

دنیای روان‌شناسی

تشریح علمی فرهنگی
تشریح زمستان ۹۸
شماره ۴۹
قیمت ۳ تومن
دنیای روان‌شناسی





- ۱ سخن سر دبیر
- ۲ مرا تنها نگذارید
- ۶ ازها-ها تا آها
- ۷ کاسه چه کنم چه کنم
- ۱۱ تحلیل روانشناختی داستان سمفونی مردگان
- ۱۳ این نوجوانی پردردسر
- ۱۶ انتخاب زیبا
- ۱۸ تحلیل کوتاه از فیلم بیا درباره کوین حرف بزنیم
- ۱۹ پلی به دنیای کودکان
- ۲۲ دوران کودکی

تمام مطالب این
شماره‌ی نشریه به جز سخن سردبیر
پیش از شیوع **کورونا** تدوین شده است



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

سر دبیر و مدیر مسئول: الیکا حاج علیان

ویراستار: زهرا احمدزاده

طراح و صفحه آرا: سیده معصومه میرحسینی

کارشناس نشریه: زهرا وزیری

چاپ و صحافی: چاپخانه دانشگاه الزهرا(س)

نشانی: تهران، میدان ونک، ده ونک، دانشگاه الزهرا(س)

روابط عمومی: ۰۹۰۲۲۵۱۲۳۸۳

سختن سردایر

تا امروز هیچ چیز مانند کرونا یادمان نیاورد که چقدر دست دادن هایمان و در آغوش کشیدن هایمان می تواند آرام بخش دل هایمان باشد. حتی فکرش را نمی کردیم که دلتنگ روزهای رفتن به مدرسه، دانشگاه یا حتی سرکار شویم... یک روزی از تمام این ها گله داشتیم و هر صبح که برای بیرون رفتن از خانه بیدار می شدیم، سیل الفاظ منفی بود که روانه روزها و کارهایمان می کردیم؛ اما از زمانی که کرونا آمد، یادمان داد چقدر می توانیم دلتنگ همین فعالیت ها باشیم. حالا امروز آرزو می کنیم تنها یک ثانیه به گذشته بازگردیم و ساعت ۶ صبح باز هم از خانه بیرون بزنیم. در سست از وقتی که کرونا آمد، یادمان آمد چقدر یکدیگر را دوست داریم و چقدر برای ندیدن هم، دلتنگ می شویم. کرونا بالاخره یک روز می رود اما امید است که دوست داشتن را فراموش نکنیم، صداقت را تا همیشه رعایت کنیم و دل های یکدیگر را به راحتی نشکنیم... شاید اگر کرونایی نمی آمد هرگز متوجه نمی شدیم که چقدر ممکن است دلمان حتی برای مسیّر رفت و آمد به محل کارمان تنگ شود. کرونا که رفت، همدیگر را در آغوش کشید و دیگر هرگز و هرگز دل های همدیگر را نشکنید؛ که ندیدن ها و نداشتن ها خبر نمی کنند... یکدیگر را دوست بداریم پیش از آن که چنین تلنگرهایی غم ندیدن ها و نداشتن ها را یادمان آورد... پس بیاید یکدیگر را بی پروا دوست بداریم و درخت محبت را در دل های هم بکاریم، پیش از آن که بخواهیم و نتوانیم...

الیکا حاج علیان

مراتنها نگذارید!



زهرا غفرانی

اضطراب جدایی، نخستین بار در سالهای پیش دبستانی دیده میشود. پس نکته ی مهمی که باید به یاد بسپاریم این است که اضطراب جدایی چیزی طبیعی در نوزادان است ولی اختلال اضطراب جدایی یک اختلال روانی است که به رواندرمانی نیازمند است.

اضطراب جدایی مرضی از سنین پیش دبستانی بروز می کند و ممکن است سالیان دراز پا برجا بماند. چنین اضطرابی در هر موقعیتی که احتمال جدایی وجود دارد، شدیداً برانگیخته می شود و فرد را بر آن می دارد تا

از موقعیتهایی که مستلزم جدایی هستند، اجتناب کند (شعبی، ۱۳۹۲)

در اغلب موارد اختلال پس از یک رویداد تنیدگی زا مانند مرگ یکی از اعضای خانواده یا یک حیوان مأنوس خانگی، یک بیماری شخصی یا بیماری یکی از اعضای خانواده و تغییر محیط مانند تغییر مدرسه یا منزل، بروز کرده است نکته مهم: بالبی گزارش می کند که دل بستگی هایی توأم با اضطراب (برای مثال سطوح بالای اضطراب جدایی در سنین بعدی)، با سابقه جدایی های واقعی به ویژه قبل از سه سالگی همبسته اند. (شعبی، ۱۳۹۲)

معیارهای تشخیصی، علائم و نشانه های اختلال اضطراب جدایی
اختلال اضطراب جدایی به وسیله اضطراب مفرط، در زمان جدایی از اشخاصی که کودک به آنها دل بسته است مشخص شده است. معیارهای که انجمن روانپزشکی امریکا برای اختلال اضطراب جدایی مشخص میکند به ترتیب زیر است: (شعبی، ۱۳۹۲)

الف - اضطراب شدید و نامتناسب از نظر رشدی که دربرگیرنده جدایی از خانه یا افرادی است که فرد به آنها دل بستگی دارد و با ۹ مورد یا بیشتر از

موارد زیر نشان داده میشود: (شعبی، ۱۳۹۲)

۱. نگرانی شدید و دائمی در مورد از دست دادن یا احتمال وقوع آسیب در مورد نماد اصلی دل بستگی.

۲. نگرانی شدید و دائمی در این مورد که یک واقعه نامطلوب منجر به جدایی از یک نماد اصلی دل بستگی خواهد شد مثلاً گم شدن یا تصادف و مرگ.

اختلال اضطراب جدایی چیست؟

اختلال اضطراب جدایی با اضطراب ناشیست از رشد و توسعه بیش از حد در مورد جدایی از خانه یا از کسانی که فرد به آن ها وصل می شود مشخص می شود

(American Psychiatric Association, 1994, p.75 as cited in Choate, Pincus, Eyberg & Barlow, 2005)

اختلال اضطراب جدایی یکی از زیرشاخه های اختلالات اضطرابی است اختلال اضطراب جدایی، اختلالات روانی است که در آن فرد به دلیل جدا شدن از خانه یا از کسانی که به آنها دل بستگی و وابستگی عاطفی دارد دچار پریشانی، نگرانی و اضطراب شدید میشود. اختلال اضطراب جدایی نیز همانند دیگر اختلالات روانی، جنبه های گوناگون زندگی مانند عملکرد تحصیلی، شغلی، روابط میانفردی، خانوادگی و اجتماعی را با چالش روبهرو میکند. شاید کودکانی را دیده باشید که هیچ گاه از پدر و مادرشان دوری نمیکند. به سختی به مدرسه میروند و هر روز برای رفتن به مدرسه گریه میکنند. در اتاقی جداگانه از پدر و مادرشان نمیخوابند. چنین کودکانی هنگامی که از پدر و مادرشان یا از کسانی که به آنها دل بستگی دارند دور میشوند احساس ترس و نگرانی میکنند گریه میکنند یا دچار سردرد و تهوع میشوند. چنین کودکانی دچار اختلال اضطراب جدایی هستند. جالب است بدانید که این اختلال تنها در کودکان پدید نمیآید. بزرگسالان نیز ممکن است دچار اختلال اضطراب جدایی باشند.

تفاوت اختلال اضطراب جدایی و اضطراب جدایی

برخی از مردم گمان میکنند که اضطراب جدایی و اختلال اضطراب جدایی یک چیز است اما چنین نیست. اضطراب جدایی و اختلال اضطراب جدایی دو چیز متفاوت هستند. اضطراب جدایی یک مرحله ی رشد طبیعی است که در نوزادان سالم با دل بستگی از نوع امن روی میدهد. اضطراب جدایی بیشتر در ۱۲ تا ۱۸ ماهگی رخ میدهد اما اختلال

۳. ناراحتی شدید هنگامیکه جدایی از خانه یا نماد اصلی دلبستگی روی میدهد یا انتظار می‌رود.

۴. عدم تمایل دائمی یا خودداری از رفتن به مدرسه یا جای دیگر به علت ترس از جدایی.

۵. ترس شدید و دائمی یا عدم تمایل به تنها ماندن یا بدون نماد اصلی دلبستگی در خانه یا بدون بزرگترهای بااهمیت در محیط‌های دیگر.

۶. عدم تمایل دائمی یا خودداری از به خواب رفتن بدون نزدیک بودن یک نماد اصلی دلبستگی یا خوابیدن دور از خانه.

۷. کابوسهای شبانه مکرر در مورد موضوع جدایی.

۸. شکایات مکرر از علائم جسمی (مثل سردرد، دل‌درد، تهوع یا استفراغ) هنگامیکه جدایی از نماد اصلی دلبستگی روی میدهد یا انتظار می‌رود. (شعبی، ۱۳۹۲)

ب - مدت اختلال حداقل ۴ هفته است. (شعبی، ۱۳۹۲)

ج - شروع قبل از ۲۸ سالگی است. (شعبی، ۱۳۹۲)

د - اختلال باعث ناراحتی بالینی قابل توجه یا نقص در عملکرد اجتماعی، تحصیلی (شغلی) یا سایر زمینه‌های مهم عملکردی می‌شود. (شعبی، ۱۳۹۲)

پژوهش‌های متعددی نشان داده که اگر کودکان و نوجوانان دچار اختلال اضطراب جدایی چنانچه بموقع درمان نشوند تاثیرات منفی و آسیب‌زای معنی‌داری در زندگی‌شان به جا می‌ماند از جمله: (شعبی، ۱۳۹۲)

- غیبت‌های مکرر از مدرسه یا عدم توانایی در به پایان بردن مدرسه و نهایتاً ترک تحصیل.

- کاهش عزت نفس و اعتماد به نفس.

- سوء مصرف داروها و اعتیاد به الکل.

- مشکل در سازگاری با موقعیت‌های کاری.

- اختلال اضطراب در بزرگسالی.

با توجه به تاثیرات آسیب‌زای بسیار اختلالات اضطرابی، به ویژه اختلال اضطراب جدایی، تلاش برای تشخیص، جهت درمان به موقع ضروری می‌نماید. (شعبی، ۱۳۹۲، ص ۱۰)

دلایل بروز اختلال اضطراب جدایی

۱. ژنتیک: پاره‌ای از کودکان به طور ژنتیکی دارای خلق و خوی حساس‌تر و مضطرب‌تری هستند که آمادگی آنها را برای این مشکل زیادتر می‌کند. در ضمن زمینه ارثی چنین مشکلی در پدر، مادر یا اطرافیان نزدیک بر بروز آن تاثیرگذار است. (شعبی، ۱۳۹۲، ص ۱۳)

۲. روش‌های فرزندپروری: پیش از این و در توصیف این مشکل

درباره نقش والدین در بروز آن سخن گفتیم. در واقع والدین بسیار سهل‌گیر که به همه خواسته‌های کودک تن در می‌دهند و نیز والدین بسیار سختگیر هر دو احتمال بروز اختلال اضطراب را افزایش می‌دهند. (شعبی، ۱۳۹۲، ص ۱۳)

۳. ساختار خانواده: نبود کمی و کیفی والدین، یا حضور خانواده‌هایی که پیوستگی، حمایت، گرمی و صمیمیت در آنها کم است و خانواده‌قادر

نیست تعارض‌ها و تنش‌های احتمالی را به طور مناسبی حل کند در بروز بسیاری اختلالات از جمله این اختلال موثر شناخته شده‌اند.

(شعبی، ۱۳۹۲، ص ۱۳)

بعضی دیگر از ساخت‌های خانواده که در این زمینه مؤثر شناخته شده‌اند عبارتند از:

بزرگ شدن کودکان با افرادی که از حوصله و صبوری لازم در برخورد با بچه‌ها برخوردار نیستند. (شعبی، ۱۳۹۲، ص ۱۴)

- نبود یکی از والدین به دلیل طلاق، فوت یا کار زیاد.

(شعبی، ۱۳۹۲، ص ۱۴)

- بزرگ شدن در خانواده‌های پرجمعیت، محله‌های فقیر یا دارای سطح اقتصادی - اجتماعی پایین. البته باید در نظر داشت طبق اشارت قبلی قرار گرفتن در معرض استرس، بیماری یا فوت یکی از اطرافیان نزدیک و مهم برای کودک یا نوجوان، تغییرات مهم در زندگی مثل تغییر مدرسه، محل زندگی یا بیماری خود کودک عواملی هستند که به تشدید این مشکل دامن می‌زنند. (شعبی، ۱۳۹۲، ص ۱۴)

چگونه به کودکان احساس امنیت دهیم؟

- اوقات مفیدی را با کودکان سپری کنید. (شعبی، ۱۳۹۲، ص ۱۴)

- در حد امکان جدایی‌ها را به حداقل برسانید. (شعبی، ۱۳۹۲، ص ۱۴)

- به کودکان در برقراری ارتباط امن با دیگران فرصت دهید.

(شعبی، ۱۳۹۲، ص ۱۵)

- در هنگام اضطراب و نگرانی کودک مراقب باشید که شما نگران و مضطرب نشوید. کودک شما به والدین آرام، مطمئن و قوی نیاز دارد. او را در آغوش بگیرید و به او احساس امنیت و آرامش بدهد.

(شعبی، ۱۳۹۲، ص ۱۶)

- هنگام ترک کودک از او خداحافظی کنید تا کودک بداند که شما

می‌روید. جملاتی مثل فعلاً خداحافظ و یا من دوباره بر می‌گردم به

کودک می‌آموزد که شما می‌روید ولی بر می‌گردید و جدایی زود به

اتمام می‌رسد. (شعبی، ۱۳۹۲، ص ۱۷)

مدرسه‌هراسی یا ترس از مدرسه

روانشناسان معتقدند ترس یک حالت هیجانی است نسبت به خطر یا

یک محرک مضر که شخص از آن آگاه است. عامل ترس می‌تواند یک

شیء باشد، یک انسان یا مسئله و موقعیت مشخص... ترس غیر منطقی

از مدرسه school phobia به معنی امتناع از مدرسه رفتن است

و یکی از نشانه‌های اضطراب جدایی از والدین، خانه، خانواده یا

شرایطی است که به آن دلبسته و وابسته شده‌ایم. (شعبی، ۱۳۹۲، ص ۳۱)

امتناع از مدرسه رفتن در هر سنی دیده می‌شود، اما معمولاً در ابتدای

هر مقطع به صورت واضح‌تر و عینی‌تری خود را نشان می‌دهد. تقریباً

این مسئله در بین پسرها و دخترها در سنین آغاز مدرسه به طور

یکسان دیده می‌شود، اما در سطوح بالاتر با اندکی تفاوت از یکدیگر

سبقت می‌گیرند. در خانواده‌هایی که بچه‌ها با فاصله‌های زیاد از

یکدیگر متولد می‌شوند شایع‌تر بوده و همانطور که گفته شد شایع

ترین دلیل ترس از مدرسه در بین کودکان و در بدو ورود به مدرسه

ناشی از اضطراب جدایی از والدین به خصوص مادر است

(شعبی، ۱۳۹۲، ص ۳۱)

درمان اختلال اضطراب جدایی

فرایند درمان هم برای کودکان و هم برای مادر او توصیه می شود و بهتر است که با درمانگران متفاوتی صورت پذیرد. در درمان انفرادی کودک به تدریج موضوعات مربوط به جدایی، شناسایی و حل و فصل می شوند. مستحکم ترین روشهای درمانی را طرح های رفتاری و شناختی- رفتاری تشکیل می دهند که هدفشان کمک به کودک برای کاستن از اضطراب و آموزش به والدین درباره نحوه ی افزایش رفتارهای سالم تر به کودک است.

در فرایند درمان منبع اضطراب شناسایی می شود و به کودکان آموزش داده می شود که احساسات اضطراب انگیز خود را رها کنند (برای مثال، با استفاده از روش آرام سازی عضلانی یا الگو دهی و سرمشق دهی پاسخ های سالمتر در کودکان). همگام با آن، والدین می آموزند چارچوبهای خاصی را برای تقویت رفتارهای سالم تر در کودک وضع نمایند. در نهایت، برنامه درمانی باید با کارکنان مدرسه هماهنگ شود. هم چنین ممکن است کار با خانواده به منزله یک کلیت به آنها کمک کند تا متوجه شوند که چگونه خانواده اضطراب جدایی را در کودک تقویت می کند و چگونه چنین تعاملی را می توان بهبود بخشید. (شعبی، ۱۳۹۲)

درمان های غیر دارویی

درمان های غیر دارویی اولین انتخاب رویکردی است که برای اختلال اضطراب جدایی SAD و ترک تحصیل انجام می شود، که اثربخشی آن ها توسط آزمایشات کنترل شده پیشنهاد می شود. این درمان ها شامل مداخله روانشناختی، مداخلات روان درمانی (رفتار درمانی، درمان شناختی- رفتاری، خانواده درمانی و...) است. (Masi, Mucci, & Millepiedi, 2001)

مداخله روانشناختی

مداخله روحی و روانی با فرزندان و خانواده، از جمله توضیحی در مورد علائم، عواقب آن، کیفیت زندگی روزانه فرد، پیش آگهی و راهکارهای درمانی، ممکن است اولین گام در مدیریت اختلال اضطراب جدایی باشد. این روش معمولاً مقدماتی برای یک اتحاد درمانی و انطباق خوب هر نوع درمانی است. هنگامی که کودک جوان است و شدت علائم آن خفیف تا متوسط است، آموزش هایی که شامل کمک به والدین در ترغیب کودکان به مواجهه با شرایط جدید، خودداری از انتقاد بیش از حد و همچنین کمک به کودکان در انجام فعالیت ها با وجود اضطراب ممکن است کافی باشد. همکاری با پرسنل مدرسه در صورت وجود مشکلات در عملکرد یا حضور در مدرسه ضروری است. پس از آمادگی کودک برای بازگشت به مدرسه، آماده سازی دقیق برای به حداقل رساندن مشکلات احتمالی لازم است. (Masi et al., 2001)

مداخلات روان درمانی

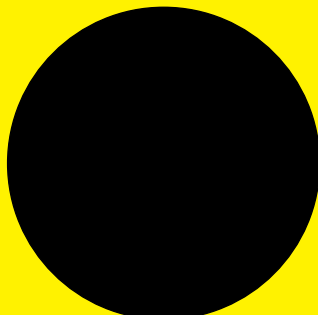
وقتی این تلاش ها موثر نباشند، رویکرد ساختاری بیشتری لازم است، امتناع از مدرسه زمینه ای است که بیشتر مطالعات در آن انجام شده است. (Masi et al., 2001)

۱. رفتار درمانی:

رویکردهای رفتاری بدون توجه به دلایل و درگیری های درون روانی بر رفتار آشکار کودک متمرکز است. آن ها اصولاً مواجهه محور هستند، با تکنیک های مختلفی چون حساسیت زدایی، تصویرسازی برانگیزنده یا کنترل وابستگی. در بزرگترین مطالعه تطبیقی، بلاگ و یول (blagg and yule) رویکرد درمان رفتاری را برای ۳۰ کودک که امتناع از مدرسه داشتند، عمدتاً با حضور در مدرسه اجباری به کار گرفتند، در حالی که دو گروه دیگر در بیمارستان بستری یا روان درمانی شخصی همراه با آموزش خانه دریافت کردند. بعد از گذشت یک سال ۸۳٪ کودکانی که تحت درمان های رفتاری قرار گرفته اند در مدرسه شرکت کردند، در مقایسه با ۱۳٪ از کودکان بستری و ۰٪ از کودکان در روان درمانی. عدم تصادفی بودن، تفسیر این داده ها را محدود می کند. (Masi et al., 2001)

۲. درمان شناختی- رفتاری:

مطالعات کنترل شده اثربخشی درمان شناختی- رفتاری را در کودکان دارای اختلال اضطراب، و به طور خاص در اختلال اضطراب جدایی و هراس از مدرسه و حمایت از این روش به عنوان بهترین درمان اثبات شده نشان داده است. درمان شناختی- رفتاری، رویکرد رفتاری را با درمان شناختی ترکیب می کند، بر اساس این تئوری که شناخت معیوب ممکن است تعیین کننده اصلی اضطراب باشد. شناسایی این افکار منفی و جایگزینی آن ها اظهارات مقابله ای سازگاران تر همسو (برابر) با یک برنامه ی عمل برای توجه به مواجهه با موقعیت هاست. قرارداد رفتاری مانند پاداش های کوچک، ممکن است برای افزایش انطباق با درمان استفاده شود. سبک مقابله به ویژه در کودکان مضطرب قابل تغییر است و می تواند بر پیش آگهی بلند مدت تاثیر بگذارد. درگیری والدین در درمان های شناختی- رفتاری اثبات شده است که تاثیر درمان را بر استراتژی های مقابله می گذارد. (Masi et al., 2001)





است. پیگیری یک سال بعد، اختلافات در دو گروه را نشان نداد. به نظر می رسد این داده ها حاکی از آن است که یک رویکرد شناختی-ساختاری بسیار ساختار یافته ممکن است بر مداخلات آموزشی و حمایتی سنتی برتر نباشد.

(Last et al. as cited in Masi, Mucci and Millepiedi, 2001)

۳. خانواده درمانی:

درمان خانوادگی گاهی توصیه می شود زیرا والدین گاهی ترس های خود درباره ی امنیت و استقلال فرزند خود را به او منتقل می کنند و ممکن است پیام های متناقضی درباره ی حضور در مدرسه، استقلال و جدایی ارائه دهند. اضطراب و نگرش والدین نسبت به جدایی ممکن است به روش های ضمنی یا صریح به کودک اطلاع داده شود. همه ی این ویژگی ها می تواند اهداف احتمالی درمان خانوادگی برای تقویت حوزه های سزاواری خانواده باشد برنشتاین و همکاران، الگوسوها بدکارکردی خانواده را در ۷۶ کودک مدرسه گریز توصیف کردند. تمرکز بر رابطه ی والد فرزند از دید هر والد بود. مشکلاتی در زمینه های عملکرد نقش و ارزش ها و هنجارها پیدا شد. به عنوان مثال، در بعضی موارد مادر و فرزند رابطه نزدیکی با محرومیت پدر داشتند شرکت کنندگان کودک در این مطالعه از نظر روانشناختی ناهمگن بودند، از جمله کسانی که دارای اختلالات افسردگی، اختلالات اضطرابی، اضطراب و افسردگی همراه و اختلال رفتار مخرب بودند. خانواده ی فرزندی که از مدرسه اجتناب می کنند و اختلال اضطرابی خالص دارند نسبت به خانواده های کودکان با همبودی افسردگی و فراتر از آن، اختلال رفتار مخرب بد کارکرد تر هستند. به عبارت دیگر، اختلال عملکرد خانوادگی ممکن است بیش از آنکه به اختلال اضطراب جدایی و هراس از مدرسه مربوط باشد به تظاهرات رفتاری تشخیص کودک مربوط باشد. (Masi et al., 2001)

فهرست منابع:

شعبی، فاطمه. (۱۳۹۲). اضطراب جدایی. برگرفته از

www.karnil.com

هوو، پیترو. (۱۳۷۵)، مبانی روانپزشکی کودک. ترجمه نصرت ا... پورافکاری.

تبریز. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

Choate, M. L., Pincus, D. B., Eyberg, S. M., & Barlow, D. H. (2005). Parent-Child Interaction therapy for treatment of separation anxiety disorder in young children: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(1), 126–135.

[https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(05\)80047-1](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(05)80047-1)

Masi, G., Mucci, M., & Millepiedi, S. (2001). Separation Anxiety Disorder in Children and Adolescents. *CNS Drugs*, 15(2), 93–104.

کندال Kendall درمان شناختی-رفتاری ۱۶ هفته ای و درمان کنترل لیست انتظار ۸ هفته ای را در ۴۷ کودک مبتلا به اختلال اضطراب مقایسه کرد. کودکان تحت درمان، بهبود معناداری از اضطراب و علائم افسردگی را در پایان درمان نشان دادند. علاوه بر این، در پیگیری های یک ساله، آن ها احتمال ابتلا به اختلال اضطراب کمتری داشتند. (Kendall as cited in Masi, Mucci and Millepiedi, 2001)

۳۴ کودک که امتناع از مدرسه داشتند (۵ تا ۱۵ سال) به طور تصادفی به درمان شناختی-رفتاری یا لیست انتظار منتقل شدند. درمان شامل درمان شناختی-رفتاری فردی و آموزش والدین/ معلم در مدیریت کودک بود. کودکان تحت درمان در حضور در مدرسه و نیز گزارشات خود در مورد ترس، اضطراب، افسردگی و مقابله با خود نشان دادند که در پیگیری ۳ ماهه تایید شد. (King et al. as cited in Masi, Mucci and Millepiedi, 2001)

Mendlowitz و همکاران با مقایسه ۳ شرایط درمانی ۱۲ هفته ای از درمان شناختی-رفتاری، نقش دخالت والدین را ارزیابی کردند: مداخله والدین و فرزند، مداخله کودکان و مداخله تنها والدین. اگرچه هر ۳ شرایط علائم اضطراب و افسردگی و راهبردهای مقابله ای را بهبود بخشید، اما کودکان در مداخله ترکیبی کودک و والدین از راهکارهای مقابله ای فعال تر استفاده می کردند، و والدین آن ها در مقایسه با دو گروه دیگر، پیشرفت بیشتری در بهزیستی فرزندان خود گزارش دادند. با توجه به این یافته ها، مشارکت والدین در برنامه درمانی اثر درمان را تقویت می کند. (Mendlowitz et al. as cited in Masi, Mucci and Millepiedi, 2001)

در یک مطالعه اخیر، last و همکاران به طور تصادفی ۵۶ کودک را به یک درمان شناختی-رفتاری ۱۲ هفته ای یا درمان پشتیبانی آموزشی اختصاص دادند (ترکیبی از ارائه حرفه ای و حمایت از روان درمانی، بدون دستورالعمل برای بازگشت به مدرسه). برخلاف انتظار، دو درمان در بازگشت کودکان به مدرسه به همان اندازه موثر بود (حدود ۶۰ درصد از کودکان پس از ۱۲ هفته درمان در مدرسه شرکت کردند) علاوه بر این، میزان ترک تحصیل بالاتر در گروه شناختی-رفتاری (۱۶ درصد) یافت شده است، احتمالاً به این دلیل که دستورالعمل های مستقیم برای بازگشت به مدرسه سطح اضطراب را افزایش داده

از (ها-ها)



مائه دهقانی

تا (آها)

کارلینز (۱۹۶۷) به شباهت بین بذله گویی و خلاقیت اشاره میکند، زیرا هر دو به هوشمندی نیاز دارند. خلاقیت و شوخ طبعی هر دو فرایندهای شناختی و اجتماعی یکسانی را طی میکنند.

در دیدگاه شناختی، فرایند درک طنز شبیه به تمرین مهارت خلاقیت است. در دیگه عاطفی، شوخ طبعی افراد را آسوده و خوشحال میسازد. و همچنین باعث ایجاد فضایی میشود که به مردم کمک میکند که راه بازگشت به خلاق بودن را پیدا کنند.

تحقیقی توسط چن و همکاران درباره تاثیر شوخ طبعی بر خلاقیت انجام گرفت. در این تحقیق آنها یکی برنامه آموزشی شوخ طبعی را ترتیب دادند. این دوره آموزشی شوخ طبعی علاوه بر افزایش درک و فهم شوخی به طور کلی عملکرد خلاقانه را افزایش داد. نتایج این برنامه آموزشی نشان داد که تجربیات موثر شوخ طبعی، در عملکرد خلاقانه موثر اند. (کمک کننده اند). به عبارتی دیگر شوخی موثر به مردم برای خلاق شدن کمک میکند.

آزمایشی در سال ۱۹۷۰ توسط تریدول انجام شد که از شرکت کنندگان خواسته شد تا یک عنوان برای یک کارتون انتخاب کنند و پس از آن خنده دار ترین عنوان ها با توجه به رای داوران و تست های خلاقیت به هم مرتبط بودند.

زیونشان داد که فضای خنده آور عملکرد تفکر واگرا را تسهیل میکند. به دانش آموزان دبیرستانی گروه آزمایش تعدادی فیلم خنده دار داده شد و سپس آنها تست تفکر خلاقانه تورانس گرفته شد. نمره های تست تفکر خلاقانه به طور معناداری در دانش آموزان گروه آزمایش بالاتر بود.

گروچو مارکس یکی از کمدین های مشهور آمریکایی میگوید دلچسپ مانند قرص آسپرین عمل میکند ولی تاثیرش دو برابر بیشتر است. آبراهام مازلو، روانشناس و نظریه پرداز معروف آمریکایی، یکی از مراحل خود شکوفایی انسان را شوخ طبعی مینامد. دیکسون (۱۹۸۰) و مارتین ولفکورت (۱۹۸۳) معتقدند که شوخ طبعی به عنوان راهبرد و مقابله ای جهت سازگاری با استرس به کار می رود. لایوت و همکاران (۱۹۹۰) در تحقیقی آزمایشگاهی به بررسی نقش شوخ طبعی و خنده و تأثیر آن بر وضعیت ایمنوگلوبین بدن پرداخته اند. نتایج نشان داد صرف نظر از میزان خنده ابراز شده، حرکات خنده آور شوخ طبعی گونه، سیستم ایمنی بدن را بهبود می بخشد. چندین سال هست که دانشمندان و نظریه پردازان به تاثیر شوخ طبعی بر سلامت جسمی و روانی افراد پرداخته اند. طبق تحقیقات جدی بین شوخ طبعی و خلاقیت همبستگی وجود دارد. شوخ طبعی مدت هاست که به عنوان کاتالیزوری برای خلاقیت به شمار می آید. نظریه پردازان شوخ طبعی را به عنوان یک سوخت برای تفکر خلاق در نظر گرفتند. ارتباط مثبتی بین حس شوخ طبعی و خلاقیت ثبت شده است. در ابتدا به بررسی معنای شوخ طبعی میپردازیم.

Humor در کلمه لاتین humorem

ریشه دارد که به معنی مایع یا سیال است. در فیزیولوژی همچنان به همین معنا به کار می رود و به مایعات بدن اشاره دارد. بقراط، حکیم بزرگ یونانی، اعتقاد داشت که سلامت به تعادل مناسب چهار مایع یا humors در بدن وابسته است که دم (خون)، بلغم، صفرا، و سودا نامیده می شوند. بعدها جالینوس، حکیم بزرگ یونانی، این ایده را مطرح کرد که این ۴ مایع و توازن بین آنها منجر به کیفیت روانشناختی مختلف در انسان ها می شوند. به طوریکه افزایش بیش از حد هر یک از این مایعات، منجر به نوع خاصی از مشرب یا شخصیت در انسان می شود.

تا دهه آخر قرن نوزدهم همچنان Humor به معنای امروزی بررسی نمیشد تا اینکه از آن زمان به بعد humorist مفهوم مدرن خود را بدست آورد humorist شخصی است که محصولی به نام شوخ طبعی humor تولید میکند.

گالری

چه کنم چه کنم



پروانه کرمی

بررسی ابهام و بلاتکلیفی در روانشناسی

زندگی روزمره ما پر از لحظاتی است که مسائل مختلف برایمان مبهم بوده و تکلیف خود را نمی دانسته ایم . حتما شما هم در اطرافیانمان کسانی را سراغ دارید که دائم از شما میپرسند نظر تو چیست؟ به نظرت این کار را انجام بدهم؟ حالا تو میگی چکار کنم؟ این افراد در واقع به راهنمایی برای درک درست شرایط نمیخواهند. آنها میخواهند شما یک دکمه به آنها نشان دهید که با فشار دادن آن مشکل صد در صد حل شود. خبر بد برای کسانی که دنبال چنین چیزی هستند، هیچ تصمیمی صد در صد درست و بی نقص نیست . شما باید به ذهنتان اجازه دهید تا شرایط را تحلیل کند و بعد از آن تصمیمی که متناسب با شرایط شماست بگیرد. در این میان اشکالی ندارد اگر کمی احساس سر در گمی یا ابهام داشته باشید . از بلاتکلیف بودن نگران نباشید ، همه افرادی که تصمیم گیری خوبی در زندگی داشته اند با این احساس آشنا هستند. مبینید، فقط شما نیستید که ممکن است بلاتکلیفی را تجربه کرده باشید این احساس در همه افراد وجود دارد و یک خبر بد دیگر اینکه تجربه این احساس در آینده باز هم برای شما اتفاق میافتد. آنرا به عنوان بخش جدایی ناپذیر زندگی تان بپذیرید(البته در کنار تمام احساسات منفی همراه آن!)

ابهام و بلاتکلیفی دقیقا چه هستند؟

به طور کلی افراد با سطح پایین تحمل ابهام ، در پاسخ به شرایط مبهم احساس آزاردهنده دارند زیرا کمبود اطلاعات دسترسی به احتمالات و تصمیم گیری را دشوار میکند. (Furnham & Marks, 2013)

بلاتکلیفی یا عدم قطعیت میزانی که افراد در مواجهه با شرایط مبهم احساس تهدید میکنند و باور ها و سازمان هایی در ذهن خود ایجاد میکنند تا از این ها اجتناب کنند نیز تعریف شده است (Hofstede, 1984, p.419 as cited in Furnham & Marks, 2013)

فقدان اطلاعاتی است که برای السبرگ(۱۹۶۱) بیان کرده ابهام فهمیدن یا درک شرایط و مشخص کردن خروجی های احتمالی ضروری میباشد.

بلاتکلیفی یا ابهام صرفا حالات منفی نیستند که باعث اضطراب و نگرانی شما شوند. آنها فواید مثبتی هم دارند؛ ما ترجیح میدهیم زمانی که خواندن یک کتاب یا تماشای یک فیلم را آغاز میکنیم از بخش های بعدی آن خبر نداشته باشیم. در چنین حالتی ابهام باعث افزایش هیجان در فرد میشود که میتواند ما را مشتاق به ادامه یک کار کند. یک نمونه از فواید ابهام مورد استفاده کارگردان های فیلم ترسناک است! اگر تجربه دیدن اینگونه فیلم هارا داشته باشید میدانید در سکانس های حساس فیلم ندانستن اینکه قرار است چه اتفاقی بیافتد (مثلا اینکه دختر شخصیت اصلی میتواند از دست قاتل سریالی فرار کند یا نه؟!) بیشتر شما را میترساند تا زمانی که به شما صحنه یک قتل بدون هیچ مقدمه یا انتظاری نمایش داده شود. در واقع ترس شما از بی خبری شما نشئت گرفته.

میزان تحمل ابهام شیوه ایست که یک شخص یا گروه اطلاعات مربوط به شرایط مبهم را درمواجهه با نشانه های نا آشنا ، پیچیده و ناهمخوان یا ضدونقیض ، ادراک و پردازش میکند. (Furnham and Ribchester, 1995 as cited in Dewaele , Shan Ip, 2013)

چه شرایطی را مبهم مینامیم؟

شرایطی که جدید، پیچیده، حل نشدنی و یا غیر قابل پیش بینی باشد که با مجموعه از واکنش های شناختی، هیجانی و رفتاری همراه است.

(Bhushan & Amal, 1986; Budner, 1962; McLain, 1993; Myers et al., 1997 as cited in Grenier, 2005)

واکنش شناختی پاسخ هایی را در بر میگیرد که نمایانگر گرایش افراد به ادراک شرایط مبهم به طور انعطاف ناپذیری به شکل سیاه و سفید میباشد. واکنش هیجانی دشواری، ناراحتی، ناخوشایندی، خشم و اضطراب در پاسخ به این شرایط است و در نهایت واکنش رفتاری به پاسخ هایی مربوط میشود که بیانگر رد کردن یا اجتناب قرار گرفتن در

اینگونه شرایط هستند. (Bhushan & Amal, 1986 as cited in Grenier, 2005)

به سه شکل میتوان شرایط مبهم را تعریف کرد: (۱) شرایط کاملا تازه و جدید بدون هیچ نشانه آشنا (۲) شرایط یا موقعیت بسیار پیچیده (۳) شرایطی با نشانه های ناهمخوان یا ضدو نقیض TA یک ویژگی شخصیتی است که نشان میدهد فرد یک موقعیت مبهم را به چه اندازه تهدید آمیز یا مطلوب ارزیابی میکند. (Budner, 1962 as cited

in Cooper, McCrea & Backhaus, 2005)

در بعضی موارد ماندن طولانی در یک وضعیت بلاتکلیف نمیتواند چندان به سود شما تمام شود. به طور مثال اگر منبع امتحانی یک استاد مشخص نباشد در ابتدا شما ممکن است احساس اضطراب کنید. این احساس اضطراب میتواند به شما در یافتن راه حل کمک کند اما تصور کنید که این احساس بلاتکلیفی و اضطراب را تا روز قبل از آزمون همراه خود داشته باشید. نه تنها به شما کمکی نشده است بلکه حالتان دائم بد تر هم میشود. بهتر است که در مورد مسائلی که برایتان اهمیت دارند مدت طولانی بلاتکلیف نمانید. رفع ابهام و خارج شدن از وضعیت بلاتکلیفی مستلزم تلاش و زمان میباشد. انتظار نداشته باشید که بلاتکلیفی شما یک شبه حل شود. این فرایند زمان بر است!

میتوان مشخصات TA را در دو دسته اولیه و ثانویه طبقه بندی میکند (Bochner, 1965 as cited in Furnham & Ribchester, 1995)

خصوصیات نوع اول شامل تفکر دو مقوله ای انعطاف ناپذیر در مورد طبقات ثابت که نشان دهنده نیاز به دسته بندی میباشد، نیاز به قطعیت و اجتناب از ابهام، ناتوانی در در نظر گرفتن ویژگی های مثبت و منفی در یک موضوع مانند صفات خوب و بد در یک شخص، نگرش انعطاف ناپذیر سفید و سیاه، ترجیح دادن امور آشنا به امور جدید و نا آشنا، عدم پذیرش مسائل متفاوت و غیرمعمول، مقاومت در برابر تغییر و بی ثباتی در ظاهر یک متغیر، انتخاب سریع است. خصوصیات (تمایل به تمرکز قدرت در دست یک نفر) نوع دوم: استبداد طلبی، انعطاف ناپذیری، ذهن بسته، تعصب نژادی، عدم خلاقیت، اضطراب، تعصب بیش از حد و سلطه جویی میباشد. بنابر این برای بعضی از افراد TA یک نوع پردازش شناختی و شیوه ادراک مورد علاقه برای افراد قطعیت طلب و برای بعضی یک صفت شخصیتی میباشد.

مقایسه عدم تحمل ابهام و عدم تحمل بلاتکلیفی

شباهت ها:

هر دو شامل پردازش های شناختی میشوند که متأثر از شرایط محیطی است و در هر دو مدل اشخاص در پاسخ به تهدید ادراک شده پاسخ های شناختی، هیجانی و رفتاری از خود نشان میدهند.

(Bhushan & Amal, 1986; Freeston et al., 1994; Ladouceur et al., 1995 as cited in Grenier, 2005)

بنابر این در هر دو مورد شخص در مواجهه با شرایط تهدید آمیز اضطراب و ناراحتی از خود بروز میدهند (Grenier, 2005).

تفاوت ها:

یک حالت است که به شرایط کنونی اشاره دارد. افراد دارای سطح بالای IA در تحمل شرایط (اینجا و اکنون) که مشخصات شرایط مبهم را دارد ناتوان هستند. در حقیقت این افراد شرایط مبهم کنونی را به عنوان یک منبع تهدید ادراک میکنند در حالی که IU به شرایط غیر قابل پیش بینی در آینده اشاره دارد. چون آینده با مشخصات غیر قابل پیش بینی همراه این افراد آینده را به عنوان یک منبع تهدید ارزیابی میکنند. آنها حتی واکنش هایی با احتمال وقوع کم را غیر قابل پذیرش و ناراحت کننده میدانند.

(Dugas, 2001 as cited in Grenier, 2005)

IU یک حالت هیجانی در چارچوب زمانی متمایل به آینده است (Dugas, 2005 as cited in Grenier, 2005)

که به معنای نگرانی در مورد وقایع مربوط به آینده میباشد.

بیشتر در پژوهش هایی مورد استفاده قرار گرفته که مرتبط با IU با اختلالات اضطرابی بوده در حالی که IA به ندرت در تحقیقات مرتبط با اختلالات اضطرابی همچون GAD و اختلالات خلقی همراه شده.

(Andersen & Schwartz, 1992; Myers et al., 1997 as cited in Grenier, 2005)

به این دلیل بیشتر در تحقیقات مرتبط با GAD از مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی استفاده شده که در آن بیشتر مواقع افراد انتظار پیامدهای منفی در آینده را دارند. (Grenier, 2005)

در نتیجه میتوان اینطور نتیجه گرفت که IA بیشتر در زمینه شناختی و آزمایشی استفاده میشود و IU در زمینه بالینی (Furnham & Marks, 2013) گروهن (1989, 1993) بیان کرد که ابهام (ambiguity) ویژگی یک محرک میباشد اما بلاتکلیفی یا عدم قطعیت (uncertainty) حالت هیجانی برانگیخته شده توسط آن محرک میباشد.

(Furnham & Marks, 2013)

ابهام و بلاتکلیفی یا عدم قطعیت هم معنا نیستند. اجتناب از قطعیت و عدم تحمل ابهام به احتمال زیاد ارتباط قوی با هم دارند اما عدم قطعیت گسترده تر از ابهام است (Furnham & Ribchester, 1995)

در پژوهشی رابطه عدم تحمل بلاتکلیفی و ابهام را با گشودگی نسبت به تجربیات جدید مقایسه کرده اند

(Bardi, Guerra & Ramdeny, 2009)

گشودگی همان تمایل به تجربه موقعیت های جدید و چالش برانگیز می باشد. (Budner, 1962, p.39 as cited in Bardi, Guerra & Ramdeny, 2009)

افرادی که سطح بالایی از گشودگی دارند به دنبال تنوع هستند، آنها ممکن است گرایش داشته باشند تا فعالانه در جستجوی امور نا آشنا باشند و از چالش و تغییر استقبال میکنند. (McCrae & Costa, 1985 as cited in Bardi, Guerra & Ramdeny, 2009)

در مقابل افراد با سطح پایین تری از گشودگی بیشتر محافظه کارند و امور آشنا و مانوس را ترجیح میدهند. (Bardi, Guerra & Ramdeny, 2009)

شروع تغییراتی در زندگی که همراه با تازگی و مسائل نا آشنا و جدید است میتواند برای افراد با سطح بالای گشودگی نسبت به تجربیات اینگونه افراد در چنین شرایط سطح بالایی از بهزیستی را تجربه میکنند (Bardi, Guerra & Ramdeny, 2009)

شروع یک تغییر در زندگی پدیده جدیدی برای فرد میباشد و جزء شرایط مبهم به شمار میرود چراکه برای فرد کاملا واضح نیست و نمیداند که دقیقا چگونه باید رفتار کند. بنابر این برای افرادی با سطح بالایی از عدم تحمل ابهام دشوار است و بهزیستی کمتری به همراه دارد (Bardi, Guerra & Ramdeny, 2009)

به علاوه تحقیقات بسیاری بیان کرده اند که میزان عدم تحمل ابهام IA با دشواری در کنترل تغییرات و از عهده بر آمدن آن ارتباط دارد (e.g., Judge, Thoresen, Pucik, & Wellbourne, 1999; Rush, Schoel, & Barnard, 1995 as cited in Bardi, Guerra & Ramdeny, 2009)

تفاوت های فردی در ارزیابی شرایط مبهم زمانی که افراد در یک موقعیت استرس زا قرار میگردند تمایل دارند تا آن موقعیت را به شکل یک چالش یا تهدید ارزیابی کنند. (Lazarus & Folkman, 1984 as cited in Bardi, Guerra & Ramdeny, 2009)

ارزیابی کردن موقعیت به عنوان شرایط تهدید آمیز منجر به کاهش اعتماد به نفس و توانایی فرد در کنترل شرایط میشود و فرد ممکن است تصور کند که این شرایط به او آسیب خواهد زد اما برعکس ارزیابی شرایط به عنوان چالش منجر به افزایش اعتماد به نفس در کنترل شرایط میگردد و باعث میشود تا به موفقیت هایی که میتواند در آینده کسب کند بیاندهد (Bardi, Guerra & Ramdeny, 2009)

افراد زمانی میتوانند احساس کنند که قرار گرفتن در یک شرایط خاص در آنها احساس مثبت ایجاد میکند که این شرایط با ویژگی های شخصیتی آنها همخوان باشد

(Emmons, Diener, and Larsen, 1986 as cited in Bardi, Guerra & Ramdeny, 2009)

گشودگی و عدم تحمل ابهام هم زمانی میتوانند با بهزیستی مرتبط باشند که شرایط و موقعین های زندگی افراد همخوان با صفات

شخصیتی که مرتبط به این دو ویژگی است باشد

(Bardi, Guerra & Ramdeny, 2009)

رابطه بلاتکلیفی و احساس نگرانی و اختلالات اضطرابی

افراد در مواجهه با شرایط ابهام یا بلاتکلیفی احساس اضطراب میکنند و سطح اضطراب انگیزه شده آنها وابسته به میزان تحمل ابهام آنها است (Smock, 1955 as cited in Dewaele, Shan Ip, 2013)

افزایش تحمل ابهام منجر به کاهش اضطراب در فرد میشود. به بیان ساده تر هر چقدر راحت تر با شرایطی که برایتان مبهم است کنار بیایید اضطراب کمتری تجربه خواهید کرد در مقابل افرادی که نمیتوانند ابهام را تحمل کنند و باید همه چیز برایشان کاملا مشخص باشد تا آسوده خاطر باشند، اضطراب بیشتری تجربه میکنند. نگرانی یک پدیده شناختی است که با اتفاقات آینده که در مورد نتایج آنها عدم قطعیت (uncertainty) همراه است؛ حوادثی که منفی ارزیابی میشوند و با احساس اضطراب همراه اند. بلاتکلیفی یا عدم قطعیت یک معیار مهم در فهم ما از نگرانی است

(MacLeod, Williams, and Bekerian 1991, p.478, as cited in Dugas, Gusselin & Ladouceur, 2001)

با توجه به تعریف بلاتکلیفی افزایش میزان عدم تحمل بلاتکلیفی منجر به افزایش نگرانی میشود

(Ladouceur, Gosselin, & Dugas, 2000 as cited in Dugas, Gusselin & Ladouceur, 2001)

نگرانی بیش از اندازه و غیرقابل کنترل به عنوان ویژگی اصلی GAD در نظر گرفته میشود (Ladouceur, 2000) تحقیق انجام شده توسط دوگاس و همکاران (2001) نشان میدهد کمک کردن به افراد غیر بیمار (nonclinical) در تحمل بلاتکلیفی میتواند در جلوگیری از استرس GAD موثر باشد.

احساس بلاتکلیفی در مورد مسائل فوری و مهم که باعث

نگرانی شما شده اند

زمان هایی در زندگی وجود دارند که از چیزی مطمئن نیستیم، نمیدانیم باید چکار کنیم و احساس نگرانی میکینیم (مثلا زمانی که از خواهر یا برادر کوچک تر خود خبر ندارید و نمیتوانید با او تماس بگیرید). در چنین شرایطی چکار باید انجام بدهیم؟ افرادی که هوش هیجانی بالایی دارند سعی میکنند به نحوی اضطراب خود را در چنین شرایطی کنترل کنند. شما میتوانید از دوستان یا نزدیکانتان کمک بگیرید، شرایطی مشابه را به یاد بیاورید که بلاتکلیف و مضطرب بوده اید اما در نهایت اوضاع آنقدر ها هم که شما فکر میکردید بد نبوده یا از راهکار هایی استفاده کنید تا اضطراب خود را کاهش دهید مثلا سعی کنید آرامش خود را حفظ کنید و به این مسئله فکر نکنید که اضطراب بیش از حد مشکل شما را حل نخواهد کرد و... توانایی از عهده بر آمدن بلاتکلیفی یا عدم قطعیت به شکل عمیقی با هر رفتار

1. Bardi, A., Guerra, V.M., Ramdeny, G.S.D. (2009). Openness and ambiguity tolerance: Their differential relationships to well-being in the context of an academic life transition. *Personality and Individual Differences*, 47, 219-223. doi: 10.1016/j.paid.2009.03.003

2. Chumakova, M. A., & Kornilov, S. A. (2013). Individual differences in attitudes towards uncertainty: evidence for multiple latent profiles. *Psychology in Russia: State of the Art*, 6(4), 94-108.

3. Cooper, E., McCrea, E., & Backhaus, K. (2005). Backwoods Brewing Company: Learning to Tolerate Ambiguity. *Organization Management Journal*, 2(1), 32-43.

4. Dewaele, J.-M., & Tsui Shan Ip (2013). The link between Foreign Language -Classroom Anxiety, Second Language Tolerance of Ambiguity and self-rated English proficiency among Chinese learners. *Studies in Second Language Learning and Teaching* 3(1), 47-66

5. Dugas MJ, Gosselin P, Ladouceur R. Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cogn Ther Res* 2001; 25: 551-8.

6. Furnham, A., & Ribchester, T. 1995. Tolerance of ambiguity: A review of the concept, its measurement and applications. *Current Psychology*, 14(3): 179-199.

7. Furnham, A., Marks, J. (2013). Tolerance of Ambiguity: A Review of the Recent Literature. *Psychology*, 4, 717-728. doi: 10.4236/psych.2013.49102

8. Grenier, S., Barrette, A.-M., Ladouceur, R. (2005). Intolerance of Uncertainty and Intolerance of Ambiguity: Similarities and differences. *Personality and Individual Differences*, 39, 593-600. doi: 10.1016/j.paid.2005.02.014

1. Ladouceur, R., Gosselin, P., & Dugas, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 933-941.

(Kornilova, 2011, 2013 as cited in Chumakova & Kornilov, 2013)

میزان تحمل ابهام در زندگی اجتماعی

TA یک مقوله مهم در ارزیابی پتانسیل کارمندان میباشد (Bauer and Truxillo, 2000 as cited in Cooper, McCrea & Backhaus, 2005)

به بیان دیگر میبایست برای مشاغلی که ممکن است افراد در آنها با شرایط ابهام آمیز مواجه شوند افرادی به کار گرفته شوند تا میزان تحمل ابهام در آنها بالا باشد و اضطراب بیش از حد آنها عملکردشان را مختل نکند.

در نهایت اینکه زندگی و تصمیمات ما هیچ وقت بی نقص و کامل نخواهند بود. بیایید رضایت بدهیم که ممکن است تصمیمات ما هم کامل نباشند و اشتباه از آب در بیاید، بیایید این خطر را قبول کنیم که ممکن است اشتباه کنیم، ممکن است در نتیجه یک تصمیم اشتباه آسیب ببینیم اما ما اشتباه میکنیم و یاد میگیریم. کسی که زمین نمیخورد کسی است که حرکتی نمیکند. از زمین خوردن نترسید! تصمیم بگیرید (حتی با وجود اینکه ممکن همه مسائل کاملا تحت کنترل شما نباشند) و حرکت کنید و تا زمانی که زمین نخوردید به احتمال زیاد فقط ایستاده اید. در جستجوی امنیت بودن برای پرهیز از خطر کردن، خطرناک ترین کاری است که میتوانید بکنید.

رابرت کیوساکی

تحلیل روانشناختی داستان سمفونی مردگان

که برادر دیگرشان را نیز کشته است، تصمیم به قتل آیدین می گیرد اما عذاب وجدان و سرما مانع او می شود. او که دچار روان گسیختگی شده، با مرور خاطراتش و ستم هایی که در حق برادران و مادر کرده به کلی ارتباط خود را با واقعیت از دست می دهد و بدون آن که از گام برداشتن خود آگاهی داشته باشد، به سمت شورابی که زیر برف فرورفته حرکت می کند و ناگهان در آب غرق می شود.

حضور جریان سیال ذهن و تک گویی ذهنی مرز بین زمان گذشته و حال را درهم آمیخته بدان ترتیب که رخداد وقایع به ترتیب روایت نمیشود. قصه روانشناختی نو که در ادبیات انگلستان قصه جریان سیال ذهن یا تک گفتار درونی خوانده میشود، در بین سال های ۱۹۱۵-۱۹۱۳ زاده شد. در این نوشته سعیمان بر آن بود تا تحلیل روانکاوی شخصیت آیدین را برایتان بنویسم و در شماره آینده نوبت به تحلیل روانکاوی شخصیت اورهان میرسد.

تحلیل روانکاوی آیدین عقدۀ ادیپ :

یونگ مبتکر واژه عقدۀ به معنای جدید آن است؛ او عقدۀ هارا خاطرات گذشته برای رشد مستقل از عواطف و البته ناهشیارانه تعریف نموده است. عقدۀ واکنشی عاطفی و اخلاقی به نوعی موقعیت است که شامل بار هیجانی عاطفی است. (موکی یلی، ۱۳۷۱، ص ۲۰)

فروید علت پدید آمدن آن را زمانی میدانست که تمایلات پیوسته ارضا نشده و پس زده شود و در ناخودآگاه انباشته شود. در این حالت میان من و ناخودآگاه کشمکش پدید می آید (امامی، ۱۳۷۷، ص ۱۳۷).

عقدۀ ادیپ گره ای در احساسات شدید است. اگر کودک نتواند از آن رهایی یابد در آینده در روانش کشاکشی رخ میدهد که منشا و سرچشمه اختلالات نفسانی و روان ژندی است (ستاری، ۱۳۷۷، ص ۲۲-۲۰).

آیدین از پدر خود متنفر است. او هرگز تمایل ندارد شیوه زندگی پدرش را در پیش گیرد، به همین دلیل پدر مدام سعی در مطیع ساختن او دارد. در آن سوی دیگر، مادرش آیدین را بیشتر از باقی پسرانش دوست دارد و به خواسته هایش احترام میگذارد و در مقابل پدر پناهگاه آیدین میشود. آیدین به دلیل مخالفت های مداوم پدر با کارهای او و ستم هایی که در حق مادر و خواهرش روا داشته بود، از پدر متنفر بود (محبوبه اظهاری، سهیلا صلاحی مقدم، ۱۳۹۱).

عقدۀ ادیپ کشاکشی شدید در روان آیدین پدید می آورد که شرط اساسی باز شدن این گره همانند سازی با پدر است. اما به علت وجود یک پدر خودکامه این همانند سازی که شرط اساسی حل شدن این گره است، غیر ممکن میشود (محبوبه اظهاری، سهیلا صلاحی مقدم، ۱۳۹۱).



عاطفه صبحی



لیکا حاج علیان

تحلیل روانشناختی بر کتاب سمفونی مردگان (قسمت اول) خلاصه داستان :

کتاب سمفونی مردگان که شامل پنج موومان نیز است؛ بین سال های ۱۳۶۸-۱۳۶۳ توسط عباس معروفی درآمده. این رمان، داستان تقابل دو برادر با نام های آیدین و اورهان است؛ با عقاید و شخصیت هایی کاملاً متفاوت است. برادر کوچکتر (آیدین) علاقمند به درس و کتاب است. اما پدر اجازه نمی دهد که او این راه را دنبال کند. برادر بزرگتر (اورهان) بر خلاف آیدین در پی برآورده کردن آرزوی پدر و دنبال کردن راه او (تجارت) است. دختر خانواده آیدا، خواهر دوقلوی آیدین است. او دختری کم حرف و فرمانبردار است که زندگی اش در خانه پدری به آسبیزخانه محدود می شود و چند سال بعد از ازدواج دست به خودکشی می زند. بزرگترین پسر این خانواده، یوسف، بعد ها در حمله روس ها به تکه ای گوشت بدل می شود و در داستان به زندگی نباتی خود ادامه می دهد. پدر خانواده که مخالف سرسخت فعالیت های آیدین است، مدام از او ایراد می گیرد و نمی خواهد پسرش به آرزو هایش برسد، اما مادر طرفدار آیدین در بحث های میان پدر و اورهان با اوست؛ با بزرگ شدن دو برادر فاصله آن دو از هم هر روز بیشتر می شود. آیدین پس از مدتی که نمی تواند زورگویی های آن ها را تحمل کند، خانه را ترک و در یک کلیسا مخفی شده و پس از مدتی عاشق دخت زیبا روی عمارت (سورمیلینا) شده و با او ازدواج می کند. بعد از فوت پدر خانواده، او به خانه برمی گردد اما اورهان سعی در دور کردن او از ارثیه می کند همسر آیدین (سورمه) و خواهرش فوت می کنند و وی دیگر امیدی در زندگی ندارد. اورهان که حسادت دیرینه ای به او دارد او را مسموم می کند و آیدین که ضربات روحی شدید را متحمل شده، رفتارش مانند دیوانه ها مشوش است و نمی داند در چه زمانی زندگی می کند. اورهان.

این عقده در دوره قبل از بلوغ سیر کاهشی خود را طی کرده اما به محض وارد شدن به دوره بلوغ، با بیدار شدن غرایز، این عقده دوباره سیر صعودی خود را از سر میگیرد و جوشان میشود. تشویش‌ها و اضطراب‌ها آنچنان شدت میابد که نوجوان مجبور به ترک والدین شده. آیدین که نمیتواند جواب مشکلات و دلتنگی‌هایش را در خانه بگیرد و از پدر نیز میگریزد، به «استاد دلخون» پناه برده و او را الگوی زندگی خود قرار میدهد.

فهرست منابع :

- اس بلوم، جرالده (۱۳۵۲): نظریه‌های روانکاوی شخصیت، ترجمه هوشنگ حق نویس تهران، امیر کبیر
اظه‌ری، محبوبه و صلاحی مقدم، سهیلا (۱۳۹۱)، تحلیل روانکاوانه شخصیت‌های رمان سمفونی مردگان بر اساس آموزه‌های زیگموند فروید و شاگردانش. فصلنامه ادبیات پارسی معاصر، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، سال دوم، شماره ۲ (پاییز و زمستان)
امامی، نصرالله (۱۳۷۷). مبانی و روش‌های نقد ادبی، تهران: جامی.
ستاری، جلال (۱۳۷۷). بازتاب اسطوره در بوف کور، ادیب یا مادینه جان؟، تهران: توس
کاپلان، هرولد و بنیامین سادوک (۱۳۶۹). نروزها و اختلالات شخصیت، ترجمه نصرالله پورافکاری، تبریز: رسالت.
موکی یلی، روزه (۱۳۷۱): عقده‌های روانی، ترجمه محمدرضا شجاع رضوی، تهران: آستان قدس رضوی
معروفی، عباس (۱۳۸۸) سمفونی مردگان، تهران ققنوس :

سوگواری lamentation یا مالیخولیایی

سوگواری و داغیدگی به واکنش‌های روانی باز ماندگان یک فقدان بزرگ اطلاق میشود (کاپلان و سادوک، ۱۳۶۸، ص ۱۸۴). فروید سوگ بیمار گونه را اینگونه تعریف میکند: « سوگ طبیعی از گسستن لیبدو از شخص از دست رفته ناشی است، اما سوگ بیمار گونه، شخص از دست رفته فقدانش احساس نمیشود، بلکه جزوی از ساختمان روانی فرد شده و آماج احساسات عشق و تنفر است. احساسات منفی متوجه خود فرد میشود، شخص دچار افسردگی میگردد و خود را متهم میسازد. هرچه نقش ناخودآگاه بیشتر باشد احتما پیدایش واکنش سوگ غیرطبیعی بیشتر است» (همان، ص ۱۹۲).

آیدین بعد از خودکشی خواهر دوقولوبش آیدا، افسرده تر از قبل شده و تنها وجود سرمه است که به او امید میدهد، اما او نیز آیدین را تنها میگذارد. ضربه‌ای که آیدین از مرگ عز یزانش متحمل میشود بسیار سنگین است. هنگامی که خبر خودکشی آیدا به آیدین میرسد؛ اتر اینکه نتوانسته به او کمک کند، در عذابی دائمی قرار میگیرد. زمانی که آیدین دچار این سوگ مالیخولیایی است، در همان اتاق همیشگی اش (زیرزمین) تصویر میشود (محبوبه اظه‌ری، سهیلا صلاحی مقدم، ۱۳۹۱).

با مرگ سورمه آخرین پناهگاه و مایه ارتباط آیدین با واقعیت قطع میشود. دیگر چیزهایی که در گذشته به او آرامش میدادند برایش جذائیتی ندارند و آن‌ها را کنار گذاشته است. مدام صحنه خودکشی آیدا را متصور میشود:

آیدین احساس کرد شقیقه‌هایش تیر میکشد و دست‌هایش میلرزد. یاد آیدا افتاده بود. چرا همه اش خیال میکند صحنه آتش سوزی خواهرش را دیده است. به وضوح آتش را میدید که از سراسر بدن آیدا شعله میکشید... آیدا میسوخت و میدوید (معروفی، ۱۳۸۸، ص ۲۵۳)
از چشم انداز فروید، در پس اندوه سوگواران و مالیخولیان هردو غم هجرانی است و افسوس بر چیز است دست رفته‌ای، چیزی که مالیخولیان از آن ناآگاه و سوگواران از آن آگاه بودند.

این نوجوانی پدر در آسیر

نوجوانی:

دوره‌ی نوجوانی به حساس بودن از نظر هیجانی و عاطفی نیز شناخته شده‌است. از جمله ویژگی‌های مرتبط با رشد هیجانی و عاطفی نوجوانان میتوان به موارد زیر اشاره کرد (احمدوند، ۱۳۸۶):

۱. تند و شدید بودن هیجانات
 ۲. سرعت تأثیرپذیری از محرک‌های هیجانی (برای مثال انتقاد از رفتارهای نوجوان باعث ناراحتی شدید وی میگردد).
 ۳. تردید در بیان یا عدم بیان عواطف خود (اغلب به این دلیل در خود فرو میرود، از دیگران کناره میگیرد و ناامید میشود)
 ۴. بی باکی و بی ملاحظگی در بیان و ابراز برخی از هیجانات خود (البته اغلب بعداً از بابت آنها شرمند می‌شوند).
 ۵. واکنشها و پاسخهای هیجانی و عاطفی ناپایدار.
- یکی از عواملی که ممکن است باعث خشمگین شدن شدید نوجوان گردد، احساس مورد ستم واقع شدن و محرومیت است؛ یکی از نشانه‌های بارز آن میتوان به زمانی اشاره کرد که افراد خانواده مخصوصاً برادر یا خواهر یک نوجوان به اشیای متعلق به او دست می‌زنند و یا آن را بر میدارند. علاوه بر این رفتار کودکان والدین با نوجوان یا بی توجه به او نیز باعث تجربه‌ی حس محرومیت و در نتیجه خشم نوجوان میگردد (همان).
- پژوهشها حاکی از آن است که خانواده‌هایی که دارای والدین تحصیل کرده تر هستند، میزان تعارضات کمتری با فرزندان خود دارند (خواجه نوری، دهقانی، ۱۳۹۵). به نظر میرسد افرادی که دارای تحصیلات پایین‌اند، نقش حمایتی مناسب جهت کمک به فرزندان‌شان در مواجهه با مشکلات ندارند (انیسی و همکاران، ۱۳۸۶).
- علاوه بر این، نوجوانان از نظر فکری نیز دچار تحولاتی میگردند که در نحوه‌ی رفتار آنها بسیار مؤثر است. در این دوره نوع خاصی از تفکر در نوجوان ظهور میکند که دارای سه ویژگی اصلی است: انتزاعی بودن، آرمانگرایی و سازمان داشتن. در نوجوانی است که فرد فرضیه پردازی میکند، پیامدهای منطقی فرضیه‌هایش را در نظر میگیرد و استدلال کردن را آغاز میکند. در این دوره، نوجوان درباره‌ی دنیا، آنگونه که باید باشد فکر میکند و نه آنگونه که واقعاً وجود دارد. به معنی دیگر، در این دوره عبارت «چه میشد اگر...» از نوجوان زیاد شنیده میشود. نیز در این دوران است که نوجوان میتواند درباره‌ی اصطلاحات کلی بیان کند.



شبنم قاسم خانی

چکیده:

از مسائل همیشگی خانواده‌هایی که دارای فرزند نوجوان اند، ناتوانی در برقراری و حفظ ارتباط مؤثر بین اعضای خانواده و سایر افراد با نوجوان است؛ مشکلی که با اصطلاح شکاف نسلی معروف گشته است. این مسئله خصوصاً زمانی برای والدین نگران کننده تر میگردد که از نوجوان انتظار میرود در مراسمات فامیلی و در میان جمع، رفتاری به هنجار از خود نشان دهد. در این مقاله سعی میشود با بررسی یکی از عوامل شکاف نسلی که مشکل در ایجاد و حفظ ارتباط با نوجوانان است، بپردازیم و ضمن آشنایی با برخی ویژگی‌های دوره‌ی نوجوانی، راهبردهایی برای بهبود روابط نوجوانان با سایرین و به ویژه با خانواده‌ی خود پیشنهاد گردد.

مقدمه:

بنا به نظر مارگارت مید (۱۹۷۴)، رابطه‌ی نسلیها با یکدیگر از عناصر اساسی پویایی فرهنگ یک جامعه است (نیازی و نصرآبادی، ۱۳۸۶)؛ بیشک محیط خانواده یکی از مکانهایی است که میتوان بهوضوح این رابطه‌ی بین نسلی را مشاهده کرد. خانواده از ساختارهای اصلی و تأثیرگذار در هر جامعه‌ی محسوب میگردد. این نهاد خانواده است که کودکان و نوجوانان را برای شکل دادن اجتماعی سالم آماده میکند؛ بنابراین نحوه‌ی ارتباط بین والدین و فرزندان برای دستیابی به جامعه‌ی ایده‌آلتر در حوزه‌های مختلف جای بحث فراوان دارد. از داغترین موضوعات این زمینه میتوان به شکاف نسلی اشاره کرد. موضوعی که عوامل روانشناختی، جامعه‌شناختی و... زیادی بر آن مؤثر است. بنا به تعریف اسپاک (۱۳۴۶)، اصطلاح شکاف نسلی علاوه بر اینکه به فاصله‌ی سنی و جسمانی جوانان و بزرگسالان اشاره دارد، بیانگر تمایز ارزشها و هنجارهای آنان نیز است (به نقل از علویان، ۱۳۸۸). در این مقاله سعی گشته به بررسی علل و عوامل تأثیرگذار بر مشکلات ارتباطی نوجوانان با والدین آنها پرداخته شود و راهکارهایی چند برای بهبود این مشکل ارائه گردد.

عوامل شکاف نسلی:

(احمدوند، ۱۳۸۶).

طبق نظریه کولمن، هرکدام از مشکلات نوجوانان در یک سن خاص به نقطه‌ی اوج تنش خود میرسد و زمانی که سن اوج تنش برای چند مسئله یا مشکل همزمان شود، سازگاری نوجوان مختل شده و دچار مشکلات رفتاری میگردد (به نقل از انیسی، سلیمی، میر زمانی، رئیسی، نیکنام، ۱۳۸۶).

پس نقش والدین چه بود؟

نتایج تحقیقات حاکی از این است که پیوند ضعیف عاطفی میان والدین و فرزند میتواند از عوامل خطر ساز معنادار در بروز بزهکاری باشند (اسرمن و سراچینی، ۲۰۰۱، به نقل از بابایی، فتحی، بابایی، ۱۳۹۳). همچنین نتایج مطالعات کمبریج از نوجوانان بزهکار نشان داد که پسران از خانواده‌های آشفته و از هم پاشیده نسبت به پسران خانواده‌های سالم بزهکارترند (فارینگتون و همکاران، ۱۹۸۷، به نقل از بابایی، فتحی، بابایی، ۱۳۹۳).

بنا بر اهمیت این موضوع، علاوه بر شناخت ویژگیهای نوجوان، باید علل ناتوانی والدین در برقراری ارتباط مثبت با فرزند نوجوانشان نیز بررسی شود.

آیزنشتات (۱۹۶۶) از نتایج حاصل از پژوهش خود به این نتیجه رسید که بین انتظارات و علایق جوانان و انتظاراتی که بزرگسالان از آنها دارند، تفاوت اساسی وجود دارد (به نقل از نیازی و نصرآبادی، ۱۳۸۶) و همین موضوع باعث بدفهمی یا نفهمیدن کلام بین این دو نسل میشود. در پژوهشی از سلیمی (۱۳۷۶) نیز مشخص شد که میان نگرش نوجوانان نسبت به خانواده با مشکلات رفتاری رابطه معکوس وجود دارد. (به نقل از انیسی و همکاران، ۱۳۸۶).

از نظر کولان، والدین از طریق سه نوع نفوذ بر نوجوانان تأثیر میگذارند: الف) کنترل یا نفوذ مستبدانه که والدین به جای فرزند تصمیم میگیرند و خواهان فرمانبرداری بیچون و چرای وی هستند.

ب) کنترل آزادمنشانه که والدین فرزندشان را در تصمیم گیری های خود شرکت میدهند.

ج) کنترل سهلگیر که در آن نوجوان، خودمختار است، خودش تصمیم میگیرد و به دلخواه خود عمل میکند (به نقل از احمدوند، ۱۳۸۶).

راهبردهای بهبود ارتباط با نوجوان:

پژوهشهای زیادی بر این موضوع که الفت و دلبستگی میان اعضای خانواده بر سلامت روان فرزندان تأثیرگذار است، تأکید داشتهاند (خواجه نوری، دهقانی، ۱۳۹۵). ضعف در ارتباط مناسب با خانواده میتواند در نهایت به ناتوانی در کسب حمایت مناسب از آنان برای حل مشکلات پیش روی نوجوان منجر شود؛ بنابراین برای جلوگیری از چنین عواقبی، لازم است والدین از راهبردهای اصولی برای نحوه صحیح برخورد با نوجوان آگاه شوند. برخی از این اصول عبارتاند از:

• برقراری ارتباط عاطفی و هیجانی: لازم است در هر فرصتی که پیش می آید والدین در فضایی محبت آمیز، محرمانه و صمیمانه درباره نگرانیها،

خواستها و حتی علایق و احساسات نوجوان صحبت کنند و اجازه ی درد دل کردن را به او بدهند.

• تأمین امنیت روانی نوجوان: تحقیر، سرزنش، مقایسه کردن، داشتن انتظارات نابه جا، دعوای خانوادگی و تنبیه نوجوان از عوامل احساس ناامنی و آشفتگی عاطفی است. جلوگیری از انجام چنین اقداماتی نسبت به نوجوان باعث کاهش رفتارهایی مثل لجبازی، پرخاشگری، دروغگویی و اعتیاد و... میگردد.

• برخورد مثبت و مؤثر با نوجوان: در صحبت با نوجوان باید مراقب کلمات و عباراتی که استفاده میشود، بود. حساس بودن نوجوان و برانگیختگی سریع وی از ویژگیهای دوره ی نوجوانی است و تنبیه و تحقیر نوجوان تنها باعث دامن زدن به بروز این هیجانات شدید و ناخوشایند میگردد. استفاده از کلمات مثبت و جملات تشویق آمیز و بیان مقدم نقاط مثبت نوجوان نسبت به نقاط ضعف وی روشی مؤثر در کاهش پرخاشگری نوجوان و بهبود روابط است.

• مشورت کردن و خود تصمیمگیری: در پژوهشی از نصیری و همکاران (۱۳۸۰) در مورد علل مشکلات ارتباطی نوجوانان با والدین انجام گرفت و نتایج به دست آمده بدین گونه گزارش شد: از نظر نوجوانان، والدین همیشه و یا در بیشتر مواقع کودکی را به رخ او میکشند و به ندرت اجازه ی اظهار نظر را به آنان میدهند؛ به علاوه از نظر والدین، نوجوانان باید بدون چون و چرا نصیحتها را گوش کنند.

والدین باید بدانند که نمیتوانند برای فرزند نوجوان خود به تنهایی تصمیم بگیرند، بلکه باید همراه با خود او تصمیم بگیرند و تا حد امکان سعی کنند که خود او تصمیم بگیرد و والدین یاری دهنده او باشند. بیشتر بحثهای نوجوانان با والدین شامل تعیین زمان حقوق و مسئولیتها است (احمدوند، ۱۳۸۶).

• مسئولیت دادن به نوجوان: دادن مسئولیت به نوجوان امری بسیار دقیق و حساس است؛ چراکه مسئولیت وی نباید از توان وی بیشتر باشد، زیرا نتیجه ی آن تنها ناامیدی و سرخوردگی است. والدین باید با تحسین نوجوان در انجام درست وظایفش و نیز با صحبتی محرمانه و صمیمانه با او در هنگام شکست یا کوتاهی در مسئولیت هایش، فرزند خود را برای شرکت کردن در جامعه به عنوان عضوی فعال و مفید آماده کنند.

نتیجه گیری:

بهطور کلی میتوان گفت رفتار نوجوان با والدین خود، یک جنبه ی مبهم و دوطرفه دارد: نیاز نوجوان به استقلال از والدین و اثبات وجود، همراه با این احساس که والدین وی را نمیفهمند (احمدوند، ۱۳۸۶). نوجوان نسبت به هر چیزی که احساس کند استقلال وی را خدشه دار میکند، حساسیت نشان میدهد و در عینحال، از پدر و مادر و بهطور کلی از بزرگسالان این ایراد را میگیرد که وی را نمیفهمند. همین جنبه ی نوجوانانی نیز میتواند والدین را در نحوه مؤثر ارتباط با فرزند خود یاری کند. نوجوانانی که والدینی دارند که ارتباط مثبت با آنها برقرار میکنند، کمتر دچار مشکلات رفتاری میشوند. (بیم، هاددوک، پوستون،

۲۰۰۲؛ به نقل از انیسی و همکاران، ۱۳۸۶).
به‌علاوه دوران نوجوانی فرزند، والدین را در برابر موقعیتی قرار می‌دهد که اغلب آن را به‌سختی می‌پذیرند و آن این واقعیت است که فرزندشان دیگر آن کودکی که کاملاً در اختیارشان قرار داشت، نیست؛ بنابراین به نظر می‌رسد علاوه بر نوجوان، والدین نیز باید تحولی را در حوزهی روابط خود با فرزندشان تجربه کنند (احمدوند، ۱۳۸۶).

منابع:

- احمدوند، محمدعلی (۱۳۸۶). روانشناسی کودک و نوجوان. تهران: دانشگاه پیام نور.
- انیسی، جعفر؛ سلیمی، سید حسین؛ میر زمانی، سید محمود؛ رئیسی، فاطمه؛ نیکنام، مژگان (۱۳۸۶). مجله علوم رفتاری. دوره ۱، شماره ۲، ۱۶۳-۱۷۰.
- بابایی، انسیه؛ فتحی، کیهان؛ بابایی، عبدالرضا (۱۳۹۳). بررسی شیوه‌های فرزند پروری، سبک‌های دل‌بستگی و ساختار تعاملات خانواده به‌عنوان پیش‌بینی‌های بزهکاری در نوجوانان پسر شهرستان ساری. فصلنامه خانواده و پژوهش. شماره ۱۸، ۶۹-۸۹.
- خواجهنوری، بیژن؛ دهقانی، رودابه (۱۳۹۵). مشکلات نوجوانان و ارتباط آن با نهاد خانواده: رابطه تعارضات والدینی و سلامت روان نوجوانان. دو فصلنامه جامعه‌شناسی نهادهای اجتماعی. دوره ۳، شماره ۷، ۳۷-۶۶.
- علویان، مرتضی (۱۳۸۸). مروری بر فاصله میان نسلها، علل و راهکارهای مقابله با آن. مجله علوم سیاسی. سال اول، شماره ۴، ۱۳-۲۸.
- نصیری، محمود؛ تفاق، محمدرضا؛ مقصودی، جهانگیر؛ حسنزاده، اکبر (۱۳۸۰). بررسی مقایسه‌ای مشکلات ارتباطی نوجوانان با والدین از دیدگاه نوجوانان و والدین از دیدگاه نوجوانان و والدین در دبیرستانهای منتخب دولتی شهر اصفهان. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد. دوره ۳، شماره ۲، ۳۱-۳۸.
- نیازی، محسن؛ کارکنان نصرآبادی، محمد (۱۳۸۶). تبیین جامعه‌شناختی پدیده شکاف نسلها و علل و عوامل آن. مجله سیاست داخلی. سال اول، شماره ۲، ۱۸۵-۲۲۷.

انتخاب زیبایی



حدیثه توکلی

هستند. افراد مبتلا به اسکیزوفرنی معمولاً در درک کردن و به کار بردن مفاهیم انتزاعی مشکل دارند و گفته ها را بسیار لفظ به لفظ تعبیر میکنند و در نگهداشتن توجه نیز مشکل دارند. در قواعد مربوط به اسکیزوفرنی باید به قید ناشی از اختلالات دیگر نباشید توجه کرد. یعنی حتی اگر نشانه های فردی کاملاً با توصیف اسکیزوفرنی همانند باشند، تشخیص افتراقی بسیار حائز اهمیت است. سوء مصرف مواد، صدمه مغزی، نقایص شنوایی تشخیص داده نشده، بیماری هانتینگتون و نابه هنجاری تغذیه از وضعیت هایی هستند که گاهی به اسکیزوفرنی شباهت دارند. از نظر جمعیت شناختی در سراسر دنیا تقریباً نیمی از یک درصد جمعیت در مقطعی از عمر خود به اسکیزوفرنی مبتلا هستند که این برآورد با توجه به اینکه چه تعداد از موارد خفیف را به حساب آوریم، افزایش و کاهش مییابد اگرچه اسکیزوفرنی کمتر از چند اختلال دیگر شایع است اما اغلب موجب ناتوانی بلند مدت میشود. اسکیزوفرنی در تمام گروههای قومی و در تمام قسمت های دنیا پیش می آید. شیوع اسکیزوفرنی در مردان شایعتر از زنان است و در مردان شروع زود هنگام دارد. اسکیزوفرنی اختلالی است که مبنای ژنتیکی دارد اما به هیچ ژن تکی وابسته نیست. ارتباط زیستی نزدیکتر به فرد مبتلا به اسکیزوفرنی، احتمال ابتلا به اسکیزوفرنی را افزایش میدهد اما نباید از عوامل محیطی تشدید کننده نیز غافل شد. نظریه عصبی-رشدی مطرح میکند که تأثیرات محیطی یا وراثت یا هر دو که پیش از تولد یا نوزادی رخ میدهند، نابه هنجاری هایی تولید میکنند که رشد مغز را نسبت به اختلالات دیگر بعدی در زندگی، از جمله تجربیات بسیار استرس زا آسیب پذیر میسازند. نتیجه آن، نابه هنجاری های خفیف در آناتومی مغز و اختلالات عمده رفتار است. اگر هیچ ژنی به تنهایی اثر بزرگی ندارد، در این صورت اسکیزوفرنی از داشتن چند ژن معیوب یا به احتمال بیشتر، از ترکیب تأثیرات ژنتیکی و محیطی ناشی می شود. قبل از اینکه داروهای ضد روانپریشی در اواسط دهه ۱۹۵۰ در دسترس قرار گیرند، اکثر افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در بیمارستانهای روانی با امید اندکی برای بهبود محبوس بودند. در دهه ۱۹۵۰ روانپزشکان پی بردند که کلرپرومازین نشانه های مثبت اسکیزوفرنی در اکثر بیماران را برطرف میکند. پژوهشگران بعداً داروهای ضدروانپریشی

اسکیزوفرنی در اصل **Dementia praecox** نامیده میشده که اصطلاحی لاتین برای تباهش ذهنی زودرس است. در سال ۱۹۱۱ اوژن بلولر اصطلاح اسکیزوفرنی را معرفی کرد. گرچه این اصطلاح واژه یونانی برای ذهن پاره است، اما به اختلال هویت تجزیه ای که به موجب آن، فرد بین چند شخصیت، جابه جا میشود ربطی ندارد. منظور بلولر از اسکیزوفرنی شکاف بین جنبه های هیجانی و عقلانی تجربه بود. ابراز هیجانی فرد یا فقدان آن با تجربیات جاری، بیارتباط به نظر میرسید. طبق **DSM-5** برای اینکه فردی مبتلا به اسکیزوفرنی تشخیص داده شود باید عملکرد روزمره او (کار، روابط میانفردی، مراقبت شخصی و...) حداقل به مدت شش ماه به دلایلی که ناشی از اختلالات دیگر نباشد، وخیم شده باشد. چنین فردی باید حداقل دو نشانه از فهرست زیر، به خصوص حداقل یکی از سه مورد اول را نیز داشته باشد:

- هذیان (عقاید غیرقابل توجیه مانند اینکه موجوداتی از سیاره دیگر اعمال را کنترل میکنند)
- توهم (تجربیات حسی کاذب مانند شنیدن صدا هنگام تنهایی)
- گفتار آشفته (درهم برهم یا نامنسجم)
- رفتار بسیار آشفته
- علائم هیجان، گفتار و جامعه پذیری ضعیف یا فقدان آن
- چهار ماده اول در این فهرست نشانه ها مثبت خوانده شده اند. (رفتارهایی که وجود دارند، در حالیکه نباید وجود داشته باشند.)
- هیجان، گفتار و جامعه پذیری ضعیف یا فقدان آنها نشانه های منفی هستند. (رفتارهایی که وجود ندارند در حالیکه باید وجود داشته باشند.)
- نشانه های منفی معمولاً با گذشت زمان پایدارترند و درمان آنها مشکل است. نشانه های شناختی نیز شامل محدودیتهای فکر و استدلال

یا نورولپتیک دیگر را در دو خانواده شیمیایی دیگر کشف کردند: فنوتیازینها، که کلرپرومازین، و بوتیروفونوز که هالوپریدول را در برمیگیرد. منافع رفتاری هریک از این داروها به تدریج ظرف یک ماه یا بیشتر حاصل میگردد و بعد از توقف درمان، ممکن است نشانه ها برگردند یا برنگردند (James w.Kalat.2016)

اما موضوع بحث برانگیز در زمینه اسکیزوفرنی میزان باور فرد به توهمات خود است و اینکه تا چه اندازه میتواند توهمات خود را باور کند یا آنها را انکار کند. به بیان دیگر تا چه اندازه میتواند میان واقعیت و توهمات موجود

تفاوت قائل شود. به نظر میرسد هسته اصلی اختلال فکر در اسکیزوفرنی، ناتوانی کلی در کنارگذاشتن محرک های نامربوط باشد. اکثر مردم عادی میتوانند توجه و دقت خود را به طور انتخابی بر چیزی متمرکز کنند و از میان انبوه اطلاعات حسی که دریافت میکنند و محرکهایی را در ارتباط با تکلیف کنونی خود انتخاب کرده، سایر محرکها را نادیده بگیرند. اما افراد مبتلا به اسکیزوفرنی ظاهراً نمیتوانند محرکهای نامربوط را کنار بگذارند. علاوه بر این، افراد مبتلا گرفتار اختلال محتوای فکر نیز هستند. غالب آنان نسبت به بیمار بودن خود بینش ندارند. در برابر این پرسش که چه مشکلی دارند یا به چه علت بستری شده اند به نظر میرسد درک و شناختی از وضع خود ندارند و کمتر متوجه میشوند که رفتارشان غیرعادی است. این بیماران گرفتار هذیان هستند؛ یعنی باورهایی که بیشتر مردم آنها را برداشت غلط از واقعیت میدانند. رایج ترین هذیان های آنان اعتقاد به تلاش نیروهای خارجی برای کنترل و اداره افکار و اعمال آنهاست. یکی از انواع هذیان ها، هذیان توطئه است که طی آن فرد معتقد است که گروه ها یا مردمان معینی شخص را تهدید میکنند یا علیه او نقشه میکشند و در بعضی موارد نیز اعتقاد به نیرومندی و اهمیت خویش مطرح میشود. اصطلاح پارانوئیدی برای بیمارانی به کار میرود که هذیان توطئه دارند. (Ernest Hilgard, Richard C. Atkinson. 1953)

با این حال نمیتوان گفت که فرد تحت هیچ شرایطی قادر به کنترل توهمات و هذیان های خویش نیست. به طور مثال جان فوربز نش جونیور، ریاضیدان نابغه و برجسته آمریکایی و برنده جایزه نوبل اقتصاد بود. وی به مدت بیش از سه دهه به بیماری اسکیزوفرنی از نوع پارانوئید مبتلا بود. جان نش صداهایی غیر واقعی میشنید که او را از خطراتی موهوم میترساندند و وادارش میکردند کارهایی خلاف خواسته اش انجام دهد. به تدریج به شدت توهمات او افزوده شد و زندگی اش درآستانه فرو پاشی قرار گرفت. کرسی استادی خود را در دانشگاه از دست داد و بالاخره در بیمارستان بستری شد. پزشکان بیماری اش را نوعی اسکیزوفرنی پارانوئید تشخیص دادند که با افسردگی خفیف و کاهش اعتماد به نفس همراه شده بود. در نهایت او پس از گذراندن یک دوره پنجاه روزه زیر نظر در بیمارستان مک لین، به اروپا رفت و تلاش کرد به عنوان پنهاننده موقعیتی برای خود به دست آورد. بعدها دوره های پنج تا هشت ماهه را در بیمارستان نیوجرسی گذراند

که همه غیر داوطلبانه بودند و همیشه هم تلاش میکرد تا با دعوایی حقوقی از آنجا خلاص شود. اما کاری که جان نش انتخاب کرد انجام دهد بسیار موثر بود. او پس از اینکه به اندازه کافی در بیمارستانها بستری بود، در نهایت پذیرفت که تصورات متوهمانه خود را انکار کند و به تفکرات خود به عنوان انسانی با اوضاع متعارف تر رجوع کند و به تحقیقات ریاضی خود بازگشت و حتی در این فاصله موفق شد چندین کار ریاضیاتی قابل احترام انجام دهد. اما پس از بازگشت دوباره تفکرات متوهمانه اش در اواخر دهه ۱۹۶۰ تلاش کرد با تفکر تحت تأثیر توهم رفتار نسبتاً معتدل و مناسب تبدیل شود که در نتیجه تلاش میکرد از بستری شدن و جلب توجه مستقیم پزشکان اجتناب کند و زمان سپری شد و به تدریج شروع به انکار خردمندانه و عقلانی برخی از توهماتش کرد که روی خط ستیز تفکرش که موقعیت اجتماعی و شخصیتش را تعریف می کرد، تأثیر میگذاشت. بحث همینجاست؛ جان نش به دلیل وجود اختلال اسکیزوفرنی تحت دارودرمانی قرار گرفت اما به دلیل اینکه استفاده از داروها محدودیت هایی را برای فعالیتهای علمی اش در تفکراتش ایجاد میکرد یا عوارض دیگری در زندگی اش به جا میگذاشت، تصمیم گرفت انتخاب کند که توهماتش را نادیده بگیرد و آنها را انکار کند. به تعبیر دیگر، او انتخاب کرد که بداند توهماتش بخش غیرواقعی زندگی اش هستند.

بنابراین آیا باتوجه به عمل مؤثری که جان نش در رابطه با اختلال خود انجام داد سزاوارتر نیست که نقش عمده تری برای رواندرمانی و رفتاردرمانی در رابطه با بهبود شرایط فرد اسکیزوفرن قائل شویم؟

آیا انتخاب جان نش برای انکار خردمندانه توهمات خویش، نوعی استفاده از نظریه تئوری انتخاب نیست؟ شاید با استفاده از تئوری انتخاب بتوان امکان بیشتر و عوارض کمتری را در شرایط بیمار ایجاد کرد.

منابع:

1. Ernest Hilgard, Richard c. Atkinson, Rita L. Atkinson (1953) Atkinson & Hilgard's Introduction to Psychology, Wadsworth Pub Co
2. American psychiatric Association (2013) DSM- 5
3. James w. Kalat (2016) Biological psychology
4. Silvia Nasar (1994) A Beautiful Mind

تحلیل کوتاه از فیلم بیا درباره کوین حرف بزنیم



فاطمه کریمدوست

بسیاری از روانشناسان و جامعه شناسان معتقداند تأثیری که مهر مادری در دوران بارداری بر سلامت روانیکودک بهخصوص در سنین بالاتر میگذارد یک واقعیت انکارناپذیر است و حتی گاهی میتواند سرنوشت افراد را نیز تعیین کند. تأثیراتی که گاه در جهت سوء آن میتواند منجر به خلق فجایی تلخ و خطرناک شود.

نوزادانی که به اندازه کافی از مهر و محبت مادری بهره نمبرند، در بزرگسالی نسبت به کودکانی که مهر مادری بسیاری را تجربه کردهاند، ترس و پرخاشگری و خشم بیشتری را از خود نشان دادهاند و در رویارویی با مشکلات ناسازگاری بیشتری داشتند؛ همچنین نبود مهر مادری در یادگیری آنان نیز تأثیر داشته است. درباره تأثیر مادر بر کودک فیلمی پیشنهاد میکنیم که میتواند شاهد عینی مناسبی از یک موضوع واقعی برای شما باشد.

رمان باید درباره کوین حرف بزنیم نوشته لیونل شریور در سال ۲۰۰۳ منتشر شده است. رمانی هولناک که درست ۴ سال بعد از قتل عام فجیع دانشآموزان مدرسه توسط دو دانشآموز منتشر شده است. در سال ۲۰۱۱ لین رمزی براساس این رمان فیلمی ساخت که مورد استقبال قرار گرفت.

رمان شریور ماجرای قتل ولی بهدست یک نفر است که راوی، مادر قاتل است. این فیلم داستان مادری است بهنام ایوا که بدون تمایل به بچه از همسرش باردار میشود و بچه‌ای به دنیا میآورد که نامش را کوین میگذارند. ایوا هیچ علاقهای به کوین ندارد و آن را مانع پیشرفت خود میداند. کوین پسر باهوشی است اما از همان ابتدای کودکی آسیبهایی روانی بسیاری از بیمهری مادرش میبیند و در یک بخش از فیلم در حالی که کوین کودک بود و غذای خود را به در و دیوار میکوبید، ایوا به او صادقانه گفت ترجیح میدهم در این لحظه در پاریس باشم تا اینکه با تو نشسته باشم. یک واکنش صادقانه که شاید خیلی از مادران آن را احساس کنند اما معمولاً جرأت ابرازکردن آن را ندارند.

تولد خواهر کوچکتر کوین باعث ایجاد مشکلات بیشتری در خانواده شد و باعث شد مشکلات رفتاری کوین روی ایوا متمرکز شود. این رفتارها باعث شد تا کوین را به فردی بیرحم تبدیل کند. کودکانی که تنبیه میشوند و یا محبت والدین خود را از دست میدهند و یا تهدید به از دستدادن محبت میشوند، وجدان ضعیفی را پرورش میدهند. اصطلاح روانی برای اولین بار در سال ۱۸۴۷ در آلمان مورد استفاده قرار گرفت. کوین دارای اختلال ضداجتماعی است. از علائم آن عدم پشیمانی و احساس گناه، تحریکپذیری و کنترل رفتاری ضعیف است.



یک مطالعه نشان داد که تقریباً ۱.۲٪ از جمعیت ایالات متحده دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی هستند. افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی نسبت به محرک درد کمتر واکنش نشان میدهند و در هنگام یادگیری درست و نادرست ارتباط عصبی کمتری دارند و قسمتهای خاصی از مغز آنها نسبت به احساسات خیلی کم واکنش نشان میدهد. فیلم این سؤال همیشگی را مجدداً مطرح میکند که چه چیزی در شکلگیری شخصیت انسان تأثیر دارد؟ طبیعت یا تربیت؟ آیا کوین از نطفه بد بوده یا بعداً در اثر محیط بد شده است؟ از جمله نقدهایی که به این فیلم شده این است که فیلم پاسخ قاطعی به بیننده نخواهد داد اما نتیجه چنین دریافت خواهد شد که رفتار خشونت آمیز کوین، نتیجه تعامل غلط بین مادر و فرزند بوده و از پیامدهای آن خلق و خوی خشن و به تعویق افتادن مراحل رشد عقلی و عاطفی است.

پلی به دنیای کودکان



دنیاز پایداری

- پنجره های سیاه رنگ و بی روزنه یا کرکره های بسته، اضطراب ارتباطی و یا امتناع از دیدن پاره ای از چیزها را برجسته می سازد. به علاوه حذف پنجره ها انزوای شدید و حس بریدن از محیط را نشان می دهد.

تعداد و مکان پنجره:

- یک پنجره فقط روی دیوارها: احساس محدودیت یا احساس دوسوگرایی را درباره تعامل با جهان منتقل میکند. مگر این که پنجره به اندازه کافی بزرگ باشد.
بیش از پنج پنجره فقط روی دیوارها: نشانگر اضطراب درباره ارتباط همراه با تلاش برای جبران افراطی آن است.

اندازه پنجره:

اندازه بزرگ: نشانگر حس جبران بیش از حد برای اضطراب زیربنایی در مورد ارتباط با جهان است.

اندازه کوچک: نشانگر حس مقاومت در برابر تعامل با دیگران.

جزئیات پنجره:

پنجره های مزین به گل ها یا پرده های شاد و گلدار: نشان دهنده خوشبینی نسبت به زندگی .

ب در ها

در به منزله راه ورود به درون خانه، نشان دهنده شیوه ارتباطی کودک با افراد محیط است. این بخش فرا خواننده معنای ذهنی اجازه دادن به دیگران برای دسترسی به جایی است که او زندگی میکند و نیز اجازه دادن به خروج از خانه است دسترسی به جهان.

حذف در:

نشانگر حس مقاومت شدید در برابر امکان ورود دیگران یا خروج خود، یک حس انزوا یا کناره گیری خود است.

در ممکن است به روی دیگران باز باشد و یا محصور شدن کودک در من خویشتن را نشان دهد.

کشیدن در بدون دستگیره: نشانگر یک احساس عدم اطمینان یا دوسوگرایی در مورد اجازه دسترسی دادن به دیگران است.

اندازه در:

اندازه بزرگ: نشانگر یک حس جبران افراطی اضطراب زیر بنایی درباره قابل دسترس بودن.

- ترسیم درهای متعدد: مبین میل گسترده آزمودنی به ایجاد ارتباط است



دریچه های کوچک نشانه درونگرایی و بسته بودن در نشانه محصور شدن کودک در من خویشتن.

پلی به دنیای کودکان:

کودک نیز مانند بزرگسال همواره با مسائلی مواجه می گردد که تعارض هائی را در وی بر می انگیزد و از آنجا که نقاشی امکان برون ریزی یا فرافکنی تمایلات سرکوفته در زمینه ناهشیار را فراهم می سازد، تجلی مسائل کودک در نقاشی، شگفت انگیز نیست و می توان براساس تفسیر عناصری که در پیرامون یک موضوع اصلی به تصویر کشیده می شود و جوی که براساس ترسیم عناصر مختلف منظره در نقاشی ایجاد میشود ، راهی به سوی ناهشیاری وی گشود.
در این نوشته به بررسی عناصر رمزی خانه در نقاشی کودکان میپردازیم

خانه

در نقاشی های کودکان، خانه بیش از هر چیز دیگری کشیده می شود. کودکان از سنین خردسالی به ترسیم خانه در نقاشی خود می پردازند. معمولاً کودک خانه ای معمولی و پیش پا افتاده را ترسیم میکند، ولی ضمن بالا رفتن سن کودک، ساختمان خانه نیز تکامل مییابد. ترسیم خانه را می توان در دو سطح مورد تحلیل قرار داد:

-در سطح انعکاس من.

-در سطح انعکاس خانواده.

در یک خانه، امکان متمایز کردن سه بخش، یعنی زیرزمین، ساختمان اصلی و بام وجود دارد:

۱. زیرزمین به ندرت به تصویر کشیده می شود و قلمرو پنهانی، زیرزمینی و غیر قابل رؤیت را تشکیل می دهد و در برگیرنده ارزش های ناهشیار است.

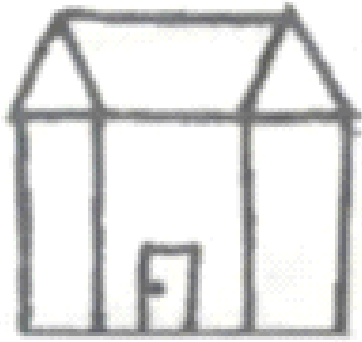
۲. ساختمان اصلی که شامل پنجره ها و درب ها نیز هست بخش زنده و مسکونی خانه را تشکیل می دهد. به عبارت دیگر، به منزله اندام خانه و قلمرو زندگی و مبادله است.

۳. بام خانه از زاویه رمزی با قلمرو فکر و تخیل، مطابقت دارد.

تفسیربخش های اصلی خانه:

الف) پنجره ها

پنجره ها فرا خواننده تجربه ذهنی ارتباط هستند. از پنجره ها می توان بیرون را تماشا کرد و براساس تفسیر آنها می توان دریافت که کودک زندگی را چگونه می بیند و با چه چشمانی به دنیایی که وی را احاطه کرده است، می نگرد.



کشیدن دو دیوار طرفی به صورت دو دیوار روبه رو : نقاش به چشم انداز واقع گرایانه دست نیافته است.

(د) پیاده رو:

غالباً مسیری کشیده می شود که به سمت بیرون در، پله ها یا خط پایه منتهی می شود. معنای ذهنی که این بخش فرا می خواند، دست یافتنی بودن فرد است، یعنی نقاش یک احساس علاقه مندی به دیگران و برقراری ارتباط با آنها نشان می دهد.

حذف پیاده رو: نشان می دهد نقاش در مقایسه با کسانی که پیاده رو میکشند، دست یافتنی بودن را به شیوه محدود تر و با قید و بند بیشتری انجام می دهد.

(ه) بام:

بام به عنوان رأس خانه، به طور ذهنی به حس ارتباط و تعامل با جهان مربوط نمی شود. افراد معمولاً در ناحیه بام زندگی نمی کنند، بام جایگاه ذخیره چیزهاست (خاطرات). بنابراین، به نظر می رسد که به فرایندهای درونی شناختی اشاره دارد - ایده پردازی، حافظه، تخیل - که بیشتر با خود درونی مرتبط است تا جهان بیرونی.

اندازه بام:

یک بام بزرگ: نشانگر یک دل مشغولی با بخشی از خود است که با فرایندهای درونی شناختی سروکار دارد.

یک بام بسیار بزرگ: نشانگر دل مشغولی بیش از حد یعنی وسواسی درباره فرایندهای درونی شناختی است.

یک بام کوچک: نشانگر رابطه محدود با قید و شرط با فرایندهای درونی شناختی است.

یک بام بسیار کوچک: نشانگر رابطه بسیار محدود با فرایندهای درونی شناختی یا اجتناب، توقف فکر یا سرکوبی شدید آنهاست.

مکان بام:

اگر بام توسط لبه کاغذ قطع شده باشد یا به لبه کاغذ منتهی شده

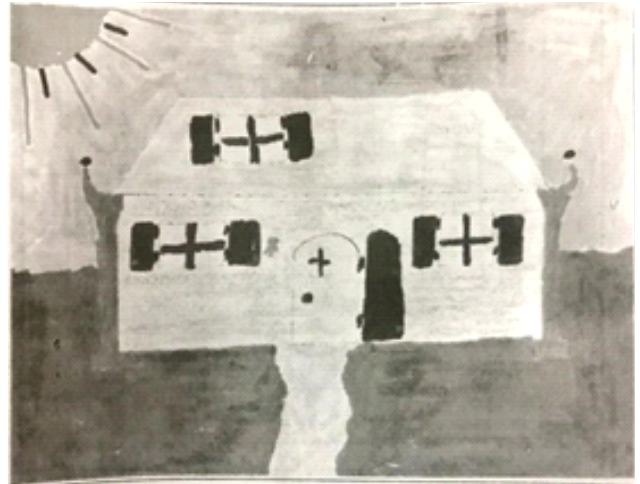
باشد، معنای آن نیاز نقاش به سرپوش گذاری روی افکار خود است

، یعنی متوقف یا سرکوب کردن فرایندهای درونی شناختی

(و) دودکش و دود:

دودکش

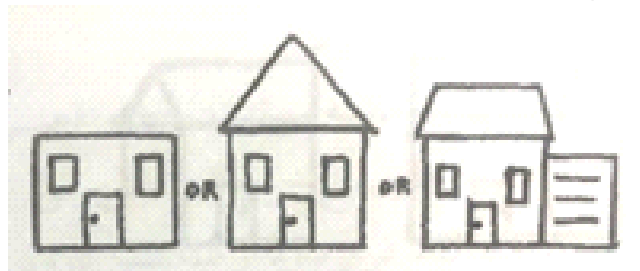
غالباً دودکش در ترسیم خانه کشیده می شود. دلالت ذهنی این قسمت نکاتی را درباره تصور نقاش از یک اجاق یا آشپزخانه درون خانه یادآوری می کند. این امر ما را به احساس فعالیت لطیف انسانی مثلاً آشپزی یا روشن کردن آتش در اجاق هدایت می کند که فراخواننده احساسات غذا خوردن، غذا دادن، دور هم نشستن، خرسندی و سنت است - به طور خلاصه، تداعی ها حول ایده روابط گرم خانوادگی است.



وسعت سقف خانه و دریچه های بزرگ آن، نشان میدهند که کودک دارای ذهنی باز است، اما وجود لولاها و کرکره هایی که می توانند بسته شوند نشان دهنده آن است که هر کسی اجازه ورود به جهان درونی او را ندارد.

(ج) دیوارها:

دیوارهای خانه میتوانند به طور ذهنی به عنوان حامل خود احساس شود یعنی آنچه را که درون آن ها قرار دارد از شکستن درونی یا تهدید بیرونی حفاظت می کنند. از این جهت، دیوارها ممکن است به عنوان بیان خود کنترل لی تلقی شود. خطوط دیوار که نسبتاً منحنی یا شیب دار باشند: منتقل کننده حس نامنی همراه با کنترل.



دیوار منفرد: نقاش به منظور حفظ کنترل روی آنچه بیان شده یا ادراک میشود، فقط یک نظر محدود شده یا سطحی از خودش می دهد.

یک دیوار درون یک دیوار یا چندین بام کشیده شده باشد اما طوری

که در زمینه فقط یک سمت خانه

کشیده شده باشد: نقاش می کوشد

که یک حس ژرفا را القا کند اما باز

چشم انداز واقعی فراهم نمی شود





دودکش به خودی خود وجود بالقوه چنین روابطی را مطرح می کند. اگر دود هم کشیده شده باشد، حسن جانشینی تحقق این امور درون خود (یا یک موضوع خود) ممکن است تجربه شود.

اندازه دودکش:

دودکشی که برای اندازه بام بسیار کوچک باشد، اضطراب درباره توان برقراری روابط خانوادگی گرم را مطرح می کند در حالی که اندازه بسیار بزرگ دلالت بر جبران نمایشگرانه این اضطراب دارد.

دود:

به معنای روح خانه و انعکاس وضع روانی کودک تلقی می گردد.

۱- جهت ترسیم آن می تواند به سمت راست (به سوی آینده) یا به سمت چپ (واپس روی) باشد .

۲- ترسیم دود به صورت مغشوش و درهم و برهم مبین دل مشغولی ها یا تنش های روانی است و جو خانوادگی کودک را نیز منعکس می کند.

۳- دود بسیار کم حاکی از احساس یاس یا ناراحتی درباره توان تحقق برقراری روابط خانوادگی گرم است در حالی که دود خیلی زیاد به معنای اضطراب یا دلمشغولی فراوان درباره چگونگی تجربه تعامل های خانوادگی است.

حذف دود و دودکش: به معنای اجتناب نقاش از تداعی های مرتبط با روابط خانوادگی گرم است.

دودکش بدون دود: معنای آن آگاهی از روابط خانوادگی گرم است یا توانمندی برای برقراری این روابط اما همراه با یک حس برآورده نشدن یا ناکامل بودن را نشان می دهد.

(ز) چهار چوب بندی خانه:

هنگامی که من به حمایت و دفاع از خود می پردازد خانه از استحکامات برخوردار شده و به صورت قلعه ای شکوهمند، ترسیم می گردد. این نوع بنا معمولاً معرف پناهگاهی مطبوع برای کودک است. گاهی ممکن است بیش از آنکه به شکل یک کانون آرمانی به تصویر کشیده شود، شبیه یک زندان باشد.

موانع و دیوارهای کنگره دار : دفاع هائی هستند که غالباً بر تعارض های درونی و یا فقدان آزادی، سرپوش میگذارند. دیوارهای بلند واجد نقش دوگانه ای هستند:

۱ . می توانند از فرد حمایت کنند.

۲ . وی را محبوس می گردانند .

همه ی کودکان در خلال تحویل خود ، دیر یا زود به ترسیم قلعه های مستحکمی میپردازند که به منزله نماد اثبات خویشتن تلقی می گردد.

چارچوب و محیط خانه در ایجاد جو آن مشارکت دارند. خانه می تواند زنده و پذیرنده جلوه گر شود یا جنبه قصر بلورین ساکت و بی نشاطی را به خود گیرد. یک چارچوب دلپذیر، نشان دهنده توازن و شکوفایی است. دیواره ها، راه های بن بست یا خلاء ها و نواحی سفید، ترجمان ممنوعیت ها یا خلاء های عاطفی هستند.

دادستان، پریخ. / ۱۳۹۰ ارزشیابی شخصیت کودکان بر

اساس آزمون های ترسیمی، تهران: انتشارات رشد

لایوویتز، ماروین / ۱۳۹۳ تفسیر نقاشی های فرافکن (ژانت

هاشمی اذر، مترجم، تهران: کتاب ارجمند) تاریخ انتشار اثر

به زبان اصلی

الیور فراری، انا / ۱۳۷۳ نقاشی کودکان و مفاهیم ان

(عبدالرضا صرافان، مترجم) زنجان: تهران: دستان) تاریخ

انتشار به زبان اصلی)

مهارت های اجتماعی کودکان



فروزان عبدی

مقدمه:

دوران کودکی در رشد و پرورش اهمیت ویژه ای دارد. در واقع پایه و اساس رشد جسمی، ذهنی، عاطفی و اجتماعی کودکان در این سالها شکل میگیرد. (رزاقی، ۱۳۸۴، به نقل از غلامزاده، ۱۳۹۶) کودکی اولین و مهمترین دوره زندگی آدمی است. در این دوره، کودک نخستین بار با طبیعت ارتباط برقرار میکند، روابط اجتماعی خود را بنا مینهد و به مفهومی از خود دست مییابد. دوران اولیه کودکی زمانی بسیار غنی برای یادگیری اجتماعی است. کودک در این دوره و در خلال ارتباط اجتماعی، نسبت به اجتماع و مهارتهای اجتماعی که برای سازش ضروری است، آمادگی کسب میکند. (مفیدی، ۱۳۸۳، به نقل از غلامزاده، ۱۳۹۶)

مهارت اجتماعی:

مهارتهای اجتماعی مجموعه رفتارهای فراگرفته و قابل قبولی است که فرد را قادر میسازد تا با دیگران رابطه مؤثر داشته باشد و از عکس العملهای نامعقول اجتماعی خودداری کند. همکاری، مشارکت با دیگران، کمک کردن، آغازگر برقراری رابطه، تقاضای کمک کردن، تعریف و تمجید از دیگران و تشکر و قدردانی کردن، مثالهایی از مهارتهای اجتماعی به شمار می آیند. رفتارهای اجتماعی بر همه جنبه های زندگی کودکان سایه می افکند و بر سازگاری و شادکامی بعدی آنها اثر میگذارد. (گرشام، ۱۹۸۲، به نقل از جدیدی و سیادت، ۱۳۹۴)

اهمیت مهارت اجتماعی:

یکی از مسائل مهمی که در بهزیستی کودکان نقش مهمی دارد مهارت اجتماعی است. مهارتهای اجتماعی یکی از مهمترین دستاوردهای دوران کودکی است. (عبدی، ۱۳۸۶) طبق نظریه یادگیری اجتماعی، اکتساب مهارتهای اجتماعی از طریق تعامل متقابل کودک و عوامل محیطی صورت میگیرد. بنابراین اگر کودکان در سنین پایین رفتارهای مناسب اجتماعی را فراگیرند، میتوانند در جامعه عقاید خود را بیان کنند و با دیگران ارتباط مناسب برقرار نمایند و مورد محبوبیت اطرافیان خود قرار گیرند و در کارهای اجتماعی موفق تر باشند. در صورت عدم برخورداری کودکان از این رفتارها، آنها قادر به برقراری رابطه متقابل اجتماعی و تعامل با دیگران نیستند و تأثیر منفی بر کارکردشان دارد. همچنین باعث از دست دادن موقعیت هایی میشود که فراهم کننده مهارتهای اجتماعی و اخلاقی هستند، از نظر اجتماعی منزوی شده، به افسردگی و تنهایی رو می آورند و عملکرد پایینی در سن مدرسه از خود نشان میدهند. بنابراین توسعه مهارتهای اجتماعی برای برقراری روابط موفق با دیگران، یکی از مهمترین دستاوردهای دوران کودکی است که کمک می نماید کودکان در آینده دچار مشکلات کمتری شوند. (اوکادا، ۲۰۱۵، به نقل از رضایی و همکاران، ۱۳۹۶)

اکتساب و به کارگیری مهارتهای اجتماعی به عنوان پایه و مبنایی بهشمار خواهد رفت که ارتباطات میانفردی بر اساس آن ساخته خواهند شد. کودکانی که مهارتهای اجتماعی را به طور واقعی آموخته، تمرین نموده و شایستگی خود را به کار برند، قطعاً میتوانند در ورود به گروه همسالان و دوستیابی موفق شوند، تعاملی مثبت در روابط خود با همسالان داشته باشند و دامنه ای از رفتارهای مقبول را از خود نشان دهند. از سوی دیگر کودکان و نوجوانانی که قواعد اجتماعی را به خوبی یاد میگیرند و نیز روابط قوی و مستحکمی با اعضای خانواده و اجتماع برقرار میکنند، به احتمال زیاد سطح بالایی از عزت نفس را نیز از خود بروز خواهند داد؛ کودکانی که به خوبی مهارتهای اجتماعی را به دست می آورند و از نظر اجتماعی رفتارهای مطلوبتری از خود نشان میدهند، مفهوم خود مثبتتری از خود داشته و این امر موجب میشود محدودیتهای توانایی های خود را به شیوه صحیح تری ارزیابی، درک و پذیرش کرده و در نهایت هویت واقعی خود را بیابند. (سیادت و جدیدی، ۱۳۹۴)

عدم مهارتهای اجتماعی در کودکان، آنان را به انواع اختلال های رفتاری سوق داده و حتی نگرش آنان را نسبت به همسالان، مدرسه و کارکرد تحصیلی، تحت تأثیر قرار میدهد. (برونز، ۱۹۹۹، به نقل از طهماسبیان، ۱۳۸۸). پژوهشگران (گرشام و الویت، ۱۹۹۰) دریافتند کودکان فاقد سطوح بالای مهارتهای اجتماعی، نه تنها تعامل موفقیت آمیزی با همسالان خود ندارند بلکه رفتارهای مشکلدار درونی سازی شده (احساس افسردگی، غمگینی و تنهایی) و رفتارهای مشکلدار برون سازی شده (پرخاشگری جسمی و کلامی، مهار ضعیف خلق و بحث کردن با دیگران) را نیز بیشتر تجربه میکنند. (والثال، ۲۰۰۵، به نقل از عبدی، ۱۳۸۶). افزون بر این، مهارت اجتماعی بالا موفقیت تحصیلی آینده را کاملاً پیشبینی میکند. (آگوستین و بین، ۱۹۹۷، به نقل از عبدی، ۱۳۸۶)

روند رشد مهارت اجتماعی:

روند رشد مهارت‌های اجتماعی از طریق تعاملات اجتماعی از بدو تولد آغاز میگردد. توانایی‌های اجتماعی در هر دوره سنی از ویژگی‌های خاصی برخوردار است. نوزادان تازه متولد شده از آغوش گرفته شدن توسط هر فردی احساس امنیت میکنند و لذت میبرند در چند ماه بعد وابستگی شدید به والدین و افراد نزدیک پیدا میکنند و در آنها اضطراب از افراد آشنا ایجاد میشود.

در یک سال بعد استقلال بیشتری می‌یابند و به تنهایی بازی میکنند و در عین حال بسیار مشتاق توجه والدین هستند. (برگر، ۱۳۸۸، به نقل از حسنزاده، ۱۳۹۰)

علت بسیاری از تغییرات رشدی در توانایی‌های اجتماعی در کودکان دو تا شش ساله، رشد روزافزون مهارت‌های اجتماعی و شناختی در این کودکان شناخته شده است. کودکان در این دوره سنی نسبت به احساسات خود و دیگران آگاهی بیشتری می‌یابند. آنها بیش از پیش میتوانند هنگام تعامل با یکران هیجانات خود را ابراز و آنها را کنترل نمایند. کودکان در ۵-۴ سالگی علت بسیاری از هیجانات اصلی را به درستی قضاوت میکنند و به پیامدها و علائم رفتاری هیجان اشاره میکنند. با این حال، آنها هنگام توجه کردن یک هیجان، به جای حالت‌های درونی، بر عوامل بیرونی تاکید میکنند که با افزایش سن تغییر می‌یابد. (لوین، ۱۹۹۵، به نقل از حسنزاده، ۱۳۹۰)

آموزش مهارت اجتماعی:

از آنجا که خانواده یک واحد اجتماعی است و ارزشها و معیارهای اجتماعی از طریق آن به فرد منتقل میشود، به عنوان یک واسطه از لحاظ محیط اجتماعی برای رشد اجتماعی فرزندان اهمیت فراوان دارد. والدین در آموزش مهارت‌های اجتماعی نقش اساسی دارند؛ به غیر از محیط‌های غیررسمی که کودک در آن قرار دارد، در محیط‌های رسمی آموزشی با تکیه بر اصول اجتماعی شدن کودک و با به کارگیری دانش روانشناسی و علوم تربیتی به کودکان، مهارت‌ها آموخته میشود. به عقیده (ویلیام و آشر ۱۹۹۰، به نقل از چنگی، ۱۳۹۴)، در روش آموزش مهارت‌های اجتماعی چهار مفهوم باید آموزش داده شود: همکاری (مثل: نوبتگرفتن، تقسیم مواد و ارائه پیشنهاد در بازی)، مشارکت (مثل: شرکت کردن، شروع کردن، توجه کردن در بازی)، ارتباط (صحبت کردن با دیگران، گوش دادن، برقراری تماس چشمی، به کار بردن اسم کودکان دیگر) و اعتباریابی (توجه کردن به دیگران، لبخند زدن، ارائه کمک و پیشنهاد).

نتیجه‌گیری:

کودکی مهمترین دوره رشدی است؛ همچنین زمان بسیار مهمی برای یادگیری اجتماعی میباشد و ضروری است که کودک مهارت‌های اجتماعی لازم را کسب کند. مهارت اجتماعی مجموعه رفتارهایی است که سبب میشود فرد با دیگران روابط مؤثرتری داشته باشد بنابراین رشد مهارت اجتماعی به کودک اجازه میدهد در فعالیتهایش موفق تر باشد، از حضور دیگران بیشتر لذت ببرد، رفتار مطلوب و عزت نفسش افزایش یافته و موفقیت تحصیلی بالاتری داشته باشد. و از سوی دیگر امکان بروز رفتارهای مشکل آفرین مانند: افسردگی، پرخاشگری و... کاهش یابد. خانواده و رفتار اجتماعی والدین مهمترین عامل در رشد مهارت‌های اجتماعی کودک است. با داشتن الگو صحیح و استفاده از آموزش‌های روانشناختی مناسب در این زمینه، کودک مهارت‌های اجتماعی صحیح را می‌آموزد و به رشد مطلوبی دست می‌یابد که زمینه رشد بهتر سال‌های آتی را نیز فراهم میکند.

منابع:

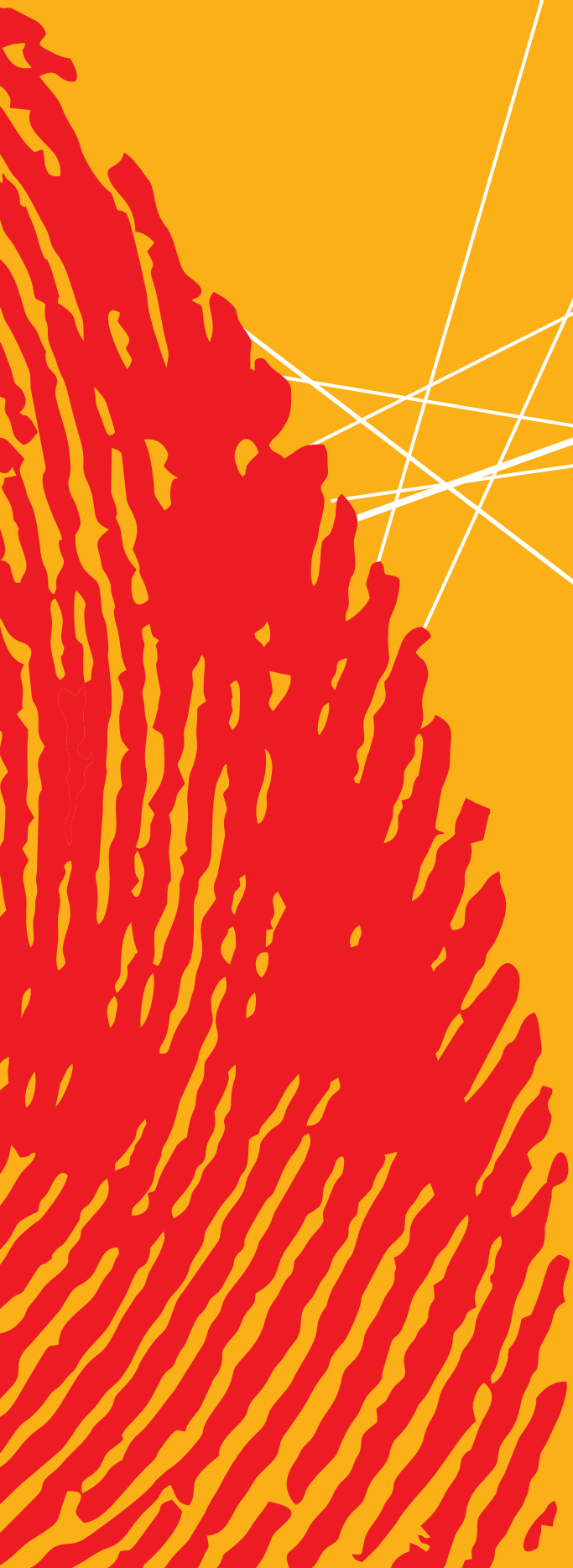
چنگی، ساره (۱۳۹۴). تأثیر یاددهی رفتارهای اجتماعی بر اعتمادبه نفس و پیشرفت دانش آموزان. مجموعه مقالات همایش ملی آموزش ابتدایی. دوره یک. ص ۳۳.

حسن زاده، زهره (۱۳۹۰). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی در افزایش محبوبیت کودکان پیش دبستانی. پایاننامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.

رضایی، آتنا. آخوندزاده، گلپهار. حجتی، حمید (۱۳۹۶). تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر رشد مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش دبستانی شهر شاهرود در سال ۱۳۹۶. مقاله پژوهش در علوم توانبخشی. ۱۳(۶)۳۲۶-۳۳۳

سیادت، مرتضی. جدیدی، محسن (۱۳۹۴). تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر عزت نفس و ابعاد هویت کودکان. فصلنامه روانشناسی تربیتی، سال یازدهم، شماره ۳۷.

عبدی، بهشته (۱۳۸۷). مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتار کودکان پیش دبستانی ایرانی. فصلنامه روانشناسان ایرانی. سال چهارم. شماره ۱۶.



دانشگاه الزهراء