



وزارت آموزش و پرورش
سازمان پژوهش و برنامه‌ریزی آموزشی
پژوهش‌های آموزشی

ISSN: 1735-4897

شماره ۷۲

رشد آموزش

فصلنامه آموزشی، تحلیلی و اطلاع‌رسانی برای معلمان، مشاوران،
دانشجویان، معلمان و کارشناسان وزارت آموزش و پرورش
دوره بیستم • شماره ۱ • پاییز ۱۴۰۳ • ۴۸۰ صفحه • پیامک: ۳۰۰۰۸۹۹۵
www.roshdmag.ir



پرونده ویژه
با موضوع
شناسایی اختلال‌ها

آفت‌بی‌قراری

داشته‌های تربیت دینی و
تازه‌های دنیای نوین

عارضه کم‌رویی

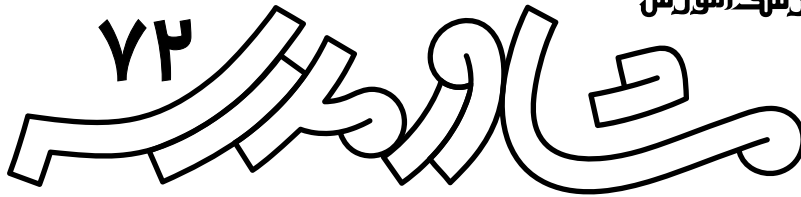
تربیت فرزند صالح





بیچ صدقہ ای بالاتر از دانشی نیست کہ میان مردم منتشر می شود.

نهج البلاغه حدیث ۲۳۷۶



فصلنامه آموزشی، تحلیلی و اطلاع رسانی برای معلمان، مشاوران،
دانشجویان معلمان و کارشناسان وزارت آموزش و پرورش
دوره بیستم • شماره ۱ • پاییز ۱۴۰۳ • ۴۸ صفحه • پیامک: ۳۰۰۰۸۹۹۵
www.roshdmag.ir



یادداشت سردبیر

احتیاط! شکستنی است! / هانیه ملکی / ۲

شیرینی دانایی‌ها

- موازنه عقل و احساس / لیلا سلیقه دار / ۴
اختلال اضطراب جدایی / روح اله رحیمی / ۷
عارضه کمروبی / منیره نسیمی / ۱۰
اختلال در خودماندگی / مرتضی فاضل / ۱۳
اختلال خشم و هیاهو / روح اله عزیزی، زینب نیکوبخت / ۱۸
آفت بی‌قراری / نامدار اعتمادی، ثنا اعتمادی / ۲۰
هرأس حضور / زهرا شاهسواری / ۲۴
اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان / کیانوش صنیعی / ۲۸
طوفان‌های اضطرابی / فرزانه سادات صانعی / ۳۰
اختلال‌های مثل خوره / فاطمه شریفی اسدی / ۳۲

نقد و توانایی‌ها

بهداشت روانی دختران / میسره کرامتی / ۳۵
هوش مصنوعی و تربیت فرزندان / حسین معافی / ۴۴

در محضر تجربه‌ها

چالش‌های مادرانه / زیبا مطلبی، سیدعباس خلیقی پور / ۳۹

زیبایی‌نگرهای

داشته‌های تربیت دینی و تازه‌های دنیای نوین / پرستو بهاروند / ۴۶

تلنگر

تربیت فرزند صالح / هانیه عبقری زاده / ۴۸

بوستان حکمت

کتابخانه مشاور / الهه قربانی / ۴۸

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

مدیر مسئول: محمد صالح مذنبی
سردبیر: هانیه ملکی
مدیر داخلی: الهه قربانی

اعضای هیئت تحریریه:

دکتر علی اصغر احمدی
دکتر غلامعلی افروز
دکتر روح الله رحیمی
حجت الاسلام سجاد کرمی
دکتر منیره نسیمی
دکتر مرتضی فاضل

شورای برنامه‌ریزی:

دکتر امیر تجلی‌نیا
دکتر طاهره فضالی
دکتر ناصر حیدری

ویراستار:

بهروز راستانی
طراح گرافیک: میترا چرخیان
مدیر هنری: کورش پارسائزاد

نشانی دفتر مجله:

تهران، ایران شهر شمالی، پلاک ۲۷۰
تلفن دفتر مجله: ۰۲۱-۸۸۸۳۱۱۶۱-۹
نمبر مجله: ۰۲۱-۸۸۴۹۰۳۱۶
صندوق پستی دفتر مجله: ۱۵۸۷۵ / ۶۵۸۵
صندوق پستی امور مشترکین: ۱۵۸۷۵ / ۳۳۳۱
تلفن امور مشترکین: ۰۲۱-۸۸۸۶۷۳۰۸
رایانامه: moshaveremadrese@roshdmag.ir
پیامک: ۳۰۰۰۸۹۹۵

چاپ و توزیع: شرکت افست

قابل توجه نویسندگان و مترجمان

● مقاله‌هایی که برای درج در مجله می‌فرستید، باید با اهداف و رویکردهای آموزشی، تربیتی و فرهنگی این مجله مرتبط باشند و نباید قبلاً در جای دیگری چاپ شده باشند. ● مقاله‌های ترجمه‌شده باید با متن اصلی هم‌خوانی داشته باشند و متن اصلی نیز همراه آن‌ها باشد. چنانچه مقاله را خلاصه می‌کنید، این موضوع را قید بفرمایید. ● مقاله یک خط در میان، بر یک روی کاغذ و با خط خوانا نوشته یا حروف‌نگاری (تایپ) شود. مقاله‌ها می‌توانند با نرم‌افزار ورد و روی لوح فشرده یا از طریق رایانامه مجله ارسال شوند. ● نشر مقاله باید روان و از نظر دستور زبان فارسی درست باشد و در انتخاب واژه‌های علمی و فنی دقت لازم مبذول شود. ● محل قراردادن 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 (واژه‌های کلیدی) از متن استخراج و روی صفحه‌ای جداگانه نوشته شوند. ● مقاله باید دارای عنوان اصلی، عنوان‌های فرعی در متن و سوبیتیر باشد. ● معرفی‌نامه کوتاهی از نویسنده یا مترجم همراه یک قطعه عکس، عنوان و آثار وی پیوست شود. ● مجله در رد، قبول، ویرایش و تلخیص مقاله‌های رسیده مختار است. ● مقالات دریافتی بازگردانده نمی‌شوند. ● آرای مندرج در مقاله ضرورتاً مبین رأی و نظر مسئولان مجله نیست.

با مطالعه مجله «رشد آموزش مشاور مدرسه»، مشاوران مجموعه محتوای یکپارچه‌ای از دانش‌های مناسب، توانایی‌های نافذ، نگرش‌های مشاوره‌ای زیبا، تجربه‌های مفید مشاوره‌ای، هم‌اندیشی‌ها و پژوهش‌های راهگشا را کسب می‌کنند. امید است آنچه که با انتشار مجله مد نظر است، از طریق این ساختار تا حدودی تحقق یابد.

رشد مشاور مدرسه رادر
پیام‌رسان شاد
به این نشانی دنبال کنید.



@roshd-moshaver



nazar.roshdmag.ir

خانواده مجلات رشد
همه تلاش خود را کرده است تا
این مجله در دسترس عموم
جامعه آموزشی و تربیتی کشور
قرار گیرد و همه مخاطبان در
میهن عزیز اسلامی‌مان امکان
تهیه آن را داشته باشند.

قیمت: ۱۸۰۰۰۰ ریال



نمون برگ اشتراک

احتیاط! شکستنی است!

لزوم مواجهه درست با اختلال‌های روحی و روانی

هانیه ملکی

ظرافت‌های نوین نیز به وضع مشابه نظام اعصاب و روان فرد بیمار یا فرد دارای اختلال ارتباط پیدا می‌کند. همان‌طور که اگر پزشک جراح حاذق نباشد، عصب را نابجا قطع می‌کند و فرد را یک عمر علیل می‌سازد، در عرصه روان‌پزشکی نیز مشابه این وضع اتفاق می‌افتد. گاهی یک مشاور بی‌سواد و بی‌تجربه و روان‌پزشک غیرمتخصص با فرد بیمار روانی مواجه می‌شود. او بی‌تردید متناسب با توان و تخصصش ایفای نقش می‌کند. ممکن است حرفی بزند یا دستوری بدهد که بیمار را به وضع ناگوارتری دچار سازد و البته ممکن است در پرتوی تخصص و توانایی‌اش وضع گوارتری را برای بیمار رقم بزند.

نکته اینجاست که در مدرسه با حضور مشاوران مدرسه باید زمینه‌های بروز اختلالات را فهمید، صدای پای عدم تعادل را شنید و اقدامات به‌موقع انجام داد. اگر چنین نباشد، مسئله‌های روحی و روانی قوی‌تر می‌شوند و به حدی می‌رسند که نه مشاور بلکه روان‌پزشک باید معالجه کند. در مدرسه باید علائم را شناخت و مانع بروز اختلالات شد. هنر مشاور در مواجهه عقلانی و علمی با زمینه‌هاست. اگر غیر از این باشد، بی‌تردید به صف انتظار روان‌پزشک افزوده می‌شود.

اکنون این پرسش‌ها قابل طرح هستند که: «آیا در مدرسه‌های ما از نظر حضور مشاوران، ظرفیت و امکان مواجهه با زمینه‌های روحی و روانی اختلال‌زا وجود دارد؟ ممکن است بعضی جاها وجود داشته باشد، ولی وضع کلی چگونه است؟ چند درصد مدرسه‌ها از این حیث اطمینان نسبی امیدبخشی دارند و چه تعداد این امکان امیدبخش و مفید را ندارند؟»

اگر چه آماری از وضع موجود در اختیار نیست و

«تعادل» و «اختلال» دو سر طیف اجزا و مؤلفه‌های همه کائنات است و به حیات بشری اختصاص ندارد. به هر جای هستی بنگریم، هم تعادل و توازن را می‌بینیم و هم اختلال در مؤلفه‌ها را. هر چند تحلیل ما در این دو حالت در هستی، بر اساس محاسبات ناقص است، ولی راهی جز این نداریم که با اشاره‌ها محسوسات در عرصه معقولات به تحلیل و تبیین بنشینیم و راه را برای عبور از وضع موجود بیابیم.

به تعبیر دیگر، همان‌گونه که تعادل روحی و روانی یک فرد به هم می‌ریزد و در نظر و عمل او اختلال حادث می‌شود، گاهی نیز تعادل مناسبات بین اجزای عالم به هم می‌ریزد و اختلال در نسبت آن‌ها و حیات بشر به وجود می‌آید. بر این اساس، همان‌طور که اختلالات روحی و روانی، رجوع به مشاور را الزامی می‌سازد، اختلالات در اجزای هستی نیز به مشاوره‌های علمی در ابعاد گوناگون نیاز دارد.

وقتی زلزله‌ای رخ می‌دهد، مناسبات به هم می‌ریزد و گاهی به خسارت جانی و مالی منجر می‌شود. به هر حال زلزله و امثال این سوانح طبیعی، از هستی قابل تفکیک نیستند، بلکه باید قواعد و اسرار آن را عیان ساخت و از بروز این اختلالات پیشگیری کرد یا با مقابله‌های اصولی، از خرابی‌های سنگین آن مصون ماند.

وقتی تعادل و اختلال به‌عنوان دو وضع متخالف و متضاد در حیات انسان مورد توجه قرار می‌گیرد، هم ظرفیت آنی جدید نمایان می‌شود و هم ظرافت‌های نوین بارز می‌شوند. ظرفیت‌های جدید همان تجربه دانش و افزون‌تری است که در تقابل با رویدادهای روانی، عاطفی و رفتاری متراکم می‌شود.

قرار نگیرد، سخن گفتن از کاهش اختلالات، معنا و مفهوم عمیق پیدا نمی‌کند و در میدان عمل، گره‌ها باز نمی‌شوند.

در شماره پیش روی مجله «رشد مشاور مدرسه» قصد داریم با بهره‌مندی از دیدگاه‌ها و مکتوبات چند نفر از صاحب‌نظران و کارشناسان محترم، تعدادی از اختلالات را با تحلیل‌های مناسب بررسی کنیم و زمینه دیگری از تعامل علمی و فکری در این عرصه را فراهم سازیم. امیدوار هستیم مطلب در روشنگری این موضوع اساسی مؤثر افتد و در عمل به مواجهه منطقی با اختلالات، یاری رساند.

اصولاً اگر اشراف بر وضع موجود در اختیار نباشد، باید از عدم تعادل دیگری به نام «عدم تعادل اطلاعاتی و مدیریتی» حرف زد، ولی حقیقتاً برای برخورد منطقی و مؤثر با مسئله‌ای به نام اختلال در مدارس، چه چیزی لازم است؟ از این نظر چه استانداردی باید در اختیار مسئولان امر باشد؟ براساس استانداردها، چه وضعی در مدارسمان وجود دارد؟ و سرانجام برای حل تعارضات و اختلالات کدام برنامه یا برنامه‌ها را می‌توان تدوین و اجرا کرد؟

چنانچه این امر بسیار مهم مورد توجه لازم

“

در مدرسه باید علائم را شناخت و مانع بروز اختلالات شد.

هنر مشاور در مواجهه عقلانی و علمی با زمینه‌هاست. اگر غیر از این باشد، بی‌تردید به صف انتظار روان‌پزشک افزوده می‌شود

”

موازنة عقل و احساس

رمز رهایی از اختلال‌های روحی



دکتر لیلا سلیقه دار
مشاور حوزه تعلیم و تربیت



بدتر از خیانت!

صدای فریادش از طبقه بالا شنیده می‌شد. معلمان سرشان را از کلاس بیرون آورده بودند و با نگاهی پرسشگرانه می‌خواستند از جریان مطلع شوند. معاون و مدیر مدرسه سراسیمه به سمت طبقه بالا دویدند. این صداها و این قبیل رفتارها بعد از هجده سال کار با نوجوانان چندان برایم غریب نبود. کنارش که رسیدیم، کلمات نامفهومی را از ته گلو فریاد می‌زد. معلوم بود از کسی دلگیر است و از او آسیب دیده است. با یک لیوان آب و یک آغوش سراغش رفتیم. کمی که آرام گرفت، به اتاق مشاوره رفتیم. به همکاران اطمینان دادم حواسم هست و نگران نباشند.

تمام ماجرا مربوط بود به خیانت یکی از دوستانش که راز چند سال قبل او را برملا کرده و با دیگران در میان گذاشته بود. حالا احساس می‌کرد دیگران با نگاه معناداری او را قضاوت می‌کنند و دیگر جایگاه قبلی را ندارد. اما مدام تکرار می‌کرد: «این‌ها مهم نیستند، او چرا این کار را کرد؟»

در واقع درست است که نگاه و قضاوت دیگران برایش مهم بود، اما خیانت دوستش به اعتماد او برایش رنج‌آور بود. می‌توانستم درک کنم چه فشار روانی‌ای را تحمل می‌کند. به نظرم رسید شاید بیشتر و پیش‌تر از مهارت اعتماد و رازداری، لازم است توانایی دیگری را هم به دانش‌آموزان بیاموزیم.

روایتی که مطالعه کردید، نمونه‌ای از هزاران رخداد و حالتی است که هر نوجوان ممکن است آن را تجربه کند. هنگامی که احساس تنهایی دارد، حال غمگینی و فسادگی، خشم و انتقام بی‌پایان، ترس و ناامیدی و ده‌ها مثال دیگر از این دست، همگی از جمله مواردی هستند که به کمک و مواجهه مناسب نیاز دارند و بدیهی است بزرگ‌ترها، به‌ویژه متخصصانی چون

اشاره

یکی از رخدادهای معمول که ممکن است هر فردی در زندگی آن را تجربه کند، به ماجرای اختلالات روحی و مسائل روانی مربوط می‌شود. گاهی نیز رفتارهای نامتعادل و نامناسب از درونی آشفته خبر می‌دهند و به این سبب توجه مشاوران و درمانگران را به خود جلب می‌کنند. بدیهی است، در این حالت دو شیوهٔ مواجهه مرسوم است: پرداختن به ریشه‌های اصلی و رفع کامل اختلال یا ارائهٔ رهنمود و راهکارهایی که تا حدودی ظاهر رفتار و زندگی را متعادل می‌کنند. پرسش اینجاست که، چه شیوه‌ای اثرات پیشگیرانه و ماندگاری بر این گروه از رفتارها دارد؟ به عبارت دیگر، آیا برای مواجههٔ پرهیزکارانه با اختلالات رفتاری و حال، بد مسیر مستقیم، وجود دارد؟

کلیدواژه‌ها:

سلامت روان، عقلانیت، زندگی متعادل، حل مسئلہ

مشاوران، گزینه‌های در دسترس و لازم برای این منظور به حساب می‌آیند. با این همه، آیا رفتارها و اقدامات پیشگیرانه مؤثرتر و منطقی‌تر از وقوع اختلالات و مواجهه و مقابله با آن‌ها نیست؟

عوامل مؤثر در ایجاد اختلال

بررسی عوامل و مواردی که موجب حال بد و گاهی برخی اختلالات می‌شوند نشان می‌دهد، همه چیز در نهایت به درون انسان مربوط می‌شود. به عبارت دیگر، هر چند منابع بیرونی بر آن اثر دارند، اما زور آن‌ها به اندازه محرکات و سرچشمه‌های درونی نیست.

احساسات، به خصوص احساسات منفی، ارزیابی را مغشوش می‌کنند. پنج عامل اصلی از جمله ریشه‌های احساسات منفی به شمار می‌روند که باعث می‌شوند مردم در خود احساسات منفی به وجود بیاورند و در آن وضعیت بمانند:



هنگامی که در اثر این عوامل، احساس درونی به سمت منفی گرایش پیدا می‌کند، رفتار نیز دچار تغییراتی می‌شود که از آن جمله می‌توان به این موارد اشاره کرد:

- ایجاد ارتباط نامناسب با دیگران (درگیری، کشمکش و...)
- فشار روانی (استرس)، اضطراب و بروز عوامل مسبب این دو؛
- توقع افراطی و زیاد از خود (زیاده‌خواهی‌های بیش از توان خود، حرص و طمع)؛
- مشکلات جسمی و کسالت؛
- افتادن در حلقه منفی‌بافی.

در تمامی این موارد، عامل بیرونی ممکن است تحت تأثیر نگاه درونی فرد برداشت و احساسی کاملاً متفاوت را برای او در پی داشته باشد. از همین رو، بی‌شک در عملکرد بعدی فرد نیز کاملاً تأثیر می‌گذارد.

اگر درون شخص قدرتمند باشد، می‌تواند از هر رخداد بیرونی به‌ظاهر منفی، به‌طور کاملاً مثبت استفاده کند. از این رو، فردی که از درونی قدرتمند بهره می‌برد، فارغ از اتفاقات

به‌ظاهر تصادفی - خواه مثبت و خواه منفی - که در بیرون وی رخ می‌دهند، همیشه پیامدها و نتایجی کاملاً مثبت برای او به وقوع می‌پیوندند.

در واقع، مدیریت و مهار (کنترل) عوامل بیرونی، کلید موفقیت در زندگی است. هر چه فرد بیشتر دارای نیروی مهار و تعادل درونی باشد، در مقابل چالش‌ها و موقعیت‌های گوناگون برتری بیشتری خواهد داشت. به عبارت دیگر، اگر قدرتمند باشد، می‌تواند هر آنچه را در زندگی رخ می‌دهد، به موقعیتی برای رشد و پیشرفت خود تبدیل کند.

عقلانیت، پنجره‌ای رو به تعادل درونی

به تعبیرها و تفسیرهای گوناگون، عقلانیت موجب می‌شود تعادل و نگاه به درون ایجاد شود. از این رو، پرداختن به میزان و شیوه عقلانیت، راهگشای زندگی متعادل و سلامت است. عقلانیت - و نیز گاهی معقولیت - در موارد متعددی به کار می‌روند که با هم تفاوت‌هایی دارند:

(الف) گاهی عقلانیت وصف باورها قرار می‌گیرد. مثلاً می‌گوییم باور به A معقول است.

(ب) افعال و رفتارها نیز گاهی موصوف به عقلانیت می‌شوند و در مواردی می‌گوییم رفتار X رفتار معقولی است.

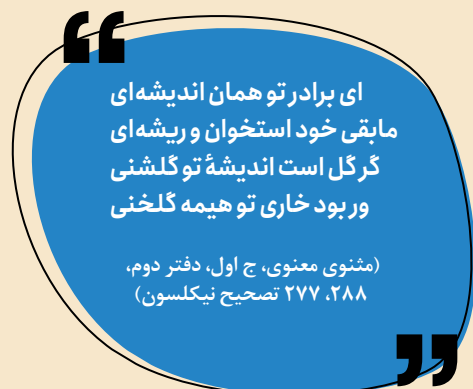
(ج) گاهی هم ارزش‌ها به عقلانیت متصف می‌شوند و می‌گوییم این یا آن ارزش، ارزش معقولی است.

این سه کاربرد نشان می‌دهند، «عقلانیت» در سه زمینه متفاوت به کار می‌رود و هر یک از این سه کاربرد عنوانی خاص هم دارد.

فیلسوفان در زمینه ارزیابی باورها - یا حتی گزاره‌ها یا تصمیم‌ها - از تعبیر «عقلانیت نظری»^۱ استفاده می‌کنند. عقلانیت نظری به این امر مربوط می‌شود که به چه اموری باید باور داشته باشیم. در مقابل، «عقلانیت عملی»^۲ به حوزه رفتارها مربوط می‌شود و با این امر سر و کار دارد که چه رفتارهایی را باید انجام دهیم. و بالاخره، «عقلانیت ارزش‌شناختی»^۳ به این موضوع می‌پردازد که برای چه چیزهایی باید ارزش قائل شویم (استنمارک، ۱۹۹۵: ۵).

در شرح نظریه علامه طباطبایی درباره عقلانیت می‌توان دریافت، عقل می‌تواند دو کار انجام دهد:

۱. ادراک حقایق که به هست‌ها و نیست‌ها مربوط می‌شود.
۲. ادراک خیرها و شرها یا خوبی‌ها و بدی‌ها که به باید‌ها و



رابطه دین و سلامت



نبایدها مربوط می‌شود.
یعنی برای عقل می‌توان دو قلمرو در نظر گرفت:

تعادل روانی

تعادل منطقی

تعادل و عقلانیت ارکان مهارت‌های زندگی انسان هستند. چنانچه در اسلام نیز میان نیازهای جسمانی و نیازهای معنوی و همچنین بین این جهان و عالم آخرت تعادل و موازنه کاملی برقرار می‌کند، با عمق‌بخشیدن به تعادل و بهره‌مندی از عقلانیت، بهروزی در زندگی نیز حادث می‌شود.

با ادامه تعلق روح به بدن، سرپرستی و مدیریت بدن یا به دست عقل است یا در اختیار احساس و هیجان قرار می‌گیرد. در صورت اول، بدن و روان با حفظ تعادل طبیعی، پیوسته بانشاط و سالم می‌ماند و در صورت دوم احتمال خطر برای سلامت بالا می‌رود. روح انسان نیز مانند بدن وی زمانی زنده و سالم است که با آثار عقلی و فطری شکوفا می‌شود: «و یثیروا لهم دلائل العقول».

تعادل و عقلانیت موجب تمرکز و ثبات شخصیت انسان می‌شود و با فاصله منطقی با حوادث یا وقایع گریزناپذیر عصر ارتباطات، قدرت انتخاب و تصمیم‌گیری آگاهانه در مقابل واکنش‌های غریزی انسان تقویت می‌شود و تعادل و عقلانیت انسان‌ها نقطه مبنایی و مسیر و مقصد حیات طیبه در جهان به‌شمار می‌رود.

پی‌نوشت‌ها

1. theoretical rationality
2. practical rationality
3. axiological rationality

منابع

1. Stenmark, Mikael, Rationality in Science, Religion, and Everyday Life, University of Notre Dame Press (1995)
2. Føllesdall, D., 1986: "Intentionality and Rationality" in Margolis, J., M. Krausz, R.M. Burian (eds.), Rationality, Relativism and the Human Sciences, Dordrecht (1986)
3. Soudade R., The Rationality of Emotion, Cambridge (1990)
4. Chisholm, R., A Theory of Knowledge, Printice Hall (1977)
5. Foley, R. (1988): "Some Different Conceptions of Rationality" in McMillin (ed), Constraction and Constraint, University of Notre Dame Press
6. Russell, B. Human Society in Ethics and Politics, Allen and Unwin (1956)

دو جنبه از منطق و روان همانند قرارگیری بر یک ترازو هستند و سنگینی و سبکی یکی بر دیگری اثر می‌گذارد. تصور کنید شخصی دچار ترس و تنش شده است. ترس و اضطراب عاملی است که تعادل روانی فرد را بر هم می‌زند. در نتیجه، برای برقراری تعادل، این منطق است که باید با یک تصمیم درست یا یک اقدام به‌موقع، وزنه منطق را سنگین کند تا تعادل به حالت عادی برگردد.

از طرف دیگر، همان‌طور که تعادل روانی انسان بر هم می‌خورد، تعادل منطقی او نیز بر هم می‌خورد. به این معنی که یک فکر و تصمیم اشتباه می‌تواند تعادل فرد را بر هم بزند و با سبک کردن کفه منطق، موجب سنگین شدن کفه احساسات و برهم خوردن تعادل فرد شود.

بنابراین، لازم است انسان سالم همواره در حال رصد کردن تعادل خود باشد. به این معنی که در هر شرایط به حضور متعادل احساس و منطق توجه کند و از وزنه عقلانیت غافل نشود.

چگونه متعادل باشیم!

نکته مهم این است که حفظ تعادل و نیز بهره‌مندی از وجوه عقلانیت در زندگی، نیازمند هشیاری نسبت به احساسات و افکار است. این حفظ تعادل همانند حفظ تعادل در بسیاری امور دیگر است که در عین بهره‌مندی از هر یک، مراقب افراط و تفریط هستیم. در عین حال، عقلانیت و منطق به انسان فرصت می‌دهد درک خود را از جهان هستی و خود وسعت بخشد و اسیر صرف احساسات و هیجان نشود. منطق به انسان پر و بال پرواز درست در محیطی ایمن‌تر را نوید می‌دهد و بدیهی است از این طریق از بروز بسیاری از اشتباهات و گاه اختلال در تصمیم‌گیری‌ها، رفتار و کردار پیشگیری می‌کند.

کوتاه سخن

چنانچه تعادل را از زندگی حذف کنیم، وجودی برای هستی باقی نخواهد ماند. «بالعدل قامت السموات و الارض» که عدل پایه و بنیانی است که قوام و استواری جهان به اوست. تعالی و ارتقای آدمی به حیات طیبه الهی، با ایجاد تعادل فردی در سایه عقلانیت و در بستر تعامل جمعی است.

اختلال اضطراب جدایی



روح‌اله رحیمی
دکترای تخصصی مشاوره

مقدمه

کودکان در ابتدای تولد که در شرایط ناامنی قرار دارند و هیچ‌کدام از نیازهای خود را نمی‌توانند برآورده کنند، احتیاج دارند که توسط اطرافیان نزدیک (پدر، مادر یا سایر مراقبان خود) در آغوش گرفته شوند و به آن‌ها بچسبند. در این شرایط به محض اینکه کودکان از والدین یا مراقب خود جدا می‌شوند، اضطراب پیدا می‌کنند؛ به‌خصوص هنگامی که مغز کودک آن‌قدر رشد کرده است که بتواند متوجه بشود که الان مادر یا مراقبش در کنارش نیست. در این شرایط، کودک اضطراب شدیدی پیدا می‌کند که به آن «اضطراب جدایی»^۱ می‌گویند.

اضطراب جدایی را نباید با «اختلال اضطراب جدایی»^۲ اشتباه گرفت! اضطراب جدایی از حدود شش‌ماهگی به‌تدریج شروع می‌شود. در ۹ تا ۱۰ ماهگی به‌صورت شایع همه کودکان عادی دچار اضطراب جدایی می‌شوند که در این سنین این نوع اضطراب، اختلال محسوب نمی‌شود و کاملاً طبیعی است و تا ۳-۲ سالگی هم ادامه پیدا می‌کند. از این سن به بعد، اگر کودک احساس امنیت پیدا کند و بداند که پدر و مادرش در دسترس هستند و حواسشان به او هست، آن‌وقت آرام‌آرام شروع می‌کند به فاصله‌گرفتن از آن‌ها و اینکه آزادی را تجربه کند. در این حالت دوست دارد از بغل پدر و مادر فاصله بگیرد. بنابراین اینکه کودک چندماهه هنگام جداشدن از پدر یا مادر بی‌تابی می‌کند و نمی‌خواهد نزد کسی غیر از آن‌ها بماند، اختلال اضطراب جدایی نیست، بلکه یک اضطراب جدایی طبیعی است که در کودکان ۶ تا ۱۸ ماهه سالم و با دلبستگی ایمن وجود دارد.

از طرف دیگر، اگر کودک از این دوران طبیعی بگذرد و همچنان به مادر و پدر یا مراقبش بچسبد و نتواند دوری طبیعی آن‌ها را تحمل کند، این نوع اضطراب ناشی از جدایی، اختلال محسوب می‌شود. اضطراب جدایی عموماً تا دوسالگی و حداکثر تا سه‌سالگی کودک، تا حد زیادی کاهش پیدا می‌کند. اگر این اضطراب پس از سه‌سالگی بهبود نیابد و یا کودک هنگام جدایی از والدین یا مراقب اصلی، واکنش‌های شدید و غیرطبیعی از خود بروز دهد، باید نشانه‌های اختلال اضطراب جدایی را در کودک به‌خوبی بررسی و برای این کار به مشاور یا روان‌شناس کودک مراجعه کرد.

اختلال اضطراب جدایی معمولاً در سال‌های پیش از دبستان آغاز می‌شود و گاهی تا بزرگسالی هم ادامه پیدا می‌کند. البته در دوره بزرگسالی این اختلال به‌صورت دلبستگی ناایمن تجربه می‌شود. افراد دارای دلبستگی ناایمن، هنگامی که می‌خواهند از خانه یا افرادی که به آن‌ها وابستگی عاطفی زیادی دارد (پدر، مادر، همسر و سایر اعضای خانواده) جدا شوند، دچار اضطراب شدیدی می‌شوند و این حالت می‌تواند بر جنبه‌های متفاوت زندگی آن‌ها، مثل تحصیل، اشتغال و روابط اجتماعی، تأثیر منفی بگذارد.

کلیدواژه‌ها:

اختلال اضطراب جدایی، دلبستگی ناایمن، فشار روانی، درمان شناختی-رفتاری

معیارهای تشخیصی اختلال

مهم‌ترین معیارهای تشخیصی این اختلال در «راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی» (دی‌اس‌ام) با تمرکز بر کودکان شامل موارد زیر است:

(الف) ترس یا اضطراب زیاد و بی‌تناسب با مرحله رشدی که حداقل سه مورد از هشت مورد زیر را داشته باشد:

۱. وقتی از افرادی که به آن‌ها دلبستگی دارد جدا می‌شود، به‌طور مکرر دچار فشار روانی (استرس) می‌شود.
۲. به‌طور دائم نگران است که مبادا کسی یا کسانی را که به آن‌ها دلبسته است، از دست بدهد.
۳. به‌طور دائم و به‌شدت نگران است که در اثر اتفاقاتی مثل تصادف یا مرگ افرادی را که به آن‌ها وابسته است از دست بدهد.
۴. از جداشدن می‌ترسد و اصلاً دوست ندارد از خانه دور شود و به مدرسه برود، چون از جداشدن می‌ترسد.
۵. نگران است و می‌ترسد بدون افرادی که به آن‌ها دلبسته است به جایی برود.
۶. می‌ترسد به‌طور دائم در جایی غیر از خانه‌اش یا بدون افرادی بخوابد که به آن‌ها دلبسته است.
۷. به‌طور مکرر کلبوس‌هایی می‌بیند که موضوع آن‌ها جدایی است.
۸. وقتی از افرادی که به آن‌ها وابسته است جدا می‌شود، علائمی مثل سردرد، معده درد و تهوع را تجربه می‌کند.

(ب) ترس و اضطراب به‌طور مکرر رخ دهد و حداقل چهار هفته یا بیشتر ادامه داشته باشد.

(ج) باعث شود در عملکرد اجتماعی و تحصیلی کودک فشار روانی (استرس) شدید عملکردی به وجود آید.

درمان مختصر اختلال

برای درمان این اختلال می‌توان از شیوه‌های درمان دارویی و غیردارویی استفاده کرد، اما اولین انتخاب، باید روش‌های درمانی غیردارویی باشد. شیوه‌های مواجهه و حساسیت‌زدایی و درمان شناختی-رفتاری از جمله روش‌های درمان مؤثر غیردارویی اختلال اضطراب جدایی هستند.

در شیوه مواجهه و حساسیت‌زدایی، مشاور مدرسه و کودک مبتلا به اختلال اضطراب جدایی (با همراهی والدین) موقعیت‌های اضطراب‌زا و میزان شدت آن‌ها را بررسی می‌کنند. سپس از ساده‌ترین و کم‌اضطراب‌ترین موقعیت شروع می‌کنند و مرحله‌به‌مرحله پیش می‌روند. مدیریت اضطراب در هر یک از موقعیت‌ها، شرط ورود به مرحله بعدی و شدیدتر است.

برای مثال، کودکی که از دوری و حضورنداشتن والدین خود دچار اضطراب می‌شود، در مرحله اول برای چند ثانیه از آن‌ها دور می‌شود، اما می‌داند این دوری زیاد طول نمی‌کشد و می‌تواند دوباره در کنار والدینش باشد. به‌مرور مدت زمان جدایی بیشتر و بیشتر می‌شود تا جایی که دیگر نبود والدین برایش دلهره‌آور نیست. بنا بر نتایج مطالعات انجام‌شده، شیوه مواجهه و حساسیت‌زدایی مؤثرترین روش درمانی اختلال اضطراب جدایی است.

در درمان شناختی-رفتاری اختلال اضطراب جدایی، کودک یاد می‌گیرد ترس‌ها و نگرانی‌های خود را مدیریت کند. این درمان با اصلاح افکار و باورها به کودک کمک می‌کند رفتار خود را اصلاح کند. همچنین در این نوع درمان، والدین یاد می‌گیرند مناسب‌ترین رفتار را در ارتباط با کودک مضطرب خود به کار ببندند و در نهایت استقلال طلبی و روش‌های مقابله با ترس را با آن‌ها تمرین کنند.





ترس و اضطراب جدایی



در شیوه مواجهه و حساسیت زدایی، مشاور مدرسه و کودک مبتلا به اختلال اضطراب جدایی (با همراهی والدین) موقعیت های اضطراب زا و میزان شدت آن ها را بررسی می کنند. سپس از ساده ترین و کم اضطراب ترین موقعیت شروع می کنند و مرحله به مرحله پیش می روند. مدیریت اضطراب در هر یک از موقعیت ها، شرط ورود به مرحله بعدی و شدیدتر است



پی نوشت ها

1. Separation anxiety
2. Separation anxiety disorder (SAD)

منابع

۱. پنتلی، الیزابت (۲۰۱۰). جدایی از مادر بدون گریه. ترجمه بهزاد رحمتی. انتشارات فرهنگ و دانش. تهران.
۲. همتی، منصوره؛ ساروقی، مریم و عباسی غریب، نفیسه (۱۳۹۹). اختلال اضطراب جدایی راهنمای عملی درمان. انتشارات آموزشی و پژوهشی بوعلی. تهران.
۳. رایسی، راند و همکاران (۲۰۰۸). کمک به کودک مضطرب: راهنمای گام به گام والدین و درمانگران. ترجمه سمیرا رستمی. انتشارات ارجمند. تهران.
4. American Psychiatric Association (APA) (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). 5th Edition, American Psychiatric Publishing, Washington DC.

تابلوی اختلال اضطراب جدایی

آشنایی با اختلال	اگر کودک از دوران طبیعی اضطراب جدایی بگذرد و همچنان به مادر و پدر یا مراقبش بچسبد و نتواند دوری طبیعی آن ها را تحمل کند، این نوع اضطراب ناشی از جدایی، اختلال اضطراب جدایی محسوب می شود.
علائم اصلی	الف) ترس یا اضطراب زیاد و بی تناسب با مرحله رشدی ب) ترس و اضطراب به طور مکرر و حداقل چهار هفته یا بیشتر ج) به وجود آمدن فشار روانی شدید عملکردی در عملکرد اجتماعی و تحصیلی کودک
درمان های اساسی	روش مواجهه و حساسیت زدایی درمان شناختی- رفتاری
نکته هایی برای مشاوران	یکی از مشکلاتی که والدین را در ماه های مهر و آبان به جلسه های مشاوره می آورد، امتناع کودکان از رفتن به مدرسه است. اضطراب جدایی در سنین مدرسه، دماسنج رابطه مادر- کودک است. مشاوران مدرسه که با چنین مورد هایی روبه رو می شوند، می باید اضطراب جدایی را به عنوان معلول رابطه بیمار گونه والد- کودک و ویژگی های شخصیت وابسته والد قلمداد کنند. از این رو لازم است هم زمان با تغییر رفتار کودک، بر وضعیت مادر تنها نیز تمرکز کنند.

اضطراب جدایی و مشاوران مدرسه

یکی از مشکلاتی که والدین را در ماه های مهر و آبان به جلسه های مشاوره می آورد، امتناع کودکان از رفتن به پیش دبستانی و مدرسه است. معمولاً این مشکل تا پایان ماه آبان، پس از سازگاری کودک با محیط مدرسه حل می شود، ولی گاهی نیز با شکست جریان سازگاری کودک، ادامه پیدا می کند. کودکانی که در رفتن به مدرسه رفتارهایی مانند چسبیدن به مادر، بی قراری و قشقرق راه انداختن در مدرسه، حالت تهوع و شکم درد از خود نشان می دهند، معمولاً از اختلال اضطراب جدایی در رنج هستند.

اختلال اضطراب جدایی در سنین مدرسه، دماسنج رابطه مادر- کودک است. مادرانی (و گاه پدرانی) که تنهایی های خود را با «سایه زدن» (اتاق خواب مشترک کودک و مادر، لقمه گرفتن، دست شویی بردن دائمی، حمام مشترک و...) روی کودک پر می کنند، نا آگاهانه فرزند کوچک خود را وابسته نگه می دارند. از این رو مشاوران مدرسه که با چنین مورد هایی روبه رو می شوند، می باید اضطراب جدایی را به عنوان معلول رابطه بیمار گونه والد- کودک و ویژگی های شخصیت وابسته والد قلمداد کنند.

پس لازم است هم زمان با تغییر رفتار کودک، بر وضعیت مادر تنها تمرکز کنند. چنین مادرانی ناخواسته شروع به باج دادن به کودکی می کنند که آستانه تحمل والدین را به خوبی می شناسد. برای مثال، کودک ممکن است از مادر بخواهد در کلاس درس حضور پیدا کند و مادر متقابلاً از معلم اجازه ورود به کلاس بگیرد.

موضوع دیگری که مشاوران مدرسه در رابطه با اضطراب جدایی باید در ذهن داشته باشند، این است که اگر کودک در خانه نباشد، مادر چه وضعیتی پیدا می کند؟ از این رو، تمرکز بر مادر وابسته، علاوه بر کودک مضطرب، می تواند کلید حل مشکل باشد. به قول معروف، گاهی به جای کودک، باید مادر را از شیر گرفت! توجه داشته باشید، برخلاف این تصور قدیمی که اضطراب کودکان به خودی خود برطرف می شود، اختلال اضطراب جدایی غالباً بدون مداخلات درمانی مناسب به خودی خود و به مرور زمان از بین نمی رود. اضطراب شروع شده در دوره کودکی عامل خطر مهمی برای سایر اختلالات عاطفی و رفتاری، شامل اضطراب نوجوانی و بزرگسالی، اختلالات تغذیه و خوردن، افسردگی و حتی بیماری های جسمی می شود.

عارضه کم‌رویی

اضطراب اجتماعی در نوجوانان و
راه‌های شناخت و درمان آن



دکتر منیره نسیمی
دکترای مشاوره

چکیده

در دوره نوجوانی تحولات اساسی و مهمی اتفاق می‌افتد که اگر طی زمان و براساس تجربیات حاصل از برخورد صحیح و به‌تدریج ایجاد شوند و نوجوانان اطلاعات کافی در این زمینه کسب کنند، تعادل روانی آن‌ها تضمین می‌شود. در غیر این صورت، تعادل و هماهنگی روانی آن‌ها به هم می‌خورد و به اختلالات و بحران‌های روانی‌ای دچار می‌شوند که یکی از انواع شایع آن‌ها در این دوره، «اضطراب اجتماعی» است.

اضطراب یا «هراس اجتماعی»^۱ نوع شدید و غیرطبیعی «کم‌رویی»^۲ است و در علم روان‌شناسی و روان‌پزشکی نوعی «اختلال روانی»^۳ به حساب می‌آید.

کلیدواژه‌ها: اضطراب اجتماعی، هراس، کم‌رویی

وجه مشخصه و متمایزکننده اضطراب اجتماعی از کم‌رویی آن است که اضطراب و ترس فرد نه تنها قبل از قرار گرفتن در موقعیت جدید وجود دارد، بلکه در زمان مواجهه، فرد را تقریباً غیرمؤثر و زمین‌گیر می‌کند. حتی پس از چندین بار تجربه، اضطراب و ترس او تقریباً به همان شدت دفعه‌های اول خواهد بود. اضطراب اجتماعی ممکن است به یک یا چند موقعیت خاص (نظیر صحبت کردن در مقابل جمع یا ورود به مهمانی) محدود باشد، یا در بسیاری از موقعیت‌ها وجود داشته باشد. دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، از موقعیت‌ها و فعالیت‌های اجتماعی ترس شدید و طاقت‌فرسایی دارند. برای مثال نگران درس‌پرسیدن معلم هستند. در صورتی که

این اختلال درمان نشود، آنان در دوست‌یابی، مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و موفقیت در مدرسه با مشکل مواجه می‌شوند. حتی ممکن است از انجام کارهای معمول در مقابل دیگران بترسند و ترسی شدید از مورد قضاوت قرار گرفتن و خجالت کشیدن در آنان ایجاد شود. این ترس ممکن است به قدری شدید باشد که مانع از انجام کارهای روزمره، مانند رفتن به مدرسه یا ارتباط با دوستان شود.

شایع‌ترین موقعیت‌های ترس‌آور یا اضطراب‌آور در این دانش‌آموزان عبارت‌اند از:

- صحبت یا سخنرانی کردن و ارائه (کنفرانس دادن) برای دیگران؛
- سؤال کردن در حضور جمع؛
- حضور در مراسم گروهی یا مهمانی؛
- ملاقات یا گفت‌وگو با افراد صاحب‌منصب یا مسئول نظیر معلم، مدیر و پزشک؛
- مورد سؤال یا اشاره قرار گرفتن در میان جمع؛
- امتحان یا آزمون دادن؛
- اجرای موسیقی یا نمایش در برابر جمع؛
- پرسش یا درخواست از دیگران، مثل پرسیدن نشانی یا سؤال کردن از معلم در کلاس؛
- شروع گفت‌وگو با افراد ناآشنا، به‌ویژه در شروع سال تحصیلی؛
- دادن جواب رد به درخواست دیگران.

اضطراب اجتماعی مسئله خاصی است، چون افراد به‌طور ذاتی به دل‌بستگی‌های^۴ بین فردی نیاز دارند. انسان به دلیل نیاز به پذیرفته‌شدن از سوی دیگران مستعد اضطراب اجتماعی است. میل به تأیید از سوی دیگران چنان بخش مهمی از زندگی ما را اشغال کرده که به‌شدت با احساس عزت‌نفس ما به‌هم‌پاشته شده است. وقتی افراد دیگر ما را تأیید می‌کنند، عزت‌نفس ما بالا می‌رود و وقتی دیگران ما را تأیید نمی‌کنند، عزت‌نفسمان



اضطراب اجتماعی

ممکن است در کناره‌گیری اجتماعی در محیط مدرسه نقش داشته باشد، از دانش‌آموز آزمون روانی - آموزشی بگیری و در مورد نتیجه این آزمون به خانواده‌اش بازخورد بدهید.

● اعتماد دانش‌آموز را از طریق تماس چشمی مداوم، گوش‌دادن فعال، توجه مثبت غیرمشروط و پذیرش صمیمانه تقویت کنید تا توانایی وی در تشخیص و بیان احساساتش بیشتر شود. یک برنامه حساسیت‌زدایی منظم طراحی و اجرا کنید. در این برنامه به تدریج فراوانی و مدت تعامل دانش‌آموز را افزایش دهید تا از اضطراب او کم شود.

● نوعی نظام پاداش یا قرارداد توافقی طرح‌ریزی کنید که براساس آن دانش‌آموز به دلیل آغاز کردن تماس‌های اجتماعی یا شرکت در بازی‌ها یا فعالیت‌های تفریحی با هم‌سالان پاداش بگیرد.

● به دانش‌آموز آموزش دهید با استفاده از تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده در حالت آرمیدگی، از اضطراب خود بکاهد. در این روش، او خود را به این صورت در ذهن مجسم می‌کند که با اعتمادبه‌نفس کامل از عهده موقعیت‌های اجتماعی بر می‌آید.

● از او بخواهید هر روز یک تعامل اجتماعی را شروع کند و به شکل هفتگی به شما گزارش دهد و شما ظهور هر یک از رفتارهای اجتماعی مثبت وی را تحسین و تقویت کنید.

● از تمرین رفتاری، الگوسازی و ایفای نقش برای کاهش اضطراب و رشد مهارت‌های اجتماعی و یادگیری شروع گفت‌وگو استفاده کنید. از دانش‌آموز بخواهید دوستی را به یک ملاقات دعوت کند یا قرار ملاقاتی را در خانه یکی از دوستان ترتیب دهد و ترس‌ها و اضطراب‌هایی را که ظاهر می‌شوند تحلیل کنید.

● از دانش‌آموز بخواهید پنج تا ده مورد از توانایی‌ها یا علاقه‌های خود را شناسایی کند. فهرست را در جلسه بعد مرور کنید و از او بخواهید در هفته بعد، از سه نمونه از توانایی‌ها و علاقه‌های خود، به‌منظور آغاز کردن تماس‌های اجتماعی یا ایجاد رابطه دوستی با هم‌سالان استفاده کند.

● آن دسته از موقعیت‌های اجتماعی را که در آن‌ها دانش‌آموز با افراد دیگر، بدون ترس یا اضطراب مفرط تعامل داشته است، بررسی کنید. این تجربه‌های موفقیت‌آمیز را تحلیل کنید و هر توانایی یا مهارت اجتماعی مثبتی را که دانش‌آموز به‌منظور کاهش اضطراب از آن استفاده کرده است، تقویت کنید.

● در مورد راه‌های افزایش اجتماعی‌شدن دانش‌آموز (مثلاً افراشتن پرچم با گروهی از هم‌سالان، درس‌دادن به یک هم‌کلاسی محبوب، اجرای تکلیف‌های کلاسی به همراه یک هم‌کلاسی محبوب) با مسئولان مدرسه مشورت کنید.

● در مورد رفتارهای اجتماعی منفی‌ای که در توانایی دانش‌آموز برای برقراری و حفظ روابط دوستانه اختلال ایجاد می‌کنند، به او بازخورد دهید.

● مهارت‌های جرئت‌مندی را برای کمک به دانش‌آموز در انتقال فکرها، احساسات و نیازهایش به گونه‌ای صریح و مستقیم به او آموزش دهید.

کاهش می‌یابد. بنابراین، اولین چالش در مورد مدیریت (کنترل) اضطراب، کسب مهارت‌های اجتماعی است که روابط بین‌فردی رضایت‌بخش را به حداکثر می‌رساند.

اضطراب اجتماعی براساس چند مورد در مقیاس «اضطراب تعامل»^۵ ارزیابی می‌شود؛ وقتی فرد:

۱. حتی در ملاقات‌های غیررسمی نیز غالباً احساس اضطراب دارد.

۲. در کل آدم کم‌رویی است.

۳. در صحبت با غیرهم‌جنس راحت نیست.

۴. آرزو می‌کند در موقعیت‌های اجتماعی اعتماد بیشتری می‌داشت.

۵. در مهمانی‌ها غالباً احساس اضطراب و ناراحتی می‌کند.

علامت‌ها و نشانه‌های اضطراب اجتماعی

بزرگ‌ترین علامت اضطراب اجتماعی، نگرانی یا ترس شدید و غیرمنطقی از زیرنظر بودن و مورد موشکافی قرار گرفتن توسط دیگران (پیدا کردن عیب‌ها و نقطه‌ضعف‌های فرد) یا ترس از مرتکب شدن عملی شرم‌آور یا تحقیرآمیز است. حتی خود فرد تا حدود زیادی به غیرمنطقی و نادرست بودن آن واقف است، ولی قادر به مهار آن نیست.

● علامت‌های جسمانی و روان‌شناختی

تپش قلب، سردرد یا سبکی سر، لرزش صدا و لکنت زبان، لرزش اندام، نفس‌نفس‌زدن، برافروختگی، اختلال گوارشی، تعریق شدید در دست‌ها، خشکی دهان، تنفس و سفتی عضلات گردن و تنه، و اختلال در تمرکز و حافظه.

● علامت‌های رفتاری

اصرار در همراهی کردن دیگران؛ معذرت‌خواهی بی‌مورد و بیش از حد؛ به دنبال تأیید و رضایت دیگران بودن؛ حساسیت بیش از حد در آماده کردن خود برای موقعیت موردنظر؛

اجتناب از نگاه کردن به چشم و صورت دیگران؛

امتناع از رفتن به مدرسه و افت تحصیلی؛

اجتناب از فعالیت با هم‌سن‌وسال‌ها.

مداخله‌های درمانی

● برای منتفی شدن امکان وجود نارسایی یادگیری که

“ اضطراب اجتماعی ممکن است به یک یا چند موقعیت خاص (نظیر صحبت کردن در مقابل جمع یا ورود به مهمانی) محدود باشد، یا در بسیاری از موقعیت‌ها وجود داشته باشد ”

● تاریخچه تجربه طرد، انتقاد خصمانه، رهاشدن یا ضربه را که موجب کم شدن سطح عزت نفس و بروز اضطراب اجتماعی دانش آموز شده اند، بررسی و او را تشویق کنید احساسات مربوط به این تجربه ها را به صورت کلامی و به طور واضح بیان کند. والدین را تشویق کنید رفتارهای اجتماعی مثبت فرزند خود را تشویق کنند و به آنها پاداش دهند. برای رفتارهای بیش از حد وابسته وی هم محدودیتهایی تعیین کنند. از آنان بخواهید در مرحله های آغازین درمان، از رفتارهای اتفاقی و خفیف ضد اجتماعی یا پر خاشکانه وی چشم پوشی کنند، مگر اینکه بیش از حد شدید باشند و به طور مکرر روی دهند. البته والدین نباید مانع ظهور رفتارهای جرئت مندانه دانش آموز شوند.

توصیه های مشاوره ای

● به علل یا عوامل فردی و محیطی (به خصوص مدرسه

و کار در آن) در بروز اضطراب توجه داشته باشید و آنها را شناسایی کنید. ● از خانواده ها و معلم ها بخواهید با انتظارات بجا، متناسب و واقع گرایانه از دانش آموز، از اضطراب او بکاهند. ● از دانش آموز بخواهید خود را فردی قوی و آرام تصور کند و هر روز یک خودگویی مثبت داشته باشد. ● از او بخواهید تصور کند در یک موقعیت اجتماعی اضطراب زا قرار دارد و اضطراب را تجربه کند و به جای تفکرات منفی، تفکرات مثبت را با خود تمرین کند. ● دانش آموز مضطرب را وادار کنید موانعی را بررسی کند که در سر راهش وجود دارند. برای او شرح دهید راهبردهایش چگونه می توانند عملکردش را بهبود ببخشند و مؤثر باشند.

اضطراب اجتماعی مسئله خاصی است، چون افراد به طور ذاتی به دل بستگی های بین فردی نیاز دارند. انسان به دلیل نیاز به پذیرفته شدن از سوی دیگران مستعد اضطراب اجتماعی است

پی نوشت ها

1. Social anxiety or phobia
2. Shyness
3. Mental disorder
4. Attachments
5. Interaction anxiousness scale

منابع

۱. جانگسما، آرتور ای؛ پترسون، آل؛ مک اینیز، و (۱۳۹۶). روان درمانی نوجوانان. راهنمای گام به گام درمان مشکلات روانی نوجوانان. ترجمه حمیدرضا آقامحمدیان و سیدعلی کیمیایی (۱۳۹۶). انتشارات رشد. تهران.
۲. رحمانی بادی، ا؛ هادیان، م؛ اعلائی، س (۱۳۹۲). راهبردهای ارتقای سلامت روانی - رفتاری دانش آموزان. انتشارات ورا دانش. تهران.
۳. رفیعی فر، ش؛ آقاجانی، ح و دیگران (۱۳۸۹). راهنمای زندگی عاری از خطر برای نوجوانان. انتشارات مهرآش. تهران.
۴. ساداتیان، کریس، آل (۱۳۸۹). کمروبی، اضطراب و ترس از مدرسه در کودکان و نوجوانان. انتشارات ما و شما. تهران.
۵. کلینیک، آل، ک (۱۳۹۸). مهارت های زندگی. ترجمه شهرام محمدخانی. انتشارات اسپند هنر. تهران.

تابلوی اختلال اضطراب اجتماعی

آشنایی با اختلال	دانش آموزان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از موقعیت ها و فعالیت های اجتماعی ترس شدید و طاقت فرسایی دارند. در صورتی که این اختلال درمان نشود، آنان در دوست یابی، مشارکت در فعالیت های اجتماعی و موفقیت در مدرسه با مشکل مواجه می شوند و ممکن است از انجام کارهای معمول در مقابل دیگران بترسند.
علامت های اصلی و فرعی اختلال	نگرانی یا ترس شدید و غیرمنطقی از زیر نظر بودن و مورد موشکافی قرار گرفتن توسط دیگران، تپش قلب، سردرد یا سبکی سر، لرزش صدا و لکنت زبان، و اختلال در تمرکز و حافظه. اصرار در همراهی کردن دیگران و معذرت خواهی بی مورد و بیش از حد. به دنبال تأیید و رضایت دیگران بودن و حساسیت بیش از حد در آماده کردن خود برای موقعیت مورد نظر.
درمان مقدماتی	شناخت علائم اضطراب و چگونگی اثر این علائم بر وجود فرد، اجتناب از تنبیه و سرزنش خود، و مهارت مقابله ای مدیریت بدن برای خود آرام سازی.
نکاتی برای مشاور مدرسه	به علل یا عوامل فردی و محیطی (به خصوص مدرسه و کار در آن) در بروز اضطراب توجه داشته باشید و آنها را شناسایی کنید. از خانواده ها و معلم ها بخواهید با انتظارات بجا، متناسب و واقع گرایانه از دانش آموز، به کاهش اضطراب او کمک کنند.

اختلال در خودماندگی

آشنایی با علائم و روش‌های درمان

مرتضی فاضل
دکتری مشاوره



اختلال طیف در خودماندگی (اوتیسم)^۱ بیشتر اختلالی «عصب‌شناسانه» (نورولوژیکی) است که خودش را در سال‌های اولیه رشد کودک نمایان می‌سازد. در این اختلال، فرد به درون‌گرایی و فاصله‌گرفتن از محیط پیرامون و انسان‌های اطرافش، حتی خانواده دچار می‌شود. علائم اختلال در خودماندگی اکثراً قبل از رسیدن به سه سالگی در فرد بروز می‌کند. این اختلال باعث می‌شود که مغز فرد مبتلا نتواند در زمینه رفتارهای اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی به درستی عمل کند و برای یادگیری چگونگی ارتباط و تعامل اجتماعی با دیگران مزاحم او می‌شود. کودکان و بزرگسالان دارای اختلال طیف در خودماندگی در زمینه ارتباط کلامی و غیرکلامی، مهارت‌های شناختی معمول، رفتارهای اجتماعی، فعالیت‌های سرگرم‌کننده و بازی مشکل دارند.

کلیدواژه‌ها:

اختلال طیف در خودماندگی (اوتیسم)، تحلیل رفتار کاربردی، اتحاد درمانی یا یکپارچگی حسی

اوتیسم در اصل واژه‌ای یونانی به معنی «خودگرایی» است. ریشه این کلمه از واژه یونانی «آتوس»^۲ به معنی «خود» گرفته شده است. البته اختلال طیف در خودماندگی در برگیرنده اختلال‌هایی است که قبلاً این گونه نام‌گذاری شده بودند: در خودماندگی طفولیت؛ در خودماندگی کودکی؛ در خودماندگی کانر؛ در خودماندگی با کارکردها؛ در خودماندگی نامتعارف؛ اختلال فراگیر تحول که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده؛ اختلال ازهم‌پاشیدگی کودکی؛ بیماری آسیب‌گر.

اختلال طیف در خودماندگی اختلالی مادام‌العمر است و اغلب متخصصان بر این باورند که در خودماندگی مانند رنگ چشم و رنگ پوست تا ابد با فرد همراه است و هیچ درمان قطعی برای آن وجود ندارد. تنها می‌توان با مداخله فرد را برای زندگی بهتری آماده کرد.

در سال ۲۰۱۳ در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ویراست پنجم^۳، همه اختلالات در خودماندگی زیر چتر اختلالات طیف در خودماندگی قرار گرفتند. اکنون دیگر در اختلال طیف در خودماندگی به جای انواع در خودماندگی سه سطح وجود دارد که در آن‌ها رشد مهارت‌های اجتماعی، ارتباطات، و منابع و ذخیره‌های رفتاری دچار تأخیر و انحراف شده‌اند. کودکان درگیر با اختلال طیف در خودماندگی غالباً تمایلات شدید و ویژه‌ای به مجموعه‌ای از رفتارها نشان می‌دهند. آن‌ها در برابر تغییر مقاومت می‌کنند، رفتارهای تکراری و کلیشه‌ای از آن‌ها سر می‌زند، در ارتباط چشمی نقص دارند و پاسخ‌های مناسبی به محرک‌های محیطی نمی‌دهند. این اختلال‌ها تأثیرهای متعدد و بی‌شماری بر روند رشد آنان می‌گذارند. هرچه اختلال در خودماندگی زود تشخیص داده شود و فرد مبتلا زودتر وارد چرخه‌های درمان شود، زودتر می‌توان زندگی او را تغییر داد.



علت‌شناسی اختلال در خودماندگی

برای اختلال در خودماندگی طیف گوناگونی از علت‌ها بیان شده است. لذا تشخیص نیز در این کودکان امری بسیار دشوار شده است. تاکنون هیچ علت مشخصی برای در خودماندگی کشف نشده است. زمانی تصور می‌شد که اختلال روان‌شناختی ناشی از تجربه‌های «تروماتیک» ضربه‌ای/ضربه به سر، به انحراف هیجانی و اجتماعی منجر می‌شود که این صحیح نیست. ولی در تعدادی از مطالعات مشخص شده است که عملکرد غیرعادی مغز باعث ایجاد حالات در خودماندگی می‌شود.

تصویرهای (اسکن‌های) مغزی در بعضی موارد نشان داده‌اند که مغز کودکان مبتلا به در خودماندگی از نظر اندازه و ساختار با مغز کودکان سالم متفاوت است. بعضی مطالعات در افراد اوتیسم، نابهنجاری‌هایی را در چندین ناحیه مغزی، شامل مخچه، «بادامک (امیگدال)» و «اسیک (هیپوکامپ)» نشان داده‌اند. به نقل از «انجمن اوتیسم آمریکا»، در حال حاضر تحقیقات فراوانی درباره احتمال دخالت عوامل ژنتیکی و عوارض دارویی در بروز در خودماندگی در حال انجام هستند. اگرچه در بعضی از خانواده‌ها در خودماندگی مانند بیماری‌های ژنتیکی از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌شود، ولی در بسیاری از موارد هم مشاهده شده که سابقه در خودماندگی در خانواده یا اقوام وجود نداشته است.

محققان دیگری نیز معتقدند که تحت شرایط خاصی تعدادی از ژن‌های ناپایدار باعث اختلال در عملکرد مغز و در نهایت بروز در خودماندگی می‌شوند. تعداد دیگری از محققان نیز روی احتمال بروز در خودماندگی در دوران بارداری تحقیق می‌کنند. آن‌ها معتقدند که یک عامل ویروسی ناشناخته، اختلال سوخت‌وسازی، آلودگی به مواد شیمیایی محیطی، آلودگی هوا، برخی از بیماری‌ها در دوران بارداری یا عواملی چون مشکلات کمبود اکسیژن در زمان تولد می‌تواند عامل ایجاد این بیماری باشد. احتمال بروز در خودماندگی در کودکانی که بیماری‌هایی مانند نشانگان (سندروم) فراژیل ایکس، توپروس اسلروسیس، نشانگان روبلا، یا نشانگان لاندو کلفرو و فیل کتنوریای درمان نشده باشند، بیشتر است. همچنین می‌توان به برخی علت‌های روانی، اجتماعی و زیستی در دوران بارداری و یا قبل از آن، مانند زایمان زودرس، وزن کم نوزاد هنگام تولد، سن بالای پدر و مادر، مصرف داروهای روان‌پزشکی و داروهای «والپروئیک اسید»^۴ یا «تالیدومید»^۵ در دوران بارداری به‌وسیله مادر، قرار گرفتن در معرض فلزات سنگین و سموم محیطی، سابقه عفونت‌های ویروسی، تغذیه نکردن مادر از مواد سرشار از فولیک اسید، حتی کمبود فولیک اسید در رژیم غذایی پدر، و یا در معرض محیط‌های آلوده قرار گرفتن پدر قبل از تشکیل نطفه اشاره کرد.

علائم در خودماندگی

در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ویراست پنجم، ویژگی‌های تشخیصی اختلال در خودماندگی چنین است:

الف) نارسایی‌های پایدار در ارتباط و تعامل اجتماعی در زمینه‌های گوناگون، در گذشته یا در حال حاضر که به شرح زیر مشخص می‌شوند:

۱. نارسایی‌هایی در بده بستان‌های اجتماعی - هیجانی که دامنه آن برای مثال از برخورد اجتماعی نابهنجار و ناتوانی در گفت‌وگوی متقابل تا کاهش در میان گذاشتن علاقه‌ها، هیجان‌ها یا عواطف و نیز تا ناتوانی در پیش‌قدم‌شدن یا پاسخ‌دادن به تعامل‌های اجتماعی گسترده‌تری دارد.

۲. نارسایی‌هایی در رفتارهای ارتباطی غیر کلامی مورد استفاده در تعامل اجتماعی که دامنه آن برای مثال از ارتباط کلامی و غیر کلامی با انسجام ضعیف، تا نابهنجاری‌هایی در نگاه رودرو و زبان بدن یا نارسایی‌هایی در فهم و استفاده از حرکات بدن و فقدان کامل حالت چهره و ارتباط غیر کلامی گسترده است.

۳. نارسایی‌هایی در برقراری، حفظ و درک روابط که دامنه آن برای مثال از مشکلات تطبیق رفتار با زمینه‌های اجتماعی گوناگون تا مشکلات در مشارکت در بازی تخیلی یا دوست‌یابی و علاقه‌داشتن به همسالان گسترده‌تری دارد.

ب) الگوهای رفتاری، علاقه‌ها یا فعالیت‌های محدود و مکرر که با دست‌کم دو مورد از ویژگی‌های زیر در حال حاضر یا در گذشته مشخص می‌شوند:

۱. حرکات‌های جنبشی استفاده از اشیاء یا گفتار قالبی یا مکرر (مثل حرکات‌های قالبی ساده، ردیف کردن اسباب‌بازی‌ها، قل دادن اشیاء، پژواک‌گویی و گفتن عبارت‌های خاص).

۲. اصرار بر یکنواختی رعایت انعطاف‌ناپذیر کارهای عادی یا الگوهای تشریفاتی رفتار کلامی یا غیر کلامی (مثل ناراحتی شدید بابت ایجاد تغییرات جزئی، دشواری در گذارها، الگوی تفکر انعطاف‌ناپذیر، تشریفات احوال‌پرسی، اجبار در استفاده از مسیر سابق یا همان غذای هرروز).

۳. علاقه‌های بسیار محدود و ثابت که از لحاظ شدت یا تمرکز نابهنجارند (مثل دل‌بستگی شدید یا دل‌مشغولی به اشیاء غیرعادی، علاقه‌های دارای حد و مرز شدید و پافشاری فراوان بر آن‌ها).

۴. بیش‌فعالی یا کم‌فعالی در برابر محرک‌های حسی یا علاقه غیرعادی به جنبه‌های حسی محیط، مثل بی‌تفاوتی ظاهری نسبت به درد، واکنش نامطلوب به صداها یا بافت‌های خاص، بو کشیدن‌های بسیار زیاد یا لمس کردن فراوان اشیاء، شیفتگی دیداری نسبت به نور یا حرکت).

ج) نشانه‌ها باید در اوایل دوره تحول وجود داشته باشند.

د) نشانه‌ها موجب نقص بالینی چشمگیری در کارکرد جاری اجتماعی شغلی یا زمینه‌های مهم دیگر شوند.

ه) برای این اختلال‌ها برحسب ناتوانی هوشی یا با تأخیر تحولی کلی نتوان تبیین بهتری به دست داد.

درخودماندگی یک اختلال رشدی است. وقتی کودکی به دنیا می‌آید، در هر سنی انتظار می‌رود که یک میزان رشد را در همه زمینه‌ها نشان دهد. وقتی کودک این انتظار را برآورده نمی‌کند، می‌توان این موضوع را به بروز علائم درخودماندگی نسبت داد. اگر نوزاد در دوماهگی، چهارماهگی، شش‌ماهگی، نه‌ماهگی و یک‌سالگی نتواند به میزان رشدی که انتظار می‌رود برسد، این موضوع می‌تواند یکی از اولین علائم درخودماندگی یا سایر اختلال‌ها باشد. برای مثال کودک با تأخیر قابل توجهی تکلم را شروع می‌کند و یا خزیدن در وی دیرتر از حد معمول مشاهده می‌شود. البته همه نوزادان دقیقاً در زمانی خاص رشد مشخصی را نشان نمی‌دهند و طبیعی است که تغییراتی در فرایند بزرگ‌شدن وجود داشته باشند.

در این زمان بهترین اقدام آن است که شرایط کودک، با متخصص رشد در میان گذاشته شود. برخی از اولین علائم اوتیسم که می‌توان در نوزادان و کودکان خردسال مشاهده کرد عبارت‌اند از: لبخند زدن تا پنج‌ماهگی؛ نخندیدن تا شش‌ماهگی، بی‌تفاوتی نسبت به بازی‌هایی که والدین یا سایر افراد تا هشت‌ماهگی با وی انجام می‌دهند؛ پاسخ‌دادن به نام خود تا ۱۲ ماهگی؛ نگاه نکردن به اشیایی که دیگران سعی در اشاره به آن‌ها دارند تا ۱۲ ماهگی؛ حساسیت زیاد و یا تیزحسی نسبت به صداها، توسعه نیافتن مهارت‌های زبانی، مانند گفتن ماما یا بابا در یک‌سالگی یا استفاده از جمله‌های ساده در دوسالگی؛ استفاده از کوتاه‌ترین جمله‌های ممکن، حتی در حد یک کلمه برای پاسخ‌دادن یا درخواست کردن؛ تکرار مکرر کلمه‌ها؛ علاقه‌نداشتن به انجام بازی‌های اجتماعی یا بودن در کنار سایر کودکان؛ درگیر شدن در رفتارهای تکراری، مانند تکان دادن دست؛ خوشحال بودن از اینکه به مدتی طولانی به تنهایی بازی می‌کند؛ ناتوانی در برقراری ارتباط چشمی مناسب که مهم‌ترین نشانه آن در این سن و سنین بعدی مشاهده می‌شود.

یک علامت قابل توجه درخودماندگی آن است که برخی از کودکان مبتلا به آن در ۱۸ ماهگی، بعضی از مهارت‌های زبانی را که قبلاً کسب کرده‌اند، از دست می‌دهند. در برخی از کودکان یک تا دو سال نیز، ممکن است به مرور از توانایی بازی کردن یا سایر مهارت‌های اجتماعی‌شان کاسته شود. تکلم آنان روزبه‌روز کندتر از روز قبل می‌شود و به جای افزایش، ضریب هوشی‌شان مدام در حال نزول است.

علامت‌ها و نشانه‌های درخودماندگی در کودکان بزرگ‌تر مشابه سنین قبل است و موارد دیگری به آن‌ها افزوده می‌شود. کودکان در ابراز احساسات دچار مشکل می‌شوند و طیف محدودی از احساسات را می‌توانند بیان کنند.

همچنین در تفسیر احساسات و گفتار دیگران مشکل دارند، مهارت‌های زبانی آنان توسعه پیدا نکرده است و از زبان و عبارت‌های رسمی به جای زبان و عبارت‌های عامیانه برای دیگران و هم‌سن‌های خود استفاده می‌کنند. به عبارت بهتر مثل یک روبات یا ماشین صحبت می‌کنند، کلمه‌ها و عبارت‌های دیگران را زیاد تکرار می‌کنند و برای خودشان کلمه‌ها و عبارت‌های تکراری هم دارند که این تکرارها با افزایش سن بهتر نمی‌شود.

آن‌ها به والدین وابستگی ندارند و علاقه دارند، به جای بازی‌های اجتماعی و بازی با دیگران، ساعت‌ها با یک شیء خاص و یا یک اسباب‌بازی بازی کنند. به راحتی درگیر رفتارهایی مانند تکان دادن و چرخاندن سر می‌شوند و رفتارهای چالش برانگیز و آسیب‌زننده به خود، مانند کوبیدن سر به دیوار، کندن پوست برخی قسمت‌های دست و پا، یا چنگ‌زدن به صورت را دارند.

علامت‌های درخودماندگی در کودکان و نوجوانان دچار محدودیت عملکردی زیاد

از آنجا که طیف درخودماندگی شامل سطوح‌های متفاوتی است، کودکان و نوجوانان پنج‌ساله دارای سطح خفیفی از درخودماندگی، عملکرد بهتری دارند و علامت‌های درخودماندگی ضعیف‌تری را نشان می‌دهند. اوتیسم در سطح خفیف در کودکی و نوجوانی شامل رفتارهای ناشی از درخودماندگی متفاوتی، از جمله این موارد است:

- طیف محدودی از علاقه‌ها را دارند و وسوس‌های خود را نسبت به موضوع‌های خاص گسترش می‌دهند.
- درگیر رفتارهای تکراری، مانند حرکت پروانه‌ای دست می‌شوند و تماس چشمی برقرار نمی‌کنند.
- در تعاملات اجتماعی مشکل دارند و احساسات دیگران یا خودشان را درک نمی‌کنند.
- ترجیح می‌دهند بیشتر اوقات خود را به تنهایی سپری کنند.

- از تماس فیزیکی خودداری می‌کنند و ناراحت می‌شوند.

- برای خوابیدن الگوهای غیرعادی نشان می‌دهند.

- از زبان رسمی به جای زبان عامیانه برای ارتباط با هم‌سن‌های خود استفاده می‌کنند.

«اختلال طیف درخودماندگی»
بیشتر اختلالی
«عصب‌شناسانه»
(نورولوژیکی) است که
خودش را در سال‌های
اولیه رشد کودک نمایان
می‌سازد. در این اختلال،
فرد به درون‌گرایی و
فاصله گرفتن از محیط
پیرامون و انسان‌های
اطرافش، حتی خانواده
دچار می‌شود. علائم
اختلال درخودماندگی
اکثراً قبل از رسیدن به سه
سالگی در فرد بروز می‌کند



● به روال‌ها و قوانین اهمیت زیادی می‌دهند و برای غذاها، لباس‌ها یا اشیای خاص ترجیحات قوی و منحصربه‌فردی را نشان می‌دهند.

علامت‌های درخودماندگی در کودکان و نوجوانان دچار محدودیت عملکردی ضعیف

برای کودکانی که علامت‌های درخودماندگی در آن‌ها شدیدتر است و محدوده عملکردی پایین‌تری دارند، نشانه‌های دیگری از درخودماندگی در این محدوده سنی بروز می‌کند. برخی از این نشانه‌ها را می‌توان در قالب موارد زیر مشاهده کرد: ● اصلاً از گفتار استفاده نمی‌کنند.

● از تغییرات معمول (روتین) به شدت مضطرب می‌شوند. ● رفتارهای چالش‌برانگیز و آسیب‌رسان به خود و دیگران، نظیر پرخاشگری و یا کوبیدن سر به دیوار از خود نشان می‌دهند. در چنین حالتی هیجان خود را برای بازی‌های دسته‌جمعی از دست می‌دهند و گاه گوشه‌گیر و عصبی جلوه می‌کنند.

● برای زندگی روزمره، مانند حمام کردن و لباس پوشیدن، به کمک نیاز دارند.

● درگیر رفتارهای تکراری، مانند چرخاندن بالانه می‌شوند.

● بر قوانین و روال‌ها اصرار می‌کنند.

● ترجیحات سفت و سختی برای غذاها، لباس‌ها یا اشیای خاص ایجاد می‌کنند و به رژیم‌های غذایی تخصصی نیاز دارند. اوتیسم علاوه بر اختلالات فراوانی که در بدن کودک و رفتار او با بیرون ایجاد می‌کند، دردناک نیز هست و سبب می‌شود کودک شب را بدون خواب، با درد صبح کند. در برخی از موارد، اوتیسم باعث می‌شود که کودک ارتباط کلامی خود را توسعه ندهد. به‌ندرت پیش می‌آید که ارتباط کلامی با تأخیر و بعد از پنج‌سالگی ایجاد شود. به‌این ترتیب، بخش قابل‌توجهی از کودکان مبتلا به اوتیسم، به نوجوانان و افراد بزرگ‌سالی تبدیل می‌شوند که تا حدود زیادی توانایی تکلم ندارند.

اوتیسم در بزرگسالان روی روابط آنان و طرز برخورد آن‌ها با مشکلات و مسائل روزمره بروز می‌کند، به‌طوری‌که ایجاد ارتباط با محیط را برای آنان سخت می‌کند. حالات و حرکات

اجتماعی غیرعادی از آنان سر می‌زند و منزوی و پرخاشگر می‌شوند. در واقع این اختلال می‌تواند زندگی عادی بیمار را به شدت تحت تأثیر قرار دهد.

درمان درخودماندگی^۶

همان‌گونه که قبلاً اشاره کردیم، اختلال درخودماندگی درمان قطعی ندارد و صرفاً می‌توان با برخی از روش‌های درمانی و یا دارودرمانی عملکرد فرد را بهبود بخشید و به تدریج او را آماده پذیرش و ورود به دنیای اجتماعی بیرون کرد. درمان‌هایی که در ادامه معرفی می‌شوند، به بهبود عملکرد بیمار کمک می‌کنند:

تحلیل رفتار کاربردی

تحلیل رفتار کاربردی روشی رایج و گسترده از انواع درمان‌های اختلال اوتیسم بدون دارو است. در این روش، افراد متخصص و با تجربه از فن (تکنیک) تشویق برای رفتارهای مثبت با استفاده از پاداش استفاده می‌کنند. یعنی هر رفتار مثبت تشویق خواهد شد. از این‌رو احتمال تکرار آن افزایش می‌یابد و هر رفتار بد به دلیل تشویق نشدن و نادیده گرفته شدن حذف خواهد شد.

پیشرفت کودک در حین درمان پیگیری و اندازه‌گیری می‌شود. از این روش درمانی بیشتر برای درمان کودکان مبتلا به درخودماندگی در طیف سنی ۳ تا ۱۴ سال استفاده می‌شود و شامل انواع «مداخله‌های رفتاری فشرده اولیه»^۷، «مداخله زودهنگام مدل دنور»^۸، «آموزش پاسخ‌محور»^۹، «آموزش آزمایشی گسسته»^{۱۰} و «مداخله کلامی»^{۱۱} است.

رفتاردرمانی شناختی^{۱۲}

این روش درمان یکی از مؤثرترین روش‌های درمان کودکان و بزرگسالان مبتلا به درخودماندگی است. در جلسه‌های درمانی افراد مبتلا در مورد ارتباط‌های بین احساس‌ها، فکرها و رفتارها آموزش‌هایی خواهند دید. درمانگر این روش تاحدودی به درک و شناسایی رفتارهای منفی نیز کمک می‌کند. او به کودک نشان می‌دهد که چگونه احساس‌هایی مانند اضطراب را تشخیص دهد و آن را دوباره ارزیابی و تنظیم کند.

آموزش مهارت‌های اجتماعی^{۱۳}

در این روش آموزشی کودکان نحوه مکالمه، درک شوخی، و خواندن اشاره‌های عاطفی را یاد خواهند گرفت. آن‌ها مهارت‌های اجتماعی و مهارت‌های لازم برای تعامل با دیگران، از جمله مهارت‌های مکالمه و حل مسئله را می‌آموزند.

اتحاد درمانی یا یکپارچگی حسی^{۱۴}

برخی از افراد مبتلا به درخودماندگی به‌صورت غیرعادی از طریق محرک‌های حسی تحت تأثیر قرار می‌گیرند. برای مثال با شنیدن صداهایی خاص، یا چراغ‌های روشن و با بویی خاص ناراحت می‌شوند. در این روش هدف ایجاد



تحلیل رفتار کاربردی روشی رایج و گسترده از انواع درمان‌های اختلال درخودماندگی بدون دارو است. در این روش، افراد متخصص و با تجربه از فن (تکنیک) تشویق با استفاده از پاداش، برای رفتارهای مثبت، استفاده می‌کنند. یعنی هر رفتار مثبت تشویق خواهد شد



تابلوی اختلال طیف در خودماندگی

آشنایی با اختلال	کودکان و بزرگسالان دچار اختلال طیف در خودماندگی در زمینه ارتباط کلامی و غیر کلامی، مهارت‌های شناختی معمول، رفتارهای اجتماعی، فعالیت‌های سرگرم کننده و بازی مشکل دارند
علائم اصلی و فرعی اختلال	تأخیر در رشد زبان و تکلم، کاهش و یا فقدان اجتماعی، نداشتن تماس چشمی، درگیر شدن در رفتارهای تکراری مانند تکان دادن دست، استفاده از زبان رسمی به جای زبان عامیانه و گفتار شبیه روایت، تنهایی شدید و درگیری با اسباب بازی و فعالیت‌های تکراری و خاص، نشناختن احساس‌های خود و دیگران، رفتارهای آسیب‌زننده به خود و چالش برانگیز
درمان مقدماتی	این اختلال درمان خاصی ندارد و تنها می‌توان با استفاده از درمان‌هایی نظیر تحلیل رفتار کاربردی، رفتار درمانی شناختی، آموزش مهارت‌های اجتماعی، یکپارچگی حسی، کاردرمانی، گفتاردرمانی و بازی درمانی، و همچنین برخی از داروها، عملکرد فرد را بهبود بخشید
نکاتی برای مشاور مدرسه	یکی از مهم‌ترین نشانه‌های بارز چنین اختلالی نداشتن تماس چشمی است. همچنین دانش‌آموزان دارای چنین اختلالی نمی‌توانند حتی در زمان کوتاهی بدون حرکت باشند. لذا برخی مشکلات در اداره کلاس ناشی از حرکت‌های بیجای آنان است. آنان دچار بیان مکرر کلمه‌های تکراری و انجام رفتارهای تکراری و کلیشه‌ای هستند و نباید چنین رفتارهایی را نشانه لجبازی و برهم زدن کلاس دانست. تشخیص زودهنگام در دوره پیش دبستانی یا دوره ابتدایی تأثیر مهمی در بهبود عملکرد دانش‌آموزان دارد

رژیم غذایی

هیچ رژیم غذایی خاصی برای افراد مبتلا به اوتیسم وجود ندارد. اساس رژیم غذایی در خودماندگی اجتناب از خوردن مواد افزودنی مصنوعی، مانند مواد نگهدارنده، رنگ‌ها و شیرین کننده‌ها، و همچنین حذف گلوتین و کاربن از رژیم غذایی کودک است. حذف چنین موادی باعث کم رنگ شدن علائم در خودماندگی می‌شود. در رژیم غذایی کودکان در خودمانده میوه و سبزی‌های تازه، مقدار زیادی آب، ماهی و مرغ بدون پوست توصیه می‌شود. البته مورد مهم و عملی‌تر تحت آموزش بودن این کودکان از سن پایین که در کنار رژیم مناسب می‌توان به بهبود سطح زندگی آن کمک کرد.

بی‌نوشت‌ها

1. autism spectrum disorder (ASD)
2. Autos
3. dsm 5
4. valproic acid
5. Thalidomid
6. applied behavioral analysis
7. early intensive behavioral intervention
8. Early start denever model
9. pivotal response treatment
10. Discrete trial training
11. Verbal behavioral intervention
12. Cognitive behavioral therapy(ABC)
13. social skills
14. ayres sensory
15. Occupational therapy
16. Speech therapy
17. Play therapy

تشخیص اختلال اوتیسم



یکپارچگی حسی شناسایی بی‌نظمی‌ها در نحوه پردازش حرکت‌ها، منظره‌ها، صداها یا سایر ورودی‌های حسی خاص کودک مبتلا به در خودماندگی و کمک به او در درک آن علامت‌ها (سیگنال‌ها) به روشی سازنده‌تر است. درمانگر پس از بررسی نحوه واکنش کودک به برخی منظره‌ها یا صداها، یک برنامه درمانی فردی تنظیم می‌کند تا کودک برخورد مناسبی در مقابل این اطلاعات حسی داشته باشد.

کاردرمانی^{۱۵}

کاردرمانی مانند فیزیوتراپی می‌تواند مهارت‌های حرکتی را افزایش دهد. کاردرمانی مهارت‌هایی را آموزش می‌دهد که به فرد کمک می‌کنند تا حد امکان مستقل زندگی کند و بتواند از خود مراقبت کند. این مهارت‌ها می‌توانند شامل استفاده از دست‌ها در نوشتن، لباس پوشیدن، غذا خوردن، استحمام و ارتباط با افراد باشند و در بزرگسالان سبب آموزش مهارت‌هایی مثل پخت‌وپز، سر و کار داشتن با پول، تمیز کردن و... می‌شود.

گفتاردرمانی^{۱۶}

در گفتاردرمانی، «آسیب‌شناس (پاتولوژیست) زبان» یا درمانگر به فرد مبتلا به در خودماندگی مهارت‌های ارتباط با دیگران و به نوعی مهارت‌های زبانی را آموزش می‌دهد. در این روش آهنگ (ریتیم) سخن گفتن و سرعت استفاده از کلمه‌ها، به صورت درست در کودک مبتلا به در خودماندگی تقویت می‌شود.

بازی درمانی^{۱۷}

در این روش درمانی برای آموزش مهارت‌های لازم از بازی استفاده می‌کنند. بازی درمانی در کودک سبب بهبود مهارت‌ها و روابط اجتماعی و عاطفی، تقویت و بهبود مهارت‌های زبانی و افزایش قدرت تفکر می‌شود.



دکتر روح اله عزیزی
متخصص مشاوره خانواده

اختلال خشخشی

راه‌های تشخیص و درمان نافرمانی مقابله‌ای در کودکان

زینب نیکوبخت

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

و فقدان عزت نفس می‌شود.

نکته: دوره‌های لجبازی و نافرمانی مقابله‌ای در ۱۸ تا ۲۴ ماهگی و در اوایل دوره نوجوانی اختلال محسوب نمی‌شود و بخشی از فرایند رشد طبیعی کودکان و نوجوانان است. علائم اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- الم‌شنگه‌های مکرر؛
 - بحث و مشاجره بیش از حد با بزرگسالان؛
 - زیر سؤال بردن مکرر قوانین؛
 - نافرمانی فعالانه و خودداری از انطباق با درخواست‌ها و قوانین بزرگسالان؛
 - تلاش‌های عمدی برای آزردن و ناراحت کردن مردم؛
 - مقصر دانستن دیگران به خاطر اشتباه یا رفتارهای نادرست خود؛
 - زودرنجی و به‌راحتی آزرده شدن از دیگران؛
 - خشم و کینه مکرر؛
 - صحبت بدخواهانه و کینه‌جویانه هنگام احساس ناراحتی؛
 - رویکرد کینه‌توزانه و انتقام‌جویی.
- این علائم معمولاً در چند محیط مشاهده می‌شوند، اما ممکن است در خانه یا مدرسه بیشتر دیده شوند. دلایل بروز این اختلال ناشناخته است، اما بسیاری از والدین گزارش می‌کنند که فرزند آن‌ها از سن پایین بدقلق‌تر و پرتوقع‌تر از خواهر و برادرهایش بوده است. امکان دارد عوامل زیستی (بیولوژیکی)، روان‌شناختی و اجتماعی در بروز این اختلال نقش داشته باشند.

نشانه‌های رفتار نافرمانی مقابله‌ای در کودکان چیست؟

رفتارهای نافرمانی در کودکان دو تا سه ساله و یادر دوران نوجوانی شایع و طبیعی است، موقعیت‌هایی مانند خستگی، گرسنگی و یا سایر فشارهای روانی می‌توانند باعث بروز رفتارهای پرخاشگرانه و نافرمانی شوند. اما این رفتارها در کودکان دارای نافرمانی بیشتر از دیگران دیده می‌شوند. این کودکان با نظم و قوانین مدرسه نیز مخالفت می‌کنند و باعث متلاشی شدن روابط دوستانه می‌شوند.

پیامدهای کارکردی اختلال لجبازی و نافرمانی

در صورتی که اختلال لجبازی و نافرمانی در طول رشد ادامه یابد، افراد مبتلا به این اختلال تعارض‌های مکرری را با والدین، معلمان، سرپرستان، همسالان و همسر خود تجربه می‌کنند. این گونه مشکلات غالباً به اختلالات قابل ملاحظه در سازگاری هیجانی، اجتماعی، تحصیلی و شغلی فرد منجر می‌شوند.

اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودک چگونه درمان می‌شود؟

- آموزش مدیریت‌ی والدین برای کمک به آن‌ها و دیگران در مدیریت رفتار کودک؛
- روان‌درمانی فردی برای مدیریت مؤثرتر خشم؛
- روان‌درمانی خانواده برای بهبود ارتباط و درک متقابل؛
- آموزش مهارت‌های شناختی حل مسئله و روش‌های درمانی

چکیده

اختلال نافرمانی مقابله‌ای نوعی اختلال رفتاری است که غالباً در کودکان مشاهده می‌شود. کودکانی که دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای هستند، مجموعه‌ای از رفتارهای همراه با خشونت، نافرمانی، لجبازی و خشم را در مقابل کسانی که در موضع قدرت قرار دارند نشان می‌دهند. این کودکان به‌شدت نسبت به واکنش دیگران حساس هستند و در مقابل دستورها و درخواست‌های دیگران مقاومت می‌کنند و به بحث و نافرمانی می‌پردازند. کودکان نافرمان در اجتماعاتی مانند جمع دوستان، هم‌کلاسی‌ها و حتی در سنین بالاتر در جامعه شغلی نیز با مشکلات گسترده‌ای مواجه می‌شوند. زمانی از این رفتارها با عنوان اختلال یاد می‌شود که به مدت حداقل شش ماه به صورت پایدار ادامه داشته باشد. گاه کودک در جمع‌ها رفتار کاملاً طبیعی و مناسبی نشان می‌دهد، اما در مقابل والدین خود به رفتار نافرمانی مقابله‌ای دست می‌زند. این اختلال در ارتباطات اجتماعی تداخل می‌کند و ممکن است اعتمادبه‌نفس فرد پایین بیاید. همچنین ممکن است کم‌تحمیلی در برابر ناکامی، خلق افسرده و حمله‌های عصبانیت نیز وجود داشته باشند. این اختلال ممکن است به طور موقت در واکنش به فشار روانی (استرس) ظاهر شود که این حالت نوعی اختلال انطباق نیز محسوب می‌شود. به‌علاوه در آینده احتمال خطر مصرف مواد مخدر افزایش می‌یابد. مهارت‌های تربیتی خانواده در فرجام این اختلال بسیار مؤثرند. در خانواده‌هایی که والدین دچار اختلال شخصیت ضداجتماعی هستند، و یا مصرف مواد وجود دارد، خطر ابتلا افزایش می‌یابد.

کلیدواژه‌ها: اختلال نافرمانی، لجبازی، خشم، ارتباطات اجتماعی، آموزش والدین، مشاوران مدرسه

علت رفتار نافرمانی مقابله‌ای در کودکان چیست؟

نظریه پیشرفت: در این نظریه، علت بروز رفتار نافرمانی، یادگیری استقلال از والدین در دوران کودکی دانسته شده است. **نظریه یادگیری:** در این نظریه عنوان شده است که کودک نشانه‌های منفی رفتار نافرمانی را طی فرایند آموزش یاد می‌گیرد و رفتارش به دلیل «تقویت منفی» شدت پیدا می‌کند. تقویت منفی باعث می‌شود کودک هر چه را می‌خواهد، با بروز رفتارهای نافرمانی به دست آورد.

از دلایل احتمالی دیگری که می‌توان به‌عنوان دلایل شکل‌گیری این اختلال در کودکان نام برد موارد زیر است:

- استعداد ذاتی برای ابراز وجود قاطعانه در این افراد؛
- برخورد افراطی و لجبازی والدین برای ثابت کردن حرف خودشان؛
- ضربه‌ها و آسیب‌های محیطی؛
- بیماری یا ناتوانی‌های مزمن، از قبیل عقب‌ماندگی ذهنی، موجب بروز رفتارهای مقابله‌جویانه برای دفاع در مقابل درماندگی

م و هیاهو



موقعیت‌هایی
مانند خستگی، گرسنگی
و یا سایر فشارهای روانی
می‌توانند باعث بروز
رفتارهای پرخاشگرانه
و نافرمانی شوند. اما
این رفتارها در کودکان
دارای نافرمانی بیشتر از
دیگران دیده می‌شوند.
این کودکان با نظم
و قوانین مدرسه نیز
مخالفت می‌کنند و باعث
متلاشی شدن روابط
دوستانه می‌شوند

برای کاهش منفی‌نگری؛

آموزش مهارت‌های اجتماعی برای افزایش انعطاف‌پذیری و بهبود مهارت‌های اجتماعی و تحمل ناامیدی و کلافگی در مقابل همسالان.

دارو ممکن است در مهار برخی از علائم ناراحت‌کننده‌تر اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه و همچنین علائم مربوط به بیماری‌های هم‌زمانی مانند کم‌توجهی - بیش‌فعالی، اضطراب و اختلالات خلقی مفید باشد.

نکته‌هایی برای والدین و مشاوران مدرسه

داشتن کودک دارای اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه برای والدین بسیار دشوار است. این والدین به حمایت و درک شدن نیاز دارند. والدین می‌توانند به روش‌های زیر در درمان اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه به فرزند خود کمک کنند:

همیشه روی نکته‌های مثبت تأکید کنید. فرزندان را هنگامی که انعطاف‌پذیری نشان می‌دهد یا همکاری می‌کند، تحسین و از تقویت مثبت استفاده کنید.

اگر احساس می‌کنید در شرف تشدید درگیری با فرزندان هستید، یک وقفه یا زنگ تفریح به خودتان بدهید. این سرمشق خوبی برای فرزندان است. اگر او تصمیم گرفت برای جلوگیری از واکنش بیش از حد، به خودش وقفه بدهد، از تصمیمش پشتیبانی کنید.

شیوه نبرد خود را انتخاب کنید. از آنجا که کودک مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه در اجتناب از نبردهای قدرت مشکل دارد، کارهایی را که می‌خواهید فرزندان انجام دهد اولویت‌بندی کنید. اگر به فرزندان به خاطر رفتار نامناسب وقفه دادید، به خاطر اعتراض به این تصمیم و مشاجره با شما، وقفه را طولانی‌تر نکنید.

محدودیت‌هایی منطقی و متناسب با سن تعیین کنید و برای تخطی از آن‌ها عواقبی تعیین کنید که به طور مداوم قابل اجرا باشند. غیر از رسیدگی به فرزند مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه، برای خود علاقه‌هایی در نظر داشته باشید، به طوری که مدیریت فرزندان تمام وقت و انرژی شما را نگیرد. سعی کنید با بزرگسالان دیگر، مثل معلمان، مربیان و همسران که با فرزند شما سر و کار دارند، همکاری کنید و از آن‌ها پشتیبانی بگیرید.

فشار روانی خود را با انتخاب‌های سالم مانند ورزش و «آر‌مش (ریلکسیشن)» مدیریت کنید. در صورت لزوم از مراقبت شخص مطمئن دیگری از فرزندان استفاده کنید.

بسیاری از بچه‌های مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه به فن‌های (تکنیک‌های) مثبت فرزندپروری پاسخ می‌دهند.

والدین می‌توانند از مشاور مدرسه بخواهند که آن‌ها را به یک روان‌پزشک کودک و نوجوان یا سایر متخصصان سلامت روان که می‌توانند به تشخیص و درمان اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه و هر بیماری مربوط به سلامت روان کمک کنند، ارجاع دهند.

تابلوی اختلال نافرمانی مقابله‌ای

کودکان به شدت نسبت به واکنش‌های هیجانی دیگران حساس هستند و در مقابل دستورها و درخواست‌های دیگران مقاومت و نافرمانی می‌کنند. آن‌ها در اجتماعاتی مانند جمع دوستان، هم‌کلاسی‌ها و حتی در سنین بالاتر در جامعه شغلی نیز با مشکلات گسترده سازگاری مواجه می‌شوند.	آشنایی با اختلال نافرمانی مقابله‌ای
الم‌شنگه‌های مکرر، خشم و کینه مکرر، بحث و مشاجره بیش از حد با بزرگسالان، زیر سؤال بردن مکرر قوانین و رفتار کینه‌توزانه، نافرمانی فعالانه و خودداری از انطباق با درخواست‌ها و قوانین بزرگسالان، تلاش‌های عمدی برای آزردن و ناراحت کردن مردم، مقصر دانستن دیگران به خاطر اشتباه‌ها یا رفتارهای نادرست خود، زودرنجی و به راحتی آزرده شدن از دیگران.	علائم اصلی و فرعی اختلال
- درمان رفتاری - شناختی آموزش مدیریتی والدین برای کمک به آن‌ها و دیگران در مدیریت رفتار کودک - روان‌درمانی فردی برای مدیریت مؤثرتر خشم، - روان‌درمانی خانواده برای بهبود ارتباط و درک متقابل، - آموزش مهارت‌های شناختی حل مسئله و روش‌های درمانی برای کاهش منفی‌نگری،	درمان مقدماتی
درمان به موقع اختلال نافرمانی مقابله‌ای از عواقبی که در آینده می‌تواند بر کودک تأثیر بگذارد جلوگیری می‌کند. توجه مثبت نامشروط، پذیرش بدون قید و شرط کودک، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و روش‌های درمانی شناختی - رفتاری و روان‌درمانی در درمان اختلال کمک‌کننده هستند	نکته‌هایی برای مشاور مدرسه



دکتر نامدار اعتمادی

دکترای روان‌شناسی تربیتی

ثنا اعتمادی

دانشجوی رشته روان‌شناسی

آفتاب‌خیزی

آشنایی با اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی

چکیده

بیشتر ما توانایی خود را در توجه‌کردن و تقسیم توجه خود به صورت انطباقی، امری عادی می‌دانیم. اما همه افراد نمی‌توانند این کار را انجام دهند. دانش‌آموزانی که دچار «اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی» هستند، در تمرکز توجه خود به شکلی که آن‌ها را قادر سازد به شیوه مطلوبی خود را با محیط آموزشی تطبیق دهند، مشکل دارند (سوانسون و همکاران، ۲۰۰۳).

اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی در دوره پیش‌دبستانی و سال‌های اول مدرسه خود را نشان می‌دهد. تخمین زده می‌شود که ۳ تا ۵ درصد کودکان دچار این اختلال باشند. گفته می‌شود این اختلال در بزرگسالی برطرف نمی‌شود، اگرچه از نظر شدت ممکن است تغییر کند و شدیدتر یا ضعیف‌تر شود. اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی یکی از شایع‌ترین اختلالات رفتاری طی چند دهه اخیر در سراسر جهان و در حال افزایش است (بیلی، ۲۰۱۰).

اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی مجموعه‌ای از علائم و نشانگان است که با پرتحرکی، رفتارهای تکانه‌ای و محدودیت میزان توجه که به اختلال تمرکز منجر می‌شود، قابل تشخیص است. برای تشخیص، نشانه‌ها حداقل شش‌ماه باید دوام داشته و نخستین بار بعد از سه سالگی و قبل از هفت سالگی شروع شده باشند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۵).

عامل اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی به‌طور دقیق مشخص نیست. در مدل‌های زیستی، به تأثیر عوامل ژنتیکی (بیدرمن، ۲۰۰۵)، نقص در ناحیه پیشانی، مخچه و قشری مغز (هالپرین و هیلی، ۲۰۱۱)، سطح پایین امواج تتا در مغز (مشخصه ذهن آشفته، حواس‌پرتی و تفکر نامتمرکز) و آسیب به عقده‌های قاعده‌ای (اسنل، ۱۹۹۷) اشاره شده است. کاهش چشمگیر حجم مغز، به‌ویژه در قسمت چپ پوسته (کرتکس) پیش‌پیشانی، و بسیاری فعال‌بودن پوسته حرکتی، به بروز خصوصیات رفتاری بیش‌فعالی و تکانشگری منجر می‌شود (الووی، ۲۰۱۱).

این کودکان علاوه بر نشانه‌های رفتاری، پرتحرکی، پرحرفی مستمر و تکرار فعالیت‌های خطرناک، در حوزه‌های مهارت‌های اجرایی، مثل حافظه کاری، سازمان‌دهی، برنامه‌ریزی، کنترل توجه، نگهداشتن اطلاعات در مسیر، کنترل حواس و رفتار، انعطاف‌پذیری، یکپارچه‌کردن زمان و مکان و انگیزه، با مشکل روبه‌رو هستند.

این اختلال ممکن است تا حدی ارثی باشد. مصرف سیگار و الکل در دوره بارداری مادر، تماس کودکان با فلز سرب، صدمات مغزی، مواد افزودنی به غذا به‌ویژه شکر، از عوامل دیگر به‌وجودآمدن این اختلال هستند. شواهدی در مورد افزایش میزان مبتلایان به این اختلال در سال‌های اخیر وجود دارد. هر چند علل آن دقیق مشخص نیست، فرضیه‌های زیادی، از جمله تماس‌های برنامه تلویزیونی سریع، استفاده از بازی‌های ویدئویی سریع، مواد افزودنی غذاها، افزایش سموم نامعلوم در محیط و غیره مطرح شده‌اند.

اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی یکی از اختلالات دوره کودکی است که ۱۸ نشانه دارد. اگر کودکی ۶ نشانه از ۱۸ نشانه را داشته باشد، به‌عنوان کودک دارای اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی شناخته می‌شود. سه مشخصه اصلی اختلال

“

**برای درمان رفتاری کودکان،
گام اول آموزش والدین است. زیر
عنوان «مدیریت رفتارهای والدین»،
به آن‌ها آموزش داده می‌شود که
خود درمانگر کودکانشان باشند**

”

۹. در فعالیتهای روزمره فراموشکار است (مثلاً در انجام تکلیفهای مدرسه و خانه، انجام دستورات معلم، پدر و مادر، و...).

علائم الگوی بیش فعالی و تکانشگری

شش یا بیش از شش مورد از نشانههای زیر دست کم شش ماه تداوم داشته و در حدی باشند که با سطح تحولی فرد همخوانی نداشته و تأثیر مستقیمی بر فعالیتهای اجتماعی و تحصیلی او بگذارند:

توجه: نشانهها فقط حاکی از رفتار لجبازی، نافرمانی، خصومت یا ناتوانی در درک تکلیفها یا دستورالعملها نیستند. در مورد نوجوانان ۱۷ ساله و بالاتر باید دست کم پنج نشانه وجود داشته باشد:

۱. دستها و پاهایش غالباً بی‌قرارند و در حالت نشسته وول می‌خورد.
۲. در موقعیتهایی که انتظار می‌رود یک جا بنشینند، صندلی‌اش را ترک می‌کند (مثلاً صندلی‌اش را در کلاس، یا موقعیتهای دیگری که لازم است سرجایش بماند، ترک می‌کند).
۳. غالباً در موقعیتهای نابجا به این طرف و آن طرف حرکت می‌کند (در نوجوانان ممکن است به احساس بی‌قراری محدود شود).
۴. نمی‌تواند بی‌سروصدا بازی کند یا به فعالیتهای تفریحی بپردازد.
۵. غالباً در تبوتاب است و مدام وول می‌خورد (مثلاً نمی‌تواند مدتی در همایش ساکت و آرام باشد و احساس ناراحتی می‌کند. دیگران ممکن است او را بی‌قرار و غیرقابل تحمل بدانند).
۶. دانش آموز غالباً پرچانگی می‌کند.
۷. غالباً پس از تمام‌شدن پرسش، پاسخ را می‌گوید (مثلاً جمله‌های دیگران را تکمیل می‌کند، نمی‌تواند منتظر نوبت خود برای صحبت کردن بماند).
۸. انتظار کشیدن برایش دشوار است (مثلاً ایستادن در صف صبحگاهی یا عصرگاهی مدرسه).
۹. وسط حرف معلم یا سایر هم‌کلاسی‌ها می‌پرد و مزاحم دیگران می‌شود.

روش‌های اولیه درمان با تمرکز بر مشاور مدرسه

اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی غالباً با ترکیبی از

نارسایی توجه و بیش‌فعالی عبارت‌اند از: «نارسایی توجه»، «بیش‌فعالی» و «تکانشگری». سه نوع عمده از این اختلال در دانش‌آموزان مدرسه‌ها وجود دارد. در نوع اول، کودک عمدتاً بیش‌فعال و تکانشگر است. در نوع دوم، فرد عمدتاً نارسایی توجه دارد. در نوع سوم، کودک نارسایی توجه را با بیش‌فعالی و تکانشگری به‌صورت تلفیقی از خود بروز می‌دهد. به‌طور معمول اکثر کودکان مدل تلفیقی یا نوع سوم این اختلال را دارند.

کلیدواژه‌ها: اختلال نارسایی توجه، بیش‌فعالی، تکانشگری، پرتحرکی، پرحرفی

علائم اصلی و فرعی اختلال

شش یا بیش از شش مورد از نشانههای زیر دست کم شش ماه تداوم داشته و در حدی باشند که با سطح تحولی فرد همخوانی نداشته و تأثیر مستقیمی بر فعالیتهای اجتماعی و تحصیلی‌اش بگذارند.

توجه: نشانهها فقط حاکی از رفتار لجبازی، نافرمانی، خصومت یا ناتوانی در درک تکلیفها یا دستورالعملها نیستند. در مورد نوجوانان ۱۷ ساله و بالاتر باید دست کم پنج نشانه وجود داشته باشد:

۱. از عهده توجه دقیق به جزئیات بر نمی‌آید یا در انجام تکلیفهای مدرسه، یا فعالیتهای دیگر، از روی بی‌دقتی مرتکب اشتباه می‌شود (مثلاً جزئیات را نادیده می‌گیرد یا اصلاً متوجه نمی‌شود و انجام تکلیفهایش دقیق نیست).
۲. در حفظ توجه به تکلیفها یا بازیها با دشواری روبه‌روست (مثلاً در حفظ تمرکز طی سخنرانی‌ها، گفت‌وگوها یا مطالعات طولانی با مشکل مواجه می‌شود).
۳. غالباً وقتی به‌طور مستقیم مورد خطاب قرار می‌گیرد، انگار نمی‌شنود (مثلاً گویا فکرش جایی دیگر است؛ حتی وقتی هیچ عامل آشکاری در کار نیست که حواسش را پرت کند).
۴. غالباً از دستورالعملها پیروی نمی‌کند و از عهده اتمام تکلیفهای مدرسه و سایر کارها یا وظیفه‌هایش بر نمی‌آید (مثلاً تکلیفها را شروع می‌کند، اما تمرکزش را از دست می‌دهد و سریعاً از مسیر منحرف می‌شود).
۵. در سازمان‌دهی تکلیفها و فعالیتهای غالباً با مشکل روبه‌روست (مثلاً در انجام تکلیفهای متوالی مشکل دارد، نگهداری مرتب و منظم اشیا و لوازم برایش دشوار است، کارش نامرتب و درهم ریخته است، مدیریت زمان ضعیفی دارد، نمی‌تواند کارها را سر موعد انجام دهد).
۶. در خانه و مدرسه، از پرداختن به تکلیفهایی که مستلزم تلاش ذهنی مداوم هستند، غالباً اجتناب می‌کند و بی‌زاری یا بی‌میلی نشان می‌دهد.
۷. غالباً اشیای ضروری برای انجام دادن تکلیفها یا فعالیتهای را گم می‌کند (مثل وسایل مدرسه، مداد، کتاب، دفتر، کیف پول، کارت بانکی یا مترو، عینک و تلفن همراه).
۸. بر اثر محرک‌های نامربوط غالباً خیلی سریع دچار حواس‌پرتی می‌شود.

اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی یکی از اختلالات دوره کودکی است که ۱۸ نشانه دارد. اگر کودکی ۶ نشانه از ۱۸ نشانه را داشته باشد، به عنوان کودک دارای اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی شناخته می شود

ارتباط مطلوبی وجود دارد.
۵. جدا نکردن دانش آموزان دارای اختلال نارسایی توجه و بیش فعال از سایر دانش آموزان.
۶. داشتن ارتباط چهره به چهره معلم با دانش آموزان.
۷. طولانی نبودن زمان فعالیت های آموزشی (در دوره ابتدایی حداکثر ۲۵ دقیقه و در دوره متوسطه اول و دوم ۳۵ دقیقه).
۸. نوگرای، چرا که در حوزه آموزش مهم ترین موضوع در کلاس درس تنوع فعالیت است.

۹. اختصاص فعالیت های آموزشی مهم مثل ریاضی و علوم، به ساعت های اولیه صبح.
۱۰. آموزش تلفیقی (با تأکید بر عینی کردن فرایند حل مسئله).

۱۱. خرد بودن تکلیف ها برای بهبود توجه دانش آموزان و اینکه در زمان کوتاه پاسخ دهند (دانش آموزان دارای اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی، در حوزه های اجرایی، حافظه کاری، سازمان دهی، مدیریت (کنترل) توجه، نگه داشتن اطلاعات، و یکپارچه کردن زمان و مکان دچار مشکل هستند).

۱۲. اجرای تکلیف ها با استفاده از نظام (سیستم) انگیزشی و تقویت رفتار (منبع کنترل و انگیزه این دانش آموزان بیرونی است).

۱۳. نظارت و توجه مستمر روی این نوع دانش آموزان.

۱۴. فعالیت های فیزیکی و ورزشی مناسب.
۱۵. جذاب کردن تکلیف هایی که به دانش آموزان می دهیم.

۱۶. آموزش مهارت ها به کودک و نوجوان.

۱۷. انجام تمرین عملی با دانش آموزان و یادآوری.

۱۸. تأکید روی نقاط مثبت دانش آموزان.

۱۹. در برگزاری آزمون ها، زمان و تعداد سؤال ها محدود باشد.

روش های دارودرمانی و روان درمانی درمان می شود. برخی از داروهایی که برای درمان این اختلال به کار می روند، عبارت اند از: «ریتالین»^۲ (متیل فنیدیت^۳)، «متادیت»^۴ (متیل فنیدیت) و «استراترا»^۵ (اتمو کسیتاین^۶). استراترا برخلاف سایر داروها محرک نیست، بلکه بر ناقل عصبی نوراپی نفرین اثر دارد، اما داروهای محرک بر ناقل عصبی دوپامین تأثیر دارند. خط پایه درمان اختلال شدید نارسایی توجه و بیش فعالی، دارودرمانی است. اما برای اختلال خفیف و متوسط روان پزشکان از داروها استفاده می کنند. دوز دارو به طور معمول براساس شدت اختلال، وزن، قد، سن و... تجویز می شود.

به طور معمول اختلال خفیف و متوسط با آموزش صحیح و رشد مغز تا پایان دوره نوجوانی برطرف می شود. ریتالین دارویی که بیشتر برای درمان اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی مورد استفاده قرار می گیرد و به طور متوسط پنج ساعت اثرگذار است. برای درمان رفتاری کودکان، گام اول آموزش والدین است. زیر عنوان «مدیریت رفتارهای والدین»^۷، به آن ها آموزش داده می شود که خود درمانگر کودکان شان باشند. به این ترتیب روش های خاصی به والدین آموزش داده می شوند تا کودکان رفتارهای اجتماعی پسندی را از خود بروز دهند و رفتارهای انحرافی نامناسب شان کاهش یابد.

نکته هایی برای مشاوران در محیط آموزشی

۱. آموزش معلمان و والدین، برای شناخت ماهیت اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی.

۲. توجه به نوع کلاس، مدرسه و تعداد دانش آموزانی که دارای اختلال نارسایی توجه و بیش فعالی هستند (تراکم کلاس کمتر از ۲۵ نفر باشد).

۳. ساختارمند بودن کلاس ها. منظور از ساختارمند بودن کلاس این است که معلمان قوانین و مقررات مشخصی برای فعالیت های آموزشی و پرورش کلاس داشته باشند. در صورتی که کلاس ساختارمند و قانونمند نباشد، احتمالاً کلاس تحت تأثیر اثر موجی قرار می گیرد و رفتارهای نامطلوب دانش آموزان بیش فعال توسط سایر دانش آموزان آموخته می شود.

۴. تعاملی بودن رفتار معلم. در عین اینکه کلاس ساختارمند است و قوانین و مقررات تأکید می شود، بین معلم و دانش آموزان



تابلوی اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی

آشنایی با اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی	اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی در دورهٔ پیش‌دبستانی و سال‌های اول مدرسه خود را نشان می‌دهد. تخمین زده می‌شود که ۳ تا ۵ درصد کودکان دچار اختلال باشند. گفته می‌شود این اختلال در بزرگسالی برطرف نمی‌شود، اگرچه از نظر شدت ممکن است تغییر کند و شدیدتر یا ضعیف‌تر شود. اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی یکی از شایع‌ترین اختلالات رفتاری طی چند دههٔ اخیر در سراسر جهان و در حال افزایش است.
علائم اصلی و فرعی اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی	۱ دانش‌آموز دارای اختلال نارسایی توجه، از عهدهٔ توجه دقیق به جزئیات برنمی‌آید یا در تکلیف‌های مدرسه، یا فعالیت‌های دیگر از روی بی‌دقتی مرتکب اشتباه می‌شود (مثلاً جزئیات را نادیده می‌گیرد یا اصلاً متوجه نمی‌شود و انجام تکلیف‌هایش دقیق نیست) ۲ دانش‌آموز دارای اختلال نارسایی توجه، در حفظ توجه به تکلیف‌ها یا بازی‌ها با دشواری روبه‌روست (مثلاً در حفظ تمرکز طی سخنرانی‌ها، گفت‌وگوها یا مطالعات طولانی با مشکل مواجه می‌شود) ۳ دانش‌آموز دارای اختلال نارسایی توجه، غالباً وقتی به‌طور مستقیم مورد خطاب قرار می‌گیرد انگار نمی‌شنود (مثلاً گویا فکرش جایی دیگر است؛ حتی وقتی هیچ عامل آشکاری در کار نیست که حواسش را پرت کند) ۱ دانش‌آموز بیش‌فعال و تکانشگر، دست‌ها و پاهایش غالباً بی‌قرار است، و در حالت نشسته وول می‌خورد. ۲ دانش‌آموز بیش‌فعال و تکانشگر، غالباً صندلی خود را در موقعیت‌هایی که انتظار می‌رود یک‌جا بنشینند، ترک می‌کند (مثلاً صندلی‌اش را در کلاس یا موقعیت‌های دیگری که لازم است سرجایش بماند، ترک می‌کند) ۳ دانش‌آموز بیش‌فعال و تکانشگر، غالباً در موقعیت‌های نابجا به این طرف و آن طرف می‌پرد (در نوجوانان ممکن است به احساس بی‌قراری محدود شود)
درمان مقدماتی اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی	اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی غالباً با ترکیبی از روش‌های روان‌درمانی و دارودرمانی درمان می‌شود
نکاتی برای مشاوران و معلمان مدرسه	- آموزش ماهیت اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی به والدین و معلمان - توجه به نوع کلاس، مدرسه و تعداد دانش‌آموزانی که دارای اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی هستند (تراکم کلاس کمتر از ۲۵ نفر باشد) - ساختارمندبودن کلاس‌ها - تنوع آموزشی - تعاملی‌بودن آموزش - عینی‌بودن فرایند حل مسئله - اجرای تکلیف‌ها با استفاده از نظام انگیزشی و تقویت رفتار - نظارت و توجه مستمر روی این نوع دانش‌آموزان - فعالیت‌های فیزیکی و ورزشی مناسب - جذاب کردن تکلیف‌های دانش‌آموزان - آموزش مهارت‌ها به کودک و نوجوان - انجام تمرین عملی با دانش‌آموزان و یادآوری

پی‌نوشت‌ها

1. Attention Deficit Hyperactivity Disorder
2. Ritalin
3. Methylphenidate
4. Metadate
5. Strattera
6. Atomoxetine
7. Parents Management Training

منابع

۱. ارجمندنیا، علی‌اکبر (۱۴۰۱). آسیب‌شناسی روانی کودک و نوجوان. انتشارات سمت. تهران.
۲. رابرت، استرنبرگ (۱۳۹۶). روان‌شناسی شناختی. ترجمهٔ کمال خرازی و الهه حجازی. انتشارات سمت. تهران.
۳. انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۹۵). چکیدهٔ راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی. ترجمهٔ هامایاک آوادیس یانس، حسن هاشمی میناباد.
۴. Biederman, Joseph; Monuteaux, C.; Doyle, Alysa E.; Seidman, Larry J.; Wilens, Timothy E.; Frances, Ferrero, Morgan; Christie L.; Faraone, Stephen V. 2004. Impact of executive Function Deficits and Attention-deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) on Academic Outcomes in Children. Journal of consulting and Clinical psychology, Vol 72 (5)
۵. Brown TE, 2006, Executive Function and attention deficit hyperactivity disorder: implications of two conflicting views. Int J Disabil Dev educ 53:35-46.
۶. Baddeley, A. (2007). Working memory, thought and action.; Oxford University Press.
۷. Diamond, A. and Lee K. 2011. Intervention shown to aid executive Function development in children 4 to 12 years old. Journal of science.

۱. ارجمندنیا، علی‌اکبر (۱۴۰۱). آسیب‌شناسی روانی کودک و نوجوان. انتشارات سمت. تهران.
۲. رابرت، استرنبرگ (۱۳۹۶). روان‌شناسی شناختی. ترجمهٔ کمال خرازی و الهه حجازی. انتشارات سمت. تهران.
۳. انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۹۵). چکیدهٔ راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی. ترجمهٔ هامایاک آوادیس یانس، حسن هاشمی میناباد.

هراسی حضور

علائم و شیوه‌های درمان اختلال اضطراب اجتماعی

مقدمه

انسان موجودی است اجتماعی و طبیعتاً احساس تنهایی او را دچار اضطراب و دلهره می‌کند. تنهایی ترس‌آور است. ترس از تنهایی سبب می‌شود که انسان به گروه‌های اجتماعی و عضویت در این گروه‌ها پناه ببرد و در میان مردم و با مردم جاری شود. اضطراب از تنهایی، اضطراب از اینکه کسی یار و غم‌خوار آدمی نباشد، اضطرابی طبیعی است، زیرا طبیعت انسان اقتضا دارد به‌صورت گروهی و جمعی زندگی کند. اما همیشه این‌گونه نیست. گاهی اتفاق می‌افتد که انسان از رفتن به میان جمع بترسد.

البته می‌توان گفت که ترس از اجتماع نیز ریشه غریزی و فطری دارد و به صیانت نفس و مراقبت از خود برمی‌گردد. لذا تا آنجا که از حد طبیعی و عادی (نرمال) فراتر نرود، اختلال محسوب نمی‌شود. اما گاهی فرد به ترس بیمارگون از اجتماع مبتلا می‌شود که با خطرهایی که احیاناً او را تهدید می‌کند، تناسب ندارد. ترسی موهوم و غیرمنطقی از ارزیابی دیگران است. انگار چشمان دیگران چونان کارآگاهانی همواره در تعقیب او هستند و او را و رفتارش را رصد می‌کنند تا ابعاد پنهان و زاویه‌های ناپیدای روح و جانش را به نمایش بگذارند. چنین فردی از جمع می‌گریزد و گروه‌ها و جمعیت‌ها هم نه‌تنها او را در خود فرامی‌خوانند، بلکه او را مایه عذاب و ناخشنودی می‌دانند.

حضور در جمع شرم عمیقی را در وی برمی‌انگیزد. انگار حضور میان مردم، حضور در روز حساب است و او ناچار باید به مردم حساب پس دهد. به همین سبب از جمعیت هراس دارد که می‌آید گناهانش افشا شوند. مبدا کاری انجام دهد که شرمسار شود و چشمان ملامتگر اجتماع او را مجازات کنند. ترس از جمع یک آسیب است و کشتن این ترس در دل کسی که می‌ترسد، کار چندان ساده‌ای نیست.

«اختلال اضطراب اجتماعی» نوعی اختلال شخصیتی است که با علائم جسمانی نظیر سرگیجه، دلشوره، لرزش دست، سرخ‌شدن چهره و گرفتگی عضله‌ها همراه است. البته اگر حاد شود به صورت «لالی» و «زبان‌مردگی» خود را نشان می‌دهد. بررسی‌ها نشان می‌دهند، حدود پنج درصد کودکان و بزرگسالان در ایران دچار «اضطراب اجتماعی» هستند و حضور در جمع برای آن‌ها، به نحوی از انجا با هراس، اضطراب و ترس و لرز همراه است.

کلیدواژه‌ها: اختلال اضطراب اجتماعی، روان‌درمانی، رفتاردرمانی، ترس، اضطراب

اضطراب اجتماعی چیست؟

اختلال اضطراب اجتماعی یا «جمع‌هراسی»^۲ نوعی اضطراب است که با ترس و اضطراب شدید در موقعیت‌های اجتماعی شناخته می‌شود و حداقل بخشی از فعالیت‌های روزمره شخص را مختل می‌کند. این اختلال یک مفهوم ترکیبی است و از دو جزء «اضطراب» و «اجتماعی» شکل گرفته است.



زهر اشاهسواری
کارشناس ارشد مشاوره خانواده

گاهی یک تجربه ناموفق اجتماعی می‌تواند شروعی برای اضطراب اجتماعی باشد. همچنین اضطراب اجتماعی می‌تواند اثرات بلندمدت‌تر شدن، نادیده گرفته شدن، آزار جسمی یا جنسی در دوره کودکی باشد. «محافظة بیش از اندازه» والدین از کودکان و اینکه به کودک اجازه ندهند احساسات و هیجانات خود را بروز دهد، در ابتلا به این اختلال در بزرگسالی مؤثر است



خواهند داد. یا ممکن است طوری رفتار کند که مورد تحقیر دیگران واقع شود و در فشار و دردسر قرار گیرد. بدیهی است هنگامی که چنین اضطرابی بر فرد مستولی شود، اعتماد به نفس وی کاهش می‌یابد، قدرتش برای نگرش واقع‌بینانه و برقراری ارتباط متقابل با دیگران به حداقل می‌رسد، و احساس تنش یا ناتوانی در تنش‌زدایی، افسردگی، ناآرامی و بی‌قراری، گریز از ارتباطات معمول اجتماعی و دل‌مشغولی‌های مفرط، شخصیت او را فرا می‌گیرد. ترس از حضور در جمع برای افرادی که دچار اضطراب اجتماعی هستند، نوعی ویژگی پایدار شخصیتی است، نه یک وضعیت گذرا. تنها با درمان است که می‌توان ترس حضور در اجتماع را از بین برد و یا کاهش داد.

چه عواملی اضطراب اجتماعی را ایجاد می‌کنند

محققان هنوز به‌طور دقیق نمی‌توانند عوامل ایجادکننده این اختلال را مشخص کنند، ولی برخی تحقیقات نشان‌دهنده تأثیر هم‌زمان عوامل ژنتیکی و شرایط اجتماعی در بروز این اختلال است. اضطراب اجتماعی تابعی از شرایط و موقعیت‌های متفاوت و علل آن بیش از آن است که در این مختصر بگنجد یا بتوانیم همه آن‌ها را برشماریم.

برخی وضعیت‌ها اضطراب اجتماعی را شدت می‌بخشند. برای مثال کسی که برای کنکور درس می‌خواند و یا کسی که قرار است سخنرانی مهمی داشته باشد، بیشتر از افرادی که در شرایط عادی هستند در معرض اضطراب قرار دارند. همچنین شرایط اقتصادی و خانوادگی، پایگاه اجتماعی، فرهنگی و طبقاتی، سن، جنس، رفتار والدین و معلمان، و دوران کودکی سالم یا ناسالم فرد و امثال این‌ها بر افزایش یا کاهش اضطراب اجتماعی به‌شدت تأثیر دارند.

بررسی‌ها نشان می‌دهند که اضطراب در مردها، طبقات اقتصادی مرفه و جوانان کمتر است و در زنان، کودکان، افراد کم‌درآمد و سالمندان شیوع بیشتری دارد. افرادی که کودکی امنی داشته‌اند و کمتر از طرف والدین طرد شده‌اند، اعتماد به نفس و عزت‌نفس بالاتری دارند، از تجربه‌های موفقیت‌آمیز بیشتری برخوردارند، و معمولاً اضطراب اجتماعی کمتری دارند. رابطه مستقیمی بین عزت‌نفس و میزان اضطراب اجتماعی وجود دارد.

گاهی یک تجربه ناموفق اجتماعی می‌تواند شروعی برای اضطراب اجتماعی باشد. همچنین اضطراب اجتماعی می‌تواند اثرات بلندمدت طردشدن، نادیده گرفته‌شدن، آزار جسمی یا جنسی در دوره کودکی باشد. «محافظت بیش از اندازه»^۳ والدین از کودکان و اینکه به کودک اجازه ندهند احساسات و هیجانات خود را بروز دهد، در ابتلا به این اختلال در بزرگسالی مؤثر است. مشکل داشتن در کسب مهارت‌های اجتماعی نیز

واژه «اضطراب» به حالتی روانی و عاطفی اشاره دارد که ممکن است از یک احساس ناراحتی کوچک تا ترس یا وحشت حاد ادامه یابد. فرد مضطرب در معرض هراس دائمی قرار دارد که مبادا ارزش‌های اساسی زندگی‌اش را از دست بدهد. اگر به نقاشی اثر **مونش** که موضوع آن اضطراب است دقت کنیم، در خواهیم یافت که اضطراب حالت معکوس «جیغ» و در واقع نوعی «فریاد معطوف به درون» است. اضطراب طولانی یا شدید ممکن است به بروز نشانگان جسمانی مثل تعریق، لرز، تهوع و احساس گنجی منجر شود. اضطراب عموماً واکنشی است که در شرایط ترس‌آور رخ می‌دهد و با افکار منفی و هراس‌آور و با خودگویی‌های منفی تشدید می‌شود.

واژه «اجتماعی» به مفهوم «در میان جمع بودن» اشاره دارد. وضعیت‌هایی مانند صحبت در جمع، رفتن به جلسه امتحان و رستوران، سخنرانی یا ارائه در مقابل دیگران، نوشتن در مقابل دیگران، حضور در جلسه‌های عمومی، حضور در مکان‌های عمومی و صحبت با تلفن، نمونه‌هایی از قرار گرفتن در وضعیت‌های گوناگون اجتماعی هستند. اضطراب اجتماعی نتیجه نوعی ارزیابی شخصی از موقعیت‌های متفاوت اجتماعی است.

فردی که دچار اضطراب اجتماعی است، هیچ گونه تمایلی به آغاز ارتباط با دیگران ندارد و با احساسی از ترس و مقاومت غیرمعقول، از هر موقعیتی که ممکن است، در معرض داوری دیگران قرار گیرد، اجتناب می‌ورزد. برداشت یا تصور شخص از اینکه احتمال دارد شخصیت او مورد سنجش و ارزیابی قرار گیرد، می‌تواند واقعی یا خیالی باشد. در واقع شخصی که به‌شدت دچار اضطراب اجتماعی است، تصور می‌کند در هر موقعیت یا شرایط اجتماعی، فرد یا افرادی به محض مواجه شدن با او رفتار و شخصیتش را مورد نقد و ارزیابی قرار

می تواند عامل تقویت کننده اضطراب اجتماعی باشد، چرا که باعث کاهش اعتماد به نفس، ناتوانی در برقرار کردن ارتباطات اجتماعی موفق، و اخذ واکنش های مثبت و پذیرش از طرف دیگران می شود.

علائم اضطراب اجتماعی

۱. علائم احساسی و رفتاری

- ترس از موقعیت هایی که ممکن است مورد قضاوت منفی قرار بگیرد؛
- نگرانی در مورد شرمساری یا تحقیر شدن؛
- ترس شدید از ارتباط برقرار کردن یا صحبت با غریبه ها؛
- ترس از اینکه دیگران متوجه شوند اضطراب دارد؛
- ترس از علائم جسمی که ممکن است باعث خجالت وی شوند (همچون سرخ شدن، تعریق، لرزیدن یا لرزش صدا)؛
- خجالت کشیدن از انجام کارها یا صحبت کردن با مردم؛
- اجتناب از موقعیت هایی که سبب شوند در مرکز توجه قرار گیرد؛

اختلال اضطراب اجتماعی زمانی رخ می دهد که فرد هنگام صحبت کردن یا اجرا در جمع، ترس و اضطراب شدیدی را تجربه می کند، اما در سایر موقعیت های اجتماعی عمومی تر این احساس را ندارد.

درمان اختلال اضطراب اجتماعی

گزینه های درمانی می توانند شامل کمک به فرد برای ایجاد الگوهای فکری سالم تر، دست یافتن به سازوکارهای مقابله و سایر پیشرفت های روانی - اجتماعی باشند. از گزینه های درمانی همچنین می توان برای مدیریت و کاهش علائم مرتبط با اختلال اضطراب اجتماعی استفاده کرد. دو روش درمانی اصلی برای درمان این اختلال وجود دارد: روان درمانی و دارودرمانی.

روان درمانی

«رفتاردرمانی شناختی»^۴ مخصوص اضطراب، نوعی روان درمانی است که شیوه های سالم تر تفکر، رفتار و واکنش به موقعیت ها را آموزش می دهد. روان درمانی در حقیقت می تواند تغییرات مثبتی در ساختارهای مغزی دخیل در پردازش و تنظیم احساسات ایجاد کند. «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد»^۵، «درمان مواجهه ای»^۶، و آموزش مهارت های اجتماعی در درمان اضطراب اجتماعی مورد استفاده قرار گرفته اند. در یک تحقیق، درمان دارویی با «فلزین» بسیار مؤثرتر از درمان رفتاری - شناختی ارزیابی شده است.^۱ با وجود این، ترکیب روش های فوق با درمان دارویی ممکن است به بهبود اثرات درمان دارویی منجر شود. درمان پذیرش و تعهد، در مقایسه با درمان شناختی - رفتاری، در کاهش اجتناب تجربی بیماران اضطراب اجتماعی اثربخشی بیشتری نشان داده است. (آنتونی و سوینسون، ۱۴۰۰)

برای مقابله با این آسیب باید جدیت و پیگیری داشت تا نتیجه مطلوب به دست آید.

برخی دیگر از روش های درمانی

- راه های دیگری برای کمک به بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم اضطراب هنگام زندگی وجود دارند:
- به گروه های حمایتی بپیوندند تا حمایت شوند و محیطی امن پیدا کنند. در این گروه ها یاد می گیرند که افکارشان درباره قضاوت یا طرد شدن درست نیستند.
 - الگوهای تفکر منفی را که شامل تلاش برای پیش بینی رویدادها و فکر کردن در مورد بدترین حالت ها (سناریوها) هستند، به چالش بکشند. برای مثال آیا واقعاً می توانند بفهمند که دیگری درباره آن ها چه می اندیشد؟
 - تمرکزشان را به بیرون معطوف کنند تا مانع از تمرکز بیش از حد روی احساسات بدنی و واکنش های فیزیکی یا ظاهر خود شوند.
 - زمانی را صرف تنفس کامل و عمیق کنند و به دستگاه



«رفتاردرمانی شناختی»

مخصوص اضطراب، نوعی روان درمانی است که شیوه های سالم تر تفکر، رفتار و واکنش به موقعیت ها را آموزش می دهد. روان درمانی در حقیقت می تواند تغییرات مثبتی در ساختارهای مغزی دخیل در پردازش و تنظیم احساسات ایجاد کند



- اضطراب به خاطر پیش بینی قرار گرفتن در یک فعالیت یا رویداد ترسناک؛
 - ترس یا اضطراب شدید در موقعیت های اجتماعی؛
 - تجزیه و تحلیل عملکرد خود و تشخیص نقص ها در روابط خود، پس از قرار گرفتن در یک موقعیت اجتماعی؛
 - انتظار بدترین پیامدهای ممکن از یک تجربه منفی در طول یک موقعیت اجتماعی.
- برای کودکان، نگرانی از تعامل با بزرگسالان یا همسالان ممکن است با گریه، لجبازی، چسبیدن به والدین یا امتناع از صحبت کردن در موقعیت های اجتماعی نشان داده شود.

۲. علائم جسمی

گاهی علائم و نشانه های جسمانی می توانند با اختلال اضطراب اجتماعی همراه باشند و ممکن است شامل این موارد باشند: سرخ شدن ناشی از خجالت، ضربان قلب سریع، لرزیدن، تعریق، دل پیچه یا حالت تهوع، مشکل در حبس تنفس، سرگیجه یا سبکی سر، سیاهی رفتن چشم ها، و احساس اینکه ذهن پاک شده است. نوع منحصر ا عملکردی

تابلوی اختلال اضطراب اجتماعی

اختلال اضطراب اجتماعی نوعی اضطراب است که با ترس و اضطراب شدید در موقعیت‌های اجتماعی شناخته می‌شود و حداقل بخشی از فعالیت‌های روزمره شخص را مختل می‌کند. به بیان دیگر، «اضطراب اجتماعی ترس یا اضطراب آشکار درباره یک یا چند موقعیت اجتماعی است که در آن‌ها فرد در معرض واریسی توسط دیگران قرار می‌گیرد.» فرد مبتلا به این اختلال به شدت از خطر بالقوه انجام رفتار نامناسب یا نشان دادن نشانه‌های اضطراب وحشت دارد.

علائم جسمی شامل سرخ شدن، تعریق زیاد، لرزش، تپش قلب، احساس دل آشوب و لکنت زبان می‌شود. در موارد نگرانی و ترس شدید، حمله‌های اضطرابی نیز ممکن است اتفاق بیفتد. علائم روانی عبارتند از: نگرانی و هراس از مورد قضاوت قرار گرفتن، ارزیابی شدن، مورد نقد قرار گرفتن و اجتناب از برقراری ارتباط، نبود آرامش بین افراد و ... برداشت یا تصور شخص از موقعیت‌های اجتماعی که احتمال دارد شخصیت، ظاهر یا توانایی‌های او مورد سنجش و ارزیابی ضعیف دیگران قرار گیرد، منفی است. مبتلایان به اضطراب اجتماعی از اینکه در نظر دیگران چگونه به نظر می‌رسند، احساس نگرانی می‌کنند.

با توجه به میزان و شدت اختلال، برای این افراد درمان دارویی و روان‌درمانی توصیه می‌شود. استفاده از فن‌های درمان شناختی، درمان متمرکز بر تعهد و حساسیت‌زدایی منظم، مواجهه با موقعیت‌های اضطراب‌زا و ... معمولاً به درمان این افراد کمک می‌کند.

از آنجا که این اختلال در سنین پایین‌تر راحت‌تر و زودتر درمان می‌شود، لذا بسیار ضروری است مشاوران این دانش‌آموزان را شناسایی و ارزیابی کنند و به کمک خانواده و ارجاع به مراکز درمانی، درصدد حل مشکل آن‌ها برآیند. برای دانش‌آموزانی هم که دچار اختلال ضعیف اضطراب هستند، خودشان اقدام کنند و با درمان‌های مواجهه‌ای و دیگر درمان‌های شناختی و رفتاری، و به کمک معلم، در حل مشکل این قبیل دانش‌آموزان بکوشند.

آشنایی با اختلال

علائم اصلی و فرعی اختلال

درمان مقدماتی

نکته‌های برای مشاور مدرسه

(سیستم) عصبی‌شان فرصتی دهند تا آرام شود.

از مصرف کافئین (از جمله منابع پنهان، مانند کافئین موجود در شکلات و نوشابه) بپرهیزند. کافئین زیاد می‌تواند اضطراب را تشدید کند.

اسیدهای چرب امگا ۳ را به رژیم غذایی خود اضافه کنند (ماهی‌های چرب و مغزها را در نظر بگیرند) تا خلق‌وخوی کلی و اضطرابشان بهبود یابد.

صبوری در برابر خود و دیگران را تمرین کنند.

در شرایط اجتماعی انتظار کمال‌گرایی نداشته باشند و از مهارت‌هایی که آموخته‌اند برای حفظ آرامش خود استفاده کنند. (منصوری و عصفوری، ۱۴۰۱)

نقش مشاوران مدرسه‌ها

هرچه شمار افراد مضطرب در جامعه بیشتر باشد، آن جامعه آسیب‌پذیرتر خواهد بود. جامعه مضطرب در معرض ترس دائمی قرار دارد. بنابراین اگر درمان نشود، با مسائل و مشکلات زیادی روبه‌رو خواهد شد. مبارزه با اضطراب کاری بسیار دشوار است، زیرا گاهی پرهیز از اضطراب خود ایجاد اضطراب می‌کند. همچنین افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در معرض خودکشی، اعتیاد، تعارض‌های نقش و آسیب‌های دیگر قرار دارند (همبرگ، ۱۹۹۵). مشاوران به واسطه ارتباط با سه گروه معلمان، دانش‌آموزان و اولیای ایشان و داشتن تخصص لازم در زمینه اضطراب اجتماعی، می‌توانند در کاهش و پیشگیری از این اختلال بسیار نقش‌آفرین باشند.

مشاوران مدرسه‌ها می‌توانند در سه حیطه دست به اقدام بزنند تا بتوانند از شروع و یا پیشرفت این اختلال در دانش‌آموزان جلوگیری کنند. آن‌ها باید طی جلسه‌های مستمر با معلمان این اختلال را مطرح سازند، در مورد ضرورت پرداختن به آن و نقش معلمان در شروع، تشدید و یا کاهش آن در دانش‌آموزان صحبت کنند و راهکارهای لازم را ارائه دهند. همچنین در جلسه‌های آموزش خانواده و جلسه‌های مشاوره گروهی که برای والدین این دانش‌آموزان ترتیب می‌دهد، به اهمیت و عواقب آسیب‌زای اضطراب اجتماعی اشاره کند، راهکارهای لازم را در اختیار آن‌ها قرار دهد و نکته‌های ضروری و روش‌های جلوگیری و یا تشدید این اختلال را برایشان شرح دهد.

در حیطه دانش‌آموزی بسیار ضروری است که مشاور مدرسه به شناسایی اولیه این دانش‌آموزان بپردازد و با مشاوره گروهی، به‌کارگیری روش‌های درمان شناختی و مواجهه تدریجی با موقعیت‌های اضطراب‌آور، در کاهش اضطراب دانش‌آموزان بکوشد. برخی از ایشان را هم که دچار مشکلات حادثری هستند، توسط خانواده به مراکز درمانی ارجاع دهد. مشاوران می‌توانند از دبیران و معلمان نیز برای انجام فرایند درمان خود کمک بگیرند. مثلاً از آن‌ها بخواهند این‌گونه دانش‌آموزان را برای ارائه درس به تدریج پای تخته بیاورند و مورد تشویق قرار دهند و در این زمینه از راهنمایی‌های مشاور مدرسه بهره ببرند.

پی‌نوشت‌ها

1. Social anxiety disorder
2. social phobia
3. overprotection
4. Cognitive behavioral therapy
5. acceptance-commitment therapy
6. exposure therapy

۷. نقاشی اضطراب از ادوارد مونش

منابع

۱. هافمن، استفان و اتو، میشل (۱۳۹۲). درمان شناختی-رفتاری اختلال اضطراب اجتماعی. ترجمه مصطفی خازنده، اسماعیل سلطانی و محسن سعیدیان اصل. نشر آوی نور، تهران.
۲. آنتونی، مارتین و سونسون، ریچارد (۱۴۰۰). کتاب کار اضطراب اجتماعی و کم‌رویی. ترجمه جواد خلعتبری، تبسم بحرینی و لیلا سجادی. نشر ثالث، تهران.
۳. منصوری، زهرا و عصفوری (۱۴۰۱). اضطراب اجتماعی (سبب‌شناسی و درمان). انتشارات آوی نور، تهران.
4. "Webmd. Mental Health: Social Anxiety Disorder". Webmd.com. Retrieved 2010-04-14.
5. Heimberg, Richard G. Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment. Guilford Press
6. Lim ST, Dragull K, Tang CS, Bittenbender HC, Efird JT, Nerurkar PV (2007). "Effects of kava alkaloid, pipermethystine, and kavalactones on oxidative stress and cytochrome P450 in F-344 rats". Toxicol. Sci. 97 (1): 21-214.
7. Sorrentino L, Capasso A, Schmidt M (2006). "Safety of ethanolic kava extract: Results of a study of chronic toxicity in rats". Phytomedicine. 13 (8): 5429.
8. doi:10.1016/j.phymed.2006.01.006. PMID 16904878

روش‌های اصلاح
و ترمیم

اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان

موضوع مورد بحث کتاب اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان، مشکلات هیجانی یا اختلالات رفتاری آنان است. با توجه به وجود تعداد قابل توجهی از کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری در مدرسه‌های عادی کشورمان و با عنایت به کمبود متخصص و ناآگاهی‌های عمومی در این زمینه، تألیف کتاب‌هایی از این دست می‌تواند مربیان و دست‌اندرکاران نظام آموزشی را نسبت به این گروه از کودکان و نوجوانان حساس کند تا با درک مسائل این قبیل کودکان بتوانند مشکلات رفتاری آنان را در مرحله‌های اولیه تشخیص دهند و به اصلاح یا حداقل کم کردن آن همت گمارند. معمولاً معلمان در طول خدمت با دانش‌آموزانی روبه‌رو می‌شوند که به‌صورت مزمن ناشاد یا افسرده هستند، یا رفتارهای تهاجمی یا ضداجتماعی دارند. شاید تصویر ذهنی معلمان از این گونه دانش‌آموزان فردی باشد که بر لبه پرتگاهی ایستاده و هر لحظه ممکن است سقوط کند. اما فاصله آنان از وی به قدری زیاد است که عملاً هیچ نوع کمکی از عهده‌شان برنمی‌آید.

در صورتی که با اقدام به‌موقع و مبتنی بر آگاهی‌های لازم، به شناسایی و حل مشکلات این گروه از کودکان اهتمام ورزیم، در آینده‌ای نزدیک از وجود تعداد قابل توجهی از بیماران روانی، معتادان، جنایتکاران و زندانیان جامعه کاسته‌ایم. این مهم فقط با آموزش و آگاهی والدین، معلمان، مشاوران، پرستاران روانی و دست‌اندرکاران آموزش و پرورش تحقق خواهد یافت.



کیانوش صنیعی

پژوهشگر روانشناسی اختلالات کودکان

تعریف اختلالات رفتاری

مؤلفان کتاب مزبور، در یک جمع‌بندی و پس از ارائه تعریف‌های متفاوت، اختلالات رفتاری را به این شرح معرفی می‌کنند: «رفتارهای گوناگون افراطی، مزمن و انحرافی که گستره آن‌ها شامل اعمال تهاجمی یا برانگیختگی ناگهانی تا اعمال افسرده‌گونه و گوشه‌گیرانه می‌شود و بروز آن‌ها دور از انتظار مشاهده‌کننده است؛ به‌طوری که آرزوی توقف این گونه رفتارها را دارد.»

به زبان ساده، اختلالات رفتاری را می‌توان انحراف از اعتدال دانست و قضاوت در این مورد مستلزم آن است که مشخص شود آیا رفتار ناشی از اختلال در کارکرد دستگاه عصبی و غدد داخلی است یا آنکه ناشی از عوامل محیطی است. به هر حال رفتارهای رفتاری باید بر اساس آنچه سلامتی تلقی می‌شود، تعیین شوند. سپس با توجه به

تفاوت رفتار مورد نظر با رفتارهای رفتاری، بهنجار یا نابهنجار بودن آن مشخص شود. به نظر برخی از اندیشمندان، جامع‌ترین معیار برای قضاوت در مورد اختلال رفتاری، رفتارهای فرهنگی و اجتماعی است. هر جامعه‌ای رفتارهای خاصی را انتخاب می‌کند و افراد را به گونه‌ای پرورش می‌دهد که رفتارهای مطابق با ارزش‌های آن جامعه داشته باشند. افرادی که به هر دلیل این رفتارها را از خود بروز ندهند، منحرف قلمداد می‌شوند. رفتارهای فرهنگی تأثیر بسزایی بر انتظارات، قضاوت‌ها و نگرش‌های مختلف نسبت به رفتار کودکان و نوجوانان دارند. رفتارهای نابهنجار آنجا اهمیت می‌یابند که کودکان دچار اختلالات رفتاری، در چرخه معیوبی از روابط اسیر شده باشند و به‌طور فزاینده‌ای موجب آزار و اذیت معلمان، مربیان و هم‌سالان خود شوند و از طرف

آن‌ها نیز مورد اذیت و آزار قرار گیرند. بنابراین می‌باید راهکارهای مداخله‌ای پیشنهادشده از طرف متخصصان در این موارد به کار گرفته شوند و این موضوع همان‌طور که گفته شد، مستلزم آموزش معلمان، مربیان و والدین است. البته برخی از آن‌ها حتی بدون نیاز به آموزش‌های تخصصی نیز می‌توانند روش‌های کمک به کودکان دارای اختلالات رفتاری را یاد بگیرند.

همه دانشمندان و نظریه‌پردازان در مورد این نکته هم‌نظر هستند که اختلالات رفتاری در کودکان و نوجوانان نقش بسیار مهمی در بروز مشکلات اجتماعی در آینده دارد. یکی از تغییرات شگفت‌انگیزی که در سال‌های اخیر روی داده، افزایش میزان شیوع و تنوع اختلالات رفتاری در کودکان و نوجوانان است. علت این موضوع را می‌توان به تغییر روش‌های ارزیابی، طراحی ابزارهای جدید اندازه‌گیری و توجه به آموزش ویژه نسبت داد. بدین دلیل شناخت، پیشگیری و درمان این اختلالات از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

برآورد درصد شیوع اختلالات رفتاری

در مورد محاسبه شیوع اختلالات رفتاری آمده است: «گوناگونی درصد اختلالات رفتاری و گزارش‌های متفاوت در اعلام میزان و درصد دانش‌آموزان مبتلا، مبین عوامل متعددی است که این اختلاف آماری را موجب می‌شوند و اهم آن‌ها عبارت‌اند از:

۱. هدف‌ها، نگرش و ویژگی‌های سازمان یا فردی که ارقام یادشده را برآورد می‌کند.
۲. تعریفی که برای اختلالات رفتاری به کار برده می‌شود.
۳. شاخص اندازه‌گیری و ارزشیابی که در تشخیص اختلالات رفتاری استفاده شده است.

دشواری تعیین حد و مرز بین رفتارهای بهنجار و نابهنجار، یا تفکیک رفتارهای افراطی یا تفریطی از رفتارهای طبیعی، و نیز با توجه به اینکه تمام کودکان، گاهی رفتارهای نابهنجاری مانند رفتارهای تهاجمی، افسرده‌گونه، ضد اجتماعی و غیره از خود نشان می‌دهند، موجب شده است درصد کودکان دارای اختلالات رفتاری توسط محققان با تفاوت اعلام شود.

با این وصف پایین‌ترین رقم گزارش‌شده دو درصد بوده است و اگر همین رقم را برای جمعیت مدرسه‌ای کشورمان بپذیریم، بیش از ۲۰۰ هزار دانش‌آموز دارای مشکلات رفتاری هستند که به کمک‌های جدی متخصصان، روان‌شناسان، مشاوران و نیز آموزش‌وپرورش نیاز دارند تا بتوانند با حل مشکلات و تضادهای عاطفی خویش تعادل



لازم را به‌دست آورند (بر اساس آمار دفتر کل طرح و برنامه‌ریزی وزارت آموزش‌وپرورش، تعداد کل دانش‌آموزان در سال ۹۴-۱۳۹۳ حدود ۱۲ میلیون نفر بوده است).

دسته‌بندی و بررسی چگونگی اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان

در فصل دوم کتاب این موضوع مطرح شده است که چون کودکان دارای اختلالات رفتاری، نیازهای روانی، تربیتی و آموزشی متفاوتی نسبت به سایر کودکان دارند، «لذا برای آموزش، تربیت، بازپروری و ترمیم رفتارهای آنان لازم است چگونگی دسته‌بندی این اختلالات با توجه به انواع مشکلات رفتاری آن‌ها تعیین شود.»

مشکلات دسته‌بندی اختلالات رفتاری از آنجا ناشی می‌شوند که:

- علل متفاوتی می‌توانند زیربنای مشکلات رفتاری مشابهی باشند، و نیز انواع مشکلات رفتاری می‌توانند از علل مشابهی حاصل آمده باشند.
- فراوانی رفتارهای ناسازگار و تنوع چگونگی شروع این رفتارها و پیشرفت آن‌ها متفاوت است.
- میزان و درجه رشد رفتارها و چگونگی پاسخ‌دهی این‌گونه رفتارها به روش‌های درمانی متفاوت است.

● در نهایت واکنش و برداشت کودکان و نوجوانان از مشکلاتشان متفاوت است. در کتاب چکیده‌ای از مطالب اساسی و مهم در باب دسته‌بندی اختلالات رفتاری کودکان به کلامی ساده آورده شده است. در این بخش، گروه‌بندی‌های متفاوتی بر اساس نظرات دانشمندان و متخصصان، مانند گروه‌بندی بر اساس مزاج و ساختار فیزیکی بدن، گروه‌بندی بر اساس رفتارهای اولیه و ثانویه، گروه‌بندی بر اساس سن و سبب‌شناسی و ... و در آخر نیز طبقه‌بندی از دیدگاه روان‌شناسان و متخصصان علوم تربیتی آمده است.

چگونگی ارتباط والدین با فرزندانشان و تأثیر آن بر ویژگی‌های رفتاری آن‌ها

فصل سوم کتاب به ارتباط والدین با فرزندانشان و تأثیر آن بر ویژگی‌های رفتاری آنان پرداخته است. برای مثال در مورد چگونگی تأثیر رفتار و رابطه مادر و فرزند و نیز پدر و فرزند به‌صورت جداگانه و یا تأثیر کلی فضای خانواده بر فرزند بحث شده است. همچنین مباحث جالب و آموزنده‌ای در خصوص روش‌های فرزندپروری و توجه مثبت یا منفی به فرزندان در موقعیت‌های متفاوت و نتیجه این روش‌ها مطرح شده‌اند.

رفتار، چگونگی بروز اختلال و روش‌های اصلاح و ترمیم

در فصل پایانی کتاب، رفتار، چگونگی بروز اختلال و روش‌های اصلاح و ترمیم آن از دیدگاه مکاتب مختلف مورد بحث قرار گرفته است. مرور اجمالی مکتب‌های متفاوت روان‌شناسی آشکار می‌کند که هر مکتب به بعدی خاص از انسان می‌پردازد و ابعاد دیگر را نادیده می‌انگارد. لذا تکیه به یکی از این دیدگاه‌ها و ادراک انسان و ویژگی‌های او از زاویه‌ای محدود، نادرست و نامعقول است. از همین رو ابتدا به بررسی دیدگاه‌های برخی از مکتب‌ها در خصوص انسان و رفتارهای او و نیز علل بروز اختلال در رفتار پرداخته است. سپس روش‌های اصلاحی و ترمیمی را ارائه کرده است که بر اساس این نظریه‌ها مطرح هستند. سرانجام هم نظرات مخالف و انتقادات مرتبط با هریک از نظریه‌های مطرح شده، مورد توجه قرار گرفته است.

طوفان‌های اضطرابی

وراه‌های مقابله با آن‌ها



فرزانه سادات صانعی

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

علامت‌ها و معیارهای تشخیص اختلال وسواسی - اجباری

«افکار وسواسی» افکار، امیال یا تصاویر ذهنی تکراری و دائمی هستند که کودک یا بزرگسال در برهه‌ای در طول ناراحتی، آن‌ها را ناخواسته و مزاحم می‌داند و در اکثر افراد، اضطراب یا فشار روانی (استرس) شدید به وجود می‌آورند. در این حالت فرد می‌کوشد این افکار، امیال، یا تصاویر ذهنی را نادیده بگیرد یا سرکوب کند، یا به وسیله‌ی یک فکر یا یک عمل دیگر، آن‌ها را خنثا سازد.

«رفتارهای تکراری» (مثلاً شستن دست‌ها، مرتب کردن، و واری کردن) یا «عمل ذهنی تکراری» (مثلاً دعا کردن، شمردن، یا تکرار کلمات در سکوت) را نیز کودک یا بزرگسال در مواجهه با فکر وسواسی و برای خنثاکردن آن انجام می‌دهد. مثلاً با خودش فکر می‌کند: «اگر هر شب سه بار این دعا را بخوانم یا در کشور را دو بار، باز و بسته نکنم، یک اتفاق ناگوار برای مادرم می‌افتد». یا: «اگر پنج بار دستم را نشویم مریض می‌شوم». کودک یا بزرگسال برای جلوگیری از اضطراب و ترس خود این اعمال را انجام می‌دهد.

نکته مهم این است که این فکرها و رفتارهای وسواسی وقت زیادی از فرد می‌گیرند و باعث رنج او می‌شوند. روان‌شناسان به این نتیجه رسیده‌اند که بین اختلال «تیک» و ایجاد و پیشرفت اختلال وسواس رابطه محکمی وجود دارد. در حقیقت تیک مشخص‌کننده‌ای فرعی برای اختلال وسواس است.

اختلال‌های دیگری که در دسته اختلال وسواسی - اجباری طبقه‌بندی شده‌اند، عبارت‌اند از:

اختلال بدریخت‌انگاری بدن (بادی دیسمورفیک): این اختلال اکنون در خانواده اختلالات وسواس قرار گرفته است که مشخصه آن نگرانی بیش از اندازه نسبت به یک نقص خیالی یا بسیار کوچک در بدن خود است و معمولاً در نوجوانی بروز می‌کند.

اختلال احتکار: در این اختلال که در دسته اختلال وسواس قرار دارد، فرد مبتلا به طور افراطی، اشیاء و اموال را جمع‌آوری می‌کند. در کودکان به صورت مراقبت بیش از اندازه و بیمارگونه از اشیاء و وسایل خود یا جمع‌آوری مجموعه (کلکسیون) که البته تفاوت‌هایی با مجموعه‌های عادی دارد، بروز می‌کند. در نوجوانی ممکن است به صورت احتکار کتاب‌های غیرضروری، احتکار حیوانات در خانه، احتکار اطلاعات غیرضروری در «سخت‌دیسک» (هارد) رایانه و ... خود را نشان دهد که تا حدی روابط اجتماعی یا سلامت فرد را به خطر می‌اندازد.

اختلال کندن مو (تریکوتیلومانیا): اکنون در دسته اختلال

مقدمه

وسواس یک اختلال روان‌پزشکی به نسبت شایع است که بین یک تا دو درصد کودکان به آن مبتلا می‌شوند. اگرچه این اختلال در هر سنی امکان بروز دارد، اما در کودکان ۱۲-۷ ساله بیشتر است. به صورت کلی حدود ۲/۵ درصد مردم در مرحله‌ای از زندگی خود به وسواس دچار می‌شوند. تعداد زنان بزرگسال مبتلا به اختلال وسواس اندکی بیشتر از تعداد مردان بزرگسال است. اما در کودکان، پسر بچه‌ها بیشتر از دختر بچه‌ها به آن مبتلا می‌شوند. از آنجا که این اختلال معمولاً در سنین نسبتاً پایین شروع می‌شود و پیش‌رونده است، توجه به علائم این اختلال در کودکی بسیار مهم است و تشخیص و درمان به‌موقع و قبل از پیشرفت اختلال، اهمیت ویژه‌ای در درمان دارد.

کلیدواژه‌ها: وسواس، افکار، ترس‌ها، تصویرهای ذهنی، دارودرمانی، روان‌درمانی شناختی - رفتاری

اختلال وسواسی اجباری در کودکان و بزرگسالان دارای دو بعد به هم پیوسته است: «وسواس‌های فکری» و «رفتارهای اجباری». البته برخی کودکان فقط وسواس فکری دارند. تشخیص وسواس فکری در کودکان سخت‌تر است، زیرا رفتار قابل‌مشاهده‌ای وجود ندارد و کودک متوجه عادی‌نبودن آن نیست.

وسواس (افکار وسواسی)

وسواس مثل مهمانان ناخوانده‌ای است که کنگر خورده و لنگر انداخته‌اند. مثل وحشت‌افکن‌های (تروریست‌های) ذهنی به ذهن فرد یورش می‌آورند و باعث می‌شوند او معذب، مشوش، عصبی، مضطرب و گاهی هراسان شود. وسواس خود را به سه شکل نشان می‌دهد:

۱. افکار: افکار وسواسی جمله‌های تکرارشونده‌ای هستند که دائم در ذهن شما تکرار می‌شوند؛ نظیر این جمله: «اگر همین حالا دستم را نشویم حتماً مریض خواهیم شد.» گاهی افکار خودشان را با تردید یا دغدغه نشان می‌دهند؛ مثلاً این جمله: «آیا در را قفل کردم؟»

۲. ترس‌ها: نگرانی فرد درباره این موضوع که مبدا کاری نابجا، ناشایست، یا نامطلوب انجام دهد. مثلاً «ترس از اینکه تعادل روانی خود را از دست بدهد و ناگهان فرزندش را از پنجره به بیرون پرت کند، به کسی آسیب بزند، در مراسم عزاداری پرت و پلا بگردد، یا ناگهان فحاشی کند.

۳. تصویرهای ذهنی: تصویرهای ناخوانده و مزاحم که ناگهان در ذهن شکل می‌گیرند و معمولاً صحنه‌هایی پرخشونت، ترسناک، مذموم، عجیب و غریب، و نامطلوب هستند؛ صحنه‌هایی مثل کشتن یک آدم.

اجبار (اعمال وسواسی)

اعمالی که مردم احساس می‌کنند باید انجام دهند و مجبورند انجام دهند تا با وسواس‌ها مقابله کنند؛ مثل شستن دست‌ها، واری مداوم درها و پنجره‌ها، یا رعایت تشریفات خاصی برای چیدن اشیاء در کمد. عمل وسواسی را فرد معمولاً برای کاهش اضطراب و رنج ناشی از افکار وسواسی انجام می‌دهد.



وسواسی اجباری قرار دارد که فرد مبتلا به آن میل اجباری به کندن موهای سر و یا بدن خود و یا مژه و ابرو دارد. در کودکان و نوجوانان با خالی شدن بخشی از موهای سر و یا مژه‌ها مشخص می‌شود که طی مصاحبه با کودک درمی‌یابیم خود کودک آن‌ها را هنگام درس خواندن یا ... کنده است.

اختلال کندن پوست: اختلالی از دسته اختلال وسواس است که کودک بر اثر ابتلا به آن، پوست دور ناخن‌های دست و پا، یا کنار انگشتان، یا کف دست، یا خود ناخن را می‌کند. معمولاً این ناحیه‌ها قرمزند و گوشت دستشان معلوم است. با ناخن جویدن متفاوت است.

درمان اولیه و مقدمات

دارو درمانی: با توجه به اینکه تأثیر ژنتیک در بروز اختلال وسواس بسیار قابل توجه است، درمان دارویی خط اول درمان محسوب می‌شود. در کنار آن روان‌درمانی رایج‌ترین و بدون تردید موفق‌ترین درمان برای اختلال وسواسی - اجباری است که دو عنصر دارد: «مواجهه» و «پیشگیری از پاسخ».

عنصر اول مواجهه و رویارویی تدریجی کودک با موقعیت‌ها و افکاری است که باعث رنجش و اضطرابش می‌شوند. مثلاً کسی که وسواس شستن دست دارد، به چیزی که به آن وسواس دارد، در محیطی امن و آرام دست بزند. مثلاً به بشقاب کثیف دست بزند و یا تجسم کند که به آن دست زده است.

و عنصر دوم درمان، پیشگیری از پاسخ است. یعنی عمل تکراری و همیشگی مثل شستن دست انجام نشود و از تمرین رفتارهای جایگزین مثل آرام‌سازی، معکوس کردن عادت‌ها، و بی‌اعتبارسازی باورهای غلط استفاده شود.

نکته مهم این است که این فکرها و رفتارهای وسواسی وقت زیادی از فرد می‌گیرند و باعث رنج او می‌شوند. بین اختلال «تیک» و ایجاد و پیشرفت اختلال وسواس رابطه محکمی وجود دارد. در حقیقت تیک مشخص‌کننده‌ای فرعی برای اختلال وسواس است

روان‌درمانی شناختی - رفتاری

تمرکز این درمان بر تغییر باورهای غلط افراد مبتلا به وسواس است. باورهای غلطی که این روش درمانی هدف می‌گیرد، عبارت‌اند از: ارزیابی غیرواقعی مسئولیت: فرد مبتلا فکر می‌کند تنها کسی است که مسئولیت پیشگیری عواقب بد را دارد.

دادن اهمیت زیاده از حد به افکار: فرد مبتلا باور دارد که فکر کردن به یک کار مثل انجام دادن آن است. بیش از حد بزرگ دانستن خطر: فرد مبتلا احتمال روی دادن عواقب بد را بیش از حد زیاد می‌داند.

نکته‌هایی برای مشاوران

با توجه به اهمیت تشخیص به موقع اختلال وسواس، مشاوران مدرسه و والدین با دقت، توجه و شناخت علائم وسواس می‌توانند تا حد زیادی به کودک مبتلا به وسواس کمک کنند. معمولاً در کودکان دبستانی وسواس خودش را با رفتارهایی از این

قبیل نشان می‌دهد: «نگه داشتن طولانی خود برای نرفتن به دستشویی مدرسه»، «استفاده بیش از حد از پاک‌کن هنگام نوشتن دیکته»، «رنج بردن و تنش داشتن از اینکه خط‌هایی که در دفتر رسم می‌کند، صاف نیستند»، «کندن پوست دست و پا یا موی سر»، «تیک»، و «بازگرفتن افکار وسواسی، مثل اینکه اگر بین خط‌ها قدم برندارم، برای کسی اتفاق بدی می‌افتد»، و «صرف زمان زیادی در سرویس بهداشتی و داشتن آیین‌ها و تشریفات خاصی برای تمیز کردن خود».

رفتارهای وسواسی دیگری نیز که در خانه انجام می‌دهند والدین گزارش می‌کنند، رفتارهایی هستند مثل اینکه حکم می‌کند کسی نباید روی صندلی‌اش بنشیند، بشقاب خود را مجدداً می‌شوید، یا اگر کسی وسایلش را جابه‌جا کند یا به لباس‌هایش دست بزند، به شدت ناراحت می‌شود.

در نوجوانان معمولاً وسواس با این علامت‌ها مشخص می‌شود: رنج نوجوان در زمان بلوغ، شست‌وشوی بیش از اندازه بدن، تعویض بیمارگونه لباس زیر، شست‌وشوی افراطی دست‌ها، اختلال بدریخت‌انگاری بدن، حساسیت بیش از اندازه نسبت به نظم و ترتیب اتاق و کمد، آیین و تشریفات خاص حمام رفتن، و تردید و واریسی بیش از اندازه.

مشاوران مدرسه اهمیت ویژه‌ای در آموزش خانواده‌ها دارند. شناساندن علائم اختلال وسواس به والدین کمک زیادی به بیماریابی و تشخیص به موقع این اختلال دارد. همچنین باید به خانواده‌ها آموزش دهند که رفتارهای تشریفاتی وسواس را تقویت نکنند و از این گونه رفتارها در حضور کودک برای دیگران تعریف نکنند. چرا که کودکان مثل بخشی از هویتشان به این رفتارها نگاه می‌کنند و عادی نبودن آن‌ها را درک نمی‌کنند. در نتیجه رفتارشان افزایش می‌یابد و تقویت می‌شود. والدین حتی به قیمت پرخاشگری کودک و ناراحتی او نباید به انجام تشریفاتی بپردازند که کودک از آن‌ها خواسته است.

مشاوران با آموزش به والدین در خصوص مواردی که احتمال بروز زود هنگام وسواس را بالا می‌برند، می‌توانند نقش مهمی ایفا کنند. والدین باید از رفتارهایی مثل «دادن احساس گناه به کودک و انتظار مسئولیت‌پذیری افراطی از او» (نظیر نگهداری از کودکان کوچک‌تر خانواده)، «گوشزد کردن افراطی به کودک در خصوص مراقبت از خودش در برابر میکروب‌ها و بیماری»، یا «فرزندپروری سخت‌گیرانه و چارچوب‌مداری افراطی» بپرهیزند. همچنین آموزش والدین برای درمان به موقع و ارجاع کودک به روان‌شناس و روان‌پزشک ضروری است.

تابلوی اختلال وسواس

آشنایی با اختلال	وسواس فکری و رفتارهای اجباری
علائم اصلی	وجود افکار وسواسی یا اعمال وسواسی یا هردوی آن‌ها که باعث رنج فرد می‌شود یا زمان زیادی از او می‌گیرد
علائم فرعی	تیک، کندن پوست و مو، بدریخت‌انگاری بدن و احتکار
درمان مقدماتی	روان‌درمانی شناختی - رفتاری و روان‌درمانی مواجهه و پیشگیری
نکته‌هایی برای مشاور مدرسه	آموزش به والدین و شناخت علائم بیماری و ریشه‌یابی و ارجاع به موقع
نکته‌هایی برای والدین	آموزش برای درمان به موقع و مراجعه به روان‌شناس و روان‌پزشک

منبع

۱. انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۴۰۲). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (متن بازنگری‌شده و ویرایش پنجم). ترجمه فرزین رضایی و همکاران. انتشارات ارجمند. تهران. چاپ دوم.

اختلال‌های مثلی خوره

نگاهی به انواع وسواس
وراه‌های پیشگیری از آن‌ها



فاطمه شریفی اسدی
کارشناس مشاوره

اختلال وحشت‌زدگی

اختلال وحشت‌زدگی (پنیک) عارضه‌ای جدی است که افراد مبتلا به آن به صورت مکرر و غیرمنتظره (یعنی در غیاب تهدید واقعی) حمله‌های آن را تجربه می‌کنند (گنجی، ۱۳۹۹).

علائم

- تپش سریع و نامنظم قلب، تپش سریع قلب با صدای بلند، یا افزایش سرعت تپش قلب؛
- عرق کردن؛
- لرزیدن؛
- احساس تنگی نفس یا خفگی؛
- احساس گیر کردن چیزی در گلو؛
- درد یا ناراحتی در قفسه سینه؛
- تهوع یا درد در ناحیه شکم؛
- احساس سرگیجه، نداشتن تعادل، رسیدن به مرز غش کردن یا غش کردن؛
- احساس سرد یا گرم شدن بدن (لرزگرفتن یا گرگرفتگی)؛
- احساس بی‌حس شدن، مورمور یا سوزن‌سوزن شدن بدن (پارستزیاس)؛
- ترس از مردن (پیشین).

همه‌گیرشناسی

زنان دو تا سه برابر بیشتر از مردان ممکن است به اختلال وحشت‌زدگی مبتلا شوند که البته تشخیص کمتر از واقع اختلال پنیک در مردان نیز ممکن است در این نبود تساوی نقشی داشته باشد. تنها عامل اجتماعی که در پیدایش اختلال وحشت‌زدگی دخیل دانسته شده، طلاق یا جدایی اندکی پیش از شروع اختلال است. اختلال وحشت‌زدگی بیش از همه در جوانان روی می‌دهد؛ به طوری که میانگین سنی بروز آن حدود ۲۵ سالگی است. البته اختلال وحشت‌زدگی در هر سنی ممکن است پیدا شود. گزارش شده است که این اختلال در کودکان و نوجوانان هم روی می‌دهد و احتمالاً در آن‌ها کمتر از واقع تشخیص داده می‌شود.

سبب‌شناسی

عوامل زیستی: اختلال

برنامه درمانی را که روان‌شناس داده است، مرتب دنبال کنید.

- ورزش و فعالیت بدنی منظم را، برای کاهش اضطراب کودک در زندگی روزمره او بگنجانید.

کمک به کودک برای کنار آمدن با حمله‌های اضطرابی

راه‌های بسیاری وجود دارند که والدین می‌توانند به کودکان کمک کنند هنگام حمله‌های وحشت‌زدگی خود را کنترل کنند و اجازه پیشروی به این حمله‌ها ندهند. در ادامه ما به توضیح برخی از این روش‌ها می‌پردازیم:

در طول حمله آرامش خود را حفظ کنید

کودک هنگام حمله وحشت‌زدگی ممکن است احساس کند که تعادل خود را از دست داده است. به همین دلیل برای والدین او بسیار اهمیت دارد که در طول مدت حمله آرامش خود را حفظ کنند و آرام بمانند. در حین حمله شما به عنوان والد باید سعی کنید دستپاچه نشوید و با صدایی ملایم و آرام با فرزند خود صحبت کنید. به او بگویید نفس عمیق بکشد و اطمینان دهید که این وضعیت به زودی تمام خواهد شد. سپس هنگامی که به نظر می‌رسد حمله وحشت‌زدگی در حال فروکش است، به فرزند خود زمان و فضای زیادی بدهید تا آرام شود.

تمرین‌های تنفسی انجام دهید

به فرزند خود توضیح دهید که هنگام حمله‌های وحشت‌زدگی، به دلیل اینکه تنفس سریع‌تری دارد، ممکن است احساساتی مانند احساس سبکی سر، سرگیجه و درد قفسه سینه داشته باشد. به او بیاموزید که چگونه تنفس خود را تنظیم کند تا آرام شود. با آرام شدن تنفس علائم فیزیکی نیز کاهش می‌یابند و حمله سریع‌تر از بین می‌رود.

برای آموزش آرام کردن تنفس به کودک خود بگویید که به مدت سه ثانیه از طریق بینی نفس بکشد (وقتی این کار را انجام می‌دهد باید قفسه سینه خود را احساس کند که بالا و پایین می‌رود) و قبل از بازدم کامل نفس خود را به مدت دو ثانیه حبس کند. پس از چندین بار تمرین کودک می‌تواند دفعه بعدی که با حمله‌های وحشت‌زدگی روبه‌رو شود، از این راهبرد کمک بگیرد.

در مورد حمله‌ها به کودک آموزش دهید

حمله‌های وحشت‌زدگی می‌توانند ترسناک باشند و کودک شما ممکن است نگران چیزهای زیادی باشد؛ از نگرانی درباره اینکه مردم به او می‌خندند تا نگرانی از حمله قلبی یا حتی مرگ. بنابراین سعی کنید با آموزش برخی حقایق در مورد حمله وحشت‌زدگی، نگرانی‌های او را کم کنید. به کودک خود توضیح دهید که حمله‌های وحشت‌زدگی شایع هستند ولی خطرناک نیستند؛ حتی اگر او احساس ترس و یا آسیب داشته باشد.

به او اطمینان دهید که این حمله‌ها کوتاه هستند و با وجود اینکه احساس می‌کند برای همیشه ادامه دارند، خیلی زود پایان می‌یابند. علاوه بر این مهم است که به کودک خود بگویید که احتمالاً هیچ‌کس (غیر از افرادی که نزدیک او هستند و او را دوست دارند) نمی‌تواند به او بگوید که دچار حمله اضطرابی شده

وحشت‌زدگی می‌تواند با انواع و اقسام ناهنجاری‌های زیستی در ساختار و کارکرد مغز مرتبط باشد. خطر بروز اختلال وحشت‌زدگی در بستگان درجه اول بیماران دچار این اختلال، چهار تا هشت برابر آن در بستگان درجه اول سایر بیماران روان‌پزشکی است.

عوامل روانی - اجتماعی: در نظریه‌های روان‌کاوانه، حمله وحشت‌زدگی را نتیجه دفاعی ناموفق در برابر تکانه‌های اضطراب‌انگیز می‌دانند. آنچه در گذشته اضطراب هشداردهنده حقیقی بود، اکنون به احساس فلج‌کننده تشویش بدل می‌شود و سپس علائم جسمی کار را یکسره می‌کنند. توصیف بسیاری از بیماران در مورد حمله‌های وحشت‌زدگی به گونه‌ای است که گویی از آسمان بر آن‌ها نازل می‌شود و هیچ عامل روانی‌ای دخیل نیست. حال آنکه اکثر اوقات با آشکارسازی روان‌پویشی معلوم می‌شود که عامل روانی برانگیزاننده‌ای برای حمله وحشت‌زدگی وجود داشته است.

شروع وحشت‌زدگی را عموماً به عوامل محیطی یا روانی ربط می‌دهند. میزان بروز وقایع پرفشار زندگی، به‌ویژه «زدست‌دادن عزیزی» در ماه‌های پیش از شروع اختلال، در بیماران دچار این اختلال بیشتر از افراد شاهد است. وانگهی این گونه بیماران نوعاً بیشتر از افراد گروه شاهد از وقایع زندگی‌شان رنج می‌برند. قریب به ۶۰ درصد زنان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی، سابقه آزار جنسی در دوران کودکی دارند.

دلایل وحشت‌زدگی

افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی ممکن است استعدادی زیستی برای حساسیت اضطراب، یا حساسیت به اضطراب داشته باشند. یعنی کوچک‌ترین نشانه‌های اضطراب را بیش از حد ناراحت‌کننده و آزاردهنده تفسیر کنند.

به خودگرفتگی رویدادهای منفی: این افراد رویدادهای منفی را به شخص خودشان ربط می‌دهند و خودشان را به خاطر رویدادهای بد شمرات می‌کنند.

تفکر فاجعه‌انگاری: نوجوانانی که حساسیت زیادی به اضطراب دارند، غالباً دچار تفکر فاجعه‌انگانه هستند. این نوجوانان وقتی تحت فشار عصبی (استرس) قرار دارند، بدترین پیامدهای ممکن را پیش‌بینی می‌کنند. متأسفانه یکبار حمله وحشت‌زدگی می‌تواند باعث شود نوجوانان به علائم هشداردهنده حمله‌های آتی توجه بیش از حدی نشان دهند. در نتیجه این نوجوانان نسبت به خفیف‌ترین علائم برانگیختگی اضطراب حساس می‌شوند (پیشین).

پیشگیری از حمله وحشت‌زدگی در کودکان و نوجوانان

هیچ‌کس نمی‌تواند تشخیص دهد چه زمانی قرار است مضطرب شود یا بترسد. بنابراین هیچ راه مطمئنی برای جلوگیری از حمله‌ها یا اختلال وحشت‌زدگی وجود ندارد. با این همه، برای آنکه نشانه‌های شروع حمله را بشناسید و به‌موقع وارد عمل شوید، توصیه‌های زیر می‌توانند مفید باشند:

- برای درمان این حمله‌ها هرچه سریع‌تر و پیش از اینکه شدیدتر یا بیشتر شوند، اقدام کنید.
- برای پیشگیری از وقوع حمله‌ها یا شدیدتر شدن آن‌ها،

است. بنابراین اینکه افراد دیگر به او می‌خندند یا دربارهٔ او قضاوت نامطلوبی می‌کنند، اصلاً اهمیت ندارد.

فرزندتان را تشویق کنید با ترس‌هایش روبه‌رو شود

اگر کودک شما در پاسخ به موقعیت‌ها یا اشیای خاصی حمله‌های وحشت‌زدگی را تجربه می‌کند، باید او را تشویق کنید ترس‌های خود را بشناسد و با آن‌ها روبه‌رو شود. برای مثال، در صورتی که کودک شما از سوار خوردن می‌ترسد، به تدریج و با دقت او را در مرحله‌های درجه‌بندی‌شده در معرض این وضعیت قرار دهید. یعنی شرایطی مانند نشستن در خودروی پارک‌شده، قبل از اینکه به تدریج به سفرهای بسیار کوتاه با خودرو برود. این به کودک شما کمک می‌کند که بفهمد ترس‌های غیرمنطقی هستند و در واقعیت چیزی برای ترسیدن وجود ندارد. به یاد داشته باشید که در طول این فرایند فرزندتان را تحسین و تشویق کنید و به او اطمینان دهید که مجبور نیست به تنهایی با ترس‌هایش درگیر شود.

تفکر منفی را به چالش بکشید

طرز تفکر کودک می‌تواند بر سطح اضطراب و ترس‌های او تأثیر بگذارد. بسیاری از فکرهای منفی به‌طور ناخواسته به ذهن کودک هجوم می‌آورند و بر اضطراب او می‌افزایند. در این حال شما باید به او بگویید که این فکرها واقعیت ندارند و ساختهٔ ذهن او هستند. حتی اگر کودک شما بسیاری از فکرهای غیرمفید خود را در طول حملهٔ وحشت‌زدگی باور کند، این فکرها باید به چالش کشیده شوند؛ زیرا غالباً بر اساس فرضیات نادرست شکل گرفته‌اند. مثلاً کودک ممکن است فکر کند هنگام حمله دچار حملهٔ قلبی شده است. همین موضوع می‌تواند باعث وحشت بیشتر او شود. در این هنگام والدین باید به او یادآوری کنند که دفعه‌های پیشین هم او همین فکر را کرده و اتفاق خاصی نیفتاده است.

به کودک یاد دهید هنگام حمله مرکز تمرکز خود را تغییر دهد

افرادی که حمله‌های وحشت‌زدگی را تجربه می‌کنند، به خصوص در حین حمله، با فکرهای منفی زیادی مواجه می‌شوند که موجب تشدید اضطراب و در نتیجه تشدید حمله می‌شوند. والدین کودک مبتلا به وحشت‌زدگی باید به او کمک کنند، فکرهای خود را از آنچه مضطربش می‌کند، به سمت افکار آرامش‌بخش حرکت دهد. برای مثال ممکن است کودک شما با دیدن عروسک خود احساس خوبی پیدا کند. بنابراین شما باید او را راهنمایی کنید تا یاد بگیرد هنگام حمله به چیزهایی که دوست دارد فکر کند. او را تشویق کنید به موقعیت یا مکانی فکر کند که در آن احساس امنیت و راحتی دارد. همچنین به او بگویید هر زمان که احساس وحشت کرد، تمرکز خود را روی این موضوع بگذارد.

به کودک اطمینان دهید همیشه کسی برای کمک به او می‌آید

اینکه به کودک خود بفهمانید هرگز نباید به تنهایی رنج بکشد، اهمیت زیادی دارد. کودک باید اطمینان داشته باشد که همیشه کسی برای کمک و گوش‌دادن به او وجود خواهد داشت

تا اضطراب کمتری را تجربه کند. به معلمان فرزندتان در مورد حمله‌های وحشت‌زدگی و روند آن بگویید و از آن‌ها بخواهید که اگر فرزند شما در مدرسه چنین حمله‌هایی داشت وارد عمل شوند و او را آرام کنند. فرزندتان را تشویق کنید که همیشه با کسی صحبت کند و اگر احساس کرد که حملهٔ وحشت‌زدگی در راه است، از او کمک بخواهد.

افراد مبتلا به آن به‌صورت مکرر و غیرمنتظره (یعنی در غیاب تهدید واقعی) حمله‌های وحشت‌زدگی را تجربه می‌کنند.

آشنایی با اختلال

علائم اصلی: تپش سریع و نامنظم قلب، تپش سریع قلب با صدای بلند، یا افزایش سرعت تپش قلب و عرق کردن
علائم فرعی: علائم افسردگی و اختلال وسواسی جبری

علائم اصلی و فرعی اختلال

درمان شناختی رفتاری (CBT)، نوعی روان‌درمانی است که معمولاً برای درمان حملهٔ وحشت‌زدگی یا اختلال اضطراب در کودکان و نوجوانان از آن استفاده می‌شود.

درمان مقدماتی

هرچه سریع‌تر برای درمان این حمله‌ها اقدام کنید، پیش از اینکه شدیدتر یا بیشتر شوند. ورزش و فعالیت بدنی منظم را برای کاهش اضطراب کودک در زندگی روزمرهٔ او بگنجانید.

نکاتی برای مشاور مدرسه

منابع

۱. گنجی، مهدی (۱۳۹۹). آسیب‌شناسی کودک و نوجوان بر اساس «دی‌اس‌ام ۵». انتشارات سالان، چاپ اول.
2. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Press.
3. Google ScholarBallenger, J.C. (1993). Panic disorder: Efficacy of current treatments. Psychopharmacology Bulletin, 29, 477-486.
4. Google ScholarBarlow, D.H. (2002). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2nd ed.). New York: Guilford Press.
5. Google ScholarBarlow, D.H., & Craske, M.G. (1994). Mastery of your anxiety and panic II. Albany, NY: Graywind.
6. Google ScholarBiederman, J., Faraone, S.V., Marrs, A., Moore, P., Garcia, J., Ablon, S., Mick, E., Bruce, S.E., Vasele, R.G., Goisman, R.M., Salzman, C., Spencer, M., Machan, J.T., & Keller, M.B. (2003). Are benzodiazepines still the medication of choice for patients with panic disorder with or without agoraphobia? American Journal of Psychiatry, 160, 1432-1438.
7. Google ScholarBiederman, J., Faraone, S.V., Marrs, A., Moore, P., Garcia, J., Ablon, S., Mick, E., Gershon, J., & Kearns, M.E. (1997). Panic disorder and agoraphobia in consecutively referred children and adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 214-223.
8. Google ScholarHeimberg, R.G., & Barlow, D.H. (1991). New developments in cognitive-behavioral therapy for social phobia. Journal of Clinical Psychiatry, 52, 21-30.
9. Google ScholarHoffman, E.C., & Mattis, S.G. (2000). A developmental adaptation of panic control treatment for panic disorder in adolescence. Cognitive and Behavioral Practice, 7, 253-261.
10. Kearney, C.A., Albano, A., Eisen, A.R., Allan, W.D., & Barlow, D.H. (1997). The phenomenology of panic disorder in youngsters: An empirical study of a clinical sample. Journal of Anxiety Disorders, 11, 49-62.
11. Google ScholarMattis, S.G., Pincus, D.P., Ehrenreich, J.T., & Barlow, D.H. (2007). Cognitive behavioral treatment of panic disorder in adolescents. Manuscript submitted for publication.
12. Google ScholarMicco, J.A., Choate-Summers, M.L., Ehrenreich, J.T., Pincus, D.B., & Mattis, S.G. (2007). Identifying efficacious treatment components of panic control treatment for adolescents: A preliminary investigation. Child & Family Behavior Therapy, 29(4), 1-23.
13. Google ScholarMoffitt, C.E., Chorpita, B.R., & Fernandez, S.N. (Year). Intensive cognitive-behavioral treatment of school refusal behavior. Cognitive and Behavioral Practice, 10, 51-60.
14. Google ScholarOst, L.G., Svensson, L., Hellstrom, K., & Lindwall, R. (2001). One-session treatment of specific phobias in youth: A randomized clinical trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69, 814-824.



میسره کرامتی
دکترای روان‌شناسی تربیتی

بهداشت روانی دختران

و نقش مشاوران مدرسه
در حفظ آن

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر نقش مشاوران مدرسه بر بهداشت روان در دانش‌آموزان دختر متوسطه اول شهر تهران منطقه ۱۵ انجام گرفته است. دانش‌آموزان در جریان تحصیل با مشکلات زیادی مواجه می‌شوند که کمک مشاور می‌تواند در رفع مشکلات مؤثر باشد و باعث حفظ بهداشت روان دانش‌آموزان شود.

کلیدواژه‌ها: مشاوره، بهداشت روان، دوره اول متوسطه

مقدمه

انسان موجودی است که با هم‌نوعان خود به تبادل نظر می‌پردازد و برای شناخت و حل مشکلات خود با آنان مشورت و از راهنمایی آنان استفاده می‌کند. راهنمایی و مشورت در طول زندگی آدمیان مطرح بوده است و آنان با کسانی که مورد قبول و اعتمادشان بوده‌اند، مشورت می‌کرده‌اند. با توسعه علوم انسانی و رشد علوم رفتاری، به راهنمایی و مشاوره به‌عنوان شاخه‌ای مستقل از علوم رفتاری توجه شد. مشاور تحصیلی و شغلی باید فرد را از نیازهای شغلی مملکت آگاه سازد و رغبت‌ها و استعدادهای فرد را به او بشناساند. مشاور فقط نقش مشورتی و راهنمایی فرد را به‌عهده دارد (کستیلو، ۲۰۱۷).

امروزه راهنمایی و مشاوره به‌صورت حرفه‌ای یاورانه برای کمک به افرادی است که در رشد، سازگاری، تصمیم‌گیری، روابط خانوادگی، مهارت‌های اجتماعی و شیوه زندگی مشکلاتی دارند. مشاوره به این افراد کمک می‌کند راه حل مناسبی برای مشکلات بیابند. دانش‌آموزان در جریان تحصیل با مشکلات زیادی مواجه می‌شوند که مشاور می‌تواند در رفع این مشکلات کمک‌های مؤثری به دانش‌آموزان ارائه دهد (پنسفور، ۲۰۲۰).

پارهای از مشکلات مذکور را می‌توان به این شرح برشمرد:

۱. ضعف پایه تحصیلی: در مورد چنین دانش‌آموزانی، مشاور

باید برای فراگیری درس‌های پایه از نقطه‌ای که ضعف دارند، برنامه‌ریزی کند و یا به کمک خانواده ضعف پایه آنان را جبران کند. آماده کردن دانش‌آموز و اولیای وی برای چنین برنامه‌ای به جلسه‌های مشاوره‌ای نیاز دارد که متولی آن مشاور مدرسه است.

۲. کمبود یا نبود انگیزه تحصیلی: دانش‌آموزانی وجود دارند که از نظر هوشی در حد طبیعی هستند و ظرفیت لازم را برای یادگیری دارند، اما انگیزه‌ای برای درس خواندن ندارند (کاترین و همکاران، ۲۰۱۸). در مورد این‌گونه دانش‌آموزان که تعدادشان نیز کم نیست، مشاور باید علت تنبلی را جست‌وجو و برای درس خواندن آن‌ها انگیزه ایجاد کند. تشویق کردن به شکل‌های متفاوت، ایجاد زمینه‌های موفقیت برای دانش‌آموز، و در مجموع به‌کاربردن انگیزه‌های طبیعی می‌تواند کارساز باشد (جلالی، ۱۳۹۴).

از طرف دیگر نقش مشاوران در تأمین بهداشت روانی دانش‌آموزان می‌تواند مؤثر باشد. دانش‌آموزانی از سلامت روانی برخوردار هستند که:

● خود را فردی ارزشمند و قابل احترام بدانند و به توانایی‌های خود اطمینان داشته باشند.

● بتوانند بدون دغدغه خاطر و ناراحتی با واقعیات زندگی مواجه شوند و کل وجودشان را همان‌گونه که هست بشناسند و بپذیرند.

● با آرامش خاطر و احساس امنیت و با شوق و امید زندگی کنند (بیابانگرد، ۱۳۹۰).

دانش آموزی که با بحران و مشکل روانی مواجه است، توانایی ایستادگی در برابر فشارهای وارده را ندارد، از حل منطقی و سنجیده مشکلات عاجز است و تعادل روانی به هم خورده‌ای دارد. چنین دانش آموزی برای حل مشکل و برقراری تعادل به مشاوره نیاز دارد. مشاوران از عوامل مؤثر تأمین بهداشت روانی دانش آموزان در مدرسه‌ها هستند. تفکیک و مرزبندی دقیق بین راهنمایی و مشاوره تحصیلی با سایر ابعاد راهنمایی و مشاوره، از جمله راهنمایی و مشاوره تربیتی، شغلی و حرفه‌ای، اصولی و منطقی نیست.

مشکلات دانش آموزان زنجیره‌ای از عوامل فردی و اجتماعی است که نیازمند دیدی جامع‌نگر و نظام‌مند به استعدادها، توانایی‌ها و علاقه‌ها، ساختار و وضعیت خانواده، و سایر متغیرهای محیطی است. مشاور مدرسه با آگاهی از ارتباط تنگاتنگ مشکلات تحصیلی با زمینه‌های روانی اجتماعی دانش آموزان، با استفاده از متن‌ها و روش‌های راهنمایی و

“
انسان موجودی است که با هم نوعان خود به تبادل نظر می‌پردازد و برای شناخت و حل مشکلات خود با آنان مشورت و از راهنمایی آنان استفاده می‌کند. راهنمایی و مشورت در طول زندگی آدمیان مطرح بوده است و آنان با کسانی که مورد قبول و اعتمادشان بوده‌اند، مشورت می‌کرده‌اند
”

مشاوره، از طریق شیوه‌های فردی، گروهی و خانوادگی به دانش آموزان کمک می‌کند، با بررسی‌های همه‌جانبه مشکل بتواند راه‌حل یا راه‌حل‌های مناسبی را انتخاب و برای اجرای آن‌ها برنامه‌ریزی کنند که در نهایت عملکرد دانش آموزان در ابعاد گوناگون بهبود می‌یابد (جلالی، ۱۳۹۴).

بیان مسئله

شکی نیست که به موازات گسترش اجتماع و پیچیدگی نهادهای آن، مشکلاتی بروز می‌کنند و بررسی مسئله‌های نو ضرورت می‌یابد؛ کاری که قبلاً نیازی به آن احساس نمی‌شد. مثلاً در جوامع پیچیده، روابط اجتماعی سست‌تر می‌شود و افراد هم‌بستگی عاطفی خود را که در پاره‌ای از موارد می‌تواند مشکل‌گشای ناراحتی‌های روحی باشد، از دست می‌دهند؛ به‌طوری که خانواده‌های زیادی بدون آنکه یکدیگر را بشناسند و خود را در غم و شادی هم شریک بدانند، ناآشنا و بی‌خبر از یکدیگر در کنار هم زندگی می‌کنند (هارجی و دیکسون، ۲۰۱۹).

در نهاد خانواده، به‌علت افزایش سطح گرفتاری‌های شغلی پدر و مادر و مسئولیت هر یک از افراد خانواده در امور مربوط

به خود، روابط افراد خانواده و علاقه‌ها و وابستگی عاطفی آن‌ها به هم نیز قدرت و شدت خود را از دست می‌دهد و والدین کمتر فرصت می‌یابند به درد دل فرزندان خود گوش دهند. در نتیجه انتظار والدین از مدرسه و نظام تعلیم و تربیت جامعه بالا می‌رود و والدین بیش از پیش می‌خواهند که مدرسه پاره‌ای از مسئولیت‌های آن‌ها را با ارائه خدمات ویژه‌ای به عهده بگیرد (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۳۹۸).

یکی از روش‌های مناسب مبارزه با نابسامانی‌های قرن و مشکلات اجتماعی، آن است که اصلاح مشکلات و تغییر رفتارهای نامطلوب از نسل جوان، یعنی دانش آموزان، آغاز شود. نظام آموزشی موجود به تغییری گسترده و همه‌جانبه نیاز دارد. امروزه گروه کثیری از معلمان همانند یک ماشین عمل می‌کنند و دانش آموزان را با مشتی اصول و حقایق آشنا می‌سازند و هماهنگی و انطباق چندانی بین واقعیات زندگی با اصول آموخته‌شده در مدرسه‌ها وجود ندارد. با توجه به اینکه آموزش و پرورش باید دانش آموزان را برای زندگی واقعی آماده سازد، لازم است مشاور به کمک سایر کارکنان مدرسه دانش آموزان را در درک و کاربرد آموخته‌هایشان یاری دهد و در برنامه‌های آموزشی و پرورشی تغییرات مناسبی پیشنهاد کند و به مرحله اجرا در آورد. در ادامه، برای پی‌بردن به ارزش و اهمیت مشاوره در نظام آموزشی، به تجزیه و تحلیل جریان یادگیری دانش آموزان می‌پردازیم.

به نظر هیلگارد و بارو^۱ (۱۹۷۵) یادگیری تغییرات به نسبت پایدار در رفتار بالقوه است که بر اثر رشد به وجود نیامده باشد. برای تحقق این تعریف، اولاً اطلاعات و یا تجربیات باید به وسیله فردی آگاه و آشنا با کار - مثلاً معلم - تهیه و سپس ارائه شود. معلم باید آمادگی تهیه مطالب و ارائه آن را از هر نظر داشته باشد تا اطلاعات ارائه‌شده مفید واقع شود. مشاور می‌تواند معلم را در تهیه و ارائه موضوع‌ها یاری دهد و یادگیری را آسان سازد. ثانیاً یادگیرنده استعداد و علاقه کافی برای یادگیری داشته باشد تا بتواند اطلاعات ارائه‌شده را دریافت و از آن استفاده کند. مسلماً چنانچه یادگیرنده مسائل و مشکلاتی داشته باشد، قادر به یادگیری نخواهد بود. در این زمینه نیز مشاور به کمک یادگیرنده می‌شتابد و با حل مشکلات و شناخت رغبت‌ها و استعدادهای او، جریان یادگیری را آسان می‌کند.

متأسفانه گاهی عده‌ای تصور می‌کنند که یادگیری فقط یک بعد دارد و آن همان ارائه اطلاعات و یا پیشنهاد تجربه‌های جدید از جانب معلم به دانش آموزان است. براساس این تصور، بهترین معلم کسی است که بیشترین اطلاعات را در کوتاه‌ترین زمان ممکن در دسترس دانش آموزان قرار دهد. باید اعتراف کنیم که اکثر معلمان ما در نظام آموزشی در انجام امور در این بعد بسیار موفق بوده‌اند و در نتیجه دائماً بر تعداد و حجم درس‌ها افزوده می‌شود و همه روزه وسایل کمک آموزشی جدیدی برای تدریس مطالب بیشتر و به‌طریق بهتر، وارد نظام آموزشی می‌شود. تنها تعداد اندکی از معلمان با خود می‌اندیشند که هدف از ارائه این همه اطلاعات و محفوظات به دانش آموزان چیست و دانش آموزان با این همه

اندوخته و اطلاعات ذهنی چه باید بکنند.

در پژوهش حاضر پرسش اصلی این است که: «آیا مشاور مدرسه بر بهداشت روانی دانش‌آموزان دختر دوره اول متوسطه شهر تهران، منطقه ۱۵ تأثیر دارد؟»

جامعه آماری و نمونه مورد مطالعه

جامعه آماری پژوهش حاضر همه دانش‌آموزان دبیرستانی دختر دوره اول متوسطه آموزش و پرورش منطقه ۱۵ شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ به تعداد ۲۱۰۰۰ نفر بودند. در این پژوهش برای انتخاب نمونه، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی و «جدول مورگان»، ۳۸۴ نفر انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند (گروهی که مشاور در مدرسه آن‌ها به‌طور مستمر حضور دارد، و گروهی که مشاور در مدرسه آن‌ها حضور ندارد).

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ

در سال ۱۹۷۲ گلدبرگ^۲ و هیلر^۳ «پرسش‌نامه سلامت عمومی» را تهیه کردند. از پرسش‌نامه آن‌ها به‌طور گسترده در پژوهش‌های متعددی استفاده شده است و یکی از شناخته‌ترین ابزارهای غربالگری در پژوهش‌های مربوط به سلامت روانی محسوب می‌شود. گلدبرگ و همکارانش این پرسش‌نامه را ابتدا برای غربالگری اختلال‌های روان‌شناختی «غیرروان‌پریش» (غیرسایکوتیک)، در مراکز درمانی و سایر جوامع طراحی و تدوین کردند. برگه اصلی و اولیه این پرسش‌نامه ۶۰ سؤال دارد که متن سؤال‌ها درباره وضع سلامتی و ناراحتی‌های فرد و به‌طور کلی سلامت عمومی او، با تأکید بر مسائل روان‌شناختی و اجتماعی در زمان حال است.

پرسش‌نامه سلامت عمومی، علاوه بر استخراج نمره کلی وضعیت سلامت روانی افراد، از چهار زیرمقیاس نیز تشکیل یافته است که هر کدام از آن‌ها هفت سؤال دارند. سؤال‌های هر زیرمقیاس به ترتیب پشت سر هم آمده‌اند، به‌گونه‌ای که از سؤال یک تا هفت مربوط به زیرمقیاس نشانه‌های جسمانی، از سؤال هشت تا ۱۴ مربوط به زیرمقیاس اضطراب، از سؤال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به زیرمقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی و از سؤال ۲۲ تا ۲۸ مربوط به زیرمقیاس افسردگی است. نمره‌گذاری آزمون براساس مقیاس لیکرت انجام می‌گیرد که در آن برای هر فرد پنج نمره به‌دست می‌آید؛ چهار نمره به مقیاس‌های فرعی و یک نمره به کل مواد پرسش‌نامه مربوط می‌شود. در نتیجه نمره کل فرد، از صفر تا هشتاد و چهار و نمره هر زیرمقیاس از صفر تا بیست و یک متغیر خواهد بود که نمره بیشتر در هر مقیاس، نشانگر وضعیت نامطلوب آزمون‌دهنده است (ساعتچی و همکاران، ۱۳۹۰).

روش اجرا

بعد از صحبت با مشاوران مدرسه‌ها و انتخاب نمونه‌ها، برای گروه آزمایشی برنامه آموزش مشاوره تحصیلی در قالب ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد و بلافاصله پس از پایان جلسه‌ها، از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. بسته (پکیج) آموزش شامل آموزش بهداشت روانی بود و در هر جلسه آموزش یک یا دو مهارت مطرح‌شده در راهنمای برنامه آموزش مشاوره تحصیلی، براساس دستورالعمل‌های ارائه شده در این راهنما، آموزش داده شد. نحوه انجام کار به این ترتیب بود که در هر جلسه، ابتدا در مورد هر موضوع توضیحاتی داده می‌شد و در صورت لزوم درباره مفهوم‌های مربوط به آن موضوع سؤال‌هایی مطرح می‌شد. سپس با جمع‌بندی نظرات شرکت‌کنندگان، آن مفاهیم تعریف می‌شدند و فایده انجام فعالیت‌های عملی مربوط به موضوع، مورد بحث قرار می‌گرفت. سرانجام چگونگی انجام آن فعالیت برای شرکت‌کنندگان توضیح داده می‌شد. در آخرین جلسه نیز پس‌آزمون اجرا شد.

جدول ۱. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون بهداشت روانی دانش‌آموزان دختر گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معنی‌داری (P)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۹۰۸	۳	۳۳	۱۰۸/۹	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰۸	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۹۲	۳	۳۳	۱۰۸/۹	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰۸	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۹/۹۰۴	۳	۳۳	۱۰۸/۹	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰۸	۱/۰۰
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۹/۹۰۴	۳	۳۳	۱۰۸/۹	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰۸	۱/۰۰

یافته‌های پژوهش

همان‌طور که در جدول ۱ ارائه شده است، با بررسی پیش‌آزمون سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها بیانگر آن هستند که بین دانش‌آموزان دختر گروه‌های آزمایش و گواه، حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته، تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ($p=۰/۰۰۰۱$ و $F=۱۰۸/۹$). برای پی‌بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، تحلیل کواریانس یک‌راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۲ نشان داده شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۹۰۸ است. به عبارت دیگر، ۰/۹۰۸ درصد تفاوت‌های فردی در نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته، مربوط به تأثیر مشاوره تحصیلی است. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است. به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

فرضیه پژوهش: مشاوره تحصیلی بر سلامت بهداشت روانی دانش‌آموزان دختر دوره اول متوسطه منطقه ۱۵ آموزش و پرورش شهر تهران اثر دارد.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، با کنترل

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس یک راهه (آنکوا) روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون بهداشت روانی دانش‌آموزان دختر گروه‌های آزمایش و گواه با بررسی پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری P	مجدور اتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۹۹/۶۷۵	۱	۹۹/۶۷۵	۱/۵۶۶	۰/۲۱۹	۰/۰۴۲	۰/۲۳۰
گروه	۵۵۱۳/۳۹۹	۱	۵۵۱۳/۳۹۹	۸۶/۶۴۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰۱	۱/۰۰
خطا	۲۳۵۴/۳۲۵	۳۸۲	۶۲/۶۳۰				

پیش‌آزمون بین دانش‌آموزان دختر دوره اول متوسطه منطقه ۱۵ آموزش و پرورش شهر تهران، بین گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ میزان بهداشت روانی تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ($F=۸۶/۶۴۷$ و $P=۰/۰۰۰۱$). بنابراین فرضیه فوق تأیید می‌شود. به عبارت دیگر، مشاوره تحصیلی با توجه به میانگین بهداشت روانی گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به میانگین دانش‌آموزان گروه گواه، موجب افزایش بهداشت روانی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با $۰/۷۰۱$ است. به عبارت دیگر، $۰/۷۰۱$ درصد تفاوت‌های فردی در نمره‌های پس‌آزمون بهداشت روانی مربوط به تأثیر مشاوره تحصیلی است. توان آماری برابر با $۱/۰۰$ است و در نتیجه امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق نشان داد که مشاوران مدرسه بر حفظ بهداشت روانی دانش‌آموزان دختر دوره اول متوسطه منطقه ۱۵ آموزش و پرورش شهر تهران اثر دارند و فرضیه تأیید شد. این یافته با نتایج تحقیقات زیر همسو و هماهنگ است:

○ **فاضلی (۱۳۹۳)** در تحقیقی «به تأثیر مشاوره در پیشرفت تحصیلی دانشجویان» پرداخت. جامعه آماری این تحقیق مراکز مشاوره دانشجویی بودند. او نتیجه گرفت که مراکز مشاوره دانشجویی می‌توانند در موارد چهارگانه مذکور در مدل نظری به دانشجویان کمک کنند. این امر می‌تواند در حل مسائل آموزشی به پیشرفت تحصیلی مؤثر منجر شود. مهم‌ترین عامل در فرایند ارائه این خدمات، کمک به دانشجویان برای کسب و ارتقای خودپنداری مثبت است.

○ **عنی‌عشری (۱۳۹۹)** به بررسی «اثر بخشی مشاوره گروهی با رویکرد الیس بر عملکرد تحصیلی و عزت‌نفس دانش‌آموزان دختر سال سوم دوره متوسطه شهر زرنند» پرداخت. نتایج تحقیق او نشان داد که مشاوره گروهی بر خودکارآمدی، برنامه‌ریزی برای مدیریت پیامد، انگیزش و عزت‌نفس مؤثر است.

راهکارها و پیشنهادها

۱. برگزاری جلسه‌های آگاه‌سازی برای دانش‌آموزان و در جهت آموزش مهارت‌های زندگی، مدیریت (کنترل) فشار روانی (استرس) و تأمین بهداشت روانی؛

۲. به‌روزرسانی اطلاعات و آگاهی‌های مشاوران و ارتقای

توانمندی‌ها و مهارت‌های آن‌ها؛

۳. اختصاص ساعت بیشتر به حضور مشاوران در مدرسه به‌منظور شناسایی مشکلات حوزه بهداشت روانی و حل آن‌ها؛

۴. حضور مشاوران در مدرسه براساس آمار دانش‌آموزان تا در طول سال تحصیلی به مشکلات تمام دانش‌آموزان رسیدگی شود؛

۵. به‌کارگیری مشاوران فعال؛

۶. برقراری رابطه دوستانه توسط مشاور با دانش‌آموز و اولیای او، برای کمک به سلامت روانی دانش‌آموز؛

۷. ارتقای عزت‌نفس دانش‌آموزان توسط مشاوران (ارتباط نزدیکی بین عزت‌نفس و سلامت روان وجود دارد)؛

۸. آموزش مهارت‌های زندگی به دانش‌آموزان؛

۹. نشان‌دادن تأثیر مخرب دوست و شیوه قطع ارتباط با دوست به دانش‌آموز؛

۱۰. آموزش مهارت‌های زندگی به والدین توسط مشاور مدرسه (یکی از عوامل اثرگذار بر سلامت روانی دانش‌آموز والدین هستند)؛

۱۱. شناخت استعدادهای دانش‌آموزان و هدایت آن‌ها؛

۱۲. ارجاع به‌موقع دانش‌آموزان نیازمند خدمات مشاوره تخصصی؛

۱۳. نظارت مشاور بر عملکرد دبیران در زمینه ارزشیابی و دادن تکلیف و برداشتن حس فشار درسی از روی دانش‌آموز؛

۱۴. آگاه‌سازی دانش‌آموزان از تأثیر رسانه بر زندگی.

پی‌نوشت‌ها

1. hilgrd & bower
2. Goldberg
3. Heler

منابع

۱. بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۹۰). روش‌های افزایش عزت‌نفس در کودکان و نوجوانان. انتشارات رشد. تهران.
۲. ساعتچی، محمود؛ کامکاری، کامبیز؛ اسدی، پروا؛ محمدی تقوی، سیدمحمد؛ عسگریان، مهناز؛ معاشری، امین (۱۳۹۰). آزمون‌های روان‌شناختی. انتشارات روان. تهران. چاپ دوم.
۳. شفیق‌آبادی، عبدالله و ناصری، غلامرضا (۱۳۹۸). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی. مرکز نشر دانشگاهی. تهران.
۴. جلالی، فاطمه (۱۳۹۴). «نقش مشاور در امور تحصیلی و تربیتی دانش‌آموزان». طرح پژوهشی آموزش و پرورش استان هرمزگان.
۵. گل‌میرزایی، جواد؛ محبوبی، حمیدرضا؛ خورگونی، طاهره (۱۴۰۰). «تأثیر مشاوره حمایتی برای دانشجویان دارای پیشرفت تحصیلی ضعیف». مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی. شماره ۱۱.
6. Catherine M. Millett, Stephanie R. Saunders, Marisol J. C. Kevelson, (2018), College Access Program Alumni Reflect on Their Experiences in the Program and Its Impact on Their Skills and College Outcomes, ETS research report, volume 2018, Issue1, 11-64.
7. Castillo, Linda (2017). Introduction to the Special Issue on College Student Mental Health, clinical psychology, Volume 69, Issue4, 291-297.
8. Hargi and Dickson, (2019) An Exploration of the Relationship Between Emotional Intelligence and Job Performance in Police Organizations, Journal of Police and Criminal Psychology, Volume 27, Issue 1.
9. Ponsford, Lisa (2020), Assessing mental health and violence on college campuses using the vulnerability model, American association of nurse, Volume 28, Issue4, 212-217.



زیبا مطلبی

کارشناس علوم تربیتی

دکتر سید عباس خلیقی پور

استادیار گروه علوم تربیتی دانشگاه معارف قرآن و عترت

چالش‌های مادران شاغل

مروری بر تجربه‌های زیسته مادران شاغل در ایفای نقش خانوادگی و نقش سازمانی

چکیده

امروزه یکی از پدیده‌های غالب در جوامع، اشتغال زنان است که چالش‌های بسیاری برای مادران به وجود می‌آورد. در این مقاله، فرزندآوری و چگونگی ایفای نقش مادری در میان زنان شاغل مطالعه و اثرات مثبت و منفی اشتغال مادران بر رشد اجتماعی، رشد شخصیت، احساس امنیت و سلامت روان فرزندان بررسی شده است. پس از انتخاب نمونه آماری از میان مادران شاغلی که فرزند زیر ۱۲ سال دارند، مصاحبه‌ها به صورت حضوری انجام شد و تجزیه و تحلیل یافته‌ها با استفاده از شیوه تحلیل مضمون صورت گرفت. در پایان نیز پیشنهادهایی کاربردی برای کاهش تعارض میان اشتغال زنان و فرزندآوری ارائه شد.

کلیدواژه‌ها: اشتغال، مادران شاغل، موفقیت شغلی، نقش‌های خانوادگی، نقش‌های سازمانی

مقدمه

در جوامع امروزی، مشارکت زنان در فعالیت‌های اجتماعی و اقتصادی اهمیت بسزایی دارد. زنان در بسیاری از بخش‌های اداری و صنعتی به کار گرفته شده‌اند و فعالیت‌های گوناگونی انجام می‌دهند؛ تا جایی که در مباحث مربوط به توسعه، مشارکت زنان و چگونگی ایفای نقش آنان در ساختار اقتصادی، از شاخص‌های نوسازی و توسعه اقتصادی قلمداد شده است (دعایی و همکاران، ۱۳۹۱). از این‌رو در اکثر کشورها به اشتغال بانوان و پیامدهای مثبت و منفی آن توجه ویژه‌ای می‌شود. تعاملات زنان شاغل حتی اگر بر وضعیت شغلی آنان به صورت مستقیم اثر نگذارد، به تدریج زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی را دستخوش تغییراتی می‌کند و ممکن است رفتارهای آنان را در خصوص باروری نیز تغییر دهد. با وجود تغییرات جمعیتی و اجتماعی در ایران، خانه‌داری و نگهداری از فرزندان همچنان مسئولیت اصلی زنان به شمار می‌رود و در حالی که بانوان شاغل، زمان زیادی را به کار کردن در بیرون از منزل اختصاص می‌دهند، عمده کارهای درون منزل را نیز بر عهده دارند. به همین دلیل هنگام تطبیق کار و مسئولیت اجتماعی با نقش‌های درون خانه، با مشکلات فراوانی روبه‌رو

می‌شوند (ربانی خوراسگانی و همکاران، ۱۳۹۲). بدین ترتیب بررسی چالش‌های پیش‌روی بانوان شاغل در عرصه زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی به ویژه در حوزه فرزندآوری و تربیت فرزندان از اهمیت خاصی برخوردار است.

نتایج این پژوهش از چند جنبه مفید است: سیاست‌های کلی جمعیت در سطح کشور، هم بر ارتقای سطح باروری و هم بر کیفیت خانواده‌ها تأکید نموده است. سیاست‌های کلی حمایت از خانواده نیز که در سال ۱۳۹۵ از سوی مقام معظم رهبری ابلاغ شده است، بر نشاط و سلامت خانواده تأکید زیادی دارد. بنابراین بررسی و شناخت مسائل زنان شاغل می‌تواند دستورکار مهمی برای سیاست‌گذاران حوزه خانواده و جمعیت باشد. شناخت عوامل اثرگذار بر اشتغال زنان، در توسعه اقتصادی و اجتماعی کشور اهمیت اساسی دارد. از این‌رو در پژوهش حاضر تلاش شده است یکی از چالش‌های اساسی زنان شاغل، یعنی ترکیب و تلفیق نقش مادری با نقش‌های سازمانی خارج از منزل، مورد بررسی قرار گیرد و به این سؤالات پاسخ داده شود: اشتغال زنان چه تأثیری بر فرزندآوری آنان دارد؟ مادران شاغل در انجام هر دو نقش داخل و خارج از منزل با چه مسائل و مشکلاتی روبه‌رو هستند؟ مادران شاغل در پیوند بین کار سازمانی و فرزندآوری از چه راهبردهایی استفاده می‌کنند؟

فرصت‌ها و چالش‌های اشتغال مادران

اکثر مادران شاغل که در این پژوهش با آنان مصاحبه صورت گرفت، دستیابی به فرصت‌ها را در عین رویارویی با محدودیت‌ها تجربه کرده‌اند. اشتغال خارج از منزل در بیشتر مواقع به رضایت درونی، احساس مفید بودن و همچنین اعتماد به نفس بیشتر در زنان می‌انجامد. بانوان شاغل به واسطه کار کردن با مشکلات جامعه بیشتر آشنا می‌شوند و بیش از پیش می‌توانند همسر خود را درک کنند. همچنین، اعضای خانواده‌ای که مادر در بیرون از منزل شاغل است، بیشتر از دیگر خانواده‌ها در کارها به یکدیگر یاری می‌رسانند و همکاری بین آن‌ها افزایش می‌یابد. به‌طور معمول، بخش زیادی از کارهای خانه بر عهده زنان است؛ وقتی خانمی به کار خارج از منزل نیز مشغول می‌شود، وظایف او مضاعف خواهد شد و ممکن است نتواند به موقع به امور خانه رسیدگی کند. اما با گذشت زمان، می‌آموزد که چطور زمان خود را بهتر مدیریت کند و چگونه برنامه‌ریزی کند تا بتواند کارهای روزانه را به موقع انجام دهد. همچنین مرزبندی بین کار خارج از منزل و نقش‌های خانوادگی نیز بهبوددهنده مدیریت نقش‌هاست.

همه بانوان شاغل مشارکت‌کننده در پژوهش حاضر، به ناسازگاری بین کار و خانواده اشاره کردند. این زنان از یک طرف نگران مسئولیت‌های داخل منزل و انجام وظایف همسری و مادری هستند و از سوی دیگر به دنبال انجام مطلوب تکالیف سازمانی و ایفای نقش‌های اجتماعی در خارج از منزل. جوهره مشترک تجربه شرکت‌کنندگان از انجام هم‌زمان کار و فرزندآوری، تعارض کار - خانواده را به صورتی پررنگ مطرح می‌کند. درک این زنان از محیط خانواده، مبتنی بر حمایت است، در حالی که تلقی آنان از محیط کار، نوعی بی‌تفاوتی است. مهم‌ترین منابع حمایتی مادران شاغل، همسران آن‌ها هستند. به عنوان نمونه یکی از پاسخ‌دهندگان که خانمی ۲۶ ساله با مدرک کارشناسی، کارمند دولت و دارای یک فرزند چهار ساله است، در این باره گفت: «مردان با حمایت عاطفی و ابزاری از همسر خود، می‌توانند شرایط زندگی را بهبود ببخشند».

در شرایطی که تقسیم نقش‌های جنسیتی در خانواده به گونه‌ای است که مسئولیت امور خانه و فرزندان را بر عهده زنان می‌گذارد، بانوان در تطبیق نقش‌های درون خانه و کارهای دیگر با چالش‌های فراوانی روبه‌رو خواهند شد. این مشکلات ممکن است سبب ترک شغل شود و مانع از ورود زنان به عرصه فعالیت‌های اقتصادی و اجتماعی گردد یا به کاهش انگیزه فرزندآوری در آنان بینجامد (دعایی و همکاران، ۱۳۹۱).

بعضی از پاسخ‌گویان وظیفه اصلی زن ایرانی را نگهداری از فرزند می‌دانستند و در عین حال دسترسی زنان به فرصت‌های شغلی را موفقیت تلقی می‌کردند. این عده اذعان داشتند که هزینه این موفقیت را همسر و فرزندان می‌دهند. به عنوان نمونه یک بانوی ۳۶ ساله با مدرک کارشناسی‌ارشد که کارمند دانشگاه و دارای دو فرزند هفت ساله و سه ساله است، چنین گفت: «با خودم می‌گویم من دارم به خودم، همسر و این طفل معصوم‌ها ظلم می‌کنم. اگر وضع مالی شوهرم بهتر بود که مجبور نبودم بروم سر کار، بچه‌های من هم وضعشان بهتر بود. هر وقت از مدرسه می‌آیند، تا ساعت شش بعدازظهر تنها هستند. چقدر پویانمایی ببینند و با رایانک (تبلت) بازی کنند؟ اگر خانه بودم، می‌بردمشان بوستان یا خانه کسی. می‌دانم که دارم به بچه‌ها بد می‌کنم.»

اسلام حق اشتغال زنان را به رسمیت شناخته است و مالکیت زنان بر اموالشان و بر درآمد حاصل از کارشان را تأیید کرده است. آنچه امروزه بیشتر مورد سؤال است، الگویی از اشتغال زنان است که برای جامعه اسلامی کنونی قابل کاربرد باشد و بتواند نیازهای کنونی کشور را در حوزه فرزندآوری رفع کند.



پاسخ‌دهنده دیگری با توجه به اهمیت نقش زن و مادر، به درست بودن تقسیم کاری که اسلام از نقش‌های زن و مرد داشته است، اشاره کرد. این زن ۳۲ ساله شاغل در بخش خصوصی که دارای یک فرزند شش ساله است، اعتقاد دارد اشتغال زنان، موفقیتی برای آنان محسوب نمی‌شود. وی محیط کار را مردانه می‌داند و به نظرش کارفرمایان از شرایط خانواده‌های امروزی درک درستی ندارند. به نظر او شرایط اجتماعی و اقتصادی سبب شده است که زنان به سمت کارهای بیرون از خانه روی آورند. این خانم، جامعه را همراه خود نمی‌داند و به نظرش شرایط جامعه باید طوری پیش برود که زنان، مجبور به کار کردن در بیرون از منزل نباشند.

امروزه که زنان، خواهان بهره بردن از فرصت‌های اقتصادی و آموزشی بیشتری هستند، اگر نظام‌های حمایتی برای مراقبت از کودک یا تسهیلاتی مانند کار نیمه‌وقت و ساعت کاری انعطاف‌پذیر برای مادران شاغل در دسترس نباشد یا تغییری در نقش‌های جنسیتی در زندگی خانوادگی ایجاد نشود، کاهش تعداد فرزندان را به دنبال خواهد داشت (مک گینیتی و راسل، ۲۰۰۸). نداشتن حامی و پشتیبان یا نیروی کمکی برای نگهداری از فرزند، یکی از مسائل و چالش‌های مهم زنان شاغل است. بسیاری از آنان در مصاحبه‌ها به اهمیت حمایت خویشاوندان نزدیک از جمله مادر و مادرشوهر برای نگهداری از فرزند اشاره کردند. یکی از پاسخ‌دهندگان که زنی ۳۰ ساله با مدرک کاردانی، کارگر کارگاه و دارای دو فرزند شش ساله و دو ساله است، در این زمینه گفت: «حقوق کم است ولی به هر حال بخشی از هزینه‌های زندگی را پوشش می‌دهد. برای بچه اولم مادر و مادرشوهرم کمک می‌کردند، حتی اجازه ندادند بچه را مهد کودک ببرم یا پرستار بگیرم و گفتند همه حقوق را باید برای نگهداری بچه بدهی. اما الان دیگر هیچ کدام نیستند و در نگهداری فرزند دوم با مشکلات جدی مواجهم».

یکی از چالش‌های مهم در این زمینه، مربوط به حمایت اجتماعی از فرزندآوری است. بسیاری از مصاحبه‌شوندگان به حمایت‌هایی اشاره کردند که سایر کشورها برای خانواده‌های دارای فرزند، ارائه می‌دهند. آنان به تجربه اقوام یا دوستانی که در کشورهای دیگر دارند، استناد کردند. به این صورت که با آوردن فرزند بیشتر، هم به لحاظ مالی تأمین شده‌اند و هم در بعضی موارد، فردی از سوی نهادهای اجتماعی برای مراقبت از فرزند و انجام کارهای خانه به کمک آن‌ها آمده است. یکی از پاسخ‌دهندگان که زنی ۳۲ ساله، شاغل در بخش خصوصی و دارای یک فرزند شش ساله است، در این زمینه گفت: «در استرالیا که خواهر من زندگی می‌کند، همه جوره از زن‌هایی که بچه می‌آورند حمایت می‌شود. یک زن افتخار می‌کند که بچه به دنیا آورده است. مادر در آنجا ارزش بالایی دارد و امتیازات زیادی دریافت می‌کند. آن‌ها فقط حرف نمی‌زنند، عمل می‌کنند، اما در جامعه ما خانواده‌ها باید خودشان به همه مشکلاتشان رسیدگی کنند».

از نظر بیشتر پاسخ‌دهندگان، در جامعه ما هم سیاست‌های حمایتی خانواده‌محور ضعیف است، هم شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به صورتی است که از مادران شاغل، کمتر حمایت می‌شود. به نظر آن‌ها بستر کنونی جامعه، کم‌فرزندی را ترویج می‌کند و فضای حاکم بر جامعه، محیط کار، محیط زیست، رسانه‌ها و... همگی سازوکارهایی قوی برای افزایش خانواده‌هایی شده‌اند که با وجود تمایل زیاد برای داشتن فرزند بیشتر، تک‌فرزندی یا حتی بی‌فرزندی را انتخاب می‌کنند. یک خانم ۳۶ ساله با

مدرک کارشناسی‌ارشد، شاغل در بخش خصوصی و دارای یک فرزند هفت ساله در این خصوص گفت: «مدرسه پسر من ساعت ۱۲ تعطیل می‌شود. مجبورم در این هوای آلوده، او را بعد از مدرسه ببرم مهد کودک و تا ساعت ۴ بگذارم آنجا. ساعت ۴ که می‌خواهم از شرکت بیرون بیایم، همان موقع مدیران چند کار برایم می‌فرستند. می‌دانید چه فشاری به من وارد می‌شود؟ چه بچه من که در مهد کودک منتظرم است تا بروم دنبالش، چه فشاری وارد می‌شود؟» بر اساس اظهارات شرکت‌کنندگان در مصاحبه‌ها، بسیاری از مادران شاغل برای این که بتوانند زمان بیشتری را به ویژه در روزهای آخر هفته با اعضای خانواده سپری کنند، حجم بالایی از کارها را هم در محیط کار و هم درون خانه به تنهایی انجام می‌دهند. در چنین شرایطی، آموزش اعضای خانواده برای بهبود تقسیم کار درون خانه و برنامه‌ریزی و اولویت‌بندی صحیح کارها در کاهش مشکلات مادران شاغل، مؤثر است. یکی از شرکت‌کنندگان که بانویی ۲۴ ساله با مدرک کاردانی، شاغل در بخش خصوصی و دارای یک فرزند پنج ساله است، گفت: «برای این که بتوانم پنج‌شنبه‌ها در منزل و کنار همسر و فرزندم باشم، در سایر روزها تا پایان روز در شرکت حضور دارم و اضافه کاری می‌کنم. در عوض، آخر هفته همه با هم هستیم.» سلامت جسمی و روانی زنان بسیار مهم است، زیرا آن‌ها رکن اساسی خانواده‌اند. گرچه مادران شاغل برای استفاده از فرصت‌های موجود برای گذراندن اوقات فراغت با موانع مالی، فرهنگی یا ساختاری کمتری روبه‌رو هستند، اما به دلیل محدودیت‌های زمانی به ندرت می‌توانند در فعالیت‌های فراغتی یا تفریح و سرگرمی درگیر شوند. بسیاری از پاسخ‌دهندگان بر اهمیت سلامت جسمانی و روانی مادران تأکید کردند و انجام فعالیت‌های ورزشی، تفریحی و فراغتی را مهم و مطلوب می‌دانستند، لیکن این گونه فعالیت‌ها در حاشیه برنامه‌های روزمره زندگی آن‌ها قرار داشت. عموم این خانم‌ها اظهار داشتند که بیشترین انرژی و وقت خود را به کارهای بیرون از منزل اختصاص می‌دهند و برای فرزندان و کارهای خانه وقت و انرژی کمتری دارند. تعداد بسیار اندکی از زنان شاغل از شرکت‌های خدماتی برای انجام کارهای خانه کمک دریافت کرده بودند و اکثراً علاوه بر نقش‌های سازمانی، کارهای درون خانه را نیز انجام می‌دهند و زمان زیادی از وقت خود را به انواعی از فعالیت‌ها نظیر نظافت، آشپزی، کمک به آموزش فرزندان و مراقبت از فرزندان اختصاص می‌دهند.

راهکارهای مقابله با چالش‌های اشتغال مادران

در بسیاری از جوامع با تغییر ساختار جنسیتی بازار کار، الگوی سنتی خانواده با محوریت مرد به عنوان نان‌آور خانواده در حال تغییر است. یکی از پیامدهای این تغییرات، تجربه ترکیب کار - خانه است. بر اساس آیه «لِّلرِّجَالِ نَصِيبٌ مِّمَّا اكْتَسَبُوا وَلِلنِّسَاءِ نَصِيبٌ مِّمَّا اكْتَسَبْنَ (نساء/۹۷) برای مردان از آنچه کسب کرده‌اند، بهره‌ای است و برای زنان هم از آنچه کسب کرده‌اند، بهره‌ای است.» اسلام حق اشتغال زنان را به رسمیت شناخته است و مالکیت زنان بر اموالشان و بر درآمد حاصل از کارشان را تأیید کرده است. آنچه امروزه بیشتر مورد سؤال است، الگویی از اشتغال زنان است که برای جامعه اسلامی کنونی قابل کاربرد باشد و بتواند نیازهای کنونی کشور در حوزه فرزندآوری را رفع کند. به این منظور در مقاله حاضر تلاش شد یکی از مسائل اساسی زنان شاغل، یعنی ترکیب

**نداشتن حامی و پشتیبان یا نیروی کمکی
برای نگهداری از فرزند، یکی از چالش‌های مهم
زنان شاغل است. امروزه که بانوان به دنبال بهره‌گیری
بیشتر از فرصت‌های اقتصادی و آموزشی هستند، اگر
نظام‌های حمایتی مراقبت از کودکان یا تسهیلاتی مانند
کار نیمه وقت و ساعت کاری انعطاف‌پذیر برای مادران
شاغل در دسترس نباشد، کاهش تعداد فرزندان را
به دنبال خواهد داشت.**

اثرگذار است.

موضوع مهم دیگر، حمایت اجتماعی و سیاست‌های عمومی کشور در سطح کلان است که برای کاهش تعارض مطرح می‌شوند. به دلیل ضعف حمایت اجتماعی از مادران شاغل و ارزش‌گذاری کمتر نسبت به فرزندآوری آنان، زنان شاغل برای حل چالش فرزندآوری خود، بر خورد مسئولانه‌ای ندارند و در این فرایند نقشی برای خود قائل نیستند. آن‌ها فرزندآوری خود را نه برای اهداف کلان اجتماعی، بلکه تصمیمی کاملاً فردی و خانوادگی ارزیابی می‌کنند. بنابراین صرف سیاست‌های افزایش جمعیت، بدون در نظر گرفتن ملزومات آن و تسهیل شرایط فرزندآوری نمی‌تواند اهداف سیاست‌های کلی جمعیت را محقق کند. پس مطابق با نظریه تعارض نقش و مطالعات ریندوفوس و برواستر (۱۹۹۶) و ادواردز (۲۰۰۲) تا جایی که اشتغال زنان محدودکننده باروری به شمار می‌رود، انتظار می‌رود با هر تغییر مثبت و تسهیلگری در شرایط کار زنان یا تغییر در مسئولیت‌های خانه، تعارض بین مادری و اشتغال کاهش یابد.

از راه‌کنش (تاکتیک)‌هایی که مادران شاغل در مواجهه با چالش‌های ترکیب کار و خانواده در نظر می‌گیرند، کاهش تعداد فرزندان یا تأخیر در به دنیا آوردن فرزند دوم است. با وجود اینکه بسیاری از خانواده‌ها تمایل دارند دست کم یک دختر و یک پسر داشته باشند، تقریباً نیمی از مصاحبه‌شوندگان فقط یک فرزند داشتند و بیشتر آن‌ها قصد داشتن فرزند دوم را نداشتند. تعدادی از افرادی که دو فرزند داشتند نیز فرزند دوم خود را با فاصله طولانی (دست کم شش سال) به دنیا آورده بودند. یکی از پاسخ‌دهندگان که زنی ۳۲ ساله و شاغل در بخش خصوصی است، داشتن یک فرزند پسر و یک دختر را از آرمان‌های (ایدهال‌های) خود می‌داند. با این حال او فقط یک فرزند پسر شش ساله دارد و درباره آوردن فرزند دوم با این نگرانی مواجه است که علاوه بر دشواری‌های اقتصادی، نتواند نیازهای عاطفی او را تأمین کند و می‌گوید: «حالا خرجش به کنار، من باید وقت کنم به این بچه برسم و توجه کنم. به هر حال بچه نیاز به مراقبت دارد. قدیم نیست که بگویند خودش بزرگ می‌شود. بچه رسیدگی می‌خواهد، محبت می‌خواهد، آغوش گرم مادر را می‌خواهد.»

پیشنهاد‌های کاربردی

عمده اقدامات صورت گرفته برای کاهش تعارض کار - خانواده در مادران شاغل به نوعی تقابل فردی بوده است. کم‌توجهی به سلامت روانی و جسمی، قربانی کردن خود یا همسر و فرزند، تلاش مضاعف برای جبران کم‌کاری‌ها، کاهش کنش اجتماعی مسئولانه و در نهایت کاهش باروری و خودداری از فرزندآوری از پیامدهای منفی تجربه

نقش‌های مادری با نقش‌های بیرون از منزل و تأثیر آن بر مسئله فرزندآوری، تحلیل و واکاوی شود.

بی تردید جامعه‌ای که در تربیت و بهره‌گیری متناسب از نیروی انسانی ناکارآمد باشد، قادر به توسعه نخواهد بود. لذا پرداختن به امور جامعه و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی در کنار زندگی زناشویی و اداره امور خانواده، از حقوق و وظایف بدیهی و انکارناپذیر زنان و نشان‌دهنده برابری جایگاه زن و مرد در دین مقدس اسلام است (مقدم و مؤمنی‌راد، ۱۳۹۷). یافته‌های پژوهش نشان داد که بیشتر مادران شاغل از این که بیرون از خانه شاغل هستند و در راستای فعالیتی اقتصادی یا اجتماعی ایفای نقش می‌کنند، احساس خرسندی و رضایت دارند و برخی از تجربه‌های مثبت کار کردن در بیرون از منزل را به این صورت بیان کردند: افزایش عزت نفس، مطلوبیت تعاملات اجتماعی، تحرک و فعالیت بیشتر، استقلال مالی و درآمد بیشتر و استقلال بالاتر فرزندان به دلیل حضور در مهدکودک. با این حال، آن‌ها با تأثیر گرفتن از شرایط فرهنگی جامعه، انتظارات نقش و تأکید جامعه بر نقش‌های مادرانه زنان، تعارض بالایی از ترکیب کار - فرزندآوری را درک کرده‌اند.

پیشرفت همه‌جانبه جامعه مرهون استحکام بنیان خانواده است که در آن نقش محوری را مادران بر عهده دارند و این مهم از طریق سامان بخشیدن به امور خانواده و تربیت فرزندان به انجام می‌رسد. در این زمینه توصیه‌های فراوانی از سوی پیامبر اکرم (ص) و ائمه اطهار (ع) شده است؛ مانند:

«جهاد المرائه حسن التبعل»: جهاد زن، حسن شوهرداری است (شیخ مفید، ۱۴۱۳ق).

«لا شفیع للمرائه انجح عند ربها من رضا زوجها»: برای زن هیچ شفيعی نزد پروردگارش از رضایت شوهرش سودمندتر نیست (شیخ حر عاملی، ۱۴۰۹ق).

محبوس و محدود کردن زن در خانه و انجام تکالیف زناشویی، از او موجودی پُرمهره و بی‌هویت خواهد ساخت که شأن او را در حد یک خدمتگزار تنزل می‌دهد. امروزه گسترش روابط اجتماعی به گونه‌ای است که بر شکل‌گیری شخصیت و هویت انسان تأثیر می‌گذارد و بخشی از استعدادهای انسان در اجتماع شکوفا می‌شود (مقدم و مؤمنی‌راد، ۱۳۹۷).

در این مطالعه، شرکت‌کنندگان از دامنه گسترده‌ای از مشاغل انتخاب شده بودند. زنان شاغل در شرکت‌های خصوصی یا فروشگاه‌ها و رستوران‌ها که ساعت‌های کاری طولانی‌تری دارند، حتی روزهای تعطیل ممکن است ناچار به حضور در محل کار شوند. یافته‌های پژوهش، تفاوت معنادار تعارض نقش شغلی - خانوادگی زنان شاغل در بخش خصوصی و دولتی را تأیید می‌کنند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های افشانی و هاتفی‌راد (۱۳۹۶) و رازقی نصرآباد و همکاران (۱۳۹۴) همخوانی دارد. همچنین افرادی که نوع کار همسرانشان به گونه‌ای بود که فرصت کمتری برای مشارکت در امور خانه داشتند، با تعارض بیشتری مواجه بودند. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر و مطالعات پیشین، همچون رازقی نصرآباد و همکارانش (۱۳۸۹) و می‌آتین و همکارانش (۲۰۱۱)، آنچه در رابطه وضعیت شغلی و فرزندآوری تعیین‌کننده است، نوع شغل و میزان حمایت‌های اجتماعی مرتبط با زنان شاغل است. این یافته‌ها نشان می‌دهد برای کاهش تعارض کار - خانواده، کاهش و انعطاف‌پذیری ساعت کاری مادران و آموزش تقسیم کار درون خانه



منابع

۱. افشانی، سیدعلیرضا و هاتفی‌راد، لیدا (۱۳۹۶) بررسی عوامل مرتبط با تعارض نقش شغلی - خانوادگی زنان با تأکید بر متغیرهای شغلی و سازمانی. فصل‌نامه جامعه‌شناسی کاربردی، دوره ۲۸، شماره ۶۸.
۲. دعایی، حبیب‌الله؛ پور، سمیرا؛ خریدار، فاطمه (۱۳۹۱). تحلیل و بررسی عوامل پیش‌بینی‌کننده تعارض کار - خانواده و قصد ترک خدمت مورد مطالعه پرستاران بیمارستان قائم (عج) در مشهد. فصل‌نامه علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی، شماره ۱.
۳. رازقی نصرآباد، حجه بی‌بی؛ علی‌مندگاری، ملیحه؛ محمدی پورندوشن، علی (۱۳۹۴). بررسی تعارض کار - خانواده و رابطه آن با رفتار باروری (مطالعه‌ای در بین زنان شاغل در اداره آموزش و پرورش شهر یزد). فصل‌نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، دوره ۱۰، شماره ۱۹.
۴. رازقی نصرآباد، حجه بی‌بی و عباسی شسوازی، محمد جلال (۱۳۸۹). الگوها و عوامل مؤثر بر فاصله ازدواج تا اولین تولد در ایران. فصل‌نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، شماره ۹.
۵. ربانی خوراسگانی، علی؛ الهی‌دوست، سعیده؛ قیصریه نجف‌آبادی، فرشته (۱۳۹۲). مطالعه‌ای پدیدارشناسانه درباره تجربه زیسته مدیران زن در اصفهان. فصل‌نامه جامعه‌شناسی کاربردی، دوره ۵۲، شماره ۴.
۶. شیخ حر عاملی، محمدبن‌الحسن (۱۴۰۹ ق). تفصیل وسائل‌الشیعه الی تحصیل مسائل الشریعه. قم: انتشارات مؤسسه آل‌البیت (ع) الاحیاء التراث.
۷. شیخ مفید، محمدبن محمد (۱۴۱۳ ق). الأمالی. تحقیق و تصحیح حسین ولی و علی‌اکبر غفاری. قم: کنگره جهانی هزاره شیخ مفید.
۸. گروسی، سعیده و آدینه‌زاد، راحله (۱۳۸۹). بررسی رابطه عوامل اجتماعی با تعارض نقش‌های شغلی و خانوادگی در بین زنان شاغل شهر کرمان. فصل‌نامه علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی، شماره ۱۵.
۹. مقدم، وحید و مؤمنی‌راد، فهیمه (۱۳۹۷). ارائه شاخص‌های الگوی مطلوب اشتغال بانوان بر اساس تجربه صدر اسلام. فصل‌نامه اقتصاد اسلامی، دوره ۱۸، شماره ۷۲.
10. Edwards, M. E. (2002). "Education and Occupations: Re-examining the Conventional Wisdom about Later First Births among American Mothers." Sociological Forum, 17.
11. McGinnity, F. & Russell, H. (2008) Gender Inequality in Time Use: The Distribution of Caring, Housework and Employment among Woman and Men in Ireland. Ireland: Brunswick Press.
12. Miettinen, A. Basten, S. & Rotkirch, A. (2011) "Gender Equality and Fertility Intentions Revisited: Evidence from Finland." Demographic Research, 24 (20).
13. Razeghi Nasrabad, H. Alimondegari, M. & Mohseni, Z. (2019) "The Prevalence and Determinants of the Use of Withdrawal to Avoid Pregnancy in Tabriz city Iran." International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences, 7 (1).
14. Rindfuss, R. & Brewster, K. (1996) "Childrearing and Fertility." Population and Development Review, 22. Doi: 10.2307/2808014.

تعارض کار - فرزندآوری هستند و همگی به نوعی سازگاری اجباری نامطلوب به شمار می‌روند. آموزش مهارت‌های کاری و توانمندکردن افراد با تقویت مهارت‌های مربوط به توسعه فردی مانند ارتقای مدیریت زمان، مدیریت هم‌زمان نقش‌ها، برنامه‌ریزی و... که از تعارضات می‌کاهد و به ایفای بهتر نقش‌های شغلی و خانوادگی کمک می‌کند، از پیشنهاد‌های کاربردی پژوهش حاضر است.

برخورداری از حمایت اجتماعی سبب ایجاد احساس تعلق، پذیرش، محبوب و بالارش بودن و نیز امکان دریافت کمک در وضعیت اضطراری می‌شود و از آن به منزله قوی‌ترین و نیرومندترین عامل مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان فرد در زمان درگیری با شرایط تنش‌زا تعبیر شده است که تحمل مشکلات را برای فرد، سهل‌تر می‌کند. در طرف مقابل، احساس نداشتن حمایت‌های اجتماعی، سبب کم‌رنگ‌شدن احساس تعلق به جامعه و کاهش کنش اجتماعی مسئولانه می‌شود (گروسی و آدینه‌زاد، ۱۳۸۹). با توجه به این که زنان متأهل باید علاوه بر نقش کارمندی، نقش‌های مهم‌تری چون همسری و مادری ایفا کنند، پیشنهاد می‌شود ساعت‌های کاری انعطاف‌پذیری برای آنان در نظر گرفته شود تا ضمن ارتقای سطح رضایت‌مندی، باعث کاهش تعارضات کار اداری با نیازهای خانوادگی شود.

مشکل سازگاری کارهای درون خانه با بیرون از منزل برای مادران شاغل دارای فرزند خردسال بیشتر است، زیرا کودکان خردسال به مراقبت و حمایت بیشتری به ویژه از سوی مادران، نیاز دارند و این گروه از مادران، تعارض بیشتری را تجربه می‌کنند (رازقی نصرآباد و همکاران، ۱۳۹۴). با توجه به پیامدهای منفی اشتغال تمام‌وقت برای زنان متأهل همچون تعارض نقش‌ها، فشار مضاعف و سست شدن روابط عاطفی و خانوادگی در خصوص مشاغلی که حضور بانوان در آن‌ها الزامی است، می‌توان با ایجاد شرایطی که زنان کارفرمای خود باشند موقعیتی فراهم کرد که بانوان بتوانند به دیگر وظایف و نقش‌های خود نیز رسیدگی نمایند. همچنین استفاده از الگوی اشتغال نیمه‌وقت یا پاره‌وقت نیز امکان‌پذیر است.

اصلاح و ترویج فرهنگی در همه سطوح جامعه به منظور نمایش کارآمدی نقش مادری و همسری زنان و قرار گرفتن فعالیت‌های دیگر در اولویت‌های بعدی نیز راهکار مناسبی است؛ به نحوی که هم زنان به اهمیت نقش خانوادگی خود بیشتر پی ببرند و هم همسران، مدیران و مسئولان در تعریف تعهدات شغلی و برنامه‌ریزی‌های فرهنگی، اجتماعی و سیاسی کلان، این نقش‌ها را در اولویت قرار دهند. همچنین ایجاد فضایی امن برای زنان در محیط‌های کاری و اداری با توجه به ملزومات فرهنگی و دینی جامعه اسلامی، مهم‌ترین و مؤثرترین اقدامی است که هر سازمان عمومی یا خصوصی باید انجام دهد.

هوش مصنوعی و تربیت فرزندان



حسین معافی

دکترای برنامه‌داری و مدرس دانشگاه

مزیت‌ها و چالش‌ها

تربیت امری پیچیده، مستمر و پیوسته است که نیازمند اطلاعات و آگاهی‌های زیادی است. والدین برای تربیت فرزندان دارای سلامت روان و به‌دور از مشکلات رفتاری، پیوسته از کتاب‌ها و منابع علمی در حوزه‌ی فرزندپروری استفاده می‌کنند تا آگاهی و اطلاعات خود را به‌روز کنند. امروزه تربیت نسل جدید یکی از مسائل ویژه‌ی جهانی تلقی می‌شود و با توجه به افزایش روزافزون خطرات و مانع‌های تربیتی و گسترش فناوری‌هایی چون هوش مصنوعی، اندیشمندان و پژوهشگران به دنبال کاوش در این باره و ارائه‌ی راهکارهای تربیتی و پرورشی درست هستند.

رشد و گسترش فناوری‌هایی چون «هوش مصنوعی» همه‌ی جنبه‌های زندگی را تحت تأثیر خود قرار داده است و ۴۰ درصد شغل‌ها را در آینده تغییر خواهد داد. هوش مصنوعی با ابزارهایی که ارائه می‌دهد، ما را در انجام کارها، بدون هیچ آموزشی، حرفه‌ای می‌کند. این فناوری جدید می‌تواند در بسیاری کارها از جمله تربیت فرزندان به ما کمک کند و بهترین مشورت‌ها و راه‌حل‌ها را ارائه دهد.

هوش مصنوعی بر شکل‌ها و مرحله‌های زندگی انسان تأثیر می‌گذارد و نقش والدین را نیز به شکل‌های متفاوت تغییر خواهد داد. همچنین برای بهبود و ارتقای شیوه‌های تربیتی فرزندان ظرفیت‌های زیادی دارد. در اینجا برخی از روش‌های استفاده از هوش مصنوعی در تربیت فرزندان را شرح می‌دهیم:

آموزش شخصی‌سازی شده

ابزارهای هوش مصنوعی می‌توانند با توجه به نیازها، علاقه‌ها و سطح یادگیری هر کودک، محتوای آموزشی متناسب با او را ارائه دهند. این موضوع می‌تواند به یادگیری عمیق‌تر و مؤثرتر کودک کمک کند. برخی از برنامه‌های آموزشی مبتنی بر هوش مصنوعی که در حال حاضر در دسترس هستند، عبارت‌اند از:

- **خان آکادمی کیدز^۱**: هوش مصنوعی را برای ارائه‌ی تمرین‌ها و فعالیت‌های شخصی‌سازی‌شده برای کودکان سنین پیش‌دبستانی تا پایه‌ی دوم به خدمت می‌گیرد.
- **دریم‌باکس لرنینگ^۲**: از هوش مصنوعی برای آموزش ریاضیات به کودکان در دوره‌ی ابتدای استفاده می‌کند.
- **کان‌فیت^۳**: از بازی‌های مبتنی بر هوش مصنوعی برای تقویت مهارت‌های شناختی کودکان سنین گوناگون بهره می‌گیرد.

تقویت مهارت‌های یادگیری

برنامه‌های آموزشی مبتنی بر هوش مصنوعی می‌توانند با استفاده از بازی‌ها، تمرین‌های تعاملی و بازخوردهای آنی، مهارت‌هایی مانند حل مسئله، تفکر انتقادی و خلاقیت را در کودکان تقویت کنند. برخی از این برنامه‌ها عبارت‌اند از:

- **دولینگو^۴**: هوش مصنوعی را در خدمت آموزش زبان به کودکان و بزرگسالان قرار می‌دهد.
- **کدمانکی^۵**: از بازی برای آموزش اصول اولیه‌ی برنامه‌نویسی به کودکان استفاده می‌کند.
- **اسموو^۶**: هوش مصنوعی، رایانک‌ها را به اسباب‌بازی‌های آموزشی تعاملی تبدیل می‌کند.

نظارت و راهنمایی

ابزارهای هوش مصنوعی می‌توانند فعالیت‌های برخط کودکان را رصد کنند و در صورت مشاهده‌ی محتوای نامناسب یا رفتارهای پرخطر، به والدین هشدار دهند. همچنین، می‌توانند در انجام تکلیف‌ها و پروژه‌های کودکان به‌عنوان راهنما و مشاور عمل کنند. برخی از چنین ابزارهایی عبارت‌اند از:

- **گوگل فمیلی‌لینک^۷**: به والدین امکان می‌دهد، زمان استفاده از صفحه‌نمایش فرزندان را مدیریت کنند، برنامه‌هایی را که کودکان نمی‌توانند از آن‌ها استفاده کنند مسدود کنند و فعالیت‌های برخط آن‌ها را رصد کنند.
- **بارک^۸**: فعالیت‌های برخط کودکان را در زمینه‌ی نشانه‌هایی از قلدری رایانه‌ای، محتوای نامناسب و افکار خودکشی رصد می‌کند و در صورت مشاهده‌ی هرگونه مشکل به والدین هشدار می‌دهد.

- **کیا^۹**: به‌عنوان دستیار هوش مصنوعی برای کودکان عمل می‌کند و می‌تواند در انجام کارهایی مانند یادآوری، ارسال پیام و پیداکردن اطلاعات به آن‌ها کمک کند.



پرورش عادت‌های مثبت

برنامه‌های هوش مصنوعی می‌توانند در ایجاد عادت‌های مثبتی مانند مطالعه، ورزش و خواب کافی به کودکان کمک کنند. این برنامه‌ها می‌توانند با تشویق و انگیزه‌دادن به کودکان، آن‌ها را در مسیر رسیدن به اهدافشان یاری کنند. برخی از چنین برنامه‌هایی عبارت‌اند از:

- **هابیتیکا^{۱۱}**: از بازی برای تبدیل وظیفه و عادت‌ها به ماجراجویی‌های سرگرم‌کننده بهره می‌گیرد.
- **فورست^{۱۲}**: به کاربران کمک می‌کند، با مسدود کردن برنامه‌های دیگر برای مدت‌های زمانی تعیین‌شده، روی کار خود تمرکز کنند.
- **سوپریتتر^{۱۳}**: از بازی برای کمک به کودکان در غلبه بر چالش‌ها و ایجاد عادت‌های مثبت استفاده می‌کند.



تقویت رابطه والدین و فرزندان

ابزارهای هوش مصنوعی می‌توانند برای درک بهتر رفتارها و نیازهای فرزندان و نیز انتخاب روش‌های تربیتی مناسب و متناسب با فرزند، به والدین راهنمایی و مشاوره ارائه بدهند؛ برنامه‌هایی مثل:

- **ککو^{۱۴}**: گپ‌بانی مبتنی بر هوش مصنوعی است که می‌تواند به سؤالات متداول والدین در مورد تربیت فرزندان پاسخ دهد و در مورد موضوعاتی مانند نظم و انضباط، خواب و تغذیه مشاوره ارائه دهد.
- **نوم پرنست^{۱۵}**: از هوش مصنوعی برای تجزیه و تحلیل مکالمات بین والدین و فرزندان و ارائه بازخورد در مورد نحوه بهبود ارتباط آن‌ها استفاده می‌کند.



چالش‌ها و ملاحظات

- **وابستگی به فناوری**: استفاده بیش‌ازحد از ابزارهای هوش مصنوعی ممکن است به وابستگی کودکان به فناوری و کاهش تعاملات اجتماعی و دنیای واقعی منجر شود.
- **محدودیت‌های هوش مصنوعی**: هوش مصنوعی هنوز در حال توسعه است و امکان دارد همیشه نتواند نیازهای عاطفی و تربیتی پیچیده کودکان را به‌طور کامل درک کند.
- **محرمانگی و امنیت داده‌ها**: استفاده از ابزارهای هوش مصنوعی باید با توجه به حفظ حریم خصوصی و امنیت اطلاعات کودکان انجام شود.



راهکارها

- والدین باید بر نحوه و میزان استفاده فرزندان از ابزارهای هوش مصنوعی نظارت داشته باشند و برای آن‌ها بین دنیای مجازی و دنیای واقعی تعادل برقرار کنند.
- **ارتباط و تعامل**: هوش مصنوعی جایگزین والدین و تعامل انسانی نیست. والدین باید با فرزندان خود گفت‌وگو و بازی کنند و وقت بگذرانند و نقش اصلی خود را در تربیت فرزندان ایفا کنند.
- **انتخاب ابزار مناسب**: ابزارهای هوش مصنوعی با تنوع زیادی در دسترس هستند. والدین باید با بررسی و تحقیق، ابزارهای مناسب و امن را برای فرزندان خود انتخاب کنند. به‌طور کلی، با استفاده صحیح و متعادل از هوش مصنوعی، می‌توان از مزیت‌های آن برای ارتقای سطح تربیت و آموزش فرزندان بهره برد. البته برخی از گپ‌بانی‌های هوش مصنوعی نیز می‌توانند شما را در تربیت و آموزش فرزندان راهنمایی کنند و برنامه‌ها و مشورت لازم را به شما ارائه دهند. با ورود به این وبگاه‌ها و تشکیل حساب کاربری، می‌توانید از خدمات آن‌ها استفاده کنید. برخی از این گپ‌بانی‌ها عبارت‌اند از:

- gemini.google.com
- Chat.openai.com) GPT)
- Start.chatgot.io
- Perplexity.ai
- Ai.com
- Poe.com



نکته‌های مهم

درحالی‌که هوش مصنوعی می‌تواند در تقویت ارتباط والدین و فرزندان ابزاری مفید باشد، مهم است که از آن به روشی سالم و متعادل استفاده شود. والدین باید بر نحوه استفاده فرزندان از فناوری نظارت داشته باشند و با آن‌ها در مورد خطرات احتمالی فضای برخط صحبت کنند. هوش مصنوعی نباید جایگزین تعاملات رودررو و معنادار بین والدین و فرزندان شود.

از ابزارهای هوش مصنوعی باید به روشی متناسب با سن و نیازهای فرزند استفاده کرد. والدین باید در مورد خطرات احتمالی استفاده از هوش مصنوعی با فرزندان صحبت کنند و چگونگی استفاده ایمن و مسئولانه از این ابزارها را به آن‌ها آموزش دهند.

پی‌نوشت‌ها

1. AI
2. Khan Academy Kids
3. DreamBox Learning
4. CogniFit
5. Duolingo
6. CodeMonkey
7. Osmo
8. Google Family Link
9. Bark
10. Kiya
11. Habitica
12. Forest
13. SuperBetter
14. Keko
15. Noom Parent

منابع

1. https://www.researchgate.net/publication/372770393_Improvements_in_Artificial_Intelligence_and_Its_Impact_on_Child_Psychology
2. <https://www.youtube.com/watch?v=YfGdGYmadX0>
3. <https://www.verywellfamily.com/parenting-technology-4157348>



پرستو بهاروند، آموزگار
کارشناس معارف اسلامی

داشته‌های تربیت دینی وتازهای دنیای مدرن

برای تربیت نوجوانان

چکیده

چشم‌انداز آموزشی در ایران ترکیبی منحصر به فرد از آموزه‌های مدرن و دینی را نشان می‌دهد که هر کدام دارای ارزش‌ها و اصول خاص خود هستند. آموزش مدرن بر تفکر انتقادی، پرسشگری علمی و فردگرایی تأکید دارد، در حالی که آموزش دینی بر رشد معنوی و ارزش‌های جمعی متمرکز است. پس از انقلاب اسلامی ۱۳۵۷، نظام آموزشی ایران به سمت اسلامی شدن حرکت کرد تا با ارزش‌ها و ایدئولوژی اسلامی همسو شود. این دوگانگی باعث ایجاد ناهماهنگی شناختی در میان دانش‌آموزان شده است. مطالعه‌ای که به بررسی این موضوع پرداخته، بر ضرورت یکپارچه‌سازی برنامه درسی، توسعه حرفه‌ای برای مربیان و سامانه‌های (سیستم‌های) پشتیبانی قوی برای دانش‌آموزان تأکید می‌کند. همه‌گیری کرونا نیز این پیچیدگی‌ها را تشدید کرده و نیاز به سازگاری با آموزش برخط (آنلاین) را افزایش داده است. تحقیقات بیشتر برای یافتن راه‌حل‌های نوآورانه و پر کردن شکاف بین آموزش مدرن و دینی ضروری است.

تحقیقات بررسی تعارض‌ها بین آموزه‌های مدرن و دینی در آموزش نوجوانان ایرانی، تجلی این تعارض‌ها در نظام آموزشی و تأثیر آن بر رشد نوجوانان، و راه‌حل‌های بالقوه برای هماهنگ‌سازی این دو آموزه به منظور ایجاد محیط آموزشی متعادل‌تر را پیگیری می‌کند. این تحقیقات به فهم بهتری از پویایی‌های نظام آموزشی ایران و ارائه توصیه‌های کارآمد برای بهبود تجربیات آموزشی نوجوانان ایرانی می‌پردازند.

ارائه راه‌حل‌های مناسب می‌تواند زمینه‌ساز یافتن توازن و تعادل بین آموزش‌های مدرن و دینی در ایران باشد و به دستیابی به یک سیاق آموزشی اسلامی، متناسب با نیازهای روز افزون نوجوانان کشور، کمک کند. این راهکارها می‌توانند به توسعه دانش فردی، رشد معنویت، ارزش‌های انسانی و انگیزه‌های شخصی برای دانش‌آموزان کمک کنند و یک محیط آموزشی تعاملی و توازن‌دهنده را فراهم سازند.

کلیدواژه‌ها: آموزش مدرن، آموزش دینی، نوجوانان ایرانی، ادغام برنامه درسی، راهبردهای آموزشی، ناهماهنگی شناختی، همه‌گیری کرونا، اصلاحات آموزشی، توسعه حرفه‌ای سامانه‌های پشتیبانی دانش‌آموزان

در ایران، همزیستی ایران‌گاره‌های (پارادایم‌های) آموزشی مدرن و دینی به تضادها و درگیری‌های فراوان، به‌ویژه در زمینه آموزش و جوانان منجر شده است. آموزش مدرن که بر تفکر انتقادی و پرسشگری علمی تأکید دارد، با آموزش دینی که بر رشد معنوی و ارزش‌های جمعی و دینی تمرکز دارد، در تضاد شدید قرار دارند. این تعارض‌ها ممکن است به سردرگمی و مبارزات هویتی بین نوجوانانی بینجامد که در میان خواسته‌های جوامع مدرن و انتظارات جوامع مذهبی خود گرفتار هستند (ناصری، کاوه و ربانی، ۱۳۹۵: ۷۹-۹۸).

از جمله راهکارهایی که می‌توان اتخاذ کرد عبارت‌اند از:

۱ ارتقای دانش و آگاهی مربیان و سیاست‌گذاران در زمینه تعارض‌های بین دو پارادایم آموزشی و راهکارهای ممکن برای حل آن‌ها؛

۲ ایجاد فضایی برای بررسی و گفت‌وگو درباره تنوع فکری و معنوی در آموزش و تربیت؛

۳ توسعه برنامه‌های آموزشی ترکیبی که هم آموزش‌های دینی را تقویت و هم ارزش‌ها و مهارت‌های مدرن را تدریس کنند؛

۴ توجه به نیازهای روانی و معنوی نوجوانان در فرایند آموزش و تربیت؛

۵ ترویج فرهنگ احترام به تنوع فکری و معنوی در جامعه.

با اتخاذ اینگونه راهکارها و اهتمام به هماهنگ‌سازی بین آموزه‌های مدرن و دینی در آموزش ایران، می‌توان تاحد زیادی از تعارض‌ها و تضادهای آموزشی جلوگیری کرد و به ارتقای کیفیت آموزش و تربیت نوجوانان کشور یاری رساند. در تاریخ آموزش در ایران، در دوره قاجار آموزش معمولاً مذهبی بود و در دوره پهلوی تحولاتی برای نوین (مدرنیزه) کردن نظام آموزشی اتفاق افتاد. انقلاب اسلامی به اسلامی‌شدن نظام آموزشی انجامید و ارزش‌ها و اصول اسلامی با آموزش مدرن تلفیق شدند. در این مطالعه، تعارض بین آموزش مدرن و دینی در ایران، با استفاده از تحقیق کتابخانه‌ای و نظریه‌های اجتماعی‌شدن و الگوی (مدل) تحول فرهنگی تحلیل شده است. همچنین داده‌ها از منابع ثانویه، اعم از مجله‌های دانشگاهی، کتاب‌ها، مقالات کنفرانس و پایگاه‌های اطلاعاتی برخط معتبر جمع‌آوری شدند. معیارهای انتخاب منابع شامل ارتباط با سؤال‌های تحقیق و اعتبار نویسندگان و ناشران بودند تا داده‌های جامع، به‌روز و قابل اعتمادی جمع‌آوری شوند. برای درک ژرف موضوع‌های اصلی و زیرموضوع‌های مرتبط با تعارض بین آموزش مدرن و دینی و مقایسه دوره‌ها، شیوه‌های آموزشی و دیدگاه‌های نظری نیز از فرایند تحلیل داده‌ها، شامل تحلیل محتوا، تحلیل موضوعی، تحلیل گفتمان انتقادی و تحلیل مقایسه‌ای بهره گرفته شد.

تعارض بین آموزش مدرن و دینی در ایران مسئله‌ای پیچیده و چند وجهی است که یک نظام آموزشی دوگانه را نشان می‌دهد. رویکردهای آموزشی متفاوتی که به تفکر انتقادی و پرسشگری از یک سو و یادگیری طوطی‌وار و رشد معنوی از سوی دیگر تأکید دارند، باعث ایجاد سردرگمی و ناهماهنگی شناختی در دانش‌آموزان می‌شوند. این تعارض در ایران عامل یکتا نیست، بلکه در کشورهای اسلامی دیگر نیز وجود دارد و چالش‌های مشابهی را به همراه داشته است.

با توجه به تحقیقات، ادغام بخش‌های متفاوت دینی و مدرن می‌تواند در آموزش و یادگیری بهبودی به وجود آورد. تغییرات

ناشی از واقعیت‌های محیطی، مانند کرونا نیز نیازمند سازگاری و انطباق متقابل بین نظام‌های آموزشی متفاوت است. مطالعه نشان می‌دهد که در ایران، برای ادغام آموزه‌های مدرن و دینی و تقویت تفکر انتقادی و احترام به سنت‌های مذهبی، به اصلاحات آموزشی نیاز است. همچنین، سیاست‌گذاران باید به توسعه حرفه‌ای مربیان و حمایت از دانش‌آموزان برای رشد شخصی و حرفه‌ای آن‌ها توجه کنند.



با توجه به تحقیقات، ادغام بخش‌های متفاوت دینی و مدرن می‌تواند در آموزش و یادگیری بهبودی به وجود آورد



جمع‌بندی

رویکردهای آموزشی متفاوت و تأثیرات هدف‌های متفاوت آموزشی در این دو نظام، به چالش‌های مشارکتی و انگیزشی برای دانش‌آموزان منجر می‌شود. وضعیتی نیز که کرونا به وجود آورده، نیاز به سازگاری بیشتر نظام‌های آموزشی را با فناوری مدرن و آموزه‌های دینی نشان می‌دهد. در مجموع، انعطاف و توجه به نیازهای مختلف آموزشی و تربیتی جامعه برای ارتقای آموزش و پرورش ضروری است.

برای حل چالش‌ها در این زمینه می‌توان از رویکردهایی مبتنی بر تعادل و یکپارچگی بین آموزه‌های مدرن و دینی استفاده کرد. این موضوع شامل ادغام مهارت‌های تفکر انتقادی و حل مسئله با ارزش‌های دینی و اخلاقی است. همچنین، انعطاف‌پذیری در نظام‌های آموزشی برای انطباق با تغییرات سریع اجتماعی، اقتصادی، و فناورانه ضرورت دارد. برای مثال، استفاده از فناوری در آموزش دینی می‌تواند به وسیله ارتقای بهره‌وری و کیفیت آموزش، دسترسی به منابع و اطلاعات بیشتر، و ایجاد شرایط آموزشی متنوع و جذاب ارتقا یابد. توانایی به‌روزرسانی برنامه‌های آموزشی به موازات تغییرات جامعه و فناوری نیز می‌تواند به ایجاد محیط آموزشی مناسب برای دانش‌آموزان کمک کند.

به‌طور کلی، حوزه آموزش و پرورش نیازمند رویکردی جامع و یکپارچه است که به ارزش‌ها و باورهای دینی جامعه احترام بگذارد و به آن‌ها توجه داشته باشد. در عین حال به دانش‌آموزان مهارت‌های لازم برای زندگی موفق در دنیای امروز را بیاموزد. این چالش‌ها نشان‌دهنده اهمیت اصلاحات و به‌روزرسانی‌های دائمی در نظام آموزشی ایران است تا بتواند با تحولات جامعه و فناوری گام‌به‌گام همراهی کند و دانش‌آموزان را برای آینده‌ای پویا و پرچالش آماده سازد.

منبع

۱. ناصری، میلاد؛ کاوه، فرزانه؛ ربانی خوراسگانی، علی (۱۳۹۵). «مطالعه چگونگی نگرش دانشجویان به دین - مدلی بر اساس نظریه زمینه‌ای GT». مجله جامعه‌شناسی کاربردی. سال بیست و هفتم، شماره ۴۶، زمستان، ۱۳۹۵.

تربیت فرزند صالح

هانیه عبقری زاده

فرزند نعمت الهی است که نسبت به والدین خود حق بزرگی دارد. از انتخاب نام خوب تا هدایت و مراقبت برای تربیت انسانی صالح، وظیفه والدین است. به جز موارد استثنایی که ممکن است از خانواده‌های صالح، فرزندی ناسالم متولد شود، مانند پسر نوح و... خانواده نقش به سزایی در تربیت فرزندان دارد. در کل، کودکان همچون شاخ و برگ درختی هستند که والدین تنه و ریشه آن را تشکیل می‌دهند.

در داستان **فرعون و موسی**، فرعون بر موسی منت می‌گذارد که چون روزگاری او را تربیت کرده بود، پس باید فرمان‌بردار او شود. از این منت‌گذاری و ادعای حق فرمان‌بری، می‌توان فهمید که تربیت در باور فرعون و سنت‌های جامعه فرعون نیز نوعی کار پسندیده و دارای ارجح، منزلت و حق‌آور محسوب می‌شده است: «قَالَ اَلَمْ نَرْبِكْ فَنِلَا وَلِيْدًا وَلَيْسَتْ فَيْنَا مِنْ عَمْرٍك سِنِيْنٌ» (شعراء / ۱۸): (فرعون) گفت: «آیا ما تو را در کودکی در میان خود پرورش ندادیم و سال‌هایی از زندگیت را در میان ما نبود؟»

همان‌طور که قرآن نسبت به آموزش، ادب و پرورش فرزندان توسط والدین، آیاتی آورده، این امور را مقدس و گرامی داشته و آن را تکریم کرده، به حقوق مقابل والدین نیز پرداخته است؛ از جمله احسان و دعای فرزندان برای والدینشان. والدین که نزدیک‌ترین الگوی عملی در مقابل چشمان فرزندان‌شان هستند، باید بیشتر مراقب رفتار و گفتار خود باشند. چرا که کوچک‌ترین حرکات و هنجارهای نامتعادل می‌تواند در یادگیری و افکار کودک تأثیر بگذارد.

نقش تربیتی مادر از پدر پررنگ‌تر می‌باشد. و می‌توانیم آن را در دوران قبل از بارداری، دوران بارداری، شیردهی و بعد از آن بررسی کنیم. از جمله موارد مهم تربیتی در دوران قبل از بارداری، خودسازی و معرفت‌های معنوی مادر، در دوران بارداری، اعتقادات و ایمان مادر و در دوران شیردهی، تربیت دینی کودک و بعد از آن پرورش صفات اخلاقی و ... است.

پدر در خانواده نقشی مقتدرانه تر دارد. اوست که از نظر امر و نهی، و ایاب‌بیش (کنترل) اخلاق، توجه اهل خانه را به سوی خود معطوف می‌دارد، و راهنمای آن‌ها در عرصه زندگی است. بر این اساس، او مسئول رشد و هدایت و تأمین سعادت فرزندان، اصلاح وضع آن‌ها و مسئول جهت‌دادن آن‌ها به سوی خیر است.

تربیت فرزند همانند پرورش نهال، نیازمند مراقبت و نظارت است. این نظارت شامل آموزش، نظارت بر رفتارهای کوچک و بزرگ، پوشاک، خوراک و دوستیابی است. نظارت به معنای پیشگیری از انحراف و دادن آگاهی و اطلاعات اخلاقی و دینی است.

امام سجاده (ع) در رساله حقوق خود با اشاره به این موضوع، تربیت نیکو و کمک برای ایجاد رفتار صحیح در فرزندان را از وظایف والدین برشمرده اند و می‌فرمایند: «حق فرزند آن است که بدانی او از توست و خیر و شر او در همین دنیا به تو نسبت داده می‌شود. تو نسبت به تربیت شایسته او و راهنمایی‌اش به سمت و سوی خدا و کمک به خداپرستی‌اش مسئولی و در این مورد، پاداش یا کیفر داده خواهی شد. پس در کار تربیت فرزند چنان رفتار کن که اگر در این دنیا آثار خوب داشت، مایه آراستگی و زینت تو باشد و با رسیدگی شایسته‌ای که نسبت به او داشته‌ای، نزد پروردگار اجر و حجت داشته باشی» (صحیفه سجاده، دعای ۲۵).

امیرالمؤمنین علی (ع) می‌فرماید: «با چچه‌هایتان به گونه‌ای برخورد کنید که آن‌ها خودشان را کریم و با شخصیت بدانند. پس پدر و مادر مسئول سلامت، رشد جسمی و روحی، و سعادت یا شقاوت فرزندان خود هستند. هرچه آن‌ها در این زمینه سرمایه‌گذاری و تلاش بیشتری داشته باشند، در آینده نتیجه و ثمره آن را بیشتر خواهند دید.»

کتابخانه مشاور

الهیة قربانی

خوددرمانی گام به گام اختلال توجه و بیش‌فعالی

اختلال توجه و بیش‌فعالی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های تکاملی عصبی دوران کودکی است. این اختلال به‌طور معمول در دوران کودکی تشخیص داده می‌شود و غالباً تا بزرگسالی ادامه می‌یابد. کودکان مبتلا به این اختلال ممکن است در توجه و کنترل رفتارهای سریع و ناگهانی دچار مشکل شوند، بیش از حد فعال باشند یا بدون فکر کردن در مورد تبعات رفتارهای خود عمل کنند. در این کتاب با تکیه بر رویکرد شناختی - رفتاری، سعی بر آن است که روش شناخت‌درمانی در کنار دارودرمانی برای بزرگسالان درگیر با این اختلال معرفی شود.



نام مجموعه: درمان‌های اثربخش
سال چاپ: ۱۳۹۹
مؤلفان: استیون سافرن، سوزان اسپریج، کرول پرلن و میخائیل اتو
مترجمان: احمد به‌پژوه و سیده‌زهره سیدنبوری
ناشر: دانژه
قطع کتاب: رقعی
نوع کتاب: کمک آموزشی

مجموع صفحه‌ها: ۲۵۶
شابک: ۹۷۸۶۰۰۲۵۰۲۶۸۱
دوره و درس: ابتدایی (علوم تربیتی)، متوسطه اول (علوم تربیتی)، متوسطه دوم نظری (روان‌شناسی)، پیش‌دستانی (علوم تربیتی)
کلیدواژه‌ها: روان‌شناسی، شناخت‌درمانی، اختلالات رفتاری
مخاطب: مربی، معلم و مشاور
درجه‌بندی: درجه ۱

اضطراب و اجتناب؛ درمانی یکپارچه برای اضطراب، وحشت‌زدگی و ترس

مبارزه با اضطراب به آگاهی نیاز دارد. کتاب حاضر با این فرض که تمامی اختلال‌های اضطرابی عوامل مشترکی دارند، آن عوامل را با آموزش مهارت‌های رایج هدف می‌گیرد. نویسنده دیدگاه مدرنی را درباره اضطراب، وحشت‌زدگی و ترس مطرح می‌کند. تمرین‌های کتاب بر راهبردهایی از سه درمان مبتنی بر شواهد متکی هستند و خواننده را با انواعی از ابزارها برای هدف قرار دادن مشکلاتشان آشنا می‌کنند. خواننده باید بتواند نحوه عملکرد مشکلات اضطرابی را بشناسد، هدف‌های درمانی مناسب را برگزیند و در نهایت راهبردهای شناختی - رفتاری را به کار گیرد. کاربرگ‌های زیاد و مثال‌های گویایی در کتاب آمده‌اند.



سال چاپ: ۱۳۹۷
مؤلف: مایکل آتامپکینز
مترجمان: مانده حسام، رضا جعفری هرنیدی و احمد عابدی
ناشر: انتشارات نوشته
قطع کتاب: وزیری
نوع کتاب: کمک آموزشی
مترجمان: مانده حسام، رضا جعفری هرنیدی و احمد عابدی

مجموع صفحه‌ها: ۱۸۸
شابک: ۹۷۸۶۰۰۳۸۶۱۳۳۶
دوره و درس: متوسطه دوم نظری (روان‌شناسی)
کلیدواژه‌ها: روان‌درمانی، اختلال‌های اضطرابی، شناخت
مخاطب: مشاور
درجه‌بندی: درجه ۲

درمان شناختی-رفتاری اختلال وسواسی-جبری و انواع فرعی آن

اختلال «وسواسی - جبری» یکی از پیچیده‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلال‌های روان‌شناختی است. این اختلال می‌تواند زندگی‌ها را تباہ و خانواده‌ها را متلاشی سازد و افراد باهوش، وظیفه‌شناس و کاردان را قربانی افکار مزاحم و اعمال جبری غیرمنطقی کند. افکار وسواسی و اعمال جبری می‌توانند به‌عنوان پدیده‌هایی بهنجار یا نابهنجار رخ دهند. با این اوصاف چه زمانی افکار وسواسی یا اعمال جبری ناسازگار محسوب می‌شوند؟ چگونه می‌توانیم افراد مبتلا به اختلال وسواسی - جبری را به‌طور مؤثر درمان کنیم؟ پاسخ به این سؤال‌ها، محور مباحث کتاب حاضر را تشکیل می‌دهد.



سال چاپ: ۱۳۹۹
مؤلف: دیوید ا. کلارک
مترجم: سعید قره‌آجاجی
ناشر: انتشارات هنر اول
قطع کتاب: وزیری
نوع کتاب: کمک آموزشی
مجموع صفحه‌ها: ۴۸۴

شابک: ۹۷۸۶۰۰۷۴۶۰۹۳۱
دوره و درس: دوم متوسطه نظری (روان‌شناسی)
کلیدواژه‌ها: روان‌شناسی، شناخت‌درمانی، وسواس
مخاطب: مشاور
درجه‌بندی: درجه ۲

روز جهانی
بهداشت و روان

۱۹
مهر



والصبح اذا تنفس

قسم به صبح هنگامی که تنفس کند.

آیه ۱۸ سوره تکویر

