آیا میدانستید با عضویت در سایت جزوه بان میتوانید به صورت رایگان جزوات و نمونه

سوالات دانشگاهی را دانلود کنید؟؟

فقط کافیه روی لینک زیر ضربه بزنید

👇👇👇👇👇👇👇👇👇👇👇👇👇👇

ورود به سایت جزوه بان

Jozveban.ir

telegram.me/jozveban

sapp.ir/sopnuu

جزوات و نمونه سوالات پیام نور

@sopnuu

jozveban.ir

www.Endbook.net

فصل اول

- ✓ تکامل روانشناسی بالینی به سبب تأثیر عوامل متعدد صورت گرفت که بعضی از آنها خارج از حیطه روانشناسی بود. برای مثال، پیشرفتهای حاصله در بیولوژی، فلسفه، سیاست. تاریخ آن با تکامل روانشناسی مرضی آمیخته است و گذشته آن به زمان انسان اولیه می رسد.
- ✓ روشهای مطالعه بیماریهای روانی موقعی نضج گرفت که مسئله بیماری روانی، از خرافات و عقاید ماوراء الطبیعه مجزا شد. تکامل روانشناسی بالینی، بستگی زیادی به پیدایش وسایل و ابزار برای مشاهده و اندازه گیری داشت.

PHDIOME.IR

۱- روانشناسی مرضی

- ✓ بشر اوّلیه، امراض روانی را پدیده ای ماوراء الطبیعه می دانست. روشهای درمان این گونه بیماران که تصور میشد دچار "جن زدگی" و ارواح خبیثه شده باشند، عبارت بود از سوراخ کردن جمجمه به منظور آزاد کردن روح پلید و ...
- ✓ در قرون ششم و هفتم قبل از میلاد، فیلسوفانی از قبیل طالس، اناکسیمنز، هراکلیتوس، اناکساگوراس و دماکریتوس در مورد چگونگی طبیعت بشر و جهان، فرضیاتی عرضه کردند. کمی بعد از آن،بقراط (۴۶۰ تا ۳۷۰ قبل از میلاد) در زمینه علم پزشکی تئوریهایی ارائه داد که بسیار نو و پیشرفته بود و بعدها اساس این علم قرار گرفت. به نظر او مرکز تمام فعالیتهای بشر مغز است و هر گونه اختلالاتی در آن، سبب بروز امراض روانی می شود.
- ✓ در زمان حکمفرمایی امپراطوری رم، قبل از ظهور مسیحیت، داشمندانی چند مانند آریتوس و سورانوس در پیشرفت علم و کشف ماهیت امراض روانی تلاش بسیار کردند. عقاید پیشرفته و روشنفکرانه بقراط، گالن و همکاران آنها، قرنها در خفا ماند.
- ✓ در قرن شانزدهم، کشفیاتی در مورد احساس، عواطف، ادراک و طرز ایجاد تفکر صورت گرفت. در آن موقع شخصی به نام وایوز یک قرن قبل ازهابر و سه قرن قبل از فروید، درباره ارتباط افکار و تأثیر عواطف بر آن بحث می کرد. در همین ایام دو دانشمند به نامهای پاراسلوس و وایر به شدت علیه خرافات و جن گیری مبارزه می کردند.

www.Endbook.net

- ✓ در قرن نوزدهم، پیشرفتهای محسوسی در زمینه آناتومی و فیزیولوژی اعصاب روی داد؛ ولی توسعه روانشناسی را در طی قرون متمادی، فلاسفه ای از قبیل بکن، دکارت، هابز، هارتلی، لاک، مالبرانش و اسپینوزا عهده دار شدند. قسمت عمده تئوریهای آنها نیز در مورد عواطف و اراده بود.
- ✓ در سال ۱۷۹۶ با تلاش ویلیام توک، بیمارستانی در انگلستان به منظور نگاهداری و معالجه بیماران روانی ساخته شد.
- ✓ در اواخر قرن هیجده در فرانسه، پزشکی به نام فیلیپ پینل، رئیس بزرگترین بیمارستان روانی فرانسه شد. او با اصلاحات نوع دوستانه خود، به پیشرفت روان پزشکی کمک بسیاری کرد. در آلمان نیز، در سال ۱۷۹۵ پزشک دیگری به نام فرایک مانند پینل در این زمینه، گامهای اساسی برداشت. در آمریکا هم اصلاحاتی انجام شد که قسمت اعظم آن به وسیله بنجامین راش بود. در اوایل سال ۱۸۰۰ برای معرفی روشهای انسانی در درمان بیماری روانی، پیشرفتهای بسیاری انجام شد.
- ✓ یکی از عوامل مهمی که در ایجاد پسیکوآنالیز و تئوریهای جدید شخصیت و روشهای معاصر درمان تأثیر بسزا داشت، پدیده ای بود که در قرن نوزده آن را مسمریسم می نامیدند. مسمر توانست پدیده ای را که امروز به نام هیپنوتیزم می شناسیم، کشف کند.
- ✓ سالها طول کشید تا علما با رغبت به مطالعه این پدیده پرداختند. از این جمله دانشمندان، براید بود که نام هیپنوتیزم را جانشین مسمریسم ساخت.
- ✓ شارکو و برنهایم از روش هیپنوتیزم به منظور تحقیق و درمان استفاده کردند و فروید تحت تأثیر این استادان، هیپنوتیزم را برای درمان بیماران روانی به کار گرفت؛ ولی بعدها فروید این روش را کنار گذاشت و به جای آن از روش "تداعی آزاد" استفاده کرد. تجسسات فروید، به ویژه در زمینه ضمیر ناخودآگاه بیشتر از هر عامل دیگر در ایجاد روانشناسی بالینی موثر بود. شاگردان فروید مانند یونگ و ادلر، مکتب پسیکوآنالیز را توسعه دادند.
- ✓ یکی دیگر از شاگردان شارکو که تحقیقات او در زمینه تئوری "از هم گسیختگی شخصیت" معروف است، پیر ژانه بود.
- ✓ قسمت اعظم این فعالیتها که تا قرن نوزدهم طول کشید، در اروپا صورت گرفت. البته، در آمریکا نیز پیشرفتهای قابل ملاحظه ای در این زمینه می شد. یکی از چهره های درخشان این کشور، دوروتیا دیکس بود که بیشتر زندگی خود را وقف ایجاد بیمارستانهای مناسب دولتی برای مداوای بیماران روانی کرد. آدولف مایر که از پزشکان عالیقدر بود نیز در پیشرفت روانپزشکی آمریکا سهم بسزایی داشت.
- ✓ فعالیتهای پاولف در مورد بازتابهای شرطی، کشف دارویی به نام مترازول به وسیله مدونا به منظور درمان با شوک، استفاده از انسولین به وسیله ساکل که هنوز هم در معالجه افراد مبتلا به شیزوفرنی به کار می‌رود، و معرفی الکتروشوک به وسیله سرلتی و بینی از آن جمله است.
- ✓ در رشته‌های دیگر دانش بشری همزمان با پیشرفت روانشناسی مرضی رخ داد و در ایجاد روانشناسی بالینی موثر بود. این حوادث عبارت بودند از پیشرفت روانشناسی کودک، علم ژنتیک، علم آمار و تأسیس اولین آزمایشگاه روانشناسی. فیلسوفانی مانند لاک و زیست‌شناسانی مانند داروین نیز مسلماً تأثیر بسزایی در این زمینه داشتند.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

۲- پیدایش روانشناسی بالینی

- ✓ در سال ۱۸۳۸ اسکیرول برای اولین بار فرق میان پسیکوز و عقب‌ماندگی هوشی را مطرح ساخت. پیش از این زمان، همه به این گونه افراد به چشم دیوانه می‌نگریستند. اسکیرول متوجه شد که عقب‌ماندگی عقلی، درجات مختلفی دارد؛ البته خود او آنها را فقط به دو دسته تقسیم کرد. اسکیرول تکلم را بهترین معیار برای تشخیص این گونه افراد دانست.
- ✓ پینل، روانپزشک مشهور، یک کودک وحشی را عقب‌مانده تشخیص داد و او را غیر قابل درمان دانست. یکی از همکاران پینل بنام ایتارد معتقد بود که دلیل اصلی عقب‌ماندگی هوشی کودک مذکور، دوربودن از تمدن و نداشتن تربیت صحیح است.
- ✓ اهمیت واقعی کوشش ایتار در این بود که علاقه یکی از شاگردان خود به نام ادوارد سگن را برانگیخت تا درباره عقب‌ماندگی هوشی تحقیقاتی به‌عمل آورد. با وجودی که اسکیرول و ایتار از درمان عقب‌ماندگی هوشی مأیوس شده بودند، ولی سگن با مشاهدهٔ پیشرفت پسر وحشی جنگل‌های فرانسه، معتقد شد که می‌توان افراد عقب مانده را تعلیم داد. او با چنین ایده‌ای اولین آموزشگاه تعلیم این نوع کودکان را تأسیس کرد.
- ✓ بحث درباره "روان" را فیلسوفانی مانند دکارت، اسپینوزا، لایپ نیتز، هابز، لاک، برکلی، هیوم، هارتلی و دیگران بر عهده داشتند و در واقع می‌توان گفت که نظریات آنها پشتوانهٔ افکار جدید در این مورد است.
- ✓ اسپینوزا (۱۶۳۲ تا۱۶۷۷) اولین فردی بود که اساس موروثی بودن عقاید را پایه‌گذاری کرد. لاک بعد از ردّ این نظریه، اعتقاد خود را چنین بیان داشت: روان مانند یک "لوح خالی" است.
- ✓ فعالیتهای داروین در مورد تکامل، و کارهای گالتون درباره تأثیر عوامل ارثی در نوابغ را، باید تا اندازه‌ای مدیون این نظریات فیلسوفانه گذشته دانست.
- ✓ کشف این مطلب اساسی که افراد بشر با یکدیگر فرق دارند، قسمتی از میراث روانشناسی جدید است؛ روانشناسی بالینی بر اساس این کشف بزرگ به وجود آمده است.
- ✓ بشر همیشه از اختلافات موجود بین افراد آگاه بوده است. در بعضی از نوشته‌های قدما، این آگاهی به خوبی دیده می‌شود. برای مثال، افلاطون معتقد بود که تفویض حرفه به افراد باید بر حسب قابلیت و شایستگی آنها صورت گیرد.
- ✓ تفاوتهای فردی برای اولین بار بر اثر یک تصادف جالب، توسط علم نجوم اندازه‌گیری شد. در سال ۱۷۹۶ ستاره‌شناسی بنام ماسکلین، همکار خود کینر بروک را به این دلیل که مشاهدات او روی حرکات ستارگان یک ثانیه اختلاف داشت، اخراج کرد. در سال ۱۸۱۶ بیسل که او نیز ستاره‌شناس بود، از ماجرای کینر بروک مطلع شد و به کشف آن علاقه نشان داد. تحقیقات او بعد از مدتی به نتیجه رسید که معمولاً در مشاهدات افراد، اختلافاتی وجود دارد.
- ✓ این کشف علم نجوم، در تحقیقاتی که به بعدها در زمینه روانشناسی تجربی در مورد سرعت عکس‌العمل افراد انجام شد، تأثیر بسزایی داشت. چنانکه بخواهیم دید، کاتل آمریکایی که در اولین لابراتور روانشناسی در دانشگاه لاپیزیگ، شاگرد وونت بود، اولین تحقیق علمی درباره سرعت عکس‌العمل را انجام داده است.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

- ✓ علاقه و توجه به اندازه‌گیری هوش، موجب پیدایش رشته دیگری در روانشناسی، به نام روانشناسی کودک شد. در سال ۱۷۸۷ تیدمن گزارشی را که بر اساس مشاهدات رفتار کودک خود نگاشته بود، منتشر کرد. رشته‌های مختلف روانشناسی مانند روانشناسی کودک، روانشناسی بالینی، روانشناسی اجتماعی و روانشناسی شخصیت از جهات بسیاری به یکدیگر نزدیکند.
- ✓ خط فاصل میان روانشناسی بالینی و روانشناسی کودک، از بعضی جهات بسیار نامشخص است؛ زیرا روانشناسی بالینی در اصل به سبب علاقه به مسائل کودکان عقب‌افتاده به وجود آمد.
- ✓ علاوه بر پیشرفتهای مذکور، تا اواسط قرن نوزدهم، علاقه و فعالیتهایی در زمینه‌های تکامل و وراثت ایجاد شد؛ کتاب مشهور داروین به نام "منشأ انواع" که در سال ۱۸۵۹ انتشار یافت.
- ✓ داروین و اسپنسر هر دو معتقد بودند که رفتار عاطفی انسان، همانند ساختمان جسمانی او ارثی است و منشأ آن را می‌توان در حیوانات پایین‌تر یافت. همزمان با کشفیات داروین، دانشمند بزرگ انگلیسی گالتن، مشاهدات خود را درباره ارثی بودن نبوغ در کتابی به نام "نبوغ ارثی" منتشر ساخت.
- ✓ در سال ۱۸۴۶ یکی از دانشمندان بلژیکی که در زمینه آمار و علوم نجوم متخصص بود، متذکر شد که اصول احتمالات ریاضی که به وسیله گوس و لاپلاس تهیه شده بود، در اندازه‌گیری خصوصیات انسانی مانند قد و وزن قابل تطبیق است و بر اساس این عقیده "منحنی طبیعی" را ترسیم کرد.
- ✓ کارل پیرسون ریاضیدان بزرگ و دوست صمیمی گالتن فرمول ریاضی ضریب همبستگی را ایجاد کرد.
- ✓ گالتن این رشته از تحقیقات را متوقف کرد و به تحقیق درباره حساسیت حیوانات نسبت به درجات مختلف صدا پرداخت. او برای این منظور، وسیله‌ای را که امروز به نام سوت گالتن مشهور است، اختراع کرد. گالتن مشاهده کرد که مردم علاوه بر تفاوتهای جسمانی و ادراکی، از لحاظ عواطف و علایق نیز تفاوتهای بسیاری دارند. او مبتکر استفاده از پرسشنامه به منظور ارزیابی منش و شخصیت بود و همچنین از این وسیله برای دستیابی به تخیلات افراد استفاده کرد. این کوششهای گالتن سبب شد که اشخاصی مانند کاتل به تحقیق درباره تفاوتهای فردی علاقه‌مند شوند.
- ✓ در سال ۱۸۷۹ اولین لابراتوار رسمی را ویلهم وونت آلمانی در دانشگاه لایپزیک تأسیس کرد. این امر در بین دانشمندان آن زمان نوعی علاقه علمی به وجود آورد. البته، در آن زمان، قلمرو تحقیق روانشناسی محدود به تحقیق درباره قوای ادراکی یا پسیکوفیزیک بود که بوسیله فخنر شروع شده بود.
- ✓ در سال ۱۸۹۰ روانشناس آمریکایی به نام کاتل که از شاگردان وونت در دانشگاه لایپزیک بود، پس از مراجعه به وطن خود، مقاله‌ای تحت عنوان "آزمونهای روانی و اندازه‌گیری آنها" نوشت و برای اولین بار اصطلاح "آزمون‌های روانی" را مصطلح کرد.
- ✓ روانشناسان دیگر آمریکایی فعالیتهای کاتل را ادامه دادند؛ ولی علاقه جدی به آزمونهای روانی، در اوایل قرن بیستم و در زمانی به طور محسوس ظهور کرد که آلفرد بینه آزمون هوش کودکان را ساخت.
- ✓ بینه و سیمون اولین آزمون هوش را در سال ۱۹۰۵ ساختند. این آزمون ۳۰ ماده داشت و گرچه از لحاظ تشخیص هوش افراد، کاملاً قابل اطمینان نبود، ولی از جهت پایه‌گذاری علمی آزمون هوش خوب بود.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

۳- روانشناسی بالینی جدید

- ✓ در روانشناسی جدید، تأثیر دو عامل را می‌توان از آغاز نهضت اندازه‌گیری روانی مشاهده کرد. یکی از این عوامل، ایجاد گروه‌های حرفه‌ای و مؤسسات و کلینیک‌های روانشناسی، و عامل دیگر، تکامل تدریجی وسایل کلینیکی بود.
- ✓ فقط چند نوع از ابزار و وسایل اساسی و مهم را که در روانشناسی بالینی به کار رفته و می‌رود، ذکر کنیم.

۳-۱ آزمون هوش :

- ✓ آلفرد بینه اولین آزمون هوش را در سال ۱۹۰۵ با کمک همکارش سیمون منتشر کرد. تجدید چاپ آن در سال ۱۹۰۸ صورت گرفت که البته کامل‌تر بود و نظریه "سن روانی" را نیز دربر داشت. چند ماه بعد، در سال ۱۹۱۱ و مجدداً در سال ۱۹۱۲ کالمن، آزمون بینه را تجدید چاپ نمود. در سال ۱۹۱۶، ترمن استاد دانشگاه استنفورد آمریکا، آزمون بینه را کامل تر نمود و آن را برای مردم آمریکا تنظیم کرد. در سال ۱۹۳۷ ترمن و همکارش مریل این آزمون را مجدداً چاپ کردند و تغییرات مطلوبی در آن دادند. سال ۱۹۶۰ این آزمون با وسعت و تکامل بیشتری تجدید چاپ شد. در سال ۱۹۸۶ چهارمین تجدید نظر این آزمون صورت گرفت.
- ✓ آزمونهای هوش گروهی در سال‌های جنگ جهانی اول به وجود آمد. دو آزمون مشهور آرمی آلفا برای باسوادان و آرمی بتا برای بی‌سوادان تنظیم شد. در حدود سال ۱۹۲۰، آزمونهای هوش فردی و گروهی، کلامی و غیرکلامی به نسبت زیادی ساخته شد. اصطلاح بهره هوشی رایج و اندازه‌گیری هوش عملی متداول شد.
- ✓ قدم بزرگ دیگری که در پیشرفت و توسعه رشته آزمون سازی برداشته شد، مطالعات تحقیقاتی آرنولد گزل، در سال ۱۹۲۸ درباره تکامل کودکان بود. او آزمونهایی در این زمینه ساخت که اساس آزمونها و تحقیقات بعدی درباره کودکان شد. در سال ۱۹۲۷ ترستون تحقیقات مهم خود را درباره فاکتور آنالیز هوش شروع کرد. از نتیجه این تحقیقات، ترستون فرضیه ای داد مبنی بر اینکه هوش از تعداد عوامل مستقل تشکیل شده است و می‌توان آنها را تفکیک کرد.
- ✓ در سال ۱۹۳۹ وکسلر، آزمون وکسلر - بلویو را برای اندازه‌گیری هوش بزرگسالان درست کرد. این آزمون نه تنها از هوش بهره کافی به دست می‌داد، بلکه بهره هایی از استعدادهای معین افراد نیز عرضه می‌کند.

۳-۲ آزمون شخصیت

- ✓ مشکل اساسی در مورد آزمونهای شخصیت، عدم توافق نظری بود که دانشمندان درباره تعریف و ماهیت این پدیده با یکدیگر داشتند. در سال ۱۹۱۸ اولین آزمون اندازه گیری حالات عصبی به وسیله وودورت منتشر شد. با آنکه این آزمون در اصل به منظور انتخاب افراد در ارتش به وجود آمده بود، ولی بعدها از آن در مؤسسات غیر نظامی استفاده کردند. این پرسشنامه که براساس علایم معمول حالات عصبی ساخته شده بود، مدل آزمونهای دیگر از نوع خود شد. از آن جمله، آزمونهای "تحقیق در ارزشها توسط آلپورت – ورنون" است. البته اغلب آزمونهای اولیه شخصیت، امروزه از طرف روان‌شناسان مورد استفاده قرار نمی‌گیرد.
- ✓ آزمونهای پروژکتیو که در حال حاضر برای ارزیابی شخصیت، زیاد به کار برده می شوند، به وسیله روانشناسانی که به محرکهای عمقی بشر توجه می کنند، ساخته شد. اگرچه این آزمونها کاملاً متکی به عقاید فروید نیستند، ولی

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

نظرات این دانشمند در ایجاد آنها بسیار موثر بوده است. پدر آزمونهای پروژکتیو، گالتن است. او با انتشار "روش تداعی لغات" در سال ۱۸۸۵ سبب شد که افرادی مانند بلویلر و یونگ ، این نوع آزمونها را متداول کنند.

- ✓ شاید مهمترین واقعه در تاریخ آزمونهای پروژکتیو، ظهور آزمون مشهور رورشاخ بود.
- ✓ آزمون پروژکتیو دیگری که به نهضت اندازه‌گیری شخصیت کمک شایانی کرد، آزمون تی - ای - تی است که به وسیله مورگان و مورای ساخته شد. این آزمون مانند رورشاخ از تعدادی کارت درست شده است، ولی تفاوت آن در این است که انگیزه های آن روشنتر از انگیزه های رورشاخ است؛ بدین معنی که کارتها، اشخاص و موقعیت‌های مختلف را نشان می‌دهند و آزمونگر باید درباره آنها داستانهایی بگوید که این داستان‌ها معرف روحیه او خواهند بود.

۴- ایجاد کلینیک روانشناسی

- ✓ ویتمر در انجمن روان‌شناسان آمریکا، تحقیقات خود را در زمینه مشکلات کودکان و طرز تشخیص علمی آن عرضه کرد. کوشش این دانشمند، دیگران را به این مطلب علاقه‌مند ساخت و در نتیجه، مکانهایی برای نگاهداری، تشخیص و درمان این نوع کودکان تأسیس شد. روان‌شناسان، این فعالیتها را اغلب، اساس ایجاد کلینیک‌های روانشناسی و ویتمر را پدر روانشناسی بالینی می‌دانند.
- ✓ اولین کلینیک‌های روانشناسی به منظور کمک به کودکان عقب مانده یا ناراحت به وجود آمد؛ ولی به مشکلات افراد بزرگسال نیز به تدریج توجه شد.

۵- ایران

- ✓ در جریان تاریخ یکصد ساله روان‌شناسی بالینی در دنیا، ایران، تاریخچه حدوداً چهل‌ساله‌ای دارد؛ به همین علت، با وجود آنکه اولیای رشد یافته‌ای دارد، اما هنوز مراحل جوانی این علم را می‌گذراند. اولین درس در این رشته از روان‌شناسی، در سال ۱۳۴۴ شمسی در گروه روان‌شناسی دانشگاه تهران تدریس شد، و اولین کتاب در این زمینه به نام "روان‌شناسی بالینی" تألیف سعید شاملو، در سال ۱۳۴۵ از سوی دانشگاه تهران انتشار یافت. در واقع، روان‌شناسی بالینی در دهه ۱۳۵۰، یعنی زمانی رسمیت یافت که در گروه روان‌پزشکی دانشکده پزشکی تهران در بیمارستان روزبه، برنامه‌ای بنام فوق لیسانس روان‌شناسی بالینی ایجاد شد.

۱-۵- برنامه‌های موجود در دوره کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا

- ✓ در دوره چهارساله کارشناسی رشته روان‌شناسی، دانشجو در سال اول، در زمینه علوم طبیعی و انسانی، دانشی وسیع و کلی می‌آموزد. یکی از نهضت هایی که به پیشرفت روان‌شناسی بالینی کمک بسیار زیادی کرد، تشکیل "انجمن روان‌شناسی ایران" بود که در اسفند ماه سال ۱۳۷۴ رسماً به تصویب وزارت فرهنگ و آموزش عالی رسید.
- ✓ از دیگر عوامل مهمی که در استحکام بخشیدن به رشته روانشناسی بالینی و ارتقای سطح علمی و حیثیت بین‌المللی آن نقش عمده‌ای داشت، ایجاد دوره دکترا ph.D در این رشته بود. در سال ۱۳۷۶ اولین دوره دکترا در رشته روانشناسی بالینی در اسفند ماه آن سال در دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی و دانشگاه علوم پزشکی ایران تأسیس و شروع به کار کرد.

۲-۱ برنامه‌های موجود کارشناسی ارشد (MS) و دکترا (ph.D) در روان‌شناسی بالینی

www.Endbook.net

۱-۳ **برنامه کارشناسی ارشد در روانشناسی بالینی:** شامل دروس مانند تاریخچه و سیستمها در روانشناسی - نظریه‌های شخصیت - هواشناسی پزشکی و نوروپسیکولوژی - کلیاتی درباره درمان‌های فیزیکی و دارویی در بیماری‌های عصبی و روانی و ... است.

۲-۵- برنامه دکترا در روانشناسی بالینی

- ✓ درمانهای پیشرفته فیزیکی و دارویی در بیماری‌های روانی - اصول اخلاقی و قوانین حرفه‌ای در روانشناسی بالینی - روشهای ارزیابی و تشخیص در روانشناسی بالینی ۱ و ۲ - کاربرد روان درمانی فردی - کاربرد روشهای شناختی و رفتاری در روان‌شناسی بالینی - مسایل جدید در بهداشت روانی و روانشناسی تندرستی - روانشناسی رشد گروه درمانی و خانواده درمانی - پایان‌نامه - کارورزی و ... را در بر دارد.
- ✓ هنوز در ایران، قوانینی که وظایف و نقش روان‌شناسی بالینی و به طور کلی روان‌شناسی را از لحاظ وضعیت و موقعیت حرفه‌ای روشن سازد و یا از متخصصان این حرفه حمایت کند، وجود ندارد. اگرچه روان‌شناسان بالینی در بسیاری از نهادهای پزشکی، اجتماعی، دولتی و خصوصی مشغول به فعالیت هستند، اما در حال حاضر، نوع فعالیتهای آنها متفاوت است و بر حسب نیاز مؤسسات و صلاحیت علمی هر یک، فرق می‌کند. قسمت عمده کار آنها، تشخیص براساس مصاحبه بالینی و آزمونهای روانی است.

۳-۵- مشخصات روانشناسی بالینی

- ✓ وظایف روانشناسی بالینی مختلف است و به مؤسسه‌ای که روان‌شناس در آن کار می‌کند و به نوع تحصیلات و تعلیمات علمی که داشته است، بستگی دارد. شکو پس از تحقیقاتی به این نتیجه رسید که به طور کلی چهار نوع روان‌شناس بالینی وجود دارد:
  - دسته‌ای که برای درمان بیماری با روان‌پزشکان و روانکاوان اشتراک مساعی می‌کنند و بیشتر به کشف ماهیت بیماری و طرز معالجه یک فرد خاص توجه می‌کنند.
  - روان‌شناسانی که وقت خود را به طور عمده صرف اندازه‌گیری خصوصیات افراد به وسیله آزمونهای روان‌شناسی می‌کنند.
  - آنهایی که فعالیت‌های دسته اول و دوم را به طور مساوی انجام می‌دهند؛ یعنی هم به تشخیص و هم به درمان می‌پردازند.
  - آنان که به آزمایش خصوصیات بیماران روانی علاقه دارند و از راه تجربی برای کشف علل، علایم و راههای درمان می‌کوشند.

۴- رابطه مطالب نظری و علمی در روان‌شناسی بالینی:وظیفه طب کلینیکی، تشخیص و درمان بیماری‌های جسمی است. اما طب نظری و تحقیقی، ضمن ارائه نظریات، با انجام آزمایش‌های دقیق، علل، ماهیت و نحوه درمان بیماری‌ها را کشف می‌کند. در روان‌شناسی بالینی نیز، چنین رابطه‌ای میان بخش نظری و تجربی با بخش عملی وجود دارد؛ بدین معنی که روش‌های عملی تشخیص و درمان براساس نظریات و تحقیقاتی که درباره رفتار انسان به عمل آمده است، پایه گذاری می‌شود.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

فصل دوم

در ادامه به تاریخ شکل گیری روانشناسی بالینی در کشورهای مختلف اشاره می‌شود.

۱- امریکای شمالی

- ✓ در حال حاضر، روانشناسی بالینی براساس وظیفه و موقعیت خود از متخصصان می‌خواهد تا در سه قلمرو از این دانش، مهارت لازم را از خود نشان دهند: تشخیص- درمان و پژوهش.
- ✓ طرح کلی برنامه‌ریزی برای تدریس و تعلیم روان‌شناسان بالینی در آغاز و به طور عمده در آمریکا به وسیله "کمیته تعلیمات عالی و حرفه‌ای انجمن روان‌شناسی آمریکا" و "انجمن روان‌شناسی عملی" ارائه شده است.
- ✓ در این برنامه، تاکید بر ایجاد تبحر در تشخیص، درمان و تحقیق است که تحت نظارت دقیق و دایمی استاد راهنما می باشد.
- ✓ در سال ۱۹۴۷ "انجمن روان‌شناسی آمریکا" مسئله نیاز به معیارهای مشخصی را در آموزش کارورزی و فعالیت حرفه‌ای روان‌شناسان بالینی مطرح کرد؛ زیرا عده‌ای از افراد ناصالح که "روان‌سنجی" خوانده می‌شدند و چیزی بیش از تکنیسین روان‌شناسی نبودند، به عنوان روان‌شناس بالینی فعالیت می‌کردند؛ درست مانند وضع فعلی در ایران.
- ✓ ایجاد "بورد ممتحنه" در "روان‌شناسی حرفه‌ای"، یکی از مهمترین رویدادهایی است که در روان‌شناسی آمریکا به وقوع پیوست. این بورد که شبیه بورد پزشکان است، در مجموع همان معیارها را نیز دارد. این بورد در سال ۱۹۴۷ با عضویت ۹ نفر تشکیل شد. قرار بود دیپلم بورد به کسانی داده شود که پس از دریافت درجه PHD حداقل ۵ سال تجربه بالینی در یکی از مراکز قابل قبول داشته باشد.
- ✓ جنبه دیگر دادن اجازه کار به روان‌شناسان بالینی، جلب توافق مراجع دولتی بود. برای اینکه مردم از شر شیادان حرفه‌ای محفوظ بمانند، قوانینی از مراجع ایالتی گذرانده شد.
- ✓ و اما برنامه‌ای که توسط انجمن روان‌شناسی آمریکا مورد تأیید قرار گرفته است و دانشگاه‌ها الزاماً باید آن را با به کار گیرند، به ترتیب زیر است:
- ✓ پس از دریافت درجه فوق لیسانس، دوره دکترا آغاز می‌شود. این دوره در حدود چهار سال طول می‌کشد و پس از آن، گذراندن یک سال انترتی نیز لازم است.
- ✓ در سال‌های اخیر به دلایل متعددی که در اینجا ذکر آنها لزومی ندارد، برنامه دیگری در آمریکا طرح‌ریزی شد و برخی از دانشگاه‌ها این برنامه را اجرا کردند که در نهایت به دریافت درجه دکترای حرفه‌ای (psy.D) ختم می شد. تأکید این طرح برعکس برنامه و درجه ph.D، بر الگوی متخصص - محقق بوده است و کار بالینی را مقدم بر فعالیت پژوهشی می‌دانند.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

۲- انگلستان

- ✓ روان‌شناسی بالینی در انگلیس بعد از جنگ جهانی دوم به وجود آمد. در این زمینه، فعالیت "جامعه‌شناسی بریتانیا" نقش عمده‌ای داشت. در روان‌شناسی بالینی انگلیس، دو گرایش به چشم می‌خورد. در یک قطب، روان‌شناسانی قرار دارند که ترجیح می‌دهند با روان‌پزشکان همکاری نزدیک داشته باشند و در کار تشخیص، درمان و پژوهش در مراکز علمی، دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها فعالیت کنند. گرایش دوم، میل روان شناسان به فعالیت مستقل از روانپزشکان است که کمتر از گرایش اول رشد و گسترش داشته است.

۳- نروژ

- ✓ روان‌شناسی بالینی در نروژ به سرعت در حال رشد است. اکثر روان‌شناسان بالینی که بزرگترین گروه روان‌شناسان را تشکیل می‌دهند، در مراکز و مؤسسات دولتی فعالیت می‌کنند و تعداد کمی هم به فعالیت خصوصی مشغولند.
- ✓ نکته مهم اینکه در نروژ، بر خلاف بسیاری از ممالک دیگر، تنها روان‌شناسان بالینی هستند که حق آموزش و تعلیم روان‌درمانی را به روان‌پزشکان و دانشجویان روان‌شناسی بالینی دارند.

۴- سوئد

- ✓ تا سال ۱۹۵۰ بیشتر کوشش‌های روان‌شناسی بالینی به مسائل کودکان و نوجوانان محدود می‌شد؛ ولی از آن پس، فعالیت‌های کلینیکی مربوط به بیماران بزرگسال به ویژه در بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها، افزایش بسیار یافت.
- ✓ گروهی از این روان‌شناسان، مشاوران مؤسسات اجتماعی، دادگاه‌ها، مراکز اصلاح و تربیت و زندان‌ها هستند. در حال حاضر، حدود یک هزار روان‌شناس بالینی که تقریباً دو سوم آنها با کودکان و بقیه با بزرگسالان کار می‌کنند، با پروانه کار مشغول فعالیت هستند. این روان‌شناسان باید حداقل یک سال، در یکی از مراکز کارآموزی (انترنی) کرده باشند.

۵- چکسلواکی

- ✓ روان‌شناسان بالینی از سال۱۹۵۰ به طور رسمی در بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها شروع به کار کردند و پیشرفت چشمگیری نیز به دست آوردند. و حال این حرفه در چکسلواکی، چه از جنبه اجتماعی و چه از نظر قانونی، کاملاً مورد پذیرش قرار گرفته است.

۶- سوئیس

- ✓ شروع تحقیقات روانشناسی در سوئیس با شروع و تکامل روانکاوی در دهه اول قرن بیستم در دانشگاه ژنو، همزمان است. پزشکانی مانند بلویلر، یونگ، رورشاخ، و بینز وانگر و بعضی افراد برجسته غیرپزشک مانند هانز زولیگر دانشجویان زیادی را تعلیم دادند که بعدها تعدادی از آنها در رشته روان‌شناسی بالینی تبحر یافتند. بسیاری از روان‌شناسان بالینی سوئیس ترجیح می‌دهند که در کلینیک‌های خصوصی به روان درمانی، مشاوره و راهنمایی بپردازند تا در بیمارستان‌ها و مؤسسات دانشگاهی.
- ✓ تقریباً تمام مراکز دولتی و محلی، مدارس، مراکز مشاوره و راهنمایی، مراکز دانشگاهی، مراکز روان‌پزشکی کودکی و مؤسسات مانند آنها، برای تشخیص و درمان از وجود روان‌شناسان بالینی غیر پزشک استفاده می‌کنند.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

۷- لهستان

- ✓ متخصصان رشته روان‌شناسی بالینی در لهستان از نظر تعداد، از سایر رشته‌های علم روان‌شناسی بیشتر هستند. نقش روان‌شناسان بالینی در لهستان، به موجب نیاز مؤسسات و صلاحیت خود آنها متفاوت است. اما مهمترین وظیفه آنها را تشخیص به وسیله مصاحبه بالینی و آزمونها در درجه اول، و روان‌درمانی در درجه دوم تشکیل می‌دهد. از بین آزمون‌های مورد استفادهٔ، آزمونهای هوشی وکسلر، استنفورد بینه، رور شاخ، ام. ام. پی. آی- تی- ای- تی و بندر گشتالت بیشتر به کار برده می‌شوند. تشخیص مسائل تمام بیماران روانی و عصبی توسط روان‌شناسان بالینی در مراکزی مانند بیمارستان بابینسکی که بسیار مجهز است، انجام می‌شود.
- ✓ " انجمن روان‌شناسی لهستان" به وسیله کمیته روان‌شناسی عملی خود لایحه‌ای تدوین کرد که در اواسط دهه ۱۹۷۰ میلادی به تصویب رسد. بر اساس این لایحه، روان‌شناسان بالینی مانند پزشکان از حمایت قانونی برخوردارند و از نظر حقوق و مزایای شغلی نیز با آنها همتراز هستند.

۸- روسیه (شوروی سابق)

- ✓ پروفسور لوریا، دانشمند بزرگ شوروی که درجه های M.D و ph.D داشت، روانشناسی بالینی شوروی را به "علم مطالعه رفتار ارادی در بشر" تعریف کرد. در حال حاضر، بخش اعظم فعالیت‌های پژوهشی روان‌شناسی شوروی، در زمینه کشفیات پاولوف، به ویژه در رابطه با فیزیولوژی، یادگیری و ارتباط تکلم با تفکر است. تشریح وظایف، مسئولیتها و تأمین زندگی روان‌شناسان بالینی در روسیه بر عهده وزارت بهداری و در ارتباط با آکادمی علوم پزشکی است.
- ✓ اگرچه استفاده از آزمون‌های روانی به علل مختلفی مورد پذیرش روان‌شناسان روسیه نیست، اما در سال‌های اخیر در ارزیابیها، به نحوی از آنها استفاده می‌شود.
- ✓ از نظر حرفه‌ای، تمام روان‌شناسان روسیه عضو "جامعه روان‌شناسی روسیه" هستند. این جامعه در حدود بیست و چند شعبه و رشته دارد که یکی از رشته‌های آن، روان‌شناسی بالینی است.

۹- هندوستان

- ✓ روان‌شناسی به‌معنای علمی و حرفه‌ای آن، بیش از نیم قرن است که در هندوستان سابقه دارد. قوانین خاصی مبنی بر تعیین وظایف و نقش روان‌شناسی بالینی موجود نیست و روان‌شناسان بالینی تابع مقررات مؤسساتی هستند که در آن استخدام می‌شوند.

۱۰ - ترکیه

- ✓ روان‌شناسی بالینی در ترکیه پدیده نسبتاً جدیدی است. امکانات و شرایط برای فعالیت در این زمینه محدود است. البته، در سال‌های اخیر، روان‌شناسان بالینی در زمینه‌های تشخیص مانند اجرای آزمون‌ها، مصاحبه بالینی، مشاوره و راهنمایی فعالیت‌هایی را آغاز کرده‌اند.

۱۱- ژاپن

- ✓ روانشناسی در ژاپن مانند سایر رشته‌های علمی، پس از جنگ جهانی دوم به سرعت رو به تکامل نهاد.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

- ✓ روانشناسان ژاپنی با اکثر مؤسساتی که به نحوی با رفاه اجتماعی در رابطه هستند، همکاری می‌کنند. این موسسات شامل کلینیک‌های هدایت کودک، کلینیک‌های مدارس، بیمارستان‌ها، زندان‌ها، و مراکز توان‌بخشی و ناتوانی است.

۱۲- مصر

- ✓ مصر پس از جنگ جهانی اول، تحت تأثیر فرهنگ‌های انگلیس و فرانسه، متوجه اهمیت رشته روان‌پزشکی شد. اما تشکیل دپارتمان روان‌شناسی در دانشگاه‌ها، مربوط به سال‌های بعد از ۱۹۵۲ است که انقلاب مصر رخ داد.
- ✓ دو انجمن حرفه‌ای، یکی "انجمن روان‌شناسی مصر" و دیگری "جامعه مصری روان درمانگران غیرپزشک" برای کارآموزی و حمایت قانونی از روان‌شناسان تسهیلاتی فراهم آورده‌اند.

۱۳- آفریقای جنوبی

- ✓ اولین دوره دروس نظری و علمی روانشناسی بالینی در آفریقای جنوبی، حدود ۲۰ سال پیش شروع شد و در حال حاضر، وضع روان‌شناسان بالینی در آفریقای جنوبی، از نظر حرفه‌ای از بعضی ممالک دیگر آسمان بهتر است. شاید علت اصلی این امر، تشریک مساعی نزدیکی است که بین روان‌شناسان و پزشکان حرفه‌ای وجود دارد.
- ✓ آنها اغلب در بیمارستان‌ها و مراکز دیگر به تشخیص، روان‌درمانی و اخیراً رفتار درمانی و گروه درمانی می‌پردازند. اخیراً تحت فشار "شورای پزشکی" و "انجمن روان‌شناسان آفریقای جنوبی" قانونی به منظور حمایت از روان‌شناسان به تصویب رسیده است.

۱۴- برزیل

- ✓ روان‌شناسی بالینی در برزیل پس از جنگ جهانی دوم و به ویژه از سال ۱۹۴۵ که خدمات بهداشت روانی در مدارس رواج یافت، به وجود آمد.در سال ۱۹۶۲، با تعیین شرایط کار روان‌شناسان بالینی، این حرفه در برزیل به رسمیت شناخته شد. در حال حاضر، افرادی که درجه رسمی روانشناسی از دانشگاه داشته باشند و دوره کارآموزی خاصی را گذرانده باشند، می‌توانند در این زمینه به فعالیت بپردازند.

۱۵- کوبا

- ✓ بیش از ۵۰ سال است که روانشناسی بالینی با تأکید بر مسائل کودکان در کوبا مطرح شده است. از زمان انقلاب به بعد، فعالیت‌های خصوصی در این زمینه متوقف شده است؛ به این علت، روانشناسان بالینی مانند سایر متخصصان، حقوق بگیر دولت هستند.

۱۶- مکزیک

- ✓ مکزیک، اولیه کشور آمریکای لاتین است که در رشته روان‌شناسی، از دانشگاه ملی "مکزیکو" درجه ph.D داده است.

۱۶- آرژانتین

- ✓ در آرژانتین، مانند بسیاری از کشورهای دیگر، مدت‌ها قبل از اینکه در این رشته برنامه‌ای نظری، عملی، و بر پایه ای صحیح و علمی وجود داشته باشد. این رشته بوجود آمد.
- ✓ چند سال قبل نیز قانونی برای تعیین حقوق، معیارها و استانداردهای فعالیت روان‌شناسان از مجلس قانون‌گذاری آرژانتین گذشت.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

فصل سوم

قسمت اول

- ✓ در بخش تاریخچه گفتیم که اواخر قرن ۱۹ میلادی، روان‌شناسی به صورت علمی مستقل درآمد. این تحول به علت استفاده روان‌شناسی از روش‌های علمی بود.
- ✓ روش‌های کلی کشف پدیده‌های علمی، همه علوم را به یکدیگر مربوط می‌سازد. از جمله، همه آنها اصول تحلیل منطقی را در تفسیر مشاهدات خود به کار می‌برند. شایان ذکر است که مصاحبه، آزمونهای روانشناسی و یا وسایل دیگر اندازه‌گیری که صرفاً به روانشناسی بالینی اختصاص دارند، با متدولوژی کلی علوم مغایرتی ندارند.

۱- مشاهده علمی

- ✓ بشر اولیه برای تشریح و توضیح عوامل طبیعی، کاملاً به حواس خود متکی بود و چون نمی‌توانست این عوامل را کنترل کند، آنها را به قوای ماوراالطبیعه منسوب می کرد. علم جدید از زمانی جایگاه واقعی خود را یافت که بشر سعی کرد متکی به مشاهده علمی باشد.
- ✓ در یونان قدیم، ارسطو یکی از اولین افرادی بود که به مشاهده علمی معتقد شد. در قرون وسطی نیز روش منطقی متداول بود، تا اینکه بیکن در استفاده از روش مشاهده علمی پیشقدم شد.
- ✓ مشاهده واحد اصلی و اساسی علم است. البته مشاهده به‌خودی‌خود کافی نیست، زیرا عوامل دیگری نیز حایز اهمیت هستند؛ از جمله آنچه که مورد مشاهده قرار می‌گیرد.
- ✓ اکثر اوقات نمی‌توان به طور حتم گفت که ما در مشاهدات معمولی خود روابط حوادث مهم را در نظر گرفته‌ایم؛ بعلاوه، بسیاری اوقات مشاهدات ما تحت تأثیر روحیه ما در آن موقع و وضع خاص است.
- ✓ در رشته روانشناسی بالینی، خطاهای مشاهده بسیار است؛ زیرا وقایع مورد بحث در مشاهده، بسیار پیچیده و متغیرند. بعلاوه، روان‌شناس بالینی در اولین قدم نمی‌داند که کدام جنبه از رفتار شخصی را باید مورد مشاهده قرار دهد. تفسیر این رفتارها نیز خود مشکل بزرگتری است.
- ✓ در مشاهده، دو عامل اهمیت بسیار دارد: یکی، در نظر گرفتن ابهام وقایعی که باید تحت مشاهده قرار گیرند؛ و دوم، تعلیم مشاهده کننده. این دو عامل ارتباط نزدیکی با یکدیگر دارند؛ زیرا مشاهده کننده متبحر دنبال عواملی می‌گردد که مشاهده کننده بی‌تجربه از آن بی‌خبر است.
- ✓ یکی دیگر از مشکلاتی که در جریان مشاهده بروز می‌کند، هنگامی است که ما می‌خواهیم وقایع و مشاهدات درک شده خود را نام‌گذاری کنیم و آنها را به نحوی که خود استنباط کرده ایم، به دیگران انتقال دهیم.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

۲- اندازه‌گیری کمی در روانشناسی

- ✓ در بحث متدولوژی علم، باید به مسئله اندازه‌گیری که طبیعتاً با اعداد سروکار دارد، توجه خاصی کرد. هر پدیده‌ای را که اندازه‌گیری شود، به خوبی می‌توان در قالب اعداد عرضه کرد.
- ✓ مشکل روان‌شناس زمانی آغاز می‌شود که معیار او برای سنجش خواص و خصوصیات، با آنچه که در واقعیت رخ می‌دهد، رابطه‌ای نداشته باشد.
- ✓ برای اندازه‌گیری دقیق پدیده‌های مختلف، طبقه بندی‌های عددی مختلفی به وجود آمده است و استفاده از این مقیاس‌ها، بستگی به نوع عواملی دارد که مورد سنجش قرار می‌گیرند. در حال حاضر، چهار نوع مقیاس عددی موجود است که عبارتند از: مقیاس اسمی یا طبقه‌ای، مقیاس رتبه‌ای، مقیاس فاصله‌ای و مقیاس نسبی.
- ✓ از آنجایی که هدف نهایی علم روان‌شناسی، داشتن وسایل دقیق برای اندازه‌گیری کمّی عواملی است که باعث ایجاد رفتار بشر می‌شود، مسئله ساختن مقیاس، اهمیت بسیار می‌یابد. اگر چه از بعضی از مقیاس‌های روانشناسی مانند مقیاس اسمی و رتبه ای هنوز نمی‌توان نتایج مطلوب به دست آورد، ولی به هر صورت، یکی از هدف‌های موجود در روانشناسی، تبدیل تئوری به اشکال ریاضی است. این امر، بستگی کامل به درک صحیح شرایط و حدود مقیاس‌های مختلف عددی دارد. شاید مهمترین علت اینکه دانشجویان روانشناسی باید با مشخصات مقیاس‌های مختلف آشنا شوند، این است که دایماً باید این مقیاس ها را به کار گیرند.
- ✓ قبلاً گفتیم که یکی از وظایف اصولی هر محققی، به نظم و ترتیب درآوردن و به اصطلاح علمی، سیستماتیک کردن وقایع و پدیده‌هایی است که تحت مشاهده قرار می‌دهد. و این کار را به وسیله نمره گذاری وقایعی که مشاهده کرده است، انجام می‌دهد. به عبارت دیگر، مشاهده پدیده‌های طبیعی، وقتی مفهوم می‌یابد که از آنها طبقه بندی صحیحی به عمل آید.
- ✓ امروزه، دانشمندان به طبقه بندی علمی تر دیگری از پدیده‌ها معتقدند. در این طبقه بندی، وقایع برحسب عوامل ایجادکننده آنها و یا برحسب مقایسه شرایط مختلف تقسیم‌بندی می‌شوند. در روش اول، می‌توان تقسیم بدنی را براساس تکامل و تحول پدیده در مراحل نسبتاً مستقل انجام داد. در روش دوم، یعنی طبقه بندی براساس مقایسه شرایط مختلف نیز وقایع را برحسب وجوه تشابه و تمایز آنها در شرایط مختلف تقسیم بندی می‌کند و از این مقایسه اعداد، مقیاسی می‌سازد.
- ✓ روان‌شناسان بالینی با روش مقایسه علمی، تفاوتهای میان افراد عادی و غیرعادی را کشف می‌کنند. در این نوع پژوهشها، بیشتر از مقیاس اسمی و مقیاس رتبه‌ای استفاده می‌شود.

۳- تئوریهای علمی

- ✓ تفسیر نتایج هر نوع مشاهده ، بر یک نوع تئوری مبتنی است و ارزش نتایج هر گونه تحقیقی، بستگی به صحت نظریه‌ای دارد که قبل از به دست آمدن نتیجه عرضه شده است. بعضی از نظرات، به تمام علوم تعلق دارند و بعضی نیز مختص علم معینی هستند.
- ✓ به‌طور کلی، درباره دنیایی که در آن به سر می‌بریم، سه نوع تئوری می‌توان ابراز داشت. علم به یکی از آن‌ها توجهی نمی‌کند و هیچ کوششی نیز برای اثبات آن به عمل نمی‌آورد. علما نیز علاقه‌ای به بررسی آن ندارند. این تئوری،

www.Endbook.net

ایمان و اعتقاد شخصی است و علما آن را تئوری "غیر شناختی" می نامند. نمونه نظرات این تئوری، آن است که گفته شود: "خدا قادر است"، یا "روح جاویدان است" و امثال آن. در علم امروزی، سعی نمی‌کنند که صحت یا سقم چنین نظراتی را معلوم سازند.

- ✓ نوع دوم تئوری "شناختی" می نامند. این تئوری قسمت نظری هر عملی را به منظور تشریح و توضیح پدیده‌های دنیای واقعی، شامل می‌شود. که نظریات باید براساس منطق انسانی باشند و با بصیرت عقلانی ما مطابقت کنند. اساس این نوع تئوری، روابط قابل مشاهده پدیده‌های موجود است. تفاوت میان تئوری شناختی و تئوری علمی در این است که در اولی، پدیده‌ها را نمی‌توان به طور مستقیم لمس کرد، بلکه فقط تصور آنها امکان دارد؛ مانند برق در فیزیک و عقده در روان‌شناسی. ولی در تئوری علمی، همیشه عمل واقعی، قابل مشاهده و مستقیماً قابل توجیه است؛ مانند تأثیر اسید بر فلزات.
- ✓ به طور کلی هدف علم، تشریح مشاهدات به نحو قابل فهم است. و روان‌شناسی، رفتار که شامل تمام فعایت‌های انسان و حیوان می شود، مستقیماً قابل مشاهده است ولی خواهیم دید که صرفاً جمع‌آوری حقایق درباره رفتار، چگونگی آن را تشریح نمی‌کند، بلکه باید اصول و نظراتی پیدا کرد که بتواند روابط خاص یک نوع رفتار را با دیگری معین کند. در این صورت می‌توان مفهومی از اطلاعات علمی به دست آورد البته چون تئوری شناختی قابل آزمایش مستقیم نیست، قسمت‌هایی از تئوری شناختی به نحوی عرضه می‌شود که قابل آزمایش باشد. این مرحله از علم را که تئوری با پدیده‌های واقعی زندگی تطبیق می‌کند، مرحله "مدل‌سازی" علمی می‌نامند.

۴- استفاده از آزمایش

- ✓ گفتیم که اتکا به مشاهده عینی، علم را از غیر علم متمایز می‌کند. اما چون نمی‌توان منتظر شد تا وقایع اتفاق بیفتند، لذا عالم به آزمایش متوسل می‌شود تا پدیده خاصی را تحت شرایط معین زمانی و مکانی مورد مشاهده قرار دهد.
- ✓ آزمایش به‌خودی‌خود صحت یا سقم تئوری را ثابت نمی‌کند؛ بلکه فقط به قبول یا رد وجود روابط عینی در آن تئوری و برپا ساختن مدلی برای آن، کمک می‌کند. در ساختن مدل، عالم می‌تواند از تئوری که مدل براساس آن قرار دارد، کمک بگیرد و پیش بینی کند که با در نظر گرفتن خصوصیات این تئوری، چه نتایجی حاصل خواهد شد. آزمایش، به منظور تأیید این پیشگویی یا مدل علمی است. برای استفاده از آزمایش علمی باید مسائل خاصی را در نظر بگیرید. این مسائل عبارتند از اصل کنترل، نمونه‌گیری، و علت و معلول

۴-۱ اصل کنترل

- ✓ برای دستیابی به این مسئله که یک عامل یا "متغیر مستقل" با عامل دیگر یا "متغیر غیرمستقل" رابطه دارد، باید مطمئن شد که عوامل دیگری به غیر از این دو، در آزمایش و نتیجه آن مداخله نداشته اند. برای اطمینان کامل، باید طرز اجرای آزمایش به نحوی باشد که این عوامل خارجی و نامربوط کنترل شوند و از تأثیر آنها در نتیجهٔ آزمایش، جلوگیری گردد. این اصل کنترل، یکی از اساسی‌ترین و مهم‌ترین اصول علم است.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

۴-۲ نمونه گیری

- ✓ اندازه گیری تمام افراد مملکت کاری بسیار دشوار و شاید غیرممکن است. اگر هم فقط به چند مورد محدود اکتفا کنیم، اطمینانی به نتایج این اندازه‌گیری نخواهیم داشت. بنابراین، برای رفع مشکلات مذکور مجبوریم نمونه ای انتخاب کنیم که به طور کلی نماینده جمعیت کشور باشد.
- ✓ محقق در انجام آزمایش خود را به نتایج یک گروه محدود نمی‌کند؛ بلکه نتیجه به دست آمده را با گروه‌های دیگر نیز به آزمایش درمی‌آورد. به عبارت‌دیگر، باید نتایج حاصله از تحقیق خود را به موقعیت‌های مختلف تعمیم دهد. بدین منظور باید از خود پرسید که آیا نتایج به‌دست‌آمده، محصول تصادف است؟ و آیا این نتایج از لحاظ آماری اعتبار دارد؟
- ✓ بنابراین، نتیجه یک تحقیق را نباید پذیرفت، مگر اینکه آزمون های اعتبار آماری نشان دهد که احتمال ظهور نتیجه تحقیق مذکور، تصادفی نبوده است.

۴-۳ علت و معلول

- ✓ مسئله علت و معلول، یکی از بغرنج ترین مسائل علم امروز است. بعضی از علما معتقدند که اصولاً موضوع علت و معلول را نباید وارد علم کرد؛ زیرا تأثیری گمراه‌کننده دارد. برای مثال، این علماء عقیده دارند که نگوییم: "حرکات عضلانی پا و کفش فوتبال، علت حرکت توپ می‌شوند"؛ بلکه البته بهتر است بگوییم: "این عوامل، شرایط لازم برای حرکت توپ را فراهم می‌کنند"
- ✓ بنا بر سنت علمی، نادیده گرفتن موضوع علت و معلول سبب تعجب خواهد شد. اما باید در نظر داشته باشیم که غالباً عللی را که عامل ایجاد پدیده ای می دانیم، بستگی به طرز تفکر ، تجربه و گاهی تمایلات ما دارد. درک این موضوع سبب شده است که امروزه در علم، غالباً از "علل" صحبت می‌شود. از علت آنی، علت دیر مدت و درجه علت.
- ✓ این نوع مشکلات در مورد بررسی پدیده‌های روانی نیز صادق است و تشریح علت و معلول آنها بستگی زیادی به تجربه، طرز تفکر و تمایلات محقق دارد. مثلاً اگر روانشناسی، در روان‌شناسی فیزیولوژیک تخصص داشته باشد، علل رفتار را بیشتر از آن جنبه می‌بیند؛ و اگر متخصص روان‌شناسی پرورشی باشد، علت را بیشتر از تعلیم و تربیت می‌داند. خلاصه اینکه، علم امروز ارائه علتهای ساده برای پدیده‌های پیچیده علمی را جایز نمی‌داند؛ زیرا تشریح ساده و محدود مشاهدات، گاه خطرناک و غالب اوقات نارسا و ناقص است.

۵- قوانین و نظریات علمی در روانشناسی بالینی

- ✓ علم بر اساس تئوریهای کلی ساخته شده است. این تئوریها مانند مصالح ساختمانی می‌ماند که اگر سست باشد، احتمال فروریختن آن بسیار است. در هر علم، هرچه تعداد نظریات کمتر باشد، بهتر است؛ زیرا امکان اینکه ساختمان آن در اثر تعداد زیاد تئوریهای سست در هم ریزد، کمتر خواهد بود.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

- ✓ روان‌شناس بالینی عقیده دارد که بشر مانند موجودات زنده دیگر، دارای انگیزه‌هایی است که او را به تحریک وا می‌دارد و قسمت اعظم رفتار، از انگیزه های بیولوژیک و اجتماعی سرچشمه می‌گیرد. این انگیزه‌ها از لحاظ قدرت و فوریت، درجات مختلفی دارند.
- ✓ نظریه دیگری که در روان‌شناسی بالینی موجود است، اینکه در تشکیلات و خصوصیات انگیزه‌های هر فرد و طریق ارضای آنها، نوعی یکنواختی و مداومت وجود دارد. به همین علت ما می‌توانیم درباره افراد قضاوت کنیم و مثلاً بگوییم که حسن آدم خجولی است؛ این یکنواختی و مداومت انگیزه‌ها، اهمیت بسیار دارد؛ زیرا به ما کمک می‌کند تا رفتار فرد را تحت تحقیق قرار دهیم و منطقی یا غیرمنطقی بودن آن را مشاهده کنیم. البته ممکن است در ظاهر رفتار افراد، عدم یکنواختی مشاهده شود؛ ولی اگر رفتار فردی را به دقت مورد مطالعه قرار دهیم، می‌بینیم که انگیزه‌های او در سطح عمیق‌تری، دارای مداومت و یکنواختی خاصی است که همان‌ها علل رفتارهای به ظاهر متغیر او نیز هستند.
- ✓ علاوه بر نظریات فوق، روان‌شناسان بالینی معتقدند که رفتار افراد تا اندازه زیادی اکتسابی است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که تکامل و تحول شخصیت انسان، به مقدار قابل ملاحظه‌ای بر اثر عوامل یادگیری است.
- ✓ بالاخره، روان‌شناسان بالینی سالهاست که گمان می‌برند، انگیزه‌های انسانی تا اندازه‌ای به طور ناخودآگاه وجود دارد. البته، ماهیت آنچه که انگیزش ناخودآگاه نامیده می‌شود، هنوز مورد توافق روان‌شناسان مکاتب مختلف قرار نگرفته است؛ ولی تقریباً همه روان‌شناسان بالینی با این نظریه موافقند که قسمتی از انگیزه‌های رفتار، به طور ناخودآگاه است.
- ✓ فهم درست فرضیه‌های فوق‌الذکر، ما را قادر به شناخت اصول و روش‌هایی خواهد کرد که روان‌شناس بالینی در تشخیص و درمان به کار می‌گیرد. با شناسایی این اصول، روش‌هایی مانند پسیکوتراپی، استفاده از آزمونهای پروژکتیو و یا آزمونهای دیگر روانشناسی، قابل قبول و روشن‌تر خواهد شد.

۱-۵ قضاوت بالینی

- ✓ هنوز هم نقش متخصص در تشخیص و درمان بسیار مهم است فرایند و روند قضاوت، دقت و صحت آن و نحوه صحیح انتقال اطلاعات از طریق روش‌های بالینی هنوز هم به ویژگی‌های شخص متخصص بستگی دارد.

۶- فرایند و اعتبار قضاوت بالینی

۱-۶ تفسیر بالینی: عنصر اصلی در قضاوت بالینی، نوع تفسیر متخصص درباره داده‌هایی است که در دست دارد (راس، فیشمن، نیسبت، ۱۹۹۷). هنگامی که ارزیابی توسط مصاحبه، مشاهده، آزمونها و سایر ابزار بالینی انجام شود، تفسیر آغاز می‌گردد و بر آن اساس تصمیم‌گیری روان‌شناس در مورد شخصیت بیمار صورت می‌پذیرد. تفسیر در واقع بیان آن چیزی است که از مرحله توصیفی ارزشیابی به دست آمده است. بدون آن، فقط مقداری مواد خام در دسترس داریم.

www.Endbook.net

۶-۲ اساس نظری تفسیر بالینی

- ✓ تفسیر داده‌های به‌دست‌آمده غالباً بر اساس دیدگاه‌های خاص نظری صورت می‌گیرد و از این رو در روان‌شناسی بالینی، تفسیر از شخصیت یا رفتار یک بیمار بستگی به رویکرد روان‌شناس دارد. حال این برداشت ممکن است تحلیلی، شناختی یا رفتاری باشد.

۶-۳ نمونه‌ها، نشانه‌ها و همبسته ها

- ✓ روان‌شناس می‌تواند به داده‌های به‌دست‌آمده خود از چند زاویه بنگرد. نخستین اینکه آنها را نمونه ای از خروار بداند. استدلال نوع دوم این است که داده‌ها را نشانه‌هایی از عوامل تعیین‌کننده درون فرد بدانیم. رویکرد دیگر در تفسیر داده های روانشناختی که از بیمار به دست آمده این است که آنها را با عوامل دیگر در شخصیت فرد بیمار مرتبط کنیم.
- ✓ در واقع روان‌شناس می‌تواند از داده‌های اولیه چنین تفسیر کند که بیمار دچار عوارض رفتاری، نگرشی یا عاطفی است که با داده‌های اولیه از شخصیت مربوط هستند.

۶-۴- سطوح مختلف تفسیر

- ✓ روان‌شناس سه سطح از تفسیر بالینی را مطرح کرده اند: سطح اول کمترین و ساده‌ترین است و به اصطلاح از تولید به مصرف است و تقریباً هیچ‌گونه کوششی برای بررسی عوامل عمقی به عمل نمی‌آید. تفسیر سطح اول را غالباً می‌توان در مورد گروه‌های بزرگ به کار برد، به ویژه اگر هدف ما در اساس غربالگری است و پیش‌بینی نتایج بیشتر به گروه مربوط است تا به فردی خاص. نمونه این نوع تفسیر نتایج آزمون ورودی دانشگاه است. سطح دوم تفسیر شامل دو نوع استنتاج می شود. یکی اینکه روانشناسی پس از مشاهده بیمار به این نتیجه دست یابد که رفتار مشاهده شده به طور کلی شخصیت بیمار را نشان می‌دهد. این‌گونه برداشت را استنتاج توصیفی تعمیم یافته می‌نامند که در آن روان‌شناس از چند رفتار خاص به توصیف رفتارهای عمومی‌تری می‌پردازد. زمانی که درمانگر به این مرحله از توجه به عوامل درونی بیمار می رسد، او به مرحله تفسیر بالینی به معنای متداول آن رسیده است. در سطح سوم تفسیر، درمانگر به قضاوت منسجم و مشخصی از وضع فرد به دست می‌یابد. در اینجا او سعی می‌کند که درکی گسترده ولی نسبتاً ثابت از شخصیت و زندگی بیمار پیدا کند. او تصویری فراگیر و نسبتاً جامع از روند تکاملی، اجتماعی، فیزیکی و روان‌شناختی بیمار در ذهن خود ترسیم می‌کند که مبتنی بر نظام نظری مشخص و مشتمل بر فرضیه‌ها و استنتاجهای عملی است.

۶-۵ رابطه نظریه با نوع تفسیر

- ✓ در حال حاضر می‌توان روانشناسان را به سه دسته از تفسیرگران بالینی تقسیم کرد. دسته اول متخصصان رفتاری هستند. این افراد می‌کوشند که در سطح توصیف رفتارهای قابل مشاهده مستقیم بمانند و از استنتاجات در مورد عوامل درونی پرهیز کنند.
- ✓ گروه دیگر از روانشناسان کسانی هستند که از آزمون‌های عینی برای تشخیص و پیش بینی رفتار استفاده می‌کنند. آنها علاقه‌مندند که بدانند نمرات به دست آمده در آزمون شناختی یا شخصیتی می‌تواند نشان دهنده ویژگی‌های

PTDHOME.IR

www.Endbook.net

روانی فرد مانند موفقیت تحصیلی، شغلی یا سازگاری اجتماعی وی باشند. داده‌های این رویکرد غالباً همبستگی با نوعی معیار خارجی دارد.

- ✓ گروه سوم از روان‌شناسان علاقه‌مند به استفاده از رویکرد روان پویایی هستند. این گروه سابقه طولانی‌تری از دو گروه قبلی دارند و با وجود گرایش بیشتر آنها به گروه رفتار و روان‌سنجی در سال‌های اخیر، معهذا تعداد آنها قابل ملاحظه است. این دسته از روان‌شناسان علاقه‌مند به یافتن حالات درونی بیمار هستند و بنابراین تفسیر در سطح سوم انجام می‌گیرد. دراین سطح معمولاً تصویری جامع، هرچند شخصی از بیمار ترسیم می‌شود. گو اینکه در بسیاری از موارد تلویحاً از نورمها و معیارهای رفتاری و روان‌سنجی نیز استفاده می‌شود، ولی داده‌های آنها عمدتاً از نتایج به‌دست‌آمده از مصاحبه های غیرساختاری یا نیمه ساختاری و آزمون‌های فرافکن به دست می‌آید. یک گروه بر رفتارهای مستقیم قابل مشاهده، گروه دوم بر نتایج به دست آمده از آزمون‌های عینی و سوم بر مصاحبه غیرساختاری، نیمه ساختاری و آزمونهای فرافکن توجه دارند. گاهی گروه اول و دوم گروه سوم را به غیرعلمی بودن و عینیت نداشتن داده‌ها متهم می‌کنند و یافته‌های آنها را که مبتنی بر تعداد محدود از بیماران است، معتبر نمی‌دانند. از آن سو، روان‌شناسان سطح سوم که قضاوت بالینی آنها بیشتر بر رویکرد و روش روان پویا و آزمون‌های فرافکن استوار است، روش و رویکرد دو دستهٔ اول را سطحی می‌دانند و معتقدند که آنها بدون دستیابی به عوامل و انگیزه‌های پویا و عمیق شخصیت، استنتاجات رو بنایی از ویژگی‌های پیچیده انسان می‌کنند و به ساده گرایی متمایل می‌شوند و اغلب از روش مطالعه موردی که داده‌های غنی تری از روش‌های رفتار یا آماری به دست می‌دهد، بهره نمی‌برند. مفیدترین رویکرد به نظر غالب روان‌شناسان تلفیقی از این دو روش است؛ زیرا غالباً حقیقت در جایی که حد فاصل این دو برداشت است قرار می‌گیرد و در واقع نه تنها آنها با یکدیگر در تناقض نیستند بلکه مکمل یکدیگر نیز می‌باشند.

PHDHOME.IR

۷- گزارش نویسی بالینی

- ✓ پس از اینکه روان‌شناس، ما را از ابعاد رفتاری، روان‌سنجی و یا روان پویایی ارزیابی کرد و به قضاوت بالینی قابل اتکایی رسید، معمولاً گزارشی را چه برای درج در پرونده بیمار و یا ارجاع او به سایر متخصصان و یا ارائه آن برای کارآموزی دانشجویان و اطلاع همکاران در جلسه معرفی بیمار، آماده می‌کند.
- ✓ در مجموع یک گزارش قابل قبول باید شامل جنبه‌های زیر باشد:

- زبان گزارش حتی‌الامکان ساده باشد، مگر در مواردی که به کارگیری اصطلاحات تخصصی لزوم داشته باشد.گزارش شامل جزییات روشن‌کننده از وضع قابل مشاهده مستقیم فعلی او مانند طرز آرایش، لباس، گفتار، رفتار و احساسات باشد.
- اطلاعات کافی از گذشته بیمار از نظر تکامل جسمانی، اجتماعی و روانی و به‌ویژه تاریخچه فرایند و روند بیماری وی
- بحث در مورد به نتایج کمی و کیفی به دست آمده از آزمونها و تفسیر این نتایج
- تفسیر و نتیجه‌گیری از مراحل فوق و در نهایت رسیدن به قضاوت بالینی و نوعی تشخیص

www.Endbook.net

- ارائه پیشنهاد برای پیش‌آگاهی بیمار و روش‌های کمک به او در رفع مشکلاتش(زیرا هدف نهایی ارزشیابی روان‌شناختی است)

قسمت دوم

- ✓ اصولاً تاریخچه فردی هر کس، داستان زندگی اوست که به صورت کامل، علمی و منظم عرضه می‌شود. برای کسب اطلاعات درباره تکامل و رشد فرد از بدو تولد، از منابع مختلف استفاده می‌شود. این اطلاعات باید تنظیم شوند و مورد تفسیر قرار گیرند.
- ✓ در تاریخچه فردی، منبع اصلی اطلاعات معمولاً یا خود بیمار است و یا افراد وابسته به او. بنابراین، صحت بخشی از اطلاعات به حافظه این افراد بستگی دارد. بخش دیگری از این اطلاعات ممکن است از منابعی مانند دفترچه یادداشت شخصی و مدارک تحصیلی باشد. روان‌شناس در عمل سعی می‌کند تا اطلاعات خود را از همه منابع موجود به دست آورد. او باید این منابع را با یکدیگر مقایسه کند تا در آنها تناقض‌ها یا تجانس ها را بیابد.

۱- **مضمون تاریخچه فردی:** نمونه اطلاعاتی را که باید به دست آید، می‌توان در یکی از انواع تاریخچه‌های فردی که توسط لوتیت تنظیم شده است، مشاهده کرد.

الف- تاریخچه شخصی

- ✓ حال حاضر، توصیف رفتار، وضع جسمانی، استعداد و کارایی، وضع زندگی
- ✓ گذشته، زمان تولد و دوران طفولیت، سلامت، تحصیلات، تجارت و فعالیت‌های دیگر

ب- تاریخچه خانوادگی

- ✓ اولیا، برادران و خواهران و سایر افراد خانواده، پدربزرگ و مادربزرگ، اطلاعات شخصی و خانوادگی
- ✓ تاریخچه فردی ریچاردز، نوع دیگری از تاریخچه فردی است که از لحاظ شکل با آنچه در بالا مشاهده می‌شود، متفاوت، ولی از لحاظ مضمون تقریباً مشابه است.

۲- اتوبیوگرافی

- ✓ یکی از روش‌هایی که برای کسب اطلاعات در تاریخچه فردی به کار گرفته می‌شود، اتوبیوگرافی است. این روش جمع‌آوری اطلاعات، فقط هنگامی می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد که نویسنده آن نسبتاً باهوش و باسواد باشد و بیماریش شدید نباشد. این روش، به ویژه در کلینیک‌های دانشگاه بسیار مفید است.

۲-۱ تاریخچه خانواده

- ✓ اولیا: ۱- نژاد. تحصیلات. طبقه اقتصادی و اجتماعی. شغل. علایق. مزاج. منش و سلامت ۲- وضعیت کلی روابط اعضای خانواده (توافق یا عدم آن): خواهران و برادران، پدربزرگ و مادربزرگ، محیط کودکی و نوجوانی

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

- رشد اولیه – سریع یا کند - چه موقعی راه رفتن و تکلم شروع شد؟
- تاریخچه دبستان و دبیرستان و دانشگاه
- خاطرات اولیه. کنجکاوی درباره ساختمان بدن به ویژه اختلافات جنسی زن و مرد. چه عقیده‌ای در مورد تولد بچه داشتید؟

۲-۲ تعلیمات جنسی

- ✓ فعالیت های اولیه، استمنا، رابطه با همجنس یا جنس مخالف
- ✓ تجارب جنسی زمان بلوغ. آیا هرگز عاشق شده اید؟ چند بار؟
- ✓ تخیلات جنسی. تجسم همسر ایده آل. چه نوع فعالیتهای جنسی را لذت بخش تصور می کردید.
- ✓ چه احساسات و عواطفی به دنبال تجارب جنسی به شما دست می داد. (اضطراب، خجلت، احساس تقصیر، انزجار، رضایت)

۳- ۲ تفسیری درباره تاریخچه فردی

- ✓ متخصص باید برای جلوگیری از اشتباه، با دقت و صراحت هرچه تمامتر اطلاعات خود را جمع‌آوری کند؛ زیرا برای سنجش ثبات و اعتبار آنها، روشهای مناسبی در دست نیست.
- ✓ از آنجا که هر تاریخچه فردی بدون توجه به معیار خاص و معینی تفسیر می‌شود، این خطر وجود دارد که روان‌شناس به جای توجه به نکات مهم، به موارد جزیی و بی‌اهمیت توجه کند؛ و یا شخص تفسیرکننده فقط به مطالبی که از نظر تئوری خاصی اهمیت دارد، توجه داشته باشد و به وقایع فقط برای اثبات نظر خود و یا تئوری مشخصی اهمیت دهد.
- ✓ باید به تحقیقات روان‌شناسانی مانند زوبین، آلپورت، دالرد، سیموندز، لوین، ویلیامسون و جونز مراجعه کرد.

PHDHOME.IR

قسمت سوم

۱- مشخصات آزمون

۱-۱ ثبات آزمون

۱-۲ اعتبار آزمون

۲- انواع آزمون

- ✓ آزمون‌های روان‌شناسی را می‌توان برحسب معیارهای مختلف تقسیم‌بندی کرد. یکی از تقسیم‌بندی‌های اصولی، بر حسب تنوع پاسخ‌هایی است که فرد می‌تواند بدهد. مثلاً آزمون را می‌توان به نحوی ساخت که فقط جواب بله و نه داشته باشد؛ و یا چند جوابی باشد. برخلاف آزمونهای آبژکتیو، آزمونهای دیگری نیز ساخته شده است که امکان پاسخ در آنها، متنوع‌تر و سریع‌تر است. این آزمونها که پروژکتیو یا فرافکن نام دارند.

www.Endbook.net

- ✓ این آزمونها، گرچه صحت علمی، دقت، سادگی تعبیر و اجرای آزمونهای آبژکتیو را ندارند، ولی در مقابل به وسیله آنها می‌توان اطلاعات بیشتر و عمیق تری درباره چگونگی تفکر، هیجانات و طرز حل مشکلات یک فرد به دست آورد.
- ✓ راههای دیگری نیز برای تقسیم‌بندی آزمون‌ها موجود است. مثلاً ممکن است آزمون‌ها را بر حسب نوع پدیده‌ای که اندازه می‌گیرند، طبقه بندی کرد، مانند آزمون‌های هوش عملی و هوش کلامی. همچنین آزمون‌ها را می‌توان براساس نوع اجرای آنها تقسیم‌بندی کرد؛ مانند آزمون فردی و گروهی. بالاخره، آزمون را می‌توان برحسب عامل زمان طبقه بندی کرد؛ مانند آزمونهایی که زمان در آنها دخیل است و "آزمون سرعت" نامیده می‌شوند. و یا آزمونهایی که زمان در آنها مؤثر نیست و "آزمون قدرت" خوانده می‌شوند.

۳- تشخیص

- ✓ روان‌شناس بالینی باید اطلاعات افراد را به نحوی تنظیم کند که تصویر روشن و قابل فهمی درباره فرد به دست آید. روان‌شناس باید به کمک تئوریها و حقایق موجود در علم روان‌شناسی، این اطلاعات را تفسیر کند؛ براساس آن، علل اصلی مشکلات فرد را دریابد، و نحوه درمان این بیماری را مشخص سازد. این ارزیابی را معمولاً تشخیص می نامند.

۳-۱ تشخیص برحسب طبقه‌بندی

- ✓ بعضی مواقع، برچسب زدنها ممکن است فوایدی داشته باشد؛ ولی اغلب درباره چگونگی پیدایش، تکامل و علل شدت و ضعف بیماری، به ما اطلاعات اصولی و اساسی نمی‌دهند؛ بلکه فقط علایم بیماری را روشن می‌کنند. از این علایم می‌توان نوع بیماری فرد را تشخیص داد و او را با سایر بیمارانی که علایم مشابه او دارند، در یک ردیف قرار داد. طریقه طبقه بندی بیماران از روی علایم بیماری، به وسیله کراپلن در اوایل قرن بیستم معمول شد. ممکن است در یک بیمارستان، فردی را با داشتن یک سری علایم مشخص، شیزو فرنیک تشخیص‌دهند، ولی در بیمارستان دیگر او را مبتلا به مرض هیستری بدانند.
- ✓ مشکل دیگری که وجود دارد، این است که گاه علایم مرض یکی است. در این صورت، امکان دارد عوامل ایجادکننده این علایم در افراد بر حسب موقعیت مکانی و زمانی آنها متفاوت باشد.

۳-۲ تشخیص برحسب علل :

- ✓ مسائلی را که به تشخیص بر حسب علل بیماری مربوط می‌شوند، می‌توان به سه دسته تقسیم کرد: ۱- تحقیق درباره هوش و استعدادها ۲- سیستم محرکها و تعارضها، ۳- مکانیزم های روانی ویژه بیمار

۴- گنجایش

- ✓ بسیاری از اوقات، محدودیت در گنجایش فکری سبب بروز اختلالات عاطفی در افراد می‌شود. مثلاً کودکی که از لحاظ گنجایش هوش از دیگر شاگردان کلاس ضعیف تر است. دانستن گنجایش عقلانی بیمار، در راهنمایی تعلیماتی و حرفه‌ای، و همچنین در تشخیص اینکه چه نوع درمانی مناسب حال اوست، سودمند است.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

- ✓ برای سنجش صحیح گنجایش هوش افراد از آزمون استفاده می‌شود. البته بر اساس تاریخچه فردی و اطلاعاتی که از مصاحبه به دست می‌آید نیز تا اندازه‌ای می‌توان به درجه هوش افراد پی برد. بعلاوه، طرز صحبت کردن، نوع و مقدار لغات و کلماتی که به کار می‌برد، آمادگی و حاضرجوابی، طرز قضاوت و مقدار اطلاعاتی که دارد، همه درجه استعداد و هوش افراد را نشان می‌دهند.

۵- انگیزه‌ها و تعارض

- ✓ روان‌شناس بالینی برای تشخیص بیماری، بعد از اندازه‌گیری گنجایش و استعداد هوش افراد، به تحقیق درباره انگیزه‌ها و کشمکش‌های حاصله از آن می‌پردازد. هر رفتار انسان انگیزه‌ای دارد. انگیزه عبارت است از عواملی که ارگانیزم را از درون وادار به تحریک می کند. به نظر روان‌شناسان اعمالی که از افراد سر می‌زند، براثر فشار این عوامل درونی است.
- ✓ انگیزه ها، پدیده‌های بسیار پیچیده و بغرنجی هستند و جنبه‌های فیزیولوژیک، و روانی و اجتماعی دارند. همچنین نقش آنها بسیار گسترده است؛ زیرا با آنکه تئوریهای مختلف از راه‌های متفاوتی تکامل شخصیت را تشریح می‌کنند، ولی هسته مرکزی تحقیق همه آنها را انگیزه‌ها تشکیل می‌دهند. هر یک از روان‌شناسان برای انگیزه‌های رفتار بشر، اصطلاح خاصی را به کار برده‌اند؛ از جمله مورای، روان‌شناس آمریکایی، به هیجانی که انسان را وادار به فعالیت می‌کند، "احتیاج" نام داده است. و یا لوین، روان‌شناس پیرو مکتب گشتالت، به آن "نیرو" می‌گوید. اما در مجموع، همه این تئوریها، انگیزه را عامل اصلی رفتار بشر می‌دانند. نکته مهم و قابل ذکر اینکه به نظر روان‌شناسان بالینی، اساس و علت اصلی ایجاد اختلالات روانی، کشمکش میان انگیزه‌های مختلف بشر است.

۶- مکانیزم‌های روانی خاص بیمار

- ✓ انسان، تمایلات خود را به طرقی که یاد گرفته است، ارضا می‌کند. به روش‌های خاصی که بیمار هنگام محرومیتها و تعارض‌های روانی بر می‌گزیند، "مکانیزم‌های سازگاری" گویند. مثلاً، دختری که از زیبایی بهره نبرده است، امکان دارد این نقص را از طریق ساعی بودن در تحصیل جبران کند.
- ✓ این‌گونه مکانیزم‌های سازگاری و تعداد بسیاری از افراد بشر به صورت مشترک دیده می‌شود. به همین علت، رواشناسان، این سلسله از رفتارها را با اصطلاحاتی مانند فرافکنی، عذرتراشی، و سرکوبی نام‌گذاری کرده‌اند؛ نکته مهم آنکه شناسایی تعارض میان انگیزه‌ها که سبب ایجاد اختلالات روانی می‌شود، برای درک چگونگی خصوصیات روانی شخص، کافی نیست؛ بلکه باید نحوه مقابله فرد با این تعارض‌ها و راه‌هایی که برای حل آنها انتخاب می‌کند نیز شناخته شود.
- ✓ به طور کلی، برای اینکه بتوانیم بر اساس علل بیماری، تشخیص درستی به دست آوریم، باید این سه عامل را که شامل احتیاجات بیمار، محرومیت‌های او و نحوهٔ عکس‌العملی است که در قبال این محرومیتها از او سر می‌زند، به درستی بشناسیم.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

۷- پیش‌آگاهی و درمان

- ✓ برای ارائه مناسبترین روش درمان، باید بتوان پیش‌بینی کرد که امکان معالجه بیمار با هر یک از روش‌های مختلف درمانی تا چه اندازه است.

قسمت چهارم

- ✓ گالتن توجه به پدیده ساده زمان عکس‌العمل و آزمون‌های حسی و حرکتی را رواج داد. گالتن و کاتل معتقد بودند که آزمون‌های آنها واحد اصلی استعداد روانی را می‌سنجد. اما به تدریج آشکار شد که آزموهای زمان عکس‌العمل و آزمون های حسی و حرکتی، معیار مناسبی برای اندازه‌گیری هوش نیستند و با پیشرفت تحصیلی، همبستگی زیادی ندارند. در واقع، اندازه‌گیری هوش از زمانی متداول شد که بینه، آزمونها را متوجه پدیده‌های پیچیده و اندازه‌گیری آنها کرد.

۱- تعاریف هوش

در سال ۱۹۶۵، فریمن تعاریفی را که از هوش شده است، به چهار دسته تقسیم کرد:

- ✓ اول اساس هوش را اهمیت سازگاری شخص با محیط می داند.
- ✓ دوم، هوش را استعداد یادگیری می‌داند.
- ✓ سوم، هوش را گنجایش تفکر انتزاعی می داند.
- ✓ تعریف دسته چهارم، جامع‌تر از تعاریف فوق است و در واقع آنها را نیز در بر می‌گیرد. وکسلرکه جزء این دسته است، می‌گوید: "هوش عبارت است از مجموعه یا تمامی استعداد شخص به منظور تفکر و عمل با هدف، منطقی و سازگاری موثر با محیط"
- ✓ و استو دارد، روان‌شناس دیگر می‌گوید: هوش، عبارت است از استعداد انجام فعالیت‌هایی که دارای مشخصات زیر باشد:
- ✓ اشکال ۲- پیچیدگی ۳- انتزاعی ۴- صرفه‌جویی ۵- سازگاری ۶- با هدف بودن ۷- ارزش اجتماعی ۸- ابتکار
- ✓ هیچ‌کدام از سازمان‌های موجود به تنهایی تمام خصوصیات را اندازه‌گیری نمی‌کنند

۲ - ماهیت هوش

- ✓ یک دسته معتقدند که هوش عامل کلی است و در هر فردی وجود دارد. همچنین تعیین‌کننده نوع رفتاری است که فرد در موقعیت‌های مختلف برای حل مشکلات، از خود نشان می‌دهد. دسته دوم عقیده دارند که هوش تعدادی عوامل مستقل را شامل می‌شود و ممکن است در هر فردی به نسبتهای مختلفی موجود باشد.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

۲-۱ تئوری دو عاملی

- ترستون معتقد بود که در تمام انواع مختلف فعالیتهای فکری، یک عامل یا وجه مشترک وجود دارد که به آن g یا عامل کلی می‌گویند و البته در بعضی از فعالیتهای فکری، بیشتر از سایرین تأثیر دارد. در واقع، فرق میان هوش افراد، با مقدار g آنها نسبت مستقیم دارد.
- اینکه نمی‌توان تفاوتهای هوشی میان افراد را براساس عامل کلی تشریح کرد، به علت وجود عوامل فرعی است. اسپیرمن این عوامل فرعی را با حرف لاتین s مشخص می‌کند. بنابراین، به عقیده این روان‌شناس، افراد نه تنها در عامل کلی هوش متفاوتند، بلکه در استعدادهای مخصوص و معین نیز فرق می‌کنند.
- روش اسپیرمن برای تحلیل هوش، براساس مشاهده همبستگی خصوصیات مختلف هوش است که با آزمونهای گوناگون اندازه‌گیری شده‌اند. به نظر اسپیرمن، اگر به تعداد زیادی از افراد، مطالبی در مورد حافظه، استدلال و ادراک بدهیم و با روش‌های آماری، میزان همبستگی آنها را معین کنیم، خواهیم دید که میان تعداد زیادی از این مطالب، یک عامل واحد، ایجاد همبستگی می‌کند که همان عامل g است.

۲-۲ تئوری چند عاملی

- یکی از سرسخت‌ترین منتقدان تئوری دو عاملی اسپیرمن، روان‌شناس مشهور، ثورونداایک است. به نظر او همبستگی‌هایی که اسپیرمن به عنوان عامل مشترک در هوش ذکر می‌کند، بسیار کم اهمیت است. به طور کلی ثورونداایک معتقد به وجود یک هوش کلی در افراد نبود. به نظر او، در هوش افراد هیچ نوع کلیتی وجود ندارد و فقط می‌توان تشابهی کلی در رفتار و کردار مردم دید. به نظر ثورونداایک، هوش عبارت است از مجموع استعدادها یا مهارتها. او همه این استعدادها را تحت سه دسته قرار می‌دهد که عبارتند از هوش اجتماعی، هوش انضمامی و هوش انتزاعی.

PHDHOME.IR

۲-۳ تئوری عوامل

- ترستون با استفاده از روش‌های جدید آمار، به نتایجی دست یافت که با نتایج اسپیرمن کاملاً متفاوت بود. او با روش تحلیل عوامل یا فاکتور آنالیز، تعدادی عوامل مستقل از یکدیگر را که روی هم عامل هوش را می‌سازند، مشخص کرد.
- ترستون معتقد است که رفتار هوشمندانه نتیجه تعدادی عوامل است و نه فقط یک عامل کلی. به نظر او، هدف آزمون هوش باید اندازه‌گیری عوامل اولیه هوش باشد و این عوامل باید استعدادهای زیر را شامل شود:
- ۱-استعداد روابط فضایی، ۲- ادراک، ۳- اعداد، ۴- زبان، ۵- حافظه، ۶- استدلال.
- او در تحقیقات بعدی خود، تعدادی از این عوامل را حذف کرد؛ و اخیراً فقط چهار عامل را مهمترین عوامل اولیه هوش می‌داند.

www.Endbook.net

۲-۴ نظریه کتل

- ✓ در حالی که کتل بر محوری بودن عامل g در هوش تاکید داشت، ولی ۱۷ عامل دیگر را به عنوان استعدادهای اولیه ارائه می دهد. او همچنین به وجود دو عامل جانبی یا دست دوم در هوش توجه کرده که به نظر می رسد از تقسیم عامل g اسپیرمن به دو عنصر، به‌دست‌آمده است. این عناصر عبارتند از: "استعداد سیال" که شامل گنجایش شناختی موروثی است و "استعداد متبلور" که عبارت است از استعدادهایی که آزمونهای معمولی هوش می‌سنجد و یا آنهایی که به آموزشهای فرهنگی مربوط است. در واقع رویکرد کتل به هوش بر اساس الگوی الویتهاست.

۲-۵ نظریه گیلفورد

- ✓ به نظر گیلفورد هوش دارای سه بعد است: عملیات، محتوا و تولیدات. جنبه‌های عملیاتی شامل شناخت، حافظه، تولیدات ناهمگرا (مانند ساختن گزینش‌های منطقی)، تولیدات همگرا (مانند ساختن فقط یک گزینش بسیار منطقی) و ارزیابی می شود.
- ✓ بعد محتوایی شامل آن بخش از قلمرو اطلاعات است که عملیات اجرا می‌شود: مانند اشکال، رمزها، معنی‌شناسی و رفتاری. زمانی هم که عملیات ویژه ذهنی در مورد یک محتوای خاص به کار برده می‌شود، احتمال شش نوع تولید وجود دارد: واحدها، طبقات، سیستم‌ها، ارتباطات، دگرسازی و مستدلات.
- ✓ اگر تمامی این مجموعه در ذهن مطرح شود، بررسی‌کننده به ۱۲۰ استعداد عقلی دست می‌یابد. شاید متداول‌ترین انتقادی که به رویکرد گیلفورد وارد شده این باشد که روش او بیشتر شبیه نوعی طبقه بندی است تا نظریه ای علمی.

۲-۶ نظریه‌های جدید

- ✓ بر اساس دیدگاه‌های سنتی، آزمون‌های هوش به نحوی ساخته می‌شد که رفتار هوشمندانه و اطلاعاتی را که ارائه می‌دهیم، ارزیابی کنند. ولی اخیراً توجه روان‌شناسان به جنبه‌های شناختی و داده‌پردازی فرایند هوش معطوف شده است. برخی از پژوهشگران برسرعت پرداش اطلاعات و برخی دیگر به استراتژی‌های پردازش تأکید کرده اند. این رویکردی پویاتر از سابق است.
- ✓ استرنبرگ در سال ۱۹۹۱ "نظریه سه قوسی هوش" را مطرح کرد. به نظر او هوش سه سطح مختلف دارد و اغلب انسانها هم در یکی از این سطوح هوشمندترند: هوش ترکیبی یا اجزایی، هوش خلاق یا تجربی و هوش محتوایی. این رویکرد تأکید کمتری بر سرعت و صحت پاسخ دارد و در مقابل چگونگی طرح ریزی پاسخ و به نتیجه رساندن آن را مهم می‌شمارد. هوش ترکیبی به تفکر تحلیلی اشاره دارد. نمره بالا در امتحان، این نوع هوش را نشان می‌دهد. هوش تجربی بیشتر جنبه خلاقیت دارد، زیرا در آن شخص عناصر متفاوت تجارب خود را با بینش جدیدی به هم می‌پیوندد. و بالاخره هوش محتوایی یا محیطی، استعدادی است که بر اساس آن فرد قادر است بازی زندگی را به نحو احسن انجام دهد و از شرایط محیط حداکثر بهره‌برداری را داشته باشد. سالها پیش، بعضی از روان‌شناسان ایران به طنز این نوع بهره هوشی را Iran Q نامیدند.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

۳- انواع آزمون‌های هوش

- ✓ آزمون‌های هوش بسیارند و ما در اینجا فقط درباره بعضی از آنها و صرفاً به منظور آشنایی با استفاده کلینیکی آنها صحبت می‌کنیم.

۳-۱ آزمون‌های هوش اطفال

- ✓ مقصود ما از زمان طفولیت، از بدو تولد تا ۱۸ ماهگی یا دوسالگی است. در این زمان، تکلم فرد به آن اندازه پیشرفت نکرده است که بتواند ارتباط کلامی برقرار کند. اولین آزمون قابل اهمیت در این زمینه، به وسیله گزل ساخته شد.
- ✓ آزمون‌هایی که برای این دوره ساخته شده اند، ارزش زیادی در پیش بینی پیشرفت هوش کودک در سنین بالاتر را نداشته اند. شاید علت اصلی این امر، دشواری آزمودن اطفال در این سن است. آنها راهنمایی کلامی را نمی‌فهمند؛ همچنین جلب توجه آنها و یا تمرکز دادن آنها، عملی است بسیار دشوار.
- ✓ مواردی که در آزمون های اطفال خردسال وجود دارد، معمولاً عبارت است از آزمونهای تعادل، توجه به اشیاء، ساختن اشکال ساده با مکعب های چوبی، مهارتهای ساده دستی و امثال آن. از آزمونهای مشهور در این زمینه، می توان از آزمون هوش کتل برای اطفال و آزمون اطفال بهلر نام برد.

۳-۲ آزمونهای هوش کودکان ۱۸ ماه تا ۵ سال

- ✓ شامل مواردی است از قبیل: ساختن اشکال با مکعب‌های چوبی، فهم زبان، اطلاعات عمومی، معماهای تصویری، لغات، حافظه و امثال آن. در این سنین، کودکان معمولاً به واسطه رفتار منفی، خجالت، عدم علاقه و عدم درک هدف آزمون، تشریک مساعی نمی‌کنند و به همین علت، نمی‌توان به نتایج آزمونها اطمینان چندانی داشت.
- ✓ هرچه سن کودک بیشتر باشد، ضریب هوشی او به ضریب هوشی که سال‌ها بعد در آزمون استنفورد - بینه به دست می‌آورد، نزدیکی بیشتری دارد. از آزمونهای خاص این سنین، می‌توان از آزمون استنفورد - بینه نام برد که مخصوص از دوسالگی به بعد است.

۳-۳ آزمونهای هوش دانش آموزان

- ✓ این دوره، کودکان ۷ سال تا نوجوانان ۱۵ سال را در بر می‌گیرد. آزمون افراد در این سنین نسبتاً ساده تر است. زیرا اشتراک مساعی بیشتری دارند و ترس، سوء ظن و رفتارهای منفی کودکان خردسال در آنها مشاهده نمی‌شود. برای این عده می‌توان قسمتهای کلامی را از غیرکلامی جدا کرد و به آنها آزمونهای فردی و گروهی داد.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

۳-۴ آزمون‌های فردی

۳-۴-۱ آزمون استنفورد - بینه :

- ✓ این آزمون، هوش افرادی را که در سنین ۱۲ به بالا هستند، اندازه‌گیری می‌کند، و شاید بتوانیم بگوییم که مشهورترین آزمون کلامی برای سنجش هوش کودکان است. مواد آن شامل حافظه برای لغات، اعداد، جملات، تعداد لغات، استدلال، شناسایی شباهتها، اطلاعات عمومی و امثال آن است.
- ✓ آزمون بینه استعدادهای فطری را اندازه‌گیری نمی‌کند؛ در واقع هیچ آزمون دیگری نیز این خصوصیت را ندارد. آزمون بینه دارای مواد کلامی است و مسلماً تحت تأثیر عوامل و شرایط متعدد فرهنگی و تربیتی قرار می‌گیرد. خصوصیاتی مانند انعطاف‌پذیری، اضطراب، ترس، اعتماد به نفس، پشتکار و امثال آن در نتایج آزمون بینه موثر است. در نتیجه، بهره هوشی حاصله را باید با توجه به تأثیر عوامل عاطفی و محیطی در نظر بگیریم.
- ✓ آزمون بینه این نقص را دارد که فقط یک ضریب هوشی از استعداد کلی شخص به دست می‌دهد و استعدادهای دیگر را نشان نمی‌دهد. اگرچه گاهی جوانان و بزرگسالان را با آزمون بینه آزمایش می‌کنند، ولی در حقیقت، برای سنین ۱۵ به بالا نتایج قابل اطمینانی به دست نمی‌دهد.

۳-۴-۲ آزمون هوش وکسلر

- ✓ برای سنجش هوش بزرگسالان، آزمون هوش وکسلر بلویو ساخته شد و به سرعت مورد قبول روان‌شناسان قرار گرفت. این آزمون برای سنین ۱۰ تا ۶۰ سال در نظر گرفته شد و به آزمون وکسلر مشهور گردید. این آزمون که فردی است و به طور شفاهی انجام می‌شود، ۱۱ قسمت دارد و شامل ۵ آزمون کلامی، ۵ آزمون عملی و یک آزمون لغات می‌شود. بخش کلامی آن عبارت است از اطلاعات، استدلال منطقی، ریاضی، تشابهات، حافظه عددی و لغات. بخش غیر کلامی آن عبارت است از رمزنویسی، تکمیل تصاویر، تنظیم مکعب، تنظیم تصاویر الحاق قطعات.
- ✓ آزمون وکسلر برخلاف آزمون بینه بر حسب سن ساخته نشده، بلکه بر اساس درصد مطالبی که افراد قادر به گذراندن آنها هستند، تنظیم شده است. این آزمون نه تنها مانند آزمون بینه بهره هوشی واحدی به دست می‌دهد، بلکه برای استعدادهای کلامی و عملی نیز بهره های مختلفی ارائه می‌کند و از این لحاظ بر آزمون بینه مزیت دارد.

۳-۴-۳ آزمونهای پیشرفت تحصیلی و استعداد

- ✓ بین آزمونهای پیشرفت تحصیلی و آزمون‌های هوش رابطه نزدیکی وجود دارد؛ در واقع بسیاری از آزمونهای هوش شامل موادی است که پیشرفت تحصیلی را اندازه‌گیری می‌کنند؛ مانند اطلاعات عمومی.
- ✓ آزمونهای پیشرفت تحصیلی معمولاً از لحاظ وسعت مطالب، از آزمونهای هوش محدودترند. این نوع آزمونها قاعدتاً به یک یا دو موضوع درسی مانند ریاضی و امثال آن منحصر می‌شوند گاهی هم شامل مجموعه‌ای از پرسش‌ها با موضوعهای مختلف است. گاهی نیز به منظور اندازه‌گیری مهارتهای کلامی و غیرکلامی ساخته می‌شود.
- ✓ مقدار زیادی از آنچه که درباره آزمونهای پیشرفت تحصیلی گفتیم، شامل آزمونهای استعداد نیز می‌شوند؛ اما آزمونهای استعداد، بیشتر برای پیش‌بینی موفقیت شخص در حرفه‌ای که بر می‌گزیند، کاربرد دارد.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

- ✓ از نظر روان‌شناسی بالینی، از آزمونهای استعداد، بیشتر برای راهنمایی حرفه‌ای، استفاده می‌شود.
- ✓ پیش‌بینی آزمونهای استعداد در مورد مشاغل کارگری معمولاً صحت بیشتری دارند تا حرفه‌هایی مانند پزشکی، حقوق و یا معلمی. علت این امر آن است که موفقیت در این قبیل مشاغل، بستگی زیادی به خصوصیات شخصیتی و استعدادهایی دارد که آزمونهای استعداد قادر به اندازه‌گیری آنها نیستند.

۵-۳ آزمون‌های گروهی

- ✓ این آزمونها برای روان‌شناسان از این جهت ارزش دارند که می‌توانند به وسیله آنها اطلاعات زیادی را به سرعت و سهولت به دست آورند. البته اگر وقت به اندازه کافی باشد، آزمونهای فردی نسبت به آزمونهای گروهی اطلاعات جامع‌تر و عمیق‌تری در مورد فرد به دست می‌دهد.
- ✓ برای افراد بین ۷ تا ۱۵ سال، تعدادی آزمونهای هوش کلامی ساخته شده است. بعضی از این آزمونها عبارتند از آزمون استعداد ترمن - مک نمار، آزمون اتیس و آزمون ثورندایک. بعضی از آزمونهای گروهی غیرکلامی عبارتند از: آزمون غیرکلامی شیکاگو و آزمون غیرکلامی پینتر و آزمون کشیدن تصویر گودیناف.
- ✓ برای سنجش هوش بزرگسالان نیز آزمونهای گروهی زیادی ساخته شده است. از جمله آزمون تجدید نظر شده آرمی آلفا و آزمون تجدیدنظرشده آرمی بتا. برای افراد بزرگسال و با سواد، آزمونهای گروهی دیگری نیز ساخته شده است. بعضی از آنها عبارت است از: "امتحان ورودی دانشجویان دانشگاه" و "آزمون روان‌شناسی دانشگاه ایالتی اهایو"

۴- اختلالات هوش

- ✓ اندازه‌گیری هوش و دانستن مقدار هوش افراد برای روان‌شناس بالینی بسیار لازم است؛ زیرا هوش یکی از ارکان مهم شخصیت محسوب می‌شود. اطلاعات درباره منابع فکری و عقلانی یک فرد ممکن است در چگونگی درمان بیماری تأثیر زیادی داشته باشد. به علاوه، مشکلات عاطفی فرد و نحوه روبه‌رو شدن او با این مشکلات، تا حد قابل ملاحظه‌ای به مقدار هوش و استعدادهای مختلف او بستگی دارد.
- ✓ اسکیرول اولین شخصی بود که توانست میان عدم استعداد فطری و از بین رفتن آن در اثر بیماری، فرق بگذارد. روان‌شناسان این وجه تمایز را هنوز قابل قبول می دانند و به هر یک نامی داده‌اند؛ به از بین رفتن هوش به علت مرض یا عوامل دیگر، دیمنشا می‌گویند و به آنهایی که بدون هیچ عارضه‌ای دچار کم استعدادی فطری هستند، ایمنشا نام داده‌اند. البته هنوز تفاوت این دو کاملاً روشن نیست؛ زیرا تشخیص اینکه عقب‌ماندگی به سبب عوامل خارجی است و یا قسمتی از خصوصیات فرد می‌باشد، کار بسیار دشواری است.
- ✓ عقب‌ماندگی هوشی شامل خصوصیات بسیار متعددی است، ولی این مسئله که چه شخصی واقعاً عقب مانده است و چه فردی نیست، هنوز کاملاً حل نشده است. مشکل اصلی این است که بتوان به معیارهایی دست یافت و به وسیله آن به نحو صحیح و مداومی، عقب‌ماندگی را سنجید.

PHDIOME.IR

www.Endbook.net

۴-۱ اندازه‌گیری

- ✓ نخست باید بفهمیم که چه فردی را عقب‌مانده هوشی می‌نامیم. افراد غیرمتخصص و یا حتی اغلب متخصصان ممکن است بهترین وسیله جواب به این پرسش را استفاده از آزمونهای هوش بدانند. بعضی از روان‌شناسان، بهره هوشی (I.Q) را معیار تغییر ناپذیر و مسلم هوش می‌دانند. بعضی از روان‌شناسان، هوش را براساس سازگاری و تطبیق اجتماعی فرد، تعریف می‌کنند.
- ✓ امروزه برای تعیین عقب‌ماندگی، به غیر از بهره هوشی، معیارهای دیگری نیز مورد توجه روان‌شناسان قرار گرفته است. مثلاً جاستاک، روان‌شناس آمریکایی در سال ۱۹۵۹ استفاده از بهره هوشی به صورت فعلی، یعنی استفاده از معیار اجتماعی و آماری برای اندازه‌گیری عقب‌ماندگی هوشی را به شدت مورد انتقاد قرار داد. او متذکر شد که در اندازه‌گیری هوش، درواقع ما هیچگاه "گنجایش" فطری شخص را نمی سنجیم، بلکه تنها درجه فعالیت او را که قابل مشاهده است، اندازه می گیریم؛ بنابراین آنچه که ما از رفتار خارجی او مشاهده می‌کنیم، ممکن است خیلی کمتر از گنجایش و استعداد واقعی او باشد. به همین دلیل، جاستاک معتقد شد که بهترین معیار برای سنجش حداکثر گنجایش فرد، عبارت است از بالاترین نمره‌ای که در موضوع به خصوصی به دست می‌آورد. به نظر جاستاک برای تشخیص عقب‌ماندگی هوشی باید به تحلیل توزیع نمراتی که شخص در آزمون هوش به دست می‌آورد، توجه کرد. مثلاً شخصی که با بهره هوشی از لحاظ آماری عقب‌مانده می‌نماید، ممکن است در قسمت‌های مختلف یک آزمون، نمره متوسط یا نزدیک به متوسط به دست آورد؛ به همین علت نمی‌توان او را عقب مانده خواند. به نظر جاستاک، به افرادی که از لحاظ اقتصادی و اجتماعی موفقند و محتاج کمک دیگران نیستند، نمی‌توان عقب‌مانده اطلاق کرد. تعریف او، این نظر را که گاه افراد عقب‌مانده به خوبی در زندگی اجتماعی و شغلی موفق می شوند، رد می‌کند.

۴-۲ طبقه بندی

- ✓ طبقه بندی، اولین و ابتدایی‌ترین قدم در علم محسوب می‌شود. اگر انواع عقب‌ماندگی هوشی را مورد مطالعه قرار دهیم، در بین آنها گروهی را می‌یابیم که اختلال هوشی نسبتاً کمی دارند؛ همچنین در میان اغلب افراد فامیل آنها عقب‌ماندگی مشاهده می‌شود. ممکن است اصولاً عقب‌ماندگی افراد به سبب عوامل ارثی باشد؛ ولی هنوز به درستی معلوم نیست که وراثت و یا محیط تا چه اندازه و به چه مقدار در ایجاد این عقب‌ماندگی موثر است.
- ✓ عقب‌ماندگی هوشی در ناراحتیهای دیگری مانند پسیکوزها، آسیب مغزی، اختلالات متابولیک، آسیبهای زمان تولد و اختلالات مشخص ارثی نیز یافت می‌شود. بیشتر روان‌شناسان انواع مختلف عقب‌ماندگی‌ها را در دو دسته مذکور قرار می‌دهند؛ ولی این طبقه‌بندی نیز دارای اشکالاتی است؛ به‌ویژه از این جهت که آنها را براساس علایم ظاهری یا سمپتوم آنها تشخیص می‌دهند. در واقع روان‌شناسان در مورد علل، ماهیت و چگونگی عقب‌ماندگی، بسیار کم می‌دانند.

www.Endbook.net

۴-۳ علل عقب‌ماندگی هوشی

- ✓ اگرچه بعضی از دانشمندان، اختلال در متابولیسم، بیماریهای عفونی و آسیب بافت مغز را علل اصلی عقب‌ماندگی های هوشی می‌دانند، ولی در واقع چگونگی دقیق تأثیر این عوامل، به درستی معلوم نیست.
- ✓ در موارد نادری، عقب‌ماندگی هوشی با اکسیداسیون ناقص یک نوع اسید امینه به نام فنیل آلانین توام است. در ادرار این گونه افراد، اسیدی به نام فنیل پیروویک پیدا شده است. به نظر می‌رسد این نوع عقب‌ماندگی هوشی ناشی از عوامل ارثی است.
- ✓ عفونت دستگاه مرکزی اعصاب مانند مننژیت، یا انسفالیت و سیفلیس مادرزادی در بعضی شرایط سبب اختلال هوش می‌گردد. فشار مایع نخاع و فشار بر جمجمه نوزاد هنگام تولد نیز گاهی این عقب‌ماندگی هوشی را به وجود می‌آورد. نوعی از سرخک در زمان حاملگی و به ویژه در آغاز بارداری مادر، ممکن است باعث ایجاد مونگولیسم در طفل شود. اختلال‌های متابولیسم مانند کرتینیسم نیز گاهی سبب بروز عوارضی می‌شود که از انجام وظیفه مغز جلوگیری می‌کند.
- ✓ در اصل تغییر غیر قابل ترمیم و آسیب بافتهای مغزی، باعث عقب ماندگی اولیه می شود. دانش ما در این باره واقعاً بسیار محدود است. شکی نیست که بیماریهاسی شدید روانی ممکن است سبب پیدایش عقب ماندگی هوشی شود. انگیزشهای انسانی و عوامل عاطفی در وظایف هوش و تظاهر آن اهمیت بسزایی دارد و به بیماریهای شدید روانی، اغلب عدم علاقه و اختلال انگیزشها و عواطف ممکن است سبب کندی وظایف هوشی شوند.

۴-۴ مطالب مورد سنجش در عقب‌ماندگی

- ✓ معمولی‌ترین نوع مطالبی که در عقب‌ماندگی اندازه‌گیری می‌شود، عبارت است از بهره هوشی (I.Q)، خزانه لغات، استدلال، حافظه برای گذشته نزدیک، قضاوت، زمان عکس‌العمل، نوع تفکر و امثال آن البته، در این قسمت نیز روان‌شناسان توافق کامل ندارند.

۴-۵ روشهای اندازه‌گیری عقب‌ماندگی

- ✓ به طور کلی سه نوع روش برای اندازه‌گیری عقب‌ماندگی وجود دارد. یکی از آنها در مورد افرادی به کار می‌رود که قبل از بیماری یا عارضه‌ای که سبب عقب‌ماندگی شده است، دارای هوش سالمی بوده اند.
- ✓ روش دوم را "روش مقایسه گروه ها" می‌نامند. در این روش، عده ای بیمار را که دارای بیماری مشابه هستند، با عده‌ای افراد طبیعی که از جهاتی وجوه اشتراکی با دسته اول دارند، مقایسه می‌کنند. این وجه اشتراک ممکن است سن، جنس، نژاد، تحصیل و غیره باشد.
- ✓ روش سوم را "روش تحلیل قسمت‌های فرعی آزمون" می‌گویند. در این روش، نمراتی که فرد در قسمت‌های فرعی آزمون به‌خصوصی به دست آورده است، درجه عقب‌ماندگی او را نشان می‌دهد؛ همچنین نشان می‌دهد که اگر این عقب‌ماندگی فطری نیست، شخص قبل از شروع کم هوشی به چه اندازه دارای هوش بوده است. مثلاً تجربه نشان داده است که خزانه لغات زیاد، تحت تأثیر عوارضی که باعث کم هوشی می‌شود، قرار نمی‌گیرد بنابراین، می‌توان

www.Endbook.net

درجه عقب ماندگی هوشی را در قسمت‌های دیگر آزمون هوش مانند یادگیری مطالب جدید، سرعت عمل، حافظه، و امثال آن، به وسیله مشاهده تغییرات در خزانه لغات سنجید.

۴-۶ آزمونهای اندازه گیری عقب ماندگی

۴-۶-۱ آزمونهای استنفورد، بینه

- ✓ آزمون استنفورد - بینه برای اندازه‌گیری هوش افراد عقب‌مانده و نشان دادن منحنی مقدار نقصان هوش به کار می‌رود. روان‌شناسان بدین‌وسیله حافظه، ادراک، خزانه، لغات، استدلال و امثال آن را می‌سنجند و اختلال در آنها را نشانه عقب‌ماندگی هوشی می‌دانند.

۴-۶-۲ آزمون وکسلر

- ✓ برای اندازه‌گیری عقب‌ماندگی هوشی آن عده افرادی که قبلاً هوش طبیعی یا بالاتر داشته‌اند، ولی هوش آنها در اثر ضایعه مغزی یا عوامل دیگری نقصان پیدا کرده است، دقیقتر و معتبرتر از آزمون بینه عمل می‌کند؛ زیرا قسمت‌های مختلف هوش مانند حافظه، استدلال، اطلاعات عمومی و امثال آن، جداگانه گروه‌بندی و نمره گذاری می‌شود.
- ✓ علاوه بر این که از بهره هوشی می‌توان مقدار عقب‌ماندگی را به دست آورد، از قسمت‌های مختلف آزمون وکسلر نیز می‌توان فهمید که هوش شخص به چه اندازه نقصان یافته است. به نظر وکسلر، عوارضی که باعث عقب‌ماندگی می‌شوند، استعداد انجام بعضی از قسمت‌های این آزمون را از بین نمی‌برند، و بعضی را از بین می‌برند. قسمت‌هایی که تغییر نمی‌کنند، عبارتند از اطلاعات عمومی، فهم، تکمیل تصاویر، مونتاژ اشیاء و خزانه لغات قسمت‌هایی که در اثر عوامل، نقصان پیدا می‌کنند، عبارتند از حافظه اعداد، ریاضی، اشکال مکعب، شباهتها، ترتیب تصاویر رمزها. در آزمون وکسلر مانند آزمون بینه، می‌توان از روش توزیع تحلیلی قسمت‌های مختلف آزمون برای اندازه‌گیری مقدار عقب‌ماندگی استفاده کرد.

۴-۶-۳ آزمون ببکاک

- ✓ آزمون ببکاک صرفاً به منظور اندازه‌گیری اختلالات هوشی ساخته شده و روی بیمارانی که قبلاً به بیماری‌های مختلف ارگانیک و کنشی دچار بوده‌اند، آزمایش شده است. این آزمون به قسمت‌های مختلف تقسیم شده است که عبارتند از: آزمونهای ساده اطلاعات عمومی، یادگیری، تکرار مطالب، مهارتهای عملی و حافظه.
- ✓ با استفاده از خزانه لغات که براساس تعداد زیادی از افراد میزان شده است، می‌توان فهمید که شخص در هر سن خاص باید در قسمت‌های دیگر آزمون نیز چه نمراتی بیاورد؛ اگر نمرات به‌دست‌آمده از این میزان استاندارد شده کمتر باشد، نماینده عقب‌ماندگی هوشی فرد است.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

فصل چهارم

- ✓ موضوع شخصیت به قدری پیچیده، وسیع و همه جانبه است که یک تئوری به تنهایی قادر به تشکیل آن نیست؛ به همین دلیل است که امروزه در روان‌شناسی، تئوری‌های مختلف و متعددی در این باره وجود دارد. بسیاری از این نظرات، هدف و مقصودی مشابه یکدیگر دارند؛ ولی از لحاظ کاربرد اصطلاحات علمی و روش تجزیه و تحلیل شخصیت، متفاوتند.

۱- تعاریف و تئوریهای شخصیت

- ✓ آلپورت، در تحقیقی راجع به تعاریف شخصیت، مشاهده کرد که از این گونه تعریف ۵۰ نوع مختلف وجود دارد. او اغلب آنها را در دو دسته نسبتاً مشخص قرار داد:
- ✓ دسته اول، تعاریفی که روش آنها بر اساس تحقیق درباره ظواهر رفتار و اعمال بیرونی و ظاهری قرار گرفته است، که به آنها تئوری "صوری" یا تئوری "ماسک" می‌گویند.
- ✓ دسته دوم، تعاریفی است که در آن از چگونگی و عمق ماهیت شخصیت صحبت می شود و به آن تئوری "عمقی" یا سابستانس می گویند. لغت شخصیت که لاتین آن پرسنالیته است، از کلمه پرسونا آمده است؛ یعنی ماسک که بازیگران تئاتر یونان قدیم در موقع اجرای نمایش به صورت می‌زدند. بنابراین، در اصل، منظور رفتار ظاهری، صوری و ارزش اجتماعی فرد است که در بین عوام مصطلح می باشد.
- ✓ معایب تئوری "صوری" بسیار است، ولی دو اعتراض اصلی براین نظریه وارد است: اول اینکه توصیف شخصیت با این روش، به شخص مشاهده کننده بستگی دارد؛ که این باعث می‌شود تفاوت‌های فردی در نظریه او تأثیر فراوانی داشته باشد. دوم اینکه، رفتارهای مختلف ظاهری ممکن است دارای علل کاملاً مختلف و متفاوتی باشد. روان‌شناسان بیشتر تئوری عمقی را قبول دارند و سعی می‌کنند علل و عوامل نهفته و عمقی رفتار بشر را دریابند، زیرا شناخت این مسائل را در شناسایی شخصیت مهم می‌دانند. برای این منظور، روانشناسان سعی می کنند که فرضیه هایی بسازند تا بر اساس آنها عوامل پویای به وجود آورنده شخصیت را توصیف دهند. این گونه فرضیه‌ها، پدیده‌هایی را توجیه می‌کنند که فرض می‌شود، وجود دارند ولی مستقیماً قابل مشاهده نیستند؛ مانند غریزه، انگیزه‌ها، عواطف و احساسات، مکانیزم‌های دفاعی و امثال آن. البته فرضیه‌هایی که باید پدیده های فرضی درونی موجود را توضیح دهند اغلب مبهم، پیچیده، دشوار و گاهی نیز بی‌اساس و غیر علمی هستند.
- ✓ روان‌شناسانی که در تئوری صوری نظریات اصولی دارند، عبارتند از تولمن، اسپنس، هال، وینر، روزنبلوت، فیگل، مک کورکودایل، مارکس، راجرز، آزگود و آیزنک. تئوریهای مهمی که در حال حاضر سعی می‌کنند در توجیه و تشریح شخصیت، قدم‌های علمی بردارند، عبارتند از

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

تئوری انگیزه و پاسخ

- ✓ روان‌شناسان رفتارگرا اغلب، تحقیقات خود را از زمینه یادگیری شروع کرده و به تدریج به قلمرو شخصیت رسیده‌اند. آنها توجه کامل خود را به رابطه میان انگیزه و پاسخ معطوف کرده و چگونگی بوجود آمدن عادات را مورد بررسی قرار داده‌اند. این افراد، طرفدار روش عینی هستند.
- ✓ دالرد و میلر، ماور وکلاکهن و هال؛ متداول‌ترین نظریه این دسته از روان‌شناسان این است که شخصیت، تحت شرایط معینی از برانگیختگی و هیجان، و در حضور محرک‌های خارجی موجود، عکس‌العمل‌ها و یا پاسخ‌هایی از خود نشان می‌دهد. این پاسخ‌ها از شدت هیجان موجود می‌کاهند، و بنابراین یاد گرفته می‌شوند. مدتی که این عمل تکرار شود، عادت به وجود می‌آید.
- ✓ این عادات یا سلسله رفتارها به تدریج پیچیده‌تر می‌شوند. البته، عادت هر شخص منحصر به خود اوست، زیرا تجارب مخصوص به خود او و عوامل ارثی و تکوینی که زمینه ایجاد رفتار را در خود ساخته‌اند، به نحو خاصی در او تأثیر گذاشته‌اند. این خصوصیات شخصی، اعم از ارثی و اکتسابی، حدود محرکهای درونی شخص را معلوم می‌کند. بنابراین، به نظر روان‌شناسان رفتارگرا، مجموعه عادات فرد، شخصیت او را می‌سازند.

۱-۲ تئوری صفات

- ✓ گروه دیگری از روان‌شناسان، واحد شخصیت را صفت ظاهری او می‌دانند. این تئوری نیز در اوایل مانند تئوری رفتاری از تئوریهای صوری به حساب می‌آمد؛ به این معنی که روان‌شناسان پیرو این نظریه، بیشتر هم خود را مصروف شناختن خصوصیات ظاهری و صوری افراد می کردند. البته، در این اواخر افرادی مانند گوردون آلپورت پیشنهاد کرده اند که تئوری صفات را می‌توان از جنبهٔ عمقی مورد توجه قرار داد. بعضی از روان‌شناسان نیز اهمیت شناخت فرق میان صفات ظاهری و صفات عمقی را ذکر کرده‌اند؛ مثلا آلپورت و کاتل معتقدند که صفات ظاهری زودگذر و متغیر است و تحت شرایط محیطی تغییر می‌کنند؛ در صورتی که صفات عمقی به نسبت ثابت تر، مستمرتر و دایمی تر هستند.
- ✓ صفات ممکن است عمومی باشد؛ یعنی در گروهی از مردم به علل تشابه ارثی و محیطی، صفات مشترکی وجود داشته باشد؛ و یا ممکن است فردی و منحصر به شخص بخصوصی باشد و دیگران از آن بهره‌ای نبرده باشند. در سالهای اخیر روان‌شناسانی مانند کاتل و آیزنک با روش‌های همبستگی و تحلیل عوامل سعی کرده اند به صفات مشترک و منحصر افراد، از راه علمی دست یابند.

۱-۳ تئوری تیپ شناسی

- ✓ تیپولوژی یا تیپ شناسی، مانند تئوری صفات به اندازه‌گیری خصوصیات مشخص و جداگانه افراد توجه می‌کند. با این تفاوت که تیپ از صفات وسیع تر است و در واقع، مجموعه‌ای از صفات است. مثلاً صفات متعددی درون‌گرایی را می‌سازند.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

- ✓ یکی از علل رواج تیپولوژی، سادگی آن است؛ بدین معنی که تمام رفتارهای بغرنج و پیچیده انسان را می‌توان در یک یا چند تیپ خلاصه کرد. یکی از معایب این روش، این است که بسیاری از رفتارها را نمی‌توان تحت یک تیپ خاص قرارداد.
- ✓ شاید یکی از مشهورترین نوع تیپ شناسی، طبقه بندی یونگ است که به افراد را به دو دسته درون‌گرا و برون‌گرا تقسیم کرده است. به نظر یونگ، افراد بشر میان دو قطب درونگرا و برونگرا قرار می‌گیرند.

۴-۱ تئوری احتیاج و پرس

- ✓ برخلاف رفتار گراها، مورای به رفتار و فعالیت‌های صوری موجود، علاقهٔ کمتری دارد و بیشتر به شناختن انگیزه‌هایی که آنها را به وجود می‌آورد، اهمیت می‌دهد؛ به طور کلی تئوری او بیشتر تئوری انگیزشی شخصیت است. دو عامل اصلی تئوری شخصیت مورای عبارتند از احتیاج وپرس.
- ✓ احتیاج عبارت است از یک پدیده فرضی که به منظور توجیه بعضی از حقایق عینی و ذهنی، فرض وجود آن لازم است. مشخصات آن نماینده وجود آن است و می‌توان آنها را از رفتارهای عینی و قابل مشاهده موجود تعیین کرد. احتیاج از نظر مورای، مانند همان محرک یا انگیزه ای است که دیگر روان‌شناسان از آن سخن به میان آورده‌اند. به نظر مورای، احتیاج نوعی انگیزه است که دیگر روان شناسان از آن سخن به میان آورده اند. به نظر مورای، احتیاج نوعی نیرو است که البته ماهیت بیوشیمی آن نامعلوم است. احتیاج را گاهی شرایط جسمانی ارگانیزم بر می انگیزد، ولی اغلب اوقات، احتیاج به علل عاطفی و یا تصور ذهنی برانگیخته می شود. پس از برانگیخته شدن احتیاج، موجود برای برآوردن آن، یا به طرف موقعیتی می‌رود و یا از آن موقعیت می‌گریزد؛ در هر صورت، نوعی عکس‌العمل از خود نشان می‌دهد. مورای این گونه موقعیت ها را پرس نامیده است.
- ✓ احتیاجات را ممکن است به صورت های مختلفی طبقه بندی کرد. مورای آنها را به دو دسته تقسیم می‌کند: دسته اول را احتیاجات اولیه یا فیزیولوژیک مانند آب و غذا و دسته دوم را احتیاجات ثانوی یا پسیکولوژیک مانند پیشرفت و احساس برتری می نامد. او از سیزده احتیاج اولیه و بیست و هشت احتیاج ثانوی نام برده است.
- ✓ به عقیده مورای، احتیاج در هر فردی، به نحو خاص تظاهر می کند؛ مثلاً در یک شخص ممکن است بعضی از احتیاجات، تسلط و قدرت بیشتری داشته باشد تا دیگر احتیاجات؛ و یا در اثر تأثیر عوامل محیط (پرس) بعضی از احتیاجات شدت بیشتری پیدا کند. احتیاجات ممکن است با یکدیگر در تضاد قرار گیرند و در نتیجه باعث ایجاد عواطف ناراحت کننده‌ای شوند.
- ✓ معمولاً بعضی از انواع اشیا یا افراد، به طور مداوم، بعضی از انواع احتیاجات را برمی‌انگیزند و محکم شدن این رابطه، عادت را بوجود می‌آورد. این موضوع، علت اصلی مداومت و یکنواختی در رفتار موجودات است.

- **پرس**

- ✓ پرس در اصطلاح مورای، تقریباً همان است که دیگر روان‌شناسان به آن محیط می‌گویند. مورای به نقش محیط در ایجاد و تکامل شخصیت اهمیت بسیار می‌دهد؛ به نظر مورای، پرس یا محیط، ماهیت فنومنولوژیک دارد؛ بدین معنی که ادراک آن با تجارب هر فرد بستگی نزدیک دارد. هر محرک محیطی را باید از لحاظ نوع تأثیری که بر

www.Endbook.net

موجود داشته و یا دارد، ارزیابی کرد. بنابراین، پرس یا محیط همیشه باید از دیدگاه احتیاجات فرد مورد بررسی و شناخت قرار گیرد.

- ✓ روابطی که میان احتیاجات و پرس (محیط) وجود دارد، واحد شخصیت را شامل می‌شود و کاملاً قابل بررسی، مشاهده و سنجش است. مورای براساس همین تئوری، آزمون پروژکتیو TAT را برای شخصیت ساخته است.

۵-۱ تئوری روانکاوی

- ✓ شاید هیچ نهضت و یا مکتبی به اندازه مکتب روانکاوی بر نظرات و فعالیت‌های روان‌شناسان کلینیکی امروز تاثیر نداشته است.
- ✓ آیزنک و همکارانش به علمی بودن این نظریه سخت مشکوک شده و انتقادات فراوانی به آن کرده‌اند، با وجود این تئوری و روش روانکاوی هنوز فعالیتهای روان‌شناسان را در زمینه شخصیت به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد.
- ✓ همکاران فروید مانند یونگ، آدلر و رانک، و دیگران چه در زمان او و چه بعد از او در ساختمان و روش‌های پسیکو آنالیز تغییرات محسوسی ایجاد کرده و در حقیقت مکاتب جدیدی را ارائه داده‌اند.
- ✓ مانند همه تئوریهای پویا، نظریه پسیکو آنالیز بر اساس انگیزه موجود استوار است و به این علت، اساساً یک تئوری انگیزشی محسوب می‌شود. براساس این تئوری، خصوصیات روانی موجود را باید براساس حقایق و وقایع گذشته مورد توجه قرار داد.
- ✓ فروید برای نیروها یا قوایی که سبب انگیزش رفتار انسان می‌شود، اصطلاح غریزه را به کار می‌برد. البته این اصطلاح سبب سوءتفاهم‌هایی شده است؛ زیرا نیروهایی که فروید به آن اشاره می‌کند، معنای غیرقابل تغییرپذیری غریزه را نمی‌دهد، بلکه به گفته فروید، بعضی از این نیروها تحت تأثیر شرایط محیط و بر حسب هدف آنها قابل تغییرند.
- ✓ به نظر فروید، دو دسته انگیزه یا غریزه اصلی در انسان وجود دارد که هر دو، ماهیت زیستی یا بیولوژیک دارند. اولین دسته، شامل احتیاجات ساده جسمانی از قبیل گرسنگی، تشنگی، دفع و ... می‌شوند. این کششها بر اساس تغییرات جسمانی ایجاد می‌شوند، ارضای آنها حیاتی است و هدف آنها را نمی‌توان تغییر داد، و بنابراین تنوع زیادی در این احتیاجات وجود ندارد. از نظر فروید، این احتیاجها از دیدگاه روانشناسی اهمیت زیادی ندارند. فروید، گروه دوم احتیاجات را بر اساس تجاربی که با بیماران نوروتیک داشت، طبقه‌بندی کرد. این دسته احتیاجات، دو نوع هستند. یکی انگیزه زندگی و دیگری انگیزه مرگ. نوع اول انگیزه های جنسی را در بر می‌گیرد و غالباً به آن لیبدو می‌گویند؛ البته لغت "جنسی" سوءتفاهم زیادی را سبب شده است؛ در صورتی که منظور فروید از این لغت، نسبت به آنچه که معمولاً از آن درک می‌شود، معنای بسیار وسیع‌تری دارد. جنسیت در نظر فروید تنها مربوط به تمایلات جنسی افراد بالغ نیست، بلکه تمام انواع لذات دیگر را که از تحریک نواحی شهوانی بدن مانند دهان، مخرج، دستگاه جنسی، پستان و امثال آن در کودکان و بزرگسالان حاصل می‌گردد نیز شامل می‌شود.
- ✓ فروید براساس رفتارهایی که در بیماران خود مشاهده کرد، به این نتیجه رسید که بسیاری از این رفتارها را شخص به منظور تخریب خود انجام می‌دهد. بر این اساس، معتقد شده که غریزه مرگ در انسان وجود دارد. یعنی، در حالی که هدف غریزه زندگی، صیانت ذات، ادامه زندگی، تکاپو و سازندگی است، هدف غریزه مرگ، از بین بردن خود، تنفر از خود، خودکشی، دیگر کشی و امثال آن است.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

۱-۵-۱ اصل لذت و اصل واقعیت :

- ✓ فروید اصل لذت را اساساً به منظور نشان دادن تاثیر غریزه بر رفتار، ارائه داد. این اصل وجوه تشابه زیادی با نظریه تعادل حیاتی دارد. یعنی هنگامی غرایز در انسان ایجاد تنش و ناآرامی می‌کنند که موجود برای از بین بردن آن دست به فعالیت‌هایی می‌زند. وقتی این فعالیتها سبب از بین رفتن حالت ناآرامی و تنش می‌شود، به فرد حال لذت دست می‌دهد. هدف یک غریزه، تحریک موجود است به اینکه رفتاری از خود نشان دهد تا باعث کم شدن تنش جسمانی و به ویژه جنسی شود. منبع و منشأ غرایز، خصوصیات بیوشیمی است که در موجودات نیز وجود دارد. به نظر فروید، جریانات روانی هر فرد خود به خود براساس این اصل لذت تعیین و هدایت می‌شود.
- ✓ به نظر فروید، فعالیت اصل واقعیت، دیرتر از اصل لذت در انسان ایجاد می‌شود. کودک از بدو تولد تابع اصل لذت است، ولی اصل واقعیت در اثر محیط و به تدریج در او ایجاد خواهد شد. وقتی کودک در می‌یابد که تمایلات آنی او برای دریافت لذت با هدفهای بزرگتری مغایرت دارد، سعی می‌کند واقعیت را قبول کند.

۱-۵-۲ ساختمان شخصیت

- ✓ فروید معتقد است که شخصیت انسان از سه دسته خصوصیات اصلی ساخته می‌شود: او آنها را "اید" ، "ایگو"، و سوپرایگو نامید که در زبان فارسی، به ترتیب به نهاد، خود و فراخود ترجمه شده است.
- ✓ نهاد عبارت است از منشأ و منبع تمام انرژیهای غریزی. به‌عبارت دیگر، تمام تمایلات خام، کنترل نشده، غیر اجتماعی، بدون جهت و اولیه انسان، نهاد را می‌سازند. همزمان با رشد تدریجی کودک و فهمیدن این مطلب که قادر به ارضای تمام تمایلات خود نیست، قسمت دوم شخصیت که "خود" باشد، برای کنترل خواسته‌های نهاد به وجود می‌آید. گرچه "خود" در حقیقت از "نهاد" جدا می‌شود و از آن نیرو می‌گیرد، ولی در واقع بر اثر تجارب کودک از محیطش شکل می‌گیرد. هدف "خود" این است که به "نهاد" جهت دهد، آن را کنترل کند، و ارضای آن را براساس واقعیات مقدور سازد.
- ✓ قسمت سوم شخصیت که در واقع جنبه اجتماعی و اخلاقی آن است، "فراخود" می‌باشد. "فراخود" تقریباً شبیه آن چیزی است که در اصطلاح متعارف "وجدان" نامیده می‌شود. "فراخود" در اثر درون فکنی معیارهای اجتماعی ایجاد می‌شود که پس از مدتی، "خود" فرد را برای انجام اعمال درونی، راهنمایی می‌کند. رابطه میان این سه دسته از عوامل، شخصیت انسان را می‌سازد. "نهاد" هدف لذت طلبی دارد؛ "فراخود" هدف منع کننده؛ و "خود" هدف واقع‌بینی و تعادل‌دهنده.

۱-۶ نظریه روانشناسی شناختی

- ✓ افراد بنامی مانند آلبرت الیس و آرون بک براساس این دیدگاه به روشهای درمانی بسیار مؤثری در رفع ناهنجاریهای روانی انسان که پایه شناختی دارند، دست یافته‌اند.
- ✓ می‌توان گفت که بنیانگذار نظریه شناختی، روانشناسی آمریکایی است به نام جرج کلی (۱۹۶۶-۱۹۰۵) که پیش از دیگران به نظامی روانشناختی در شخصیت تحت عنوان "روانشناسی ساختار شخصی" دست یافت. نظریه کلی بر این بینش استوار است که "بشر که پیشرفت او در تسلط بر طبیعت و پیش‌بینی از رویدادهای جهان، در تاریخ، بسیار درخشان و عظیم و پر قدرت بوده است، در برگیرنده همان افرادی می‌شود که ما هر روز در پیرامون خود

www.Endbook.net

مشاهده می‌کنیم. آرمانها و اهداف آدمهای معمولی با علما و دانشمندان و متفکران تفاوت زیادی ندارند، بلکه در اساس شباهتهای اصولی دارند".

- ✓ فرض اساسی در مورد انسان این است که هر فرد بشر، خود یک "دانشمند" است و روند زندگی او به طور مستمر و مداوم شامل کوشش برای فهمیدن، تفکر، درک و کنترل امور است، تا بتواند وقایع زندگی را برای سازگاری با آن به نحو درستی پیش‌بینی کند.

۲- اندازه‌گیری شخصیت

- ✓ به طور کلی در روانشناسی از دو نوع روش برای ارزیابی و اندازه‌گیری شخصیت استفاده می‌شود. یکی روش عینی، و دیگری روش فرافکن. در روانشناسی بالینی، روشهای عینی را نیز می‌توان به دو قسمت تقسیم کرد: یکی آنکه رفتار افراد را با مشاهدهٔ مستقیم ارزیابی می‌کند و بنابراین به آنها هم می‌توان نام مشاهدات کلینیکی داد و دسته دیگر که آنها را به نام آزمونهای عینی می‌شناسیم.

۲-۱ روش مشاهده کلینیکی (مشاهده مستقیم)

- ✓ مشاهده معمولاً در دو موقعیت انجام می‌شود. یکی موقعیت طبیعی و دیگری موقعیت آزمایش. مشاهده در موقعیت طبیعی آن است که فرد مورد مشاهده، به هیچ وجه متوجه نمی‌شود که تحت مشاهده قرار گرفته است. مشاهده در موقعیت آزمایشی، آن است که مشاهده کننده در آن دخل و تصرف می‌کند و وضعی قراردادی و تصنعی به وجود می‌آورد. در این وضع، فرد غالباً می‌داند که تحت ارزیابی قرار دارد. در این‌گونه شرایط، روان‌شناسان عکس‌العمل‌های افراد را می‌بینند.

۲-۱-۱ سوسیومتری

- ✓ در سال ۱۹۳۴، مورینو روانپزشک آمریکایی، برای شناخت ارتباط اجتماعی گروه‌ها روش جالبی ارائه داد. او این تکنیک را سوسیومتری خواند. اساس نظری این روش چنین است که در هر گروهی، بعضی از افراد آن گروه، به طرف یکدیگر کشیده می‌شوند و گروه‌های کوچکتری تشکیل می‌دهند.
- ✓ روش اساسی سوسیومتری این است که از افراد یک گروه می‌خواهند تا از میان افراد گروه، آن طور که ترجیح می‌دهند، کسانی را که میل دارند با آنها در موضوعی شریک باشند، مانند دوستی، هم اطاق بودن، رفتن به میهمانی، همبازی بودن، همسفر بودن و امثال آن، انتخاب‌کنند. سپس نام افرادی را که انتخاب شده‌اند به صورت یک سوسیوگرام رسم می‌کنیم.

۲-۱-۲ مقیاس درجه‌ای

- ✓ مقیاس درجه‌ای معمولاً از فهرست صفات شناخته شده شخصیت ساخته می‌شود. این فهرست صفات را به تعدادی از افراد می‌دهیم و از آنها می‌خواهیم که بگویند هر یک از این صفات تا چه اندازه مشخص‌کننده فرد بخصوصی است. سپس همبستگی آماری این قضاوت از یک شخص و قضاوتهای دیگران در شرایط مختلف را به دست می‌آوریم.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

- ✓ میزان کردن مقیاس درجه ای، اندازه میزان کردن آزمونهای شخصیت موفقیت‌آمیز نبوده است. اما با وجود این، مقیاس درجه‌ای به مقدار زیادی در روانشناسی به کار گرفته می‌شود. یکی از مشهورترین این مقیاسها عبارت است از مقیاس رشد اجتماعی واینلند.

۲-۲ آزمونهای عینی شخصیت

- ✓ آزمونهای عینی شخصیت، یا به قول معروف آزمونهای مداد – کاغذی، نوعی مصاحبه میزان شده هستند. پایه اصلی این آزمونها را تعدادی پرسش تشکیل می‌دهند که به وسیله روان‌شناس ساخته می‌شود. منظور از آن، اندازه‌گیری طرز فکر، علاقه، بیماری و امثال آن است. اولین آنها به نام "مقیاس اطلاعات فردی وودورت" در سال ۱۹۱۸ به وسیله وودورت ساخته شد.

۱-۲-۲ آزمون MMPI: علاوه بر به دست دادن معیار عددی برای بیماریهای مختلف روانی، یک مقیاس دروغ‌سنج نیز دارد که درجه پاسخهای دروغی را که فرد به پرسشها می‌دهد، محکوم می‌کند. آزمون MMPI در سال ۱۹۸۹ تجدیدنظر و بنام MMPI2 درآمد که تفاوتهای اصولی با MMPI اصلی دارد. در نهایت تعداد ۵۶۷ پرسش بصورت نهایی انتخاب شد. ولی به منظور استفاده از مقیاسهای بالینی تنها از ۳۷۰ پرسش استفاده می‌شود. با بقیه پرسشها می‌توان به نیمرخ و ویژگیهای شخصیت افراد سالم و غیرسالم نیز پی برد.

انواع کوتاه :

- ✓ در طی سالیان پس از ساخت آزمون MMPI سعی شده است که انواع کوتاه آن نیز ساخته شود. بدین معنی که تعداد پرسشها بسیار کمتر از ۵۵۰ پرسش اصلی باشد. این فورم‌های کوتاه در عین حالی که از لحاظ زمان و سرعت تشخیص‌های اولیه مفید هستند، اما گمان می‌رود که از قدرت تفسیر و تعبیر آن کاسته می‌شود. این بحث در مورد فورم کوتاه MMPI2 نیز مطرح است و هنوز هم به نتیجه نهایی نرسیده است ولی به هر حال از لحاظ کلینیکی کاربرد دارد. یکی از این فرم‌های کوتاه MMPI در ایران توسط ولی اله اخوات و سعید شاملو ساخته شد.

۲-۲-۲ آزمون‌های فرافکنی شخصیت

- ✓ در آزمونهای فرافکنی یا پروژکتیو، محرک مبهمی به فرد داده می‌شود تا درباره ادراک خون از آن، بگوید یا بنویسد. فلسفه اساسی در این آزمونها آن است که معمولاً هر چه محرک مبهم تر باشد، آزمایش‌شونده از منابع احساسی و فکری خود برای توجیه آنچه درک کرده است، بیشتر مایه می‌گذارد. در واقع آنچه را که درک می‌کند، انعکاسی است از تجارب گذشته، تصورات، تفکرات، تمایلات و احتیاجات او.
- ✓ می‌توان آنها را به چند دسته تقسیم کرد: یکی آنهایی که از محرکهای کلامی استفاده می‌کنند. دسته دیگر که از محرکهای بصری استفاده می‌کنند. دسته سوم، آنهایی که شامل فعالیتهای خلاقه می‌شوند، و انواع بسیار دیگری نیز وجود دارد. از میان آزمون‌هایی که از محرک کلامی استفاده می‌کنند، آزمونهای تداعی لغات و آزمونهای جملات ناتمام مورد استفاده بیشتری قرار می‌گیرند. در آزمونهای تداعی لغات، تعدادی لغت به فرد داده می‌شود که بعضی از آنها معنای عاطفی زیادی دارند و بعضی دیگر از آنها خنثی و بی‌اثر هستند؛ سپس عکس‌العمل کلام افراد در مقابل این لغات مورد بررسی و تفسیر قرار می‌گیرد. بعضی از این لغات عبارتند از: عشق، جنگ، زندگی.
- ✓ یکی از مشهورترین آزمونهای جمله ناتمام، آزمونی است که به وسیله راتر، روانشناس آمریکایی ساخته شده است.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

- ✓ مشهورترین آزمونهای پروژکتیو تصویری، عبارتند از: آزمون رورشاخ، تی- ای- تی، آزمون تصویری محرومیت و زوندی آزمون.

۱-۲-۲-۲ آزمون رورشاخ

- ✓ برای مطالعه تکامل تاریخی رورشاخ می‌توان از نوشته‌های روان‌شناسان مانند تولچین، بک، کلاپفر،کلی وکروگمن استفاده نمود.
- ✓ آزمون رورشاخ از ده کارت ساخته شده است. روی هر یک از آنها لکه‌های جوهر (مرکب) به شکل خاصی شده است که پنج عدد از آنها سیاه و پنج عدد دیگر رنگی است. هر کارت، به طور جداگانه به فرد مورد آزمایش داده می‌شود. آزمایشگر، پاسخها، عکس‌العمل‌ها، مدت زمانی که برای پاسخ به هر کارت صرف می‌شود، زمان کلی آزمون و طرز نگه داشتن کارت را به دقت یادداشت می‌کند.چهار قسمت اصلی پاسخهای آزمایش‌شونده به آزمون رورشاخ، محاسبه و تفسیر می‌شود. قسمت اول مکان، قسمت دوم تعیین‌کننده‌ها، قسمت سوم مضمون، و قسمت چهارم عمومی بودن یا ابتکاری بودن پاسخ را شامل می‌شوند.
- ✓ در ادراک کارتهای رورشاخ، مکان به سه وضع مشاهده می‌شود. یا به صورت کل دیده می‌شود (w)؛ یا به صورت تکه‌های نسبتاً بزرگ و متداول (D)؛ و یا به صورت قسمت‌هایی که به ندرت دیده می‌شوند و در واقع قسمتهای جزئی هر کارت هستند (Dd). تعیین‌کننده‌ها به عوامل تعیین‌کننده پاسخها گفته می‌شود که عبارتند از: شکل (F)، رنگ (c) سایه‌روشن (G) و بالاخره ادراک حرکت (M). در این کارتها، مضمون معمولاً شامل موضوعهایی می‌شود که در طبیعت برحسب وضع خاصی تقسیم بندی شده‌اند؛ مانند بشر، حیوان و گیاه. پاسخهای معمولی یا متداول (P)، پاسخهایی است که معمولاً بیشتر افراد طبیعی از خود در مقابل کارتهای رورشاخ نشان می دهند. پاسخهای ابتکاری (O) آنهایی است که به ندرت از طرف اکثریت داده می‌شود، ولی در عین حال تا اندازه‌ای کارت مورد نظر را تشریح می‌کند.

۲-۲-۲-۲ آزمون دریافت موضوع

- ✓ این آزمون به وسیله مورگان مورای در سال ۱۹۳۵ ساخته شد که مانند آزمون رورشاخ از آن در فعالیتهای کلینیکی استفاده بسیاری می‌شود. این آزمون، بهتر از هر آزمون پروژکتیو دیگری تئوری فرافکنی کنشهای روانی را ثابت می‌کند و به ویژه منعکس‌کننده احتیاجات و تمایلات جسمی و روانی افراد است. روش محاسبه و نتیجه‌گیری براساس فرمول احتیاج - پرس مورای است. آزمون TAT شامل ۳۰ تصویر است که ۱۰ عدد آن برای زنها،۱۰ عدد برای مردها و۱۰ عدد دیگر، برای زنها و مردها به طور مشترک است. پشت هر کارت با حروف لاتین مشخص شده است که به زن یا مرد، دختر و یا پسر تعلق دارد.
- ✓ از شخص مورد آزمایش می‌خواهیم که در مورد هر کارت داستانی بگوید. سپس بگوید که چه شرایطی منجر به وضع موجود در کارت شده است؟ وضعی را که در کارت نشان داده شده است، بیان کند و بگوید که افراد موجود در کارت چه احساسات و افکاری دارند؟ و بالاخره بگویند که آخر این داستان چه خواهد شد. اگر شخص یکی از این مراحل را حذف کند، باید از او درباره آن مرحله پرسشهای بیشتری کرد. مشکلات آزمونTAT مانند آنهایی است

www.Endbook.net

که درباره آزمون رورشاخ گفتیم؛ یعنی دشواری تعیین اعتبار و ثبات آن به طریقی که می‌توان در آزمونهای عینی معلوم کرد.

۳-۲-۲-۲ انواع دیگر آزمونهای پروژکتیو

- ✓ آزمون زوندی، آزمون مصور ناکامی، آزمون کشیدن تصویر، آزمون موزاییک، و آزمون بندر کشتالت، از جمله آزمونهای پروژکتیو محسوب می‌شوند. آزمون بندر گشتالت، از جمله آزمونهایی است که در کلینیک از آن استفاده فراوان می‌شود. شخص مورد آزمایش باید تصاویر آن را مجدداً بکشد. محاسبه، نتیجه‌گیری و ارزیابی شخصیت افراد بستگی دارد به نزدیکی تصویر اصلی با آنچه که آزمایش شونده کشیده است. این آزمون برای تعیین عقب‌ماندگی و به ویژه آسیب مغزی نیز به کار برده می‌شود.

۳-۲ آزمون جملات ناتمام

- ✓ انواع بسیاری از این آزمون ساخته شده ولی مشهورترین آنها آزمون جملات ناتمام راتر است، (راتر،۱۹۵۰). هر کدام از جملات را که تکمیل شود، می‌توان بر اساس یک مقیاس درجه بندی هفت رتبه‌ای محاسبه کرد که برآیند آن میزان سازگاری - ناسازگاری را نشان می‌دهد.
- ✓ آزمون بندر گشتالت که در شکل بالا می بینیم، از جمله آزمون‌هایی است که در کلینیک از آن استفاده فراوان می‌شود. شخص مورد آزمایش باید تصاویر آن را مجدداً بکشد. محاسبه، نتیجه‌گیری و ارزیابی شخصیت افراد بستگی دارد به نزدیکی تصویر اصلی با آنچه که آزمایش‌شونده کشیده است. این آزمون برای تعیین عقب‌ماندگی و مخصوصاً آسیب مغزی نیز به کار برده می‌شود.
- ✓ آزمون جملات ناتمام (ISB) دارای سودمندی بسیار است. اول اینکه نحوه محاسبه آن عینی و معتبر است (باتوجه به نمونه‌های بسیاری که در کتابچه راهنما ارائه شده است). این آزمون بسیار کم هزینه و از نظر اجرایی ساده است و به ویژه به منظور غربالگری بسیار مناسب است. درحالی‌که این آزمون نتایج عینی به دست می‌دهد، ولی از آن به صورت کیفی نیز می‌توان استفاده کرد. آموزش این آزمون سهل است و نیاز به آموزشهای پیچیده مانند رورشاخ و تی- ای- تی و حتی ام. ام. پی. آی ندارد. البته این آزمون، در واقع تصویری از واکنش شناختی و رفتاری فرد به دست می‌دهد و نه فرایندهای عمیق و پویایی درونی.

PIDHOME.IR

www.Endbook.net

فصل پنجم

- ✓ مصاحبه، از تمام روشهای متعددی که به منظور ارزیابی شخصیت افراد استفاده برده می‌شود، اهمیت بیشتری دارد؛ زیرا به وسیله آن می‌توان به مطالبی دست یافت که از هیچ راه دیگری به دست نمی‌آید؛ و از آنجا که در مصاحبه به هیچ نوع وسیله خاصی نیاز نیست، لذا این روش همیشه و به آسانی در دسترس روان‌شناس است. به علاوه، چون با این روش در مدت زمانی کوتاه می‌توان اطلاعات نسبتاً زیادی به دست آورد، هنگامی که فقط مدت محدودی برای شناسایی شخص وجود دارد، و مصاحبه بهترین روش است.
- ✓ ولی مصاحبه کننده به ندرت می‌تواند نظر صحیحی درباره هوش، علاقه و استعدادهای مخصوص افراد ابراز کند و این امر فقط با آزمون های میزان شده مؤثر است. البته اطلاعاتی هم که می‌توان از طریق مصاحبه به دست آورد، با وسایل دیگری مانند آزمون امکان‌پذیر نیست.

PHDHOME.IR

۱- مشاهده وضع ظاهری

- ✓ اولین وظیفه روان شناس این است که با ورود بیمار برای انجام اولین مصاحبه، او را به طور دقیق و طولانی نگاه کند.

۱-۱ مشخصات جسمانی

- ✓ ممکن است قضاوت فرد در مورد کفایت و لیاقت شخص تا اندازه ای بر حسب خصوصیات جسمانی او باشد. و یا ممکن است مشخصات جسمانی فرد با خودپنداری او بستگی نزدیک داشته باشد. مثلاً مردی که از لحاظ جسمی ضعیف است، ممکن است تصور کند که مرد کاملی نیست.
- ✓ در مصاحبه، باید خصوصیات غیرعادی جسمانی افراد را به دقت مورد مطالعه قرار داد. ساختمان غیر عادی جسمانی ممکن است علامت اختلال غدد باشد. مثلاً اختلال در کار غده تیروئید، سبب رشد غیرعادی استخوانها خواهد شد.
- ✓ هنگامی که روانشناس بالینی امکان وجود اختلال جسمی را در بیمار حدس می‌زند، ممکن است سه موضوع کلی مربوط به اختلال مذکور را در نظر گیرد:

۱- عوامل فیزیولوژیکی که سبب اختلال جسمانی می‌شود.

۲- عوامل روانی اختلال جسمانی.

۳-تأثیری که این اختلال جسمی در روحیه فرد و اجتماع دارد.

۱-۲ طرز پوشیدن لباس

- ✓ طرز لباس پوشیدن افراد سریعتر از مشخصات جسمانی آنها نظر را جلب می‌کند؛ زیرا نوع لباسی که شخص می‌پوشد تا اندازه‌ای نشانگر طرز رابطه او با محیط خود و تصوری است که او از خود دارد. از نظر روان‌شناسان اجتماعی، طرز لباس پوشیدن، شباهت زیادی به زبان دارد؛ زیرا هر دوی آنها وسایلی هستند که از محیط گرفته

www.Endbook.net

می‌شوند و در نتیجه، تحت شرایط و محدودیتهای محیط قرار می‌گیرند. بعلاوه، هر دو، تفاوتهای فردی را نشان می‌دهند و برای قضاوت فرد به وسیله آنها، معیارهای اجتماعی وجود دارد.

- ✓ بسیاری از مردم سعی می‌کنند با پوشیدن لباس، خود را به طبقه ای از اجتماع که مورد پسند آنهاست، نسبت دهند.
- ✓ گروهی، لباس را به منظور جبران کمبودهای جسمی و روانی خود می‌پوشند. معمولاً بعضی از مردان کوتاه قد لباسهای بسیار شیک در بر می کنند.
- ✓ تحقیقات نشان می‌دهد که مقدار هوش، نوع بهداشت و سلامت، و وضع اقتصادی با نوع لباس پوشیدن رابطه زیادی ندارد. در تحقیقاتی که در مورد تغییر رفتار شخص در جریان روان درمانی به عمل آمده، مشاهده شده است که به ویژه زنها، بعد از چند جلسه روان درمانی، لباس‌های مناسبتر با رنگ‌های روشن تر و دوخت بهتر پوشیده اند.

۳-۱ طرز آرایش موی سر

- ✓ اگرچه آرایش موی سر به اندازه طرز لباس پوشیدن نشانه رابطه اجتماعی و خودپنداری شخص نیست، ولی به صورت افراطی نشانه بعضی از خصوصیات روانی است؛ مثلاً بی‌اعتنای شدید به آرایش موی سر.
- ✓ رنگ کردن مو اغلب با میل به توجه و تحسین توأم است. این میل موقعی شدید می‌شود که شخص از خصوصیات جسمی خود ناراضی است.

۲ – مشاهده عکس‌العمل‌های عاطفی

- ✓ مصاحبه، تنها رد و بدل کردن مقداری اطلاعات و یا جلسه پرسش و جواب نیست؛ بلکه خود نوعی رابطه اجتماعی و انسانی است که میان دو نفر برقرار می‌شود و مانند تمام روابط اجتماعی – انسانی، مملو از تحریکات و عکس‌العمل‌های عاطفی میان روان‌شناس و بیمار است. روان‌شناسی که افکار و عواطف خود را در جلسه مصاحبه تحمیل نمی‌کند، بعد از مدتی مشاهده خواهد کرد که موقعیت و به اصطلاح فضای عاطفی جلسات مصاحبه در مورد هر فردی متفاوت است.
- ✓ روان‌شناس برای اینکه بتواند از فضای عاطفی جلسه مصاحبه برای کمک به بیمار استفاده کند، در وهله اول باید مطمئن شود که رفتار عاطفی خود او تا چه حد سبب ایجاد فضای عاطفی جلسه شده است. اگر روان‌شناس بخواهد به جلسه مصاحبه فضای عاطفی خاصی بدهد، تشخیص حالات واقعی بیمار برای او کار بسیار دشواری خواهد شد.
- ✓ معمولاً مصاحبه مانند دیگر انواع روابط نامشخص و مبهم اجتماعی آغاز می‌شود. مراجعه‌کننده یا بیمار، اغلب حالت شک و تردید دارد و هیجان و تنش این مسئله که مصاحبه چگونه برقرار خواهد شد، او را ناراحت می‌کند. مدت زمان لازم برای از بین بردن مقدار تنش، اضطراب و ترس که معمولاً بیمار در دقایق اول مصاحبه دارد، به تبحر و تجربه روان‌شناس و خصوصیات روانی بیمار بستگی دارد. بعد از مدتی کسب تجربه به بیماران مختلف، روان‌شناس می‌تواند قضاوت کند که به طور متوسط چه مدتی باید بگذرد تا بیمار درحضور او احساس راحتی کند.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

۳- مشاهده علایم اضطراب

- ✓ بتدریج که زمان مصاحبه بیشتر می شود، روان شناسان ممکن است متوجه شود که بعضی از مطالب در بیماری اضطراب محسوس ایجاد می کند. شناخت این مطالب برای روان شناس مهم است؛ زیرا نشانه مشکلات شخص است. نخست باید بگوییم که دستگاه عصبی سمپاتیک بیشتر مسئول بروز این علائم است. البته، بعضی از این علایم نیز از فعالیتهای غدد و یا تغییراتی که در عضلات صاف و مخطط روی می دهد، به وجود می آید.
- ✓ یکی از علایم مشخص و قابل مشاهده اضطراب، فعالیتهای غدد اشک است. البته بیمار حتماً نباید گریه کند تا روان شناس اثر اشک را در چشمان او ببیند؛ بلکه درخشش زیادی چشم، اغلب نشان می دهد که اشک در چشمان جمع شده است. عرق کردن نیز یکی دیگر از علایم وجود اضطراب است که معمولاً در صورت و بویژه پیشانی بیمار مشاهده می شود و گاهی نیز در دستهای او قابل مشاهده است. کم شدن ترشح بزاق دهان نیز علامت تشویق و التهاب است.
- ✓ مشاهده تغییرات در عضلات صاف، مشکل است. ولی در بعضی موارد مانند قرمز شدن و یا پریدن رنگ صورت که بر اثر انقباض یا انبساط رگهای خونی صورت می گیرد، قابل مشاهده است. بزرگ شدن مردمک چشم نیز گاهی علامت اضطراب است.
- ✓ ازدیاد هیجان در عضلات مخطط نیز از علایم بارز اضطراب است؛ مانند لرزش شدید و سریع لبها و انگشتان. تغییر موقعیت دادن از یک طرف صندلی به طرف دیگر و تکان دادن پا.
- ✓ هیجان شدید عضلات را به وسیله رفتارهای پیچیده مشخصی که گاهی صورت عادی به خود می گیرد، آزاد می کنند. این رفتارها عبارتند از: خندیدن، سیگار کشیدن، راه رفتن یا کشیدن عکس و اشکال بر روی کاغذ. شدت و مقدار تکرار در این گونه رفتارها، نشانه اضطراب و التهاب زیاد در بیمار است.

۴- مشاهده طرز تکلم

- ✓ از تمام انواع رفتارهایی که در مصاحبه مشاهده می شود، رفتار کلامی بیشتر مورد تحقیق قرار گرفته و نتایج علمی بیشتری درباره آن در دسترس است.
- ✓ شرط تکلم صحیح، ارتباط منظم و متعادل عضلات است. بعلاوه، استعداد صحبت کردن به تمام اعضایی که در ایجاد تکلم سهیم هستند، بستگی دارد. دستگاه مرکزی اعصاب و وضع کلی موجود از جمله این اعضا هستند. خستگی مفرط، خواب آلودگی و حالتهای هیجانی سبب اختلال در تکلم و بیان افکار خواهد شد. داروهای مخدر و الکل نیز همین اثر را دارد. وضع کلی بدن نیز در طرز تکلم بسیار موثر است. شرط مهم دیگری که در تکلم صحیح ضروری است، اینکه فرد بتواند بر افکار خود کنترل کافی داشته باشد تا از بروز تفکرات خصوصی، تخیلات نامنظم و بی ارتباط با واقعیت جلوگیری کند.
- ✓ زبان، نوع عالی و مشترک رفتار اجتماعی است و به شناسایی رسوم و قوانین موجود در هر جامعه ای بستگی دارد. بنابراین، شرایطی که فرد در آن پرورش می یابد، تأثیر بسزایی در نوع تکلم او خواهد داشت. باید در نظر گرفت که با وجود عوامل مشابه و مشترک در تکلم افراد، نوع خاص طرز تکلم هر فرد با خصوصیات روانی او رابطه مشخصی دارد.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

۴-۱ تکلم غیر عادی

- ✓ اختلال در تکلم همیشه قابل توجه است؛ زیرا معمولاً نشان می دهد که شخص در قسمت غیر کلامی شخصیت خود نیز دچار اختلالاتی است. گاهی این اختلال به علت ناتوانی در تلفظ صحیح است که متداول ترین نوع آن لکنت زبان است. اگرچه تأثیر عوامل نورولوژیکی در لکنت زبان بدرستی معلوم نیست، ولی دلایل بسیاری موجود است که نشان می دهد افراد مبتلا به لکنت زبان، اغلب مشکلات عاطفی دارند.
- ✓ شواهد علمی نشان می دهد که تجسس درباره گذشته فرد مبتلا به لکنت زبان، به شناسایی و درمان این بیماری کمک می کند. یکی از روان شناسان آمریکایی به نام وود، بعد از انجام تحقیقاتی به این نتیجه رسید که اولیای کودکانی که تکلم غیر عادی دارند، معمولاً گرفتار اختلالات عاطفی هستند. یکی دیگر از روان شناسان مشاهده کرد که اغلب افراد مبتلا به لکنت زبان، در زمان کودکی بی اندازه مورد توجه اولیای خود بوده و به طور غیرعادی به آنها متکی شده اند.
- ✓ نوک زبانی صحبت کردن نیز یک نوع اختلال در تکلم است که در آن حروفی مانند س – ش – ز، و امثال آن به نحو صحیحی ادا نمی شود. این نقص ممکن است به علت اختلال در ساختمان زبان، دندانها، چانه، سقف دهان و یا تعلیم نا صحیح طرز تکلم باشد. اگر در این اعضا نقصی موجود نباشد، احتمال دارد که این عارضه، قسمتی از یک حالت کلی نوروز باشد. در اغلب موارد، نوک زبانی صحبت کردن نشانه این است که شخص می خواهد به رفتارهای کودکی متوسل شود.
- ✓ نوع دیگر عارضه کلامی که دکتر روان شناس در مصاحبه باید مورد مشاهده قرار دهد، حذف یا مخلوط کردن حروفی مانند س – ت – ل – ر، است که به نحوه تکلم شخص، نوعی غلظت محسوس می دهد. این نقص معمولاً بر اثر عدم حرکت کافی و متناسب عضلات صوتی ایجاد می شود. متداول ترین نوع این عارضه در فلج حاصله از سیفیلیس است که در آن، سیفیلیس از انجام وظیفه صحیح کرتکس مغز جلوگیری می کند. گاهی هم این بیماری بر اثر وجود غده مغزی است. اگر چه همراه با این بیماری ممکن است عوارض دیگری نیز موجود باشد، ولی وجود خود این عارضه کافی است که از بیمار آزمایش کامل نورولوژیکی به عمل آید.
- ✓ آسیب مغزی ممکن است عارضه ای بنام آفازی آن ایجاد کند که مانع انجام وظیفه صحیح استعداد کلامی می‌شود. گاهی در این بیماری، شخص قادر به ادای لغت مناسب در جمله ای که بیان می‌کند، نیست و اغلب نمی‌تواند نام اشیای بسیار ساده را بیان کند. در بعضی مواقع قسمتی از یک لغت به زبان می‌آید و ترتیب لغات نیز به نحوی است که جمله اداشده مفهوم صحیحی ندارد. گاهی نیز شخص مبتلا به آفازی، از لغتی استفاده می‌کند که به نظر خود صحیح است، ولی در واقع استفاده از آن غلط است.
- ✓ معمولاً در افراد مبتلا به پسیکوز، اختلالات خیلی شدید در مضمون تکلم یافت می‌شود و حتی فرد غیر متخصص نیز این اختلال را می‌تواند مشاهده کند.

۴-۲ رابطه طرز تکلم با شخصیت

- ✓ حتی اگر طرز تکلم افراد نقصی نداشته باشد، می‌توان از نحوه صحبت کردن آن‌ها تا اندازه‌ای به چگونگی شخصیت آنها پی برد. تحقیقاتی که آلپورت و کانتریل در این زمینه داشته‌اند، نشان می‌دهد که میان صدای اشخاص با شخصیت آنها همبستگی آماری مثبت وجود دارد. یکی دیگر از روان‌شناسان به نام مور بر اثر تحقیقات خود به این

www.Endbook.net

نتیجه رسید که افرادی که صدای نرم و موزیکال دارند، خجول هستند، و تمایلات نوروتیک و خصوصیات درونگرایی دارند.

- ✓ تفسیر و تحلیل تکلم افراد هیستریک نشان داد که آنها معمولاً بدون سعی در اثبات نظریات خود صحبت می‌کردند؛ در صورتی که افراد مبتلا به وسواس سعی داشتند هر جمله ای را که بیان می‌کردند، آن را با جملات دیگر تصحیح و تایید کنند. اشخاص هیستریک در بیان جملات خود تردید نشان نمی‌دادند و اغلب از کلماتی مانند "حتماً" ، "صد در صد" ، "مسلماً" ، "بدون شک" استفاده می‌کردند؛ در صورتی که افراد وسواسی در ابراز نظریات خود بسیار مردد بودند و لغاتی مانند "نمی‌دانم"، "ممکن است"، "شاید" و "تقریباً" را بیشتر به کار می‌بردند. و اما افراد مبتلا به "نوروز ، اضطراب" بیشتر از دو گروه مذکور در تکلم خود ابهام و تردید نشان دادند. نتیجه‌ای که از این تحقیقات گرفته شد، این بود که طرز تکلم تا اندازه‌ای در نتیجه نحوه سازگاری و تطبیقی است که فرد تلاش می‌کند از خود نشان دهد. (بیکن ، ماسرمن)
- ✓ افرادی نیز هستند که در جلسات مصاحبه، خیلی آهسته و کم صحبت می‌کنند؛ لغات را می جوند و لبهای آنها به سختی حرکت می‌کند. روان‌شناس مشاهده می‌کند که این افراد، خیلی دشوار از تکلم خود استفاده می‌کنند. این نوع امتناع از تکلم معمولاً نشانه کنترل‌کردن اضطراب است.
- ✓ گروه دیگری از بیماران سعی می‌کنند اضطراب و التهاب درونی خود را با جملات کتابی و به کاربردن اصطلاحات ادبی و علمی دور از ذهن بپوشانند و به این وسیله خود را در نظر دیگران مهم و با شخصیت جلوه بدهند.
- ✓ افراد نارسیست هنگام تکلم، احساسات و عواطف خود را در بیان افکار دخالت می‌دهند و تقریباً سعی می‌کنند درباره هر موضوعی نظر بدهند و علاقه یا نفرت خود را نسبت به آن ابراز دارند. این اشخاص سعی می‌کنند با حرکات اغراق‌آمیز، افکار خود را به دیگران بفهمانند و با نمایش دادن عواطف خود، دیگران را سخت متوجه خود سازند.

۵- مطالب مورد بحث در مصاحبه

- ✓ اولین پرسشی که در مصاحبه برای روان‌شناس پیش می‌آید، این است که چه اطلاعاتی باید درباره مصاحبه شونده داشته باشد و دیگر اینکه دانستن چه نوع مطالبی بیشترین فایده را به حال بیمار خواهد داشت. جواب این پرسش، بستگی به هدف و منظور درمانی روان‌شناس دارد.
- ✓ به طور کلی روان‌شناس بالینی بیشتر علاقه دارد که درباره سلسله رفتارهای کلی و نسبت ثابت و مداوم بیمار که روی هم مجموعه شخصیت و منش او را تشکیل می‌دهد، مطالبی به دست آورد. به عبارت دیگر آنچه را که روان‌شناس بالینی در مورد بیمار به دست می‌آورد، نظریاتی است درباره استعدادها، محرکها، طرز تفکر، خصوصیات عاطفی و عقلانی که در او موجود است.
- ✓ پی‌بردن به این خصوصیایت را روان‌شناس بالینی به دو روش انجام می‌دهند: یکی بر اساس آزمونهای روان‌شناسی و گزارش‌های او درباره وضع بیمار در جلسات مصاحبه، و به‌ویژه عکس‌العمل‌های او در مصاحبه‌هایی که روان‌شناس یا بیمار انجام می‌دهد، روش دوم اینکه درباره گذشته بیمار و نحوه عکس‌العمل‌های او در شرایط مختلف و تجاربی که از این راه اندوخته است، اطلاعات جامعی به دست آورد.
- ✓ روان‌شناسان در درجه اول باید بدانند که چه قسمت‌هایی از گذشته و حال بیمار را باید مورد مطالعه قرار دهند تا بتوانند بفهمند که برای پی بردن به مسائل و مشکلات بیمار، چه نوع پرسش‌هایی باید بپرسند. روشی که

www.Endbook.net

روان‌شناس برای رسیدن به این هدف به کار می‌برد، روش تاریخچه فردی است که در واقع عبارت است از نگاهی دقیق به گذشته بیمار. تاریخچه فردی شامل موارد زیر می‌شود: زندگی خانوادگی، تاریخچه تحصیلی، شغلی، جنسی، خودپنداری.

۶- طرز برگزاری مصاحبه

- ✓ روشی که در مصاحبه به کار برده می‌شود، به هدف مصاحبه بستگی دارد، که عبارت است از جمع‌آوری هر چه بیشتر اطلاعات، در مدت زمان محدود. مشکل اصلی این است که در مراحل اولیه مصاحبه، خود روان‌شناس هم نمی‌داند چه مطالبی در مورد بیمار حائز اهمیت است و باید سعی شود که اطلاعات کامل و تمام جزئیات زندگی شخص به دست آید.

۶-۱ روش مستقیم

- ✓ روان‌شناس پرسشهای خود را قبلاً تهیه کرده است و در هنگام مصاحبه آن‌ها را می‌پرسد و به جزئیات رفتار شخص پی می‌برد. خطرات این روش زیاد است. مثلاً ممکن است بیمار تصور کند که فقط هرچه را که روان‌شناس می پرسد باید جواب بدهد و در نتیجه اطلاعاتی را که در مورد آنها پرسشی نشده، در اختیار روان‌شناس قرار ندهد. دیگر اینکه پرسیدن زیاد و سریع ممکن است بیمار را دچار حالت تدافعی کند و در نتیجه بیمار از دادن اطلاعات کافی خودداری نماید. مورد دیگر اینکه ممکن است بیمار فکر کند که روان‌شناس می‌خواهد او را مورد استنطاق قرار دهد و نکات ضعف او را بیابد.

PHDHOME.IR

۶-۲ روش غیرمستقیم

- ✓ روان‌شناس به طور غیر مستقیم پرسشهایی می‌کند تا بیمار را به موضوعهای مهم و قابل بحث هدایت کند؛ البته بدون اینکه بیمار احساس کند که این زریق به او تحمیل شده است. بیمار باید در وهله ی اول احساس کند که روان‌شناس او را همان طور که هست، قبول دارد و در صدد تحقیر، تمسخر و یا سوء استفاده از اطلاعات به دست آمده بر نخواهد آمد. روان‌شناس باید به نحوی رفتار کند که حس اعتماد بیمار را کاملاً جذب کند.
- ✓ برای اینکه بتوان مصاحبه کننده خوبی شد، به مقدار زیادی تمرین لازم است؛ ولی تمرین تنها کافی نیست بلکه طرز فکر، محرکها، عواطف و احساسات روان‌شناس باید در ایجاد وضع مناسب مصاحبه، کمک کند. کنترل این عوامل حتی برای روان‌شناسان نیز مشکل است؛ زیرا بیمار در مصاحبه، کوچکترین عکس‌العمل روان‌شناس را درک می‌کند.

۶-۲-۱ آغاز مصاحبه

- ✓ در وهله ی اول، مقدماتی رعایت می‌شود که بیشتر جنبه معارفه دارد. روان‌شناس بعد از به جا آوردن تعارفات معمولی، بیمار را دعوت به نشستن می‌کند. در این قسمت، روان‌شناس باید عیناً مانند هنگامی که با هر شخص تازه

www.Endbook.net

واردی روبرو می‌شود، یا بیمار نیز به همان نحو رفتار کند. اغلب نیز اولین جملات، همانند جملاتی است که با مهمان معمولی رد و بدل می‌شود.

- ✓ این قسمت نباید زیاد طولانی شود. بعد از انجام مقدمات مذکور، روان‌شناس باید فوراً وارد اصل مطلب شود و به نحوی به بیمار بفهماند که مصاحبه شروع شده است. بیشتر روان‌شناسان مصاحبه را با پرسش دربارهٔ علت آمدن بیمار به مطب روان‌شناس شروع می‌کنند، مثلاً روان‌شناسی می پرسد: " خوب بفرمایید ببینم موضوع چیست ؟"
- ✓ گاهی بیمار ممکن است در جواب این پرسشها بگوید که پرونده بیماریش به وسیله متخصص دیگری برای روان‌شناس فرستاده شده است، یا بیماری که بستگان او قبلاً تاریخچه بیماری او را به روان‌شناس داده‌اند، ممکن است بگوید که بستگان او هرچه را که باید به روان‌شناس گفته‌اند. در این گونه موارد، روان‌شناس به آرامی به بیمار تذکر می‌دهد که مایل است مشکلاتش را از زبان خود او بشوند.

۶-۲-۲ مشکل اصلی بیمار

- ✓ هنگامی که مقدمات تمام می‌شود و بیمار شروع به بیان مشکل اصلی خود می‌کند، روان‌شناس باید به او اجازه دهد که بدون مداخله، به گفته‌های خود ادامه دهد؛ زیرا بدین وسیله روان‌شناس می‌فهمد که بیمار چگونه علایم بیماری خود را تشریح می کند.
- ✓ این مرحله تکلم آزاد از نظر روان‌شناسان به چندین دلیل بسیار مهم است که یکی، دو مورد آن را ذکر می‌کنیم: ۱ - روان‌شناس باید از مشکلاتی که بیمار با آنها روبه‌روست، تصویر روشنی به دست آورد. اگر چنانچه روان‌شناس عجولانه و به محض اینکه بیمار اولین علامت بیماری خود را ذکر می‌کند، وارد صحبت شود، ممکن است مطالب بسیار مهمی را که بیمار قصد بیان آنها را داشته است، از بین ببرد. ۲- دلیل دیگر اهمیت سکوت روان‌شناس و تعلم آزاد در این مرحله این است که به این ترتیب به بیمار می‌فهماند که حرفهای او بسیار مهم و قابل شنیدن است.
- ✓ گاهی بیمار صحبت خود را منحصر به ذکر مختصر یک یا چند سمپتوم بیماری می‌کند و از تشریح بیشتر آن خودداری می‌ورزد. در این مورد، روان‌شناس باید از بیمار خواهش کند تا درباره بیماری خود بیشتر توضیح دهد.

۶-۲-۳ اواسط مصاحبه

- ✓ شروع و بحث درباره بیماری معمولاً حدود ۱۵ دقیقه طول می‌کشد. در این موقع روان‌شناس دیگر باید بداند که بقیه مصاحبه باید به چه نحو بگذرد. او ممکن است احساس کند که بهتر است مسئولیت ادامهٔ مصاحبه را به عهده خود بیمار بگذارد. در این صورت، مصاحبه به همان نحوی که شروع شد، ادامه خواهد یافت. شرایط و عللی که موجب خواهد شد روان‌شناس این روش را در پیش گیرد، عبارت است از: ۱- داشتن وقت کافی برای مصاحبه. مثلاً یک ساعت و نیم تا دو ساعت. ۲- قرار جلسه مصاحبه بعدی با بیمار گذاشته شده باشد. ۳-مصاحبه، مقدمه پسیکوتراپی باشد. ۴- بیمار مقدار زیادی مطالب مختلف بیان کند.
- ✓ برای گرفتن این تصمیم که اواسط مصاحبه چگونه باشد، روان‌شناس باید هدف مصاحبه و شرایط مختلف آن و همچنین مقدار تشریک مساعی بیماران را در نظر بگیرد. ولی باید در نظر داشت که تفاوت میان مصاحبه مستقیم و غیرمستقیم کاملاً مشخص نیست. اغلب اوقات، روان‌شناس پرسشی را که متناسب با مشکلات بیمار باشد مطرح می‌کند، و سپس به بیمار اجازه می‌دهد که دربارهٔ آن صحبت کند.

www.Endbook.net

- ✓ روان‌شناس به چه وسیله می‌تواند به بیمار کمک کند و او را به صحبت کردن و بحث درباره مشکلاتش راغب سازد؟ به طور کلی برای انجام این هدف سه راه وجود دارد: ۱- نشان دادن درک مشکلات بیمار ۲- تقاضای تشریح بیماری و توضیح بیشتر آن ۳- منعکس کردن احساسات بیمار
- ✓ روان‌شناس باید برای نشان دادن درک مشکل بیمار، با اشاره و یا ادای حروف و کلمات ساده به او بفهماند که مطالب او را درک می‌کند. مثلاً وقتی بیمار صحبت می‌کند، روان‌شناس می‌گوید: "بله"، "می‌فهمم"، "آها"، "هوم" و امثال آن.
- ✓ تقاضای تشریح بیشتر در مورد بیمار، هنگامی ضروری است که بیمار مطلبی برای گفتن ندارد و یا اینکه به نظر می‌رسد گفتن مطالب برای او دشوار است. پرسشهایی که روان‌شناس در این مورد می‌کند، بیمار را ترغیب به توضیح و توجیه بیشتری خواهد کرد.
- ✓ روان‌شناس در منعکس کردن احساسات بیمار سعی می‌کند در یک یا چند جمله به او بفهماند که از احساسات و عواطفی که بیمار ابراز داشته، به خوبی آگاه است. مثلاً اگر بیمار در مورد موضوعی که او را خیلی عصبانی کرده است، صحبت می‌کند و سپس کمی مکث می‌کند، روان‌شناس بگوید: "شما می گویید که خود را همیشه از دیگران کمتر می‌دانید؟" در مورد انعکاس احساس بیمار، روان‌شناس باید هر دو جنبه مثبت و منفی آن را بیان کند. مثلاً به بیمار بگوید: "مثل اینکه شما نمی‌خواهید زن خود را طلاق دهید، ولی در ضمن از زندگی با او نیز راضی نیستید." و امثال آن.

۴-۲-۶ انجام مصاحبه

- ✓ در هفته پایانی مصاحبه، روان‌شناس باید از آنچه که باقی مانده است، ارزیابی دقیقی به عمل آورد و اجازه دهد که این وظایف به نحو احسن انجام شود. روان‌شناس کمی قبل از آخر مصاحبه به بیمار گوشزد کند که بیمار در شرف پایان است و چنانچه درباره موضوع مهمی بحث نشده است، آن را مطرح کند. این روش علاوه بر اینکه به روان‌شناس وقت کافی برای تمام کردن مصاحبه را می‌دهد، دو امتیاز دیگر دارد؛ یکی اینکه از خاتمه یافتن ناگهانی مصاحبه جلوگیری می‌کند، و دیگر اینکه بیمار را از لحاظ وقت، تحت فشار قرار می‌دهد تا آنچه را که تاکنون از گفتن آن خودداری کرده است، به زبان آورد. مطالبی را که بیماران در آخر وقت مصاحبه بیان می‌کنند، اغلب حایز اهمیت بسیار هستند.
- ✓ شخصی که برای مصاحبه به روان‌شناس مراجعه می‌کند، اغلب پس از پایان مصاحبه توقع دارد که مصاحبه کننده نظرات و دستورات معین و مشخصی به او ارائه دهد. او میل دارد بداند که روان‌شناس درباره او چه فکر می‌کند. معمولاً روان‌شناس باید جواب این پرسشها را به نحوی بدهد که به صلاح بیمار باشد. مثلاً روان‌شناس باید به بیمار اطمینان دهد که اولاً اطلاعاتی که او داده است، نزد خودش می‌ماند، و ثانیاً بر اساس این اطلاعات می‌توان درباره چگونگی بیماری او تشخیص بهتری داد. روان‌شناس باید متوجه باشد که قولی ندهد و یا ادعایی نکند که نتواند آن را عملی سازد. گاهی لازم است که روان‌شناس در جواب پرسش بیمار پوزش بخواهد و به او بگوید که متأسفانه هنوز نمی‌تواند به درستی به او جواب دهد.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

- ✓ روان‌شناس چگونه می‌تواند بدون اینکه به او لطمه‌ای بزند و یا اینکه به او نظر مستقیمی ارائه دهد، نظر خود را درباره او بیان کند. بهتر است مطالبی را که خود مراجعه‌کننده در ضمن مصاحبه گفته است، مورد بحث قرار داد و از اظهار نظر مستقیم پرهیز کرد.
- ✓ هنگامی که مصاحبه خاتمه می‌یابد، روان‌شناس باید ختم جلسه را اعلام کند. روان‌شناس باید این موضوع را نیز با احتیاط و مهارت انجام دهد. معمولاً برای اینکه به مراجعه کننده بفهماند که جلسه مصاحبه تمام شده است، می‌گوید: "جلسه بسیار خوبی بود؛ امیدوارم که شما از آن استفاده برده باشید." با گفتن این جمله قلم و کاغذ را روی میز می‌گذارد و خود را آماده برخاستن از صندلی می‌کند.

۶-۳ روشهای نیمه مستقیم مصاحبه

- ✓ گاهی روان‌شناس باید با افرادی مصاحبه کند که داوطلبانه به جلسه مصاحبه نیامده‌اند. مثلاً فرد جنایتکار است و دادگاه می‌خواهد او را قبل از محاکمه، مورد آزمایش روانی قرار دهد. مسلماً فردی که با این طرز فکر وارد جلسه مصاحبه شود، سعی خواهد کرد که کمترین تشریک مساعی را داشته باشد و از دادن اطلاعات زیادی درباره خود، امتناع ورزد. تحت این شرایط، روش غیرمستقیم مصاحبه که قبلاً در مورد آن صحبت کردیم و در آن مصاحبه شونده ابتکار جلسه را در دست دارد، مفید واقع نخواهد بود. در این صورت روان‌شناس باید از روش مستقیم تری برای به دست آوردن اطلاعات، استفاده کند.
- ✓ برای آنکه در جلسه مصاحبه از اضطرب، ترس و عناد این نوع افراد کاسته شود، روان‌شناس باید با نرمش، آرامی و حوصله زیادی مصاحبه را اداره کند. بهترین راه برای رسیدن به این هدف، این است که مصاحبه با پرسشهای عادی و معمولی که اضطراب انگیز نباشد، مانند پرسش درباره سن، شغل، تاهل، تعداد اولاد، تحصیلات و امثال آن شروع شود. بعد از آن، روان‌شناس از تاریخچه بهداشت شخص پرسشهایی می‌کند و در ضمن آن، به بحث درباره مسائل عاطفی و موضوعهای خصوصی‌تری مانند روابط جنسی می‌پردازد.
- ✓ گاهی نیز در آخر مصاحبه، علت یا عللی که مصاحبه شونده را به جلسه آورده است، مورد بحث قرار خواهد گرفت. البته پیروی از این روش، بیشتر در مورد روان‌شناسی که تبحر کافی ندارد، مفید است.
- ✓ هنگامی که روان‌شناس در مصاحبه مستقیم می‌خواهد موضوع جدیدی را به میان بکشد، باید سعی کند که به طور ناگهانی و بدون مقدمه نباشد؛ بلکه آن را با مطالبی که قبلاً بحث شده است، ارتباط دهد. مثلاً اگر مراجعه‌کننده قبلاً در مورد مدرسه خود صحبت کرده است و روان‌شناس حالا می‌خواهد بداند که روابط اجتماعی بیمار به چه نحو بوده است، می‌تواند از او بپرسد که در مدرسه چه نوع فعالیت هایی داشته و با چه افرادی معاشرت کرده است.

۶-۴ روشهای پرسیدن

- ✓ باید نوع پرسش با موضوعی که قبلاً در مورد آن بحث شده است، ارتباط داشته باشد. تقریباً همه این روشها را می توان در زمان معینی به کار برد، ولی روان‌شناس باید بتواند به درستی قضاوت کند که هر یک را در چه موقعی می‌توان به کار برد.

www.Endbook.net

۶-۴-۱ روش محدود کردن

- ✓ براساس این روش، روان‌شناس پرسشی را که نزدیک به آنچه که قصد پرسش آن را داشته است، مطرح می‌کند و سپس به تدریج به پرسش مورد نظر می‌رسد. در روش پیشروی، هدف این است که بتوان از یک موضوع معمولی به مطلب خصوصی و محرمانه ای دست یافت؛ درحالی‌که در روش محدود کردن، هدف فقط رفتن از کلیات به جزئیات است.
- ✓ روش پیشروی، راه را برای پرسشهایی که مطرح کردن ناگهانی آنها ممکن است شخص را مضطرب سازد و از دادن جواب صحیح خودداری کند، هموار می‌سازد.

۶-۴-۲ روش لفافه

- ✓ برای آن است که مقصود روان‌شناس از نظر بیمار پنهان بماند. با این روش، از بیمار چندین پرسش پرسیده می‌شود که پرسش مورد نظر روان‌شناس، یکی از آنهاست که البته به نظر بیمار، پرسشی معمولی جلوه می‌کند و در نتیجه بیمار دچار اضطراب و مقاومت نخواهد شد.

۶-۴-۳ پرسشهای هدایت‌کننده

- ✓ گاهی روان‌شناس به جای طرح پرسش به طور مستقیم، سعی می‌کند از مصاحبه شونده مطلبی بپرسد که او را در جواب دادن به آن راهنمایی کند.

۶-۴-۴ پرسشهای به تاخیر افتاده

- ✓ گاهی با مطالبی که بیمار بیان می‌کند، در ذهن روان‌شناس پرسشهای ایجاد می‌شود که میل دارد آنها را از بیمار بپرسد؛ اما متوجه می‌شود که بیمار درباره بعضی از مطالب، توضیحات کافی نمی‌دهد و یا از تشریح بیشتر آنها امتناع می‌کند؛ در این صورت، روان‌شناس پرسشهای خود را برای موقع مناسبی به تأخیر می‌اندازد.

۶-۴-۵ پرسشهای برون‌فکنی

- ✓ گاهی مصاحبه شونده درباره رفتار خود و دیگران نظراتی ابراز می‌کند، ولی روان‌شناس می‌خواهد به وضوح بداند که بیمار در مورد شخصیت خود و افراد جامعه چه عقایدی دارد.
- ✓ ساده‌ترین نوع پرسش برون‌فکنی آن است که از بیمار بخواهیم تا افرادی را توصیف کند. مثلاً ممکن است پرسیده شود: "به من بگویید که بهترین رئیس و بدترین رئیسی که داشته‌اید، چه نوع آدمهایی بوده‌اند؟" نوع دیگری از پرسش برون‌فکنی که اغلب در افراد، تعارض و کشمکش عاطفی ایجاد می‌کند، این است: به من بگویید که به نظر شما نقاط مثبت و منفی شخصیت خودتان چیست.
- ✓ بسیاری از بیماران به روان‌شناس اعتراض می‌کنند و تذکر می‌دهند که شناخت نکات مثبت و منفی آنها، وظیفه روان‌شناس است. جواب این پرسش، مکمل پرسشهایی است که درباره بستگان، دوستان و سایر افراد از بیمار شده است.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

۷- اضطراب روان شناس

- ✓ روانشناسی که برای برگزاری جلسه مصاحبه قواعد مذکور را می خواند، و قبلاً نیز درباره انجام مصاحبه تجربه ای نداشته است، امکان دارد دچار اضطراب شود. این اضطراب ناشی از این است که روان شناس تازه کار، تصور می کند که قوانین مصاحبه را باید عیناً اجرا کند.
- ✓ مهمترین مطلبی که روانشناس باید در مصاحبه متوجه آن باشد، اینکه از اضطراب خود آگاه بوده و از تأثیر آن در مصاحبه و رفتارش مطلع باشد. گاهی اضطراب روانشناس، بیش از ناآگاهی او از روشهای مطالعه، باعث عدم پیشرفت مصاحبه می شود.

۷-۱ علل اضطراب روان شناس

- ✓ در هر کاری، اگر شخص تبحر و تجربه کافی نداشته باشد، ممکن است دچار اضطراب شود. روان شناس امکان دارد در صحبت با دیگران بسیار آرام و عادی رفتار کند، ولی در جلسه مصاحبه مضطرب باشد.
- ✓ گاه ممکن است هنگامی که مصاحبه کننده به بحث درباره مسائلی که از لحاظ جامعه پسندیده نیست، می رسد، دچار تشویق و تردید شود و آن را بزرگتر از آنچه که مصاحبه شونده احساس می کند، جلوه دهد. در این گونه مواقع، مصاحبه کننده بهتر است به موضوعی که او را مضطرب می کند، نپردازد و یا اگر هم، چنین تصمیم دارد، به بحث اجمالی درباره آن قناعت کند.

۷-۲ تأثیر اضطراب در رفتار روان شناس

- ✓ اضطراب نه تنها از دقت و ابتکار روان شناس می کاهد، بلکه سبب بروز بعضی از رفتارهای نامناسب نیز می شود. یکی از نتایج مضر اضطراب، زیاد حرف زدن است. روان شناس مضطرب برای تقلیل اضطراب خود بیشتر از حد لزوم حرف می زند. بعضی از مصاحبه کنندگان، تشویق و التهاب خود را به وسیله تعارف، خوشرویی زیاده از حد، عذرخواهی مکرر از پرسیدن پرسش و اطمینان دادن مکرر به بیمار، پرده پوشی می کنند.
- ✓ یکی دیگر از مضرترین روشهای مصاحبه آن است که در جریان آن بیمار احساس کهتری و یا گناه کند. این روش به نحو خفیفی تحقیرآمیز است. همچنین، اگر گاهی روان شناس مضطرب، سعی کند شخص را در گفته هایش محدود سازد و به او پند و اندرز دهد و توصیه کند که باید جلسه مصاحبه را جدی تلقی کرد، به پیشرفت مصاحبه لطمه وارد خواهد ساخت.

۷-۳ روشهای کاستن اضطراب

- ✓ به دست آوردن تجربه در مصاحبه، بهترین راه تقلیل اضطراب است؛ البته باید با روشهایی که برای کاستن اضطراب وجود دارد، آشنا شد. در وهله ی اول، روان شناس باید بداند که در چه مواقعی دچار ناراحتی و اضطراب می شود، و چه روشهایی برای کنترل اضطراب خود به کار می برد.
- ✓ روش دیگر برای از بین بردن اضطراب این است که روان شناس بداند اغلب افراد به صحبت کردن درباره خود علاقه زیادی دارند. بنابراین او باید به گفتگوهای معمولی مردم بیشتر گوش دهد و ببیند که مردم عادی به چه نحو درباره امیال، آرزوها، خواسته ها، اضطراب، ترس و علایق خود صحبت می کنند. روان شناس باید خود را فردی مشکل گشا تصور کند و نه بازپرس.

PEDHOME.IR

www.Endbook.net

فصل ششم

- ✓ در روان‌درمانی، تحقیق درباره انسان به صورت امری پیگیر و مدام در می‌آید؛ توجه روان‌شناس به روان درمانی تنها برای شناسایی بیمار نیست، بلکه بیشتر به علت خلاقیتی است که در این رشته وجود دارد و روان‌شناس احساس می‌کند که می‌تواند در بهبود زندگی انسانی منشأ اثر باشد.
- ✓ روان‌درمانی مزایای مذکور را دارد، ولی از ابهام، تاریکیها، پرسشهای بی‌جواب و مشکلات تئوری و عملی نیز خالی نیست. با وجود تئوریها و روش‌های مختلف و مبتکرانه ای که در این رشته وجود دارد، ولی هیچ دلیلی در دست نیست که یک روش را بر دیگری ارجح بدانیم. در حال حاضر معیار عام و یکسانی برای ارزیابی و یافتن اعتبار و ثبات تمام روان‌درمانیها وجود ندارد. این مشکلات، بعضی از روان‌شناسان را در گذشته به نتیجه آیزنگ، روان‌شناس انگلیسی رسانده است. او می‌گوید: "شواهد علمی، این موضوع را که روان درمانی در بهبود بیماران نوروتیک موثر است، تأیید نمی‌کند (۱۹۵۲)." بعضی از روان‌شناسان به روش‌هایی که آیزنک را به این نتیجه رسانده است، اعتراض کرده‌اند. تحقیقات نیم قرن اخیر نشان می‌دهد که روان درمانی نه تنها روش بسیار مؤثر و مفیدی در برطرف کردن معضلات روانی و رفتاری انسان است، بلکه نوعی آموزش پایدار در تغییر ویژگیهای شخصیت و رفتار به شمار می‌آید که برعکس روشهای دارویی برگشت‌پذیری بیماری در آن بسیار کمتر از دارو درمانی است (لامبرت، ۱۹۹۷).
- ✓ پژوهش‌های بسیار دقیق سالهای اخیر به طور قطع نشان می‌دهد که روان درمانی در رفع مشکلات روانی - رفتاری انسانها موثر است. البته تأثیر آن صددرصد نیست ولی در بررسی بسیار معتبر متا آنالیز از نتایج ۴۷۵ گزارش روان‌درمانی، چنین نتیجه گرفته شد که در ۸۰ درصد موارد روان‌درمانی موثر بوده است (اسمیت، گلاس و میلر، ۱۹۹۵).

PHDHOME.IR

۱- تعریف روان درمانی

- ✓ به طور کلی تعریف جامع و مانعی از آن، که موافق طبع همگان باشد، دشوار است.
- ✓ به این منظور، تعریفی را که دکتر لوئیس ولبرگ، یکی از بزرگترین روان درمانگرهای جهان از روان‌درمانی کرده است، در اینجا می‌آوریم: "روان‌درمانی عبارت است از درمان مشکلاتی که ماهیت عاطفی دارند. این درمان بر اساس روشهای روان‌شناختی و به وسیله فردی متخصص که با بیمار ارتباط خاص حرفه‌ای برقرار می‌کند، و به منظورهای زیر انجام می‌شود:
  - برطرف کردن، تغییردادن و یا متوقف ساختن علایم بیماری
  - مداخله در الگوهای نابهنجار رفتار
  - تقویت رشد و تکامل جنبه‌های سالم و مثبت شخصیت

www.Endbook.net

- ✓ حال برای آنکه جنبه‌های مختلف این تعریف و اهداف، روشها، و حدود و ثغور آن روشن شود، به تحلیل بعضی از مسائل آن می‌پردازیم: الف- روان‌درمانی عبارت است از نوعی "درمان" ب - مشکلاتی که ماهیت عاطفی دارند مسائل عاطفی انسان بسیار زیاد و متنوع است و به اشکال گوناگون ظاهر می‌شوند. از جمله به شکل اختلالات روانی، جسمی، شغلی، اجتماعی و بین فردی ج- روشهای روان‌شناختی: روان‌درمانی (سایکوتراپی) یک اصطلاح ژنریک یا زیربنایی است که شامل طیف وسیعی از روش‌ها و تکنیک‌های درمانی رواشناختی می‌شود. این روش در اصل متکی به برقراری ارتباط کلامی و غیرکلامی است. درمان‌هایی که ماهیت جسمی داشته باشند مانند دارودرمانی، شوک درمانی، جراحی مغز و امثال آن، شامل روان درمانی نمی‌شوند. د- فرد متخصص: بیماران گرفتار مشکلات عاطفی و عوارض آن، در حالت استیصال و رنج فراوان به هر شخصی ممکن است متوسل شوند؛ اما درمان صحیح این نوع مسائل پیچیده و خطرناک، توسط افرادی امکان‌پذیر است که علاوه بر تبحر و مهارت کافی، دانش، بینش و روشهای لازم در روان‌درمانی را دارا بوده و در این زمینه تخصص داشته باشند. ه- ایجاد یک ارتباط حرفه ای: ایجاد یک رابطه عمدی و حساب شده حرفه‌ای که در واقع اساس و محور اصلی روان‌درمانی است، به وسیله درمانگر طرح ریزی و تقویت می شود. و- بیمار : چون فردی که به روان درمانگر مراجعه می‌کند؛ برای مداوا نزد اومی رود، لذا بهتر است به جای استفاده از بعضی از اصطلاحات دیگر مانند "مددجو"، "مراجع" و مانند، لفظ بیمار را به کار گیریم. روان درمانگر ممکن است با بیش از یک بیمار در ارتباط باشد؛ مانند گروه درمانی یا خانواده درمانی.

۲- اهداف روان درمانی

۱- برطرف کردن علایم موجود: یکی از هدفهای اساسی در روان درمانی، از بین بردن و یا تقلیل دادن رنج و درد بیمار است.

۲- تغییر علایم موجود: با وجود میل روان درمانگر به برطرف کردن کامل علایم بیماری، بعضی از شرایط، جلوی رسیدن به این هدف را می‌گیرد. موانع اصلی عبارتند از: نبودن انگیزه کافی، محکم نبودن شخصیت، محدودیتهای زمانی و مالی بیمار.

۳- متوقف کردن علایم موجود: برای جلوگیری از وخیم‌تر شدن بعضی از بیماریهای روانی مانند اسکیزوفرنی مزمن و شدید، می‌توان از روان درمانی استفاده کرد. البته، نمی‌توان او را معالجه کرد.

۴- مداخله در الگوهای نابهنجار رفتار: در سالهای اخیر این مطلب روشن شده است که بسیاری از مسائل خانوادگی، شغلی، اجتماعی، تحصیلی و مانند آن، جنبه‌های عاطفی دارند. این امر سبب شده است که روان درمانی به قلمروی دانش‌های دیگر که سابقاً تصور می‌شد مربوط به معلمان، قضاوت، وکلای دادگستری و نظیر آن است، سرایت کند.

۵- تقویت رشد و تکامل جنبه‌های سالم و مثبت شخصیت: آخرین استفاده از روان درمانی، رشد دادن شخصیت انسان است. پیدایش این مفهوم در روان درمانی جهت خاص و جدیدی به آن داده است. این جهت، دو بعد متفاوت دارد. یکی از این ابعاد با نارسایی شخصیت در افراد به اصطلاح "نرمال" ارتباط دارد؛ دیگری مربوط می‌شود به نابهنجاریهایی که در رشد شخصیت فرد در طی دوران تکامل او پیدا شده است؛ نابهنجاریهایی که سابقاً تصور

www.Endbook.net

می‌شد قابل علاج نیستند. این هدف روان درمانی برداشتن تأثیرات مانع و محرومیتهای روانی - اجتماعی گذشته فرد است.

- ✓ اهداف روان‌درمانی از هدف محدود تغییر علایم فراتر می‌رود و به آنجا می‌رسد که منابع غنی و سرشار درونی را از موانع عصبی که از رشد و تکامل آن جلوگیری می‌کند، آزاد می‌سازد.

۳- مشکلات مشترک بیماران

- ✓ با وجود تفاوتهای بسیار زیاد فردی که در علایم بیماریهای روانی به نظر می‌رسد، ولی در واقع علل این مشکلات در بسیاری از آنها مشترک است؛ حتی در رفتارهای آشکار و مشهود آنان نیز وجه تشابه فراوان مشاهده می‌شود.

۳-۱ اختلال در روابط انسانی

- ✓ اغلب بیماران روانی اذعان می‌کنند که از روابط انسانی خود با دیگران لذت نمی‌برند و راضی نیستند. این عدم رضایت به ویژه در روابطی که بسیار نزدیک و مداوم است، بیشتر مشاهده می‌شود. روابطی مانند رابطه با اولیاء، همسر، خواهر، برادر و اولاد.
- ✓ گروهی معتقدند که به علت کم ارزشی خود آنهاست. جمعی دیگر معتقدند که دیگران مقصرند؛ البته این‌گونه افراد خودشان برای جلب محبت دیگران کمتر ابتکار عمل نشان می‌دهند. یکی دیگر از خصوصیت مشترک بیمارانی که برای روان درمانی مراجعه می‌کنند، این است که آنها خود را افرادی کم ارزش، بد و حقیر می‌دانند. آنها خود را دوست ندارند و به خود احترام نمی‌گذارند. از حالتهای دیگری که بیماران روانی در جریان روان درمانی نشان می‌دهند، یکی هم اظهار ناتوانی در تشریح اعمال و عواطفی است که آنان را آزار می‌دهد. عده دیگری از بیماران هم می‌گویند که در انتخاب هر چیز، در تصمیم‌گیری و اراده، ضعف و اختلال دارند. گاهی این حالتها به صورت عدم تمرکز در کار و یا امری که به آن علاقه دارند، ظاهر می‌شود؛ به همین علت اغلب شکایت می‌کنند که انجام کارها را به تأخیر می‌اندازند.

۳-۲ **غم و اندوه:** مسائل فوق الذکر که در میان افراد نوروتیک مشترک است، به طور طبیعی ایجاد غم، اندوه، احساس بیچارگی و بدبختی می‌کند. این بیماران اغلب به قدری ناراحتند که احساس می‌کنند قادر به تحمل مشقت بیشتری نیستند. و یا تصور می‌کنند که به مرز دیوانگی رسیده اند. این افسردگی یا ناراحتی را بیماران معمولاً به مشکلات مادی و عوامل بیرون از وجود خود مربوط می کنند.

۳-۳ **طرق بیان مشکلات:** بیماران اغلب مشکلات خود را در یک جلسه بیان نمی‌کنند، بلکه این امر به تدریج و براساس عوامل مختلف صورت می‌گیرد.

www.Endbook.net

- ✓ معمولاً مسائلی که در جلسه یا جلسات اول مورد بحث قرار می‌گیرد، علل صوری و ظاهری بیماری است. بعد از گذشته چند جلسه، بیمار سعی می‌کند به تشریح علل اصلی وریشه دار بیماری خود بپردازد.

۴- علل درخواست روان‌درمانی

- ✓ معمولاً اضطراب، نارضایتی از خود و محیط، افسردگی و اندوه، انگیزه‌های اصلی برای مراجعه به روان‌شناس است، و باز همین علل است که بیمار را به ادامه درمان تشویق می‌کند.
- ✓ روان‌درمانی نوعی یادگیری است؛ در واقع یادگیری مجدد است. می‌دانیم که در هر گونه یادگیری، محرک و انگیزه ای لازم است. موفقیت در روان درمانی کوشش مداوم لازم دارد. بعضی از بیماران به علت اصرار دیگران به روان درمانی می‌پردازند؛ مثلاً مرد یا زنی که در شرف طلاق گرفتن است. در این‌گونه موارد، روان‌شناس باید به بیمار بفهماند که او فقط به مطالبی که خود بیمار عنوان می‌کند علاقه‌مند است و نه آنچه که دیگران گفته‌اند. اگر به بیمار اجازه داده شود تا نارضایتی‌های خود را بیان کند، به ادامهٔ روان‌درمانی تشویق می‌شود.

۵- درجات روان‌درمانی

- ✓ روان‌شناسان، روان‌درمانی را بر حسب هدف و منظوری که در روان درمانی مورد توجه است، به کار می‌برند.

۵-۱ راهنمایی

- ✓ کوتاه‌ترین و ساده‌ترین نوع روان‌درمانی، "راهنمایی" است. معمولاً این نوع روان درمانی از ۷ تا ۸ جلسه بیشتر طول نمی‌کشد و هدف آن برطرف کردن مشکل روانی محدود و حادی است که فرد با آن دست به گریبان است. در چنین موردی، راهنما بیمار را تشویق به صحبت درباره مشکلاتش می‌کند. نکته‌ای که در این روش اهمیت دارد، این است که روان‌شناس به عمق خصوصیات روانی بیمار وارد نمی‌شود. راهنمایی، بیشتر در مورد افرادی مؤثر است که قبل از ناراحتی فعلی خود، اشخاصی خوشبخت، خوشحال، فعال و مفید بوده‌اند و مشکل فعلی آنها بر اثر تغییرات غیرمنتظره ناگهانی ایجاد شده است.

۵-۲ روان‌درمانی تقویتی

- ✓ روان درمانی تقویتی کمی عمیق‌تر از راهنمایی است؛ بدین معنی که روان‌شناس در عین آنکه بیمار را به بیان مشکلات خود تشویق می‌کند، در مورد چگونگی پیدایش بیماری هم پرسشها و نظراتی ارائه می‌دهد و بیمار را به حیطه تعمق درباره آنها می‌کشاند. روان‌شناس در واقع نقش فردی مهربان و با شعور را بازی می‌کند و در ضمن به بیمار می‌فهماند که طرز فکر و رفتار خود اوست که باعث قسمت عمده‌ای از ناراحتی‌های او می‌شود. او این کار را بدون ملامت و شماتت انجام می‌دهد و سعی می‌کند بیمار را به نکات مثبت شخصیتش واقف سازد.
- ✓ روان‌شناس، در درمان تقویتی، هدفهای درمانی را تا اندازه‌ای محدود می‌کند. او سعی نمی‌کند به قسمتهای عمیق و ناخودآگاه شخصیت فرد دست یابد. هدف او بیشتر، جلوگیری از وخیم شدن وضع بیمار است؛ و تا اندازه‌ای هم قصد دارد تعادل شخصیت او را برای سازگاری با محیط برقرار سازد.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

- ✓ اگر روان‌شناس درک کند که تجسس دربارهٔ عواطف سرکوب‌شده و ناخودآگاه بیمار باعث ایجاد اضطراب شدید او می‌شود و امکان دارد او را از ادامه درمان باز دارد، و یا ممکن است وضع روانی او وخیم‌تر شود، از روان درمانی تقویت استفاده می‌کند. بعضی از افراد، قدرت و استعداد خودشناسی ناگهانی را ندارد و وقوع عوامل ناخودآگاه برای آنها به قدری وحشت زا و اضطراب آور است که امکان دارد دچار حالتهای شدید روانی مانند پسیکوز شوند.
- ✓ یکی از خطرات روان‌درمانی اتکای زیاده از حد بیمار به روان‌شناس است؛ این امر باعث می‌شود که بیمار در حل مشکلات خود تلاش نکند. روان‌شناس نباید خود به تنهایی تمام مشکلات بیمار را حل کند. در این‌گونه موارد روان‌شناس باید به تدریج به بیمار بفهماند که اتخاذ تصمیم فردی و حل مشکلات به دست خود بیمار، قسمتی از درمان است و به این ترتیب او را در اتخاذ تصمیمات فردی تشویق کند.

۵-۳ بازآموزی روانی

- ✓ بازآموزی روانی شامل مجموعه روشهایی می‌شود که هدفهای آن عبارتند از: کوشش عمدی برای سازگاری بهتر با شرایط زندگی، تغییر هدفهای فردی که قابل دسترسی نیستند به اهدافی که رسیدن به آن امکان‌پذیرتر است، و بالاخره استفاده کامل از استعدادها، مهارتها و خلاقیت‌های موجود در فرد برای بهتر زیستن، بدون آنکه الزاماً نسبت به انگیزه‌های ناخودآگاه و کشمکش‌های درونی، بینش عمیقی پیدا شود؛ حتی در مواردی، برای بازآموزی روانی، بینش آگاهانه لزومی ندارد.
- ✓ روشهایی که از این اصول تبعیت می‌کنند، عبارتند از: رفتاردرمانی، ارتباط درمانی، درمانجو مداری، روان درمانی مستقیم، استدلال درمانی، بازآموزی گروهی، خانواده درمانی، درمان پسیکو بیولوژیک، درمان پیسکودراما، گفتار درمانی و درمانهای فلسفی مانند هستی درمانی و ذن بودائیسم.

۵-۴ روان‌درمانی عمیق (بازسازی روانی)

- ✓ روان‌درمانی عمیق شامل تمام روشهای روان درمانی می‌شود و هدف آنها ایجاد تغییرات عمقی و پایدار در افراد است. روان‌شناس به جای آنکه تلاش خود را مصروف علایم و مشکلات آنی و فوری بیمار سازد، سعی می‌کند عوامل پنهانی و ناخودآگاهی را بیابد که سبب اختلال در شخصیت بیمار شده است و او را از ادامه زندگی سعادتمند باز می‌دارد. این عوامل عبارتند از: محرکها، عواطف و احساسات، طرز تفکر و خواسته‌های بیمار.
- ✓ روان‌شناس باید بیمار را در شناسایی آنها یاری دهد و سعی کند برای تغییر و یا تعدیل آنها به بیمار راههایی پیشنهاد دهد؛ و یا خود بیمار این راهها را در اثر راهنمایی روان‌شناس کشف کند. یکی از مهمترین این راهها، تجزیه و تحلیل رابطه بیمار با روان‌شناس است که براساس آن، رابطه بیمار با افراد دیگر نیز روشن می‌شود.
- ✓ به طور کلی، روان‌درمانی در درمان افراد نوروتیک موثر است. در بیماریهای روان‌تنی از قبیل آسم، زخم معده، پرس خون و امثال آن نیز روان درمانی سودمند است. بعلاوه، تعدادی از مردم دارای علایم مشخص نوروز نیستند و یا فقط به تعداد محدودی از آنها مبتلا هستند؛ ولی احساس می‌کنند که عواطفی مانند احساس حقارت، عدم قدرت برقراری روابط انسانی، عدم رضایت از زندگی، باعث جلوگیری از پیشرفت آنها می‌شود، و مانع رضایت خاطر کامل آنهاست. به این عده از مردم نیز می‌توان از طریق روان درمانی کمک کرد.
- ✓ برای درک این مطلب که آیا بیمار شرایط لازم برای روان درمانی را دارد، می‌توان چند عامل را در نظر گرفت: یکی، مقدار هوش بیمار است که براساس تحقیق بعضی از روان‌شناسان، با ادامه درمان از طرف بیمار همبستگی مثبت

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

دارد. روان‌درمانی عمیق در افراد کم هوش، معمولاً نتیجه زیادی در بر نخواهد داشت و در عوض باید از روش تقویتی، راهنمایی و تغییر محیط استفاده کرد. روان‌شناسان عوامل دیگری نیز ذکر کرده اند که مختلف و متنوع است؛ مانند روشنفکری، استقلال فکری و عاطفی، خودشناسی، قبول افکار و عواطف خود و امثال آن البته، نمی‌توان گفت بیمارانی که این شرایط را ندارند، از لحاظ روان‌درمانی کاملاً لاعلاج هستند.

۶- تاثیر تشخیص در روان‌درمانی

- ✓ در کلینیک‌هایی که مسائل بیمار صرفاً و به وضوح روانی است، مانند کلینیک‌های مشاوره خانوادگی و ازدواج، معاینه طبی ممکن است انجام نشود؛ ولی در بیمارستانها و کلینیک‌های روان‌شناسان بالینی، معاینه طبی قسمتی از تشخیص کامل کلی است.

۶-۱ رابطه تشخیص با نوع درمان

- ✓ آزمون‌های روانشناسی و تاریخچه شخصی نیز نمی‌تواند به ما بگوید که فلان بیماربرای روان درمانی مناسب است یا نه. به نظر بعضی از روان‌شناسان، برای تشخیص، یک جلسه آزاد کلینیکی مشخص‌کننده است و نیازی به اجرای آزمونهای متنوع و مختلف روان‌شناسی نیست؛ ولی اگر تشخیص دشوار بود و عدم تشخیص حال بیمار در روان درمانی تأثیر می‌گذاشت، باید از همه وسایل موجود از جمله آزمونهای روان‌شناسی استفاده کرد.

۷- توقعات بیمار از روان درمانی

- ✓ در مراحل اولیه روان‌درمانی، توقعات بیمار روشن و صریح است؛ بدین معنی که او میل دارد از دست مشکلات و دردهایی که او را نزد روان‌شناس کشانده است، رهایی یابد.
- ✓ نظر درمانی روان‌شناس وسیع تر از نظر بیمار است؛ بدین معنی که روان‌شناس نه فقط به تغییر علایم بیماری، بلکه به تغییر شخصیت بیمار علاقه‌مند است. روان‌شناس با تجربه می‌داند که این اختلاف نظر میان ارزیابی بیمار از حال خود و ارزیابی روان‌شناس از وضع او را نباید در جلسات اول روان‌درمانی به بیمار تذکر داد؛ زیرا ممکن است به پیشرفت روان‌درمانی صدمه بزند.
- ✓ اگرچه هدف اصلی روان‌درمانی پیدا کردن علل عمقی بیماری و برطرف کردن آن است، ولی روان‌شناس نباید فراموش کند که برطرف کردن علایم بیماری نیز قسمت مهمی از درمان است. گاهی بیماری به مقدار زیادی بهبود می‌یابد، ولی علامت بیماری او از بین نمی‌رود. در این صورت روان‌شناس باید سعی کند به مریض بفهماند که این علامت مرض را باید بپذیرد و با آن زندگی کند.

۸- علل عدم پیشرفت روان‌درمانی

- ✓ روان‌درمانی فقط منحصر به یاد دادن راههای جدید زندگی به منظور بهبودی وضع بیمار نیست؛ بلکه یکی از قسمتهای مهم آن برداشتن موانعی است که بیمار را از فراگرفتن طرق تطبیق با زندگی منع می‌کند. علل ایجاد این

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

موانع در شخص نوروتیک بسیار است. از جمله می‌توان انعطاف‌پذیری، به کار بردن مکانیزم‌های دفاعی غیرلازم، عدم رشد عاطفی و توقع بی‌حد و اندازه را نام برد. این اختلالها را می‌توان در سه گروه دسته‌بندی کرد.

۸-۱ عدم بصیرت

- ✓ افراد نوروتیک، دلیل بروز حالتهای خود را نمی‌دانند و محرکها و انگیزه‌هایی که باعث رفتار آنها می‌شود را به درستی نمی‌شناسند. این، یکی از مشخصات این افراد است. آنها از عواطف و احساسات خود آگاه نیستند و عوامل ناخودآگاهی را که سبب این عواطف و احساسات می‌شود انکار می‌کنند. این عوامل ناخودآگاه باعث می‌شوند که فرد نوروتیک دست به اعمالی بزند که خود او را نیز به تعجب وا می‌دارد.
- ✓ پسیکوآنالیز کلاسیک این موضوع را سرکوبی امیال می‌خواند و متذکر می‌شود که مرحله ایجاد سرکوبی امیال خود به خود و به طور اتوماتیک صورت می‌گیرد. این عدم استعداد در تشخیص و آگاهی از امیال، عواطف و عوامل درونی شخص نوروتیک معمولاً با عدم بصیرت و تشخیص صحیح از واقعیات محیط خارج از خود توأم است. قسمت عمده این واقعیات، اعمال و کردار انسانهای دیگری است که فرد نوروتیک با آنها برخورد و تماس دارد. بنابراین، یکی از وظایف روان‌شناس این است که سعی کند شخص را به علل رفتار خود، آگاه سازد و عوامل ناخودآگاه را به ضمیر آگاه بیاورد.

۸-۲ عدم قدرت پیش بینی

- ✓ کشفیات در کودکی، اساس پیش‌بینی رابطه انسان با دیگر انسان‌ها را پایه‌ریزی می‌کند و نتیجه اجتماعی اعمال ما را به ما می‌فهماند. تا هنگامی که رفتار اولیا برحسب انتظار کودک باشد، او می‌تواند از مشکلات و دردسرها بپرهیزد و در عین حال تمنیات خود را ارضا کند. بر اثر بروز دو حادثه در کودکی و بلوغ، ثبات این امر متزلزل می‌شود. اول اینکه با رشد تدریجی کودک، قوای عقلانی و جسمی او نیز تکامل می‌یابد؛ و نتیجه قدرت او در تصمیم‌گیری فردی بیشتر می‌شود و به رفتار اولیا کمتر اهمیت می دهد. دوم اینکه رفتار اولیا از خیلی جهات شبیه رفتار دیگران نیست؛ بعلاوه عکس‌العمل آنها نسبت به کودک خود، بیشتر بر اساس مسئولیتی است که نسبت به او دارند؛ در صورتی که جامعه به کودک با نظر کاملاً متفاوتی می‌نگرد؛ به ویژه زمانی که او به مرحله بزرگسالی رسیده باشد.
- ✓ شخص نوروتیک تصور می‌کند که رفتار خود او صحیح است و اگر دیگران انتظارات او را بر نیاورند و یا بر وفق مراد او رفتار نکنند، مقصر هستند. این نوع باریک بینی به او اجازه نمی‌دهد که رفتار جدیدی یاد بگیرد و در شرایط مختلف انعطاف‌پذیر باشد. بنابراین، تصورات قالبی و طرز فکر تغییرناپذیر اجازه نمی‌دهد که شخص بتواند در موارد و شرایط مختلف، نتیجه رفتار خود و یا دیگران را به واقع‌بینی، پیش بینی کند. در این حالت، روان‌شناس باید این پیش بینی قالبی را تغییر دهد.
- ✓ بعد از کشفیات فروید، به تدریج روشن شد که اضطراب یکی از مهمترین عوامل ایجادکننده حالتهای عصبی است. البته منظور این نیست که همه افراد نوروتیک مضطرب هستند؛ زیرا بعضی از آنها نسبتاً آرامند. به طور کلی، شخص نوروتیک به منظور کنترل یا کاستن اضطراب درونی خود دایماً در حال کشمکش است.

PUDHOME.IR

www.Endbook.net

۳-۸ اضطراب

- ✓ یکی از مؤثرترین راههای کاستن اضطراب، دوری گزیدن و یا حذر از عوامل و شرایطی است که سبب آن می‌شوند. بنابراین، اگر افکار، احساسات و عواطف ما سبب ایجاد اضطراب شود و سعی ما بر انکار وجود آنها باشد، این امر طبیعی است؛ زیرا با راندن آنها از ضمیر آگاه به سوی ناخودآگاه، موقتاً از اضطراب حاصله و از وجود آن عوامل رهایی می‌یابیم. این جریان را واپس زدن و یا سرکوبی امیال، افکار و عواطف می‌گویند. هرچه سرکوبی بیشتر باشد، بطور طبیعی بصیرت شخص درباره خصوصیات روانی خود کمتر خواهد بود. اضطراب هم در چگونگی پیش بینی افراد تأثیر می‌گذارد، به طوری که در شخص نوروتیک، اضطراب سبب می‌شود که بیمار از ابراز تمایلات، و عواطف و افکار خود در هر شرایط امتناع ورزد. بنابراین، نتیجه می‌گیریم که یکی دیگر از هدفهای روان‌درمانی، کاستن اضطراب بیمار است؛ به ویژه در مورد خواسته‌ها، تمایلات و افکارش. به تدریج که شدت اضطراب بیمار کاهش می‌یابد، قادر می‌شود که خواسته‌های خود را بشناسد.

۹- طرز اجرای روان درمانی

- ✓ اغلب مردم، وقتی برای نخستین بار با روان‌درمانی آشنا می‌شوند، با نظر شک و تردید به آن می‌نگرند و مطالب مربوط به آن به نظرشان مبهم، عجیب و حتی گاهی باورنکردنی می‌رسد. در واقع، روان‌شناسان امروز، گفت‌وگو در روان‌درمانی را آن قدر که دیگران تصور می‌کنند، مهم نمی‌دانند. البته تکلم برای برقراری ارتباط فکری و عاطفی، وسیله لازم است؛ ولی جلسات روان درمانی شامل مطالب بسیاری می‌شود که تکلم فقط یکی از آنهاست. اصل اساسی در روان درمانی، آن رابطه عاطفی و انسانی است که بیمار و متخصص با یکدیگر برقرار می‌کنند. در این جریان، بیمار تجارب و رفتارهای جدیدی فرا می‌گیرد که او را در برطرف کردن مشکلات و سازگاری با محیطش کمک می‌کند.
- ✓ بنابراین، وظیفه اولیه روان‌شناس این است که شرایطی به وجود آورد تا بتواند در بیمار تجارب نوین و ارضاکننده ای به دست آورد و مشکلات خود را روشن تر، مشاهده کند.
- ✓ از نظر روان‌شناسی اجتماعی، روان‌درمانی رابطه‌ای است اجتماعی که هدف آن تغییر دادن شخصیت بیمار است. می‌توانیم بگوییم که تفاوت زیادی با روابط اجتماعی دیگری مانند رابطه معلم و محصل ندارد؛ زیرا آنها هم برای به دست آوردن نتیجه ای سودبخش برقرار می‌شوند.
- ✓ در روان درمانی مقصود فقط معالجه سمپتوم، یا مرض یا مشکل خاصی نیست، بلکه منظور اصلی، کمک به بیمار است تا بتواند مهارت، اطلاعات و انعطاف‌پذیری بیشتری در حل مشکلات خود به دست آورد.
- ✓ در روان درمانی، "معالجه" به آن نحو نیست که در علم پزشکی مطرح است؛ زیرا در طب، "معالجه" به معنای برداشتن غده، یا از بین بردن میکرب و یا تقویت اعضاء است؛ در حالی که در روان درمانی، در بسیاری موارد، منظور شناسایی خصوصیات روانی شخص بیمار است، و تغییر، تبدیل و بهره‌برداری از آنها به دست بیمار انجام می‌شود.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

۱۰- معیارهای روان‌درمانی

- ✓ پاسخ به این امر، تا اندازه‌ای به روش‌های مختلف درمانی بستگی دارد؛ مثلاً پسیکوآنالیزکلاسیک از این جهت و برای دادن امکانات به بیمار، معیارهایی دارد که با معیارهای پیروان نظریه گشتالت متفاوت است. ولی به طور کلی معیارهایی وجود دارد که در اغلب روش‌های روان درمانی مشترک است.
- ✓ الف) شخصی که مشکلی دارد، برای گرفتن کمک به متخصص مراجعه می‌کند و به او پول می‌دهد تا او را در رفع مشکلش یاری دهد. روان‌شناس از بیمار انتظار هیچ‌گونه کمکی ندارد.
- ✓ ب) بیمار برای حل مشکلی به دلیل اینکه خود از حل آن عاجز است، نزد متخصص می‌رود. در واقع میل دارد برای حل آن، به شخص دیگری متکی باشد.
- ✓ ج) معیار سوم این است که بر خلاف معیارهای اجتماعی، به فرد اجازه می‌دهد تا درباره هر موضوعی، حتی اگر از نظر اجتماعی و اخلاقی به شدت ممنوع باشد، صحبت کند.
- ✓ د) آخرین معیار، عدم سوءاستفاده از مطالبی است که روان‌شناس درباره بیمار به دست می‌آورد. مثلاً روان‌شناس به هیچ وجه نباید مطالبی را که در مورد بیمار جمع‌آوری کرده است، به عنوان اسلحه‌ای برای تنبیه، تطمیع و یا تسلیم کردن مریض به کار گیرد. مثلاً روان‌شناس باید بفهمد که به هیچ وجه در مقابل حملات لفظی و حتی ناسزاهای بیمار نباید مقابله به مثل کند.

۱۱- ترتیب جلسات روان درمانی

- ✓ بیمار در جلسه اول روان‌درمانی باید احساس کند که مورد توجه کامل یک روان‌شناس است. مدت زمان این جلسات معمولاً یک ساعت است؛ البته بعضی از روان‌شناسان ممکن است جلسه دو ساعتی با بیمار داشته باشند؛ به ویژه اگر فقط یک بار در هفته او را ببینند. در آخر جلسه، ترتیب ملاقات بعدی داده می‌شود.
- ✓ جلسات پیسکو آنالیز کلاسیک در هفته پنج بار برگزار می‌شود؛ ولی امروزه، در انواع جدید روانکاوی، در هفته، یک یا دو جلسه برگزار می‌شود. گاهی بیمار در بین جلسات، دچار ناراحتی می‌شود و از زمان‌شناس می‌خواهد که او را در جلسه اضافی ببیند. قبول این درخواست، بستگی دارد به وقت روان‌شناس، یا شدت ناراحتی بیمار و یا نوع مشکلاتی که بیمار و روان‌شناس مشغول حل آن هستند. در روانکاوی کلاسیک معمولاً بیمار روی نیمکت یا تخت مخصوص دراز می‌کشد. اگرچه این روش امتیازاتی در بر دارد، ولی اجرای آن در اولین جلسات معقول نیست؛ زیرا برای بعضی از بیماران، این حالت اضطراب انگیز و ناراحت‌کننده است. بعلاوه، امکان دارد رابطه فکری و عاطفی میان بیمار و روان‌شناس را مختل سازد. بدین دلیل، در بسیاری از کلینیک‌ها، بیمار روی صندلی راحتی، روبروی روان‌شناس می‌نشیند.
- ✓ به تدریج که جلسات روان درمانی پیش می‌رود، بیمار ممکن است روان‌شناس را به منزل خود، یا مهمانی و یا به مجامع عمومی دیگری، دعوت کند. به طور کلی روان‌شناس نباید این دعوتها را بپذیرد؛ زیرا تماس روان‌شناس با بیمار در خارج از جلسات روان درمانی، ممکن است در رابطه فکری و عاطفی این دو، تاثیر سوء بگذارد.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

- ✓ روان‌شناس باید در جلسات اول روان‌درمانی بیمار را به گفتن داستان بیماری خود تشویق کند؛ زیرا باید روشن شود که او به چه علت برای روان درمانی به روان‌شناس مراجعه کرده است. این جلسات اولیه، نه‌تنها اساس تشخیص کمیت و کیفیت بیماری است، بلکه به بیمار و روان‌شناس فرصت می‌دهد تا یکدیگر را بشناسند و ارزیابی کنند.
- ✓ روش تداعی آزاد، روشی بسیار دشوار است و به ندرت، راحت انجام می‌شود. به این علت، بسیاری از روان‌شناسان ترجیح می‌دهند که به روش معمولی مصاحبه، جلسات روان درمانی را برگزار کنند؛ یعنی، از بیمار می‌پرسند که میل دارد در چه زمینه‌ای صحبت کند؛ و یا ممکن است منتظر بماند تا بیمار صحبت را آغاز کند.
- ✓ گوش دادن به صحبت بیمار، یکی از روش‌های اصولی برای ایجاد رابطه صحیح فکری و عاطفی با اوست. روان‌شناس به دقت و علاقه به حرفهای بیمار گوش می‌دهد و نه تنها آنچه را که می‌گوید، مورد توجه قرار می‌دهد، بلکه به حرکات، عکس‌العمل‌های عاطفی و نحوه ای که افکار خود را بیان می‌کند هم، توجه دارد.
- ✓ روان‌شناس، علاوه بر گوش دادن دقیق به صحبت بیمار باید سعی کند که افکار او را هم بفهمد و با آنها پیش برود؛ نباید افکار خود را به بیمار تحمیل کند و یا او را وادار به بیان مطالبی کند که مورد توجه روان‌شناس است.
- ✓ موضوع دیگری که روان‌شناس باید متوجه باشد، نشان دادن عکس‌العمل مناسب در مقابل انتقاد بیمار از او و یا از جریان روان درمانی است. امکان دارد، بیمار به رفتار روان‌شناس، حق ویزیت او و یا بیهودگی روان‌درمانی اعتراض کند. روانشناس با تجربه، تعادل خود را حفظ می‌کند و با بیمار وارد بحث و مشاجره نمی‌شود. یکی دیگر از اشتباهاتی که ممکن است باعث اختلال در روابط روان‌شناس و بیمار شود، این است که روان‌شناس دائماً مریض را برای کارها، افکار و احساسات خوب، تمجید کند. این موضوع سبب می‌شود که بیمار آنچه به نظرش "بد" می‌آید، بیان نکند و فقط مطالب خوب و مورد پسند را به روان‌شناس بگوید.

PHDHOME.IR

۱۲- روابط عاطفی در روان درمانی

- ✓ در مباحث قبلی، این موضوع مطرح شد که آیا روان‌شناس می‌تواند عواطف و احساسات خود را در جلسه روان‌درمانی ابراز کند.
- ✓ بعضی از تحقیقات نشان داده است که روان‌شناس با تجربه برای ایجاد رابطه عاطفی متقابل با بیمار، توانایی بیشتر و بهتری دارد تا یک روان‌شناس کم تجربه؛ زیرا در روان درمانی، تجربه بیشتر از روش خاص روان‌درمانی، در برقراری روابط صحیح عاطفی موثر است. روان‌شناس با تجربه می‌تواند بدون اینکه عواطف خود را با عواطف بیمار درآمیزد، از خود صمیمیت و مهربانی نشان دهد.
- ✓ روانکاوان پیرو مکتب پسیکو آنالیز کلاسیک معتقدند که روانکاو در جلسات روان درمانی باید از ابراز هرگونه احساسات و عواطف خودداری کند.
- ✓ این روش محاسن و معایبی دارد. ازجمله آن محاسن، اینکه بیمار وقتی با روانکاو رو به رو نمی‌شود، آزادانه‌تر و بدون اضطراب صحبت می‌کند. ساکت و بی‌طرف بودن روانکاو، او را تحریک می‌کند تا عواطف و احساسات شدید خود را نسبت به روان‌کاو بیان کند و به این طریق رابطه انسانی او اصلاح می‌شود. و از جمله معایب آن، اینکه، محیط کلی روانکاوی را خیلی اسرارآمیز و دور از زندگی واقعی جلوه گر می‌سازد و از همان لحظه های اول، باعث وحشت بعضی

www.Endbook.net

از بیماران از روانکاوی می‌شود و آنها دیگر برای ادامه درمان بر نمی‌گردند. بعلاوه، روابط میان بیمار و روانکاو با روابطی که بیمار در زندگی دارد، مشابه نیست.

- ✓ از سوی دیگر، اشتراک مساعی و فعالیت روان‌شناس در جلسات روان درمانی، نباید به منظور مداخله در رفتار، افکار، یا دادن پند و اندرز و سعی در قانع کردن بیمار در مورد یک موضوع خاصی باشد. همچنین روان‌شناس نباید درصدد قبولاندن نظر خود به مریض باشد. اعتراض دیگری که بعضی از روان‌شناسان به مداخله روان‌شناس در جریان روان درمانی دارند، و اعتراض اصولی و جدی است اینکه، اگر احتیاجات نوروتیک روان‌شناس کنترل نشود، ممکن است بیمار صدمه ببیند. اگر روان‌شناس ندانسته با بیمار رابطه برقرار کند و در آن، ارضای احساس برتری، تسلط و میل جنسی خود را بجوید، بی شک حالت بیمار بدتر خواهد شد.
- ✓ متأسفانه نمی‌توان تمام رفتارهای نوروتیک روان‌شناس را کنترل کرد؛ مگر اینکه روان‌شناس، خود تحت روان درمانی قرار گیرد؛ در واقع، این اصولی‌ترین راه‌حلی است که برای برطرف کردن خطرات ناشی از شخصیت روان‌شناسی کشف‌شده است. در اینجا باید متذکر شویم که احتیاجات نوروتیک روان‌شناس، تنها عاملی نیست که باعث رفتار او در جلسات روان درمانی می‌شود؛ بلکه او محرکهای دیگری نیز مانند موفقیت در روان‌درمانی، شهرت، اعتبار و احترام همکاران را نیز دارد. بعلاوه، او از خصوصیات و شرایط منحصر به روان‌درمانی نیز آگاه است و می‌داند که این رابطه، نوعی رابطه اجتماعی و معمولی نیست؛ بلکه رابطه‌ای است هدفمند و از لحاظ زمان، محدود.
- ✓ یکی از نمونه های طبیعی بودن رفتار روان‌شناس، هنگامی است که او در موقع مناسب نسبت به بیمار برخورد محکمی نشان می‌دهد. گاهی روان‌شناس ممکن است عصبانیت خود را از اینکه بیمار دائماً در مورد مطالب غیر لازم صحبت می‌کند و از مواجه شدن با مشکلات عاطفی خود می‌گریزد، بیان کند. روان‌شناس می‌تواند به بیمار هشدار دهد که از پرداختن به مسائل عاطفی عمقی می‌گریزد. این عکس‌العمل روان‌شناس، به مریض نوعی شوک عاطفی خفیفی می‌دهد و او را به برقراری ارتباط عاطفی با روان‌شناس وادار می‌کند.

PHDHOME.IR

۱۳- تفسیر در روان درمانی

- ✓ از زمان فروید تاکنون، تقریباً تمام روشهای روان‌درمانی، اهمیت آگاه کردن بیمار را از عوامل ناخودآگاه در او، متذکر شده‌اند. مشکل اصلی در این مورد، یافتن راههایی است که به وسیله آنها بتوان عوامل سرکوب شده مانند محرکها، احساس و تفکرات را به ضمیر آگاه کشاند.
- ✓ از نظر تئوری، اگر روان‌شناس شخصیت بیمار را کاملاً بپذیرد، اضطراب او کم خواهد شد و در نتیجه مکانیزم سرکوب کردن عواطف متوقف می‌شود. این امر باعث می‌شود که بیمار به تدریج عوامل نهفته در ضمیر ناخودآگاه خود را کشف کند. اگرچه این نظر تا اندازه‌ای صحیح است، ولی گمان نمی‌رود که حتی بهترین رابطه انسانی بین روان‌شناس و بیمار نیز بتواند تمام اضطرابی را که باعث سرکوبی عوامل درونی بیمار می‌شود، از بین ببرد. بنابراین، لازم است که گاهی روان‌شناس روحیات بیمار را مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد و خود بیمار نیز در این کار به طور فعال شرکت کند. معمولاً تفسیر در روان درمانی مربوط می‌شود به اشاره، یا پرسش و یا اظهار نظر دربارهٔ مطالب سرکوب شده‌ای که بیمار از آنها آگاهی ندارد. غالباً بیمار به طور غیرمستقیم و ناآگاهانه به مطلبی اشاره می‌کند و نشان می‌دهد که طالب چیزی است و یا به دنبال موضوعی می‌گردد؛ البته بدون اینکه خود از آن به نحو محسوسی

www.Endbook.net

مطلع باشد. اکثر اوقات، تفسیر، باعث ناراحتی و اضطراب بیمار می‌شود و حتی گاهی تصور می‌کند که روان‌شناس به او تهمت و اتهام ناروا می‌زند؛ و این باعث می‌شود که گاهی حالت دفاعی به خود بگیرد. بعلاوه، احساس می‌کند روان‌شناس مطالبی درباره او می‌داند که خود او قادر به شناسایی آنها نیست.

۱-۱۳ روش‌های تفسیر

- ✓ الف) یکی از ساده‌ترین انواع تفسیر، عبارت است از اشاره کردن به عواطف و محرکهای بیمار. مثلاً ممکن است بیمار با هیجان زیاد بگوید: "از حرفی که دوستم به من زد، بسیار رنجیدم و چنین انتظاری از او نداشتم"
- ✓ ب) نوع دیگر، تذکر دادن شباهت دو وضع یا موقعیتی است که باعث ناراحتی بیمار شده است.
- ✓ ج) در این نوع، رابطه حالات کنونی بیمار با عوامل گذشته او روشن می‌شود. در واقع روان‌شناس علل وضع کنونی او را در گذشته جستجو می‌کند. این روش بسیار مشکل و پیچیده است و به تجربه و مهارت نیاز دارد.
- ✓ د) نوع دیگر، آشکارساختن علل و مفاهیم ناخودآگاه و اهمیت علایم و سمبولهاست؛ به ویژه علایمی که در خواب ظاهر می‌شود. البته، علایم منحصر به خواب نمی‌شود؛ بلکه حالتهایی که بیمار در جلسه روان‌درمانی نشان می‌دهد، مانند آه کشیدن، جویدن ناخن به طور ممتد، مشت کردن دستها، انداختن اشیا و امثال آن نیز شامل این عوامل هستند.

۲-۱۳ پذیرفته شدن تفسیر از جانب بیمار

- ✓ بیمار از پذیرفتن تفسیری که روان‌شناس در مورد روحیات او می‌دهد، شک خواهد کرد. این موضوع دو علت دارد: اول، چون مقدار زیادی از تفسیر، بر اساس حدس و گمان است و بیمار در صحیح بودن آن تردید نشان خواهد داد. دوم، چون تفسیر، بیمار را مضطرب و ناراحت می‌کند و او آن را به صورت تهمت یا عیب جویی تلقی می کند.
- ✓ باید با احتیاط و فقط گاه به گاه تفسیر کرد. رواشناس نباید به هیچ وجه سعی کند که نظر خود را به بیمار بقبولاند و یا صحت نظر خود را به او ثابت کند؛ زیرا اگر روان‌شناس به ظاهر موفق شود و بیمار را قانع کند، هیچ ضمانتی بر اینکه بیمار مطالب روان‌شناس را واقعاً پذیرفته باشد، وجود ندارد. هدف اصلی تفسیر، افزایش آگاهی بیمار است. به عبارت دیگر، مقصود از تفسیر در روان درمانی است که بیمار خود را بهتر ببیند و نه اینکه مطالبی را درباره خود باور کند.

۱۴- مشکلات روان‌شناس کم تجربه در روان درمانی

- ✓ تجربه اندوزی برای ایجاد تبحر در روان درمانی، عامل بسیار مهمی است. روان‌شناس مبتدی معمولاً در ابتدای کار خود در روان‌درمانی، احساس عدم اطمینان و گاهی گیجی می‌کند.

۱-۱۴ توجه زیاد به تئوریهای روانشناسی به منظور روشن ساختن رفتار بیمار:

- ✓ روانشناس مبتدی سعی می‌کند بیمار را در یکی از طبقه بندیهای امراض روانی قرار دهد و بر حسب این طبقه ندی، علل بیماری و چگونه رابطه آن با سمپتوم بیمار را دریابد. البته، این کار به خودی خود مضر نیست؛ ولی هنگامی که روان‌شناس سعی می کند این موضوع را در جریان روان‌درمانی مداخله دهد، ایجاد اشکال خواهد کرد؛ زیرا روانشناسی که در جلسه روان‌درمانی مشغول عیب‌یابی به صورت تئوری درباره مریض است، فرصت این را ندارد که

www.Endbook.net

به حرفهای او گوش دهد و یا رفتار او را مورد مشاهده دقیق قرار دهد. بعلاوه، وقتی روان‌شناس مشغول ساختن تئوری درباره مریض است، آن رابطه عاطفی و انسانی مهمی که باید میان او و بیمار قرار شود، لطمه خواهد دید.

۱۴-۲ احساس مسئولیت شدید نسبت به پیشرفت بیمار: روانشناسان مبتدی تمایل دارند که رفتار فرد را به سرعت و به دفعات مکرر تفسیر کنند؛ البته، حتی اگر تفسیر آنها صحت هم داشته باشد، تکرار آن در فاصله‌های نزدیک، سبب می‌شود که تأثیر لازم را نداشته باشد. روان‌شناس مبتدی احساس می‌کند که بیمار بعد از ترک هر جلسه روان‌درمانی باید با بصیرت تازه و اطلاعات بیشتری در مورد خود به منزل برود.

۱۴-۳ عجله برای موفقیت :

- ✓ وقتی جریان روان درمانی خوب پیش برود، روان‌شناس راضی می‌شود؛ اما اگر به کندی و سختی پیش برود، ناراحت و گاهی خسته و کسل می‌شود. اگر مورد دوم پیش آید، روان‌شناس ممکن است ناآگاهانه برای پیشرفت سریعی روان‌درمانی مرتکب اشتباهاتی شود که از آن جمله تفسیر بیش از حد، تجزیه و تحلیل نامناسب، عوض کردن موضوع مورد بحث و امثال آن را می‌توان نام برد. به احتمال قوی، هیچ یک از این روش‌ها در پیشرفت روان‌درمانی موثر نخواهد بود.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

فصل هفتم

- ✓ اکثر روان‌شناسان رفتارگرایی که نابهنجاری های کنشی را پاسخهای حرکتی خاصی نسبت به محرکهای عرضه شده می‌دانند، تقسیم بندی زیر را می‌پذیرند. این روان‌شناسان اعتقاد دارند که اختلالات رفتار انسان، یا به علت عدم یادگیری رفتارهای لازم، و یا به سبب یادگیری ناکافی، ناقص و نامتناسب رفتار با محرکهاست.

این دو تقسیم‌بندی عبارتند از:

۱- پاسخهای شرطی هیجانی، همراه با ناسازگاری؛ که به دلیل شرایط نامطلوبی مانند وسواس، فوبی و اضطراب ایجاد می‌شوند.

۲- پاسخهای شرطی هیجانی؛ که به دلیل عدم رشد، تکامل و تناسب پاسخها ایجاد می‌شوند و از لحاظ اجتماعی، مورد قبول نیستند. مانند همجنس بازی و خودنمایی جنسی. پاسخهای شرطی عضلانی ناکافی مانند شب‌ادراری را هم می‌توان از این قبیل دانست.

PHDHOME.IR

۱- مقدمات رفتاردرمانی

- ✓ درمانگر در وهله اول باید مشکلات کنونی بیمار، یا در حقیقت رفتارهای قابل مشاهده او را به درستی توصیف و مشخص کند و سپس رابطه آنها را با شرایط و محرکهای ایجادکنندهٔ آنها در محیط، روشن سازد. برای این منظور، روان‌شناس باید به جمع‌آوری اطلاعات دقیقی بپردازد که این ارتباط را روشن می کند.
- ✓ یکی از روشهای بسیار مؤثر گردآوری اطلاعات، مصاحبه روانی با بیمار است. این مصاحبه، ضمن داشتن تشابه اصولی با روشهای مصاحبه بالینی از دیدگاه‌های مکاتب دیگر درمانی، تفاوتهای روشنی نیز با آنها دارد. به عقیده روان‌شناسان، پرسشهایی که در این نوع مصاحبه مطرح می‌شود، برای روشن کردن دو جنبه از مسئله یا مشکل بیمار است. اول اینکه، زمان بروز و تظاهر مشکل یا بیماری فرد چه مواقعی است؟ دوم اینکه، چه عامل یا عواملی موجب ایجاد آن می‌شود؟
- ✓ در این روش، به هیچ وجه سبب‌شناسی بیماری مورد نظر نیست؛ بلکه عوامل بروز دهنده سندرم‌های بیماری اهمیت دارند. در رفتار درمانی، درمانگر تلاش می‌کند تا رفتارهای آشکار و قابل مشاهده بیمار را تغییر دهد؛ در این روش، فرایندهای پویا و عوامل ناخودآگاه و زیربنایی شخصیت بررسی نمی‌شود. در واقع، هدف، بازسازی و دگرگونی شخصیت فرد نیست؛ بلکه تکیه بر شناخت جنبه‌های مرضی رفتار و تغییر آنها بر اساس روشهای عینی، شناخته شده و علمی است.

www.Endbook.net

۲- روش‌های رفتاردرمانی

۲-۱ حساسیت‌زدایی منظم:

- ✓ این روش بر این نظریه استوار است که عادتها به تدریج شکل گرفته‌اند و به تدریج نیز قابل تغییرند. این تغییر را به صورت زیر می‌توان ایجاد کرد: محرک بازدارنده اضطراب را همجوار و همزمان با محرکی که اضطراب آور است، به طور مداوم به شخص ارائه می‌دهیم. در اثر تداوم این عمل، زمانی می‌رسد که رابطه بین محرک و واکنش اضطراب‌آور و یا نابهنجار، از میان می‌رود و شخص به حالت طبیعی برمی‌گردد.
- ✓ در اوایل دهه ۱۹۰۰ میلادی، جان واتسن نشان داد که می‌توان با شرطی کردن کودک او را از حیوانات ترساند.استفاده از این روش، سالها در بوته فراموشی باقی ماند. اما بالاخره در اوایل دهه ۱۹۵۰ میلادی، ژوزف ولپی آن را براساس مفهوم بازداری متقابل در یادگیری شرطی، بسط و گسترش داد.
- ✓ ولپی در آزمایشهای خود با حیوانات و انسان، سه نوع رفتار یا پاسخ بازدارنده اضطراب را شناسایی کرد. این سه نوع، از دیگر واکنشهای کنترل اضطراب، اهمیت بیشتری دارند. این پاسخها عبارتند از: ۱- آرامش ۲- رفتار خود اعمالی ۳- پاسخهای جنسی. بعد از این نوع مشکل بیماری، به وسیله تحکیم یکی از سه نوع پاسخ فوق، حساسیت‌زدایی انجام می شود. برای این منظور، درمانگر سه کار انجام می‌دهد: اول، به بیمار می‌آموزد که چگونه به آرامش عمیق عضلانی دست یابد؛ دوم، او و بیمار منبع اضطراب را شناسایی می‌کنند؛ سوم، بر اساس فهرستی، سلسله مراتب محرکها را از لحاظ اهمیت و اولویتی که در ایجاد اضطراب بیمار دارند، معلوم می کنند.

۲-۱-۱ دستیابی به آرامش عمیق عضلانی

- ✓ بیمار باید متوجه شود که تنش عضلانی با اضطراب ارتباط دارد و اگر این تنش از بین برود، اضطراب هم به نحو قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد. برای انجام این امر، بیمار باید بیاموزد که چگونه افکار خود را بر بخشهای مختلف بدن متمرکز کند و آنها را به سوی آرامش سوق دهد. او می‌تواند با تمرکز مستمر فکر روی عضلات ارادی، و ایجاد تنش و آرامش در آنها، و شناخت این تفاوت، به آرامش عضلانی و در نتیجه کاهش اضطراب دست یابد.
- ✓ درمانگر باید قبل از شروع رفتار درمانی از وضع جسمانی و طبی بیمار اطلاعات کافی و کامل داشته باشد؛ زیرا ایجاد تنش عضلانی در بعضی از شرایط نابهنجار جسمی و روانی، ممکن است بی خطر نباشد.
- ✓ پس از این عملیات مقدماتی، در قسمتهای مختلف بدن حالت آرامش ایجاد می‌شود و اضطراب کاهش می‌یابد. قسمتهای دیگر و اعمال دیگری که می‌توان انجام داد، عبارتند از: دستها، ماهیچه‌های بازو، ساعد، شانه‌ها، گردن، چانه و ...
- ✓ این حرکت باید به تدریج و به آرامی صورت گیرد تا درد عضلانی ایجاد نکند. همین روال را باید برای کمر، رانها، شکم، مچ و انگشتان پا ادامه داد. پس از انجام این فعالیت‌ها، از بیمار می‌خواهیم که بر اساس یک مقیاس ۱۰ درجه‌ای، میزان آرامش خود را حدس بزند.

۲-۱-۲ تعیین فهرست محرکها

- ✓ پس از دادن آرامش عضلانی، از محرکهایی که باید به ترتیب اهمیت و اولویت به بیمار ارائه داد، فهرستی تهیه کنیم. تهیه این فهرست، از این لحاظ حائز اهمیت استکه بر اساس آن میزان شدت واکنش عاطفی بیمار نسبت به

www.Endbook.net

محرکهای ناراحت کننده زندگی را متوجه می شویم و می فهمیم که به چه ترتیب زمانی و مکانی باید به بیمار عرضه شود تا نه تنها تأثیر مخرب و زیان آوری نداشته باشد، بلکه به برطرف کردن ترس، اضطراب و رفتار نابهنجار بیمار نیز کمک کند. محرکی که بیش از سایر محرکها در بیمار واکنش نابهنجار، مانند اضطراب و ترس ایجاد می کند، در بالای فهرست قرار می‌دهند و محرکهای دیگر، با در نظر گرفتن میزان ایجاد اضطراب در زیر آن نوشته می‌شود.

- ✓ در چند سال اخیر، روان‌شناسان برای میزان و استاندارد کردن این فهرستها، کوشش‌هایی کرده‌اند که غالباً به نتایج یکنواخت و توافق عمومی نرسیده اند؛ زیرا نوع محرکها در مورد بیماران متفاوت است. حتی در بیمارانی که سمپتوم ها و سندرم‌های بیماری مشابه داشته‌اند نیز چون شرایط یادگیری متفاوت بوده است، لذا فهرست محرکها نیز متفاوتند. فهرست محرکها باید با همکاری درمانگر و بیمار قلبی شود؛ البته به نحوی که بیمار بتواند موقعیت‌ها و صحنه‌های توصیف‌شده را به وضوح و به طرز کاملی مجسم سازد. بیمار نباید در موقع تهیه فهرست تحت تمرین آرامش باشد. بلکه باید علاوه بر تجسم ذهنی صحنه ها، شرایط و موقعیت‌های توصیف شده، با شرایط، موقعیت‌ها و صحنه‌های حقیقی نیز روبرو گردد.
- ✓ باید سعی شود که محرکها از نظر معنا کاملاً به هم نزدیک و یا از هم دور باشند. تهیه فهرست محرکها براساس استفاده از سه منبع اصلی صورت می‌گیرد: ۱- تاریخچه فردی بیمار ۲- پرسشنامه‌ای که پاسخ به پرسشهای آن، به طور کلی، شرایط اضطراب زای زندگی بیمار را نشان می‌دهد و به طور خاص درجه شدت حساسیت بیمار را نسبت به محرکهای مختلف معلوم می‌کند. ۳- بررسی دقیق شرایطی که باعث هراس بیمار شده است.
- ✓ پس از تهیه فهرست سلسله محرکها، درمانگر از بیمار می‌خواهد که صحنه آرامش‌بخش و لذت آوری را به وضوح در ذهن خود مجسم کند؛ ممکن است در جریان درمان، از او خواسته شود که این صحنه شعف انگیز و آرام بخش را مجدداً مجسم سازد.
- ✓ پس از گذراندن این مراحل، درمانگر و بیمار می‌توانند گذشتن از مراحل اصلی و اساسی حساسیت‌زدایی منظم را آغاز کنند. البته، باید توجه داشت که قبل از شروع این قسمت، بیمار باید برای ایجاد آرامش عضلانی تلاش کرده و موفق هم شده باشد. او باید بتواند آرامش عضلانی را در خارج از کلینیک و بدون یاری فرد دیگری، در خود به وجود آورد.
- ✓ در این مرحله، درمانگر، بیمار را برای تجسم اولین محرک اضطراب آماده می‌کند. به بیمار می‌گوید: "تا چند لحظه دیگر باید سعی کنی صحنه‌ای را که من وصف می‌کنم، به وضوح مجسم سازی کند. اگر ضمن تجسم صحنه، کوچکترین احساس اضطرابی پیدا کردی، با علامت دادن (مثل بلند کردن انگشت) به من اطلاع بده" زمان تجسم یک صحنه، حداقل ۵ و حداکثر ۱۰ ثانیه است.
- ✓ سپس از او می‌خواهد که مقدار اضطراب خود را براساس یک مقیاس ده عددی بیان کند؛ مثلاً بگوید: "اضطرابم در حدود ۴ است." اگر درجه اضطراب بیمار بیشتر از یک نبود و پس از سپری شدن ۳۰ ثانیه هم به او اضطرابی دست نداد، درمانگر یک بار دیگر همین جریان را تکرار می‌کند. اگر باز هم به بیمار در تجسم یکی از محرکهای فهرست اضطرابی دست نداد، جریان ادامه می‌یابد. در غیر این صورت، درمانگر فوراً بیمار را از ادامهٔ تجسم صحنه اضطراب آور باز می‌دارد و او را به حالت آرام باز می‌گرداند. وقتی که براساس عدد یک مشخص شد که بیمار اضطراب ندارد و

www.Endbook.net

به آرامش رسیده است، صحنه لذت بخشی را به پیش از آغاز مراحل رفتاردرمانی برای بیمار توصیف شده بود، مجدداً برای او بازگو می‌کنیم و از او می خواهیم که آن صحنه را مجسم کند. با انجام این عمل، اضطراب باقیمانده در بیمار، از بین می‌رود.

- ✓ به نظر ولپی، به غیر از مدتی که به صورت جداگانه باید برای ایجاد آرامش عضلانی صرف کرد، زمان رفتاردرمانی به طور متوسط بین ۱۵ تا ۳۰ دقیقه است. تعداد دفعات جلسه‌های رفتاردرمانی نیز برحسب نوع بیماری و وضعیت بیمار متفاوت است، اما معمولاً بین ۱۶ تا ۲۳ جلسه است. گاهی درمانگر به بیمار پیشنهاد می‌کند که علاوه بر مجسم کردن صحنه‌ها، سعی کند در زندگی واقعی هم شرایط و محرکهایی را تجربه کند که با جریان رفتار درمانی نزدیک و هماهنگ باشد.

۲-۲ روش آموزش خود اعمالی

- ✓ آموزش خود اعمالی در مورد افرادی به کار برده می‌شود که در ارتباطات اجتماعی خود، احساس عدم کفایت شدید شخصی می‌کنند. هدف اصلی روش خوداعمالی در اکثر موارد، کمک به بیمار در ابراز حالتها، تمایلات و افکاری است که قبلاً امکان بروز آنها را نداشت؛ البته در همه احوال، این موضوع صادق نیست، و درباره اشخاصی هم که نه تنها به راحتی حالتهای خود را بروز می‌دهند، بلکه حتی پرخاشگر نیز هستند، می‌تواند مؤثر واقع شود. یعنی برای افرادی که قادر به کنترل و تسلط برخشم و عصبانیت خود نیستند.
- ✓ خانم خانه‌داری بود که با شوهر، پسر و مادرش زندگی می‌کرد. این زن، دچار افسردگی و اضطراب شدید شده بود. در بررسی احوال او، معلوم شد که مادرش بر او تسلط کامل دارد و به او اجازه ابراز شخصیت نمی‌دهد؛ حتی تصمیم خرید روزانه، تهیه نوع غذا و تربیت پسرش را از او سلب کرده بود. بر اساس روش خود اعمالی، به این خانم آموزش داده شد که چگونه به تدریج در مقابل مادر، شخصیت خود را نشان دهد و کنترل امور منزل و به ویژه تربیت کودک را به عهده بگیرد؛ در ضمن به چه نحو در مقابل شوهر مثبت باشد و کمتر رفتارهای پرخاشگرانه انجام دهد. پس از آموختن این روشها و به‌کارگیری آنها، افسردگی و اضطراب بیمار از بین رفت.

۲-۳ روش اجتنابی

- ✓ درمان اجتنابی عبارت است از اجرای اصول بازداری متقابل برای برطرف کردن رفتارهای نابهنجار؛ البته غیر از اضطراب. در این روش، در یک زمان مناسب، یک محرک آزاردهنده مثل شوک الکتریکی به بیمار داده می‌شود تا از اجرای عادتهای نابهنجار و نامناسب گذشته، اجتناب ورزد. این روش، در از بین بردن وسواس های فکری و عملی، اعتیاد و انحرافات جنسی مؤثر است.

۲-۴ روش خاموش کردن آزمایشی

- ✓ براساس این روش، می‌توانیم رفتاری را با تکرار آن و ندادن پاداش از بین ببریم و یا تضعیف کنیم. استفاده درمانی از این روش را کی دانلپ در سال ۱۹۳۲ میلادی پیشنهاد کرد؛ لیکن در آن زمان، زیاد مورد توجه قرار نگرفت.

www.Endbook.net

- به ویژه در درمان عادتهای نابهنجاری مانند تیکها از آن سود می‌برند. از بیمار خواسته می‌شود که عمداً و آگاهانه، واکنش مطلوب تیک را بارها و بارها در طی روز تکرار کند. بعضی از روان‌شناسان معتقدند که استفاده از روش خاموشی برای از بین بردن تیک، اگر با روش اجتنابی توام باشد، سریعتر به نتیجه می‌رسد.

۳- استفاده از روشهای رفتار درمانی در بیمارستانها

- بیمارانی که در بیمارستانهای روانی بستری می‌شوند؛ به ویژه اگر دوران بستری شدن آنها طولانی باشد، علاوه بر حالتها و روحیات غیر عادی خود، به یک سلسله خصوصیت نابهنجاری دیگری دچار می‌شوند. به این خصوصیات، بیمارستان گرایی می‌گویند و علت آن، اتکای زیاد بیمار به شرایط بیمارستان است.
- به نظر روان‌شناسان رفتارگرا می‌توان بیماران را تشویق به انجام کارهای مختلف مانند برخاستن از رختخواب، نظافت، ورزش، رفتن به سالن غذاخوری، کار درمانی، قدم زدن در محوطه بیمارستان و حتی کمک کردن به بیماران دیگر کرد.
- بیماران پسیکوتیک را که با شرایط محیط ارتباط زیادی ندارند، می‌توان بر اساس روشهای رفتاردرمانی تشویق به تماس با محرکهای بیرونی کرد و سپس به آنها پاداش داد. در یکی از بیمارستانها، ماشین‌هایی در راهرو یا مکانهای مناسب دیگر قرار داشت که با پرس دکمه‌ای، نوعی شکلات یا شیرینی از آن بیرون می‌آمد.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

رفتاردرمانی

۱- مقدمه

- ✓ رفتاردرمانی، یکی از روشهای درمان ناراحتی‌های روانی است که به عنوان رقیب سرسخت روانکاوی شناخته شده است. مشخصه بارز این روش درمانی، اتکای آن به اصول یادگیری است؛ اصولی که مأخوذ از بررسی‌های دقیق آزمایشگاهی هستند. رفتاردرمانی از لحاظ نظری، در چهارچوب تئوری شرطی شدن قرار می‌گیرد و در حقیقت، ریشه‌های آن را باید در آزمایشهای پاولف جستجو کرد.
- ✓ واتسن (۱۹۲۰) با این روش، در کودکی به نام آلبرت، پاسخ ترس در برابر خرگوش ایجاد کرد. او، در حالی که آلبرت مشغول بازی با خرگوش بود، صدای بلندی به وجود آورد و کودک شروع به گریه کرد؛ در واقع از خود ترس نشان داد.
- ✓ مری کاور جونز (۱۹۲۴) برای از بین بردن ترس کودک، ابتدا خرگوش را در فاصله بسیار دوری قرار داد و بعد مقداری شکلات به او داد. در روزهای بعد، خرگوش را به کودک، نزدیک و نزدیکتر کرد؛ تا جایی که آن را کنار کودک قرار داد و دیگر نشانه ای از ترس در کودک مشاهده نشد.
- ✓ ژوزف ولپی نخستین کسی بود که مطالعات آزمایشگاهی مفصلی درباره کاربردهای درمانی اصولی شرطی شدن به عمل آورد و نتایج تحقیقات خود را در کتابی به نام "روان‌درمانی با روش بازداری متقابل" (۱۹۵۸) منتشر کرد. ولپی در سالهای بعد، روش درمانی خود را تکمیل کرد و آن را "حساسیت‌زدایی منظم" نامید.
- ✓ درمان فوبیها از طریق "بی‌اثر کردن منظم" را می‌توان چنین خلاصه کرد "فوبی یا ترس واهی از یک محرک خاص، در نتیجه همراهی این محرک با تجاربی که طبعاً ترس‌آور یا دردآورند، به وجود می‌آید. به‌عبارت‌دیگر، شخص یاد می‌گیرد که از راه شرطی شدن، در برابر محرکهایی که کمی قبل از محرکهای دردآور یا ترس‌آور ظاهر شده‌اند، ترس نشان دهد. هدف درمانی فوبیها این است که بیماری فوبیک، سرانجام در برابر محرک ترس‌آور، به جای پاسخ ترس، بی‌تفاوت بماند.
- ✓ در جریان درمان، دو محرک (یکی ترس‌آور و دیگری مطبوع) به طور همزمان ارائه می‌شوند تا دو پاسخ متضاد در بیمار برانگیزند. ولی چون بیمار نمی‌تواند این دو پاسخ متضاد از همزمان بروز دهد، ناچار در برابر یکی از محرکها پاسخ نشان می‌دهد. پاسخ بیمار در برابر دو محرک همزمان، بستگی به نیرومندی یکی از آن دو دارد. بنابراین، برای درمان بیمار باید اول محرک مطبوع را به صورت شدید ارائه داد و پاسخ مثبت نیرومندی (پاسخ پاراسمپاتیک) به وجود آورد؛ سپس محرک ترس‌آور را به صورت ضعیف ارائه داد.
- ✓ یکی از عناصر مهم روش بی‌اثر کردن منظم این است که محرک ترس آور را از خفیف به شدید درجه بندی کنیم و در جریان درمان به همین کیفیت آن را ارائه دهیم. عنصر دیگر این روش، محرکی است که در بیمار، پاسخهای مثبت ایجاد می‌کند. ولپی، روش آرامش دادن به بیمار را توصیه می‌کند؛ چون آرامش عضلانی حاصل، با پاسخهای

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

سمپاتیک ناشی از محرکهای فوبیک متعارض است. اما واضح است که برای ایجاد پاسخهای پاراسمپاتیک می‌توان از هر محرک مطبوع دیگری مانند موسیقی مطبوع، تأیید اجتماعی، اسباب‌بازی، غذاهای مورد نظر بیمار و جز اینها استفاده کرد.

۲- شرح حال بیمار: استفاده از آزمون هوش، پرسش‌نامه شخصیت، مصاحبه، واکنش گالوانیک.

- ✓ یک بیمار، شخصاً به یکی از نویسندگان مقاله مراجعه کرد و اظهار داشت که از گربه‌ها به شدت می‌ترسد و مایل است درمان شود. در مصاحبه اول، سابقه بیماری بررسی شد. بیمار اظهار کرد: "تا جایی که به خاطر دارم، همیشه از گربه ها شدیداً می‌ترسیدم"

۳- روش درمان

- ✓ با همکاری او، موقعیت‌های ترس آور درجه بندی گردید. این موقعیت‌ها به ترتیب میزان ترس آوری آنها عبارت بودند از: تصویر گربه ها در حالتها و موقعیت‌های مختلف، گربه عروسکی، و یک گربه بزرگ معمولی، برای ایجاد واکنشهای پاراسمپاتیک، آرامش همراه با موسیقی ملایم کلاسیک به عنوان محرکهای مطبوع انتخاب شد.قطعات موسیقی را بیمار شخصاً انتخاب کرد.
- ✓ درمان این بیمار۲۲ جلسه طول کشید. جلسات درمانی دوبار در هفته و هر بار به مدت تقریباً ۴۵ دقیقه تشکیل می‌شد. شش جلسه اول، صرف تعلیم روش آرامش به بیمار شد و بقیه جلسات، به حساسیت‌زدایی منظم اختصاص یافت. در آغاز هر جلسه، از بیمار درخواست می‌شد که آرام و راحت روی صندلی بنشیند. سپس، ضبط‌صوت قطعات موسیقی منتخب را پخش می‌کرد. پس از اینکه بیمار آرامش کامل می یافت، محرک ترس آور ضعیفی ارائه می‌شد؛ ضمناً از او خواسته می‌شد که اگر کوچکترین احساس ترس و اضطرابی کرد، فوراً دست خود را بلند کند. در جلسات درمانی، به طور کلی از تلقین مستقیم اجتناب شد.

۴- پایان درمان

- ✓ بیمار در مصاحبه‌ای که پس از آخرین جلسه درمانی به عمل آمد، اظهار داشت که دیگر ترسی از گربه‌ها ندارد و می‌تواند آزادانه و تنها در کوچه گردش کند. برای اینکه اثر درمانی به محیط زندگی بیمار تعمیم یابد، مسئله نگهداری یک بچه گربه، با بیمار و مادرش در میان گذاشته شد.

۵- بحث و خلاصه

- ✓ در جریان درمان به شرحی که گذشت، سعی شد محرکهای مربوط به گربه همراه با محرکهای مطبوعی از نوع آرامش و موسیقی ملایم، به طور همزمان ارائه شوند، به نحوی که نیرومندی محرکهای ترس آور، کمتر از نیرومندی محرکهای مطبوع باشد. در چنین شرایطی، پاسخهای پاراسمپاتیک موجب خاموشی پاسخهای سمپاتیک همزمان می‌شد.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

- ✓ در اینجا تذکر چند نکته به نظر می‌رسد: اولاً، ترکیبی از آرامش و یک محرک مطبوع از نوع موسیقی ملایم، جریان درمان با این روش را تسریع می‌کند. ثانیاً، محرکهای شرطی ترس آوری که در جریان درمان ارائه می‌شوند، باید به دقت درجه بندی شده باشند، و به علاوه، با محرکهای شرطی ترس آور روزانه همانند باشند. ثالثاً، پس از پایان درمان باید ترتیبی اتخاذ شود که کار درمان به طور غیرمستقیم ادامه یابد؛ چون این امر سبب می‌شود که بقایای ترس واهی نیز خاموش شود. به همین علت اخیر بود که در پایان درمان، از بیمار خواسته شد که در صورت امکان از بچه گربه‌ای در منزل خود نگهداری کند.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

فصل هشتم

۱- روش درمان استدلالی - عاطفی آلیس

- ✓ بر اساس نظریه‌های جورج کلی در روان‌شناسی شناختی، تعدادی از روان‌شناسان نظریه‌ها و روش‌های شناخت درمانی ارائه داده‌اند که در چند سال اخیر شهرت و محبوبیت و کاربرد بسیار پیدا کرده است. از بین پیشگامان اصلی این نهضت از آلبرت الیس و آرون بک می‌توان نام برد.
- ✓ شناخت درمانی جدید از اواسط دهه ۱۹۵۰ میلادی با پیدایش نظریه و روش درمانی استدلالی – عاطفی(RET) آلبرت الیس آغاز شد. به نظر او رفتار غیرعادی بر اساس تصویری است که انسانها از دنیای اطراف خود می‌سازند و فرضیه‌هایی که درباره آنها ارائه می‌دهند. الیس سعی دارد با تغییر در نحوه تفکر و استدلال انسان، تحولاتی در او ایجاد کند. درمانگر می‌تواند به منظور رسیدن به هدف بازسازی مجدد و واقع بینانه تر وقایع از سوی بیمار، بحث‌ها و گفتگوهایی را مطرح سازد تا بیمار به غیر مستدل باورها و عقایدش پی ببرد.
- ✓ افزون بر اینکه، درمانگر و بیمار کمک می‌کند تا به تحلیلی منطقی از مشکلاتش دست یابد. او سعی می‌کند به بیمار بیاموزد چگونه گفتگوهای درونی شخص با خود را اصلاح کند و تغییر دهد.
- ✓ آلبرت الیس براساس دیدگاه پدیداری - انسانگرایی روش درمانی خود را آغاز می‌کند. او بر این باور است که تمام رفتارها، چه بهنجار یا نابهنجار، توسط شرایط ایجاد نمی‌شوند، بلکه براساس چگونگی تفسیر و تعبیر شخص از آن شرایط به وجود می‌آیند. رویکرد الیس که به روش ABC معروف است، بر این اساس بنا نهاده شده که چگونه وقایع یا شرایط تحریک کننده (A) تحت تأثیر باورهای ما (B) قرار گرفته و در نتیجه این باورها واکنش‌های عاطفی و یا عواقب رفتاری (C) ایجاد می‌شود.
- ✓ هدف اساسی روش درمانی الیس روبه‌رو کردن فرد با تفکرات غیر منطقی است. تفکراتی که اگر فرد اشتغال ذهنی مستمر در مورد آنها پیدا کند، منجر به نابهنجاریهای عاطفی به ویژه افسردگی و اضطراب در او می شود.

۲- روان درمانی شناختی بِک

- ✓ آرون بک از پایه‌گذاران روش‌شناختی درمانی است که با استفاده از روشهای شناختی - رفتاری توانسته است بسیاری از بیمارانی را که به دلیل تفکر نابهنجار به افسردگی مبتلا شده‌اند درمان کند. به نظر او اختلال در کنش فکری افراد سبب می‌شود که واکنش‌های عاطفی و رفتاری نابهنجار از خود نشان دهند (بک، ۱۹۹۳). به نظر او بیماران افسرده دارای طرز فکر و باورهای منفی نسبت به خودشان، دنیا و آینده هستند.
- ✓ روشهای شناختی که می‌تواند به درمان این نابهنجاری کمک کند به نظر بک و همکارانش عبارتند از: ۱- برنامه‌ریزی فعالی که مغایر عدم فعالیت و احساس افسردگی بیمار باشد. ۲- ازدیاد فعالیت‌های لذت بخش و آنهایی که به شخص احساس قدرت می‌دهد. ۳- تمرین شناختی؛ به این ترتیب که از بیمار خواسته شود قدم‌هایی را که

www.Endbook.net

منجر به موفقیت در امر می‌شود، در ذهن خود مجسم کند (مثلاً ارائه سخنرانی) به نحوی که بیمار بتواند موانع انجام چنین کاری را بشناسد، بپذیرد و راه‌حل‌هایی برای آن در نظر بگیرد. ۴- آموزش خوداعمالی و نقش بازی کردن. ۵- شناسایی تفکرات خود به خودی که قبل و در حین اتفاق افسرده کننده رخ می‌دهد (از قبیل اینکه "من هرگز نمی‌توانم کاری را درست انجام دهم"). ۶- بررسی صحت این گونه افکار توسط درمانگر با طرح پرسشی مانند "شما واقعاً فکر می‌کنید از عهده تان هیچ کاری برنمی‌آید؟". ۷- به بیماری بیاموزیم که بتواند نتایج منفی امور را به علل واقعی آنها مربوط کند. بیماران افسرده غالباً خود را برای پیشامدهای منفی مقصر می‌دانند، حتی اگر واقعاً چنین نباشد. ۸- یاری دادن به بیمار برای یافتن راه‌حل‌های متنوع به جای اینکه آنها را غیرقابل‌حل بداند.

- ✓ در سال‌های اخیر کاربرد این روش در درمان بیماریهای دیگر از قبیل اضطراب، اختلال در خوردن (فربورن، ۱۹۹۱) و اختلال شخصیت (بک و فریمن، ۱۹۹۰) نیز مورد تأیید پژوهشگران بوده است.

۳- درمانهای شناختی - رفتاری

۳-۱ الگوسازی

- ✓ آلبرت بندورا مبتکر روش الگوسازی می‌آید یا یادگیری مشاهده‌ای است که به‌ویژه در اصلاح و تغییر رفتار کودکان بسیار مؤثر است (بندورا،۱۹۷۱). به نظر این دانشمند تقلید، الگوبرداری و مشاهده عوامل مؤثرتری برای یادگیری و اصلاح و تغییر رفتار هستند تا صرف پاداش و تنبیه که اساس نظریه‌های سنتی پیروان رفتار گرایی را تشکیل می‌دهد.
- ✓ مفیدترین استفاده از روش الگوسازی در درمان ترس‌های غیرواقعی بوده است. بندورا و همکارانش و اخیراً روان‌شناسان دیگر نیز، بارها ترس های مرضی (فوبیا) به ویژه پس از حیوانات مانند مار، سگ و سوسک و موش را توسط روش الگوسازی برطرف کرده اند.

۳-۲ الگوسازی درونی

- ✓ در این روش بیماران الگوهای رفتاری خاصی را که آنها میل دارند بیاموزند، در ذهن خود مجسم می‌کنند. برخی از روان‌شناسان (کاتلا، فلانری، ۱۹۹۴) معتقدند که الگوسازی درونی می تواند در مورد ترسهای مرضی خفیف و عدم خود ابرازی کافی به همان اندازه الگوسازی بیرونی توسط الگویی زنده موثر باشد (کزدین، ۱۹۹۲) البته زمانی که به الگوسازی درونی و بیرونی توأمان انجام شود، نتایج بهتری به دست می‌آید.

۳-۳ بازسازی منطقی

- ✓ دو روان‌شناسی به نام گلدفرید و دیوسن (۱۹۹۴) بر اساس روش آلبرت الیس به این نتیجه رسیدند که اگر بسیاری از نابهنجاری انسان به دلیل درک و استدلال ناصحیح او از واقعیت و موقعیت‌هاست، پس، درمانگر می‌تواند به آن واقعیت‌ها به نحوی بنگرد و در مورد آنها استدلال کند که در نهایت معنای مثبت از آنها به دست آورد. در این روش درمانگر ضمن نشان دادن غیرمنطقی بودن نحوه استدلال و باور بیمار در مورد موقعیت‌ها، به او می‌آموزد که چگونه تحلیلی واقعاً منطقی از قضایا به عمل آورد. او برای این منظور به بیمار می‌آموزد که "جملات درونی خود را تغییر دهد"

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

۴-۳ تلقیح ضد استرس

- ✓ در سال ۱۹۷۷ میلادی، روانشناسی به نام نوواکو این روش را برای رفع پرخاشگری و افسردگی شدید بیماران بستری به کار برد. اساس بهره‌وری از این روش شامل آماده‌سازی شناختی بیمار، یاد گرفتن مهارتهای لازم و کاربرد این مهارتهاست. برای آماده کردن این بیماران کتابچه‌هایی در دسترس آنها قرار می‌گیرد که ماهیت خشم، اضطراب و افسردگی را به زبان ساده شرح می دهد و اینکه چه نوع موقعیت‌هایی یک فرد را خشمگین یا مضطرب یا افسرده می‌سازد و راههای کنترل و تعدیل آنها چیست.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

فصل نهم

- ✓ نظریه سنتی روان‌درمانی که ریشه در دیدگاه روان تحلیلی فروید دارد بر این پایه استوار است که نابهنجاری روانی انسان و عدم توانایی او در رشد شخصیت، از گذشته‌های دور نشئت گرفته و فرد انسان از بسیاری از عوامل آن آگاه نیست. ناخودآگاه سرچشمه مشکلات روانی فرد انسان است که محمل اغلب خواسته‌ها و غریزه‌های سرکوب شده و محروم شده بشر است.
- ✓ سالها این نظام مسلط نظری و کاربردی در روان درمانی بود تا اینکه در اوایل دهه۱۹۴۰ کارل راجز نظریه و روش جدیدی بر اساس مکتب پدیدارشناسی در روان درمانی ارائه کرد که نخست به آن نام روان‌درمانی غیر مستقیم داد و بعدها آن را روان‌درمانی مراجع مداری خواند.

PHDHOME.IR

۱- روان‌درمانی مراجع مداری

- ✓ اساس دیدگاه کارل راجرز نظریه پدیدارشناسی است. بر اساس این نظریه رفتار انسان را میدان پدیداری او به وجود می‌آورد. میدان پدیداری شامل مجموعه عواملی است که فرد در هر آن واحد تجربه می کند. از این روی برای شناخت رفتار فرد لازم است میدان پدیداری او شناخته شود. این بدان معنی است که بدانیم دنیا از دیدگاه او چگونه است.
- ✓ یکی از مفاهیم اساسی و پر اهمیت نظریه پدیداری "خود پدیداری" است که شامل آن بخش از نظریه پدیداری است که در برگیرنده مفهوم "من" می‌باشد. به نظر پدیدارشناسان، انگیزه اساسی در انسان میل به صیانت و تکامل "خود" است، بنابراین با توجه به این امر "عزت نفس" سرچشمه و زیربنای کلی و اساسی رفتار انسان است. زمانی فرد دچار مشکلات روانی و رفتاری می‌شود که خودپدیداری او در خطر افتد.
- ✓ کارل راجز بر پایه دیدگاه پدیداری، معتقد شد که روان‌درمانی عبارت است از "آزادکردن گنجایش و ظرفیت بالقوه در فرد و نه دستکاری شخصیت او". به منظور رسیدن به این هدف درمانگر سه روش درمانی را بر می‌گزینند.

۱-۱ هم حسی

۱-۲ احترام و پذیرش بدون قید و شرط

۱-۳ صداقت و اصالت

۲- روان درمانی التقاطی

- ✓ رویکرد التقاطی به روان درمانی به این معنی است که هر آنچه به نظر درمانگر بهترین و مناسب‌ترین روش درمانی برای یک فرد یا مشکل خاصی است، از این روش‌های مکاتب مختلف درمانی برگزیده شده و مورد استفاده قرار می‌گیرد.

www.Endbook.net

- ✓ در رویکرد التقاطی، اساس انتخاب نوع درمان بیشتر کاربردی و واقعی است تا نظری. بهترین معیاری که درمانگر التقاطی به کار می‌برد این است که از بین روش‌های متعدد برای حل مسئله افراد مشابه با مشکل مشابه، چه روشی کاربرد و سودمندی بیشتری داشته است.
- ✓ در حال حاضر از بین تعداد نسبتاً چشمگیری از روش‌های التقاطی دو روش را که اهمیت بیشتری دارد و از نظر پژوهشهای علمی مورد پذیرش زیادتری است، در اینجا می‌آوریم.

۲-۱ روش التقاطی فنی آرنولد لازارس

- ✓ لازارس براساس رویکرد رفتاردرمانی یک سیستم چند روشی درمان عرضه کرد که آن را "درمان چند بعدی" نامید. لازارس به این نتیجه رسیده بود که متخصص می‌تواند از روش‌های مختلف درمانی استفاده کند بدون اینکه لزوماً اساس نظری این روش‌ها را بپذیرد. لازارس معتقد است که درمانگر باید از تمام ابعاد و ویژگیهای شخصیت انسان که در روش‌های مختلف تأکید بر خصوصیات متفاوت انسان مانند رفتار، احساس، عواطف، تصویرسازی ذهنی، شناخت و روابط بین فردی می‌شود، استفاده کند. لازارس همانند سایر پیروان روش التقاطی به "درمان مشخص" برای شخص و مشکل مشخص معتقد است.
- ✓ اساس روش درمان چند بعدی او نظریه یادگیری اجتماعی، بعلاوه استفاده از نظریه سیستم‌های عمومی و نظریه ارتباطات بوده است. در حقیقت، روش درمانی چند بعدی لازارس از درمان‌های شناختی و رفتاری به مقدار زیادی کمک می‌گیرد و تا حد بسیار کمتری از روش‌های روان تحلیلی و سایر تکنیک‌های دیگر بهره‌مند می‌شود.

۲-۲ روان‌درمانی نظام دار التقاطی بیوتلر

- ✓ در سال ۱۹۸۳ بیوتلر روشی را پیشنهاد کرد که از بسیاری جهات عینی ترین و جامع‌ترین روش درمان ا لتقاطی است. این رویکرد وجه مشترک چندی با روش چند بعدی لازارس دارد. یکی اینکه روش درمانی باید مشخصاً با نوع بیمار و مشکل او تطبیق کند. دیگر عدم تأکید بر نظریه خاص ولی تأکید مصرانه بر وجود شواهد عینی هنگام انتخاب روش درمانی.
- ✓ بیوتلر و همکاران او معتقدند که شواهد علمی دال بر این است که بیشتر تفاوتهایی که در نتایج روان‌درمانی مشاهده می‌شود، به دلیل متغیرهایی غیر از وجود تکنیک‌های خاص است که لازارس بر آن تأکید می‌کند.
- ✓ روش التقاطی نظامدار بیوتلر بر طیف گسترده‌ای از متغیرها در تأثیرگذاری بر نتایج روان درمانی نظر دارد. این متغیرها عبارتند از متغیرهای مربوط به بیمار، مربوط به درمان و متغیرهای مربوط به رابطه بیمار و درمان افزون بر تأکید بر اهمیت بین تکنیک و بیماری. بیوتلر متغیرهای دیگری مانند ویژگی‌های درمانگر و ارتباطات این متغیرها با یکدیگر را نیز بخشی از عوامل مهم موثر بر درمان می‌داند.
- ✓ در یکی از پژوهش‌های اخیر، بیوتلر و همکارانش کوشیدند آن دسته از ویژگی‌های بیمار را که مناسب‌ترین ابعاد برای انتخاب روش درمان مشخص با بیمار یا بیماری خاصی باشد معلوم کنند. این ابعاد شامل سطح انگیزه ناراحت‌کننده در وجود بیمار، شدت بیماری، شیوه سازگاری بیمار و مقاومت بیمار در تأثیرپذیری بین فردی و تغییر وضع دادن.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

۳- روان درمانی کوتاه مدت

- ✓ اکنون این روش به عنوان "روش انتخابی درمان" در مورد بسیاری از بیماران در نظر گرفته شده است (ولساند فلپس، ۱۹۹۸) و موجودیتی کاملاً مستقل از درمانهای بلند مدت دارد. پژوهشهای اخیر نشان می‌دهند که وجود چند عامل سبب تأکید بر اهمیت روان‌درمانی کوتاه مدت شده است. ۱- به طور کلی معلوم شده است که بیماران هنگام شروع روان‌درمانی انتظار ندارند که درمان آنها به طول انجامد، بلکه تصور آنها بر این است که مشکلشان در چند جلسه حل شود. ۲- در حالی که سابقاً تصور می‌شد که درمان کوتاه مدت فقط برای مشکلات نه چندان سخت موثر است، ولی تحقیقات مبیّن این واقعیت اند که این نوع درمان قادر است طیف وسیعی از بیماریهای شدید و مزمن و مشکلات و مسائل روانی را پوشش دهد.۳- تحقیقات نشان می‌دهد که برآیند درمان کوتاه مدت تقریباً برابر نتایجی است که از درمان بلند مدت به دست می‌آید، اما باید اضافه کرد که همه به یک اندازه از روان درمانی سود نمی‌برند.

۳-۱ انواع روشهای روان درمانی کوتاه مدت

- ✓ صرفنظر از زمینه نظری و روشهای کاربرد، میانگین تعداد جلسات روان درمانی کوتاه مدت ۲۵ جلسه است. با وجود این وجه مشترک کلی، تکنیک‌های به کار برده شده در این زمینه به چند دسته تقسیم می شوند.

۳-۱-۱ رویکرد روان تحلیلی

- ✓ تعداد زیادی روش روان تحلیلی کوتاه مدت وجود دارند. هدف اساسی این روشها شناخت محدود عوامل زیربنایی مشکل روانی فرد است. در این روش تفسیر هنوز هم تکنیک اصلی درمان است ولی تا حدی با تفسیر در روش طولانی مدت متفاوت است. تفسیر در اینجا بیشتر متمرکز بر شرایط حاضر است تا تجارب عمیق دوران کودکی.
- ✓ معمولاً باور بر این است که انتقال مثبت اساس پیشرفت در درمان کوتاه مدت است. تفسیر انتقال منفی هم صورت می گیرد ولی کوشش می شود که از ایجاد انتقال نوروتیک جلوگیری شود.

۳-۱-۲ رویکرد رفتاری، شناختی و شناختی، رفتاری

- ✓ در این نوع روشها چون تطبیق روش مشخص با نابهنجاری خاص منظور نظر است، حدود زمانی آنها نیز محدود است و در همان محدوده بیست و پنج جلسه می‌گنجد. در سالهای اخیر بر حجم استفاده از این روشها، به ویژه در برطرف کردن نابهنجاری های مشخصی مانند ترس مرضی از مکان های بسته، اجتماعی، حیوانات، وسواسهای فکری و رفتاری، اضافه وزنی و برخی از بیماریهای جسمانی بسیار افزوده شده است.
- ✓ ولی همیشه امکان جداسازی روشن روش‌های رفتاری از تکنیک‌های شناختی و یا شناختی - رفتاری مقدور نیست.

۳-۱-۳ درمان مداخله در بحران

- ✓ مداخله درمانی معمولاً زمانی اجرا می‌شود که بیمار از بحرانی ناگهانی و فاجعه آمیز مانند تصادف، مرگ نزدیکان، سیل، زلزله، جنگ و تجاوز جنسی، به شدت رنج می‌برد و توجهی عاجل را می‌طلبد.
- ✓ اخیراً سه روان‌شناس (مورلی ، استریکلر و جاکوبسن، ۱۹۹۸) چهار سطح از روش مداخله در بحران را متمایز کرده‌اند که هریک در گونه‌ای از بیماران موثر است:

www.Endbook.net

۱- سطح اول شامل دستکاری و تغییر محیط است که روان‌شناس به عنوان مرجع مستقیماً و فعالانه وارد عمل می‌شود.

۲- سطح دوم شامل حمایت بی‌قید و شرط و کلی از بیمار است بدون اینکه ارزش‌های خود به خطر افتد. روشی چون تکنیک حمایتی پویا در روان درمانی حمایتی در اینجا بسیار مؤثراست.

۳- سطح سوم که به رویکرد "ژنریک" معروف است، روان‌شناسی با مشکلی روبه‌رو است که در تعداد زیادی از افراد ساختار مشابهی دارد و لازم است که روان‌شناس با تکنیک‌های شناخته شده که به ویژه در این زمینه ها مؤثر بوده اند، به درمان مشکل بیمار بپردازد.

۴- سطح چهارم به رویکرد انفرادی معروف است. این روش بر شناخت پویایی شخصیت بیمار تأکید دارد و می‌کوشد به آنها در یافتن بینش و بصیرت در چگونگی پیدایش تکاملی "بحران" موجود یاری دهد.

۴-۱-۳ سایر روشها

- گزینش دقیق بیمار و حذف آنهایی که به درمان جواب نمی‌دهند.
- ارزیابی و تشخیص باید سریع و در همان اولین مراجعه بیمار صورت گیرد.
- شرکت فعال و مستقیم درمانگر برای دستیابی به اهداف و اصول ذکر شده.

۲-۳ ویژگی‌های مشترک روان درمانی‌های کوتاه مدت

✓ بررسی‌ها و مطالعات متعدد نشان دهنده اصولی اساسی و مشترک همراه با تکنیک‌های مشخص درمانی برای درمان مشکلات و نابهنجاریهای خاص در روان درمانی کوتاه مدتاست.

۱- اهداف درمانی بر این باور استوار است که بیماران قادر به ایجاد تغییرات کوچک و بزرگ و یا سطحی و عمقی در تمام طول زندگی هستند. ۲- زمان رسیدن به این اهداف محدود است. ۳- نقطه توجه باید بر "حال و اکنون" بیمار باشد و نه بر گذشته‌های دور و دراز وی ۴- ایجاد نوعی شرکت و ارتباط فعال و متقابل توام با تعامل بین بیمار و درمانگر برای رسیدن به اهداف مشخص ضروری است.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

فصل دهم

قسمت اول

- ✓ روان‌درمانی گروهی در اصل یک فعالیت کلینیکی است؛ لذا باید براساس اصول درمانی استوار باشد نه موازین علم الاجتماعی یا تربیتی. یک گروه درمانی با یک گروه اجتماعی، یا تفریحی و یا تربیتی کاملاً متفاوت است. پویایی گروه درمانی از پویایی گروههای طبیعی یا همگن که به گرد هم می‌آیند تا در فعالیتی تفریحی یا آموزشی شرکت جویند، به نحو بسیار اساسی متمایز است. در گروههای درمانی، روابطی بین افراد وجود دارد با بار عاطفی، انگیزه ای شدید و پیچیده که در گروههای تفریحی و تربیتی موجود نیست. بعلاوه در گروههای درمانی به منظور برون ریزی احساسی (کاتارسیز) ، رفتارهای کلامی و فعالیت‌هایی انجام می‌شود که در گروههای اجتماعی به هیچ وجه صورت نمی‌گیرد.
- ✓ در گروههای معمولی، مهمترین فرد، رهبر گروه است که امکان دارد از خارج گروه باشد و برای رهبری، تعلیمات خاصی دیده باشد؛ و یا امکان دارد از اعضای داخل گروه باشد. در گروه درمانی، اصل عدم تمرکز بسیار مهم است و هر یک از افراد گروه ازجمله درمانگر، در یک زمان و موقعیتی از فعالیت گروهی، ابراز شخصیت می‌کنند.
- ✓ اگرچه روان درمانگر مرکز و هدف تخلیه عاطفی اعضای گروه است، ولی در حقیقت، رهبر این گروه نیست؛ البته رهبر به آن مفهومی که معمولاً از آن انتظار می‌رود.
- ✓ اعضای گروه درمانی معمولاً علایق و تمایلاتی را دنبال می‌کنند که برای آنها معنای عاطفی داشته باشد. در گروه، هدف، یا نقشه و یا برنامه‌ای به آن مفهوم که در گروههای معمولی اجتماعی حاکم است، وجود ندارد. هر فردی، بر اساس فعالیتها و تلاش‌های خاص خود، عواطفش را آزاد می‌کند و یا به یک درجه‌ای از بینش، به مشکلات خاص می‌رسد. یک گروه درمانی، سیال است؛ تشکیلات خاصی ندارد؛ و به نظر یک مشاهده کننده معمولی، ممکن است بدون هدف، جهت و یا مقصود بنماید. اما در گروه درمانی، هدف تمام اعضا مشابه است، ولی مشترک نیست. هدف هر کدام از اعضا، تصحیح نارسایی‌های روانی در وجود خود است و هر یک به صورت موجودی جداگانه، در پیشرفت به سوی این هدف تلاش می‌کنند. خلاصه اینکه هدف مشترک گروهی وجود ندارد.
- ✓ در گروه درمانی، مانند گروه‌های دیگر، عوامل پویایی گروهی مانند تحریکات بین فردی، روابط بین فردی، تلقین، خنثی‌کردن رفتار دیگران، همانندسازی رقابت و برون‌فکنی وجود دارد؛ اما هماهنگی و جبهه بندی گروهی که از ارکان اساسی گروههای اجتماعی است، در گروه درمانی یا اصلاً وجود ندارد و یا بسیار کم است.
- ✓ طبقه بندی گروهی و ضوابط گروههای اجتماعی نیز در گروه درمانی بسیار ناچیز است. به طور کلی به علت عدم تجانس اجتماعی، فکری، سلیقه‌ای و نبود یک هدف مشترک در میان اعضا، گروههای درمانی به ندرت به صورت گروههای اجتماعی در می آیند.

www.Endbook.net

- ✓ گروه درمانی، باید دارای تشکیلات، فعالیتها، شرایط متغیر و سیالی باشد؛ درست برخلاف الگوهای نسبتاً ثابت و یکنواختی که معمولاً در گروههای اجتماعی مشاهده می‌شود. در گروه درمانی، هدف، پیشرفت گروهی نیست؛ بلکه بهبودی فرد است.

۱- شرایط بیمار برای شرکت در گروه درمانی

- ✓ اساس روان درمانی، انتخاب مناسب بیمار و تشکیل گروه مطلوب است. تمام بیماران را نمی‌توان در یک گروه درمان کرد، و هر بیماری نیز حتماً و الزاماً، واکنش مناسبی به گروه درمانی نشان نمی‌دهد.
- ✓ هیچ روش روان درمانی را نمی‌توان در تمام دنیا قابل اجرا دانست. تأثیر مطلوب یک روش درمانی، به استفاده مناسب آن در مورد یک بیمار خاص بستگی دارد. در بسیاری از مواقع، چندین روش با یکدیگر نتیجه بهتری را به دست می‌دهند. شاید، بتوان گفت که بیشترین مهارت روان درمانگر در این است که بتواند مشکل بیمار را تشخیص دهد و روشی را انتخاب کند که در بهبود وضع او مؤثر باشد.
- ✓ انتخاب بیمار برای شرکت در گروه درمانی تقریباً بر همان اصول انتخاب بیمار برای روان درمانی فردی استوار است. به طور کلی، بعضی از بیماران به عللی، مانند نقایص عضوی یا ارثی، شدت بیماری، حالتهای بازگشتی شدید و یا مقاومت زیاد، آمادگی روان درمانی را ندارند.
- ✓ عده زیادی، به علت عدم اطمینان شدید، ترس از عدم کفایت خود و عناد شدید نسبت به افرادی که به‌صورت مراجع قدرت جلوه می‌کنند، در برابر روان‌درمانی مقاومت می‌کنند؛ برای چنین افرادی، درمان گروهی به عنوان مقدمه‌ای بر روان درمانی فردی تجویز می‌شود وحتی گاه تنها روش درمانی مطلوب برای آنان است.
- ✓ کودکانی که اختلال شدید منشی دارند، از این روش استفاده می‌برند. (به این کودکان شخصیت مرزی می‌گویند) آنها می‌توانند در گروه، به میزان پرخاشگری خود پی ببرند و بفهمند که چه مقدار از این پرخاشگری از لحاظ اجتماعی پذیرفته شده است.
- ✓ روش گروهی دیگری نیز وجود دارد که برای کودکانی که رشد روانی آنها به تاخیر افتاده، مفید است. البته نه به دلیل مشکلات شدید عاطفی، بلکه به علت فقدان محیط و شرایط لازمی که رشد را در کودک تسریع می‌کند. این نوع کودکان، در گروه درمانی شکفته و شکوفا می‌شوند و به ویژه اگر درمان با محیط درمانی، تماس فردی و گاه به گاه یک نفر متخصص توأم باشد.
- ✓ خانم گلابر می‌افزاید: "روان‌درمانی گروهی و فردی می‌تواند مکمل و یا تسهیل کننده یکدیگر باشند؛ یا حتی یکی جای دیگری را در درمان کودکان بگیرد. این موضوع بستگی به احتیاج کودک دارد.
- ✓ به طور کلی، معیار انتخاب بیمار دو نوع است: یکی، شامل عواملی است مانند سن، جنس، قدرتهای شناختی و اجتماعی، نیاز به ارتباط با جانشین خواهر و برادر، احساس عناد و کینه نسبت به خواهر و برادر، عدم کفایت ارتباط اجتماعی در گذشته بیمار، روابط مخرب خانوادگی که قابل اصلاح در شرایط جدید است، احساس ترس و خطر از ایجاد روابط همجنس گرایانه یا روان درمانگر در روان درمانی فردی، اختلالات منشی که همیشه در گروه بهتر درمان می‌شود، و بالاخره میل به شرکت در فعالیت‌های گروهی. معیارهای بالینی دیگر، شامل علایم بالینی و تشخیصی می‌شوند.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

- ✓ بیمارانی که اضطراب و علایم نوروتیک دیگر به ویژه نوع هیستریک دارند، و آنهایی که به اختلالات شخصیتی مانند عدم رشد عاطفی و همانندسازی نابهنجار جنسی و اغتشاش ایدولوژیک مبتلا هستند نیز، از گروه درمانی بهره‌مند خواهند شد. اما پسیکوپاتها، نارسیستها، وسواسی ها، افراد مبتلا به هذیان و نوروزهای منشی از این روش سود نخواهند برد، بلکه احتمالاً برایشان مضر نیز خواهد بود.
- ✓ گروههای تحلیلی، برای نوجوانان، حتی برای آنکه عده که اختلالات شدید دارند نیز مفید است؛ البته به شرط اینکه آمادگی شرکت در گروه را داشته باشند. مسئله بسیار مهم در این زمینه، شدت مشکلی است که فرد با آن روبروست.

۲- ترکیب افراد در گروه درمانی

- ✓ وضع کلی هر گروه، با نوع حالتها و هیجانات اعضا و افراد گروه بستگی نزدیک دارد. بنابراین، تناسب افراد گروه با یکدیگر، مسئله بسیار مهمی است. تجربه نشان داده است که حضور یک بیمار نامناسب در گروه، نه تنها مضمون بحث گروهی را تغییر می‌دهد، بلکه باعث تغییر وضع کلی گروه می‌شود؛ همچنین غالباً جریان صحیح روان‌درمانی و نتایج حاصل از آن مختل می‌گردد.
- ✓ بصیرت و قضاوت گرداننده گروه، یکی از عوامل اساسی انتخاب افراد گروه است. هر قدر مسئول گروه با تجربه‌تر باشد، خطای کمتری مرتکب خواهد شد. یکی از هدفهای گروه جلوگیری از شدت یافتن حالتهای مرضی و پرخاشگری بیش از حد تحمل افراد گروه است.
- ✓ بعضی از اعضا به عنوان میانجی و خنثی‌کننده رفتار اختلاف‌آمیز عمل کنند؛ یعنی باعث آرامش و کنترل گروه شوند و به ویژه افراد گروه بیاموزند که چگونه خود را کنترل کنند.

۳- عوامل پویا در گروه درمانی

- ✓ چون گروه درمانی یک روش بالینی است، لذا باید بر اساس عوامل پویایی که در تمام انواع روان درمانی مشترک است، استوار باشد. این عوامل عبارتند از ارتباط، برون‌ریزی عاطفی، بینش، تقویت "خود"، واقعیت سنجی و والایش.
- ✓ روان‌درمانی موفق، براساس رابطه مثبت و اصولی بین بیمار و روان درمانگر و در گروه درمانی موفق براساس همین رابطه بین بیمار و سایر اعضای گروه به وجود می‌آید. تمام متخصصان بر این عقیده هستند که اساس تمام انواع روان درمانی، ارتباط است. این ارتباط ممکن است به صورت انتقال باشد؛ که این مورد، معمولاً در روان درمانی مشاهده می‌شود. و اما در گروه درمانی غالباً بیش از یک نوع ارتباط مشاهده می‌شود؛ زیرا ارتباطات ممکن است یک‌جانبه، دوجانبه، چندجانبه، اتکالی و یا براساس حاکم و محکوم بودن، باشد.
- ✓ هنگامی که انتقال مثبت است. برون‌ریزی عاطفی امکان پذیر می‌شود و بیمار به وسیله مکانیسم بازگشت، به دورانهای گذشته زندگی و رفتارهای تثبیت‌شده در آن زمانها، بر می‌گردد. او می‌تواند درباره خواسته و تخیلات کودکانه خود صحبت کند و یا آنها را عملاً ظاهر سازد.
- ✓ فرایند بازگشت، همچنین به وسیله حمایت بیماران از یکدیگر، با نشان دادن پرخاشگری نسبت به روان درمانگر، تقویت می‌شود که به آن انتقال منفی می‌گویند.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

- ✓ تأثیر گروه درمانی در ایجاد رفتار بازگشتی، یکی از امتیازات آن است. زیرا رشد عاطفی بیمار هنگامی شروع می‌شود که بیمار به مراحل اولیه زندگی برگردد و از این مرحله به بعد رشد رفتاری جدیدی را با شرایط مطلوب‌تری آغاز کند. بیمار به کمک حمایت روان درمانگر و دوستانش در گروه، می‌تواند به سطحی از رشد برسد که با شرایط سنی او تطبیق بیشتری دارد. نکته دیگر اینکه اینکه درگروه، به علت حمایت افراد از یکدیگر، فرایند مقاومت به نحو محسوسی کاهش می‌یابد.
- ✓ همان طور که در تمام روشهای روان درمانی مشهود است، فرایند انتقال در گروه درمانی نیز امری است اساسی؛ ولی موقتی. انتقال اولیه باید مثبت باشد تا روان درمانی انجام شود، ولی بروز حالتهای موقت عناد، پرخاشگری، تنفر و ترس از درمانگر نیز غیر قابل اجتناب و حتی کاملاً لازم است. این مراحل موقت و متغییر در روان درمانی گروهی، انتقال نام دارد.
- ✓ در بسیاری از موارد، بیمار به علت ترس از عکس‌العمل اعضای گروه، احساس منفی خود را نسبت به روان درمانگر کنترل می‌کند و آن را متوجه افراد آن گروه می‌سازد. این عمل، بر اساس مکانیسم "چند هدفی" انجام می گیرد که خود سبب تسریع برون ریزی عاطفی می‌شود؛ زیرا منحرف کردن احساس عناد از روان درمانگر و جهت دادن آن به طرف بیماران دیگر، از اضطراب بیمار می کاهد. ولی در گروههای تحلیلی، مسئله اساسی این است که بیمار به تدریج، احساس عناد خود را نسبت به روان درمانگر بروز دهد؛ زیرا از دید بیمار، روان درمانگر جانشین پدر یا مادر است.
- ✓ یکی از علل تسریع انتقال در گروه، وجود افراد دیگر است. در روان درمانی انفرادی، انتقال فقط متوجه روان درمانگر است؛ ولی در گروه درمانی، احساسات اولیه بیمار نسبت به خواهران و برادران بروشنی ظاهر می‌شود و در روابطه افراد گروه با یکدیگر، به صورت عمل در می‌آید.
- ✓ آلودگی انتقال، در گروه فرایندی معمولی و غیرقابل اجتناب است که در آن، انتقال عواطف خواهر و برادری و انتقال همانندسازی، عوامل اصلی هستند. این پدیده، شامل عامل پویایی دیگری می‌شود که سبب تسهیل جریان درمان می‌گردد. این عامل پویایی را جابه‌جایی تثبیت می‌نامند. تثبیت که در روان درمانی فردی متوجه روان درمانگر است، در گروه متوجه اعضای گروه می‌گردد و این موضوع، سبب آلودگی انتقال می‌شود. ما به این نتیجه رسیده‌ایم که جابه‌جایی تثبیت می‌تواند به ارتباط بیمار با اولیا، خواهر و برادر، همگنان و افراد مهم دیگر نیز تعمییم یابد.
- ✓ جابه‌جایی تثبیت که روان درمانگر مرکز آن است، در فطرت انتقالی وجود دارد. هر روشی که به تسریع و تسهیل جابه‌جایی تثبیت کمک کند، باعث تغییر عواطف در بیمار می‌شود. از آنچه که بیماران گفته‌اند و روشهای دیگر سنجش روابط افراد با یکدیگر، به این نتیجه رسیده‌ایم که گروه به طور کلی و اعضای آن به نحو انفرادی، در زندگی اعضای گروه اهمیت خاصی پیدا می‌کنند.
- ✓ گروه درمانی می‌تواند مانند هر عامل عاطفی دیگری برای بیمار مرکز بروز و تثبیت عواطف شود. فرد می‌تواند احساس رضایت خاطر و ایمنی را که در اصل از اولیا طلب می‌کرده است، در گروه بیابد. به این ترتیب، گروه جانشین اولیا می‌شود ولی در انتقال تمام عواطف طبیعی از مادر به گروه، نوعی جدایی از مادر صورت می‌گیرد.
- ✓ اعضای گروه درمانی معمولاً گرفتار تمایلات کودکانه، احساسات عناد آمیز و کشش‌های مخرب هستند که با مقدار زیادی اضطراب توام است. البته شدت اضطراب در گروه درمانی به ندرت به اندازه درمان فردی است.

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

- ✓ اشتراک احساس از طریق تعبیر و تفسیر حالتهای بیماران، توسط یکدیگر تقویت می‌شود. در گروه درمانی، اغلب تفسیر حالتها و خصوصیات ناخودآگاه، از جمله تعبیر و تفسیر رویاها توسط اعضای گروه صورت می‌گیرد.
- ✓ بسیاری اوقات روان‌درمانگر قادر به تفسیر رفتار بیماران نیست؛ زیرا این عمل، احتمال ایجاد ضربه به مکانیزم‌های دفاعی آنها را دارد؛ ولی این حقیقت بارز که بیماران در گروه می‌توانند بدون ایجاد حالتهای دفاعی به تجزیه و تحلیل عمقی رفتار یکدیگر بپردازند، کاملاً قابل مشاهده است. مسئله مهم در این مورد، "حمایت" افراد گروه از یکدیگر است. بیماران در مقابل روان درمانگر، احساس ناخودآگاه و سرکوب‌شده، ترس از طرد شدن و تنبیه، یا آگاهی از این امر را که در مسائل خود تنها نیستند و دیگران نیز سهیم اند کاهش می‌دهند.
- ✓ اگرچه تاثیر کلی گروه درمانی موجب کاهش درجه اضطراب فرد و سبب تخلیه عاطفی او می‌شود، ولی با این روش نمی‌توان به خصوصیات عمقی شخصیت دست یافت. اما در جریان این امر، بیمار ضرورت تجزیه و تحلیل عمیق خصوصیات وجودی را، آنچنان‌که در روان درمانی فردی پیش می‌آید، احساس می‌کند.
- ✓ گاهی در گروه درمانی، اعضا نقش روان درمانگر را به خود می‌گیرند و به نحوی به تجزیه و تحلیل مسائل می پردازند که وضع روان درمانگر را به خطر می‌اندازند. در این مورد نیز انتقال نسبت به افراد گروه، خطر کمتری دارد تا انتقال نسبت به روان درمانگر. هنگامی که بیماری، با بیمار دیگری که از لحاظ مشکلات روانی شبیه اوست، همانندسازی می‌کند، او قادر خواهد شد که صفات درونی خود را به وسیله همانندسازی و برون‌ریزی عاطفی بهتر بشناسد و احساس کند ولی تداعی آزاد به وسیله بیمار ممکن است در دیگر افراد گروه که آمادگی روبه‌رو شدن یا شنیدن این مسائل را ندارند، اضطراب و وحشت ایجاد کند.
- ✓ گروه درمانی، نه تنها با کم کردن اضطراب افراد، از عمق روان‌درمانی می‌کاهد، بلکه درجه پیدایش بینش را نیز محدود می‌کند. بیماران خجول و به شدت نوروتیک، حتی هنگامی که کاملاً به روان درمانگر اعتماد دارند، به علت ترس از اعضای دیگر، از افشای خصوصیات درونی خود جلوگیری می‌کنند. به این علت، روان درمانگر در تفسیر و تجزیه و تحلیل صفات بیمار باید به نحوی عمل کند که بیش از حد تحمل بیمار نباشد و مورد پذیرش او قرار گیرد. غالباً بهتر است که تفسیر از جانب اعضای گروه بشود و غالباً هم، چنین است؛ زیرا بیماران از طریق همانندسازی و ایجاد احساس مشترک، به نیازهای ناخودآگاه یکدیگر پاسخ می‌دهند. آنها با ایجاد رابطه بین رفتار و انگیزه‌ها در به دست آوردن بصیرت نسبت به رفتار خود، به یکدیگر کمک می‌کنند.
- ✓ تقویت "خود" در گروه درمانی، سبب می‌شود که نیروی "خود" از وظیفه سرکوب کردن تمایلات ناخوشایند رهایی یابد و برای حل واقعیت درونی و بیرونی، آزادی بیشتری پیدا کند. تاثیر مفید دیگر روان‌درمانی و به ویژه گروه درمانی این است که با عمومیت یافتن حالتها، حمایت و همانندسازی، از شدت احساس گناه کم می شود. و "خود شخص" با استفاده از سیستم‌های دفاعی که دارد، برای روبرو شدن با احساس گناه موجود، در موقعیت بهتری قرار می‌گیرد. تقویت "خود" در گروه درمانی، از طریق تغییر در خودپنداری فرد نیز حاصل می‌شود. در اثر گروه درمانی، شخص به تدریج از خود تصویر مثبتی به عنوان فردی موفق، مورد قبول و با ارزش به دست می‌آورد.
- ✓ یکی دیگر از مسائل روان درمانی گروهی، آزمایش واقعیت از سوی بیمار است. بیماران، چه در دوران درمانی فردی و چه گروهی دایماً وضع خود را در برابر واقعیت‌های روزمره امتحان می‌کنند. زندگی و درمان در ارتباط بسیار نزدیک با یکدیگرند. اگر بیماری تحت درمان بهترین و لایق‌ترین درمانگران قرار گیرد؛ ولی تماس او با زندگی روزانه

www.Endbook.net

و واقعی قطع باشد، وضع روانی او بهبود نخواهد یافت؛ زیرا بهبودی، فقط در ارتباط پویایی فرد با محیطش صورت می‌گیرد.

- ✓ عامل مهم دیگر در روان درمانی، مکانیسم و پالایش است. پالایش، کشش‌های غریزی را به سوی پذیرش "خود"، اجتماع و ضوابط آن سوق می‌دهد. نابسامانی فرد نوروتیک به دو علت است. نخست اینکه سرکوبی تمایلات در او به طور کامل صورت نگرفته، و از سوی دیگر، دارای فراخود بسیار سختگیری است. در این وضع، او نه می‌تواند تمایلاتش را ارضا کند و نه قادر است آن را پالایش دهد. کودک، راه پالایش را در فعالیت‌های غیرجنسی مانند بازی با گل، آب، رنگ، آتش، بازی با حیوانات، کشتن حشرات، تاب بازی، پریدن از پله‌ها، دویدن و تعداد بی‌شماری از فعالیتهای دیگر جستجو می‌کند.
- ✓ کودک برای ارضای تمایلات پرخاشگرانه خود، به تدریج به نوعی پالایش دست می‌یابد که باعث تقویت "خود" در او می‌شود؛ زیرا دیگر مجبور نیست تمام نیروی خود را صرف کنترل تمایلات اولیه نماید. در گروه درمانی با بزرگسالان، فرصت پالایش به اندازه گروه درمانی با کودکان و یا کار درمانی و تفریح درمانی نیست؛ ولی به طور کلی این گروهها می‌توانند کمک کنند تا بیمار در شرایط محیط واقعی زندگی خود از مکانیسم پالایش به نحو بهتری استفاده کند.

PHDHOME.IR

قسمت دوم

- ✓ برای برطرف کردن بسیاری از مشکلات کودکان، می‌توان از روان درمانی گروهی استفاده کرد؛ در حالی که این امر، در مورد بزرگسالان صادق نیست. قسمت اعظم فعالیت روان درمانگران در ارتباط با گروه درمانی کودکان، سه نوع است که بر حسب نیازها و نوع علایم بالینی کودکان طبقه بندی می‌شوند.

۱- فعالیت درمانی گروهی

- ✓ براساس این روش، کودک در شرایطی قرار می‌گیرد که همه نوع آزادی برای وجود دارد. در واقع شرایط این روش، انعطاف پذیر است و کودک می‌تواند تمایلات خود را آزادانه بروز دهد و یا خشم و عناد خود را جلوه‌گر سازد؛ حتی تا جایی که نسبت به طور علنی و عملی به روان درمانگر پرخاشگری کند. شرایط مکانی چنین گروههایی همیشه بسیار ساده است. وسایل کار از نوعی است که کودکان با آن آشنایی دارند و شامل ابزاری مانند چکش، اره، تکه های مختلف چوب، خمیر و گِل مخصوص ساختن اشکال.
- ✓ پس از گذشت یک ساعت تا یک ساعت و نیم که کودکان به بازی آزاد، شوخی و خنده، پرخاشگری و سازندگی می‌پردازند، نیم ساعت تا چهل دقیقه به صورت گروهی نوشابه می‌نوشند و یا شیرینی و تنقلات دیگر می‌خورند. روان درمانگر در این شرایط، نقش فردی بی‌طرف را ایفا می‌کند؛ یعنی وظیفه خاصی را انجام نمی‌دهد. او نه تنبیه

www.Endbook.net

می‌کند و نه تحسین؛ محدودیتی قایل نمی‌شود؛ مقرراتی وضع نمی‌کند و به نحو فعال در گروه شرکت ندارد. فقط هنگامی که کودکان احتیاجات خود را عنوان می‌کنند، او در رفع آنها می‌کوشد. روان درمانگر براساس

- ✓ تاریخچه فردی هر کودک، از گذشته، خصوصیات شخصیت و مشکلات او مطلع می‌شود و بر این اساس سعی می‌کند احتیاجات او را غیر مستقیم و نامحسوس ارضا کند.
- ✓ هدف این نوع درمان، آزادسازی فشارهای عاطفی درونی کودک است که به سبب محرومیت‌های گذشته در او ایجاد شده است. این نوع درمان، با وجود رفتار ناهنجاری که کودک از خود نشان می‌دهد، به او احساس ارزش و مورد قبول بودن می‌دهد. عامل اصلی آن، نقشی است که روان درمانگر ایفا می‌کند. فشارهای گروهی و شرایط موجود در آن به افراد کمک می‌کند تا بتوانند از بروز تمایلات خود جلوگیری کنند که این امر منجر به تقویت "خود" می‌شود.
- ✓ این نوع درمان، شرایطی ایجاد می‌کند که کودکان می‌توانند با ارضای تمایلات خود، از شدت محرومیت‌های گذشته بکاهند. بالاخره گروه درمانی سبب ایجاد وحدت نیروهای متضاد درونی کودک می‌شود؛ نیروهای متضادی که به دلیل رفتارهای عناد آمیز کودک، مانع ارضای خواسته‌هایش از طریق رفتارهای اجتماع پسند می‌شده‌اند. روشن است که وحدت شخصیت، فقط زمانی امکان‌پذیر می‌شود که کودک، تجارب مناسب، مطلوب و ارشادکننده ای با دیگران و به ویژه با بزرگسالان داشته باشد.

PHDHOME.IR

۲- گروه درمانی انتقالی

- ✓ یکی دیگر از انواع روان درمانی گروهی که در دوره قبل از بلوغ و در دوران بلوغ مورد استفاده درمانی قرار می‌گیرد، گروه درمانی انتقالی است. این روش، تلفیقی است از شرایط گروه درمانی و گروههای اجتماعی. بیمارانی که تحت درمان انفرادی یا گروهی بوده اند، ولی هنوز هم بدون نظارت، ارشاد و راهنمایی مداوم و دقیق درمانگر، آمادگی شرکت در گروههای متشکل و رسمی را ندارند، لازم است که در گروههای انتقالی قرار گیرند. این گروهها تجارب لازم برای ادامه زندگی و سازگاری روزمره را به کودک می‌دهد؛ البته خدماتی مانند دادن غذا و تهیه وسایل کار انجام نمی‌شود، ولی گروه دارای تشکیلات مشخص و معینی است. کودکان در محلی، در همسایگی خود، گرد هم می‌آیند و فعالیتهای مشخصی را انجام می‌دهند. آنها ترغیب می‌شوند که رئیس، منشی، خزانه‌دار و هیأت مدیره ای برای خود انتخاب کنند.
- ✓ تفاوت بین رهبر گروههای معمولی با رهبر گروههای انتقالی در این است که او از مسائل و مشکلات هر کودک در رابطه با سازگاری او با محیطش، آگاهی کامل دارد. او با در نظر گرفتن خصوصیات و نیازهای افراد گروه، آنها را به ادامه فعالیت در گروه تشویق می‌کند.
- ✓ رهبر گروه انتقالی با افراد به صورت جمعی روبه‌رو نمی‌شود، بلکه به شکل انفرادی با کودکان کار می‌کند. او کوشش می‌کند تا از اضطراب، ترس، شکست و پرخاشگری آنها که ممکن است سبب عدم سازگاری با گروه شود، جلوگیری کند. او گروه رها به طور کلی، و هر کودکی را به صورت فردی، با فعالیتهای مرکز آشنا می‌کند. گروههای انتقالی را گاهی "گروههای حمایت‌شده" می‌نامند. تحقیقات نشان داده است که این گروهها برای کودکانی که هنوز از نظر روانی آمادگی شرکت در برنامه‌های گروهی را ندارند، بسیار مفید است.

www.Endbook.net

۳- بازی درمانی گروهی

- ✓ روش بازی درمانی برای کودکان خردسال قبل از سن دبستان، بسیار ضروری است. این روش را اصطلاحاً بازی درمانی گروهی می‌نامند. در این روش، از اصولی که در درمان فردی موثر است، استفاده می‌شود. تفاوت اصلی آن با درمان فردی، شرایط محیطی است؛ البته با بعضی تغییرات لازم. شرایط پیرامونی این گروهها، بسیار شبیه اوضاع و احوال فعالیت درمانی گروهی است. به گروههای سه یا چهار نفری بین سنین چهار سال وپنج سال، ابزار و وسایلی می‌دهند که به وسیله آنها می‌توانند تخیلات، پرخاشگریها و به سایر مسائل احساسی خود را از طرق بازی و فعالیت هایی ساده مانند نقاشی، مجسمه‌سازی و یا هر نوع کار دیگری، بیان کنند.
- ✓ این ابزار و وسایل به نحوی انتخاب می‌شوند که بار عاطفی داشته باشد و تمایلات احساسی، جنسی، روابط بین فردی و مانند آن را تحریک کنند.
- ✓ در بازی درمانی، رفتار کودک با حیوانات عروسکی و یا نوع استفاده ای که از ماسکها می‌کند، از لحاظ شناخت کودک و تفسیر حالتها و رفتار او حائز اهمیت بسیار است. این فعالیتها نه تنها از نظر تشخیص، بلکه از نظر درمانی هم بسیار مهم و قابل توجه هستند. در بازی درمانی، فعالیت‌های کودک از زمان خودش مورد تفسیر قرار می‌گیرد.

۴-پدیده های پویای روانی در گروه درمانی کودکان

- ✓ تمام انواع روان درمانی بر اساس عوامل پویای مشابه استوارند، البته با تفاوتهایی که از لحاظ کمیت، جهت و هدف در آنها وجود دارد. حال، نقش هر یک را در فعالیت درمانی گروهی شرحمی دهیم.

۱-۴ انتقال :

- ✓ در فعالیت درمانی گروهی، انتقال به‌اندازه‌ای که در انواع دیگر درمانی نقش دارد، موثر نیست؛ زیرا روان درمانگر فرد بیطرفی است و نقش خاصی ایفا نمی‌کند. بنابراین، پدیده انتقال را در کودک تقویت نمی‌نماید. ولی به هرحال، در این نوع درمان، احساس کودک نسبت به روان درمانگر، باید مانند درمانهای دیگر اساساً مثبت باشد؛ در غیر این صورت، بروز فعالانه تمایلات مخرب کودک به شدتی خواهد بود که نتیجه مثبتی از گروه درمانی گرفته نخواهد شد. البته، گاهی کودک نسبت به روان درمانگر احساس انتقال منفی می‌کند؛ اما اگر روان درمانگر فرد با تجربه‌ای باشد، کوشش می‌کند تا همه نوع رفتار او را بدون تنبیه یا انتقام جویی و یا ایجاد احساس گناه در او، بپذیرد.
- ✓ انتقال احساس کودکان نسبت به یکدیگر نیز باید اساساً مثبت باشد. تجربه نشان داده است که هرگاه احساس منفی شدیدی بین اعضای گروه وجود داشته باشد، ابراز فعالانه احساس عناد، پرخاشگری و تحقیر دیگران همراه با جدال لفظی و جسمی، رفتاری متداول می‌گردد.
- ✓ در فعالیت درمانی گروهی مقدار انتقال تمایلات جنسی بین کودکان نسبتاً کم است. البته، گاهی بازیهای جنسی به صورت لمس کردن یکدیگر، تماس با آلت جنسی دیگران، تماس بدنی، کشتی گرفتن، غلت زدن دو یا چند نفری و توالت رفتن دسته جمعی دیده می‌شود؛ ولی به طور کلی، انتقال در این گروهها آمیختگی کمتری دارد، در حالی که

www.Endbook.net

در گروههای دیگر، این مسئله بیشتر مشاهده می‌شود. علت اساسی این امر، این است که کودکان این گروهها، در سنین قبل از بلوغ هستند.

۴-۲ برون ریزی (کاتارسیز) :

- ✓ برون ریزی، شامل ابزار فعالانه انگیزه‌ها، اضطرابها و تخیلات درونی می‌شود. این عمل را کودک به تنهایی، در بازی گروهی و در کار نشان می‌دهد. گاهی برون‌ریزی صفات درونی کودک به صورت لفظی (برون ریزی کلامی) ظاهر می‌شود؛ البته در این نوع گروه، امری است بسیار نادر. اصولاً ارتباطات کلامی، آن اهمیتی را که در سایر انواع گروه درمانی ها مشاهده می‌شود، در این نوع ندارد.

۴-۳ بینش :

- ✓ غالباً در فعالیت درمانی گروهی، بینش کمتر ایجاد می‌شود؛ البته به این علت که روان درمانگر، گفتار و کردار کودک را تفسیر، تعبیر و تجزیه و تحلیل نمی‌کند. گاهی تعدادی از کودکان به وضع خود و تغییراتی که در رفتارشان ایجاد می‌شود، آگاهی پیدا کرده‌اند؛ زیرا این بینش به وسیله روان درمانگر ایجاد یا تقویت نشده است، بلکه از خصوصیات و تجربه خود کودک سرچشمه گرفته است، این نوع بینش را می‌توان بینش جنبی نامید که با بینش مستقیم و اساسی که در انواع دیگر روان درمانی ایجاد می‌شود، متفاوت است.

۴-۴ خود توانمندی

- ✓ تقویت "خود"، شاید مهمترین کمک فعالیت درمانی گروهی به افراد باشد. تمام اوضاع و احوال گروه، روابط بین افراد و فعالیت‌های مربوط به آن، به نحوی ترتیب داده می‌شود که به تقویت "خود" بینجامد این سخن بدین معناست که مجموع تجارب گروهی، سبب ازدیاد توانایی فرد در رویارویی با تمایلات خود و واقعیت‌های محیطش می‌شود.

۵- ۴ آزمایش واقعیت

- ✓ در فعالیت درمانی گروهی، "آزمایش واقعیت" مهمترین و بی‌نظیرترین نوع درمان مشکلات کودکان است. معمولاً توقعات محیط زندگی کودک نابهنجار از او، یا بسیار دشوار و بزرگسالانه بوده، و یا کودک برای تقویت "خود" در محیطی ناکافی رشد کرده است.
- ✓ کودک از طریق ارتباط با دیگران، و نیز ارتباط کودک با روان درمانگر، به تدریج قبول ضابطه‌های گروهی و پیروی از آنان برای کودک مقدور و مطلوب خواهد شد. تمام این موارد، به سازگاری کودک با واقعیت کمک می‌کنند.
- ✓ در انتخاب کودکان، باید به تمایل آنها در زمینه تعلق به گروه توجه کرد؛ زیرا امری مهمی است. در اصطلاح علمی به این تمایل، اجتماع گرایی می‌گویند. این تمایل به اجتماع گرایی است که انگیزه اصلی کودک برای شرکت در گروه را تشکیل می‌دهد؛ و همین خواسته است که او را وادار به تبعیت از مقررات و قیود گروه می کند. کودک

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

هنگامی که مورد پذیرش جمع قرار گیرد، درمی‌یابد که خودداری و بازداری هیجانات و رفتارهای افراطی، سودبخش و لذت آور است.

۶-۴ پالایش

- ✓ بازی، استفاده از رنگ، کوبیدن چکش، هدف‌گیری با اسلحه، پرتاب اشیاء و مانند آن، راههایی است برای استفاده از مکانیسم جابجایی و پالایش. معمولاً مکانیسم جابه‌جایی بر پالایش مقدم است.
- ✓ کودک به تدریج و تحت تأثیر نفوذ اعضای دیگر گروه و تخلیه طبیعی حالتهای پرخاشگری، از مکانیسم پالایش سود می‌برد که به صورت سازنده ای مانند ساختن زیرسیگاری، بریدن چوب، چکش زدن به مجسمه، نقاشی، کار با خمیرهای مجسمه‌سازی، ساختن عروسک و مانند آن تظاهر می‌کند.
- ✓ نحوه انتخاب بیماران برای فعالیت درمانی، بسیار حائز اهمیت است. مسلماً کودکانی که هیچ گونه گرایش اجتماعی ندارند و مقررات آن را تحمل نمی‌کنند، مناسب شرکت در این گروهها نیستند. کودکانی که در آنها ساختمان "خود" بسیار ضعیف و یا ساختمان "فراخود" خیلی ناقص است، و نیز در گذشته آنان روابط عاطفی با بزرگسالان و همسالان به شدت مختل و ناکافی بوده است، از این نوع درمان گروهی بهره‌ور نخواهند شد. مناسب‌ترین گروه سنی برای شروع فعالیت درمانی کودکان، قبل از سن بلوغ است. این فعالیت با کودکانی انجام می‌شود که اختلالهای رفتاری خفیف و یا رفتارهای نوروتیکی معمولی دارند؛ یعنی آنهایی که شخصیت و منش شکل گرفته، ترس، اضطراب به وسواسهای بیمارگونه شدید ندارند؛ و یا دارای اختلالهای منش خفیف هستند که نتیجه همانندسازی نادرست است (مانند پسری که مادر یا خواهرش را به جای پدر و مادرش همانندسازی می‌کند).
- ✓ در گروه‌بندی کودکان، همیشه لازم است که توزیع انواع بیماری گسترش کافی داشته باشد؛ مثلاً افراد مختلفی از قبیل پرخاشگران، با کودکان ساکت و درونگرا در یک گروه وجود داشته باشند. کودکان پرخاشگر را آشوبگر، اطفال نسبتاً سالم را خنثی‌کننده و دیگران را بی‌تفاوت می‌نامند. در این گروه، باید تعدادی از کودکان انزواگرا را نیز که قادر به شرکت در فعالیت‌های دیگران نیستند، جای داد.
- ✓ تحقیقات نشان داده است که کودکان بی‌تفاوت، پس از مدتی دست به فعالیت می‌زنند و عواطف انزواگرایانه آنها نیز آزاد می‌شود؛ حتی در موارد بسیاری، به صورت رفتار پرخاشگرانه تظاهر می‌کند.
- ✓ روابط بین افراد این گروهها، معمولاً متنوع است؛ ولی رابطه‌ای که از نظر درمانی مهم و مورد نظر ماست "خود - حمایت‌کننده" خوانده می‌شود. اغلب کودکان در آغاز شروع فعالیت گروه، افرادی را انتخاب می‌کنند که ارتباط این افراد سبب تقویت "خود" در آنها می‌شود. همچنین مشاهده شده است که انتخاب یک دوست به عنوان "خود - حمایت‌کننده"، معمولاً موقتی است و به تدریج که اعتماد به نفس کودک افزایش می‌یابد، فرد مورد نظر او نیز تغییر می‌یابد. پس از مدتی که گروه درمانی مؤثر واقع می‌شود و کودک نسبت به خود قویتر و مطمئن‌تر می‌شود، "خود حمایت کننده" را رها می‌کند و به صورت یکی از اعضا مستقل و آزاد گروه در می‌آید. این تغییر بدین معنی است که فردیت در کودک تقویت شده است.

www.Endbook.net

- ✓ در فعالیت درمانی گروهی، تعیین افراد گروه به تاثیری که اعضای یک گروه بر یکدیگر خواهند داشت، بستگی دارد. لذا کودکانی را که تا حدودی پرخاشگرند، با کودکانی که درونگرا هستند، و آنهایی که خودخواه، خودمدار و از لحاظ عاطفی رشد نیافته‌اند، قرار می‌دهیم.
- ✓ یکی از عواملی که در گروه درمانی سبب رشد شخصیت کودک می‌شود، وجود وضعی است شبیه روابط خانوادگی، اما بسیار سالم‌تر، مطلوب‌تر و پذیراتر. فضای روانی گروه درمانی چنان است که باعث تصحیح برداشتهای منفی، احساسات مخرب، ترسها و اضطرابهای اولیه نسبت به اولیا و سایر اعضای خانواده می‌شود. در حقیقت، گروه به صورت یک خانواده ایده آل در می‌آید.
- ✓ خلاصه اینکه در فعالیت درمانی گروهی باید شرایطی برای کودک فراهم کرد که ضمن داشتن سرگرمی و اشتغال خلاقه، روابطی با دیگران برقرار کند که باعث تصحیح حالتهای عاطفی و روابط اجتماعی او شود.

جدول انواع روشهای روان‌درمانی

نوع درمان	هدفهای درمان	روشهای درمان
تقویتی (حمایتی)	تقویت قدرتهای دفاعی موجود ایجاد و گسترش مکانیسم‌های محکم‌تر و مفیدتر برای برقراری تسلط بیشتر شخص بر خود و محیط بازگشت شخص به‌وضع متعادل	مشاوره و راهنمایی، تغییرات محیطی، یافتن سرگرمی در محیط، اطمینان‌دادن، تشویق و ترغیب، پرس و تهدید حساب‌شده، برون‌ریزی عاطفی، حساسیت‌زدایی، تلقین به‌وسیله هیپنوتیزم، بعضی از انواع گروه درمانی. بعضی از انواع فعالیت‌های جسمی که سبب کم‌شدن تنشهای عضلانی می‌شود.
بازآموزی روانی	کوشش عمدی برای سازگارکردن بیمار با زندگی، تغییرات مطلوب در هدفهای مورد نظر بیمار به‌نحوی که دسترسی به‌آنها سهل‌الوصول‌تر باشد. تحکیم و تقویت استعدادها و تواناییهای فرد با ایجاد بینش و بصیرت و یا بدون آن	رفتاردرمانی، ارتباط درمانی، نگرش درمانی، مصاحبه درمانی، مددجومداری، روان‌درمانی مستقیم، درمان پسیکوبیولوژیک، مشاوره درمانی، مددکاری درمانی، استدلال درمانی، بازآموزی درمانی گروهی، خانواده درمانی، ازدواج درمانی، سایکودراما، درمان سمانتیک، درمانهای فلسفی مانند هستی درمانی، ذن بودائیسم، شناخت درمانی
بازسازی روانی (روان‌درمانی عمیق)	ایجاد بینش و بصیرت به‌کشمکش‌های ناخودآگاه همراه با کوشش برای تغییرات وسیع و عمیق در ساختار کاراکتر، رشد و تکامل شخصیت همراه با ایجاد راههای جدید سازگاری با مشکلات زندگی	پسیکو آنالیز کلاسیک، ایگوآنالیز، نوفرویدیها (آدلر، یونگ، رانک، فرنزی، رایک، فرام، سالیوان، هورنای). روان‌درمانی پسیکوآنالیتیک، روش تعاملی، هستی درمانی، گروه‌درمانی آنالیتیک، درمانهای جنسی مانند،هیپنوآنالیز، نارکوتراپی، بازی‌درمانی، هنردرمانی، موسیقی درمانی.

www.Endbook.net

فصل یازدهم

- ✓ وظیفه اصلی درمانگر در خانواده درمانی عبارت است از تجزیه و تحلیل آن نوع الگوهای ارتباطی پویای که بین اعضای خانواده وجود دارد. درمانگر براساس این شناخت، سعی می‌کند تا آن الگوهای بیمار گونه‌ای را که سبب اختلال در ساخت خانواده و روابط افراد آن شده است، از بین ببرد و با متعادل کردن خصوصیات افراد خانواده، در کل ساختار و کنش خانواده، تعادلی کلی و پایدار به وجود آورد.
- ✓ برای انجام خانواده درمانی، روشهای متفاوت و گوناگونی وجود دارد. گاهی، درمان در کانون خانواده انجام می‌شود و زمانی نیز در کلینیک، و یا محل کار درمانگر. این نوع درمان معمولاً پس از یک مصاحبه تشخیصی آغاز می‌شود و گاهی نیز از اولین مصاحبه. بعضی از روان‌شناسان اعتقاد دارند که کانون خانواده به سبب طبیعی بودن شرایط، برای خانواده درمانی مناسب‌تر است. افراد آن، واکنش‌های دفاعی کمتری نشان می‌دهند و تغییرات بیشتری را می‌پذیرند.
- ✓ خانواده درمانی معمولاً با یک مصاحبه آغاز می‌شود که در حدود یک ساعت تا یک ساعت و نیم به طول می‌انجامد. البته، ممکن است به طور استثناء، این زمان تغییر کند؛ اما اگر زمان کمتری را شامل شود، اجازه فهم دقیق و کافی پویایی روابط خانواده را نمی‌دهد. اگر درمانگر بتواند با خانواده در دو نوبت مصاحبه کند، نتایج مطلوب‌تری به دست می‌دهد؛ لیکن چون این امر عملی نیست. در لحظات اول مصاحبه، درمانگر به مشاهده دقیق هر یک از اعضای خانواده، اعم از نوع پوشش، آرایش، تکلم، خصوصیات جسمی و نحوه رفتار و به‌ویژه به نحوه برقراری ارتباط کلامی با سایر افراد خانواده می‌پردازد.
- ✓ وظایف و اهدافی که در مصاحبه اولیه با خانواده مورد نظر است، عبارتند از: ۱- مصاحبه با تمام افراد، به طور جداگانه انجام می‌شود. مصاحبه نخست با پدر خانواده، سپس با مادر، و بعد بچه‌ها به ترتیب سن از بزرگترین فرزند خانواده تا کوچکترین، انجام می‌شود. با این روش، نوع روابط عاطفی - اجتماعی اعضا و به ویژه نحوه دفاع آنها در مقابل یکدیگر، به خوبی آشکار می‌شود. ۲- از خانواده به عنوان یک مجموعه، خواسته می‌شود تا برنامه‌هایی را که در توانایی انجام خانواده باشد، طرح کند. طرح این موضوع، به درمانگر این امکان را می‌دهد تا نحوه همکاری اعضای خانواده با یکدیگر، و تصمیم‌گیری و طرح ریزی مشترک آنها را مورد مشاهده قرار دهد. ۳- درمانگر باید ارتباط بین زن و شوهر را روشن کند. از آنها باید این پرسش بسیار مهم و اساسی پرسیده شود که "چطور شد شما یکدیگر را به همسری انتخاب کرده‌اید!" ۴- در این مرحله از مصاحبه، افراد خانواده به دور هم جمع می‌شوند و درمانگر به هر یک از اعضا، یک ورقه کاغذ سفید می‌دهد و از آنها می‌خواهد که مهمترین معایب و محاسن خود را بنویسند. ۵- مسئولیت و رهبری خانواده نیز باید روشن شود؛ لذا از اعضای خانواده پرسیده می‌شود: "چه کسی مسئول و رهبر خانواده شماست و نظر شما در مورد او چیست؟" ۶- در این مرحله، ابتدا از هر یک از والدین خواسته می‌شود که شباهتهای فرزندان خود را به همسرش بیان کند؛ بدین

PHDHOME.IR

www.Endbook.net

معنی که مرد بگوید، فرزندانش چه شباهتهایی به مادرشان دارند و زن نیز شباهت‌های فرزندان را با پدر، بیان کند.

- ✓ هدف اصلی درمانگر، از بین بردن روابط ناسالم، انگلی و مخربی است که بین اعضای خانواده وجود دارد. این امر، باید صرفنظر از دیدگاه یا تئوری روان درمانگر انجام شود. در مرحله اول، خانواده که در مقابل هر نوع پیشنهاد تغییر رفتار و الگوهای قالبی خانواده مقاومت می‌کند و حتی سعی می‌کند که درمانگر را به قبول و حمایت از الگوهای موجود نوروتیک در خانواده ترغیب کند. این مقاومت، به ویژه در رابطه انگلی بین کودک و اولیا شدیدتر است. در مرحله بعد، درمانگر در چشم خانواده، یک قاضی یا داور است که باید مقصر را تعیین کند. پس از چندی، به مقام مشاوری که قادر است پاسخ بعضی از پرسشها را بدهد و نیازها را برطرف کند، ارتقا می‌یابد.
- ✓ اگر اعضای خانواده بفهمند که محبت، تحملی و پذیرش رفتار پرخاشگرانه یکی از اعضا باعث کاهش آزردگی خاطر، احساس تنهایی، بیکسی و بیچارگی آن فرد می‌شود، احساس محبت، احترام و آرامش متقابل به وجود خواهد آمد. با این روش، پرخاشگری، عصیان و عصبانیت جای خود را به ارتباط سالم و دفاع منطقی و معقول از حقوق خود می‌دهد.

PHDHOME.IR

آیا میدانستید با عضویت در سایت جزوه بان میتوانید به صورت رایگان جزوات و نمونه

سوالات دانشگاهی را دانلود کنید؟؟

فقط کافیه روی لینک زیر ضربه بزنید

👇👇👇👇👇👇👇👇👇👇👇👇👇👇

ورود به سایت جزوه بان

Jozveban.ir

telegram.me/jozveban

sapp.ir/sopnuu

جزوات و نمونه سوالات پیام نور

@sopnuu

jozveban.ir