

بهروان

نشریه تخصصی روان‌شناسی و روان‌پزشکی

شماره شصت و هشتم / سال هفدهم

بهار ۱۴۰۴

بهروان

نشریه تخصصی روان‌شناسی و روان‌پزشکی

شماره ۶۸ / سال هفدهم / بهار ۱۴۰۴

شناسنامه اثر

مدیر مسئول: دکتر مریم شیرزادی

سردبیر: دکتر نسرين جابر قادری

مدیر اجرایی: دکتر زهرا السادات مهدیون

گرافیک و صفحه آرایی: سارا زارعی

همکاران این شماره: سهیلا امیدی، سعیده امانی، دکتر زهره داودیان، سارا رضایی اصل، آزاده مهدوی

فهرست

۲

سخن سردبیر

۳

سندرم روان پریشی تخفیف یافته

۶

معرفی فیلم

۹

معرفی کتاب

۱۰

دانش روز روان‌شناسی

۱۴

داروشناسی

۱۸

کنترل هیجانات

۲۱

راه‌های ارتباطی

سخن سر دیر

دکتر نسرين جابر قادري

مدیر مرکز مشاوره مبتنی بر سبک زندگی اسلامی ایرانی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

تحلیل فیلم از منظر روان‌شناسی می‌تواند بسیار غنی و جذاب باشد زیرا سینما انعکاس ذهنیت انسان‌ها، تعارضات درونی، روابط اجتماعی و مکانیزم‌های روانی است.

اما از چه نقطه نظرانی باید به تحلیل روان‌شناسی فیلم پرداخت. یکی از ابعاد این تحلیل روان‌شناسی شخصیت است. تیپ شخصیتی، رشد و پسرفت شخصیت اصلی، گذشته شخصیت و تروماهای کودکی او و تاثیر آن بر حال و مکانیزم‌های دفاعی مورد استفاده وی.

بعد دیگر روابط بین افراد شامل روابط خانوادگی و روابط عاشقانه و داینامیک روابط نظیر نوع دلبستگی.

بعد دیگر اختلالات روان‌پزشکی در افراد است مانند اختلالات شخصیت روان‌پریشی، اسکیزوفرنیا و پارانویا و دوقطبی و اضطراب و افسردگی است.

سندرم روان پریشی تخفیف یافته

دکتر آزاده مهدوی

دانشگاه علوم پزشکی همدان

بهروان

نشریه تخصصی روان‌شناسی و روان‌پزشکی



نشده ارتباط معکوس دارد. این حقایق انگیزه‌ای برای تلاش‌های مداخله زودهنگام فراهم کرده‌اند. با این حال، کاهش تأخیر در درمان از شروع دوره اولیه روان‌پریشی با تشخیص زودهنگام و درمان مؤثر، تنها بهبودهای اندکی در نتیجه برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی به همراه داشته است، که منجر به علاقه به امکان مداخله حتی در مراحل اولیه بیماری شده است. این دانش منجر به

علیرغم پیشرفت‌های درمانی در نیم قرن گذشته، اسکیزوفرنی همچنان یک اختلال ناتوان‌کننده با اختلالات عمیق مادام‌العمر در عملکرد اجتماعی و حرفه‌ای برای اکثر مبتلایان به این بیماری است. بخش عمده‌ای از این کاهش در اوایل بیماری رخ می‌دهد و نتیجه کلی با توانایی عملکردی قبل از شروع روان‌پریشی ارتباط مستقیم و با مدت زمان روان‌پریشی درمان

علاقه چندین مرکز، از جمله مطالعه طولی پیش‌درآمد آمریکای شمالی، به توسعه برنامه‌های تشخیصی، مداخله و درمان زودهنگام روان‌پریشی شده است.

به منظور رفع این نیاز و با توجه به بهبود نتایج مشاهده شده در برنامه‌های مختلف مداخله زودهنگام روان‌پریشی، کارگروه اختلالات روان‌پریشی، افزودن یک دسته جدید به نام «سندرم خطر روان‌پریشی» یا «سندرم روان‌پریشی خفیف» در DSM-5 را برای توصیف وضعیتی با شروع اخیر علائم خفیف و شبه روان‌پریشی و پریشانی و ناتوانی بالینی مرتبط، بررسی کرد. این بیماران همچنین در معرض خطر قابل توجهی برای تبدیل به یک اختلال روان‌پریشی تمام‌عیار هستند. بر اساس بررسی داده‌ها در اوایل این فرآیند، مشخص شد که توصیه یک دسته جدید که عمدتاً بر اساس خطر آینده (یعنی «سندرم خطر روان‌پریشی») و نه بر اساس نیاز بالینی فعلی باشد، ممکن است زودهنگام باشد. داده‌ها نشان داد که اکثر افراد مبتلا به این بیماری به اختلال روان‌پریشی مبتلا نشدند و اکثر افراد مبتلا به این بیماری نیازهای بالینی مرتبط دیگری غیر از خطر تبدیل به روان‌پریشی داشتند. در نتیجه، به جای آن، وضعیتی که نیاز بالینی فعلی را توصیف می‌کرد - سندرم روان‌پریشی خفیف (APS) - در نظر گرفته شد. برخلاف «سندرم خطر روان‌پریشی»، APS یک وضعیت بالینی مرتبط در حال حاضر را توصیف می‌کند که منجر به درخواست کمک می‌شود و پیامدهای بالینی بسیار بیشتری غیر از تبدیل به روان‌پریشی دارد. ملاحظات اصلی در رابطه با APS شامل موارد مربوط به قابلیت اطمینان تشخیص در محیط‌های بالینی معمول و اینکه آیا اعتبار بیشتری دارد و کاربرد بالینی بیشتری نسبت به سیستم‌های طبقه‌بندی فعلی ارائه می‌دهد، بود. رابطه APS با دسته‌های تشخیصی مرتبط مانند اختلال شخصیت اسکیزوتیپال نیز ارزیابی شد. علاوه بر بررسی تمام داده‌های موجود، کارگروه اختلالات روان‌پریشی با طیف وسیعی از متخصصان مشورت کرد و نظرات مختلف عمومی و تخصصی را در مورد این موضوع در نظر گرفت.

در DSM-5-TR (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش پنجم، ویرایش متن)، سندرم روان‌پریشی تضعیف‌شده (APS) وضعیتی است که در آن افراد اشکال خفیف (با شدت کمتر) هذیان، توهم یا گفتار آشفته را بدون برآورده کردن معیارهای کامل یک اختلال روان‌پریشی تجربه می‌کنند. این وضعیت در DSM-5-TR به عنوان "وضعیتی برای مطالعه بیشتر" گنجانده شده است، به این معنی که یک تشخیص رسمی نیست، بلکه یک حالت شناخته‌شده است که ممکن است توجه بالینی را ایجاد کند. تمایز اصلی APS این است که افراد از تغییر ادراک خود آگاه هستند، برخلاف

افراد مبتلا به روان‌پریشی کامل که ممکن است فاقد بینش باشند.

سندرم روان‌پریشی شامل چهار بُعد مرتبط است: اختلال در تنظیم عواطف، که با اختلال در عواطف مشخص می‌شود، و علائم افسردگی، شیدایی و اضطراب نیز در آن یافت می‌شود. روان‌پریشی، که با تجربیات توهم‌زا و افکار هذیانی مشخص می‌شود. منفی، که از جمله موارد دیگر، با فقدان لذت جسمی و اجتماعی، بی‌اراده بودن و فلت شدن عاطفی مشخص می‌شود. شناختی، که با نقص پردازش اطلاعات مانند تغییرات حافظه، توجه و/یا عملکردهای اجرایی مشخص می‌شود. این چهار بُعد با ابعادی که در DSM-5 و با ابعادی که در مطالعات تجربی بیماران مبتلا به روان‌پریشی یافت می‌شوند مطابقت دارند و ناهمگونی علائم موجود در عمل و تحقیقات بالینی را کاملاً پوشش می‌دهند. واقعیت این است که می‌توان جنبه‌های دیگری مانند بی‌نظمی شناختی یا تغییرات روانی-حرکتی را نیز در نظر گرفت.

معیارهای بالینی پیشنهادی برای APS

حداقل یکی از علائم زیر به صورت خفیف با شدت و/یا فراوانی کافی برای جلب توجه بالینی وجود دارد:

- ✓ هذیان/ایده‌های هذیانی
- ✓ توهم/ناهنجاری‌های ادراکی
- ✓ گفتار/ارتباط آشفته
- ✓ علائم معیار A باید حداقل یک بار در هفته در ماه گذشته وجود داشته باشند.
- ✓ علائم معیار A باید در یک سال گذشته شروع یا بدتر شده باشند.
- ✓ علائم معیار A به اندازه کافی برای فرد و/یا سرپرست قانونی ناراحت کننده و ناتوان کننده باشند تا آنها را به سمت درخواست کمک سوق دهند.
- ✓ علائم معیار A با هیچ تشخیص DSM-5 دیگری، از جمله اختلالات مرتبط با مواد، بهتر توضیح داده نمی‌شوند.
- ✓ معیارهای بالینی برای اختلال روان‌پریشی هرگز برآورده نشده‌اند.

نکات کلیدی در مورد APS در DSM-5-TR:

روان‌پریشی تحت بالینی
APS نشان دهنده حالتی از روان‌پریشی تحت بالینی است که در آن برخی از معیارهای روان‌پریشی وجود دارند، اما نه در آستانه کامل تشخیص.

علائم خفیف

افراد نسخه‌های خفیف‌تری از هذیان‌ها، توهمات و گفتار آشفته را تجربه می‌کنند.

آگاهی از واقعیت



اثر مفید احتمالی درمان‌های روان‌شناختی در بیماران بسیار پرخطر نیز موضوع تجزیه و تحلیل بوده است. مطالعه‌ای که توسط موريسون و همکاران (۲۰۱۲) با استفاده از نمونه‌ای از ۲۸۸ بیمار (۱۴۴ گروه آزمایشی و ۱۴۴ گروه کنترل) انجام شد، نشان داد که مداخله با درمان شناختی (شش ماه درمان) به همراه نظارت، در مقایسه با نتایج گروه کنترل (فقط نظارت)، انتقال به روان‌پریشی یا پریشانی مرتبط با علائم را به طور قابل توجهی کاهش نمی‌دهد. با این حال، مداخله شناختی شدت علائم روان‌پریشی را کاهش داد. در مطالعه دیگری که توسط ون در گاگ و همکاران (۲۰۱۲) با استفاده از نمونه‌ای متشکل از ۲۰۱ بیمار انجام شد، مشخص شد که درمان شناختی-رفتاری (با تمرکز بر عادی‌سازی و آگاهی از سوگیری شناختی) تأثیر مطلوبی بر تبدیل به روان‌پریشی و همچنین کاهش علائم روان‌پریشی تحت بالینی در مقایسه با گروه درمان مرسوم نشان داده است. بنابراین، نتایج به‌دست‌آمده در مورد اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در پیشگیری از تبدیل به روان‌پریشی در شرکت‌کنندگان با ریسک بسیار بالا، در حال حاضر ناکافی و متناقض است.

REFERENCE

- Tsuang MT, Van Os J, Tandon R, Barch DM, Bustillo J, Gaebel W, Gur RE, Heckers S, Malaspina D, Owen MJ, Schultz S, Carpenter W. Attenuated psychosis syndrome in DSM-5. *Schizophr Res*. 2013 Oct;150(1):31-5. doi: 10.1016/j.schres.2013.05.004. Epub 2013 Jun 14. PMID: 23773295; PMCID: PMC3778120
- Zachar P, First MB, Kendler KS (2020). The DSM-5 proposal for attenuated psychosis syndrome: a history. *Psychological Medicine* 1-7. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000653>
- Conditions for Further Study'. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (fifth ed.). Washington, D.C: American Psychiatric Association. 2013. p. 783. ISBN 978-0-89042-554-1

یکی از ویژگی‌های بارز این است که افراد مبتلا به APS از واقعی نبودن ادراکات خود آگاه هستند، برخلاف افراد مبتلا به روان‌پریشی کامل که ممکن است فاقد بینش باشند.

تشخیص رسمی نیست

APS یک دسته تشخیصی رسمی در DSM-5-TR نیست، اما به عنوان "وضعیتی برای مطالعه بیشتر" گنجانده شده است.

اهمیت بالینی

علیرغم اینکه APS یک تشخیص رسمی نیست، به عنوان حالتی شناخته می‌شود که ممکن است توجه و مداخله بالینی را ایجاب کند.

درمان سندرم روان‌پریشی تخفیف یافته

کارآزمایی‌های درمانی بیماران با خطر بسیار بالای بروز روان‌پریشی انجام شده بود نشان داد که مداخله زودرس با مداخلات روان‌شناختی و دارویی می‌تواند سبب کاهش علائم و حتی تعویق یا جلوگیری از بروز بیماری روان‌پریشی تمام عیار شود. اکثر بیمارانی که دچار روان‌پریشی واضح شده اند ظرف چند ماه پس از شرکت در مطالعه این علائم را نشان دادند و دشوار است که مشخص کنیم آیا این بیماران از قبل و زمانی که به عنوان مقدماتی شناسایی شده است نشانه‌های اولیه شروع اسکیزوفرنیا را بروز داده اند یا خیر.

انواعی از رویکردهای درمانی به کار رفته اند از جمله درمان با ریسپریدون، الازاپین، اسیدهای چرب اشباع نشده چندقانده امگا-۳، درمان شناختی رفتاری، شناخت درمانی و استفاده مداخلات روان‌شناختی یکپارچه شامل رویکردهای شناختی، آموزش روانی و آموزش مهارت‌های اجتماعی.

معرفی فیلم

معرفی شش فیلم برتر روان‌شناسی (روانشناختی) در سال ۲۰۲۵

سارا رضایی اصل

دانشکده علوم پزشکی اسرآباد



بهر روان

نشریه تخصصی روان‌شناسی و روان‌پزشکی

BRING THEM DOWN

آن‌ها را سرنگون کن

سال تولید: ۲۰۲۴
کارگردان: کریس اندروز
نویسندگان:
کریس اندروز، جانانان هوریگان
بازیگران: کریستوفر ابوت،
بری کیوگان، کولم مینی
ژانر: درام، روان‌شناختی،
هیجان انگیز
امتیاز: ۶.۵
زمان فیلم: ۱ ساعت و ۴۶ دقیقه
گروه سنی: R

خلاصه داستان

مایکل»، چوپانی است که به همراه پدر ویلچرنشینش خود به نام «ری»، در روستایی در ایرلند زندگی می‌کند. سال‌ها پیش، «مایکل» به تلافی اینکه مادرش به او گفته بود خانواده را ترک می‌کند، باعث یک تصادف رانندگی شد. آن تصادف باعث مرگ مادرش و زخمی شدن شدید نامزدش «کارولین»، شد. در زمان حال، «کارولین» با همسایه و چوپان همکار «مایکل» به نام «گری» ازدواج کرده است. خانواده «گری» دچار مشکلات مالی هستند و پس از طوفانی که پلی را که خانه آنها را به جاده اصلی متصل می‌کند، تخریب کرد؛ «گری» و «کارولین» در مورد بدهی و عدم توانایی او در پرداخت هزینه تعمیرات بحث می‌کنند. پسر «گری» و «کارولین» به نام «جک»، دو قوچ متعلق به «مایکل» را می‌دزدد تا برای کمک به امور مالی پدرش، آنها را بفروشد. این فیلم که اولین بار در تابستان ۲۰۲۴ در جشنواره بین‌المللی فیلم تورنتو به نمایش درآمد، در تاریخ ۷ فوریه ۲۰۲۵ (۱۹ بهمن ۱۴۰۳) به اکران عمومی درآمد.

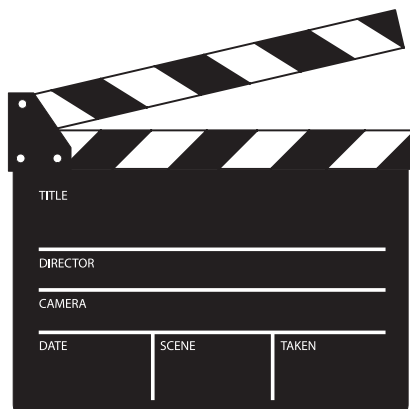
HURRY UP TOMORROW

فردا عجله کن

سال تولید: ۲۰۲۵
کارگردان: تری ادوارد شولتز
نویسندگان: رضا فهیم، تری ادوارد شولتز، دویکند
بازیگران: دویکند، جنا اورتگا،
بری کیوگان
ژانر: هیجان‌انگیز روان‌شناختی
امتیاز:
زمان فیلم: ۱ ساعت و ۴۵ دقیقه
گروه سنی: R

خلاصه داستان

یک نوازنده مبتلا به اختلال بی‌خوابی با غریبه‌ای مرموز روبرو می‌شود و این موضوع او را به سفری می‌برد که تمام دانسته‌هایش درباره خودش را به چالش می‌کشد. این فیلم به عنوان یک «هیجان‌انگیز روان‌شناختی» توصیف شده که تا حدودی از حرفه «دویکند» به عنوان یک ستاره پاپ بین‌المللی الهام گرفته شده است. «دویکند» در کنار دو تن از تحسین‌شده‌ترین بازیگران جوان هالیوود یعنی «جنا اورتگا» و «بری کیوگان» ایفای نقش خواهد کرد. فیلم «فردا عجله کن» در تاریخ ۱۶ ماه می ۲۰۲۵ (۲۶ اردیبهشت ۱۴۰۴) اکران شد.



COMPANION

همنشین

سال تولید: ۲۰۲۵
کارگردان: درو هنکاک
نویسنده: درو هنکاک
بازیگران: سوفی تاچر،
جک کواید، لوکاس گیج
ژانر: روان‌شناختی هیجان‌انگیز،
هوش مصنوعی، کمدی سیاه،
علمی تخیلی
امتیاز: ۷
زمان فیلم: ۱ ساعت و ۳۷ دقیقه
گروه سنی: R

خلاصه داستان

زن جوانی به نام «آیریس»، اولین ملاقاتش با نامزدش «جاش» را به یاد می‌آورد. بعداً، آنها به یک خانه کنار دریاچه‌ای دورافتاده سفر می‌کنند تا با دوستان‌شان «کت»، زوج «الی» و «پاتریک»، و «سرگتی»، نامزد «کت» که صاحب خانه است، ملاقات کنند. روز بعد، «سرگتی» سعی می‌کند به «آیریس» در کنار دریاچه تعرض کند و «آیریس» در دفاع از خود، او را می‌کشد. «آیریس» غرق در خون و وحشت‌زده به خانه برمی‌گردد و سعی می‌کند توضیح دهد چه اتفاقی افتاده اما «جاش» به او می‌گوید: «آیریس، برو بخواب» و او را خاموش می‌کند! وقتی «آیریس» از خواب بیدار می‌شود، به صندلی بسته شده است. «جاش» به «آیریس» اطلاع می‌دهد که او یک ربات همراه است که خودش از شرکت رباتیک Empathix اجاره کرده و احساسات و هوش او را می‌توان با یک برنامه روی تلفن «جاش» کنترل کرد.

DIEMYLEOVE

بمیر عشق من

سال تولید: ۲۰۲۵
کارگردان: لین رمزی
نویسندگان: آریانا هارویکز، لین رمزی، اندا والش
بازیگران: جنیفر لارنس، رابرت پتینسون، نیک نولتی
ژانر: ترسناک، روان شناختی، کمدی سیاه و هیجان انگیز

خلاصه داستان

فیلم «بمیر، عشق من» اقتباس از رمانی مهیج در سال ۲۰۱۷ به همین نام نوشته «آریانا هارویکز» است. این فیلم، داستان زنی با بازی «جنیفر لارنس» در یک روستا که با افسردگی پس از زایمان دست و پنجه نرم می‌کند و به آرامی در حال ابتلا به روان‌پریشی است را روایت می‌کند.

این زن در دوراهی بین عشق و جنون گرفتار شده است. «رابرت پتینسون» نقش همسر او را بازی می‌کند. «لاکیث استنفیلد»، «سیسی اسپیسک» و «نیک نولتی» نیز در این فیلم ایفای نقش می‌کنند.

«بمیر، عشق من»، با وجود اینکه داستان زنی درگیر افسردگی و اختلال دوقطبی را روایت می‌کند، گاهی اوقات کمدی هم می‌شود. این فیلم در سال ۲۰۲۵ اکران می‌شود اما زمان دقیق انتشار آن هنوز اعلام نشده است.

CAUGHT STEALING

کات استیلینگ

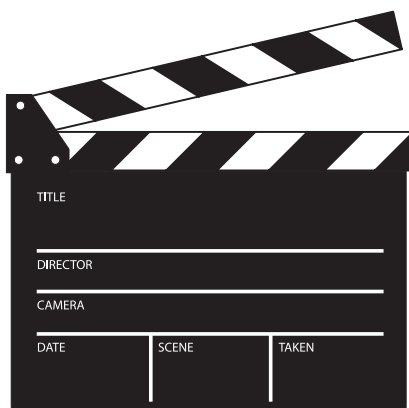
سال تولید: ۲۰۲۵
کارگردان: دارن آرونوفسکی
نویسنده: چارلی هیوستون
بازیگران: وینسنت دونوفریو
آستین باتلر، دیفارو وون-ای-تای
ژانر: درام، روان شناختی، جنایی
هیجان انگیز

خلاصه داستان

«هنک تامپسون» که زمانی که بازیکن آینده‌دار و باهوش بیسبال دبیرستانی بود، به یک فرد معتاد به الکل، بدشانس، متصدی بار و شخصی بی‌هدف در زندگی تبدیل می‌شود.

او به اشتباه، درگیر یک جستجوی خونین برای یافتن گنج در شهر نیویورک می‌شود. معلوم می‌شود که گربه‌ای که همسایه «هنک» به او سپرده، رازی را در دل دارد.

در ته قفس گربه، کلیدی پنهان شده که یک پلیس سادیست، گانگسترهای روسی، یک آدمکش اهل کشور ساموآ و دو برادر روانی که لباس چرمی به تن دارند، دنبال آن می‌گردند.



CALL OF THE VOID

کال آو دِ وُید

سال تولید: ۲۰۲۵
کارگردان: جمیز بی. کاکس
نویسنده: جمیز بی کاکس
بازیگران: کیتلین کارور، مینا ساندوال، ریچارد الیس
ژانر: ترسناک، روان شناختی، وحشت، ترسناک، فراطبیعی
قومیتی (Folk Horror)
امتیاز: ۶.۸
زمان فیلم: ۱ ساعت و ۳۳ دقیقه

خلاصه داستان

«وری» پس از مرگ غم‌انگیز برادرش، سعی می‌کند به یک کلبه کوهستانی دورافتاده فرار کند تا از کار، خانواده و تقریباً هر چیز دیگری دور شود.

با این حال، شرایط خلوتگاه آرام او به سرعت توسط یک گروه موسیقی دانشگاهی که به واحد کناری نقل مکان می‌کنند و یک استاد مشکوک که در حال مطالعه یک پدیده محلی شامل صدای یک زمزمه مرموز است، دچار تغییر می‌شود.

او خودش متوجه می‌شود که این زمزمه، دروازه‌ای به چیزی ماورایی است. «Call of the Void» یا «ندای پوچی»، یک داستان ترسناک عامیانه است که شامل آهنگ‌هایی از کتاب ترانه‌های عامیانه آپالچی است که توسط بازیگران به صورت زنده اجرا می‌شود.

در واقع، داستان فیلم این سوال را می‌پرسد: چگونه می‌توانید از حس‌های خود فرار کنید؟

این آثار روان‌شناختی، بهترین فیلم‌های روان‌شناسی سال جاری میلادی هستند.

معرفی کتاب

سارا رضایی اصل

دانشکده علوم پزشکی اسرئیل



سال ۲۰۲۴ با مجموعه‌ای از کتاب‌های روان‌شناسی جدید آغاز شد که هر یک بینش‌های جدیدی در زمینه بهداشت روان و زندگی فردی ارائه می‌دهند. اگر به دنبال کتاب‌هایی هستید که بتوانند به بهبود روان‌شناختی شما کمک کنند، این کتاب‌ها قطعاً نباید از دست بروند.

*از دیگر کتاب‌های جذاب روان‌شناسی در این سال می‌توان به **”ذهن علم را دنبال کن“ (Mind the Science)**

اشاره کرد که به موضوعات مرتبط با سلامت روان و تأثیرات فرهنگ ”بهبود خود“ بر افراد پرداخته است. جاناتان استیا، نویسنده این کتاب، بررسی می‌کند که چگونه برخی از مفاهیم روان‌شناسی به طور نادرست در صنعت سلامت روان مورد استفاده قرار می‌گیرند و ممکن است به جای بهبود، به ایجاد آسیب روانی منجر شوند. او در این کتاب خوانندگان را تشویق می‌کند تا با دیدی علمی و دقیق‌تر به مفاهیم بهبود روانی نگاه کنند.

این کتاب‌ها، که همگی در سال ۲۰۲۴ منتشر شده‌اند، نه تنها برای متخصصان روان‌شناسی بلکه برای هر کسی که به دنبال درک بهتری از خود و بهبود کیفیت زندگی است، مفید هستند. مطالعه این آثار می‌تواند به شما کمک کند تا با مشکلات روزمره بهتر کنار بیایید و مهارت‌های زندگی‌تان را تقویت کنید. اگر به دنبال کتاب‌هایی هستید که بتوانند به شما در مسیر رشد و بهبود شخصی کمک کنند، این آثار جدید روان‌شناسی بهترین گزینه‌ها برای شما هستند.

*یکی از این کتاب‌ها **”قدرت پنهان پنج قلب“ (The Hidden Power of the Five Hearts)**

نوشته کیمبرلی اسنایدر است. این کتاب به بررسی نحوه تقویت افکار و کنترل احساسات می‌پردازد و به خوانندگان ابزارهای کاربردی برای ایجاد تعادل در زندگی روزمره ارائه می‌دهد. نویسنده با استفاده از مفاهیم روان‌شناختی و فلسفی، به ما نشان می‌دهد که چگونه می‌توانیم از قدرت ذهن و احساسات خود برای دستیابی به موفقیت و سلامت بیشتر استفاده کنیم. این کتاب به ویژه برای کسانی که به دنبال افزایش خودآگاهی و بهبود زندگی فردی هستند، مناسب است.

*کتاب دیگری که در سال ۲۰۲۴ توجه زیادی را به خود جلب کرده، **”نقاط کور: وقتی پزشکی اشتباه می‌کند و معنای آن برای سلامت ما“ (Blind Spots: When Medicine Gets It Wrong and What It Means for Our Health)**

اثر دکتر مارتی مکاری است. این کتاب به تحلیل مشکلات سیستم‌های بهداشتی و تأثیرات منفی اشتباهات پزشکی بر سلامت روان و جسمی افراد می‌پردازد. نویسنده در این اثر به موارد متعددی از خطاهای پزشکی و تأثیرات روانی آن‌ها اشاره می‌کند و راهکارهایی برای جلوگیری از چنین اشتباهاتی ارائه می‌دهد. این کتاب برای افرادی که به بهبود سیستم‌های بهداشتی و پزشکی علاقه‌مندند، بسیار آموزنده است.

دانش روز روان‌شناسی

تغییر شخصیت ارادی واقعیت دارد؟

سعیده امانی

سرپرست اداره مشاوره علوم پزشکی کردستان



افکار، احساسات و رفتارها- پیش‌بینی‌کننده‌های قدرتمندی برای پیامدهای مرتبط در حوزه‌های مختلف زندگی هستند. به عنوان مثال، ویژگی‌هایی مانند روان‌رنجوری و وظیفه‌شناسی با رفتارهای بهداشتی، اختلالات روانی، مشکلات سلامت جسمی و مرگ و میر مرتبط بوده‌اند. علاوه بر این، ویژگی‌های شخصیتی موفقیت در روابط، پیشرفت تحصیلی و رفاه را پیش‌بینی می‌کنند و اندازه‌های اثر آنها با اندازه‌های اثر سایر متغیرها مانند وضعیت اجتماعی-اقتصادی یا توانایی‌های شناختی قابل مقایسه است. با توجه به

"مقاله‌ای با عنوان بررسی سیستماتیک تحقیقات تغییر شخصیت ارادی"

(A systematic review of volitional personality change research) توسط Peter Haehner , Amanda Jo Wright & Wiebke Bleidorn

در نشریه روان‌شناسی ارتباطات (psychology communications) در سال ۲۰۲۴ چاپ شده است که به بررسی تحقیقات صورت گرفته در زمینه تغییر شخصیت ارادی یا VPC پرداخته است. در این مقاله آمده است که ویژگی‌های شخصیتی- الگوهای پایدار

این شواهد ثابت برای اثرات پیش‌بینی‌کننده ویژگی‌های شخصیتی بر پیامدهای مرتبط با زندگی، در این مقاله این سوال مطرح شده که آیا ویژگی‌های شخصیتی می‌توانند اهداف عملی برای ارتقای دستیابی به این پیامدها باشند؟ و از آنجایی که ویژگی‌های شخصیتی به صورت تئوری تأثیرات پایداری بر سلامت، روابط، کار و سایر حوزه‌های زندگی دارند، ممکن است اهداف مفیدی برای مداخلات طراحی شده برای بهبود کیفیت زندگی افراد در حوزه‌های مختلف باشند. علاوه بر این، بسیاری از افراد ذاتاً انگیزه تغییر شخصیت خود را دارند که این امر احتمال تغییر شخصیت ارادی (VPC) را در جمعیت عمومی برجسته می‌کند و اخیراً توجه فزاینده‌ای را به خود جلب کرده است.

در این مقاله بر اساس جستجوی سیستماتیک متون در اکتبر ۲۰۲۴ با psycho info، ۳۰ مطالعه طولی و تجربی در مورد تغییرات شخصیت ارادی (vpc) شناسایی شده است. نویسندگان مقاله یافته‌های این مطالعات را در یک ادغام روایی و با استفاده از ابزارهای فراتحلیل خلاصه کرده و دو رشته تحقیقاتی را در ادبیات VPC متمایز نموده‌اند: مطالعاتی که VPC را بدون مداخله بررسی کردند و مطالعاتی که VPC ناشی

از مداخله را بررسی کردند. در این بررسی، نویسنده مقاله ادبیات نسبتاً جدید در مورد VPC را خلاصه و یکپارچه کرده، که به عنوان تغییرات خودگردان در ویژگی‌های شخصیتی تعریف می‌شود که با اهداف تغییر فرد سازگار هستند. این سری جدید از تحقیقات با تفاوت‌های قابل توجه در طرح‌ها و مداخلات مورد استفاده برای تقویت تغییر شخصیت مشخص می‌شود و نتیجه‌گیری روشن در مورد اثربخشی و محدودیت‌های مداخلات VPC را دشوار می‌کند. بنابراین، برای ارزیابی اینکه آیا VPC امکان‌پذیر است، درک اینکه چگونه مداخلات می‌توانند VPC را تسهیل کنند و جهت‌گیری‌هایی را برای تحقیقات آینده در مورد این موضوع استخراج کنند، ادغام سیستماتیک شواهد موجود مورد نیاز است. در ادامه، نویسنده مقاله ابتدا به طور خلاصه ارتباط تغییرات ویژگی‌های شخصیتی را خلاصه کرده و سپس به دیدگاه‌های نظری در مورد VPC پرداخته است.

به طور سنتی، ویژگی‌های شخصیتی مانند توافق‌پذیری، وظیفه‌شناسی، برون‌گرایی، روان‌رنجوری و گشودگی به عنوان ویژگی‌های پایدار در نظر گرفته می‌شوند که در بزرگسالی تغییر نمی‌کنند. با این حال، در طول دهه‌های گذشته، مشخص شده است که ویژگی‌های شخصیتی دارای ویژگی‌های پایدار و انعطاف‌پذیر در طول عمر هستند. این شواهد این سوال را مطرح کرد که آیا ویژگی‌های شخصیتی می‌توانند به صورت ارادی تغییر کنند؟

به طور مشابه، مشخص شده است که افزایش روان‌رنجوری و کاهش وظیفه‌شناسی، مشکلات سلامت جسمی و مرگ و میر را پیش‌بینی می‌کنند. اگرچه اکثر مطالعات، اثرات علی ویژگی‌های شخصیتی را بر این پیامدها بررسی نکرده‌اند، اما استحکام یافته‌ها در نمونه‌ها و طرح‌های مطالعه، بسیاری از محققان را به این نتیجه رسانده است که تسهیل تغییرات شخصیتی مطلوب می‌تواند راهی برای ارتقای رفاه، سلامت و موفقیت مرتبط با کار در عموم مردم، چه به طور مستقیم و چه غیرمستقیم، باشد.



در این مقاله حداقل سه روایت نظری، ایده‌هایی در مورد شرایط، مکانیسم‌ها و تعدیل‌کننده‌های VPC ارائه می‌دهند.

اول، نظریه تغییر شخصیت خودتنظیم شده، سه شرط را مشخص می‌کند که برای وقوع VPC باید برآورده شوند. شرط اول این است که افراد تمایل به تغییر ویژگی‌های شخصیتی یا رفتارهای مرتبط با آن ویژگی مانند وظیفه‌شناسی بیشتر یا روان‌رنجوری کمتر داشته باشند. شرط دوم این است که افراد تغییر ویژگی شخصیتی را امکان‌پذیر بدانند و باور داشته باشند که قادر به تغییر ویژگی‌های شخصیتی خود هستند. اگر این دو شرط برآورده شوند و افراد تغییراتی در رفتارهای مرتبط با آن ویژگی نشان دهند (مثلاً قابل اعتمادتر، منظم‌تر و پایدارتر عمل کنند)، اگر این تغییرات رفتاری به عادت تبدیل شوند و در موقعیت‌ها و حوزه‌های زندگی تعمیم یابند، تغییرات پایدار در ویژگی‌های شخصیتی می‌توانند رخ دهند.

دوم، مدل مداخلات برای تغییر ویژگی‌های شخصیتی بر ویژگی‌های فردی و مداخله‌ای تمرکز دارد که موفقیت مداخله VPC را تعدیل می‌کنند. مشابه نظریه تغییر شخصیت خودتنظیم شده، انگیزه عمومی برای تغییر ویژگی‌های شخصیتی، قابلیت‌های خودتنظیمی و باورهای مثبت در مورد تغییر شخصیت، تعدیل‌کننده‌های مهم در سطح فردی برای VPC موفق در نظر گرفته می‌شوند. علاوه بر این، مداخلاتی که با هدف تسهیل VPC انجام می‌شوند باید ملموس، امکان‌پذیر، فشرده و برای مدت زمان قابل توجهی ادامه داشته باشند. تصور می‌شود که ویژگی‌های شرکت‌کنندگان و مداخله از طریق تغییرات در حالات شخصیتی- ابراز لحظه‌ای شخصیت در یک موقعیت خاص - و پایبندی به مداخله، بر ویژگی‌های شخصیتی تأثیر می‌گذارند.

سوم، آلماند و فلوکیگر با ادغام تحقیقات روان‌شناسی بالینی و شخصیت، یک مدل عامل تغییر رایج ارائه دادند که شامل چهار مکانیسم تغییر است که باید در مداخلات شخصیتی مورد هدف قرار گیرند: آگاهی از تفاوت، بینش، تمرین و جهت‌گیری نقاط قوت. آگاهی از تفاوت، تشدید تفاوت‌های بین خود واقعی و خود مطلوب را توصیف می‌کند. بینش به تسهیل فرآیندهای بازتابی مانند شفاف‌سازی انگیزه‌ها، انتظارات و باورهای فرد اشاره دارد. تمرین، بیان مکرر رفتارهای جدید را که با تغییرات شخصیتی مطلوب فرد مطابقت دارند، توصیف می‌کند. در نهایت، جهت‌گیری نقاط قوت، فعال‌سازی منابع و نقاط قوت را برای تسهیل تغییر پایدار شخصیت توصیف می‌کند. این مکانیسم‌های تغییر مشترک، روی هم رفته، چهار استراتژی کلی را در مورد چگونگی منجر شدن مداخله VPC به تغییرات

در ویژگی‌های شخصیتی ارائه می‌دهند. به طور خلاصه، برای طراحی مداخلات VPC موفق، درک کاملی از شرایط، مکانیسم‌ها و تعدیل‌کننده‌های VPC مورد نیاز است. نظریه‌های موجود VPC از نظر دامنه متفاوت هستند، اما در کنار هم می‌توانند بینشی در مورد زمان و چرایی (ناموفق) بودن VPC ارائه دهند. با این حال، برای ارزیابی اینکه کدام یک از این ادعاهای نظری توسط شواهد تجربی پشتیبانی می‌شوند و اینکه آیا اصلاح نظریه‌های VPC مورد نیاز است، یک مرور کلی یکپارچه از ادبیات VPC ضروری است. از این رو، هدف این بررسی سیستماتیک، خلاصه‌سازی و ادغام ادبیات نوظهور VPC و بحث در مورد مسیرهای تحقیقات آینده بود.

نتایج

این بررسی سیستماتیک شامل ۳۰ مطالعه در مورد VPC منتشر شده بین سال‌های ۲۰۱۴ تا ۲۰۲۴ بود. این مطالعات شامل ۲۶ نمونه مستقل بودند که عمدتاً در ایالات متحده جمع‌آوری شده بودند (۵۲٪). نمونه‌ها یا دانشجویان دانشگاه بودند (۶۲٪) یا نمونه‌های در دسترس (۳۸٪)، به طور متوسط نسبتاً جوان بودند (۲۵/۵۷ ساله) و عمدتاً شامل شرکت‌کنندگان زن بودند (۶۷/۶۹٪). با توجه به طراحی مطالعه، تغییرات شخصیتی در یک بازه زمانی متوسط ۳۱/۷۷ هفته با میانگین ۷/۳۵ ارزیابی شخصیت بررسی شد.

به طور کلی، دو رشته تحقیقاتی را می‌توان در ادبیات VPC تشخیص داد. رشته اول با هدف پرداختن به این سوال است که آیا داشتن اهداف برای تغییر ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند تغییرات واقعی شخصیت را بدون هیچ گونه مداخله‌ای توضیح دهد. در مقابل، رشته تحقیقاتی دوم بررسی می‌کند که آیا مداخلات می‌توانند VPC را تسهیل کنند و به افراد کمک کنند تا به تغییرات شخصیتی در جهت‌های مورد نظر دست یابند. آیا اهداف تغییر، تغییرات شخصیتی را بدون مداخله پیش‌بینی می‌کنند؟

جامع‌ترین شواهد برای رابطه بین اهداف تغییر و تغییرات واقعی صفات از یک مگانالیز حاصل شده است که نتایج ۱۲ نمونه طولی (حجم نمونه ۲۲۳۸) را ادغام کرده است. این مگانالیز نشان داد که اهداف تغییر، تغییرات در تمام عامل‌های پنجگانه بزرگ را پیش‌بینی می‌کنند، که نشان می‌دهد افرادی که مایل به تغییر یک ویژگی شخصیتی خاص بودند، در واقع وقتی ۳ تا ۴ ماه بعد ارزیابی شدند، در آن ویژگی تغییر کردند. این ارتباط برای برونگرایی و روان‌رنجوری قوی‌تر و برای توافق‌پذیری و گشودگی کمتر بود.

با در نظر گرفتن مطالعات دیگری که امکان VPC

را بدون مداخله بررسی کردند، یافته‌ها پیچیده‌تر بودند. چندین مطالعه نشان دادند که اهداف تغییر فقط تغییرات شخصیتی را در برخی از ویژگی‌های پنج عامل بزرگ پیش‌بینی می‌کنند.

خلاصه شواهد موجود برای اثرات اهداف تغییر شخصیت بر تغییرات واقعی صفات بدون هیچ مداخله‌ای، متناقض است. به نظر می‌رسد صرف تمایل به تغییر شخصیت فرد با تغییرات کوچک در صفات شخصیتی در طول زمان مرتبط است. این یافته با ادعاهای نظری مبنی بر اینکه تمایل به تغییرات شخصیتی شرط مهم - اما نه کافی - برای تغییرات واقعی صفات است، مطابقت دارد و نشان می‌دهد که ممکن است برای تسهیل تغییر شخصیت پایدار، مداخلاتی مورد نیاز باشد. آیا مداخلات می‌توانند تغییر شخصیت ارادی را تسهیل کنند؟

در مجموع، ۱۶ مطالعه‌ای که در این بررسی در مورد VPC ناشی از مداخله گنجانده شده‌اند، شواهدی را برای تأیید این موضوع ارائه می‌دهند که مداخلات VPC می‌توانند تغییرات شخصیتی مطلوب را ایجاد نمایند که تا ۱۲ ماه بعد نیز این تغییرات ادامه دارد.

نویسنده مقاله در ادامه آورده است که ویژگی‌های شخصیتی می‌توانند اهداف عملی برای مداخلات عمومی باشند، زیرا به صورت تئوری بیان شده‌اند که بر سلامت، رفاه و روابط تأثیر می‌گذارند و بسیاری از افراد ذاتاً انگیزه دارند که جنبه‌هایی از شخصیت خود را تغییر دهند. با این حال، به نظر می‌رسد که صرفاً تمایل به تغییر شخصیت فرد، تنها ارتباط ضعیفی با تغییرات واقعی صفات دارد و ارتباطات بین مطالعات و صفات متفاوت است. بنابراین، ممکن است برای ترویج موفقیت‌آمیز VPC به مداخلات نیاز باشد.

سودمندی عملی VPC ناشی از مداخله بیشتر با این واقعیت پشتیبانی می‌شود که به نظر می‌رسد VPC با مداخلات نسبتاً خفیف و مقرون به صرفه از جمله برنامه‌های تلفن هوشمند دیجیتال امکان‌پذیر است. بنابراین، مداخلات VPC نسبت به سایر استراتژی‌های مداخله مانند روان‌درمانی، به منابع کمتری نیاز دارند و این امر نشان می‌دهد که VPC می‌تواند برای ارتقای سلامت در عموم مردم مورد استفاده قرار گیرد. با این حال، برای درک کامل کاربرد عملی VPC، تحقیقات آینده‌ای مورد نیاز است که آزمایش مستقیم‌تری از اینکه آیا مداخلات VPC می‌تواند منجر به اثرات بلندمدت قابل اندازه‌گیری در پیامدهای مرتبط زندگی شود، ارائه دهد.



داروشناسی

دپاکین

زهره داودیان

مسئول اداره مشاوره مبتنی بر سبک زندگی اسلامی - ایرانی دانشگاه علوم پزشکی ایلام



سردردهای میگرنی نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد. این دارو هم کانال‌های سدیمی وابسته به ولتاژ را مسدود می‌کند و هم سطح گابا آمینوبوتیریک اسید را در مغز افزایش داده و نیز بر گیرنده‌های دوپامینی-سروتونینی و گلوتمات هم اثر زیادی دارد.

▼ به طور کلی دپاکین علاوه بر تجویز برای صرع یا تشنج در موارد ذیل تجویز می‌شود:

۱- خشم انفجاری (Intermittent explosive disorder)

۲- عدم کنترل تکانه (impulse control disorder)

۳- تحریک پذیری - پرخاشگری (aggression)

۴- رفتارها یا تکانه‌ها (=جنسی) غیرقابل کنترل

۵- خلق ادواری (=دوره‌ای بیش از حد شاد و دوره‌ای

▼ والپروات سدیم (به انگلیسی: sodium valproate) یا والپروئیک اسید (به انگلیسی: Valproic acid) با نام‌های تجاری دپاکین و والپاکین، رهاکین از داروهای ضد افسردگی هیجانی و عصبی، عدم تعادلات روانی و ضد صرع یا تشنج و جهت کنترل اختلالات دوقطبی و اختلالات مرتبط با آن مانند اختلال خلق ادواری یا اختلال شخصیت مرزی و یا شیدایی به تنهایی، بدون اپیزود افسردگی یا تنها با اپیزود افسردگی نیز استفاده‌های گسترده‌ای دارد. این دارو بیشتر برای پیشگیری از تشنج ناشی از قطع مصرف داروهای اعصاب مانند بنزودیازپین‌ها، آنتی سایکوتیک‌ها و باربیتورات‌ها و نیز برخی داروهای مخدر افیونی تجویز می‌شود. والپروات سدیم اثرات آرام بخشی نیز دارد و گاهی برای درمان اختلال هراس تجویز می‌شود. برای جلوگیری از

چشم‌ها، اسهال یا یبوست، سرگیجه یا خواب‌آلودگی خفیف، سوءهاضمه، سردرد، بی‌قراری، مشکل در به خواب رفتن، ریزش مو، تغییرات دوره ماهانه، بثورات جلدی، افت مهارت‌های حرکتی بدنی، کاهش یا افزایش وزن غیرعادی و همچنین قرمز شدن چشم‌ها پانکراتیت و نقص‌های ظاهر سازد. شواهدی وجود دارد که والپروئیک اسید ممکن است باعث رشد زودرس و استخوانی شدن صفحات رشد استخوانی در کودک و نوجوان و در نتیجه کوتاهی قد شود. اسید والپروئیک همچنین می‌تواند باعث میدریازیس مردمکها شود. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد اسید والپروئیک ممکن است احتمال بروز سندرم تخمدان پلی کیستیک (PCOS) در زنان مبتلا به صرع یا اختلال دو قطبی را افزایش دهد. افزایش وزن نیز ممکن است رخ بدهد. دپاکین ممکن است باعث آسیب جدی به پانکراس شود که این ممکن است در هر زمانی در طول درمان رخ دهد. اگر هر یک از علائم زیر را تجربه شد بایستی فوراً با پزشک تماس گرفته شود: درد مداومی که از ناحیه معده شروع می‌شود اما ممکن است به پشت سرایت کند، تهوع، استفراغ یا از دست دادن اشتها..

▼ مصرف در بارداری

والپروات باعث نقص هنگام تولد می‌شود قرار گرفتن در معرض دارو در طول بارداری باعث افزایش سه برابری اختلالات عمده به خصوص اسپینا بیفیدا می‌شود که این احتمال به قدرت دارو و استفاده از بیش از یک دارو مرتبط است. به ندرت با چندین نقص دیگر از جمله «سندرم والپروات» همراه است. ویژگی‌های سندرم والپروات شامل ویژگی‌های از صورت است که تمایل به تکامل با افزایش سن دارند، از جمله پیشانی مثلثی شکل، پیشانی بلند با تنگی bifrontal، چین‌های epicanthic، نقص داخلی ابرو، پل مسطح بینی، ریشه بینی پهن، فیلتروم باریک، لب‌های بالایی بلند و حاشیه‌های نازک ورمیلیون، لب پایینی ضخیم و دهان کوچک. کودکان مادرانی که در دوران بارداری والپروات مصرف می‌کنند در معرض خطر ضریب هوشی پایین هستند. مصرف والپروات مادر در دوران بارداری با احتمال ابتلا به اوتیسم در فرزندان همراه بوده است. یک مطالعه در سال ۲۰۰۵ نشان داد که میزان اوتیسم در کودکانی که در معرض سدیم والپروات قبل از تولد در گروه مورد مطالعه قرار داشتند ۸.۹٪ بود. میزان عادی بیماری اوتیسم در جمعیت عمومی کمتر از یک درصد تخمین زده می‌شود. یک مطالعه در سال ۲۰۰۹ نشان داد که کودکان ۳ ساله از زنان باردار که والپروات مصرف می‌کنند از نظر ضریب هوشی ۹ امتیاز پایین‌تر از گروه کنترل خوب داشتند. با این حال تحقیقات بیشتر در کودکان بزرگتر و بزرگسالان

- بیش از حد افسرده بودن)
۶- آشفتگی (agitation) و بی‌قراری‌های شدید و غیر قابل تحمل
۷- اضطرابهای مزمن و مقاوم که با داروهای معمول ضد اضطراب کنترل نگردند
۸- اختلال سلوک و رفتار در کودکان (Conduct Disorder)
۹- درمان کمکی در بیش فعالی کودکان (ADHD)
۱۰- درمان کمکی در اختلالات اوتیسم (autistic disorder)
۱۱- درمان کمکی در افسردگی‌های مزمن یا مقاوم (Treatment-resistant depression)
۱۲- درمان اختلال دو قطبی (BMD)
۱۳- درمان انواع دردهای عصبی (tension headaches)
۱۴- درمان انواع سردردهای میگرنی (migraine headaches)

▼ مکانیسم اثر

مکانیسم اثر این قرص بر پایه تنظیم فعالیت‌های الکتریکی مغز عمل می‌کند و از طریق چند مسیر انجام می‌شود:

افزایش غلظت گابا: سدیم والپروات نقش مهمی در افزایش غلظت گابا (GABA) به عنوان یک ناقل عصبی بازدارنده دارند. افزایش گابا باعث کاهش فعالیت الکتریکی بیش از حد مغز می‌شود و نتیجه آن، کنترل حملات تشنج است.

مسدود کردن کانال‌های سدیمی: این قرص کانال‌های سدیمی در غشای سلول‌های عصبی را مسدود می‌کند. از آن جایی که ورود یون‌های سدیم به داخل نورون‌ها در وقوع تشنج نقش دارند، مسدود کردن این کانال‌ها از فعالیت بیش از حد و تحریک‌پذیری نورون‌ها جلوگیری می‌کنند. مدت اثر والپروات سدیم بسته به متابولیسم بدن و دوز مصرفی دارو در هر فرد متفاوت است. با این حال، پزشکان معتقدند به طور معمول حدود هشت تا ۲۴ ساعت طول می‌کشد.

▼ عوارض جانبی

والپروات سدیم می‌تواند در فرد عوارضی چون گیجی، تغییرات خلقی یا رفتاری، تاری دید، حرکت‌های غیرعادی چشم‌ها به عقب و جلو، دوبینی، مشاهده لکه در میدان بینایی، افزایش دفعات صرع، هایپوگلیسمی، کبودی یا خونریزی غیرعادی، لرزش در بدن (به خصوص دست‌ها و چانه- راه رفتن پارکینسونی نه به این معنا که بیمار پارکینسون دارد)، بی‌اشتهایی، تهوع و استفراغ، درد شکمی شدید، خستگی و ضعف، زردی پوست یا

مورد نیاز است. زنانی که قصد باردار شدن دارند باید در صورت امکان داروی دیگری مصرف کنند یا دوز والپروات را کاهش دهند. به زنانی که در هنگام مصرف والپروات باردار می‌شوند باید هشدار داده شود که این امر باعث ایجاد نقص هنگام تولد و اختلال شناختی در نوزاد به ویژه در دوزهای زیاد می‌شود (اگرچه والپروات گاهی تنها دارویی است که می‌تواند تشنج را کنترل کند و تشنج در بارداری می‌تواند عواقب بدتری نیز داشته باشد). مطالعات نشان داده‌اند که مصرف اسید فولیک می‌تواند خطر ابتلا به نقص مادرزادی لوله عصبی را کاهش دهد. استفاده از والپروات برای میگرن یا اختلال دو قطبی در دوران بارداری در اتحادیه اروپا منع مصرف دارد و این دارو برای صرع در دوران بارداری توصیه نمی‌شود مگر اینکه روش درمانی مؤثر دیگری وجود نداشته باشد.

▼ مصرف در سالمندی

والپروات در سالمندان مبتلا به زوال عقل باعث افزایش خواب آلودگی می‌شود. به همین دلیل افراد بیشتری مصرف دارو را متوقف کردند. عوارض جانبی اضافی همچون کاهش وزن و کاهش مصرف مواد غذایی نیز در نیمی از افرادی که خواب آلودگی دارند همراه بود. موارد منع مصرف والپروات سدیم شامل موارد زیر است:

اختلال عملکرد حاد یا مزمن کبدی از قبل موجود یا سابقه خانوادگی التهاب شدید کبدی (هپاتیت)، به ویژه مربوط به دارو، حساس بودن به والپروات یا هر یک از مواد تشکیل دهنده مورد استفاده در آماده سازی شناخته شده است. اختلالات چرخه اوره، پورفیری کبدی، سمیت کبدی، بیماری میتوکندری، پانکراتیت

▼ تداخلات دارویی

والپروات CYP2C9، گلوکوکورتیکوئید ترانسفراز و اپوکسید هیدرولاز را مهار می‌کند و اتصال به پروتئین بالا دارد و از این رو ممکن است با داروهایی که بسترهای مربوط

به هر یک از این آنزیم‌ها هستند و یا کاملاً پروتئینی هستند، در تداخل باشد. همچنین ممکن است اثرات مهار کننده CNS الکل را تقویت کند. این دارو به دلیل احتمال کم کردن کلیرانس سایر ضد تشنج‌ها (از جمله کاربامازپین، لاموتریژین، فنیتوئین و فنوباریتون) نباید همراه با سایر ضد صرع‌ها مصرف شود. همچنین ممکن است با برخی داروهای دیگر شامل موارد ذیل در تداخل باشد:

آسپرین: ممکن است غلظت والپروات را افزایش دهد. همچنین ممکن است در متابولیسم والپروات اختلال ایجاد کند.

بنزودیازپین‌ها: ممکن است باعث سرکوب CNS شود و اثر متقابل فارماکوکینتیک وجود دارد.

آنتی بیوتیک‌های کاربامپنم: سطح والپروات را کاهش می‌دهد که به طور بالقوه منجر به تشنج می‌شود.

سایمتیدین: متابولیسم والپروات را در کبد مهار می‌کند و منجر به افزایش غلظت والپروات می‌شود.

اریترومایسین: متابولیسم والپروات را در کبد مهار می‌کند و منجر به افزایش غلظت والپروات می‌شود.

اتوسوکسیمید: ممکن است غلظت اتوسوکسیمید را افزایش داده و منجر به سمیت شود.

فلبامات: ممکن است غلظت پالپروات پلاسما را افزایش دهد.

مفلوکین: ممکن است متابولیسم والپروات همراه با اثرات صرع مستقیم مفلوکین را افزایش دهد.

قرص‌های ضد بارداری خوراکی: ممکن است غلظت پالپروات پلاسما را کاهش دهد.

پریمیدون: ممکن است متابولیسم والپروات را تسریع کند و منجر به کاهش سطح سرمی آن شود.

ریفامپین: باعث افزایش ترشحات والپروات شده و منجر به کاهش غلظت والپروات می‌شود.

وارفارین: ممکن است غلظت وارفارین را افزایش داده و مدت زمان خونریزی را طولانی‌تر کند.

زیدوودین: ممکن است غلظت سرمی زیدوودین را



افزایش داده و منجر به سمیت شود.

▼ قبل از شروع مصرف قرص دپاکین، بایستی به موارد زیر توجه شود

۱. حساسیت نسبت به سدیم والپروئیک، دیوالپروکس یا هر یک از ترکیبات این دارو، چون این دارو ممکن است حاوی موادی باشد که باعث بروز واکنش‌های آلرژیک شوند.

۲. سابقه بیماری‌های کبدی، پانکراتیت، اختلالات متابولیکی (مانند اختلالات چرخه اوره)، مصرف بیش از حد الکل، مشکلات خونریزی، بیماری‌های کلیوی، کم‌آبی بدن یا سوءتغذیه

۳. در جریان قرار دادن پزشک قبل از انجام هرگونه عمل جراحی یا دندانپزشکی

۴. عدم مصرف همزمان الکل یا مواد مخدر مانند ماری‌جوانا به همراه این دارو

۵. دپاکین ممکن است باعث خواب‌آلودگی و کاهش هوشیاری شود بنابراین از رانندگی یا کار با ماشین‌آلات سنگین تا زمانی که تأثیرات این دارو بر شما برطرف نشده است، بایستی خودداری شود

۶. اطمینان از عدم بارداری هنگام تجویز و استفاده این دارو

۷. دپاکین از طریق شیر مادر منتقل می‌شود. ولی گزارشی مبنی بر صدمه به نوزدان به دست نیامده است. بنابراین اگر فرد فرزند شیرخوار دارد حتماً پزشک خود را مطلع سازد.

۸. در زنان باردار و در زنان در سن باروری که از روش‌های مؤثر پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کنند، برای پیشگیری از سردردهای میگرنی، مصرف والپروئیک توصیه نمی‌شود.

▼ طریقه مصرف

دوز توصیه شده والپروئیک اسید بر اساس وزن بدن است. دوز دارو معمولاً در سطح پایین (۱۵ میلی گرم

به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در روز) برای به حداقل رساندن عوارض جانبی شروع می‌شود و به تدریج افزایش می‌یابد تا زمانی که تشنج با حداقل عوارض جانبی کنترل شود. حداکثر دوز توصیه شده ۶۰ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در روز است. کپسول‌ها باید به طور کامل بلعیده شوند. کپسول‌ها نباید جویده و یا سوراخ شوند. اسید والپروئیک می‌تواند همراه با غذا یا با معده خالی مصرف شود، اما مصرف این دارو با غذا ممکن است به کاهش ناراحتی معده کمک کند. بسیاری از چیزها می‌توانند بر دوز دارویی مورد نیاز فرد تأثیر بگذارند، مانند وزن بدن، سایر شرایط پزشکی و سایر داروها. مهم است که دارو دقیقاً طبق دستور پزشک مصرف شود.

معمولاً بهترین زمان مصرف دپاکین شب‌ها قبل از خواب یا همراه غذا است، مگر آن‌که پزشک زمان خاصی را توصیه کرده باشد. مصرف منظم در ساعت‌های مشخص به ثابت ماندن سطح دارو در خون کمک می‌کند. آمپول دپاکین (والپروات سدیم تزریقی) فقط باید توسط پرسنل پزشکی و در مراکز درمانی تزریق شود. این دارو به صورت آهسته داخل ورید (IV) تزریق یا به صورت انفوزیون تجویز می‌شود و برای موارد حاد یا زمانی که مصرف خوراکی ممکن نیست کاربرد دارد. قطع قرص دپاکین باید به صورت تدریجی و زیر نظر پزشک انجام شود. توقف ناگهانی مصرف ممکن است باعث بازگشت تشنج یا تشدید علائم شود، به‌ویژه در بیماران مبتلا به صرع یا اختلالات خلقی.

▼ داروهای جایگزین دپاکین

داروهای متعدد دیگری می‌توانند برای درمان انواع صرع، مشکلات روان، میگرن و دردهای مزمن تجویز شوند. برخی از این داروهای جایگزین عبارت‌اند از: لامیکتال (لاموتریزین)، تریلپتال (اکسی‌کربازپین)، توپاماکس (توپیرامات)، لیریکا (پرگابالین)، نورونتین (گاباپنتین)، کلونوپین (کلونازپام)، آتیوان (لورازپام)



کنترل هیجانات

سهیلا امیدی

رئیس اداره ارتباط خانواده با دانشگاه، دانشکده علوم پزشکی کرمانشاه



پرتنش، واکنش سنجیده‌ای نسبت به احساسات درونی یا رویدادهای بیرونی نشان دهد.

هدف اصلی روانشناسان از آموزش مهارت کنترل هیجان این است که افراد بتوانند بدون سرکوب یا انکار احساسات و هیجانات خود، با آن‌ها به شیوه‌ای سالم و سازنده برخورد کنند.

افرادی که مهارت مدیریت هیجان و احساسات دارند، علاوه بر اینکه انواع هیجانات خود را بهتر می‌شناسند، می‌توانند بر هیجانات منفی تسلط داشته و آن‌ها را کم کنند و هیجانات مثبت را در زمان مناسب افزایش دهند. این افراد درک درستی از نیازها و خواسته‌های خود دارند، از همین‌رو آن‌ها را سرکوب نمی‌کنند. در واقع فردی که کنترل هیجان بالایی دارد، در زمان فوران هیجانات و احساسات، رفتار پخته و بالغانه‌ای از خود نشان می‌دهد. اما فرد دارای کنترل هیجان ضعیف به سرعت عصبانی و ناراحت می‌شود و از کوره در می‌رود. این افراد به دلیل زودرنج بودن و داشتن رفتار پرخاشگرانه دچار کاهش عملکرد می‌شوند.

چرا مدیریت هیجان مهم است؟

مهارت مدیریت هیجانات به فرد کمک می‌کند تا در شرایط سخت تصمیم درست‌تری بگیرد و سنجیده رفتار کند. زمانی که احساسات منفی مانند خشم، اضطراب یا غم به درستی کنترل نشوند، فرد مستعد تصمیم‌گیری اشتباه است که در اغلب موارد نتایجی همچون آسیب به روابط اجتماعی و ایجاد مشکلات جسمی و روانی به همراه دارد.

انسان در طول زندگی با موقعیت‌های مختلفی مواجه می‌شود که می‌توانند موجب برانگیختن لحظه‌های شاد و هیجان‌انگیز یا پراسترس و ناراحت‌کننده شوند. آن چیزی که کیفیت تجربه‌های ما را تعیین می‌کند، فقط شدت این هیجانات نیست، بلکه نحوه و توانایی برخورد ما با آن‌ها هم تاثیرگذار است. زمانی که مدیریت هیجان بلد باشیم، می‌توانیم به‌جای اینکه اسیر احساسات شویم، این جریان درونی را به ابزاری برای رشد فردی، تصمیم‌گیری بهتر و برقراری ارتباط موثر تبدیل کنیم.

مدیریت هیجان چیست؟

مدیریت هیجان یکی از مهارت‌های زندگی است که به مجموعه توانایی‌های انسان جهت شناخت، درک و کنترل احساسات درونی گفته می‌شود. کسب این مهارت نقش مهمی در سلامت روان، افزایش عزت نفس و بهبود کیفیت زندگی فرد دارد. چرا که هیجانات می‌توانند بر رفتار و تصمیمات ما تاثیر بگذارند. اگر مهارت مدیریت هیجان داشته باشیم، بهتر می‌توانیم با چالش‌های زندگی مقابله کنیم و در مواقع بروز مشکلات واکنش مناسبی نشان دهیم.

مدیریت هیجان در روان‌شناسی

در روان‌شناسی، کنترل هیجان و احساسات به عنوان یکی از مهارت‌های پایه‌ای برای سلامت روان و رشد فردی شناخته می‌شود. روانشناسان معتقدند، داشتن مهارت مدیریت هیجان باعث می‌شود تا فرد هیجانات خود را بشناسد، شدت آن‌ها را به درستی تنظیم کند و در مواقع

آن‌ها را به سمت درستی هدایت کند. جالب است بدانید بدون خودآگاهی نمی‌توان مهارت مدیریت هیجان را کسب کرد؛ زیرا مشخص نیست که دقیقاً با چه چیزی مواجه هستیم.

تنظیم هیجان

این مهارت به معنی توانایی کنترل شدت، مدت و نحوه ابراز احساسات است و به فرد کمک می‌کند تا به جای واکنش‌های سریع، رفتاری سنجیده داشته باشد.

سازگاری با هیجان: سازگاری به معنی پذیرش هیجانات بدون انکار یا سرکوب است. این مهارت کمک می‌کند تا فرد بتواند خود را با احساسات متفاوتش تطبیق دهد و راه‌هایی برای مقابله سالم با آن‌ها پیدا کند.

انعطاف‌پذیری هیجانی: این مهارت باعث می‌شود تا فرد در شرایط ناپایدار واکنش درستی از خود نشان دهد. در واقع، مهارت انعطاف‌پذیری توانایی سازگاری با تغییر نگرش و موقعیت جدید را تقویت می‌کند.

تحلیل عوامل تاثیر گذار بر هیجان: این مهارت شامل شناسایی محرک‌های بیرونی و درونی است که بر احساسات ما اثر می‌گذارند. بدین شکل می‌توانیم کمتر در آن موقعیت قرار بگیریم و در صورت تجربه احساسات منفی، مدیریت بهتری داشته باشیم.

ارتباط موثر: این مهارت کمک می‌کند تا احساساتمان را به شکل درستی با دیگران به اشتراک بگذاریم و احساسات آن‌ها را بهتر درک کنیم. در واقع، مهارت ارتباط موثر باعث می‌شود تا سوءتفاهم کاهش یابد و روابط به شکل سالم‌تری ایجاد شوند.

گفتگو و حل تعارض: فردی که مدیریت هیجان بلد است، مهارت گفتگو و حل تعارض دارد. چنین فردی از توانایی صحبت کردن درباره احساسات و مشکلات خود به شکل سازنده و بدون درگیری یا پرخاشگری برخوردار است و راه‌حل منطقی برای برطرف شدن مشکلاتشان پیشنهاد می‌دهد.

۱- شناسایی هیجان

یکی از مهم‌ترین تکنیک‌های مدیریت هیجان، تشخیص نوع آن است. افراد باید بتوانند بین احساساتی مانند خشم، غم، ترس، شرم یا ناامیدی تفاوت قائل شوند. برای کنترل این احساسات باید ابتدا واکنش طبیعی بدنمان را نسبت به آن‌ها بشناسیم.

البته توانایی مدیریت هیجان فقط برای کنترل احساسات منفی نیست، بلکه احساسات مثبت مانند خوشحالی زیاد اگر به درستی کنترل نشوند، ممکن است فرد را به سمت تفریحات ناسالم، رفتارهای ضد اجتماعی و نامناسب بکشانند. چرا که در هر دو حالت، فرد تصمیمات احساسی می‌گیرد و اغلب پشیمان می‌شود.

اساسی‌ترین اصل در مدیریت هیجان چیست؟

اولین و مهم‌ترین مهارت مدیریت هیجان، خودآگاهی است. خودآگاهی یعنی اینکه بتوانیم احساسات خود را در لحظه بشناسیم. این شناخت هیجان باید بدون سرکوب یا درگیر آن‌ها شدن انجام شود. زمانی که بدانیم دقیقاً چه احساسی داریم و علت بروز این احساس چیست، تصمیم درست‌تری می‌گیریم و واکنش‌مان منطقی‌تر خواهد بود. در واقع، خودآگاهی که در اینجا به معنی شناخت هیجان است، مثل یک چراغ راهنما به فرد کمک می‌کند تا به جای اینکه اسیر احساسات خود شود،





۲- بروز هیجانات

ابراز سالم هیجانات، بدین معنی که بدون پرخاشگری، انکار یا سرکوب بیان شوند، بسیار مفید است. راه‌های مختلفی برای بروز هیجانات منفی وجود دارد. به عنوان مثال، فردی که اندوه بزرگی را تجربه می‌کند، می‌تواند با صحبت کردن درباره آن آرامش بیشتری بگیرد. در واقع، می‌توان گفت بروز هیجانات از انباشت و فوران ناگهانی آن‌ها جلوگیری می‌کند.

۳- یادداشت احساسات فردی

نوشتن احساسات یکی دیگر از تکنیک‌های موثر و کاربردی برای مدیریت هیجان است. این روش کمک می‌کند تا فرد هیجاناتش را بهتر درک کند، الگوهای تکرارشونده را بشناسد و راه‌حلی برای کاهش شدت آن‌ها بیابد.

۴- تمرینات آرامش‌بخش

تمرینات آرامش‌بخش از تکنیک‌های اثرگذار در کنترل هیجانات هستند.

تمرینات آرامش‌بخش مانند تنفس عمیق، یوگا و مدیتیشن ابزاری موثر برای تنظیم هیجانات هستند. در مواقعی که تحت فشار و تنش روانی شدیدی هستید، تمرینات آرامش‌بخش می‌توانند با آرام کردن سیستم عصبی و افزایش توانایی ذهنی به پردازش هیجانات کمک کنند.

۵- تجسم پیامدهای هیجان در رفتار

هیجانات در رفتار ما بروز پیدا می‌کنند؛ از همین رو برای کنترل‌شان باید از پیامدهای آن‌ها مطلع باشیم. در این تکنیک فرد قبل از بروز واکنش، پیامدهای احتمالی رفتار هیجانی خود را در ذهن مرور می‌کند. این کار نوعی مکث ذهنی به‌شمار می‌آید که به فرد اجازه می‌دهد تصمیم بهتری بگیرد و رفتار سنجیده‌تری داشته باشد.

۶- تغییر در افکار

هیجانات ما به شدت تحت تاثیر افکاری هستند که درباره یک موقعیت داریم. اگر افکار غیر منطقی یا منفی را کنار بگذاریم، مثلاً به جای «همه چیز خراب شد» بگوییم «هنوز فرصت برای جبران هست»، احساسات‌مان به شکل متعادل‌تری بروز پیدا می‌کنند.

۷- کمک گرفتن از روانشناس

یکی از بهترین روش‌های آموزش مدیریت هیجان، مراجعه به روانشناس است. متخصصان سلامت روان با مشاوره فردی یا گروهی و استفاده از تکنیک‌های علمی به افراد کمک می‌کنند تا به مقابله با موقعیت استرس‌زا بپردازند و با تغییر در افکار و رفتار خود بتوانند مهارت مدیریت هیجانات را یاد بگیرند.

راه‌های ارتباطی

☎ شما عزیزان می‌توانید جهت مشاوره تلفنی در تمام روزهای هفته و روزهای تعطیل به صورت ۲۴ ساعته با شماره ۰۸۳-۳۸۳۵۳۸۶۰ تماس بگیرید.

✉ و پیام‌سائل و مشکلات خود را به آدرس kcounselingcenter@kums.ac.ir بفرستید تا کارشناسان ما ظرف مدت ۷۲ ساعت پاسخگوی شما باشند. به منظور پاسخگویی دقیق‌تر و بهتر به جنسیت، سن، شرح مشکل و سابقه درمان اشاره کنید.

📍 همچنین با عضویت در کانال بهراون به آدرس t.me/Behravankums

📷 و در اینستاگرام به آدرس [kcounselingcenter](https://www.instagram.com/kcounselingcenter) می‌توانید از مطالب آموزشی حوزه روان‌شناسی و سلامت روان بهره‌مند شوید.