

روان بنده



در این شماره می‌خوانید :

کرونا و درمان غیرحضوری
در مورد مشاوره تلفنی یا آنلاین بیشتر بدانیم

کرونا و راهبردهای روان‌شناختی
توصیه‌های پروفسور استیون هیز (مبدع روش درمانی اکت ACT)

زخم‌هایی که نشانه کودک‌آزاری نیستند!
رابطه صدمات جسمی کودکان با بیماری‌های روان‌شناختی والدین

بازسازی رابطه یا رها کردن آن؟
چگونه می‌توان رابطه را بعد از به هم خوردن اعتماد بازسازی کرد.





روان بنه

نشریه روان بنه

شماره ثبت نشریه ۸۰۴۴۴

زیر نظر: گروه رشد و توسعه روانشناسی در ایران

سال چهارم / شماره ۴۵ / اردیبهشت ۱۳۹۹

Fourth year / Number forty-five / April 2020

G & D Group

سر دبیر: دکتر مسعود حامدی

شورای تحریریه: (به ترتیب حروف الفبا)

دکتر مهدی اکبری، دکتر علیرضا بوستانی پور

دکتر محمود دهقان، دکتر اسما عاقبتی

هیئت تحریریه: (به ترتیب حروف الفبا)

سرور سعیدیان، مژگان عطار

گرافیک: فاطمه درینی

کانال تلگرام: <https://t.me/RavanBoneh2>

سایت: ravanboneh.com

پست الکترونیک: info@ravanboneh.com

شماره های تماس: ۰۲۱-۸۸۳۰۵۰۲۸ و ۰۹۰۲۳۲۰۲۹۲۳۵

نویسندگان این شماره (به ترتیب حروف الفبا):

فاطمه بهاری، صدرا بهبودمنش، مژگان عطار

احمد رضا قدسی سنجانی، فرزاد کمالی فرد

این نشریه الکترونیکی با هدف انتشار مقالات، رویدادها و موضوعات حوزه روانشناسی و مشاوره هر ماه به صورت رایگان با همت متخصصین دغدغه مند در این حوزه ها نگارش، تولید و منتشر خواهد شد. سایر دوستان و متخصصین که تمایل به همکاری با این نشریه الکترونیکی دارند می توانند نقطه نظرات خود را از طریق پست الکترونیکی با ما در میان بگذارند. برای عضویت این خبرنامه از طریق سایت می توانید اقدام نمایید.

سازمان آگهی ها

برای درج آگهی و یا اطلاع رسانی پیرامون کارگاه ها و همایش ها در حیطه

روانشناسی با ایمیل info@ravanboneh.com در تماس باشید.

فهرست مطالب:

سخنی با مخاطبین: کرونا و درمان غیر حضوری / در مورد مشاوره تلفنی یا آنلاین بیشتر بدانیم / ۳

درمان شناختی رفتاری / ۴

کرونا و راهبردهای روان شناختی / توصیه های پروفیسور استیون هیز مبدع روش درمانی اکت / ۵

درمان کودک و نوجوان / ۶

زخم هایی که نشانه کودک آزاری نیستند! / رابطه صدمات جسمی کودکان با بیماری های روان شناختی والدین / ۷

معرفی کتاب / سوگ و داغ دیدگی در کودکان و نوجوانان / ۸

خانواده درمانی / ۹

بازسازی رابطه یا رها کردن آن؟ / چگونه می توان رابطه را بعد از به هم خوردن اعتماد بازسازی کرد. / ۹

روانکاوی و فلسفه / ۱۰

بزرگترین مشکل درمان هایی که به بن بست خورده اند. / اگر تغییر بخشی از برنامه نیست، پس برنامه ای هم نیست! / ۸

معرفی کتاب / فرهنگ جامع روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت / ۹

علوم شناختی / ۱۱

بیماری که کلامش را فراموش کرد! / آفازیا یا زبان پریشی (قسمت پایانی) / ۱۲

آمار و روش تحقیق / ۱۳

یادگیری آنلاین در زمان کرونا / چه وبسایت هایی برای دوره های آنلاین روانشناسی مناسب اند؟ / ۱۶

معرفی کتاب / راهنمای نگارش و نشر مقاله علمی / ۱۷

تازه های روانشناسی / ۱۸

برشی از یک جلسه درمان / ۱۸

پیوست / ۱۹

درخواست اشتراک و نمایندگی / ۲۰

ملاحظات / ۲۱



TOP THERAPIST

مسابقه و رقابت رواندرمانگران در حیطه رواندرمانی و مشاوره

مدرسه رواندرمانی روانبونه در راستای ایجاد انگیزه و تقویت مهارت های تخصصی و عمومی رواندرمانی مدعیان حوزه روانشناسی و مشاوره اقدام به برگزاری مسابقه ای با نام تاپ تراپیست نموده است. در این رقابت که هر هفته برگزار می شود علاقمندان حوزه رواندرمانی توانمندی های خود را برای حل مساله نشان می دهند. به نفرات برگزیده جوایزی اهدا می شود. و پاسخ های منتخب برای دیگران قابل مشاهده قرار خواهد گرفت.

این مسابقه نوعی تلنت رواندرمانگری است. بنیه رواندرمانی خود را بسنجید. توان رواندرمانی خود را ارزیابی کنید. پایگاه رواندرمانی در محله روانشناسی ایران علاقمندان می توانند از طریق سایت ravanboneh.com و اینستاگرام از آغاز مسابقه اطلاع حاصل کنند. همچنین علاقمندان می توانند برای شرکت در مسابقه در سایت بخش مربوط به تاپ تراپیست را انتخاب کنند و برای مسابقه ثبت نام نمایند.

♦ گروه مخاطب: کلیه روانشناسان و مشاوران

♦ شیوه مسابقه: آنلاین / تشریحی

♦ نوع مسابقه: تحلیل محتوا

♦ دوره برگزاری : هر هفته

توضیح شیوه مسابقه:

در هر هفته توسط یکی از رواندرمانگران که جلسات درمانی خود با یکی از مراجعین خود را برای بیش از ۱۰ جلسه ادامه داده است خواسته می شود محتوای یکی از جلسات مراجع را که در حدود ۲ صفحه ۴۱ می باشد در اختیار متقاضیان به صورت تایپ شده قرار دهد و سوالاتی در خصوص جلسه درمان مطرح می نماید که با توجه به تسلط درمانگر به شخصیت و مشکلات مراجع پاسخ صحیح نزدیکترین تحلیل به پاسخ درمانگر می باشد. (محتوا مربوط به مراجع و درمانگر حقیقی می باشند)

تمرکز مسابقه :

سوالات مسابقه به محتوای اکادمیک و تئوری که تدریس می شود نمی باشد و بیشتر تلاش می شود دقت، تیز بینی، حضور ذهن، تمرکز، شرکت کنندگان مورد سنجش قرار بگیرد.



کرونا و درمان غیر حضوری

در مورد مشاوره تلفنی یا آنلاین بیشتر بدانیم.

تیم تخصصی درمانگران روان بنه

با شیوع بیشتر ویروس کرونا، بسیاری از مراکز روانشناسی تعطیل و وقت‌های مشاوره به زمان بعدتر موکول شده‌اند. در این میان مراجعانی هستند که نمی‌توانند درمان را رها کنند و یا برخی اشخاص به دلیل پیامدهای ویروس کرونا و قرنطینه، نیاز شدیدی به مشاوره دارند. استفاده از مشاوره تلفنی مدت‌هاست که رواج بسیاری دارد و حالا مشاوره‌های آنلاین نیز به این دسته اضافه شده‌اند. در این مورد آرا مخالف و موافق زیادی وجود دارد و تحقیقات هنوز در زمینه اثربخشی آن ادامه دارد. امنیت و محرمانه بودن، نحوه پرداخت هزینه‌ها و تصورات قالبی مبنی بر اثربخشی این نوع درمان و نحوه شکل‌گیری رابطه درمانی از جمله مباحث مهم مطرح‌شده در این زمینه است. حالا شیوع کرونا تمامی این ریسک‌ها و نگرانی‌ها را کمرنگ کرده و مشاوره‌ها را به سمت مشاوره آنلاین سوق داده است. بعد از چندین هفته استفاده تعداد زیادی از درمانگران و بیماران از این روش، نظرات متفاوتی در مورد این موضوع وجود دارد. برخی تکنولوژی را باعث حواس‌پرتی دانسته و یادگیری آن را سخت می‌دانند. بعلاوه از دید این گروه رابطه درمانی و تعاملات در این سبک مشاوره‌ها شخصی نبوده و حس خوشایند اتاق درمان را ندارد. از سوی دیگر برخی دیگر این نوع درمان را بسیار مثبت و آرامش‌بخش می‌دانند و بسیاری از استرس‌هایی که در اتاق درمان انتظار آن را داشتند، در مشاوره تلفنی نمی‌بینند.

حالا که استفاده از تکنولوژی در سیستم مشاوره بسیار جدی تر شده، لازم است برخی نکات بیشتر مورد توجه قرار بگیرند. هر چند قبل از کرونا هم مشاوره های آنلاین وجود داشت ولی با همه گیری استفاده از این تکنولوژی، در نظر گرفتن این نکات الزامی به نظر می رسد.

رازداری و امنیت

این موضوع همواره یکی از نگرانی های مراجعان و درمانگران بوده است. تلفن یا پلتفرم های ارتباط اینترنتی هیچ گاه احساس امنیت کامل را به افراد منتقل نمی کنند. ریسک شنیده شدن مکالمات و لو رفتن اطلاعات افراد همواره یکی از دغدغه های طرفین بوده است. بعلاوه در این نوع مشاوره یکی از موارد مهم دیگر، مکان طرفین است. درمانگر باید در جایی باشد که امکان شنیده شدن حتی به صورت تصادفی توسط افراد دیگر وجود نداشته باشد و مراجع نیز باید مکانی داشته باشد به دور از شلوغی، با احساس امنیت و راحتی و ریسک شنود.

مواجهه

برای برخی بیماران خبری بهتر از انجام یک مشاوره آنلاین نیست. برای مثال بیمار اضطرابی که تمایلی به خروج از منزل ندارد با جلسات آنلاین احساس بهتری دارد و چه بسا حتی بعد از پایان کرونا، باز هم تمایل داشته باشد تا به صورت آنلاین به مشاوره ادامه دهد. چرا که این گونه جلسات اضطراب کمتری برایش به همراه دارند. در عین حال پروسه خروج از منزل و رسیدن به مطب درمانگر خود یک تمرین جزئی هفتگی برای این افراد است؛ بنابراین به عنوان یک درمانگر باید به خلاقیت بیشتری در این زمان فکر کنید.

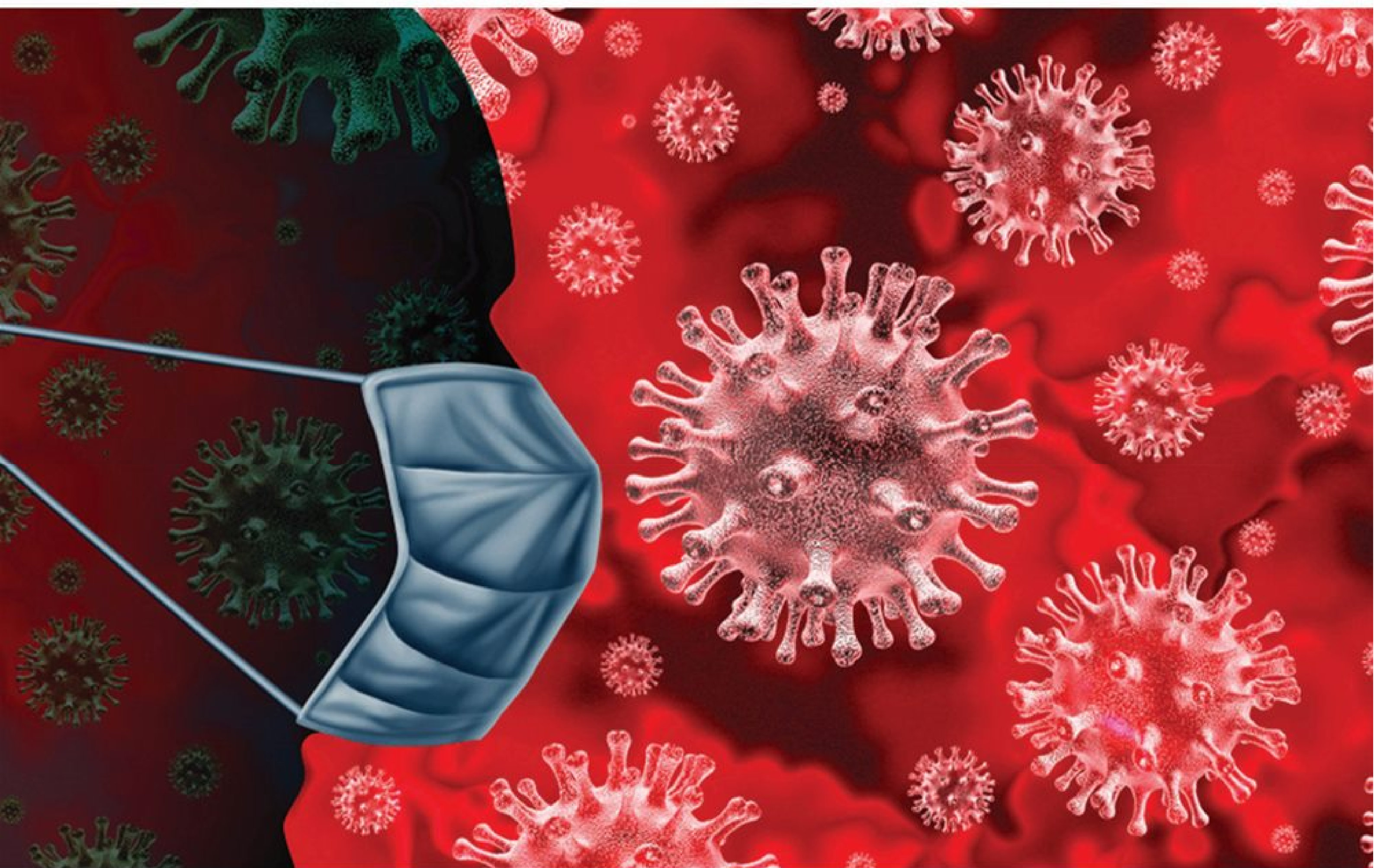
ضبط جلسات

با اینکه قبل از این موارد نیز مراجعین امکان ضبط جلسات درمانی را داشته اند، اکنون این کار در مشاوره های آنلاین بسیار ساده تر بوده و احتمال متوجه شدن درمانگر بسیار پایین است. همانند بقیه موارد این مسئله نمی تواند به تنهایی مثبت یا منفی تلقی شود ولی قطعاً ریسک حقوقی و قانونی بالاتری برای هر دو طرف، خصوصاً درمانگر، دارد و باید در نظر گرفته شود.

مرزها

در روانشناسی یکی از مسائل مهم مرز بین روانشناس و بیمار است. زمانی که افراد در یک مشاوره تلفنی یا اینترنتی هستند، میزان رسمیت آن ها نسبت به جلسات حضوری کاهش می یابد. برخی از رویکردها نسبت به این مرزهای درمانی حساسیت بیشتری دارند. برای مثال آیا درست است که به مراجع در لباس خانگی اش مشاوره دهیم؟ چه باید کرد اگر مراجع در تختش نشسته باشد و با ما صحبت کند؟ در مشاوره های اینترنتی، مراجع و روانشناس، جنبه هایی از زندگی شخصی یکدیگر را می بینند که در حالت عادی هیچ گاه به آن دسترسی نخواهند داشت. کودکان در این زمینه ریسک بیشتری دارند. ممکن است از شما درخواست کنند تا خانه شما را ببینند و رد کردن این درخواست ممکن است ارتباط دو طرف شما را خدشه دار کند. از سوی دیگر قبول کردن آن هم ممکن است با رویکرد شما سازگار نباشد؛ بنابراین قبل از مشاوره اینترنتی و آنلاین باید به این موضوعات فکر کنید.





کرونا و راهبردهای روان‌شناختی

توصیه‌های پروفسور استیون هیز (مبدع روش درمانی اکت ACT)

احمد رضا قدسی سنجانی، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

«زندگی همین‌الان است و همه‌ی ما اکنون یکی هستیم»

اگر در حال حاضر چیز مشخص و مسلمی وجود دارد، این است که زندگی تغییر کرده است. خواهرزاده من نگران است که مجبور شود عروسی خود را که از مدت‌ها قبل برنامه‌ریزی کرده است لغو کند. یکی از دانشجویان من نمی‌تواند تحقیقات خود را برای پایان‌نامه‌اش انجام دهد، زیرا محوطه‌ی دانشگاه تعطیل است. سفری که به دنبال تعطیلات بهاری و میان‌ترم پسر چهارده ساله‌ام به (سیکس فلاگ) -یکی از مناطق زیبای تفریحی - قرار بود انجام شود لغو شد؛ و همچنین دورهمی او با دوستانش نیز اتفاق نخواهد افتاد. درحالی‌که ممکن است این‌ها ضررهای ناچیز به نظر برسند، همه ما می‌دانیم که ضررهای بزرگ‌تر پیش روی ما هستند؛ از دست دادن شغل و کسب‌وکار، کم و کمتر شدن حساب‌های پس‌انداز و بازنشستگی یا در بدترین حالت از دست دادن دوستان و خانواده که هرکدام از آن‌ها ممکن است اتفاق بیفتد.

اکنون همه ما یک سری از حس و رفتارهای عادی را از دست داده‌ایم؛ بنابراین چگونه می‌توانیم به‌طور صحیح با این مسائل کنار بیاییم و هم‌زمان روی راهکارهایی برای کاهش تأثیر ویروس تمرکز کنیم.

سؤال اصلی اینجا است چگونه با روش صحیح بتوانیم از آسیب یا فقدان گذر کنیم؟

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی که با جزئیات بیشتر در یکی از کتاب هایم بنام «ذهن رها شده» توضیح داده شده است، می‌تواند در این شرایط کمک‌کننده باشد. در طی چند دهه گذشته، هزاران مطالعه علمی روی عناصر کوچکی از مهارت‌های ذهن متمرکز شده‌اند که نشان می‌دهد آیا افراد می‌توانند با مهارت‌های ذهنی به چالش‌های زندگی بپردازند یا نه؟! به عنوان مثال این مهارت‌ها پیش‌بینی می‌کنند که بعد از تیراندازی در مدرسه، پس از فوت یک عزیز، بعد از عمل سرطان یا بعد از مدتی در یک منطقه جنگی چه اتفاقی خواهد افتاد؟! خبر خوش و از همه مهم‌تر اینکه تمام این مهارت‌ها قابل یادگیری است.

۶ روش تأیید شده از منظر یک روانشناس برای مقابله با آسیب‌های غیرمنتظره در حال حاضر

۱. احساس را انتخاب کنید.

فقدان، یک سوپ غنی از احساسات، هیجانات، فشارها و خاطرات است. برای همه آن‌ها جایگاهی بسازید. تحقیقات نشان می‌دهد افرادی که با اشک و خنده به آسیب یا فقدان پاسخ می‌دهند؛ سوگواری می‌کنند ولی احترام می‌گذارند؛ از دست می‌دهند ولی قدردان هستند در روند بهبودی شانس بیشتری دارند و حتی از مسئله با رشد فزاینده‌ای بیرون می‌آیند. رشد پس از سانحه یک رویداد واقعی است. اگر می‌خواهید این کار را برای خودتان انجام دهید، با باز کردن دریچه‌های ذهن خود واکنش خود در مورد فقدان یا آسیب‌های قبلی را مورد بررسی قرار دهید.

۲. به افکار خود توجه کنید، اما انتخاب کنید کدام افکار تان را دنبال می‌کنید.

خود خردمندتر را وارد اتاق کنید و به تماشای ذهن بپردازید که چگونه برای انکار، سرزنش دیگران، برداشت اشتباه و یا مجبور کردن تفکرات در تلاش هستید! هر تغییر ذهنی می‌تواند باعث رشد شما در موقعیت فقدان یا ضرر باشد. برای مثال فرض کنید شما در مقابل یک دستگاهی قرار دارید که با فشار دادن یک دکمه، غذا به شما تحویل می‌دهد ولی موقتاً آن دکمه کار نمی‌کند اما شما دکمه را بارها فشار می‌دهید، دستگاه را می‌چرخانید یا به صفحه جلوی آن ضربه می‌زنید، با این فرض که این حرکات آنچه را که می‌خواهید برآورده کند. درواقع حرکاتی انجام می‌دهید که خودتان هم می‌دانید مفید نیستند ولی گویا قصد فریب دستگاه را دارید و باز هم تکرار می‌کنید.

در حالت دیگر فرض کنید بعد از ضربه شما به آن دکمه و عدم کارایی آن، کار خود را متوقف می‌کنید که در این حالت ذهن شما آرام خواهد شد و ممکن است افکار هوشمندانه و مفیدی ظاهر شود. این افکار ممکن است شما را ترغیب کند تا به راه‌های دیگری نیز فکر کنید؛ روش تفکر خود را به سالم‌ترین و مفیدترین روش‌ها تغییر دهید.

۳. در آنچه اینجا و اکنون اهمیت دارد حضور پیدا کنید. (بودن در لحظه)

با شروع یک آسیب، توجه خود را به آنچه در لحظه حاضر مهم است هدایت کنید.

اجازه دهید شایعات و نگرانی‌ها عبور کنند و در عوض تمرکز خود را گسترش دهید. به خودتان یادآور باشید که تو اینجایی، تو زنده‌ای و این لحظات زندگی توست.

۴. در ارتباط خود با دیگران هوشیار باشید.

زمانی را به یادآورید که کسی چشم به چشمان شما دوخته و با واژه ی «عزیزم» صدایتان کرده است. در آن لحظه مغز شما با آزادسازی هورمون‌های طبیعی به آن واکنش نشان داده و لحظه خاصی را تجربه کرده‌اید. چنین لحظاتی یا شبیه آن، یادآور پیوستن اعضای جامعه به انسانیت و مهربانی است. ما به آن لحظه‌های عشق و ارتباط بیش از هر زمان دیگری نیاز داریم. سر خود را تعظیم نکنید و چشمان خود را درون آسیبی که در معرض آن هستید ببندید، طوری که مثلاً مخفی کردن موضوعی باعث بهتر شدن آن خواهد شد؛ سر خود را کاملاً بالا بیاورید، چشمان خود را باز کنید و با دیگران در ارتباط باشید.

شما می‌توانید این کار را انجام دهید حتی هنگام رویارویی با مشکلات و حتی درحالی که فاصله مکانی وجود دارد. چشم در چشم عزیزانتان. به یاد داشته باشید، هم‌اکنون همه ما یکی هستیم.

۵. بهترین خود را انتخاب کنید.

به شخصی فکر کنید که ممکن است در میان آسیب برای شما بهترین راه حل باشد. اگر قادر باشید هرکسی را انتخاب کنید، آن فرد چه کسی خواهد بود؟ این کار را به روشی کاملاً منطقی انجام ندهید - بگذارید احساسات شما نیز با شما صحبت کند، سپس انتخاب کنید. پس از انتخاب، به آن شخص بیشتر فکر کنید. حدس من این است که شما کسی را انتخاب کردید که آن فرد دارای ارزش‌هایی است که همواره برای شما مورد تحسین بوده است. اگر قرار بود درجات مختلف از ارزش‌ها را به قلب خود راه دهید، چه کاری می‌توانید انجام دهید تا با این موقعیت آسیب‌زایی که درون آن هستید متفاوت برخورد کنید؟ نامه تشکر؟ تماس تلفنی با یک دوست عزیز؟ کمک به دیگری که در موقعیت مشابه شما هستند؟

۶. به دنبال آن بروید.

قلب شما فقط یک نقشه راه از ارزش‌ها به شما داده است. اکنون زمان آن رسیده است که آن را عملی کنید. ارزش‌ها مانند یک نیروی قوی هستند، به این معنی که آن‌ها به شما فشار می‌آورند تا بتوانید قدم به جلو حرکت کنید. تلنگری که یک آسیب به شما می‌زند نشانه‌هایی از عشق و مراقبت است. به جای بی‌تفاوتی، در مسیر بودن به شما کمک می‌کند تا با روشی بسیار سالم‌تر با دوره‌ی آسیب مقابله کنید. آن نامه را بنویسید، آن تماس را برقرار کنید یا به دیگران کمک کنید تا با موقعیت مشابه مقابله کنند. هر مقصدی که قلب شما برای شما ترسیم کرده است دنباله‌رو باشید.

و در آخر؛

همگی ما باهم مسیری را شروع کرده‌ایم که ممکن است یک سفر چندماهه در سراسر جهان باشد و خیلی از افراد به COVID-۱۹ مبتلا شوند. این شش مهارت به شما قدرت می‌دهد تا با وجود این بیماری همه‌گیر، برای سفر زندگی‌تان آماده‌تر باشید.



زخم‌هایی که نشانه کودک‌آزاری نیستند!

رابطه صدمات جسمی کودکان با بیماری‌های روان‌شناختی والدین

مژگان عطار، بازی درمانگر



در والدین با اختلالات شایعی چون اضطراب، افسردگی و یا اختلالات مرتبط با استرس، ریسک صدمات اندکی بیشتر از والدینی بود که اختلالات خاص مانند اسکیزوفرنی و یا دیگر مشکلات سایکوتیک داشتند. علاوه بر این در صورت ابتلای مادر احتمال این صدمات بیشتر از زمانی بود که پدر تشخیص اختلال روان‌شناختی داشت.

هرچند خشونت‌های خانگی هم در خانواده‌های مبتلا به اختلال روان‌شناختی بیشتر است ولی این پژوهش تأکیدی روی آن بخش نداشته و صرفاً تمرکز خود را بر روی آسیب‌هایی قرار داده که اتفاقی هستند. هنوز مشخص نیست چرا میزان آسیب در بچه‌های والدین بیمار بیشتر از بقیه است ولی احتمالاتی در این زمینه مطرح می‌شود. یکی از فرضیه‌ها این است که باینکه والدین کاملاً به نیاز کودکان برای مراقبت و حفاظت آگاه‌اند ولی به دلیل بیماری، قادر نیستند به خوبی ناظر و مراقب فرزندانشان باشند و فضای مناسب را در منزل برای آن‌ها فراهم کنند.

از سوی دیگر عموماً بیماری‌های روان‌شناختی با وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین در ارتباط‌اند. این موضوع سبب می‌شود خیلی از خانواده‌ها در مکان‌هایی زندگی کنند که نمی‌توانند برخی از استانداردهای امنیت را تأمین کنند.

محققان حاضر در این پژوهش بیان می‌کنند که تحقیقات آینده باید روی درمان بیماری والدین و تأثیر آن روی آسیب‌های جسمی کودکان باشد.

بنابراین اگر در اتاق درمان کودکی با آسیب‌های جسمی را مشاهده کردید و به شواهد کودک‌آزاری نرسیدید، حتماً احتمال بیماری روان‌شناختی والدین را به صورت جدی‌تری بررسی کنید چراکه این مورد روی بسیاری از موارد مربوط به کودک سایه می‌اندازد.

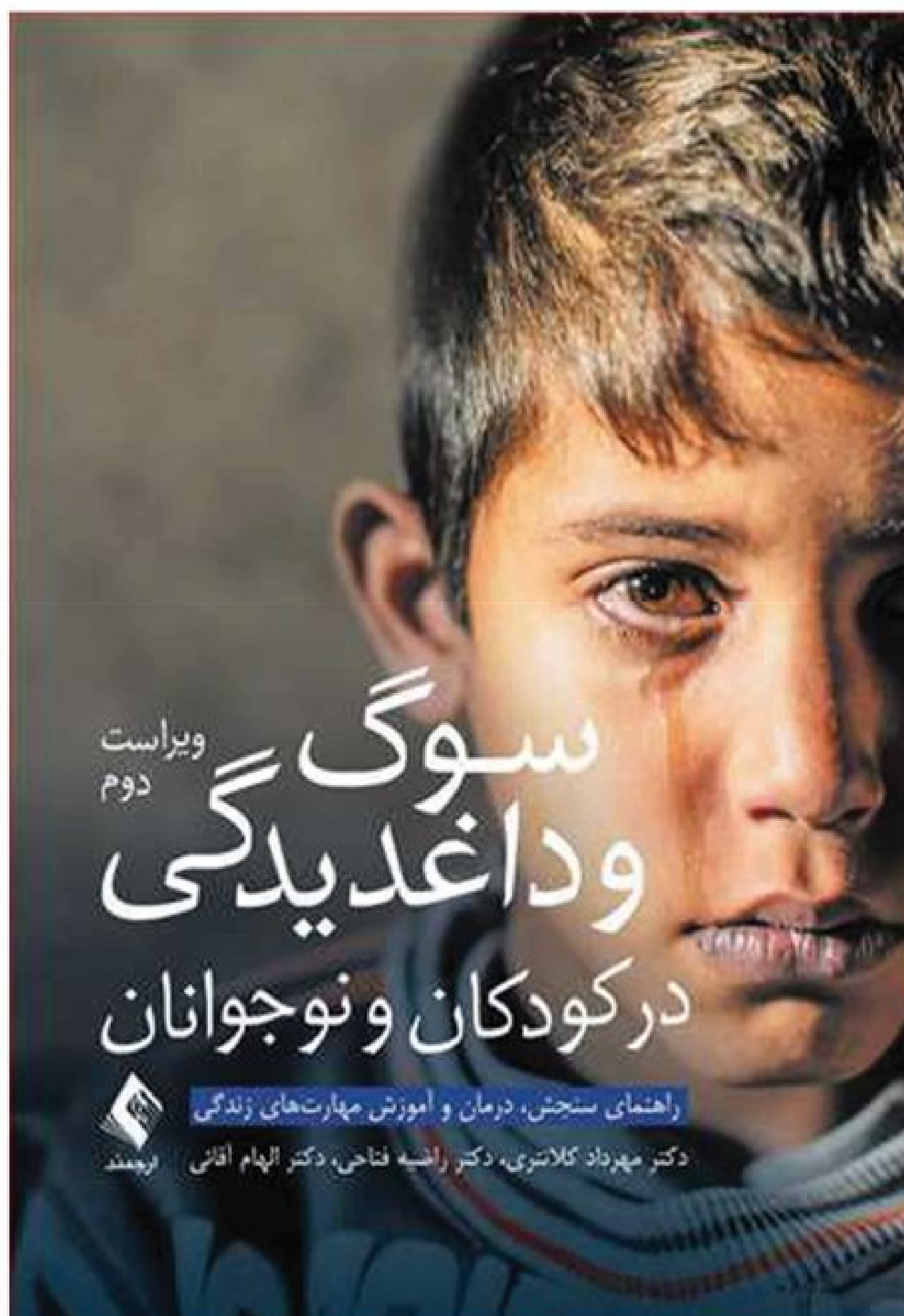
زمانی که در اتاق مشاوره کودکی را با آسیب‌های جسمی می‌بینیم یکی از اولین گزینه‌هایی که به ذهنمان می‌آید کودک‌آزاری و یا سوءاستفاده جسمی از کودک است. زمانی که از کودک یا والد گزارش می‌گیریم به مورد آزار بر نمی‌خوریم و این موضوع می‌تواند کل مسیر درمان را به سمت اشتباهی هدایت کند.

بیشتر کودکان در طول زندگی خود تجربه اتفاقات خطرناک را داشته‌اند. روی بدن هر کودک و یا بزرگ‌سالی حداقل رد یک زخم از شیطننت وجود دارد؛ اما اگر این میزان از یک اندازه‌ای بیشتر باشد ذهن متخصص را درگیر می‌کند. بسیاری از افراد این میزان زیاد را نشانه شیطننت بیش‌ازاندازه کودک دانسته و یا حتی آن را به اختلال بیش فعالی مرتبط می‌کنند.

تحقیقات جدید نشان می‌دهند والدینی که درگیر مشکلات و بیماری‌های روان‌شناختی هستند به احتمال زیاد بچه‌هایی با آسیب‌های جسمی بیشتر دارند. این ریسک در سن زیر یک‌سالگی فرزند بسیار بیشتر است ولی تا سن ۱۷ سالگی این همبستگی ادامه دارد.

محققان اطلاعات مربوط به ۱.۵ میلیون کودک سوئدی را بین سال‌های ۱۹۹۶ تا ۲۰۱۱ بررسی کردند. بیشتر از ۳۳۰۰۰۰ نفر از آن‌ها حداقل یک والد داشتند که تشخیص بیماری روانی را قبل از سن ۵ سالگی کودک گرفته بود.

این بچه‌ها تا قبل از سن ۱ سالگی ۳۰٪ ریسک بیشتری از بچه‌های دیگر در زمینه آسیب‌های جسمی داشتند. این موضوع با بالا رفتن سن کودک کاهش پیدا می‌کرد ولی همچنان در نوجوانان ۱۳ تا ۱۷ سال ۶٪ از دیگران بالاتر بود.



سوگ و داغدیدگی در کودکان و نوجوانان

راهنمای سنجش، درمان و آموزش مهارت‌های زندگی

نویسنده: دکتر مهرداد کلانتری، دکتر راضیه فتاحی، دکتر الهام آقائی

انتشارات ارجمند

درباره کتاب:

هرسال تعداد زیادی از کودکان خردسال والدین خود را در اثر سوانح رانندگی، بیماری قلبی، سرطان، طلاق، جنگ و فجایع طبیعی مانند سیل و زلزله از دست می‌دهند و درباره آینده آن‌ها نگرانی‌های جدی به وجود می‌آید. سوگ و داغدیدگی در کودکان یکی از موضوعات اساسی در روان شناسی بالینی کودک است و به مباحثی همچون مراقبت از کودکان داغ‌دیده، طرز برخورد با آن‌ها، پاسخ به سؤالات آن‌ها درباره مرگ و زندگی و آموزش اولیا و مربیان این کودکان می‌پردازد. لازم به یادآوری است که در دین مبین اسلام توجه ویژه‌ای به موضوع ایتمام شده است. در قرآن کریم نسبت به رعایت حقوق ایتمام سفارش‌های ویژه شده است. در کشور اسلامی ایران، مراکز و مؤسسه‌های خیریه فراوانی در زمینه کمک به ایتمام فعالیت می‌کنند؛ اما متأسفانه بیشتر این کمک‌ها محدود به کمک‌های مالی و مسکونی می‌شود. هنوز در کشور ما موضوع نیازهای روانی و عاطفی کودکان داغ‌دیده، جدی گرفته نشده است. اکنون زمان آن است که در کنار خدمات مالی، رفاهی و مسکونی، برای نیازهای روانی و عاطفی کودکان داغ‌دیده نیز برنامه‌ریزی شود. امید است این کتاب گام مؤثری برای توجه سازمان‌ها و نهادها و مؤسسه‌های مرتبط با کودکان داغ‌دیده باشد به گونه‌ای که خدمات روان‌شناختی در سایر خدمات مربوط به این کودکان ادغام سازی شود.



بازسازی رابطه یا رها کردن آن؟

چگونه می‌توان رابطه را بعد از به هم خوردن اعتماد بازسازی کرد.

فاطمه بهاری، خانواده درمانگر

تحقیقات نشان داده که زوجین باید به این پنج مورد برای گذر از بحران توجه کنند:

۱. اطلاع داشتن از جزئیات اتفاق

۲. بروز دادن خشم و عصبانیت

۳. نشان دادن تعهد

۴. بازسازی اعتماد

۵. بازسازی رابطه

چه فرد خیانتگر و چه فرد خیانت دیده باید تلاش کنند تا رابطه خود را مجدداً بسازند. چراکه رابطه قبلی آن‌ها با رابطه جدید فرق خواهد داشت.

اعتماد در یک رابطه نزدیک و بین زوجین، ریشه احساس آرامش و امنیت است.

دروغ، خیانت و یا قول‌های شکسته شده می‌تواند این اعتماد بین زن و شوهر را خدشه‌دار کند. در این شرایط برخی از خانواده درمانگران با واکنش احساسی فرد همراه می‌شوند و تصمیم وی را برای به هم زدن رابطه تأیید می‌کنند. هرچند که بازسازی روابط در این هنگام سخت و زمان‌بر است ولی از بین رفتن اعتماد به معنی بر هم زدن رابطه نیست. اگر هر دو طرف برای بازسازی رابطه تلاش کنند و این مشکلات ناشی از مسائل عمیق‌تری نباشد، می‌توان رابطه را دوباره از نو ساخت.

برای این کار افراد باید یک مسیر مشخص را طی کنند و درمانگر می‌تواند با نشان دادن و تقویت مهارت‌های افراد در این مسیر به آن‌ها کمک کند.

بررسی باقی‌مانده‌های رابطه

برای برقراری مجدد ارتباط، افراد باید برای رشد و پرورش مجدد رابطه تلاش کنند. جایی که اغلب زوجین در ترمیم رابطه گیر می‌کنند همین‌جاست چراکه بهبودی پس از ضربه کار دشوار و طاقت‌فرسایی است.

اطلاع داشتن از جزئیات

حتی در موارد به ظاهر آشکار خیانت همیشه دو جنبه وجود دارد. کسی که خیانت کرده باید صادقانه در مورد کاری که انجام داده جوابگو باشد و هیچ سؤالی از سمت طرف مقابل را بی جواب نگذارد. از سوی دیگر این موضوع باید به فردی که خیانت دیده بینش جدیدی در مورد زمان و چگونگی اتفاق داده و این دید را برای هر دو طرف ایجاد کند که چه مشکلات و اتفاقاتی به رخ دادن خیانت دامن زد و چه چیزهایی می تواند برای این حالت روحی طرفین تسکین دهنده باشد. شناسایی این موضوعات اولین قدم برای بازسازی رابطه است.

بروز دادن خشم و عصبانیت

صدمه های جزئی به اعتماد می تواند باعث مشکلات روان شناختی، احساسی و فیزیکی شود. شرکای زندگی ممکن است در نحوه خوابیدن، میزان اشتها و میزان تحریک پذیری نسبت به موقعیت های ناراحت کننده مشکل پیدا کنند.

در حالی که سرکوب کردن خشم و احساسات منفی یکی از گزینه های اولیه افراد است، باید به آن ها نحوه بروز مناسب خشم را آموزش داد. طرفین و خصوصاً فرد خیانت دیده باید بتوانند احساسات خود را بروز داده و در مورد آن ها صحبت کنند.

نشان دادن تعهد

سؤال اساسی هر دو طرف در این مواقع این است که آیا این رابطه برای ما کار خواهد کرد؟ آیا ادامه رابطه کار درستی است؟ همدلی، مهم ترین ابزار برای فهمیدن این موضوع است. به اشتراک گذاشتن درد و ناامیدی ناشی از اتفاق، خشم، پشیمانی و فضایی برای تأیید احساسات به طرفین برای گذر از موضوع کمک می کند. زمانی که افراد تصمیم می گیرند از خطای یکدیگر چشم پوشی کنند استفاده از عباراتی که یادآور واقعه قبلی باشد ممنوع است. باید بدون محکوم کردن احساسات، افراد قادر به صحبت کردن باهم باشند. چیزی که تمرین آن به مراجعین کمک می کند تبدیل جملات «تو» به «من» است. برای مثال به جای گفتن «تو باید منو تو اولویت قرار بدی»، باید از «من نیاز دارم که در زندگی تو اولویت داشته باشم» استفاده کرد.

بازسازی اعتماد

زوجین باید به همراه یکدیگر یک خط زمانی برای اهداف واقع بینانه در راستای بازسازی اعتماد بچینند. این اهداف به طور کلی شامل موارد زیر هستند:

۱. بخشیدن و پذیرش بخشش

تصمیم هشیار مبنی بر گذشت و گذر کردن از واقعه. رسیدن به این هدف زمان بر است ولی کلید بازگشت به رابطه این است که طرفین یکدیگر و خودشان را ببخشند و آماده ارتباط جدید باشند.

۲. نسبت به رشد و بهبود شخصی گشوده باشید.

بخشش و پذیرش خود به عنوان فرد بخشوده شده، قدم اول بازسازی رابطه است. ولی هر سلب اعتماد و خیانتی ریشه در مسائل مهم تری دارد. این موارد باید شناخته و برطرف شوند تا مشکل جدیدی بروز پیدا نکند. هم فرد مرتکب شونده و هم فرد آسیب دیده قطعاً مسائل زیربنایی تری در شخصیت و ارتباط خود دارند که زمینه سلب اعتماد به هر دلیلی را فراهم کرده است. درمانگر باید این موارد را شناسایی و به مراجع در اصلاح آن ها کمک کند. هدف پیدا کردن مقصر نیست بلکه باید ارتباط جدید، رشد یافته تر از قبلی باشد و این بدون افراد پخته تر ممکن نیست.

بازسازی رابطه

قدم نهایی بازسازی رابطه است. در اینجا افراد باید به ساخت مجدد یک رابطه بدون نقص های رابطه قبلی متعهد باشند. آن ها باید بدانند که شناخت خود را باید مجدداً شکل دهند و نسبت به سؤال های یکدیگر پاسخگو باشند چراکه این رابطه بر مبنای رابطه قبلی ساخته نمی شود و هویت جدیدی دارد. رابطه جدید شامل نوع جدیدی از اعتماد است و نباید بی اعتمادی رابطه قبلی به درون آن نفوذ کند. به زوجین یاد دهید تا با هر روشی که برای هردوی آن ها کار کرد دارد، مجدداً رابطه خود را بسازند. تاریخ های معنادار تعریف کنند، هدف جدید بسازند و...

در نهایت باید به زوجین گفت که همه روابط و حتی نزدیک ترین زوج ها نیز نیاز به تعهد و تلاش مداوم برای بهبود و رشد رابطه شان دارند.



رهایی از پیمان شکنی زناشویی

(راهنمای درمانگران)

باوکوم، اسنایدر، گوردون

ترجمه: عباس موزیری، فاطمه نادری

با مقدمه دکتر باقر ثنائی



رهایی از پیمان شکنی زناشویی راهنمای درمانگران

نویسنده: دونالد باوکوم،
دوگلاس اسنایدر، کریستینا کوپ گوردون

مترجم: عباس موزیری، فاطمه نادری

انتشارات ارجمند

◆ درباره کتاب:

به باور درمانگران و پژوهشگران پیش‌تازِ زوج‌درمانی، کتاب حاضر رویکرد درمانی سه مرحله‌ای بی‌نقصی را به درمانگرانی عرضه می‌کند که با زوج‌هایی کار می‌کنند که درگیر پیامدهای پیمان‌شکنی‌اند. کتاب، راهبردهای تجربی معتبری را برای کمک به درمان‌جویان ارائه کرده است که به کمک آن‌ها می‌توانند بر شوک اولیه غلبه، چرایی و چگونگی موضوع را درک کرده و قبل از هر اقدامی علایقشان را واکاوی کنند. کتاب «رهایی از پیمان‌شکنی زناشویی: راهنمای درمانگران» حاوی مثال‌ها و تکلیف‌هایی است که هم در جلسه درمان و هم در خانه قابل استفاده است.



بیماری که کلامش را فراموش کرد.

(بخش پایانی)

آفازیا یا زبان پریشی

صدرا بهبودمنش، کارشناس ارشد علوم شناختی

◆ تست غربالگری هالستید (۱۹۸۴)

این تست شامل یک مجموعه فعالیت‌هایی است که آزمودنی باید انجام دهد نظیر شناسایی اعداد و حروف، خواندن و نوشتن، اسپل کردن کلمات ساده، تلفظ و فهم زبان گفتاری، شناسایی بخش‌های بدن، تفاوت گذاشتن بین راست و چپ، کپی برداری از شکل‌های هندسی.

◆ تست توکن

یک تست ساده دارای حداقل مواد تشکیل‌دهنده. این تست نیازمند به گذراندن ۴ پایه تحصیلی ابتدایی است (گلدمن، ۱۹۹۰). این تست نسبت به بیماران مبتلا به زبان پریشی که از طریق مشاهده چندان قابل تشخیص نیستند حساس است. این تست شامل ۲۰ نشانه است. تمایز گذاری در شکل (مربع در برابر دایره)، اندازه (بزرگ در برابر کوچک) و رنگ (قرمز، زرد، سبز، آبی و سفید) را دربرمی گیرد. تست دارای ۶۲ بخش است. هر کدام از بخش‌ها نیازمند دست‌کاری یا توجه به تعداد زیادی شکل می‌باشند. شخص مورد امتحان باید با اشاره امتحان گیرنده به اشکال اشاره کند. شکل کوتاه آن شامل ۳۹ سؤال توسط اسپیرن و بنتون (۱۹۶۹) ارائه شده است.

◆ تست تشخیصی بوستون

مورد استفاده‌ترین تست در تشخیص آفازی است. این تست به ۳ منظور تهیه شده است: ۱) تشخیص نوع زبان پریشی، ۲) اندازه‌گیری سطح عملکردی و ۳) ارزیابی جامع از توانایی‌های بیمار در همه زمینه‌ها به منظور کمک به درمان. این تست شامل ۵ بخش است (مکالمه، فهم شنیداری، بیانات دهانی، فهم زبان شنیداری و نوشتن). این تست برای کیفیت جنبه‌های مختلف برونداد گفتاری دارای مقیاس‌هایی است.

◆ آزمون تشخیص آفازیا

ایسنسون معتقد است که این بررسی متخصصین را کمک می‌کند تا نسبت به نقاط قوت و ضعف بیماران آگاه گردند. تغییر در نمرات تست در بازاجرائی، پیش‌بینی کننده بهبودی و روش مناسبی در ارزیابی طرح درمان است. این تست به دو بخش رسپتیو (دریافتی) و اکسپرسیو (بیانی) تقسیم می‌شود، در هریک از این بخش‌ها نیز خرده آزمون‌ها به دو قسمت ساده و دشوار تقسیم شده‌اند.

همان‌طور که گفته شد ارزیابی آفازیا با آزمون نوشتن آغاز می‌شود. درواقع اگر بیمار این آزمون را به‌طور صحیح انجام داد، احتمالاً زبان پریش نیست و می‌توان آزمون را متوقف کرد. در مرحله بعد اختلال در آزمون تکرار نشان‌دهنده آفازی مرکزی است زیرا در این زبان پریشی‌ها نواحی مرکزی گفتار که در اطراف شیار سیلوپیوس متمرکز شده‌اند دچار آسیب می‌گردد. آفازی‌های پیرامرکزی در اثر ضایعات ایجادشده در اطراف نواحی مرکزی تکلم ایجاد می‌شوند و لذا تکرار خوب است. بیمارانی که غیرسلیس تکلم می‌کنند و زبان پریشی مرکزی دارند اگر درک مطلب سالم باشد به زبان پریشی بیانی و اگر درک مطلب مختل باشد به زبان پریشی سرتاسری مبتلا هستند. بیمارانی که غیرسلیس تکلم می‌کنند و دچار زبان پریشی پیرامرکزی اند اگر درک مطلب سالم باشد به ایزولاسیون مبتلا هستند و اگر درک مطلب مختل باشد دچار زبان پریشی حرکتی ترنس کورتیکال اند.

درک مطلب سالم باشد به ایزولاسیون مبتلا هستند و اگر درک مطلب مختل باشد دچار زبان پریشی حرکتی ترنس کورتیکال اند. بیماران با تکلم سلیس با زبان پریشی مرکزی اگر درک مطلب مختل باشد دچار زبان پریشی دریافتی و اگر درک مطلب سالم باشد دچار زبان پریشی هدایتی هستند.

بیماران با زبان پریشی پیرامرکزی نیز، اگر درک مطلب سالم باشد زبان پریشی نامیدن دارند و اگر درک مطلب مختل باشد زبان پریشی حسی ترنس کورتیکال دارند. نامیدن در زبان پریشی‌های پیرامرکزی بیشتر از زبان پریشی‌های مرکزی مختل می‌شود. لذا آزمون نامیدن می‌تواند تشخیص زبان پریشی مرکزی یا پیرامرکزی را که از آزمون تکرار به‌دست آمده است، تأیید کند.

ابزارهای اندازه‌گیری

تست‌ها با ۳ نقش مورد استفاده قرار می‌گیرند:

۱) مشخص کردن شدت آفازی

۲) تحلیل نور و سایکولوژیک ضعف بیمار به‌عنوان پایه و اساس برنامه درمانی وی

۳) تحلیل تأثیر آفازیا بر روی عملکرد ارتباطی فرد

نوعاً ابزارهای غربالگری به‌منظور تکمیل تست‌های عصب روان شناختی به کار گرفته می‌شوند. این تست‌ها نمی‌توانند بین انواع آفازی تمایز گذارند.

◆ تست توانایی‌های ارتباطی در زندگی روزمره (هالند، ۱۹۸۰)

این تست بررسی می‌کند چگونه بیماران می‌توانند فعالیت‌های زندگی را مدیریت کنند. تست دارای ۶۸ آیتم است. این آیتم‌ها از آسیب‌های رفتاری نمونه‌برداری می‌کنند نظیر، فعالیت گفتاری، به‌کارگیری زمینه و ظرفیت شرکت در ایفای نقش.

از تست‌های ارزیابی دیگر، تست زبان پریشی آکن است که مهارت‌های محدودتری را می‌سنجد اما به لحاظ روان‌سنجی برتر است. تست زبان پریشی فرنچای برای استفاده غیر متخصصین طراحی شده است. یک تست بسیار دقیق دیگر برای ارزیابی آفازی پالپا است؛ و تست آمراستردام مهارت‌های ارتباطی فرد آفازیک را می‌سنجد.

◆ تست توانایی‌های ارتباطی در زندگی روزمره (هالند، ۱۹۸۰)

این تست بررسی می‌کند چگونه بیماران می‌توانند فعالیت‌های زندگی را مدیریت کنند. تست دارای ۶۸ آیتم است. این آیتم‌ها از آسیب‌های رفتاری نمونه‌برداری می‌کنند نظیر، فعالیت گفتاری، به‌کارگیری زمینه و ظرفیت شرکت در ایفای نقش.

از تست‌های ارزیابی دیگر، تست زبان پریشی آکن است که مهارت‌های محدودتری را می‌سنجد اما به لحاظ روان‌سنجی برتر است. تست زبان پریشی فرنچای برای استفاده غیر متخصصین طراحی شده است. یک تست بسیار دقیق دیگر برای ارزیابی آفازی پالپا است؛ و تست آمراستردام مهارت‌های ارتباطی فرد آفازیک را می‌سنجد.

درمان اختلال آفازیا

زبان پریشی که نتیجه آسیب مغزی است ممکن است دائمی یا قابل بهبود باشد. پس از سکت یا ضربه شدید به سر، زبان پریشی ایجاد شده در بسیاری از موارد کم‌کم کاهش می‌یابد و حتی در برخی موارد کاملاً از بین می‌رود. بهبود زبان پریشی که به علت آسیب نواحی زیر قشری باشد محتمل‌تر است تا بهبود زبان پریشی که به علت آسیب نواحی قشری ایجاد شده است.

بررسی‌ها نشان می‌دهند که پیش‌آگهی برای آفازی اکتسابی در کودکان در مقایسه با بزرگسالان بهتر است، به‌طوری‌که کودکان بهبودی سریع‌تر و کامل‌تری را نشان می‌دهند. عواملی که بر پیش‌آگهی زبان پریشی در دوران کودکی تأثیرگذار می‌باشند عبارت‌اند از سن شروع، علت، شدت، دوجانبه بودن آسیب و نوع زبان پریشی. طبق یافته‌های پژوهشگران این متغیرها اغلب در ارتباط با یکدیگر هستند و پیامد در نتیجه‌ی تعامل تعدادی از این عوامل، تعیین می‌شود. اگر در اوایل دوران کودکی نیمکره چپ آسیب ببیند، نیمکره راست می‌تواند تا اندازه‌ای کارکردهای طبیعی نیم‌کره چپ را جبران کند. پس از آسیب به نیمکره چپ، تکلم کودکان آسیب‌دیده بهتر از تکلم بزرگسالان آسیب‌دیده بهبود می‌یابد اما توانایی‌های بینایی و فضایی آن‌ها به‌خوبی افراد طبیعی رشد نمی‌کنند. گفتار درمانگران به بیماران زبان پریش کمک می‌کنند تا مهارت‌های زبانی را که این بیماران از دست داده‌اند بازیابند و مهارت‌های زبانی دیگر را بیاموزند. اگرچه توافق کلی این است که اگر بیماران زبان پریش سریع درمان شوند بهتر بهبود می‌یابند، اما گفتاردرمانی حتی چندین سال پس از سکت مغزی یا جراحی برای بیماران مفید است.

آفازیا یک بیماری مزمن است که شدت اولیه آن پیش‌بینی کننده قوی نتیجه است. یک تحقیق طولی از ۱۱۹ بیمار آفازیک نشان داد، که ۴۳٪ آن‌ها هنوز پس از گذشت ۱۸ ماه زبان پریشی قابل توجهی داشتند و این در حالی است که فقط ۲۴٪ بهبودیافته بودند. واضح است که درمان نیاز به واکنش به مشکلات بلندمدت دارد. در پژوهشی به‌منظور تعیین نرخ و وسعت بهبودی در انواع آفازیا بعد از درمان، نتایج نشان داد بیماران مبتلا به آفازی بروکا بیشترین افزایش و بالاترین نمرات را در مقیاس وس‌ترن در مقایسه با زبان پریشی ورنیکه و کلی طی ۶ ماه داشتند. در مقابل مبتلایان به زبان پریشی ورنیکه، نامی و رسانشی پایین‌ترین نرخ بهبودی را از خط پایه نشان دادند.

تعیین اهداف در درمان آفازیا

تعیین اهداف در درمان آفازیا بهتر است با فرد بیمار شروع شود:
- در چه ارتباطی تلاش می‌کنند و با چه مشکلاتی مواجه هستند؟
- تمایل دارند قادر به انجام چه کارهایی باشند؟
- چه چیزی را به‌عنوان مهارت‌های اصلی خود می‌بینند؟
نظرات سرپرستان نیز ضروری است. برای مثال در مورد اینکه چه چیزی بیشتر از همه ارتباط را مختل می‌کند و یا این که چه استراتژی‌هایی توسط فرد بیمار یا خانواده و دوستانش اتخاذ می‌شود. با استفاده از این سؤالات، درمانگر و فرد آفازیک به اهداف احتمالی برای مداخله توجه می‌کنند و ارزیابی در سایه این اهداف تعیین می‌گردد هدف تشخیص موانعی است که بر سر راه اهداف و مهارت‌های مفید وجود دارد. این تحقیقات نه‌تنها شامل زبان فرد بیمار است بلکه ارزیابی محیط اطراف وی و هر آنچه با او در ارتباط است را نیز در برمی‌گیرد. در انتها باید به اهدافی دست‌یافت که واقع‌گرایانه، قابل اندازه‌گیری و سودمند برای ارتباطات روزانه بیمار باشند.

مثال:

مطالعه موردی فیلیپ (۸۴ ساله): به دلیل ضرب‌های که ۵ سال پیش به سرش خورده بود، دچار بیماری آفازیا جارگون گویی (زبان نامفهوم) بود. درمان قبلی وی با هدف تقویت گفتارش پیشرفت چشمگیری نداشت. فیلیپ با همسرش فلوری زندگی می‌کرد و ارتباط اجتماعی کمی داشت. طی جلسه اول فلوری اظهار کرد که گفتن هر چیزی به فیلیپ مانند کابوس می‌ماند. او مجبور است که هر مطلبی را چند بار تکرار کند و حتی پس‌از آن نمی‌تواند مطمئن باشد که فیلیپ متوجه شده است. توافق شد درمان در جهت کاهش مشکلات ارتباطی در خانه پیش برد.

هدف ارزیابی، تشخیص مشکلات داده ورودی فیلیپ بود، به‌عنوان مثال استفاده از آزمون‌هایی برای تمییز کلمات از یکدیگر و درک مطلب. از ارزیابی تعاملی نیز برای تشخیص اینکه تعامل فیلیپ و فلوری چگونه است استفاده گردید. به فلوری تعدادی سؤال نوشته شده داده شد تا آن‌ها را به فیلیپ انتقال دهد و به او اجازه داده شد تا از هر روشی که تمایل دارد استفاده کند، از جلسه فیلم‌برداری و سپس آنالیز شد. در زیر به یافته‌های اصلی این ارزیابی اشاره شده است.

ورودی شنیداری فیلیپ به‌شدت آسیب‌دیده است. اگرچه او می‌توانست بین اصوات محیطی تفاوت قائل شود، در تشخیص، تمییز و درک کلمات گفته‌شده مشکل داشت. در خواندن بسیار بهتر عمل می‌کرد. برای مثال او می‌توانست کلمات را به تصویرشان متصل کند و این

در این موارد رویکرد معنایی مانند وصل کردن تصاویر به کلمات، طبقه‌بندی کلمات و تصاویر و تکالیف انجمن کلمات مفید به نظر می‌رسد. این رویکرد توسط گریسون ارائه گردید. در مرحله بعدی درمان شنیداری و معنایی تلفیق می‌شوند. برای مثال این بار فرد بیمار باید کلمات خوانده‌شده را به تصاویر وصل کند.

ب) رویکرد غیرمستقیم در درمان درک مفهوم
هدف درمان‌های غیرمستقیم آموزش دوستان و خانواده درباره مشکلات فرد آفازیک و کمک به آن‌ها در جهت ارتباط بهتر با بیمار است. رویکرد مانتا مثال خوبی برای این مسئله است. فیلپ درک خواندنی بهتری نسبت به درک شنیداری داشت. علیرغم این مسئله همسرش فلوری به‌ندرت چیزی برای او مینوشت و اگر هم این کار را می‌کرد از جملات بلند که فهمیدن آن برای فیلپ سخت بود استفاده می‌کرد. درمان چگونگی ساده کردن اطلاعات، استفاده از استراتژی‌هایی نظیر قطعه‌قطعه کردن اطلاعات و نوشتن کلمات کلیدی را نشان داد.

درمان مشکلات تولید

یکی از مشکلات رایج، نام فراموشی (آنومی) یا نقص در کلمه یابی است. تحقیق نشان داده اند که کلمه یابی می‌تواند به دلایل متعددی دچار نقص شده باشد و درمان باید مناسب با هر فرد طراحی شود. یافته مهم دیگر این است که نام فراموشی معمولاً در نتیجه مشکلات دسترسی است تا فقدان کلمه. تحقیقات نشان داده‌اند که فرد بیمار ممکن است به یک کلمه در یک موقعیت دست پیدا کند اما به همان حکم در موقعیت دیگر نه همچنین بیمار آفازیک می‌تواند از نشانه‌ها مانند صدای اول کلمه (نشانه واج‌شناختی) و یا اطلاعاتی درباره معنی آن (نشانه‌های معنایی) استفاده کند.

۱) درمان کلمه یابی: یکی از برنامه‌های معمول درمان کلمه یابی شامل تمرین مکرر با یک گروه از کلمات است. این کلمات به‌وسیله ارتباط بینشان انتخاب می‌شوند. برای مثال این کلمات ممکن است بر اساس علائق خاص و یا اهداف زندگی انتخاب شدند. گروه دوم کلمات که گروه کنترل می‌باشند ممکن است آزموده شوند اما درمان نمیشوند. محتوای درمان، بیانگر مهارت‌ها و ضعف‌های فرد است. برای مثال زمانی از رویکرد معنایی استفاده میشود که به نظر برسد مشکلات معنایی وجود دارد و یا به نظر برسد نشانه‌های معنایی راه دسترسی به کلمات هستند برنامه باید مداوم باشد حداقل ۲ جلسه در هفته. پس از این مرحله نگهداری کلمات به‌وسیله ارزیابی نامیدن تصویر آزموده میشود بعد از یک مکث این مرحله دوباره برای پی بردن به این موضوع که آیا مطالب یاد داده‌شده، نگهداری شده اند یا خیر اجرا میگردد.

۲) رویکردهای معنایی: تکالیف معنایی در پی این هستند که فرد بیمار به معنی کلمات واکنش نشان دهد و بر این فرض استوار هستند که تقویت پردازش معنایی میتواند به راحتی یافتن کلمات کمک کند. تعداد بسیاری از مطالعات نشان داده اند که انجام مکرر چنین تکالیفی، به تقویت کلمات درمان شده و نگهداری آن‌ها کمک می‌کند. بیشترین نتایج زمانی حاصل میشود که تکالیف معنایی با شکل

در حالی است که اگر کلمات را برای او می‌خواندند از عهده انجام این تکلیف برنمی‌آمد. ارزیابی تعاملی وجود مشکل در ارتباط را تأیید کرد. فلوری برای کمک به فیلپ تلاش می‌کرد. برای مثال با تکرار کلمات و عبارات، اما وی اغلب با شکست مواجه میشد و فلوری علیرغم توانایی فیلپ در خواندن به‌ندرت چیزی را می‌نوشت. اهداف درمان در سایه این یافته‌ها تعیین گردید. تقویت فیلپ در تمیز اصوات گفتاری، حداقل در هر کلمه به‌تنهایی باعث می‌شد به او در درک کلمات گفتاری و بهبود رابطه در خانه کمک کند. برای تغییر ارتباط فلوری و فیلپ، به او گفته شد که از نوشتن بیشتر استفاده کند. این خود به کاهش موانع در ارتباط و تبادل کارآمد و لذت‌بخش کمک می‌کرد.

درمان مشکلات درک معنی کلمات

این درمان ممکن است به کاهش مشکلات ناشی از عدم درک کمک کند. یک رویکرد به‌طور مستقیم به تقویت پردازش داده‌های ورودی بیمار کمک می‌کند. دیگری در پی تغییر رفتارهای افرادی است که در محیط پیرامون فرد بیمار قرار دارند.

الف) رویکردهای درمان مستقیم

۱) درمان برای تقویت قدرت تمیز دادن اصوات کلمات (مورس)، (۱۹۹۶): برخی از مشکلات درک معنی از عدم توانایی در تمیز دادن اصوات ناشی می‌شوند. چنین افرادی در تمامی تکلیف شنیداری از قبیل تکرار و به‌خصوص تمیز جفت‌های که کمترین تفاوت را باهم دارند از قبیل bat, cat مشکل دارند. بیمارانی که از این مشکل رنج می‌برند می‌توانند از نشانه‌های بصری از قبیل لب‌خوانی استفاده کنند. هدف این درمان که به‌وسیله مورس ارائه گردید تقویت تمیز دادن با استفاده از تکالیف مربوط به جفت‌ها و نشانه‌های لب‌خوانی است. پس از درمان شرکتکننده‌ها بهبود نشان دادند (برای مثال در تکرار کلمات اما نه در درک مفهوم). یک رویکرد مشابه نیز توسط منتا ارائه گردید اما دوباره نتایج ناامیدکننده بود. تا به امروز تمامی مطالعات انجام‌شده در این زمینه با مشکل همراه بوده و اگر پیشرفتی در تمیز اصوات گفتاری به وجود آمده در درک مفهوم تأثیری نداشته است.

مثال‌هایی درباره تکالیف درمان برای تمیز اصوات گفتاری
◆ وصل کردن لغات گفتاری به نوشتاری: به بیمار آفازیک یک کلمه نوشته‌شده نشان داده میشود (برای مثال Car)، درمانگر کلمه‌ای که یا عیناً همان کلمه نوشته‌شده است و یا با کمترین تفاوت (برای مثال Tar) میخواند. بیمار آفازیک باید نشان دهد که آیا کلمه خوانده‌شده همان کلمه نوشته‌شده است یا خیر.

◆ به بیمار آفازیک چند کلمه هم‌قافیه نوشته‌شده داده میشود. برای مثال (car, par, tar) درمانگر یک کلمه را میخواند و بیمار باید آن را در میان کلمات نوشته‌شده پیدا کند.

◆ وصل کردن اصوات به حروف: به فرد آفازیک یک چند حرف نوشته شده داده میشود. برای مثال T,K,B. درمانگر یک صوت را میخواند و بیمار باید همتای آن را در حروف نوشته‌شده پیدا کند.

۲) درمان برای تقویت پردازش معنایی: به نظر میرسد برخی از مشکلات درک معنی ناشی از اختلال معنایی باشد که به‌وسیله درک معنی ضعیف در گفتار، نوشتار و همچنین مشکلات مشابه در تولید مشخص می‌شوند.

کلمه تلفیق شود. فرد آفازیک باید کلمه هدف را ببیند و سپس درباره معنی آن بیندیشد.

مثال‌هایی از تکالیف معنایی برای کمک به یافتن کلمه:

وصل کردن تصویر به لغت: به بیمار یک تصویر به همراه ۵ کلمه نوشته شده داده میشود (یک کلمه هدف، ۲ کلمه بامعنایی مشابه و ۲ کلمه با شکل مشابه) برای مثال تصویر یک تلویزیون به همراه کلمات تلویزیون، رادیو، کامپیوتر، تلسکوپ و تلفن. فرد بیمار باید کلمه ای را که مربوط به تصویر است انتخاب و آن را بلند بخواند.

سؤالات معنایی: بیمار یک سؤال درباره هر کلمه هدف که مستلزم پاسخ بلی یا خیر است میشوند. برای مثال آیا ماکروویو برای پختن غذا استفاده می‌شود، آیا ماکروویو برای شستن استفاده میشود؟

انجمنهای معنایی: کلمه هدف در وسط یک کاغذ و در اطراف آن کلمات مربوط و غیر مربوط به کلمه هدف نوشته می‌شوند، بیمار باید کلمات مرتبط را انتخاب و دلیل این انتخاب را توضیح دهد. برای مثال کلمه هدف: خودرو و کلمات برای انتخاب: پارافین، گاراژ، پایدار، چرخ، مایکروسافت.

درمان واج‌شناختی: درمانهای واج‌شناختی بر این فرض استوار هستند که خواص واجی یک کلمه راه دستیابی به آن کلمه است. تکالیف شامل نامیدن مکرر کلمه با استفاده از نشانه های واج‌شناسی است. این نوع درمان‌ها می‌توانند دستیابی به کلمات را تقویت و بر نگهداری آن‌ها تأثیر بگذارند.

مثال
گیلیان آفازیای جارگون (سخن نامفهوم) به همراه گفتار غیرقابل درک و مشکلات شدید یافتن کلمه داشت. در درمان او اولویت با صحبت کردن بود. به نظر می‌رسید مشکلات صحبت کردن او ناشی از اختلال دسترسی واج‌شناختی باشد. درک او خوب بود و میتواند با استفاده از نشانه های واج‌شناسی کلمات را نام ببرد. گیلیان اظهار می‌کرد که بهبودیهای حاصل میشود اما به سرعت محو می‌شوند. او در اطلاعات ورودی، مهارت‌های واج‌شناختی خوبی داشت. برای مثال میتواند جفت‌هایی که فقط در یک حرف باهم تفاوت داشتند مانند (Pat, Hat) را از هم تمییز دهد. هدف درمان ساختن دانش واج‌شناسی کلمات بود و اگر موفقیت‌آمیز بود، تقویت نامیدن نیز انجام میشد.

محرک: ۵ کلمه مربوط به هم انتخاب شدند. همه آن با یکی از ۸ واجی که قبلاً انتخاب شدند شروع میشدند. هر کلمه از یک یا دو هجا تشکیل شده بود.

از ۵۰ کلمه کنترل که درمان نمیشدند نیز استفاده گردید.

مواد: تصاویر کلمات درمان و یک جدول که آن ۸ واج آغازین در آن نوشته شده بودند.

تکلیف (۱) ساختار هجایی: درمانگر کلمه هدف را می‌خواند و گیلیان باید با اشاره کردن به اعدادی روی یک کاغذ نوشته شده بود نشان میداد که کلمه موردنظر و از یک یا دو هجا ساخته شده است. به گیلیان یک تصویر هدف نشان داده میشد، او باید به نام آن فکر می‌کرد و نشان میداد که آن کلمه از چند هجا ساخته شده است.

تکلیف (۲) واج‌های آغازین: درمانگر کلمه هدف را می‌خواند و گیلیان باید واج آغازین آن را در جدول نشان میداد. به گیلیان تصویر هدف داده میشد، او باید به نام آن فکر می‌کرد و اولین واج را روی جدول نشان میداد؛ مانند مرحله قبل تصویر هدف نشان داده میشد ولی این بار از او خواسته می‌شد که نام آن را بگوید.

نتیجه: گیلیان هم در گروه کلمات درمان شده وهم در گروه کنترل پیشرفت داد و به‌خوبی هم آن‌ها را نگهداری کرد. بقیه تکالیف زبانی ای که به درمان مربوط نمیشدند بدون تغییر باقی ماندند.

۴) درمان تقویت: در درمان ممکن است از مهارت‌های سالم برای دستیابی به کلمات استفاده شود یک مثال خوب توسط نیکلز ارائه گردید.

TC مشکلات شدیدی هم در رابطه با نامیدن و هم بلند خواندن داشت، اگرچه نوشتن او بهتر بود. درمان به او در وصل کردن صدا به حروف کمک کرد.

برای مثال او یاد گرفت حرف t را با صدای /t/ همراه کند. همچنین به او برای نامیدن اشیاء کمک شد، به این صورت که او میبایست نام نوشته شده ی شیء را تجسم کند، سپس درباره حرف اول آن فکر کند و آن را به صدا تبدیل کند و به‌این ترتیب به خود نشانه واج شناختی میداد. پس از درمان، نامیدن گفتاری TC به‌خوبی نامیدن نوشتاری او شد.

۵) درمانهایی برای جبران مشکلات تولید گفتار: برخی از بیماران ممکن است قادر به تقویت کلمه یابی خود نباشند و حتی زمانی که درمان مؤثر واقع میشود اغلب فقط کلمه درمان شده تقویت می‌شوند.

بنابراین درمان باید استراتژی‌هایی برای جبران مشکلات کلمه یابی ایجاد کند. یکی از این استراتژی‌ها نوشتن است که به‌طور موفقیت آمیزی در مورد بیماران آفازیک شدید نیز بکار رفته است. هنگامی که نوشتن بیشتر از صحبت کردن مختل شده استراتژی‌های غیرکلامی مانند حرکات بدنی و نقاشی کردن مفید به نظر می‌رسد. یک رویکرد «ارتباط کل» است.

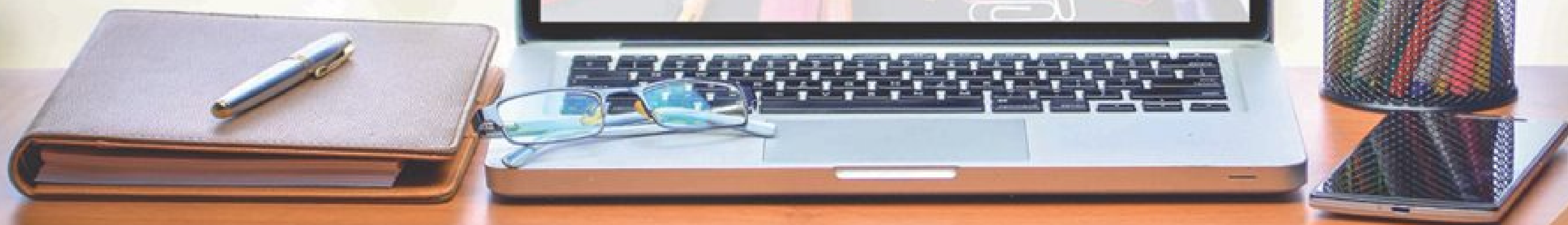
در این رویکرد از بیمار آفازیک خواسته میشود با استفاده از هر روشی از قبیل صحبت کردن، نوشتن، نقاشی کردن، حالت‌های چهره و حرکات بدنی ارتباط برقرار کند.



یادگیری آنلاین در زمان کرونا

چه وبسایت‌هایی برای دوره‌های آنلاین روانشناسی مناسب‌اند؟

فرزاد کمالی فرد، کارشناس ارشد روانشناسی



iTunes U

آیتونز مکانی فوق‌العاده برای پیدا کردن کنفرانس‌های رایگان و با دسترسی آزاد در زمینه روانشناسی است. شما می‌توانید این سخنرانی‌ها را دانلود کرده و در کامپیوتر شخصی و یا هر ابزاری که قابلیت پخش موسیقی را دارد به آن‌ها گوش دهید. دانشگاه‌هایی مانند استنفورد، MIT، آکسفورد و ییل دوره‌های ارزشمندی را در آی تونز ارائه می‌کنند.

برای دسترسی به این دوره‌ها باید در iTunes store، بخش Social Science را انتخاب کرده و به دنبال دوره‌های در دسترس کنونی و موضوع موردعلاقه خود بگردید.

UC Berkeley Free Lectures

اگر هنوز برای شنیدن یک دوره کامل روانشناسی به زبان انگلیسی آماده نیستید، بهتر است ابتدا با شنیدن سخنرانی‌هایی در مورد روانشناسی که توسط دانشگاه کالیفرنیا ارائه می‌شوند شروع کنید. شما می‌توانید سخنرانی‌های زیادی در مورد روانشناسی بالینی، احساسات انسانی، روانشناسی خواب، شناخت اجتماعی و Buddhist psychology پیدا کنید.

چه دانشجوی روانشناسی باشید، چه سال‌ها از زمان تحصیلتان گذشته باشد و یا تنها علاقه‌مند به آغاز رشته روانشناسی باشید، این دوره‌ها به شما بینش جدیدی در مورد روانشناسی در سطح جهانی می‌دهد. مشخصاً دانشگاه‌ها و مؤسسات زیادی این دوره‌ها را ارائه می‌کنند ولی هدف این گردآوری، معرفی توصیه‌شده‌ترین‌های این زمینه بود. امیدوارم که این مقاله بتواند نیازهای شما را برطرف کند.

سخن تحریریه روان بنه: روان بنه در راستای رسالت خود، همواره تلاش کرده تا دوره‌های کوتاه‌مدت کاربردی برای علاقه‌مندان روانشناسی برگزار کند. در صورتی که از منابع فارسی مشابه آگاهی دارید لطفاً از طریق ایمیل به ما اطلاع‌رسانی نمایید.

در این دوران که همگی به دلیل شرایط در خانه مانده‌ایم، فرصت خوبی فراهم شده تا دانش خود را در موارد مختلف افزایش دهیم. بسیاری از ما به عنوان دانشجویان یا متخصصان روانشناسی علاقه مندیم در حوزه جدیدی پژوهش کنیم و یا اطلاعات بیشتری کسب کنیم. منابع یادگیری به لطف اینترنت بی‌شمارند و پیدا کردن نمونه های معتبر کاری سخت است.

با توجه به این نیاز، در این مقاله قصد داریم دوره‌های توصیه‌شده در دانشگاه‌ها و مؤسسات معتبر را معرفی کنیم تا کسانی که علاقه‌مند به ارتقای سطح دانش خود هستند به این پایگاه‌ها مراجعه کنند. از مزایای این دوره‌ها، رایگان بودن آن‌ها است. بسیاری از این دوره‌ها با هدف دریافت مدرک طراحی نشده‌اند ولی می‌توانید با شرکت در آن‌ها، دانش روانشناسی خود را به شکل قابل‌ملاحظه‌ای افزایش دهید.

MIT OpenCourseware

دانشگاه MIT دوره‌های کاربردی در زمینه مغز و علوم شناختی (brain and cognitive science) برای دانشجویان و دانش‌آموختگان روانشناسی برگزار می‌کند. همه کلاس‌ها آنلاین بوده و نیازی به ثبت نام ندارند.

برای کسانی هم که به تازگی با روانشناسی آشنا شده‌اند یا از شما به عنوان دانشجوی روانشناسی در مورد معرفی آن سؤال می‌کنند دوره های معرفی روانشناسی (intro to psychology) وجود دارد که می‌توانند بدون هزینه با اصول اولیه روانشناسی در یکی از بهترین دانشگاه‌های دنیا آشنا شوند.

Open Yale Courses

دانشگاه ییل نیز در زمینه‌های متعددی دوره‌های آنلاین برگزار می‌کند که روانشناسی یکی از آن‌هاست. دوره‌های معروف این دانشگاه عبارت‌اند از:

- معرفی روانشناسی یا Introduction to Psychology که با عنوان Psych ۱۱۰ ارائه می‌شود.

- دوره دوم که با موضوعات جامعه‌شناسی و فلسفه مرتبط است، The Psychology, Biology, and Politics of Food نام دارد که به عنوان Psych ۱۲۳ نیز شناخته می‌شود.



راهنمای نگارش و نشر مقاله علمی

نویسنده: انجمن روان شناسی آمریکا (APA)

مترجم: دکتر احمد علی پور،

دکتر اکبر رضایی، یوسف ساجدی فر

انتشارات ارجمند

درباره کتاب:

پژوهش شما تا زمانی که برای گزارش به جامعه علمی آماده نشود، پایان نیافته است. اگرچه سبک‌های مختلفی برای آماده کردن گزارش‌های پژوهشی در رشته‌های علمی مختلف وجود دارد، با این حال سبک و ساختار رسمی موردپذیرش برای نوشتن گزارش‌های پژوهشی در علوم رفتاری و اجتماعی «راهنمای انتشاراتی APA» است. این راهنما در سال ۱۹۲۹ برای اولین بار به صورت بسیار مختصر منتشر شد و تا به حال شش بار مورد تجدیدنظر اساسی قرار گرفته است. در طول این سال‌ها، راهنمای انتشاراتی بنا به ضرورت از یک مجموعه ساده قواعد سبکی به صورت یک منبع معتبر و موثق در همه جنبه‌های نگارش علمی، از اخلاقیات انتشار مجدد گرفته تا گزینش واژگانی که به بهترین وجه سوگیری‌های موجود در زبان را کاهش می‌دهد، توسعه یافته است.

«راهنمای انتشاراتی APA» راهنمای سبک انتخاب برای نویسندگان، ویراستاران، دانشجویان و استادان است. اگرچه طور خاص برای کمک به نویسندگان در حوزه‌های علوم رفتاری و اجتماعی تدوین شده است، با این حال، سایر نویسندگان مطالب غیرتخیلی نیز می‌توانند از رهنمودهای آن بهره‌مند شوند. ویرایش ششم راهنمای انتشارات APA در سال‌های اخیر از نو، بازآرایی و سازمان‌دهی مجدد شده تا برای استفاده آسان‌تر شود. شما می‌توانید پاسخ سؤال‌هایتان را زودتر از قبل در آن پیدا کنید. هنگامی که در مورد نحوه ارائه اطلاعات از جمله متن، داده‌ها و تصاویر، به منظور انتشار در هر نوع قالبی نظیر مقالات دانشگاهی، مجلات تخصصی و انتشار (برخط) نیاز به کمک داشته باشید، چنین اطلاعاتی را می‌توانید با جستجو در «راهنمای انتشاراتی APA» پیدا کنید.

بخشی از یک جلسه درمان

تهیه و تنظیم: تیم درمانگران تخصصی روانبهنه

توجه: جلسه درمان با رضایت کتبی مراجع ضبط و پیاده شده است، در اسامی و شخصیت‌ها و مکان‌های متن زیر به جهت حفظ رازداری تغییراتی ایجاد شده، متن تنها بخشی از جلسه درمان بوده که تحلیل مربوط به آن توسط درمانگر نوشته شده است.

اتفاقاً باکسی ازدواج کردن که خانواده خوبی داشتن اتفاقاً یکیشو وقتی شنیدم خیلی ناراحت شدم که اتفاقاً ۶ ماه بعدش طلاق گرفت (دو مواجهه سازی مراجع با تعارض و سکوت درمانگر برای واکنش مراجع منجر به خاطره ای از زندگی گذشته مراجع می‌شود)

درمانگر: این خاطره چه معنایی برات داره؟

مراجع: نمی دونم من نمی دونم چرا انقدر خشمگینم حالم بد میشه این فکرای که من می‌کنم این قضایارو که می‌بینم که هیچ ربطی به هم نداره

درمانگر: این موضوعاتی که عنوان می‌کنی ته همش به این میرسه که تو دوست‌داشتنی نیستی و ظاهراً هم چون خانواده پولداری نداری و خودتم پولدار نیستی، دوست‌داشتنی نیستی! می‌خوای منو قانع کنی که دلایل کافی برای دوست‌داشتنی نبودن داری؟ خوب تهش به چی میرسه؟

مراجع: من یه جایی تو جلسه دوست داشتم که فرار کنم اتاقو ترک کنم این قدر خجالت می‌کشیدم از

گفتن اینا که نمی‌تونستم تحمل کنم

درمانگر: فرار کنی؟ این همون اتفاقیه که با رضا می‌افته، جلوش شرمنده میشی و فرار می‌کنی؟

(مواجهه سازی مراجع با رفتارش در دنیای واقعی که مشابه رفتارش در اتاق درمان است)

مراجع: شاید، نمی‌دونم شاید، چون از روز اولی که با رضا آشنا شدم خشم در من بود.

درمانگر: این خشم باعث می‌شد چه کار کنی؟

مراجع: همش فرار

درمانگر: همون اتفاقی که بین منو تو داخل این اتاق داشت می‌افتاد؟! پس می‌تونم نتیجه بگیرم که نه رضا مطرحه، نه من مطرحم و نه هیچ پسر و دختر دیگه ای، تو این مکانیزمه در تعامل با هرکسی که می‌خوای بهش نزدیک شی از لحاظ احساسی؟

(بازهم مواجهه سازی مراجع با رفتارش و دیدن مکانیسم ناهشیار و ناخودآگاه در مقابل یک پدیده درون روانی)

مراجع: من خجالت می‌کشم.

درمانگر: از چی؟

مراجع: از اینکه نمی‌دونم، عاده زشت و نمی‌دونم اینکه یه دختر دوست‌پسر داشته باشه، از اینکه فقیر باشم تا بوده من همیشه می‌خواستم دخترخوبه باشم.

درمانگر: این موضوعات الان و در حال حاضر تو رو خجالت زده می‌کنند؟

مراجع: نه اصلاً تحت هیچ شرایطی

درمانگر: پس دغدغت چیه؟

مراجع: من فکر می‌کنم هیچ‌کس منو دوست نداره بعضی وقتا فکر می‌کنم من لیاقت این زندگی خوبو ندارم. هرچی هم که بخوام که رضا با من ازدواج کنه نه اینکه واقعاً از همشون بخوام ازدواج کنن یا بگم منو به‌عنوان زن زندگی قبول نداره همیشه فکر می‌کنم زن یه مرد ثروتمند بودن لیاقت می‌خواد فکر می‌کنم یعنی من اون لیاقت و ندارم من انقدر بدم.

درمانگر: این طرز فکر رضا است

مراجع: نه - پس چرا در میاد بهم می‌گه که حتی اگه بهت التماس کردم تو نیا با من ازدواج کن تو بگو نه!

درمانگر: نمی‌دونم! تو چی فکر می‌کنی؟

مراجع: خوب اونم خیلی گیر و گور داره مطمئناً

درمانگر: پس منظورت اینه که رضا می‌گه تو لیاقت نداری؟!

مراجع: نه

درمانگر: پس این برداشت مال کیه؟

مراجع: مال منه.

(مواجهه کردن مراجع با تعارض درونی)

درمانگر: پس چرا می‌خوای با رضا بمونی؟

مراجع: واقعیت یعنی من اصلاً نمیتونم تصور کنم که زندگی مینا همینه

درمانگر: یعنی چی؟ توضیح بده؟

مراجع: من هیچ‌وقت توی شهرمون کسی که وضع مالی خوبی داشته باشه نخواسته با من ازدواج کنه.

درمانگر: می‌خوای چه نتیجه‌ای بگیری؟

مراجع: نتیجه می‌گیرم که همه‌ی دوستای من که وضعیت مالی خوبی داشتن. پدر خوبی داشتن، پدری که خرج بکنه، درنهایت ازدواج‌های خوبی داشتن همشونم وضع مالی شون خوبه ولی من نه! من نه وضع مالی پدرم خوبه، نه خرج کرد نه در آینده قراره...

درمانگر: الان در همین مثالی که تو زدی تهش نتیجه گیریش اینه که تو نقشی نداشتی تو وضع مالی پدرت خرج کردن پدرت بود که تعیین‌کننده بود

مراجع: آره

درمانگر: پس چجوری نتیجه می‌گیری که تو دوست‌داشتنی نیستی؟

مراجع: نمی‌دونم

(مواجهه کردن مراجع با تعارض)

درمانگر: پس دلیلی که برای من میاری بابت دوست‌داشتنی نبودن رو خودتم قبول نداری؟! ... (سکوت درمانگر)

مراجع: یه چیز می‌خواستم از خاطرات گذشته بگم من عاشق بودم یعنی حس داشتم به عده‌ای اونا، اما همشونو به خاطر مسائل مالی خونه و اینا خفه کردم، ویکی اینکه همشونم ازدواج کردن همشونم

مراجع: آره من حتی که الان یکم در مورد احساسات حرف می‌زنم مامانم میگه هیچ‌وقت گول این مردارو نخور. یه بار دیگه هم دراومد و گفت هواست باشه عاشق نشی. من نسبت به خودم حس بد دارم حس اینکه دارم کار بد می‌کنم من همیشه ترس داشتم از این موضوع که وقتی فقیر هستی و پول نداری نباید عاشق بشی درمانگر: اون موقع چند سالت بود؟

مراجع: بچه بودم

درمانگر: پس عامل خشم و ترس از کودکی تا الان فقر هست؟

مراجع: می‌دونم دکتر ما اصلاً مبل نداشتیم و نداریم

درمانگر: این چه معنایی برات داره وقتی اینجا به من میگی؟

مراجع: برای پولدار شدن برنامه‌ریزی دارم

درمانگر: توضیح میدی؟

مراجع: می‌بینم که شاید تا آخر سالم پول من اصلاً برای خونه خریدن کافی نباشه پس چند جا کار می‌کنم و آماده میشم برای پول درآوردن دیگه نمی‌خوام فقیر باشم

درمانگر: چرا به نظر میاد حتی از حرف زدن راجع به این موضوعات پیش من شرمنده ایی؟ نسبت به من چه احساسی داری؟

مراجع: شما منو شرمنده می‌کنید

درمانگر: چه جوری این کار رو می‌کنم؟

مراجع: من الان یه چیزی براتون بگم شاید عجیب باشه، من مثلاً ناخودآگاه وقتی بچه‌ها عکس تو اینستا میزارن کاری به عکسا ندارم فقط نگاه می‌کنم وضع مالیشون مثلاً چقد خوبه، اون کسایی که دارم باهاشون ارتباط برقرار می‌کنم تو چه وضعیت مالی هستن الان

تمام بچه‌هایی که عکس تو اینستا گذاشتن تا حدودی می‌فهمم تو چه حدی ان.

درمانگر: خوب؟ جواب سوالم رو ندادی.

مراجع: چون اگه همه بفهمن من پایین‌ترم با دید دیگه ایی به من نگاه میکنن من هیچ کسو در حد خودمون ندیدم غیر از رضا. یه عکس فرستاد از مامانش اونا هم روستایی ان دیگه بعد البته یه خورده از ما بهتر بودن ولی همون بود خونه خیلی ساده، بخاری شون بود فرش و پرده و اکی بود یعنی بگم خیلی از ما بهتر نبودن درمانگر: پس به‌نوعی انگار کنارش کمتر تحقیر میشی؟
مراجع: آره دیگه دقیقاً. حالا من باید چکار کنم آقای دکتر چی شد؟
نتیجه‌گیری چی شد؟

درمانگر: انتظار داری چی باید بشه؟

مراجع: این حجم از خشم رو از طرف نداشته باشم

درمانگر: عامل خشم تو اون آدمه؟

(مواجه سازی مراجع)

مراجع: اوووووووم نه از خودم عصبانیم از این بدبختی از فقیر بودن درمانگر: پس از خودت عصبانی هستی ولی ترجیح میدی از اون عصبانی باشی؟!

مراجع: آره فکر کنم... چرا این‌طوری میشه؟

درمانگر: از اون عصبانی باشی راحت تره تا از خودت عصبانی باشی؟

مراجع: خوب نه راحت‌تر نیست

درمانگر: گفتی بابت فقیر بودن از خودت عصبانی هستی. بیا پس

راجع به اون دیگه حرف بزنیم و فقط در مورد خشم خودت از

خودت حرف بزنیم.





خوانندگان محترم مجله‌ی روان‌بنه!

به استحضار می‌رساند که این امکان فراهم است تا نسخه‌ی الکترونیکی شماره‌های آتی مجله‌ی روان‌بنه را، به صورت رایگان در ایمیل یا تلگرام خود دریافت کنید. برای این کار کافی است، نام و نام‌خانوادگی و تحصیلات خود را از راه‌های ارتباطی زیر برای ما ارسال کنید و شیوه‌ای را که از طریق آن مایل به دریافت نشریه هستید، قید نمایید.

ایمیل ما: info@ravanboneh.com

آیدی تلگرام: @Ravan_boneh2

درخواست نمایندگی

با عنایت به حضور چشمگیر گروه رشد و توسعه روانشناسی در برگزاری دوره‌های آموزش تخصصی روانشناسی تحت نظارت مرکز مشاوره دانشگاه تهران، این گروه در جهت توسعه این آموزش‌ها در سراسر کشور در نظر دارد تعداد محدودی نمایندگی رسمی در سطح کشور به واجدین شرایط اعطاء نماید.

از عموم علاقه‌مندان و فعالان در حوزه‌ی برگزاری دوره‌های تخصصی و عمومی روانشناسی جهت اخذ نمایندگی رسمی دعوت به همکاری می‌نماید.

خدمات گروه رشد و توسعه روانشناسی:

- ◆ تدوین کارگاه و دوره‌های آموزشی با سرفصل‌های به‌روز و هماهنگی با اساتید هر حوزه، جهت حضور و تدریس کارگاه
- ◆ در اختیار قرار دادن محتوای انحصاری در دوره‌ها و کارگاه‌ها
- ◆ برنامه‌ریزی و طرح‌ریزی کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی تخصصی در حوزه روانشناسی با گواهی معتبر از مرکز مشاوره دانشگاه تهران
- ◆ برنامه‌ریزی و طرح‌ریزی کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی عمومی در حوزه روانشناسی با گواهی معتبر از مرکز مشاوره دانشگاه تهران

شرایط احراز نمایندگی:

- ◆ ارسال اسناد و مدارک قانونی موسسه یا شرکت (اساسنامه، مجوز فعالیت از سازمان نظام روانشناسی و مشاوره یا بهزیستی، شرکت‌نامه)
- ◆ ارسال مدارک شناسایی ریاست موسسه یا شرکت (کپی کارت ملی، کپی پروانه سازمان نظام روانشناسی، کپی آخرین مدرک آموزشی)
- ◆ احراز مشخصات فیزیکی شرکت یا موسسه (ارسال عکس از محیط موسسه، کروکی محل موسسه، مشخصات فنی ساختمان محل موسسه)
- ◆ امضای قراردادهای همکاری که متعاقباً ارسال خواهد شد
- ◆ جهت کسب اطلاعات بیشتر با شماره‌ی ۰۲۱-۸۸۲۴۵۸۵۲ تماس حاصل نمایید.

جهت مکاتبات از این آدرس پست الکترونیکی استفاده

فرمایید: kargah.ravannews@gmail.com



۱. آراء نویسندگان لزوما دیدگاه گروه رشد و توسعه روانشناسی نیست.
۲. مسئولیت متن آگهی‌ها بر عهده‌ی ارائه‌دهنده‌ی آگهی‌ها است.
۳. مسئولیت علمی مقاله‌ها بر عهده‌ی نویسنده یا نویسندگان آنها است.
۴. نشریه‌ی روان‌بنا، در قبول یا رد مقاله‌ها آزاد است.
۵. نشریه‌ی روان‌بنا، در اصلاح و ویرایش مطالب رسیده، آزاد است.
۶. مقالات ارسال شده، بازگردانده نمی‌شوند.
۷. ماهنامه‌ی روان‌بنا، نشریه‌ای الکترونیکی و غیرقابل فروش است.

از نویسندگان محترم تقاضا می‌شود به نکات زیر توجه فرمایند:

۱. نشریه‌ی روان‌بنا، آماده‌ی چاپ و انتشار مقاله‌های نقد و بررسی، گزارش‌های تحقیقی اصیل، موردپژوهی، موردآزمایی و مورد درمانی، و نیز نقد و معرفی کتاب است.
۲. مقالات خود را به ایمیل info@ravanboneh.com ارسال فرمایید.
۳. مقاله باید به زبان فارسی و با انشایی سلیس و روان نوشته شده باشد.
۴. مقالات و ترجمه‌های خود را حتی‌الامکان حروف چینی شده ارسال نمایید.
۵. نقل مطلب با ذکر مأخذ آزاد است.
۶. اصطلاحات لاتین و اسامی باید در پاورقی آورده شود.
۷. نام و نام خانوادگی، سمت علمی، محل کار، نشانی، شماره‌ی تماس، شماره‌ی دورنگار و پست الکترونیکی نویسنده یا مترجم، حتما باید ذکر شود.
۸. چنانچه مخارج مالی مربوط به تهیه‌ی مقاله و یا انجام پژوهش، از طرف موسسه‌ای تامین شده است، در صفحه‌ی اول مقاله یا گزارش (در قسمت پاورقی) حتما ذکر شود.
۹. شیوه‌ی ارجاع به منابع و کتابنامه‌شناسی، طبق استاندارد APA خواهد بود.
۱۰. توصیه می‌شود در ترجمه‌ی واژه‌ها، تا حد امکان از معادل‌های موجود استفاده شود و در صورتیکه معادل جدیدی آفریده شده است، دلایل کافی در پاورقی آورده شود.



پست الکترونیک:

info@ravanboneh.com
www.ravanboneh.com