

نوروتیسم (روان رنجور خویی)

چهارچوبی جدید برای اختلالات هیجانی و درمان آنها

شانون ساور-زاوالا

دیوید اچ. بارلو

مترجمان:

دکتر علی عیسی زادگان

(هیئت علمی دانشگاه ارومیه)

رضا حیدرلو

آرش نیک منش



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سرشناسه	: ساور-زاوالا، شانون Sauer-Zavala, Shannon
عنوان و نام پدیدآور	: نورو تیسیم (روان رنجور خوبی): چهار چوبی جدید برای اختلالات هیجانی و درمان آنها/ شانون ساورزاوالا، دیوید اچ. بارلو؛ مترجمان علی عیسی زادگان، رضا حیدرلو، آرش نیک منش.
مشخصات نشر	: تهران: آوای نور، ۱۴۰۳.
مشخصات ظاهری	: ۳۶۸ ص. ۹-۸۳-۳۸۳-۶۲۲-۹۷۸
وضعیت فهرست نویسی	: فیپا
یادداشت	: عنوان اصلی: Neuroticism : a new framework for emotional disorders and their treatment, ۲۰۲۱.
یادداشت	: واژه نامه.
یادداشت	: کتابنامه: ص. [۳۰۵] - ۳۶۵.
موضوع	: روان رنجوری Neuroticism
	: شخصیت -- جنبه های بهداشتی -- Health aspects Personality
	: بیماران -- روان شناسی Sick - Psychology
شناسه افزوده	: بارلو، دیوید اچ.، ۱۹۴۲ - م.، ۱۹۴۲ - Barlow, David H.
شناسه افزوده	: عیسی زادگان، علی، ۱۳۴۷ -، مترجم - حیدرلو، رضا، ۱۳۷۷ - مترجم
شناسه افزوده	: نیک منش، آرش، ۱۳۷۵ - مترجم
رده بندی کنگره	: ۵/۷۲۶R
رده بندی دیویی	: ۶۱۰
شماره کتابشناسی ملی	: ۹۷۰۰۰۶۷
اطلاعات رکورد کتابشناسی	: فیپا



نوروتیسیم (روان رنجور خوبی)

چهار چوبی جدید برای اختلالات هیجانی و درمان آنها

نویسنده: شانون ساور-زاوالا - دیوید اچ. بارلو

مترجمان: دکتر علی عیسی زادگان - رضا حیدرلو - آرش نیک منش

ناشر: آوای نور

چاپ: اول ۱۴۰۳

شمارگان: ۲۰۰ نسخه

شابک: ۹-۸۳-۳۸۳-۶۲۲-۹۷۸

نشانی: تهران، میدان انقلاب، خیابان ۱۲ فروردین، خیابان شهید وحید نظری، پلاک ۹۹، طبقه

دوم، تلفن: ۶ و ۶۶۹۶۷۳۵۵، نمابر: ۶۶۴۸۰۸۸۲

قیمت ۳۵۰۰۰۰ تومان

همه حقوق برای مترجم و ناشر محفوظ است.

فهرست

درباره نویسندگان

- پیشگفتار..... ۱۴
- طرح کلی از موضوعات پوشش داده شده در این کتاب..... ۱۸

فصل اول: دیدگاه‌هایی در باب سرشت و شخصیت

- مفاهیم باستانی سرشت..... ۲۲
- نظریه اخلاط چهارگانه..... ۲۲
- مفاهیم مدرن سرشت..... ۲۷
- هانس آیزنک..... ۳۰
- جفری گری..... ۳۲
- جروم کیگن..... ۳۵
- آخن‌باخ، کلارک، و واتسون:..... ۳۷
- استفاده از آسیب‌شناسی برای درک سرشت..... ۳۷
- جمع بندی..... ۳۹
- مفاهیم تاریخی شخصیت..... ۴۰
- دیدگاه فرویدی در رشد شخصیت..... ۴۱
- دیدگاه‌های روانپویشی دیگر در رشد شخصیت..... ۴۴
- مفاهیم مدرن شخصیت..... ۴۶
- تطبیق تقسیم‌بندی‌های بین سرشت و شخصیت..... ۴۹
- چرا مطالعه سرشت/شخصیت؟..... ۵۲
- پیامدهای احتمالی نوروטיسم در سلامت عمومی..... ۵۲
- نوروטיسم و آسیب‌شناسی روانی..... ۵۳
- سلامت جسمانی..... ۵۶
- هزینه‌های اقتصادی نوروטיسم..... ۵۸
- نتیجه‌گیری..... ۵۹

فصل دوم: نظریه آسیب‌پذیری سه‌گانه و خاستگاه‌های نوروتیسم

۶۱	نظریه آسیب‌پذیری سه‌گانه
۶۳	آسیب‌پذیری زیستی فراگیر
۶۶	آسیب‌پذیری روان‌شناختی کلی
۶۷	تحقیقات بنیادین حیوانی:
۶۷	اثرات غیرقابل کنترل و غیرقابل پیش‌بینی بودن
۷۵	تحقیقات اولیه انسانی
۷۹	سبک‌های فرزندپروری و ادراک کنترل
۸۲	کنترل ادراک شده و رشد نوروتیسم
۸۴	عملکرد عصبی-درون ریز (نورواندوکراین)
۸۶	آسیب‌پذیری روان‌شناختی فراگیر: نتیجه‌گیری
۸۸	تعاملات بین آسیب‌پذیری‌های زیستی و روان‌شناختی کلی
۸۹	محور HPA به‌عنوان مدلی از تعاملات زیستی/روانشناختی/محیطی
۹۱	تأثیرات تغییرات مرتبط با استرس در عملکرد عصبی
۹۲	تأثیرات استرس مزمن بر نارسایی محور HPA در طول زندگی
۹۴	سطح بالای کورتیزول در مقایسه با سطح پایین کورتیزول در نوروتیسم
۹۵	نتیجه‌گیری

فصل سوم: ادغام سرشت در مطالعه اختلالات هیجانی

۹۷	مداخلات مبتنی بر شواهد و DSM
۱۰۱	وجه مشترک در تشخیص: اضطراب و ترس/پانیک
۱۰۱	ترس/پانیک
۱۰۳	(صفت) اضطراب مزمن
۱۰۷	راهبردهای تنظیم هیجان اضطراب-محور
۱۰۹	همبودی
۱۱۲	اثر گسترده درمان‌های روانشناختی
۱۱۳	یک سندروم نورویبولوژیکی مشترک
۱۱۶	سازه نهان اختلال‌های هیجانی
۱۱۶	صفات و سرشت: یک مرور مختصر
۱۱۸	ارتباط بین سرشت و اختلال‌های هیجانی

۱۲۱	به روزرسانی‌های اخیر
۱۲۳	تمرکزی جدید بر روی نوروتیسم
۱۲۴	واکنش‌پذیری آزارنده نسبت به هیجان‌ها: پلی از سرشت به اختلال‌ها
۱۲۹	نتیجه‌گیری

فصل چهارم: نوروتیسم و یک فهم کارکردی از اختلالات هیجانی

۱۳۲	اختلالات هیجانی
۱۳۲	با هیجان‌های منفی مکرر و قوی مشخص می‌شوند
۱۳۳	اختلالات هیجانی
۱۳۳	با واکنش‌های آزارنده به تجارب هیجانی تعریف می‌شوند
۱۳۶	حساسیت اضطرابی
۱۴۰	اجتناب تجربی
۱۴۳	عدم تحمل پریشانی
۱۴۶	عدم تحمل بلا تکلیفی
۱۴۷	واکنش‌پذیری آزارنده و نوروتیسم
۱۵۰	تأثیر واکنش‌های آزارنده نسبت به هیجان‌های نیرومند در بافت اختلالات بالینی
۱۵۴	مقابله هیجانی اجتنابی
۱۵۵	اجتناب موقعیتی آشکار
۱۵۶	اشکال نامحسوس اجتناب رفتاری و رفتارهای ایمنی‌بخش
۱۵۷	کمال‌گرایی
۱۵۸	رفتارهای ایمنی‌بخش
۱۵۹	جمع‌بندی
۱۵۹	تکنیک‌های اجتناب شناختی
۱۶۰	سرکوب هیجان
۱۶۳	جمع‌بندی
۱۶۴	آسیب‌پذیری روانشناختی خاص: شکل‌گیری اختلالات هیجانی
۱۷۰	تأثیر نوروتیسم بر آسیب‌پذیری روانشناختی خاص
۱۷۱	نتیجه‌گیری

فصل پنجم: طبقه‌بندی بیماری‌ها و ارزیابی

۱۷۴	نوروتیسم و سیستم‌های DSM و ICD
-----	--------------------------------------

۱۷۴	.....	نوروتیسم؛ نوروز، و نسخه‌های اولیه DSM
۱۷۷	.....	DSM-III و مرگ نوروز
۱۸۰	.....	نوروتیسم در سیستم ICD
۱۸۲	.....	ارزیابی سمپتوم‌ها در رویکردی طبقه‌بندی شده نسبت به نوزولوژی
۱۸۴	.....	ارزیابی شخصیت در رویکردی طبقه‌بندی شده نسبت به نوزولوژی
۱۸۵	.....	کوشش‌های مدرن برای انطباق سرشت و آسیب‌شناسی روانی
۱۸۷	.....	مدل جایگزین اختلال‌های شخصیت DSM
۱۹۱	.....	ارزیابی
۱۹۲	.....	اختلال‌های شخصیت در ICD-۱۱
۱۹۳	.....	ارزیابی
۱۹۴	.....	طرح‌های پیشنهادی ابعادی برای اختلال‌های هیجانی
۱۹۷	.....	ارزیابی
۱۹۸	.....	معیارهای حوزه پژوهشی (RDoC)
۲۰۰	.....	ارزیابی
۲۰۲	.....	طبقه‌بندی سلسه‌مراتبی از آسیب‌شناسی روانی
۲۰۷	.....	ارزیابی
۲۰۸	.....	جمع‌بندی
۲۰۹	.....	مدل کارکردی به‌عنوان پلی بین شخصیت و آسیب‌شناسی روانی
۲۱۱	.....	تعیین روابط کارکردی بین شخصیت و سمپتوم‌ها
۲۱۶	.....	جمع‌بندی
۲۱۷	.....	نتیجه‌گیری

فصل ششم: درمان نوروتیسم

۲۲۰	.....	قابلیت شکل‌پذیری نوروتیسم
۲۲۰	.....	تغییر طبیعت‌گرایانه
۲۲۱	.....	تغییر در پاسخ به درمان
۲۲۶	.....	درمان‌های موجود مرتبط برای نوروتیسم
۲۲۶	.....	رویکردهای داروشناختی
۲۳۲	.....	رویکردهای رفتاری
۲۳۲	.....	ذهن‌آگاهی
۲۳۶	.....	مداخله‌های شناختی
۲۳۸	.....	عناصر تغییر رفتار

۲۳۹	.....	مواجهه درمانی
۲۴۱	.....	مواجهه درونی
۲۴۴	.....	درمان‌هایی که مختص نوروتیسم ایجاد شده‌اند
۲۴۴	.....	مطالعه رپی با کودکان مهار شده رفتاری
۲۴۶	.....	رویکردهای مبتنی بر ذهن آگاهی
۲۴۷	.....	پروتکل یکپارچه
۲۵۱	.....	حمایت تجربی برای پروتکل یکپارچه
۲۶۴	.....	جمع‌بندی
۲۶۶	.....	پیشگیری از نوروتیسم
۲۶۸	.....	نتیجه‌گیری

فصل هفتم: شخصیت به‌عنوان مبنایی برای درمان اختلالات هیجانی

۲۷۴	.....	درمان سمپتوم‌ها و سرشت: مثال‌های موردی
۲۷۵	.....	نگرانی و تحریک‌پذیری (مورد ۱)
۲۷۷	.....	درمان متمرکز بر نوروتیسم
۲۸۲	.....	اجتناب پانیک و آگورافوبیایی (مورد ۲)
۲۸۴	.....	درمان متمرکز بر نوروتیسم
۲۸۹	.....	افسردگی و اضطراب اجتماعی (مورد ۳)
۲۹۲	.....	درمان متمرکز بر نوروتیسم
۲۹۵	.....	درمان برون‌گرایی
۳۰۲	.....	اختلال شخصیت مرزی همراه با خوردن و مصرف مواد مرضی (مورد ۴)
۳۰۵	.....	درمان متمرکز بر نوروتیسم
۳۰۹	.....	اهداف شخصیتی مرتبط دیگر
۳۱۰	.....	وجدان‌مداری و مقبولیت
۳۱۵	.....	گشودگی در برابر تجربه
۳۱۶	.....	جمع‌بندی
۳۱۷	.....	نتیجه‌گیری

منابع

واژه‌نامه انگلیسی به فارسی

درباره نویسندگان

دکتر شانون ساور-زاوالا^۱، استادیار دپارتمان روانشناسی در دانشگاه کنتاکی و مدیر مؤسس خدمات بالینی در کلینیک سلامت هیجانی دانشگاه است. تحقیقات وی بر بررسی مکانیسم‌های مبتنی بر هیجان‌ات که علائم روان‌شناختی (به ویژه علائم پرخطر مانند افکار و رفتارهای خودکشی) را حفظ می‌کند و استفاده از این اطلاعات برای توسعه راهبردهای مداخله هدفمندتر و قابل انتشار متمرکز است. دکتر ساور-زاوالا در تألیف بیش از ۷۵ مقاله داوری‌شده، چندین فصل از کتاب و سه کتاب مشارکت داشته است. وی یکی از توسعه‌دهندگان پروتکل یکپارچه برای درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی است.

دکتر دیوید اچ. بارلو^۲، هیئت روانشناسی حرفه‌ای آمریکا (ABPP)، استاد تمام بازنشسته روانشناسی و روانپزشکی و بنیان‌گذار و مدیر بازنشسته مرکز اضطراب و اختلالات مرتبط در دانشگاه بوستون است. دکتر بارلو بیش از ۶۵۰ مقاله و فصل از کتاب و بیش از ۹۰ کتاب و راهنمای بالینی منتشر کرده است که اکثر آنها در مورد ماهیت و درمان اختلالات هیجانی و روش‌شناسی تحقیقات بالینی است. کتاب‌ها و راهنماهای او به بیش از ۲۰ زبان ترجمه شده است. جوایز و استنادات متعدد وی شامل سه مورد از بالاترین افتخارات روانشناسی است: جایزه ممتاز علمی برای کاربردهای روانشناسی از انجمن روانشناسی آمریکا، جایزه James McKeen Cattell Fellow از انجمن علوم روانشناسی و مدال طلای جایزه دستاورد زندگی در کاربست روانشناسی از بنیاد روانشناسی آمریکا.

۱. Shannon Sauer-Zavala, PhD.

۲. David H. Barlow, PhD.

پیشگفتار

مورد ۱: نگرانی. بٹ همیشه یک فرد نگران بوده است. در حال حاضر، توصیف می‌کند که مدت زمان طولانی (۹۰ درصد روز) را به فکر کردن در مورد مسائل مالی، توانایی در تکمیل تکالیف درسی، سلامتی و امنیت خودش صرف می‌کند. ذهن او گاهی به سمت سناریوهای بد می‌رود، مثل بیرون انداخته شدن به دلیل عقب افتادن اجاره، شکست خوردن در تحصیلات تکمیلی، و هنگام تردد مورد حمله قرار گرفتن. برای مقابله، بٹ اغلب تلاش می‌کند تا هر عصر با چندین ساعت جستجو در اینترنت، حواس خودش را پرت کند. این رویه به کنار گذاشتن یک پروژه بزرگ منجر شده است که برای فارغ‌التحصیلی به موقع او اهمیت دارد. او احساس گناه شدیدی در مورد کمبود پیشرفتش توصیف می‌کند، اما وقتی تلاش می‌کند که به انجام تکلیف نزدیک شود، احساس فلج شدگی می‌کند. ضمناً، او در رفتارهای وارسی (برای مثال: به‌طور مکرر به پزشک مراجعه کردن، جستجوی علائم بیماری در اینترنت)، و نیز خودداری کردن از ورود به فضاهای عمومی شلوغ درگیر است و فکر می‌کند یک چنین مکان‌هایی ممکن است بیش‌تر مستعد حمله‌های تروریستی باشند. علاوه بر نگرانی‌هایش، بٹ همچنین احساس‌های بی‌قراری، دشواری در تمرکز، و تنش عضلانی را تجربه می‌کند. او گزارش داده است که نسبت به دوستان و خانواده خود تحریک‌پذیر شده، اغلب با تحریک‌های جزئی به آن‌ها حمله‌ور می‌شود.

مورد ۲: وحشت‌زدگی^۱. مارتی اخیراً یک حمله وحشت‌زدگی (یعنی، تند شدن ضربان قلب، تنگی نفس، سرگیجه، احساس توده‌ای در گلو، حالت تهوع، و تعریق) هنگام رانندگی به سمت کار داشت؛ او بلافاصله ماشین را کنار جاده کشید و پیاده شد. با اینکه همیشه از احساس‌های جسمانی (برای مثال: تند شدن ضربان قلب، کف دست‌های عرق کرده) در طول مواقع استرس آگاه بوده، هرگز چیزی شبیه این را قبلاً تجربه نکرده بود، از اینکه امکان داشت کنترل ماشین را از دست بدهد، وحشت‌زده شده بود. به دنبال این حمله، اکنون مارتی مرتباً حمله‌های وحشت‌زدگی دارد. بیش‌تر احساس می‌شود آن‌ها "به‌طور غیرمنتظره‌ای" می‌آیند، اما او احتمالاً آن‌ها را به‌طور خاص در موقعیت‌هایی دارد که احساس می‌کند فرار کردن یا ترک کردن از آن شرایط

۱. Panic.

دشوار است، مانند یک قرار ملاقات یا رویداد اجتماعی با دوستان یا رانندگی کردن در یک بزرگراه. دائماً دربارهٔ داشتن حملهٔ وحشت‌زدگی دیگری نیز نگران است و به‌منظور جلوگیری از آن‌ها تغییراتی در رفتارش داده است. برای مثال، مارتی رانندگی در بزرگراه را متوقف کرده است. در عوض، با رفتن از جاده‌های فرعی ۳۰ تا ۴۵ دقیقه به زمان تردد خود اضافه کرده و به خاطر اجتناب از ساعت‌های اوج ترافیک، شروع به ترک زودهنگام کار کرده است. او همچنین شروع به اجتناب از موقعیت‌های دیگر، مانند هواپیما، آسانسور، مغازه، مراکز خرید، تئاتر و شلوغی‌ها کرده است. مارتی شماری از کارهای متفاوت برای "خلاص شدن" از احساس‌های جسمانی ناخوشایند، شامل آرمیدگی، هیپنوتیزم و حتی دارودرمانی که توسط دکترش برای او تجویز شده را امتحان کرده است. باین حال، هیچ‌کدام از این کارها کمک نکرده است. مارتی نمی‌تواند این احساس که چیزی در مغزش رخ داده و او برای تجربه این علائم ضعیف است را از بین ببرد.

مورد ۳: انزوای اجتماعی. امیره تا آنجایی که به‌خاطر می‌آورد، برای پیدا کردن دوست تلاش کرده است. در طول دوران مدرسه، نگران بود که هم‌کلاسی‌هایش او را به‌عنوان فرد "دست‌وپا چلفتی و عجیب‌وغریب" ببینند، بنابراین از دورهمی‌های بزرگ اجتناب می‌کرد. علی‌رغم این چالش‌ها، او روابط نزدیک کمی با دوستانی برقرار کرد که "برای همیشه" آن‌ها را می‌شناخت. باین حال، اکنون که امیره کالج را در شهری جدید شروع کرده است، بیش‌ازپیش احساس تنهایی می‌کند. خودش را از دیگر دانشجویان خوابگاهش جدا کرده چراکه می‌ترسد آن‌ها او را نپذیرند. او همچنین از پرسیدن سؤال در کلاس امتناع کرده، چراکه نگران است اساتیدش فکر کنند که او خنگ است. این مشکلات روی امیره فشار می‌آورد، و واقعاً احساس سرخوردگی می‌کند. برای حل مشکلاتش احساس ناامیدی می‌کند و از پرداختن به سرگرمی‌هایش، نظیر دوچرخه‌سواری، یوگا و بانندگی دست کشیده است. امیره باور دارد که لایق کارهای "سرگرم‌کننده" نیست.

مورد ۴: تکانش‌گری. جیمی در دورهٔ راهنمایی بعد از آغاز به معاشرت با یک گروه دوست جدید، شروع به محدود کردن خوردوخوراک خود می‌کند. باین حال، به دنبال جروب‌بحث و مشاجره‌ها با این افراد، جیمی "کنترل خود را از دست‌داده" و با مقدار زیادی از غذاهای ناسالم پرخوری کرد. او احساس "بی‌حسی" هنگام غذا خوردن را توصیف می‌کند، باوجوداینکه به طور معمول با احساس گناه شدید و اقدامات رفتاری برای جبران کالری‌هایی همراه بود که مصرف کرده بود (یعنی: استفاده از ملین‌ها، مجبور کردن خود به ورزش). این چرخه تا دوران دبیرستان پابرجا ماند، تا زمانی که او به‌طور خاصی ناراحت بود، شروع به تجربهٔ زخمی کردن خود کرد. همانند پرخوری، او متوجه شد که هرزمانی که عصبانیت یا عدم امنیت در روابط را احساس کرده، بریدن ران‌هایش با ریش‌تراش کمک کرده تا آرام شود. در کالج، جیمی به‌طور مکرر خودش را زخمی می‌کرد و همچنین برای رفع خستگی عصرها شروع به نوشیدن الکل یا مصرف

ماری جوانا کرده است. بعد از یک جروب‌بحث با شخصی که با او قرار می‌گذاشت، که در طول یک دورهٔ بخصوص استرس‌زای امتحان نهایی اتفاق افتاد، جیمی متوجه شد که او نتوانست چندین ساعت از عصر روز جاری‌اش را به خاطر بیاورد. با حیرت از این زمان فراموش‌شده، او به مرکز مشاوره دانشگاه خود رفت و اظهار کرد زمانی که احساس غم می‌کند در کنترل فعالیت‌هایش ناتوان است.

چگونه می‌توان مشکلات افراد شرح داده شده در بالا که با آن‌ها روبه‌رو شدند را به بهترین شکل درک کرد؟ متخصصین سلامت روان ممکن است نشانه‌های اضطراب اجتماعی در بٲ، اختلال وحشت‌زدگی و جمعیت‌هراسی^۱ در مارتی، اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی در امیره و اختلال پرخوری مرضی و اختلال شخصیت مرزی در جیمی* تشخیص دهند. اگرچه تمرکز بر روی تفاوت‌های بین این افراد به‌عنوان ویژگی‌های تشخیصی مجزا که یک رویکرد برای درک کردن مشکلات آن‌هاست، اما اشتراکاتی میان بروز علائم بیماری وجود دارند که ممکن است راه دیگری برای مفهوم‌سازی آن‌ها پیشنهاد دهد. علی‌الخصوص، بٲ، مارتی، امیره، و جیمی همگی هیجان‌های منفی فراوان و شدیدی را تجربه می‌کنند که نشان‌دهندهٔ سطوح بالای نوروتیسم^۲ (روان رنجورخویی) است. در یک سطح بنیادی، نوروتیسم را می‌توان به‌عنوان واکنش‌پذیری استرس، یعنی نوسانات قوی هیجان‌های منفی در پاسخ به هر دو عامل راه‌انداز درونی و بیرونی، در نظر گرفت (بارلو، الارد، ساور-زاوالا، بولیس و کارل، ۲۰۱۴). اضطراب، ترس، احساس گناه، عصبانیت، و غم حالت‌های مجزایی هستند که اغلب اوقات با در نظر گرفتن این تمایل باطنی به تجربهٔ هیجان‌های منفی، به آن‌ها پرداخته می‌شود. علاوه بر این، نوروتیسم توسط ادراک یا حسّی که جهان یک مکان خطرناک و تهدیدزاست، همراه با این باور وصف می‌شود که به چالش کشیدن عوامل استرس‌زا قابل مدیریت نیست (بارلو، ۲۰۰۲؛ بارلو، ساور-زاوالا، کارل، بولیس، الارد، ۲۰۱۴؛ کارل و واتسون، ۲۰۰۶، آیزنک، ۱۹۴۷).

نوروتیسم به‌شدت با ایجاد و حفظ دامنه‌ای از بیماری‌های رایج سلامت روان، در ارتباط است (کندلر، نیل، کسلر، هیث و ایوز، ۱۹۹۳؛ کندلر، گاتز، گاردنر و پدرسن،

۱. Agoraphobia.

* تمامی اسامی کیس‌ها در این کتاب برای پنهان کردن هویت بیماران مبدل شده‌اند.

۲. Neuroticism

(۲۰۰۶) و همچنین پیامدهایی بر سلامت جسمانی، و نیز عملکرد اجتماعی و شغلی دارد (بریکمن، یانت، بلانی، روثبرگ و د-نور، ۱۹۹۶؛ لیبی، ۲۰۰۹؛ شیپلی، ویس، در، تیلور و دیری، ۲۰۰۷؛ اسمیت و مک‌کنزی، ۲۰۰۶؛ سولز و بوند، ۲۰۰۵). علی‌رغم پیامدهای گسترده این صفت، در کنار رویکردهای درمانی موجود که با دقت بیشتری بر روی بیماری‌ها و مشکلات مجزا متمرکز شده‌اند، کوشش‌های بسیار کمی برای مداخله مستقیم در نوروتیسم اتخاذ شده است. با این حال، پرداختن به نوروتیسم را در زمینه مراقبت از بٲ، مارتی، امیره، و جیمی در نظر بگیرید. به جای تمرکز مستقیم روی سمپتوم‌ها (علائم)^۱ که آن‌ها را به سمت درمان آورده است، ما ادعا می‌کنیم که پرداختن به عوامل خطر (یعنی: تمایل باطنی به تجربه هیجان‌های منفی) که در ایجاد و حفظ این مشکلات مشارکت دارند، رویکرد مؤثرتری است. در واقع، هدف قرار دادن نوروتیسم به‌طور گسترده به‌جای سمپتوم‌های مجزایی که هر درمان‌جو تجربه می‌کند این امکان را فراهم می‌سازد که یک رویکرد بهینه به مشکلات هیجانی هم‌آیند در بافت یک مداخله بپردازد که به نفع درمان جویانی مانند امیره و جیمی است که سمپتوم‌هایی بیش از یک اختلال روانی را نشان دادند.

ضمناً، با فرض اینکه بٲ، مارتی، امیره، و جیمی توسط یک درمانگر درمان شوند این متخصص بالینی با اعمال یک رویکرد یکپارچه و مبتنی بر نوروتیسم برای هر چهار درمان‌جو، از کارآمدی بیشتری برخوردار خواهد شد. در واقع، با در نظر گرفتن خطر گسترده‌ای که از سرشت روان‌رنجور^۲ (نوروتیک) ناشی می‌شود، یک مداخله هدفمند بر روی این صفت، به احتمال زیاد هزینه‌های زمانی و مالی (یعنی: خریدن کتاب‌های راهنما، شرکت در کارگاه‌های آموزشی) مورد نیاز یک متخصص بالینی برای آماده کردن جلسات را در مقایسه با مرور همه مداخلات مختص-اختلال مرتبط با دامنه تشخیصی در کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-۵؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) را کاهش می‌دهد.

۱. Symptom.

۲. Neurotic.

طرح کلی از موضوعات پوشش داده شده در این کتاب

با توجه به پیامدهای سلامت عمومی نوروتیسم، هدف این کتاب تعریف ماهیت این صفت، توسط منشأ تاریخی گزارش‌شده آن و اقدامات تجربی اخیری است که برای درک چگونگی ایجاد و حفظ نوروتیسم، چگونگی ارتباط آن با آسیب‌شناسی روانی، چگونه ارزیابی و گنجاندن آن در طرح‌واره‌های طبقه‌بندی بیماری‌ها، و چگونگی پرداختن به آن به بهترین شکل ممکن در درمان، هدف‌گذاری شده است. بدین منظور، در فصل ۱، ما به بسط دادن تعریف نوروتیسم که در ابتدای این پیش‌گفتار آورده شده بود و ادغام دیدگاه‌های نظری گوناگون بر روی این صفت می‌پردازیم. به‌ویژه، ما نحوه درک ایجاد نوروتیسم از مطالعات زیست‌شناسی متکی بر سرشت‌ها، و طبقه‌بندی‌های توصیفی و لغوی شخصیت را نیز مورد بحث قرار می‌دهیم. بعد از ریشه‌یابی قاطعانه تعریفمان از نوروتیسم در مفهوم تاریخی این صفت، ما سپس به تعریف مفصل یک نظریه برای درک چگونگی ایجاد نوروتیسم، ادغام ژنتیک، سهم عوامل نوروبیولوژیکی و محیطی می‌پردازیم (فصل ۲). شایان‌ذکر است، مدل ما برای رشد نوروتیسم (نظریه آسیب‌پذیری سه‌گانه؛ بارلو، الارد و دیگران، ۲۰۱۴ الف) قبلاً با تأکید بر رابطه نزدیک بین سرشت روان‌رنجوری و آسیب‌شناسی روانی به‌عنوان چهارچوب سبب‌شناسی برای درمان صفت اضطراب و اختلالات آن بیان شده است (بارلو، ۱۹۸۸، ۲۰۰۲). در فصل ۳، ما با استدلال وجود یک سندروم روان‌رنجوری عمومی (اندروز، ۱۹۹۰، ۱۹۹۶؛ تایرر، ۱۹۸۹) که علت ایجاد بسیاری از بیماری‌های سلامت روانی است، این رابطه بیش‌تر شفاف‌سازی می‌شود.

سپس، در فصل ۴، ما یک مدل کارکردی پیشنهاد می‌کنیم که به‌وسیله آن سطوح بالای نوروتیسم که به نمودهای گوناگون اختلالات هیجانی (برای مثال، اضطراب، افسردگی و اختلالات مرتبط) تحول می‌یابد. سپس، با توجه به ارتباط قوی بین نوروتیسم و آسیب‌شناسی روانی، ما بحث می‌کنیم که چگونه این صفت در سیستم مختلف برای طبقه‌بندی اختلالات روانی گنجانده شده است و در حمایت از رویکرد کارکردی خودمان به خاطر فراتر رفتن از توضیحات توصیفی آسیب‌شناسی روانی (هم طبقه‌بندی و هم ابعادی) دفاع می‌کنیم (فصل ۵). درواقع، وقتی پردازش‌ها در این مدل کارکردی به کانون درمان تبدیل می‌شوند، بهبود هم در آسیب‌پذیری‌های صفت (نوروتیسم) و هم سمپتوم

۱. Triple vulnerability theory.

های اختلال امکان‌پذیر می‌شود (ساور-زاوالا و همکاران، ۲۰۲۰). در حقیقت، یک پیشینه در حال گسترشی وجود دارد که بیان می‌کند نوروتیسم بسیار منعطف‌تر از آن است که ابتدا تصور می‌شد، و ما راهبردهای رفتاری بخصوصی را برای مداخله کردن در این صفت ارائه می‌دهیم (فصل ۶).

درنهایت، اگرچه قسمت بیش‌تری از این کتاب به درک نوروتیسم به‌عنوان یک عامل خطر برای دامنه گسترده‌ای از آسیب‌شناسی روانی اختصاص داده شده است، دیگر صفت‌ها، به‌ویژه تمایل به تجربه هیجان‌های مثبت، که به‌عنوان برون‌گرایی^۱ و هیجان‌پذیری مثبت^۲ شناخته می‌شوند، مستلزم بحث است (کاستا و مک‌کری، ۱۹۹۲). از آنجایی که به طور ناسازگارانه‌ای سطوح هیجان‌های مثبت با مانیا در ارتباط است (گروپر، جانسون، اویس و کلنتر، ۲۰۰۸)، نقص در هیجان‌پذیری مثبت، با چیزی فراتر از سهم نوروتیسم در چندین اختلالات روانی (برای مثال، افسردگی، اضطراب اجتماعی و آگورافوبیا؛ روزلینی، لاورنس، میر و براون، ۲۰۱۰) پیوند خورده است. پس نوروتیسم به‌تنهایی نمی‌تواند همه اختلالات هیجانی DSM را توجیه کند و با گسترش دیدگاه‌مان برای در نظر گرفتن ابعاد فرعی شخصیت، تعداد محدودی از عوامل خطر که می‌توانند به کانون درمان مبدل شوند به‌جای تعداد کثیری از نقاط پایانی بالینی آن اختلالات، پدیدار می‌شوند (یعنی، هر یک از تشخیص‌های DSM). فصل ۷ ابتدا منطق گسترش رویکردهای ابعادی شخصیت-محور موجود را برای درک آسیب‌شناسی روانی توصیف می‌کند تا شامل فرایندهای کارکردی شود که برای توجیه چگونگی نمو صفات به نشانه‌های اختلال را توضیح دهد. نوروتیسم به‌عنوان مثالی برای این مورد عمل می‌کند که چگونه تحقیقات به رابطه کارکردی بین صفات و اختلالات اهمیت می‌دهد تا بتواند اهداف درمان را مشخص سازند؛ هرچند که داده‌های نظری و تجربی پیوند دهنده ابعاد فرعی شخصیت به آسیب‌شناسی روانی ضعیف هستند. پیشینه موجود در این زمینه، همراه با پیشنهادها مقدماتی برای رویکردهای درمانی خلاصه شده است که به این روابط کارکردی اثبات‌شده ربط داده شده‌اند. یک درک ابعادی از آسیب‌شناسی روانی، زمانی که به توصیه‌های درمانی مبتنی بر روابط کارکردی پیوند خورده است، پتانسیلی در جهت مراقبت بسیار کارآمدی برای اختلالات

۱. Extraversion.

۲. Positive Affectivity.

۲۰ ■ نوروتیسم (روان رنجور خوبی)

روانی دارد و سرانجام موجب افزایش کارایی می‌شود که راهبردهای مبتنی بر شواهد در آموزش‌های روتین به کار گرفته خواهند شد.