

تحوّل

فصلنامه علمی - فرهنگی

انجمن علمی روان‌شناسی
دانشگاه محقق اردبیلی

سال ششم، شماره ۱۶، زمستان ۱۴۰۰



آرایش فیزیکی اتاق درمان
روند مصاحبه بالینی
دانستنی‌های روان‌شناسی
حد و مرز در اتاق درمان
معرفی کتاب talking it better

حال خوب
در
اتاق درمان



شناسنامه

- عنوان: تحول
- زمینه انتشار: علمی - فرهنگی
- ترتیب انتشار: فصلنامه
- شماره انتشار: ۱۶
- تاریخ انتشار: زمستان ۱۴۰۰
- صاحب امتیاز: انجمن علمی روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی
- مدیر مسئول: فاطمه زارع‌شاهی
- سردبیران: صغری باقرپور هل‌آباد، سارا محمودی شیران
- مشاور علمی: پروفسور نیلوفر میکائیلی
- کارشناس نشریات دانشگاه: مهندس سعید بوداقي
- اعضای شورای سردبیری: پروفسور نیلوفر میکائیلی، صغری باقرپور هل‌آباد، فاطمه زارع‌شاهی، سارا محمودی شیران
- هیأت تحریریه: پروفسور نیلوفر میکائیلی، صغری باقرپور هل‌آباد، فاطمه زارع‌شاهی، مریم عزتی بابی، سارا محمودی شیران
- ویراستار: سارا محمودی شیران
- مترجم: مریم عزتی بابی
- نویسندگان این شماره: محمد اسمعیلی، صغری باقرپور هل‌آباد، فاطمه حمدی، زهرا درگاهی قلیچی، فاطمه زارع‌شاهی، محمدحسین رودباری، لیلا ذاکری، راحله سلمانی، محمد سلیمانی، سحر شهبازی، گرجان، حسن طاهری، مریم عزتی بابی، علیرضا عیوض‌نژاد، سپیده قهرمانپور، سارا محمودی شیران.
- طراحی و صفحه آرایی: پردیس تیمورزاده
- تاریخ و شماره آخرین تغییرات: سال ششم، شماره ۱۶، زمستان ۱۴۰۰

ارتباط با ما

- آدرس: خیابان دانشگاه، دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، اتاق انجمن‌های علمی
- ایمیل: Zareshahi.Fatemeh@gmail.com

فهرست مطالب

سخن مدیر مسئول



سخن سردبیر



سرمقاله



آرایش فیزیکی اتاق درمان



روند مصاحبه بالینی



عملکرد و نقش درمانگر



ویژگی‌های درمانگر موثر



دانستنی‌های روان‌شناسی



چگونگی اعتمادسازی در فرایند مشاوره



فهرست مطالب

حد و مرز در اتاق درمان



رویدادهای علمی و فرهنگی اخیر

تأثیر فرهنگ بر روان‌درمانی



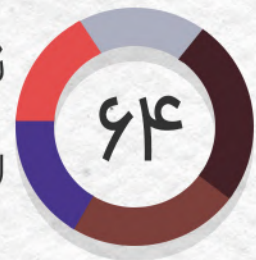
معرفی کتاب Talking It Better

تحول جایگاه روان‌کاو و بیمار؛ آیا فروید
همچنان پدر است؟



معرفی و نقد فیلم Good Will Hunting

نقش رابطه درمانی و اتحاد بین مراجع و درمانگر در
رویکردهای مختلف؛ مبتنی بر مطالعه مروری



گزارش عملکرد انجمن

سخن پایانی





سخن مدیر مسئول

ز نام خدا سازد آن را کلید

خرد هر کجا گنجی آرد پدید

اتاق درمان، امن‌ترین نقطه برای روح لطیف انسان می‌باشد. درمانگر بدون قضاوت، رو به رویت می‌نشیند. از تو می‌خواهد بگویی هر آنچه که روانت را آزار می‌دهد و بر شانه‌هایت سنگینی می‌کند، هر آنچه بر سینه‌ات فشار می‌آورد و چون بغضی فرو خورده می‌شود. آیا بایستی انتظار این را داشته باشیم که یک نفر منجی ما باشد؟ تمام مشکلات ما را از پیش متوجه باشد و همه را در چند جلسه رفع کند؟

وقتی شخصی برای روان‌درمانی یا مشاوره مراجعه می‌کند، اتاق درمان نخستین جایی است که باید شخص در آن حاضر شود تا بتواند با درمانگر یا مشاور خود ملاقات کند. داشتن حس خوب به اتاق درمان در روند مشاوره و روان‌درمانی لازم است و این حس خوب می‌تواند با آگاه‌سازی و تلاش ایجاد شود.

با توجه به این امر در این شماره به موضوع «**حال خوب در اتاق درمان**»، واکاوی ابعاد آن و ارائه راهکارهایی به منظور افزایش این حال خوب پرداختیم. امید است که مورد پسند خوانندگان عزیز قرار گیرد.

ضمن تشکر از دست‌اندرکاران این فصلنامه، تبریک سال نو و آرزوی سالی سرشار از موفقیت برای مخاطبان ارجمند، لازم به ذکر است؛ پیشنهادات و انتقادات اصلاحی شما یاری‌بخش ما در جهت ارتقای سطح کیفی نشریه می‌باشد.

با تقدیم احترام

فاطمه زارع‌شاهی

مدیر مسئول نشریه علمی - فرهنگی تحول



سخن سردبیر

به نام دانای بلند مرتبه

بی‌تردید فضای اتاق درمان و ویژگی‌ها و نحوه برخورد درمانگر در روند درمان، نقش قابل توجهی در میزان مراجعه به روان‌شناس یا مشاور دارد. اتفاقاتی که بین مراجع و درمانگر رخ می‌دهد، جنبه بصری اتاق درمان، خصوصیات درمانگر و عواملی از این قبیل می‌توانند حال خوبی در مراجع ایجاد کنند و یا او را از ادامه جلسات باز دارند. لذا علم به این موضوعات، لازمه کار هر روان‌شناس یا مشاور می‌باشد. زمانی که درمانجو وارد محیط درمانی می‌شود، ابتدا طریقه برخورد با او در اتاق انتظار و سپس رنگ‌ها و اشیایی که به چشم می‌خورد، بر احساس رضایتش تأثیر می‌گذارد. هنگامی که با درمانگر روبرو می‌شود، احترامی که درمانگر با بلند شدن از صندلی به او می‌گذارد و رابطه کلامی مناسب، باعث ایجاد حس آرامش و صمیمیت می‌گردد. صندلی‌های یکسان مراجع و درمانگر حس برابری را به او القا می‌کند. و همچنین روبروی هم قرار داشتن صندلی‌ها به شکل‌گیری ارتباط مؤثر کمک می‌نماید. بهره‌گیری از گیاهان طبیعی نیز تأثیر مثبت بر سلامت روان دارد. مدیریت زمان و گذراندن یک جلسه با کیفیت، احساس رضایتمندی مراجع را فراهم می‌آورد. تأثیر خصوصیات و ویژگی‌های درمانگر، تکنیک‌هایی که در روند درمان استفاده می‌کند و اخلاق حرفه‌ای در جلسه درمان واضح و مبرهن است. رعایت نکات ذکر شده به ایجاد حال خوب در اتاق درمان می‌انجامد و انسان همواره به دنبال حال خوب بوده است.

در شماره شانزدهم از فصلنامه علمی - فرهنگی تحول، سعی شده است تا اشاره‌ای به حوزه اتاق درمان صورت گیرد و امید است با لحاظ کردن عوامل تأثیرگذار در روند درمان که به تفصیل آورده شده است، گامی در جهت ایجاد حال خوب در درمانجویان برداشته شود. در پایان، ضمن تبریک عید نوروز، پذیرای ایده‌های خلاق و نقدهای سازنده‌ی مخاطبان ارجمند هستیم.

به امید موفقیت روزافزون

سارا محمودی شیران

صغری باقرپور هل آباد

سردبیران نشریه علمی - فرهنگی تحول



سر مقاله

بنام حضرت دوست

سلام و درود. قبل از هر چیز فرا رسیدن نوروز باستانی و سال جدید را به همه شما تبریک می‌گوییم. خوش بحال زمین پیر ما که هر سال جوان می‌شود، نو می‌شود و شوق این نو شدن ما را به نوروز فرا می‌خواند.

اکنون مجالی به ما دست داده است که اندکی درباره اتاق درمان با شما سخن بگوییم. به راستی در اتاق درمان چه می‌گذرد؟ وقتی خودرو شما خراب می‌شود و آن را نزد یک مکانیک می‌برید، می‌دانید چه اتفاقی قرار است بیفتد. مکانیک احتمالاً قطعاتی را تعویض می‌کند و ماشین شما تعمیر خواهد شد. وقتی استخوان شما می‌شکند و به پزشک مراجعه می‌کنید، می‌دانید چه اتفاقی قرار است بیفتد. استخوان شما در آتل یا گچ قرار می‌گیرد و در نهایت بهبود می‌یابد.

اما وقتی برای ملاقات با یک روان‌درمانگر قرار می‌گذارید، آیا می‌دانید قرار است چه اتفاقی بیفتد؟ بسیاری از مردم کاملاً مطمئن نیستند. آیا درباره دوران کودکی کندوکاو می‌شود؟ آیا هیپنوتیزم می‌شوند؟ آیا فقط حرف می‌زنند؟ مگر می‌توان فقط با حرف زدن خوب شد؟! در حقیقت در مورد اینکه واقعاً در طول یک جلسه درمانی چه اتفاقی می‌افتد، چه نوع مسائل و مشکلاتی در جلسه درمانی قابل مطرح کردن هستند و اینکه این کار چه فایده‌ای می‌تواند داشته باشد، ابهام زیادی وجود دارد. اما واقعیت این است که آنچه در اتاق درمان اتفاق می‌افتد، روان‌درمانی است.

مطالعه اولیه، شناخت و درمان بیماری‌ها احتمالاً از عصر پارینه سنگی شروع شده است. در طول تاریخ، روان‌درمانی با خرافات، مسائل متافیزیک، فلسفه، باورهای مذهبی، جادو و نظایر آن درآمیخته شده است. آنچه روان‌درمانی را از شکل‌های دیگر شفابخشی روانی جدا می‌سازد، کاربرد نظام‌مند و کاملاً علمی اصول روانشناختی در آن است. و شاید به قول روان‌درمانگر بزرگ اروین یالوم، روان‌درمانگری یک موهبت باشد. (The Gift Of Therapy)

در پایان خداوند را سپاس می‌گوییم که بار دیگر توفیق یافتیم با شماره دیگری از نشریه دانشجویان روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی در خدمت شما عزیزان باشیم. از همه کسانی که در چاپ این شماره نقش داشتند، صمیمانه تشکر می‌کنم و برای همه شما عزیزان سالی خوب، سرشار از سلامتی، موفقیت و شادکامی آرزومندم. در پناه حق باشید.



آرایش فیزیکی اتاق درمان

سحر شهبازی

دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه
محقق اردبیلی

سبک متداول در چیدمان، روان‌شناسی رنگ، محل قرارگیری، شناخت کادر (دیوار)، شناخت ارگونومی و تأثیر نور را مدنظر قرار داد.

اثرات روانی رنگ‌ها در دکوراسیون داخلی

● **قرمز:** یکی از رنگ‌هایی است که اکثر افراد ارتباط قوی با آن برقرار می‌کنند و واکنش شدیدتری نسبت به آن نشان می‌دهند. احساساتی نظیر قدرت، رشادت، تخطی، برانگیختگی جنسی و هیجان به آن نسبت داده می‌شود. این رنگ مناسب فضاهایی است که در آنها فعالیت‌های جسمانی زیادی صورت می‌گیرد. می‌توان در آشپزخانه، اتاق‌هایی مخصوص بازی، سالن‌های اجتماعات، برای ایجاد سایه روشن از درجات تیره قرمز استفاده کرد. این کار نتایج مثبتی به همراه خواهد داشت. این رنگ برای فضایی که لازم است دور از هیجان باشند (اتاق انتظار پزشکان و...) مناسب نیست.

دکوراسیون داخلی مانند هنرهای دیگر، دارای سبک و سیاق و اصولی است که بر اساس سلیقه‌ها و نیازهای هر فرد، دست‌خوش تغییر می‌باشد. دکوراسیون یک فضا، حاصل در کنار هم قرار گرفتن عناصر متعددی است که تأثیر فیزیکی و روحی خاصی را بر روی افراد می‌گذارد و افراد واکنش‌های متفاوتی نسبت به دکوراسیون‌های مختلف از خود نشان می‌دهند که موجب بهبود بخشیدن عملکرد فیزیکی و روانی فضا برای راحت‌سازی زندگی در آن است. از این رو طرح‌های دکوراسیون و مبلمان باید به گونه‌ای طراحی شوند که منطبق با خواسته‌های درونی انسان باشد. هدف اصلی از انجام دکوراسیون، بالا بردن کارایی و زیباسازی فضا و هماهنگی آن با احساسات درونی انسان می‌باشد. در چیدمان یک مکان ابتدا باید اصول اولیه یعنی توجه به کاربرد فضا و روان‌شناسی، موقعیت فضا، شناخت

● **زرد:** رنگ خوشحالی، شادی، خرسندی و سعادت‌مندی است. مردم اصولاً با مشاهده این رنگ اشتیاق، وجد و سرور، انرژی، خوش‌بینی، نیک‌اندیشی، و شور را تجربه می‌کنند. به کار بردن درجات تند و پررنگ زرد در اتاق‌های مطالعه توصیه نمی‌شود. ترکیب سایه روشن‌های لیمویی، کرم، پرتقالی نیز فضا را زیبا و شیک می‌کند. درجات کم‌رنگ‌تر زرد، رنگ‌های مناسبی برای دیوارها هستند این رنگ برای فضاهایی که برای استراحت هستند مناسب نیست.

● **سبز:** آرامش‌بخش است و تنش را برطرف می‌کند، تداعی‌گر طبیعت است. رنگ سبز غالباً به منظور کمک به رفع بحران‌های روحی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این رنگ برای اتاق‌های کودکان و اتاق‌های بیماران در بیمارستان یا اتاق عمل رنگ مفیدی است. رنگ سبز با درجات تیره‌تر (آمیخته با سیاه) می‌تواند باعث کوچک‌نمایی مکان‌های وسیع گردند. (مناسب برای اتاق مشاوره)



● **بنفش:** عموماً حد تعادلی میان انرژی و هیجان قرمز و آرامش و سکون آبی ایجاد می‌کند. در روانپزشکی بخاطر اثرات آرام‌بخش آن، برای درمان کسانی که از ترس و وسواس رنج می‌برند استفاده می‌شود.



بنفش به تعادل فکری انسان کمک می‌کند و حساسیت و دلسوزی را گسترش می‌دهد. بنفش آمیخته با سفید مناسب اتاق خواب و اتاق مطالعه است.

● **سیاه:** رنگ سیاه می‌تواند حالتی پیچیده و در عین حال باشکوه به طراحی داخلی بدهد. جذب نور یکی از ویژگی‌های طبیعی این رنگ به شمار می‌رود. سیاه دارای انرژی غلیظ و سنگینی است. به همین دلیل پیشنهاد می‌شود، تنها از مقدار محدودی از آن استفاده شود. رنگ آمیزی سقف با رنگ زیاد به هیچ وجه توصیه نمی‌شود.

بایدهای اتاق درمان

نور

در طراحی داخلی و انجام دکوراسیون داخلی، سعی می‌شود از نور طبیعی روز بهترین استفاده ممکن به عمل آید و از نور مصنوعی، به عنوان مکمل در ساعات دیگر شبانه روز استفاده شود. نورپردازی فضا در دکوراسیون داخلی با توجه به ویژگی‌های معماری فضا، نیاز استفاده کننده و ایجاد کیفیات بصری مناسب، در فضا انجام می‌گیرد. اجسام نورانی و روشن، به طور طبیعی توجه ما را به خود جلب می‌کنند؛ و این اصل کاربرد زیادی در نورپردازی فضاها دارد و از این طریق عناصر و بخش‌های مهم فضا مورد تأکید قرار می‌گیرند.

نور قابل تنظیم

یک راه برای قدرت دادن به مراجعان این است که حق انتخاب در مورد میزان روشنایی نور مطب روان‌شناسی را داشته باشند. پس از کلیدهای تنظیم شدت نور استفاده کنید و روشنایی را در حالتی تنظیم کنید که برای

● **نارنجی:** این رنگ از ترکیب دو رنگ قرمز و زرد به دست می‌آید، به همین دلیل دارای ویژگی‌های اقتدار رنگ قرمز و ملایمت رنگ زرد است. از رنگ نارنجی برای اتاق نهارخوری، آشپزخانه (که موجب افزایش اشتها می‌شود)، اتاق نشیمن و سالن‌های ورودی استفاده می‌شود. نارنجی برای هر مکانی که عده‌ای به منظور شرکت در مجمعی خاص با لذت بردن از اوقات خود در آن جمع می‌شوند، رنگ فوق‌العاده‌ای است.

○ **سفید:** القا کننده آرامش و صفاست و یکی از کاربردی‌ترین رنگ‌ها در طراحی دکوراسیون است. سفید قابل ترکیب با همه رنگ‌ها است و فضا را بزرگ‌تر و روشن‌تر نشان می‌دهد. رنگ سفید محیط‌های گرم را سرد و محیط‌های سرد را درخشان می‌کند. با این وجود باید در فضاهای شمالی با احتیاط از آن استفاده کرد، زیرا در چنین محیط‌هایی، گریز از سفید، جذابیت بیشتری ایجاد می‌کند. سفید برای فضاهای کوچک و کم نور مناسب است. ترکیب این رنگ با رنگ‌های سیر موجب ایجاد خطاهای بصری می‌شود.

پنجره قابل تماشا باشد نیز به همان اندازه تأثیر مثبت دارد.

حریم خصوصی

اطمینان داشته باشید که مکالمه‌ها خارج از اتاق قابل شنیدن نباشند. ورودی و خروجی باید به اندازه کافی خصوصی باشند تا مراجعان احساس امنیت کنند.

ایجاد حواس پرتی‌های مثبت

گاهی با منحرف کردن ذهن مراجع به سمت چیز دیگری به او کمک می‌کنید تا صحبت کردن در مورد موضوعات ناراحت کننده احساسی برایش راحت شود. آنها می‌توانند حواسشان را روی یک اثر هنری بی‌سر و صدا، یک فواره آرام بالای میز، فضای آرام خارج از محیط درمان یا حتی اسباب بازی‌های آرامش‌بخش متمرکز کنند. حرف زدن در مورد موضوعات سنگین می‌تواند به آنها احساس آسیب‌پذیری بدهد و این که هر از گاهی استراحتی داشته باشند برایشان مفید است.

شخصی‌سازی فضا

چند وسیله نسبتاً شخصی مثل چند یادگاری کوچک یا مدارک درمانگری می‌توانند برای مراجع اطمینان‌بخش باشند. به هر حال بهتر است شخصی‌سازی کردن را به بهینه‌ترین حالت (نه کم و نه زیاد) رساند تا مراجع احساس کند در یک خانه امن است نه یک مشتری در یک مطب.

مراجع بهترین حالت باشد. این موضوع به آنها نشان می‌دهد که درمانگر به نیازهایشان اهمیت می‌دهد و توانایی‌شان برای بیان این نیازها را تقویت می‌کند.

پنجره‌ها

هر وقت که ممکن بود پنجره‌ها را باز کنید تا نور خورشید به داخل بیاید. این به محیط کمک می‌کند تا روشن، باز و گرم به نظر بیاید.

چیدمان مطب روان‌شناسی

مهم است که در مورد محل نشستن درمانگر و مراجع، فضایی غیرمقابله‌ای و راحت برای صحبت، حمایت، توانمندسازی و مشارکت ایجاد شود. همچنین ضروری است که صندلی‌ها، تکیه‌گاه و پشتی مناسب و جای کافی برای جا به جایی داشته باشند، قابل تنظیم باشند و به اندازه کافی سنگین باشند تا در شرایطی که بیمار سابقه خشونت داشت، تکان نخورند. همچنین مهم است که صندلی مراجع در جایی باشد که بتواند در را ببیند تا احساس آزادی و امنیت داشته باشد.

عناصر طبیعی در دکور مطب روان‌شناسی

تحقیقات نشان می‌دهد که حتی حضور کم اجزایی از طبیعت می‌تواند به سلامت روان بهتر کمک کند. نگاه داشتن چند گیاه در دفتر، می‌تواند احساس تماشای چشم انداز و منظره‌های آرام را منتقل کند. دسترسی داشتن به یک حیاط یا باغ نزدیک که از

نبایدهای اتاق درمان

فضاهای در بسته

می‌تواند اضطراب مراجع را افزایش دهد و یا باعث شود او احساس کند در این مرکز به قدر کافی مورد توجه قرار نمی‌گیرد. بخش‌های اداری مثل پذیرش، باید طوری طراحی شوند که روی زمان انتظار مراجعان تأثیر منفی نگذارند.

کلام آخر

اکامپو معتقد است که لزومی ندارد اتاق مشاوره یا دکور مطب روان‌شناسی دوباره طراحی یا تمام وسایل نو شود اما به هر حال ارزشش را دارد که اصلاحات کوچکی انجام شود تا به تجربه مثبت مراجع و مشاور کمک کند. محیطی را که طراحی شده است، می‌توان اصلاح کرد تا بر رهایی از بیماری‌های ذهنی تأثیر مثبت بگذارد. اگر یک درمانگر متعهد باشد، این کار را با روش‌های حساس و هوشمند طراحانه انجام می‌دهد.



خودداری کردن از طراحی محیط‌های شبیه به زندان با سطوح سخت و بدون پنجره بسیار مهم است. اتاق‌هایی با طراحی بسته، احساسی شبیه به مجازات شدن را منتقل می‌کنند یا ممکن است مراجعان فکر کنند راه فراری ندارند؛ نه از اتاق که از مشکلاتشان.

محرک‌های بالقوه

آن دسته از آثار هنری که ناخواسته ترس، خشونت یا مرگ را به تصویر می‌کشند، می‌توانند احساس آسیب‌پذیری بدهند یا مشکلات روانی را که بیمار تجربه می‌کند، تحریک کنند.

صندلی‌های ثابت و متفاوت

به مراجعان این اجازه را بدهید که محل صندلی را تنظیم کنند. به جز این، صندلی درمانگر و مراجع نباید تفاوت چندانی با هم داشته باشند. اگر مراجعان حس کنند صندلی درمانگر از جنس و مواد اولیه بهتری تولید شده است یا بالاتر از آنها قرار دارد ممکن است احساس ناخوشایند در فرودست بودن را تجربه کنند و یا به نظرشان برسد درمانگر (و احتمالاً مشاوره‌هایش) غیر قابل دسترسی است.

غفلت از اتاق‌های انتظار مطب روان‌شناسی

چیدمان اتاق‌های انتظار نیز به اندازه اتاق مشاوره مهم است. طراحی‌هایی ضعیف

منابع

- ایتن، یوهانس، ۱۳۹۱، هنر رنگ، ترجمه عربعلی شروه، چاپ نهم، انتشارات یساولی.
- برکاتی، سید میالد، سهامی، سمانه، ۱۳۹۲، از طراحی داخلی تا دکوراسیون، چاپ اول، مشهد، انتشارات ابان.
- دی.کی چینگ، فرانسیس، بینگلی، کورکی، ۱۳۹۳، طراحی داخلی، ترجمه لیال رضایی، چاپ دوم، تهران، انتشارات وارث.
- طایفه، احسان، ۱۳۹۱، چگونه معمارانه طراحی کنم، چاپ هفتم، تهران، انتشارات علم معمار.
- کاپستیک، جوانا، لوید، مریل، ۱۳۸۸، رنگ در دکوراسیون و طراحی داخلی، ترجمه فرزانه سالمی، مهسا ذوالریاستین، چاپ پنجم، تهران، انتشارات پیشتون.
- محمود، کوروش، شکیبامنش، امیر، ۱۹۳۴، اصول و مبانی رنگ‌شناسی در معماری و شهرسازی، چاپ اول، انتشارات هله.
- نوری، محمد، قاسمزاده، مرضیه، ۱۳۹۰، تنظیم شرایط محیطی، انتشارات خدمات فرهنگی پارسه (پارسه نو).
- /http://decoboom.ir
- /http://www.habibi-decoration.com
- www.habibi-decoration.com/articles/accessory.htm
- www.halaltec.ir/?p=2256
- www.halaltec.ir6
- www.kharidmag.ir
- www.larijani13.blogfa.com/post/33
- www.larijani13.blogfa.com/post/33



روند مصاحبه بالینی (Clinical interview process)

محمدحسین رودباری
دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی
بالینی دانشگاه آزاد کیش

تعریف

ساعت مصاحبه بالینی دقیق در بعضی موارد برابر با مجموعه‌ای کامل از تست‌های روانی بوده است. برای اجرای یک مصاحبه مؤثر و با کیفیت، درمانگر باید اصول اساسی و زیر بنایی فرایند را بداند. بطور کلی مصاحبه دارای ابعاد چهارگانه و سه مرحله‌ای است.

مصاحبه بالینی یا همان interview process Clinical به ارتباط چهره به چهره و کلامی بین درمانگر و فرد درمانجو اطلاق می‌شود که طی این ارتباط درمانگر به بررسی مشکلات بیمار پرداخته و با کسب اطلاعات از درمانجو تدابیری را جهت تسهیل در امر درمان به درمانجو به کار می‌برد.

اهمیت مصاحبه بالینی در این است که به وسایل خاصی نیاز ندارد و به آسانی در دسترس متخصصین است و به علاوه چون با این روش در مدت زمان کوتاهی می‌توان اطلاعات نسبتاً زیادی به دست آورد، هنگامی که فقط مدت محدودی برای شناسایی شخص وجود دارد. در نتیجه مصاحبه بهترین روش ممکن خواهد بود.

در سال ۱۹۵۰ بنابر ادعای «راجرز» و همچنین بسیاری از روان‌شناسان نامی نتیجه یک



ابعاد مصاحبه

۱- رابطه (Rapport):

منظور از رابطه، چگونگی برقراری ارتباط بین مراجع و مصاحبه‌گر است. در واقع

ایجاد یک رابطه درمانی خوب بین درمانگر (مصاحبه‌گر) و مراجع، از شرایط مهم برای پیشرفت درمانی است. اگر به هر دلیلی مراجع نسبت به درمانگر نگرش منفی پیدا کند، احتمال می‌رود که با حاضر نشدن بیمار در جلسه، فرایند درمان قبل از موعد مقرر قطع شود و یا پیشرفت درمانی کمی حاصل آید.

۲- تکنیک (Technique):

منظور از تکنیک، شیوه‌هایی است که درمانگر استفاده می‌کند تا رابطه درمانی را ایجاد کند و اطلاعات را کسب نماید. دامنه تکنیک‌ها متفاوت است؛ از سؤالات باز تا سؤالات بسته از تفسیر تا بازپرسی. این تکنیک‌ها در واقع ابزاری هستند که به درمانگر این امکان را می‌دهند تا با هر شخصی به شیوه خودش صحبت کند و اطلاعات لازم را کسب نماید.



مراحل مصاحبه

۱- مرحله شروع و بازگشایی:

در مرحله اولیه مصاحبه، درمانگر مراجع را آماده نموده، سپس اقدام به ایجاد رابطه کرده و به سؤالات درمانجو پاسخ می‌دهد. درمانگر باید به درمانجو اطمینان دهد که اطلاعات او هرگز فاش نمی‌شود و از این اطلاعات برای تسریع در شناخت و روند درمان استفاده می‌شود.

۲- مرحله میانی:

بزرگ‌ترین قسمت و مهم‌ترین قسمت مصاحبه بخش میانی است. در واقع خود مرحله میانی شامل سه مرحله است که شامل پیگیری نظریات اولیه، اخذ تاریخچه

منظور از وضعیت روانی (Mental Status): منظور از وضعیت روانی، حالت کلی روانی مراجع در زمانی است که با او صحبت می‌شود. آیا پاسخ‌های بیمار واضح هستند یا مبهم؟ بیمار عصبانی است یا خوشحال؟ بدبین است یا اعتمادکننده؟

۳- وضعیت روانی (Mental Status):

منظور از وضعیت روانی، حالت کلی روانی مراجع در زمانی است که با او صحبت می‌شود. آیا پاسخ‌های بیمار واضح هستند یا مبهم؟ بیمار عصبانی است یا خوشحال؟ بدبین است یا اعتمادکننده؟

۴- تشخیص (Diagnosis):

تشخیص آخرین بُعد از مصاحبه بالینی است. هر چه درمانگر درباره توانایی‌ها،

روانپزشکی و ارائه تشخیص و پسخوراند می‌شود. این مرحله بیشترین زمان مصاحبه را به خود اختصاص می‌دهد.

۳-مرحله پایانی:

در مرحله پایانی مصاحبه، مراجع برای اتمام مصاحبه آماده می‌شود. برای این کار از طرح مطالب بسیار هیجان‌انگیز خودداری می‌شود و در کنار آن آنچه از مصاحبه بدست آمده همراه با دورنمایی از آینده درمانجو بطور خلاصه در اختیار او گذاشته می‌شود. در واقع ارائه پیش آگهی و تعیین برنامه درمانی به درمانجو صورت می‌پذیرید.

آماده کردن مراجع و راحتی بخشیدن به او، تعیین حدود، ابراز همدردی و... می‌تواند در این فرایند بسیار تأثیرگذار باشد. به درمانگر توصیه می‌گردد سؤالات

مفید را انتخاب نماید، سؤالات با پاسخ باز طرح کند. ظاهر، عملکرد روانی - حرکتی، تکلم، تفکر، عاطفه و حافظه و... بیمار را

مورد ارزیابی قرار دهد و شکایات عمده را طبقه‌بندی کند: علائم، شدت، سیر بیماری و... را همواره ارزیابی کند. این اقدامات باعث می‌شود که شاهد یک مصاحبه با کیفیت و تأثیرگذار باشیم. همین مسئله باعث نمایان شدن آهسته تأثیرات درمان در درمانجو می‌گردد.

نتیجه گیری

با توجه به اهمیت و ارزش بالای مصاحبه بالینی که تشخیص را برای درمانگر بسیار

سریع‌تر و با کیفیت بیشتر نسبت به تفسیر تست‌های روان‌شناسی فراهم می‌آورد و با توجه به اینکه این روش مستلزم امکانات خاصی نبوده و قابلیت اجرا در هر مکانی با کمترین امکانات را دارد، می‌توان از آن به عنوان بهترین روش ممکن در طی مرحله درمان برای تشخیص اختلالات درمانجو یاد کرد. در کشور ما با توجه به عدم وجود تعداد کافی تست‌های معتبر و استاندارد و از آن مهم‌تر عدم وجود تعداد کافی متخصص اجرا و تفسیر تست، اهمیت کاربرد مصاحبه بالینی بیشتر محسوس است. به همین جهت باید به آموزش آن در قالب محتوا در سیستم آموزشی و ارائه در کارگاه‌های روان‌شناسی اقدامات جدی صورت پذیرد.

معرفی ویدیو «آموزش مصاحبه در روان‌شناسی و تشریح کیس مراجع در مدرسه روان‌شناسی واران»

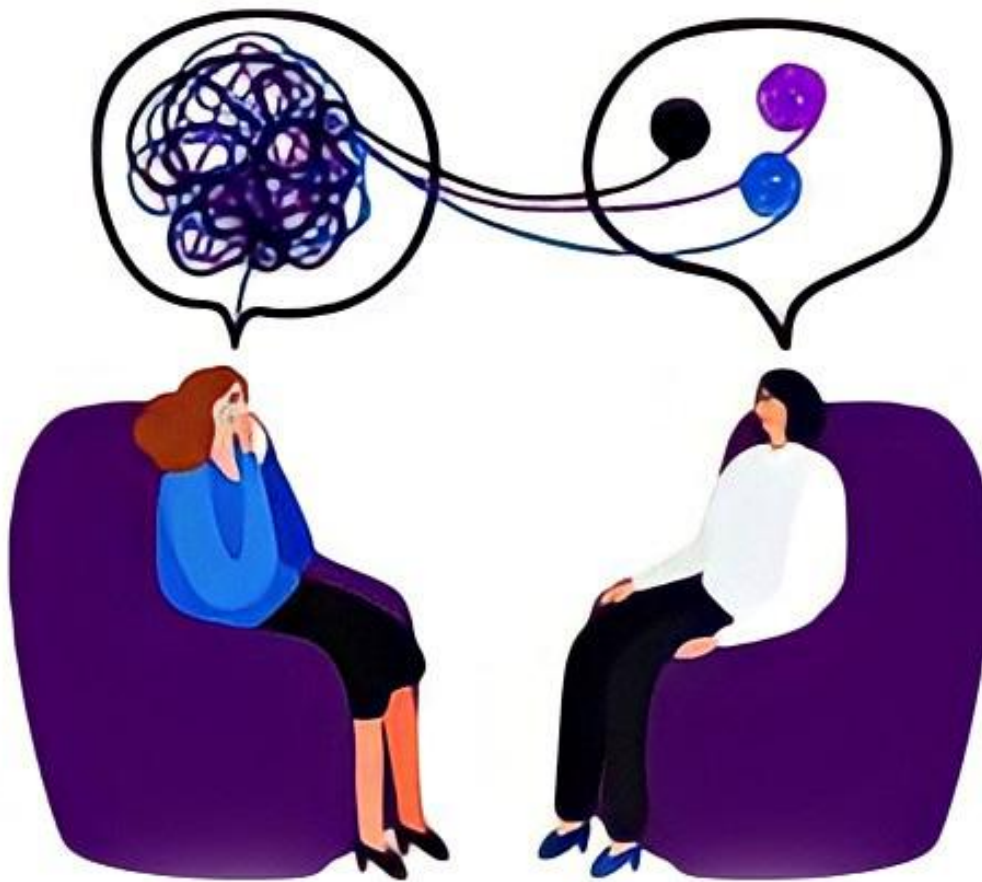
در این فیلم توسط آقای دکتر افشین طیبی روانپزشک، فوق دکتری روان‌تنی و استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران به تشریح کیس پرداخته می‌شود. مدت زمان این ویدئو ۹ دقیقه و به زبان فارسی در کانال رسمی مدرسه واران که با مجوز رسمی از نظام روان‌شناسی است، قرار دارد.

لینک مستقیم یوتیوب:

<https://youtu.be/kgqm4D2uTaM>

منابع

- اخوت، ولی الله. (۱۳۹۸). اصول روان‌درمانی. چاپ دهم، ص ۵۸.
 -دانشنامه رشد: daneshnameh.roshd.ir
 -پایگاه خبری روان‌شناسی میگنا:
www.migna.ir
- راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-۵. انجمن روانپزشکی آمریکا، ص ۳۸۵.
- شفیع آبادی، عبدالله. اصول و فنون مشاوره. چاپ بیست و پنجم، فروردین ۱۴۰۰، ص ۲۹۳.





عملکرد و نقش درمانگر

زهرا درکاهی قلیچی

دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه

محقق اردبیلی

رویکردهای درمانی بر اساس نظریه‌های متفاوتی درباره تحول و سازمان شخصیت و تغییراتی که قرار است ایجاد کنند، تفاوت دارند؛ اما در مداخلات بالینی به رغم تفاوت‌هایی که دارند، اهداف مشترکی را نیز دنبال می‌کنند که عبارت‌اند از:

کم کردن ناراحتی هیجانی

یکی از مهارت‌های زندگی، مقابله و برخورد مؤثر با هیجان‌ها می‌باشد. هیجان به خودی خود پدیده‌ای مضر نیست. بلکه هیجان‌ها ارزش انطباقی دارند و در طول سال به بقای انسان کمک کرده‌اند. گاهی اوقات هنگامی که مراجعان به درمانگر مراجعه می‌کنند آنقدر پریشان هستند که نمی‌توانند مشارکت فعالانه‌ای در

به عقیده آیسنکیپ، روان‌درمانی یک عمل میان فردی است و روان‌درمانگران باید دارای مهارت‌های میان فردی قوی از جمله مهارت‌های ارتباطی، رابطه‌سازی و بازبینی خود باشند. رابطه درمانگر و مراجع تأثیر زیادی بر نتیجه درمان خواهد داشت؛ به همین دلیل، مهارت‌های رابطه‌سازی برای درمانگران بسیار مهم هستند. خلوص، همدلی و توجه نامشروط از جمله مهارت‌هایی هستند که شروط لازم و کافی در درمان بشمار می‌روند. رابطه درمانی ابعاد مختلفی دارد که دو مورد از مهم‌ترین آنها عبارتند از:

الف) پیوندهای هیجانی شکل گرفته بین درمانگر و مراجع. ب) درک متقابل و مشترک از کاری که قرار است انجام شود.

این ابعاد به تشکیل **اتحاد درمانی** منجر خواهند شد.

درمان داشته باشند. در این موارد درمانگر ابتدا ناراحتی مراجع را کاهش می‌دهد. روش رایج برای کم کردن ناراحتی مراجع، تقویت نقاط قوت هیجانی مراجع از طریق رابطه درمانی است. وقتی مراجعان می‌فهمند درمانگر هم‌پیمان هیجانی آنها است و نقش ضربه‌گیر را در برابر هجوم دنیای خصمانه بازی می‌کند، ثبات هیجانی و اعتماد به نفسشان را باز می‌یابند.

ایجاد بینش

یکی از اهداف اصلی فروید ایجاد بینش راجع به مشکلات روانی بود و از آن تحت عنوان تربیت مجدد برای غلبه بر مقاومت‌های درونی یاد می‌کرد. به نظر روان‌درمانگران اینکه مراجعان بفهمند چرا اینگونه رفتار می‌کنند به نفع آنها خواهد بود. درمانگران در تمام رویکردهای نظری، خودشناسی و بررسی خود را به شکل‌های مختلف تشویق می‌کنند؛ برخی روی محتوای خاصی مثل رویاها تمرکز می‌کنند، برخی نیز از مراجعان می‌خواهند تلویحات ضمنی رفتارهایشان را بررسی کنند و از این طریق به بینش برسند.

همچنین شناخت درمانگران به بیماران کمک می‌کند بر تبیین‌های خودکار و ناسازگارانه‌ی خویش به خصوص درمورد رویدادهای منفی واقف شوند. رفتاردرمانگران نیز بر این تأکید دارند که مراجع، رابطه‌ی کارکردی رفتارشان با یادگیری‌های قبلی و عوامل محیطی فعلی را بداند. یکی از رایج‌ترین فنون بینش‌پروری، تفسیر رفتار مراجع توسط درمانگر است.

تشویق تخلیه هیجانی

درمانگران اغلب مراجعان را تشویق می‌کنند که هیجانات خود را آزادانه بروز دهند. مراجع در تخلیه هیجانی، هیجانات فرو خورده‌اش را آزاد می‌کند، درمانگر نیز تشویق می‌کند هیجاناتش را به زبان آورد زیرا این رهاسازی آرامش‌بخش است. تخلیه هیجانی حداقل، ترس مراجع از برخی هیجاناتش را کم می‌کند.

ارائه اطلاعات جدید

روان‌درمانی معمولاً تربیتی است. درمانگران مانند مربیانی هستند که می‌توانند اطلاعات ارزشمندی را به مراجعان در جهت سازگاری با مشکلات خود بدهند. یکی از روش‌های دادن اطلاعات به مراجع استفاده از کتاب درمانی است که در این روش به مراجع توصیه می‌شود کتاب‌هایی را بخوانند.

تکالیف خارج از درمان

معمولاً برای انتقال تغییرات مثبت حاصل از درمان به دنیای واقعی، به مراجعان تکالیفی در منزل داده می‌شود. رفتاردرمانگران و درمانگران شناختی - رفتاری همواره طرفدار تکلیف منزل بوده‌اند زیرا آن را راهی مؤثر برای تعمیم مهارت‌های جدید می‌دانند. درمانگران پیرو روان‌پویایی، روان‌درمانگران

نظام‌گرا و حتی درمانگران پیرو مراجع محوری نیز تکلیف منزل می‌دهند.

تضمین می‌کند مراجع هرچه زودتر موفقیت را تجربه کند. انباشت تغییرات کوچک حاصل از مراحل مقدماتی، اعتماد مراجع را مبنی بر این که می‌تواند زندگی را کنترل کند و مشکلاتش قابل حل و قابل فهم هستند، تقویت می‌کند. هنگامی که انتظارات مثبت بیشتری تایید می‌شود، سطح انتظار مراجع بالاتر می‌رود و متقاعد می‌شود که تغییرات با معنا هستند و در نتیجه محکم‌تر به دنبال این تغییرات می‌رود و همین امر احتمال موفقیت را بیشتر می‌کند.

ایجاد اعتقاد به تغییر

ایجاد اعتقاد به تغییر، امید به تغییر و انتظار تغییر بیش از عمل دیگری به عنوان عامل بهبود مراجعان معرفی شده است. یکی از عناصر مهم در هر درمان مؤثری، اعتقاد مراجع به قابل دسترس بودن تغییرات مثبت است.

درمانگر با استفاده از درمان دارای ساختار که انگیزه و انتظارات مراجع را ارتقاء می‌دهد،

منابع

-Nietzel, M.T., Guthrie, P. R., & Susman, D.T., (1991). Utilization of community and social support services. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds)m Helping people change (4th ed., pp 396_421). New York: Pergamon press.

<https://tavandarman.com/coping-with-negative-emotions/>

-کرامر، جفری پی، برنستاین، داگلاس ای و پرز، ویکی. (۱۳۹۹). مقدمه‌ای بر روان‌شناسی بالینی. ترجمه مهرداد فیروزبخت. چاپ چهاردهم.

-Allen, D. M. (2006). Use of between-session homework in systems-oriented individual psychotherapy. Journal of psychotherapy integration, 16, 238_253.

-Freud, S. (1904). On psychotherapy. Lecture deliv. Ered before the college of physicians in Vienna. Reprinted in S. Freud, Thrapy and technique. New York: Collier books, 1963.



ویژگی‌های درمانگر مؤثر

راحله سلمانی

دانشجوی کارشناسی مشاوره دانشگاه محقق

اردبیلی

یک درمانگر مؤثر:

-کارش را با تمرکز بر نیازهای فردی و فرهنگی مراجع شروع می‌کند که تعیین‌کننده بهترین رویکرد درمانی است. رویکردهای درمانی زیادی وجود دارند که تبدیل به برند شده‌اند؛ اما درمانگر نباید رویکردی را به مراجع تحمیل کند. او بایستی با گفت و گو و به طور مشارکتی رویکردی که برای مراجع بهتر است را انتخاب کند. -به طور منظم از مراجع بازخورد می‌گیرد تا متوجه احساس مراجع نسبت به درمان و درمانگر شود. در جلسه درمان به جای درمانگر محوری، مراجع محوری حاکم است. درمانجو به عنوان شریکی در نظر گرفته می‌شود که بهتر از درمانگر می‌داند چه درمانی مناسب است. -در روابط بین‌فردی حساس و ماهر است،

تحقیقات نشان می‌دهد که بکار بردن تکنیک، ارتباط کمی با درمان مؤثر دارد. آنچه بسیاری از افراد نمی‌دانند این است که روان‌درمانی یک روش پزشکی نیست که نیاز به تکنسین داشته باشد. در عوض یک فرایند ارتباطی و بین‌فردی است. پس وقتی درمانگر ادعا می‌کند که از تکنیک‌های علمی استفاده می‌کند لزوماً بدان معنا نیست که درمانگر مؤثری است.

پس درمانگر مؤثر کیست؟

پژوهش‌های گسترده، تعیین‌کننده‌های اصلی اثربخشی روان‌درمانی را عناصر انسانی و رابطه‌ای معرفی کرده‌اند. به عبارت دیگر درمانگر خوب و مؤثر، مدرس نیست که تکنیک آموزش دهد. بلکه دلسوز، همدل و آگاه است که می‌داند چطور با مراجع ارتباط برقرار کند تا درمان حاصل شود.

گوش می‌دهد، همدلی می‌کند، می‌پذیرد و تسکین‌دهنده هیجانات ناخوشایند مراجعش است. از لحاظ فرهنگی آگاه است و می‌داند که فرهنگ هر مراجع را باید در نظر گرفت. از استقلال و خودمختاری مراجع حمایت می‌کند و توانمندی مراجع را زیر سؤال نمی‌برد.

۵. **تبلیغ و سایر اظهارنظرهای عمومی:** در این قسمت هم معیارهای تبلیغ خدمات روانشناخت و مدارک حرفه‌ای بررسی می‌شود.

۶. **نگهداری مدارک و دستمزدها:** این قسمت آیین‌نامه اخلاقی به مستند کردن کار حرفه‌ای، نگهداری یا دور ریختن مدارک و اسناد محرمانه، دستمزدها، ارجاعات و ترتیبات مالی دیگر می‌پردازد.

۷. **تحصیلات و آموزش:** این قسمت حاوی معیارهای اخلاقی مرتبط با تدریس و نظارت بر کار دانشجویان توسط روان‌شناسان است.

۸. **تحقیق و انتشار:** معیارهای حاکم بر فعالیت‌های محققان در این قسمت مطرح می‌شوند. برخی از این معیارها عبارتند از:

۱. اخذ تأییدیه هیئت مرور سازمانی قبل از اجرای تحقیق، گرفتن رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان در تحقیق، گزارش دادن ماجرای تحقیق برای شرکت‌کنندگان، رعایت حقوق همکاران مؤلف در کتاب‌ها و مقالات، در میان گذاشتن داده‌های تحقیق با دیگران و مرور کارهای تحقیقاتی.

۹. **سنجش:** این قسمت آیین‌نامه اخلاقی به معیارهای استفاده از آزمون‌ها و تفسیر آنها می‌پردازد.

۱۰. **درمان:** معیارها و قواعد سازمان‌دهی، اجرا و خاتمه درمان در این قسمت بیان می‌شود. معیارهای اختصاصی این قسمت، روان‌شناسان را از صمیمیت و نزدیکی جنسی با مراجعان فعلی خود و بستگان و اطرافیان فعلی آنها باز می‌دارد. همچنین به آنها اجازه نمی‌دهد کسانی را که قبلاً

معیارهای اخلاقی انجمن روان‌شناسی

آمریکا که لازم‌الاجرا هستند، عبارتند از:

۱. **حل مشکلات اخلاقی:** این قسمت نخست، حاوی معیارهای حل و فصل سؤالات و شکایات اخلاقی توسط روان‌شناسان است. ۲. **صلاحیت:** این قسمت می‌گوید روان‌شناس باید در حوزه تخصصی مورد نظر، آموزش دیده باشد و برای حفظ صلاحیت خود ارتباط با رشته‌اش را حفظ کند. همچنین به آن دسته از مشکلات با تعارضات شخصی روان‌شناسان می‌پردازد که صلاحیت آنان را مخدوش می‌کند.

۳. **روابط انسانی:** این گروه از معیارهای اخلاقی به موضوعاتی مثل پیشگیری از تبعیض‌های ناعادلانه، اذیت و آزار جنسی، روابط متعدد، تضاد منافع، اخذ رضایت‌نامه و قطع نکردن خدمات بالینی، وقتی صلاح مراجع چنین حکم می‌کند، می‌پردازد.

۴. **حریم و رازداری:** این قوانین شامل آن دسته از وظایف روان‌شناسان می‌شوند که حق رازداری و رعایت حریم را برای مراجعان محفوظ نگه می‌دارند.

با آنان رابطه جنسی داشته اند به عنوان مراجع بپذیرند. وانگهی روان‌شناسان نباید حداقل تا ۲ سال بعد از اتمام درمان با مراجعان قبلی خود صمیمیت و ارتباط جنسی داشته باشند. بعد از آن هم فقط به شرطی می‌توانند چنین رابطه‌ای داشته باشند که نشان بدهند هیچ سوءاستفاده‌ای رخ نداده است.

به طور کلی ویژگی‌های مشاور موفق بدین صورت است: خودآگاهی، توانایی پذیرش بی

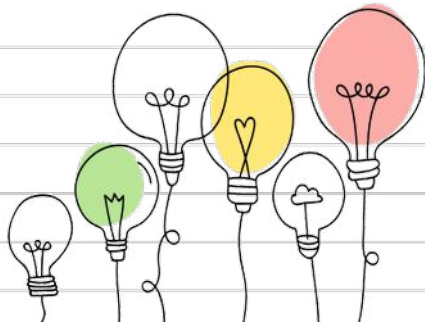
منابع

الکینز، دیوید. (۱۳۹۷). پنج ویژگی که به شما می‌گوید درمانگر مؤثر کیست. ترجمه عاطفه محمد صادق.

شفیع آبادی، عبدالله. (۱۳۹۹). روش‌ها و فنون مشاوره (مصاحبه بالینی). چاپ سی و هشتم، تهران: کتاب فکر نو.

کرامر، جفری پی، برنستاین، داگلاس ا و پرز، ویکی. (۱۳۹۲). مقدمه‌ای بر روان‌شناسی بالینی. ترجمه مهرداد فیروزبخت. چاپ چهارم، تهران: نشر ارسباران.





دانستنی‌های روان‌شناسی

سارا محمودی شیران

نائب دبیر انجمن علمی روان‌شناسی دانشگاه

محقق اردبیلی

سردبیر نشریه علمی - فرهنگی تحول

مسئله چنین نتیجه می‌گیرد که در یادآوری وظایف انجام شده و نشده باید تفاوت اساسی وجود داشته باشد. وی در زمینه بررسی این موضوع که یادآوری وظایف انجام نشده یا به اتمام نرسیده نسبت به وظایف انجام شده بهتر صورت می‌گیرد، چهار فرضیه در نظر گرفت:

فرضیه اول: قصد دستیابی به هدف معین با ایجاد تنش در یک منطقه درون‌فردی مطابقت دارد، طوری که این تنش بزرگ‌تر از صفر است. **فرضیه دوم:** هنگامی که فرد به هدف دست یابد، این تنش از بین می‌رود.

فرضیه سوم: نیاز به هدف معین با نیرویی مرتبط است که بر فرد اثر می‌کند و گرایش در وی به وجود می‌آورد که در جهت هدف حرکت کند.

آزمایش‌های مربوط به یادآوری و بازشناسی مسائل اولین پژوهش‌هایی است که مستقیماً از مفاهیم انگیزشی لوین ناشی شد. آزمایش‌های لوین در زمینه یادآوری مسائل به مشاهدات وی در یک رستوران باز می‌گردد. لوین مشاهده کرد که در این رستوران یکی از خدمتکاران بدون اینکه یادداشت بردارد، غذای سفارش شده میهمانان را برای آنها می‌آورد و هنگام دریافت پول دقیقاً به یاد دارد که هر یک از آنها چه نوع غذایی را سفارش داده‌اند. یکی از روزها لوین پس از پرداخت صورتحساب مجدداً به رستوران بازگشت و از خدمتکار مورد نظر خواست به او بگوید که وی چه غذایی سفارش داده بود. خدمتکار در این موقعیت نتوانست نوع غذایی را که وی سفارش داده بود، به خاطر آورد. لوین از این

دهند. آزمایشگر کار بعضی از کودکان را هنگام انجام تکلیف، متوقف کرد و به برخی دیگر برای اتمام کار وقت کافی داد و پس از آن به دلایلی محل آزمایش را ترک کرد. در فاصله غیبت آزمایشگر، مشاهده گردید، آزمودنی‌هایی که کارشان را متوقف کرده بودند مجدداً شروع به فعالیت کردند. نتیجه این آزمایش مبین آن است که آزمودنی‌ها، گرایش زیادی به انجام وظایف ناتمام دارند. نتایج آزمایش‌های دیگر نشان داد که بازشناسی به این عوامل بستگی دارد:

۱. نوع تکلیف: تکالیفی که هدف معینی را تعقیب نمی‌کنند کمتر مورد بازشناسی قرار می‌گیرند تا تکالیفی که هدف معینی را دنبال می‌کنند.

۲. مرحله وقفه تکلیف: معمولاً احتمال بازشناسی تکالیف ناتمامی بیشتر است که آزمودنی در مرحله نزدیک‌تری به هدف قرار داشته باشد.

۳. زمان وقفه: گرایش بازشناسی تکلیف با افزایش زمان بین مرحله توقف و امکان مجدد انجام تکلیف کاهش می‌یابد.

۴. ویژگی و قصد افراد: بر اساس نظر لوین در کودکانی که احساس می‌کنند به شدت تحت نظر هستند، کمتر گرایش بازشناسی مشاهده می‌شود. این مسئله به کمبود تعهد آنان ارتباط دارد. در این کودکان انگیزه درونی برای انجام تکلیف وجود ندارد و به همین دلیل، مناطق فاقد تنش می‌باشند.

فرضیه چهارم: یک نیاز نه تنها گرایشی در جهت حرکت واقعی به سوی هدف ایجاد می‌کند بلکه سبب تفکر در زمینه این رفتار می‌گردد. به عبارت دیگر نیرویی که بر فرد وارد می‌شود نه تنها در سطح رفتاری است، بلکه در سطح شناختی نیز می‌باشد.

بر اساس فرضیه‌های مذکور می‌توان در زمینه تفاوت یادآوری وظایف چنین استنباط کرد که گرایش یادآوری فعالیت‌های ناتمام از فعالیت‌های به اتمام رسیده، بیشتر است. لوین و شاگردانش (مارو، ۱۹۳۸ و زایگاریک، ۱۹۲۷) آزمایشی ترتیب دادند تا تفاوت یادآوری تکالیف انجام شده و نشده را بررسی کنند. در این آزمایش، از آزمودنی‌ها خواسته شد تا به ۱۶-۲۰ مسئله ریاضی پاسخ دهند. تقریباً پاسخ نیمی از سؤال‌ها ساده بود و پاسخ نیم دیگر دشوار بود؛ زیرا وقت آزمون برای پاسخ دادن به کلیه سؤال‌ها کافی نبود. لوین و همکاران پس از اتمام وقت آزمون، اوراق را جمع کردند و پس از چند دقیقه از آزمودنی‌ها خواستند که سؤال‌ها را یادآوری کنند. زایگاریک نشان داد که آزمودنی‌ها مسائل پاسخ نداده را بهتر از مسائل پاسخ داده یادآوری کردند، نسبت آنها دو بر یک بود. این گرایش ارگانیزم به یادآوری درصد بالایی از مسائل حل نشده به اثر زایگاریک معروف است.

در زمینه بازشناسی نیز آزمایش مشابهی انجام گرفت. در این آزمایش به گروهی از کودکان وظایفی محول گردید تا آن را انجام

منبع

-خداپناهی، محمدکریم. (۱۳۹۸). انگیزش و هیجان. چاپ نوزدهم. انتشارات سمت.





چگونگی اعتمادسازی در فرآیند مشاوره

سپیده قهرمانپور

دبیر کانون آسیب‌های اجتماعی دانشگاه محقق اردبیلی

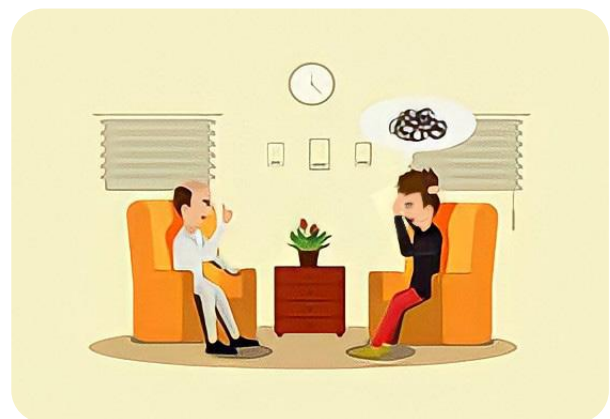
سیده لیلا ذاکری

دبیر انجمن علمی مشاوره دانشگاه محقق اردبیلی

ورود به کلینیک، بر اساس آنچه که می‌بیند، چه حسی پیدا می‌کند. در واقع اولین عامل تأثیرگذار در مراجع، نه تفکر او که احساس او به اتاق درمان است و احساس، قبل از آن که با شنیدن بوجود آید، با دیدن شکل می‌گیرد! رنگ آرام‌بخش دیوارها و تزئینات ساده و متناسب با اهداف درمان، صندلی و مبل‌های راحت، امکانات رفاهی اولیه مثل آب خنک، فضای ضد صداهای مزاحم و برنامه‌ی منظم، نوبت‌دهی، همه و همه در بدو ورود، باعث پدید آمدن احساس امنیت، نشاط و در نهایت اعتماد به اتاق درمان و درمانگر می‌گردد.

مشاوران با درک و انجام رفتارهایی که در اعتمادسازی در ارتباطات نقش بسازی دارند، می‌توانند سطح اعتماد مراجعین را نسبت به خود و فرآیند درمان، بالا برده و آرامش

اگر در هر رابطه انسانی، وجود اعتماد متقابل، یکی از اصول اولیه رابطه است، پس در رابطه مشاور - مراجع، اعتماد اصلی‌ترین متغیر تأثیرگذار بر مراجع محسوب می‌شود.



فضای اتاق درمان

اعتمادسازی از فضای فیزیکی اتاق درمان شروع می‌شود. اینکه مراجع از اولین لحظه

تمرکز بر نقاط قوت

مشاور در انعکاس دادن جنبه‌های سالم عملکرد مراجعان، نقش فعالی دارد. افراد دچار مشکل، ممکن است قادر به دیدن جنبه‌های مثبت‌شان نباشند. مشاور می‌تواند با بیان و تأکید بر نقاط قوت مراجع، اعتمادبه‌نفس او را بالا ببرد و در تغییر نگرشش نسبت به خود و زندگی، گام مؤثری بردارد.

تفسیر

تعبیر و تفسیر درست پیام‌های کلامی و غیرکلامی و نشانه‌هایی که مشاور و مراجع به طور مداوم در طی جلسه درمانی برای یکدیگر ارسال می‌کنند، بسیار مهم است. یکی از وظایف مهم مشاور آن است که به عنوان یک مشاهده‌گر هشیار عمل کند، نسبت به نشانه‌های غیرکلامی مربوط به اعمال و رفتار مراجع، توجه کامل نشان دهد و نیز نسبت به پیام‌های غیرکلامی خود که برای وی ارسال می‌کند، آگاهی داشته باشد. هریک از ما می‌توانیم نشانه‌های غیرکلامی، مثل حیرت و سرگشتگی، ترس، خشم، شادی، فرسودگی، شک، اجتناب، طرد شدن و خجالت را به وسیله‌ی بسیاری از پیام‌های بدنی متفاوت، انتقال دهیم. هرچند تعبیر و تفسیر معانی مربوط به نشانه‌های غیرکلامی به هیچ عنوان نمی‌تواند کامل باشد، اما توجه به این نشانه‌ها و نیز توجه به کلماتی که همراه با این نشانه‌ها بیان می‌شوند به میزان زیادی می‌توانند مشاور را در فهم و درک بهتر پیام‌های عاطفی و شناختی مراجع، یاری دهد.

بیشتری را بر اتاق درمان حاکم کنند. در این راستا به چند عنصر اساسی اشاره می‌کنیم:

همدلی با مراجع

منظور از همدلی، آن است که مشاور، جهان را از نقطه‌نظر مراجع درک کند و فهم و ادراکی را که نسبت به دنیای درونی او پیدا کرده است با وی در میان بگذارد. مشاور نه تنها به گفته‌های مراجع گوش فرا می‌دهد، بلکه در دنیای خصوصی و درونی او غوطه‌ور می‌شود و مسائل را از دیدگاه مراجع می‌نگرد. مثلاً، جوانی که هنگام تحقیر شدن توسط والدینش، با آنها گستاخانه رفتار می‌کند و از این وضع ناراحت است، برای رفع مشکلش نزد مشاور می‌رود. در اینجا مشاور، پیش از هر پند و موعظه‌ای مبنی بر گوشزد کردن جایگاه پدر و مادر و اینکه او باید تحمل داشته باشد، در چالش‌هایی از این قبیل، باید با او همدلی کرده و جملاتی با این مضمون به کار برد: «حتما خیلی احساس بدی پیدا می‌کنی وقتی هر روز مجبوری طعنه‌هایی را تحمل کنی که سزاوارش نیستی، آن هم از طرف کسانی که انتظار حمایت و محبت از آنها داری.» با گفتن این‌گونه جملات، مراجع اطمینان خاطر پیدا می‌کند که مشاورش طرفدار اوست و نیازی ندارد دائم برای مشاور اثبات کند که در این جریان، تنها او مقصر نیست. بدین ترتیب، می‌توان اعتماد او را جلب کرد و انتظار داشت که به سخنان مشاور گوش دهد.

هماندسازی

یکی از مهارت‌های مؤثر در فرآیند مشاوره، همانندسازی است. مشاور در نحوه‌ی نشستن و یا حرف زدن، حتی سرعت تنفس و مواردی از این قبیل، باید با مراجع خویش همانندسازی نماید. برای مثال: مراجعی که بر لبه صندلی نشسته و بسیار مضطرب می‌باشد، مشاور مربوطه نیز باید به همان صورت بنشیند و آینه‌ای برای وضع و حالت مراجع باشد و با این کار، بر صمیمیت خود با مراجع بیفزاید. البته منظور این نیست که مشاور، رفتارهای زشت و ناپسند مراجع را تکرار کند، بلکه هدف این است که با پیدا کردن حالتی شبیه به حالت مراجع، وی را متوجه رفتارش سازد و او از رفتار مشاور، حالت خودش را دریابد.

هماندسازی علاوه بر ظاهر و حرکات جسمی، می‌تواند در نحوه تفکر و چگونگی بیان آن نیز صورت گیرد. اگر به حرف‌های یک فرد گوش کنید و به واژه‌هایی که استفاده می‌کند دقت نمایید، احتمالاً برخی از کلیدهای اصلی شیوه‌ای را که او به طور کلی در تفکرش استفاده می‌کند خواهید یافت.

انعکاس

این فن شامل سه بخش می‌باشد:

انعکاس محتوا: مشاور با استفاده از این روش، آنچه را که مراجع گفته است دوباره برای خود او بازگو می‌کند. مشاور نباید فقط آنچه را که مراجع گفته طوطی‌وار یا کلمه به کلمه بیان کند، بلکه می‌بایست گفتار را بازآفرینی درک احساسات مراجع، یکی از مهم‌ترین مهارت‌هاست. یک مشاور باتجربه، به طور مداوم احساسات مراجع خود را تشخیص داده، آنها را در زمان‌های مناسب به خود او برمی‌گرداند. اگر مراجعه‌کننده‌ای به نحوی شاداب و سرزنده صحبت کند و از سرخوشی‌های

انعکاس احساسات:

با درک و زبان خودش بازگو نماید. به این فن، تکرار، بیان مجدد، نقل بیان، واگویی و پژواک نیز می‌گویند. این فن، فواید زیادی دربر دارد که مهم‌ترین آنها می‌تواند فراهم کردن زمینه برای اعتماد مراجع به مشاور باشد. کوشش مشاور برای بیان مجدد مطالب خود و احساسی که مراجع در پی آن پیدا خواهد کرد، سنگ‌بنای اصلی و مقدماتی برای اعتماد و اطمینان مددجو نسبت به فرایند درمان را فراهم خواهد ساخت. به طور کلی، یک مشاور برای انعکاس محتوا باید سه قاعده زیر را رعایت کند:

بازگو کردن محتوا به شکلی کوتاه و مختصر و در رابطه با پیام کلیدی مراجع صورت گیرد.

بازگو کردن به وسیله کلمات و واژه‌های خود مشاور صورت گیرد نه با استفاده از کلمات مراجع.

زمان برخورد دادن، در لحظاتی است که مراجع صحبت‌های خود را قطع می‌کند و به نوعی نشان می‌دهد که خواستار پاسخی از سوی مشاور است.

خودافشایی در خود به دلیل موفقیت‌هایی که در

زندگی کسب کرده، سخن بگویند و مشاور هرچند با دقت و دقیق، اما با لحنی یکنواخت و عاری از هرگونه هیجان پاسخ دهد، آنگاه جواب وی چندان همدلانه محسوب نخواهد شد. البته این بدان معنا نیست که مشاوران باید ادای مراجعه‌کنندگان خود را در بیاورند، بلکه بدین معناست که همدل بودن با مراجع، مستلزم ابراز احساسات به‌گونه‌ای منطقی و متناسب می‌باشد. خلاصه کردن: گاهی برای مراجع لازم است که تأمل نموده و به بازبینی مسیر طی شده بپردازد. این بررسی به کمک

مهارت «خلاصه‌گویی» صورت می‌پذیرد. خلاصه کردن با بازگویی محتوای گفتار تفاوت دارد؛ زیرا در خلاصه کردن باید اطلاعاتی را که مراجع در یک فاصله زمانی طولانی داده است کنار هم گذاشت و انعکاس داد. بازگویی مخصوص یک اظهار نظر است و خلاصه کردن مربوط به چندین اظهار نظر می‌باشد.

خلاصه نمودن می‌تواند در شروع جلسه گفت‌وگو به منظور پیگیری کار، در اواسط جلسه در هنگامی که فرد در

پیشانی و بی‌هدفی به سر می‌برد و یا از تماس با مشکل اجتناب می‌کند و در پایان جلسه گفت‌وگو به منظور جمع‌بندی مطالب و پیشنهاد شروع حرکت برای جلسه بعدی مورد استفاده قرار گیرد.

منظور از خودافشایی، بیان خاطره یا تجربیات توسط مشاور است. یکی از راه‌های خودافشایی، «خاطره‌گویی» است. خاطره‌گویی به منزله فراهم‌سازی فرصتی مناسب برای مراجعی است که احساس می‌شود در گزارش شفاهی و یا حتی کتبی خاطرات و احوال خویش، ناتوان است. در چنین شرایطی، خاطره‌گویی مشاور باید از جنبه هدایتگری و جهت‌دهندگی برخوردار باشد، به گونه‌ای که مراجع را نسبت به بیان و گزارش احوال خویش ترغیب کند و به اظهارات او در راستای مصاحبه مشاوره‌ای جهت بخشد.

یکی دیگر از روش‌های ممکن، این است که مشاور با اشاره به موارد احساسی مشابه، به یک جمله مراجع که آشکارا با تجارب خود مشاور ارتباط دارد، پاسخ دهد. اما انجام این کار ممکن است به دو دلیل دشوار باشد: اول آن که در واقع، تجربه مشاور باید مشابه تجربه مراجع باشد و دوم آن که آشکارسازی خود، توسط مشاور باید هم به قدری طولانی باشد که بتواند شباهت‌ها را نشان دهد و هم آن قدر مختصر باشد که جلسه را از تمرکز مراجع خارج نکند.

هرگاه آشکارسازی خود، به صورت درستی انجام گیرد می‌تواند احساس مراجع را از اینکه او را درک کرده‌اند افزایش دهد.

تحقیقات متناقض به ما می‌گویند: در حال حاضر، خودافشایی مشاور، علم نیست، بلکه

شوند، ضعیف شده و در معرض حذف قرار می‌گیرند. علاوه بر آن، شوخی این فرصت را برای فرد فراهم می‌آورد که با آرامش و روحیه بهتری به انتخاب دست بزند و موجب می‌گردد تا از درد و رنج مربوط به موقعیت اضطراری، خود را جدا سازد. این نوع شوخی با دیگر اشکال شوخی که محتوی طعنه زدن و تحقیر است و موجب خصومت و پرخاشگری می‌شود مغایر است. به عبارت دیگر، هدف از شوخی و مزاح در درمان، تحقیر فرد و بروز پرخاشگری در او نیست.



سخن پایانی

فنون بسیار زیادی وجود دارد که یک درمانگر می‌تواند با شناخت و استفاده از آنها، به اعتمادسازی هرچه بیشتر در فرایند درمان کمک کند. مهم این است که با کسب تجربه و بالا بردن آگاهی در این زمینه، بتواند به صورت فنی و اصولی به مردم مشاوره دهد تا کلامش تأثیرگذارتر و راهنمایی‌هایش مفیدتر باشد.

همه فنونی که تا اینجا مورد بحث قرار گرفتند برای دستیابی به یک هدف به کار گرفته می‌شوند: کمک به مراجع برای

هنر است. اگر مشاور می‌خواهد از این فن استفاده کند، باید نکاتی را رعایت کند: اطمینان یابید که خودافشایی‌های شما متناسب و بجاست. در میان گذاردن تجربه‌های شما وقتی متناسب است که به مراجعان در کسب هدف‌های درمان که در روند مشاوره مطرح شده‌اند کمک کند.

بیش از آنچه مجبورید، افشا نکنید. خودافشایی مشاور اگر حاکی از خودنمایی و به مفهوم خاصی باشد، به طور حتم نامتناسب است. موقع‌شناسی بسیار مهم است. خودافشایی بی‌موقع مشاور می‌تواند در مراجعان دافعه ایجاد کند.

افشاگری خود را برگزیده و هدفمند سازید. مراجعان را با داستان‌های بی‌ربط در مورد خودتان گمراه نکنید.

افشاگری‌های خود را با تفاوت‌های مراجعان و موقعیت‌ها، منطبق سازید. خودافشایی از سوی مشاوران نباید یک شروع، یک حرکت اولیه یا امتیاز باشد، بلکه باید جزء طبیعی جریان مشاوره محسوب شود.

شوخی و مزاح

علت مؤثر بودن این فن، آن است که شوخی، ویژگی متضاد و دوگانه‌ای را داراست؛ بدین معنا که فرد نمی‌تواند به موضوعی که برای او مشکل ایجاد کرده، هم احساس تأسف داشته باشد و در همان حالت و لحظه نیز به آن بخندد. ماهیت و اجزای موقعیت و محرک‌های اضطرار از هنگامی که با افکار و تصاویر برانگیزاننده شوخی و مزاح همراه

کسب آرامش و اعتماد هر چه بیشتر نسبت به مشاور و فرآیند مشاوره. ضمناً برای خواننده این سؤال پیش می‌آید که مشاور چگونه، چه موقع، در کجا و در رابطه با کدام مراجع باید از این فنون استفاده کند. برای این سؤال‌ها نمی‌توان پاسخ‌های قطعی و صریحی ارائه داد. هیچ فنی به تنهایی یا هیچ ترکیب خاصی از فنون مختلف نمی‌تواند برای همه مراجعین و در هر زمانی، مناسب باشد؛ زیرا هر مراجع، روان‌شناسی مخصوص به خود را دارد و مشاور باید تشخیص دهد که کدام فن در مورد مراجعش کاربردی‌تر و مناسب‌تر است.

البته نباید تصور کرد تکنیک‌های اعتمادسازی، محدود به مواردی است که در اینجا بیان شد؛ زیرا در مشاوره، به تعداد مراجعان نیاز به فنی خاص است و مشاهده می‌شود که با گذشت زمان، مشاوران به روش‌های جدیدتری در برخورد با مراجعان خود دست پیدا می‌کنند. از این‌رو، فنون متعدد دیگری همچون شکستن مقاومت، سکوت و تصریح نیز وجود دارد که در اینجا، مجال بررسی آن‌ها نیست.

یک مشاور موفق، علاوه بر کسب تجربه و جمع‌آوری اطلاعات به‌روز در مورد پیشرفت‌های علم روان‌درمانی، باید خود نیز خلاقیت داشته و با سنجش روحيات و وضعیت مراجعان، فنون جدید و مناسبی را به کار بندد.

منابع

- اصغری‌پور، حمید. (۱۳۹۵). کلیات راهنمایی و مشاوره. نشر تمرین، ص ۲۱۱ و ۳۱۱.
- ایگن، جرارد. (۱۳۹۰). مهارت‌های مشاوره (رویکردی در حل مشکل مددکاری). ترجمه: طیبه زندی‌پور و سوسن سیف. نشر سازمان سمت، ص ۱۸۳.
- دیویس، کنت. (۱۳۹۹). یکصد فن مشاوره ازدواج و خانواده‌درمانی. ترجمه: فرشاد بهاری. نشر تزکیه، ص ۱۵۹.
- رهنمایی، سیداحمد. (۱۳۹۰). آشنایی با اصول و فنون مشاوره (چکیده و ضمیمه‌ها). نشر موسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره)، ۳۵-۴۴.
- ساعتچی، محمود. (۱۳۹۹). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی. نشر ویرایش، ص ۱۷۵ و ۳۶۰.
- سلیمی، حسین. (۱۳۸۰). اصول روان‌درمانگری. نشر شرکت گلبن نشر، ص ۸۰ و ۱۴۷ و ۸۴۴-شاکری، سیدرضا. (۱۳۸۵). مشاوره کاربردی. نشر هاجر، ص ۲۴.
- شفیع آبادی، عبدالله و ناصری، غلامرضا. (۱۳۹۹). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی. مرکز نشر دانشگاهی، ص ۱۶۷.
- گلدارد، دیوید. (۱۳۹۸). مفاهیم بنیادی و مباحث تخصصی در مشاوره: آموزش و کاربرد مهارت‌های خرد در مشاوره فردی. ترجمه: سیمین حسینیان. نشرکمال تربیت، ۴۵-۵۱.
- موسوی، سمیه السادات. (۱۳۹۰). فنون کاربردی مشاوره. نشریات موسسه آموزشی پژوهشی امام خمینی.



حد و مرز در اتاق درمان

فاطمه حمدی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه

محقق اردبیلی

مسائل اخلاقی و به تبع آن برخی مسائل قانونی بین روان‌شناس و مراجع پررنگ‌تر خواهد شد. در این بین همواره باید به اخلاق حرفه‌ای توجه داشت؛ اخلاق حرفه‌ای عبارت است از مجموعه قوانین اخلاقی که نخست از ماهیت حرفه یا شغل به دست آمده است. پژوهشگران اصول اخلاقی را پایه اصلی اعمال یک مشاور و روان‌شناس می‌دانند و معتقدند در علم مشاوره، مشاوران و روان‌درمانگران، روزانه و گاهی چندین بار در روز با مسائلی مواجه می‌شوند که مرتبط با این اصول اخلاقی و حرفه‌ای است.

آیا درمانگر به مرزها احترام می‌گذارد؟

درمان یک رابطه پر از مرز و خط است. این کار نوعی تجارت است که در آن فردی استخدام شده تا به شما مشاوره و کمک شخصی ارائه دهد. هر چند درمان باید

نظام‌نامه‌های اخلاق حرفه‌ای توسط سازمان‌ها یا انجمن‌های حرفه‌ای با هدف راهنمایی و کمک به درمانگران بخش بهداشت روانی، برای حمایت از مراجعان و درمانگران، تشکیل شده است. اعضای سازمان‌ها یا انجمن‌های حرفه‌ای ملزم به رعایت نظام‌نامه‌های اخلاق حرفه‌ای خود هستند و بی‌اطلاعی از این استانداردها و اصول نمی‌تواند دستاویزی برای انجام عمل خطرآفرین برای مراجع و بی‌توجهی به حقوق مراجع در اتاق درمان باشد.

با توجه به اینکه تعامل درمانگر و مراجع در درمان‌های روانشناختی به گونه‌ای است که تعاملات زیادی بین مراجع و درمانگر صورت می‌گیرد و برای برقراری یک درمان مؤثر می‌بایست، اتحاد درمان مؤثری برقرار شود، شاید به جرأت بتوان گفت، مراجع بیشترین مکنونات ذهنی و رازهای خود را با درمانگر مطرح می‌نماید. لذا نقش برخی

شامل ارتباط خوب بین درمانگر و بیمار باشد، اما این رابطه مرز دارد. درمانگر باید این مرزها را در رابطه خود با مراجع حفظ کند. این بدان معنی است که رابطه با مراجع باید خارج از اتاق مشاوره قطع شود و هر دو تصمیم بگیرند که چه مقدار از زندگی شخصی خود را به اشتراک بگذارند. مشاور و بیمار باید در مورد این مرزها، زمان‌های مجاز برای تماس گرفتن، نوع پرداخت، زمان‌های جلسه تصمیم بگیرند.

خط قرمزهای اتاق درمان

یکی از مسائل مهم در جلسات روان‌شناسی، ارتباطی است که بین مراجع و درمانگر باید شکل بگیرد. در واقع در چارچوب این ارتباط است که درمان شکل می‌گیرد. اگر این ارتباط نتواند به خوبی شکل بگیرد، درمان نمی‌تواند خیلی موفقیت‌آمیز صورت بگیرد. این ارتباط حریم و مرزهایی دارد که هم روانشناس و هم مراجع باید آن را رعایت بکنند:

اعتماد

یکی از فاکتورهای حیاتی ارتباط بین درمانگر و مراجع، اعتماد است. مراجع باید بتواند به درمانگر خود اعتماد کند. این اعتماد بیانگر آن است که تمام صحبت‌هایی که انجام می‌گیرد در همان اتاق درمان باقی می‌ماند و قرار نیست به بیرون درز پیدا کند. اما در مبحث

اعتماد، روان‌شناسان جوان معمولاً با والدین مراجعان نوجوان خود در ارتباط هستند و این ممکن است چالش‌هایی ایجاد کند. یکی از کارهایی که والدین نوجوانان انجام می‌دهند همین است که به روان‌شناسان مراجعه می‌کنند و از آنها می‌خواهند که جلسه‌ای که با فرزند آنها داشته‌اند را شرح دهند. البته نمی‌توان خیلی به آنها خرده گرفت چرا که آنها بیان می‌کنند که نگران فرزندانشان هستند و کنترل همه چیز از دست آنها بیرون رفته است. آنها بعد از جلسات مشاوره اصرار می‌کنند که با روان‌شناس فرزندشان صحبتی داشته باشند و همین مسئله باعث خدشه‌دار شدن اعتمادی می‌شود که مراجع آنها به روان‌شناس دارد. در این مواقع باید بسیار سنجیده رفتار کرد و جز در موارد بسیار معدود از این کار خودداری کرد.

رابطه عاطفی یا جنسی بین مراجع و درمانگر

هرگونه رابطه عاطفی و یا جنسی بین مراجع و درمانگر ممنوع است. شکل‌گیری ارتباط بین مراجع و درمانگر باید خارج از چارچوب ارتباط عاطفی و جنسی باشد. اگر علائم اولیه چنین ارتباطی چه از طرف مراجع و چه از طرف درمانگر پیدا شود، باید سریعاً آن ارتباط قطع گردد. به یاد داشته باشید که برقراری رابطه جنسی بین مراجع و درمانگر به هیچ وجه جزء هیچ یک از روش‌های درمانی نیست.

رازداری

تجویز کند و اگر تشخیص دهد که مراجع به روش دارودرمانی نیاز دارد باید او را برای بررسی بیشتر به یک روانپزشک ارجاع دهد.

ارزش‌ها و عقاید

مشاوران و درمانگران در بحث درمان باید از تحمیل عقاید و ارزش‌های خود به مراجع جلوگیری کنند. تحمیل ارزش و عقاید باعث خدشه‌دار شدن فرایند درمان می‌شود.

هدیه گرفتن از مراجع

به مشاوران توصیه می‌شود حداقل امکان از پذیرش هدیه از مراجعان بپرهیزند و در صورت قبول هدیه باید به نوع هدیه و دلایل احتمالی ارائه آن از جانب مراجع توجه کامل داشته باشند که آیا اولاً کمیت و کیفیت هدیه داده شده در قالب روابط مشاوره‌ای قرار می‌گیرد یا خیر؟ و ثانیاً آیا دلایل معقولی برای پذیرش هدیه وجود دارد؟ لازم به یادآوری است که عدم قبول هدیه از جانب مشاور با لحن و محتوای بسیار ملایم و معقولی مطرح گردد به طوری که منجر به رنجش و ناراحتی مراجع نگردد.

مشاوره به آشنایان

ما باید از استانداردهای اخلاقی حرفه خود پیروی کنیم. با توجه به قوانین اخلاقی اکثر مراجع، ثبت روانشناختی، باید از روابط چندگانه همزمان بین درمانگر و درمانجو اجتناب شود. در یک رابطه چندگانه همزمان

رازداری که باعث شکل‌گیری اعتماد می‌شود، یکی از اصول اولیه اتاق درمان می‌باشد. روان‌شناس باید تمام اسرار مراجع خود را در همان اتاق درمان و چارچوب درمانی حفظ کند. مراجع حق دارد حس امنیت کند که مسائل ایشان با کسی یا جایی در میان گذاشته نمی‌شود.

لمس بدن

در هیچ روش درمانی لمس بدن حتی بین دو جنس موافق قابل قبول نیست. البته دست دادن موقع سلام و خداحافظی شامل این قضیه نمی‌شود اما آن هم باید در چارچوب فرهنگی مناسب خود رخ دهد.

ارتباط خارج از جلسه درمان

ارتباطاتی که خارج از حیطه درمانی و با هدف غیردرمانی است نباید بین مراجع و درمانگر خارج از اتاق درمان شکل گیرد. مثل برقراری ارتباط تجاری، دوستی، اجتماعی و ...

فیلم‌برداری از جلسه

برخی از درمانگران از جلسات درمانی خود فیلم می‌گیرند. این کار فقط در صورتی باید انجام گیرد که از مراجع اجازه کتبی گرفته شود.

تجویز دارو

روان‌شناس نمی‌تواند برای مراجع دارو

درمانگر و مراجع یک رابطه اجتماعی یا تجاری خارج از رابطه درمانی حرفه‌ای دارند. به عنوان مثال، ارائه روان‌درمانی برای یک دوست یا یکی از اعضای خانواده یک رابطه چندگانه همزمان است.

هنگامی که یک روان‌شناس وارد یک رابطه چندگانه همزمان می‌شود، رابطه بین درمانگر و مراجع تحت تأثیر منافع شخصی درمانگر و یا درمانجو قرار می‌گیرد. در روان‌درمانی، رفاه مراجع، دغدغه اصلی درمانگر است. یک درمانگر نباید از مشتری برای ارضای نیازهای خود استفاده کند. به عنوان مثال، اگر یک درمانگر از جلسه درمانگر برای صحبت در مورد مسائل شخصی خود استفاده کند.

استانداردهای اخلاقی ممکن است نقض شود. همچنین اگر یک درمانگر از مراجع بخواهد در پروژه‌ای برای او کار کند، ممکن است مشکل ساز شود.

اگر یک رابطه چندگانه همزمان بین درمانگر و مراجع وجود داشته باشد، روان‌شناس بالینی ممکن است نتواند در روان‌درمانی عینی باقی بماند. حتی اگر درمانگر تمام تلاش خود را

بکند تا هدفمند بماند، ممکن است مراجع نتواند متقابلاً پاسخ دهد. در واقع، اگر عینیت به خطر بیفتد، اثربخشی درمانی ممکن است تحت تأثیر قرار گیرد. به عنوان مثال، یک درمانگر ممکن است نتواند مشکلی را که یک مراجع با آن مواجه است تجزیه و تحلیل کند، اگر قبلاً با این مراجع به عنوان یک دوست درگیری داشته باشد.

زمان جلسه روان‌درمانی

نُرم یک جلسه مشاوره روان‌شناسی برای یک نفر معمولاً هفتگی بوده و طول مدت آن نیز ۴۵ یا ۵۰ دقیقه است. تئوری‌های گوناگونی برای توجیه نهایتاً ۵۰ دقیقه‌ای بودن یک جلسه مشاوره روان‌شناسی وجود دارد و برخی گزارش‌ها این استاندارد را به فروید ربط می‌دهند. گذشته از تاریخچه مدت زمان یک جلسه مشاوره، دلایل زیادی از جهت عملی و تجربی و البته روان‌شناسی وجود دارد که روان‌شناسان و روان‌درمانگرها، تابع قانون ۴۵ تا ۵۰ دقیقه‌ای بودن هر جلسه مشاوره روان‌شناسی هستند.

فرصتی برای درمانگر

دلایل لوجیستیکی زیادی وجود دارد که چارچوب زمانی یک جلسه مشاوره روان‌شناسی به جای یک ساعت کامل، ۴۵ یا نهایتاً ۵۰ دقیقه است. برای مراجعه‌کنندگان، این مدت زمان می‌تواند کمک کند تا مثلاً قبل از تایم کاری برخی کارهای شخصی خود را انجام دهند.

یک ۴۵ دقیقه باکیفیت و هدفمند

اینکه جلسات مشاوره تابع نُرم ۴۵ دقیقه‌ای هستند، دلایل روان‌شناسی نیز دارد. اول از همه، این مدت زمان ریسک کمتری از جهت زیاد قرار گرفتن در معرض هیجانات منفی و ناراحت کننده دارد. برای یک مراجع، می‌تواند بسیار ناخوشایند باشد که برای مدتی طولانی بنشیند و از درد و رنج خود حرف بزند و درباره‌اش بشنود. احتمال اینکه او از نظر هیجانی و روانی آسیب ببیند (و

داشتن، هم درمانگر و هم مراجع را ترغیب می‌کند به اصل مطلب پردازند و از حاشیه‌های بی‌ارزش فاصله بگیرند. آن‌ها می‌دانند که اگر مشغول گپ و گفت‌های بی‌اهمیت شوند، وقت با ارزش خودشان تلف خواهد شد.

بهرتر است تقریباً در دیوار پشت سر مراجع یک ساعت دیواری قرار داشته باشد و نزدیک شدن پایان جلسه را به مراجع یادآور بشود؛ این کار باعث می‌شود هم مدیریت زمان جلسه را در دست داشت و هم با نگاه کردن مداوم به ساعت مچی و... مراجع دچار اضطراب نشود.



احتمالاً به آسیب‌های روانی قبلی‌اش اضافه شود) زیاد است و حتی ممکن است باعث شود به دلیل ترس از همین حس ناخوشایند، مراجعه بعدی نداشته باشد و جلسات درمانی را متوقف کند.

با توجه به ماهیت شخصی بودن و منحصر بفرد بودن روان‌درمانی، برای خیلی از افراد، یک ساعت یا بیشتر مشاوره گرفتن می‌تواند پریشان‌کننده بوده و سیستم عصبی‌شان را تحریک کند و باقی ساعات روزشان را تحت تأثیر قرار بدهد. همین ۴۵ دقیقه مشاوره کفایت تا مراجع، پردازش‌های مهم حس‌اش را انجام بدهد، نگرش خود را ریشه‌یابی و استنتاج کند و به این منطق برسد که می‌تواند از شدت احساسات بدی که دارد فاصله بگیرد، بنابراین می‌تواند با حس بهتری سر کار و زندگی خود برگردد. مدت زمان محدود به ۴۵ دقیقه برای هر جلسه مشاوره، یک حد و مرز روانی و ذهنی برای روان‌شناس یا مشاور و مراجع نیز ایجاد می‌کند. این مدت زمان به درمانگر اجازه می‌دهد در عین اینکه سعی می‌کند به مراجعه‌کننده خود دیدی تازه‌تر بدهد، واقع‌بینی خود را حفظ کند و زیاد غرق زندگی مراجع خود نشود.

تشویق به استفاده مفید از زمان

محدود کردن مدت زمان جلسه مشاوره به کمتر از یک ساعت می‌تواند هر دو طرف را تشویق کند تا بهترین استفاده را از زمان مجاز خود بکنند. تنها ۴۵ دقیقه فرصت

منابع

- احمدی، عزت الله، قاسم‌زاده علیشاهی، ابوالفضل و بافنده قراملکی، حسن. (۱۳۹۴). جنبه‌های اخلاقی تحقیقات روانپزشکی. بررسی همبستگی ویژگی‌های شخصیتی با رعایت اخلاق حرفه‌ای و پاسخگویی فردی مشاوران و روان‌شناسان. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم ۹(۹)، ۶۵-۵۷.
- حسینی، سید مرتضی، دوران، بهناز، فتحی آشتیانی، علی، ربیعی، مهدی، نوحی، سیما و فجرک، هنگامه. (۱۳۹۳). اصول اخلاقی در درمان بیماری‌های روانشناختی با روش بیوفیدبک. پرستار و پزشک در رزم ۲(۴)، ۱۶۸-۱۷۶.
- رضاعی، فرزین و آخوندزاده، شاهین. (۱۳۸۶). جنبه‌های اخلاقی تحقیقات روانپزشکی. اخلاق در علوم و فناوری ۲(۱-۲)، ۷۹-۸۴.
- شفیع آبادی، عبدالله. (۱۳۹۹). روش‌ها و فنون مشاوره (مصاحبه بالینی). چاپ سی و هشتم، تهران: کتاب فکر نو.
- drcindychan.com/as-a-clinical-psychologist-can-i-treat-my-family-members-or-friends/
- mentalhealthmatch.com/articles/about-therapy-and-mental-health/how-long-is-a-therapy-session





رویدادهای علمی و فرهنگی اخیر

صغری باقرپور هل آباد

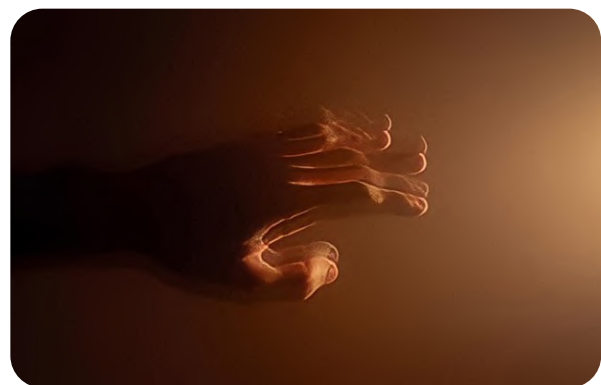
دانشجوی کارشناسی دانشگاه محقق اردبیلی

سردبیر نشریه علمی - فرهنگی تحول

مردان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. علل بیماری نیز شامل ترکیبی از عوامل ژنتیکی و محیطی است. این اختلال عمدتاً با تخریب نورون‌های دوپامینرژیک مشخص می‌شود. این کارخانه‌های کوچک درون سلولی، مسئول تولید انرژی و فعال کردن مکانیسم‌های خود تخریبی سلول در هنگام آسیب هستند. تخریب این نورون‌ها از انتقال سیگنال‌های کنترل‌کننده حرکات خاص ماهیچه‌ها جلوگیری می‌کند و از این‌رو این امر به علائمی مانند لرزش اندام و غیره منجر می‌شود.

دوپامینرژیک (Dopaminergic) به معنی ارتباط داشتن با انتقال‌دهنده‌های عصبی دوپامین است. دوپامین یک انتقال‌دهنده عصبی رایج بوده و مواد یا اعمال دوپامینرژیک باعث افزایش فعالیت مرتبط با دوپامین در مغز می‌شود.

جلوگیری از پارکینسون به کمک یک ژن



محققان دانشگاه ژنو اخیراً از شناسایی ژنی خبر داده‌اند که می‌تواند از بیماری «پارکینسون» جلوگیری کند.

به گزارش ایسنا و به نقل از تی‌ای، بیماری پارکینسون یک اختلال مغزی است که بر حرکت افراد مبتلا تأثیر می‌گذارد. علائم بیماری پارکینسون معمولاً به تدریج شروع می‌شود و با گذشت زمان بدتر می‌شود. این بیماری حدود ۵۰ درصد بیشتر از زنان،

اخيراً دانشمندان دانشگاه ژنو (UNIGE) صورت تولید بیش از حد ۲Fer دیگر اثر فرایند تخریب این نورون‌های دوپامینرژیک را بررسی کرده‌اند. آنها از مگس سرکه (Drosophila) به عنوان مدل حیوانی این مطالعه استفاده کردند. محققان مکانیسم‌های تخریب‌کننده نورون دوپامینرژیک را مورد بررسی قرار دادند. دانشمندان طی این مطالعه به طور خاص به دنبال ژن ۲Fer بودند. همولوگ انسانی این ژن، پروتئینی را رمزگذاری می‌کند که بیان بسیاری از ژن‌های دیگر را کنترل می‌کند. علاوه بر این، جهش این ژن از طریق مکانیسم‌هایی که هنوز به خوبی شناخته نشده‌اند، به بیماری پارکینسون در فرد منجر می‌شود. محققان طی مطالعه قبلی اظهار کرده بودند که یک جهش در ژن ۲Fer باعث علائمی شبیه پارکینسون در مگس‌ها می‌شود. چندین نقص نیز در شکل میتوکندری نورون‌های دوپامینرژیک مشاهده شده بود. این علائم مشابه مواردی بود که در بیماران پارکینسون مشاهده شده بود. دانشمندان در این مطالعه آزمایش کردند که آیا افزایش ۲Fer در سلول‌ها می‌تواند اثر محافظتی داشته باشد یا خیر. برای آزمایش این موضوع، مگس‌ها را در معرض رادیکال‌های آزاد قرار دادند. این باعث می‌شود سلول‌های آنها تحت استرس اکسیداتیو (oxidative stress) قرار گیرند و سبب تخریب نورون‌های دوپامینرژیک شوند. دانشمندان مشاهده کردند که استرس اکسیداتیو در

مضری بر مگس‌ها ندارد و این فرضیه، نقش محافظتی آن را تایید می‌کند. «فدریکو میوزو (Federico Miozzo) نویسنده ارشد این مطالعه از دانشکده ژنتیک دانشگاه ژنو گفت: ما همچنین چند ژن تنظیم‌کننده را توسط ۲Fer را شناسایی کرده‌ایم که آنها عمدتاً در عملکردهای میتوکندریایی نقش دارند. بنابراین، به نظر می‌رسد که این پروتئین کلیدی با کنترل ساختار و عملکرد میتوکندری، نقش مهمی در برابر تخریب نورون‌های دوپامینرژیک در مگس‌ها ایفا می‌کند.

در ادامه محققان برای آنکه دریابند آیا ۲Fer همان نقش را در پستانداران دارد یا خیر، دانشمندان نسخه جهش یافته‌ای از همولوگ ۲Fer را در نورون‌های دوپامینرژیک موش ایجاد کردند. همانند مگس سرکه، محققان شاهد ناهنجاری‌هایی در میتوکندری این نورون‌ها و نقص حرکتی در موش‌های مسن نیز بودند.

«ایمیل ناگوشی» (Email Nagoshi) از دیگر محققان این مطالعه گفت: در حال حاضر ما در حال آزمایش نقش محافظتی همولوگ ۲Fer در موش‌ها هستیم و نتایج مشاهده‌شده در موش‌ها که همانند نتایج آزمایش مگس‌ها بود به ما این امکان را می‌دهد که تا به فکر توسعه یک روش درمانی جدید برای بیماران مبتلا به پارکینسون باشیم.

نشانه‌های مغز بیش‌فعال کدامند؟



رفتاری رشدی است. معمولاً فرد توانایی دقت و تمرکز بر روی یک موضوع را نداشته، یادگیری در او کند است و فرد از فعالیت بدنی غیرمعمول و بسیار بالا برخوردار است. اختلال بیش‌فعالی یا کم‌توجهی تنها محدود به دوران کودکی نیست و در بزرگسالان نیز وجود دارد. اختلال بیش‌فعالی در بزرگسالی ریشه در دوران کودکی دارد و زمینه‌ساز مشکلاتی در بزرگسالی است که می‌تواند با روش‌های درمانی متفاوت بهبود پیدا کند. در اختلال بیش‌فعالی بزرگسالی، شرایط ذهنی و حفظ توجه برای افراد بسیار دشوار است و علائمی همچون روابط بی‌ثبات، عملکرد ضعیف، عملکرد نامناسب در مدرسه و عزت نفس پایین را به دنبال دارد. اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی در دوران کودکی شروع می‌شود و ممکن است تا سنین بزرگسالی نیز تشخیص داده نشود و یا افرادی که به بیش‌فعالی کودک خود بی‌توجه باشند و به موقع تشخیص داده نشود ممکن است تا بزرگسالی با فرد همراه باشد. اما علائم مغز بیش‌فعال با مواردی که با اختلال بیش‌فعالی یا کم‌توجهی مرتبط هستند، متفاوت بوده و شاید افراد با دانستن این نشانه‌ها که در ادامه ذکر خواهیم کرد بتوانند زودتر از این وضعیت آگاه شوند و درصدد بهبود شرایط خود برآیند. در ادامه هفت نشانه‌ای که محققان آنها را با مغز بیش‌فعال مرتبط دانسته‌اند، ذکر کرده‌ایم.

ممکن است گاهی برای شما پیش آمده باشد که کارهای بسیاری برای انجام دادن دارید اما حس می‌کنید دیگر توان رسیدگی به امور را ندارید گویی مغزتان با شما یاری نمی‌کند. این مشکل که می‌توان گفت اکثر افراد جهان ممکن است آن را تجربه کرده باشند با عنوان «مغز بیش‌فعال» (Brain Hypractive) شناخته می‌شود و احتمالاً گرچه بسیاری از اوقات آن را تجربه کرده‌ایم اما چندان زیاد درباره آن نشنیده‌ایم و حتی با علائم آن نیز چندان آشنا نیستیم.

به گزارش ایسنا، بیش‌فعالی مغز می‌تواند کار را برای شما سخت کند. حتی در برخی موارد گاهی فکر شما چندان مشغول است که به دلایل مختلفی می‌تواند یک چالش برایتان باشد. در این لحظه ذهنتان مشغول است، تمرکز کردن برایتان دشوار است و دچار نوسانات خلقی می‌شوید. اینها مواردی هستند که می‌توانند به شما هشدار دهند مغز بیش‌فعال دارید. باید ذکر کرد اگر یک مغز بیش‌فعال دارید، لزوماً به این معنا نیست که شما به اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی مبتلا هستید یا هر بیماری دیگری دارید.

اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی یک اختلال

دشواری در تمرکز

فرد دست می‌دهد و شامل عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژیکی است. محققان اظهار می‌کنند در حالی که اضطراب باعث اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی نمی‌شود اما می‌تواند از علائم بیش‌فعالی مغز شود. همچنین، اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی و اضطراب گاهی اوقات می‌توانند با هم همراه شوند. صحبت کردن با پزشک یا متخصص بهداشت روانی در مورد این موضوع می‌تواند به تشخیص آنچه در حال وقوع است کمک کند و تعیین کند که برای اضطراب و اختلال کم‌توجهی - بیش‌فعالی به چه نوع درمانی نیاز دارید.

اختلال در خواب

خواب یکی از مواردی است که به صورت غیرارادی و غریزی در تمامی افراد وجود دارد. زمانی که فرد احساس خستگی می‌کند و نیاز به استراحت دارد به خواب فرو می‌رود. این مکانیسم طبیعی بدن برای ادامه حیات اوست. امروزه افراد توجه کافی به خواب خود ندارند و در مواردی از خواب‌آلودگی و احساس کسلی در طول روز شکایت می‌کنند به طوری که صبح با کسالت و خستگی مجبورند از رخت‌خواب جدا شوند. خیلی از ما دلیل این مشکل را نمی‌دانیم. همه ما شب‌هایی را سپری کرده‌ایم که در تمام طول شب به طور مداوم در رختخواب خود به این سمت و آن سمت چرخیده‌ایم و از اینکه نمی‌توانیم به خواب برویم کلافه شده‌ایم. چندی

تقریباً همه افراد گهگاهی با تمرکز مشکل دارند، بنابراین این موضوع به تنهایی مطمئناً به این معنا نیست که مغز شما بیش‌فعال است، اما به طور بالقوه می‌تواند یکی از علائمی باشد که به این موضوع اشاره دارد. این روزها عوامل آشفته‌کننده و برهم زننده تمرکز در محیط‌های کاری و منازل افزایش پیدا کرده و تمرکز کردن روی کارها نیز دشوارتر شده است. ذهن انسان به طور معمول طوری طراحی نشده که بتواند با هرج و مرج‌های فضای اطراف خود به راحتی مقابله کند چون هر یک از حواس در ظرف یک لحظه محرکی را از دنیای بیرون دریافت می‌کنند و همین امر می‌تواند تمرکز انسان را به راحتی مختل کند. به گزارش سایت خبری هلت لاین، نداشتن تمرکز به ویژه در محیط کار یکی از علائم مهم بیش‌فعالی مغز در بزرگسالان است.

اضطراب

شاید تاکنون به این موضوع فکر کرده باشید که آیا بیش‌فعالی و اضطراب با هم مرتبط هستند یا خیر که باید بگوییم پاسخ سوال شما بله است. همه انسان‌ها در زندگی خود دچار اضطراب می‌شوند، ولی اضطراب مزمن و شدید غیرعادی و مشکل‌ساز است. اضطراب یا تشویش یا دلشوره عبارت است از یک احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم هراس و نگرانی با منشأ ناشناخته، که به

معنای نجات زندگی فرد باشد. افسردگی به عنوان سرماخوردگی بیماری‌های روانی مطرح است، یعنی همانگونه که هیچ فردی نمی‌تواند ادعا کند دچار سرماخوردگی نشده، هیچ فردی هم نمی‌تواند بگوید که دچار افسردگی نشده است، اما شدت و ضعف آن در افراد متفاوت است. دلایل افسردگی به طور کامل درک نشده‌اند اما باور بر این است که احتمالاً ترکیبی از عوامل مانند تمایل ژنتیکی به بیماری و برخی عوامل محیطی که می‌توانند به عنوان محرک عمل کنند، موجب افسردگی می‌شوند. محققان دانشگاه کالیفرنیا، لس آنجلس در مطالعاتی که انجام داده‌اند اعلام کردند که بسیاری از علائم افسردگی بالینی شامل مواردی مانند مشکل در تمرکز، اضطراب، دامنه کوتاه توجه و موارد دیگر ممکن است با بیش‌فعالی مغز مرتبط باشند. اگر با برخی از این علائم و نشانه‌ها دست و پنجه نرم می‌کنید، می‌توانید به مراکز مشاوره مراجعه کنید و با درمانگر خود صحبت کنید تا مشخص شود چه اتفاقی در حال رخ دادن است و چگونه می‌توانید کنترل امور را به دست بگیرید.

دامنه توجه بسیار کوتاه

دامنه توجه نیز بسته به شرایط و موقعیت می‌تواند متفاوت باشد و تغییر کند اما اگر به طور مداوم دامنه توجه بسیار کوتاهی

پیش مجله تایم نوشت که بنابر مطالعه‌ای که محققان دانشکده پزشکی دانشگاه جان هاپکینز انجام داده‌اند افراد مبتلا به بی‌خوابی نسبت به افرادی که خواب خوبی دارند، فعالیت مغزی بیشتری دارند. اگر به نظر می‌رسد وقتی موارد بسیاری مغز شما را درگیر کرده است نمی‌توانید خواب خوبی هم داشته باشید اما باید گفت این نشانه را جدی بگیرید زیرا این می‌تواند نشانه‌ای از داشتن مغز بیش‌فعال باشد.

مشکل در به یاد آوردن نام افراد

گاهی اوقات به خاطر سپردن نام‌ها و جزئیات ممکن است بسیار دشوارتر از به خاطر سپردن ایده‌های کلی یا اصل یک موقعیت باشد. این امر ممکن است مخصوصاً اگر با یک مغز بیش‌فعال سر و کار دارید، بیشتر نیز رخ دهد. زیرا سایت خبری هلث لاین در این باره اشاره کرده است که داشتن مشکل در به خاطر سپردن اسامی، اعداد و موارد مشابه می‌تواند نشانه بیش‌فعالی مغز در بزرگسالان باشد.

داشتن علائم افسردگی

افسردگی یک بیماری واقعی و قابل درمان است اما باورهای اشتباه و سوءتفاهم‌ها و اطلاعات نادرست همچنان موانعی در مسیر درمان افراد بسیاری ایجاد می‌کنند و پیامدهای عدم درمان افسردگی می‌تواند حتی زندگی فرد را تهدید کند. در مقابل، درک حقایق درباره افسردگی می‌تواند به

داشته باشید، باید بدانید که این مورد یکی از نشانه‌های مهم دیگری است که نشان می‌دهد دچار بیش‌فعالی مغزی هستید. بازه زمانی توجه/دامنه توجه (span Attention) مقدار زمانی است که صرف تمرکز روی یک کار پیش از آنکه حواسمان پرت شود، می‌کنیم. حواس‌پرتی زمانی اتفاق می‌افتد که توجه به طور غیرقابل کنترلی به فعالیت یا احساس دیگری منحرف شود.

ذهن پریشان

منطقی است که اگر مغز شما بیش‌فعال باشد نمی‌توانید بخواهید. به گزارش سایت خبری هلت دی نیوز، افراد مبتلا به بی‌خوابی اغلب دارای ذهن پریشان هستند که همیشه فعال هستند و به همین دلیل ممکن است نتوانند خواب راحتی داشته باشند. حتی اگر همه این نشانه‌های مغز بیش‌فعال را دارید لزوماً به این معنا نیست که شما بیماری قابل توجهی دارید، اما اگر نگران بیش‌فعالی مغز خود هستید یا به طور قابل توجهی بر زندگی شما تأثیر گذاشته است می‌توانید با پزشک خود مشورت کنید. چه درمان پزشکی باشد و چه استراتژی‌هایی برای مدیریت این موارد می‌تواند به شما کمک شایانی در ارتقاء کیفیت زندگی‌تان کند. آرامش نه تنها برای یک بدن خسته بلکه برای درمان یک ذهن شلوغ و کاهش استرس آن نیز ترمیم‌کننده است. به‌هم‌ریختگی

تشخیص زودهنگام اوتیسم با یک ابزار غربالگری جدید



محققان دانشگاه لا تروب (Trobe University) استرالیا اخیراً و پس از چندین سال تلاش موفق به توسعه یک ابزار غربالگری دقیق برای تشخیص زود هنگام اوتیسم شده‌اند. به گزارش ایسنا و به نقل از تی‌ای، شناسایی زود هنگام اختلال طیف اوتیسم

منطقی است که اگر مغز شما بیش‌فعال باشد نمی‌توانید بخواهید. به گزارش سایت خبری هلت دی نیوز، افراد مبتلا به بی‌خوابی اغلب دارای ذهن پریشان هستند که همیشه فعال هستند و به همین دلیل ممکن است نتوانند خواب راحتی داشته باشند. حتی اگر همه این نشانه‌های مغز بیش‌فعال را دارید لزوماً به این معنا نیست که شما بیماری قابل توجهی دارید، اما اگر نگران بیش‌فعالی مغز خود هستید یا به طور قابل توجهی بر زندگی شما تأثیر گذاشته است می‌توانید با پزشک خود مشورت کنید. چه درمان پزشکی باشد و چه استراتژی‌هایی برای مدیریت این موارد می‌تواند به شما کمک شایانی در ارتقاء کیفیت زندگی‌تان کند. آرامش نه تنها برای یک بدن خسته بلکه برای درمان یک ذهن شلوغ و کاهش استرس آن نیز ترمیم‌کننده است. به‌هم‌ریختگی

شناسایی این اختلال در کودکان بسیار خردسال نیز کاربردی است. برای مثال ۸۳ درصد از نوزادان و کودکان ۱۲ تا ۲۴ ماهه‌ای که توسط این ابزار در معرض خطر زیاد این اختلال شناسایی شده بودند، چند وقت پس از بررسی اختلال اوتیسم آنها تشخیص داده شد.

«جوزفین باربارو» (Josephine Barbaro) محقق ارشد این مطالعه گفت: این تحقیق به نیاز حیاتی استفاده از این ابزار در سراسر استرالیا و جهان به عنوان بخشی از بررسی‌های منظم سلامت نوزادان اشاره دارد. قرار دادن این ابزار بسیار مؤثر در دستان یک متخصص بهداشت اولیه آموزش دیده، به طوری که در طول معاینات روتین بهداشتی خود، اوتیسم را نیز تحت نظر دارند، تفاوت زیادی در تشخیص زودهنگام ایجاد می‌کند.

SACS-R نه تنها مؤثرترین ابزار غربالگری جهان است، بلکه برخلاف بسیاری از ابزارها، می‌تواند در جامعه بر روی جمعیت‌های بزرگ نیز مورد استفاده قرار گیرد و امکان شناسایی زودهنگام این اختلال در کودکان بسیار خردسال در سراسر جهان را نیز فراهم کند.

پروفسور «جان دی وار آ او» (Dewar AO John) از دانشگاه لا تروب گفت: این ابزار غربالگری نمونه‌ای عالی از تحقیقات با تأثیر بالا است که می‌تواند تفاوت محسوسی در زندگی افراد ایجاد کند. شناسایی نشانه‌های اولیه اوتیسم با استفاده از این

(ASD) ضروری است. چرا که شناسایی زود هنگام این اختلال می‌تواند به والدین کودکان مبتلا به این اختلال کمک کند تا روند درمان را زودتر آغاز کنند.

مداخلات درمانی در صورت انجام زود هنگام مؤثرتر هستند. با این حال، تشخیص این اختلال اغلب چندان زود اتفاق نمی‌افتد و این امر نیز تا حدی به این دلیل است که تشخیص این اختلال با مشاهده رفتارهای غیرعادی صورت می‌گیرد که این رفتارها نیز ممکن است تا زمانی که اختلال به خوبی ثابت نشود، ظاهر نشوند.

شناسایی زودهنگام را می‌توان از طریق غربالگری اوتیسم در جمعیت عمومی انجام داد. بسیاری از ابزارهای غربالگری اولیه اوتیسم دقت و حساسیت محدودی از خود نشان می‌دهند. در برخی موارد، این ابزارهای ارزیابی اوتیسم، عملکرد محدودی در بخش روان‌سنجی و تشخیص این اختلال دارند. دانشمندان دانشگاه لا تروب با توجه به نیاز جهانی برای تشخیص زود هنگام این اختلال، به فکر بهبود ابزارهای شناسایی اولیه اوتیسم بودند و به همین دلیل یک ابزار غربالگری اولیه برای اوتیسم ایجاد کردند. نام ابزار آنها «توجه اجتماعی و نظارت بر ارتباطات» (SACS-R) است که مؤثرترین ابزار غربالگری اوتیسم در جهان در نظر گرفته می‌شود.

دقت تشخیصی این ابزار بر روی بیش از ۱۳ هزار و ۵۰۰ کودک ارزیابی شده است. دانشمندان دریافته‌اند که «SACS-R» در

احتمالاً به درمان نیاز دارند در میان افرادی که اغلب تصاویر یا ویدیوهای خود را در رسانه‌های اجتماعی به اشتراک می‌گذارند، بیش از دو برابر افزایش یافته است.

پژوهشگران «دانشگاه اوتووش لوراند» (ELTE) مجارستان، میزان استفاده از رسانه‌های اجتماعی، عادت به خودنمایی و وضعیت سلامت روان این افراد را با استفاده از یک پرسشنامه سه مرحله‌ای آنلاین مورد ارزیابی قرار دادند. این پرسشنامه که حاوی ۲۰ پرسش بود، در یک دوره جمع‌آوری داده طی هر موج از همه‌گیری، بین ۲۲ آوریل ۲۰۲۰ تا چهارم آوریل ۲۰۲۱ تکمیل شد؛ یعنی زمانی که اقدامات محدودکننده در مجارستان اعمال می‌شدند.

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهند که زمان صرف شده در رسانه‌های اجتماعی و تمایل به اشتراک‌گذاری محتوای مربوط به خودنمایی، طی موج‌های همه‌گیری کووید-۱۹ افزایش یافته و با افزایش خطر اختلال افسردگی عمده در میان فعال‌ترین افراد فضای مجازی مرتبط است. «الکساندرا والریا سندور» (Alexandra Valéria Sándor)، متخصص ارتباط و رسانه در دانشگاه اوتووش لوراند گفت: روند بررسی‌شده طی موج اول و دوم، در موج سوم بیشتر شد. یافته‌های پیشین نشان داده‌اند که استفاده از رسانه‌های اجتماعی و تمایل به انتشار عکس و ویدیو، افزایش چشمگیری نسبت به دوره پیش از همه‌گیری داشته است. وی افزود: برای کسانی که طی موج نخست همه‌گیری،

ابزار زندگی هزاران کودک و خانواده‌های آنها را در سراسر جهان تغییر داده است. این ابزار که طی ۱۵ سال توسط دانشیار باربارو توسعه یافته است، برای شناسایی این اختلال به بررسی چند رفتار می‌پردازد که در ادامه آنها را گفته‌ایم:

- حرکاتی مانند تکان دادن دست و اشاره به اشیاء
- واکنش آنها در هنگام صدا کردن نام
- ارتباط چشمی
- تقلید یا کپی کردن فعالیت‌های دیگران
- به اشتراک گذاشتن علاقه خود با دیگران
- وانمود کردن به بازی

افرادى که روزانه در فضای مجازی عکس می‌گذارند، بیشتر افسرده هستند!



بررسی پژوهشگران مجارستانی نشان می‌دهد که میزان ابتلا به افسردگی در کسانی که عکس خود را به صورت روزانه در فضای مجازی به اشتراک می‌گذارند، دو برابر بیشتر است.

به گزارش ایسنا و به نقل از نروساینس نیوز، با آغاز موج جدید همه‌گیری کووید-۱۹، میزان نشانه‌های افسردگی گزارش‌شده که

حداقل یک بار در روز به اشتراک‌گذاری محتوا می‌پرداختند، نسبت قرار گرفتن در معرض خطر افسردگی، بیشترین افزایش را داشت و حدود ۱۹ درصد بود. این در حالی است که میزان افسردگی در کل نمونه‌ها ۱۶ درصد بود. سندور ادامه داد: طی موج دوم همه‌گیری، یک افزایش قابل توجه در میزان افسردگی مشاهده شد و دو سوم افرادی که محتوا را به اشتراک می‌گذاشتند، نشانه‌های اختلال افسردگی عمده را بروز دادند. طی موج سوم، ۴۵ درصد از این افراد، نشانه‌های اختلال افسردگی را به صورت روزانه گزارش کردند. این آمار در کل نمونه‌ها، ۲۷ درصد بود. پرسشنامه مربوط به عادات استفاده از رسانه‌های اجتماعی، پاسخ‌دهندگان و تمایل آنها به خودنمایی را ارزیابی کرد. به عنوان نمونه، تقریباً ۱۸ درصد از شرکت‌کنندگان طی موج نخست همه‌گیری، تصاویر یا ویدیوهای خود را چندین بار در روز در پلتفرم «مسنجر» (Messenger) به اشتراک می‌گذاشتند؛ در حالی که این رقم در دوران پیش از همه‌گیری فقط هشت درصد بود. تمایل به اشتراک‌گذاری محتوا بین دو موج نخست، به نصف کاهش یافت و سپس دوباره افزایش پیدا کرد. در میان پاسخ‌دهندگان، میزان به اشتراک‌گذاری محتوای مربوط به خود آنها در همه پلتفرم‌های مورد بررسی، بالاترین میزان بود اما عکس‌ها و ویدیوهای ثبت‌شده در سفرها را که روابط نزدیک آنها را به تصویر می‌کشند نیز در بر داشت. در مورد واکنش‌ها نسبت به چنین مطالبی، رایج‌ترین پاسخ طی موج نخست و پس از آن، این بود که میزان آنها تغییر نکرد یا تا حدودی افزایش یافت. با وجود این، رایج‌ترین پاسخ‌ها طی موج دوم و سوم این بود که این میزان تا حدودی افزایش یافته و بسیار افزایش یافته است. افراد بیشتری گزارش دادند که واکنش‌های زیادی نسبت به ابتدای همه‌گیری دریافت کرده‌اند.

این پرسش‌نامه شامل پرسش‌هایی در مورد استفاده از رسانه‌های اجتماعی طی دوره همه‌گیری بود. یکی از پاسخ‌دهندگان گفت که طی موج سوم، به طور متوسط یک ساعت و نیم در حال ویرایش تصاویر خود بوده است که عمدتاً سلفی‌ها را در بر داشته‌اند. یک شرکت‌کننده دیگر گفت که آنها طی دوره محدودیت‌های مرتبط با کووید-۱۹، کار بهتری برای انجام دادن ندارند. یکی از شرکت‌کنندگان اذعان کرد که دیگران زمان بیشتری را در رسانه‌های اجتماعی می‌گذرانند؛ چندین نفر تأکید کردند که سایر مردم بیشتر پست می‌گذارند و شخصی نیز اظهار داشت که با اعمال اقدامات محدودکننده، فقط رسانه‌های اجتماعی هستند که افراد را با دنیای بیرون مرتبط می‌کنند.

این نظرسنجی آنلاین شامل «پرسش‌نامه سلامت بیمار ۲» (PHQ-۲) برای ارزیابی وضعیت سلامت روان پاسخ‌دهندگان بود که شرکت‌کنندگان در آن، در مقیاس چهار درجه‌ای به میزان کاهش علاقه و لذت طی فعالیت‌ها و تعداد دفعات آن و این که در

دو هفته گذشته، احساس غم، افسردگی و ناامیدی داشته‌اند یا خیر پاسخ دادند. این واقعیت که بیش از یک چهارم کل نمونه و تقریباً نیمی از کسانی که روزانه محتوای خود را به اشتراک می‌گذارند، نشانه‌های افسردگی را طی موج سوم همه‌گیری گزارش کرده‌اند، نشان می‌دهد که درمان کردن تأثیر منفی همه‌گیری و بیماری همه‌گیر، ارزشمند است. سندور گفت: علاوه بر این، جلب توجه به اهمیت استفاده آگاهانه از رسانه‌های اجتماعی، مفید خواهد بود. این پژوهش، به طور قابل توجهی به افزایش شواهد در مورد اثرات روانی و اجتماعی همه‌گیری کووید-۱۹ و تعامل آن با سایر پدیده‌های جهانی مانند گسترش استفاده از رسانه‌های اجتماعی و تغییر الگوهای خودنمایی کمک می‌کند. این پژوهش، در مجله «ISSN» به چاپ رسید.

کووید-۱۹ خطر ابتلا به اختلالات روانی را افزایش می‌دهد

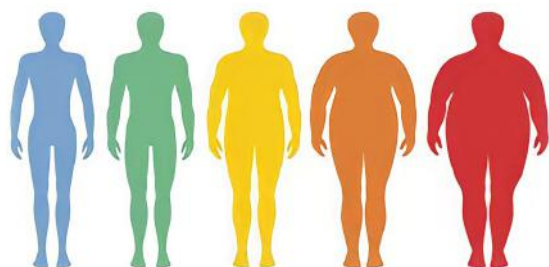


از جمله اضطراب و افسردگی افزایش می‌یابد. به گزارش ایسنا و به نقل از اس تی دی، محققان انگلیسی بیان کرده‌اند در نظر گرفتن مشکلات روانی افرادی که از بیماری کووید-۱۹ جان سالم به در برده‌اند باید در اولویت قرار گیرد. نتایج این مطالعه که اخیراً در مجله «The BMJ» منتشر شده است نشان می‌دهد که کووید-۱۹ با افزایش خطر اختلالات سلامت روان از جمله اضطراب، افسردگی، مصرف مواد و اختلالات خواب، تا یک سال پس از عفونت اولیه مرتبط است. پیشتر نیز محققان اظهار کرده بودند افراد مبتلا به کووید-۱۹ ممکن است در معرض خطر ابتلا به اضطراب و افسردگی باشند اما این یافته‌ها از دو جهت چندان کامل نبود زیرا یک: محققان تنها دو مورد از عوارض آن را بررسی کرده بودند و نکته دوم نیز این است که آنها افراد را تنها در یک بازه زمانی شش ماهه مورد بررسی قرار داده بودند. اما ارزیابی جامع سلامت روان افراد مبتلا به کووید-۱۹ بعد یک سال هنوز انجام نشده است. برای بررسی این موضوع محققان دانشگاه شفیلد داده‌های وزارت امور کهنه سربازان ایالات متحده آمریکا از ۳۰ مارس ۲۰۲۰ و ژاویه ۲۰۲۱ را تجزیه و تحلیل کردند تا خطر ابتلا به بیماری‌های روانی را در افراد مبتلا به کووید-۱۹ حداقل ۳۰ روز پس از آنکه آزمایش پی سی آر آنها مثبت شده بود،

محققان «دانشگاه شفیلد» انگلیس در مطالعه اخیرشان اظهار کرده‌اند پس از ابتلا به کووید-۱۹ خطر ابتلا به بیماری‌های روانی

جلوگیری از چاقی با تنظیم فاکتور استرس

در مغز

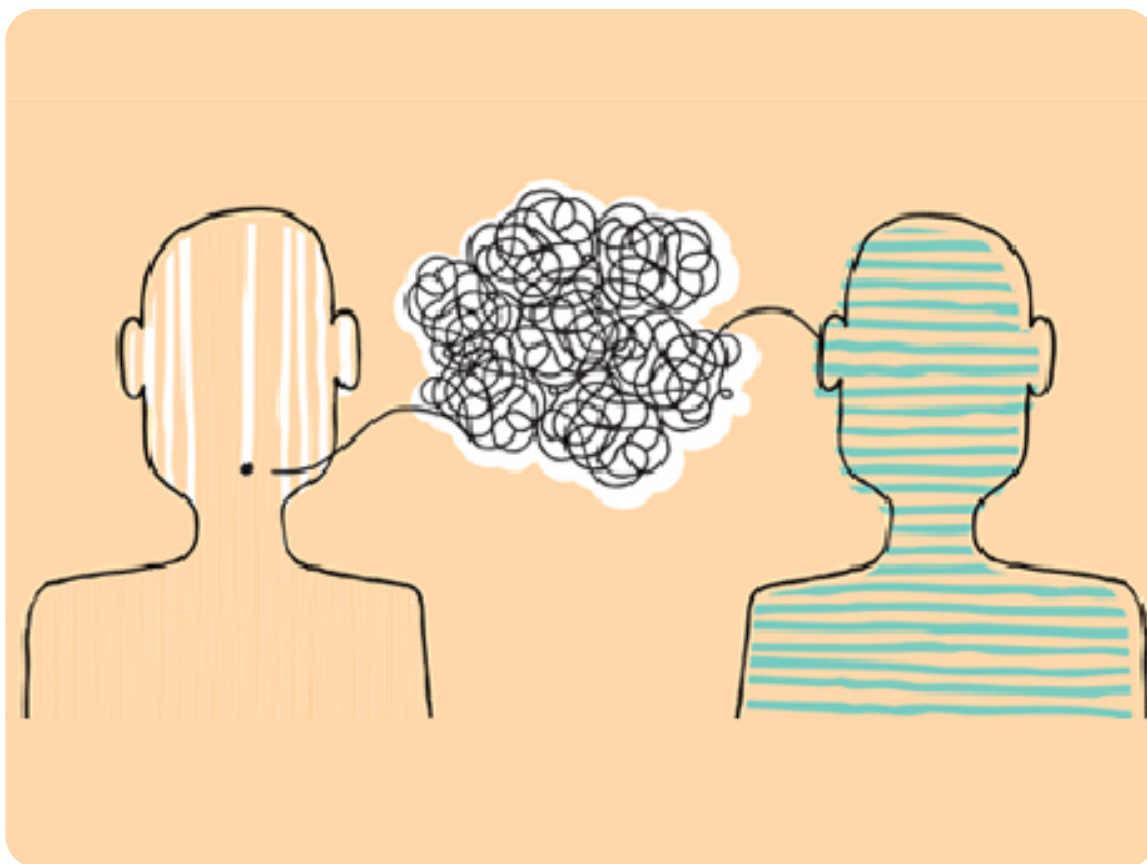


پژوهشگران آلمانی در بررسی جدیدی نشان داده اند که با تنظیم کردن فاکتور استرس در مغز می‌توان از بروز چاقی جلوگیری کرد. به گزارش ایسنا و به نقل از نوروساینس نیوز، پژوهشگران «موسسه روانپزشکی ماکس پلانک» (Planck Institute of Psychiatry) و «بیمارستان دانشگاه بُن» (UKB)، یک فاکتور استرس در مغز را با سیستم بازیابی سلول و چاقی مرتبط کرده‌اند. این کار می‌تواند، روش کاملاً جدیدی را برای درمان بیماری‌های متابولیک ناشی از استرس ارائه دهد. پژوهشگران در این پروژه دریافته اند که پروتئین موسوم به «FKBP5» با اختلالات افسردگی و اضطراب مرتبط است. این پروتئین، در تنظیم سیستم واکنش استرس نقش دارد و در صورت مختل شدن می‌تواند به بروز بیماری روحی منجر شود. این گروه پژوهشی اکنون نقش جدید و غافلگیرکننده‌ای را برای FKBP5 یافته‌اند. آنها متوجه شدند که این پروتئین مانند یک رابط مولکولی میان سیستم واکنش استرس و فرآیند متابولیکی بدن عمل می‌کند. مکانیسم مرکزی، اتوفازی است که روند بازیابی ضایعات به شمار می‌رود. «نیلز گاسن»

بررسی کنند. آنها داده‌های ۱۵۳ هزار و ۸۴۸ فرد را مورد بررسی قرار دادند و این داده‌ها را با دو گروه کنترل شده که به کووید-۱۹ مبتلا نشده بودند، مقایسه کردند. اکثر شرکت کنندگان افراد سفیدپوست با متوسط سن ۶۳ سال بودند. محققان سپس افراد مبتلا به کووید-۱۹ را نیز به دو گروه افرادی که در بیمارستان بستری شده‌اند و افرادی که بستری نشده‌اند، تقسیم کردند و داده‌های آنها نیز بر اساس فاکتورهایی مانند سن، جنسیت، نژاد، سبک زندگی و سابقه پزشکی جمع‌آوری شدند. سپس محققان به مدت یک سال به بررسی این افراد پرداختند تا خطر ابتلای آنها به مشکلات روانی مانند اضطراب، افسردگی، اختلالات استرس، اختلالات مصرف مواد، کاهش شناختی و اختلالات خواب را بررسی کنند. محققان دریافتند در مقایسه با افراد گروه کنترل که به این بیماری مبتلا نشده بودند، افراد مبتلا به کووید-۱۹ در یک سال ۶۰ درصد خطر بالاتری برای ابتلا به مشکلات سلامت روان یا دریافت نسخه برای این امر داشتند. این خطرات در افرادی که در مرحله اولیه کووید-۱۹ در بیمارستان بستری شده بودند، بیشتر بود؛ اما حتی در بین افرادی که در بیمارستان بستری نشده بودند نیز مشهود بود. افراد مبتلا به کووید-۱۹ نیز در مقایسه با افراد مبتلا به آنفلوآنزای فصلی، خطر ابتلا به اختلالات روانی بیشتری را نشان دادند.

(Nils Gassen)، از سرپرستان این پروژه گفت: اتوفازی، برنامه بازیابی سلول است که پروتئین‌های قدیمی یا آسیب‌دیده را دور می‌ریزد. اتوفازی می‌تواند با فرآیند پیری مرتبط باشد و چاقی را کاهش دهد. «ماتیاس اشمیت» (Mathias Schmidt)، از سرپرستان این پروژه گفت: این حقیقت که فاکتور استرس FKBP51 در مغز، یک تنظیم‌کننده اصلی اتوفازی و چاقی به شمار می‌رود، شمار زیادی از احتمالات مداخله را آشکار می‌کند؛ از دستکاری دارویی FKBP51 گرفته تا رژیم‌های غذایی و برنامه‌های ورزشی تنظیم‌کننده اتوفازی. این احتمالات، با یافته‌های جدیدی همراه می‌شوند که

بسیار متنوع هستند. به ویژه در حال حاضر، با همه‌گیری گسترده کووید-۱۹ در جهان، مشخص می‌شود که استرس غیرقابل کنترل چگونه می‌تواند بر روان و بدن ما تأثیر بگذارد. فرآیندهایی مانند اتوفازی را می‌توان تحت تأثیر یک سبک زندگی فعال و یک رژیم غذایی سالم قرار داد. گاسن و اشمیت در نظر دارند که همکاری‌های بیشتری داشته باشند تا داده‌های مشخصی را در مورد این موضوع ارائه دهند که هر شخص چگونه می‌تواند اتوفازی خود و در نتیجه، انعطاف‌پذیری فردی خود را در برابر استرس افزایش دهد. این پژوهش، در مجله «Science Advances» به چاپ رسید.





تأثیر فرهنگ بر روان‌درمانی

چگونه روان‌درمانگران با شعار «همه یکسان هستند» از تأثیر فرهنگ بر روان‌درمانی غافل می‌شوند؟
ژاله قربانی
دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه
محقق اردبیلی

نحوه نمود مشکلات می‌باشد. رفتارهای مربوط به بیماری و سبک گزارش دادن مراجعان از رنجی که می‌کشند معمولاً به وسیله عوامل فرهنگی شکل می‌گیرند. فهم زمینه فرهنگی بیمار و پویایی‌های آن لازمه فهم نحوه اظهار مشکلات بیماران می‌باشد. اهداف درمانی سطح دیگری از روان‌درمانی است که به نظر می‌رسد تحت تأثیر فرهنگ قرار دارد. اهداف روان‌درمانی به مقدار زیادی تحت تأثیر عوامل فرهنگی می‌باشد. تعریف سلامتی، رسش و انطباق می‌تواند بسیار متفاوت باشد و بستگی به سیستم ارزش‌ها و فرهنگ افراد دارد؛ بنابراین درمانگران باید در مورد اهداف درمان با مراجعان خود مذاکره کنند. رابطه درمانگر - مراجع نیز سطح دیگری از روان‌درمانی است که با شدت بیشتری

فرهنگ در سطوح مختلفی بر روان‌درمانی اثر می‌گذارد. اولین سطح، انگیزه برای درمان می‌باشد. همه ی افراد به یک اندازه دارای دیدگاه و ذهن روانشناختی نیستند و این امر از جامعه‌ای به جامعه دیگر و فردی به فرد دیگر متفاوت می‌باشد. زمینه فرهنگی مراجع سرنخ‌هایی را به درمانگر می‌دهد تا با کمک آنها حداکثر انگیزه مراجع را برای درمان بفهمد. برای مثال، ممکن است درمانگر تصمیم بگیرد که حس کنجکاوی مراجع را تحریک کند، مستقیم به او دستور دهد یا از حمایت‌های خانواده برای پیش‌برد درمان کمک گیرد. این موارد رویکردهای رایجی هستند که هنگام کار با اقلیت‌های قومی یا افرادی که مهاجرت کرده‌اند، بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرند. سطح دیگر تأثیرگذاری فرهنگ بر روان‌درمانی،

تحت تأثیر فرهنگ قرار دارد. شناسایی عوامل فرهنگی و مهارت روبرو شدن با این عوامل در فرآیند درمانی برای ارائه مداخلات موفقیت‌آمیز ضروری می‌باشد. با وجود اینکه گوناگونی بیماران، مشکلات، باورها و فرهنگ‌های مختلف نیازمند چارچوبی جامع و مناسب برای ارائه خدمات روان‌درمانی می‌باشد. روان‌درمانی باید متناسب با بیمار و موقعیت اجتماعی که درمان در آن انجام می‌شود، مانند پس زمینه سیاسی، طبقه اجتماعی، جایگاه اقتصادی، عوامل قومیتی و نژادی و تنوع فرهنگی انجام شود. با وجود اینکه تصور می‌شد روش‌های روان‌درمانی در موج‌های معاصر، از قبیل درمان‌های تحلیلی و درمان شناختی رفتاری دارای تکنیک‌های درمانی و مبانی نظری جهانی و فراگیر هستند، اما مطالعات نشان داده‌اند که هیچ کدام از درمان‌های روانشناختی از تأثیرات فرهنگی در امان نیستند. مطالعات همچنین نشان داده‌اند که درمان‌های بین فردی، از جمله خانواده درمانی و گروه درمانی نیز که تمرکز اصلی آنها در کار کردن بر روابط بین فردی است، بیشتر نیازمند انطباق فرهنگی می‌باشند. انجام این درمان‌ها نیازمند فهم چگونگی تعاملات بین فردی و ارتباطات یا پویایی‌های مختلف گروه در نظام‌های مختلف فرهنگی می‌باشد. تعریف روان‌درمانی به عنوان هنر مداخلات روانشناختی که باید بر بعد روانی رفتار و مشکلات و ماهیت آنها از جمله ابعاد فرهنگی آنها تمرکز داشته باشد، اصطلاح جدید صلاحیت فرهنگی را مطرح می‌نماید که اخیراً در بین بالینگران مورد توجه قرار گرفته است. صلاحیت فرهنگی شامل معانی سازمانی و بالینی غلبه بر موانع ارائه خدمات روانشناختی اثربخش و سودمند برای بیماران اقلیت‌های فرهنگی و قومی یا مهاجران می‌باشد.

بسیاری از متخصصان رشته روان‌شناسی و روان‌درمانگری بر این اعتقادند که اگر درمانگر و درمانجو (مراجع) هم‌زبان و متعلق به یک فرهنگ باشند درمان آسان‌تر و سریع‌تر صورت می‌گیرد. اورن (۱۹۶۲) معتقد است که فرهنگ هر جامعه تعیین‌کننده رفتارهای طبیعی، مجاز، شایسته و مورد انتظار است و همچنین فرهنگ یک جامعه به ما می‌گوید چه چیزهایی برای افراد آن جامعه تابو، نامناسب، غیرطبیعی، غیرمعمول و ناشایسته‌اند. کوری (۲۰۱۰ و ۲۰۰۸) می‌گوید نژاد، قومیت، تاریخ، مذهب، باورها و تربیت جنسی درمانگر می‌تواند در نوع برخورد او با درمانجو و در نتیجه در روند درمان تأثیر بگذارد. بنابراین می‌توان دریافت که هر گونه تفاوت فرهنگی بین درمانجو و درمانگر ممکن است به غیر مؤثر شدن متدهای درمان منجر شود. به اعتقاد او درمانگر باید درمانجو را به مانند آینه‌ای از فرهنگ او بنگرد چرا که فرهنگ، زمینه ساز ارزش‌ها، عقاید، باورها، آداب و رسوم، و همچنین توقعاتی است که باید بوسیله فرد برآورده شود.

برای همین توصیه اکید می‌شود که

روان‌درمانگران سعی کنند عادات فکری، باورها، فرضیه‌ها، اعتقادات، و پیش‌داوری‌هایشان را در مدت زمانی که در اتاق مشاوره حضور دارند کنار بگذارند، تا بتوانند با ذهنی باز با درمانجویان ارتباط برقرار کرده و «دیگر بودگی» آنان را به هر صورتی که هستند درک کنند. مان (۲۰۱۰) نیز بر این نکته تاکید می‌کند که درمانگری که فرهنگی مشابه درمانجویش ندارد، حتی اگر حاذق‌تر از درمانگری با فرهنگ مشابه درمانجو باشد نخواهد توانست به خوبی او عمل کند.

منابع

- Cooper, M., (2015). Existential Psychotherapy and Counselling, London: SAGE publication.
- Corey, M.S., Corey, G., & Corey, C., (2008). Groups: Process and practice. California: Brooks/Cole.
- Jacob, K.S., & Kuruvilla, A., (2012). Psychotherapy across cultures: the form-content dichotomy. Clin. Psychol. Psychother. 19: 91-95.
- Mann, D., (2010). Gestalt therapy: 100 Key points and techniques. New York: Routledge.
- Offer, D., & Sabshin M., (1975). Normality, in Comprehensive Textbook of Psychiatry/ II, 2 nd Edition, Vol 1. Edited by Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ. Baltimore, MD, Williams & Wilkins: 459-464.
- Tseng, W.S., (1975). The nature of somatic complaints among psychiatric patients: the Chinese case. Compr Psychiatry 16: 237-245.
- Tseng, W.S., (1995). Psychotherapy for the Chinese: cultural adjustment, in Psychotherapy for the Chinese, Vol II. Edited by Cheng LYC, Baxter H, Cheung FMC. Hong Kong, The Chinese University of Hong Kong, Department of Psychiatry, pp 1-22.



معرفی کتاب

Talking it better

مریم عزتی

دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه محقق
اردبیلی

Description

«Talking it Better» is a practical book about the everyday practice of counselling and psychotherapy, written by a practitioner for fellow practitioners. Using case studies based on his own clients, Elton carefully examines what helps - and what hinders - the process of change in the therapy room. At the heart of therapeutic work, he argues, is the development of effective mind skills. He explains how counsellors and therapists can borrow valuable ideas from the teachers of skills such as swimming, reading music or learning to drive. And he shows us that, when it comes to developing our mind skills, practice is often far more important than insight or theory.

Marie-Anne wants to manage the sergeant

major in her head who keeps telling her what to do. Calum wants to learn to hear what his partner is really saying, rather than what he fears she is. Isobel wants to stop rushing to help people and then resenting them because they take her for granted. These, and the many other characters in this book, were profoundly stuck until, through 'talking it better', each found a unique path taking them closer to the self they would prefer to be.

About the Author

Matthew Elton is a psychotherapist based in Edinburgh. He works with a wide range of clients and has a special interest in writers and artists. His formative training was in transactional analysis and he has

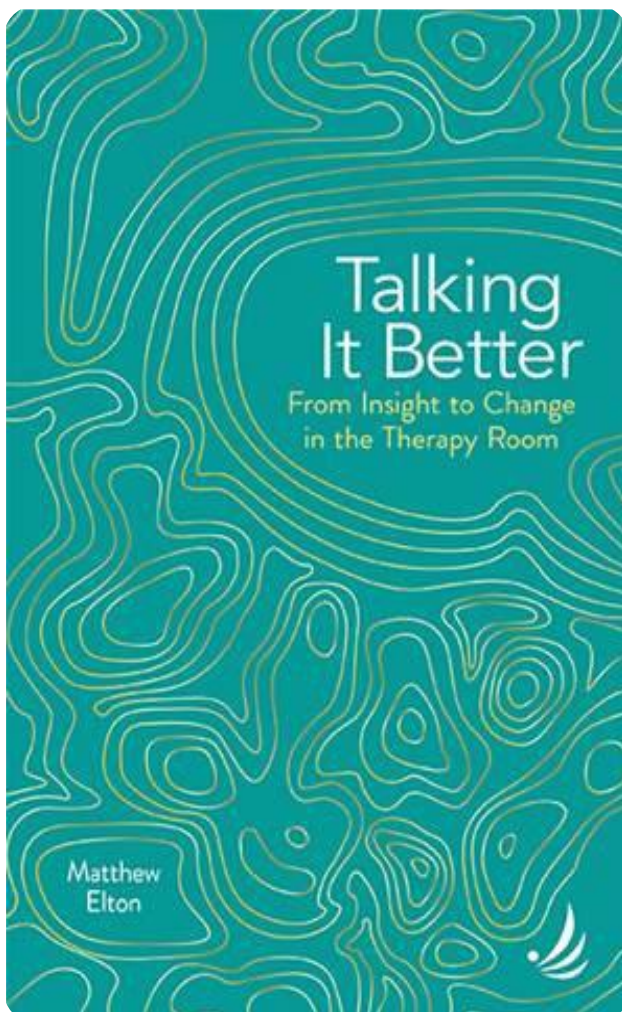
since developed a strong interest in narrative therapy. Matthew regularly delivers talks and workshops in Scotland and across the UK on therapy practice and related matters. Previously, he was an academic working on the philosophy of mind at the University of Stirling, then a manager in the charity sector. He is author of a well-received volume on Daniel Dennett in the Polity Key Contemporary Thinkers series, published in 2003.

توضیح

و سپس از آنها دلخور شود زیرا آنها او را بدیهی می‌دانند. اینها و بسیاری دیگر از شخصیت‌های این کتاب، عمیقاً گیر کرده بودند تا اینکه از طریق «بهتر صحبت کردن»، هر کدام مسیری منحصر به فرد پیدا کردند که آنها را به خودی که ترجیح می‌دادند نزدیک‌تر کند.

«بهتر صحبت کردن» کتابی کاربردی در مورد تمرین روزمره مشاوره و روان‌درمانی است که توسط یک پزشک برای هم‌تمرین‌کنندگان نوشته شده است. التون با استفاده از مطالعات موردی بر اساس مراجعان خود، به دقت بررسی می‌کند که چه چیزی به روند تغییر در اتاق درمان کمک می‌کند و چه چیزی مانع از آن می‌شود. او استدلال می‌کند که در قلب کار درمانی، توسعه مهارت‌های ذهنی مؤثر است. او توضیح می‌دهد که چگونه مشاوران و درمانگران می‌توانند ایده‌های ارزشمندی را از معلمان مهارت‌هایی مانند شنا کردن، خواندن موسیقی یا یادگیری رانندگی وام بگیرند. و او به ما نشان می‌دهد که وقتی نوبت به توسعه مهارت‌های ذهنی ما می‌رسد، تمرین اغلب بسیار مهم‌تر از بینش یا نظریه است.

ماری آن می‌خواهد سرگروه‌بان را در سرش مدیریت کند که مدام به او می‌گوید چه کاری انجام دهد. کالوم می‌خواهد یاد بگیرد که بشنود همسرش واقعاً چه می‌گوید، نه اینکه او از چه می‌ترسد. ایزابل می‌خواهد از عجله برای کمک به مردم دست بردارد



درباره نویسنده

متیو التون یک روان‌درمانگر مستقر در ادینبورگ است. او با طیف وسیعی از مراجعان کار می‌کند و علاقه خاصی به نویسندگان و هنرمندان دارد. آموزش تکوینی او در تحلیل تراکنشی بود و از آن زمان علاقه شدیدی به روایت‌درمانی پیدا کرد. متیو به طور منظم در اسکاتلند و در سراسر بریتانیا در مورد تمرین‌درمانی و موضوعات مرتبط، سخنرانی و کارگاه‌های آموزشی ارائه می‌دهد. پیش از این، او یک دانشگاهی بود که روی فلسفه ذهن در دانشگاه استرلینگ کار می‌کرد و سپس مدیر بخش خیریه بود. او نویسنده کتابی است که به خوبی در مورد دانیل دنت در مجموعه متفکران معاصر کلیدی سیاست در سال ۲۰۰۳ منتشر شد.



تحول جایگاه روانکاو و بیمار در اتاق درمان؛ آیا فروید همچنان پدر است؟

علیرضا عیوض نژاد

دبیر انجمن علمی روان‌شناسی دانشگاه مراغه

مقدمه

فروید بدون شک یکی از تأثیرگذارترین دانشمندان قرن پیش بود. شولتز در کتاب نظریه‌های شخصیت خود، از فروید به عنوان مؤثرترین نظریه‌پرداز شخصیت نام می‌برد و این را ذکر می‌کند که نظریه‌های بعد از فروید همگی از روانکاوی نشأت گرفته‌اند؛ بعضی در موافقت و برخی در مخالفت با آن! این رویکرد فلسفی و روان‌شناسانه، یکی از سه ضربه بزرگ را به خودشیفتگی انسان وارد کرد و ناخودآگاه را بسیار مهم‌تر از خودآگاه دانست. در هر صورت روانکاوی، هنگامی که پا گرفت، واکنش‌های مثبت و منفی زیادی را تجربه کرد. جبرگرایی، دیدگاه‌های حصرگرایانه، توجه بیش از حد به دوران کودکی و مسائل جنسی، خلاقیت بسیاری از روانکاوان اطراف فروید را برانگیخت. یونگ، سالیوان، آدلر و بسیاری از افراد دیگر که در ابتدا فروید را

بیش از یک قرن از شروع جلسات روان‌درمانی روانپزشکان اتریشی می‌گذرد، زمانی که مجمع پزشکان وین، بزرگانی چون بروئر و فروید را شامل می‌شدند و پوزیتیویست‌ها، علم را مثل کتابی آسمانی و تجربه‌ای بی‌همتا، می‌پرستیدند.

از آن روزها، روان‌درمانی، تغییرات بسیاری را به خود دیده است. زمانی رسید که فیزیولوژیست‌ها و رفتارگراها از یک طرف و روان‌شناسان از طرفی دیگر وارد حوزه نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی شدند. تغییراتی که هر رویکرد درمانی در بدنه‌ی سفت و سخت مدل پزشکی روان‌درمانی وارد کرد، شکل و فرآیند روان‌درمانی را به کل تغییر دادند. جایگاه روان‌درمانگر دچار تزلزل شد و هم‌سطح با مراجع قرار گرفت. در این مطلب به بررسی تحول فرآیند روان‌درمانی و روانکاوی، در طول تاریخ روان‌شناسی نوین، می‌پردازیم.

چون پدری بی‌عیب، بدون چون و چرا قبول کرده بودند، از مسلک قدیمی و غیرقابل نفوذ فروید جدا شدند تا نظریه روانکاوی را تعدیل کنند.

رابطه درمانی

مفهوم انتقال، یکی از موهبت‌های بزرگی بود که فروید در علم روانشناسی وارد کرد. اما این واژه در طول تاریخ، در جایگاه‌های متفاوتی نقش ایفا کرده است. در روانکاوی سنتی، این انتقال است که حرف اول را می‌زند. انتقال احساسات و هیجان‌های دوران کودکی مراجع، از ابژه‌هایش به روان‌درمانگر، کلیدی طلایی برای ورود به ناخودآگاه او بوده است. اما نکته بسیار مهم این است که این انتقال باید کنترل شده می‌بود... در روانکاوی فرویدی، اعتقاد بر این بود که قرارگیری مراجع بر روی کاناپه، و نداشتن تماس چشمی، باعث تسهیل فرآیند واپس‌روی می‌شود و تحلیل را آسان‌تر می‌کند. به همین خاطر، بیماران فروید روی کاناپه قرار می‌گرفتند و تحلیل می‌شدند. اما امروزه، دیگر کاناپه‌ها وجود نداشته، و بیمار و روان‌درمانگر در روبروی هم قرار می‌گیرند. چون این عدم ارتباط چشمی برای برخی بیماران تاثیرات ضددرمانی داشته است.

و کارورزی درمانگران نوپا می‌باشد. در روانکاوی کلاسیک، آموزش‌های روانکاوی منوط به تحلیل شدن فرد بود. فروید برای گسترش هرچه بیشتر سنت‌اش، معیارهای سرسختانه‌ای را برای روانکاو نامیده شدن دانشجویها، در نظر نگرفته بود. ولی انجمن روانکاوی بین‌المللی، برای دوره جامع روانکاوی، ۴۰۰ ساعت کلاس‌های تئوری و ۲۴۰ ساعت سوپرویزن ویژه گروهی ادامه‌دار را ضروری می‌داند. همچنین دانشجوی روانکاوی باید ۳-۴ مورد روانکاوی که هرکدام حداقل ۴ بار در هفته برای ۲۰۰ ساعت روانکاوی دیده شده باشد و به ازای هر تحلیل حداقل ۵۰ ساعت سوپرویزن هفتگی گرفته شده باشد. فراگیری روانکاوی، به طور متوسط ۵ الی ۷ سال طول می‌کشد. در این صورت فرد واقعاً روانکاو شناخته شده و به او روانکاو گواهی‌دار گفته می‌شود. این درمورد روانکاوی است اما در روان‌درمانی تحلیلی (روانکاوی امروزی) حدود ۲۰۰ ساعت کلاس‌های نظری در طول دو سال وجود دارد و درمان شخصی در بیش از ۲۵۰ ساعت حداقل دو بار در هفته و تجربه درمان مراجعه حداقل ۷۵۰ ساعت می‌باشد که برای آن ۱۵۰ ساعت سوپرویزن انفرادی و ۱۰۰ ساعت سوپرویزن گروهی باید گرفته باشد.

نوع آموزش درمانگر

روانکاوی امروزی یا بهتر است بگوییم روان‌درمانی تحلیلی، یکی از سخت‌ترین رویکردهای درمانی موجود، از لحاظ آموزش تکنیک‌های درمانی‌های کلاسیک، تأکید بر تکنیک‌های فروید به ناخودآگاه فرد بوده

تکنیک‌های درمانی

است. استفاده از تداعی آزاد، هیپنوتیزم، تفسیر رویا، آزمون‌های فرافکن، ناخودآگاه جمعی و بسیاری از موارد دیگر، در تلاش برای شخم زدن ناخودآگاه و وارد شدن به گذشته فرد بودند. اما امروزه، در درمان‌های پویایی و نوین، ما شاهد استفاده از تکنیک‌های حمایتی و آشکارکننده در کنار هم هستیم. تکنیک‌های آشکارکننده زمانی کاربرد دارند که مراجع هنوز آماده کند و کاو ناخودآگاه‌اش نیست و باید به آن آمادگی برسد. به همین خاطر، روانکاوی امروزی، برای جامعه گسترده‌تری از مراجعان کاربرد دارد.

تعداد جلسات در هفته

تعداد جلسات هفتگی در گذشته، ۴ جلسه یا بیشتر بوده است. با فشار حداکثری برای آشکارسازی اضطراب‌های بیمار، روانکاو پیش می‌رفت و تمرکز اصلی برای درمان در اتاق درمان بوده است. اما در روان‌درمانی تحلیلی، معمولاً ۱ الی ۲ جلسه در هفته هستند و مدت کل فرآیند درمانی، بسیار کاهش پیدا کرده است.

عملکرد درمانگر

در درمان‌های جدیدتر، روان‌درمانگر، نقش فعالانه‌تری را بر عهده دارد و به تعامل بیشتر با مراجع می‌پردازد. دیگر درمانگر در جایگاه پدر و بالاتر از بیمار نیست و هم سطح و هم راستا با او در مسیر بهبود کیفیت زندگی، قدم بر می‌دارد. در روانکاوی کلاسیک، روان‌درمانگر

فردی بسیار با علم تر از مراجع شمرده می‌شد، اما امروزه این جایگاه بسیار تعدیل شده است.

هدف درمان

هدف درمان، محدودتر شده است. در درمان‌های کلاسیک، ما شاهد تغییر ساختار روانی فرد به صورت کامل بودیم. اما امروزه با ترکیب شدن برخی متد پذیرش و ظهور درمان‌های هیجان مدار، اهداف روان‌درمانی به مرتفع گشتن علائم، تجربه آرامش بیشتر در زندگی، تقویت ایگوی فرد، کار کردن روی سوپرایگو (نشخوار فکری، افکار وسواسی و...) مبدل گشته است. مراجعان پس از طی کردن یک دوره درمان تحلیلی، توانایی برنامه ریزی واقع بینانه و رسیدن به اهداف خود را دارند و کیفیت زندگی‌شان بسیار بهبود پیدا می‌کند.

روان‌درمانی در حال و آینده

روان‌درمانی در حال گذار از تشخیص به فراتشخیص است. مدل پزشکی دیگر جواب گوی درمان بیماران نیست و باید به جای درمان بیماری، بیمار را درمان کنیم. روانکاوی نیز همانند تمامی روان‌درمانی‌های دیگر، در ابتدا بسیار چارچوب‌دار و برای همه مراجعان یکسان بود. اما رفته رفته متخصصین متوجه این موضوع شدند که ساختار روانی افراد با یکدیگر متفاوت است. رویدادی که می‌تواند در فردی استرس پس از سانحه ایجاد کند، ممکن است در فردی دیگر، اثر نوروبیولوژیکی نداشته باشد. افسردگی اساسی یک بیمار، با افسردگی اساسی بیمار دیگر بسیار متفاوت است و باید

درمان برای هر فرد، کاملاً شخصی سازی شود. به همین خاطر است که روان‌درمانگران تحلیلی امروزی، جایگاه‌های متفاوتی را در اتاق درمان، با مراجعان مختلف دارند و بر اساس ساختار روانی هر مراجع، درمان را انجام می‌دهند.

منابع

- سادوک، ب ج - سادوک، و آ - روئیز، پ. (۱۳۹۴). ترجمه فرزین رضاعی. خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک. چاپ پنجم ویراست یازدهم، تهران: نشر ارجمند.
- شولتز، د. پ و شولتز، س. ا. (۱۳۹۹). ترجمه یحیی سید محمدی. نظریه‌های شخصیت. چاپ چهل و چهارم، ویراست دهم، تهران: نشر ویرایش.
- کابانیس، د - چری، س - داگلاس، ک - شوارتز، آ. (۱۴۰۰). ترجمه مهرناز میرنوش و بابک روشنائی مقدم. روان‌درمانی تحلیلی؛ راهنمای بالینی. تهران: نشر ارجمند.
- هلر، ش. (۱۳۹۸). ترجمه مجتبی پردل. دانشنامه فروید. چاپ پنجم، مشهد: نشر ترانه.
- Freud, S. (1973). Introductory Lectures on Psychoanalysis. (J. Strachey, Trans.) New York: penguin group.
- قربانی، نیما (۱۳۹۸). روان‌درمانگری پویایی فشرده و کوتاه مدت؛ مبادی و فنون. چاپ یازدهم، تهران: سمت.





معرفی و نقد فیلم Good Will Hunting

سارا محمودی شیران
نائب دبیر انجمن علمی روان‌شناسی دانشگاه
محقق ادبیلی
سردبیر نشریه علمی - فرهنگی تحول



مشخصات فیلم:

کارگردان: Gus Van Sant

تهیه کننده: Lawrence Bender

نویسنده: Ben Affleck, Matt Damon

ستارگان: Ben Affleck, Matt Damon, Williams

مدیر فیلمبرداری: Jaen Yves Escoffier

تدوین: Pietro Scalia

ژانر: درام، عاشقانه

کشور: آمریکا

زمان: ۱۲۶ دقیقه

امتیاز IMDB: ۸٫۳

جوایز: این فیلم در جشنواره‌های مختلف افتخارات متعددی بدست آورده است که از میان آنها می‌توان به کسب دو جایزه اسکار، یک جایزه گلدن گلوب و یک جایزه ستلایت اشاره کرد. در سال ۲۰۱۴، این فیلم در رتبه پنجاه و سوم فهرست ۱۰۰ فیلم محبوب سینما به انتخاب نشریه هالیوود ریپورتر قرار گرفت.

داستان فیلم:

می‌خواهد جلسات ادامه داشته باشند؛ اما وقت زیادی باقی نمانده و او باید با مهارت‌هایی که کسب کرده، بدون کمک دکتر شان مگوایر به زندگی ادامه دهد و تصمیمات مهمی برای جهت‌گیری جدید و هدف‌گزینی در زندگی‌اش بگیرد.

**نقد روانشناختی:**

«ویل هانتینگ نابغه» یک درام روانشناختی است که نمونه‌ای از درمان مراجع مقاومت‌کننده با مراحل سخت را نشان می‌دهد و نه تنها قدیمی بودنش مانع از معرفی توسط ما و تماشا نکردن مخاطب نمی‌باشد، بلکه توصیه می‌کنیم شمایی که قصد اشتغال در حرفه درمانگری و مشاوره دارید و یا حداقل به عنوان فردی که می‌خواهد با اتفاقات اتاق درمان آشنا شود، حتما این فیلم را ببینید و از لحظه به لحظه آن بهره‌مند شوید. فیلمنامه منسجم و بازی‌های درخشان بازیگرانش، هر بیننده‌ای را جذب خودش می‌کند. تاثیر فرایند مشاوره بر زندگی یک فرد، کاملاً در این فیلم مشهود است. برقراری ارتباط همدلانه دکتر شان مگوایر با ویل، قضاوت نکردن مراجعش، خودافشایی‌های دکتر، خستگی‌ناپذیری بر برابر مقاومت مراجع،

«ویل هانتینگ» مستخدم بیست ساله انستیتوی تکنولوژی ماساچوست، ذهنی فوق‌العاده خلاق دارد اما استعداد خود را باور ندارد و «پروفیسور لامبو» استاد ریاضیات کالج، به نبوغ او در ریاضی پی می‌برد. ویل در دوسر سال در پی درگیری که بوجود می‌آورد، دستگیر و محکوم به زندان می‌شود. استادش، لامبو، در صدد آزادی او بر می‌آید و می‌تواند آزادی ویل را مشروط به تحت درمان بودن توسط روان‌شناس بگیرد. اما هانتینگ سر ناسازگاری بر می‌دارد و به همین دلیل چندین روان‌شناس از کار کردن با او عاجز می‌شوند. تا اینکه دکتر شان مگوایر که رابین ویلیامز فقید ایفای نقش آن را بر عهده دارد و دوست قدیمی پروفیسور لامبو است، وارد ماجرا می‌شود. او علی‌رغم مقاومت ویل در روند درمان، به هیچ وجه سرخورده نمی‌شود و با صبر و حوصله به جلسات خسته‌کننده با کمترین میزان گفت و گو ادامه می‌دهد. ویل به علت شرط دادگاه مجبور است جلسات درمان را تحمل کند اما از حرف زدن اجتناب می‌کند و تنها حضور فیزیکی در اتاق مشاوره دارد. با مهارتی که دکتر مگوایر دارد این مقاومت به مرور در هم می‌شکند و ویل هانتینگ لب به سخن می‌گشاید که نشانه خوبی در روند درمان است. البته این اتفاق پس از چندین جلسه رخ می‌دهد. در کمال ناباوری، ارتباط بسیار صمیمانه و همدلانه‌ای میان آن دو شکل می‌گیرد و هانتینگ مشتاقانه

همه و همه کلاس درسی برای دانشجویان رشته روان‌شناسی و تازه‌کاران این حوزه هستند. در کنار اینها، شخصیت ویل هانتینگ نیز شایسته توجه است؛ پسری نابغه، لجباز و اخلاق‌مدار در کار. هیچ اشاره‌ای به اینکه ویل چگونه به این نبوغ رسیده، نشده است و این می‌تواند نقطه ضعف فیلم باشد. اصولاً ما نابغه‌ها را افرادی با تلاش و کوشا می‌دانیم اما فیلم تصویری از این تلاش را نشان نداده است. گویی ویل از همان ابتدا با فرمول‌ها و روابط ریاضی متولد شده است. در طی درمان مشکلات ویل ریشه‌یابی می‌شود و در این حین قسمتی از زندگی شخصی دکتر مگوایر نیز به میان می‌آید. آنها جلسات را ادامه می‌دهند. ویل به نبوغ خود در ریاضیات آگاه می‌شود که این می‌تواند مسیری جدید در زندگی و آینده شغلی جلوی راه او قرار دهد. در فیلم می‌بینیم که بحث‌هایی میان ویل و استادش، پروفسور لامبو، اتفاق می‌افتد. همچنین به مصاحبه شغلی می‌رود که اتفاقات مربوط به آن نیز جالب توجه می‌باشد. ما شما را به دیدن این فیلم دعوت می‌کنیم که خود نظاره‌گر فیلم و پایانش باشید.



نقش رابطه درمانی و اتحاد بین مراجع و درمانگر در رویکردهای مختلف؛ مبتنی بر مطالعه مروری

محمد ایمانیپور، سید حسام‌الدین محفوظی
دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی

دریافت مقاله: ۰۰۴۱/۲۱/۴۲

پذیرش مقاله: ۰۰۴۱/۲۱/۹۲

چکیده

کلمات کلیدی: رابطه درمانی، اتحاد درمانی، روان‌درمانی، رویکردهای درمانی

مقدمه

رابطه بین درمانگر و مراجع، از لحاظ تاریخی نقش مهمی در نظریه‌های روان‌درمانی داشته است و رویکردهای مختلف به شیوه‌های متفاوت و با تأکیدات خاص خود، اما در یگانگی بر اهمیت این رابطه، سعی در درک و در نتیجه غنی‌سازی روابط مؤثر بین درمانگر و مراجع داشته‌اند. آنچه رابطه درمانی را غنی می‌سازد اتحاد است. اتحاد بین اجزاء اساسی درمان، یعنی درمانگر و مراجع. این مفهوم یعنی اتحاد

رابطه درمانی مؤثر و غایت آن یعنی اتحاد، مهم‌ترین عامل در پیش‌بینی موفقیت درمان است و بدون یک رابطه مؤثر مراجع غالباً درمان را ترک خواهد کرد و به اصول آن پایبند نخواهد بود. در مقاله پیش‌رو با بررسی ادبیات موجود در حوزه رابطه درمانی، تلاش شده است در رویکردهای مختلف، نقش و اهمیت این مؤلفه اساسی در درمان مشخص گردد. این مقاله رابطه درمانی را در رویکردهایی همچون رویکرد شناختی - رفتاری، رویکرد انسان‌گرایانه، هیجان‌مدار، گشتالت‌درمانی و مراجع‌محور به صورت اجمالی مورد بحث قرار داده است و در نهایت با دیدی کل‌گرایانه تفاوت آنها بررسی شده است.

درمانی از دیرباز مورد توجه تمام عوامل درمانی بوده است و یکی از پایه‌های اساسی در رابطه درمانگر و مراجع محسوب می‌شود و تحقیق در باب این مسئله است که روند تاریخی رابطه میان درمانگر و مراجع را آشکار می‌سازد. منظور از کیفیت اتحاد، همکاری و فراتر از آن درک متقابل طرفین درمان از هدف درمان و تلاش همدلانه برای رسیدن به نقطه موفقیت درمانی است. غایت و نتیجه یک رابطه درمانی، همان اتحادی است که بین مراجع و درمانگر ایجاد می‌شود. اتحادی که به سبب آن، طرفین تلاش می‌کنند تا بر مشکلات و چالش‌های درمانی فایق آیند (Horvath. ۲۰۰۵).

تحقیقات در این زمینه چنین نشان می‌دهد که رابطه درمانی که در آن اتحاد درمانی شکل گرفته باشد، مهم‌ترین متغیر در پیش‌بینی موفقیت‌آمیز بودن درمان است. با این وجود ممکن است تعاریف متفاوتی از این غایت رابطه یعنی اتحاد در ادبیات موجود روان‌درمانی به چشم بخورد. بنابراین باید روشن کرد که اتحاد درمانی به چه معناست. در خلاصه‌سازی تعاریف متعدد می‌توان گفت اتحاد درمانی به دو روش تعریف می‌شود: نخستین رویکرد، در نظر گرفتن اتحاد به عنوان مفهومی محدود است که به طور خاص با آگاهی مراجع از بیماری و احساس هشیار یا ناهشیار نیاز به انجام کاری در مورد آن مربوط می‌شود؛ این به ظرفیت مراجع برای تحمل تلاش و درد روبرو شدن با تعارض درونی ارتباط دارد. در چنین

تعریفی اتحاد یک مفهوم درونی است و ظهور و حضور آن در ذهن مراجع ارزیابی می‌شود نه در پیامد بیرونی آن. به عبارت دیگر اتحاد درمانی در چنین تعریفی، تنها در رابطه با مراجع معنا می‌یابد. دومین رویکرد که در این رابطه وجود دارد، تلقی اتحاد به عنوان مفهوم توصیفی جامع است که ترکیبی از کل عواملی است که مراجع را در درمان نگاه می‌دارد و او را قادر می‌سازد تا در طی دوره‌های مقاومت یا انتقال خصمانه همچنان در روند درمان باقی بماند. به عبارت دیگر این تعریف به نتیجه رابطه درمانی و اتحاد اشاره دارد. نتیجه‌ای که به مانند قراردادی برای پایبندی به درمان است (Horvath. ۲۰۰۵).

یک رابطه درمانی بر اساس سه اصل بنا شده است (Greenberg. ۲۰۱۴): الف) پیوند درمانی: ارتباط مؤثر با مراجع و نشان دادن توجه، صمیمیت و حس مراقبت؛ بدان معنا که درمانگر باید این حس را در مراجع ایجاد کند که او برایش اهمیت دارد و ارزشمند است.

ب) هماهنگی همدلانه: حضور واقعی و توجه به تجربیات مراجع در لحظه؛ بدان معنا که درمانگر دائماً احساسات و درونیات مراجع خود را مورد توجه قرار داده و خود را با این درونیات سازگار سازد.

ج) همکاری در کار: مشارکت در انجام وظایف به عنوان بخشی از درمان؛ به منظور تحقق این مهم، مراجعان و درمانگر باید بر اهداف، وظایف و نحوه انجام آنها توافق کنند.

تحقیقات در این زمینه چنین نشان می‌دهد که رابطه درمانی که در آن اتحاد درمانی شکل گرفته باشد، مهم‌ترین متغیر در پیش‌بینی موفقیت‌آمیز بودن درمان است. با این وجود ممکن است تعاریف متفاوتی از این غایت رابطه یعنی اتحاد در ادبیات موجود روان‌درمانی به چشم بخورد. بنابراین باید روشن کرد که اتحاد درمانی به چه معناست. در خلاصه‌سازی تعاریف متعدد می‌توان گفت اتحاد درمانی به دو روش تعریف می‌شود: نخستین رویکرد، در نظر گرفتن اتحاد به عنوان مفهومی محدود است که به طور خاص با آگاهی مراجع از بیماری و احساس هشیار یا ناهشیار نیاز به انجام کاری در مورد آن مربوط می‌شود؛ این به ظرفیت مراجع برای تحمل تلاش و درد روبرو شدن با تعارض درونی ارتباط دارد. در چنین

رابطه درمانی در رویکرد مراجع محور

یکی از رویکردهای روان‌درمانی که تأکید فراوانی بر رابطه درمانی و در رأس آن اتحاد درمانی دارد، درمان مراجع محور یا درمان راجرزی است. راجرز در این باره بیان می‌دارد که رابطه با درمانجویان دارای اصولی است که از بین آنها همدلی و پذیرش، اهمیت بالقوه‌ای دارد. در یک رابطه درمانی، درمانگران باید به گونه‌ای باشند که درمانجویان را نسبت به واکنش‌های عاطفی خود آگاه سازند و این امر بدون حساسیت بالا نسبت به روند رو به رشد مراجع و پویایی دائمی اتاق درمان امری ناممکن خواهد بود؛ و شاید به همین علت نیز باشد که در درمان راجرزی، درمانگر باید به شکلی کامل خود را وقف شناخت و درک مخاطب کند و هر لحظه کار را، لحظه ارزشمند از روند درمان بداند. در نهایت این درمانگر است که با پویایی و ارزش قائل شدن برای تک تک درونیات مراجعانش این باور را به آنها منتقل می‌کند که به آنها اهمیت داده شده زیرا که این درمان، روابط انسانی را مهم‌ترین رکن یک درمان موفق می‌داند. تک تک کلمات و نگاه‌ها و جزئی‌ترین حرکات همگی دست به دست هم می‌دهند تا در نهایت یک درمان موفق شکل بگیرد و در نهایت همانگونه که راجرز می‌گوید، فرای یک رابطه موفق، اتحادی در اتاق درمان شکل می‌گیرد تا در یک رابطه بین فردی، مشکلات حل و فصل شوند (Tudor.۲۰۱۱).

از اصول رویکرد مراجع محور می‌توان به درک بدون قید و شرط اشاره کرد. مراجع در این رویکرد همواره شایسته توجه است و فرای ارزش‌ها و پنداره‌های شخصی، پیش‌داوری و قضاوت با او رفتار می‌شود. دومین اصل این درمان همدلیست که بیشترین نقش را در شکل‌دهی اتحاد درمانی دارد. در نهایت مثبت بودن به این مسئله می‌پردازد که یک رابطه با وجود اینکه می‌تواند پستی و بلندی‌ها و کاستی‌هایی داشته باشد اما همواره در یک جهت، یعنی جهت مثبت پیش می‌رود (Tudor.۲۰۱۱).

رابطه درمانی در رویکرد شناختی - رفتاری

درمان شناختی - رفتاری غالباً به علت نادیده گرفتن نقش رابطه درمانی مورد انتقاد قرار می‌گیرد؛ زیرا در نگاه سنتی این درمان جایگاه ویژه‌ای برای درمانگر و ارتباطات او در نظر گرفته نشده است. مراجع باید بی‌کم و کاست از درمانگر اطاعت کرده و درمانگر باید بتواند مراجع را به اطاعت کردن از چهارچوب و قوانین حاکم بر درمان وادارد. البته این رویه تغییر کرده است و در دهه‌های گذشته علاقه به ماهیت رابطه درمانی در این رویکرد افزایش قابل توجهی یافته است. درمانگران شناختی پیشنهاد کرده اند که رابطه درمانی طرح‌های بین‌فردی را نمایان می‌سازد. برای مثال مشکلات وابستگی پیشین، پردازش عاطفی و ایرادات در اعتبارسنجی و شفقت و دیگر فرایندهای مختلف که عدم انطباق یا مقاومت را موجب می‌شوند یکی از این موارد

است. درمانگر شناختی - رفتاری وظیفه دارد قبل از آنکه درمانی را پی‌ریزی کند و نقشه راه درمان را مشخص سازد، برای شناخت الگوهای ارتباطی و بین‌فردی ناسازگارانه مراجع که هم در زندگی واقعی و هم در اتاق درمان موجب عدم پیش‌برد برنامه‌ها می‌شود، تلاش به عمل آورد (Leahy, ۲۰۰۸). که می‌خواهد قرار بگیرد و حالت چهره‌ای که حس می‌کند موجب آرامشش است، داشته باشد. در نهایت با این تکنیک‌ها که همگی نیازمند آگاهی مراجع از پذیرش بی‌قید و شرط درمانگر است، مراجع خودآرام‌بخشی را می‌آموزد و هیجاناتش را مدیریت می‌کند (Greenberg, ۲۰۱۴).

رابطه درمانی در رویکرد هیجان‌مدار

در رویکرد هیجان‌مدار رابطه درمانی همان اصول همدلی و پذیرش راجرزی را داراست اما این رویکرد از این اصول برای تنظیم هیجانات مراجع بهره می‌گیرد زیرا آسیب‌شناسی روابط را در مدیریت هیجانات می‌بیند و همدلی و پذیرش را ابزاری برای دستیابی به مدیریت هیجانات. به مرور زمان این همدلی و پذیرش بی‌قید و شرط درمانگر فرصت دیده شدن هیجانات و بروز شکل کارآمد آنها را افزایش می‌دهد تا فرد بتواند هیجانات خود را پذیرفته و ضمن آگاهی از آنها، در مدیریت کردن آنها خبره شود. به عبارت دیگر، تنها به وسیله همدلی و پذیرش است که مراجع فرصت رویارویی با خود و هیجاناتش را می‌یابد. فرصتی که برای مثال بدون مشاخره بتواند خشم خود را درک کند یا نگرانی‌هایش را مورد ارزیابی قرار دهد. نتیجه این امر تنظیم درونی خواهد بود که هدف درمان هیجان‌مدار است. درمان هیجان‌مدار با احترام به هیجانات مشتری به او اجازه می‌دهد تا در اتاق قدم بزند، در وضعیتی

رابطه درمانی در رویکرد انسان‌گرایانه

رویکردهای انسان‌گرایانه در بررسی رابطه درمانی و اتحاد درمانی بر نقش اساسی تفاوت‌های فردی تاکید می‌کنند. به نظر آنها هر انسان از زندگی تجربه‌ای منحصر به فرد دارد، بنابراین تلاش درمانگر برای القاء تجربیات خود ممکن است به شکست بیانجامد و در نتیجه اتحاد درمانی از میان برود. برای مثال زمانی که چنین اتفاقی رخ می‌دهد، مراجع از شرکت در برنامه‌هایی که درمانگر برایش تدارک دیده به شدت خودداری می‌کند و مشارکت بین درمانگر و مراجع به علل عاطفی همچون نگرانی‌های قدرت و کنترل از میان می‌رود. مراجعی که نتوانسته است تجربیات درمانگر را در خود درون‌سازی کند و آنها را به تجربیات خود پیوند دهد ممکن است چنین بپندارد که درمانگر به او اهمیت نمی‌دهد و یا او را آن طور که باید درک نمی‌کند. این علائم به از بین رفتن اتحاد درمانی می‌انجامد که پیش‌بینی می‌کند درمان به زودی شکست خورده و مراجع پیش از آنکه زمانش برسد درمان را ترک می‌کند (Hill, ۲۰۰۹).

رابطه درمانی در گشتالت‌درمانی

در دسترس نیست. عمل درمانی باید این را در نظر بگیرد. بنابراین، آنچه در حوزه درمانی دنیای پدیداری درمانگر اتفاق می‌افتد، به هیچ وجه با آنچه در حوزه درمانی دنیای پدیده‌ای درمانجو اتفاق می‌افتد، یکسان نیست. ابتدا باید در دنیای دیگری به واقعیت تبدیل شود تا در آنجا به بخشی میدان تبدیل شود و سپس به عنوان بخشی از این حوزه دیگر عمل خواهد کرد که احتمالاً با نحوه عملکرد آن به عنوان بخشی از حوزه درمانگر تفاوت قابل توجهی دارد.

یک اتحاد کاری ویژه با هدف حمایت روانی از مراجع در غلبه بر یک وضعیت خاص از رنج روانی، پریشانی عاطفی یا محدودیت روانی در گشتالت‌درمانی به عنوان بخش اساسی رابطه درمانی دیده می‌شود. مانند هر رابطه‌ای، این یک رویارویی واقعی بین مردم است و بنابراین نمی‌توان آن را به جنبه یک اتحاد کاری محدود کرد. یک رابطه درمانی دارای ویژگی‌های گشتالت است، با ویژگی‌های بافت، ویژگی‌های نظم و ساختار، و ویژگی‌های بیان: ویژگی‌های بافت توسط افراد درگیر تعیین می‌شود، در حالی که ویژگی‌های ساختاری عمدتاً از ویژگی‌های با هم بودن ناشی می‌شود. در یک درمان و دوره آن ویژگی‌های بیانی رابطه - خواه پرتنش، اعتماد، ناامن، گیج کننده و غیره - بارها و بارها در طول درمان تغییر می‌کند و مهم‌تر از همه، همیشه در هر دو طرف (درمانگر و مراجع) به یک شکل ظاهر نمی‌شود.

گشتالت خود را یک رویکرد رابطه‌محور می‌داند

روان‌درمانی نظری گشتالت به عنوان یک روش روان‌درمانی علمی در اتریش شناخته می‌شود. نظریه گشتالت مکتب برلین از ابتدای پیدایش رشته مطالعاتی به نام روان‌شناسی گشتالت بر توسعه چندین مکتب روان‌درمانی، از جمله گشتالت‌درمانی، روانکاوی گروهی، و سایر رویکردهای روان‌درمانی که بر پویایی گروه و بعدها بر روان‌درمانی کاتاتیمیک تمرکز داشتند، تأثیر گذاشت. در مورد درک روان‌درمانی و نیازهای وجودی فرد، نظریه گشتالت با روان‌شناسی فردی آدلری و رویکرد مشتری محور کارل راجرز اشتراکات زیادی دارد. همچنین، برخی از مکاتب فکری روانکاوانه، ادغام بینش‌های نظری گشتالت را در نظر گرفته‌اند (Böhm, 2021).

رویکرد نظری گشتالت به رابطه روان‌درمانی ابتدا پیشینه معرفتی را در نظر می‌گیرد. در واقع وقتی از درمان صحبت می‌کنیم، دو رابطه درمانی و دو موقعیت درمانی داریم. رابطه درمانی شامل یک تجربه در دنیای پدیداری مراجع و یک تجربه در دنیای پدیداری درمانگر است. رابطه درمانی در دنیای پدیداری مراجع با رابطه درمانی در دنیای پدیداری درمانگر یکسان نیست. اگرچه به طور کلی شباهت‌هایی در زمینه‌های خاص وجود خواهد داشت، اما اغلب از جنبه‌های دیگر نیز تفاوت‌های قابل توجهی وجود دارد. بین این دنیاها، تفاهم و تعامل امکان پذیر است، اما همیشه از قبل

رابطه درمانی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT یک مدل مداخله‌ای و تشخیصی روانپزشکی است. ACT استدلال می‌کند که هسته رنج انسان درگیر شدن با شناخت ویژگی‌های حقیقی انسان است که منجر به عدم تمایل افراد در تماس با تجربیات خصوصی خاص، ناتوانی در برقراری ارتباط انعطاف‌پذیر و داوطلبانه با وقایع فعلی، و عدم دخالت در فعالیت‌های انعطاف‌پذیر و متعهد مبتنی بر ارزش می‌شود. شواهد برای اهمیت انعطاف‌پذیری روانشناختی و اجزای آن در انواع مختلف مشکلات بالینی و نقش میانجی آنها در آزمایشات بالینی افزایش می‌یابد.

در این رویکرد وظیفه اصلی درمانگر کمک به مراجع است تا بتواند هر چه بیشتر با لحظه حاضر ارتباط برقرار نماید. برای این کار درمانگر از تکنیک ذهن آگاهی (mindfulness) استفاده می‌نماید. در تکنیک‌های ذهن آگاهی شخص بر روی انجام فعالیت‌ها متمرکز می‌شود.

درمانگران ACT همانند درمانگر شناختی - رفتاری مراجع را به مقابله با افکار و تصورات ناراحت‌کننده تشویق می‌کند. همچنین رابطه میان درمانگر و مراجع در این رویکرد بر پایه تشویق‌های درمانگر برای تعهد بیشتر برای انجام برخی از فعالیت‌ها و پذیرش تجربیات و توجه به ارزش‌های خود است که مراجع را با توجه و آگاهی بیشتر نسبت به لحظه حاضر به سوی مقابله با مشکلات سوق می‌دهد.

که در آن توجه درمانگر اساساً بر روابط مراجع متمرکز است. از یک طرف، علاقه خاصی که رویکرد گشتالتی به خود مربوط می‌کند، در روابطی است که مراجع با هموعان خود دارد، از طرف دیگر، به رابطه بین درمانگر و مراجع در موقعیت درمانی مربوطه علاقه‌مند است. و در نهایت در رابطه‌ای که مراجع با خودش دارد. این سه مرحله یا حوزه روابط تعامل نزدیکی با یکدیگر دارند: گاهی اوقات مشکلات و فرصت‌های مقابله‌ای که مراجع در روابط روزمره خود دارد در رابطه درمانی ظاهر می‌شود، شاید به شکلی تا حدودی تغییر یافته. این نوع خاص از «انتقال» فرصتی را برای رسیدگی مستقیم به چنین مشکلاتی در محل ارائه می‌دهد. در محیط محافظت‌شده از موقعیت درمانی، ممکن است افراد اشکال جدیدی از برخورد با این موقعیت‌های دشوار و چالش برانگیز را امتحان کنند. وقتی موفقیت‌آمیز باشد، ممکن است تجربیات جدیدی از بهبود رابطه در برخورد درمانی پیدا شود (Böhm, ۲۰۲۱).

چند نمونه از اشکال مداخله و تکنیک‌هایی که قادر به ایجاد تغییرات ساختاری در فضای زندگی مراجع هستند:

- ایجاد تغییر در درجه واقعیت فضای زندگی، به عنوان مثال، تبدیل تجربه به یک صحنه فیلم، سحر و جادو و مانند آن.

- ایجاد تمایز بالاتر یا پایین‌تر از فضای زندگی (به عنوان مثال، مشاهده از طریق ذره‌بین یا تلسکوپ).

- گسترش یا محدود کردن فضای زندگی.

بحث و نتیجه‌گیری

حالی که رویکرد مراجع محور بر این موضوع تأکید دارد که همدلی و پذیرش بی قید و شرط باید در درمان وجود داشته باشد تا اتحاد درمانی شکل بگیرد. با وجود این تأکیدات مختلف بر جنبه‌های متفاوت این مفاهیم به هم مرتبط، می‌توان گفت لازمه هر درمان موفق، ارتباطی است که مراجع با درمانگرش برقرار می‌سازد و این عامل بیش از هر عامل دیگری می‌تواند در موفقیت درمان تعیین‌کننده باشد. نه تنها اتحاد درمانی، درمان را پیش می‌برد و از ترک آن جلوگیری می‌کند، بلکه خود رابطه و توجه مثبت، همانطور که رویکرد هیجان‌مدار نیز به آن اشاره می‌کند، باعث پذیرش مراجع از خودش می‌شود و مراجع را درباره مسائل خود عمیق می‌سازد.

اتحاد درمانی در نتیجه رابطه درمانی سازنده بین درمانگر و مراجع ایجاد می‌شود و پیش‌بینی می‌کند که درمان موفقیت‌آمیز خواهد بود؟ مراجع پیشرفت خواهد کرد؟ و یا حتی درمان را ترک خواهد کرد یا خیر؟ برای آن که بتوان درباره این دو مفهوم یعنی رابطه درمانی و اتحاد درمانی به طور جدی بحث کرد باید نمودهای آنرا در رویکردهای مختلف مورد بررسی قرار داد. رویکردهای مختلف تأکیدات مختلفی بر جنبه‌های یکسانی از این پدیده دارند. برای مثال رویکرد انسان‌گرایانه به درمان، نقش انتقال تجربه‌های شخصی را پررنگ می‌کند و آن را در ایجاد یا از بین رفتن اتحاد درمانی حائز اهمیت می‌شمارد. در

منابع

- Böhm, A. (2021). Basic principles for therapeutic relationship and practice in gestalt theoretical psychotherapy. *Gestalt Theory*, 43(1), 69-86.
- Greenberg, L. (2014). The therapeutic relationship in emotion-focused therapy. *Psychotherapy*, 51(3), 350.
- Hill, CE & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy research*, 19(1), 13-29.
- Horvath, AO. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory: An introduction to the special issue. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 3-7.
- Leahy, RL. (2008). The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(6), 769-777.
- Mackay, M. (2012). Acceptance and commitment therapy for interpersonal problems. Oakland: New harbinger.
- Tudor, K. (2011). Rogers' therapeutic conditions: A relational conceptualization. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 10(3), 165-180.



گزارش عملکرد انجمن

محمد اسمعیلی
دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی

عنوان برنامه	سخنران/سخنرانان	سطح برگزاری
وبینار آموزشی نحوه انتخاب موضوع پایان‌نامه کارشناسی ارشد و دکتری	دکتر سید محمدرضا تقوی	کشوری
کارگاه تخصصی آزمون‌های mmpi_2 و mmpi_3	دکتر حمید یعقوبی	کشوری



عنوان برنامه	سخنران/سخنرانان	سطح برگزاری
کارگاه آموزش مهارت‌های فرزندپروری	خانم طیبه محمودی	کشوری
کارگاه مشاوره پیش از ازدواج با رویکرد یکپارچه‌نگر	دکتر اسماعیل اسدپور	کشوری

انجمن علمی نقش روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز
برگزار میکند

آموزش مهارت‌های فرزند پروری

(بگونه‌ای با کودک رفتار کنیم؟)

موضوع: سوگندنامه طریقه‌های جدیدی

دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز

زمان: **پنجشنبه ۱۸.۱۱.۲۰** (اسفند ۱۴۰۰)
ساعت: **۲۱:۵۴**
مکان: **زمان کارگاه ۳۰ ساعت**

مکان: **پست فضای مجازی انجمن کانکت**

دری کسب اطلاعات بیشتر و ثبت نام به شماره‌های زیر
در پیام رهنمون و واتساپ پیام دهید

شماره: **۰۲۱۳۵۵۳۳۹۲**
۰۲۱۳۵۵۷۸۲۱

همراه با امکان دسترسی به اینکد ضبط شده کارگاه

انجمن علمی روانشناسی دانشگاه یزد با انجمن های همکار برگزار می کند:

مشاوره ی پیش از ازدواج با رویکرد یکپارچه نگر

با حضور: **دکتر اسماعیل اسدپور**

متخصص زوج درمانی و مشاوره خانواده
عضو هیئت علمی دانشگاه یزد (م)

آنلاین

زمان: سه شنبه ۲ اسفند
سه شنبه ۱۰ اسفند
سه شنبه ۱۷ اسفند

از ساعت ۱۸ الی ۲۱

سرفصل‌ها:

- معرفی مدل یکپارچه نگر
- مشاوره پیش از ازدواج
- و آموزش گام به گام این رویکرد
- یادگیری و کاربست برخی تست‌های مهم در مشاوره پیش از ازدواج
- چالش های مشاوره پیش از ازدواج در ایران
- اهداف و نقش مشاوران پیش از ازدواج

هزینه:

دانشجویان دانشگاه یزد و دانشگاه‌های همکار: **۸۰ هزار تومان**

سایر افراد: **۱۰۰ هزار تومان**

جهت ثبت نام در تلگرام یا واتس اپ پیام بدهید:

@yupa_workshop
09355073604

عنوان برنامه	سخنران/سخنرانان	سطح برگزاری
کارگاه طرحواره درمانی	خانم شقایق طهماسبی زاده	کشوری
لایو اینستاگرامی اسکار جوکر	دکتر سارا رمضانی خانم زویان میرزائی	کشوری

انجمن علمی روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی برگزار می‌کند:

کارگاه طرحواره درمانی

مدربس: شقایق طهماسبی زاده

- دانش آموخته‌ی روان‌شناسی از دانشگاه بجنورد و کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه محقق اردبیلی
- دانشجوی استعداد درخشان و پذیرفته شده استعداد درخشان کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه محقق اردبیلی

سرفصل‌ها:

- آشنایی با طرحواره درمانی و لزوم استفاده از آن
- آشنایی با طرحواره های ناسازگار اولیه
- آشنایی با سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله ای ناسازگار
- مفهوم‌سازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرحواره محور
- سنجش طرحواره‌ها
- آموزش به بیمار درباره طرحواره‌ها
- مروری بر راهبردهای شناختی و تجربی

هزینه ثبت‌نام: ۲۵ هزار تومان
(بستر کارگاه: اسکنایروم)

جوایز: گواهی معتبر

جلسه اول: چهارشنبه ۱۱ اسفند ۱۴۰۰
جلسه دوم: پنجشنبه ۱۲ اسفند ۱۴۰۰
ساعت: ۱۸:۳۰ الی ۲۰:۳۰

جهت ثبت‌نام به آیدی تلگرامی زیر پیام دهید: @ravan_uma

Uma_psychology

انجمن علمی مشاوره دانشگاه بجنورد
با همکاری جمعی از کانون‌ها و انجمن‌های علمی کشور برگزار می‌کند:

۱۴۰۰ اسفند ۱۵ ساعت ۲۰

اسکار جوکر

لایو اینستاگرامی

تحلیل، نقد و بررسی روانشناسانه فیلم سینمایی جوکر ۲۰۱۹ به کارگردانی تاد فیلیپس

مدربس: سارا رمضانی
کارشناس ارشد روانشناسی عمومی مشاور تحصیلی و انگیزشی مدرس ویژه مهارت‌های زندگی کودکان و نوجوانان

همکار: زویان میرزائی
دانشجوی کارشناسی زبان روسی دانشگاه بجنورد

برگزاری در صفحه انجمن: @anjaman.ub.moshavereh

عنوان برنامه	سخنران/سخنرانان	سطح برگزاری
کارگاه آموزشی چگونه در کنکور کارشناسی ارشد و دکتری قبول شویم؟	خانم‌ها طیبه محمودی و مائده زادسر، آقای نیما جمالی	کشوری
نشست شادی درون و شادی پایدار	پروفسور نیلوفر میکائیلی	کشوری



انجمن علمی بخش روانشناسی بالینی برگزار میکند:

چگونه در کنکور کارشناسی ارشد و دکتری قبول شویم؟

معرفی منابع کنکور کارشناسی ارشد و دکتری روان شناسی بالینی

مدرسین

سرکار خانم طیبه محمودی
دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز

سرکار خانم مائده زادسر و جناب آقای نیما جمالی
دانشجویان کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز

زمان: 21 اسفندماه 1400
ساعت 19:30 تا 21

لینک ورود: <http://vroom.shirazu.ac.ir/elmi21>




انجمن علمی روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی به مناسبت روز جهانی شادی برگزار می‌کند:

نشست آگازین «شادی درون و آرامش پایدار»

گاهی برای ارتقای سلامت روان

با حضور پروفسور نیلوفر میکائیلی
استاد مشاور انجمن علمی روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی و عضو هیئت علمی دانشگاه

تاریخ نشست: یکشنبه ۲۲ اسفندماه
ساعت نشست: ۱۹ الی ۲۰
در بستر گوگل میت

جهت ثبت نام و دریافت لینک به آیدی تلگرامی پیام دهید: @ravan_uma

شماره تماس: ۰۲۱-۸۱۲۳۳۳۳۳

uma_psychology | uma.psychology

عنوان برنامه	سخنران/سخنرانان	سطح برگزاری
نشست پلی به سوی اشتغال	دکتر سارا علائی	کشوری
اختلالات روانی (تولید محتوا)	-	کشوری

انجمن علمی روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی به مناسبت روز جوان برگزار می‌کند:

پلی به سوی اشتغال

نشستی با مضمون اشتغال جوانان در حوزه روان‌شناسی، مشاوره و علوم تربیتی

با حضور **دکتر سارا علائی**
دکتری روان‌شناسی
بانوی پژوهشگر برتر استان
برگزیده بنیاد ملی نخبگان

دوشنبه ۲۳ اسفندماه
۱۸ عصر
در بستر گوگل میت

شرکت برای تسهیل **آزادان رایگان** می‌باشد.

جهت ثبت‌نام و دریافت **لینک** به آیدی تلگرامی پیام دهید: **@ravan_uma**



uma_psychology uma_psychology

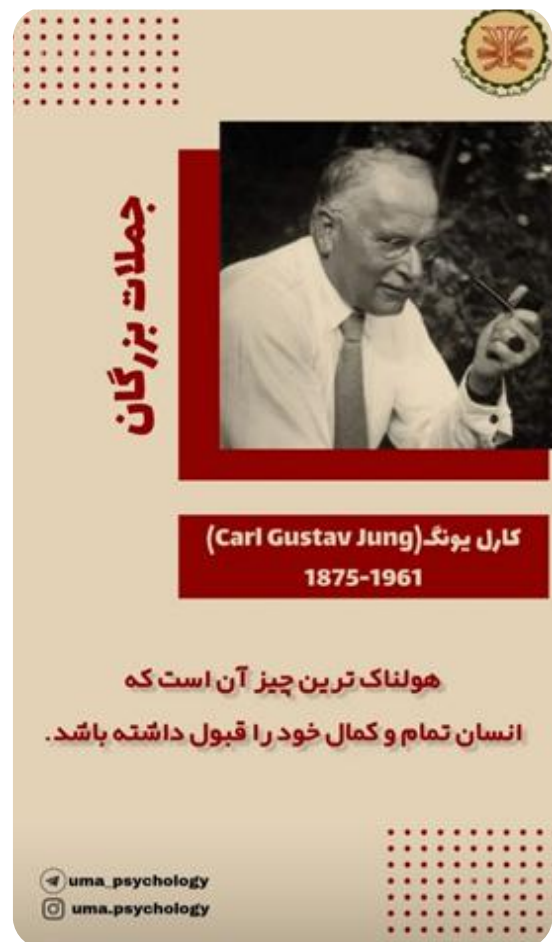


اختلالات دفعی

uma_psychology
uma_psychology



عنوان برنامه	سخنران/سخنرانان	سطح برگزاری
تشخیص اختلال کیس موردی (مسابقه)	-	کشوری
سخنان بزرگان (تولید محتوا)	-	کشوری



عنوان برنامه	سخنران/سخنرانان	سطح برگزاری
معرفی فیلم و کتاب (تولید محتوا)	-	کشوری

مورد روانشناختی: اسکیزوفرنی

معرفی فیلم

یک ذهن زیبا (A beautiful mind 2001)
IMDb: 8.2/10 2h 15m

داستان فیلم
جان ناکن از اصل گروه و از دانشگاه فرغ التحصیل شده و به سمت استادی برگرده می‌شود. او توانایی کار با اعداد در کسفر ابعاد بین اشکال و اعداد به هر رشته دارد. در دواج با آلیشیا اینتگر کوانی، به زندگی او رنگ و لعاب دیگر می‌دهد تا اینکه ظاهراً ویلیم پاتر پر اد هریس، مشاور سیا به سراغش می‌رود و از او می‌خواهد با توجه به استعدادش نظریاتی در زمینه فعالیت‌های در شکلی به سیا کمک کند.

uma_psychology
uma_psychology

کتاب "انسان در جستجوی خوبیشی"

این سنده روانی
معرفی کتاب

نویسنده این کتاب که یکی از برجسته‌ترین روانشناسان و روان‌پژوهان است پس از مرگش هزار زبان چاپ شده است و تا به حال در ایران، سوئیس و آلمان راه خود را در جهان پیدا کرده و خواننده را به خود و گفتار جده خوش‌گوشی فرا می‌خواند.

هدف اصلی این سدهم و پانزدهم و بدنی کتاب، برانگیزان کردن ذهنی دین و پیوستگی بر مبنای از جمله مطالب متنوع و قابل‌توجه است. کتاب حاضر است. ترجمه‌ی مستقیم است و کتاب و توضیحات روانشناسانه در هر دو بخش از آن خواهد بود. از ادبیات و مباحث ادبی است. این سدهم بر اهمیت و سودمندی کتاب افزوده است.

uma_psychology
uma_psychology

معرفی فیلم: یک ذهن زیبا (A beautiful mind)

کتابی به برکت بتوان گفت ذهن زیبا خوش‌بخت‌ترین اثری در زمره فیلم‌های روانشناختی می‌باشد. یک درام به تمام معنا که در آن مرز بین خیال و واقعیت به پارک‌ترین حد خود می‌رسد.

این فیلم سرگذشت زندگی جان ناکن ریاضی‌دان و اقتصاددان بزرگ مصر را نشان می‌دهد که از ابتدای نیشگی را برآمده گرفته را به تصویر کشیده است. کسی که توانست برنده جایزه نوبل اقتصاد شود. اما نکته‌ی جالب اینجاست که این نابغه ریاضی از اختلال اسکیزوفرنی رنج می‌برد.

انتخاب شما هم از آن دسته افراد هستید که از آشنایی با اختلالات روانی به خصوص از نوع اسکیزوفرنی لذت می‌برید.

فیلم beautiful mind به کمک تدوین و جلوه‌های ویژه‌ی به خصوص خود می‌تواند تا حد زیادی ما را درگیر خودش کند. با دین این فیلم شما به خوبی می‌توانید زندگی را از درونی ذهن یک بیمار اسکیزوفرنی نگاه کنید.

uma_psychology
uma_psychology



سخن پایانی

محمد سلیمانی

کارشناسی زبان و ادبیات انگلیسی دانشگاه
علامه طباطبایی

عشق بر بالای قله جلوه نمایی می‌کند.
و ما فکر می‌کنیم که با رسیدن به قله همه چیز را خواهیم داشت و عشق را فتح خواهیم کرد.
ولی آنگاه که به آن بالا برسیم دیگر جای کافی برای سکونت عشق باقی نمی‌ماند پس به دره می‌غلطد.
و باری دیگر بر قله کوهی ایستد و به اطراف، درخشان می‌تابد.
ما می‌مانیم و قله دیگری برای فتح کردن. می‌دویم، صخره‌نوردی می‌کنیم و قله فتح می‌کنیم غافل از اینکه وصال ما لحظه‌ای بیشتر به طول نخواهد انجامید.
آنهایی که شعار فتح قله‌ها را سر می‌دهند یا خودشان ناآگاه و ناعاشق هستند و یا قصد دواندن همیشگی شما را دارند.
طبیعت عشق این است که فتح‌شدنی نیست. طبیعتش این است که تا تو هنوز باشی آن نخواهد بود.
با بودن تو او فرار می‌کند و تو میمانی و خستگی راه و شکست ناگهانی پس از موفقیت.
آنهایی که خود را باختند، آنهایی که از خود گذشتند، آنهایی که تسلیم شدند، فقط آنها هستند که می‌توانند در عشق یکی شوند.
چه بر فراز قله‌ها، چه در قعر دره‌ها، آنها عشق هستند و جدایی از آن دیگر برایشان نامفهوم است.
مقصد را رها کن، مسیر شو.
عشق را کنار بگذار، عاشقی پیشه کن.

تحويل

فصلنامه علمی - فرهنگی

انجمن علمی روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی

