



وزارت آموزش و پرورش
سازمان پژوهش و برنامه‌ریزی
دفتر انتشارات کمک آموزشی

رشد آموزش

۲۸

منتها

ISSN: 1735-4838

فصل نامه آموزشی، تحلیلی و اطلاع‌رسانی

دوره هفتم / شماره ۴ / تابستان ۱۳۹۱ / ۶۴ صفحه / ۵۵۰۰ ریال

www.roshdmag.ir

- عصر تغییرات سریع
- مدرسه، جاده بی‌انتهای
- گزارش ارزشیابی برنامه درسی روان‌شناسی
- کتاب کار و کتاب راهنمای معلم روان‌شناسی سلامت
- آزمون افسردگی کودک رینولدز



سلامتے باروش معنادرمانے
مقالہ صفحہ ۱۰ را بخوانید

فهرست

۲	یادداشت سردبیر / فصل دوباره دیدن
۴	گفت و گو / مدرسه، جاده بی انتها / فرزانه اسلامی
۱۰	مقاله / نظریه انتخاب و واقعیت درمانی / دکتر علی صاحبی
۱۵	چکیده پایان نامه / تأثیر روش توماتیس ... / رضا شهلا
۱۶	مقاله / سلامتی با روش معنا درمانی / رامین لطافتی، لیلا حیدرنیا
۲۰	مقاله / تأثیر بازی درمانی گروهی بر کودکان افسرده / زهرا حاتمی، دکتر مجید یوسفی، دکتر علی دلاور
۲۷	چکیده پایان نامه / تأثیر گشتالت درمانی بر اضطراب / رضا شهلا
۲۸	مقاله / هیجان سوء مصرف / علی قره داغی
۳۲	مقاله / عصر تغییرات سریع / کریم عباسی اول
۳۶	مهارت های مشاوره ای / برقراری رابطه / عفت میراحمدیان
۴۲	تحلیل فیلم / سینمای خشونت / رضا شهلا
۴۷	معرفی کتاب / پرورش هوش اخلاقی، مشاوره و راهنمایی در مدارس / منیژه زنبوبیان، رضا شهلا
۴۸	برنامه درسی / گزارش ارزشیابی برنامه درسی روان شناسی / محمود اوحدی
۴۹	برنامه درسی / آشنایی با کتاب کار و کتاب راهنمای معلم روان شناسی سلامت / محمود اوحدی
۵۰	راهبردهای رویارویی ... / کمال گرایی در کودکان و راهکارهای مواجهه با آن / مریم صیاد شیرازی
۵۲	راهبردهای روان شناختی / انتقاد سازنده / مژگان درویش محمدی
۵۵	مشاوره گروهی / شناخت و کاهش تعارضات والدین و نوجوانان / ناظر: دکتر حسین سلیمی
۶۰	روان درمانی کودک و نوجوان / مورد پژوهی / فرزانه اسلامی
۶۲	ابزارهای روان شناختی / آزمون افسردگی کودک رینولدز / دکتر آدیس کراسکیان
۶۴	معرفی کتاب / جدیدترین روش درمان اُتیسم / ملیکا بهروش



وزارت آموزش و پرورش
سازمان پژوهش و برنامه ریزی آموزشی
دفتر انتشارات کمک آموزشی

مدیر مسئول: محمد ناصری
سردبیر: ترکس نفر
مدیر داخلی: فرزانه اسلامی
هیئت تحریریه:
دکتر حسین سلیمی بجنستانی،
محمود اوحدی، مهدی حاج اسماعیلی،
دکتر محمدحسین سالاری فر
دکتر مجید یوسفی لویه
ویراستار: افسانه طباطبایی
طراح گرافیک: علیرضا پورحنیفه
نشانی دفتر مجله:
تهران، ایرانشهر شمالی، پلاک ۲۶۶
صندوق پستی ۱۵۸۷۵/۶۵۸۵
تلفن ۹ - ۸۸۸۳۱۱۶۱ - ۲۱ (داخلی ۳۲۴)
نمبر: ۸۸۴۹۰۱۰۹

وبگاه: www.roshdmag.ir

پيام نگار: moshaveremadrese@roshdmag.ir

تلفن پیام گیر نشریات رشد: ۸۸۲۰۱۴۸۲

کد مدیر مسئول: ۱۰۲

کد دفتر مجله: ۱۱۳

کد مشترکین: ۱۱۴

تلفن امور مشترکین:

۷۳۳۶۶۵۵ و ۷۳۳۶۶۵۶ - ۲۱

شمارگان: ۱۷۵۰۰ نسخه

چاپ: شرکت افست (سهامی عام)

● قابل توجه نویسندگان و مترجمان:

- مقاله‌هایی که برای درج در مجله می‌فرستید، باید با اهداف و رویکردهای آموزشی تربیتی فرهنگی این مجله مرتبط باشند و نباید قبلاً در جای دیگری چاپ شده باشند. ● مقاله‌های ترجمه شده باید با متن اصلی همخوانی داشته باشند و متن اصلی نیز همراه آن باشند. چنانچه مقاله را خلاصه می‌کنید، این موضوع را قید بفرمایید.
- مقاله یک خط در میان، در یک روی کاغذ و با خط خوانا نوشته یا تایپ شود. مقاله‌ها می‌توانند با نرم افزار word و بر روی CD و یا از طریق رایانامه مجله ارسال شوند.
- نثر مقاله باید روان و از نظر دستور زبان فارسی درست باشد و در انتخاب واژه‌های علمی و فنی دقت لازم مبذول شود.
- محل قرار دادن جدول‌ها، شکل‌ها و عکس‌ها در متن مشخص شود.
- مقاله باید دارای چکیده باشد و در آن هدف‌ها و پیام نوشتار در چند سطر تنظیم شود.
- کلمات حاوی مفاهیم نمایه (کلید واژه‌ها) از متن استخراج و روی صفحه‌ای جداگانه نوشته شوند.
- مقاله باید دارای تیتر اصلی، تیترهای فرعی در متن و سوتیتر باشد.
- معرفی‌نامه‌ی کوتاهی از نویسنده یا مترجم همراه یک قطعه عکس، عناوین و آثار وی پیوست شود.
- مجله در رد، قبول، ویرایش و تلخیص مقاله‌های رسیده مختار است.
- مقالات دریافتی بازگردانده نمی‌شود.
- آرای مندرج در مقاله ضرورتاً مبین رأی و نظر مسئولان مجله نیست.



سرمقاله

فصل اول دو پادشاه دیپلمات

در سرمقاله پیشین از تغییر و ضرورت و اهمیت آن صحبت کردیم و مهم‌ترین و بارزترین تغییرات را تغییر خود در نظر گرفتیم. نیز گفتیم که برای ما مشاوران ضروری است که به‌طور مرتب به خودکاو و بازبینی خویش پردازیم و به تغییر خود بیندیشیم تا هم به عنوان یک انسان به شرایطی مطلوب دست یابیم و هم در جهت انجام‌دادن وظیفه خطیری که برعهده داریم، بتوانیم شرایط تغییر و تحول را در مراجعانمان (اعم از دانش‌آموزان، والدین، همکاران و...) فراهم آوریم.

در حقیقت، نقش ما مشاوران در اصلاح فرهنگ رفتاری، افکار، شناخت‌ها و... بسیار برجسته است.

از سویی، اساس اعزاز پیامبران الهی نیز همین اصلاح بشر بوده است تا بدین واسطه، موانع کمال‌خواهی فطری از میان برداشته شود. با طرح این مسئله، به موضوع فصل تابستان و فرصت مناسبی که این فصل برای ما مشاوران ایجاد می‌کند، می‌پردازیم و از اوقات فراغتی سخن می‌گوییم که می‌تواند گشاینده دریچه‌های درون‌کاو و تغییر به روی خود ما باشد. در این فصل مدارس و دانشگاه‌ها تعطیل می‌شوند و ما تقریباً خودمان هستیم و خودمان و خلوتی که با بال گشودن در آن، می‌توانیم تجدیدقوایی کنیم، به خودکاو پردازیم و ان‌شاء... با بهسازی و ارتقای خویش تا برای فعالیت مجدد آماده شویم.

به‌طور معمول، وقتی کتاب‌های مشاوره، روان‌درمانی و روان‌شناسی را ورق می‌زنیم و مطالعه می‌کنیم، و زمانی که صحبت از مشاوره به میان می‌آید و هنگامی که مسائل اخلاقی و حرفه‌ای مطرح می‌شود، اغلب سخن از مراجع، درمان‌جو، دانش‌آموز و... است و اینکه در رابطه با آنان چگونه عمل کنیم که اخلاقی و حرفه‌ای و علمی باشد. حتی زمانی که از ویژگی‌های مشاور سخن به میان می‌آید، بیشتر بُعد حرفه‌ای و شغلی او مورد توجه قرار می‌گیرد. همه این‌ها بیانگر آن است که ما مشاوران را اغلب از دریچه هویت شغلی‌مان می‌بینند و البته نگرش و نگاه خود ما مشاوران نیز بیشتر همین‌طور است اما به‌راستی اگر قرار است من مشاور چنین مسئولیت سنگینی داشته باشم، آیا لازم نیست پیش از هر عملی به بازنگری و بازبینی خود پردازم؟

من به عنوان یک انسان چه درکی از خود دارم و این درک تا چه حد روشن است؟ آیا تصویر مثبتی از خود دارم؟ آیا بین آنچه هستم (خود واقعی) و آنچه می‌خواهم باشم (خود آرمانی) تطابق و هماهنگی وجود دارد؟ آیا بین آنچه دیگران در مورد من فکر می‌کنند یا استنباطی که از من دارند (انعکاس نگاه دیگران) و آنچه واقعاً هستم، همخوانی هست؟ آیا اصولاً از خود رضایت دارم و اگر دارم، در چه زمینه‌هایی؟ نسبت به چه مسائلی احساس ناخوشایندی دارم؟ به عنوان یک فرد، چه مسئولیت‌ها و نقش‌هایی برعهده دارم؟ کدام نقش من برجسته‌تر و پررنگ‌تر و کدام کم‌رنگ‌تر و ضعیف‌تر است؟ چگونه به این شرایط رسیده‌ام؟ شکاف‌ها و خلأهای شخصیتی و ذهنی من کجا هستند؟

باید شکاف‌های خود را بیابیم و ببینیم چگونه می‌توانم آن‌ها را از میان بردارم. باید بتوانم نقش‌های مختلف خود را ببینم و آن‌ها را از هم متمایز کنم اما برای انجام دادن چنین کاری، لازم است اطلاعاتم را در زمینه‌های مختلف افزایش دهم، دست‌بندی کنم و سپس به توصیف و تبیین هر نقش برای خودم پردازم. اصولاً هر چه توجه ما به خودمان بیشتر باشد و بتوانیم چرایی‌های رفتارمان را بشناسیم و محدودیت‌ها و توانمندی‌هایمان را بشناسیم، بهتر می‌توانیم شکاف‌هایمان را حل کنیم، محدودیت‌ها را کاهش دهیم و از فشار آن‌ها رهایی یابیم. برای پرداختن به چنین مواردی، لازم است به خودکاو یا واکاوی در خود پردازیم.

خودکاو یعنی اینکه ببینم در ذهنمان چه می‌گذرد، به چه چیزهایی فکر می‌کنیم، حتی اینکه دغدغه‌های ما چه چیزهایی هستند، در مورد باورهای خود چه می‌دانیم، شناخت‌هایمان چگونه‌اند و در کجاها منفی و غیرمنطقی هستند. آیا این افکار، افکاری هستند که خود با بینش و بصیرت به آن‌ها رسیده‌ایم یا صرفاً براساس آنچه گفته‌اند و شنیده‌ایم، در ما شکل گرفته‌اند؟ آن‌ها را چقدر باید پردازش کنیم؟ چقدر نسبت به شناخت‌هایمان فرانشناخت داریم؟ چه قدر می‌توانیم آن‌ها را آسیب‌شناسی کنیم و به چه میزانی در بازسازی و بهسازی آن‌ها می‌کوشیم؟

معمولاً چه احساسات و هیجاناتی را تجربه می‌کنیم؟ آن‌ها را می‌شناسیم و درکشان می‌کنیم و می‌پذیریم. چقدر بین شناخت و هیجان خود تمایز قائل می‌شویم؟ چقدر بین هیجانات خود و هیجانات دیگران تفاوت می‌گذاریم؟ به عبارتی، چقدر تحت تأثیر هیجانات دیگران (اطرافیان، اطرافیان مهم زندگی خود، یعنی خانواده، دوستان و...) قرار می‌گیریم؟

نیازهای ما چه هستند و بر چه اساسی در ما ایجاد شده‌اند؟ انگیزه‌های ما کدام‌اند؟ افکار و استدلال‌ها و هیجانات ما در مورد این انگیزه‌ها کدام‌اند؟

مهم‌ترین اهداف و طرح‌های ما کدام‌اند؟ آیا برنامه‌ای برای تحقق بخشیدن به آن‌ها داریم؟ بین انگیزه‌ها و برنامه‌های ما چقدر همخوانی وجود دارد؟

انتظارات و خواسته‌هایمان چگونه‌اند و چگونه درباره آن‌ها عمل می‌کنیم؟

آیا مسیری که در آن گام برمی‌داریم با آنچه می‌خواهیم، هماهنگی دارد؟ و... ما مشاوران با این‌گونه چالش ایجاد کردن در مراجعان خود آن‌ها را به فکر وامی‌داریم تا جنبه‌های مختلف خودشان را به همخوانی برسانند.

و ان‌شاء... با خودکاو و به دنبال آن مراقبه‌های نفس خود، می‌توانیم شکاف‌های بین جنبه‌های مختلف خویش را حل کنیم تا به عنوان فردی اصیل‌تر، همخوان‌تر و توحید یافته‌تر شویم و در نهایت بتوانیم بهتر جریان پیدا کنیم. چرا که:

ذات نیافته از هستی‌بخش کی تواند که شود هستی‌بخش.

سردبیر



مدرسه، جاده بی انتها

گفت وگو با رامین لطافتی بريس

مشاور مدرسه

فرزانه اسلامی

کارشناس ارشد روان شناسی

رامین لطافتی بريس کارشناس مشاوره از دانشگاه علامه طباطبائی و کارشناس ارشد مشاوره خانواده از دانشگاه علوم بهزیستی تهران است. وی که بیش از ۱۳ سال در زمینه های مشاوره، پژوهش و تدریس تجربه دارد، تاکنون چندین مقاله به فصل نامه های مختلف ارائه داده که همه به چاپ رسیده اند. در چند همایش علمی داخلی نیز با ارائه مقاله شرکت داشته است. از جمله مقاله های او می توان به «ارتباط کارآمد در جلسه مشاوره و روان درمانی» و «راهکارهای ارتقای سلامت روان» اشاره کرد. آقای لطافتی همچنین در اجرای طرح ها و کارگاه های آموزشی فعال بوده و در سال ۱۳۸۳، رتبه نخست کشوری را در طرح الگوهای برتر تدریس احراز کرده است. او از سال ۱۳۸۳ در دانشگاه های آزاد اسلامی آستارا و دانشگاه پیام نور آن شهر تدریس کرده و مدرس آموزش معلمان و دوره های ضمن خدمت فرهنگیان و کلاس های آموزش خانواده مدارس شهرستان های تالش و آستارا بوده است.

رامین لطافتی مشاور و روان شناس مدارس و هسته مشاوره آموزش و پرورش آستارا، مشاور در دانشگاه آزاد اسلامی آستارا، مدیرمسئول مرکز مشاوره اندیشه در آن شهرستان و عضو سازمان نظام روان شناسی و مشاوره و انجمن مشاوران و روان شناسان ایران، است.



■ چه مدت است که به فعالیت مشاوره مشغول هستید؟

مدت ۱۳ سال است که مشاور مدرسه هستم و از سال ۱۳۸۳ با مجوز سازمان بهزیستی و بعداً سازمان نظام روان شناسی و مشاوره کشور در یک مرکز مشاوره خصوصی فعالیت می کنم.

■ مشاوره در مدرسه و مشاوره در مراکز مشاوره چه تفاوتی با

هم دارند؟

از نظر ارتباط با مراجعان، مشاور در مراکز مشاوره منتظر مراجع است؛ یعنی،

افراد به اراده خود به متخصص مراجعه می کنند و از او یاری می طلبند. در این حالت، مشاور شاید نتواند با سایر نزدیکان مراجع و افراد مرتبط با مشکل او ارتباط برقرار کند، که این مسئله در بسیاری موارد می تواند به کندشدن روند درمان بینجامد. اما در مدرسه، مشاور منتظر مراجع نمی ماند، بلکه به شیوه های مختلفی افراد نیازمند به خدمات مشاوره ای را پیدا می کند. این کار می تواند به شکل های گوناگونی صورت گیرد: از طریق ارتباط با معلمان، مشاهده دانش آموزان، بررسی پرونده های تحصیلی و تربیتی و مشاوره ای آنان، حضور در کلاس های راهنمایی، کلاس های آموزش خانواده و... ضمناً، نقش مشاور در مدرسه تنها نقش درمانی نیست، او علاوه بر ایفای نقش مشاوره ای و روان درمانی به دانش آموزان، برای «پیشگیری» و «رشد» نیز اهمیت خاصی قائل است؛ یعنی، با دانش آموزان سالم نیز از نظر روانی کار می کند، تا پیشگیری اولیه صورت گیرد یا بر ارتقا و رشد آن ها متمرکز شود. خلاصه، میدان کار و فعالیت در مدرسه برای مشاور خیلی وسیع است. فکر نمی کنم مشاور علاقه مند و متخصص در مدرسه وقتی برای سرخراندن داشته باشد. البته به شرط اینکه سایر کارکنان مدرسه، به ویژه مدیریت مدرسه، به کار مشاور ایمان داشته باشند و امکانات اولیه را در اختیار او قرار دهند.

■ یعنی همکاری عوامل مدرسه نیز لازم است؟

بله حتماً، مشاور در مدرسه می تواند به راحتی با همه سیستم تربیتی از جمله والدین و معلمان ارتباط نزدیکی داشته باشد که این امر به بهبودی و رشد دانش آموزان سرعت می بخشد.

■ آیا مشاوره در مدرسه و مشاوره در مراکز مشاوره نقاط مشترکی هم دارند؟

فرایند درمانی و مشاوره ای در این دو محیط تفاوتی با هم ندارند در هر دو، مشاور

از علم مشاوره و روان شناسی استفاده می کند. می توان گفت که مشاور هرچقدر بتواند فعالیت هایش را بر علم و اخلاق استوار کند، سرانجام کارش پیروزی و خرسندی بیشتری است. اما به طور کلی نقش مشاور در مراکز مشاوره بیشتر روان درمانگری است؛ در صورتی که مشاور در مدرسه بیشتر به راهنمایی (از جمله تحصیلی و شغلی) و مشاوره می پردازد.

■ تشخیص اولیه در مدرسه به عهده کیست؟ مشاور، معلم یا فرد دیگر؟

وقتی معلمان و سایر کارکنان مدرسه، دانش آموزی را ارجاع می دهند، یعنی تشخیص داده اند که این دانش آموز مشکل دارد اما این مشاور است که به طور حرفه ای تشخیص می دهد مشکل چیست و سیستم چگونه باید تغییر کند.

■ پس به این ترتیب می توان گفت معلم یا سایر عوامل مدرسه در می یابند که دانش آموز دچار «مشکل» است، اما تشخیص و نظر تخصصی را در نهایت مشاور می دهد. رابطه مشاور - مراجع را چگونه تبیین می کنید؟ اهمیت آن تا چه حد است؟

بنده در چندین سالی که مشاوره می کنم، فردی را سراغ ندارم که بدون ایجاد رابطه مشاوره ای بتوانم به او کمکی کرده باشم. مشاور تمام فنونش را بر ارتباط مشاوره ای اش سوار می کند. به نظر من باسوادترین مشاوران نیز، اگر توانایی ایجاد ارتباط حسنه با مراجعان را نداشته باشند، موفقیتشان اندک خواهد بود. مشاوره اثربخش یعنی شخصیت مشاور به علاوه مهارت های مشاوره. فرمول مشاوره روانی بر اهمیت شخصیت مشاور تأکید می کند.

■ به نظر می رسد که برقراری رابطه مؤثر مشاور - مراجع در پیشبرد فرایند درمان بسیار حائز اهمیت است.

بله، در واقع برداشت مراجع از شخصیت و طرز تفکر مشاور، بسیار مهم تر از نظریه ها و روش های مشاوره است. مراجعان بیشتر به شخصیت مشاوران علاقه مند می شوند و بیشتر تحت تأثیر آن قرار می گیرند. رابطه مشاور و مراجع اساس فرایند درمانگری و مشاوره است. اهمیت این مسئله تا آنجاست که راجرز آن را برای درمان کافی می داند و بسیاری از نظریه پردازان دیگر نیز وجود آن را شرط لازم برای درمان تلقی می کنند.

■ شما به عنوان مشاور مدرسه حضور و جایگاه خود را در مدرسه چگونه می بینید؟

مشاور علاقه مند آرامش دهنده مدرسه است. او مشاور مدیر و دانش آموز و معلم است و گره گشا و پیشگیری کننده از مشکلات است. او مشوق و دلگرم کننده کل سیستم تربیتی است. مشاوری که واقعا مشاور است، باید به کارش، به خودش و به انسانیت و نوع دوستی ایمان داشته باشد. در غیر این صورت، بود و نبودش در مدرسه هیچ فرقی نمی کند.

■ پس به نظر شما مشاور مدرسه صرفاً مشاور دانش آموزان نیست و می تواند به سایر عوامل مدرسه هم خدمات مشاوره ارائه کند. جایگاه مشاور مدرسه از دیدگاه دانش آموزان به چه صورت است؟

انسان ها نیازمند محبت، دوست داشتن و پذیرش اند. آن ها به سمت افراد مهربان و خیرخواه جذب می شوند. افرادی که بتوانند بدون قید و شرط دیگران را بپذیرند، طرفداران زیادی خواهند داشت. کسانی که بدون قضاوت کردن گوش دهند،

بیشتر مورد پذیرش قرار خواهند گرفت. حالا این افراد هر که باشند، در مدرسه جایگاهشان برتر است؛ چه مشاور و چه معلم. در بیشتر موارد دانش آموزان مشاوران را دوست دارند و آن ها را امین خود می دانند.

■ در واقع پذیرش بدون قید و شرط و اجتناب از قضاوت، مؤلفه هایی هستند که سبب اعتماد دانش آموزان به مشاور می شود. حالا این جایگاه از نظر مدیران و معلمان و دبیران چگونه است؟

به نظر من جایگاه مشاور و مشاوره، بیشتر به فعالیت و شخصیت مشاور بستگی دارد. مشاورانی که دلسوزانه تلاش می کنند، از سوی مسئولان مدرسه با استقبال روبه رو می شوند ولی افرادی که وقت خود را بی خود سپری می کنند، جایگاهی در دل مسئولان ندارند. با این همه، از نگاه بعضی مدیران و معلمان مشاور و مشاوره چیز مهمی نیست. این جور افراد مدعی هستند که خودشان نیز می توانند مشاوره کنند. روی هم رفته در مدارس ما نیز همانند جامعه، احساس نیاز به مشاوره به خوبی جانپافته است.

■ به طور کلی استقبال مدرسه به ویژه دانش آموزان از مشاوره چگونه است؟ آیا دانش آموزان نسبت به حضور مشاور در مدرسه احساس نیاز می کنند و آن را ضروری می دانند؟

باز هم نمی توان به طور مطلق قضاوت کرد. باید در این زمینه به تحقیقات انجام شده مراجعه شود ولی به طور کلی دانش آموزان به مشاورانی که در بین آن ها زندگی می کنند و در بیشتر موارد با آن ها هستند و دلسوزانه به راهنمایی آن ها می پردازند، بیشتر احساس نیاز دارند و از فعالیت های مشاوره ای شان استقبال می کنند. مراجع دوست دارد به او گوش داده شود و به دنبال فردی است که پذیرای او باشد و با او همدلی کند. لذا مسئله استقبال از مشاوره بیشتر بستگی به مدارس و مشاورانش دارد نه دانش آموزان.

■ کمی قبل در مورد اعتماد دانش آموزان به مشاور مدرسه اشاره ای

باز آموزی مشاوران مانند سایر معلمان تحت عنوان دوره های ضمن خدمت، به صورت مقطعی و سلیقه ای انجام می شود و شاید تناسبی با نیازهای مشاوران و دانش آموزان نداشته باشد



انتخاب رشته صحیح
و اصولی، زیربنای انتخاب
شغل در آینده است



داشتیم، اما می‌خواهیم بدانیم مشاور مدرسه چگونه می‌تواند میزان اعتماد دانش‌آموزان را نسبت به خودش و مشاوره بالا ببرد؛ به‌گونه‌ای که دانش‌آموزان بتوانند مسائلمان را با او در میان بگذارند؟ با دانش‌آموزان صادقانه برخورد کند و محرم راز آن‌ها باشد. دانش‌آموزان را بدون قید و شرط بپذیرد و به قضاوت و داوری درباره آن‌ها نپردازد، از وعظ و سخنرانی پرهیز کند، زود ارائه طریق نکند، خود واقعی‌اش باشد و به مراجعان خود فعالانه گوش فرادهد و اطلاعات علمی بالایی داشته باشد. خلاصه، نمونه و الگوی همان چیزی باشد که می‌گوید.

■ **نظر شما درباره میزان ساعاتی که برای مشاوره در مدرسه مشخص شده - یعنی ۲۴ ساعت در هفته - چیست؟ آیا این زمان کافی است؟**

به نظر من دانش‌آموزان در تمام روزهای هفته به مشاور نیاز دارند، آن‌ها باید بتوانند همیشه به مشاور دسترسی داشته باشند. حضور مشاور در تمام ایام هفته در مدرسه لازم است ولی این مسئله نباید به وابستگی دانش‌آموز به مشاور بینجامد. حضور مشاور در تمام روزها به این معنا نیست که حقوق و مزایای او ثابت بماند بلکه باید به ازای ساعات‌های اضافی که در مدرسه کار می‌کند، اضافه‌کاری دریافت نماید. ای کاش مسئولان محترم، بهترین و باسوادترین مشاوران و روان‌شناسان را در آموزش و پرورش جذب و بهترین مشاوران را به عنوان مدیران مدرسه انتخاب می‌کردند. بعضی از مسئولان ما انگار از یاد برده‌اند که بهترین راه ترقی و نجات کشور از بحران‌های روانی، اجتماعی و سیاسی... اقدام از طریق آموزش و پرورش است و آموزش و پرورش موفق است که مشاوران و معلمان آن کارآمدتر باشند.

■ **پس به این ترتیب، نقش آموزش و پرورش در پیشگیری و رفع بحران‌های مطرح‌جدی گرفته نمی‌شود. در این مورد، بی‌ارتباط نیست اگر بپرسیم، باز آموزی مشاوران به چه صورتی است؟ آیا این برنامه براساس فواصل زمانی معینی تنظیم شده است یا به مشکلات روز جامعه بستگی دارد؟**

باز آموزی مشاوران مانند سایر معلمان تحت عنوان

دوره‌های ضمن خدمت، به‌صورت مقطعی و سلیقه‌ای انجام می‌شود و شاید تناسبی با نیازهای مشاوران و دانش‌آموزان نداشته باشد ولی مانند اکثر کلاس‌های ضمن خدمت این دوره‌ها کافی نیستند. چرا که اکثر آن‌ها به‌طور مشارکتی و کارگاهی برگزار نمی‌شوند. از طرف دیگر، معیار مشاور کارآمد تنها داشتن اطلاعات و دانش زیاد نیست. بلکه شخصیت و نحوه برقراری ارتباط او حرف اول را می‌زند. شخصیت نیز اگر به همراه مهارت‌های تخصصی نباشد، بی‌فایده است. بنابراین، ما در آموزش مشاوران زمانی موفق خواهیم بود که ابتدا در امر گزینش آن‌ها موفق باشیم. البته این مسئله در مورد تمام شغل‌ها صدق می‌کند.

■ این خیلی عجیب است که باز آموزی مشاوران، با نیازهای مشاوران و دانش‌آموزان تناسبی ندارد و شاید بتوان گفت به نوعی رفع تکلیف است. بیشترین مشکلات دانش‌آموزان در چه زمینه‌هایی است؟

داشتن رابطه با غیرهم‌جنس، افت تحصیلی، نداشتن انگیزه تحصیلی، مشکلات داخل خانواده و ناامیدی به شغل آینده و بیکاری.

■ بسیار خوب، شاید بهتر باشد که مشکلات را در هر دوره تحصیلی بررسی

کنیم، مشاور مدرسه در دوره ابتدایی با چه مسائلی روبه‌روست؟ متأسفانه بیشتر مشاوران در دوره متوسطه مشغول به کارند و مشاوره در دوره ابتدایی بسیار کم‌رنگ است و تقریباً هیچ‌یک از مدارس ابتدایی ما مشاور ندارند؛ در صورتی که مقطع ابتدایی دوره پیشگیری اولیه است. اگر مشاوران و روان‌شناسان علاقه‌مند، در این مدارس به آموزش و راهنمایی اولیای دانش‌آموزان و معلمان بپردازند و بهتر از آن، معلمان محترم ابتدایی بیش از پیش اصول و فنون روان‌شناسی و مشاوره را در فعالیت‌های خود به کار گیرند، مدارس و به تبع آن جامعه ما از لحاظ بهداشت روان در وضعیت بهتری خواهد بود. به نظر من در حال حاضر، بهترین محل کار و فعالیت مشاوران در آموزش و پرورش، آموزشگاه‌های ابتدایی است موقعیتی که دسترسی به معلم، اولیا، دانش‌آموز، به راحتی میسر است و در اغلب موارد تمایل به همکاری دارند.

■ نظر شما درباره مشاوره در دوره راهنمایی چیست؟ آیا مشکلات دانش‌آموزان راهنمایی در دوره قبل حل شده یا اینکه آن‌ها باید منتظر بمانند تا در دوره دبیرستان به مسائلشان رسیدگی شود؟

به نظر می‌رسد که در بسیاری از موارد، مشکلات دانش‌آموزان در دوره ابتدایی حل و فصل نمی‌شود و مشکلات آن‌ها نه تنها به دوره راهنمایی و دبیرستان، بلکه به سنین بزرگسالی و زندگی خانوادگی و اجتماعی‌شان نیز منتقل می‌گردد. علت اصلی بسیاری از مشکلات جامعه ما از نظر سلامت روانی و اجتماعی این است که در دوره ابتدایی و راهنمایی نتوانسته‌ایم پایه‌های آموزش خواندن و نوشتن و حساب کردن به دانش‌آموزانمان، الفبای سلامت روان و زندگی اجتماعی را نیز بیاموزیم. لذا مطمئناً با توجه به اینکه دوره راهنمایی دوره انتقال دانش‌آموز از سنین کودکی به سنین نوجوانی و بلوغ است و شناخت استعدادها و رغبت‌ها و به‌طور کلی خودشناسی اهمیت شایانی دارد، مشاوره و راهنمایی در این دوره الزامی است.

■ حالا که الزام مشاوره در دوره راهنمایی جدی گرفته نشده است، تکلیف چیست؟

راه‌حل این است که به معلمان ابتدایی و راهنمایی، آموزش روان‌شناسی و مشاوره بدهیم؛ البته به شرطی که آن‌ها به آموخته‌های خود ایمان قلبی داشته باشند.

■ نظر شما درباره این جمله چیست؟ «افت تحصیلی پدیده‌ای شایع در آغاز دوره‌های راهنمایی و دبیرستان است.»

واقعاً درست است. افت تحصیلی در دوره‌های راهنمایی و متوسطه و به‌خصوص در اوایل آن بسیار شایع است.

■ به‌طور کلی، آیا برای افت تحصیلی دانش‌آموزان در دوره‌های آموزشی برنامه خاصی وجود دارد؟

برای بیشتر مشکلات بشر راه‌حل وجود دارد. به شرط این که این مشکلات برای همین بشر مهم باشد و حل و فصل آن‌ها نیز به افراد کارشناس و علمی سپرده شود. برای افت تحصیلی نیز راه‌حل‌های گوناگونی پیشنهاد داده‌اند؛ از جمله کار روی انگیزه تحصیلی دانش‌آموزان، امیدوار کردن دانش‌آموزان به وجود اشتغال در آینده و احساس نیاز به مدرک تحصیلی و علم و دانش. استفاده معلمان از روش‌های آموزشی نوین و کنار گذاشتن روش‌های آموزشی منسوخ سنتی، متحول شدن روش‌های اندازه‌گیری آموزشی، کاهش دادن تعداد دانش‌آموزان در کلاس‌های درس، افزایش امکانات آموزشی معلمان، رسیدگی بیشتر به وضعیت معیشتی معلمان و در سطح گسترده‌تر، مبارزه با فقر و تبعیض در جامعه.

■ برنامه شما در پرداختن و رسیدگی به وضعیت تحصیلی

اگر دانش‌آموزان واقعاً موفق شوند رشته تحصیلی متناسب با استعداد، علاقه و نیاز بازار کار را انتخاب کنند، در آینده به احتمال زیاد در انتخاب شغل نیز موفق خواهند بود





دانش آموزان چیست؟

انجام مشاوره‌های فردی و گروهی با خود دانش‌آموزان و در صورت نیاز با اولیای آن‌ها، تشکیل شورای تربیتی و تحصیلی مدرسه و بحث و گفت‌وگو با معلمان، شرکت‌دادن دانش‌آموزان در بحث‌های گروهی و ایجاد ارتباط صمیمانه با آن‌ها.

■ با توجه به موضوع انتخاب رشته در سال اول دبیرستان، فعالیت‌های شما در این حوزه چگونه است؟

در طول سال اول دبیرستان، یعنی از همان ورود دانش‌آموزان به سال اول، در زمینه اهمیت انتخاب رشته دبیرستان با آن‌ها

حرف می‌زنم و اهمیت استعداد و رغبت تحصیلی را برای آن‌ها تبیین می‌کنم و در حد امکان آن‌ها را با علایق و استعدادهایشان آشنا می‌سازم. رشته‌های دانشگاهی را نیز به فراخور ظرفیت آن‌ها معرفی می‌کنم. هفته مشاور یکی از روش‌های مطلوب در این زمینه است. آزمون‌های هوش و استعداد را به‌درستی اجرا و نمره‌گذاری کرده و فرم‌های مربوطه را نیز به‌دقت

بررسی می‌کنم. پس از آماده شدن برگه هدایت تحصیلی، بعد از مشاوره با دانش‌آموز و اولیای آن‌ها، آن‌را تحویلشان می‌دهم و تشویقشان می‌کنم رشته‌ای را انتخاب کنند که احتمال موفقیتشان در دبیرستان و دانشگاه در آن زیاد باشد و صرفاً با توجه به پرستیژ رشته و علاقه خود مبادرت به انتخاب رشته نکنند. آن‌ها را به مشورت با دانش‌آموزان رشته‌های مختلف ترغیب می‌کنم و نتایج گفت‌وگوهایشان را به‌طور گروهی جمع‌بندی می‌نمایم.

■ در حقیقت، واقعیت موجود را به دقت بررسی می‌کنید و به

شکلی تخصصی نتایج را ارائه می‌کنید و ضمناً آن‌ها را دعوت به پذیرش واقعیت می‌کنید، بسیار خوب، به‌طور کلی برنامه شما درباره انتخاب رشته و انتخاب شغل چیست؟

انتخاب رشته صحیح و اصولی، زیربنای انتخاب شغل در آینده است. اگر دانش‌آموزان واقعاً موفق شوند رشته تحصیلی متناسب با استعداد، علاقه و نیاز بازار کار را انتخاب کنند، در آینده به احتمال زیاد در انتخاب شغل نیز موفق خواهند بود. البته در مورد کسانی که تمایلی به ادامه تحصیل ندارند، روند کار متفاوت است.

■ پس به نظر شما در انتخاب رشته و البته

شغل باید به استعداد، علاقه و البته نیاز جامعه توجه کافی شود.

در مورد تنظیم پرونده‌های تحصیلی برای دانش‌آموزان چه نظری دارید؟ آیا «رسیدگی به وضعیت مراجعان» و «نوشتن پرونده‌های تحصیلی» به موازات هم پیش می‌روند یا ترجیحی در این موقعیت وجود دارد؟

تشکیل پرونده مشاوره‌ای و تحصیلی برای دانش‌آموزان الزامی است؛ به‌شرط اینکه اطلاعات مورد نیاز به‌درستی ثبت گردد و به‌کار گرفته شود. به‌نظر می‌رسد که ثبت و نوشتن پرونده مشاوره‌ای به‌خوبی صورت نمی‌گیرد و واقعا هم اگر مشاور همه فعالیت‌هایش را در پرونده ثبت کند، تمام اوقاتش گرفته خواهد شد. کمک به دانش‌آموز در مقایسه با نوشتن پرونده‌هایی که شاید هیچ‌وقت به درد کسی نخورد، خیلی ترجیح دارد.

■ با توجه به اینکه نوجوانان در دوره دبیرستان با شاخص رشدی

کمک به دانش‌آموز در مقایسه با نوشتن پرونده‌هایی که شاید هیچ‌وقت به درد کسی نخورد، خیلی ترجیح دارد

بحران هویت روبه‌رو هستند و بخصوص تحول و دگرگونی زیادی در نظام اعتقادی خود تجربه می‌کنند، مشاور مدرسه چگونه به مسائل معنوی و اعتقادی دانش‌آموزان دبیرستانی می‌پردازد؟

مشاور همه‌کاره مدرسه نیست و به تنهایی هم کاری از دستش برنمی‌آید. راهنمایی یک مسئله جمعی است. لذا برای موفقیت در این امر

مهم همه‌ارکان تعلیم و تربیت در آموزشگاه و خانواده باید

همکاری داشته باشند. بهداشت روان دانش‌آموزان در

مدرسه در درجه اول به معلمان آن‌ها بستگی دارد؛ چرا

که بیشتر وقت‌ها، معلمان هستند که با دانش‌آموزان

ارتباط دارند و مشاور، خدمات مشاوره‌ای خود را به

معلمان و دانش‌آموزان و سایر کارکنان مدرسه در جهت

بهداشت روانی دانش‌آموزان ارائه می‌دهد. لذا معلمان با

تمسک به اعتقادات مذهبی خود و اصول و فنون علم

روان‌شناسی و مشاوره، لازم است به راهنمایی دانش‌آموزان

در زمینه‌های مختلف بپردازند و در صورت نیاز، دانش‌آموزان را به

مشاور ارجاع دهند. مشاور نیز به نوبه خود، کارهای زیادی می‌تواند

انجام دهد: برگزاری جلسات پرسش و پاسخ و دعوت از صاحب‌نظران،

تشکیل جلسات راهنمایی و مشاوره گروهی و فردی برای دانش‌آموزان

علاقه‌مند و راه‌اندازی صندوق مشاور و ایمیل مدرسه.

■ پس بهتر است که انتظار واقع‌بینانه از مشاوره در مدرسه

داشته باشیم و باور کنیم که بسیاری از مسائل موجود با همکاری

تمام عوامل مدرسه حل خواهد شد. برنامه شما برای دانش‌آموزانی

که کنکور دارند، چیست؟

برنامه‌ریزی کنکور سراسری، رسماً از سال دوم دبیرستان شروع می‌شود.

دانش‌آموزان باید از سال دوم برنامه‌ریزی کنند و با کنکور سراسری

آشنا شوند. آموزش روش‌های مطالعه منظم و برنامه‌ریزی شده، معرفی

کتاب‌های کمک‌آموزشی و نحوه استفاده از کتاب‌های تستی و تشکیل

جلسات رفع اشکال و مدیریت خود و زمان و مدیریت جلسه کنکور،

از جمله کارهایی است که با دانش‌آموزان انجام می‌شود. دانش‌آموزان

باید بیاموزند که در کلاس درس یاد بگیرند

و نکته‌برداری کنند و این نکته‌ها را در

منزل تکمیل نمایند. دانش‌آموزان باید

طوری راهنمایی شوند که در اول مهر

سال چهارم، کتاب‌های دوم و سوم را

به اتمام رسانده و تست‌های مربوطه را

نیز تمرین کرده باشند. در سال چهارم

نیز فقط روی چهارم تمرکز کنند و

بعد از عید تنها به مرور و تمرین

بپردازند.

■ بهانه خوبی شد برای طرح این

سؤال که آیا برای تعطیلات نوروز دانش‌آموزان سال چهارم برنامه

خاصی دارید؟

تمرین و مرور مطالب مطالعه شده قبلی، خلاصه‌ها و نکته‌های

یادداشت‌شده، کار روی تست‌های استاندارد و مطالب مشکل‌داری که

هنگام مطالعه آن‌ها را علامت‌گذاری کرده‌اند.

■ شما به‌طور کلی در طول خدمتتان در آموزش و پرورش تأثیرگذاری

خود را بر دانش‌آموزان در زمینه مشاوره چگونه می‌بینید؟

معتقدم که در طول چندین سال خدمت در سمت مشاور، در مدرسه و

در هسته مشاوره آموزش و پرورش، برای خیلی از خانواده‌ها و دانش‌آموزان

عزیز مفید واقع شده و توانسته‌ام مشکلات خیلی‌ها را با کمک خودشان

حل و فصل کنم و در جاهایی نیز افرادی را به استادان خودم ارجاع دادم و از خداوند مهربان نیز خیلی شاکرم که در این امر انسان‌دوستانه خیلی کمک کرده است.

■ آیا برنامه‌ای برای آموزش والدین در نظر دارید؟ این برنامه به چه صورت است؟

آموزش والدین یکی از بهترین روش‌های ارتقای

بهداشت روانی دانش‌آموزان و به تبع آن،

خانواده‌ها و جامعه است. بهترین نوع تغییر،

زمانی شکل می‌گیرد که سیستم تغییر کند.

برای بهبود وضعیت روانی دانش‌آموزان، ابتدا

لازم است وضعیت روانی - اجتماعی والدین با

سرپرست‌های آن‌ها بهبود یابد. لذا آموزش این

افراد اهمیت زیادی دارد و در آموزش آن‌ها باید

از روش‌های نوین استفاده شود. لازم است آن‌ها در

آموزش، نقش فعالی داشته باشند؛ بیشتر از همدیگر یاد بگیرند و در زمینه

تربیت فرزندانشان زیاد احساس گناه و تقصیر نکنند. طوری برنامه‌ریزی

شود که تمامی والدین بتوانند در هر مقطع تحصیلی فرزندانشان، حداقل

در یک دوره پنج جلسه‌ای کلاس آموزش خانواده شرکت فعال داشته

باشند و گواهی‌نامه مربوطه را اخذ کنند. از سوی آموزش و پرورش نیز

برنامه و هزینه تعریف شده‌ای برای آموزش خانواده در نظر گرفته شود،

مدارس در مورد برگزاری این کلاس‌ها جدی عمل کنند و روند اجرای

این برنامه مورد ارزیابی و نظارت قرار گیرد.

■ روند شکل‌گیری مشاوره در مدرسه را از آغاز تا اکنون چگونه

می‌بینید؟ ضعف‌ها و قوت‌های آن کدام‌اند؟

به کارگیری مشاوران در مدارس کشورمان گام مهمی در کمک به

دانش‌آموزان به‌شمار می‌رود، ولی متأسفانه از زمان شکل‌گیری آن

تاکنون، در جذب مشاوران متخصص کاملاً موفق نبوده‌ایم. در ابتدا،

بیشتر مشاوران از رشته‌های غیرروان‌شناسی و مشاوره به‌کار گرفته

شدند و بعدها نیز ظاهراً رشته‌های مرتبط وارد سیستم آموزشی کشور

شدند، ولی شخصیت مشاوره‌ای آن‌ها به اندازه سواد

و مهارت‌های حرفه‌ایشان مورد توجه واقع نشد.

لذا این مسئله آسیب‌های مختلفی به علم و نام

مشاوره و دانش‌آموزان وارد کرد که امیدواریم

شاهد تکرار این تجارب تلخ در حال و آینده

نباشیم. همچنین در ابتدای شکل‌گیری مشاوره

در مدارس، اعتقاد چندانی به مشاوره و علم

روان‌شناسی نبود و استقبال چندانی نیز از آن

نمی‌شد ولی رفته‌رفته وضعیت بهتر می‌شود.

■ ظاهراً اکنون هم با جذب مشاورانی که در

رشته غیرمرتبط تحصیل کرده‌اند، روبه‌رو هستیم.

و سخن پایانی؟

و سخن آخر این که مسئولیت تأمین بهداشت روانی دانش‌آموزان

صرفاً وظیفه مشاور نیست. بلکه تمام کسانی که در مدرسه فعالیت

دارند عهده‌دار انجام این وظیفه خطیرند. کلیه کارکنان مدرسه باید با

دانش‌آموزان روابط مطلوب و سازنده برقرار کنند و خدمات مشاوره‌ای

نیز تنها به دانش‌آموزان محدود نمی‌شود، بلکه معلمان و سایر کارکنان

مدرسه نیز جهت یاری‌رسانی بیشتر و بهتر به دانش‌آموزان، لازم است از

خدمات مشاوره‌ای و روان‌شناختی مشاور بهره‌مند شوند و از علم و تجربه

او استفاده کنند و هر دو در صورت نیاز، دانش‌آموزان را ارجاع دهند: معلم

به مشاور مدرسه و مشاور مدرسه به افراد ماهرتر از خود.

بهترین نوع تغییر، زمانی شکل می‌گیرد که سیستم تغییر کند

دانش‌آموزان باید، طوری راهنمایی شوند که در اول مهر سال چهارم، کتاب‌های دوم و سوم را به اتمام رسانده و تست‌های مربوطه را نیز تمرین کرده باشند. در سال چهارم نیز فقط روی چهارم تمرکز کنند و بعد از عید تنها به مرور و تمرین بپردازند



مقاله

نظریهٔ اندخواب واقعیت‌درمانی

فرایندی با تأکید بر انتخاب، مسئولیت‌پذیری و ارزیابی شخصی

دکتر علی صاحبی

اشاره

در بخش اول مقاله به ابعاد رفتار کلی یعنی عمل کردن، فکر کردن، احساس کردن، آزادی و بعد فیزیولوژی پرداخته، همچنین نیازهای اصلی و تعیین کننده رفتار شامل بقا، عشق، قدرت، آزادی و تفریح را معرفی کردیم. در این شماره جنبه‌ای دیگر از این نظریه را پی می‌گیریم.

بخش دوم

کلیدواژه‌ها: انتخاب، قضاوت، تعهد، مسئولیت‌پذیری، واقعیت.

اهداف واقعیت‌درمانی

در مشاوره براساس واقعیت‌درمانی، قواعد سفت و سختی وجود ندارد. با این حال، مشاوران همیشه باید برای آن‌چه انجام می‌دهند، دلایل روشنی براساس تئوری انتخاب داشته باشند. گلسر (۱۹۸۴ا) از تمام مشاوران به‌عنوان معلمان تقدیر می‌کند. تمام اهداف مشاوران واقعیت‌درمانی، آموزش مراجعان در این جهت است که چگونه کنترل زندگی خود را به‌طور مؤثری به دست بگیرند.

مشاورهٔ واقعیت‌درمانی شامل اهداف تخصصی‌تر زیر است:

➤ مشاوران واقعیت‌درمانی تلاش می‌کنند چهارچوب کلی تئوری انتخاب را برای درک رفتارهای مراجع به او آموزش دهند.

➤ دستیابی به اهداف و خواسته‌ها با بالا بردن آگاهی مراجعان از رفتارهای انتخابی‌شان و این‌که چطور جهان اطرافشان را به واسطهٔ آن رفتارهای انتخابی کنترل می‌کنند یا قصد کنترل آن را دارند.

➤ افزایش حس مسئولیت‌پذیری مراجعان برای اقدام به انتخاب‌هایی که برایشان نتیجهٔ مطلوبی در پی داشته باشد.

➤ به مراجعان آموزش داده می‌شود که آن‌ها دیگر قربانیان شکست‌های قبلی خود یا انتخاب‌هایی که پیش از این انجام داده‌اند، نیستند.

➤ به مراجعان کمک می‌شود تا نیازهای اساسی خود شامل نیازهای

مربوط به بقا، عشق و احساس تعلق، قدرت ارزشمندی، آزادی و تفریح و لزوم ارضای مؤثر آن‌ها را درک کنند.

➤ حمایت از مراجعان برای ایجاد تصاویر ذهنی واقعی از آن‌چه می‌تواند نیازهای اساسی‌شان را برآورده کند.

➤ آموزش مراجعان در ارزیابی میزان مؤثر بودن رفتار کلی‌شان درخصوص این‌که «چه می‌خواهند» و برای به‌دست آوردن آن‌چه می‌کنند، و در صورت لزوم هدایت آن‌ها به سمت انتخاب رفتارهای متفاوت.

➤ همکاری با مراجعان در اجرا و پیشبرد رفتارهایی خاص که به آن‌ها کمک کند نیازهایشان را در زمان حال و آینده به‌طور مؤثر رفع کنند.

➤ آموزش روش‌های رهایی و اجتناب از رفتارهای کنترل‌گر و منفی دیگران و نسبت به دیگران.

به‌کارگیری واقعیت‌درمانی شامل ۸ مرحله است:

۱. توجه به مهم‌ترین جنبه‌های عمومی و زیربنایی آن‌چه در تمام انواع رویکردهای مشاوره وجود دارد: یعنی برقرار کردن ارتباطی خوب با مراجعه‌کننده. گلسر به این اولین قدم با عنوان تعامل مؤثر با افرادی که با آنها مشاوره می‌کنیم، اشاره می‌کند. ایجاد رابطه‌ای روشن و صادقانه، ضروری است. مثلاً در هر قدم از مشاوره با فرد، هدف مهم باید ایجاد جو اعتمادی باشد که مراجع در آن در ابراز ترس‌های درونی، نگرانی‌ها و دلوپسی‌هایش، احساس راحتی داشته باشد.



۷. آموزش پیامدهای منطقی و اجتناب‌ناپذیر رفتارها به مراجعان؛ به مراجعان آموخته می‌شود که هر عمل و تصمیمی در این جهان پیامدهای خاص خود را دارد. برای مثال، کودکان باید بیاموزند که کسب نکردن نمره قبولی در امتحان پیامد طبیعی مطالعه نکردن آن‌هاست. لذا پیامدها مسلماً به دنبال رفتارهایمان خواهند آمد و نمی‌توانیم آن‌ها را حذف کنیم.

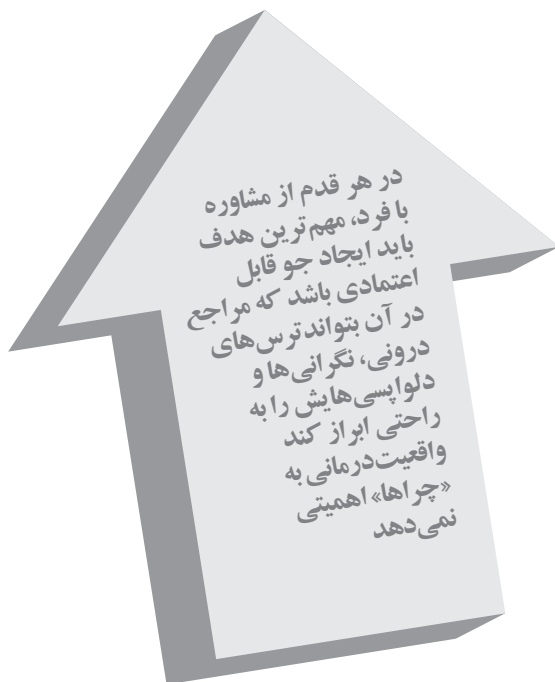
۸. تأکید بر دلسرد و ناامید نشدن مشاور؛ یکی از افتخارات مشاوران واقعیت‌درمانی این است که آن‌ها هرگز تسلیم نمی‌شوند و دست از کار نمی‌کشند. تا زمانی که مراجع به مشاوره ادامه می‌دهد، مشاور همچنان امیدوار به تغییر مثبت است. در واقعیت‌درمانی دو مفهوم کلی وجود دارد: «واقعیت» و «مسئولیت‌پذیری».

واقعیت را به طور کلی توانایی گرایش به پذیرش پیامدهای منطقی و طبیعی رفتار یک شخص تعریف می‌کنند. زمانی که ما از پیامدهای رفتار و تصمیماتمان سر باز می‌زنیم، در عمل واقعیت را تکذیب می‌کنیم و مستعد آن هستیم که از روی بی‌مسئولیتی عمل نماییم.

مسئولیت‌پذیری، توانایی مواجه شدن با نیازهای فردی به صورتی است که برای رفع نیازهای خود، مانع رفع نیازهای دیگران نشویم.

در واقعیت‌درمانی ۶ سؤال زیر به ترتیب مطرح می‌شوند:

۱. چه می‌خواهید؟
۲. برای به دست آوردن آن چه کاری انجام می‌دهید؟
۳. آیا با کاری که انجام می‌دهید، چیزی را که می‌خواهید، به دست می‌آورید؟
۴. اگر این‌طور نیست، آیا کار دیگری هست که بتوانید انجام دهید؟ چه انتخاب‌های دیگری دارید؟
۵. کدام راهکار را دوست دارید اول انجام بدهید؟
۶. چه موقع می‌خواهید دست به عمل بزنید تا به خواسته خود برسید؟ طرح‌تان برای آن چیست؟



۲. بررسی نمونه‌هایی از رفتارهای کنونی فرد بدون قضاوت، سرزنش یا انتقاد.

۳. کمک کردن به فرد جهت ارزیابی اقدامات و رفتارهای کنونی خودش: این که زندگی‌اش چگونه در جریان است و این که او چگونه می‌تواند به خودش کمک کند. به عبارت دیگر، آیا رفتار کنونی او می‌تواند در به دست آوردن آن چه می‌خواهد، کمکش کند؟ اگر نه، این فرصت پیش می‌آید که پرسیده شود: آیا مایلی آن چه را انجام می‌دهی، تغییر دهی؟

۴. در این مرحله مشاور و مراجع شروع می‌کنند به بررسی بدیل یا جایگزین‌های احتمالی برای پر کردن جای خالی آن چه مراجع می‌خواهد از زندگی‌اش خارج کند. این فرایند ممکن است نوعی آشفتنگی فکری به دنبال داشته باشد. در چنین شرایطی از مراجع خواسته می‌شود تا آن چه نیازهایش را بهتر برآورده می‌کند، تشخیص دهد.

۵. انتخاب جایگزین‌هایی برای دستیابی به اهداف مراجع؛ در این مرحله، مراجع به آزمودن جایگزین‌ها متعهد می‌شود. فرایند کلیدی در مشاوره با مراجعان کمک به آن‌ها در ایجاد تعهد است. وقتی آن‌ها قادر می‌شوند تعهدات فعلی را به انجام برسانند، مشاوران بیشتر می‌توانند آن‌ها را به سمت موفقیت سوق دهند. برای انجام این کار در ابتدا از مراجعان خواسته می‌شود که یک سری تعهدات ساده ولی مرتبط با آن چه می‌خواهند جایگزین کنند- به گونه‌ای که بتوانند در آن‌ها به موفقیت دست یابند- ایجاد کرده و از آن‌ها به عنوان پایه‌ای برای مراحل بعدی استفاده کنند.

۶. در این مرحله مشاور و مراجع نتایج به دست آمده از تعهدات را بررسی می‌کنند؛ مراجعان اغلب می‌گویند: «من تعهد کردم تکالیفم را انجام دهم اما تعهدم را به انجام نرساندم»، و شروع می‌کنند به برشمردن فهرستی از دلایلی که سبب ناموفق بودن آن‌ها در انجام تعهدشان شده است. واقعیت‌درمانی به «چراها» اهمیتی نمی‌دهد. در این موارد، مشاور و مراجع تعهدات جدیدی را تدوین می‌کنند؛ به گونه‌ای که مراجع بتواند از عهده آن‌ها برآید. مشاور عذرهای مراجع را در انجام ندادن تعهداتی که خود ایجاد کرده بود، نمی‌پذیرد. معمولاً عذر و دلیل آوردن‌ها به خاطر دوری از تنبیه است. وقتی افراد یاد بگیرند که به خاطر تعهداتی که انجام داده‌اند یا شرح دادن کارهایی که برخلاف تعهداتشان انجام داده‌اند تنبیه نخواهند شد، به عذر و بهانه آوردن هم نیازی نخواهند داشت.

مشاور عذرهای مراجع
را در انجام ندادن
تعهداتی که خود ایجاد
کرده بود، نمی پذیرد

تمرکز کرده و در مورد آن‌ها سر صحبت را باز می‌کند. مشاور به جای پرسیدن این که «چرا از مواد مخدر استفاده می‌کنی؟ می‌پرسی: آخرین باری که اوقات خوشی داشتی، بدون این که در دسری به وجود بیاید یا از مواد مخدر استفاده کنی، کی بود؟»

در فرایند مشاوره‌های خانواده معمولاً روی یکی از اعضای خانواده به عنوان «مشکل اصلی» تمرکز بیشتری می‌شود. در حالی که در واقعیت درمانی گاه مشاور تمرکز جلسه را بر رفتار دیگر اعضای خانواده می‌گذارد یا حتی جلساتی را فقط با سایر اعضای خانواده برگزار می‌کند؛ بدون آن که تمرکز اصلی بر فرد مورد نظر باشد. این مسئله برای برقراری رابطه مؤثر با فرد مورد نظر مفید است. وقتی مشاور روی رفتارهای دیگر افراد خانواده به استثنای شخص مزبور تمرکز می‌کند، آن‌ها نیز سعی می‌کنند رفتارهای مخرب و تحریک‌کننده خود را اصلاح کنند.

◀ **خودتان باشید:** به کارگیری شیوه واقعیت‌درمانی زمانی مفهوم دارد که مطابق با شخصیت خود مشاور باشد نه این که مشاور برای مراجع خود نقش بازی کند.

◀ **خودافشایی:** برای ایجاد یک رابطه دوستانه، گاهی لازم است که مشاور مراجع را در تجربیات گذشته خودش سهیم کند؛ هر چند این روش از دیدگاه درمانگران سایر رویکردها آسیب‌زا و نادرست به نظر می‌رسد. رابطه دوستی مشاور و مراجع زمانی به سطحی بالا می‌رسد که مراجع شروع به طرح سؤالاتی درباره زندگی وی کند. خودافشایی شاید گاهی بیش از اندازه باشد اما تمرکز را از روی مراجع بر نمی‌گیرد بلکه اگر به مراجع اجازه داده شود تا کمی وارد دنیای مشاورش شود، مفید و رضایت‌بخش است.

◀ **گوش دادن و توجه به استعاره‌ها:** مراجعان به طور مکرر برای توصیف ادراکات خود و دیگران یا موقعیتشان از استعاره‌های زبانی خاصی استفاده می‌کنند؛ برای مثال، «شوه‌ر من گاهی مثل یک بره و گاهی مثل یک شیر می‌شود» و یا «من دور خودم را با گچ خط کشیده‌ام و به هیچ کس اجازه وارد شدن نمی‌دهم». توجه و استفاده از این استعاره‌ها رابطه مراجع-مشاور را غنی‌تر می‌کند.

۷. شناخت و ارزیابی رفتارها در فرایند یک طرح و برنامه قابل اجرا و از پیش تعیین‌شده و متعهد شدن مراجع به پیگیری آن؛ در فرایند واقعیت‌درمانی هر مرحله با ایجاد رابطه‌ای مبتنی بر اعتماد، صراحت، و صداقت، توجه و دوستی پشتیبانی می‌شود.

در آغاز مشاوره به جای استفاده از جملات پرسشی، اغلب بهتر است عبارتهای توصیفی را به کار بریم. برای مثال: جمله پرسشی: زری، من متوجه شدم که تو در کلاس زبان انگلیسی‌ات مشکل داری؛ مشکل چیه؟

عبارت توصیفی: زری، من متوجه شدم که تو در کلاس زبان انگلیسی مشکل داری. اگر مایل باشی، کمی با هم در این مورد صحبت کنیم. در یک نگاه کلی، فرایند واقعیت‌درمانی شامل دو بخش مهم است: اول فراهم کردن محیط و شرایطی که فرد احساس امنیت، اعتماد و احترام کند و دوم، استفاده از راهکارهای مختلف (فرایند واقعیت‌درمانی) که به تغییر منتهی می‌شوند. جنبه‌های مهم این موارد به شرح زیرند:

◀ **برقراری ارتباطی دوستانه با مراجع:** روش واقعیت‌درمانی با تلاش برای برقرار کردن رابطه‌ای قابل اعتماد، گرم و از روی علاقه‌مندی آغاز می‌شود. مراجعان ممکن است تنها زمانی در این فرایند شرکت کنند که نسبت به آن احساس مشارکت، دوستی و اعتماد به دست بیاورند. برای مؤثر بودن درمان، دیدگاه مثبت مراجع نسبت به محیط مشاوره و فرد مشاور ضروری است.

◀ **توجه و گوش دادن فعال:** نشان دادن توجه لازم به نشانگان جسمانی و روان‌شناختی مراجع در پی بردن او به این که مشاور به وی توجه می‌کند، نقش مهمی دارد. هم‌چنین این نکته را به مراجع می‌رساند که مشاور به گفته‌هایش واقعاً گوش می‌دهد. برای تحقق این مهم بهتر است مشاور توانایی به یادسپاری دقیق گفته‌های مراجع و بازگویی و انعکاس آن‌ها را در مواقع لازم داشته باشد. در واقعیت‌درمانی، مهارت توجه و گوش دادن فعال همواره یکی از اصول مهم در ارتقای کیفیت رابطه مشاور و مراجع است.

◀ **عدم قضاوت:** اگر مشاور بخواهد رابطه‌ای سطح بالا را با مراجع ادامه دهد، عدم قضاوت بسیار مهم است. البته این نه به معنای موافقت با رفتارهای مخرب مراجع بلکه به مفهوم آن است که مشاور در مراحل اولیه، بدون عیب‌جویی، سرزنش و قضاوت، رفتار او را به عنوان بهترین تلاش وی جهت رفع نیازهایش تلقی کند.

◀ **واکنش‌های غیرمترقبه یا ناهماهنگ با انتظار معمول مراجع:** این تکنیک نیز ممکن است در ایجاد یک محیط دوستانه مؤثر باشد. برای مثال، مراجع انتظار دارد که مشاور در مورد رفتارهای ناموفق او مانند اعتیاد، مشکلات گذشته و نظایر آن‌ها، بحث کند ولی در واقعیت‌درمانی برخلاف انتظار مراجع، مشاور بر رفتارهای موفق و مثبت

واقعیت را به طور
کلی توانایی گرایش
به پذیرش پیامدهای
منطقی و طبیعی رفتار
یک شخص تعریف
می‌کنند. زمانی که
ما از پیامدهای رفتار
و تصمیماتمان سر باز
می‌زنیم، در عمل واقعیت
را تکذیب می‌کنیم و
مستعد آن هستیم که از
روی بی‌مسئولیتی عمل
نماییم



که سکوت گاهی برای مراجع لازم است تا پس از وقفه‌ای کوتاه صحبت را آن‌طور که مایل است ادامه دهد. در این روش، مراجع می‌تواند مسئولیت مسیر جلسه را به دست بگیرد. علاوه بر این، سکوت برای مراجع امکان گردآوری و مرتب‌کردن افکار، به دست آوردن بینش، روشن شدن تصاویر و ادراکات ذهنی را فراهم می‌آورد تا بتواند برنامه‌هایش را تنظیم کند. شکستن بی‌موقع سکوت معمولاً به از بین رفتن تلاش ذهنی مؤثر مراجع منجر می‌شود.

◀ **رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای:** یک رابطهٔ دوستی حقیقی تنها با متعهد بودن به رفتار اخلاقی درضمن مشاوره می‌تواند محقق شود و مشاور باید از درگیر شدن در دل‌بستگی‌ها و روابط دوطرفه بپرهیزد. بسیاری از انجمن‌های روان‌شناسی و سازمان‌های مربوطه لازم می‌دانند که مشاوران خود را با توضیحات کتبی شامل اسم، عنوان، شغل، آدرس، شماره تلفن، تحصیلات رسمی، و زمینهٔ مهارتشان به مراجع معرفی کنند تا مراجع با آگاهی کافی بداند که با چه کسی مشاوره می‌کند. علاوه بر موارد یاد شده، واقعیت‌درمانی آن‌چه را مشاوران نباید انجام دهند نیز به شرح زیر پیشنهاد می‌دهد:

◀ **عذر و بهانه‌ها را نپذیرید:** از دیدگاه واقعیت‌درمانی در بیشتر موارد لازم است مشاور از طرح پرسش «چرا» برای مراجع خودداری کند؛ بخصوص وقتی نتیجه‌گیری نزدیک است. زیرا این نوع پرسش موجب طرح عذر و بهانه از سوی مراجع می‌شود. برای مثال: «من خجالتی هستم؛ زیرا والدینم خیلی زیاد مواظب من بوده‌اند»، «من به خاطر فشار کاری بیش از حد مواد مخدر مصرف می‌کنم». این بررسی نشان می‌دهد که نیازی نیست از افراد پرسیده شود که چرا ناموفق بوده‌اند یا طرح و برنامهٔ مشخص شده را انجام نداده‌اند؛ چرا که تمام آن‌چه از فرد سرزده یا سر می‌زند، یک رفتار است و تمام رفتارها از نیازها و خواسته‌های فرد سرچشمه می‌گیرند.

بنابراین، روشن است که افراد برای برطرف کردن نیازها و به دست آوردن آن‌چه می‌خواهند، این‌گونه رفتار می‌کنند. در واقعیت‌درمانی، یک فرضیهٔ کاربردی وجود دارد که طبق آن، افراد در هر زمان بهترین عملی را که در آن لحظه می‌توانند (براساس توانایی و دانش و مهارتشان)، انجام می‌دهند. اگرچه ممکن است بلافاصله پس از انجام رفتاری، نظر شخص دربارهٔ مناسب بودن آن تغییر کند، در زمانی که آن عمل انجام می‌شود، به نظر می‌رسد بهترین کاری است که فرد برای رفع نیازها و برآوردن خواسته‌هایش می‌تواند انجام دهد.

◀ **از پرس‌وجو دربارهٔ عذرهای غیرموجه اجتناب کنید:** پذیرفتن چنین عذرهایی ممکن است این پیام ضمنی را به مراجع برساند که شما می‌توانید از زیر بار این مسئولیت شانه خالی کنید؛ زیرا ضعیف هستید یا نمی‌توانید رفتارتان را کنترل کنید و قادر نیستید هیچ

◀ **گوش دادن و توجه به لحن و مضامین:** معمولاً مراجعان شرایط را به صورت تکراری در شکل‌های متفاوتی تعریف می‌کنند. مشاور گوش می‌دهد و گاهی با بازگشت به موضوعاتی که مطرح شده‌اند، مسئله را مرور می‌کند و توضیحات لازم را برای روشن شدن منظور اصلی مراجع می‌دهد. گاهی لازم است مشاور از موضوعاتی مثل میزان افسردگی مراجع یادداشت بردارد و فراوانی شکایات وی را مورد توجه قرار دهد.

◀ **استفاده از خلاصه کردن و متمرکز شدن:** این ویژگی در بسیاری از انواع روش‌های مشاوره مورد استفاده قرار می‌گیرد اما در واقعیت‌درمانی به روش خاصی انجام می‌شود. یک واقعیت‌درمان‌گر متبحر، به جای بسط و تفسیر آن‌چه مراجع می‌گوید، بر موضوعات تمرکز می‌کند. این مهارت نیازمند توانایی تمرکز بر نکات مؤثر و تأکید بر یک یا چند موضوع یا فکر است. هم‌چنین نیازمند تمرکز بر خواسته‌ها، نیازهای برطرف نشده، و زمانی از زندگی مراجع است که او واقعاً می‌تواند در طول آن مدت به خواسته‌هایش دست یابد. خلاصه کردن و متمرکز شدن، در کل مراحل مشاوره مورد استفاده قرار می‌گیرد.

◀ **مشخص و مقرر کردن پیامدها:** مشخص کردن پیامدها و تشویق مراجع به پذیرش آن‌ها به این معنی است که برای مراجع کاملاً روشن کنیم که هر عمل و اقدامی پیامدهای خاص خودش را دارد. پیامد خوب درس نخواندن در مدرسه ناموفق بودن در امتحان است. یا خوابیدن تا دیروقت موجب دیر رسیدن به محل کار می‌شود. پذیرفتن پیامدها به معنای معقول دانستن آن‌هاست.

در زمان‌هایی که پیامدها خطرناک‌اند یا تهدید جانی وجود دارد، درمانگر مداخله می‌کند. پذیرفتن پیامدهای طبیعی و منطقی اقدامات و تصمیمات خود بدون عصبانیت یا کوتاه آمدن و دلیل تراشی، به پذیرش این جنبه از واقعیت برمی‌گردد که هر رفتار عواقبی دارد و به مراجع کمک می‌کند تا این نکته را دریابد.

◀ **استفاده از سکوت:** وقتی در جلسهٔ مشاوره سکوت برقرار می‌شود، یک مشاور ماهر معمولاً عجله‌ای برای شکستن آن ندارد. چرا

تغییری در زندگی خود به وجود آورد. «این دقیقاً خلاف پیامی است که مشاور می‌خواهد انتقال دهد: یعنی «افراد توانایی لازم برای کنترل رفتارشان را دارند، می‌توانند زندگی‌شان را تغییر دهند و برنامه‌های بهتری برای زندگی خود داشته باشند.»

➤ **از تنبیه، انتقاد و مخالفت‌ورزی پرهیزید:** تنبیه تأثیر منفی بر پذیرفتن پیام‌ها دارد؛ زیرا باعث ناامیدی می‌شود و راه بهتری برای حل مشکل ایجاد نمی‌کند. در نتیجه، شخصی که مورد تنبیه واقع می‌شود، همان رفتار پیشین را ادامه می‌دهد و در هر قدم با افزایش ناامیدی رفتار مخرب‌تری در پیش می‌گیرد. انتقاد کردن از خود شکل دیگری از تنبیه است که باید از آن اجتناب کرد. در به کار بستن واقعیت‌درمانی برای مشکلات مربوط به روابط، به طور قطع باید از انتقاد دوری جست. پذیرفتن پیام‌ها به معنای تنبیه کردن فرد یا انتقاد از عملکرد او نیست. در واقع، این کار به مفهوم محافظت نکردن از مراجع در مقابل نتایج رفتارهای مخربش است؛ البته تا زمانی که این پیام‌ها به سلامت وی لطمه‌ای وارد نسازند. تمام رفتارها و انتخاب‌ها در یک روال معین صورت نمی‌گیرند. واقعیت‌درمانی به دنبال این است که افراد انتخاب‌هایی را انجام دهند که پیام‌های آن‌ها بسیار مخرب و آسیب‌زا نباشند.

➤ **به سادگی تسلیم نشوید:** این کار ممکن است در عمل سخت باشد. تسلیم شدن در مواجهه با مراجع سرسخت، بی‌انگیزه، کسانی که همکاری نمی‌کنند، افراد عصبانی یا بی‌تفاوت، به سادگی رخ می‌دهد. افرادی که واقعیت‌درمانی انجام می‌دهند، تصویری که از خود دارند، تصویر فردی است که به دشوارترین مراجعان کمک می‌کند. آن‌ها از این بابت احساس غرور می‌کنند که وقتی شرایط سخت و دشوار می‌شود، همچنان بر سر موضع خود برای کمک به دیگران می‌ایستند. بولدینگ در اشاره به استفاده از سیستم W.D.E.P موارد زیر را مطرح می‌کند.

➤ **بحث در مورد خواسته‌ها و ادراکات:** عبارت است از کشف دنیای مطلوب مراجعان و دستیابی به آن.
۱. پرسیدن از مراجعان که از جلسه مشاوره چه توقعاتی دارند؟

۲. چه خواسته‌هایی از محیط زندگی‌شان دارند؟
 ۳. در هر بخش از زندگی خود از چه چیزهایی ناراضی هستند؟
 ۴. از خودشان چه توقعاتی دارند؟
- (a) مایل‌اند چقدر انرژی صرف زندگی مؤثرتر کنند
(b) سطح انگیزش آن‌ها چقدر است؟

مباحثه مستقیم

عمل کردن طبق شیوه‌های مشاوره و صحبت کردن در سطح دانش مراجع مهم است.

قابلی که واقعیت‌درمانی در کار کردن با کودکان کم‌سن و سال ارائه می‌دهد، به این شکل است:

۱. چه کاری انجام می‌دهی؟
۲. قواعد و مقررات در این خصوص چیست؟
۳. آیا آن‌چه انجام می‌دهی، خلاف مقررات نیست؟
۴. چه کاری باید انجام می‌دادی؟
۵. بار دیگر چه کاری می‌خواهی انجام بدهی؟
۶. آیا مایلی برنامه‌ات برای دفعه بعد را یادداشت کنی یا می‌خواهی من این کار را انجام بدهم و بنویسم؟
۷. اجازه بده روند اتفاقات فردا را کنترل کنیم و ببینیم برنامه‌ات چطور جواب خواهد داد.

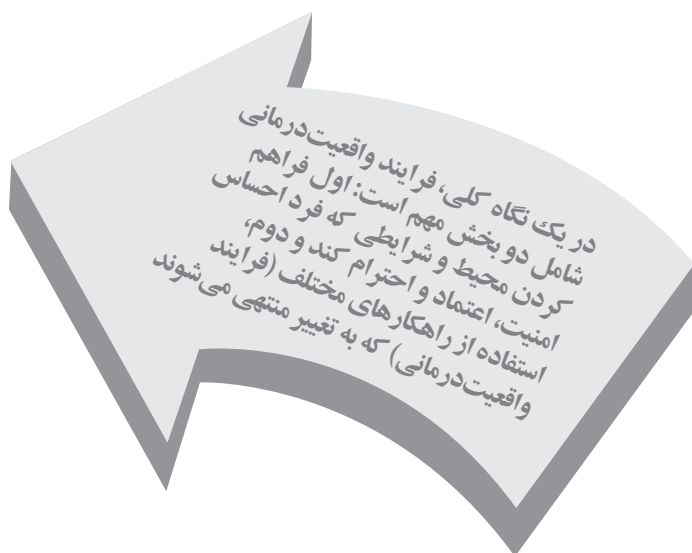
طرح کلی برای بچه‌های بزرگ‌تر و نوجوان‌ها که می‌توانند استدلال کنند و به طور انتزاعی بیندیشند، می‌تواند به شرح زیر باشد.

۱. اجازه بده صحبت را با این سؤال شروع کنیم که برای حل این مشکل تاکنون چه کارهایی انجام داده‌ای؟
- ***- یکی از سؤالات مؤثر، درباره اموری است که به فرد کمک کرده است که در پیشبرد موقعیت خود به موفقیت دست یابد. برای این منظور می‌توانیم چند سؤال را در نظر بگیریم:

- آیا رفتار شما منطبق با واقعیت بوده؟
 - آیا رفتار شما مسئولانه بوده؟
 - آیا رفتار شما صحیح و منطبق با مقررات بوده؟
 - از نظر خودسنجی یا ارزیابی شخصی، آیا رفتار شما مؤثر بوده؟
۲. اگر با این رفتار چیزی را که می‌خواسته‌ای به دست نیآورده‌ای، چه رفتار متفاوت دیگری مایلی در این مورد انجام دهی؟
 ۳. چه زمانی می‌توانیم برنامه شما را پیگیری کنیم؟
- همان‌طور که سؤالات پیشنهاد می‌کنند، بخش بزرگی از واقعیت‌درمانی به فرایند ارزشیابی شخصی یا خودسنجی در امر کمک به مراجعان تبدیل می‌شوند؛ برای این که تصمیم بگیرند آیا رفتار آن‌ها به بهایی که بابت آن رفتار می‌پردازند، می‌ارزد یا خیر. آیا رفتار و اقدامات آن‌ها مؤثر و کارآمد بوده است یا نه؟

مراحل اصلی واقعیت‌درمانی به اختصار عبارت‌اند از:

۱. برقرار کردن رابطه
۲. شناسایی مشکل فعلی
۳. تشخیص دادن این که چه کارهایی در جهت رفع مشکل انجام شده است و چه کارهایی باید انجام شود.
۴. ارزیابی رفتار کنونی (این مورد به مراجعان کمک می‌کند تا آن چه را می‌خواهند به دست بیاورند).
۵. بررسی گزینه و انتخاب‌های بدیل و جایگزین
۶. طراحی برنامه‌ای که به حل مشکل کمک کند.
۷. تعهد گرفتن از مراجعان برای پیش بردن و پیگیری برنامه
۸. ایجاد ساختاری برای ارزیابی روند اجرای برنامه.

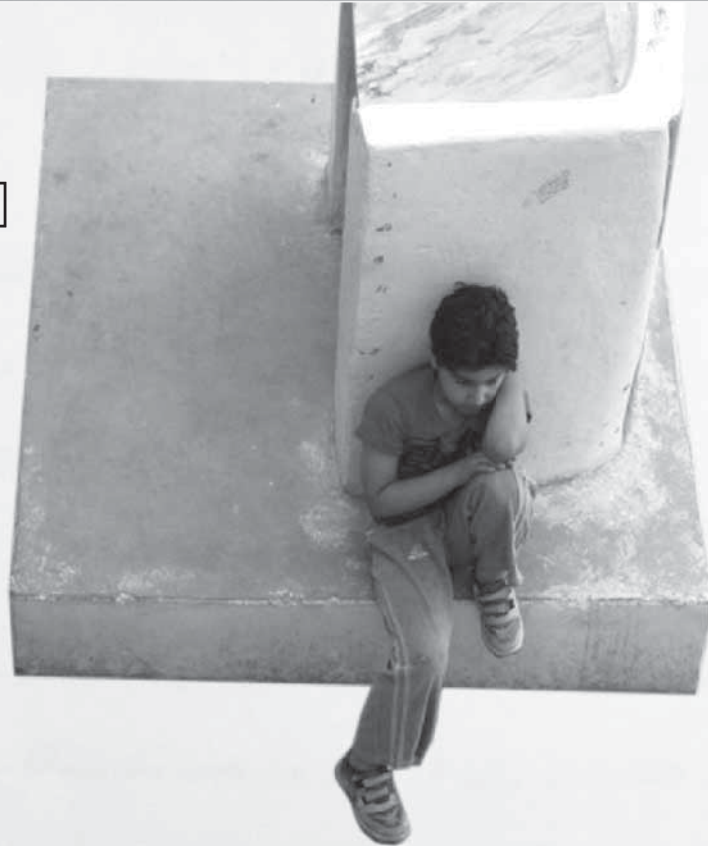




تأثیر روش توماتیس بر کاهش نشانگان کودکان با اختلال در خودماندگی

رضا شهلا

کارشناس ارشد روان‌شناسی



تأثیر روش توماتیس بر کاهش نشانگان کودکان با اختلال در خودماندگی

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر روش توماتیس بر کاهش نشانگان کودکان با اختلال در خودماندگی است، که براساس روش پژوهش آزمایشی و با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، ۳۴ کودک با اختلال در خودماندگی از مرکز توانبخشی و نگهداری کودکان در خود مانده (به‌آرا) انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه مساوی ۱۷ نفری تقسیم شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایش در ۳۰ جلسه و هر جلسه ۲ ساعت از روش صوت‌درمانی توماتیس برخوردار شدند. درحالی‌که آزمودنی‌های گروه کنترل این درمان را دریافت نکردند.

به منظور بررسی میزان تأثیر روش توماتیس از آزمون گارز به عنوان پیش‌آزمون و پس‌آزمون و برای تهیه برنامه صوت‌درمانی از نیم‌رخ شنونده صوت‌درمانی استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که روش صوت‌درمانی توماتیس در کاهش نشانگان کودکان در خودمانده تأثیر مطلوبی داشته است به طوری که بین گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین می‌توان اظهار داشت که روش توماتیس در بهبود نشانگان در خودماندگی (تعامل اجتماعی، ارتباطات و رفتار کلیشه‌ای) تأثیر به‌سزایی دارد و می‌تواند به‌عنوان یک شیوه درمانی اثربخش مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: روش توماتیس، نشانگان، در خودماندگی، آزمون گارز.

منبع

عابدی کوپایی، محیا؛ تأثیر روش توماتیس بر کاهش نشانگان کودکان با اختلال در خودماندگی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز؛ ۱۳۹۰.



مقاله

سلامتے باروش نے معنادار مانا

رامین لطافتی، کارشناس ارشد مشاوره و مشاور مدرسہ

لیلا حیدر نیا، مشاور مدرسہ



مقدمه

امروزه بیماری‌های روانی در سراسر دنیا و به نسبت بیشتری در کشورهای در حال توسعه در حال افزایش‌اند. طبق نظر کارشناسان سازمان جهانی بهداشت، بیش از ۱۵۰۰ میلیون نفر از جمعیت جهان به اختلالات عصبی - روانی - اجتماعی دچارند (حسینی، ۱۳۸۰) و نزدیک به ۲۰ درصد از کل مراجعان به مراکز بهداشت عمومی در جهان را تشکیل می‌دهند (سار-توریوس^۱، نقل از یعقوبی، ۱۳۷۴). رشد روزافزون جمعیت، تغییرات سریع در ساختارهای اجتماعی، فروپاشی خانواده‌ها، تغییر شیوه زندگی مردم، افزایش مشکلات اجتماعی، اقتصادی و... همه از عوامل هستند که می‌توانند بر شیوع بیماری‌های روانی و در نتیجه، «سلامت روانی^۲» جامعه تأثیر بگذارند.

کلیدواژه‌ها: معنادرمانی، معنادرمانی وجودی

سلامت روان

ریشه لغوی واژه انگلیسی «health»، در واژه‌های «hael»، «hael» (به معنی کل) و «halen» «hael» انگلیسی قدیم، و کلمه آلمانی قدیم «heilida» و «heilen» (به معنای کل) قرار دارد. گراهام^۳ (۱۹۹۲) این ریشه‌های لغوی را با کلمات انگلیسی «halig» و آلمانی قدیم «heilig»، که به معنی مقدس‌اند، مرتبط دانسته است. بنابراین: از نظر ریشه‌شناسی لغوی، سالم بودن به معنی «کلیت داشتن یا مقدس بودن» است و بدین ترتیب شامل ویژگی‌های معنوی و فیزیکی (و نه فقط فیزیکی) می‌شود (تودرو^۴، ۱۹۹۶). بخش مرکزی سلامت، «سلامت روان» اوست (نیومن^۵ و همکاران، ۱۹۹۸، به نقل از تودرو، ۱۹۹۲). سلامت روان از دیدگاه‌های گوناگونی تعریف می‌شود و هر تعریفی از سلامت روان، فرضیه‌های فرهنگی ذاتی خود را داراست. در این مقاله به یکی از راه‌های ارتقای سلامت روان، یعنی دیدگاه «وجودی»^۶، می‌پردازیم.

رویکرد وجودی نوعی درمان پویایی است که به نگرش‌های اساسی زندگی می‌پردازد. آزادی انتخاب، اصیل بودن، مسئول بودن و... از جمله مفاهیمی هستند که در این رویکرد از آنها بحث می‌شود. از نظر این مکتب روان‌درمانی و مشاوره‌ای، «دروغ‌گویی به خود» (خودفریبی) اساس آسیب روانی است. دروغ‌گویی - از نظر برخی افراد انسانی - تنها راهی است که با گام برداشتن در آن می‌توانیم از نیستی بگریزیم؛ برای اینکه اجازه نمی‌دهد اضطراب وجودی به تجربه ما راه یابد. وقتی با نیستی مواجه می‌شویم، دو انتخاب داریم: یا مضطرب می‌شویم، یا دروغ می‌گوییم. شاید ترجیح دهیم دروغ بگوییم؛ به این صورت که به خودمان بگوییم اگر چشم از خانواده خود برداریم، می‌توانیم جلوی پیشامدها را بگیریم. پس فرزندان و همسرمان را نزدیک خودمان نگه می‌داریم و وقتی آنها در دیدرس هستند، احساس آرامش می‌کنیم. در این صورت، این دروغ مؤثر می‌افتد و ما از مواجهه شدن با اضطراب وجودی پیشامدها اجتناب می‌کنیم، اما نیستی همیشه حضور دارد و ما را تهدید می‌کند که وارد هوشیاری مان خواهد شد. دروغ‌گویی به اضطراب روان‌رنجور^۷ می‌انجامد. این اضطراب پاسخ بدلی (ناصیل) به هستی است؛ در حالی که اضطراب وجودی^۸، پاسخ صادقانه به نیستی است (پروچاسکا، ۱۹۹۹، مترجم سید محمدی، ۱۳۸۵).

چون دروغ‌گویی منبع آسیب روانی است، راه‌حل از بین بردن نشانه‌های این بیماری، «صداقت» است. با توجه به اینکه هدف روان‌درمانی اصالت^۹ است، افزایش دادن هشیاری یکی از فرایندهای حیاتی است که افراد از طریق آن به جنبه‌هایی از دنیا و خودشان، که دروغ‌گویی آن را پنهان کرده است، پی می‌برند. از آنجا که دروغ‌گویی به نوعی به منفعل کردن خود هم منجر می‌شود که طی آن توانایی تصمیم‌گیری‌ها یا انتخاب‌های دیگر تجربه

نمی‌شود، پس درمان باید شامل فرایندهایی باشد که فرد از طریق آنها بتواند خود را به صورت فاعل یا عاملی احساس کند که قادر است با حق انتخاب‌ها، زندگی‌اش را هدایت کند (شارف^{۱۰}، مترجم: فیروزبخت، ۱۳۸۱).

یکی دیگر از مفاهیم مکتب وجودگرایی، ویژگی‌های بارز انسان‌ها برای به‌دست آوردن سلامتی روان یعنی تلاش برای درک «معنی و هدف» در زندگی است. تعارض‌های زیربنایی که افراد را به مشاوره و درمان می‌کشاند، در این سؤال‌های وجودی نهفته‌اند: چرا اینجا هستیم؟ از زندگی چه می‌خواهیم؟ چه چیزی به زندگی من هدف می‌دهد؟ منبع معنی برای من کجاست؟ هر چه حس هدفمندی و بامعنا بودن زندگی قوی‌تر باشد، انسان شادتر و مثبت‌تر زندگی خواهد کرد. در اینجا به بیان مفاهیم یکی از نظریه‌پردازان این مکتب، یعنی فرانکل، می‌پردازیم که واضع روش «لگوترایی»^{۱۱} است.

ترجمه تحت‌اللفظی «لگوترایی» «درمان از طریق معنی» است. البته می‌توان آن را «شفای یافتن از طریق معنی» نیز ترجمه کرد. در حالی که لوگوترایی ضرورتاً حاوی این جنبه نیست (فرانکل، مترجم علوی‌نیا و تبریزی، ۱۳۷۱). این شیوه درمانی را «ویکتور فرانکل» ابداع کرد. گرچه او کار با رویکرد وجودی در حرفه بالینی را پیش از سال‌های وحشتناک زندگی در اردوگاه‌های نازی‌ها شروع کرده بود، تجربیاتش در این اردوگاه‌ها دیدگاه‌های وی را تأیید کردند.

ویکتور فرانکل پس از سال‌ها تحمل مصیبت و رنج در اردوگاه‌های کار اجباری «نازی‌ها» که طی آن مادر، پدر، برادر و همسر خود را از دست داد، متقاعد شد که معنا جوهر اساسی وجود است. او که از وجود صرف محروم شده بود، به کنه اظهار نیچه پی برد: «کسی که دلیلی برای زندگی کردن دارد، تقریباً هر شرایطی را می‌تواند تحمل کند». اما وقتی افراد با کابوس جنگ جهانی دوم و جنون آینده هسته‌ای مواجه می‌شوند، تعداد فزاینده‌ای از آن‌ها احساس می‌کنند که زندگی‌شان دچار خلأ وجودی شده است. تعداد زیادی از بیماران در مورد معنای کار، عشق، مرگ و زندگی تردید می‌کنند.

فرانکل در مراجعت به اردوگاه‌های کار اجباری نازی‌ها، از کمک کردن به دیگران معنایی آفرید که به اتکال آن، توانست مرگ خانواده‌اش را تحمل کند و خود، جان سالم به در برد. او در کتاب خود با عنوان «انسان در جست‌وجوی معنا» به نحو تأثرانگیزی از مرگ وحشتناک همسر، والدین، و برادرش در اردوگاه‌های کار اجباری، از سختی و عذاب زندانی شدن خود در چهار اردوگاه و از دل‌مردگی‌اش می‌نویسد. او در برخورد با این مصایب واقعا توانکاه، در کمک کردن به هم‌بندی‌هایش برای اینکه بتوانند سلامتی خود را بازبایند، معنایی پیدا کرد. برای فرانکل و دیگران، «جست‌وجو برای معنا»، شالوده سلامت روانی و پادزهر خودکشی است. احساس بی‌معنایی، مشکل عمده زندگی مدرن است (فرانکل، مترجم: معارفی، ۱۳۷۵).

معنای زندگی امری انتزاعی نیست. افرادی که مدام از خود می‌پرسند «زندگی چه معنایی دارد؟» باید متوجه باشند که این زندگی است که از ما می‌پرسد چه معنایی به هستی خود می‌دهیم. ما صرفاً با مسئول بودن، می‌توانیم به زندگی پاسخ دهیم. ما زمانی مسئولیت خود را می‌پذیریم که دستور بدون قید و شرط معنا درمانی را بپذیریم: «چنان زندگی کن که انگار اکنون بار دوم است که زندگی می‌کنی و انگار بار اول همان اشتباهی را مرتکب شده‌ای که اکنون قرار است مرتکب شوی». اگر با چنین آگاهی عمیق و چنین احساس مسئولیتی با هر لحظه زندگی مواجه شویم، می‌توانیم در زندگی معنی بیابیم؛ معنایی که در این لحظه خاص زندگی مان منحصر به خود ماست.

ویژگی بارز انسان، تلاش برای درک معنی و هدف در زندگی است. تعارض‌های زیربنایی که افراد را به مشاوره و درمان می‌کشاند، در این سؤال‌های وجودی نهفته‌اند که: چرا اینجا هستیم؟ از زندگی چه می‌خواهیم؟

چه چیزی به زندگی من هدف می‌دهد؟ منبع معنی برای من کجاست؟ هرچه حس هدفمندی و با معنا بودن زندگی قوی‌تر باشد، انسان شادتر و مثبت‌تر زندگی خواهد کرد. بنابراین، لازم است عزم خود را برای درک معنا و مفهوم آنچه در حال انجام‌دادنش هستیم، جزم کنیم و باورها و تجربیاتی را که بازتاب آن مفهوم هستند، پرورش دهیم (کوری^{۱۱}، ۲۰۰۵، مترجم: سید محمدی، ۱۳۸۵).

راه‌های دریافت معنای زندگی

معنای زندگی را می‌توان از این راه‌ها دریافت:

● **راه اول، راه کار و فعالیت:** راهی روشن است. کار و فعالیتی که شخص از انجام دادن آن لذت می‌برد و رضامندی شغلی دارد (رضامندی شغلی یکی از فاکتورهای اساسی رضامندی زندگی است).

● **راه دوم، معنای عشق:** عشق تنها راهی است که با قدم گذاشتن در آن می‌توان ژرفای وجود دیگری را دریافت. کسی نمی‌تواند از وجود و سرشت فردی دیگر آگاه شود؛ مگر آنکه عاشق او باشد. به وسیله عمل روحانی عشق، فرد خواهد توانست صفات شخصی و الگوی رفتاری محبوب را به خوبی دریابد و حتی چیزی را که بالقوه در اوست و باید جان بگیرد، درک کند. وی محبوب را قادر خواهد کرد به رشد خود تحقق بخشد. عشق به اصطلاح، صورت اعتلا یافته‌ی غریزه جنسی نیست و میل جنسی تنها یکی از راه‌های درک آن تلقی می‌شود. به نظر می‌رسد که منظور فرانکل از عشق واقعی، همان «عشق برادرانه»^{۱۲} است که در آن دوست داشتن تنها در ترحم و هوس‌های جنسی خلاصه نمی‌شود و عشق واقعی بسیار فراتر از هوس‌های جنسی است. عشق برادرانه همان احساس مسئولیت، دلسوزی، احترام و شناختن همه انسان‌ها، عشق به هموعان و آرزوی بهتر زندگی کردن آنهاست (فرام^{۱۳}، مترجم: پوری سلطانی، ۱۳۶۲).

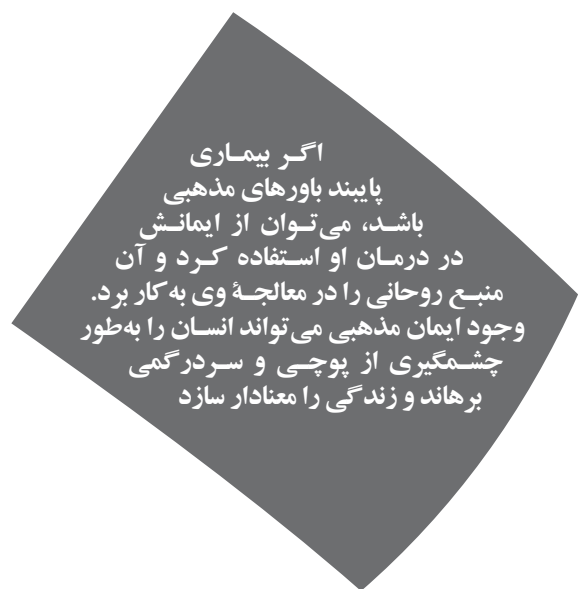
● **راه سوم، معنای رنج:** وقتی انسان با وضعی اجتناب‌ناپذیر روبه‌رو شد، وقتی با سرنوشتی مواجه گردید که نمی‌توانست در آن تغییری بدهد، فرصتی یافته است که بهترین ارزش خود را نشان دهد و عمیق‌ترین معنای حیات، یعنی معنای رنج را آشکار سازد؛ زیرا مهم‌تر و بالاتر از همه، آنچه اهمیت دارد، گرایشی است که ما در برابر رنج برمی‌گزینیم و طرز فکری که با آن رنج را می‌پذیریم. روزی پزشکی سال خورده که گرفتار افسردگی بود، به من (فرانکل) مراجعه کرد. این پزشک طاقت نداشت مرگ همسرش را که دو سال پیش از آن روی داده بود، تحمل کند؛ زیرا وی را بیش از حد دوست می‌داشت. من چه کمکی می‌توانستم به او بکنم؟ فقط پرسیدم: «چه می‌شد، آقای دکتر، اگر شما مرده بودید و زنتان زنده می‌ماند؟» گفت: «وای که این دیگر خیلی بد می‌شد؛ چون آن بیچاره خیلی رنج می‌کشید.» و من در پاسخ گفتم: «پس می‌بینید که رنج به او نرسیده است و این شما هستید که رنج او را به جان خریدید و اکنون باید آن را بپذیرید و به جایش زنده بمانید.» آن فرد دیگر چیزی نگفت؛ دستم را به آرامی فشرد و از اتاق بیرون رفت. رنج وقتی معنا یافت، اعمالی چون فداکاری، دیگر، آزاری نمی‌رساند. یکی از اصول معنا درمانی این است که محرک اصلی انسان، درک لذت و پرهیز از درد نیست بلکه معنایی است که در زندگی می‌جوید. رنج کشیدن به شرطی که معنا و مقصودی در آن باشد (فرانکل، مترجم: معارفی، ۱۳۷۵).

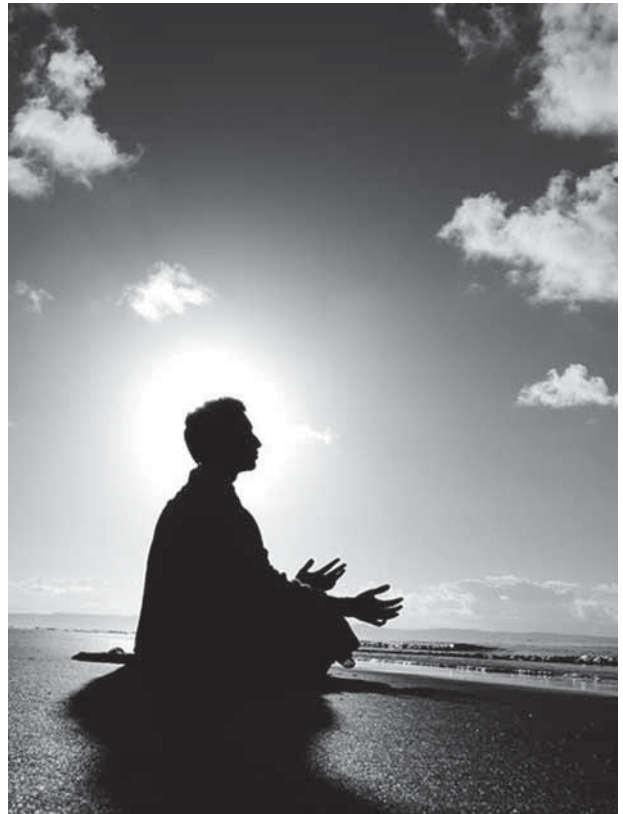
● **راه چهارم، ایمان پیدا کردن:** شاد زیستن مستلزم آن است که علت وجودی خود را درک کنیم و یک مرامنامه اخلاقی برای زیستن داشته باشیم. بدین معناست که وقتی انسان احساس کند در زندگی خود یک برنامه یا نیروی هدایت‌کننده دارد، احساس امنیت بیشتری خواهد کرد و در صورت پایبندی به پاره‌های اصول علمی، از آرامش بیشتری برخوردار خواهد بود. روزانه چند دقیقه در مورد ارزش‌هایی که مایلیم آنها را سرلوحه زندگی‌مان قرار دهیم، فکر کنیم و بکوشیم باورها و تجربیاتی را که بازتاب این ارزش‌ها هستند، پرورش دهیم.

● **راه پنجم، مذهب:** مذهب و اعتقادات دینی نیز می‌توانند معنا بخش زندگی باشند. اگر بیماری پایبند باورهای مذهبی باشد، می‌توان از ایمانش در درمان او استفاده کرد و آن منبع روحانی را در معالجه وی به کار برد. وجود ایمان مذهبی می‌تواند انسان را به‌طور چشمگیری از پوچی و سردرگمی برهاند و زندگی را معنا دار سازد.

● **راه ششم، داشتن فلسفه زندگی:** هدفمند زیستن و تفکر مثبت و واقع‌بینانه داشتن نیز می‌تواند به معنایابی زندگی و در نهایت، سلامت روان فرد کمک کند. هدفمند زیستن مستلزم آن است که رسالت‌هایی زندگی را مشخص کنیم و همواره آن را پیش‌رو داشته باشیم. اگر هنوز رسالتی نداریم، خود را در پایان یک زندگی طولانی و سعادتمندانه تصور کرده و فرض کنیم به هر چیزی که توانایی رسیدن به آن را داشته‌ایم، دست یافته‌ایم. مضمونی را که در تمامی موفقیت‌هایمان جاری است (مثلاً عشق ورزیدن، پدر یا مادر خوب بودن، معلم دلسوز بودن یا ساخت یک دنیای بهتر)، مشخص کنیم. این مضمون در واقع همان رسالت ماست. پس تصور کنیم تا آن زمان چه کارهایی برای رسیدن به یک زندگی کامل انجام داده‌ایم. این کارها همان اقدامات عملی هستند که برای رسالت خود آنها را انجام می‌دهیم.

● **راه هفتم، سیال بودن:** به زندگی‌مان نگاه کنیم و از خود بپرسیم که آیا به‌طور منظم مشغول فعالیت‌هایی می‌شویم که ما را عمیقاً در خود غرق کنند، تا بتوانیم مشکلات و نگرانی‌هایمان را فراموش کنیم. ترتیبی دهیم که حتماً وظایف کاری و سرگرمی‌های مختلفی داشته باشیم تا بتوانیم در آنها غرق شویم و خود را سرگرم کنیم. کارهایی انجام دهیم که نیازمند خلاقیت و چالش برانگیز باشند. کارهایی که بتوانند ذهن ما را آرام کنند و حال روحی‌مان را بهبود بخشند. این قبیل فعالیت‌ها را فعالیت سیال





خود پیوستن. به عقیده او، جستجوی هدف در خود، شکست خویش است؛ بنابراین، فرانکل هدف رشد و تکامل انسان را نه تحقق خود، بلکه فراتر رفتن از آن، و جذب معنا و مفهومی شدن می‌داند. در این صورت خود نیز به‌طرز طبیعی و خودبه‌خود تحقق نمی‌یابد. به طور خلاصه می‌توان گفت که به عقیده فرانکل شخص برخوردار از سلامت روانی، دارای این ویژگی‌هاست:

۱. آزادی انتخاب عمل دارد.
۲. مسئولیت هدایت زندگی و سرنوشت خویش را می‌پذیرد.
۳. معلول نیروهای خارجی نیست.
۴. از زندگی معنای مناسبی یافته است.
۵. بر زندگی تسلط آگاهانه دارد.
۶. ارزش‌های خلاقیت، تجربی و گرایشی را نمایان و آشکار می‌سازد.
۷. آینده‌نگر است.
۹. تعهد حرفه‌ای و شغلی دارد.
۱۰. توانایی ایثار و دریافت عشق را دارد.
۱۱. عشق، هدف نهایی شخص برخوردار از سلامت روان شناختی است. به عقیده فرانکل، انسانی که واجد این صفات و خصوصیات باشد، انسان «از خود فرارونده» نامیده می‌شود (شولتز، ۱۹۶۷ و فرانکل، مترجم معارفی، ۱۳۷۵).

پی‌نوشت

۱. surterioss
۲. mental Health
۳. Graham
۴. Tudor
۵. Newman
۶. existentialism
۷. neurotic anxiety
۸. existential anxiety
۹. authenticity
۱۰. Sharf
۱۱. logotherapy
۱۲. Corey
۱۳. Couliam

منابع

۱. تودور، کیت (۱۹۹۶)؛ ار تقاء سلامت روان: پارادایم‌ها و برنامه‌ها، مترجم: مرتضی خواجه‌ای و همکاران، تهران، سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۸۲.
۲. حسینی، سید ابوالقاسم، «تفکر سیستمی» به عنوان شالوده علمی و اساسی برای فعالیت بهداشت روانی، فصلنامه علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی، سال سوم، شماره‌های ۱۳-۱۱، ۱۳۸۰.
۳. پروچاسکا، جیمز؛ نورکراس، جان سی (۱۹۹۹)، نظریه‌های روان‌درمانی، مترجم یحیی سید محمدی، تهران، انتشارات رشد، چاپ سوم، ۱۳۸۵.
۴. شسارف، ریچارد، اس، شسارف؛ نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره، مترجم: مهرداد فیروزبخت، نشر رسا، تهران، چاپ اول، ۱۳۸۱.
۵. شولتز، دوان (۱۹۶۷)؛ روان‌شناسی کمال، الگوهای شخصیت سالم. ترجمه گیتی خوشدل، تهران: نشر نو، ۱۳۶۹.
۶. فرانکل، ویکتور؛ انسان در جستجوی معنی، مترجم: اکبر معارفی، تهران، انتشارات دانشگاه تهران، چاپ پنجم، ۱۳۷۵.
۷. فرام، اریک. هنر عشق ورزیدن. ترجمه پوری سلطانی، تهران، انتشارات مروارید، چاپ نهم، ۱۳۶۲.
۸. کونیلیام، سوزان؛ تفکر مثبت، مترجم: محمدعلی حسینی، تهران، نشر سارگل، ۱۳۸۴.
۹. کسوری، جلال؛ نظریه و کاربردهای مشاوره و روان‌درمانی، مترجم: یحیی سید محمدی، تهران، نشر سیلان، ۱۳۸۵.
۱۰. یعقوبی، نورالله؛ بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه‌سرای گیلان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، انستیتو روان‌پزشکی ایران، ۱۳۷۴.

می‌نامند. نتایج تحقیقی که بنیاد خیریه بهداشت روانی آمریکا در سال ۲۰۰۰ انجام داده است، نشان می‌دهد که فعالیت‌هایی مانند گوش دادن به موسیقی، باغبانی، تماشای تئاتر، نوشتن و خواندن شعر و داستان، پیاده‌روی، گل‌دوزی، بافندگی، و انجام حرکات موزون (به ترتیب میزان اثربخشی) جزء فعالیت‌های سیال محسوب می‌شوند (کوئیلیام^{۱۳}، مترجم: حسینی، ۱۳۸۴). فرانکل (۱۹۶۳) واقعیت‌هایی را که فلاسفه و نویسندگان وجودی بیان کرده بودند، شخصاً مشاهده و تجربه کرد؛ از جمله اینکه، عشق عالی‌ترین هدفی است که انسان‌ها در سر دارند و راه نجات آنها از طریق عشق است. اینکه ما در هر موقعیتی حق انتخاب داریم، موضوع دیگری است که تجربیات فرانکل در اردوگاه‌های اسرا آن را تأیید کردند. او معتقد بود که حتی در موقعیت‌های وحشتناک نیز می‌توانیم کمترین آزادی معنوی و استقلال ذهن را حفظ کنیم. فرانکل به صورت تجربی آموخت که همه چیز را می‌توان از انسان گرفت، به جز یک چیز: «باقی‌مانده آزادی‌های انسان - انتخاب کردن نگرش خویش در هر موقعیت خاص، انتخاب کردن راه خویشستن» او معتقد بود که جوهر انسان بودن در جستجو برای معنی و هدف نهفته است (کوری، ۲۰۰۵، مترجم: سید محمدی، ۱۳۸۵).

در نگرش فرانکل به سلامت روان، تأکید عمده بر اراده معطوف به معناست. جستجوی معنا مستلزم پذیرفتن مسئولیت شخصی است. هیچ کس و هیچ چیز به زندگی انسان معنا نمی‌دهد، مگر خودش. انسان باید با احساس مسئولیت، آزادانه با شرایط هستی و زندگی روبه‌رو شود و معنایی در آن بیابد. به نظر فرانکل، ماهیت وجودی انسان از سه عنصر معنویت، آزادی و مسئولیت تشکیل شده و سلامت روان مستلزم تجربه شخصی این سه عامل است. معیار سنجش معنادار بودن زندگی، کیفیت آن است نه کمیت آن. حصول و کاربرد معنویت، آزادی و مسئولیت با خود انسان است. به نظر فرانکل، انسان کامل بودن یعنی به کسی یا چیزی فراسوی



مقاله

تأثیر بازی درمانی گروهی بر کودکان افسرده

زهرا حاتمی، کارشناس ارشد روان‌شناسی
دکتر مجید یوسفی لویه، دکتر علی دلاور

مقدمه

به‌طور کلی، اختلال‌های افسردگی از مشکلات بارز دوران کودکی به‌شمار می‌آیند. کودکان افسرده در رفتارها و عملکردهایشان نسبت به همسالان خود نقص دارند و در ایجاد روابط با حفظ روابط سالم بین خود و دیگران ناتوان‌اند و اغلب به صورت نامناسب و ناپخته عمل می‌کنند؛ بنابراین، در نتیجه حالات یاد شده، طبیعی خواهد بود که چنین کودکانی را افسرده و ناشاد ببینیم (سیف نراقی و نادری، ۱۳۷۹). افسردگی در بین دختر و پسر شیوع یکسانی دارد اما در دوره بلوغ می‌توان گفت دختران بیش‌تر از پسران در معرض افسردگی قرار می‌گیرند. فرومر، ۱۹۶۸ به نقل از هارینگتون (ترجمه تونزنده جانی و کمال پور، ۱۳۸۰) در اولین تلاش برای مطالعه افسردگی در کودکان اظهار داشت که سه نوع افسردگی در کودکان وجود دارد: افسردگی ساده، افسردگی شب‌اداراری و افسردگی هراس. کودکان مبتلا به افسردگی ساده تنها گروهی هستند که شکایت‌های خود انگیزه افسردگی در آن‌ها شایع است، این کودکان اغلب مشکلات رفتاری چون عدم سازگاری، گوشه‌گیری و گریستن را از خود نشان می‌دهند. کودکان مبتلا به افسردگی شب‌اداراری، اغلب دشواری‌های شدیدی در مدرسه و مشکلاتی در زمینه یادگیری و مهارت‌های شناختی دارند. همچنین، این کودکان از تأخیرهایی رنج می‌برند که شب‌اداراری یکی از ویژگی‌های آن‌هاست. در گروه دیگر کودکان مبتلا به افسردگی، هراس با اضطراب فراوان همراه است که با شکایت‌های جسمانی و بدنی

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر تعیین کارایی فنون بازی‌درمانی در کاهش نشانه‌های افسردگی کودکان افسرده و افزایش توان‌مندی‌های آن‌ها در رویارویی با مشکلات و غلبه بر نگرانی‌هایشان بوده است. **روش:** در چارچوب روش پژوهش نیمه‌آزمایشی و طرح پژوهش پیش‌آزمون- پس‌آزمون، ۱۴ نفر از دانش‌آموزان دختر پایه سوم و چهارم ابتدایی که دارای نشانه‌های افسردگی بودند، به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل واگذار شدند. از پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان (CSI4) برای شناسایی کودکان دارای مشکلات افسردگی استفاده شده است. پس از انجام پیش‌آزمون، گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه (هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه) تحت تأثیر برنامه بازی‌درمانی قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها از آزمون مقایسه میانگین‌های مستقل استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که نشانه‌های افسردگی کودکان افسرده پس از اجرای برنامه بازی‌درمانی به‌طور معنی‌داری کاهش یافته است. **نتیجه‌گیری:** بازی‌درمانی موجب کاهش نشانه‌های افسردگی در کودکان افسرده شده است؛ بنابراین، می‌توان از بازی‌درمانی به عنوان یک روش برای درمان نشانه‌های افسردگی در کودکان افسرده استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: بازی‌درمانی، اختلال‌های افسردگی کودکی

و رفتاری بسیاری مشخص می‌شود. البته DSM-III برای افسردگی در کودکی طبقه‌بندی جداگانه‌ای ندارد. طبقه‌بندی افسردگی در کودکان با معیارهای مورد استفاده در بزرگسالان یکی است. این موضوع حالت دیسفوری (افسردگی توأم با اضطراب) یا عدم علاقه به فعالیت‌های عادی را نیز در برمی‌گیرد. از جمله این حالت‌ها می‌توان از تغییر در نحوه خوردن، خوابیدن یا فعالیت‌های حرکتی، خستگی، احساس بی‌ارزشی، تمرکز ضعیف و درصدد خودکشی بودن نام برد (نلسون، ایزرائل / منشی طوسی، ۱۳۷۲). افسردگی در کودکان به مشکلات رفتاری و هیجانی منجر می‌شود و اغلب خطر جدی برای عزت‌نفس و پیشرفت تحصیلی کودکان به‌شمار می‌آید. طبق تحقیقات انجام شده، بین افسردگی کودکی و دیگر اختلالات رفتاری و هیجانی رابطه معناداری وجود دارد (فاسلر و دومس / پارسا، ۱۳۸۴). اغلب کودکانی که به اختلال خواندن دچارند، بیش‌تر به عنوان کودکان افسرده تشخیص داده می‌شوند (استنبرگ و همکاران، ۲۰۰۴). کی، ۱۹۹۴ و مج ۲۰۰۶ نیز در تحقیقات خود بر روی کودکان با ناتوانایی یادگیری، به نقش عمده افسردگی در این کودکان اشاره کرده‌اند. هم‌چنین اختلال افسردگی همراه با اضطراب به عنوان یک اختلال شایع در بین کودکان مشاهده شده است (لاکر و کراپلی، ۲۰۰۴).

از دیگر اختلالات همراه با افسردگی در کودکان، اختلال سلوک است. کودکانی که افسردگی همراه با اختلال سلوک دارند، در مقایسه با کودکان افسرده بدون اختلال، در کوتاه‌مدت مشکلات بیشتری دارند.

هم‌چنین می‌توان گفت بین اختلال سلوک و افسردگی در کودکان ارتباط معناداری وجود دارد. این کودکان در عملکرد اجتماعی و ارتباطی مشکلات رفتاری بیش‌تری دارند (بلاک‌من، استرنر، هرمن، ۲۰۰۵). برای بررسی و درمان افسردگی در کودکان، شناخت علت آن ضروری است (نرول، ۱۹۸۵). عوامل بسیاری در پیدایش افسردگی در کودکان مؤثرند. واتس و مارخام (۲۰۰۵) در سه زمینه علت افسردگی، کودکان را مورد بررسی قرار دادند: فاکتور زیستی یا عوامل شناختی، کنش‌های عاطفی و عوامل محیطی مثل اتفاقات و رویدادهای پراسترس. از جمله عوامل تأثیرگذار در افسردگی کودکان، عوامل روانی اضطراب است که زیربنای همه اختلالات روانی به‌شمار می‌رود.

بل (۲۰۰۶) طی ۱۴ سال تحقیق درباره کودکان افسرده نشان داد که بین اضطراب و افسردگی در کودکان رابطه معنی‌داری وجود دارد. هم‌چنین می‌توان گفت که عوامل مختلف اضطراب در افسردگی نقش مهمی دارند. اما به‌طور کلی، موضوع محرومیت از مادر و کمبود محبت او از علل مهمی است که افسردگی کودکان را از افسردگی بزرگسالان متفاوت می‌سازد. نمونه‌ای از کودکانی که علت افسردگی آنان به خاطر رفتار والدین بود، توسط بریس و همکاران (۲۰۰۶) مورد تحقیق قرار گرفته است. نقشی که پدر و مادر، به‌خصوص مادر (اغلب بدون این که خود متوجه باشد) در ایجاد و نگهداری مشکلات اجتماعی کودکان بازی می‌کنند، در مواردی توسط بروس (۲۰۰۶) و لیو و لن (۲۰۰۳) گزارش شد. نتایج بیان‌گر این مطلب بود که مادران افسرده و بیش از حد حمایت‌کننده، اغلب دارای کودکان افسرده بودند. هم‌چنین، می‌توان گفت که مشکلات شدید در دوره کودکی، جدا شدن از والدین، بحران خانوادگی، بیماری روانی یکی از والدین و بد رفتاری جنسی یا جسمی، در کودکان افسرده بیش‌تر از کودکان سالم است. بعضی از محققان و متخصصان بالینی، افسردگی کودکان را با توجه به معیارهای مشابه معیارهای تشخیصی بزرگسالان در نظر گرفته‌اند. در یک بررسی علمی مشخص شد که نشانه‌های افسردگی در کودکان با نشانگان

افسردگی در بزرگسالان هم‌خوانی قابل توجهی دارد. در مقیاس افسردگی بزرگسالان مواردی هم‌چون تغییرات خلق، تغییرات شناختی، انگیزشی و اختلال‌های زیستی و روانی و حرکتی دیده می‌شود که در بررسی بالینی ویژه کودکان نیز همین نشانه‌ها به صورت چشم‌گیری مشهود است (فاسلر و دومس / پارسا، ۱۳۸۴).

به‌طور کلی می‌توان گفت که این نشانه‌ها در کودکان شامل واکنش‌های فیزیولوژیکی چون مشکلات خوردن، خوابیدن، دفع و دردهای جسمی، و تغییرات رفتاری، که جزو اولین نشانه‌های افسردگی در کودکان است، با بی‌علاقه شدن به دوستان و مدرسه، انزوای اجتماعی، قهر کردن، گوشه‌گیری و مشکلات شناختی، نارسایی در تمرکز و توجه، عدم اعتماد به نفس و نبود تجربه‌های شادی آور خود را نشان می‌دهد (هرسن و ترنر / شاملو و همکاران، ۱۳۸۲).

هم‌چنین کودکان افسرده نسبت به کودکان عادی تفکر منفی‌تری درباره ابراز وجود دارند. این کودکان نیز به پدر و مادر وابستگی بیش‌تری دارند (بلا، هنکین، های و آدامز، ۲۰۰۵) البته نشانه‌های افسردگی در خردسالان به صورت مخفی‌تری تظاهر می‌کند. در این کودکان خلق و خوی افسرده و قیافه‌گریبان اغلب دیده نمی‌شود اما اختلال خواب شایع‌ترین علامت بیماری در آن‌هاست. اختلال گوارشی، به‌خصوص بی‌اشتهایی، گاهی به‌تنهایی و گاه توأم با دل درد ممکن است اولین یا حتی تنها علامت بیماری باشد (کازدین، ۲۰۰۰).

درمان کودکان افسرده

با توجه به مشکلات فراوانی که افسردگی برای کودکان و خانواده آن‌ها ایجاد می‌کند، تشخیص و درمان آن به‌ویژه در دوره‌های اولیه رشد، فوق‌العاده حساس و در عین حال متضمن دقت و درایت خاص است (کیمیایی‌پور، ۱۳۸۳). تحقیقات به‌عمل آمده نشان می‌دهد که از جمله روش‌های درمانی مفید، روش درمانی شناختی- رفتاری برای کودکان افسرده است. پژوهشگرانی چون جولای (۲۰۰۶) و

فردن (۲۰۰۸) با

تمرکز بر مشکلات

خانوادگی و محیطی، اثربخشی این

روش را به اثبات رساندند.

البته در کودکانی که گرفتار

مشکلات رفتاری یا درماندگی

عاطفی هستند، اغلب به علت

محدودیت در رشد شناختی و توانایی

کلامی و هم‌چنین ساختن افکار و

اندیشه‌ها، این روش‌های درمانی به

سختی انجام می‌گیرد

(کداسن و شفر /

صابری و وکیلی،

۱۳۸۳).

به‌طور کلی،
موضوع محرومیت از
مادر و کمبود محبت او از
علل مهمی است که افسردگی
کودکان را از افسردگی
بزرگسالان متفاوت
می‌سازد





با استفاده از بازی و فن بازی درمانی و تدارک اسباب‌بازی‌های ضروری و تشکیل جلسات بازی می‌توان به صورت انفرادی یا گروهی به کودکانی که طی درمان کلامی همکاری نمی‌کنند، اجازه داد تا احساسات هشیار و ناهشیارشان را آشکار سازند (محمد اسماعیل، ۱۳۸۱).

بازی‌درمانی در جهت درمان کودک به عنوان یک عامل بازدارنده و تثبیت‌کننده، نقش به‌سزایی دارد و می‌توان آن را به عنوان یک ابزار درمانی قوی برای درمان کودکان به‌کار برد (کیمیایی‌پور، ۱۳۸۳). پژوهش‌های بسیاری به استفاده از رویکردهای درمانی مناسب با هر اختلال و تعیین مراحل آن و ابزارهای خاص مورد نیاز هر کودک با مشکل خاص و عوامل زمانی مؤثر در درمان اختصاص یافته‌اند (محمد اسماعیل، ۱۳۸۱). به عقیده پژوهش‌گران، استفاده از بازی‌درمانی تأثیر به‌سزایی در رشد کودک داشته و رابطه نزدیکی با بهداشت روانی، رشد هوشی، خلاقیت و توانایی حل مسئله و حتی سازندگی در امور شغلی در آینده دارد و همانند یک منبع حمایتی برای مقابله با مشکلات، راهی برای تسهیل یادگیری، انطباق و سازگاری و فعالیت‌سازنده عمل می‌کند (کازدین، ۲۰۰۰). این روش باعث رشد اجتماعی و هیجانی کودکان می‌شود (جوسفی، ۲۰۰۴).

بنابراین، از طریق بازی‌هایی که با ساخت درمانی پویایی کودکان سازگار است، می‌توان به حل مسائل و مشکلات آنان همت گمارد. در حقیقت، بازی‌درمانی روشی است که به یاری کودکان می‌شتابد تا بتوانند مسائل خود را به سمت خویش حل کنند و در عین حال، نشان‌دهنده این واقعیت است که بازی برای کودک همانند یک وسیله طبیعی است. در این نوع درمان، به کودک فرصت داده می‌شود تا احساسات آزاددهنده و مشکلات درون خود را از طریق بازی بروز دهد و آن‌ها را به نمایش بگذارد (محمد اسماعیل، ۱۳۸۱).

بنیان‌گذاری این دیدگاه، که بازی را به عنوان یک رویکرد درمانی مورد توجه قرار داده است را می‌توان به درمان‌گران متعددی که دارای جهت‌گیری روان‌تحلیلی بوده‌اند، نسبت داد. یکی از تأثیرگذارترین این افراد، ملانی کلاین است. او بازی‌درمانی را به عنوان وسیله‌ای جای‌گزین برای ابزار کلامی و هم‌چنین شیوه آشکارسازی خیال‌پردازی‌های کودک و احساسات به طریق احساسات ناهشیارانه، که باید توسط درمان‌گر مورد تعبیر و تفسیر قرار گیرد، به کار برد (موتاکس، ۱۹۵۱، به نقل از محمد اسماعیل، ۱۳۸۱). از این طریق



می‌توان کودکانی را که ناسازگاری‌های رفتاری، اختلالات عاطفی و روانی و مشکلات خانوادگی دارند، درمان کرد و رفتارها و امیال سرکوب شده‌ی آنان را کاهش داد (کیمیایی پور، ۱۳۸۳). گلد و لوگان (۱۹۹۹)، به تأثیر بازی درمانی در افزایش عزت‌نفس و کاهش احساس شرم، گناه و خودانگاره منفی و ناسازگاری‌هایی که کودکان در محیط دارند، اشاره داشتند.

برنت و لدیارد (۱۹۹۹) برای تعیین میزان اثربخشی بازی درمانی بر کودکان دارای مشکلات گوناگون عاطفی و رفتاری، از جمله مشکلات درون نمود مانند کناره‌گیری، اضطراب و افسردگی، و ایجاد مهارت‌های اجتماعی پژوهشی انجام دادند. تحلیل داده‌ها نشان داد که کودکان تحت درمان به بهبودی چشم‌گیری در مشکلاتشان دست یافتند.

سنت کروز، مندز و سنچز (۲۰۰۶) به اثر بازی درمانی در کاهش ترس از تاریکی و آسیب‌های روانی در کودکان اشاره داشتند. هم‌چنین، مشخص شده است که بازی درمانی به رشد اجتماعی و جسمانی در کودک (جوسفی، ۲۰۰۴) و افزایش عزت‌نفس، ایجاد سازگاری، رشد شخصی، برون‌ریزی هیجانات سرکوب شده و کاهش افسردگی و اضطراب در کودکان منجر می‌شود (گلد و لوگان، ۱۹۹۹).

طی ۷۵ سال گذشته بسیاری از مشاوران مدرسه و کلینیک‌ها از این روش برای درمان کودکان افسرده استفاده کرده‌اند. (ری‌نک، ۲۰۰۸).

پژوهش صورت گرفته بر روی ۱۲ کودک ۶ تا ۱۲ ساله افسرده که احساس عدم توانایی و حس درماندگی، یأس و نومییدی داشتند، نشان داد که بازی درمانی می‌تواند روشی مؤثر در درمان این‌گونه کودکان باشد (اگرس‌سی، ۱۹۹۸).

برای درمان کودکان افسرده می‌توان از بازی درمانی همراه با بازی‌های داستانی نیز استفاده کرد (ملوس، ۲۰۰۲). با توجه به تکنیک‌های کاربردی بازی درمانی، هدف پژوهش حاضر تعیین کارایی فنون بازی درمانی گروهی در کاهش نشانه‌های افسردگی در کودکان دارای مشکلات افسردگی و افزایش توان‌مندی‌های آن‌ها در مبارزه با مشکلات و غلبه بر نگرانی‌هایشان است.

روش

پژوهش حاضر از نوع کاربردی و روش آن نیمه‌آزمایشی است و طی آن تأثیر یک متغیر آزمایشی (بازی درمانی) بر متغیر وابسته (افسردگی) در قالب طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بررسی شده است.

جامعه نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر را دانش‌آموزان دختر پایه سوم و چهارم ابتدایی که دارای اختلال افسردگی بودند و در سال تحصیلی ۸۶-۸۵ در مدارس شهرستان فیروزکوه به تحصیل اشتغال داشتند، تشکیل داده‌اند. برای روش نمونه‌گیری، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای یکی از مدارس ابتدایی دخترانه شهرستان فیروزکوه انتخاب و با هماهنگی لازم با اولیای مدرسه و والدین بچه‌ها، فرم معلم پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان (CSI4) برای همه دانش‌آموزان پایه سوم و چهارم ابتدایی اجرا شد. ۱۴ دانش‌آموزی که مطابق با پرسش‌نامه فرم معلم دارای افسردگی بودند، در پژوهش شرکت داده شدند که ۷ نفر از آنان گروه آزمایش و ۷ نفر دیگر، گروه کنترل را تشکیل می‌دادند. واگذاری آزمودنی‌ها به دو گروه آزمایش و کنترل تصادفی بوده است.

ابزار

در پژوهش حاضر، از فرم والد پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان (CSI4) برای تعیین اختلال‌های روان‌شناختی کودکان استفاده شد. این پرسش‌نامه، یک مقیاس درجه‌بندی رفتاری است که اولین بار در سال ۱۹۸۴ توسط اسپیرافکین و گادو براساس طبقه‌بندی DSM-II ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ در چاپ چهارم DSM-IV با تغییرات اندکی مورد تجدیدنظر قرار گرفت و با عنوان CSI4 منتشر شد. همانند فرم‌های قبلی دارای دو فرم والد و معلم است. فرم والدین دارای ۱۲ سؤال است که برای ۱۱ گروه عمده و یک گروه اضافی از اختلال‌های رفتاری تنظیم شد. فرم معلم ۷۷ سؤال دارد و ۹ گروه عمده از اختلال‌های رفتاری را دربرمی‌گیرد. در ایران نیز مطالعه‌ای توسط توکلی‌زاده (۱۳۷۵) با هدف کلی تعیین میزان شیوع اختلال‌های رفتار ایدایی و کاستی توجه بر روی ۳۴۸ دانش‌آموز دبستان‌های شهر گناباد، (۲۲۰ پسر و ۱۲۸ دختر) انجام گرفت. هم‌چنین محمد اسماعیل (۱۳۸۳) طی یک هنجاریابی، مجدداً شاخص‌های روایی و پایایی این پرسش‌نامه را بر روی تعداد ۶۸۰ دانش‌آموز ۶ تا ۱۴ ساله مورد مطالعه قرار داده است. نتایج پژوهش در زمینه بررسی پایایی CSI4 با روش اجرای مجدد آزمون نشان می‌دهد که این پرسش‌نامه به عنوان ابزار سنجش اختلال‌های رفتاری و هیجانی در کودکان ایرانی از پایایی نسبی خوبی در فرم والدین برخوردار است و به عنوان یک ابزار غربالگری اختلال‌های رفتاری و هیجانی در کودکان می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد (محمد اسماعیل، ۱۳۸۳).

ابزار دیگر مورد استفاده در پژوهش حاضر، مکعب‌های مقوایی پلاستیکی، ۷ عدد جعبه با محتویات کفش، کاغذ، سنجاق، نخ، پوشال، ورقه قلع، گچ، چسب، کارت‌های فهرست‌نویسی، ۷ برگ کاغذ به اندازه $11/5 \times 8/5$ سانتی‌متر، یک عدد مداد یا خودکار، ۷ عدد مار بازی به یک اندازه، ۷ عدد جعبه کوچک و خاک برای بازی و بازی درمانی بوده است.

از جمله اهداف مهم بازی، اهداف آموزشی و تربیتی، اخلاقی، اجتماعی، جسمانی و درمانی است، که در بین این اهداف، بازی درمانی هدفی ویژه به حساب می‌آید که از طریق آن می‌توان به افکار و احساسات کودک دسترسی پیدا کرد. به همین خاطر، در امر روان‌درمانی کودکان از روش بازی درمانی برای ایجاد رابطه با کودک و حل مشکلات و استفاده می‌شود

● فن بازی عصبانیت (پاتریشیا دیوید سون)

هدف از به‌کارگیری این روش آن است که به دانش‌آموزان اجازه داده شود تا عصبانیت خود را در حین بازی نشان دهند و علاوه بر این، بتوانند به نوعی به یک احساس پذیرفتگی برسند و راه‌های مناسب و منطقی بیان عصبانیت را به اندازه دیگر احساسات خارج از محیط بازی، یاد بگیرند.

شیوه اجرا در این مرحله به این صورت است که ابتدا از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود که دور یک میز به صورت گرد بنشینند. آن‌گاه به هر آزمودنی دو عدد مکعب با رنگ‌های متفاوت داده می‌شود. آزماینده هم ۲ عدد از مکعب‌ها را جلوی خود می‌گذارد و برای آزمودنی‌ها توضیح می‌دهد که هر مکعب برای بیان یکی از مسائل و اتفاقاتی است که به‌تازگی رخ داده و موجب عصبانیت شما شده است. در ابتدا، خود آزماینده با گذاشتن یکی از مکعب‌ها در وسط میز و بیان کردن مسئله‌ای که باعث ناراحتی‌اش شده است، بازی را شروع می‌کند. و بدین ترتیب هر یک از آزمودنی‌ها با مطرح کردن خشم و ناراحتی خود، مکعب‌اش را روی بقیه مکعب‌ها می‌گذارد. این فن طی ۳ جلسه، جلسات (۱، ۲ و ۳) به کار برده شد.

● به دنیای درک شده شکل دهید (مایکل کایسو)

هدف از انجام دادن این بازی این است که کودکان از تعارضات و فشارهای روانی رها شوند و احساس آرامش کنند. این روش به کودکانی که دچار تعارض اند، امکان برون‌ریزی می‌دهد. علاوه بر این، فرصتی برای کودک ایجاد می‌شود که خود را به شکلی صمیمانه و غیرانتقادی مطرح کند. روش اجرای این بازی بدین صورت است که آزماینده از بچه‌ها می‌خواهد در مدت ۱۵ دقیقه از همه‌ی موادی که داخل جعبه قرار دارد، مثل چسب، گچ، نخ و مقوا استفاده کنند و آن‌چه را به ذهنشان می‌رسد، بسازند. پس از تمام شدن وقت، آزماینده از تک‌تک آزمودنی‌ها می‌خواهد تا هر کدام در مورد وسیله‌ای که ساخته است، داستانی تعریف کند و در مورد آن با سایر اعضای گروه به گفت‌وگو بپردازد. در این مرحله، آزماینده در مورد وسیله‌ی ساخته شده از آزمودنی‌ها سؤال‌هایی می‌کند تا از این طریق آزمودنی‌ها بیشتر در مورد وسایل خود صحبت کنند. این فن طی ۳ جلسه، جلسات (۴، ۵ و ۶) به کار برده شد.

● فن مار (آلن لوباف)

این روش بازی برای ابراز ادراکات خود، تردیدها، اضطراب و خشم به کار برده می‌شود. افکار و احساسات درونی ترس‌آور از طریق داستان‌پردازی بیان می‌شوند (به نقل از کداسن و شفر/ صابری و وکیلی، ۱۳۸۲). هدف از اجرای این فن، شناخت رویدادهایی است که موجب وارد آمدن ضربه‌ی عاطفی به کودک و یا آزار او و ایجاد حس ترس و عدم امنیت در کودک شده‌اند. در این روش، آزماینده ۷ جعبه‌ی کوچک پر از خاک را در مقابل آزمودنی‌ها قرار می‌دهد و در داخل هر جعبه یک عدد مار بازی می‌گذارد. آزماینده در ابتدا احساس آزمودنی‌ها را در مورد مارها می‌پرسد و از آن‌ها می‌خواهد تصویر یک مار واقعی را در ذهنشان داشته باشند و هر عملی را که دوست دارند با مارها انجام دهند. پس از مدت زمان کوتاهی، آزماینده از هر یک از آزمودنی‌ها می‌خواهد که هر داستانی را که در مورد این مارها به ذهنش می‌رسد بگوید. در این بازی، اغلب ترس، خشم و تنفر نهفته است. در ابتدای جلسه ترسی که بعضی از آزمودنی‌ها از مار داشتند، مانع ایجاد ارتباط و همکاری لازم شد اما بعد از گذشت زمان کمی از جلسه، به تدریج آزمودنی‌ها توانستند مارها را در دست بگیرند و با آن‌ها بازی کنند؛ به طوری که حتی پس از اتمام سه جلسه ترس از مار در آن‌ها از بین رفت. احساس عدم کفایت و امنیت در بیان کودکانی که از برنده شدن در این پیکار احساس درماندگی می‌کنند، دیده می‌شود. این فن طی ۳ جلسه، جلسات (۷، ۸ و ۹) به کار برده شد.

● فن پیش‌گو (جویدیت فرایند من با بلکوک)

این روش بازی برای کودکانی که احساس شکست می‌کنند و به تصور چیزهای بهتری نیازمندند، مفیدترین روش است. برای استفاده از این بازی، آزماینده ۷ قطعه کاغذ به قطر $11/5 \times 8/5$ سانتی‌متر را تا می‌زند، می‌برد و هر لبه آن‌ها را برمی‌گرداند و در روی هر لبه اسم یک رنگ را به انتخاب آزمودنی‌ها می‌نویسد. آن‌گاه به هر کدام از آزمودنی‌ها یک عدد کاغذ فن پیش‌گو می‌دهد و از آن‌ها می‌خواهد که در زیر هر رنگ، یکی از آرزوها و آن‌چه را که دوست دارند در آینده اتفاق بیفتد، بنویسند. سپس آزماینده کاغذ هر آزمودنی را می‌گیرد و از او می‌خواهد یک شماره از ۱ تا ۲۰ را بگوید و بعد براساس آن عدد، کاغذ پیش‌گو را باز و بسته می‌کند تا به شماره‌ی مورد نظر برسد. آن‌گاه آرزو را بلند می‌خواند و همه‌ی دانش‌آموزان برای آزمودنی مورد نظر دست می‌زنند و به این ترتیب، نوبت به آزمودنی بعدی می‌رسد و همه‌ی این مراحل برای او انجام می‌شود. این روش برای کمک به ایجاد هم‌دلی با کودک و درک آرزوها و

ترس‌های او بسیار مفید است و حتی مناسب‌ترین راه برای پیدا کردن دوست به حساب می‌آید. این فن طی ۳ جلسه، (۱۰، ۱۱ و ۱۲) به کار برده شد.

یافته‌ها

در جدول‌های ۱-۴ و ۲-۴ نمره‌های آزمودنی‌های گروه آزمایشی و گروه گواه در پرسش‌نامه‌ی CSI4 (فرم معلم) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است.

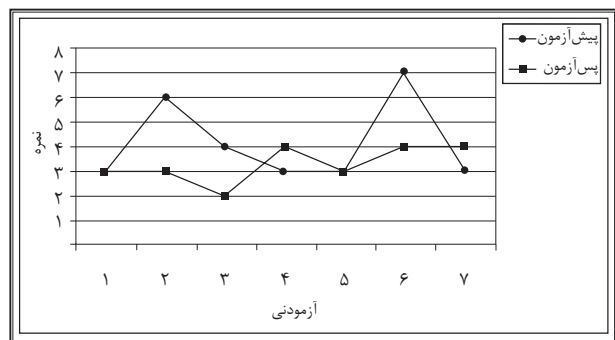
داده‌های ارائه شده در جدول‌های ۱-۴ و ۲-۴ در نمودارهای شماره ۱-۴ و ۲-۴ نشان داده شده است.

ردیف آزمودنی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
۱	۴	۱
۲	۷	۳
۳	۵	۱
۴	۴	۱
۵	۶	۰
۶	۳	۰
۷	۴	۱

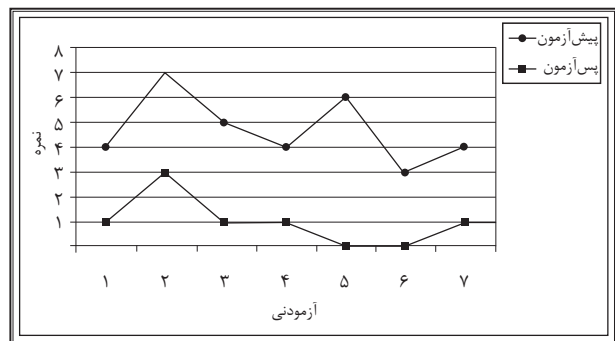
جدول ۱-۴
نمره‌های آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه‌ی CSI4 (فرم معلم) پیش‌آزمون و پس‌آزمون (گروه)

ردیف آزمودنی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
۱	۳	۳
۲	۶	۳
۳	۴	۲
۴	۳	۴
۵	۳	۳
۶	۷	۴
۷	۳	۴

جدول ۲-۴
نمره‌های آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه‌ی CSI4 (فرم معلم) پیش‌آزمون و پس‌آزمون (گروه گواه)



شکل ۱-۴. نمودار نمره‌های پرسش‌نامه‌ی CSI4 (فرم معلم) در کودکان دارای افسردگی (گروه آزمایشی)



شکل ۲-۴. نمودار نمره‌های پرسش‌نامه‌ی CSI4 (فرم معلم) در کودکان دارای افسردگی (گروه گواه)

استنباط آماری داده‌ها

در پژوهش حاضر، متغیر مستقل (عامل) بازی درمانی و متغیر وابسته، افسردگی است. برای بررسی تأثیر متغیر مستقل (بازی درمانی) بر متغیر وابسته (افسردگی) از آزمون مقایسه دو میانگین مستقل برای نمره‌های افتراقی استفاده شده است.

نمره‌های افتراقی و میانگین نمره‌ها به تفکیک گروه آزمایشی و گروه گواه در جدول ۳-۴ ارائه شدند.

برای مقایسه میانگین نمره‌های افتراقی دو گروه آزمایشی و گواه از آزمون میانگین دو گروه مستقل استفاده شده که نتایج آن در جدول ۴-۴ نشان داده شده است.

جدول ۳-۴. نمره‌های افتراقی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون) آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه CSI4 (فرم معلم)

نمره‌های افتراقی $D=X_1-X_2$	پس‌آزمون X_2	پیش‌آزمون X_1	آزمودنی‌ها
۳	۱	۴	گروه آزمایشی E
۴	۳	۷	
۴	۱	۵	
۳	۱	۴	
۶	۰	۶	
۳	۰	۳	
۳	۱	۴	
۲۶	Σ		
۳/۷۱	X		
۱/۱۱۳	S		
۰	۳	۳	گروه گواه C
۳	۳	۶	
۲	۲	۴	
-۱	۴	۳	
۰	۳	۳	
۳	۴	۷	
-۱	۴	۳	
۶	Σ		
۰/۸۶	X		
۱/۷۷۳	S		

در جدول ۳-۴ ابتدا نمره افتراقی ($D=X_1-X_2$) برای هر یک از افراد گروه نمونه محاسبه شده است. نمره افتراقی نشان‌دهنده تفاوت بین نمره افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای هر کدام از افراد گروه نمونه است.

سپس، شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های افتراقی به تفکیک گروه آزمایشی و گروه کنترل محاسبه و در داخل جدول نشان داده شده است. برای تحلیل داده‌ها و بررسی تأثیر متغیر مستقل (بازی درمانی)، میانگین نمره‌های افتراقی در گروه آزمایشی و گروه کنترل با استفاده از آزمون میانگین دو گروه مستقل بررسی شده و خلاصه نتایج محاسبات در جدول ۴-۴ ارائه شده است.

با توجه به این که متغیر مستقل تنها برای گروه آزمایشی اعمال شده است، در صورت مشاهده تفاوت معنادار بین میانگین نمره‌های افتراقی دو گروه، تفاوت مشاهده شده ناشی از کاربرد متغیر مستقل در مورد گروه آزمایشی خواهد بود.

نتیجه‌گیری آماری: با توجه به این که شاخص t محاسبه شده (۳/۶۱۲) بزرگ‌تر از t بحرانی در سطح ۰/۰۱ در آزمون‌های یک دامنه (۲/۶۸۱) است، بنابراین با اطمینان ۹۹ درصد، فرض صفر مبنی بر برابری میانگین‌های محاسبه شده در دو گروه آزمایشی و گواه رد می‌شود. به عبارت دیگر، میانگین نمره‌های افتراقی در گروه آزمایشی به‌طور معنادار بیش‌تر از گروه گواه است. با توجه به این که متغیر مستقل (بازی درمانی) در فرایند پژوهش تنها در مورد گروه آزمایشی اعمال شده است و دو گروه آزمایشی و کنترل از لحاظ سایر متغیرهای احتمالی، که می‌توانستند در آزمودنی‌ها تأثیر گذار باشند، در شرایط یکسان قرار داشتند، تفاوت معنادار مشاهده شده بین میانگین‌های نمره‌های افتراقی در دو گروه می‌تواند تنها به دلیل تأثیر متغیر مستقل پژوهش باشد.

نتیجه‌گیری پژوهشی: بازی درمانی باعث کاهش افسردگی در کودکان گروه آزمایشی شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

از جمله اهداف مهم بازی، اهداف آموزشی و تربیتی، اخلاقی، اجتماعی، جسمانی و درمانی است، که در بین این اهداف، بازی درمانی هدفی ویژه به حساب می‌آید که از طریق آن می‌توان به افکار و احساسات کودک دست‌رسی پیدا کرد. به همین خاطر، در امر روان‌درمانی کودکان از روش بازی درمانی برای ایجاد رابطه با کودک و حل مشکلات او استفاده می‌شود (کیمیایی پور، ۱۳۸۳).

از طریق بازی می‌توان به حل مشکلات و تعارضات درونی کودکان همت گمارد و در جهت درمان آنان کوشید. در حقیقت، بازی درمانی روشی است که به باری کودکان می‌شتابد و به آنان کمک می‌کند تا مسائل خود را به دست خویش حل کنند. این روش، در عین حال نشان‌دهنده این واقعیت است که بازی برای کودک همانند یک وسیله طبیعی است، با این هدف که بتوانند خویشمن و ویژگی‌های روانی خود را بشناسند و متناسب با آن‌ها عمل

آزمون میانگین		آزمون یک‌سانی واریانس‌ها	
حدود میانگین با اطمینان ۹۵ درصد	تفاوت خطای استاندارد	سطح معناداری	F
حد پایین	حد بالا	درجه آزادی	t
۴/۵۸۱	۱/۱۳۳	۰/۷۹۱	۲/۸۶
۴/۶۱۸	۱/۰۹۷	۰/۷۹۱	۲/۸۶
		۰/۰۰۴	۱۲
		۰/۰۰۵	۱۰/۰۹۲
		۰/۰۵۲	۳/۶۱۲
		۴/۷۴۱	۳/۶۱۲

جدول ۴-۴. آزمون میانگین دو گروه مستقل برای نمره‌های افتراقی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون) در گروه آزمایشی و گروه گواه



کنند. بازی درمانی روشی است که از رابطه متقابل و سالم بین والدین و فرزند الگوبرداری شده است. این رویکرد، روشی را برای درمان توصیف می‌کند که در آن والدین ابتدا به عنوان ناظر و سپس به عنوان درمان‌گر مشارکت کنند (محمد اسماعیل، ۱۳۸۱). به کمک این روش درمانی می‌توان به ناسازگاری‌های رفتاری کودکان، از جمله خشم و اضطراب، پی برد و آن‌ها را درمان کرد. همچنین، تأثیرات این روش بر کودکانی که دچار مشکلات ارتباطی و بیان احساسات و عواطف سرکوب شده بودند نیز از طریق پژوهش‌های مَلُوس (۲۰۰۲) به اثبات رسیده است. بومر نیز در سال (۲۰۰۲) استفاده از روش بازی درمانی را به عنوان یک روش درمانی برای کاهش اضطراب کودکان پیش‌دبستانی مفید

بازی درمانی روشی است که از رابطه متقابل و سالم بین والدین و فرزند الگوبرداری شده است. این رویکرد، روشی را برای درمان توصیف می‌کند که در آن والدین ابتدا به عنوان ناظر و سپس به عنوان درمان‌گر مشارکت کنند

دانست. در جهت ارتباط بازی‌درمانی با مشکلات ارتباطی و آشفته‌گی‌های عاطفی در کودکان، مانند افسردگی و گوشه‌گیری، که از جمله مشکلات عمده آنان نیز به‌شمار می‌آید. لدیارد (۱۹۹۹) این روش درمانی را برای حل مشکلات این کودکان مطرح کرد و به نتایج قابل قبولی دست یافت. همچنین، مَلُوس (۲۰۰۲) نشان داد که بازی‌درمانی فردی و بازی‌درمانی همراه با قصه می‌تواند در کاهش افسردگی کودکان مفید باشد. پژوهش حاضر نیز کوشیده است تا اثر بازی‌درمانی را در کاهش نشانه‌های افسردگی در کودکان مورد بررسی قرار دهد. این واقعیت که کودکان منزوی به بزرگسالان بی‌کفایت، غمگین و بیمار تبدیل خواهند شد، دلیل کافی برای توجه به این مشکل رفتاری در آنان است. به‌علاوه، این که درصد بالایی از کودکان ما در مقطع ابتدایی به این اختلال مبتلا هستند، نیاز به درمان را به امری کاملاً جدی تبدیل می‌کند. در درمان اختلالات افسردگی در کودکان، شناخت علمی این اختلال‌ها و خصوصیات رفتاری کودکان ضروری است. همچنین، علل ایجادکننده و شرایط و عوامل موثر در پیدایش و استمرار آنها باید مورد توجه قرار گیرد (هرسن، ترنر، شاملو، ۱۳۸۲). اگرس‌سی (۱۹۸۸) بعد از بررسی‌هایی که بر روی تئوری‌های بنیادی و شناختی بازی‌درمانی انجام داد، با تأکید بر این تئوری برای کودکان افسرده، روش یاد شده را مفید برای درمان این کودکان دانست. برنت (۱۹۹۱) از

روش بازی درمانی به عنوان یک متد ابداعی برای بچه‌هایی که دارای مشکلات گوناگون احساسی و رفتاری بودند، از جمله مشکلات عزت نفس و افسردگی، استفاده کرد و به نتایج قابل قبولی در این زمینه دست یافت. همچنین، این روش را به عنوان یک روش درمانی موثر به دیگر پژوهشگران توصیه کرد. مَلُوس (۲۰۰۲) برای کاهش افسردگی در کودکان از ترکیب روش بازی‌درمانی فردی و بازی‌های داستانی استفاده کرد و به نتایج قابل قبولی در این زمینه دست یافت. مطالعات نشان داده است که کودکانی که از نظر اجتماعی در سطح پایینی قرار دارند، بیش‌تر در معرض خطر ابتلا به افسردگی هستند. نتایج تحقیقات اگرس‌سی (۱۹۸۸) بر روی کودکان افسرده

نشان داد که استفاده از بازی‌درمانی منجر به ایجاد حس اعتماد به نفس بالا و امیدواری و بهبودی در روابط اجتماعی در این کودکان می‌شود که این امر در کاهش افسردگی آنها موثر است. به همین دلیل، در پژوهش حاضر، این روش به عنوان یک روش درمانی موثر برای درمان کودکان افسرده طی ۱۲ جلسه درمانی مورد استفاده قرار گرفت. در همه جلسات درمانی بر ساخت‌مند بودن جلسات، مداخله و همکاری، ایجاد رابطه حسنه میان درمان‌گر و کودک، ایجاد فضا و مکان مناسب و آرام، و دادن آزادی عمل به کودک برای بیان احساسات تأکید می‌شد. نتایج پژوهش حاضر نشان‌گر کاهش چشمگیر نشانه‌های افسردگی در کودکان دارای اختلال افسردگی با استفاده از روش بازی‌درمانی بود. پژوهش‌های مختلفی درباره اثربخشی روش بازی‌درمانی بر درمان اختلالات عاطفی و رفتاری کودکان صورت گرفته است که از جمله آنها می‌توان به تأثیر بازی‌درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری و پرخاش‌گری در کودکان، (قدیری، ۱۳۷۷)، استفاده از بازی‌درمانی برای درمان مشکلات ارتباطی و اجتماعی کودکان (لدیارد، ۱۹۹۹) و برای درمان ترس و اضطراب کودکان (بومر، ۲۰۰۲) اشاره کرد. نتایج پژوهش حاضر نیز از نظر اثربخشی بازی‌درمانی بر اختلالات عاطفی و رفتاری کودکان با پژوهش‌های پیش‌گفته هم‌خوانی دارد.

منابع در دفتر مجله موجود است.



تأثیر گشتالت‌درمانی بر اضطراب

رضا شهلا

کارشناس ارشد روان‌شناسی

تأثیر گشتالت‌درمانی بر نشانه‌های اضطرابی

کودکان مضطرب و میزان بهزیستی روان‌شناختی مادران

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر گشتالت‌درمانی بر کاهش علائم اضطراب در کودکان بوده است که با استفاده از روش پژوهش نیمه‌آزمایشی، ۱۶ دانش‌آموز پسر با نشانه‌های اضطرابی از طریق روش نمونه‌گیری انتخاب به‌طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. طرح پژوهش، «پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل» بوده است. پرسش‌نامه سلامت روان‌شناختی (مونش) و پرسش‌نامه CSI₄ روی مادران هر دو گروه آزمایش و گواه اجرا شد و گروه آزمایش به مدت ۱۱ جلسه تحت تأثیر فنون گشتالت‌درمانی قرار گرفتند. بعد از یک ماه پس‌آزمون دوم روی هر دو گروه آزمایش و کنترل به‌وسیله فرم معلم و والد CSI₄ بر کودکان و پرسش‌نامه (مونش) روی مادران انجام گرفت. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که گشتالت‌درمانی باعث کاهش اضطراب در کودکان می‌شود ولی گشتالت‌درمانی کودکان تأثیری بر سلامت روانی مادران نداشته است. به‌عنوان نتیجه‌گیری می‌توان اظهار داشت که گشتالت‌درمانی موجب کاهش نشانه‌های اختلال‌های اضطرابی در کودکان مضطرب شده است، بنابراین می‌توان از این شیوه به عنوان یک فن اثربخش برای درمان اختلال‌های اضطرابی کودکان استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: اضطراب کودکی، گشتالت‌درمانی، بهزیستی روان‌شناختی.

منبع

شهلا، رضا؛ تأثیر گشتالت‌درمانی بر نشانه‌های اضطرابی کودکان مضطرب و میزان بهزیستی روان‌شناختی مادران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، ۱۳۸۹.



مقاله

سوء مصرف هیجان

علی قره‌داغی
دانشجوی دکتری مشاوره

علل گرایش نوجوانان به مواد مخدر

چکیده

نوجوانان اولین کسانی هستند که در دام سوء مصرف مواد مخدر گرفتار می‌شوند، و این به خاطر دوره رشدی حساسی است که در آن قرار دارند. در این مجال سعی شده است تا مصرف مواد در نوجوانان به دقت بررسی شود. بنابراین، در زمینه سبب‌شناسی مصرف مواد نظریه‌های گوناگونی چون نظریه روان‌پوشی، نظریه رفتاری و شناختی- رفتاری، و مدل‌های خانوادگی مطرح شده‌اند. هم‌چنین مدل‌های مرحله‌ای استعمال مواد نوجوانان و عوامل زمینه‌ساز نیز ذکر شده‌اند. در نهایت نیز ریسک فاکتورها به همراه عوامل حمایتی با عنایت به حوزه‌های مختلف مورد مقایسه قرار گرفته‌اند.

کلیدواژه‌ها: نوجوان، سوء مصرف مواد مخدر، پرخطرگری، خودکنترلی

مقدمه

نوجوانی یکی از منحصر به فردترین دوره‌های زندگی است که تهدید و فرصت دوشادوش هم می‌توانند فرجام زیست آدمی را تعیین کنند. «اریک اریکسون» نوجوانی را یکی از حساس‌ترین دوره‌های زندگی به‌شمار می‌آورد؛ چراکه بحران هویت در این دوره تجربه می‌شود. شکل دادن و پذیرفتن هویت، کاری دشوار و پراضطراب است. نوجوانان باید نقش‌ها و ایدئولوژی‌های مختلف را آزمایش و مناسب‌ترین آنها را تعیین کنند. افرادی که با احساس خود نیرومندی از این مرحله بیرون

می‌آیند، برای روبه‌رو شدن با بزرگسالی به اطمینان و قطعیت مجهزند و آنهایی که در رسیدن به هویت منسجم ناکام می‌مانند، دچار بحران هویت می‌شوند، و آنچه را اریکسون سردرگمی نقش می‌نامد، نشان می‌دهند. آنها ممکن است از صحنه عادی زندگی، تحصیل، شغل، از دواج کناره بگیرند یا در جرم یا مواد مخدر، هویتی منفی را بچینند. حتی یک هویت منفی به بی‌هویتی ترجیح دارد؛ اگر چه به اندازه هویت مثبت رضایت‌بخش نیست (شولتز و شولتز، ترجمه سیدمحمدی ۱۳۸۱).

وابستگی به مواد مخدر (اعتیاد) اختلالی چند عاملی محسوب می‌شود. در این میان، تعامل مجموعه‌ای از عوامل، شامل متغیرهای شخصی (روانی) بین شخصی (خانواده، همسالان)، اجتماعی- فرهنگی و بیورنتیک، نقش تعیین‌کننده دارند (به نقل از بشارت، ۱۳۸۶). هدف اصلی این مقاله بررسی عوامل زمینه‌ساز گرایش نوجوانان به مصرف مواد است.

سبب‌شناسی

پیرامون سبب‌شناسی اختلالات مصرف مواد نظریه‌های گوناگونی از جمله نظریه‌های روان‌پوشی، نظریه‌های رفتاری، و شناختی- رفتاری و مدل‌های خانوادگی وجود دارد (مک کرای و اپستین، ۱۹۹۶؛ به نقل از دودگن و شی، ۲۰۰۰).

نظریه‌های روان‌پوشی

مدل‌های کنونی سوء مصرف مواد از دیدگاه

روان‌پوشی بر رشد خود، روابط ایزه^۱، و روان‌شناسی خود تأکید می‌کنند. اخیراً عقیده بر این است که سوء مصرف مواد در خدمت کارکردهای دفاعی و انطباقی ناکنش ور قرار می‌گیرد. سوء مصرف مواد نشان‌دهنده تلاش برای مقابله با هیجان‌ها و دنیای بیرونی است (مخصوصاً دنیای ایزه). برای مثال، مصرف مواد، در خدمت کارکرد دفاع مصنوعی عاطفه^۲ نگریسته می‌شود. در سوء مصرف کنندگان مواد، عواطف، گرایش به همگانی بودن، و نامتمایز بودن دارند؛ تا جایی که تجربه هیجان‌ها، بدنی و طاقت‌فرسا می‌شوند. تجربه جسمانی و طاقت‌فرسای هیجان‌ها در کسانی که قادر به تحلیل، شفاهی‌سازی، و مدیریت احساسات نیستند، به‌انگیختگی‌های دارویی منجر می‌شود؛ شرایطی که با عنوان آلکسیتایمیا^۳ از آن یاد می‌کنند.

سوء مصرف کنندگان مواد، علاوه بر دشواری مدیریت هیجان‌ها، ممکن است دشواری‌هایی در سایر کارکردهای حیاتی من^۴ و خود^۵ از قبیل حفظ حالت‌های بهزیستی و عزت‌نفس، ارضای نیاز، راه‌اندازی دفاع، و روابط ایزه، داشته باشند. مواد نقشی جبرانی ایفا می‌کند، به حمایت از یک من محاصره شده و ناشایست برمی‌خیزد یا یک فرمان^۶ تنبیه‌گر و خشن را مهار و کنترل می‌کند. نظریه‌های روان‌پوشی کنونی درباره سوء مصرف مواد در باورهای زیر اشتراک نظر دارند:

۱. سوء مصرف مواد به عنوان یک نشانه آسیب‌شناسی روانی بنیادی تر نگریسته می‌شود.
۲. دشواری در مدیریت هیجان به عنوان یک

نظریه کاهش استرس یا تنش نیز عمدتاً ریشه در اصول یادگیری/شناختی دارد. رفتار سوء مصرف مواد از این حیث پاداش دهنده محسوب می‌شود که به کاهش تنش‌هایی چون، ترس، تعارض، یا ناکامی منجر می‌شود

مشکل هسته‌ای نگریسته می‌شود.

۳. روابط ابژه مختل در رشد سوء مصرف مواد مرکزی هستند.

نظریه‌های رفتاری و شناختی - رفتاری

نظریه‌های رفتاری و شناختی - رفتاری سوء مصرف مواد روی هم رفته از اصول یادگیری مشتق می‌شوند: شرطی‌سازی کنشگر، شرطی‌سازی کلاسیک و نظریه یادگیری اجتماعی. ابعاد تقویت‌کننده سوء مصرف مواد (از طریق ایجاد یا افزایش حالت‌های ذهنی مثبت، یا کاهش و حذف حالت‌های ذهنی منفی) ظاهراً متناسب با پارادایم شرطی‌سازی کنشگر است. اصول شرطی‌سازی کلاسیک کمک می‌کند تا ارتباط مشاهده شده نیرومند بین نشانه‌های محیطی و تجربه درخواست‌های دارویی مشخص شود. گفته معروف «از افراد، مکان‌ها و کارها دوری کن» تلاش برای شکستن ارتباط بین نشانه‌های محیطی و استفاده مواد را انعکاس می‌دهد.

مفاهیم کلیدی نظریه یادگیری اجتماعی، هنگامی که برای فهم سوء مصرف مواد به کار می‌رود، مستلزم درک نقش الگوگیری و میانجیگری شناختی رفتار است. احتمالاً شناخته شده‌ترین ریسک فاکتور برای سوء مصرف مواد، ارتباط با سایر (یا در خانواده یا گروه همسالان) سوء مصرف‌کنندگانی است که الگوهای مصرف یا سوء مصرف مواد را سرمشق دهی می‌کنند. عوامل شناختی‌ای که زمینه را مهیا می‌سازند تا

یک فرد به سوء مصرف مواد بپردازد، عبارت‌اند از مهارت‌های مقابله‌ای و حل مسئله ضعیف، حس خود کارآمدی پایین (ادراک درماندگی)، و انتظارات مثبت از آثار مواد.

نظریه پردازان انتظار^۹ بر این اعتقادند که سوء مصرف‌کنندگان مواد از رابطه بین استفاده مواد و پیامدهای مشخص آن آگاه می‌شوند؛ به عبارت دیگر، یک فرد پیش‌بینی کردن این‌را که استفاده از مواد با پیامدهای معین، معمولاً مثبت، همراه است یاد می‌گیرد. رفتارهای سوء مصرف مواد زمانی اتفاق می‌افتد که مصرف‌کننده به جای انتظارات منفی، انتظارات مثبت‌تری در باب سوء مصرف مواد پیش‌بینی می‌کند. اعتقاد بر این است که این انتظارات، دست‌کم در ابتدا در کوتاه‌مدت تقویت می‌شوند. سوء مصرف مواد تا زمانی ادامه می‌یابد که انتظارات فرد در باب استفاده آن، مثبت‌تر و در تعداد فزون‌تر از آنهایی است که با انتظارات منفی همراه‌اند.

نظریه کاهش استرس یا تنش نیز عمدتاً ریشه در اصول یادگیری/شناختی دارد. رفتار سوء مصرف مواد از این حیث پاداش دهنده محسوب می‌شود که به کاهش تنش‌هایی چون، ترس، تعارض، یا ناکامی منجر می‌شود. نظریه کاهش تنش مبتنی بر نظام پاداش مصرف مواد است: زمانی که تنش در ارتباط با مفاهیمی چون ترس، اضطراب است، از طریق تزریق مواد کاهش می‌یابد. بنابراین، عقیده بر این است که مواد در تلاش برای تعدیل و تغییر تجارب روان‌شناختی ناخوشایند به کار برده

می‌شوند و تنش را کاهش می‌دهند (مک کرای واپستین، ۱۹۹۶؛ به نقل از دودگن وشی، ۲۰۰۰)

مدل‌های خانوادگی

در اصل سه مدل از رویکردهای خانواده-محور در ارتباط با سوء مصرف مواد وجود دارد، که عبارت‌اند از:

۱. رفتاری: تمرکز مدل رفتاری بر رفتارهای تقویت‌کننده‌ای است که اعضای خانواده نسبت به فرد سوء مصرف‌کننده مواد ارائه می‌کنند. مشاهده شده است که عملکرد اعضای خانواده اغلب به‌طور غیرعمدی به گونه‌ای است که استعمال مواد را حمایت می‌کند.

۲. نظام‌های خانوادگی: مدل‌های نظام‌های خانوادگی بر نقش‌های به هم وابسته اعضای خانواده تأکید می‌ورزند. تغییر دادن نقش‌ها- حتی به صورت صوری نقش منفی یک سوء مصرف‌کننده مواد- اغلب با مقاومت اعضای خانواده روبه‌رو می‌شود؛ زیرا تغییر، مستلزم سازگاری مجدد سایر نقش‌های خانوادگی است.

۳. بیماری خانوادگی: مدل بیماری خانوادگی این حقیقت را پررنگ‌تر می‌سازد که نه تنها سوء مصرف‌کننده، بلکه سایر اعضای خانواده نیز از نوعی اختلال رنج می‌برند. اعضای خانواده، به‌علاوه سوء مصرف‌کننده، نیاز به درمان دارند. اختلال خانوادگی سوء مصرف مواد را ناتمام باقی می‌گذارد و بدون درمان همه اعضای خانواده، بهبودی موقت‌آمیز فرد معتاد دور از انتظار است.

«اریک اریکسون» نوجوانی را یکی از حساس‌ترین دوره‌های زندگی به‌شمار می‌آورد؛ چرا که بحران هویت در این دوره تجربه می‌شود. شکل دادن و پذیرفتن هویت، کاری دشوار و پراضطراب است. نوجوانان باید نقش‌ها و ایدئولوژی‌های مختلف را آزمایش و مناسب‌ترین آنها را تعیین کنند

این مدل‌های خانوادگی دلیل مقاومت مشاهده شده در راه تغییر رانه تنها در سوء مصرف کنندگان بلکه در اعضای خانواده آنها می‌دانند (مک کراوی و اپستین، ۱۹۹۶؛ به نقل از دودگن و شی، ۲۰۰۰).

مدل‌های مرحله‌ای استعمال مواد نوجوانان

محققان برای توصیف و تحلیل شروع و پیشرفت استعمال مواد در نوجوانان مدل‌های مرحله‌ای، یا متوالی ایجاد کرده‌اند. مدل مک‌دونالد و نیوتن^{۱۱} (۱۹۸۱) پیوستار تجربه استفاده از مواد شیمیایی در دوره نوجوانی^{۱۱} (ACUE) نامیده می‌شود. ACUE یک مدل چهار مرحله‌ای درباره مصرف مواد نوجوانان است که در آن، مراحل از دیدگاه نوسان‌های خلقی^{۱۲} تعریف می‌شوند؛ به عبارت دیگر، یک نوسان خلقی این‌گونه تعریف می‌شود «تأثیر یک ماده بر حالت درونی، ذهنی شخص مصرف‌کننده ماده». چهار مرحله یاد شده ACUE در ادامه توصیف می‌شوند.

۱. مرحله آزمایشی (یادگیری نوسان خلقی)؛ که عبارت است از کنجکاو معمولی دوره نوجوانی و آزمایش با دارو.

۲. استفاده اجتماعی (جست‌وجوی نوسان خلقی)؛ این مرحله با استفاده از دارو همراه با همسالان، مسمومیت و استفاده افراطی گاه به گاه، مشخص می‌شود اما هیچ مشکل مزمنی وجود ندارد.

۳. استعمال کارکردی (اشتغال ذهنی با نوسان خلقی)؛ در این مرحله ملاک‌های یک اختلال استعمال مواد ممکن است یافته شوند.

۴. استعمال وابسته (استفاده کردن برای داشتن یک احساس طبیعی)؛ در این مرحله، شخص ملاک‌های سوء مصرف مواد را نشان می‌دهد؛ هر چند که وابستگی یافت نشود.

بیشتر نوجوانان در مراحل ۱ و ۲ مدل مذکور قرار دارند.

مدل کاندل^{۱۳}، که ادبیات گسترده‌ای دارد، مبتنی بر مطالعات طولی است. مدل چهار مرحله‌ای اصلی کاندل از یافته‌هایی ناشی می‌شود که براساس آنها نوجوانان در آغاز «داروهای مدخل»^{۱۴} را استفاده می‌کنند. به عبارت دیگر، نوجوانان با موادی آزمایش می‌کنند که در دسترس بزرگسالان است؛ مانند الکل و تنباکو.

مدل اصلی کاندل (۱۹۷۵) در زیر معرفی می‌شود:

۱. استفاده از شراب یا آبجو

۲. استفاده از سیگار یا نوشابه‌های الکلی قوی

۳. امتحان کردن ماری جوانا

۴. استفاده از سایر داروهای ممنوعه (مانند، مخدرها)

تحقیقات بیشتر به توسعه یک مدل اصلی منجر می‌شود. سوء مصرف الکل به عنوان مرحله زیرین آزمایش ماری جوانا اضافه شده است، همچنین استفاده غیرپزشکی از داروهای تجویزی (مانند محرک‌ها، مسکن‌ها، آرام‌بخش‌ها، بی‌حس‌کننده‌ها) مرحله دیگری را بین سوء مصرف الکل و استفاده از مخدرها و داروهای ممنوعه معرفی می‌کند؛ بنابراین مدل نهایی کاندل به شرح زیر است:

۱. استعمال شراب یا آبجو

۲. استعمال سیگار یا نوشابه‌های الکلی قوی

۳. امتحان کردن ماری جوانا

۴. مصرف الکل

۵. استعمال داروی تجویزی

۶. استفاده از مخدرها یا سایر داروهای ممنوعه. تقریباً همه نوجوانان با داروهای مدخل آزمایش می‌کنند. نوجوانانی که فراتر از دو مرحله نخستین کاندل پیشرفت می‌کنند، به جای این که آنها را با داروهای دیگری جایگزین کنند، به استفاده از داروهای مدخل ادامه می‌دهند. از آنجاکه نظم پیشروی عموماً مورد قبول است، سن شروع و چارچوب زمانی پیشروی به سوی سطوح جدی‌تر مصرف و سوء مصرف ممکن است تغییر یابد. ولی ثابت شده است که تقریباً همه نوجوانان مواد روان‌گردان را آزمایش می‌کنند اما نسبتاً کمتر به نقطه سوء مصرف مواد پیشرفت می‌کنند.

عوامل زمینه‌ساز سوء مصرف مواد در نوجوانان

وفاق عمومی بر این است که عوامل زیادی در مصرف و سوء مصرف مواد دخیل‌اند. سوء مصرف مواد نتیجه تعامل عوامل بسیاری است و هیچ الگوی ثابتی در این باره وجود ندارد.

بوکستین (۱۹۹۵) پنج عامل خطرناک در مصرف و سوء مصرف مواد در نوجوانان را از میان تحقیقات خلاصه کرده است:

۱. عوامل همسالان، با افزایش خطر مصرف یا سوء مصرف مواد رابطه دارند:

الف- استفاده همسالان از مواد

ب- نگرش‌های مثبت همسالان نسبت به مصرف مواد

پ- دلبستگی زیاد به همسالان (بیشتر از والدین)

ت- ادراک تشابه با همسالانی که مواد مصرف می‌کنند

۲. عوامل خانوادگی/والدینی مرتبط با افزایش

خطر مصرف یا سوء مصرف مواد:

الف- استفاده والدین از مواد

ب- نگرش‌های مثبت والدین به مصرف مواد و باورهایی در مورد بی‌ضرر بودن آنها

پ- تحمل والدین نسبت به استعمال مواد نوجوان

ت- فقدان دلبستگی بین والدین و کودک

ث- فقدان درگیری والدین با زندگی کودک

ج- فقدان نظارت/نظم مناسب

چ- رفتار ضد اجتماعی والدین

ح- تاریخچه آسیب‌شناسی روانی خانواده

خ- فروپاشی خانواده (مانند طلاق).

۳. عوامل فردی مرتبط با افزایش خطر مصرف یا

سوء مصرف مواد:

الف- ویژگی‌های روان‌کودکی اولیه از قبیل اختلال سلوک یا پرخاشگری

ب- عملکرد تحصیلی ضعیف/شکست تحصیلی^{۱۵}

پ- شروع مصرف مواد در سنین اولیه (مخصوصاً قبل از ۱۵ سالگی)

ت- نگرش‌ها/باورهای مثبت درباره مصرف مواد

ث- رفتار مخاطره‌جویانه/هیجان‌خواه^{۱۶}

ج- تحمل بالای انحراف/ناهمنوابی نسبت به ارزش‌های سنتی

چ- انتظارات مثبت نسبت به آثار مواد

ح- برون‌گرایی

خ- عزت نفس پایین

د- کنترل تکانه ضعیف

ذ- اضطراب/افسردگی

ر- مهارت‌های مقابله‌ای معیوب

ز- مشکلات اجتماعی/بین فردی

ژ- تجارب ضایع‌گر روانی (مانند سوء استفاده جسمی یا جنسی دوران کودکی)

۴. عوامل مخاطره‌آمیز زیست‌شناختی:

- ویژگی‌ها و فرایندهای فیزیولوژیکی کنترل شده ژنتیکی (مانند، حساسیت تغییر یافته به الکل یا خلق‌وخوی ارثی)

۵. عوامل اجتماعی- فرهنگی مرتبط با خطر مصرف یا سوء مصرف مواد:

الف- پایگاه اجتماعی- اقتصادی پایین

ب- تراکم جمعیتی بالا

پ- پویایی و تحرک جمعیتی پایین

ت- انحطاط و زوال بدنی

ث- میزان ارتکاب جرم بالا

ج- بیکاری زیاد

چ- هنجارهای منحرف که مصرف مواد را نادیده می‌گیرند

ح- بیگانگی زیاد از شهروندان

ج- در دسترس بودن مواد.

ریسک فاکتورها و عوامل حمایتی مرتبط با سوء مصرف مواد نوجوانان

حوزه	ریسک فاکتورها	عوامل حمایتی
فردی	رفتارهای پرخطرانه آسیب‌پذیری ژنتیکی عزت نفس پایین شکست تحصیلی گرایش‌های خطرپذیرانه تکانشی بودن	خودکنترلی روابط مثبت با بزرگسالان (از قبیل والدین، معلمان، پزشکان، ماموران اجرای قانون و غیره) درگیری در فعالیتهای فوق برنامه طرح‌ها و برنامه‌های مثبت برای آینده
خانوادگی	فقدان نظارت والدینی اعضای خانواده با یک تاریخچه سوء مصرف الکل یا سایر داروها فقدان پیامدها و مقررات روشن در باب مصرف الکل و سایر داروها سوء مصرف/ تعارض خانوادگی از دست دادن شغل	نظارت والدینی روابط خانوادگی نزدیک ارزش نهادن به تحصیل و تشویق آن؛ درگیری فعالانه والدین در این زمینه انتظارات روشن و محدودیت‌ها در باب مصرف الکل و سایر داروها تقسیم مسئولیت‌های خانوادگی شامل کارهای روزمره و تصمیم‌گیری پرورش اعضای خانواده‌ای که همدیگر را حمایت می‌کنند
همسالان	سوء مصرف مواد التزام به شمول در گروه‌ها/ همسالان منحرف فعالیت جنسی نامناسب در بین همسالان	شایستگی تحصیلی درگیری در فعالیتهای مربوط به مواد مجاز نگرش منفی نسبت به مصرف الکل و سایر داروها در بین همسالان
مدرسه	در دسترس بودن دارو دانش‌آموزان فاقد تعهد یا حس تعلق به مدرسه شمار زیاد دانش‌آموزانی که از نظر تحصیلی در مدرسه شکست خورده‌اند. والدین و اعضای اجتماع که درگیر نیستند.	سیاست‌های مصرف داروهای حاوی پادتن نگرش‌های مثبت نسبت به مدرسه و ترویج حضور منظم در مدرسه هدف‌گذاری، موفقیت تحصیلی، و تشویق رشد اجتماعی مثبت معلمان خصوصی تربیت شده در دسترس فراموشی فرصت‌های تصمیم‌گیری و رهبری برای دانش‌آموزان حمایت از وقایع مربوط به مواد مجاز
جامعه	فقر سهولت در دسترس بودن الکل و داروها قوانین و احکام شفاف نیستند یا به‌طور متناقض اجرا می‌شوند. هنجارها شفاف نیستند یا مصرف داروها را تشویق می‌کنند. فقدان حس پیوستگی با جامعه بیکاری زیاد عدم نظارت بر فعالیتهای جوانان	قوانین و آیین‌نامه‌ها بدون تناقض اجرا می‌شوند. سیاست‌ها و خط‌مشی‌ها مصرف نکردن داروها را تشویق می‌کنند. حس نیرومندی ارتباط با همسایگان، مشاغل و سایر منابع در دسترس (مسکن، بهداشت، مهدکودک، موقعیت‌های خدمات اجتماعی، تفریح، سازمان‌های مذهبی)

نتیجه‌گیری

همواره در گرایش نوجوانان به مصرف مواد، حوزه‌های مختلف رفتاری دخیل‌اند که از میان آنها می‌توان به خود، خانواده، همسالان، مدرسه، و جامعه اشاره کرد. بی‌تردید، در هر مرحله رشدی بایستی فرهنگ‌سازی شود تا نوجوان هم از درون و هم از بیرون در مقابل گرایش‌های نیرومند به مصرف مواد مقاومت کند. برای رسیدن به این هدف باید کار را خیلی زودتر از دوره نوجوانی شروع کرد. در تمام این فرایندها، یقیناً می‌توان دید که هر مرحله رشدی بر بنیان مرحله قبلی قرار می‌گیرد. از این رو مجزا کردن کودکی از نوجوانی و نوجوانی از جوانی و غیره به دلیل اهمیت ویژه یک مرحله خاص نیست بلکه نمود تمام دوره‌ها را می‌توان به وضوح در دوره نوجوانی یافت. برای مسئولان و متصدیان فرهنگی و سیاست‌گذاران دولتی و خوب و حساسیت این امر بایستی حائز اهمیت باشد تا به حد توان از چگونگی آگاه‌سازی و نیز بسترسازی برای امور سازنده اطلاع حاصل کنند و مانع گرفتار شدن نوجوانان در بند مصرف مواد شوند.

پی‌نوشت

- منابع
۱. بشارت، محمدعلی؛ آسیب‌شناسی خانوادگی اعتیاد، فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی، سال دوازدهم، شماره‌های ۴۳ و ۴۴، ۱۳۸۶.
 ۲. قره‌داغی، علی؛ اعتیاد و سبک فرزند پروری، فصلنامه رشد مشاور مدرسه، دوره چهارم، ۱۳۸۸.
 ۳. شولتز، دوان؛ سیدنی (۱۹۹۸)؛ نظریه شخصیت، مترجم: یحیی سیدمحمدی، تهران، ۱۳۸۱.
 ۴. Charles E. Dodgen & W. Michael Shea (۲۰۰۰). Substance use disorders: assessment and treatment.
 ۵. Gilvarry, E (۲۰۰۰) substance abuse in young people. Journal of child psychology and psychiatry.
 ۶. David A. wolf, Erick. Mash: Behavioral and Emotion disorders in adolescents: Nature, assessment and treatment New York: Guilford press, ۲۰۰۶.
 ۷. Bukstein, O.G. (۱۹۹۵). Adolescent substance abuse: Assessment, Prevention, and treatment. New York: Wiley & Sons
 ۸. www.yahoo.com

۱. Mc crady & Epstein
۲. Dodgen & Shea
۳. object عشق و دلپستگی
۴. Artificial affect defense
۵. Alexithymia
۶. Ego
۷. Self
۸. Superego
۹. Expectancy
۱۰. Mac Donald & Newton
۱۱. Adolescent Chemical Use Experience
۱۲. Mood swings
۱۳. Kandel
۱۴. Gateway drugs
۱۵. School failure
۱۶. Risk- taking/ sensation- seeking behavior



مقاله

عصر تغییرات سریع

بررسی ناهنجاری‌های اجتماعی در مدارس
و ارائه راهکارهای عملی

کریم عباسی اول

کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی

مقدمه

برای همه ما پیش آمده است که احساس اضطراب، افسردگی و خشم بیش از حد کنیم. داشتن یک زندگی رضایت‌بخش و پرمعنا در این عصر که عصر تغییرات سریع اجتماعی و فنی است، آسان نیست. بسیاری از اعتقادات سنتی ما درباره کار، دین، امور جنسی، ازدواج و خانواده زیر سؤال رفته است و آن ارزش‌های اجتماعی که برای پدربزرگ‌های ما احساس امنیت به ارمغان می‌آوردند، دیگر راهنمای رفتاری خوبی برای انسان‌ها نیستند. علاوه بر این، طیف وسیعی از رفتارها ناهنجار تلقی شده‌اند. بعضی رفتارهای ناهنجار حاد و گذرا هستند و از حوادث پرفشار خاص ناشی می‌شوند؛ در حالی که برخی دیگر مزمن و همیشگی هستند. مشکلات رفتاری و هیجانی هر فرد بی‌همتا است و نمی‌توان دو نفر را یافت که درست به یک شکل رفتار کنند یا تجارب یکسانی در زندگی داشته باشند. البته وجود مشابهت‌های کافی، متخصصان سلامت روانی را قادر ساخته است که بیماری‌های روانی را در مقوله‌های متعددی طبقه‌بندی کنند (هیگلگارد - ریفیکی، ۱۳۸۳: ۱۵۴-۱۵۳).

کلیدواژه‌ها: ناهنجاری، ناهنجاری اجتماعی

معنی و مفهوم ناهنجاری

منظور از «رفتار ناهنجار» چیست؟ در این موارد توافق کلی وجود ندارد؛ هر چند در توصیف ناهنجاری اغلب بر یک یا چند تعریف زیر تکیه شده است.

الف - انحراف از هنجارهای آماری: کلمه

ناهنجار به معنای «دور از هنجار» است. بسیاری از خصوصیات از قبیل قد، وزن و هوش یک جمعیت دارای مقادیر مختلفی است. بیشتر افراد قد متوسطی دارند؛ در حالی که تعدادی نیز به میزان ناهنجاری بلند یا کوتاه‌اند. یکی از تعاریف ناهنجاری بر فراوانی آماری مبتنی است: رفتار ناهنجار فراوانی آماری ندارد یا از هنجار انحراف دارد. طبق این تعریف، کسی که بسیار باهوش یا شاد است، باید در طبقه ناهنجار قرار گیرد. پس، در تعریف رفتار ناهنجار باید چیزی بیش از عدم فراوانی آماری را لحاظ کنیم.

ب - انحراف از هنجارهای اجتماعی: هر جامعه‌ای برای رفتارهای

قابل قبول معیارها و هنجارهای معینی دارد. رفتاری که از این هنجارها انحراف قابل توجهی داشته باشد، ناهنجار محسوب می‌شود. معمولاً و نه همیشه آمار این‌گونه رفتارها نیز در آن جامعه فراوان نیست. رفتاری که در یک جامعه خاص بهنجار محسوب می‌شود، ممکن است در جامعه دیگری ناهنجار باشد؛ مثلاً در بعضی فرهنگ‌های آفریقایی شنیدن صدا بدون هیچ سخنگویی یا دیدن تصاویر بدون وجود چیزی چندان غیرعادی نیست اما همین رفتارها در بیشتر جوامع ناهنجار تلقی می‌شود. از سوی دیگر، مفهوم ناهنجاری حتی در یک جامعه نیز در طول زمان تغییر می‌کند. چهل سال پیش، بیشتر آمریکایی‌ها کشیدن ماری‌جوانا یا نیمه برهنه بودن در ساحل دریا را از جمله رفتارهای ناهنجار می‌دانستند. امروزه این رفتارها بیشتر تفاوت‌هایی در سبک زندگی تلقی می‌شوند تا علائم ناهنجاری.

پ - غیرانطباقی بودن رفتار: بسیاری از دانشمندان علوم اجتماعی به‌جای تعریف رفتار ناهنجار برحسب انحراف از هنجارهای آماری، مهم‌ترین معیار را تأثیر این رفتار بر سلامت فرد یا گروه اجتماعی می‌دانند. طبق این معیار، رفتار اگر غیرانطباقی باشد یا بر فرد یا جامعه تأثیرات منفی داشته باشد، ناهنجار است. بعضی رفتارهای منحرف

مخل سعادت فردند؛ مثلاً رفتار مردی که آن قدر از جمعیت می‌ترسد که نمی‌تواند برای رفتن به محل کارش سوار اتوبوس شود. برخی دیگر از رفتارهای منحرف به جامعه آسیب می‌رسانند؛ مانند رفتار شخص بدگمانی که نقشه ترور مسئولان مملکتی را می‌کشد. تمامی این رفتارها برحسب معیار غیرانطباقی بودن، ناهنجارند.

ت - ناراحتی شخصی: چهارمین معیار ناهنجاری، احساس ناراحتی ذهنی فرد است نه رفتار وی. اغلب کسانی که بیمار روانی تشخیص داده شده‌اند، احساس بیچارگی می‌کنند. آنها مضطرب، افسرده یا ناراحت‌اند و بیشترشان به بی‌خوابی، بی‌اشتهایی و دردهای متعدد دچارند. گاهی ناراحتی شخص می‌تواند تنها نشانه ناهنجاری باشد؛ در صورتی که برای یک مشاهده‌کننده تصادفی ممکن است رفتار وی بهنجار به نظر آید.

ضرورت پیشگیری از ناهنجاری‌های اجتماعی

سلامتی یک امر اساسی و مهم در زندگی انسان است و وجود افراد سالم، از شرایط مهم و انسانی برای رشد یک جامعه به حساب می‌آید. جامعه‌ای که به سلامت جسم و روان اعضای خود توجه می‌کند، ضمن صرفه‌جویی در تأمین هزینه‌های سرسام‌آور درمانی، انسان‌هایی سالم را نیز پرورش می‌دهد که این خود ضامن رشد فردی و اجتماعی آن جامعه است.

کودکان و نوجوانان در سنین ۶ تا ۱۸ سالگی به‌طور متوسط ۱۲۰۰۰ ساعت را در مدرسه می‌گذرانند. پس از خانواده، مدارس، کانون اصلی زندگی به‌شمار می‌روند و فعالیت‌های مدارس در زندگی این گروه سنی به صورت فعالیت اصلی درمی‌آیند. امروزه به لحاظ تربیتی روشن شده است که مدرسه شکل‌دهنده ساختارهای روانی و شخصیتی دانش‌آموزان است. مدرسه محیطی است که دانش‌آموزان در آنجا شایستگی، شکست، موفقیت، محبوبیت، انزوا، طرد و... را تجربه می‌کنند. (فراهانی و کرمی نوری، ۱۳۸۳: ۱۵۳)

پس از خانواده، مدارس، کانون اصلی زندگی به‌شمار می‌روند

مهم‌ترین سطح پیشگیری، پیشگیری در سطح اول است؛ زیرا در آن کاهش موارد جدید اختلال روانی مورد توجه است و هدف آن جلوگیری از ابتلای جمعیت سالم به بیماری روانی است. از سوی دیگر، «علاج واقعه، قبل از وقوع باید کرد». به همین منظور و برای حفظ سلامت روانی، سازگاری با محیط (اعضای خانواده، همکلاسی‌ها، همکاران، همسایگان و به‌طور کلی اجتماع)، حل مناسب تعارض‌های هیجانی و مقاومت در برابر ناکامی‌ها، لازم است از بروز و ایجاد ناهنجاری‌های اجتماعی جلوگیری شود.

رهنمودهای عملی جهت پیشگیری از برخی ناهنجاری‌های اجتماعی در مدارس

- از مقایسه کردن دانش‌آموزان با یکدیگر یا با دیگران جداً بپرهیزید.
- توانمندی‌های دانش‌آموزان را مدنظر قرار دهید نه ضعف‌ها و ناتوانی‌های آنان را.
- روابط عاطفی گرم و پذیرا با دانش‌آموزان برقرار کنید.
- به شخصیت و نیازهای اساسی دانش‌آموزان توجه کنید.
- کارها را طبق استعداد و تمایلات دانش‌آموزان، میان آنها تقسیم کنید.
- دانش‌آموزان را با القاب نامناسب صدا نزنید و از مسخره کردن آنها اکیداً بپرهیزید.
- تحمل بچه‌ها را برای مواجهه با ناکامی‌های احتمالی افزایش دهید.
- مهارت‌های اجتماعی کودکان و نوجوانان کم‌رو و دارای عزت‌نفس پایین را تقویت کنید.

● **اصل پریماک:** این اصل توصیه می‌کند قبل از اینکه دانش‌آموزان را به انجام دادن تکالیف یا فعالیت‌های لذت‌بخش تر رهنمون شوید، اول آنها را به انجام دادن تکالیف ناخوشایند ترغیب کنید. این اصل اغلب «قانون مادر بزرگ» نامیده می‌شود. دانش‌آموزی که به نوشتن علاقه ندارد ولی خواندن را دوست دارد، ابتدا باید تکلیف نوشتن را انجام دهد و سپس به خواندن بپردازد (کدیور، ۱۳۸۳).

● **اصل جریمه کردن:** برای کاهش رفتارهای نامطلوب از جریمه استفاده کنید؛ به این ترتیب که ژتون‌ها یا تقویت‌کننده‌های کسب شده قبلی را حذف کنید. مثلاً هر روز که تکلیف دیر انجام شود، دانش‌آموز امتیازاتی را از دست بدهد. اطمینان حاصل کنید که دانش‌آموزان فهمیده‌اند که علت گرفتن تقویت‌کننده‌ها از آنها عدم رعایت قواعد و اصول رفتاری یا آموزشی خاصی است (کدیور، ۱۳۸۳).

● **اصل محروم کردن:** از محروم کردن هنگامی استفاده کنید که رفتار، قابل گذشت و چشم‌پوشی نباشد. مهم این است که دانش‌آموزان بدانند چه رفتارهایی استثنا هستند. اگر آنها بدانند که رفتارهایی مثل پرخاشگری را نمی‌توان تحمل کرد و به دلیل این‌گونه رفتارها محروم و اخراج می‌شوند، رنجیده نخواهند شد. باید مطمئن شوید که آنها می‌دانند رفتار خود را چگونه جبران کنند (کدیور، ۱۳۸۳).

● **اصل قراردادهای پیمانی:** منظور از قراردادهای پیمانی استفاده از قوانین مکتوب برای تشخیص چگونگی رفتار و تقویت‌های آن برای هر دانش‌آموز است. معمولاً یک قرارداد آنچه را که از دانش‌آموز انتظار می‌رود، مشخص می‌کند. در هر قرارداد، معمولاً تاریخی برای بررسی و تجدیدنظر وجود دارد که امکان ارزشیابی از موقعیت را فراهم می‌آورد. قرارداد زمانی مؤثرتر است که معلم و دانش‌آموزان در ایجاد آن مسئولیت مشترکی به گردن بگیرند و قرارداد را با همکاری یکدیگر تنظیم و اجرا کنند (کدیور، ۱۳۸۳).

● **اصل سرمشق‌دادن:** برای اینکه فرد رفتار تازه‌ای را بیاموزد، تربیتی بدهید تا بتواند کسی را که مورد علاقه، احترام یا توجه اوست، در حال انجام دادن آن رفتار مشاهده کند (بختی، ۱۳۸۵).

● **اصل اشباع:** برای اینکه کودکی رفتار نامطلوبی را ادامه ندهد، به او اجازه دهید (حتی با اصرار) که آن رفتار را آن قدر تکرار کند تا خسته شود و از آن دست بردارد (بختی، ۱۳۸۵).

● **اصل تقویت منفی:** برای اینکه کودکی را از انجام دادن رفتاری نامطلوب بازدارید، تربیتی بدهید که او با اصلاح کردن رفتار خود بتواند به موقعیتی که برای او ناخوشایند بوده است، پایان دهد (بختی، ۱۳۸۵).

● **تقویت اعتقادات مذهبی و پایبندی به وظایف:** یکی از عوامل ناهنجاری‌های اجتماعی این است که ساختارهای اجتماعی چندان بر مبنای اصول دینی استوار نشده است. به عقیده نویسنده، مشکل اصلی جامعه امروز ما این است که هنوز ارزش‌ها و هنجارهای دینی به خوبی تعریف نشده‌اند. دین به زندگی معنی می‌بخشد و انسان را به سرچشمه حیات نزدیک می‌کند؛ بنابراین اولین قدم در راه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، برنامه‌ریزی امور اجتماعی بر اساس ارزش‌ها و هنجارهای دینی است.

● **آگاهی از وضعیت خانواده:** محیط خانواده اولین و بادوام‌ترین عامل در تکوین شخصیت کودکان و نوجوانان و زمینه‌ساز رشد جسمانی، عقلانی، اجتماعی و اخلاقی آنان است. روان‌شناسان بر این باورند که ریشه رفتارهای ناهنجار و بزهکاری‌ها را باید در سنین اولیه کودکی و درون خانواده جستجو کرد. بنابراین، اولاً لازم است عوامل خانوادگی (طبقه اجتماعی - اقتصادی، سطح سواد والدین، حالت‌های روانی - اجتماعی، تعداد فرزندان و...) بررسی شوند و ثانیاً ارتباط خانه و مدرسه افزایش یابد؛ یعنی، خانه پلی قوی برای مدرسه و به عکس باشد و کلاس‌های آموزش خانواده فعال شوند.

● **ایجاد روابط سالم اجتماعی:** در جامعه افراد با یکدیگر روابط برقرار می‌کنند. این روابط باید سالم باشند؛ یعنی در آن‌ها حقوق طرفین رعایت شود. کارکرد این شبکه سالم حقوقی این است که جامعه از هم‌بستگی اجتماعی بالایی برخوردار می‌شود. بنابراین، هر قدر هم‌بستگی اجتماعی افزایش یابد، از میزان ناهنجاری‌های اجتماعی کاسته خواهد شد. از جمله روابط سالم و مطلوب هدیه‌دادن، احترام، صمیمیت، عفو و گذشت، ایثار و انفاق است. در پرتو این روابط هرکسی موقعیتی دارد، از حق برخوردار است و نگران ضایع شدن حق خود نیست (حاج حسینی، به نقل از سبحانی‌جو: ۲۸).

● **علم‌اندوزی و تخصص‌گرایی:** دانش‌آموزان لازم است اطلاعات خود را روزبه‌روز غنی‌تر سازند تا از خود و نظام هستی شناخت بیشتری حاصل کنند. انسان موجودی آزاد و صاحب اختیار است و نیازهای عقلانی او از طریق علم و دانش، تفکر و تعقل، پرسش و پاسخ برآورده می‌شود؛ بنابراین، هر چه علم‌اندوزی او بیشتر شود، تخصصش بالاتر می‌رود و این باعث پیشگیری از ناهنجاری‌های اجتماعی می‌شود.

● **شناخت دوستان و همسالان دانش‌آموزان:** گروهی از دانش‌آموزان به دلیل تلاش برای سازگاری و صمیمیت با دوستان و همسالان و هم‌رنگی با آنان، موجودیت خود و خانواده خویش را از یاد می‌برند و در برابر هر خواسته و آرزویی تسلیم می‌شوند. برای حل این مسئله، والدین و مربیان لازم است دوستان فرزندان خود را بشناسند، در عین اقتدار با آنان رابطه برقرار کنند و نیازهایشان را در حد توان برطرف سازند.

امروزه به لحاظ تربیتی روشن شده است که مدرسه شکل دهنده ساختارهای روانی و شخصیتی دانش‌آموزان است. مدرسه محیطی است که دانش‌آموزان در آنجا شایستگی، شکست، موفقیت، محبوبیت، انزوا، طرد و... را تجربه می‌کنند

● **مقابله با فقر مادی خانواده:** بین فقر مادی و ناهنجاری اجتماعی ارتباط وجود دارد؛ زیرا فقر و نداری باعث محرومیت از امکانات آموزشی می‌شود و دانش‌آموز نمی‌تواند هیچ تخصص و حرفه‌ای را پیشه خود سازد. همین امر باعث کشیده شدن گروهی از دانش‌آموزان به سوی ناهنجاری‌های اجتماعی می‌شود.

● **شناخت خصوصیات کودکان و نوجوانان:** روان‌شناسان معتقدند که در دنیا هیچ دو نفری را نمی‌توان یافت که از هر لحاظ شبیه هم باشند. بر این اساس، هر دانش‌آموز فردی است منحصر به فرد و متفاوت با دیگران؛ بنابراین اولاً لازم است تفاوت‌های فردی مورد توجه کافی قرار گیرند و ثانیاً ویژگی‌های دانش‌آموزان شناخته شوند.

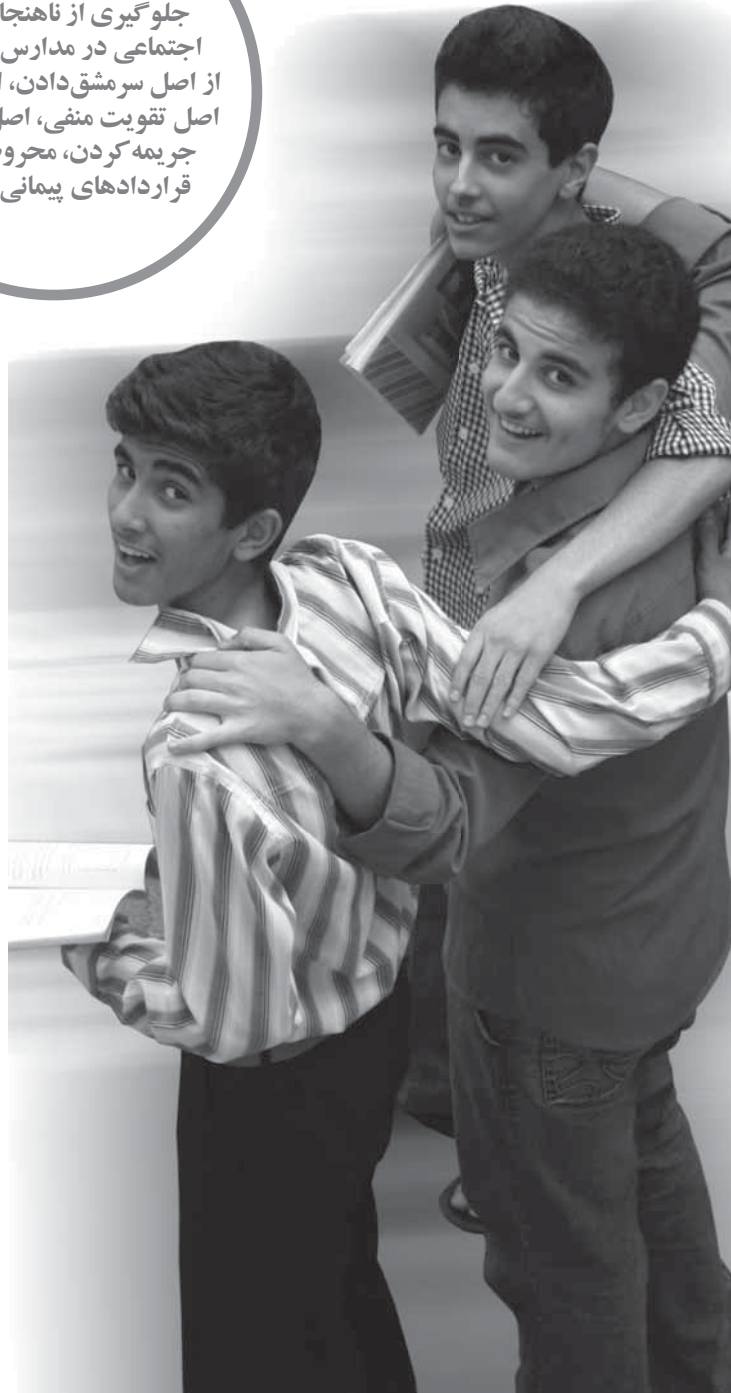
● **آموزش انعطاف‌پذیری:** انعطاف‌پذیری یعنی ظرفیت داشتن انسان برای تغییر در مقابل تجربیات مثبت و منفی زندگی (فراهانی و کرمی نوری، ۱۳۸۲). دانش‌آموزان باید بدانند که زندگی مراتب مختلفی دارد: شیرینی‌ها و تلخی‌ها، خوبی‌ها و بدی‌ها، بلندی‌ها و پستی‌ها، موفقیت‌ها و شکست‌ها. آنچه مهم است، شناخت توانایی‌ها و انجام دادن کار در حد توان است. لازم است برای زندگی برنامه‌ریزی کرد و برای رسیدن به هدف کوشید. دانش‌آموزان باید بپذیرند که می‌توان خود را تغییر داد و پایگاه اجتماعی را تقویت کرد؛ مانند دانش‌آموزی که در ابتدا پرخاشگر است و مورد نفرت همسالانش قرار دارد، اما پس از موفقیت در یک رشته علمی و قهرمان شدن، مورد مقبولیت خاص قرار می‌گیرد.

نتیجه‌گیری

بهنجار کسی است که رفتار او به رفتار بیشتر مردم نزدیک است و به افراط یا تفریط انحراف ندارد. متقابلاً، نابهنجار کسی است که رفتار او از رفتار بیشتر مردم دور است و به افراط و تفریط میل دارد. برای تشخیص نابهنجاری از هر چهار معیار فراوانی آماری، انحراف اجتماعی، رفتار غیرانطباقی و ناراحتی شخصی استفاده می‌شود. مشکلات رفتاری و هیجانی هر شخص بی‌همتا است؛ نمی‌توان دو نفر را یافت که درست به یک شکل رفتار کنند یا در زندگی تجارب یکسانی داشته باشند.

از رهنمودهای عملی برای پیشگیری از ناهنجاری‌های اجتماعی در مدارس، می‌توان به پرهیز جدی از مقایسه دانش‌آموزان با یکدیگر، مدنظر قراردادن توانمندی‌های کودکان و نوجوانان، پرهیز از مسخره کردن دانش‌آموزان و دادن القاب نامناسب به آنها، توجه به احساسات و عواطف دانش‌آموزان، آموزش حالت پذیرندگی و افزایش تحمل به بچه‌ها برای مقابله با ناکامی‌ها و فشارهای روانی اشاره کرد. همچنین از اصول مهم برای جلوگیری از ناهنجاری‌های اجتماعی در مدارس، می‌توان از اصل سرمشق‌دادن، اصل اشباع، اصل تقویت منفی، اصل پرمیامک، جریمه کردن، محروم کردن و قراردادهای پیمانی یاد کرد. برای پیشگیری از ناهنجاری‌های اجتماعی در مدارس لازم است روش‌های تربیتی براساس ارزش‌ها و هنجارهای دینی جهت‌دهی شوند، زمینه‌های خانوادگی و فقر مادی خانواده بررسی گردند، ویژگی‌های نوجوانان براساس وجود یا نبود عزت‌نفس، خویش‌داری، اضطراب، افسردگی و... مورد مشاهده قرار گیرند، حقوق مشخص نوجوان و خانواده رعایت گردند، به علم‌اندوزی و تخصص ارزش داده شود و شیوه ارتباطی کودکان و نوجوانان با دوستان و همسالانشان مورد بررسی قرار گیرد.

از اصول مهم برای جلوگیری از ناهنجاری‌های اجتماعی در مدارس، می‌توان از اصل سرمشق‌دادن، اصل اشباع، اصل تقویت منفی، اصل پرمیامک، جریمه کردن، محروم کردن و قراردادهای پیمانی یاد کرد



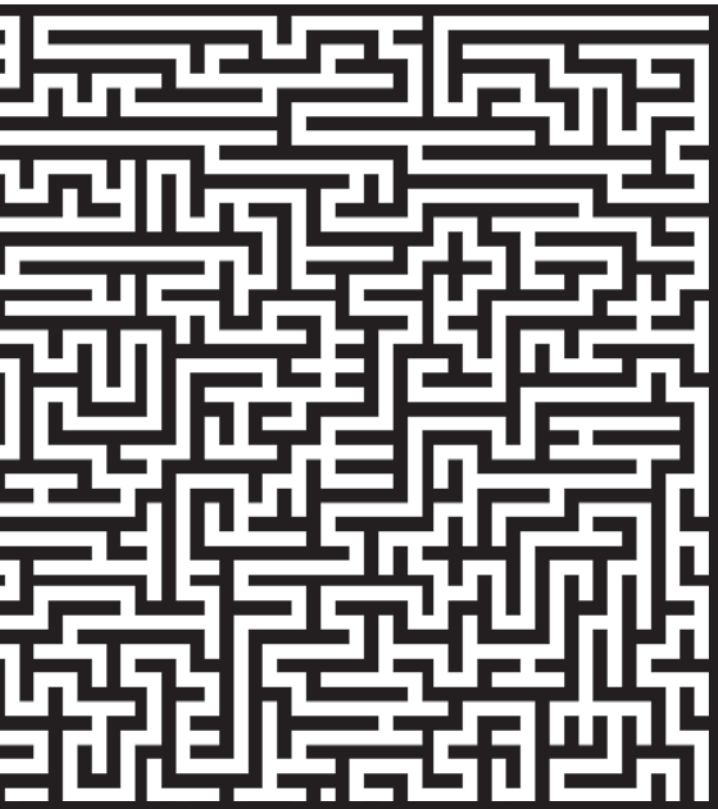
منابع

۱. اتکینسون، اسمیت، بم، هکسما - اتکینسون: زمینه روان‌شناسی هیلگارد، مترجم: حسن رفیعی و همکاران، تهران، انتشارات ارجمند، ۱۳۸۲.
۲. بختی، نورمحمد؛ «شناسایی فراوانی تنوع اختلالات رفتاری شایع در بین دانش‌آموزان دوره ابتدایی و راهنمایی»، ۱۳۸۵، تربیت، ماهنامه پرورشی آموزش و پرورش، سال ۲۱، شماره ۷.
۳. سبحانی‌جو، حیاتی؛ «نسل جوان، بحران هویت و راه‌های پیشگیری از آن»، پیوند، نشریه ماهانه آموزشی - تربیتی انجمن اولیا و مربیان، شماره ۳۰۵، ص ۲۸.
۴. کدیور، پروین؛ روان‌شناسی تربیتی، تهران، انتشارات سمت، ۱۳۸۲.
۵. فراهانی، محمدنقی و کرمی نوری، رضا؛ روان‌شناسی رشته معارف و انسانی، تهران، شرکت چاپ و نشر کتاب‌های درسی ایران، ۱۳۸۲.



برقراری

رابطه برقرار می‌شود اگر ...



کلیدواژه‌ها: مشاوره، رابطه یاورانه، همدلی، قضاوت

مشاوره یک رابطه است؛ رابطه‌ای که «رابطه یاورانه» تعریف می‌شود. اگر مشاوره یک رابطه یاورانه^۲ است، مشاور باید در شروع مصاحبه اقدام به ایجاد شرایطی کند که نتیجه آن احترام، اعتماد متقابل، آزادی و «ارتباط باز» و تفاهم کلی در مورد محتوای فرایند مشاوره است.

هاکنی و کورمیر^۳ (۱۹۸۸) معتقدند که بخش قابل ملاحظه‌ای از آنچه در جلسه مشاوره صورت می‌گیرد، به کیفیت رابطه بستگی دارد. همین رابطه مشاور-مراجع نه فقط در خدمت ایجاد فرصت حصول به اهداف بزرگ برای مراجع، بلکه در عین حال الگوی بالقوه یک رابطه بین فردی خوب است؛ رابطه‌ای که مراجع می‌تواند از آن برای بهبود کیفیت روابط خود در خارج از محیط درمان استفاده کند. مشاور باید همواره در ذهن داشته باشد که هدف رابطه مشاوره‌ای تا حد ممکن، برآوردن نیازهای مراجع (و نه نیازهای مشاور) است. فرایند مشاوره در چارچوب این رابطه متوجه کمک به مراجع برای قبول مسئولیت مشکل خود و رفع آن است.

در واقع، هر مشاور در رویکرد شخصی‌اش به مشاوره باید به رابطه مراجع و مشاور اهمیت زیادی بدهد. کیفیت این رویارویی شخص به شخص در موقعیت‌های درمانی محرکی است برای تغییر مثبت نگرش‌های اساسی مشاور نسبت به مراجع و ویژگی‌های شخصی‌اش، از جمله صداقت، پایبندی به اصول اخلاقی و شجاعت اموری هستند که مشاور می‌باید ارائه کند. درمان سفری است که به وسیله مشاور و مراجع آغاز می‌شود؛ سفری که عمیقاً به بررسی دنیا، آن‌طور که به‌وسیله مراجع تجربه و ادراک می‌شود می‌پردازد. اما این نوع جست‌وجو می‌طلبد که درمانگر هم با دنیای پدیداری-شناختی خودش در ارتباط باشد. ارزش رابطه بین مراجع-درمانگر یکی از وجوه مشترک در تمامی رویکردهاست. با وجود این، بعضی از رویکردها نسبت به بعضی دیگر بر نقش رابطه تأکید بیشتری می‌کنند. این موضوع به‌ویژه در مورد رویکردهای وجودگرا، شخص-محور و گشتالت صادق است. رویکردهای رابطه-محور همگی بر این فرض هستند که کیفیت رابطه

مراجع-مشاور مقدم است بر فنون مشاوره‌ای. یک رابطه درمانی مؤثر، با کاربست خلاقانه فنون مشاوره منجر به افزایش آگاهی در مراجعان می‌شود و این آگاهی به مراجعان اجازه می‌دهد تا نحوه تفکر، احساس و رفتارشان را دگرگون سازند.

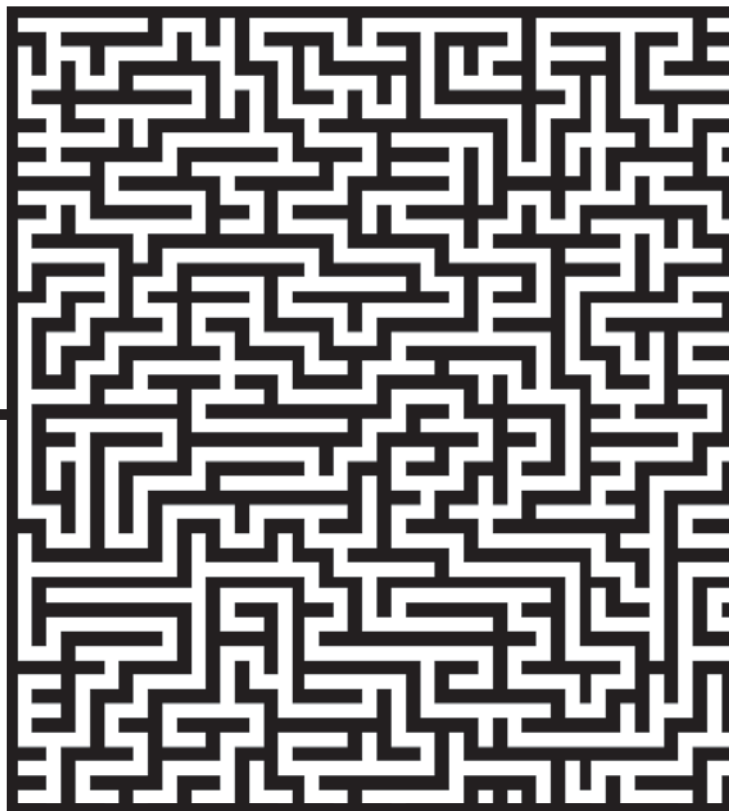
چند نکته کلیدی که بر اثربخشی درمان تأثیر به‌سزایی دارند:

- * کیفیت رویارویی شخص به شخص در موقعیت درمانی، عامل تسهیل‌کننده‌ای برای تغییر مثبت است.
- * نقش عمده مشاور این است که در مدت زمان درمان، در مقابل مراجعان حضور کامل داشته باشد.
- * درمانگر می‌تواند به بهترین وجه از مراجعان بخواهد که با سرمشق‌گیری از رفتار صحیح در جهت رشد خود گام بردارند.
- * نقش مشاور بیشتر در نگرش‌ها و سبک زندگی او ریشه دارد تا فنونی که به کار می‌برد.
- * به منظور کارکرد بهینه، درمانگر باید رابطه خوبی با مراجعان برقرار کند و در برابر مراجعان تمرکز حواس داشته باشد.
- * آگاهی و بینش ناشی از یک ملاقات حرفه‌ای و صادقانه بین مراجع و درمانگر است.
- * کار اصلی درمان را مراجع انجام می‌دهد؛ وظیفه درمانگر این است که جوی را بیافریند که مراجع شیوه‌های جدید احتمالی را بیازماید.
- این نظریات همپوش، معنی بسیار مهمی از رابطه درمانی ارائه می‌کنند. اگر شما در چارچوب درمان‌های رابطه‌محور عمل کنید، نسبت به کاربرد فن صحیح یا تحریک کردن مراجعان به فکر کردن، احساس کردن یا به حالت خاص عمل کردن کمتر دلباوس خواهید شد. البته شما قطعاً شمار وسیعی از فنونی را که به منظور افزایش جنبه‌های تجربی مراجع طراحی شده‌اند، به کار خواهید گرفت.
- به عنوان یک درمانگر، چه بسا شما نقشتان را به عنوان یک مشورت‌گر تصور کنید. مراجعان‌تان به شما می‌گویند می‌خواهند در این صورت، شما

رابطه

عفت میراحمدیان

کارشناس ارشد روان‌شناسی



درست است! همیشه این مسئله را به خاطر داشته باشید که در یک رابطه مشاوره‌ای، به جای توجه به نیازهای شخصی خود، بر نیازهای مراجعتان تمرکز کنید. دیگر اینکه، موقعیت مشاوره محل مناسبی برای مشاور نیست تا روی مشکلات شخصی خود کار کند بلکه محلی است که مراجع در کانون توجه قرار دارد.

۲. همدلی: همدلی به معنی همراه بودن با مراجع است و در نتیجه آن، محیط اطمینان بخشی به وجود می‌آید که در آن مراجع احساس مهم بودن و امنیت می‌کند. در چنین محیطی است که مراجع می‌تواند در مورد خصوصی‌ترین اسرارش، درونی‌ترین احساساتش و چیزهایی که برای او بسیار دردآورند و آن قدر خصوصی هستند که او جرئت بازگو کردنشان را نزد دیگران ندارد، صحبت کند.

۳. توجه مثبت نامشروط: توجه مثبت نامشروط شامل پذیرش کامل مراجع بدون قضاوت است. درست به همان صورتی که او هست؛ یعنی با تمام کاستی‌ها و ضعف‌هایش و با تمام خصوصیات مثبت و منفی‌اش. باید برای مراجعتان به عنوان یک فرد ارزش قائل شوید، در مورد رفتارشان داوری و قضاوت نکنید و ارزش‌های خود را به او القا نکنید. در نتیجه او را قادر می‌سازید بدون ترس از انتقاد و قضاوت فرایندهای درونی‌اش را آشکار سازد و کشف کند، به این ترتیب با افزایش آگاهی فردی خود، موجبات رشد خویشتن را نیز فراهم کند.

به‌رغم ظاهر زیبای جملات بالا، توجه مثبت نامشروط همیشه به راحتی قابل دستیابی نیست. اولین مرحله برای دستیابی به این هدف، این است که سعی کنیم جهان را از دید مراجع مشاهده کنیم. با این کار بهتر می‌توان انگیزه‌های مراجع را در رفتارهایش درک کرد و آن رفتارها را پذیرفت. گاهی حتی بدترین رفتارها قابل درک‌اند؛ به شرط آن که اول دنیایی را که مراجع در آن زندگی می‌کرده است، درک کنیم. این نکته را به یاد داشته باشید که در درون هر فردی و پشت چهره هر کسی، شخصی وجود دارد که قابلیت خوب بودن، خلاق بودن و دوست داشتنی بودن را دارد.

به عنوان یک شخص مرجع به آنها کمک کنید تا به شیوه‌هایی دست‌یابند که امکان تحقق یافتن خواسته‌هایشان را افزایش می‌دهند. شما به عنوان یک طرف مشورت، به مراجعتان راهبردهای ویژه‌ای را خواهید آموخت تا در موقعیت‌های متنوعی از زندگی روزمره‌شان آن‌ها را به کار برند. نوع شخصیت شما و ویژگی‌های وجودی‌تان از جمله عوامل حیاتی هستند که بر مراجع تأثیر گذارند و فرایند تغییر را در او سرعت می‌بخشند. ما با الگو قرار دادن رفتار صحیح برای مراجعان خود، آنها را به رشد فرا می‌خوانیم. درمانگری که هم به شکل نظری و هم به شکل عملی دانش گسترده‌ای دارد اما از نظر صفات انسانی همچون دلسوزی، مهربانی، نیت پاک، شرافت، صداقت و حساسیت خلاهایی دارد، به‌سختی می‌تواند تغییرات مهمی در زندگی مراجعان خود به‌وجود آورد. در واقع، درمان یک رابطه عمیق شخصی است. کاربرد فنون مشاوره‌ای بر خورداری از یک بنیان نظری محکم و استخراج فنون مشاوره‌ای و کاربست آنها، کاری اساسی است که البته در غیاب یک رابطه درمانی بی‌معنا می‌شود.

کارل راجرز، سه ویژگی اساسی را برای ایجاد رابطه مشاوره‌ای لازم می‌داند و معتقد است پس از برقراری رابطه مشاوره‌ای، می‌توان مهارت‌های مختلف دیگری را وارد جریان مشاوره کرد.

۱. همخوانی: مشاور برای همخوان بودن باید با خویشتن راستین خود در ارتباط بوده و یک فرد تمام و کمال باشد. هر آنچه مربوط به اوست، باید جلوه‌ای از صداقت داشته باشد. هنگامی که مراجعی به دیدن مشاور می‌آید، در واقع، دو نفر همدیگر را ملاقات می‌کنند، و این، یک رابطه رودرو است. برای اینکه مراجع احساس با ارزش بودن کند، طرف مقابل باید به عنوان مشاور و به‌طور همخوان، خودش باشد. اگر چنین اتفاقی بیفتد، رابطه، تقویت خواهد شد و احتمالاً فرایند مشاوره‌ای مؤثرتر خواهد بود. در واقع، مشاور باید همه وجود خودش را وارد جلسه مشاوره کند. مشاور باید با محدودیت‌های خودش وارد میدان شود و تظاهر نکند که چیزی است متفاوت با آنچه هست یا اینکه به اصطلاح، «کارش خیلی

حال، در این لحظه‌های حساس برخورد اولیه، مشاور باید توجه خود را به دانش‌آموز و آمادگی‌اش برای کمک به او (به عنوان مراجع) صادقانه ابراز کند. نکته مهمی که باید به آن توجه داشته باشید، این است که مراجع را به خاطر اینکه با شما تماس برقرار کرده است، تشویق کنید؛ برای مثال به او بگویید: «خیلی خوشحالم از اینکه درباره این موضوع می‌خواهید با من صحبت کنید». بسیاری از دانش‌آموزان درخواست کمک از دیگران را نشانه ضعف خود می‌پندارند و بنابراین در چنین مواقعی به اطمینان‌بخشی و حمایت نیازمندند.

در مورد مدت رابطه مشاوره‌ای می‌توان گفت؛ رابطه مشاوره‌ای ممکن است یک یا چند جلسه طول بکشد. تعداد جلسه‌ها به موارد زیر بستگی دارد:

۱. **ماهیت رابطه:** رابطه رسمی است یا غیررسمی، داوطلبانه است یا غیرداوطلبانه و...

۲. **ماهیت مشکل:** مشکل کوتاه‌مدت است یا درازمدت، یک وضعیت بحرانی است یا مسئله‌ای رشدی، فردی است یا بین فردی و یا پیشگیرانه و...

۳. **موقعیت رابطه:** در چه موقعیتی به مشاوره می‌پردازید؟ کانون دانش‌آموزی، مدرسه، مراکز مشاوره آموزش و پرورش و...

غالباً جلسه‌های اولیه با دو هدف ایجاد رابطه حسنه و شناخت مشکل مراجع شروع می‌شود.

گام‌های اساسی در مرحله برقراری رابطه

گام اول: شروع رابطه: هدف اصلی مشاور در این مرحله قراردادادن مراجع در یک وضعیت راحت و شناسایی هر چه سریع‌تر مشکلات و نگرانی‌های مراجع است. باید به مراجع بگویید که از ملاقات او بسیار خرسندید. استفاده از عبارتهای «بخشکن^۱» مانند: «چه کاری می‌توانم برایت انجام دهم؟»، «می‌خواهم بدانم در حال حاضر چه مشکلی داری؟» می‌تواند به متمرکز شدن گفت‌وگو بر دلیل اصلی ملاقات کمک کند.

به حرف درآوردن مراجع

در شروع هر مصاحبه یا جلسه مشاوره‌ای با بیان جملاتی حاکی از گوش دادن فعال، بهتر از طرح سؤال می‌توانید مراجع را به حرف درآوردید. درباره او و مسائلی اطلاعات بیشتری کسب کنید. برای مثال، مادر یکی از دانش‌آموزان به شما مراجعه کرده است:

مادر: شوهرم قبلاً هرگز برای مدت طولانی بیکار نشده بود. بیکاری او روی بچه‌ها تأثیر بدی گذاشته است. به همین دلیل من الان اینجا هستم. مشاور: می‌فهمم، این نوع موقعیت‌ها برای همه ما سخت و دردناک است، بیایید درباره تأثیر این مسئله روی خانواده‌تان بیشتر صحبت کنیم.

* در این مثال مشاور حمایت و درک خود را به مراجع نشان می‌دهد و در عین حال، گفت‌وگو را به سمت آثار خاص بیکاری شوهر بر خانواده هدایت می‌کند.

مثالی دیگر در این مورد: مراجع: (بی‌قرار است و از برقراری تماس چشمی اجتناب می‌کند) نمی‌دانم چرا مرا خواسته‌اید، من که کار اشتباهی نکرده‌ام. مشاور: شما ناراحت هستید، چون فکر می‌کنید نباید به اینجا بیایید مگر اینکه کار بدی انجام داده باشید. من از شما خواستم به اینجا بیایید تا شما را بهتر بشناسم و اطلاعاتی درباره کارتان کسب کنم. ظاهراً معلم فیزیکی شما احساس می‌کند که شما در کلاس او مشکلی دارید.

* در اینجا مشاور به شیوه‌ای غیر تهدیدکننده و صادقانه به درخواست مراجع برای توضیح دادن در مورد علت مصاحبه پاسخ می‌دهد. (مادر یکی از دانش‌آموزان) مراجع: نمی‌دانم آیا باید به دیدن شما می‌آمدم یا خیر. من از شکایت کردن خوشم نمی‌آید اما دخترم از معلم ریاضی‌اش ناراحت است. مشاور: خانم (... از اینکه تصمیم گرفتید به دیدن من بیایید، خوشحالم،

دومین مرحله این است که اگر برای هر کسی که با شما صحبت می‌کند به اندازه خودتان ارزش قائل باشید، بهتر قادر خواهید بود فردی پذیرا و به دور از داوری باشید. زمانی که در حال تمرین این کار هستید، متوجه می‌شوید که بسیار مشکل خواهد شد که با مراجع رابطه برقرار کنید و در مورد او داوری نداشته باشید؛ مگر اینکه **اول به طور روشن بدانید که خودتان که هستید و ارزش‌هایتان کدام‌اند.** اگر مشاور تضادی را که در ارزش‌هایش وجود دارد برطرف نکند، این خطر وجود دارد که سردرگمی خودش مانع از آن شود که بتواند بر سردرگمی مراجع تمرکز کند و ممکن است به گونه‌ای ناخواسته به جای پرداختن به حل تضادهای مراجع وقت جلسات مشاوره را صرف حل تضادهای خودش کند! برای دستیابی به درک بهتری از ارزش‌های خود، باید آنها را بشناسیم، مورد بررسی و دقت قرار دهیم و منشأ آنها را کشف کنیم.

عوامل مؤثر در مرحله برقراری رابطه

اکنون شرایط و گام‌های لازم برای ایجاد فضای همدلانه‌ای را که در آن مراجع بتواند به بررسی خود بپردازد و به خود آگاهی برسد، بررسی می‌کنیم. در برقراری رابطه پنج گام اساسی وجود دارد که پیش از پرداختن به آنها، به بررسی شرایط و عواملی که در این مرحله تأثیرگذارند، می‌پردازیم. البته ممکن است این شرایط برای شما واضح و بدیهی به نظر برسند؛ با این حال اگر مورد بررسی آگاهانه قرار نگیرند، می‌توانند در رابطه یاورانه اشکال ایجاد کنند.

برخورد اولیه: اصطلاح مصاحبه اغلب برای توصیف یک یا دو جلسه اولیه مشاوره به کار برده می‌شود؛ زیرا هدف اصلی این جلسات اولیه، معمولاً جمع‌آوری اطلاعات است. برای بسیاری از افراد، واژه مصاحبه دلالت‌های ضمنی تهدیدکننده‌ای دارد. همه ما مصاحبه‌های شغلی و مدرسه‌ای را که بیشتر شبیه بازجویی بودند، به خاطر می‌آوریم. خواه مصاحبه توسط مشاور شروع شود، خواه توسط مراجع یا فرد سوم، مراجع اغلب در مورد پذیرفته شدن و بیان مسائل نامناسب، اضطراب و دلهره دارد. به هر حال، برای توصیف برخوردهایی که طی آنها افراد برای اولین بار یکدیگر را ملاقات می‌کنند، و اطلاعاتی درباره هم به دست می‌آورند، از اصطلاح مصاحبه استفاده می‌کنیم. در صورت پیشرفت رابطه مشاوره‌ای، ملاقات‌های بعدی را جلسه‌های مشاوره‌ای می‌توان نامید. مصاحبه‌های اولیه برای هر دو طرف یک دوره آزمایش است: مشاور از خود می‌پرسد که آیا می‌تواند به طور مؤثر با مراجع کار کند و مراجع نیز در این فکر است که آیا می‌تواند به مشاور اعتماد کند و نگرانی‌ها و مسائل واقعی خود را برای او فاش سازد. یک جنبه مهم مصاحبه اولیه، روشن‌سازی انتظارات طرفین از همدیگر و از فرایند مشاوره است.

گرچه مسئولیت بعدها به طور فزاینده‌ای متوجه مراجع می‌شود، در مرحله «برقراری رابطه» مسئولیت فرایند مشاوره عمدتاً بر عهده مشاور است. از جمله فنونی که مشاور در این مرحله به کار می‌گیرد، فنون رفع تنش و ایجاد «ارتباط باز» است. نگرش مشاور و ارتباط کلامی او هر دو برای ایجاد یک رابطه مطلوب مهم‌اند. در مورد دوم، تمام مهارت‌های ارتباطی مشاور دخیل‌اند. از جمله این مهارت‌ها گوش دادن، درک کردن و احساس کردن توأم با توجه است. بنا به توصیف ایگن (۱۹۸۲) هدف مشاور در این مرحله، توجه به «چگونگی قرار گرفتن در برابر مراجع از نظر فیزیکی و روانی» است. هنگامی که دانش‌آموزی به شما به عنوان مشاور مدرسه مراجعه می‌کند، باید خیلی سریع حقیقت را ارزیابی، و واقعیت‌ها و اولویت‌های هر موقعیت خاص را مشخص کنید:

آیا این یک شرایط بحرانی است؟ آیا می‌توانم برنامه کاری را دوباره تنظیم کنم؟ آیا این دانش‌آموز می‌تواند منتظر بماند تا بعد او را ببینم؟ در هر

فکر می‌کنید علت اینکه دخترتان با معلم ریاضی‌اش دچار مشکل شده است، چیست؟

* در این مورد مشاور به مراجع اطمینان می‌دهد که کارش درست است و در عین حال از او می‌خواهد که اطلاعات بیشتری دربارهٔ مسئله به او دهند. به جملات و رهنمودهایی مانند جمله‌های به کار رفته در مثال‌های بالا که به شیوه‌ای غیر تهدیدکننده، باز و مستقیم اطلاعاتی را بیرون می‌کشند، جملات «یخ‌شکن» گفته می‌شود. هدف این عبارات حفظ و تداوم جریان گفت‌وگو بدون قضاوت، با فرد مقابل است. شکل‌های دیگر این نوع هدایت کردن شامل استفاده از عبارتهایی مانند: «بیشتر توضیح بده»، «به نظر می‌رسد که...»، «این موضوع واقعاً جالب به نظر می‌رسد»، است. همچنین استفاده از جملات کلامی کوتاه، تکان دادن سر، لبخند زدن و دست زدن به شانهٔ مراجع (در زمان و موقعیت مناسب) نیز می‌تواند به تداوم ارتباط کمک کند.

برای ایجاد یک رابطهٔ یاورانه مؤثر، مشاور باید حمایت‌کننده و مشوق باشد. با این حال، اگر او نتواند بین اطمینان دادن و حمایت و تشویق تمایز قائل شود، ممکن است باعث شود مراجع به جای روبه‌رو شدن با مشکلاتش از آنها اجتناب کند. اگر به مراجع اطمینان خاطر دهید، در واقع مشروعیت و واقعی بودن مسائل و نگرانی‌های او را انکار کرده و به نوعی ارزش‌ها و قضاوت‌های شخصی خود را به وی تحمیل می‌کنید، حتی اگر هدفتان کمک به مراجع باشد، که البته هدف خوبی است. سؤال‌هایی که می‌توانید از مراجع پرسید، بسیار متنوع‌اند، این سؤال‌ها ممکن است به صورت زیر باشند:

A- باز پاسخ: (دربارهٔ این موضوع چه می‌توانی بگویی؟)

B- بسته پاسخ: (آیا به او جواب دادید؟)

C- کاوشگرانه: (آیا می‌توانی بگویی وقتی احساس نگرانی می‌کنی، چه

چیزی به ذهنت خطور می‌کند؟)

D- انعکاسی: (می‌خواهی بگویی می‌ترسی اگر با او مخالفت کنی عصبانی شود؟)

هر وقت احساس کنید که سؤال کردن می‌تواند به بهبود فرایند ارتباط کمک کند، می‌توانید از مراجع سؤال کنید. اما بهتر است این سؤال‌ها به صورت غیرمستقیم و باز مطرح شوند. سعی کنید کمتر سؤال کنید و بیشتر بر اظهارهای حاکی از گوش دادن فعال متمرکز شوید.

تمرین: با دو نفر دیگر از همکارانتان که تمایل به همکاری دارند، یک گروه ۳ نفره تشکیل دهید و به صورت گردشی به ایفای نقش مشاور، مراجع و ناظر بپردازید. فردی که نقش مراجع را بازی می‌کند، باید رازی را تصور کند که اضطراب‌زاست و می‌داند برای بهره‌مندی از مزایای رابطهٔ مشاوره‌ای، باید آن را فاش کند. مشاور باید فضای امن و همدلانه‌ای فراهم سازد تا مراجع بتواند در آن مسائل خود را افشا سازد. پس از ۲۰ دقیقه تمرین، اعضای گروه باید بررسی کنند که کدام رفتارهای کلامی و غیرکلامی مشاور مؤثر و کدام غیرمؤثر بوده است.

گام دوم: روشن‌سازی شکل مطرح شده

مراجع برای آشکار ساختن نگرانی و مشکل اصلی خود، به زمان و شکیبایی نیاز دارد. به‌طور معمول، بیشتر مردم پیش از کسب اعتماد لازم برای فاش کردن مشکل اصلی خود، با بیان مسائل سطحی و ظاهری، مشاور را آزمایش می‌کنند. این مسئله به‌خصوص در مورد مراجعان شما، که اغلب دانش‌آموزند و از مطرح کردن مشکلاتشان با اولیا و هیئت مدیره مدرسه می‌ترسند، بسیار حائز اهمیت است. برای اینکه مسائل سطحی، شما را از توجه به موضوع اصلی دور نکنند، باید فعالانه به حرف‌های مراجع گوش کنید و با دقت به او پاسخ دهید. ممکن است مراجع مشکلات متفاوتی را مطرح

کار اصلی درمان را مراجع انجام می‌دهد؛ وظیفه درمانگر این است که جوی را بیافریند که مراجع شیوه‌های جدید احتمالی را بیازماید



کند. در این موارد مشاور با استفاده از فنون گوش دادن فعال، می‌تواند به مراجع کمک کند تا مشکلات خود را اولویت‌بندی کند. مثال‌های زیر بیانگر دو رویکرد متفاوت به اظهارنظرهای یک مراجع است که مشکلات زیادی را مطرح می‌کند:

مثال ۱: مراجع: پدر و مادرم از هم جدا شده‌اند و من با پدرم زندگی می‌کنم. خانواده پدرم اجازه نمی‌دهند که من مادرم رو ببینم، فکر می‌کنم که همه مشکلات مادر و پدرم به خاطر منه.

مشاور: این خیلی سخته و شاید باعث شده که تو درباره رابطه خودت با مادرت احساس گناه کنی.

مراجع: بله، احساس می‌کنم هر روز شرایط داره بدتر می‌شه، دیگه نمی‌تونم روی درس تمرکز کنم. فکر نمی‌کنم اصلاً بتونم سر جلسه امتحان این هفته تاریخ بشینم.

مشاور: بیا درباره روش‌های مختلفی که می‌تونی روی درست تمرکز کنی، صحبت کنیم.

مثال ۲:

مراجع: ما مشکل خانوادگی داریم، پدر و مادرم از هم جدا شده‌اند و من با پدرم زندگی می‌کنم. خانواده پدرم اجازه نمی‌دن که من مادرم رو ببینم. فکر می‌کنم که همه مشکلات مادر و پدرم به خاطر منه.

مشاور: به نظر می‌رسه از این که خانواده پدرت این همه روی پدرت کنترل دارن، ناراحت و نگرانی.

مراجع: بله، فکر می‌کنم که اونها واقعاً اون رو کنترل می‌کنند. اونها نه تنها پدرم کنترل می‌کنند بلکه رابطه احساسی بین من و مادرم رو هم کنترل و محدود می‌کنن.

مشاور: اینکه آدم بین دو رابطه احساسی گیر کنه و پدرش هم نتونه ازش حمایت کنه، خیلی ناراحت‌کننده است.

مراجع: بله، فکر می‌کنم اون (پدرم)

بیشتر از والدینش باید هوای منو داشته باشه؛ ناسلامتی پدر منه.

اون باید در مورد من تصمیم

بگیره، نه اینکه والدینش برای اون تصمیم بگیرن. آخه اون خودش دیگه یک مرده و باید خودش تصمیم بگیره...

مشاور: به نظر می‌اد تو نگران آینده خودت هستی، اینکه این روند تصمیم‌گیری خانواده پدرت برای اون به تو هم منتقل بشه و اونها بخوان در آینده برای تو هم تصمیم بگیرن.

مراجع: راستش مشکل اصلی همینه.

* در مثال ۲ مشاور توانسته است مشکل اصلی را شناسایی کند و مسائل سطحی او را از موضوع اصلی منحرف نکرده است. بنابراین، وقت گذاشتن برای شناسایی مشکل اصلی مراجع بهتر از شتاب کردن در حل مشکل است. تجربه نشان داده است تا زمانی که مشکل اصلی مراجع شناسایی نشده و صاحب اصلی مشکل مشخص نشده است، پرداختن به حل مشکل بیهوده است. منظور از صاحب مشکل، فرد دارای مشکل است. برای اینکه مراجع برای حل مشکل نیروی کافی صرف کند، باید احساس کند دست کم مسئول بخشی از مشکل است.

گام سوم، تعیین ساختار جلسات

پس از آنکه مشکل مراجع مشخص شد و ضرورت حل و فصل آن مورد تأیید قرار گرفت. به عنوان مشاور باید تصمیم بگیرید که آیا قادر به حل این قبیل مشکلات هستید یا خیر. اگر احساس کردید که قادر به کمک نیستید، می‌توانید با ارجاع^{۱۱} دادن مراجع به یک متخصص دیگر، به او کمک کنید تا از فرد دیگری کمک بگیرد.

ارجاع به موقع و زود هنگام در رابطه باورانه بسیار مهم است. چون معمولاً مدتی طول می‌کشد تا ارجاع به نتیجه برسد. ممکن است قبل از رسیدن موعد مقرر ارجاع، یک دوره انتظار پیش آید. در این دوره انتظار مشاور باید رابطه دوم و حمایت‌کننده خود را با مراجع حفظ کند. ممکن است مراجع حاضر به پذیرش ارجاع نباشد، در این صورت وظیفه مشاور آن است که مراجع را برای پذیرش ارجاع آماده کند. برای مثال دانش‌آموزی به شما مراجعه کرده است و مشکلات حاد خانوادگی دارد. شما او را برای کمک حرفه‌ای به یک مشاور متخصص ارجاع داده‌اید اما خانواده وی از دریافت این نوع کمک‌ها امتناع می‌کنند. می‌توانید جلسات فردی خود را با دانش‌آموز ادامه دهید و در اولین فرصت، والدین او را جهت یک جلسه به دفتر مشاوره خود در مدرسه دعوت کنید. در جلسه یادشده آنها را با کمک‌های حرفه‌ای آشنا سازید و لزوم دریافت این کمک‌ها را برایشان توضیح دهید. شما می‌توانید نتایج و تأثیر پیگیری مشاوره حرفه‌ای را بر وضعیت فرزندانشان، خصوصاً فرزندی که دانش‌آموز شماست، برای والدین روشن کنید.

گام چهارم: بررسی همه‌جانبه و عمیق مشکلات

در این مرحله، مشاور با استفاده از الگوی ارتباطی گوش دادن فعال به مراجع کمک می‌کند تا جنبه‌های مختلف مشکلات خود و پیامدهای آن را مورد بررسی قرار دهد. البته در طول فرایند مشاوره، مشکلات جدیدی ظاهر می‌شوند. در اینجا هم باز آگاهی از اینکه «مشکل چیست، چه کسی مسئول مشکل است و مراجع تا چه حد قادر به حل مشکل است»، بسیار اهمیت دارد. در بیشتر موارد، مشکل مراجع بخشی از نظامی است که او در آن زندگی می‌کند، برای مثال دانش‌آموزی که به شما مراجعه کرده است، در یک خانواده پر آسیب زندگی می‌کند (والدین معتاد، فرزند طلاق و...) در چنین مواردی ممکن است او احساس ناکامی، ناامیدی و درماندگی زیادی کند. با این حال، همان اصولی که در سایر موقعیت‌های مشکل‌زا صادق است، در این گونه موارد نیز صدق می‌کند، یعنی تلاش برای جمع‌آوری اطلاعات بیشتر در مورد مراجع، سیستم، امکان تغییر و انتخاب‌های موجود. در طول این مرحله از مشاوره، تا



آنجا که می‌توانید باید درباره فرایندهای فکری، احساس‌ها و رفتارهای مراجع هم درون رابطه یاروانه و هم در خارج از این رابطه، اطلاعات بیشتری به دست آورید. همچنین با ارزش‌ها، باورها، نگرش‌ها، راهبردهای مقابله‌ای دفاعی، روابط بین فردی، امیدها و آرزوها و جاه‌طلبی‌های مراجع بیشتر آشنا شوید. در این مرحله، مراجع را تشویق کنید تا افکار و احساس‌های خود را بدون ترس از قضاوت یا تنبیه‌ی ابراز کند. شما در همه حال باید ایجاد اعتماد، صداقت و همدلی را تشویق کنید تا فضای امنی ایجاد شود که مراجع بتواند آزادانه خودآگاهی خود را مورد بررسی و کاوش قرار دهد.

مثال: مشاور: پس خیلی وقته که احساس می‌کنی نمی‌تونی کارهای خودت رو انجام بدی؟

مراجع: مادر و خواهر بزرگم همیشه همه کارهای منو انجام می‌دن.

مشاور: و این باعث می‌شه که تو احساس کنی که...

مراجع: بی‌عرضه‌ام... اونها حتی شب‌ها تکالیف من، کیفم و وسایل فردای مدرسه منو هم چک می‌کنن. می‌دونید، خواهر بزرگم بلافاصله بعد از دبیرستان ازدواج کرد و هیچ وقت هم نرفت دانشگاه. اون دانش‌آموز خیلی باهوشی بود ولی حالا یک بیوه زنه و با یک بچه برگشته خونه ما...

مشاور: به نظر میاد که مادر و خواهرت می‌خوان هرچی رو که خودتون نتونستن به دست بیارن، تو به دست بیاری.

مراجع: اونها همیشه همین‌رو می‌گن. واسه همین که دانشگاه رفتن من براشون خیلی مهمه.

مشاور: برای شما هم مهمه؟

مراجع: نمی‌دونم. من هیچ وقت در مورد اینکه چه چیزی برام مهمه فکر نکردم. من می‌خوام مادرم ناراحت بشه، مادرم خیلی زود می‌زنه زیر گریه.

مشاور: پدرتون چطور؟

مراجع: اوه، هرچی مادرم بخواد، پدرم هم همون رو می‌خواد. اون در هیچ موردی دخالت نمی‌کنه و هیچی نمی‌گه.

مشاور: من توی حرف‌های تو نوعی خشم احساس می‌کنم.

مراجع: من فقط فکر می‌کنم که ای کاش بعضی وقت‌ها بابا طرف منو می‌گرفت و اینقدر تو جناح مامان نبود.

در این مثال، مشاور تا جایی که توانست درباره زمینه خانوادگی مراجع و همه جنبه‌های احساس بی‌کفایتی او اطلاعات بیشتری به دست آورد. این نوع بررسی عمیق قبل از تعیین هدف‌ها ضروری است. بررسی همه‌جانبه، فرایند مداومی است که در سرتاسر رابطه یاروانه ادامه پیدا می‌کند. برای

بسیاری از مشاوران، این گام یکی از دشوارترین و هیجان‌انگیزترین گام‌های برقراری رابطه یاروانه است. در حقیقت، بسیاری از روابط در این مرحله به پایان می‌رسند؛ زیرا خود عمل کاوش و بررسی متقابل، شفابخش و مفید است؛ زیرا به دیدگاه‌های جدیدی منتهی می‌شود که به احساس‌ها، افکار و رفتارهای تازه می‌انجامند.

گام پنجم: تعیین هدف‌های احتمالی: پس از آنکه مشکل به طور کامل بررسی و روشن شد، مشاور و مراجع می‌توانند به‌طور مشخص هدف‌های رابطه یاروانه را تعیین کنند. با توجه به سبک طرفین رابطه یاروانه و شرایط خاص بافت درمان، می‌توان این گام را به صورت نظام‌دار یا غیررسمی انجام داد. مهم این است که مشاور و

مراجع در مورد هدف‌های تعیین شده و متناسب بودن آنها با شرایط درمان، توافق داشته باشند. اگر تعیین هدف صرفاً براساس نیازهای مشاور انجام پذیرد، به یقین هیچ

کمکی به مراجع نخواهد کرد. همچنین، اگر بین هدف‌های تعیین شده و شرایط بافت درمان، تضاد وجود داشته باشد، مشاور و مراجع باید این

تعارض را مورد بررسی قرار دهند و راهکار

مناسب برای حل آن را پیدا کنند.

مشاور و مراجع باید بین هدف‌های فوری^{۱۲} و بلندمدت^{۱۳} و هدف‌های اختصاصی و فراگیر تمایز قائل شوند.

برای مثال، دانش‌آموزی که به خاطر ناتوانی احتمالی در گذراندن یک درس خاص به مشاور ارجاع داده شده است، ممکن است مشکلات خانوادگی نیز داشته باشد. بنابراین، مشاور و مراجع می‌توانند پیش از پرداختن به هدف فراگیر و بلندمدت حل مشکلات خانوادگی به‌طور اختصاصی‌تر، روی کسب موفقیت در درس خاص و ادامه تحصیل در مدرسه، تمرکز کنند. بنابراین، مشاور و مراجع باید به کمک یکدیگر مشخص کنند که با توجه به ماهیت و شرایط رابطه یاروانه، کدام هدف قابل وصول و عملی است.

زمانی که مشاور و مراجع چند هدف مختلف را صورت‌بندی می‌کنند، باید مشخص کنند که کدام هدف مقدم است و این اولویت چه مدت طول می‌کشد. گاهی اولویت‌بندی اهداف براساس یک توالی منطقی صورت می‌گیرد ولی در مواقع دیگر، مشاور و مراجع به‌طور اختیاری در مورد تقدم یا تأخر هدف تصمیم می‌گیرند. نکته مهم این است که مشاور و مراجع بدانند رابطه بین آنها به چه منظوری ایجاد شده و هدف‌های آنان چیست.

پی‌نوشت

۱. Relationship establishment
۲. Helping relationship
۳. Hackney and cormier
۴. congruence
۵. Empathy
۶. Unconditional positive regard
۷. Non- judgemental
۸. Egan
۹. Ice breakers
۱۰. active
۱۱. referral
۱۲. Immediate
۱۳. long-rang
۱۴. specific

منابع

۱. کوری، جوالد؛ هنر مشاوره تلفیقی. مترجمان: احمد اعتمادی و ژانت هاشمی آذر؛ تهران، انتشارات فراروان، ۱۳۸۵.
۲. گلدارد، دیوید، مفاهیم بنیادی و مباحث تخصصی در مشاوره. آموزش و کاربرد مهارت‌های خود در مشاوره فردی. مترجم: سیمین حسینیان، تهران، انتشارات کمال تربیت، ۱۳۸۶.
۳. گیسبون، رابرت و میشل، ماریان؛ مبانی مشاوره و راهنمایی، مترجم باقر ثنائی، تهران، مؤسسه انتشارات بعثت، ۱۳۷۶.
۴. اوکان، باربارا. اف؛ تکنیک‌های مصاحبه و مشاوره. مترجم: شهرام محمدخانی. تهران، انتشارات طلوع دانش، ۱۳۸۶.



تحلیل فیلم

خشونت سینمای

رضا شهلا
کارشناس ارشد روان‌شناسی

بررسی ژانر وحشت و خشونت در سینما



اضطراب به عنوان یک کشمکش وجودی، از این احساس آزارنده ناشی می‌شود که فرد در جهان در جای خود قرار ندارد. این اضطراب کشمکش است میان این باور بنیادی که باید نوعی هدف یا معنا در عالم وجود داشته باشد و فهمیدن این که فرد در زندگی خود احساس هد فمندی یا معنا نمی‌کند

هنرمندان قرار گرفت. آن‌ها نیز این پدیده را که یک وسیله بیان تازه بود، از یک تفریح ساده به حد یک هنر (هنر هفتم) ارتقا دادند و در نتیجه توانستند سینما را به محملی برای تلاقی علایق، تمایلات مختلف مالی و ایدئولوژیک تبدیل کنند. سینما از کلمه سینماتوگراف اخذ شده است. سینماتوگراف از دو واژه یونانی کینما به معنی حرکت و گرافین به معنی نوشتن گرفته شده که در مجموع به معنای نوشتن در حرکت، عبارت از آن چه در سینمای صامت روی پرده سینما اتفاق می‌افتاده است.

سینما یک اصطلاح کلی برای تمامی دخل و تصرف‌هایی است که دوربین در مراحل فیلم‌برداری، لابراتوار، ظهور و صداگذاری روی نوار فیلم انجام می‌دهد. آن چه در این فرایند تولید می‌شود، یک تابلوی نقاشی متکامل است، با دو ویژگی، که عبارت‌اند از حرکت و تدوین. یعنی در سینما نقاشی در مرحله خلق یک قاب ثابت متوقف نمی‌ماند بلکه همراه دو عنصر حرکت و تدوین امتداد می‌یابد. در بیشتر منابع، اختراع این پدیده مهم قرن بیستم را به برادران لومیر (آگوست و لویی لومیر مالکان کارخانه مواد عکاسی در لیون فرانسه) یا ادیسون نسبت می‌دهند. برادران لومیر نخستین نمایش فیلم خود را در سال ۱۸۹۵ در پاریس با اجاره یک زیرزمین آغاز کردند. اختراع برادران لومیر با ادیسون تفاوت داشت. دستگاه ادیسون مثل شهر فرنگ‌های قدیمی بود اما نمایش فیلم برادران لومیر مثل سینماهای امروزی، به صورت همگانی تری بود.

در سال ۱۹۲۹ فیلم ناطق در صنعت سینما تحول ایجاد کرد. ایده اولیه ضبط صدا، به همراه تصویر از آن ادیسون است. او با تولید وسیله‌ای که کینتوگراف نام داشت به این مهم دست یافت. در دهه اول ۱۹۰۰، تکوین سینما به مثابه صنعتی بر مبنای اصول فنی توافق شده بین‌المللی پذیرفته شد و استفاده از چند زاویه برای دوربین، بیان سینمایی و دراماتیک به سینما راه یافت و راه برای تخصصی‌تر شدن سینما به بخش‌های فنی، مالی، بازاریابی و... باز شد.

پس از جنگ جهانی اول (۱۹۱۸-۱۹۱۴) به علت رکود این صنعت در اروپا، فعالیت‌های سینمایی در شهری به نام هالیوود (۱۹۱۹) متمرکز شدند. در دهه سوم ۱۹۰۰ تحکیم و تثبیت سینما و طراحی دقیق‌تر دوربین‌ها و کیفیت تصویر شروع شد. در سال ۱۹۲۹ سرعت حرکت تصویر، از ۱۶ فریم در ثانیه به ۲۴ فریم ارتقا یافت. بعد از آن، دوران تثبیت و استقرار ۲۰ ساله این رسانه آغاز شد. در دهه ۱۹۳۰، با توجه به بحران بزرگ اقتصادی و در طول جنگ جهانی دوم نیز برنامه نمایش فیلم عامه‌پسند و سرگرم کننده به سیر خود ادامه داد.

در سال ۱۹۳۶، تلویزیون آغاز به کار کرد اما اولین بارقه نگرانی از این ابزار، در میان سینماگران، در سال ۱۹۵۰ با تعطیلی سینماها رقم خورد. تلویزیون مشتریان سینما را به خود جذب می‌کرد. این موضوع، سینماگران را بر آن داشت که با ورود رنگ به سینما، تغییر ابعاد تصویر، از ۳:۴ به ۲:۸، سینماسکوپ، فیلم‌برداری به صورت پرده عریض و ورود قابلیت‌هایی که امکان ارائه آن با تلویزیون وجود نداشت، دست به ابتکاراتی جدید بزنند. البته امروزه نیز سینما با افزودن صدای ساراند، که در ایران به غلط دالبی گفته می‌شود، و ارائه به صورت دیجیتال و از طریق شاهراه جهانی، سعی در مبارزه و یا همراهی با دنیای مجازی را دارد.

کلیدواژه‌ها: خشونت، سینمای خشونت، وحشت، اضطراب وجودی، هنر هفتم.

برداشت اول: سینما

سینما شاخه‌ای از هنر است که در آن یک داستان به وسیله زنجیره‌ای از تصاویر متحرک (فیلم) نمایش داده می‌شود. یک نمایش سینمایی، که فیلم سینمایی نامیده می‌شود، از عناصر تصویر (به صورت مجموعه‌ای از فریم‌ها) و صدا (گفت‌وگو، صدا و موسیقی) تشکیل شده است. یک فیلم براساس فیلم‌نامه یا سناریو و توسط مجموعه‌ای از بازیگرها، کارگردان، فیلم‌بردار و... ساخته می‌شود.

سینما جدیدترین شاخه هنر، معروف به هنر هفتم، است که امروزه شماری از عمومی‌ترین و محبوب‌ترین تولیدات هنری را ارائه می‌کند. «سینما» واژه‌ای است یونانی به معنای حرکت، اما در اصطلاح، هنر و فنی است که با یک‌سری تصاویر متحرک، پیامی را به مخاطب خود، که همان تماشاگر است، منتقل می‌کند. سینما آخرین هنر و به عبارت دیگر، هفتمین هنر است. هنرهای دیگر عبارت‌اند از: تئاتر، نقاشی، مجسمه‌سازی، معماری، موسیقی و... در این میان، سینما تنها هنری است که نه تنها شش هنر دیگر را به خدمت گرفته بلکه به گونه‌ای توانسته است آن‌ها را اعتلا نیز ببخشد. هم‌چنین سینما صنعت، فن و تکنیک را نیز به خدمت گرفته است و در متن خود دارد.

سینما، در میان شکل‌های هنری صنعتی شده‌ای که زندگی هنری قرن بیستم را تسخیر کرده‌اند، نخستین و به نحوی قابل بحث، هم‌چنان مهم‌ترین آن‌هاست؛ شکلی که از دوران شروع محقرانه‌اش در محوطه‌های شهر بازی اوج گرفته تا به صنعتی میلیارد دلاری، دبدنی‌ترین و اثرگذارترین رسانه و هنر معاصر تبدیل شده است.

ظهور سینما نیازمند مقدماتی بود که گره آن‌ها تنها به دست مخترعان باز می‌شد. پس از آن که مقدمات لازم برای ظهور سینما فراهم شد، این انتظار مدت درازی طول نکشید و در سال ۱۸۹۵ تقریباً به‌طور هم‌زمان در آمریکا، انگلستان، فرانسه و آلمان، انواع مختلف دوربین‌های فیلم‌برداری پیدا شدند. این دستگاه‌ها اسم‌های عجیبی داشتند؛ از قبیل کینه توسکوپ، بیوسکوپ، ویتاسکوپ و سینماتوگراف. همه این دستگاه‌ها کاری شگفت می‌کردند؛ یعنی، تصویر سیاه و سفید اشخاص زنده‌ای را در دنیای آشنا و واقعی نشان می‌دادند.

فیلم‌های اولیه هم از نظر محتوا و هم از نظر شکل بسیار ابتدایی بودند و چیزی جز فیلم‌برداری از زندگی روزمره و مستند نبودند. تماشاگران نخستین سینما می‌نشستند و مناظری عادی مانند هجوم امواج به ساحل، حرکت سریع اتومبیل‌ها در خیابان، ورود قطار به ایستگاه یا حتی مردمی را که در آفتاب قدم می‌زدند، با چشمانی بهت‌زده تماشا می‌کردند اما به واسطه همین تصاویر ابتدایی ولی جادویی بود که طی بیست سال، سینما در سراسر جهان گسترش یافت، فناوری پیچیده‌ای را به تکامل رساند و به راهش ادامه داد تا به صنعتی مهم تبدیل شد؛ صنعتی که علاوه بر سرگرمی، از آن برای مقاصد آموزشی، تبلیغی و تحقیق علمی نیز می‌توان استفاده کرد.

با این ویژگی‌ها، دور از ذهن نبود که کم‌کم توجه بازرگانان، هنرمندان، دانشمندان و سیاست‌مداران نیز به آن جلب شود. به این ترتیب، با گسترش سینما در جهان و محبوبیت عام آن مخترعان کماکان به اختراعات و پیشرفت‌های فنی در زمینه سینما ادامه دادند. این کشفیات توسط تجار سینمایی، که بیشتر در فکر ثبات مالی بودند، در اختیار

این گونه نیست که در هر موضوع وحشتناکی، خشونت نهفته باشد و هر خشونت با وحشت همراه باشد. این دو الزاماً یکی نیستند

یکی از ژانرهای همیشه دوست‌داشتنی تاریخ سینما، گونه وحشت است. این گونه از سال‌های ابتدایی تولد سینما توسط اکسپرسیونیست‌های آلمانی مورد توجه قرار گرفت و تا به امروز هم طرفداران خاص خود را دارد. فیلم‌های این ژانر به‌طور کلی در دو دسته طبقه‌بندی می‌شوند: دسته اول، آن‌هایی که تنها با تأکید بر فرم و عینی‌سازی ترس، سعی بر ترساندن بیننده دارند و عمدتاً وحشت را در قالبی جسمانی (موجودات غیرعادی و بعضاً هیولوار) ارائه می‌کنند. دسته دوم، بیشتر از فرم به دنبال هیبت ماورایی و مفهوم ذاتی ترس هستند و نمایش جسمانی ترس در آنان کمتر دیده می‌شود.

در این دسته فیلم‌ها، که عمدتاً در تعامل با خواب‌ها و ضمیر ناخودآگاه‌اند، تماشاگر با فضایی ذهنی سر و کار دارد. در واقع، می‌توان گفت که فیلم‌های دسته دوم در قیاس با دسته اول بیشتر درون‌گرایانه و ذهنی هستند. البته لزوماً مرز مشخصی میان این دو گروه وجود ندارد و گاه در یک اثر از عناصر هر دو، بیش و کم استفاده می‌شود.

اولین سؤالی که به ذهن می‌آید این است که اصولاً صحنه‌های خشن از چه زمانی وارد سینما شده‌اند. در این مورد چندان نمی‌توان به دوران صامت اشاره کرد؛ چون این دوران بیشتر حالت آزمون و خطا داشته و شکل واقعی و حرفه‌ای سینما عملاً و به طور کامل در اواخر سینمای صامت و با شروع سینمای ناطق آغاز شده است. در آن زمان، اداره سانسور آمریکا در مقابل هر چیزی که از نظر آنان بی‌عفتی و بی‌اخلاقی تعبیر می‌شد، واکنش نشان داده و مانع پخش آن می‌شد. البته دانستن این نکته نیز ضروری است که مردم نیز در آن زمان آمادگی زیادی برای مسائل خلاف عرفشان نداشتند و برای همین بود که نمایش فیلم سگ اندلسی، اثر لوئیس بونوئل، چنان هرج و مرجی در اسپانیا به‌وجود آورد که تا آن زمان هیچ رسانه‌ای در تاریخ سینما نتوانسته بود چنان کند.

برداشت دوم: وحشت و سینما

معاون سینما طی یک بخشنامه جدید به مدیران شبکه، پخش نمای نزدیک از خشونت‌های شدید، به‌ویژه قتل و شکنجه و لحظات جان دادن قربانیان را ممنوع کرده است (روزنامه بانی فیلم، ۱۷ شهریور ۱۳۹۰).

انگشت‌هایی که بریده می‌شوند، کله‌هایی که با گلوله سوراخ می‌شوند، دندان‌هایی که با ته چکش یکی یکی کشیده می‌شوند، گوش پلیسی که با یک موزیک شاد توسط یک خلافکار بریده می‌شود و صدها صحنه این‌چنینی در فیلم‌های مختلف از کارگردانان متفاوت دیده شده است. سؤال این است که آیا توجه منطقی برای نمایش این صحنه‌های وحشت‌آور و منقلب‌کننده در سینما وجود دارد؟

این‌گونه نیست که در هر موضوع وحشتناکی، خشونت نهفته باشد و هر خشونت با وحشت همراه باشد. این دو الزاماً یکی نیستند. چه بسا ترس و وحشتی که حاصل نادانی و جهل نسبت به موضوع است، اما عمدتاً ترس و خشونت در کنار یکدیگر و چون دو برادر همزادند. در علت نمایش خشونت در سینما نمی‌توان ایرادی وارد کرد اما در محدوده‌های آن بحث فراوان است. در محدوده‌های نمایش خشونت اما و اگرهای فراوانی وجود دارد و ایجاد ترس در جامعه یا مخاطب و به نمایش درآوردن خشونت در اشکال فیزیکی، لفظی روان‌شناختی مورد توجه و باعث نگرانی عموم است.

این توجه و نگرانی ممکن است دلایل مختلفی داشته باشد و می‌تواند حاکی از انواع متفاوتی از تأثیرات مفروض باشد. ساده‌ترین سطح مسئله آن است که برخی از افعال خشونت یا ایجاد ترس ممکن است از محدوده‌های قابل تحمل برای افراد عادی فراتر رود و احساسات عمومی را جریحه‌دار کند. نمایش خشونت می‌تواند گاه چنان آزاردهنده باشد که به افراد، بالاخص تماشاگران جوان یا کسانی که از نظر عاطفی وضعیت متعادلی ندارند، آسیب روانی وارد آورد. نمایش منظم و پیاپی خشونت ممکن است به تماشاگران این فکر را القا کند که انواع مختلفی از خشونت تأیید شده‌اند. اگر افراد بدین شکل خشونت پذیرفته شده‌ای را تحمل کنند، در برابر رنج قربانیان خشونت سنگدل‌تر و بی‌تفاوت‌تر می‌شوند.





در سینمای آمریکا اولین جرقه‌های خشونت و بی‌پروایی با فیلم‌های ترسناک زده شد. کمیانی‌های هالیوودی که تازه به قدرت زیادی رسیده بودند، با نگاهی به سینمای اکسپرسیونیستی آلمان و فیلم‌های موفق‌تری چون نوسفراتو ساخته فردریش ویلم مورناو، مطب دکتر کالیگاری ساخته روبرت رینه، دکتر مابوزه اثر فریتز لانگ و موفقیت بین‌المللی آنان به این نتیجه رسیدند که سینمای ترسناک می‌تواند بازار خوبی برای آنان فراهم کند. در ضمن، در سینمای ترسناک تقریباً می‌شد تمام آن حرف‌هایی را که در دیگر ژانرها نمی‌توانست گفته شود، به راحتی و در توجیه فیلمی که مبنای واقعیت نداشت، به زبان آورد.

شاید متفاوت‌ترین فیلمی که در آغاز دهه سی، سینماورها را به هراس و وحشت انداخت، فیلم M ساخته یکی از غول‌های تاریخ سینما، فریتز لانگ، بود. این آخرین فیلم لانگ، که بعد از آن به تبعیدی خود خواسته دست زد، داستان قاتلی بچه‌کش را تعریف می‌کند که با جنایت‌هایش هم شهروندان محترم و هم خلاف‌کاران را به وحشت می‌اندازد. فیلمی که حاصل سختی‌هایی است که لانگ در آلمان پس از جنگ و ظهور آرام نازیسم در کشورش کشید و باعث شد نوع و شکل اخلاقیاتی که تا آن روز در سینما وجود داشت، دچار تغییر و تحول شود.

داستان‌هایی این‌چنین تا آن زمان به‌خصوص در آلمان در قالب فضاهای اکسپرسیونیستی و به دور از واقعیت بیان می‌شد اما فریتز لانگ در فیلمش به قلب واقعیت حمله کرد و چنان رعب و وحشتی را در فیلمش وارد کرد که تأثیر عمیق آن تا امروز نیز مانده است. زمانی از فریتز لانگ علت خشونت در فیلم‌هایش را پرسیده بودند و او در جواب گفته بود که مردم امروز نه از خدا می‌ترسند، نه بهشت و جهنم را باور دارند ولی تا دلتان بخواهد از درد و رنج فیزیکی وحشت دارند.

دهه چهل را بدون تردید باید دهه نوآر نامید. نوآر در فرانسه به معنای سیاه است و فیلم نوآر فیلم سیاه معنی گرفت. در نوآر قصه‌هایی تعریف می‌شد که در آن‌ها همیشه سرنوشت پشت دیواری ایستاده است که برای آدم‌ها در دسر درست کند و به آنان پشت‌پا بزند. دنیای نوآر دنیایی بود بدون عشق و سراسر خیانت و نفرت. آدم‌ها هیچ راه فرار یا رستگاری‌ای نداشتند و به همین علت، دنیای نوآر دنیایی بدون خدا بود. زن‌ها که تا آن زمان نماد عشق و دلدادگی و خانواده بودند، در فیلم نوآر به موجوداتی اغواگر و نابودکننده تبدیل شدند که جز تباهی و شومی برای شخصیت مرد قصه به‌بار نمی‌آوردند.

در دنیای نوآر پول و قدرت و شهوت حرف اصلی را می‌زد و آدم‌ها برای زنده ماندن ناگزیر به نابود کردن بودند. اولین استارت جدی فیلم نوآر با شاهکار جان هیوستن، یعنی شاهین‌مالت، در سال ۱۹۴۱ زده شد. داستان سام اسپید قصه کارآگاهی بی‌احساس است که تحقیقاتش در مورد یک پرونده پای او را به دنیایی از دروغ و تزویر باز می‌کند. این فیلم هم باعث

تثبیت و قدرت ژانر نوآر شد، هم پدیده قدرتمندی به نام همفری بوگارت را به صحنه آورد.

ژانر نوآر هیچ‌وقت جدی گرفته نشد. مردم از ژانر نوآر استقبال نمی‌کردند و بیشتر آثار متعلق به این ژانر با شکست مواجه می‌شدند. البته شاید دلیل آوردن برای این موضوع کارچندان سختی نباشد؛ زیرا هر وقت به تماشای فیلم نوآر می‌نشینید با آن وجهه تاریک روح بشری و خودتان روبه‌رو می‌شوید که حتی از فکر کردن به آن نیز لرزه بر اندامتان می‌افتد ولی شاید مهم‌ترین ویژگی نوآر همان قضیه سرنوشت است. یکی از دیالوگ‌های فیلم «میان‌بر» اثر ادگار ج اولمر آن جاست که شخصیت اصلی می‌گوید «سرنوشت جایی همین دوربرها قایم شده تا بهت پشت‌پا بزنه». فیلم نوآر آدم‌هایی را تصویر می‌کند که در دست تقدیر گرفتارند و راه فراری برای آنان نیست.

«برام اهمیتی نداره باهام چه کار می‌کنی مایک، فقط سریع انجامش بده.» این فقط یکی از دیالوگ‌های قدرتمند فیلم عجیب و غریب کارگردان بزرگ رابرت آلدریچ در فیلم «مرا مرگبار ببوس» محصول سال ۱۹۵۵ است. فیلمی که تجاوز، خشونت، شکنجه و هیستری و ناامیدی از ارکان اصلی آن به‌شمار می‌آید. از همان نماهای آغازین، وقتی کارآگاه همر زنی وحشت‌زده را در خیابان سوار می‌کند، انگار وارد تونل وحشتی شده‌اید که راهی برای فرار از آن نیست. آلدریچ بزرگ با حذف مستقیم خشونت و نمایش عواقب آن چنان ترسی در دل تماشاگرانش می‌اندازد که هم‌اینک و در زمان حاضر نیز فیلم را عجیب و غیرعادی جلوه می‌دهد. صحنه‌های شکنجه فیلم که در آن دست‌های آویزان شده از وان و دستگاه‌های شکنجه در نماهای بلند واید تصویر می‌شود، هنوز پیشرو به حساب می‌آیند.

اگر در آمریکا فیلم‌سازان مختلف دست به تجربه‌های جدید می‌زدند، در آن سوی دنیا نیز استادی بزرگ در حال خلق داستان‌های بزرگ است: «کنجی میزوگوشی» یکی از اسطوره‌های تاریخ سینما که در اوایل دهه پنجاه



و فهمیدن این که فرد در زندگی خود احساس هدمندی یا معنا نمی‌کند. کشمکش معنای وجودی اغلب با کشمکش تماشاچی در برابر کشمکش بازیکن مقایسه می‌شود. در بازی فوتبال لحظات بسیار پر اضطرابی وجود دارد؛ مثلاً در دقایق پایانی بازی که بازیکن می‌خواهد پنالتی بزند یا از حمله تیم حریف جلوگیری کند. تماشاچی هم اضطراب زیادی دارد اما واقعیت این است که هیچ کاری از دستش ساخته نیست به جز این که دست بزند یا فریاد بکشد؛ کارهایی که در اصل هیچ تأثیری در بازی ندارند. بنابراین، اضطراب تماشاچی حتی از اضطراب بازیکن هم بیشتر است؛ چون قادر نیست انرژی روان رنجورانه خود را به سوی کنشی با معنا هدایت کند.

رولومی بر این عقیده بود که کشمکش وجودی شبیه به اضطراب تماشاچی است. وقتی احساس می‌کنیم زندگی در حال گذر است و در اطراف ما اتفاقاتی می‌افتد که تسلط و نظارتی بر آن‌ها نداریم، دچار اضطراب تماشاچی می‌شویم. به عقیده می، این است که ما زندگی خود را نه به عنوان بازیکن بلکه به عنوان تماشاچی نظاره می‌کنیم. کشمکش وجودی در زندگی واقعی بی‌نهایت پیچیده جلوه می‌کند اما در سینما شکلی کاملاً ساده دارد. قهرمان گیج، مضطرب، پرخاشگر یا افسرده است؛ به این دلیل که فکر می‌کند زندگی‌اش بی‌هدف و پوچ است و به صورت بیمارگونه دیست به خشونت می‌زند؛ چون ناکامی موجب پرخاشگری می‌شود.

**رولومی
به وجود
نو
عی
پیوند میان
روان‌کاوی و
اگزستانسیالیسم
پی‌برد و فهمید
که اضطراب
روان‌رنجورانه در
اغلب مواقع با آن‌چه
اگزستانسیالیست‌ها
«دلهره» یا «یأس
وجودی» می‌نامند،
رابطه مستقیم دارد**

فیلم‌هایی را ساخت که جزء گنجینه‌های تاریخ سینما به حساب می‌آیند. میزوگوچی با الهام از داستان‌ها، افسانه‌ها و فضای ژاپن قدیم و جدید فیلم‌هایی چون زندگی اوهارا، سانشوی مباشر، بانو یانگ فنی را خلق کرد. بیشتر کاراکترهای این فیلم‌ها زنان رنج‌کشیده‌ای بودند که در فضایی مردسالار می‌بایست رنجی پایان‌ناپذیر را تحمل کنند.

میزوگوچی فیلم‌هایش را بی‌رحمانه، بی‌دریغ و بی‌پرده پوشی می‌ساخت. زنان فیلم‌های او در گیر و دار تقدیر و روزگار تلخشان باید برای هدفی پوچ و محتوم و منتهی به بن‌بست تلاش می‌کردند. مردان در فیلم‌های میزوگوچی موجوداتی طماع و هوس‌ران بودند که جز رنج و سختی برای زنان فیلم‌هایشان ارمغان دیگری همراه نداشتند.

برداشت سوم: کشمکش وجودی

رولومی روان‌کاوی با پشتوانه‌های محکم در خداشناسی و فلسفه وجودی بود. رولومی به وجود نوعی پیوند میان روان‌کاوی و اگزستانسیالیسم پی‌برد و فهمید که اضطراب روان‌رنجورانه در اغلب مواقع با آن‌چه اگزستانسیالیست‌ها «دلهره» یا «یأس وجودی» می‌نامند، رابطه مستقیم دارد. وی با ارائه تعریفی تازه از اضطراب به منزله نوعی بیماری وجودی، طلایه‌دار نهضت تازه‌ای در روان‌کاوی وجودی شد. اضطراب به‌عنوان یک کشمکش وجودی، از این احساس آزارنده ناشی می‌شود که فرد در جهان در جای خود قرار ندارد. این اضطراب کشمکشی است میان این باور بنیادی که باید نوعی هدف یا معنا در عالم وجود داشته باشد



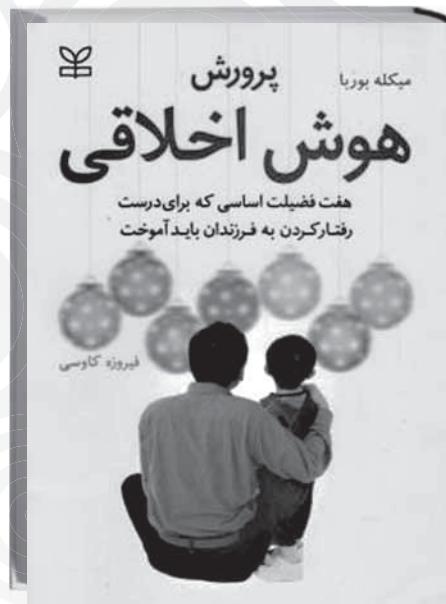
معرفی کتاب

مبشره زنونبوان

كارشناس روان شناسى

رضا شهلا

كارشناس ارشد روان شناسى



مشاوره و راهنمایی در مدارس

نویسندگان: دکتر سیفالله بهاری و نرگس جوادیان
نشر: مؤسسه خدمات فرهنگی رسا

مشاوره فرایندی کلی است که با زندگی افراد سروکار دارد و از آنجا که زندگی افراد از وحدت و کلیت برخوردار است، مدرسه می تواند برنامه ای را برای اصلاح تدریجی خدمات مشاوره ای خود ترتیب دهد. پیش از این دو واژه مشاوره و راهنمایی در مدارس بسیار کم به کار می رفت اما در سال های اخیر این گونه فعالیت ها موقعیت خاصی در برنامه های آموزش و پرورش پیدا کرده اند و امروزه مشاوره و راهنمایی به صورت واژه های بنیادی تعلیم و تربیت درآمده اند. جایگاه راهنمایی و مشاوره در مدارس به سرعت در حال شکل گیری و توسعه است اما جای خالی برنامه های سازماندهی شده و همه جانبه برای این منظور به خوبی احساس می شود. پیچیدگی روزافزون محیط و آگاهی از تفاوت های فردی، استفاده از مشاوره و راهنمایی را در مدارس اجتناب ناپذیر کرده است اما از آنجا که اقدام در این زمینه بیشتر براساس آزمایش و خطا بوده، در آن کمتر به مبانی سنجش و مشاهدات دقیق و اصول علمی توجه شده است. کتاب حاضر با هدف جایگزین کردن شیوه های پراکنده و بعضاً سنتی راهنمایی و مشاوره با یک برنامه دقیق، حساب شده و منظم در جهت یاری رساندن به مسئولان، مدیران، مربیان و مشاورانی که در زمینه آموزش و پرورش فعالیت دارند، نگارش یافته است. این کتاب مراحل مختلف و اصولی را که برای اجرای یک برنامه یکنواخت و منسجم در راهنمایی و مشاوره برای مدارس مورد نیاز است، قدم به قدم دنبال کرده است و از این رو، می تواند به عنوان مرجعی کامل و جامع مورد استفاده همه دست اندر کاران، علاقه مندان و دانشجویان رشته های مختلف علوم تربیتی و مدیران مدارس قرار گیرد.

پرورش هوش اخلاقی

نویسنده: میلکه بویا
مترجم: فیروزه کاوسی
ناشر: رشد

به گمان ارسطو افراد به طور طبیعی از لحاظ اخلاقی به حد کمال نمی رسند یا به خرد علمی دست نمی یابند. آن ها فقط در نتیجه تلاش فردی و اجتماعی طولانی مدت به این امر نائل می شوند. در جامعه امروز با بحران مشخص و مهمی روبه رو هستیم، و آن جنبه اخلاقی زندگی فرزندانمان است، که علی رغم تلاش های ما، این بُعد از زندگی فرزندان می تواند بسیار آسیب پذیر باشد، در واقع آن چه کودکان بیش از هر چیز بدان نیاز دارند، تقویت نیروی اخلاقی است که در نوبه خود روش مطلوبی برای محافظت از زندگی اخلاقی آن ها است. ما می توانیم زندگی فرزندانمان را دگرگون سازیم؛ به دلیل این که هفت فضیلت اخلاقی ای که هوش اخلاقی را می سازند، آموختنی هستند و ما می توانیم آن ها را در خانه، مدرسه و محیط های اجتماعی آموزش دهیم، و امیدوارم باشیم که فرزندانمان به زندگی شایسته و مبتنی بر اخلاق روی خواهند آورد. دکتر میلکه بویا از جمله مشاوران، معلمان و مربیان معروف دنیاست که روش جدیدی برای مفهوم سازی و آموزش فضیلت، منش و ارزش ها، با تکیه بر هوش اخلاقی ارائه کرده است. این کتاب در بردارنده راهنمایی های مفید گام به گام و هم چنین سرشار از فعالیت هایی جالب توجه برای والدین و فرزندان است. مطالعه این کتاب ارزشمند را به کلیه مشاوران، روان شناسان، مربیان و والدین عزیز توصیه می کنیم.

گزارش ارزشیابی برنامه درسی روان‌شناسی سال سوم رشته ادبیات و علوم انسانی - علوم و معارف اسلامی

محمود اوحدی

کارشناس مسئول گروه روان‌شناسی، دفتر برنامه‌ریزی و تألیف کتب درسی

کلیدواژه‌ها: ارزشیابی، روان‌شناسی، برنامه درسی روان‌شناسی.

ارزشیابی برنامه درسی روان‌شناسی توسط آقای دکتر محمد حسینی به‌عنوان مجری طرح و همکاران پژوهشی ایشان (آقایان محمود اوحدی، احمد شریفان و خانم‌ها فرزانه گودرزی، عهدیه امیدی و سعیده شهابی) و با نظارت خانم دکتر الهه محمد اسماعیل در سال ۱۳۸۸ آغاز و در سال ۱۳۸۹ با ارائه گزارش ارزشیابی پایان پذیرفت. در این جا چکیده گزارش ارزشیابی جهت آگاهی دبیران محترم روان‌شناسی ارائه می‌گردد. ضمناً دبیران محترم روان‌شناسی جهت آشنایی بیشتر با فرایند کار می‌توانند به آدرس سایت گروه روان‌شناسی به نشانی <http://psychology.talif.sch.IR> نیز مراجعه نمایند.

چکیده هدف

این طرح با هدف ارزشیابی برنامه درسی اجرا شده و کسب شده روان‌شناسی سال سوم متوسطه انجام گرفته است.

پرسش‌ها

دبیران روان‌شناسی به چه میزان از اهداف و محتوا و دیگر عناصر برنامه درسی روان‌شناسی آگاهی دارند؟
دبیران روان‌شناسی به چه میزان فرایند یاددهی - یادگیری را براساس چهارچوب برنامه درسی روان‌شناسی دنبال می‌کنند؟
نگرش دبیران و دانش‌آموزان نسبت به برنامه درسی روان‌شناسی (کتاب درسی) چگونه است؟
دبیران روان‌شناسی روش‌های یاددهی - یادگیری را چگونه در کلاس درس دنبال می‌کنند؟
وسایل و امکانات آموزشی مورد نیاز برای تدریس روان‌شناسی در مدارس چگونه است؟

روش‌های ارزشیابی دبیران روان‌شناسی تا چه اندازه با روش‌های پیش‌بینی شده در برنامه درسی تناسب دارد؟
زمان پیش‌بینی شده برای برنامه درسی روان‌شناسی در جدول برنامه درسی سال سوم متوسطه از دیدگاه دبیران و دانش‌آموزان چگونه است؟
دبیران فعالیت‌های یاددهی - یادگیری کتاب روان‌شناسی را در کلاس درس چگونه اجرا می‌کنند؟
مشکلات یادگیری مباحث محتوای کتاب درسی روان‌شناسی از نظر دبیران و دانش‌آموزان کدام‌اند؟
مشکلات تدریس محتوای کتاب درسی روان‌شناسی از نظر دبیران کدام‌اند؟

اهداف دانشی برنامه درسی روان‌شناسی توسط دانش‌آموزان به چه میزان محقق شده است؟

اهداف نگرشی برنامه درسی روان‌شناسی در دانش‌آموزان به چه میزان محقق شده است؟

اهداف مهارتی برنامه درسی روان‌شناسی در دانش‌آموزان به چه میزان محقق شده است؟

روش

جامعه نمونه این پژوهش با توجه به تعدد ابزارها متنوع بوده است. جامعه نمونه دانش‌آموزان از دبیرستان‌های سازمان آموزش و پرورش شهر تهران و شهرستان‌های تهران است. مناطق نمونه عبارت‌اند از: مناطق یک، دو، سه، چهار، ده، دوازده، سیزده، و نوزده شهر تهران و ناحیه‌های دو و چهار شهر کرج، ناحیه دو شهر ری، مناطق پیشوا، رودهن، شهریار که جمعاً ۶۹ دبیرستان، ۱۲۰۰ دانش‌آموز و ۹۰ معلم را شامل می‌شود. همچنین، کارگروه‌های نُه‌گانه‌ای در نُه استان، استان شماره یک، استان شماره نُه، استان شماره سه، استان شماره هفت، استان شماره شش، خراسان جنوبی و رضوی، استان شماره هشت و آذربایجان شرقی توسط سرگروه‌های آموزشی درس روان‌شناسی شکل گرفت.

برای پاسخ دادن به پرسش‌های این پژوهش از پنج ابزار پرسش‌نامه (دانش‌آموزان و معلمان)، آزمون پیشرفت تحصیلی، مصاحبه (دانش‌آموزان و معلمان)، هم‌اندیشی گروهی، و تحلیل محتوای آزمون‌ها استفاده شده است. اطلاعات حاصل با استفاده از روش‌های تحلیل آماری توصیفی و استنباطی و کیفی قابل تحلیل و تفسیر است.

برخی از نتایج

دبیران به نحو مطلوبی برای تدریس این درس توجیه نشده‌اند و توجیها و آموزش‌ها بیشتر ناظر به محتوای کتاب درسی است تا عناصر برنامه درسی.

نگرش دبیران و دانش‌آموزان نسبت به کتاب درسی نزدیک به متوسط است و در عین حال نقدهای زیادی به آن دارند. روش یاددهی - یادگیری عمدتاً روش توضیحی است که با روش‌های تعریف‌شده تفاوت زیادی دارد.

فصول اول و دوم کتاب درسی بیشترین مشکلات یادگیری را دارد و دبیران و دانش‌آموزان با فعالیت‌های درون‌متنی و پایان فصل‌ها مواجهه مناسبی ندارند.

عمده اهداف شناختی در حد هفتاد درصد تحقق نیافته‌اند اما نزدیک به نیمی از اهداف شناختی در حد پنجاه درصد محقق شده‌اند. اهداف نگرشی برنامه در حد نسبتاً مناسبی قرار گرفته‌اند اما شواهد به دست آمده نشان می‌دهد که اهداف مهارتی مورد توجه فرایند یاددهی - یادگیری نبوده‌اند و لذا می‌توان گفت در حد مناسبی محقق نشده‌اند.



کتاب کار و کتاب راهنمای معلم روان‌شناسی سلامت

محمود اوحمدی

کارشناس مسئول گروه روان‌شناسی، دفتر برنامه‌ریزی و تألیف کتب درسی



فصل و سپس اجزای مرتبط با آن ارائه شده است. نکته جالب در مورد کتاب کار این است که دانش‌آموزان با استفاده از این کتاب و انجام دادن تمرین‌ها و فعالیت‌های مرتبط، با مفاهیم آشنا می‌شوند و به کمک دبیران محترم روان‌شناسی فعالیت‌های مربوطه را انجام می‌دهند. در هر جلسه با توجه به دشواری مفاهیم امکان ارائه مطالب وجود دارد و در پایان هر درس ارزشیابی تکوینی توسط دبیران محترم با استفاده از راهنمایی‌های کتاب راهنمای معلم امکان‌پذیر است.

کتاب راهنمای معلم روان‌شناسی سلامت نیز براساس راهنمای برنامه درسی روان‌شناسی سلامت تهیه و تنظیم شده است. این کتاب یک فصل مقدماتی و چهار فصل اول (خود)، دوم (ارتباط با دیگری)، سوم (سبک اسناد) و چهارم (فشار روانی) را شامل می‌شود.

در فصل مقدماتی کتاب راهنمای معلم سعی شده است جایگاه درس روان‌شناسی سلامت برای دبیران محترم تبیین گردد و بر این اساس به ضرورت و اهمیت درس روان‌شناسی سلامت، ساختار درس و رویکرد حاکم بر برنامه درسی روان‌شناسی سلامت اشاره شده است. در ادامه فصل مقدماتی، فرایند آموزشی/ یادگیری براساس رویکرد رفتاری- شناختی به دبیران محترم ارائه شده است.

محتوای برنامه درسی روان‌شناسی سلامت، نحوه ارزشیابی از آموخته‌های دانش‌آموزان و چگونگی اجرای درس در دبیرستان‌ها در ادامه فصل مقدماتی برای دبیران محترم تبیین شده است.

نکته مهم در مورد این درس (به لحاظ داشتن واحد انتخابی- پرورشی) این است که در واقع تنها دبیرستان‌هایی که امکان اجرای درس در آن‌ها وجود دارد، می‌بایست داوطلب اجرای آن شوند تا بتوان به اهداف از پیش تعیین‌شده درس دست یافت.

پس از فصل مقدماتی، در هر یک از فصول چهارگانه ابتدا اهداف مورد نظر در هر فصل و سپس نحوه آشنایی دانش‌آموزان با هر یک از مفاهیم و نحوه ارائه آن‌ها در کلاس ارائه شده است. در هر مورد تلاش بر این بوده است که دانش لازم برای ارائه مفاهیم و نیز شیوه ارائه آن‌ها در کلاس توجیه گردد. امید است دبیران محترم روان‌شناسی با استفاده از کتاب معلم (راهنمای تدریس) روان‌شناسی سلامت، که با کد ۳۶۳/۱ توسط اداره کل چاپ و توزیع کتاب‌های درسی آماده شده است، بتوانند درس روان‌شناسی سلامت را به شکلی مناسب و مطلوب تدریس کنند.

کلیدواژه‌ها: کتاب کار، کتاب راهنمای معلم، روان‌شناسی سلامت.

اشاره

در سه شماره گذشته در مورد راهنمای برنامه درسی روان‌شناسی سلامت با شما صحبت کردیم. در این شماره، در زمینه دو کتاب کار و کتاب راهنمای معلم که براساس راهنمای برنامه درسی روان‌شناسی سلامت تألیف شده‌اند، سخن خواهیم گفت.

کتاب کار روان‌شناسی سلامت به عنوان یک درس انتخابی- پرورشی برای دانش‌آموزان سال اول دبیرستان و با کد ۲۱۴ چاپ شده است. این کتاب شامل ۴ فصل (خود، ارتباط با دیگران، سبک اسناد و فشار روانی) و هر فصل شامل چند درس است.

فصل اول ۳ درس را شامل می‌شود: درس اول (مفهوم خود، انواع خود)، درس دوم (خودپنداره، عزت‌نفس، عزت‌نفس غیرمشروط)، و درس سوم (خود واقعی- خود ایده‌آل).

فصل دوم شامل ۴ درس، درس اول (مفهوم ارتباط، اجزای ارتباط)، درس دوم (ارتباط کلامی و غیرکلامی)، درس سوم (مهارت‌های ارتباطی مؤثر شامل مهارت گوش دادن، توجه کردن، همراهی کردن، سؤال کردن) و درس چهارم (عوامل ایجادکننده ارتباط کارآمد شامل صداقت، پذیرش غیرمشروط، همدلی و روش‌های برقراری ارتباط مؤثر مانند روش خلع سلاح، برخورد همدلانه، بررسی کردن) است.

فصل سوم شامل ۴ درس است: درس اول (مفهوم سبک اسناد، سبک اسناد درونی- بیرونی، سبک اسناد پایدار- ناپایدار، سبک اسناد کلی- اختصاصی)، درس دوم (تأثیر سبک‌های اسناد بر سلامت)، درس سوم (درماندگی، درماندگی آموخته‌شده)، و درس چهارم (مقابله با درماندگی).

فصل چهارم شامل ۴ درس، درس اول (مفهوم فشار روانی، فشار روانی مثبت و منفی، فشارهای روانی شدید، فشارهای روانی معمول و گرفتاری‌های زندگی)، درس دوم (منابع ایجادکننده فشار روانی شامل انتظارات غیرواقع‌بینانه، عقاید و باورهای ناکارآمد، اهداف غیرواقع‌بینانه)، درس سوم (نقش ویژگی‌های شخصیتی در بروز فشار روانی شامل تیپ شخصیتی الف و ب، مقابله)، و درس چهارم (انواع مقابله با فشار روانی شامل مقابله‌های هیجان‌مدار و مسئله‌مدار، مهارت حل مسئله) است.

همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، در هر فصل ابتدا مفهوم به کار رفته در

کتاب کار
روان‌شناسی سلامت به‌عنوان
یک درس انتخابی- پرورشی برای
دانش‌آموزان سال اول دبیرستان
چاپ شده است. این کتاب شامل ۴
فصل (خود، ارتباط با دیگران، سبک
اسناد و فشار روانی) و هر فصل
شامل چند درس است



کمال‌گرایی در کودکان وراهکارهای مواجهه با آن

مریم صیاد شیرازی

کارشناس ارشد مشاوره

مقدمه

با کاوش دقیق در روحیات انسان درمی‌یابیم که او دوستدار خوبی و کمال است. بدیهی است که این تمایل، یعنی میل به کامل و بی‌عیب بودن، به خودی خود ایرادی ندارد. به‌راستی اگر همه ما چنین نیازی را در خود احساس کنیم و برای تحقق بخشیدن به آن بکوشیم، دنیای ما بهتر خواهد شد.

در این میان، دانشمندان علوم رفتاری دریافته‌اند که بعضی افراد به گونه‌ای تربیت شده‌اند که معیارهای موفقیتشان را دست‌بالا می‌گیرند؛ در اصطلاح به این‌گونه افراد، «کمال‌گرا»^۱ می‌گویند. این افراد به بی‌عیب و نقص بودن گرایش افراطی دارند و کوچک‌ترین اشتباه خود را گناهی نابخودنی می‌پندارند و مضطربانه انتظار پیامدهای شوم شکست را می‌کشند.

فروید در توصیف این افراد بیان می‌کند: محرک اصلی در زندگی این افراد رسیدن به خوشبختی نیست بلکه تکامل و برتری‌یافتن است. زندگی آن‌ها در یک سلسله «حتمالها»، «بایدها» و «نبایدها» خلاصه شده است. آن‌ها باید در هر کاری به حد کمال برسند و به بهترین شیوه آن را انجام دهند، وگرنه خرسند نخواهند شد. نرسیدن به کمالات، این افراد را دچار اضطراب، افسردگی و احساس گناه شدید می‌کند. این توقعات بیجا و عهده‌دار شدن مسئولیت‌های سنگین و غیرمنطقی، عرصه زندگی را بر آنان تنگ می‌کند.

کلیدواژه‌ها: کمال‌گرایی، انسان کمال‌گرا، توجه‌انتخابی، تعمیم افراطی، تفکر غیرواقع‌گرایانه.

ویژگی افراد کمال‌گرا

افراد کمال‌گرا معمولاً با ویژگی‌های زیر مشخص می‌شوند:

- داشتن معیارهای غیرواقع‌گرایانه؛
- توجه انتخابی و تعمیم افراطی شکست‌ها؛
- ارزیابی سخت‌گیرانه از خود و دیگران؛
- نیاز شدید به موفقیت؛
- انتقادناپذیری و تلاش برای پنهان کردن عیب‌ها و نقص‌های خود؛

- فراگیر ساختن معیارهای شخصی غیرواقعی در سراسر حوزه‌های رفتاری؛

- احساس خشم نسبت به خود و دیگران به دلیل برآورده نشدن انتظارات و توقعات؛

- تعمیم افراطی شکست‌ها؛

- چشم‌داشت احترام از دیگران در همه حال، به دلیل منصف، درستکار، و وظیفه‌شناس دانستن خود؛

- اجتناب از درخواست کمک، حتی نزدیک‌ترین دوستان؛

- وانمود کردن به استقلال فکری و عاطفی؛

- اشتباه را گناه نابخودنی پنداشتن و مضطربانه انتظار عواقب شوم آن را کشیدن.

ویژگی‌های کمال‌گرایی در دانش‌آموزان

- آن‌ها از این که مبادا خطا کنند، نگران‌اند. برای خود پیشرفت‌های بالاتری در نظر می‌گیرند؛ به گونه‌ای که هرگز از کار خود خرسند نمی‌شوند.

- در برابر کیفیت کار خود، اغلب مضطرب و نگران‌اند.

- از شرکت در رقابت‌ها، حتی اگر از توانایی خود مطمئن باشند، خودداری می‌کنند.

انواع کمال‌گرایی

بعد از توصیف کمال‌گرایی، این سؤال در ذهن مطرح می‌شود که آیا کمال‌گرایی در هر حالت، رفتاری ناهنجار و مذموم است؟ در پاسخ به این سؤال باید گفت هام‌اچک^۲ (۱۹۷۸) میان کمال‌گرایی بهنجار و روان‌نژند تفاوت قائل شده و معتقد است که کمال‌گرایی پدیده‌ای بسیار پیچیده است که هم به رفتار سازگار و هم به ناسازگاری‌های روانی وابسته است. در کمال‌گرایی بهنجار اشخاص از کارهای سخت و طاقت‌فرسا لذت می‌برند و زمانی که احساس می‌کنند در انجام کارها آزادند، می‌کوشند تا به بهترین صورت عمل کنند. موفقیت در انجام کارها احساس خشنودی و رضایت به همراه می‌آورد. هم‌چنین، نوعی احساس اعتماد به نفس نیز در پی دارد؛ زیرا افراد می‌توانند هم محدودیت‌های فردی و هم محدودیت‌های اجتماعی را بپذیرند.

انتظارات و توقعات واقعی به افراد اجازه می‌دهد از تلاش‌های خویش لذت ببرند و از نظر احساسات سیراب شوند. در انجام وظیفه بکوشند و رشد کنند و کارشان را به بهترین شیوه انجام دهند.

بنابراین، می‌توان گفت که سازه کمال‌گرایی دوسویه است. شواهد پژوهشی مؤید آن است که کمال‌گرایی لزوماً یک حقیقت منفی و ناسالم نیست. کمال‌گرایی مثبت با سازگاری در زندگی و عملکرد تحصیلی مثبت هم‌بسته است.

در مقابل، افراد با کمال‌گرایی منفی با در پیش گرفتن رفتارهایی که برای سلامتی مناسب نیستند، از قبیل وابستگی به مواد و حس درماندگی در مواجهه با موقعیت‌های پیش‌آمده، برخوردار از معیارهای سطح بالا که انجام آن از عهده فرد خارج است و سایر رفتارهای آسیب‌زا سلامت عمومی را کاهش می‌دهند.

ابعاد سه‌گانه کمال‌گرایی

رویکردی دیگر برای تعریف و اندازه‌گیری کمال‌گرایی به‌وسیله هیویت^۳ و فلت^۴ (۱۹۹۱) پایه‌ریزی شد. این دو نشان دادند که کمال‌گرایی از سه بعد جداگانه تشکیل شده است: کمال‌گرایی خودمدار^۵، کمال‌گرایی دیگرمدار^۶، کمال‌گرایی القاء شده اجتماعی یا جامعه‌مدار^۷.

۱. کمال‌گرایی خودمدار: یک مؤلفه انگیزشی شامل کوشش‌های فرد برای دستیابی به خویشتن کامل است. در این بعد کمال‌گرایی، افراد دارای انگیزه قوی برای کمال، معیارهای بالای غیرواقعی، کوشش‌های اجباری، و دارای تفکر همه یا هیچ در رابطه با نتایج، به‌صورت موفقیت‌ها یا شکست‌های تام می‌باشند. این افراد به طور افراطی موشکاف و انتقادگرند؛ به‌طوری که نمی‌توانند عیوب و اشتباهات یا شکست‌های خود را در جنبه‌های مختلف زندگی بپذیرند.

۲. کمال‌گرایی دیگرمدار: یک بعد میان‌فردی و شامل تمایل به داشتن معیارهای کمال‌گرایانه نسبت به سایر اشخاص است که برای فرد کمال‌گرا اهمیت بسیاری دارند. از این‌رو، این نوع کمال‌گرایی ممکن است به روابط بین‌فردی دشوار منتهی گردد.

انتظارات و توقعات واقعی به افراد اجازه می‌دهد از تلاش‌های خویش لذت ببرند و از نظر احساسات سیراب شوند. در انجام وظیفه بکوشند و رشد کنند و کارشان را به بهترین شیوه انجام دهند



عادی زندگی بعد از شکست؛
- کمک به کودک برای درک این که همهٔ انسان‌ها دچار شکست، نقص، ضعف، انحراف و اشتباه می‌شوند و این مسائل برای انسان‌ها کاملاً طبیعی است.
- ایجاد این باور در کودک که شکست‌ها و اشتباهات انسان به معنای پایان زندگی او نیست. هیچ اشکالی ندارد بعد از یک شکست دوباره از جا بلند شد و به مسیر ادامه داد.
- قرار دادن قالب‌های زمانی واقع‌گرایانه و انعطاف‌پذیر برای رسیدن به یک هدف.

فرزندانشان تفاوتی قائل نیستند و پیوسته سعی می‌کنند با تنبیه، کودکانشان را به اجرای معیارهای بالای خود وادارند. معیارهای آن‌ها به حدی غیرواقع‌بینانه‌اند که کمتر بچه‌ای می‌تواند به آن‌ها دست یابد.

۲. والدین کمال‌گرا

والدینی که خود کمال‌گرا هستند، نه تنها موفقیت‌های کودکانشان را کوچک می‌شمارند بلکه موفقیت‌های خودشان را هم قبول ندارند. آن‌ها شخصیت‌هایی وسواسی و بیش از حد منظم دارند. کودکان این افراد به همین خاطر، هیچ‌وقت احساس خوبی نسبت به موفقیت‌هایشان ندارند و در نتیجه، احساس خوبی هم به خودشان نخواهند داشت؛ چون هیچ‌وقت نمی‌توانند والدینشان را خشنود کنند.

درمان کمال‌گرایی

در درمان کمال‌گرایی دقیقاً مثل هر خصیصهٔ دیگر باید نخست علت آن را شناسایی کرد و سپس به درمان آن پرداخت. به‌طور کلی، راهبردهای زیر در جهت تعدیل کمال‌گرایی می‌تواند کمک مؤثری برای والدین و مشاوران باشد.

- شناسایی سبک تربیت و فرزندپروری در خانواده و کمک به رفع نواقص آن؛
- کمک به کودک در جهت پذیرفتن خود به عنوان یک انسان؛
- بخشیدن اشتباهات و شکست‌های کودکان؛
- کمک به کودک جهت بازگشت فوری به روال

۳. کمال‌گرایی جامعه‌مدار: در این نوع کمال‌گرایی، دیگران انتظارات اغراق‌آمیز و غیرواقعی از شخص دارند. برآوردن این انتظارات مشکل است ولی شخص باید به این استانداردها نائل آید تا مورد تأیید و پذیرش دیگران واقع شود.

سبب‌شناسی

یکی از بارزترین علل کمال‌گرایی در کودکان یادگیری است. آن‌ها یاد گرفته‌اند که دیگران متناسب با میزان کارایی آن‌ها در انجام دادن کارهای خود به آن‌ها بها می‌دهند. در نتیجه، در صورتی از خودشان احساس رضایت می‌کنند که مورد قبول دیگران واقع شوند (فقط بر پایهٔ میزان پذیرش دیگران به خود بها می‌دهند). بنابراین، عزت‌نفس این افراد براساس معیارهای خارجی پایه‌ریزی شده است. این امر می‌تواند آنان را نسبت به نظرها و انتقادات دیگران، آسیب‌پذیر و به شدت حساس کند. تلاش برای حمایت از خود و رهایی از این گونه انتقادات، موجب می‌شود که کامل بودن را تنها وسیلهٔ دفاع از خود بدانند.

عامل دیگر که به صورت بارز در شکل‌گیری کمال‌گرایی در کودکان مؤثر است، شیوه‌های فرزندپروری والدین است که به دو دسته تقسیم می‌شود:

۱. والدین قدرت‌طلب

کسانی که بیش از حد کمال‌گرا هستند، در کودکی والدینی داشته‌اند که معتقد بوده‌اند «همیشه ما درست می‌گوییم» و «همیشه حق با ماست و همیشه درست رفتار می‌کنیم». این‌گونه والدین بین توانایی‌های خود و

پی‌نوشت

۱. Perfectionist
۲. Hamachek
۳. Hewitt
۴. flett
۵. self-oriented perfectionism
۶. other-oriented perfectionism
۷. socially-prescribed perfectionism

منابع

۱. احمدی‌طه‌پور، محسن و همکاران؛ بررسی ارتباط کمال‌گرایی مثبت و تیپ شخصیتی با سلامت عمومی سالمندان، مقالهٔ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی همدان.
۲. مهرابی‌زاده، مهناز؛ وردی، مینا؛ کمال‌گرایی مثبت - کمال‌گرایی منفی، تهران، انتشارات رسش، ۱۳۸۲.
3. <http://www.moghanaras.com>
4. <http://www.hamdardi.net>
5. <http://parsiachat.com>
6. <http://www.iranifoweb.com>



راهبردهای روان شناختی

انتقاد سازنده

مژگان درویش محمدی

کارشناس ارشد روان شناسی

مقدمه

انتقاد نقش عمده‌ای در روابط اجتماعی ایفا می‌کند، از آن می‌توان برای ایجاد تحرک در اشخاص و نفوذ در آن‌ها، آموزش، بیان نیازها و خواسته‌ها یا به‌عنوان محرکی برای اصلاح و پیشرفت خود استفاده کرد. انتقاد کردن به معنای سرزنش و عیب‌جویی کردن نیست بلکه به مفهوم انتقال اطلاعات به دیگران است؛ به‌طوری که بتوانند اطلاعاتشان را در جهت مصالح خود به کار ببرند یا وسیله‌ای است برای تشخیص و افزایش رشد فردی و اجتماعی. انتقادپذیری مؤثر نتایجی چون ایجاد روابط مناسب، تقویت سلامت فکری و روحی، ایجاد عزت‌نفس، افزایش سطح بهره‌وری و افزایش رقابت برای تضمین موفقیت را به‌دنبال دارد. اگر انتقادکننده و انتقادشونده می‌خواهند به هدف انتقادسازنده، که همانا تغییر رفتار خاصی است، دست یابند، باید با یکدیگر همکاری کنند و از روش‌های انتقاد مؤثر و سازنده بهره بگیرند.

کلیدواژه‌ها: انتقاد، انتقادسازنده، نیاز، خواسته، طرز فکر.

هنگام رویارویی با انتقاد، سه مؤلفه در میزان انتقادپذیری ما مؤثر است:

۱. طرز فکر و نوع باورها

– طرز فکر و نوع باور ما نسبت به خودمان
– طرز فکر و نوع باوری که نسبت به فرد انتقادکننده داریم.
– طرز فکر و باور ما نسبت به انتقادی که از ما می‌شود.
گاهی فرد در مورد خودش این باور را دارد که اگر انتقادی به من وارد شود و من آن را بپذیرم، پس آدم بدی هستم و اشتباه کردن مساوی با آدم بد بودن است و طبیعی است که هیچ‌کس نمی‌خواهد آدم بدی باشد؛ زیرا بد بودن مساوی است با طرد شدن از اجتماع. بنابراین هر فردی برای آدم بد نبودن سعی می‌کند از پذیرش انتقاد و اشتباه خود اجتناب کند یا به توجیه آن پردازد. از سوی دیگر، افرادی که خودپنداره ضعیف دارند یا احساس بی‌کفایتی می‌کنند یا افکار خود مغلوب‌ساز و خودتخریبی دارند، در برابر انتقاد به سرعت آشفته می‌شوند. هم‌چنین زمانی که فرد انتقادکننده را دوست نداریم یا نسبت به او احساس خشم و نفرت یا رنجش داریم یا او را هم‌سطح خود نمی‌دانیم، نسبت به آن فرد و انتقادهایی که می‌کند کاملاً دفاعی برخورد می‌کنیم.

باورهای غیرمنطقی که درباره خود و دیگران داریم، مانع از انتقادپذیری سازنده می‌شود. این باورها شامل موارد زیر است: من آدم شکست‌خورده‌ای هستم، من هیچ‌چیز درست و حسابی ندارم، من همیشه در حال اشتباه کردن هستم، من هرگز نباید خطایی مرتکب شوم، من همواره باید همه کارها را به بهترین شکل انجام دهم، همواره باید درست بگویم و درست فکر کنم و درست انجام دهم، من همه‌چیز را خودم می‌دانم، اگر من خطا کنم و نقصی داشته باشم آدم خوبی نیستم، دیگران حق ندارند از من ایراد بگیرند، من هرگز نباید جلوی کسی کم بیاورم، دیگران باید مرا تأیید کنند، اگر از دیگران انتقاد بپذیرم یعنی بازنده‌ام، دیگران با انتقاد از من قصد تحقیر کردن مرا دارند و...

۲. نوع خلق و آمادگی روانی ما

خلق و خوی و آمادگی روانی ما نیز عامل تعیین‌کننده دیگری در پذیرفتن انتقاد است. مثلاً زمانی که خیلی خسته‌ایم، آمادگی کمتری برای پذیرش انتقاد داریم.

۳. وجود ترس‌ها در ما

علت عدم پذیرش انتقاد تنها مسئولیت جبران اشتباه نیست بلکه ترس

از تحقیر و طرد شدن، ترس از تأیید نشدن و ترس از دست دادن، مانع آن می‌شود که اشتباه خود را بپذیریم؛ زیرا نگران این هستیم که دیگران ما را به همان صورت که هستیم، تأیید نکنند یا تحقیر کنند.

سه عامل یاد شده سبب می‌شود که افراد راهبردهای غیرمؤثری در برابر انتقاد به کار گیرند و به عبارتی، به صورت انفعالی برخورد کنند. در این صورت، آن‌ها خود را به نشنیدن می‌زنند، سکوت می‌کنند، قرمز می‌شوند، به سرعت می‌پذیرند یا حمله می‌کنند و اشتباهات منتقد را سریع به رخ می‌کشند و درصدد دفاع از خود برمی‌آیند. بزرگ‌ترین عیب این راهبردها این است که احساسات و نیازهای ما در روند توجیه و دفاع از خود گم می‌شوند. هم‌چنین فرد مقابل برای انتقاد بیشتر، انگیزه بیشتری پیدا می‌کند.

انتقاد مؤثر شخصیت هیچ‌کس را زیر سؤال نمی‌برد، بلکه با وقایع دشوار برخورد می‌کند. این نوع انتقاد، هرگز به شخصیت فرد حمله نمی‌کند بلکه با موقعیت او رودررو می‌شود. روش‌های مؤثر انتقادپذیری سازنده عبارت‌اند از:

● کنترل باورها

کمک کنیم فرد باورهای غیرمنطقی خود را تغییر دهد؛ زمانی که فرد این‌گونه می‌اندیشد که من هرگز نباید نقصی داشتم باشم و هرگز نباید خطایی مرتکب شوم، انتظارش از خودش این است که باید درست رفتار کند و زمانی که خطایی مرتکب می‌شود، برایش سخت است که آن را بپذیرد؛ زیرا انتظارش از خودش بالا و پذیرش او نسبت به خودش کم است و خود را سرزنش می‌کند؛ در نتیجه، انتقاد را نمی‌پذیرد یا زمانی که می‌اندیشد، من همیشه درست فکر می‌کنم، درحقیقت خطای شناختی وی به صورت همه یا هیچ است و انتقاد را نمی‌پذیرد.

اگر انتقاد شدن و اشتباه کردن برابر با آدم بد بودن نباشد و اگر ما پس از این‌که اشتباه کردیم و مورد انتقاد قرار گرفتیم، احساس آدم بدی بودن و طرد شدن از دیگران را نداشته باشیم، جرئت بیشتری در پذیرش اشتباهات خود و انتقادهای خواهیم داشت. بنابراین، باید ابتدا باورها و نگرش‌های فرد را بررسی و او را نسبت به این وضعیت آگاه کنیم و سپس به بازسازی شناختی بپردازیم.

● کاوش انتقاد

هنگامی که می‌بینید فرد از انتقادی ناراحت شده است، بهتر است به کاوش آن انتقاد بپردازید تا او در جلسه این تجربه را به دست آورد که در هر انتقادی آن را کاوش کند.

– به جای واکنش منفی و دفاع از خود، به سخنان منتقد خوب گوش دهید.

– از وی بخواهید توضیح بیشتری بدهد؛ مثال: «میشه کمی بیشتر توضیح بدهی منظور چیست؟»

– از وی بخواهید مصادیقی از انتقاد خود را در رفتار با شما (یا فرد مقابلش) بیان کند؛ مثال: میشه بگی کی چنین چیزی رو از او دیدی؟ میشه یکی از رفتارهایی رو که نشانه این حالت، بگویی و یک مثال بزنی که او چه زمانی این‌طور بوده؟

– علل ناراحتی فرد را از رفتار فرد مقابل جویا شوید؛ مثال: این کار چه اشکالی دارد؟ چرا این کار تو رو ناراحت می‌کنه؟ چه اشکالی پیش میاد وقتی او این کار را می‌کنه؟

– بخشی از گفته منتقد را که گمان داریم بر آن اصرار بیشتری دارد، انتخاب می‌کنیم و می‌پرسیم کجای کار او شما را ناراحت می‌کند؟ این کار را تا زمانی که مطمئن شویم قصد منتقد را به درستی فهمیده‌ایم، ادامه می‌دهیم.

● ریشه انتقاد را بررسی کنید

انسان‌ها معمولاً هنگامی که خواسته‌ای دارند، آن را به درست و نادرست‌های اخلاقی تبدیل می‌کنند و در قالب انتقاد به دیگران انتقال می‌دهند. این کار با هدف ایجاد احساس تقصیر، گریز از یک تماس اصیل و نزدیک و به دنبال آن، اصلاح رفتار فرد مقابل صورت می‌گیرد. درحالی که احساس تقصیر با نگرانی همراه است و می‌تواند احتمال واکنش سازنده در برابر انتقاد را کاهش دهد اما اگر به جای انتقاد خیلی ساده ریشه انتقاد خود را، که معمولاً یک خواسته است، مطرح کنند، احتمال تفاهم بسیار بیشتر می‌شود.

برای درک تمایز انتقاد و ریشه انتقاد، که معمولاً یک خواسته است، کافی است فرد خود را در مقابل این دو حالت قرار دهد: هنگامی که شخصی رفتارش را نقد می‌کند، چه احساسی به او دست می‌دهد؟ در این حالت، احتمال دارد بکوشد به جای همکاری، از خود دفاع کند اما هنگامی که فرد می‌بیند مقابل یک خواسته قرار دارد، در این حال میل او برای همکاری با منتقد بیشتر می‌شود. همین‌طور از این روش می‌توان برای زمانی که خود فرد نیز انتقاد می‌کند، استفاده کرد و از خود پرسید چه اشکالی در رفتار فرد مقابل وجود دارد؟ علت انتقاد من چیست؟ چرا من از این عمل وی ناراحت شدم؟ با این کار بینش عمیق‌تری نسبت به خود یا فرد مقابل به دست می‌آورد، به سادگی خواسته خود را مطرح می‌کند و می‌کوشد خواسته فرد مقابل را نیز دریابد.

۴. توافق با انتقاد

زمانی پیش می‌آید که فرد بر درستی انتقادی که از او می‌شود، واقف است ولی به دلیل این که دچار احساس شرمندگی و تقصیر شده و احساس می‌کند که احترام خود را از دست داده است، دفاعی برخورد می‌کند. در این مواقع، بهتر است ابتدا تفاوت احترام و اشتباه را برای مراجع بازگو کنید. احترام به معنای ارزشمند دانستن و فقدان مواجهه ابزاری با انسان‌هاست و با خوبی و بدی رفتار و سلیقه شخصی افراد در این خصوص متمایز است. زمانی فرد اشتباه می‌کند اگر تصور کند که حرمت او به‌عنوان یک انسان زیر سؤال رفته است، نمی‌تواند انتقاد را بپذیرد. بنابراین، اگر بپذیرد که اشتباه فقط یک اشتباه است و می‌تواند درصد اصلاح آن برآید، خصومت منتقد کاهش و صمیمیت افزایش می‌یابد.

۵. پاسخ مه‌آلود

زمانی پیش می‌آید که مراجع در مقابل افرادی قرار می‌گیرد که بدون تردید با انگیزه‌های خصمانه و مخرب درصد انتقاد برمی‌آیند و قصد تخریب فرد را در مقابل دیگران دارند. در این موارد باید فن پاسخ مه‌آلود را به فرد آموزش دهیم. پاسخ مه‌آلود مناسب انتقادات مغرضانه و سلطه‌جویانه است و استفاده از آن در روابط نزدیک و صمیمی ممکن است آسیب‌زا باشد. در روابط صمیمانه بهترین واکنش، کاوش انتقاد و آشکار کردن ریشه‌های آن است. با فن پاسخ مه‌آلود، فرد می‌تواند انتقاد را از خود دور کند. ابتدا مثالی برای مراجع بنویسید: زمانی که در حال رانندگی در مه می‌باشید، به آرامی از آن عبور می‌کنید، نه می‌توانید جلوی حرکتش را بگیرید و نه آن را کنار بنویسید. فقط مجبورید به آرامی از آن عبور کنید. در این فن نیز باید وانمود کنید که مسئله را نفهمیده‌اید و به صورت کلی و مبهم با آن موافقت کنید. به این معنی که گاه توافق نسبی پیدا می‌کنید و گاهی توافق احتمالی. یعنی نکته‌ای را در سخنان منتقد پیدا می‌کنید و با آن موافقت می‌کنید. سپس به او می‌فهمانید که با او موافقت (توافق نسبی)، هم‌چنین در توافق احتمالی نیز بپذیرید که شاید منتقد حق داشته باشد؛ حتی اگر این احتمال یک در هزار باشد (شاید این‌طور باشد). چنین واکنشی به فرد مقابل می‌فهماند که شما قصد مجادله ندارید و تقلائی او بی‌ثمر است.

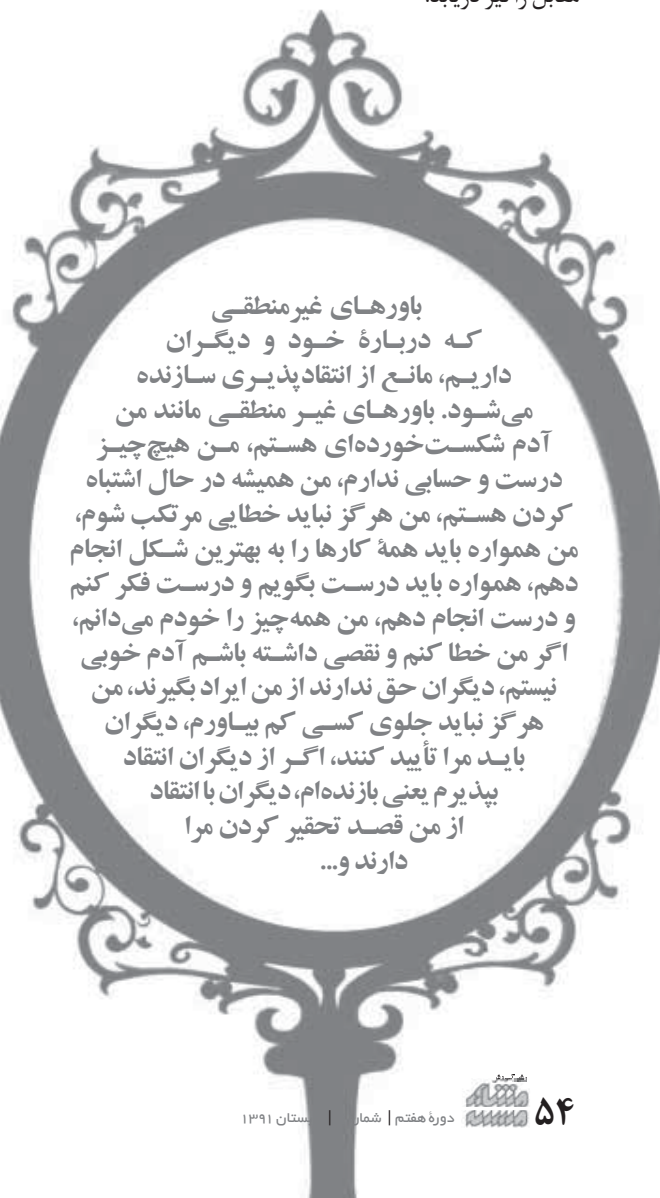
۶. به کار بردن گفت‌وگوی درونی مثبت

گفت‌وگوی درونی مراجع را بررسی کنیم که در هنگام مورد انتقاد قرار گرفتن، گفت‌وگوی درونی وی به صورت مثبت است یا منفی. سپس به او در این زمینه آموزش دهیم که با خود مواردی مثل عبارت زیر را بگوید:

- او دارد اظهار نظر می‌کند نه حمله؛ پس من چه نیازی به اثبات حقانیت خود دارم؟
- خوب گوش کنم؛ حرفی که می‌زند ممکن است به دردم بخورد.
- آرامش خود را حفظ کن، نفس عمیق بکش و مشت‌هایت را گره نکن.
- باید سعی کنیم انعطاف داشته باشیم؛ هیچ‌کس قصد آزار مرا ندارد.

منابع

۱. جزوات درسی دکتر یوسفی لویه، مرکز مشاوره آرمش، ۱۳۸۴.
۲. قربانی، نیما؛ سبک‌ها و مهارت‌های ارتباطی، تهران، انتشارات تیلور، ۱۳۸۴.
۳. مک کی، متیو، دیویس، مارتا؛ پیام‌ها، مترجمان: سید حمیدرضا تقوی و محمدشهاب شمس، انتشارات مؤسسه مطالعات علوم شناختی، ۱۳۸۲.
۴. وایزینگر، هندری؛ قدرت سازنده، مترجمان: سیدمهدی اولاتی و محمدرضا ربیعی، انتشارات مؤسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه‌ریزی، ۱۳۸۱.



باورهای غیرمنطقی

که درباره خود و دیگران

داریم، مانع از انتقادپذیری سازنده

می‌شود. باورهای غیر منطقی مانند من

آدم شکست خورده‌ای هستم، من هیچ چیز

درست و حسابی ندارم، من همیشه در حال اشتباه

کردن هستم، من هرگز نباید خطایی مرتکب شوم،

من همواره باید همه کارها را به بهترین شکل انجام

دهم، همواره باید درست بگویم و درست فکر کنم

و درست انجام دهم، من همه چیز را خودم می‌دانم،

اگر من خطا کنم و نقصی داشته باشم آدم خوبی

نیستم، دیگران حق ندارند از من ایراد بگیرند، من

هرگز نباید جلوی کسی کم بیاورم، دیگران

باید مرا تایید کنند، اگر از دیگران انتقاد

بپذیرم یعنی بازنده‌ام، دیگران با انتقاد

از من قصد تحقیر کردن مرا

دارند و...



مشاوره گروهی

شناخت و کاهش تعارضات والدین و نوجوانان بر اساس رویکرد (REBT) بخش دوم

ناظر: دکتر حسین سلیمی بجستانی

تدوین: زهرا خدابخنده، الهام زمان شعار، الهام مبینی

دانشجویان کارشناسی ارشد مشاوره

اشاره

در بخش اول مقاله حاضر، رویکرد REBT را به طور مختصر در مقدمه معرفی کردیم سپس به اجزای طرح مورد نظر پرداختیم و با جلسه اول مشاوره گروهی شروع کردیم، در این بخش، مطالب را با ادامه جلسات پی می گیریم.

کلیدواژه‌ها: انطباق، رشد، قابلیت‌های شناختی، خودمختاری، تصمیم‌های اخلاقی، خودآگاهی، آرمان‌گرایی، نقش‌های جنسیتی.

مسائل مهم مربوط به رشد

- انطباق نوجوان با تغییرات بلوغ
- یادگیری استفاده از قابلیت‌های شناختی جدید
- پیدا کردن جایگاهی در بین هم‌تایان
- نحوه برخورد انتظارات مربوط به جنسیت
- تسلط بر مسائل جنسی
- اتخاذ تصمیم‌های اخلاقی
- شکل‌گیری روابط جدید با همسالان
- برقراری تعادل بین خودمختاری و پاسخ‌گویی
- تثبیت هویت
- تجربه کردن روابط صمیمانه
- ترک منزل

رفتارهای عادی

- توجه فزاینده نوجوان به ظاهر فیزیکی
- نگرانی در مورد این که آیا جسم او به‌طور طبیعی رشد می‌کند یا خیر؛
- توانایی فزاینده در استدلال کردن به شیوه‌های انتزاعی
- خودآگاهی افراطی طی یک دوره گذرا
- آرمان‌گرایی
- تصور آسیب‌ناپذیر بودن (من می‌دونم این کار یا این راه ناامن است اما برای من اتفاقی نمی‌افتد).
- افسانه‌های شخصی؛ مبالغه کردن در مورد خود و این اعتقاد که تجارب او چنان منحصر به فردند که هیچ کس (به‌خصوص بزرگسالان) نمی‌تواند آن‌ها را درک کند.
- مجادله‌های فزاینده بر مبنای تفکر انعطاف‌ناپذیر، به دلیل اینکه نوجوان قادر نیست امتیازات دیدگاه خود را بر دیدگاه فرد مقابل به صورت عینی ارزیابی کند.
- مشغولیت شدید با گروه هم‌تایان؛ تا آن‌جا که شاید سایر مسئولیت‌ها را به فراموشی بسپرد.
- همرنگی بیشتر با گروه هم‌تایان و نگرانی درباره پذیرش.
- توجه بیشتر به تفاوت‌های بین نقش‌های جنسیتی «مردانه» و «زنانه» و عدم پذیرش رفتار جنسیتی غیرعادی در دیگران.

رفتارهای مسئله‌ساز

- سرکشی و تمرد مداوم از دستورات و خواسته‌های والدین
- درگیر شدن در فعالیت‌های جنسی بی‌قیدوبند
- در حاشیه قرار دادن امور تحصیلی
- درگیری لفظی مکرر، دشنام دادن، تهدید کردن اعضای خانواده و نشان دادن خشم شدید
- شرکت در درگیری‌های متعدد خیابانی
- رفتاری که برای نوجوان یا سایر اعضای خانواده احتمال خطر جدی دارد؛ فرار از منزل یا گذراندن شب در خارج از منزل
- استفاده روزانه از داروهای مخدر یا مصرف چند داروی مخدر با هم
- مشکلات قانونی
- دزدی از خانواده
- خشونت و آزار جسمی
- غیبت مداوم، شکست تحصیلی یا رفتارهای مسئله‌ساز

بعد از توضیح مختصر موارد یاد شده، از والدین خواسته می‌شود تا با توجه به موضوعات مورد بحث، تعارض با نوجوان را تعریف کنند (رهبر گروه در حین گفت‌وگوی اعضای گروه در زمینه تعارض والدین با نوجوان، بحث را به اعضا واگذار می‌کند). در زمان دریافت بازخوردها، هنگامی که هر یک از اعضا به تعریف مدنظر رهبر (تعریف شناختی-رفتاری تعارض والدین با نوجوان که در مقدمه پروتکل اشاره شد) نزدیک می‌شود، رهبر ضمن جلب توجه سایر اعضا و تشویق عضو مذکور، به تأیید مطالب عنوان شده می‌پردازد. زمانی که رهبر گروه و اعضا بر سر تعریف تعارض به نتیجه رسیدند، اهداف برنامه‌های گروه به‌طور دقیق عنوان می‌شود.

این اهداف عبارت‌اند از:

۱. آشنایی والدین با روش‌های تربیتی برخورد با مسائل نوجوانان؛
 ۲. ایجاد اتحاد والدینی در زمینه تربیت فرزندان؛
 ۳. آموزش حل مسائل خانوادگی با به‌کارگیری اصول A-B-C (اصول شکل‌گیری باورهای غیرمنطقی)؛
 ۴. آموزش تغییر رفتار نوجوان از طریق به‌کارگیری اصول رفتاری؛
 ۵. ایجاد توانایی مدیریت مشکلات خانواده در والدین تا قادر باشند با همکاری همه اعضای خانواده به حل مشکلات و بحران‌های آتی بپردازند.
- پس از بیان اهداف، رهبر ضمن مشخص کردن تکلیف (تمرین) ختم جلسه را اعلام می‌کند.

تمرین جلسه اول

از زوجین خواسته می‌شود در مورد اصلی‌ترین تعارض‌های خود با نوجوانشان به توافق برسند. توافق در زمینه تعارض‌های اصلی به این معناست که پدر و مادر هر دو مشکلات را با یکدیگر اولویت‌بندی کنند و جلسه بعد آن را در گروه ارائه کنند.

جلسه دوم

موضوع: آگاه کردن والدین از مسائل تربیتی نوجوانان و ایجاد اتحاد والدینی

اهداف

۱. بررسی تکلیف جلسه قبل؛
۲. آگاه کردن زوجین از تفاوت دیدگاه‌هایشان از طریق سیال‌سازی ذهنی؛
۳. دستیابی زوجین به تعریف واحدی از مشکلاتشان با نوجوان؛
۴. آموزش دستیابی به توافق در مورد مسائل و اتحاد والدینی؛
۵. ارائه تکلیف.

روش

جلسه با بررسی تکلیف ارائه شده در جلسه قبل آغاز می‌شود. از زوجین خواسته می‌شود رفتارهای مشکل‌آفرین را که بر سر آن‌ها به توافق رسیده‌اند، در گروه عنوان کنند. همچنین، نمونه‌هایی از بحث‌های سازنده و حمایتی با همسر را در مورد تجربه گفت‌وگویشان گزارش دهند. در ادامه، از والدین خواسته می‌شود مواردی را که با یکدیگر به توافق نرسیده‌اند، مطرح سازند. سپس، از روش سیال‌سازی ذهنی برای آموزش نحوه رسیدن به توافق استفاده می‌شود (سیال‌سازی به این صورت است که ابتدا از یکی از والدین (زوج) به‌طور داوطلبانه خواسته می‌شود که با توجه به جدول مربوط به تکلیف جلسه قبل، یک مشکل را که در ارتباط با آن به توافق نرسیده‌اند، مطرح و دلایل عدم توافق خود را بیان کند.

سپس، از سایر اعضا خواسته می‌شود با بیان دیدگاه‌های خود، زوج مذکور را یاری دهند تا درباره این که مشکل مذکور اولویت دارد یا نه، به نظر واحدی دست یابند (این روش می‌تواند برای چند زوج در ارتباط با مشکلات عنوان شده ادامه یابد تا جایی که رهبر گروه مطمئن شود اعضا می‌توانند روش سیال‌سازی ذهنی را در رسیدن به توافق با دیگران به‌کار ببرند).

رهبر یادآوری می‌کند که پس از این، زوجین می‌توانند در سایر مسائل تربیتی پیش آمده با نوجوانان خود از این شیوه برای دستیابی به توافق بر سر مشکل استفاده کنند.

در ادامه جلسه، رهبر گروه از والدین می‌خواهد تا تعامل مربوط به حل مسئله را مرور کنند، مواردی را که به‌صورت تیمی با تعارضات مواجه شده‌اند، به یاد بیاورند و قوت‌ها و ضعف‌های خود را در چارچوب تیمی تربیتی بررسی کنند. رهبر همچنین درباره نقش اتحاد والدین در مواجهه با تعارضاتشان با نوجوانان حرف می‌زند و تکلیف زیر را برای رسیدن به اتحاد ارائه می‌کند.

ردیف	تعریف مشکل با در نظر گرفتن اولویت	توافق	عدم توافق

جلسه سوم

موضوع: آموزش چارچوب‌دهی مجددشناختی

اهداف

۱. بررسی تکلیف ارائه شده در جلسه پیش؛
۲. آموزش اصول A-B-C؛
۳. آگاه کردن زوجین از انواع تفکرات غیرمنطقی؛
۴. آموزش روش‌های مقابله با باورهای غیرمنطقی؛
۵. ارائه تکلیف.

روش

از زوجین خواسته می‌شود که چند نفرشان به‌طور داوطلبانه به سؤالات زیر در ارتباط با تکلیف جلسه قبل پاسخ گویند.

۱. آیا در انجام دادن تکلیف موفق بوده‌اید؟ (در تمام روزها موفق به انجام دادن تکلیف شده‌اید؟) اگر نشده‌اید، چرا؟
 ۲. تجربه خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟
 ۳. موضوعات عمده گفت‌وگوی شما چه مواردی را شامل می‌شد؟
 ۴. گفت‌وگو تا چه اندازه در کاهش مسائل و مشکلات شما مؤثر بوده است؟
- پس از گفت‌وگو درباره تکلیف جلسه قبل و بینش‌هایی که حاصل انجام دادن تکلیف بوده است، از یکی از زوجین پرسیده می‌شود که آخرین مشاجره آنان با فرزندشان چه زمانی بوده است. چه چیزی آن‌ها را عصبی کرده است؟ در آن لحظه چه احساسی داشته‌اند و چه افکاری به ذهنشان آمده است؟ واکنش رفتاری آن‌ها در آن لحظه چه بوده است؟ (رهبر تفاوت فکر و احساس را روشن می‌کند و درباره رابطه بین فکر، احساس و عمل حرف می‌زند. سپس از تمامی اعضا می‌خواهد جدول زیر را به دقت کامل کنند.)

چه چیز شما را عصبانی کرد؟	در آن لحظه چه احساسی داشتید؟	چه افکاری به ذهنتان آمد؟	واکنش رفتاری شما چه بود؟

پس از پر کردن یکی از خانه‌های جدول بالا توسط اعضا، رهبر مجدداً به یادآوری این موضوع می‌پردازد که برخلاف نظر عموم مردم این وقایع ناگوار نیستند که باعث واکنش‌های رفتاری می‌شوند. به همین دلیل است که افراد به وقایع مشخص، مثلاً دعوی بین فرزندان، واکنش‌های متفاوتی نشان می‌دهند. افکاری که در جدول بالا آمده است، پایه و اساس احساسی است که می‌کنیم و رفتاری که انجام می‌دهیم. مشاور یادآوری می‌کند: چنانچه این افکار نامعقول یا اساساً غیرمنطقی باشند، به طیف گسترده‌ای از واکنش‌های منفی منجر می‌شوند.

رهبر از اعضا می‌خواهد افکار نوشته شده در جدول را (ستون سوم) ارائه کنند و هر کدام از افکار را به بحث می‌گذارد تا والدین درباره منطقی یا غیرمنطقی بودن آن‌ها اظهار نظر کنند. بدین ترتیب، فهرستی از افکار غیرمنطقی، که در همین جلسه و توسط والدین عنوان شده‌اند، به دست می‌آید و والدین درباره افکار غیرمنطقی خود شناخت پیدا می‌کنند. سپس، مشاور به منظور سنجش اعتبار این افکار از اعضا می‌خواهد آن‌ها را زیر سؤال ببرند (چه دلیلی داریم؟ آیا می‌توانم برای رفتار نوجوانم دلیل دیگری بیابم؟ آیا با استناد به این رفتار می‌توانم درباره او قضاوت کنم؟ آیا برداشت من از رفتار او منطبق با واقعیت است؟) سپس، از والدین می‌خواهد فکر جایگزین را در جدول (ستون سوم) قرار دهند و این‌بار واکنش منطقی را براساس آن فکر مجسم کنند. پس از آن برای زوجین تشریح می‌شود که هر حادثه‌ای به دو باور، دو احساس و دو رفتار منتج می‌شود.

رفتار نامتناسب: C → احساس نامناسب → باور غیرعقلانی: B → حادثه: A

رفتار متناسب: C → احساس مناسب → باور عقلانی: B → حادثه: A

احساسات مناسب به ما کمک می‌کنند تا روابط بهتری با دیگران داشته باشیم و بتوانیم مشکلات را از سر راه خود برداریم. احساسات نامناسب مانع دستیابی ما به آن‌چه آرزوی ما را داریم، می‌شوند.

برای این‌که باورهای غیرعقلانی خود را تغییر دهیم، ابتدا باید آن‌ها را شناسایی کنیم. فکری غیرمنطقی است که با واقعیت مخالف و متضاد باشد. انعطاف‌ناپذیر باشد و باعث هیجان و رفتارهای مخرب نفس شود.

تمرین جلسه سوم: والدین مکلف می‌شوند از طریق گفت‌وگو با یکدیگر تعدادی از باورهای غیرمنطقی خود درباره تربیت فرزندان را شناسایی کنند و به‌صورت مکتوب در جلسه بعد با خود بیاورند.

تمرین دوم: از والدین خواسته می‌شود طی هفته آینده چنانچه با تعارض والد-فرزند روبه‌رو شدند، عکس‌العمل فوری نشان ندهند. در عوض، فکر جایگزین را با خود تکرار کنند و نتیجه را به گروه گزارش دهند.

جلسه چهارم

موضوع: ادامه آموزش چارچوب‌دهی مجدد شناختی و آموزش ایجاد ارتباط مؤثر

اهداف

۱. بررسی تکالیف جلسه قبل؛
۲. بررسی و ریشه‌یابی باورهای غیرمنطقی در والدین؛
۳. آموزش اصول ایجاد ارتباط مؤثر میان والدین و فرزندان؛
۴. ارائه تکلیف.

روش

پس از سلام و احوال‌پرسی جلسه با بررسی تکلیف هفته پیش آغاز می‌شود. رهبر برای تعمیق مباحث شناختی جلسه قبل به بررسی تعدادی از باورهای غیرمنطقی که در رابطه میان والدین و نوجوانان بروز می‌کنند، می‌پردازد. از جمله این موارد می‌توان به این‌ها اشاره کرد:

- برای این که پدر یا مادر خوبی باشم، باید همه مردم مرا تأیید کنند.
- باید در همه زمینه‌های پدری یا مادری کردن بی‌عیب و نقص باشم.
- کودکم باید همان‌طور که انتظار دارم، تربیت شود.
- باید مسئولیت رفتار فرزندم را به‌عهده بگیرم.
- هر نوع بی‌احترامی از طرف فرزند نوجوان ما به این معناست که پدر و مادرش را قبول ندارد.
- بین ما و فرزند نوجوانمان نباید هیچ‌گونه اختلاف نظری پیش بیاید.
- اگر شرایط مورد انتظار فرزندمان مهیا نباشد، نشانه ضعف ماست.
- فرزندم باید در مقابل همسالان خود، از بهترین موقعیت برخوردار باشد.
- اگر فرزندم مرا دوست نداشته باشد، این به این معناست که تمام تلاش‌هایمان بی‌فایده بوده است.
- اگر فرزندم با خواسته‌هایم مخالفت کند، به این معناست که مرا والد با کفایتی نمی‌داند.
- اعتقاد به این که نوجوانان ذاتاً سرکش‌اند و زندگی با آن‌ها غیرممکن است.

رهبر بعد از مطرح کردن و به بحث گذاشتن این باورهای غیرمنطقی، تفکر زیربنایی هر کدام از آن‌ها را برای والدین توضیح می‌دهد. در ادامه جلسه، رهبر بحث را با آموزش ارتباط مؤثر والدینی دنبال می‌کند و بر نکاتی از این قبیل تأکید می‌ورزد:

پدر و مادرها باید بدانند که مقتضیات جامعه‌شناسی باعث تغییراتی در بافت جامعه، از جمله خانواده، شده‌اند. برخورد والدین با کودکانشان در این بافت اهمیت ویژه‌ای دارد؛ ضمن این که بسیار هم دشوار است. کلید تربیت مؤثر در این رابطه، برابری و احترام متقابل است؛ به این معنا که با آن که والدین مسئول راهنمایی و دادن نظم و انضباط به فرزندان‌شان هستند، در ضمن مسئولیت دارند تا با آن‌ها با احترام صحبت کنند و برای آن‌ها شأن و منزلت انسانی در نظر بگیرند.

به عبارت دیگر، نه پدر و مادر نه نوجوان نباید خود را برتر احساس کنند و به منظور هتک حرمت یکدیگر کاری انجام دهند. در این صورت احترام جایگزین لجبازی و سرکشی می‌شود و در خانواده امنیت به‌وجود می‌آید. برای برقراری چنین رابطه‌ای، والدین ابتدا باید در مورد شخص خودشان احساس امنیت خاطر داشته و برای خود احترام قائل باشند. در ضمن، باید بدانند که نمی‌توانند و نباید اراده خود را بر نوجوان تحمیل کنند؛ همان‌طور که نوجوان این حق را ندارد. نکته مهم در تربیت نوجوان، تمرکز بر تغییر دادن خود به جای تغییر دادن نوجوان است.

چنانچه شما در رابطه‌ای که با نوجوانتان دارید تغییراتی ایجاد کنید، در نهایت این تغییرات می‌تواند او را به شما نزدیک‌تر کند. در ادامه، رهبر بر ویژگی‌های یک ارتباط مؤثر از قبیل احترام متقابل، اعتماد متقابل، گوش دادن فعالانه و مؤدب بودن به جای تحقیر کردن یکدیگر و توهین به هم، توجه به سخنان یکدیگر بدون پیش‌داوری درباره انگیزه طرف مقابل، تأکید بر جنبه‌های مثبت از طریق ارائه بازخورد، صحبت کردن روراست و بی‌پرده، کنار گذاشتن رفتارهای تدافعی، تأیید کردن صحبت‌های طرف مقابل و... تأکید می‌کند.

او در پایان جلسه، تمرین زیر را به اعضا ارائه می‌کند.

تمرین جلسه چهارم: برای تمرین برقراری رابطه از والدین خواسته می‌شود که با تأمل در موارد یاد شده، مشخص کنند که کدام یک از این ویژگی‌ها را ندارند (حداقل ۳ مورد را مشخص کنند). سپس، رهبر گروه آن‌ها را مکلف می‌کند که طی هفته آینده این مؤلفه‌ها را در ارتباط با نوجوانشان به کار گیرند و نتیجه را در گروه ارائه دهند.

جلسه پنجم

موضوع: مشاهده و بررسی رفتار نوجوان

اهداف

۱. بررسی تکالیف جلسه پیش؛
۲. شناسایی مشکلات رفتاری نوجوان؛
۳. مشخص کردن آن دسته از رفتارهای نوجوان که والدین می‌خواهند آن‌ها را تقویت کنند.
۴. مشخص کردن آن دسته از رفتارهای نوجوان که والدین می‌خواهند آن‌ها را حذف کنند.
۵. آموزش مشاهده منظم رفتار نوجوان.
۶. ارائه تکلیف.

روش

این جلسه با بررسی تکلیف جلسه قبل بدین ترتیب آغاز می‌شود که مشاور از برخی والدین می‌خواهد که نتایج تجربی خود را در مورد تکلیف جلسه پیش بیان کنند. سپس، نگرانی‌های اصلی‌شان درباره رفتار منفی نوجوان و تاریخچه آن را توصیف کنند (با طرح سؤالاتی چون: رفتار منفی از کی شروع شد؟ چه تغییراتی داشته؟ آیا در سایر فرزندان مشاهده می‌شود؟ و نظر نوجوان راجع به رفتارش چیست؟) سپس از والدین می‌خواهد جزئیات رفتار مشکل‌آفرین را بیان کنند. در ادامه از والدین خواسته می‌شود تا یکی از الگوهای رفتاری نوجوان را که دوست دارند تقویت شود، شناسایی کنند و در جدول زیر قرار دهند.

الگوی رفتاری نوجوان	ایام هفته	فراوانی رفتار	موقعیت پیشاینده	پیامد رفتار

سپس، از آن‌ها می‌خواهد به مدت یک هفته اتفاقات روزانه و هم‌چنین موقعیت‌های پیشاینده و پساینده بر آن رفتار را مشاهده و در جدول ثبت کنند

در ادامه، رهبر گروه برای پر کردن جدول بالا آموزش‌هایی می‌دهد. برای مثال، از والدین می‌خواهد رفتار مورد مشاهده نوجوان خود را به صورت گزارش بیان کنند، رفتار را یک توصیف و یک قضاوت در نظر بگیرند، رفتارها را به‌طور کامل ثبت کنند و گزینشی عمل نکنند، موقعیتی را که باعث بروز رفتار نوجوان شده است و هم‌چنین نتایج رفتار را در یک بافت گسترده و همراه با جزئیات بیان کنند. برای مثال، چه کسانی در آن زمان حضور داشتند؟ چه کاری انجام می‌دادند؟ رفتار در چه زمانی واقع شده بود؟ چقدر طول کشید؟ برخورد والدین چه بود؟ احساس نوجوان و واکنش او چه بود؟ تأییدها و مخالفت‌هایی که در برابر رفتارهای نوجوان شکل گرفتند، چه بودند؟...

تمرین جلسه پنجم

والدین جدول شماره چهار را که طی جلسه آموزش داده شد، تکمیل کنند

پدر و مادرها باید بدانند که مقتضیات جامعه‌شناسی باعث تغییراتی در بافت جامعه، از جمله خانواده، شده‌اند. برخورد والدین با کودکانشان در این بافت اهمیت ویژه‌ای دارد؛ ضمن این که بسیار هم دشوار است. کلید تربیت مؤثر در این رابطه، برابری و احترام متقابل است

نکته مهم در تربیت نوجوان، تمرکز بر تغییر دادن خود به جای تغییر دادن نوجوان است



مورد پژوهی



فرزانه اسلامی

کارشناس ارشد روان‌شناسی



در این شماره، به فرایند درمان و آموزش مراجعی می‌پردازیم که به شدت مضطرب است. ابتدا شرح مختصری از ویژگی‌های شخصی و خانوادگی مراجع، تشخیص مشکل، طول درمان و محورهای درمانی-آموزشی و در پایان برنامه درمانی ارائه می‌شود.

معاینه بالینی مراجع

دانش‌آموز پسر پایه دوم دبستان، تک‌فرزند برخوردار از مهارت‌های یادگیری و توانایی هوشی متوسط است. بسیار مضطرب به گونه‌ای که دچار تورم معده و پراکندگی در افکار و گفتار می‌باشد.

ویژگی‌های والدین

مادر ← ۲۷ ساله، لیسانس مهندسی نساجی، خانه‌دار
پدر ← ۳۴ ساله، لیسانس جغرافیا، کارمند.
والدین هر دو مضطرب و بیش از حد آرمان‌گرا بوده و از نظر سبک تربیتی سلطه‌جو و به شدت تنبیه‌کننده هستند.

تشخیص مشکل

در این زمینه از آزمون‌های هوش و کسلر (WISC-R) و C.A.T استفاده شده است.

بیش‌فعالی همراه با نقص در تمرکز و اضطراب

فرآیند درمان

برنامه درمانی مراجع حدود یک‌سال طول کشید و شامل ۴۵ جلسه یک ساعته بود که ۲۰ جلسه هفتگی و سپس جلسات با فاصله یک هفته و در نهایت یک ماه تشکیل شد.

محورهای درمانی-آموزشی

- افزایش توجه و تمرکز
- کاهش بی‌قراری و پرتحرکی
- کاهش اضطراب
- کاهش پرخاشگری
- کاهش تحریک‌پذیری و تکانشگری
- تقویت مهارت‌های ارتباطی-اجتماعی
- تقویت توانایی‌های یادگیری
- تغییر الگوهای تربیتی والدین

محور موردنظر جهت ارائه برنامه درمانی-آموزشی، «افزایش توجه و تمرکز» است.

توجه

از آنجایی که مراجع دچار پراکندگی افکار و گفتار می‌باشد، «مفهوم‌سازی کلامی و درک مطلب» در وی جزء مهم‌ترین بخش‌های درمانی محسوب می‌شود.



حافظه دیداری
ادراک دیداری

دیداری

حافظه شنیداری
ادراک شنیداری

شنیداری

ظریف
درشت

مهارت‌های حرکتی

تقویت حواس

افزایش توجه و تمرکز:

۱. توجه به ویژگی‌های محرک‌ها
۲. بازشناسی شباهت‌ها و تفاوت‌های محرک‌ها
۳. تشخیص عنصر یا ویژگی مشترک بین چند محرک
۴. مفهوم‌آموزی و اطلاق یک مفهوم به گروهی از محرک‌هایی که در یک مقوله جای می‌گیرند
۵. شناسایی محرک‌ها یا پدیده‌های دیگری که در حیطه آن مفهوم، مقوله یا طبقه جای می‌گیرند.

راهنمای شکل‌دهی مفهوم

۱. تشویق مراجع به توصیف و تشریح فعالیت‌ها، افکار، احساسات، خاطره‌ها و تجربه‌های روزمره
۲. تشویق مراجع به نوشتن خاطره‌ها، تجربه‌ها و افکار و احساسات
۳. گفت‌وگو با مراجع در مورد معانی واژه‌ها
۴. جمله‌سازی با واژه‌ها توسط مراجع

توانایی مفهوم‌سازی

مفهوم‌سازی کلامی
و درک مطلب

۱. توجه به نکات اصلی و جزئیات مهم متن (با پرسش درمانگر)
۲. دریافت فکر و موضوع اصلی در یک متن
۳. پی‌گیری امور و توالی رویدادها (یک داستان)
۴. نتیجه‌گیری از یک موضوع یا مطلب
۵. سازمان‌دهی افکار (درک جنبه‌های علی، شباهت‌ها، تفاوت‌ها و تضادها و دریافت طرح کلی متن)

مهارت‌های درک مطلب



آزمون افسردگی کودک رینولدز

دکتر آدیس کراسکیان

عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

آزمون افسردگی کودک رینولدز

آزمون افسردگی کودک رینولدز^۳ یک مقیاس خودسنجی کوتاه است که به آسانی می‌توان آن را اجرا کرد. این آزمون توسط ویلیام رینولدز^۴ در سال ۱۹۸۹ میلادی برای سنجش شدت نشانه‌های افسردگی در کودکان پایه‌های تحصیلی ۳ تا ۶ (سنین ۸ تا ۱۲ سال) طراحی و بر روی ۱۶۲۰ کودک شهری و حومه آمریکا هنجاریابی شده است. پرسش‌نامه مذکور در دو نسخه^۵ G و HS تدوین شده است. این دو نسخه تنها در شیوه‌های اجرا و نمره‌گذاری با یکدیگر متفاوت‌اند و در سایر موارد ویژگی‌های مشترکی دارند. این آزمون مشتمل بر ۳۰ سؤال است که الگوی پاسخ ۲۹ سؤال آن از مقیاس چهار امتیازی لیکرت تبعیت می‌کند؛ به این صورت که از کودک خواسته می‌شود تا از بین چهار پاسخ تقریباً هرگز، بعضی اوقات، بیشتر اوقات و همیشه، پاسخی را که مطابقت بهتری با احساس او در دو یا چند هفته گذشته دارد، انتخاب کند. در آخرین سؤال موجود در آزمون، ۵ چهره با ۵ بیان هیجانی متفاوت در دامنه‌ای از خوشحال تا غمگین به تصویر کشیده می‌شوند که کودک می‌بایست احساس خود را با انتخاب یکی از ۵ چهره یا بیان هیجانی موجود نشان دهد.

ویژگی‌های روان‌سنجی^۵ آزمون در یک نمونه عادی ۳۱۵ نفری (۱۴۰ پسر، ۱۷۵ دختر) و همچنین یک نمونه ۶۲ نفری بالینی (۳۷ پسر، ۲۵ دختر) در دامنه سنی ۱۰ تا ۱۲ سال مورد بررسی قرار گرفته است. برای بررسی روایی سازه^۶ از تحلیل عاملی تأییدی^۷ استفاده شده است. در این تحلیل، یک مدل تک‌عاملی^۸ و یک مدل ۵ عاملی مورد آزمایش قرار گرفته و هر دو مدل برازش یافته گزارش شده است. ضریب اعتبار^۹ آزمون در گروه عادی ۰/۸۷ و در گروه بالینی ۰/۹۰ گزارش شده و همچنین ضریب بازآزمایی^{۱۰} در گروه عادی ۰/۶۶ محاسبه شده است. همچنین، نتایج این پژوهش تفاوت غیر معنادار بین دو گروه جنسیتی و تفاوت معنادار بین پایه‌های تحصیلی را نشان دادند (فیگورس ماسیپا^{۱۱}، آمادور کامپوس^{۱۲} و گوآدریا الموس^{۱۳}، ۲۰۰۸).

● هنجاریابی در ایران

فرضی کلفزانی، هومن و جمالی (۱۳۸۲) به منظور هنجاریابی این آزمون بر روی دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شهر تهران پژوهشی انجام داده‌اند. در این پژوهش، تعداد ۴۴۸ دانش‌آموز پایه‌های تحصیلی دوم تا پنجم (۲۲۴

مقدمه

در کاربرد روزانه، واژه «افسردگی» به تجربه حالت ناشادی گفته می‌شود که تحمل آن دشوار است. افسردگی توام با اضطراب، ویژگی اصلی تعریف بالینی افسردگی نیز هست. توصیف کودکانی که افسرده تشخیص داده شده‌اند، نشان می‌دهد که آنان چندین مشکل دیگر نیز دارند. نبود تجربه‌های شادی‌آور، انزوای اجتماعی، کمی اعتماد به نفس، ناتوانی در تمرکز، نارسایی در کارهای مدرسه، تغییر در کارهای زیستی (خوابیدن، خوردن، دفع) و دردهای جسمی از جمله عوارض این کودکان است (ویکس نلسون^۱ و ایزرائل^۲، مترجم منشی طوسی، ۱۳۷۲).

اغلب گفته می‌شود که افسردگی در کودکان به چندین شکل ظاهر می‌گردد. تصور بر این است که واکنش‌های افسردگی حاد، در کودکانی ظاهر می‌شود که سابقاً هیچ‌گونه افسردگی نداشته‌اند. افسردگی حاد در پاسخ به برخی رویدادهای ناگهانی زندگی، مانند از دست دادن والدین، پدید می‌آید. در مقابل، تصور می‌شود که کودکانی به افسردگی مزمن دچار می‌شوند که از نظر سلامتی سابقه خوبی ندارند. افسردگی این کودکان به تدریج و طی دوره‌های زمانی خود را نشان می‌دهد. گفته می‌شود کودکانی که در این طبقه جای می‌گیرند، تنها از یک حادثه ناگهانی در زندگی ضربه ندیده‌اند، بلکه سابقه‌ای طولانی از محرومیت‌ها یا جدایی‌ها را تجربه کرده‌اند. واکنش‌های افسردگی مخفی به مواردی گفته می‌شود که افسردگی کودک در هاله‌ای از سایر مشکلات (اختلال‌های مشابه افسردگی)، مانند تحرک بیش از حد و خلاف‌کاری‌ها مخفی شده باشد. این نوع افسردگی، گرچه آشکارا خود را نشان نمی‌دهد، از طریق مصاحبه یا آزمایش درمانگران مشخص می‌شود. برخی دست‌اندرکاران بر این که افسردگی‌های مخفی، رواج کامل دارند اما این امکان وجود دارد که به‌خوبی تشخیص داده نشود (همان منبع).

کلیدواژه‌ها: افسردگی، آزمون، کودک، رینولدز

توصیف کودکانی که افسرده تشخیص داده شده‌اند، نشان می‌دهد که آنان چندین مشکل دیگر نیز دارند. عدم وجود تجربه‌های شادی آور، انزوای اجتماعی، کمی اعتماد به نفس، ناتوانی در تمرکز، نارسایی در کارهای مدرسه، تغییر در کارهای زیستی (خوابیدن، خوردن، دفع) و دردهای جسمی از جمله عوارض این کودکان است



دانشگاه علامه طباطبائی
مؤسسه پژوهش و توسعه آموزشی

دفتر انتشارات کمک آموزشی

با مجله‌های رشد آشنا شوید

مجله‌های رشد توسط دفتر انتشارات کمک آموزشی سازمان پژوهش و برنامه‌ریزی آموزشی وابسته به وزارت آموزش و پرورش تهیه و منتشر می‌شوند:

مجله‌های دانش‌آموزی

(به صورت ماهنامه و هشت شماره در هر سال تحصیلی منتشر می‌شوند):

- رشد کودک (برای دانش‌آموزان آمادگی و پایه اول دوره دبستان)
- رشد نوآموز (برای دانش‌آموزان پایه‌های دوم و سوم دوره دبستان)
- رشد دانش‌آموز (برای دانش‌آموزان پایه‌های چهارم و پنجم دوره دبستان)
- رشد نوجوان (برای دانش‌آموزان دوره راهنمایی تحصیلی)
- رشد جوان (برای دانش‌آموزان دوره متوسطه و پیش‌دانشگاهی)

مجله‌های بزرگسال عمومی

(به صورت ماهنامه و هشت شماره در هر سال تحصیلی منتشر می‌شوند):

- رشد آموزش ابتدایی
- رشد آموزش راهنمایی تحصیلی
- رشد تکنولوژی آموزشی
- رشد مدرسه فردا
- رشد مدیریت مدرسه
- رشد معلم

مجله‌های بزرگسال و دانش‌آموزی تخصصی

(به صورت فصل‌نامه و چهار شماره در هر سال تحصیلی منتشر می‌شوند):

- رشد برهان راهنمایی (مجله ریاضی برای دانش‌آموزان دوره راهنمایی تحصیلی)
- رشد برهان متوسطه (مجله ریاضی برای دانش‌آموزان دوره متوسطه)
- رشد آموزش قرآن
- رشد آموزش معارف اسلامی
- رشد آموزش زبان و ادب فارسی
- رشد آموزش هنر
- رشد مشاور مدرسه
- رشد آموزش تربیت بدنی
- رشد آموزش علوم اجتماعی
- رشد آموزش تاریخ
- رشد آموزش جغرافیا
- رشد آموزش زبان
- رشد آموزش ریاضی
- رشد آموزش فیزیک
- رشد آموزش شیمی
- رشد آموزش زیست‌شناسی
- رشد آموزش زمین‌شناسی
- رشد آموزش فنی و حرفه‌ای
- رشد آموزش پیش‌دبستانی

مجله‌های رشد عمومی و تخصصی، برای معلمان، مدیران مربیان، مشاوران و کارکنان اجرایی مدارس، دانش‌جویان مراکز تربیت معلم و رشته‌های دبیری دانشگاه‌ها و کارشناسان تعلیم و تربیت تهیه و منتشر می‌شوند.

نشانی: تهران، خیابان ایرانشهر شمالی، ساختمان شماره ۴ آموزش و پرورش، پلاک ۲۶۶، دفتر انتشارات کمک آموزشی.

تلفن و نمابر: ۰۲۱ - ۸۸۳۰۱۴۷۸

دختر، ۲۲۴ (پسر) به شیوه تصادفی از ۱۴ مدرسه ابتدایی واقع در ۷ منطقه آموزشی شهر تهران انتخاب و با استفاده از نسخه HS آزمون افسردگی کودک رینولدز آزمون شدند. نتایج بررسی اعتبار و روایی آزمون به صورت زیر گزارش شده است.

- همسانی درونی^{۱۴} آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل نمونه و هر یک از دو گروه دختر و پسر به ترتیب ۰/۸۸۷، ۰/۸۸۹ و ۰/۸۹۲ و برای هر یک از پایه‌های دوم تا پنجم به ترتیب ۰/۸۸۷، ۰/۸۸۹، ۰/۸۷۴ و ۰/۸۶۲ برآورد شده است.

- برای بررسی روایی از اجرای تحلیل عاملی با استفاده از تحلیل مؤلفه‌های اصلی^{۱۵} استفاده شده است که براساس آن، ۵ عامل با ارزش ویژه^{۱۶} بزرگ‌تر از یک استخراج شده‌اند که بر روی هم ۴۷/۸ درصد واریانس کل آزمون را تبیین می‌کنند. با انتقال عامل‌های استخراج شده به محورهای جدید با استفاده از چرخش واریماکس^{۱۷} و بررسی محتوای موادی که دارای بار عاملی مثبت بر روی این ۵ عامل‌اند، به ترتیب عامل‌هایی با نام‌های نگرانی-اندوهگینی، نگرانی-دلسردی، دلسردی-بی‌ارزشی، خلق تنگ و روحیه پایین-نشانه‌های جسمانی شناسایی شدند.

نتایج بالا نشان‌دهنده این امر است که آزمون افسردگی کودک رینولدز (RCDS) از اعتبار و روایی کافی برای سنجش شدت نشانه‌های افسردگی کودکان ۸ تا ۱۱ ساله تهرانی برخوردار است.

پی‌نوشت

۱. Wicks Nelson, R.
۲. Isreel, Allen. C.
۳. Reynolds Child Depression Scale (RCDS)
۴. Reynolds, W.M.
۵. Psychometric
۶. construct validity
۷. confirmatory factor analysis
۸. one-factor model
۹. reliability
۱۰. test-retest
۱۱. Figueras Maspia, A.
۱۲. Amador campos, J.A.
۱۳. Guardia Olmos, J.
۱۴. internal consistency
۱۵. Principal Components analysis (PC)
۱۶. eigen value
۱۷. Varimax rotation

منابع

۱. فرضی گلفزانی، مرجان؛ هومن، حیدرعلی؛ و جمالی، محمود؛ هنجاریابی تست افسردگی کودک رینولدز بر روی دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شهر تهران، پژوهش در حیطه کودکان استثنایی شماره ۳ و ۴ (۲۸۹-۳۱۲)، ۱۳۸۲.
۲. ویکس نلسون، ریئا، و ایبرازل، آلن سی. (۱۹۸۴): اختلاف‌های رفتاری کودکان. مترجم: محمدتقی منشی‌طوسی، مشهد، آستان قدس رضوی. ۱۳۷۲.
۳. Figueras Masip, A. Amador Campos, J.A., & Guardia Olmos, J. (۲۰۰۸). Psychometric properties of the Reynolds Child Depression Scale (RCDS) in community and clinical samples. Spanish Journal of Psychology, ۶۴۹-۶۴۱ (۲), ۱۱.



ملیکا بهروش

کارشناس روان‌شناسی



جدیدترین روش درمان اتیسم

براساس روش PRT یا درمان پاسخ‌محور دانشگاه کالیفرنیا
نویسنده: پروفیسور رابرت کوگل و همکاران
مترجم: صدیقه فراهانی
ناشر: روان

این کتاب براساس روشی به نام PRT نوشته شده است که مخفف «Pivotal Response Treatment» یا «درمان پاسخ‌محور» است. روش یاد شده که پروفیسور کوگل و همسرش از دانشگاه سانتا باربارا کالیفرنیا در آمریکا آن را طراحی و تنظیم کرده‌اند، حدود دو سال و نیم است که در آمریکا کاربرد گسترده‌ای یافته است. این روش، بسیار ملایم و در عین حال کارآمد است و برخلاف روش‌های قبل که هنگام آموزش دادن به کودکان به آن‌ها برنامه می‌دادیم و آن‌ها را به اطاعت از خود وادار می‌کردیم، در این‌جا کودک آزادی عمل بسیاری دارد؛ تا حدی که می‌توان گفت اوست که به ما برنامه می‌دهد و چارچوب کار را تعیین می‌کند و نقش معلم این است که از وضعیتی که کودک در آن قرار دارد، یک موقعیت آموزشی بسازد.

در واقع، در این روش مربی باید ابتکار عمل زیادی داشته باشد و از هر موقعیتی یک بازی بسازد و با روشی به دور از خشونت و آزار، آن را به کودک آموزش دهد. کتاب حاضر در ایجاد یک برنامه تربیتی مؤثر کمک بزرگی می‌کند؛ خواه، کسی به تنهایی کار کند یا با یک فرد حرفه‌ای مشارکت داشته باشد. این کتاب شامل پنج بخش است و در هر بخش به مبحثی جداگانه در مورد کودکان دارای اتیسم پرداخته است. کتاب حاوی دستورالعمل‌هایی عملی برای درمانگران و والدین است و نحوه برخورد با ویژگی‌های خاص رفتاری این کودکان را آموزش می‌دهد.

برگ اشتراک مجله‌های رشد

نحوه اشتراک:

شما می‌توانید پس از واریز مبلغ اشتراک به شماره حساب ۳۹۶۶۲۰۰۰ بانک تجارت، شعبه سه راه آزمایش کد ۳۹۵، در وجه شرکت افست از دو روش زیر، مشترک مجله شوید:
۱. مراجعه به وبگاه مجلات رشد؛ نشانی: www.roshdmag.ir و تکمیل برگه اشتراک به همراه ثبت مشخصات فیش واریزی.
۲. ارسال اصل فیش بانکی به همراه برگ تکمیل شده اشتراک با پست سفارشی (کپی فیش را نزد خود نگه دارید).

♦ نام مجلات در خواستی:

.....
.....
.....

♦ نام و نام خانوادگی:

.....

♦ تاریخ تولد: ♦ میزان تحصیلات:

.....

♦ تلفن:

.....

♦ نشانی کامل پستی:

.....

استان: شهرستان: خیابان:

.....

شماره فیش: مبلغ پرداختی:

.....

پلاک: شماره پستی:

.....

♦ در صورتی که قبلاً مشترک مجله بوده‌اید، شماره اشتراک خود را ذکر کنید:

.....

امضا:

♦ نشانی: تهران، صندوق پستی امور مشترکین: ۱۶۵۹۵/۱۱۱

♦ وبگاه مجلات رشد: www.roshdmag.ir

♦ اشتراک مجله: ۰۲۱-۷۷۳۳۶۶۵۶/۷۷۳۳۵۱۱۰/۷۷۳۳۹۷۱۳-۱۴

♦ هزینه اشتراک یکساله مجلات عمومی (هشت شماره): ۹۶۰۰۰ ریال

♦ هزینه اشتراک یکساله مجلات تخصصی (چهار شماره): ۶۰۰۰۰ ریال



زندگے جذبہ دستے است کہ مے چیند
زندگے نوبر انجیر سیاه در دھان گس تابستان است
زندگے بوییدن گل در کرہ ای دیگر
زندگے گل بہ توان ابدیت ...

زندہ یاد سہراب سپہری



موسسه پژوهشی هنری صبا



فراخوان

هفتمین دوره جشنواره عکاسی

۱۵. آثاری که به نمایشگاه راه نیابد، حداکثر ۲ ماه پس از برگزاری نمایشگاه، عودت داده می‌شوند.
۱۶. دبیرخانه، ضمن نهایت کوشش برای حفظ آثار، هیچ گونه مسئولیتی در قبال آسیب‌های ناشی از ارسال نامطلوب یا مشکلات پستی نخواهد داشت.
۱۷. هر عکاس باید برگه ارسال اثر را تکمیل نماید و پشت هر عکس بچسباند.
۱۸. ارسال عکس برای این جشنواره، به منزله قبول شرایط و مقررات آن است.
۱۹. تصمیم گیری درباره مسائل پیش بینی نشده، به عهده برگزار کننده است.
۱۰. از عکس‌های راه یافته به جشنواره، در نشریات دفتر استفاده خواهد شد.
برای دریافت برگه ارسال اثر به سایت مجلات رشد مراجعه کنید.

* برای عکاسانی که آثارشان به نمایشگاه راه یابد، گواهی شرکت در نمایشگاه صادر می‌شود.

* جوایز:

* نفر اول: تندیس جشنواره، دیپلم افتخار و ۱۸۰۰۰۰۰۰ ریال جایزه نقدی

* نفر دوم: لوح تقدیر و ۱۴۰۰۰۰۰۰ ریال جایزه نقدی

* نفر سوم: لوح تقدیر و ۱۰۰۰۰۰۰۰ ریال جایزه نقدی

* جایزه موضوع گرایش آموزش هنر در مدارس نفر اول: ۱۰۰۰۰۰۰۰ ریال

نفر دوم: ۵۰۰۰۰۰۰ ریال

* مقررات:

۱. شرکت همه عکاسان در این جشنواره، آزاد است.
۲. هر عکاس می‌تواند حداکثر ۷ عکس در هر گرایش ارسال کند.
۳. همه عکس‌ها باید به صورت چاپ دیجیتال یا آنالوگ باشد. پرینت رنگی با کیفیت مطلوب نیز پذیرفته می‌شود.
- همه عکس‌ها، اعم از دیجیتال و آنالوگ باید همراه cd محتوای عکس‌های ارسالی با فرمت tiff یا jpeg و با dpi حداقل ۳۰۰ ارسال شود.
۱. ابعاد و اندازه عکس‌های ارسالی باید حداقل با عرض ۲۰ سانتی‌متر و طول آن حداکثر ۴۵ سانتی‌متر باشد.
۲. عکس‌ها نباید قاب یا پاسپورتو باشد.
۳. ارسال اثر توسط عکاسان به منزله قبول مالکیت اثر و اصالت آن تلقی می‌شود و هیچ گونه مسئولیتی به عهده دبیرخانه نخواهد بود.
۴. به آثاری که پس از مهلت مقرر به دبیرخانه جشنواره ارسال شود، ترتیب اثر داده نخواهد شد.

گاه شمار:

* مهلت ارسال آثار: ۳۱ تیر ۱۳۹۱

* زمان داوری: مرداد ۱۳۹۱

* زمان برگزاری نمایشگاه و اعلام برگزیدگان: دهه اول مهرماه ۱۳۹۱

* موضوع:

□ گرایش آموزش و پرورش

(مدرسه، معلمان، دانش‌آموزان، ساعت ورزش، کلاس درس، اردو، نمازخانه، کتابخانه، بابای مدرسه، آغاز سال تحصیلی، زنگ تفریح، کار دانش‌آموزان و ...)

□ گرایش ایران، سرزمین پرگهر

(بازی‌های محلی، آرامگاه مفاخر، کار، راهپیمایی، جشن‌ها، عزاداری‌ها و ...)

□ گرایش کار و جهاد اقتصادی

(کار آفرینی در خانه، اردوهای جهادی، کارهای دستی دانش‌آموزان، کارگاه‌های مدارس و ...)

□ گرایش آموزش هنر در مدارس

(زنگ هنر)، مشارکت موسسه فرهنگی هنری صبا

بخش جنبی:

• بخش جنبی در بخش دانش‌آموزی (۱۳ الی ۱۸ ساله) با «موضوع آزاد» برگزار خواهد شد.

امتیازها:

- * عکس‌های برگزیده به صورت نمایشگاهی در معرض دید عموم قرار خواهد گرفت.
- * به ازای هر یک از آثاری که به نمایشگاه راه یابد، مبلغ ۴۰۰۰۰۰ ریال به صاحب اثر پرداخت خواهد شد
- تبصره: دانش‌آموزانی که عکس‌هایشان به نمایشگاه راه می‌یابد، باید گواهی تحصیلی ارائه کنند.

برگه ارسال اثر به هفتمین دوره جشنواره عکس رشد

نام و نام خانوادگی:
استان:
نشانی دقیق پستی:
شهر:
تعداد اثر:
* آموزش و پرورش
* کار و جهاد اقتصادی
* گرایش دانش‌آموزی
* گرایش آموزش هنر در مدارس: