

فناکی‌های
تروان‌های

نشریه علمی فرهنگی دنیای روانشناسی
نشریه پاییز ۹۸ شماره ۴۸ قیمت ۳۰۰۰ تومان

دانشگاه الزهراء

ص ۱۰



به شما توصیه میکنم **حتماً** بخوانید!
من را

انتشارات
دانشگاه الزهراء

فهرست مطالب

۱ سخن سردبیر

۲ زندانی ذهن نباش

۴ از کارهای ناتمام تا نویسنده ی آمریکایی

۶ سرماخوردگی روح

۱۱ لوگو تراپی

۱۴ ناگویی هیجانی

۲۰ اثر کنترل بیرونی بر خانواده

۲۱ نظریه شخصیت ملانی کلاین

۲۵ افسردگی کودکان

۲۸ پلی به دنیای کودکان

۳۲ بازی درمانی

۳۴ تحلیل و بررسی فرهنگی مردم شهر یزد

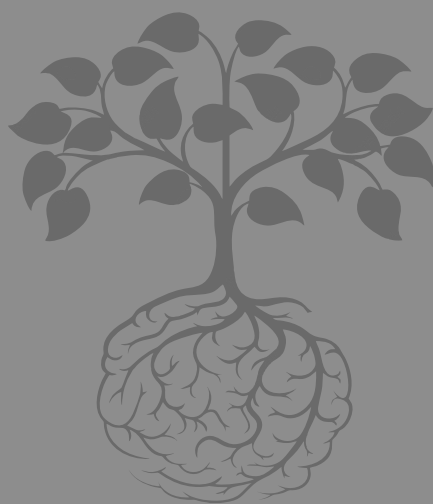




شناسنامه اثر:

صاحب امتیاز: انجمن علمی دانشجویی روانشناسی دانشگاه الزهرا(س)
تحت نظر: اداره کل امور فرهنگی دانشگاه الزهرا(س)
استاد مشاور انجمن علمی دانشجویی: دکتر افروز افشاری
سردبیر و مدیر مسئول: الیکا حاج علیان
ویراستار: زهرا احمدزاده
طراح و صفحه آرا: سیده معصومه میرحسینی
کارشناس نشریه: زهرا وزیری
چاپ و صحافی: چاپ خانه دانشگاه الزهرا(س)
نشانی: تهران، میدان ونک، ده ونک، دانشگاه الزهرا(س)

روابط عمومی: ۰۹۳۸۵۴۰۳۸۴۲



به نام خدا

نوشتن گاهی سخت میشود و اینبار هم از همان سخت ها است... اما مینویسم تا بخوانید سرگذشت و آینده را با چشم های زیبایان...

سال اول دبیرستان بودم که رویای روانشناس شدن در من جان گرفت و روز به روز هم قدرتمند تر از پیش میشد. آن روزها با خودم فکر میکردم به راستی چه چیزی زیباتر از حال خوب آدم ها است؟... اینکه بتوان راهی یافت برای پل زدن به قلب هایشان و ترمیم زخم هایی که بر در و دیوار قلبشان خورده است. روزها گذشت و روزی از یکی از روانشناسان مدرسه که اتفاقا به نام هم بود شنیدم که اختلال شخصیت درمان ندارد؛ به یاد دارم که تمام آن روز را در حال سرچ این موضوع بودم و فهمیدم که درمان دارد اما خیلی ها باور ندارند. همان روز بود که تصمیم گرفتم به آنهایی که هنوز به معجزه عشق و امید باور ندارند، باور دهم؛ آن هم شاید فقط برای آن

طفلکی هایی که داشتند از این بیماری ها رنج میبردند و خیلی ها از درک این رنج عاجز بودند. آن روزها دیگر دیوانه وار عاشق روانشناسی بودم و برای ورود به رشته مورد علاقه ام لحظه شماری میکردم. به قول یکی از دوستانم که اتفاقا سردبیر مجله روانشناسی هال (دانشگاه علامه طباطبایی) هم است: «میخواستم بهترین رشته هستی را انتخاب کنم؛ این شد

که رفتم سراغ روانشناسی، چون حس کردم مهمترین عنصر هستی هر انسان این است، که ((هال)) دلش خوب باشد.» آمدم تا بتوانم دردی را دوا کنم و راهی را برای بن بست ها بیابم و فریادی باشم برای آنهایی که توان فریاد ندارند... فرصتی پیش آمد و لطف خدا شامل حال این بنده حقیر شد و فرصت آن را پیدا کردم تا در شماره ۴۸ نشریه دنیای روانشناسی سردبیر مجله شوم. تا پیش از این سردبیران قبلی زحمات بسیاری را کشیده بودند و زین پس این مسئولیت را بر من سپردند تا با حمایت های شما در مسیر رسیدن به اوج خودش گام بردارد.

در این نشریه مینویسیم تا راهی بیابیم برای بن بست ها و کلامی باشیم از لب هایی که لب به سخن نمی گشایند؛ تا حال خوب را ذره ذره تزریق وجود یکدیگر کنیم و به معجزه عشق و امید ایمان بیاوریم.

در این شماره نشریه متاسفانه به علت فقدان زمان کافی نشد تمام ایده هایمان را پیدا کنیم اما از تمام بچه های هیئت تحریریه کمال تشکر را دارم که برای این شماره نشریه از جان مایه گذاشتند. ما در این شماره بخشی را برای بزرگسالان (اختلالات، درمان، بخشی که ریشه در افکار نویسنده دارد) و بخشی را برای کودکان (اختلالات، درمان و قسمت جذاب تفسیر نقاشی) و بخشی را به عنوان بخش فرهنگی که متاسفانه نشد آنطور در ذهنمان بود گسترش دهیم، داریم.

نویده آن را میدهیم تا در شماره آینده با اضافه کردن بخش نقد کتاب و فیلم، مصاحبه با اساتید و گسترش بخش فرهنگی نشریه مطلوب تری را برای دل های شما آماده کنیم و به نمایش بگذاریم.

امید است که مطالب این شماره نشریه مورد پسند و استفاده شما عزیزان قرار بگیرد. منتظر دریافت پیشنهاد های شما از طریق شماره روابط عمومی نشریه که در قسمت شناسنامه اثر آمده، هستیم.

از توجه و لطف شما بینهایت سپاسگزارم
الیکا حاج علیان

زندگانی نباش ذهنت

acceptance and commitment therapy



فرناز نجفی

اهداف ACT

ذهن ما اکثر اوقات کاربردی است و مانند یک دوست برایمان عمل می‌کند؛ اما اگر ما آن را کنترل نکنیم، گاهی تبدیل به دشمنمان می‌شود. برای کنترل ذهن باید به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برسیم که هدف اصلی روانشناسی ACT است.

روانشناسی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) نخستین بار توسط استیون سی‌هیز، کرک استروئال و کلی ویلسون در سال ۱۹۹۹ مطرح شد که موج سوم رفتاردرمانی بود.

ACT (به معنی اقدام و عمل) مخفف جالب توجهی است؛ زیرا این درمان راجع به انجام اقدام مؤثری است که بر پایه عمیق‌ترین ارزش‌هایمان هدایت می‌شود. آن هم زمانی که کاملاً آماده و متعهد هستیم. انعطاف‌پذیری روانی که هدف اصلی این درمان است به معنی توانایی انتخاب عملکرد بین گزینه‌های مختلف است؛ به طوری که مناسب باشد، نه این‌که صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطرها یا هیجانات آشفته ساز انجام یا به فرد تحمیل شود. هدف ACT ایجاد یک زندگی ارزشمند، غنی و پرمعنا است.

در حالی که فرد، رنج ناگزیر موجود در زندگی را می‌پذیرد، بر اساس این رویکرد آسیب روانی در نتیجه کنترل یا اجتناب از افکار یا هیجانات منفی است؛ زیرا طبق این رویکرد، اجتناب از تجربیات دردناک منجر به رنج می‌شود و کنترل، خود مشکل است نه راه‌حل. اجتناب زندگی انسان را محدود می‌کند و کنترل انرژی و زمان انسان را هدر می‌دهد و نتیجه این می‌شود که فرد از حرکت در مسیر ارزش‌های خود باز می‌ماند. در روند درمان، مراجع آموزش می‌بیند که رابطه خود را با عواطف و افکار آزاردهنده تغییر دهد و هیچ تلاشی برای کاهش، تغییر، سرکوب، اجتناب یا کنترل این تجربیات درونی انجام نمی‌دهد. در این روند مراجع یاد می‌گیرد تا اثر نفوذ این افکار و احساسات نامطلوب را با استفاده از ذهن‌آگاهی کاهش دهد. (الاهی، ۱۳۹۷)

ذهن‌آگاهی mindfulness

ذهن‌آگاهی به معنای آوردن هشیارانه آگاهی به تجربه این‌جا و اکنون همراه با گشودگی، علاقه و پذیرش است. (قاسمی گسکمین جان، پاییز و زمستان ۱۳۹۳) همچنین به معنای توجه کردن از روی عمد و با کنجکاوی و بدون قضاوت است که چهار مهارت کلیدی آن نفس عمیق کشیدن و آرام‌شدن، مشاهده کردن، گوش کردن به ارزش‌های خود، و تصمیم‌گیری برای کنش‌ها

و انجام دادن آن‌ها است. یکی از تمرین‌های مؤثر ذهن‌آگاهی متوجه کردن تمام حواس پنج‌گانه به چیزی یا عملی است. به طور مثال هنگام غذا خوردن به تمام جزئیات آن نگاه کنیم، به بوی غذا دقت کنیم، طعم‌های مختلفی را که در دهانمان است تجربه کنیم و حتی آن را بشنویم! تمرین دیگر توجه به قسمت‌های مختلف بدنمان همراه با تنفس ذهن‌آگاهانه است. (کیاروچی، هایز، بیلی، ۲۰۱۲، ۱۳۹۴، ص. ۲۷-۲۰)

شش اصل بنیادی

ACT از شش فرآیند اصلی کمک می‌گیرد تا فرد به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برسد که عبارت است از: پذیرش، گسلش شناختی (ناهم‌آمیزی شناختی)، بافتار انگاشتن خویش (خود به عنوان بافتار)، آگاهی از لحظه اکنون (بودن در زمان حال)، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه.

پذیرش

پذیرش به معنای گشودگی داوطلبانه، غیرقضاوت‌مندانانه و انعطاف‌پذیر نسبت به تجربه‌های لحظه‌به‌لحظه زندگی است. بنابراین پذیرش جایگزین اجتناب تجربه‌ای است. پذیرش چیزی متفاوت از تحمل کردن و تسلیم‌شدن است؛ زیرا هر دو آن واکنشی منفعلانه و مبتنی بر تقدیر است. (الاهی، ۱۳۹۷)

پذیرش شامل اجازه دادن به آمد و رفت تمامی احساسات، افکار، هیجانات و تصورات ناخوشایند است، بدون این‌که بخواهیم از آن‌ها فرار کنیم یا تغییرشان دهیم یا این‌که با آن‌ها مبارزه کنیم. پذیرش در دیگر روش‌های روان‌درمانی مثل گشتالت و درمان مراجع‌محور هم هست. (قاسمی گسکمین جان، پاییز و زمستان ۱۳۹۳)

ناهم‌آمیزی شناختی (گسلش شناختی)

هم‌آمیزی شناختی هنگامی اتفاق می‌افتد که فرد افکار و تخیلات مخرب خود را عینی، جدی و خود واقعیت تلقی کند. در مقابل، فرآیند ناهم‌آمیزی شناختی با استفاده از تکنیک‌های زبانی به ما آموزش می‌دهد افکار فقط افکار هستند و مجموعه‌ای از کلمات گذرا. یکی از تکنیک‌های زبانی استفاده از جمله ذهن من می‌گوید که من ... هستم به جای من ... هستم که در جای خالی هم کلمه منفی به کار می‌رود مثل: بی‌عرضه یا بی‌فایده بودن. (الاهی، ۱۳۹۷)

اقدام متعهدانه

یعنی تعیین هدف، برنامه‌ریزی برای رسیدن به اهداف خود و تعهد دادن برای انجام آن و اجرای آن به بهترین نحو ممکن و باور به این که هیچ فکری نمی‌تواند مرا از حرکت در مسیر ارزش‌هایم باز دارد.

جمع بندی

در ACT برای هر کدام از اصول بالا تمایل، استعاره‌ها و تمرینات متنوعی وجود دارد تا مفاهیم برای درمانجو ملموس تر و کاربردی باشد. پروتکل‌های ACT تقریباً همیشه شامل کاردرمانی و تکالیف مرتبط با اهداف و تغییر رفتار کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلند مدت است. ذهن افراد به طور معمول تمایل دارد در حالت مسئله‌سازی و حل مسئله باقی بماند حتی در مواردی که مفید نباشد و باعث گرفتار شدن افراد در افکارشان شود.

ACT یک مداخله رفتاری و شناختی انجام می‌دهد که شامل فرآیندهای تعهد و تغییر رفتار و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. (هیز و همکاران، ۲۰۱۳)

ACT باعث می‌شود افراد خود را با آنچه زندگی بر سر راهشان قرار می‌دهد سازگار کنند (انعطاف‌پذیری روان‌شناختی)، فرار نکنند و با فراخواندن مهارت‌های ذهن آگاهانه با چالش‌های زندگی مواجه شوند (پذیرش و عدم اجتناب). در سکون، آرامش و اطمینان به خود (گسلش شناختی) یاد می‌گیرند در دام افکار و احساسات گرفتار نشوند (بافتار انگاری خویشتن). تلاش کنند زندگی با معنا در راستای خواست‌هایشان داشته باشند نه براساس تحمیل و اجبار (ارزش‌ها). در انجام عمل که برطبق ارزش‌هایشان است مداومت کنند (اقدام متعهدانه) هنگامی که کاری می‌کنند که به رسیدن به اهدافشان کمکی نمی‌کند بتوانند مسیر شان را تغییر دهند (آگاهی از لحظه اکنون). (کیاروچی و همکاران، ۲۰۱۲، ص ۲۳)

تکنیک دیگر برای تمرین این مهارت نام‌گذاری ذهنمان به‌عنوان یک گوینده مزاحم است، زمانی که افکار و احساسات نامطلوب به سراغمان می‌آید. مثلاً به‌کاربردن لقبی مثل سرزنشگر یا منفی‌باف. و با خود می‌گوییم آهان این منفی‌باف است و دوباره شروع به منفی‌بافی کرد. (کیاروچی و همکاران، ۲۰۱۲، ص ۶۳)

افکار ما از ما جدا هستند و چیزی جز وقایع خصوصی گذرا نیستند و نکته مهم این است که افکار، احساسات و تصورات خود را عینی‌سازی نکنیم. (قاسمی گسکمین جان، پاییز و زمستان ۱۳۹۳)

بافتار انگاشتن خویشتن (خود به عنوان بافت)

در این فرآیند آموزش می‌بینیم که افکار و متفکر، هیجان و احساس کننده هیجان، خاطرات و شخصی که به خاطر می‌آورد با یکدیگر متفاوت‌اند. خود به‌عنوان بافت به بخش پایدار و همیشه حاضر انسان گفته می‌شود که ناظر افکار و احساسات است و از آن‌ها آگاه است اما خودش ثابت است و معادل با آن‌ها نیست. با تمرین این تکنیک افکار ناخوشایند به کلماتی تبدیل می‌شوند که صرفاً حضور دارند و بازگوکننده حقایق معرف خویشتن نیستند. (الاهی، ۱۳۹۷)

تمرین: ۷ سالگی خود را به یاد بیاورید، آن زمان افکار، احساسات و فرم بدنی دیگری داشتید اما خود شما ثابت مانده است و می‌ماند و در طول زمان تنها شاهد این تغییرات خواهد بود نه یک متغیر. (کیاروچی و همکاران، ۲۰۱۲، ص ۷۸-۸۱)

بودن در زمان حال

آوردن کامل آگاهی به لحظه حال و تجربه کردن لحظه‌لحظه زندگی با گشودگی، پذیرش و تمرکز. این مهارت یکی از نکات کلیدی است که باعث حرکت انسان به سوی ارزش‌های خود می‌شود. برای کسب این مهارت از تمرین‌های ذهن آگاهی استفاده می‌شود. (قاسمی گسکمین جان، پاییز و زمستان ۱۳۹۳)

ارزش‌ها

در این رویکرد فرض می‌شود که هر درمانجو ارزش‌هایی دارد که به زندگی‌اش معنا می‌بخشد اما توانایی مشاهده و پیگیری آن با آمیختگی کلامی و اجتناب تجربه‌ای، آسیب دیده است. ارزش‌ها بیانگر این است که فرد همواره علاقه دارد چه اوضاع و احوالی را در زندگی‌اش تجربه کند. (الاهی، ۱۳۹۷)

ارزش‌ها رسیدنی نیستند بلکه مانند یک روند هستند و نمی‌توان با کسب مدرکی رسیدن به آن را ثابت کرد. ارزش‌ها تنها مسیر را نشان می‌دهند؛ مانند قطب‌نما که با آن جهت‌یابی می‌کنیم اما مقصد، هدف‌های ما هستند که در جهت ارزش‌ها انتخاب می‌شوند. به‌عنوان مثال کمک به دیگران ارزش ما است و کمک مالی

ماهانه مبلغ مشخصی به نیازمندان هدف ماست. (هیز، لوین، ویلاردگا، ویلات، پستورلو، ۲۰۱۳)

منابع

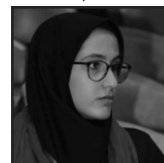
۱. الاهی، آذر؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ مشهد: مینوفر آف دیپو، ۱۳۹۷.

۲. قاسمی گسکمین جان، محمد حسین؛ ((فرانگرتشی به آزادی‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد))، دو فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی، سال ۲۰، ۷۴ و ۷۳، صص ۶۷-۸۲، ۱۳۹۳.

۳. کیاروچی، جوزف و هایز، لوییز و بیلی، آن، زندانی ذهن نباش! زندگی کن: راهنمای زندگی با ذهن آزاد برای نوجوانان. ترجمه افسانه شایسته آذر، تهران، کتاب ارجمند، ۱۳۹۳. (چاپ به زبان اصلی ۲۰۱۲ م.)

4. Hayes, Steven C., Levin, Michael E., Plumb_vilardaga, Jennifer., Villatte, Jennifer L., & Pistorello, Jacqueline. (2013).

Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. Sciverse ScienceDirect . Behavior Therapy 44 (2013), 180-198.



مائده دهقانی

از کارهای ناتمام تا نویسنده آمریکایی

فرد کار را به اتمام برساند، وظیفه را آسان و نه چالش برانگیز می‌بیند و از این رو برای حضور مجدد در این عرصه انگیزه کافی نخواهد داشت. بلوما زیگاریک و ماریا اوسیانکینا در آزمایشی، کارهایی را به آزمودنی‌ها سپردند. سپس آن‌ها تعدادی از آزمودنی‌ها را در انجام کار متوقف کردند. زیگاریک دریافت که شرکت‌کنندگان وظایف ناتمام را بهتر به خاطر می‌آورند و اوسیانیکا دریافت که شرکت‌کنندگانی که کارهایشان ناقص بود، بدون توجه به فایده‌داشتن اتمام آن کار، انگیزه برای اتمام آن را داشتند. اوسیانیکا نتایج را این‌گونه تفسیر کرد که عدم توانایی در انجام وظیفه‌ای که انجام داده‌اند، باعث ایجاد فشاری در آن‌ها می‌شود که در نتیجه آن، می‌خواهند دوباره کار را به قصد اتمام انجام دهند.

یافته‌های این آزمایشات در روان‌شناسی گشتالت به عنوان شواهدی مورد استفاده قرار گرفت؛ بر این مبنا که نه تنها ذهن افراد تمایل طبیعی دارد که کل را بالاتر از جزء ببیند، بلکه از نظر شناختی و رفتاری نیز این تمایل را دارد.

در آزمایشی که توسط هالکسویک و ریز (۲۰۱۵) انجام شد، نیمی از شرکت‌کنندگان که در حال انجام یک کار آنلاین خسته‌کننده بودند، بعد از متوقف کردن آن‌ها تصمیم به تکمیل آن برنامه گرفتند. (با وجود عدم دریافت وجه نقد) آن‌ها پیشنهاد کردند که در چنین شرایطی، تمایل به تکمیل کار به خودی خود به یک هدف تبدیل می‌شود و جایگزین هدف اصلی که پرداخت وجه نقد بود می‌شود. البته شرط مهم این است که آن عمل به اندازه کافی چالش‌برانگیز تلقی شود. اگرچه ممکن است عدم انجام آن کار ادراک شخص را از نظر چالشی بودن آن بالا ببرد. عدم تکمیل کار به این معناست که فرد در آن زمان، اتمام این کار را غیرقابل تحقق دانسته و همین مسئله چالشی را در سطح عملکرد فعلی فرد ایجاد می‌کند که این چالش تأثیر عمیقی بر انگیزه فرد می‌گذارد. ویکی (۲۰۱۶) نشان داد که دانش آموزان وظایف ریاضی چالش‌برانگیز را مثبت‌تر از لحاظ تأثیرگذاری و یادگیری درک می‌کنند، و این باعث افزایش جهت‌گیری هدف تسلط آن‌ها می‌شود.

هانگ، سان و یو (۲۰۱۵) دریافتند که بازی‌های چالش‌برانگیز ریاضی بیشتر بر بهبود انگیزه، عملکرد یادگیری و یادگیری دانش‌آموزان مؤثر است. البته ممکن است استرس ایجاد شده از این چالش‌ها عمل یادگیری را مختل کند؛ با این حال تحقیقاتی وجود دارند که حاکی از تأثیر مثبت رابطه مستقیم بین استرس ناشی از چالش با عملکرد یادگیری است. (لپین، جکسون، ۲۰۰۴) حتی ترس ناشی از در نظر گرفتن عدم امکان موفقیت می‌تواند

عقربه‌های ساعت به عدد دوازده نزدیک می‌شوند. سه صفحه از ترجمه باقی مانده است. شما نتوانستید ترجمه را تمام کنید و این برای شما یک شکست اساسی به حساب می‌آید. تقریباً در ذهنتان به تمام جنبه‌های منفی تمام‌نکردن این کار فکر می‌کنید و هیچ امید برای باقی نمی‌ماند. ناتوانی در اتمام یک کار همیشه تأثیر منفی ندارد. تحت شرایط خاص، تمام‌نکردن یک فعالیت می‌تواند انگیزه انجام آن کار را افزایش دهد. این پدیده یک توجیه علمی دارد که آن را اثر همینگوی می‌نامند.

اثر همینگوی

دلیل نامگذاری این پدیده به نام ارنست همینگوی، نویسنده معاصر آمریکایی، این است که وقتی از او در مصاحبه‌ای پرسیده شد که شما چقدر در روز باید بنویسید؟ همینگوی جواب داد: ((بهترین کار این هست که وقتی در حال انجام کاری به نحو احسن هستی و قدم بعدی خود را می‌دانی، باید کارت را متوقف کنی. اگر این کار را هر روز انجام دهی، هنگام نوشتن یک رمان هرگز گیر نمی‌کنی)).

این سخن نشان می‌دهد که اقدام برای متوقف کردن یک کار، ممکن است نتایج مثبتی داشته باشد-در شرایطی که آن کار ساختار یافته باشد-ما با این شرایط موافقت می‌کنیم و آن را به صورت گسترده‌تری پیشنهاد می‌دهیم. (نه فقط در عرصه نوشتن) این شخص باید در نزدیکی اتمام این کار باشد که بتواند درک کند انجام این کار در چهارچوبی قرار دارد و در عین حال وظیفه را منطقی به چالش بکشد. اگر این فرد از اتمام کار دور باشد، به احتمال زیاد آن را دشوار می‌یابد و تأثیر سودمندی از ناقص بودن کاهش می‌یابد و یا به هیچ وجه کاربرد ندارد. اگر هم

References:

Halkjelsvik and Rise, 2015

T. Halkjelsvik, J. Rise Persistence motives in irrational decisions to complete a boring task

Personality and Social Psychology Bulletin, 41 (2015), pp. 90-102

Wilkie, 2016

K.J. Wilkie Rise or resist: Exploring senior secondary students' reactions to challenging mathematics tasks incorporating multiple strategies

Eurasia Journal of Mathematics, Science & Technology Education, 12 (2016), pp. 2061-208

LePine et al., 2004

J.A. LePine, M.A. LePine, C.L. Jackson Challenge and hindrance stress: Relationships with exhaustion, motivation to learn, and learning performance

Journal of Applied Psychology, 89 (2004), pp. 883-891

Thinking Skills and Creativity

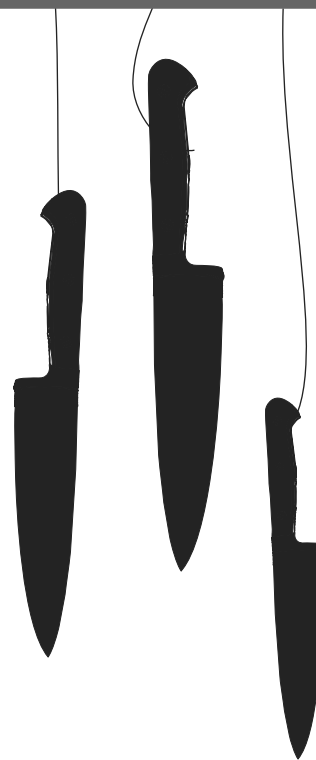
Volume 30, December 2018, Pages 7-18

The Hemingway effect: How failing to finish a task can have a positive effect on motivation

Author links open overlay panel

در ارزیابی‌های ذهنی ارزش کار و خودکارآمدی تأثیری مثبت داشته باشد، وقتی که این ترس به‌عنوان یک موضوع چالش‌برانگیز ارزیابی می‌شود. (پاتوین، سیمز و رم‌دیوس، ۲۰۱۶)

در سال ۲۰۱۸ آزمایشی پژوهشی بر این مبنا انجام شد. در این پژوهش دو آزمایش صورت گرفت که شرح آزمایش اول به این صورت است: ۲۶۰ دانشجوی کارشناسی ارشد سال اول که ۱۶۹ نفر از آن‌ها زن بودند به‌صورت داوطلبانه انتخاب شدند. آن‌ها باید متن یک روزنامه را روی یک برگه می‌نوشتند و زمانی که اکثر دانشجویان در حال نوشتن بودند، از آن‌ها خواسته شد که کار خود را متوقف کنند و تعداد کلمات باقی مانده خود را ثبت کنند. بعد تستی از آن‌ها گرفته شد که میزان خستگی آن‌ها را نشان می‌داد. در آزمایش اولی که انجام شد، نتایج به این‌گونه بودند: کسانی که مقدار متن کم‌تری برای کپی‌کردن داشتند، نسبت به آن‌هایی که متن بیش‌تری برای ترجمه داشتند، انگیزه بیش‌تری برای اتمام کار داشتند. در آزمایش دوم ۱۳۱ نفر شرکت داشتند که ۷۹ نفر آن‌ها زن بودند. به یک‌سری از آن‌ها دستورالعملی برای کپی‌کردن متن داده شد و بعد سؤالاتی در مورد مقدار انگیزه از آن‌ها پرسیده شد. در آزمایش دوم (که ساختاریافتگی مدنظر بود) به این نتیجه رسیدند که در ساختار بودن فعالیت‌ها، انگیزه بیش‌تری برای ادامه کار وجود دارد.





الیکا حاج علیان

سرمایه‌خوردگی

مقدمه‌ای بر مطلب

در این مقاله قصد داریم تا شما را با یکی از رایج‌ترین بیماری‌های روحی آشنا کنیم؛ چیزی که ما آن را به سرمایه‌خوردگی روحی تمایل می‌کنیم و آن چیزی نیست جز افسردگی. بیماری که اگر به موقع اقدام به درمان آن کنیم، به راحتی با یک دوره کوتاه نقاهت درمان می‌شود؛ درست عین سرمایه‌خوردگی جسمی که خیلی از افراد بارها در طول سال به آن مبتلا می‌شوند و بلافاصله به دکتر می‌روند و دارو می‌گیرند و استراحت می‌کنند و خوب می‌شوند؛ اما این‌ها فقط وقتی اتفاق می‌افتد که به موقع اقدام شود. شاید برای شما نیز پیش آمده باشد که به سرمایه‌خوردگی ساده‌ای مبتلا شده باشید ولی دکتر نروید به امید آن که خودش خوب می‌شود. اما با گذشت زمان متوجه می‌شوید که وضعیت حادثر شده و حتی ممکن است این سرمایه‌خوردگی ساده تبدیل به یک آنفولانزا شده باشد و شما را برای مدتی طولانی‌تر درگیر کند.

درست عین همین داستان برای سرمایه‌خوردگی روحی نیز صدق می‌کند. اگر زمانی که روحمان سرما می‌خورد بلافاصله به دکتر مربوطه آن که روانشناس است مراجعه کنیم، به راحتی و در یک مدت بسیار کوتاه این سرمایه‌خوردگی درمان می‌شود. اما وای از روزی که آن را جدی نگیریم. آن وقت تبدیل به همان آنفولانزایی می‌شود که تا مدت‌ها ما را درگیر میکند.

در این مقاله شما را با مفهوم کلی افسردگی و انواع آن آشنا کرده و رایج‌ترین نوع آن را به اختصار برایتان توضیح می‌دهیم.

افسردگی

بسیاری از مردم تعریف واقعی افسردگی را نمی‌دانند. مردم به‌عنوان یک واژه رایج، افسردگی را صرفاً معادل غمگین بودن در نظر می‌گیرند. به‌طور مثال می‌گویند: من در عصر سیزده‌به‌در و در پایان تعطیلات افسرده هستم. به همین دلیل واژه افسردگی چه در زبان فارسی و چه در زبان انگلیسی برای توصیف غمگین بودن و یا شادنبودن به‌طور شایعی به‌کار برده می‌شود، درحالی‌که تعریف افسردگی از منظر علم روانشناسی بسیار متفاوت است!

حال به نظر شما

تعریف واقعی افسردگی

چیست؟

افسردگی بیماری است که هم جسم و هم روان فرد را درگیر می‌نماید. علائم جسمی بر اشتها، خواب، وزن، میزان انرژی و میل جنسی فرد تأثیر می‌گذارد و علائم روانی بسیار

متنوعی را شامل می‌شود و طیف گسترده‌ای از مشکلات روانی و فکری را در بر می‌گیرد. از نظر گیلبرت (۱۹۹۹)، افسردگی صرفاً به‌معنای احساس دل‌تنگی و غمگینی نیست. بلکه، بسیار فراتر از آن است. در حقیقت افسردگی نه تنها بر چگونگی احساس ما بلکه بر نحوه تفکر ما درباره چیزها، سطوح، انرژی، تمرکز حواس، خواب و حتی علایق جنسی ما تأثیر می‌گذارد (به نقل از جمالفر، ۱۳۸۹، ص ۴۴)

بک (۱۹۶۷) افسردگی را چنین تعریف کرد: افسردگی اصطلاحی است که به مجموعه رفتارهایی اطلاق می‌شود که عناصر مشخص آن، کندی در حرکت و کلام است. گریستن، غمگینی، فقدان پاسخ‌های فعال، فقدان علاقه، کم‌ارزشی، بی‌خوابی و بی‌اشتهایی از دیگر علائم آن است (هاشمی‌زاده، ۱۳۶۶، ص ۴۰)

برای تشخیص افسردگی و نوع آن می‌توان از معیارهای نه‌گانه تعریف‌شده توسط انجمن علمی آمریکا DSM-V استفاده کرد.

انواع افسردگی

شاید جالب باشد بدانید که ما یک نوع افسردگی واحد نداریم بلکه طبق آخرین گزارش انجمن علمی آمریکا ۸ نوع مختلف افسردگی داریم که شامل:

۱. اختلال کژتنظیمی خلقی ایذایی
۲. اختلال افسردگی اساسی
۳. اختلال افسردگی پایدار (افسرده خوبی)
۴. اختلال ملال پیش از قاعدگی
۵. اختلال افسردگی ناشی از مواد، دارو
۶. اختلال افسردگی ناشی از یک بیماری طبی دیگر
۷. سایر اختلالات افسردگی معین
۸. اختلال افسردگی معین (انجمن علمی روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، ص ۱۹۷)

ملاک‌های تشخیصی افسردگی اساسی

۱. خلق افسرده در اکثر ساعات روز و تقریباً تمام روزها وجود دارد. یا خود فرد به آن اذعان دارد، یا قابل رؤیت توسط دیگران است. (در کودکان و نوجوانان می‌تواند به صورت خلق تحریک‌پذیر دیده شود)
 ۲. کاهش مشخص علائق یا لذات در تمام یا تقریباً تمام فعالیت‌های شبانه‌روزی و تقریباً تمام روزها.
 ۳. کاهش چشمگیر وزن بدون گرفتن رژیم غذایی یا افزایش وزن (بیش از ۵ درصد وزن در یک ماه) و یا کاهش یا افزایش اشتها در تقریباً تمام روزها.
 ۴. بی‌خوابی یا پرخوابی در تقریباً همه روزها.
 ۵. سراسیمگی یا کندی روانی حرکتی در تقریباً تمام روزها (توسط دیگران تأیید شود و تنها احساس کندی یا بی‌قراری ذهنی توسط خود فرد کافی نیست)
 ۶. خستگی و فقدان انرژی در تقریباً همه روزها
 ۷. احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه مفرط یا نامتناسب که می‌تواند هذیانی باشد؛ در تقریباً تمام روزها (نه فقط احساس گناه یا سرزنش خود به‌خاطر بیمار بودن)
 ۸. کاهش توانایی تفکر و تمرکز در تقریباً تمام روزها
 ۹. افکار مکرر مربوط به مرگ (نه فقط ترس از مرگ)؛ افکار راجع به خودکشی بدون نقشه خاص یا داشتن یک نقشه به خصوص برای اقدام به خودکشی و یا یک بار اقدام به خودکشی.
- نکته حائز اهمیت این‌جا است که این علائم تنها زمانی می‌توانند ما را به تشخیص برسانند که پنج مورد یا بیشتر از علائم فوق را در یک دوره دو هفته‌ای به‌طور همزمان وجود داشته باشند و نشان‌دهنده تغییری نسبت به کارکرد قبلی فرد باشند. (یکی از آن پنج مورد حتماً باید مورد ۱ یا ۲ باشند)
- همچنین باید توجه داشت که دوره فوق ناشی از اثرات فیزیولوژیک یک ماده یا یک بیماری طبی نباشد.

در صورت توجه و رعایت هر دو نکته فوق می‌توان گفت فردی با داشتن این علائم در یک دوره افسردگی اساسی قرار دارد. (انجمن علمی روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، صص ۲۰۲-۲۰۳)



زین پس در هریک از شماره‌های مجله، یکی از این ۸ نوع افسردگی را به‌اختصار توضیح می‌دهیم

بیماری اصلی و کلاسیک این گروه از اختلالات، اختلال افسردگی اساسی است که ما در این شماره قصد داریم آن را توضیح دهیم

یک نکته دیده نشده اما مهم

برخلاف **DSM-IV** فصل اختلالات افسردگی از فصل اختلالات دوقطبی جدا شده است. ویژگی مشترک تمام این اختلالات وجود اندوه، احساس تهی‌بودن یا خلق تحریک‌پذیر همراه با تغییرات شناختی و جسمی است که به شکل چشمگیری بر ظرفیت کارکردی فرد اثر منفی می‌گذارد. تفاوت آن‌ها مربوط به زمان‌بندی یا علت احتمالی و یا مدت اختلال است. (انجمن علمی روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، ص ۱۹۷)

و حالا به راستی افسردگی اساسی چیست؟

خصوصیت اصلی این اختلال دوره‌های کاملاً مجزای حداقل دو هفته‌ای است که البته اکثراً دوره‌های بسیار طولانی‌تر هستند که در آنها تغییرات واضح عاطفی، شناختی و کارکردهای عصبی نباتی دیده می‌شود و بین این دوره‌ها فروکش رخ می‌دهد. برای افتراق بین اندوه طبیعی و سوگ با افسردگی اساسی ملاحظات دقیقی در نظر گرفته شده است. سوگواری می‌تواند باعث رنج و ناراحتی زیادی شود ولی معمولاً منجر به یک دوره افسردگی اساسی نمی‌شود. اگر افسردگی به همراه داغ دیدگی رخ دهد، در آن هنگام، علائم افسردگی و افت کارکردی خیلی شدیدتر رخ می‌دهد. (انجمن علمی روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، ص ۱۹۷)



افتراق سوگ از افسردگی اساسی

برای افتراق سوگ از افسردگی اساسی MDE بهتر است این نکته را مدنظر داشته باشید که عاطفه غالب در سوگ، احساس تهی بودن و فقدان است در حالی که در افسردگی اساسی، عاطفه غالب، خلق افسرده مداوم است و فرد نمی‌تواند انتظار شادی یا لذت داشته باشد. شدت ملال ناشی از سوگ با گذشت روزها کمتر شده است و به صورت موجی بروز می‌کند. به همین دلیل به نام موج غم‌های آنی سوگ معروف است که موج‌ها معمولاً در رابطه با فکر و خاطرات فرد فوت‌شده بروز می‌کند. خلق افسرده یا MDE تداوم و ثبات بیشتری دارد و به افکار و مشغولیت‌های ذهنی خاصی مربوط نیست. به‌علاوه سرزنش خود و نشخوارهای ذهنی که در MDE دیده می‌شود، در سوگ وجود ندارد. در سوگ عزت نفس حفظ شده در حالی که در افسردگی اساسی احساس بی‌ارزشی و تنفر از خود شایع است.

متفاوت که ممکن است به افسردگی آنها کمک کند، ساختار یا تغییر دهند. برای کشف این مسئله نیاز به درک بین فردی از افسردگی با توجه به نحوه واکنش آن‌ها به انواع مختلف افراد، به‌طور سیستماتیک مورد بررسی قرار گرفته است. (Rosenblatt & Greenberg, 1991) در این رابطه دو مطالعه صورت گرفت که یکی از این مطالعات و اولین آن‌ها برای ارزیابی اینکه آیا بهترین دوستان افراد افسرده، خودشان افسرده‌تر بودند، انجام شد. همان‌طور که قبلاً نیز اشاره شد، تحقیقات نشان می‌دهد که افراد افسرده نسبت به سایر افراد افسرده واکنش منفی نشان نمی‌دهند و درواقع ممکن است آن‌ها را ترجیح دهند. دو فرضیه اصلی درباره بهترین دوستان افراد افسرده در این مطالعه تأیید شد. در مرحله اول، بهترین دوستان افراد افسرده نسبت به بهترین دوستان افراد بدون افسردگی، در معیار افسردگی بالاتر بودند. مطمئناً این فرضیه را پشتیبانی می‌کنند که افراد افسرده دارای بهترین دوستان افسرده و احتمالاً دوستان افسرده‌تر از افراد غیرافسرده هستند. دوم، افراد افسرده بهترین دوست خود را افسرده‌تر می‌دیدند. اگرچه کاملاً مشخص نیست که آیا این به دلیل تاثیر یک اجتماع کلی است یا خیر. همچنین افراد افسرده بعد از صحبت با بهترین دوست خود احساس بدتری را تجربه می‌کنند. این ممکن است به سادگی به‌خاطر این واقعیت باشد که افراد افسرده به‌طور کلی احساس بدتری می‌کنند و ادراک منفی دارند. (Rosenblatt & Greenberg, 1991) همچنین در این رابطه می‌توان به نظریه شناختی بک نیز اشاره کرد: نظریه شناختی (بک، ۱۹۶۷، ۱۹۷۴) پیشنهاد می‌کند که افسردگی از دید منفی به نفس، تجربیات (جهان) و آینده ناشی می‌شود. بنابراین شناخت‌های منفی منجر به تأثیر بر رفتار غیرمؤثر فرد افسرده در مشاهده و گزارش می‌شود. بک (۱۹۷۶) همچنین این تئوری را تأیید می‌کند که افراد افسرده از تجربیات موفقیت‌آمیز متناقض با دیدگاه‌های منفی خود پرده برمی‌دارند. بک بیان می‌کند که فرد افسرده تقریباً از همه وقایع اعم از مثبت، خنثی یا منفی درک منفی دارد. (Hoehn-Hyde, Schlottmann, & Rush, 1982) با این حال، این داده‌ها حاکی از آن است که افراد افسرده عموماً از گفتگوهای خود با بهترین دوست خود به‌عنوان یک تجربه به‌خصوص لذت بخش فکر نمی‌کنند؛ که باعث می‌شود پس از آن احساس بهتری داشته باشند. (Rosenblatt & Greenberg, 1991)

افسردگی و تأثیر آن بر شبکه اجتماعی فرد

فرد افسرده دچار درد عاطفی وحشتناک و مداومی بوده و عدم امکان به اشتراک‌گذاری یا بیان این درد، خود جزئی از درد و عامل مؤثر در وحشت اساسی آن بوده است. پس از ناامیدی از توصیف درد عاطفی خود، فرد افسرده امیدوار بود حداقل بتواند چیزی را از شکل و بافت زمینه‌های خود بیان کند. (Wallace, 1998) اخیراً توجه زیادی به بررسی جنبه‌های بین فردی افسردگی شده است. با این وجود، هنوز تصویری روشنی از چگونگی و حتی جهان دنیای بینابینی افسرده در علت و حفظ افسردگی وی وجود ندارد. بیشتر تحقیقات موجود روی مدل اصلی کوپن (۱۹۷۶) متمرکز شده است. از لحاظ تئوریک، کوپن اظهار داشت که افراد افسرده در یک سیستم علائم افسردگی و پاسخ دیگران قرار می‌گیرند. به بیان ساده، فرد افسرده نیاز به جستجوی پشتیبانی دارد اما دیگران را به گونه‌ای درگیر می‌کند که شخص را نفی کنند. مطمئناً وی واقعاً پذیرفته نشده است و سعی می‌کند با نشان دادن علائم بیشتر و انتقال ناراحتی، رفتار دیگران را کنترل کند و از آنها حمایت بگیرد. نتیجه نهایی یک ماریچ رو به پایین در وضعیت افسردگی وی است. تحقیقات در مورد این موضوع بر دو عامل کلی متمرکز شده است. اول به‌نظر می‌رسد افراد افسرده تأثیر منفی بر افراد اطراف خود می‌گذارند. کار تجربی نشان داده است که افرادی که با افراد افسرده صحبت کرده‌اند نسبت به افرادی که با افراد غیرافسرده صحبت کرده‌اند، افسرده، خصمانه، مضطرب و مردود هستند. بیشتر کارها روی جنبه‌های بین فردی افسردگی روی این موضوعات متمرکز شده است. یک فرض از این کار این است که افراد افسرده در یک محیط اجتماعی شبیه به فرد فاقد افسرده عمل می‌کنند و محیط‌های اجتماعی خود را به شکلی متفاوت با افراد غیرافسرده فعال نمی‌کنند. به‌همان اندازه امکان‌پذیر است که افراد افسرده روابط اجتماعی خود را به روش‌های منحصر به فرد و

عوامل خطر ساز مربوط به پیش آگاهی

۱. مزاجی: روان رنجوری (هیجان پذیری منفی) عامل خطر اثبات شده برای بروز اختلال افسردگی اساسی است و هرچه میزان آن افزایش یابد، احتمال بروز دوره‌های افسردگی اساسی در واکنش به وقایع استرس‌زای محیطی بیشتر می‌شود.

۲. محیطی: تجارب ناخوش‌آیند دوران کودکی به‌خصوص اگر چندین واقعه منفی به اشکال گوناگون رخ داده باشد، مجموعه‌ای از عوامل، خطر قوی بروز دوره‌های افسردگی را تشکیل می‌دهند.

۳. ژنتیک و فیزیولوژیک: اعضای درجه یک خانواده فرد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، دو تا چهار برابر جمعیت عمومی دچار این بیماری میشوند. وراثت‌پذیری حدود ۴۰ درصد است و صفت شخصیتی روان رنجوری neuroticism بخش عمده این استعداد وراثتی را تشکیل می‌دهد.

۴. عوامل تغییردهنده سیر بیماری: اصولاً تمام اختلالات غیر خلقی اساسی، احتمال ابتلای فرد به افسردگی اساسی را زیاد می‌کنند. در اغلب موارد، دوره‌های افسردگی اساسی که در خلل یک اختلال دیگر به‌وجود می‌آیند، سیر مقاوم‌تری دارند. اختلال شخصیت مرزی، اختلال مصرف مواد و اضطراب، شایع‌ترین اختلالات همراه افسردگی هستند. (انجمن علمی روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، ص ۲۰۷)

چند مورد از تشخیص‌های افتراقی (تشخیص‌های اشتباهی که ممکن است برچسب آن‌ها را به اشتباه، به خود بچسبانیم)

۱. دوره‌های مانیا همراه با خلق تحریک‌پذیر یا حملات مختلط: گاهی افتراق افسردگی با خلقی تحریک‌پذیر، با دوره‌های مانیا همراه خلق تحریک‌پذیر کار دشواری است. برای افتراق این دو از یکدیگر باید دقت ویژه‌ای در بررسی سایر علائم مانیا به خرج داد.

۲. اختلال خلقی ناشی از یک بیماری طبی دیگر: در صورتی که با توجه به شرح حال فردی، معاینات جسمی و یافته‌های آزمایشگاهی، قضاوت بالینی روانشناس از این قرار شود که اختلال افسردگی موجود از تبعات مستقیم آسیب‌شناختی یک اختلال طبی مانند تیروئید پرکار، حوادث عروقی مغزی و اسکروز متعدد نیست، تشخیص دوره افسردگی اساسی تشخیصی مناسب خواهد بود.

۳. غم و غصه: بروز دوره‌های غمگینی بخشی از جنبه‌های زندگی طبیعی و تجارب انسان است. این دوره‌ها را نباید به‌عنوان دوره‌های افسردگی اساسی تشخیص داد مگر این‌که ملاک‌های تشخیصی شدت (یعنی ۵ مورد از ۹ مورد) و مدت (یعنی اغلب اوقات روز، تقریباً



فهرست منابع

انجمن روان پزشکی آمریکا. (۱۳۹۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی DSM V ترجمه فرزین رضاعی، علی فخرایی، آتوسا فرمند، علی نیلوفری، ژانت هاشمی آذر و فرهاد شاملو). تهران: کتاب ارجمند (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۳).
گیلبرت، پاول (۱۳۸۹).
غلبه بر افسردگی (ترجمه سیاوش جمالفر). تهران: رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۹)

Hansen, J. O., & Buus, N. (2013). Living with a depressed person in Denmark: A qualitative study. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(4), 401–406. <https://doi.org/10.1177/0020764012438478>

Hoehn-Hyde, D., Schlottmann, R. S., & Rush, A. J. (1982). Perception of social interactions in depressed psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(2), 209–212. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.50.2.209>

Rosenblatt, A., & Greenberg, J. (1991). Examining the World of the Depressed: Do Depressed People Prefer Others Who Are Depressed? *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 620–629. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.620>

Wallace, D. F. (1998). *The Depressed Person*. Harper, (January), 57–64. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100182>

تمام روزها و حداقل دوهفته) کامل باشد و از نظر بالینی سبب ناراحتی و تخریب قابل توجهی شده باشد. گاهی در این موارد که خلق افسرده همراه با افت قابل توجه وجود دارد ولی ملاک های مدت و شدت برآورده نمی شود، سایر اختلالات افسردگی مشخص می تواند تشخیص مناسبی باشد. (انجمن علمی روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳، صص ۲۰۸-۲۰۹)

و خب رسیدیم به سخن آخر

سازمان بهداشت جهانی تخمین می زند که افسردگی سومین بیماری شایع جهانی است و این روند تا سال ۲۰۳۰ ادامه می یابد. (Hansen & Buus, 2013)

بباید این سرماخوردگی روحی را جدی بگیریم تا از این پس تبدیل به یک آنفولانزای قدرتمند نشود و ما را ماهها درگیر خود نکند. وقتی یک فرد افسرده می بینیم، به او مانند یک آدم فضایی نگاه نکنیم و سعی در درک او کنیم تا او نیز بتواند حداقل روابط اجتماعی خود را حفظ کند و از این طریق نیز خود را منزوی و پوچ نخواند و روند رو به بهبودی را طی کند.

به امید آن روز که سرماخوردگی و تمام بیماری های روحیمان را جدی بگیریم و مانند بیماری های جسمی برایشان به دکتر مربوطه مراجعه کنیم و از این بابت خجالت نکشیم.



پژوهش های مختلف بیان کننده ی وجود همبستگی بالایی بین بی معنی بودن زندگی و مشکلات روانی مانند خودکشی Suicide، اعتیاد Addiction، پرخاشگری Aggression، افسردگی Depression در بین همه ی اقشار جامعه، از نوجوانی و جوانی تا دوران پیری هستند (صبوری، شمیم، ۱۳۹۰).

یکی از رویکرد های مطرح روان درمانی که سعی در کاهش مشکلات فوق دارد، رویکرد ویکتور فرانکل با نام "لوگوتراپی" است که امروزه با اصطلاح مکتب سوم روان درمانی وینی شناخته می شود و مهم ترین موضوع مورد نظر خود را "معنایابی" قرار داده است. (همان) دکتر فرانکل خود یکی از بازماندگان اردوگاه های انسان سوزی نازی است و به گفته ی خودش، آنچه که باعث شد از آن مکان مخوف زنده بیرون آید، هدفش برای نوشتن کتابی با موضوع معنایابی بود. چنین فردی که در پیش درآمدی از کتابش به قلم آلپورت Gordon Willard Allport همه چیز را از دست داد اما زندگی را شایسته ی ادامه دادن می دانست معنای زندگی خود را تنها معنادار کردن زندگی دیگران بیان کرد و در این راه کوشید. (بوئری، بی تا، به نقل از فریا منش، ۱۳۹۱) اما به راستی چگونه باید برای این زندگی کلیشه ای معنایی یافت؟ در این مقاله به بیان کوتاهی از مفهوم مورد نظر فرانکل در رابطه با معنایابی، نتیجه ی بی معنایی زندگی و راه های یافتن معنای زندگی پرداخته ایم.



شبنم قاسم خانی

لوگوتراپی

چرا خودکشی نمی کنید؟

(نگاهی کوتاه به رویکرد لوگوتراپی از منظر ویکتور فرانکی)

چکیده:

هدف از این مقاله، معرفی و شرح کوتاهی از معنایابی در رویکرد معنادرمانی Logotherapy است. اهمیت این موضوع آن جا آشکار می شود که پژوهش های جدید نشان از وجود احساس خلاء وجودی Existential Vacuum در بین افراد جامعه دارد. در این مقاله با بیان نظرات ویکتور فرانکل، بنیان گذار رویکرد لوگوتراپی، مفهوم معنا و اهمیت آن و نیز راه های یافتن معنای زندگی مورد بررسی قرار گرفته اند. (آلپورت، بی تا، به از به نقل از صالحیان، ۱۳۶۳)

کلید واژه: معنایابی، لوگوتراپی، خلاء وجودی

مقدمه:

چرا خودکشی نمی کنید؟

این سوالی بود که ویکتور امیل فرانکل (Viktor Emil Frankl, 1905- 1977) از برخی از بیمارانش که از زندگی خود شکوه می کردند می پرسید و به کمک پاسخی که بیمارانش می دادند، معنا و هدفی که باعث ادامه دادن به زندگیشان می شد را می یافت.

معنا یابی یعنی چگونه بتوانیم بومرنگ خود را پرتاب کنیم

از دیدگاه فرویدی، انسان موجودی است که تمام انگیزه هایش بر اساس اصل لذت شکل گرفته و نیز در تلاش برای رسیدن به تعادل و کاستن تنش های زندگی است. آدلر نیز در مکتب خود دومین مکتب کلاسیک روان درمانی وینی به احساس حقارت Humiliation انسان ها اشاره کرد و بیان داشت که تمام افراد در کودکی این احساس درماندگی را تجربه کرده و در ادامه ی زندگی خود در تلاش برای فائق آمدن به آن و به طور کلی برتری جویی اند. این دو مکتب، نماینده ی "روانشناسی ژرفنایی" Humiliation اند که تنها به گذشته ی فرد نگریسته و آینده ی او را در نظر نمی گیرند (فرانکل، ۱۹۸۵).

به بیان فرانکل می توان بومرنگ را نمادی از وجود انسان دانست. بومرنگ زمانی به شکارچی پرتاب کننده اش باز می گردد که به شکار اصابت نکند. به عبارت دیگر، انسان تنها زمانی به خودش باز می گردد که با خودش سرگرم شود و رسالت خود را گم نکند. چنین فردی در یافتن معنا در زندگی اش با شکست مواجه می شود؛ این همان چیزی است که در روانشناسی ژرفنایی می بینیم. زمانی که فرد در زندگی و نیل به

اهدافش شکست می خورد، این دو مکتب به گذشته ی او برمی گردند تا مشکل در آنجا بیابند. اما در "روانشناسی برین" Heigh Psychology به اهداف و آمال والای انسان توجه می شود و به خصوص مهم ترین آنها را که جست و جوی انسان برای معنای زندگی است، مد نظر قرار می دهد. به مثال بومرنگ بر می گردیم. روانشناسی برین به دنبال این است که به فرد این انگیزه را بدهد تا دوباره بومرنگ خود را پرتاب کند ولی این بار قبل از پرتاب، هدف و ارزش های خود را شناخته و با بینش، دست به پرتاب بزند. هنگامی که معنا و هدف به درستی مشخص شده باشد، پیروزی به دست می آید و دیگر نیازی به واکاوی خود نیست. (محمد پور، ۱۳۸۵)

باید اذعان کرد که روانشناسی برین مکمل روانشناسی ژرفنایی است، یعنی هیچ یک دلیل بر ناکارآمدی دیگری نیست؛ اما در رویکرد برین، به پدیده های مشخصاً انسانی توجه بسیاری شده و انسانی ترین نیاز انسانی را معناجویی Finding meaning می داند (فرانکل، ۱۹۸۵، به نقل از صبوری و شمیم، ۱۳۹۰).

به بیان فرانکل، آنچه باعث شد برخی افراد بتوانند رنج اسارت و کار اجباری را تحمل کنند، داشتن معنا Meaning و هدفی برای راهی از زندان و ادامه ی زندگی بود (بوئری، بی تا، به نقل از فریا منش، ۱۳۹۱). معنا و هدفی که کاملاً شخصی و منحصر به فرد است و میزان متغیر بودن آن به حدی است که می تواند برای یک فرد از لحظه ای به لحظه ی دیگر تفاوت یابد. (شرفی، ۱۳۸۳) امید رسیدن به عشقی قدیمی، طرحی برای انجام دادن یا ایمانی محکم نمونه هایی از اهدافی بودند که شانس زنده ماندن را بالا می بردند (بوئری، بی تا، به نقل از فریا منش، ۱۳۹۱).

این موضوع در نظریه ی فرانکل (۱۹۸۵، به نقل از صبوری و شمیم، ۱۳۹۰) بدین مضمون بیان گردیده است:

داشتن معنا و هدفی برای زندگی است که باعث افزایش تحمل فرد در برابر هر ناملایمانی در زندگی گردد.

اما معنا یعنی چه؟

آنچه منظور فرانکل از تعریف معنا Logos=meaning است را می توان در این بیان نیچه Friedrich Wilhelm Nietzsche یافت: ((آن که چرایی در زندگی دارد، با هر چگونگی خواهد ساخت)) (بوئری، بی تا، به نقل از فریا منش، ۱۳۹۱، پاراگراف ۲).

فرانکل همچنین در باب دستیابی به معنا بیان می دارد که معنا کشف کردنی است و نه جعل کردنی... و زندگی چیزی نیست جز یافتن پاسخی برای جست و جوی معنا. این یعنی معنای زندگی برای هر شخص، منحصر به فرد است. انسان اغلب در موقعیتی قرار می گیرد که مجبور به انتخاب از بین چندین راه می شود. هیچ کدام از راه ها صرفاً قطعی و درست نخواهد بود تماماً به این بستگی دارد که انتخاب فرد در جهت معنایی باشد که برای زندگی اش در نظر گرفته است. فرانکل ادامه می

دهد که گاه حتی بهترین انتخاب ها هم مستلزم تحمل درد و رنج اند، اما هنگامی که دلیل این رنج معلوم باشد تحمل آن هم آسان می شود. (محمدپور، ۱۳۸۵)

بنابراین لوگوس از منظر فرانکل چیزی است که دلیلی برای بودن و زندگی کردن به فرد دهد (محمدپور، ۱۳۸۵)

معنایی از رهگذر سه جنبه غیر مثبت تجربه ی انسانی (مثلث غم انگیزی (Tragic triangle) ایجاد می شود که هر انسانی در طول عمر خود با آن مواجه می گردد:

- رنج بردن (رنج در موقعیت های غیر قابل تغییر)

- گناه (جایز الخطا بودن انسان)

- مرگ (پایان پذیری عمر انسان).

به بیان فرانکل، بیماران لاعلاج یا صعب العلاج اغلب فرصتی برای شجاعانه رنج کشیدن به خود نمی دهند و از این رنج و تیره روزی خود احساس سرافکنندگی می کنند (فرانکل، ۱۹۶۷، به نقل از محمد پور، ۱۳۸۵).

خلاء وجودی:

بنا به نظر فرانکل، همان گونه که فشار روانی زیاد باعث آسیب روانی می گردد، فقدان تنش و فشار نیز باعث احساس پوچی Feeling absurd می شود. در واقع وی با نظر فروید که معتقد بود انسان باید به تعادل برسد، مخالف است، بلکه می گوید همواره سطح بهینه ای از تنش برای معناداری زندگی مفید است (فرانکل، ۱۹۵۹، به نقل از صالحیان، ۱۳۶۳، ص ۱۰۸).

به دنبال احساس بی معنا بودن زندگی، احساس تهی بودن که فرانکل از آن به عنوان خلاء وجودی یاد می کند، در فرد ایجاد می شود که دو نتیجه ی اصلی آن "ملال" و "بی تفاوتی" است. ملال یعنی بی علاقه شدن و بی توجهی نسبت به این دنیا، و بی تفاوتی یعنی به کار نبردن هیچ ابتکار و خلاقیتی در امور (فرانکل، ۱۹۹۷، به نقل از محمد پور، ۱۳۸۵).

در پی صنعتی شدن جوامع و دور شدن هرچه بیشتر از ارزش ها، خلاء وجودی بویژه در نسل جوان بسیار مشهود است و پژوهش های تجربی نیز این موضوع را تایید کرده اند. به عنوان مثال، در پژوهش های عبدلی، احمدی و امانی ساری بیگلو (۱۳۹۵) یکی از دلایل اصلی اعتیاد جوانان در دیدگاه متخصصان این است که جوانان برای گریز از تنش ها و فشار های زندگی و کسالت و بی حوصلگی به مواد مخدر روی می آورند. به بیان فرانکل جامعه ی صنعتی امروزه که در آن خلاء وجودی در نسل جوانان مشهود تر شده، همواره در تلاش برای رفع نیازها و نیز ایجاد نیاز های مادی جدیدی است و رفع و ارضای مهم ترین نیاز انسانی مورد بی توجهی قرار گرفته و آن نیاز به معنا یابی و تحقق آن است؛ از این نظر خلاء وجودی یک روان آزرده گی جامعه زاد است و بنابراین تجلی هایی نیز در سطح جامعه خواهد داشت که می توان آنها را در مثلث روان رنجوری جمعی جای داداعتیاد، افسردگی، پرخاشگری. این موارد برای پر کردن

خلاء وجودی به کار می روند اما هیچ یک تاکنون موفق نشده اند (فرانکل، ۲۰۰۰، به نقل از محمد پور، ۱۳۹۰، ص ۱۸۴).

معنا یابی:

فرانکل برای رسیدن به معنا سه راه بیان می کند:

- ۱- ارزش های خلاقانه یا به عبارت دیگر انجام دادن کار
- ۲- تجربه ی عشق
- ۳- ارزش های نگرشی مشتمل بر فضایی چون شفقت، شجاعت، شوخ طبعی و مهم ترین آن یعنی یافتن معنا در رنج (فرانکل، ۲۰۰۰، به نقل از محمد پور، ۱۳۹۰).

در معنا درمانی، شناخت رنج بردن و یافتن معنای زندگی بسیار مهم است. زمانی که برای رنج خود معنا و دلیلی بیابیم، می توانیم رنج را با سربلندی و وقار تحمل کنیم (فرانکل، ۱۹۶۶، به نقل از محمد پور، ۱۳۸۵).

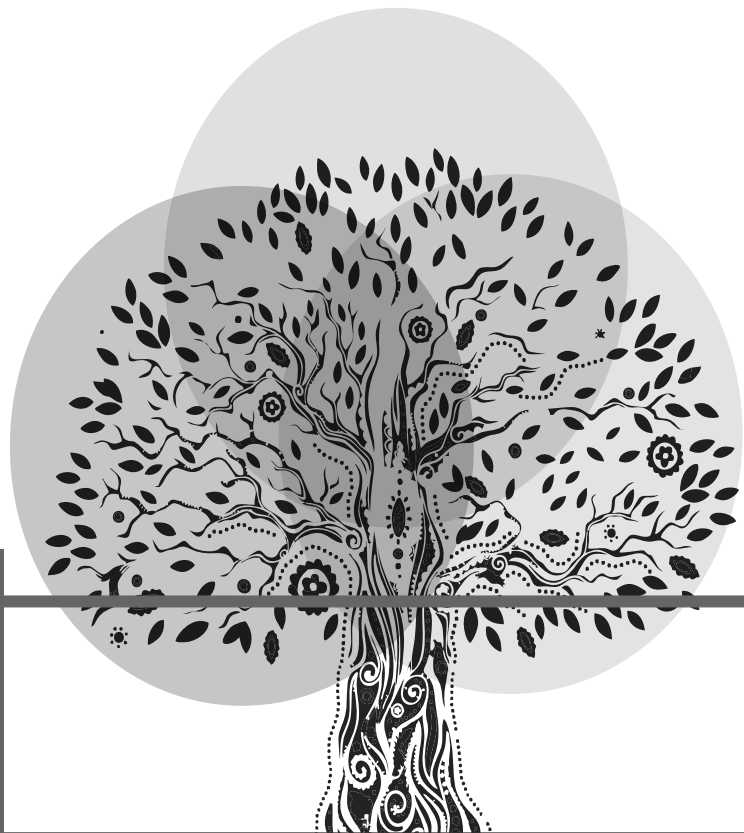
باید در نظر داشت که چنانچه رنج قابل دوری جستن باشد، غیر ضروری بوده و بیشتر خودآزاری است تا رنجی معنادار و باید از نظر روان شناختی، زیست شناختی یا جامعه شناختی از راه برداشته شود (فرانکل، ۱۹۸۵). اما گاهی در زندگی شرایطی غیر قابل تغییر بوجود می آید مانند بیماری لاعلاج یا ساختار های سیاسی کشور که کاری از دست فرد بر نمی آید. در اینجا است که بار مسئولیت معنایی روی شانه های فرد سنگینی می کند و اگر فرد به شکل فعال مسئولیت هایش را جستجو کند جایی برای ناامیدی باقی نمی ماند. در واقع معنا درمانی به این اشاره دارد که: اگر نمی توانی موقعیت را تغییر دهی، خودت را تغییر بده (لوکاس و ازوانگ هیرش، ۲۰۰۲، به نقل از محمد پور، ۱۳۸۵، ص ۱۵۰). این همان چیزی است که جوانان از آن غافل شده اند ولی بهترین راه رسیدن به آرامش و حفظ انگیزه توجه به همین جمله است. بنابراین می توان حتی در بدترین لحظات زندگی نیز معنایی برای ادامه دادن یافت (فرانکل، ۱۹۸۵، به نقل از احمدی و صبوری، ۱۳۹۰).

نتیجه گیری:

در گذشته روانشناسی روح خود را با وونت و ذهن خود را با واتسون از دست داد. اینک با وجود شناخت درمانی، ذهن خود را بازیافته، اما روح هنوز هم قسمتی دور افتاده محسوب می گردد. تلاش فرانکل همواره در جهت احیاء این قسمت فراموش شده ی آدمی بوده است. ارزشمندترین کار معنادرمانی این بوده که مردم را مسئول زندگی خودشان دانسته و بیان می دارد که تحت هر شرایطی با پذیرش مسئولیت زندگی و تحقق معنایی می توان مفهومی از کنترل و لیاقت را به دست آورد. این نکته به خصوص در جامعه ی امروزی که در آن همواره خبرهایی از بی معنا شدن زندگی در اقصاء مختلف شنیده می شود، اهمیت دو چندان دارد. امید است با افزایش اطلاعات در زمینه ی این رویکرد نوظهور، تحولات نوینی در روانشناسی پدید آید.

منابع:

۱. فرانکل، ویکتور (۱۳۹۰)، انسان در جستجوی معنای غایی (احمد صبوری و عباس شمیم، مترجم)، تهران: نشر آشیان (نشر اثر اصلی ۱۹۵۹).
۲. محمد پور، احمدرضا (۱۳۸۵)، ویکتور امیل فرانکل: بنیانگذار معنا درمانی، تهران: نشر دانژه.
۳. فرانکل، ویکتور (۱۳۶۳)، انسان در جستجوی معنا (نهیضت صالحیان و مهین میلانی، مترجم)، تهران: نشر درسا (نشر اثر اصلی ۱۹۵۹).
۴. شرفی، محمدرضا (۱۳۸۴)، تأملی نقدگونه در باب معنای غایی زندگی با تأکید بر دیدگاه ویکتور فرانکل، مجله روانشناسی و علوم تربیتی، سال سی و پنجم (شماره ۱)، ۲۹-۵۰.
۵. بوئری، جورج (۱۳۹۱)، نظریه و عمل در معنی درمانی فرانکل (ترجمه مسعود فریا منش)، اطلاعات حکمت و معرفت، سال هفتم (شماره ۱۲)، ۲۸-۳۲.
۶. عبدلی، سلطان؛ احمدی، جواد؛ امانی ساری بگلو، جواد (۱۳۹۵)، عوامل موثر بر سوء مصرف مواد مخدر جوانان در ایران: تحلیل نقشه های شناختی فازی مبتنی بر نظرات متخصصان. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال دهم (شماره ۳۹)، ۱۹۵-۲۱۲.



ناگویی هیجانی

در پاسخ به سوال توصیف هیجان خود یا عواطف به شکل محدود و خلاصه (من ناراحتم)، بیان علامت جسمانی (به طور مثال ناراحتی معده) یا پاسخ مبهم (نمی‌دانم).

مطمئن نیستیم) جواب می‌دهند.

(Krystal, Nemiah, Nemiah & Sifneos 1976, as cited in L.Timoney, M.Holder, 2013, p.1)



زهرا غفرانی

پروانه کرمی

احساسی که حسش نمی‌کنم (ناگویی هیجانی)

ما نمی‌فهمیم... کوه یخ... اصلا احساس ندارد... بسیار خودخواه است! اگر در رابطه با فردی به این نتایج در مورد شخصیت او رسیدید قبل از هر گونه تصمیم قطعی و پیش داورى دست نگه دارید! شاید دوست شما از مشکلی رنج میبرد که خودش هم آگاهی چندانی از آن ندارد. اگر با اینگونه افراد سر و کار دارید پیشنهاد میکنیم این مطلب را مطالعه کنید. شاید شما همان کسی باشید که میتوانید به او در آگاهی دادن از وضعیتش کمک کنید. استغاف دو بار ازدواج کرده است. او از هیچکدام از روابطش خاطره خوشحال کننده‌ای ندارد. زمانی که ۱۶ ساله بود در یک دوره مقدماتی پرستاری با همسر اولش آشنا شد. آنها ۶ سال بعد با یکدیگر ازدواج کردند؛ ۳ سال بعد هم از یکدیگر جدا شدند. استغاف در سال ۲۰۰۹ با همسر دومش آشنا شد. او در عکس عروسی‌اش در حال لبخند زدن است در حالیکه بنا بر گفته خود او، صرفا چون اینطور تشخیص داده که لبخند زدن در چنین موقعیتی لازم است این کار را انجام داده است. در نتیجه احساس میکند در حال دروغ گفتن و نقش بازی کردن است. شادمانی تنها احساسی نیست که استغاف حسش نمیکند؛ بلکه خجالت، برانگیختگی و هیجان، تنفر یا حتی عشق هم در این دایره‌اند. استغاف میگوید: (من چیزی در خودم احساس میکنم ولی نمیتوانم تشخیص بدهم آن احساس دقیقا چیست.) تنها هیجاناتی که برای او آشناست ترس و خشم است.

(S.Gehardt, 2004, as cited in E.Young, 2019)

ناگویی هیجانی چیست؟

کلمه الکسی تیمیا Alexithymia برای نخستین بار توسط سیفنوز (۱۹۷۲) به‌کار گرفته شد و به معنی فقدان واژه برای بیان هیجان‌ها می‌باشد. از آن پس پژوهش‌های بسیاری در این مورد صورت گرفت. امروزه ناگویی هیجانی با این ویژگی‌ها شناخته میشود: دشواری در تشخیص احساس و تمایز قائل شدن میان انواع احساسات و علامت جسمی آنها، دشواری توصیف احساسات برای دیگران، اشکال در فرآیند تصور، محدود بودن تفکر به سبک عینی (Taylor, Bagby and Parker as cited in J.Thompson, 2009, ch1)

ویژگی‌های افراد مبتلا به ناگویی هیجانی:

افراد دارای ناگویی هیجانی به سختی میتوانند چگونگی و حالت هیجانی خود را در حین تجربه آن تشخیص دهند. آنها اغلب ممکن است احساس ناخوشایند ناشی از تغییرات درون بدن خود، مانند افزایش ضربان قلب، سرخ شدن صورت و ... را گزارش دهند و زمانی که از آنها خواسته میشود تا گزارشی از احساس خود بدهند، چیزی برای گفتن ندارند یا همراه با لکنت زبان، پاسخ از قبل آماده شده میدهند یا موضوع گفتگو را عوض میکنند.

(J.Thompson, 2009, ch1)

آنها اغلب حالت جسمی هیجان‌شان را به عنوان حالت جسمی یک بیماری سوءتعبیر میکنند؛ به طور مثال اشک ریختن را نه به عنوان رفتار ناشی از ناراحتی بلکه ناشی از نقص در مجرای اشک چشم در نظر میگیرند. همینطور ممکن است به جای حالت هیجانی، تأثیرات محیطی را مقصر بدانند مانند تغییر دما یا آلوده بودن هوا (J.Thompson, 2009, ch1). آنها همچنین در تشخیص علت تغییر حالات خود ناتوان هستند یا نمیتوانند آن را بعدرستی در قالب کلمات توصیف کنند (Nemiah, Taylor as cited in L.Timoney M.Holder, 2013, p.p2)

همچنین علاوه بر ناتوانی در تمایز قائل شدن میان احساسات منفی، افراد مبتلا به ناگویی هیجانی ظرفیت محدودی برای تجربه هیجان‌ها مثبت مانند: لذت، شادی و عشق دارند و بسیاری از آنان دچار فقدان احساس لذت (anhedonia) هستند. (Krystal, Sifneos as cited in G.Taylor, R.Bagby J.Parker 1997, p.p31)

که طبق تحقیق Krystal (1988) این فقدان احساس لذت در افراد مبتلا به ناگویی هیجانی ناشی از یک آسیب روانی در گذشته است. بسیاری از بیمارانی که دچار فقدان احساس لذت هستند حس میکنند نیاز ندارند تا کاری انجام دهند که به آنان احساس خوبی بدهد. افراد دارای ناگویی هیجانی که بعد از حادثه‌ای دچار این حالت شده‌اند در مورد لذت بردن احساس گناه دارند در نتیجه، مانع شدن بر تجربه لذتبخش، آگاهانه در آنها رخ میدهد که جلوگیری تجربه هیجان‌ها لذت بخش است. (H.Krystal, 1988, p.p253-254)

اشکال در فرآیند تصور: تصور، توانایی ساخت تصاویر ذهنی از اطلاعات بازاریابی شده‌ای است که از تجربیات حسی به دست آمده است، یا ساختن تصاویر جدید بدون اینکه آنها را در جهان محسوس دیده باشیم. این تصورات همچنین میتوانند به شکل شبه تصویری باشند مانند یک بوم‌صدا یا احساس فیزیکی. (J.Thompson, 2009, ch1)

فیلسوف آمریکایی Edward S. Casey (1976) تصور را به دو دسته تقسیم میکند: تصور کنترل شده و تصور خودکار. تصور کنترل شده تلاشی آگاهانه برای کار کردن با تصاویر ذهنی‌مان است مانند زمانی که از قوه تخیل خود استفاده میکنیم در حالیکه تصور خودکار غیر قابل کنترل، غیر قابل پیش بینی، غیر ارادی و غیر منتظره است (J.Thompson, 2009, ch1)

بصورت مثال زمانی که دوستان احساس ناراحتی میکنند قوه تصور به صورت خودکار یک تصویر درونی از وضعیت دوستان گردآوری میکند، در نتیجه به شما در فهم احساس او کمک میکند. (J.Thompson, 2009, ch8)

همچنین نداشتن اطلاعات کافی در مورد تجربیات هیجانی خود باعث میشود تا افراد مبتلا به ناگویی هیجانی نتوانند خود را در شرایط احساسی دیگران

(Parker, Taylor & Bagby as cited in J. Thompson, 2009, ch10)

افرادی که دارای هوش هیجانی ضعیف هستند، در ارزیابی درست و بیان هیجانات به شیوه موثر و همچنین استفاده از آن برای هدایت رفتارشان مشکل دارند.
(Salorey & Mayer as cited in G. Taylor, R. Bagby & J. Parker, 1997, p. 26)
هیجانات در انسان شامل سه سیستم وابسته است: سیستم عصب شناختی که شامل ساختارهای عصبی مغز میباشد، سیستم رفتاری (مانند تغییر حالت چهره، گریه کردن، تغییر حالت بدن و تن صدا) و سیستم شناختی که عملکردهایی مانند آگاهی و گزارش کلامی احساسات را به عهده دارد.
(Dodge & Garber, Fridja, Izard & Kabok, as cited in Watson & Clark) G. Taylor, R. Bagby & J. Parker, 1997, p. 68

جنبه های بررسی ناگویی هیجانی:

ناگویی هیجانی از دو جنبه قابل بررسی میباشد؛ شناختی و عاطفی. جنبه شناختی شامل بیان کلامی هیجانات و تشخیص آنهاست و جنبه عاطفی شامل خیال پردازی و توانایی تصور و تجربه هیجانات است.
(L. Timoney, M. Holder, 2013, p. 3)

عوامل بروز ناگویی هیجانی:

عوامل زیستی: ناگویی هیجانی ممکن است ناشی از نابهنجاری در ساختار مغز باشد که این نابهنجاری خود میتواند در نتیجه آسیب مغزی (به طور مثال در تصادف)، کمبود اکسیژن در مغز هنگام تولد، داروهای شیمیایی یا عوامل وراثتی باشد. به نظر *Sifneos* ناگویی هیجانی یک علت بیولوژیکی یا تکاملی دارد که در درجه اول ناشی از گرایش با ثبات است؛ این نکته برای روان درمانگران حائز اهمیت است چرا که سبب شناسی زیستی یا روانی این نابهنجاری، روش درمان آن را تعیین میکند تا بهترین درمان برای بهبود کیفیت بهزیستی روانی و اجتماعی این افراد حاصل شود. به طور مثال اگر ساختار عصبی مغز آسیب دیده باشد این مشکل جبران ناپذیر است و تاکید درمان باید بر یک راه جبران کننده به جز یادگیری مسائل روانشناختی از قبیل احساس باشد. (J. Thompson, 2009, ch2)

عوامل روانی:

ناگویی هیجانی میتواند ناشی از عوامل متعددی چون ضربه عاطفی، تأخیر در روند رشد یا شرایط فرهنگی و خانوادگی باشد. ضربه عاطفی میتواند شامل تجربه آزار جنسی، مورد بی توجهی قرار گرفتن، مشاهده یا تجربه خشونت، درد جسمانی همراه با آسیب یا بیماری های مزمن مانند سرطان و... باشد. در افراد مبتلا به ناگویی هیجانی ناشی از آسیب روانی جلوی ادراک برخی مسائل که میتواند موجب فعال شدن بازشناسی هیجانی شود، گرفته میشود تا علائمی که منجر به شکل گیری یک معنای عاطفی میشود بی تأثیر باشند.
(J. Thompson, 2009, ch2)

تصور کنند و احساس آنها را برای خود مدلسازی کنند.
(Goleman, Krystal, Lame Schwartz as cited in G. Taylor, R. Bagby, J. Parker, 1997, p. 30)
افراد مبتلا به ناگویی هیجانی از تصور کنترل شده برای حل مسائل خود استفاده میکنند اما فاقد تصود خور کار مانند تصود ذهنی از شرایط جسمی برای تشخیص، استنتاج یا بیان یک هیجان هستند.
(J. Thompson as cited in J. Thompson, 2009, ch1)
تصویر ذهنی خودکار، داده های اولیه روانشناسی هستند که از انگیزتگی روانی حاصل میشوند؛ داده هایی که مصالح ضروری برای استنتاج کردن و صحبت کردن در مورد حالت احساسی را فراهم میکند.
(J. Hillman as cited in J. Thompson, 2009, ch10)
افراد مبتلا به ناگویی هیجانی در برقراری پیوند میان خاطرات، تصورات ذهنی، عواطف و شرایط خاص با دشواری مواجهند.
(G. Taylor, R. Bagby, J. Parker, 1997, p. 29)
تفکر عینی: افراد مبتلا به ناگویی هیجانی فاقد توانایی تطبیق خود با دنیای احساسات هستند. آنها مجبور هستند خودشان را به دنیای فیزیکی و چیزهای بیرونی محدود کنند، در نتیجه خود را تنها با واقعیات حسی، اشیا فیزیکی و حقایق تجربی وفق میدهند.
(J. Thompson, 2009, ch1)

حالت بدنی و چهره: افراد مبتلا به ناگویی هیجانی در نشان دادن هیجان خود در قالب چهره و یا حالت بدن ضعیف هستند
(Krystal, Nemiah as cited in L. Timoney, M. Holder, 2013, p. 2)
افراد دارای نمره بالاتر در ناگویی هیجانی چه در هیجانات مثبت و چه در هیجانات منفی حوادث زندگی، ابراز غیر کلامی هیجان (مانند تغییر حالت چهره) ضعیفتری نسبت به افراد با نمره پایین دارند.
(Wagner Lee as cited in L. Timoney, M. Holder, 2013, p. 1)
با این اوصاف شما ممکن است دچار ناگویی هیجانی باشید در صورتی که: توصیف هیجانات برایتان دشوار باشد، در فهمیدن واکنش های هیجانی دیگران سردرگم باشید، به ندرت درباره طرح ها و آرزوهای خود خیال پردازی کنید، گاهی اوقات ناراحتی غیر قابل توضیحی در بدن خود احساس کنید، به نظر دیگران صحبت های شما بی سر و ته و نامنسجم و بدون هدف باشد و به نظر دیگران صحبت های شما کتابی و بدون احساس باشد.
(J. Thompson, 2009, ch8)
اینگونه افراد اغلب صحبت هایشان خسته کننده و بی نشاط توصیف میشود حتی اگر با هوش باشند.

(Krystal, 1997 as cited in H. Krystal, 1988, p. 247)
زیرا صحبت هایشان عاری از جزئیات و بدون عاطفه میباشد
(Taylor as cited in H. Krystal, 1988, p. 247)
ناتوانی در بیان درست احساسات شخصی، ارتباط کلامی بدون هیجان و ضعیف با دیگران منجر میشود تا افراد مبتلا به ناگویی هیجانی معمولاً در درخواست کمک از دیگران به عنوان یک منبع حمایت یا تسلی شکست بخورند.
(G. Taylor, R. Bagby, J. Parker, 1997, p. 30)

ناگویی هیجانی و هوش هیجانی:

ناگویی هیجانی را میتوان سطح پایینی از هوش هیجانی EQ دانست

برخی نظریه پردازها معتقدند ناگویی هیجانی با مکانیسم دفاعی سرکوب (جلوگیری از بروز احساسات) و گسستگی، همپوشانی دارد اما از جهاتی با یکدیگر تفاوت دارند؛ تفاوت مکانیسم دفاعی سرکوب با ناگویی هیجانی در این است که این مکانیسم یک عمل هشیار و بازداری ارادی از ورود احساسات به سطح هشیار میبشد مانند اجتناب از اندیشیدن در مورد خاطرات ناراحت کننده. همچنین شواهدی وجود دارد که استفاده طولانی مدت از مکانیسم دفاعی سرکوب در بیان احساسات منجر به انگیزگی خودکار بالا میشود که بر سلامت جسمانی اثرگذار است.

(Berry & Pannebaker, 1992 as cited in G. Taylor, R. Bagby, J. Parker, 1997, p. p39)

گسستگی نیز به عنوان یک مکانیسم برای جلوگیری از ادغام عادی شناخت، عاطفه، رفتار، احساس و هویت است

(Atchison & McFarlane as cited in G. Taylor, R. Bagby, J. Parker, 1997, p. p40)

گسستگی یک مکانیسم دفاعی است. ممکن است هر فردی در هر شرایطی از آن استفاده کند؛ درحالیکه ناگویی هیجانی یک نابهنجاری محسوب میشود که در همه اتفاق نمی‌افتد.

(Bernstein & Putnam as cited in G. Taylor, R. Bagby, J. Parker, 1997, p. p40)

طبقه بندی انواع ناگویی هیجانی بر اساس سببشناسی :

ناگویی هیجانی اولیه و ثانویه: این اصطلاح نخستین بار Nemiah, Freyberg & Sifneos as cited in J. Thompson, 2009, ch2 برای طبقه بندی انواع ناگویی هیجانی از جهت پایداری و ثبات آن ارائه شد. ناگویی هیجانی اولیه به حالت پایدار اشاره دارد که بنظر میرسد به شرایط محیطی یا روانی وابسته نیست بلکه پایداری آن به علت آسیب در ساختار عصبی مغز است. ناگویی هیجانی ثانویه، پیدایش نوعی از ناگویی هیجانی در افراد دچار ضربه عاطفی میبشد؛ در نتیجه افراد آن را به عنوان یک مکانیسم دفاعی موقت در مقابل ضربه عاطفی به کار میگیرند. این نوع از ناگویی هیجانی وابسته به شرایط فرد میبشد بطوری که بعد از پشت سر گذاشتن شرایط استرسزا، از بین می‌رود.

(J. Thompson, 2009, ch2)

عوامل عصب شناختی: در حال حاضر دو تبیین عصب شناختی

برای ناگویی هیجانی وجود دارد:

۱- اختلال در همکاری نئوکورتکس (قشر روی مغز) و سیستم لیمبیک که نقش بسیاری در ادراک هیجانات دارد. عملکرد سیستم لیمبیک هدایت اطلاعات و تغییر تجربیات حسی در قالب هیجانی به جای تفکر نمادین است (Mdean as cited in G. Taylor, R. Bagby, J. Parker, 1997, p. p95)

نئوکورتکس وظیفه عملکردهای شناختی نمادین کردن اطلاعات را بر عهده دارد (G. Taylor, R. Bagby, J. Parker, 1997, p. p95)

در این حالت سیستم لیمبیک اطلاعات هیجانی دریافتی را به شیوه معمول با مرکز شناختی بالاتر نئوکورتکس به اشتراک نمیگذارد، در نتیجه نئوکورتکس نمیتواند به اطلاعات کافی در مورد هیجان فرد دسترسی داشته باشد

(Nemiah, Sifneos & Apfe Svits as cited in J. Thompson, 2009, ch2)

ختلال در ارتباط دو نیمکره مغز یا مدل بین نیمکرهای که در بیماران دوباره مغز بررسی شده. این بیماران خصوصیات مشترکی با افراد دارای ناگویی هیجانی مانند دشواری توصیف احساسات، سطح پایین خیال پردازی یا قدرت تصور و شیوه تفکر عینی دارند. این مسئله منجر به بیان این فرضیه شد که ممکن است در افراد دارای ناگویی هیجانی بدون آسیب مغزی، اختلال در ارتباط دو نیمکره وجود داشته باشد.

(Floppe & Boge as cited in J. Thompson, 2009, ch2)

تفاوت های شخصیتی در ناگویی هیجانی : ناگویی هیجانی به عنوان یک پدیده مطلق (صفر و یک) تلقی نمیشود؛ بلکه دارای ابعاد مختلف و ویژگی های شخصیتی متفاوت است (G. Taylor, R. Bagby, J. Parker, 1997, p. p30)

ناگویی هیجانی از یک نمونه به نمونه دیگر و همچنین در اشخاص دارای یک نوع از ناگویی هیجانی از شخصی به شخص دیگر میتواند متفاوت باشد

(H. Krystal, 1988, p. p263)

یک رفتار مصنوعی، مصنوعی بنظر میرسد چون مصنوعی است!

بسیاری از افراد مبتلا به ناگویی هیجانی در موقعیت های گوناگون پاسخ های عاطفی معمول را انجام میدهند زیرا آنان به تجربه و با مشاهده پاسخ های هیجانی دیگران این رفتار را آموخته‌اند. آنها را بملحظ کیفی میتوان به افراد کوررنگی شباهت داد که یادگرفته‌اند نقص خود را با کنار هم قرار دادن علائم و سرخ های مختلف برای تشخیص رنگ یک شی جبران کنند درست مانند اینکه بدانند یک وسیله چه رنگی است اما نتوانند رنگ آن را ببینند.

(L. Timoney & M. Holder, 2013, p. p244)

چگونه متوجه مشکل خود میشوند؟

برخی از آنان با کمی توجه در نهایت متوجه میشوند که نمیتوانند احساساتشان را توصیف کنند چرا که چیزی که آنان احساس میکنند یک تجربه مبهم و پاسخی عمومی است که اغلب همه اعضا بدنشان را شامل میشود.

(Nemiah, Freyberg & Sifneos 1976, Freyberg 1997, as cited in L. Timoney & M. Holder, 2013, p. p245)

بطور مثال تجربه‌ای مبهم از افزایش تپش قلب، دمای بدن و میزان تنفس که برایشان متفاوت از حالت عادی و همیشگی میبشد. اما توانایی تشخیص اینکه علت این تغییر چیست یا دقیقاً بدنبال چه احساسی (خشم، ترس، یا تعجب) ایجاد شده را ندارند.

دسته بندی ناگویی هیجانی :

ناگویی هیجانی یک سندرم است که در زبان روانشناسی به مجموعه‌ای از علائمی گفته میشود که رخ دادن آنها در کنار یکدیگر منجر به نابهنجاری روانی میشود. همچنین ممکن است به شرایطی گفته شود که بطور کلی و مبهم، به چگونگی و حالت فعلی افراد اشاره دارد. گرچه ناگویی هیجانی یک مفهوم بالینی تعریف شده است اما در حال حاضر یک بیماری تشخیصی جدا از سایر شرایطی نیست که ممکن است همراهش باشد. اگرچه در DSM و ICD بصورت جدا طبقه‌بندی و ثبت نشده، با این حال به عنوان یک مورد نا به هنجاری عاطفی- شناختی مستقل لحاظ میشود.

(H. Krystal, 1988, A note on classification)

شیوع ناگویی هیجانی:

بمطور کلی مطالعات نشان می دهد که شخصیت از جمله پنج ویژگی شخصیتی بزرگ: عصبی بودن، برونگرایی، موافقت(هم رای)، وجدان کاری، بازبودن به تجربه با ناگویی هیجانی همراه است. (L.R. Timoney & M.D. Holder, 2013, p.61)

ناگویی هیجانی با سن نیز ارتباط دارد. تحقیقات کمی برای تعیین افزایش یا کاهش نسبی سطح ناگویی هیجانی در جمعیت سالمند انجام شده است. اگرچه براساس یک مطالعه فنلاندی از یک نمونه از افراد ۷۲ ساله شیوع ناگویی هیجانی ۳۴ درصد بود رقمی که از نمونه های گرفته شده از جمعیت عمومی، که حدود ۱۰ درصد است، نسبتا بالاتر بود. درحال حاضر دلایل دقیق این رقم بالا مشخص نیست. سن بالغ شدن با تغییراتی در فرآیندهای شناختی و عاطفی همراه است که بر افراد مبتلا به ناگویی هیجانی تاثیر دارد مهم ترین این تغییرات، کاهش حافظه و توانایی های شناختی و درگیر شدن در فعالیت های ((مرور زندگی)) شامل افزایش تعمق و یادآوری است. (J. Thompson, 2009, chapter 5)

درمان ناگویی هیجانی

شیوه های درمان مختلفی برای ناگویی هیجانی وجود دارد مانند: بیوفیدبک، بازخورد تصویری، خانواده درمانی، کمک به خود، استفاده از دارو، گروه درمانی و...

پس خوراند زیستی (biofeedback)

تعریف: بیوفیدبک بازخورد دادن با آگاهی در مورد عملکردهای بیولوژیکی است مثل تنفس، ضربان قلب، دمای پوست، تنفس عضلانی و دیگر علائم فیزیولوژیکی از چیزی که شخص بعضی اوقات از آن غافل است. خیلی از افراد دارای ناگویی هیجانی آگاه هستند که متفاوت با مردم دیگر واکنش نشان می دهند. بنابراین وقتی آن ها کمک می شوند که از طریق درمان بیوفیدبک، پاسخ های هیجانی و ناتوانی معمولشان در شناختن و طبقه بندی کردن پاسخ های هیجانی تشخیص داده شود با دانستن اینکه دیوانه نیستند، احساس آرامش به دست می آورند. نام گذاری هیجانات به زمان و صبر نیاز دارد. تا قبل از مشخص کردن ویژگی ها و یافتن اصطلاحات مطابقت منتظر ظهور هر یک از هیجان های واقعی باشید؛ روند آن ها باید بارها و بارها تکرار شود تا بر توانایی طبقه بندی مسلط شوند. صرفا آماده کردن شخص با مجموعه ای از کلمات احساسی در غیاب بیوفیدبک، ارزش کمی در کار بازشناسی دارد. افرادی که ناگویی هیجانی دارند با یادگیری طبقه بندی هیجانانشان حس عقلی نسبت به آنچه در بدن اتفاق می افتد به دست می آورند و ممکن است برای اولین بار این مظاهر را به عبارتی غیر از بیماری جسمی در نظر گیرند. (J. Thompson, 2009, chapter 7)

کوشش ذهنی سخت در طبقه بندی کردن هیجانات، بعضی مواقع فرق گذاری بین احساسات را مشکل و سخت تشخیص می دهد برای مثال به این سناریو توجه کنید: من خودم را در یک پارک تفریحی با یک عاشق می بینم و به قلبم که تپش داشت توجه کردم پس من پرسیدم: آیا تپش قلبم به خاطر ترس من از بودن در اطراف جمعیت هست؟ آیا

به خاطر این است که من برای سواری که برایش به خط شدید هیجان زده ام؟ آیا به خاطر این است که عاشق شدم؟ آیا به خاطر این است که من از شخصی که خودش را در صف جلوی من جا داد عصبانی هستم؟ یا به خاطر این است که من امروز صبح یادم رفت داروی فشار خونم را مصرف کنم؟ این سناریو چند انتخاب متمایز را عرضه می کند و ممکن است سخت باشد تا بگوییم کدام مربوط به سرخ های تصادفی از محیط یا سیگنال های بدنی به تنهایی است.

بازخورد تصویری *imaginal feedback* از طرف دیگر چهره خاصی از هیجانات را نشان میدهد؛ جایی که ضربان قلب سریع من به همراه تصویری از یک زن و شوهر که در صف ایستادند هست و من می دانم این ضربان قلب به خاطر یک قلب عاشق است. روش های درمانی بیوفیدبک ممکن است شامل تکنیک هایی باشد که باعث بهبود شناخت علائم هیجانی تولید شده بمطور خود به خود می شود. این به شناسایی احساسات همراه با تکنیک های بیشتر در تجسم کنترل شده برای کمک به تنظیم هیجانات کمک می کند. اما این اهداف فرضیه توانایی دستیابی و استفاده از تصور از طریق درون نگری را دارند که برای افراد دارای ناگویی هیجانی دشوار است. درحالی که روش های درمانی بیوفیدبک اغلب شامل کار با فرآیندهای تصویری هستند؛ برای روشن تر شدن، ما این موارد را تحت عنوان جداگانه ای قرار می دهیم تا تمایزهای تخیلی (تصوری) را از استنتاجهای صرفا روشن فکرانه دربارۀ احساسات بدن متمایز کنیم. (J. Thompson, 2009, chapter 7)

بازخورد تصویری *imaginal feedback*

تصاویر می توانند به ما کمک کنند تا هیجانات خود را در هر شرایطی تشخیص دهیم مانند مثال فوق در پارک تفریحی که آگاهی از ضربان قلب(بیوفیدبک) و متعاقبا روشن کردن چند واقعه احتمالی و هیجانات ناشی از آن که می تواند باعث بروز آن شود در این مثال، تصویر فانتزی داخلی، دو عاشق در آغوش، به فرد اجازه می دهد تا تبعیض قائل شود، درک کند، تا عمیقا با هیجانی که تجربه می شود ارتباط برقرار کند. تصاویر به عنوان نشانگرهای خودبه خودی هیجانی، قدرت باز کردن درک هیجانی غایب را دارند و این واقعیت ممکن است به خصوص برای فرد دارای ناگویی هیجانی مرتبط باشد. اما ابتدا باید تصدیق کنیم که تصاویر فانتزی برای آگاهی هوشیار برای فرد دارای ناگویی هیجانی یا به دلیل ساختارهای آسیب دیده مغزی یا دفاع مسدود کننده روانی در دسترس نیست. هدف از این بحث ارائه راه درمانی برای ایجاد هرچه بیشتر دسترسی به این تصاویر است. در مورد ناگویی هیجانی روانی، کاردرمانی می تواند برای از بین بردن انسدادهای دفاعی انجام شود زیرا اجازه می دهد نشانگرهای تصویری به آگاهی برسند و بازخورد خود را از اتفاقات هیجانی بدن ارائه دهند. قبل از اینکه به جزئیات در مورد تکنیک های مورد استفاده در درمان متمرکز روی تصور بپردازیم، ابتدا ارزش برخی از مباحث شناخته شده روان پویشی که احتمالا با این

بیمار فراهم می کند که منبع دقیق احساسات خود را هدف قرار می دهد و فرصتی برای بیان واقعی آن ها می دهد. باید در اینجا مطرح شود که بدیهی است اگر به تصور نتوان دسترسی پیدا کرد، به هیچ وجه نمی توان به احساسات دسترسی پیدا کرد. (J. Thompson, 2009, chapter 7)

کمک به خود self-help

موارد غیر قابل انعطاف از ناگویی هیجانی، به ویژه مواردی که علل بیولوژیکی دارند، ممکن است خود را به تکنیک های بازخورد تصویری سوق ندهند. اگر ساختارهای عصبی درگیر در پردازش هیجانات آسیب ببینند، ممکن است روند، برگشت پذیر نباشد. علاوه بر این، حتی برای افرادی که از نظر علائم درمانی قابل درمان هستند، روان درمانی ممکن است به دلیل محدودیت های مسافرتی یا هزینه های گزاف غیر عملی باشد. در این موارد استراتژی های ممکن در زندگی شخصی و عمومی تعریف شده است این استراتژی ها شامل کاوش های آموزشی برای کمک به روشن شدن ماهیت مشکلات شخصی، راهکارهای عملی ((خود یاری)) برای دستیابی بهتر به مشکلات و روابط بین فرد و بحران هاست. در امتداد این سطر پیشنهادت زیر ممکن است برای کسانی که ناگویی هیجانی دارند مفید باشد: ۱. ناگویی هیجانی را تشخیص دهید: آن را نادیده نگیرید ۲. خودتان را قبول کنید ۳. تشخیص هیجانات را تمرین کنید ۴. در مورد احساسات مراقب باشید ۵. یک روال پایدار ایجاد کنید ۶. روابط همیاری را تقویت کنید ۷. وقت بگذارید تا افکار خود را جمع کنید (J. Thompson, 2009, chapter 7)

داروشناسی pharmacology

یکی از مداخلات، ترکیب دارو و روان درمانی برای ارتقاء سطح مطلوب تنظیم عوارض است. هنگامی که صحبت از ظهور شدید تاثیر داروها می شود، داروها برخلاف روش های روان درمانی، به سرعت کار می کنند، اگرچه در صورت قطع آن ها اختلال عاطفه‌ی تنظیم نشده ممکن است به سرعت باز گردد، به همین دلیل تیلور ادغام رویکردهای دارویی و روان درمانی را در زمینه درمان برای کمک به مدیریت برخی از اختلالات مرتبط با ناگویی هیجانی توصیه می کند (Taylor et al as cited in J. Thompson, 2009, chapter 7)

بمطور خاص می توان از داروها برای هدف قرار دادن افسردگی (داروهای ضدافسردگی)، هراس و اضطراب (ضد اضطراب، بنزودیازپین ها)، اختلالات خواب (آرامش بخش ها) و بی ثباتی خلق و خو (ضدتشنج، لیتیم) استفاده کرد. این داروها برای کمک به تنظیم حالات عاطفی بیشتر پریشان با استفاده از تکنیک های بازخورد زیستی و تصویری، باعث می شوند فرد بتواند به جای تشنج عاطفی، روی درمان متمرکز شود. اگرچه بازخوردهای زیستی و تصویری، پتانسیل عظیمی برای رفع نیاز به داروهای طولانی مدت دارند، قطعا یک مورد غیر پاسخگو وجود دارد که ضرورت دارد روش های دارویی برای کمک طولانی مدت حفظ شوند. (J. Thompson, 2009, chapter)

بیماران روبرو هستند را درک می کنیم. درمان با فرد دارای ناگویی هیجانی به روابط شی (تصاویر دورنی افراد قابل توجه: مادر، پدر، معلم، اعضای خانواده، همسر) پیوند خورده است که به یک تحلیل عمیق ترو کامل تر از یک آموزش سطحی در بیوفیدبک یا تکنیک های تصویری نیاز دارد. به عنوان مثال هنری کریستال دریافت که این بیماران در مراقبت از خود بسیار ضعیف هستند. از عدم تمایل خود به انجام این کار آگاهی ندارند و در تصحیح آن علاقه ای ندارند. این بی میلی مبتنی بر ترس است.

درمانگر از آن ها می خواهد که تخیل خود را با قدرتمند ترین روش انجام دهند. و به تعبیر کریستال، این ممکن است جسورانه ترین کاری باشد که ما بیماران را برای مشارکت با تحلیلگر در انجام تصور خود- به انجام آن دعوت می کنیم. (Krystal as cited in J. Thompson, 2009, chapter 7)

اگر به بیمار اجازه داده شود از طریق پذیرش آزادانه از حرکات تصویری خودبه خود، عشق را تجربه کند، آن ها سپس می توانند توانایی پیدا کردن راه های تصویری برای تسکین بخشیدن به خود را در شرایط پریشانی ایجاد کنند و به جای اتکا به دیگران (مادر، درمانگر) برای تکمیل این وظایف برای آن ها، خودشان را تنظیم کنند. درمانگر باید برای تسهیل این روند به آهستگی، ظریف و صبورانه، با سرعتی که بیمار تعیین کرده است، آماده شود تا بیمار امکان کنترل خود به این روند را داشته باشد. زمینه کاملا جدیدی از روانشناسی در امکان استفاده از تخیل به صورت درمانی باز می شود مکتب روانشناسی کهن الگو Archetypal همانطور که جیمز هیلمن توضیح داده است. (J. Hillman as cited in J. Thompson, 2009, chapter 7)

روانشناسی کهن الگو مجموعه پیچیده ای از دستورات عملی ها را برای برانگیختن و زنده نگه داشتن تصورات بیمار در محیط درمانی ایجاد کرده است، فرایندی که دارای ارزش فوری برای غنی سازی تصور فقیر افراد دارای ناگویی هیجانی است. تکنیک های روانشناسی Archetypal اساسا شرح روش jungain از تصور فعال است، که در تفکر باز تصاویر و خیال پردازی های خودبه خود تولید می شود. به فرد مواد لازم داده می شود که می تواند یک ارزیابی خاص از احساس را به دست آورد. از جمله توانایی نامگذاری تجربه هیجانی شخص با کلمات مناسب. همراه با افزایش توانایی پردازش تصاویر هیجانی خودبه خود از طریق تصور فعال، بیمار دارای ناگویی هیجانی ممکن است توانایی های تازه ای از تصور کنترل شده به دست آورد یعنی آن ها ممکن است یاد بگیرند که ترجیحات مورد نظر خود را برای بیان، مهار یا تحریک پاسخ هیجانی مشخص تجسم کنند. به عبارت دیگر، درک هیجانات ممکن است به بیمار این توانایی را بدهد که تصمیم بگیرد با انرژی حاصل از هیجانات چه کاری انجام دهد. به عنوان مثال اگر فرد عصبانی شود و نیرو و منبع عصبانیت را بشناسد، ممکن است بتواند نحوه پاسخگویی را به روشی خلاقانه تجسم کند. بیمار ممکن است اکنون بخواهد این انرژی هیجانی را هدایت کند مثلا عصبانیت خود را به شخصی که باعث ناراحتی شده یا آن را به فعالیت دیگری مثل نظافت منزل هدایت کند. در حالی که بیوفیدبک ابزاری بسیار مهم برای کمک به افراد دارای ناگویی هیجانی در درک هیجانات آن هاست، فیدبک تصویری (بازخورد خیالی) فرصتی را برای

گروه درمانی (group therapy)

گروه درمانی (روان درمانی برای بسیاری از بیماران ناگویی هیجانی) یک جایگزین مفید یا کمکی برای فرد محسوب می شود (1988, Apfel-savitz, silverman and Bennett, 1977; Swiller)

در حالی که جلسات فردی ایده ال است این گروه برای آموزش بیماران در مورد تاثیر گذاری در تنظیم مشکلاتشان دامنه وسیع تری از موقعیت های بین فردی برای بیماران ناگویی هیجانی فراهم می کند تا هیجاناتشان را تجربه کنند و یاد بگیرند این مهم است. با این حال برای جلوگیری از قرار دادن بیش از ۲ یا ۳ بیمار دارای ناگویی هیجانی در همان گروه، در این صورت ترجیح می دهند که مراحل درمان ان ها متفاوت باشد (Swiller as cited in J. Taylor & Bagby, D.A. Parker, 1997, p. 253)

در حالی که ضروری است که بیماران دارای ناگویی هیجانی گروه را به عنوان یک موقعیت امن و حمایت گر تجربه کنند باز خورد صادقانه از سوی سایر اعضای گروه تا حدی که عزت نفس بیمار را تهدید نکند باید تشویق شود از آنجا که این امر می تواند به ان ها در یادگیری اثرات فقدان همدلی ان ها نسبت به سایرین کمک کند هم زمان گروه درمانگر می تواند توجه بیمار ناگویی هیجانی را به ارتباطات بین سایر افراد گروه که روش های موفق تر و حساس تر همدلی (ارتباط یافتن) را نشان می دهد جلب کند. اثر بخشی گروه درمانی در اصلاح ناگویی هیجانی توسط funkunishi و همکاران در یک مطالعه جدید در ژاپن ارزیابی شد. (۱۹۹۴) با توجه به یافته های قبلی که نشان داده شده است که ناگویی هیجانی اغلب در بین اعضای خانواده الکلی است ان ها از یک روش روان درمانی گروه خانوادگی با ۱۴ خانواده الکلی استفاده کردند ان ها در هر خانواده فقط فردی را که نزدیک ترین فرد به فرد الکلی بود برای مطالعه انتخاب کردند این فرد معمولا همسر، اما گاهی اوقات کودک، والدین یا خواهر و برادر است. ان ها به سه گروه درمانی تقسیم شدند که شامل ۴ یا ۵ عضو بودند و یک بار در هفته به مدت دو ساعت جلسه داشتند. قبل از شروع گروه درمانی، کلیه افراد (مقیاس TAS و Family Environment) را که شامل ۱۰ خرده مقیاس ارزیابی جوانب مختلف عملکرد خانواده نظیر انسجام، بیان و تضاد است، تکمیل کردند. آزمون های روانشناختی پس از شش ماه از گروه درمانی خوانده شد و اثرات درمان با مقایسه میانگین نمرات قبل و بعد از درمان ارزیابی شد. میانگین TAS score بعد از درمان به بطور معنی داری کمتر از قبل از درمان بود. و براساس نمره قطع TAS هفت نفر (۵۰ درصد) قبل از گروه درمانی دارای ناگویی هیجانی بودند نسبت به تنها ۳ نفر (۲۱/۴ درصد) که در پایان درمان دارای ناگویی هیجانی بودند. گروه درمانی همچنین انسجام خانوادگی را افزایش داده و باعث می شود اضطراب و درگیری راحت تر در خانواده بیان شود. متاسفانه به غیر از اینکه انتظار می رود بیماران از احساسات خود در گروه ابراز کنند. funkunishi و همکارانش روش ها درمانی مورد استفاده خود را شرح ندادند آن ها همچنین مزایای بلندمدت را برای اعضای الکلی خانواده ها ارزیابی نکردند. (254-J. Taylor & Bagby & D.A. Parker, 1997, p. 253)

منابع :

Gerhardt, S. (2004). *Why love matters: How affection shapes a baby's brain*. Routledge, London. as cited in Young, E. (2019, February 22). *For people with alexithymia, emotions are a mystery*. Retrieved from <http://www.spectrumnews.org>

Krystal, H; Krystal, J.H. (1998). *Integration and self-healing: Affect- Trauma – Alexithymia*. Lawrence Erbaum Association, Inc.

Taylor, G.J ; Bagby, R.M ; Parker, J.D.A. (1997). *Disorder of affect regulation : Alexithymia in medical and psychiatric illness*. United Kingdom. Press Syndicate of the university of Cambridge.

Thompson, J. (2009). *Emotionally dumb*. [E-book]. National library of Australia – Cataloging – in Publication- Data <https://www.amazon.com/Emotionally-Dumb-Alexithymia-Jason-Thompson-ebook/dp/B0038VZJ9U>

Timoney, L.R; Holder, M.D. (2013). *Emotional processing deficits and happiness : Assessing measurement correlates and well-being of people with Alexithymia*. Department of psychology, IKBSAS. University of British Columbia



اثر کنترل بر بیرونی خانواده



حدیثه توکلی

خانواده یک نظام بسیار مهم است و روابط خانواده تحت تأثیر رفتار تمامی افراد آن قرار دارد. این تأثیر در زمان مواجهه با مسائل و مشکلات، بسیار حائز اهمیت است.

تعارض، ذاتی تمام تعاملات انسانی است. گرچه تعارض می‌تواند دردناک تجربه شود اما شناسایی و حل تعارض اغلب بهترین فرصت برای رشد و تحول خانواده می‌باشد. به هر حال تعارض باید طوری اداره شود که تبدیل به پرخشگری، کناره‌گیری یا الگوی سرشکستگی کلامی نشود. (گاتمن، ۴۴۱؛ گاتمن و لونسون، ۴۴۴) تعارض زمانی به‌طور مطلوب حل می‌شود که هر دو طرف احساس کنند که فاتح شدند. (کولی وایت، کانولی؛ جین کلوز کانولی) خانواده‌های موفق میان استرس‌هایی که قابل کنترل هستند و استرس‌های غیرقابل کنترل تفاوت قائل می‌شوند. (دولورس کوران، استرس و خانواده سالم، ص ۴۱) اما باید توجه کرد که کنترل انواع متفاوتی را شامل می‌شود.

ما امروزه بیش از حد تصورمان بر زندگی خود کنترل داریم؛ متأسفانه بخش زیادی از این کنترل‌ها مؤثر نیستند. داشتن کنترل مؤثر به این معناست که انتخاب‌های بهتری داشته باشیم تا وضعیت ما را بهبود بخشند. تقریباً بذر تمام بدبختی‌های ما، در سال‌های اولیه زندگی کاشته شده است؛ زمانی که شروع به مراد و تعامل با افرادی کرده‌ایم که نه تنها کشف کرده بودند چه چیزی برای خودشان درست است، بلکه متأسفانه فکر می‌کردند که می‌دانند چه چیزی برای ما نیز خوب است و بنابر احساس وظیفه، ما را به کاری مجبور می‌ساختند که به نظرشان درست است. انتخاب ما برای چگونگی مقاومت در برابر آن فشار، بزرگترین منبع ناراحتی و بدبختی است. (ویلیام گلسر، ۴۴۱)

ویلیام گلسر این روان‌شناسی جهانی را که به دلیل از بین بردن اختیار و آزادی شخص، روابط را تخریب می‌کند روان‌شناسی کنترل بیرونی می‌نامد و بیان می‌کند که کنترل می‌تواند به نرمی نگاهی حاکی از

عدم تأیید، یا به شدت تهدید به قتل باشد. و در هر صورت هرچه که باشد تلاشی است برای مجبورساختن ما در اقدام به کاری که شاید مایل به انجام آن نیستیم؛ که در نهایت منجر به این موضوع می‌شود که ما فکر می‌کنیم دیگران واقعاً می‌توانند ما را وادار کنند که به شکل خاصی رفتار یا احساس کنیم. گلسر مطرح می‌کند فرضیه عملیاتی که روان‌شناسی کنترل بیرونی در جهان به کار می‌گیرد این است: افرادی را که کار خطایی انجام می‌دهند تنبیه کنید، آن‌گاه کاری را انجام خواهند داد که ما می‌گوییم درست است، سپس به آن‌ها پاداش دهید (تشویقشان کنید) در نتیجه آن‌ها به انجام کاری که ما می‌خواهیم ادامه خواهند داد. این روان‌شناسی چنان گسترش یافته که تمام جنبه‌های زندگی ما را فرا گرفته است و شادمانی، سلامت، زندگی زنانه و خانواده را تخریب می‌کند. کنترل بیرونی علت بسیاری از خشونت‌ها، جرایم و اعتیادها است.

به‌کارگیری روش کنترل بیرونی در روابط خانواده مانع از ایجاد گفتگو و گوش سپردن به یکدیگر می‌شود و تنها وضعیت را پیچیده‌تر می‌کند. در نهایت طرفین احساس فلاکت می‌کنند و طرف مقابل را عامل این احساس می‌دانند.

بسیار همسران خشنود و خانواده‌های مستحکم وجود دارند اما زمانی که از آن‌ها درباره علل خشنودی‌شان می‌پرسیم، بسیاری علت خشنودی و رضایتمندی خود را نمی‌دانند اما در واقع آن‌ها کنترل بیرونی یکدیگر را کنار گذاشته‌اند. روابط در روان‌شناسی کنترل بیرونی قهرآمیز است و هنگام مواجهه با شکست، افراد به زور متوسل می‌شوند. برای مثال وقتی تنبیه فرزندان که به علت انجام ندادن تکالیفش بوده مؤثر نیست، او را شدیدتر تنبیه می‌کنید. دیدگاه تئوری انتخاب، این کنترل را به چالش می‌کشد و بیان می‌کند در برابر مسائلی که افراد با آن روبه‌رو هستند، انتخاب‌های متفاوتی برای رفتار کردن موجود است. تنبیه کردن یا اطاعت کردن یکی از انتخاب‌های شماست. خانواده در برابر مسائلی که با آن‌ها مواجه است می‌تواند به مشاخره، دعوا یا گفتگو و حل مسئله بپردازد. پس نحوه رفتار، به‌طور کامل به انتخاب افراد خانواده وابسته است. مسئله قابل توجه این است که مسائل طوری برطرف شوند که احساس رضایتمندی زندگی در خانواده حفظ شود و برای این موضوع لازم است کنترل بیرونی دیگران را کنار گذاشت.

منابع:

ویلیام گلسر، ۴۴۱، تئوری انتخاب (علی صاحبی، ۴۹۴۱) دولورس کوران، استرس و خانواده سالم (مهدی قراچه داغی، ۴۹۳۱)

کولی وایت، کانولی، خانواده درمانی مثبت نگر (فرشاد بهادری، ۴۹۴۱)

ملانی کلاین



الهام جعفری

نظریه‌ی شخصیت ملانی کلاین

ملانی کلاین روان‌درمانگری وینی بود که در سن ۳۲ سالگی با نظریات فروید آشنا شد. از آن زمان به بعد او تمام زندگی خود را وقف غنی‌سازی و پایه‌گذاری تفاوت‌های جزئی بین نظریات فروید و یافته‌های خود کرد (شولتز، ۱۳۹۷).

ملانی از همان دوران کودکی غمی را با خود به دوش می‌کشید زمانی که بچه بود فکر می‌کرد پدر و مادرش او را دوست ندارند و پدرش به خواهرش امیلی که اولین بچه خانواده بود ابراز علاقه بیشتری می‌کرد. زمانی که کلاین ۴ ساله بود خواهرش سیدونی که ۴ سال از او بزرگتر بود را از دست داد. سیدونی به وی ریاضی و خواندن یاد می‌داد و زمانی سیدونی فوت کرد ملانی در عزای فقدان وی تا آخر عمر رنج کشید (ملانی کلاین نظریه‌پرداز روابط با ابژه / مزینانی، ربابه / تهران / دانه / ۱۳۸۹).

کلاین بعد از مرگ خواهرش به تنها برادرش امانوئل وابسته شد، وابستگی شدید عاطفی. امانوئل ۵ سال از ملانی بزرگتر بود و او هم مانند سیدونی به ملانی درس می‌داد. هنگامی که کلاین ۱۸ سال داشت پدرش را از دست داد و دو سال بعد از مرگ پدرش، برادرش امانوئل را هم از دست داد و در این زمان بود که کلاین در هم شکست شد (ملانی کلاین نظریه‌پرداز روابط با ابژه / مزینانی، ربابه / تهران / دانه / ۱۳۸۹).

کلاین در سال ۱۸۸۲ در کنار پدری که او را از آرزوی پزشک شدن دور نگه می‌داشت، به دنیا آمد و به اصرار خانواده با مردی خشن وارد ازدواجی بدون عشق شد که با او هیچ تفاهمی نداشت. او کسل، ناامید در مسائل زناشویی و از نظر روانی ناخشنود بود. روان‌درمانی او را نجات داد. او همسرش را ترک کرد، هر آنچه که در این زمینه وجود

داشت را مطالعه و در سخنرانی‌های گوناگون شرکت کرد و در نهایت مقاله‌های متعددی را به چاپ رساند. او در قسمتی که بسیاری از روانشناسان و تحلیلگران دیگر به آن انتقاد داشتند، خود را جدا ساخت: تحلیل کودکان (شولتز، ۱۳۹۷).

فروید هرگز باور نداشت که کودکان می‌توانند مورد تحلیل کامل قرار بگیرند چرا که ذهن آنها هنوز آنچنان شکل نگرفته تا بتوان در مورد ناخودآگاه به بینشی اصیل دست یافت. اما کلاین معتقد بود که روان‌درمانگر می‌تواند در مورد دنیای درونی کودکان از طریق شیوه بازی کردن آنها با اسباب بازی‌هایشان به بینش مناسبی برسد. بنابراین او اتاق مشاوره‌اش را با وسایلی مانند اسب‌ها، قطار و مجسمه‌های کوچک تزئین کرد و خود را به عنوان روان‌درمانگر کودکان معرفی کرده، ابتدا در برلین (۱۹۲۶) و بعد در انگلستان، کشوری که تا آخر عمر در آنجا زندگی کرد (فیست، ۱۳۹۶).

اختلاف نظر بین ملانی کلاین و آنا فروید در مورد روش آنالیز کودکان از دهه ۱۹۲۰ شروع شد و به یک گسست ایدئولوژیک عمده منجر شد. انجمن روانکاوی بریتانیا هنوز هم تحت تأثیر این اختلاف نظرها به ۳ گروه تقسیم شده است: الف) طرفداران آنا فروید (ب) پیروان ملانی کلاین (ج) گروه میانه به رهبری وینه‌کات که هیچ طرفی را انتخاب نکردند. طرفداران کلاین بیشتر روشها و نوشته‌های او را که اساساً به پژوهش‌های اصیل فروید وفادار مانده است و به عنوان دنباله‌رو و کامل‌کننده مضامین فروید می‌دانند. (اصول روانشناسی بالینی و مشاوره ص ۴۹۷ و ۴۹۸).

منتقدان او برعکس، جمع‌بندی‌های کلاین را به عنوان حاشیه‌ای بر جریان اصلی تفکر فرویدی می‌دانند که عمدتاً نظری و خیال‌پردازانه است و معتقد هستند که او با توصیفات از مضامین خیالی ابتدایی.

دوره دوم: که چهار سال بعد را در بر می گیرد. تمام استعدادهای ادراکی- حرکتی و شناختی (که تدریجاً متجلی می شوند) و کلیه تجربه های عاطفی (و در وهله اول ادیپی) کودک در خدمت تغییرات کیفی و کمی اضطراب های دیرینه و در آن میان اضطراب افسرده وار قرار داده می شوند، در اینجاست که نظام کلاین به نظریه فروید می پیوندد. (روانشناسی ژنتیک ۲ ص ۱۰۰).

در کتابی که در سال ۱۹۳۲ با عنوان " روان تحلیلیگری کودکان" به چاپ رساند، او موقعیت دشوار یک شیرخوار را توضیح می دهد. ضعیف، کاملاً نیازمند به بزرگسال با عدم توانایی در درک دنیای اطراف. کلاین توضیح می دهد، که او با توجه به واقعیتهای متفاوت و دیدی مختص خود، نمی تواند درک کند که افراد اطراف او در واقع انسان هستند. در هفته های اولیه، حتی مادر نیز برای کودک به عنوان "مادر" شناخته نمی شود، مادر تنها به عنوان منبعی برای تغذیه او در نظر گرفته می شود که برای مدتی هست و در زمان هایی نیز وجود ندارد. در ارتباط با این مادر، تمامی تجربیات کودک مربوط می شود به زمان هایی که یا به شدت زجر آور است (زمان هایی که از تغذیه محروم است) و یا به شدت خوشحال کننده است (زمان هایی که تغذیه می شود). زمانی که شیردهی مادر به کودک اتفاق می افتد، نوعی رضایت و آرامش در او ایجاد می شود که سلامت او را به دنبال داشته و حسی از قدردانی و محبت را در او ایجاد می کند (حسی که در بزرگسالی زمانی که عشق به وجود می آید، دوباره احساس می شود). اما زمانی که کودک تغذیه نمی شود، به هر دلیلی، احساس گرسنگی شدید، خشم، ترس و کینه ورزی در او به وجود می آید. کلاین فکر می کرد که این مسئله سبب می شود کودک شیرخوار مکانیزم دفاعی ابتدایی را به کار گیرد، در غیر این صورت تبدیل به اضطرابی غیر قابل تحمل می شود. او مادر را به دو پستان متفاوت تقسیم می کند: پستان خوب و پستان بد. پستان بد مشتاقانه مورد تنفر واقع می شود، طفل دوست دارد این شیء که سبب محرومیت سنگدلانه شده را گاز بگیرد، زخمی کند و یا از بین ببرد. اما پستان خوب کاملاً محترم بوده و خوش آیند است (مدی، ۲۰۰۱).

با گذر زمان، در طی رشد سالم طفل، این جدایی بهبود می یابد. کودک کم کم متوجه می شود که در حقیقت پستانی کاملاً خوب یا کاملاً بد وجود ندارد. هر دو آنها در واقع متعلق به یک مادر هستند. شخصی که مخلوطی پیچیده از خوبی و بدی است، منبعی از لذت و محرومیت، شادی و رنج. کودک، آنچه را که ایده اصلی روان تحلیلیگری کلاینی می باشد، را می یابد، مفهوم دوسوگرایی Ambivalent برای اینکه بتوان نسبت به فردی احساس دوسوگرایی داشت، (با توجه به نظریات کلاین)، رشد روانی باید اتفاق افتاده باشد و به عنوان اولین نشانه از بلوغ واقعی در نظر گرفته می شود. اما این امر اجتناب ناپذیر و یا مسلم نیست. تنها به آرامی کودک سالم می تواند تفاوت بین نیت و اثر را بفهمد، بین آنچه که مادر برای او می خواسته و آنچه که کودک در بین دستان او احساس می کرده است (گنجی، ۱۳۹۳).

انباشته است و غالباً با انزوا و تعمیم یافتگی همراه است. (ملانی کلاین ص ۲۹)
ملانی کلاین به کار خود در حیطه روانکاوی تا زمان فوت که در ۲۲ سپتامبر ۱۹۶۰ در انگلستان روی داد ادامه داد. (ملانی کلاین ص ۲۹).
زندگی هیجانی کودک شیرخوار:

کلاین بر مبنای کار تحلیلی خود، زندگی هیجانی کودک شیرخوار را توصیف کرده است.
از مشاهده مستقیم در این کار، کم استفاده کرده اما آن را از دایره ی فعالیت خود بیرون نهاده و در این باره گفته است که: « حتی یک مشاهده تنگاتنگ کودک شیرخوار، مشاهده ای که بر اثر شناخت فزاینده ی نخستین فرآیندهای روانی که از روان تحلیل گری کودکان خردسال مشتق می شود برانگیخته شده باشد بایستی سرانجام به فهم بیشتر زندگی هیجانی کودک منجر شود». (روانشناسی ژنتیک ص ۹۰)
کلاین معتقد است که از بدو تولد یک من ابتدایی، رشد نیافته و فاقد انسجام وجود دارد که از همان بدو امر در معرض اضطرابی که بر اثر تعارض بین کشاننده ی زندگی و کشاننده ی مرگ ایجاد گردیده قرار گرفته است. کشاننده هایی که با کشاننده های لیبیدویی عشق و کشاننده های پرخاشگری مطابقت دارند. در حالی که دوگانگی غریزه مرگ و زندگی در نظام فروید به منزله یک فرضیه است و نسبتاً جنبه نظری دارد اما مستقیماً و به صورتی بسیار محسوس این دوگانگی اساس نظام کلاین را تشکیل می دهد. (روانشناسی ژنتیک ۲ ص ۹۱)
در کار با کودکان، ملانی کلاین به دنبال این بود تا ببیند چگونه انسان از انگیز های لذت طلبی ابتدایی خود در دوران شیرخواری به انطباق با پیچیدگی های زندگی آینده رشد پیدا میکند؛ به طور اختصاصی به دنبال این بود تا بفهمد در این راه چه مشکلاتی ممکن است به وجود بیاید، که سبب افزایش سازگاری روان رنجورانه در بزرگسالی می شود (فیست، ۱۳۹۶).

نظام فکری کلاین در چند برهه با تغییر جهت همراه می شود که شاه بیت این تغییر جهت در نظام انگیزشی اوست: در اولین مرحله، کانون اصلی هدف عبارت از کسب لذت جنسی و آگاهی است. در مرحله دوم تلاش برای تسلط یافتن بر موقعیت های اضطراب پارانوئیدی (گزند و آسیب) است تا در مقابل خطرات نابودی و انتقام که حائز اهمیت ویژه است، اطمینان حاصل نماید. در مرحله سوم که مرحله سرنوشت سازی محسوب می شود انتقال نظریه کلاین از « مدل سائق / ساختار » به «مدل رابطه/ ساختار» صورت می گیرد. اضطراب در باره ی سرنوشت ابژه و تلاش برای بازگرداندن آن تا آن را دوباره به صورت کامل از طریق « عشق » بدست آورد و به نیروی رانشی در درون « شخصیت » تبدیل کند. (پیشگام در روانکاوی کودک، دکتر ربایه مزینانی ۱۳۸۴)
به نظر می رسد که باید در نظام « کلاین » دو دوره را در نظر گرفت:
دوره نخست: اساسی ترین دوره با شش ماه دوم نخستین سال زندگی مطابقت می کند. در این دوره است که مکانیزمی که دفاع ناموفق بر آن متکی است جایگزین می گردد یعنی درون فکنی پایدار موضوع خوب.



این واکنش‌های پیچیده روانشناسی مرحله‌ای را در نظریه کلاین ایجاد می‌کند که او آن را وضع افسرده ساز می‌نامد. مادر (با سایرین) نمی‌توانند همواره در مورد هر شکست مورد اتهام قرار بگیرند، یا همیشه همه چیز کاملاً پاک یا کاملاً شیطانی نیست، اشیاء پیچیده هستند و مخلوطی از خوبی‌ها و بدی‌ها هستند. پذیرش این مسئله بسیار دشوار است، همانطور که کلاین توضیح می‌دهد، نگاهی جدی در چهره هر کودکی می‌تواند نشان از تخیلات روزانه او در این مورد باشد. این موجودات کوچک در این مواقع بسیار هوشمند و جدی به نظر می‌آیند؛ آنها در درون ابهامات اخلاقی در دنیای واقعی بزرگسالان را درک می‌کنند (شولتز، ۱۳۹۷).

متأسفانه، با تحلیل کلاین، هر فردی وارد وضع افسرده ساز نمی‌شود. بسیاری از آنها در مرحله جداسازی اولیه باقی‌مانده که او آن را موقعیت پارلوئید-اسکیزوئید می‌نامد. در طی بسیاری از سال‌ها، این افراد بد شانس در تحمل هرگونه تعارضی خود را ناتوان می‌بینند. تمایل دارند احساس معصومیت خود را حفظ کنند؛ یا دوست دارند یا متفرند. یا به دنبال مقصودند یا در جستجوی ایده آل‌های خود. در روابط خود، دوست دارند که عاشق باشند، اما زمانی که معشوق آنها، به هر دلیلی، آنها را ناامید می‌کند، ناگهان به شخصیتی تبدیل می‌شوند که دیگر هیچ احساسی به طرف مقابل ندارند. این گونه افراد معمولاً از عشقی به عشقی دیگر، به دنبال رضایت کامل می‌گردند، که معمولاً کمتر این روابط به علت اشتباهی از جانب طرف مقابل، به اتمام می‌رسد (گنجی، ۱۳۹۳).

نیازی نیست حقیقت لفظی تمامی صحبت‌های تئوری کلاین را باور داشته باشیم تا بفهمیم که آنها برای درک آنچه که به عنوان بزرگسال شایسته در نظر داریم، بسیار ارزشمند هستند. انگیزه ما برای تبدیل دیگران به آنچه که می‌توانند برای ما انجام دهند (ما را تغذیه کنند، تولید پول کنند، ما را شاد کنند)، به جای آنکه آنها را همانگونه که هستند و برای ما وجود دارند در نظر بگیریم (موجوداتی چند وجهی) می‌تواند در زندگی روزانه بسیاری از ما مشاهده شود (فیست، ۱۳۹۶).

با کمک تئوری ملاتی کلاین، یاد می‌گیریم که ذات متعارض پیچیده تمامی روابط به مسئله بزرگسالی مرتبط است (تکلیفی که هیچ‌گاه به اتمام نمی‌رسد) و ما را نه همیشه افسرده اما تا حدودی ناراحت می‌کند (مدی، ۲۰۰۱).

نظریه روابط شی کلاین

نظریه روابط شی ملاتی کلاین، بر مشاهدات دقیق کودکان خردسال استوار بود. برخلاف فروید که بر ۴ تا ۶ سال اول زندگی تأکید کرد، کلاین بر ۴ تا ۶ ماه اول پس از تولد تأکید نمود. او اصرار داشت که سائق‌های کودک (گرسنگی، میل جنسی و غیره) به سمت یک شی (پستان، آلت مردی، واژن و الی‌آخر) هدایت شده‌اند (مدی، ۲۰۰۱).

به عقیده کلاین، رابطه کودک با پستان، اساسی است و وظیفه نمونه نخستین را برای روابط بعدی با اشیای کامل مانند مادر و پدر بر عهده دارد. گرایش اولیه کودکان به برقراری رابطه با اشیای جزئی، به تجربیات آنها کیفیت غیر واقع‌بینانه یا خیالی می‌دهد که بر تمام روابط میان فردی بعدی تأثیر می‌گذارد. بنابراین، عقاید کلاین گرایش دارد به اینکه، تمرکز نظریه روان‌کاوی را

از مراحل رشد مبتنی بر اندام، به نقش خیال پردازی اولیه در تشکیل روابط میان فردی، تغییر جهت دهد (فیست، ۱۳۹۶).

علاوه بر کلاین نظریه پردازان دیگر نظیر مارگارت ماehler نیز به تجربیات اولیه کودک با مادر اندیشیده‌اند. ماehler معتقد بود که درک هویت کودکان بر مبنای رابطه سه مرحله‌ای با مادرشان استوار است. اول اینکه کودکان نیازهای اساسی دارند که مادرشان به آنها رسیدگی می‌کند، دوم اینکه آنها یک رابطه همزیستی امن با مادر قادر مطلق برقرار می‌کنند و سوم اینکه آنها از قلمرو حفاظتی مادر خود خارج می‌شوند و فردیت جداگانه خودشان را تشکیل می‌دهند (گنجی، ۱۳۹۳).

هینز کوهاث اظهار داشت کودکان در طول اوایل طفولیت که والدین آنها و دیگران طوری با آنها رفتار می‌کنند که انگار درک هویت شخصی دارند، خودپنداره‌ای را تشکیل می‌دهند (شولتز، ۱۳۹۷).

جان بالبی در مورد دلبستگی کودکان به مادرشان و پیامدهای منفی جدا بودن از مادر تحقیق کرد. ماری اینسورث و همکاران او روشی را برای ارزیابی نوع سبک دلبستگی که کودک نسبت به مراقبت‌کننده خود پرورش می‌دهد ابداع کردند (فیست، ۱۳۹۶).

درآمدی بر نظریه روابط شی

نظریه روابط شی پیامد نظریه غریزه فروید است، اما دست کم از سه نظر با شکل قبلی خود تفاوت دارد. اول اینکه نظریه روابط شی بر سائق‌های زیستی تأکید کمتری دارد و برای الگوهای با ثبات روابط میان فردی اهمیت بیشتری قائل است. دوم اینکه نظریه روابط شی بر خلاف نظریه پدر سالارانه فروید، بیشتر بر صمیمیت و محبت مادر تأکید می‌ورزد. سوم اینکه، نظریه پردازان روابط شی عموماً تماس و ارتباط انسان و نه لذت جنسی را انگیزه اصلی رفتار انسان می‌دانند (شولتز، ۱۳۹۷).

به طور کلی، نظریه ماehler به تلاش کودک برای کسب خود مختاری و خودپنداره، نظریه کوهات به شکل گیری خود، نظریه بالبی به مراحل اضطراب و نظریه آینسورث به شیوه های دلبستگی مربوط می شود (مدی، ۲۰۰۱). فروید معتقد بود غرایز یا سائق ها، نیروی محرک، منبع، هدف و شی دارند، به طوری که دو مورد آخر اهمیت روان شناختی بیشتری دارند. گرچه ممکن است به نظر برسد که سائق های مختلف، هدف های مجزایی دارند؛ اما هدف اصلی آنها یکی است (کاهش دادن تنش، یعنی کسب لذت). در واژگان فرویدی، شی سائق، هر فردی، بخشی از او، یا چیزی است که هدف از طریق آن ارضا می شود (شولتز، ۱۳۹۷).

کلاین و نظریه پردازان دیگر روابط شی با این فرض اساسی فروید شروع کرده و بعد در این باره گمانه زنی می کنند که چگونه روابط اولیه واقعی یا خیالی کودک با مادر یا پستان، الگویی برای تمام روابط میان فردی بعدی می شود (مدی، ۲۰۰۱).

بخش مهمی از هر رابطه ای، بازنمایی های روانی اشیای مهم اولیه مانند پستان مادر یا آلت تناسلی پدر است که درون فکنی شده یا در ساختار روانی کودک جذب شده اند و بعدا به همسر فرد فراقکنی می شوند. گرچه کلاین خود را طرفدار فروید می دانست؛ ولی نظریه روان کلوی را فراتر از محدوده فروید کشابند و فروید ترجیح می داد توجهی به او نداشته باشد (شولتز،

۱۳۹۷)

افسردگی در کودکان



مرسده مجیدی

چکیده

بازی کردن یا انجام دادن هر وظیفه‌ای مشاهده می‌شود. (دادستان، ۱۳۷۶) این اختلال به گونه منفی، بر عملکرد شخصی و خانوادگی به‌هنگام کودکی تأثیر گذاشته و اکثراً تا سنین بزرگسالی، به‌طور متناوب تداوم دارد. همچنین سبب می‌شود تا کودکان نتوانند عملکرد متناسب با توانایی‌هایشان را از خود نشان دهند. (سواف، توماس، امسلا، گراهام، مایز و تارین ۲۰۱۱؛ اصلی آزاد، عارفی، فرهادی و شیخ‌محمدی، ۱۳۰۱)

در این مقاله سعی شده به علت بروز افسردگی در کودکان و علائم و درمان آن پرداخته شود.

۱. علت بروز افسردگی در کودکان

افسردگی در اوایل کودکی نادر است لیکن با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد. می‌توان گفت حدود یک درصد کودکان قبل از سن دبستان به‌خصوص در دامنه ۳ تا ۵ سالگی از نظر بالینی دارای افسردگی شناخته شده‌اند. (کاشانی و کارلسون، ۱۹۸۷) به‌طور کلی در سبب‌شناسی اختلال افسردگی، افسردگی کودک به سابقه خانوادگی، عوامل زیستی، عوامل اجتماعی و شیوه فرزندپروری اشاره شده است (گلد، گرینبرگ، ولتینگ و شافر ۲۰۰۳) اما در ارتباط با دلایل بروز افسردگی باید گفت که دلیل خاص شناخته‌شده‌ای برای افسردگی وجود ندارد. اما احتمال احتمال می‌رود که افسردگی، نتیجه ترکیب فاکتورها و عواملی از قبیل: عوامل ژنتیکی، زیستی، شیمیایی، محیطی و روانشناختی باشد. مطالعات نشان داده است که بیماری‌های افسرده‌کننده باعث اختلال در مغز می‌شود. تکنولوژی ترسیم مغز MRI نظیر عکس‌برداری مغناطیسی با امواج صدا نشان داده است مغز افرادی که افسردگی دارند، با کسانی که افسردگی ندارند متفاوت است. بخش‌های مختلف مغز وظیفه تنظیم حالت‌ها، تفکر، خواب، میل به غذا و رفتار را دارند تا نرمال به‌نظر برسند. علاوه بر این، انتقال دهنده‌های عصبی شیمیایی هستند که سلول‌های مغز از آن استفاده می‌کنند تا فرد را در تعادل نگه دارند. اما این تصاویر نمی‌توانند نشان دهند که چرا افسردگی اتفاق افتاده است. (تی سانگ و فارون، ۱۹۹۰) در مورد جنسیت نیز نمونه‌های ارجاعی کودکان سنین مدرسه شیوع افسردگی در پسران و دختران یکسان بوده است اما برخی مطالعات میزان آن را در پسران مختصری بیشتر از دختران گزارش کرده‌اند. علی‌رغم شواهد قطعی طبق فرضیات استرس-آسیب‌پذیری در مورد افسردگی، آسیب‌پذیری همراه با انواعی از عوامل اجتماعی از جمله

به‌طور خلاصه کودکان ممکن است همانند بزرگسالان گهگاهی در مواجهه با مشکلات یا تجربیات جدید زندگی خود احساس اضطراب، ناامیدی و غم کنند. گرچه این احساسات و تجربیات در طول روز و موقعیت‌های متفاوت امری طبیعی است اما تجربه شدید یا تداوم آن‌ها ممکن است منجر به بروز اضطراب یا افسردگی در آن‌ها شود که نیازمند بررسی دقیق‌تر به کمک ابزارهایی مثل پرسشنامه، نقاشی و مصاحبه است. این اختلال به دلیل عوامل زیستی مثل کمبود انتقال دهنده‌های سروتونین مغز، عوامل اجتماعی مثل تعارضات خانوادگی، محیط زندگی کودک و عوامل ژنتیکی و سابقه خانوادگی است. از علائم افسردگی می‌توان به عدم تمایل کودک به تفریح و بازی، احساس خستگی، کاهش وزن و تمرکز، عزت نفس پایین و اضطراب بالا اشاره کرد. نقش خانواده کودک با توجه به شیوه فرزندپروری، حمایت هیجانی و اجتماعی کودک و پاسخ به نیازهای عاطفی او، در شکل‌گیری و یا رفع افسردگی بسیار پررنگ است. با توجه به این مسائل، ترکیبی از درمان‌های بین فردی، شناختی-رفتاری و خانوادگی در کنار دارودرمانی، مؤثرترین راه برای درمان افسردگی است.

کلمات کلیدی: افسردگی، کودکان، اضطراب، خانواده، روان‌درمانی.

مقدمه

هر انسانی در مقاطع متفاوتی از سن خود ممکن است افسردگی را تجربه کند. این بیماری می‌تواند سلامت جسمانی، احساسات، رفتار و سلامت روحی انسان‌ها را تحت الشعاع قرار دهد. علائمی مانند غم و اندوه، احساس بی‌ارزشی، دشواری در تمرکز، عدم توانایی در اندیشیدن و احساس گناه در انسان‌های افسرده قابل مشاهده است. (حسینی و اشرفی، ۱۳۸۸).

زمانی تصور می‌شد افسردگی فقط اختلالی ویژه بزرگسالان است، اما اکنون کارشناسان تشخیص داده‌اند که کودکان نیز ممکن است به افسردگی مبتلا شوند. (هامن، ۱۹۹۷)

خصوصیات اصلی اختلال افسردگی اساسی در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان شباهت‌های قاطعی به هم دارند. هرچند عوامل رشدی بر نمای بالینی آن تأثیر می‌گذارد. (کاپلان و سادوک، ترجمه رفیعی و رضایی، ۱۳۷۸). کودکانی که دارای افسردگی‌اند حالت خمودگی و کرحتی از خود نشان می‌دهند، خود را کنار می‌کشند و در گوشه‌ای منزوی می‌شوند. بازداری حرکتی آن‌ها به‌صورت مشکلات در

سطح تعارض در خانواده، طلاق یا جدایی والدین ممکن است در بروز اختلال افسردگی در کودکان نقش چشمگیری داشته باشند. (کاپلان و سادوک، ترجمه رفیعی و رضایی، ۱۳۷۸).

در مطالعه دیگری مشخص شد کودکانی که افسرده شناخته شده بودند، خیلی دقیق تر و موشکافانه تر از همسالان بهنجار، خود را ارزشیابی می کردند. (کندل، استارک و ادام، ۱۹۹۰)

در کودکان والدین مبتلا به اختلالات خلقی و نیز بستگان کودکان دچار این اختلالات، میزان بروز اختلال خلقی بالاتر است. داشتن والد افسرده خطر ابتلای فرزندان را دوبرابر می سازد. (کاپلان و سادوک، ترجمه رفیعی و رضایی، ۱۳۷۸).

نداشتن رابطه مناسب با والدین ممکن است زمینه را برای مشکلات کودکان آماده سازد. کودک افسرده در مورد خودش احساس بدی دارد. برای مثال احساس می کند او را دوست ندارند، او را نمی خواهند، وجودش زائد است و از این لحاظ احساس ناامنی می کند. اینها نتیجه اولین رابطه مادر-فرزندی ناسالم است. (خدایاری فرد، ۱۳۸۵)

نسبت درون دادهای نادرست یا توجه به فقدان، جدایی و سوءاستفادههایی که با آن همراه است، در کودک احساس منفی ایجاد می کند. به طور کلی عوامل خانوادگی و اجتماعی در جامعه کنونی بیشترین تأثیر را در بروز افسردگی دارند. (گلد، گرینبرگ، ولتینگ و شافر، ۲۰۰۳)

۲. علائم افسردگی

وجود پنج مورد یا بیشتر از نشانه‌های زیر طی دوره دو هفته‌ای که نشان‌دهنده تغییر در عملکرد فعلی فرد نسبت به عملکرد قبلی است، به همراه حداقل حضور یکی از نشانه‌های خلق افسرده یا فقدان علاقه و لذت. (خدایاری فرد، ۱۳۸۵)

-شخص در بیشترین ساعات روز افسرده است، بر حسب گزارش خود احساس غم دارد و بر اساس مشاهدات دیگران گریه می کند. در نوجوانان و کودکان ممکن است پرخاشگری وجود داشته باشد.

-علاقه و تمایل او به تفریح، به طور چشمگیری کاهش یافته.

-دچار افزایش یا کاهش وزن می شود، میزان اشتهای او در نوسان است، گاه کم‌اشتها و گاه پراشتها می شود.

در کودکان به خصوص وزن متناسب با سن نیست.

-همیشه احساس خستگی یا تحلیل نیرو دارند.

-تقریباً همیشه احساس بی‌ارزشی یا گناهکاربودن دارند.

-کاهش توانایی تفکر و تمرکز حواس.

کودکانی که دارای اختلالات دیگر از قبیل اختلال اضطرابی یا بیش‌فعالی همراه با نقص توجه‌اند، استعداد بیشتری برای عارضه ثانوی افسردگی پیدا می کنند. هرچند ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR

برای اختلالات خلقی تقریباً برای همه گروه‌ها یکسان است، اما ظهور خلق آشفته در کودکان بسته به سن آن‌ها متفاوت است. بچه‌های کوچک افسرده اغلب علائمی را بروز می دهند که در سنین بالاتر شیوع کمتری دارد؛ مثل توهمات شنوایی هماهنگ با خلق، شکایات بدنی، ظاهری غمگین و کناره‌گیر و عزت نفس پایین. (کاپلان و سادوک، ترجمه رفیعی و رضایی، ۱۳۷۸).

هنگامی که افسردگی در کودکان بروز می کند، سازگاری اجتماعی آنان با چالش مواجه می شود. ایجاد حس گوشه‌گیری در افسردگی، روابط اجتماعی افراد را تحت تأثیر قرار می دهد. (آقاپور و محمدی، ۱۳۸۸)

سازگاری اجتماعی، در دوران کودکی بدین دلیل حائز اهمیت است که در این سنین ارتباط با همسالان افزایش و وابستگی به والدین کاهش می یابد. (کریک و دودج، ۱۹۹۴)

اختلالات اضطرابی و افسردگی با هم ارتباط نزدیکی دارند. برای بررسی نقاط مشترک این دو اختلال، به پژوهش‌های بیشتری نیاز است اما از آنجا که تجربه‌های خود کودک اهمیت زیادی دارد، گزارش‌های فردی او نقش به‌سزایی را در ارزیابی فشارهای عاطفی ایفا خواهد کرد. پژوهشگران توصیه می کنند که با کودکان و والدین آن‌ها جداگانه مصاحبه شود؛ زیرا فقط والدین می توانند از حضور نشانه‌های اختلال فرزندان خبر دهند. لیکن نمی دانند تجربه‌های خصوصی آنان چیست و در خلوتشان چه می گذرد. (خدایاری فرد، ۱۳۸۵)

۳. درمان

مهارکنندگان اختصاصی بازجذب سروتونین، در سطح گسترده‌ای به‌عنوان خط اول درمان دارویی پذیرفته شده اند. (کاپلان و سادوک، ترجمه رفیعی و رضایی، ۱۳۷۸). با این حال پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که یکی از درمان‌های عمده بزرگسالان یعنی دارودرمانی، در مورد کودکان افسرده آن‌چنان مؤثر واقع نشده است. (سامرز فلاناگان، ۱۹۹۶)

استارک، رینولدز و کاسلو (۱۹۸۷)، آموزش تسلط به خود آموزش حل مسئله را به‌منظور درمان افسردگی به کار بردند. برنامه‌های آموزشی به شیوه‌های مختلف بر یاد دادن مهارت‌های خودکفایی و خودنگهداری و حل مشکلات اجتماعی تأکید داشتند و در کاهش علائم افسردگی مفید بوده‌اند.

لوینسون و همکاران (۱۹۹۰) با استفاده از روش‌های شناختی-رفتاری به درمان افسردگی پرداختند. آن‌ها مهارت‌های لازم را برای افزایش فعالیت‌های مطبوع آموزش دادند و بدین ترتیب افکار افسرده‌ساز را مهار، تعامل اجتماعی را اصلاح و تعارض‌ها را حل و فصل کردند.

درمان ذهن‌آگاهی با به‌کارگیری تکنیک‌هایی همچون مواجهه، تغییر شناختی، مدیریت خود، آرام‌سازی و پذیرش، افسردگی کودکان مبتلا به افسردگی را کاهش می دهد، تعاملات و ارتباطات اجتماعی نیز فزونی می یابد. (حسینی، منشی، ۱۳۹۶)

آموزش خانواده و مشارکت اعضای خانواده، از اجزای ضروری درمان

- 7) Crick, N. R., Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115 (1), 74-101.
- 8) Gould, MS., Greenberg, T., Velting, D. M., Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past ten years. *Journal American academy child and adolescent psychiatry*, 42 (4), 9)
- 9) Hammen, C. (1997). *Depression*. Hove, UK: psychology Press.
- 10) Kashani, J.H., & Carlson, G.A. (1987). Seriously depressed preschoolers. *American journal of psycjiatry*, 144, 348-350
- 11) Kendall, P.C., Stark, K.D., & Adam, T. (1990). Cognitive deficit or cognitive distortion in childhood depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 255-270
- 12) Lewinsohn, P.M., Clarke, G.N., Hops, H., & Andrews, D. (1990). Cognitive-behavioral group treatment of depression in adolescents. *Behavior therapy*, 21, 385-401
- 13) Nolen-Hoeksema S, Hilt LM. *Hand Book of Depression in Adolescents*. New York: Routledge; 2008
- 14) Seligman, M. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press
- 15) Shoaf, T.L., Emslie, G. J., Mayes, T. L. (2001). Childhood depression: Diagnosis and treatment strategies in general pediatrics. *Pediatric Annals*, 30 (3), 130-137.
- 16) Sommers-Flanagan, (1996). Efficacy of antidepressant medication with depressed youth: What psychologists should know. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27, 145-153.
- 17) Stark, K.D., Reynolds, W.M., & Kaslow, N. (1987). A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and behavioral problem-solving therapy for depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 91-113.
- 18) Tsuang MT, Faraone SV. The genetics of mood disorders. Baltimore, MD: Johns Hopkins

فرد افسرده است که به خصوص برای تشویق حل مؤثر تعارضات انجام می‌شود. از آنجایی که عملکرد روانی-اجتماعی کودکان افسرده ممکن است مدت‌های طولانی مختل باقی بماند، وقتی پس از بهبود، دوره افسردگی ادامه پیدا کند، حمایت اجتماعی طولانی مدت از خانواده بیمار و مداخلات مربوط به مهارت‌های اجتماعی مفید واقع می‌شود. (کاپلان و سادوک، ترجمه رفیعی و رضایی، ۱۳۷۸).

منابع و مآخذ:

- ۱) آقاپور، م؛ محمدی، ا. (۱۳۸۸). مقایسه افسردگی پس از زایمان زنان شاغل و خانه‌دار و رابطه آن با حمایت اجتماعی و سازگاری زناشویی، زن و مطالعات خانواده، ۱(۴)، ۳۲-۹.
- ۲) دادستان، پ؛ (۱۳۸۲)؛ روانشناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی؛ جلد اول، تهران: سمت.
- ۳) حسینی، لاله؛ منشی، غلامرضا (۱۳۹۷)؛ اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی کودک محور بر سازگاری اجتماعی و علائم افسردگی در کودکان با اختلال افسردگی؛ فصلنامه روانشناسی افراد استثنائی دانشگاه علامه طباطبائی، ۸(۲۹)، صص ۱۷۹-۲۰۰.
- ۴) حسینی، سیدمهدی؛ مهدی زاده اشرفی، علی (۱۳۸۸)؛ افسردگی و علائم آن، فصلنامه مدیریت، سال هشتم، بهار ۱۳۹۰، صص ۱۰۶-۱۱۵.
- ۵) خدایاری فرد، محمد (۱۳۸۵)؛ روانشناسی مرضی کودک و نوجوان؛ تهران: دانشگاه تهران.
- ۶) کاپلان، هارولد و سادوک، بنیامین جی (۱۳۷۸). خلاصه روانپزشکی، جلد سوم، مترجمان، حسن رفیعی، فرزین رضایی، تهران: ارجمند.



دنیز پایداری

پلی دنیای کودکان

خط دارای پیچ و تاب: ضمن اینکه مبین کندی و تردید بیشتری است آشکار کننده انعطاف پذیری افزون تر و صداقت کمتری نیز هست . دست کاریها و تصحیح های مکرر نقاشی: علامت کمال جویی اگر دست کاری به نتایج کامل تر منتهی گردد: این نکته را نشان میدهد که فرد میخواهد بدون نقص باشد و تلاش میکند تا با آرمانی که از خود دارد منطبق شود.

نقاشی کودک یک پیام است آنچه را که او نمیتواند به لفظ درآورد به ما انتقال میدهد. بررسی و درک ((زبان)) نقاشی، اطلاعات ارزنده ای، در اختیار والدین و مربیان و روانشناسان و همه کسانی میگذارد که خواهان درک و دریافت راز و رمز جهان کودک هستند. کودک همه مسائل زندگی خود را به واسطه نقاشی به تجربه در میآورد، خود را میآزماید و ((من)) خویشتن را بنا می کند . خطوط ترسیمی انعکاسی از دنیای هیجانی او هستند و نقاشی به تنهایی به منزله جهانی است که به موازات افزایش هشیاری و دگرگونی های کودک متحول میگردد .

بررسی عواطف کودک بر اساس تست ترسیم یک درخت

بی تردید درخت به منزله یکی از غنیترین موضوعهای نمادین در همه تمدن ها دارای جایگاه ویژه ای است. درخت به عنوان نماد زندگی و ارتقا به سوی گنبد لاجوردی معرف قدرت، رفعت و رشد است. به واسطه ریشه های نامرئی و شاخسار سر به فلک کشیده آن ، نقطه اتصال اعماق تاریک زمین و قلمرو آسمانی است. ویژگی ، مرکزی یعنی تنه آن، نیرو و پایداری را القا میکند و چنین دلایلی موجب میشوند که درخت معرف محور جهان و محور مرکزی شخصیت تلقی گردد. همچنین تغییرات درخت در خلال فصلها چرخه های زندگی و مرگ را ، متبلور میسازند و از این زاویه نیز به منزله آینه روشنی از هستی است.

بررسی تحلیلی ترسیم درخت

الف) ابعاد درخت

این که فرد چگونه خود را در پهنه زندگی تصور میکند به ابعاد درخت بستگی دارد. - **درخت کوچک:** کم رو، بدون اعتماد به نفس، هراس داشتن از تایید خود و نشانه وابستگی فرد . - **درخت با اندازه مناسب** (درختی که ۳/۴ طول صفحه را اشغال کند) : نشان دهنده استواری فرد و ظرفیت سازش یافتگی آن با محیط . - **درخت بزرگ** (تمام سطح صفحه را اشغال کند): نشان دهنده تلاش فرد برای نشان دادن خود و جلب توجه، حاکی از اعتماد به نفس و برون گرایی (ب) **خطوط ترسیمی، سایه کردن یا سایه زدن** - استواری و فشار خطوط: منعکس کننده درجه اعتماد به نفس و نیروی حیاتی خط محکم و استوار: نشان دهنده تسلط بر زندگی

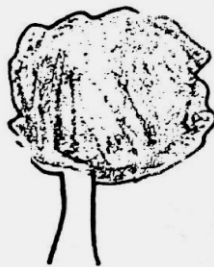
سایه کردن یا سایه زدن:

ترسیم خطوط تیز و مکرر نشان دهنده خشم پنهان، پرخاشگری کم و بیش اغتشاش برانگیز و اضطراب و عصیان در برابر موقعیتی که کودک از آن امتناع میکند.



سایه زدن های متجانس و یکدست:

القای آرامش ظاهری که بیشتر در ترسیم افراد حساسی دیده میشوند که تاثیر پذیری سطحی در آنها باعث اضطراب میشود. معمولا نشانه خیالپردازی گسترده ای است که گریز در برابر موقعیت های دردناک را در پی دارد. نشان دهنده روحیه خیال پردازی است که غمگینی خود را پنهان میکند.



سیاه کردن کمربندی یا دایره وار:

شکلی به نسبت دورانی که دست فرد هنگام ترسیم آن در جهت بیرونی حرکت میکند و سپس به سوی او باز میگردد. بنابراین حرکت به سوی دیگری و متعاقبا برگشت به سوی (من)) را نشان میدهد. نشان دهنده وجود بازخورد های تضادورزی است که زیر نقاب یک حالت ملایم، پنهان شده اند. در باز خورد هایی که تسلیم ظاهری وجود دارند مشاهده میگردد. در موقعیت حسادت خواهر- برادری بسیار فراوان است.



د) تنه درخت:

به منزله نماد منابع حیاتی، شیوه جای گرفتن در بین دیگران و چگونگی رابطه بازندگی عینی و روزمره را برجسته میسازد. - قاعده تنه و حد تماس آن با زمین: چگونگی دخالت کودک در محیط را نشان میدهد.

قاعده پهن:

نشان دهنده استواری درخت و به منزله تجسس یک موضوع مستحکم تلقی میشود. افراط در این زمینه نشان دهنده کندی یا بازداری کم و بیش مشخص است. گسترش قاعده تنه بیشتر به سمت چپ: نیاز به تکیه گاه مادرانه گسترش قاعده بیشتر به سمت راست: اهمیت تصویر پدر یا بازخورد تضادورزی در برابر دیگران



سیاه کردن چوب کبریتی:

به صورت نخ های در هم بر هم و با ((کلاف سردرگم)) است که نشان دهنده این است که فرد از ناتوانی خود در پنهان کردن پرخاشگری توأم با اضطراب، میهراسد. این خطوط بازخورد های انتقاد از خود و اثبات فردیت را نشان میدهند. معمولا اثر کسانی است که متناوبا جنبه انتقاد آمیز به خود میگیرند یا خود را به صورت قربانی بیگناهی جلوه گر میسازند.



قاعده باریک:

به معنای وجود احساس نایمینی در کودک و ناتوانی او در دستیابی به تکیه گاهی ایمنی بخش است.



ج) ریشه ها:

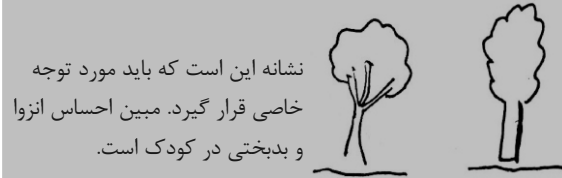
بر حسب ابعاد گسترده و اندازه خود، مبین کشاننده های پنهان و ناهشیار، مسائل بیان نشده و کنجکاوای کم و بیش وسوسه انگیزند. ترسیم ریشه به شکل ساده و کم عمق نشان دهنده جستجوی پایداری، ایمنی و نیاز به دانستن است. سالگی و در حوالی دوره بلوغ، یعنی دوره ای که نوجوان توانایی های غریزی خود را با شدت بیشتری احساس میکند اغلب بعد و مسائلی را درباره جنسیت مطرح مینماید، با فراوانی بیشتر ترسیم ریشه ها مواجه میشویم. ریشه هایی که اندازه آنها بزرگ تر یا هم اندازه تنه باشند نشانه این است که کنجکاوای به برانگیختن اضطراب منتهی شده است. بزرگی ریشه ها در کودکی همواره مبین مشکلات سازشی است.

قاعده بسته:

کوشش فرد برای حمایت از ((من)) خود و اشکار کردن احساس انزوا، طردشدگی و جدایی خود از محیط را اشکار میسازد.



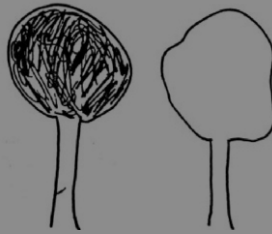
تنه جدا شده از زمین یا معلق بودن آن در هوا:



نشانه این است که باید مورد توجه خاصی قرار گیرد. مبین احساس انزوا و بدبختی در کودک است.

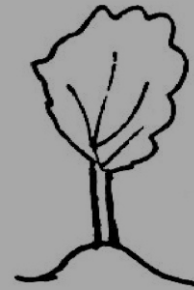
شاخسار بسته و بسته و پر:

نشان دهنده این نکته است که کودک براساس یک بازداری کم و بیش گسترده به حمایت از خود میپردازد و این بازداری در شاخسارهای بسته و پر بیشتر است. در این صورت، نیاز به خود نگهداری و حفظ خویشتن در کودک بیشتر و مبادلات، کمتر است.



ترسیم تنه روی خط برجسته:

نشانه خود میان بینی و خود دوست داری است و احساس جدایی بین خود و دیگری را برجسته میسازد.



شاخسار بسیار گسترده:

نشان دهنده تکاپوی مفرط همراه با ناپایداری، ناآرامی و تردید و مبین آن است که گیرایش به پراکنده کردن و هدر دادن نیرو در وی وجود دارد.



شاخ و برگ باریک:

فقدان اعتماد به نفس در سطح افکار یا بیان افکار را نشان می دهد. شکل نوک تیز سر درخت نیز مبین سرکشی و طغیان در کودک است و به منزله یک موضوع دفاعی محسوب میشود که اثبات خویشتن را به مخاطره می اندازد.



۵) شاخسار:

بخش زیرین درخت که شامل شاخه ها، برگ ها و یا عناصر تزئینی مانند گل ها و میوه ها است. این بخش به منزله متحرکترین و متغیرترین بخش درخت محسوب میشود. مجموعه این ناحیه نشان دهنده تغییر رفتار آزمودنی در رابطه با محیط و چگونگی مبادلات فکری اوست. از زاویه رمزی، آنچه در بالا قرار دارد با قلمرو فکری مرتبط است. گستردگی و کیفیت استدلال و فکر، قلمرو آرمانی، رویایی

شاخ و برگ دایره ای:

این دوایر ضمن آنکه دلمشغولی نسبت به تصویر شخصی را برجسته میسازند اشکار کننده یک وهله خود دوستدارانه نیز هستند. چنین درختی اثر کودکانه است که اکتساب معلومات را مبنای ارزنده سازی خود قرار می دهند. دوایر بسته ای که منظمًا به سوی تنه باز میگردند وجود مسائل ارتباطی را برجسته میسازند و نشان میدهند که فرد مشکلات ارتباطی خود را بر اساس توجه و رغبت فزاینده نسبت به خویشتن، جبران میکند.



شاخسار باز:

به معنای گشادگی نسبت به محرک های بیرونی، آمادگی روانی و پذیرش در سطح مبادلات اجتماعی است.



ی) شاخه ها:

شاخه ها دارای معنای ارتباطی و عقلی هستند و شیوه ترسیم آنها، استدلال درآمیخته با منطق ویا خیالپردازی را نشان می دهند.

شاخه های یک خطی:

این روش ترسیم تا حد شش سالگی شیوه ای بهنجار در بین کودکان است. در صورتی که این روش ترسیم در کودکان بزرگتر باقی بماند تمایز نایافتگی یا امتناع از دیدن واقعیتی را که کودک دردناک یا مایوس کننده می پندارد، برجسته میسازد.



شاخه های دو خطی: نشان دهنده توانایی کودک در دریافت واقعیت است. اطفال زیر پنج سال، تقریباً هرگز شاخه های درخت را با دو خط نمیکشند درحالی که ۴۳ تا ۳۳ درصد کودکان ۸-۷ به ترسیم شاخه ها با دو خط میپردازند.

شاخه های لوله ای با انتهای باز:

مبین برونگرایی، برونریزی آشکار کشاننده ها و احساسات است.



شاخه های لوله ای با انتهای بسته:

به منزله حمایت از خود و درونگرایی تلقی میگردد.



منابع:

(دادستان، پریخ - ۱۳۹۰ ارزشیابی شخصیت کودکان بر اساس آزمون های ترسیمی، تهران: انتشارات رشد)





فروزان عبدی

بازی درمانی

درمانی با چاشنی بازی

افلاطون اولین کسی بود که راز تأثیر بازی بر کودکان را کشف کرد. به اعتقاد او بازی، طبیعت غریزی ماست. افلاطون معتقد بود با یک ساعت بازی با یک شخص، بهتر می‌توانید او را بشناسید تا با یک سال صحبت کردن با وی. بازی یکی از ابتدایی‌ترین و عمومی‌ترین امور زندگی است و بهترین خاطرات کودکی‌مان با بازی شکل می‌گیرد (دیبا واجاری، ۱۳۹۴).

بازی واسطه اصلی و طبیعی برقراری ارتباط بین بچه است (آلکسین، ۱۹۷۴؛ اریکسون، ۲۰۰۰؛ لندرت، ۲۰۰۲؛ پیازه، ۱۹۶۲؛ راس، ۲۰۰۴؛ ویگوتسکی، ۱۹۶۷، به نقل از تسای ۲۰۱۳). مشاور عالی سازمان ملل متحد در حقوق بشر بازی کردن را حق هر بچه‌ای شناخته است. این کمیته ادعا کرده است که مشارکت در بازی‌های متناسب با سن بچه، کلید توانایی بچه‌ها است تا بتوانند به‌طور کامل شخصیت، استعدادها و توانایی‌های روانی و جسمی خود را تا بالاترین حد ممکن توسعه بخشند (حقوق بشر سازمان ملل متحد، ۲۰۰۶). انجمن بین‌المللی آموزش کودکان ACEI نه تنها نیاز به بازی را برای گروه‌های سنی مختلف به رسمیت شناخته، بلکه به نقش مهم بازی در تکامل بچه‌ها نیز تأکید کرده است (آیزنبرگ و کوپزنبری، ۲۰۰۲ به نقل از تسای ۲۰۱۳).

لندرت (۱۹۹۳) معتقد است بازی زبان رمزی کودکان محسوب می‌شود که تجارب و هیجان‌های خود را به شکلی طبیعی التیامبخش ابراز می‌دارند. به اعتقاد گینوت بازی کودک، صحبت اوست و اسباب‌بازی‌هایش نیز کلمات او را تشکیل می‌دهند (به نقل از تامپسون و رودلف ۱۹۶۶، ترجمه طهوریان ۱۳۸۸). یک ویژگی مهم دیگر بازی آن است که در بازی دیگر صحبت از ارزشیابی و قضاوتی که بزرگترها به عمل می‌آورند به میان نمی‌آید و کودک نگران نیست که خطا یا اشتباهی مرتکب می‌شود (سوینی، ۱۹۹۷؛ به نقل از طهوریان ۱۳۸۸).

بازی درمانی

بازی درمانی یکی از روش‌های اثر گذار در پاسخ به نیازهای بهداشت روانی کودکان است. بازی درمانی نوعی از مشاوره است که مخاطبان اصلی آن معمولاً کودکانی از سن ۳ تا ۱۶ سال هستند. طبق تعریف انجمن بازی درمانی، بازی درمانی عبارت است از کاربرد منظم مدل نظری در برقراری فرآیندی بین فردی که در آن بازی درمانگر متبخر از نیروی بازی برای کمک به مراجعان خود استفاده می‌کند؛ هم جهت پیشگیری و هم در حل مشکلات روانشناختی. در نتیجه رشد و پیشرفت بهینه آنان را سبب خواهد شد (دیبا واجاری، ۱۳۹۴). انجمن روان‌درمانگران انگلستان بازی درمانی را چنین تعریف می‌کنند: فرآیندی پویا بین کودک و بازی‌درمانگر، به نحوی که کودک شروع به کاوش کرده و با گام‌های آهسته و موزون حرکت می‌کند، خود به بررسی حوادث گذشته و جاری و هوشیار یا ناهوشیار که بر زندگی اکنون او تأثیرگذار است، می‌پردازد (دیبا واجاری، ۱۳۹۴). شفیع آبادی (۱۳۹۰) به نقل از لندرت، (۲۰۰۲)، بازی درمانی را وسیله‌ای تشخیصی می‌داند که به کودک امکان می‌دهد تا عقایدش را آزادانه بیان کند. همچنین بازی را وسیله مناسبی برای برقراری رابطه مناسب بین کودک و مشاور می‌داند. کودک ضمن بازی، نگرانی‌ها و احساساتش را بروز می‌دهد و در محیطی آرام و پذیرا به یادگیری تجربه زندگی می‌پردازد و نحوه سازش با اطرافیان را می‌آموزد. بازی درمانی تعاملی کمکی بین کودک و بزرگسال آموزش دیده است که از طریق ارتباط نمادین در بازی، راه‌هایی برای کاهش آشفتگی‌های هیجانی کودک ایجاد می‌شود. به طوری که کودک طی تعاملات بین فردی با درمانگر، پذیرش، تخلیه هیجانی، کاهش اثرات رنج‌آور، جهت‌دهی مجدد تکانه‌ها و تجربه تصحیح‌شده را تجربه می‌کند.

خلاصه و نتیجه گیری

به‌علت این‌که کودکان هنوز به تفکر انتزاعی دست نیافته‌اند تا بتوانند به بیان هیجانات و احساسات بپردازند، باید به‌دنبال راهی بود تا به‌وسیله آن، هیجانات و احساسات مثبت و منفی خود را نمایان سازند تا بتوان به چرایی رفتارشان پی برد. از آن‌جا که بازی برای کودکان همانند کلام برای بزرگسالان است بنابراین وسیله‌ای است برای بیان احساسات، برقراری روابط، توصیف تجربیات، آشکار کردن آرزوها و خودشنکوفایی، آمادگی آموختن مطالب جدید، تخلیه هیجانات و کسب آسایش خاطر و تسکین و از طرفی نیز باعث ارتباط افکار درونی کودک با دنیای خارجی وی می‌شود. یکی از روش‌های مورد استفاده در بهبود اختلالات رفتاری کودکان، بازی درمانی است. بازی درمانی وسیله‌ای است برای تشخیص مشکلات کودک. مشاور با مشاهده رفتار کودک در ضمن بازی به نگرانی‌های وی پی می‌برد و درصد رفع آن برمی‌آید. در بازی درمانی رویکردهای مختلفی وجود دارد که با توجه به زمینه‌ای که مداخله در آن صورت می‌گیرد و دیدگاه نظری درمانگر و همچنین نیازهای کودک یکی از رویکردها انتخاب می‌شود.

منابع

- بقایی پور، لیلا (۱۳۹۱). نقش بازی درمانی در تشخیص و درمان اختلالات رفتاری کودکان. مجله روانشناسی کودک. سال نهم، شماره ۹۹.
- تامپسون، چارلز و رودلف، لیندا (۱۳۸۴). مشاوره با کودکان. ترجمه جواد طهوریان. رشد. ۷۰۰ ص
- دیبا واجاری، مریم و قائدی، مهرا (۱۳۹۴). بازی درمانی و مشاوره با کودک. آوای نور. ۱۶۸ ص
- شفیع آبادی، عبدالله (۱۳۹۰). راهنمایی و مشاوره کودک. تهران: سمت.
- درویز، آتنا (۱۳۸۹). ترکیب بازی درمانی با رفتار درمانی شناختی. ترجمه غزال رضانی. وانیا، ۵۹۲ ص

o Mei-hsiang Tsai (2013). Research in play therapy: A 10-years in Taiwan. children and youth seavices review 35 (2013)25-32

فروزان عبدی کارشناس ارشد مشاوره خانواده

بازی درمانی، رویکرد فعالی است که می‌توان آن را به‌طور انفرادی یا گروهی به‌کار برد؛ به‌گونه‌ای که به کودک اجازه داده می‌شود تا به وسیله بازی، احساسات هشیار و ناهشیارش را بروز دهد. (بقایی‌پور، ۱۳۹۱). در سال‌های اخیر، رشته بازی درمانی توسعه یافته و به‌صورت بین‌المللی گسترش یافته است. با استفاده از بازی درمانی به‌عنوان مداخله اصلی در بچه‌ها و نوجوانان، بازی درمانگران حرفه‌ای نیز تربیت شده‌اند. مطابق سازمان‌های بازی درمانی از قبیل انجمن بازی درمانی APT، انجمن بازی درمانی تایوان APT، انجمن بچه و بازی درمانی کانادا CACPT، بازی درمانی بین المللی PTI، انجمن بازی درمانگران بریتانیا BAPT و انجمن بازی درمانی آسیاقیانوسیه APPTA اعضای آن‌ها دارای زمینه تخصصی و حرفه‌ای متفاوتی از قبیل مشاور، مددکار اجتماعی، روانشناس، روانکاو، متخصص روان درمانی، تباردرمانگر، یا درمانگران هنرهای تجسمی می‌باشند. (تسای، ۲۰۱۳).

اهمیت و فواید بازی درمانی

- (شفر ۱۹۹۳ به نقل از تامپسون و رودلف ۲۰۰۰، ترجمه طهوریان ۱۳۸۲) برای بازی ۱۴ تأثیر درمانی را برمی‌شمرد که عبارتند از:
- ۱- درهم‌شکستن مقاومت کودک
 - ۲- ارتباط
 - ۳- لیاقت و توانایی
 - ۴- تفکر خلاق
 - ۵- پالایش
 - ۶- تخلیه هیجانی
 - ۷- ایفای نقش
 - ۸- خیال‌پردازی
 - ۹- آموزش سمبلیک
 - ۱۰- ایجاد رابطه و دلبستگی
 - ۱۱- ارتقای رابطه
 - ۱۲- هیجان مثبت
 - ۱۳- غلبه بر ترس‌های دوران رشد
 - ۱۴- پرداختن به بازی‌های گوناگون

در بازی درمانی رویکردهای مختلفی وجود دارد که با توجه به زمینه‌ای که مداخله در آن صورت می‌گیرد و دیدگاه نظری درمانگر و همچنین نیازهای کودک، یکی از رویکردها انتخاب می‌شود. از جمله مهم‌ترین رویکردها، بازی درمانی روان‌پویایی، بازی درمانی کودک‌محور، بازی درمانی گشتالتی و بازی درمانی شناختی-رفتاری می‌باشند. بازی درمانی شناختی-رفتاری، هماهنگ‌سازی مداخلات رفتاری و شناختی در پارادایم بازی درمانی می‌باشد. (کنل، مور، به نقل از دروز، ترجمه رضانی ۱۳۸۹)

بررسی ابعاد فرهنگ و شخصیت مردم شهر یزد

نویسندگان :
الهام توسلی
فائزه حسینی دستجردی
مهدیه دهقان نیری

تنگتنگ با یکدیگر، در جهت برآوردن این خواسته شرکت میجویند. و از نگره دوم فرهنگ به عنوان میراث اجتماعی است که از گذشتگان به نسل آینده منتقل میشود و شامل مهارتها، عادات و ارزشها میباشد(معینی، ۱۳۷۴).

از اهداف آشکار و پنهان هر جامعه‌ای انتقال فرهنگ خود به تازه متولدین و مهاجران آن جامعه است. به صورت آشکار زمانی است که، مستقیماً از ارزش یا آداب و رسوم و یا قانونی سخن گفته شود و از آن حمایت شود. برای مثال به صورت آشکار در کتابهای درسی از شخصیت‌هایی نام برده شود. و به صورت پنهان زمانی است که، در گذر از یک فعالیت مثلاً در یک برنامه تلویزیونی سخنی از آن به میان آید(منادی، ۱۳۸۶).

تشکل و رشد شخصیت

مقدمه

افراد هر جامعه از طریق ترکیب نیازهای طبیعی با انتظارات اجتماعی در مراحل گوناگون جامعه‌پذیری و در برخورد با محیط‌های اجتماعی و فرهنگی صورت میگیرد(جزایری، ۱۳۸۴).
محققان به‌رغم تعدد تعاریف شخصیت به‌طور کلی معتقدند شخصیت، مجموعه‌ای پویا و سازمان‌یافته‌ای از خصوصیات است که به‌طور منحصربه‌فردی بر شناخت و افکار، انگیزه‌ها و رفتار شخص در وضعیت‌های مختلف تاثیر میگذارد و شیوه‌ی انطباق و سازگاری با دنیای پیرامون را نشان میدهد(رایکمن، ۱۳۹۶). شخصیت نوعی مفهوم یا ساخت فرضی است یعنی پدیده‌های انتزاعی است که آن را بر اساس رفتار و ویژگی‌های بیرونی فرد میتوان تعریف کرد(خوروش، ۱۳۹۴).
شخصیت مجموعه ویژگی‌های فکری، ذهنی، ذوقی و رفتاری انسان است که غالباً در گفتارها، رفتارها و عکس‌العمل انسانها در فعالیت‌های روزانه‌شان قابل رویت است. در واقع شخصیت محصول محیط فرهنگی و اجتماعی است که فرد در آن متولد میشود و رشد می‌یابد. خانواده، فرهنگ حاکم بر جامعه، رسانه‌ها و نهاد آموزش و پرورش هر یک سهمی در ساختن ویژگی‌های شخصیتی فرد و جامعه‌پذیری او دارند. ولی، تاثیر خانواده بر شخصیت افراد از امتیاز خاصی برخوردار است و چگونگی شخصیت فرزندان در گرو شیوه‌های فرزندپروری آنها میباشد(منادی، ۱۳۸۶).

به اعتقاد بورديو جهت‌گیری‌های فرهنگی و عادات در مراحل اولیه زندگی به طور ناخودآگاه آموخته میشود و به سختی تغییر میکند و در شکلگیری پاسخها در تجربیات بعدی زندگی فرد بسیار فعال میماند(جزایری، ۱۳۸۴).

در چارچوب گزارش یک پژوهش دانشگاهی برای واحد روانشناسی اجتماعی با تدریس آقای دکتر منادی و راهنمایی ایشان، هدف، مطالعه‌ی تاثیر ابعاد فرهنگ بر شخصیت افراد جامعه بوده است که در یک گروه سه نفره از طریق مصاحبه با تعدادی از دانشجویان یزدی مشغول به تحصیل در مقطع کارشناسی ارشد دانشگاه الزهرا انجام گرفت. به باور پژوهشگران فرهنگ، خانواده و شخصیت در تعامل باهم هستند که نظریه فرهنگ و شخصیت در این زمینه به ما کمک میکند.

فرهنگ و شخصیت

فرهنگ به شیوه‌های زندگی که اعضای یک جامعه می‌آموزند، در آن مشارکت دارند و از نسلی به نسل دیگر انتقال می‌یابد، اطلاق میشود. نخستین کسی که فرهنگ را از تعریف کلاسیک آن خارج کرد و مترادف با تمدن به کار گرفت ادوارد تایلور مردم‌شناس انگلیسی بود. او فرهنگ را در سال ۱۸۷۱ میلادی به عنوان یک کل پیچیده تعریف کرد که دانش، باور، هنر، اخلاق و هر توانایی و قابلیت‌هایی که توسط انسان به عنوان عضوی از جامعه کسب میشود را در برمیگیرد. به این معنا انسان بی فرهنگ و جامعه بی فرهنگ در کار نیست، زیرا زندگی اجتماعی، به معنای باهم زیستن، و در فرهنگ زیستن است. زیستن در ابتدایی‌ترین قبیله یا مدرن‌ترین جامعه تکنولوژیک از این جهت یکسان است(کوش، ۱۳۸۱).

مالینوسکی فرهنگ را به دو طریق تجزیه و تحلیل میکند. در نگاه اول فرهنگ را دارای کارکرد ارضای نیازهای انسان در زندگی اجتماعی و انطباق انسان با محیط اطرافش میدانند. اجزای مختلف فرهنگ در ارتباط

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع کیفی است، پژوهش کیفی به چندین روش جمع آوری داده ها به انضمام پژوهش میدانی، مشاهده یا مشارکت، مصاحبه های عمیق اشاره دارد. که همه آنها به نزدیک شدن به داده ها به تاکید دارند و تجربه را بهترین راه برای درک رفتار اجتماعی می دانند و تا حد امکان حداقل نظریه ها یا عقاید اندازه گیری از پیش تصور شده را به شرایط پژوهش می آورند (دلور، ۱۳۹۲).

ابزارهای اندازه گیری این پژوهش، پرسش نامه محقق ساخته بود که با روش مصاحبه ی عمیق انجام شد و سوالات آن توسط استاد مربوطه اصلاح و تایید گردید. پرسش نامه شامل ۱۰ سوال و تعدادی سوال مربوط به اطلاعات عمومی شامل: سن، میزان تحصیلات، رشته تحصیلی و وضعیت تاهل بود.

سوالات باز شامل نظرخواهی از آنان راجع به هنر، سرگرمی، ازدواج، خانواده، روابط با خانواده، دوستان، شرکت در مراسم های دینی و میزان مصرف شیرینی بود. در حین مصاحبه از گفته های افراد، یادداشت برداری می شد.

برای انجام پژوهش، سعی شد تا افراد به صورت تصادفی انتخاب شوند، بدین منظور از مسئول خوابگاه های گلستان ۴ و ۵ دانشگاه الزهراء اسامی کسانی که ساکن یزد بودند و در حال حاضر به صورت تدریسی در خوابگاه رفت و آمد دارند گرفته شد، از بین آنها ۴ نفر از دخترانی که دانشجوی ارشد رشته های علوم انسانی و در محدوده ی سنی ۲۳ تا ۲۵ سال بودند انتخاب شدند. از آنجا که پژوهش کیفی است و قصد تعمیم نتایج آن را نداریم به ۴ نفر آزمودنی (که ۲ نفر آن ها متاهل و ۲ نفر دیگر مجرد بودند) بسنده کردیم.

همچنین داده های جمع آوری شده از طریق روش تحلیل محتوا تجزیه و تحلیل شدند، که یکی از عناصر مهم روش های کیفی محسوب می شود و هدف آن استنباط استنتاج و شناخت نسبی شرایط تولید موضوع به کمک شاخص ها می باشد. (منادی ۱۳۹۶ به نقل از باردن).

یافته های پژوهش: با توجه به مصاحبه های صورت گرفته و تحلیل آن ها به چند تم کلی از فرهنگ شهر یزد دست یافتیم:

خانواده گرایی: خانواده گرایی همان گرایش زیاد و پایبندی و تعلق به خانواده می باشد. براساس پرسشهای صورت گرفته و تحلیل های بدست آمده از چندین سوال به نقش پررنگ خانواده پی بردیم. برای نمونه پس از پرسش از تفریحات هر ۴ نفر به دورهمی خانوادگی و باغ رفتن در آخر هفته با خانواده اشاره کردند. همچنین اشاره داشتند که در ایام عید دید و بازدید خانوادگی خیلی نقش پررنگی دارد. یکی از جاهایی که این مورد در شخصیت افراد مصاحبه شونده نفوذ پیدا کرده بود این بود که حتی هم اکنون که دونفر از آنها ساکن خوابگاه هستند بیشتر بدنبال تفریحات انفرادی و مطالعه کتاب و دیدن فیلم به تنهایی هستند این نمایانگر همان فرهنگ خانوادگی است که خیلی در شرایط دور از خانواده بدنبال دوست نیستند.

حتی دونفر که متاهل بودند هم اشاره داشتند بعد از ازدواج همچنان کوهنوردی به صورت دونفری و با همسر هست بدون اینکه ارتباط زیادی با همکار یا دوست صمیمی داشته باشند. پایبندی به اصول خانواده برای همه آنچنان زیاد بود که دو نفر مجرد ادعان داشتند در دوران سکونت در خوابگاه با اینکه خیلی دوست دارند ابرو خود را بردارند اما پایبندی به اصول و ارزش های خانواده آنقدر برایشان مهم و حیاتی است که حاضر به انجام دادن چنین کاری نیستند.

تجمل گرایی: منظور از تجمل گرایی گرایش به تجملات و زینت و اسباب گران بها و لوکس است. با اینکه از دیرباز یزدی ها به ساده زیستی و قناعت معروف بودند اما شواهد نشان می دهد امروزه از این مفهوم بسیار دور شده اند. یکی از جلوه های تجمل گرایی در خانه های یزدی ها دیده می شود به طوری که ۳ نفر از مصاحبه شونده ها اعلام کردند در اکثر خانه های یزدی وسایل عتیقه و مسی و پارچه های ترمه زیاد دیده می شود و تعداد ماشین های لوکس و گران قیمت در یزد زیاد به چشم می خورد و دونفر از افرادی نکته جالبی اشاره کردند که اکثر یزدی ها با وجود چنین ماشین ها و لوازم لوکسی با این حال متواضع هستند و خیلی بدنبال فخرفروشی نیستند. در کنار این ها اکثر خانواده های یزدی برای تفریحات آخر هفته خود باغ دارند و بیشتر ایام تابستان برای گذراندن اوقات فراغت به همان باغ ها می روند که همه بیانگر تجملاتی بودن است. البته داشتن ماشین های لوکس و وسایل عتیقه و گران قیمت و باغ و املاک بیانگر این موضوع هم میباشد که یزدی ها معمولاً پول خود را در مصارفی خرج می کنند که جنبه سرمایه گذاری دارد و خیلی به اموری مانند لباس برند یا مسافرت برون شهری علاقمند نیستند؛ همانطور که دریافت شهر نیز این مشهود است چرا که تعداد پاساژ های برند یا مغازه پوشاک برند بسیار کم است.

تعارفی بودن: در اینجا به تعارفی بودن از دید معذب بودن یا حتی خود را به زحمت انداختن اشاره می کنیم. یکی از مواردی که هر ۴ نفر به آن اشاره کردند این بود که در یزد برای مهمان بسیار زیاد اهمیت قائل هستند که این می تواند بیانگر مهمان نوازی باشد اما معتقدند آنقدر این حد از تعارف زیاد است که واقعا برای میزبان سخت می شود بگونه ای که گاهی بخاطر تعارفات خود را به دردمس می اندازند. مصداق دیگر تعارفی بودن این است که افراد هر حرفی را نمی زنند و نکته جالب این بود که ۲ نفر که تجربه خوابگاه راداشتند اعلام کردند وقتی در خوابگاه دانشجویان شهر دیگر با فرهنگ دیگر را دیدند بیشتر این تعارفی بودن خودشان به چشم آمد.

کمال گرایی: کمال گرایی که به معنی خود را بی عیب و نقص جلوه دادن و به بهترین حالت ظاهر شدن می باشد. یکی از نمودهای کمال گرایی توجه بیش از حد والدین به درس خواندن فرزندان و ایجاد فضای رقابتی شدید بخاطر تاکید افراطی والدین در این حوزه است بطوریکه به گفته ۲ نفر از مصاحبه شوندهگان این کمال گرایی گاهی باعث ایجاد حس

می شود حال اینکه در فرهنگ فردا گرا به خود خصوصی توجه می کنند. اکثر این موارد در فرهنگ یزد نیز دیده می شد که در نهایت می توان چنین نتیجه گرفت که فرهنگ یزد نوعی فرهنگ جمع گرا می باشد.

بحث و نتیجه گیری

طبق یافته های ذکر شده در بحث قبل، می توان نتیجه گرفت که فرهنگ بر جنبه های مختلف شخصیت افراد تاثیر گذار است. البته نحوه ی تاثیر پذیری در افراد متفاوت می باشد. این پژوهش نشان داد که فرهنگ شهر یزد تاثیر نسبتا زیادی بر شخصیت افراد این شهر گذاشته است. از طریق تجزیه تحلیل داده ها با روش تحلیل محتوا ۴ تم که شامل: خانواده گرایی، کمال گرایی، تجمل گرایی و جمع گرایی بود به دست آمد. این ویژگی ها با درجاتی متفاوت در افراد گزارش شد، بنا به گفته تریاندیس (۱۹۹۱)، در فرهنگ های جمع گرا، مردم اغلب بر اساس نظرات دیگران عمل می کنند تا خواست شخصی فرد، که این موضوع بر اهمیت دیدگاه ها به عنوان هدایت کننده ی رفتار اجتماعی تاکید می کند.

با این توصیف می توان از یافته های پژوهش نتیجه گرفت که چگونه فرهنگ جمع گرایی می تواند ویژگی هایی چون خانواده گرایی، تجمل گرایی و کمال گرایی را موجب شود.

فهرست منابع

- تری-یاندیس، هری چارالامبوس (۱۳۹۱). فرهنگ و رفتار اجتماعی، برگردان نصرت فتی، نشر رسانش، تهران. خوروش، مهدی (۱۳۹۴). روانشناسی شخصیت، نشر سنا، اصفهان.
- جزایری، مهناز (۱۳۸۴). شخصیت پیشرفته: پژوهشی در زمینه تاثیر ساختار خانواده بر شخصیت نوجوانان تهرانی، نشر جهاد دانشگاهی، تهران.
- رایکمن، ریچارد (۱۳۹۶). نظریه های شخصیت، برگردان مهرداد فیروزبخت، نشر ارسباران، تهران. کوش، دنی (۱۳۸۱). مفهوم فرهنگ در علوم اجتماعی، برگردان فریدون وحید، نشر سروش، تهران.
- معینی، جهانگیر (۱۳۷۴). نظریه و فرهنگ، نشر مرکز مطالعات و تحقیقات فرهنگی، تهران. منادی، مرتضی (۱۳۹۶). جامعه شناسی آموزش و پرورش، نشر آوای نور، تهران. منادی، مرتضی (۱۳۸۶). درآمدی جامعه شناختی بر جامعه پذیری، نشر جیحون، تهران.

رقابتی شدید در فرزند می شود که افراد اشاره کردند این حس رقابت را حتی وقتی در دانشگاه وارد شدند نیز دارند. همچنین از طریق پرسش در مورد هدیه دادن در عروسی ۳ نفر اعلام کردند خانواده عروس و داماد هدیه سنگین مثل سرویس طلا می دهند و یکی هم اعلام نمود امروزه اقوام هدیه را بصورت نقدی و در قالب پول می دهند اما در قدیم بیشتر وسایل خانه هدیه می دادند. هر ۴ نفر به تشریفات زیاد در جهیزیه دادن اشاره کردند بدین صورت که جهیزیه خیلی زیاد و حتی گاهی بیش از توان معمول خانواده برای تهیه جهیزیه هزینه می کنند که همه می تواند به نوعی به کمال گرایی افراد برگردد. البته در قسمت جهیزیه دادن می توان به تجملاتی بودن نیز اشاره کرد که همین جهیزیه سنگین و بیش از حد دادن بیانگر افراط و تجمل گرایی است و از نگاهی دیگر و به گفته خود مصاحبه شوندگان بخاطر حفظ آبرو خانواده و خوب جلوه دادن اوضاع است.

هر ۴ نفر در صحبت های خود اشاره به زیاد بودن مراسم مذهبی غمگین در یزد داشتند. بگونه ای که حتی یکی از افراد از این همه مراسم غم در یزد اعلام ناراحتی کرد و معتقد بود در مراسم محرم و صفر شهر فلج می شود.

چرا که اکثر فروشندگان در مراسم محرم و صفر به عزاداری می روند و مغازه ها تعطیل می شود. همچنین هر ۴ نفر اذعان کردند مراسم مذهبی در محرم و صفر و حتی ایام فاطمیه در یزد بیش از حد پررنگ است و بهتر است به یک حد تعادل برسد که امروزه شاهد هستیم سعی بر این است در یزد به مراسم های مذهبی شاد مانند نیمه شعبان و ایام ولادت نیز توجه زیادی شود.

یکی دیگر از نکات جالب شیرینی های معروف یزد مانند قطاب و باقلا بود که به قول هر ۴ نفر همین عاملی شده که یزد مرکز دیابت معروف شود. البته این به دلیل عامل فرهنگی دیگری نیز می باشد که توجه وافر یزدی ها به نبات است چرا که در یزد نبات به عنوان چیز مهم و ارزشمندی است که در مهمانی ها اکثرا چایی نبات داده می شود حتی گاهی برای عیادت بیمار جعبه نبات می برند در واقع این از قدیم در فرهنگ مردم یزد وجود داشته است.

با توجه به تحلیل انجام شده و تم های بدست آمده از یزد بوسیله چند عامل می توان به جمع گرایی فرهنگ یزد رسید که از جمله موارد عبارتند از: توجه به خانواده هسته ای، اهمیت قائل شدن برای ارزش گروه، تغییر خود و توجه به خود جمعی. تری یاندیس (۱۳۹۱) معتقد است افراد جمع گرا بیشتر با اعضای خانواده (پدر، مادر و خواهر و برادر) و همسر خود ارتباط دارند در مقابل فردگراها بیشتر به رابطه با دوستان اهمیت می دهند. توجه به ارزش ها و اصول خانواده برای فرهنگ جمع گرا خیلی اولویت دارد و فرد بیشتر خود را تغییر می دهد تا با محیط سازگار شود که ما این را در فرهنگ یزد بسیار دیدیم که پابندی به ارزش های خانواده و رفتار کردن طبق اصول خانواده حتی اگر مطابق میل خود فرد نباشد زیاد است. در فرهنگ جمع گرا به خود جمعی توجه