دارو درمانی در این

تک بُعدی نیستند. اختلالات روانشناختی دارای ابعاد زیستی (که با ژنتیک و سابقه بیماری در سایر افراد خانواده رابطه دارد)، فردی، بین فردی و اجتماعی هستند. برای نمونه، اختلالی مانند افسردگی نهنها دارای پایه ژنتیکی در خزانه ژنی فرد مبتلا است بلکه علائمی را هم دارد که او را آزار می‌دهد. وجود این اختلال در فرد مبتلا باعث می‌شود تا سر کار، با دوستان، زندگی مشترک، رابطه با فرزندان و سایر اعضای خانواده خود به مشکل بخورد. هر کدام از این ابعاد خود دارای رویکردهای درمانی ویژه خود هستند. مثلاً می‌توان بعد زیستی افسردگی (عملکرد مغزی که تأثیرپذیر از ژنتیک است) را با دارو و TMS/tDCS پوشش داد،

مضطرب، کهنه سربازان PTSD و سایر افراد مبتلا با افراد سالم چگونه است. امکانی که با تحول در روش‌های درمانی جدیدی نیز همراه شد.

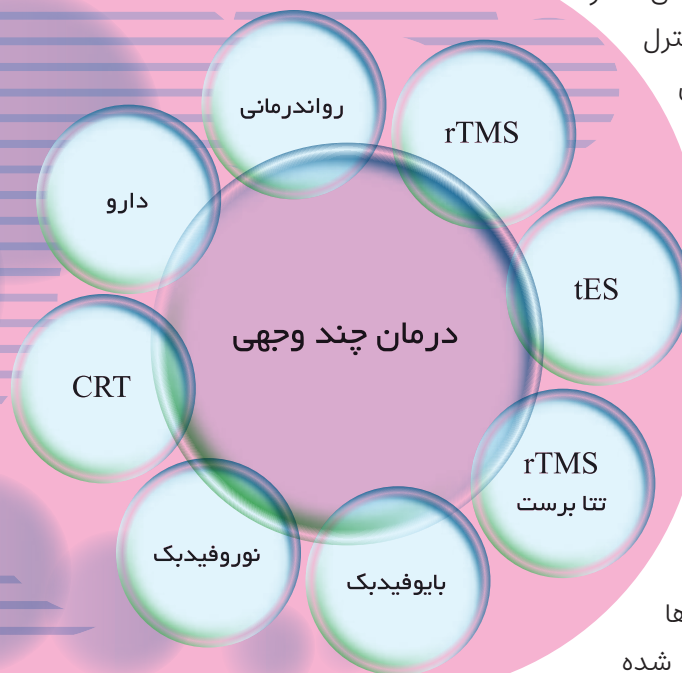
امکان بررسی عملکرد مغز و تعیین ساختارهای آن باعث شد تا در کنار دارو درمانی، که به صورت جدی متمرکز بر عملکرد سیستم عصبی است، روش‌های نوینی به جز دارو و روان درمانی برای اختلالات روانشناختی طراحی شود. در سال‌های اخیر شاهد این مسئله بوده ایم که درمان‌های دیگری مانند تحریک جریان مستقیم و متناوب فراجمجمه ای (tDCS/ tACS)، تحریک مغناطیسی فراجمجمه ای (TMS)، بایوفیدبک، نوروفیدبک، توانبخشی شناختی (CRT) و برنامه‌های

درمانی متشکل از ترکیبی از این روش‌ها در کنار روان‌درمانی و دارو درمانی برای کنترل و مدیریت مشکلات روانشناختی کودکان و بزرگسالان استفاده شده است. این روش‌های درمانی اخیر، از آنجایی که بر عملکرد مغزی به صورت مستقیم تأثیرگذاری دارند، در مواردی توانسته اند جایگزین دارو درمانی هم شوند. به ویژه اینکه بدون هرگونه عارضه جانبی و شروع اثربخشی سریع‌تر نسبت به دارو هستند.

استفاده موازی و چندوجهی از این درمان‌ها روز به روز در درمانگاه‌ها و بیمارستان‌های روانشناختی بیشتر شده است. در حال حاضر کمتر جایی هست که فقط از

یک روش درمانی استفاده کنند. اگر به درمانگاه‌های سرپایی مختلفی سر بزنید، همواره شاهد این رویکرد درمانی هستید که برای یک اختلال، روش‌های درمانی موازی و چندوجهی تجویز می‌کنند. با این حال، سوال اصلی در این زمینه این است که «چه شد که درمان مشکلات روانشناختی توسط متخصصان سلامت روان به صورت مکمل و موازی هم به کار گرفته شد؟ مگر نه این است که همه این درمان‌ها قرار است یک کار را بکنند؟» و «آیا این درمان‌ها ضرورت دارند و توانسته اند کیفیت بهبود مشکلات روانشناختی را بالا ببرند یا خیر؟».

پاسخ به این سوال‌ها به نکته ای بر می‌گردد که در سطور ابتدایی به آن اشاره کردیم؛ اینکه اختلالات روانشناختی مشکلی



بعد فردی آن را با روان‌درمانی و بعد اجتماعی و خانوادگی آن را با گروه درمانی و خانواده درمانی. در صورت نیاز به هر کدام از این درمان‌ها، به صورت ترکیبی یا همزمان، متخصصان تشخیص و برای درمان ارجاع می‌دهند.

در رابطه با بخش دوم سوال، «آیا این درمان‌ها ضرورت دارند و توانسته اند کیفیت بهبود مشکلات روانشناختی را بالا ببرند یا خیر؟»، می‌توان پاسخ «بله» داد. براساس تحقیقات دانشگاهی درمان‌های چندوجهی و موازی، هم می‌توانند علائم را بهتر کاهش دهند و هم سرعت روند درمان را تسهیل کنند. مثلاً استفاده همزمان و چندوجهی از دارو درمانی، TMS و روان‌درمانی شناختی-رفتاری (CBT) در درمان افسردگی از

سه دسته کلی دارای مشکل است. علائم بدنی، علائم فردی و علائم بین فردی. از آنجایی که افسردگی و ADHD دارای مبنای ژنتیکی هستند و با عملکرد مغز رابطه دارند، لازم است تا از یک درمان مخصوص تغییر عملکرد مغزی و سایر مشکلات بدنی (برای نمونه دارو، بایوفیدبک، TMS استفاده کرد. از سوی دیگر برای تغییر افکار، الگوهای رفتاری آسیب‌زا و مهارت‌های روابط درون فردی (شکل ارتباط فرد با خودش) نیاز به روان‌درمانی است. هر چند در جلسات روان‌درمانی نیز می‌توان مشکلات بین فردی و شغلی این فرد را پوشش داد، اما بدون شک گروه درمانی یا خانواده درمانی می‌تواند در ادامه درمان او استفاده شود.

مسئله ای که به ذهن می‌رسد این است که فرض کنیم فقط امکان یک درمان وجود داشته باشد، آن وقت چه؟ در صورتی که فقط از یک روش درمانی استفاده شود، تجربه‌های بالینی نشان داده است که احتمال نتایج درمانی ناقص بالا می‌رود. در بسیاری از موارد مشاهده شده است که صرف درمان دارویی بعد از مدتی می‌تواند با مقاومت دارویی همراه شود. بعد از پایان دوره درمان، فرد به دلیل جاری بودن عوامل ایجاد کننده اختلال در محیط و دریافت نکردن درمان‌های مبتنی بر مهارت‌های روانشناختی، با عود بیماریش روبرو شده است. این در حالی است که دریافت درمان چندوجهی همزمان می‌تواند عملکرد مغزی، مشکلات روانشناختی و مهارت‌های فرد را بهبود دهد و در خزانه رفتاری او تغییرات مثبت پایداری را ایجاد کند.

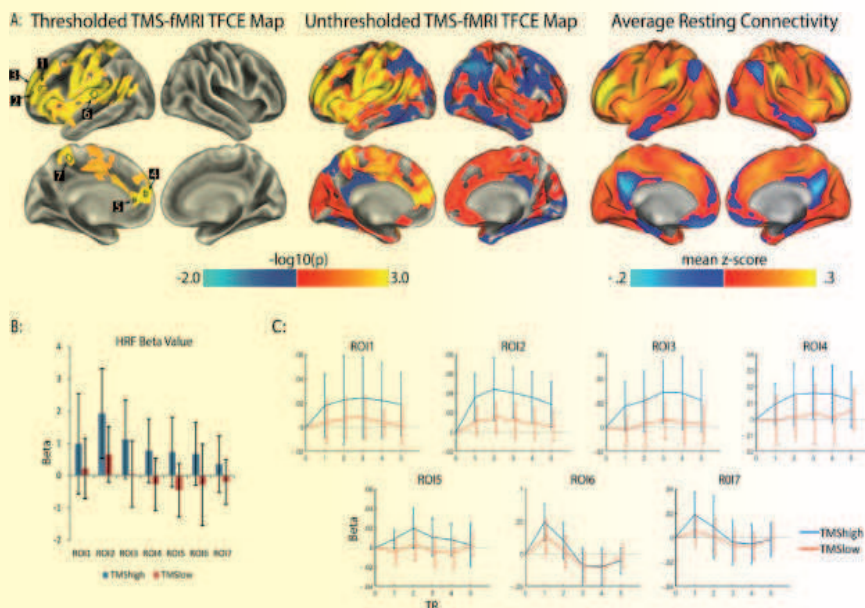
به طور خلاصه، فلسفه روش درمان چندوجهی این است که بتوان ابعاد مختلف اختلال‌های روانی را پوشش داد. روش درمان چندوجهی این امکان را برای روانپزشکان، روانشناسان بالینی، مددکاران اجتماعی و سایر متخصصان سلامت روان فراهم می‌کند تا بتوانند جنبه‌های زیستی، فردی و بین فردی هر اختلال را پوشش دهند. این روش با شرکت دادن متخصصان مختلف سلامت روان باعث می‌شود درمانی گروهی به بیماران ارائه شود تا آنها را در مدیریت بهتر مشکلاتشان یاری دهد. درمانی که نه تنها بتواند با اثربخشی بیشتر که با کیفیت بالاتری هم همراه باشد. درمانی که بتواند اثربخشی درمانی طولانی تری را بعد از پایان دوره درمان پیش بینی کند و از عود بیماری جلوگیری کند. درمانی که در نهایت با تغییری پایدار و ریشه ای در زندگی درمانجو همراه باشد.

بکارگیری تنهایی هر کدام از این درمان‌ها اثربخشی بهتری دارد. یا همانطور که تحقیقات نشان داده است، استفاده از درمان‌های چندوجهی و موازی برای درمان اسکیزوفرنی، نه تنها علائم فرد مبتلا را کاهش می‌دهد بلکه در عملکرد خانواده نیز اثربخشی مثبت دارد. این شکل از برنامه درمانی درباره بیماران هم صادق است که مبتلا به استرس پس از آسیب (PTSD) هستند. این افراد به دلیل تجربه آسیب جدی و شدیدی که داشته اند، هم از علائم جسمانی رنج می‌برند، هم از علائم روانی و هم اجتماعی. به همین دلیل است که درمانگران معمولاً از بایوفیدبک، تحریک مغزی، دارو و روش‌های مختلف روان‌درمانی برای پوشش مشکلات مختلف استفاده می‌کنند. پس می‌توان نتیجه گرفت که درمان‌های چندوجهی نه تنها می‌توانند اثربخشی درمانی را ارتقا دهند بلکه متعاقب آن باعث بهبود در کیفیت اثرگذاری درمانی نیز می‌شوند.



ذکر یک مثال دیگر در این زمینه می‌تواند اهمیت و ضرورت درمان‌های چندوجهی در اختلالات روانشناختی را به خوبی روشن کند. یک مراجع بزرگسال با اختلال‌های نقص توجه-بیش‌فعالی/تکانشگری (ADHD) و افسردگی اساسی را در نظر بگیرید. این مراجع دارای علائم و نشانه‌های کاهش انرژی، کاهش اشتها و وزن در شش ماه اخیر، مشکلات معده ای و روده ای، گرفتگی عضلانی و کوفتگی، غم و اندوه افراطی، بی‌انگیزگی و بی‌علاقگی در کارها، پوچ، بی‌معنا و تیره و تار دیدن زندگی، کاهش روابط بین فردی، مشکلات خواب، غیبت‌های مکرر سر کار، ناتوانی در حاضر شدن در جمع‌های خانوادگی و دوستانه، مشکلات حافظه و فراموش کاری، دشواری در توجه در کارها، گم کردن‌های مکرر، عصبانیت‌های ناگهانی، بی‌قراری و صبر و حوصله پایین است. همانطور که می‌بینید، این فرد در

تتا-پرست: تحولی نوین در حوزه TMS و درمان افسردگی



شاید اگر بخواهیم ادعا کنیم که بکارگیری روش‌های تحریک مغزی در درمان اختلالات روانشناختی تحولی عظیم بوده است، پر بی راه نگفته باشیم. استفاده از تحریک جریان مستقیم فراجمجمه ای (TMS) در درمان مشکلات روانشناختی گویای شروع جریانی نو در بهبود افراد با مشکلات روانشناختی بود؛ جریانی که نشان داد نه تنها دارو و روان درمانی بلکه روش‌های نوین دیگری هم هستند که محققان می‌توانند برای بهبود و ارتقای روش درمانی خود به آنها امیدوار باشند. امروزه TMS بعد از پشت سر گذاشتن حدود سه دهه از عمر خود به خوبی در مجامع علمی جایگاه خود را یافته و مورد پذیرش قرار گرفته است. درمانگاه‌های سرپایی و بیمارستان‌ها از TMS برای بهبود بیماران خود استفاده می‌کنند. به یمن این روش شروع اثربخشی مثبت سریع تر شده است، عوارض جانبی درمان کاهش پیدا کرده است و طول مدت بهبودی بیشتر شده است. اعتماد

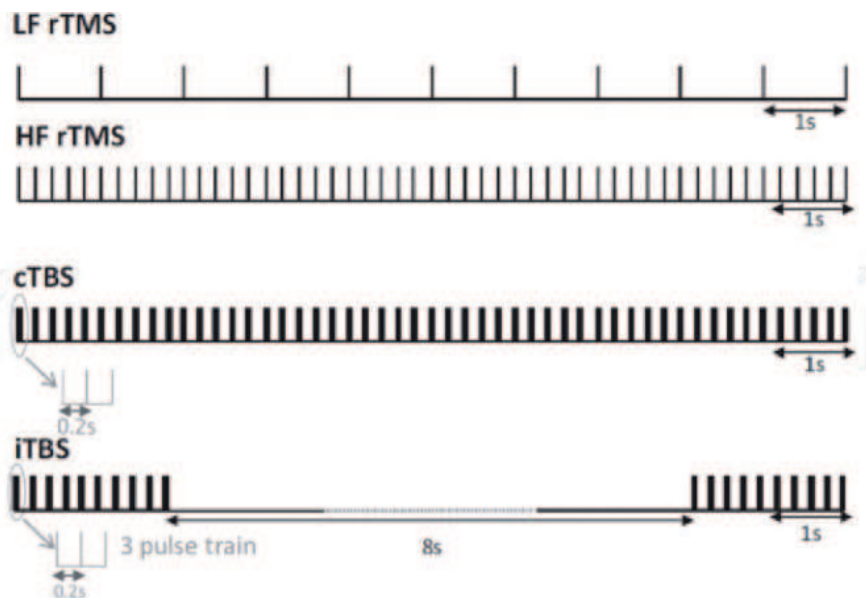
این درمان در روزهای مختلف برگزار می‌شود. مراجع برای تکمیل طول درمان خود باید جلساتی بین ۱۰-۱۵ جلسه تا ۲۰ الی ۳۰ جلسه ۳۰ دقیقه ای را پشت سر بگذارد. در این روش تعداد پالس‌های الکترومغناطیس به نواحی خاصی از مغز و از روی جمجمه داده می‌شود که دارای فواصل مشخصی از هم هستند. در این شکل مرسوم از rTMS، مراجع در طول ۳۰ دقیقه، به تعداد و زمان مشخصی پالس دریافت می‌کند.

به TMS به ویژه زمانی افزایش یافت که سازمان‌های غذا و داروی کانادا و ایالات متحده آن را به عنوان یک روش درمانی قابل اعتماد به ویژه در افسردگی تایید کردند.

همانند سایر روش‌های درمانی، TMS نیز در طول عمر خود تحولاتی را پشت سر گذاشته است. در نوع مرسوم آن درمانگران از تحریک مغناطیسی فراجمجمه ای مکرر یا به اصطلاح rTMS استفاده می‌کنند. در این روش جلسات متعددی از

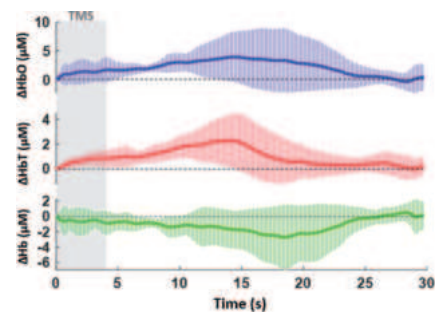
داروی ایالات متحده آمریکا درآمد. نکته مهم اینکه در حال حاضر تمرکز تحقیقات TMS نه فقط در بهبود مشکلات روانشناختی است که به سمت شناخت بیشتر ساختمان و کارکرد مغز و بهبود عملکردهای ذهنی مانند توجه، تمرکز، حافظه، هیجان و کارکردهای اجرایی در افراد بدون مشکلات روانشناختی خاص (افراد سالم) حرکت کرده است.

در سال‌های اخیر شاهد تحول روش‌های درمانی TMS در زمینه بهبود عملکرد مغز هستیم. TMS به روش تتا-برست از روش‌های درمانی در تحریک مغزی است که توانسته نظر محققان و درمانگران این حوزه را به خود جلب کند. در روش تتا-برست ما شاهد تعداد و مدت زمان جلسات کوتاه‌تر و اثربخشی درمانی مساوی یا بهتر از روش rTMS مرسوم هستیم. در روش تتا-برست یک مجموعه سه موجی از امواج ۵۰ هرتزی به مغز فرد داده می‌شود. فاصله بین این مجموعه‌های سه‌گانه ۲۰۰ میلی‌ثانیه یا ۵ هرتز است و در دامنه امواج تتا (با فرکانس ۴ تا ۸ هرتز) قرار دارد. دو شکل از تحریک در این شکل از TMS وجود دارد: ۱. نوع پیوسته یا همان cTBS و ۲. نوع منقطع یا iTBS. در نوع پیوسته امواج به صورت پیوسته به مغز داده می‌شوند. اعتقاد بر این است که این شکل از تتا-برست باعث کاهش فعالیت مغزی شود. در نوع منقطع امواج با فاصله زمانی مشخصی به مغز داده می‌شوند. اعتقاد بر این است که این شکل از تتا-برست باعث فعال‌کنندگی در مغز می‌شود.



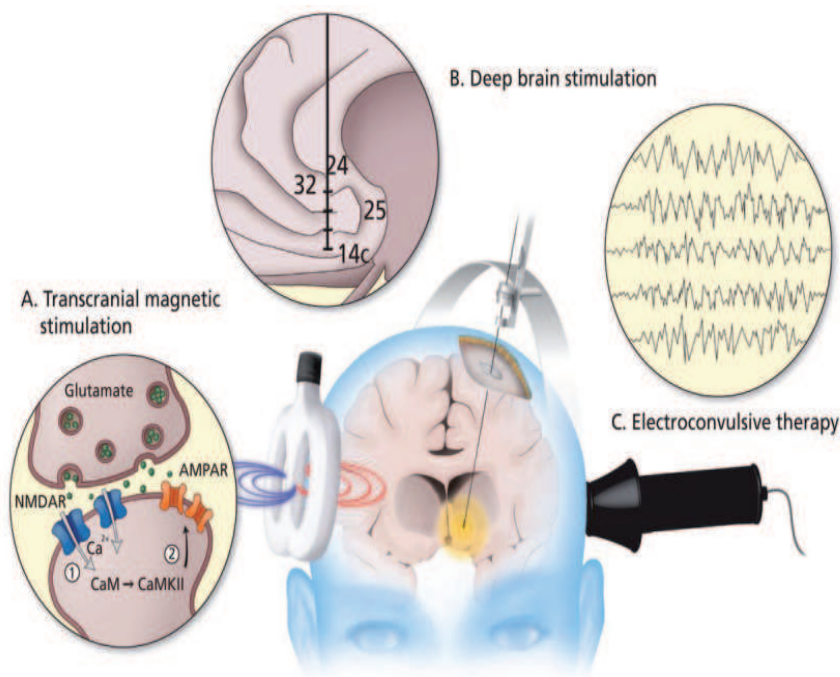
می‌کنیم که به صورت نابهنجاری فعالیتش افزایش پیدا کرده است. در هر دو حالت انتظار داریم که عملکرد مغز به حالت تعادل در بیاید و علائم مراجع رو به بهبودی رود.

در بکارگیری TMS در درمان و کمک به افراد با مشکلات روانشناختی مشاهده شده است که این روش توانسته است اثربخشی مثبت خودش را در اختلالات مختلفی نشان دهد. اضطراب، استرس پس از سانحه (PTSD)، بهبود توهمات افراد اسکیزوفرن، انواع اختلالات افسردگی (افسردگی اساسی، دوقطبی، فصلی، مزمن) و طیف اختلالات وسواس از جمله این اختلالات هستند. کاربرد مطمئن این روش به حدی بوده است که سازمان غذا و داروی کانادا و آمریکا آن را در زمینه درمان افسردگی مقاوم به درمان، به عنوان درمانی کارآمد شناخته‌اند؛ و این فقط چند سال قبل بود که کاربرد آن در اختلال وسواس مورد تایید سازمان غذا و



سپس استراحت و سپس مجدد ادامه تحریک مغناطیسی. این کار تا زمانی ادامه پیدا می‌کند که مراجع مقدار دوز درمانی مشخص امواج مغناطیسی را در هر جلسه دریافت کند. انتظار می‌رود که پس از طی شدن جلسات کامل درمانی در روند بیماری مراجع بهبودی مشاهده شود.

در روش rTMS مرسوم، ما دو نوع تحریک داریم: فعال‌کننده و بازدارنده (غیرفعال‌کننده). در حالت فعال‌کننده ناحیه ای از مغز را فعال می‌کنیم که فعالیتش به صورت نابهنجاری کاهش پیدا کرده است. در حالت دوم، ناحیه ای را غیرفعال



نقاط مشترک

۱. هر دو به وسیله یک دستگاه و به شکل یکسانی اعمال می‌شوند.
۲. هر دو در درمان اختلال افسردگی کاربرد ویژه‌ای دارند.
۳. هر دو بر یک نقطه مغزی مشابه اعمال می‌شوند که ناحیه پیش پیشانی خلفی-جانبی چپ است.
۴. هر دو به صورت ایمن و قابل اعتمادی در بیماران سرپایی به کار می‌روند.
۵. هر دو به یک اندازه اثربخشی مثبت دارند.
۶. هر دو از سوی سازمان غذا و دارو به عنوان درمانی قابل اعتماد تایید شده‌اند و در دنیا به عنوان درمان‌های اساسی در بهبود علائم افسردگی شناخته شده‌اند.

نقاط متفاوت

۱. در تتا-برست متناوب از امواج با فرکانس بالاتری در دستگاه TMS استفاده می‌شود. در حالی که بیشتر دستگاه‌های TMS جدیدتر می‌توانند هر دو نوع روش را اعمال کنند، با این حال، دستگاه‌های قدیمی وجود دارند که امکان اعمال تحریک تتا-برست را ندارند.
۲. مدت زمان دو روش متفاوت هستند. در حالی که مدت زمان یک جلسه rTMS مرسوم بین ۲۰ تا ۳۰ دقیقه است، در روش تحریک تتا-برست متناوب شاهد مدت زمانی به اندازه ۳ دقیقه هستیم.

برای مطالعه بیشتر

- رابرت اچ. بلمیکر و مارک اس جورج (۱۳۹۷). تحریک مغناطیسی فراجمجه‌ای در پژوهش و درمان. ترجمه رضا رستمی، رضا کاظمی، ساناز خمایی و محمد حبیب‌نژاد. انتشارات دانشگاه تهران.
- پل بی. فیتز جرال و زدجف داسکالاکیس (۱۳۹۶). درمان تحریک مکرر مغناطیسی فراجمجه‌ای (rTMS) برای اختلالات افسردگی: راهنمای عملی. ترجمه رضا رستمی و رضا کاظمی. انتشارات دانشگاه تهران.
- Lizbeth Cárdenas-Morales (2011). Theta-burst stimulation over the human motor cortex:: From electrophysiology to functional neuroimaging. Suedwestdeutscher Verlag fuer Hochschulschriften.

منابع

- Chung, S. W., Hoy, K. E., & Fitzgerald, P. B. (2015). Theta-burst stimulation: A new form of TMS treatment for depression? Depression and anxiety, 32(3), 182-192.
- Oberman, L., Edwards, D., Eldaief, M., & Pascual-Leone, A. (2011). Safety of theta burst transcranial magnetic stimulation: a systematic review of the literature. Journal of Clinical Neurophysiology, 28(1), 67.
- Nyffeler, T., Wurtz, P., Lüscher, H. R., Hess, C. W., Senn, W., Pflugshaupt, T., ... & Müri, R. M. (2006). Repetitive TMS over the human oculomotor cortex: comparison of 1-Hz and theta burst stimulation. Neuroscience letters, 409(1), 57-60.

سوگیری‌های شناختی

باورهای سمی با پیامدهای جدی

آنها دارند. آنها در زمینه آسیب‌شناسی روانی معتقد هستند که علاوه بر نقش عوامل زیستی و ژنتیک، این باورها و عقاید خاص هستند که نقش کلیدی را بازی می‌کنند و برای شناخت بهتر آنها باید روی این باورها تمرکز کرد. مدل اصلی و اساسی هم که از آن حمایت می‌کنند «مثلث باور، هیجان، رفتار» است. آنها بیان می‌کنند که ساختار انسان از سه بخش اصلی تشکیل شده است که در یک مثلث خلاصه می‌شود. در یک راس از این مثلث باورها قرار دارند. باورها در واقع مهم‌ترین راس این مثلث هستند. در راس دیگر این مثلث هیجان‌ها قرار دارند. هیجان‌ها احساساتی هستند که به صورت بدنی و روانی تجربه می‌شوند و به تجربه ما رنگ و بو می‌دهند. راس دیگر مثلث که بعد از دو راس دیگر قرار می‌گیرد، رفتارها هستند. رفتارها بعد از اینکه باورها و هیجان‌ها شکل گرفتند، به صورت حرکتی تجلی می‌یابند و ما به صورت فیزیکی آن را می‌بینیم.

روانشناسان شناختی حوزه آسیب‌شناسی و درمان معتقد هستند که باورها روی دو راس دیگر هیجان و رفتار تاثیرگذار هستند. آنها معتقد هستند که انسان‌ها براساس باورها و اعتقاداتی که دارند با دیگران و محیط بیرون ارتباط برقرار می‌کنند. آنها بیان می‌کنند که انسان‌ها براساس باورهایشان از رویدادهای دنیای بیرون از خودشان برداشت‌ها و تعبیرهایی می‌کنند که روی نوع هیجان و رفتار بعدی نقش تعیین‌کننده‌ای دارند. در واقع باورها همه آن چیزی هستند که باید نقششان در مشکلات مختلف بررسی و رابطه آنها با هیجان‌ها و رفتارها تبیین شود. باورها، عقاید و نگرش‌ها همه آن چیزی هستند که نقش مرکزی را دارند.

یکی از جنبه‌هایی که روانشناسان در رابطه با باورهای مختلف به آن توجه کرده‌اند، منطقی و غیرمنطقی بودن باورها هستند. این روانشناسان معتقد هستند که می‌توان باورها را به دو دسته کلی منطقی و غیر منطقی تقسیم بندی کرد. آنها

بحث و بررسی درباره سوگیری‌های شناختی یکی از جالب‌ترین بحث‌ها در حوزه روانشناسی است؛ اینکه ذهن ما چگونه با باورهای نادرست، یا به تعبیر ما «باورهای سمی»، درباره خودمان، دیگران و جهان فکر می‌کند و چگونه این باورها باعث رفتارهای مختلف در ما می‌شوند. قبل از هر چیز لازم است درباره کلمه شناخت توضیحاتی داده شود.

کلمه «شناخت» در روانشناسی با توجه به بافتی که در آن به کار می‌رود، دارای معانی مختلفی است. یکی از معانی این کلمه ساختارهای ذهنی و فرآیندهای دخیل در آنها است. ذهن ما دارای ساختارهای مختلفی است. توجه، تمرکز، انواع حافظه (کوتاه مدت، بلند مدت، کاری)، حل مسئله، برنامه ریزی، انعطاف پذیری، بازداری و غیره از جمله این ساختارها هستند. به نحوه عملکرد هر کدام از این ساختارهای ذهنی «فرآیند شناختی» می‌گویند. برای نمونه نحوه کدگذاری در حافظه بلند مدت به صورت کلامی و غیرکلامی، حرکتی و غیره نمونه‌هایی از فرآیندهای شناختی هستند. در روانشناسی شناختی، منظور از شناخت همین تعبیر اخیر است.

در بافت آسیب‌شناسی و روان درمانی اختلالات روانی اما تعبیر دیگری برای شناخت وجود دارد. در این حوزه منظور از شناخت، باورها و نگرش‌هایی است که هر فرد در زندگی خود دارد. در این فضا شناخت هر آن چیزی است که در طی رشد و تحول خود در زندگی به عنوان باور، عقیده و نگرش برای خود تعریف کرده ایم. در همین رابطه، منظور از کلمه شناخت در «روان درمانی شناختی-رفتاری، CBT» نیز اشاره به باورها و عقایدی است که افراد دارند و با پیامدهای هیجانی و رفتاری همراه است.

روانشناسان شناختی-رفتاری از یک فرضیه هسته ای در رابطه با باورها و عقاید پیروی می‌کنند. آنها معتقدند که هسته اصلی شخصیت انسان‌ها، باورها و عقایدی است که



تعریف واقعیت است.

مسئله ای که در متون

مختلف از آن با عناوین

مختلفی مانند «تعریف‌های

شناختی»، «باورهای شناختی

غیرسازگارانه» و «سوگیری شناختی» یاد می‌کنند. سوگیری

شناختی در واقع فیلتر ذهنی متشکل از باورهای مختلفی

است که در تعامل و رویارویی با محیط بیرون از فرد (دیگران

و سایر رویدادها) باعث تحریف واقعیت می‌شود. مثلا فرض

کنید فردی معتقد است که او همواره و در تمامی شرایط

آدم بدشانسی است. به نظرتان اگر او مجبور باشد برای یک

مصاحبه شغلی آماده شود، چه احساسی خواهد داشت و

چه رفتاری را از خودش نشان خواهد داد؟ بدون شک او برای

آماده شدن و رفتن به مصاحبه احساس ترس و دلهره خواهد

کرد. خود را فردی بازنده در این کار خواهد دید و به تناسب آن

پرهیز از رفتن به مصاحبه و بی‌توجهی به زمان و تاریخ آن را در

پیش خواهد گرفت. در واقع او به دلیل باور غلط و غیرمنطقی

که دارد، درکش از واقعیت به صورت پیش فرض «بدشانسی

بودن و موفق نشدن در کارها» است. برای همین از هر کاری

که شایستگی او را به چالش بکشد، می‌ترسد و از روبرو شدن

با این موقعیت‌ها پرهیز می‌کند. او برای موفقیت و قبولی در

مصاحبه هم تلاشی نمی‌کند. فرد مثال ما به صورت از قبل

مشخص شده، باور غلطش را به رویدادهای بیرون از خودش

ربط می‌دهد و برای همین به جای بررسی موقعیت و آماده

شدن، درکش از واقعیت، شکست از پیش تعیین شده است.

این فرد به دلیل باور اشتباه و غیرمنطقی که دارد، واقعیت

بیرونی را آن گونه که هست نمی‌بیند بلکه آن گونه می‌بیند که

خودش تصور می‌کند. این همان چیزی است که روانشناسان از

آن به عنوان اثرگذاری منفی سوگیری‌های شناختی یا به تعبیر

ما «باورهای سمی» یاد می‌کنند.

روانشناسان باور دارند که باورهای غیرمنطقی و هسته

ای در افراد علت ایجاد اختلالات روانشناختی هستند. افراد

با اختلال‌های روانشناختی دارای باورهای غیرمنطقی رایجی

نسبت به خود، دیگران و جهان هستند که موجب اختلالاتی

مانند افسردگی، اضطراب تعمیم یافته، وسواس فکری-عملی

و غیره می‌شود. آنها مطرح می‌کنند که این باورها به اندازه‌ای

مبنای این تقسیم بندی را میزان تطابق هر باور با واقعیت

می‌دانند. اگر باوری با واقعیت منطبق باشد، می‌توان گفت که

منطقی است. در صورتی که شاهد یک اشتباه در تعبیر و تفسیر

فرد باشیم، می‌توان گفت که این باور غیرمنطقی، ناسازگارانه و

آسیب زننده است. در همین زمینه است که از علم منطق نیز

کمک می‌گیرند. مثلا انواع مغالطات منطقی در باورها را مد نظر

دارند و در صورت وجود در شیوه تفکر فرد به آنها توجه می‌کنند.

نکته مهمی که در این زمینه وجود دارد، پیامدهایی است

که این باورها با خود به همراه می‌آورند. در روش‌های درمانی

شناختی-رفتاری اعتقاد بر این است که باورهای منطقی،

هیجان‌های سازگارانه با شرایط و رویدادهای بیرونی را به همراه

دارند که این خود باعث بروز رفتار منطبق با واقعیت می‌شود.

مثلا اگر فردی در مسابقه ای نفر اول شود، این موفقیت را

حاصل تلاش خودش می‌داند و بنابراین خوشحال هم می‌شود.

او براساس این باور و هیجان رفتاریهایی مانند خنده، آرامش

و تلاش بیشتر برای مراحل بعدی را از خود نشان خواهد داد.

در مقابل باورهای منطقی، باورهای غیرمنطقی قرار دارند

که با هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگارانه با محیط و

رویدادهای آن همراه هستند. این در واقع یک ویژگی مهم از

ذهن ما انسان‌ها است که بیشتر افراد به آن توجهی ندارند. در

حقیقت ذهن ما به همان اندازه که می‌تواند منطقی باشد، به

همان اندازه و چه بسا بیشتر از آن استعداد تفکر غیرمنطقی

دارد. تفکرات غیرمنطقی که با هیجان‌ها و پیامدهای رفتاری

غیرمنطقی در پاسخ به رویدادهای بیرونی همراه است. اتفاقا

بر همین اساس است که روانشناسان به باورهای غیرمنطقی

بیشتر از باورهای منطقی توجه کرده‌اند. از آنجایی که باورها و

عقاید غیرمنطقی با هیجان‌ها و رفتارهای آزارنده برای خود و

دیگران همراه است، نیازمند توجه ویژه تری است.

علاوه بر اهمیت تاثیرگذاری باورها روی هیجان‌ها و رفتار

افراد، دیگر کارکردها و شیوه عملکرد آنها در سازمان ذهنی

انسان نیز توجه ویژه ای را به خود جلب کرده است. روانشناسان

اظهار می‌کنند که باورها، به ویژه باورهای غیرمنطقی، در بیشتر

موارد باعث تعریفی غیرواقعی و اغراق آمیز از وقایع می‌شوند.

آنها به صورت خودکار وارد آگاهی می‌شوند و خود را کاملا

منطقی به فرد می‌نمایانند. امکان کنترل ارادی روی این افکار

در بیشتر موارد دشوار است (مثلا در اختلال وسواس فکری که

عقاید و باورهای غیرمنطقی به صورت خودکار و غیر قابل کنترلی

وارد ذهن فرد می‌شوند) و از همه مهم‌تر اینکه با هیجان‌ها و

رفتارهای ناخوشایند همراه هستند.

پیامد جدی که باورهای شناختی برای افراد دارند، مسئله



به مطالب قبلی محدود نمی‌شود. باورهای مختلف در روابط بین فردی، خانوادگی و زوجی نیز اثرات خود را نشان می‌دهند و پیامدهای مثبت و منفی مختلفی به همراه دارند. در این میان این سوگیری‌های شناختی (همان باورها، عقاید و نگرش‌های غیرمنطقی) هستند که نقش مهم تری دارند؛ چراکه تاثیرگذاری منفی بیشتری هم دارند. در مقابل، باورها و عقاید منطقی و سازگارانه نیز دارای پیامدهای مثبتی هستند که با سلامت روان و رضایت از زندگی بیشتری هم همراه هستند.

با توجه به اهمیتی که سوگیری‌های شناختی در ساختار روانی افراد دارند، لازم است تا از آنها آگاهی داشته باشیم. آگاهی از تحریف‌های شناختی مختلف در زندگی روزمره باعث می‌شود تا اثرگذاری آنها خنثی شود و فرد در برخورد با اتفاقات زندگی با هیجان‌های بهتر و رفتارهای سازگارانه تری برخورد کند. آگاهی از سوگیری‌های شناختی می‌تواند از اثرگذاری خودکار آنها روی دو راس دیگر مثلث (هیجان و رفتار) جلوگیری و مهارشان را امکانپذیر کند. این آگاهی و به چالش کشیدن می‌تواند از اغراق آمیز بودن و قاطعانه بودن آنها جلوگیری کرده و احساسات و رفتارهای سازگارانه‌ای را ایجاد کند. در ادامه به انواع سوگیری‌های شناختی اشاره خواهد شد.

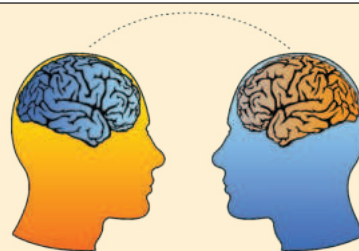
بانفوذ هستند که حتی از نسلی به نسلی دیگر منتقل می‌شوند. مثلا والدین عقاید و باورهای خود را به فرزندانشان و آنها نیز در صورت فقدان تغییر این باورها، آنها را به نسل بعد از خود انتقال می‌دهند. یکی از دانشمندان این حوزه مارتین سلیگمن است. سلیگمن در کتابی با عنوان «خوشبینی آموخته شده» توضیح می‌دهد که چگونه برداشت‌ها و عقاید والدین در دوران رشد و تحول کودک باعث شکل‌گیری نوع تعبیر و تفسیر کودک از رویدادهای زندگی می‌شود. او معتقد است که تمرکز روی تفکر منطقی در سبک تربیتی والدین و آموزش خوش بینی واقع بینانه به کودکان می‌تواند در جلوگیری از مبتلا شدن به افسردگی در سال‌های بعدی اثرگذاری مثبتی داشته باشد. تحقیقات دیگری نشان داده اند که این شکل از تربیت در بهبود سطح سلامت و بهزیستی روانشناختی دوران‌های بعدی زندگی نقش مثبتی دارد.

کار باورهای منطقی و غیرمنطقی (سازگارانه و ناسازگارانه)

انواع سوگیری‌های شناختی

در سوگیری شناختی ذهن خوانی، فرد از نگاه خودش تیّات، احساسات، باورها و رفتارهای دیگران را توضیح و حدس می‌زند. آنها علاوه بر اینکه نظرات خودشان را به دیگران نسبت می‌دهند بلکه از آن مهم‌تر این است که معمولا قضاوت‌های منفی می‌کنند. به همین دلیل هیجان‌ات منفی بیشتری را هم تجربه می‌کنند. برای نمونه، فردی رفتار سرد دیگری را اینگونه تعبیر می‌کند که او ازش خوشش نمی‌آید. این در حالی است که این سردی می‌تواند صرفا به خاطر خجالتی بودن طرف مقابل باشد.

سوگیری ذهن خوانی:



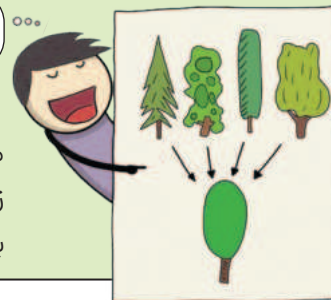
سوگیری بی‌توجهی به جنبه‌های مثبت رویدادها و وقایع مختلف:

در این شکل از تحریف شناختی، فرد به صورت خودکار رخدادها مثبت را در نظر نمی‌گیرد. در صورتی هم که بدان‌ها توجه کند، آنها را ناچیز می‌بیند. این افراد معمولا روی جنبه‌های منفی تمرکز دارند و بیشتر رویدادها را منفی‌نگرانه تعبیر می‌کنند. مثلا فردی را در نظر بگیرید که کاری را هر چند نه عالی ولی به اندازه کافی خوب انجام داده است. دیگران هم به این موضوع اذعان داشته اند. اما او همواره تاکید می‌کند که این جنبه‌های منفی کار است که مهم هستند و جنبه‌های مثبت قابل توجه نیستند.



سوگیری شناختی تعمیم افراطی:

در این شکل از سوگیری شناختی فرد یک باور اشتباه در یک موقعیت خاص را به تمامی موقعیت‌های دیگر تعمیم می‌دهد. مثلاً فرد ضعفش در عملکرد تحصیلی را به سایر حوزه‌های زندگی مانند عملکرد شغلی، دوست‌یابی، مدیریت روابط و رابطه زوجی‌اش تعمیم می‌دهد. او باور دارد که در تمامی حوزه‌های زندگی مانند تحصیل ناتوان است.



سوگیری تفکر همه یا هیچ (تفکر سیاه و سفیدی):



تفکر همه یا هیچ پایه و اساس کمال‌گرایی در انسان است. افراد در این شکل از سوگیری شناختی معتقدند که یک کار را یا باید تمام و کمال انجام داد یا در غیر این صورت اصلاً کاری نکرده‌ای. آنها اعتقادی به حد وسط ندارند. رنگ خاکستری وجود ندارد. همه چیزها یا سفید هستند یا سیاه. معمولاً در افراد با اختلال شخصیت مرزی این شکل از تفکر خیلی واضح است. آنها افراد را یا خوب یا بد می‌بینند. این در حالی است که هر کسی جنبه‌های مثبت و منفی خاص خود را دارند. در واقع افراد خاکستری هستند اما افراد با این سوگیری شناختی دو قطب افراطی را می‌بینند.

سوگیری فیلتر ذهنی:

در این سوگیری شناختی فرد فقط اجازه ورود به اطلاعات خاصی را به ذهنش می‌دهد. مثلاً فرد فقط باورهای منفی را جذب می‌کند و توجهی به جنبه‌های دیگر ندارد. این سوگیری شناختی با سوگیری شناختی بی‌توجهی به امر مثبت می‌تواند هم‌پوشانی داشته باشد.



سوگیری پیش‌گویی:

در سوگیری شناختی پیش‌گویی، فرد همواره باورهای منفی خود را به آینده منتقل می‌کند. او شروع به منفی‌بافی آینده‌نگرانه می‌کند. مثلاً در رابطه با امتحان به خود می‌گوید که نمره کمی خواهد گرفت. در مسابقات ورزشی شکست خواهد خورد. یا مثلاً بلیط‌گیرش نخواهد آمد.



سوگیری استدلال احساسی یا هیجانی:



معنای این سوگیری این است که فرد تحت تاثیر احساساتی که دارد، درباره رویدادهای مختلف قضاوت می‌کند. مثلاً فردی غمگین است و به همین دلیل همه چیز را پوچ و بی‌معنا می‌بیند؛ یا مثلاً فردی به دلیل ترسی که از حیوانات دارد، می‌ترسد که گربه‌های خیابان به او حمله کنند. به همین دلیل همواره از گربه‌ها فرار می‌کند یا مثلاً اگر جایی گربه باشد راهش را کج می‌کند. بنابراین ترس استدلال او را تحت تاثیر قرار می‌دهد و باورهای غیرمنطقی و ناسازگار با واقعیت، بر ساختار قضاوتی فرد مسلط می‌شوند.

سوگیری شناختی بایدها و نبایدها یکی از سوگیری‌هایی است که بسیار با هنجارهای اجتماعی و ارزش‌های خانوادگی ارتباط دارد. در این سوگیری شناختی فرد قوانینی را برای خود دارد که پیروی کردن از آنها را واجب می‌داند و پیروی نکردن از آنها را منفی تلقی می‌کند. برای نمونه فردی معتقد است که حتما باید تحصیلاتش را در یک دانشگاه سطح بالا تمام کند. این در شرایطی است که امکان این مسئله برای او وجود ندارد. یا مثلا دانش آموزی معتقد است که باید در تمامی امتحان‌ها ۲۰ بگیرد. در حالی که چنین بایدی واقعا یک ضرورت در زندگی افراد نیست. در مواردی این باورهای «نبایدها» هستند که مشکل ساز می‌شوند. مثلا فردی معتقد است که دوستش نباید در هیچ شرایطی با او بحث کند و با دیدن این رفتار در او عصبانی می‌شود.

سوگیری بایدها و نبایدها:



سوگیری بزرگ‌نمایی و کوچک‌نمایی:



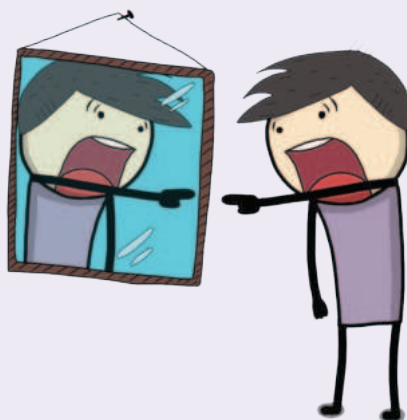
در این سوگیری شناختی فرد مسائل و رویدادها را بیشتر از آنچه هست بزرگ یا کوچک تفسیر می‌کند. مثلا گرفتن یک نمره متوسط در درس ریاضی را یک شکست بزرگ برای خودش تلقی می‌کند. یا باخت در یک مسابقه درون باشگاهی گشتی را شکست در مسابقات کشوری تعبیر می‌کند. در مواقعی فرد یک مشکل جدی را کوچک جلوه می‌دهد. دانش آموزی ضعف در ریاضی خود را کوچک جلوه می‌دهد و معتقد است که می‌تواند با عملکرد خوب خود در سایر دروس این ضعف را پوشش دهد.

سوگیری برچسب زنی:

سوگیری برچسب زنی به این معنا است که فرد با استفاده از یک سری کلمات به خود برچسب می‌زند. مثلا یک فرد افسرده خود را تنبل و بی‌عرضه می‌داند. برچسب زنی از جمله سوگیری‌های شناختی است که افراد برای نامیدن و برچسب زدن دیگران از آن استفاده می‌کنند. مثلا والدین یک کودک را بی‌ترتیب، دیگری را زرتنگ و یکی دیگر را آرام و ساکت تعریف می‌کنند.



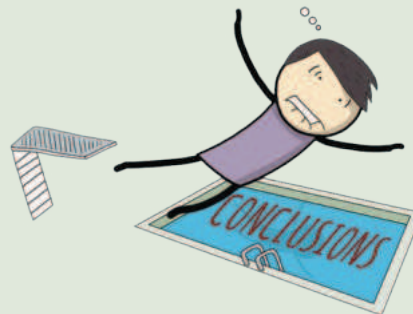
سوگیری شخصی سازی:



سوگیری شخصی سازی به این معنا است که فرد مسائل و مشکلات را به خودش نسبت می‌دهد. مثلا یک فرد افسرده خود را مسئول رویدادهای منفی خارج از کنترل خودش می‌داند. یا یک مادر خود را مسئول بیش‌فعالی فرزندش ببیند و این در حالی است که این اختلال یک مشکل ژنتیکی است و در بیشتر موارد ابتدا به آن خارج از کنترل والدین است.

سوگیری نتیجه‌گیری زود هنگام:

در سوگیری نتیجه‌گیری زود هنگام فرد با شتاب و عجله درباره وقایع نتیجه‌گیری می‌کند. نکته این سوگیری در آن است که نتیجه‌گیری منفی است و با واقعیت تطابق ندارد. مهندسی در حال انجام یک پروژه سد سازی است و در حین کار یکی از بخش‌های ساخت و ساز با مشکل مواجه می‌شود. او سریع نتیجه می‌گیرد که باید این پروژه را تحویل دهد تا از ضرر بیشتر جلوگیری کند.



سوگیری شناختی کنترل:

در سوگیری شناختی کنترل، فرد معتقد است که روی جریان‌های زندگی و اتفاقات روزمره کنترل ندارد. فرد در این سوگیری معتقد است که یک نیروی بیرونی است که کنترل اوضاع را بر عهده دارد و معمولاً هم با اتفاقات ناخوشایند برای او همراه است. برای نمونه فردی برای مسافرت می‌خواهد راهی فرودگاه شود. او معتقد است که وقتی کاری را می‌کند، همواره یک اتفاق و رویدادی پیش خواهد آمد که برنامه او را به هم بریزد. برای همین تا زمان پرواز و پریدن هواپیما اضطراب این را دارد که به پرواز نرسد.



سوگیری شناختی انصاف:

در این سوگیری شناختی افراد باور دارند که در دنیا باید انصاف وجود داشته باشد. این در شرایطی است که امکان انصاف در دنیا واقعاً امکانپذیر نیست. برای همین زمانی که شاهد بی‌انصافی‌های مختلف هستند و عدالت را نمی‌بینند، هیجانات منفی و رفتارهای ناسازگارانه از خود نشان می‌دهند.



سوگیری «اگر... نشه، چی»:

نام دیگر این سوگیری شناختی «خطای نَگنه» است. در این سوگیری شناختی فرد شرایطی را متصور می‌شود که موفقیتش وابسته به آن است. در این شرایط سوگیری شناختی «اگر... نشه، چی؟» به جای تمرکز روی شرایط و موقعیت واقعی بر روی‌اتفاق افتادن یا نیفتادن شرایطی تمرکز می‌شود که از کنترل او خارج است. این سوگیری شناختی در افراد اضطرابی و وسواس فکری بسیار شایع است. آنها معمولاً رویدادهای مختلف را به صورت وسواس گونه ای نشخوار ذهنی می‌کنند و احتمال روی دادن یا ندادن وقایع مختلف را مرور می‌کنند. در حالی که هیچ کنترلی هم روی آنها ندارند.





بدون شک سوگیری‌های شناختی ذکر شده در اینجا تمامی انواع سوگیری‌ها و تعریف‌های شناختی را پوشش نمی‌دهد. به تناسب هر کسی می‌توان انواعی از عقاید و باورهای اشتباهی (همان سوگیری‌های شناختی، باورهای سمی) را شناسایی کرد که باعث برداشت اشتباه از محیط و واقعیت زندگی می‌شوند. این نیز مهم است تا بدانیم که اینگونه نیست که فردی فقط یک نوع از این سوگیری‌ها را داشته باشد؛ بلکه ما همواره شاهد هستیم که افراد معمولاً دارای سازمان و آرایشی خاص از سوگیری‌های شناختی هستند. این به گونه ای است که فرد هر سوگیری را در تناسب با سایر سوگیری‌ها و نظام اعتقادی خود انتخاب می‌کند و همه آنها را نیز درست می‌پندارد. همین مسئله است که باعث شده است تا روانشناسان روی دسته‌ها و گروه‌های سوگیری شناختی در افراد با اختلال‌های مختلف بآیند. مثلاً سوگیری‌های شناختی افراد افسرده با مضطرب متفاوت است. یا برای نمونه سوگیری شناختی یک فرد با اختلال وسواس فکری-عملی با سوگیری فردی با اختلال افسردگی دو قطبی متفاوت است. نکته دیگر اینکه این سوگیری‌ها می‌توانند با هم همپوشانی داشته باشند. برای همین تصور یک استقلال کامل بین سوگیری‌های شناختی دور از انتظار است.

چه باید کرد؟ روانشناسان شناختی-رفتاری (CBT) که به صورت ویژه در حوزه آسیب‌شناسی روانی و درمان کار می‌کنند، معتقد هستند که درمان یعنی شناسایی تعریف‌های شناختی، بازتاب دادن آن به فرد و تغییر آن به باور و اعتقادی سازگار. این روانشناسان معتقد هستند که در صورت اصلاح باورهای اشتباه، سوگیری‌های شناختی اصلاح می‌شود و در نتیجه فرد هیجان‌ات سالم تری را تجربه می‌کند و در پاسخ به موقعیت‌های محیطی سازگاران‌ه برخورد می‌کند. آنها روش‌های مختلفی را طراحی و در کاربست‌های بالینی استفاده می‌کنند. دو روش «پرسشگری سقراطی» و «روش ABC» از جمله این کاربست‌ها هستند.

در روش پرسشگری سقراطی ابتدا باور اشتباهی که الزام آور و موجب هیجان‌ات و رفتارهای ناسازگاران‌ه می‌شود، شناسایی می‌شود. سپس درمانگر با پرسیدن سوال‌هایی که این نظر را با چالش روبرو می‌کند، درمانجو را به سمتی می‌برد تا متوجه اشتباه بودن این باور خود و پیامدهایش شود. برای نمونه، مراجعی مطرح می‌کند که از دنیا خسته شده است و برای همین دیگر تاب تحمل آن را ندارد. درمانگر از او می‌پرسد که چرا اینگونه فکر می‌کند. او در جواب اشاره می‌کند که هر روز شاهد ناعدالتی‌های فراوانی در جامعه است که با گسترش فقر و بدبختی بیشتر همراه است.

درمانگر با کاوش بیشتر متوجه می‌شود که درمانجو یک اعتقاد بنیادین دارد و آن این است که «عدالت در دنیا وجود دارد و باید به صورت تمام و کمال اجرا شود». درمانگر با به چالش کشیدن این اعتقاد به امکان تحقق عدالت کامل در دنیا سعی می‌کند تا درمانجو را متوجه نسبی بودن و ناممکن بودن تحقق عدالت در دنیا بکند. مسئله ای که می‌تواند با دیدن واقعیت، تجربه هیجانی و برخورد درست با این واقعیت تلخ جهان همراه شود.

در روش ABC، ابتدا موقعیت‌ها و شرایطی را مشخص می‌کنیم که باعث فعال شدن رفتارها و احساسات ناراحت کننده در درمانجو شده است (همان A). سپس عقاید و باورهای غیرمنطقی را مشخص می‌کنیم که در این موقعیت‌ها به ذهن درمانجو خطور می‌کنند (همان B). در آخر پیامدها و نتایجی که این باورها در این موقعیت‌ها با خود به همراه دارند به درمانجو انعکاس داده می‌شود (همان C). سپس روی باورهای غیرمنطقی تمرکز می‌شود، به چالش کشیده می‌شوند و با عقاید درست و منطبق با واقعیت جایگزین می‌شوند. این روش مخصوصاً می‌تواند به عنوان مهارتی به کار گرفته شود که فرد خود می‌تواند با مطالعه و آگاهی از انواع سوگیری‌های شناختی و افکار غیر منطقی آنها را در موقعیت‌های مختلف شناسایی و یادداشت کند. روی آنها تمرکز و با عقاید درست جایگزین کند.

به صورت خلاصه باید اینگونه گفت که سوگیری‌های شناختی تعبیرها و تفسیرهای نادرست و اشتباهی هستند که همانند یک فیلتر بر ذهن ما انسان‌ها سایه می‌اندازند و آن را در تعبیر و تفسیر درست شرایط و موقعیت‌های زندگی با مشکل روبرو می‌کنند. سوگیری‌های شناختی باورهای اشتباهی هستند که با پیامدهای هیجانی و رفتار ناسازگار با واقعیت همراه هستند. نکته مهم‌تر اینکه افراد می‌توانند با شناخت سوگیری‌های شناختی و تغییر باورها و عقاید اشتباه و سمی خود احساسات و رفتارهای سازگاران‌ه تری داشته باشند. مسئله ای که گاهی به کمک یک درمانگر و گاهی به صورت یک مهارت شخصی قابل یادگیری و اکتساب است.



همه‌گیری کرونا

و مشکلات روانشناختی آن

۲۹ بهمن ۱۳۹۸ هجری-شمسی، تایید یک خیر از سوی رسانه‌های دولتی ایران، زنگ خطری را در ذهن شهروندان ایرانی به صدا در آورد که بسیاری از آنها هیچ گاه فکر نمی‌کردند که این شروع شرایطی در کشور است که قرار است تا حداقل دو سال طول بکشد؛ تایید خبر ورود بیماری «کووید ۱۹» به ایران و انتشار آن در قُوم بسیاری از مردم را نگران کرد. انتشار زود هنگام این همه‌گیری به شمال، جنوب، غرب و شرق کشور شایعه‌هایی را مبنی بر قرنطینه کردن شهرهای بزرگی همچون تهران باعث شد. ترس از ابتلا به ویروس در خود و عزیزان، به ویژه سالمندان خانواده، فضای جامعه را مسموم کرد. تعطیلی مدارس و ادارات مزید بر علت شد. کسب و کار و بازار با رکودی کم سابقه روبرو شد. دانشگاه‌ها خالی شدند. دولت برای رفت و آمدهای داخل شهری روزانه و شبانه محدودیت زمانی تعیین کرد. هر چند اعضای خانواده بیشتر همدیگر را می‌دیدند، اما دورهمی، یک دورهمی متفاوت بود. دورهمی با طعم خطر بیرونی و حاکمیت ترس و اضطراب در خانه. مردم ناگهان خود را در شرایطی دیدند که هر لحظه امکان داشت به ویروس مبتلا شوند و تا مرگ فقط چند قدم فاصله داشته باشند. این ترس نه فقط برای خودشان که برای عزیزانشان بیشتر هم بود. برخلاف علائم و نشانه‌های جسمانی که بیشتر مردم به آنها توجه داشتند، جنبه روانشناختی این ویروس در بیشتر مواقع نادیده گرفته شد. راهکارهای مهار و مدیریت استرس در بحران، در جامعه ترویج داده نشد و این در شرایطی بود که افراد در ترس و وحشت رفتارهایی را از خود نشان می‌دادند که به خوبی نشانگر آشفتگی روانشناختی بود.

شاید اگر ادعا شود که جنبه‌های روانشناختی کرونا اساساً تا مدت‌ها بعد از شیوع این بیماری، از سوی دولت‌های کشورهای مختلف، مورد غفلت واقع گردید، ادعای گزافی نباشد. کرونا نه فقط جسم که روان ما را هم آزرده کرد. همه ما شاهد بودیم که افراد در این بحران اجتماعی گسترده چه علائم و نشانه‌های مرضی مشخص روانشناختی را نشان ندادند و این در شرایطی بود که اولویت، هم برای افراد مبتلا و هم غیرمبتلا، صرفاً بهبودی یا مبتلا نشدن بود. با این حال، همه به خوبی دیدیم که مبتلا شدن یا نشدن به معنای بی‌اثر شدن این مشکلات روانشناختی و کارگر نبودن آنها در زندگی فردی و جمعی ما، چه در دوران کرونا و چه بعد از آن، نبود.



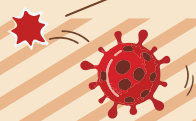


هر چند جنبه‌های روانشناختی بحران کرونا و مدیریت آن از سوی دولت‌ها و خود مردم در نظر گرفته نشد، با این حال، محققان و دانشمندان روانشناسی در پژوهش‌های خود به بررسی تأثیرات این بیماری پرداختند. محققان با تمرکز بر شرایط بیمارستان‌ها، جمع آوری پرسشنامه از گروه‌های اجتماعی مختلف، ارسال پرسشنامه و ارزیابی‌های اینترنتی، مصاحبه با افراد و سایر روش‌ها، فضا و مشکلات روانشناختی حاکم بر جامعه را بررسی کردند. در تحقیقات مختلف نشان داده شد که شیوع اختلالات مختلفی مانند اختلال نشانه‌های جسمانی سازی، وسواس فکری-عملی (OCD)، اختلال اضطراب تعمیم یافته (GAD)، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، اختلال افسردگی و سوگ طولانی مدت ناشی از دست دادن عزیزان از جمله مشکلات روانشناختی هستند که در دوران همه‌گیری کرونا شیوع بیشتری را از خود نشان داده‌اند و افراد را با مشکل روبرو کرده است.

شاید از مهم‌ترین اختلال‌هایی که خود را به صورت جدی نشان دادند، دو اختلال نشانه‌های جسمانی سازی و وسواس فکری-عملی (در ادامه از این اختلال به عنوان وسواس یاد خواهیم کرد) بودند. نشانه‌های جسمانی سازی اختلالی است با این ویژگی که فرد برخی علائم و نشانه‌های یک بیماری جسمانی را نشان می‌دهد، اما بررسی‌های پزشکی نشان دهنده هیچ بیماری در فرد نیست. معمولاً همه در دوران کرونا مشاهده می‌کردیم که افراد دردهای جسمانی خاصی را در بدن خود گزارش می‌دادند. در یکی از موارد، خانمی به مرکز درمانی مراجعه کرده بود که سرفه داشت، سرش درد می‌کرد و از درد پاهایش می‌نالید. انجام آزمایش تشخیصی کرونای این مراجعه کننده نشان دهنده کرونا نبود. اما نکته در چیز دیگری بود. این مراجع که ۳۲ سال داشت، به دلایل هیجانی مشخص در دوران کرونا نشانه‌هایی را از خود نشان داده بود که شبیه کرونا بود. نشانه‌های جسمانی سازی یکی از اختلالاتی بود که وقتی پزشکان معالج آن را در بیمار تشخیص می‌دانند، داروهای کنترل اضطراب و وحشت زندگی (پنیک) تجویز می‌کردند.

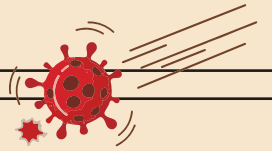


نشخوار فکری و وسواس‌های تمیزی



نشخوار فکری و وسواس‌های تمیزی از دیگر مشکلاتی بود که در موارد زیادی با درگیری‌های بین فردی در خانواده و دوستان همراه می‌شد. نشخوار فکری یعنی مرور کردن‌های غیرارادی و ناخواسته افکار در ذهن. افراد به دلیل ترس و وحشتی که از مبتلا شدن به کرونا داشتند، مدام در فکر این بودند که «نکنند مبتلا شوم»، «اگر والدین یا اطرافیانم مبتلا شوند، چه؟»، «اگر کسی از بستگان و اطرافیان بمیرد، چه؟» و غیره. این افکار هیجانات منفی همراه را تشدید می‌کرد و همین باعث ایجاد یک دور باطل می‌شد که با قدرتمند شدن این افکار همراه بود. در موارد دیگر، گیر دادن به ضدعفونی و تمیز کردن خوراکی‌ها، دست‌ها، لباس‌ها، استفاده از ماسک و سایر موارد، فرد و دیگران را آزرده خاطر کرده بود. برخی‌ها خود را در خانه زندانی کردند و حتی اگر کسی محدودیت‌های بهداشتی را هم رعایت می‌کرد، باز هم راه نمی‌دادند. در موارد بسیاری گیر دادن به اطرافیان با درگیری‌های کلامی و مختل شدن روابط همراه می‌شد. حتی گاهی افرادی به دلیل استفاده از شوینده‌های مضرّی مانند وایتکس و جوهر نمک در پاکسازی محیط، به ناراحتی‌های تنفسی مبتلا می‌شدند. در مواردی کودکانی بودند که به دلیل مسموم شدن با مواد شوینده لازم به مراجعه به پزشک شده بودند. همه اینها راهی بود برای مدیریت و مهار ترس، وحشت، اضطراب و استرس ناشی از کرونا. راهی که هم با آزار خود شخص و هم اطرافیان همراه بود.





اختلال اضطراب تعمیم یافته (GAD) و اختلال استرس پس از آسیب (PTSD)

اختلال اضطراب تعمیم یافته (GAD) و اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) دو اختلال دیگری بودند که بیشتر خود افراد را آزار می‌دادند تا دیگران، افراد همواره می‌ترسیدند که «نکند ناگهان، خود یا اطرافیانم مبتلا شویم و اتفاق بدی برایمان بیفتد؟». این نگرانی و دلهره‌ها در کارکردهای دیگر فرد تداخل ایجاد می‌کند. کیفیت خواب، اشتها، نشانه‌های بدنی (مانند تپس قلب، گر گرفتگی، عرق کردن دست و پا، سردرد، مشکلات معده ای-روده ای)، کاهش توجه و تمرکز، بی‌قراری و تکانشگری (پرخاشگری) و در مواقعی تحریک پذیری از جمله رفتارهایی بود که از خود نشان می‌دادند. در موارد دیگری، افراد با ابتلا به این بیماری و تحمل علائم بدنی در خود یا در اطرافیان و بستگان با یک ترس شدید از «مردن خود» یا «از دست دادن عزیزانشان» روبرو می‌شدند. ترسی که معمولاً پس از بهبودی نیز ادامه داشت. این افراد همچنان در حالت تنش می‌مانند و همواره در ترس و وحشت هستند. مسئله ای که در موارد بسیاری با مشکلات دیگری مانند افسردگی همراه می‌شوند.



افسردگی و سوگ طولانی مدت

افسردگی و سوگ طولانی مدت دو مشکلی هستند که به صورت بسیار جدی در دوران کرونا خود را نشان دادند. افسردگی و سوگ طولانی مدت در افرادی بیشتر بود که با فقدان و از دست دادن عزیزانشان روبرو شدند. سوگ طولانی مدت به معنای حل نشدن غم از دست دادن کسی یا چیزی است. به معنای غمگینی و اندوه طولانی است که همچنان شبیه روزهای اول از دست دادن و فقدان است. سوگ طولانی مدت همان غمگینی کهنه ای است که فرد نتوانسته با آن کنار بیاید. همانند خانم مراجعه کننده ۲۶ ساله ای که مادرش را به دلیل کرونا از دست داده است و با حالتی گریان بعد از دو سال در جلسات روان‌درمانی می‌گوید: «خانم دکتر! واقعا مرگ یعنی چی؟ یعنی چه اتفاقی افتاد که من مادرم رو از دست دادم؟ اون که حالش خوب بود. من خودم صورت مظلومش رو دیدم که وقتی نگاهم کرد، برام دست تکون داد و خندید. پس چی شد که نرسیدم خونه گفتن فوت کرده؟». در این شرایط فرد با سوالات و هیجاناتی مواجه می‌شود که نمی‌تواند جواب آنها را بدهد و درکشان کند. در این موارد نیاز است تا برای بازپروری و بازگرداندنشان به زندگی خدمات روانشناسی دریافت کنند.





سایر مشکلات روانشناختی

هر چند شیوع و گسترش این اختلالات و سایر اختلالات در دوران کرونا بالا رفت، با این حال، نباید نگاه خود را صرفاً به دیدگاهی آسیب شناسانه (سایکوپاتولوژی) به مشکلات روانشناختی دوران کرونا محدود کرد. در بسیاری موارد، مشکلات روانشناختی دیگری وجود داشتند که نه از نظر شدت و نوع علائم و نه تعداد علائم در قالب اختلال روانشناختی قرار نمی‌گیرد. برای نمونه، انزوای اجتماعی یکی از مسائلی بود که در دوران کرونا بیشتر شد. افراد همانند گذشته نمی‌توانستند همدیگر را ببینند و در کافه‌ها قرار بگذارند. یا به پدر و مادرشان سر بزنند. این موارد و موارد مشابه، همه مثال‌هایی هستند که باعث بیشتر شدن احساس تنهایی و تلقین هیجان‌های غم و اندوه در افراد می‌شوند. در موارد دیگری مشاهده می‌شد که تنش‌های کلامی بین والدین یا والدین و کودک بیشتر می‌شد. گذراندن تعداد ساعات بیشتری با یکدیگر و تحمل بار منفی شیوع کرونا می‌توانست با بیشتر شدن تعارض‌ها و درگیری‌های کلامی همراه شود. شاید یکی از مهم‌ترین مسائل بین مادران و کودکان، مسئله درس و مدرسه بود. موضوعی که با اضطراب مادران از یادگیری کودک و بیشتر کردن تذکر مادر همراه می‌شد. تعطیلی کسب و کار از دیگر موارد در همین زمینه است. رکود اقتصادی که در جامعه وجود داشت، با آمدن کرونا تکمیل شد. اجناس گران‌تر شدند، بسیاری از کسب و کارها تعطیل شدند و میزان درآمد خانوارهای وابسته به این کسب و کارها به شدت کاهش یافت. این مسئله ای بود که خود بار هیجانی اضافی را به خانواده تحمیل می‌کرد. اضطراب مرگ، دلتنگ شدن برای عزیزان، نشخوارهای فکری بیمارگونه، نظافت‌های غیرضروری، احساس تنهایی، بی‌حوصلگی، کاهش تفریح و سرگرمی، اضطراب مزمن و احساس زیر فشار بودن از موارد غیربیمارگونه ای هستند که در دوران کرونا شدت بیشتری یافتند.

حال، چه باید کرد؟

بدون شک با بهبود شرایط مدیریت کرونا در کشور، همواره شاهد کاهش مشکلات روانشناختی ناشی از آن هم خواهیم بود. در موارد دیگری اما ما شاهد مزمن شدن مشکلات خواهیم بود و برای همین لازم است تا با متخصصان روانشناس صحبت شود. برای نمونه، مورد خانمی را به یاد آورید که در بخش سوگ طولانی مدت به آن اشاره شد. زمانی که مشکل به وجود می‌آید، شکل مزمن به خودش می‌گیرد و باعث دشواری در مدیریت عملکرد او می‌شود، دیگر نباید صبر کرد و منتظر بهبودی خودبه‌خود بود. در این شرایط لازم است که حتماً به یک متخصص روانشناسی مراجعه و برای حل مشکل اقدام کرد. در موارد دیگری، شاید نیاز به درمان جدی نباشد اما می‌تواند مهارت‌های مدیریت بحران در شرایطی مانند کرونا را یاد گرفت. این به ویژه برای والدین، کادر درمان، کارمندان، مدیران و تمامی کسانی صادق است که به نوعی نیازمند بهبود عملکردشان هستند. کسب مهارت‌هایی که بتواند در شرایطی مانند دوران کرونا از تهدیدها و خطرات احتمالی مهارت‌هایی را برای مدیریت درست و کارآمد مشکلات به افراد بدهد. مهارت‌هایی که تبدیل به یک سرمایه روانشناختی برایشان شود.



برنامه غربالگری، تشخیصی و درمانی Rehacom



انواع سامانه‌های توجهی،
تمرکز، انواع حافظه، برنامه‌ریزی
و حل مسئله، سطح بازداری و کنترل رفتار،
ادارک دیداری و شنیداری و غیره از عملکردهای
ذهنی هستند که Rehacom در آنها
شاخص معتبری را در اختیار
می‌گذارد.

برنامه‌ای کاربردی برای
غربالگری مشکلات عملکردی در
توانمندی‌های ذهنی مانند توجه،
تمرکز و غیره

استفاده تشخیصی در
برنامه‌های درمانی و تحقیقاتی
جهت ارزیابی و سنجش
توانمندی‌های ذهنی

کاربرد بالینی و درمانی
در برنامه‌های درمانی کلینیک‌های
روانشناختی و توانبخشی
شناختی

برنامه‌ای شواهد-
محور است که پژوهش‌های
علمی اثربخشی تمرین‌های درمانی آن
در جمعیت‌های بالینی را نشان
داده است

دارای کاربردی ویژه
در بهبود کودکان، نوجوانان
و بزرگسالان با اختلال نقص‌توجه-
بیش‌فعالی / تکانش‌گری (ADHD)، کودکان با
اختلالات ویژه یادگیری (S-LD) و سایر
نقص‌های شناختی در افراد

دارای فضایی چندزبانه
و متناسب با فرهنگ
مراجعان

برنامه درمانی Brain Train آتیه



دارای حجمی بسیار کم و قابلیت اجرا بدون نیاز به نصب روی رایانه‌های شخصی



حافظه، توجه و جستجو، محاسبه عددی، ادراک دیداری-فضایی، برنامه ریزی و حل مسئله بخش‌های جذاب این برنامه هستند



دارای طراحی جذاب و مناسب فرهنگ کودکان ایرانی



دارای سطوح دشواری متفاوت در هر تمرین و متناسب با عملکرد فرد



امکان تمرین به صورت روایت‌وار و داستانی در فضای برنامه



دارای انواع سبک‌های تمرین به صورت خودکار، انتخابی، با زمان محدود و نامحدود





کلینیک تشخیص

@clinetashkhis



گروه آتیه درخشان ذهن

آزمون‌های تشخیصی کلینیک آتیه برای گروه سنی ۱۸ سال به بالا



آرامش خانواده
سوانمندی جوان
یادگیری نوجوان
هوشمندی کودک

نام آزمون	خرده‌مقیاس	توضیحات
SWAP	اختلالات شخصیتی اسکیزوتیپ/پارانوتید/اسکیزوتیپال/ضداجتماعی/مرزی/نمایشی/خودشیفته/اجتنابی/وابسته/وسواسی-جبری/افسرده/منفعل صفات شخصیتی منزوی و بی‌احساس/شکاک/تفکر و رفتار عجیب/خشن و بی‌وجدان/بی‌ثبات و بدخلق/متظاهر و سطحی/خودبزرگ‌بین/احساس حقارت و تکرانی/نیازمند، مطیع و تکران/کمال‌طلب، تکران و مهارگر/منفعل و بدون جرأت/کینه‌توز مکانیزم‌های دفاع روانی	شناخت کامل اختلالات شخصیت و صفات شخصیتی بررسی تعارضات عمیق فردی شناسایی مکانیزم‌های دفاع روانی شناسایی طرح درمان مناسب بر اساس شخصیت مشاوره پیش از ازدواج و سنجش عمیق شخصیت و تعارضات گذشته افراد مصاحبه استخدامی و بررسی شخصیت از زوایای مختلف
Millon Clinical Multi-axial Inventory (MCMI)	الگوهای بالینی شخصیت اسکیزوتیپ/دوری‌گزین/افسرده/وابسته/نمایشی/خودشیفته/ضداجتماعی/دیگرآزار/وسواسی منفی‌گرا/خودآزار الگوهای بالینی شدید شخصیت اسکیزوتیپال/مرزی/پارانوتید نشانه‌های بالینی اختلالات اضطرابی/شبه جسمی/مانیک/افسرده‌خوبی/وابستگی به الکل/وابستگی به مواد/استرس پس از ضربه نشانه‌های بالینی شدید اختلال تفکر/افسردگی اساسی/اختلال هذیانی شاخص‌های تغییرپذیری روایی/افشا/مطلوبیت/بدنمایی	ارزیابی صفات شخصیتی تشخیص اختلالات روانشناختی
NEO	روان‌نژندی هیجانان/اضطراب/افسردگی/استرس برون‌گرایی و درون‌گرایی دوستدار تنهایی/دوستدار جمع اشتیاق به تجربیات تازه دوستدار تجربه/محافظه‌کار	ارزیابی 5 صفت بزرگ شخصیتی
Eysenck Personality Profiler (EPP6)	برونگرایی/درونگرایی فعالیت/جامعه‌پذیری/ابراز وجود هیجان‌پذیری احساس حقارت/ناخشنودی/اضطراب	ارزیابی و سنجش ۳ بعد شخصیتی (۲۱ صفت شخصیتی)
Symptom Checklist 90 (SCL90)	شکایات جسمانی وسواس و اجبار حساسیت در روابط متقابل	ارزیابی علائم انواع اختلالات روانشناختی
D3		ارزیابی توانایی تفکر دیداری و تجسم (سه بعدی) به عنوان یک مؤلفه مهم هوش و از عوامل مهم برای تشخیص آسیب مغزی، بدکارکردی ادراک فضایی و سوء مصرف مواد و الکل
PST		ارزیابی سطح توانایی خلبانان از لحاظ جهت‌یابی فضایی و مسیریابی
DAKT		ارزیابی سرعت ادراک (تشخیص سریع جزئیات در یک محیط ادراکی پیچیده) و دقت ادراک (تشخیص دقیق جزئیات در یک محیط ادراکی پیچیده)
FET	(ارزیابی ویژگی‌های رهبری) نیرومندی/اعتماد به نفس/گشادگی نسبت به ارتباط/تحریک‌پذیری/احساس پیش‌تنبی/جرأت‌مندی/خوشبین‌داری/تمایلات تعارض‌گونه/تعادل ذهنی/برونگرایی پرخاشگرانه	تعیین تمایل و تکرش فرد نسبت به ویژگی‌های مورد نیاز برای رهبری
آزمون هوش هیجانی	خودآگاهی هیجانی خودآگاهی هیجانی عزت نفس خودشکوفایی	ارزیابی خودآگاهی (درک احساسات خود) ارزیابی خودگردانی (کنترل هیجانان) ارزیابی آگاهی اجتماعی (درک احساسات دیگران) ارزیابی مهارت‌های اجتماعی (ارتباط با دیگران در موقعیت‌های مختلف اجتماعی) میزان درک احساسات خود و اطرافیان جهت تصمیم‌گیری
پرسشنامه کنترل خشم	میزان احساس خشم خشم در روابط بین فردی خشم در موقعیت‌های اجتماعی	بررسی سطح خشم حین مواجهه با موقعیت خشم برانگیز میزان کنترل خشم در زندگی شخصی و خانوادگی میزان کنترل و ابراز خشم در موقعیت‌های اجتماعی
پرسش‌نامه پذیرش اجتماعی		ارزیابی استقلال رأی ارزیابی میزان تبعیت جویی
آزمون رضایت شغلی		برآورد میزان رضایت فرد از شغلش

آزمون‌های مشترک با سنین دیگر:

۱۲ تا ۱۸ سال

رویکردهای مطالعه ♦ استفاده پهنه از وقت ♦ آینده‌نگری ♦ بلوغ عاطفی ♦ پرسشنامه
ترجیح شغلی هالند ♦ سنجش تفاهم بین والدین و فرزندان
پرسشنامه‌ی سبک‌های یادگیری ILS ♦ BDI ♦ BAI ♦ YBOCS ♦ Pfl16
Vienna (FOLo ♦ AHA ♦ A3DW ♦ AMT ♦ ANF ♦ ALS ♦ DAUF ♦ 2D ♦ LVT ♦
OLMT ♦ MR ♦ RIS ♦ GESTA ♦ MTA ♦ NVLT ♦ SIMKAP ♦ NTA ♦ VISGED ♦ ZBA)

آزمون‌های خانواده

نرم‌افزار طرح‌واره پانگ

۶ تا ۱۲ سال

Vienna (COG) ♦ MCRE ♦ WJ-III:ACH ♦ SB-5 ♦ TVPS ♦ BOT-2 ♦ SP

۶ تا ۱۲ سال

SRE ♦ CANTAB ♦ IVA-2 ♦ CNS
Vienna (CORSI ♦ FVW ♦ PERSEV ♦ SIGNAL ♦ VIGIL ♦ WAF ♦ SPM ♦
SPMPLS ♦ APM)

* برای توضیحات بیشتر در مورد آزمون‌ها به پوستر گروه سنی مربوطه مراجعه فرمایید.



www.atiehclinic.com

atiehclinic



- کلینیک آرامش
- کلینیک توانمندی
- کلینیک یادگیری و هوشمندی
- کلینیک روانسنجی و نقشه مغزی
- کلینیک آنلاین
- کلینیک توانبخشی و سالمندی

کلینیک‌های گروه
آتیه درخشان ذهن:

گروه آتیه
ATIEH GROUP



■ شماره تخصصی روانشناسی شناختی

بهداشت روان و باهوش

سال چهاردهم ■ شماره ۹۶ ■ ۱۰۰۰۰ تومان