

روان بنه



در این شماره می‌خوانید :

تأملی بر روانشناسی مثبت نگر
حیطه‌های اصلی روانشناسی مثبت نگر چیست؟

اصول اولیه شن بازی‌درمانی برای مبتدیان
چگونه شن بازی‌درمانی را اجرا کنیم و سؤالات متداول این حوزه چیست؟

روابط بین زوجین و مهارت‌های ارتباطی
آیا آموزش مهارت‌های ارتباطی برای بهبود روابط بین زوجین کافی است؟

ریسک پذیری و مغز
رفتارهای ریسک‌پذیری در کدام ناحیه از مغز رخ می‌دهد؟





روان‌بینه

نشریه‌ی روان‌بینه

شماره ثبت نشریه ۸۰۴۴۴

زیر نظر : گروه رشد و توسعه روانشناسی در ایران

سال سوم / شماره ۲۷ / مرداد ۱۳۹۷

Third year / Number twenty-seven / Jul 2018

G & D Group

سردبیر: مسعود حامدی

شورای تحریریه : (به ترتیب حروف الفبا)
دکتر مهدی اکبری، دکتر علیرضا بوستانی‌پور
دکتر محمود دهقان، دکتر اسما عاقبتی

هیئت تحریریه: مزگان عطار

گرافیسیت: 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):

فائزه جام‌محمدی، سینا حسین پور، کاظم ستاری سفیدان جدید، مائده صبوریان،
مزگان عطار

فهرست مطالب :

- _____ درمان شناختی رفتاری
تأملی بر روانشناسی مثبت نگر / حیطه‌های اصلی روانشناسی مثبت نگر
چیست؟ / ۳
- _____ درمان کودک و نوجوان
اصول اولیه شن بازی درمانی برای مبتدیان / چگونه شن بازی درمانی را
اجرا کنیم و سؤالات متداول این حوزه چیست؟ / ۵
- _____ خانواده درمانی
روابط بین زوجین و مهارت‌های ارتباطی / آیا آموزش مهارت‌های ارتباطی
برای بهبود روابط بین زوجین کافی است؟ / ۸
معرفی کتاب / ۱۰
- _____ صنعتی و سازمانی
ریسک‌پذیری و مغز / رفتارهای ریسک‌پذیری در کدام ناحیه از مغز رخ
می‌دهد؟ / ۱۱
معرفی کتاب / ۱۲
- _____ آمار و روش‌شناسی
معرفی مقیاس فوبیای اجتماعی SPIN / ۱۳
زندگی‌نامه / رولو می / ۱۵
- _____ دستاوردها
سمینار بازی درمانی / ۱۶
- _____ پیوست
درخواست اشتراک و نمایندگی / ۱۷
ملاحظات / ۱۸

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

سازمان آگهی‌ها

برای درج آگهی و یا اطلاع‌رسانی پیرامون کارگاه‌ها و همایش‌ها در حیطه روانشناسی با ایمیل info@ravanboneh.com در تماس باشید.





دوره سوپروویژن تخصصی
نظارت تخصصی بر فرایند رواندرمانی

Supervision
Sessions

@ravanbone

ravanboneh.com

https://t.me/RavanBoneh2

۰۹۰۲۷۵۸۶۹۱۶

۰۲۱-۸۸۸۶۵۵۸۷

دوره سوپروویژن چیست؟

دوره ای که در آن محتوای جلسات درمان با حضور یک متخصص بررسی می شود و با تمرکز بر ارتباط درمانی سعی در بهبود ارتباط مراجع با درمانگر می شود

دوره سوپروویژن چه نیست؟

هدف اصلی هر دوره درمانی باید متمرکز بر مراجع باشد نه درمانگر، در این دوره تلاش شده است جلوی نقد و بررسی و تحلیل درمانگر گرفته شود و تنها تمرکز بر مراجع و اتفاقات جلسه درمان باشد

هدف دوره سوپروویژن؟

هدف از این دوره اطمینان از درمانی اثربخش است. هدف اصلی این آموزش تمرکز بر ایجاد ارتباط درمانی با مراجع است به گونه ای که مراجع تمایل به پیگیری درمان خود را حفظ کند و گام دوم شیوه و رویکرد درمانی مناسب آن است

دستاوردهای دوره سوپروویژن؟

توانایی برقراری ارتباطی صحیح با مراجع / افزایش تسلط درمانگر بر جلسات درمانی / افزایش انگیزه و روحیه درمانگر / توانایی نگه داشتن تمرکز بر مراجع و مشکلاتش / توانایی بهتر گوش دادن درمانگر

چرا دوره سوپروویژن؟

برخلاف آنچه در نظام آموزشی ارائه می شود که تمرکز اصلی آن بر پروتوکل های درمانی و رویکرد محور بودن است بسیاری از روانشناسان و مشاوران پس از فارغ التحصیلی قادر به فعالیت تخصصی و ویزیت مراجع و درآمدزایی از تخصص خود نیستند و این باعث سرخوردگی و کاهش اعتماد به نفس می شود حلقه مفقوده در این بین همان ارتباط درمانی است، زمانی که مراجع به درمانگر پناه می آورد کاربست تکنیک های درمانی پروتوکل محور در اکثر موارد مراجع را فراری داده و سرخورده از درمان می شود در حالی که برای تاثیر فرایند درمان ابتدا باید ارتباطی درمانی مناسبی بین درمانگر و مراجع ایجاد شود که این ارتباط در بستر رویکرد درمانگر نبوده بلکه فرمول ها و پروتوکل های خاص خود را دارد

لذا در این دوره تلاش فراوانی صورت می گیرد که شما بتوانید در چند جلسه اول این ارتباط را شکل داده و پس از جلب اعتماد مراجع و راه

ویژگی های این دوره چیست؟

شامل ۱۰ جلسه ی چهار ساعته می باشد/ تعداد نفرات شرکت کننده در هر دوره حداکثر ۸ نفر می باشد/ در این دوره هر جلسه به بررسی یک جلسه درمانی پرداخت خواهد شد/ در حین یا انتهای هر جلسه بر اساس پروتوکل تعیین شده هر فرد فرم ها و تکالیف ویژه ای، در سه قسمت که شامل "نقطه نظرات"، "ملاحظات درمانی" و "راهنمایی های درمانی" می باشد تکمیل خواهد کرد. / در انتها نقد اساتید متخصص در خصوص روند درمان، جزئیات و برنامه درمان بررسی شده، ارائه می شود/ به سوالات شرکت کنندگان در خصوص بررسی جلسه درمان پاسخ داده می شود / شرکت کنندگان می توانند برای مرور مجدد جلسه درمانی در طول هفته زمانی را از قبل مشخص کنند و مراجعه نمایند تا بتوانند دانش و معلومات خود را مجدد مرور کنند.

در پایان دوره چه مدرکی داده می شود؟

مدرک پایان دوره ۴۰ ساعته سوپروویژن جلسات درمان از موسسه آموزش عالی آل طاهها که مورد تایید وزارت علوم بوده و قابل ترجمه نیز می باشد هزینه دوره ۸۰۰ هزار تومان می باشد.

برای چه کسانی مناسب است؟

دانشجویان و فارغ التحصیلان رشته های روانشناسی، مشاوره و مددکاری در مقاطع فوق و دکترا البته برای دانشجویان کارشناسی نیز می تواند مفید باشد زیرا بررسی یک جلسه درمان می تواند ایده و نگرش دانشجویان را به انتخاب رویکرد خود در آینده و شناخت نقاط قوت و ضعف خود راهنمایی کند.

تأملی بر روانشناسی مثبت نگر

حیطه‌های اصلی روانشناسی مثبت نگر چیست؟

کاظم ستاری سفیدان جدید، دانشجوی دکترای روانشناسی دانشگاه تهران



که انسان موجودی است که محرک‌های مختلفی وی را برمی‌انگیزند و زمانی که به یکی از آن‌ها به هر دلیلی نرسد، احساس تنش و کاستی می‌کند، پس دلایل متعددی برای توجیه نارضایتی‌ها و ناخوشی‌ها وجود دارد ولی می‌توان با جایگزینی واقع‌بینی و مثبت‌نگری، خوشایندی و رضایت را به ارمغان آورد.

موضوع بعدی، توجه به معنویت در این رویکرد است، در رویکردهای اصلی روانشناسی و نظریه‌های روان‌درمانی اغلب بعد معنویت مورد غفلت یا فراموشی قرار گرفته و به آن کمتر پرداخته شده است ولی این رویکرد به‌نوعی بین روانشناسی و معنویت آشتی برقرار کرده و معنویت را اصیل و مهم فرض می‌کند.

توانمندی‌های انسان بحثی بعدی است. مشکلات و تنش‌ها به‌وفور در زندگی به بهانه‌های مختلفی رخ می‌دهند و هیچ شخص عاقلی منکر آن‌ها نیست؛ اما توجه به توانمندی‌های انسان در جهت مواجهه با مشکلات می‌تواند یکی دیگر از شاخص‌های اصلی این رویکرد باشد. پرداختن به فضائل و توانمندی‌های انسانی؛ مدت‌ها مورد فراموشی قرار گرفته بود و شاید کمترین تحقیقات علمی نیز در آن روا و جایز نبود.

شاید پرداختن به مسائل و ابعاد منفی و از منظری دیگر، دیدن مشکلات و جنبه‌های منفی هر پدیده و اتفاقی راحت‌تر و به‌نوعی نرمال‌تر از این باشد که انسان در شرایط پرتلاطم و پر از تناقض جهان فعلی، مثبت‌نگر و یا حداقل کلیات را در نظر بگیرد. روانشناسی مثبت‌نگر (POSITIVE PSYCHOLOGY) با شجاعت توانسته سنت شکنی کند و هیجانات و ابعاد مثبتی را که سالیان دراز دور از مباحث علمی و آکادمیک بوده را به چالش و به رخ بقیه رویکردها بکشد. در اهمیت آن می‌توان به بحث آینده روان‌درمانی در یکی از منابع اصلی روانشناسان اشاره کرد، در کتاب نظریه‌های روان‌درمانی پروچاسکا، روانشناسی مثبت‌نگر جزء چند بحث اصلی آینده روان‌درمانی است. در اینجا ابتدا باید گفت ترجیح هیجانات و ابعاد مثبت بر ابعاد منفی، به معنای نادیده گرفتن مشکلات نبوده، بلکه واقع‌بینی را جایگزین منفی‌نگری می‌کنند. برای نمونه، باینکه دنیا پر از ظلم، فقر، جنگ، فساد، بداخلاقی‌ها و ... است اما از دل این مصائب، افرادی توانمند و موفق شکوفا می‌شوند که به درجات عالی دانشگاهی، شغلی و به زبان روانشناسی، عملکرد بهینه‌ای دارند و احساس بهزیستی روان‌شناختی می‌کنند.

کاستی‌ها در مرفه‌ترین اقشار جامعه نیز قابل‌رویت بوده، به‌گونه‌ای

باید گفت تعهد و معنا علاوه بر پایدار بودن، نسبت به لذت‌گرایی با شادکامی بیشتری همراه هستند.

به‌طور کلی باید موارد زیر را در نظر گرفت:

اولاً، این رویکرد همپای سایر رویکردها و درمان‌ها در حال توسعه و کارآمدی است و از مهم‌ترین مزایای این رویکرد استفاده از روش علمی و کار آزمایشی بالینی در تحقیقات مختلف آن است.

دوماً، صرف توجه به درمان‌های سنتی شاید پاسخگوی مسائل و مشکلات جدید نباشد، بنابراین رویکرد مثبت‌نگری علاوه بر جنبه‌های درمانی، جنبه‌های آموزشی برای عموم و مباحث معطوف به پیشگیری را در ذات خود دارد.

سوماً، مثل همه روان‌درمانی‌ها، درمانگران تازه‌کار با مشکلاتی روبرو خواهند شد که بهتر است مقاومت و یا طرد آن‌ها، حل‌وفصل شود.

چهارماً، اینکه بجای توجه به نقاط منفی به نقاط و ابعاد مثبت انسانی توجه شود، امری سخت و رسالتی سنگین است و نمی‌توان به راحتی درباره مؤلفه‌های روانشناسی مثبت‌نگر، بخصوص فضائل انسانی صحبت کرد.

پنجماً، کاربرد روانشناسی مثبت‌نگر در حل مسائل و آسیب‌های اجتماعی می‌تواند مطرح باشد. یکی از مشکلات عمده کشور ما، گسترش عجیب آسیب‌های اجتماعی است که نیاز به توجه ویژه بر اساس آموزش، پیشگیری و کنترل با اصول و فنون روانشناسی مثبت‌نگری دارد (مثل آموزش شادی اصیل، تاب‌آوری در برابر مصائب، امید و خوش‌بینی نسبت به امور و آینده).

منابع:

◆ نظریه‌های روان‌درمانی؛ نوشته جیمز پروچاسکا و جان نورکراس؛

مترجم، هامایاک آوادیس یانس

◆ راهنمای عملی روان‌درمانی مثبت‌نگر نوشته دکتر مهدی خانجانی

موضوع دیگر سازگاری، بالندگی، تعاملات اجتماعی و لذت‌های متعالی هستند. این رویکرد انسان را موجود اجتماعی دانسته که به سمت اهداف متعالی معنی‌دار و ایجاد تعاملات اجتماعی با دیگران حرکت می‌کند و از طرفی در برابر مشکلات از خویش سازگاری نشان داده و به سمت شکوفایی و بالندگی تمایل دارد. شاید این شکوفایی و انگیزه را، از انسان‌گراها عاریت گرفته‌اند ولی در سرتاسر مباحث رویکرد مثبت‌نگری، شکوفا شدن هدف اصلی بوده که قاعدتاً با شادکامی رابطه نزدیک و شاید الزام‌آور دارد و نیل به شکوفایی و توجه به هیجانات و احساسات مثبت، فرصت سوارشدن هیجانات منفی را بر انسان می‌گیرد (به قول ولپی نمی‌توان همزمان هم ترسید هم ترسید).

موضوع دیگر؛ ذاتی بودن شادی و بحث آسیب‌شناسی روانی است. باید گفت یکی از علل اصلی آسیب‌پذیری افراد، خلل در رشد شکوفایی است و علاوه بر آن سطح پایین تعاملات اجتماعی در افراد سبب ایجاد آسیب‌های روانی می‌شود، بنابراین توجه به این دو مقوله حائز اهمیت است.

موضوع قابل‌تأمل تر دیگر بحث سی‌اس‌وی در مقابل دی‌اس‌ام است. در این رویکرد دی‌اس‌ام به‌شدت موردنقد قرار گرفته و بجای آن توجه به توانایی‌ها و فضائل انسانی در صدر توجه قرار می‌گیرد و شش توانایی خرد، شجاعت، نوع‌دوستی، عدالت‌جویی، اعتدال و تعالی جایگاه ویژه‌ای در انسان دارند.

موضوع دیگر توجه به شادکامی و رسیدن به شادکامی اصیل است. به شادکامی از طرق مختلفی می‌توان رسید ولی بهترین راه رسیدن به آن از طریق زندگی خوب و اسلوب مربوط به زندگی همراه با معنا است. برای رسیدن به شادکامی سه‌راه کلی وجود دارد: هیجانات مثبت، کارهایی است که در آن لذت وجود دارد و این مقصود اصلی شادکامی اصیل نبوده ولی لازم است که وجود داشته باشد؛ تعهد یا همان غرقگی، در واقع درگیر شدن متعهدانه افراد همراه با مسئولیت در کارکردها و عملکردهای مختلف زندگی است و معنا که در نظر گرفتن اهداف والاتر از خویش است که خلاقیت و تعاملات اجتماعی را هم شامل می‌شود.





اصول اولیه شن بازی درمانی برای مبتدیان

چگونه شن بازی درمانی را اجرا کنیم و سؤالات متداول این حوزه چیست؟

مژگان عطار، بازی درمانگر و کارشناس ارشد روانشناسی عمومی

در شن بازی درمانی چه انتظاری داریم؟

در شن بازی درمانی از یک سینی شن استفاده می‌شود که مراجع می‌تواند در آن، با کمک مینیاتورهایی که در اختیار دارد تصاویری را خلق کند که نشانگر دنیای واقعی و افراد واقعی زندگی او می‌باشد. مراجع از مینیاتورها استفاده می‌کند تا نمای کوچک و نمادینی از شرایطی که در آن زندگی می‌کند را در سینی شن خلق کند.

درمانگر باید بدون مداخله به مینیاتورهای انتخاب شده و ترتیب آن‌ها توجه کند و درعین حال اجازه دهد مراجع جواب مشکلات خود را درون خویشتن پیدا کند. بعد از اینکه چپینش سینی مراجع کامل شد، درمانگر و مراجع با هم آن را تحلیل می‌کنند و در مورد انتخاب های مراجع صحبت می‌کنند. مینیاتورهایی که مراجع انتخاب می‌کند معانی ناهشیاری دارند که با کمک درمانگر می‌تواند آشکار شود و به درمان کمک کند.

از دیدگاه یونگ، روان قابلیت بهبود خود را دارد؛ بنابراین زمانی که فرد بتواند مشکلات خود را در یک فضای غیر قضاوت گر و حمایت کننده برون ریزی کند، می‌تواند با سامان بخشی مجدد افکار در مسیر درمان قدم بردارد.

در ادامه چند سؤال کلیدی در مورد شن بازی درمانی را مطرح کرده و تا حد امکان آن‌ها را شفاف می‌کنیم.

شن بازی درمانی یک رویکرد درمانی غیر کلامی است که در آن از سینی شن، مینیاتورها و گاهی اوقات آب استفاده می‌شود تا افکار، نگرانی‌ها و کشمکش‌های درونی مراجع به تصویر کشیده شود. در این فرم از بازی درمانی از نمادها و سینی شن به عنوان راهی برای برقراری ارتباط بدون نیاز به کلام استفاده می‌شود.

در این مقاله قصد داریم پس از یک مرور کلی بر این رویکرد، به سؤالات متداولی که در این زمینه برای درمانگران تازه کار پیش می‌آید پاسخ دهیم.

در صورت بروز سؤالات بیشتر در این زمینه با ایمیل روانبند در تماس باشید.

چه زمانی از شن بازی درمانی استفاده می‌کنیم؟

شن بازی درمانی عموماً برای کسانی استفاده می‌شود که از یک تروما، بی‌توجهی و غفلت و یا سوءاستفاده رنج می‌برند. هرچند که این روش درمانی برای کودکانی طراحی شد که به دلیل فقر کلام قادر به نشان دادن تمامی احساسات و درگیری‌های ذهنی خود نیستند، اما می‌تواند از آن برای نوجوانان و یا بزرگسالانی هم که قادر به ابراز هیجانات خود نبوده و یا از یک ترومای شدید رنج می‌برند نیز استفاده کرد.

آیا شن بازی برای همه مراجعین کاربرد دارد؟

مشخصاً همانند دیگر درمان‌های روان‌شناختی، شن بازی درمانی هم برای همه مراجعین کاربرد ندارد. مثل پاسخ سؤال قبل باید اشاره کرد جدا از موقعیت‌های بالینی، باید توجه داشت که مراجع تا چه اندازه به کار با شن علاقه‌مند است. برخی کودکان تمایلی به لمس کردن شن ندارند و بزرگسالان آن را بازی می‌دانند. درمانگر باید تمایل مراجع به بازی با شن را در نظر بگیرد.

آیا شن بازی درمانی واقعاً پاسخگوست؟

صد در صد بله. این روش درمانی با دسترسی به لایه‌های عمیقی که با مکالمه عادی قابل دسترس نیست، به بهبود شخص کمک می‌کند. آیا همانند درمان‌های روانکاوانه، باید برای درمانگر شن بازی درمانی، درمانگر نیز تحت درمان قرار بگیرد؟ قطعاً بله. در مورد همه درمان‌های روانکاوی می‌توان گفت اخلاقی نیست که درمانگر، درمانی را روی درمان‌جو پیاده‌سازی کند که خود، تحت دوره درمانی آن قرار نگرفته است. باور مرکزی درمانگر به پاسخگو بودن یک روش درمانی به تجربه شخصی خودش بازمی‌گردد؛ بنابراین گذراندن هر دوره درمان قبل از اجرای آن جزو ضروریات است.

آیا می‌توان شن بازی درمانی را با دیگر رویکردهای درمانی ادغام کرد؟

البته! شن بازی درمانی می‌تواند با رویکردهای کلامی ترکیب شود و به قدرت آن‌ها اضافه کند. ترکیب رویکرد کلامی و غیرکلامی می‌تواند دسترسی همزمان به هشیار و ناهشیار فرد را فراهم کند. به زبان دیگر ناهشیار فرد را به تصویر می‌کشد و به روال درمان کمک کند. می‌توان این پیشنهاد را به این صورت مطرح کرد که: «آیا تمایل دارید برای امروز تصویری را در سینی شن خلق کنید؟» یا به نوعی دیگر: «امروز می‌توانیم به جای صحبت کردن، از تصویرسازی و دست‌ها کمک بگیریم.»

آیا موقعیت‌هایی وجود دارد که در آن‌ها استفاده از شن بازی درمانی توصیه نشود؟

جدا از شرایط بالینی که استفاده از شن بازی درمانی در آن‌ها توصیه نمی‌شود و به‌طور مفصل در دوره‌ها و کارگاه‌ها در مورد آن‌ها صحبت می‌شود، مهم‌ترین نکته‌ای که باید توجه داشت این است که نباید مراجعی را به اجبار و یا در تعارف با درمانگر وارد شن بازی درمانی کرد. به‌عنوان درمان‌جانبی، شن بازی باید در حد پیشنهاد باشد و مراجع در محدودیت انجام آن قرار نگیرد. اگر مراجع به شن بازی درمانی متمایل نباشد از نحوه برخورد او با سینی شن می‌توان کاملاً متوجه این موضوع شد. مراجع را باید قبل از شروع شن بازی درمانی نسبت به آن آگاه کرد و همین آگاهی در صورتی که مراجع آماده نباشد، ممکن است باعث عقب‌نشینی او شود.





همان‌طور که در ایونت شن بازی درمانی قول دادم، در ادامه چک لیست مربوط به شن بازی درمانی را می‌توانید مطالعه و کپی کرده و جلسات را طبق آن گزارش برداری کنید.

اول: چه مواردی اهمیت دارند:

نام شرکت‌کننده

روز

نوع سینی شن

زمانی که تکمیل سینی طول کشید.

نوع و ترتیب مینیاتورهایی که مراجع استفاده کرد.

مینیاتورها در چه بخشی از سینی قرار گرفته‌اند.

موقعیت درمانگر نسبت به سینی شن

موقعیت درمان‌جو نسبت به سینی شن

رفتارهای مشاهده‌شده در طول جلسه

استفاده از آب

صحبت‌های مراجع در حین تکمیل سینی

صحبت‌های درمانگر در حین تکمیل سینی توسط مراجع

محتوی صحبت‌های قبل و یا بعد از تکمیل سینی

واکنش احساسی درمانگر در طول جلسه

تصاویری که باید از سینی گرفته شود:

- ◆ دید کلی از سینی از زاویه درمان‌جو
- ◆ بخش مرکزی سینی
- ◆ بخش چپ و راست سینی
- ◆ نکات معنادار از نظر بالینی
- ◆ تصاویر جالب‌توجه در سینی

شما می‌توانید این آیتم‌ها را به سلیقه خود به صورت یک جدول درآورده و در همه جلسات از این چک‌لیست استفاده کنید.



روابط بین زوجین و مهارت‌های ارتباطی

آیا آموزش مهارت‌های ارتباطی برای بهبود روابط بین زوجین کافی است؟

سینا حسین پور، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

با این تمرین آن‌ها متوجه میزان تکرار گزاره‌های «تو» محور خواهند شد. برای گفتن گزاره‌های صحیح «من»، فرد باید قادر به شناسایی احساسات واقعی خود باشد و توان بیان آن را در قالب کلمات در خود پرورش دهد. تفاوت این دو سبک گفتار را در دو جمله زیر می‌بینید:

◆ گزاره «من»: وقتی در جواب تماس من، زنگ نزدی من عصبانی شدم.

◆ گزاره «تو»: تو به موقع به من زنگ نزدی و من خشمگین شدم.

◆ گزاره «من»: وقتی به من می‌گی «اینکارو اشتباه انجام دادی» ناراحت میشم و احساس ترس می‌کنم.

◆ گزاره «تو»: از اینکه همش به من می‌گی چه کاری رو اشتباه انجام دادم خسته شدم.

مسئلاً شناسایی احساسات در موقعیت‌های مختلف همیشه ساده نیست ولی باید توجه کرد گزاره‌های «من» اولین قدم بهبودی روابط است.

به‌عنوان یک زوج درمانگر همواره از کار با زوجین و مشاهده رضایت آن‌ها بعد از موفقیت در حل تعارضاتشان احساس رضایت داشته‌ام. دیدن لبخند رضایت هر یک از زوجین، زمانی که لحن مناسبی را از پارتنر خود دریافت می‌کنند و یا صحبت‌هایی را می‌شنوند که مدت‌ها برای آن‌ها انتظار کشیده‌اند پاداش زحمات‌های من به‌عنوان یک درمانگر است.

آموزش مهارت‌های ارتباطی به زوجین، باعث افزایش امید و ارزش در آن‌ها شده و باعث می‌شود هر یک از آن‌ها به هنگام خروج از اتاق درمان احساس پیروزمندی داشته باشد و مسلماً این موضوع یکی از آرمان‌های اساسی هر درمانگری است.

اما مهارت‌های ارتباطی بنیادی به چه چیزهایی می‌گویند؟

گزاره‌های حاوی «من»

گزاره‌های شامل «من» اساس ارتباط موفق را تشکیل می‌دهند. در این مهارت فرد تشویق می‌شود به جای اینکه روی سرزنش کردن و شرمسار کردن طرف مقابل تمرکز کند و از جمله‌هایی با فاعل «تو» استفاده کند، احساسات درونی خود را بیان کرده و روی آن متمرکز شوند. این مهارت از چیزی که به نظر می‌آید سخت‌تر است. از مراجعین خود بخواهید آخرین جروب‌بحث خود را به یاد آورده و جملات خود را تا حد امکان بازگو کنند.



شنیدن و تکرار کردن

غالب اوقات افراد تصور می‌کنند به حرف‌های شریکشان گوش می‌دهند در حالی که در واقع به تفسیری که از حرف‌های او دارند گوش می‌دهند.

برای مراجعین مثال بزنید: زمان‌هایی را به یاد بیاورید که شریک شما گفته: من احساس ناراحتی می‌کنم وقتی به من زنگ نمی‌زنی و دیر خونه می‌ای من نگران میشم که کجایی و چه اتفاقی افتاده است؛ و این موضوع در ذهن شما تبدیل به این شده: تو بازم خراب کردی و من عصبانی‌ام. تو هیچ‌وقت هیچ کاری رو درست انجام نمیدی! در این بخش به زوجین نشان دهید چگونه پیام‌ها در ذهن آن‌ها تغییر می‌کند و زمینه مشکلات بعدی را فراهم می‌آورد. در این مهارت، زوجین یاد می‌گیرند جملات یکدیگر را بدون کم‌وکاست تکرار کرده و با این تکرار درک بهتری از عواطف همدیگر به دست بیاورند و همچنین در صورتی که در درک پیام دچار اشتباه شده‌اند، فرصت اصلاح آن را برای یکدیگر فراهم کنند.

باید توجه داشت یادگیری هر ۴ مهارت ذکر شده برای بنیان نهادن یک رابطه درست و آرامش‌بخش ضروری است اما باید توجه داشت این مهارت‌ها تنها در سطح اولیه کاربرد دارند و برای درک عمیق‌تر از یکدیگر و ساختن رابطه بهتر، زوجین نیاز به پرورش مهارت‌های سطح دوم دارند. مهارت‌های سطح یک به افراد می‌آموزد چگونه ارتباط برقرار کنند اما به درک آن‌ها و همدلی آن‌ها کمک نمی‌کند. برای بینش عمیق‌تر به رابطه، تمرین و آموزش مهارت‌های سطح دوم نیز لازم است که در مقاله‌ای دیگر به‌طور مفصل در مورد آن صحبت خواهیم کرد.

قدردانی

زمانی که زوجین درگیر تحریفات شناختی مثل تعمیم و یا فیلترهای ذهنی می‌شوند و رابطه‌شان به مشکل می‌خورد قدردانی کردن باعث خروج از چرخه نامطلوب می‌شود. پیدا کردن لحظاتی که بتوان به خاطر آن‌ها از شریک قدردانی کرد گاهی در لحظات عصبانیت و خشم سخت می‌شود ولی بیان کردن کوچک‌ترین موردی که به خاطر آن از درون احساس رضایت می‌کنید برای برون‌رفت از بحران کارساز است.

قدردانی کردن به معنی این نیست که ناراحتی‌های قبلی فراموش شده‌اند بلکه تنها راه گریزی از موقعیت تنش‌زاست. قدردانی حس مثبت به رابطه را در فرد القا می‌کند و علاوه بر آن فرد را برای انجام فعالیت‌های مثبت دیگر باانگیزه می‌کند.

استفاده از «و» به جای «اما»

تفاوت دو جمله زیر را به مراجع توضیح دهید:
«از اینکه ظرف‌ها رو شستی ممنونم ولی یادت رفته که زباله‌ها رو دم در بذاری»
«از اینکه ظرف‌ها رو شستی ممنونم و اگر زباله‌ها رو هم می‌پردی خیلی خوب می‌شد»

زمانی که از «اما» یا «ولی» در جمله‌های قدردانی استفاده می‌کنید، به نظر می‌رسد که رفتار مثبت پارتنر خود را نادیده گرفته‌اید و این کار به مرور زمان باعث دل‌سردی خواهد شد. تمرین‌های تغییر جملات به بهبود روابط کمک می‌کند.

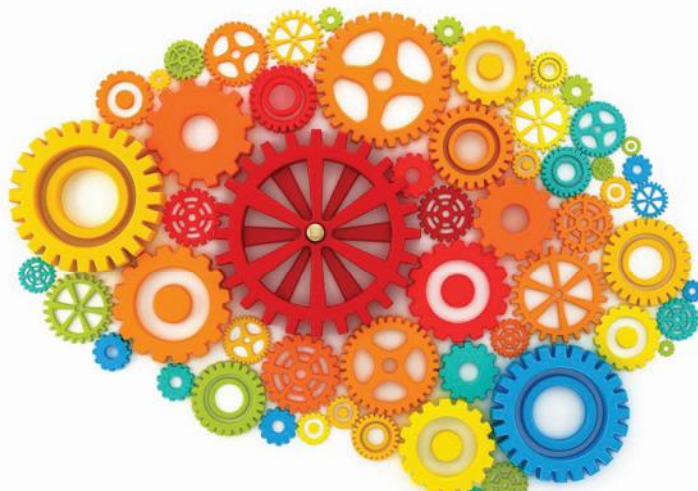


مک کی، فانینگ، پالگ
**مهارت‌های
 زنانشویی**
 ترجمه: محمد علی رحیمی

مهارت‌های زنانشویی
 نویسنده: متیو مک کی، پاتریک فانینگ، کیم پالگ
 مترجم: محمد علی رحیمی
 تاریخ چاپ: ۱۳۹۵
 انتشارات ارجمند

درباره کتاب:

برقراری رابطه‌ای صمیمانه می‌تواند یکی از مهم‌ترین منابع لذت برای فرد و درعین حال یکی از مهم‌ترین منابع ناراحتی وی باشد. این کتاب به شما کمک خواهد کرد مهارت‌هایی که برای شاداب نگه‌داشتن عشق خود به آن‌ها نیاز دارید را کسب کنید و یا به مهارت‌های فعلی خود بیفزایید. این کتاب از سه جنبه با سایر کتاب‌های موجود در زمینه خود-یاری تفاوت دارد: اول از همه از آنجاکه هدف ما آموزش مهارت است، در این کتاب به جای تمرکز بر مفاهیم و نظریه‌ها بر عمل کردن و ایجاد تغییر تمرکز داریم. در این کتاب نباید فقط به خواندن مطالب اکتفا کنید بلکه باید راهکارها و مطالبی که ارائه می‌شوند را به عمل درآورید؛ تمرینات را انجام دهید، برگه‌های فعالیت و دفترهای یادداشت روزانه را اجرا کنید، سعی کنید در انجام رفتارهای جدید نسبت به همسران دست به خطر بزنید. این کارها به صبوری و سخت‌کوشی و گاهی اوقات به تشویق نیاز دارند اما برای رسیدن به تغییر در زندگی زنانشویی باید تلاش کنید اوضاع تغییر خواهد کرد، اما نه به صورت شانسی و ناگهانی و نه به خاطر این که بیشتر مطلب می‌دانید، بلکه به دلیل اینکه در رابطه زنانشویی خیلی ماهرتر شده‌اید.



ریسک‌پذیری و مغز

رفتارهای ریسک‌پذیری در کدام ناحیه از مغز رخ می‌دهد؟

مأنده صبوریان، کارشناس ارشد روانشناسی

امکان پیش‌بینی رفتار فرد

روانشناسان غالباً در پی این موضوع هستند که همبستگی و ارتباط بین مغز و مفاهیم مشخص روان‌شناختی را پیدا کنند اما عموماً با پیدا کردن این همبستگی نیز نمی‌توان به یک جمع‌بندی در مورد رفتار فرد رسید. محققان این پژوهش بیان می‌کنند که این مشکل در تحقیق آن‌ها برطرف شده است. دکتر باربارا اشمیت بیان می‌کند: «در این تحقیق همه چیز به خوبی با یکدیگر منطبق شده است. نتایج نشان می‌دهد فعالیت ناحیه *frontal midline theta power* مغز کاملاً به رفتار تصمیم‌گیری خصوصاً در شرایط ریسکی مرتبط است.» با این نتیجه دانشمندان می‌توانند نتیجه تصمیم یک فرد را با استفاده از EEG مغز وی پیش‌بینی کنند. هرچه میزان فعالیت مغز در آن ناحیه بیشتر باشد، تصمیمات به سمت ریسک‌پذیری کمتر میل می‌کنند.

باربارا اشمیت تمایل دارد از این یافته در تحقیقات آتی استفاده کند. او در هیپنوتیزم تخصص دارد و بیان کرده در آینده نزدیک قصد دارد پژوهشی را با این مضمون طرح‌ریزی کند: «به افرادی که تحت هیپنوتیزم هستند احساس امنیت را القا کنیم و سپس آن‌ها را در موقعیت‌های ریسک‌پذیری قرار دهیم و رفتار مغز آن‌ها را با دستگاه EEG بررسی کنیم.»

منبع:

Barbara Schmidt, Hannah Kanis, Clay B. Holroyd, Wolfgang H. R. Miltner, Johannes Hewig. Anxious gambling: Anxiety is associated with higher frontal midline theta predicting less risky decisions. *Psychophysiology*, ۲۰۱۸; e۱۳۲۱۰ DOI: ۱۰.۱۱۱۱/psyp.۱۳۲۱۰

افراد مضطرب معمولاً به میزان کمتری ریسک‌پذیر هستند- این امر موضوع عجیبی نیست- اما به تازگی دانشمندانی از آلمان و کانادا با همکاری همدیگر توانسته‌اند مکانی که روند تصمیم‌گیری در مغز اتفاق می‌افتد را شناسایی کنند. این موضوع به آن‌ها امکان این را می‌دهد که رفتار فرد را پیش‌بینی کنند.

آن‌ها آزمایشی را طراحی کردند تا رفتار ریسک‌پذیری شرکت‌کنندگان را در آن بررسی کنند و برای مشاهده رفتار مغزی آن‌ها از EEG استفاده کردند. نسخه کامل این مقاله در مجله *scientific journal Psychophysiology* موجود است.

برای این آزمایش ابتدا با استفاده از پرسشنامه ۴۰ نفر انتخاب شدند که ۲۰ نفر آن‌ها افراد با اضطراب بالا و ۲۰ نفر دیگر افرادی با میزان اضطراب پایین بودند. این افراد وارد نوعی بازی می‌شدند که در آن باید هر بار یکی از دو کارتی که به آن‌ها ارائه می‌شد را برمی‌داشتند. نکته بازی در این بود که در دو سطح ریسک بالا و ریسک کم طراحی شده بود.

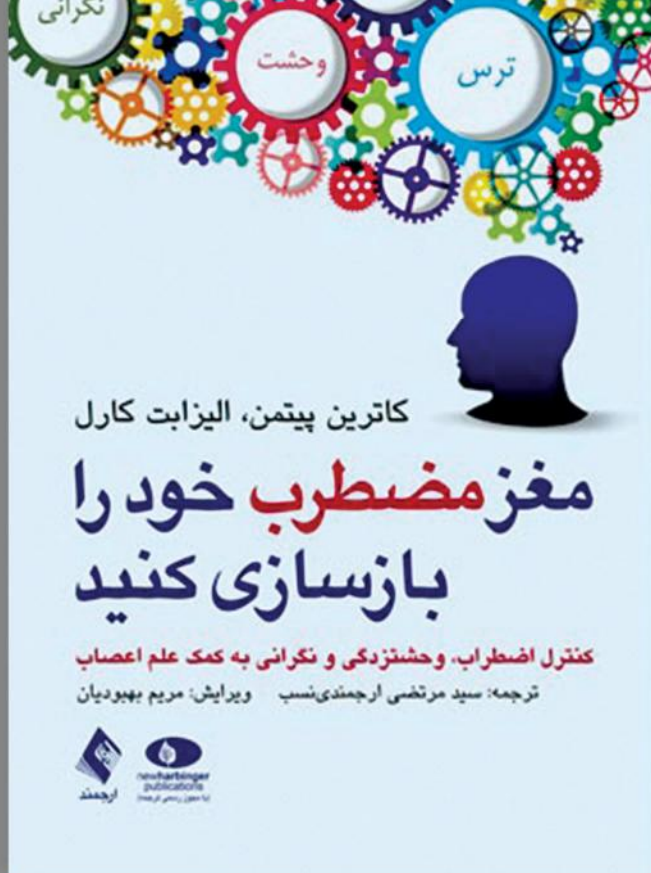
آپشن ریسک بالا: افراد یا ۱۱ سنت برنده می‌شدند یا ۰.

آپشن ریسک پایین: افراد یا ۶ سنت برنده می‌شدند یا ۵.

میانگین هریک از این گزینه‌ها ۵.۵ سنت می‌شد بنابراین در محاسبه منطقی تفاوتی بین دو گزینه وجود نداشت و تنها آپشن ریسک‌پذیری افراد مورد بررسی قرار می‌گرفت. همان‌طور که انتظار می‌رفت افرادی که میزان اضطراب بیشتری داشتند آپشن ریسک پایین را انتخاب می‌کردند.

نکته مهمی که از این تحقیق به دست آمد بررسی EEG رکورد شده در حین آزمایش بود. در حالی که شرکت‌کنندگان در حال انتخاب بین دو گزینه بودند، فعالیت در بخش *frontal midline theta power* مغز به طرز قابل توجهی بالا بود. در پژوهش‌های قبلی مشخص شده بود این ناحیه در مغز افراد مضطرب فعالیت زیادی دارد و اکنون مشاهده شد دلیل این فعالیت، میزان ریسک‌پذیری فرد بوده و تأثیر این فعالیت بر رفتار اشخاص مشخص شد.

زمانی که این ناحیه از مغز فعالیت شدیدتری می‌کند به این معنی است که فرد در حال سبک‌سنجیدن شرایط موجود دارد و در تلاش است که کم‌خطرترین آن‌ها را انتخاب کند.



مغز مضطرب خود را بازسازی کنید
کنترل اضطراب، وحشت‌زدگی و نگرانی به کمک علم اعصاب

نویسنده: کاترین پیتمن، الیزابت کارل
مترجم: سید مرتضی ارجمندی‌نسب
تاریخ چاپ: ۱۳۹۶
انتشارات ارجمند

آیا تاکنون اندیشیده‌اید وقتی مضطرب، نگران یا وحشت‌زده می‌شوید چه اتفاقی در مغزتان رخ می‌دهد؟ کاترین پیتمن و الیزابت کارل در کتاب مغز مضطرب خود را بازسازی کنید برای غلبه بر اضطراب راه‌حلهایی منحصر به فرد و مبتنی بر شواهد و علم اعصاب ارائه می‌کنند.

در این کتاب می‌آموزید چگونه از نگاه علم اعصاب، با ادامه و قشر مغز موجب اضطراب می‌شوند. در واقع با ادامه واکنش اولیه‌ای ایجاد می‌کند که بر اساس آن اضطراب را تجربه می‌کنیم. وقتی این ناحیه از مغز شروع به ایجاد ترس می‌کند متوجه علت ترس خود نمی‌شویم. در مقابل قشر مغز مسئول نگرانی، وسواس، نشخوار فکری و تفکر در مورد مسائلی است که ممکن است هیچ‌گاه رخ ندهند. نویسندگان در این کتاب مثال‌های دقیقی ارائه می‌کنند تا به کمک آن نحوه درست مدیریت ترس را با در نظر گرفتن این دو ناحیه از مغز فرا بگیرید.

با مطالعه این کتاب درک بهتری از شیوه بروز اضطراب به دست خواهید آورد و در نتیجه انگیزه و توان بیشتری برای غلبه بر آن پیدا خواهید کرد. مغز ابزار قدرتمندی است. هرچه بیشتر شیوه پاسخ‌دهی آن را نسبت به ترس تغییر دهید آرامش بیشتری را تجربه خواهید کرد. به کمک تکنیک‌های خودسنجی و تأییدشده قادر خواهید بود با بازسازی مغز خود علت ریشه‌ای ترس و اضطراب را کنترل کنید.





معرفی آزمون CBCL

فائزه جانمحمدی، کارشناس ارشد روانشناسی کودکان استثنایی

اختلال اضطراب اجتماعی فراگیر اصطلاحی است که نشان‌دهنده ترس از موقعیت‌های اجتماعی متعددی است که شامل موقعیت‌های تعاملی و عملکردی (هر دو) می‌شود و اختلال اضطراب اجتماعی غیر فراگیر به ترس از یک یا تنها تعدادی از چنین موقعیت‌هایی مربوط است که معمولاً (نه همواره) موقعیت‌های عملکردی هستند. جای تعجب نیست که SPIN به‌سرعت به‌عنوان ابزاری مشهور در بررسی پیامدهای درمانی اضطراب اجتماعی به‌ویژه در مکتوبات دارودرمانی شناخته‌شده است.

مشخصه‌های روان‌سنجی SPIN در ابعاد مختلف، شامل همسانی درونی، پایایی باز آزمایی، اعتبار سازه و حساسیت نسبت به تغییرات بالینی در فرایند روان‌درمانی بررسی و تأیید شده است.

در ایران نیز حسنونند عموزاده و همکاران در نمونه‌ی غیر بالینی روایی و اعتبار این مقیاس را به دست آوردند. ضریب آلفای پرسشنامه در نیمه اول آزمون برابر ۰.۸۲، برای نیمه دوم آزمون برابر ۰.۷۶، همچنین همبستگی دونیمه آزمون برابر ۰.۸۴ و شاخص اسپیرمن براون برابر ۰.۹۱ بوده است. همچنین محاسبه‌ی آلفای کرونباخ مربوط به کل آزمودنی‌ها در خرده مقیاس‌های اضطراب اجتماعی برای اجتناب برابر ۰.۷۵، برای ترس برابر ۰.۷۴ و برای ناراحتی برابر ۰.۷۵ بوده که نشانگر این است که اعتبار محاسبه‌شده رضایت‌بخش می‌باشد.

افزایش علاقه‌مندی به فوبیای اجتماعی یا اختلال اضطراب اجتماعی، تنوع در ساخت ابزارهای متعدد برای ارزیابی نشانگان رایج این اختلال را به دنبال داشته است. این ابزارها شامل مقیاس‌های میزان شده‌ی بالینی، از قبیل مقیاس اختصاری فوبیای اجتماعی مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز همین‌طور مقیاس‌های خود گزارش دهی از قبیل مقیاس ترس از ارزیابی منفی و دوری‌گزینی اجتماعی مقیاس خود اظهاری در میان گفتگوهای معمولی مقیاس اضطراب تعاملات اجتماعی فوبیای اجتماعی و اضطراب و مقیاس فوبیای اجتماعی می‌باشد. یکی از ابزارهای خود گزارش دهی جدید که به صورت منحصربه‌فرد نشانگان اضطراب اجتماعی را می‌سجد سیاهه فوبیای اجتماعی می‌باشد. این مقیاس یک ابزار غربالگری مناسب برای تمایز افراد دارای فوبیای اجتماعی می‌باشد، مطالعات دامنه‌دار کانور و همکاران بیان می‌دارد که سه ویژگی خاص این آزمون شامل: ترس از خجل شدن «ترس»، پرهیز از فعالیت‌هایی که فرد را در مرکز توجه می‌دهد «اجتناب» و دست‌پاچگی با گیج به نظر رسیدن «ناراحتی فیزیولوژیک» برای اهداف غربال‌گری فوبیای اجتماعی مناسب می‌باشد.

با توجه به طبقه‌بندی چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال اضطراب اجتماعی شامل دو زیرگروه فراگیر و غیر فراگیر است.



سردارآبادی و شیرازی در پژوهش خود نشان دادند که میزان و شیوع اضطراب اجتماعی بین دانشجویان بومی و غیربومی تفاوت معناداری دارد و میزان و شیوع آن در دانشجویان غیربومی بیشتر می باشد. در مطالعه‌ای کافی، بواله‌ری و پیروی نشان دادند که دانشجویان شهرستانی در نشانه‌های ترس مرضی به‌طور معناداری وضعیت نامناسب‌تری نسبت به دانشجویان تهرانی دارند.

پژوهش باقری و همکاران و لطفی و همکاران نیز نشان داد که موارد مشکوک به اختلال روانی در بین دانشجویان غیربومی بیش از دانشجویان بومی بوده است. نتایج پژوهش‌های پیشین حاکی از این می‌باشد که بین محل سکونت دانشجویان بومی و غیربومی و موارد مشکوک به اختلال‌های روانی به‌ویژه اختلالات اضطرابی ارتباط معنی داری وجود دارد

در رابطه با عملکرد دانشجویان در میزان اضطراب اجتماعی در سال‌های مختلف تحصیل، مطالعه‌ای صورت نگرفته است. باین وجود پژوهش آسایش و همکاران نشان داد که بین ظهور نشانه‌های اضطرابی دانشجویان و تعداد سال‌های سپری‌شده از تحصیل همبستگی معناداری وجود دارد. کجباف و همایی نشان دادند که تفاوت معناداری در سلامت روانی دانشجویان رشته‌های فنی و علوم انسانی وجود ندارد. از طرفی لطفی و همکاران بیان می‌دارند که شیوع اختلالات اضطرابی در میان دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی نسبت به سایر دانشجویان دانشکده‌های علوم پزشکی شهید صدوقی یزد بیشتر می‌باشد.

شما می‌توانید این آزمون را به‌صورت آنلاین در سامانه سنجش روان به نشانی اینترنتی pas-os.com انجام دهید و تحلیل اینترنتی آن را مشاهده کنید.

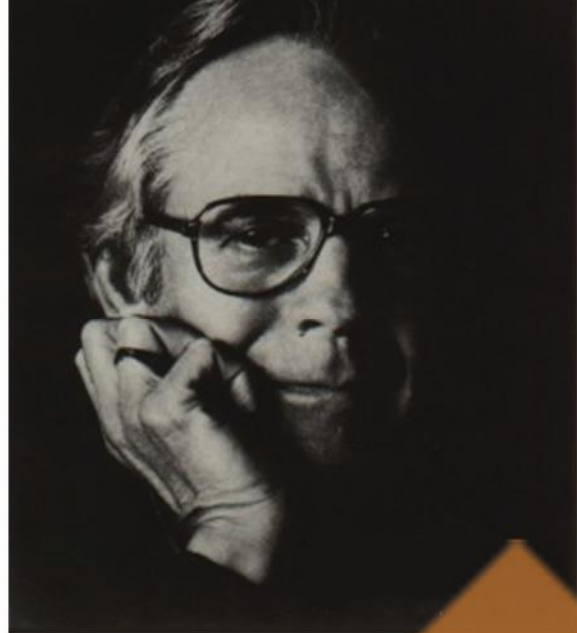
منبع

هنجاریابی سیاه فوبیای اجتماعی (SPIN) در نمونه غیر بالینی ایرانی. مهدی حسنوند عموزاده. مجله علوم پزشکی ارومیه. دوره ۲۶، شماره ۱، فروردین ۱۳۹۴

گفته‌شده که به لحاظ میزان شیوع، اضطراب اجتماعی یکی از سه اختلال شایع روان‌پزشکی بعد از افسردگی اساسی و الکلیسم است. مطالعات اخیر همه‌گیرشناسی نشان داده‌اند که شیوع اضطراب اجتماعی در جمعیت عمومی در طول عمر دارای دامنه‌ای از ۲.۴ تا ۱۶ درصد است و این در حالی است که در میان جمعیت زنان شایع تر است.

در رابطه با عملکرد دو جنس در سیاه فوبیای اجتماعی، مطالعات متعددی صورت گرفته است. مطالعات اکارتورک و آلفائو و بیدل نشان داده که نرخ اضطراب اجتماعی در زنان بیشتر از مردان است؛ اما در نمونه‌های بالینی اغلب عکس آن صادق است. در ایران نیز در رابطه با عملکرد دو جنس در مقیاس سیاه فوبیای اجتماعی، مطالعات اندکی صورت گرفته است. در مطالعه‌ای که طاهری فر بر روی ۴۳۸ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران با سیاه فوبیای اجتماعی SPIN انجام داد، تفاوت معناداری بین عملکرد دختران و پسران در اضطراب اجتماعی نیافت. غفاری نژاد و پویا ۱۲۹۴۴ دانش‌آموز (۱۴ تا ۲۰ ساله) شهر کرمان را موردبررسی قرار دادند که از این تعداد ۱۴۴۶ نفر (۴۹.۱ درصد) دختر و ۱۴۹۸ نفر (۵۰.۹ درصد) پسر بودند که از کل دانش‌آموزان موردپژوهش ۴۲۹ نفر (۱۴.۶ درصد) مبتلابه اضطراب اجتماعی بودند. از میان ۱۴۴۶ نفر دختر دانش‌آموز ۲۷۵ نفر (۱۹ درصد) و از میان ۱۴۹۸ دانش‌آموز پسر موردبررسی ۱۵۹ نفر (۱۰.۳ درصد) مبتلابه اضطراب اجتماعی بودند، در این تحقیق میزان شیوع اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان دختر به‌صورت معناداری از میزان شیوع اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان پسر بیشتر بود ($p < 0.0001$) سردارآبادی و شیرازی در پژوهش خود در دانشگاه فردوسی مشهد نیز نشان دادند که میزان اضطراب اجتماعی در زنان به‌طور معناداری بیشتر از مردان است.

اگرچه در ارتباط با میزان ابتلای دانشجویان بومی و غیربومی اضطراب اجتماعی اطلاع کمی در دست است اما یافته‌های تحقیقی در خصوص تفاوت بین دانشجویان دختر و پسر بومی و غیربومی در باب ابتلا به اختلالات روانی، بیانگر آن است که آسیب‌پذیری دانشجویان غیربومی در ابتلا به اختلالات روانی در مقایسه با دانشجویان بومی بیشتر است.



زندگی نامه

رولو می

رولو می در ۲۱ آوریل ۱۹۰۹ در ایدا، اوهایو متولد شد، اما بیشتر کودکی خود را در مارین سیتی در میشیگان سپری کرد. می لیسانس خود در هنرهای زیبا را در سال ۱۹۳۰ دریافت کرد، و بعد از آن، به عنوان یک نقاش و معلم دوره گرد، به دور اروپا سفر کرد. در این مدت، به یکی از کلاسهای تابستانی آلفرد آدلر رفت. او آدلر را دوست داشت اما نظریه اش را به نوعی، بیش از حد ساده انگارانه می دانست.

می به آمریکا برگشت تا در ۱۹۳۹ از UTS در نیویورک، مدرک الهیات بگیرد. در آنجا بود که با مکتب اگزستانسیالیسم آشنا شد. اما بعداً به روان‌شناسی علاقه‌مند شد و در انستیتو WAWI به یادگیری روانکاوی مشغول شد. در آنجا بود که با فروم و سالیوان آشنا شد و تحت تأثیر آنها قرار گرفت. می مطب خصوصی خود را در ۱۹۴۶ دایر کرد، و اولین مدرک دکتری در روان‌شناسی بالینی در تاریخ دانشگاه کلمبیا را دریافت کرد.

می در ۳۸ سالگی به بیماری سل مبتلا شد، و جنگ او با این بیماری، به نقطه عطفی در زندگی وی تبدیل شد. در آن زمان، پزشکی زیاد پیشرفت نکرده بود و بنابراین، رولو می ساعت به ساعت و روز به روز، در یک بیمارستان در نیویورک، منتظر اعلام این موضوع بود که آیا به سلامت باز خواهد گشت، معلول خواهد شد، یا خواهد مرد. می مقدار زیادی از وقت خود را به مطالعه پرداخت، و یک کشف شگفت‌انگیز کرد: اضطراب عمیق خودش، در مقایسه با سازه‌های مکانیکی و متافیزیکی به نام «لیبیدو»، ارتباط بیشتری با «نبود» (مرگ، عدم وجود) داشت. خوشبختانه، می از بیماری خود جان سالم به در برد، اما رویکرد روانکاوی وی، از بین رفت. مابقی عمر می به رویکرد اگزستانسیال به شخصیت، اختصاص داده شد.

آثار می شامل چند کتاب، از جمله کتاب «عشق و اراده»، و تعداد زیادی مقاله است. علاوه بر فعالیت در مطب خصوصی خود، به تدریس در هاروارد، پیل، پرینستون، کلمبیا، دارتموث، واسر، دانشگاه نیویورک، و N.S.S.R. رولو می در اکتبر ۱۹۹۴، به علت ایست قلبی در تیورن، کالیفرنیا، درگذشت. رولو می ۴ نوع عشق را در سنت غرب مشخص کرد: میل جنسی، اروس، فیلیا، و مهرورزی. میل جنسی: میل جنسی نوعی کارکرد زیستی است که می توان آن را از طریق آمیزش جنسی یا روش‌های دیگر آزاد کردن تنش جنسی ارضا کرد. گرچه میل جنسی در جوامع مدرن غربی بی‌ارزش شده است، اما هنوز نیروی تولید مثل است، ساقی که به نژاد تداوم می‌بخشد و منبع شدیدترین لذت و فراگیرترین اضطراب انسان است. می معتقد بود که در دوران باستان، میل جنسی درست مثل خوردن و خوابیدن مسلم انگاشته می‌شد. در عصر نوین، میل جنسی مشکل ساز شده است. اولاً، در دوره ویکتوریایی، جوامع غربی عموماً احساس‌های جنسی را انکار می‌کردند، و میل جنسی در مصاحبت با فرهنگ و با نزاکت موضوع گفتگو نبود. بعداً، در دهه ۱۹۲۰، افراد علیه این بازداری جنسی واکنش نشان دادند؛ میل جنسی ناگهان علنی شد و بیش تر جوامع غربی به آن دل‌مشغول شدند. می خاطر نشان ساخت که جامعه از دوره‌ای که میل جنسی آکنده از گناه و اضطراب بود به سمت دوره ای پیش رفت که گناه و اضطرابی به همراه ندارد. اروس میل جنسی نیازی فیزیولوژیکی است که از طریق آزاد شدن تنش ارضا می‌شود. اروس میل روانی است که از طریق پیوند با دوام با فردی عزیز آفریده می‌شود. اروس عشق ورزیدن است؛ میل جنسی تحریک کردن اندام هاست. اروس میل به برقراری وحدت با دوام است؛ میل جنسی میل به تجربه کردن لذت است. فیلیا اروس، رهایی میل جنسی، براساس فیلیا قرار دارد، یعنی، دوستی صمیمانه غیر جنسی بین دو نفر. فیلیا را نمی‌توان به عجله واداشت، بلکه رشد کردن و پرورش یافتن آن به زمان نیاز دارد. پرورش عشق تدریجی بین خواهر و برادرها یا بین دوستان همیشگی نمونه‌ای از فیلیاست. فیلیا به جز پذیرفتن فردی که برای ما عزیز است، بودن با او، و خوشحال کردن او، ما را به چیز دیگری ملزم نمی‌کند. فیلیا، دوستی در ساده‌ترین حالت است.

مهرورزی همانگونه که اروس به فیلیا وابسته است، فیلیا نیز به مهرورزی نیاز دارد. می مهرورزی را به این صورت تعریف کرد: محترم شمردن دیگری، علاقه به رفاه او بدون هرگونه نفعی که بتوان از آن به دست آورد؛ عشق بی طرفانه، مانند عشق خدا به انسان. مهرورزی عشق نوع دوستانه است. این نوعی عشق معنوی است که به رفتارها یا ویژگی‌های طرف مقابل وابسته نیست، بلکه نامشروط است.

منبع:

گنجی، حمزه. نظریه‌های شخصیت. انتشارات ساوالان، ۲۰۱۲.

موسسه آموزشی آل طه در مشهد برگزار می‌کند:

کارگاه بازی درمانی

این روزها استفاده از بازی در درمان کودکان به امری فراگیر تبدیل شده، چرا که روانشناسان به این باور رسیده‌اند که بازی، زبان کودک است. کودکان برای کشف پدیده‌های اطراف و بیان احساسات و افکار خود از بازی استفاده میکنند چون سطح کلام آنها هنوز به قدری قوی نشده که بتوانند درونیات خود را مانند بزرگسالان به زبان بیاورند. در مسیر بازی می‌توان به بسیاری از مسائل و مشکلات کودک پی برد. بازی درمانی صرفاً بازی و تفریح با کودک نیست بلکه مانند همه روش‌های درمانی دیگر پروتکل‌های مخصوص دارد که این پروتکل را سن و سال مراجع و نوع مشکلی که برای آن مراجعه کرده تعیین میکند. درمانگران برای استفاده از بازی درمانی باید دوره‌های مخصوص دیده باشند.

رویکردهای مهم و جدیدی که امروزه در دنیای بازی درمانی حرف اول را می‌زنند عبارتند از:

CHILD CENTERED PLAY THERAPY (CCPT)

در این رویکرد که پیرو قوانین درمان مراجع محور است، علاوه بر مفروضات درمان مراجع محور، برای کودک محیطی سرشار از امنیت روانی با حد و حدود مشخص ایجاد میکند تا اجازه یادگیری خودکنترلی روی احساسات و رفتار خود را پیدا کند.

CHILD PARENT RELATIONSHIP THERAPY (CPRT)

در این درمان والدین در گروه‌های حمایتی توانایی‌هایی را یاد می‌گیرند تا نسبت به کودک، درست واکنش نشان دهند و از سوی دیگر کودکان نیز یاد می‌گیرند که می‌توانند روی والدینشان در هر زمینه‌ای بدون قید و شرط حساب کنند.

PARENT CHILD INTERACTION THERAPY (PCIT)

این روش عموماً در درمان مشکلات رفتاری کودکان ۲ تا ۷ سال استفاده می‌شود. این درمان هم روی بهبود کیفیت روابط و تعاملات والد-فرزند تاکید دارد.

COGNITIVE BEHAVIORAL PLAY THERAPY (CBPT)

این روش یه ترکیب خلاقانه از بازی درمانی و CBT است که در دهه ۱۹۹۰ توسط سوزان نل به وجود آمد. این روش برای کودکان پرخاشگر توصیه می‌شود و به آنها یاد می‌دهد چگونه با خشم خود کنار بیایند.

SANDPLAY THERAPY

در این روش کودک با استفاده از خلق تصاویر در یک سینی شن احساسات، افکار و نگرانی‌های خود را منعکس میکند. این روش غیرکلامی بوده و برای برقراری ارتباط با کودک از تصاویر خلق شده توسط او استفاده میکند.

THERAPLAY

تراپلی یا بازی درمانی دلبستگی محور روی مشکلات دلبستگی تمرکز میکند و با ایجاد فاکتورهای موثر در دلبستگی بین درمانگر و کودک و سپس انتقال آنها به والدین به بهبود روابطه کودک-والد کمک میکند و باعث رفع مشکلات این حیطه می‌شود.

این کارگاه از تاریخ ۱۷ مردادماه ۹۷ به مدت ۵۰ ساعت در شهر مشهد برگزار می‌شود.

جهت کسب اطلاعات بیشتر و ثبت‌نام به شماره‌های زیر تماس حاصل فرمایید.

۰۹۰۱۶۴۱۸۳۱۷ _ ۰۵۱۳۷۶۶۷۸۵۳



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 روان‌بونه، در قبول یا رد مقاله‌ها آزاد است.
۵. نشریه‌ی روان‌بونه، در اصلاح و ویرایش مطالب رسیده، آزاد است.
۶. مقالات ارسال شده، بازگردانده نمی‌شوند.
۷. ماهنامه‌ی روان‌بونه، نشریه‌ی الکترونیکی و غیرقابل فروش است.

از نویسندگان محترم تقاضا می‌شود به نکات زیر توجه فرمایند:

۱. نشریه‌ی روان‌بونه، 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 حروف‌چینی شده ارسال نمایید.
۵. نقل مطلب با ذکر ماخذ 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