www.takbook.com

نوروسایکولوژی مثبت

دیدگاههای مبتنی بر شواهد در زمینه ارتقاء سلامت شناختی

با مقدمه رونالد ام. روف

www.takbook.com

سرشناسه : راندولف، جان ج.

.Randolph, John J

عنوان و نام پدیدآور : نوروسایکولوژی مثبت: دیدگاههای مبتنی بر شواهد در زمینه ارتقاء سلامت‌شناختی/ گردآورنده [صحیح: ویراستار] جان جی راندولف؛ مترجم توحید اکبروند.

مشخصات نشر : تهران: نشر تی‌آرا ، ۱۳۹۷.

مشخصات ظاهری : ۱۹۷ص.

شابک : ۹-۲۰-۸۷۹۵-۶۰۰-۹۷۸

وضعیت فهرست نویسی : فیپا

یادداشت : عنوان اصلی: Positive neuropsychology : evidence-based perspectives on promoting cognitive health , c2013.

یادداشت : کتابنامه.

عنوان دیگر : دیدگاههای مبتنی بر شواهد در زمینه ارتقاء سلامت‌شناختی.

موضوع : روان‌شناسی عصبی - بالینی

موضوع : Clinical neuropsychology

شناسه افزوده : اکبروند، توحید، ۱۳۶۰ -، مترجم

رده بندی کنگره : RC۶/۳۸۶ /ر۹۳ ر۲ ۱۳۹۷

رده بندی دیویی : ۸/۶۱۶

شماره کتابشناسی ملی : ۵۱۶۳۱۰۵

عنوان کتاب	**نوروسایکولوژی مثبت**
مولف	**راندولف، جان ج.**
مترجم	**توحید اکبروند**
طراح جلد	**زهره روزبهانی**
انتشارات	**تی آرا**
چاپ و صحافی	**ردنا**
نوبت چاپ	**اول-۱۳۹۷**
شمارگان	**۵۰۰**
تلفن	**۶۶۹۰۷۴۰۴**
شابک	**۹۷۸-۶۰۰-۸۷۹۵-۲۰-۹**
قیمت	**۲۵۰۰۰۰ریال**

www.takbook.com

مقدمه

در دهه های گذشته، روانشناسی بالینی به عنوان یک رشته درمانی شروع به رشد کرده است. یک جریان تازه توسعه یافته در آزمونها، همچنان به افزایش توانایی ما برای تعریف و تبیین کردن کارکرد شناختی کمک می کند. همچنین پژوهشها الگوهای خاصی از نارسایی های عصب شناختی را برای اغلب اختلالات عصبی به دست آوردند. مجلات متعددی از نشریات روانشناختی ارائه شده است که به آنها اجازه می دهد تا نوروسایکولوژیستها این پیشرفت ها را به راحتی پیگیری کنند. در مقایسه با پیشرفت هایی که در تشخیص وجود دارد پیچیدگی توسعه درمان های ابتکاری و کارآمد برای تعاریف نارسایی های عصب روانشناختی کم رنگ است. با این حال، این رشته باید به صورت یک جنبش، روش های نوین برای درمان بیماران و پیشرفتهای تشخیصی پیشرفته ای را توسعه دهد. هنگامی که بیماران و اعضاء خانواده آنها در مشاوره پس از آزمون فراخوانی می شوند، به طور مرتب بیشتر درخواست های درمانی انجام می شود. در واقع، پس از چندین ساعت آزمایش، پیش بینی معقولانه ای است که برخی از روش های درمان برای معیارهای شناختی آنها در دسترس قرار گیرند. بنابراین، برای رفع نیازهای بیماران ، پزشکان بالینی باید خدمات را فراتر از ارزیابی اختلالات شناختی در نظر بگیرند درست همانطور که پزشکان هم در تشخیص و هم در درمان مربوط به اختلالات جسمی پیش می گیرند، همچنین نوروسایکولوژیست ها، با تمرکز بر تشخیص و درمان اختلالات شناختی، پیشرفت و ارتقاء کارکرد شناختی را پیش می برند . در متون زیر، متخصصین روش ها و رویکردهایی را که شروع می کنند، با ترکیب روش های تشخیصی و درمانی با هدف ارتقاء سلامت شناختی مثبت را توصیف می کنند.

در اینجا بنده علاوه بر سپاسگزاری از سردبیر، از همکاران برجسته و پیشگامان خود را نیز تحسین می کنم. کشف راه های خلاقانه برای ارتقاء سلامت شناختی چالش برانگیز است، چرا که هیچ درمان اختصاصی کلی وجود ندارد، بلکه بیشتر دستاوردها در این مرحله، توسعه دانش ما در بهبود کارکردهای شناختی را امکان پذیر می سازد. اگر چه چالش ها بسیار زیاد است و بررسی ها اغلب ناامید کننده و یا کوچک هستند، من آینده رشته روانشناسی عصبی مثبت را، در صورت تلاش برای ارتقاء ابزارهای پیشرفته تشخیصی و ایجاد درمان های نوین بسیار مثبت ارزیابی می کنم، در واقع هدف نهایی همه رشته های مراقبت های بهداشتی ارتقاء بهینه نتایج برای بیماران است. بدیهی است، نتایج تنها هنگامی می تواند بهینه باشد که ما همچنان به پیشرفت و بررسی اشکال نوآورانه ادامه دهیم.

سان فرانسیسکو، کالیفرنیا، ایالات متحده آمریکا ***رونالد ام .رف***

www.takbook.com

پیشگفتار مترجم

نوروسایکولوژی یکی از رشته های خاص در حوزه تشخیص و درمان اختلالات روانی است. در طی چند سال گذشته، با صحبت هایی که با همکاران و اساتید مختلف در مورد درمان عصب شناختی داشتم به این نتیجه رسیدم زمینه نفوذ عصب روانشناختی برای ارتقای سلامت شناختی برای درمانجویان می تواند بسیار مفید باشد. با توجه به ضرورت بکارگیری روشهای نوروسایکولوژی با نگرش مثبت در فرایند ارتقاء بهینه و درمان و اثبات اثربخشی معنادار رویکردهای نوروسایکولوژی در اختلالات متعدد، بنده بر آن شدم تا کتاب حاضر را که مولفان گرامی آن را بسیار هوشمندانه و با اتکاء به پژوهش های معتبر نگاشته اند ترجمه کنم و همچنین مطالبی را که در ارتباط با محتوا و ساختار کتاب بود و اعتقاد داشتم به ارزشمندی این کتاب می افزاید اضافه نموده ام. فارغ از بحث های متضاد، سوالاتی در مورد استفاده گسترده از روشهای درمانی برای اختلالات متعدد، پاسخ به این سؤال که برای ارتقاء سطح شناختی بهینه چه تدابیری را می توان اتخاذ کرد؟ به همان اندازه غیر قابل انکار و بحث برانگیز است و به نظر می رسد ارزش مطالعه را دارند و همچنین به نظر می رسد که ارتقاء سطح شناختی در حوزه سلامت مورد توجه بسیاری از متخصصان روانشناس و روانپزشک و دانشجویان قرار گرفته است، در حالی که مطالب بسیار گسترده در حوزه درمان اختلالات وجود دارد به عنوان مثال، حجم مطالب مربوط به توانبخشی کارکرد شناختی، محتویات مربوط به تأثیر عوامل سبک زندگی بر کارکرد شناختی ناچیز است. ایده های مربوط به ارتقاء سلامت شناختی از طریق اقدامات پیشگیرانه یا روشهای آموزشی بسیار حائز اهمیت است اما در ادبیات پژوهشی به ندرت دیده می شود. افزایش مهارت های شناختی در محیط های غیر بالینی، در بین عموم مردم و یا در شرکت ها و توسط رسانه های مردمی مورد بحث قرار می گیرد، اما به صورت محدودی در نشریات علمی مورد بحث قرار می گیرد. این کتاب بیشتر به منظور ترکیب انواع مختلف زمینه های روانشناسی عصبی، ایده هایی از ادبیات روانشناسی مثبت و به عنوان مرجع برای محققان و پزشکان علاقه مند نوشته شده است. این کار همچنین در ارتباط با منافع عمومی گسترده سلامتی، پیشگیری و ارتقاء سلامتی است که احتمالا در سالهای آینده ادامه خواهد یافت. از اساتید و دوستان و همکاران برای بحث های مولد در مورد روانشناسی مثبت و ایده های مرتبط تشکر می کنم و مخصوصا از همه نویسندگان کتاب که این مطالب ارزشمند را در اختیار ما گذاشتند سپاسگزاری میکنم.

توحید اکبروند

www.takbook.com

فهرست

۱ روانشناسی مثبت چیست؟ ۱

جان جی راندلف

۲ مقابله با اختلالات عصبی ۱۴

آماندا رابینوویتز و پیتر آر. آرنت

۳ عوامل موثر در سبک زندگی و شناخت از طریق زندگی خانوادگی ۲۹

جنیفر ساند راندولف و جان جاندی رندولف

۴ ارتقای سطح شناختی از طریق پیشگیری:

مورد تکان خوردگی ورزشی ۶۹

روبن جی. اچمندیا

۵ ارتقاء کارکرد اجرایی: پایه های اصلی، ملاحظات ارزیابی و برنامه های کاربردی ۹۲

جان جی راندولف و نامی اس. چی تور

۶ ارتقا سلامت روانی و عاطفی در محل کار:

علوم اعصاب در حال پیشرفت توسعه رهبری ۱۲۰

جان جی راندولف

۷ عوامل شیوه زندگی و پیشرفت شناختی پیری در بزرگسالان سالمند ۱۳۹

مورین کی. اوکنر. مالیسا ال. کرفت .

۸ فن آوری برای ارزیابی، ارتقا، و کمک به بهداشت:

تمرکز بر گرنوتکنولوژی ۱۶۰

مورین اسمیتر - اجکومب، آدریانا سیلی و دیان جی . کوک

۹ عصب روانشناسی مثبت: ترکیب و دستورالعمل های آینده ۱۸۳

جان جی. راندولف

www.takbook.com

فصل ۱

نوروسایکولوژی مثبت چیست؟

جان جی. راندولف[۱]

در طول دهه گذشته، روانشناسی مثبت، بطور چشمگیری به مطالعه و ترویج احساسات مثبت، نقاط قوت شخصیت، شادی و خوش بینی پرداخته است. این رشد در تعداد فزاینده ای از مطالعات منتشر شده، از قبیل کنفرانس های ملی و بین المللی به این رشته اختصاص داده شده و برنامه های کاربردی بالینی که بسیاری از درمانگران آنها را بکار گرفته اند مشهود است. در حالی که ایده های مربوطه از سال۱۹۵۰ توسط چهره های مانند گوردون آلپورت، آبراهام مزلو، کارل راجرز، و دیگران بیان شده است، نامی از آن نبود تا اینکه با کارهای مارتین سلیگمن در اواخر ۱۹۹۰ در یک زمینه منسجم شروع به پدیداری کرد (دینر، ۲۰۰۹). سلیگمن به روانشناسی مثبت در طول مدت ریاست خود به عنوان رئیس انجمن روانشناسی آمریکا اولویت داد و شروع به تشکیل یک شبکه از دانشمندان و پزشکان با تمرکز در این زمینه کرد(سلیگمن، ۱۹۹۹). تلاش های او در زمینه خدمت به تجهیز رو به رشد این رشته و ارائه دیدگاه یکپارچه در تاکید بر ساز و کار و ویژگی های مثبت بود. در آغاز جنبش روانشناسی مثبت در یک مقاله مهم منتشر شد، که گیلهام و سلیگمن (۱۹۹۹) به این صورت به آن اشاره کردند؛

ما معتقدیم که روانشناسی به عنوان یک رشته با نگرانی های منفی زندگی مشغول شده است و ما را با دیدگاهی از ویژگیهای انسانی که از هم پاشیده و یک طرفه است کنار گذاشته است ... بین کارهایی که تلاش برای از بین بردن آسیب و کارهایی که قصد ایجاد توانایی را دارد.

در حال حاضر فعالیت در رشته های گوناگون، کاربرد گسترده اصول روانشناسی مثبت را نشان داده است. به عنوان مثال، مقاله اخیر (وود، تریر،۲۰۱۰) روانشناسی بالینی مثبت را به عنوان "اصول یکپارچه و به یک اندازه متمرکز هم درعملکرد مثبت وهم منفی " برای درک و درمان ناراحتی بالینی توصیف کرده اند.

---

[۱] جی جی. راندولف، دکترا، ABPP (انجمن روانشناسان حرفه ای آمریکایی)

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی جی سل در کالج دارتموس، لبنان، نیوهامپ شیر، ایالات متحده آمریکا

www.takbook.com

روانشناسی مثبت همچنین در کسب و کار مورد استفاده قرار می گیرد تا به توسعه و رشد آن منجر گردد، همانطور که در مقاله اخیر در دانشگاه هاروارد اشاره شد نقد و بررسی کسب و کار تاکید بر اهمیت ایجاد انعطاف پذیری در شرایط شرکت های بزرگ است(سلیگمن، ۲۰۱۱). یکی دیگر از کاربردهای رایج اصول روانشناسی مثبت یک برنامه آموزش نظامی بلند پروازانه جامع بود (تناسب اندام سرباز) که آموزش یک میلیون پرسنل نظامی درجهت استراتژی های انعطاف پذیری قبل از مبارزه با تلاش برای کاهش بروز PTSD و دیگراختلالات روانی دریافت کردند(کرنوم، ماتیوز، و سلیگمن، ۲۰۱۱).

روانشناسی مثبت و نوروسایکولوژی

با ظهور و رشد چشم اندازی از تحقیقات مربوط به روانشناسی مثبت در دهه گذشته، عصب-روانشناسی چه نقشی بازی می کند؟ آیا عصب-روانشناسی اصول روانشناسی مثبت را مانند حوزه های دیگر داخلی و فراروانشناسی را در بر می گیرد؟ به منظور پاسخ به این پرسش، ما باید ابتدا عصب روانشناسی را تعریف کنیم و سپس از آن نظر که آیا از عصب روانشناسی می توان به صورت منطقی برای شرکت در جنبش روانشناسی مثبت با توجه به دامنه روش ها و ظرفیت انتظار داشت.

در تلاش برای یکپارچه سازی دیدگاه هایی از منابع اولیه و پیشروان این رشته، آکادمی نوروسایکولوژی بالینی آمریکا با رهنمود عملی (۲۰۰۷) عصب روانشناسی بالینی را به عنوان "یک علم کاربردی که به بررسی تاثیر عملکرد هم مغز طبیعی و هم غیر طبیعی در طیف گسترده ای از شناختی، عاطفی و توابع رفتاری می پردازد » تعریف کرد. بر اساس این تعریف پذیرفته شده، بیشتر درمانگران، عصب روانشناسی را مطالعه روابط طبیعی مغز و رفتار، آسیب شناسی روابط مغز و رفتار و یا هر دو آنها می شناسند و شاید با توجه به نارسایی شناختی، عملکرد طبیعی شناختی و سلامت شناختی در رشته عصب روانشناختی محل مشخصی در مغز وجود دارد. همانطور که توسط دکتر رونالد روف ، در آکادمی ملی نوروسایکولوژی خطاب به ریاست اشاره شد (روف،۲۰۰۳)،

نیازهای بیماران صرفا توسط تشخیص شناختی برآورده نشده است. نیاز رو به رشد برای پیشبرد خدمات برای حفظ سلامت شناختی، در جوامع مدرن نیاز به افزایش نیروی کار بسیار ماهر و آموزش دیده وجود دارد. بنابراین، زمان آن رسیده تا برای عصب روانشناسان سرپرستی با هدف سلامت شناختی شناسایی شود.

نقشهای اولیه عصب روانشناسان، استعدادها و اولویت های امروزی چیست؟عصب روانشناسان باید اختلال شناختی، ترویج سلامت شناختی و یا هر دو را مشخص کنند؟ در این کتاب من و همکارانم پاسخ هایی را

www.takbook.com

برای این سوالات ارائه دادیم. به ویژه، ما دیدگاه های مبتنی بر شواهد در عصب روانشناسی مثبت - مطالعه و ترویج بهداشت و درمان شناختی را ارائه می دهیم ، در حال حاضر تلاش برای در نظر گرفتن تحول نقش عصب روانشناسان حرفه ای هستیم. طراحی مفاهیمی از روانشناسی مثبت، در دوره های مختلف بررسی خواهد شد ابعاد عصب روانشناسی مثبت از جمله عوامل سبک زندگی با شناخت مثبت و تاثیر آن در سراسر طول عمر و چگونه بیماران عصبی - روانی به مقابله و جبران اختلال عملکرد شناختی پردازند و به طور بالقوه روش جلوگیری ازاختلال عملکرد شناختی و نقش فناوری در ارتقاء سلامت شناختی چیست و چطور سلامت شناختی می تواند از طریق آموزش عمومی ترویج یابد و از این رشته طرفداری شود. به جای یک دیدگاه ساده انگارانه "ارزیابی توانبخشی مقابله ای " عصب روانشناسی مثبت جهت گیری های کسترده ای را شامل می شود که بر سلامتی شناختی دارد.

آیا شواهدی از ادبیات پژوهشی که نوروسایکولوژی در بطن خود دارای ایدهایی از روانشناسی مثبت است وجود دارد ؟

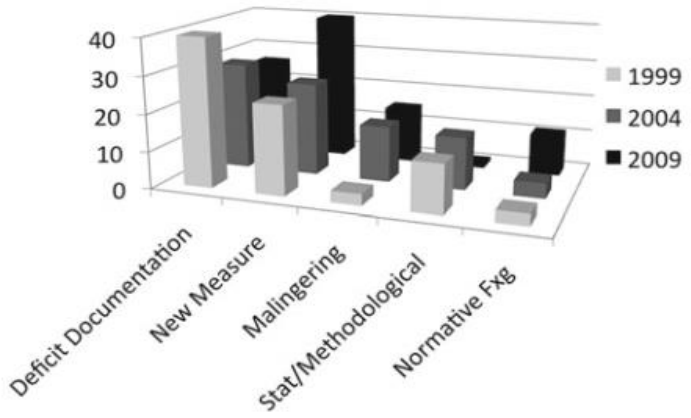
ارتقاء سلامت شناختی با کار روزانه عصب روانشناسان بالینی و دانشگاهی یک روند معمول است. با توجه به دانش ما از شرایط مختلف عصب روانشناسی، روش های تشخیصی برای روشن کردن عملکرد شناختی و درک عوامل ثانویه تاثیر شناخت، ترقی سلامت شناختی با تمرکز اصلی برای کار عصب روانشناسان مد نظر خواهد بود. علاوه بر این، این مطلب مهم است که تاکید شود ایده ارتقاء سلامت شناختی به هیچ وجه جدید نیست. عصب روانشناسان و متخصصین بهداشت حرفه ای کارهای متعدد را برای چند دهه با توجه به روشهایی به منظور بهبود عملکرد شناختی بیماران پرداخته اند.

اگر ما به ادبیات پژوهشی عصب روانشناسی نگاه کنیم، آیا ما می بینیم که چطور مطالعات تمرکز اصلی را بر روی مطالعه و ارتقاء سلامت شناختی دارند؟ آیا با ظهور جنبش روانشناسی مثبت و افزایش تاکید بر روی سلامتی در جامعه پزشکی، اغلب ما چگونگی ورود این اصول به تحقیق عصب روانشناسی را می بینیم؟ با وجود پژوهش های حاضر، پژوهش های مروری، موازی با رشد قابل توجه رشته روانشناسی مثبت وجود دارد؟ همچنین، ادبیات پژوهشی عصب روانشناسی در مورد تمرکز بر پاتولوژی روابط مغز- رفتار و روابط غیر پاتولوژیک مغز- رفتار چگونه است؟ با تلاش برای پاسخ به این پرسش ها، من سه مطالعه را به عهده گرفتم ، که در زیر توضیح داده شده، که مقالات منتشر شده در سه مجله عصب روانشناسی برجسته برای ارزیابی موضوع و تحقیقات گسترده ای که در مدت زمان ۱۰ سال مورد بررسی قرار گرفته است.

www.takbook.com

آرشیو مروری نوروسایکولوژی بالینی

در یک مطالعه اولیه (راندولف، ۲۰۱۰)، من روند انتشار ۱۰ ساله آرشیو نوروسایکولوژی بالینی (ACN) را مورد بررسی قرار دادم. من عنوان و خلاصه تمام مقالات تجربی را بررسی کردم، به استثنای مطالعات موردی و پژوهش های عمومی، که در ACN در سه زمان متعدد منتشر شد: ۱۹۹۹، ۲۰۰۴، و ۲۰۰۹ (N= ۱۴۵). مطالعات دسته بندی شده با اهداف مطالعه اولیه شامل موارد زیر بود: (۱) خصوصیات اختلال شناختی در شرایط عصب روانشناسی؛ (۲) اعتبار علائم تست / تمارض؛ (۳) اعتبار سنجی اندازه گیری عصب روانشناسی جدید یا موجود ؛(۴) پژوهش کلی آماری / روش شناسی؛ (۵) بررسی عملکرد شناختی طبیعی ؛ (۶) اثرات مداخله درمانی در شناخت. (۷) توانبخشی شناختی ؛ و، (۸) تنوع مسائل در عصب- روانشناسی.



شکل. ۱,۱ آرشیو درصد مطالعات نوروسایکولوژی بالینی انجام شده در دسته بندی های سالهای مختلف

نتایج حاصل از این بررسی و طبقه بندی نشان داد که ۳۱ درصد از مطالعات در سراسر سه نقطه زمانی مختلف نمونه برداری شد که بر توصیف نارسایی شناختی در شرایط عصب روانشناسی متمرکز شده بودند. یک سوم دیگر بر اعتبار معیارهای عصب روانشناسی متمرکز شده بودند. سیزده درصد از مطالعات انجام شده متمرکز بر اعتبار علائم و روشهای تمارض / اندازه گیری و ۹٪ متمرکز بر مسائل آماری و روش شناسی بود. در مجموع حدود ۸۴ درصد از نسخه های منتشر شده، در سراسر این سه نقطه زمانی در بیش از یک دوره ۱۰ ساله، در این چهار دسته متمرکز شده بودند. قابل ذکر است، فقط۶ درصد از مطالعات عملکرد شناختی طبیعی را مورد بررسی قرار دادند.

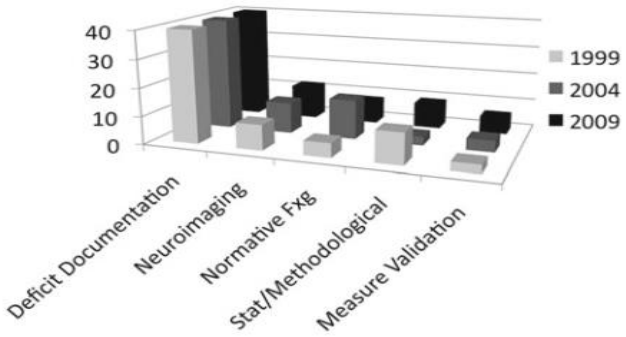
بررسی نمونه مطالعات داخلی هر یک از ۳ سال یک الگوی کلی یافته ها را در سراسرکل نقاط زمانی نشان داد (شکل. ۱,۱). آزمایش اسناد پژوهش نقص شناختی در سال ۲۰۰۴ و ۲۰۰۹ نسبت به ۱۹۹۹ کاهش یافته است، در حالی که مقالات با تمرکز بر سنجش اعتبار علائم افزایش یافته است. علاوه بر این، افزایش

www.takbook.com

قابل توجهی در مطالعات خدمت رسانی به مقیاسهای اعتبار عصب روانشناسی در سال ۲۰۰۹ در مقایسه با ۱۹۹۹ و۲۰۰۴ وجود دارد. در مقایسه با سال قبل از آن ، در سال ۲۰۰۹ مقدار مقالات آماری و روش شناسی کاهش یافت و یک افزایش در نشریات بر مستندسازی عملکرد طبیعی شناختی صورت گرفت. با وجود افزایش در ادبیات پژوهشی بر اعمال شناختی بهنجار، اما افزایش معنی دار در مطالعات مربوط به ارتقاء سلامت شناختی وجود نداشت.

مجله نقد و بررسی انجمن اعصاب و روان بین المللی

در مطالعات بعدی (راندولف، ۲۰۱۱) من از روشهایی مرور قبلی برای بررسی روندهای انتشار ۱۰ ساله در مجله بین المللی اعصاب و روان جامعه (JINS) استفاده کردم. من به بازنگری و به طبقه بندی عناوین و خلاصه های تمام مقالات تجربی که در JINS در سال ۱۹۹۹، ۲۰۰۴، و ۲۰۰۹ (N = 241) منتشر شده بر اساس اهداف مطالعه اولیه، که به طور کلی شبیه به دسته های موجود دربررسی ACN بود پرداختم. این دسته بندی ها شامل: (۱) خصوصیات نارسایی شناختی ؛ (۲) اندازه گیری اعتبار سنجی جدید / موجود؛ (۳) پژوهش کلی آماری / روش شناسی؛ (۴) بررسی عملکرد شناختی بهنجار؛ (۵) تصویربرداری عصبی؛ (۶)، اثر مداخله درمانی پزشکی بر شناخت؛ (۷) توانبخشی شناختی؛ و، (۸) حفظ تابع در بیماری عصبی



شکل. ۱,۲ درصد مطالعات انجام شده مجله بین المللی جامعه عصب روانشناسی در دسته بندی های سالهای مختلف

بررسی JINS نشان داد که ۵۸٪ از مطالعات انجام شده در توصیف نقایص شناختی جمعیت عصب روانشناسی متمرکز شده بودند؛ ۱۱ درصد از مطالعات بر اساس تصویربرداری عصبی بود ؛ ۱۰٪ عملکرد شناختی بهنجار؛ ۷٪ متمرکز در مورد مسائل آماری و روش شناسی؛ و ۵٪ به بررسی اعتبار معیارهای عصب روانشناسی. این دسته بندی ها شامل ۹۱٪ از تمام مقالات از سراسر نمونه جلدهای مجله بود. حدود ۳٪ از مطالعات، عملکرد عصبی، بیماری و توانبخشی شناختی را بررسی کرده بودند.

www.takbook.com

بررسی نقطه زمانی خاص و روند طولی الگوی نسبتا پایدار از تحقیقات منتشر شده ، روند کمی به سمت نشر مطالعات متمرکز بر عملکرد شناختی بهنجار و افزایش اندکی در اندازه گیری تحقیقات اعتبار سنجی در سراسر نمونه سال (شکل ۱,۲) نشان داد. نکته مهم، افزایش در تحقیقات که به دنبال مطالعه و یا ارتقاء سطح سلامت شناختی باشد نبود.

بازنگری نوروسایکولوژی

در مطالعه سوم (راندولف، ۲۰۱۱)، من روند انتشار ۱۰ سال در نوروسایکولوژی را مورد بررسی قرار دادم. با استفاده از دسته بندی های مشابه در بررسی های ACN و JINS، عنوانها و خلاصه های تمام مقالات آزمایشی منتشر شده نوروسایکولوژی در سال ۱۹۹۹، ۲۰۰۴، و ۲۰۰۹ (N = 200) را گروه بندی کردم. یافته های به طور کلی مشابه قبلی بررسی شد: ۵۸ درصد از مطالعات انجام شده متمرکز در توصیف نقایص شناختی ؛۲۰٪ عملکرد شناختی بهنجار؛ ۹٪ مبتنی بر تصویر برداری عصبی. و ۴,۵٪ تابع عملکرد شناختی در بیماران عصب شناسی مورد بررسی قرار گرفتند. در میان سال نمونه برداری شده، افزایش اندکی در بررسی مطالعات عملکرد شناختی در کسانی که تحت تاثیر شرایط کوشش های توانبخشی عصبی و شناختی وجود داشت. اندکی کاهش درتحقیقات عملکرد شناختی بهنجار بود. میزان نسخه های منتشر شده در دیگر حوزه ها نسبتا ثابت باقی مانده بود.

نزول بازنگری در میان مجلات

در هر سه بازنگری مجله، مطالعات عمدتا برروی نقایص شناختی افراد عصب روانشناختی متمرکز است، ۵۲٪ از مقالات در این دسته بندی می باشد. از مطالعات باقی مانده، ۱۳ درصد مورد بررسی عملکرد شناختی عادی،۱۰٪ در خدمت به اعتبارسنجی معیارهای جدید، ۸٪ در تصویربرداری عصبی متمرکز شده ، و ۶٪ مسائل آماری / روش شناختی مورد بررسی قرار دادند. همچنین توجه داشته باشید، ۲٪ از مطالعات به حفظ عملکرد در بیماران عصبی روانشناسی و ۱٪ با تمرکز بر توانبخشی شناختی، مورد بررسی قرار دادند.

www.takbook.com

هشدارهایی به بازنگری های مجله عصب روانشناسی

مقدماتی از یافته ها که در بالا گفته شد، نمونه برداری مجلات در سه نقطه زمانی دلخواه در سراسر یک دوره ۱۰ ساله مورد بررسی قرار گرفت. با بررسی نتایج، تفاوت در زمان های مختلف، حتی در همان دهه وجود داشت. دوم، گرایش مجلات آکادمیک (JINS و نوروسایکولوژی) به تمرکز بیشتر بر بیماریهای عمومی و شناخت است، در حالی که مجله بالینی (ACN) به احتمال زیاد به انتشار نسخه های چاپی بر ارتقای سلامت شناختی گرایش دارد. با این حال، این الگو در طول بازنگری پدیدار نشد.

همچنین می توان ادعا کرد که بررسی سهم نسخه های خطی یا ارتقاء سلامت شناختی ممکن است بیشتر در مجلات با تمرکز بر توانبخشی بستری یا سرپایی، روانشناسی شناختی ، علوم اعصاب شناختی ، درمان فیزیکی یا شغلی، یا به طور کلی روانشناسی بالینی چاپ شود. با این حال، برای اینکه بررسی توالی نسبی تحقیقات مربوط به سلامت شناختی در یک رشته شناخته شده تا اخ به مطالعه روابط مغز- رفتار تصاص داده شود ، باید تمرکز این بررسی ها بر نشریات مجله عصب روانشناسی باشد. این مجلات نیز عوامل تاثیرگذاری قوی دارند، به همراه سه سازمان عصب روانشناسی و یا روانشناسی بزرگ (ACN : آکادمی ملی نوروسایکولوژی؛ JINS : جامعه عصب روانشناسی بین المللی؛ نوروسایکولوژی : انجمن روانشناسی آمریکا)، و به طور مشترک کار می کنند و یا به طورمنظم توسط بخش بزرگی از عصب روانشناسان بررسی می شوند (شایرین، مایر، نلسون، و موبرگ، ۲۰۱۱).

دامنه های نوروسایکولوژی مثبت چیست؟

بررسی ادبیات پژوهشی در بالا با شواهد کمی توضیح داده شد که عصب روانشناسی به عنوان یک رشته تغییر قابل توجهی نسبت به ارتقاء سلامت شناختی ارائه کرده است. با اینکه اعتراضاتی هم برای آن وجود دارد (به عنوان مثال، ایزن، ۲۰۰۹)، به نظر می رسد که عصب روانشناسی به طور کلی اصول روانشناسی مثبت را در بر نمی گیرد، و تحقیقات عصب روانشناسی عمدتا همچنان بر اسناد اختلال شناختی در گروه بیمار متمرکز است. هنوز معلوم نیست آیا چنین تمرکزاتی واقعا سلامت شناختی و کیفیت زندگی بیماران را بهبود می دهد. به هر حال عصب روانشناسان، متخصصین و دانش آموزان به نقش حساسی که عصب روانشناسی در رشته روانشناسی به صورت معناداری برای حفظ و ارتقاء سلامت شناختی بازی می کنند اعتقاد دارند. به طور کلی، کمبود کار متمرکز در زمینه روانشناسی مثبت وجود دارد.

www.takbook.com

این کتاب مسیرهای فعلی و آینده در عصب روانشناسی با تاکید بر عصب روانشناسی مثبت مطرح می کند. در اینجا این حوزه به صورت مفصل در ارتباط با عصب روانشناسی مثبت با نگاه به آینده توسعه خواهد یافت و پیشنهاداتی به عنوان اینکه چگونه عصب روانشناسی به عنوان یک رشته می تواند به سمت ارتقاء سلامت شناختی حرکت کند ارائه می شود. با تغییر جهت عصب روانشناسی مثبت این امکان وجود دارد عصب روانشناسان خدمات موثرتری به بیماران مبتلا در شرایط خاص عصب روانشناسی ارائه دهند و عموم مردم به شناسایی و ارتقاء عوامل مربوط به سلامت شناختی بپردازند.

مطالب زیر بازتابی از حوزه هایی هستند که در یک مفهوم وسیع عصب روانشناسی مثبت قرار دارند:

ارتقاء سلامت شناختی از طریق سازگاری فعال و جبران خسارت. با وجود این واقعیت که ادبیات پژوهشی غنی اختصاص داده شده به روشهای توانبخشی شناختی به ویژه برای بیمان بستری وجود دارد، فقط اخیرا تلاش شده بر راهبردهای سازگاری هیجانی و شناختی سرپایی تمرکز شود. خوشبختانه، به طور فزاینده اسناد مبتنی بر شواهد یافته ها وجود دارد که می تواند در طیف گسترده ای از شرایط تمرینات عصب روانشناسان بکار گرفته شود. مثلا، یک پایه ای از تحقیقات به چگونگی سبک های مقابله ای فعال و ناسازگار مربوط به کارکرد شناختی در MS هم به صورت مقطعی و هم طولی اختصاص داده شده که چگونه راهبردهای مقابله فعال می تواند در سلامت هیجانی و شناختی ترویج یابد (رابینوویتز و آرنت، ۲۰۰۹). تحقیقات اخیر نشان می دهد که به راحتی راهبردهای آموزشی به منظور بهبود عملکرد شناختی می تواند در گروه های بیمار حتی برای افراد با اختلالات متوسط تا شدید استفاده شود (گریلی و & گلیسکی، ۲۰۱۰؛ اوبراین، چیارا والوتی، آرانگو-لاسپریلا، لنجن فلدر، و در دی لوکا، ۲۰۰۷). در این کتاب، آماندا رابینوویتز و پیتر آرنت (۲۰۱۳) استراتژیهای سازگاری کلی در بیماری های عصب شناسی را نشان می دهند، و مورین اشمیتر- اد جکومبس،(۲۰۱۳) استفاده از فن آوری به عنوان یک روش برای بهبود جبران شناختی در کسانی که با اختلال عملکرد شناختی مواجه هستند را توضیح داد. راندولف و چایتور (۲۰۱۳) همچنین راه ها درک و ترویج کارکردهای اجرایی را نشان داد.

بررسی نقش عالم شیوه زندگی مثبت بر شناخت. ادبیات پژوهشی اختصاصی رو به رشد به منظور مطالعه فعالیتهای ذهنی، اجتماعی و جسمی بر شناخت در افراد مسن وجود دارد (هرت زوگ، کرامر، ویلسون، و لیندن برگر،۲۰۰۹). ما همچنین می دانیم که تفاوتهای سبک زندگی مختلف از جمله عادات خواب، ورزش و رژیم غذایی در عملکرد شناختی از دوران کودکی تا میانسالی تاثیرگذار است (آستیل، واندر هیج دن، ون ایجزن دورن، ون سومرن ، ۲۰۱۲؛ هیلمن، کمی جو، و اسکادر، ۲۰۱۱؛ سابیا و همکاران، ۲۰۰۹). علاوه بر این، مفهوم ذخیره شناختی، برای سالهای زیادی برای درک سلامت شناختی در سالمندان و در حال حاضر به تعمیم بالینی و دیگر مردم در اویل زندگی اختصاص یافته است (سوموسکی، چیارا والوتی، و د

www.takbook.com

لوکا،۲۰۰۹). حوزه های مفیدی برای پژوهش های کاربردی و بالینی وجود دارند و همچنین کاربردهای گسترده ای برای ارتقاء سلامت شناختی وجود دارد در مورد، جنیفر راندولف و من (۲۰۱۳) عوامل موثر در طول دوران کودکی و بزرگسالی و مورین اوکانر و مالیسا کرافت (۲۰۱۳) عوامل تاثیرگذار در شیوه زندگی افراد مسن را مورد بررسی قرار گرفت .

تلاش های پیشگیرانه. کاهش عوامل خطر شناخته شده به علت اختلال شناختی نیز می تواند در خدمت ارتقاء سطح سلامت شناختی باشد. به عنوان مثال، عصب روانشناسی ورزشی اخیرا به عنوان یک دامنه عمل اصلی و حوزه مهمی برای پژوهش و خدمات بالینی می باشد (اشمندیا،۲۰۰۶). در مقایسه با چند سال پیش، ما گسترش در برنامه های پیشگیری و مدیریت ضربه مغزی ورزشی در سراسر دبیرستان، کالج، و ورزش حرفه ای را می بینیم. تست پایه قبل از شروع ورزشکاران در حال تبدیل شدن به یک امری عادی در بسیاری از شرایط شده است و "در هنگام مشکوک بودن" گرایشی بیش از سابق در برخی از شرایط برای به حداقل رساندن ورزش های تکان مغزی به عنوان "ضربه" جزئی تاکید می شود. روبن اکومندیا(۲۰۱۳) به این حوزه با جزئیات بیشتر پرداخته است.

آموزش و دفاع عمومی. بسیاری از افراد با جذب به عصب شناسی و عصب روانشناسان یک شرایط خاصی برای برقراری ارتباط بین نقش ما در این مطالعه وسیع از جنبه های زیست شناختی رفتار و شناختی ایجاد کردند. با این حال، با وجود مقدار زیاد ارزش نظام ما برای بیماران و عموم مردم، رشته و روشهای ما کمتر در خارج ازحوزه عصب روانشناسی شناخته شده است. همانطور که توسط چند نظر سنجی از عامه مردم نشان داده شد (گویلمت و پاگلیا، ۲۰۰۴؛ مک کینلی،بیشاپ، و مک للان، ۲۰۱۱)، درک کلی از آسیب های مغزی و بیماری عصبی ناقص است و تصورات غلطی در ارتباط با آن است. عصب روانشناسان باید نقش محوری در روشن سازی اهمیت شناختی سلامت در عموم مردم و کمک به مردم در درک روابط مغز و رفتار با روش مهیج و در دسترس را بازی کنند. این چشم انداز همچنین ارتباط زیادی در شرایط قانون گذاری دارد، که در آن مراقبت های بهداشتی قانونی می تواند بر معیشت هزاران نفر از عصب روانشناسان موثر باشد. تاثیر تلاش های انتقادی و واضح برای دفاع از این حرفه بااهمیت است.

مطالعه افراد با نتایج شناختی مثبت. چه عواملی در بیماران عصب روانشناسی همراه با حداقل یا هیچ بار شناختی و یا با ثبات یا بهبود یافته عملکرد شناختی وجود دارد؟ بسیاری از افراد مبتلا به MS، شاید تا۵۰٪، برای ارزیابی اختلال شناختی انجام نمی دهند و اطلاعات کمی در مورد این گروه به عنوان یک کل شناخته شده است. بعضی از تحقیقات عوامل مرتبط با حفظ شناختی یا توانایی های پایدار و خفیف شناختی را بررسی کرده اند (MCI؛ دسون،هوسی، بودسون،وآلی، ۲۰۱۲؛دولکس،مک دونالد، براوسلافسکی ،کامی کیولی،ودیکسون،۲۰۱۲).همچنین شواهدی وجود دارد که برخی ازعوامل نگرشی، محیطی و دیگر

www.takbook.com

عوامل احتمالا با نتایج بهتر مرتبط باشد.مطالعه کوهورت افراد با اختلالات عصبی با هیچ و یا حداقل اختلال عملکرد شناختی ممکن است سرنخ مهمی در مورد استراتژی ها برای ترویج سلامت شناختی ارائه دهند.

بررسی عملکرد شناختی نرمال و بالاتر از سطح طبیعی. در حالی که عصب روانشناسی به طور کلی در ارزیابی، مدیریت، و درمان با شرایط عصبی شناخته شده یا مشکوک متمرکز شده، عصب روانشناسان در موقعیتی قرار گرفته که نقش مهمی را در درک عملکرد شناختی عادی و برانگیزاننده احساسات بازی می کند. همچنین توسط بازنگری های قبلا شرح داده شده، نسبت تحقیقات در مجلات عصب روانشناسی متمرکز بر شناخت طبیعی در سراسر طول عمر نشان داده شده است. علاوه بر این، مطالعه از افراد با عملکرد شناختی قوی ممکن است برنامه های مهم برای بیماران مبتلا به اختلال شناختی باشد. برای مثال، مطالعه موثر سازماندهی شده استراتژی ها و مهارت های مقابله ای موجب افزایش کیفیت زندگی در عملکرد بالای افراد ممکن است منجر به توسعه استراتژیهای مشابه برای کسانی که با محدودیتهای شناختی هستند شود.

ارتقاء سلامت شناختی در شرایط غیر متعارف. برنامه های کاربردی مختلفی در حال ظهور از مهارت ها و دانش عصب روانشناسان وجود دارد که به طور گسترده در این زمینه در نظر گرفته نشده اند اما عصب روانشناسان بطور قابل توجهی خواستار تنوع در کارشان می باشند. برای مثال، مربیگری اجرایی، یک روند فداکارانه برای بهبود درون فردی و عملکرد شناختی در شرایط شرکت های بزرگ ، دارای رشد جنبشی است که به دنبال ترجمه تحقیقات علوم اعصاب شناختی و اجتماعی در توسعه رهبری عملی استراتژی ها می باشد(رینگ لب و راک، ۲۰۰۸). عصب روانشناسان به خوبی آماده ارائه خدمات هستند، اما شاید با توجه به برنامه های درمانی جایگزین دیدگاه عصب روانشناسی، تعداد کمی در این جهت حرکت کرده اند. یک دیدگاه در مورد این موضوع در اینجا آورده ام (راندولف، ۲۰۱۳). علاوه بر این، " مشاوره شناختی "برای این نگرانی به عنوان مثال، از طریق مداخلاتی برای آموزش شناختی استراتژی ها یا تولید بازی های ویدئویی آنلاین با ترویج شناختی بهداشت و درمان، نشان دهنده حوزه دیگری است که عصب روانشناسان ممکن است سرمایه گذاری بیشتری به طور مداوم در آینده داشته باشند. تعداد کمی از عصب روانشناسان در شرایط مراقبت های اولیه کار می کنند، با وجود نیاز روشن مربوط به این خدمات هنوز با کاربرد گسترده در این اختلالات شناختی خیلی رایج نشده است.

به طور خلاصه، خدمات عصب روانشناسی مثبت به عنوان متحد کننده ایده های روانشناسی مثبت به تحقیق و کار عصب روانشناسی، با هدف نهایی ارتقاء سلامت شناختی از طرق مختلف عمل می کند. برای این منظور، کار حاضر آمیختن تحقیقات موجود و ارائه دیدگاه های مبتنی بر شواهد در ارتقاء سلامت شناختی در سراسر محیط های بالینی و غیربالینی است. علاوه بر این، من و همکارانم نیز تحقیق و کار آینده جهت گرا مربوط به سلامتی شناختی را پیشنهاد و مشخص می کنیم.

www.takbook.com

References

American Academy of Clinical Neuropsychology Board of Directors. (2007). American Academy of Clinical Neuropsychology practice guidelines for neuropsychological assessment and consultation.*The Clinical Neuropsychologist,21*,209–231. doi:10.1080/13825580601025932.

Astill, R. G., Van der Heijden, K. B., Van Ijzendoorn, M. H., & Van Someren, E. J. (2012). Sleep,cognition, and behavioral problems in school-age children: A century of research meta-analyzed. *Psychological Bulletin* . doi: 10.1037/a0028204.

Cornum, R., Matthews, M. D., & Seligman, M. E. P. (2011). Comprehensive soldier fi tness:Building resilience in a challenging institutional context. *American Psychologist, 66* (1), 4–9.doi:10.1037/a0021420.

Deason, R. G., Hussey, E. P., Budson, A. E., & Ally, B. A. (2012). Gist-based conceptual processing of pictures remains intact in patients with amnestic mild cognitive impairment.*Neuropsychology,26*(2),202–208. doi:10.1037/a0026958.10 J.J. Randolph

Diener, E. (2009). Positive psychology: Past, present, and future. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.),*Oxford handbook of positive psychology* (pp. 7–11). Oxford, UK: Oxford University Press.

Dolcos, S., MacDonald, S. W. S., Braslavsky, A., Camicioli, R., & Dixon, R. A. (2012). Mild cognitive impairment is associated with selected functional markers: Integrating concurrent,longitudinal, and stability effects. *Neuropsychology, 26* (2), 209–223. doi:10.1037/a0026760.

Echemendia, R. J. (2006). *Sports neuropsychology: Assessment and management of traumatic brain injury* . New York, NY: Guilford Press.

Echemendia, R. J. (2013). Promotion of cognitive health through prevention: The case of sports concussion. In J. J. Randolph (Ed.), *Positive neuropsychology: Evidence-based perspectives on promoting cognitive health* . New York, NY: Springer Science+Business Media, LLC.

Gillham, J. E., & Seligman, M. E. P. (1999). Footsteps on the road to a positive psychology.*Behaviour Research and Therapy, 37* , S163–S173.

Grilli, M. D., & Glisky, E. L. (2010). Self-imagining enhances recognition memory in memory-impaired individuals with neurological damage. *Neuropsychology, 24* (6), 698–710.doi:10.1037/a0020318.

Guilmette, T. J., & Paglia, M. F. (2004). The public's misconceptions about traumatic brain injury:A follow up survey. *Archives of Clinical Neuropsychology, 19* , 183–189. doi:10.1016/S0887-6177(03)00025-8.

Hertzog, C., Kramer, A. F., Wilson, R. S., & Lindenberger, U. (2009). Enrichment effects on adult cognitive development. *Psychological Science in the Public Interest, 9* , 1–65.

www.takbook.com

Hillman, C. H., Kamijo, K., & Scudder, M. (2011). A review of chronic and acute physical activity participation on neuroelectric measures of brain health and cognition during childhood.*Preventive Medicine, 52* (Suppl 1), S21–S28. doi:110.1016/j.ypmed.2011.01.024.

Isen, A. M. (2009). A role for neuropsychology in understanding the facilitating infl uence of positive affect on social behavior and cognitive processes. In S. J. Lopez & C. R. Snyder(Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (pp. 503–518). Oxford, UK: Oxford University Press.

McKinlay, A., Bishop, A., & McLellan, T. (2011). Public knowledge of "concussion" and the different terminology used to communicate about mild traumatic brain injury (MTBI). *Brain Injury, 25* (7–8), 761–766. doi:10.3109/02699052.2011.579935.

O'Brien, A., Chiaravalloti, N., Arango-Lasprilla, J. C., Lengenfelder, J., & Deluca, J. (2007). An investigation of the differential effect of self-generation to improve learning and memory in MS and TBI. *Neuropsychological Rehabilitation, 17* , 273–292. doi:10.1080/09602010600751160.

O'Connor, M. K., & Kraft, M. L. (2013). Lifestyle factors and successful cognitive aging in older adults. In J. J. Randolph (Ed.), *Positive neuropsychology: Evidence-based perspectives on promoting cognitive health* . New York, NY: Springer Science+Business Media, LLC.

Rabinowitz, A. R., & Arnett, P. A. (2009). A longitudinal analysis of cognitive dysfunction, coping,and depression in multiple sclerosis. *Neuropsychology,23*(5), 581–591. doi: 10.1037a0016064.

Rabinowitz, A. R., & Arnett, P. A. (2013). Coping in neurological disorders. In J. J. Randolph(Ed.), *Positive neuropsychology: Evidence-based perspectives on promoting cognitive health* . New York, NY: Springer Science+Business Media, LLC.

Randolph, J. J. (2010). Ten-year publication trends in the archives: Moving toward a positive neuropsychology [Abstract]? *Archives of Clinical Neuropsychology, 25* , 553–554.

Randolph, J. J. (2011a). Ten-year publication trends in JINS: Moving toward a positive neuropsychology?Presented at the 39th annual International Neuropsychological Society conference,Boston,MA.

Randolph, J. J. (2011b). Are we moving toward a positive neuropsychology? Ten-year publication trends in *Neuropsychology* [Abstract]. *The Clinical Neuropsychologist, 25* , 873–874.

Randolph, J. J. (2013). Promoting psychosocial and cognitive wellness in the workplace: The emerging neuroscience of leadership development. In J. J. Randolph (Ed.), *Positive neuropsychology:Evidence-based perspectiveson promoting cognitivehealth*.New York,NY:SpringerScience+BusinessMedia, LLC. 111 PositiveNeuropsychology

Randolph, J. J., & Chaytor, N. S. (2013). Promoting the executive functions: Core foundations,assessment considerations, and practical applications. In J. J.

www.takbook.com

Randolph (Ed.), *Positive neuropsychology:Evidence-based perspectiveson promoting cognitivehealth*New York,NY:SpringerScience+Business Media, LLC.

Randolph, J. S., & Randolph, J. J. (2013). Modifi able lifestyle factors and cognition through midlife. In J. J. Randolph (Ed.), *Positive neuropsychology: Evidence-based perspectives on promoting cognitive health* . New York, NY: Springer Science+Business Media, LLC.

Ringleb, A. H., & Rock, D. (2008). The emerging fi eld of NeuroLeadership. *NeuroLeadership Journal, 1* , 3–19.

Ruff, R. M. (2003). A friendly critique of neuropsychology: Facing the challenges of our future. *Archives of Clinical Neuropsychology, 18* , 847–864.

Sabia, S., Nabi, H., Kivimaki, M., Shipley, M. J., Marmot, M. G., & Singh-Manoux, A. (2009). Health behaviors from early to late midlife as predictors of cognitive function: The WhitehallII Study. *American Journal of Epidemiology, 170* (4), 428–437. doi:10.1093/aje/kwp161.

Schmitter-Edgecombe, M., Seelye, A., & Cook, D. J. (2013). Technologies for health assessment,promotion, and assistance: Focus on gerontechnology. In J. J. Randolph (Ed.), *Positive neuropsychology: Evidence-based perspective on promoting cognitive health*. New York, NY:Springer Science+Business Media, LLC.

Seligman, M. E. P. (1999). President's address. *American Psychologist, 54* , 559–562.

Seligman, M. E. P. (2011). Building resilience: What businesses can learn from a pioneering army program for fostering post-traumatic growth. *Harvard Business Review, 89* (4), 101–106.

Sumowski, J. F., Chiaravalloti, N., & DeLuca, J. (2009). Cognitive reserve protects against cogni-tive dysfunction in multiple sclerosis. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology,31* , 913–926. doi:10.1080/13803390902740643.

Sweet, J. J., Meyer, D. G., Nelson, N. W., & Moberg, P. J. (2011). The *TCN / AACN* 2010 "SalarySurvey": Professional practices, beliefs, and incomes of U.S. neuropsychologists. *The ClinicalNeuropsychologist, 25* (1), 12–61.doi: 10.1080/13854046.2010.544165.

Wood, A. M., & Tarrier, N. (2010). Positive clinical psychology: A new vision and strategy for integrated research and practice. *Clinical Psychology Review, 30* , 819–829. doi: 10/1016/j.cpr.2010.06.003.

www.takbook.com

فصل ۲

سازگاری در اختلالات عصبی

آماندا.آر. رابین ویتز و پیتر. آرنت[۲]

وقوع افسردگی در گروه بیماران عصب شناسی به طور قابل توجهی بیشتر از آن چیزی است که بر اساس میزان بروز افسردگی در جمعیت عمومی انتظار می رود، که در آن در طول عمر و ۱۲ ماه نقطه میزان شیوع ۱۷ و ۷٪ درصد برآورد شده است (کسلر، چیو، دملر، مری کانگاس، و والترز، ۲۰۰۵). برای مثال، برآوردها نشان می دهد که ۱۶ درصد از افراد با گزارش زوال عقل کلینیکال به طور معناداری افسردگی دارند و ۲۶,۸٪ گزارش بالینی قابل توجهی بی تفاوتی نشان می دهند(لی کتسوس و همکاران ، ۲۰۰۲). بررسیهای فرا تحلیلی پس از سکته مغزی افسردگی را ۲۳,۳٪ با معیارهایی برای اختلال افسردگی اساسی (MDD) تخمین زده اند، یکی دیگر از بررسی ها ۱۵٪ از بیماران گزارش قابل توجه ازعلائم افسرده کننده (رابینسون، ۲۰۰۳)نشان داده است. در میان بیماران اسکلروز متعدد (MS) ، پس از شیوع MS در طول عمر تشخیص از افسردگی در حدود ۵۰٪ برآورد شده (یوف، لیپرت، خاکستری، ساوا، و هوروات، ۱۹۸۷)، در حالی که نقطه شیوع میزان افسردگی در حدود ۱۵٪ است (پاتن، بک، ویلیامز، باربوی، و متز، ۲۰۰۳).

ادبیات پژوهشی در شیوع افسردگی در بیماری پارکینسون (PD) نرخ بیماری MDD از ۸ الی۲۴٪ گزارش شده، همچنین بسیاری از بیماران PD گزارش بالینی ۱۱-۵۴٪ مربوط به علائم افسردگی در طول عمر خود شروع پس از بیماری داشتند (ریجندرس، ارت، وبر، ارسلند، و لتجنز،۲۰۰۸). در بزرگسالان مبتلا با اختلال

---

[۲] ا.آر. رابین ویتز، دکترا (*)گروه جراحی مغز و اعصاب، دانشگاه پنسیلوانیا

پیتر.آرنت، دکترا، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه ایالتی پنسیلوانیا، کالج ایالتی، PA، USA

www.takbook.com

بی توجهی / بیش فعالی (ADHD)، نقطه شیوع میزان اختلال افسردگی اساسی (MDD) ۱۸,۶٪ تخمین زده شده و شیوع اختلال خلقی ۳۸,۳ درصد است (کسلرو همکاران ،۲۰۰۶). با توجه به آسیب مغزی پس از ضربه (TBI)، تحقیقات نشان می دهد که ۵۳,۱٪ از بیماران در دوره ۱۲ ماهه تحت بستری برای MDD تشخیص داده شدند(بمباردیه و همکاران، ۲۰۱۰).

شاید تعجب آور نباشد کسانی که مبتلا به اختلالات با چنین اثرات فراگیر هستند در کارکرد خود با خلق افسرده در کشمکش باشند .اختلالات مغز و اعصاب با کاهش شناختی مرتبط و / یا عملکرد فیزیکی همراه است. ضایعات در این مناطق با تداخل در زندگی روزمره بیماران می تواند ایجاد پریشانی کند(لوین سون، مرملستین، الکساندر، و مک فیلامی، ۱۹۸۵). برای مثال، پژوهش در بیماران مبتلا به MS نشان داده است که کاهش مشارکت در فعالیتهای تفریحی ، بخشی از آن ارتباط بین ناتوانی فیزیکی و خلق افسرده است(واس و همکاران، ۲۰۰۲). درحقیقت با این تغییرات نیاز به تنظیم قابل توجهی در بخشی از توانایی بیمار و خانواده وی می باشد. این تحول اغلب شامل گسترش دوره هایی از عدم اطمینان در مورد آینده و همچنین ناراحتی برای از دست دادن گذشته پیش از اختلال می باشد. بسیاری از بیماران نیز تجربه از دست دادن استقلال عملکردی دارند، که می تواند تهدید کننده هویت شخصی و عزت نفس باشد.

در کنار این مشکلات روانی اجتماعی، همچنین مستندات بیولوژیکی در خلق افسرده در افراد دچار اختلال عصب شناسی وجود دارد . خلق و خوی بر خلاف عملکرد شناختی و حرکتی نیست ، که در آن از مغز و آسیب به مدارهای عصبی به وجود می آید که حفظ و تنظیم عملکرد مختل عاطفی را برعهده دارد . شواهد از سوابق زیست عصب شناسی درافسردگی در سکته مغزی، زوال عقل، MS، در ادبیات پژوهشی حمایت می کند (فاینستاین و همکاران، ۲۰۰۴؛رمی، دودر،لیز، تورجانسکی،و بروکس، ۲۰۰۵؛شوایتزر، توک ویل،اوبراین، و ایمز، ۲۰۰۲؛سینگ و همکاران، ۲۰۰۲). با این حال، این نیز مشاهده شده است که رابطه بین مغز و اعصاب و افسردگی طوری است که به دور از ارتباط یک به یک آنها است. برای مثال، درادبیات پژوهشی MS ، نشانگرهای آسیب شناسی عصبی کمتر از ۵۰٪ متفاوت در علائم افسردگی گزارش شده است (آرنت و استروبر، ۲۰۱۱). با بهبود روش شناسی در کیفیت عملکرد مغز، این احتمال وجود دارد که شاخص بهتری در آسیب شناسی عصب شناسی با ارتباط قوی تر با نشانه های افسردگی به وجود می آید. با این حال، وضعیت فعلی این رشته نشان می دهد که عوامل روانی اجتماعی تعدیل کننده رابطه بین شدت بیماری و افسردگی در افراد با اختلال عصبی وجود دارد.

اگر چه بروز نسبتا بالاتری از افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال عصبی تعجب آور نیست، تا حدودی قابل توجه است که بیش از نیمی از بیماران موفق به حفظ حالات خلقی سالم در مواجهه با استرس ناشی از بیماری هستند و در هنگام آسیب ممکن است به تنظیم سیستم عصبی خلقی بپردازند . علوم کلینیکی در

www.takbook.com

طول تاریخ متمرکز بر آن دسته از عوامل خطر ابتلا به نتایج منفی را دارد، و این رویکرد ، به عنوان یک درک کامل از خطر برای جلوگیری کردن از صدمه قابل درک است. با این حال،رویکردهای دیگری به سوی به حداقل رساندن آسیب و عوامل بهبود تندرستی و ارتقاء تاب آوری است. تنها در دهه های اخیر علم روانشناسی در جوانب مثبت متمرکز شده است(سلیگمن، استین،پارک، و پیترسون، ۲۰۰۵).عصب روانشناسی بالینی به ادغام چشم اندازهایی پرداخته است، که با بررسیهای اخیر با تمرکز بر مجلات عصب روانشناسی مثبت و سلامت، و عوامل آن را دریک دوره ۱۰ ساله بررسی شده است(راندولف، ۲۰۱۱).

سازگاری یکی از بهترین عوامل مورد مطالعه در موضوع سلامت مثبت نگرانه است و یک دهه تحقیقات نشان داده اند که سبک مقابله ای تعدیل کننده رابطه بین استرس و احساسات منفی است. علاوه بر این، سازگاری در تعدادی از افراد بیمار عصب شناسی از جمله TBI، MS، ADHD در بزرگسالان، سکته مغزی و PD (آرنت، هیگنسون، واس، راندولف، و گرندی، 2002؛ کوران،پونس فورد، و کرو، ۲۰۰۰؛ گادفری، شوالیه، و کبک، ۱۹۹۶؛ هرمان و همکاران، ۲۰۰۰؛ جانستون، موریسون، مک والتر، و کبک، ۱۹۹۹؛ رابین ویتز و آرنت، ۲۰۰۹؛ جوان، ۲۰۰۵) مورد بررسی قرار گرفته است. با این پیش زمینه در ذهن، هدف از این فصل دو قسم است: (۱) به بحث در مورد چگونگی مقابله به صورت عملی، و چگونه ممکن است به کاهش افسردگی پرداخت، و (۲) به استفاده از ادبیات پژوهشی MS به عنوان یک مثال از چگونگی سازگاری در یک جمعیت بیمار عصبی مورد بررسی شده است.

سازگاری

مقابله مجموعه ای از فرایندهای شناختی و رفتارهایی است که فرد با استفاده از پاسخ به استرس به منظور کاهش و یا مدیریت حالات هیجانی ناراحت کننده است(منینجر، ۱۹۶۳؛ وایلانت، ۱۹۷۷). شواهد فراوانی در ادبیات پژوهشی وجود دارد که نشان می دهد سازگاری یک عامل مهم در رابطه با حوادث استرس زا و نتایج روانی و رفتاری است (اندروز، تنانت، هوسون، و وایلانت، ۱۹۷۸؛ بیلینگز و موس، ۱۹۸۱؛ کالینز، باوم، و سینگر، ۱۹۸۳؛ کوین، آلدین، و لازاروس، ۱۹۸۱؛ فلتون، رونسون، و هینریچسن، ۱۹۸۴؛ فولکمن و لازاروس، ۱۹۸۸؛ لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴؛ مناگان، ۱۹۸۲؛ میچل، کرونکایت، و موس، ۱۹۸۳؛ پرلین و اسکولر، ۱۹۷۸؛ شافر، ۱۹۸۳؛ شین، روزاریو، مورچ، و چستنوت، ۱۹۸۴؛ تیلور، وود، و لیچمن، ۱۹۸۳؛ وایلانت، ۱۹۷۷). لازاروس و فولکمن(۱۹۸۴) یک تئوری استرس و مقابله پیشنهاد کرده اند که شناسایی فرایند دو مرحله ای ارزیابی شناختی عوامل استرس زا و پس از آن انجام رفتار مقابله ای است با این تصور با وساطت رابطه بین استرس و نتایج فوری و بلند مدت آن است.

سازگاری ممکن است مستقیما مرتبط با نتیجه باشد؛ روش دیگر، مقابله ممکن است به صورت ضربه گیر در ارتباط با استرس باشد. مدل تنش ضربه گیر یا حائلی پیشنهاد می کند که اثرات مقابله دستاورد تعدیل یا سرکوب اثرات استرس است(ویتون، ۱۹۸۵). با توجه به مدل استرس حائلی، اثرات مقابله تنها باید در

www.takbook.com

سطح بالایی از استرس آشکار باشد (فینی، میچل، کرونکایت، و موس، ۱۹۸۴). به این صورت است که، مقابله با افزایش استرس به منظور تعدیل اصابت آن صورت می گیرد. از سوی دیگر، آثار استرس و مقابله بر نتایج می تواند تعاملی و دوطرفه باشد. مدل اعتدال نشان می دهد که تحت شرایط خاص مقابله (به عنوان مثال، هنگامی که راهبردهای مقابله ای خاصی به کار برده می شوند)، تأثیر استرس به طور قابل ملاحظه ای کاهش می یابد. مدل های سرکوب و اعتدالی برای استرس متناقص با هم نیستند و ممکن است که مقابله با استرس و نتیجه مربوطه از طریق مکانیزمهای ترکیبی و تعاملی صورت پذیرد(ویتون، ۱۹۸۵). به عنوان مثال، بررسی یک مطالعه تاثیر حائلی استرس مقابله ای نشان می دهد که سبک های مقابله ای خاصی ممکن است یک اثر مستقیم بر سازگاری داشته باشد، در حالی که سبک های دیگر ممکن است به صورت تاثیر حائلی بر استرس عمل کند (آلدوین و رونسون،۱۹۸۷).

به طور متداول، راهبردهای مقابله ای متعلق به یکی از مفهوم سازی شده دو حوزه کلی است: مقابله مسئله محور و مقابله هیجان مدار. مقابله مسئله محور اشاره به رفتارهای مقابله ای فعال با هدف تغییر منبع استرس است، در حالی که سبک مقابله ای هیجان مدار برای تنظیم پاسخ های عاطفی به یک عامل استرس زا در نظر گرفته شده است (فولکمن و لازاروس، ۱۹۸۰). مطالعات در ادبیات پژوهشی بیماران مزمن نشان داد که سطوح بالایی از افسردگی مرتبط با مقابله هیجان محور است . مقابله مسئله محور، از سوی دیگر، با سازگاری بهتر همراه با سطوح پایین از پریشانی است (آرنت و همکاران، ۲۰۰۲؛ رابین ویتز و آرنت، ۲۰۰۹؛ رونسون و فلتون، ۱۹۸۹؛تامپسون، گیل، آبرامز، و فیلیپس، ۱۹۹۲).

اگر چه بسیاری از تحقیقات مقابله تکیه بر تمایز مسئله محور در مقابل هیجان محور است ، این مفهوم سازی مقابله مورد انتقاد به دلیل بیش از حد ساده بودن آن است(کارور، اسچیر، و وین تراب،۱۹۸۹). بسیاری از پژوهشگران پاسخی به روشهای مقیاس مقابله یافتند(فولکمن و لازاروس، ۱۹۸۸)، مقیاس مقابله به طور گسترده ای مورد استفاده برای ارزیابی مقابله مساله محور و هیجان محور طراحی شده است، فرم های متعدد در این ارتباط وجود دارد. (آلدوین، فولکمن، شافر، کوین، ولازاروس،۱۹۸۰؛ آلدوین و رون سون،۱۹۸۷؛ کوین و همکاران، ۱۹۸۱؛ فولکمن و لازاروس،۱۹۸۵؛فولکمن،لازاروس، دانکل-اسچتر ، دلوگیس، و گروئن، ۱۹۸۶؛ پارکز،۱۹۸۴؛اسچیر،وین تراب،و کارور،۱۹۸۶). علاوه بر این، برخی از محققان دریافتند که زیرگروه های مقابله هیجان مدار لزوما با هم ارتباطی ندارد و یا همبستگی معکوس دارند، این نشان می دهد که مقابله هیجان مدار ساخت متحدالشکل نیست (کارور و همکاران، ۱۹۸۹).

در بسیاری از زمینه های نظری، ممکن است جداسازی یک زیر مجموعه از راهبردهای مقابله هیجان محور برای روشن سازی ناسازگاری مفید باشد. کارور و همکاران (۱۹۸۹) اندازه گیری رفتارهای مقابله ای مشتق شده از نظریه را که بیشتر به نام COPE که شامل ۱۳ مقیاس مفهومی مجزا می باشد را پیشنهاد کرده اند . یک تحلیل عاملی مرحله دوم که از چهار عامل با بازده COPE است و هر کدام شامل سه مقیاس- یک عامل فعال مقابله (متشکل از مقابله فعال ، برنامه ریزی، و خرده مقیاس سرکوب فعالیتهای رقابتی)، یک عامل مقابله اجتنابی(متشکل از انکار، انفصال روانی، و خرده مقیاس انفصال رفتاری)، یک عامل سوم شامل حمایت اجتماعی (برای هر دو دلایل احساسی و ابزاری) و تمرکز بر احساسات، و یک عامل چهارم ترکیب پذیرش، خویشتن داری مقابله ای و تفسیر مجدد مثبت و رشد است(کارور و همکاران، ۱۹۸۹).

www.takbook.com

محققان به ترتیب عوامل مقابله ای فعال و اجتنابی به عنوان عملیات های تطبیقی و مقابله تطبیقی مضر در نظر گرفتند، (آرنت و همکاران، ۲۰۰۲)، و این تمایز پشتیبانی نظری و تجربی شده است (آرنت و همکاران، ۲۰۰۲؛ کارور و همکاران، ۱۹۸۹؛رابین ویتز و آرنت،۲۰۰۹).

سبکهای مقابله ای و فرآیند آن

مقابله هم به عنوان یک فرایند و هم یک سبک مطرح شده است(لازاروس، ۱۹۹۳). یک رویکرد به عنوان سبک با تمرکز مقابله ای بر روی جنبه های جهت مند مقابله تمرکز دارد، بر اساس این فرض افراد تمایل به تکیه بر روی استراتژی های مقابله ای یکسان در بیشتر زمینه های زمانی دیگر دارند. این مفهوم ریشه در سبکهای دفاعی روانشناسی ذهن دارد. یک رویکرد جهت مند و یا یک خصیصه مقابله ای برگرفته از این ایده است که فرد در نقش متفاوتی برای تعیین مجموعه نسبتا پایدار از رفتارهای مقابله بازی می کند. با این حال، این ایده که افراد در واقع چنین ثباتی در سبکهای مقابلهای نشان می دهند بحث برانگیز است .به عنوان مثال، فولکمن و لازاروس تاکید می کنند که مقابله یک فرآیند پویا است که تغییر و تحولاتی در طول یک دوره استرس زا دارد و یک سبک پایدار باشد (فولکمن و همکاران، ۱۹۸۶؛ فولکمن و لازاروس، ۱۹۸۰، ۱۹۸۵). کارور و همکاران (۱۹۸۹)، با این حال، اذعان دارند شواهدی برای حمایت از رویکرد صفتی برای مقابله وجود دارد. با استفاده از یک ارزیابی سیستماتیک مقابله ای، کارور و همکاران ارتباط نسبتا کمی را بین تمایلات مقابله با استرس و چند متغیر شخصیتی و بین تمایلات مقابله با استرس و فعالیت های مقابله ای موقعیتی یافتند. این یافته ها نشان می دهد که حالت مقابله نشان دهنده یک سازه معنی دار است که منجر به مقابله موقعیتی می شود. علاوه بر این، کارهای صورت گرفته توسط فولکمن و لازاروس نشان می دهد که استراتژی های مقابله خاص، مانند ارزیابی مجدد مثبت، نسبتا در افراد در سراسر پنج برخورد پر تنش در بیش از پنج ماه با ثبات بود (فولکمن و همکاران، ۱۹۸۶).

از یک منظر فرایندی، تغییرات مقابله در طول زمان در پاسخ به بافت موقعیتی پویا رخ می دهد (لازاروس، ۱۹۹۳). تاکیدات دیدگاه فرآیندی بر جوانب حالت مقابله، با توجه به تأثیر زمینه انتخاب فردی در استراتژی مقابله است. پژوهش در این زمینه نشان داده که مردم به کاربست چند راهبردهای مقابله در هر موقعیت استرس زا می پردازند(فولکمن و لازاروس، ۱۹۸۰)، که برخی از راهبردهای مقابله در طول زمان نسبت به دیگر روشها با ثبات تر هستند (فولکمن و همکاران، ۱۹۸۶) و اینکه تغییرات مقابله از یک زمان به زمان دیگر در طی این دوره پر استرس تغییر می کند (فولکمن و لازاروس، ۱۹۸۵). پژوهش بر روی جنبه های فرایند مقابله ای پیشنهادات مهمی را در درک عاطفی و شناختی در پاسخ به استرس ارائه می کند. با این حال، به دلیل محدودیت عمده زمینه مقابله ، آن را نمی توان برای یک روش کاربردی برای همه افراد استفاده کرد (لازاروس، ۱۹۹۳) احتمال دارد که هر دو دیدگاه پایدار و موقعیتی با عملکرد هیجانی فردی مرتبط باشند. با این حال، مقابله سیستماتیک ممکن است بیشتر در ارتباط با نتایج روانی مزمن مانند افسردگی باشد.

www.takbook.com

استرس و سازگاری در ام.اس

استرس و نظریه مقابله، برای بیماری ام.اس و دیگر بیماری های مزمن استفاده می شود، پیشنهادات برای سازگاری با بیماری توسط پارامترهای بیماری (مفهوم سازی از طریق عوامل استرس زا) و از طریق فرایند مقابله ارزیابی شناختی ، منابع مقابله و استراتژی های مقابله ای تعدیل می شود(مائس، لونتال، و دریدر، ۱۹۹۶). پارامترهای بیماری ام.اس شامل مدت زمان بیماری، ناتوانی، شدت بیماری، و اختلال شناختی مورد پژوهش می باشد(پاکنهام،۱۹۹۹).

مرحله اول فرایند مقابله شامل ارزیابی عوامل استرس زاست. در حین این فرایند، ارزیابی های فردی مشخص می کند که آیا سلامت فرد به یک برخورد خاص با محیط مرتبط است. برای مثال، این برخورد ممکن است تهدید آمیز، شامل آسیب و یا از دست دادن و یا به چالش کشیدن، امکان وجود تسلط یا سودمندی در آن باشد (فولکمن و همکاران، ۱۹۸۶). تحقیقات نشان می دهد که عدم قطعیت و ارزیابی های تهدید ممکن است در سطوح بالاتری مربوط به پریشانی باشد، در هر حال ارزیابی چالش ها در ارتباط با سازگاری بهتر است (پاکنهام، استوارت، و راجرز،۱۹۹۷؛ وینمند،دیورند، و اشتاینر، ۱۹۹۴). در ام.اس، تاثیر علائم مرتبط با بیماری بر عملکرد فرد می تواند یک منبع قابل توجهی از استرس باشد. یک مثال از یک ارزیابی تهدیدآمیز برای این عوامل استرس زا ممکن است "علائم، منجر به انجام کار ضعیف در محل کارم می شود و من احتمالا کار خود را از دست بدهم". یک ارزیابی چالش برانگیز می تواند این باشد" نشانه یک چالش مطرح برای من در محل کار است، اما ممکن است من با استراتژی های خلاق قادر به انجام آن باشم.

هنگامی که یک فرد شرایط را استرسزا ارزیابی است، مرحله بعدی ارزیابی منابع مقابله در دسترس است . منابع مقابله ویژگی های شخصی و محیطی در اختیار یک فرد است در این هنگام یک استراتژی مقابله انتخاب شده و اجرا می شود (موس و بیلینگز، ۱۹۸۲). حمایت اجتماعی بیشتر به خوبی به عنوان منبع مقابله در ادبیات پژوهشی در بیماری های مزمن پژوهش شده است(پاکنهام،۱۹۹۹). مطابق با این کار در دیگر بیماران، در مورد نقش حمایت اجتماعی در سازگاری با ام . اس نشان می دهد که سطوح بالاتری از حمایت اجتماعی به نتایج روانی بهتر مرتبط است(لانگ و میلر، ۱۹۹۱؛ وینمن ، ۱۹۹۰). به عنوان مثال در یک فرد مقابله با چالش های مربوط به اشتغال، بسیاری از منابع که می تواند مفید باشد وجود دارد. به عنوان مثال، ارتباط خوب با یک کارفرما می تواند به منظور تغییر وظایف کار برای کنترل آن ، به نوبه خود در به حداقل رساندن تاثیر علائم بر عملکرد شغل نقش داشته باشد. حمایت اجتماعی می تواند سودمند باشد اگر دوستان و اعضای خانواده بتوانند فرد را در برخی از مسئولیتهای خانه و یا خارج از محل کار حمایت کنند. برای برخی از افراد، امنیت شغلی وآسایش نسبی مالی ممکن است کارایی آنها را ، بطور قابل توجهی در مسئولیت پذیری کاری، کار در خانه، یا تغییرات شغلی فراهم کند.

در نهایت، انتخاب و تایید استراتژی مقابله مشروط به در دسترس بودن آن از منابع لازم می باشد(لازاروس و فولکمن،۱۹۸۴). این مرحله از روند مقابله بیشترین توجه را در ادبیات پژوهشی برای سازگاری با ام . اس به خود اختصاص داده است . به طور کلی، فعال بودن و استراتژی های مقابله ای مسئله محور نشان داده اند که همراه با نتایج روانی بهتری در بیماران مبتلا به ام.اس هستند، در حالی که اجتناب و استراتژی ها هیجان محور با نتایج منفی همراه است (آیکنز، فیشر، نامی و رودیک،۱۹۹۷؛ آرنت و همکاران، ۲۰۰۲؛

www.takbook.com

فولی،بدل، لاروکا ، اسینبرگ، و رزنیکف،۱۹۸۷؛ ژان، پل،و بیتی، ۱۹۹۹؛پاکنهام، ۱۹۹۹؛پاکنهام و همکاران، ۱۹۹۷؛ شوارتز، ۱۹۹۱؛ وارن، وارن، و کوک ریل،۱۹۹۱). بر می گردیم به نمونه بیماری که در تلاش است در محل کار، یک روش مسئله محور فعال داشته باشد که ممکن است شامل صحبت کردن با سرپرست خود و بررسی گزینه برای سازگاری در مسئولیتها و یا ساعت کار باشد. برای مثال، کار کردن صبح ها به مدت ۷ روز هفته و یا کار پاره وقت در خانه ممکن است به یک بیمار ام.اس در حفظ بهره وری کافی با مدیریت خستگی موثرتر باشد . یک راهبرد مقابله اجتنابی شامل نادیده گرفتن یا انکار تغییرات مرتبط با ام.اس در عملکرد در محل کار باشد، در حالی که یک استراتژی هیجان محور می تواند شامل رهایی فرد در ارتباط با استرس در محل کار شود.

اختلال شناختی و مقابله

با وجود این واقعیت که اختلال عملکرد شناختی در حدود ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به ام.اس وجود دارد (آرنت و گلر،۲۰۱۱؛ براسینگتن و مارش، ۱۹۹۸) و اینکه مشکلات شناختی نشان دهنده شدت بالایی در عملکرد روزمره است(هیگنسون، آرنت،و واس، ۲۰۰۰؛ رائو، لئو، برناردن، و آنورزاگ،۱۹۹۱)، تحقیقات نسبتا کمی در مورد چگونگی تاثیر اختلال شناختی در ارتباط با مقابله صورت گرفته است. اختلال شناختی در بیماران مبتلا به ام.اس و دیگر اختلالات عصب شناسی می تواند به عنوان یک عامل استرس زا مفهوم سازی شود. کار در این زمینه نشان داده است که مقابله تعدیل کننده رابطه بین اختلال شناختی و افسردگی در ام.اس است(آرنت و همکاران، ۲۰۰۲). این تحقیقات نشان می دهد که زمانی که بیماران مبتلا به ام.اس از سطوحی از مقابله اجتنابی، و یا سطح پایینی مقابله فعال استفاده می کنند، آنها در معرض خطر افزایش افسردگی هستند اگر آنها تجربه زوال شناختی داشته باشند (آیکنز و همکاران، ۱۹۹۷؛ آرنت و همکاران، ۲۰۰۲؛ فولی و همکاران، ۱۹۸۷؛ ژان و همکاران، ۱۹۹۹؛ پاکنهایم، ۱۹۹۹؛ پاکنهایم وهمکاران،۱۹۹۷؛ شوارتز، ۱۹۹۹؛ وارن و همکاران، ۱۹۹۱). علاوه بر این، درتحقیقات ما نشان داده شده است که رابطه قوی طولی، در سبک مقابله ناسازگارانه و شروع افسردگی وجود دارد (رابینوویتز و آرنت، ۲۰۰۹).

از آنجا که مقابله شامل فرایندهای شناختی، علاوه بر عملکرد به عنوان یک عامل استرس زا، فرایندهای شناختی نیز ممکن است اثر مستقیم بر اجرای استراتژی ها شناختی و رفتاری داشته باشد که دربرگیرنده مقابله است. در حالی که مهارت های شناختی یک منبع شخصیتی مهمی است، به طور نسبی توجه کمتری در ادبیات پژوهشی مقابله در حیط شناختی در بیماری های مزمن شده است. با این حال، پژوهش در توسعه تنظیم احساسات، که این فرایند شبه مقابله است، به مدت طولانی نقش توانایی ها شناختی ازقبیل توجه و عملکرد اجرایی در فرآیندهای عاطفی به رسمیت شناخته است (گراس، ۱۹۹۸).

مهارت های شناختی، هم در مرحله ارزیابی و هم درمرحله مقابله به مدل مقابله و استرس فولکمن و لازاروس استناد شده است(لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴).این تصور توسط یک مطالعه که رابطه بین عملکرد اجرایی و رفتار مقابله ای در بیماران مبتلا به آسیب ضربه مغزی(TBI)مورد بررسی قرار داد حمایت شد (کرپان،لوین،استوس، و داوسون، ۲۰۰۷). محققان دریافتند که نمره بالا در تکالیف عملکرد اجرایی مرتبط با طرح مقابله حل مسئله بود، در حالی که عملکرد اجرایی ضعیف تر مقابله اجتنابی را پیش بینی می کرد. کار

www.takbook.com

ما همچنین نشان داد که مقابله یک عامل مداخله کلیدی در رابطه بین اختلال شناختی و افسردگی در بیماران مبتلا ام.اس است (رابین ویتز و آرنت، ۲۰۰۹). به این ترتیب، نقایص شناختی ممکن است در اثر کاهش توانایی استراتژی های مقابله ای فعال و افزایش اتکا همزمان به مقابله ناسازگارانه باشد. در مطالعه ما، رابطه نسبتا زیادی بین مقابله ناسازگارانه در رابطه با سطوح پایین مقابله تطبیقی مربوط به سطوح بالاتری از علائم افسردگی در بیماران ام.اس مشاهده شد (رابین ویتز و آرنت، ۲۰۰۹).

این یافته نشان می دهد که افراد با سطح بالایی از اختلال شناختی ممکن است در بکارگیری راهبردهای مقابله فعال به عنوان نتیجه ناتوانی آنها دشوار باشد .پیامدهای بالینی عمده ای از این کار برای بیماران مبتلا به ام.اس و افراد دیگر با اختلالات عصبی شناسی وجود دارد. مداخلات روان درمانی، مانند رفتار درمانی شناختی(CBT) ، نشان داده در درمان افسردگی بیماران مبتلا به ام.اس موثر است (مور، بودوین، گودکین، بوستروم، و اپستاین، ۲۰۰۱؛مور، برک، بکنر، و مرلوزی،۲۰۰۵). مهارت های یادگیری و تمرین مقابله در جلسات ممکن است بسیاری از فشار شناختی افراد در مواجه با موقعیت های استرس زای نا آشنا و یا پیش بینی نشده کاهش دهد. از این رو، گفتار درمانی موثر می تواند در کاهش اثرات نقایص شناختی بر توانایی مقابله مفید باشد. این ممکن است از طریق یکی از روشهای CBT که یک درمان موثر برای افسردگی در بیماران مبتلا به ام.اس و گروه دیگر با اختلالات عصبی شناسی است انجام شود.

با این حال، به عنوان یک نتیجه ای از اختلال شناختی، مراجعان افسرده با نقایص عصب شناختی ممکن است با مراجعان افسرده بدون چنین نقصی در تواناییشان برای یکپارچگی و به کار بردن مهارت های یادگیری در درمان متفاوت باشند. درمانگرانی که در خدمت اینها مراجعان هستند باید آگاه باشند که محدودیتهای شناختی می تواند با تغییر درمان در این راه تداخل کند. به منظور افزایش اثربخشی درمان ، درمانگران ممکن است نیاز به تقویت مداخلات متداول CBT برای افسردگی به منظور ایجاد سازگاری شناختی مراجعان داشته باشند.

همچنین مداخله CBT در زمینه های آسیب مغزی نیز به کار می رود (فریمن و فریمن، ۲۰۰۵). بسیاری از اصولی که برای درمان سازگاری با آسیب مغزی توصیه می شود ممکن است برای درمان افسردگی در بیماران مبتلا به دیگر وضعیت های عصبی شناسی بکار گرفته شود. هیبرد و همکارانش نشان دادند که درمان شناختی ممکن است برای افراد با آسیب مغزی ایده آل باشد، که در آن رفتار جهت دار، در مدت زمان مشخص، فعال و رهنمودی و متمرکز برمشکلات عمل می کند. با این حال، مؤلفان در ادامه برخی از اصلاحات را که در CBT متداول هستند نشان می دهند که باید در این مثال برای استفاده افراد ساخته شده، تاکید بیشتر بر تکنیک های رفتاری، گسترش تعاملات اجتماعی مثبت، مدل سازی تکالیف توسط هم بیمار و هم درمانگر، ساده سازی برخی از وظایف، استقرار یک اتحاد درمانی را با همسر یا خانواده که ممکن است کمک به انجام کامل تکالیف شود و تمرکز بر به چالش کشیدن و اصلاح شناختی تحریف به نمایش گذاشته شده در جلسه گردد(فریمن و فریمن، ۲۰۰۵).

کار در منطقه ای از آسیب های ضربه مغزی توصیه خاصی برای پرداختن به محدودیت های شناختی ارائه می دهد. نارسایی حافظه ممکن است با نیاز به پرداختن بیمار به یادداشت ها، ایجاد نوارهای صوتی از جلسات، و یا بررسی مواد ارائه شده در هر جلسه انجام شود. در مشکلات توجه ممکن است با کاهش بسیار

www.takbook.com

زمان جلسه، با استفاده از مجریان بصری، و یا ارائه مواد در یک قالب چندتایی صورت گیرد. تکرار و ارائه آهسته می تواند برای سرعت پردازش بیماران کمک نماید. علاوه بر این، پرسیدن سوالات ساختاریافته ممکن است به افراد در معرض مشکل شناختی برای سازمان دادن افکار خود کمک کند (وایتهاوس، ۱۹۹۴). تحقیقات ما بر روی بیماران ام.اس پیشنهاد می کند آموزش مراجعان برای درخواست برخی از کمک های شناختی در خارج از جلسه، در شرایط نیاز به یک پاسخ مقابله، که ممکن است مفید باشد. با این حال، باید توجه داشت که اگر چه این توصیه های عملی و قطعا بسیار جذاب است، این تکنیکها اثربخشی درمان برای افراد افسرده مبتلا به ام.اس یک سوال تجربی است که به آن پرداخته شده است.

نتیجه گیری

سازگاری عامل مهمی است که منجر به پاسخهای رفتاری و عاطفی افراد به استرس می شود. برای افرادی که با اختلالات عصبی شناسی روبرو می شوند استرس قابل توجهی مربوط نقایص عصبی شناسی و اختلالات عملکردی دارند، که انطباق ممکن است یک متغیر مهمی در ارتقاء سلامت و رفاه باشد. برای عصب روانشناسان بهبود کیفیت زندگی بیماران خود امیدوار کننده است، مطالب بسیاری از چند دهه که از تحقیقات مربوط به استرس و مقابله جمع آوری شده وجود دارد. به عنوان مثال، استراتژی فعال و مسئله محور برای مقابله با استرس مرتبط با سازگاری بهتر و کاهش احتمال ابتلا به افسردگی هستند. علاوه بر این، نقایص شناختی، اغلب به افسردگی در بیماران مبتلا به اختلالات عصبی شناسی منجر می شود. عصب روانشناسان ویژگیهای نقایص شناختی را به خوبی می شناسند و توصیه هایی برای مقابله با این اختلالات ارائه می دهند. پژوهش بر روی عملکرد اختلال شناختی و نکات برجسته مقابله ، توصیه هایی فعال و مسئله – محور را برای مدیریت استرس ناشی از بیماری فراهم می کند . با این حال، برای اینکه نقایص شناختی ممکن است توانایی افراد را مختل کند استراتژی های مقابله فعال می تواند بسیار مفید باشد، عصب روانشناسان همچنین باید به ارائه توصیه های مزیت منابع مقابله هنگام مهیا کردن ارائه چهارچوب ها به شکل حمایت اجتماعی یا کمکهای شناختی برای به حداکثر رساندن مقابله موفقیت آمیز بپردازند . توجه متفکرانه به این مسائل در کار بالینی این پتانسیل را دارد که به بهبود کیفیت زندگی بیماران با بیماری های عصب شناسی منجر شود. تحقیقات بیشتری در مورد عوامل مثبت ارتقاء سلامت ، همانند مقابله، برای دستورالعملهای جدید برای بهبودی های مبتنی بر شواهد درعمل انتظار می رود.

www.takbook.com

Reference

Aikens, J. E., Fischer, J. S., Namey, M., & Rudick, R. (1997). A replicated prospective investigation of life stress, coping, and depressive symptoms in multiple sclerosis. *Journa of Behavioral Medicine,20*(5), 433–445.

Aldwin, C. M., Folkman, S., Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1980). *Ways of coping:A process measure* . Presented at the 88th annual meeting of the American Psychological Association, Montreal, Canada.

Aldwin, C. M., & Revenson, T. A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology, 53* (2),337–348.

Andrews, G., Tennant, C., Hewson, D. M., & Vaillant, G. E. (1978). Life event stress, social support, coping style, and risk of psychological impairment. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 166* (5), 307–316.

Arnett, P. A., Higginson, C. I., Voss, W. D., Randolph, J. J., & Grandey, A. A. (2002). Relationship between coping, depression, and cognitive dysfunction in multiple sclerosis. *The Clinical Neuropsychologist, 16* , 341–355. doi: 10.1076/clin.16.3.341.13852.

Arnett, P. A., & Strober, L. B. (2011). Cognitive and neurobehavioral features in multiple sclerosis.*Expert Review of Neurotherapeutics, 11* (3), 411–424. doi: 10.1586/ERN.11.12.

Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine,4* (2), 139–157.

Bombardier, C. H., Fann, J. R., Temkin, N. R., Esselman, P. C., Barber, J., & Dikmen, S. S. (2010).Rates of major depressive disorder and clinical outcomes following traumatic brain injury. *Journal of the American Medical Association, 303* (19), 1938–1945.

Brassington, J. C., & Marsh, N. V. (1998). Neuropsychological aspects of multiple sclerosis. *Neuropsychology Review, 8* , 43–77.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personalityand Social Psychology,56*, 267–283.

Collins, D. L., Baum, A., & Singer, J. E. (1983). Coping with chronic stress at Three Mile Island:
Psychological and biochemical evidence. *Health Psychology, 2* (2), 149–166.

Coyne, J. C., Aldwin, C., & Lazarus, R. S. (1981). Depression and coping in stressful episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 90* (5), 439–447.

www.takbook.com